

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických
zařízeních**

Nela Sejkorová

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nela Sejkorová**
Osobní číslo: **Z10036**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických
zařízeních**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

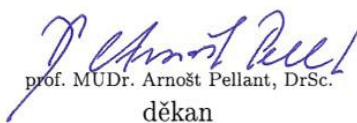
1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

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

1. JANÁČKOVÁ, L; PAVLÁT, J. Psychologické aspekty zdravotnické komunikace. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2007. ISBN 978-80-210-4330-6.
2. MLČÁK, Z. Psychologie zdraví a nemoci. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Katedra psychologie a aplikovaných sociálních věd, 2005. ISBN 80-7368-035-1.
3. NEČASOVÁ, M. Úvod do filosofie a etiky v sociální práci. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, 2001. ISBN 80-210-2673-1.
4. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. Etika a komunikace v medicíně. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
5. ZACHAROVÁ, E. Úvod do zdravotnické psychologie. 2 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-097-2.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magdalena Řeřuchová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji, že:

jsem tuto práci 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 20.5.2013

.....

Sejkorová Nela

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Magdaleně Řeřuchové za cenné rady, za věnovaný čas a za vstřícný přístup během naší spolupráce při vytváření této bakalářské práce.

V Pardubicích dne 20.5.2013

.....

Sejkorová Nela

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o etických problémech při poskytování ošetrovatelské péče ve zdravotnických zařízeních. Řeší problém respektování lidské důstojnosti hospitalizovaných 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 respektuje lidskou důstojnost pacienta a nenarušuje potřeby sebekoncepce a sebeúcty. Zmiňuje vliv vhodného chování sester a nutného dodržování profesionálního přístupu zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče.

Praktická část je věnována analýze výzkumu, který jsem v rámci bakalářské práce prováděla mezi pacienty formou dotazníkového šetření. Uvádím zde stanovené výzkumné záměry, metodiku výzkumu a výsledky výzkumu zpracované v tabulkách a grafech.

Klíčová slova

Lidská důstojnost – potřeba sebeúcty a sebekoncepce – etika – práva pacientů

ANNOTATION

The thesis deals with ethical issues in the provision of nursing care in health facilities. Resolves an issue of respect for human dignity hospitalized in connection with the provision of health care.

It consists of a theoretical part and practical. In the theoretical part explains how important it is for the patient nursing care that respects the human dignity of patients and does not need self-concept and self-esteem. He mentions the influence of practice nurses and required compliance with the professional approach of health workers in health care.

The practical part is dedicated to the research that I have in the thesis conducted among patients in the form of a questionnaire survey. Here I set research objectives, research methodology and research results processed in tables and graphs.

Key words

Human dignity - the need for self-esteem and self-concept - ethics - rights of patients

OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍLE PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST:	11
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1.1 Lidská důstojnost.....	11
1.1.2 Respektování lidské důstojnosti.....	13
1.2 Potřeba sebekoncepce a sebeúcty.....	14
1.2.1 Složky sebekoncepce.....	15
1.2.2 Stresory, které ovlivňují sebeúctu a sebekoncepci.....	15
2 ETIKA	16
2.1 Etika jako filozofická disciplína.....	17
2.2 Etika v ošetrovatelství.....	18
2.2.1 Úkoly a cíle ošetrovatelské etiky.....	19
2.2.2 Etické aspekty při ošetrování nemocných.....	19
2.2.3 Desatero pro všeobecné sestry.....	21
3 ETICKÉ A PRÁVNÍ NORMY.....	22
3.1 Mravní (etické) normy.....	22
3.2 Mezinárodní etické kodexy.....	22
3.3 České etické kodexy.....	23
3.3.1 Etický kodex všeobecných sester.....	24
3.3.2 Etický kodex práva pacientů.....	24
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	26
4 Výzkumné otázky	26
5 Metodika výzkumu.....	27
6 Vyhodnocení kvantitativní metody výzkumu.....	28
DISKUZE.....	46
ZÁVĚR.....	52
Seznam použité literatury.....	53
Elektronické zdroje:.....	55
Seznam příloh.....	56
Příloha A: Dotazník.....	56
Příloha B: Úplné znění etického kodexu „Práva pacientů“	59

ÚVOD

Předkládaná bakalářská práce se zabývá respektováním lidské důstojnosti ve zdravotnických zařízeních. Toto téma jsem si vybrala zejména kvůli tomu, že jsem během své praxe byla mnohokrát svědkem nerespektování lidské důstojnosti.

„Pacient přichází do nemocnice ve stavu vnitřní úzkosti z toho, jak mu je. Je zmaten a pln obav, co ho při hospitalizaci čeká. Neví, jaké budou jeho povinnosti v nemocnici. A nemocnice toho mnoho nedělá pro to, aby uklidnila jeho zjitřené já, jeho úzkost a strach. Pacient je umístěn do zvláštního pokoje, dostane jiný druh oblečení, je uložen vedle člověka, kterého nezná a je podroben řadě jemu zvláštních zkoušek. Musí se tak svěřit do interakce s úplně cizími lidmi, a to v prostředí, které je mu cizí. Musí dělat věci, které jsou pro něj nové, zvláštní a neobvyklé. Očekává se přitom, že bude se zdravotníky spolupracovat, že se bude snažit pomáhat jim v tom, co dělají a že nebude vyžadovat zvláštní pozornost. Pacient se tak brzy dovědí, že provoz nemocnice je organizován s ohledem na zdravotní personál spíše nežli s ohledem na pacienta... u pacientů se projevuje celá řada problematických psychologických příznaků. Jsou to zvláště deprese, děsivé obavy a úzkost. Někdy se u pacienta vystřídá během krátké doby na třicet různých lidí. Ti kolikrát jen přijdou do pokoje, provedou určitý výkon a zase odejdou. Často mají zdravotníci tak málo času, že stačí pacienta či pacientku jen pozdravit“ (Taylor, 2006, str. 325-326).

Křivohlavý ve své publikaci Psychologie nemoci uvádí, že nemocnice je místo značně odlišné od těch, které pacient zná ze svého běžného života. Jedním z úkolů nemocnice je pacienta podrobně vyšetřit a stanovit jeho diagnózu. Jiným je léčení a pokud možno i vyléčení nebo alespoň podstatné zlepšení zdravotního stavu. Dalším úkolem je tzv. zdravotnická péče. O té mluvíme v případě, že máme na mysli humanistickou stránku zdravotnictví. Máme na mysli péči o to, aby se pacient emociálně nezhroutil, aby zůstal v dobrém psychickém stavu a aby se aktivně zapojoval do uzdravného procesu.

I přes všechny výše vyjmenované úkoly zdravotnických zařízení si myslím, že by sestry neměly zapomínat na to, že každý pacient je jedinečná osobnost, která si do nemocnice přináší svoje obavy a starosti. Sestra by si měla vždy najít chvíli času, aby si s pacientem promluvila. Pokud budeme mít v nemocnicích empatické sestry, můžeme předpokládat, že budeme mít psychicky stabilní pacienty, kteří se budou rychleji uzdravovat.

CÍLE PRÁCE

1. Zjistit, zda zdravotnický personál používá familiární oslovení.
2. Zjistit, jakými způsoby sestry reagují na signalizační upozornění.
3. Zjistit, zda mají pacienti povědomost o svých právech v době hospitalizace.
4. Zjistit, jaké pocity pacienti při hospitalizaci prožívají.
5. Zjistit, zda jsou sestry ve zdravotnickém zařízení empatické.

I TEORETICKÁ ČÁST:

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Lidská důstojnost

V dnešní době se stále více ve zdravotnických zařízeních a při vykonávání zdravotnické profese setkáváme s pojmem lidská důstojnost. Dle mého názoru je důstojnost to jediné, co nemocnému člověku v cizím prostředí nemocnice zbývá. Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocné ze strany zdravotnického personálu. Při respektování lidské důstojnosti není důležitá samotná péče o nemocné, nýbrž i mezilidské vztahy, respektování barvy pleti, náboženského vyznání nebo společenského postavení (Munzarová, 2006).

Z tohoto důvodu by si měli být zdravotníci vědomi, jak se v rámci své profese k nemocným chovat a že je nutné zachovávat důstojnost pacientů. Pojem důstojnost není přesně definován, avšak z Všeobecné deklarace lidských práv vyplývá, že „*se všichni lidé rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.*“ (Munzarová, 2006).

Důstojnost je elementární součástí lidské bytosti. Tím rozumíme, že každý člověk je od narození do smrti důstojnou bytostí. Důstojnost je zaznamenána jako nezczitelná 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).

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. V průběhu aktivního života dosáhne člověk určitých zásluh, postavení, ve většině společností je tento typ důstojnosti spojován s ekonomickým a sociálním postavením. Lidé se ve středních letech svého života obávají, že odchodem do důchodu ztratí svou důstojnost tím, že budou vyřazeni z ekonomického a společenského života. Naopak mladí lidé tvrdí, že si svoji důstojnost ještě nezískali, protože zatím neměli možnost prosadit se ve významných funkcích (Kalvach, 2004).

Pojem sebeúcta je úzce 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). Hospitalizovaní pacienti nemusí žít v souladu s vlastními mravními zásadami také proto, že díky okolnostem (nemoc, nesoběstačnost 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).

Důstojnost osobní identity je nejvýznamnější typ důstojnosti ve spojitosti se staršími osobami. Je založena na vědomí vlastního já, začlenění do společnosti, nalézání smyslu života, na tělesné identitě, na integritě. Nalézt smysl vlastního života umožňuje lidem pocit kompletní lidské bytosti s dobrými vztahy k druhým lidem a kvalitní zapojení do komunity. Vlastní důstojnost závislé osoby bývá narušena během intimních úkonů, jako je mytí, oblékání, cvičení a tím dochází k narušení intimity člověka. Nešetrné fyzické i psychické intervence do života jedince vedou k pocitům hanby, ponížení, úzkosti i degradace a mají za následek narušení důstojnosti osobní identity. Zdravotníci mohou vědomě či nevědomě poškodit důstojnost pacientů (např. 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). V souvislosti s důstojností osobní identity je důležité si uvědomit, že některé názory bio-„etiků“ pošlapávají důstojnost nemohoucího člověka a to tím, že mu neuznávají status osoby. Uvedené tvrzení lze dokumentovat citátem (Munzarová, 2006).

„To co potřebujeme, není definice smrti, nýbrž zhodnocení, kdy je správné říci, že osoba se již vytratila...Být osobou...zahrnuje schopnost chtít existovat a druh sebeuvědomění, který činí vlastnění této schopnosti možným...Když jednou tato schopnost vymizí, bytosti přestaly být osobami a potom, i když je jejich tělo po technické stránce dosud živé, ztratily již mravní hodnotu a mohou být buď zabity, nebo ponechány zemřít anebo udržovány při životě, dle toho, jak si vybereme.“ (Harris, 1999, str. 298)

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).

1.1.2 Respektování lidské důstojnosti

Respektování lidské důstojnosti patří k nejdůležitějším etickým požadavkům kladeným na sestry. Při každé činnosti musí sestra považovat pacienta za rovnocenného partnera, musí brát v úvahu jeho potřeby a zájmy, respektovat jeho názory a přání. Patří sem i ochrana soukromí a respektování studu při vykonávání běžných ošetrovatelských činností. V průběhu praxe se bohužel setkáváme se situacemi, kdy lidská důstojnost v péči o nemocné není respektována. Toto tvrzení se nedá vztahovat globálně na všechna zdravotnická zařízení, nyní se zaměřujeme na zařízení, kde toto tvrzení platí. S nemocnými je zacházeno jako s „věcí“, dochází k odosobnění – pacient se stává předmětem „byznysu“ zdravotnického zařízení a člověk jako živá bytost se zde vytrácí (Bužgová, 2008).

Respekt a úcta k pacientovi se dají vyjádřit prostřednictvím komunikace. Velmi často se setkáváme s oslovováním starších nemocných lidí výrazy jako "dědo" a "babi", bez ohledu na to, jaké člověk v aktivním životě získal vzdělání nebo postavení. Proto je důležité, aby si zdravotníci našli chvíli času, aby s pacientem mluvili, ale především aby mu naslouchali. Nemocný člověk má řadu otázek, prožívá strach z vyšetření, operace, který lze díky komunikaci minimalizovat. Nesmíme také zapomínat na pozdrav, úsměv, slova jako „prosím“ a „děkuji“ (Bužgová, 2008).

1.2 Potřeba sebekoncepce a sebeúcty

Každý člověk si v průběhu života vytváří obraz „sama sebe.“ Tomu předchází představa sebezpoznání, sebehodnocení, hrdosti a sebeocení. Pozitivní sebekoncepce a vysoká sebeúcta jsou výsledkem bio-psycho-sociálního vývoje člověka.

Pojmy sebekoncepce a sebeúcta jsou podobné u nás spíše používanému pojmu sebevědomí. Zdravé sebevědomí si utváříme od dětství a je nezbytné pro naše duševní zdraví. Všechny výše zmíněné pojmy umožňují člověku najít štěstí v životě a lépe zvládat náročné životní situace, kterou je mimo jiné, také nemoc. Neschopnost pozitivně vnímat sám sebe je velkou překážkou v situacích, kdy člověk onemocní méně či více závažnou chorobou (amputace, onkologické onemocnění, chronické selhávání ledvin...), nebo duševní chorobou jako je porucha příjmu potravy (anorexie či bulimie) (Trachtová, 2001).

Zdravotníci by se měli chovat tak, aby svým jednáním podporovali sebeúctu člověka. Evalvace v komunikaci s nemocným představuje úctu k člověku jako k jedinečné bytosti, respekt a opravdový zájem o jeho problémy. Nemocný člověk se stává partnerem zdravotníků v diagnostickém a léčebném procesu. Bohužel se stále setkáváme s dominantním postavením lékařů a sester. Svým devalvačním chováním přisuzují nemocnému submisivní roli člověka zcela závislého na zdravotnících, pasivního a neschopného o něčem samostatně rozhodovat. Základní povinností zdravotní sestry je identifikace osob s negativní sebekoncepcí nebo nízkou sebeúctou a následná pomoc při vytváření pozitivního pohledu na sebe samého. Narušená sebekoncepce je úzce spjata s pocity beznaděje, bezmoci, bezcennosti, nenávisti vůči sobě a druhým lidem a s pocity nespokojenosti se sebou samým (Trachtová, 2001).

Neméně důležitá je sebekoncepce sestry. Sestra, která má problémy se vztahem k sobě samé a s přiměřeným uspokojováním vlastních potřeb bude mít velké problémy s uspokojováním potřeb nemocného člověka. V opačném případě sestra s pozitivním vztahem k vlastní osobě dokáže lépe pochopit problémy druhých lidí, vytváří pozitivní interpersonální vztahy k nemocným i kolegům, je převážně pozitivně naladěná, její chování je profesionální, efektivní a produktivní (Trachtová, 2001).

1.2.1 Složky sebekoncepce

Sebekoncepce je kognitivní složkou systému ego, to znamená, že sebekoncepce je to, jak vnímám sama sebe. Sebeúcta je emocionální afektivní složkou systému ego a vyjadřuje emocionální vztah k sobě.

Obraz těla je založen na vnímání fyzického, tělesného „já“. Patří sem vědomí vlastního těla od vnějšího světa, rozměrů a funkčnosti těla a jeho částí. Zahrnuje představy o vlastním těle. Obraz těla je ovlivněn sociálními a kulturními hodnotami. A právě obraz těla bývá u některých onemocnění narušen (Trachtová, 2001).

Identita vlastního já je v psychologii popisována jako ego, které vytváří trvalý pocit individuality a jedinečnosti. Je výsledkem zobecnění určitých zkušeností týkajících se vlastní osoby a ztotožnění se s obrazem vlastního já (Trachtová, 2001).

Postavení člověka ve společnosti je při výkonu role určitým způsobem organizováno. Společnost jedinci z hlediska jeho pohlaví, věku, zaměstnání, socioekonomickému postavení, ale i z hlediska situací předepisuje určité sociální role. Člověk se rolím učí od narození (Trachtová, 2001).

Sebeúcta je způsob, jak jedinec strukturuje a vnímá sebekoncepci. To vše může vyústit v pozitivní nebo negativní sebehodnocení. Celková sebeúcta je to, do jaké míry se jedinci líbí obraz sebe sama. Specifická úcta je to, do jaké míry člověk akceptuje určitou část sebe sama (Trachtová, 2001).

1.2.2 Stresory, které ovlivňují sebeúctu a sebekoncepci

Stresory vyplývající z porušeného obrazu těla jako je ztráta části těla, ztráta tělesných funkcí, narušení vzhledu. Mezi stresory vyplývající z výkonu role patří ztráta partnera, manžela, dítěte, nebo blízkého přítele, ztráta zaměstnání, odchod do důchodu, rozvod nebo rozchod s partnerem, onemocnění, hospitalizace, očekávání konfliktní role, neschopnost splnit očekávané cíle. Mezi stresory vyplývající z osobní identity lze počítat změnu fyzického vzhledu, pokles fyzických, duševních nebo smyslových sil, neschopnost dosáhnout cíle, sexuální nejistota, nerealistické ideální ego (Trachtová, 2001).

2 ETIKA

„Věda o mravnosti, o pravidlech mravního jednání, o mravních zásadách a na rozdíl od morálky představuje obsahový a motivační aspekt.“ (Bužgová, 2008, str. 9).

Původní význam slova v řečtině znamenal konvenci čili zvyk. „Ve všech společnostech pak tyto normy sloužily k tomu, aby si člověk od nich nechal radit při svém rozhodování a aby tak došel k rozhodnutí co nejsprávnějšímu“ (Payne, 1995, st. 38). Na dodržování se podíleli všichni členové kmene nebo společenství tím, že je dodržovali, ale zároveň je požadovali od ostatních (Munzarová, 2005).

Obsah etiky je posuzování dobra a zla, následně pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti. Primum principum etiky je konat dobro a vyhýbat se zlu. Etika lékařská a zdravotnická musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být ohniskem i cílem jakékoli teorie nebo profesní aktivity, která je mravně obhajitelná (Munzarová, 2005).

Morálka (z lat. Mos = mrav) představuje popisnou a předpisovou stránku morálky. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem přijímá pravidla za závazná pro své konkrétní chování a jednání. Tento soubor pravidel je většinou nepsaný a jeho přijetí se děje společenskou praxí a tradicí (Munzarová, 2005).

Bioetika (Bios = život) je nejširší pojem a je nadřazen pojmu lékařská etika. Zkoumá etické problémy v praktickém výkonu lékařské praxe a ve výzkumu. Lékařská etika je souhrné označení etického problému v lékařství. Podobný název je medicínská etika, který je obsahově stejný. Zdravotnická etika je souhrné označení problematiky týkající se zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů. Pod zdravotnickou etiku spadá ošetrovatelská etika, která zkoumá etické problémy v ošetrovatelské péči (Munzarová, 2005).

2.1 Etika jako filozofická disciplína

Filozofie (filió = milovat, sofia = moudrost) je definována jako ucelený světový názor. Starověká filozofie byla souhrnem všech znalostí a postupem času se z ní dělily jednotlivé vědecké disciplíny. Etika je součástí filosofie praktické. Etika jako filozofická disciplína je připisována aténskému mysliteli Sokratovi, ale první psané spisy o etice pocházejí od Aristotela, který rozlišuje lidskou činnost na teoretickou, praktickou a tvořivou. Vývoj etiky jako filozofické disciplíny začal od počátku mýtického období v dějinách lidstva. Morálka primitivních národů vyplývala z dodržování formálních zvyků, lidé ctili posvátné, respektovali nedovolené a žili podle všeobecně známých pravidel. Řecká filozofie, která je datována do 6. stol. př.n.l. je základem evropské vzdělanosti. Filozofové se v rámci svých konceptů vyjadřovali k mravům zejména ve smyslu společenských obyčejů. Mezi mravní vlastnosti patřila zdvořilost, takt, úcta, vděčnost, milosrdenství a soucit. Naopak mezi odsuzované vlastnosti patřily přetvářka, zapírání, pomluvy, podvody a pochlebování. Představitel řecké filozofie, který se zabýval také etikou, byl Démokritos z Abdér na Chalkidice (460 – 370 př. n. l.), který byl přesvědčen, že mravní vědomí a jednání je možné v člověku kultivovat. Byl přesvědčen, že pokud někdo páchá zlo, je to z toho důvodu, že nezná lepší řešení. Z toho vyplývalo, že člověk by se měl dobru učit (Bužgová, 2008).

Dalším představitelem byl slavný myslitel Sokratés (469 – 399 př. n. l.). O jeho názorech se dozvídáme prostřednictvím jeho žáků, jelikož za celý svůj život nic nenapsal. Jeho výuka probíhala metodou dialogu, která dávala prostor žákům myslet a formulovat vlastní názor. Sokratés jako první definoval svědomí člověka, které nazývá „daimonion“. Jedná se o vnitřní hlas, který člověka vede a určuje správné chování. Nejznámějším Sokratovým žákem byl starořecký filozof Platón (427 – 347 př. n. l.), který je známý svou naukou o idejích, která vyjadřuje etické názory. Nejvyšší idea je idea dobra. Napsal řadu dialogů, které tematizoval: přátelství, statečnost, zbožnost, umírněnost a jiné. Mezi spisy, které se týkají etiky můžeme uvést Etiku Eudémovu a Etiku Nikomachovu. Druhé zmíněné dílo se po dlouhá staletí stalo dílem, které na univerzitách studovali i budoucí lékaři. Za cíl mravního jednání člověka považoval blaženost, odmítal požívačný způsob života a preferoval život těch, kteří volili čest (Bužgová, 2008).

V krátkosti se zmíníme o učení stoiků, jejichž zakladatelem je Zénon z Kitia (336 – 264 př. n. l.). Hlavním stoickým cílem lidského bytí se stal pud sebezáchovy. Člověk má odmítat všechno, co by mohlo mít negativní vliv na jeho blaženost a být lhostejný ke všemu, co

nemůže ovlivnit. Stoikové měli zároveň specifický postoj ke smrti – věřili, že život jednoho dne skončí. Důležitým obdobím se stal středověk, kde můžeme sledovat dvě základní koncepce - filosofickou a křesťanskou. Nové filosofické soustavy nevznikaly, udržovala se tradice řecké filosofie, stoicismu, platonismu a aristotelismu. Mezi velká období středověké filosofie řadíme patristiku a scholastiku. Patristika (= učení církevních otců) navazovala na Platóna a stoiky a představitelem byl svatý Augustin. Scholastika navazovala na učení Aristotela a hlavním představitelem byl Tomáš Akvinský. Na konci středověku sílily snahy filozofů vymanit se z vlivu církve a křesťanství ve prospěch nezávislého vědeckého bádání. Člověk je postaven do centra pozornosti, navrácí se k přírodě, ve které hledá základní hodnoty (Bužgová, 2008).

Dále je nutné připomenout několik významných filozofů novověku, kteří ovlivnili etické myšlení. Podle Thomase Moora (1478 – 1535) kořen všeho zla spočíval v penězích a rozvinul teorii hospodářského komunismu. Jan Ámos Komenský (1592 – 1670) považoval mravnost za součást vzdělávání. Morální otázky nejvíce popsány ve spisu „Obecná porada o nápravě věcí lidských“. Adam Smith (1723 – 1790) svou etiku postavil na teorii sympatie, která je pro něj kritériem lidského konání. Mravní vývoj člověka spočívá v umírnění vlastních afektů a ve cviku a zesílení sympatií k jiným lidem. Immanuel Kant (1724 – 1804) byl německý filozof, který považoval za předpoklad mravního chování svobodnou lidskou vůli. Kantova etika bývá považována za formální a autonomní, která není ovlivněna vnější podmínkou (Bužgová, 2008).

2.2 Etika v ošetřovatelství

Od svého vzniku spojuje ošetřovatelství profesionalitu s humanizačními požadavky. Je tomu tak z důvodu, že jedinec ohrožený nemocí je nesoběstačný, bezmocný, závislý a z mnoha důvodů potřebuje pomoc. Profese sestry – ošetřovatelky je úzce spjata s morálními nároky. Z toho vyplývá, že morálka v ošetřovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu, nebo škody a ublížení nemocnému, protože ošetřovatelské činnosti mají vždy morální dopad. Rozdíl mezi lékařskou a ošetřovatelskou etikou spočívá v tom, že ošetřovatelská etika je specificky zaměřena na činnosti profesionální ošetřovatelské péče, vedle odborných činností lékařů. Ošetřovatelskou etiku můžeme definovat jako teorii o podmínkách a příčinách ošetřovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Mezi předměty ošetřovatelské etiky řadíme:

Vztah a postoj sestry k pacientovi, který se projevuje slovně, dotykově i mimoslovně při všech odborných úkonech. V situaci, kdy sestra pacienta krmí, převléká, podává lék, je úkon spojen s morálním aspektem a dochází zde k mezilidským projevům laskavosti, spěchu, nezájmu, lhostejnosti, trpělivosti, sympatie, úcty apod..

Kolegiální vztahy sester navzájem.

Také vztah k lékaři a ostatním spolupracovníkům. Tyto vztahy působí na atmosféru oddělení, výkonnost a motivaci. Problémy v ošetrovatelství souvisí s tím, že morální přístupy nejsou zcela jednoznačné. V situaci, kdy hledám blaho a prospěch pacienta mohu zjistit, že to není stejný zájem a cíl rodiny pacienta (Bužgová, 2008).

2.2.1 Úkoly a cíle ošetrovatelské etiky

Nyní si vyjmenujeme nejdůležitější úkoly stojící před ošetrovatelskou etikou.

Zkoumat kvalitu vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem a vytýčit žádoucí mezilidské vztahy. Přesně formulovat povinnosti a odpovědnost sester a stanovit mravní normy profese. Analyzovat eticky komplikované situace, které mohou mít více řešení a ukázat možná východiska. Proto je důležité stanovit cíle a hodnoty, kterých má být při ošetrování dosaženo. Sledovat interpersonální vztahy na pracovišti a formulovat co je správné a žádoucí (Munzarová, 2008).

Mezi cíle ošetrovatelské etiky patří:

Humanizace mezilidských vztahů a to zejména mezi nemocným a sestrou, mezi sestrou a rodinou pacienta. Usměrnování chování a jednání při profesionálních úkonech se záměrem rozumět člověku, pochopit těžkost jeho situace a dle možností mu také pomoci. Nutné je vhodným způsobem usilovat o uspokojení potřeb pacientů a tím pomoci dosáhnout požadované hodnoty (Bužgová, 2008).

2.2.2 Etické aspekty při ošetrování nemocných

Mezi nejdůležitější etické požadavky kladené na sestry při poskytování ošetrovatelské péče je zachování úcty a respektování lidské důstojnosti pacienta. Znamená to příslib, že při svých činnostech budeme brát v úvahu zájmy nemocného, nebudeme ho používat pro své či cizí cíle, nebudeme se k němu chovat lhostejně a zapojíme ho do rozhodování o všech skutečnostech, které se ho týkají. Zdravotník nikdy nesmí zapomenout, že i při vykonávání

rutinních úkonů před ním leží skutečný člověk. Vždy by měl brát v potaz pacientovy obavy, stud a poskytnout mu dostatek času pro jednotlivé výkony, které může vykonávat sám. Hygiena či vyprazdňování by vždy měly probíhat za zavřenými dveřmi, v opačném případě to může být pro nemocného ponižující. Pro zachování důstojnosti je nutné zachovávat pacientovu autonomii. Ošetřující personál by měl ve všech případech, pokud je to možné, respektovat názor na potřebnou péči, uspokojování potřeb nemocného člověka. Pro prožívání pocitu důstojnosti je důležité zapojit pacienta do rozhodování o poskytnuté péči i o vlastním životě. Zdravotníci vyjadřují úctu a respekt především během komunikace. Důležité je si najít čas a aktivně naslouchat. Nikdy by se nemělo zapomínat na pozdrav a slova jako „prosím“ a „děkuji.“ Důležitou roli hraje také správné oslovení (výrazy jako „babi“ nebo „dědo“ se nehodí). Při komunikaci je vždy nutné oslovovat pacienta jménem. Nedostatek komunikace při výkonu ošetřovatelské péče značí nezáměr. Pokud sestra nemůže pacientovi věnovat tolik času, kolik by si představoval nebo z nějakého důvodu nemůže vyhovět jeho přání hned, její povinnost je odmítnout ho zdvořile a ujistit ho, že se mu bude věnovat hned, jak bude mít čas. Důvodem nezáměru o pacienta může být postoj sestry, nedostatek času nebo syndrom vyhoření (Bužgová, 2008).

Mezi další etický prohřešek řadíme diferencovaný přístup, při kterém je věnována větší pozornost určitým klientům bez ohledu na jejich uspokojování potřeb. Další chybou je i nerespektování holistického pojetí člověka, kdy je sestra příliš zaujata odbornými úkony a zapomíná, že ošetřuje člověka s psychickými, sociálními a duchovními potřebami. Etickým závazkem pro sestry je aktivní ošetřovatelská péče, tj. aktivní vyhledávání potřeb pacienta a jejich uspokojování vhodným způsobem (Bužgová, 2008).

2.2.3 Desatero pro všeobecné sestry

1. Pacient přichází do cizího prostředí. Sestra by se měla při prvním kontaktu představit jménem, měla by ho přivítat a povzbudit.
2. Nikdy nesmíme podceňovat význam informací, které se nám zdají samozřejmé, ale pro nemocného jsou nové. Každý pacient má po příchodu do zdravotnického zařízení strach a obavy, jejichž intenzita není úměrná závažnosti onemocnění. Pacient má vždy právo vědět, co se s ním bude v budoucnosti dít, a proto mu neustále podáváme informace.
3. Před každým výkonem je nutné pacienta informovat o tom, co ho čeká, jak se výkon provádí, jak dlouho trvá a co se od něj očekává.
4. Při hospitalizaci informujeme pacienta o tom, kde leží, na jakém oddělení, číslo pokoje, sdělíme mu jméno ošetřujícího lékaře apod. Zároveň ho seznámíme se základními pravidly nemocničního řádu, popřípadě mu ukážeme, kde je takový řád vyvěšen.
5. Každý pacient by měl být poučen o existenci práv pacientů. Text tohoto etického kodexu by měl být na každém oddělení k dispozici.
6. V případě, že je na pokoji více pacientů, měli bychom dbát na etiketu. Nově příchozí pacient by měl být ostatním představen a ostatní pacientům jemu.
7. Pacienta vždy oslovujeme příjmením, před kterým uvádíme oslovení pane nebo paní. V případě, že má pacient akademický titul, tak jej v oslovení používáme.
8. Před nemocným vždy mluvíme srozumitelně a nepoužíváme zdravotnické výrazy. Každý název výkonu nebo vyšetření vždy pečlivě vysvětlíme.
9. Po podání dostatečného množství informací vždy ponecháme prostor pro případné dotazy. Pacienti by měli mít jistotu, že nás svými otázkami neobtěžují.
10. Pokud je pacientem zdravotník postupujeme při podávání informací stejně jako u laika (Ivanová, 2005).

3 ETICKÉ A PRÁVNÍ NORMY

3.1 Mravní (etické) normy

Mravní normy ve zdravotnictví slouží jako návod, obsahují doporučené chování a jednání, které je žádoucí v profesionálních situacích. Mravní norma vždy vychází z cíle, kterého se má dosáhnout, proto má norma vždy nějaký účel. Cíl stanovuje profesní společnost (například česká asociace sester). Profesionální povinnosti se také odráží v mravních normách. Záleží to na každém zdravotníkovi, jak tuto normu přijme a aplikuje jí v praxi. Důležité je, aby se požadovaná norma dala uplatnit v praxi a měla smysl, jestliže ji sestra přijme za svoji povinnost a přijme odpovědnost za její porušení. Mravní norma předpokládá vnitřní přijetí a vnější dodržování. Soubor etických norem se nazývá etický kodex. Společným znakem je univerzalistický charakter. To znamená, že by měl být každý kodex využitelný v co největší míře, pro co nejvíc zúčastněných. Etické kodexy jsou doporučení, rady a návody a vyzývají zdravotníky k určité formě jednání a chování (Bužgová, 2008).

3.2 Mezinárodní etické kodexy

Nejstarším a nejcitovanějším kodexem v západní medicíně byla po dlouhá staletí Hippokratova přísaha. Další mezinárodní kodexy vznikaly až po 2. světové válce, a to zejména v souvislosti s Norimberským procesem. Jako reakce byl sestaven Norimberský kodex (1947), který měl sloužit jako definice toho, co si vědec během svého bádání může dovolit a co sahá za hranice lidské důstojnosti. Etických kodexů zavazujících se k určitému chování je dnes celá řada. Níže si uvedeme stručný přehled mezinárodních etických kodexů (Bužgová, 2008).

- Norimberský kodex (1947)
- Ženevský lékařský kodex (1948)
- Helsinská deklaráce (1964)
- Mezinárodní pravidla pro chování sestry a s tím spojené lidské vztahy (1964)
- Sydneyská deklaráce – Prohlášení o úmrtí (1968)
- Deklarace všeobecných a zvláštních práv duševně postižených (1969)
- Etické směrnice transplantace orgánů (1968)
- Deklarace z Osla (1970)
- Směrnice pro vědecké výzkumy prováděné na lidech (1970)

- Listina práv nemocničních pacientů v USA (1973)
- Tokijská deklarace (1975)
- Havajská deklarace (1977)
- Směrnice pro pomoc umírajícím (1979)
- Stanovisko k zneužívání drog (1980)
- Pomocná kritéria pro určení mozkové smrti (1982)
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů (1992)
- Evropská charta práv a svobod pro staré občany (1993)
- Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994)
- **Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (1997) – zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně**
- Evropská charta pacientů seniorů (1997)
- Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují (1998)
- Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (1999)
- Pařížská charta proti rakovině (2000) (Bužgová, 2008)

Pro nás je nejdůležitější Úmluva o lidských právech a bioetice. Tato úmluva vznikla z důvodu pokroku biomedicíny, a tudíž narůstala obava, že bude pokroků zneužíváno i v neprospěch lidské bytosti. V roce 1991 vydalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy doporučení k přípravě Konvence o bioetice, v níž měla být vytyčena důležitá opatření nezbytná k ochraně lidské důstojnosti. Úmluva byla přijata v roce 1996 výborem ministrů Rady Evropy a v roce 1997 byla předložena všem členským zemím Rady Evropy (Munzarová, 2005).

3.3 České etické kodexy

V České republice byla Úmluva o lidských právech a biomedicíně podepsaná 24.6.1998, ovšem ratifikovaná byla až v roce 2001. Její přijetí Parlamentem České republiky znamenalo, že se stala nejvyšším zdravotnickým zákonem země. To znamená, že pokud bude jiný zdravotnický zákon v rozporu s touto Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, je pro něj nadřazená právě výše uvedená konvence. Úmluva se zabývá ochranou lidských práv a svobod ve chvíli, kdy se osoba dostává do kontaktu se zdravotnickými službami (Munzarová, 2005).

Etické kodexy, které u nás stanovují profesní komory, asociace a sdružení, jsou mezi odbornou částí veřejnosti známé a je možné si je dohledat v odborných publikacích či na internetových stránkách. Kterýkoliv etický kodex by měl zajistit etický přístup k nemocným,

ale pouze v situaci, když se pracovníci s uvedenými zásadami ztotožní. Podmínkou pro plnění uvedených požadavků je vysoká odbornost, profesionalita zdravotníků, vysoká morální úroveň a schopnost plnit náročné pracovní situace. Mezi nejznámější etické kodexy v naší zemi patří:

- Etický kodex České lékařské komory
- Etický kodex České stomatologické komory
- Etický kodex lékárníka
- Etický kodex práv pacientů
- Etický kodex zdravotních sester
- Etický kodex pracovníků nelékařských profesí
- Etický kodex rehabilitačního pracovníka

3.3.1 Etický kodex všeobecných sester

V ošetrovatelství představují etické kodexy transformaci základních hodnot ošetrovatelství, mezi které patří autonomie, obhajoba práv pacientů a odpovědnost. Kodex poskytuje základní konstrukci, podle níž by měly sestry dělat vlastní etická rozhodnutí. Kodex všeobecných sester nebyl oficiálně přijat jako například Kodex České lékařské komory, protože Česká asociace sester nebyla dosud ustanovena zákonem. Další důvod je ten, že teprve v roce 2000 došlo ke sloučení České asociace sester s Českou společností sester. Všechny kodexy všeobecných sester ideově vychází z Kodexu přijatého společností ICN. Společnost ICN – Mezinárodní rada sester, která má své sídlo v Ženevě, byla založena v roce 1899. Má stanovený vlastní etický kodex, ze kterého vychází ostatní kodexy národních organizací (Bužgová, 2008).

3.3.2 Etický kodex práva pacientů

Ve 20. století se změnila role pacienta a lékaře. Z dříve paternalistického vztahu lékaře a pacienta se stal vztah partnerství a dialogu. Česká verze práv pacientů byla koncipována na základě Vzorových práv pacientů, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Práva byly v ČR přijata 25.2.1992 Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví. Nyní si uvedeme cíle práv pacientů: (Bužgová, 2008)

- Úcta k individualitě nemocného, jeho lidství a psychosociální situaci.
- Demokratický vztah mezi zdravotníkem a pacientem.

- Zapojení pacienta, při podílení se na svém uzdravení.
- Akceptování autonomie pacienta.
- Vzájemné porozumění mezi nemocným, rodinou a zdravotníky.
- Zvolení optimálního postupu.
- Práva musí být doplněna povinnostmi. To se týká, jak nemocného, tak zdravotníků.

Úplné znění etického kodexu „Práva pacientů“ je uvedeno v seznamu příloh.

II PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné otázky

1. Používají členové zdravotnického personálu familiární oslovení u pacientů?
2. Jakými způsoby sestry reagují na signalizační upozornění od pacientů?
3. Jakou povědomost mají pacienti o svých právech v době hospitalizace?
4. Jaké pocity pacienti prožívají během hospitalizace?
5. Jsou sestry ve zdravotnickém zařízení empatické?

5 Metodika výzkumu

K výzkumné části bakalářské práce jsem použila kvantitativní metodu pomocí dotazníků. Pro získání dat byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce. Dotazníky byly rozdány mezi respondenty, kteří byli starší 50 let a byli hospitalizováni v nemocnici. Při tvorbě otázek jsem vycházela z osobních zkušeností získaných během praktické výuky v nemocnici. Dotazník obsahoval 18 otázek. Především se jednalo o otázky identifikační, uzavřené a polouzavřené.

Výzkum probíhal od prosince 2012 do února 2013 v nemocnici oblastního typu především na oddělení interním, chirurgickém a neurologickém. Všechny dotazníky jsem respondentům rozdávala osobně. Zároveň jsem jim vysvětlila důvod vyplnění dotazníků, popřípadě zodpověděla dotazy týkající se otázek v dotazníku. Respondenty jsem ujistila, že veškeré informace jsou anonymní a poslouží pouze pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Zároveň jsem je požádala, aby uváděly svoje subjektivní pocity, které jsou pro výsledky mého výzkumu důležité a směrodatné.

Celkem jsem rozdala 100 dotazníků. Vzhledem k tomu, že jsem všechny dotazníky rozdávala a vybírala sama, navrátilo se mi všech 100 dotazníků zpět.

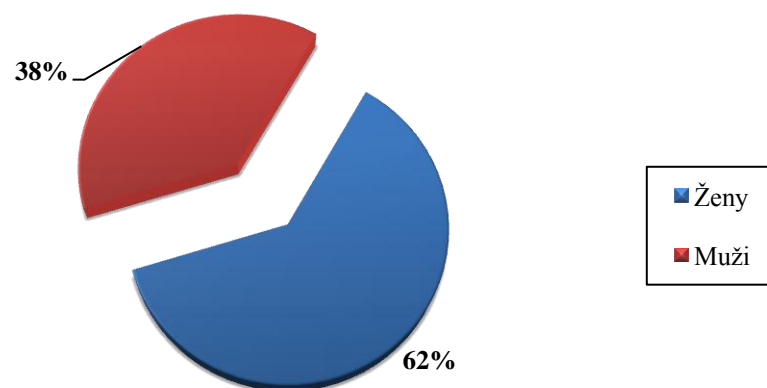
K vyhodnocení výsledků jsem použila program Microsoft Office Excel 2007. Data byla zpracována metodou absolutní četnosti (numerický počet odpovědí) a relativní četnosti (vyjádření v procentech).

6 Vyhodnocení kvantitativní metody výzkumu

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Tab. 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	%
Žena	62	62
Muž	38	38
Celkem	100	100



Obr. 1 Graf pohlaví respondentů

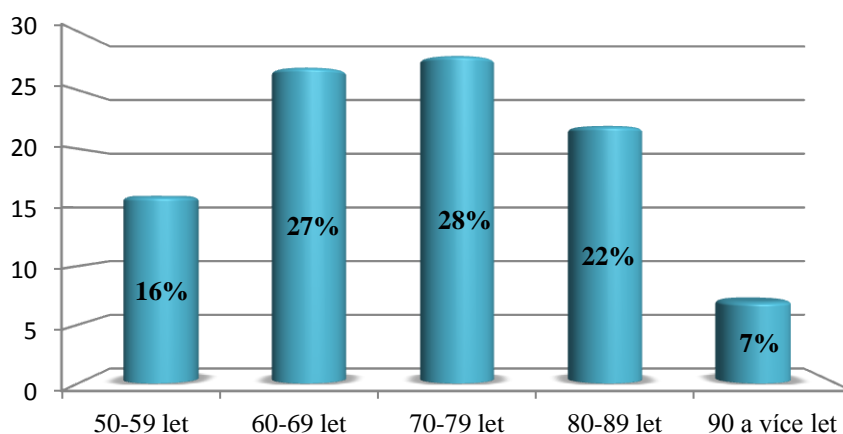
V otázce č. 1 jsem se dotazovala respondentů na pohlaví. V obr. č. 1 můžeme vidět, že se výzkumu účastnilo 62% (tj. 62) žen a 38% (tj. 38) mužů.

Dle výzkumu, který provedl v roce 2011 Ústav zdravotnických informací a statistiky bylo v nemocnicích České republiky hospitalizováno 838 tisíc žen a 623 tisíc mužů, tj. 15,7% žen a 12,1% mužů z obyvatel ČR.

Otázka č. 2: Váš věk?

Tabulka 2 Věk respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	%
50-59 let	16	16
60-69 let	27	27
70-79 let	28	28
80-89 let	22	22
90 a více let	7	7
celkem	100	100



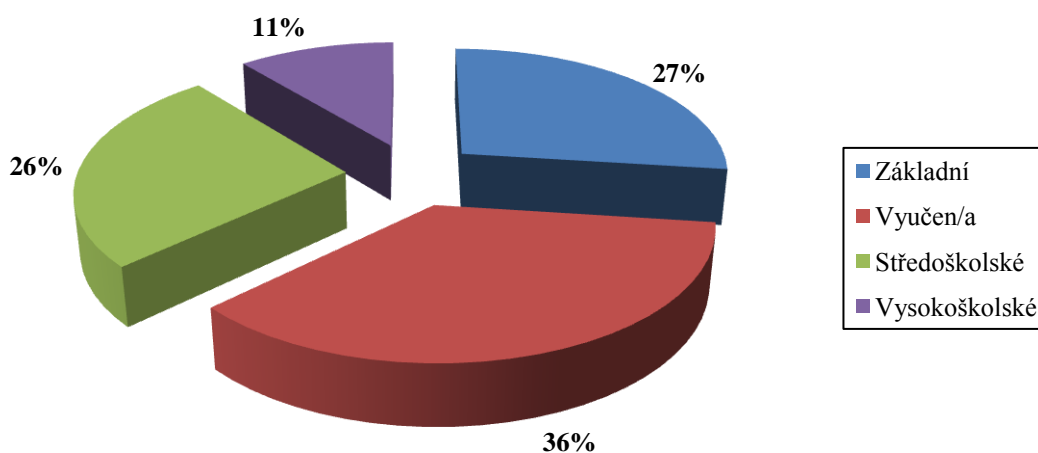
Obr. 2 Graf věk respondentů

V otázce č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. Záměrně jsem si vybrala pacienty ve věkové kategorii od 50 let, protože jsem se domnívala, že právě u nich by mohlo častěji docházet k porušování lidské důstojnosti. Jak ukazuje tabulka a obr. č. 2 nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 70-79 let celkem 28% (tj. 28) respondentů. O procento méně byli respondenti ve věku 60-69 let celkem 27% (tj. 27) odpovědí. Dále můžeme vidět pacienty s 22% (tj. 22) ve věku 80-89 let. 16% (tj. 16) odpovědí uvedli respondenti ve věku 50-59 let a nejméně 7% (tj. 7) odpovědí uvedli respondenti ve věku 90 a více let. Nejmladšímu respondentovi bylo 50 let a nejstaršímu 98 let. Jak v roce 2011 uveřejnil ÚZIS je průměrný věk na Interních odděleních okolo 68 let. Naproti tomu na chirurgickém oddělení je průměrný věk okolo 75 let.

Otázka č. 3: Vaše dosažené vzdělání?

Tabulka 3 Dosažené vzdělání respondentů

Odpověď	Počet odpovědí	%
Základní	27	27
Vyučen/a	36	36
Středoškolské	26	26
Vysokoškolské	11	11
Celkem	100	100



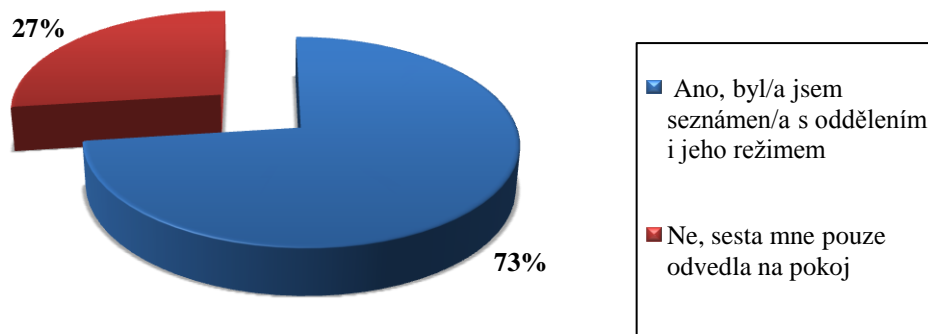
Obr. 3 Graf dosaženého vzdělání respondentů

V otázce č. 3 jsem se respondentů dotazovala na dosažené vzdělání. Jak ukazuje obr. 3 nejčastěji uváděným vzděláním respondentů bylo s 36% (tj. 36) vyučen/a. Další vzdělání respondenti uváděli základní celkem 27% (tj. 27). Střední školu vystudovalo 26% (tj. 26) respondentů. Nejméně uváděným dosaženým vzděláním respondenti uváděli vysokoškolské celkem 11% (tj. 11) případů.

Otázka č. 4: Situace při příjmu na oddělení zdravotnického zařízení. Ukázala Vám zdravotní sestra oddělení a vysvětlila denní chod?

Tabulka 4 Situace při příjmu pacienta

Odpoověď	Počet odpovědí	%
Ano	73	73
Ne	27	27
Celkem	100	100



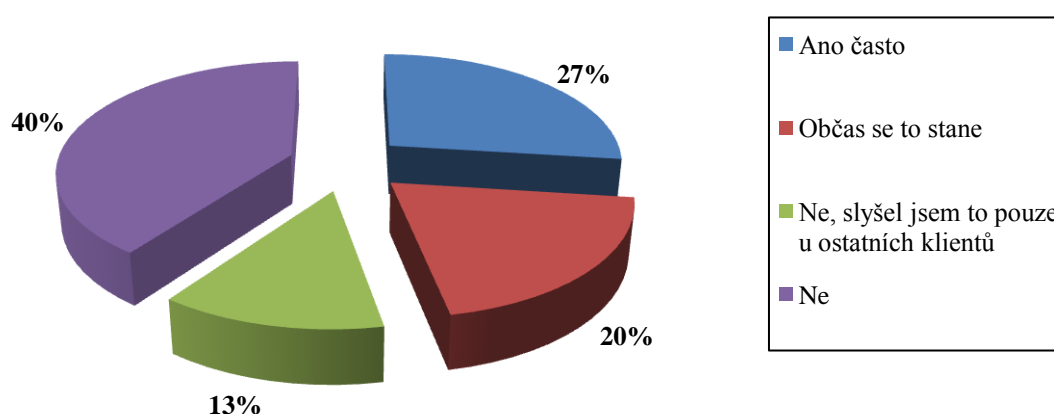
Obr. 4 Graf Situace při přijetí pacienta

Jak ukazuje obr. 4 z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 73% (tj. 73) že při příjmu byl/a seznámen/a s oddělením a jeho režimem. V opačném případě uvedlo 27% respondentů (tj. 27) že při příjmu je sestra pouze odvedla na pokoj.

Otázka č. 5: Používají u Vás členové zdravotnického personálu oslovení jako například „babi/dědo“?

Tabulka 5 Familiární oslovení

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, často	27	27
Občas se to stane	20	20
Ne, slyšel jsem to pouze u ostatních klientů	13	13
Ne	40	40
Celkem	100	100



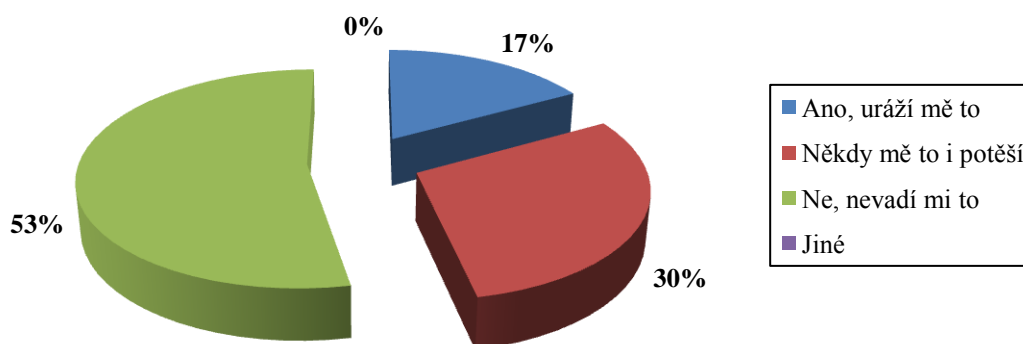
Obr. 5 Graf familiární oslovení klientů

V této otázce jsem se dotazovala na situaci, zda členové zdravotnického personálu používají familiární oslovení například „babi, dědo“. Nejčastější odpověď byla se 40% (tj. 40) že zdravotnický personál nepoužívá familiární oslovení. Naproti tomu 27% (tj. 27) respondentů uvedlo, že zdravotnický personál používá familiární oslovení. 20% (tj. 20) respondentů uvedlo, že se toto oslovení u zdravotnického personálu občas vyskytuje a celých 13% (tj. 13) uvedlo, že toto oslovení slyšeli pouze u ostatních klientů.

Otázka č. 6: Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano? Vadí Vám například oslovení babi/dědo?

Tabulka 6 Reakce na familiární oslovení

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, uráží mě to	8	17
Někdy, mě to i potěší	14	30
Ne, nevadí mi to	25	53
Jiné	0	0
Celkem	47	100



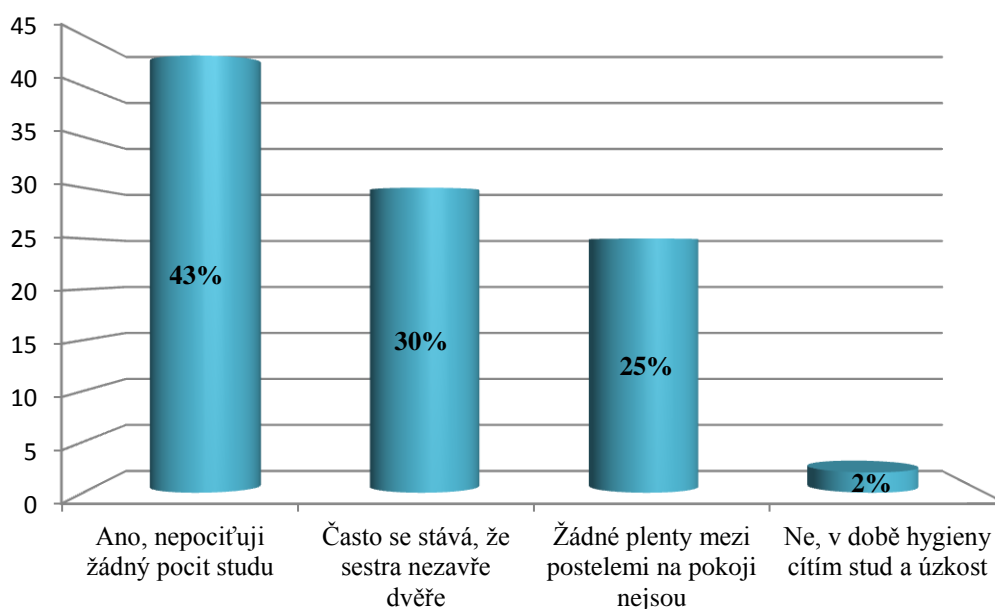
Obr. 6 Graf reakce na familiární oslovení

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, buď že zdravotnický personál používá familiární oslovení nebo, že se to občas stane. Celkem na tuto otázku odpovědělo 47 respondentů. 53% (tj. 25) respondentů uvedlo, že jim familiární oslovení nevadí. 30% (tj. 14) respondentů uvedlo, že je familiární oslovení někdy i potěší. 17% (tj. 8) respondentů uvedlo, že je familiární oslovení uráží. Odpověď jiné neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 7: V době osobní hygieny: Je respektována vaše intimita a stud? (Zavřené dveře od pokoje, postele oddělené plentami,...)

Tabulka 7 Respektování intimity a studu

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, nepocit'uji žádný pocit studu	43	43
Často se stává, že sestra nezavře dveře	30	30
Žádné plenty mezi postelemi nejsou	25	25
Ne, v době hygieny cítím stud a úzkost	2	2
Celkem	100	100



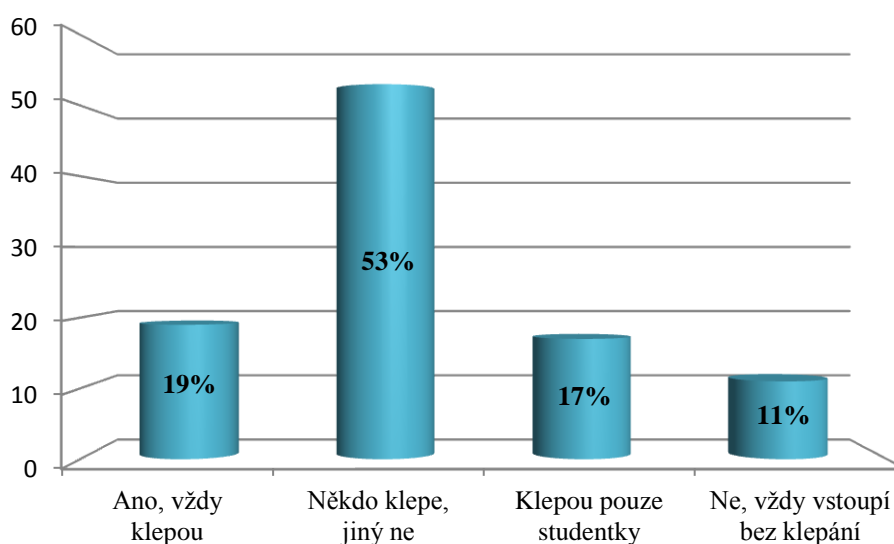
Obr. 7 Graf situace při hygieně

V otázce č. 8 jsem se dotazovala, jak vypadá situace při hygieně. 43% (tj. 43) odpovědělo, že při hygieně nepocit'uje žádný pocit studu. 30% (tj. 30) uvedlo, že se často stává, že sestra nezavře dveře. Odpověď, že žádné plenty mezi postelemi na pokoji nejsou, uvedlo 25% (tj. 25) respondentů. Pocit studu a úzkosti v době hygieny uvedlo 2% (tj. 2) respondentů.

Otázka č. 8: Než kdokoli ze zdravotnického personálu vstoupí na Váš pokoj, zaklepe na dveře?

Tabulka 8 Klepání personálu na dveře

Odpoověď	Počet odpovědí	%
Ano, vždy klepou	19	19
Někdo klepe, jiný ne	53	53
Klepou pouze studentky	17	17
Ne, vždy vstoupí bez klepání	11	11
Celkem	100	100



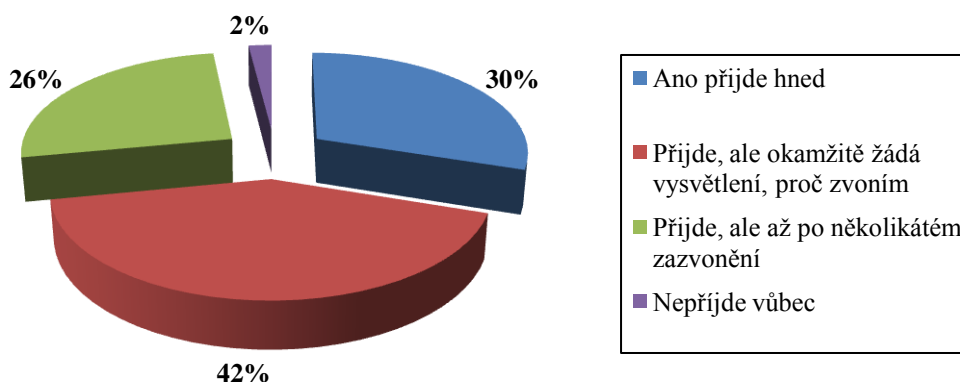
Obr. 8 Graf klepání zdravotnického personálu

Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila záměrně z důvodu, protože jsem během své byla ve většině případů svědkem situací, že sestry pracující na odděleních před vstupem do pokoje pacientů neklepou. Jak ukazuje obr. 8 53% (tj. 53) respondentů odpovědělo, že někdo z personálu klepe, jiný ne. Odpověď ano, sestry vždy klepou, uvedlo 19% (tj. 19) respondentů. 17% (tj. 17) respondentů uvedlo, že klepou pouze studentky a odpověď ne, vždy vstoupí bez zaklepání uvedlo 11% (tj. 11) respondentů.

Otázka č. 9: V případě, že máte problém a zazvoníte na sestru, přijde hned??

Tabulka 9 Zazvonění na sestru

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano přijde hned	30	30
Přijde, ale okamžitě žádá vysvětlení, proč zvoním	42	42
Přijde, ale až po několikatém zazvonění	26	26
Nepřijde vůbec	2	2
Celkem	100	100



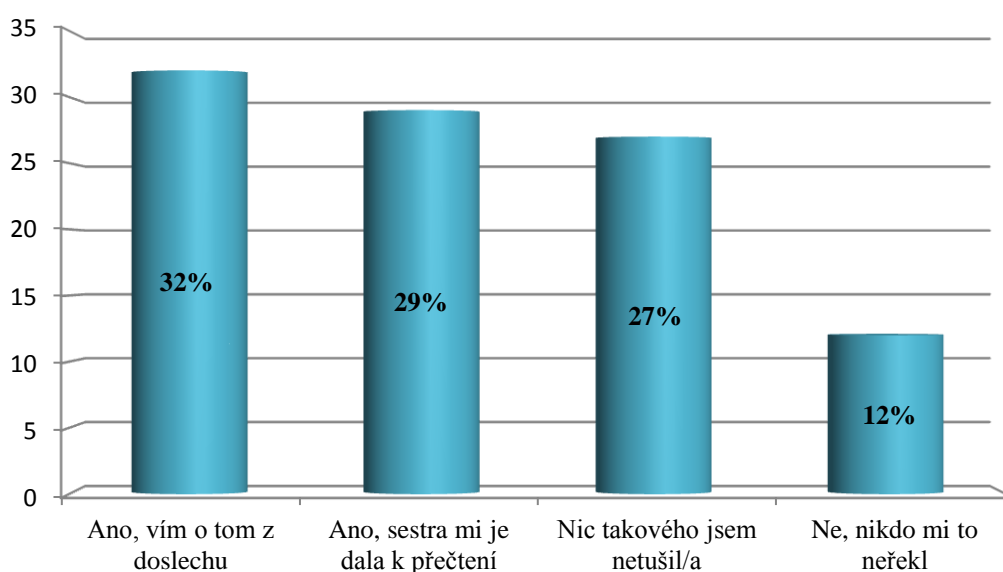
Obr. 9 Graf zazvonění na sestru

V otázce č. 9 jsem se dotazovala na situaci, kdy klienti, kteří něco potřebují, zazvoní na sestru. Jak ukazuje obr. 9 - 42% (tj. 42) respondentů uvedlo, že v případě zazvonění na sestru sestra přijde, ale okamžitě žádá vysvětlení, proč zvoním. Druhou umístěnou odpověď ano přijde hned uvedlo 30% (tj. 30) respondentů. 26% (tj. 26) respondentů uvedlo, že sestra přijde, ale až po několikatém zazvonění. Nejméně respondentů 2% (tj. 2) uvedlo, že sestry po zazvonění nepřijdou vůbec.

Otázka č. 10: Víte, že jako pacient máte svá práva?

Tabulka 10 Práva pacientů

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, vím o tom z doslechu	32	32
Ano, sestra mi je dala k přečtení	29	29
Nic takového jsem netušil/a	27	27
Ne, nikdo mi to neřekl	12	12
Celkem	100	100



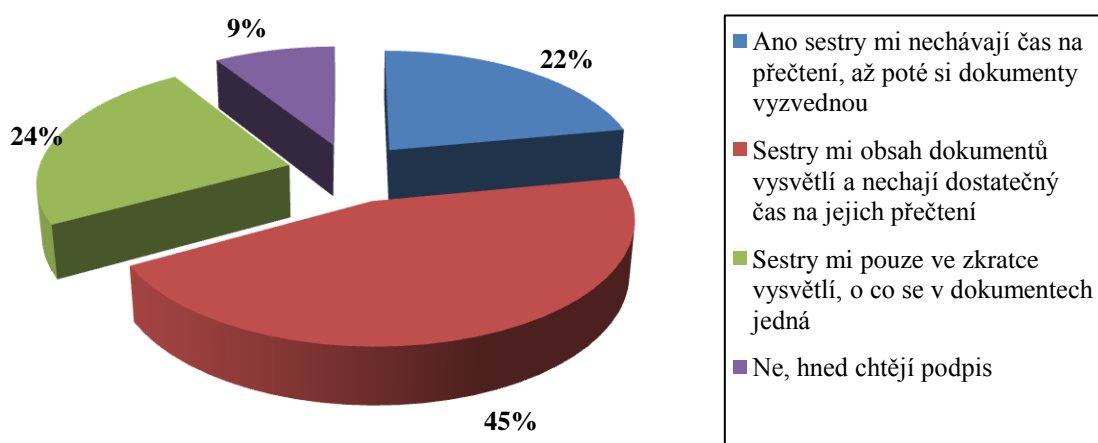
Obr. 10 Graf práva pacientů

V otázce č. 10 mne zajímali znalosti respondentů ohledně práv pacientů. 32% (tj. 32) uvedlo, že o právech pacientů ví z doslechu. Odpověď sestra mi je dala k přečtení uvedlo 29% (tj. 29) respondentů. 27% (tj. 27) respondentů uvedlo, že nic takového netušili a 12% (tj. 12) uvedlo, že jim to nikdo neřekl.

Otázka č. 11: Při příjmu na oddělení se vyplňuje spousta dokumentů, které následně stvrzujete svým podpisem. Nechávejte Vám sestry dostatečný čas na přečtení těchto dokumentů?

Tabulka 11 Čas na přečtení dokumentů

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano sestry mi nechávají čas na přečtení, až poté si dokumenty vyzvednou	22	22
Sestry mi obsah dokumentů vysvětlí a nechají dostatečný čas na jejich přečtení	45	45
Sestry mi pouze ve zkratce vysvětlí, o co se v dokumentech jedná	24	24
Ne, hned chtějí podpis	9	9
Celkem	100	100



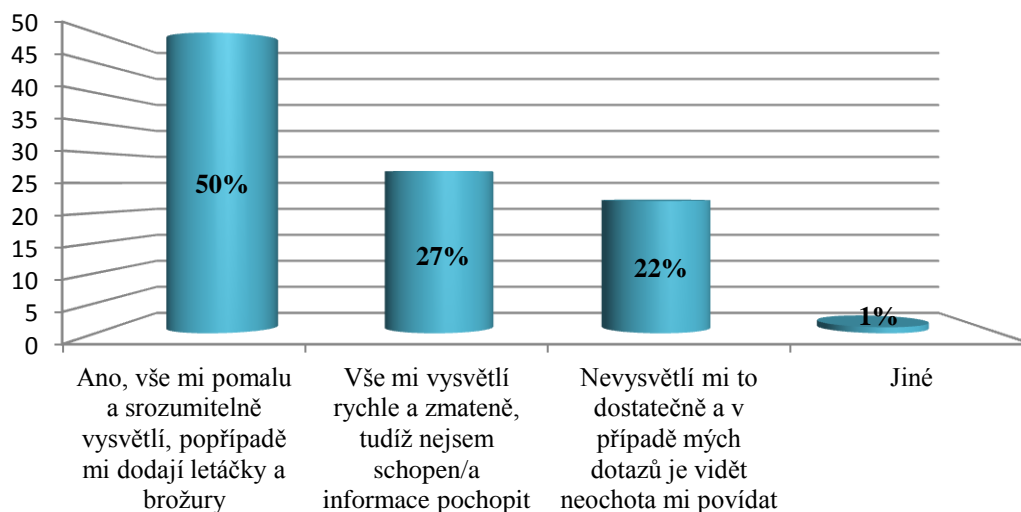
Obr. 11 Graf čas na přečtení dokumentů

V otázce č. 11 jsem zjišťovala, jak vypadá situace při příjmu na zdravotnické oddělení. Chtěla jsem zjistit, jestli sestry nechávají pacientům dostatečný čas na přečtení dokumentů. Jak ukazuje obr. 11 45% (tj. 45) respondentů uvedlo, že sestry obsah dokumentů vysvětlí a nechají dostatečný čas na přečtení. 24% (tj. 24) uvedlo, že sestry pouze ve zkratce vysvětlí, o co se v dokumentech jedná. Odpověď, že sestry nechávají dostatečný čas na přečtení, až poté si dokumenty vyzvednou, uvedlo 22% (tj. 22) respondentů. Odpověď, že sestry chtějí hned podpis uvedlo 9% (tj. 9) pacientů.

Otázka č. 12: V případě, že Vás čeká vyšetření: Vysvětlí Vám lékař či sestra dostatečně přípravu na vyšetření a jeho průběh?

Tabulka 12 Příprava na vyšetření

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, vše mi pomalu a srozumitelně vysvětlí, popřípadě mi dodají letáčky a brožury	50	50
Vše mi vysvětlí rychle a zmateně, tudíž nejsem schopen/a informace pochopit	27	27
Nevysvětlí mi to dostatečně a v případě mých dotazů je vidět neochota mi povídat	22	22
Jiné	1	1
Celkem	100	100



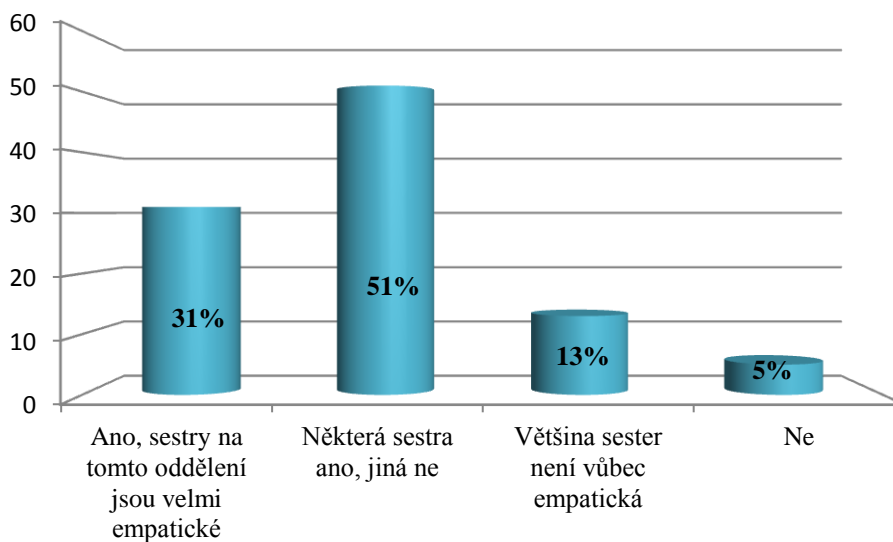
Obr. 12 Graf edukace před výkonem

Tuto otázku jsem do dotazníku uvedla z důvodu, protože si myslím, že dostatečná edukace pacienta před výkonem není vždy na odděleních dodržována. Na otázku, zda je pacientům vysvětlena příprava na výkon a průběh výkonu odpovědělo 50% (tj. 50) pacientů, že jim bylo vše srozumitelně vysvětleno, popřípadě poskytnuty letáčky a brožury. 27% (tj. 27) uvedlo, že vše bylo vysvětleno rychle a zmateně, tudíž nepochopili informace dostatečně. 22% (tj. 22) odpovědělo, že jim nebylo dostatečně vysvětlen postup a v případě dotazů byla vidět neochota odpovídat. Odpověď jiné se objevovala v 1% (tj. 1) a obsahovala sdělení, že lékař vyšetření dopředu nevysvětlí, ale na pokládané dotazy odpoví.

Otázka č. 13: Myslíte, že jsou sestry na oddělení empatické?? (=Mají schopnost vcítit se do pocitů ostatních lidí)

Tabulka 13 Empatie sester

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano sestry na tomto oddělení jsou velmi empatická	31	31
Některá ano, jiná ne	51	51
Většina sester není vůbec empatická	13	13
Ne	5	5
Celkem	100	100



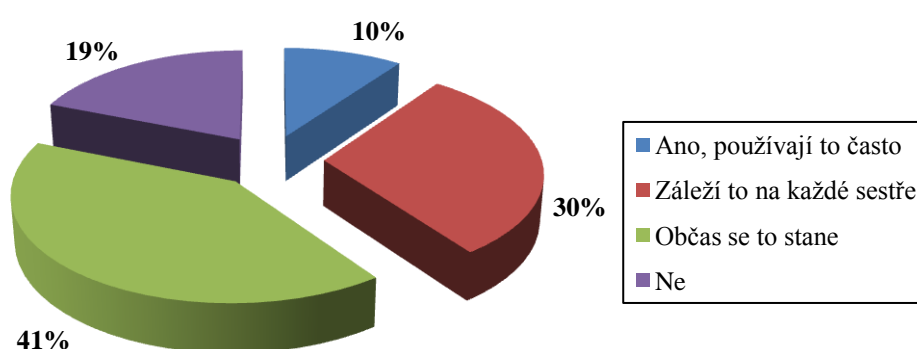
Obr. 13 Graf Empatie sester

Jak ukazuje obr. 13 odpověď, že některá sestra je empatická, jiná ne uvedlo 51% (tj. 51) respondentů. 31% (tj. 31) uvedlo, že sestry na tomto oddělení jsou velmi empatické. V 13% (tj. 13) se objevila odpověď, že většina sester není vůbec empatická. Odpověď ne zvolilo 5% (tj. 5) respondentů.

Otázka č. 14: Používají sestry výrazy jako: To bude dobré, to přeci nemůže bolet a jiné?

Tabulka 14 Výrazy sester

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano, používají to často	10	10
Záleží to na každé sestře	30	30
Občas se to stane	41	41
Ne	19	19
Celkem	100	100



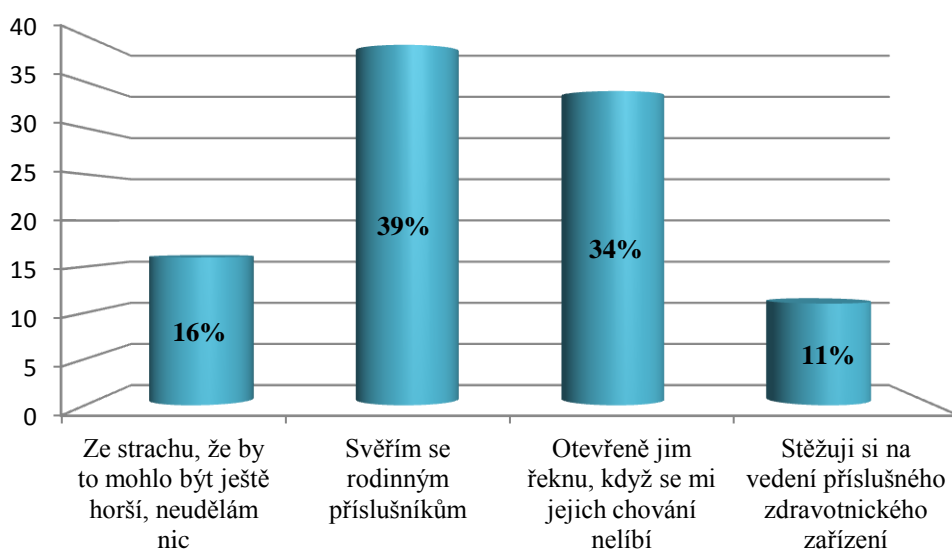
Obr. 14 Graf Výrazy sester

V otázce č. 14 jsem se dotazovala pacientů, zda sestry používají uklidňující výrazy, jako to bude dobré, to přece nemohlo bolet. 41% (tj. 41) uvedlo, že se to občas stane. Odpověď, že to záleží na každé sestře, uvedlo 30% (tj. 30) respondentů. Odpověď ne se vyskytovala v 19% (tj. 19) případech. 10% (tj. 10) respondentů uvedlo, že sestry tyto výrazy používají často.

Otázky č. 15: Co uděláte v případě, že se členové zdravotnického personálu nechovají profesionálně? (Nechovají se k Vám s úctou, nerespektují Vaše potřeby a práva, nejsou ochotni Vám pomoci)

Tabulka 15 Neprofesionální chování

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ze strachu, že by to mohlo být ještě horší, neudělám nic	16	16
Svěřím se rodinným příslušníkům	39	39
Otevřeně jim řeknu, když se mi jejich chování nelíbí	34	34
Stěžuji si na vedení příslušného zdravotnického zařízení	11	11
Celkem	100	100



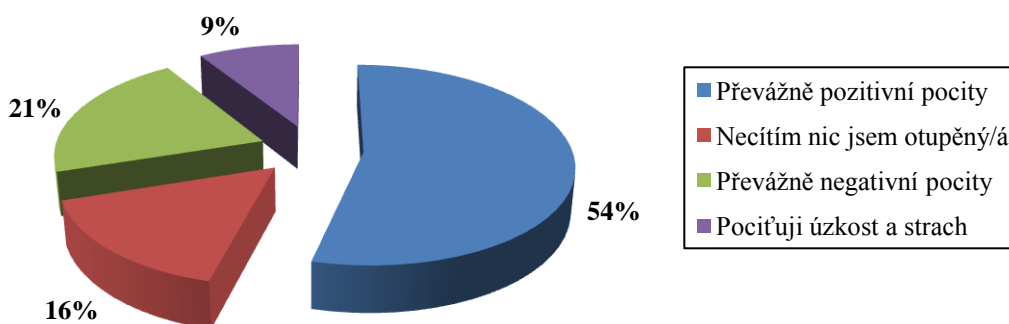
Obr. 15 Graf Neprofesionální chování personálu

Jak ukazuje obr. 15 celých 39% (tj. 39) pacientů uvedlo, že v případě neprofesionálního chování zdravotnického personálu by se svěřilo rodinným příslušníkům. 34% (tj. 34) uvedlo, že otevřeně vystoupí a řekne, když se jim chování zdravotníků nelíbí. Odpověď, že ze strachu, že by to mohlo být ještě horší, zvolilo 16% (tj. 16) pacientů. V 11% (tj. 11) případech se objevila odpověď, že si pacienti stěžují na vedení příslušného zdravotnického zařízení.

Otázka č. 16: Jaké pocity prožíváte při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?

Tabulka 16 Pocity při hospitalizaci

Odpověď	Počet odpovědí	%
Převážně pozitivní pocity	54	54
Necítím nic, jsem otupělý/á	16	16
Převážně negativní pocity	21	21
Pocit'uji úzkost a strach	9	9
Celkem	100	100



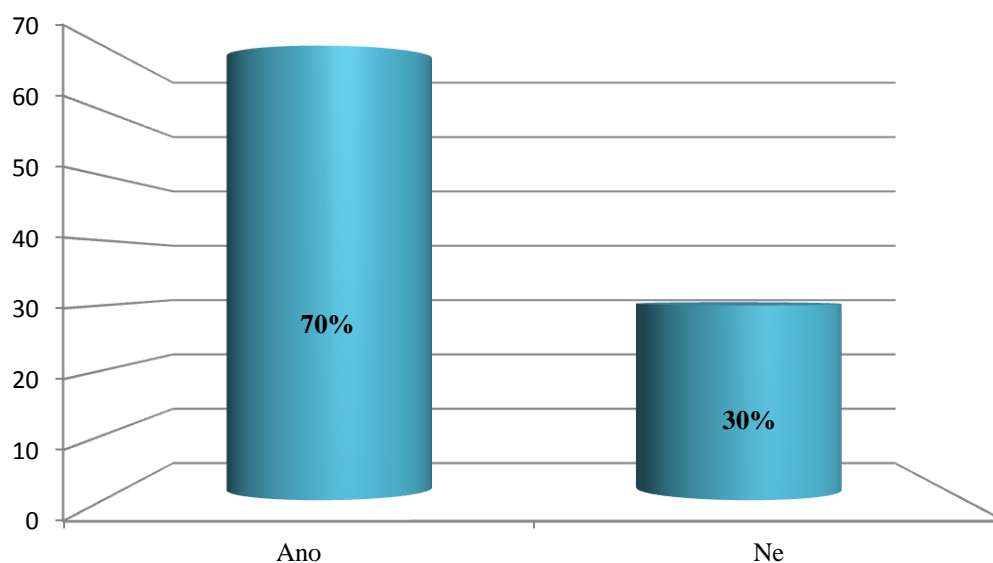
Obr. 16 Graf pocity při hospitalizaci

V otázce č. 16 jsem se pacientů dotazovala, jaké prožívají pocity při hospitalizaci. 54% (tj. 54) uvedlo, že při hospitalizaci prožívají převážně pozitivní pocity. Odpověď, že pacienti pocit'ují převážně negativní pocity, uvedlo 21% (tj. 21) pacientů. 16% (tj. 16) pacientů uvedlo, že necítí nic a jsou otupělí. V 9% (tj. 9) se objevila odpověď, že pacienti pocit'ují úzkost a strach.

Otázka č. 17: Doporučil byste zdravotnické zařízení svým známým?

Tabulka 17 Doporučení zdravotnického zařízení

Odpověď	Počet odpovědí	%
Ano	70	70
Ne	30	30
Celkem	100	100



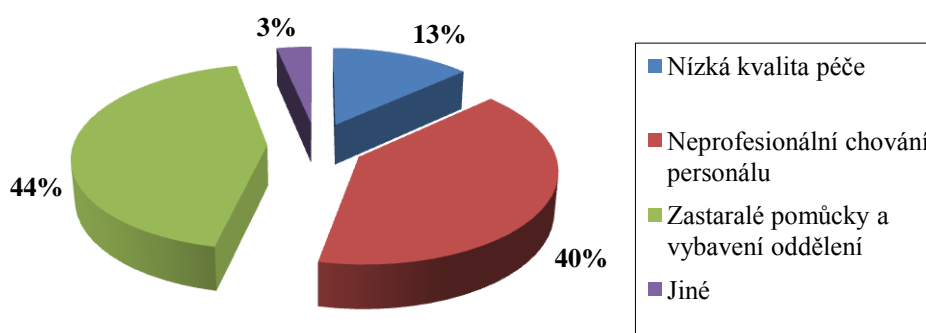
Obr. 17 Graf doporučení ZZ

V této otázce jsem se pacientů ptala, zda by dané zdravotnické zařízení doporučili svým známým. Jednoznačná odpověď ano se objevila v 70% (tj. 70) případech. V 30% (tj. 30) se objevila odpověď, že by zdravotnické zařízení pacienti nedoporučili svým známým.

Otázky č. 18: V případě, že jste v předchozí otázce odpověděl/a ne: Z jakého důvodu byste nedoporučil/a zdravotnické zařízení svým známým?

Tabulka 18 Nedoporučení ZZ

Odpověď	Počet odpovědí	%
Nízká kvalita péče	4	13
Neprofesionální chování personálu	12	40
Zastaralé pomůcky a vybavení oddělení	13	44
Jiné	1	3
Celkem	30	100



Obr. 18 Graf nedoporučení ZZ

Na tuto otázku odpovídali pouze pacienti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že by dané zdravotnické zařízení nedoporučili svým známým. Celkem na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů. Zastaralé pomůcky a vybavení uvedlo jako důvod nedoporučení zdravotnického zařízení 44% (tj. 13) respondentů. 40% (tj. 12) uvedlo jako důvod neprofesionální chování personálu. 13% (tj. 4) uvedlo nízkou kvalitu poskytované péče. Možnost jiné uvedlo 3% (tj. 1) respondentů. Jako důvod uvedli neprofesionální chování ze strany vedení daného zdravotnického oddělení.

DISKUZE

V diskuzi se pokusím zanalyzovat získané výsledky výzkumu a zhodnotit výše stanovené výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál používá familiární oslovení u pacientů a jakým způsobem reagují na signalizační zařízení. Dalším cílem bylo zjistit, jakou povědomost mají pacienti o svých právech v průběhu hospitalizace a jaké pocity pacienti při pobytu ve zdravotnickém zařízení prožívají. V neposlední řadě jsem si jako cíl stanovila zjistit, zda jsou sestry v daném zdravotnickém zařízení empatické.

Výzkumná otázka č. 1: *Používají členové zdravotnického personálu familiární oslovení u pacientů?*

Zodpovězení této otázky bylo pro moji výzkumnou část stěžejní. Výsledky ukazuje otázka č. 5, kde se respondentů ptám, zda členové zdravotnického personálu používají familiární oslovení např. „babi, dědo“. Z celkového počtu 100 respondentů 27% (tj. 27) odpovědělo ano často, 20% (tj. 20) uvedlo občas se to stane, 13% (tj. 13) uvedlo ne, slyšel/a jsem to pouze u ostatních klientů a 40% (tj. 40) respondentů uvedlo odpověď ne.

Sečteme-li negativní hodnocení této otázky to je odpověď „ne, slyšel/a jsem to pouze u ostatních klientů“ a „ne“ vyjde nám, že 53% respondentů se během své hospitalizace nesetkalo s používáním familiárního oslovení ze strany zdravotnického personálu. Na druhou stranu z odpovědí „ano často“ a „občas se to stane“, získáme 47% respondentů, kteří se s familiárním oslovením setkali. Což můžeme považovat za poněkud zneklidňující, zvláště vezmeme-li v úvahu že počet respondentů v tomto výzkumu byl relativně malý.

Na první výzkumnou otázku, zda členové zdravotnického personálu používají familiární oslovení u pacientů si v nadpoloviční většině můžeme odpovědět, že ne. Ovšem stále musíme brát v úvahu, že skoro polovina respondentů uvedla, že členové zdravotnického personálu toto oslovení u pacientů používají. Nesmíme zapomínat, že takováto oslovení vedou k porušení důstojnosti osobní identity a degradace člověka. Zmíním zde i výsledky výzkumu Sobotkové z roku 2010. V této práci autorka zjišťuje spokojenost geriatrických pacientů při komunikaci se zdravotnickým personálem. Z výsledků autorky vyplývá, že celých 69% pacientů je při

komunikaci se zdravotnickým personálem spokojených. Což lze považovat za pozitivní zjištění.

Jako doplňující k této otázce považuji vyhodnocení otázky č. 6. Zde jsem se respondentů ptala v případě, že na předchozí otázku odpověděli ano, zda jim familiární oslovení vadí. Celkový počet z předchozí otázky pozitivně zodpovězených odpovědí tvoří celek 47 respondentů. Odpověď „ano uráží mne to“, označilo 17% (tj. 8) respondentů. Neutrální odpověď „někdy mě to i potěší“, zvolilo 30% (tj. 14) respondentů a odpověď „ne, nevadí mi to“, uvedlo 53% (tj. 25) respondentů. Variantu jiné si nezvolil nikdo z respondentů.

Tuto doplňující otázku k předchozí jsem si zvolila z toho důvodu, že mě zajímalo, jak pacienti v případě používání familiárního oslovení reagují. Jak ukazují výsledky, nadpoloviční většina odpověděla, že jim familiární oslovení nevadí. Ovšem nesmíme zapomínat, že celých 17% respondentů považuje toto oslovení za urážející. Zdravotníci by si měli uvědomit, že jejich zaměstnání je pro mnohé spíše posláním a že by vždy měli zachovávat profesionální chování. Dle mého názoru familiární oslovení do zdravotnických zařízení nepatří. Toto oslovení pacienta staví do devalvující a ponižující pozice a proto by zdravotníci měli mít na paměti, že by neměli dělat věci, které by jim samotným byli nepříjemné.

Výzkumná otázka č. 2: *Jakými způsoby sestry reagují na signalizační upozornění od pacientů?*

Výsledek této otázky je zřejmý při vyhodnocení otázky č. 9. V této otázce se pacientů ptám, jak sestry reagují v případě, že na ně pacienti s určitým problémem zazvoní. Z celkového počtu 100 respondentů odpovědělo 30% (tj. 30), že „sestra přijde po zazvonění hned“. Nejvíce odpovědí 42% (tj. 42) získala možnost, že „sestra přijde, ale okamžitě žádá vysvětlení, proč zvoním“. Varianta odpovědi „přijde, ale až po několikátém zazvonění“ zvolilo 26% (tj. 26) respondentů. 2% (tj. 2) pacientů uvedli, možnost „sestra nepřijde vůbec“.

Vzhledem k tomu, že jsem k této otázce nenašla žádný výzkum, pokusím se to sama kriticky zhodnotit. Tuto otázku jsem si zvolila záměrně vzhledem k zážitkům z praxe. Jak ukazují výsledky, shoduje se můj osobní názor s nejvyšší četností odpovědí. Často jsem byla svědkem situace, kdy sestry za pacientem dojdou, ale už po cestě jsou otrávené a na pacienta nastoupí s takovou razancí, že pacient často ze strachu není schopen říci nic. To mnoho sester ještě více popudí a na další zazvonění zareagují tak, že pošlou jinou sestru nebo se nevhodně

vyjádří na adresu pacienta a na pokoj dorazí až s několika minutovým zpožděním. Toto je samozřejmě příkladem naprosto neprofesionálního chování. Můžeme mít jisté pochopení pro únavu a jistou psychickou vyčerpanost sester, ovšem pacienti by neměli tyto faktory pociťovat. Sestry si musí uvědomit, že v době hospitalizace jsou pacientovi nejbližším člověkem, od kterého očekává pomoc, radu či jen vlídné slovo nebo pochvalu.

Jako doplňující otázku jsem si zvolila otázku č. 8, ve které se ptám na situaci, než kdokoli vstoupí do pokoje, zda zaklepe na dveře. Tuto otázku zodpovědělo všech 100 respondentů. Odpověď „ano, vždy klepe“ zvolilo pouhých 19% (tj. 19) respondentů. Jako nejčastější odpověď v 53% (tj. 53) respondenti uváděli možnost „někdo klepe, jiný ne“. Možnost „klepe pouze studentky“ uvedlo 17% (tj. 17) respondentů. Nejméně odpovědí 11% (tj. 11) uvedlo možnost „ne, vždy vstoupí bez klepání“.

Je nutno pozastavit se nad skutečností, že pouze v 19% případů sestry před vstupem do pokoje pacienta zaklepaly. Mezi nejčastější příklady z praxe můžeme uvést chvíle kdy má sestra tzv. „plné ruce“ - nese táč s pomůckami, potřebuje nutně vědět nějakou informaci a spěchá nebo si řekne, že klepala už ráno a nebude klepat pokaždé. V průběhu mé praxe jsem se nejčastěji setkávala s případy, kdy sami pacienti uváděli, že jediné klepe studentky. Z výsledků je jasně vidět, že to nejvíce závisí na osobnosti sestry, jak uvádí možnost „někdo klepe, jiný ne“. Nejvíce zarážející je, že v 11% se objevila odpověď „ne, vždy vstoupí bez klepání“. Sestry by vždy měly mít na paměti, že na určitý čas je pokoj pro pacienta jediným soukromým místem a proto by do něj neměly nikdy vstupovat bez klepání. Zmíním zde i výsledky výzkumu Knapové z roku 2007. Autorka se zabývá otázkou klepání před vstupem do pokoje z pohledu zdravotníků a pacientů. Odpověď ano uvedlo 52% zdravotníků a pacientů a odpověď ne uvedlo 48% zdravotníků a pacientů. Toto zjištění není v žádném případě pozitivní.

Výzkumná otázka č. 3: *Jakou povědomost mají pacienti o svých právech v době hospitalizace?*

Tuto otázku jsem si zodpověděla analýzou dotazníkové otázky č. 10. Na tuto otázku odpovědělo všech 100 respondentů. Odpověď „ano, vím o tom z doslechu“ zvolilo 32% (tj. 32) respondentů. O 3% respondentů méně uvedlo možnost „ano, sestra mi je dala k přečtení“. Odpověď „nic takového jsem netušil/a“ 27% (tj. 27) respondentů a ve 12% (tj. 12) případech se

objevila záporná odpověď „ne, nikdo mi to neřekl“. Pokud sečteme kladné odpovědi, zjistíme že celých 61% respondentů má nějakou povědomost o svých právech během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Nesmíme ovšem zapomínat, že 39% respondentů o právech pacientů během hospitalizace nic netušilo.

Je nutné mít na paměti, že právě starší lidé nemají o takovýchto povědomost zejména z důvodu, že etický kodex práv pacientů se vyskytuje zejména v odborných publikacích či na internetu. Takoví pacienti často při příjmu do zdravotnického zařízení prožívají stres a pocity nejistoty a určitě je v tu chvíli ani nenapadne, že jako pacienti mají svá práva. Proto je vhodné, aby sestry nechaly pacientům čas na „rozkoukání“ a později až budou pacienti v rámci možností aklimatizováni nabídnout práva pacientů, která společně s řádem nemocnice visí na každém pokoji. V případě dotazů a nejasností by měla být sestry vždy schopná informace poskytnout, či vysvětlit.

Z výzkumu Kroutilové z roku 2009, která se také zabývala povědomostí pacientů o svých právech, vyplývá, že ze 103 dotazovaných odpovědělo celých 72,8% (tj. 75) respondentů „ano“ a odpověď ne uvedlo 27,2% (tj. 28) respondentů. I přesto, že získané výsledky jsou spíše pozitivní, nesmíme zapomínat na to, že je neustále třeba práva pacientů příchozím hospitalizovaným nutné připomínat. Můžeme tím předcházet nepříjemným situacím a nedorozuměním.

Výzkumná otázka č. 4: *Jaké pocity pacienti prožívají během hospitalizace?*

Tuto výzkumnou otázku si zodpovíme pomocí analýzy otázky č. 16. Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila záměrně z toho důvodu, že jsem si opět chtěla ověřit poznatky prožité v praxi. Velmi často se mi stalo, že se pacienti se svými pocity svěřují převážně studentkám zdravotnických škol konajících praxi. Když se nad tímto zamyslím napadají mě důvody, proč to tak funguje. Studenti přicházejí na oddělení, dostanou určitý pokoj a po celé dva dny praxe se pacientům náležitě věnují. Studenti se náhle stávají pacientovi bližším než sloužící sestra, která se za pacientem zastaví párkrát denně a to většinou z terapeutického důvodu ne pouze z toho, že jí zajímá, jak se pacient cítí. Jak můžeme vidět nadpoloviční většina 54% (tj. 54) respondentů uvedlo, že době hospitalizace prožívají „převážně pozitivní pocity“. Celých 16% (tj. 16) pacientů uvedlo možnost „necítím nic, jsem otupělý/á“. Odpověď „převážně negativní

pocity“ uvedlo 21% (tj. 21) respondentů. A je až zarážející, že celých 9% (tj. 9) respondentů uvedlo odpověď „pocit'uji úzkost a strach“.

Můžeme považovat za pozitivní, že nadpoloviční většina pacientů prožívá během hospitalizace pozitivní pocity. Ovšem na tomto místě je spíš důležité zamyslet se nad tím, jaké důvody vedou pacienty k negativním pocitům či dokonce úzkosti a strachu. Důvody mohou být různorodé. Některým pacientům nemusí být příjemné „rutinní“ výkony jako je hygienická péče před ostatními pacienty na pokoji nebo příprava před zákroky. Ovšem dle mého názoru je největší důvodem prožívání negativních pocitů nedostatečná komunikace se zdravotnickým personálem. Musíme si uvědomit, že sestry jsou často nejbližším člověkem, ke kterému se pacient upíná v případě, že má problém. To je nejčastěji vyskytující se problém během mé praxe. Vždy si stačilo najít chvíli času, naznačit směr kterým by se téma rozhovoru mohlo směřovat a i pacient, který nebyl ochotný spolupracovat po chvílce rozhovoru pookřál. Okamžitě se uvolní atmosféra a hospitalizace se může nést v přátelském duchu. Měli bychom si uvědomit, že často nám během rozhovoru pacient může svěřit informace, které jsou pro vývoj léčby důležité. Ve výzkumu Knapové z roku 2007, která se zabývala spokojeností pacientů během hospitalizace vyšlo, že téměř 100% pacientů uvedlo spokojenost. Jak můžeme vidět ve srovnání s mými výsledky, jsou výsledky Knapové více než pozitivní, ovšem musíme brát ohled na to, že v mém výzkumu bylo více možností na odpověď.

Výzkumná otázka č. 5: *Jsou sestry ve zdravotnickém zařízení empatické?*

Výsledek této otázky je zřejmý z vyhodnocení dotazníkové otázky č. 13, kde se pacientů ptám, zda jsou sestry na daném oddělení empatické. 31% (tj. 31) respondentů uvedlo „ano, sestry na tomto oddělení jsou velmi empatické“. Nejvíce odpovědí 51% (tj. 51) získala možnost „některá ano, jiná ne“. Odpověď „většina sester není vůbec empatická“ zvolilo 13% (tj. 13) respondentů. Zápornou odpověď „ne“ zvolilo 5% (tj. 5) respondentů. Z odpovědí se nám opět ukázalo, že nejvíce záleží na osobnosti každé sestry.

Schopnost vcítit se dle mého názoru vyžaduje velkou dávku psychické pohody a odolnosti, protože je zde velké riziko syndromu vyhoření. Empatie je vlastnost, kterou u sester postrádám. Myslím si, že často jsou nejvíce empatické sestry, které nastoupí hned po škole a mají stále na paměti vše, co se naučily. U těchto sester stejně jako u studentek je lidská důstojnost pacientů nejvíce respektována. Mám pocit, že čím déle je sestra v zaměstnání, tím

méně je empatická. Jak je známo právě pomáhající profese mají největší sklon k syndromu vyhoření. Vezmeme-li v úvahu, že sestry pracují ve stresujícím, zdravotně závadném a unavujícím prostředí můžeme si odůvodnit, proč empatie sester vyšla v relativně malém počtu.

Opět zde využiji výzkum Knapové (2007), která se přímo empatii ve svém výzkumu nevěnuje, ale zabývá se podobnou otázkou. Autorka zkoumala zájem o problémy pacienta a aktivní nabízení pomoci. Z jejího výzkumu vyplývá, že 98% pacientů uvedlo zájem ze strany zdravotníků o svojí osobu. Toto zjištění můžeme považovat za víc než pozitivní.

ZÁVĚR

Problematika lidské důstojnosti v oblasti zdravotnické péče je svým rozsahem téma velmi široké a mezi odbornou i laickou veřejností často diskutované. Nerespektování lidské důstojnosti s sebou přináší zejména psychickou újmu člověka. Pokud má poskytovaná zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních přinášet pacientům prospěch, musíme si uvědomit, že je třeba respektovat jeho jedinečnost a dbát na zachování lidské důstojnosti.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda zdravotnický personál používá familiární oslovení pacientů. Nadpoloviční většina pacientů se s familiárním oslovením ze strany zdravotníků nesetkala. Bohužel je zde stále vysoké a nezanedbatelné procento těch, kteří toto oslovení během hospitalizace zažili. Jak vyplynulo ze splnění ostatních stanovených cílů práce, sestry mají stále rezervy v reakcích na signalizační zařízení od pacienta. Za pozitivní zjištění lze považovat, že většina pacientů zná svá práva a během hospitalizace prožívá převážně pozitivní pocity. Zároveň můžeme říci, že empatie sester nejvíce závisí na osobnosti každé sestry.

Největším přínosem této práce pro praxi je zajisté zjištění nejčastěji se vyskytujících chyb při běžně prováděných úkonech a situacích. Ačkoli nám výše zmíněné výsledky ukazují převážně pozitivní hodnocení, je nutné zamyslet se, proč se objevily i negativní výsledky a to v nezanedbatelném množství. Je jisté, že zdravotnický personál má jisté rezervy při chování k pacientům. Ať už je to zmíněné familiární oslovení, neprofesionální reakce na signalizační zařízení či projevovaná empatie.

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, popřípadě supervize či jen pravidelné setkání sester s vedoucími orgány zdravotnického zařízení.

Respektování lidské důstojnosti je důležitým základem pro kvalitní, profesionální a humánní ošetrovatelskou péči. Zdravotníci zasahují do fyzických, psychických a sociálních oblastí pacientů a jsou jim tak odhalovány nejintimnější problémy nemocných. Proto musíme pochopit, že společnost vyžaduje po zdravotnickém personálu vysokou úroveň vzdělanosti a odbornosti, ale také humánní a empatický přístup, který bude respektovat jejich osobu.

Seznam použité literatury

1. BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0.
2. HARRIS, J. *The value of life*. 2. edition. London and NY: Routledge, 1991. P 281.
3. HARRIS, J. *The concept of the person and the value of life*. London and NY: Kennedy institute od Ethics Journal, 1994. P. 293-308.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
5. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., A KOL. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3469-9.
6. IVANOVÁ, K. *Etika pro zdravotnické pracovníky*. Skriptum. 1. vyd. Ostrava: Vydavatelství Ostravské univerzity, Fakulta zdravotně sociální, 2005. ISBN 80-7368-069-6.
7. IVANOVÁ, K., JUŘÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0992-5.
8. JANÁČKOVÁ, L; PAVLÁT, J. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2007. ISBN 978-80-210-4330-6.
9. JANÁČKOVÁ, L.; WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008.
10. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
11. 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.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-2472-069-8.
13. MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Katedra psychologie a aplikovaných sociálních věd, 2005. ISBN 80-7368-035-1.

14. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2.
15. PLEVOVÁ, I., A KOL. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3
16. PTÁČEK, R.; BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s; 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
17. SVOBODOVÁ, H.; ŠIMEK, J. *Důstojnost lidské existence v péči o nemocné. Časopis lékařů českých*, 2006, roč. 145, č.6, s. 495-497.
18. TAYLOR, S.E. *Health psychology*. 6. vydání. New York: Mc Graw Hill International, 2006. ISBN 978-00-7310-726-4.
19. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 1999. ISBN 80-7013-285.
20. VÁCHA, M., KONIGOVÁ, R., MAUER. M. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780.
21. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12 : Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. ISBN 80-7013-376-7.
22. WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-845-6.
23. ZACHAROVÁ, E. *Úvod do zdravotnické psychologie*. 2 vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-7368-097-2.

Elektronické zdroje:

24. 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
25. KROUTILOVÁ, L. *Práva pacientů v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Pardubice: Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, 2009. Dostupný z WWW http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/33447/1/KroutilováL_Práva%20pacientů_MŘ_2009.pdf
26. SOBOTKOVÁ, P. *Spokojenost geriatrických pacientů s komunikací se zdravotnickým personálem*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2010. Dostupný z WWW http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/12906/sobotková_2010_bp.pdf?sequence=1

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Nela Sejkorová a studuji 3. ročník oboru všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dotazník, který se Vám dostal do rukou, je podkladem k mé bakalářské práci na téma: **Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních**. Touto cestou bych Vás ráda požádala o jeho vyplnění. Zakroužkujte prosím vždy 1 z možností. Výsledky získané touto cestou budou prezentovány pouze v mé bakalářské práci a nebudou sloužit žádnému jinému účelu. Dotazník je zcela anonymní a můžete ho odevzdat do krabic k tomu určených.

Tímto bych Vám chtěla předem poděkovat za spolupráci a popřát pěkný den.

1. Vaše pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk:

3. Vaše dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučen/a
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

4. Situace při příjmu na oddělení zdravotnického zařízení:

Ukázala Vám zdravotní sestra oddělení a vysvětlila denní chod?

- a) ano, byl/a jsem seznámen/a s oddělením i jeho režimem
- b) ne, sestra mne pouze odvedla na pokoj

5. Používají u Vás členové zdravotnického personálu oslovení jako například babi/dědo?

- a) ano často
- b) občas se to stane
- c) ne, slyšel /a jsem to pouze u ostatních pacientů
- d) ne

6. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ano: Vadí Vám například oslovení babi/dědo?

- a) ano, uráží mě to
- b) někdy mě to i potěší
- c) ne, nevadí mi to
- d) jiné:.....

- 7. V době osobní hygieny: Je respektována vaše intimita a stud?**
(Zavřené dveře od pokoje, postele oddělené plentami,...)
- ano, nepociťuji žádný pocit studu
 - často se stává, že sestra nezavře dveře
 - žádné plenty mezi postelemi na pokoji nejsou
 - ne, v době hygieny cítím stud a úzkost
- 8. Než kdokoli ze zdravotnického personálu vstoupí na Váš pokoj, zaklepe na dveře?**
- ano, vždy klepou
 - někdo klepe, jiný ne
 - klepou pouze studentky
 - ne, vždy vstoupí bez klepání
- 9. V případě, že máte problém a zazvoníte na sestru, přijde hned?**
- ano, přijde hned
 - přijde, ale okamžitě žádá vysvětlení, proč zvoním
 - přijde, ale až po několikátém zazvonění
 - nepřijde vůbec
- 10. Víte, že jako pacient máte svá práva?**
- ano, vím o tom z doslechu
 - ano, sestra mi je dala k přečtení
 - nic takového jsem netušil/a
 - ne, nikdo mi to neřekl
- 11. Při příjmu na oddělení se vyplňuje spousta dokumentů, které následně stvrzujete svým podpisem. Nechávací Vám sestry dostatečný čas na přečtení těchto dokumentů?**
- ano, sestry mi nechávají čas na přečtení, až poté si dokumenty vyzvednou
 - sestry mi obsah dokumentů vysvětlí a nechají mi dostatek času na jejich přečtení
 - sestry mi pouze ve zkratce vysvětlí, o co se v dokumentech jedná
 - ne, hned chtějí podpis
- 12. V případě, že Vás čeká vyšetření:**
Vysvětlí Vám lékař či sestra dostatečně přípravu na vyšetření a jeho průběh?
- ano, vše mi pomalu a srozumitelně vysvětlí, popřípadě mi dodají letáčky a brožury
 - vše mi vysvětlí rychle a zmateně, tudíž nejsem schopen/a informace pochopit
 - nevysvětlí mi to dostatečně a v případě mých dotazů, je vidět neochota mi odpovídat
 - jiné:.....
- 13. Myslíte, že jsou sestry na oddělení empatické?**
(= Mají schopnost vcítit se do pocitů ostatních lidí)
- ano, sestry na tomto oddělení jsou velmi empatické
 - některá sestra ano, jiná ne
 - většina sester není vůbec empatická
 - ne
- 14. Používají zdravotní sestry výrazy jako: To bude dobré, to přeci nemůže bolet a jiné?**
- ano, používají to často
 - záleží to na každé sestře

- c) občas se to stane
- d) ne

15. Co uděláte v případě, že se členové zdravotnického personálu nechovají profesionálně? (Nechovají se k Vám s úctou, nerespektují Vaše potřeby a práva, nejsou ochotní Vám pomoci)

- a) ze strachu, že by to mohlo být ještě horší, neudělám nic
- b) svěřím se rodinným příslušníkům
- c) otevřeně jim řeknu, když se mi jejich chování nelíbí
- d) stěžuji si na vedení příslušného zdravotnického zařízení

16. Jaké pocity prožíváte při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení?

- a) převážně pozitivní pocity
- b) necítím nic, jsem otupělý/á
- c) převážně negativní pocity
- d) pociťuji úzkost a strach

17. Doporučil/a byste zdravotnické zařízení svým známým?

- a) ano
- b) ne

18. V případě, že jste v předchozí otázce odpověděl/a ne:

Z jakého důvodu byste nedoporučil/a zdravotnické zařízení svým známým?

- a) nízká kvalita péče
- b) neprofesionální chování personálu
- c) zastaralé pomůcky a vybavení oddělení
- d) jiné:.....

Příloha B: Úplné znění etického kodexu „Práva pacientů“

- 1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.*
- 2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.*
- 3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.*
- 4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*
- 5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření i léčení má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo účastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.*
- 6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné, ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.*
- 7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, co mu bude poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.*

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případech, kdy se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat zdůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým byl placen (Vondráček, 2003).