

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Důstojnost pacienta na operačním sále
Diplomová práce

2023

Bc. Kristýna Suchomelová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Kristýna Suchomelová**
Osobní číslo: **Z18237**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Téma práce: **Důstojnost pacienta na operačním sále**
Téma práce anglicky: **The patient's dignity in the operating room**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HEŘMANOVÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.
PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.
WICHSOVÁ, Jana. *Bezpečnost a etika v perioperační péči*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1029-2.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **13. června 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **14. srpna 2023**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. srpna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Důstojnost pacienta na operačním sále 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 14.8.2023

Bc. Kristýna Suchomelová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych zde poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Evě Hlaváčkové, Ph.D. za její cenné rady, ochotu a čas. Děkuji také respondentům za poskytnuté informace a všem, kteří mi pomohli k vypracování mé diplomové práce. Poděkování patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu zpracování této práce.

ANOTACE

Diplomová práce na téma Důstojnost pacienta na operačním sále je teoreticko - průzkumnou prací. Teoretická část se zabývá pojmem a významem lidské důstojnosti a na zakotvení lidské důstojnosti v legislativě a etickém kodexu. Dále je teoretická část zejména zaměřena na důstojnost pacienta na operačním sále a je popsáno jak může být jeho důstojnost podpořena ale také jak může být narušena. V teoretické části je také zahrnuto jak je komunikace mezi personálem a pacientem důležitá k podpoře důstojnosti. Průzkumná část diplomové práce je zejména zaměřena na povědomí personálu o důstojnosti a subjektivní hodnocení svých kolegů při práci na operačním sále, která souvisí se zachováním či narušením pacientovi důstojnosti. Data pro průzkumnou část byla zajištěna anonymním dotazníkem vlastní tvorby.

KLÍČOVÁ SLOVA

Lidská důstojnost, pacient, operační sál, perioperační sestra, ošetrovatelská péče, intimita.

TITLE

Patient dignity in the operating room

ANNOTATION

The diploma thesis on the topic Patient dignity in the operating room is a theoretical research thesis. The theoretical part deals with the concept and meaning of human dignity and the anchoring of human dignity in legislation and the code of ethics. Furthermore, the theoretical part is mainly focused on the patient's dignity in the operating room and describes how their dignity can be supported but also how it can be violated. The theoretical part also includes how communication between the staff and the patient is important to promote dignity. The research part of the thesis is mainly focused on the staff's awareness of dignity and the subjective assessment of their colleagues when working in the operating room, which is related to the preservation or violation of the patient's dignity. The data for the research part was provided by an anonymous self-created questionnaire.

KEYWORDS

Human dignity, patient, operating room, perioperative nurse, nursing care, intimacy

OBSAH

ÚVOD	12
CÍLE A METODY PRÁCE	14
I. TEORETICKÁ ČÁST	16
1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	16
1.1 Pojetí důstojnosti z historického hlediska	16
1.2 Vymezení pojmu lidská důstojnost	18
1.3 Zakotvení lidské důstojnosti v legislativě a etických kodexech	21
1.3.1 Zakotvení důstojnosti v legislativě	22
1.3.2 Zakotvení důstojnosti v etických kodexech	24
2 DŮSTOJNOST VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ	26
2.1 Důstojnost a zdraví	26
2.2 Lidská důstojnost v ošetrovatelské péči	27
2.3 Důstojnost na operačním sále	28
2.3.1 Holistická (celostní) péče perioperační sestry	29
2.3.2 Udržení a narušení důstojnosti v perioperační péči	30
2.4 Komunikace jako nástroj k podpoře důstojnosti	32
II. PRŮZKUMNÁ ČÁST	36
3 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI	36
3.1 Charakteristika výzkumného vzorku	36
3.3 Sběr dat	38
3.4 Analýza dat	38
4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40

4.1 Výsledky dotazníkového šetření	40
5 DISKUZE	59
6 ZÁVĚR	64
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
8 PŘÍLOHY	72

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek č. 1 Profesní zastoupení respondentů	37
Obrázek č. 2 Věkové zastoupení respondentů	37
Obrázek č. 3 Rozložení respondentů podle délky praxe.....	38
Obrázek č. 4 Důležitost důstojnosti pro respondenty	40
Tabulka č. 1 Zastoupení odpovědí respondentů v důležitosti důstojnosti.....	41
Obrázek č. 5 Subjektivní hodnocení chování kolegů.....	42
Obrázek č. 6 Znázornění činností, které narušují lidskou důstojnost	44
Obrázek č. 7 Četnost výskytu nevhodného chování	45
Tabulka č. 2 Odpovědi - na četnost výskytu nevhodného chování.....	46
Obrázek č. 8 Výčet situací, které navozují nepříjemný pocit pacienta	48
Obrázek č. 9 Představení operačního týmu pacientovi.....	49
Obrázek č. 10 Zachování intimity na operačním sále	50
Obrázek č. 11 Užití familiárního oslovení pacientů.....	51
Tabulka č. 3 Familiární oslovení - příklady	52
Obrázek č. 12 Svědectví při porušování pravidel	52
Tabulka č. 4 Možnosti narušení pacientovy důstojnosti	53
Obrázek č. 13 Použití komentářů týkající se pacienta	54
Obrázek č. 14 Odpovědi zda na operačním sále vzniká fotodokumentace.....	55
Tabulka č. 5 Odpovědi zda na operačním sále vzniká dokumentace, dle profese	56
Tabulka č. 6 Znázornění využití prostoru pro zanechání připomínek a komentářů.....	56
Obrázek č. 15 Zastoupení pohlaví.....	72

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČLK	Česká lékařská komora
ICN	International Council of Nurses
EORNA	Evropa asociace sálových sester
např.	například
NZIP	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Sb.	sbírka zákonů
tj.	to znamená
tzn.	takzvaný
tzv.	takzvaný

ÚVOD

Zachování důstojnosti pacienta a respektování jeho práv je podle Zamanzadeh (2022) jednou z nejdůležitějších zásad v ošetrovatelství. Proto je důležité, aby zdravotnický personál pečující o pacienta porozuměl důstojnosti v ošetrovatelské praxi a využívaly znalosti v praxi. Důstojnost pacienta na operačním sále, můžeme podpořit projevem úcty a respektu. Tak jako v běžném životě, by měla být úcta i důstojnost nejvíce zaměřena na individualitu člověka, stejné zaměření by měla mít i ve zdravotnictví. Lidská individualita je považována za nejvyšší hodnotu naší kultury. Neměli bychom ale zapomínat na projev úcty směrem k psychické a fyzické intimitě člověka, a to především ve zdravotnické praxi. Projevená důstojnost a respekt směrem k pacientovi, nám také zajišťuje pevnější a důvěrnější vztah mezi zdravotníkem a pacientem, což usnadňuje oběma zúčastněným stranám komunikaci. Také je důležité dbát na zásady slušného chování, ne jen proto, že je to určitým aspektem pro zachování lidské důstojnosti, ale i proto, že pacient je více vnímavý. (Ptáček, 2022)

Jak už zmínil Ptáček (2022) pacient v nemocničním prostředí je více vnímavý a tudíž i jeho důstojnost více zranitelnější a proto je důležité, zejména na operačním sále zachovat hodnoty, jako jsou úcta a respekt, které podporují pacientovu důstojnost.

Diplomová práce se v první části, teoretické části, zabývá charakteristikou důstojnosti a jejím zasazením v legislativě a etických kodexech. Dále se zaměřuje na důstojnost ve zdravotnickém prostředí, jak je možné důstojnost podpořit a popisuje i situace kdy dochází k narušení důstojnosti. Druhou částí je průzkumná část, která navazuje na část teoretickou. Průzkumná část se zaměřuje na subjektivní názory zdravotníků v problematice důstojnosti pacienta na operačním sále. Druhá část diplomové práce je také zdrojem odpovědí na průzkumné otázky, které mají za cíl zjistit vnímání důstojnosti ze strany zdravotníků a zda je vnímání důstojnosti ovlivněno okolnostmi a jaká situace podle zdravotníků již zmíněnou důstojnost narušuje.

Téma diplomové práce jsem si zvolila kvůli aktuálnosti problému. I přestože je důstojnost v životě a bytí lidí důležitá a čím dál častěji je spojována se zdravotnictvím, význam důstojnosti je popisován málo. Proto je důležité podle Lindwalda (2021) aby si zdravotníci byli vědomi,

že péče o pacienta je převzetí odpovědnosti za pacientovu důstojnost a jsou k ní eticky zavázáni. Etickou i morální odpovědností zdravotníků, je chránit důstojnost a zranitelnost pacienta aby nebyl vystaven zbytečnému utrpení a ponižování.

CÍLE A METODY PRÁCE

Cíle diplomové práce

Cíle teoretické části diplomové práce jsou vymezit pojem lidská důstojnost a seznámit čtenáře se zakotvením důstojnosti v legislativě a etickém kodexu. Dalším cílem této diplomové práce je nastínit důležitost zachování lidské důstojnosti pacienta ve zdravotnickém zařízení - zejména v ošetrovatelské praxi na operačním sále. Posledním cílem teoretické části je obeznámit čtenáře jak je možné lidskou důstojnost podpořit a v neposlední řadě jak se vyhnout narušení důstojnosti pacienta.

Hlavním průzkumným cílem diplomové práce je zjistit subjektivní pohled zdravotníků na chování zdravotnického personálu a zdali chování pracovníků vede k zachování nebo narušení pacientovi důstojnosti. Průzkum se zabývá například tím, zda personál vnímá důstojnost jako důležitou, zda si je vědom jak může být pacientova důstojnost narušena a jak je důležité pro zachování důstojnosti intimita pacienta.

Dílčí průzkumné cíle

1. Zjistit do jaké míry vnímá zdravotnický personál důležitost lidské důstojnosti.
2. Zjistit zda pohled personálu na pacientovu důstojnost je ovlivněn nějakým faktorem.
3. Prozkoumat, jaké situace podle zdravotníků vedou k narušení pacientovi důstojnosti.

Metody k dosažení cíle

Metodika zpracování teoretické části diplomové práce je zaměřena na studium literatury, která souvisí se zadaným tématem diplomové práce. Poznatky a informace z literatury jsou zapsány do kapitol, které na sebe navazují a jsou propojeny do souvislého textu, který se snaží přiblížit téma důstojnost pacienta na operačním sále. Jako zdroje pro teoretickou část jsou použity knihy, učebnice, on-line odborné články, které jsou citovány.

Na teoretickou část navazuje část průzkumná, která se snaží zjistit odpovědi na dílčí cíle i hlavní průzkumný cíl. Data pro průzkumnou část byla získána pomocí vytvořeného anonymního dotazníku, který vyplnil zdravotnický personál pracující na operačním sále. Dotazník byl vytvořen na základě informací získaných z literatury. Dotazníky byly

zpracovány metodou čárkování. Metoda čárkování je založena na ručním kvantitativním vyhodnocení. Pomocí čárek se zaznamenává frekvence určitého bodu. (Forst, 2017) Poté získané data touto metodou byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Pojem „lidská důstojnost“ je v dnešní době natolik používaný, nepřesně definovaný a přesto hraje velkou roli v životě každého člověka. Přesnou definici lidské důstojnosti nemáme a nedokážeme přesně popsat co znamená, ale uvědomíme si to, až nám je důstojnost odebrána nebo je nám v ní nějak zamezeno - ať už nemocí, handicapem nebo stářím. V takovém případě jsme odkázáni na pomoc lékařů a zdravotnického personálu. (Ptáček, 2011)

„Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu, v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.“ (Etický kodex České lékařské komory, § 1, č. 1) (Ptáček, 2011)

Dle Raeeho (2017) je důstojnost základní potřebou všech lidí jak zdravých tak nemocných. Shoduje se s Ptáčkem v tvrzení, že lidé zatížení nemocí jsou více náchylní na ztrátu či snížení důstojnosti během celé periody hospitalizace.

1.1 Pojetí důstojnosti z historického hlediska

Pojem lidská důstojnost vzešel z náboženských, filozofických a kulturních zdrojů, které přispěly k ochraně lidské důstojnosti a vymezily její podstatu. Již v historii se rozvíjelo mnoho filozofických směrů a každý z nich popisoval lidskou důstojnost v jiném rozměru. (Svobodová, 2012) Dle Svobodové (2012) tudíž už v té době neexistoval jednotný náhled na lidskou důstojnost. Popovičová (2009) uvádí, že pojem důstojnost a jeho chápání prošlo svým vývojem a na základě přístupu jednotlivců může být chápána různými způsoby.

Antičtí filozofové chápali lidskou důstojnost jako sociální, nenáležela všem a byla odvozována od kvalit a způsobu života, společenského postavení či zásluhy. V případě této sociální důstojnosti se jedná o důstojnost kontingentní a nemá na ni nárok každý. (Heřmanová, 2012, Ptáček, 2011)

Už Marcus Tullius Cicero římský filozof v letech př. n. l. (106 – 43) popsal důstojnost jako autoritu osoby, která si zaslouží úctu a je hodna respektu a pojí se s vlastnostmi jako je

postavení a zasloužilost. Současně ale Cicero předpokládá, že důstojnost náleží každému člověku v určité míře. Podle Pico della Mirandola (1463 – 1494) je důstojnost pojena s lidskou svobodou a racionalitou vybrat si svůj osud. (Munzarová, 2011, Seatern 2021)

Definici pro lidskou důstojnost najdeme také v jedné z prvních českých encyklopedií s názvem Všeobecná encyklopedie, jejímž autorem je francouzský filozof Denis Diderot (1713 - 1784), kde důstojnosti popsal: „*Důstojnost je etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a o významu jeho práv ve společnosti.*” (Diderot, 1999)

Tato definice je velice stručná a mohla by vyvolávat mnoho diskuzí ohledně toho, zda důstojnost je jen otázka etiky či se opírá o práva člověka ve společnosti. Dále by se mohlo rozvíjet také téma zda je důstojnost ovlivněna společností v které se člověk nachází.

Immanuel Kant (1724 - 1804) chápe důstojnost jako respekt. Respekt, který každý člověk má k ostatním lidem a zároveň respekt, který vyžaduje každý z nás od druhého člověka. Kantovo vyjádření zní: „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy jako prostředek.*“ (Ptáček, 2011). Toto vyjádření můžeme přenést do rčení, které je užíváno v dnešní době: „*Chovej se k ostatním tak, jak chceš, aby se ostatní chovali k tobě*”.

Z Kantova popisu, můžeme vyvodit, že důstojnost není pouhou tržní cenou jako u Thomas Hobbes (1588 – 1679), který důstojnost dává do souvislosti s mocí, bohatstvím a postavením. (Ptáček, 2011)

Další definici důstojnosti můžeme nalézt v knize od českého autora: Jan Otto (1841 - 1916). V Ottově slovníku je popsána důstojnost takto: „*Důstojnost jest tolik, jako zasloužilost, hodnost, cena osobní, vážnost (v chování), ve smyslu konkrétním i úřad čestný. Vaše Důstojnosti vyskytuje se jako titul praelátův, opatův, představených katedrálních a kollegiatních kapitol. Důstojný tolik jako stálý, věrný (kdo dostojí svému slovu), dále vážný, zasloužilý, hodný něčeho vůbec a cti zvláště.*” (Ottův slovník naučný, 1997)

Ottova definice není tak strohá jako od Diderota. Popisuje důstojnost jako hodnotu, kterou si člověk musí zasloužit svým chováním a vystupováním ve společnosti, čímž se shoduje s

Cicerem. Také ale poukazuje na etiku a etické chování ve společnosti jako Diderot. Další částí definice je titul při oslovení, který je spíše historický a v dnešní době nepoužívaný.

Pojetí a vnímání důstojnosti z pohledu filozofů se liší. Kant vnímá důstojnost jako vrozenou, přirozenou a vlastní hodnotu, která je přisuzována každé lidské bytosti, protože je člověkem. Tuto inherentní hodnotu si dle Kanta člověk nemusí ničím zasloužit ani mu není nijak přisuzována. Inherentní, neboli ontologická důstojnost je také popsána v humanistické kultuře, vychází z podstaty bytí člověka a je založena potřebách mravního rozvoje. Přísluší každému člověku i nenarozenému tzn. je dána všem. Tudíž se jedná o důstojnost vrozenou, nenahraditelnou, nedotknutelnou a nezczitelnou. Oproti Kantovu tvrzení, Hobbes a antičtí filozofové chápou důstojnost jako hodnotu, kterou si musí člověk zasloužit na základě svých schopností a vlastností. Tudíž se jedná o důstojnost přisuzovanou. Podle filozofa Cicera má člověk určitou důstojnost v sobě už od narození, ale je nutné tuto vnitřní důstojnost rozvíjet pomocí vlastností, které si důstojnost zaslouží (rozvíjející se důstojnost). (Ptáček, 2011)

V křesťanství, kde podle tradic byl člověk stvořen Bohem k obrazu božímu, mu také náleží důstojnost a je nedotknutelný. Křesťanství tímto dává možnosti žít dobrý život bez nekonečného cíle, čímž přisuzuje lidskou důstojnosti embryu a z toho vyplývá, že potrat je dle křesťanských principů závažným proviněním. (Heřmanová, 2012, Ptáček, 2011)

1.2 Vymezení pojmu lidská důstojnost

Důstojnost je univerzální lidská záležitost vycházející z latinského slova - dignus, dignita, což znamená dodržování určitého respektu, být hodný úcty a pocty. Je přisuzována každé lidské bytosti na základě toho, že je člověkem. Jak už jsem zmiňovala výše, lidskou důstojností se zabývali lidé už odpradávná, ale dodnes není pro důstojnost konkrétní jednotná definice. Sice není termín lidské důstojnosti v literatuře ani odborných textech dostatečně popsán a vymezen, ale přesto společnost na tento pojem nahlíží a pracuje s ním jako se všeobecně známým, zejména ve zdravotnictví je často skloňovaným slovem. Důstojnost bychom mohli popsat jako vícerozměrný pojem s neurčitostí, který je obtížně měřitelný standardními nástroji a klinickým hodnocením. (Heřmanová, 2012, Parandeh, 2012)

Popis lidské důstojnosti, který vychází ze studie „Důstojnost starších Evropanů“, je nejvíce srozumitelný a přizpůsobený dnešní době. Studie probíhala v roce 2003 pod záštitou Evropské komise pod vedením Dr. Win Taddem z University of Wales. Výzkumu se zúčastnilo šest evropských států s cílem prozkoumat důstojnost z pohledu praxe i akademické oblasti. Podle studie byly definovány čtyři formy důstojnosti a to: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity a důstojnost lidské bytosti, který je označován německým slovem Menschenwürde (Lindwall, 2021, Education for dignity, 2004)

Důstojnost zásluh

Každý člověk má nějaké zásluhy, některé jsou ceněné více a některé méně. Důstojnost zásluh se přiděluje právě podle toho jaké postavení má člověk ve společnosti. Odráží se zde ekonomické i sociální postavení. Ve zdravotnictví musíme respektovat všechny zásluhy ne jen ty, které jsou postavené na sociálním a ekonomickém postavení, ale i ty úplně obyčejné. Mezi které řadíme i to že je někdo dobrým rodičem (např. zásluha na tom, že pro společnost vychovali občany, kteří jsou slušní a přínosní pro společnost). Důstojnost by ale měla být zachována i u těch, kdo žádné zásluhy nemá, třeba proto že je od narození nemohoucí, takový člověk by měl být ctěn jako osoba. (Education for dignity, 2004, Kalvach, 2011, Wichsová, 2012)

Důstojnost mravní síly

Druhá forma důstojnosti je nazývána důstojnost mravní síly. Takové důstojnosti dosáhnou lidé, kteří jsou schopni se chovat správně podle morálních standardů nebo přijatelně pro společnost. Takový lidé pociťují určitou důstojnost, naopak lidé, kteří nectí mravní chování, mohou pociťovat pokles nebo ztrátu úcty od svého okolí.

Důstojnost mravní síly je proměnlivá v souladu se stresem a časovým presem. To se často promítá i ve zdravotnictví, kdy sestry nemají dostatek času na pacienta a jsou nuceny zkracovat péči o nemocné. Je pochopitelné, že ve zdravotnictví se setkáme s časovým presem a stresem ale nikdy by takové situace neměli být na úkor pacienta. Bohužel se ale zdravotnický personál často setkává s dilematem kdy je složité zachovat korektní a vstřícný přístup vůči pacientům, kteří jsou nemocí či vlivem medikace v takovém stavu, že nedokáží komunikovat na určité úrovni. I když si je zdravotnický personál vědom, že i takový lidé jsou

schopni určitým způsobem vnímat okolí, je pro něj náročné s nimi jednat jako s rovnými. Je důležité si uvědomit, že mravní síla je pro sestru jednou z nejdůležitějších. Pokud chce být uznávána a být respektována, musí ctít druhé. (Education for dignity, 2004, Heřmanová, 2012, Kalvach, 2011)

Důstojnost vlastní identity

V tomto typu důstojnosti se jedná o uvědomování si sebe, vlastní identity, jedinečnosti i odlišnosti ve vztahu ke svému okolí. Nejvíce je ale spjata se sebeúctou a vnímáním vlastního já. Tento typ důstojnosti je nejdůležitější pro pacienty, ale je ho také jednoduché narušit chováním zdravotnického personálu. Při nevstřícném chování zdravotníků, vzniká narušení důstojnosti v několika úrovních - fyzické, psychické a zejména v citové úrovni. K narušení této důstojnosti nejčastěji dochází ze strany zdravotníka při neposkytnutí dostatečných informací, upírání kontaktu s blízkými, nedopřání dostatečného soukromí nebo omezováním pohybu. Často si zdravotnický personál takové chování ani neuvědomuje a můžeme ho považovat za nedbalost. Také to může být zapříčiněno nedostatečným časovým prostorem. Pacient při zachování důstojnosti vlastní identity má pocit bytostní celistvosti a je si vědom smyslu svého života. Proto je nutné zejména tuto důstojnost u pacienta podporovat. Může nám být nápomocná v současné době známá narativní medicína, která nás obeznamuje s tím, že každý má svůj příběh. V takovém případě je známo, že člověk, který zná příběh druhého zaujme jiný vzorec chování než kdyby si jeho životní příběh nevyslechl. Pacient se cítí součástí a nehrozí u něj pocit méněcennosti či zbytečnosti.

Všechny dosud zmíněné kategorie důstojnosti jsou si v mnoha ohledech podobné. Mohou se vyskytovat v různé intenzitě, nejsou stabilní a nejsou pro každého univerzální.

(Education for dignity, 2004, Heřmanová, 2012, Kalvach, 2011)

Menschenwürde

Tento název pochází z německého slova „Menschenwürde“, který lze volně přeložit jako nezcizitelná hodnota lidských bytostí nebo také jako vlastník nezcizitelné úcty. Při této důstojnosti nezáleží na tělesném či duševním stavu člověka ani na sociálním postavení, jelikož tato důstojnost je připisována každé osobě ve stejné míře. Nelze o ni přijít dokud člověk je. Neztratí ji ani ten kdo se neuvědomuje své bytí těžce nemocní lidé např. Při

mentálním postižení, lidé bezvědomí nebo i lidé na operačním lůžku, kteří jsou pod vlivem medikace. (Education for dignity, 2004, Kalvach, 2011) Proto je podle Heřmanové (2012) a Wichsové (2012) Menschenwürde součástí každého člověka po celý život. A zároveň by také měla být stavebním pilířem každého zdravotníka při kontaktu s pacientem nebo jeho rodinnými příslušníky.

1.3 Zakotvení lidské důstojnosti v legislativě a etických kodexech

O lidské důstojnosti člověka si můžeme přečíst v mnoha důležitých právních normách i v nadnárodních dokumentech. Mezi takové řadíme Všeobecnou deklaraci lidských práv z roku 1948, Ústavu České republiky kde je součástí Listina základních lidských práv a svobod a ještě například Úmluvu na ochranu lidských práv a biomedicíně.

Z právního hlediska je lidská důstojnost nezcizitelná a je vlastní každé osobě. Důstojnost patří mezi největší lidské hodnoty v existenci člověka a je součástí každé lidské bytosti. I když se v teorii a praxi setkáváme s nejrůznějšími pojetími a výklady principu lidské důstojnosti, jeho zabudování do všech normativních textů odkazuje na cosi společného, co stojí za uchování i při absenci jednoty ve vymezení. (Heřmanová, 2012)

Podle Máci a Ptáčka (2011) existuje ve zdravotnictví mnoho etických kodexů, norem a pravidel, které také určují chování zdravotníků. Proto by sami zdravotníci měli tyto normy znát a řídit se podle nich. I když se může zdát, že etika a právo nemá moc společného, tak i přes to se etické normy se stávají normou právní, i když se liší obsahem a formulací. I Kutnohorská (2011) je toho názoru, že by bylo vhodné aby etické normy byly v souladu s právními dokumenty. Na to navazuje Máca a Ptáček (2011), kteří si myslí, že vymáhat plnění by bylo vhodné po osobách, které nerespektují etické normy, které společnost pokládá za normální a samozřejmé.

Zejména v perioperační péči je důležité dodržovat etické zásady, jelikož pacient je více vnímavý a zranitelnější než na jiných odděleních. I když etická pravidla pro perioperační péči nebyla v ČR samostatně stanovena, je důležité dodržovat etická pravidla pro ošetřovatelskou péči a také pravidla pro profesi, které v perioperační péči figurují. Další inspirací může být kodex, který vytyčila EORNA v kompetencích perioperační sestry. (Wichsová 2013, 2020)

Pro stanovení etických zásad perioperační péče, můžeme využít čtyři zásady bioetiky dle Beauchampa a Childresse. První a druhou zásadou jsou principy non-maleficence (neškození) a princip beneficence (dobročinnění/ konání dobra) které mají základ Hippokratovské zásadě. Třetí princip autonomie vychází ze samotné autonomie, která znamená samostatnost, nezávislost a individualitu. Posledním čtvrtým a nejvíce problematickým je princip spravedlnosti, který má základ v samotném slově spravedlnost. (Wichsová 2020, Zimová, 2013)

Princip non-maleficence se na operačním sále často pojí s principem beneficence, vše co perioperační sestra dělá je v prospěch pacienta. Naopak autonomie je na operačním sále největším problémem, jelikož pacient ztrácí část své samostatnosti a nezávislosti. (Wichsová, 2020)

1.3.1 Zakotvení důstojnosti v legislativě

Důstojnost je zakotvena v mnoha dokumentech ale **Všeobecná deklarace lidských práv a svobod** (USA) z roku 1948 je podle Honzáka (2011) je základním stavebním kamenem pro většinu etických kodexů pro zdravotníky a lékaře. Může to být zapříčiněno tím, že podle Haškovcové (2002) se jedná o jeden nejvýše postavený dokument. Deklarace vznikla na základě uvědomění si lidské svobody a práva lidu se opírají o lidskou důstojnost jakož to o nevyšší bod právních systémů. (Honzák, 2011, Svobodová, 2012)

V samotném článku 1 stojí: V deklaraci na lidská práva a svobod stojí: *“Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.”* (OSN, 1948) Z tohoto zmíněného článku je jasné, že deklarace má význam pro ošetřovatelství a to takový, že zdravotníci, kteří poskytují péči pacientovi nebo jsou alespoň s pacientem v kontaktu, by se měli chovat k pacientům s respektem, úctou a být si rovni. Rozhodně by neměly vznikat rozdíly v poskytované péči.

Dalším dokumentem v kterém je důstojnost zakotvena je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, plným názvem **Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**. Tento dokument vznikl za účelem sjednocení pravidel péče o pacienta v Evropě a byl přijat v r. 1997 Radou Evropy. V České republice byla přijata v roce 2001 parlamentem. (Haškovcová, 2015, Šimek, 2015)

Péče o pacienta se pomocí úmluvy sjednotila. Díky úmluvě také bylo ustanoveno, že každý člověk má právo na dostupnou a standardní péči. Dalším prospěšným bodem pro zdravotnictví je, že lidské zájmy a důstojnost jsou stavěny před zájmy vědy a společnosti. V úmluvě je také definován zákaz finančního prospěchu a diskriminace pacientů. (Lindwall, 2021, Zamanzadeh,2022)

V českém zákoníku je důstojnost zakotvena v zákoně č.372/2011Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a to zejména ve čtvrté části, která se zaměřuje na postavení pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Pod paragrafem § 28 můžeme najít **práva a povinnosti pacienta a jiných osob**. § 28 zajišťuje všem občanům České republiky právo na zdravotní péči v náležité úrovni. Dále je zde ve třetím bodě definováno, že každý pacient má právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí během poskytování zdravotních služeb. Tudiž poskytováním péče s důstojností a úctou zdravotníci dodržují literu tohoto zákona. Pokud takto není činěno, porušují tento zákon. (Zákon pro lidi)

Autor Kuře (2021) se zabývá právy pacientů a to tak, že popsal sociální a individuální práva pacientů. Podle autora sociální práva pacientů vycházejí ze závazků společnosti. Jsou zajištěny ze strany státu nebo jiného veřejného orgánu či nestátní instituce. Mezi sociální práva řadíme, právo na ochranu zdraví, právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, právo do nahlédnutí výpisů ze zdravotní pojišťovny a také právo na hrazení léčivého přípravku pojišťovnou. (Kuře, 2021)

Individuální práva pacientů, je skupina práv, které míří individuálně na každého pacienta. Tato práva jsou vymahatelná v zájmu každého konkrétního pacienta. Individuální práva by měly být prioritou všech zdravotníků, lékařů i studentů lékařských fakult. Jedná se totiž o práva, kterými jsou stanoveny povinnosti zdravotníků, které je možné právně vymáhat a při jejich nedodržování mohou být sankcionovány. Mezi individuální práva pacientů řadíme právo pacienta na informace o zdravotním stavu, kdy má pacient právo vědět o svém zdravotním stavu, dále sem můžeme zahrnout právo pacienta udělit informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby. Toto právo je zakotveno v ustanovení § 28 zákona 372/2011 Sb., a pojednává o tom, že pacientovi může být poskytnuta zdravotní péče jen s jeho souhlasem.(Kuře, 2021)

Plechátá (2019) dále zmiňuje právo na respektování pacientovy vůle při poskytování zdravotní péče - tzv. dříve vyslovené přání a právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí, včetně práva na přítomnost osoby blízké. Tyto dvě práva nejvíce podporují pacientovu důstojnost a respekt, jelikož se zaměřují na pacientovo přání, které se očekává, že bude splněno i když se nebude moci vyjádřit v určitém okamžiku sám. Druhé právo podporuje pacientovu úctu, respekt zejména respektování soukromí, které může být často narušeno cizí osobou při poskytování zdravotnické péče - často se tak stává u přítomnosti mediků či studentů zdravotnického oboru. (Plechátá, 2019)

1.3.2 Zakotvení důstojnosti v etických kodexech

Haškovcová (2015) řadí **Hippokratovu přísahu** mezi jeden z nejstarších etických kodexů. Toto dílo ač nebylo zpracováno samotným Hippokratem, ale jeho žáky, dalo řád chování lékařům, určovalo jak se mají chovat k veřejnosti, kolegům ale hlavně pacientům už v minulosti. (Ptáček, 2011, 2017)

Autorka Haškovcová (2015) považuje Hippokratovu přísahu za jakýsi výchozí bod pro etické kodexy v dnešní době. S tímto tvrzením souhlasí i Jankovský (2018) a dodává, že profesní etické kodexy byly vytvořeny se zaměřením na sociální chování, ochotu, komunikaci, spolupráci v multidisciplinárním týmu, profesionalitu, toleranci a profesionální pokoru.

Za takový etický kodex dnešní doby můžeme považovat **Etický kodex České lékařské komory**, který dává lékařům povinnost dodržovat etické pravidla a zásady. Při zaměření se na zachování lidské důstojnosti najdeme v kodexu zásadu, že lékař je povinen se k pacientům chovat tak, aby neporušil práva pacientů, zároveň je od lékaře vyžadováno aby se choval trpělivě, s úctou, korektně a s pochopením. Dále kodex ČLK myslí na zachování důstojnosti při umírání. V takové situaci má lékař umírajícímu pacientovi zajistit důstojné umírání a to pomocí tišení bolesti a mírnit utrpení. V neposlední řadě lékař nesmí zneužít pacientovi důvěry ve svůj prospěch. (Etický kodex České lékařské komory, 2007)

Dalším profesním etickým kodexem je **Etický kodex sester**. Sesterský etický kodex byl přijat aby informoval zdravotnické pracovníky, veřejnost a hlavně sestry o potřebách pacienta v oblasti etiky při poskytování ošetrovatelské péče. Kodex byl přijat mezinárodní radou sester (ICN) v r. 1953. Byl několikrát přezkoumáván a schvalován. Poslední kontrola proběhla roku

2000 a v České republice byl kodex přijat 29. března 2003. (Haškovcová, 1997, Jankovský, 2018) Etický kodex ICN hned v úvodu vymezuje čtyři základní povinnosti sester. První povinností sester je dodržovat čtyři základní povinnosti. Mezi tyto základní povinnosti řadíme - pečovat o zdraví pacienta, předcházet nemocem, navracet zdraví a v neposlední řadě zmírňovat utrpení. Z těchto základních povinností vyplývá, že ošetrovatelská péče je všeobecná. Dále jsou sestry povinné respektovat lidské práva, mezi které řadíme právo na život, právo na důstojnost a úctu. Také je povinná poskytnout ošetrovatelskou péči každému bez ohledu na věk, barvu pleti, rasu, národnost postižení nebo nemoc, pohlaví, kulturní zvyklosti, vyznání, politické přesvědčení, nebo společenské postavení pacienta. Zdravotní péči sestry poskytují koordinovaně a v návaznosti na jiné služby jiných oborů a to jak jednotlivcům tak rodinám i komunitám. (Etický kodex ICN)

Kodex ICN je sestaven ze čtyř hlavních částí, které slouží k vymezení etických norem v chování sester. Názvy kodexu jsou: Sestra a spoluobčan, Sestra a praxe, Sestra a spolupracovníci, Sestra a profese, Sestra a společnost. (Jankovský, 2018, Wichsová 2020) Celé znění Etického kodexu v příloze.

Každá sestra, která chce pečovat o pacienta by si měla etický kodex osvojit. Zejména zásady o empatickém chování směrem k pacientovi a akceptování lidské důstojnosti. Je důležité aby se sestry chovaly morálně a bez ohledu na rasu, barvu pleti či věku o pacienty pečovaly s nejlepším vědomím a svědomím, tak aby byla zachována jejich důstojnost.

2 DŮSTOJNOST VE ZDRAVOTNICKÉM PROSTŘEDÍ

Po nastudování odborné literatury, jsem si potvrdila, že většina odborné literatury se zabývá zejména důstojností seniorů, kde je jejich důstojnost narušena faktorem stáří a osamělostí, zejména u těch, kteří jsou umístěni do domova důchodců nebo na oddělení léčby dlouhodobě nemocných. Další velký soubor literatury je zaměřen na podporu důstojnosti při umírání. Je samozřejmé jak z etického i lidského hlediska, ale i podle Heřmanové (2012), že umírající člověk si zaslouží důstojnost, jelikož byl plnohodnotným člověkem. Poslední takovou větší skupinu knih a článků tvoří literatura, která se zabývá podporou důstojnosti u pacientů s onkologickým onemocněním a u smrtelně nemocných pacientů.

Zlomek literatury se zabývá důstojností v intenzivní péči, která je jako jedna nejbližší spjatá s perioperační péčí. Tak jako pacient v intenzivní péči je i pacient na operačním sále odkázán na pomoc sester.

2.1 Důstojnost a zdraví

Důstojnost a zdraví podle Saeteren (2021) spolu souvisí. Ačkoli v tradiční zdravotní péči bylo více zaměřeno na nemoc, autor si myslí, že je důležité se z hlediska podpory zdraví zaměřit spíše na zdroje, které zdraví podporují. Tuto teorii také potvrzují studie K. Erikssona a A. Antonovského. Ze studií vyšlo, že je cennější se zaměřit na lidské dovednosti a síly, které jsou dány každému člověku, aby zvládl překážky spojené s nemocí a životem. I když jsou si oba vědomi, že utrpení a nemoci jsou součástí lidského života. Podle Antonovského je člověk vystaven událostem, které můžeme nazvat stresorem, které mohou dočasně snížit zdraví ale také je dle něj důležitější si uvědomit, že i tyto situace vedou k posílení zdraví a důstojnosti.

Už v historii byla o zdraví představa taková, že vychází z celistvosti člověka jakož to těla i jeho duše. Ale také se bral zřetel na jeho jedinečnost a uvědomení se. Tímto se více zabývá K. Eriksson kdy popisuje zdraví jako zdraví, svěžest a pohodu. Ne vždy je možné zdraví podpořit podle ní nepřítomností nemoci a svěžestí, ale vždy můžeme podpořit zmiňovanou pohodu. (Saeteren, 2021)

Podle autorů je jasné, že zdraví není jen nepřítomnost nemoci ale také je důležité se zaměřit na celistvost člověka a jeho duševní pohodu. I když se každý z nás vyskytne v nepříjemné

situaci, je důležité ať už sám nebo pomocí svého okolí docílit pohody a klidu pomocí podpoření důstojnosti. Ve zdravotnictví se s takovou situací můžeme setkat například při preventivní prohlídce nebo diagnostickém zákroku. V takovém případě není u pacienta potvrzena žádná nemoc ale nastává u něj diskomfort ve smyslu nejistoty a narušení intimity pokud se jedná o vyšetření, které zasahuje do jeho osobního prostoru a vyžaduje odhalení.

Podle Antonovského modelu je každá lidská bytost schopna zvládat stresové situace, ve kterých se nachází - chápe ji jako komplexní, zvládnutelnou a smysluplnou, čímž je také posílena lidská soudržnost v životě. (Saeteren, 2021)

2.2 Lidská důstojnost v ošetrovatelské péči

Důstojnost ve vztahu zdravotnický personál a pacient je častým tématem dnešní doby. Jak už bylo výše zmíněno lidská důstojnost nemá jednotnou definici tudíž může být každým chápána jinak. Proto také často bývá součástí diskuzí ale také tématem na zdravotnických školách či lékařských fakultách. (Wichsová, 2012)

Bohužel ne vždy se setkáme s takovým chováním, které by bylo v souladu s podporou pacientovi důstojnosti. Wichsová (2012) často zmiňuje přítomnost okolností, které zvyšují nebo naopak snižují pocit pacienta, že byla jeho důstojnost podpořena nebo narušena. Podle Wichsové (2012) je důstojnost v ošetrovatelství často znehodnocována přístupem zdravotníku. Často se jedná o nedostatek empatie, nezdořilého chování, zanedbání péče nebo dokonce ponižování. Dle Valeberg (2018) je takové chování zdravotníku zapříčiněno vytížením až přetížením zdravotnického personálu s nemožností věnovat dostatek času činnostem, které by podpořili pacientovu důstojnost a zmírnili jeho utrpení.

Ve studii Amininasab (2017) se můžeme dočíst, že lidská důstojnost má souvislost i s adherencí (tzn. míra spolupráce pacienta při léčbě). Autoři ve své studii zjistili že míra spolupráce pacienta byla snížena v závislosti na snížení pacientovi důstojnosti ze strany zdravotníků. (Amininasab, 2017) Proto je důležité aby si zdravotnický personál uvědomil, jaký může mít vliv nevhodné chování směrem k pacientovi, a že takové chování může ovlivnit i průběh léčby.

2.3 Důstojnost na operačním sále

Jednou nejdůležitější osobou pro pacienta na operačním sále je perioperační sestra.

Perioperační sestra pracuje ve velmi úzkém osobním kontaktu s pacientem v prostředí multidisciplinárního týmu a je tzv. spojkou mezi pacientem a operačním týmem, proto je také často v odborné literatuře nazývána jako „advokátka pacienta“. Hlavním úkolem perioperační sestry je zajistit perioperační péči a bezpečnost pacienta. Pacient je s perioperační sestrou v úzkém kontaktu už od samého začátku. Pacient je sestrou provázen od vstupu do operačního traktu až do ukončení operace a přesunutí na převozové lůžko. (Jedličková, 2012, Wendsche, 2012)

Nedílnou součástí práce je zodpovědnost za pacienta, jeho transport a uložení na operační stůl, úzká komunikace s pacientem, při níž informuje pacienta o průběhu a činnostech, které spadají do její kompetence. V neposlední řadě také zajišťuje bezpečí a komfort nemocného v operačním traktu, a to i v čase, kdy je pacient pod vlivem medikace nebo anestezie a jeho rozhodovací schopnosti jsou omezeny. (Wendsche, 2012)

Podle Zamanzadeh (2022) by lidé pracující ve zdravotnictví a zejména ti, kteří pracují v úzkém kontaktu s pacientem měli uznávat atributy: ocenit pacienta, respektovat autonomii a důvěrnost, mít pozitivní mentální obraz a adekvátně vzdělávat pacienty.

Po nastudování materiálu o vztahu perioperační sestry a pacienta, by člověk jen těžko mohl tvrdit, že na operačním sále dochází k narušení pacientovi důstojnosti, když má vedle sebe „advokátku“. Skutečnost je jiná, jelikož pacient na operačním sále prochází několika fázemi a tudíž je jednoduché udělat nějakou chybu, která vede k narušení jeho důstojnosti.

Pacienta, kterého zpravidla na operační sál dováží sanitář je přijat perioperační sestrou přes vstupní filtr. (Wichsová, 2013) Už v této fázi, je nutné dbát na důstojnost pacienta. Je důležité začít pozdravem a od začátku s pacientem komunikovat na vhodné úrovni. Je důležité aby pacient chápal co mu zdravotní personál říká. Pacienta takovým chováním utvrdíme že nám není lhostejný a podpoříme tím i jeho důstojnost. Dále je důležité dbát ohled na jeho intimitu a soukromí. Ve vstupním filtru je pacient obnažen a přikryt jen prostěradlem. (Wichsová, 2013)

Takový úkon by měl probíhat za takových podmínek, aby byla co nejvíce zachována pacientova intimita a soukromí. Tento krok, by neměl být určitě opomenut za žádné situace.

Samotný překládání na operační lůžko by také mělo být provedeno tak, aby byla zachována pacientova intimita.

Na operačním stole je periooperační sestra povinná zajistit pacientovo bezpečí, které souvisí i se zajištěním bezpečné polohy pacienta. Zajištění pacienta probíhá prostřednictvím samolepících pásů - které by podle Wichsové (2013) mělo proběhnout až je pacient uveden do narkózy. V tomto případě se také myslí na pacientovu důstojnost aby se necítil znehodnocen a omezen. Mezi další úkony, které je vhodné provádět když je pacient v narkóze bychom mohli zařadit polohování, které také popisuje Wichsová (2013) nebo také cévkování či dezinfekce operačního pole. Zejména u gynekologických pacientek, kdy operační pole je většinou intimní zóna pacientky. U těchto úkonů se dbá na zachování intimity, soukromí a nenavozování nepříjemného pocitu, zbytečně když je pacient při vědomí. Během operace je nutné pacientovi zajistit tepelný komfort, kterého docílíme vyhřevné dečky. Při operacích při kterých nelze vyhřevná dečka použít je vhodné pacienta přikrýt a dopřát tepelný komfort aspoň na místech, které mohou být kryta a podpořit teplým infuzním roztokem. Během celé operace, kdy je pacient pod vlivem anestezie je úkolem perioperační sestry být jeho „advokátkou“, jak popsala Jedličková (2012). Pacient je v takové situaci bezmocný a je úkolem sestry zabezpečit jeho bezpečí a aby jeho důstojnost nebyla porušena např. nevhodnými komentáři nebo porušením pacientova přání. Také je vhodné neopomenout převoz pacienta z operačního sálu. Na lůžkové oddělení. Měli by jsme dbát na to, aby byl pacient převážen důstojně se zachováním intimity dostatečným oděvem a přikrytím.

Zaměřit by jsme se také mohli na směr převozu pacienta. Pacienta bychom neměli převážet nohama napřed. Nohama napřed se podle tradic vyváží jen mrtvá těla a to z důvodu aby se jejich duše nemohla vrátit. (NULK)

2.3.1 Holistická (celostní) péče perioperační sestry

Holismus z řeckého slova holou se překládá jako celek. Holismus je filozofický směr, který se zabývá celostním pojetím systému a ne jenom celku. V perioperační péči je nutné nahlížet na pacienta jako na celek, který je tvořen z několika částí. Člověk je vnímán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, kterou tak popsal V. E. Frankla. Zejména pomáhající profese by měly takto člověka vnímat a respektovat. (Jankovský, 2018)

Pacienti jsou v operačním traktu často ohroženi mechanickým poškozením, ale je důležité se také zamyslet nad poškozením psychického a duševního stavu. Pacient do operačního traktu vstupuje s pocitem strachu a úzkosti z neznámého prostředí a situace, kterou nedokáže sám vyřešit a je odkázán na pomoc zdravotníků. Proto holistická ošetrovatelská péče se zaměřuje na psycho-fyziologické potřeby a správnou ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče je zejména zaměřena na somatické potřeby pacienta a edukaci. Je důležité při rozhovoru s pacientem komunikovat klidně, upřímně a co nejpravdivěji, dopřát pacientovi časový prostor na otázky, vyslechnout si jeho vyjádření k strachu z operace. Také je důležité zajistit pacientovi intimitu a v neposlední řadě být empatický. (Wendsche, 2012)

2.3.2 Udržení a narušení důstojnosti v perioperační péči

Každá osoba má nárok na ochranu své důstojnosti. Důležité je, se zamyslet, že hospitalizovaní lidé mají vyšší riziko na poškození lidské důstojnosti, jelikož jsou závislí na pomoci druhých. A jakékoliv sebemenší pochybení zdravotnického personálu, může být příčinou narušení lidské důstojnosti. (Rae, 2017)

Zachování a podpora lidské důstojnosti je pro perioperační sestru jedním z nejdůležitějších atributů ve vztahu k pacientovi. Je důležité, aby sestra pacientovi věnovala čas, podpořila ho a byla s ním v blízkém kontaktu, aby porozuměla jeho potřebám. Nedílnou součástí v podpoře lidské důstojnosti hraje roli i podpora pacientovi vlastní identity, proto by se sestra měla zaměřit i na jeho přání, hodnoty či pacientovi zkušenosti ať už pozitivní či negativní. Sestra takovým chováním dává najevo zájem o pacienta a to, že si dokáže udělat čas na pacienta, vyjádří mu respekt a úctu, což také vede k podpoře pacientovi důstojnosti. (Bužgová, 2011, Kadivar, 2018)

Při udržování důstojnosti je také potřeba zachovat etický přístup ze strany sestry. Je důležité, aby sestra ke každému pacientovi přistupovala aktivně a vyhledávala i takové potřeby, které jí pacient nesdělil. Většinou se jedná o pacienty, kteří nechtějí sestram přidělovat práci a nechtějí být na obtíž. (Bužgová, 2011)

S takovým chováním se často setkáváme u seniorů, kteří nechtějí být na obtíž nebo Vietnamských žen, které jsou zvyklé ze své kultury potichu trpět a nestěžovat si.

Další důležitou součástí chování sester při zachování lidské důstojnosti je aby ke každému pacientovi přistupovali stejně. Sestra by neměla jednoho pacienta upřednostňovat před druhým ať už na základě sociálního postavení, rasy či sympatií. (Bužgová, 2011)

Podle průzkumu Kadivara (2018) je důležité, aby sestry na jakémkoliv oddělení podporovali lidskou důstojnost, čímž si zajistí kladný vztah a důvěru ze strany pacienta. Pacient nabyde pocitu sebevědomí a tím pádem se dokáže se svými problémy a zdravotním stavem lépe vyrovnat a přijmout ho. Pokud ale ze strany zdravotnického personálu nebude podpořena pacientova důstojnost, může to mít na pacienta negativní vliv. Pacient nebude mít dostatek vůle pro řešení a vypořádání se se svými problémy.

Tak jak se snažíme několika způsoby pacientovi důstojnost podpořit, může být pacientova důstojnost narušena několika způsoby. Jonathan Mann popsal několik způsobů narušení lidské důstojnosti a vytvořil čtyři kategorie.

První kategorií je *nebýt viděn*. K takové nabourání lidské důstojnosti dochází když je pacient ignorován a není uznáván. Příkladem z perioperační péče je takový pacient, kterého zdravotnický personál na operačním sále přehlídí, nekomunikuje s pacientem a nepodává mu důležité informace o průběhu celého operačního procesu a pacient je ponechán na operačním lůžku bez povšimnutí. (Kisvetrová, 2019, Wedsche, 2012)

Další situací, kterou popsal Mann je kategorie *být viděn pouze jako člen skupiny*. Pacient je vnímán stereotypně, jako člen určité skupiny. (Int. Článek) Na operačním sále je operant často vnímán jen jako jméno na operačního programu.

Druhým způsobem jak je možné narušit pacientovu důstojnost ze strany zdravotnického personálu je *narušení osobního prostoru*. Je to jedna z nejčastějších příčin narušení důstojnosti na operačním sále zejména z toho důvodu, že je narušena pacientova intimita ať už při převozu na operační sál, rouškováním operačního pole, kdy je pacient zcela odhalen nebo při samotném operačním výkonu. Zejména při gynekologických operacích, kdy je zasaženo do intimní oblasti. (Kisvetrová, 2019, Jedličková, 2012, Wedsche, 2012)

Posledním popsáním způsobem dle Manna je *ponížení*. Vzniká, pokud je pacient vyčleněn, odloučen od skupiny či společnosti, odlišen a je k pacientovi přistupováno rozdílným chováním. Takový pacienti jsou často předmětem kritiky a posměchu. Taková situace, často

nastává u seniorů nebo dementních lidí. Dobrým příkladem z perioperační péče je pacient v celkové anestezii, kdy se nemůže bránit jakýmkoliv poznámka či vtipům vůči své osobě. V takovém případě je vhodné, aby se perioperační sestra zastala pacienta a byla mu tzv. advokátkou. (Kisvetrová, 2019, Wendsche, 2012. Wichsová, 2013)

2.4 Komunikace jako nástroj k podpoře důstojnosti

Komunikace z latinského slova *communicare* tj. sdílet. Přesnější význam slova *communicare* je „*činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si*“ (Zacharová, 2016). (Zacharová, 2016)

Definice podle Boggse (2023) popisuje komunikaci jako společenský proces, který spojuje lidi a jejich myšlenky pomocí slov, neverbálního chování a jednání. Komunikace je metoda, kterou budujeme společenské vztahy. Lidská komunikace je podle Boggse (2023) jedinečná, protože pouze lidé mají složitou slovní zásobu a jsou schopni se naučit používat různé jazykové symboly k vyjádření. Tomová (2016) popisuje komunikaci jako nekončící proces, který každý jedinec rozvíjí celý život ale také upozorňuje na to, že je také potřeba se učit komunikačním dovednostem celý život.

Každá výše zmíněná definice je přínosná a popisuje, jak by správná komunikace měla vypadat a na co by se měl zdravotnický personál zaměřovat a to především na operačním sále, kde může být pacientova důstojnost narušena.

Komunikaci řadíme mezi jeden z nejdůležitějších aspektů v ošetrovatelském procesu a při poskytování zdravotnické péče. Komunikace mezi sestrou a pacientem je specifická a vyžaduje určité dovednosti ze strany sestry. Proto je podle Boggse (2023) důležité, aby se personál stále zdokonaloval a učil se. (Zacharová, 2016)

Je důležité si uvědomit, že pacient na operačním sále je člověk v tísní, který pocítuje strach, úzkost z neznámé situace a nedokáže si pomoci sám. V takovém stavu, kdy potřebuje pomoc od druhých a je na nich závislý, může pocítovat ztrátu důstojnosti. Je nutné aby zdravotnický personál v takovém případě podpořil pacientovu důstojnost pozdravem, oslovením a vhodnou komunikací. Pro sestry v praxi to znamená, že je nutné, aby s každým pacientem zacházely jako s jedinečnou lidskou bytostí, komunikovaly a respektovaly jeho individualitu a potřeby. (Wichsová, 2012, Ptáček, 2011)

Podle Honzáka (2011) se lidé chovají způsobem na který jsou zvyklí v běžném životě, který ale nemohou v nemocnici využít. Obvzlášť pro pacienta je situace v nemocnici náročná, jsou na něj kladeny nároky ze všech stran. Musí se adaptovat na nové prostředí, které mu není příjemné, srovnat se se svým zdravotním stavem, vyslechnout požadavky od zdravotnického personálu a také si zvyknout na nedostatečný kontakt a komunikace s jeho nejbližšími. Proto je důležité podpořit pacienta i v sociálních potřebách, kdy mu zajistíme dostatečný kontakt s jeho rodinou a přáteli.

Komunikace mezi sestrou a pacientem je také ovlivněna mentálním stavem pacienta. Pro poskytnutí bezpečně a efektivní zdravotní péče, je důležité, aby komunikace byla včasná, přesná a efektivní. Výsledkem efektivní komunikace je spokojenost pacienta. S pacientem, s kterým se vede efektivní komunikace, které má možnost porozumět se lépe domluvíme o jeho zdravotních změnách a pocitech a můžeme na ně lépe reagovat a efektivně řešit. (Boggs, 2023)

Na to aby mohla mezi pacientem a sestrou probíhat efektivní komunikace je nutné, aby komunikace splňovala tři základní parametry, které popsala Zacharová (2016).

Prvním a nejdůležitějším požadavkem je **chtít komunikovat**. Je vhodné, aby tento prvek komunikace plnila jak sestra, tak pacient. Většinou se s problémem setkáváme spíše na straně sestry, která nechce komunikovat například z důvodu nedostatečného rozvoje komunikačních dovedností nebo nezájem o profesi. Druhým aspektem pro dobrou komunikaci je, aby aktéři zapojení do komunikace **uměli komunikovat**. Pacient si vystačí s komunikací z běžného života. Od sestry se očekává, že bude mít rozšířené dovednosti a bude schopna komunikovat s různými skupinami pacientů jako jsou agresivní pacienti nebo pacienti pociťující strach. Od zdravotnického personálu je žádoucí, aby vliv vhodnou úroveň komunikace a slovní zásobu, aby pacient byl schopen porozumět. Posledním požadavkem je **moci komunikovat**. Jedná se o požadavek, který bohužel nemůžou splňovat všichni pacienti. Pacienti s mentálním postižením jsou schopní komunikovat jen částečně jen na určité bazální úrovni, naopak pacienti na jednotce intenzivní péče, kteří jsou bezvědomí nebo pacienti na operačním sále pod vlivem medikace nejsou schopni komunikovat vůbec. (Zacharová, 2016)

2.4.1 Komunikace na operačním sále

Na operačním sále dochází k setkání pacienta s multidisciplinárním operačním týmem. Pacient však přichází nejvíce do kontaktu s perioperační sestrou, a proto by měla být vždy snaha perioperační sestry o zlepšení vztahu s pacientem pomocí správné komunikace. Je nutné, aby sestra pacienta respektovala a prokázala mu úctu a to ne z důvodu jeho nemoci ale protože i pacient je plnohodnotná lidská bytost. Komunikace na jednotce intenzivní péče probíhá odlišně než na lůžkových odděleních, je více specifická a více se zaměřuje na přístup k pacientovi z důvodu diagnózy a neznámého prostředí jak zmiňuje Tomová (2016).

Komunikace na oddělení JIP je hodně srovnatelná s komunikací na operačním sále. Pacient je též zatížen zdravotní diagnózou, nachází se v neznámém prostředí jen s tím rozdílem, že do stavu bezvědomí se dostává „dobrovolně“ až po určitém časovém úseku. Do doby než je navozen stav bezvědomí se snaží zdravotnický personál s pacientem komunikovat. Také je ale narušeno jeho soukromí při transportu na operační lůžko a může být vystaven čekání v chladné místnosti se spoustou neznámých zvuků, které také mohou v pacientovi vyvolávat pocit beznaděje a neúcty.

Sestra na operačním sále tudíž potřebuje mít vysokou míru empatie, dobrou komunikační dovednost a především zkušenosti, které jí pomáhají odhadnout pacientův psychický stav před operací. (Tomová, 2016, Heřmanová, 2012)

Tyto dovednosti sestře zajistí dobrou komunikaci, kterou je schopna přizpůsobit individuálně konkrétnímu pacientovi ve vztahu na jeho diagnózu a psychický stav. Je důležité, aby si sestra pomocí komunikace, vybuodovala s pacientem dobrý vztah. Při nedostatečné nebo nevhodné komunikaci, může dojít k narušení nebo ztrátě vztahu mezi sestrou a pacientem. Ztráta vztahu mezi těmito dvěma subjekty, může vést k poškození psychickému stavu pacienta a narušení jeho důstojnosti. (Tomová, 2016)

Podávání informací směrem k pacientovi, by mělo být podle Tomové (2016) jasné, srozumitelné, výstižné a stručné. Důležité je také podle autorky zvolit vhodnou formu podání informací a dostatečný časový prostor na položení dotazujících otázek.

Komunikace na operačním sále může být narušena hned několika faktory: technikou, která vydává hluk a pacient nemůže naslouchat, navíc se vyskytuje ve stresujícím prostředí jak už bylo více zmíněno což také vede k zhoršení komunikačních schopností ze stran pacienta.

Dalším faktorem který ovlivňuje zejména neverbální komunikaci je sterilní oblečení celého operačního týmu, zejména sterilní roušky přes obličej. Rouška zamezuje pacientovi číst z obličeje zdravotníka, co může pacienta přivádět do nekomfortní situace. Je ale důležité aby zdravotník nezapomínal na to, že i pomocí očního kontaktu může s pacientem komunikovat a vyjádřit sounáležitost, radost i smutek.

Během komunikace se mohou vyskytnout i další problémy ze strany sestry a tím jsou neochota naslouchat, hojné využívání odborné terminologie nebo nedostatek času. (Tomová, 2016)

Podle Kroupové (2016) je důležité aby zdravotnický personál při komunikaci v pacientovi vzbudil pocit emocionální podpory a jistoty a pomohl pacientovi získat nadhled nad onemocněním. K takovému pocitu je vhodné také využít neverbální komunikaci např. dotek. Dalším důležitým faktorem je dle autorky aby pacient cítil z personálu empatii, pocit sounáležitosti a věděl, že zdravotnický personál aktivně naslouchá. Tomová (2016) radí, že je důležité si uvědomit, že pacient se nachází v nepříjemné situaci a právě sestra by si měla u pacienta získat důvěru a být pacientovi v této situaci nápomocná.

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

V průzkumné části práci je blíže popsána metodika průzkumu. Obsahuje průzkumné otázky, popsání sběru dat, charakteristiku výzkumného nástroje (dotazníku) a popis respondentů. V průzkumné části jsou také interpretovány výsledky výzkumného šetření pomocí grafů. Výsledky diplomové práce jsou zpracovány v diskuzi. Závěr obsahuje shrnutí veškerých výsledků a zjištění z průzkumné části a doporučení pro praxi.

3 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Diplomová práce je prací teoreticko - průzkumnou. Průzkum byl prováděn kvantitativním šetřením. Data byla získána pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku, který obsahoval 19 otázek a byl vlastní tvorby. Dotazník obsahoval otázky uzavřené, otevřené i polootevřené.

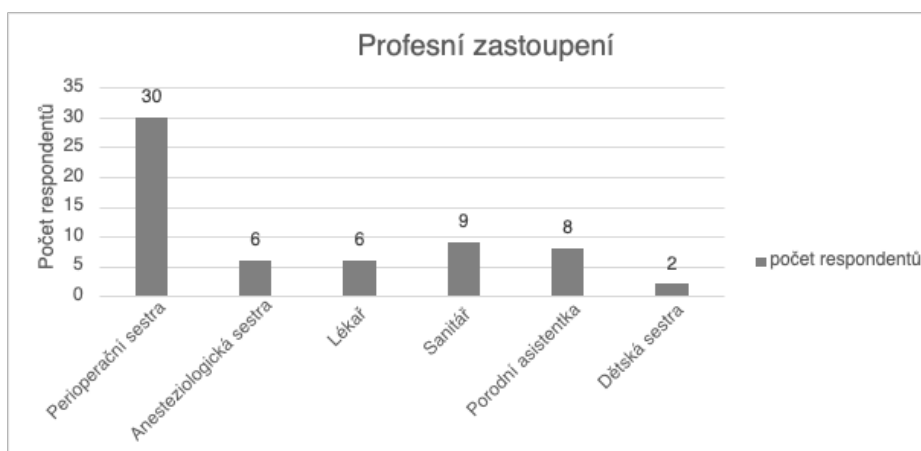
Z celkového počtu otázek v dotazníku bylo 10 otázek uzavřených, 4 otázky polouzavřené kde mohli respondenti své odpovědi rozvinout a konkretizovat svou odpověď. Zbýlých 5 otázek byly otázky otevřené, kde měli respondenti možnost se vyjádřit vlastními slovy. Poslední otázkou byla otázka neočíslovaná, kde mohli respondenti zanechat svůj vlastní názor na téma, které se týkalo diplomové práce.

3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazníkového šetření se zúčastnily veškeré profese pracující na gynekologicko - porodnickém operačním sále (např. instrumentářky, porodní asistentky). Šetření probíhalo ve fakultní nemocnici na gynekologicko - porodnické klinice, kterou s ohledem na zachování anonymity blíže nespecifikuji. Jedinou podmínkou, aby mohli být respondenti zařazeni do výzkumu byla práce na operačním sále.

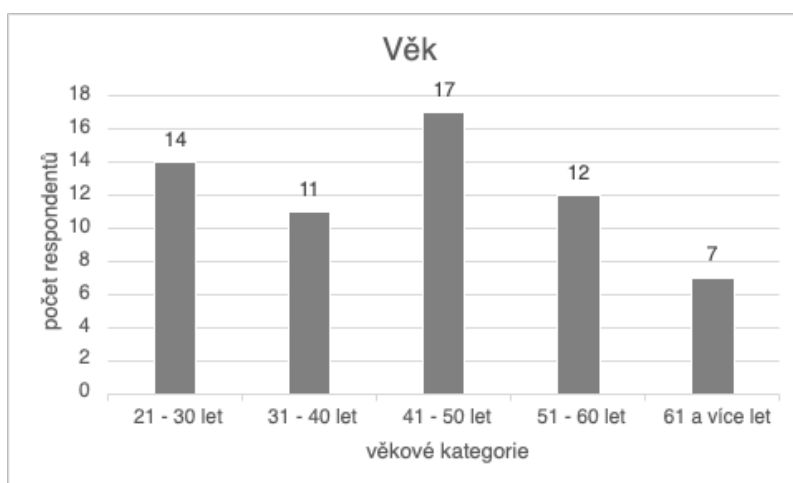
Pro bližší charakteristiku respondentů byly v dotazníku použity otázky č. 14 - č.19. Dotazník vyplnilo celkem 61 respondentů - 50 žen (82 %) a 11 mužů (18 %) (viz obrázek č. 15 v příloze). Z dotazníků vyplynulo, že největší skupinu dotazovaných tvoří perioperační sestry (49%), další dvě skupiny tvoří sanitáři (15%) a porodní asistentky (13%), anesteziologické

sestry i lékaři mají stejné zastoupení (10%), nejmenší skupinu tvoří dětské sestry (3%), což může být zapříčiněno tím, že jsou přítomny jen u císařských řezů. (viz obrázek č. 1)



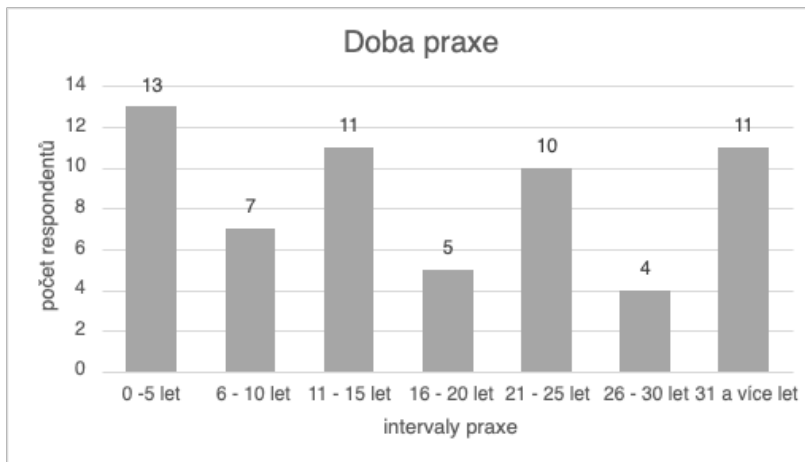
Obrázek č. 1 Profesní zastoupení respondentů

Největší skupinu respondentů tvoří respondenti ve věkovém rozmezí 41 - 50 let (17 respondentů / 28%). Věkový interval 41 - 50 let je pravděpodobně nejpočetnější z důvod, že se jedná o respondenty v produktivním věku, kteří většinou mají dokončené vzdělání a potřebné specializace nebo dostatek praxe. Tento výsledek potvrzuje i ČSU, který udává, že průměrný věk zdravotních sester a porodních asistentek byl v roce 2017 46,1. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti ve věku 21 - 30 let (14 respondentů / 23 %) Následující graf (viz obrázek č. 2) znázorňuje rozložení respondentů ve všech věkových kategoriích.



Obrázek č. 2 Věkové zastoupení respondentů

Dále pro charakteristiku výzkumného vzorku sloužila otázka ohledně délky praxe na operačním sále. Nejpočetnější skupinou jsou respondenti s délkou praxe v rozmezí 0 -5 let (13 respondentů / 21 %). Nejméně respondentů se nachází ve skupině 26 - 30 let praxe (4 respondenti / 7 %). Následující graf (viz. obrázek č. 3) znázorňuje veškeré zastoupení všech respondentů v jednotlivých skupinách.



Obrázek č. 3 Rozložení respondentů podle délky praxe

3.3 Sběr dat

Dotazníkové šetření probíhalo od 1.dubna do 16.dubna 2023 ve fakultní nemocnici na gynekologicko - porodnické klinice, kterou blíže nespecifikuji ohledně zachování její anonymity. Dotazníky byly rozdány mezi zdravotnický personál pracující na operačních sálech po schválení dotazníkové akce vrchní sestrou kliniky

a náměstkyní nemocnice. Dotazník byl distribuován na všech 6 sálů - dva operační sály pro císařské řezy, jeden standardní operační sál, jeden endoskopický sál a na dva malé sály určené pro malé malé výkony (CAR, konzervativní gynekologie).

Celkem bylo mezi zaměstnance rozdáno 100 dotazníků a návratnost byla 68 z čehož bylo 7 dotazníků vyřazeno z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění. Vyplnění dotazníků bylo zcela anonymní a dobrovolné.

3.4 Analýza dat

Data z dotazníku byla vytěžena pomocí ruční metody zvanou čárkování, kterou jsem zjistila frekvenci četnosti odpovědí. Získané výsledky byly zpracovány do tabulek v programu MS

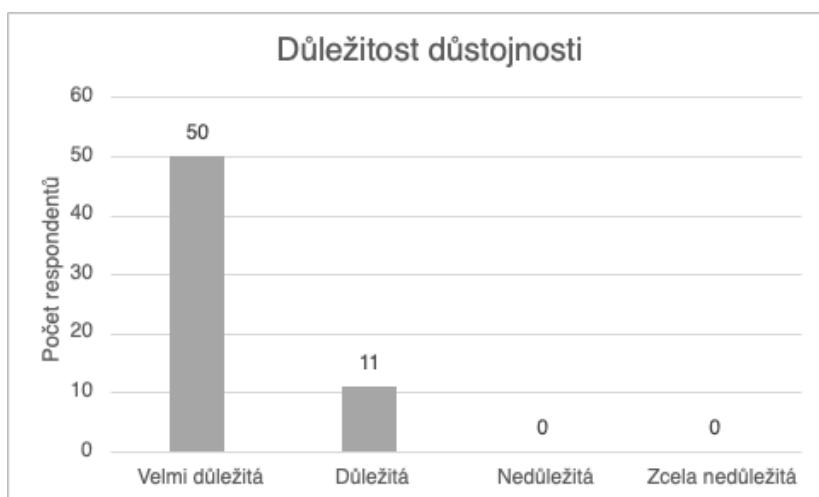
Excel a poté následně převedeny do grafů. U jednotlivých otázek z dotazníku byly vytvořeny tabulky četností, které obsahovaly absolutní četnost (n_i) a relativní četnost (f_i), dále byly vytvořeny grafy pro lepší přehlednost a vizualizaci. Data získané z dotazníku jsou prezentována pomocí grafů, slovním popisem grafů a porovnávány s teorií, případně s jinou literaturou či průzkumem.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Je pro Vás důstojnost pacienta důležitá?

Otázka č. 1 byla zaměřena na důležitost pacientovi důstojnosti. Pomocí otázky bylo zjištěno jak moc je pro personál pacientova důstojnost důležitá. Personál odpovídal na otázku výběrem z možností - velmi důležitá, důležitá, nedůležitá nebo zcela nedůležitá. Již na první pohled je na grafu patrné (viz obrázek č. 4), že personál na operačním sále nepovažuje důstojnost pacienta za nedůležitou, nýbrž naopak. Všichni dotazovaní uvedli, že je pro ně pacientova důstojnost důležitá. Největší skupinu tvoří 50 respondentů (82 %) s odpovědí, že je pro ně důstojnost pacienta velmi důležitá. Zbylí respondenti (11 respondentů / 18 %) označili důstojnost pacienta za důležitou.



Obrázek č. 4 Důležitost důstojnosti pro respondenty

Tento rozdíl v označení zda je důstojnost důležitá nebo velmi důležitá, může být zapříčiněno tím, že každý si důstojnost může vyložit jinak, jelikož pro ni nemáme přesnou definici a nedokážeme ji přesně vymežit a popsat. (viz Kapitola 1) Pro praxi je důležité, že pro všechny dotazované je důstojnost pacienta důležitá a mají o ní povědomí.

Takové rozdíly popisuje i Saetern (2021), který se zabýval důstojností jako prostředkem pro podporu zdraví a pohody pacienta. Zaměřuje se zejména na to, že důstojnost je dvojitý pojem.

První část je neměnná, založená na lidské hodnotě a druhá část je založena na hodnotovém žebříčku, kontextu a kultuře.

Při pohledu na odpovědi respondentů je viditelné, že každý respondent má v sobě zakořeněnou důstojnost, což můžeme vyčíst z toho, že pro všechny respondenty je důstojnost důležitá. Druhým faktem je, že pojetí důstojnosti, může být ovlivněna nějakou situací, prožitkem, osobním žebříčkem hodnot či kulturou. Proto je viditelné, že každý důstojnost hodnotí jinak - 50 respondentů za VELMI důležitou a 11 respondentů za důležitou.

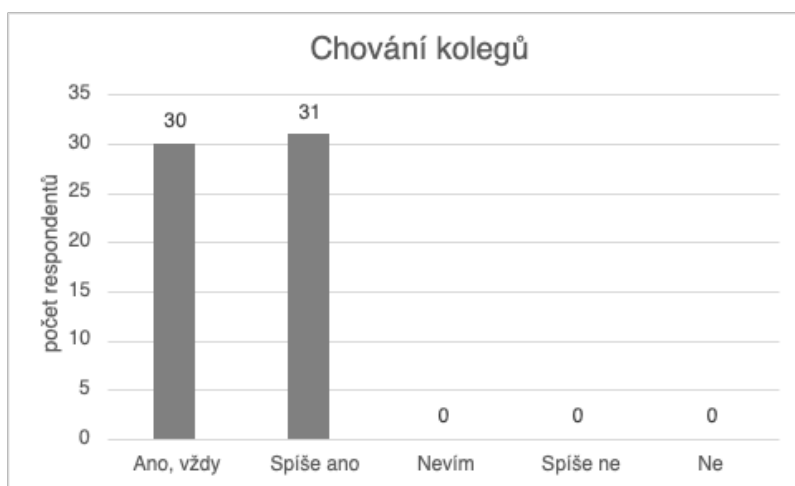
Pokud si již zmíněných 11 respondentů dáme do kontextu s délkou praxe uvidíme, že většina pochází ze dvou rozhraní, které jsme si určili pro stanovení délky praxe. (viz tabulka č. 1) První skupinu tvoří 6 respondentů (55 %), kteří na operačním sále pracují 31 a více let. Druhou významnou skupinu tvoří zaměstnanci s praxí 26 -30 let (3 respondenti / 23 %). Další dvě skupiny, které jsou 11 - 15 let praxe a 0 - 5 let praxe, jsou zastoupeny pouze jedním respondentem (11 %) ze skupiny 11 respondentů. Můžeme tedy říct, že v tomto případě „hodnota“ důstojnosti by mohla být ovlivněna délkou praxe. Pro respondenty s delší praxí je důstojnost důležitá a nepřikládají jí nijak větší důležitost. To může být zapříčiněno např. syndromem vyhoření. Dalším důvodem proč respondenti nepřikládají takovou váhu důstojnosti může být pracovní rutina, jejich práci na operačním sále už dělají automaticky, že si nemusí ani uvědomit, že určité pracovní úkony souvisí s důstojností.

	30 a více let praxe	26 - 30 let praxe	21 -25 let praxe	16 - 20 let praxe	11 - 15 let praxe	6 - 10 let praxe	0 - 5 let praxe	Celkem
Důležitá	6	3	0	0	1	0	1	11
Velmi důležitá	5	1	10	5	11	7	12	50

Tabulka č. 1 Zastoupení odpovědí respondentů v důležitosti důstojnosti

Otázka č. 2: Chovají se Vaši kolegové na operačním sále důstojně k pacientovi?

Otázka č. 2 byla zaměřena na subjektivní názor respondentů. Respondenti měli dát najevo jejich subjektivní názor na chování kolegů na operačním sále. Jako u otázky číslo jedna měli respondenti na výběr z několik možností, aby mohli ohodnotit své kolegy. Na grafu (viz. obrázek č. 5) můžeme vidět, že 31 respondentů (51 %) vnímá chování kolegů jako spíše důstojné. 30 respondentů (49 %) označilo chování kolegů za vždy důstojné. Rozdíly mohou být vysvětleny tak, že každý si pod důstojností představí něco jiného a jak už bylo napsáno v teoretické části, pro důstojnost není jednoznačná definice. Z obrázku je také patrné, že žádný respondent si nemyslí, že by se jeho kolegové chovali nedůstojně. Tímto výsledkem si můžeme potvrdit výsledek z otázky číslo 1. Stupeň hodnocení důstojnosti je mírně odlišný. Důležité je, že je důstojnost v určité formě na operačním sále zachována.



Obrázek č. 5 Subjektivní hodnocení chování kolegů

Otázka č. 3: Co pro vás znamená důstojnost?

Třetí otázka byla otázkou otevřenou. Chtěla jsem zjistit názor respondentů na důstojnost a co pro ně znamená. Někteří se o důstojnosti rozepsali ve větách, někteří spíše heslovitě vyjmenovali co si pod slovem důstojnost představí. Ať už bylo vyjádření jakékoliv, 52 respondentů použilo pro vyjádření důstojnosti slovo **intimita**. Druhým často psaným slovem bylo slovo **soukromí** a to použilo ve svém vyjádření 34 respondentů. 28 respondentů si se slovem důstojnost vybaví slušné a vhodné **chování směrem k pacientovi**. Dalším používaným slovním spojením pro popis důstojnosti bylo **kontakt s pacientem**, tuto možnost zvolilo 8 respondentů. Slovo **komfort** bylo použito k popisu důstojnosti 3 respondenty.

O pohled sester na lidskou důstojnost se též zajímala Čamrová ve své diplomové práci. Ta se zaměřovala na rozdíly mezi českými a německými sestrami. Podle výzkumu Čamrové (2020) měly německé sestry povědomí o důstojnosti více rozmanité než sestry české. Pro české sestry bylo složité pojem důstojnost uchopit. I když v podvědomí věděly co důstojnost znamená, bylo pro ně těžké to slovy vyjádřit. Často důstojnost popisovaly jako nezcizitelnou hodnotu a čest, spojovaly ji s právy a respektem člověka. Dvě zdravotní sestry popsaly důstojnost jako dostatečnou saturaci lidských potřeb. (Čamrová, 2020)

Německé sestry se shodovaly s českými sestrami na nezcizitelné hodnotě. Spojovaly lidskou důstojnost s úctou, respektem, autonomií, soběstačností a nejvyšší lidskou hodnotou, která je právně vymahatelná. Podle dvou sester, by bez dodržení důstojnosti nemohla být poskytována zdravotnická péče. (Čamrová, 2020)

Citace komentářů k otázce číslo 3 z mého šetření.

„ Důstojnost pro mě znamená, chovat se vhodně a citlivě k pacientovi. Zachovat s ním dostatečný kontakt a dopřát mu co nejlepší komfort na operačním lůžku (zachování intimity, dotazem zda se mu dobře leží). ”

„ Přístupovat k pacientovi jako k sobě rovnému, respektovat jeho osobu, strach a nervozitu. Chovat se tak aby bylo podpořeno jeho soukromí. ”

„ Zajistit pacientovi aby se cítil co nejvíce komfortně a bezpečně. Nepociťoval stud a věděl, že se může na cokoli zeptat ”

„ Chovat se k člověku jako k člověku a ne jako k věci. Zbytečně neodhalovat pacienta. Udržovat s ním kontakt, vše vysvětlit, vždy odpovědět. ”

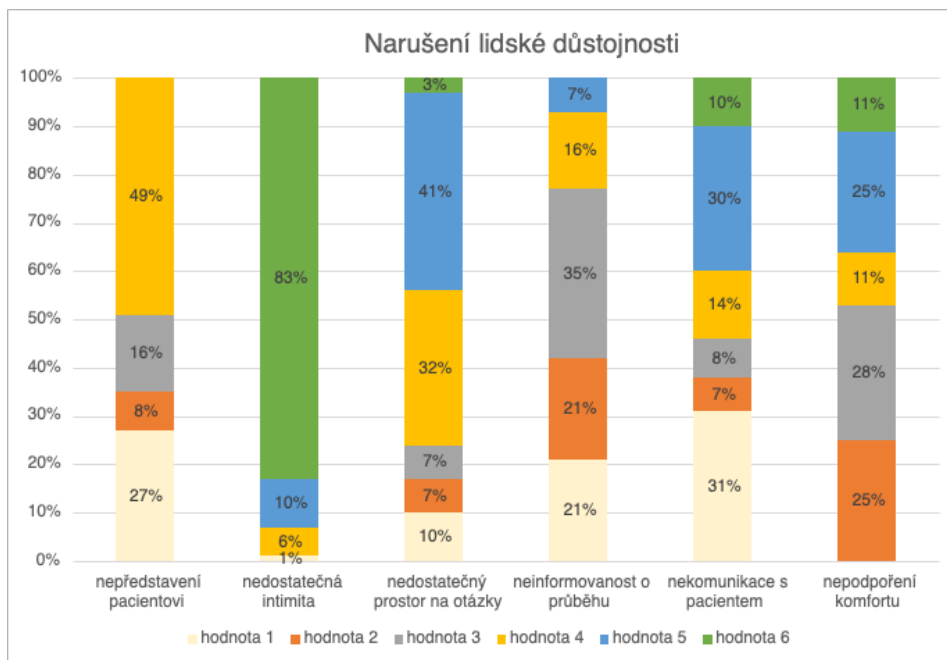
„ Zachovat pacientovu intimitu. Zajistit klid a důvěru pacienta pomocí komunikace ”

Otázka č. 4: Jaké chování personálu podle Vás snižuje lidskou důstojnost? Prosím očísľujte. (č. 1 = zanedbatelné snížení důstojnosti, č. 6 = nejvíce snižuje lidskou důstojnost)

V otázce č. 4 mohli respondenti přiřadit hodnoty (1 - 6) k vybraným situacím, které přispívají k snižování lidské důstojnosti. Hodnota č. 1 označuje co podle respondentů nejméně ovlivňuje důstojnost, naopak hodnota č. 6 hodnotí tu situaci, která podle respondentů nejvíce ohrožuje lidskou důstojnost. Situace, které respondenti hodnotili: nepředstavení se pacientovi,

nedostatečné zachování intimity, neposkytnutí pacientovi dostatečný prostor na otázky, nedostatečná informovanost pacienta o průběhu operace, nekomunikace personálu s pacientem a nepodpoření komfortu pacienta na operačním lůžku např. tepelný komfort.

Z grafu (viz obrázek č. 6) můžeme vyčíst, že nejčastěji respondenti volili hodnotu č. 6 (největší narušení důstojnosti) pro situaci nedodržení dostatečné intimity. Tuto možnost volilo 51 respondentů (83 %). Naopak 2 respondenti (3 %) si myslí, že největší vliv na důstojnost má nedostatečný prostor na otázky. Tuto odpověď zvolily dvě anesteziologické sestry. Takové hodnocení si mohli anesteziologické sestry vyvodit z situace, kdy sedí sestra u „ hlavy“ pacienta, kterému nebyl dopsán dostatečný prostor na otázky od perioperační sestry. Takovou situaci označili respondenti hodnotou č. 5. Vybralo ji 25 respondentů (41 %).

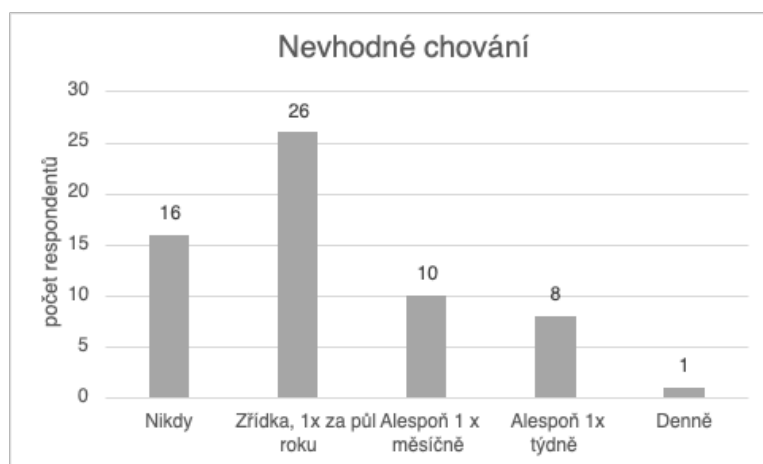


Obrázek č. 6 Znárodnění činností, které narušují lidskou důstojnost

Hodnota číslo 4 se nejvíce vyskytuje u situace nepředstavení se pacientovi, tuto situaci vybralo pro hodnotu č. 4 celkem 30 respondentů (49 %). Podobnost výsledků, pro hodnotu č. 5 a 4 může být zapříčiněna společným tématem, kterým je komunikace. Nejnižší hodnota byla přiřazena 20 respondenty (31 %) situaci nekomunikace s pacientem. Druhou nejvíce obsáhlou skupinu pro hodnotu č. 1 je 16 respondentů (27 %), kteří označili situaci nepředstavení se pacientovi

Otázka č. 5: Jak často jste svědkem chování, které narušuje důstojnost pacienta?

Pomocí otázky číslo 5 jsem chtěla zjistit, jak často jsou respondenti svědkem nevhodného chování ve vztahu k pacientům. Na výběr měli respondenti z několika možností - nikdy; zřídka, 1x za půl roku; alespoň 1x měsíčně; alespoň 1x týdně; denně. Na obrázku č. 7 můžeme vidět podle mě velice dobrý výsledek. Podle 26 respondentů (43 %) jsou na sále svědkem nevhodného chování zřídka, 1x za půl roku. Kdyby jsme se zaměřili na situaci - nezachování dostatečné intimity, která z předešlé otázky vzešla podle respondentů jako nejvíce narušující. Dalo by se říct, že vzhledem k prostředí v kterém výzkum probíhal je výsledek dobrý. Jelikož na operačním sále nemůžeme zajistit stoprocentní diskrétnost intimních partií. Druhou skupinou je 16 respondentů (26 %), kteří se ještě nikdy neseťkali s nevhodným chováním na operačním sále směrem k pacientovi. Tato skupina respondentů je tvořena převážně perioperačními sestrami a lékaři. Třetí skupinu tvoří 10 respondentů (16 %), kteří se alespoň jednou za měsíc s nevhodným chováním setkali. S týdenní frekvencí nevhodného chování se setkalo 8 respondentů (13 %). Poslední skupinu tvoří 1 respondent (2 %) podle kterého se na operačním sále denně narušuje pacientova důstojnost chováním personálu.



Obrázek č. 7 Četnost výskytu nevhodného chování

Odpovědi, které vyjadřují častější porušení důstojnosti ze strany personálu, označily ty profese, které nenesou takovou zodpovědnost za pacienta jako perioperační sestra a lékař. Většina odpovědí pochází od sanitářů, dětských sester, porodních asistentek nebo anesteziologických sester (viz tabulka č. 2). Tyto profese, bychom mohli popsat jako nepřímé účastníky operace, které ale mají svou úlohu v zajišťování chodu péče okolo pacienta a jsou

plnohodnotnými členy operačního týmu. Během operace, musí sledovat okolí a dění, aby věděli kdy je správný čas využít svých schopností. (např. anesteziologická sestra sleduje pacienta, jeho reakce a zároveň operátory v jaké fázi operace se nachází, a proto má větší přehled o okolí pacienta) Proto bychom tyto profese mohli využít v tomto průzkumu jako pozorovatelé. Čtyři odpovědi ohledně četnosti výskytu nevhodného chování, pochází od perioperačních sester a jednoho lékaře, kteří jsou ale ovlivněni délkou praxe. Tito 4 respondenti jsou v praxi 0 - 5 let. Jejich odpovědi se mohou odvíjet od faktu, že nemají tolik zkušeností a stále se učí novým poznatkům. To také popisuje Naden (2022) ve své studii. Mladí lidé a zejména studenti podle Nadena (2022), poznávají důstojnost pomocí vlastních prožitků a pozorováním dobrých či špatných vzorců. Vlivem pozorování si sám udělá úsudek co je správné a co zraňuje pacientovu důstojnost.

	Sanitář	Dětská sestra	Lékař ml.	Perioper. Sestra ml.	Porodní asis.	ARO sestra	Celkem
Denně	1						1
Jednou týdně	3	2	1	1		1	8
Jednou měsíčně	2			2	2	4	10

Tabulka č. 2 Odpovědi - na četnost výskytu nevhodného chování

Otázka č. 6: Co pro Vás znamená respekt?

Otázka č 6. v dotazníku byla otázka otevřená. Dávala možnost respondentům se vyjádřit co pro ně respekt znamená. Nejčastěji byl respekt přirovnávám k slovu **úcta**. Toto srovnání použilo 48 respondentů. Zbýlých 35 respondentů popisovalo respekt pomocí slova chování.

Podle Kopřivy (2008) je důležité, aby každý jedinec tomuto pojmu správně porozuměl. Je důležité si uvědomit, že respektování není o tom nechat si vše líbit a vycházet ve všem vstříc. Respekt, by neměl být ničím podmiňován ale měl by být vyjádřen každé lidské bytosti chováním, které nezraňuje jejich důstojnost. Kopřiva se vyjadřuje o takovém chování takto: „*nedovolit si k nim nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám*” (Kopřiva, 2008)

Po srovnání odpovědí respondentů a Kopřivovi pojetí o respektu je zřejmé, že dotazovaní respondenti jsou si dle Kopřivy vědomi co je respekt. Povědomí personálu o respektu je dobrým znamením a určitým znakem toho, že by se personál mohl chovat k pacientům s respektem, čímž by také podporoval pacientovu důstojnost.

Respekt jako součást lidské důstojnosti popisují také ve své studii Solberg a Naden (2022), kteří popisují důstojnost jako úctu a respekt. Zejména vyzdvihují respekt ke zranitelnosti, k obdivu nebo také vztahový respekt v každodenní realitě, který je každému vlastní. Proto také usuzují, že důstojnost a respekt je úzce spjatá a aby byla podpořena pacientova důstojnost je důležité nepodceňovat respekt ať už v jakémkoliv rozsahu.

Citace komentářů k otázce č. 6:

„ Pod slovem respekt si představím slušné chování a respektování člověka takový jaký je.”

„ Pochopení druhého.”

„Zkusit se vžít do kůže druhého a snažit se chovat tak aby mu to bylo co nejpříjemnější”

„ Chování s respektem - takové chování, kterým dám najevo druhému úctu a pochopení.”

„ Respekt je podle mě něco, co si člověk musí vybudovat a zasloužit svým vlastním chováním a činy.”

„ Když se řekne slovo respekt - parní co mě napadne je slušné chování a vážit si toho druhého. “

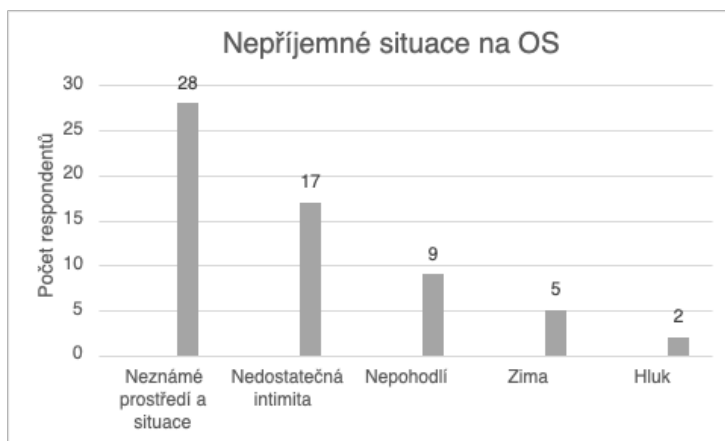
„ Respekt = úcta k druhému.”

Otázka č. 7: Myslíte si, že se pacient může někdy na sále cítit nepříjemně? Pokud ano, prosím uveďte v jakých situacích.

Otázka č. 7 byla polootevřená a zaměřena na hodnocení pocitů pacientů. Respondenti měli subjektivně ohodnotit jestli se pacient může cítit nepříjemně na operačním sále. Na výběr měli respondenti ze dvou možností - ANO či NE. Pokud vybrali možnost ANO byli požádáni, aby vypsali situaci, která vede pacienta k nepříjemnému pocitu. Všichni respondenti (61 respondentů / 100 %) si myslí, že se pacient na operačním sále může cítit nepříjemně.

Nepříjemných situací na operačním sále vypsali respondenti několik. Jak je z grafu zřejmé (viz obrázek č. 8) nejčtenější odpovědí respondentů je, že pacientovo pohodlí je nejvíce

ovlivněno neznámým prostředím a neznámou situací. Na této odpovědi se shodlo 28 respondentů (46 %). Honzák a Tomová se také zabývají vlivem neznámého prostředí na pacienta (viz kapitola 2) a popisují neznámé prostředí pro pacienta jako stresující a nepříjemné. Druhou nejčtenější popisovanou situací byla nedostatečná intimita pacienta, takovou situaci popsalo 17 respondentů (28 %). Nepohodlí, které pacient může pociťovat zejména na operačním stole, označilo 9 respondentů (15 %).

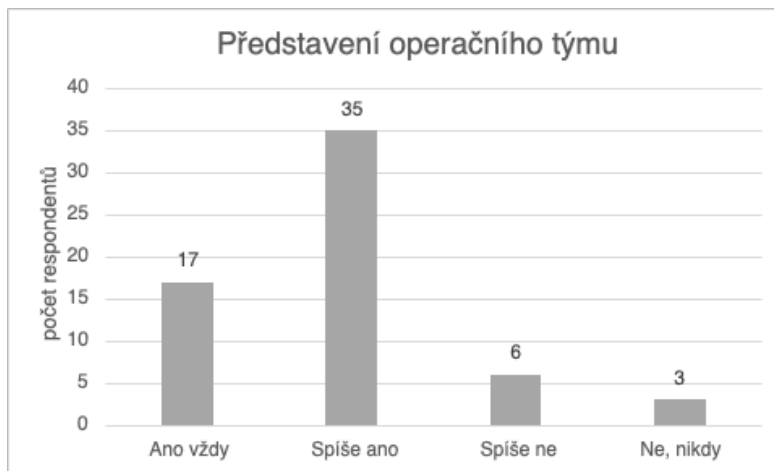


Obrázek č. 8 Výčet situací, které navozují nepříjemný pocit pacienta

Otázka č. 8: Je pacientovi představen celý operační tým?

Otázkou č. 8 jsem chtěla zjistit zdali je představen celý operační tým pacientovi. Z grafu (viz obrázek č. 9) je viditelné, že nejpočetnější skupinu tvoří ti, kteří si vybrali odpověď spíše ano (35 respondentů/ 57 %). Dále byla respondentům nabídnuta odpověď ano, vždy a tu si vybralo 17 respondentů (28 %). Z tohoto výsledku můžeme soudit, že větší část zaměstnanců tvoří respondenti (85 %), kteří se představí pacientovi, čímž je také podpořena jeho důstojnost. Pro srovnání a potvrzení si můžeme srovnat výsledky otázky č. 8 s výsledky z otázky č. 4 - kde měli respondenti přiřadit hodnotu k situacím, které narušují lidskou důstojnost. V otázce č. 4 byla situace nepředstavení se pacientovi označena 49 % respondentů. Respondenti ji označili za třetí nejvíce narušující situaci lidské důstojnosti. Jen 6 respondentů (10 %) se přiklání k variantě, že operační tým je spíše nepředstaven. 3 respondenti (5 %) uvedli, že operační tým není pacientovi představen nikdy. Již zmíněných 5 % respondentů je tvořeno zástupci z profese sanitář. Tento výsledek může být zapříčiněn tím, že sanitář nemusí být na operačním sále po celý čas. Profese sanitáře má ve vyhlášce č. 55/2011 §26 stanovené

činnosti, které může na operačním sále vykonávat ale jeho činnosti může zastoupit i obíhající perioperační sestra. (Zákony pro lidi)

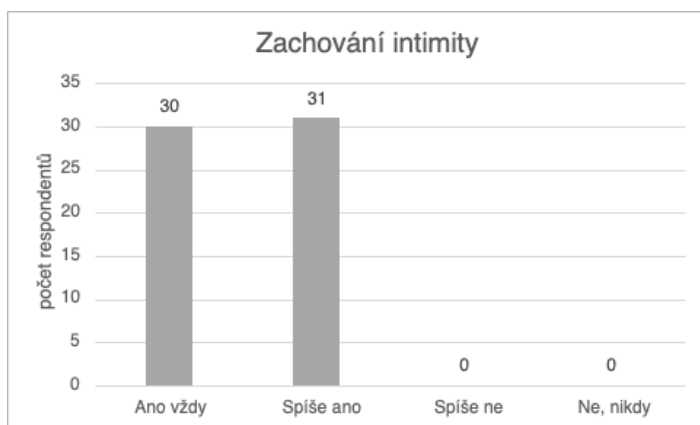


Obrázek č. 9 Představení operačního týmu pacientovi

Otázka č. 9: Při příjezdu na operační sál je u pacienta zachována dostatečná intimita?

Otázka č. 9 byla zaměřena na intimitu pacienta a její zachování. Otázka byla polootevřená. Nejprve si respondenti vybrali z nabízených možností. Jestli je intimita zachována vždy, spíše ano, spíše ne nebo nikdy. Při výběru možnosti ano a spíše ano bylo po respondentech požadováno aby napsali jak je intimita pacienta zachována.

Hned na první pohled jde na obrázku č. 10 vidět, že zachování intimity je ze strany zdravotníků podporováno. Nadpoloviční většina, tj. 31 respondentů (51 %) odpověděla, že intimita je spíše zachována. Druhá část respondentů kterou tvořilo 30 dotazovaných (49 %) odpovědělo, že intimita je zachována vždy.



Obrázek č. 10 Zachování intimity na operačním sále

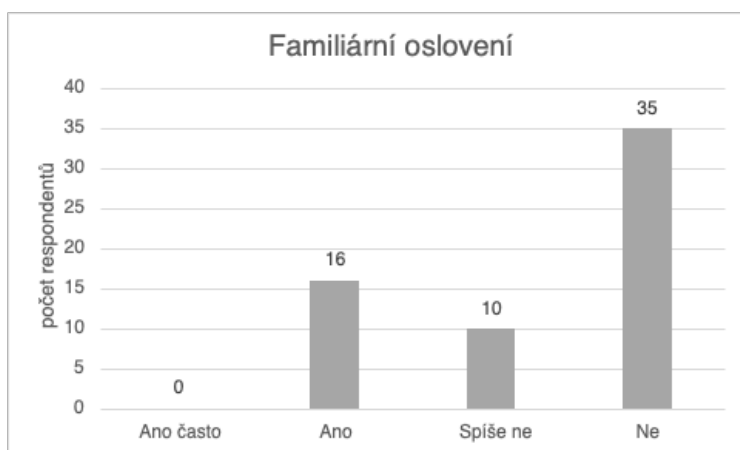
Tento nepatrný rozdíl, zda je intimita dodržována vždy nebo spíše ano, může být ovlivněn klinikou na které průzkum proběhl. Jelikož průzkum probíhal na gynekologicko - porodnické klinice, kde většina operací probíhá v intimní zóně pacientky, nemůže být intimita zachována stoprocentně, alespoň ne v době samotného operačního výkonu. Při takové operaci je většinou nutné cévkování, polohování do gynekologické polohy či dezinfekce operačního pole, kterým jsou intimní partie ženy.

V druhé části otázky se respondenti shodli na tom, že intimita pacienta na operačním sále je nejvíce podpořena zakrytím pacienta prostěradlem či dekou ať už na převozovém lůžku nebo na operačním stole. 20 respondentů (33 %) uvedlo, že pro zachování intimity pacientky je vhodné provádět úkony v oblasti intimní zóny (např. cévkování, dezinfekce operačního pole nebo polohování nohou do Schautových podpěr) v čase, kdy je pacientka v narkóze. Tyto respondenty tvořilo 18 perioperačních sester a dva lékaři. Toto zastoupení, můžeme přisuzovat tomu, že tyto dvě profese jsou nejvíce vtaženy do samotného operačního procesu a všechny zmíněné úkony spadají do jejich kompetencí.

Při přemisťování z operačního stolu na transportní lůžko je pacientka oblečena nebo alespoň překryta andělem, který jí zajistí pocit pohodlí i na lůžkovém oddělení. Jedinou situací, kdy respondenti popisovali intimitu na druhém místě, je akutní operace.

Otázka č. 10: Setkáváte se s familiárním oslovením směrem k pacientovi? (např. babi, dědo, tykání, ...) Pokud ano, prosím uveďte příklad co nejčastěji zaznívá.

Otázka č. 10 byla zaměřena na faktor, který narušuje lidskou důstojnost a zejména její individualitu. Podle Ptáčka (2011) je důležité pacientovu individualitu podporovat, aby byla posílena jeho důstojnost, která je na operačním sále narušena jinými faktory. Proto je podstatné zachovat alespoň to, čím můžeme důstojnost podpořit. Položená otázka byla polootevřená - pokud respondenti odpověděli ANO, bylo vyžadováno uvedení příkladu familiárního oslovení. Nadpoloviční většina respondentů, tj. 35 (57 %) odpověděla, že se nesetkává s takovým oslovením. Odpověď spíše ne zvolilo 10 respondentů (16 %). Posledních 16 respondentů (27 %) uvedlo, že se na operačním sále s takovým oslovením setkává.



Obrázek č. 11 Užití familiárního oslovení pacientů

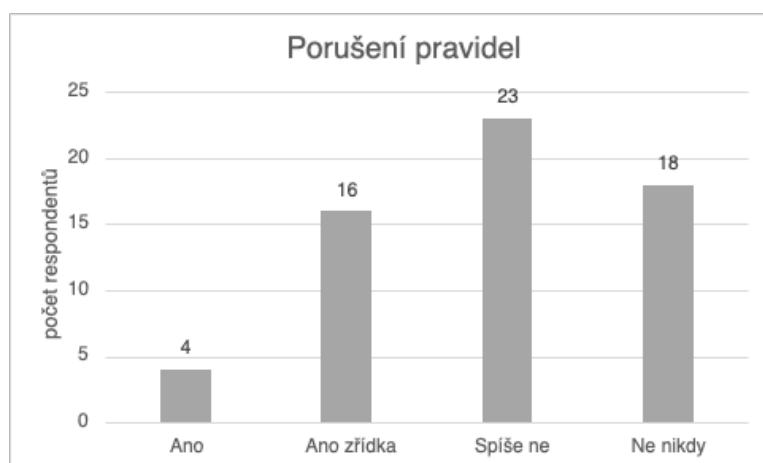
Otázku jsem ponechala otevřenou, aby jsem mohla zjistit charakter oslovení. Z tabulky je patrné (viz tabulka č. 3), že oslovení je spíše pozitivní a ne hanlivé. Ale i přes to není takové oslovení vhodné používat. (ne každá žena, která rodí se může cítit maminkou, a ne všem může vyhovovat uvolněná atmosféra v podobě tykání) Typy oslovení jsou vázány k prostředí, kde průzkum probíhal - gynekologicko - porodnická klinika.

Oslovení	ni	fi (%)
Tykání	7	43
Maminko	4	25
Beruško	2	13
Kočičko	2	13
Holčičko	1	6
Celkem	16	100

Tabulka č. 3 Familiární oslovení - příklady

Otázka č. 11: Byl/a jste svědkem porušení pravidel, když byl pacient uveden do celkové anestezie? (např. nesouhlas s přítomností studentů)

Otázka č. 11 se zaměřovala na respondenty, kteří byli svědkem porušení pravidel, když byl pacient uveden do celkové anestezie a tudíž se nemohl bránit. Nejčastěji respondenti označili jako odpověď spíše ne (23 respondentů / 38 %). Odpověď ne nikdy zvolilo 18 respondentů (30 %) Odpověď zřídka byla označena 16 respondenty (26 %) a 4 respondenti (6 %) odpověděli, že byli svědkem porušení pravidel.



Obrázek č. 12 Svědectví při porušování pravidel

Ze získaných dat ohledně porušování pravidel (viz tabulka č. 4) je zřejmé, že nejčastějším porušením je odkládání nástrojů na pacienta, tzv. „ pacient nahradí odkládací stolec“. Tuto možnost uvedlo 11 respondentů. 9 respondentů (45 %) uvedlo, že jsou přítomni studenti medicíny, i přes to, že pacient podepsal informovaný souhlas o nepřítomnosti studentů. Z toho vyplývá, že nejčastěji takové porušení pravidel pochází od lékařů. Za studenty medicíny v

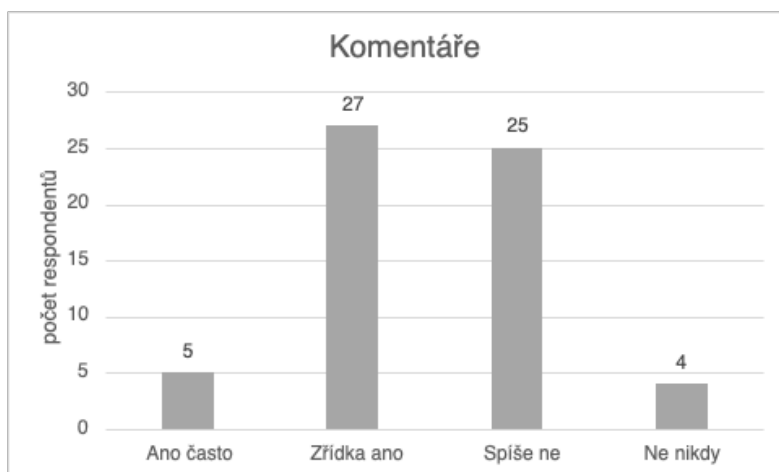
nemocničním prostředí zodpovídá lékař. Zároveň je jejich vedoucím a určuje, kde bude jejich praxe probíhat. Pochybení o odkládání nástrojů je sporné kdo nese vinu. Jestli jsou to perioperační sestry, které nechávají lékaře odkládat nástroje na pacienta nebo lékaři, kteří nástroj na pacienta položí. V této situaci, by perioperační sestra jak uvádí teoretická část měla být pacientovou „advokátkou“ a nástroje uložit na místo kam patří.

	ni	fi (%)
Přítomnost studentů	9	45
Odkládání nástrojů	11	55
Celkem	20	100

Tabulka č. 4 Možnosti narušení pacientovy důstojnosti

Otázka č. 12: Zaznívají na operačním sále komentáře týkající se pacienta? (např. vzhledu, váhy, chování, anamnézy, ...)

Otázka č. 12, která se zaměřovala na použití nevhodných komentářů ze strany personálu na operačním sále byla uzavřená. Odpovídat bylo možné výběrem jedné možnosti ze čtyř: Ano, často, zřídka ano, spíše ne, ne nikdy jsem toho nebyl svědkem. Nejčtenější odpovědí 27 respondentů (43 %) byla odpověď, že komentáře týkající se pacienta zaznívají zřídka. Další nejvíce zastoupenou odpovědí byla odpověď, že se spíše tato situace neděje (25 respondentů / 42 %) Celkové rozložení odpovědí je viditelné na grafu (viz obrázek č. 13)



Obrázek č.13 Použití komentářů týkající se pacienta

Z rozložení odpovědí je patrné, že komentáře o pacientovi na operačním sále zaznívají. Takové chování, řadíme mezi situace, které narušují lidskou důstojnost. Pacient je bezbranný v anestezii a nemůže se bránit. Předpokládám, že tato otázka nebyla respondentům příjemná nebo v nich pohnula svědomím. I když byla otázka uzavřená, respondenti v několika případech zanechali poznámku u své odpovědi. Nejčastěji se jednalo o poznámky u odpovědi, které dávají najevo, že komentáře se na operačním sále vyskytují. Poznámky popisovaly, kdy komentáře zaznívají. Nejčastěji respondenti uváděli, že komentáře zaznívají když je pacient v anestezii a nemůže je slyšet nebo až v úplné nepřítomnosti pacienta. Odpověď ano, často byla označena 5 respondenty (8 %). Tyto respondenty tvořily profese, které jsem už v předešlé otázce popsala jako pozorovatele dění na operačním sále. Odpověď ano zvolili 2 respondenti z oboru sanitář, 2 anesteziologické sestry a jedna dětská sestra.

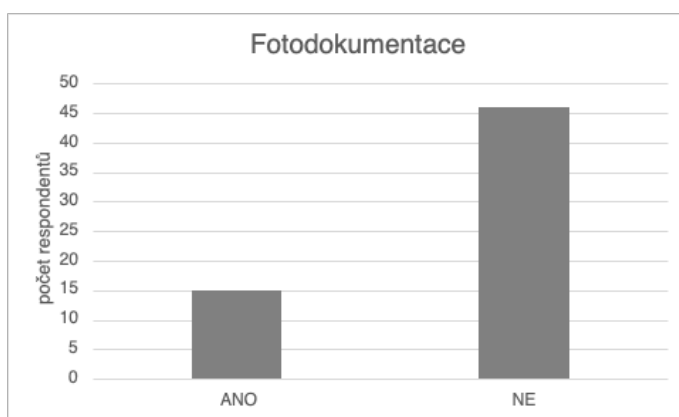
Otázka č. 13: Myslíte si, že na operačním sále vzniká fotodokumentace bez souhlasu pacienta?

Otázkou č. 13 jsem chtěla zjistit zda na operačním sále vzniká fotodokumentace ze strany zdravotníků, ke které nedal pacient svolení.

V dnešní době je fotodokumentace ve zdravotnictví velice nápomocná a v některých oborech i nedílnou součástí praxe. Mezi takové případy patří hojení ran a dekubitů, dermatologie a plastická chirurgie. (Petersilge, 2019) Ale myslím si, že to není důvod aby vznikala fotodokumentace bez souhlasu pacienta. I podle Mališe (2015) je důležitý informovaný souhlas, který by měl být podrobný, pro laika srozumitelný a individualizovaný s ohledem na

pacientovu diagnózu. Nutnost informovaného souhlasu je i zakotvena v §28 (resp. § 31, § 34) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (tzv. zákon o zdravotních službách, který obsahuje právní vymezení vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientem) a je v něm uvedeno: „zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem ...” (Zákony pro lidi)

Z grafu (viz obrázek č. 13) je výsledek zřejmý. Více jak polovina respondentů tj. 46 (76 %) odpovědělo, že na sále fotodokumentace bez souhlasu pacienta nevzniká. Druhou možností, že fotodokumentace vzniká si vybralo 15 respondentů (24 %).



Obrázek č. 14 Odpovědi zda na operačním sále vzniká fotodokumentace

Při porovnání 15 respondentů, kteří odpovídali ano nenajdeme žádný společný znak ve smyslu pohlaví, délky praxe, věku či vzdělání. Respondenti jsou zastoupeni různými profesemi, které se na operačním sále vyskytují. (tabulka č. 5). Zajímavé je podotknout, že odpověď ano neoznačil žádný lékař. Jen dvě perioperační sestry, tudíž jen 7 % ze všech zúčastněných perioperačních sester označili odpověď ano. Porodní asistentky jsou v téhle otázce rozděleny svým názorem přesně na půl. Všechny dětské sestry (100 %) ač jsou ve výzkumném vzorku zastoupeny jen 2 respondenty, označili odpověď ano. Odpověď ano si vybralo i 83 % anesteziologických sester.

	Perioperační sestra	Dětská sestra	ARO sestra	Porodní asistentka	Sanitář	Lékař	Celkem
odpověď ano	2	2	5	4	2	0	15
odpověď ne	28	0	1	4	7	6	46

Tabulka č. 5 Odpovědi zda na operačním sále vzniká dokumentace, dle profese

Posledním bodem byl prostor pro zanechání osobní připomínky a komentáře k probíranému tématu.

Neočíslovaná otázka nebyla povinným bodem. Možnost vyjádřit se k tématu využilo 34 respondentů (56 %), 27 respondentů (44 %) možnost nevyužilo (viz tabulka č. 6). Většina respondentů, kteří se k tématu důstojnosti na operačním sále vyjádřili, si myslí, že se jedná o velice důležité téma o kterém by nemělo být opomíjeno. Za vhodné považují o tématu mluvit, diskutovat a zabývat se touto problematikou. Považovali by to jako přínos pro zlepšení péče o pacienty.

Respondenti využili	ni	fi (%)
ANO	34	56
NE	27	44
Celkem	61	100

Tabulka č. 6 Znázornění využití prostoru pro zanechání připomínek a komentářů

Citace odpovědí z průzkumu na téma důstojnost na operačním sále:

„ Téma důstojnosti a respektu na operačním sále je čím dál více probíráno. V praxi jsem už více jak 20 let ale dříve se tolik toto téma neřešilo. Nevím jestli je to společností nebo jiným přičiněním. ”

„ Pro mě jako starší ženu je důstojnost a respekt důležitá. S věkem si to více uvědomuji. Nevím jestli tomu dal velký důraz i to, že jsem prošla operačním sálem ne jen jako zdravotník ale

jako i pacient. Být nahý v prostředí, které je plné lidí je nepříjemné. Byla jsem ráda za kolegyně, které mě přikrývali a neodhalovali víc než bylo třeba.”

„ Důstojnost pacienta na operačním sále je důležitá ale bohužel ne vždy je dodržena. Zejména u mých starších kolegy, které práce už tolik nenaplňuje a chodí do práce z donucení. Vhodné by bylo zajištění edukačního cvičení nebo semináře.”

„ Za mě je toto téma důležité. Už jen z toho důvodu, že ohledně důstojnosti a respektu se objevuje nejvíce stížností. Podle mě by se o takovém tématu mělo mluvit a ne jen tehdy když vyvstane nějaká stížnost.”

„ Bylo by vhodné aby se o tématu více mluvilo. Třeba formou semináře nebo klidně i nějaké praktické simulace.”

„ Respekt je důležitý ve všech ohledech. Ať už respekt k pacientovi nebo ke kolegům.”

„ Téma je velice zajímavé. Je ale škoda, že se o sem více nemluví.”

„ Zajímavé téma o kterém si myslím, že je důležité. Respekt je důležitý ale také je důležité aby se lidé o tématu bavili. Zároveň je důležité říct i to co se nám nelíbí aby okolí mohlo nějak reagovat. Pokud spolu nebudeme mluvit a komunikovat nikdy nedosáhneme stoprocentních výsledků.”

„ Já si myslím, že důstojnost k pacientovi je v českém zdravotnictví dostatečná. Důstojnost je zabezpečena kvalitní péčí, medicínou, pacient je uložen vždy na lůžko s prostěradle. Nemusí ležet na lůžku na chodbě jako v některých zemích. Důstojnost i respekt jsou důležité, ale bohužel nemáme vždy dostatek času jednat s pacientem jako v rukavičkách.”

„Je těžké říci jestli je důstojnost vůči pacientů dostatečná. Někteří pacienti jsou skromní a vděční. A jsou rádi za cokoli. Někteří pacienti jsou náročnější a nikdy se jim nezavrčíme na 100%. Takový pacient si vždy bude myslet, že bylo někde pochybeno a bude hledat chyby i tam kde nejsou.“

5 DISKUZE

Téma diplomové práce je věnováno problematice důstojnosti pacienta na operačním sále. Problematika důstojnosti je v dnešní době probírána čím dál častěji a i přesto, není zcela jasně definována a specifikována. Pod slovem důstojnost si každý jedinec představí nebo jiného. Důležité ale je, aby se každý člověk ke svému okolí choval s úctou a respektem. Na operačním sále je důležité dbát na zachování důstojnosti brát velký zřetel. Pacienti na operačním sále jsou více vnímaví, jelikož jejich důstojnost je narušena nahotou, neznámou situací a prostředím. V takovém prostředí se musí spolehnout na druhé. Podle Zamanzadeho (2022) k základní zachování důstojnosti patří také poskytnutí fyzické a duševní bezpečnosti.

Ve výzkumné části diplomové práce byl stanoven hlavní cíl průzkumné práce a tři dílčí průzkumné cíle na základě kterých byly stanoveny průzkumné otázky. K získání dat k posouzení důstojnosti a respektu na operačním sále byl distribuován anonymní dotazník vlastní tvorby. Dotazník byl distribuován mezi zdravotnický personál, který pracuje na operačních sálech.

V této kapitole je shrnutí nejdůležitějších informací, které vyplynuly z dotazníkového šetření, jsou zde uvedeny odpovědi na stanovené průzkumné otázky, a to pomocí výsledků z dotazníku. Dále jsou výsledky porovnány s jinými výzkumy na stejné či podobné téma.

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 61 respondentů pracujících na operačním sále. Z čehož nadpoloviční většinu tvořily ženy a to počtem 50 (82 %). Největší zúčastněnou skupinou byly perioperační sestry a to v počtu 30 tj. 49 %. Nejčtenější věkovou skupinou byli respondenti ve věkovém rozmezí 41 - 50 let tj. 17 (28 %). A nejvíce zastoupenou skupinou v otázce k délce praxe byla 0 - 5 let, tj. 13 (21 %). Pokud pomineme otázku na genderové rozložení respondentů, kde ženy tvořily nadpoloviční většinu, v žádné jiné otázce zaměřené na charakteristiku zkoumaného prvku se tato situace neopakovala. Proto, je možné soudit, že výzkum byl prováděn na pestrém vzorku respondentů.

V další části dotazníku jsem se zaměřila na to jak zdravotníci vnímají důstojnost. Jaké povědomí mají o tomto tématu a zda je pro ně důstojnost na operačním sále důležitá.

Dále jsem chtěla zjistit názor respondentů, zda je podle respondentů důstojnost pacienta a jeho intimita narušena a jak často. Poslední částí dotazníku bylo zjistit subjektivní hodnocení chování svých kolegů a činností na sále, které mohou snižovat lidskou důstojnost.

Průzkumná otázka 1: Zjistit do jaké míry vnímá zdravotnický personál důležitost lidské důstojnosti.

V první průzkumné otázce je cílem zjistit, jak vnímá důstojnost zdravotnický personál a jakou má pro zdravotníky váhu. K dosažení cíle byly využity otázky číslo 1, 2, 3 a 6

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že personál na operačním sále vnímá důstojnost jako jeden z důležitých faktorů v chování. Ač pro důstojnost není specifická definice, každý respondent dokázal popsat co si pod slovem důstojnost představí. Nejčastěji zmiňovali soukromí, intimitu, komunikaci a vhodné chování směrem k pacientovi. Stejnou tematikou se zabývala i Čamrová (2020). Ta popsala, že české sestry věděly co důstojnost znamená, ale nedokázali ji popsat slovně oproti sestrám z německa, které popisovali důstojnost více rozmanitě. České sestry nejčastěji popisovaly důstojnost jako něco nezczitelného a úctu. Rozdíl mezi sestrami z mého průzkumu a z průzkumu Čamrové, bych hledala v rozdílném roku zpracování. I když je mezi průzkumy jen tři roky rozdíl, může v chápání důstojnosti být rozdíl. V zahraničí na téma důstojnost vyšla studie v roce 2022, která se též zabývala důstojností pacientů v ošetrovatelství. Výsledkem této studie je definice důstojnosti. Podle studie bychom mohli důstojnost definovat jako jedinečnou hodnotu, kterou je nutné podpořit nasloucháním, vnímáním a důvěrou. Dále studie v souvislosti s důstojností zmiňuje úctu a respekt. (Zamanzadeh, 2022)

Respekt byl zahrnut i v dotazníkovém šetření jako rozšiřující pojetí důstojnosti ve vztahu k pacientovi. Respondenti respekt také spojovali s úctou a důstojností jako již zmíněná studie. Dále respondenti doplnili, že k projevu důstojnosti a respektu je potřeba vhodného chování. Otázka číslo 1 a 2 se zaměřovaly na subjektivní názor respondentů. Na první otázku v souvislosti důležitosti důstojnost více jak polovina odpověděla, tj. 50 (82 %) že důstojnost pacienta je velice důležitá. Druhou kladnou odpovědí je, že důstojnost pacienta je důležitá. Ani jeden respondent nevybral odpověď nedůležitá a zcela nedůležitá. Další otázka ohledně důstojnosti byla otázka číslo 2. Jednalo se o subjektivní názor, zda se kolegové chovají důstojně k pacientům. I v tomto případě 31 respondentů (51 %) označilo chování kolegů za

spíše důstojné. Zbytek respondentů tj. 30 (49 %) označilo chování svých kolegů za důstojné. Z toho výsledku se domnívám, že ne jen pro respondenty ale i pro kolegy na sále je důstojnost a respekt důležitá.

Průzkumná otázka 2: Zjistit zda pohled personálu na pacientovu důstojnost je ovlivněn nějakým faktorem.

V druhé průzkumné otázce je cílem zjistit zda se liší pohled personálu na důstojnost a čím je ovlivněn. Ze získaných dat se dají vyčíst mírné rozdíly ve vnímání důstojnosti směrem k pacientovi. Dobrým příkladem je první otázka kde, jsem se dotazovala na chápání důstojnosti. Všichni respondenti chápali, že je důstojnost důležitá ale někteří označili důstojnost za velmi důležitou a někteří za „jen“ důležitou. Tento rozdíl jsem přisuzovala délce praxe respondentů. Respondenti, kteří jsou zaměstnaní krátce v nemocnici vnímají důstojnost jako velmi důležitou. Takové tvrzení může být odůvodněno pomocí studie od Stikholmena (2022), že lidé s krátkou dobou praxe, se učí metodou pozorování a jsou schopni rozpoznat dobrý a špatný vzor. Dále mají méně praxe a tím pádem se setkávají i s negativní pracovní zkušeností, čímž může být jejich důstojnost narušena.

Na druhé straně jsou respondenti, kteří chápou důstojnost „ jen“ jako důležitou. V tomto případě je skupina tvořena převážně respondenty, kteří mají léta praxe v nemocnici. Chápání důstojnosti jsem přisuzovala syndromu vyhoření. Dalším důvodem pro odlišné chápání důstojnosti jsem popsala tak, že práce je pro tyto respondenty rutinou.

Průzkumná otázka 3: Prozkoumat, jaké situace podle zdravotníků vedou k narušení pacientovi důstojnosti.

Lindwall (2021) se též zaměřuje na situace, které vedou k narušení pacientovi důstojnosti v intenzivní péči. Z jeho studie vyplývá, důstojnost pacienta v intenzivní péči je nejvíce ohrožena ze stran sester, jelikož je pacient na nich závislý. Tak jak sestry dokáží, pacientovu důstojnost chránit, což jsme již popsala v teoretické části dokáží pacientovu důstojnost i narušit. Narušení důstojnosti podle Lindwalla (2021) nastává při neprofesionálním chováním personálu. Neprofesionální chování popsal jako přehlížející pacienta, zbytečně obnažování, nekomunikaci a když personál vidí pacienta jen jako objekt. V takovém případě se začne cítit v nepečujícím vztahu a jeho důvěra je narušena čímž je zapříčiněno narušení důstojnosti.

Ze získaných dat pomocí dotazníku byly popsány stejné situace, které vedou ke snížení důstojnosti. Tudíž můžeme říct, že v situacích, které narušují důstojnost se studie a průzkum shoduje. Respondenti pomocí dotazníku daly najevo jaké situace podle nich narušují pacientovu důstojnost. Podle respondentů, nejvíce narušuje důstojnost nedostatečná intimita, na takovém tvrzení se shodlo 83% respondentů. Ne jenom, že ji zmínili jako situaci narušující důstojnost ale jsou si vědomi, že se takové situace mohou stát. Podle získaných dat můžeme soudit, že se snaží takové situaci zabránit. I když to jde někdy na operačním sále gynekologicko - porodnické kliniky těžko. Jako další situaci která je srovnatelná s již výše zmíněným přehlížením pacienta můžeme srovnat nedostatečný prostor pacienta na otázky. Které zmiňuje 41 % dotázaných respondentů.

Podle subjektivního hodnocení respondentů vyplývá z dotazníkového šetření, že respondenti jsou svědkem nevhodného chování směrem k pacientovi jen zřídka a to 1x za půl roku. Tuto odpověď uvedlo 26 respondentů (43 %). 16 respondentů (26 %) se nikdy nesetkalo s nevhodným chováním k pacientovi. Podle mě je to velice dobrý výsledek, když si uvědomíme, kolika aspekty může být důstojnost narušena.

Z dalšího vyhodnocení dat z dotazníku vyplývá, že respondenti jsou si vědomi, jaké situace vedou k narušení důstojnosti ale nesmím zapomenout podotknout, že data ukazují snahu respondentů takovým situacím předcházet nebo je alespoň zmírňovat.

Z výše uvedených informací lze odpovědět na průzkumné otázky. Personál na operačním sále má povědomí o důstojnosti a respektu k pacientovi ve velké míře. Je si vědom, jak důležitá je lidská důstojnost a respekt k člověku. Jelikož personál chápe důležitost důstojnosti, která je často narušena nedodržením intimity a soukromí. Z výsledků můžeme vyčíst, že intimita není narušována a je stoprocentně podporována a zachována. Jedinou výjimkou, kdy může být narušena intimita jsou akutní případy. V tomto případě není dodržena stoprocentní intimita a přednost dostává záchrana lidského života.

Oproti intimitě je nevhodné chování, které narušuje důstojnost člověka, je možné zřídka na operačním sále pozorovat. Mezi chování, které ovlivňuje důstojnost nejvíce je podle mě pořizování fotodokumentace bez souhlasu pacienta. V takovém případě pořizujeme dokument, který je možné šířit dál a ne jen ústně ale i fyzicky. A při představě, že na operačním

lůžku v narkóze budu ležet já nebo někdo z mé rodiny se mi tato představa nelíbí. Tímto samozřejmě nechci degradovat jiné nevhodné aspekty, které také narušují lidskou důstojnost.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Důstojnost pacienta na operačním sále“ je zaměřena na problematiku zachování důstojnosti pacienta na operačním sále. Obsahově je práce rozdělena na dvě části - teoretickou část a praktickou část.

V teoretické části je podrobně popsán a charakterizován pojem lidská důstojnost, jeho vymezení v historii i současnosti a zakotvení pojmu jak v legislativě tak v etických kodexech. Stěžejním tématem, kterým se teoretická část zabývá je důstojnost ve zdravotnickém prostředí se zaměřením na operační sál. V této části je popsáno jak je důstojnost pacienta důležitá. Popisuje jak je vhodné důstojnost podpořit a jaké situace vedou k jejímu narušení. V práci je popsána i komunikace jako jeden z hlavních nástrojů k podpoření důstojnosti pacienta. V této části je také patrné jak důstojnost úzce souvisí s úctou a respektem. Teoretická část práce přináší ucelený přehled o důstojnosti pacienta.

Průzkumná část se zaměřuje na odpovědi ke stanoveným průzkumným otázkám, které byly stanoveny v závislosti na průzkumných cílech. Hlavním průzkumným cílem je zjistit subjektivní pohled zdravotníků na chování zdravotnického personálu a zdali jejich chování vede k zachování nebo narušení pacientovi důstojnosti. Pro vyhodnocení stanoveného průzkumného cíle bylo provedeno dotazníkové šetření pomocí anonymního dotazníku vlastní tvorby, který byl distribuován ve fakulní nemocnici na gynekologicko - porodnických sálech. Výsledky získaných dat jsou analyzovány pomocí popisné statistiky. Ze získaných dat je definován charakter výzkumného vzorku a jednotlivé otázky jsou analyzovány. Na základě výsledků z průzkumu jsou popsány doporučení pro praxi.

Z teoretické části vyplývá, že operace a operační sál v pacientovi vyvolává pocit strachu a beznaděje. Pacient na operačním sále je nejvíce zranitelný. Má strach z nové situace a neznámého prostředí. Zdravotník ale může svým chováním a komunikací pacienta uklidnit a zpříjemnit mu tuto pro něj nepříjemnou situaci. Z průzkumu mezi zdravotníky na operačním sále bylo zjištěno, že zdravotníci mají povědomí o lidské důstojnosti. Proto se snaží pacientovu důstojnost podpořit a udržet ho v psychické pohodě. Při podpoře pacientovi důstojnosti se mezi pacientem a zdravotníkem prohlubuje vztah, který vede k zlepšení

komunikace mezi pacientem a zdravotníkem. Komunikace je jedním z nástrojů k podpoře důstojnosti. Z výzkumu také vyplývá, že personál si je vědom i negativního ovlivnění důstojnosti pacienta. Většina zdravotníků může narušení důstojnosti předcházet, jelikož z průzkumu je patrné, že personál na operačním sále má povědomí o tom, které situace vedou k narušení pacientovi důstojnosti. V diplomové práci byly splněny cíle teoretické i praktické.

Při psaní diplomové práce jsem se přesvědčila, že zachování respektu a důstojnosti k pacientům je jeden z nejdůležitějších faktorů při poskytování ošetrovatelské péče.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMININASAB, S., S., et al., 2017. The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 10, 1-8. ISSN 2008-0387.

BOGGS UNDERMAN, Kathleen. Interpersonal relationships. Professional Communication Skills for Nurses. St. Louise: Elsevier, 2023. ISBN: 978-0-323-55133-5.

BUŽGOVÁ, R., 2011. Etika v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. Ošetrovatelství II. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0

ČAMROVÁ, J. Co je důstojnost? Pohled sester na lidskou důstojnost v ošetrovatelské praxi. České Budějovice, 2020, 104. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta. doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Čárkování – Sociologická encyklopedie. [online]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Čárkování%C3%AD>

Česká asociace sester [online]. Praha, 2000 [cit. 2023-08-14]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>

Education for dignity, A Multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans, 2003. (přel. Kellnerová – Kalvachová, L.), Cesta domů, 2004

Etický kodex ČLK [online]. Praha, 2007 [cit. 2023-08-14]. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. Lékařská etika. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 2. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 1997. ISBN 80-85824-54-X (Galén), ISBN 80-7484-466-7 (Karolinum).

HEŘMANOVÁ, Jana. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, R., 2011. Některé základní otázky psychologické etiky. In: WEISS, P. et al. Etické otázky v psychologii. Praha: Portál, s. 53–73. ISBN 978-80-7367-845-6.

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava, 2012. Ošetrovatelská perioperační péče. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-807- 0135-433.

KADIVAR, M. et al., 2018. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 11(4), 1–11. PMID: 30258554.

KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011. ISBN isbn978-80-247-4026-3.

KISVETROVÁ, Helena. Profese Online [online]. [cit. 2023-08-14]. Dostupné z: https://www.profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201902-0002__dustojnost_ve_stari.php

KOPŘIVA, Pavel. Respektovat a být respektován. 3. vyd. Kroměříž: Spirála, 2008. ISBN 978-80-904030-0-0.

KROUPOVÁ, L., 2016. Akutní péče z psychosociálního hlediska. In: FREI, J., et al. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 159-164. ISBN 978-80-261-0498-8.

KUŘE, J. Kapitoly z lékařské etiky. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. Informační systém [online]. Copyright © 2021 Masarykova univerzita [cit. 11.04.2023]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps21/lekarska_etika/web/index.html

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

LINDWALL L, Lohne V. Human dignity research in clinical practice - a systematic literature review. *Scand J Caring Sci*. 2021 Dec;35(4):1038-1049. doi: 10.1111/scs.12922. Epub 2020 Oct 26. PMID: 33104271; PMCID: PMC9290914.

MÁCA, M., PTÁČEK, R., 2011. *Etické normy a kodexy v medicíně*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK., P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ISBN 978-80- 247-3976-2.

MALIŠ, D., 2015. Pět nejčastějších nedostatků informovaného souhlasu pacientů. [online]. epravo.cz. Praha: © EPRAVO.CZ [cit. 2022-07-17]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/top/clanky/pet-nejcastejsich-nedostatku-informovaneho-souhlasu-pacientu-98736.html>

MUNZAROVÁ, Marta. Důstojnost člověka a lékařská etika. *Časopis Lékařů českých*. 2011, roč. 150, č. 9.

OSN Česká Republika [online]. Copyright © [cit. 02.04.2023]. Dostupné z: https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/05/UDHR_2016_CZ_web.pdf

Ottův slovník naučný: illustrovaná encyklopaedie obecných vědomostí. [Praha]: Paseka, 2003. ISBN 80-7203-055-8.

PARANDEH, Akram, Morteza KHAGHANIZADE, Eesa MOHAMMADI a Jamileh MOKHTARI-NOURI. Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [online]. 2016, 21(1) [cit. 2023-07-19]. ISSN 1735-9066. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4776553/>

PETERSILGE, Cheryl A. Fundamentals of Enterprise Photodocumentation: Connecting the Clinical and Technical—a Review of Key Concepts. *Journal of Digital Imaging* [online].

2019, 32(6), 1052-1061 [cit. 2023-08-14]. ISSN 0897-1889. Dostupné z: doi:10.1007/s10278-019-00212-4

PLECHATÁ Ivana a Šárka SLAVÍKOVÁ. Práva pacientů a jak se jich domoci. Průvodce pacienta [online]. Copyright © 2019 [cit. 19.04.2023]. Dostupné z: https://www.pruvodcepacienta.cz/download/co-delame/timeline-detail/web_brozura_prava-pacientu_27.pdf

POPOVIČOVÁ, D., 2009. Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. Časopis pro právní vědu a praxi. 17(3), 225–230. ISSN 1210-9126.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, ed. Důstojnost v medicíně. Praha: Grada, 2022. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-271-3411-3.

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Praha: Galén, [2017]. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-7492-334-0.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů, c2004. ISBN 80-239-4334-0.

RAEE, Zahra, Heidarali ABEDI a Mohsen SHAHRIARI. Nurses' commitment to respecting patient dignity. Journal of Education and Health Promotion [online]. 2017, 6(1) [cit. 2023-07-14]. ISSN 2277-9531. Dostupné z: doi:10.4103/2277-9531.204743

Sæteren B, Nåden D. Dignity: An Essential Foundation for Promoting Health and Well-Being. 2021 Mar 12. In: Haugan G, Eriksson M, editors. Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 7. PMID: 36315723.

SVOBODOVÁ, H., 2012. Důstojnost. In: HEŘMANOVÁ, J. et al. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, s. 71–84. ISBN 978-80-247-3469-9.

ŠIMEK, Jiří. Lékařská etika. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

VALEBERG, Berit T., Ingrid LIODDEN, Bergsvein GRIMSMO a Lillemor LINDWALL. Nurse anaesthetist students' experiences of patient dignity in perioperative practice-a hermeneutic study. Nursing Open [online]. 2018, 5(1), 53-61 [cit. 2023-08-14]. ISSN 20541058. Dostupné z: doi:10.1002/nop2.110

Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. Praha: Diderot, 1999. Encyklopedie Diderot. ISBN 9788090255531.

WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ, 2012. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-894-0.

WICHSOVÁ, Jana a kolektiv, 2013. Sestra a perioperační péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3754-6.

WICHSOVÁ, Jana. Bezpečnost a etika v perioperační péči. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-1029-2.

WICHSOVÁ, J. O důstojnosti pacienta. ISSN 1804-7122 [online]. Praha: Fakultní nemocnice Motol, 2012, 16.3. 2012 14:39 [cit. 2.4.2023]. Dostupné z: https://kont.zsf.jcu.cz/artkey/knt-201201-0002_o-dustojnosti-pacienta.php?l=cz

Zákony pro lidi [online]. [cit. 2023-08-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ZAMANZADEH. V, Babaei N, Valizadeh L, Avazeh M. Human dignity of patients in nursing: A concept analysis. *Indian J Med Ethics*. 2023 Apr-Jun;VIII(2):108-115. doi: 10.20529/IJME.2022.066. Epub 2022 Sep 2. PMID: 36880467.

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZÍMOVÁ, P. Principy lékařské etiky. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. [online]. Místo: ČR, strana 31 - 37 [cit. 12.4.2023]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/35/42>

8 PŘÍLOHY



Obrázek č. 15 Zastoupení pohlaví

PŘÍLOHA A

Dobrý den,

jmenuji se Kristýna Suchomelová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dotazník, který právě držíte se váže k mé diplomové práci, zaměřené na téma: Důstojnost a respekt na operačním sále.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní. Informace získané z dotazníku budou použity pro účely zpracování diplomové práce a Vaše cenné názory pomohou ke zkvalitnění výuky studentů v této oblasti.

Pokud není uvedeno jinak, vždy vybírejte jen jednu možnost. U odpovědi jiné, prosím vypište Vaši odpověď.

V případě zájmu o výsledky šetření mě můžete kontaktovat na email st57261@upce.cz

Děkuji za Vaši trpělivost a ochotu při vyplňování

1. Je pro Vás důstojnost pacienta důležitá?
 - Velmi důležitá
 - Důležitá
 - Nedůležitá
 - Zcela nedůležitá
2. Chovají se Vaši kolegové na operačním sále důstojně k pacientovi?
 - Ano, vždy
 - Spíše ano

- Nevím
- Spíše ne
- Ne

3. Co pro Vás znamená důstojnost? Prosím vypište.

4. Jaké chování personálu, podle Vás snižuje lidskou důstojnost? Prosím očísľujte. (č. 1 = zanedbatelné snížení důstojnosti, č. 6 = nejvíce snižuje lidskou důstojnost)

- Nepředstavení se pacientovi
- Nedostatečné zachování intimity
- Neposkytnout pacientovi dostatečný prostor na otázky
- Nedostatečné informování pacienta o průběhu
- Personál nekomunikuje s pacientem
- Nepodpoření komfortu pacienta na operačním lůžku (tepelný komfort, bolest ...)
- Jiné, prosím doplňte _____

5. Jak často jste svědkem chování, které narušuje důstojnost pacienta?

- Nikdy
- Zřídka, 1x za půl roku
- Alespoň 1x měsíčně
- Alespoň 1x týdně
- Denně

6. Co pro Vás znamená respekt? Prosím vypište.

7. Myslíte si, že se pacient může někdy na sále cítit nepříjemně?

- Ano
- Ne

Pokud ANO, prosím uveďte v jakých situacích: _____

8. Je pacientovi představen celý operační tým?

- Ano, vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne, nikdy

9. Při příjezdu na operační sál je u pacienta zachována dostatečná intimita?

- Ano, vždy
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne, nikdy

Pokud ANO, prosím uveďte příklad jak: _____

Pokud NE, prosím uveďte čím je narušena: _____

10. Setkáváte se s familiárním oslovením směrem k pacientovi? (např. babi, dědo, tykání, ...)

- Ano, často
- Ano
- Spíše ne
- Ne

Pokud ANO, prosím uveďte příklad (co nejčastěji zaznívá): _____

11. Byl/a jste svědkem porušení pravidel, když byl pacient uveden do celkové anestezie? (např. nesouhlas s přítomností studentů)

- Ano
- Ano, zřídka
- Spíše ne
- Ne, nikdy

Pokud Ano, prosím uveďte jakým způsobem: _____

12. Zaznívají na operačním sále komentáře týkající se pacienta? (např. vzhledu, váhy, chování, anamnézy ...)
- Ano, často
 - Zřídka ano
 - Spíše ne
 - Ne, nikdy jsem toho nebyl svědkem
13. Myslíte si, že na operačním sále vzniká fotodokumentace bez souhlasu pacienta?
- Ne
 - Ano byl jsem svědkem
14. Jste?
- Muž
 - Žena
15. Jaká je Vaše pracovní pozice?
- Perioperační sestra / instrumentářka
 - Anesteziologická sestra
 - Lékař/ka
 - Sanitář/ka
 - Jiná:
16. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Prosím vypište.
17. Absolvoval/a jste specializační vzdělání potřebné na operačním sále? Jestli ano, jaké? Prosím vypište.
18. Jak dlouhá je Vaše praxe na operačním sále?
- 0 – 5 let
 - 6 – 10 let

- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 25 let
- 26 – 30 let
- 31 a více let

19. Kolik je Vám let?

- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 60 let a v více

Zde mi můžete zanechat Vaše osobní připomínky a komentáře k tématu: