



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči
orientované na pacienta**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Marcela Waldsbergerová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 13. 8. 2018

.....

Bc. Marcela Waldsbergerová

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení a lidský přístup při psaní mé diplomové práce. Rovněž děkuji za její přednášky, ze kterých si mohu odnést nejen faktické znalosti, ale také příklad sebereflexe a kritického myšlení.

Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce je členěna na část teoretickou a část empirickou. Úvodní část teoretické diplomové práce poskytuje krátké nahlédnutí do historického exkurzu péče zaměřené na pacienta a zabývá se současnými tendencemi oboru Ošetrovatelství. Teoretická část práce je dále členěna do tří klíčových oblastí, které determinují ošetrovatelskou péči. První jsou objektivní faktory, tj. systém péče o zdraví. Druhou oblastí poukazujeme na faktory spojené s přímým poskytováním ošetrovatelské péče. Třetí oblast je soustředěna na roli pacienta a jeho okolí. Empirická část přináší názory všeobecných sester na faktory, které dle jejich zkušeností ovlivňují přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta.

Cíl práce: Cílem práce bylo zmapovat faktory ovlivňující péči orientovanou na pacienta ze strany ošetřujících i managementu z různých zdravotnických zařízení.

Výzkumné otázky

1. Jak je chápána péče orientovaná na pacienta ošetřujícím personálem?
2. Jak je realizována péče orientovaná na pacienta v různých institucích?
3. Jaká je spolupráce ošetřujících s managementem v souvislosti s péčí orientovanou na pacienta?
4. Jaké faktory ovlivňují péči orientovanou na pacienta?

Výzkumný soubor: Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentek, všeobecných sester, ve věkovém rozmezí od 24 do 58 roků. Respondentky se lišily pracovním zařazením, stupněm vzdělání, specializací i místem zaměstnání. Jednalo se o 6 všeobecných sester (směnných sester), 4 staniční a 1 vrchní sestru. Určující pro velikost výzkumného souboru byla ochota ke spolupráci a saturace odpovědí.

Způsob dosažení cíle: Pro dosažení cíle práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, k jehož výběru vedlo fenomenologické zaměření práce. Sběr dat se uskutečnil technikou polostrukturovaných rozhovorů. Takto získané poznatky byly dále kategorizovány a konfrontovány s literaturou tak, aby odpověděly na výzkumné otázky.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplývá, že ošetrovatelská péče je složitý fenomén. Jedním z mnoha důvodů jsou nová medicínsko-právní východiska, která jsou odklonem od paternalistického pojetí péče k právu pacienta na seburčení. Avšak princip solidarity, na kterém je systém péče o zdraví v ČR založen, určitý paternalismus naopak podmiňuje, což v některých případech negativně ovlivňuje vzájemný vztah pacienta a ošetřujícího personálu.

Sestry se shodovaly v chápání pojmu PCC, avšak jeho koncept znala pouze jedna respondentka. Možnost PCC realizovat je ztěžována širší škálou faktorů. Největší překážku viděly respondentky v nedostatku personálu a z toho plynoucího časového stresu. Neméně důležitým omezením se jevila i nadměrná administrativa, nenávaznost péče, ale i rutinní přístup některých ošetřujících. Hodnocení vzájemné spolupráce mezi sestrami u lůžka a sestrami ve vedoucích funkcích se lišily. Sestry, které pracují u lůžka, uváděly určitý problém ve spolupráci se svými nadřízenými a v nedostatečném ocenění jejich práce. U sester v manažerské funkci jsou zjevné systémové překážky a nekonceptnost. V otázce spolupráce s rodinou pacienta byla patrná rozdílnost názorů na míru spolupráce i nejistota, jak ji uskutečnit. Z výzkumného šetření dále vyplývá, že neustálé změny v koncepci vzdělávání sester nepřispívají k příznivému vyřešení dané problematiky. Samotná práce sestry se v nynější době často posouvá z aspektu povolání do role pouhého zaměstnání, jak uváděla část respondentek.

Závěr: Zjištěné problémy v systému zdravotní péče naznačují, že je to širší škála faktorů, které ovlivňují přístup ošetřujících k pacientovi. Multidimenzionální koncepce péče zaměřené na pacienta a příklady z našeho systému zdravotní péče ilustrují, jak mohou klinické, strukturální a interpersonální faktory společně ovlivňovat přístup ošetřujících. Koncept PCC má umožnit jakémukoli poskytovateli péče určovat způsoby, jak tuto péči lépe integrovat a jak motivovat ošetřující k její realizaci.

Klíčová slova

PCC; autonomie; management; ošetrovatelství; vzdělávání sester

Factors influencing the nursing staff approach within the patient centred care

The thesis presented consists of two parts: a theory and the empirical part. The theory is introduced with a brief survey of the history of the patient centred care followed with current trends in nursing. It is followed with the three key areas determining nursing care. The first one consists of the objective factors - the health care system. The second area is formed by the factors associated with the practical implementation of nursing. The third area is devoted to the role of the patient and his surroundings.

Objective of the thesis: The mapping of the factors influencing patient-oriented care by the nursing staff and management in various health care institutions.

Research questions

1. How is the patient-centered care viewed by the nursing staff?
2. How is the patient-centred care implemented in various institutions?
3. How is the cooperation of the nursing staff and the management as to the patient-centered care?
4. What factors are influencing the patient-centred care?

Research group

The research group consisted of 11 female respondents – state-registered nurses, aged from 24 to 58 years of age. The respondents varied in their position, level of education, and specialization, and they worked in various health-care institutions. Among them, there were 6 registered nurses, 4 ward nurses, and 1 head nurse. The willingness to cooperate and the saturation of responses were principal in forming the research team in question.

The way adopted for achieving of the objective

A qualitative research method has been chosen to achieve the goal. The phenomenological focus of the work has led to the selection of the method. The data were collected using semi-structured interviews. The findings were further categorized and confronted with the source material to answer the research questions.

Results

The research confirms the nursing care is a complex phenomenon. The recently-adopted health care legislation shows a shift from the paternalistic concept of care on behalf of the right of the patient to self-determination. On the other hand, however, the principle of solidarity – the basis of the health care system in the Czech Republic – retains some paternalism, and that can negatively affect the relationship of the patient to the nursing staff in some cases.

The respondents are in agreement as to the notion of PCC but a single one respondent knows its concept. The possibility of putting the PCC in practice is hampered by a wide range of factors. According to the respondents, the major obstacle is the undernumerousness of the nursing staff, resulting in the omnipresent time stress. The excessive red-tape demands have been seen as the almost equally important factor, together with the lack of continuity of care, but also the fast-and-loose approach of some nurses.

The evaluation of the cooperation between staff nurses at the bed and the nurses in senior positions differed. Staff nurses see the problem in cooperation with their superiors, lacking appreciation of their work. Management, i.e. head nurses and ward nurses are often seen as systemic obstacles. The research investigation also shows insufficient cooperation with the patient's family. Permanent changes in the nursing education concept are seen as a hindrance to the problem solution. Regrettably, the actual approach of a nurse often slides down from a vocation to a mere employment.

Conclusion

The problems identified in the healthcare system indicate a wide range of factors influencing the relations between the nursing staff and patients. Multidimensional patient care concepts and examples from our healthcare system illustrate how clinical, structural, and interpersonal factors can interact in the relations between nursing staff and patient. The PCC concept should enable any health-care provider to set ways to improve the care rendered and to motivate the caring staff to adopting it.

Key words

Patient Centred Care (PCC); autonomy; management; nursing; education of nurses

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Historický exkurs do oblasti péče zaměřené na pacienta	12
1.2 Orientace na pacienta jako důležitá tendence současného ošetřovatelství	13
1.3 Objektivní faktory v péči orientované na pacienta: Systém péče o zdraví.....	16
1.3.1 Ekonomické faktory.....	19
1.3.2 Změny ve vzdělávání sester a historické souvislosti	20
1.3.3 Boloňský proces a jeho význam ve vzdělávání sester	23
1.3.4 Legislativní rámec týkající se autonomie pacienta	25
1.4 Faktory související s přímým poskytováním zdravotnické péče	26
1.4.1 Management jako faktor ovlivňující péči orientovanou na pacienta.....	27
1.4.2 Leadership.....	30
1.4.3 Hodnotový systém sestry	31
1.4.4 Terapeutický přístup ošetřujících.....	34
1.5 Faktory dané subjektem pacienta a jeho okolím.....	36
1.5.1 Faktory ovlivňující rozhodování pacienta	37
1.5.2 Problematika stárnoucí populace	39
1.5.3 Participace komunity	43
1.5.4 Spolupráce s rodinou pacienta	45
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	46
2.1 Cíl práce.....	46
2.2 Výzkumné otázky	46

2.3 Operacionalizace pojmů	47
3. Metodika výzkumu	48
3.1 Popis metodiky práce.....	48
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	50
4. Výsledky	51
4.1 Seznam kategorií pro rozhovory.....	51
5. Diskuze	72
6. Závěr	85
7. Seznam použité literatury	88
8. Seznam příloh	101
9. Seznam použitých zkratk	107

Úvod

Při hlubším pohledu do historie vidíme, že ošetřování nemocných se vyvíjelo od opatrovnické až po nynější vysoce erudovanou péči. Také soudobá medicína zaznamenala s rozvojem nových technologií a vznikem úzkých oborových specializací významný pokrok, který se odráží v pojetí a rozsahu poskytované péče. Současné ošetřovatelství klade důraz na komplexní a individualizovanou péči, avšak zmíněný pokrok by se snadno mohl stát překážkou jejího dosažení. S nároky, které přináší prudký rozvoj technologií, rostou i požadavky na celoživotní vzdělávání. Časté legislativní změny však vyžadují značnou adaptaci zdravotníků a tím mohou vést k všestrannému vyčerpání i demotivaci. Pokud bychom brali výše uvedená fakta jako reálná rizika, mohl by nastat odklon od lidského přístupu, který je předpokladem osobnostně zaměřené péče, ve které má setra a její postavení klíčovou roli.

Názory na zdraví a vnímání nemoci z pohledu nemocného se v různých historických obdobích mění. Zdraví patří k nejvyšším hodnotám lidského života, a proto lidé hledají různé prostředky, aby si ho zachovali. Existují kultury, kde je význam slova zdraví totožný s výrazy pro spásu, celistvost a neporušenost. Alternativní postupy léčby zde mají velkou tradici. Jejich obliba narůstá paradoxně i v technicky vyspělých zemích. Zdravotníci mají opakovanou zkušenost s tím, že se pacienti s důvěrou obrací na léčitele a vynakládají na alternativní metody velké prostředky. Ptáme-li se po důvodech tohoto počínání, dají se nalézt v touze pacientů po lidském přístupu.

Je tedy žádoucí vytvořit stupnici hodnot tak, aby byl lidský vztah k pacientovi v popředí. Je to jednoduché jen zdánlivě, protože žijeme v době, kdy se stupnice hodnot neustále proměňuje a zdravotnictví prochází řadou koncepčních změn. Avšak vzhledem k nedostatku všeobecných sester a pomocného personálu i rozdílným potřebám pacientů je obtížné dosáhnout žádoucí kvality péče. Uspokojení potřeb pacienta je považováno za základní ukazatel kvality poskytované péče. Sledování a vyhodnocení nedostatků v jejím poskytování má vést nejen ke zlepšení zmíněné kvality, ale také ke zlepšení pracovních podmínek zdravotnického personálu. To by rozhodně nemělo vytvářet stresovou atmosféru, která by negativně ovlivňovala pracovní klima, jak se v některých případech děje. V klinické praxi se často přesvědčujeme, že ochota, laskavost se nedají objektivně měřit. Nejdůležitější je tedy osobní zkušenost každého pacienta a jeho spokojenost.

Tato diplomová práce se zabývá jedním z aktuálních témat oboru ošetrovatelství. Zkoumá, jaké faktory ovlivňují přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta a jak je můžeme ovlivňovat my. Každý, kdo se pro náročné povolání všeobecné sestry rozhodne, by měl vědět, jaké jsou nejzávažnější problémy ve směřování a vývoji oboru a v jaké oblasti je třeba vynakládat největší úsilí. Teoretická část této práce tedy poukazuje na faktory, které obor ovlivňují a mění jeho pojetí. Je koncipována do tří oblastí. První oblast se týká objektivních faktorů, druhá oblast se věnuje faktorům souvisejícím s přímým poskytováním péče a třetí oblast se soustřeďuje na faktory spojené s osobností pacienta a jeho okolím. Praktická část byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů byly zjišťovány názory všeobecných sester na faktory, které dle jejich zkušeností na pacienta orientovanou péči ovlivňují.

1. Současný stav

1.1 Historický exkurs do oblasti péče zaměřené na pacienta

Zaměření na osobu je ošetrovatelské tradici vlastní. Už v polovině 19. století se Florence Nightingaleová (1859) věnovala nejzávažnějším lidským otázkám a zasazovala se o to, abychom svým úsilím dostali pacienta do nejlepšího možného stavu. Dokázala se vcítit do nejzákladnějších potřeb lidí i aspektů životního prostředí. Její dopisy, knihy a deníky odrážejí hluboké pochopení vztahu mezi pečujícím a pacientem. Ukázala a jasně formulovala ošetrovatelství jako vědu i umění. Dokázala spojit nejhlubší duchovní vědění s intenzivní činností ve světě. Uvědomila si, že v jejím díle a ve všech oblastech jejího života je zapotřebí ještě něco víc než ona, a to víra (Dossey, 2010).

Postupem času se vývoj a pojetí medicíny pohyboval opačným směrem. Vycházel ze základního předpokladu, že zdraví a nemoc jsou povahy zcela fyzické a kontrolovatelné. Vědomí člověka se nepovažovalo za důležité, a proto se postupně při léčbě příznaků nemoci stále více preferovaly lékařské zákroky, terapie a užívání léků na úkor lidského přístupu (Dossey, 2013). Také Drick (2014) poukazuje na změny, ke kterým došlo ve druhé polovině 20. století. V nemocnicích byly nahrazeny dřívější způsoby péče o pacienta technologickým rozmachem, přičemž vnímání pacienta s jeho potřebami přestalo být prioritou. Postupně se objevily nové terapie, které prokázaly vliv mysli na chování těla ve zdraví a nemoci, a tak podložily spojitost mezi vědomím člověka a jeho fyzickým zdravím. Proto se léčení opět začalo vracet k přístupu, v jehož středu je osoba (Drick, 2014). Prvním, kdo začal s pojmem „na pacienta orientovaná péče“ pracovat, byl humanistický psycholog Carl Rogers v 50. letech 20. století. Péče orientovaná na člověka byla primárně spojena s lékařskou disciplínou, avšak během posledních 20 let se rozšířila i do ostatních zdravotnických profesí a stala se populárním standardem kvality péče (Schwind et al., 2014). Rogers nazýval svůj přístup nedirektivním. Jako terapeut postavil do centra zájmu osobnost pacienta. Zaměřil se na jeho sebepojetí, neboť pacient sám nejlépe označí místo svého zranění a popíše svou bolest (Mearns a Thorne, 2013). Carl Rogers vymezil tři základní principy PCC a formuloval přístup k pochopení pojetí pacientovy nemoci. Jako první použil termín *kongruence* (shoda), dalším předpokladem přístupu, na který poukazoval, byla *akceptace a porozumění* (Matoušek et al., 2013). Právě tyto psychologické aspekty jsou

jádrem ošetrovatelského povolání a primárním klíčem k pochopení pojetí pacientovy nemoci. Uvedené skutečnosti ovlivnily další vývoj oboru a vedly v r. 1981 k založení Americké asociace holistických sester, která zdůrazňuje provázanost celé osoby, tedy spojitost mysli a těla, emocí a ducha, energie a prostředí (Lange et al., 2014). Americká asociace holistických sester (AHNA) definuje péči zaměřenou na osobu jako péči o člověka, při které „celostní sestra“ věnuje plnou pozornost a intencionalitu celému „já“ osoby, nikoliv pouze aktuálně přítomným symptomům, tj. nemoci, krizi nebo úkonům, které je nutno vykonat (Erickson, 2009).

Během tohoto evolučního procesu, jak popisuje Drick (2014), se termín péče o pacienta přeměnil na péči zaměřenou na pacienta, jež se posléze mění na péči zaměřenou na osobu. Tyto termíny odrážejí zvyšující se vědomí toho, že nemoc nelze oddělit od pacienta. Duševní, emoční a spirituální stav pacienta tvoří jeho zdraví, nemocný je celostní osobou a ne pouze pacientem ve zdravotnickém zařízení. Ne všichni profesionálové ve zdravotnictví užívají této novější terminologie, když referují o lidech, o které pečují. Ne všichni ošetřující jsou ochotni změnit zažitou terminologii nebo tak činí pomalu, zejména tehdy, není-li dost času na víc než jen na řešení těch nejakutnějších stavů.

Tendence moderního ošetrovatelství souvisí nejen s historicko-kulturními změnami, ale i se změnami myšlení každého jednotlivce. Ve vývoji jakéhokoliv oboru často dochází k přechodnému období, ve kterém si lidé zvykají pracovat s novými koncepty a definicemi. Toto přechodné období souvisí s tím, jak se naše mysl učí něčemu novému – nejprve asociací s něčím novým a teprve poté přizpůsobením se něčemu novému (Adamczyk, 2008).

1. 2 Orientace na pacienta jako důležitá tendence současného ošetrovatelství

Současné ošetrovatelství hledá faktory, které ovlivňují péči orientovanou na pacienta. Proto jsou všeobecné sestry povzbuzovány k poskytování péče, která by byla co nejefektivnější, tzn. individualizovaná, komplexní a vědecky podložená. Stále více je kladen důraz na informovanost sester o existujících důkazech z výzkumů, tj. o doporučených ošetrovatelských postupech (Jarošová a Zeleníková, 2014). Ošetrovatelství má ale i humánní poslání, jak vyjádřila Hendersonová ve své definici moderního ošetrovatelství – jedinečnou úlohou sestry je pečovat o nemocné, poskytovat podporu zdravému jedinci v péči o své zdraví a doprovázet ho při umírání (Haškovcová

a Pavlicová, 2013). Pro spokojeného pacienta nejsou tedy jedinou prioritou technické pokroky, zdravotnická zařízení s hotelovým vybavením apod., pokud není posilován lidský přístup a komunikace o věcech, jež pacienta znepokojují (Epstein a Street, 2011).

Sestry souhlasí s tím, že péče o pacienta a jejich spokojenost je ústředním tématem ošetrovatelství. Kontext péče však musí být širší, protože sestry pracují jako členové interpersonálních týmů. Institut medicíny proto doporučuje rozšíření příležitostí pro všeobecné sestry, aby organizace poskytující péči podporovaly a pomáhaly sestřím spolupodílet se na rozvoji a zavádění inovativních modelů péče zaměřené na pacienty (Lusk a Fater, 2013). Může se také jednat o intenzivnější zapojení sester do manažerských a vedoucích rolí i dalších zdravotnických služeb nebo o jejich aktivity spojené s politickými záležitostmi s cílem zlepšit „obraz ošetrovatelství“ (Shamian, 2017).

Moyle et al., 2015. je toho názoru, že mezery mezi výzkumem a praxí a také poptávka po kvalitní, bezpečné ošetrovatelské péči byly podnětem pro nové chápání oboru ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče je postavena na dvou pilířích: *péče zaměřená na pacienta (PCC)* a *praxe založená na důkazech (EBP)*. *Péče zaměřená na pacienta* klade důraz na pochopení pacienta jako jedinečné osoby s individuálními charakteristikami i potřebami a na zajištění toho, aby hodnoty uznávané pacienty a jejich preference vedly ke klinickému rozhodování. Chápe pacienta holisticky a vychází z vlastní zkušenosti pacienta s jeho onemocněním (Moyle et al., 2015). *Praxe založená na důkazech* odkazuje na svědomité, explicitní a uvážlivé používání nejlepších důkazů, které jsou v současnosti k dispozici při rozhodování, jak pečovat o jednotlivé pacienty. V klinickém rozhodování tak mohou sestry využívat nejlepších dostupných důkazů při výběru intervencí a jejich implementaci mohou konzultovat s pacienty, aby sami rozhodli, jaké možnosti jim nejlépe vyhovují (Jarošová a Zeleníková, 2013).

Také dle Sidani et al. (2006) je součástí péče zaměřené na pacienta vytvoření a implementace strategie, která by byla založena na důkazech. Důležitá jsou tedy klinická pozorování a dostatek důkazů o účinnosti a významu intervencí pocházejících jak z výzkumu, tak praxe. Součástí této strategie je také generování písemného materiálu popisujícího povahu, intenzitu, účinnost a rizika spojená s dosaženými intervencemi. Lusk a Fater (2013) dodává, že péče zaměřená na pacienta a praxe založená na důkazech vytváří integrovaný přístup, který může překonat problém spojený s

nesrovnalostí mezi intervencemi, které preferují pacienti, a těmi, které odpovídají nejnovějším výzkumům. Integrovaný přístup zahrnuje identifikaci intervencí spojených s léčbou a ošetrovatelskou péčí, která je považována za efektivní pro dosažení co nejlepších výsledků (Lusk a Fater, 2013).

Sidani et al. (2006) dělí strategii ošetrovatelské péče zaměřené na pacienta *do tří fází*. *Tou první* je syntéza důkazů o účinnosti a významu intervencí pocházejících z výzkumu a praxe, *druhá fáze* je zaměřena na generování písemného materiálu popisujícího povahu, dávku, účinnost a rizika spojená se zásahy založenými na důkazech a *třetí fázi* je zjištění preferencí pacienta pomocí podrobné anamnézy.

Hobbs (2009) definoval PCC jako složitý fenomén zahrnující různé interakce pacienta, sestry a životního prostředí s konečným cílem zmírnit zranitelná místa v oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Autor vidí rizika především v ohrožení pacientovy osobnostní identity.

Pochylá (2005, s. 36) v Koncepti českého ošetrovatelství podává tuto definici PCC: „*Péče orientovaná na problémy nemocného (patient centered care) na rozdíl od ošetrovatelské péče orientované na výkony (task oriented care)*.“ Důležité a definující charakteristiky péče orientované na problémy pacienta jsou tedy preference, hodnoty a potřeby pacienta, zatímco rutinní péče zaměřená na pouhý výkon je jejich protikladem. Podle Tóthové et al. (2014) je metodou moderního ošetrovatelství, která umožňuje sestřím komplexní péči poskytovat ošetrovatelský proces. Tato metoda pomáhá sestřím pacienta hlouběji poznat, a tím k němu individuálně a s respektem přistupovat. Pochylá (2005, s. 37) definuje ošetrovatelský proces jako: „*systematický přístup v ošetřování nemocných, který řeší jejich individuální problémy a je zaměřený na tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby jednotlivce, rodiny a komunity*.“

Shamian (2017) je toho názoru, že definice a operační prvky péče zaměřené na pacienta není jednoduchá. Tvůrcové této politiky a odborná veřejnost by měli řešit zásadní otázku, zda je péče orientovaná na pacienta pouze novým žargonem, tj. termínem pro snižování nákladů a redukci zdravotnické péče, nebo jde o skutečnou potřebu zlepšit pohodu a zdraví lidí. Přístup ke zdraví a nemoci ovlivňuje i globální strategie. Již není v zájmu zdravotnické péče pouze nemocný, je jim i zdravý člověk. I když miliony lidí na celém světě trpí stejnou nemocí, jako je např. diabetes mellitus nebo hypertenze, hrají v péči o pacienta klíčovou roli determinanty zdraví (sociální, geografická, etnická

rozdílnoš aj.). Aby ošetřující personál mohl pomoci pacientovi, musí najít optimálnější řešení, přesahující v řadě případů pouze medikamentózní terapii. Na pacienta zaměřená péče není tedy prázdný termín. Sestry musí být ústředním bodem tohoto nového trendu. Na základě mnoha průzkumů veřejného mínění jsou všeobecné sestry nejdůvěryhodnějšími profesionály ze všech zdravotnických a nezdravotnických profesí. Jsou vnímány jako prostředník mezi často znepokojenými pacienty a jejich rodinami, lékaři či komunitami. Přestože jsou nenahraditelným článkem v řetězci, zkušené a kvalifikované, nachází se podle mínění autorů daleko od vrcholu pyramidy, především pokud jde o rozhodovací pravomoc a finanční ohodnocení (Shamian, 2017).

Z výše uvedeného vyplývá, že společným prvkem ve všech definicích je uspokojení potřeb pacientů, jejich preferencí a očekávání. Selhání definovat, co je PCC, jak bude fungovat, může mít nepříznivé důsledky v koncepční oblasti ošetrovatelství (Pelzang, 2010). V podpoře intervenčního vědeckého a vědomostního vývoje může hrát vymezení pojmu PCC významnou roli (Lynn a Redman, 2004).

1.3 Objektivní faktory v péči orientované na pacienta: Systém péče o zdraví

Faktory, které ovlivňují zdraví a péči o nemocné, představují důležitá témata současného zdravotnického systému a jsou významným činitelem, který rozhoduje o rozsahu a povaze péče o pacienta. Systém péče o zdraví je možno vymežit jako: „*souhrn služeb, které jsou na daném území (obvykle státu) vymezeny právními normami, včetně pravidel pro jejich správu, řízení a financování (Háva, 2005, s 331).*“ Dle Holčíka et al. (2015) je zdravotnictví každé země výsledkem priorit, hodnotové orientace a kulturního chování. Dotýká se všech věkových skupin obyvatelstva, a proto patří k jednomu z nejsledovanějších a nejdiskutovanějších sektorů. Vácha (2017) konstatuje, že každý národ je natolik silný, jak se stará o své nemocné a o své nejhudší.

V každé vyspělé společnosti si všímáme v oblasti zdravotnictví *tří základních subjektů*. Tím *prvním* jsou příjemci zdravotní péče, tedy pacienti. *Druhý* subjekt představují poskytovatelé zdravotní péče, tj. zdravotnické instituce se svými zaměstnanci, a *třetím* subjektem jsou instituce, které danou péči financují (Durdisová, 2005).

Zdraví hraje stabilizující roli v socioekonomickém systému. Existují dva rozdílné pohledy na zdraví. *První* je založen na názoru, že zdraví je soukromý statek a je tedy pouze individuální hodnotou. *Druhý* pohled vychází z přesvědčení, že zdraví má do

značné míry sociální složku a je statkem veřejným. Péče o něj je tedy záležitostí veřejného sektoru (Barták, 2010). Zdraví nezajišťují pouze poskytovatelé zdravotní péče, jak konstatuje Holčík et al. (2015), ale ovlivňuje ho především způsob života. Stávající model zdravotní péče tedy žádá, aby každý občan přehodnotil své postoje a za své zdraví převzal zodpovědnost. To přináší určitá úskalí, protože dřívější paternalistický model poskytoval pacientům jisté pohodlí, avšak opomíjel více či méně stránku individuální včetně podpory zdravotní gramotnosti a aktivity spojené se změnou životního stylu (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Křížová (1998) charakterizuje zdravotnictví jako důležitou sociální instituci nebo jeden ze sociálních podsystémů, které byly formovány do dnešní podoby především politickým prostředím a společenskou solidaritou. V socialistickém období byl zdravotnický systém v ČR řízen přímými a direktivními nástroji v podobě plánovaných rozpisů. V sociálně-tržních ekonomikách je zdravotnický systém modifikován s ohledem na individuální, společenské a skupinové zájmy. Nástroje řízení jsou v tomto případě nepřímé a nedirektivní.

Předpokladem pro správné fungování zdravotnictví v sociálně-tržním systému je vytvoření vhodné legislativy a prostředí, ve kterém si zainteresované subjekty hledají svůj prostor a přizpůsobují mu své chování (Durdisová, 2005). Dle Křížové (1998) by měly zainteresované subjekty splňovat demokratické požadavky na poskytování zdravotní péče, jimiž jsou rovnost a spravedlnost, bez kterých není lehké obhájit životaschopnost občanských hodnot, svobodné vůle a solidarity. Autorka chápe zdravotnický systém jako souhrn formalizovaného úsilí a závazků, které společnost věnuje otázkám prevence, nemoci, rehabilitace, předčasných úmrtí a jiným problémům spjatým se zdravotním stavem populace. V zemích s vyšším působením státu, jako je ČR, musí být zdraví chápáno jako právo, které stát zajišťuje všem občanům bez rozdílu. V poskytování zdravotní péče se do jisté míry jedná o již dříve uvedený paternalistický vztah státu k občanům, jehož nespornou výhodou je dostupnost této péče (Křížová, 1998).

V systému péče o zdraví rozlišujeme dva pojmy. *Prvním je veřejné zdravotnictví*, tj. obor, který zahrnuje veškeré společenské úsilí mající za cíl ochranu, udržení a zlepšení zdraví obyvatelstva. *Druhým pojmem je medicína*, která se zaměřuje na léčení jedinců s konkrétními problémy. Středem zájmu se stávají hlavně rizikové skupiny populace,

např. senioři, tělesně postižení, děti z dysfunkčních rodin, etnické minority, přistěhovalci a další (Janečková a Hnilicová, 2009). Lusk a Fater (2013) hledá kontinuitu péče o rizikové skupiny v organizování nových postupů pomocí komunitní práce a dobrovolnických skupin. Institut medicíny předkládá ústřední koncept pro 21. století jako souhrn základních kompetencí při poskytování péče orientované na pacienta. Poskytovatelé zdravotní péče jsou vyzýváni k důslednější identifikaci pacientových potřeb: zmírnění bolesti a utrpení, koordinace průběžné péče, obhajoba prevence nemocí a podpora zdravého životního stylu včetně zaměření na zdraví obyvatel. Abychom uznali význam těchto potřeb, musíme pochopit kontextuální faktory ovlivňující zdravotní péči. Tento ústřední koncept je popsán jako základní kompetence pro všechny zdravotnické pracovníky, aby uspokojili potřeby zdravotnického systému v 21. století (Lusk a Fater, 2013).

Kabelka (2017) podává informace, jaké kroky ke zlepšení orientace na pacienta doporučuje švédský systém zdravotní péče. V roce 2012 vydala Švédská agentura pro analýzu zdravotních a sociálních služeb zprávu o 6 krocích, které vedou k posílení role jedince ve zdravotním a sociálním systému. Mezi tyto kroky patří zajistit dodržování legislativy, posílit roli pacientů a jejich účast na léčbě, motivovat pacienty a jejich zástupce k angažovanosti ve zdravotní politice, zajistit koordinovanou a kontinuální péči, vymezit hodnotící kritéria v postavení pacientů a monitorovat a hodnotit tuto péči. Uvedené zásady ukazují na systematický zájem švédské vlády a samosprávy o posílení odpovědnosti a iniciativy všech občanů ve směru zlepšení kvality poskytované péče.

Potřeba cílevědomého řízení a vedení v oblasti péče o zdraví se často objevuje v ustanoveních WHO a je spojena s termínem „governance“ (vládnutí). Je výrazem pro pochopení *nových forem řízení*, které vedou k *decentralizaci rozhodování*. Governance je tedy chápána jako proces, v němž příslušné rezorty, organizace a instituce jednají *s ohledem na názory a aktivity občanů* (Čevela a Čeledová, 2014).

1.3.1 Ekonomické faktory

Ekonomické možnosti každého státu jsou předpokladem pro rozvoj všech aspektů lidského života. Úroveň zdravotnictví a systém péče o zdraví patří ke stěžejním ukazatelům charakterizujícím péči o zdraví obyvatelstva daného státu. Proto při uvádění ukazatelů péče o zdraví nechybí nejčastější ekonomický ukazatel, jímž je procento podílu vynaložených prostředků na zdravotnictví vůči HDP (Zlámal a Bellová, 2013). Pro činnost zdravotnictví není HDP jediným ukazatelem. Typy zdravotního pojištění, státní rozpočet a alokace zdrojů jsou dalšími faktory (Čevela a Čeledová, 2014). Z hlediska nákladovosti determinují ekonomické faktory zdravotnické služby a jsou ekonomickým statkem, jenž zahrnuje hodnoty a věci, které uspokojují naše potřeby. Z pohledu ekonomie existují zdroje *omezené* – lidské, finanční a materiální. *Neomezené* jsou potřeby, na jejichž uspokojení není možné poskytnout zdroje ani v rovině individuální nebo národním a nadnárodním měřítku (Barták, 2010). V sociálně tržním systému není jednoduché vymezit jak role pacientů, tak zdravotnických profesionálů. Podle Ptáčka a Bartůňka (2015) se medicína orientuje převážně na ceny a náklady, v určitém slova smyslu je tak „kolonizována ekonomikou“. Autoři se domnívají, že ekonomika by měla mít v medicíně roli služebnou, nikoli diktující. Proto nepokládají za šťastnou ani proměnu pacienta v klienta, jehož nároky na kvalitu poskytované péče rostou a „partnerský vztah“ se mění často ve vztah spotřebitelský. Podle Holčíka et al. (2015) nastává klíčový problém v situaci, kdy se má určit míra státní ingerence v otázce poskytování zdravotní péče. Jde o rozhodnutí, co pro zdraví svých obyvatel bude zajišťovat stát a co bude ponecháno individuální odpovědnosti jedince.

Vlády mnoha zemí se potýkají s rozporem, který existuje mezi rychlým rozvojem medicínských technologií a pomalým růstem zdrojů na jejich pokrytí. Holčík et al. (2015) konstatuje, že všechny problémy v systému péče není snadné řešit, přesto však nese stěžejní odpovědnost za zlepšování zdraví a s tím spojených úkolů vláda, která společnost zastupuje. Křížová (1998) dodává, že úspěšnost transformace závisí na společenské diskuzi, ve které by neměly chybět názory zástupců všech subjektů zdravotnického systému včetně nelékařských zdravotnických pracovníků (Křížová, 1998).

Janečková a Hnilicová (2009) považují otázky péče o zdraví v kontextu solidarity, rovnosti a spravedlnosti (např. zavedení poplatků, rušení nemocnic aj.) za vděčná

mediální témata. Právě diskuze o tom, jak budou uspokojovány potřeby občanů, zaujímají velký prostor v předvolebních setkáních. Opomíjené zůstávají otázky týkající se nedostatku všeobecných sester, pomocného ošetřujícího personálu a lékařů, tedy těch, kteří zmíněné potřeby saturují. Větší pozornost by si také zasloužila témata související se stárnutím populace, jak pečovat o dlouhodobě nemocné a snížit náklady a přetíženost akutních lůžek nebo jak poskytovat péči osobám bez přístřeší apod. Zdravotní, resp. ošetřovatelská péče představuje hodnoty, které nejsou laiky, některými zdravotnickými pracovníky ani vládami často uznávány (Janečková a Hnilicová, 2009).

Zkušenosti ukazují, že neexistuje ideální a univerzální recept jak vytvořit dokonale fungující zdravotnictví, protože současné modely zdravotnických systémů ve světě determinují historické a kulturní souvislosti. Častým jevem jsou tedy smíšené zdravotnické systémy, které ve snaze naplnit poptávku po kvalitní zdravotnické péči, jednotlivé prvky modelů kombinují (Janout, 2014).

1.3.2 Změny ve vzdělávání sester a historické souvislosti

Moderní koncepční strategie v oboru ošetřovatelství kladou důraz na rozvoj znalostí v koncepční i empirické oblasti. Základním předpokladem kvalitní ošetřovatelské péče je kontinuální zvyšování vzdělávání. Změny se tedy musí odrazit i na úrovni legislativní (Lynn a Redman, 2004). Tradiční výchova a formování studentů není dostačující dnešním potřebám. Jako problém se jeví socializace studentů na klinických pracovištích a integrace klíčových hodnot (Fisher, 2014). Proto je důležité ještě něco víc než teoretické znalosti získané vzděláním. Formování nezbytnou praxí, přítomnost vzorů a schopnost spolupráce v kolektivu. Klíčem k tomuto formačnímu procesu je schopnost studenta identifikovat standardy ošetřovatelské profese a také jeho filozofii. Očekávané změny v přístupu k výuce a učení umožní pedagogům pomáhat rozvíjet schopnost pro etické chování (Izumi, 2011).

K pochopení současného stavu ošetřovatelství je dle Staňkové (1996) potřebné znát historické souvislosti, jak se vyvíjelo vzdělávání ve vztahu k dějinám a rozdílným kulturám.

Povolání sestry procházelo dlouhodobým vývojem. Začínalo laickými postupy a dospělo až do dnešní podoby profesionální ošetřovatelské péče. O profesionalizaci ošetřovatelského povolání se začalo mluvit na konci 19. století a souviselo s činností

Florence Nightingalové, Jean Henri Dunanta a Nikolaje Ivanoviče Pirogova. Bylo ovlivněno především založením Mezinárodního červeného kříže v roce 1863, kdy české sestry mohly začít studovat v zahraničí. Odcházely do Anglie, kde byla v roce 1860 založena první ošetrovatelská škola Florenc Nightingalové. Snahu po založení školy pro ošetrovatelky podporovalo emancipační hnutí na českém území (Kutnohorská, 2010). Představitelka Ženského výrobního spolku Karolína Světlá navázala spolupráci se Spolkem lékařů českých, která vedla v roce 1874 k založení první české ošetrovatelské školy (Plevová a Slowik, 2008). Po vzniku Československé republiky v roce 1918 se tématu vzdělávání a výchovy dívek věnovala velká pozornost v parlamentu. Dcera prvního prezidenta Alice Masaryková přispěla k rozvoji činnosti Českého červeného kříže (dále ČSČK). V sociální a ošetrovatelské péči se uplatnily také její zkušenosti z USA. Prostřednictvím Amerického červeného kříže přivedla do Státní ošetrovatelské školy v Praze americké sestry a jejich vlivem se postupně zvýšila prestiž českého ošetrovatelského povolání (Kutnohorská, 2010).

V roce 1928 vznikl Spolek diplomovaných sester, jehož působnost se rozšířila o publikační činnost a o pořádání přednášek a kurzů. V meziválečném období byla zvláště cenná práce v terénu, neboť kladla důraz na samostatnost sestry. V důsledku toho charakterizují tuto dobu kompetence sester včetně jejich přijetí do ICN (Lemon 1, 1996). Ve válečných letech zasáhly do zdravotnických povolání hrůzy války. V poválečném období přispěl k obnovení ošetrovatelských škol ČSČK. Bohužel, po roce 1948 byla vzhledem ke změně politického režimu autonomie sesterského povolání oslabena. Spolek diplomovaných sester se stal součástí Revolučního odborového hnutí, a byl proto z ICN vyloučen. Také církevní ošetrovatelské školy byly zrušeny (Staňková, 1996). Po vzoru Sovětského svazu začaly vznikat střední zdravotnické školy a vzdělávání sester se změnilo (Podrazilová et al., 2016). Vznikl zákon o jednotné ošetrovatelské škole řízené ministerstvem školství. V roce 1953 přešly zdravotnické školy pod správu ministerstva zdravotnictví. V roce 1956 zahájilo svoji činnost pomaturitní studium a v roce 1960 vzniklo na Filozofické fakultě UK pětileté dálkové vysokoškolské studium a Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a Bratislavě (Kutnohorská, 2010).

Společenské a politické změny v posledním desetiletí 20. století výrazně zasáhly i oblast péče o pacienty. *"Historický vývoj nelékařských zdravotnických povolání ve druhé polovině 20. století byl ovlivněn situací v systému zdravotní péče, možnostmi*

společenské situace, legislativními opatřeními, která se pomalu prosazovala v zaběhnutém stereotypu zdravotní péče (Kutnohorská, 2010, s. 11).“ Dle Staňkové (1996) nebylo jednoduché přijmout novou roli sestry, která vychází ze zcela rozdílného pojetí ošetrovatelství. Z dřívější rutinní, submisivní a pasivní role se přechází na vyšší odbornost a samostatnost v práci sester a na humanizaci jejich činnosti.

Pro následující období vzdělávání sester byl důležitý doplňující dokument Rady Evropy z roku 1995, který na doporučení WHO stanovil kritéria pro kvalifikační přípravu sestry (Plevová, 2011). Dalším mezníkem ve 21. století byl vstup ČR do Evropské unie (dále EU), v jehož důsledku se změnila úroveň vzdělávání v oblasti ošetrovatelství (Podrazilová et al., 2016). V rámci transformace bylo důležité harmonizovat klinickou výuku ve vztahu k rozdílnosti mezi jednotlivými zeměmi EU. Větší pozornost byla zaměřena na úroveň klinického výukového prostředí a organizaci klinické výchovy. To se samozřejmě promítlo do kompetencí, kurikul a tím i nároků na vyučující a časovou dotaci pro studenty. Nové zkušenosti přinesly zejména mentorství a klinické supervize, které se nemalým způsobem podílejí na socializaci studentů na klinických pracovištích (Gurková a Zeleníková, 2017).

ČR přijala závazek k realizaci řady opatření v ošetrovatelské péči a vzdělávání sester v tomto oboru. Jedním z požadavků bylo vypracovat právní předpisy, které by řešily aktuální problémy vyplývající z rozdílnosti vzdělávání a poskytování ošetrovatelské péče v rámci EU. Ministerstvo zdravotnictví reagovalo na tyto skutečnosti a vydalo v roce 2004 metodické opatření k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetrovatelské péče s názvem *Koncepce ošetrovatelství*, která klade důraz na samostatnější a náročnější práci ošetrovatelského personálu (Pochylá, 2005).

První zásadní změnu ve vzdělávání všeobecných sester přinesl zákon č. 96/2004 Sb. „o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče o změně některých souvisejících zákonů (Plevová, 2011, s. 63).“ Po něm následuje zákon č. 105/2011 Sb., kterým se zmíněný zákon mění. Tato „malá novela“, jak bývá zákon označován, prodlužuje platnost osvědčení pro výkon povolání bez odborného dohledu na deset let a upravuje některé formy celoživotního vzdělávání (Šmídová, 2011). Za ním pak následuje zákon č. 201/2017 Sb., který opět zavádí řadu změn. Podmínkou výkonu povolání všeobecné sestry již není absolvování tříleté vyšší odborné školy, bakalářského

programu apod., ale tzv. model 4+1. Je to řešení, které vyplývá z nedostatku zdravotnického personálu především v lůžkových zařízeních (Svěráková, 2017). Autorka dále uvádí, že se personální krize tímto opatřením nevyřeší, protože trendem současné doby je získat co nejvyšší možné vzdělání. Havelková (2017) dodává, že celoživotní vzdělávání zůstává povinností, ale bude realizováno jinou formou než doposud, a to řízenou příslušným poskytovatelem zdravotní péče, jehož kvalitu ukáže čas.

Podle Gurkové a Zeleníkové (2017) je důležité určování klíčových kompetencí v přípravě studentů, které by měly reflektovat požadavky praxe. Vzdělávací systém všeobecných sester přináší výzvy k radikální transformaci a nabízí některé příklady a ukázky paradigmat, jak mohou pedagogové, mentoři usnadnit profesní růst studentů od začátečníků k profesionálům.

Fisher (2014) charakterizuje vzdělávání jako „přívál“ nových technologií, kdy je třeba sofistikovanou úroveň získaných vědeckých poznatků integrovat, dovednosti a postoje úspěšně rozvíjet. Důležité je vést studenty k tomu, aby zůstali věrní teoretickým poznatkům, odpovědnosti vůči sobě samým, stejně jako jejich pacientům a široké veřejnosti, protože sestry jsou vnímány jako poslední linie pacientovy obrany (Fisher, 2014).

Přestože paradigma ošetřovatelství koresponduje s novým směřováním oboru, je nutné mít ty správné lidi, tzn. ministry zdravotnictví, školství, financí s rozhodovací pravomocí investorů a dalších zdravotnických pracovníků, kteří utvářejí tuto zásadní oblast politiky (Shamian, 2017).

1.3.3 Boloňský proces a jeho význam ve vzdělávání sester

Systém vzdělávání a společné standardy jsou rozhodující pro regulované profese, jako je ošetřovatelství, kde výkon povolání závisí na osvojení specifických kompetencí. Tyto faktory bezesporu ovlivňují možnosti poskytovat předpisovou péči, která odpovídá současným trendům daného oboru. Změny se objevují v globálním trendu, kterým je také poptávka po vysokoškolském vzdělávání. Ošetřovatelství není výjimkou v těchto změnách, a proto se musí přizpůsobit, aby bylo konkurenceschopné na globálním trhu (Collins a Hewer, 2014).

Bendl et al. (2013) charakterizuje Boloňský proces jako nejsystematičtější a nejrozsáhlejší reformu evropských systémů vysokoškolského vzdělávání jak v obecné rovině, tak v konkrétních významných změnách. V zemích střední a východní Evropy je Boloňský proces spojen s celkovou politickou transformací a je chápán jako výsledek řady evropských konferencí. Cílem této dobrovolné iniciativy bylo vytvoření Evropského prostoru vysokoškolského vzdělávání (EHEA) a zvýšení jeho kvality, dostupnosti a přitažlivosti (Bendl et al., 2013).

Boloňskou deklaraci podepsalo v květnu 1999 jednatřicet ministrů s cílem vytvořit do roku 2010 již výše zmíněný EHEA. Skutečně byl vyhlášen na Konferenci ministrů v Budapešti a ve Vídni v roce 2010. Z Boloňské deklarace, kterou přijalo 47 ministrů, vyplynula nová struktura vysokoškolského studia. Studium bylo rozděleno na *tři stupně - bakalářský, magisterský a doktorský*. Na základě vytvoření společných metodických postupů a standardů získali jejich absolventi vědomosti a kompetence přenosné mezi jednotlivými zahraničními vysokými školami. A tak se stal Boloňský proces politicko-historickým milníkem ve vývoji ošetrovatelství (Podrazilová et al., 2016).

Boloňský proces je významná reforma vyššího vzdělávání, která dle autorů ovlivní v dlouhodobém období miliony sester v praxi, vzdělávání a výzkumu. Tato tichá revoluce, jak je některými autory nazývána, poukázala na působivé rozšíření vzdělávacích nabídek mezi jednotlivými zeměmi a kompatibilitu vzdělání všeobecných sester v rámci EU. Přes uznávané překážky, mezi nimiž lze uvést kulturní tradice, některé sociální a ekonomické faktory a dokonce i etický rozměr poskytování péče, nabízí Boloňský proces opravdovou příležitost k vytváření užších vztahů mezi zdravotnickým personálem v rámci celé Evropy. Nepochybně bude možné využít výhod nabízených programů, jako jsou Socrates nebo Erasmus. V rámci budování nových vztahů je tedy možné šířit ošetrovatelské znalosti napříč různými zeměmi a rozdílnými kulturami (Davies, 2008).

Hlavní důraz je kladen na kurikulární uspořádání, tj. na výuku orientovanou na vyšší vzdělávání, a s tím roste přirozeně i v této vzdělávací oblasti role univerzit jako důležitých mezinárodních institucí současné společnosti. Výsledkem těchto opatření jsou kosmopolitní hodnoty akademicky vzdělaných odborníků (Szolár, 2011).

1.3.4 Legislativní rámec týkající se autonomie pacienta

V proměnách času se mění vztah a přístup k pacientovi. Každý jedinec má právo činit rozhodnutí, za která nese zodpovědnost a má právo zaujímat svá vlastní stanoviska. Autonomie vůle není pouze zásadou soukromého práva, ale úcta k ní úzce souvisí s uspořádáním státu. Pojem autonomie vůle a její moderní pojetí se přisuzuje Immanuelu Kantovi. Podle jeho teorie každá osoba podléhá svým vlastním zákonům, tzn., že každý je svým zákonodárcem. Nezbytným předpokladem je existence rozumu. Je klíčovou vlastností každé osoby a základem její přirozenosti (Hurdík a Lavický, 2010). Výsledkem dlouhodobého vývoje, tedy první ústavou, která přímo zaručuje autonomii vůle jedince a staví ji nad právo, je americká ústava z roku 1787. Uvádí, že lidé jsou ochotni svá práva omezovat pouze v té míře, jak vyžaduje jejich spolužití. Teprve po druhé světové válce byl tento model v Evropě zcela přijat. Je možné konstatovat, že jednotlivci a jeho autonomnímu jednání se dostává zvláštní ochrany a v právním státě má mít vždy přednost před státní mocí (Bezouška, 2010).

V ČR nebylo možné do roku 1989 realizovat ošetrovatelskou péči stejným způsobem jako ve vyspělých zemích. Haškovcová (2015) charakterizuje předrevoluční období tím, že péče o nemocné byla podrobena lékařským rozhodnutím. Neexistoval zákon, který by zajišťoval autonomii pacientovy vůle při poskytování zdravotní péče, nebyl tedy respektován jeho názor, souhlas či nesouhlas s léčbou. Porevoluční změny v 90. letech 20. století přinesly zásadní změny v konceptu důstojnosti pacienta a odklon od paternalismu. Souběžně s demokratizací společnosti se dostal do centra pozornosti člověk jako jedinec, a v důsledku toho vznikají dokumenty deklarující jeho práva a povinnosti (Haškovcová, 2015).

Peterková (2013) uvádí, že dřívější postavení českého pacienta v systému péče o zdraví upravoval zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu, který měl dlouhodobou platnost. Teprve až zákon č. 96/2001 Sb. přináší nová medicínsko-právní východiska a mění dosavadní paradigma českého zdravotnického práva. Za nejzásadnější dokument je v tomto smyslu považována Úmluva Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o biomedicině) pod již zmíněným zákonem č. 96/2001 Sb. Úmluva o biomedicině je celá protkaná zásadou autonomie vůle jedince a stanovuje, že každý zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze na základě svobodného a informovaného souhlasu

pacienta. Cílem je zaručit každému člověku především právo na život, ochranu zdraví, osobní svobodu, důstojnost, svobodu myšlení a náboženského vyznání (Peterková, 2013).

V občanskoprávní rovině znamená Úmluva o biomedicíně pro ošetřující a pacienta přijetí „rovnocenného vztahu“. Avšak někteří autoři poukazují na všeprostopující obavu zdravotníků ze stížností pacientů a rodin kvůli nedostatečné péči či neuspokojivým výsledkům této péče. Zdravotník je často vystavován tlaku a musí řešit rozpor mezi dvěma etickými závazky: na jedné straně principem beneficence, tedy úsilím o dobro pacienta, a na straně druhé respektováním jeho autonomie (Kuře a Petru, 2015). Peterková (2013) charakterizuje Úmluvu o biomedicíně jako prostředek, který vede ke sladění obecných standardů na ochranu lidské bytosti. Vnímá ji jako posun v chápání nového postavení pacienta coby autonomní bytosti.

Autonomie pacienta a beneficence jsou jedním ze čtyř principů lékařské etiky. Dalšími dvěma principy jsou nonmaleficence a spravedlnost. Přestože nemají charakter etického kodexu, platí jako etické normy. Ptáček a Bartůněk (2015) dále zdůrazňují, že individualita pacienta ztratila ve složitých zdravotnických systémech své oprávněné místo. Aktuálním problémem je též proměna pacienta v klienta a hledání rovnováhy ve vzájemných vztazích pacient-ošetřující.

1.4 Faktory související s přímým poskytováním zdravotnické péče

Faktory související s přímým poskytováním zdravotnické péče vychází ze systému zdravotnictví, který do jisté míry umožňuje nebo naopak limituje realizování komplexní péče. Dalším aspektem poskytované péče je zavádění nových terapeutických strategií založených na nejlepších vědeckých důkazech a kultura prostředí. Autor dále podává informace o koncepčním rámci pro poskytování PCC a zabývá se otázkou, jak dosáhnout očekávaných výsledků. Je nutné začít již vzděláváním a postupně prohlubovat tyto atributy: profesionální kompetence, mezilidské dovednosti, odpovědnost k práci, schopnost vyjasnit osobní přesvědčení, hodnoty a sebevědomí (Schwind et al., 2014). Tyto atributy (tj. jasnost hodnot) vytváří předpoklad, že než budeme moci pomáhat druhým, potřebujeme nahlédnout do toho, jak fungujeme jako člověk. Sebepoznání má dle Skopalové (2014) ochranný charakter při devalvujících a zraňujících tendencích zdravotníka vůči pacientovi.

Dle Bartáka (2010) je povinnost každého zdravotnického pracovníka vykonávat zdravotnické povolání odpovědně, svědomitě a s hluboce lidským vztahem k občanům. Podle právních norem je každý zdravotník povinen vykonávat povolání v tom rozsahu a takovým způsobem, jak určuje Ministerstvo zdravotnictví, tj. řádně plnit mimořádné zdravotnické úkoly, poskytovat neprodleně první pomoc a zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání až na nezbytné výjimky, které ošetřující od povinné mlčenlivosti zprošťují.

1.4.1 Management jako faktor ovlivňující péči orientovanou na pacienta

Jedním z faktorů ovlivňujících kvalitu poskytované péče a tedy i zaměření na pacienta a jeho potřeby je přístup a odpovědnost managementu daného zdravotnického zařízení. Jednotlivé instituce jsou zpravidla závislé na svých klientech, a proto by měly rozumět jejich současným i budoucím potřebám. Úspěchem každé organizace je její systematické a transparentní fungování, aby se mohli zaměstnanci plně účastnit nových projektů a podílet se na řešení problémů. Ve vztahu k pacientovi tyto kroky ulehčují poskytování osobnostně zaměřené ošetrovatelské péče, která vyžaduje znalost vizi a cílů konkrétního zdravotnického zařízení (McCormack, 2003).

Řada poskytovatelů péče se tedy oprávněně zabývá otázkou, jaké metody se nabízejí při využití možných faktorů, které tuto péči ovlivňují. Abbot et al. (2016) považují za důležitou přítomnost facilitátorů, tedy těch osob, které by měly být vědomou součástí ošetrovatelské péče. Od funkce facilitátora se očekává preciznější identifikace překážek a dalších okolností ovlivňujících PCC. Předpokladem této funkce je nestranný přístup v rámci týmové práce a snaha o to, aby se problém, který vznikl, řešil skutečně v zájmu pacienta. Zaměstnanci jsou toho názoru, že pacienti mění své preference ve vztahu k péči a službám daného zdravotnického zařízení podle několika faktorů, které v současné době vyplývají především z globálních a environmentálních změn. V důsledku těchto změn pocítují nemocní lidé obvykle strach ze zhoršení kvality života, ba dokonce z ohrožení své existence. Proto autoři publikace charakterizují facilitátory i překážky, které je třeba vzít v úvahu při realizaci snah o zlepšení kvality zdravotnické péče. Výsledkem by měla být lepší informovanost veřejnosti o ošetrovatelských intervencích a změně kultury jednotlivých pracovišť (Abbot et al., 2016).

Keclíková (2012) vidí primární úkol managementu zdravotnických zařízení v zajištění bezpečí pacientů a v kvalitě poskytované péče. Nedílnou součástí je systém řízení rizik.

Proto MZ ČR vyvíjí některé aktivity na podporu Lucemburské deklarace z dubna 2005, jejíž význam tkví v určitých doporučeních. Efektivních výsledků může být dosaženo, až pokud pacientům podáme informace srozumitelným způsobem. Informovaný pacient je lépe vybaven pro péči o vlastní zdraví, cítí se motivován, což jej vede ke „kázni“. Sledování bezpečnosti pacientů i bezpečnosti pracovních podmínek je aktuální oblastí, která však vyžaduje lepší zapojení ošetřujících do systému vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Tuto problematiku lze také řešit ve spolupráci s pacienty a jejich blízkými a informovat je nejen o existenci eventuálních pochybení, ale i o možnostech jejich eliminace (Keclíková, 2012). Jak uvádí Brabcová (2016), vyplatí se vytvářet prostředí, kde jsou chyby využity k poučení a ne k hanbě a trestání viníků.

Patz (2014) dále poukazuje na sílu motivace a povzbuzování zaměstnanců v poskytování osobnostně zaměřené péče. Důležité je vědomě vést ošetřující osoby ke schopnosti empatie, aby mohl vzniknout terapeutický vztah. To vyžaduje sebereflexi a pozorné praktikování péče také o sebe sama jako poskytovatele péče, aby se uplatnila zkušenost bytí (being) s druhým, namísto pouhého poskytování úkonů (doing) pro něj.

Brabcová (2016) zdůrazňuje v zásadách vedení a řízení péče potřebu být vzorem pro ostatní a své vlastní nadšení umět přenést na okolí. Je nezbytné kontinuální vzdělávání, ochota přiznat chybu a hledání systémové příčiny při pochybeních, které vyplývají ze současných problémů, tj. z nedostatku sester a s tím souvisící jejich vyčerpaností. Proto je kladen větší důraz na kulturu bezpečí založenou na vzájemné důvěře zaměstnanců, na řešení nežádoucích událostí i hledání preventivních opatření.

Lusk a Fater (2013) pokládají za důležité, aby management podporoval aktivní roli všeobecných sester při zajišťování udržitelnosti změn. Měly by být zavedeny systémy k podpoře těchto postupů, aby zařízení nebyla závislá pouze na morálních zásadách určitých jednotlivců, aniž by disponovala konkrétní koncepcí. Dalším krokem je vytvoření platných a spolehlivých nástrojů na hodnocení péče orientované na člověka z pohledu klientů, rodiny a zaměstnanců, které mohou být použity při intervenčních studiích. Tyto poznatky lze využít k vývoji a testování konkrétních zásahů, které připraví organizace k „zahřátí půdy“, aby mohly být úspěšné v procesu organizačních změn (Lusk a Fater, 2013).

Lusk a Fater (2013) považují za důležité prvky v řízení a kvalitě poskytované péče zabezpečení její kontinuity, ze které mají prospěch především pacienti. Např. přechod z

jedné instituce do druhé je vnímán jako velká zátěž často doprovázená agresivním chováním ze strany pacienta. Proto je třeba dbát na přípravu, bezpečný přechod a předání důležitých informací o pacientovi. Messerli a Meichtry (2016) vyzdvihují vzájemnou spolupráci všech, kteří se na péči podílejí včetně stanovení hlavního koordinátora, člena týmu, který zodpovídá za minimalizaci nežádoucích dopadů na pacienta včetně nedorozumění mezi pečujícími.

Proto by snahy managementu, jak doplňuje Kendall-Raynor (2010), měly vést k vytvoření vhodného prostředí pro změny vzhledem k osobnostně zaměřené péči tak, aby mohla být postupně integrována do systému. Některé nemocnice dělají odvážné kroky k naplnění snu o péči zaměřené na pacienty. Např. v Anglii, nadační státní nemocnici v Birminghamu, dostávají sestry v rámci tohoto projektu nové uniformy, které by vrátily „roky zpět“. Nebyly obnoveny pokrývky hlavy, ale byly znovu zavedeny bílé manžety. Nejvýše postavené sestry nosí purpurové šaty nebo tuniky, ostatní mají uniformy v různých odstínech modré. Uniforma se zavádí jako součást vize, kterou nemocnice má, zdůraznit sesterské poslání a orientaci na pacienta. Dalším krokem, udává Kendall-Raynor (2010), který management nemocnice učinil, bylo založení vlastní vzdělávací fakulty jako součásti pětiletého plánu rozvoje pracovní síly. Fakulta má oddělení ošetrovatelství, porodnictví a lékařství a nabízí pro své zaměstnance škálu vzdělávání od nejnižšího stupně až po doktorský (Ph.D.) výzkum. Podpora personálu spočívá dále ve snaze efektivněji využívat klinických dovedností či předložit a rozvinout portfolio vzdělávacích programů, které jsou validovány a akreditovány externími poskytovateli vzdělávání. Děkan fakulty říká, že vzdělávací fakulta byla založena pro podporu sestrám a dalším zaměstnancům státní nemocnice k dosažení klinické dovednosti a kompetence pro zajištění bezpečné, efektivní a vysoce kvalitní péče o všechny. Fakulta stojí na obchodním modelu oblíbeném ve Spojených státech, který spojuje vzdělávání přímo s organizací, kterou korporace potřebuje. Záměrem je spojit rozvoj vzdělání s klinickou praxí a výsledky organizace. Fakulta bude stavět na probíhajících iniciativách, které zlepší standardy státní nemocnice. Státní nemocnice má vlastní nástroje měření kvality, jichž se každé oddělení musí držet a sestry dostávají zpětnou vazbu, jak tyto standardy splňují (Kendall-Raynor, 2010).

Často diskutovaným tématem v PCC je personální zabezpečení pracoviště, tj. práce v krizovém režimu. Také Rosemond (2009) se zabývá kulturou bezpečnosti ve zdravotnických zařízeních. Navzdory četným klinickým a regulačním iniciativám ke

zlepšení kvality ošetrovatelské péče přetrvávají závažné problémy. V národní studii z roku 2007 bylo zjištěno, že z 1,7 milionu obyvatel žijících v pečovatelských domech byla 17% z nich poskytnuta péče, která způsobila vážné zranění někdy dokonce i úmrtí pacienta. Autor konstatuje na základě případových studií, kolik času a vyjednávání investovaly některé nemocnice, aby vytvořily prostředí, jež by podporovalo péči zaměřenou na osobu. Úkolem managementu je lépe koordinovat snahy o tuto péči a v rámci zvýšení kultury více podporovat na pracovišti flexibilitu, vzájemnost, transparentnost a sdílenou přítomnost (Rosemond, 2009).

1.4.2 Leadership

Jedním z faktorů, které mají dopad na osobnostně zaměřenou péči, je role a angažovanost vedoucích pracovníků. Leadership je prostředkem nezbytným pro vedení každého týmu. Je dovedností, kterou je možné se naučit. Každý vedoucí pracovník by měl být kompetentní osobou, která má srozumitelnou vizi a vede důležité kroky k naplnění jasně definovaných cílů. Pokud aktivně spoluvytváří prostředí, v němž se daří povzbuzování, důvěře a pozitivnímu přístupu k zaměstnancům, pak vzrůstá i efektivnost v péči o pacienta. Vytvářením partnerských vztahů založených na pověřování získají zaměstnanci pocit, že je jim důvěřováno, a jejich participace na řešení problémů nabývá nové, kvalitní motivace (Kabelka, 2017).

Dle Jarošové et al. (2015) spočívá role leadershipu v podpoře a realizaci změn v klinické praxi. Styl manažerského vedení ovlivňuje poskytování péče, a to výběrem vhodné strategie. Mezi největší bariéry, které brání zavádění doporučených klinických postupů, patří skutečnost, že všeobecné sestry nemají dostatek pravomocí k tomu, aby se zavedená praxe změnila. Dalšími překážkami jsou nedostatek času, nedostatečná administrativní podpora, omezená nebo obtížná komunikace s lékaři, dostupnost vzdělávání aj. Na nesnáze při zavádění změn v institucionálních podmínkách poukazují také Crandal et al. (2007). Nedílnou součástí vedení zaměstnanců je zajištění jejich vzdělávání. Autoři popisují výzkum, při němž byl použit konzultační model koučování. Výzkum ukázal, že přidání pokročilých praktických konzultací pro všeobecné sestry je důležité při efektivním převodu vědeckých poznatků do praxe. Realizační tým věřil, že mnohostranný přístup včetně vzdělávání, konzultací a rozvoje iniciativ změní kvalitu péče, sníží devalvací pacientů a zároveň zabrání syndromu vyhoření či fluktuaci zaměstnanců. Vztahy mezi ošetřujícími a rodinami školenými v péči zaměřené na

člověka byly podpořeny využitím řady zážitkových cvičení, vedených zaměstnanci z externí pomocné firmy. Účastníci tohoto výzkumu také absolvovali školení v motivačním rozhovoru jako metodě přispívající ke změně chování. Motivační rozhovory obvykle slouží k tomu, aby přesvědčily jednotlivce o změně životního stylu, a pomáhají mu při vypracování akčního plánu v souladu s jeho vlastními hodnotami a prioritami. Setkávání mělo motivovat vedoucí pracovníky k využívání motivačních pohovorů hlavně při jednání s těmi členy týmu, u nichž se projevuje jistá rezistence vůči organizačním a praktickým změnám vyžadovaným na podporu péče zaměřené na člověka. Účastníci dostali čas, aby se učili a vzájemně se podporovali. Na těchto setkáních neprobíhala žádná formální hodnocení, úkolem zúčastněných týmů bylo odpovědět na základě získaných zkušeností na konkrétní otázky (Crandal et al., 2007).

1.4.3 Hodnotový systém sestry

Dynamické změny oboru ošetrovatelství mohou mít nemalý vliv na sociální identitu sester stejně jako na vnímání spokojenosti ve zvolené profesi. Jsou tedy faktory, které ovlivňují jak její hodnotový systém, tak i chování k pacientovi. Významnými pojmy ve vztahu k vyznávaným hodnotám všeobecných sester v práci jsou morálka a etika. Oba pojmy úzce souvisí s hodnotovou orientací člověka. Zvláště u pomáhajících profesí je kladen důraz na vysoké morální standardy a etické jednání (Haškovcová a Pavlicová, 2013).

Hodnotový systém je představován nejdůležitějšími myšlenkami oboru (např. úloha sestry, celostní chápání člověka, vztah sestry-pacient). Vlastnosti sester pak vychází z filozofického chápání ošetrovatelství. Jestliže je filozofie láska k moudrosti, pak by mělo být ošetrovatelství láskou k lidem. Adamczyk (2008) podává vysvětlení významu slova ošetrovatelství: kořen slova ošetrovatelství – „šetřiti“ podle staročeského slovníku znamená hledět na koho, dbát na co, mít ohled na koho a dodává: „*Je to oblast, kde se v nejhumnějším slova smyslu má v péči o druhé spojovat moudrost a ohleduplnost, jakož i odborná znalost, aktivní zájem, moderní technologie zachraňující život, duševní vnímavost, manuální zručnost, umění komunikace, práce s emocemi a kulturní a myšlenkový nadhled* (Adamczyk, 2008, s. 11).“

McCormack (2003) doporučuje pro práci sester, aby svou profesionální prezentaci zaměřenou k pacientům „zjemňovaly“ a více se snažily hledat kompromis v situacích, kdy není dosaženo kongruence. Pro sestry je stále nezvyklé, aby pacientovi předkládaly

své vlastní názory na situaci, aby se mohl po jejich zvážení sám rozhodovat. Zatímco preference pacienta by měly převládat, hodnoty prezentované sestrou mohou jeho rozhodování ovlivnit. Ve vztahu mezi sestrou a pacientem je zvláště důležité, aby sestra své hodnoty jasně formulovala zejména tam, kde se střetávají s hodnotami pacienta. Jestliže sestra s pacientem skutečně spolupracuje, pak by nic nemělo vyjádření těchto hodnot bránit. Naopak zveřejnění jejích hodnot může pacientovi pomoci, aby pochopil vyjednávací pozici sestry, a nabídnout mu alternativní pohled na vlastní volbu s ohledem na prostředí, ve kterém se oba nacházejí (McCormack, 2003). Corazziny a Anderson (2014) vnímají právě prostředí, ve kterém je péče poskytována, za největší potenciál, který dokáže zprostředkování péče zaměřené na osobu buď podpořit, nebo omezit. Sestra musí sladit nejen konkurující hodnoty své a pacientovy, ale i hodnoty organizace, proto má prostředí nemalý vliv na její postavení a vyjádření hodnotové orientace. Sestry nemohou svobodně plnit morální povinnosti vůči pacientovi bez toho, aby zvážily profesní a organizační dopady. Samy mohou pouze příležitostně přijmout vynucenou volbu. Základní morální problém sester v současném ošetrovatelství je, že zatímco se od nich očekává zapojení do autonomního rozhodování, je jim často právě potřeba reprezentovat morální autoritu odpírána (Corazziny a Anderson, 2014).

Kromě hodnotové orientace sestry existují dle Plevové (2011) i další důležité aspekty, které ovlivňují autonomní rozhodování sestry, a to např. interpersonální vztahy, organizační systém, rozložení moci a schopnost organizace tolerovat změny a tendence oboru. Adamczyk (2008) vidí inovativní praktiky v podobě nových myšlenkových strategií jako pozitivní, jen zůstává v řadě případů neochota učit se novému nebo něco změnit (Adamczyk, 2008). Vědci, kteří studují komplexitu, nazývají tento typ problémů adaptivními výzvami, tj. výzvami, pro něž neexistují žádná současná řešení a nelze je řešit pouhým užitím technické expertízy (Corazziny a Anderson, 2014).

Jak se péče zaměřená na osobu vyvíjí, tím více se stává vědou celostního ošetřování a uměním. Specializovaná praxe celostního ošetřování se vyznačuje sebereflexí, která přináší sestřím hlubší pochopení pro to, co je základem zdraví. Když sestry přistupují k osobnostně zaměřené péči se sebereflexí a bytím s pacientem, objevují skutečnosti, které až dosud nedokázaly pochopit nebo si je neuvědomovaly. Celostní péče vylučuje jakoukoliv izolaci, a jak napovídá termín, vše spojuje v jeden celek. To, co pacienti tolik potřebují, je nejen léčba, ale rovněž soucit a hlubší lidský vztah ošetřujícího. I když nedokáží tuto potřebu vyjádřit, cítíme ji. Tímto terapeutickým přístupem jsou

celostní sestry výjimečné. Umění poskytovat komplexní péči se nabízí všem sestřám, ale ne každá si je osvojí. Vyžaduje, aby sestry kombinovaly získané vědomosti s náležitými osobními postoji (Drick, 2014). V tomto smyslu vyznívá i názor Farkašové (2010), která vnímá hodnotu sestry podle toho, jak je schopna nejen uplatnit své odborné znalosti, ale také vyjádřit empatii a náklonnost. V péči o nemocné proto zdůrazňuje tři neoddělitelné součásti ošetřovatelství, kterými jsou *moudrost, láska a srdce*.

Hodnota sestry je dána také mírou humanisticko-altruistického systému hodnot, vytvářením pocitu víry a naděje, citlivostí vůči sobě a ostatním, pěstováním vztahu pomoci a důvěry, vyjadřováním pozitivních a negativních pocitů, tvůrčím řešením problémů v procesu péče, transpersonálním učením, podporou fyzického, společenského a duchovního prostředí, pomocí při uspokojování potřeb a zřetelem k existenčním fenomenologicko-duchovním silám (Lusk a Fater, 2013)). Tyto principy vyjadřuje Jean Watsonová mezi roky 1975 a 1979 ve svém modelu humanistické péče na základě svých vlastních pozorování. Její nadějí v té době bylo, že tento model a teorie s ním spojená by mohly pomoci k uznání ošetřovatelství jako důležitého samostatného vědního oboru. Teorie humanistické péče má být i cestou k nalezení společného jazyka sester z celého světa (Lusk a Fater, 2013). J. Watsonová se domnívá, že ošetřovatelství má filozofické základy i ve fenomenologii. Péče o člověka zahrnuje hodnoty pečujících, vůli, závazek péče, znalosti a pečující jednání. „*Podpora humanisticko-altruistických hodnot v naší denní praxi pomáhá překročit ošetřovatelství ze stavu, kdy je chápáno jako „jen práce“, do stavu „láskyplné profese (Scholz a Tóthová, 2010, s. 34).*“ Autoři Lusk a Fater (2013) hovoří v souvislosti s J. Watsonovou o významu její teorie, která by mohla přispět k hlubšímu průzkumu a realizaci PCC.

Hodnoty uznávané sestrou jsou ovlivněny znalostí procesu ošetřovatelské péče a uvědoměním si vlastní hodnoty. Ošetřovatelská profese musí být schopna proaktivně a efektivně sdělit hodnotu ošetřovatelské péče. To předpokládá individualizovanou ošetřovatelskou péči a tím i individuální zodpovědnost sestry za konkrétního nemocného (Staňková, 1996).

1.4.4 Terapeutický přístup ošetřujících

Podstatný význam má v PCC vztah mezi pacientem a jeho ošetřujícím. Partnerství, které je zdůrazňované v nedirektivním přístupu C. Rogerse, vnáší do vztahu k pacientovi novou kvalitu a stává se základním faktorem ovlivňujícím tuto péči. Jeho primárním aspektem je vhodně zvolená komunikace, tzv. metoda aktivního naslouchání, inspirovaná Rogersovou koncepcí (Matoušek, 2013). Tato osobnostně zaměřená péče upoutala zájem ošetřovatelství i dalších zdravotních disciplín a je považována za pomoc při poskytování kvalitní péče (Schwind et al., 2014).

Sestry musí být schopny vytvářet jedinečný vztah k pacientovi a porozumět jeho očekáváním. Toho lze docílit poznáním autentických hodnot dané osoby. Pozornost sestry se zaměřuje na jedinečný způsob bytí a umožňuje oběma – pacientovi i sestře, aby měli takový pečovatelský vztah, jaký mít chtějí, a který je vhodný. Podle provedených výzkumů to znamená, že tužby, přání a potřeby pacienta jsou srozumitelnější na pozadí jeho celého života. Z toho důvodu překračuje orientovanost na osobu tradiční ošetřovatelské intervence týkající se jídla a pití, hygieny, bdění nebo spánku, ale zdůrazňuje se vnímání pacientových vyšších potřeb. Např. pocit jistoty mu může sestra poskytnout, dá-li mu pocítit sounáležitost s ním, což klade zvýšené časové nároky na péči, zvláště v její kontinuitě (McCormack, 2003).

Crandal et al. (2007) se zabývají úsilím o osobnostně zaměřenou péči v době rekonvalescence dlouhodobě nemocných. Oregonská zdravotnická a vědecká univerzita a státní zdravotnická agentura, která dohlíží na péči o dlouhodobě nemocné pacienty, spolupracovala s devíti zařízeními dlouhodobé péče. Každé z nich realizovalo péči zaměřenou na člověka. V rámci této koncepce vyvinula a implementovala specifika při běžných činnostech, jako je koupání pacientů, stolování nebo účast na ergoterapii tak, aby bylo zajištěno maximální pohodlí pacienta. V závěrečném hodnocení byly zaznamenány významné změny ve třech zařízeních. Čtyři zařízení provedla pouze dílčí změny a dvě dosáhla minimálního pokroku. Tato zařízení se lišila především stávající kulturou na pracovišti, řídicími postupy a zapojením zaměstnanců včetně jejich motivace (Crandal et al., 2007).

Olsen et al. (2017) zdůrazňují efektivitu používání nefarmakologických intervencí, které jsou při hospitalizacích často opomíjeny. Vedle nich je důležité zajištění mobilizace, komunikace, jakož i zabezpečení odpočinku a spánku. Některé studie na JIP dle autorů

ukazují, že mnoho pacientů má fyzické, emocionální a kognitivní problémy. Např. potřeba spánku a odpočinku může být špatně vyhodnocována. Tzv. „postelový odpočinek“ zastiňuje hodnotu odpočinku skutečného, který souvisí s cirkadiánními rytmy a v procesu zotavení zastává důležité místo. Kromě případných komplikací specifických pro dané onemocnění se vyskytují psychosociální obtíže. Některé z těchto komplikací zahrnují zhoršenou paměť, špatnou koncentraci, halucinace aj. Účastníci studie považovali za rozhodující přítomnost ošetřujícího personálu, který je schopen komunikovat a opakovaně pacienta informovat. Studie rovněž přináší zajímavé poznatky, které se týkají překonávání jazykových bariér v rámci migrace, zahraničních stáží apod. Závažný nedostatek všeobecných sester totiž vede k přijímání zahraničních pracovních sil. Několik pacientů vyjádřilo obtíže v komunikaci se zahraničními ošetřujícími, kteří postrádají potřebné jazykové znalosti (Olsen et al., 2017).

McCormack (2003) nabízí ozřejnění konceptuálního rámce péče zaměřené na pacienta následujícím případem. Pacient byl přijatý kvůli rehabilitaci po zlomenině levé stehenní kosti. Jednalo se o romského pacienta, pro něhož je svoboda a nezávislost prioritou. Personál v místní nemocnici hodnotil přístup pacienta jako komplikovaný, protože odmítal spolupracovat. Vrchní sestra si tedy položila klíčové otázky: „Kdo je tato osoba? Jaké informace musíme mít, aby ošetření bylo efektivní?“ Prostřednictvím otázek a odpovědí zjistila, co je základní hodnota pro pacienta, tj. osobní svoboda a nepodřizování se autoritě, a zároveň pacientovi sdělila, co je základní hodnota pro ni, tj. sebeurčení, čestnost a domluva. Spolu se dohodli na plánu péče. Vrchní sestra a pacient vypracovali smlouvu o tom, jak budou spolupracovat, a tato smlouva byla zapsána do plánu péče. Ošetřovatelský plán obsahoval podrobnosti o době a způsobu fyzioterapie, souhrn psychosociálních aktivit k usnadnění návratu do komunity a program samostatnosti při užívání léků. Ačkoliv se v předchozím zařízení objevil mezi pacientem a ošetřujícími nesoulad, společně vytvořený plán péče přispěl k jeho odstranění. Pacient se zúčastňoval pravidelných hodnocení svého případu multidisciplinárním týmem, a tak cítil, že je do rozhodnutí týkajících se péče o něj plně zapojen (McCormack, 2003).

Lein a Wills (2007) upozorňují, že ve snaze maximalizovat efektivitu péče bývají někdy dialogy s pacienty realizovány s nadměrným úsilím a pod tlakem. Pro získávání pacientů je zvládnutí komunikačních dovedností významné, ne-li nezbytné. Ony mohou přispět k vzájemnému pochopení mezi ošetřujícími a pacienty, v tom jsou

nezastupitelné. Důležitost komunikačních dovedností obzvláště vyvstává při zvládání náročných setkání s pacienty, jak ukazuje následující příklad 55 letého pacienta s anamnézou diabetes mellitus 2. typu, hypertenzí, obezitou a počínající depresí. Na konzultaci přichází pozdě, a poslední dvě schůzky dokonce vynechal. Při vstupu do místnosti je cítit alkohol a tabákový kouř. Schůzka plánovaná na 15 minut je kvůli jeho zpoždění redukována na 10 minut. Co teď? Takové scénáře se vyskytují v ordinacích běžně a představují pro personál četné výzvy, neboť i ve ztížených podmínkách musí zajistit vysoce kvalitní a efektivní péči. Článek popisuje vědecky ověřenou strategii rozhovoru, která přispívá k efektivnímu průběhu podobných složitých setkání. Je založena na vybraných kognitivních behaviorálních technikách. Stanovuje konkrétní kroky setkání včetně vymezení rolí. Vysvětluje pacientovi situaci a vyjadřuje respekt např. slovy: „chápu, vážím si, rád bych Vám pomohl ...“ (Lein a Wills, 2007).

Potřebnou dovedností sestry k zvládání výše uvedených situací je efektivní vytrvalost. Konkrétní ošetrovatelský model péče o pacienta, který je naplněn úctou k daru života přináší Wiedenbachová v modelu „Umění pomoci“. Její teorie vychází z filozofického názoru, jenž respektuje hodnotu a autonomii člověka. Model je založen na předpisové teorii, kdy práce sestry vychází nejen z intuice, ale také ze záměrného jednání. Wiedenbachová se domnívá, že ošetrovatelská péče má být poskytována podobně jako mateřská péče a jako ona má podporovat (Pavlíková, 2006).

1.5 Faktory dané subjektem pacienta a jeho okolím

Jedinečnost každého člověka je ovlivněna především mezilidskými vztahy a to zejména těmi, které jsou nejbyťostnější. Tavel (2007) charakterizuje tři základní závislosti člověka – orgánovou, sociální a závislost na řízení, která je dána vývojem osobnosti, způsobem zvládání života i případných konfliktů.

Pacientovo pojetí nemoci vychází z několika faktorů daných jeho subjektem, tj. ze schopnosti přijmout nemoc a být aktivní na cestě k uzdravení. Souvisí to s jeho vlastní zkušeností a představou o průběhu nemoci i připraveností čelit zátěžovým situacím (Mareš a Vachková, 2011).

Kim (2006) se zamýšlí nad poznatky a zkušenostmi z oblasti lidského zdraví a zdravotní péče ve vztahu k subjektivnímu vnímání a schopnosti svobodné volby. Ošetrovatelství je za poslední dvě desetiletí plně filozofických výkladů, teoretických návrhů a výzkumů

založených na existencialismu a fenomenologii. Obě filozofie se zabývají existenčním obsahem života – rolí vědomí i otázkám zkušeností. Myšlenky autorky modelu lidského bytí R. Parse vychází z Rogersova pojetí člověka a existenciální fenomenologie, která byla představována především autory Heideggera a Husserla (Kim, 2006). R. Parse charakterizuje člověka jako celistvou otevřenou bytost a zdraví jako otevřený proces zkušeností ovlivněný tvorbou „rytmických vztahů“. Je to dáno vztahem k univerzu i vztahem k nejbližšímu okolí. Pro pečující to znamená pochopení různých protikladů v chování pacienta, kolísáním mezi otevřeností a uzavřeností, mezi souhlasem i nesouhlasem apod. Pro spolupráci s ošetřujícími je důležité, zda se pacient dokáže přizpůsobit i nejistotám života a najít v každém stádiu nemoci smysl lidského bytí. Parse posuzuje lidi jako nedělitelné, nepředvídatelné, neustále se měnící bytosti, které nejlépe chápou své zdraví a hodnotí kvalitu vlastního života. Centrální fenomén ošetrovatelství vychází ze tří hlavních předpokladů – smyslu, rytmu a transcendence. Vzhledem k tomu, že člověk je bytost plná paradoxů, učí se s nimi žít a hledá jejich význam. Zdraví tedy není konstantní stav – opak nemoci, ale spíše neustálý proces a cíl našeho snažení (Pavlíková, 2006).

Zdraví pokládáme za podstatný faktor kvality života, ale kupodivu, jak dokládají i někteří významní autoři, nezaručuje smysluplnost bytí. Nicméně v určitém rozsahu je důležitou hodnotou k rozvíjení plnosti života (Frankl et al., 1997).

1.5.1 Faktory ovlivňující rozhodování pacienta

"Etika potřebuje kompetenci získávat dílčí informace. Nikdo nemá sám přehled o celku. (Messerli a Meichtry, 2016, s. 48)."

Messerli a Meichtry (2016) se zabývají otázkami autonomie vůle pacienta jakožto faktoru ovlivňujícího přístup k pacientovi a péči o něj. Projevování vůle pacienta souvisí s vymezením hranic – do jaké míry může být léčba pro pacienta užitečná, do jaké míry může být naopak neprospěšná a zda je využití personálních a finančních zdrojů adekvátní a spravedlivé. Každé etické rozhodnutí s sebou nese řadu otázek, proto je důležité zapojit do rozhodování všechny, kdo se na péči o pacienta podílejí, tj. vedení dané instituce, lékaře, ošetrovatelský úsek, rodinné příslušníky, duchovní, ev. dobrovolníky. Záležitostí organizačního rozvoje instituce je cílené zavádění etického poradenství, zřizování etických komisí a jejich jasné organizační zakotvení. Vedoucí management má kompetence kvalifikovat členy etických komisí a zajistit odpovídající

vzdělání. Od jejich členů se očekává citlivost k morálním otázkám, flexibilita a komunikativní dovednosti.

Doležal (2011) popsal některé faktory, které ovlivňují rozhodování pacienta a znevýhodňují jeho postavení. Zdravotní péče je často poskytována ve vypjatých situacích a vlivem stresu pacient nevnímá vše, co mu bylo sděleno. Lékař je pro pacienta autoritou především kvůli společensky uznávané pozici a přinášené pomoci při akutních potížích, nikoliv pro přesvědčivost jeho argumentace.

Kuře (2016) vnímá autonomní roli pacienta ve schopnosti přijmout uváženou volbu jiné osoby na základě rozvážného a citlivého sdělení. Lékař se však může dostat do situace, kdy musí jednat bez předešlé komunikace s pacientem. Například jedná-li se o urgentní záchranu života. Koncept autonomie pacienta je tedy v konvenčním prostředí komplikovanější než v nekonvenčním, což je dáno projevy nemoci. Autonomie pacienta tedy může do jisté míry „překážet“ ve výkonu ošetřujícího, který musí zachovat postup *lege artis*.

Ptáček a Bartůněk (2015) se rovněž zamýšlejí nad rolí pacienta v našem zdravotnickém systému. Od dob Hippokratových byl pacient považován za trpícího člověka, kterému je zapotřebí pomáhat. Autoři nezpochybňují partnerský model péče ani nároky pacienta na jeho práva a spolurozhodování. Jsou ošetřující, kteří ctí ideál Hippokratovy tradice a preferují starost o život svěřených pacientů před jejich individuální svobodou. Přesto se autoři domnívají, že je potřebné zřetelněji vymezit roli pacientů a prohlubovat v nich důvěru, která by zmírnila hrozbu jejich „diktátu“, ke které nezřídka dochází. Je nutné uvážit, do jaké míry je podobné chování pacientů způsobené např. ztrátou společenské pozice, bolestí a do jaké míry k němu přispívá autoritativní chování personálu (Ptáček a Bartůněk, 2015).

McCormack (2003) vnímají autonomní roli pacienta v kontextu pacienta trpícího. Schopnosti pacienta rozhodovat jsou za těchto okolností podstatným způsobem omezeny vlivem rozvíjející se úzkosti a možných regresivních sklonů. Svobodné rozhodování nemůže být tedy absolutní, proto zdravotní péče vyžaduje, aby pacienti byli chráněni před škodlivými důsledky své vlastní volby tak, aby zůstala zachována žádoucí kvalita života. Existující důkazy zdůrazňují převahu rutinních a ritualizovaných praktik především v péči o staré lidi, jejichž názory a pocity se neberou v úvahu. Rolí

ošetřujících je dát pacientovi maximální příležitost, aby byl schopen autentického rozhodnutí (McCormack, 2003).

Messerli a Meichtry (2016) poukazují v souvislosti s autonomií pacienta na stále rostoucí požadavky. Např. pomoc ve stáří je méně ovlivňována rozhodnutími „života a smrti“. U starších a chronicky nemocných pacientů se etické otázky týkají každodenní péče a vyžadují etické poradenství. Příkladem jsou např. témata jako neklid, podávání sedativ, používání omezujících prostředků, efektivní léčba bolesti, rozhodnutí o výživě na konci života, aktivizace pacienta proti jeho vůli aj. Autoři uvádí, jak jednají poskytovatelé zdravotní péče např. ve Švýcarsku. Každodenní raporty zaměstnanců jsou určeny k prodiskutování důležitých otázek ošetrovatelské péče, včetně podpory rodin pacientů. Garancí kvality individualizované péče je povinnost každé instituce zajistit výcvikové kurzy, které by odpovídaly aktuální problematice přístupu ze strany ošetřujících.

Autonomie pacienta, jak udává Lusk a Fater (2013), je na základě analýzy konceptu PCC jedním z kritických atributů koncepce ošetrovatelství, dalšími jsou pečující postoj ošetrovatelů včetně jejich individuálního přístupu k pacientům.

1.5.2 Problematika stárnoucí populace

Problematika stárnoucí populace přináší zdravotníkům a poskytovatelům zdravotnické péče řadu etických i ekonomických otázek. Stáří je důležitou součástí lidského života. Protože bývá spojováno s pasivitou, závislostí a poklesem životní úrovně, je vnímáno převážně jako součást nepříjemná a negativní. Vzhledem k tomu, že se projevuje u každého člověka jinak, bývá označováno jako fenomén (Haškovcová, 2010). Dle Topinkové (2005) přestává být stáří výsadou několika šťastných, neboť se ještě nikdy v historii nedožilo vlastního stáří tolik lidí. Navzdory pokroku medicíny a úrovni poskytované péče shledáváme, že je zatíženo polymorbiditou a s tím spojenou nesoběstačností a zhoršením fyzické zdatnosti (Topinková, 2005).

Kalvach (2005) poukazuje, jak ve srovnání s vyspělými zeměmi u nás stále přetrvávají ve vztahu k seniorům předsudky a myšlenkové stereotypy. Laická i odborná veřejnost vnímá zvláštnosti zdravotní problematiky seniorů a také rozdíly v jejich potřebách. Rozlišuje ty, kteří od zdravotnictví nevyžadují nic, od méně zdatných, kteří potřebují péči, jež ale v nejlepším případě neklade vysoké finanční nároky. Odborná veřejnost

používá termíny diskriminační a humanizační demedicalizace. *Diskriminační (agismus)* souvisí s omezenou dostupností služeb, *humanizační* naopak poukazuje na sporné vyšetřovací a léčebné metody, které ne vždy respektují přání či psychosociální aspekt pacienta.

Problémem je rovněž ošetřování seniorů ve vztahu k jejich specifickým potřebám. Pro rozvoj kvalitní geriatrické péče je nutné uznat existenci další početné skupiny, a to osob křehkých (frail). Tyto osoby jsou dekompenzovány ve smyslu polymorbidity a narůstajícího deficitu sebezpečí (Kalvach, 2005). Ptáček a Bartůněk (2015) také považují křehké seniory za ohrožené a rizikové pacienty. Nejsou vždy ošetřujícími pochopeni a řada diagnostických a léčebných výkonů je prováděna zbytečně, protože je špatně vyhodnocen pacientův stav. Ztráta soběstačnosti vede často ke ztrátě autonomie, integrity a posléze k riziku manipulace ze strany ošetřujících a jejím následkem je ztráta důstojnosti. Aby se zabránilo těmto nežádoucím jevům, je zapotřebí včasná diagnostika, erudovaný personál a specificky upravený režim, který by zabránil iatrogennímu poškození ve stáří (pády, inkontinence, zmatenost apod.). Otázkou je, kolik odborníků a laiků je ochotno připustit křehkost a vlastně i reverzibilitu geriatrických dekompenzací. Geriatrická medicína má charakter nejen preventivní, diagnostický a léčebný, ale také rehabilitačně rekondiční, paliativní a v neposlední řadě též ošetřovatelský (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Další rizikovou skupinou, jak uvádí Pokorná et al. (2013), jsou závislí senioři s disabilitou a funkčním deficitem, kteří jsou méně mobilní a potřebují stálou péči. Poslední kategorií jsou zcela závislí (total dependent) senioři. Řadíme sem seniory s těžkým mentálním deficitem a rozvinutým imobilizačním syndromem. Tito lidé jsou dlouhodobě upoutáni na lůžku a často ohroženi na životě. Tzv. imobilizační syndrom je pro ošetřující a poskytovatele zdravotnické péče spojený s vysokými nároky na ošetřovatelský proces i náklady vynaloženými na léčbu (Pokorná et al., 2013).

Návrh řešení – prevenci imobilizačního syndromu předkládají zaměstnanci (lékaři, sestry, fyzioterapeuti) z Nottingham University Hospital Trust (sdružení). Ošetřující se snažili řešit problematiku imobilizačního syndromu zcela konkrétními kroky pod názvem „PJ paralýza“. Ve snaze podporovat samostatnost a soběstačnost pacientů, zabránit celodennímu setrvání na lůžku, začali zdravotníci aktivitami, které spočívaly ve zcela jednoduchých intervencích (např. oblékání pacientů do osobních šatů,

doprovázení do aktivizační místnosti nebo do jídelny apod.). Zapojení příbuzných a přátel pacientů, včetně zpestření programu bylo součástí této malé nemocniční kampaně, která byla propagována kromě zmíněných aktivit různými obrázky a plakáty na danou problematiku (Mckew, 2017). Dle Patz (2014) se právě konkrétními kroky otevírá energetický terapeutický vztah, který zakoušejí obě strany, a tato zkušenost je často proměňuje. Jmenovanými aktivitami se dá často zkrátit i doba hospitalizace. Kalvach (2005) dodává, že v opačném případě se tito pacienti při obvyklé multimorbiditě stávají „plujícími pacienty“, kterých se žádný z klasických oborů nechce ujmout. „Černý Petr“ tak obvykle zůstává interním oddělením.

Podle Holmerové (2017) se dlouhodobě nemocným pacientům na klasických nemocničních odděleních nedaří příliš dobře. Rizikovou skupinou jsou pacienti s demencí. Proto je v koncepci geriatrické péče počítáno s dostupností geriatrické konziliární služby v nemocnicích. Autorka je toho názoru, že by se zlepšila kvalita poskytované následné péče, která je zdravotníky i veřejností vnímána jako nedostatečná. Bohužel standardní oddělení i oddělení následné péče nedisponují dostatkem ošetřujícího, především pomocného personálu. Nedostatek personálu na těchto odděleních vychází z kalkulace „lůžkodne“ a minimálního personálního obsazení, které nezohledňuje právě omezenou soběstačnost většiny pacientů. Orientovat se v uvedené problematice není jednoduché, protože následná péče, která často navazuje na kvalitní péči akutní je redukována na nezbytné minimum (Holmerová, 2017).

Buron (2009) konstatuje, že tradiční medicínsky zaměřené prostředí může být pro pacienty s demencí zvláště stresující. V porovnání s osobami bez demence mají více než pětinasobné riziko institucionalizace. Když tito pacienti vycítí, že jejich individuální potřeby jsou přehlíženy, mohou reagovat narůstající agresí a rušivým chováním, které někdy vede k paternalistickým postojům ošetřujících. Projevy autority ošetřujících mohou vést k prohloubení depresivních stavů pacientů, které se pak řeší podáváním psychofarmak. Tyto skutečnosti mají negativní vliv i na samotné zaměstnance, nežádka se projevují frustrací a syndromem vyhoření. Rostoucí výskyt demencí je tedy výzvou pro ošetřující s tradičním poskytováním péče a vede k zamyšlení nad alternativními přístupy i využitím nových trendů v oboru ošetřovatelství (Buron, 2009).

Ze všech těchto faktů vyplývá mimořádná závažnost sesterské práce. A protože je sestra povolána k vyhledávání a uspokojování potřeb pacienta, je základním prostředkem

k jejich dosažení umění komunikovat. U starých lidí to znamená, vyhnout se oslovením typu „babi“, „dědo“, tedy přílišné familiérnosti a zachovávat opatrnost ve volbě slov. Zachovat pacientovu důstojnost znamená respektovat jeho rozhodnutí, i když okolnosti nedovolují je naplnit (Haškovcová a Pavlicová, 2013).

Podle Eriksona (2015) potřebuje každá osoba k přežití důvěru a do jisté míry naději. Tato naděje ve stáří často ustupuje zoufalství, které plyne z postupné ztráty vlastních schopností, desintegrace a pozbývání důstojnosti. Touha po autonomii trvá do posledního dechu. Jestliže ji ti mocnější (lékaři, sestry) nerespektují, i když mají pravdu, provokují u pacientů často pocit vzpurnosti. Jak je vidět, péče o geriatrické pacienty má mnoho hledisek. Haškovcová (2010) podobně jako již citované autorky označuje za problematickou institucionalizaci a lékovou politiku, která s ní do jisté míry souvisí.

Plechátá a Halačová (2018) informují o provedených analýzách, kterými bylo zjištěno nadměrné podávání léků, méně pak nedostatečná léčba. Rizika souvisela s dávkováním léků a nevhodné interakce (Plechátá a Halačová, 2018). Např. ve Švédsku ve snaze snížit užívání léků zavedli národní standardy kvality péče o seniory s demencí a k těmto účelům zřídili Národní registr těchto osob. Jak uvádějí autoři, v některých zařízeních se podařilo snížit úrazovost o 78% a užívání neuroleptik na 50% (Kalvach et al., 2014).

Určitá východiska z této „lékové politiky“ přináší nefarmakologický management. Řada zahraničních empirických výzkumů poukazuje na účinnost nefarmakologických přístupů v péči o pacienty (např. validace, kinestetická mobilizace, smyslová aktivizace), které jsou důležitou součástí managementu demencí. Aby se daly tyto metody v praxi uplatnit, je nezbytný patřičný zájem ze strany poskytovatelů péče, náležité vzdělávání personálu i podpora pečujících rodin (Holmerová et al., 2009).

S ohledem na zmíněnou problematiku se v současné době stává diskutovaným tématem s diagnostickým a léčebným charakterem medicínské specializace anti-aging medicína. Jejím cílem je dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu člověka s důrazem na zpomalení procesu stárnutí. Základní význam má prevence a individuální léčba zacílená na dysfunkční vzorce zdraví, které stárnutí provází (Mlčoch, 2008).

Programy WHO a multikauzalita uvedených skutečností vede k řadě reforem zdravotní péče. Proto členské země evropského regionu Světové zdravotnické organizace prochází přechodnou fází, ve které se mění distribuce finančních prostředků určených na

zdravotní péči. Finanční náročnost je spojována především s institucionalizací, a proto je jedním z důvodů preferování terénních služeb (Kozáková, 2011).

1.5.3 Participace komunity

Předpokladem pro realizaci ošetrovatelské péče zaměřené na potřeby pacienta je zajištění její kontinuity. Jednou z možností, jak ji uskutečnit, je rozvíjet komunitní ošetrovatelství. Koncepce ošetrovatelství definuje komunitní péči jako mimoústavní organizovanou činnost, která je zaměřená na jednotlivce, rodinu nebo skupinu obyvatel (Pochylá, 2005).

Jarošová (2007) označuje za důležitý mezník pro rozvoj komunitního ošetrovatelství Almaatskou deklaraci z roku 1978. Demografické změny (stárnutí populace aj.) a ekonomické faktory daly podnět k posílení primární péče, která reaguje na současné potřeby společnosti, skupin i jednotlivce. Také evropská konference ve Vídni (1988) pořádaná WHO zdůraznila význam a participaci komunity. Ze závěrů konferencí vyplývá potřeba rozvíjení ošetrovatelské služby, která by vycházela z koncepce primární péče. Komunitní ošetrovatelství není novou formou ošetrovatelské péče mimo instituci, jen nebylo od meziválečného období rozvíjeno vlivem fenoménu medicinalizace a institucionalizace. Až po roce 1989 se začíná v ČR rozvíjet významná součást komunitního ošetrovatelství, kterou je domácí péče. Avšak do vzdělávání sester se dostává až s platností zákona č. 96/2004 Sb. (Jarošová, 2007).

Obdobně Kozáková (2011) považuje komunitní péči za jednu z priorit WHO. V ČR je tato péče specifikována ve Věstníku MZ 2006 (463/2004 Sb.) v těchto specializacích: komunitní sestra v domácí péči, komunitní sestra v péči o rodinu, komunitní sestra v péči o seniory a komunitní sestra v prevenci pracovních rizik. Otázkou však zůstává, v jakém rozsahu je v naší zemi realizována.

Joo a Huber (2013) zdůrazňuje důležitost komunitní péče na základě provedených výzkumů. Například chronické nemoci včetně kardiálních onemocnění, diabetu nebo onkologických onemocnění vedou u stárnoucí populace k opakovaným hospitalizacím. V USA představují 75% z 2 bilionů dolarů vynaložených na zdravotnictví. Byla tedy zavedena nová politika, jejímž cílem je „postihovat“ nemocnice s vysokou mírou opakovaných příjetí.

Dle Kalvacha et al. (2014) je komunitně rozvíjená komplexní péče nepostradatelná a je protihráčem specializované medicíny. Podobně Joo a Huber (2013) varují před absencí odpovědné péče v komunitním prostředí a upozorňují na rizika fragmentované péče. Aby komunitní péče získala jistou teoretickou oporu, byl v USA vytvořen program přechodné péče v komunitě, který v roce 2011 zahájil nábor a financování komunitních organizací s cílem nabídnout účinnější přechodnou péči a snížit opětovnou hospitalizaci tam, kde to je možné. Nepůjde tedy o pouhé epizodické ošetřování chronického onemocnění, ale o dlouhodobě koordinovanou péči. Kvůli snížení nákladů na zdravotní péči jsou pacienti v rámci svých komunit trvale integrováni. Řešení problematických situací vyžaduje spolupráci většího počtu institucí a vytvoření Case managementu jako efektivního nástroje. Kromě USA přijaly tuto strategii také další země, např. Velká Británie, Austrálie, Kanada a Japonsko. S těmito novými koncepcemi by se měli seznámit vedoucí pracovníci a „tvůrci“ politiky (Joo a Huber, 2013).

Další výzkum, jak uvádí Joo a Huber (2013), je založen na spolupráci s pacienty v komunitní péči. Každý pacient popisoval své základní aktivity v každodenním životě (ADL) i aktivity vyžadující větší míru samostatnosti (IADL). Výsledky jsou mimo jiné užitečné při určování, které ošetřovatelské intervence je třeba použít. Provedené studie ukazují, že po jednom roce sledování starších pacientů v komunitě se ADL a IADL v kontrolní skupině zhoršily, zatímco ADL a IADL u osob v intervenční skupině se zlepšily.

Ošetřující v komunitní péči přebírají roli *advokáta*, tj. zajišťují pacientovi ochranu, i roli *pedagoga*, tzn., podílejí se na vzdělávání a výchově ke zdraví. Beneš (2014) charakterizuje tři základní funkce, které se uplatňují při vzdělávání dospělého člověka. Jedná se o funkci socializační, tj. *vytváření sociálních a psychických podmínek* pro přípravu na výkon v sociálních rolích, *výchovnou*, tj. systém utváření osobnosti a osvojování si určitých sociálních pravidel, a *vzdělávací*, tj. přenos kulturních obsahů, informací, poznatků, zručností, návyků a kompetencí potřebných pro uplatnění v praxi. Autoři zdůrazňují, že člověk může posílit osobní identitu jen s přispěním vlastního úsilí a námahy. Je však důležité ho na jeho cestě podporovat a doprovázet (Beneš, 2014).

1.5.4 Spolupráce s rodinou pacienta

Častým a diskutovaným faktorem ovlivňujícím péči o pacienta je spoluúčast rodin a jeho blízkých. Zapojení rodiny a přátel, integrace a koordinace je jedním z rozměrů komplexní péče, protože vytváří pouto solidarity a generační kontinuity. Spolupráce není jednoduchá, protože i blízcí pacienta potřebují poradenství a někdy i péči. Podle autora se vyskytují stížnosti příbuzných na frustrující jednání ze strany zdravotníků (Kabelka, 2017).

Pokorná a Juřeníková (2011) také poukazují na důležitost posílení ošetrovatelské péče participací pacientovy rodiny. Je však třeba mít na zřeteli, že spolupráce s rodinou přináší neřídka konfliktní situace. Zdravotníci si stěžují buď na malý zájem členů rodiny, nebo naopak na nadměrnou péči a úzkostlivost. Vítaným postojem vůči zdravotníkům je submisivní chování rodiny. To by ovšem nemělo vést k autoritářskému postoji zdravotníků a vyčlenění pacientovy rodiny z role pečovatele. Vždy je nezbytné zjistit, zda se rodina chce na péči podílet a jakým způsobem. Předpokladem zdařilé spolupráce je vzájemný respekt a vymezení hranic mezi zúčastněnými stranami.

Otázky spolupráce ošetrujících s pacientovou rodinou jsou aktuální zvláště v době, kdy dochází k neefektivním výkonům a nadměrné hospitalizaci s neudržitelným růstem nákladů. Česká republika se ocitá na rozcestí a hledá vhodnou strategii, která by systematicky podporovala stárnutí doma s pomocí pacientovy rodiny nebo v komunitě (Kabelka, 2017).

Poskytovatelé zdravotní péče, její spotřebitelé a výzkumní pracovníci stále pracují na vývoji a zavádění nových modelů péče, které zásadně mění styl, jakým přemýšlíme o službách dlouhodobé péče a způsobu jejich poskytování. Autoři to popisují jako proces změny kultury, díky kterému se dlouhodobá péče soustřeďuje více na jednotlivce a na kultivaci mezilidských vztahů než na pouhé úkony. Pro změnu této kultury je PCC klíčovým pojmem. Je celosvětovou filozofií a péčí, o kterou se opírá nejen gerontologické ošetrovatelství. Vyžaduje, aby zdravotní pracovníci plánovali péči s jednotlivci, kteří potřebují každodenní pomoc, a poskytl pomoc takovým způsobem, že se klienti cítí ocenění a respektováni a neztrácejí se v úkonech pečování. Důraz péče je tedy kladen na životní podmínky a kvalitu života jak je definuje sám jednotlivec (Crandal et al., 2007).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zmapovat faktory ovlivňující péči orientovanou na pacienta ze strany ošetřujících i managementu z různých zdravotnických zařízení.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak je chápána péče orientovaná na pacienta ošetřujícím personálem?
2. Jak je realizována péče orientovaná na pacienta v různých institucích?
3. Jaká je spolupráce ošetřujících s managementem v souvislosti s péčí orientovanou na pacienta?
4. Jaké faktory ovlivňují péči orientovanou na pacienta?

2.3 Operacionalizace pojmů

PCC (Patient centered care) – „na pacienta orientovaná péče“ je charakterizována poskytováním zdravotní péče a podpůrných služeb při řešení individuálních potřeb pacientů s ohledem na kulturní tradice a rodinnou situaci. Tento koncept péče je chápán jako nástroj, který zohledňuje hodnoty a osobní preference pacienta, jež by měly být ošetřujícími pravidelně aktualizovány. Schéma konceptu PCC je součástí Přílohy č. 4 (Pelzang, 2010).

Autonomie vůle – autonomii vůle lze definovat jako právo pacienta na sebeurčení (Peterková, 2013).

Management v ošetrovatelství – znamená řízení ošetrovatelské péče na jednotlivých organizačních úrovních (Plevová, 2012).

Ošetrovatelský management – znamená vedení ošetrovatelského procesu, který sestra plánuje a vykonává na nejnižší organizační úrovni (Plevová, 2012).

Nefarmakologické intervence sestry – intervence, které jsou poskytované pacientovi mimo rámec farmakologických prostředků. Mohou být lékařem ordinované i plně v kompetencích sestry. Např. komunikace, basální stimulace, metoda validace a další (Holmerová et al., 2009).

Standard jako míra potřeby – vyjadřuje úroveň a míru saturace pacientových potřeb. Standard pro uspokojení lidských potřeb závisí nejen na odborné připravenosti, ale také na empatickém cítění a morální úrovni poskytovatelů péče (Šamánková et al., 2011).

3. Metodika výzkumu

3.1 Popis metodiky práce

Téma diplomové práce „Faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta“ souvisí se zkušenostmi všeobecných sester i jejich pohledem na současné tendence ošetrovatelství v kontextu s názory odborníků na danou problematiku. Proto je empirická část diplomové práce provedena metodou kvalitativního šetření. K volbě kvalitativního výzkumu přispěl i fakt, že PCC je pojmem v našem prostředí méně známým. Ke sběru dat byla zvolena technika hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturované rozhovory mají za cíl získat ucelené a podrobné informace o zkoumané skutečnosti. Jedná se o časově náročnější metodu, kdy zjištěné skutečnosti nelze zobecnit. Avšak tato forma rozhovorů umožňuje analýzu zkoumaných skutečností tak, aby mohly být odhaleny základní nedostatky v péči orientované na pacienta (Švaříček a Šed'ová, 2014).

Šetření bylo realizováno během května a června r. 2018. V jeho první fázi byla oslovena určitá náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, zda souhlasí s provedením výzkumu v jejich zařízení, dotaz zůstal bez odezvy. Následně byla oslovena ředitelka postgraduální vzdělávací instituce. Po seznámení s cílem práce, metodikou výzkumu a výzkumnými otázkami vyjádřila souhlas a podporu k výzkumnému šetření. Souhlas s uskutečněním výzkumného šetření je součástí příloh (Příloha č. 2). Vzhledem k ochraně osobních údajů je celý záznam souhlasu k výzkumnému šetření k nahlédnutí u autorky práce.

Výzkumný soubor tvořilo jedenáct respondentů – všeobecných sester s rozdílným stupněm vzdělání, v různém pracovním zařazení a délkou praxe (viz tab. 1). Podstatným kritériem při výběru výzkumného souboru byl čas a ochota respondentů spolupracovat. Dalším kritériem bylo vytvořit soubor respondentů s rozdílným pracovním zařazením, tj. sestry, které pracují v manažerské funkci (staniční a vrchní sestry) a směnné sestry. Osloveno bylo celkem 30 respondentů, avšak rozhovor poskytlo pouze 11. Vzhledem k teoretické saturaci odpovědí již další respondenti nebyli osloveni.

Seznámení respondentů s důvody prováděného výzkumného šetření proběhlo vždy na začátku každého rozhovoru. Respondenti byli rovněž ujisti o zachování anonymity v rámci analyzování a zpracování dat v této diplomové práci. Rozhovory se všeobecnými sestrami byly prováděny na základě 20 otázek (Příloha č. 1), které vycházely ze

stanoveného cíle práce a výzkumných otázek. V jejich průběhu byly kladeny doplňující otázky. Každý rozhovor trval přibližně jednu hodinu a byl prováděn v diskrétním prostředí vzdělávací instituce. Rozhovory byly zaznamenány písemnou formou – doslovným přepisem (Příloha č. 6, CD záznam).

K podrobnější analýze získaných rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování – „papír a tužka“, jejíž ukázka je součástí příloh (Příloha 3). Společné kódy byly zpracovány do myšlenkového schématu (viz Příloha 5) a následně kategorizovány do 7 hlavních kategorií a 3 podkategorií (Švaříček a Šed'ová, 2014).

Ke zpracování teoretické části diplomové práce byly použity jak nejnovější dostupné zdroje, tak i zdroje starší, vzhledem k odkazům na primární zdroje (např. historický exkurs do PCC). Sběr dat probíhal od října 2017 do července 2018. První část rešeršní činnosti byla provedena Národní lékařskou knihovnou v Praze. Další rešeršní činnost probíhala samostatně v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů a v Moravské zemské knihovně v Brně, a to v online katalozích včetně elektronických databází, např. ProQuest, EBSCOhost, PubMed.

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Základní výzkumný soubor tvořilo 11 respondentů – všeobecných sester (žen) ve věkovém rozmezí 24-58 roků. Označení respondentek je v tabulce označeno písmenem „R“ a dle pořadí ve výzkumném šetření jim náleží i číselné označení „R1-R11“. Respondentky se lišily pracovním zařazením, stupněm vzdělání, specializací a místem svého zaměstnání. Jednalo se o 6 směnných sester, 4 staniční a 1 vrchní sestru. Bližší identifikační údaje sester jsou zaznamenány v tabulce 1. Sestry u lůžka (směnné sestry) jsou od staničních a vrchní sestry v tabulce rozlišeny barevným označením. Rozsah výzkumného souboru byl stanoven na základě teoretické nasycenosti odpovědí respondentů a ochotou ke spolupráci. Celkem bylo osloveno 30 všeobecných sester, avšak pouze 11 z nich bylo ochotných rozhovor poskytnout.

Tab. 1 Identifikační údaje sester

Respondent	Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe ve zdravotnictví	Oddělení na kterém respondent pracuje	Pracovní zařazení	Motivace k práci na daném oddělení
R1	48 roků	Bakalářské	30 roků	Lázeňská péče	Všeobecná sestra	Práce v místě bydliště
R2	58 roků	Magisterské	37 roků	Interní oddělení	Vrchní sestra	Krátce před důchodem
R3	38 roků	PhDr. v ošetrovatelství	20 roků	Ortopedická ambulance a pedagogická činnost	Všeobecná sestra	Osobní naplnění
R4	25 roků	Vyšší odborné	3 roky	Interní oddělení	Všeobecná sestra	Neměla dostatečnou představu
R5	38 roků	Magisterské	20 roků	Traumatologie, perioperační péče	Staniční sestra	Osobní naplnění
R6	46 roků	Magisterské	22 roků	ARO - onkologická klinika	Staniční sestra	Osobní naplnění
R7	47 roků	Středoškolské, ARIP	29 roků	ARO - onkologická klinika	Všeobecná sestra	Smysluplná práce
R8	34 roků	Bakalářské	15 roků	Léčebna dlouhodobě nemocných	Staniční sestra	Osobní naplnění
R9	49 roků	Bakalářské	19 roků	Jednotka intenzivní péče, interní oddělení	Všeobecná sestra	Práce v místě bydliště
R10	39 roků	Magisterské	15 roků	Jednotka intenzivní péče, interní oddělení	Staniční sestra	Osobní naplnění
R11	24 roků	Bakalářské	2 roky	Interní oddělení	Všeobecná sestra	Práce v místě bydliště

Zdroj: vlastní

4. Výsledky

Předkládaná data obsahují názory a zkušenosti všeobecných sester v návaznosti na faktory, které ovlivňují péči orientovanou na pacienta nebo jsou její překážkou. Tato data plynou z cíle práce a výzkumných otázek a jsou následně kategorizována. V souvislosti se zjištěnými údaji bylo vytvořeno 7 hlavních kategorií a 3 podkategorie, které byly podrobeny analýze.

4.1 Seznam kategorií pro rozhovory

Kategorie 1 Chápání pojmu PCC

Kategorie 2 Realizace PCC

Podkategorie 2.1 Zátěž administrativou

Podkategorie 2.2 Kontinuita péče

Kategorie 3 Úloha managementu

Kategorie 4 Přístup sester

Kategorie 5 Role pacienta

Podkategorie 5.1 Zapojení rodiny pacienta

Kategorie 6 Vzdělávání sester

Kategorie 7 Kompetence sester

Kategorie 1 Chápání pojmu PCC

V této kategorii jsme se dotazovali respondentek na znalost definice – pojmu „na pacienta orientované péče“. Z jejich odpovědí je patrná míra informovanosti o tomto konceptu i určitá **rozdílnost v jeho chápání**, což dokládají následující odpovědi čtyř respondentek (R2, R10, R3, R8), které se s tímto **pojmem ještě nesetkaly**. R2: *„Neznám pojem PCC, dokážu si představit, co je holistická péče.“* R10: *„Myslím, že jsem tuhle formulaci nikdy neslyšela, ale představuji si, že je to péče, kde je ve středu pacient a ten určuje a do jisté míry ovlivňuje, co se s ním bude dít, kdy bude vstávat, kdy se bude koupat. Ale má představa zahrnuje aktivního pacienta, který ví, co chce. A není to jen o vztahu sestra-pacient, ale celý tým, který se o pacienta stará, tzn. lékař, sestra, sanitář, fyzioterapeut, duchovní péče, dobrovolník.“* R3: *„Přesnou definici jsem neslyšela, ale představuje si jí jako individuálně zaměřenou péči.“* Respondentka R8 ze svých dlouholetých zkušeností zaměřuje pozornost pouze na výkon: *„Takovou formulaci jsem ještě nikdy neslyšela. Na standardních odděleních funguje péče jako továrna – napsat a podle toho, kolik máte času udělat.“*

PCC jako celostní přístup, **bio-psycho-socio-spirituální jednotu**, charakterizovaly dvě respondentky: R1: *„Respektuje všechny složky jeho bytosti.“* R2: *„Bio-psycho-socio-spirituální jednotu.“*

Ve dvou případech chápaly respondentky pojem PCC ve spojení s **komplexní péčí**. R1: *„Je to péče, která přistupuje k pacientovi komplexně.“* R8: *„Komplexní péče. Mám zkušenosti, že to respektují v hospicových zařízeních.“*

Pro ostatní respondentky (R4, R9, R11, R6, R7, R5) byl pojem PCC spojován s pacientovými potřebami. Respondentce R4 připadá tato péče naprosto samozřejmá, což je patrné z reakce na samotnou otázku: *„Úplně nerozumím otázce, každá péče je přece orientovaná na pacienta, na konkrétní potřeby, které pacient v daném stavu vyžaduje.“* Podle respondentky R9 je rozdíl, zda se ošetřující orientují na pacienta nebo na jeho nemoc. R9: *„Je to péče, která vychází ze skutečných potřeb, tak jak je chce pacient, určitě ne, co chce lékař, sestra, zdravotnický aparát.“* Respondentka R11 poukazuje i na duchovní potřeby pacientů: *„Péče, kterou potřebuje pacient v rámci svých potřeb. Například potřeba duchovní sounáležitosti – zajistím možnost zpovědi u lůžka pacienta.“* Respondentka R6 se více přibližuje definicím. PCC spojuje nejen se zaměřením na potřeby pacienta, ale rozšiřuje jeho vymezení i působení za rámec

medikamentózní léčby: *„Péče orientovaná na všechny potřeby pacienta. Kromě odborné práce a podávání léků, ošetrovatelská činnost, přistupovat k pacientovi s dostatečnou empatií, přizpůsobit komunikaci jeho aktuálnímu stavu.“* Podobně R7 definuje PCC jako péči orientovanou na potřeby pacienta a současně i na jeho problémy, když říká: *„Péče přizpůsobená danému pacientovi, jeho problémům a potřebám.“*

Se zaměřením na potřeby pacienta spojuje pojem PCC také R5, která ve srovnání s ostatními o tomto konceptu již slyšela: *„Termín jsem už slyšela. Péče orientovaná na potřeby pacienta. Ušitá na míru konkrétního pacienta.“*

Kategorie 2 Realizace PCC

Do kategorie o realizaci PCC patří posouzení jejího uskutečňování sestrami, které pracují na různých pracovištích. Ať se jedná o akutní, následnou nebo lázeňskou péči s přihlédnutím k různým aspektům péče, a to včetně nároků, které klade na ošetřující personál. Respondentky byly dotazovány, jak je realizována PCC na jejich pracovišti, a kde jsou podle jejich názorů největší nedostatky v jejím poskytování.

Respondentka, která pracuje v lázních, považuje za hlavní cíl ošetřujících klientovu spokojenost. R1: *„V lázních se snažíme, aby ve středu zájmu byl spokojený klient.“* Další dvě respondentky (R5, R6) mají zkušenost s přednostním postavením pacienta. R5: *„Ve fakultní nemocnici máme dobré zázemí, máme dostatek možností komplexní péči poskytovat. Mám pocit, že pacient je u nás na prvním místě. Myslím, že velký problém je na standardních odděleních.“* Respondentka, která pracuje na onkologické klinice, poukazuje na přednosti akreditovaného pracovišti R6: *„Péče o pacienta je na našem oddělení i v naší nemocnici na vysoké úrovni.“*

Respondentka R7 chápe realizaci péče orientované na pacienta jako **speciální péči** kvalifikovaných sester, kterou poskytují: *„Provádíme např. basální stimulaci, máme i kvalifikované sestry.“* Stejně tak dvě respondentky (R1, R6) poukazují na důležitost nefarmakologických metod a jejich využití, pokud to okolnosti umožňují. R1: *„Bylo by vhodné využít i nefarmakologické přístupy, tyto metody ale vyžadují patřičné znalosti.“* Respondentka, která pracuje na oddělení ARO, poukazuje na důležitost včasné pomoci pacientům s postupným odvykáním od umělé plicní ventilace. R6: *„U nás je kladen důraz na nefarmakologické přístupy kvůli např. weaningu, abychom se vyhnuli*

nadměrnému podávání sedativ. Proto se snažíme v rámci možností komunikovat s pacientem a jeho rodinou, když to jde.“

Z následujících konstatování je patrné, že se vyskytují i upozornění respondentek na některé potíže v realizaci PCC, mezi jejichž hlavní faktory patří **nedostatek personálu** a s tím související **nedostatek času**. V tomto smyslu se vyjádřila většina respondentek (R10, R11, R1, R2, R3, R4, R7, R8). R10: *„Taková péče se musí uskutečňovat v týmu, ale na akutním lůžku interního oddělení nemáme časové možnosti. Musíme zvládnout požadavky toho dne, co se týká medikace a vyšetření a někdy na vyhovění individuálních požadavků není dostatečný prostor. V tomto směru nám hodně pomáhá souhra lékařů, sester a sanitářů a také ostatní pomocné skupiny jako psychoterapeutky, duchovní péče a v neposlední řadě dobrovolníci. Pak vlastně můžou být potřeby pacienta dostatečně naplněné a uspokojené. Bez těchto lidí mimo základní lékařsko-ošetrovatelský tým si nedokážu představit a bez nich by to ani nešlo.“* R11: *„Péče na interním oddělení o pacienty by mohla být určitě lepší, ale nedostatek personálu péči snižuje. Litáte od pacienta k pacientovi, záchranky vám vozí příjem za příjmem, nevíte, kde vám hlava stojí, jen se modlíte, ať je všechno v pořádku, a ne konec směny.“* **Péče orientovaná na potřeby pacienta** je především ta, kterou vykonávají sestry **samostatně, i bez indikace lékaře**, ale na kterou nezbyvá potřebný čas, jak uvádí respondentka R1: *„Využití nefarmakologických přístupů vyžaduje hlavně čas na jejich realizaci. Všechno asi komplikuje málo personálu.“* R2: *„Komplexní péče je pro nedostatek času neuskutečnitelná. Mám pocit, že pracujeme na krizový management. Všichni dělají práci všech.“* R3: *„Myslím si, že v ambulanci je péče zaměřená na pacienta, ale vzhledem k časovým možnostem nemůže být komplexní a v nemocnici, kde jsem pracovala, byla orientovaná jen na výkon.“* Nedostatek personálu může být i **příčinou pochybení**, jak popisuje respondentka R4: *„Jsou zvýšené nároky na sestru. Sestra nemá čas na pacienty. Snaží se dělat vše co nejrychleji, aby stihla udělat vše, co musí za svoji směnu zvládnout. Proto je zde zvýšené riziko k udělení chyb, které mnohdy vedou ke stížnostem. Práce bez sanitárek, místo pár slov Lexaurin. Máme hodně ležících pacientů a není čas na krmení, nejednou došlo k aspirační pneumonii.“*

Další respondentky upozorňují na úskalí, které přináší požadavky na kvalitní a bezpečnou péči. Pacient se svými potřebami však může zůstat v pozadí. R6: *„Není prostor na to, jak by se to mělo skutečně udělat, aby pacient dostal to, co potřebuje.“* R7: *„Pokud mám jednoho pacienta, mám dostatek času. Pokud mám ale pacientů více,*

jde těžko dát pacientovi víc než je ordinace lékaře.“ R8: „Pokud můžu mluvit za naši nemocnici, tak je u nás nejdůležitější dokumentace a rychlost, doktoři upřednostňují rychlé sestry. Kdo se víc zdržuje u pacienta, je z kolektivu do jisté míry vyčleněný.“ Problémy v poskytování PCC mají podle jedné z respondentek hlavně lůžková zařízení a pacienti se specifickými potřebami. R1: *„Největší nedostatek je u starších pacientů, kteří leží na lůžkových částech nemocnic a u starších klientů postižených např. demencí. Místem, kde sestra má možnost ošetrovatelský proces plánovat, realizovat a hodnotit, je komunitní péče, ta zatím podle mě nefunguje. Pozitivní vidím rozvoj hospicové péče, kde se pojímá člověk jako celistvá bytost a pak možná na ARO, kde má jedna sestra na starosti jednoho pacienta.“*

Podle respondentky R9 je hlavní bariérou uskutečnění PCC orientace na nemoc a splnění všech ordinací: *„Péče je podle mých zkušeností orientovaná především na potřeby lékaře a na nezákladnější potřeby pacienta. Lékařské a patientské potřeby se v době technické a odlidštěné medicíny stále více rozcházejí. A ošetrovatelství, které je zcela ve vleku lékařů a jehož kompetence jsou okleštěné, se stává stejně odlidštěným jako medicína.“* Podobně se vyjadřuje i respondentka R7: *„Mám zkušenost, že samostatná práce sestry o potřeby pacienta nemá prostor, musím respektovat rozhodnutí lékaře.“*

Podkategorie 2.1 Zátěž administrativou

V rozhovorech s respondenty jsme se snažili zjistit, jaké faktory jsou překážkou v přístupu orientovaném na pacienta. V souvislosti s realizací PCC se 8 respondentek z 11 dotazovaných vyjádřilo k problematice administrativního přetížení, proto je této problematice věnována následující podkategorie.

Respondentky shodně vypověděly, že nárůst administrativy vyžaduje čas, který pak schází u pacienta. Názor respondentky R1 poukazuje na nebezpečí, že péče orientovaná na pacienta se někdy může schovávat za spoustu předpisů a definovaných postupů. R1: *„Ošetrovatelství se potýká s velkým nárůstem administrativy. Klade se na ni zvýšený nárok, zvláště teď s GDPR. Dodržet všechny předpisy standardů při ošetřování je ale pak na úkor pacienta.“* R4: *Mnohdy se stávalo, že jsme pacienty za den viděli minimálně kvůli velkým množstvím ordinací lékaře a psaním papírů.“*

Přetíženost administrativou vede některé sestry k rutinní práci, jak uvádí respondentka R2: „*Sestry vyplňují formuláře, aby vyplnily pouze papír. Ošetřovatelská dokumentace by měla být sjednocena, protože rozdíly mezi nemocnicemi jsou velké. Myslím si, že by to pomohlo i při zaučování sester na jednotlivých odděleních, hlavně by se ušetřil čas.*“

Akreditovaná pracoviště mají vysoké nároky na kvalitu a bezpečí poskytované péče. Zvýšené požadavky působí i větší zatížení zaměstnanců a jejich pozornost je zaměřena na úkony, které by neměly být prioritou, jak uvádí respondentka R6: „*Jsme akreditované pracoviště, což bohužel obnáší i velmi důkladnou a někdy i duplicitní dokumentaci. A bohužel čas věnovaný papírům je ten, který pak schází u pacienta. Sestra nemá čas zabývat se s pacientem víc, než je nutné. A vadí mi stále narůstající administrativa, ve které se už nikdo neorientuje.*“ Další respondentky upozorňují na důsledky nadměrné administrativy, které zastírají skutečné potřeby pacienta. R8: „*Další negativum je nárůst administrativy. Pokud můžu mluvit za naši nemocnici, tak je u nás nejdůležitější dokumentace.*“ R7: *Stále více administrativy na úkor péče.* R9: „*Určitě nebyla nikdy tak složitá dokumentace a tolik psaní, pacient je schovaný za dokumentací.*“ R10: „*Je potřeba se taky vrátit od papírů k pacientovi.*“

Podkategorie 2.2 Kontinuita péče

PCC je péče, která je koordinovaná, tzn. návaznost je jejím předpokladem. Každý pacient má v proměnlivých fázích svého onemocnění rozdílné potřeby. Proto jsme se v této podkategorii respondentek dotazovali, jak vnímají ve své práci kontinuitu péče.

Dvě (R7, R8) z 11 respondentek považují za kontinuální péči uspokojování pacientových potřeb nejen při hospitalizaci, ale i po propuštění, když tvrdí: R7: „*Je to péče od příjmu až po propuštění do domácí péče.*“ R8: „*U nás v nemocnici máme velkou podporu sociálních pracovníků, které se právě věnují pacientům, kteří potřebují při propuštění zajistit např. kompenzační pomůcky.*“ Na druhé straně má tato respondentka i opačnou zkušenost, která je dána spoluprací s jinými poskytovateli zdravotní péče. R8: „*Myslím si, že by měla být větší návaznost hlavně mezi akutními lůžky a následnou péčí. Z mých zkušeností z praxe je dost zarážející, když přijímáme pacienty z nemocnice vzdálené 35 km na následnou péči a za dva dny je objednaný do té samé nemocnice, odkud přichází na vyšetření. To mi přijde vůči pacientovi značně neohleduplné.*“

Tři respondentky (R4, R2, R10), které pracují na interním oddělení, mají **negativní zkušenosti** při propouštění pacientů domů. Uvádí, že selhává předání pacientů jejich rodinám s následným zhoršením pacientova stavu. R4: *„Kolikrát se stalo, že se pacient po pár dnech vrátil znovu zpět k hospitalizaci a ještě v horším stavu. Měla by se zlepšit komunikace s rodinnými příslušníky, nemají dostatek informací o možnostech následné péče.“* R2: *„Myslím, že by se mělo více myslet na propuštění pacienta, co dál? Tzv. plánované propuštění, které by mělo už od počátku hospitalizace být zahájeno.“* R10: *„Na interním oddělení je často problém začít včas řešit sociální situaci pacientů a hledat vhodnou péči, která bude navazovat na hospitalizaci.“*

Respondentka R2 nachází **nedostatek souladu** v činnosti personálu: *„Myslím, že pacienti postrádají určitou kontinuitu, chtěli by mít jednoho lékaře, který léčbu řídí, a ostatní to respektují.“*

Problematiku kontinuity péče vnímají i další respondentky (R6, R2, R7, R4). Poukazují na problém navazující péče o pacienty s **chronickým onemocněním**. R6: *„Kontinuita péče je problém. Když se z akutního pacienta stane chronický, je bohužel velmi častá otázka kam dál. Je potřeba posílit domácí péči a pracovat na komunitní péči.“* R2: *„Chybí kvalitní následná péče a neznáme ani význam slova komunita, jak by vlastně měla komunitní péče vypadat.“* Úskalí v kontinuitě péče vnímá i respondentka, která pracuje na onkologické klinice oddělení ARO. R7: *„Z mého pohledu bych viděla největší nedostatek umírání onkologických pacientů na ARO lůžkách. Pacienti v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Nebo víme, že léčba je vyčerpána. Tak bych jim přála klidné umírání na standardních odděleních, v hospici nebo nejlépe doma, než na ARO lůžku napojených na přístrojích.“* Na problematiku starých pacientů reaguje respondentka, která pracuje na interním oddělení. R4: *„Také mi vadí, že zachraňujeme staré pacienty, o které se nikdo nechce starat, nebo přijímáme pacienty z domovů pro seniory, nechtějí žít a my jim nutíme jídlo a léky, které už ani vlastně nechtějí.“*

Ve smyslu **pozitivní zkušenosti** s kontinuitou péče se vyjadřují tři respondentky (R3, R5, R1), které mají zkušenosti z vlastního pracoviště. Respondentka R3 hodnotí, jaká je návaznost péče v soukromé odborné ambulanci: *„Na naší ambulanci kontinuita funguje. Pomáháme rodinám při hledání návazné péče.“* Perioperační péče vyžaduje přesnost, a proto klade důraz na důsledné předávání informací. R5: *„U nás návaznost funguje,*

předávání informací je víceméně bez problémů.“ Respondentka R1 pracuje v lázeňské péči a z tohoto hlediska kontinuitu péče posuzuje: *„Vzhledem k tomu, že v našem zařízení máme překlady z lůžka na lůžko po TEP kyčle a kolena, vnímám v tomto případě návaznost péče jako standardní.*“ Respondentka R11 má jak dobré tak negativní zkušenosti. Rozlišuje kvalitu kontinuální péče podle toho, kde se péče pacientovi poskytuje: R11: *„Jak kterou ošetrovatelskou péči. V rámci hospice a místní LDN velice pozitivně. Domov pro seniory už trochu hůře. A péči v domácím prostředí jak kdy, někdy se stará perfektně, jiný vůbec a vrací se k nám pacient v zanedbaném stavu.*“

Kategorie 3 Úloha managementu

Správné fungování ošetrovatelské péče je výrazně ovlivněno přístupem a odpovědností daného poskytovatele zdravotní péče včetně vedoucích pracovníků. V této kategorii nás zajímalo, jak sestry spolupracují se svými nadřízenými. Odpovědi se dotýkají i otázky důvěry, které sestry ve své nadřízené mají, kultury na pracovišti či motivace.

Na **význam týmové spolupráce** poukazuje jedna z respondentek. R1: *„Důležitý při těžké práci ve zdravotnictví je i kolektiv, celý tým. Více nám je vytykáno, než abychom byly chválené. Ze svého pohledu nemám důvěru ve vedoucího pracovníka.*“ Na problém **motivace i pochvaly** si stěžují dvě respondentky. R2: *„Chybí nám motivace a také pochvala. Řekla bych, že je kladen důraz na výkon a rychlost a podle toho jsme nadřízenými hodnoceni.*“ R7: *„Nadřízení nejsou schopni žádné pochvaly, jen kárají, nařizují, zakazují a trestají.*“

Problémy nevycházejí pouze z neochoty nadřízených, ale i z **mnoha systémových změn**, které mohou vést k všestrannému vyčerpání a promítají se do atmosféry na pracovišti, jak podotýká respondentka R2, která pracuje na pozici vrchní sestry: *„Nedostatky jsou systémové, nadřízení si neví rady, nebo rezignují. Management většinou mlží, a pak jsou věci, které se vyvalí přes média ven.*“ **Negativní zkušenost** mají i další respondentky (R4, R6, R7, R9). R4: *„Není moc možnost mluvit s nadřízenými o problémech, naše staniční reaguje křikem a má strach, protože jde za dva roky do důchodu. Náměstkyně reaguje pouze sliby nebo slovy útěchy, ať vydržíme. Když chceme třeba polohovací postele nebo polohovací pomůcky, je nám řečeno, že nejsou peníze.*“ Podle další respondentky, která zastává pozici staniční sestry, je směrodatná při řešení problémů **důvěra** v konkrétní osobu. R6: *„Mluvit s nadřízenými*

můžeme. Spíše problémy pacientů řešíme s ošetřujícími lékaři než s vrchní sestrou, protože nejedná adekvátně situaci. Mám pocit, že se někteří nadřízení drží na svých místech, i když je jejich chování za hranicemi snesitelnosti. Bohužel zkušenost s managementem je taková, že upozornění na problém přinese jen další papír, který je potřeba vyplnit a orazit.“ Naopak respondentka R7 vidí hlavní nesnáz v tom, že management všechno vysvětluje nedostatkem financí: *„Možnost mám, ale bez efektu. Narazím vždycky na nedostatek peněz, sestry přijímat nebude – je to zbytečné. Při nedostatku zdravotnického materiálu je nám řečeno, že nešetříme. Prostě bez efektu.“* Podobně reaguje na otázku, jakou má možnost mluvit o problémech se svými nadřízenými i respondentka R9: *„Znám reakce mých nadřízených, takže v podstatě žádné.“*

Na problematiku mobbingu, bossingu si stěžuje respondentka R1: *„Když se snažím vyjádřit před kolegyněmi svůj názor, jsem pak terčem pomluv a posměchu. Zdá se mi, že i vrchní sestra má podivný respekt z těchto agresivních kolegyň. Podporu mám spíše u lékařů, jsou spokojeni s mým přístupem.“*

Rozdílné vnímání vztahů na pracovišti přináší názor jedné z respondentek, která pracuje v soukromém ambulantním sektoru. Její názor je ovlivněn negativní zkušeností z předchozího zaměstnání. Rozdíl mezi ambulantním – soukromým sektorem a nemocnicí je podle ní zjevný. R3: *„Na ambulanci nemám problém, ale v předchozím zaměstnání v nemocnici jsem ho měla. Reakce nemocnic jsou negativní. Každá připomínka je brána jako vyhledávání problémů, takže jsem byla problémová a to byl jeden z důvodů, proč jsem odešla do ambulantního sektoru.“*

Rozdíl ve spolupráci s přímým nadřízeným hodnotí respondentka R11: *„Staniční sestra o problémech ví, snaží se je řešit. Staniční sestra se sestrami komunikuje, snaží se zjistit problém, není jí situace lhostejná. Opačnou zkušenost má ale s vrcholovým managementem. R11: „Oni to z kanceláře vidí jinak a náš názor je nezajímavý, nepříjde podstatný. Nebo řeknou, že to tak není, anebo budeme situaci řešit, ale nic se neřeší.“*

Názory staničních sester (R5, R8, R10) se od směnných sester liší. Respondentka, která zastává funkci staniční sestry, objasňuje, jaké má zkušenosti s komunikací mezi podřízenými a nadřízenými. R5: *„Mám možnost mluvit se svými nadřízenými, mám zpětnou vazbu, i když je někdy negativní, ale reaguje se na připomínky a požadavky zaměstnanců. Já také poskytuji prostor mým sestram, pokud je něco, co se nám nelíbí,*

vždycky najdeme kompromis.“ Respondentka R8, také staniční sestra, vidí nedostatky v systému péče. Na otázku, jaké má možnosti mluvit s nadřízenými o nedostacích při poskytování péče, odpovídá: *„Mluvíme o tom dost často. Ale samozřejmě, že i nadřízení jsou limitováni financemi, které dostanou. A v tom je právě ten problém. Malé nemocnice jsou stále diskriminovány finančními prostředky od pojišťoven. Na druhou stranu člověk vidí, jak se ve velkých nemocnicích plýtvá financemi a malé městské nemocnice musí šetřit na každém kroku. Je nedostatek zdravotnického kvalitního personálu, a i když se snaží shánět stále nové pracovníky, bohužel jsou sami limitováni zájmem o práci.*“ Respondentka R10, opět staniční sestra, poukazuje na systémové problémy, především nedostatek personálu: *„Moje nadřízená o problémech ví, ale nedostatek personálu je narůstající problém ve všech zdravotnických zařízeních. Jsem staniční a myslím, že sama dávám všem možnost, aby se k problémům vyjádřili.*“

Kategorie 4 Přístup sester

PCC překračuje tradiční způsob komunikace a rutinní péči. Spolupráce na dosažení souladu mezi personálem a pacientem vyžaduje takové terapeutické postoje personálu, které prohlubují vzájemnou důvěru. O přístupu sester a jejich vztahu k pacientovi pojednává následující kapitola.

Respondentka, která pracuje v lázeňské péči, poukazuje na rozdíl v přístupu pracovně mladších a starších kolegů. R1: *„Některé starší sestry nejsou ochotné se o akutně nemocné pacienty starat ani po dobu dvou dnů, kdy klient může v lázních pobývat, tlačí na lékaře, ať pacienta odešle do nemocnice. V co nejkratší době ukončují donášku jídla na pokoj.*“ Dále dodává: *„Vnímám rozdíl v přístupu starších lékařů nebo sester, vystupují z pozice nadřazenosti toho, který ví nejlépe, ten, který rozhoduje a určuje pravidla. U mladších lékařů a sester jsem viděla rozdíl v komunikaci, více vysvětlují, respektují klienta. U sester, které jsou delší dobu na stejném pracovišti, je vidět nadřazená role, pacient je spíše se svými požadavky obtěžuje, nějak chybí ochota.*“ Podobně se vyjadřují další dvě respondentky. R7: *„Staré sestry jsou přepracované a určitě je to vidět i na jejich chování nejen k nám mladším, které potřebujeme zaučit, předat zkušenosti, ale i k pacientům.*“ R5: *„Někdy se najdou ti zkostnatělí, většinou starší kolegové. Nejsme zvyklí respektovat postavení pacienta, asi je to hodně jiné, než na co jsme byli my pracovně starší zvyklí. Hodně zdravotníků kroučí očima, když pacient vyjádří svoje požadavky, které zrovna nejsou vhod. Mám ale pocit, že se to po malých*

krůčkách mění, vidím větší vstřícnost, sama vím, že si své návyky chci také jako pacient udržet.“

„Nadřazené“ postavení zdravotníků vůči pacientům je podle dalších respondentek (R2 a R5) způsobeno přetrvávajícím paternalistickým přístupem a neochotou přijmout změnu. R2: *„Přes všechny pokroky a etické kodexy převažuje paternalistický přístup. Sestry si musí zvykat na nový přístup.“* R9: *„Podle mě respektují sestry vlastní rozhodnutí pacienta velmi málo. Částečně z neochoty dělat věci jinak než byly zvyklé, možná i z nedostatku času a přetíženosti.“* Dvě respondentky (R3 a R5) považují za hlavní problém takového přístupu sester vzdělání. R3: *„Největší nedostatek vidím v nedostatku personálu, také v neochotě starších sester s maturitou se dál vzdělávat a tím pádem pochopit změnu.“* R5: *„Je to dáno určitě přístupem každého z nás, ale i vzdělání má vliv na to, jak ke své práci přistupujeme.“*

Hlavní obtíž, která má vliv na respekt sester k pacientovi je podle respondentky R10 nedostatek času: *„Přístup sester hodně závisí na tom, jaké má sestra časové možnosti. Pokud není časová rezerva, tak se nedají moc dělat ústupky a vyhovět všem požadavkům.“* Respondentka R4 vnímá podobně situaci, nedostatek personálu a omezené časové možnosti, ale na rozdíl od předchozí respondentky si myslí, že respekt k pacientům některým sestram chybí. R4: *„Myslím si, že není moc sester, co pacienta a jeho postavení respektují. Podle mě je problém v zajištění ošetrovatelské péče a v nedostatku zdravotnických pracovníků, aby o těchhle věcech mohli více přemýšlet. Je hodně zbytečných věcí, které děláme z důvodu nedostatku času a pomocného personálu, např. pacienti zbytečně cévkujeme, protože není čas chodit s nimi na toaletu.“* Čas na komplexní přístup k pacientům není ani podle mínění respondentky R11 dostačující: *„Sestry spíše udělají úkony za pacienty, protože by to trvalo déle, zabralo by to více času, který nemají a musí plnit jinou práci.“*

Osobní zodpovědnost přístupu k pacientům a věrnost své profesi zdůrazňuje respondentka R8: *„Podle mě je hlavně důležité, jak pacienta vnímáme, jaký máme empatický přístup k němu. Nemáme problém, když je vzájemný respekt. Podle mého názoru to není o kompetencích, jak se některé sestry vymlouvají, když mají s pacienty problém. Mně osobně chybí, že už není naše povolání bráno jako poslání.“*

Jedním z faktorů v přístupu k nemocným může být i syndrom vyhoření. R6: *„Přístup k pacientovi je velmi individuální. Upozorňuji, že mnohé kolegyně mají syndrom vyhoření.“*

Kategorie 5 Role pacienta

S vývojem oboru ošetrovatelství se mění také role pacienta. Zdůrazňují se jeho hodnoty a požadavek, aby byl respektovaný jako jedinec. Cílem této kategorie je zjistit, jak respondentky hodnotí roli pacienta v systému péče i faktory, které jeho rozhodování ovlivňují. Jednou ze základních otázek bylo zodpovědět, do jaké míry respektují sestry autonomní postavení pacienta. Otázka, jak sestry reagují na stížnosti pacientů, by mohla spadat také do kategorie „Přístup sester“. Avšak v této kategorii je lépe vystižen respekt k pacientovi, který ovlivňuje jeho chování. Místo pracoviště sester je zde uvedeno záměrně, protože specifika jednotlivých pracovišť ovlivňují roli pacienta i jeho rozhodování. Kromě toho má každá sestra jinou zkušenost s pacienty, a proto i jinak hodnotí jejich chování.

Respondentka R1, která pracuje v lázeňské péči, se vyjadřuje k otázce, do jaké míry je sestrami respektován pacient a jeho rozhodování: *„Do té míry, pokud jim to nenarušuje zaběhnuté stereotypy. Možná je příčina v tom, že my sestry také nejsme úplně respektované a více nám je vytykáno, než abychom byly chválené.“* Jako nejčastější stížnosti pacientů R1 uvádí: *„Pacienti lázní si nejvíce stěžují na služby – úroveň bydlení, stravování, vysoké doplatky za nadstandardní služby, pro ně nesmyslné nařízení a postupy ze strany pojišťoven nebo managementu lázní.“*

Vrchní sestra interního oddělení, která má dlouholeté zkušenosti, usuzuje, že pacientovi se nedostává přiměřený respekt, někdy vlivem postojů personálu, jindy vinou pacienta samotného. R2: *„Pacient není respektován jako rovnocenný partner, ale do jisté míry se do této role staví pacienti sami.“* Nejvíce stížností od pacientů i jejich rodin zaznamenává v těchto oblastech. R2: *„Nedostatek soukromí. Nemají stejného ošetřujícího lékaře, nemají kontinuální péči. Ve večerních hodinách není možné dostat informace o pacientovi, sestra nemůže sehnat lékaře majícího službu, stejný problém je o víkendech, když zrovna rodina nemá štěstí, že má službu ošetřující lékař. To pak snižuje důvěru pacientů a jejich rodin v celý systém.“*

Respondentka R11, která pracuje na interním oddělení, se domnívá, že role pacienta i jeho rozhodování je dáno systémem péče: „*Postavení pacienta je určené, jak se má pacient chovat, co se o něj očekává, ale pacienti nemají většinou na výběr, jsou postaveni před jasnou věc.*“ Na otázku, na co si pacienti nejvíce stěžují, vysvětluje respondentka R11 příčiny nespokojenosti pacientů, které vidí v přetížení personálu: „*U nás na oddělení si stěžují, že sestra nesplnila ihned to, co oni chtějí, ale trvalo jí to pět minut. Při noční směně, kdy slouží na oddělení při počtu 30 pacientů jedna sestra a jedna ošetřovatelka a zvonky zvoní jeden přes druhého. Jeden chce léky, druhý předělat převaz, dalšímu dokapala infuze, telefon na sesterně zvoní, vezou Vám příjem na oddělení, vy nevíte, kam dřív skočit. Lítáte, abyste všem vyhověla co nejdříve a ani slovo „děkuji“ se od některých nedočkáte. Jen, já už jsem zvonila před deseti minutami, kde jako jste, já si budu stěžovat.*“

Respondentka R4, která má tři roky po ukončení studia a pracuje na interním oddělení, si všímá rozporu v postavení pacienta: „*Pacient je aktivním účastníkem. Ne vždy se bere na postavení pacienta ohled. Na druhou stranu jsou pacienti, kteří svého postavení zneužívají a diktují si podmínky.*“ Nejčastější stížnosti pacientů vyplývají ze samotného systému péče i přístupu jednotlivých zaměstnanců, jak dodává respondentka R4: „*Na dlouhé čekání, na péči, na chování a přístup některých zaměstnanců nemocnice, na špatné jídlo. Stěžují si taky na nedostatek soukromí, často máme přistýlky, je jich i pět na pokoji.*“

Respondentka R5, která pracuje v perioperační péči, ale ze své dlouholeté praxe má také zkušenosti z práce na chirurgickém oddělení a ambulanci, konstatuje, jaký je rozdíl mezi staršími a mladšími pacienty a v postoji k právům a povinnostem pacienta: „*Starší pacienti se v současném systému tak dobře neorientují – např. neakceptují vyvolávací systém. Mladí naopak vyžadují rovnocenný vztah. Mám také pocit, že pacienti spíše vnímají svá práva, než povinnosti. Podle mě za to můžou média, také u nás v nemocnici je při vstupu do areálu reklama na právní firmu.*“ Respondentka R5 předává i vlastní zkušenost. Domnívá se, že pokud se ošetření nebo hospitalizace týká nás samotných, vnímáme přístup ošetřujících citlivěji: „*Vzpomínám si, jak jsem jela se svojí dcerou do nemocnice a skoro mi jí vytrhli z náruče a dali svoje nemocniční pyžamo a já jí chtěla dát to její z domu. Také mám zkušenost: jsem člen trauma týmu a byla jsem v Nepálu, kultura je zásadně odlišná od naší a pacient je opravdu svébytný jedinec, i jeho rodina mluví do všeho a je to tak respektováno, cítila jsem velký rozdíl. Mám pocit, že je to*

dáno systémem každé země a kultury. V zemích, kde není tak vyspělá nemocniční péče, je postavení pacienta docela jiné.“ Na otázku, čeho se nejčastěji stížnosti týkají, R5 odpovídá: *„Na přístup zdravotníků v nedostatečné komunikaci a informovanosti, čekací doby.“*

Staniční sestra z ARO onkologické kliniky, která má zkušenost s prací v RZP, si všímá proměnlivých postojů pacientů k nemoci. R6: *„Postavení pacienta se mění, mnozí stále trpělivě odevzdají svůj osud do rukou lékařů a raději nechtějí věci vysvětlovat. Pak jsou pacienti, kteří si o své nemoci zjistí informace z internetu a bohužel někdy se až agresivně dožadují naprosto nesmyslných terapeutických zásahů.“* Podle respondentky R6 stížnosti ukazují, že pacienti mají v některých případech malé pochopení pro předpisy daného oddělení. *„Na ARO na zákaz mobilů. Máme přenosné telefony na pevnou linku.“*

Respondentka R7, která pracuje také na onkologické klinice ARO, vnímá zlepšení v postavení pacienta v soudobém systému péče: *„Došlo k výraznému zlepšení. Má možnost konzultovat svůj stav s různými specialisty, má přístup ke kompletní své dokumentaci. Má svá práva, která ve většině případů pacienti znají a vyžadují jejich dodržování – ve větší části. Taky je bohužel znají víc než svoje povinnosti.“* Přesto uvádí, na co si pacienti nejvíce stěžují: *„Na málo péče a nezáměrem ze strany ošetřujících, uhoněné a našťvané sestry.“*

Podle respondentky R8, která pracuje v následné péči na pozici staniční sestry, je problém, že pacienti zneužívají možnost podávat stížnosti: *„Pacienti vědí, že si můžou stěžovat kdykoli i jejich rodiny. Ať je to ambulantní péče nebo lůžková péče, stává se to často.“* Prostředí na oddělení i dostatek personálu jsou důležitými faktory pro spokojenost pacientů. Respondentka R8 dále udává, na co si pacienti nejčastěji stěžují: *„Na nedostatek personálu nebo na hluk, protože se dělají opravy na oddělení za plného provozu. Taky na nedostatek soukromí a na aroganci některých ošetřujících.“*

Respondentka R9, která pracuje na interní JIP, se domnívá, že pacientovo postavení není silné: *„Pacient je podřízený všem zdravotnických pracovníků, jeho postavení mu musí v nemoci ještě přitížit.“* Pakliže mluví o stížnostech pacientů, hodnotí problematiku odlišně: *„Na interní JIP jsou pacienti většinou zcela zmatení, jejich stížnosti jsou zpravidla nereálné. Týkají se samotného pobytu v nemocnici, kde jsou drženi proti své vůli. To, co chce pacient, ale často není možný akceptovat. Např.*

vytrhat si invazivní vstupy a v pyžamu odejít domů, péče teda musí vycházet z potřeb pacienta formulovaných po vzájemném rozhovoru se zdravotnickým personálem.“

Staniční sestra z interního oddělení JIP pokládá za důležité, jaký postoj zaujme pacient k léčbě. R10: *„Záleží na pacientovi, jak se k léčbě postaví. Někdo je příliš pasivní a nechá vše na lékaři. Někdo naopak, nebo spíše příbuzní po nás chtějí zázraky a nemožné věci. Snažíme se pomoci, ale naše možnosti jsou velmi omezené.“* Respondentka R10 vysvětluje, jak jedná v případě stížnosti pacientů: *„Pacienta vyslechnu, pokud je to v mých silách, snažím se stížnost vyřešit. Nahlásím to vrchní sestře. Pokud není v mých silách stížnost vyřešit, může zaslat stížnost buď vrchní sestře, hlavní sestře, primáři nebo na právní oddělení.“*

Respondentka R3, která pracuje na ortopedické ambulanci, vidí rozdíl v postoji sestry a lékaře vůči požadavkům pacienta: *„Postavení pacienta v systému zdravotní péče je silný. Myslím si, že ne vždycky bere na postavení pacienta ohled lékař a naopak někdy pacienti svého postavení zneužívají.“* Za důvod stížnosti považuje subjektivní potíže pacienta spojené s jeho nemocí: *„Největší stížnosti našich pacientů jsou: bolest, omezená hybnost, soběstačnost. Naše ambulance je malá, funguje dvakrát týdně a pacienti jsou vlastně rádi, že alespoň takto fungujeme. Se stížnostmi se tím pádem neseškávám.“*

Kategorie 5.1 Zapojení rodiny pacienta

Respektování a uznání podpory rodiny a přátel v péči o pacienty je jedním z aspektů PCC. Proto jsme se v následující kategorii snažili zjistit, jaké názory mají sestry na tuto problematiku. V minulosti se nepřikládala takový význam vztahům pacienta k rodině a blízkým lidem. Proto je nyní důležitou součástí PCC. Respondentky byly tedy dotazovány, jaké zkušenosti se spoluprací s rodinnými příslušníky mají.

Náplň a zaměření jednotlivých pracovišť mají zásadní vliv na poskytovanou péči a spolupráci s rodinou pacienta. Spolupráce s rodinou pacienta umožňuje zaměstnancům plánovat a vykonávat svou práci způsobem, který je nejvíce citlivý na potřeby pacienta. V tomto smyslu se vyjadřuje pět respondentek (R1, R3, R6, R7, R10), které mají **dobré zkušenosti** s rodinou pacienta. Respondentka R1: *„Pokud příbuzní tvoří doprovod, např. kvůli snížené mobilitě klienta, snažíme se s nimi spolupracovat. Je to v zájmu klienta i našem. Umístění na vhodný pokoj, zapůjčení pomůcek, načasování na*

procedury. S blízkými komunikujeme, nabízíme jim možnost kdykoli zavolat, šetříme jejich čas, docházíme za nimi na pokoj. Soběstačný pacient není na pokoji vyrušován, pokud k tomu není důvod.“ Výhodou práce na ambulanci je doprovázení pacientů jejich rodinou, jak uvádí respondentka R3: *„Na ortopedické ambulanci je péče s rodinou pacienta nezbytná, neboť se jedná převážně o věkově starší pacienty, nebo malé děti. Takže ve spolupráci nevidím problém.*“ Respondentka, která pracuje na onkologickém oddělení a je staniční sestrou, považuje spolupráci za důležitou a rodinu pacienta se snaží do péče maximálně zapojovat. R6: *„Celý tým se snaží o co nejlepší spolupráci s rodinou pacienta. Důležitá je jejich přítomnost u lůžka, u delších hospitalizací doporučujeme přinést fotky, např. vnučci a uzpůsobujeme návštěvní dobu.*“ Respondentka R7, která také pracuje také na onkologickém oddělení, považuje spolupráci s rodinou za dobrou: *„Pracuji v oboru onkologie a většinou je spolupráce s blízkými dobrá. Návštěvy pacientů necháváme i mimo návštěvní dobu, po domluvě s lékařem a podle jejich stavu. Mohou přinést pacientovi i osobní věci, rádio, počítač, vlastní hudbu – máme boxy po jednom pacientovi. Dostávají telefonní číslo a možnost kdykoliv zavolat.*“ Respondentka R10, staniční sestra, využívá s úspěchem spolupráci s rodinou pacienta v rámci svých kompetencí. R10: *„S příbuznými na našem oddělení jedná lékař. Dále sestra s příbuznými jedná ohledně možnosti stravování, pohybu, potřebných pomůcek apod. Ve spolupráci lékař, staniční sestra a sociální pracovnice konzultujeme a navrhujeme nejvhodnější řešení pro následnou péči po propuštění a tyto doporučení se předkládají rodině k posouzení. S příbuznými mám spíše pozitivní zkušenosti, a pokud má pacient aktivní příbuzné, kteří mají zájem, tak se to většinou pozitivně projeví na celkové péči o pacienta.*“

Určitý potenciál v možnostech zapojení rodiny do péče o pacienty dokládá odpověď respondentky R8: *„Někdy poprosíme příbuzné, aby nám pomohli pacienta nakrmit, protože nestíháme, ale je toho určitě hodně, kde by ještě příbuzní mohli pomoci. Plnit všechny přání pacientů není v našich možnostech. Ostatní informace pak necháváme na doktorech.*“

Na určité **obtíže ve spolupráci** s rodinou poukazují tři respondentky (R9, R4, R11). R9: *„Spolupráce s příbuznými je vždycky obtížná a je na ni naprostý nedostatek času. Rodina má často nereálné představy ovlivněné mediální prezentací medicíny vítězné a všemocné. Přes častou osobní snahu o spolupráci s rodinou jsem se opakovaně setkala s nepochopením, nepřátelstvím – je třeba hledat viníky a potrestat je, nedůvěrou a*

absolutním nevděkem. “ Práce na interním oddělení je náročná vzhledem k různorodosti pacientů – jejich diagnózy, věku, rozměrem samotné péče, ale i počtem personálu na pacienta, jak uvádí jedna z respondentek. R4: *„Jsou blízcí pacienta, který se snaží co nejvíce pomáhat. Ale na druhou stranu jsou i ti, kteří o pacienta nejeví žádný zájem, anebo takoví, co hledají jen nedostatky v péči a do péče o svého blízkého se nezapojují vůbec. Stalo se mi, když mi jednou chtěla dcera od jedné pacientky pomoc, tak pacientka řekla dceři: „Nech ji, ona to udělá“. Popravdě jsem na to nedokázala reagovat, ale dobře mi z toho nebylo.*“ Rozdílné zkušenosti má respondentka R11: *„Spolupráce s blízkými pacienta je různá. Někdo se opravdu snaží a chce spolupracovat, jiný naopak ne. Někdy se nám snaží pomoci, pacientku například umyje, nakrmí, jiný naopak stojí u postele pacientky a zvoní na zvonek na sestru, že maminka by chtěla napít. Role rodiny je důležitá, ale taky do určitý míry problematická. Ani jedné straně není jasné, co můžeme od sebe navzájem chtít. Já se s rodinnými příslušníky snažím spolupracovat, ukazovat, jak se o nemocného starat, co mu mohou donést.*“ Vrchní sestra na interním oddělení vidí spolupráci s rodinou jako oboustranný problém zdravotníka a jeho rodina. R2: *„V těch všech změnách oboustranná nejistota, co vlastně mohou obě strany od sebe očekávat. Myslím si, že sestry neumí, nebo možná neví, jak komunikovat s rodinami.*“

Specifika některých oborů nevytváří podmínky pro kontakt s rodinou pacienta, jak ukazuje odpověď respondentky R5, která pracuje v perioperační péči: *„V perioperační péči nepřicházím s rodinou do kontaktu.*“

Kategorie 6 Vzdělávání sester

Tato kategorie se věnuje názorům respondentek na vzdělání všeobecných sester, protože PCC potřebuje dobře organizovaný a komplexní vzdělávací program. Předmětem dotazování bylo tedy zjistit, jak vnímají respondentky přípravu na komplexní přístup k pacientovi v kvalifikačním vzdělávání.

Tři respondentky (R3, R4, R10) uvedly, že považují přípravu ve školách za náležitou. R3: *„Myslím si, že úroveň přípravy na vysokých školách je vysoká, že se tento přístup řeší a vyučuje.*“ R4: *„Myslím, že na té, kterou jsem vystudovala (VOŠ), dobrá.*“ R10: *„Úroveň přípravy mi přijde dostatečná, vždyť se učí i o komunitním ošetřovatelství a paliativní péči, potřebách pacienta, holistickém přístupu.*“

Podle čtyř respondentek (R1, R7, R8, R9) však nestačí jen teoretická příprava, je potřeba skloubit praxi s výukou ve škole. R1: „*To, co sestry vidí v praxi, se často od teorie liší.*“ R7: „*Podle sester, které k nám nastoupily, asi dobrá, jen je sestry neumí přenést do praxe. I vzhledem k rozdílům mezi teorií a praxí.* Respondentka R8 poukazuje i na morální rozměr péče: „*Už vím, že škola a praxe je něco jiného. Je potom na každém z nás, jak se budeme k pacientům chovat.*“ R9: „*Velmi teoretická. Studentky zacházejí na papíře s fiktivními ideálními pacienty a ty, které mají trochu rozum, vidí, že teorie vyučované ve škole není nikdy možné naplnit v praxi. Održenost výuky a praxe se neustále prohlubuje.*“

Další respondentky (R5 a R2) vnímají rozdíl v přípravě na komplexní přístup k pacientovi mezi středoškolským a vysokoškolským vzděláním i mezi jednotlivými školami. R5: „*Prošla jsem SZŠ, kde jsem dostala dobrý základ s praxí, ale cítila jsem, že pro moji další profesi není dostačující. Získala jsem určitou úroveň až na VŠ, poskytují komplexnější pohled na obor. Úroveň škol státních a soukromých je rozdílná a v praxi je to vidět. Vysoké školy rostly jak houby po dešti, absolventů je spousta, jen nechtějí k lůžku pacienta.*“ Podobné zkušenosti má další respondentka. Podle ní je rozdíl i mezi jednotlivými školami a způsobem výuky. R2: „*Úroveň na různých školách je rozdílná, znám pedagogické pracovníky na VOŠ, kde jsou erudovaní pracovníci a mají vysoké nároky na odborné znalosti, na druhé straně mám i opačnou zkušenost.*“

Respondentka, která nedávno dokončila VŠ – bakalářský program Ošetrovatelství, ale SZŠ zakončila již před mnoha lety, vyjadřuje svoji zkušenost. R1: „*Vzhledem k dlouhému odstupu od ukončení SZŠ nemohu hodnotit kvalitu výuky na středních školách. Pokud se jedná o vysokoškolské studium, které jsem nedávno zakončila, zdá se mi, že teoretická výuka klade důraz na komplexní přístup k pacientovi.*“ Podobné zkušenosti s VŠ vzděláním má další respondentka. V rámci svých zkušeností a praxe získala dojem, že se úroveň vzdělání všeobecných sester odráží i v kultuře na pracovišti. R2: „*Proto se mi nelíbí argumenty, že sestra nepotřebuje vysokou školu. Když jsem v rámci studia byla v Rakousku v jedné instituci, bylo vidět, jak sestry s vyšším vzděláním vystupují, ta kultura na pracovišti byla jiná.*“

Jedna z respondentek poukazuje na důležitost osobního rozvoje sestry v začátcích klinické praxe a na kvalitu kolektivu. Na otázku, jaká je podle ní úroveň přípravy na komplexní přístup k pacientovi, odpovídá následovně. R6: „*Velmi variabilní, nicméně*

rozhodující jsou první měsíce až roky praxe, jak se zaučíte a začleníte do kolektivu. Taky hraje roli, jak Vám kolektiv pomůže.“ Dále vyjadřuje názor, který vychází z její osobní zkušenosti. R6: *„A z pohledu intenzivní péče si myslím, že sestry absolventky bez praxe by si nejdříve měly projít standardním oddělením, než nastoupí na JIP nebo ARO.“*

Současné výukové metody kladou důraz na osobní kvality sestry, které se mohou rozvíjet za předpokladu, že jim vyučující dávají dobrý příklad. K této problematice se vyjadřuje jedna z respondentek. R2: *„Vidím ale určitou netoleranci vůči studentům – nejsou respektovány potřeby studentů. Dle mého pak nemají příklad v empatickém přístupu. Podle mého nejsou důležité andragogické principy preferencí ve výchově, to je to, co se teď na VŠ vyučuje.“*

Na dynamické změny, které se odrážejí ve vzdělávání všeobecných sester, reagují tři respondentky: R1: *„Vzhledem ke zmatenému vzdělávání ve zdravotnictví během 30 let se na jednom pracovišti scházejí lidé s různým stupněm vzdělání, kteří mají stejné kompetence za téměř stejné ohodnocení.“* Respondentka R2 považuje současné změny ve vzdělávání za nesystematické, ovlivněné politickým děním: *„Vadí mi obrovské množství škol i učitelů i ty změny zákonů. Model 4+1 je terminus technikus, politické zadání, které bylo schváleno. A taky mi vadí nová forma celoživotního vzdělávání. Když má vrchní sestra na oddělení místo 15 sester 6, koho může poslat na seminář a jak potom může zaměstnavatel garantovat celoživotní vzdělání? Myslím si, že v porovnání se zahraničím ve vzdělávání švindluje.“* Podle respondentky R11 není navzdory tolika změnám příprava dostatečná: *„Úroveň přípravy na komplexní přístup by mohla být lepší. I přes všechny změny ve vzdělávání se spíše dbá na uspokojení pouze základních potřeb a další potřeby jsou opomíjeny.“*

Kategorie 7 Kompetence sester

Následující kategorie je zaměřená na rozsah kompetencí všeobecných sester a schopnost jejich využití. Respondentky byly dotazovány, do jaké míry umožňují kompetence plynoucí ze zákona realizovat komplexní a individualizovanou péči.

Z odpovědí šesti respondentek (R1, R7, R4, R8, R11, R9) je patrné, že by kompetence rozšířily. R1: *„Možnost podat základní léky bez ordinace lékaře. V některých případech bych více hledala vhodné řešení s ohledem na bio-psycho-sociální a duchovní bytost*

jedinice, ale musím respektovat rozhodnutí lékaře.“ Respondentka R7, která pracuje na oddělení ARO, se vyjadřuje o kompetencích sester slovy: *„Podávání základních léků bez ordinace lékaře. Měříme fyziologické funkce, hodnotíme stav pacienta a pak dlouho čekáme na ordinaci lékaře, přitom se pacientovi motá hlava teď a ne až za hodinu, kdy se to řeší.“* Respondentka R4 je konfrontována s touto otázkou především na noční směně: *„Možná podávat některé léky od bolesti, když lékař zapomene napsat ordinace dle potřeby a je nepříjemné ho v noci budit.“* Další tři respondentky jsou toho názoru, že některé kompetence by mělo umožnit vysokoškolské vzdělání sester. R8: *„Myslím si, že když vysokoškolsky vzdělaná sestra nemůže při horečce podat Paralen samostatně, ale musí sehnat lékaře kvůli ordinaci, tak je to trochu smutné.“* R11: *„Třeba Paralen na teplotu snad sestra s vysokoškolským vzděláním by mohla dát.“* R9: *„Všechny kompetence, včetně těch nejmenších, třímá v ruce pevně lékař a nehodlá je pustit. Sestra nesmí ani vpustit rodinu na oddělení mimo návštěvní dobu bez povolení lékaře, nebo podat léky při teplotě. Myslím, že není zohledněno vysokoškolské vzdělání sester. Další respondentka, která pracuje na oddělení ARO hodnotí kompetence jako přiměřené. R6: *Přiměřené, ostatní, co je mimo moje kompetence konzultuji s lékařem.“* Ale přesto dodává: *„Podávání léků bez ordinace lékaře je možné až na základě úpravy legislativy a velmi jasně stanovených pravidel. Na našem oddělení mi přijde např. zbytečné, aby lékař měnil rychlost některých kontinuálně podávaných léků.“**

Kompetence jsou dostačující pro respondentku R5: *„Myslím, že kompetence jsou adekvátní. Žádné mi nechybí, i když bych ráda někdy zašila pacientovi ránu..., ale jinak je to správně nastavený.“*

Jedna z respondentek považuje kompetence za odpovídající, ale nemá dostatek času je všechny využít. R4: *„Myslím, že kompetence naplňují do velké míry přístup k pacientovi, jen tu práci nestíháme.“*

Tři respondentky (R2, R3, R10) upozorňují na úskalí ve využití kompetencí a jejich správnému rozlišování. R2: *„Mně nechybí žádné kompetence, myslím si, že problém mají ty sestry, které chtějí dělat práci za doktory. Kompetence neznáme nebo s nimi neumíme pracovat.“* R3: *„Kompetence naplňují do velké míry přístup k pacientovi. Jen si myslím, že sestry dělají spoustu věcí za někoho jiného a to si neuvědomujeme. Kompetence bych nepřidávala, pouze je rozlišovala podle výše vzdělání.“* R10: *„Rozhodně nechci přebírat kompetence a zodpovědnost za druhé.“*

5. Diskuze

Záměrem diplomové práce je zmapovat faktory, které ovlivňují přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta ze strany ošetřujících i managementu z různých zdravotnických zařízení. Na základě stanovených výzkumných otázek jsou odpovědi respondentek rozděleny do několika kategorií tak, aby odkryly základní nedostatky v péči orientované na pacienta a současně směřovaly k cíli práce. V rámci diskuze jsou hodnoceny a porovnávány poznatky získané výzkumným šetřením v teoretické i empirické oblasti.

Východiskem všech úvah je vymezení pojmu PCC, co znamená a čeho se týká. Proto jsme zaměřili **první výzkumnou otázku** na pochopení tohoto pojmu ošetřujícím personálem. Epstein a Street (2011) přináší definici IOM – je to péče, která ctí pacientovy preference a snaží se uspokojovat jeho problémy komplexně. Přestože je pojem PCC v Americe (především v USA a v Kanadě) předmětem častých diskuzí, povědomí o jeho skutečném významu není dostačující. Upozorňuje na to Shaiman (2017), který je názoru, že propagátoři tohoto konceptu i odborná veřejnost by měli řešit zásadní otázku, zda je péče orientovaná na pacienta pouze novým „žargonem“ nebo zda jde o skutečnou potřebu zlepšit pohodu a zdraví lidí. Domníváme se tedy, že je rozdíl, jestli vnímáme PCC jako pouhý výrok, který v nás něco evokuje nebo jako koncepční rámec poskytované péče. I z rozhovorů s respondentkami je patrné, že v české odborné literatuře se termín „péče zaměřená na pacienta“ málokdy vyskytuje. Odpovědi všech 11 respondentek se shodují ve filozofickém pojetí péče (holismus, komplexnost, uspokojování všech potřeb pacienta) nikoliv však v jeho skutečné podstatě, proč je důležitý a v čem přináší změnu. Názor respondentky R2: *„Neznám pojem PCC, dokážu si představit, co je holistická péče a bio-psycho-sociální- spirituální jednota.“* Podobný názor vyjadřují i další respondentky. Pouze jedna respondentka z jedenácti o konceptu PCC slyšela: R5: *„Termín jsem už slyšela. Péče orientovaná na potřeby pacienta. Ušitá na míru konkrétního pacienta.“* Přestože v ČR není PCC součástí zdravotnické terminologie, můžeme zmínku o ní najít v zákonném normativním bulletinu Koncepce českého ošetrovatelství (Věstník MZ ČR č. 9/2004 Sb.). Tam je definovaná jako péče, která je orientovaná na pacientovy problémy, nikoliv pouze na výkon (Pochylá, 2005). S touto definicí se ztotožňuje respondentka R6. Chápe, že uspokojování pacientových potřeb je ještě víc, než pouhé podávání léků: *„Péče orientovaná na všechny potřeby*

pacienta. Kromě odborné práce a podávání léků, ošetrovatelská činnost, přistupovat k pacientovi s dostatečnou empatií, přizpůsobit komunikaci jeho aktuálnímu stavu.“ S tím bohužel nesouzní názor respondentky R8, která má při výkonu své praxe opačnou zkušenost: *„Na standardních odděleních funguje péče jako továrna – napsat a podle toho, kolik máte času udělat.“* Názor této respondentky je překvapivý, když si uvědomíme dvě základní tendence ošetrovatelství, kterými jsou PCC a EBP (viz kapitola 1.2). Z názorů některých respondentek vyplývá, že vyváženost mezi výše uvedenými tendencemi, tedy tím, co máme k dispozici, tj. vědeckými poznatky a tím, o čem usilujeme, tj. lidský přístup, je stále ještě ideálem. Rovněž názor respondentky R9 poukazuje na určitý rozpor mezi těmito dvěma zaměřenými, když charakterizuje PCC, tak jak jí ona sama vnímá: *„Je to péče, která vychází ze skutečných potřeb, tak jak je chce pacient, určitě ne, co chce lékař, sestra, zdravotnický aparát. Stanovení pacientových skutečných potřeb je nesmírně obtížné, protože jeho potřeby nemusí být v souladu s cílem zdravotnické péče.“*

Podle Šimka (2015) je zdravotní péče komplikovaný fenomén. Proto dostávají některé úvahy svůj konkrétní rámeček v různých kontextech. Je třeba uvést, že pojem na „pacienta orientovaná péče“ poprvé použil humanistický psycholog C. Rogers v 50. letech 20. století. Autoři Lusk a Fater (2013) spojují základní myšlenky PCC s koncepčním modelem Jean Watsonové. Domníváme se, že dlouhodobé období socialismu znamenalo ztrátu kontinuity i spojení s celosvětovými tendencemi ošetrovatelství. Proto i u profesně starších sester může vyvstat problém především v jejich aplikaci na konkrétní činnost. Přesto jsou koncepční modely důležitým spojením mezi filozofií, teorií a praxí. Watsonové teorie humanistické péče, jejíž základy nacházíme i ve fenomenologii, má být cestou k nalezení společného jazyka sester z celého světa. Zajímavý pohled přináší filozof Kohák, který v odlišné kultuře USA prožil několik roků. Podle jeho názorů jsou to právě tyto zmíněné odlišnosti kultur, které mohou provokovat kritické myšlení, např. chápání klasických pojmů v jiných souvislostech (Ševčíková, 2004). S tímto vyjádřením je v určitém kontrastu názor respondentky, která pokládá péči o pacienta za tak samozřejmou, že jí připadá tato otázka definovat PCC téměř zbytečnou: R4: *„Úplně nerozumím otázce, každá péče je přece orientovaná na pacienta, na konkrétní potřeby, které pacient v daném stavu vyžaduje.“* Podle fenomenologa Husserla se však mohou objevováním a zkoumáním některých pojmů jevit věci samozřejmé jako nesamozřejmé (Ševčíková, 2004).

V druhé výzkumné otázce jsme zjišťovali, jak respondentky realizují péči orientovanou na pacienta. Pelzang (2010) zdůrazňuje, že znalost konceptu PCC a jeho přijetí do praxe může mít zásadní význam pro poskytovanou péči. Ve většině případů uváděly respondentky jako největší překážku k naplnění této péče čas, nedostatek personálu a špatnou diferenciaci úkolů na pracovišti. R2: *„Komplexní péče je pro nedostatek času neuskutečnitelná. Mám pocit, že pracujeme na krizový management. Všichni dělají práci všech.“* Pouze respondentka R5 uvádí spokojenost s realizací PCC: R5: *„Ve fakultní nemocnici máme dobré zázemí, máme dostatek možností komplexní péči poskytovat. Mám pocit, že pacient je u nás na prvním místě. Myslím, že velký problém je na standardních odděleních.“* Vedle časového aspektu kvality poskytované péče vyplývá z odpovědí respondentek, že tuto péči mohou poskytovat i samostatně, bez indikace lékaře. Budeme-li hledat legislativní podklad činností, které sestra vykonává, najdeme je v zákoně č. 105/2011 Sb. a Vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Co z toho pro sestru vyplývá? Sestra vykonává svoji práci na základě indikace lékaře, pod jeho přímým vedením nebo naopak bez indikace lékaře (Plevová, 2011). Bez indikace lékaře provádí sestra výkony, které jsou zaměřené na potřeby pacienta i jeho pohodu. Stejně Shamian (2017) je toho názoru, že v řadě případů musí ošetřující najít řešení přesahující pouze medikamentózní terapii. S tímto názorem se ztotožňuje část respondentek, např. R6 se přiklání k aktuálnosti **nefarmakologických metod**: *„U nás je kladen důraz na nefarmakologické přístupy kvůli např. weaningu, abychom se vyhnuli nadměrnému podávání sedativ.“* Naopak respondentka R11 uvádí odlišnou zkušenost z vlastního oddělení: *„Léková polypragmazie je u nás rozšířená. Přijde mi, že se řeší všechno jen léky. Večer dostane téměř celé oddělení léky na spaní nebo na uklidnění.“* Rovněž se domníváme, že zkušenosti s nefarmakologickými metodami nejsou dostatečně rozšířené, výsledky nastupují později a netěší se často takové důvěře. To potvrzuje rovněž Holmerová et al. (2009), která je toho názoru, že neexistuje dostatečné množství důkazů právě z důvodu humánního zaměření této problematiky. Úspěšnost těchto metod se nedá snadno měřit a vyjádřit pouhými čísly jak např. medikamentózní léčba. Autorka zdůrazňuje důležitost nefarmakologického managementu, především pro pozitivní účinek na chování nemocného a tím i snížené podávání psychofarmak.

Výše uvedené přístupy jsou jednou ze součástí realizace PCC. Ptáme-li se, jak poskytovat individuálně zaměřenou péči, nacházíme odpověď v koncepci českého

ošetřovatelství, která definuje metodu ošetřovatelského procesu (Pochylá, 2005). Podle Tóthové et al. (2014) je metodou zaměřenou na potřeby pacienta, která umožňuje sestřám hlouběji pacienta poznat a individualizovanou péči poskytovat. Řeší nejen problémy jednotlivce, ale i problémy jeho rodiny a komunity. Ošetřovatelský proces, jehož základem je myšlenkový algoritmus, vede ke kritickému myšlení a je tedy opakem rutinní péče. Z výzkumného šetření není patrné, jak jej sestry chápou a zda je skutečně vede k hlubšímu poznání pacienta a k individuálnímu přístupu k němu. Vezmeme-li v potaz, že ošetřovatelský proces je vymezený zákonem (Věstník MZ ČR č. 9/2004), pak je povinností každé sestry podle něj pracovat (Pochylá, 2005). Je překvapivé, že se k realizaci ošetřovatelského procesu vyjádřila pouze jedna respondentka. R1: *„Místem, kde se uplatní sestra a má možnost ošetřovatelský proces plánovat, realizovat a hodnotit je komunitní péče, ta zatím podle mě nefunguje. V agenturách domácí péče sestra pracuje samostatně, ale i s celým týmem. Pozitivní vidím rozvoj hospicové péče, kde se pojímá člověk jako celistvá bytost se všemi svými potřebami a pak možná ARO, kde má jedna sestra na starosti jednoho pacienta.“* Respondentka R6, která pracuje na ARO má však odlišnou zkušenost, jak vyplývá z její odpovědi: *„Péče o pacienta je na našem odd. i v naší nemocnici na vysoké úrovni. Jsme akreditované pracoviště, což bohužel obnáší i velmi důkladnou a někdy i duplicitní dokumentaci. A bohužel čas, věnovaný papírům, je ten, který pak schází u pacienta. I když akreditovaná pracoviště zajišťují co nejlepší péči, přináší nároky na kvalitu i jiná úskalí. To potvrzuje také Mastiliaková (2014). Podle ní vyžadují zvyšující se nároky na kvalitu poskytované péče technické i interpersonální aktivity, které by byly založeny na dodržování předem stanovených standardů. Standardizace musí mít tedy jasnou koncepci – zdravotní politiku, zákonné normy. Ozřejmit způsob poskytování PCC zákony je jistě nezbytné, ale současně se domníváme, že je velmi důležitý osobní přístup, který závisí na vzorech, kultuře na pracovišti, vedení a především na dobré vůli jednotlivce a jeho schopnosti empatie. Výpověď respondentky R8 je v souladu s tímto názorem: „Podle mě je hlavně důležité, jak pacienta vnímáme, jaký máme empatický přístup k němu a pokud je i lékař přístupem domluvě, nemáme problém, když je vzájemný respekt. Podle mého názoru to není o kompetencích, jak se některé sestry vymlouvají, když mají s pacienty problém.“* Podobně i respondentka R8 vnímá ztrátu lidskosti ve vztahu k pacientům: *„Mně osobně chybí, že už není naše povolání bráno jako poslání.“*

Příčiny výše uvedených pochybností o přístupu k povolání sestry mohou být způsobené situacemi, kdy z provozních důvodů není možné předpisovou péči poskytovat, jak konstatuje respondentka R11, která pracuje druhým rokem na interním oddělení: „*Jeden chce léky, druhý předělat převaz, dalšímu dokapala infuze, telefon na sesterně zvoní, vezou vám příjem na oddělení, vy nevíte, kam dříve skočit. Lítáte, abyste všem vyhověla co nejdříve a ani slovo „děkuji“ se od některých nedočkáte. Jen, já už jsem zvonila před deseti minutami, kde jako jste, já si budu stěžovat.*“ Z výše uvedeného usuzujeme, že potřeby pacienta mohou být z hlediska naléhavosti situace rozdílné a subjektivní (např. bolesti nebo potřeba jít na toaletu apod.). Je nutné si připustit, že problémy spojené např. s vyprazdňováním jsou u hospitalizovaných pacientů časté a někdy přímo úděsné. Snaha zachovat si soběstačnost a intimitu často vede k pádům pacientů. Např. obava ze znečištění sebe i lůžka je pro některé pacienty horší než bolest. Zatímco někteří vyzvánějí dvacetkrát za hodinu, jiní si netroufají ani zašeptat. Jsme toho názoru, že by měl personál umět posoudit oprávněnost požadavků, protože pacient nemůže vědět, jaké naléhavé úkoly musí zrovna ošetřující řešit. Mastiliaková (2014) ve své charakteristice kritického myšlení klade důraz na využití praktických znalostí a využití všeho, co víme o pacientovi, včetně jeho životního stylu. Umět rozlišovat, co je správné nebo špatné, rozeznávat skutečné hodnoty od předsudků, přemýšlet a klást si otázky.

Můžeme se prát, proč tomu tak není. Z každodenní praxe víme, jakým požadavkům je sestra vystavena. V zátěžových situacích pak není snadné všechna tato pravidla dodržovat. Podobně vyznívá názor respondentky R11: „*Chtěla bych se pacientům více věnovat, komunikovat s nimi, plnit více jejich potřeby a ne jen ty nejdůležitější. Mít na svou práci více času, aby se pracovalo v klidu a ne ve stresu, že už to mělo být dávno hotové, tak akorát vznikají chyby a pochybení sestry.*“ Pokud je sestra vystavena opakovaně stresovým situacím a nemůže pracovat podle svého přesvědčení, dochází k tzv. morálnímu distresu. Mareš (2016), který se této problematice věnuje, uvádí, že tento typ stresu se liší od somatického, psychického a spirituálního právě svým etickým rozměrem. Konstatuje, jak závažná jsou rozhodování ošetřujících, kde žádná ze zvolených alternativ nemusí být bez rizika. Podle autora je nutné poskytovat sestřím takové intervence, které pomáhají zachovat morální citlivost sestry, odvalu i hodnotový systém (Mareš, 2016). Domníváme se, že vzhledem k mnohostranným problémům oboru se tento jeví jako příliš subtilní na to, aby se mu věnovala dostatečná pozornost.

Uvedené zkušenosti mohou vést až ke změně zaměstnání a novým konfrontacím, jak vyplývá z odpovědi respondentky R3, která pracuje na ambulanci v soukromém sektoru. Otázkou stále zůstává, kde je největší problém v realizaci PCC: „*Myslím si, že v ambulanci je péče zaměřená na pacienta, ale vzhledem k časovým možnostem nemůže být komplexní a v nemocnici, kde jsem pracovala, byla orientovaná jen na výkon.*“ Oproti tomu respondentka R5, která pracuje v perioperační péči je toho názoru, že poskytují péči komplexní. Avšak chápe výše uvedenou situaci, protože má vlastní zkušenost s prací na standardním oddělení: „*V perioperační péči je pacient ošetřen po komplexní stránce. Prošla jsem různými pracovišti v naší nemocnici a vím, že práce na oddělení, kde máte pacienta i několik týdnů je podstatně náročnější v té komplexní péči. Já mám ráda akci a vím, že mi vyhovuje se o pacienta postarat a pak ho hned předat dál, dlouhodobou péči o pacienta si už nedovedu představit.*“ Ačkoliv oddělení s úzce oborovou specializací poskytují pacientům vysoce erudovanou péči, vnímáme ji jako perfektně odvedený výkon, který je jednou ze součástí komplexní péči o pacienta. Tento názor je podložený autorem Drick (2014), který upozorňuje na to, že ve Spojených státech dochází s příchodem specializované péče k marginalizaci dlouhodobého vztahu s pacientem a jeho omezení na pouhou epizodu. Přesto nezpochybujeme důležitost specializované péče, je ale nezbytné zajistit její adekvátní kontinuitu.

V souvislosti s realizací PCC jsme se respondentek dotazovali, jak vnímají **kontinuitu** péče. Z praxe víme, jaký význam má jak pro pacienta, tak pro ošetřující, protože každý pacient v proměnlivých fázích svého onemocnění signalizuje jiné potřeby. Názory respondentek se různí, přičemž převažují ty, které poukazují na určitá úskalí, jak uvádí např. respondentka R2: „*Myslím, že by se mělo více myslet na propuštění pacienta, co dál? Tzv. plánované propuštění, které by mělo už od počátku hospitalizace být zahájeno.*“ Tento názor je podložený standardy o poskytování zdravotní péče a vychází ze zákona. Pro hodnocení kvality a bezpečí je pro poskytovatele zdravotnické péče určující vyhláška č. 102/2012 Sb., standard 2.8, který se kontinuity péče konkrétně týká (Pokořová, 2014). Podle Pokořové (2014) je vizitkou každého ošetřujícího při předávání pacientů dobře vedená dokumentace a oboustranná komunikace. S jejím názorem souzní i názor respondentky R8: „*U nás v nemocnici máme velkou podporu sociálních pracovníků, které se právě věnují pacientům, kteří potřebují při propuštění zajistit např. kompenzační pomůcky.*“ Tomu odpovídá výrok Šamánkové (2011), která poukazuje na měnící se potřeby jedince v těžké a vážné nemoci, a zdůrazňuje flexibilitu v rámci

ošetřujícího týmu. Naopak respondentka R7 není z vlastní zkušenosti přesvědčená, že pacient má péči odpovídající jeho stavu. R7: *„Z mého pohledu bych viděla největší nedostatek umírání onkologických pacientů na ARO lůžkách. Pacienti v terminálním stádiu onkologického onemocnění. Nebo víme, že léčba je vyčerpána. Tak bych jim přála klidné umírání na standardních odděleních, v hospici nebo nejlépe doma, než na ARO lůžku napojených na přístrojích.“* McCormack (2003) však dodává, že pocit jistoty může sestra pacientovi poskytnout, dá-li mu pocítit sounáležitost s ním, to ale klade zvýšené časové nároky na péči, které nejsou v rozsahu péče ARO. Problémy přináší i stárnoucí pacienti, jak konstatuje respondentka R4: *„Také mi vadí, že zachraňujeme staré pacienty, o které se nikdo nechce starat, nebo přijímáme pacienty z domovů pro seniory, nechtějí žít a my jim nutíme jídlo a léky, které už ani vlastně nechtějí.“* Domníváme se, že není jednoduché učinit rozhodnutí v péči o pacienta v terminálním stavu nebo pacienta, který léčbu odmítá. V takových případech je nutné zvážit možnost od ní ustoupit, tedy přechod na paliativní péči. Tvrzení Kalvacha (2005), že v opačném případě se tito pacienti při obvyklé multimorbiditě stávají „plujícími pacienty“, kterých se žádný z klasických oborů nechce ujmout, koresponduje s názorem respondentky. Také etický kodex Práv pacientů zdůrazňuje nárok pacientů na péči s přiměřenou kontinuitou. Pacient tedy oprávněně očekává, že nemocnice určí další postup v péči o něj (Haškovcová, 2015).

Každý z nás má buď z vlastní rodiny, nebo z blízkého okolí zkušenost, jak je problematické najít kvalitní následnou péči. Domníváme se, že sociální infrastruktura byla vlivem politických změn z minulých dob oslabena, především v komunitní péči. Pokojová (2014) uvádí, že návaznost péče je naléhavá především u polymorbidních a chronicky nemocných pacientů. Názor respondentky odpovídá těmto konstatováním. R6: *„Kontinuita péče je problém. Když se z akutního pacienta stane chronický, je bohužel velmi častá otázka, kam dál. Je potřeba posílit domácí péči a pracovat na komunitní péči.“* Rovněž respondentka, která pracuje na interním oddělení, je s touto problematikou konfrontována. R2: *„Chybí kvalitní následná péče a neznáme ani význam slova komunita, jak by vlastně měla komunitní péče vypadat.“* To potvrzuje názor Jarošové (2007), která upozorňuje na fakt, že komunitní ošetřovatelství nebylo od meziválečného období rozvíjeno. Kontinuita byla přerušena, a proto došlo k medicinalizaci a institucionalizaci. Až po roce 1989 se začíná v ČR rozvíjet významná součást komunitního ošetřovatelství, kterou je domácí péče. Do vzdělávání sester se

dostává bohužel až s platností zákona č. 96/2004 Sb. Podle Holmerové (2017) nabývá též na významu obor geriatric. Autorka však poukazuje na jeho nestabilitu. Přestože má v České republice dlouholetou tradici, je smutné, že v poslední době bylo potřeba několikrát usilovat o jeho patřičný rozvoj.

Ve třetí výzkumné otázce nás zajímalo, jak sestry spolupracují se svými nadřízenými, protože kvalitní management na odděleních je dle našeho názoru zárukou poskytování péče o pacienta na požadované úrovni. Z výzkumného šetření je patrný určitý rozdíl mezi sestrami ve vedoucí pozici a sestrami u lůžka (směnné sestry). Názory sester u lůžka jsou do určité míry emočně podmíněné vztahy na pracovišti i přetížností sester, zatímco u sester na vedoucích pozicích dominuje problematika systémových opatření.

Domníváme se, že pro náročné povolání sestry je důležitá týmová spolupráce, důvěra ve svého nadřízeného, pochvala i motivace. Pocit jejich nedostatku však přináší zklamání. Tyto pocity jsme odhalili i výzkumným šetřením. Je to patrné z odpovědí některých sester, které pracují u lůžka. Např. R1: *„Důležitý při těžké práci ve zdravotnictví je i kolektiv, celý tým. Více nám je vytykáno, než abychom byly chválené. Ze svého pohledu nemám důvěru ve vedoucího pracovníka.“* R7: *„Nadřízení nejsou schopni žádné pochvaly, jen kárají, nařizují, zakazují a trestají.“* Škrála a Škrlová (2003) je ovšem toho názoru, že hybnou silou změn na pracovišti je nejen vrcholový a střední management, ale i sestry samy. Avšak změna je jednoduchá jen zdánlivě, protože se týká nejen cílů organizace, ale i postojů a chování jednotlivých členů. Ti „silní“ se totiž snaží přizpůsobit chod oddělení popřípadě organizace svým vlastním potřebám a zájmům. Podobně vyznívá názor respondentky R6, která je staniční sestrou: *„Mluvit s nadřízenými můžeme. Spíše problémy pacientů řešíme s ošetřujícími lékaři, než s vrchní sestrou, protože nejedná adekvátně situaci. Mám pocit, že se někteří nadřízení drží na svých místech, i když je jejich chování za hranicemi snesitelnosti. Bohužel zkušenost s managementem je taková, že upozornění na problém přinese jen další papír, který je potřeba vyplnit a orazit. Upozorňuji, že mnohé kolegyně mají syndrom vyhoření.“* Na problematiku mobbingu a reakci její přímé nadřízené si stěžuje respondentka R1: *„Když se snažím vyjádřit před kolegyněmi svůj názor, jsem pak terčem pomluv a posměchu. Zdá se mi, že i vrchní sestra má podivný respekt z těchto agresivních kolegyň. Podporu mám spíše u lékařů, jsou spokojeni s mým přístupem.“* Problémem takového jednání může být obava ze ztráty vedoucí pozice. Podle Venglářové (2011) by měl v takové situaci zaměstnanec požádat o pomoc nadřízené,

avšak obava, že se jeho záležitost setká se zlehčováním a zveřejněním, ho často odradí. V současné době nabývá na významu mentorství, supervize a koučování, které mohou být oboustrannou pomocí. Rovněž Crandal et al. (2007) popisují výzkum, při němž byl použit konzultační model koučování. Realizační tým věřil, že mnohostranný přístup včetně vzdělávání, konzultací a rozvoje iniciativ zabrání syndromu vyhoření či fluktuaci zaměstnanců.

Problémy ve vztazích na pracovišti nevycházejí pouze z neochoty nadřízených, ale i z mnoha změn – reforem, které mohou vést k všestrannému vyčerpání a promítají se do atmosféry na oddělení, jak podotýká respondentka R2, která pracuje jako vrchní sestra: *„Nedostatky jsou systémové, nadřízení si neví rady, nebo rezignují. Management většinou mlčí, a pak jsou věci, které se vyvalí přes média ven.“* V managementu řadíme chování zaměstnanců mezi tzv. měkké prvky prosperity, které ovlivňují úspěch organizace směrem k pacientům i prestiži jednotlivých oddělení (Brabcová, 2016). Respondentka R5, staniční sestra, nevnímá problémy ve spolupráci na svém pracovišti: *„Mám možnost mluvit se svými nadřízenými, mám zpětnou vazbu, i když je někdy negativní, ale reaguje se na připomínky a požadavky zaměstnanců. Já také poskytuji prostor mým sestřím, pokud je něco, co se nám nelíbí, vždycky najdeme kompromis.“* I z výzkumných šetření vyplývá vliv kvalitní managerské komunikace na motivaci i zapojení zaměstnanců při zavádění změn právě spojených s konceptem PCC (Rosemond, 2009).

Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřená na faktory, které ovlivňují PCC. I když předchozí výzkumné otázky odkryly určité problémy spojené s ošetrovatelskou péčí, tj. již několikrát zmiňovaný nedostatek personálu, času na pacienta, dotazovali jsme se respondentek na jejich názory na ošetrovatelství, roli pacienta, přípravu na komplexní přístup. Připomínky všech respondentek jsou více či méně spojované s nekonceptností, paternalistickým modelem péče i častou změnou ve vzdělávání sester. Názorové rozdíly respondentek jsou patrné i na odpovídající kompetence sester dané zákonem. V odpovědích se odrážejí i jejich zkušenosti z rozdílných pracovišť.

První část této výzkumné otázky se týká **systému péče o zdraví i role pacienta** v něm. Začátkem 90. let 20. století jsme byli svědky řady změn. Do našeho systému začaly být postupně přejímány metody a modely péče zcela odlišné od těch, na které jsme byli zvyklí. Podle Durdisové (2005) bylo nezbytné vytvořit vhodnou legislativu a prostředí,

ve kterém si zainteresované subjekty hledají svůj prostor a přizpůsobují mu své chování. Situace tedy vyžadovala adaptaci všech, kteří jsou součástí systému péče o zdraví (ošetřující, učitelé, politici). K této problematice se vyjádřila jedna respondentka, která zastává funkci staniční sestry a má zkušenosti ze stáže v zahraničí. R6: *„Problém současného ošetřovatelství je způsobený jakýmkoliv převáděním jiných systémů do našeho, kde je jiná legislativa, nastavený systém, vzdělávání, kompetence. Spoustu věcí přebíráme z Ameriky, myslím, že kdyby se mělo všechno dělat, jak po nás chtějí, tak se nejspíš zastaví celý systém.“*

O určitých kontrastech v jednotlivých systémech péče o zdraví se zmiňuje Křížová (1998). Např. klient v americkém tržním modelu zdravotnictví má ekonomicky jasně formulovaná práva a tudíž nedochází k nadužívání péče. Přesto Berwick (2014) uvádí, že problém je v samotném systému, který stojí mezi pacientem a kvalitou možné péče a poukazuje na následující negativa: nadužívání, nedostatečné užívání a špatné použití. Naopak v sociálně tržních systémech, ke kterým ČR patří, podle Křížové (1998) k nadužívání péče dochází. V tomto smyslu vyznívá i názor jedné respondentky, která vidí příčinu v nekonceptčnosti a absolutním nedostatku sester. R2: *„Vidím určitou nekonceptnost v našem zdravotnictví. Nadužívání péče a absolutní nedostatek sester všechno komplikují. Zvláště ve fakultních nemocnicích, kde se zavírají oddělení.“*

Podle názoru Křížové (1998) je systém péče o zdraví v ČR založen na principu **solidarity**, tedy do jisté míry na **paternalistickém vztahu** státu k občanům. Domníváme se tedy, že do tohoto pojetí může koncept autonomie vůle přinést určitý rozpor. Podobně vyznívá i názor respondentky R2: *„Přes všechny pokroky a etické kodexy převažuje paternalistický přístup.“* Pokud budeme hledat právní úpravu, která zajišťuje pacientovi autonomii vůle při poskytování zdravotnických služeb, najdeme ji v zákoně č. 96/2001 Sb. Více o této problematice pojednává kapitola 1.3.4 *Legislativní rámec týkající se autonomie pacienta*. Nová medicínsko-právní východiska znamenají odklon od paternalistického vztahu lékaře a pacienta a vedou ke kooperačnímu vztahu, který je založen na partnerství. Domníváme se však, že „toto partnerství“ se neděje v rámci práv na sebeurčení, ale překračuje v řadě případů jeho hranice. Podobný názor má respondentka R6: *„Mnozí stále trpělivě odevzdají svůj osud do rukou lékařů a raději nechtějí věci vysvětlovat. Pak jsou pacienti, kteří si o své nemoci zjistí informace z internetu a bohužel někdy se až agresivně dožadují naprosto nesmyslných terapeutických zásahů.“* To potvrzuje i názor Mastiliakové (2014), která dodává, že

příjemci péče hájí svá práva na odborně provedenou péči na základě dostupnosti internetových zdrojů a sugestivních reklam. Respondentka R9 naopak vnímá tuto situaci z pohledu pacienta trpícího: „*Pacient je vždycky v nevýhodě, protože jeho psychika je ovlivněna nemocí a všemi omezeními, které z ní vyplývají.*“ Paparella (2016) se domnívá, že každý pacient by měl dostat péči, kterou potřebuje (ne méně a ne více), a to včas, efektivním způsobem a v souladu s vlastními hodnotami. Myslíme si, že úkolem PCC není poskytovat pacientům vždy to, co chtějí a kdy to chtějí, ale posilovat jejich rozhodování a účast na léčbě. Potvrzuje to také Mastiliaková (2014) názorem, že celosvětovým trendem v oblasti zdravotní péče je řízená podpora zdraví. K aktivní účasti a rozšířené roli pacienta se překvapivě vyjádřila pouze jedna respondentka. R10: „*Představuji si, že je to péče, kde je ve středu pacient a ten určuje a do jisté míry ovlivňuje, co se s ním bude dít, kdy bude vstávat, kdy se bude koupat. Ale má představa zahrnuje aktivního pacienta, který ví, co chce.*“ V souvislosti s rozšířenou rolí je třeba také uvažovat o pacientovi jako celku a zapojit do péče o něj i jeho rodinu nebo přátele. Kabelka (2017) považuje za přínosné nastavit tento proces ustavením rodinné rady, ve které však hraje ošetřující na základě svých zkušeností klíčovou roli. Uvědomujeme si, že je to ideální řešení. Otázkou však je, do jaké míry jsou ochotni ošetřující změnit své autoritářské postoje a do jaké míry jsou blízcí pacienta způsobilí převzít zodpovědnost. Přesto, že část respondentek má dobré zkušenosti se spoluprací s rodinou pacienta, zaznávají i opačné názory, a to převážně ze standardních oddělení. Např. R2: „*V těch všech změnách oboustranná nejistota, co vlastně mohou obě strany od sebe očekávat. Myslím si, že sestry neumí, nebo možná neví, jak komunikovat s rodinami.*“

Druhá část této výzkumné otázky se týká přípravy sester na komplexní přístup k pacientovi. Předmětem dotazování bylo, zda respondentky považují přípravu na komplexní přístup za dostačující. I přes některé překážky vnímají respondentky současnou výuku komplexněji. R10: „Úroveň přípravy mi přijde dostatečná, vždyť se učí i o komunitním ošetřovatelství a paliativní péči, potřebách pacienta, holistickém přístupu.“ Nejčastěji vidí překážky v nedostatečném propojení teorie s praxí, jak uvádí např. R1: „To, co sestry vidí v praxi, se často od teorie liší.“ Některé respondentky mají pocit, že úroveň vzdělání není zohledněna v praktických činnostech. Např. R1: „Vzhledem ke zmatenému vzdělávání ve zdravotnictví během 30 let se na jednom pracovišti scházejí lidé s různým stupněm vzdělání, kteří mají stejné kompetence za téměř stejné ohodnocení.“ Plevová et al. (2011) však konstatuje, že zdravotnické

povolání patří k regulovaným oborům. Vzdělávání všeobecných sester je v současné době podřízeno zákonu č. 201/2017 Sb., který zavádí řadu změn. Podmínkou výkonu povolání všeobecné sestry již není absolvování tříleté vyšší odborné školy, bakalářského programu, ale tzv. model 4+1. Řešení je důsledkem nedostatku zdravotnického personálu především v lůžkových zařízeních (Svěráková, 2017). Respondentka R2 považuje současné změny ve vzdělávání za nesystematické, ovlivněné politickým děním: „*Model 4+1 je terminus technicus, politické zadání, které bylo schváleno.*“ Rovněž Svěráková (2017) uvádí, že se personální krize tímto opatřením nevyřeší, protože trendem současné doby je získat co nejvyšší možné vzdělání. Havelková (2017) dodává, že celoživotní vzdělávání zůstává povinností, ale bude realizováno jinou formou než doposud. Domníváme se, že vzhledem k určitému chaosu a malé transparentnosti velkých nemocnic při často argumentované personální krizi nebude možné celoživotní vzdělávání kontrolovat tak jak doposud. V rozhovorech je podobné tvrzení uvedeno respondentkou R2: „*A taky mi vadí nová forma celoživotního vzdělávání. Když má vrchní sestra na oddělení místo 15 sester 6, koho může poslat na seminář a jak potom může zaměstnavatel garantovat celoživotní vzdělání? Myslím si, že v porovnání se zahraničím ve vzdělávání švindlujeme.*“ Domníváme se, že politické změny spojené s častou výměnou ministrů mají nemalé dopady na poskytovatele zdravotní péče, a tím i na ošetřující. Uvedené změny byly impulsem pro některé vysokoškolsky vzdělané sestry, které založily v Českých Budějovicích Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester (SVVS, 2016). Spolek upozorňuje na snížení nároků na vzdělávání sester a ještě větší chaos v tom, kdo je k čemu kompetentní. K hlavním cílům SVVS patří podporovat ošetrovatelskou profesi a sesterské povolání i hájit zájmy pacientů. MZ ČR hledá řešení neutěšené personální situace českého zdravotnictví pilotním projektem zvaným „Projekt Ukrajina“ (Dvořáková, 2018). Respondentky, které vědí o tomto projektu, nachází velký problém v jazykové bariéře. Např. respondentka R8 říká: „*O projektu Ukrajina vím, ale spolupráci si moc neumím představit, podle mě je to zátěž a nevím, kdo bude sloužit noční, když je sestra na oddělení sama a umí pouze naučené fráze, jinak nerozumí.*“ Na jazykové bariéry souvisící s migrací a nedostatkem ošetřujícího personálu poukazují i některé zahraniční studie, jak uvádí Olsen et al. (2017). Podle nich si na problémy s komunikací stěžují i pacienti, kterým chybí příslušné jazykové znalosti.

Výzkumné šetření dokládá, že přístup ošetřujících k pacientovi ovlivňuje celá řada faktorů. Systémová opatření, časté změny v konceptu vzdělávání ovlivňují chování ošetřujících pacientovi. Kvalitativní výzkum identifikoval některé faktory ovlivňující přístup ošetřujících k pacientovi. Avšak ke generalizaci a doplnění výsledů by přispěl větší počet respondentů, tedy kvantitativní výzkum.

6. Závěr

Záměrem diplomové práce bylo zmapovat faktory ovlivňující přístup ošetřujících v péči orientované na pacienta ze strany ošetřujících i managementu z různých zdravotnických zařízení. Práce zjišťuje, jak sestry vnímají obor ošetřovatelství a v jaké oblasti jsou největší překážky v komplexní péči o pacienta. Vzhledem k technologickému pokroku, demografickým ukazatelům i ekonomickým a globálním faktorům se současná ošetřovatelská péče výrazně mění. Větší soustředěnost na pacienta a závislost poskytovatelů péče na současných trendech vyžadují změnu dosavadní strategie a stereotypního chování těch, kteří péči poskytují. Práce sestry je fyzicky i psychicky náročná, protože zaměstnání sestry již není povoláním výlučným bez osobního života tak, jak bylo v dobách minulých. Při výkonu svého povolání se sestry setkávají každý den s řadou překážek a etických dilemat. Proto není ani operacionalizace pojmu „na pacienta orientovaná péče“ (PCC) jednoduchá, přesto má její charakteristika zásadní význam pro rozvoj znalostí v koncepční i empirické oblasti.

Pro výzkumné šetření byla zvolena vzhledem k fenomenologickému zaměření práce kvalitativní metoda sběru a analýzy dat. Pomocí polostrukturovaných rozhovorů odpovídaly sestry na 20 předem stanovených otázek. Výzkumný soubor tvořilo 11 respondentek, všeobecných sester, ve věkovém rozmezí od 24 do 58 roků. Respondentky se lišily pracovním zařazením, stupněm vzdělání, specializací i místem svého pracoviště. Jednalo se o 6 všeobecných sester (směnných sester), 4 staniční a 1 vrchní sestru. Určující pro velikost výzkumného souboru byla ochota ke spolupráci a teoretická saturace odpovědí respondentek.

Z výzkumného šetření vyplývá, že koncept PCC je předmětem četných výzkumů především v Severní Americe, Kanadě i Anglii. V české literatuře není této problematice věnována taková pozornost jako v literatuře zahraniční, přestože má legislativní podklad. Proto bylo záměrem první výzkumné otázky zjistit chápání pojmu PCC sestrami. Znalost konceptu PCC prokazuje pouze jedna respondentka. Ostatní respondentky o konceptu neslyšely, avšak shodují se ve filozofickém pojetí ošetřovatelství, tj. holistická péče, která je pouze jedním z aspektů tohoto konceptu.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na způsob realizace PCC. Podle odpovědí respondentek je míra poskytované komplexní péče závislá především na počtu personálu, časových možnostech a dobře nastavených standardech. Názory

respondentek také poukazují na důležitost empatického přístupu a osobního přesvědčení, které však z výše uvedených důvodů není možné poskytovat v dostatečné míře. Nezřídka byla konstatována potřeba nefarmakologických přístupů, a to jak ve spojitosti s polypragmazií, tak i nárůstem stárnoucí populace. Další překážkou v realizaci PCC byla zmiňována nedostatečná koordinace péče i její návaznost ve vztahu k měnícím se potřebám pacienta v různých fázích svého onemocnění. Přístup ošetřujících je podle respondentek ovlivňován několika faktory – délka vykonávané profese spojená s rutinní péčí, frustrace, nedostatečná komunikace. Administrativní zátěž je faktor, který odvádí pozornost sester od pacienta a to i na odděleních, která jinak vykazují vysoce kvalitní péči (ARO), jak uvádí respondentky. Určitou spokojenost s realizací PCC na svém pracovišti vyjádřily dvě respondentky, a to z perioperačního oddělení a soukromé odborné ambulance.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala vzájemnou spolupráci sester se svými nadřízenými. Hodnocení spolupráce mezi sestrami u lůžka a sestrami ve vedoucích funkcích se lišily. Všeobecné sestry vnímají problém ve spolupráci se svými nadřízenými, necítí se oceněny a motivovány. U sester v manažerské funkci jsou zjevné systémové překážky a přetíženost.

Ze čtvrté výzkumné otázky vyplývá, jaké další faktory ovlivňují přístup ošetřujících k pacientovi. Důležitou změnu představuje koncepce autonomie pacientovy vůle, která nahradila paternalistický model rozhodování, a zasazuje do jejího kontextu také roli pacientovy rodiny. Názory sester na tuto otázku se lišily. Role pacienta je respondentkami vnímána jako podřízená nebo naopak jako dominantní, méně se však jedná o „partnerský vztah“. V otázce spolupráce s rodinou pacienta byla patrná rozdílnost názorů na míru a způsob spolupráce, ale i oboustranná nejistota, jak ji uskutečnit. Výzkumné šetření také poukazuje na časté změny v koncepci vzdělávání. Ve většině případů bylo hodnoceno jako neuspokojivé propojení teorie s praxí. Respondentky se také vyjadřovaly k odpovídajícím kompetencím, které jsou dané legislativními opatřeními. Více jak polovina sester se vyjádřila k potřebě kompetence rozšířit, zatímco ostatní poukazyvaly na jejich nedostatečné využití.

Závěrem můžeme shrnout, že trend nového přístupu v péči zaměřené na pacienty by měl vést k dalšímu zaměření na vzdělávání a její realizaci při poskytování péče, tedy lepší propojení teorie s praxí. Při řešení těchto zásadních otázek může ošetřovatelská profese

hrát klíčovou roli. Nutnost změny je patrná zejména v současném intenzivním argumentu o nedostatečném počtu všeobecných sester a pomocného personálu. Proto by i sestry samy měly vynakládat větší úsilí o zapojení do dění v oboru, jak v rámci svých pracovišť, tak v oblasti politiky.

Tento kvalitativní výzkum identifikoval faktory ovlivňující přístup ošetřujících k pacientovi. Avšak ke generalizaci a doplnění výsledků by přispěl větší počet respondentů, tedy kvantitativní výzkum, který však nebyl předmětem této práce. Z výzkumného šetření vyplývají určité hypotézy.

Nedostatek času způsobuje u ošetřujícího personálu morální distres.

Rutinní přístup k pacientovi je ovlivněn délkou ošetrovatelské praxe.

Nefarmakologické přístupy omezují nadužívání léků.

Komunikace s rodinou zvyšuje pocit bezpečí pacienta.

Využití v praxi: Výsledky výzkumného šetření budou použity jako zdroj informací k seminářům na dané téma a dílčím publikacím, popř. k dalšímu výzkumu.

7. Seznam použité literatury

1. ABBOTT, K. M., HEID, A. R., VAN HAITSMAN, K., 2016. „We Can't Provide Season Tickets to the Opera“: Staff Perceptions of Providing Preference-Based, Person-Centered Care: *Clinical Gerontologist* [online]. 39(3), 190-209 [cit. 2018-01-02]. Dostupné z: <https://dx.doi.org/10.1080/07317115.2016.1151968>
2. ADAMCZYK, R., 2008. Filozofie a rozvojové trendy v ošetrovatelství. In: MASTILIAKOVÁ, D. *Rozvoj vzdělávání v ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, s. 9-11. ISBN 978-80-7248-467-6.
3. BARTÁK, M., 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
4. BENDL, S., VONKOVÁ, H., ZVÍROTSKÝ, M., 2013. *Boloňský proces a jeho dopady na strukturovaná studia učitelství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. 191 s. ISBN 978-80-7290-703-8.
5. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
6. BERWICK, D. M., 2009. What 'Patient-centered' Should Mean: Confessions of an Extremist. *Health affairs* [online]. 28(4), 555-65 [cit. 2018-07-26]. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.28.4.w555>
7. BEZOLD, C., 2005. The Future of Patient-centered Care: Scenarios, Visions, and Audacious Goals. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 11(Suppl.1), 77-84. ISSN 1075-5535.
8. BEZOUŠKA, P., 2010. Autonomie vůle. In: Havel, B., PIHERA, V. *Soukromé právo na cestě: eseje a jiné texty k jubileu Karla Eliáše*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s. 29-40. ISBN 978-80-7380-265-3.
9. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 66 s. ISBN 978-80-7394-604-3.

10. BURON, B., 2009. *Promoting personhood among nursing home residents living with dementia* [online]. Ann Arbor. A dissertation submitted. University of Arkansas for Medical Sciences. [cit. 2018-07-25]. Dostupné z: <https://pqdtopen.proquest.com/doc/305059501.html?FMT=AI>
11. COLLINS, S., HEWER, I., 2014. The impact of the bologna process on nursing higher education in europe: A review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 51(1), 150. [cit. 2018-04-27] Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1465244940?accountid=12552>
12. CORAZZINI, K. N., ANDERSON, R. A., 2014. Adaptive Leadership and Person-Centered Care: A New Approach to Solving Problems. *North Carolina Medical Journal* [online]. 75 (5), 352-54 [cit. 2017-12-28]. doi: 10.18043/nmc.75.5.352. Dostupné z: <http://www.ncmedicaljournal.com/content/75/5/352.long>
13. CRANDALL, L. G. et al., 2007. Initiating Person-Centered Care Practices in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing* [online]. 33(11), 47-56 [cit. 2018-01-02]. ISSN 0098-9134. Dostupné z: https://gu.se/digitalAssets/1331/1331783_person-centered-care-practices.pdf
14. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
15. DAVIES, R., 2008. The Bologna Process: The Quiet Revolution in Nursing Higher Education. *Nurse Education Today*. 28(8), 935-42. ISSN 0260-6917.
16. DOLEŽAL, T., 2011. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. 1(1), 25-35 [cit. 2017-12-23]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/1>
17. DOSSEY, M. B., 2010. Holistic Nursing: from Florence Nightingale's Historical Legacy to 21st-Century Global Nursing. *Alternative Therapies in Health and Medicine* [online]. 16(5), 14-16 [cit. 2018-06-08]. ISSN 1078-6791. Dostupné z: databáze ProQuest Central

18. DOSSEY, M. B., 2013. Nursing: Integral, Integrative and Holistic Local to Global. In: DOSSEY, M. B., KEEGAN, L. *Holistic Nursing a Handbook for Practice* [online]. 6th ed. Burlington, MA: Jones Bartlett Learning, p. 3-58 [cit. 2018-06-12]. ISBN 978-1-4496-5175-6. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=kby0J6Y7aeYC&pg=PR6&dq=ISBN+978-1-449651756&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwj_g8Cgmc7bAhUKZ1AKHQslAr0Q6AEIJzAA#v=onepage&q=ISBN%20978-1-4496-5175-6&f=false
19. DRICK, C. A., 2014. At Last: Moving Into Person-Centered Care. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)*. 34(1), 6-9. ISSN 1071-2984.
20. DURDISOVÁ, J., 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
21. DVOŘÁKOVÁ, H., 2018. Jde to i jinak... *Florence*. 14(2), 24-25. ISSN 1801-464X.
22. EPSTEIN, R., M., STREET, R., L., 2011. The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*. 9(2), 100-103. ISSN 1544-1709.
23. ERICKSON, H. L., 2009. Holistic Nurses' examinations: Past, Present, Future. *Journal of Holistic Nursing* [online]. 27(3), 186-202 [cit. 2018-0608]. doi: 10.1177/0898010109333336. Dostupné z: databáze ProQuest Central
24. ERIKSON, E. H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
25. FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovatel'stva: učebnica pre odbor ošetrovatel'stva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
26. FISHER, M., 2014. A Comparison of Professional Value Development Among Pre-licensure Nursing Students in Associate Degree, Diploma, and Bachelor of Science in Nursing Programs. *Nursing Education Perspectives* [online]. 35(1), 37-42 [cit. 2018-06-08]. doi:10.5480/11-729.1. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/261518248_

27. FRANKL, V. E., JOCHMANN, V., LUKAS, E. S., 1997. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. vydání. Brno: Cesta. 212 s. ISBN 80-85319-63-2.
28. GURKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2017. *Klinické prostředí v přípravě sester: organizace, strategie, hodnocení*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0583-0.
29. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání, podstatně přepracované a doplněné. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
30. HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J., 2013. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. 121 s. ISBN 978-80-7492-063-9.
31. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. Je projev svobodné vůle pacienta skutečně svobodný. *Tempus medicorum*. 24(6), 9. ISSN 1214-7524.
32. HÁVA, P., 2005. Zdravotní politika. In: POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Upravené, doplněné a aktualizované vydání v českém jazyce. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, s. 331. ISBN 80-86429-50-4.
33. HAVELKOVÁ, K., 2017. Co byste měli vědět o novele zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. *Florence*. 13(9), 30-31. ISSN 1801-464X.
34. HETTNEROVÁ, M., 2018. Sestry z Ukrajiny jsou pro nás vítaná pomoc. *Florence*. 14(2). 2-3. ISSN 1801-464X.
35. HOBBS, J. L., 2009. A Dimensional Analysis of Patient-Centered Care. *Nursing Research*. 58(1), 52-62. ISSN 0029-6562.
36. HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 115 s. ISBN 978-80-7013-575-4.
37. HOLMEROVÁ, I., 2017. Geriatrie a gerontologie v novém tisíciletí. *Rezidenční péče*. 13(2), 12-14. ISSN 1801-8718. Dostupné také z: https://cello-lic.fhs.cuni.cz/CEL-19-version1-rp_brezen_2017_gag_v_novem_tis.pdf

38. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
39. HURDÍK, J., LAVICKÝ, P., 2010. *Systém zásad soukromého práva*. Brno: Masarykova univerzita. 197 s. ISBN 978-80-210-5063-1.
40. IZUMI, S., 2011. Educating Nurses: A Call for Radical Transformation: Book Review. *Japan Journal of Nursing Science* [online]. 8, 110-11 [cit. 2018-07-26]. doi:10.1111/j.1742-7924.2011.00182.x. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1742-7924.2011.00182.x>
41. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
42. JANOUT, V., 2014. *Veřejné zdravotnictví: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 61 s. ISBN 978-80-7464-585-3.
43. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
44. JAROŠOVÁ, D. et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetřovatelství*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5426-0.
45. JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R., 2014. *Ošetřovatelství založené na důkazech: evidence based nursing*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-5345-4.
46. JOO, J. Y., HUBER, D. L., 2013. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *International Nursing Review* [online]. 61 (1), 14-24 [cit. 2018-02-14]. Doi: 10.1111/inr.12068. Dpstuné z: <http://www.medvik.cz/link/access.do?source=ebSCO&url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24218992&lang=cs>
47. KECLÍKOVÁ, K., 2012. *Systém řízení rizik jako součást integrovaného systému managementu kvality ve zdravotnictví; Teze disertační práce*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN: 978-80-745-4194-0.

48. KABELKA, L., 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta. 317 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
49. KALVACH, Z., 2005. Naděje a zklamání medicíny – gerontologický aspekt. In: MÁŠOVÁ, H. (ed.) et al. *České zdravotnictví: vize a skutečnost: složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, s. 165-88. ISBN 80-246-0944-4.
50. KALVACH, Z. et al., 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE. 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
51. KENDALL-RAYNOR, P., 2010. Bold Steps Towards Realising the Dream of Patient-Centred Service. *Nursing Standard* [online]. 24(29), 12-13 [cit. 2018-02-14]. ISSN 0029-6570. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/219866244/fulltextPDF/6C4B81B097684FBPQ/1?accountid=12552>
52. KIM, H. S., 2006. Existentialism and phenomenology in nursing theories (2nd. ed. ed.). *New York: Springer Publishing Company* [online]. 141-56 [2018-07-10]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/189451755?accountid=12552>
53. KOZÁKOVÁ, R., 2011. *Komunitní ošetrovatelská péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 71 s. ISBN 978-80-7464-079-7.
54. KŘÍŽOVÁ, E., 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnávání*. Praha: [Eva Křížová]. 133 s. ISBN 80-238-0937-7.
55. KUŘE, J., 2016. Lidská práva: koncept a jeho limitace pro medicínskou praxi [přednáška]. In: *Konference Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. 3. 11. 2016.
56. KUŘE, J., PETRŮ, M., 2015. *Filosofie medicíny v českých zemích*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. 289 s. ISBN 978-80-7387-972-3.
57. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

58. LANGE, B., ZAHOUREK, R. P., MARIANO, C., 2014. A Legacy Building Model for Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing*. 32(2), 116-26. ISSN 0898-0101.
59. LEIN, C., WILLS, C. E., 2007. Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* [online]. 19(5), 215-20 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/212810746?accountid=12552>
60. *LEMON 1: učební texty pro sestry a porodní asistentky: ošetrovatelská praxe: klinická ošetrovatelská praxe: glosář*, 1996. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
61. LUSK, J., M., FATER, K., 2013. A concept analysis of patient-centered care. *Nursing Forum* [online]. 48(2), 89-98 [cit. 2018-05-10]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1352773488?accountid=12552>
62. LYNN, M. R., REDMAN, R. W., 2004. Advancing Patient-centred Care Through Knowledge Development. *Canadian Journal of Nursing Research* [online], 36(3), 116-129 [cit. 2018-01-02]. ISSN 0844-5621. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/218794682?accountid=12552>
63. MAREŠ, J., 2016. Morální distres: terminologie, teorie a modely. *Kontakt*. 18(3), 151-59. ISSN 1212-4117.
64. MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., 2011. *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.
65. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
66. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

67. McCORMACK, B., 2003. A Conceptual Framework for Person-Centred Practice with Older People. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 9(3), 202-09 [cit. 2017-12-28]. ISSN 1322-7114. Dostupné z: databáze ProQuest Central
68. MEARNS, D., THORNE, B., 2013. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3881-9.
69. MESSERLI, H., MEICHTRY, B., 2016. *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 65 s. ISBN 978-80-906320-1-1.
70. McKEW, M., 2017. 'PJ Paralysis' Campaign Gets Patients up and Trusts Moving. *Nursing Standard* [online]. 31(40), 12-13 [cit. 2017-05-11]. doi: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.31.40.12.s13>. Dostupné z: databáze ProQuest Central
71. MLČOCH, Z., 2008. Co je to antiaging medicína a léčba stárnutí. In: *MUDr. Zbyněk Mlčoch* [online]. © Eva Mlčochová, 2000-2014 [cit. 2018-06-08]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/co-je-to-antiaging-medicina-a-lecba-starnuti>
72. MOYLE, W., RICKARD, C. M., CHAMBERS, S. K., CHABOYER, W., 2015. The partnering with patients model of nursing interventions: A first step to a practice theory [online]. *Healthcare*. 3(2), 252-262 [cit. 2018-02-23]. doi:<http://dx.doi.org/10.3390/healthcare3020252>. Dostupné z: <https://search.proquest.com/central/docview/1748040630/1B9015369F04EABPQ/19?accountid=12552>
73. Nursing - Holistic Nursing; Studies from University of Oslo Reveal New Findings on Holistic Nursing (Concept Communication and Interpretation of Illness: A Holistic Model of Understanding in Nursing Practice), 2017. *Health and Medicine Week* [online]. May 05, 7897 [cit. 2018-06-04]. ISSN 1531-6459. Dostupné z: databáze ProQuest Central

74. OLSEN, K. D., NESTER, M., HANSEN, B. S., 2017. Evaluating the Past to Improve the Future - A Qualitative Study of ICU Patients' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing* [online]. 43(Dec1), 61-67. [cit. 2018-07-27]. doi:10.1016/j.iccn.2017.06.008. Dostupné z: databáze ProQuest Central
75. PAPARELLA, G., 2016. Person-centred Care in Europe: a Cross-country Comparison of Health System Performance, Strategies and Structures [online]. *Oxford: Picker Institute Europe* [cit. 2018-07-25]. Dostupné z: <http://www.picker.org/wp-content/uploads/2016/02/12-02-16-Policy-briefing-on-patient-centred-care-in-Europe.pdf>
76. PATZ, S., 2014. Holistic Assessment in Person - Centered Care. *Beginnings (American Holistic Nurses' Association)* [online]. 34(1), 10-22 [cit. 2017-12-28]. ISSN 1071-2984. Dostupné z: MEDLINE Complete
77. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
78. PELZANG, R., 2010. Time to Learn: Understanding Patient-centered Care. *British Journal of Nursing* [online]. 19(14). 912-17 [cit. 2018-07-25]. ISSN 0966-0461. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/d9e7/b8e301ab774b129f0d83d33d7fa52151ad1a.pdf>
79. PETERKOVÁ, H., 2013. Úmluva o lidských právech a biomedicíně – východisko pro národní úpravu práv pacienta?. In: FAIX, M. *Mezinárodněprávní aspekty ochrany lidských práv*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, s. 61-68. ISBN 978-80-87146-97-2.
80. PLECHATÁ, I., HALAČOVÁ, M., 2018. První zkušenosti z projektu Účelná a bezpečná farmakoterapie v zařízení sociálních služeb (realizovaný na Vysočině v letech 2016-2017). *Geriatric a gerontologie*. 2 (7), 65-67. ISSN 1805-4684.
81. PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
82. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

83. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
84. PODRAZILOVÁ, P. et al., 2016. *Teorie ošetrovatelství: (skripta pro bakalářské studijní obory)*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 136 s. ISBN 978-80-7494-297-6.
85. POCHYLÁ, K., 2005. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. 2. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
86. POKOJOVÁ, R., 2014. Význam dokumentace pro zajištění kontinuity péče. *Ošetrovatelská péče*. 2014(speciál zima), 56-57. ISSN 2336-1603.
87. POKORNÁ, A., JUŘENÍKOVÁ, P., 2011. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče o seniory podpora sociokulturní a odborné kompetence profesionálních pečovatelů (NLZP) o seniory* [CD-ROM]. Brno: Tribun EU.
88. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.
89. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
90. RAJAMOHAN, S., 2016. *Person-centered Care and Leadership in Long-term Care Arena* [online]. New York. A dissertation submitted. State University of New York at Buffalo. [cit. 2018-07-09]. Dostupné z: <https://search.proquest.com/docview/1766504243?accountid=12552>
91. ROSEMOND, Ch. A., 2009. *Implementing Person Centered Care in Nursing Homes* [online]. Chapel Hill. A dissertation submitted. University of North Carolina. 179 p. [cit. 2018-06-08]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/95d1/0908eb509d5d4cc2967726becc9114fd6da2.pdf>

92. SHAMIAN, J., 2017. People-Centred Healthcare: Don't Forget the Nurses! *OECD Observer* [online]. Q1,(309), [cit. 2017-04-12]. ISSN 1561-5529. Dostupné z: http://oecdobserver.org/news/fullstory.php/aid/5783/Peoplecentred_health_care:_Don_92t_forget_the_nur
93. SCHOLZ, P., TÓTHOVÁ, V., 2010. Humanistická péče dle modelu Margarety Jean Watsonové. *Kontakt*. 12(1). 34-38. ISSN 1212-4117.
94. SCHWIND, J. K. et al., 2014. Fostering Person-Centered Care among Nursing Students: Creative Pedagogical Approaches to Developing Personal Knowing. *Journal of Nursing Education* [online]. 53(6), 343-47 [cit. 2018-06-08]. doi: 10.3928/01484834-20140520-01. Dostupné z: databáze ProQuest Central
95. SIDANI, S., EPSTEIN, D., MIRANDA, J., 2006. Eliciting Patient Treatment Preferences: A Strategy to Integrate Evidence-Based and Patient-Centered Care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. 3(3), 116-23 [cit. 2018-01-02]. ISSN 1545-102X. Dostupné z: DOI: 10.1111/j.1741-6787.2006.00060.x.
96. SKOPALOVÁ, J., 2014. *Vybrané kapitoly ze zdravotnické etiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 60 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-4083-5.
97. Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester bude hájit VŠ vzdělání sester!, 2016. In: *Ošetrovatelství.info* [online], ©2009 [cit. 2018-06-14]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.info/spolek-vysokoskolsky-vzdelanych-sester-bude-hajit-vs-vzdelani-sester/>
98. STAŇKOVÁ, M., 1996. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-243-5.
99. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2017. Novela zákona č. 96/2004 Sb. jen prohloubí stávající personální krizi. *Florence*. 13(7-8), 4-6. ISSN 1801-464X.

100. SZOLÁR, E., 2011. The Bologna Process: The Reform of the European Higher Education Systems. *Romanian Journal of European Affairs* [online]. 11(1), 81-99 [cit. 2018-04-15]. ISSN 1841-4273. Dostupné z: http://rjea.ier.ro/sites/rjea.ier.ro/files/articole/rjea_vol_11_no_1/RJEA_2011_vol_11_no1_artic_6_THE_BOLOGNA_PROCESS_THE_REFORM_OF_THE_EUROPEAN_HIGHER_EDUCATION_SYSTEMS.pdf
101. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
102. ŠEVČÍKOVÁ, S., 2004. Svoboda, svědomí, soužití. Kapitoly z mezilidské etiky. *Sociální práce*. 3(4), 139-141. ISSN 1213-6204.
103. ŠIMEK, J. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
104. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
105. ŠMÍDOVÁ, A., 2011. Malá novela zákona č. 96/2004 Sb. *Sestra*. 21(6), 15-16. ISSN 1210-0404.
106. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
107. TAVEL, P., 2007. *Smysl života podle Viktora Emanuela Frankla: potřeba smyslu života, přínos Viktora E. Frankla k otázce smyslu života*. Praha: Triton. 303 s. ISBN 978-80-7254-915-3.
108. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 978-80-7262-365-5.
109. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. aktualizované vydání. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
110. VÁCHA, M., 2017. *Moc a bezmoc medicíny. Díl 33*. [online TV vysílání]. ČT24, 24. 12. 2017. [cit. 2018-07-25]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/11054978064-fokus-vaclava-moravce/216411030530001/video/463570>

111. VENGLÁŘOVÁ, M. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3174-2.
112. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J., 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. upravené vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

8. Seznam příloh

Příloha č. 1 Otázky pro výzkum

Příloha č. 2 Povolení o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 3 Ukázka kódování „tužka-papír“

Příloha č. 4 Koncept PCC

Příloha č. 5 Myšlenkové schéma

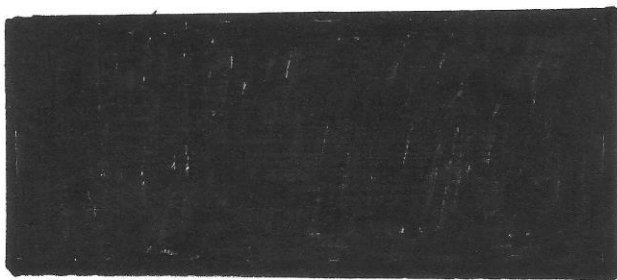
Příloha č. 6 Záznamy rozhovorů (CD)

Příloha č. 1 Otázky pro výzkum

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?
4. Na jakém oddělení pracujete?
5. Co si představujete pod pojmem péče orientovaná na potřeby pacienta? (Jak si představujete komplexní péči o pacienta)?
6. Jaká je podle Vás úroveň přípravy na komplexní přístup k pacientovi ve zdravotnických školách?
7. Co byste řekla o realizaci péče orientované na pacienta na Vašem pracovišti? (Např. využití nefarmakologických přístupů)?
8. Jak byste popsala Vaši spolupráci v péči o pacienty s jejich blízkými?
9. Na co si podle Vás pacienti nejvíce stěžují?
10. Jak reagujete na stížnosti pacientů?
11. Jakou roli hraje dle Vašich zkušeností postavení pacienta v systému zdravotnictví?
12. Do jaké míry podle Vašeho názoru respektují sestry autonomní postavení pacienta?
13. Kde je podle Vás největší nedostatek v poskytování péče orientované na pacienta?
14. Jaké máte možnosti mluvit o těchto nedostatcích s Vašimi nejbližšími nadřízenými?
15. Jak reaguje management nemocnice – Vaše nejbližší nadřízená/ý na Vaše připomínky?
16. Do jaké míry naplňují Vaše kompetence (vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.) možnost realizovat péči orientovanou na pacienta?
17. Chybí Vám některé kompetence při ošetřování pacientů? Jaké?
18. Jak vnímáte kontinuitu (návaznost) poskytované ošetrovatelské péče?
19. Jak byste si představovala péči o sebe a své příbuzné v případě hospitalizace?
20. Jak vnímáte současný stav ošetrovatelství (koncepce oboru, Projekt Ukrajina)?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 Povolení o provedení výzkumného šetření



Vážená paní
Bc. Marcela Waldsbergerová
Souběžná 25
636 00 – Brno

V Brně dne 24. 5. 2018

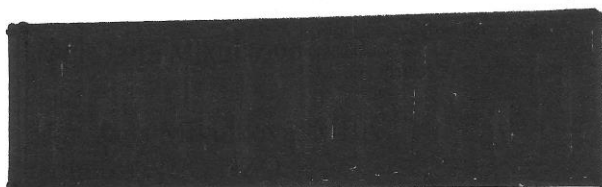
Odpověď na žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážená kolegyně,

souhlasím s provedením výzkumného šetření na získání údajů pro diplomovou práci „Faktory ovlivňující péči orientovanou na pacienta“, s podmínkou, že získané informace budou v této práci zveřejněny zcela anonymně.

Uvítám, pokud získané výsledky nám dáte k dispozici.
Přeji Vám hodně úspěchů při psaní diplomové práce.

S pozdravem



Příloha č. 3 Ukázka kódování „tužka-papír“

11. Jakou roli hraje dle Vašich zkušeností postavení pacienta v systému zdravotnictví?

„Vzhledem k tomu, že v lázních si např. příspěvkovou péči klienti připlácejí, jsou v jiné pozici vůči poskytovatelům zdravotnické péče. Vnímám rozdíl v přístupu starších lékařů, nebo sester – vystupují z pozice nadřazenosti, toho, který ví nejlépe, ten který rozhoduje a určuje pravidla. U nich často selhává komunikace. U mladších lékařů a sester jsem viděla rozdíl v komunikaci, více vysvětlují, respektují klienta. U sester, které jsou delší dobu na stejném pracovišti je vidět nadřazená role, pacient je spíše se svými požadavky obtěžuje, nějak chybí ochota.“

12. Do jaké míry podle Vašeho názoru respektují sestry autonomní postavení pacienta?

„Do té míry, pokud jim to nenarušuje zaběhnuté stereotypy. Možná je příčina v tom, že my sestry také nejsme úplně respektované a více nám je vytýkáno, než bychom byly chválené.“

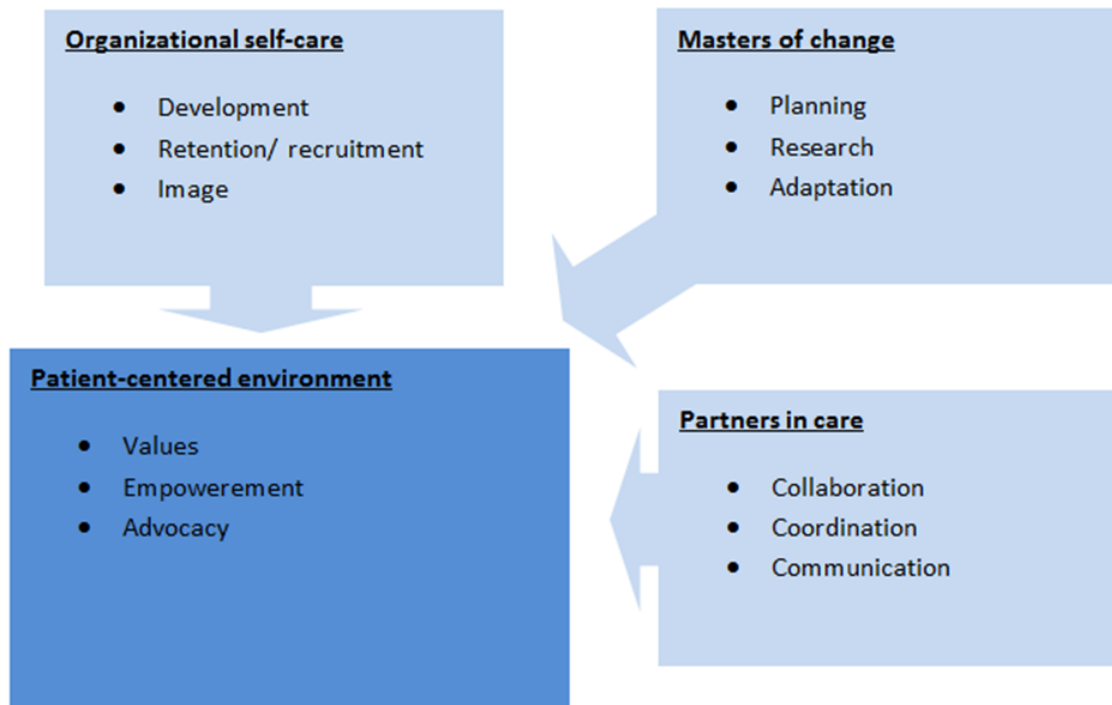
13. Kde je podle Vás největší nedostatek v poskytování péče orientované na pacienta?

„Největší nedostatek je u starších pacientů, kteří leží na lůžkových částech nemocnic a u starších klientů postižených např. demencí. V lázních je mnoho kontraindikací lázeňské péče, takže pacienti, kteří nejsou schopni samostatně uspokojovat své potřeby např. pro akutní virové onemocnění, nebo psychický stav, ukončují lázeňský pobyt. Některé starší sestry nejsou ochotné se o akutně nemocné pacienty starat ani po dobu dvou dnů, kdy klient může v lázních pobývat, mají výhrady, tlačí na lékaře, ať pacienta odešle do nemocnice, nebo domácího léčení. V co nejkratší době ukončují donášku jídla na pokoj atd.“

14. Jaké máte možnosti mluvit o těchto nedostatcích s Vašimi nejbližšími nadřízenými?

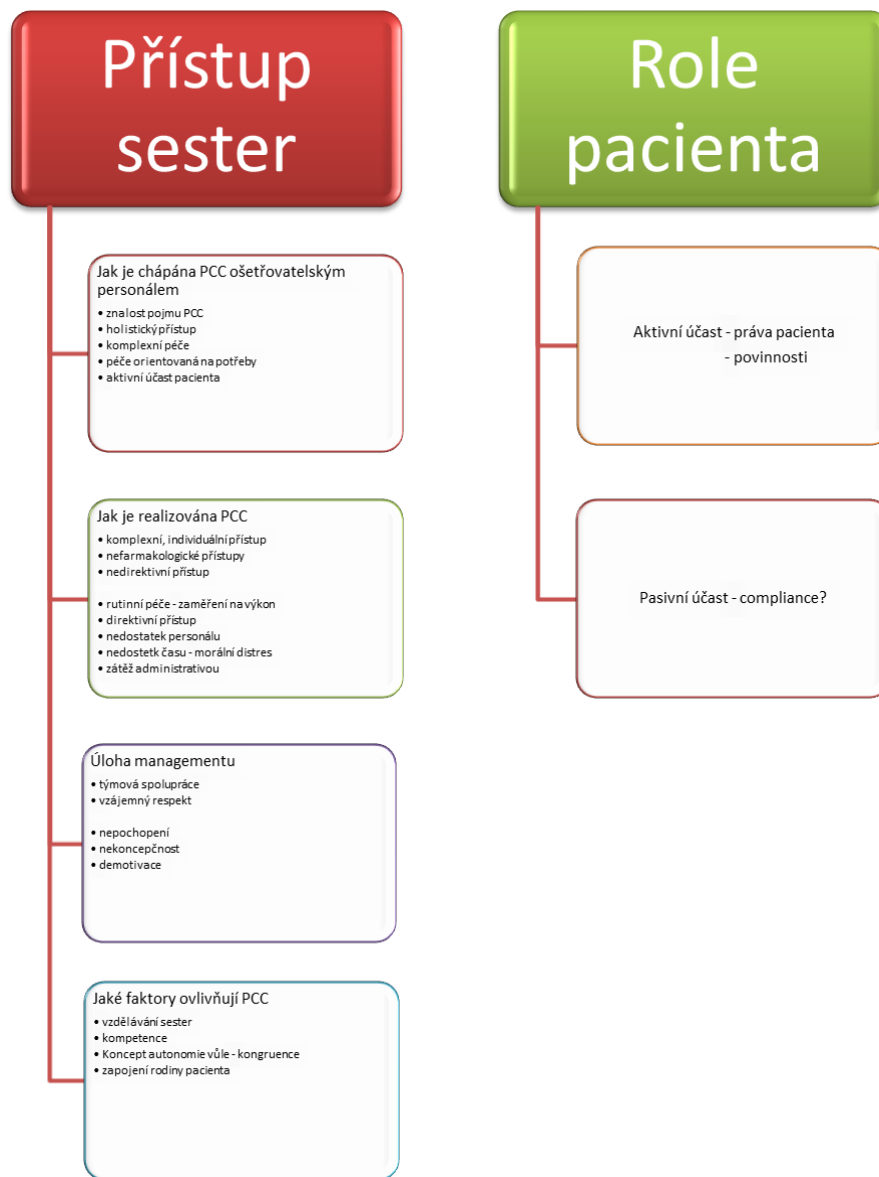
„Vzhledem k tomu, že pracujeme na jednom pracovišti, je to obtížné. Ze svého pohledu nemám důvěru ve vedoucího pracovníka – vrchní sestru. Zdá se mi, že i vrchní sestra má podivný respekt z těchto agresivních pracovníků. Když se snažím vyjádřit před

Příloha č. 4 Koncept PCC



Zdroj: Pelzang (2010, s. 915)

Příloha č. 5 Myšlenkové schéma



Zdroj: vlastní

9. Seznam použitých zkratk

- ADL Activities of Daily Living (aktivity denního života)
- EBP Evidence Based praxis (praxe založená na důkazech)
- EU Evropská unie
- HDP Hrubý domácí produkt
- IADL Instrumental activities of Daily Living (instrumentální aktivity denního života)
- ICN International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)
- IOM Institut of Medicine (Institut medicíny)
- MZ ČR Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- PCC Patient Centered Care (na pacienta orientovaná péče)
- SVVS Spolek vysokoškolsky vzdělaných sester
- WHO World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)