

PRÁVA PACIENTŮ A SROZUMITELNÁ EDUKACE BĚHEM HOSPITALIZACE

Michaela Kubátová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela KUBÁTOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **H118154**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Práva pacientů a srozumitelná edukace během hospitalizace**

Zásady pro vypracování:

Zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce. S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na

- práva pacientů během hospitalizace
- dodržování těchto práv
- úroveň a srozumitelnost edukace pacientů

Součástí práce bude empirický výzkum navrženého problému s využitím metody dotazníku. Zkoumány budou názory pacientů na dané téma a také názory zdravotnického personálu jako poskytovatelů péče.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas. Proč a jak? Praha: Galén, 2012. EAN 9788072627356

- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2

- VYBÍRAL, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-387-1

- www.MPSV.cz : internetový portál MPSV, http://mpsv.cz/odbor_22, sociální služby, etické kodexy, práva pacientů ČR, aktualizace 27.4.2005

Další literatura bude průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lenka Pevná

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

vedoucí ústavu



doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

MICHAELA KUBÁTOVÁ
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 14.2.2014

u. Kubátová
.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, optisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odporá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Nemí-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem etiky v práci nelékařského zdravotnického pracovníka zejména v souvislosti s právy pacientů a se srozumitelnou edukací pacienta během hospitalizace. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části mé práce popisují etiku, morálku a péči o pacienta z historického hlediska obecně, ale zejména v souvislosti s ošetrovatelskou prací v současném zdravotnictví. Dále se práce zabývá legislativou etiky práce ve zdravotnictví, právy pacientů a edukací pacienta během hospitalizace, tedy podáváním informací pacientům včetně zpětné vazby ze strany pacientů. Rovněž zkoumá připravenost zdravotníků informace pacientům srozumitelně podat. Praktická část znázorňuje vyhodnocení dvou typů dotazníků sestavených na dané téma. Dotazníky srovnávají názory respondentů z celku pacientů a z celku zdravotnických pracovníků.

Klíčová slova :

Etika, morálka, edukace, pacient, teorie, informace, dotazník, vyhodnocení, respondenti, zdravotník, pracovník, ošetrovatelství, zdravotnictví, práva, hospitalizace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with ethical issues at work of paramedical staff especially in relation to the rights of patients and comprehensible educating of the patient during hospitalization. The work is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part of the thesis I describe the ethics, morality and patient care from a historical perspective in general, but especially in the context of nursing work in the current health care system. Furthermore, the work deals with the legislation of work ethics in health care, patients' rights and educating of the patient during hospitalization, thus giving information to patients, including feedback from patients. It also examines the preparedness of medical staff for giving information to patients clearly.

The practical section shows the evaluation of two types of questionnaires compiled on the subject. The questionnaires compare the views of respondents of two groups - patients and medical staff.

Keywords:

Ethics, moral, education, patient, theory, information, questionnaire, evaluation, respondent, medical staffer, worker, nursing care, health care, entitlement, hospitalization

„Primum non nocere est“ (Hippokrates)

Děkuji Mgr. Lence Pevné za laskavost stát se vedoucí mé bakalářské práce a zejména za čas, který nad ní strávila. Rovněž jí děkuji za odborné vedení, cenné rady a připomínky.

Čestné prohlášení :

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Michaela Kubátová

.....

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ETIKA - HISTORICKÝ EXKURS.....	11
1.1 ETIKA V ANTICE.....	11
1.2 ETIKA VE STŘEDOVĚKU.....	12
1.3 VÝVOJ ETIKY A MORÁLKY OD RANÉHO NOVOVĚKU PO MODERNÍ DĚJINY.....	14
1.4 ETIKA A MORÁLKA V SOUČASNOSTI.....	16
2 ETIKA V LÉKAŘSTVÍ– HISTORICKÝ EXKURS.....	17
2.1 ETIKA LÉKAŘSKÁ.....	17
2.2 LÉKAŘSKÁ ETIKA VE DVACÁTÉM STOLETÍ A V SOUČASNOSTI.....	19
3 ZÁKLADNÍ ETICKÉ KODEXY V SOUČASNÉ MEDICÍNĚ.....	21
3.1 LIDSKÁ PRÁVA.....	21
4 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA.....	24
4.1 ETICKÝ KODEX SESTER PŘEDLOŽENÝ ČESKOU ASOCIACÍ SESTER.....	24
4.2 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY V OŠEŘOVATELSTVÍ.....	27
5 KOMPETENCE NELEKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ.....	29
6 TEORIE HOLISMU.....	30
6.1 HOLISMUS VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	30
7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	31
7.1 OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A TAXONOMIE PODLE NANDA.....	33
7.2 TEORIE POTŘEB.....	34
8 PROFESNÍ STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	36
8.1 TYPY STANDARDŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE.....	37
8.2 POVINNOST MLČENLIVOSTI, OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ PACIENTA A DOKUMENTACE.....	38
8.3 LÉKAŘSKÁ DOKUMENTACE.....	38
8.4 SESTERSKÁ DOKUMENTACE.....	39
9 PRÁVA PACIENTŮ.....	41
10 EDUKACE PACIENTA LÉKAŘEM, POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ A POZITIVNÍ REVERS.....	44
10.1 NEPOSKYTNUTÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU.....	47
10.2 ODMÍTNUTÍ LÉČBY A NEGATIVNÍ REVERS.....	47

10.2.1	<i>Odvolání informovaného souhlasu</i>	48
10.2.2	<i>Předem vyslovená přání</i>	48
11	EDUKACE PACIENTA Z HLEDISKA SESTRY	49
11.1	REALIZACE EDUKACE A FAKTORY, KTERÉ EDUKACI ZA HOSPITALIZACE OVLIVŇUJÍ.....	50
11.2	KOMUNIKACE S PACIENTEM BĚHEM HOSPITALIZACE	52
12	CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU	59
12.1	HYPOTÉZY	60
12.1.1	<i>Celek pacienti</i>	60
12.1.2	<i>Celek zdravotníci</i>	60
12.2	METODIKA VÝZKUMU	60
12.3	DOTAZNÍKY PRO PACIENTY	61
12.4	DOTAZNÍKY PRO ZDRAVOTNICKÝ PERSONÁL	73
13	OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ	88
13.1	ANALÝZA ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ.....	92
13.2	NÁVRH OPATŘENÍ NA ZLEPŠENÍ PÉČE O PACIENTY BĚHEM HOSPITALIZACE	95
14	ZÁVĚR	96
15	RESUMÉ	97
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100

ÚVOD

Za téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Práva pacientů a srozumitelná edukace během hospitalizace“.

Pracuji jako zdravotní sestra v přímé péči a téma práv pacientů a vše, co s nimi souvisí je mi blízké. O etice práce v pomáhajících profesích bylo napsáno mnoho odborných publikací, o právech pacientů také. Kromě odborné literatury se zejména v médiích hovoří o kvalitě práce zdravotníků velmi často.

Teoreticky je tedy vše velmi dobře zpracováno, ale uvést teorii do praxe nebývá vždy snadné. Při práci s pacienty, tedy s nemocnými lidmi a jejich rodinami nelze používat pokyny, třeba sebekvalitnější, bod po bodu, jak je psáno, bez ohledu na individuální potřeby konkrétního pacienta. Každý člověk je jiný a zvláště v období nemoci, a navíc během hospitalizace, je nucen se potýkat s velmi negativními emocemi. Mezi prvními je samozřejmě strach. Z nemoci, z vyšetření, z bolesti, z budoucnosti. Sama nemoc, která je často provázena bolestí, je pro pacienta velmi vyčerpávající. I přes moderní medikamenty se vždy nedaří zmírnit průvodní projevy onemocnění tak rychle, jak bychom si přáli. Každé onemocnění, které sebou nese dlouhodobé potíže, nebo trvalé změny organismu je pro pacienta nepřetržitým stresem. Potřeba bezpečí, tedy potřeba vyhnout se všemu neznámému, nebezpečnému a také nepříjemnému, zaujímá v Maslowově pyramidě potřeb hned druhý post po zabezpečení fyziologických potřeb, které jsou základní lidskou potřebou.

Negativní dopad dlouhodobé nemoci mají na pacienta a jeho rodinu také ekonomické důsledky choroby. Pacient bývá v pracovní neschopnosti a jeho rodina se tak může dostat do finančních potíží. K obavám o své zdraví se tak přidává i obava o své nejbližší.

Další nepříjemná okolnost, se kterou je pacient během hospitalizace konfrontován je nedostatek soukromí. Bohužel, ve většině nemocnic se standardní péčí není dostatek jednolůžkových pokojů. Znamená to, že pacient, který často po různě dlouhou dobu nemůže opustit své lůžko, je nucen všechny základní fyziologické potřeby a hygienu vykonávat jednak za pomoci personálu, ale i v „přítomnosti“ dalšího, navíc neznámého, člověka. Saturace dalších, vyšších potřeb, jako jsou třeba návštěvy rodiny se vlastně rovněž děje za stejných okolností. Oddělení lůžek závěsem, nebo paravánem zajišťuje určité soukromí pouze z vizuálního hlediska a to je pouze velmi nedostatečné řešení. Pro zachování pacientovy důstojnosti je nezbytné, aby si ošetřující personál osvojil zásady etiky v péči o pacienty. V praxi to znamená dodržení etiky práce sestry a práv pacientů

tak, aby péče o ně byla vždy lege artis. Dodržet všechna pravidla bývá někdy nesnadné. Proto je, kromě medicínské a ošetrovatelské péče tak důležitá komunikace s pacienty jejich rodinami a také srozumitelná edukace pacientů a příbuzných. Jinými slovy pacienti musí dostat informace o všem, čemu nerozumějí a tyto informace musí být podány tak, aby sdělenému každý pacient, nebo příbuzný rozuměl a v podaných informacích se vyznal. Proto je zejména v pomáhajících profesích tak důležité umění komunikovat.

Teoretická část méj bakalářské práce začíná stručným historickým exkurzem v základních otázkách etiky a morálky. Dále moje bakalářská práce hovoří o lékařské a ošetrovatelské etice v současnosti. Následuje popis etických a právních norem používaných v současném lékařství a ošetrovatelské praxi. Závěr teoretické části práce popisuje problematiku komunikačních schopností a postupy edukace pacienta. V přílohách mé práce je uvedena dokumentace používaná při edukaci pacienta během hospitalizace a také pomocné edukační materiály.

Praktická část se zabývá analýzou a vyhodnocením dotazníků, které jsem pro svou práci vytvořila. První z nich se týká názorů respondentů z celku pacientů (dále jen pacienti) na hospitalizaci. Druhý dotazník zkoumá připravenost respondentů z celku zdravotníků (dále jen zdravotníci) na podávání informací pacientovi, tedy na edukaci a zároveň na úroveň dodržování etických hodnot zdravotníka v pomáhající profesi. Dotazníky, které jsou součástí výzkumu přikládám v přílohách rovněž.

Cílem mé bakalářské práce je zhodnotit kvalitu práce zdravotníků z hlediska etiky ošetrovatelské péče a práv pacientů. Zejména jejich komunikační dovednosti a empatický přístup k pacientovi za hospitalizace

Oproti původnímu projektu k bakalářské práci jsem omezila členění respondentů na dva celky - pouze na pacienty a nelékařské zdravotnické pracovníky. Podrobné členění respondentů z celku pacientů podle pohlaví, věku, vzdělání by pro téma mé bakalářské práce nepřineslo zásadní změny a naopak by přesáhlo možnosti rozsahu bakalářské práce.

1 ETIKA - HISTORICKÝ EXKURS

1.1 Etika v antice

Slovo etika pochází z řeckého výrazu ethos – mrav a zabývá se morálkou, morálním jednáním a jeho normami. Etika, jako jedna z disciplín praktické filozofie zkoumá v problematice lidského jednání jevy související se svobodnou vůlí člověka, kdy má jedinec volit mezi hodnotami a principy dobra, nebo zla. Etika je více obecná, než morálka, dá se říci, že etika morálce předchází a že etické principy ve smyslu dobra zdůvodňují svobodně zvolené morální jednání člověka.

Pokud máme hovořit o počátcích etiky, není možné nezmínit snad největšího myslitele filozofie Aristotela. Z myšlenek filozofa Aristotela lidské vědění čerpalo více, než tisíc let a připomínáme si ho dodnes. V Aristotelově době byla podle řeckých etiků cílem života blaženost, eudaimónia. Na popisu principu této blaženosti se ne vždy tehdejší filozofové shodovali. Aristoteles však eudaimónii viděl v pěstování mravních a rozumových ctností. Byl rovněž stoupencem životní umírněnosti. *„Mravních ctností člověk dosáhne, bude-li udržovat žádostivou stránku své duše mezi výstředními krajnostmi. Nebude-li ani bázlivý, ani ztřeštěný, ale statečný; ani marnotratný, ani skoupý, nýbrž štědrý, ani malicherný, ani okázalý, nýbrž velkorysý, ani lichotný, ani svárlivý, nýbrž přátelský.“* (Vladimír Neff, Antigorgias, 2007:32). Nejznámější Aristotelova práce, kterou věnuje etice je Etika Nikomachova. Tato práce byla Aristotelem původně psána na jednotlivé svitky, které představovaly jeho přednášky v lyceu a ty zřejmě editoval Aristotelův syn Nikomachos, nebo je Aristoteles Nikomachovi věnoval. Etika Nikomachova má nyní deset knih a je spíše praktickou naukou o morálce a o tom, jak pomoci lidem (tehdy byla určena pouze mužům) stát se dobrými. Etika Nikomachova úzce souvisí s dalším Aristotelovým filozofickým praktickým dílem pojednávajícím o lidské mravnosti, s Politikou, ale tato je pojata z pohledu vladaře k lidu a prospěchu celé komunity.

Etika Nikomachova je považována za jedno z nejvýznamějších filozofických děl historie.

1.2 Etika ve středověku

Myšlenky Aristotelovy a jeho Etika Nikomachova měla rovněž velký vliv na vývoj evropské filozofie středověku a stala se jedním z nejčastěji citovaných děl té doby a měla zásadní vliv na rozvoj moderní filozofie, práva, ale i teologických nauk. Středověkou teologii ovlivňovali různí filozofové a učenci. Jedním z nejvlivnějších křesťanských myslitelů byl dominikánský mnich Tomáš Akvinský, představitel středověké scholastiky. Celé vědění období středověku je provázáno církevními dogmaty. Církev byla ve středověké Evropě nadřazena vědě, právu i panovníkovi, respektive existovalo jediné právo, to, které ustanovovala autorita církve. Církev tehdy určovala a rozhodovala, co je dobré a co špatné. Veškeré konání jednotlivců, ale i států, podléhalo ve středověké katolické Evropě schválení církve.

Přesto i v takovém období evropských dějin docházelo k pronikání názorů některých filozofů ze zahraničí, se kterými křesťanská teologie nemohla souhlasit. Učení arabského filozofa Averroese, tehdejší scholastika popírala. Zvláště jeho teorie o trojím lidu, tedy rozdělení na filozofy, teology a náboženské učence a prostý lid, pobouřila křesťanskou církev natolik, že byl uvržen do klatby. Avšak naopak byl Averroes velmi uznáván pro své komentáře k dílu Aristotela. Zřejmě proto, že byla arabská filozofie podporována spíše přírodovědci a lékaři, ubírala se jinými cestami, než křesťanská, v tehdejší době stále řízená církví, došlo mezi učením Ibn Rušda a křesťanstvím k takto nesmiřitelnému rozkolu. Averroes dává přednost rozumu i v otázkách víry a říká : *“Náboženství přirozené, filozofické a náboženství zjevené mají za jisté jeden a tentýž obsah; náboženství zjevené musí být korigováno rozumem a tam, kde dojde k rozporu, je nutno dát rozumu za pravdu.”* (Vladimír Neff, Antigorgias, 2007: 26). Vzniká tak konflikt dvojí pravdy, jinými slovy – co je pravdou ve filozofii, nemusí platit v teologii a naopak.

Ibn- Rušd říká : *“Nečiň, co odsuzuje tvé svědomí, a neříkej, co není v souladu s pravdou.”* (cs.wikipedia.org/wiki/Ibn_Rušd).

Protože křesťanskou morálku v Evropě řízenou výhradně teologicky bylo nutno uchránit, ujal se tohoto úkolu, dominikán Tomáš Akvinský (1225-1274). Tomáš Akvinský kromě jiného proto stanovil, že lidské poznání je potřebné a chvalitebné, ale lidský rozum se může mýlit, a proto musí být podřízen víře, která je hlavní obranou proti bludům a má dokazovat, že víra rozumu neodporuje. Proto také dále uvádí, že i vůle člověka je

podřízena rozumu a člověk se tak může svobodně rozhodnout pro to, co rozum, z vůle Boží, uznal dobrým.

Svatý Tomáš Akvinský, jako představitel středověké scholastiky, stejně tak i jeho protiklad představitel arabské filozofie Ibn Rušd čerpali pro výklad etiky a morálky každý ve své době a prostředí, tak naprosto odlišném, mimo jiné také ze stejného zdroje - z Aristotela. Nauka Aristotelova se jeví nauce křesťanské víry velmi vzdálená, ale díky práci Tomáše Akvinského, který znal dokonale Aristotelovo dílo a upravil je pro potřeby křesťanského studenta, mohlo být čteno a citováno ve školách Paříži, nebo Oxfordu už v polovině 13. století. Filozofický směr tomismus, který je součástí středověké scholastiky, má snahu racionálně spojit učení Aristotelovo a Platónovo s naukou sv. Augustína, a spojit je s tehdejší teologickou naukou. Zmíněné téma zpracovává zejména dílo Summa Theologica, která obsahuje komentáře sv. Tomáše Akvinského k Aristotelovi a k Bibli Svaté.

Avšak pro použití běžného občana tehdejší doby, a s přesahem do současnosti zůstává jako jeden ze základů morálních hodnot člověka křesťanské Desatero - Dekalog. Pro křesťanskou i židovskou víru znamená dodržování desatera minimum pro spásu člověka láskou k Bohu, ale i k bližnímu. V evropské kultuře desatero představuje základní rady, nebo spíše pokyny, jak žít morální život nejen pro věřící, ale i pro ateisty. Příkázání desatera 1 -3 se týkají spíše věřícího člověka, ale příkázání 4 – 10 jsou platná všeobecně.

Morálka dle desatera : 1. Já jsem Pán, tvůj Bůh

2. Nevezmeš jména Božího nadarmo

3. Pomni, abys sváteční den světil

4. Cti otce svého a matku svou

5. Nezabiješ

6. Nesesmilníš

7. Nepokradeš

8. Nepromluvíš křivého svědectví proti bližnímu svému

9. Nepožádáš manželky bližního svého

10. Nepožádáš statku bližního svého

1.3 Vývoj etiky a morálky od raného novověku po moderní dějiny

Počátek, nebo konec jednotlivých dějinných epoch není možné určit žádným přesným datem, ale podle periodizace dějin se doba počátku raného novověku datuje objevením Ameriky Kryštofem Kolumbem v roce 1492, kdy podle této periodizace končí doba středověku a feudalismu, až po velkou francouzskou revoluci roku 1789.

Období raného novověku v Evropě charakterizují velké zámořské objevy a rozvoj přírodních věd. Ve společnosti je to rozpad náboženského dogmatismu typický pro středověk, rozvoj renesance a humanismu.

Éra novověku se vrací k myšlenkám velkých antických filozofů, společnost se odvrací od církve a víry takové, jaká byla v minulých stoletích. Člověk nachází svou individualitu a uvědomuje si svoje schopnosti nazávislé na vůli Boží. Období renesance (ve 14.– 16. století) se začíná rozvíjet nejdříve v Itálii, zvláště ve Florencii a poté se šíří do celé Evropy. Vývoji renesanční společnosti napomohl také příchod učenců, kteří byli nuceni uprchnout před Turky po dobytí Konstantinopole roku 1453. Právě tito učenci přinesli do Evropy myšlenky antických filozofů, včetně učení o etice. Rozhodující vliv na šíření informací měl snad nejvýznamnější vynález všech dob – knihtisk Johanese Gensfleische – Gutenberga na přelomu let 1447 - 1448. Je jasné, že s pomocí knihtisku nastalo poměrně rychlému šíření informací už nic v cestě. Díky těmto společenským změnám se rozvíjí technologický pokrok, vědy, umění, se vzděláním obyvatelstva roste i životní úroveň. Renesanční člověk je vzdělaný, hovoří několika jazyky, orientuje se ve filozofii a kultuře. Rozmáhá se individualismus až antropocentrismus, sekularizace, vědecký realismus, ale i myšlenky humanismu.. Úcta ke každému lidskému životu bez předsudků, odklon od myšlenek na život věčný k realistickému uvažování o životě pozemském, vnímání krásna, poezie, umění, věd, ale také rozvoj lidových jazyků. Etika a morálka společnosti je naplňována těmito velkými myšlenkami. Vzdělání, věda a kultura však byly většinou výsadou pouze bohatších vrstev obyvatelstva

V církevní sféře se ozývá stále více kritiků Písma a náboženských dogmat, a tím zároveň nastává i v etice odklon od náboženství k zesvětštění lidské morálky. Stále více kritiků je nespokojení s církví proto, jaký kněží vedou skutečný život, protože se velmi rozchází s klasickou náboženskou etikou tak, jak byla prezentována obyvatelstvu a dávána mu za vzor. Zvláště v německy mluvících zemích dochází po r. 1517 pod vedením Martina Luthera k reformaci církve. Přes to, že církev procházela v té době zásadními změnami,

Desatero, slovo Písma svatého, zůstalo jako základ morálního statusu obyvatel platné i přes postupující reformaci církve a později i sekularizaci společnosti. Bohužel, rozpad náboženské jednoty měl za následek řadu občanských a náboženských válek, které ukončily i období renesančního humanismu.

Pokud hovoříme o etice a morálce nelze opomenout jednoho z největších myslitelů 17. století Jana Amose Komenského, který považoval mravnost za jednu ze základních součástí vzdělání. Zvláště ve spise Obecná porada věcí lidských se morálce důkladně věnoval. Za zásadní v etice považoval např. střídmost, šetrnost, záměrné řízení života, kázeň a rodinu. Teorii etiky zde rozdělil takto : “ 1. *filozofie mravnosti*, 2. *morální kritika a náprava společnosti*, 3. *obecné teorie mravnosti, obecné mravní kodexy*, 4. *konkrétní mravní kodexy – etika rodiny, mládeže, školy*.”(Kateřina Ivanová, *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, 2006 : 23)

Po období občanských a náboženských válek vyvolaných konflikty mezi vznikajícími národními státy a také rozpadem náboženské jednoty následovalo období absolutismu.

Myšlenky humanismu však nebyly zapomenuty zejména mezi vzdělanými lidmi z řad šlechty. Po francouzské revoluci v roce 1789, která znamenala zásadní přelom v kontinentálních dějinách Evropy, se dostávají do popředí myšlenky moderního humanismu reprezentované např. J.J.Rousseauem, nebo Imanuelem Kantem.

Není možné hovořit o etice a morálce a nezmínit přitom německého filozofa, myslitele a jednoho z osvícenců Imanuela Kanta a jeho kategorický imperativ. Dílo Imanuela Kanta o etice je založeno na myšlence vnitřní lidské svobody, bez působení, či vlivu jakékoli dodatečné zkušenosti. Morálka, podle Kanta, může být pouze heteronomní, čili zvenčí předepsaná nějakým zákonem, zvykem, nebo pravidlem, anebo autonomní, čili taková, která je svobodnému člověku vlastní. Aby subjekt mohl ve svém životě využívat takto zvnitřnělou, nebo přirozenou morálku, musí nutně dle Kanta obsahovat maximu, čili rozumový princip. Maximu může, nebo je schopen, obsahovat pouze svobodný jedinec, který disponuje dostatkem praktického rozumu a dokáže proto svobodně zhodnotit motivy svého konání.

Kategorický imperativ Imanuela Kanta : “*Jednej jen podle té maximy, od níž můžeš zároveň chtít, aby se stala obecným zákonem. Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek.*” (cs.wikipedia.org/wiki/Kategorický_imperativ)

1.4 Etika a morálka v současnosti

Etika naší moderní společnosti čerpá ze stejných základů jako v minulosti. I pro současnou společnost jsou inspirativní myšlenky antických, nebo humanistických filozofů. Desatero zůstalo stejně platné, jako v době největšího rozmachu křesťanství. Mění se však kultura společnosti. Jednotlivé složky kultury ovlivňují myšlení, rozhodování a jednání jedinců ve společnosti, a podle toho se přizpůsobují, v souladu s etikou společnosti, morální detaily běžného života. Co bylo například nemorální za Gutha – Jarkovského dnes mnohdy patří k běžnému životu. Nicméně i etika současnosti je vědeckou disciplínou, jejímž předmětem zkoumání je morálka a mravnost. Touto disciplínou etiky se zabývá obor metaetika, která se věnuje na abstraktní úrovni zkoumání toho, co je dobro a zlo. Tím, co odliší dobro a zlo v konání jedince je jeho svědomí, odpovědnost a jedincovy mravní hodnoty.

“Morálka určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tak usměřňuje chování člověka ve společnosti. Je to vlastně schopnost rozeznávat dobré od zlého. Podle tohoto roznávání dobra a zla se vytvářejí mravní vztahy, což jsou postoje jedince k sobě a k ostatním lidem. Morálku vnímáme jako společensky preferované psané i nepsané pojmy, které tvoří soubor požadavků na chování člověka. Měřítkem morálky je je shoda či neshoda s vlastním svědomím”. (Jana Kutnohorská, Etika v ošetřovatelství, 2007:12)

Všeobecně platnou teorii pro život k dispozici nemáme, ale morálka jednotlivce je určována tím, jak má svůj žebříček hodnot nastaven. Pokud jsou pro jedince prioritní hodnoty, které jsou v jeho rozhodování prezentovány konáním dobra, můžeme říct, že jsou tyto hodnoty mravním dobrem v rámci nějaké mravní normy. Za mravní normu považujeme zvykové pravidlo, které platí v určité společnosti, sociální skupině, nebo například profesi. Takové mravní normy jsou budovány tradicemi společnosti a udržovány veřejným míněním této společnosti. Zásadní hodnotou v naší kultuře je ochrana zdraví a života, proto byly v rámci teorie etiky vymezeny tři zásadní priority žebříčku hodnot moderní společnosti :

1. Hodnota života
2. Kvalita života
3. Posvátnost života

2 ETIKA V LÉKAŘSTVÍ– HISTORICKÝ EXKURS

2.1 Etika lékařská

“Salus aegroti lex suprema esto.” (Hippokrates)

Ve své bakalářské práci se chci věnovat především nelékařským zdravotnickým pracovníkům – sestřám a ošetřovatelskému personálu ale přesto není možné nezmínit, alespoň stručně, etiku lékařskou. Rovněž etika lékařská, jako samostatné odvětví aplikované etiky, předcházela etice ošetřovatelské.

Stejně jako ve filozofii zůstane pojmem Aristoteles, tak v lékařství to je Hippokrates, nejslavnější lékař antického řecka, a jeho Hippokratova přísaha. Hippokrates se narodil na ostrově Kósu roku 460 př.n.l. Za svůj poměrně dlouhý život, zemřel pravděpodobně v roce 377 př.n.l. v Lárrise v Thesalii, vstoupil do dějin medicíny tak významně, že si jej připomínáme dodnes. Pocházel z rodiny léčitelů a získal k léčení a léčitelství přirozeně kladný vztah. Po svém zasvěcení do tajů léčení pravděpodobně cestoval po Malé Asii a také Řecku, kde snad zachránil Athény před morem. Hippokrates svým přístupem k medicíně nahradil tehdejší magické léčitelství pozorováním a racionálními úvahami o příčinách a souvislostech chorob. Kromě léčení samého založil lékařskou školu a lékařské umění také vyučoval. Z Hippokratových výkladů o nemocech a léčení pochází 58 textů sebraných do 73 knih, dnes známých jako kodexy Corpus Hippocraticum. Zřejmě je netvořil sám, ale za pomoci svých žáků. V těchto kodexech je kromě jiného rozebrána léčba jednotlivých případů nemocných, dnes bychom je nazvali kazuistikami. Za velmi důležité Hippokrates považuje dodržování lékařského tajemství. Součástí Corpus Hippocraticum je i Hippokratova přísaha. Dodnes je tato přísaha v souvislosti s lékařskou etikou citována a to i přesto, že některá její prohlášení byla postupem doby pozměněna, nebo dokonce zcela vypuštěna. Z Hippokratovy přísahy pramení slib lékařský, přijatý jako závazný na sjezdu Světové lékařské organizace v Ženevě ve Švýcarsku roku 1948. Uvádím zde překlad Hippokratovy přísahy z angličtiny L. Edelsteina z roku 1967.

Hippokratova přísaha

„Přisahám při lékaři Apollonovi a Asklepiovi a Hygieii a Panaceii a při všech bozích a bohyních, jež беру za svědky, že budu plnit podle svých schopností a podle svého úsudku tuto přísahu a smlouvu :

Budu považovat toho, který mě naučil tomuto umění, za rovnocenného svým rodičům a budu žít svůj život v partnerství s ním, bude – li mít potřebu peněz, rozdělím se s ním o svůj díl, budu se dívat na jeho potomky tak jako na své bratry v mužské linii a budu je učit tomuto umění – budou – li si přát být tomuto učeni, a to bez odměny a bez smluvní listiny. Podělím se o předpisy, ústní instrukce a o všechny ostatní vědomosti se svými syny a se syny toho, který mě učil, a s žáky, kteří podepsali závazek a složili přísahu dle lékařského zákona, ale s nikým jiným.

Budu aplikovat dietetická opatření pro dobro nemocných podle svých schopností a podle svého úsudku, budu je chránit před poškozením a před křivdou.

Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhuji. Podobně nepodám ženě abortivní prostředek. V čistotě a posvátnosti budu střežit svůj život a své umění.

Nepoužiji nože, dokonce ani ne u lidí trpících kamen, ale ustoupím ve prospěch těch, kteří se zabývají touto prací.

Navštívím – li kterýkoli dům, přijdu pro blaho nemocného a budu prost jakékoli záměrné nepravosti, veškeré zlomyslnosti a obzvláště sexuálních vztahů, ať se ženami, nebo s muži, ať se svobodnými, nebo s otroky.

Cokoliv uvidím, nebo uslyším v průběhu léčení, nebo dokonce mimo léčení v pohledu na život lidí, to, co se v žádném případě nesmí šířit mimo dům, vše si nechám pro sebe. Vždyť bych se musel stydět o tom mluvit.

Jestliže splním tuto přísahu a neporuším ji, mohu mít zaručeno, že se budu radovat ze života a t umění a že budu ctěn a proslulý mezi všemi lidmi na všechny časy, které přijdou. Jestliže ji však poruším a budu přísahat falešně, ať je opak toho všeho mým údělem.“

(Marta Munzarová, Zdravotnická etika od A do Z, 2005 : 19,20)

Historikové se nemohou shodnout, ze které doby Hippokratova přísaha přesně pochází. Některé prameny ji datují do 6. století před Kristem a jiné do počátku křesťanství a ne vždy

se těšila velké pozornosti. Marta Munzarová ve své knize Zdravotnická etika od A do Z uvádí, že ...*nejjasnějším argumentem pro vazbu mezi křesťanskou lékařskou etikou a hippokratovskou tradicí je existence rukopisu, pocházejícího z 10. – 11. století, křesťanské verze Hippokratovy přísahy nazvané “Z přísahy dle Hippokrata, na niž může křesťan přísahat.” Z přísahy vyplývá takový pohled na lékařství, který představuje především závazek mravní...mezi nejdůležitější patří úcta k člověku.*” (Marta Munzarová, Zdravotnická etika od A do Z, 2005 : 21, 23).

2.2 Lékařská etika ve dvacátém století a v současnosti

Filozofie a rovněž etika byla ve školství už středověku a novověku jednou ze základních vědních disciplín na vysokých školách, jak dokládá program studia filozofických věd pro juristy, teology, ale právě i pro posluchače medicíny z pera Tomáše Akvinského : *“Žáci nejprve začnou logikou, která předává pravidla vědění, pokračují matematikou na té úrovni, kterou jsou schopni zvládat ještě jako děti, za třetí postoupí ke studiu přírodní filozofie, jejíž znalost vyžaduje kvůli zkušenosti delší čas, za čtvrté pak morální filozofii, kterou nemohou v útlém mládí ještě chápat v náležitě míře a konečně pak nastoupí cestu k oné božské nauce, která uvažuje o prvotních příčinách jsoucna.”*(Milada Říhová a kol., Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského, 2010 : 20, 21).

Filozofické vzdělání bylo tedy celá staletí součástí výuky na vysokých školách, avšak postupem doby vstupují do popředí zájmu přírodní vědy. Od poloviny 19. století dále se filozofie ve výuce vysokých škol zejména v oborech přírodních věd nachází minimálně. Jak uvádí ve své knize prof. Haškovcová : *...”z výuky se vytrácí společný základ humanitní vzdělanosti. Zejména ve 20.století a zesíleně po druhé světové válce je studium filozofie značně zúženo a přírodovědná, jakož i technická až technokratická orientace se stává ve výuce zcela dominantní.”*(Helena Haškovcová, Lékařská etika, 2002 : 21).

Nyní už víme, že zanedbání výuky humanitních disciplín zejména na lékařských fakultách přineslo do medicíny termín “dehumanizovaná medicína” a je zřejmé, že v oboru, který se zabývá lidským zdravím a existencí života vůbec to byl zásadní krok zpět.

Vývoj lékařské etiky probíhal v různých zemích odlišně v souvislosti s politickou situací a sociální vyspělostí té které země. Zásadní zlom ve vývoji lékařské etiky v Evropě přinesl v roce 1946 Norimberský proces, na kterém Mezinárodní vojenský tribunál složený ze

zástupců Spojených států, Sovětského svazu, Francie a Velké Británie vystoupily proti nacistickému Německu v procesech vedených za zločiny proti míru, proti vedení útočných válek, proti válečným zločinům a zločinům proti lidskosti. Prof. Haškovcová ve své knize uvádí : *“V roce 1946 byl zahájen Norimberský proces a výnamná svědkyně hovořila o tom, že lékařská praxe byla pod vlivem fašistické ideologie zneužita. Zneužití byli často i lékaři, kteří pod značným, někdy existenčním tlakem nuceně nerespektovali základní mravní principy své profese. V souvislosti s norimberským procesem se objevuje požadavek přestovat ve zvýšené míře lékařskou etiku.”* (Helena Haškovcová, *Lékařská etika*, 2002: 22).

Avšak od poloviny 20. století, přinejmenším do konce roku 1989, má v Čechách, oproti ekonomicky vyspělým zemím, lékařská etika velmi omezený prostor ke svému vývoji.

Socialistické zdravotnictví je po roce 1989 minulostí a proto byl v roce 1991 na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy založen Ústav lékařské etiky a zde se také v témže roce lékařská etika stává z rozhodnutí vědecké rady této fakulty samostatným lékařským oborem.

Ve zdravotnictví, stejně jako v ostatních oborech lidské činnosti využíváme v praxi aplikovanou etiku. V lékařské vědě a zdravotnictví je to biolékařská etika a etika nelékařských zdravotnických oborů, která se týká jak pracovníků v přímé péči, ale i laboratoří a dalších oddělení.

3 ZÁKLADNÍ ETICKÉ KODEXY V SOUČASNÉ MEDICÍNĚ

3.1 Lidská práva

“Potřeba zajistit lidská práva je univerzální, jejich ohrožení nezná geografické hranice. Lidská práva vyjadřují nejzákladnější, všemi uznávané hodnoty lidství.”

(Jana Kutnohorská, Etika v ošetrovatelství. 2007 : 51)

Lidská práva jsou nezadatelná, nezczizitelná, nepromlčitelná a nezrušitelná. Ochraňovat lidská práva je jednou ze základních etických povinností v pomáhajících profesích.

Ve článku 3 Ústavy České republiky je Listina základních práv a svobod zakotvena.

Základní lidská práva :

- právo na život a jeho ochranu
- právo na osobní svobodu
- právo na soukromí
- právo vlastnit majetek
- právo na nedotknutelnost obydlí
- právo listovního tajemství
- právo svědomí a náboženského vyznání
- odmítání diskriminace
- rovnost a důstojnost lidí

Mezinárodní etické kodexy v medicíně:

Norimberský kodex (1947)

Ženevský deklaráce (1948) a Ženevský slib (1983) – tyto dva dokumenty zahájily moderní historii lékařské etiky

World Health Organization – hlavní koordinátor v mezinárodním veřejném zdraví (OSN)

Helsinská deklaráce (1964) – boimedicínský výzkum za účasti člověka

(další 1975, 1983, 1989, 2002)

Sydneyská deklaráce (1968) – přesné stanovení smrti mozku

(pomocná kritéria pro určení mozkové smrti r.1982)

Deklarace všeobecných a zvláštních práv duševně postižených (1969)
(po doplnění přijata Valným shromážděním OSN roku 1971)
Etické problémy týkající se pacientů s duševními chorobami (1995)
Etické směrnice transplantace orgánů (1968)
Směrnice pro vědecké výzkumy prováděné na lidech (1970)
Směrnice pro pomoc umírajícím (1979)
Deklarace o nezávislosti a profesionální svobodě lékaře (1986)
Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (1994)
Evropská charta pacientů seniorů (1997)
Evropská charta pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují (1998)
Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (1999)
(Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné, také Charta umírajících)
Úmluva o lidských právech a biomedicině (Také Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti a aplikací biologie a biomedicíny. V ČR - podepsána r. 1998, ratifikace parlamentem ČR v r. 2001. V případě rozporu s legislativou ČR je text této úmluvy nadřazen zákonu ČR)
Lisabonská deklarace o právech pacientů (1981)
Amsterodamská deklarace – Deklarace práv pacientů v Evropě (1994, podrobná oproti lisabonské deklaraci)

Národní etické kodexy lékařů:

Etický kodex České lékařské komory (1991)
Etický kodex České stomatologické komory (1991)
Profesní řád České lékárnické komory (1991)
Etické principy činnosti a spolupráce oddělení lékařské genetiky (1992)
Směrnice ke zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče
(zákon 101/2000 Sb o ochraně osobní údajů)
Charta práv hospitalizovaných dětí (1993)
Deklarace práv onkologických pacientů (2002)
Práva kriticky nemocného (1992)

Práva pacientů (1992) – budou podrobněji rozebrána dále

Mezinárodní etické kodexy zdravotních sester

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé sestaven v roce 1899 společností ICN (International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester). Několikrát byl upravován. Poslední platná revize je z roku 2000. Sídlem ICN pro Evropu je nyní Ženeva.

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek (1993)

Národní etické kodexy zdravotních sester :

Etický kodex sester předložený Českou asociací sester

Kodex profesionálního chování zdravotnických pracovníků registrovaných v ČAS (2002)

Etické normy v ošetrovatelském povolání (1992)

Profesní organizace zdravotních sester

ČAS – Česká asociace sester (je členem ICN)

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)

WENR – Workgroup of European Nurse Researches (Pracovní skupina evropských sester pracujících pro výzkum)

EONS – European Oncology Nursing Society (Evropská onkologická společnost sester)

EDTNA/ERCA – European Dialysis and Transplantant Nurses Assosiatton (Evropská asociace nefrologických, dialyzačních a transplantačních sester)

HORATIO – evropská asociace psychiatrických sester

ACENDIO – Association of Common European Nursing Diagnoses (Mezinárodní společnost pro podporu společné ošetrovatelské terminologie)

ESGENA – European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses Assotiates (Evropská společnost gastroenterologických a endoskopických sester a spolupracovníků)

4 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA

Ošetřovatelská etika se až do poloviny 20. století řídila etikou lékařskou. S postupem ošetřovatelských věd a se zvyšujícími se nároky na erudici zdravotních sester se roste i složitost práce nelékařských zdravotnických pracovníků. Specializace v různých oborech sesterské práce vyžadují i speciální standardy ošetřovatelské péče. Stejně tak bylo nutné specializovat ošetřovatelskou etiku práce od lékařské etiky.

Pravidla etiky v ošetřovatelství vznikala v součinnosti s cíli moderního ošetřovatelství. Podle definic programu Zdraví pro všechny do 21. století, který navazuje na program Zdraví do roku 2000, byly definovány cíle soudobého ošetřovatelství a podle těchto cílů byly stanoveny etické zásady moderního ošetřovatelství.

4.1 Etický kodex sester předložený Českou asociací sester

Sestra a pacient

Sestra má základní povinnost – poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči.

Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.

Sestra není v ošetřovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta, a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.

Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, neetickými, nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.

Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.

Sestra a praxe

Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetřování a za následné chování.

Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.

Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

Sestra a spolupracovníci

Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí a patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.

Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice, či jejímu svědomí.

Sestra a profese

Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky

Sestra má pro výkon profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti, využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí a způsobilosti.

Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.

Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek ošetrovatelství.

Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

Sestra a společnost

Sestra se s ostatními zdravotníky a se spoluobčany zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio – psycho – socio – spirituálně ekologických potřeb veřejnosti.

Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.

Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti v níž žije a pracuje, a nejedná proti nim. (Jana Kutnohorská, Etika v ošetrovatelství, 2007 : 112 - 114)

Etiku pracovníků v pomáhajících profesích vymezují :

1. Filozofické, ideové a náboženské postoje a názory pracovníka
2. Teorie ošetrovatelství a ošetrovatelská etika
3. Právní systém a zákonné normy, kterými se řídí zdravotní péče
4. Kompetence sestry a její odpovědnost
5. Osobní vlastnosti pracovníků a úroveň profesionality pracoviště
6. Technicko – materiální vybavení pracoviště

Předmět ošetrovatelské etiky na první místo staví vztah a postoje sestry k pacientovi (klientovi). Mezi úkoly ošetrovatelské etiky patří zkoumat kvalitu těchto vztahů mezi pacientem a sestrou, ale rovněž kolegiální vztahy na pracovišti a mravní normy profese. Dále přesně stanovuje náplň práce, kompetence a povinnosti zdravotníků. Komplikované situace analyzuje a stanoví eticky vhodné řešení v souladu s legislativou a právy pacientů. Mezi základní cíle ošetrovatelské etiky patří humanizace mezilidských vztahů nejen během hospitalizace. Pomáhat ošetrovatelskému personálu lépe porozumět složitosti pacientovy situace během nemoci a popřípadě korigovat jednání personálu během profesionálních výkonů tak, aby byly tyto výkony pro pacienta co nejméně stresující a obtěžující. Pomáhá zdravotníkům nalézt cestu k uspokojení psychických, sociálních, kulturních i duchovních potřeb pacientů a klientů. Ve vztahu k pacientovi má sestra mnoho rolí. nejdůležitější je samozřejmě role zdravotníka profesionála a ošetrovatele. Ale také je to role poradkyně, edukátorky, nebo mediátorky v konfliktních, nebo pro pacienta nesrozumitelných situacích. Proto jsou pro osobnost sestry důležité její kvalitní morální hodnoty. Ale jak zhodnotit, jestli morální hodnota, kterou obhajují je ta dostatečně správná ?

Doc. Kutnohorská ve své knize uvádí : “ *Existují hodnoty souměřitelné a nesouměřitelné. Lze vážit a měřit kvalitu či kvantitu věcí, avšak je obtížné, a někteří filozofové tvrdí, že nemožné, porovnávat a měřit mravní hodnoty. Co je důležitější, nebo cennější ? Například život, nebo svoboda, život, nebo důstojnost ? Morální hodnoty jsou specifické, protože od*

jiných hodnot implikují povinování. Pokud cítíme mravní hodnotu, pak také cítíme, že má být uskutečněna.” (Jana Kutnohorská, Etika v ošetrovatelství, 2007 : 16)

4.2 Základní etické principy v ošetrovatelství

Princip nonmaleficence – princip neškodění, resp. nepoškození, zakazuje jakkoli poškodit, nebo dokonce usmrtit jiné

Princip beneficence – princip činění dobra jde o konání dobra, poškození je nutno předcházet, odstraňovat je, rizika nesmí převyšovat přínosy

Princip respektu k autonomii nemocného – respekt k samostanému rozhodování a jednání pacienta (autonomie nemocného má omezenou platnost v souvislosti s právní odpovědností lékaře za léčbu např. z vitální indikace)

Princip justice – princip spravedlnosti, znamená spravedlivé rozdělení zdrojů pro nemocné

Princip pravdomluvnosti – jde o závazek nepodvádět ostatní a patří k základnímu respektu k druhému člověku. Zdravotníci jsou povinni mluvit pravdu, protože v opačném případě mohou ztratit pacientovu důvěru. Pokud plnou pravdu pacientovi sdělit nelze, je zdravotník v rámci své kompetence povinen zvolit jinou adekvátní odpověď, nikoli však lež.

Princip poctivosti – znamená povinnost zdravotníka dostát svým závazkům

Princip mlčenlivosti – jedná se o povinnost zdravotníka chránit důvěrné informace. Zde se uplatňuje hledisko morální i právní.

Princip důvěryhodnosti – souvisí s principy poctivosti a mlčenlivosti

Princip obhajoby – v praxi zdravotníků má tento princip odlišnou interpretaci od právní terminologie. Z pozice sestry jde o obhajobu zájmů a práv pacienta během zdravotní péče.

Princip odpovědnosti a zodpovědnosti – za kvalitu výkonu péče o pacienta

Princip respektu – k soukromí a důstojnosti pacienta

Princip péče – péče o pacienta je považována za základ ošetrovatelské role. Zde má zdravotník možnost se vcítit do pacienta a pokusit se pochopit jeho vnímání a prožívání reality. Péče o pacienta je definována takto : ... *”být zde pro pacienta, respektovat pacienta, cítit s pacientem, blízkost k pacientovi.*” (Ivanová Kateřina, Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví, 2006 : 47)

Princip spolupráce – znamená podporu úzkých kolegiálních vztahů na pracovišti ve smyslu dodržení závazků vůči pacientovi.

Princip multidisciplinarity – ošetřovatelství je obor, kde se setkává více vědních disciplín

Princip výzkumu – ošetřovatelství je věda založená na důkazech

Role sestry – ošetřovatelka, komunikátorka, edukátorka ve smyslu zdravotně – výchovného působení, poradkyně pacienta a jeho rodiny, pacientova “advokátka,” manžerka, výzkumný pracovník. Sestra je pacientův průvodce hospitalizací, je mu oporou během lékařských výkonů a pomocníkem ve stresujícím stavu nemoci. Sestra musí také umět analyzovat eticky komplikované situace a najít jejich řešení.

Avšak konečné rozhodnutí o tom, jaké jednání člověk (sestra) zvolí, však záleží na mravní kvalitě osoby, která jedná. Etická, ale i právní norma má smysl, přijme – li ji pracovník za svoji osobní povinnost a přijme – li odpovědnost za její porušení. Mravní norma předpokládá její vnitřní přijetí a vnější dodržování. Je proto nutné mít k dispozici pravidla, která určí priority postupů jednání v konkrétních situacích. Jednou z takových pomocných cest jsou teorie holismu, teorie ošetřovatelského procesu a standardy ošetřovatelské péče.

5 KOMPETENCE NELÉKAŘSKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Nelékařský zdravotnický personál, který se podílí na přímé péči o pacienta musí být bezúhonný a také musí disponovat odpovídajícím vzděláním a praxí. V první řadě jsou to nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří mají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Mohou to být absolventi vyšších zdravotnických škol, nebo vysokých škol odpovídajícího zaměření, pokud toto osvědčení získají a jsou evidováni v "Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu," podle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a dále podle vyhlášky č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví. Osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu je vydáváno na dobu 10 let a to po dosažení výše zmíněného vzdělání, odpracovaném min. jednom roce praxe u lůžka (v případě zdravotních sester) a získání min. 40 kreditů z celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Před uplynutím zákonné lhůty 10 let zdravotnický pracovník požádá Národní registr nelékařských zdravotnických pracovníků o prodloužení své registrace a opět prokáže získání 40 kreditů získaných při celoživotním vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků. Pokud nemá dostatečnou praxi, a/nebo nezíská potřebné akreditační body – kredity, musí absolvovat zkoušky odbornosti organizované ministerstvem zdravotnictví. Dále jsou to pracovníci, kteří mohou pracovat pouze pod odborným dohledem, nebo přímým vedením. Jsou to absolventi středních zdravotnických škol – zdravotničtí asistenti a absolventi akreditovaných kurzů – ošetřovatelé, nebo sanitáři. Rozdílné jsou jejich kompetence, konkretizované rovněž podle zákona 424/2004 Sb. Všichni zaměstnanci, kteří vyhovují těmto požadavkům vykonávají ošetřovatelskou péči o pacienta dle své kompetence pod odborným dohledem nadřízeného zdravotnického pracovníka.

6 TEORIE HOLISMU

Termín holismus má základ v řeckém slově *“holon”* a znamená celek.

Jde o filozofický termín, který tvrdí, že všechny vlastnosti nějakého celku nelze zhodnotit pouze zkoumáním jeho částí, ale naopak, celek ovlivňuje podobu a fungování jednotlivých částí tohoto celku. *“Celek je víc, než souhrn jeho částí”* (Aristoteles, *Metafysika* in cs.wikipedia.org/wiki/Holismus). Tento pojem poprvé použil v roce 1926 jihoafrický státník a rektor Univerzity v Cambridge John Smuts.

6.1 Holismus ve zdravotnictví

Kateřina Švejdová z Ústavu zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci vysvětluje teorii holismu aplikovanou v pomáhajících profesích takto :

“Jedná se o vnímání člověka jako celostní lidské bytosti, která se skládá ze složek bio-psycho – socio – spirituálních. Tento směr nám dává najevo, že v člověku se propojuje více složek. Holismus je idealistickou filozofií celistvosti, podle níž celek, jako souhrn částí nabývá vyšších vlastností nezávislých na jeho částech.”

(ŠVEJDOVÁ, Kateřina. *Filozofie v ošetrovatelství* [online]. Dostupné na www.sestra-archiv-ZDN-ZDN.cz [cit.2010-09-09].

Aplikace teorie holismu v pomáhajících profesích se zabývá člověkem jako celkem v kontextu jeho bio – psycho – socio – spirituálních potřeb. Holistická teorie považuje lidský organismus za integrovanou, organizovanou jednotu. Znamená to tedy, že nemoc, nebo porucha jakékoli části má za následek narušení homeostázy celého organismu. Vzájemným vztahem somatiky a psychiky na vznik a vývoj chorob se zabývá psychosomatická medicína. Stejná teorie tvoří základ ošetrovatelského procesu, který denně ve své praxi používají zdravotní sestry.

7 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Definice ošetřovatelství : *“Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví.”*

(Karla Pochylá, Koncepce českého ošetřovatelství, 2005 : 8)

Cíle moderního ošetřovatelství :

1. Pomáhat jednotlivci, rodině i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody.
2. Vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví.
3. Maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama.
4. Provádět prevenci onemocnění
5. Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka
6. Nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím

Ošetřovatelský proces je průběžná realizace předem promyšleného sledu ošetřovatelských postupů, vedoucí k uspokojení bio – psycho- socio – spirituálních potřeb nemocného, nebo klienta a reagování na jejich proměny.

Prvním krokem ve tvorbě ošetřovatelského procesu je sběr informací o pacientovi. Informace je možné získat přímo od pacienta, nebo jeho rodiny a přátel. Další informace lze čerpat z lékařské dokumentace. Je nutné mít na paměti, že sesterská diagnóza nekopíruje diagnózu lékařskou. Avšak v ošetřovatelské diagnóze je primárně nutné lékařskou diagnózu zohlednit. Dalším zdrojem informací jsou ostatní členové ošetřovatelského týmu, kteří mohou rozšířit spektrum informací v souvislosti s výkonem přímé péče o pacienta z pacientových reakcí, požadavků a podobně. Takto je sestavena ošetřovatelská anamnéza.

Další fází ošetřovatelského procesu je stanovení ošetřovatelské diagnózy na základě vyhodnocení informací získaných o pacientovi. Ošetřovatelské diagnózy zahrnují oblasti, které spadají do kompetence sestry. To znamená, že nelékařský zdravotnický pracovník není kompetentní stanovit diagnózu lékařskou, např. zánět žlučníku, ale je kompetentní

stanovit a řešit symptomatiku související s touto lékařskou diagnózou. Může to být příkladně nevolnost, bolest v pravém podžebří, nebo strach z vyšetření. Ošetřovatelské diagnózy sestry sestavují podle taxonomie ošetřovatelských diagnóz. (viz. dále)

Třetí fází ošetřovatelského procesu je plánování ošetřovatelské péče. Zde sestra na základě ošetřovatelských diagnóz stanoví cíl péče o pacienta, způsob, jak bude pacientovy potíže řešit a pořadí ošetřovatelských činností. V ošetřovatelském plánu spolu s pacientem (pokud pacient může spolupracovat) sestra stanoví cíle, kterých chce pacient dosáhnout. Cíle mohou být krátkodobé a dlouhodobé. Cíle musí být specifické a mají vyjadřovat, čeho dosáhne pacient (pacient dojde...umyje se...řekne atd.), dále musí být měřitelné (během jednoho měsíce pacient zhubne 2 kg) a realistické (je nutné mít ohled na skutečné možnosti nemocného). Dále zvolí vhodné ošetřovatelské intervence. *“Plán ošetřovatelské péče dává celkový obraz o individuální péči. Má být konstruován tak, aby bylo možné ho podle potřeby měnit a doplňovat. Každý člen ošetřovatelského týmu musí být schopen z plánu vyčíst jakou péči pacient vyžaduje a které potřeby byly, či nebyly uspokojeny.”*(Marta Staňková, Jak provádět ošetřovatelský proces, 2005 : 42)

Předposlední fází ošetřovatelského procesu je realizace ošetřovatelského plánu. Je to fáze, ve které je pacientovi poskytována individuální péče podle předem stanoveného plánu. V kterékoli fázi péče o pacienta je nutné plán péče operativně měnit, pokud to stav pacienta vyžaduje.

Poslední fází ošetřovatelského procesu je hodnocení účinnosti ošetřovatelské péče. V této fázi sestra spolu s pacientem hodnotí, zda dosáhl vytyčeného cíle. Podle výsledků realizace cíle si pacient stanoví cíl další, nebo stávající cíl modifikuje podle svého stavu a možností. Charakteristickým znakem ošetřovatelství moderní doby je systematické hodnocení potřeb nemocného, ale i zdravého člověka a jejich uspokojování. Uspokojování těchto potřeb tým zdravotníků realizuje pomocí ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je tedy plánování ošetřovatelských činností a postupů při ošetřování nemocného. Plánování ošetřovatelských činností předchází ošetřovatelská anamnéza a sestavení ošetřovatelských diagnóz podle taxonomie NANDA (North American for Nursing Diagnosis Assotiation – Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy). Jedná se o profesionální organizaci zdravotních sester, která standarizuje sesterskou terminologii. První taxonomie byla vytvořena roku 1973 na Univerzitě v Saint Louis. Byla několikrát rozšiřována a stala se tak v praxi obtížně využitelná. V roce 1982 na konferenci, znovu v Sain Louis vznikla asociace NANDA, která vytvořila novou taxonomii nazvanou NANDA I. První

prezidentkou asociace se stala Marjory Gordonová profesorka Boston College v Massachusetts v USA. V praxi se NANDA používala do roku 1988. V roce 2000 byla vytvořena taxonomie NANDA II..

7.1 Ošetřovatelské diagnózy a taxonomie podle NANDA

“Ošetřovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích jednotlivce, rodiny, nebo komunity na aktuální, nebo potencionální zdravotní problém, nebo životní proces. Ošetřovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetřovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které odpovídá sestra.”

NANDA taxonomie II vychází z funkčních modelů zdraví Marjory Gordonové, které popisují funkční chování ve zdraví, nebo dysfunkční v nemoci. Taxonomii NANDA II pro praxi v České republice převedla z anglického originálu a přizpůsobila zvyklostem českého zdravotnictví doc. Jana Marečková, proděkanka Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Taxonomie podle Gordonové (v praxi od roku 2005)

1. Podpora zdraví (jak pacient vnímá své zdraví)
2. Výživa a metabolismus (spotřeba potravy a tekutin)
3. Vylučování (eliminace odpadových látek)
4. Aktivita, sport (různé činnosti, rekreace)
5. Vnímání – poznávání
6. Spánek a odpočinek (kvalita spánku a relaxace)
7. Sebepercepce, sebeúcta
8. Vztahy a životní role
9. Sexualita a reprodukce
10. Tolerance a zvládání stresu
11. Životní hodnoty a víra
12. Jiné

Při tvorbě ošetřovatelských diagnóz je nutné sestavit důkladnou anamnézu pacienta, jeho subjektivních potíží a cíleně hledat objektivní příčiny dysfunkce (Přílohy č.2).

Každý člověk je však individuální osobností, má jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby.

7.2 Teorie potřeb

Teorie potřeb vysvětluje pojem “potřeba” v souvislosti s lidskou bytostí jako projev nedostatku, nebo nepohody, jejíž odstranění je nutné k opětovnému nastavení homeostázy organismu. Pořeby opět mohou mít bio – psycho – socio – spirituální základ, nebo jejich kombinace. Podle toho, čeho se neuspokojení potřeby týká, je žádoucí je saturovat. Zejména je nutné, aby pracovníci v pomáhajících profesích měli na paměti, že pokud pacient subjektivně vnímá nějakou situaci jako problém, tedy potřebu, kterou je nutno saturovat, není na zdravotníkovi, aby chování pacienta hodnotil a rozhodoval, jestli takový problém skutečně existuje, nebo jestli je to z pacientovy strany zvýšené vnímání nějaké poměrně banální situace, popřípadě simulace problému. Nelze se divit pacientovi, který je přecitlivělý, nervozní, nebo negativistický. Adaptace na nemoc a průběh hospitalizace je pro nemocného složitá a náročná. Je sice v nemocnici, dostane dobrou lékařskou péči, dobrou ošetřovatelskou péči, snad se i uzdraví a dokonce bude i bez dlouhodobých následků choroby, ale v průběhu léčení jednoznačně převažují stresory nad salutory. Pacient má právo, a může být nerudný a přecitlivělý, třeba má negativní zkušenosti z minulosti, ale zdravotník – profesionál by si měl s takovými situacemi poradit. Každý zdravotník má vědět, jaký má na chování člověka vliv jeho temperament. Jinak se projevuje choleric, jinak flegmatik. Jiné reakce má pacient komunikativní, jiné introvert, od kterého je mnohem těžší při rozhovoru obdržet podrobné informace. Také motivy pacienta jsou velmi různorodé. Někteří pacienti prožívají své potíže velmi intenzivně, jiní se naopak pokoušejí disimulovat. Je proto nutné objektivně zhodnotit klinické projevy pacientem udávaných obtíží, kontinuálně pacienta pozorovat, zvláště neverbální komunikaci, ale vždy je nezbytné poskytnout pacientovi adekvátní pomoc.

Americký psycholog a první prezident Společnosti pro humanistickou psychologii

Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) vytvořil teorii motivace, ze které vychází také jím vytvořená teorie hierarchie potřeb. V nemocnici pracujeme s potřebami pacientů neustále.

Abraham Maslow hierarchii potřeb zpracoval v souvislosti s motivacemi zdravého člověka. Je zřejmé, že v nemoci bude uspořádání hierarchie některých potřeb odlišné a je vhodné je proto podle stavu nemocného individuálně modifikovat. Podle Maslowovy teorie má každý jedinec individuální a hierarchicky uspořádaný systém motivů, podle nichž uspokojuje své potřeby. Každý člověk je individuální, ale integrovaný celek, takže se jednotlivé potřeby netýkají pouze jednotlivých částí organismu, ale jsou vždy výrazem nedostaku v celé integritě jedince. Maslow rozděluje potřeby na nižší – fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a jistoty, a na vyšší – potřeby sounáležitosti a lásky, uznání a sebeúcty, kognitivní potřeby, estetické potřeby a potřebu seberealizace. Mnoho faktorů uspokojování lidských potřeb ovlivňuje. Je to například osobnost člověka, jeho dosavadní zkušenosti, mezilidské vztahy, které prožívá, také například věk jedince. Zásadní vliv na potřeby člověka a jejich saturaci má samozřejmě nemoc.

“Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije.”

(Sylva Bártlová, Sociologie medicíny a zdravotnictví, 2005: 91).

PhDr. Bártlová doporučuje potřeby pacienta v nemoci dělit takto :

- potřeby, které se nemocí nemění
- potřeby, které se nemocí modifikovaly
- potřeby, které nemocí vznikly

Hierarchie potřeb Abrahama Maslowa může být v i praxi zdravotníků použita jako bazální teorie potřeb. Pro použití během hospitalizace je výhodné je kombinovat s hierarchií potřeb během nemoci, jak je popsala Dr.Bártlová.

8 PROFESNÍ STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Během hospitalizace musí pacient absolvovat řadu lékařských, nebo sesterských výkonů a také řadu vyšetření. O každém vyšetření, nebo výkonu musí pacient dostat validní informace od kompetentního pracovníka. Poté je nutno poskytnout pacientovi profesionální péči a pokud možno eliminovat komplikace při ošetřovatelských výkonech. Proto se zdravotnický personál při výkonu své práce řídí profesními standardy ošetřovatelské péče. Profesní standardy ošetřovatelské péče jsou dohodnuté profesní normy kvality, vymezující minimální úroveň poskytnuté péče ve zdravotnickém zařízení. Profesní standardy ošetřovatelské péče jsou závazné normy umožňující objektivní hodnocení poskytované ošetřovatelské péče, protože obsahují měřitelné a hodnotitelné parametry pro ošetřovatelskou péči. Pro pacienty znamená dodržování standardů bezpečný výkon a ochranu před iatroidním poškozením, nebo sororigenií. Pro personál znamená dodržování standardů ošetřovatelské péče ochranu před případným postihem v případě komplikací zdravotního stavu pacienta. Profesní standardy ošetřovatelské péče a výsledek jejich dodržování (minimum pozákových komplikací) jsou také jedním z kritérií kvality péče během hospitalizace v souvislosti s udělováním akreditací pracoviště.

Standardy ošetřovatelské péče vydává :

Spojená akreditační komise ČR (SAK) – vydává národní standardy

Mezinárodní organizace pro standarizaci (ISO – International Organization for Standardization) - vydává mezinárodní profesní standardy

Společná komise pro akreditace zdravotnických zařízení (JCAHO – Joint Comission on Accreditation of Healthcare) – vydává mezinárodní standardy pro akreditace

Lokální standardy může sestavit a vydat pro svou potřebu každé zařízení. Takové standardy ale musí schválit mamagement pro kvalitu péče zařízení a právní oddělení zařízení.

8.1 Typy standardů ošetrovatelské péče

Strukturální – jsou standardy pro fungování organizace, regulaci ošetrovatelské praxe a souvisejících služeb, vybavení zařízení, výběr pracovníků z hlediska jejich vzdělání, specializací a toho, jestli jsou, nebo nejsou držiteli osvědčení pro výkon práce ve zdravotnictví bez odborného dohledu

Procesuální – jsou standardy ošetrovatelských postupů pro výkony v přímé péči v rámci celého ošetrovatelského procesu

Výsledkové – jsou standardy, které hodnotí kvalitu a kvantitu očekávané změny stavu po intervenci provedené sestrou

Standardy ošetrovatelské péče musí být odpovídající realitě zařízení, pro které jsou určeny, musí být jednoznačně pochopitelné, musí obsahovat měřitelné pokyny a údaje, musí být v praxi dosažitelné.

Každý standard pro ošetrovatelskou péči musí obsahovat název standardu, pořadové číslo, označení (nemocnice), typ standardu (př.procesuální), platnost (časový rozsah působnosti), komu je určen (př.sestry), místo použití (oddělení), autora standardu.

8.2 POVINNOST MLČENLIVOSTI, OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ PACIENTA A DOKUMENTACE

Povinnost mlčenlivosti – lékařské tajemství - se vztahuje na všechny informace o pacientovi, psané, tištěné i ústně podané. Povinnou mlčenlivost musí dodržovat zdravotničtí pracovníci na všech úrovních péče. Tuto povinnost ukládá zákon, ale i etické kodexy v pomáhajících profesích.

Účelem povinné mlčenlivosti je zejména důvěra pacienta v ošezující personál, že bude s jeho důvěrnými údaji nakládat zodpovědně. Povinná mlčenlivost zdravotníků je legislativně upravena v zákoně č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat.

8.3 Lékařská dokumentace

Dokumentace pacientova stavu je nejen písemným dokladem o anamnéze, chorobách a terapii, ale může být i forezním dokumentem. Lékaři zde denně zaznamenávají stav pacienta při vizitě a dle potřeby aktuálně, plánovaná vyšetření a lékařské ordinace. Zdravotnická dokumentace musí být vedena podle vyhlášky č. 64/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb. Dále podle sdělení Ministerstva vnitra o opravě tiskových chyb v zákoně č. 622/2006 Sb. S vedením dokumentace o pacientovi, ale i spodáváním informací o zdravotním stavu nemocného souvisí povinnost mlčenlivosti a ochrana osobních dat podle zákona 101/2000Sb.

Všechna tato nařízení a směrnice je nutno během každodenní péče o pacienty dodržovat, ale zejména je nezbytné o celém průběhu hospitalizace vést důkladnou dokumentaci, kde je nutné zaznamenat všechny údaje o pacientovi a průběhu jeho choroby. Dokumentace v současném zdravotnictví je velmi podrobná. Základní lékařská dokumentace je zpracovávána na počítači, ale zároveň je nutno ji k dennímu používání i vytisknout, aby do ní mohl kdokoli kompetentní z týmu dle potřeby nahlédnout. Terapeutické listy, kde jsou zaznamenány ordinace léků, plánovaná vyšetření a testy jsou v kompetenci lékaře. Každá sestra, která lékařem naordinovaný úkon provede, např. podá lék a podobně, potvrdí jej svojí jmenovkou (razítkem) a podpisem v terapeutickém listě. Toto nařízení se týká všech

kompetentních zaměstnanců a všech úkonů týkajících se pacienta, včetně předávání informací jak pacientovi, tak příbuzným pacienta (Přílohy č. 2,3).

8.4 Sesterská dokumentace

Vše, co se pacienta týká během hospitalizace a je v kompetenci sestry musí být rovněž důsledně zaznamenáno do sesterské dokumentace. Se sesterskou dokumentací pacienta mohou pracovat rovněž pouze kompetentní pracovníci a také je nezbytné dodržovat profesní mlčenlivost.

Základem sesterské dokumentace v péči o pacienta je správně sestavený ošetrovatelský proces, pomocí kterého sestry dokumentují pacientův zdravotní stav, jeho změny, nebo pokroky během léčení v nemocnici. Teorií, které ošetrovatelský proces popisují je několik. Většina z nich je přejata z amerických originálů, kde je ošetrovatelská péče nelékařských zdravotnických pracovníků na vysoké úrovni. Pro potřeby zdravotnictví v České republice je nejvhodnější taxonomie NANDA II.

Ošetrovatelská dokumentace je rovněž vedena každému pacientovi po celou dobu hospitalizace. K individuálně sestaveným sesterským diagnózám je sestra povinna se vyjádřit jednou za 24 hodin. Znamená to, že některé sesterské diagnózy zpracovává denní služba, podle aktuálního stavu pacienta k určitému datu a hodině, jiné služba noční. Akutní události a jejich průběh, pokud nastanou, jsou zaznamenávány průběžně, dále jejich řešení a vývoj situace v čase. Každému pacientovi je během sesterského příjmu přijímající sestrou odebrána důkladná anamnéza podle taxonomie Marjory Gordonové a jsou mu individuálně sestaveny sesterské diagnózy. Dále je pacientův zdravotní stav zhodnocen podle taxonomie rizika vzniku dekubitů podle stupnice Nortonové. Rovněž je proveden screening aktuálního psychického stavu pacienta a nutriční screening. (Přílohy č.2) Podle toho, kolika dosáhne pacient aktuálně bodů je zvolen další postup. Každodenní hodnocení stavu pacienta podle ošetrovatelských diagnóz Gordonové provádí vždy sestra ve službě, denní, nebo noční, která má ten den určitého pacienta v péči. Hodnocení podle stupnice rizika vzniku dekubitů Nortonové, screening aktuálního psychického stavu a nutriční screening je hodnocen a dle stavu pacienta akutně, nebo 1x za 14 dnů vždy sestrou, která pacienta k hospitalizaci přijímala. Pro takového pacienta je to primární sestra. Znamená to, že tato sestra odpovídá za správnost vedení těchto záznamů u "svého" pacienta. Nenadálé stavy, vyšetření, terapeutické zásahy a další akutní události týkající se pacienta jsou

samozřejmě řešeny a poté zaznamenány ihned lékařem, nebo sestrou, podle jejich kompetencí. Léčení a ošetřování pacienta se účastní celý tým zaměstnanců, proto je nezbytné důsledně vést o pacientovi podrobnou dokumentaci, aby bylo možné kdykoli ověřit, nebo porovnáním zhodnotit vývoj pacientova stavu. Stejně důležitá je důsledná dokumentace pacientova stavu i proto, aby se s ní kdykoli mohl každý z kompetentních zaměstnanců seznámit a poskytnout tak pacientovi cílenou a zejména bezpečnou léčbu, nebo informace. Do dokumentace mohou nahlížet pouze kompetentní osoby (lékaři a sestry), pacient a osoby, které pacient označí v informovaném souhlase (Přílohy č. 2,3).

Mohlo by se zdát, že je pacient od první chvíle hospitalizace, i když s dobrým úmyslem pouze svázán nařízenými, směrnicemi, bodovými kategoriemi. Taxonomie a terminologie je stejně důležitá ve všech vědních oborech. V medicíně, a v ošetřovatelství je nezbytné, aby si všichni zúčastnění profesionálové dokonale porozuměli – proto různé taxonomie a měřicí techniky a také měli neustále systematický přehled o skutečnostech, které se pacienta týkají a reagovat na ně. Pacienti mají právo žádat veškeré informace o svém zdravotním stavu a rovněž se mohou k postupům zdravotníků vyjádřit.

Lékaři jsou samozřejmě stále ti, kdo mají, pokud pacient souhlasí, konečnou zodpovědnost o pacientovi rozhodovat. Minimum pacientů má lékařské vzdělání, zůstane proto na lékaři, aby zvážil možnosti a navrhl pacientovi postup terapie. Také na lékaři a sestřích v rámci jejich kompetence závisí, jakým způsobem pacientovi informace podají. Je na nás, lékařích, sestřích, ale i ošetřovatelích, abychom v pacientech svým přístupem a chováním vzbuzovali důvěru a pocit bezpečí. V rozhodování o průběhu léčby mají pacienti jistou možnost volby díky právům pacientů.

9 PRÁVA PACIENTŮ

Práva pacientů jsou pro pacienty zárukou ...”*respektu k autonomii každého člověka, a to důsledně ve všech oblastech života moderního člověka, a tedy i ve zvláštní situaci, jakou je nemoc*”. (Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007 : 14)

Možná první kodex práv pacientů zveřejnil David Anderson, lékárník z Virginie v USA v roce 1971. Preambule tohoto kodexu je popisem toho, jak se asi naši pacienti cítí:

“Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře (lékaře) a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já, a mě podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.”(Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007 : 16)

Práva pacientů v České republice

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými úracovníky s porozuměním.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení kontinuálního způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4. *Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*
5. *V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, léčba, jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nemocný nevybral.*
6. *Pacient má právo očekávat, že vešketé zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případě počítačového zpracování.*
7. *Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající poveze onemocnění. Je – li nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě tam být převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít musí překlad nejprve schválit.*
8. *Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, v němž bude jeho lékař pokračovat, a dostane informace o tom, jaká bude jeho další péče.*
9. *Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu, či experimentu. Vědomý písemný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez udání důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*
10. *Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.*
11. *Pacient má právo a povinnosti znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí tzv. nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.*
(Jana Kutnohorská, Etika v ošetrovatelství, 2007 : 139, 140).

Člověk v nemoci ztrácí tu nejdůležitější jistotu, kterou má. Zdraví, nebo při nejmenším pocit životní stability v subjektivním pocitu zdraví. *“Mezi základní lidské psychologické potřeby patří potřeba struktury, potřeba dostatečného množství podnětů a potřeba uznání existence sebe jako osoby.”*(Blanka Čepická, Jiří Šimek, Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska, 2008 : 60)

Pacienti mají vedle svých práv i své povinnosti. Je to povinnost pečovat kontinuálně o své zdraví zdravým životním stylem, během nemoci dodržováním léčebného režimu a v rekonvalescenci důslednou rehabilitací. Ze zkušenosti víme, že i přes to, že v případě zdravého životního stylu je osvěta kvalitní a dostatečná, mají s jeho dodržování mnozí jedinci nemalé potíže, stejně jako s dodržování léčebných režimů a dobré rekonvalescence.

10 EDUKACE PACIENTA LÉKAŘEM, POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ A POZITIVNÍ REVERS

Ustanovení České lékařské komory o podávání informací lékařem: *“Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho, nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech, včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení nastanou.”* (Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak? 2007 : 19)

Primární v komunikaci mezi lékařem a pacientem je jejich vzájemný vztah. Do nedávné doby převládal paternalistický vztahový model. Postupně by měl být nahrazován modelem partnerským, kdy pacient dává najevo svá stanoviska k léčbě, ale ne vždy se to daří. Je to proto, že v povědomí veřejnosti stále přežívá tradiční model vztahu lékař – pacient. Někteří pacienti o sobě ovšem rozhodovat z různých důvodů nechtějí. Příbuzní pacientů se zase mohou obávat zodpovědnosti za taková rozhodnutí. Každý pacient je individuální osobnost, rozdílně vybavená pro život, má jiné mentální předpoklady, jiné životní zkušenosti. Každý chápe a prožívá svou chorobu a hospitalizaci jinak. Pacient má samozřejmě právo znát všechny informace o svém zdravotním stavu, ale naopak je nutné respektovat i přání pacienta, který informován být nechce a zřiká se rovněž možnosti spolurozhodování o své léčbě.

Pacient přichází do nemocnice s obavami a očekává většinou nepříjemné zážitky, bolest, nejistotu, cizí prostředí, ztrátu soukromí, trpí pocitem opuštěnosti má strach z budoucnosti. Některým pacientům, pokud to jejich zdravotní stav dovolí a mohou o právech pacienta samostatně uvažovat, dávají proto práva pacientů jistou možnost volby. U pacientů, kterým jejich zdravotní stav toto nedovoluje, je to možnost volby pro jejich blízké. Je ale zároveň pravdou, že nemocný člověk ve chvíli, kdy bojuje o své zdraví a mnohdy o život většinou neuvažuje o svých právech pacienta bod po bodu, jak jsou psána. Někteří pacienti se také o svá práva, která mají během hospitalizace nezajímají. Protože vztahy mezi lidmi, a často mezi nejbližšími jsou složité, také se stává, že se o ně nezajímají ani příbuzní. Ale i takovým pacientům, nebo jejich rodinám je nutné odpovídajícím způsobem důležité informace podat. Naopak je třeba respektovat rozhodnutí pacienta, že informace o svém zdravotním stavu znát nechce.

Po léčbě a odborné ošetrovatelské péči je podávání informací jednou z nejdůležitějších činností ošetrovatelského personálu. Ne každý z personálu je kompetentní informace

podat, a ne každý je také může dostat. K rozlišení komu informace podat slouží během hospitalizace "Informovaný souhlas s hospitalizací". Nemocnice, ve které pracuji disponuje dvěma druhy informovaných souhlasů. Jedním z nich je formulář, kde pacient vyslovuje souhlas s hospitalizací a jsou zde také uvedeny osoby, které pacient, pokud je lucidní, svéprávný a není zbaven způsobilosti k právním úkonům, určí jako ty, kterým lze poskytnout informace o jeho zdravotním stavu. Tento typ informovaného souhlasu je založen během příjmu pacienta a kromě svolení k podávání informací konkrétním osobám je zde rovněž kontakt na osobu blízkou. Informace příbuzným, nebo osobě blízké lze po svolení nemocného podat podle zákona č. 111/2007 Sb. Zdravotníci by měli být informováni o obsahu pojmu "blízká osoba". Občanský zákoník vymezuje osoby blízké jako příbuzné v přímé řadě, sourozence, manžela, manželku a dále jiné osoby, které se pokládají za sobě blízké, jestliže by újmu jedné z nich osoba druhá chápala jako újmu vlastní. Zjednodušená pomůcka pro praxi může být ta, že rodina je pro pacienta ten, koho za svoji rodinu určí. Dle potřeby lze tyto údaje kdykoli aktualizovat. Pokud je pacient nesvéprávný, zbaven způsobilosti k právním úkonům, nebo má nějakým způsobem dlouhodobě omezené kognitivní funkce je mu detenčním řízením příslušného soudu určen opatrovník. Souhlas s hospitalizací vyslovuje opatrovník (zákonný zástupce) a informace jsou pak sdělovány rovněž opatrovníkovi.

Neshody přetrvávají v souvislosti s podáváním informací po telefonu. Pokud se zdravotničtí pracovníci mají striktně držet povinnosti mlčenlivosti, vždy by si měli ověřit, dle údajů v informovaném souhlasu, zda ten, kdo žádá informace o pacientovi je k tomu oprávněn. To je při telefonickém rozhovoru nemožné. V našem zařízení se osvědčila praxe použití hesla. Pacient, lékař a příbuzní se domluví na nějakém hesle, které je rovněž uvedeno v dokumentaci. Toto heslo slouží jako identifikace volajícího.

Dále jsou to informované souhlasy s provedeným lékařským výkonem, nebo vyšetřením tzv. pozitivní revers. Souhlas pacienta v tomto případě musí být ..."*poučený, kvalifikovaný a svobodný.*" (Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007 : 25)

Standard informovaného souhlasu podléhá vyhlášce č. 64/2007 Sb, platné od 1.4.2007.

O tomto druhu informovaného souhlasu hovoří, a informace pacientovi, nebo určeným osobám, podává lékař. Výjimku tvoří stav krajní nouze, kdy je pacient např. v bezvědomí, nelze od něj proto získat svobodný a informovaný souhlas a léčebný zákrok je nutné provést bezodkladně (Přílohy č.3).

Otázkou zůstává, jestli je etické vyžadovat po pacientovi, který nemá vzdělání v medicíně, a má se, třebaže po podání erudovaných a srozumitelných informací, rozhodovat zcela sám o svém zdraví, protože o skutečném zasvěcení do problému během několika rozhovorů třeba vedených tak, aby jim porozuměl laik, by se dalo polemizovat. Vhodné pro pacienta by mohlo být využít právo druhého názoru vysloveného jiným lékařem, aby byl nemocný utvrzen v nějakém rozhodnutí. Ani správně poučený pacient se totiž nemusí správně rozhodnout. Může ho ovlivnit negativní zkušenost, nebo kupříkladu názor příbuzného. Navíc, pud sebezáchovy, tedy strach o zdraví a život je bazální potřebou člověka. V takto stresové situaci, kterou je již probíhající choroba, která si vyžádala hospitalizaci a zřejmě invazivní zákroky lékařů, si jen málo pacientů dokáže udržet schopnost racionálního uvažování. Mnoho pacientů také žádá ošetřujícího lékaře o jeho osobní názor. Pacientovo rozhodnutí o své léčbě sice musí být naprosto dobrovolné, ale domnívám se, že využít názoru profesionála je ze strany pacienta – laika správné a logické řešení této obtížné situace.

Informovaný souhlas pacient může vyjádřit ústně, konkludentně, kdy ...”*souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky, avšak s významně souhlasným gestem*”...(Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007 : 27), nebo písemně. Ústní, a zvláště konkludentní souhlas má své místo většinou v ordinaci praktického lékaře a pouze pro běžné rutinní výkony, např. měření krevního tlaku.

Během hospitalizace u invazivních vyšetřovacích metod a lékařských výkonech je nutný informovaný souhlas v písemné formě ve dvou vyhotoveních. První patří pacientovi, druhá verze je založena v dokumentaci pacienta. Takový typ informovaného souhlasu bývá označován jako pozitivní revers a lze jej v případě potřeby využít jako forenzní doklad. Informovaný souhlas je rovněž nutno aktuálně obnovovat podle postupu choroby a nově navrhované léčby, resp. pro každý další zákrok.

Pokud je pacient nezletilý, protože i nezletilý pacient má právo získat od lékaře adekvátní informace, nebo se jedná o pacienta, který má určeného zákonného zástupce, musí být v dokumentaci o podání informací jasně uvedeno, že informace byly sděleny zákonnému zástupci a v přiměřené formě také nemocnému. Informovaný souhlas s výkonem v tomto případě podepisuje zákonný zástupce. Duševně nemocní pacienti rovněž mohou dostat a vyjádřit informovaný souhlas buď sami, popřípadě prostřednictvím zákonného zástupce opět s ohledem k jejich objektivním kognitivním schopnostem.

Okolnosti získání informovaného souhlasu musí být zváženy velmi zodpovědně, aby nemohlo dojít k jeho zpochybnění.

10.1 Neposkytnutí informovaného souhlasu

Pokud pacient, nebo zákonný zástupce, neposkytli z jakýchkoli důvodů informovaný souhlas stávají se všechny diagnostikované a léčebné intervence protiprávními s těmito výjimkami : - stav nouze

- pokud nemoc podléhá režimu povinného léčení
- jde – li o osobu která jeví známky intoxikace, nebo duševní choroby a ohrožuje sebe, nebo okolí
- jedná – li se o nosiče ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

Pokud hospitalizace pacienta přesáhne 24 hodin zkoumá důvody k výkonu proti vůli pacienta příslušný soud. Výjimku tvoří již zmiňovaný případ stavu nouze.

10.2 Odmítnutí léčby a negativní revers

Negativní revers je písemné vyjádření pacientova odmítnutí výkonu. Pacient může odmítnout léčbu bez udání důvodu. Kromě základních údajů o pacientovi, data a místa hospitalizace musí negativní revers obsahovat podrobný popis pacientova zdravotního stavu v době odmítnutí výkonů, rozsah podaných informací lékařem, podpis a jmenovku lékaře a zejména popis možných zdravotních následků, které pacientovi hrozí v důsledku odmítnutí léčby. Pokud není pacient schopen podpisu vlastní rukou, je nutno záznam negativního reversu opatřit jménem a podpisem svědka, který byl u pacientova rozhodnutí přítomen. Rovněž je nutno uvést způsob a důvody pacientova odmítnutí diagnostiky, nebo léčby. V případě nezletilého, nebo pacienta, který má zákonného zástupce je postup stejný. Prohlášení v tomto případě podepisuje zákonný zástupce, popřípadě svědek s uvedením důvodů odmítnutí. V případě odmítnutí výkonů však vyvstává otázka, jak postupovat dál. Dokumentace odmítnutí je legislativně v pořádku, ale nekoresponduje s etickým posláním lékaře. Dochází tak k situaci, kdy zbývá možnost využít péče proti souhlasu pacienta.

“Toto závažné stanovisko lze najít v doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 s názvem O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. Mínilo se tím, že za určitých okolností může skončit léčba, ale nesmí skončit péče, jmenovitě paliativního charakteru.”(Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007/51)

10.2.1 Odvolání informovaného souhlasu

Pacient, nebo zákonný zástupce může informovaný souhlas kdykoli bez udání důvodu odvolat. Takové odvolání má účinky pouze ex nunc (od nyní), nikdy ex tunc (od tehdy). Pacient, nebo zákonný zástupce musí být seznámen se všemi důsledky takového rozhodnutí a je nutné vystavit negativní revers se všemi náležitostmi dle legislativy.

10.2.2 Předem vyslovená přání

V ČR není pojem předem vysloveného přání dosud legislativně upraven. Je zde zaveden pouze systém odebírání tkání a orgánů k transplantaci bez souhlasu zemřelého, ale je respektováno dříve projevené přání těch, kteří s takovým postupem nesouhlasí. Tyto osoby jsou registrovány v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, který je součástí Národního informačního zdravotnického systému.

Poměrně běžný je v české republice nesouhlas s pitvou, který je respektován, pokud není nutné provést pitvu zemřelého z forenzních důvodů.

S účinností od 1.1. 2014 legislativně péči o zdraví upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, díl 9., Péče o zdraví, § 2636 – 2651.

11 EDUKACE PACIENTA Z HLEDISKA SESTRY

Slovo edukace pochází z latinského *educare*, *educare* a znamená vést vpřed, vychovávat.

Doslovný překlad pojmu edukace “vychovávat” není pro vztah pacienta a sestry příliš vhodný a je lepší jej definovat ...”*jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*”(Petra Juřeniková, *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 2010 : 9)

Edukace a edukační proces má ovšem i ve zdravotnictví svá pravidla. Zdravotníci mají k dispozici již zpracované edukační standardy, které lze individuálně přizpůsobit pacientovým potřebám. Zdravotnická edukace má za cíl předcházení nemocem, navrácení zdraví a zlepšení celkového života jedince. Znamená to, že metody edukace během hospitalizace jsou využívány v primární, sekundární, ale i terciální prevenci.

S první edukací od sestry se pacient setká když přichází k hospitalizaci. Při příjmu k hospitalizaci je zdravotní sestra povinna pacienta seznámit s chodem oddělení a rutinními opatřeními, které pacienta během hospitalizace čekají. Využívá k tomu standartní formulář “Edukace pacienta,” který vyplňuje spolu s pacientem. Zjištěné údaje zaznamená do formuláře. Dále tento formulář obsahuje datum a čas zpracování, podpis a jmenovku sestry, která edukaci provedla. Pokud je pacient schopen podpisu, podepíše edukaci rovněž. Pokud pacient není schopen podpisu, je nutné do edukačního formuláře a také do chorobopisu popsat důvod, proč tomu tak je. Popřípadě může edukační formulář podepsat osoba pacientovi blízká (Přílohy č. 1).

Jestliže pacient není schopen edukace, je edukována blízká osoba uvedená v informovaném souhlasu a edukační formulář podepisuje také. V dokumentaci je nutné uvést, koho kompetentní sestra edukovala, jestli pacienta, nebo osobu blízkou.

Pokud pacient není schopen edukace a nemá žádnou osobu blízkou uplatňuje se i zde stav nouze, jako u informovaného souhlasu.

Edukaci pacientů z hlediska ošetrovatelských kompetencí během hospitalizace provádí sestra, která je ve službě a své závěry zaznamená se svým podpisem a jmenovkou do dokumentace. Je vhodné, pokud dojde k předání informací mezi členy týmu i ústní formou. Stav pacienta se vyvíjí v čase a proto mají nelékařští zdravotničtí pracovníci k edukaci značný prostor. Je běžnou praxí, že se často edukativně věnují i příbuzným pacientů, kteří

byli edukováni. Rodinní příslušníci, kteří nemají zdravotnické vzdělání takto získávají informace o dobré péči o nemocného v domácím ošetřování.

Edukace pacientů během hospitalizace se týká většinou senzomotorické oblasti. Pacienti se učí zejména sebezpečí ve smyslu vykonání hygieny, oblékání, obutí bot. Učí se rehabilitovat, aby byli co nejvíce soběstační i po stránce pohybové. Pacienti např. po úrazech páteře, kteří jsou celé týdny upoutáni na lůžko se nejdříve učí vykonávat denní aktivity jako je jídlo, hygiena, ale i vyprazdňování na rovném lůžku za pomoci personálu a později, během rekonvalescence se znovu učí sbírat síly, udržet rovnováhu, chodit a být soběstační. Je to vždy velmi dlouhá a často také poměrně bolestivá cesta. Jako u každého učení i zde je jeden z nejvýznamnějších faktorů úspěchu motivace pacienta. Dalším faktorem je vlastní schopnost učení, kterou určuje osobnost pacienta.

11.1 Realizace edukace a faktory, které edukaci za hospitalizace ovlivňují

Fyziologicko – biologické faktory :

- pohlaví a věk
- poruchy smyslového vnímání
- zdravotní stav

Psychicko – duchovní faktory :

- strach, úzkost apod.
- temperament
- motivace
- návyky a zkušenosti
- schopnost a ochota učit se
- v některých případech i spiritualita

Sociálně – kulturní faktory :

- vzdělání resp. mentální výbava jedince
- kulturní a etnická příslušnost

Edukační prostředí :

- nedostatek soukromí
- nevyhovující prostory (např. toaleta je v začátcích edukace chůze příliš daleko)

Fáze edukační diagnostiky

V této fázi sestra zjišťuje pacientovy vědomosti o svém zdravotním stavu, jeho návyky, dovednosti a životní postoje. Ke zjištění těchto faktů sestra používá techniky rozhovoru s pacientem. Informace sdělené pacientem jsou subjektivního rázu. Je nutné získat rovněž informace objektivní získané testováním, měřením a pozorováním.

Fáze projektová

Začíná vyhodnocením pacientových edukačních potřeb. *“Za edukační potřebu považujeme deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a pozitivních postojů edukanta ke svému zdraví, kdy tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit zdraví edukanta v současnosti a budoucnosti.”* (Petra Juřeniková, Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 2010 : 24)

V této fázi sestra spolu s pacientem plánuje jeho cíle, volí metodu edukace, pomůcky a časový rámec.

Fáze realizace

Fáze realizace začíná prací s motivací pacienta, kterou je vždy nutné podpořit. Následuje expozice nových informací. Opakováním se zdravotník snaží nové informace pacientovi fixovat. Dalším krokem je běžná diagnostika stavu pacienta a zejména jeho pokroky v léčbě. Následuje aplikace, kdy se zdravotník snaží, aby pacient uměl nové poznatky použít.

Fáze upevňování

V této fázi častým opakováním dochází k upevnění nových poznatků pacienta

Fáze zpětné vazby

Jedná se o hodnocení výsledků pacientova snažení a tím zároveň i uroveň edukačních dovedností zdravotníka

Edukační cíle můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Oboje je nutné rozdělit na jednotlivé etapy tak, aby byly přiměřené ke schopnostem pacienta. Hodnocení dosahování

pacientových cílů musí být průběžné. Cíle, ale i metody k jejich dosažení musí být pokud je třeba, modifikovány operativně. Dále bychom edukaci během hospitalizace mohli rozdělit na teoretickou a praktickou (návuk dovedností).

Během edukace za hospitalizace je vhodné využití různých edukačních pomůcek a materiálů. Jsou to různé pomůcky k rehabilitaci, polohování pacientů a ke stabilizaci v různých polohách končetin, nebo těla. Dále jsou to různé typy chodítek k nácviu chůze a samozřejmě využíváme také klasické pomůcky jako jsou hole a berle, invalidní vozíky, mobilní stolky. Pro rehabilitaci jemné motoriky máme k dispozici různé skládačky a stavebnice. Pacienti s poruchami řeči využívají – po diagnostice logopedem - edukační karty s obrázky. Rovněž využíváme obrazové a tištěné edukačně – osvětové materiály. Během jakéhokoli nácviu nových dovedností, nebo při rehabilitaci je nejdůležitější pro celý tým, stejně jako při běžné péči o pacienta, zajistit pacientovo bezpečí.

Stejně jako ostatní výkony během hospitalizace tak i konkrétní edukaci musí pacientovi naordinovat lékař podle jeho zdravotního stavu. Poté přichází na řadu zdravotnický pracovník, který je k té které edukaci kompetentní. Zdravotní sestra např. edukuje pacienta v oblasti oštrovatelských zásahů a zdravého života a sebepéče. Pohybovou oblast má v kompetenci rehabilitační pracovník.

Žádná edukace by však nešla realizovat bez správného přístupu k pacientovi a ani nejschopnější pracovník nemůže dobře spolupracovat s pacientem bez umění komunikovat.

11.2 Komunikace s pacientem během hospitalizace

“Člověk nemůže nekomunikovat” - Paul Watzlawik, americký psycholog

Slovo *communicatio* znamená společné účastnění a slovo *communicare* společně něco sdílet. Komunikací je možno také rozumět jako sdělování, tak také sdílení. Nejběžnější způsob komunikace mezi lidmi je řeč a písmo. Prostředky komunikace jsou verbální, nonverbální a vizuální

“Každá komunikační situace je jiná a někdy je komunikace jednoho a téhož člověka výrazně odlišná podle prostředí, ve kterém se nachází a uplatňuje”

(Zbyněk Vybíral, Psychologie komunikace, 2009 : 39)

Styl lidské komunikace lze rozdělit podle prostředí, kde se jedinec nachází a podle jeho sociální role. Sociální role je spojována s určitým chováním jedince v určité sociální pozici, profesi, nebo situaci. Takové chování je od jedince v této roli očekáváno určitou sociální skupinou.

Verbální komunikace znamená vyjadřování informací pomocí slov a symbolů. Verbálně se tedy vyjadřujeme pomocí zvukových prostředků řeči. Nejsou to však pouze slova, která slouží k vyjadřování, je to také to, co řeč provází a to je paralingvistika. Paralingvistika se zabývá zvukovou stránkou řeči jako je modulace hlasu, intonace, tón hlasu, také pomlky mezi slovy, nebo například hlasitost řeči. Dále to může být i mimika, gestika a posturologie. Metakomunikace je to, co se odehrává na pozadí sděleného. Znamená to, že metakomunikace verbálně sdělené buď zdůrazňuje, popírá, ale také nějakým způsobem posunuje význam sděleného. *“Jestliže je možné nemluvit, není možné se nijak neprojevat.”* (Zdeněk Vybíral, Psychologie komunikace, 2009 : 85)

Nonverbální komunikace znamená vyjadřování informací bez užití slov. Tento druh komunikace většinou probíhá na neuvědomělé úrovni. Nonverbálně lze vyjadřovat emoce, prožívání, a celkově nonverbálně zesilujeme účinek informace sdělené verbálně.

“Pokud se setkáme s neverbálním sdělením, které není v souladu s verbálním sdělením, je pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu pětkrát větší !”(Argyle,Alkema, Gilmour, 1971, in Hayes, 1998, in Zbyněk Vybíral, Psychologie komunikace, 2009 : 81)

Součástí nonverbální komunikace je mimo jiné proxemika, tedy komunikační vzdálenost mezi dvěma subjekty. Pokud spolu dva subjekty komunikují, vzdálenost od sebe určuje jejich vzájemný vztah. V naší kultuře, protože v odlišné to může být jinak, dělíme proxemickou vzdálenost takto : zóna veřejná (cca 360 – 760 cm od těla jedince), zóna společenská (cca 120 – 360 cm), zóna osobní (cca 30 – 120 cm) a zóna intimní (cca do 30 cm). Právě v medicíně a ošetrovatelství jsme nuceni z titulu naší práce tyto hranice často překračovat. Je to sice spojováno s naší sociální rolí zdravotníka a ošetřovatele a pacient ví, že je to nezbytné a podobné postupy od nás očekává, ale neznamená to, že to pacientovi nemůže být nepříjemné. Znovu zopakují důležitost informací o výkonu, respekt k pacientovi a pokud je to možné, verbální provázení pacienta výkonem, ale i během rutinního ošetřování je žádoucí.

Umění komunikovat s nemocným člověkem se netýká pouze zdravotníků, ale i příbuzných pacientů. Stává se, že příbuzní pacientů, kteří jsou v nějakém druhu komatu neví, jak se mají u nemocného chovat. I zde je tedy prostor pro edukaci, tentokrát příbuzných pacienta.

Radíme jim, aby se svým příbuzným v bezvědomí - prostě mluvili. Aby říkali obyčejné věci, například o tom, co se děje u nich doma, o počasí, o práci. Důležitý je i fyzický dotek – pokud ho nemocný vyhledával, když byl ještě zdrav, ale vzít nemocného za ruku je snad vhodné vždy. My, zdravotníci s těmito pacienty také během péče hovoříme. Většinou o neutrálních věcech, ale také vždy popisujeme činnosti, které zrovna děláme (...pane XY, umyji vám obličej, ruce, oholím vás....a podobně). Zejména je důležité pacienta s nějak obluženým vědomím upozornit slovně, ale i dotekem (iniciální dotek) na to, že sestra přichází a vysvětlit pacientovi, jak bude péče o něj probíhat. Iniciální dotek, musí provádět všichni ošetřovatelé, ale i lékaři stejně a na stejném místě pacientova těla. Většinou je to položení dlaně na pravé rameno pacienta zároveň s oslovením jménem pacienta. Tyto techniky patří do bazální stimulace pacienta v bezvědomí a jsou součástí náročné ošetrovatelské péče. Většinou je používají zdravotničtí pracovníci na speciálních odděleních dlouhodobé intenzivní péče, ale některé její prvky lze využít i na standartních odděleních.

Ale i u pacientů, kteří jsou při vědomí a můžeme s nimi komunikovat, musíme vždy zvolit vhodný přístup. Ve chvíli, kdy sestra přichází k pacientovi a chce ho edukovat, to znamená, že bude následovat jiný typ rozhovoru, než je běžná konverzace, je nutné na to pacienta předem upozornit a vysvětlit mu, o jaký rozhovor se bude jednat. Nejdříve je vhodné upravit si k rozhovoru s pacientem prostředí. Pokud není možné hovořit s pacientem v úplném soukromí, oddělíme jeho lůžko alespoň závěsem, nebo paravánem. Rovněž není příliš vhodná poloha edukátora stojícího nad pacientem ležícím v lůžku. Optimální je, aby edukant i edukátor měli oči v jedné rovině. Pokud to u nemocného na lůžku není možné, je vhodné, když si sestra sedne vedle pacientova lůžka na židli. Nutné je mluvit spíše pomalu, zřetelně. Způsob hovoru je nutno přizpůsobit pacientovým mentálním schopnostem, ale je pravda, že i u pacienta vzdělaného je vhodné volit raději české ekvivalenty názvů chorob, vyšetření, nebo zákroků spojené s důkladným vysvětlením o co se jedná. Vždy je nutné si ověřit, jestli pacient rozuměl tomu, co edukátor říká. Naopak, při rozhovoru s pacientem je dobré často parafrázovat jeho sdělení a dotazy, abychom pokud možno předešli nedorozuměním. Na rozhovor s pacientem je nutné se připravit také pro to, abychom co nejvíce eliminovali “*slovní parazity*”(Petra Juřeníková, *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*, 2010 : 17), což jsou stále se opakující slova. ...”že ano, eee”...a podobně. Délku rozhovoru vždy přizpůsobujeme pacientovi.

Rozhovor s pacientem, zvláště edukativní, musí být vždy veden individuálně. Je nutné se přizpůsobit nejen pacientovým mentálním schopnostem, ale také jeho věku, smyslovým omezením a samozřejmě i vlivu konkrétní choroby na pacientův organismus. Jiná je komunikace s pacientem psychologicky vyrovnaným, který je klidný a zcela odlišná s neurotickým, nebo hypochondrickým pacientem, který je úzkostný a své obtíže často drammatizuje. Ale právě proto musí být zdravotníci vždy ostražití, každého pacienta je nutno, když udává potíže brát vážně a objektivně jej vyšetřit. Naopak se setkáváme s pacienty disimulujícími, kteří se snaží své potíže co nejvíce a co nejdéle zastírat. Pak je důležité opět objektivní vyšetření pacienta, průkazné screeningové testy a také pozorování nonverbálních projevů takového pacienta. Vždy ale platí, že pacienta svými intervencemi musíme co nejméně obtěžovat., zajistit jeho práva, důstojnost, bezpečí a podporovat jeho důvěru v ošetřující personál.

Tam, kde je to vhodné můžeme kromě přímého edukačního rozhovoru pacientovi nabídnout i komerčně vydané edukační materiály v tištěné formě, které jsou na oddělení k dispozici.

Práce lékaře a sestry na oddělení je hierarchicky a profesně oddělená, ale zároveň se neustále prolíná. Někteří pacienti chtějí mluvit pouze s lékařem, ale většina častěji komunikuje se sestrami a ošetřovateli už z toho důvodu, že nelékařský personál je pacientovi k dispozici neustále i ve chvílích, kdy lékařova fyzická přítomnost není třeba. Důležitá je rovněž i běžná denní atmosféra na oddělení. Pokud se zde cítí pacient, v rámci možností svého zdraví a nemoci, dobře a bezpečně, snadněji s ním sestry a ošetřovatelé navážou bližší vztah. Proto se často stává, že se pacient svěří sestře s obtížemi, které lékaři neřekl a sestra je pak může lékaři předat. Při práci s nemocnými lidmi je také dobré využívat zdravý rozum a naučit se “číst mezi řádky.”

Závěrem teoretické části mé bakalářské práce uvádím pravidla komunikace pro lékaře, která jsou dle mého názoru, výborně využitelná i pro sestry a rovněž pravidla komunikace pro pacienty, která sestavil MUDr. Radkin Honzák.

Požadavky na lékaře

1. *Poslouchejte pacienta vždy pozorně*
2. *Vysvětlete vždy všechno jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ujistěte se, že vám pacient rozuměl*
3. *Hovořte s pacientem pravidelně o prevenci*
4. *Buďte poctiví a čestní*
5. *Vyptejte se pacienta na všechno, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, odmítání, popř. vliv druhé osoby)*
6. *Zachovejte vždy důvěrnost informací získaných od pacientů*
7. *Respektujte pacientova přání*
8. *Nekritizujte veřejně pacienta*
9. *Během rozhovoru udržujte oční kontakt*
10. *Respektujte pacientovo soukromí*
11. *Dejte pacientovi najevo svou emoční podporu*
12. *Nenavazujte s pacienty sexuální vztahy*
13. *Stanovte jasnou diagnózu, a pokud je to možné, seznámte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný a srozumitelný*
14. *Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí*
15. *Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle*
16. *Nepožadujte od pacientů finanční podporu*

Požadavky na pacienty

1. *Ptejte se lékaře na vše, co považujete za nejasné, nebo za nesrozumitelné*
2. *Poskytněte lékaři všechny nutné informace. Bez vašich informací lékař neví, co vás kde a jak mnoho bolí, bez vašeho vyjádření lékař neví, který postup chcete zvolit.*
3. *Dodržujte pečlivě všechny lékařovy pokyny – je to především ve vašem vlastním zájmu*
4. *Buďte k lékaři upřímní*

5. *Nedělejte si nepřiměřené nároky na lékařův čas a nepřipravujte lékaře o čas zbytečně*
6. *Důvěřujte svému lékaři*
7. *Respektujte lékařovo soukromí*
8. *Sdělte lékaři všechny své problémy najednou, nenechávejte si pro sebe svá tajemství – je to jen k vaší škodě.*
9. *Při rozhovoru se dívejte lékaři do očí*
10. *Sdělte lékaři všechny své pochybnosti, ať už se týkají čehokoliv*

(Radkin Honzák in Helena Haškovcová, Informovaný souhlas. Proč a jak ? 2007 : 94)

PRAKTICKÁ ČÁST

12 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMU

Bakalářská práce je zaměřena na zkoumání dodržování práv pacientů, etiku práce zdravotníků a na úroveň a srozumitelnost podávaných informací pacientům během hospitalizace.

Na základě závěrů z použité literatury, ale také z mých vlastních zkušeností z praxe v nemocnici vím, že je dodržování postupů etiky ošetrovatelské péče nezbytností. Zdravotničtí pracovníci musí ovládat postupy lege artis a používat schválené profesní standardy tak, aby nedošlo k poškození pacienta. Pacient se musí během hospitalizace cítit především bezpečně a zdravotníci musí udělat maximum proto, aby jim pacienti důvěřovali. Proto je nutné, aby pacienti správně chápali principy léčení a ošetrovatelské péče.

Cílové skupiny respondentů – 1. pacienti v nemocnici

2. nelékařští zdravotničtí pracovníci

Má práce je zaměřena na dva okruhy respondentů. V prvním jsem se zaměřila na sdělování informací z hlediska pacientů, jak podané informace chápou, zda jim rozumí a zejména na to, jak se během hospitalizace cítí. Druhý okruh respondentů jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci. Zde zkoumám schopnosti a připravenost zdravotníků pacientům požadované informace kvalitně podat.

Cíle výzkumu v mé bakalářské práci jsou tedy kvalita podávání informací pacientům a připravenost zdravotníků na komunikaci s pacienty. Rovněž názory pacientů na to, jak se během hospitalizace cítí a jestli podávané informace také chápou.

12.1 Hypotézy

12.1.1 Celek pacienti

H0 – Pacienti a jejich příbuzní jsou dobře informovaní, důvěřují zdravotnickému personálu.

H1 – Pacienti nerozumí všem informacím, které jim byly zdravotnickým personálem podány.

H2 – Pacienti se necítí během hospitalizace bezpečně a obávají se ztráty svých práv.

H3 – Pacienti se obávají ztráty své intimity a důstojnosti během hospitalizace.

12.1.2 Celek zdravotníci

H0 – Zdravotnický personál je na edukaci a komunikaci s pacienty dobře připraven

H1 – Zdravotnický personál není na komunikaci s pacienty dobře připraven.

H2 – Zdravotnický personál edukaci ovládá, ale pacienti informace a rady neakceptují.

H3 – Zdravotnický personál se může pacientům dostatečně věnovat

12.2 Metodika výzkumu

Ke sběru dat jsme použila metodu dotazníku. Výběr vzorku respondentů byl náhodný. V každé skupině respondentů bylo distribuováno 50 dotazníků. Návratnost dotazníků z celku zdravotníků byla 100%, z celku pacientů 84%. V některých otázkách bylo možno vybrat více možností. Vyhodnocení výzkumné metody dotazníků bylo provedeno kvantitativní analýzou, která umožňuje zhodnocení rozložení odpovědí v celku zadaných

otázek. Zhodnoceny byly všechny zvolené odpovědi. Nezodpovězené otázky, nebo chybné odpovědi nebyly hodnoceny.

Dotazník jako výzkumná metoda

Dotazník je výzkumnou metodou, která získává data pomocí písemných otázek. Data zkoumaná pomocí dotazníků mohou být tvrdá (např. konkrétní údaje jako je věk, pohlaví, vzdělání), nebo měkká (např. vlastnosti, názory, dojmy). Otázky v dotaznících mohou být otevřené, uzavřené (alternativní a výběrové), nebo škálové. Dotazníková metoda je poměrně rychlá metoda, jak získat žádaná data od více respondentů najednou. „Dotazníkové metody patří k široce používaným metodám. Pokud chceme k některému jevu získat v krátké době velké množství dat, tak použijeme dotazník.“ (František Vízdal, *Techniky poznávání osobnosti*, 2005 : 36).

12.3 Dotazníky pro pacienty

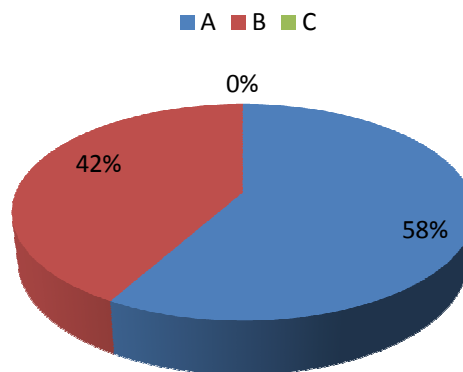
Otázka č.1

Byl/a jste během příjmu do nemocnice informován/a o denním provozu na oddělení ?
např. o době návštěv, o rehabilitaci, době podávání jídla apod.

- a) ano
- b) ne
- c) nezajímá mě to

Tab. č. 1- Příjem pacienta

Otázka č. 1 –pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	25	58,14
B	18	41,86
C	0	0,00



Obr.č.1 : Graf k otázce č. 1

Z odpovědí na otázku 1 vyplývá, že bylo při příjmu k hospitalizaci informováno o provozu na oddělení 58 % pacientů. Informace nedostalo téměř 42 % pacientů.

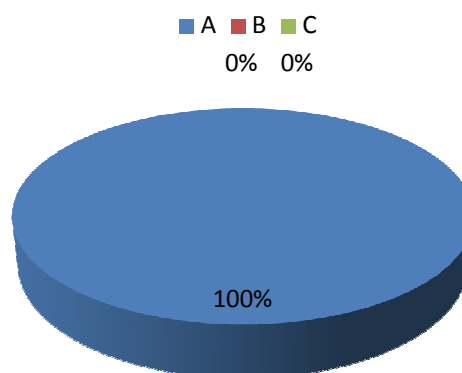
Otázka č. 2

Byl/a jste srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu a průběhu léčby ?

- a) ano
- b) ne
- c) nerozuměl/a jsem tomu, co říkali

Tab. č. 2- Informace o průběhu léčby

Otázka č. 2 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	42	100,00
B	0	0,00
C	0	0,00



Obr. č. 2 : Graf k otázce č. 2

Srozumitelné informace o svém zdravotním stavu a léčbě dostalo 100 % pacientů.

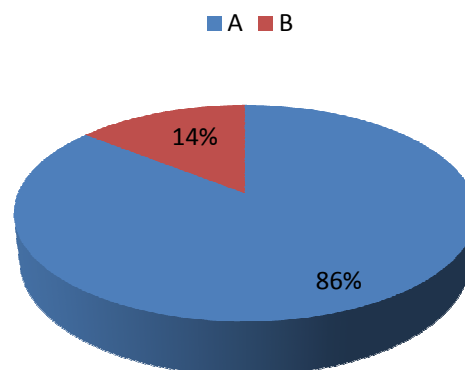
Otázka č. 3

Kdo vám informace podal ?

- a) lékař
- b) sestra
- c) nikdo semnou nemluvil

Tab. č. 3- Kdo podal informace ?

Otázka č. 3 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	42	85,71
B	7	14,29
C	0	0



Obr. č. 3 : Graf k otázce č. 3

Lékařem bylo informováno 86 % pacientů, sestrou 14 % pacientů.

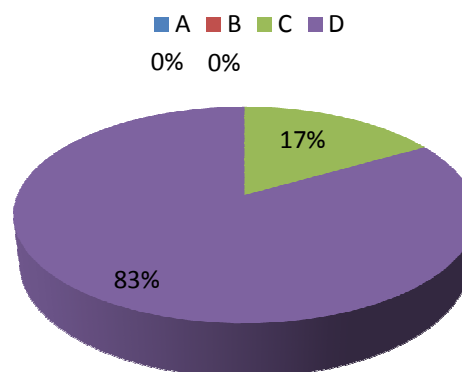
Otázka č. 4

Měl/a jste zájem o informace o svém zdravotním stavu ?

- ano, ale nic mi neřekli
- stejně jsem tomu narozuměl/a
- nechtěl/a jsem nic vědět
- ano, a informacím jsem rozuměl/a

Tab. č. 4- Zájem o informace

Otázka č. 4 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	0	0,00
B	0	0,00
C	7	16,67
D	35	83,33



Obr.č. 4 : Graf k otázce č. 4

Z otázky 4 vyplývá, že 83 % pacientů informace o svém zdravotním stavu dostalo a byly pro ně srozumitelné. Dalších 17 % nemělo (z různých důvodů) o ucelené informace o svém zdravotním stavu zájem. I přesto není možné s pacientem nehovořit o jeho zdraví a stavu vůbec. Bezpodmínečně jsou nutné informace provázející léčbu, která probíhá, nebo během vyšetřování a ošetřovatelských zásahů.

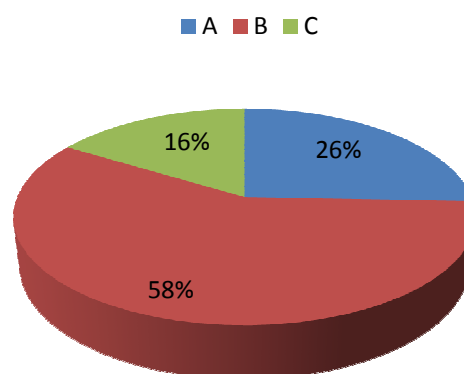
Otázka č. 5

Představili se vám jednotliví členové personálu ?

- a) ano
- b) ne
- c) jen někteří

Tab. č. 5- Představil se personál ?

Otázka č. 5 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	11	25,58
B	25	58,14
C	7	16,28



Obr. č. 5 : Graf k otázce č. 5

26 % pacientů uvádí, že se mu členové týmu zdravotníků představili. 58 % pacientů uvádí, že nikoli a 16 % pacientů uvedlo, že se jim představili pouze někteří zdravotníci.

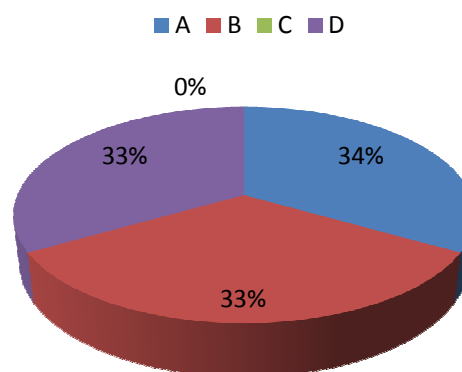
Otázka č. 6

Pokud jste se ptal/a opakovaně na stejné věci, byl k vám ošetřující personál vstřícný ?

- a) ano, vždy
- b) jen někteří
- c) neměli čas, byli netrpěliví
- d) raději jsem se na nic neptal/a

Tab. č. 6 – Vstřícnost personálu

Otázka č. 6 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	14	33,33
B	14	33,33
C	0	0,00
D	14	33,33



Obr.č. 6 : Graf k otázce č. 6

Se vstřícným personálem se setkalo 33 % pacientů vždy. 33 % pacientů uvedlo, že se vstřícně chovali pouze někteří zdravotníci a rovněž 33 % pacientů uvedlo, že se raději na nic neptali.

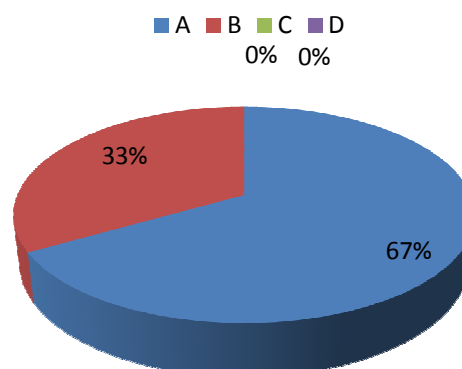
Otázka č. 7

Dal vám někdo z personálu najevo, že ho svými potřebami obtěžujete ?

- ne, nikdy
- jen někteří
- téměř vždy
- bál/a jsem se něco říct

Tab.č. 7- Ochota personálu

Otázka č. 7 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	28	66,67
B	14	33,33
C	0	0,00
D	0	0,00



Obr. č. 7 : Graf k otázce č. 7

Z odpovědí na otázku 7 vyplývá, že 67 % pacientů má své potřeby adekvátně saturováno, ale celých 33 % pacientů se tak necítí !

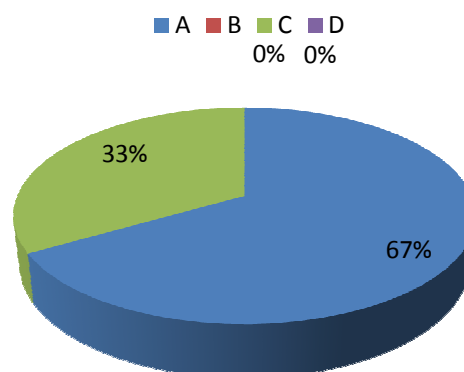
Otázka č. 8

Cítil/a jste se v nemocnici bezpečně a důvěřovala jste personálu ?

- a) ano
- b) nevím
- c) důvěřoval/a, ale ne všem
- d) nevěřím nikomu

Tab. č. 8 – Důvěra vůči personálu

Otázka č. 8 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	28	66,67
B	0	0,00
C	14	33,33
D	0	0,00



Obr. č. 8 : Graf k otázce č. 8

Otázka důvěry v personál nedopadla tak špatně, jak se na první pohled jeví. 67 % pacientů má důvěru v ošetrovatelský personál. Zbýlých 33 % uvádí, že „důvěřoval, ale ne všem“. Znamená to tedy, že měli důvěru k některým zaměstnancům i z těchto 33 %.

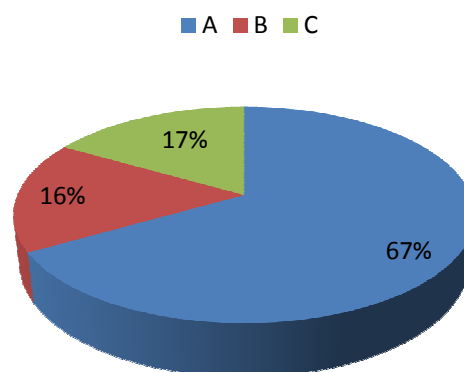
Otázka č. 9

Víte, jaká jsou práva a povinnosti pacientů během hospitalizace ?

- a) ano
- b) nevím
- c) nezajímalo mě to

Tab. č. 9- Práva a povinnosti pacientů

Otázka č. 9 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	28	66,67
B	7	16,67
C	7	16,67



Obr. č. 9 : Graf k otázce č. 9

Pouze 67 % pacientů zná, nebo má zájem znát svá práva pacienta.

Téměř 17 % pacientů tato práva nezná.

Z dalších téměř 17 % pacientů, kteří zvolili odpověď „nezajímalo mě to“ jich (možná) většina patří do skupiny pacientů, kteří nechtějí nést zodpovědnost za své zdraví.

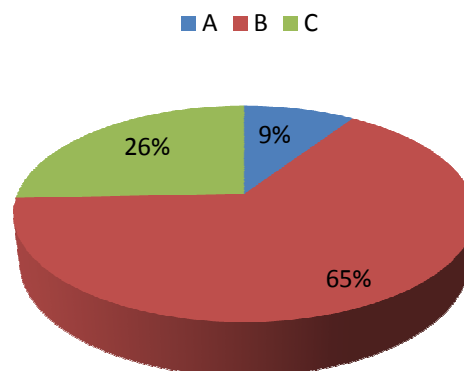
Otázka č. 10

Viděl/a jste někde na oddělení Etický kodex sester, nebo něco podobného ?

- a) ano
- b) ne, nikdy
- c) ani nevím, že něco takového existuje

Tab. č. 10 – Etický kodex sester

Otázka č. 10 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	4	9,30
B	28	65,12
C	11	25,58



Obr. č. 10 : Graf k otázce č. 10

Z odpovědí na otázku 10 vidíme, že pouze necelých 10 % pacientů má povědomost o teorii péče o nemocné a etických závazcích ošetrovatelské profese. 65 % pacientů žádný etický

kodeks v nemocnici nevidělo a téměř 26 % pacientů neví, že etické kodexy existují. Osvěta v této oblasti je nedostatečná.

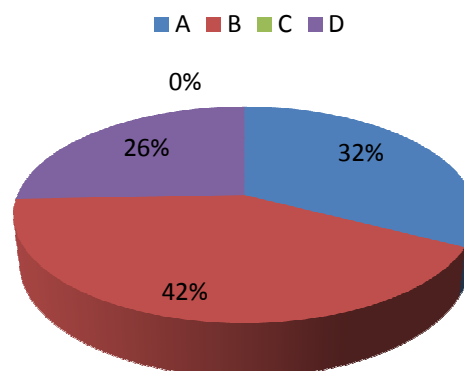
Otázka č. 11

Pokud jste byl/a s něčím během hospitalizace nespokojen/a, informoval/a jste o tom personál ?

- a) ano, vždy
- b) jen někdy a jen někoho
- c) stejně to nikoho nezajímalo
- d) bála jsem se ozvat

Tab. č. 11- Případné stížnosti

Otázka č. 11 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	14	32,56
B	18	41,86
C	0	0,00
D	11	25,58



Obr. č. 11 : Graf k otázce č. 11

Pouze necelých 33 % pacientů má ke zdravotnickému personálu takovou důvěru, že otevřeně svou nespokojenost během hospitalizace vysloví. Důvěru pouze v některé členy má 42 % pacientů. Otázkou zůstává, kolik procent z nich někomu spíše důvěřuje a kolik procent spíše nedůvěřuje. Téměř 26 % pacientů, kteří uvádějí, že se „báli ozvat“ je alarmující údaj.

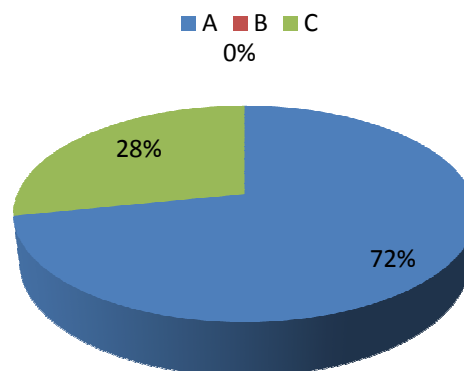
Otázka č. 12

Vyšli vám v tom případě (k otázce 11) vstříc, nebo jinak váš problém vyřešili ?

- a) ano, vždy
- b) ne, nikdy
- c) slíbili nápravu, ale nic se nezměnilo

Tab. č. 12 – Náprava stížnosti

Otázka č. 12 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	28	71,79
B	0	0,00
C	11	28,21



Obr. č. 12 : Graf k otázce č. 12

Odpovědi na otázku 12 ukazují, že 72 % pacientů, kteří vznesli nějaký požadavek byla s jeho řešením spokojená. 28 % pacientů uvedlo, že zdravotníci „slíbili nápravu, ale nic se nezměnilo.“ Zde by bylo potřebné konkretizovat o jaká přání pacientů šlo a zda bylo v kompetenci a možnostech personálu jejich potřeby saturovat. Pokud tomu tak nebylo, naskytá se otázka, jak byly o vzniklé situaci pacienti předány informace.

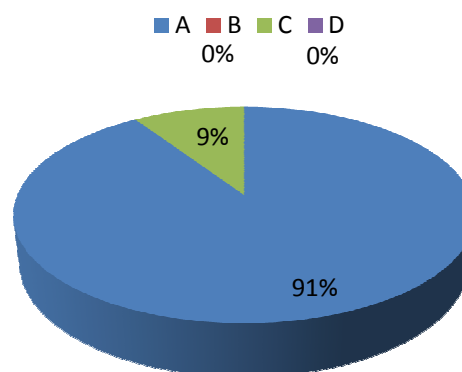
Otázka č. 13

Pokud jste měl/a prodělat nějaké vyšetření, nebo zákrok, dostal/a jste předem srozumitelné informace ?

- a) ano, vždy
- b) ne, nikdy
- c) jen někdy
- d) nikdy

Tab. č. 13 – Informace před zákrokem

Otázka č. 13 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	39	90,70
B	0	0,00
C	4	9,30
D	0	0,00



Obr. č. 13 : Graf k otázce č. 13

Před plánovaným zákrokem, nebo vyšetřením dostalo srozumitelné informace téměř 91 % pacientů. Více, než 9 % pacientů uvádí, že takové informace dostalo pouze někdy.

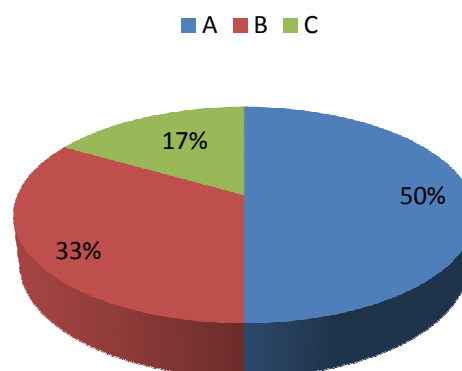
Otázka č. 14

Dbali ošetřovatelé na vaše soukromí a důstojnost, například během hygieny a převlékání, nebo během různých výkonů ?

- a) ano, vždy
- b) jen někteří
- c) vůbec ne

Tab. č. 14- Soukromí a důstojnost

Otázka č. 14 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	21	50,00
B	14	33,33
C	7	16,67



Obr. č. 14 : Graf k otázce č.14

Odpovědi na otázku 14, která se týká důstojnosti, soukromí a studu pacienta ukazuje, že vždy bylo spokojeno s přístupem zdravotníků pouze 50 % pacientů. Absolutně nespokojeno bylo téměř 17 % pacientů. Spokojeno jen někdy bylo více, než 33 % pacientů. Dá se proto odvodit, že určitá část i z těchto 33 % prožila během hospitalizace

dehonestující přístup zdravotnického personálu stejně jako předešlých 17 % pacientů. Rovněž tento závěr je alarmující.

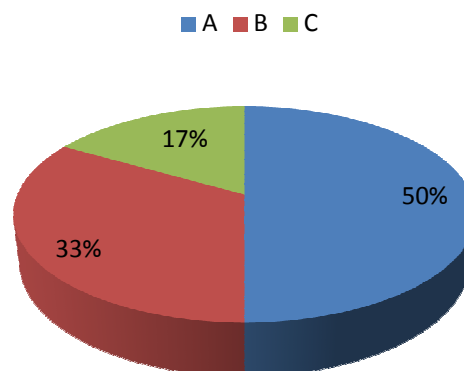
Otázka č.15

Pokud jste měl/a během hospitalizace různé obavy, např. strach z vyšetření, nebo z nepříznivé diagnózy, byl k vám personál ohleduplný ?

- a) ano, vždy
- b) ano, ale neměli na mě čas
- c) nikoho to nezajímalo

Tab. č. 15- Empatie personálu

Otázka č. 15 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	21	50,00
B	14	33,33
C	7	16,67



Obr. č. 15 : Graf k otázce č. 15

Z odpovědí na otázku 15 plyne, že pouze 50 % pacientů bylo spokojeno s empatickým přístupem ze strany personálu. Více, než 33 % pacientů se setkala s empatickým personálem, ale ten se jim nevěnoval potřebný čas. Téměř 17 % pacientů uvádí, že se setkala s nezájmem personálu. Nevíme však, kolik z těchto 17 % pacientů o svých obavách s personálem hovořilo, a rovněž, jaké byly důvody časové tísně personálu, když se nemohl dostatečně věnovat 33 % pacientů, kteří byli spokojeni s empatií personálu, ale potřebovali by více času k saturaci svých potřeb.

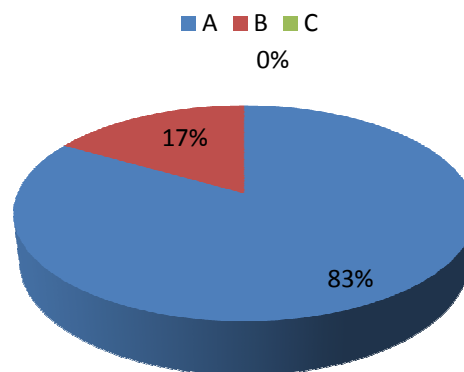
Otázka č.16

Víte, že můžete za určitých podmínek odmítnout léčbu ?

- a) ano
- b) nevím
- c) už jsem této možnosti využil/a

Tab. č. 16 – Odmítnutí léčby

Otázka č. 16 - pacienti		
Odpověď	Počet	%
A	35	83,33
B	7	16,67
C	0	0,00



Obr. č. 16 : Graf k otázce č. 16

S možností za určitých okolností odmítnout léčbu bylo obeznámeno více, než 83 % pacientů, ale téměř 17 % o této možnosti nevědělo. Domnívám se, že osvěta je v otázce práv pacientů dostatečná, dá se tedy odvodit, že pacienti se svými právy nebyli dostatečně informováni, nebo o tyto informace neprojevíli zájem.

12.4 Dotazníky pro zdravotnický personál

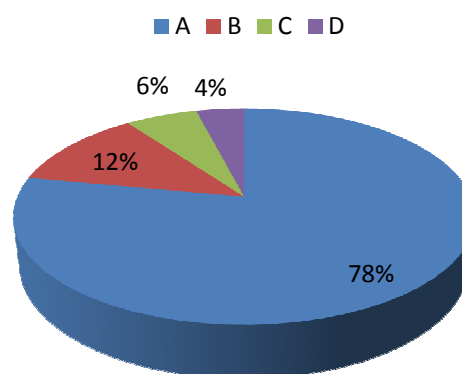
Otázka č. 1

Vaše personální zařazení :

- a) zdravotní sestra
- b) ošetřovatel/ka, sanitář/ka
- c) zdravotnický asistent
- d) jiné

Tab. č. 1- Personální zařazení

Otázka č. 1 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	39	78,00
B	6	12,00
C	3	6,00
D	2	4,00



Obr. č.1 : Graf k otázce č. 1

Výzkumu formou dotazníku se zúčastnilo 78 % zdravotních sester, 6 % sanitářek, 3 % zdravotnických asistentů a 2 % jiných nelékařských pracovníků přímé péče.

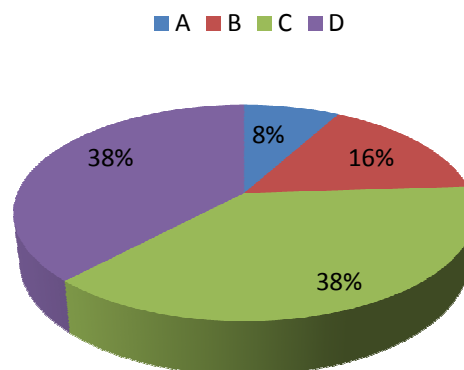
Otázka č. 2

Délka vaší praxe :

- a) 0 – 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 10 – 20 let
- d) více

Tab. č. 2 – Délka praxe

Otázka č. 2 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	4	8,00
B	8	16,00
C	19	38,00
D	19	38,00



Obr. č. 2 : Graf k otázce č. 2

Délka odborné praxe zdravotníků byla v rozmezí 0 – 5 let 8 %, 5 – 10 let 16 %, 10 – 20 let 38 % a v rozmezí více, než 20 let rovněž 38 %.

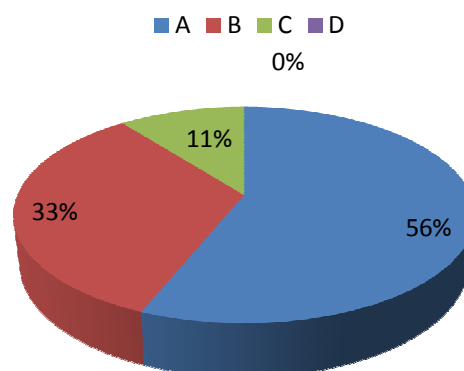
Otázka č. 3

Uměl/a byste vysvětlit pojem edukace ?

- vysvětlování
- výchova
- vyučování
- přednášení

Tab. č. 3 – Pojem edukace

Otázka č. 3 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	32	56,14
B	19	33,33
C	6	10,53
D	0	0,00



Obr. č. 3 : Graf k otázce č. 3

Více, než 56 % zdravotníků se domnívá, že pojem edukace znamená „vysvětlování“, více, než 33 % se domnívá, že edukace znamená „výchova“ a téměř 11 % zdravotníků tvrdí, že pojem edukace znamená „vyučování“. Jedním ze základních atributů komunikace s pacientem je nehodnotící postoj zdravotníka. Znamená to, že pacienta nelze vychovávat

v pravém smyslu tohoto slova. Zdravotníci proto z praxe vědí, že s pacienty mohou komunikovat pouze na partnerské úrovni vysvětlováním, doporučeními a radami.

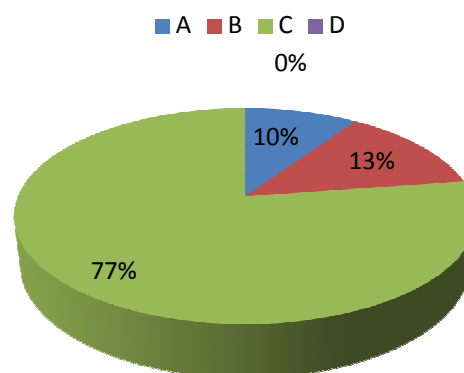
Otázka č. 4

Kde jste se dozvěděl/a, co pojem edukace znamená ?

- na školení o edukaci
- z internetu, nebo jinde
- na našem oddělení tento termín používáme běžně
- nevím, co to je

Tab. č. 4 – Informace o edukaci

Otázka č. 4 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	5	9,43
B	7	13,21
C	41	77,36
D	0	0,00



Obr. č. 4 : Graf k otázce č. 4

Z odpovědí zdravotníků plyne, že pouze 10 % se seznámilo s pojmem edukace v rámci nějakého vzdělávání. Jinde se s tímto pojmem seznámilo 13 % zdravotníků a 77 % zdravotníků zná tento pojem ze své praxe.

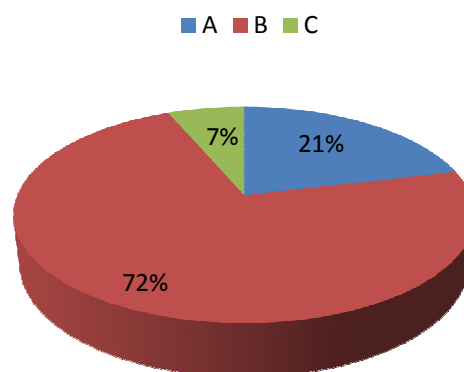
Otázka č. 5

Cítíte se dobře připraven/a na komunikaci s pacienty, tj. s nemocným člověkem, třeba i s pacientem v preterminálním stádiu nemoci ?

- ano, absolvoval/a jsem kurz (školení, jiné vzdělávání...), kde jsem si tyto dovednosti osvojil/a
- žádné školení jsem neabsolvoval/a, jedním podle své praktické zkušenosti
- v takové situaci se cítím nejistá/ý

Tab. č. 5 – Příprava na komunikaci

Otázka č. 5 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	10	21,28
B	34	72,34
C	3	6,38



Obr. č. 5 : Graf k otázce č. 5

Z odpovědí na otázku 5 plyne, že náročnou komunikaci s těžce nemocným pacientem zvládá většina zdravotníků – více, než 72 % empaticky a využívá své zkušenosti z praxe. Pouze 21 % těchto zdravotníků, se zúčastnilo nějakého vzdělávacího modulu, kde snad dostali ucelené informace, jak v takové situaci postupovat. Dalších 6 % zdravotníků udává svou nejistotu při komunikaci s pacientem v preterminálním stavu.

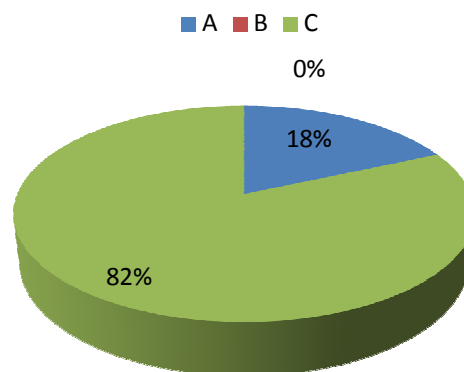
Otázka č. 6

Absolvoval/a jste nějaké školení, nebo kurz o edukaci pacientů ?

- ano a byl přínosný
- ano, ale nic jsem se nenaučil/a
- ne

Tab. č. 6 – Školení o edukaci

Otázka č. 6 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	9	18,37
B	0	0,00
C	40	81,63



Obr. č. 6 : Graf k otázce č. 6

Z odpovědí na otázku 6 plyne, téměř 82 % zdravotníků se nikdy žádného vzdělávání o edukaci pacientů nezúčastnila. Ucelené informace o této problematice dostalo pouze 18 %

zdravotníků. Komunikace s pacienty, a edukace, probíhá během hospitalizace kontinuálně. Otázkou proto je, jaký důvod je pro tak nízké procentové zastoupení zdravotníků, kteří se zúčastnili vzdělávání na téma edukace pacientů.

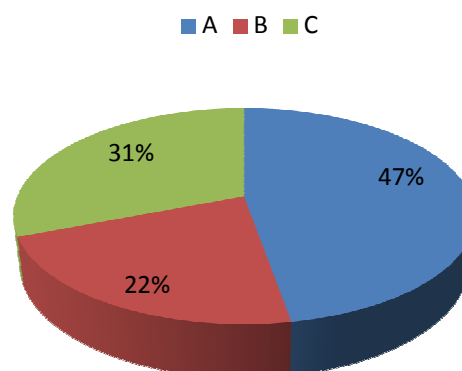
Otázka č. 7

Dělá vám edukace pacientů potíže ?

- a) ne, o žádných nevím
- b) občas ano, potíže ze strany pacienta (mentální, smyslové)
- c) občas ano, potíže z Vaší strany

Tab. č. 7 – Potíže při edukaci

Otázka č. 7 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	26	47,27
B	12	21,82
C	17	30,91



Obr. č. 7 : Graf k otázce č. 7

Z výsledku otázky 7 plyne, že 47 % zdravotníků potíže při edukaci pacienta nepocítuje. Téměř 22 % vnímá jako problematické edukovat pacienta s mentálním, nebo smyslovým postižením a více, než 30 % zdravotníků vnímá jako problematický nedostatek času, který mohou pacientovi při edukaci věnovat. Lze odvodit, že závěry ad b), ad c) spolu mohou souviset.

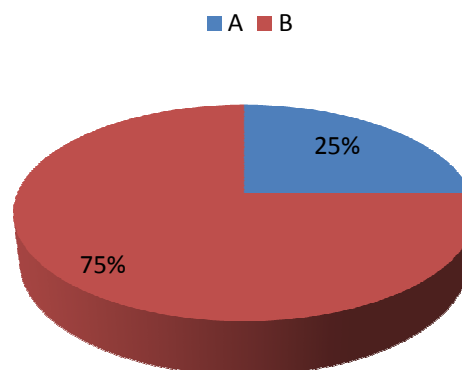
Otázka č. 8

Domníváte se , že hovoříte s pacientem vždy tak, aby vám rozuměl ?

- a) ano, vždy
- b) nejsem si jist/a, jestli se to vždy daří

Tab. č. 8 – Srozumitelnost komunikace

Otázka č. 8 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	12	25,00
B	36	75,00



Obr. č. 8 : Graf k otázce č. 8

Celá čtvrtina zdravotníků – 25 % se domnívá, že vždy komunikuje s pacientem tak, že pacienti nemají žádné potíže s porozuměním podaným informacím. Naopak 75 % zdravotníků udává, že si není jista, zda pacient sdělenému vždy dobře rozuměl. Důvodů, proč pacient nerozumí podané informaci je mnoho. Nabízí se ale otázka, jestli oněch 25 % zdravotníků, kteří jsou si jisti, že pacient vždy rozumí celé komunikaci se zdravotníkem není, třeba jen v některých případech, pouze chybně využitá zpětná vazba ze strany zdravotníka.

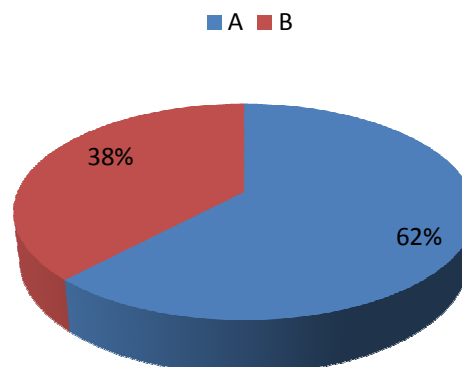
Otázka č. 9

Ověřujete si zpětnou vazbou, jestli vám pacient rozuměl a pochopil sdělené informace ?

- a) ano
- b) nemám vždy dostatek času

Tab. č. 9 – Zpětná vazba

Otázka č. 9 – personál		
Odpověď	Počet	%
A	31	62,00
B	19	38,00



Obr.č. 9 : Graf k otázce č. 9

62% zdravotníků uvedlo, že si vždy zpětnou vazbou ověřuje, zda a jak pacient podané informace chápe. 38 % zdravotníků to zřejmě nedělá a jako důvod uvádí časovou tíseň. Domnívám se, že odpovědi na otázku č. 8 a č. 9 spolu mohou do určité míry korespondovat.

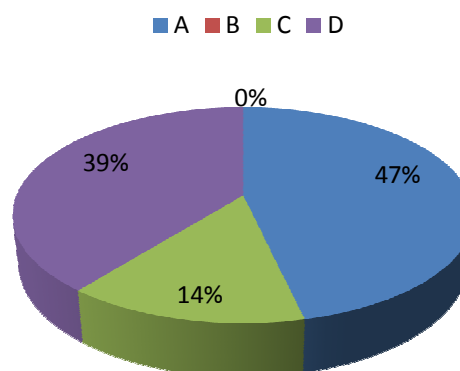
Otázka č. 10

Jaké používáte při edukaci pomůcky ?

- a) edukuji pouze ústně
- b) různé nápisy, obrázky apod.
- c) informační letáky
- d) kombinace a), b), c)

Tab. č. 10 – Edukační pomůcky

Otázka č. 10 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	26	46,43
B	0	0,00
C	8	14,29
D	22	39,29



Obr. č. 10 : Graf k otázce č. 10

46 % zdravotníků edukuje pacienty pouze ústně. 14 % zdravotníků využívá k edukaci informační letáky a více, než 39 % zdravotníků používá více edukačních pomůcek.

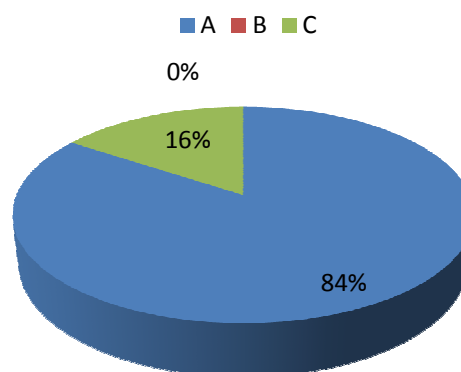
Otázka č. 11

Máte na vašem oddělení nějaký „Edukační plán“, který používáte jako záznam o průběhu edukace ?

- a) ano – a používáme ho
- b) ano, ale nepoužíváme ho
- c) nic takového nemáme

Tab. č. 11 – Edukační plán

Otázka č. 11 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	43	84,00
B	0	0,00
C	8	16,00



Obr. č. 11 : Graf k otázce č. 11

Z otázky 11 je jasné, že 84 % zdravotníků na svých odděleních edukační plány používá a jako dokument o edukaci a jejím vývoji je zakládá do dokumentace pacienta. 16 % zdravotníků udává, že edukační formuláže nemají. Z otázky 11 však nelze zjistit, jak edukaci na odděleních těchto 16 % zdravotníků dokumentují.

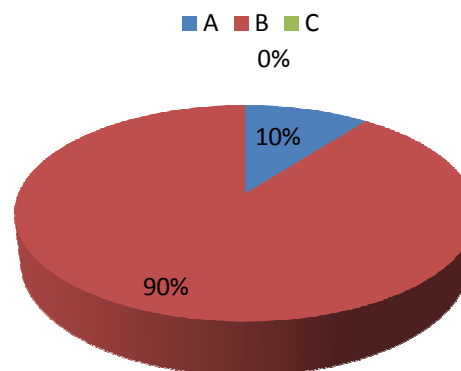
Otázka č. 12

Je pro vás obtěžující odpovídat pacientovi opakovaně na stejné otázky ?

- ne, nikdy
- obtěžující ne, ale bohužel často nemám na zdlouhavé hovory s pacienty dostatek času
- někdy mám pocit, že mě stejně neposlouchají

Tab. č. 12 – Opakované otázky pacientů

Otázka č. 12 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	5	10,42
B	43	89,58
C	0	0,00



Obr. č. 12 : Graf k otázce č. 12

Pouze 10 % zdravotníků uvedlo, že nikdy nepokládá za problematické opakovaně pacientovi odpovídat na stejné otázky. Zbýlých 90 % zdravotníků to nepovažuje za obtěžující, nebo problematické, ale opět, stejně jako v otázce 7, udává časovou tíseň během výkonu své práce.

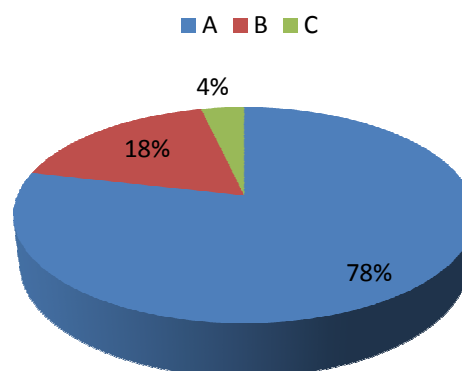
Otázka č. 13

Jaké vidíte překážky v kvalitní a dostačující komunikaci s pacienty ?

- a) zejména nedostatek času
- b) nedostatek ochoty některých členů personálu
- c) žádné překážky nevidím

Tab. č.13 – Dostatečná komunikace

Otázka č. 13 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	44	78,57
B	10	17,86
C	2	3,57



Obr. č. 13 : Graf k otázce č. 13

Z odpovědí na otázku 13 je zřejmé, že téměř 79 % zdravotníků chápe jako překážku v dostačující komunikaci s pacienty nedostatek času. Necelá 4% zdravotníků uvádí, že žádné překážky nevnímá. Ale 18 % zdravotníků vidí jako překážku v kvalitní komunikaci s pacienty neochotu některých členů personálu.

Zdá se, že závěry z otázek 12 a 13 se vylučují. Není však zodpovězena otázka, jaká okolnost podněcuje zmíněný nedostatek ochoty některých členů personálu.

Dále je možné, že nedostatek ochoty je pro zaměstnance v pomáhajících profesích jedna ze známek počínajícího syndromu vyhoření.

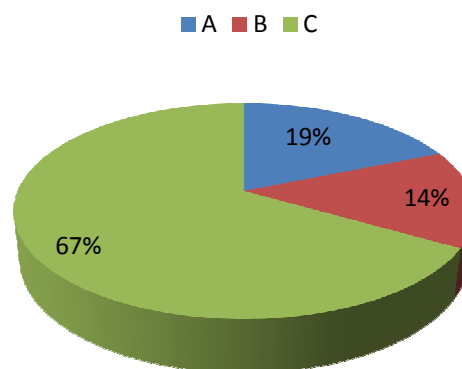
Otázka č. 14

Máte dostatek prostoru se pacientům individuálně věnovat ?

- a) ano, mám
- b) jen těm, kteří jsou ve vážném zdravotním stavu
- c) málo kdy, pracujeme často v časové tísně

Tab. č. 14 – Individuální přístup

Otázka č. 14 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	9	18,75
B	7	14,58
C	32	66,67



Obr. č. 14 : Graf k otázce č. 14

Téměř 19 % zdravotníků tvrdí, že se může pacientům dostatečně individuálně věnovat. 15 % volí jako prioritu individuální péči o pacienty v těžkém zdravotním stavu a 67 % zdravotníků opět udává časovou tíseň při své práci.

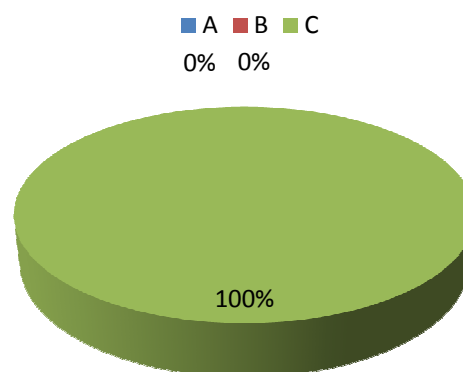
Otázka č. 15

Víte, co je to empatie ?

- a) je to přecitlivělost (k ostatním)
- b) je to necitlivost (k ostatním)
- c) je to vcítění (do druhé osoby)

Tab. č. 15 – Pojem empatie

Otázka č. 15 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	0	0,00
B	0	0,00
C	48	100,00



Obr. č. 15 : Graf k otázce č. 15

Na otázku 15 odpovědělo 100% zdravotníků správně.

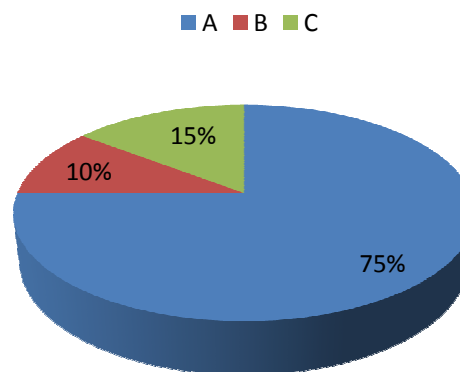
Otázka č. 16

Domníváte se, že k vám mají pacienti důvěru ?

- ano, snažím se o partnerský přístup k pacientům
- nemají důvod mi nedůvěřovat
- o tom jsem nikdy nepřemýšlel/a

Tab. č. 16 – Důvěra pacientů

Otázka č. 16 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	36	75,00
B	5	10,42
C	7	14,58



Obr. č. 16 : Graf k otázce č. 16

75 % zdravotníků se domnívá, že jim pacienti důvěřují a argumentují partnerským vztahem k pacientům. 10% zdravotníků se domnívá, že k dostatečné důvěře za strany pacientů stačí nemít důvod k nedůvěře. Téměř 15 % zdravotníků udává, že téma své důvěryhodnosti nezvažuje.

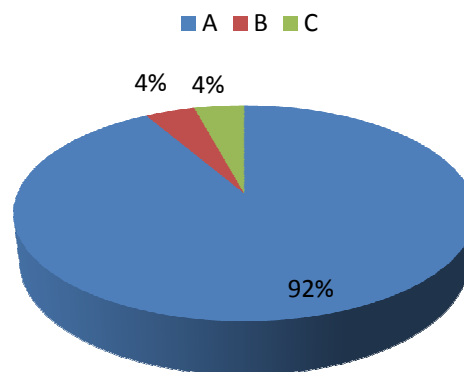
Otázka č. 17

Domníváte se, že se pacienti cítí během vaší služby bezpečně?

- a) ano, snažím se, aby byli pokud možno v klidu a spokojení
- b) nevím, proč by měli mít obavy
- c) nad tím jsem neuvažoval/a

Tab. č. 17 – Bezpečí pacientů

Otázka č. 17 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	44	91,67
B	2	4,17
C	2	4,17



Obr. č. 17 : Graf k otázce č. 17

Na otázku 17 odpovědělo 92 % zdravotníků, tak, že mají aktivní snahu o saturaci pacientových potřeb (snaží se, aby byli pacienti v klidu a spokojení). Odpovědi zdravotníků ad b) a ad c) mají shodnou hodnotu t.j. 4, 17 % a může se jevit, že korespondují se závěry ad b) a ad c) z otázky 16.

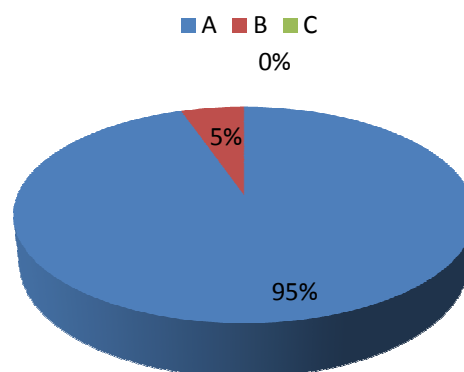
Otázka č. 18

Je vám znám etický kodex práv pacientů ?

- a) ano, je u nás na oddělení volně přístupný všem
- b) ano, na oddělení ho máme mezi ostatními směrnicemi
- c) vím o něm, ale na oddělení jej snad ani nemáme...

Tab. č. 18 – Práva pacientů

Otázka č. 18 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	36	94,74
B	2	5,26
C	0	0,00



Obr. č. 18 : Graf k otázce č. 18

Většina zdravotníků, téměř 95 %, udává, že Etický kodex práv pacientů mají na oddělení volně přístupný všem, tedy aby si jej mohli pacienti, nebo jejich blízcí kdykoli připomenout. Pouze 5 % zdravotníků uvedlo, že tento kodex mají uložen mezi ostatními směrnici. Etické kodexy péče by měli být vždy volně k dispozici.

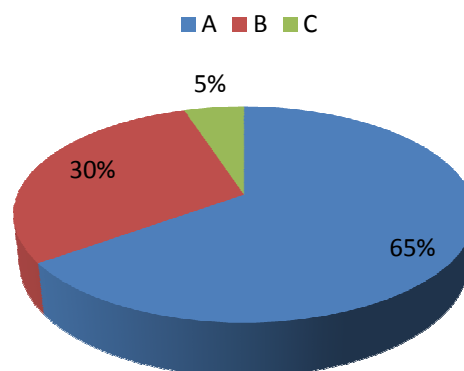
Otázka č. 19

Víte, jak vlastně psaná práva pacientů ČR vznikla ?

- ustanovila je Centrální etická komise MZ ČR už v r. 1992
- ustanovila je WHO v konceptu „Zdraví 2000“
- WHO je v tomto konceptu ustanovila až po r. 2002

Tab. č. 19 – Vznik práv pacientů

Otázka č. 19 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	26	65,00
B	12	30,00
C	2	5,00



Obr. č. 19 : Graf k otázce č. 19

Správně odpovědělo na tuto otázku pouze 65 % respondentů.

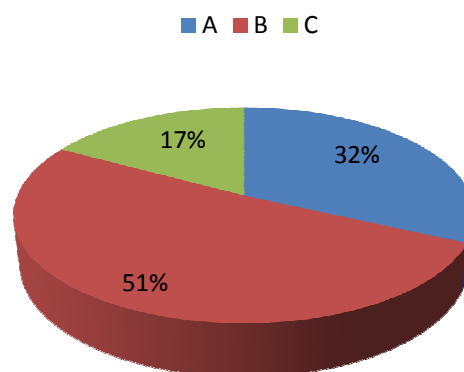
Otázka č. 20

Máte na vašem oddělení etický kodex pracoviště ?

- a) ano, je volně přístupná k nahlédnutí všem
- b) ano, ve složce s ostatními směrnicemi
- c) ne, nic takového nemáme

Tab. č. 20 - Etický kodex pracoviště

Otázka č. 20 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	15	31,91
B	24	51,06
C	8	17,02



Obr. č. 20 : Graf k otázce č. 20

Z otázky 20 vyplývá, že pouze 32 % zdravotníků má na svém oddělení Etický kodex pracoviště volně přístupný k nahlédnutí všem. Existenci tohoto dokumentu, ale volně nepřístupný má 51 % zdravotníků. Celých 17 % zdravotníků udává, že etický kodex pracoviště nemají. Správně nakládá s Etickým kodexem pracoviště pouze skupina zdravotníků ad a), 32 %. Etické kodexy mají být volně přístupné všem.

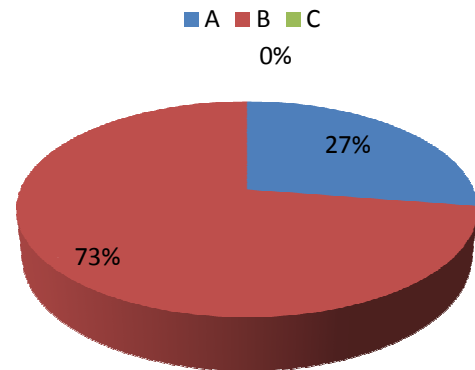
Otázka č. 21

Uměli byste vysvětlit pojem etika ?

- a) etika má stejný význam jako morální chování
- b) etika zkoumá hodnoty a principy, které usměrňují lidské jednání
- c) vůbec tomuto výrazu nerozumím

Tab. č. 21 – Pojem etika

Otázka č. 21 - personál		
Odpověď	Počet	%
A	14	27,45
B	37	72,55
C	0	0,00



Obr. č. 21 : Graf k otázce č. 21

Teoretickou otázku o etice správně zodpovědělo 100 % zdravotnických pracovníků.

13 OVĚŘENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

Analýza hypotéz - respondenti z celku pacientů

H0 – Pacienti a jejich příbuzní jsou dobře informovaní, důvěřují zdravotnickému personálu

Z analýzy dotazníků a popisu hodnocení je zřejmé, že H0 nelze zcela zamítnout, ani potvrdit. Lidská komunikace je vždy individuální a podléhá mnoha faktorům. Jak jsem již uvedla v teoretické části práce je to primárně osobnost komunikátora i komunikanta, dále je to aktuální stav, v jakém se jednotliví aktéři nacházejí. Zásadní vliv má i prostředí a okolnosti, za kterých předávání informací probíhá.

Prostředí nemocničního oddělení je velmi různorodé jak z hlediska jednotlivých osobností, které se zde setkávají, ale také je bohaté na často nepříjemné události, zážitky a silné emoce. Sebelepší připravenost personálu nemůže zcela eliminovat stresory, které chorobu a hospitalizaci provázejí.

Z dotazníků pro personál je patrné, že většina zdravotnického personálu neabsolvovala žádný typ speciálního vzdělávání na téma edukace pacientů a čerpá proto z empirie své praxe.

H1 – Pacienti nerozumí všem informacím, které jim byly zdravotníky podány

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku pro pacienty : 1, 2, 3, 4, 6, 9, 13, 16

Většina pacientů, kteří měli zájem o informace, které se týkaly jejich zdravotního stavu požadované informace dostala. O provozu na oddělení bylo informováno 58 % pacientů, 42 % z nich udává, že nikoli. O svém zdravotním stavu bylo srozumitelně informováno plných 100 % pacientů a informacím rozuměli. Před plánovaným zákrokem, nebo vyšetřením, dostalo srozumitelné informace 91 % pacientů vždy, a pouze někdy 9 % pacientů. Zájem o informace o svém zdravotním stavu mělo a rozumělo jim 83 % pacientů a 17 % pacientů nechtělo nic vědět.

Hypotézu nelze potvrdit.

H2 – Pacienti se necítí během hospitalizace bezpečně a obávají se ztráty svých práv

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku pro pacienty : 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16

Důvěru ve zdravotnický personál mělo během hospitalizace 67 % pacientů. Jen některým členům zdravotnického týmu důvěřovalo 33 % pacientů. Pokud byl některý pacient během hospitalizace s něčím nespokojen, s důvěrou se na zdravotníky obrátilo 33% pacientů vždy, jen někdy - a na někoho 42 %, ale bálo se ozvat celých 26 % pacientů. Saturace svých potřeb se poté dočkalo 72 % pacientů, ale 29 % udává, že se nic nezměnilo i přes to, že vnesli nějaké námitky. Práva pacientů zná 66 % , nezná je 17 % a nezajímají rovněž 17 % pacientů.

Hypotéza je potvrzena.

H3 –Pacienti se obávají ztráty své intimity a důstojnosti

K této hypotéze se vztahují otázky z dotazníku pro pacienty : 5, 6, 7, 8, 9, 11, 14, 15

50% pacientů uvádí, že zdravotníci vždy dbali na jejich důstojnost, 33 % uvádí, že pouze někteří, avšak 17 % pacientů uvedlo, že se setkalo s dehonestujícím přístupem zdravotníků. Empatický přístup zdravotníků uvedlo 50 % pacientů vždy, 33 % pacientů uvedlo, že zdravotníci byli empatictí, ale pro časovou tíseň se jim nemohli dostatečně věnovat a 17 % pacientů uvedlo, že se setkali s nedostatečně ohleduplným přístupem zdravotnického personálu.

Hypotéza je potvrzena.

Analýza hypotéz – respondenti z celku zdravotníkůH0 – Zdravotničtí pracovníci jsou na edukaci a komunikaci s pacienty dobře připraveni

Zamítnutí, nebo potvrzení H0 respondentů z celku zdravotníků je rovněž sporné. Objektivní připravenost na edukaci pacienta udává jen část zdravotníků, ostatní čerpají z praktických zkušeností. Dotazník nezkoumá úroveň konkrétních komunikačních dovedností jednotlivých zdravotníků. Skutečnost, že některý ze zdravotníků absolvoval školení o edukaci pacienta není zárukou jeho dovedností a naopak, pokud některý zdravotník není školený, neznamená to, že komunikaci s pacientem neovládá. Dotazník pouze dokládá procentuelní zastoupení školených zdravotníků a těch, kteří čerpají z empirické zkušenosti.

H1 – Zdravotnický personál není na edukaci a komunikaci s pacienty dobře připraven

K této hypotéze se vztahují otázky z celku zdravotníků : 3, 4, 5, 6, 7, 10, 18, 20

Objektivní připravenost na komunikaci s pacienty uvedlo 21 % zdravotníků, školení o edukaci absolvovalo 18 % zdravotníků. 72 % zdravotníků se nikdy o edukaci neškolovalo, ale čerpá z praktické zkušenosti. Nejistí se během komunikace a edukace pacientů cítí 6 % zdravotníků. Potíže během edukace pacientů nemá 47 % zdravotníků. Obtíže ze strany pacienta (smyslové, nebo mentální) udává 22 % zdravotníků, ale více, než 46 % zdravotníků edukuje pacienty pouze verbálně. Informační letáky požívá 14 % zdravotníků a kombinace různých edukačních pomůcek 39 % zdravotníků. Žádné překážky v kvalitní a dostačující komunikaci s pacientem nemají pouze 4% zdravotníků. Zpětnou vazbu ke zjištění toho, jak pacienti informaci rozuměli využívá pouze 62 % zdravotníků. Nejistotu, zda pacient dobře porozuměl sdělenému udává 75 % zdravotníků.

Objektivní připravenost zdravotníků na komunikaci a edukaci pacientů není dostatečná.

Rovněž je nedostačující využívání edukačních (kompenzačních) pomůcek pro pacienty se smyslovým, nebo mentálním postižením.

Hypotéza je potvrzena.

H2 – Zdravotníci se edukaci dostatečně věnují, ale pacienti jejich rady neakceptují

K této hypotéze se vztahují otázky z celku zdravotníků : 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18

Pouze 25 % zdravotníků uvádí jistotu, že pacienti opravdu porozuměli sděleným informacím. Zpětnou vazbu používá pouze 62 % zdravotníků. 38 % zdravotníků uvádí časovou tíseň během práce. Pouze 54 % zdravotníků používá nějaké edukační pomůcky při komunikaci s pacienty. Celých 90 % zdravotníků udává, že nemá dostatek času na opakované rozhovory s pacientem na stejné téma. Nedostatek času na dostačující komunikaci s pacientem uvádí 79 % zdravotníků. Jako problém v individuální péči o pacienta vidí nedostatek času 67 % zdravotníků a 15 % zdravotníků uvádí, že se pro nedostatek času může dostatečně věnovat pouze pacientům ve vážném stavu. Bohužel však 18 % zdravotníků uvedlo neochotu některých členů personálu vyjít pacientům dostatečně vstříc. Pouze 19 % zdravotníků uvedlo, že se mohou dostatečně pacientovi věnovat vždy. O informace o svém zdravotním stavu nemělo zájem 17 % pacientů. Jestliže pacienti neakceptují sdělené informace je to proto, že nejsou schopni je dostatečně (nebo vůbec) vstřebat a zdravotníci se jim nemohou, nebo nechtějí dostatečně věnovat.

Hypotézu nelze potvrdit.

H3 – Zdravotnický personál je k pacientům dostatečně empatický

K této hypotéze se vztahují otázky z celku zdravotníků : 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Celých 75 % zdravotníků si není jisto, že hovoří s pacientem vždy tak, aby jim rozuměl. 66 % zdravotníků nemůže pacientovi věnovat individuálně dostatek času ke komunikaci, pokud se jedná o opakované rozhovory. Celých 15 % zdravotníků udává, že se v dostatečné míře může individuálně věnovat pouze pacientům ve vážném zdravotním stavu. O partnerský přístup k pacientům se snaží 75 % zdravotníků a domnívá se, že pacienti jim důvěřují. 10 % zdravotníků soudí, že pacienti nemají důvod jim nedůvěřovat a 15 % zdravotníků nepřemýšlí o tom, zda jim pacienti důvěřují, nebo nikoli. 92 % zdravotníků udává, že pracuje tak, aby pacienti byli klidní a spokojení, 4 % zdravotníků nevidí důvod k tomu, aby pacienti trpěli nějakými obavami, a rovněž 4 % zdravotníků o tom, zda se během jejich služby cítí pacienti bezpečně nikdy neuvažovali. Neochotu k empatické komunikaci s pacienty u některých členů personálu udává 18 % zdravotníků.

Hypotézu nelze potvrdit.

13.1 Analýza zjištěných výsledků

Přesto, že obě hypotézy H0 (pro analýzu dotazníku celku respondentů zdravotníků a analýzu dotazníku celku respondentů pacientů), nebylo možno v plné míře potvrdit, ani vyvrátit. Avšak závěry výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce splnil, a místy předčil má očekávání.

Z hlediska pacientů se potvrdil můj předpoklad, že část respondentů z celku pacientů dává otevřeně najevo svou nespokojenost s dodržováním etických pravidel ošetrovatelské péče během hospitalizace. Naopak jsem se chybně domnívala, že pacientů, kteří nebudou mít zájem o informace o svém zdravotním stavu, nebudou znát, nebo nebudou mít zájem o svá práva pacientů bude ve skutečnosti méně (např. otázka 4 a 9, dotazník pro pacienty).

Z hlediska zdravotnických pracovníků se potvrdila má domněnka o časové tísní ošetrovatelského personálu během výkonu přímé péče. Zároveň z mého výzkumu plyne, že poměrně velká část respondentů z celku zdravotníků se nedostatečně zamýšlí nad svým vlivem na psychicko – somatickou pohodu pacientů v jejich péči. Pro dostatečně validní analýzu dotazníků obou celků respondentů by však bylo nezbytné podrobně rozebrat jednotlivá negativní hodnocení. Pro upřesnění důvodů jednotlivých stanovisek respondentů z celku pacientů by bylo vhodné volit podrobnější otázky, respektive jiné, úžeji zaměřené dotazníky s otevřenými otázkami. Avšak tak podrobné dotazování by pravděpodobně nebylo vhodné pro pacienty v akutní fázi nemoci, tedy během hospitalizace.

V obou typech dotazníků měli respondenti také prostor k volnému vyjádření svého názoru. Přesto, že oba celky respondentů tedy měly možnost se dále k problematice vyjádřit, využili této možnosti pouze dva respondenti z celku pacientů. Tyto odpovědi nebylo pro jejich ojedinělost možné zahrnout do statistického zpracování, ale jedná se o dobrou doplňující informaci k analýze. Oba tito respondenti z celku pacientů, kteří se volně vyjádřili v dotazníku se shodují na tom, že v roli pacientů nemají námitky k ošetrovatelské praxi ve smyslu výkonu péče, ale domnívají se, že zdravotníci by měli být k pacientům vstřícnější, ohleduplnější a měli by komunikaci s pacienty věnovat více času.

Faktem zůstává, že z odpovědí respondentů z celku pacientů vyplynulo, že někteří z nich se dokonce „báli ozvat“ (otázka 11, dotazník pro pacienty). Další skutečností je, že se někteří pacienti setkali během hospitalizace s dehonestujícím přístupem zdravotníků, konkrétně např. s nerespektováním pacientovy důstojnosti a soukromí např. při převlékání (otázka 14, dotazník pro pacienty). S tímto závěrem možná koresponduje stanovisko téměř

18 % respondentů z celku zdravotníků, kteří se domnívají, že překážkou kvalitní komunikace personálu s pacienty je „nedostatek ochoty některých členů personálu“ (otázka 13, dotazník pro zdravotníky).

Jsem také člen týmu nelékařských zdravotnických pracovníků a měla bych tedy říci něco na naši obhajobu. Je pravdou, že některá přání pacientů jsou bohužel nesplnitelná, proto nelze čekat nápravu. Jsou to např. požadavky na změnu diet, kdy se požadovaná dieta neslučuje se zdravotním stavem pacienta, nebo žádost o jednolůžkový pokoj, který není v možnostech oddělení. Bývají to rovněž žádosti o přestěhování na jiný pokoj, kterým občas nejde vyhovět bezprostředně. Víme, že pacienti během nemoci a hospitalizace jsou citlivější, úzkostlivější a nespokojení. Mají k tomu důvod, svůj stav, jak jsem už uvedla v teoretické části práce. Jednoznačně je ale nepřípustné, aby se pacienti během hospitalizace báli, nebo byli vystaveni situacím, kdy ztrácí svoji lidskou důstojnost. Jak jsem uvedla, neznáme podrobnosti takových názorů, které pacienti uvedli v dotazníku, ale přesto nelze takové závěry opomenout a je nutné na ně reagovat.

Z otázek 16. a 17. dotazníku pro zdravotníky vidíme, že téměř 20 % respondentů z celku zdravotníků uvedlo, že dosud nepřemýšlelo o tom, zda se během jejich služby pacienti cítí bezpečně, nebo jestli jim pacienti důvěřují. Vzhledem k tomu, že důvěra pacienta ke zdravotníkům a pacientovo bezpečí patří k nejdůležitějším požadavkům na práci ve zdravotnictví, je těchto 20 % příliš mnoho. Odpověď na tento problém je z výsledku otázek 16. a 17. zřejmá. Tento typ zdravotnického pracovníka (středoškoláka) o své práci zřejmě nepřemýšlí a neuvažuje o tom, kde dělá chyby a jak je napravit. Případné negativní reakce pacientů se takového zdravotníka pravděpodobně nedotýkají. Roli zde hraje, jak jsem uvedla nulová sebereflexe takového zdravotníka, ale i nedůsledná kontrola ze strany jeho nadřízených pracovníků.

Práce v pomáhajících profesích, a zejména s nemocnými lidmi, navíc během hospitalizace v nemocnici, je velmi náročná. Pouze teoretické vzdělání, třeba sebekvalitnější, bohužel pro takovou práci nestačí. Vedle znalosti klinických projevů nemocí, léčebných a ošetrovatelských postupů je pro dobrého zdravotníka nutná osobnostní zralost, dostatek morálních vlastností, vysoká profesionalita a sebekázeň. Měl by to být člověk dostatečně empatický, ale zároveň racionálně uvažující. Bohužel, i mezi zdravotníky pracují jedinci různých charakterových vlastností a stává se, že ne každý tak náročnou práci dobře zvládá.

Pokud by se, vzhledem k otázkám 16. a 17., jednalo o nižší zdravotnický personál – sanitáře, může být jádro problému (kromě nevhodných vlastností pro ošetřovatele v nemocnici) patrně v nedostatečné připravenosti k jejich povolání. Sanitáři jsou mnohdy bývalí zaměstnanci profesí, které nekladly tak vysoké nároky na mentální, ani osobnostní úroveň pracovníka, jako je tomu ve zdravotnictví. K tomu, aby se zájemce o práci v nemocnici stal sanitářem stačí bezúhonnost adepta a kurz, který trvá 3 měsíce. Teoretický základ vědomostí o chorobách, chování, reakcích a potřebách nemocných je v tomto případě minimální. Další vzdělávání sanitářů téměř neexistuje. Pokud s těmito pracovníky nepracuje jejich nadřízený ve smyslu cílené edukace a eliminace možných potíží, mnohdy zřejmě ani nemohou vědět, že chybují. Zdůrazňuji, že i přesto jsou sanitáři, kteří dělají pro pacienty maximum.

Dalším podnětem k zamyšlení je stížnost pacientů, ale tentokrát i zdravotníků na neustálou časovou tíseň během výkonu práce. Vím z vlastní zkušenosti, že zdravotníci velmi často pracují v časové tísní. Časovou náročnost práce v pomáhajících profesích a zejména s nemocnými lidmi nelze hodnotit podle tabulek. Ošetřovatelské výkony a péče o pacienty nelze rozvrhnout na minutu přesně, např. jako v technických oborech u pásové výroby. Každý pacient zasluhuje a měl by dostat individuální péči. Technicky takovou péči samozřejmě dostane, ale na dostatečný individuální přístup, bohužel, někdy nezbyvá dostatek času. Zdravotníci jsou zahlceni administrativou, která je velmi podrobná a zabere denně mnoho času. Mnoho úkonů v péči o pacienty je např. nutno zaznamenat na několika místech. Dalším velkým problémem zdravotníků z hlediska poskytování péče je jejich omezený počet. Z finančních důvodů jsou služby v nemocnicích zabezpečeny nejnižším počtem pracovníků, který je z hlediska legislativy možný. Důsledná dokumentace, tak aby vyhověla legislativě je i zdravotníkovou obranou v případě komplikací a rovněž finanční stránka provozu nemocnic jsou neoddiskutovatelné skutečnosti, a prozatím zřejmě neřešitelné.

Konečným závěrem mé bakalářské práce je, že vyvolala víc otázek, než odpovědí.

13.2 Návrh opatření na zlepšení péče o pacienty během hospitalizace

Do náročného povolání v pomáhající profesi a zvláště pro přímou péči o nemocné pacienty by měli být přijímáni do týmu SZP pouze jedinci s vyhovujícími psychologickými a morálními vlastnostmi. Dostatečně osobnostně vyvrálí, empatičtí, profesionálně zdatní a také dobře teoreticky připravení. Kontinuálně by se měli vzdělávat v klinických oborech podle své kompetence, ale také v oborech společných, jako je např. edukace a komunikace s pacientem. Vzdělávání by mělo být pro takové zdravotníky vítaným rozšířením profesionálních dovedností, nikoli nutným zlem.

Domnívám se, že NZP, kterým v současné době stačí k výkonu povolání sanitáře/řky tříměsíční kurz, jsou nedostatečně teoreticky připraveni. Měli by se teoreticky připravovat tak dlouho, aby mohli být seznámeni s problematikou nejběžnějších chorob, základními principy fyziologických funkcí lidského organismu z hlediska somatiky i psychiky, a jejich souvislostmi.

Z hlediska praxe není možné kalkulovat s tím, že zdravotníkům ubude práce, nebo alespoň administrativy. Klinické obory medicíny se neustále rozvíjí a nároky na zdravotníky jsou stále vyšší. Legislativní rámec práce zdravotníků rovněž spíše narůstá a rovněž narůstá související administrativa. Bohužel, počty nelékařských zdravotnických pracovníků jsou omezeny ekonomickými možnostmi nemocnic a pojišťoven. Znamená to, jak jsem uvedla dříve, že ve většině nemocnic pracuje v přímé péči nejmenší legislativně možné množství zdravotníků. Tato situace je velkým problémem. Výzkum dokazuje, že časová tíseň, ve které zdravotníci pracují téměř neustále, jim znemožňuje se pacientům dostatečně věnovat nad rámec primárně nutné ošetrovatelské péče. Dále je důležitá, důsledná kontrola práce zdravotníků ze strany nadřízených. Ne však z důvodu případných postihů, ale spíše pro rozkrytí a eliminaci i potencionálních problémů.

Nakonec, ale ne v poslední řadě, je pro dobrou práci každého zaměstnance potřebná dostatečná satisfakce za jeho vynaloženou námahu. Jako jiní státní zaměstnanci jsou zdravotníci za svou práci placeni státem. Ale velmi důležitá je motivace a uspokojení z práce a tím může být pochvala od nadřízeného. Domnívám se, že mnohdy je kvalitní práce brána jako běžný standard a hovoří se pouze o komplikacích.

Výslednicí těchto skutečností může být přetížený a frustrovaný personál a nespokojený pacient.

14 ZÁVĚR

Výzkum v mé bakalářské práci má dva okruhy zkoumání a dva celky respondentů.

Jsou to respondenti z celku pacientů během hospitalizace v nemocnici a respondenti z celku nelékařských zdravotnických pracovníků.

Z hlediska pacientů bylo cílem mé bakalářské práce ověřit, jestli informace, které dostávají od zdravotníků během hospitalizace jim jsou podávány dostatečně srozumitelně. Dále jsem zkoumala dodržování práv pacientů zejména z hlediska etiky ošetrovatelské péče.

Z hlediska zdravotníků bylo cílem mého výzkumu zjistit, jak jsou zdravotníci na komunikaci s pacienty teoreticky připraveni a jak ji zvládají v praxi. Rovněž jsem zkoumala kvalitu a okolnosti dodržování etických principů ošetrovatelské péče.

Domnívám se, že cíl mé bakalářské práce byl naplněn.

15 RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývala etikou práce zdravotnických pracovníků a dodržováním práv pacientů zejména z hlediska srozumitelné edukace během hospitalizace.

První část práce je zaměřena na teorii etiky, etiku práce zdravotníků, včetně jejich kompetencí, dále na teorii práce zdravotníků v nepřetržité péči, ale zejména na srozumitelnou edukaci pacienta během hospitalizace.

Druhá část práce se zabývá anlyzou dvou typů dotazníků – pro respondenty z celku pacientů a respondenty z celku zdravotníků.

Závěr práce obsahuje komentář k anlyzám a návrh opatření ke zlepšení péče o pacienty během hospitalizace.

Seznam zkratek

ACENDIO	Association of Common European Nursing Diagnoses (Mezinárodní společnost pro podporu společné ošetrovatelské terminologie)
ČAS	Česká asociace sester (je členem ICN)
EDTNA/ERCA	European Dialysis and Transplantant Nurses Associatton (Evropská asociace nefrologických, dialyzačních a transplantačních sester)
EONS	European Oncology Nursing Society (Evropská onkologická společnost sester)
ESGENA	European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses Assotiates (Evropská společnost gastroenterologických a endoskopických sester a spolupracovníků)
H 0 – 5	hypotéza 0 - 5
HORATIO	evropská asociace psychiatrických sester
ICN	International council of Nurses
ISO	International Organization for Standarization
JCAHO	Jiont Commision on Acreditation of Healtcare
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
NANDA I, II	North American for Nursing Diagnosis Assotiation
Např.	například
NZP	nižší zdravotnický pracovník (sanitář/ka)
OSN	Organizace spojených národů
SAK	Spojená akreditační komise
Sb	sbírka
SZP	střední zdravotnický pracovník (sestra)
Tab	tabulka
WENR	Workgroup of European Nurse Researches (Pracovní skupina evropských sester pracujících pro výzkum)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Seznam příloh

1. Edukační materiály :

Edukační záznamy
Hledání písmen ukrytých v obrázku
Kolik je čverců ?
Názvy činností, osob a věcí
Podstatná jména a vlastní jména
Přesmyčky měst
Přirovnání
Samohlásky
Vytváření slov od různých předpon
Změny písmen

2. Dokumentace :

Bilance tekutin a příjem potravy
Denní záznam a terapeutický list
Hodnocení bolesti
Hodnocení dekubitu, rány, převaz
Hodnotící škály
Prevence pádu v nemocnici
Okolnosti úmrtí
Ošetřovatelská dokumentace, denní záznam ošetřovatelské péče, realizace ošetřovatelského plánu
Ošetřovatelská překladová/ propouštěcí zpráva
Plán prevence dekubitů a polohování
Protokol o pádu pacienta
Protokol o použití omezovacího prostředku
Soupis věcí nemocného
Záznam ergoterapeuta
Záznam rehabilitačního ošetřovatelství

3. Informované souhlasy :

Souhlas s hospitalizací a určení kompetentní blízké osoby
Informované souhlasy s výkony

4. Dotazníky

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4
2. BLÁHA, Karel., STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra a pacient*. 1.vyd. Brno : NZONCO, 2004,67 s ISBN 80-7013-388-0
3. ČEPICKÁ, Blanka., ŠIMEK, Jiří. *Psychologický a etický rozměr práce operačního střediska*. 1. vyd. Kladno : Územní středisko záchranné služby Středočeského kraje, 2008, 126 s. ISBN 978-80-904018-2-2
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas, proč a jak ?* 1.vyd. Praha : Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno : NCONZO, 2004, 72 s. ISBN 80-7013-363-5
6. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2012, 200s. ISBN 987-80-247-3469-9
7. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno : NZONCO, 2006, 240 s. ISBN 80-7013-442-9
8. JIRKOVSKÁ, Alexandra., a kol. *Kaleidoskop edukace léčby inzulinem*. Praha : Medical Tribune CZ, s.r.o., 2013, 156 s. ISBN 978-80-87135-46-4
9. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3.vyd. Brno : NCONZO, 2006, 225 s. ISBN 80-7013-390-2
10. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007, 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
12. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
13. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2006, 368 s. ISBN 80-247-0650-4
14. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005, 156 s. ISBN 80-247-1024-2

15. NEFF, Vladimír. *Antigorgias*. 4.vyd. Praha : Mladá fronta, 2007, 453 s. ISBN 978-80-204-1547-9
16. NOVOTNÁ, Eliška. *Sociologie organizace*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2008, 112 s. ISBN 978-80-247-2428-7
17. Občanský zákoník. 3.vyd. Olomouc : Anag s.r.o., 2014, 911s
18. PLEVOVÁ, I., a kol. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3
19. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol., *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing a.s., 2011 ISBN 978-80-247-3976-2
20. PRAŠKO Ján., a kol. *Poruchy osobnosti*. 2.vyd. Praha : Portál, 2009, 359 s. ISBN 978-80-7367-558-5
21. ŘÍHOVÁ, Milada. a kol., *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*. 1.vyd. Praha : Horáček – Paseka, 2010, 209 s. ISBN 978-80-7432-047-7
22. SCHULZ von THUN, Friedemann. *Jak spolu komunikujeme ?* 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2005, 197 s. ISBN 80-247-0832-9
23. STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Brno : NCONZO, 2004, 55 s. ISBN 80-7013-323-6
24. SVĚRÁKOVÁ, M., *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Praha : Galén, 2012, 62 s., ISBN 978-80-7262-845-2
25. TATE, Petr. *Komunikace pro lékaře*. 1.vyd. Praha : Garda Publishingy a.s., 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2
26. TRACHTOVÁ, Eva., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno : NZONCO, 2006, 186 s. ISBN 80-7013-324-4
27. UHEREK, Petr. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2008, 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8
28. VAGOVIČOVÁ, Erika., PUTEKOVÁ, Sylva. *Etické aspekty starostlivosti o seniorov v ošetrovatel'stve*. Dostupné na www.promediamotion.cz
29. VENGLÁŘOVÁ, Martina., MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha : Grada Publishing a.s., 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8
30. VÍZDAL, František. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno : IMS, 2005, 50 s.
31. VOKURKA, Jan., HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 8. vyd. Praha : Maxdorf, 2007, 518 s. ISBN 978-80-7345-123-3

32. VYBÍRAL, Zdeněk. *Psychologie komunikace*. 2.vyd. Praha : Portál, 2009, 319 s.
ISBN 978-80-7356-1
33. RADVAN, Eduard., VAVŘÍK, Michal. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno : IMS, 2009, 57 s.

Online :

34. www.cs.wikipedia.org
35. www.mzcr.cz
36. www.pacienti.cz