

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Zuzana Černá

**Práva a povinnosti pacientů a jejich
aplikace v ošetřovatelské praxi**

bakalářská práce

Praha 2020

Autor práce: **Mgr. Zuzana Černá**

Vedoucí práce: **JUDr. Vladimíra Dvořáková**

Oponent práce: **PhDr. RNDr. Daniel Jirkovský PhD., MBA**

Datum obhajoby: **2020**

Bibliografický záznam

ČERNÁ, Zuzana. Práva a povinnosti pacientů a jejich aplikace v ošetrovatelské praxi. Praha, 2020, 83 s., přílohy. Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Vladimíra Dvořáková.

Abstrakt

Člověk, který se ocitne v roli pacienta, neztrácí svá práva, ale zároveň zůstává zodpovědným za své jednání. Většina pravidel pro společné soužití platí pro pacienty stejně jako pro všechny ostatní, přesto jsou stanovena zvláštní oprávnění a povinnosti právě pro pacienty. Tato pravidla musí být známa jak pacientům, tak zdravotnickému personálu, aby bylo možné je aplikovat v rámci ošetrovatelské praxe. Cílem práce bylo zmapovat znalost práv a povinností pacientů na vybraných oddělení FN Motol, která může ovlivňovat jejich aplikaci v ošetrovatelské praxi. K výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník ve dvou provedeních, jeden pro pacienty, jeden pro zdravotníky (všeobecné a praktické sestry). Zdravotníci udávali, že práva pacientů znají (76,7 %) nebo spíše znají (20 %), pouze malé procento z nich (3,3 %) uvedlo, že tato práva spíše neznají. Ze skupiny pacientů uvedlo, že tato práva zná 42,9 %, dalších 28,6 % uvedlo, že je spíše zná, 17,1 % uvedlo, že je spíše nezná a 4 % je nezná vůbec. I když zdravotníci z pozorované skupiny udávali větší znalost práv pacientů než pacienti, pro aplikaci těchto práv v ošetrovatelské praxi považujeme za důležité v obou skupinách účastníků ošetrovatelského procesu znalost práv a povinností pacienta rozšiřovat.

Abstract

A man who finds himself in the role of the patient does not lose his rights, but remains responsible for his actions. Most of the rules of cohabitation applies to patients as well as for everyone else, but lays out special privileges and obligations just for patients. These rules must be known to both patients and medical staff to be able to apply them in the context of nursing practice. The aim of the study was to explore the knowledge of rights and obligations in selected patients department Hospital Motol, which may affect their application in nursing practice. The research used a nonstandardized questionnaire in two versions, one for patients and one for health

professionals (nurses). Professionals reported that patients rights know (76.7 %) or more know (20 %), only a small percentage of them (3.3 %) indicated that such rights are rather unknown. From the group of patients reported that they knew the law 42.9 %, other 28.6 % said they are more familiar, 17.1 % said that it is rather not known and 4 % do not know it at all. Although health workers from the observed group reported greater knowledge of patients' rights than patients themselves, for the application of those rights in nursing practice we consider important in both groups of participants knowledge of the nursing process, patient rights and responsibilities expand.

Klíčová slova

právo, povinnost, ošetřovatelství, pacient, vztah, zdravotnictví

Keywords

law, responsibility, obligation, nursing, patient, relationship, public health

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Zuzana Černá**

Studijní program: **Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Práva a povinnosti pacientů a jejich aplikace v ošetrovatelské praxi**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

KŘEPELKA, Filip. Evropské zdravotnické právo. 1. Praha: Lexis Nexis, 2004. ISBN 80-86199-82-7.
GRIFFITH, Richard a Cassam TENGNAH. Law and professional issues in nursing. 4. London: Sage, 2017. ISBN 978-1-4739-6941-4.
HERRING, Jonathan. Medical Law and Ethics. 7. Oxford: Oxford University Press, 2018. ISBN 0198810601.
PRUDIL, Lukáš. Právo pro zdravotnické pracovníky. 1. Praha: Linde Praha, 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.
ŠUSTEK, Petr, Tomáš HOLČAPEK a kolektiv. Zdravotnické právo. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.

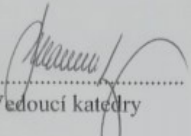
Vedoucí bakalářské práce: **JUDr. Dvořáková Vladimíra**

Oponenti: **PhDr. RNDr. Jirkovský Daniel, Ph.D., MBA**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 6.5.2019

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 6.5.2019


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Děkanát (5)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením JUDr. Vladimíry Dvořákové, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiné ho nebo stejného akademického titulu.

V Praze 24.4.2020

Zuzana Černá

Poděkování

Děkuji za laskavé vedení práce JUDr. Dvořákové, za zpracování statistiky Ing.&Ing.Anetě Mazouchové, PhD., a všem, kdo mi pomohli s korekturami.

OBSAH

Úvod	7
1.1 CÍLE PRÁCE.....	7
1 Prameny zdravotnického práva	9
1.1 DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV.....	9
1.2 ÚMLUVA O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A SVOBOD.....	10
1.3 EVROPSKÁ SOCIÁLNÍ CHARTA.....	10
1.4 ÚMLUVA O OCHRANĚ LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI LIDSKÉ BYTOSTI V SOUVISLOSTI S APLIKACÍ BIOLOGIE A MEDICÍNY	11
1.5 ÚMLUVA O PRÁVECH DÍTĚTE	12
1.6 DEKLARACE O PROSAZOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ V EVROPĚ.....	12
2 Vývoj práva ve zdravotnictví a v ošetrovatelské praxi	16
2.1 PRÁVO, ETIKA, LIDSKÁ PRÁVA VE ZDRAVOTNICTVÍ	17
2.2 HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA	19
2.2 SOUČASNÉ ETICKO – PRÁVNÍ KODEXY (NORMY)	20
2.2.1 Etický kodex Lékařské komory České republiky.....	20
2.2.2 Etické kodexy nelékařských zdravotnických pracovníků.....	21
2.2.3 Etický kodex sester.....	21
3 Práva pacientů v současném právním řádu ČR	25
3.1 INFORMOVANÝ SOUHLAS	26
3.1.1 Nezletilé osoby a informovaný souhlas.....	29
3.1.2 Forma vyjádření informovaného souhlasu	30
3.1.3 Problémy	30
3.2 POSTUP „LEGE ARTIS“	32
3.3 DALŠÍ PRÁVA PACIENTA.....	33
3.3.1 Úcta, důstojné zacházení	34
3.3.2 Volba poskytovatele zdravotních služeb	35
3.3.3 Druhý odborný názor	36
3.3.4 Vnitřní řád pracoviště.....	36
3.3.5 Přítomnost osoby blízké.....	38
3.3.6 Úhrada zdravotních služeb	39
3.3.7 Znát jménem zdravotnický personál	40
3.3.8 Soukromí	40

3.3.9 Návštěvy.....	41
3.3.10 Duchovní péče.....	42
3.3.11 Prostředí	43
3.4 PRÁVO NA ODMÍTNUTÍ PŘÍTOMNOSTI ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE.....	43
4 Povinnosti pacientů v současném právním řádu ČR.....	44
4.1 POVINNOSTI PACIENTA A JINÝCH OSOB	44
4.1.1 Compliance	44
4.1.2 Respektování vnitřního řádu pracoviště	45
4.1.3 Finanční účast.....	46
4.1.4 Pravdivě informovat	47
4.1.5 Nepožívat návykové látky, alkohol	49
4.2 POVINNOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE A OPATROVNÍKA.....	50
4.3. POVINNOST PROKÁZAT TOTOŽNOST	50
5 Ošetrovatelská péče z hlediska práv a povinností pacientů	52
5.1. KOMPETENCE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	52
5.2 POCHYBENÍ ZE STRANY NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU	53
5.3. VĚDOMÍ MOŽNOSTI PRÁVNÍHO POSTIHU ZDRAVOTNÍKŮ	53
5.4. STUDIE O ZNALOSTI A DODRŽOVÁNÍ PRÁV A POVINNOSTÍ PACIENTŮ	54
6 Sběr dat, metodika výzkumu	57
6.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT, VÝZKUMNÝ SOUBOR	57
6.2 ZNALOST OŠETŘOVATELSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU A PACIENTŮ OHLEDNĚ PRÁV A POVINNOSTÍ PACIENTŮ: OČEKÁVÁNÍ.....	57
6.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY DOTAZNÍKU.....	58
6.4 TECHNIKA ANALÝZY DAT	59
7 Výsledky	61
7.1 HYPOTÉZA 1	61
7.2 HYPOTÉZA 2	62
7.3 HYPOTÉZA 3	65
7.4 HYPOTÉZA 4	68
7.5 HYPOTÉZA 5	69
7.6 HYPOTÉZA 6	70
7.7 DISKUSE.....	72
7.7.1 Výsledky testovaných hypotéz	72
7.7.2 Porovnání s jinými studii.....	74

Závěr.....	77
REFERENČNÍ SEZNAM.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	83
Seznam obrázků	83
Seznam tabulek.....	83
Přílohy	85

Seznam zkratk:

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
čl.	článek
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
FN	Fakultní nemocnice
ICN	International Council of Nurses
např.	například
OSN	Organizace spojených národů
Sb.	Sbírky
srov.	srovnej
tj.	to je
WHO	World Health Organisation
zákon	Zákon č.372/2011 Sb
1LF UK	První lékařská fakulta Univerzity Karlovy
2LF UK	Druhá lékařská fakulta Univerzity Karlovy

ÚVOD

S tématem práv a povinností pacientů v ošetrovatelské praxi setkávám ve své práci a tato problematika mě zajímá. Rozhodla jsem se proto vypracovat kvalifikační práci, při které kromě rozšíření svých teoretických znalostí získaných studiem odborné literatury půjde i o zkušenost se sběrem, zpracováním a vyhodnocením dat z konkrétního zdravotnického pracoviště.

Za velice důležité a zajímavé považuji na této tématice prolínání mnoha oborů, od filozofie a aplikované etiky přes ošetrovatelství po právo, včetně historického vývoje všech těchto aspektů.

Jako základ možnosti aplikace práv a povinností pacienta v ošetrovatelské praxi je dle mého názoru nezbytná znalost těchto práv a povinností jak na straně ošetrovatelského personálu, tak na straně pacientů.

Na téma právních aspektů ošetrovatelské praxe bylo napsáno několik kvalifikačních prací v naší zemi, a to jak v rámci oborů zdravotnických, tak právních.

Téma je v poslední době aktuální i díky kauzám, kterými se zabývají investigativní novináři, a kde zřejmě došlo k pochybení zdravotnického personálu vůči pacientům. Ve většině těchto medializovaných kauz je patrné, že zdravotnické zařízení, respektive zdravotníci rezignovali na běžnou komunikaci, kterou přenechávají právním zástupcům.

1.1 Cíle práce

Teoretická část práce si klade za cíl zmapovat stručně v několika kapitolách východiska pro práva a povinnosti pacientů. Výchozím bodem jsou prameny zdravotnického práva historické i etické, vyplývající ze současných mezinárodních a národních zákonných norem. Dále je cílem mé práce představit vývoj zdravotnického práva spolu s etickými normami a jejich vzájemný vztah, nastínit práva a povinnosti pacientů, jak jsou uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb. (zákon) a podat ke každému bodu vysvětlení nebo výklad, který se týká jeho praktického uplatnění.

Vzhledem k tomu, že dodržování či vymáhání práv a povinností pacientů úzce souvisí s jejich znalostí, praktická část práce si klade za cíl zmapovat znalost práv a povinností pacientů na některých oddělení FN Motol, a to jak u pacientů, tak u

ošetrovatelského personálu a výsledky porovnat s některými publikovanými studii podobného zaměření.

1 PRAMENY ZDRAVOTNICKÉHO PRÁVA

Mezinárodní ratifikované smlouvy a jejich aplikace do praxe mají podle ústavy ČR přednost před vlastními zákony ČR; zákony musí tyto mezinárodní úmluvy zohledňovat (Mach, 2013, s. 21). Některé z mezinárodně uznávaných deklarácí nemají charakter ratifikované smlouvy, jsou původně nezávazné, ale mají vysoký všeobecně uznávaný morální kredit a některé postupem času nabyly závaznosti právního obyčeje. Sem patří např. Všeobecná deklarace lidských práv, případně i další deklarace, které se zabývají právy a povinnostmi pacientů a které se na ni odvolávají nebo z ní vycházejí. Jsou to některé dokumenty WHO nebo OSN, rady Evropy nebo různých profesních zdravotnických organizací (ICN apod.).

1.1 Deklarace lidských práv

V dnešní době tak často skloňovaný pojem lidských práv, jakkoli může být vnímán ambivalentně, tvoří výchozí etický a potažmo právní základ komunikace mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotních služeb.

Idea lidských práv ve své sekulární podobě má kořeny již ve francouzské revoluci, a to v Deklaraci nezávislosti. Ne náhodou mluvíme o idejích lidských práv – málokdy byla a jsou uskutečňována v plné míře, přesto jejich idea má smysl jako vytyčený cíl, kterého chceme dosáhnout. Kritici tzv. lidskoprávního atlantismu (u nás např. Bělohradský) upozorňují na zneužívání exportu idejí lidských práv násilím. „Ideologie lidských práv nastolila v postbipolárním světě epochu chaosu, násilí a svévole Západu vůči zbytku světa.“ (Přibáň, 2015, s. 43).

Někteří se domnívají, že ideje lidských práv představují pozůstatek transcendence, tedy jakési moderní náboženství. Práva a povinnosti člověka v euroamerickém světě byly dříve vnímány jako shůry dané, sekulární společnost si tato práva stanovuje autonomně. Transcendence lidských práv je pak dána tím, že nejsou vnímána jako důsledek dohody mezi lidmi, ale jako cosi, co bytostně patří k lidské přirozenosti a coby její nedílná součást byla postupně objevena a nejsou tedy podmíněna kulturně (srov. Přibáň, 2015, s. 57).

Po Druhé světové válce byla vyhlášena Všeobecná deklarace lidských práv, a to Valným shromážděním OSN 10. 12. 1948; ze všech 58 členů OSN hlasovalo pro přijetí

48 (naše země se hlasování zdržela). Ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v předmluvě, s. 11 se o této deklaraci uvádí: „Stala se měřítkem, podle nějž určujeme, co je správné a co špatné. Je základem, na němž lze budovat spravedlivou a důstojnou budoucnost pro všechny. Pro lidi na celém světě je mocným nástrojem v boji proti útlaku, beztrestnosti a snižování lidské důstojnosti.“

1.2 Úmluva o ochraně lidských práv a svobod

Je regionálním závazným dokumentem o lidských právech. V ČR byla ratifikována r. 1992 pod č. 209 po vzoru mezinárodní úmluvy z roku 1951. Jejím obsahem jsou lidská práva, která jsou uznávána všemi signatáři této dohody. Úmluva je rozdělena do tří základních částí (hlav). První má osmnáct článků a je věnována právům a svobodám člověka, druhá se ve třiceti třech člancích zabývá legislativou Evropského soudu pro lidská práva, třetí část v osmi člancích doplňuje různá ustanovení.

Listina základních práv a svobod je zakotvena v ústavním pořádku ČR a částečně se vztahuje některými ustanoveními k medicínskému právu, je v ní obsaženo např. v šestém článku právo na ochranu života, a to i před narozením; v sedmém článku nedotknutelnost osoby a jejího soukromí osobní svoboda; osmý článek hovoří o právu na ochranu osobních údajů; právo na ochranu zdraví je zakotveno v článku třicet jedna (srov. Mach, 2013, s. 22-23).

1.3 Evropská sociální charta

Evropská sociální charta byla ratifikována r.1961 v Turíně, r.1996 byla ve Štrasburku vypracována revidovaná verze a v ČR byla ratifikována r. 2000 pod č. 14 Sb. Je považována za jeden z pilířů ochrany lidských práv v evropském prostoru. Tvoří ji pět částí a třicet osm článků; třetí, jedenáctý a třináctý článek druhé části se zabývají právem na bezpečné a zdravé pracovní podmínky, právem na ochranu zdraví a právem na lékařskou a sociální pomoc.

Třetí článek druhé části ve čtyřech bodech naznačuje, jaká opatření by měl stát přijmout, aby převzal podíl odpovědnosti za pracovní podmínky a bezpečnost práce ustanovením konkrétní politiky bezpečnosti práce. Ta by zajišťovala právní předpisy

ohledně bezpečnosti práce a jejich vymahatelnost a zasadila se o rozvoj zdravotních služeb u zaměstnavatelů, které by měly především preventivní a osvětovou funkci.

V jedenáctém článku téže části se podepsané státy zavazují snažit se o odstranění příčin nemocí, poskytovat poradenské, vzdělávací služby v oblasti zdraví a klást zodpovědnost v oblasti zdraví na jednotlivce. Nakonec se zavazují zajišťovat prevenci ve všech rovinách.

Třináctý článek druhé části ukládá smluvním stranám, aby zajistily i osobám bez prostředků pomoc a v případě nemoci péči a zároveň zabezpečily, aby kvůli tomu konzumenti péče nebyli kráceni ve svých sociálních a politických právech. Dále stanoví, že každému mohou být poskytnuty služby nebo prostředky, aby se předešlo stavu potřeby nebo bylo možné takový stav odstranit; všechny takovéto principy mají být aplikovány na principu rovného zacházení.

1.4 Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Tato úmluva byla schválena Radou Evropy 4.4.1997 a v ČR ratifikována parlamentem roku 2001; na jejím základě je mimo jiné postaven koncept informovaného souhlasu a vychází z ní legislativa zákonů týkajících se zdravotní péče některých zemí. Staví svobodnou vůli pacienta a jeho rozhodnutí nad cizí snahy zevnějšku (nejčastěji ze strany zdravotníků) o ochranu jeho života nebo zdraví. Zabývá se také mnoha dalšími zajímavými otázkami dnešní doby, jako jsou např. transplantace nebo klonování.

Dokument je rozdělen do čtrnácti kapitol, v první najdeme obecná ustanovení, druhá se zabývá problematikou informovaného souhlasu, ve třetí se řeší ochrana soukromí a právo na informace, čtvrtá kapitola se zabývá úpravou genových informací. Ve čtrnáctém článku této kapitoly je zapovězeno volit pohlaví dítěte zásahem do genomu, ledaže by se tak zamezilo přenosu dědičného onemocnění. Pátá kapitola pojednává o vědeckém výzkumu a v osmnáctém článku je vysloven zákaz vytváření lidských embryí za účelem vědeckého výzkumu. V další kapitole je popsán problém transplantací a sedmá kapitola zapovídá jakýkoliv finanční prospěch z lidského těla a jeho částí a stanoví, za jakých podmínek se s nimi smí nakládat dále. V dalších kapitolách se řeší vztah členských zemí k této úmluvě, sankce za její nedodržení,

nutnost upravit vlastní zákonodárství, aby korespondovalo s touto úmluvou; ustanovuje také nadřazenost této úmluvy nad vnitřními zákony jednotlivých zemí atd. (Haškovcová, 2015, s. 213-218).

1.5 Úmluva o právech dítěte

Tento dokument OSN z r. 1989 se odvolává na podobná prohlášení staršího data, např. na Ženevskou deklaraci práv dítěte z r. 1924 nebo Deklaraci práv dítěte z r. 1959. V ČR byla ratifikována roku 1991 pod číslem 104 Sb.

Formálně je deklarace rozdělena na tři části a padesát čtyři článků. Definiuje práva dítěte a povinnosti státu vůči dítěti. Článek dvacet čtyři se v první části věnuje zabezpečení zdraví dítěte ze strany státu a definuje povinnosti smluvních stran. Patří mezi ně povinnost zajistit, aby děti měly přístup k potřebným zdravotnickým službám, přijímat opatření ke snižování dětské úmrtnosti, zajištění zdravotní péče, potírání nemocí a podvýživy, poskytování péče rodičkám, zajistit informovanost ohledně zdraví a přístup ke vzdělání, rozvoj osvěty a prevence. Dále se smluvní strany zavazují pracovat na odstraňování tradičních praktik, které škodí zdraví dětí, zavazují se podporovat v tomto směru mezinárodní spolupráci.

Hovoří se zde také o právu dítěte vyjádřit se úměrně ke svému věku a rozumovým i volným schopnostem k problematice, která se ho týká (to je např. článek dvanáct, třináct), což se týká i jeho zdraví.

Zřejmě i tento dokument byl příčinou, aby další, specifitější a původně místní deklarace, jako je Charta práv hospitalizovaných dětí (Leiden, 1988), byly později uznávány i mezinárodně.

Co se týká mentálně postižených dětí, tato problematika je zmiňována v článku dvacet tři a zřejmě částečně vychází z deklarace OSN o právech mentálně postižených osob (1971).

1.6 Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě

Vznikla roku 1994 v Amsterdamu za účasti zástupců z 36 členských států a její závěry tvoří společný rámec pro společný postup při prosazování práv pacientů

v jednotlivých zemích Evropy. Obsahuje tzv. principy práv pacientů, které jsou rozděleny do šesti základních oddílů (WHO, 1994, s. 2-8).

První z nich, nazvaný Lidská práva a hodnoty ve zdravotní péči, v šesti bodech definuje práva, která by měla být respektována u každého pacienta. Jsou to:

- právo na respekt vůči sobě jako lidské bytosti,
- právo sám o sobě rozhodovat,
- právo na tělesnou a duševní nedotknutelnost a bezpečnost,
- právo na soukromí,
- na respektování svých morálních zásad a kulturních hodnot a náboženského i filozofického přesvědčení,
- a konečně právo na ochranu zdraví v rámci možností zdravotní péče. (WHO, 1994, s. 9)

1.6.1 Právo na informace

Druhý oddíl je věnován problematice informovanosti pacienta, zahrnuje body jako dostupnost potřebných informací pro pacienty a jejich spravedlivá distribuce, informace o vlastním zdravotním stavu včetně navrhované léčby, možných alternativ atd., dále se zde zmiňuje možnost utajení informací v jistých případech a způsob sdělování informací (důraz na srozumitelnost). Výslovně se zmiňuje právo nebýt informován a právo určit osobu, které budou informace poskytnuty. V dalších bodech je zmíněno právo na druhý odborný názor, právo na to být seznámen s totožností a pracovním zařazením osob, které poskytují zdravotní péči a také právo být seznámen provozním řádem zdravotnického pracoviště, kde se nachází. Nakonec je zmíněno právo vyžádat si při propuštění písemný záznam o diagnóze, terapii a poskytnuté péči (WHO, 1994, s. 10).

Další oddíl je věnován problematice souhlasu pacienta s poskytovanou zdravotní péčí; v deseti bodech jsou shrnuta základní práva pacienta, co se týká informovaného souhlasu, včetně problematiky nesvéprávných osob a postupu při nemožnosti získat souhlas pacienta pro jeho současný stav. Informovaný souhlas pacienta je uveden v prvním bodě jako podmínka pro každý lékařský zákrok. Hned jako druhé je zde zmíněno právo pacienta odmítnout nebo přerušit lékařský zákrok s tím, že důsledek odmítnutí nebo přerušení zákroku je třeba pacientovi důkladně vysvětlit.

V dalším bodě se uvádí, že pokud pacient není v danou chvíli schopen souhlas vyjádřit a lékařský zákrok je nutný, je možné ho provést, pokud pacient dříve nedal najevo, že by s ním nesouhlasil (tzv. dříve vyslovené přání). Pokud se jedná o osobu nespolečenskou a není možné v potřebném časovém horizontu získat souhlas zákonného zástupce, je možné zákrok provést (pokud je nezbytný) s tím, že pokud je to možné, osoba, které se zákrok týká, musí být v co největší míře zapojena do procesu rozhodování. Pokud je pacient ve stavu, ve kterém není schopen rozhodovat a nemá zákonného zástupce, je doporučeno brát ohled na to, co je o něm známo (i co se týká jeho přání). V tomto bodě je již zřejmá aluze na tzv. institut dříve vysloveného přání, později ustanoveného v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (čl. 9), a v naší zemi v zákonu o zdravotních službách § 36.

V dalších bodech se řeší problematika souhlasu pacienta s uchováním a použitím jeho orgánů – souhlas je nutný, s výjimkou použití těchto orgánů pro dárce samého (autotransfúze, autotransplantace atd.); dále problematika účasti pacienta v klinické výuce – musí být dobrovolná a souhlas je tedy vyžadován, stejně tak jeho účast ve vědeckém výzkumu (rozumí se pasivní účast, kdy pacient nevystupuje v roli výzkumníka). Je vyloučen výzkum na osobách, které nemohou vyjádřit svou vůli, pokud ovšem výzkum není v jejich zájmu a zákonný zástupce souhlas poskytne, nebo pokud se jedná o výzkum pozorováním (s přesným určením, za jakých předpokladů lze k výzkumu přistoupit) (WHO, 1994, s. 11).

1.6.2 Soukromí

Další oddíl je věnován právu na diskretnost a soukromí a je rozdělen do osmi bodů. Nejdříve je stanoveno, že všechny osobní a zdravotní informace o pacientovi musí být zachovány jako důvěrné, a to i po smrti pacienta. V dalším bodě se řeší, za jakých okolností mohou být tyto informace výjimečně sděleny: je to souhlas pacienta a zákonné ustanovení, nebo informace sdělené jiným poskytovatelům zdravotní péče, pokud se starají o tutéž osobu. Dále se hovoří o nutnosti uchovat v bezpečí všechny údaje a „humánní substance“, podle kterých by mohl být pacient identifikován; k tomu nově přistupuje obecné nařízení na ochranu osobních údajů (GDPR), které začalo být účinné 18.5.2018 a je platné ve všech zemích EU. Pacienti mají právo na přístup k dokumentaci, která je o nich vedena v souvislosti s jejich diagnózou a terapií s tím, že je vyloučen přístup k datům o třetích osobách. Výslovně je zde zmíněno právo na

získání kopie vlastní zdravotnické dokumentace. Také mají právo požadovat změnu, odstranění, opravu či upřesnění zdravotnické dokumentace, pokud se jim jeví jako neaktuální, nepřesná nebo nepravdivá, nejednoznačná a také pokud se údaje v ní uvedené netýkají přímo terapie, diagnózy nebo ošetření. Další body se věnují právu na fyzické soukromí pacienta během terapeutických nebo diagnostických zákroků: pokud možno nemá být zasažen soukromý a rodinný život pacienta; při zákrocích nemají být přítomny třetí osoby, pokud to nevyžaduje přímo povaha zákroku nebo pokud to sám pacient nepožaduje (neschvaluje). Poslední bod operuje s vybaveností zdravotnických zařízení – pacient má právo očekávat, že i díky takovému vybavení bude zajištěno dostatečné soukromí při poskytování individuální péče (WHO, 1994, s. 12).

6.1.3 Právo na péči a léčbu

Asi největší oddíl se zabývá právem na péči a léčbu, obsahuje jedenáct bodů. Jako první uvádí text právo na dostupnost zdravotní péče pro každého podle jeho potřeb, včetně prevence a aktivit na podporu zdraví, a to dostupnost neustálou, spravedlivou, bez diskriminace, s ohledem na materiální možnosti té které společnosti. Pacienti mají právo mít zastoupení na všech úrovních, co se týká plánování a vyhodnocování zdravotní péče, aby mohli posuzovat její rozsah, kvalitu i fungování. Jako další se uvádí právo na kvalitu péče, která je charakterizována jednak vysokými technickými standardy a jednak lidským vztahem mezi pacientem a poskytovatelem zdravotních služeb. Kontinuita zdravotní péče je také zahrnuta mezi práva pacienta, a pod pojmem kontinuita se zde rozumí i spolupráce poskytovatelů zdravotních služeb a dalších složek zdravotnického systému, které se podílejí na diagnóze, terapii a péči. Velmi závažnou záležitostí je způsob výběru pacientů pro péči nebo ošetření, které není dostupné všem (např. z kapacitních důvodů). V takovém případě má každý právo na spravedlivé posouzení svého případu, a péče má být poskytnuta těm, kteří ji podle zdravotnických kritérií potřebují nejvíc, a to bez jakékoliv diskriminace (postavení ve společnosti, majetek, rasa, ...). Pacienti také mají právo na důstojné zacházení, a jejich diagnóza, léčba i terapie by měla být určena a vedena s ohledem na jejich hodnoty a kulturu (WHO, 1994, s. 12).

2 VÝVOJ PRÁVA VE ZDRAVOTNICTVÍ A V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Právo ve zdravotnictví se vyvíjelo v souvislosti s proměnami vztahu lékař – pacient, potažmo zdravotník – pacient. Do nedávné minulosti se jednalo zpravidla o značně nerovný vztah, kdy autorita lékaře úplně převažovala nad iniciativou pacienta. V mnohých kulturách bylo uzdravování spojeno s kultem, např. ve starém Egyptě s kultem boha Imhotepa, u přírodních kmenů zase s šamanskými rituály atd. Autorita těch, kdo uměli zprostředkovat uzdravení, byla často podepřena autoritou božstva nebo tajemnými silami. Tento stav přetrvával poměrně dlouhou dobu, začal se měnit s rostoucí všeobecnou vzdělaností populace a přístupností odborných informací široké veřejnosti. Také vyhlášení Všeobecné deklarace lidských práv a svobod okolo poloviny minulého století a v ní obsažená myšlenka stejných práv pro všechny bylo jistě mimo jiné přelomovým okamžikem ve vnímání autorit obecně a začala se pomalu promítat i do zdravotnictví. Haškovcová (2015, s. 89-94) se domnívá, že v západní Evropě a dalších vyspělých zemích před železnou oponou se tento vztah začíná měnit v sedmdesátých letech minulého století, kdežto ve východním bloku k těmto změnám dochází cca s dvacetiletým zpožděním. S tím lze jistě souhlasit, ale je třeba dodat, že díky obecné vzpouře proti autoritám, která v západních zemích kulminovala r.1968, se vztahová nerovnost lékař-pacient leckdy spíše převážila, než vyrovnala. K tomu jistě napomáhá i způsob financování zdravotních služeb – zdá se, že čím větší je podíl soukromé platby nebo čím vyšší zdravotní pojištění, tím více se pacient cítí jako klient, který má nárok na službu, za kterou si zaplatil.

Od té doby si lidé v roli pacientů mohli začít více uvědomovat svou zodpovědnost za vlastní zdraví i za volbu prostředků, kterým ho chtějí dosáhnout, aniž by pouze poslouchali nařízení lékaře.

Doba změny paradigmatu v medicíně ve vztahu pacient-lékař koreluje také s vývojem politického uspořádání, kdy většina zejména evropských států přebírá část zodpovědnosti za dostupnost zdravotní péče i její kvalitu. Samotná změna tohoto paradigmatu je vyjádřena navenek nejprůkazněji zřejmě institutem informovaného souhlasu, který se objevuje zhruba ve stejné době, jako zavedení bioetiky coby vědního oboru; jedná se o sedmdesátá léta minulého století (Brännemark, 2017, s. 33). Jak je uvedeno výše, tato doba je také charakteristická všeobecnou vzpourou proti autoritám

a je těžké rozhodnout, zda k zavedení institutu informovaného souhlasu přispěly větším dílem pokroky v biomedicině a jejich etická reflexe, nebo zmíněné společenské nálady.

V té době se také objevují první dobře organizované patientské organizace, které mají za cíl podporovat pacienta jako spotřebitele a edukovat širokou veřejnost ohledně práv pacientů a možností, jak uhájit své požadavky před zdravotníky (Mold, 2012). To sebou nese mnohé výhody a zároveň nemálo problematických jevů. Je jediné dobře, pokud se pacient aktivně zajímá o způsob, jak zlepšit své zdraví a o možnosti léčby, což se dnes děje patrně v míře větší než v minulých staletích. Na druhou stranu široká možnost přístupu k informacím může vzbudit dojem, že lékaře jako diagnostiky vůbec nepotřebujeme a nezbytné informace a prostředky k léčbě si opatříme sami za pomoci internetu. Tím se dotýkáme problematiky kvality informací ve veřejném prostoru, která je, jak se zdá, druhou stranou mince snadné dostupnosti jakýchkoli informací.

Dříve převládající vztah lékaře a pacienta se označuje jako paternalistický; trendem dnešní doby je zapojit pacienta aktivně do procesu rozhodování o vlastní léčbě a posunout tak tento vztah na úroveň vztahu partnerského (Kutnohorská, 2007, s. 29). Tento přístup vyhovuje pouze pacientům, kteří za sebe chtějí převzít plnou odpovědnost a vstoupit osobně do procesu vlastního uzdravování. Proto ani dnes není paternalistický vztah zdravotník-pacient výjimkou, nelze z toho však jednoznačně vinit lékaře nebo jiné zdravotníky. Jak upozorňuje Haškovcová (2015, s. 89-94), proces transformace tohoto vztahu bude zřejmě dlouhodobou záležitostí a paternalistický vztah nelze beze všeho zavrhnout jako absolutně špatný.

Jak upozorňuje WHO, jurisdikce práv pacientů se liší v různých zemích podle převládající kultury a sociálních norem, nicméně ohledně jistých práv panuje téměř všeobecná shoda. Jsou to: právo na informovaný souhlas, soukromí a diskrétnost (Patient rights, *WHO*).

2.1 Právo, etika, lidská práva ve zdravotnictví

Z povahy věci etická norma předchází normu právní, která tuto posléze kodifikuje. Je tomu tak i v oblasti zdravotnictví, kdy očekávání, že se zdravotnický personál bude chovat mravně, předchází právně vymahatelným ustanovením, která mají takové chování zajistit. Právo může být chápáno jako „*soubor pravidel lidského*

chování, která jsou dodržována a vymáhatečná v daném státu“ (Griffith a Tengnah, 2017, s. 10). Nicméně v poslední době můžeme pozorovat jistou inflaci slovního spojení „lidská práva“, kdy je tímto termínem označován stále větší okruh nároků, které lidé mohou vznášet. V souvislosti s rozšiřováním okruhu lidských práv může docházet také k většímu množství konfliktů, a to kvůli vzájemné konkurenci jednotlivých právních nároků, které uplatňují různí lidé (Andersson, 2017, s. 67).

Co se týká uvažování o lidských právech, záleží na tom, zda vyjdeme z hlediska filozofického, nebo z právního. Pokud vyjdeme z právního hlediska, to bývá obecně zaměřeno na potřeby lidské osoby a vede k otázce, co mohou ostatní lidé udělat pro mě, pro zachování mých lidských práv. Zatímco deontologické hledisko, a tady uvažujeme zejména Kantovu etiku, začíná u povinností a je zaměřeno především na otázku, co já jako člověk mohu udělat pro ostatní, tedy na otázku osobní morálky. Je tedy důležité reflektovat, jaký výchozí bod uvažování o lidských právech si zvolíme, protože podle toho můžeme dojít k rozdílným výsledkům (srov. Brännemark, 2017, s. 35).

V posledních letech se i vzhledem k celkové individualizaci západní společnosti, která se odráží i v chápání a interpretaci lidských práv, klade důraz na autonomii, a to často jako na výchozí hodnotu, ze které se pak odvozují ostatní (důstojnost, integrita atd.). To se odráží ve zdravotnictví ve vnímání práv pacienta konkrétně ve velkém důrazu, který je kladen na institut informovaného souhlasu, který je alfou a omegou při jednání zdravotníků s pacientem. Autonomie pacienta má být zaručena právě díky informovanému souhlasu, kdy se sám poučeně rozhoduje, zda podstoupí vyšetření nebo výkon a tímto souhlasem na sebe přebírá i zodpovědnost za riziko s výkonem spojené. Výchozí bod autonomie má ale své slabé stránky: pokud bychom z autonomie, a tedy potažmo schopnosti poskytnout informovaný souhlas odvozovali všechny další hodnoty, vyloučili bychom lidské bytosti, které svou autonomii nemohou tímto způsobem používat, např. osoby v jistém vývojovém stádiu (kojence, lidi postižené stařeckou demencí), osoby mentálně postižené atd. Z tohoto pohledu se autonomie nejeví jako ideální východisko; bezpečnější je zřejmě vyjít z hodnot jako lidská důstojnost a integrita, ze kterých se dá autonomie snadno odvodit (Brännemark, 2017, s. 35–37).

Nicméně podporovat autonomii pacienta i vzhledem k možnosti odmítnutí pokračování v léčbě, například v terminálních stádiích nemoci apod. je úkolem zdravotnických pracovníků, který je zakotven i v etickém kodexu sester (Storch, 2015,

s. 20–21). Existuje odůvodněný předpoklad, že autonomie, pokud si jí je pacient vědom a je schopen s ní uvědoměle nakládat, snižuje jeho utrpení (Brinkman, 2017).

Ochrana práv pacientů, a zvláště těch, kteří se o svá práva nemohou zasazovat sami, je základní součástí etiky ošetrovatelského personálu.

2.2 Hippokratova přísaha

Nejznámějším a nejstarším etickým deontologickým kodexem, který měl korigovat chování zdravotnického pracovníka – lékaře a bývá někdy mylně považován za právní normu, je Hippokratova přísaha (plný text přísahy viz Příloha č.2).

Její text bývá připisován samotnému Hippokratovi, ačkoli je obsažen v Corpus Hippokratikum (cca 400 let před n.l.); je psána jónskou řečtinou a existuje mnoho překladových verzí i výkladů. Prísaha vždy měla velkou autoritu, co se týká následně vznikajících etických a morálních norem- jsou z ní odvozeny i mnohé normy právní. Sama však nikdy charakter právní normy neměla; byla spíše mravním kodexem, a to v oblasti medicíny prvním ve své době (Haškovcová, 2015, s. 19).

První odstavec je spíše slavnostní přísahou, která se dovolává bohů a bohyň souvisejících s lékařským uměním: Appolóna, Asklépia, Hygiei a Pankaei. V dalších částech jsou uvedeny mravní zásady, které se přísahající zavazuje dodržovat a které se týkají nejen přímo výkonu lékařského povolání, ale i způsobu chování lékaře (Petruš, 2014, s. 23). Základní závazky obsažené v přísaze můžeme shrnout do těchto devíti bodů:

1. úcta k učiteli a konkrétní pomoc jemu i jeho potomkům, pokud bude třeba
2. sdílet vědomosti jen s těmi, kdo se zavážou touto přísahou (s vlastními potomky, potomky učitele, ...)
3. léčit všechny podle svých vědomostí k jejich prospěchu a chránit je před nebezpečím
4. nepodat smrtící lék, nevyvolat potrat a nedat žádnou radu v tomto směru
5. uchovat svůj život i lékařskou profesi v bohabojnosti a čistotě
6. nepouštět se do chirurgických zákroků, ale přenechat je povoláním
7. při návštěvách nemocných se nechat vést pouze touhou po dobru nemocného, vyvarovat se zlých úmyslů

8. zdržet se všeho špatného a proti zákonu, zvláště intimního styku s obyvateli navštívené domácnosti
9. zachovat lékařské tajemství

Konkrétní formulace sponzí, které provázejí promoci lékařů, jsou časově i místně rozličné, ačkoli z původního textu Hippokratovy přísahy vycházejí nebo se jím inspiroují. V rámci Karlovy univerzity od samého počátku text sponze nekopíroval znění Hippokratovy přísahy, ale zřejmě byl převzat z některé ze starších univerzit a situačně upraven:

„Protože Karlova univerzita byla založena po vzoru Paříže a Boloně, můžeme s velkou pravděpodobností předpokládat, že se i naše sponze inspirovaly příkladem těchto staroslavných škol.“ (Čornejová, 2006)

V dnešní době se některé body Hippokratovy přísahy jeví jako dobově podmíněné (např. body týkající se chirurgických zákroků) nebo alespoň sporné (podání smrtícího léku, abortivních prostředků), i když samotný pojem „Hippokratova přísaha“ je všeobecně známý i mimo odbornou veřejnost, a to, jak se zdá, na rozdíl od mladších i současných etických kodexů (Haškovcová, 2015, s. 19).

2.2 Současné eticko – právní kodexy (normy)

2.2.1 Etický kodex Lékařské komory České republiky

Tento kodex byl schválen na pátém sjezdu České lékařské komory 10.12.1995 a účinnosti nabyl 1.1.1996. Je rozdělen do pěti paragrafů, z nichž první řeší obecné zásady jednání lékaře, kopíruje hlavní zásady mezinárodních úmluv. Druhý paragraf je rozdělen do osmnácti bodů a řeší vztah výkon povolání lékaře, je zde zahrnuta i svoboda svědomí lékaře a zároveň je zapovězeno vykonávat “potulnou praxi”. Ve třetím paragrafu se řeší vztah lékaře a nemocného, další paragraf se zabývá vztahy mezi lékaři a poslední vztahy mezi lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky. Pátý paragraf je velmi stručný a omezuje se na dva body; lékař má zodpovědnost ověřit si schopnosti nelékařského zdravotnického pracovníka, kterého pověřuje diagnostickými nebo léčebnými úkony, a není mu dovoleno spolupracovat s nelékaři mimo zdravotnický tým (Kutonohorská, 2007, s. 108-111).

2.2.2 Etické kodexy nelékařských zdravotnických pracovníků

Kodexy upravující etické jednání nelékařských zdravotnických pracovníků vznikají později právě na podkladě kodexů korigujících chování lékařů, nemají však charakter sponze a nelékařský zdravotnický pracovník se před přijetím zmocnění k výkonu svého povolání v etické rovině k ničemu oficiálně nezavazuje.

Absolventi bakalářských programů se zavazují všeobecně k loajalitě ke své Alma mater a využívání nabytých znalostí pro blaho lidského rodu v intencích vymezených fakultou a univerzitou, viz např. sponze absolventů 1LF UK:

„Slibíte tedy především: že uchováte ve vděčné paměti tuto univerzitu, na níž dosáhnete hodnosti bakaláře, a že vždy budete podle svých sil podporovat její činnost a zájmy; dále že hodnost, kterou vám udělím, uchováte bez poskvrny a bez úhony; konečně že znalosti, které vám fakulta vštípila, budete nadále využívat v intencích fakultou a univerzitou stanovených a vždy toliko pro blaho lidského rodu a jeho jednotlivých příslušníků. Slibujete to na své dobré svědomí?“ Absolventi: “ Slibuji.“

Stejný text sponze předkládá absolventům bakalářských programů i 2LF UK, ale na svých webových stránkách ho uvádí výhradně v latině; zřejmě s důvěrou ve znalosti tohoto jazyka u svých posluchačů....

2.2.3 Etický kodex sestry

Jedná se o dokument vypracovaný r.1950 ICN, tedy na mezinárodní úrovni. Od té doby proběhlo několik revizí, poslední je z r.2000. Je rozdělen do čtyř oblastí, ve kterých se snaží definovat normy pro etické jednání nelékařských zdravotnických pracovníků v pozici sestry: Sestry a lidé (občané), sestry a práce (praxe), sestry a povolání, sestry a spolupracovníci.

Co se týká podobnosti s etickými normami pro lékaře, vyjádřenými prostřednictvím absolventských sponzí (viz Příloha č.3), opět zde nacházíme důraz na zachování mlčenlivosti, celoživotní vzdělávání se. V požadavku „*dodržování slušného chování za všech okolností*“ můžeme vidět aluzi na ty části Hippokratovy přísahy, které vyžívají ke zdrženlivosti při návštěvách pacientů: „*vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počinání nešlechetného.*“. K Ženevské lékařské

sponzi zase odkazuje závazek vytvářet „*prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.*“

Je tedy patrná kontinuita etického kodexu sester na lékařské etické závazky, nicméně jak se v minulém století rozvíjelo ošetrovatelství jako samostatný obor, směřuje etický kodex sester konkrétně do ošetrovatelské praxe a rozvíjí vlastní etické důrazy.

Sestry a lidé

Tato první část etického kodexu se dá rozdělit na šest bodů, ve kterých jsou vyjádřeny základní principy vztahu mezi osobami vykonávajícími profesi sestry a ostatními lidmi. V prvním bodě se zdůrazňuje, že sestra má vlastní profesní zodpovědnost vůči těm, kdo její péči potřebují – je zde tedy apel na převzetí vlastní zodpovědnosti při poskytování ošetrovatelské péče, i když se tato děje v širším rámci, např. zdravotnického komplexu.

Ve druhém bodě se uvádí, že sestra má vytvářet prostředí, které by se dalo charakterizovat jedním slovem: úcta, respekt. Jde o to dát lidem poptávajícím ošetrovatelskou péči prostor pro jejich vlastní způsob prožívání, a to ve všech oblastech. Dotýkáme se zde otázky lidských práv, ze kterých vycházejí práva pacienta a podle kterých sestry mají v rámci ošetrovatelské péče vytvářet prostředí, ve kterém tato práva budou respektována. Zajímavý je důraz položený právě na vytváření prostředí, ve kterém budou respektována, spíše než na samotné prosazování či dodržování lidských práv.

Další bod se týká informací; úzce tedy souvisí s právem pacienta na informovaný souhlas s poskytováním zdravotnických služeb, i když sestra má poskytovat informace, které se týkají ošetrovatelské péče a z ní vycházející terapie.

Čtvrtý bod se zabývá ochranou osobních informací, které má sestra dalším lidem sdělovat pouze po „pečlivé úvaze“ – zřejmě se rozumí v rámci zdravotnického týmu.

S tím souvisí právo pacienta na soukromí a důstojnost.

V pátém bodě se zdůrazňuje, že sestra spolu s celou společností má aktivně vytvářet a podporovat aktivity zaměřené na zdravotní a sociální potřeby zvláště ohrožených skupin občanů. Je zajímavé, že tento bod zdůrazňuje starost o sociálně ohrožené skupiny ze strany sester, i když by se dalo předpokládat, že ve společnosti

jako je ta naše, vzhledem k úzce vyprofilovaným specializacím, se toto bude týkat výhradně sociálních pracovníků.

Poslední bod se zabývá životním prostředím a jeho zachováním čili ekologií. Dá se to pochopit v souvislosti se zdravotními obtížemi, které následkem špatného životního prostředí vznikají, nebo spíš v souvislosti s životním stylem, který může vést ke zhoršení nebo rozvoji zdravotních obtíží.

Sestry a jejich práce-praxe

Zhruba v pěti bodech je zde nastíněno to nejdůležitější ze vztahu sester k praxi podle ICN. První bod opět zdůrazňuje odpovědnost sester za jejich praxi a dodává i odpovědnost za udržování si vlastní kvalifikace průběžným studiem. V naší zemi do nedávné doby byla snaha řešit tuto oblast systémově pomocí bodů udílených za vzdělávací kurzy nutných k registraci coby zdravotnických pracovníků. V tuto chvíli je odpovědnost a iniciativa opravdu na každém jednotlivě.

V druhém bodě se uvádí, že sestra má pečovat o vlastní zdraví; zdá se to být v rámci etického kodexu nadbytečné, ale zajímavý je důvod: aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Vyplývá z toho tedy, že zanedbávání péče o vlastní zdraví by mohlo být vnímáno jako neetické vzhledem ostatním lidem, kterým pak nemůže být poskytnuta péče. Je to jistě zajímavý úhel pohledu, který vnímá zdravotníka jako pracovní nástroj, který se může špatnou péčí o sebe zničit.

Posuzování vlastní kvalifikace při přijímání svěřených úkolů a zároveň posuzování kvalifikace těch, kterým úkoly svěřujeme je, jak se zdá, pouze konkrétním rozvinutím prvního bodu, tedy převzetí zodpovědnosti za svou praxi. Jistě není tajemstvím, že v našich končinách se na mnoha pracovištích kvalifikace obchází, zejména z důvodu nedostatku personálu a neméně tak hluboce zakořeněnému přesvědčení, že člověka kvalifikuje především praxe, a ne dosažený stupeň vzdělání.

V následujícím bodě je vysloveno v čase průběhovém přání, které se zdá nepříliš realistické, a to sice ohledně slušného chování sester za všech okolností; kvůli podpoře profesní cti a dobrého jména profese ve společnosti. Mohli bychom diskutovat o tom, co konkrétně se míní pod pojmem slušné chování, ale je nasnadě, že to vcelku znamená nevybočovat z řady v negativním slova smyslu. Ovšem vzhledem k plošnému nedostatku zdravotnického personálu není namístě dělat si iluze o osobnostních kvalitách všech lidí, kteří ve zdravotnictví pracují; jakkoli se v mnoha pomáhajících

profesích před nástupem do zaměstnání vyžadují psychologické testy, práce sestry k nim nepatří, i když by se tím zřejmě předešlo mnoha problémům. Nicméně počet lidí vykonávajících tuto profesi by se ještě ztenčil a konec konců obecným trendem posledních let v naší zemi je nároky na sestry snižovat, alespoň co se týče vzdělání.

V posledním odstavci jsou zdůrazněny tři aspekty při uplatňování moderních technologií a nových metod v medicíně: jedná se o bezpečnost, důstojnost a lidská práva pacientů (občanů). Sestra se má starat o to, aby se na ně dbalo. Podle všeho to lze vnímat jako výzvu ke zdůrazňování etických zásad při ošetrování pacientů v praxi. Lidská práva občanů – pacientů musí tedy zdravotnický personál především znát, aby mohl iniciovat jejich provádění v praxi, případně korigoval riziko jejich možného překračování v nepřehledném terénu moderních technologií.

Sestry a jejich povolání

Co se týká povolání sestry, soustředí se ICN na tři oblasti, které se týkají managementu, dále akademické, pedagogické práce a angažovanosti ve prospěch pracovníků v ošetrovatelství. První z nich popisuje jeden aspekt povolání sestry jako součást při vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, výzkumu, řízení a vzdělávání. Dokonce se v tomto dokumentu ICN tvrdí, že sestra v těchto oblastech hraje rozhodující roli. V dalším bodu se uvádí, že se sestra aktivně podílí na rozvoji znalostí, které vycházejí z vědeckého poznání. Otázkou je, zda se tím myslí i to, že by měla aktivně vystupovat proti teoriím, které nejenže z vědeckého poznání nevycházejí, ale naopak jeho výsledky popírají nebo neuznávají.

Poslední část je zaměřena na roli sestry jako součásti širší společnosti, ve které se aktivně zasazuje o spravedlivé sociální a ekonomické podmínky pro všechny pracovníky v oboru ošetrovatelství, a má tak činit prostřednictvím profesních organizací. Je tedy i sama do jisté míry zodpovědná za to, jakým způsobem budou nastaveny pracovní a ekonomické podmínky v její zemi. Takovýto aktivní postoj může být lékem na pocit bezmocnosti a frustraci, který může pramenit z neutěšeného statu quo.

3 PRÁVA PACIENTŮ V SOUČASNÉM PRÁVNÍM ŘÁDU ČR

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování nabyt účinnosti 1.4. 2012 a nahradil tak zákon o č.20/1966 o péči o zdraví lidu, takže se jedná o zásadní změnu zákona téměř po 45 letech. Zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních do té doby reguloval zákon č.160/1992 Sb.; zákon o zdravotních službách nahradil spolu s ním 28 právních předpisů, které upravovaly poskytování zdravotních služeb. Vychází z nových mezinárodních úmluv, zejména z Úmluvy o lidských právech a biomedicině a podrobně se zabývá vzájemnými právy i povinnostmi pacientů a poskytovatelů zdravotnických služeb (Mach, 2018, s. XV).

První část zákona se zabývá základními ustanoveními, která definují předmět právní úpravy, vymezuje základní pojmy, se kterými pracuje. Druhá část se zabývá druhy i formami zdravotní péče a obecnými podmínkami poskytování zdravotní péče (způsobilostí pro poskytování zdravotní péče atd.). Třetí část rozebírá oprávnění k poskytování zdravotních služeb a konečně čtvrtá část se zabývá postavením pacienta a jiných osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, tedy právy a povinnostmi pacientů a jiných osob. Dále pak řeší zdravotní péči v dětských domovech do tří let věku a hospicovou péči.

Pátá část je zaměřena na poskytovatele zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků a dalších odborných pracovníků a jejich postavení v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V další části je pojednáno o zdravotnické dokumentaci a národním zdravotnickém informačním systému, řeší zpracování osobních údajů, zdravotnickou dokumentaci a národní zdravotnický informační systém. Sedmá část se zabývá nakládání s odejmutými částmi lidského těla a tělem zemřelého, dále postupem při úmrtí a pitvy. V osmé části se řeší stížnosti, devátá část pojednává o hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další část se věnuje kontrolní činnosti. Jedenáctá část je zaměřena na kraje, dvanáctá na fakultní nemocnice a centra vysoce specializované péče, třináctá část řeší přestupky. Ve dvou posledních kapitolách jsou popsána společná, zmocňovací, přechodná a zrušovací ustanovení a účinnost.

Následující kapitoly budou věnovány zejména čtvrté části, a to jednotlivým právům a povinnostem pacienta a jiných osob.

První dva body, právo na svobodný a informovaný souhlas a právo na poskytování služeb lege artis jsou uvedeny samostatně, jsou tedy zřejmě ze strany zákonodárců považovány za nejdůležitější. Ostatní práva jsou shrnuta pod bodem číslo tři, a to zřejmě v pořadí, které přísluší jejich důležitosti, nahlíženo očima zákonodárců. Zvláštní kapitolu tvoří bod číslo čtyři, který se věnuje právu nejslabších-osob, které dosud nenabýly svéprávnosti nebo jí byly zbaveny, a nepřejí si z dobrých a závažných důvodů přítomnost zákonného zástupce.

3.1 Informovaný souhlas

Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. (§ 28 zákona); pokud je osoba zletilá svéprávná, má ochrana její svobodné vůle přednost před ochranou zdraví a dokonce i života (Mach, 2018, s. 91).

K výkladu tohoto odstavce je potřeba definovat, co vlastně konkrétně znamená tato svoboda a informace, potažmo souhlas, kterými musí disponovat pacient:

„Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“) pokládá za: a) svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku, b) informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal“ (zákon).

Co se týká svobody souhlasu a jeho definice, nátlak nesmí být přímý ani nepřímý, fyzický, psychický nebo časový. Pod výrazem fyzický nátlak si nemusíme představovat nějaké jednání zdravotníka, proti kterému se pacient neúspěšně brání, ale v praxi se někdy stává, že informace jsou pacientovi podávány v situaci, kdy jeho fyzický stav neumožňuje, aby tyto informace byl schopen adekvátně přijmout. Jedná se například o situace, kdy jsou informace o výkonu podávány pacientovi až po podání premedikace, kdy jsou kognitivní schopnosti již utlumeny a také schopnost pacienta se proti tomuto postupu ohradit.

Podobná situace někdy nastává při akutním příjmu pacienta, kdy personálem zdravotnického zařízení není dostatečně vyhodnocen fyzický i psychický stav pacienta a není brána v potaz skutečnost, že souhlas s hospitalizací může být podepsán do 24

hodin po příjmu pacienta do zdravotnického zařízení. Zde záleží hodně na empatii a zdravém úsudku zdravotnických pracovníků, kteří písemnou formu souhlasu odebírají a v neposlední řadě na atmosféře daného pracoviště. Vždy je poměrně složité vyřešit během časové tísně jisté napětí, které nastává mezi fyzickou péčí o pacienta a zároveň tlakem na vedení zdravotnické dokumentace. V případě, že na daném pracovišti je v kritických situacích upřednostňováno před péčí o pacienta, může se stát, že formálně bude písemný souhlas s hospitalizací udělen, ale podobně jako ve výše uvedeném příkladu je pacient kvůli svému fyzickému stavu nebo psychickému rozrušení neschopen poskytnout informace dostatečně vnímat a vstřebávat.

Právem se předpokládá, že pacient (pokud je při vědomí a je ve zdravotnickém zařízení dobrovolně) očekává především jednání zdravotníků s ohledem na akutní problém, se kterým přichází. Poté je možné poskytnout informace způsobem, kterým je schopen je nejlépe přijmout. Zde se dotýkáme problému, který nabývá v poslední době stále více na aktuálnosti, a sice defenzivnímu přístupu zdravotníků ke své práci s ohledem na měnící se vztah zdravotník – pacient od paternalistického k partnerskému. Pokud je přístup na zdravotnickém pracovišti v zásadě defenzivní, bude snaha mít vše dokonale zaznamenáno v zdravotnické dokumentaci přednost před reálnou péčí o pacienta, což může mít velmi špatné důsledky pro pacientovo zdraví. Prostředky, které měly původně sloužit k podpoře pacienta jakožto hlavního aktéra uzdravovacího procesu, se obrátí proti němu kvůli jejich využití k sebeobraně zdravotnických pracovníků.

Co se týká kvality informace, která má být poskytnuta, aby svobodný souhlas byl skutečně informovaný, musí obsahovat všechny údaje o účelu, povaze, rizicích i důsledcích zákroku, který má pacient postoupit. Stejně má obsahovat i další možná řešení, která jsou pro pacienta dostupná a jejich rizicích a důsledcích (Griffith, 2015b).

Pacient má právo na informace ohledně svého zdravotního stavu, a to informace odborně kompetentní, pravdivé a úplné. Pokud je pacientovi nějaká informace ohledně jeho zdravotního stavu zamlčena, musí se tak dít s jeho předchozím souhlasem, v rámci práva na vzdání se podání informovaného souhlasu. Pokud pacient nechce být ohledně svého zdravotního stavu informován, musí být tato skutečnost písemně zaznamenána a podepsána pacientem i zdravotnickým pracovníkem a je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Pacient může do tohoto záznamu zanést jméno osoby, která má být místo něj o jeho zdravotním stavu informována, pokud sám chce

někoho takového určit. Toto právo se nevztahuje na situace, kdy pacient trpí nemocí, která by mohla ohrozit jeho okolí a pacientova nevědomost v tomto ohledu by byla pro ostatní škodlivá; jedná se o infekční nemoci atd. Pokud lékař důvodně předpokládá, že plná informace o vážném zdravotním stavu by pacientovi mohla způsobit těžkou újmu na zdraví, může tuto informaci o diagnóze nebo prognóze zadržet, ale pouze na dobu nezbytně nutnou a v rozsahu nezbytně nutném. Občanský zákoník doplňuje, že odůvodněnost takového rozhodnutí má potvrdit ještě jiná osoba poskytující péči v daném oboru. Výjimku představují pacienti, kteří výslovně žádají o pravdivé a přesné informace, nebo jejich zdravotní stav může být nebezpečný pro okolí, nebo by jakékoli prodlení v informování bylo překážkou jejich včasné léčby (Mach, 2018, s. 117-120).

Otázkou je, zda v dnešní době, kdy si lze mnoho informací ohledně diagnózy i prognózy velmi snadno dohledat na internetu a také to mnoho pacientů dělá, jakmile dostane sebemenší informaci od lékaře, tento postup k ochraně zdraví pacienta opravdu slouží. Ochrání jenom ty jedince, které jejich zdravotní stav nezajímá natolik, aby použili internet, případně ho používat neumí, nebo ty, kterým byla informace podána opravdu hodně obecným způsobem.

Stává se, že informací o zdravotním stavu dospělého svéprávného pacienta se domáhají osoby příbuzné (manželka, matka atd.), které ale pacient neuvedl jako ty, kterým mohou být takové informace poskytnuty. Naopak je uvedena osoba, kterou s pacientem nepojí žádný bližší vztah. V takovém případě musí zdravotník respektovat vůli pacienta a poskytovat informace výhradně osobám, které určil pacient a nikomu dalšímu, pokud zde není další zákonný průlom do mlčenlivosti zdravotnického pracovníka (např. v podobě povinného hlášení v případě týraní svěřené osoby). V tom případě jsou informace poskytovány bez souhlasu pacienta.

Pacient může také určit, zda jím uvedená osoba má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy atd.

Zákaz podávání informací osobám, které pacient určí, se vztahuje na informace, které mohou být sdělovány i bez souhlasu pacienta. Pokud pacient nemůže určit osoby, kterým si přeje, aby informace o jeho zdravotním stavu byly sdělovány, mají na informace o jeho aktuálním zdravotním stavu právo osoby blízké. Právo na informace o zdravotním stavu pacienta pouze v nezbytném rozsahu mají osoby, se kterými byl pacient ve styku a tyto informace jsou důležité pro jejich zdraví (týká se infekčních nemocí atd.).

3.1.1 Nezletilé osoby a informovaný souhlas

Schopnost platně projevit informovaný souhlas s péčí u nezletilého pacienta se posuzuje ad hoc, dle jeho rozumové a volní vyspělosti každé jednotlivé nezletilé osoby.

Posouzení zralosti rozumu a vůle je na zdravotnickém pracovníkovi, který informovaný souhlas odebírá, v případě pochybností může být konzultován psycholog. Pokud nezletilá osoba, u které se má za to, že její rozumová i volní zralost je na úrovni osoby zletilé, vyjádří nesouhlas s výkonem oproti názoru zákonných zástupců a zákrok není nutný k záchraně života či zdraví, nesmí být proveden bez souhlasu soudu. Pokud jde o nutný výkon, je to prostor pro další komunikaci a zprostředkování skrze zdravotnický personál, protože nezřídka bývá problém v rodinných vztazích a komunikaci; je to nelehká i časově náročná výzva. U adolescentů k tomu přistupuje i touha rozhodovat sám za sebe, a pokud tuto možnost dostane, naplno ji využít, někdy i bez ohledu na následky. Pokud si naopak nezletilá osoba nějaký zdravotní zákrok, který je zásahem do její integrity přeje a zákonný zástupce s tím nesouhlasí, je třeba k provedení zákroku souhlas soudu (Nový občanský zákoník č. 89/2012 Sb. § 100).

Z praxe je znám případ, kdy téměř zletilá dívka je hospitalizována pro bolesti hlavy, které vykazují známky migrény. Při vstupním vyšetření je zaznamenána hypertenze a stejně tak při dalších měřeních během hospitalizace. Z rodinné anamnézy vyplývá, že několik předků prodělalo ictus. Z farmakologické anamnézy víme, že dívka pravidelně užívá hormonální antikoncepci po dobu dvou let. Dosud (ani u gynekologa) neproběhlo vyšetření na Leidenskou mutaci. Dívka zpočátku souhlasí s hospitalizací a s nutnými vyšetřeními, nicméně upozorňuje, že je na pokoji s menšími dětmi, které působí hluk, který zhoršuje bolest hlavy, kvůli jejímuž řešení do nemocnice přišla. V současné době kvůli provozním záležitostem není možné přestěhovat ji na jiný pokoj, se situací je seznámena. V dalších dnech je přemístěna na jiný pokoj, ale hospitalizaci snáší velmi úkorně, např. situace, kdy musí čekat na vyšetření delší čas atd. Oddělení telefonicky kontaktuje její matka s tím, že dcera chce hospitalizaci ukončit; matka s tím nesouhlasí a dcera tedy čeká na své osmnácté narozeniny, které během pár dnů oslaví. Matka žádá ošetrující personál, aby situaci řešil a s dívkou promluvil a pokud možno jí zpříjemnil hospitalizaci nebo vysvětlil, proč dochází k diskomfortním situacím. Dívka

se posléze rozhodla podstoupit nutná vyšetření během hospitalizace i po dosažení zletilosti, i když její současné obtíže během hospitalizace výrazně neustupovaly.

3.1.2 Forma vyjádření informovaného souhlasu

Co se týká formy vyjádření tohoto souhlasu, u mnoha případů stačí ústní souhlas, zaznamenaný do zdravotnické dokumentace, ale u závažnějších událostí je dobré mít písemnou formu tohoto souhlasu s tím, že písemnou formu vždy musí mít souhlas s hospitalizací. Případy, kdy se písemná forma přímo vyžaduje, pokud tak stanoví právní předpis (např. úprava podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách) ustanovení poskytovatele zdravotních služeb nebo přání pacienta a její náležitosti upravuje zákon o zdravotních službách spolu s vyhláškou č.98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci (Dostál, 2017; Špeciánová, 2015).

Asi nejvíce pochybností neb nedorozumění i pochybení zdravotnického personálu ohledně informovaného souhlasu (např. s hospitalizací) může vznikat v oblasti duševních nemocí, kdy je pochybnost o intelektuální a volní schopnosti daného jedince (Tingle, 2018).

Souhlas vyjádřený pacientem není jednorázová akce, která je definitivní, ale je to kontinuální proces, který se může vyvíjet. Patří sem i právo odmítnout další péči nebo léčebný úkon, které musí být ze strany zdravotnických pracovníků respektováno i pokud má takovéto rozhodnutí vážné, ba fatální konsekvence pro pacienta. (Griffith, 2015a; Dostál, 2017).

Souhlasy, týkající se ošetrovatelské péče, jsou většinou poskytovány kongruentní formou, pacientův souhlas předpokládáme, protože na výkonu aktivně spolupracuje a písemný ani přímo vyslovený souhlas není vyžadován. V praxi to znamená, že pokud je pacientovi sděleno, že je třeba odebrat mu krev kvůli vyšetření a on se dobrovolně dostaví do odběrové místnosti, nastaví ruku k odběru krve, je takové jednání samotné považováno za vyjádření souhlasu.

3.1.3 Problémy

Zdálo by se tedy, že přímo v ošetrovatelské péči se mnoho zádrhelů ohledně informovaného souhlasu nevyskytuje, ale jak upozorňuje Munden (2017), třeba podávání medikace skryté do jídla nebo pití tak, aby ji pacient požil a nevěděl o tom,

může být značně rozšířeným problémem, a to zejména v zdravotnických zařízeních určených seniorům.

S tím nelze než souhlasit, i když je třeba vždy posuzovat schopnost pacienta informovaný souhlas poskytnout vzhledem k jeho mentální schopnostem. Pokud ale jeho svéprávnost nebyla omezena, měl by informovaný svobodný souhlas s léčbou perorálně podávanými medikamenty konkludentní formou poskytnout. V této souvislosti vyvstává otázka ohledně léčby pomocí placebo efektu, která se běžně využívá, ale těžko lze při její aplikaci hovořit o plně informovaném souhlasu pacienta.

Další složitou situací v ošetrovatelské péči může být situace, kdy se pacient rozhodne přerušit léčbu (např. kvůli ztrátě kvality života) a sestra si to klade (zbytečně) za vinu, jak se to stává např. na onkologických pracovištích (Dhotre, 2016, s. 619-620).

K tomu lze poznamenat, že práce sestry na onkologickém pracovišti je celkově náročná a setkává se spíše s pacienty, kteří léčbu nepřerušují, kvalita jejich života se postupně zhoršuje a nakonec umírají. Pacient, který se dobrovolně rozhodl léčbu ukončit při vědomí všech okolností a důsledků, zřejmě nemá dobrou prognózu nebo mu při pokračování léčby hrozí velmi snížená kvalita života. Jistě to může být pro sestru náročná situace, ale stejně tak se jí to může jevit jako rozumné rozhodnutí, od kterého nehodlá pacienta zrazovat.

Někdy vede velmi tenká hranice mezi právem pacienta na autonomii a souhlasem, který poskytuje s léčbou, zvláště pokud se jedná o léčbu experimentální, když klasické metody nezabírají. Každopádně je úkolem zdravotníků každou situaci vyhodnotit individuálně a podporovat maximálně bezpečnost pacienta a předcházet možným nežádoucím následkům, zároveň ale podporovat pacienta ve snaze zlepšit své zdraví pomocí prostředků, kterým dává přednost (Casey a Sawyer, 2018, s. 128).

Jsou situace, kdy je možné poskytnout zdravotní péči i bez informovaného souhlasu, jedná se o situace ohrožující život nebo zdraví, kdy tento souhlas nelze získat kvůli stavu pacienta. V takovém případě je nutné do 24 hodin tuto skutečnost oznámit soudu.

Pokud by se prokázalo, že pacient neposkytl informovaný souhlas s léčbou nebo hospitalizací, i když to mohl a měl učinit, může být poskytovatel zdravotních služeb nebo zdravotník obviněn z trestného činu omezování osobní svobody. Existují situace, kdy je občan povinen podrobit se režimovým opatřením, vyšetření, dodržovat

karanténu, jak to stanoví zákon o ochraně veřejného zdraví. Veškeré situace, kdy lze poskytnout zdravotní péči bez informovaného souhlasu je stanoveno v § č. 38 zákona.

Pokud se jedná o výkon u nezletilého pacienta, stačí informovaný souhlas pouze jednoho zákonného zástupce, zdravotnický personál není povinen zjišťovat názor druhého (rodiče). Pokud se oba rodiče, kteří jsou zároveň zákonnými zástupci, neshodnou na tom, zda souhlas udělí či nikoliv, a názor obou je zdravotníkům znám, je třeba vyčkat jejich shody, pokud lze výkon odložit. Pokud by neprovedení výkonu ohrožovalo pacienta na zdraví nebo životě, je možné ho provést z vitální indikace, to znamená bez souhlasu rodičů.

Pokud pacient odmítne podstoupit lékařem doporučené vyšetření nebo zákrok, který je podle lékaře nutný k zachování zdraví pacienta, musí podepsat informovaný nesouhlas-revers. Před tím musí být lékařem opakovaně poučen o následcích a rizicích spojených s nepodstoupením vyšetření nebo výkonu.

3.2 Postup „lege artis“

„Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni“ (§28 zákona). Je to zároveň právo pacienta a povinnost poskytovatele zdravotních služeb i jednotlivých zdravotníků.

Tato náležitá odborná úroveň se odvíjí jednak od kvalifikace pracovníka, který konkrétní zdravotní službu poskytuje, jednak od standardizovaného postupu, kterým je konkrétní výkon poskytován (včetně pomůcek). V praxi to znamená, že zdravotnický pracovník, který provádí daný zdravotní výkon, má mít odbornou kvalifikaci potřebnou pro vykonávání tohoto výkonu podle zákona o zdravotních službách. U nelékařských zdravotnických profesí to znamená například dodržování kompetencí stanovených pro zdravotnického asistenta a všeobecnou sestru, což je v praxi vzhledem k nedostatku kvalifikovaného zdravotnického personálu nezřídka porušováno. Svůj podíl na tom má i způsob poskytování ošetrovatelské péče, který pokud je organizován formou skupinové péče a nikoli třeba týmové nebo funkční, svádí k překračování kompetencí ze strany praktických sester směrem ke kompetencím všeobecných sester.

Jakkoli se setkáváme v praxi ošetrovatelské péče s touto praxí, která není lege artis, je třeba říct, že stupeň dosaženého formálního vzdělání ve zdravotnickém oboru není zárukou kvalitní zdravotní péče. A naopak, nižší formální vzdělání neznamená

nutně praktickou nekompetentnost ani nedostatek informací v rámci provozovaného oboru. Pokud je (prakticky, ne pouze formálně) kompetentní vedoucí pracoviště, nedovolí nekompetentnímu (prakticky, nejen formálně) jedinci provádět zdravotnické výkony, na které prakticky nestačí (byť by formálně měl požadované vzdělání).

Zodpovědnost leží i na jednotlivých zdravotnických pracovnících, kteří mají znát své kompetence a nepřekračovat je. Dostávají se do situací, kdy je třeba se ohradit vůči požadavkům vedoucího pracovníka, který po nich chce činnost, která nespadá do jejich kompetence. To může být pro jednotlivce problematické v kolektivu, kde ostatní pracovníci jsou ochotni své kompetence překračovat a bez námitek přijímají pracovní úkoly tohoto typu. Na některých pracovištích je snaha řešit situaci alespoň formálně, aby byla v pořádku ve zdravotnické dokumentaci. To znamená, že kde kvůli výše zmíněné organizaci ošetrovatelské péče provádějí některé výkony (infuzní terapie, atd.) osoby formálně nekompetentní, je nařízeno, aby se pod výkon ve zdravotnické dokumentaci podepsala kromě pracovníka, který ho reálně provedl, i osoba, která má kompetenci ho vykonat. V této situaci, kdy není v možnostech všeobecné sestry kontrolovat všechny výkony tohoto typu u praktických sester, se kterými je často na oddělení sama, a zároveň je na ni vyvíjen tlak, aby podepsala výkon, který nekontrolovala ani neprovedla, by bylo adekvátní toto odmítnout. Pokud by se k takovému jednání rozhodlo více pracovníků na jednom oddělení, musela by se situace řešit a organizace práce by se musela změnit směrem k postupům lege artis v této oblasti.

Odborný výkon má být proveden podle standardů zdravotní péče, to znamená předepsaným způsobem podle osvědčeného postupu. Tím má být objektivně zaručena kvalita provedení výkonu.

Výhodou tohoto práva pacienta je poměrně snadná možnost kontroly u mnoha výkonů – i pro laika je většinou relativně snadné dohledat si, zda byl výkon proveden lege artis a zda poskytující osoba má potřebnou kompetenci k jeho provedení.

3.3 Další práva pacienta

Nabízí se otázka, proč jsou tato celkem rozdílná práva shrnuta pod jeden bod; svorníkem má být zřejmě jako první uvedené právo na úctu a důstojnost, ze kterého pak další body vycházejí.

3.3.1 Úcta, důstojné zacházení

Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí... (zákon č.1, §28, č.3). i tato pasáž má základ v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, kde se výslovně uvádí, že blaho a zájmy lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti a vědy. Jedná se o artikulaci základního slušného chování, které by ideálně mělo panovat ve všech mezilidských vztazích. Zároveň je ale běžná slušná komunikace tím, co pacienti nejvíce postrádají a zdravotníci ji často podceňují (Haškovcová, 2015, s. 191-192). Přispívá k tomu zřejmě příliš mnoho náročných pracovních úkolů a s tím spojený nedostatek času, vyčerpání a stres na straně zdravotníků, a také přetrvávající paternalistický postoj a faktická moc nad člověkem, který se v dané situaci nemůže sám dobře obhájit nebo se o sebe postarat vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

Co se týká respektování soukromí, je problematické dostat tomuto požadavku především na vícelůžkových pokojích malé rozlohy bez možnosti použít uzamykatelný nábytek. Také komunikace ohledně pacientova zdravotního stavu probíhá často na pokoji a je složité jednat tak, aby nebylo porušeno právo na ochranu osobních údajů. Umístění jména pacienta a dalších osobních údajů k jeho lůžku musí pacient přinejmenším ústně schválit. Veškeré zprávy ze strany zdravotnického personálu ohledně zdravotního stavu pacienta by mu měly být sdělovány v soukromí, nebo by přinejmenším měl být dotázán, zda rozhovor ohledně jeho zdravotního stavu může být veden na pokoji (v přítomnosti jiných osob). Pokud je to možné, výkony ošetrovatelské péče mají být prováděny na vyšetřovně nebo jiné vhodné místnosti. K zachování soukromí mohou sloužit závěsy mezi jednotlivými lůžky. Na specifických pracovištích, kde pacienti mají nízkou, až nulovou schopnost sebeobsluhy samozřejmě nelze zajistit úplné soukromí během všech výkonů ošetrovatelské péče, pokud pokoje nejsou jednolůžkové.

Zásah do osobní integrity je možné učinit pouze za účelem ochrany práv ostatních pacientů nebo zdravotníků nebo ochrany samotného pacienta, kterého se opatření týká, a to pouze v míře nezbytně nutné. Pokud je nutné sáhnout k omezovacím prostředkům, je potřeba postupovat podle zákonných podmínek a pečlivě vést v tomto směru zdravotnickou dokumentaci. V úvahu připadá odebrání osobních věcí, kterými by

pacient mohl být nebezpečný sobě nebo svému okolí, použití omezovacích prostředků apod.

3.3.2 Volba poskytovatele zdravotních služeb

Další část je věnována právu pacienta zvolit si poskytovatele zdravotních služeb; zdá se, že ve všeobecném povědomí ještě přetrvává dříve uzákoněná spádovost nebo rajonizace – příslušnost ke zdravotnickému zařízení, lékaři, podle místa bydliště nebo pracoviště. Není výjimkou, že zdravotníci argumentují spádovostí, pokud nechtějí pacienta hospitalizovat na svém pracovišti, zejména z kapacitních důvodů. Odmítnout hospitalizaci z kapacitních důvodů je legitimní, pokud se tedy nejedná o porod, neodkladnou péči nebo povinnou léčbu přenosné nemoci a další zákonem stanovené. Pokud ale zdravotníci odmítnutí hospitalizace obhajují spádovostí, nejednají podle současných zákonných norem, podle kterých má pacient právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb (mimo výjimek stanovených v § 28 zákona).

Někdy pacienti vyžadují služby konkrétního lékaře nebo zdravotníka odkazem na právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb; pod pojmem poskytovatel zdravotních služeb se ale rozumí konkrétní zdravotnické zařízení, které spadá pod zvoleného poskytovatele, a ne jeho zaměstnanci. Pokud k takové situaci dojde, je samozřejmě možné vyjít pacientovi vstříc i v této oblasti a vyplatí se to oběma stranám. Není to ale právo pacienta. V praxi dochází k situacím, kdy pacient konkrétního zdravotníka odmítá z různých důvodů: má výhrady k jeho nízkému věku a omezeným zkušenostem, nelíbí se mu způsob komunikace dotyčného zdravotníka atd. I v takovém případě se vyplatí vyjít pacientovi vstříc, pokud je to možné, protože se předejde mnoha zbytečným konfliktům, nedorozuměním i stížnostem.

Dalším důležitým kritériem tohoto práva je, že požadovaná péče u zvoleného poskytovatele musí být indikovaná, jak je uvedeno v zákoně, která odpovídá zdravotním potřebám pacienta. Znamená to, že pokud si pacient zvolí poskytovatele péče JIP režimu a tuto péči jeho zdravotní stav nevyžaduje, neměla by mu být poskytnuta.

3.3.3 Druhý odborný názor

Zákon platný do r. 2012 o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb. nijak neupravoval možnost vyžádat si další odborný názor, jedná se tedy v našem zákonodárství poměrně novou záležitostí. Zákon platný od r. 2012 stanovuje, že pacient má právo požadovat druhý odborný názor na postupy nebo poskytování zdravotních služeb, kterých se mu dostává. Taková konzultace není nutně hrazena z veřejného pojištění, ale vyšetření, která jsou kvůli poskytnutí druhého názoru indikována, a to třeba opakovaně, z veřejného pojištění hrazena jsou. Existují situace, kdy pacient na konzultační služby nárok nemá, a to jsou: neodkladná péče, výkon trestu nebo vazby a zabezpečovací detence.

Pacient si může vyžádat druhý odborný názor od jiného poskytovatele zdravotních služeb – není tedy povinností jiného lékaře na téže pracovišti (stejný poskytovatel) tento názor poskytnout. Jak upozorňuje Haškovcová (2015, s. 133-137), konzilium specialisty by měl v případě potřeby nabídnout pacientovi ošetřující lékař; pacienti se také často sami bez vědomí ošetřujícího lékaře obracují na jiné odborníky nebo alternativní poradce. Pokud se názory lékařů liší, měla by být ve vyjádření jednotlivých odborníků zachována úcta ke kolegům, a to i těm alternativním, ačkoli s jejich názorem nemusí souhlasit. Je zřejmé, že pacient většinou nemá odbornou kompetenci, aby posoudil, který odborný názor je relevantnější, a že se rozhoduje podle zcela jiných kritérií (vystupování lékaře, doporučení známých, atd.).

Ačkoli je v zákoně výslovně uvedeno, že pacient má právo na druhý odborný názor, je tendence vykládat si ho ze strany pacientů tak, že mají právo na neomezený počet dalších odborných názorů. V případě, že poskytovateli zdravotních služeb je známo, že pacient si druhý odborný názor již vyžádal jinde, není povinen další odborný názor poskytnout.

3.3.4 Vnitřní řád pracoviště

Právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče má každý pacient. Vnitřní řád pracoviště patří k vnitřním předpisům nemocnice, a jako takový je právním aktem závazným pro adresáty, tedy pro část zdravotnických pracovníků nemocnice, pacienty atd. (Vondráček, 2009, s. 17).

Forma seznámení pacienta s vnitřním řádem může být ústní, nebo písemná, která je upřednostňována a bývá umístěna na všeobecně dostupném místě daného oddělení a o tom, kde je řád vyvěšen, je pacient informován při příjmu na oddělení. Ústní seznámení ze strany pracovníků oddělení bývá zaměřeno na ty body vnitřního řádu pracoviště, které bývají ze strany pacientů nejčastěji porušovány, nebo jejich porušování v závažné míře narušuje chod pracoviště. Pokud je porušení řádu důvodem k ukončení poskytovaných služeb, musí být seznámení pacienta s vnitřním řádem před hospitalizací prokazatelné. Z tohoto důvodu je nezřídka prohlášení o seznámení se s vnitřním řádem pracoviště součástí souhlasu s hospitalizací, který pacient podepisuje.

Nerespektování vnitřního řádu pracoviště je legitimním důvodem k ukončení poskytování zdravotní péče, a to s výjimkou neodkladné péče nebo situace, kdy toto nerespektování je možné přičíst diagnóze pacienta. To se týká zejména psychiatricky nemocných jedinců nebo jedinců trpících abstinčním syndromem např. na metabolických jednotkách. Pokud by ale jejich chování v rámci pracoviště vážně ohrožovalo chod oddělení nebo ostatních pacientů či personálu, musí se situace řešit pomocí dostupných prostředků, které mohou zasáhnout i do jejich osobní svobody (např. izolace atd.).

V rámci vnitřního řádu pracoviště je většinou stanovena doba návštěv, možný počet návštěv u lůžku ve stejnou dobu, dodržování hygienických předpisů a používání ochranných pomůcek a dezinfekčních prostředků, způsob využívání společných prostor a společných pomůcek na oddělení. Často je vymezena i doba nočního klidu, případně klidu poledního, kdy se mají pacienti zdražovat ve svých pokojích.

Existuje poptávka ze strany pacientů po jasných informacích ohledně možnosti komunikace s lékařem, a zdá se, že i pro zdravotnický personál by bylo odlehčující, kdyby doby možnosti komunikace pacientů s lékařem, ať přímo nebo telefonicky, byla jasně časově vymezena, samozřejmě s výjimkou urgentních případů. Pokud by takto nastavený systém opravdu fungoval (tzn. lékař by byl v určitý čas skutečně dostupný) a byl by zakotven v řádu pracoviště třeba i s informací ohledně maximálního časového limitu na jednu konzultaci, komunikačně by se tím odlehčilo všem zúčastněným. Jistě by to vyžadovalo organizační změny, které by se ale v dlouhodobém horizontu vyplatily. V současné době má pacient většinou informaci, že s lékařem může hovořit, když to bude potřebovat, pokud bude mít lékař čas. V praxi to znamená, že lékař většinou čas nemá.

Ambulantní zdravotní služby si mohou také ustanovit svému provozu přizpůsobený vnitřní řád, se kterým seznámí pacienty, to se děje většinou vyvěšením řádu na dobře viditelné místo. Pokud ho pacient porušuje, i zde je to důvodem k ukončení poskytování zdravotních služeb (Mach, 2018, s. 97).

3.3.5 Přítomnost osoby blízké

Nepřetržitá přítomnost zákonného zástupce nebo osoby blízké je možná s výhradou, že tato přítomnost nesmí narušovat chod pracoviště a musí ji dovolit zdravotní stav nemocného. Za jistých podmínek není tedy toto právo vymahatelné; pokud např. stav nemocného vyžaduje maximálně aseptické prostředí, nebo pokud se přítomná osoba blízká chová tak, že ruší ostatní pacienty nebo narušuje činnost zdravotnického personálu, není její přítomnost žádoucí ani pro pacienta. Také v době epidemicky se šířících onemocnění, kdy hrozí nebezpečí, že osoba blízká může být přenašečem onemocnění vinou toho, že přichází pravidelně na oddělení z vnějšího prostředí, je důvod tyto návštěvy omezit.

Co se týká přítomnosti zákonného zástupce dítěte na operačním sále, rodiče někdy operují právě s právem na přítomnost osoby blízké, když se dožadují přítomnosti při operačním výkonu svého dítěte. Toto právo se ale musí vykládat v kontextu práv ostatních lidí a hlavně k dobru pacienta. Pacientovi v tomto případě jistě neprospěje, pokud sice rodiče na sále budou přítomni, ale operatér a jeho spolupracovníci budou nervózní z přítomnosti rodičů, kteří budou patrně psychicky rozrušeni, z pochopitelných důvodů. Nehledě na to, že pacient bude v celkové anestezii a přítomnost rodičů vůbec nebude registrovat. Také z epidemiologického hlediska je žádoucí, aby v průběhu operace bylo přítomno co nejméně osob, zejména těch, které nejsou na sálový provoz zvyklé a mohou nechtěně narušit hladký průběh výkonu, samozřejmě k újmě pacienta. Je proto pochopitelné, že právo na přítomnost osoby blízké nelze vykládat ultimativně, ale vždy v souvislosti s ostatními právy pacienta a druhých osob.

Některá zdravotnická zařízení mají ve svých informačních materiálech přímo uvedeno, na které výkony nebo situace se právo na přítomnost osoby blízké vztahuje s výhradou, což může velmi pomoci v předcházení nedorozuměním a konfliktním situacím.

Častým problémem bývají rodiče nezletilého pacienta, kteří spolu nevycházejí a nekomunikují, kdy jeden z rodičů, zpravidla matka, žádá zdravotnický personál, aby druhého rodiče k pacientovi nepouštěl s odůvodněním, že neplatí alimenty nebo že o něho nejeví dostatečný zájem a běžně se s ním nestýká. Pokud ale druhý rodič není soudní cestou zbaven rodičovských práv, personál zdravotnického zařízení mu nemůže bránit v návštěvě jeho dítěte, pokud zde není podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání péče ze strany této osoby.

3.3.6 Úhrada zdravotních služeb

Právo na informace o ceně za poskytované služby se týká výkonů, které nejsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou. Pacient by měl být předem informován, že bude muset poskytnout finanční úhradu, v jaké výši a jakým způsobem, samozřejmě pokud to dovoluje jeho současný zdravotní stav. Tato informace nemusí být písemná, ale musí být podána prokazatelně, což je povinností dotyčné zdravotní služby. Konkrétně jsou základní informace k dispozici v přílohách o zdravotním pojištění.

Zvláštní kapitolu tvoří pojištěnci ze zemí Evropské unie a Švýcarské federace, pokud mají pojištění v rámci Evropské unie. Ti mají nárok na úhradu zdravotních služeb v rozsahu stejném jako pojištěnci České republiky, s ohledem na účel i délku jejich pobytu. Větší zdravotnická zařízení, která mají přiměřenou administrativní kapacitu, si s evropským zdravotním pojištěním nějak poradí, ale pro menší zařízení je veškerá administrace s tím spojená velkým problémem, který přesahuje jejich možnosti. Někteří praktičtí nebo soukromí lékaři nebo stomatologové odmítají ošetřovat lidi s evropským zdravotním pojištěním právě z toho důvodu, že administrativa s tím spojená je časově (a tedy i finančně) daleko náročnější než samotné ošetření a naprosto se nevyplatí. Jistí praktičtí lékaři zažívají situace, kdy z výše popsaného důvodu odmítnou vyšetřit vlastníka evropského pojištění, a dotyčný pacient vyhrožuje tomuto lékaři udáním na lékařskou komoru kvůli rasové diskriminaci. Lékařům pak nezbývá než ošetřit tyto pacienty raději zadarmo, protože se jim to vyplatí více než vyřizovat veškerou administrativu spojenou s průkazem evropského pojištění. Je možné, že pokud by se dařilo vlastníkům evropského pojištění dobře komunikovat administrativní problémy s tím spojené, byli by vstřícnější, na druhou stranu je pochopitelné, že pokud platí řádně příslušné pojištění, očekávají odpovídající služby. A administrativní zátěž

s tím spojená není jejich problém, zejména pokud trpí zdravotními komplikacemi, empatii spíš potřebují, než aby ji byli schopni poskytnout zdravotníkům zatíženým byrokracií.

Zákon hovoří výhradně o službách, na které si pacient musí doplácet ze svého; možná je trochu škoda, že není uzákoněno právo znát cenu všech poskytovaných výkonů, možná by to byla i hezká povinnost pacienta. Nejstarší generace ještě pamatuje socialistické zdravotnictví v plné míře a i mladší ročníky se někdy podivují nad výškou záloh na zdravotní pojištění, někteří mají dojem, že platí opravdu hodně. Bylo by poučné vědět, kolik který zdravotní výkon stojí peněz, jistě by to pomohlo k lepšímu náhledu na zdravotnický provoz a fungování zdravotních pojišťoven.

3.3.7 Znat jménem zdravotnický personál

Právo pacienta znát jména osob, které se podílejí na poskytování zdravotnických služeb, většinou upravuje poskytovatel zdravotnických služeb. Možností je více, od jednoduchého a společensky běžného představení se (které je součástí slušného chování), po vyvěšení jmen službu majících zdravotnických pracovníků na přístupném místě, nebo nošení jmenovek na pracovním oděvu. Pacienti mají právo znát jména studentů zdravotnických oborů, se kterými během poskytování zdravotní péče přijdou do styku.

Právo znát jméno zdravotnického pracovníka je důležité i z psychologického hlediska, ruší „výhodu“ zdravotníka, který má o pacientovi mnoho osobních údajů a může se cítit ve značně oslabené pozici vůči člověku, kterému je do jisté míry (podle závažnosti svého zdravotního stavu) vydán do rukou a neví o něm vůbec nic, ani jak se jmenuje. Pokud je toto právo v praxi uplatňováno, podporuje partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Také v situaci, kdy by chtěl pacient řešit jednání zdravotníka, které se mu nelíbí nebo ho dokonce poškozují, je znalost jména velmi důležitá, aby bylo možné dotyčnou osobu identifikovat.

3.3.8 Soukromí

Odmítnout přítomnost osob, které se přímo nepodílejí na poskytování zdravotních služeb a studentů, je důležitým právem pacienta zejména ve fakultních nemocnicích a zdravotnických zařízeních, která jsou využívána studenty zdravotních

školami k nácvičku odborné praxe. Týká se ale i soukromí před ostatními pacienty; některé zdravotnické výkony, prováděné na vícelůžkovém pokoji, mohou ohrozit toto právo pacienta. Pokud nelze výkon provést na vyšetřovně, nebo požádat ostatní pacienty, aby na chvíli odešli z pokoje; je výhodné, pokud lze použít závěs, zástěnu atd. I lékařská vizita, která se koná před ostatními pacienty na pokoji, může být vnímána jako narušení tohoto práva.

V praxi je těžké zaručit toto právo pacientům zejména v nemocnicích staršího typu, kde jsou mnoholůžkové pokoje běžným vybavením. Pacienti si na to dost často stěžují a požadují nadstandardní ubytování v jednolůžkových pokojích, což je možné pouze v omezené míře. Někdy personál při komunikaci s pacienty naráží na reklamu nemocnice, kde je uvedena možnost ubytování na nadstandardních pokojích, ale již se neuvádí, že to není možné na všech odděleních, ale pouze na některých.

3.3.9 Návštěvy

Přijímat návštěvy (s ohledem na svůj zdravotní stav) může pacient tak, aby vyhověl vnitřnímu řádu zdravotnického pracoviště a neomezil svobodu ostatních pacientů; většinou má každé zdravotnické zařízení vlastní, svým potřebám přizpůsobený návštěvní řád, který vymezuje dobu návštěv, eventuálně počet návštěv u lůžka ve stejnou dobu. Z návštěvního řádu jsou vyňati zákonní zástupci, opatrovníci, osoby blízké viz odstavec 4.3.5.

V praxi dochází někdy ke konfliktům, pokud se pacienti nebo jejich příbuzní a známí dovolávají tohoto práva navzdory situaci na zdravotnickém pracovišti. I v době návštěvních hodin může nastat komplikovaná situace, kvůli které nelze návštěvy přijímat, např. náhlé zhoršení stavu u více pacientů najednou, nebo manifestace psychiatrického onemocnění, které se projevuje zvýšenou agresivitou atd.

Často ani závažná epidemiologická situace neodradí rodinné příslušníky od nárokování si návštěv v nemocnici a trvají na setkání i s imunosupresivním pacientem. Jediným řešením je edukace rodinných příslušníků i návštěv ohledně rizik. Pokud se to děje s dostatečnou trpělivostí a vlídností, je větší naděje, že tuto restrikcii přijmou příbuzní pacientů jako opatření, které má prospět jejich blízkým, a ne jako svévolné zasahování zdravotnického personálu do lidských práv.

Pokud se návštěva chová nepřipustným způsobem, např. je agresivní, nedodrží pokyny personálu a tím ztěžuje provoz na pracovišti, případně znemožňuje provádění zdravotnických výkonů, omezuje ostatní pacienty, přináší pacientovi návykové látky atd., je takové jednání důvodem k ukončení návštěvy, pokud ve svém chování pokračuje i přes důrazné upozornění.

Pacient má právo odmítnout návštěvu, a to i nezletilý nebo s omezenou svéprávností, pokud uvede, že dotyčná osoba ho v minulosti týrala, zneužívala, nebo zanedbávala péči o něj. Příslušný zdravotnický pracovník je na základě takového sdělení nezletilé nebo nesvéprávné osoby rozhodnout, že nepřipustí návštěvu takové osoby u dotyčného pacienta (Mach, 2018, s. 100).

3.3.10 Duchovní péče

Každý pacient má právo na duchovní péči, která ale musí být poskytována způsobem, který nenarušuje práva ostatních pacientů a vnitřní řád pracoviště. Současně musí být uzpůsobena zdravotnímu stavu pacienta. Právo poskytovat duchovní službu v rámci zdravotnických zařízení mají náboženské společnosti registrované v ČR, netýká se to tedy jakéhokoli religiózního uskupení, které chce v rámci zdravotnického zařízení takovou péči systematicky poskytovat.

Pacientovi nelze návštěvu duchovního odepřít, pokud je vážném ohrožení zdraví nebo života, ledaže návštěvu duchovního v této situaci neumožňuje jiný právní předpis, zejména se to týká zákona o ochraně veřejného zdraví (Mach, 2018, s. 99).

Některé nemocnice disponují službou nemocničního kaplana, který je schopen zprostředkovat i služby poskytované duchovními jiných vyznání. Někteří duchovní sami obcházejí jednotlivá oddělení s dotazem, zda jejich služby někdo nepotřebuje, což může být dvojsečné. Někdy je třeba, aby zdravotnický personál plnil roli prostředníka mezi duchovní službou a pacienty v tom smyslu, že podle osobní znalosti pacientů rozhodně nedoporučí ani to, aby se duchovní zeptal, zda pacient nestojí o rozhovor. I když je takový dotaz veden dobrou vůlí, na pacienta, který je oslaben fyzicky a někdy i ve svém rozhodování, může už to působit jako naléhání, může způsobit strach, úzkost, nejistotu atd. Dobrým řešením je umístit informaci o možnosti rozhovoru s duchovním na dostupném místě na oddělení, např. na nástěnce.

3.3.11 Prostředí

Pacient má právo na poskytování služeb v co nejméně omezujícím prostředí; zde je asi většina zdravotnických zařízení v naší zemi limitována omezenými finančními prostředky, a také nemálo poskytovatelů zdravotních služeb sídlí ve starých objektech, kde veškeré úpravy nezajistí dostatečný komfort.

3.4 Právo na odmítnutí přítomnosti zákonného zástupce

Dospělý s omezenou svéprávností nebo dítě může odmítnout přítomnost zákonného zástupce, pokud se jedná o osobu, která dotyčného týrá, zneužívá, nebo zanedbává; pokud je podezření na takové zanedbání, zneužívání nebo týrání, musí být případ oznámen orgánům trestního řízení. Pokud by v tomto směru zdravotník zanedbal nahlášovací povinnost, jednalo by se o trestný čin.

4 POVINNOSTI PACIENTŮ V SOUČASNÉM PRÁVNÍM ŘÁDU ČR

4.1 Povinnosti pacienta a jiných osob

4.1.1 Compliance

Poté, co pacient vyslovil souhlas s poskytováním zdravotních služeb, je povinen dodržovat lékařem navržený léčebný postup, a tak spolupracovat se zdravotnickým personálem. V některých zdravotnických zařízeních je non-compliance důvodem pro ukončení nebo nezačínání dlouhodobé léčby.

Může se to týkat např. osob závislých na návykových látkách, kdy některá pracoviště odmítnou hospitalizaci pacienta, který ve stejném zařízení během minulých hospitalizací opakovaně porušoval vnitřní řád pracoviště a odmítal i jinak spolupracovat na vlastní léčbě (např. požíváním návykových látek během hospitalizace atd.)

Někdy se stává, že si pacient nebo u nezletilého pacienta jeho zákonný zástupce opakovaně stěžuje na jednání ošetřujícího lékaře nebo zdravotníka, i na léčebný postup a adresuje tyto stížnosti vedení nemocnice nebo i vyšším orgánům (např. ministři zdravotnictví). Přesto se v případě potřeby (nové exacerbace onemocnění stávajícího nebo nového zdravotního problému) obrací na stejné zdravotnické pracoviště, a dokonce na stejného lékaře, zdravotnického pracovníka, vyžaduje hospitalizaci na stejném oddělení. V tomto případě nemůže být odmítnut, dá se mu pouze doporučit, zda by na základě svých předchozích negativních zkušeností nechtě zvolit jiné zdravotnické zařízení.

Při změně léčebného postupu musí být pacient informován lékařem a musí s touto změnou vyjádřit souhlas, stejně tak se změnou postupu ošetrovatelské péče, kdy pacienta informuje sestra (Mach, 2018, s. 182).

Je důležité pacientovi změnu léčebného postupu dobře vysvětlit a snažit se předcházet nedorozuměním, která by mohla vzniknout, aby pacient měl chuť na léčbě spolupracovat. Zejména u změny medikace nebo jejího nasazení je třeba pacientovi vysvětlit, že nežádoucí účinky léku popsané v příbalovém letáku nepostihují zdaleka všechny každého, ale že v témže letáku je uvedena incidence, ve které byly dosud

pozorovány, a ta bývá u závažných nežádoucích účinků nízká v poměru ke kladnému účinku léku.

Při poskytování ošetrovatelské péče je výhodné na počátku pozorováním jednání a komunikace pacienta zjistit, jaké má obecně nároky na informovanost a jakým způsobem bude vhodné mu informace předkládat. Obecně lze ze zkušenosti říct, že komunikativnější a afektivněji ladění jedinci ocení informace na bázi zkušenosti buď vlastní, nebo zprostředkované. Introvertní a racionálněji založení jedinci naopak ocení exaktní a přesné objektivní informace; vlastně nestojí o projevy empatie a účasti, ale potřebují přesně vědět, jakým způsobem budou léčeni. Spíše odpustí ošetrovatelskému personálu nedostatek empatie než nekompetentnost, a to narozdíl od dříve zmíněných pacientů s opačným nastavením.

4.1.2 Respektování vnitřního řádu pracoviště

Pacient má právo být seznámen s vnitřním řádem pracoviště a současně má povinnost tento řád respektovat jako významný dokument s důležitými právními aspekty. Nerespektování vnitřního řádu pracoviště může být důvodem k ukončení hospitalizace ze strany zdravotnického zařízení, a týká se i doprovodu pacienta.

Ve vnitřním řádu mohou být stanoveny (při plném respektování zákona) konkrétní podmínky pro realizaci práv pacienta, např. pro přítomnost opatrovníka, zákonného zástupce nebo osoby blízké u pacienta. Často zde bývá stanoveno, že tato práva mohou být realizována, pokud jsou v souladu s ostatními nařízeními vnitřního řádu, to v praxi znamená, že přítomnost jiných osob nesmí omezovat práva ostatních pacientů nebo nesmí být na překážku chodu oddělení, ambulance atd. Stejně tak přítomnost vodících psů se speciálním výcvikem pro postižené nesmí omezovat práva ostatních pacientů.

Zákonem není stanoveno, jaké sankce mají následovat (kromě možnosti ukončení péče), dojde-li k porušení povinností pacienta, ale ve vnitřním řádu pracoviště může být uvedeno, jaké jeho porušování bud mít následky. Může to být ukončení péče nebo hospitalizace v daném zdravotnickém zařízení. Pokud pacient nebo jiné osoby porušují vnitřní řád pracoviště, aby se mohlo přistoupit k sankcím, musí vše být řádně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Je dobré, aby byla zaznamenána i skutečnost, že pacient nebo jiné osoby byly o vnitřním řádu pracoviště opakovaně

poučeny i o následcích porušování tohoto řádu (ukončení poskytování péče) a tomuto poučení porozuměly. Samozřejmě aby mohl být pacient takto sankcionován, nesmí být porušování vnitřního řádu způsobeno jeho zdravotním stavem.

Pokud je na daném zdravotnickém pracovišti zkušenost, že pacienti mají opakovaně problémy s dodržováním některého ustanovení vnitřního řádu pracoviště, je dobré na tento bod pacienty a další osoby výslovně upozorňovat například hned při plánovaném příjmu na oddělení.

Pacient má povinnost řídit se vnitřním řádem oddělení, zdravotnický pracovník má povinnost ho s tímto řádem seznámit, ale nemá povinnost neustále jeho dodržování vymáhat a kontrolovat; pokud pacient nebo jiná osoba tento řád porušuje, následky tím způsobené nese on a nikoli zdravotnický personál. Pokud je ve vnitřním řádu oddělení uvedeno, že návštěvy pacientů nemají z hygienických důvodů usedat na lůžka pacientů, před vstupem do jednotlivých pokojů si mají dezinfikovat ruce, případně používat další ochranné pomůcky (rukavice, plášť), jsou návštěvy povinny tato nařízení dodržovat. Přítomný zdravotnický personál z technických důvodů nemůže kontrolovat všechny návštěvy, zda tato nařízení dodržují, a odpovědnost za jejich nedodržení nese osoba, která vnitřní řád v tomto bodě porušila.

4.1.3 Finanční účast

Pacient má právo být předem informován o ceně zdravotní služby, pokud není plně hrazena zdravotní pojišťovnou a také o způsobu, jakým má úhradu zaplatit. Je vhodné, aby poskytovatel zdravotních služeb zveřejnil na dostupném místě informace o tom, se kterými zdravotními pojišťovnami má smlouvu a které výkony jsou těmito pojišťovnami hrazeny úplně nebo částečně. Pokud služba není plně hrazena ze zdravotního pojištění, je pacient povinen doplatit cenový rozdíl nebo zaplatit plnou částku, podle míry úhrady zdravotní pojišťovnou.

Protože mnoho plateb poskytovatelům zdravotních služeb plyne přímo ze zdravotního pojištění, mohou mít pacienti mylný dojem, že jsou poskytovány zadarmo. Odvody zdravotního pojištění jsou odváděny povinně, a nastane-li situace, že akutní ošetření potřebuje osoba, která povinné finanční odvody na zdravotní pojištění neodvádí, poskytovatel zdravotních služeb může poskytnutí péče odmítnout, ovšem pouze pokud se nejedná o vitální indikaci. Z praxe je známo, že neplatiči zdravotního

pojištění se vyskytují zejména mezi lidmi bez domova, kteří často nemají práci a jako osoby bez zdanitelných příjmů tyto odvody platit nemusí, ale jsou povinni v tomto směru komunikovat s odborem sociálního zabezpečení a zařídit, aby za ně potřebnou částku platil stát. Mnoho z nich ale buď z neznalosti, nebo z rezignace potřebné administrativní kroky nepodnikne, a jejich dluh na zdravotním pojištění narůstá do té míry, že by jej nebyli schopni splatit ani tehdy, pokud by pobírali slušný plat. Situace, kdy tito lidé potřebují zdravotní ošetření, neřeší systémově poskytovatel zdravotních služeb, ale vždy pracovníci první linie, kteří se s těmito pacienty setkávají. Je proto na každém z nich, jak danou situaci vyřeší; z praxe je známo, že toto rozhodování není lehké, protože pokud se pracovník první linie rozhodne péči poskytnout bez naděje na kompenzaci od zdravotní pojišťovny, poskytuje kromě svého času a odbornosti často i materiál nebo léky, které patří zaměstnavateli – poskytovateli zdravotních služeb. V úvahu musí brát i epidemiologické hledisko, protože hygienické podmínky, ve kterých se lidé bez domova nezářídka pohybují, nejsou ideální a šíření nakažlivých chorob v těchto podmínkách je pravděpodobnější.

4.1.4 Pravdivě informovat

Mezi povinnosti pacienta patří podávat pravdivé informace ohledně svého zdravotního stavu lékaři; znamená to také nezatajovat důležité informace v tomto ohledu. Je to pochopitelná podmínka úspěšné diagnostiky a léčby. Pacient je povinen informovat lékaře i o všech dalších skutečnostech, které by mohly mít vliv na poskytování služeb na náležité odborné úrovni (Mach, 2018, s. 184). Zákon nespécifikuje, zda by měl pacient podávat tyto informace aktivně, nebo zda je pouze povinen na přímý dotaz ohledně svého zdravotního stavu odpovědět. Vzhledem k tomu, že pacienti nemohou znát tak dobře rizika spojená s případnou léčbou, je povinností lékaře důkladně odebrat anamnézu se specifickým zaměřením na skutečnosti, které se mohou mít vliv na problém, se kterým pacient přichází.

Ačkoli je personál zdravotnického zařízení přesvědčen, že pro pacienta by měly být některé informace o jeho vlastním zdravotním stavu a rizik s tím spojených notoricky známé a měl by o nich tedy informovat, z praxe je známo, že na to absolutně nelze spoléhat. Proto je velmi získat od pacienta pravdivé informace o jeho zdravotním stavu i kvůli indikovaným vyšetřením. Jedná se např. o informace ohledně těhotenství,

pokud indikovaný rentgenový snímek nebo o kardiostimulátor při vyšetření magnetickou rezonancí. Z pozice zdravotníka může mít člověk pocit, že informace ohledně rizika podstoupení tohoto vyšetření v těhotenství pro vývoj plodu je všeobecně známa, ale každodenní skutečnost nás učí, že tomu tak není. Stejně tak můžeme mít tendenci předpokládat, že pacient po implantaci kardiostimulátoru byl řádně poučen i ohledně vyšetření, která by pro něj mohla být fatální, a že bude sám aktivně informovat zdravotnický personál kvůli vlastnímu bezpečí. Pacientovou povinností je pravdivě informovat, ale povinností zdravotníka je aktivně se ptát a vyhledávat možné rizikové faktory na straně pacienta, spojené s vyšetřováním a léčbou.

Pokud pacienti lékaře pravdivě o svém zdravotním stavu neinformují, není to zpravidla zlý úmysl, ale nevědomost nebo neschopnost pravdivou informaci poskytnout, a to z důvodu současného zdravotního stavu, věku atd.

Některé komplikace spojené s poskytovanými informacemi ze strany pacientů se často opakují, a proto s nimi zdravotnický pracovník musí počítat a pokud je to možné, ověřovat je pomocí vyšetření. Jedná se například o informace ohledně konzumace návykových látek zejména u adolescentů – zde bývá podaná informace záměrně nepravdivá kvůli strachu z rodičů, z postihu, apod. Také údaje ohledně konzumace alkoholu je třeba často upřesnit nebo ověřit (pod slovem „příležitostně“ se skrývá velké množství možných scénářů), dále informace ohledně tělesné hmotnosti zejména u žen, atd. Někdy se pacienti snaží ovlivnit i výsledek kontrolního vyšetření, kterým by podepřeli nepravdivou informaci např. o tom, že poctivě dodržují předepsanou dietu. Konkrétně pacienti trpící diabetem, kteří nejsou obeznámeni s možností vyšetření glykovaného hemoglobinu, ve snaze ovlivnit k lepšímu výsledek pravidelné kontroly glykemie, zpravidla den před plánovaným odběrem dodržují přísně dietu, kterou by měli dodržovat každodenně. Hraje zde roli stud a pocit viny, pacient si je vědom toho, že porušil pravidla léčby a kromě toho, že ubližuje sám sobě, vlastně maří práci zdravotníků. Podobný mechanismus funguje u pravidelných preventivních prohlídek, které by měly probíhat v pravidelných časových intervalech (zubní, gynekologie apod.). Pacienti někdy ze strachu, že budou považováni za nezodpovědné, často nepřiznají, že na kontrole nebyli už mnoho let. Asi největší roli hraje stud v oblasti venerologie, kdy pacienti někdy nechťejí přiznat pravý zdroj nákazy a uvádějí, že k onemocnění přišli na veřejných sociálních zařízeních, i když odborná veřejnost ví, že dotyčná choroba je přenosná pouze pohlavním stykem (případně krevní cestou).

Řešením situací, kdy pacient z nějakého důvodu upravuje informace o svém skutečném zdravotním stavu, je navození důvěry a zřeknutí se káravého postoje ze strany zdravotnických pracovníků. Pokud má pacient jistotu, že je v bezpečném prostředí a může říct, jak na tom skutečně je, aniž by byl odsuzován nebo kárán, nemá důvod pravdivou informaci nepodat. Zdravotník může a má navodit atmosféru, ve které pacient povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu rád splní.

Přes všechnu snahu zdravotnických pracovníků se stává, že pacient nespolupracuje a ve snaze dosáhnout svého (operace, zrušení předepsané medikace) nepravdivě informuje o svém zdravotním stavu, a to i na cílené dotazy. Pokud jsou tyto informace zaznamenány písemně, nejlépe formou informovaného souhlasu, je to velká výhoda pro zdravotnické pracovníky v případě nastalých komplikací.

4.1.5 Nepožívat návykové látky, alkohol

Zákaz požívání alkoholu a návykových látek platí většinou v celém areálu zdravotnického zařízení, nemusí to však být pravidlem. Většinou se nevztahuje na tabákové výrobky, které zřejmě nejsou považovány za návykové látky a v určitých vyhrazených částech zdravotnických zařízení smějí konzumovat. Pacient nebo hospitalizovaný doprovod má povinnost se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech podrobit vyšetření na přítomnost alkoholu nebo návykových látek v organismu.

Pokud ale pacient nebo jeho doprovod nedodržuje povinnosti pacienta, zákon nestanoví konkrétní sankce, které by na něj měly být uvaleny. Jedinou možností je ukončit hospitalizaci pacienta rozhodnutím poskytovatele zdravotních služeb podle § 42 zákona pro porušování vnitřního řádu nebo povinností pacienta. Pokud pacient porušuje své povinnosti i po mnoha upozorněních ze strany personálu zdravotnického zařízení a poskytovatel zdravotních služeb se kvůli tomu rozhodne ukončit jeho hospitalizaci, je třeba, aby všechny případy porušení povinností pacienta byly pečlivě zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci. I v případě nastalé újmy na zdraví neb dokonce úmrtí pacienta může být toto porušování povinností pacienta považováno za spoluzavinění či úplné zavinění ze strany pacienta, pokud se takové porušování podílelo na újmě, která pacientovi vznikla. (Mach, 2018, s. 185).

4.2 Povinnost zákonného zástupce a opatrovníka

Zákonný zástupce nebo opatrovník musí zajistit, aby pacient dodržoval nemocniční řád; je povinen prokázat svou totožnost platným dokladem. Pokud vzniknou pochyby, zda je dotyčná osoba skutečně opatrovníkem nebo zákonným zástupcem a odmítá předložit platný průkaz totožnosti, personál zdravotnického zařízení nemusí umožnit návštěvu. Stejně tak, pokud se jedná o osobu blízkou: když dotyčná osoba průkaz totožnosti předloží a je ochotna písemným čestným prohlášením potvrdit, že je osoba blízká, personál může návštěvu umožnit. Zákonný zástupce nebo opatrovník jsou povinni vytvářet podmínky pro to, aby jim do péče svěřený hospitalizovaný pacient byl schopen plnit povinnosti pacienta. Pokud ale zákonný zástupce nebo opatrovník tyto povinnosti nedodržují, není to důvod k ukončení hospitalizace jim svěřené osoby nezletilé nebo omezené ve svéprávnosti. Takové chování ale může být důvodem k odmítnutí pobytu ve zdravotnickém zařízení pro doprovodné osoby, které povinnosti pacientů nedodržují nebo porušují vnitřní řád pracoviště (Mach, 2018, s. 186).

Zákonný zástupce ani opatrovník také nesmějí narušovat práva ostatních pacientů a narušovat průběh jejich léčby. Problémy někdy nastávají, pokud hospitalizovaný doprovod trvá na své přítomnosti na pokoji u doprovázeného pacienta přes noc přesto, že to může být nepříjemné ostatním pacientům nebo jejich zákonným zástupcům či opatrovníkům. Konkrétně přítomnost zákonného zástupce-otce na pokoji adolescentních dívek nebo kojících matek během noci mohou pacientky nebo jejich rodiče vnímat jako narušení práva na soukromí. Pokud podobné situace nelze vyřešit dohodou, je vhodné dát přednost právům hospitalizovaných pacientů před právem zákonného zástupce nebo opatrovníka, pokud prosazení jejich práv by znamenalo újmu na právech ostatních pacientů. Je třeba říct, že v praxi většinu takových případů opravdu lze vyřešit dohodou a zákonný zástupce i opatrovník po předložení důvodů je schopen udělat kompromis a netrvat na svých právech bezhlavě. Opět velmi často záleží na schopnostech zdravotnického personálu hrát roli mediátora.

4.3. Povinnost prokázat totožnost

Pacient je povinen na výzvu prokázat svou totožnost pomocí platného dokladu. V případě, že takový doklad nevlastní, nemá ho u sebe a není možnost ho v dohledné době doručit, nebo se takovým dokladem prokázat odmítá, nemusí být ošetřen, pokud

není bezprostředně ohrožen na zdraví nebo životě. K prokázání totožnosti nestačí průkaz pojištěnce, ale je třeba průkaz totožnosti s fotografií, tedy občanským průkazem, cestovním pasem apod. Pokud vznikne důvodná pochybnost o pacientově totožnosti, je třeba požádat o spolupráci policii. Povinnost prokázat totožnost zdravotnickému pracovníkovi má i osoba blízká, opatrovník, rodinný příslušník, návštěva, pokud je k tomu personál zdravotnického zařízení vyzve. Pokud dotyčná osoba odmítne prokázat svou totožnost, nemusí jí být ze strany personálu umožněn kontakt s pacientem, pokud sám pacient nerozhodne opačně. Pokud si pacient nepřeje, aby ho některé osoby navštěvovaly, je třeba to uvést do zdravotnické dokumentace a povinností poskytovatele zdravotnických služeb je zajistit, aby ho dotyčné osoby nenavštěvovaly.

Pokud pacient není ve stavu, kdy by mohl rozpoznat a potvrdit totožnost osoby, které za ním chtějí přijít na návštěvu nebo získat informace o jeho zdravotním stavu, a ani z jejich průkazů totožnosti nelze určit s jistotou, že se jedná o osoby k tomu oprávněné, může se situace řešit čestným prohlášením. Osoba, která chce oprávněně získat informace o stavu pacienta nebo jít ho navštívit učiní písemně čestné prohlášení, na základě jakého příbuzenského či jiného vztahu požaduje tyto informace. Zdravotnický pracovník není dále povinen prověřovat pravost takového prohlášení, ale musí ho založit do zdravotnické dokumentace pacienta.

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE Z HLEDISKA PRÁV A POVINNOSTÍ PACIENTŮ

5.1. Kompetence v ošetrovatelství

Pokud mluvíme o ošetrovatelské péči ve světle práv a povinností pacientů, je třeba dotknout se hlediska kompetencí v ošetrovatelské péči. Současný vzdělávací systém v České republice produkuje jednak ošetrovatelský personál s výučním listem a profesním názvem ošetrovatel, který poskytuje ošetrovatelskou péči pod dohledem způsobilého zdravotnického pracovníka. Dalším typem je středoškolsky vzdělaný pracovník s maturitou dle zákona č.201/2017 Sb. praktická sestra (dříve zdravotnický asistent, ustanovený zákonem č.96/2004 Sb.), která může vykonávat odbornou činnost v rámci svých kompetencí bez dohledu. Všeobecná sestra (stejně tak zdravotnický záchranář, porodní asistentka atd.) musí mít vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání, výjimkou jsou středoškolsky vzdělané sestry určitých oborů, které zahájily příslušné studium nejpozději v roce 1996/1997.

Podle typu dosaženého vzdělání jsou odvozené i kompetence, které přísluší jednotlivým nelékařským pracovníkům ve zdravotnictví. Kompetence jsou vymezeny vyhláškou č.391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků. Nejvíce kompetencí z výše jmenovaných skupin má všeobecná sestra, méně praktická sestra, nejméně ošetrovatel.

Právem pacienta je být ošetrován *lege artis*, což vztaženo ke kompetencím jednotlivých pracovníků znamená, že osoby s nižším vzděláním by neměly vykonávat činnosti, které náležejí do kompetence personálu s vyšším vzděláním, např. ošetrovatel by neměl vykonávat činnost spadající do kompetence praktické nebo všeobecné sestry atd.

Slovo kompetence ukrývá mnoho významů, z čistě právního hlediska se tím rozumí pravomoc k vykonávání určité činnosti. Nicméně se předpokládá, že kompetentní osoba z právního hlediska bude schopná i reálně, tedy že bude mít dostatečné praktické, teoretické i obecně lidské předpoklady ke správnému vykonávání své práce, což má právě zaručit formální vzdělání.

5.2 Pochybení ze strany nelékařského zdravotnického personálu

Jak uvádí Havelková (2017), k porušení práv pacientů dochází často nikoli ze zlé vůle, příčinou spíše bývá neznalost nebo jednoduše nedostatek taktu a slušného chování ze strany ošetrovatelského personálu: např. snaha utěšit pacienta narážkou na jeho vyšší věk, což může být pacientovi nepříjemné a může to být klasifikováno jako ageismus. Často také dobře míněná snaha o navázání důvěry může pro pacienta vyznívat jako nevhodné familiární chování; a naopak to, co by základní důvěru mohlo navodit, představení se jménem a uvedení kompetence v rámci zdravotnického týmu, bývá někdy opomíjeno.

Častým problémem může být také překračování kompetencí ze strany nelékařských zdravotnických pracovníků, jak upozorňuje Špeciánová (2015), např. sdělování výsledků vyšetření sestrou; takové překročení kompetencí má právně závažnější důsledky, než pokud dojde k pochybení v rámci sdělení spadajícího do kompetence zdravotnického pracovníka. Pokud se takové překročení kompetencí děje, není to většinou ze zlého úmyslu, ale opět z neznalosti vlastních kompetencí a jejich hranic. V naší zemi k takové neznalosti jistě přispívá i poměrně častá změna těchto kompetencí spolu se změnou názvu pracovní pozice (naposledy přeměna zdravotnického asistenta v praktickou sestru z r. 2018).

Pacient má právo na diskrétnost zdravotnického personálu. Ten má povinnost zachovávat mlčenlivost ohledně údajů o pacientovi získaných v průběhu poskytování zdravotní péče. Také v tomto ohledu dochází ze strany nelékařského zdravotnického personálu často k pochybení. I když pacient není přímo jmenován, někdy je z ostatních údajů evidentní, o koho se jedná (čas a místo pobytu v nemocnici, popis atd.). I nechtěně vyslechnutá konverzace zdravotníků např. na obědě nebo cestou z práce obsahuje někdy citlivé údaje, které by mohly být zneužitelné a poškodit tak pacienta.

5.3. Vědomí možnosti právního postihu zdravotníků

V dnešní době pozorujeme, že i v naší zemi se zvyšuje účast právníků při řešení konfliktů mezi zdravotníky a pacienty, jak je to běžné již delší čas v západních zemích (Čerbák, 2010). Zatímco dříve paternalistický model vztahu zdravotník – pacient a omezené vzdělání v široké populaci dávalo možnost řešit veškeré problémy etické nebo právní, pokud nastaly, pouze jednostranně ze strany zdravotníka (lékaře), dnes se

situace vyvíjí úplně jinak. Jak uvádí Haškovcová (2015, s. 20-22), medicí ztratili díky nastavení vzdělávacího systému zhruba od poloviny devatenáctého století přístup v rámci studia medicíny k základům filozofie a etiky, což v naší zemi zhruba do období před Duhou světovou válkou byla schopna suplovat klasická gymnázia, která měla poměrně vysokou úroveň a penzum hodin, věnovaných humanitním vědám, zde bylo značné. Spolu se ztrátou teoretických kompetencí v oblasti filozofie a etiky mohlo dojít k procesu dehumanizace medicíny a vyšší nutnosti ze strany pacientů hájit své zájmy za pomoci odborníků jiných profesí, zejména právníků. Ovšem pokud se jedná pouze o suplování etického chování právní obranou, je to krajně nevyhovující pro obě strany, a to má za následek mimo jiné přebujelý aparát v podobě zdravotnické dokumentace, která může být vedena primárně jako nástroj ochrany zdravotnického pracovníka. Může docházet i k primárně obranému nebo preventivnímu postoji u pracovníků ve zdravotnictví, kdy jejich hlavní snahou není pomoci pacientovi, ale zařídit vše tak, aby to bylo právně nenapadnutelné.

V situaci, kdy je pacient pacientem, tedy v pozici, kdy se nachází v oslabené pozici vzhledem k zdravotnickému personálu, nemá často odvahu hlásit se o svá práva.

5.4. Studie o znalosti a dodržování práv a povinností pacientů

Znalost a dodržování práv pacientů ve zdravotnických zařízeních v souvislosti s jejich spokojeností se zdravotní péčí bývají předmětem různých studií.

Studie zkoumající vztah spokojenosti pacientů a dodržování práv pacientů v gynekologickém zařízení byla publikována pod názvem “Relationship between ‘patient’s rights charter’ and patients’ satisfaction in gynecological hospitals”, proběhla v roce 2015. Do studie bylo zařazeno 304 pacientek v Íránu pod záštitou teheránské univerzity. Pacientky měly hodnotit na škále 1-5 jak jsou spokojeny s některými aspekty péče v nemocnici a skrze tuto spokojenost bylo hodnoceno dodržování práv pacientů. Podle výsledků studie se spokojenost pohybuje okolo průměru (Farzianpour, 2016).

Další studie nazvaná „Awareness and Attitudes of Nurses Working in a University Hospital on Patients’ Rights“ v Turecku zkoumala znalost sester ohledně práv pacientů a zároveň jejich chování v oblasti získání informovaného souhlasu, zachovávání mlčenlivosti ohledně pacienta, respektování jeho soukromí během výkonů apod. Data byla získána od 211 sester, které v roce 2012 pracovaly ve fakultní

nemocnici Uludag. Z nich 31,3 % se během své praxe setkala s problémem ohledně práv pacienta a 10,4 % se setkala s nerespektováním práv pacienta ze strany zdravotnického personálu, 72 % z nich bylo proškoleno ohledně práv pacienta. Sestry ve velké většině udávaly, že jsou diskrétní, co se týká soukromých informací o pacientech, chrání soukromí pacienta během výkonů, a mají k výkonům informovaný souhlas pacienta, ať už ústní, nebo písemný (Uktualp a Yildiz, 2016).

V roce 2013–2014 ve středisku primární péče v Basře 881 pacientů ve věku 17–71 let odpovídalo na otázky související s právy pacientů. Studie vyšla pod názvem „Assessment of Patients' Knowledge and Awareness about their Rights and Duties“ a uvádí, že většina respondentů (77,2 %) nevěděla o existenci listiny práv pacientů, i když věděli o tom, že jako pacienti nějaká práva mají. Většina nesouhlasila s odepřením přístupu k informacím o jejich zdraví, souhlasila s právem na soukromí ohledně informací, apod. (Al Maliki et al., 2014).

Další podobná studie byla realizována v Rawalapindi v Pákistánu ve vojenské nemocnici v roce 2015 a publikována pod názvem „Awareness among hospitalized patients of their rights“. Respondentů bylo 140 ve věku 12–65 let a 65,7 % z nich nemělo uspokojivé vědomosti ohledně práv pacientů, 41 % mělo znalosti uspokojivé a u 5% byly tyto znalosti hodnoceny jako dobré. Nejvíce povědomí měli respondenti ohledně práva na informovaný souhlas (77,1 %), dále ohledně práva na důstojné zacházení (37,9 %) a naopak nejméně (17,1 %) informovaní byli co se týká práva na rozhodování o vlastní léčbě (Masood et al., 2016).

Praktická část

6 SBĚR DAT, METODIKA VÝZKUMU

6.1 Použité metody a techniky sběru dat, výzkumný soubor

Pro zkoumání práv a povinností pacientů v ošetrovatelské praxi bylo zvoleno několik oddělení v dospělé části FN Motol, a to všechny stanice interní, jedna stanice chirurgie, a všechny stanice kardiochirurgie. Se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (viz příloha č.4) byli osloveni pacienti i ošetrovatelský personál formou nestandardizovaného dotazníku s uzavřenými otázkami, a to v časovém rozmezí 12.12.2019 – 14.1.2020. Dotazníky adresované personálu (viz příloha č.6) a pacientům (viz příloha č.5) byly koncipovány podobně, lišily se pouze ve třech otázkách ohledně osobních dat a formulace tří závěrečných otázek: pacienti byli na rozdíl od zdravotníků dotazováni ohledně počtu hospitalizací a rozdílně byla formulována otázka ohledně dosaženého vzdělání, zdravotníci byli dotazováni (na rozdíl od pacientů) na pracovní pozici a vzdělání ve zdravotnickém oboru. Na konci dotazníku byli respondenti vyzváni k doplnění poznámky nebo připomínek.

Dotazníky byly distribuovány pacientům i zdravotnickému personálu prostřednictvím vedoucího zdravotnického personálu, po jejich vyplnění je respondenti anonymně odevzdali na určené místo na oddělení, odkud byly vyzvednuty. Celkem bylo distribuováno sto dotazníků pro personál a sto dotazníků pro pacienty. Návratnost byla poměrně nízká, šedesát jedna od zdravotníků a třicet pět od pacientů. Jeden dotazník pro zdravotníky byl vyplněn neúplně, proto byl ze zpracování dat vyřazen.

6.2 Znalost ošetrovatelského zdravotnického personálu a pacientů ohledně práv a povinností pacientů: očekávání

H 1: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude udávat vyšší znalost ohledně práv a povinností pacientů než pacienti.

H 2: Lze očekávat, že mladší respondenti budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než starší.

H 3: Lze očekávat, že ti, kdo dosáhli vyššího vzdělání, budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než ti, kdo dosáhli vzdělání nižšího.

H 4: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude hodnotit poskytovanou péči lépe než pacienti.

H 5: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude hodnotit aplikaci práv pacientů (otázka dotazníku č.20: jednání s úctou a respektem) lépe než pacienti.

H 6: Lze očekávat, že častěji hospitalizovaní pacienti budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než ti, kdo jsou hospitalizováni poprvé.

6.3 Výzkumné otázky dotazníku

Otázky nestandardizovaného dotazníku jsou téměř identické u obou verzí: pro pacienty i zdravotníky. První čtyři otázky cílí na osobní údaje zdravotníků i pacientů, tedy na pohlaví (kvůli zjednodušení nebyla brána v potaz problematika queer a byly nabídnuty pouze tradiční odpovědi: muž, žena), dále na věk: respondenti se měli zařadit do jedné ze čtyř kategorií a to 18-35 let, 35-50, 50-61, 61- více. Další kategorií bylo nejvyšší dosažené vzdělání, otázka byla formulována pro pacienty a zdravotníky rozdílně; pacienti vybírali z pěti možností: základní, učební obor, střední škola, vyšší odborná škola, vysoká škola. Zdravotníci byli dotazováni ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání ve zdravotnickém oboru a vybírali z možností: střední, vyšší odborné, vysokoškolské, specializace. Další otázka byla rozdílná pro obě skupiny respondentů: pacienti byli dotazováni na počet hospitalizací a mohli zvolit odpověď: jsem hospitalizován poprvé, už jednou jsem byl hospitalizován, nebo byl jsem hospitalizován dvakrát a více. U zdravotníků směřoval dotaz na pracovní pozici: praktická sestra, všeobecná sestra, jiné. Dalších čtrnáct výroků směřuje ke znalosti práv a povinností pacientů, respondenti se buď s výrokem ztotožnili označením odpovědi: souhlasím, nebo se od něj distancovali odpovědí: nesouhlasím, nebo volili odpověď: nevím. Výrok č.13 má charakter kontrolní vzhledem k výroku č.10, oba se vyjadřují k možnostem pacienta získávat informace ohledně svého zdravotního stavu. Následující dvě otázky se týkají aplikace práv pacientů (informace o vyšetřeních a výkonech, jednání s úctou a respektem). V dotazníku pro zdravotníky je formulace otázky jiná než v dotazníku pro pacienty, respondenti odpovídají, zda poskytují informace a zdali s úctou a respektem jednají. V dotazníku pro pacienty je dotaz formulován naopak jako na pasivní příjemce-zdali jsou informováni a zdali je s nimi s úctou a respektem jednáno. V obou dotaznících respondenti vybírali z odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne,

ne. Poslední otázka se týká spokojenosti s úrovní ošetrovatelské péče, respondenti vybírali z možností výborná, dobrá, nic moc, špatná. V posledním bodu dotazníku byla možnost připojit své poznámky, připomínky.

6.4 Technika analýzy dat

Ke zpracování statistiky byl použit program Word, Excel, Statistika, podílela se na něm Aneta Mazouchová. Dále je uveden konkrétní postup práce s daty.

Kontingenční tabulka vzniká v případě, když jednotky souboru třídíme podle dvou kvalitativních znaků, např. znaku A, který může nabývat r variant a znak B, který lze rozdělit na s variant. Četnosti uvnitř tabulky můžeme označit n_{ij} . První index označuje i -tou variantu znaku A, druhý index j -tou variantu znaku B. Okrajové neboli marginální četnosti označujeme pouze jedním indexem, druhý je nahrazen tečkou.

Mezi znaky A a B můžeme sledovat vztahy. Ověření existence závislosti mezi dvojicemi kategoriemi proměnných v populaci je obvykle prvním krokem analýzy vztahů mezi nimi.

Test, který používáme k ověření nezávislosti v kontingenční tabulce, porovnává získané (empirické) četnosti a teoretické četnosti, které by měly nastat v případě nezávislosti sledovaných znaků. Tyto četnosti můžeme označit jako n'_{ij} . Jejich výpočet je:

$$n'_{ij} = \frac{n_i \cdot n_j}{n}$$

Odchylky od nezávislosti jednotlivých polí kontingenční tabulky sleduje Pearsonova statistika G :

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Tato statistika testuje hypotézu:

H_0 : Znaky v kontingenční tabulce jsou nezávislé

H_1 : non H_0 , neboli znaky jsou závislé.

Testovaná statistika G má při platnosti nulové hypotézy X^2 rozdělení se stupni volnosti $\nu = (r-1) \cdot (s-1)$. Pro test volíme opět obvyklou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

Pro zajištění přijatelné aproximace rozdělení uvedených statistik při určitém počtu polí v kontingenční tabulce se zpravidla vyžaduje takový rozsah výběru n , aby

očekávané četnosti dosahovaly hodnoty alespoň 5. Po častých praktických potížích, a častém ověřování, se doporučuje, aby počet polí, kde očekávané četnosti jsou nižší než 5, bylo maximálně 20 % (Hindls, 2006, s. 420).

7 VÝSLEDKY

Pro vyhodnocení hypotéz byl vyřazen respondent č. 16 – zdravotník. V hodnocení více než poloviny odpovědí byla chybějící hodnota (označeno 6).

7.1 Hypotéza 1

H 1: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude udávat vyšší znalost ohledně práv a povinností pacientů než pacienti.

Testované hypotézy budou ve tvaru:

H1.0: Znalost práv a povinností nezávisí na roli respondenta, ať je zdravotník či pacient

H1.1: Znalost práv a povinností závisí na roli respondenta, zda je zdravotník či pacient

Jelikož jsou všechny proměnné kategoriálního (slovního) charakteru pro ověření této hypotézy, která se skládá z dvou dílčích (znalost práv a znalost povinností), použijeme X² test nezávislosti (Tabulka 1). Je patrné, že 76,7 % dotázaných zdravotníků zná práva pacientů, a dalších 20 % si to spíše myslí. Zatímco u pacientů zná svá práva pouze 42,9 % dotázaných a dalších 28,6 % spíše ano, 11,4 % pacientů přiznává, že nezná svá práva.

Tabulka 1. Kontingenční tabulka sledující znalost práv pacienta podle role (zdravotník/pacient)

		znalost práv pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Role	zdravotník	46; (76,7 %)	12; (20 %)	2; (3,3 %)	0; (0 %)	60; (100 %)
	pacient	15; (42,9 %)	10; (28,6 %)	6; (17,1 %)	4; (11,4 %)	35; (100 %)
celkem		61; (64,2 %)	22; (23,2 %)	8; (8,4 %)	4; (4,2 %)	95; (100 %)

U povinností jsou výsledky velmi podobné, jako u práv (Tabulka 2).

Tabulka 2. Kontingenční tabulka sledující znalost povinností pacienta podle role (zdravotník/pacient)

		znalost povinností pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Role	zdravotník	38; (63,3 %)	20; (33,3 %)	1; (1,7 %)	1; (1,7 %)	60; (100 %)
	pacient	17; (48,6 %)	10; (28,6 %)	4; (11,4 %)	4; (11,4 %)	35; (100 %)
celkem		55; (57,9 %)	30; (31,6 %)	5; (5,3 %)	5; (5,3 %)	95; (100 %)

Na základě provedených testů, viz tabulka 3, obě dílčí hypotézy zamítáme (p-hodnota je nižší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$), tedy existují statisticky významné rozdíly v odpovědích zdravotníků a pacientů. Zároveň již z předchozího výzkumu víme, že zdravotnický personál udává vyšší znalost ohledně práv a povinností pacientů než pacienti.

Tabulka 3. Výsledky X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce – Hypotéza 1

	znalost práv pacienta	znalost povinností pacienta
X2	16,500	8,996
Stupně volnosti	3	3
P-hodnota	0,001*	0,029*

Pozn. *statisticky významný vliv rolí na odpovědi

7.2 Hypotéza 2

H 2: Lze očekávat, že mladší respondenti budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než starší.

Testované hypotézy budou ve tvaru:

H2.0: Znalost práv a povinností nezáleží na věkových skupinách

H2.1: Znalost práv a povinností záleží na věkových skupinách

Pro ověření těchto hypotéz použijeme opět X2 test nezávislosti v kont. tabulce.

V prvním kroku hypotézy jsme ověřili závislost u celkových otázek, zda respondenti podle věku, nezávisle na jejich rolí, tj. zda jsou pacienti nebo zdravotníci, znají práva a povinnosti pacienta. Je patrné, že největší znalost práv mají osoby do 35 let (Tabulka 4 a 5). 70,6 % si myslí, že zná práva pacienta, dalších 20,6 % si myslí, že je zná. Ale jen 47,1 % si myslí, že zná povinnosti pacienta, dalších 44,1 % si myslí, že je zná. U ostatních věkových kategorií je větší podíl osob, které znají povinnosti (odpověď „ano“) spíše než u práv.

Tabulka 4. Kontingenční tabulka sledující znalost práv pacienta podle věku respondentů

		znalost práv pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
věk	18 - 35	24; (70,6 %)	7; (20,6 %)	2; (5,9 %)	1; (2,9 %)	34; (100 %)
	36 - 50	19; (59,4 %)	10; (31,3 %)	2; (6,3 %)	1; (3,1 %)	32; (100 %)
	51 - 60	11; (64,7 %)	2; (11,8 %)	3; (17,6 %)	1; (5,9 %)	17; (100 %)
	61 a více let	7; (58,3 %)	3; (25 %)	1; (8,3 %)	1; (8,3 %)	12; (100 %)
celkem		61; (64,2 %)	22; (23,2 %)	8; (8,4 %)	4; (4,2 %)	95; (100 %)

Tabulka 5. Kontingenční tabulka sledující znalost povinností pacienta podle věku respondentů

		znalost povinností pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
věk	18 - 35	16; (47,1 %)	15; (44,1 %)	2; (5,9 %)	1; (2,9 %)	34; (100 %)
	36 - 50	20; (62,5 %)	9; (28,1 %)	2; (6,3 %)	1; (3,1 %)	32; (100 %)
	51 - 60	10; (58,8 %)	4; (23,5 %)	1; (5,9 %)	2; (11,8 %)	17; (100 %)
	61 a více let	9; (75 %)	2; (16,7 %)	0; (0 %)	1; (8,3 %)	12; (100 %)
celkem		55; (57,9 %)	30; (31,6 %)	5; (5,3 %)	5; (5,3 %)	95; (100 %)

Na základě provedeného X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce však mezi těmito odpověďmi neexistují statisticky významné rozdíly, ani u práv ani u povinností (Tabulka 6).

Tabulka 6. Výsledky X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce – Hypotéza 2

	znalost práv pacienta	znalost povinností pacienta
X2	5,344	7,358
Stupně volnosti	9	9
P-hodnota	0,803	0,600

Ověření vlivu věku proběhlo i na dílčí otázky práv a povinností pacientů (Tabulka 7). Při porovnání p-hodnot s hladinou významnosti $\alpha = 5\%$, vidíme statisticky významný vliv věku pouze u proměnné „právo znát jméno zdravotnických pracovníků kteří se o mě starají“ a proměnné „povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu“. U ostatních nejsou rozdíly mezi věkovými skupinami statisticky významné.

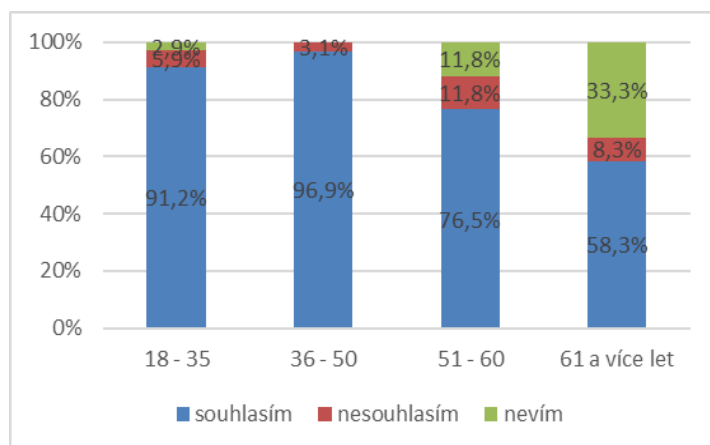
Tabulka 7. Výsledky dílčích hypotéz (H2) pro jednotlivé proměnné

Proměnná	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
právo znát jméno zdravotnických pracovníků, kteří se o mě starají	17,876	6	0,007*
povinnost respektovat vnitřní řád oddělení	8,181	6	0,225
právo být ošetřován na náležitě odborné úrovni	7,321	3	0,062
právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace	4,885	6	0,559
právo zatajit některé informace týkající se zdravotního stavu	3,376	6	0,760
právo na druhý odborný názor	4,102	6	0,663
pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu	8,296	6	0,217
povinnost dodržet léčebný postup	7,453	6	0,281
právo přerušit léčbu	11,669	6	0,070
právo na přítomnost lékaře u lůžka	6,826	6	0,337
povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu	14,523	6	0,024*
právo nebýt informován	9,185	6	0,163

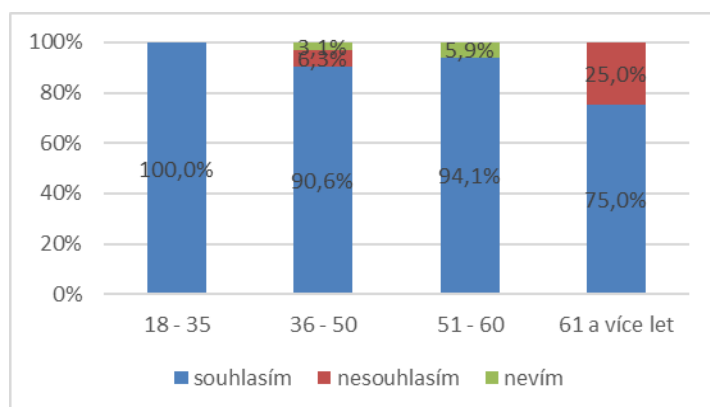
Pozn. *statisticky významný vliv věku na odpovědi

Na grafech (Obrázek 1 a 2) můžeme vidět rozdělení odpovědí u těchto dvou otázek. V obou případech je názorně vidět, že mladší respondenti znají tyto práva a povinnosti (právo znát jméno zdravotnických pracovníků a povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu) lépe než starší respondenti.

Obrázek 1. Rozdělení odpovědí na otázku: „právo znát jméno zdravotnických pracovníků, kteří se o mě starají“ podle věkových skupin



Obrázek 2. Rozdělení odpovědí na otázku: „povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu“ podle věkových skupin



V dalším kroku byly tyto hypotézy vyhodnoceny zvlášť pro zdravotníky a zvlášť pro pacienty (Tabulka 8). Z pohledu jednotlivých skupin, tj. zdravotníků a pacientů, ani u jedné ze skupiny nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly v celkové znalosti práv a povinností.

Tabulka 8. Vyhodnocení vlivu věku na znalost práv a povinností za jednotlivé role

Vliv věkových skupin		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
Zdravotník	znalost práv pacienta	4,053	6	0,670
	znalost povinností pacienta	9,321	9	0,408
Pacient	znalost práv pacienta	5,887	9	0,751
	znalost povinností pacienta	6,556	9	0,683

7.3 Hypotéza 3

H 3: Lze očekávat, že ti, kdo dosáhli vyššího vzdělání, budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než ti, kdo dosáhli vzdělání nižšího. Testované hypotézy budou ve tvaru:

H3.0: Znalost práv a povinností pacientů nezávisí na vzdělání respondentů

H3.1: Znalost práv a povinností pacientů závisí na vzdělání respondentů

Tuto hypotézu stejně jako předchozí hypotézu ověříme pro celkový soubor dat, tj. bez rozdílu toho, zda jsou osoby zdravotníci či pacienti. V prvním kroku bylo nutné sjednotit nejvyšší dosažené vzdělání, aby bylo srovnatelné u obou skupin. Použita byla

stupnice z dotazníku pacienti, tj. základní, vyučen(a), střední, vyšší odborné a vysokoškolské. Vzdělání z dotazníku zdravotníků, tj. střední zdravotnická škola, vyšší odborná zdravotnická škola a vysoká škola byla přiřazena ke střední, vyšší odborné a vysoké škole z pacientů. Specializace zůstala jako samostatná kategorie.

Výsledné kontingenční tabulky pro celkový soubor vidíme v tabulkách 9 a 10. Z tabulek je patrné, že s rostoucím vzděláním roste i znalost práv a povinností.

Tabulka 9. Kontingenční tabulka sledující vzdělání a znalost práv pacienta

		znalost práv pacienta				Celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Vzdělání	základní	1; (20 %)	1; (20 %)	2; (40 %)	1; (20 %)	5; (100 %)
	vyučen(a)	2; (25 %)	1; (12,5 %)	3; (37,5 %)	2; (25 %)	8; (100 %)
	střední	36; (65,5 %)	15; (27,3 %)	3; (5,5 %)	1; (1,8 %)	55; (100 %)
	vyšší odborné	7; (77,8 %)	2; (22,2 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	9; (100 %)
	vysoká škola	11; (78,6 %)	3; (21,4 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	14; (100 %)
	jiná specializace	4; (100 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	4; (100 %)
Celkem		61; (64,2 %)	22; (23,2 %)	8; (8,4 %)	4; (4,2 %)	95; (100 %)

Tabulka 10. Kontingenční tabulka sledující vzdělání a znalost povinností pacienta

		znalost povinností pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Vzdělání	základní	2; (40 %)	2; (40 %)	0; (0 %)	1; (20 %)	5; (100 %)
	vyučen(a)	2; (25 %)	2; (25 %)	3; (37,5 %)	1; (12,5 %)	8; (100 %)
	střední	30; (54,5 %)	21; (38,2 %)	1; (1,8 %)	3; (5,5 %)	55; (100 %)
	vyšší odborné	7; (77,8 %)	2; (22,2 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	9; (100 %)
	vysoká škola	10; (71,4 %)	3; (21,4 %)	1; (7,1 %)	0; (0 %)	14; (100 %)
	jiná specializace	4; (100 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	0; (0 %)	4; (100 %)
celkem		55; (57,9 %)	30; (31,6 %)	5; (5,3 %)	5; (5,3 %)	95; (100 %)

Pro vyhodnocení hypotézy pomocí X² test, aby byly alespoň částečně splněny předpoklady této metody, byly sloučeny skupiny vzdělání – základní a vyučen do jedné skupiny, a vyšší odborné a vysokoškolské do další skupiny. Ostatní skupiny zůstaly beze změny. Výsledky testů vidíme v níže uvedené tabulce. Z tabulky je patrné, že testované hypotézy zamítáme jak u práv, tak povinností pacientů (p-hodnoty menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$). Můžeme tedy říct, že na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ existuje závislost mezi vzděláním a znalostí práv a povinností pacienta a z předchozích tabulek již víme, že s rostoucím vzděláním roste i znalost práv a povinností.

Tabulka 11. Výsledky X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce – Hypotéza 3

	znalost práv pacienta	znalost povinností pacienta
X2	36,285	20,014
Stupně volnosti	9	9
P-hodnota	0,000*	0,018*

Pozn. *statisticky významný vliv věku na odpovědi

V dalším kroku ověříme, kterých povinností a práv u jednotlivých proměnných se to týká. Pro ověřování dílčích hypotéz jsme použili sloučené kategorie vzdělání. Vzdělání má vliv na právo znát jméno zdravotnických pracovníků, kteří se o pacienty starají, povinnost respektovat vnitřní řád oddělení, zda pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu, povinnost dodržet léčebný postup a povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu (Tabulka 12). U těchto proměnných existuje na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ statisticky významná závislost mezi odpověďmi a vzděláním respondentů.

Tabulka 12. Výsledky dílčích hypotéz (H3) pro jednotlivé proměnné

Proměnná	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
právo znát jméno zdravotnických pracovníků, kteří se o mě starají	12,920	6	0,044*
povinnost respektovat vnitřní řád oddělení	20,222	6	0,003*
právo být ošetřován na náležité odborné úrovni	7,558	3	0,056
právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace	5,102	6	0,531
právo zatajit některé informace týkající se zdravotního stavu	3,630	6	0,727
právo na druhý odborný názor	2,720	6	0,843
pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu	17,315	6	0,008*
povinnost dodržet léčebný postup	13,591	6	0,035*
právo přerušit léčbu	5,595	6	0,470
právo na přítomnost lékaře u lůžka	9,304	6	0,157
povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu	17,519	6	0,008*
právo nebýt informován	3,489	6	0,745

Pozn. *statisticky významný vliv věku na odpovědi

Dále můžeme pozorovat vliv vzdělání na otázky podle jednotlivých rolí (Tabulka 13). Celkově můžeme říct, že u zdravotníků nehraje vzdělání žádnou roli ani

u znalosti práva ani povinností pacientů. U pacientů má vzdělání statisticky významný vliv na hladině významnosti $\alpha = 5\%$ na znalost práv pacientů, ale nikoliv na povinnosti.

Tabulka 13. Vyhodnocení vlivu vzdělání na znalost práv a povinností za jednotlivé role

Vliv věkových skupin		Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
Zdravotník	znalost práv pacienta	2,860	4	0,581
	znalost povinností pacienta	6,164	6	0,405
Pacient	znalost práv pacienta	11,355	6	0,078*
	znalost povinností pacienta	6,064	6	0,416

Pozn. *statisticky významný vliv věku na odpovědi

7.4 Hypotéza 4

H 4: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude hodnotit poskytovanou péči lépe než pacienti.

Testované hypotézy budou ve tvaru:

H4.0: Hodnocení poskytované péče nezávisí na roli respondenta

H4.1: Hodnocení poskytované péče závisí na roli respondenta

Pro vyhodnocení hypotézy použijeme proměnnou: „Jaká je podle vašeho názoru úroveň ošetrovatelské péče na tomto oddělení?“

Všichni respondenti hodnotily kvalitu pouze jako výbornou či dobrou (Tabulka 14). Horší hodnocení jako „nic moc“ a „špatná“ nezvolil nikdo, i když vidíme, že o něco lepší hodnocení dávají zdravotníci (85 % výborných hodnocení oproti 82,9 % výborných hodnocení od pacientů).

Tabulka 14. Kontingenční tabulka sledující vztah rolí a kvality osobní péče na oddělení

		kvalita ošetrovatelské péče na oddělení		celkem
		výborná	dobrá	
Role	zdravotník	51; (85 %)	9; (15 %)	60; (100 %)
	pacient	29; (82,9 %)	6; (17,1 %)	35; (100 %)
celkem		80; (84,2 %)	15; (15,8 %)	95; (100 %)

Na základě provedeného X² testu nezávislosti v kontingenční tabulce testovanou hypotézu však nezamítáme ($G = 0,076$; p -hodnota = 0,782), tedy vliv role, resp. postavení respondenta (zda je zdravotník či pacient) nemá na hodnocení kvality ošetrovatelské péče vliv.

7.5 Hypotéza 5

H5: Lze očekávat, že zdravotnický personál bude hodnotit aplikaci práv pacientů (otázka dotazníku č.20: jednání s úctou a respektem) lépe než pacienti. Testovaná hypotéza bude ve tvaru:

H5.0: Hodnocení jednání s úctou a respektem nezávisí na roli respondenta

H5.1: Hodnocení jednání s úctou a respektem závisí na roli respondenta

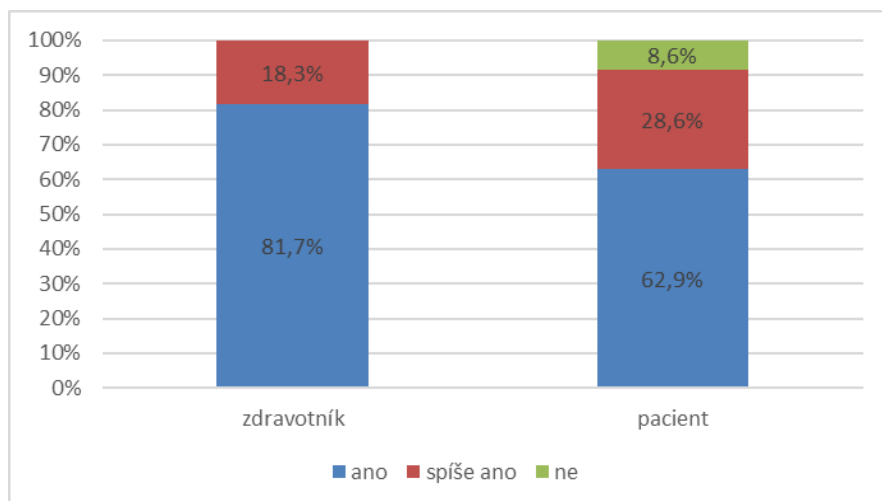
Pro ověření této hypotézy použijeme proměnnou: „Jedná s vámi nelékařský zdravotnický personál (sestry) vždy s úctou a s respektem?“, která byla použita pro pacienty a otázkou „Jednáte s pacienty vždy s úctou a respektem?“. Tyto otázky jsem považovala za shodné otázky a pracovala s ní jako s jedinou – „Jednání s respektem a úctou“. Je patrné, že 81,7 % zdravotníků si myslí, že jedná s pacienty s respektem a úctou, ale že by bylo s pacienty jednáno s respektem a úctou si myslí pouze 62,9 % pacientů (Tabulka 15).

Na základě provedeného X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce ($G=7,237$; p -hodnota = 0,027) testovanou hypotézu zamítáme, tj. na hladině významnosti $\alpha = 5 \%$ jsme prokázali, že hodnocení jednání závisí na rolích respondentů a zároveň, že lépe toto jednání hodnotí zdravotníci. Pro lepší představu rozdílů uvádím podíly za jednotlivé role i na grafu (Obrázek 3).

Tabulka 15. Kontingenční tabulka sledující jednání s respektem a úctou a rolí respondentů

		jednání s respektem a úctou			celkem
		ano	spíše ano	ne	
Role	zdravotník	49; (81,7 %)	11; (18,3 %)	0; (0 %)	60; (100 %)
	pacient	22; (62,9 %)	10; (28,6 %)	3; (8,6 %)	35; (100 %)
celkem		71; (74,7 %)	21; (22,1 %)	3; (3,2 %)	95; (100 %)

Obrázek 2. Podíly respondentů podle rolí a hodnocení jednání s respektem a úctou



7.6 Hypotéza 6

H 6: Lze očekávat, že častěji hospitalizovaní pacienti budou mít více znalostí ohledně práv a povinností pacientů než ti, kdo jsou hospitalizováni poprvé. Testovaná hypotéza bude ve tvaru:

H6.0: Znalosti práv a povinností nezáleží na počtu hospitalizací

H6.1: Znalosti práv a povinností záleží na počtu hospitalizací

Pro ověření hypotézy použijeme proměnnou „Byl jste někdy dříve hospitalizován v nemocnici?“. Tato hypotéza je samozřejmě vyhodnocena pouze pro respondenty – pacienty.

Výsledné kontingenční tabulky pro celkové otázky práv a povinností vidíme níže. Z tabulek je patrné, že osoby, které byly hospitalizovány více než jednou hodnotí znalost práv a povinností mnohem lépe než ostatní pacienti.

Tabulka 16. Kontingenční tabulka sledující znalost práv pacienta podle počtu předchozích hospitalizací

		znalost práv pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
počet předchozích hospitalizací	nikdy	2; (33,3 %)	1; (16,7 %)	3; (50 %)	0; (0 %)	6; (100 %)
	jednou	2; (20 %)	5; (50 %)	0; (0 %)	3; (30 %)	10; (100 %)
	vícekrát	11; (57,9 %)	4; (21,1 %)	3; (15,8 %)	1; (5,3 %)	19; (100 %)
celkem		15; (42,9 %)	10; (28,6 %)	6; (17,1 %)	4; (11,4 %)	35; (100 %)

Tabulka 17. Kontingenční tabulka sledující znalost povinností pacienta podle počtu předchozích hospitalizací

		znalost povinností pacienta				celkem
		ano	spíše ano	spíše ne	ne	
počet předchozích hospitalizací	nikdy	2; (33,3 %)	1; (16,7 %)	2; (33,3 %)	1; (16,7 %)	6; (100 %)
	jednou	3; (30 %)	3; (30 %)	2; (20 %)	2; (20 %)	10; (100 %)
	vícekrát	12; (63,2 %)	6; (31,6 %)	0; (0 %)	1; (5,3 %)	19; (100 %)
celkem		17; (48,6 %)	10; (28,6 %)	4; (11,4 %)	4; (11,4 %)	35; (100 %)

Na základě provedených testů testované hypotézy zamítáme pouze v případě znalosti práv pacientů (Tabulka 18), kde existuje statisticky významný vliv na hladině významnosti mezi počtem předchozích hospitalizací a hodnocením znalosti práv pacientů. U znalosti povinností pacientů tento vliv není statisticky významný.

Tabulka 18. Výsledek X2 testu nezávislosti v kontingenční tabulce – Hypotéza 6

	znalost práv pacienta	znalost povinností pacienta
X2	14,478	8,946
Stupně volnosti	6	6
P-hodnota	0,025	0,177

Ověření vlivu počtu hospitalizací proběhlo i na dílčí otázky práv a povinností pacientů. U jednotlivých proměnných neexistuje žádná, kde by existoval statisticky významný vliv počtu hospitalizací na tyto otázky (žádná p-hodnota není menší než hladina významnosti $\alpha = 5 \%$).

Tabulka 19. Výsledky dílčích hypotéz (H6) pro jednotlivé proměnné

Proměnná	Testové kritérium	Stupně volnosti	P-hodnota
právo znát jméno zdravotnických pracovníků, kteří se o mě starají	1,728	4	0,786
povinnost respektovat vnitřní řád oddělení	2,334	4	0,675
právo být ošetřován na náležité odborné úrovni	5,303	2	0,071
právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace	0,357	2	0,837
právo zatajit některé informace týkající se zdravotního stavu	2,552	4	0,635
právo na druhý odborný názor	2,215	4	0,696
pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu	4,422	4	0,352
povinnost dodržet léčebný postup	5,004	4	0,287

právo přerušit léčbu	3,732	4	0,443
právo na přítomnost lékaře u lůžka	2,465	4	0,651
povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu	2,214	4	0,696
právo nebýt informován	5,505	2	0,064

7.7.Diskuse

7.7.1Výsledky testovaných hypotéz

Zdravotníci se setkávají s problematikou práv a povinností pacientů poměrně často ve své práci, očekává se tedy alespoň částečné povědomí o této problematice. Zatímco pacientem se člověk stává často neočekávaně a na tuto roli se vědomě nijak nepřipravuje, lze očekávat, že u některých z nich nebudou znalosti v tomto směru rozsáhlé. V našem dotazníku se tato hypotéza potvrdila. Z dotázaných zdravotníků jich 76,7 % udává, že zná práva pacientů, a dalších 20 % si to spíše myslí. Z pacientů tvrdí, že zná svá práva pouze 42,9 % dotázaných a dalších 28,6 % spíše ano a 11,4 % pacientů přiznává, že nezná svá práva. Ohledně znalosti povinností pacienta je situace obdobná, i když v obou referenčních skupinách je udávaná znalost nižší, než u práv. Ze zdravotníků 63,3 % udává, že je zná, 33,3 % spíše zná, 1,7 % spíše ne a 1,7 % nezná. Pacienti stejně jako u práv udávají celkově nižší znalost: zná 48,6 %, spíše zná 28,6 %, spíše nezná 11,4 %, nezná 11,4 %. Dá se předpokládat, že ti, kdo se připravují na plánovaný výkon nebo hospitalizaci apod., se mohou na nadcházející situaci připravit i nastudováním práv pacienta, nelze to ale očekávat u pacientů v akutních stavech.

Protože v současném světě všeobecně je větší důraz na lidská práva, a tedy i práva pacienta než v minulých dobách (viz teoretická část), dá se očekávat, že mladší lidé budou s touto problematikou seznámeni více než staří ročníky. Ukázalo se, že mladší lidé udávají větší znalost práv pacienta, skupina respondentů do 35 let ze 70,6 % zná práva pacienta, dalších 20,6 % spíše zná. Ale jen 47,1 % zná povinnosti pacienta, dalších 44,1 % spíše zná. Je zajímavé, že u ostatních věkových kategorií je větší podíl osob, které udávají větší znalost povinností spíše než u práv a nahrávalo by to domněnce, že starší ročníky se v kontaktu se zdravotníky nezdůrazňují svá práva zřejmě ze zvyku na paternalistický model komunikace.

Vliv vzdělání na udávanou znalost práv a povinností pacientů je podle očekávání patrný (viz Tabulka 9 a 10). Významně se lišily odpovědi podle vzdělání u sentencí ohledně práva znát jména zdravotnických pracovníků, kteří se o pacienty starají; povinnost respektovat vnitřní řád oddělení; pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu; povinnost dodržet léčebný postup, a nakonec povinnost pravdivě informovat o svém zdravotním stavu (viz Tabulka 12). Také se ukázalo, že u pacientů má vzdělání na odpovědi větší vliv než u zdravotníků (viz Tabulka 13), ale pouze co se týká jejich práv. To je zřejmě dáno tím, že u zdravotníků formální vzdělání v této oblasti nahrazuje každodenní zkušenost s touto problematikou v praxi. Je zajímavé, že na znalost povinností vzdělání u pacientů v našem dotazníku vliv nemá; naznačovala by to souvislost s celkovým důrazem dnešní společnosti na lidská práva (viz teoretická část) a s tím, že lidské povinnosti nejsou v rámci formálního vzdělání zdaleka tolik zdůrazňovány jako lidská práva.

Vliv role (pacient, zdravotník) na hodnocení ošetrovatelské péče se nepotvrdil, oproti očekávání není významný rozdíl mezi hodnocením zdravotníků a pacientů, i když zdravotníci péči o trochu lépe hodnotili (85 % jako výbornou, 15 % jako dobrou) než pacienti (výborná 82,9 %, dobrá 17,1 %). Respondenti obecně hodnotili péči pouze jako výbornou nebo dobrou ze čtyř možných variant hodnocení.

Co se týká vlivu role (pacient, zdravotník) na hodnocení aplikace práv pacienta v ošetrovatelské praxi, která byla testována pomocí dotazu na jednání s úctou a respektem, potvrdilo se, že zdravotníci ji hodnotí lépe než pacienti. Pacientům byla položena otázka, zda s nimi personál jedná vždy s úctou a respektem, z toho 62,9 % odpovědělo ano, 28,6 % spíše ano, 8,6 % ne. Zdravotníkům byla položena otázka, zda jednají vždy s pacienty s úctou a respektem, z toho 81,7 % odpovědělo ano, 18,3 % spíše ano. Ze zkušenosti víme, že jednání s úctou a respektem nebo jeho absence je pro pacienty zásadní, někdy se projeví i na hodnocení ošetrovatelské péče jako celku, to se ale v našem dotazníku nepotvrdilo. Zdravotničtí pracovníci si zřejmě ne vždy dostatečně uvědomují citlivost pacientů ve vzájemné komunikaci a jednání.

U častěji hospitalizovaných pacientů lze předpokládat lepší znalost práv a povinností pacientů na základě zkušenosti, kterou učinili během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Tato hypotéza se potvrdila částečně a pacienti nejméně již jednou dříve hospitalizovaní udávali větší znalost práv, ale u povinností rozdíl znalostí v souvislosti s počtem hospitalizací nebyl významný (viz Tabulka 16 a 17). Stejně jako u vyhodnocení výsledků třetí hypotézy lze dovodit, že příčinou může být jednostranné zdůrazňování práv v současné společnosti na úkor povinností.

7.7.2 Porovnání s jinými studii

Znalost a dodržování práv pacientů ve zdravotnických zařízeních v souvislosti s jejich spokojeností se zdravotní péčí bývají předmětem různých studií.

Studie „Assessment of Patients' Knowledge and Awareness about their Rights and Duties“ (Al Maliki et al., 2014) uvádí, že s větou „*The patient has to be prevented from access to some information about his health status*“ nesouhlasilo 641 (72,4 %), souhlasilo 212 (23,9 %), a „*I don't know*“ odpovědělo 33 (3,7 %) respondentů z celkového počtu 886. Počet respondentů našeho výzkumu je diametrálně odlišný, zvláště pokud se budeme zabývat pouze odpověďmi pacientů, a to musíme při pokusu o srovnání mít na paměti. Srovnávaná věta našeho dotazníku zněla: „*Pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu*“ a nesouhlas s ní vyjádřilo 28 (80 %), souhlas 1 (2,86 %) a nevědělo 6 (17,4 %) respondentů z celkového počtu 35. Lze tedy uzavřít, že v obou (počtem respondentů nesrovnatelných) studiích vychází jako převažující počet respondentů, kteří jsou si vědomi svého práva na informace. S další srovnávanou větou „*The patient has to withhold some information relevant to his health condition*“ nesouhlasilo 651 (73,5 %), souhlasilo 200 (22,5 %), „*I don't know*“ odpovědělo 35 (4 %) respondentů. Verze věty v našem dotazníku zněla „*Pacient má právo zatajit některé informace týkající se jeho zdravotního stavu*“ a nesouhlasilo s ní 16 (45,71 %), souhlasilo 17 (48,57 %), nevědělo 2 (5,71 %) respondentů z celkového počtu 35. Tady se ukazuje, že ve srovnávané studii vyšla znalost pacientů ohledně povinnosti informovat ohledně svého zdravotního stavu lépe než v našem dotazníkovém šetření.

Další podobná studie „Awareness among hospitalized patients of their rights“ (Masood et al., 2016, s. 654) pochází z Pákistánu, kde, jak uvádějí autoři, jsou v ústavě zakotveny principy Všeobecné deklarace lidských práv, ale na rozdíl od ústav jiných států nepojednává o tématu zdraví v kapitole o základních právech. Tato studie uvádí, že co se týká práva na druhý odborný názor, tak 60 (22 %) respondentů z celkového počtu 140 se domnívá, že na nic takového nemá nárok. Procentní hodnota je citována z uvedeného článku, nicméně je třeba říct, že 60 je z celkového počtu 140 je v procentech 42,86 %. V našem dotazníku určeném pacientům podobný názor sdílel pouze jeden respondent (2,86 %) z celkového počtu 35 respondentů. Ostatních 27 (77,14 %) se domnívalo, že na druhý odborný názor právo mají a 7 (20 %) nevědělo. Procentuálně se tedy počet těch, kdo uvedli v našem dotazníku, že nevědí, zda mají na

druhý odborný názor právo, nebo uvedli, že ho nemají, je menší než počet těch, kdo ve srovnávané studii uvedli, že toto právo nemají. Počet respondentů srovnávané studie z Pákistánu je zhruba třikrát vyšší. Autoři článku také uvádějí, že počet předchozích hospitalizací neměl na znalost práv pacientů statisticky významný vliv (Masood et al., 2016, s. 653), na rozdíl od našeho dotazníku. Vzhledem k tomu, že Pákistán je rozvojová země, která v posledních čtyřiceti letech téměř nepoznala mír, by bylo překvapující, kdyby znalost práv a povinností pacientů v tomto regionu byla na vysoké úrovni.

Ve studii "Relationship between 'patient's rights charter' and patients' satisfaction in gynecological hospitals" (Farzianpour, 2016) z Íránu hodnotilo kvalitu péče ze 304 respondentek na škále 1-5. Nejnížší možné hodnocení zvolili 3 pacientky, nejvyšší možné 15 pacientek. Většina pacientek (68,8 %) měla za sebou již nejméně jednu hospitalizaci; nejvíce udávaly spokojenost pacientky již jednou hospitalizované, nejméně ty hospitalizované poprvé. Pacientky hodnotily mimo jiné spokojenost s ošetrovatelskou péčí, co se týká fyzické i psychické stránky (satisfaction of patients admitted with nursing physical care, satisfaction of patients admitted with nursing psychological care). Nejnížší hodnocení udělilo za péči po stránce psychické 11 pacientek, nejvyšší hodnocení 46 pacientek. Péči po stránce fyzické hodnotilo nejnížším počtem bodů 10 pacientek, nejvyšším počtem 41 pacientek. Celkově se spokojenost pohybovala okolo průměru. V našem dotazníku hodnotilo ošetrovatelskou péči na oddělení ze 35 respondentů 29 (82,86 %) jako výbornou, 6 (17,14 %) jako dobrou. Ovšem na otázku, zda sestry jednají s pacientem vždy s úctou a s respektem, odpovědělo 22 (62,86 %) respondentů: ano, 10 (28,57 %): spíše ano a 3 (8,57 %) odpověděli: ne. Na otázku, zda byli pacienti seznámeni s plánovanými vyšetřeními a výkony odpovědělo 23 (65,1 %): ano, 9 (25,71 %): spíše ano a 3 (8,57 %) odpovědělo: ne. Co se týká počtu předchozích hospitalizací, poprvé bylo hospitalizováno 5 respondentů, 8 respondentů již zkušenost s 1 hospitalizací mělo a 22 bylo již dříve hospitalizováno vícekrát. V naší skupině udávali ti, kdo byli hospitalizovaní poprvé nebo měli za sebou pouze jednu hospitalizaci, nižší spokojenost s péčí na oddělení, jednáním s úctou a respektem a seznámení s plánovanými vyšetřeními a výkony.

Vzhledem k počtu respondentů a způsobu výzkumu lze srovnávat pouze rámcově spokojenost s kvalitou ošetrovatelské péče ve zmíněné studii a našem

dotazníku, proto zůstaneme u předložených dat a vyhneme se celkovému hodnocení srovnání.

Ve studii „Awareness and Attitudes of Nurses Working in a University Hospital on Patients' Rights“ (Uktualp a Yildiz, 2016) byla sestřám položena otázka, zda byly proškoleny ohledně práv pacientů (status of being trained about patient rights). Z 211 dotázaných odpovědělo 153 (72,5 %), že ano a 58 (27,5) odpovědělo, že ne. Dále byly dotázány, zda jsou si vědomé existence institutu práv pacienta (status of being aware of the department of patient rights); na to odpovědělo 167 (79,1 %) z nich, že ano, a 44 (20,9 %) že ne. V našem dotazníku odpovědělo na otázku „Znáte práva pacienta?“ ze 60 respondentů kladně 45 (75,00 %) dalších 13 (21,67 %) odpovědělo: spíše ano a 2 (3,33 %) odpověděli: spíše ne. Počet respondentů srovnávané studie je více než dvojnásobný; pokud budeme chtít srovnat výsledky v procentech, jsou vcelku podobné v jednoznačných odpovědích ohledně znalosti – absolvování proškolení práv pacientů. Procentuálně také přibližně odpovídají váhavé odpovědi našeho dotazníku (spíše ano) s popřením proškolení ohledně práv pacienta srovnávané studie.

Srovnávané studie pocházejí původem z Blízkého nebo Středního východu, což jsou z našeho pohledu země, které jsou v oblasti lidských práv, a tedy i práv pacienta, většinou považované za méně rozvinuté než země evropské. Někteří respondenti v těchto studiích udávají, že práva pacientů vůbec neznají nebo nevědí o jejich existenci, z řad zdravotníků zase, že s nimi nebyli vůbec seznámeni. Odpovědi tohoto typu se v našem dotazníkovém šetření nevyskytují, z čehož lze usuzovat, že povědomí o právech pacienta je u všech respondentů alespoň na základní úrovni.

Závěr

Cílem teoretické části práce bylo zmapovat východiska pro práva a povinnosti pacientů, stručně představit vývoj práv pacientů a etických norem a jejich vzájemný vztah, nastínit práva a povinnosti pacientů s jejich výkladem. Cílů bylo dosaženo s tím, že se podařilo zahrnout jen základní prameny a zdůraznit pouze některé aspekty celé problematiky, jak to ostatně odpovídá typu kvalifikační práce.

Cílem praktické části bylo zmapovat znalost práv a povinností pacientů na některých odděleních FN Motol jak na straně pacientů, tak na straně zdravotnického personálu a porovnat s výsledky obdobných studií. Vzhledem k poměrně malé základně respondentů zejména na straně pacientů jsou ale výsledky vypovídající jen omezeně, zejména ve srovnání se studii, které pracují s daleko větším objemem dat. Malý zájem na straně pacientů dotazník vyplnit byl překvapivý, možná hrály roli obavy, zda bude deklarována anonymita skutečně zaručena, nebo současná tělesná i psychická dispozice oslovených pacientů. Ze skupiny respondentů zdravotníci uvedli, že práva pacientů znají, zatímco pacienti si nebyli zdaleka tak jistí; mladší ročníky si byly znalostí práv jistější, starší ročníky uváděly více znalost povinností. Pacienti, kteří prodělali více než jednu hospitalizaci, uvádějí lepší znalost práv pacientů, nikoli povinností. Vliv vzdělání na znalost práv a povinností se u referenční skupiny zdravotníků neprojevil, u pacientů ano, ale jenom co se týká práv, nikoli povinností.

Vliv věku na znalost práv a povinností pacientů se projevil pouze ve dvou případech, a to u práva znát jménem ošetroující personál a u povinnosti pravdivě informovat o svém zdravotním stavu; v obou referenčních skupinách odpovídali lépe mladší respondenti. Zajímavé bylo, že na hodnocení poskytované péče neměla vliv role respondenta, tedy pacienti ji hodnotili podobně jako zdravotníci, všichni kladně. Zatímco samotnou aplikaci práv pacienta v praxi, reprezentovanou dotazem na jednání s úctou a respektem, hodnotili zdravotníci lépe než pacienti.

Slabinou dotazníkové ho šetření byla zřejmě místy ne úplně jasná formulace frází, na které měli respondenti reagovat, a dále malý počet respondentů.

Respondenti prokázali jistou znalost práv i povinností pacienta, ale jak na straně pacientů, tak na straně zdravotnického personálu je co zlepšovat, stejně tak co se týká aplikace těchto práv v ošetrovatelské praxi.

REFERENČNÍ SEZNAM

AL MALIKI, Shukrya, Jasim AL-ASADI, Alaa ABED a Sabah SHAMI. Assessment of Patients' Knowledge and Awareness about their Rights and Duties. *Kufa Journal for Nursing Sciences*. 2014, **2014**(3), 86-94.

ANDERSSON, Anna-Karin, Frode LINDEMARK a Kjell Arne JOHANSSON. Priority rules as solutions to conflicting health care rights. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2017, **20**(1), 67-76. DOI: 10.1007/s11019-016-9728-z. ISSN 1386-7423. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s11019-016-9728-z>

BRINKMAN, Anne. Realising patient responsibilities. *Kai Tiaki Nursing New Zeland*. 2017, **23**(1), 34. ISSN 1179-772X.

CASEY, Donna a Danielle SAWYER. Do Dying Patients Have a Right to Experimental Treatments? *Medsurg Nursing*. Jannetti Publications, 2018, **27**(2), 127-128. ISSN 1092-0811.

ČERBÁK, Roman. Prolomení mlčenlivosti. *Cor et Vasa*. 2010, **52**(4), 286-287. ISSN 2571-0648.

ČORNEJOVÁ, I. *Přísahy v proměnách století*. Forum UK [online], roč. 5, č. 10 [cit. 2019-09-08]. ISSN 1211-1724. Dostupné z :<http://www.forum.cuni.cz/fukV10/rubriky.html>

DHOTRE, Kathy, Swann ADAMS, James HEBERT, Matteo BOTTAI a Sue HEINEY. Oncology Nurses' Experiences With Patients Who Choose to Discontinue Cancer Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 2016, **43**(5), 617-623. DOI: 10.1188/16.ONF.617-623. ISSN 0190-535X. Dostupné také z: <http://onf.ons.org/onf/43/5/oncology-nurses-experiences-patients-who-choose-discontinue-cancer-chemotherapy>

DOSTÁL, Ondřej. Zapojení pacienta do volby i změny terapie je zakotveno v zákonu. *Farmakoterapie*. 2017, **13**(2), 371-372. ISSN 1801-1209.

FARZIANPOUR, Fereshteh, Abbas RAHIMI FOROUSHANI, Niusha SHAHIDI SADEGHI a Saeede ANSARI NOSRATI. Relationship between 'patient's rights charter' and patients' satisfaction in gynecological hospitals. *BMC Health Services Research*. 2016, **16**(1). DOI: 10.1186/s12913-016-1679-9. ISSN 1472-6963. Dostupné také z: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1679-9>

GRIFFITH, Richard. Withdrawing or withholding life-sustaining treatment. *British Journal of Cardiac Nursing*. Mark Allen Publishing, 2015a, **10**(6), 304-305. ISSN 1749-6403.

GRIFFITH, Richard a Cassam TENGNAH. *Law and professional issues in nursing*. 4. London: Sage, 2017. ISBN 978-1-4739-6941-4.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAVELKOVÁ, Kateřina. Zbrklost, stereotyp nebo úlet? Lidsky pochopitelné, právně však nikoli. *Florence*. 2017, **13**(7-8), 28-29. ISSN 1801-464X. Dostupné také z: <http://www.florence.cz/>

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HINDLS, Richard, HRONOVÁ, Stanislava, SEGER, Jan, FISCHER, Jakub. *Statistika pro ekonomy*. 7. vyd. Praha : PROFESSIONAL PUBLISHING, 2006, s.420 ISBN 80-86946-16-9.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

LAŇKOVÁ, J. *Jak je to vlastně s Hippokratovou přísahou*. Practicus [online], 2013, **12**(2), 4[cit. 2019-11-12]. ISSN 1213-8711 Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus2013-02.pdf>

MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, Jan. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o specifických zdravotních službách*. Praha: Wolters Kluwer, 2018. Praktický komentář. ISBN 978-80-7598-103-5.

MASOOD, Sumaira, Mahmood RAHMAN, Shazia NISAR a Shamaila MOHSIN. Awareness among hospitalized patients of their rights. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. 2016, **66**(5), 651-656.

MOLD, Alex. Patients' Rights and the National Health Service in Britain 1960s-1980s. *American Journal of Public Health*. 2012, **102**(11), 2032. ISSN 0090-0036.

MUNDEN, Martina. The Covert Administration of Medications: Legal and Ethical Complexities for Health Care Professionals. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2017, **45**, 182-190. DOI: 10.1177/1073110517720647. ISSN 1073-1105.

NOVÁKOVÁ, Michaela. *Dobrovolník v hospici - specifika náboru a vzdělávání*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2014. 61 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce Martin Kopecký

PETRŮ, Martina. *Mravní závaznost Hippokratovy přísahy dnes* [online]. České Budějovice, 2014 [cit. 2019-08-09]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/1fxrd2/BP-Petr.pdf>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce PhDr. Jan Vitoň, Ph.D.

PŘIBÁŇ, Jiří et al. *Lidská práva: (ne)smysl české politiky?*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-230-2.

PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 1. Praha: Linde Praha, 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

STORCH, Janet. Ethics in Practice: At End of Life — Part 1: Challenges and opportunities for professional growth when providing end-of-life care. *Canadian Nurse* [online]. 2015, **111**(8), 20-21 [cit. 2019-12-23]. ISSN 2562-430X. Dostupné z: <https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/ethics-in-practice-articles-sept-nov2015.pdf?la=en>

ŠPECIÁNOVÁ, Šárka. Úskalí poučení pacienta sestrou. *Pediatric pro praxi*. 2015, **16**(1), 62-63. ISSN 1213-0494. Dostupné také z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/archiv.php>

TINGLE, John. Monitoring the Mental Health Act: a need to protect patients' rights. *British Journal of Nursing*. Mark Allen Publishing, 2018, **27**(6), 344-345. ISSN 0966-0461.

UTKUALP, Nevin a Hicran YILDIZ. Awareness and Attitudes of Nurses Working in a University Hospital on Patients' Rights. *International Journal of Caring Sciences*. 2016, **9**(1), 185-195. ISSN 1791-5201.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Právní minimum pro sestry*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-6529-7.

Elektronické zdroje

BRÄNNEMARK, Johan. Patients as Right Holders. *Hastings Center Report* [online]. 2017, 27.7.2017, 4 (2017)(47), 35 [cit. 2019-12-23]. DOI: 10.1002/hast.738. ISSN 1552-146X. Dostupné z:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hast.738>

Imatrikulace, sponze. *Lf2.cuni.cz* [online]. [cit. 2019-10-06]. Dostupné z: <https://www.lf2.cuni.cz/dokumenty/vnitri-predpisy-fakulty-%28archiv%29/imatrikulace-sponse>

Nový občanský zákoník [online]. [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/index.php/home/zakony-a-stanoviska/texty-zakonu>

Patients' rights. *WHO* [online]. [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>

96/2001 Sb.m.s. *Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně* [online]. [cit. 2020-01-08].

Dostupné z: <https://esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=2001m096>

Sponze absolventů. *Lf1.cuni.cz* [online]. [cit. 2019-10-06]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/sponze-absolventu-1lfuk>

WHO. *A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe* [online]. In: 1994 [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: https://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1: Etický kodex sester (text).....	93
Příloha č.2: Hippokratova přísaha (text).....	95
Příloha č.3: Lékařské sponze (text).....	97
Příloha č.4: Schválení dotazníkového šetření (text).....	100
Příloha č.5: Dotazník – pacient (text).....	101
Příloha č.6: Dotazník – zdravotník (text).....	105

Seznam obrázků

Obrázek 1.....	71
Obrázek 2.....	71
Obrázek 3.....	77

Seznam tabulek

Tabulka 1.....	67
Tabulka 2.....	68
Tabulka 3.....	68
Tabulka 4.....	69
Tabulka 5.....	69
Tabulka 6.....	70
Tabulka 7.....	70
Tabulka 8.....	72
Tabulka 9.....	73
Tabulka 10.....	73
Tabulka 11.....	74
Tabulka 12.....	74
Tabulka 13.....	75
Tabulka 14.....	75
Tabulka 15.....	76
Tabulka 16.....	77

Tabulka 17.....	78
Tabulka 18.....	78
Tabulka 19.....	79

PŘÍLOHY

Příloha č.1

Etický kodex sester

1. Sestry a lidé/občané

Sestra má profesní odpovědnost především vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

Sestra podnikne odpovídající kroky, aby ochránila občany, když je jejich péče ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Při poskytování péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra se stará o to, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Osobní informace o pacientovi chrání sestra jako důvěrné a tyto informace sděluje dalším lidem pouze po pečlivé úvaze.

Sestra je spolu se společností odpovědná za zahájení a podporu aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich práce/praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za svou ošetrovatelskou praxi a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným studiem.

Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra se při poskytování péče stará o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a jejich povolání

Sestra hraje rozhodující roli při určování a realizaci přijatelných norem klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování slušných/spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra udržuje vztahy spolupráce se svými spolupracovníky z oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Příloha č.2

Ὅμνυμι Ἀπόλλωνα ἰητρὸν καὶ Ἄσκληπιὸν καὶ Ὑγίαν καὶ Πανάκειαν καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, ἴστορας ποιούμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃν κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν ὄρκον τόνδε καὶ συγγραφὴν τήνδε·

„Přísahám při lékaři Apollonu, při Hygieii a Panacei, volám za svědky všechny bohy a bohyně, že ze všech sil a s plným svědomím budu plnit tento slib:

ἡγήσεσθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην ἴσα γενέτησιν ἐμοῖς, καὶ βίου κοινώσεσθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσεσθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ αὐτοῦ ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινεῖν ἄρρεσι, καὶ διδάξῃν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μαθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ συγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσεσθαι υἱοῖς τε ἐμοῖς καὶ τοῖς τοῦ ἐμὲ διδάξαντος, καὶ μαθητῆσι συγγεγραμμένοις τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἰητρικῷ, ἄλλω δὲ οὐδενί. δαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμὴν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξῃν.

Budu si vážit svého mistra v tomto umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude mít nedostatek, budu pokládat

jeho děti za své pokrevní bratry a ze své strany vyučím je v tomto umění bez odměny a bez závazků. Umožním účast na vědění a naukách tohoto oboru především svým synům, dále synům svého mistra a potom těm, kdo zápisem a přísahou se prohlásí za mé žáky, ale nikomu jinému. Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovat všechno zlé a škodlivé.

οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αιτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὑφηγήσομαι συμβουλίην τοιήνδε· ὁμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσὸν φθόριον δώσω. ἀγνώως δὲ καὶ ὀσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησι ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. ἐς οἰκίας δὲ ὀκόσας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίας, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων.

Nehodlám se pohnout od nikoho, ať je to kdokoliv, abych mu podal jed nebo abych mu dal za podobným účelem radu. Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu. Svůj život i své umění budu cenit jako posvátné, nebudu dělat operace kamene, a vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počínání nešlechtného, neposkvrním se chlípným dotekem s ženami, muži, se svobodnými ani s otroky.

ἃ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἢ ἴδω ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκλαλεῖσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρρητα ἠγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. ὄρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποιέοντι, καὶ μὴ συγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον· παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκέοντι, τάναντία τούτων.

O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl. Udržím-li pevně a dokonale věrnost této přísaze, buď mi za to dán šťastný život pro všechny časy, kdybych však se proti této přísaze prohřešil, ať mě postihne pravý opak."

(Srov. PETRŮ 2014, s.20-26)

Příloha č.3

Pro lékaře v naší zemi je v současné době závazný etický kodex České lékařské komory a lékařský slib, který se v minulém století různě vyvíjel.

Doba po Druhé světové válce považovala jednání mnoha lékařů za Třetí říše a během Druhé světové války za naprosté selhání morálky. Ve známost vešly události jako systematické vyhlazování mentálně postižených a jinak nemocných ve Třetí říši a experimenty na lidech v koncentračních táborech. Na tomto podkladě vznikla přičiněním WHO roku 1948 nová formulace lékařské sponze, známá jako Ženevský lékařský slib, tohoto znění:

„V okamžiku, kdy nastupuji profesionální lékařskou dráhu, zavazuji se slavnostně, že svůj život zasvětím službě lidstvu. Své učitele budu zachovávat v patriční úctě a vděčnosti. Své povolání budu vykonávat svědomitě a důstojně. Zdraví mých pacientů bude mým nejpřednějším zájmem. Budu zachovávat v tajnosti vše, co mi důvěrně svěří. Všemi prostředky, které mi budou dostupné, budu udržovat čest a důstojné provozování lékařského povolání. Své kolegy budu považovat za své bratry. Nedopustím, aby se náboženské, nacionalistické, rasistické, stranické nebo třídní předsudky vetřely mezi mé povinnosti a pacienty. Budu s největší pozorností ochraňovat lidský život, a to od okamžiku jeho vzniku. Ani nátlak a vyhrožování mne nedonutí k tomu, abych své lékařské znalosti obrátil proti některému člověku. To to slibuji slavnostně, svobodně a na svou čest.“ (Laňková,2013)

V textu jsou patrné některé aluze na Hippokratovu přísahu: úcta k učitelům, zachování tajemství, bratrství s kolegy v oboru, ochrana lidského života, zapovězení obrácení znalostí proti lidskému životu se zdá být ve spojení s původním textem týkajícím se podání jedu, ochrana lidského života od počátku se pojí zřejmě s odmítnutím zabránění početí.

Co chybí, je např. odmítání provádění chirurgických zákroků, zapovězení zneužívání blízkých a majetku pacienta. Naopak navíc je závazek nedopustit, aby předsudky nejrůznějšího druhu zabránily konat lékaři svou povinnost a dále závazek všemi prostředky udržovat čest a důstojné provozování povolání (zřejmě v souvislosti s neblahým působením mnoha lékařů v období třetí říše).

Nový vysokoškolský zákon z roku 1950 ustanovil i novou formulaci lékařské sponze, která obsahovala i formulace o budování socialistické společnosti vedené dělnickou třídou a komunistickou stranou. Byl platný až do r. 1990.

Promotor: „... Slíbíte tedy Československé socialistické republice a jejímu lidu: především, že si budete vždy vědomi poslání vědy pro socialistickou společnost a že své vědomosti a svou činnost zaměříte ku prospěchu všeho lidu a své povinnosti budete konat řádně, svědomitě a ochotně s plným vědomím své odpovědnosti a budete stále prohlubovat vědecké poznání a v něm pokračovat; dále, že budete podle svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu. Dále, že zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a že při každém jednání se zdravým a nemocným budete mít na mysli jen dobro člověka, že to, co uvidíte v životě lidí nebo uslyšíte při provádění svého povolání nebo mimo ně, nebudete dále rozšiřovat a zamlčíte všem nepovolaným; konečně, že vždy uchováte ve vděčné paměti Univerzitu Karlovu a fakultu všeobecného lékařství, na které jste vystudovali. Jste hotovi složit tento slavný slib jsouce si vědomi jeho závaznosti?“ Doktorandi: „Ano, slibuji.“ (Laňková, 2013)

Zde zůstává důraz na dobro a prospěch nemocného člověka, dále na zachování mlčenlivosti. Slib uchovávat v paměti univerzitu a fakultu můžeme vztáhnout k úctě k učitelům, zde rozšířené na instituci.

Zajímavý je nový důraz na prohlubování vědeckého poznání a pokračování v něm, zřejmě není myšleno jako výzva k postgraduálnímu studiu, ale jako závazek celoživotního vzdělávání. Také důraz na vlastní svědomí je nový (*budete podle svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu*), zřejmě zdůraznění osobní odpovědnosti lékaře. Od r. 1990 je sponze na Karlově univerzitě přeformulována s ohledem na politické změny:

Zákon o vysokých školách č. 172/1990 Sb.

Promotor: „... Slíbíte tedy: Především: že si budete vědomi poslání vzdělání a vědy pro společnost, že budete stále usilovat o společenský pokrok a šťastnou budoucnost lidstva, že své vědomosti a svou činnost zaměříte ku prospěchu všech lidí a své povinnosti budete konat řádně a svědomitě, že budete stále prohlubovat vědecké poznání, ke kterému tato věda došla, a v něm budete dále pokračovat. Dále: že budete podle svých možností a svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu, že zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a bez

jakéhokoli provinění a že budete mít na zřeteli jen dobro člověka, že to, co uvidíte nebo uslyšíte při provádění svého povolání nebo vůbec v životě lidí, co by nemělo být zveřejněno, zachováte v tajnosti. Konečně: že vždy uchováte ve vděčné paměti Univerzitu Karlovu a její lékařskou fakultu, na níž dosáhnete titulu doktora všeobecné medicíny. Jste si dobře vědomi, k čemu se zavazujete a jste připraveni složit tento slavný slib na své dobré svědomí?“ Doktorandi: „Slibuji.“ (Laňková, 2013)

Slib je totožný s předchozí formulí, reflektuje pouze změnu politického systému, nastávající lékaři se tedy zavazují usilovat o „*společenský pokrok a šťastnou budoucnost lidstva*“, aniž by byla sponze adresována ČSSR a jejímu lidu, společnost již není „socialistická“, ale bez přívlastku. Z toho můžeme usuzovat, že kromě změn politického režimu se ve společenském dění neudálo nic tak zásadního, aby se zodpovědným osobám zdálo vhodné reflektovat to ve formulí slibu, která je až na výše zmíněné změny v naší zemi stejná téměř 70 let.

Příloha č.4

Zuzana Černá
Bakalářský studijní program Ošetrovatelství, studijní obor Všeobecná sestra
2.lékařská fakulta UK v Praze
kontaktní email: zuzuce@seznam.cz

.....
V Praze, dne 12.11.2019

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 - Motol

Věc: žádost o povolení ke sběru a zpracování dat k bakalářské práci

Vážená paní náměstkyně,

V souvislosti se zpracováním bakalářské práce na ZLF UK s názvem Práva a povinnosti pacientů a jejich aplikace v ošetrovatelské praxi se na vás obracím s žádostí o povolení provést výzkum k tématu mé bakalářské práce.

Dotazníkové šetření by proběhlo u hospitalizovaných pacientů a všeobecných a praktických sester na odděleních interny a chirurgie ve fakultní nemocnici v Motole. Budou užit standardizované metody a to v papírové formě.

Za vyřízení žádosti velice děkuji s pozdravem

Zuzana Černá
.....
studentka 3.ročníku ZLF UK

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:
S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím

V Praze, dne 18 - 11 - 2019

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

SOUHLASÍM


MANEŽERKA NEMOCNICE V MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
ambulance pro ot. péči
IČO: 00964281 DIČ: CZ00964281

Příloha č.5**Dotazník - pacient****Vážení respondenti,**

jsem studentkou 3. ročníku 2. LF UK, obor Ošetrovatelství a obracím se na vás s žádostí o vyplnění dotazníku pro bakalářskou práci na téma „práva a povinnosti pacientů a jejich aplikace v ošetrovatelské praxi“. Dovoluji si vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Správné odpovědi zaškrtněte a co je třeba doplnit, doplňte. Vaše účast je samozřejmě anonymní a dobrovolná. Předem velmi děkuji za spolupráci!

Zuzana Černá

1. Jste

- muž
- žena

2. Věk

- 18 - 35
- 36 - 50
- 51 - 60
- 61 – výše

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání (prosím uveďte obor)

- základní

- vyučen(a)

- střední

- vyšší odborné

- vysokoškolské.....

4. Byl jste již někdy dříve hospitalizován v nemocnici? Pokud ano, kolikrát?

- ano.....(doplňte počet hospitalizací)
- ne

5. Znáte práva pacienta?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

6. Víte, jaké má pacient povinnosti?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7. Pacient má právo znát jméno nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří se o něj starají.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

8. Pacient je povinen respektovat vnitřní řád oddělení, na kterém je hospitalizován.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

9. Pacient má právo být ošetřován na náležité odborné úrovni.

- souhlasím
- nesouhlasím

- nevím

10. Pacient má právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

11. Pacient má právo zatajit (ošetřujícímu lékaři) některé informace týkající se jeho zdravotního stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

12. Pacient má právo žádat o druhý odborný názor z jiného zdravotnického pracoviště.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

13. Pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

14. Pacient je povinen dodržovat lékařem navržený léčebný postup poté, co s ním souhlasil.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

15. Pacient má právo léčbu kdykoliv přerušit.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

16. Pacient má během hospitalizace právo na přítomnost lékaře u lůžka, kdykoli o to požádá.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

17. Pacient je povinen pravdivě informovat lékaře o svém zdravotním stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

18. Pacient má právo nebýt informován o svém zdravotním stavu, pokud si to přeje.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

19. Byl(a) jste seznámen(a) s ošetrovatelskými výkony a průběhem vyšetření, která vás čekají, srozumitelným způsobem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Jedná s vámi nelékařský zdravotnický personál (sestry) vždy s úctou a respektem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21. Jaká je podle vašeho názoru úroveň ošetrovatelské péče na tomto oddělení?

- výborná
- dobrá
- nic moc
- špatná

Vaše poznámky a připomínky (prosím vypište):

.....

.....

.....

Příloha č.6**Dotazník – zdravotník****Vážení kolegové,**

jsem studentkou 3. ročníku 2. LF UK obor Ošetrovatelství a obracím se na vás s žádostí o vyplnění dotazníku pro bakalářskou práci na téma „práva a povinnosti pacientů a jejich aplikace v ošetrovatelské praxi“. Dovoluji si vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Správné odpovědi zaškrtněte a co je třeba doplnit, doplňte. Vaše účast je samozřejmě anonymní a dobrovolná. Předem velmi děkuji za spolupráci!

Zuzana Černá

1. Jste

- muž
- žena

2. Věk

- 18 - 35
- 36 - 50
- 51 - 60
- 61 – výše

3. Vaše nejvyšší vzdělání ve zdravotnickém oboru

- střední zdravotnická škola
- vyšší odborná zdravotnická škola
- vysoká škola
- specializace (např. ARIP) - prosím vypište).....

.....

4. Pracujete na pozici:

- praktická sestra
- všeobecná sestra
- jiné – prosím vypište.....

5. Znáte práva pacienta?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

6. Víte, jaké má pacient povinnosti?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

7. Pacient má právo znát jméno nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří se o něj starají.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

8. Pacient je povinen respektovat vnitřní řád oddělení, na kterém je hospitalizován.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

9. Pacient má právo být ošetrován na náležité odborné úrovni.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

10. Pacient má právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

11. Pacient má právo zatajit (ošetřujícímu lékaři) některé informace týkající se jeho zdravotního stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

12. Pacient má právo žádat o druhý odborný názor z jiného zdravotnického pracoviště.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

13. Pacient nesmí mít přístup k informacím o svém zdravotním stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

14. Pacient je povinen dodržovat lékařem navržený léčebný postup poté, co s ním souhlasil.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

15. Pacient má právo léčbu kdykoliv přerušit.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

16. Pacient má během hospitalizace právo na přítomnost lékaře u lůžka, kdykoli o to požádá.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

17. Pacient je povinen pravdivě informovat lékaře o svém zdravotním stavu.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

18. Pacient má právo nebýt informován o svém zdravotním stavu, pokud si to přeje.

- souhlasím
- nesouhlasím
- nevím

19. Seznamujete pacienty předem s ošetrovatelskými výkony a průběhem vyšetření, která je čekají, srozumitelným způsobem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

20. Jednáte s pacienty vždy s úctou a respektem?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

21. Jaká je podle vašeho názoru úroveň ošetrovatelské péče na tomto oddělení?

- výborná
- dobrá
- nic moc
- špatná

22. Vaše poznámky a připomínky (prosím vypište):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....