

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Barbora CALTOVÁ

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci
ošetřovatelské péče**

Barbora Caltová

**Bakalářská práce
2011**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora CALTOVÁ**
Osobní číslo: **Z07006**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací, studium odborné literatury a popis problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů práce.
3. Zpracování teoretické části.
4. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
5. Sestavení dotazníků a distribuce dotazníků respondentům.
6. Sběr, zpracování a interpretace dat.
7. Zhodnocení cílů, výzkumných záměrů a doporučení.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**


Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
2. KOŘENEK, Josef. Lékařská etika. 2. vyd. Praha : TRITON, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum ve zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.
5. MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Jedlínská**
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2011**


prof. MUDr. Arnošt Pellicani, DrSc.
děkan

I.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 23.4. 2011

Barbora Caltová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Martině Jedlinské za věnovaný čas, cenné rady a vstřícný přístup během naší spolupráce při vytváření této bakalářské práce.

V Pardubicích dne 23.4. 2011

Barbora Caltová

Souhrn

Bakalářská práce se dotýká etických problémů v ošetrovatelské péči. Řeší problém respektování lidské důstojnosti hospitalizovaných klientů/pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Skládá se z části teoretické a praktické. V teoretické části vysvětluje, jak je pro pacienta důležitá ošetrovatelská péče, která nenarušuje jeho autonomii, důstojnost a bere ohled na jeho soukromí a stud. Zmiňuje vliv vhodného přístupu sester v rámci ošetrovatelské péče na zvyšování úrovně a profesionality zdravotnického povolání.

V praktické části zjišťuje z pohledu samotných pacientů úkony spojené se zdravotnickou péčí, při kterých nejčastěji pociťovali, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována. Objasňuje, zda biologické stáří a délka hospitalizace nemocných má vliv na výsledné hodnocení chování zdravotních sester k pacientům. Zhodnocení výzkumné části odhaluje některé problémy, se kterými se hospitalizovaní potýkají a kterým lze včasným a vhodným zásahem předcházet anebo je alespoň zmírnit. Snahou práce je poukázat na tyto nedostatky, které by bylo dobré řešit.

Klíčová slova

Lidská důstojnost – autonomie – stud – soukromí.

Summary

This Bachelor thesis deals with ethic problems in nursing care. It solves the problem of respect for human dignity of hospitalized clients / patients in the context of providing health care.

It consists of both theoretical and practical parts. The theoretical part explains the importance of care which does not invade the patient's autonomy and dignity regarding his privacy and shame. It mentions how appropriate attitude of nurses influences the improvement of health service standard and medical professionalism.

In the practical part the thesis looks from the patient's point of view at some medical acts in which they felt the lack of respect for their dignity. It investigates whether old age and the length of hospitalization influences the final assessment of nurses' attitude to patients. The summary of the research reveals some problems which the hospitalized patients face and which might be prevented from or at least reduced by an early and appropriate action. The thesis tries to show the shortcomings which are good to be solved.

Key words

Human dignity – autonomy – shame – privacy.

Obsah

Úvod.....	8
Cíle práce	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Vymezení základních pojmů.....	10
1.1 Důstojnost	10
1.2 Autonomie.....	12
1.3 Stud	13
1.4 Soukromí	15
2 Ontogenetický vývoj - charakteristika dospělosti a stáří	16
2.1 Dospělost.....	16
2.2 Stáří	17
3 Aspekty respektující důstojnost	18
3.1 Komunikační dovednosti.....	18
3.1.1 Verbální komunikace	18
3.1.2 Neverbální komunikace	19
3.2 Ctnosti zdravotní sestry.....	20
3.3 Environmentální faktory	22
PRAKTICKÁ ČÁST.....	24
4 Výzkumné otázky	24
5 Metodika výzkumu	25
6 Vyhodnocení dotazníkového šetření	26
Diskuze.....	43
Závěr	48
Seznam použité literatury.....	50
Seznam příloh	52
Příloha 1: Dotazník	52

Úvod

Předkládaná bakalářská práce se zabývá respektováním důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče. Touto problematikou se již zabývá značná řada děl odborné literatury a výzkumů. I mně je toto téma velmi blízké a právě proto jsem se mu rozhodla věnovat.

Biomedicínské pojetí zdravotnictví, které převládalo ve 20. století, kladlo důraz převážně na somatické obtíže. Předpokládalo se, že každá nemoc má jednu příčinu tělesného původu, kterou je nutno vyřešit a na psychiku a pocity nemocného se nebral ohled. Od těchto postojů se následně odvíjel přístup personálu k nemocným. Dnes dochází k rozšiřování biomedicínského pohledu na zdravotnictví o nové komplexnější přístupy a zvyšuje se snaha uplatňovat v péči o pacienty holistický přístup. Důkazem je nová koncepce ošetrovatelství, ve které je tento systém dominantní. Moderní koncepcí ošetrovatelství se zabývá autorka Mastiliaková např. ve své odborné publikaci *Holistické přístupy v péči o zdraví* (1999).

Je důležité, aby si lidé uvědomili, že musí o svoje zdraví pečovat a že jsou z nezanedbatelné části zodpovědní za svůj zdravotní stav. Z tohoto důvodu je nezbytné, abychom ke svým klientům přistupovali jako k rovnocenným partnerům. Pouze v partnerském vztahu mezi pacientem a zdravotníkem se nemocný může aktivně angažovat v léčebném procesu a nestává se tedy pouhým objektem péče (Bártlová, 2002). Lidé jsou dnes vzdělanější, mají přístup k odborným informacím a zdravotní péči si více či méně finančně hradí. Je proto nevyhnutelné, aby se adekvátně k těmto okolnostem zvyšovala úroveň poskytované péče. Medicínská stránka zdravotnictví je u nás na vysoké úrovni, ale co se týče humánního přístupu k nemocným, je neustále co zlepšovat.

Křivohlavý ve své publikaci *Psychologie nemoci* potvrzuje, že příčiny a činitelé ovlivňující průběh nemoci jsou multifaktoriální. Duševní stav má mnohdy významný vliv na léčbu. Aby byla terapie efektivní, je žádoucí vytvořit takové prostředí, ve kterém se nemocný cítí dobře. Proto jsem přesvědčená, že má smysl zabývat se otázkou respektování důstojnosti našich pacientů v rámci poskytování ošetrovatelské péče. Tato problematika je jistě velmi složitá, zejména má-li být uplatňována v každodenní praxi. Přesto bych si přála, abychom se pokusili své pacienty chápat a přistupovali k nim tak, jak bychom chtěli, aby bylo zacházeno s námi. Tím jistě přispějeme k humanizaci našeho zdravotnictví.

Cíle práce

1. Zjistit, jak pacienti/klienti hodnotí respektování lidské důstojnosti během hospitalizace.
2. Zjistit, zda má délka hospitalizace vliv na to, jak pacient/klient subjektivně hodnotí respektování lidské důstojnosti.
3. Zjistit, zda má biologický věk vliv na to, jak pacient/klient subjektivně hodnotí respektování lidské důstojnosti v rámci hospitalizace.
4. Určit oblasti, ve kterých hospitalizovaní pacienti/klienti nejčastěji pociťují porušení lidské důstojnosti.
5. Zjistit, jak pacienti/klienti znají léčbu svého onemocnění a změny, které s sebou nemoc přinese.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Důstojnost

S pojmem lidská důstojnost se dnes v souvislosti se zdravotnickou péčí setkáváme čím dál častěji. Zdravotníci by si měli být vědomi, že díky charakteru své profese se často dotýkají důstojnosti svých pacientů. Pojem důstojnost nemá jednoznačnou a přímou definici.

Mnozí lidé, zejména lidé mladšího a středního věku, přidělují druhým míru důstojnosti podle jejich rolí či postavení ve společnosti. Jedná se o tzv. důstojnost zásluh. Ta souvisí s funkcí jedince, kterou ostatní lidé uznávají, např. starosta. Právě proto mnozí lidé středního věku mají strach, že svoji důstojnost ztratí s odchodem ze zaměstnání do důchodu. Naopak mladí lidé tvrdí, že si svoji důstojnost ještě nezískali, protože zatím neměli možnost prosadit se ve významných funkcích (Kalvach, 2004, s. 12). Zdravotníci by neměli chápat důstojnost jako něco, co by se dalo během života vydobýt nebo pozbyt v závislosti na ekonomickém a sociálním postavení.

Význam, který člověk přisuzuje sám sobě, chápeme jako sebeúctu. Sebeúcta je spjata s tzv. důstojností mravní síly. Důstojnost mravní síly mají zachovanou ti lidé, kteří dokážou žít v souladu se svými morálními zásadami. Lidé, kteří nemají zachovanou mravní autonomii a celistvost, mohou ztratit sebeúctu, mohou být zavrženi okolím a přijít i o úctu ostatních (Kalvach, 2004, s. 12). Hospitalizovaní pacienti mohou žít v nesouladu s vlastními mravními zásadami, také proto, že díky okolnostem (nemoc, nesamostatnost apod.) nemají jinou možnost. Proto by se měli zdravotníci snažit ošetřovat nemocné, tak aby péče o ně byla v souladu s jejich mravními zásadami a aby nemocní neztráceli sebeúctu (Svobodová, 2006).

Sebeúcta úzce souvisí s důstojností osobní identity. Důstojnost osobní identity je založena na vědomí vlastního já, na tělesné identitě, na schopnosti objevit smysl své existence, na integritě. Nalézt smysl vlastního života umožňuje lidem pocit kompletní lidské bytosti s dobrými vztahy k druhým lidem a kvalitní zapojení do komunity. Nemocní lidé závislí na pomoci druhých jsou často vystaveni vnějším zásahům do nejintimnějších oblastí

svého života. Nešetrné fyzické i psychické intervence do života jedince vedou k pocitům hanby, ponížení, trapnosti i degradace a mají za následek narušení důstojnosti osobní identity. Zdravotníci mohou vědomě či nevědomě poškodit důstojnost pacientů (např. bránit jim v interakci s jinými lidmi, fyzicky je zraňovat, pronikat do jejich soukromí, nerespektovat jejich stud atd.), takové jednání způsobuje jedinci újmu a může vést ke ztrátě sebedůvěry, k podlomení vědomí vlastní hodnoty, ke změně identity a k zpochybnění vlastní autonomie (Kalvach, 2004, s. 13).

Důstojnost je elementární součástí lidské bytosti. Tímto rozumíme, že každý člověk je důstojnou bytostí. Důstojnost se dá zaznamenat jako nezcizitelná hodnota všech lidí. S důstojností se každý člověk rodí, je tedy člověku přirozená. Důstojnost není pouhou otázkou toho, co lidé cítí nebo co uznává kultura dané společnosti, ale vychází z obecného pojetí lidství. Každý člověk je důstojnou bytostí (Kalvach, 2004, s. 13).

Klíčové je zmínit také význam Listiny základních práv a svobod, která vedle stanovení základních principů našeho právního řádu zdůrazňuje svobodu, rovnost a důstojnost lidských bytostí. Na tomto místě je vhodné odkázat na čl. 10 odst. 1 Listiny, který sděluje, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Dále je zde vhodné zmínit zákon č. 40/1964 Sb. Občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů § 11, který říká, že fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.

Zdravotní sestra by měla dávat najevo úctu a respektovat důstojnost všech pacientů, bez ohledu na jejich sociální, psychický a fyzický stav. Člověk má svou důstojnost proto, že je člověkem a nemůže ji ztratit kvůli nemoci. Důstojnost je udělena všem lidem stejně (Svobodová, Šimek, 2004). Lidská důstojnost se nedá změřit, zvážit ani spočítat.

1.2 Autonomie

V rámci snahy o neustálé zlepšování kvality zdravotní péče by zdravotníci měli chápat, co znamená pojem autonomie a jaký má pro člověka význam.

Pod pojmem autonomie rozumíme nezávislost každého jedince, samostatnost v myšlení, v rozhodování, v jednání. Slovo autonomie označuje také svébytnost, sebeurčení, svobodu vůle a možnost individuální volby (Kořenek, 2004). Člověk má právo rozhodovat o svém životě, což musí být ostatními respektováno.

Součástí potřeby autonomie je potřeba uznání, potřeba pocitu užitečnosti a potřeba někomu nebo něčemu sloužit. Tyto potřeby dávají člověku důstojnost a člověk si dokáže vážit sám sebe a svého života. Autonomii člověk získává celoživotním procesem osobního zrání (Kořenek, 2004).

Respektování autonomie pacienta je základem pro kvalitní, profesionální a humánní ošetrovatelskou péči. Uznává-li zdravotní sestra autonomii osoby, o kterou pečuje, dává jí tak najevo úctu k její existenci (Kutnohorská, 2007). Spoluúčast nemocného na zdravotní péči je nezbytná, protože jde o jeho vlastní život. Pacient by si měl být vědom toho, že péče o vlastní zdraví je jeho povinností, že se jedná o osobní zodpovědnost. Tuto povinnost uděluje každému občanu Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) Sestra může a měla by svým přičiněním toto vědomí v pacientově mysli podporovat.

V péči o nemocného by mělo být samozřejmostí umožnit pacientovi svobodně se rozhodnout v rámci jeho možností. Svobodným rozhodnutím přijímáme zodpovědnost za svou volbu (Haškovcová, 2002). Podstatné je, aby nemocný nebyl vystavován nátlaku ze strany zdravotnického personálu.

„Respekt k autonomii, tzn. respekt k stavu nezávislého, samostatného jednání bez zevního ovlivnění. Tato vlastnost je v USA považována za hodnotu nejvyšší. Každý člověk je nejlepším soudcem svých vlastních záměrů a zájmů. Je to forma svobodné aktivity, k níž jednotlivec směřuje způsobem svého jednání v souladu se svými plány podle svého vlastního výběru, podle svých vlastních preferencí, přání, hodnot a ideálů. Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit svůj vlastní plán, který si člověk předsevzal“ (Kořenek, 2004, s. 48).

„Etickým příkazem je, že nemožnost autonomních rozhodnutí u nemocného neznámá ztrátu či nepřítomnost lidské důstojnosti, která je nedotknutelným a absolutním principem. I když faktická schopnost autonomie je rozdělena pacientům v různých úrovních, lidská důstojnost je nám udělena všem stejně“ (Kořenek, 2004, s. 57).

1.3 Stud

Stud je emoce, která patří k tzv. ego-vztažným emocím. Pocit studu nevyvolá specifická situace, ale spíše individuální interpretace situace, přičemž nezáleží na tom, zda je tato situace veřejné nebo soukromé povahy. Jedná-li se o soukromý stud, jde o stud morální, tedy stud za sebe sama (Nakonečný, 2000).

Stud je emoce mající sociální povahu. Podstatou pro zážitek studu je konfrontace vlastního neúspěchu nebo nedostatku se sociálním okolím. Stud je např. prožíván při uvědomění si ztráty osobní kompetence, ztráty důvěry, přistižením při něčem zakázaném, ztrapněním se, při lži atd. M. Hilgers (2006) ve své monografii o studu, rozděluje pocit studu do skupin podle zdroje, který stud vyvolává. Z těchto situací lze vybrat ty, které bývají velmi často zdrojem studu u nemocných a hospitalizovaných lidí. Jak už bylo výše zmíněno, pocit studu jedinec prožívá velmi často, když dojde k omezení jeho kompetencí. Během hospitalizace prožívají často pacienti pocit studu související s narušením hranic osobní intimity. Patrný je i stud vztahující se k vlastní tělesnosti, k intimním složkám svého Já. Pocit studu tedy vyvstává, je-li náhle porušena intimní sféra a stává se bez vlastní kontroly viditelnou. Hilgers cituje výstižný výrok E. Eriksona (1982): „*Stydící se má dojem, že je vystaven všem očím kolem dokola, cítí se nejistý a zaražený. Je vystaven, zcela nepřipraven, pohledům světa.*“ Nežádka se pacienti při pobytu v nemocnici do těchto situací dostávají, jednak vzhledem k okolnostem, které jsou pro léčbu nezbytné, např. různá vyšetření, ale mnohdy také i díky bezohlednosti personálu. Aktivní ponížení zvnějšku je také bezpochyby zdrojem studu. Vnímaný nesoulad mezi Já a ideálem rovněž zapříčiní pocit studu. Lidé se stydí, když jiní vnímají jejich nedostatky, slabosti, chyby, defekty. Stud bývá také vyvolán proviněním se, v tomto případě je obtížné odlišit pocit studu od pocitu viny (Nakonečný, 2000).

Izard (1977) označuje za obecnou příčinu studu značně zvýšenou pozornost sociálního okolí vůči jedinci. Soudí, že stud je reakcí na situaci, kdy jedinec neví, jak se má zachovat nebo má dojem, že se zachoval a reagoval nepřiměřeně.

Jedinec se nemusí stydět pouze v situacích, kdy má dojem, že sociální okolí ví o jeho neúspěchu, že objevilo jeho slabinu. Lidé prožívají stud také jako reakci na chválu, stydí se, jsou-li chváleni, zejména velmi okázale a výrazně. Stud není tedy jen reakcí na vědomí snížené hodnoty ega. Existuje i forma studu, kdy se jedinec stydí za jiné např. za skupinu, ke které patří, za rodiče atd. (Sokol, 2002).

Funkce studu je chránit hranici jáství a osobní intimity. Je podnětem k výkonu, vývoji a dosažení autonomie. Emoce stud a emoce hrdost usměrňují pocit hodnoty sebe sama (Nakonečný, 2000).

Prožívání studu je individuální. Projevuje se v závislosti na osobnostním rysu, který můžeme označit jako stydlivost, o němž není celkem známo nic bližšího. Typickým projevem studu je zardívání se, zrudnutí. Červenání během prožívání studu je podle Darwina (1964) nejlidštější výraz emoce ze všech a je specificky lidské. Zardívání není možné ovládat vůlí, je výsledkem činnosti vegetativní nervové soustavy. Intenzita zardívání je různá a někteří jedinci se stydí bez začervenání. Mladí lidé mají pro zčervenání nižší práh než staří. Zrudnutí provází pocit studu a současně zvyšuje sílu jeho prožitku ve chvíli, kdy si červenající uvědomí, že to na něm sociální okolí pozoruje. Zážitek studu doprovází stydlivé chování. To se může projevovat přerušením zrakového kontaktu, klopením hlavy a očí, schoulením se do sebe. Lidé prožívající tento pocit si často přejí skrýt se, zmizet nebo i zemřít (Nakonečný, 2000).

Lewis (1993) charakterizuje stud jako vysoce negativní a bolestný stav. Má devastující psychické účinky. Prožívání studu je veskrze velmi nepříjemné a každý se od něj chce osvobodit.

1.4 Soukromí

Soukromí je osobní oblast člověka, která má fyzický i psychický rozměr. Soukromí chrání nejen hmotný, ale i myšlenkový prostor každého jedince. Člověk ztrácí pocit soukromí, pokud jsou nějakým způsobem prolomeny bariéry bezpečí a dojde k obnažení jeho tělesné ale i duševní stránky před ostatními lidmi. Ztráta soukromí je prožívána jako velice nepříjemný a bolestný stav (Haškovcová, 2002).

Ochrana osobních údajů, nedotknutelnosti osoby a jejího soukromí se prolíná celým právním řádem většiny demokratických států. Povinná mlčenlivost je právně upravena ve čl. 10 mezinárodní Úmluvy o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti, publikované pod č. 96/ 2001 Sb., dále v zákoně č. 20/ 1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Povinná mlčenlivost u zdravotnických pracovníků poskytuje ochranu před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí, ochranu nedotknutelnosti osoby pacienta a ochranu jeho osobní cti a důstojnosti. Posiluje vzájemnou důvěru ve vztahu mezi nemocným a zdravotnickým pracovníkem a v neposlední řadě zabraňuje diskriminaci pacienta např. pro jeho sociální postavení, sexuální orientaci, náboženské vyznání nebo samotný zdravotní stav (Matoušová a Hejlík, 2008). Jelikož je tato problematika rozsáhlá, věnují se jí i práva pacientů. Dle těchto práv má každý pacient mimo jiné právo na to, aby byl v souvislosti s programem léčby brán maximální ohled na jeho soukromí a stud a aby při diagnostických a terapeutických výkonech týkajících se jeho osoby bylo co nejméně lidí.

Podle Altmana (1992) se soukromí často definuje jako pocit ovládnutí prostoru, včetně sociálních interakcí v daném prostoru nebo kontrola přístupu k vlastnímu Já. U většiny lidí se soukromí vztahuje k domovu. Domov zahrnuje soukromí, které umožňuje jedinci dosáhnout ideální úrovně interakce s ostatními, což dává prostor k dosažení pocitu uvolnění a klidu. Domov je místo, kde většina lidí nejnáze obnovuje své fyzické i psychické síly. Vztah mezi pocitem soukromí a regenerací vlastních sil je evidentní. Smith (1994) předpokládá, že jedinec, který ovládá daný prostor a naplňuje tak potřeby soukromí, může dosáhnout pocitu pohodlí i svobody. Svobody v tom smyslu, že dokáže odpočívat, relaxovat a dělat to, co si přeje. Právě díky těmto aspektům podporuje proces regenerace. Je tedy patrné, že hospitalizovaní pacienti mohou trpět nedostatkem soukromí, čímž se snižuje pocit pohodlí a zpomaluje se proces regenerace. Respektovat soukromí pacientů je bezpochyby neodmyslitelnou součástí profesionálního přístupu k nemocným a v neposlední řadě zvyšuje efektivitu léčby.

2 Ontogenetický vývoj - charakteristika dospělosti a stáří

Vývoj člověka je celoživotní, složitý a mnohotvárný proces, během něhož neustále probíhají změny, které se týkají všech oblastí lidské bytosti. V této práci se zabývám rozdílnými pohledy a názory dospělých a starých lidí na zdravotnickou péči. Proto je na místě tato dvě vývojová období stručně definovat. Také je potřeba mít na paměti, že porozumění duševnímu vývoji je základem pro vytvoření optimálního přístupu zdravotníka k pacientovi.

2.1 Dospělost

Langmeier a Krejčířová dělí ve své knize Vývojová psychologie (2006) dospělost do tří vývojových etap. Toto dělení zahrnuje období časně dospělosti (20 – 25/30 let), střední dospělosti (30 – 45 let) a pozdní dospělosti (45 – 60/65 let).

U dospělého můžeme v jednotlivých etapách pozorovat rozdíly v myšlení, cítění a sociálním chování. Fáze dospělosti se nutně překrývají a nastupují u každého rozdílně. Vzhledem k rozsahu této práce není možné zabývat se rozbohem jednotlivých fází dospělosti podrobně.

Na počátku této vývojové etapy je člověk na vrcholu svých fyzických sil. Dochází k celkovému osamostatnění a soběstačnosti. Nastává doba nadějí a otevřených možností. Dospělý si je vědom své relativní svobody v rozhodování a chování a přijímá zodpovědnost za své činy. Dosažení dospělosti je spojeno se stabilizací emočního prožívání, větší sebedůvěrou, s realistickým odhadem vlastních sil a kompetencí. V tomto období se také upevňují některé osobnostní vlastnosti, hodnoty, postoje a životní styl.

Po čtyřicátém roce nastávají biologické změny, které mají za následek relativní úbytek tělesné krásy a plodnosti. V posuzování a řešení problémů se uplatňují hlavně zkušenosti. Nejdůležitějším úkolem této fáze života je udržení uspokojivé profesní pozice a stabilizace rodiny. Střední věk je vrcholem zralosti a zodpovědnosti nejenom k dětem, ale i ke stárnoucím rodičům a k celé společnosti. Uplatňuje se zde stereotypní životní styl a také bilancování minulosti. V konečné fázi období dospělosti si lidé uvědomují zhoršování tělesných i psychických funkcí a snaží se přizpůsobit své životní tempo svým aktuálním možnostem. Mění se kompetence a sociální postavení člověka. Stereotyp života je vítán, člověk tohoto věku nestojí příliš o změny. V tomto období se člověk více obrací do svého soukromí. Jistotu, bezpečí, oporu, toleranci a pochopení, tedy potřeby, které se pro jedince v této fázi stávají důležitými, nalézá v rodinném zázemí. Dospělost je nejproduktivnější období v životě člověka (Vágnerová, 2007, Langmeier a Krejčířová 2006).

2.2 Stáří

Je velmi komplikované odpovědět na otázku, kdy už je člověk starý, proto je i značně složité stáří definovat. Na definici stáří existuje celá řada pohledů. Stáří dle věku můžeme rozdělit na rané stáří, tedy od 60/65 let do 75 let a na pravé stáří tj. od 75 let až do konce života (Langmeier a Krejčířová, 2006).

V této fázi života značně klesají fyzické schopnosti a dochází k úbytku energie. Stáří s sebou přináší zvýšenou nemocnost, objevují se také nezanedbatelné problémy v oblasti psychické a mohou se měnit i některé osobnostní vlastnosti. Zhoršuje se paměť, pozornost, percepce, adaptační schopnosti, poznávací procesy. Starší lidé se musejí přizpůsobovat nepříznivým změnám a novým problémům a musí tak činit v době, kdy jsou jejich kompetence vlivem věku a často také různých chorob více či méně limitovány.

Na počátku tohoto období života dochází ke kolísání pocitů kompetentnosti a osobní pohody a jejich střídání s pocity marnosti a nedostatku energie i motivace. Člověk si uvědomuje ubývání sil a vědomí jeho progresu ho vede ke zpomalení životního tempa, redukci aktivit a zájmů a k přijetí kompromisu, který signalizuje postupné smiřování s realitou stárnutí. Ve stáří výrazně ubývá sociálních rolí. Pro staršího jedince se stává nejvýznamnější sociální skupinou rodina. Člověk je zaměřen do minulosti a nechce, aby se okolní svět měnil.

Postupem času a s narůstajícím věkem přibývají potíže a ztráty, které se týkají všech stránek života seniora. Objevují se závažné zdravotní problémy a pokles intelektových schopností, které v různé míře narušují soběstačnost člověka. Emoční reakce jsou málo intenzivní a ubývá pozitivních pocitů. U seniorů významně narůstá potřeba bezpečí, proto také umístění do nemocnice nebo jiné instituce často znamená zátěž, jejíž zvládnutí může být velmi náročné.

Aby byl ve stáří zachován pocit pohody, je nutné nalézt optimální životní styl. Dále je bezesporu nezbytné zachování důležitých sociálních kontaktů a v neposlední řadě udržení autonomie, osobního významu a sebeúcty.

Stáří je poslední etapou života (Vágnerová, 2007, Langmeier a Krejčířová 2006).

3 Aspekty respektující důstojnost

3.1 Komunikační dovednosti

Je důležité uvědomit si, že prostřednictvím správné komunikace si můžeme nalézt cestu k účinnější a přirozenější pomoci svým pacientům. Respektování důstojnosti nemocného zásadně ovlivňuje právě komunikační dovednosti zdravotních sester. Bohužel, stále můžeme vidět nenaplněné rezervy ve stylu jednání a ve vytvoření rovnocenného vztahu mezi sestrou a pacientem.

3.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací můžeme označit výměnu informací pomocí slov. V rámci zdravotnické péče se prolíná běžná verbální komunikace, která je součástí každodenního života, s komunikací, která je svou odlišnou formou specifická pro jednání s nemocnými lidmi. Úroveň ošetrovatelské péče výrazně stoupá, pokud sestry znají a řídí se zásadami komunikace ve zdravotnictví (Venglářová a Mahrová, 2006). Vzhledem k neustálé snaze zvyšovat kvalitu péče a k oprávněně vzrůstajícím nárokům pacientů na ošetrovatelskou péči si dovoluji říci, že sestra by měla mít komunikační schopnosti na vysoké úrovni.

Ve zdravotnictví je nezbytné navázat s nemocnými dobrý kontakt a získat je tak ke spolupráci. Je důležité, aby komunikace byla obousměrná, protože pouze při získání zpětné vazby se sestra může přesvědčit, zda je péče vyhovující a zda nedošlo k nedorozumění. Námi sdělené informace by měly být podány jasně, srozumitelně a odpovídajícím tempem. Zdravotníci by měli být při komunikaci trpěliví, měli by poskytnout nemocnému čas, aby se vyjádřil a nikdy by neměli zapomenout zkontrolovat, zda byla informace správně přijata a pochopena. Základem hodnotné a smysluplné komunikace je respektování individuálních komunikačních rozdílů a dorozumívacích schopností druhé strany. Tzn. přizpůsobit komunikaci věku pacienta, národnosti, vzdělání, typu osobnosti, handicapu, stavu vědomí, charakteru onemocnění apod. (Janáčková a Weiss, 2008).

Komunikovat ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit, ale i sdělovat a získávat informace, které jsou mnohdy intimní a velmi choulostivé. Právě proto bychom vždy měli vědět, co přesně chceme říci, jak to co nejlépe říci a hlavně také kdy a kde tyto informace sdělit (Janáčková a Weiss, 2008). Nežřídka jsme v praxi svědky toho, že soukromé informace našich pacientů jsou probírány za značně nevhodných okolností.

3.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace představuje sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov. Právě neverbální komunikace má ve zdravotnictví nezastupitelnou funkci, protože dokáže objasnit emocionální stav druhého člověka mnohem přesněji než pouhá slova. Stejně, tak jako dokáže zdravotník vyčíst z tváře svého pacienta jeho citové rozpoložení, dokáže i pacient z neverbálního jednání zdravotní sestry určit charakter jejího postoje k němu. Proto by neměli zdravotníci význam neverbální komunikace podceňovat. Naučit se ovládat své neverbální projevy je pro práci sestry nezbytné, protože svým případně netaktním jednáním může pacienta do značné míry devalvovat (Janáčková a Weiss, 2008).

Do neverbální komunikace patří mimo jiné výraz tváře, který nám často dává odpověď na sdělované a pravdivě nás informuje o právě prožívaných emocích druhého člověka. Důležitou roli v mimoslovní komunikaci hraje také sdělování přibližováním. Právě zdravotní sestra mnohdy musí vstupovat do intimní zóny svého pacienta. K tomu, aby tato situace vyvolala co nejméně rozpaků, je nutné znát základní komunikační dovednosti a ve spolupráci s pacientem vytvořit podmínky pro společnou činnost, která nevyvolává v žádném ze zúčastněných pocit ohrožení. Sestra by také měla mít pro navození lepší spolupráce oči v přibližně stejné výši jako pacient. Rozporuplnou součástí neverbální komunikace ve zdravotnictví může být sdělování dotykem. Při tomto vyjadřování je nezbytné zjistit, zda pacient o doteky stojí či nikoli. Cíleným dotykem můžeme vyjádřit podporu a porozumění a pohlazením dáváme pacientovi najevo, že se ho neštítíme. Položení ruky na paži či rameno zintenzivní duševní kontakt a ujistí pacienta, že není opuštěn celým světem a pro řadu nemocných je tento prostý úkon účinnější než slovo. Dotyk signalizuje maximální míru empatie sestry k pacientovi. Do neverbální komunikace samozřejmě dále patří různé druhy vyjadřování jako např. postoje, pohyby, gesta, úprava zevnějšku apod. (Venglářová a Mahrová, 2006).

Pokud sestry umějí ovládat a znají zásady neverbální komunikace, jsou schopny mnohem snadněji vytvořit s pacientem vztah plný důvěry, jistoty a pochopení. Mezi neverbální komunikační dovednosti patří také pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt, což jsou bezpochyby aspekty, které mají v péči o druhé klíčový význam.

3.2 Ctnosti zdravotní sestry

Vykonávat kvalitně profesi zdravotní sestry nelze bez dobrých návyků, které jsou pro toto povolání žádoucí. Tyto návyky můžeme označit jako ctnosti. Jedná se o trvale dobré postoje a vlastnosti utvářející osobnost schopnou respektovat druhého člověka. Ctností myslíme pozitivní mravní jednání a zdravotnictví bezpochyby není obor, který by se obešel bez kvalitních morálních předpokladů personálu.

Existuje velká řada vlastností, které charakterizují morální ideál sesterské praxe. I tato práce mimo jiné zjišťuje vlastnost zdravotní sestry, kterou pacienti považují za nejdůležitější. Mezi nejcennější ctnosti zdravotní sestry můžeme zařadit ochotu. Ochota činí sestru vnímavou pro veškeré potřeby pacienta v rámci celé jeho biopsychosociální struktury. Ochota pomoci přispívá k rozpoznání i méně zřetelně vyslovované, či jen naznačované potřeby nemocného. Ochota umožňuje intenzivněji vnímat svět nemocného, kdy z pouhých gest, pohybů a postojů můžeme vycítit hodně z nevyslovených potřeb a obav. Také následující ctnost obětavost, kdy oběť není chápána jako vyčerpávající činnost, ale jako otevření se pro druhého, má v sobě odvahu pomoci druhým a porozumět jejich potřebám. Další velmi hodnotnou, přesto v dnešní době vzácnou ctností, je nezištnost. Nezištnost je opakem sobectví, je to umění dávat bez čekání na odměnu. Jsou-li sestry schopny osvojit si tuto krásnou vlastnost, je to pro zdravotnictví i pro celou společnost velkým přínosem. Pacienti dovedou ocenit nezištný přístup, který není podmíněn osobní ekonomickou nebo jinou prosperitou (Kořenek, 2004).

Nepostradatelnou vlastností sestry je také vlídnost. Vlídny, klidný, smířlivý tón a přátelské gesto či úsměv v nemocném evokuje očekávání příjemné a humánní spolupráce. Má-li ošetrovatelská péče respektovat důstojnost pacientů, je nezbytné, aby se sestry naučily ohleduplnosti a taktnosti. *„Ohleduplnost můžeme charakterizovat jako vypěstovanou schopnost soustředit se na druhého člověka a zapomínat na své Já“ (Kořenek, 2004, s. 157).* Nebrat ohled na druhého, na jeho stud, prosby a potřeby, znamená ztratit vzájemnou ohleduplnost. Ohleduplnost zajisté polidštuje vztahy s nemocnými. Taktnost je schopnost ovládat vlastní slova, gesta i emoce. Základem je vcítit se do druhého a správně analyzovat a pochopit situaci, ve které se náš pacient nachází. Náležitě porozumění situace nám pomůže sdělovat informace vhodným tónem a citlivě, popřípadě nesdělovat nic, co by mohlo být pro nemocného urážlivé. I sdělování nepříjemných zpráv, je součástí práce všech zdravotníků. V těchto situacích je volba vhodného přístupu nezbytností. Podstatná část úspěchu závisí

na taktním přístupu k člověku. Taktní zdravotník je pro nemocného požehnáním (Janáčková a Weiss, 2008, Křivohlavý, 1995).

Za další ctnost zdravotní sestry můžeme jistě považovat diskrétnost. Diskrétnost je umění poslouchat i umění mlčet. Sestry se musejí naučit diskrétně uchovat to, s čím se jim lidé důvěrně svěří. Toto povolání si nelze představit bez povinnosti zachování povinné mlčenlivosti. Diskrétnost opět předpokládá osobní disciplínu. Stejně tak i spolehlivost není spontánní vlastností, nýbrž vlastností, kterou je třeba pěstovat. Spolehlivostí rozumíme seriózní jednání, které uskutečňuje vzdělaná sestra na základě odborných vědomostí. Pro nemocného je nesmírně důležité vědět, že se může na zdravotníky v těžkých chvílích spolehnout, vědět, že ho v beznadějně situaci neopustí a že se mu budou snažit dostupnými prostředky ulevit.

Pozitivní, a pacienty velmi oceňovanou vlastností sestry, je trpělivost. Osvojit si tuto schopnost a naučit se jednat trpělivě a vlídně je zajisté náročné. Trpělivý přístup k nemocnému má v mnoha případech rozhodující význam. Nedostatkem trpělivosti může sestra nemocného do značné míry devalvovat. Velkorysost, tedy umění odpustit a nepomstít se a správně vidět své schopnosti i schopnosti druhých, zajisté můžeme zařadit mezi ctnosti zdravotníků. Velkorysost sestry usnadňuje život jak nemocnému, tak sestře samotné.

Během profesního růstu se sestra také učí ctnosti předvídavosti. Předvídavý preventivní postoj sestry by měl nemocného inspirovat a motivovat k zodpovědnějšímu přístupu ke svému zdraví, popřípadě ke změně životního stylu.

Neméně významný je rovněž optimismus. Optimismus je do jisté míry vrozená povahová vlastnost, ale skutečným optimistou se člověk stává vlastním přičiněním. Sestra s optimistickým postojem, s pozitivním vztahem k životu a se schopností vidět v problémech šanci, umí zlepšit náladu svých pacientů a může u nich probudit ztracené naděje. Pochopitelně ale musí být optimismus rozumně oprávněný a přirozený (Kořenek, 2004, Jankovský, 2003).

Ctností není možno dosáhnout jinak než cvičením a porozuměním. Přesto je nespornou skutečností, že osobní charakter sestry je předpokladem k jejímu osobnímu růstu. Také správné sebevědomí jistě předpokládá ušlechtilou formu hrdosti a usilovné iniciativy, ale i hodnou dávku skromnosti, která brání vzniku nadřazenosti a pýchy a rovněž i pocitům ostychu a nesmělosti.

Výše uvedené žádoucí vlastnosti odpovídají morálnímu ideálu sesterské praxe. Ctnosti zdravotní sestry bezpochyby prohlubují kvalitu humánní péče o nemocné.

3.3 Environmentální faktory

Poskytování důstojné péče ovlivňuje řada dalších faktorů, které nejsou pouze otázkou duševního postoje zdravotníků. Jedná se hlavně o konkrétní a hmatatelné okolnosti, které mají v každodenní praxi vliv na kvalitu poskytované péče.

Prostředí okolo nemocného může být v mnoha směrech rozhodující. Již Florence Nightingale, utvořila na základě svých zkušeností určitou představu ošetřovatelství, založenou na vztahu člověk, jeho zdraví a prostředí. Upřednostňovala vliv fyzického prostředí na pacienta. Na podkladě této idey byl později zpracován Environmentální model ošetřovatelství. Čistý vzduch, teplo, sucho a světlo na rozdíl od zápachu, vlhkosti, chladu a tmy pozitivně podporují nejen fyzické hojení, ale bezpochyby mají kladný vliv i na psychiku jedince. Okolí pacienta má být zachováno v takovém stavu, aby o sebe nebo sestra o něj mohla snadno pečovat (Jarošová, 2003).

K důstojné péči o nemocné přispívá vhodné stavební uspořádání každého oddělení. Na standardním oddělení většinou sdílí pacient pokoj s dalšími nemocnými. Přestavováním na dnešní poměry zastaralých oddělení pomalu dochází k vymizení velkých pokojů určených pro více pacientů. Pokoje v nových nemocnicích mají vlastní sociální zařízení. I při přestavbě starších nemocnic se tento požadavek uplatňuje. Díky těmto opatřením můžeme nemocným poskytnout více soukromí. V současné době je běžné, že každá ošetrovací jednotka má alespoň jeden nadstandardní jednolůžkový pokoj. Součástí tohoto pokoje je mimo běžného vybavení a vlastního sociálního zařízení i televize, telefon, lednice, varná konvice, připojení na internet atd. Snahou je vyhovět individuálním potřebám hospitalizovaných pacientů (Kelnarová a kol. 2009).

Bohužel je stále aktuální i problematika starých oddělení, které mají nevyhovující hygienická a stavební opatření. Na pokojích těchto oddělení se můžeme setkat s nejrůznějšími problémy, např. málo prostoru, postele nepřístupné ze tří stran, nedostatek světla, nevyhovující větrání nebo vytápění pokoje. Všechny tyto aspekty v denní praxi práci sestrám ztěžují a pacientům znepríjemňují pobyt v nemocnici.

Zajistit nemocnému potřebné soukromí na vícelůžkovém pokoji mnohdy bývá velký problém. Jak uvádí Červenková ve své práci, pacienti trpí nedostatkem soukromí, protože sdílejí pokoj s několika dalšími nemocnými. Většina hospitalizovaných si přeje, aby je při ranní hygieně neviděli ostatní pacienti. Většina oddělení vlastní zástěny, které napomáhají zvyšovat

soukromí nemocného. Je ale pravdou, že zástěny často bývají staršího typu, jsou bez koleček a mají kovovou konstrukci, manipulace s nimi je tedy celkově náročná. Většina oddělení disponuje pouze jednou zástěnou, což je na standardní oddělení nedostačující počet. A i nadále existují oddělení, kde ani této možnosti využít nemohou, protože zástěny nevlastní vůbec. Ukazuje se, že málo prostoru na pokoji a problém přistýlek je velmi špatně řešitelný. Jsou-li na malém pokoji 4 lůžka, je nemožné umístit mezi postele zástěnu, tak aby tam sestra měla dostatek místa pro vykonávání ošetrovatelské péče (Červenková, 2010).

Nevyhovující zázemí velkou měrou komplikuje snahu zdravotnického personálu poskytovat nemocným důstojnou péči. Pacient se může dostat do situace, ve které se cítí nedůstojně, právě díky nedostatečnému vybavení a nepřístulnému stavebnímu uspořádání oddělení.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné otázky

1. Jak je respektována důstojnost u hospitalizovaných pacientů?
2. Jak vnímají respektování své důstojnosti pacienti hospitalizovaní kratší dobu než dva týdny a jak pacienti hospitalizovaní déle než dva týdny?
3. Jak vnímají respektování své důstojnosti v rámci hospitalizace pacienti mladší 65 let a jak pacienti starší 65 let?
4. Při jakém úkonu souvisejícím s hospitalizací pacienti nejčastěji udávají, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována?
5. Jak pacienti znají léčbu svého onemocnění a změny, které s sebou nemoc přinese?

5 Metodika výzkumu

K výzkumnému projektu bakalářské práce byla použita metoda dotazníkového šetření. Pro získání potřebných dat jsem záměrně použila anonymní dotazník vlastní konstrukce. Vzhledem k anonymitě, kterou dotazníková metoda zajišťuje, jsem předpokládala, že respondenti budou odpovídat pravdivě. Výhodou této metody je zajisté získání příslušných informací od většího počtu dotazovaných za poměrně krátké časové období. Nevýhodou této metody vidím zejména v tom, že odpovědi nejsou spontánní. Dotazníky byly náhodně rozdány mezi respondenty, kteří byli starší 18 let a v době vyplňování dotazníku byli hospitalizováni v nemocnici.

Při tvorbě dotazníkových otázek jsem vycházela z osobních a praktických zkušeností získaných během studia a z dostupných materiálů týkajících se příslušné problematiky, např. Výzkum ve zdravotnictví (Kutnohorská, 2008). Dotazník se skládal celkem ze 14 otázek. Zahrnoval otázky identifikační, uzavřené polytomické výběrové, polytomické výčtové, dichotomické, filtrační a polouzavřené.

K pilotnímu šetření jsem použila 20 dotazníků, které jsem rozdala pacientům na geriatrickém a gynekologickém oddělení, z čehož se mi 2 nevrátily. Na základě vyhodnocení těchto dotazníků jsem byla nucena některé otázky upravit. Výzkum probíhal od listopadu 2009 do ledna 2010. Pro vyplnění konečné verze dotazníků jsem oslovila pacienty z geriatrického oddělení a gynekologického oddělení. Dále jsem dotazníky distribuovala na oddělení neurologie a ortopedie. Všechny dotazníky jsem rozdávala respondentům osobně. Každého pacienta jsem s cílem výzkumu náležitě seznámila. Dále jsem respondenty ujistila, že veškeré údaje, které mi poskytnou, jsou anonymní a požádala jsem je, aby dotazník vyplňovali pravdivě, protože jedině tak budou výsledky smysluplné, užitečné a mohou být podkladem pro nápravu chyb, kterých se zdravotní sestry dopouštějí.

Celkem jsem rozdala 120 dotazníků. Z toho se mi 14 dotazníků nevrátilo, návratnost tedy byla 88 %. Dále jsem musela 21 dotazníků vyřadit, protože byly neúplně nebo nesprávně vyplněny. V konečné fázi jsem tedy použila a následně zpracovala 84 dotazníků.

Výsledky výzkumu jsem vyhodnocovala v počítačovém softwaru Microsoft Office Excel 2007. Data byla zpracována metodou absolutní četnosti (numerický počet odpovědí) a relativní četnosti (vyjádření v procentech). Filtrační otázky byly zpracovány pouze pomocí absolutní četnosti, protože vzhledem k počtu odpovídajících je procentuální vyjádření bezúčelné.

6 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tab. 1 - věk respondentů

Věk	absolutní četnost	relativní četnost
< 65	48	57 %
≥ 65	36	43 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

V otázce č. 1 jsem se dotazovala pacientů na jejich věk. Podle biologického stáří jsem rozdělila respondenty do dvou skupin. První skupina zahrnuje hospitalizované mladší 65 let. Tato skupina tvoří 57 % všech dotazovaných (tj. 48 respondentů). Do druhé skupiny jsou zařazeni lidé mající 65 let a více. Tato skupina tvoří 43 % všech dotazovaných (tj. 36 respondentů). Nejmladšímu respondentovi bylo 21 let a nejstaršímu 89 let. Průměrný věk dotazovaných je 56 let, modus je 31 let. Dle výzkumu, který provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky, byl v roce 2009 průměrný věk všech hospitalizovaných včetně dětí 47,9 let.

Otázka č. 2: Jak dlouho ležíte v nemocnici?

Tab. 2 - délka hospitalizace dotazovaných

Délka hospitalizace	absolutní četnost	relativní četnost
< 2 týdny	54	64 %
≥ 2 týdny	30	36 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

Pomocí otázky č. 2 jsem zjišťovala délku hospitalizace respondentů. Podle odpovědí jsem rozdělila nemocné do dvou skupin. Do první skupiny jsem zahrnula pacienty hospitalizované kratší dobu než 2 týdny. Tuto skupinu tvoří 64 % ze všech dotazovaných (tj. 54 respondentů). Do druhé skupiny jsem zahrnula nemocné hospitalizované 2 týdny a více. Tuto skupinu zastupuje 36 % ze všech dotazovaných (tj. 30 respondentů).

Otázka č. 3: Ležíte v nemocnici:

Tab. 3 – četnost prvních a opakovaných hospitalizací

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) poprvé	9	10 %
b) podruhé	25	30 %
c) opakovaně	50	60 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

V této otázce jsem se dotazovala pacientů, jestli byli již v minulosti hospitalizováni. 60 % (tj. 50) respondentů udávalo, že jsou hospitalizováni opakovaně. 30 % (tj. 25) dotazovaných odpovědělo, že byli hospitalizováni podruhé v životě. Pouze 10 % (tj. 9) respondentů leželo v nemocnici poprvé.

Průměrný věk pacientů hospitalizovaných poprvé je 45 let. (Nejstaršímu pacientovi, který byl v rámci výzkumu hospitalizovaný poprvé, bylo 85 let.) Průměrný věk dotazovaných, kteří byli hospitalizováni podruhé v životě, je 50 let a průměrný věk respondentů hospitalizovaných opakovaně je 60 let. Z tohoto výzkumu lze usuzovat, že se stoupajícím věkem stoupá četnost hospitalizací.

Porovnáním otázky č. 1 a otázky č. 3 zjistíme, že ze skupiny lidí mladších 65 let bylo opakovaně hospitalizováno 85 %. Ze skupiny lidí starších 65 let bylo opakovaně hospitalizováno 94 %. Pouhých 6 % pacientů starších 65 let bylo hospitalizováno poprvé.

Otázka č. 4: Jak hodnotíte respektování Vašeho soukromí v rámci hospitalizace?

Tab. 4 – hodnocení respektování soukromí

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) výborně	61	73 %
b) dostatečně	22	26 %
c) špatně	1	1 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

Většina, tedy 73 % (tj. 61) dotazovaných, hodnotilo respektování soukromí v rámci pobytu v nemocnici výborně. 26 % (tj. 22) pacientů hodnotilo respektování soukromí dostatečně a pouze jeden dotazovaný hodnotil respektování soukromí v nemocnici jako špatné. Tuto otázku mohu porovnat s výzkumem Červenkové (2010) ze kterého vyplývá, že 54 % hospitalizovaných se v nemocnici nesetkalo s narušením soukromí, ale 46 % se s nedostatečným respektováním soukromí pacientů setkalo.

Otázka č. 5: Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?

Tab. 5 – respektování důstojnosti

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano	20	24 %
b) ne	64	76 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

Převážná většina tedy 76 % (tj. 64) respondentů uvedlo, že během pobytu v nemocnici nikdy nezažili pocit nerespektování důstojnosti. Bohužel je zde zbylých 24 % (tj. 20) respondentů, kteří během hospitalizace zažili situace, při kterých nebyla jejich důstojnost náležitě respektována.

Otázka č. 6: Vyberte z uvedených možností situaci, u které jste měl/a pocit, že Vaše důstojnost nebyla dostatečně respektována.

Tab. 6 – výčet situací, při kterých dochází dle respondentů k nerespektování důstojnosti

Odpověď	absolutní četnost
a) převaz rány, ošetření defektu	1
b) vizita	5
c) příjem na oddělení	4
d) stravování	1
e) osobní hygiena, převlékání	5
f) vyprazdňování (stolice, moči)	1
g) aplikace injekcí, infuzí, léků	0
h) příprava před operací, vyšetřením	1
i) odběr biologického materiálu (odběr krve, moče, stolice, výtěry, apod.)	1
j) vyšetření lékařem, odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje	3
k) přemístování v nemocnici (převoz na operační sál, na vyšetření, překládání na jiné oddělení apod.)	6
l) jiná situace, uveďte jaká:	7
<i>celkem odpovědí</i>	35

Tab. 7 – výčet situací, při kterých dochází k nerespektování důstojnosti 2

l) jiné situace uváděné respondenty
- projednávání osobních potřeb před ostatními pacienty
- velmi nevhodné a urážlivé chování přepracovaného lékaře k pacientovi
- nevhodné chování sestry, když jsem byl vyšetřován lékařem
- konflikt se sestrou kvůli návštěvám
- nepřiměřené a výsměšné narážky na mou obezitu ze strany personálu
- jednání lékaře při porodu
- Při převozu do jiné budovy přšelo. Sanitář potkal svého kamaráda, začal si s ním povídat, jako bych tam nebyl. Já mezitím moknul, měl jsem jen župan, sanitář měl bundu.

Na tuto otázku odpovídali pouze ti pacienti, kteří udávali, že během hospitalizace nebyla jejich důstojnost dostatečně respektována, tzn. 20 respondentů. Dotazovaní mohli zaškrtnout maximálně tři možnosti.

Nejvíce respondentů (tj. 6) uvedlo, že se cítili nedůstojně při přemísťování po nemocnici (např. převoz na operační sál, na vyšetření, překlad na jiné oddělení apod.). Jako další nedůstojná situace byla nejčastěji označena vizita a osobní hygiena + převlékání, obě tyto situace označil stejný počet dotazovaných (tj. 5 respondentů). 4 dotazovaní se cítili nedůstojně při příjmu na oddělení. 3 respondenti uváděli jako nedůstojnou situaci vyšetření lékařem + odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje. Ostatní situace: převaz rány + ošetření defektu, stravování, vyprazdňování (stolice, moče), příprava před operací + vyšetřením, odběr biologického materiálu (odběr krve, moče, stolice, výtěry apod.) byly označeny vždy pouze jedním pacientem. Žádný z dotazovaných neoznačil odpověď g) aplikace injekcí, infuzí, léků.

V této otázce měli respondenti možnost uvést i jiné případy, ve kterých se cítili nedůstojně. Této možnosti využilo 7 dotazovaných, viz. Tab. 7. Myslím si, že poslední situace uvedená v tabulce úzce souvisí s možností k) přemísťování po nemocnici. Prvních šest uvedených případů vychází z porušení základních zásad slušného jednání a komunikace s druhými lidmi.

V možnostech, ze kterých měli respondenti u této otázky na výběr, jsou zahrnuty i oblasti, které zdravotní sestra přímo neovlivní. Jedná se o situace, které bezprostředně ovlivňuje ostatní zdravotnický personál, např. sanitáři a lékaři. Jak už bylo výše zmíněno, pacienti nejvíce pocítují nerespektování své důstojnosti při přemísťování po nemocnici. Lze předpokládat, že na tom z velké části mají podíl sanitáři, jejichž přístup není často dostatečně profesionální. Druhá nejčastěji označovaná možnost je vizita. Opět se jedná o situaci, kterou více ovlivňuje lékař než zdravotní sestra, stejně tak je tomu i u odborných vyšetření prováděných lékařem. Také osobní hygiena a vyprazdňování nemocných je častěji prováděno za asistence ošetřovatelů než zdravotních sester. Přesto je nezbytné, aby se sestra vhodným působením usměrňovala průběh těchto situací.

Otázka č. 7: Víte, jaká je léčba Vašeho onemocnění a jakou změnu ve Vašem životním stylu s sebou přinese?

Tab. 8 – úroveň znalostí respondentů o svém onemocnění

Odpověď	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano, vím to přesně	47	56 %
b) částečně tomu rozumím	24	29 %
c) mám určitou představu, ale nejsem si tím jistý/á	10	12 %
d) ne, nikdo mi to neřekl	2	2 %
e) vůbec netuším	1	1 %
f) ne, nechci to ani vědět	0	0 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

Tuto otázku jsem zařadila do dotazníku, protože respektování lidské důstojnosti souvisí s respektováním autonomie jedince a protože princip autonomie mimo jiné zahrnuje možnost svéprávného a správně edukovaného pacienta podílet se na léčbě podle svého vlastního uvážení.

56 % (tj. 47) pacientů udává, že ví přesně, jaká je léčba jeho onemocnění a jakou změnu v jeho životě s sebou přinese. 29 % (tj. 24) respondentů tomu rozumí částečně. 12 % (tj. 10) nemocných má určitou představu o léčbě svého onemocnění, ale nejsou si svými znalostmi jistí. 2 % (tj. 2) respondenti, neví jaká je léčba jejich onemocnění, protože jim to nikdo neřekl a 1 dotazovaný (tj. 1%) nemá vůbec žádné tušení, co léčba jeho onemocnění obnáší. Za povšimnutí stojí také to, že žádný z dotazovaných neodpověděl, že nechce vědět jaká je léčba jeho nemoci.

Otázka č. 8: Přizpůsobuje zdravotní sestra ošetrovatelskou péči Vaším názorům a přáním?

Tab. 9 – vstřícnost sester k požadavkům nemocných

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) vždy se mě zeptá na můj názor a ten pak v péči o mě zohlední	35	42 %
b) málokdy se mě zeptá na můj názor, a ten pak v péči o mě zohlední	17	20 %
c) zeptá se mě na můj názor, ale pak si stejně udělá vše po svém	2	2 %
d) zeptá se mě na můj názor, ten mi pak obratně vyvrátí a udělá si vše po svém	5	7 %
e) většinou mi řekne, co a jak mám udělat a na můj názor se mě neptá	18	21 %
f) vždy mi řekne, co a jak mám udělat a na můj názor se mě neptá	7	8 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

35 (tj. 42 %) respondentů udává, že sestra péči o ně vždy přizpůsobí jejich názorům a přáním. Tento údaj je pro mě velmi těžko zhodnotitelný, protože se rozchází s mými zkušenostmi z praxe. Pacienti se často cítí v submisivním postavení, své přání a názory ani neříkají a raději se podřídí vůli zdravotníků. Také některé staré lidi ani nenapadne, že mají možnost zasahovat do léčby. Mohou být v tomto směru z části ovlivněny výchovou a také předpokládají, že nemají nárok ovlivňovat průběh hospitalizace dle svých přání a názorů.

Dále pacienti nejčastěji uváděli, že jim sestra většinou řekne, co a jak mají udělat a na jejich stanovisko se neptá. Tuto možnost zvolilo 18 respondentů (tj. 21 %). Jak je patrné z tabulky 9, sestra se ve většině případů přáním nemocných nepřizpůsobuje anebo pouze výjimečně.

Otázka č. 9: Měl/a jste někdy pocit během hospitalizace že:

Tab. 10 – nepříjemné prožitky respondentů

Odpovědi	absolutní četnost
a) Jste byla/a ponížena	6
b) Vás sestry ignorují	3
c) jste do něčeho nucen/a	6
d) že nemáte na výběr	9
e) že se Vás sestry štítí	2
f) že se Vám vysmívají	1
g) zažil/a jsem jiné nepříjemné pocity, uveďte jaké . . .	1
h) žádný z uvedených pocitů jsme nezažil/a	66
<i>celkem odpovědí</i>	94

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí a mohli také uvést jiné nepříjemné prožitky, které nebyly v možnostech uvedeny.

66 pacientů nezažilo žádný z uvedených pocitů. 9 respondentů uvádělo prožívání pocitu, že nemají na výběr. Vzhledem k dosavadním zkušenostem z praxe předpokládám, že někteří pacienti prožívající pocit že nemají na výběr, jsou nedostatečně informováni o svém onemocnění a o příslušné péči, a že ošetřující sestra nerespektuje jejich přání, požadavky a názory v rámci poskytování péče. Stejně respondentů, tj. 6, uvedlo, že prožili ponížení a pocit že jsou do něčeho nuceni. 1 pacient označil možnost g) a jako nepříjemný prožitek udával pocitování nezájmu ze strany lékaře. Zbylé výsledky jsou přehledně znázorněny v tabulce 10.

Otázka č. 10: Při příjmu na oddělení s Vámi sestra sepisovala sesterskou dokumentaci.
Byly v místnosti přítomny mimo sestry další osoby?

Tab. 11 – přítomnost dalších osob při realizaci sesterského příjmu

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano, ale nevadilo mi to	29	35 %
b) ano, vadilo mi to	2	2 %
c) ne	39	46 %
d) nevzpomínám si	14	17 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

V této otázce sice většina, tedy 46 % (tj. 39), respondentů uvádí, že během sepisování sesterského příjmu byli v místnosti jen oni a sestra, ale alarmujících je také 37 % (tj. 31) dotazovaných, kteří uvádějí, že v místnosti byly přítomny i další osoby, z čehož 35 % (tj. 29) respondentů uvádí, že jim to nevadilo a 2 % (tj. 2) pacienti uvádí, že jim to vadilo. Výsledky této otázky se mi v praxi potvrzují.

I když v mnohých případech klientům nemusí vadit, že se jeho soukromé záležitosti probírají před jinými lidmi, nemělo by to zdravotní sestru opravňovat k tomu, aby takto činila. Výjimku tvoří příbuzní, jejichž přítomnost nemocný vyžaduje a studenti zdravotnických oborů, jejichž přítomnost nemocný schválil. Při získávání údajů od nemocného před ostatními pacienty může dojít k úniku soukromých informací a tím v zásadě i k porušení povinnosti mlčenlivosti každého zdravotníka.

Otázka č. 11: Jaké osoby byly v místnosti?

Tab. 12 – výčet osob přítomných při sepisování sesterského příjmu

Odpovědi	absolutní četnost
a) další pacienti	18
b) příbuzní	2
c) další zdravotnický personál	16
d) uklízečka	0
e) studenti	5
f) jiní uveďte kdo	0
<i>cekem odpovědí</i>	41

Na otázku č. 11 odpovídalo 31 respondentů, tedy ti, kteří u otázky č. 10 uváděli, že během vyplňování sesterské dokumentace při příjmu byly v místnosti přítomny i další osoby. Dotazovaní mohli uvést i více možných odpovědí.

Bohužel v 18 případech byli během realizování sesterského příjmu přítomni další pacienti, což jsou zcela jistě lidé, kteří nemají nejmenší oprávnění vyslechnout informace o druhých pacientech. Zbylé výsledky jsou zřetelně vyjádřeny v tabulce 12. U 5 pacientů byli při příjmu přítomny současně další pacienti a další zdravotníci.

Otázka č. 12: Kterých vlastností si u zdravotní sestry nejvíce ceníte?

Tab. 13 – důležité vlastnosti zdravotní sestry

Odpovědi	absolutní četnost
a) rozvážnost	6
b) vzdělání a znalosti	32
c) ochota pomoci	59
d) spolehlivost	15
e) úcta k nemocnému	41
f) trpělivost	37
g) ohleduplnost	22
h) diskrétnost	15
i) humor	19
j) důslednost	6
<i>celkem odpovědí</i>	252

Pomocí této otázky jsem chtěla zjistit tři vlastnosti, které by pacienti nejvíce ocenili u zdravotní sestry. O kladných morálních vlastnostech zdravotní sestry pojednává samostatná kapitola v teoretické části. Respondenti měli na výběr z výše uvedených možností a měli označit tři možnosti.

Jak je patrné z grafu, lidé u zdravotní sestry nejvíce oceňují ochotu pomoci, na druhém místě úctu k nemocnému a na třetím místě trpělivost. Trpělivost u zdravotních sester v praxi velmi často postrádám. Předpokládám, že trpělivý přístup je pro sestry velmi časově a psychicky náročný. Knapová ve svém výzkumu (2007) řeší, zda zdravotníci věnují pacientovi dostatek času. Z výsledků vyplývá, že pouze 24 % zdravotníků si myslí, že věnuje nemocným dostatek času. Zbylých 76 % zdravotníků uvádí, že bohužel nevěnují pacientovi dostatek času na řešení jeho problémů.

Zbylé údaje z otázky jsou zřetelně vyhodnoceny v tabulce 13.

Otázka č. 13: Prožil/a jste během hospitalizace pocit studu?

Tab. 14 – prožívání studu pacientů

Odpovědi	absolutní četnost	relativní četnost
a) ano, mnohokrát	13	15 %
b) ano, ale pouze výjimečně	30	36 %
c) ne, nikdy	41	49 %
<i>celkem odpovědí</i>	84	100 %

V této otázce 51 % (tj. 43) dotazovaných uvedlo, že pocítili během pobytu v nemocnici pocit studu. Z toho 36 % (tj. 30) respondentů prožilo stud pouze výjimečně a 15 % (tj. 13) dotazovaných se během hospitalizace stydělo mnohokrát. 49 % (tj. 41) respondentů uvedlo, že nikdy během hospitalizace neprožívali pocit studu.

I z výsledků tohoto malého výzkumu je zřejmé, že pocit studu a prožívání nerespektování vlastní důstojnosti spolu úzce souvisí. Porovnáním otázky č. 5 (Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?) a otázky č. 13 zjistíme, že 75 % pacientů, kteří měli pocit, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována, zároveň prožívalo i pocit studu. Z respondentů, kteří udávali, že jejich důstojnost byla dostatečně respektována, 56 % nikdy během hospitalizace pocit studu neprožilo a 44 % sice nezažilo nerespektování své důstojnosti, přesto se během hospitalizace alespoň jedenkrát styděli.

Někteří lidé jsou více stydliví, jiní méně, a stud je zajisté subjektivní pocit. Není v moci zdravotní sestry zajistit, aby se nemocný nestyděl, ale svým citlivým a empatickým jednáním může alespoň mírnit prožívání studu nemocného a přizpůsobit ošetřovatelskou péči tak, aby se nemocný nemusel trvale stydět.

Otázka č. 14: Vyberte z uvedených možností situace, u kterých jste prožíval/a pocit studu?

Tab. 15 – výčet situací, při kterých pacienti prožívají pocit studu

Odpovědi	absolutní četnost
a) převaz rány, ošetření defektu	3
b) vizita	14
c) příjem na oddělení	6
d) stravování	2
e) osobní hygiena, převlékání	12
f) vyprazdňování (stolice, moči)	12
g) aplikace injekcí, infuzí, léků	0
h) příprava před operací, vyšetřením	5
i) odběr biologického materiálu (odběr krve, moče, stolice, výtěry, apod.)	8
j) vyšetření lékařem, odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje	11
k) přemístování v nemocnici (převoz na operační sál, na vyšetření, překládání na jiné oddělení apod.)	11
l) jiná situace, uveďte jaká:	6
<i>celkem odpovědí</i>	90

Tab. 16 – výčet situací, při kterých pacienti prožívají pocit studu 2

14. l) jiné situace uváděné respondenty
- projednávání osobních potřeb před ostatními pacienty
- když jsem začal cítit, že zapáchám
- když jsem se cítila špinavá a vyčerpaná
- styděla jsem se, protože jsem sdílela toaletu s muži
- nepřiměřené a výsměšné narážky na mou obezitu ze strany personálu
- bylo mi trapně a styděla jsem se, protože jsem sdílela toaletu s muži

Na tuto otázku odpovídali pouze ti pacienti, kteří udávali, že během hospitalizace alespoň jedenkrát prožili pocit studu, tzn. 43 respondentů. Dotazovaní měli možnost označit maximálně 5 odpovědí.

Nejvíce pacientů (tj. 14) udávalo, že se nejčastěji styděli při vizitě. Stejný počet respondentů (tj. 12) nejčastěji pociťovalo stud během osobní hygieny + převlékání a během vyprazdňování (stolice, moče). Třetí nejčastější odpovědi, byly situace jako přemísťování v nemocnici (převoz na operační sál, na vyšetření, překlad na jiné oddělení apod.) a vyšetření lékařem + odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje. Tyto dvě situace opět označil stejný počet respondentů (tzn. 11 dotazovaných). Protože se v této otázce na prvních třech místech objevily převážně stejné situace jako v otázce č. 6 (Vyberte z uvedených možností situace, u kterých jste měl/a pocit, že Vaše důstojnost nebyla dostatečně respektována.), je opět patrné, že prožívání studu a pocit nerespektování důstojnosti spolu jdou ruku v ruce.

U této otázky 6 respondentů označilo možnost 1) a tedy uvedli i jiné situace, při kterých se styděli. Tyto situace jsou zanesené v tabulce 16. Dvě pacientky zde udávají, že prožívaly stud, protože sdílely společnou toaletu s muži. S tímto problémem se bohužel setkávám nejen na odděleních, která mají na dnešní požadavky zastaralé stavební uspořádání a nemají tedy jinou možnost, ale i na novějších odděleních, kde mají dva pokoje společné sociální zařízení a stává se, že na jednom z těchto pokojů jsou hospitalizováni muži a na druhém ženy. To považuji za vcelku nešťastné řešení hlavně v situacích, kdy jsou na oddělení splněny podmínky pro to, aby na pokojích se společným sociálním zařízením mohli být hospitalizováni pacienti stejného pohlaví.

Otázka č. 1: Kolik Vám je let?

Otázka č. 5: Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?

Tab. 17 – srovnání otázky č. 1 a otázky č. 5

Odpovědi	< 65	≥ 65
ano	27 %	19 %
ne	73 %	81 %
<i>celkem odpovědí</i>	<i>48 = 100%</i>	<i>36 = 100 %</i>

Srovnání těchto dvou otázek je nezbytné pro zjištění výzkumné otázky č. 3. Z tabulky je zřejmé, že pacienti mladší 65 let udávají častěji, že jejich důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována, než pacienti starší 65 let.

Podrobnější vyhodnocení této otázky je zaneseno do diskuze. viz. str. 45.

Otázka č. 2: Jak dlouho ležíte v nemocnici?

Otázka č. 5: Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?

Tab. 18 – srovnání otázky č. 2 a otázky č. 5

Odpovědi	< 2 týdny	≥ 2 týdny
ano	19 %	33 %
ne	81 %	67 %
<i>celkem odpovědí</i>	<i>54 = 100 %</i>	<i>30 = 100 %</i>

Porovnání těchto dvou otázek je nutné pro vyhodnocení výzkumné otázky č. 2.

Z tabulky č. 18 je patrné, že pacienti hospitalizovaní déle než dva týdny mívají pocit nerespektování jejich důstojnosti častěji, než nemocní hospitalizovaní kratší dobu.

Výsledek výzkumné otázky č. 2 je podrobněji zpracován v diskuzi viz. str. 44.

Otázka č. 4: Jak hodnotíte respektování Vašeho soukromí v rámci hospitalizace?

Otázka č. 10: Při příjmu na oddělení s Vámi sestra sepisovala sesterskou dokumentaci.

Byly v místnosti přítomny mimo sestry další osoby?

Tab. 19 – srovnání otázky č. 4 a otázky č. 10

Odpovědi	a) výborně	b) dostatečně	c) špatně
a) ano, ale nevadilo mi to	23	6	0
b) ano, vadilo mi to	0	1	1
c) ne	30	9	0
d) nevzpomínám si	8	6	0
<i>celkem odpovědí</i>	<i>61</i>	<i>22</i>	<i>1</i>

Z tabulky č. 19 je evidentní, že pacienti, kterým nevadí přítomnost jiných lidí při jejich příjmu na oddělení (tj. 23 respondentů) a ti u kterých nebyli při příjmu přítomny žádné nekompetentní osoby (tj. 30 respondentů), hodnotí respektování soukromí jako výborné.

Přítomnost jiných osob při zpracovávání sesterského příjmu je samozřejmě jeden z mnoha aspektů, který může ovlivnit pacientovo hodnocení soukromí v rámci pobytu v nemocnici. I přesto, že 29 respondentům přítomnost jiných osob při příjmu nevadila, je nezbytné, aby v těchto situacích sestra důsledně zhodnotila, zda je přítomná osoba oprávněná k vyslechnutí osobních informací o přijímaném klientovi.

Diskuze

Vyhodnocením odpovědí z dotazníkového šetření a jejich porovnáním s předem zadanými výzkumnými otázkami jsem dospěla k následujícím výsledkům.

Výzkumná otázka 1: Jak je respektována důstojnost u hospitalizovaných pacientů?

Zodpovězení této otázky bylo pro můj výzkum prioritní. Výsledek je zřejmý z vyhodnocení dotazníkové otázky č. 5, kde se respondentů ptám, zda měli někdy během hospitalizace pocit, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována. Na tuto otázku mi z celkového počtu dotazovaných 20 (tj. 24 %) pacientů odpovědělo ano a zbylých 64 (tj. 76 %) odpovědělo ne.

Většina klientů nikdy nezažila během hospitalizace pocit nerespektování jejich důstojnosti. Avšak je zde pořád zbylých 24 %, tedy více jak jedna čtvrtina respondentů, kteří tyto pocity prožívali. To jistě není nezanedbatelné číslo, zvláště vezmeme-li v úvahu, že počet respondentů tohoto výzkumu je relativně malý.

Jako doplňující k této výzkumné otázce považuji výsledky dotazníkové otázky č. 9. Zde jsem se klientů ptala, zda prožili někdy během hospitalizace následující nepříjemné emoce. U této otázky mohli respondenti označit více možností. 9 krát byla označena možnost d) zažil/a jsem pocit, že nemám na výběr. 6 krát byla označena možnost a) byl/a jsem ponižena a také možnost c) měl/a jsem pocit, že jsem do něčeho nucena, byla zvolena 6 krát. 3 krát byla označena možnost b) měl/a jsem pocit, že mě sestry ignorují. 2 krát byla označena možnost e) měl/a jsem pocit, že se mě sestry štítí. Z celkového počtu respondentů jich 18 prožilo jednu nebo více z výše uvedených negativních emocí a 66 pacientů žádnou z těchto emocí nepocítilo. Tyto prožitky zajisté mají vliv na to, zda se nemocný cítí respektován.

Jak jsem se již v části vyhodnocování dotazníkového šetření zmínila, prožívání studu a pocitu nerespektování vlastní důstojnosti spolu úzce souvisí. Proto chci na tomto místě ještě jednou připomenout, že srovnáním otázky č. 5 (Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?) a otázky č. 13 (Prožil/a jste během hospitalizace pocit studu?) zjistíme, že 75 % pacientů, kteří měli pocit, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována, zároveň prožívalo i pocit studu. Zmíním zde i výsledky výzkumu Knapové z roku 2007. V této práci autorka mimo jiné zjišťuje, zda je dostatečně respektován stud pacientů při prováděných výkonech a zákrocích souvisejících s pobytem v nemocnici. V tomto výzkumu 48 % hospitalizovaných sděluje, že stud není dostatečně respektován, což zajisté není pozitivní zjištění.

Výzkumná otázka č. 2: Jak vnímají respektování své důstojnosti pacienti hospitalizovaní kratší dobu než dva týdny a jak pacienti hospitalizovaní déle než dva týdny?

Srovnáním otázky č. 2, kde jsem se respondentů ptala, jak dlouho leží v nemocnici a otázky č. 5, pomocí které zjišťuji, zda dotazovaní měli někdy během hospitalizace pocit, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována, zodpovím výzkumnou otázku č. 2.

Podle výsledků otázky č. 2 jsem respondenty rozdělila do dvou skupin, a to na pacienty hospitalizované kratší dobu než dva týdny a na pacienty hospitalizované déle než dva týdny. Tento časový úsek jsem zvolila záměrně. Vycházela jsem z informací zveřejněných v roce 2011 Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky, které uvádějí jako průměrnou dobu hospitalizace v roce 2010 7,3 dne. Vzhledem k těmto údajům označuji hospitalizaci delší než dva týdny jako dlouhodobou. Ze skupiny pacientů hospitalizovaných dlouhodobě 33 % pociťovalo, že jejich důstojnost nebyla během pobytu v nemocnici dostatečně respektována; zbylých 67 % z této skupiny bylo s respektováním své důstojnosti spokojeno. Druhou skupinu tvoří nemocní hospitalizovaní kratší dobu než dva týdny. Z nich 19 % prožilo nerespektování vlastní důstojnosti a ostatních 81 % se s tímto pocitem během hospitalizace nikdy nesetkalo. Po porovnání těchto výsledků můžeme stanovit závěr, že nemocní hospitalizovaní delší dobu intenzivněji vnímají nerespektování své důstojnosti. Vzhledem k relativně malému počtu respondentů a tomu, že rozdíl tvoří pouhých 4 %, nelze výsledek považovat za dostatečně vypovídající.

Před vyhodnocením této výzkumné otázky jsem se domnívala, že většina nemocných, kteří jsou krátkodobě hospitalizovaní, vnímají narušení důstojnosti citlivěji. Předpokládala jsem totiž, že nemocní hospitalizovaní dlouhodobě si svým způsobem zvykli na poměry, které v nemocnicích panují a někteří z nich snad i rezignovali a stali se pasivními příjemci péče bez jakékoli osobní účasti. Na rozdíl od krátkodobě hospitalizovaných, kteří se prozatím do jisté míry odmítají přizpůsobit specifickému dennímu režimu nemocnic.

Vzhledem ke zhodnocení výzkumné otázky č. 2 lze říci, že délka hospitalizace nemá výrazný vliv na to, jak nemocní hodnotí úroveň respektování jejich důstojnosti.

Výzkumná otázka č. 3: Jak vnímají respektování své důstojnosti v rámci hospitalizace pacienti mladší 65 let a jak pacienti starší 65 let?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky je nutné porovnání dotazníkových otázek č. 1 a č. 5. Podle věku jsem dotazované rozdělila do dvou skupin, a to na pacienty mladší 65 let (dále mladší) a na pacienty starší 65 let (dále starší). Při tomto rozdělování jsem se opírala o odbornou literaturu zabývající se vývojovou psychologií viz. teoretická část str. 16 - 17. Ze skupiny mladších pacientů 27 % udává, že jejich důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována, zbylých 73 % sděluje, že jejich důstojnost byla respektována dostatečně. Ve druhé skupině, kterou tvoří starší pacienti, pocítilo nerespektování vlastní důstojnosti 19 % a 81 % tento pocit nezažilo. Z těchto výsledků je evidentní, že mladší lidé vnímají pocit ztráty důstojnosti intenzivněji, než starší populace. Také ve výzkumné práci Knapové (2007) 93 % hospitalizovaných pacientů starších 60 let sděluje, že zdravotníci k nim přistupují s úctou, mají zájem o jejich problémy a nabízejí jim pomoc.

Již před vyhodnocováním výzkumu jsem usuzovala, že výsledky této výzkumné otázky budou obdobné. Jistě by byla zajímavá práce, která by přehledně objasnila hlavní důvody, proč mladí lidé vnímají nerespektování své důstojnosti častěji než staří. Musím zde zmínit i fakt, že většina výzkumů, které se týkají lidské důstojnosti, je zaměřena převážně na geriatrickou populaci. Předpokládám, že důvodem pro zpracovávání těchto výzkumů, je současný vztah a postoj společnosti k seniorům, který zde nebudu blíže popisovat, protože to není záměrem mé práce.

Výzkumná otázka č. 4: Při jakém úkonu souvisejícím s hospitalizací pacienti nejčastěji udávají, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována?

Tuto otázku jsem si zodpověděla analýzou dotazníkové otázky č. 6. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří měli během hospitalizace pocit, že jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována, tzn. 20 respondentů. Z uvedených možností mohli zaškrtnout maximálně tři odpovědi.

Podrobné vyhodnocení této otázky mám již zanesené v části Vyhodnocení dotazníkového šetření na str. 30 - 31. Přesto zde pro přehlednost zopakuji čtyři nejčastější situace, při kterých se nemocní cítí nedůstojně. 6 krát, tedy nejčastěji, respondenti sdělovali, že se cítili nedůstojně během přemístování po nemocnici, např. při převozu na operační sál, při převozu na vyšetření, při překladech na jiné oddělení apod. Na druhé pozici se umístila vizita společně s osobní hygienou a převlékáním; obě tyto možnosti byly označeny 5 krát. Jako třetí nejčastější situace, při které se nemocní cítí nedůstojně, je příjem na oddělení, který byl označen 3 krát. Z výzkumu Červenkové z roku 2010 vyplývá, že většina hospitalizovaných považuje za největší zásah do soukromí hygienu prováděnou na lůžku za asistence personálu. I v jejím výzkumu uvádí část respondentů za nejhrubší zásah do soukromí odhalování při vizitě.

Zhodnocení této otázky považuji za významné, protože poukazuje na konkrétní situace, které jsou součástí denní rutiny nemocničního provozu a ve kterých dle výsledků tohoto výzkumu naprosto jasně dochází k porušování respektování lidské důstojnosti. Bylo by jistě na místě pozastavit se nad těmito situacemi a zkusit vymyslet a aplikovat do praxe opatření zmírňující negativní dopady na pacienta, který se díky současným nemocničním poměrům cítí nedůstojně.

Pokud respondentům nevyhovovala ani jedna z předem formulovaných možností, mohli u této otázky vlastními slovy popsat situaci, při které se cítili nedůstojně. Tato možnost byla využita 7 krát. Rozborem těchto 7 odpovědí docházím k závěru, že v 6 případech se nemocní cítili nedůstojně, protože ošetřující personál v zásadě nerespektoval jejich osobnost a nejednal s nimi jako s rovnocennými partnery. I proto jsem přesvědčená, že k eliminaci nedůstojných situací v nemocnici by mnohdy stačilo polidštění postoje zdravotnického personálu k pacientovi doprovázeného vhodnou komunikací.

Výzkumná otázka č. 5: Jak pacienti znají léčbu svého onemocnění a změny, které s sebou nemoc přinese?

V praxi jsem se opakovaně setkávala s pacienty, kteří mi nebyli schopní postačujícím způsobem objasnit, jaké změny v jejich životě přinese onemocnění, které je postihlo. V některých případech jsem se setkala i s pacienty, kteří jednoduše vůbec netušili, jak a proč jsou nemocní. Jak už jsem se zmínila v teoretické části této práce, respektování lidské důstojnosti souvisí s respektováním autonomie jedince. Aby mohl být zachován respekt k autonomii, je mimo jiné nezbytností správná edukace pacienta. Jedině tak umožníme nemocnému podílet se na léčebném procesu a umožníme mu vybrat si z dalších postupů, které jemu samému nejvíce vyhovují.

Z výše uvedených důvodů jsem do dotazníku zařadila otázku č. 7, kde se respondentů ptám, zda vědí, jaká je léčba jejich onemocnění a jakou změnu v jejich životě s sebou přinese. Vyhodnocením této dotazníkové otázky si zodpovím výzkumnou otázku č. 5.

56 % (tj. 47) dotazovaných ví přesně, jaká je léčba jejich onemocnění a jak se díky nemoci změni jejich život. 29 % (tj. 24) rozumí svému onemocnění pouze částečně. 12 % (tj. 10) dotazovaných má určitou představu o tom, co obnáší jejich onemocnění, ale nejsou si tím jistí. 3 pacienti o své nemoci nevědí vůbec nic, 2 z těchto pacientů udávají, že o své nemoci nic nevědí, protože jim to nikdo neřekl. Žádný z respondentů neudává, že si nepřeje být informován o léčbě svého onemocnění.

Z výsledků je patrné, že většina dotazovaných je se svým onemocněním seznámena dobře. Jsou tu ale pořád zbývají pacienti, kteří své nemoci nerozumí a nemohou se tedy adekvátně podílet na dalších postupech souvisejících s nemocí. Opět zde využiji výzkumu Knapové (2007), kde na otázku, zda se zdravotníci snaží pacientům předat potřebné informace týkající se jejich onemocnění, odpovědělo 98 % hospitalizovaných ano. Dále se zde autorka práce pacientů ptá, jestli se zdravotník přesvědčil, zda podaným informacím porozuměli. Na tuto otázku odpovědělo ano pouze 52 % nemocných.

Bylo by jistě zajímavé a pravděpodobně přesnější vyhodnotit stupeň edukovanosti pacientů pomocí konkrétních otázek týkajících se jejich nemoci. Ptát se nemocných na příčinu choroby, na její projevy, na možnosti léčby, na změny životosprávy apod. A na tomto základě zhodnotit úroveň edukovanosti.

Závěr

Problematika lidské důstojnosti v oblasti zdravotnické péče je svým rozsahem téma velmi široké a mezi odbornou i laickou veřejností často diskutované. Nerespektovat lidskou důstojnost s sebou přináší nehmotnou újmu. Pokud má být zdravotní péče prováděna ve prospěch nemocného, je nepřijatelné jednat s pacientem bezohledně a s despektem.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda se pacienti během hospitalizace cítí být respektováni. Většina hospitalizovaných je s přístupem zdravotníků spokojená. Bohužel je zde stále nezanedbatelné procento těch, kteří se během pobytu v nemocnici cítili nedůstojně. Jak vyplynulo ze splnění dalších cílů práce, biologický věk ani délka hospitalizace nemá rozhodující vliv na to, jak často nemocní pocítují despekt ke své osobě ze strany zdravotnického personálu.

Největším přínosem pro praxi z této práce je zajisté stanovení 4 nejčastějších konkrétních situací, ve kterých se pacienti cítí nedůstojně. Jedna z těchto kompromitujících situací, která pacienty svým způsobem poškozuje, je nedůstojné přemísťování a převážení pacientů v rámci jedné nemocnice. Zejména s nesoběstačnými pacienty je v tuto chvíli zacházeno jako s nákladem. Jsou na lůžkách a invalidních vozících převáženi chodbami a uličkami nemocnice, pronásledováni zvědavými pohledy kolemjdoucích bez možnosti se jakkoli bránit této zajisté velmi nepříjemné situaci. V některých případech musejí nemocní ještě snášet bezohledné chování sanitáře, popř. jiné osoby, která je převáží.

Považuji za vhodné poskytnout výsledky tohoto výzkumu zdravotnickému zařízení, kde jsem výzkum prováděla a upozornit tak na problémy, které se zde vyskytují. K řešení tohoto problému by mohla zajisté přispět preciznější výchova a vzdělávání sanitářů v tomto směru. Tuto záležitost můžeme také zmírnit tím, že poskytneme nemocnému prostor, aby se na převoz připravil (např. úpravou zevnějšku).

Za další značně choulostivou situaci považují hospitalizovaní vizitu. Je pravda, že scénář vizit na většině oddělení probíhá obdobně. Na plně obsazený třílůžkový pokoj vejde několik lékařů, několik sester, ošetřovatelka a stážisté a před všemi zúčastněnými pacient odpovídá lékaři na mnohdy intimní otázky, odhaluje vyšetřované části těla apod. Stejně tak probíhá i vizita na takových odděleních jako je např. gynekologie. Určitě je tedy na místě snažit se zavádět do praxe přijatelnější průběh vizity. Např. vyšetřováním nemocného v soukromí a za účasti pouze těch osob, které sám schválil, by se mohly negativní prožitky z vizit

eliminovat. V každém případě je vizita převážně v kompetencích lékařů, proto by se tomuto problému měli v první řadě začít věnovat právě lékaři.

Neustále je co zlepšovat i v oblastech týkajících se provádění osobní hygieny u pacientů. Také příjem nových nemocných na oddělení není vždy prováděn s dostatečným respektem k pacientovi.

Naplněním posledního cíle této práce se ukazují nedostatky v oblasti edukace pacientů, které je třeba postupně odstranit. Ukazuje se, že někteří nemocní mají nedostačující informace o svém onemocnění i přesto, že mají o tyto informace zájem. I v závěru chci připomenout, že dobrá edukace nemocných napomáhá k udržení jejich autonomie a tím se eliminuje prožívání pocitu nedůstojnosti. Uznává-li zdravotní sestra autonomii osoby, o kterou pečuje, dává jí tak najevo úctu k její existenci.

Respektovat důstojnost pacienta je neodmyslitelný základ pro kvalitní, profesionální a humánní ošetrovatelskou péči. Zdravotníci pronikají a zasahují do fyzických, psychických a sociálních oblastí svěřených pacientů, jsou jim tak odhalovány nejintimnější problémy nemocných. Nelze se tedy divit, že společnost vyžaduje po zdravotnickém personálu vysokou úroveň vzdělanosti a odbornosti, ale také humánní a empatický přístup, který bude respektovat jejich osobu.

Zdravotnická péče je v dnešní době velice finančně náročná, ale respektovat lidskou důstojnost a mít úctu k životu člověka nás nestojí ani korunu.

Seznam použité literatury

1. ALTMAN, I. *Place Attachment*. 1. vyd. : New York : Plenum, 1992. ISBN 03-0644-071-7.
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 4. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-355-4.
3. ČERVENKOVÁ, J. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* 1. vyd. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010. Dostupný z WWW: <<https://dspace.knihovna.utb.cz/handle/10563/14224>>.
4. Česko. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu. In. *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1966. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Zákon_o_pěči_o_zdraví_lidu>.
5. DARWIN, Ch. *Výraz emocí u člověka a u zvířat*. 1. vyd. Praha : Československá akademie věd, 1964.
6. FLEGL, Vladimír. *Listina základních práv a svobod v aplikační praxi ČR*. 1. vyd. Praha : C. h. Beck, 1997. ISBN 80-7179-149-0.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
8. HILGERS, M. *Scham. Gesichter eines Affekts*, 3. vyd. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht & GmbH & CoKG, 2006. ISBN 3-525-46251-4.
9. IZARD, C. E. *Human emotions*. 1. vyd. New York : Plenum Press, 1977. ISBN 03-063-0986-6.
10. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha : Portál, 2008.
11. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
12. JAROŠOVÁ, Darja. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, 2003. ISBN 80-7042-339-0.
13. KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha : Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
14. KELNAROVÁ, J. a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty 1. ročník*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-8-217-2830-8.

15. KNAP, K.; ŠVESTKA, J.; JEHLIČKA, O.; et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. 4. vyd. Praha : Linde, 2004. ISBN 80-7201-484-6.
16. KNAPOVÁ, A. *Individuální přístup zdravotníků ke geriatrickým pacientům*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita v Brně, 2007. Dostupný z WWW <http://is.muni.cz/th/204429/lf_m/DP-TISK8.pdf>.
17. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha : TRITON, 2004. ISBN 80-7254-538-8.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. ISBN 80-7013-187-x.
20. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
21. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
22. LEWIS, M.; Haviland, J. *Handbook of emotions*. 1. vyd. New York : Guilford Press, 1993 ISBN 15-938-5650-4.
23. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
24. MATOUŠOVÁ, M.; HEJLÍK, L. *Osobní údaje a jejich ochrana*. 2. vyd. Praha : ASPI publishing, 2008. ISBN 80-7357-322-9.
25. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha : Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.
26. SMITH, S.G. The essential qualities of a home. *Journal of Enviromental Psychology*, 1994, roč. 14, č.2, s. 31 – 46.
27. SOKOL, J. *Filosofická antropologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-627-6.
28. SVOBODOVÁ, H. Důstojnost lidské existence v péči o nemocné. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. 2, č.3, s. 115-117.
29. SVOBODOVÁ, H.; ŠIMEK, J. Důstojnost lidské existence v péči o nemocné. *Časopis lékařů českých*, 2006, roč. 145, č.6, s. 495-497.
30. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie - dětství, dospělost, stáří*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 80-7178-308-0.
31. VENGLÁŘOVÁ, M.; MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Respektování lidské důstojnosti

Dobrý den, jmenuji se Barbora Caltová, jsem studentka třetího ročníku oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií v Pardubicích.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Vámi vyplněné údaje v dotazníku jsou zcela anonymní.

Odpověď, kterou jste zvolili, zakroužkujte. Nebude-li v zadání otázky uvedeno jinak, zakroužkujte vždy jen jednu možnost.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik Vám je let? (napište číslicí)
.....
2. Jak dlouho ležíte v nemocnici?
 - a) 1 – 4 dny
 - b) 5 – 8 dní
 - c) 9 – 13 dní
 - d) 2 – 3 týdny
 - e) 1 – 2 měsíce
 - f) 2 měsíce a více
 - g) nevím
3. Ležíte v nemocnici
 - a) poprvé
 - b) podruhé
 - c) opakovaně
4. Jak hodnotíte respektování Vašeho soukromí v rámci hospitalizace?
 - a) výborně
 - b) dostatečně
 - c) špatně

5. Měl/a jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během hospitalizace dostatečně respektována?

a) ano

b) ne

Pokud jste odpověděli ano, pokračujte otázkou číslo 6.

Pokud jste odpověděli ne, pokračujte otázkou číslo 7.

6. Vyberte z uvedených možností situaci, u které jste měl/a pocit, že Vaše důstojnost nebyla dostatečně respektována.

(můžete zakroužkovat maximálně tři možnosti)

a) převaz rány, ošetření defektu	b) vizita
c) příjem na oddělení	d) stravování
e) osobní hygiena, převlékání	f) vyprazdňování (stolice, moče)
g) aplikace injekcí, infuzí, léků	h) příprava před operací, vyšetřením
i) odběr biologického materiálu (odběr krve, moče, stolice, výtěry, apod.)	j) vyšetření lékařem, odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje
k) přemístování v nemocnici (převoz na operační sál, na vyšetření, překlady na jiné oddělení apod.)	l) jiná situace, uveďte jaká:

7. Víte, jaká je léčba Vašeho onemocnění a jakou změnu ve vašem životním stylu s sebou přinese?

a) ano, vím to přesně

b) částečně tomu rozumím

c) mám určitou představu, ale nejsem si tím jistý/á

d) ne, nikdo mi to neřekl

e) vůbec netuším

f) ne, nechci to ani vědět

8. Přizpůsobuje zdravotní sestra ošetrovatelskou péči Vaším názorům a přáním?
(Zakroužkujte odpověď, která nejlépe charakterizuje postoj sestry.)
- a) vždy se mě zeptá na můj názor a ten pak v péči o mě zohlední
 - b) málokdy se mě zeptá na můj názor, a ten pak v péči o mě zohlední
 - c) zeptá se mě na můj názor, ale pak si stejně udělá vše po svém
 - d) zeptá se mě na můj názor, ten mi pak obratně vyvrátí a udělá si vše po svém
 - e) většinou mi řekne, co a jak mám udělat a na můj názor se mě neptá
 - f) vždy mi řekne, co a jak mám udělat a na můj názor se mě neptá
9. Měl/a jste někdy pocit během hospitalizace že:
(Můžete zakroužkovat i více odpovědí.)
- a) jste byl/a ponížen/a
 - b) Vás sestry ignorují
 - c) jste do něčeho nucen/a
 - d) že nemáte na výběr
 - e) že se Vás sestry štítí
 - f) že se Vám vysmívají
 - g) zažil/a jsem jiné nepříjemné pocity, uveďte jaké:
 - h) žádný z uvedených pocitů jsem nezažil/a
10. Při příjmu na oddělení s Vámi sestra vyplňovala sesterskou dokumentaci. Byly v místnosti přítomny mimo sestry další osoby?
- a) ano, ale nevadilo mi to
 - b) ano, vadilo mi to
 - c) ne
 - d) nevzpomínám si
- Pokud jste odpověděli a) nebo b), pokračujte otázkou číslo 11.
Pokud jste odpověděli c) nebo d), pokračujte otázkou číslo 12.
11. Jaké osoby byly v místnosti?
(Můžete zakroužkovat i více odpovědí.)
- a) další pacienti
 - b) příbuzní
 - c) další zdravotnický personál (lékař, sestry, sanitářky . . .)
 - d) uklízečka
 - e) studenti zdravotnických oborů
 - f) jiní, uveďte kdo

12. Kterých vlastností si u zdravotní sestry nejvíce ceníte?
(Zakroužkujte tři pro Vás nejdůležitější vlastnosti.)

a) rozvážnost	f) trpělivost
b) vzdělání a znalosti	g) ohleduplnost
c) ochota pomoci	h) diskrétnost
d) spolehlivost	i) humor
e) úcta k nemocnému	j) důslednost

13. Prožil/a jste během hospitalizace pocit studu?

- f) ano, mnohokrát
- g) ano, ale pouze výjimečně
- h) ne, nikdy

Pokud jste odpověděli a) nebo b), pokračujte otázkou číslo 14.

14. Vyberte z uvedených možností situace, u kterých jste prožíval/a pocit studu.
(můžete zakroužkovat maximálně pět možností)

a) převaz rány, ošetření defektu	b) vizita
c) příjem na oddělení	d) stravování
e) osobní hygiena, převlékání	f) vyprazdňování (stolice, moče)
g) aplikace injekcí, infuzí, léků	h) příprava před operací, vyšetřením
i) odběr biologického materiálu (odběr krve, moče, stolice, výtěry, apod.)	j) vyšetření lékařem, odborná vyšetření vyžadující speciální přístroje
k) přemístování v nemocnici (převoz na operační sál, na vyšetření, překlady na jiné oddělení apod.)	l) jiná situace, uveďte jaká: