

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Lucie Vlčková**

**Důstojnost pacienta při hospitalizaci**

*Dignity of patient during hospitalization*

*Bakalářská práce*

Praha, květen 2016

Autor práce: Lucie Vlčková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav cizích jazyků 3. LF UK**

Externí konzultant práce: **Mgr. Ivana Bališová**

Pracoviště konzultanta práce: **Nemocnice na Bulovce, Chirurgická klinika**

Předpokládaný termín obhajoby: 23. 6. 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 23. 5. 2016

Lucie Vlčková

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce, panu Doc. PhDr. Martinu Hemelíkovi, CSc. za cenné rady, doporučení a vlídný přístup. Stejnou měrou děkuji své konzultantce, paní Mgr. Ivaně Bališové, která mě podporovala při psaní bakalářské práce.

## OBSAH

Úvod.....	1
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	3
1. LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....	3
1.1 Uznání.....	3
1.2 Respekt.....	4
1.3 Úcta, sebeúcta .....	4
1.4 Autonomie .....	5
1.5 Rozdělení lidské důstojnosti .....	5
1.5.1 Důstojnost zásluh .....	6
1.5.2 Důstojnost mravní síly.....	7
1.5.3 Důstojnost osobní identity.....	7
1.5.4 Menschenwürde.....	8
2. POTŘEBY .....	8
2.1 Význam pojmu potřeba.....	9
2.2 Rozdělení potřeb podle Maslowa .....	9
2.3 Uspokojování potřeb.....	10
2.4 Sociální izolace.....	11
2.5 Využití poznatků o potřebách lidí pro práci sestry .....	11
3. INTIMITA A STUD .....	12
4. ROLE PACIENTA.....	13
4.1. Negativní emoce .....	13
4.1.1 Méněcennost.....	14
4.2 Pozitivní emoce.....	14
5. ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
6. OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY .....	15
6.1 Role sestry.....	16

7. KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI .....	17
7.1 Profesionální komunikace.....	18
7.2 Techniky naslouchání .....	19
7.3 Komunikační cíle sester.....	20
8. ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY V OŠETŘOVATELSTVÍ .....	20
8.1 Etika a právo .....	21
8.2 Etické kodexy .....	22
8.2.1 Etický kodex sestry .....	22
8.2.2 Ochrana lidských práv .....	23
8.2.3 Práva pacientů .....	24
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	25
9. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE .....	25
10. VÝBĚROVÝ SOUBOR.....	26
10.1 Metodika průzkumu.....	26
11. VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	27
12. DISKUZE.....	50
13. ZHODNOCENÍ STANOVENÝCH CÍLŮ .....	57
14. ZÁVĚR.....	60
SEZNAM LITERATURY .....	62
SEZNAM TABULEK.....	66
SEZNAM GRAFŮ .....	67
PŘÍLOHY:.....	68
Práva pacientů ČR .....	68
Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester (ICN) .....	70
Dotazník.....	73

*Být nechtěný je nejhorší nemoc,  
jaká může člověka potkat.  
Jedinou možnou léčbou jsou ochotné,  
sloužící ruce a srdce, jež nepřestávají milovat.*

*Matka Tereza*

## **Úvod**

Pracuji jako staniční sestra na Jednotce intenzivní péče Chirurgické kliniky Nemocnice Na Bulovce. Svoji funkci zastávám již 15 let.

Téma své bakalářské práce Důstojnost pacienta při hospitalizaci jsem si vybrala na základě svého zájmu o tuto problematiku.

Domnívám se, že v dnešní hektické době, se úcta k člověku dostává do pozadí. Z mého pohledu se tato problematika týká nejen pacientů při hospitalizaci. Úcta k člověku je často postrádána i v běžném životě všech jedinců. Společnost se žene za ziskem, lidskost je brána jako něco výjimečného. Přitom každý člověk má touhu být vnímán ve své jedinečnosti, má své jméno, svá práva, své názory, předsudky, sny, plány. Žije život, tak jak nejlépe umí. Chce být oslovován, informován, chce o sobě rozhodovat. Chce rozhodovat o svém způsobu žití, o své bytosti jako celku.

V nemocnicích se mnohdy můžeme setkat s necitlivým, nelidským přístupem. Je patrný třeba jen v maličkostech, které upíráme našim pacientům, ale sami bychom je požadovali. Například v nepředstavování se, nepodávání dostatečných informací, nerespektování intimity nebo lhostejnosti k názoru pacienta. Všichni víme, že pacienti mají svá práva, ale leckdy na ně zapomínáme. Chceme, aby pacient podepsal potřebnou dokumentaci bez rozmyšlení, co nejrychleji, protože my spěcháme, máme spoustu práce a jeho rozhodování nás zdržuje. Lékaře i sestry.

Ve své práci bych se chtěla věnovat dodržování lidské důstojnosti ze strany sester, které pracují na standardních lůžkových odděleních a na jednotkách intenzivní péče v naší nemocnici. Tato problematika mě velmi

zajímá proto, že mohu jako staniční sestra ovlivňovat a zároveň motivovat sestry k lidskosti. Ani já bych si nepřála, aby se mnou nebo s mými blízkými někdo jednal nedůstojně. Myslím si, že v době zvyšování kvality v péči o pacienta by měla být tato oblast na prvním místě.

Předmětem mého zkoumání je míra pochopení a uvědomění si významu a problematiky lidské důstojnosti pacientů v rámci hospitalizace u nelékařských zdravotníků, tj. zejména u zdravotních sester a zdravotních asistentů.

Chtěla bych ukázat, jak důležité jsou pro každodenní život zdravotníků teoretické znalosti z oblasti etiky, komunikace, psychologie. Zejména uvědomění si, že všichni jsme si rovni, jsme lidské bytosti se stejnými potřebami, které každý jinak uspokojuje.

Je důležité si uvědomit, že nemocný člověk je velmi křehký a zranitelný. My zdravotníci mu můžeme velmi lehce ublížit.

Myslím si, že součástí celoživotního vzdělávání by měla být výuka komunikačních dovedností, etiky a psychologie ve větší míře než je nyní. Vždyť jestliže budou zdravotníci více erudovaní ve výše zmiňovaných oblastech, zavládne porozumění a vznikne partnerský vztah.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Slovo důstojnost pochází z latiny – „*dignitas, dignitatis, f.*“  
„*Dignus, a, um* znamená důstojný, zasloužilý, hodný chvály.

Lidská důstojnost je výrazem uznání lidské hodnoty člověka, zdůrazňující vědomí člověka o jeho společenském významu a o uznání jeho práv v kolektivu. Je jednou z největších hodnot člověka. Náleží všem lidem, bez ohledu na věk a sociální postavení. Náleží tedy i plodu, dítěti, starému člověku s demencí, duševně nemocným. Určitý stupeň důstojnosti náleží i tělu zemřelého a lidským embryím.

Omezení nebo posílení lidské důstojnosti se týká práv člověka. Ta jsou zakotvena v Deklaraci lidských práv (OSN, 1948), v etických kodexech vztahujících se ke konkrétní činnosti a ke konkrétnímu právu.

Je jednodušší definovat skutky, události, že jsou nedůstojné, než popsat, co je důstojné. Hranice, co je a co není důstojné, často jen instinktivně cítíme nebo je vymezujeme na základě mravních principů, kulturních tradic, životního postoje, na základě empatie a úcty k člověku.

(Kutnohorská, 2011, str. 56-57)

### 1.1 UZNÁNÍ

Uznání – co to vlastně je? Je to pocit, stav, který je pro každého člověka velmi důležitý – stav, kdy je uznáván jeho názor, jeho přání ve společnosti, jeho hodnoty, postoj. Úzce souvisí s respektem, úctou. S pocitem uznání a respektu roste i sebevědomí. A naopak, jestliže je sebevědomí narušeno, roste strach, obava projevit svůj názor, přání. Klesá uznání a respekt.

Potřeba uznání, úcty a respektování člověka je důležitá pro vývoj důstojnosti již od počátku života každého jedince. Je základem správného výchovného procesu. Osobnost člověka je utvářena životem prožitým a budoucím. Lidská osobnost se vyvíjí postupně, během života. Důležitými faktory pro její vývoj jsou společnost, rodina. Také prostředí, v němž jedinec

vyrůstá a zraje. Obraz důstojnosti a jedinečnosti se tedy v člověku vytváří od dětství. Každý proto prožívá důstojnost jinak. Velice záleží na výchově, na působení lidí kolem zrající osobnosti a na vlivu společnosti.

## **1.2 RESPEKT**

Respekt je postoj člověka k jiným lidem, kulturám, postojům. Je to vztah mezi lidmi, který předpokládá, že nedojde k poškození člověka jak fyzicky, tak psychicky. Ten kdo „*budí respekt*“, nás vybízí k opatrnému jednání a zacházení.

Projevovat respekt a úctu v péči o nemocné není vždy jednoduché. Nejedná se pouze o slušné chování jako vlídnost, ohleduplnost, zdvořilost, trpělivost. Jde o pohled na člověka jako na jedinečnou bytost. Lidská individualita patří k nejvyšším hodnotám v duchovním vývoji naší kultury.

Součástí psychologického přístupu k pacientovi je úcta a respekt nejen k němu, ale i k jeho rodině, přátelům. Podporují a rozvíjejí jeho důstojnost i úctu k sobě samému.

## **1.3 ÚCTA, SEBEÚCTA**

Úcta je vztah, který se projevuje v omezení vlastních potřeb pro potřeby druhého. Známe ji jako ohleduplnost, podporu, zdvořilost – například dát přednost staršímu, nechat sednout staršího člověka v autobuse atd. Může se projevovat vůči starším lidem, rodičům, ale také vůči institucím, symbolům – vlajce, Bohu.

Sebeúcta je jednou z potřeb, které patří do Maslowovy hierarchie potřeb člověka. Podle toho, jak si vážíme sami sebe, tak si vážíme také druhých lidí. Neúcta je vnímána jako ponížení člověka ve vztahu vnímání sebe samého. Jestliže se snižuje sebeúcta člověka, on si přestává vážit sám sebe, odráží se to i na jeho chování k druhým lidem. Lidé s nízkou sebeúctou prožívají stavy nespokojenosti, zoufalství, neštěstí. Často jsou nemocní, mívají deprese, úzkosti.

## 1.4 AUTONOMIE

Autonomie je schopnost zvládat, řídit a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ. Být autonomní znamená řídit se vlastními pravidly. Principem autonomie je svoboda, schopnost jednání a záměrné činnosti. Předpokladem respektu k autonomii člověka je uznání jeho práva na vlastní názor, právo dělat rozhodnutí, právo jednat na základě osobních hodnot a názorů. Abychom mohli uskutečňovat svoji autonomii, potřebujeme dostatek svobody k jednání a zároveň musíme být připraveni převzít za svá jednání odpovědnost. (Kutnohorská, 2011, str. 55)

Uznání a respektování práva člověka na autonomii je jedním ze způsobů, jak mu projevit úctu. Autonomie je rovněž jednou z potřeb, které spadají podle Maslowovy hierarchie potřeb na její vrchol, a to do oblasti seberealizace, sebeaktualizace.

## 1.5 ROZDĚLENÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Rozdělení se vytvořilo na základě projektu, podle něhož byla důstojnost rozdělena do čtyř kategorií. Stalo se tak na základě studie *Důstojnost a starší Evropané* z roku 2003. Projekt byl sponzorován Evropskou komisí a trval tři roky. Podíleli se na něm specialisté z oblasti zdravotní péče, filosofie a sociálních věd ze šesti zemí Evropy – Anglie, Švédska, Francie, Slovenska, Irsko, Španělska. Předmětem zkoumání byli především staří lidé, kteří potřebují pomoc v oblasti zdravotní a sociální péči.

(příručka *Respektování lidské důstojnosti*, Cesta domů, 2004)

### **Hlavními cíli tohoto výzkumu bylo:**

1. Posílit význam lidské důstojnosti v poskytování zdravotní a sociální péče.
2. Zvýšit vnímavost zdravotníků a sociálních pracovníků, aby své služby poskytovali s úctou a respektem.
3. Pozitivně ovlivnit obraz starších lidí ve společnosti.
4. Posílit mezigenerační solidaritu.

**Na základě tohoto projektu byla lidská důstojnost rozdělena do čtyř kategorií:**

Důstojnost zásluh

Důstojnost mravní síly

Důstojnost osobní identity

Menschenwürde

### **1.5.1 Důstojnost zásluh**

Zásluhy jsou skutky, činy, za které si lidé, kteří je vykonali, zaslouží úctu, obdiv.

Každý člověk má nějaké zásluhy, např. v osobním životě, v pracovním, společenském. Dnešní společnost považuje za vysoce záslužné mít vysoké postavení a vysokou ekonomickou úroveň. Patří sem třeba politici, státníci, lékaři, právníci, ale i umělci, známí sportovci, modelky. Často jsou označováni jako VIP (Very Important Person) nebo celebrity. Většinou záleží na rozdílnosti vnímání a hodnotovém systému každého jedince.

Zásluhy má ale každý, jsou různé. Některé jsou ceněny více, některé méně. V běžném životě každý z nás máme spoustu zásluh, větších či menších. Vystudovali jsme, vychovali děti, vymysleli třeba užitečné věci, které usnadnili lidem život. Zachraňujeme lidské životy, pomáháme lidem v nouzi, finančně se účastníme sbírek pro nemocné děti na drahou léčbu nemocí. Ale někdy i jen dobré slovo může být záslužné. Zásluh je spousta. I obyčejný člověk, třebaže je momentálně v roli bezdomovce, má spoustu zásluh, o kterých ani nevíme. Záleží na roli, ve které je pacient přijímán. To je třeba si uvědomovat právě v ošetrovatelství, kdy se pohybujeme v intimní zóně pacienta.

Podobně je třeba zvažovat situaci starých lidí, kteří mají jistě mnoho zásluh za celý život. Kolik mají znalostí, zkušeností, které rádi předávají dál, jen pokud o ně má někdo zájem. Pak roste pocit jejich důležitosti a potřeby pro společnost, pro druhé. Jejich smysl života získává hodnotu. Jejich právo být vhodně oslovován je podstatné v rámci zachování sebeúcty. Studovali, pracovali, vychovali děti, byli jakýmkoliv způsobem prospěšní společnosti.

Pro důstojnost zásluh je specifické, že je pomíjivá. Dnes jsme uznáváni, zítra již nebudeme. Sláva, funkce, majetek, společenské uznání, postavení, dobrá pověst přicházejí a zase odcházejí. (Wichsová, 2012, str. 11)

### **1.5.2 Důstojnost mravní síly**

Tato důstojnost je orientována na schopnost jedince dodržet svá mravní přesvědčení. Je-li jedinec schopen žít v souladu se svými mravními zásadami, pociťuje určitou důstojnost. Jedná se např. o mezní situace, kdy člověk nezaváhá i za cenu osobních ztrát. Někomu třeba zachrání život, zastane se slabšího, postaví se silnějšímu. Jedná ve smyslu svých mravních zásad. Člověk pevných mravních zásad musí mít odvalu. Tito lidé pak zažívají pocit důstojnosti, jsou „hrdinové“. Naopak lidé zbabělí často ztrácí sebeúctu, úctu druhých a bývají odmítáni společností. Na rozdíl od důstojnosti zásluh tento typ důstojnosti neposkytuje jedinci žádné výhody. (Wichsová, 2012, str. 11)

### **1.5.3 Důstojnost osobní identity**

Tento typ důstojnosti je pro každého z nás velmi důležitý. Role, se kterou se každý člověk ztotožňuje. Souvisí s osobní identitou a sebeúctou. Jedná se o fyzickou identitu, vnímání sebe sama, začlenění do společnosti. Jakékoliv způsoby ponižování vedou ke snižování této důstojnosti. Právě tento typ je ve zdravotnictví nejčastěji porušován. Např. přehlížením pacienta v čekárně, nevhodným oslovováním, nepodáváním informací, omezováním pohybu, omezováním kontaktu s rodinou, nezachováváním intimity a soukromí. Nejvíce to vnímají staří lidé. Často se cítí jako loutky, s kterými je manipulováno, nikdo se jich na nic neptá. Rozhodují za ně jiní, příbuzní, zdravotníci.

Zdravotníci si často vůbec neuvědomují, jak dalece mohou ranit člověka nebo jak lehce může být pošlapána jeho důstojnost. A přitom každý pacient, který přijde do jakéhokoliv zdravotnického zařízení, do něj vstupuje s důvěrou, s prosbou o pomoc. Má problém, s kterým si neví rady. Díky této důstojnosti nalézáme smysl života. Každá osoba s touto důstojností si uvědomuje smysl vlastního života ve vztahu k sobě i ke všemu, co ji obklopuje.

Wichsová (2012) se zmiňuje o vyvíjející se koncepci *narativní medicíny*, kdy každý pacient má svůj příběh, který se zdravotníci snaží nalézt. Jestliže je příběh nalezen, postoj k pacientovi je jiný než předtím. Pacient je stále členem společnosti, nemá pocit zbytečnosti, bezmoci.

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, jsou často z důvodu zhoršení zdravotního stavu nesoběstační, omezeni v pohybu. Jsou odkázáni na pomoc. Při neochotě a nepřítomnosti empatie u personálu je tato skutečnost značně ponižující. Personál by měl být vstřícný, empatický, měl by předvídat a nabízet pomoc, aktivně se ptát, projevovat zájem o potřeby pacienta.

(Wichsová, 2012, str. 11)

#### **1.5.4 Menschenwürde**

„*Menschenwürdig*“ znamená „lidsky důstojný“. Tento typ důstojnosti chápe osobu jako majitele nezczitelné úcty, která souvisí se samou podstatou lidství. Tato důstojnost náleží všem lidským bytostem, nezávisle na jejich sociálním, duševním a tělesném stavu. Náleží všem ve stejné míře a po celý život. Nelze ji odebrat. Tato důstojnost je základem lidských práv, je neměnná. Není závislá na postavení, ekonomické situaci člověka, na věku ani na inteligenci. (Wichsová, 2012, str. 11)

## **2. POTŘEBY**

Co se rozumí „potřebou člověka“? Potřeba je projev nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba vybízí k vyhledávání určitých podmínek nezbytných k životu nebo k vyhýbání se podmínce, která není pro život příznivá. Je něčím, co lidská bytost potřebuje pro svůj život a vývoj. Pocit nedostatku ovlivňuje psychickou činnost člověka - pozornost, myšlení, emoce, volní procesy. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem, ale všichni lidé mají přibližně stejné potřeby. V průběhu života se potřeby mění z hlediska kvantity a kvality.

Potřeby je možno uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí je ten, který neuškodí ani nám, ani jinému, při kterém jsou potřeby

uspokojovány ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami individua a v mezích zákona. O nežádoucí uspokojování se jedná tehdy, když škodí nám nebo jiným, není ve shodě se sociálně – kulturními hodnotami a přesahuje zákon.

## **2.1 VÝZNAM POJMU POTŘEBA JE:**

- a) biologický
- b) ekonomický
- c) psychologický

Biologický představuje stav porušené homeostázy. Ekonomický vyjadřuje nutnost vlastnit a užívat nějakou věc, majetek. Psychologický vyjadřují psychický stav jedince, je zcela specifický a odráží nějaký nedostatek.

## **2.2 ROZDĚLENÍ POTŘEB PODLE MASLOWA:**

**Fyziologické potřeby:** vyjadřují potřeby organismu, slouží k přežití. Jsou součástí denního rytmu – jídlo, spánek, pohyb, apod. Většinou žijeme tak, abychom tyto potřeby uspokojili. Ale když začnou být dominantní a jejich potřeba je aktuální, ovlivní celkové chování a jednání člověka.

**Potřeba jistoty a bezpečí:** vyjadřuje touhu po důvěře, stabilitě, spolehlivosti, bezpečí. Objevuje se vždy v situaci ztráty pocitu životní jistoty.

**Potřeba lásky a sounáležitosti:** jde o potřebu milovat a být milován, potřebu náklonosti, sounáležitosti, potřeba sociální integrace. Vystupuje v situacích opuštění, osamocení.

**Potřeby uznání, ocenění a sebeúcty:** jde o dvě spojené potřeby. Jedna vyjadřuje sebeúctu a sebehodnocení, vyjadřuje přání výkonu, kompetence, důvěry ve společnost a nezávislost na mínění druhých. Druhá vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí, statutu a prestiže uvnitř sociální skupiny. Vystupuje v situacích ztráty respektu, kompetence, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

**Potřeby seberealizace, sebeaktualizace:** jde o tendenci realizovat své schopnosti a záměry. Člověk chce být tím, kým podle svého mínění může

být. Musí sám u sebe nacházet z práce uspokojení a být přesvědčen, že svoji práci dělá dobře.

K těmto potřebám Maslow řadí tzv. **metapotřeby**. Patří sem potřeba poznání, porozumění, jednoty, rovnováhy, harmonie, individuality, autonomie, smysluplnosti,... Jsou to potřeby růstu. Jde o touhu přesáhnout sama sebe, hledání smyslu života směrem k duchovní sféře, k víře. (Trachtová, 2006, str. 9 - 14)

### 2.3 USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB

Nemoc často brání lidem v uspokojování potřeb a určuje sama jejich uspokojování.

Sestry pomáhají v uspokojování potřeb nemocným podle soběstačnosti, s postupným uzdravováním, klesá potřeba pomoci sestry. Když jsou uspokojeny potřeby fyziologické, nemocný chce uspokojit potřeby vyšší, tedy potřebu jistoty, bezpečí. Nemocní se často zaměřují na fyziologické potřeby a přechodně se nezapývají potřebami vyšší úrovně.

Individualita člověka, jeho osobnostní vlastnosti přizpůsobují potřeby, jejich vyjádření a způsob uspokojení i psychickou odezvu. Rozhodující bude typologie jedince (extrovert, introvert), emocionální labilita nebo stabilita, odolnost proti zátěži. Je-li narušena sebekoncepce člověka, je oslabena schopnost uspokojit základní potřeby, ale také uvědomit si, zda byly potřeby uspokojeny či nikoli. Lidé, kteří se znají, váží si sami sebe, snášejí lépe změny, identifikují svoje potřeby a způsob, jak je uspokojit. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni uspokojit svoje potřeby a budou potřebovat pomoc sestry.

Mezilidské vztahy, vztahy k příbuzným, narušují uspokojování potřeb. Sestry vstupují do těchto vztahů, jsou v blízkosti nemocných v kritických chvílích. Mohou tak nemocnému pomáhat, aby si uvědomil své potřeby.

Vývojové stadium člověka upravuje signalizaci a způsob uspokojování potřeb i jejich psychickou odezvu. Každý se během svého vývoje musí naučit důvěřovat lidem, protože na základě důvěry je snadnější naplnění pocitů jistoty a bezpečí.



Okolnosti, za kterých nemoc vzniká, ovlivňují potřeby člověka a jeho psychickou odezvu. Nemocný jinak vyjadřuje a uspokojuje své potřeby v domácím prostředí, jinak když je v nemocnici. (Trachtová, 2006, str. 17)

## **2.4 Sociální izolace**

Dlouhodobý stres, psychická zátěž může být příčinou somatického onemocnění. Každé onemocnění je provázeno negativními emocemi, jako je strach, úzkost. Ty mohou způsobit sociální izolaci. Může dojít až k vyhýbání se lidem. Pak mluvíme o sociální fobii. Sociální izolace, opuštěnost může pak být příčinou negativních emocí. Těžce nemocní lidé žijí často osamoceni, opuštěni, v sociální izolaci. Tehdy jde o sociální smrt. Prostředí, ve kterém člověk žije, ovlivňuje přímo i nepřímo jeho zdravotní stav. Je dokázáno, že osamocení lidé dříve umírají. (Trachtová, 2006, str. 9 - 10)

## **2.5 VYUŽITÍ POZNATKŮ O POTŘEBÁCH LIDÍ PRO PRÁCI SESTRY**

K zachování důstojnosti pacienta je důležité, aby sestra měla znalosti o potřebách člověka. Může tak lépe pochopit nemocného a jeho chování v určitých situacích. Sama by měla také pečovat o uspokojování svých potřeb, aby se mohla dobře starat o druhé. Jestliže bude dobře pečovat o druhé, zpětně získá pocit důvěry. Pak vzroste její radost a uspokojení z práce.

Pacienta je třeba brát v celé jeho jedinečnosti, ale zároveň si uvědomovat také svoji individuálnost. Prostřednictvím takové reflexe jsme si daleko lépe schopni uvědomit, že všichni lidé jsou si rovni. Toto uvědomění je pak základem správného pochopení pomoci bližnímu – totiž pomáhat mu jako partnerovi, nikoli z pozice moci či autority, ale pomáhat a pečovat z lásky k člověku.

### **Nejdůležitější poznatky o potřebách lidí pro sestru:**

- Poznáním a pochopením sebe sama je možno dosáhnout přiměřeného a správného uspokojování svých potřeb.

- Pochopením potřeb druhých lidí lépe posuzujeme a hodnotíme jejich chování.
- Poznatky o základních potřebách tvoří podklad pro ošetrovatelský proces v nemocnici i v domácí péči.
- Hodnocení potřeb je základem hodnocení nemocného, určování priorit a plánování péče.
- Teoretické znalosti potřeb, faktorů a různých situací umožňují sestře přiměřenou intervenci u pacienta.
- Sestra může tyto znalosti využít při edukaci nemocného a podpořit ho v jeho seberealizaci, aby pochopil, co se s ním děje. Pomoci mu přijmout nevyhnutelné, pomoci uklidnit se.

(Trachtová, 2006, str. 17)

### **3. INTIMITA A STUD**

Intimita znamená soukromí, důvěrnost, souvisí s identitou člověka. Ztráta intimity znamená ztrátu sebevědomí a sebejistoty, tím i ztrátu lidské důstojnosti. Pacient má právo na ohledy na soukromí a stud. Všechna vyšetření, ošetrovatelské výkony a léčba jsou velmi důvěrné. Při mnoha činnostech, které zdravotníci provádějí, dochází k narušování pacientovy intimity, soukromí. Tato narušení je třeba minimalizovat.

Problematika respektování intimity, důvěrných informací a zachovávání důstojnosti je zakotvena v Právech pacientů (příloha A) i v Etických kodexech nelékařských pracovníků (příloha B) i lékařů, sociálních pracovníků atd.

Sestra je povinna chránit zájmy pacienta a měla by při svých činnostech postupovat tak, aby vždy zachovávala jeho intimitu a respektovala jeho stud.

Před každým ošetrovatelským výkonem by měl být pacient sestrou dostatečně, srozumitelně a předem informován. Je důležité zdůraznit potřebu jeho spolupráce, zapojit ho do péče. Intimitu zachovávat přítomností jen nezbytných osob v místnosti, se zavřenými dveřmi nebo se zástěnou. Odhalujeme jen nezbytně nutnou část těla.

Respekt soukromí pacienta se projevuje i tak, že ošetrující personál, než vstoupí na pokoj pacienta, zaklepe a pak pozdraví.

## **4. ROLE PACIENTA**

Pro většinu lidí je hospitalizace traumatizující událost. Pobyt v nemocnici dostává pacienta do sociální izolace. Je odtržen nejen od každodenních aktivit, na které je zvyklý, ale i od své rodiny, od přátel. Kontakt s nimi je omezen. Najednou si nemůže plánovat svůj život sám, nemůže se volně pohybovat. Jeho záliby musí stranou.

Je v neznámém prostředí, leží na pokoji s neznámými lidmi. Musí provádět činnosti, které neumí a neovládá, což snižuje jeho sebevědomí, jeho osobnost je devalvována. Dostává se do situací, které jsou neznámé, nepříjemné. Musí se přizpůsobit provoznímu řádu nemocnice, který změní jeho životní rytmus.

Pacient nemůže v nemocnici dělat, co by chtěl, na co je zvyklý, co dělá rád, ale co mu určí jiní, tj. zdravotnický personál. Najednou o něj pečují spousta neznámých lidí. Je zmatený. Dostává mnoho informací současně, které si nepamatuje, což ho uvádí do rozpaků, začíná o sobě pochybovat. Nebo je zase informací málo a on neví, co má dělat, co ho čeká.

### **4.1. NEGATIVNÍ EMOCE**

Mezi nejčastější negativní emoce patří strach a obavy z nemoci, z výsledků vyšetření, z operace, z bolesti. Strach ze ztráty sebekontroly, například při vyšetření v celkové anestezii. Nejistota z budoucnosti ovlivněná následky nemoci či ztrátou zaměstnání a snížením příjmů v nemoci. Obavy z toho, že bude závislý na druhých, že se o něj nikdo nepostará, že bude muset jít do zařízení následné péče. Někdo má obavy, že bude svou nesoběstačností přinášet problémy svým blízkým. Jak se postará o děti, o rodiče? Jak zvládne péči o domácí mazlíčky?

Zdravotníky většinou zajímají jen problémy pacienta, pro které je hospitalizován. Za „dobrého“ pacienta se pokládá pasivní pacient, který neklade otázky ani žádný odpor a „poslouchá“. Dodržuje předepsaný režim, spolupracuje, na nic se neptá, je trpělivý. Za „špatného“ naopak pacient, který

klade mnoho otázek, má ke všemu připomínky. Nespolupracuje, odmítá navrhovanou léčbu.

Dlouhodobé zdravotní problémy, snížená schopnost vykonávat každodenní činnosti mohou postupně vyústit k pocitům méněcennosti.

#### **4.1.1 Méněcennost**

Méněcennost je pocit nedostatečnosti, hluboká pochybnost a nejistota o sobě samém. Člověk srovnává svůj stav, svou nemoc a svou budoucnost s obdobím před nemocí, s obdobím, kdy byl zdravý. Pocit méněcennosti vychází z tělesných a psychických poruch. Vliv mají povahové rysy osobnosti, např. neprůbojnost, uzavřenost. Předpoklady pro snížené sebehodnocení se vyvíjí již v dětství, a to omezováním samostatnosti a sebevědomí dítěte. Neúspěchy, kritika, posměch, bezmocnost, to vše snadno vede k pocitu zahanbení, k pocitu méněcennosti. Mnohdy dochází i k pohrdáním sebou samým. Toto je třeba si uvědomovat a snažit se být k nemocným vlídný a trpělivý.

(Zacharová, 2007, str. 32)

#### **4.2 POZITIVNÍ EMOCE**

Někdy ale i nemoc, utrpení může mít pozitivní dopad na život člověka. Uvědomí si, jak je zdraví vzácné, že peníze a sláva nejsou zase až tak důležité. Začne si vážit domova, rodiny, svobody, lásky, přátel. Začne vnímat jiné hodnoty, změní svoje priority v životě. Najde spoustu nových přátel, se stejným zdravotním problémem.

Všechny emoce jsou samozřejmě velmi individuální záležitostí, každý člověk je jiný, má jiné vnímání skutečností, jiné sny, cíle.

### **5. ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Etika v ošetřovatelství vychází z etiky ctností, jejíž představitel Aristoteles se zajímal především o člověka jednajícího, který ví, že dospělý, moudrý člověk nemůže jednat špatně. Zajímal se o charakter a motivaci jednajícího.

Dle jeho názoru je etika umění, které nezískáme při narození, ale vše se můžeme naučit. (Heřmanová, 2012, s. 37)

Pro etiku v ošetrovatelství je důležité vědět, jak pacient prožívá svoji nemoc, jaký může mít vliv na jeho pocity, na jeho jednání. Sestra by si měla být vědoma své role v terapeutickém vztahu s pacientem. Od 60. let se v ošetrovatelství rozvíjí holistické teorie ošetrovatelství. Ta zdůrazňuje individuální přístup k pacientovi, spočívající ve vnímání a uspokojování bio-, psycho-, socio- spirituálních potřeb. (Heřmanová, 2012, s. 41)

Vztah pacienta a sestry není a nebude nikdy rovnoprávný. Pacienti nemají znalosti a zkušenosti jako sestry, alespoň ze začátku nemoci, musí sestřím věřit, že vykonávají svoji práci dobře.

Sestra by měla pomáhat pečovat o pacientův život, o jeho zdraví a blaho. Pacient musí mít právo se svobodně rozhodovat, sestra by jeho rozhodnutí měla respektovat. Měla by mu pomáhat v rozvoji k soběstačnosti, zapojovat ho do sebe péče, a tím ho podporovat ve snaze k návratu zpět do plnohodnotného života.

Jestliže nemoc přináší nějaké, pro pacienta omezující následky, pomáhat mu, naučit se s nimi žít. Sestra se aktivně a velmi úzce spolupodílí na návratu k soběstačnosti pacienta a tím současně i na zvyšování sebeúcty pacienta. (Heřmanová, 2012, s. 41)

## **6. OSOBNOST VŠEOBECNÉ SESTRY**

K výkonu povolání všeobecné sestry je důležitá nejenom odborná způsobilost získaná na základě studia, ale jsou to i určité osobnostní předpoklady.

V odborných publikacích se uvádí, že by sestra měla být:

- Tvůrčí osobnost
- Kritická, dostatečně sebekritická
- Empatická, laskavá
- Trpělivá
- S kladným vztahem k lidem

- Se smyslem pro zodpovědnost a povinnost
- Jako osobnost působit důvěryhodně
- Aktivní, pracovitá, ... ..

Při zamyšlení nad tím, jaká by měla sestra být, nad jejími vlastnostmi, schopnostmi, jsem došla k závěru, že požadavky společnosti na osobnost sestry jsou nemožné, v reálu nesplnitelné. Taková sestra neexistuje. Jsme lidé s kladnými i zápornými vlastnostmi, které se doplňují. Prožíváme každý den radosti i starosti, které samozřejmě ovlivňují naše chování a jednání s lidmi.

Každá sestra by se při vstupu do pracovního procesu po ukončení studia měla zamyslet nad oborem, který si zvolí, kterému se chce věnovat, vzhledem ke svým osobnostním charakteristikám. Jestliže si vybere správně, práce ji bude uspokojovat, najde v ní seberealizaci. Pak bude spokojená, bude chodit do práce ráda. Její poslání se naplní. Určitě pak i pacienti, o které se stará, budou spokojeni. Ne každá sestra může pracovat např. na chirurgii. Lépe je zde těm sestřám, které jsou energické, mají rády pohyb, rychle reagují na změny. Na geriatrická pracoviště se zase více hodí klidné, trpělivé, méně energické sestry, se vztahem ke starým lidem. Každý obor je něčím specifický. Práce v nevhodném oboru, neuspokojující osobnostní charakteristiku jedince, začne být dříve či později problémem. Může se stát, že práce nebude splňovat žádoucí očekávání, sestra začne pocítovat neshody s pacientem, pak i v kolektivu. Vše může vyústit až v syndrom vyhoření. Pak je nasnadě změna povolání a odborná pomoc.

Samozřejmostí by však měl být pozitivní vztah k lidem, lidský přístup k nemocnému, smysl pro povinnost a odpovědnost. Neméně důležitá je i kolegiální ke všem spolupracovníkům.

## 6.1 ROLE SESTRY

Mezi základní role sestry patří:

- **Sestra pečovatelka**, která poskytuje ošetrovatelskou péči, identifikuje problémy a řeší je.

- **Sestra edukátorka** nemocného a jeho rodiny, přispívá k upevnování zdraví, pomáhá nemocnému a rodinám v ošetřování, podílí se na rozvoji soběstačnosti nemocného.
- **Sestra obhájkyně** hájí zájmy nemocného.
- **Sestra koordinátorka** plánuje a realizuje ošetrovatelský proces.
- **Sestra jako asistentka lékaře** provádí přípravy na vyšetření, asistuje při terapeutických činnostech, plní ordinace lékaře.

Základem poslání sestry je pomáhat zdravému a nemocnému člověku v činnostech, které se týkají jeho zdraví, jeho ochrany. A to v situacích, kdy toho není schopen nebo nemá potřebnou sílu, vůli, znalost. Nejdůležitější je snaha o co nejrychlejší návrat nemocného do běžného života, podílet se na rozvoji soběstačnosti nemocného, snižovat jeho závislost na druhých.

(Jankotová, 2014, str. 15)

## 7. KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

Komunikace je dovednost, kterou můžeme rozvíjet kdykoli, pokud chceme, můžeme se zdokonalovat po celý život.

Při každém setkání s jiným člověkem dochází k interakci, k vzájemným reakcím mezi lidmi. Komunikace je nástroj. Je to výměna informací, pocitů, zkušeností. Oblasti komunikace sestry jsou: komunikace s pacientem a jeho okolím a komunikace s kolegy.

Komunikací se rozumí nejen mluvení, ale i naslouchání, psaní, čtení, patří sem i pohyby těla. Ten, kdo komunikuje, je současně mluvčím i posluchačem. Komunikace se skládá z vysílání a z přijímání sdělení. Vysíláme mluvením, psaním, gestikulací, či jen úsměvem. Přijímáme informace od druhých posloucháním, čtením, pozorováním.

Komunikovat s lidmi, kteří jsou ve složité situaci, mají bolest, trápení, jsou nervózní, rozčilení, není jednoduché. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Komunikace slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. (Jankotová, 2014, str. 10)

## **7.1 PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE**

V rámci komunikace s nemocným rozlišujeme 3 druhy profesionální komunikace, každý má svůj význam a zákonitosti.

### **1. Sociální komunikace.**

Jde to běžný hovor při kontaktu s nemocným. Vytváří vztah nemocného k personálu. Člověk v domácí nebo nemocniční péči má omezenou možnost sociálních kontaktů, proto pozitivně přijímá možnost hovoru. Rozvoj sociální komunikace je možný např. při stlání lůžka, hygieně nemocného, rozhovorem u lůžka nebo při rehabilitaci, při doprovázení na toaletu.

### **2. Specifická (strukturovaná) komunikace.**

Jde o komunikaci, kdy motivujeme nemocného k léčbě, sdělujeme mu důležitá fakta, edukujeme. Zde je důležité dbát na srozumitelnost, vhodnou formu, vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Na závěr je třeba si ověřit, že nemocný sdělení porozuměl a akceptuje ho. Uplatňujeme např. při sdělování postupu vyšetření, při edukaci o stravování při daném onemocnění, při informaci o rizicích neprovádění dechové rehabilitace.

### **3. Terapeutická komunikace.**

Tento druh komunikace se používá při denním kontaktu s nemocným člověkem v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných a závažných sdělení. (Venglářová, 2006, str. 11 – 13)

V kontaktu s pacientem používáme komunikaci verbální s neverbální složkou komunikace. Sdělení by mělo být stručné, jasné. Používáme běžné slovní obraty, nepoužíváme odborné výrazy. Ověřujeme, zda nemocný rozumí.

Informace by měly být stručné, po sdělení nechat prostor na dotazy. Čas, kdy poskytujeme informace, vnímá nemocný jako dobu, kdy mu věnujeme pozornost.

Při komunikaci je nutno jasně a zřetelně vyjádřit podstatu věci. Při pochybách opakovat. Příkladem nejasného sdělení je slovní obrat „váš tatínek



odešel“ při úmrtí pacienta. Rodina se zeptala, proč je nikdo neinformoval, že by tatínka odvezli.

Při sdělování závažných informací je vhodné správné načasování. Podmínkou je klid pro sdělení, soukromí, nerušený prostor a dostatek času.

Je potřeba přizpůsobit rozhovor reakcím nemocného, sledujeme jeho odpovědi, všímáme si i neverbálních projevů. Při známkách rozrušení, ponecháme čas na oddych.

U verbální komunikace je také nezbytné osvojit si speciální verbální dovednosti. Mezi nejdůležitější patří naslouchání. Nejenže posloucháme, ale i chápeme a rozumíme. Nasloucháním jsou vytvářeny podmínky pro další rozhovor. Umožňujeme druhému se svěřit, dáváme najevo ochotu mu pomoci. Tím, že ho posloucháme, projevujeme mu zároveň úctu, respekt. Posloucháme ušima – slyšíme slova, vnímáme jejich význam, očima – vidíme výraz obličeje, pohled, postoj, pohyby, srdcem – zapojíme emoce.

(Venglářová, 2006, str. 19 – 26)

## 7.2 TECHNIKY NASLOUCHÁNÍ

Pokud pacient sděluje svůj problém, sestra ho poslouchá a v projevu podporuje pomocí technik:

- **Rezonance** – druh zpětné vazby, kdy zopakujeme, co nám nemocný řekl. Dáváme tím najevo, že ho vnímáme a rozumíme mu.
- **Reflexe** – je to pokus pochopit širší myšlenkový celek, vyjádřit ho vlastními slovy.
- **Sumarizace** – nevyjádříme se k jedné věci, ale k tomu, co podstatného jsme ze sdělení vyrozuměli.
- **Povzbuzování** – povzbudit pacienta v hovoru, např. „Povídejte, to mě tedy zajímá,…”
- **Empatie** – vcítění se do prožívání nemocného, podle situace je možné ho i chytit za ruku, pohládit, dát mu najevo, že jsme tu s ním.
- **Mlčení** – můžeme přemýšlet, jak v komunikaci pokračovat, nemocný může mlčet např. z velkého šoku, není schopen slova.

Je třeba si uvědomit, že důležitou součástí komunikace s nemocným jsme my. Kdo jsme, jak se na sebe díváme, jaké máme sebevědomí, jak si sebe vážíme. Má to rozhodující vliv na to, jakým způsobem komunikujeme, jak reagujeme na druhé. Musíme počítat s tím, že všude kde se pohybujeme mezi lidmi, jsme jimi hodnoceni. A to podle jejich měřítek a podle toho jak nás znají.

(Venglářová, 2006, str. 21 – 27)

### **7.3 KOMUNIKAČNÍ CÍLE SESTER**

Kontakt s nemocnými přináší sestře spoustu informací. Jejím úkolem je informace zhodnotit, zaznamenat a sdělit ostatním členům týmu.

**Komunikačními cíli sester jsou:**

- Podporovat, motivovat a pozitivně naladit pacienta ke spolupráci.
- Získat si důvěru pacienta.
- Aktivně vyhledávat potřeby pacienta a řešit je.
- Pomáhat nemocnému rozvíjet jeho sebedůvěru.
- Pečovat o lidskou důstojnost, úctu a respekt pacienta.
- Předávat závažné informace v týmu.
- Připravovat nemocného na rozhovor s lékařem, zprostředkovat jejich rozhovor, setkání.

Jasná a otevřená komunikace mezi sestrou a lékařem umožňuje využití všech získaných informací, které mají k dispozici. Je důležité, aby byla obousměrná. Nezbytná je vzájemná důvěra a respekt.

(Jankotová, 20014, str. 17)

## **8. ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Etika je věda o morálce. S její pomocí můžeme rozlišovat co je mravné a co ne, co je správné a nesprávné jednání. Etika je spojena s teorií hodnot. Nejvyšší hodnotou z etického pohledu je dobro. Mezi etické principy v ošetřovatelství patří:

- **Autonomie.** Je to etický princip, kdy každý člověk má právo určovat své chování a jednání podle svých etických zásad a přesvědčení.
- **Beneficence – prospěšnost.** Konat dobro a vyhnout se působení škod nebo újmy. Sestry jsou povinné podnikat kroky, které chrání pacienta – prevence dekubitů, pádů, apod.
- **Důvěryhodnost.** Dodržovat své závazky, chránit pacienta, hájit jeho práva.
- **Spravedlivost.** Rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci.
- **Veracita – pravdomluvnost.** Říkat druhým pravdu a neklamat je.  
(Kutnohorská, 2007, str. 16 - 18)

## 8.1 ETIKA A PRÁVO

Etika je normativní věda a vymezuje rozsah etických zákonů. Zákon určuje minimální standardy a kritéria vynutitelná prostřednictvím sankcí a trestů. Je neosobní, potlačuje nežádoucí chování s cílem prosadit své požadavky.

Etika respektuje dilematické situace, má tendenci dosáhnout dokonalosti, je dobrovolná a nemůže být vynucena. Je závislá na svědomí člověka. Může předjímat situace ve zdravotní péči dříve a ve větším rozsahu než zákon.

Zákon a etika se mohou posilovat. Zákon chrání a zajišťuje práva, etika zajišťuje, abychom se chovali podle zásad, které překračují často povinnosti dané zákonem.

Mravní hodnoty musí mít podporu v zákonech. Etické kodexy jsou pouze mravně závaznou normou, ale nemohou odporovat platné legislativě. Právo je minimum etiky. Je důležité se orientovat v mravně závazných i právně závazných normách.

Etika usiluje o to, co je mravně správné v různých oblastech praxe. To co je správné chce uplatnit jako normu. Člověk není mravní bytost od narození, ale jeho morálnost je výsledek kultury rodiny, společnosti.

**Normy** jsou sociální pravidla jednání, jsou měřítkem mravnosti a nárokují jejich obecnou platnost. Dávají obecně určitý závazný řád. Můžeme je rozdělit na normy mravní a právní.

**Legalita.** Shoda mravní normy a legislativní zákonné úpravy.

**Právní odpovědnost.** Za ošetrovatelskou praxi je specifikována zákony.

**Právní normy.** Mravní norma se stává právní normou, jakmile je vyhlášena příslušným veřejně oprávněným orgánem, má pak formu zákona.

(Kutnohorská, 2007, str. 18 – 19)

## 8.2 ETICKÉ KODEXY

Etické kodexy, které by měly být ve zdravotnictví respektovány např.:

- Všeobecná deklaráce lidských práv (1948)
- Ženevská deklaráce (1948)
- Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950)
- Kodex sestry ICN (1953)
- Helsinská deklaráce (1964)
- Deklarace práv duševně postižených lidí (1971)
- Úmluva o právech dítěte (1989)
- Kodex sester předložený Českou asociací sester (1991), příloha
- Práva pacientů (1992), příloha
- Úmluva o lidských právech a biomedicině Rady Evropy (1997)
- Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné (1999)
- Deklarace práv onkologických pacientů (2002)

### 8.2.1 Etický kodex sestry

Etický kodex sestry, který byl vypracován ICN a publikován v roce 1953, se stal mezníkem ve vývoji ošetrovatelství. Byl několikrát novelizován. V jeho úvodu se říká: Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, o prevenci nemocí a za zlepšení zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: důstojnost, lidská práva a respekt k lidskému životu. (Kutnohorská, 2010, str. 154)

České sestry, zastoupené Českou asociací sester (ČAS) se hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

Povolání sestry je z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu dost náročné. Cílem práce sestry je člověk. Proto má velký význam dodržování etického jednání ve vztahu k lidské bytosti a ke spolupracovníkům. Od sestry se očekává, že bude ovlivňovat prožívání a jednání nemocných, že zvládne fyzické nároky své profese a vypořádá se s problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Sestra by si měla uvědomovat, že je plně odpovědná za svá rozhodnutí a jednání. Musí brát v úvahu následky svých rozhodnutí. Měla by uznávat morální hodnoty, které patří k morálnímu jednání zdravotníka. Mezi nejdůležitější z nich je úcta k člověku. Kodex poskytuje základní rámec, podle kterého by měla sestra činit svá etická rozhodnutí. (Kutnohorská, 2007, str. 40 – 41)

### **8.2.2 Ochrana lidských práv**

Potřeba zajistit lidská práva je univerzální, nemá hranic. Chránit práva a především lidskou důstojnost patří k etickým povinnostem sestry.

Lidská práva jsou nezcizitelná, nezadatelná, nepromlčitelná, nezrušitelná.

Cesta k uznání všeobecných lidských práv byla dlouhá. Jsou zakotvena např. ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948, v Úmluvě na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1950, v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy z roku 1997.

Proces aplikace lidských práv se stále vyvíjí, vznikají různé charty, např. Charta práv rodiny, Práva pacientů, Charta práv dětí,...

(Kutnohorská, 2007, str. 51 – 52)

#### **K základním lidským právům patří:**

- Právo na život a jeho ochranu
- Právo na osobní svobodu
- Právo na soukromí
- Právo vlastnit majetek
- Právo na nedotknutelnost obydlí
- Právo na listovní tajemství

- Právo svědomí a náboženského vyznání
- Odmítání diskriminace
- Rovnost a důstojnost lidí

### 8.2.3 Práva pacientů

Práva pacientů znamenají respektování práv jednotlivce na svobodné rozhodování o své osobě. Byly doporučeny v těchto dokumentech:

**Lisabonská deklarace** – v roce 1981, zde se pojednává o právech pacientů obecně.

**Amsterodamská deklarace** – v roce 1994, definuje zásady a opatření k posílení práv pacientů, dokument se snaží vyjádřit lidské úsilí o zlepšení zdravotní péče, ale také o uznání každého jednotlivce v roli pacienta.

**Zdraví pro všechny** – rezoluce Světového zdravotnického shromáždění, která byla přijata v roce 1977. Určila širokou škálu služeb zdravotní péče. Patří sem podpora a ochrana zdraví, prevence onemocnění, diagnostika, léčba, ošetrovatelská péče, rehabilitace. (Kutnohorská, 2007, str. 56 – 59)

#### Práva pacienta jsou

- Rovnocenná, důstojná a optimální zdravotní péče a léčba
- Úcta a důstojnost v zázemí
- Úplné a citlivé informace o chorobě
- Mlčenlivost ošetřujícího personálu o jeho zdravotním stavu
- Souhlas ke způsobům diagnostiky a léčby
- Souhlas do zařazení do klinické studie nebo k výukové
- Odmítnutí léčby a možnost konzultace jiného lékaře nebo zdravotnického zařízení
- Zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem
- Možnost návratu do původního zaměstnání

## **II EMPIRICKÁ ČÁST**

### **9. CÍLE A HYPOTÉZY PRÁCE**

#### **Cíl 1.**

Zjistit, zda osobní zkušenost s problematikou lidské důstojnosti má vliv na vnímání etických problémů pacientů při hospitalizaci.

#### **H1**

Předpokládám, že pouze 80% dotázaných se setkalo osobně s problematikou lidské důstojnosti, což mělo vliv na vnímání týkající se problematiky dodržování zásad lidské důstojnosti.

#### **Cíl 2.**

Zjistit, zda všeobecné sestry disponují znalostmi o právech pacientů a podávají o nich informace.

#### **H2**

Předpokládám, že více než 70% dotazovaných disponuje potřebnými znalostmi práv pacientů, pacienty o nich informuje a je schopno podávat o nich zevrubné informace.

#### **Cíl 3.**

Zjistit, zda všeobecné sestry znají problematiku zachování intimity a znají možné způsoby snižování lidské důstojnosti, jejich ponižování, omezování osobní svobody.

#### **H3**

Předpokládám, že 70 % dotazovaných chápe momenty, které ovlivňují respekt a úctu k lidské důstojnosti pacientů – to znamená problematiku zachování intimity pacientů, a způsoby ponižování, dehonestace pacientů a jejich omezování.

## 10. VÝBĚROVÝ SOUBOR

Cílovou skupinou mého výzkumného šetření je nelékařský zdravotnický personál, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti, pracující v Nemocnici Na Bulovce. Na základě souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči nemocnice jsem vybrala 6 oddělení nemocnice, kde jsem rozdala své dotazníky. Většinu respondentů jsem vyplnění vysvětlila při rozdávání. Zároveň také byly zaškoleny vrchními sestrami oddělení. Na sběru dotazníků jsem se dohodla s vrchními sestrami, že si je osobně vyzvednu za týden.

Sběr dat probíhal v měsíci březnu roku 2016. Rozdala jsem 180 dotazníků, vrátilo se 160 dotazníků. Zpracovat jich bylo možné 152, z důvodů neúplného vyplnění jednotlivých otázek.

### 10.1 METODIKA PRŮZKUMU

Pro své výzkumné šetření jsem použila nejčastěji používanou výzkumnou metodu – dotazník. Dle mého názoru je pro zpracování tohoto tématu nejvhodnější.

Jeho výhodou je rychlé shromažďování dat od velkého počtu respondentů, finanční nenáročnost a snadná měřitelnost údajů získaných za krátký časový úsek. Nevýhodou jsou možné nejasnosti ve formulaci otázek, omezené množství otázek a tím i omezený prostor pro vyjádření respondenta. Použitý dotazník, který jsem vypracovala je anonymní a obsahoval otázky otevřené a uzavřené. Byly použity otázky zjišťující nejen fakta, ale i mínění, postoje a motivy respondentů. Dotazník tvořilo 24 otázek a je uveden v příloze C.

Výsledky z dotazníku jsem zpracovala pomocí programu Microsoft WORD.

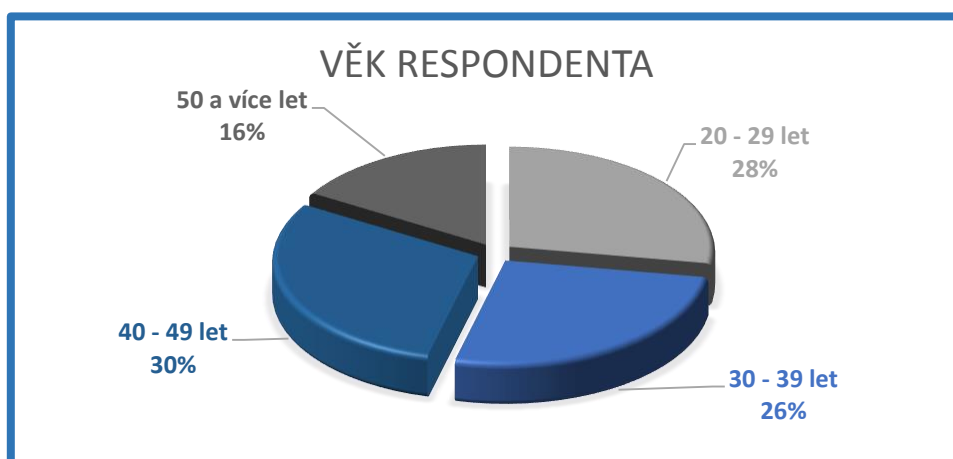


## 11. VÝSLEDKY VÝZKUMU

### 1. Váš věk:

Tabulka 1 - Věk respondenta.

VĚK RESPONDENTA	Počet	Počet v %
18 – 19 let	0	0%
20 – 29 let	42	28%
30 – 39 let	40	26%
40 – 49 let	45	30%
50 a více let	25	16%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 1 - Věk respondenta - celkový počet v %.

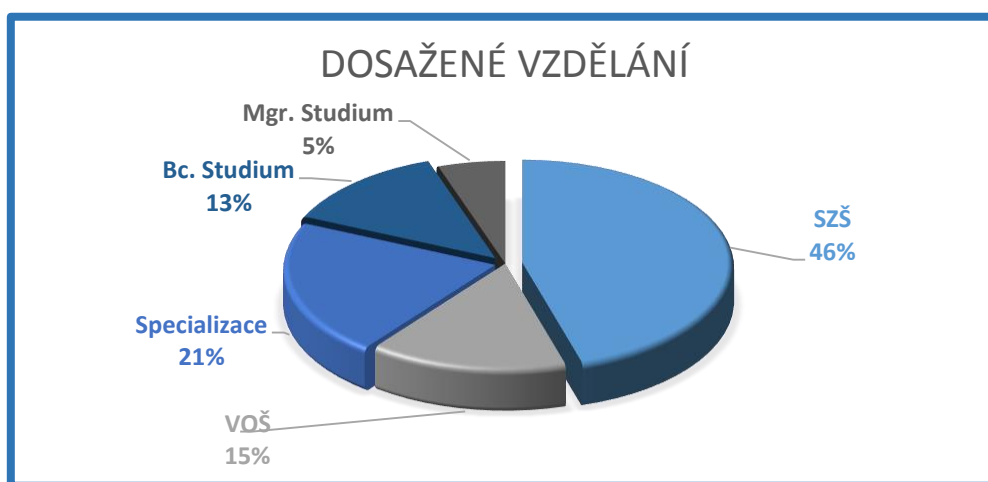
Touto otázkou jsem chtěla zjistit věk respondentů, které jsem rozdělila do pěti věkových rozmezí.

Z celkového počtu dotázaných – 152, bylo nejvíce respondentů ve věkovém rozmezí 40 – 49 let, a to 45 (30%). Ve věku 20 – 29 let jich bylo 42 (28%), v rozmezí 30 – 39 let jich bylo 40 (26%), 50 a více let 25 (16%). Ve věkovém rozmezí 18 – 19 let nebyl žádný.

## 2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka 2 – Dosažené vzdělání.

DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	Počet	Počet v %
SZŠ	69	46%
VOŠ	23	15%
Specializace	32	21%
Bc. studium	20	13%
Mgr. studium	8	5%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 2 – Dosažené vzdělání – celkový počet v %.

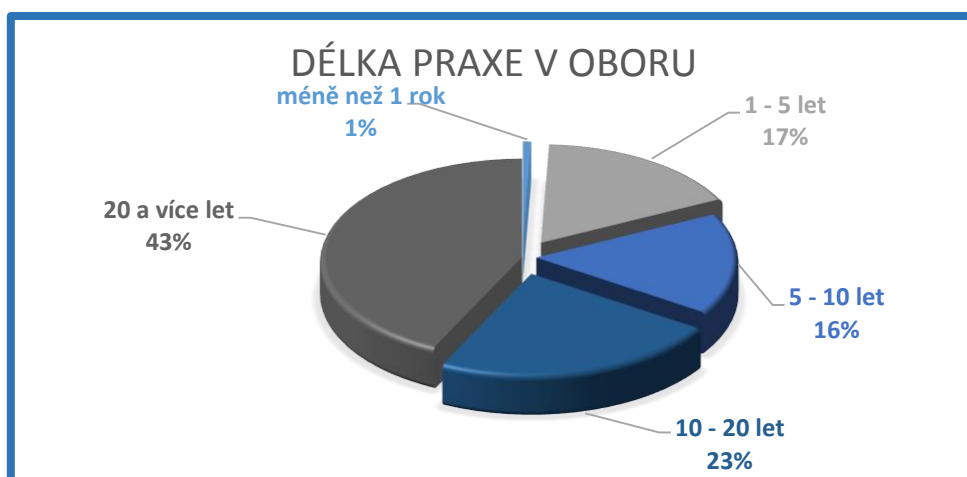
Touto otázkou jsem chtěla zjistit dosažené vzdělání respondentů.

Z celkového počtu dotázaných – 152, mělo 69 (46%) středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Vyšší odborné mělo 23 respondentů (15%). Dále pak 32 respondentů mělo specializaci (21%). Vysokoškolské bakalářské studium mělo dokončeno 20 dotázaných (20%) a vysokoškolské magisterské studium mělo 8 z dotázaných (5%).

### 3. Jak dlouho pracujete v oboru zdravotní sestra/zdravotnický asistent?

Tabulka 3 – Délka praxe v oboru.

DÉLKA PRAXE V OBORU	Počet	Počet v %
méně než 1 rok	1	1%
1 - 5 let	26	17%
5 – 10 let	25	16%
10 – 20 let	35	23%
20 a více let	65	43%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 3 – Délka praxe v oboru – celkový počet v %.

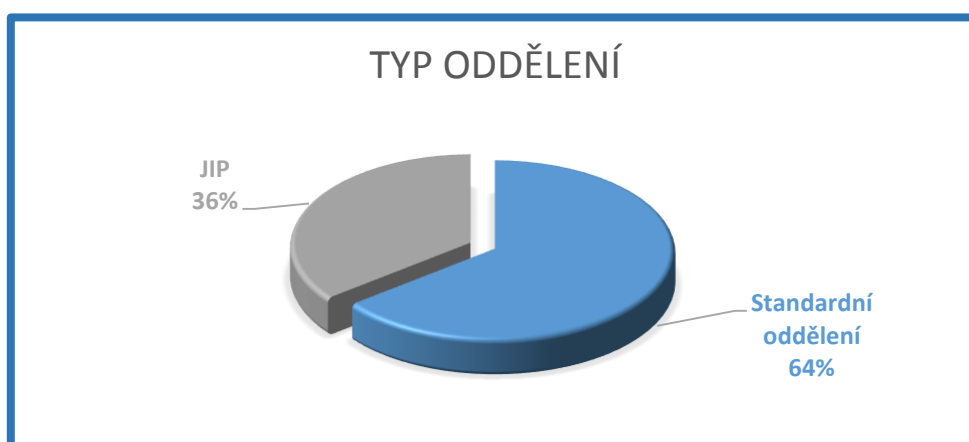
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jak dlouho pracují respondenti v oboru všeobecná sestra/ zdravotnický asistent.

Ze 152 respondentů pracuje v oboru 1 respondent méně než rok (1%), dále 26 dotázaných (17%) pracuje 1 – 5 let. 5 – 10 let v oboru pracuje 25 respondentů (16%) z celkového počtu. Dalších 35 respondentů (23%) pracuje 10 – 20 let. 43% z celkového počtu - 65 respondentů pracuje 20 a více let.

#### 4. Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka 4 – Typ oddělení.

TYP ODDĚLENÍ	Počet	Počet v %
standardní oddělení	98	64%
JIP	54	36%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 4 – Typ oddělení – celkový počet v %.

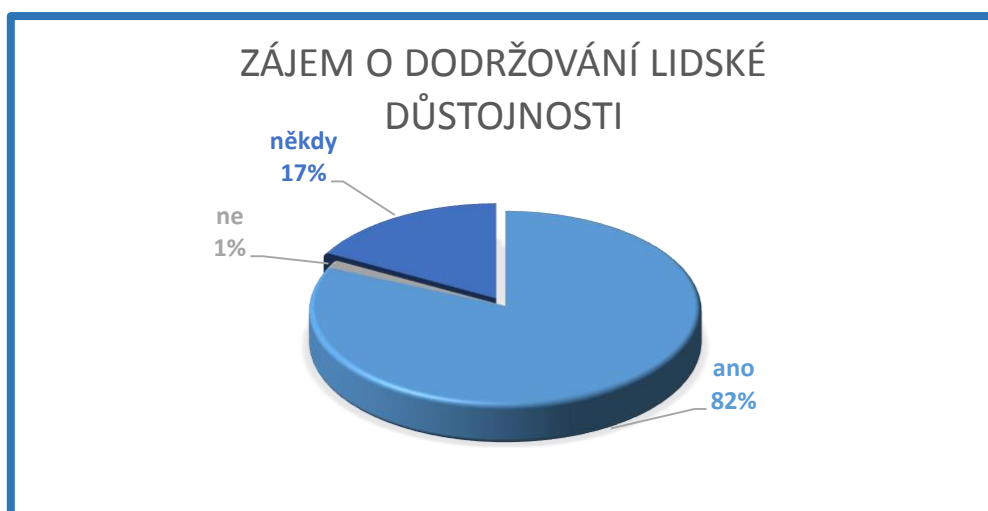
Touto otázkou jsem chtěla zjistit od 152 respondentů, na jakém typu oddělení pracují. Zda na standardním lůžkovém oddělení nebo na jednotkách intenzivní péče.

Z celkového počtu pracuje 98 respondentů na standardním lůžkovém oddělení (64%). Zbylí respondenti v počtu 54, tvoří 36% z celkového počtu.

## 5. Zajímáte se o dodržování lidské důstojnosti v nemocnici?

Tabulka 5 – Zájem o dodržování lidské důstojnosti.

ZÁJEM O DODRŽOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI	Počet	Počet v %
ano	124	82%
ne	2	1%
někdy	26	17%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 5 – Zájem o dodržování lidské důstojnosti – celkový počet v %.

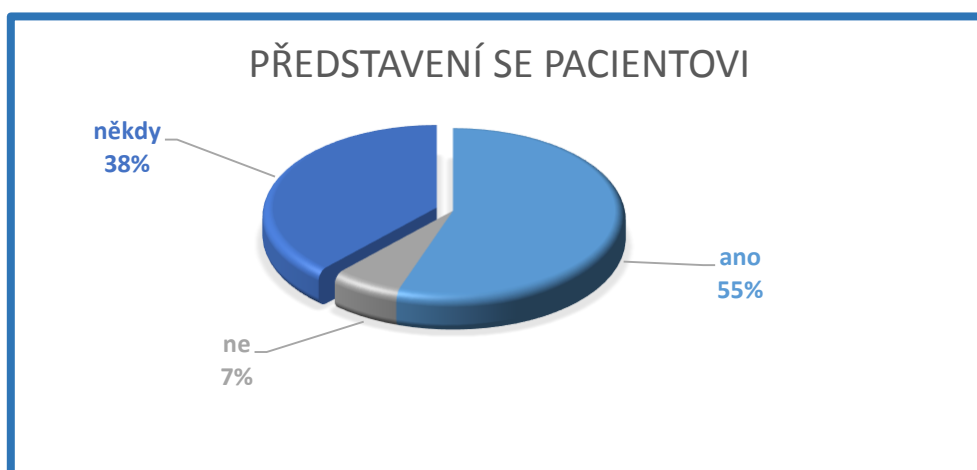
Tuto otázku jsem zvolila proto, že jsem se chtěla dozvědět, zda se respondenti zajímají o dodržování lidské důstojnosti v nemocnici.

Z celkového počtu 152 jich odpovědělo 82%, tedy 124 respondentů ano, zajímají se o dodržování lidské důstojnosti. 1% z dotázaných (2) odpovědělo ne. Dalších 17% - 26 respondentů se zajímá o dodržování důstojnosti pouze někdy.

## 6. Představujete se pacientovi při prvním kontaktu?

Tabulka 6: Představení se pacientovi.

<b>PŘEDSTAVENÍ SE PACIENTOVI</b>	Počet	Počet v %
ano	84	55%
ne	10	7%
někdy	58	38%
<b>CELKEM</b>	152	100%



Graf 6: Představení se pacientovi – celkový počet v %.

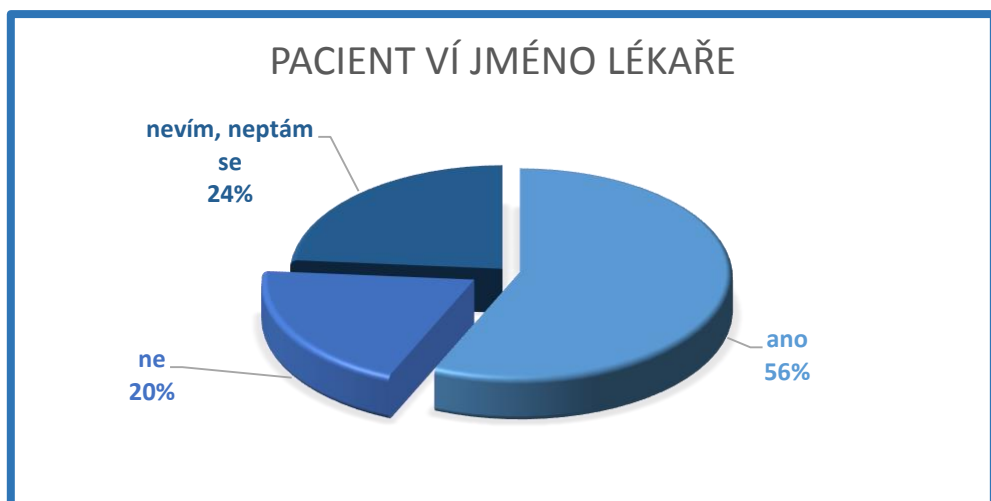
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů se představuje pacientovi při prvním kontaktu.

84 respondentů ze 152 dotázaných se při prvním kontaktu s pacientem představuje (55%). 10 z dotázaných (7%) se pacientovi nepředstavuje. 58 respondentů (38%) se představuje jen někdy.

## 7. Domníváte se, že pacient ví, jak se jmenuje jeho ošetřující lékař?

Tabulka 7 – Pacient ví jméno lékaře.

PACIENT VÍ JMÉNO LÉKAŘE	Počet	Počet v %
ano	86	56%
ne	30	20%
nevím, neptám se	36	24%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 7 – Pacient ví jméno lékař – celkový počet v %.

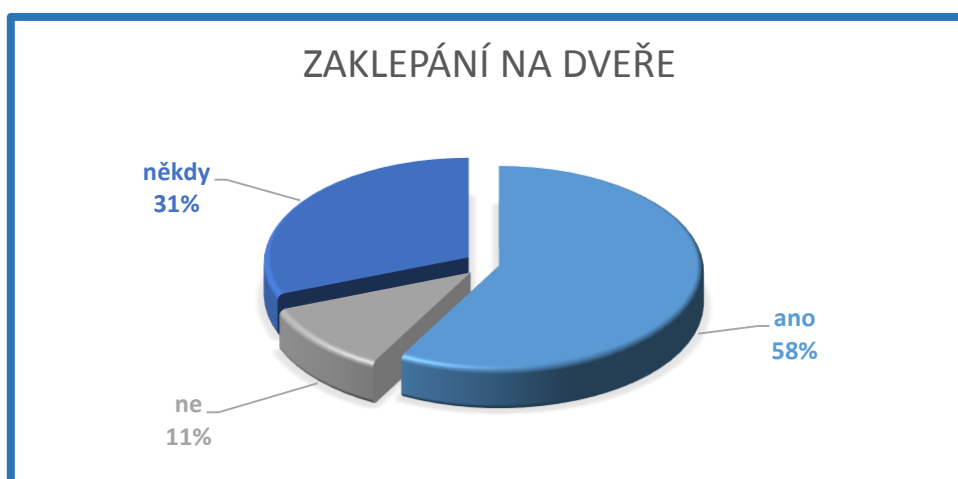
Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, kolik se respondentů se domnívá, že pacienti znají jméno svého lékaře a kolik respondentů to nezajímá.

Zjistila jsem, že 86 dotázaných (56%) se domnívá, že pacienti znají jméno svého ošetřujícího lékaře. 30 dotázaných (20%) se domnívá, že pacienti neznají jméno svého ošetřujícího lékaře a 36 dotázaných (24%) neví, pacientů se neptají.

## 8. Před vstupem do pokoje pacienta vždy zaklepete na dveře?

Tabulka 8: Zaklepání na dveře pokoje.

ZAKLEPÁNÍ NA DVEŘE	Počet	Počet v %
ano	88	58%
ne	17	11%
někdy	47	31%
<b>CELKEM</b>	152	100%



Graf 8: Zaklepání na dveře pokoje – celkový počet v %.

Tímto dotazem jsem se chtěla dozvědět, kolik respondentů před vstupem do pokoje pacienta zaklepe na dveře.

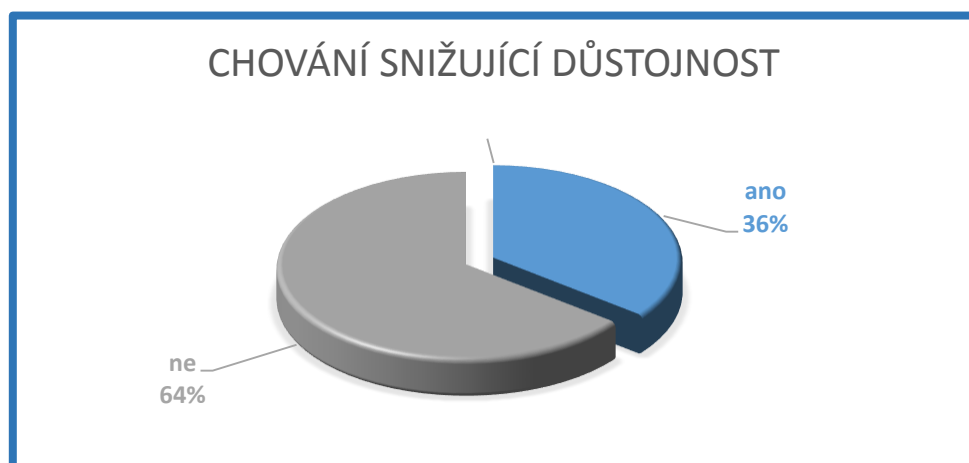
88 respondentů (58%) zaklepe na dveře pacienta, než vstoupí na pokoj. 17 z dotázaných (11%) na dveře před vstupem neklepe a 47 respondentů (31%) zaklepe na dveře jen někdy.



**9. Setkala jste se při pobytu v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení, kde jste byla v roli pacienta s jednáním, které snižovalo Vaši důstojnost?**

Tabulka 9: Chování snižující důstojnost.

<b>CHOVÁNÍ SNIŽUJÍCÍ DŮSTOJNOST</b>	Počet	Počet v %
ano	54	64%
ne	98	36%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 9: Chování snižující důstojnost – celkový počet v %.

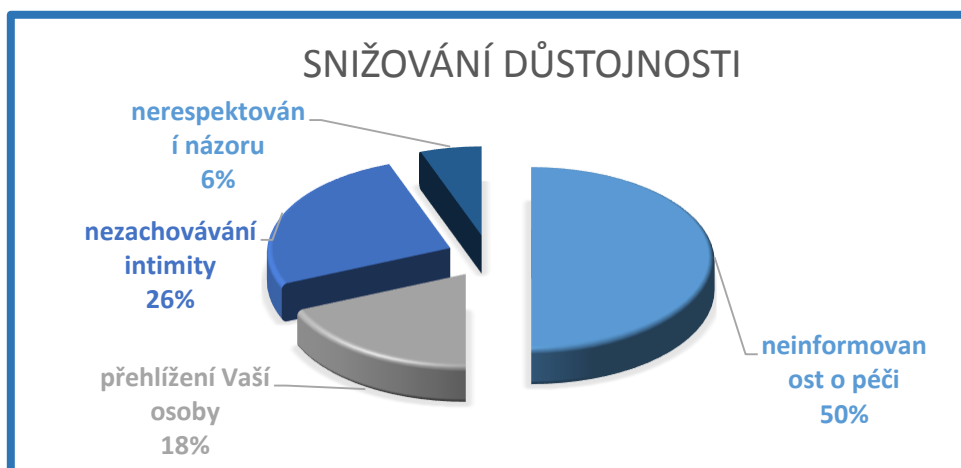
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik z dotázaných se při pobytu v zdravotnickém zařízení setkalo s chováním, které snižovalo jejich lidskou důstojnost.

98 z dotázaných (64%) se nesetkalo při pobytu ve zdravotnickém zařízení se snižováním jejich lidské důstojnosti. 54 respondentů (36%) se setkalo s chováním, které by snižovalo jejich důstojnost.

## 10. Pokud ANO, jakým způsobem?

Tabulka 10: Snižování důstojnosti.

<b>SNIŽOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI</b>	Počet	Počet v %
neinformovanost o péči	27	50%
přehlížení	10	18%
nezachovávání intimity	14	26%
nerespektování názoru	3	6%
jiné	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>



Graf 10: Způsob snižování důstojnosti – celkový počet v %.

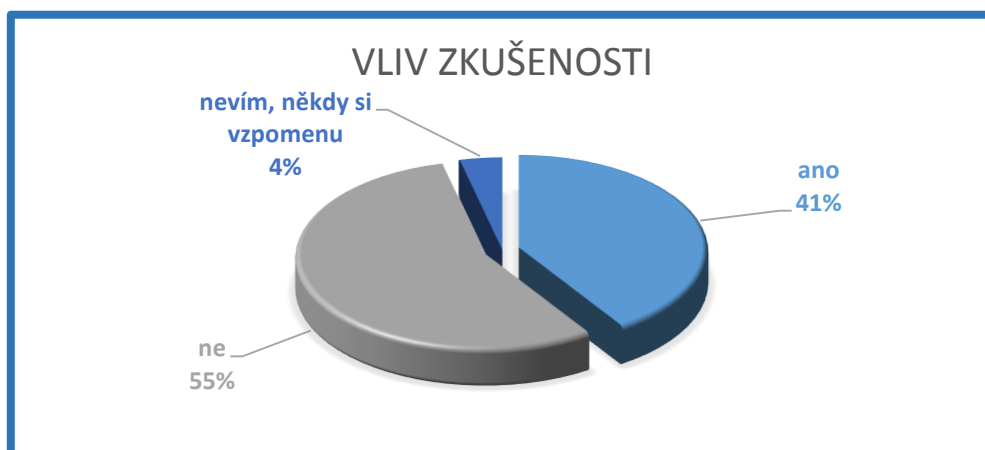
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jakým způsobem byla snižována důstojnost u respondentů, kteří se setkali se snižováním své důstojnosti a v předchozí otázce odpověděli kladně.

U 27 z dotázaných (50%) snižovala jejich důstojnost neinformovanost o plánu péče. 10 respondentů (18%) vnímalo přehlížení, což snižovalo jejich důstojnost. 14 dotázaných (26%) se setkalo s nezachováním intimity a s nerespektováním jejich názoru 3 (6%). Jiné způsoby snižování lidské důstojnosti neuvedl nikdo.

## 11. Měla tato zkušenost vliv na Váš přístup k pacientovi?

Tabulka 11: Vliv zkušenosti.

VLIV OSOBNÍ ZKUŠENOSTI	Počet	Počet v %
ano	22	41%
ne	30	55%
nevím, někdy si vzpomenu	2	4%
<b>CELKEM</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>



Graf 11: Vliv zkušenosti – celkový počet v %.

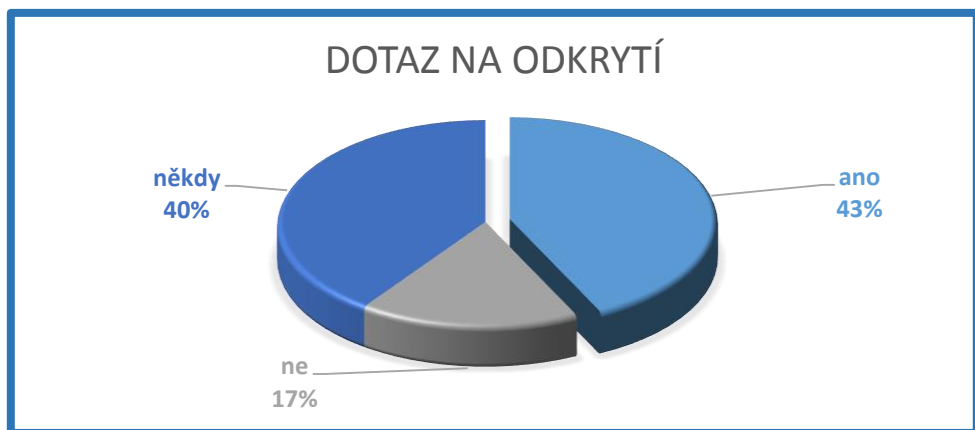
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda snižování lidské důstojnosti respondentů, má vliv na jejich přístup k pacientům.

30 respondentů (55%) nemá osobní zkušenost se snižováním důstojnosti vliv na jejich přístup k pacientovi. 22 dotázaných (41%) ovlivnila jejich zkušenost v přístupu k pacientovi. 2 respondenti (4%) neví, ale na své pocity si vzpomenu.

**12. Ptáte se pacienta před ošetřovatelským výkonem (cévkování, injekce, převaz), zda ho můžete odkrýt?**

Tabulka 12: Dotaz na odkrytí.

<b>DOTAZ NA ODKRYTÍ</b>	Počet	Počet v %
ano	65	43%
ne	26	17%
někdy	61	40%
<b>CELKEM</b>	152	100%



Graf 12: Dotaz na odkrytí – celkový počet v %.

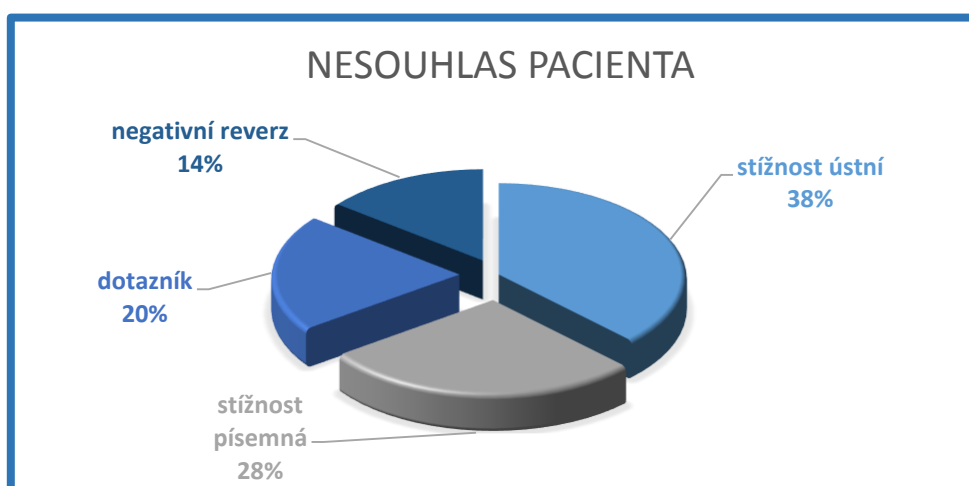
Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, kolik z dotázaných se ptá pacienta před ošetřovatelským výkonem, zda ho může odkrýt.

65 respondentů (43%) se pacienta před výkonem ptá, zda ho může odkrýt. Neptá se 26 respondentů (17%) a 61 dotázaných (40%) se ptá jen někdy.

**13. Jakým způsobem mají pacienti na Vašem pracovišti možnost vyjádřit svůj nesouhlas s poskytováním péče, nerespektováním důstojnosti?**

Tabulka 13: Nesouhlas pacienta.

NESOUHLAS PACIENTA	Počet	Počet v %
stížnost ústní	57	38%
stížnost písemná	42	28%
dotazník	31	20%
negativní reverz	22	14%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 13: Nesouhlas pacienta – celkový počet v %.

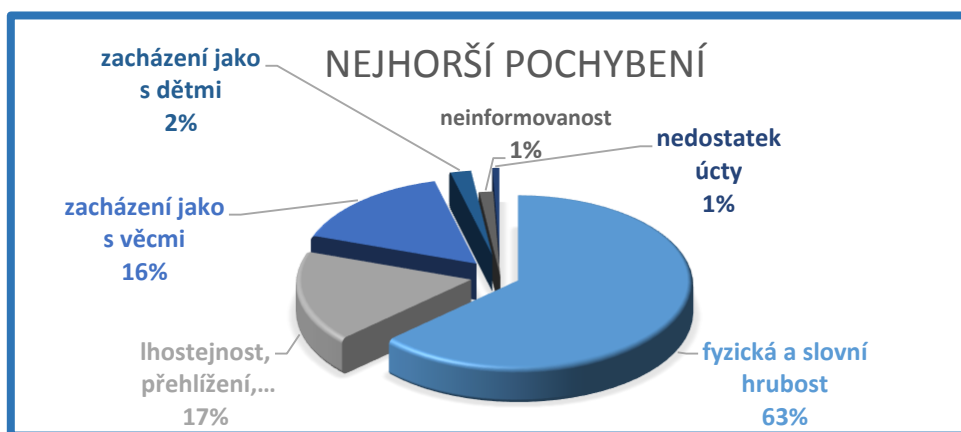
Tímto dotazem jsem se chtěla dozvědět, jaké respondenti vidí možnosti nesouhlasu pacientů s péčí a s nerespektováním jejich důstojnosti.

Zjistila jsem, že 57 dotázaných (38%) vidí možnost nesouhlasu pacienta ústní stížností. 42 respondentů (28%) si myslí, že mohou podat stížnost písemnou. 31 dotázaných (20%) vidí možnost nesouhlasu formou vyplnění dotazníku a 22 respondentů (14%) v podepsání negativního reverzu pacientem.

#### 14. Co z následující nabídky pokládáte jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti?

Tabulka 14: Nejhorší pochybení.

NEJHORŠÍ POCHYBENÍ	Počet	Počet v %
fyzická a slovní hrubost	96	63%
lhostejnost, nevšímavost,...	26	17%
zacházení jako s věcmi	24	16%
zacházení jako s dětmi	3	2%
nedostatečná informovanost	2	1%
projevy nedostatku úcty	1	1%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 14: Nejhorší pochybení – celkový počet v %.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit jaké z vyjmenovaných pochybení je podle respondentů nejhorší proti lidské důstojnosti.

96 respondentů (63%) vnímá jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti fyzickou a slovní hrubost, 26 z dotazovaných (17%) považuje za nejhorší lhostejnost, nevšímavost a přehlížení. Zacházení s lidmi jako s věcmi považuje za nejhorší pochybení 24 dotázaných (16%). Dále Pro 3 respondenty (2%) je nejhorší pochybení zacházení s dospělými jako s dětmi. Nedostatečnou informovanost volili 2 respondenty (1%), pro 1 respondenta (1%) je nejhorší projev nedostatku úcty.

**15. Který z následujících přístupů nejvíce přispívá podle Vás k zachování důstojnosti?**

Tabulka 15: Zachování důstojnosti.

ZACHOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI	Počet	Počet v %
partnerský přístup	34	22%
informovanost pacienta	83	55%
nepřikazovat, doporučovat	1	1%
individualizovaná péče	19	12%
útěchu, empatii, takt	12	8%
zdvořilé chování	3	2%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 15: Zachování důstojnosti – celkový počet v %.

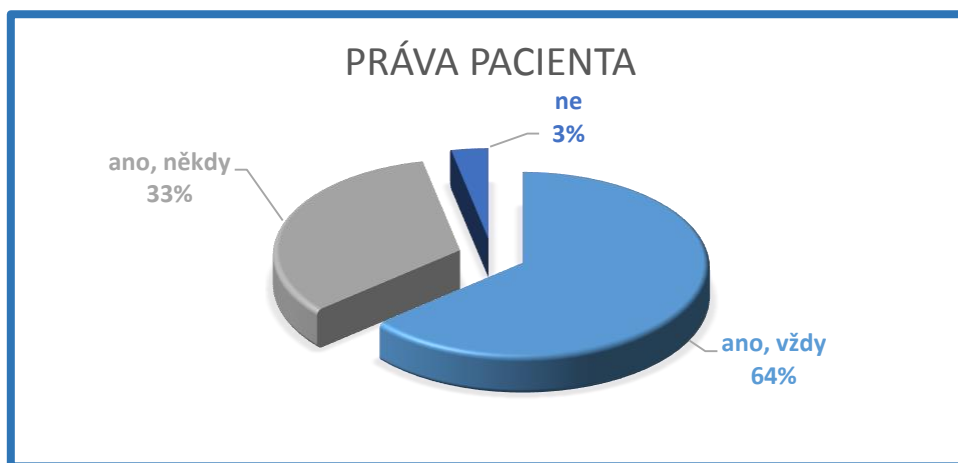
Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, který z vyjmenovaných přístupů k pacientovi vnímají respondenti za nejdůležitější pro zachování lidské důstojnosti.

83 respondentů (55%) si myslí, že informovat pacienta o postupech a ptát se ho na souhlas s poskytnutím péče nejvíce přispívá k zachování důstojnosti. 34 respondentů (22%) zvolilo partnerský přístup. 1 respondent (1%) považuje za nejdůležitější nepřikazovat, ale doporučovat. Pro 19 respondentů (12%) je nejvhodnějším přístupem individualizovaná péče a podpora. 12 dotázaných (8%) preferuje poskytování útěchy, empatie, taktu. 3 respondenti (2%) vidí jako nejvhodnější pro zachování důstojnosti reagovat na požadavky pacienta zdvořile.

## 16. Informujete pacienty o jejich právech?

Tabulka 16: Informace o právech.

INFORMACE O PRÁVECH	Počet	Počet v %
ano, vždy	97	64%
ano, někdy	50	33%
ne	5	3%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 16: Informace o právech – celkový počet v %.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů informuje pacienty o jejich právech.

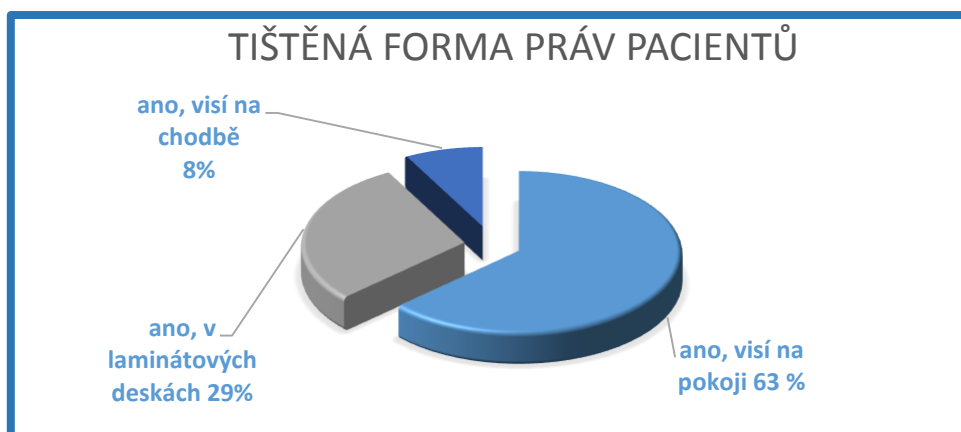
Zjistila jsem, že 97 respondentů (64%) informuje pacienty o jejich právech vždy. 50 dotázaných (33%) informuje pacienty o právech jen někdy. O právech neinformuje pacienty 5 respondentů (3%).



## 17. Jsou pacientům kdykoliv k dispozici Práva pacientů v tištěné formě?

Tabulka 17: Tištěná forma Práv pacientů.

TIŠTĚNÁ FORMA PRÁV PACIENTŮ	Počet	Počet v %
ano, visí na zdi v pokoji	96	63%
ano, v laminátových deskách	44	29%
ano, visí na chodbě	12	8%
nevím	0	0%
CELKEM	152	100%



Graf 17: Tištěná forma Práv pacientů – celkový počet v %.

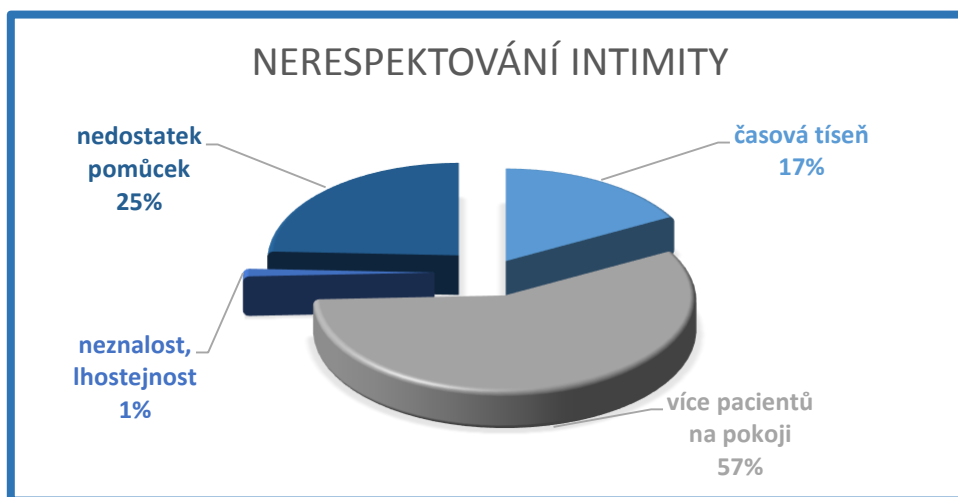
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jestli mají pacienti k dispozici Práva pacientů v tištěné formě.

96 respondentů (63%) ví, že tištěná forma Práv pacientů visí na zdi v pokojích. 44 respondentů (29%) má znalost o možnosti Práv pacientů v tištěné formě v laminátových deskách pro imobilní pacienty. 12 z dotázaných (8%) ví, že tištěná forma Práv visí na zdi na chodbě. Možnost nevím nikdo nezvolil, proto 0%.

## 18. Co Vám brání v respektování intimity?

Tabulka 18: Nerespektování intimity.

NERESPEKTOVÁNÍ INTIMITY	Počet	Počet v %
časová tíseň	26	17%
více pacientů na pokoji	87	57%
neznalost, lhostejnost	2	1%
nedostatek pomůcek	37	25%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 18: Nerespektování intimity – celkový počet v %.

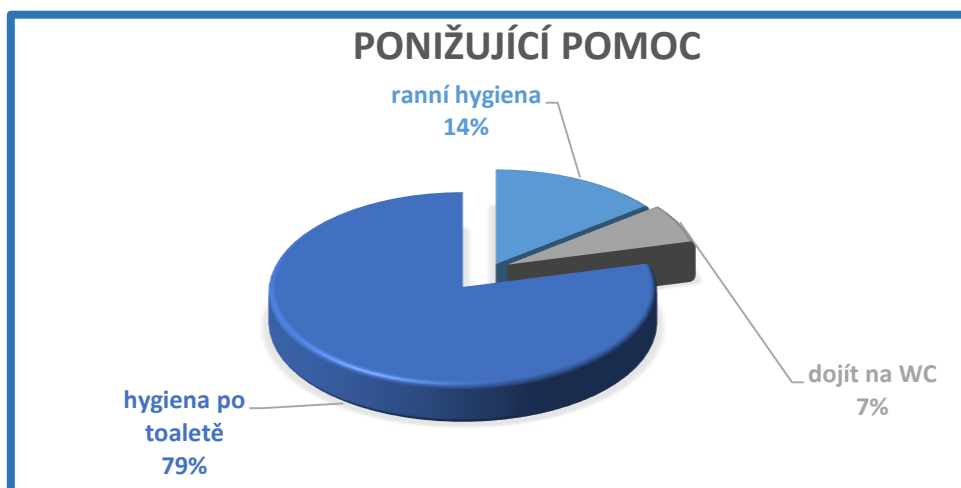
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, co brání respondentům v respektování intimity.

87 respondentům (57%) brání v respektování intimity více pacientů na pokoji. 37 respondentům (25%) brání nedostatek pomůcek, 26 dotázaných (17%) nerespektuje intimitu pro časovou tíseň. 2 respondenti (1%) odpověděli, že v respektování intimity jim brání neuvědomování si problému, neznalost, lhostejnost.

**19. V které oblasti sebeobsluhy si myslíte, že je pro pacienta Vaše pomoc nejvíce ponižující, ale přesto ji musí přijmout, protože je nesoběstačný.**

Tabulka 19: Ponižující pomoc.

PONIŽUJÍCÍ POMOC	Počet	Počet v %
ranní hygiena	22	14%
dojít na WC	10	7%
hygiena po toaletě	120	79%
krmení	0	0%
nasadit brýle	0	0%
nasadit zubní protézu	0	0%
polohování	0	0%
jiné	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 19: Ponižující pomoc – celkový počet v %.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, v jaké oblasti sebeobsluhy je z pohledu respondentů jejich pomoc nejvíce pro pacienta ponižující.

120 respondentů (79%) považuje za ponižující pomoc pro pacienta hygienu po toaletě. Pro 10 dotázaných (7%) je to pomoc při chůzi na WC. 22 respondentů (14%) vidí ponižující pro pacienta pomoc při ranní toaletě. Ostatní možnosti nikdo ne zvolil – 0%.

**20. Zapojujete pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, do péče o sebe sama, například při ranní hygieně?**

Tabulka 20: Zapojení pacienta.

<b>ZAPOJENÍ PACIENTA</b>	Počet	Počet v %
ano	118	78%
ne	0	0%
někdy, když je čas	34	22%
<b>CELKEM</b>	152	100%



Graf 20: Zapojení pacienta – celkový počet v %.

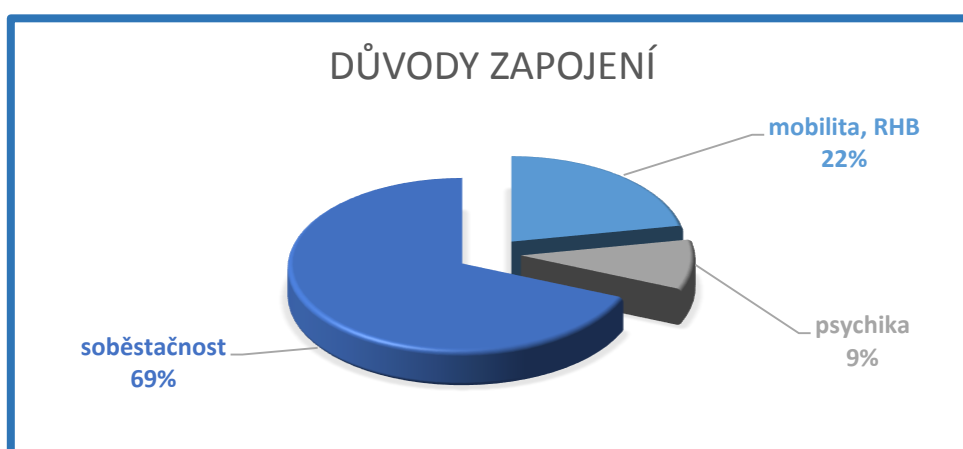
Tímto dotazem jsem se chtěla dozvědět, zda respondenti zapojují pacienty do sebezpeče, pokud to jejich zdravotní stav dovolí.

118 respondentů (78%) zapojuje pacienty do péče o sebe sama. 34 respondentů (22%) zapojuje pacienty, jen když je čas. Možnost ne nikdo nezvolil – 0%.

## 21. Pokud jste odpověděla ANO, tak proč?

Tabulka 21: Důvody zapojení pacienta.

DŮVODY ZAPOJENÍ	Počet	Počet v %
mobilita, RHB	26	22%
psychika	11	9%
soběstačnost	81	69%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 21: Důvody zapojení pacienta – celkový počet v %.

Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět, z jakých důvodů respondenti zapojují pacienty do sebeděče.

Dozvěděla jsem se, že 81 respondentů (69%) zapojuje pacienty do sebeobsluhy a sebeděče z důvodů rozvoje soběstačnosti. 11 respondentů (9%) je zapojuje pro zlepšení psychiky. 26 dotázaných (22%) pacienty vede k sebeděči z důvodů zlepšení mobility, rehabilitace.

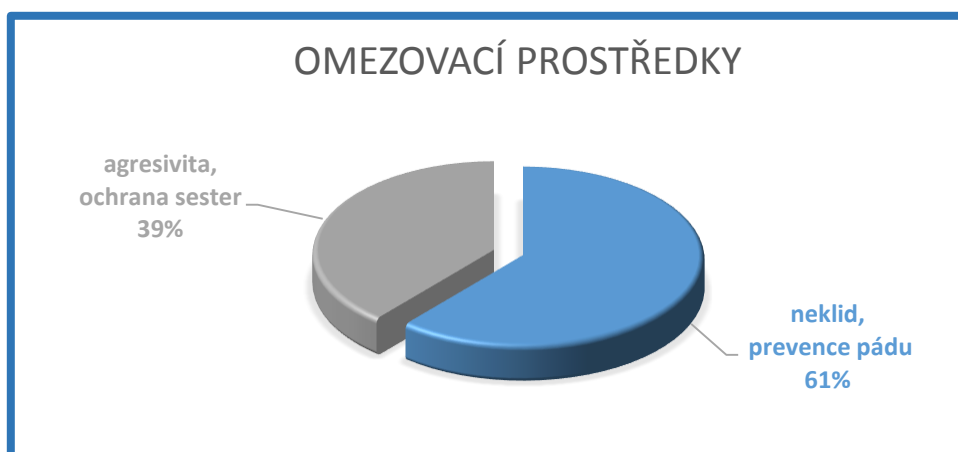
## 22. Pokud jste odpověděla NE, tak proč?

Na tuto otázku nikdo neodpovídal, neboť v otázce 20 nikdo nezvolil možnost ne.

### 23. Kdy nejčastěji používáte na Vašem pracovišti omezovací prostředky?

Tabulka 22: Použití omezovacích prostředků.

POUŽITÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ	Počet	Počet v %
neklid, prevence pádu	93	61%
agresivní pacienta, ochrana sester	59	39%
nepoužíváme omezovací prostředky	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 22: Použití omezovacích prostředků – celkový počet v %.

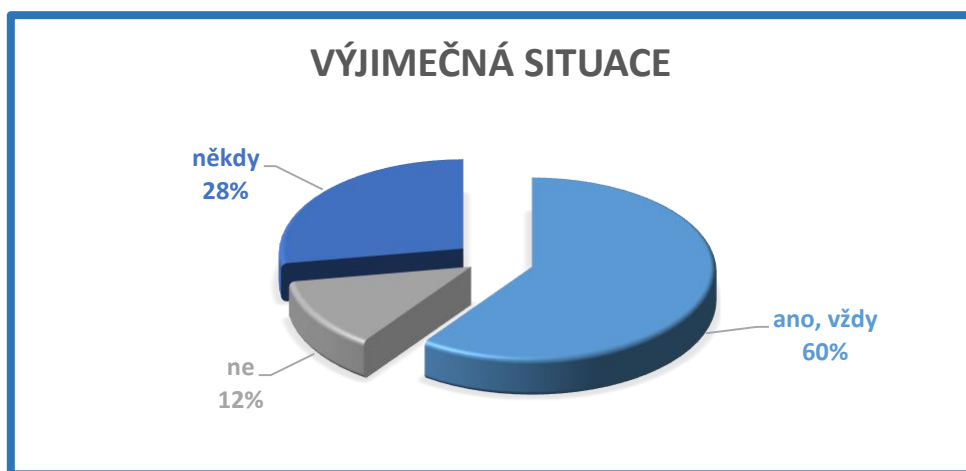
Touto otázkou jsem se chtěla zjistit, kdy respondenti používají omezovací prostředky na svém pracovišti.

93 respondentů (61%) používá omezovací prostředky při neklidu pacienta, jako prevenci pádu a sebepoškození pacienta. 59 respondentů (39%) používá omezovací prostředky u agresivního pacienta, při ochraně sester. Možnost nepoužívání omezovacích prostředků ne zvolil nikdo – 0%.

## 24. Chápete používání omezovacích prostředků jako výjimečnou situaci, u které jde o omezování osobní svobody?

Tabulka 23: Výjimečná situace.

VÝJIMEČNÁ SITUACE	Počet	Počet v %
ano, vždy	91	60%
ne	19	12%
někdy	42	28%
<b>CELKEM</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>



Graf 23: Výjimečná situace – celkový počet v %.

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda je používání omezovacích prostředků chápáno respondenty jako omezování osobní svobody.

Zjistila jsem, že 91 respondentů (60%) chápe používání omezovacích prostředků jako omezování osobní svobody. 19 respondentů (12%) nechápe jejich použití jako omezování osobní svobody. Pro 42 dotázaných (28%) je použití omezovacích prostředků omezováním svobody jen někdy.

## 13.DISKUZE

### Hypotéza č. 1

Předpokládám, že 80% dotázaných se osobně setkalo s problematikou lidské důstojnosti, což mělo vliv na vnímání týkající se problematiky dodržování zásad lidské důstojnosti.

Pro potvrzení hypotéz budou použity z dotazníku otázky č. 5, 9, 10, 11, 14, 15.

#### Otázka č. 5: **Zajímáte se o dodržování lidské důstojnosti v nemocnici?**

Na tuto otázku odpovědělo 124 respondentů (82%), že se zajímají o dodržování lidské důstojnosti. 2 z dotázaných (1%) se nezajímá a 26 respondentů (17%) se zajímá o dodržování důstojnosti pouze někdy.

#### Otázka č. 9: **Setkala jste se při pobytu v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení kde jste byla v roli pacienta s jednáním, které snižovalo Vaši důstojnost?**

Na otázku odpovědělo 98 z dotázaných (64%), že se nesetkalo při pobytu ve zdravotnickém zařízení se snižováním jejich lidské důstojnosti. 54 respondentů (36%) se setkalo s chováním, které snižovalo jejich důstojnost.

#### Otázka č. 10: **Pokud ANO, jakým způsobem?**

Na otázku uvedlo 27 z dotázaných (50%), že nejčastěji snižovala jejich důstojnost neinformovanost o plánu péče. 10 respondentů (18%) vnímalo jako ponižující přehlížení. 14 dotázaných (26%) se setkalo s nezachováním intimity a s nerespektováním jejich názoru 3 (6%). Jiné způsoby snižování lidské důstojnosti neuvedl nikdo.

#### Otázka 11: **Měla tato zkušenost vliv na Váš přístup k pacientovi?**

30 respondentů (55%) uvedlo, že nemá osobní zkušenost se snižováním důstojnosti vliv na jejich přístup k pacientovi.



22 dotázaných (41%) ovlivnila jejich zkušenost v přístupu k pacientovi. 2 respondenti (4%) neví, ale na své pocity si vzpomenu.

**Otázka č. 14: Co z následující nabídky pokládáte jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti?**

96 respondentů (63%) vnímá jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti fyzickou a slovní hrubost, 26 z dotazovaných (17%) považuje za nejhorší lhostejnost, nevšímavost a přehlížení. Zacházení s lidmi jako s věcmi považuje za nejhorší pochybení 24 dotázaných (16%). Dále pro 3 respondenty (2%) je nejhorším zacházení s dospělými jako s dětmi. Nedostatečnou informovanost volili 2 respondenty (1%), pro 1 respondenta (1%) je nejhorší projev nedostatku úcty.

**Otázka č. 15: Který z následujících přístupů nejvíce přispívá podle Vás k zachování důstojnosti?**

83 respondentů (55%) si myslí, že informovat pacienta o postupech a ptát se jej na souhlas s poskytnutím péče nejvíce přispívá k zachování důstojnosti. 34 respondentů (22%) zvolilo partnerský přístup. 1 respondent (1%) považuje za nejdůležitější nepřikazovat, ale doporučovat. Pro 19 respondentů (12%) je nejvhodnějším přístupem individualizovaná péče a podpora. 12 dotázaných (8%) preferuje poskytování útěchy, empatie, taktu. 3 respondenti (2%) vidí jako nejvhodnější pro zachování důstojnosti reagovat na požadavky pacienta zdvořile.

Rozborem otázek jsem zjistila, že respondenti mají osobní zkušenost se snižováním lidské důstojnosti ve zdravotnickém zařízení jen v 64%. O dodržování důstojnosti v nemocnici má zájem 82% dotázaných. 50% respondentů s osobní zkušeností ponižovalo, když nebylo informováno o plánu péče. 18% vnímalo jako ponižující přehlížení jejich osoby, 26% ponižovalo nerespektování jejich intimity a 3% nerespektování jejich názoru. Většina, 55% respondentů uvedlo, že jejich zkušenost nemá vliv na jejich přístup k pacientům. 63% respondentů považuje jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti slovní a fyzickou hrubost, 17% lhostejnost, přehlížení a 16% zacházení s lidmi jako s věcmi.

Pro 55% dotázaných, přispívá k zachování důstojnosti nejvíce informovanost pacienta o postupech, ptát se na souhlas.

**Hodnověrnost hypotézy č. 1 nebyla potvrzena.**

### **Hypotéza č. 2**

Předpokládám, že více než 70% dotazovaných disponuje potřebnými znalostmi práv pacientů, pacienty o nich informuje a je schopno podávat o nich zevrubné informace.

Pro potvrzení hypotézy budou použity z dotazníku otázky č. 6, 7, 8, 13, 16, 17.

#### **Otázka č. 6: Představujete se pacientovi při prvním kontaktu?**

84 respondentů ze 152 dotázaných odpovědělo, že se při prvním kontaktu s pacientem představuje (55%). 10 z dotázaných (7%) se pacientovi nepředstavuje a 58 respondentů (38%) se představuje jen někdy.

#### **Otázka č. 7: Domníváte se, že pacient ví, jak se jmenuje jeho ošetřující lékař?**

86 dotázaných (56%) se domnívá, že pacienti znají jméno svého ošetřujícího lékaře. 30 dotázaných (20%) si myslí, že pacienti neznají jméno svého ošetřujícího lékaře a 36 dotázaných (24%) neví, protože se pacientů se neptají.

#### **Otázka č. 8: Před vstupem do pokoje pacienta vždy zaklepete na dveře?**

Na tuto otázku 88 respondentů (58%) odpovědělo, že vždy zaklepe na dveře, než vstoupí k pacientovi na pokoj. 17 z dotázaných (11%) na dveře před vstupem neklepe a 47 respondentů (31%) zaklepe na dveře jen někdy.

**Otázka č. 13: Jakým způsobem mají pacienti na Vašem pracovišti možnost vyjádřit svůj nesouhlas s poskytováním péče, nerespektováním důstojnosti?**

V této otevřené otázce 57 dotázaných (38%) uvedlo jako možnost nesouhlasu pacienta ústní stížnost. 42 respondentů (28%) si myslí, že pacienti při nesouhlasu s péčí a nerespektováním jejich důstojnosti mohou podat písemnou stížnost. 31 dotázaných (20%) uvedlo, že možnost vyjádření nesouhlasu má pacient vyplněním dotazníku. 22 respondentů (14%) uvedlo podepsání negativního reverzu pacientem.

**Otázka č. 16: Informujete pacienty o jejich právech?**

Na tuto otázku odpovědělo 97 respondentů (64%), že informuje pacienty o jejich právech vždy. 50 dotázaných (33%) uvedlo, že informuje pacienty o právech jen někdy a 5 respondentů (3%) vůbec pacienty neinformuje.

**Otázka č. 17: Jsou pacientům kdykoliv k dispozici Práva pacientů v tištěné podobě?**

Na otázku odpovědělo 96 respondentů (63%), že tištěná forma Práv pacientů visí na zdi v pokojích pacientů. 44 respondentů (29%) má znalost o možnosti Práv pacientů v tištěné formě v laminátových deskách pro imobilní pacienty. 12 z dotázaných (8%) ví, že tištěná forma Práv pacientů visí na zdi na chodbě. Možnost nevím nikdo nezvolil, proto 0%.

Rozborem otázek jsem zjistila, že jen 55% respondentů se pacientovi představuje při prvním kontaktu vždy, 38% jen někdy. 56% respondentů se domnívá, že pacient zná jméno svého ošetřujícího lékaře. 20% si myslí, že jméno lékaře pacient nezná a 24% neví, pacienta se neptá. Což vidím jako neznalost respondentů v oblasti práva pacienta na právo znát jména ošetřujícího personálu.

Před vstupem na pokoj klepe na dveře jen 58% respondentů, někdy klepe 31%.

Všeobecně o tom, že pacient má nějaká práva, respondenti vědomosti mají. Tištěné formy na pracovišti mají k dispozici a vědí, kde si je pacient může kdykoliv přečíst. 64% respondentů informuje o právech pacientů vždy, 33% jen někdy.

O možnostech pacientova vyjádření nesouhlasu respondenti vědí, uvedli několik možností. Nejčastěji respondenti uvedli možnost ústní stížnosti, a to ve 38 %. 28% respondentů odpovědělo, že pacient má možnost, při nespokojenosti napsat písemnou stížnost. 14% respondentů zvolilo, vyjádření nespokojenosti dotazníkem. 20% respondentů udává, že pacient může s léčbou a péčí nesouhlasit, podepsat negativní revers a ukončit hospitalizaci.

96 respondentů (63%) ví, že tištěná forma Práv pacientů visí na zdi v pokojích. 44 respondentů (29%) má znalost o možnosti Práv pacientů v tištěné formě v laminátových deskách pro imobilní pacienty. 12 z dotázaných (8%) ví, že tištěná forma Práv visí na zdi na chodbě. Možnost nevím nikdo nezvolil, proto 0%.

## **Hodnověrnost hypotézy č. 2 nebyla potvrzena.**

### **Hypotéza č. 3**

Předpokládám, že 70 % dotazovaných chápe momenty, které ovlivňují respekt a úctu k lidské důstojnosti pacientů – to znamená problematiku zachovávání intimity pacientů, a způsoby ponižování, dehonestace pacientů a jejich omezování.

Pro potvrzení hypotézy budou použity z dotazníku otázky č. 12, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24.

**Otázka č. 12: Ptáte se pacienta před ošetřovatelským výkonem (cévkování, injekce i. m., převaz), zda ho můžete odkrýt?**

65 respondentů (43%) odpovědělo, že se pacienta před ošetřovatelským výkonem ptá, zda ho může odkrýt. Neptá se 26 respondentů (17%) a 61 dotázaných (40%) se ptá jen někdy.

**Otázka č. 18: Co vám brání v respektování intimity?**

Na tuto otázku odpovědělo 87 respondentů (57%), že jim brání v respektování intimity více pacientů na pokoji. 37 respondentů (25%) udalo, že jim brání nedostatek pomůcek. 26 dotázaných (17%) nerespektuje intimitu pro časovou tíseň a 2 respondenti (1%) odpověděli, že v respektování intimity jim brání neuvědomování si problému, neznalost, lhostejnost.

**Otázka č. 19: V které oblasti sebeobsluhy si myslíte, že je pro pacienta Vaše pomoc nejvíce ponižující, ale přesto ji musí přijmout, protože je nesoběstačný?**

120 respondentů (79%) považuje za ponižující pomoc pro pacienta hygienu intimních oblastí po toaletě. Pro 10 dotázaných (7%) je to pomoc při chůzi na WC. 22 respondentů (14%) vidí ponižující pro pacienta pomoc při ranní toaletě. Ostatní možnosti nikdo nezvolil – 0%.

**Otázka č. 20: Zapojujete pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, do péče o sebe sama, např. při ranní hygieně?**

Na tuto otázku 118 respondentů (78%) odpovědělo, že zapojuje pacienty do péče o sebe sama. 34 respondentů (22%) zapojuje pacienty, jen když je čas. Možnost ne nikdo nezvolil.

**Otázka č. 21: Pokud jste odpověděla ANO, tak proč?**

V této otázce odpovědělo 81 respondentů (69%), že zapojuje pacienty do sebeobsluhy a sebepéče z důvodů rozvoje soběstačnosti. 11 respondentů (9%) je zapojuje pro zlepšení psychiky a 26 dotázaných (22%) pacienty vede k sebepěči z důvodů zlepšení mobility, v rámci rehabilitace.

**Otázka č. 22: Pokud jste odpověděla NE, tak proč?**

Nikdo v otázce č. 20 nevedl, že nezapojuje pacienta do soběstačnosti. Proto zde nebyla žádná odpověď.

**Otázka č. 23: Kdy nejčastěji používáte na Vašem pracovišti omezovací prostředky?**

93 respondentů (61%) uvedlo, že používá omezovací prostředky při neklidu pacienta, jako prevenci pádu a sebepoškození pacienta. 59 respondentů (39%) používá omezovací prostředky u agresivního pacienta, při ochraně sester. Možnost nepoužívání omezovacích prostředků ne zvolil nikdo 0%.

**Otázka č. 24: Chápete používání omezovacích prostředků jako výjimečnou situaci, u které jde o omezování osobní svobody?**

91 respondentů (60%) odpovědělo, že chápe používání omezovacích prostředků jako omezování osobní svobody. 19 respondentů (12%) nechápe jejich použití jako omezování osobní svobody a pro 42 dotázaných (28%) je použití omezovacích prostředků omezováním svobody jen někdy.

Rozborem otázek jsem se dozvěděla, že 65% respondentů se ptá před nutností odkrýt pacienta na jeho svolení.

57% udává jako zábranu respektování intimity v tom, že je na pokoji více pacientů. 25% respondentů nemá dostatek pomůcek pro zajištění intimity.

V 79% respondenti vnímají, že nejvíce ponižující pomocí je pro pacienta hygiena intimních míst po toaletě.

78% respondentů zapojuje pacienty do sebepéče, pokud to jejich stav dovolí. 22% je zapojuje, jen když je čas. Důvody zapojování pacientů jsou nejčastěji (69%) z důvodů rozvoje soběstačnosti, 9% pro zlepšení psychiky. 22% respondentů zapojuje pacienty do sebepéče v rámci

zachování mobility, rehabilitace. I zlepšování mobility vede postupně k samostatnosti v oblasti sebeděče a ke zlepšení psychiky pacienta.

Používání omezovacích prostředků v nemocnici udalo 61% u neklidných pacientů, k prevenci pádu a sebeškození pacienta. 59% užívá omezovací prostředky u agresivních pacientů, jako ochranu personálu. Jejich použití v 60% vnímají jako formu omezování osobní svobody. Je s podivem, že 28% respondentů vnímá používání omezovacích prostředků jen někdy jako omezení osobní svobody.

**Hypotéza č. 3 byla potvrzena.**

### **13. ZHODNOCENÍ STANOVENÝCH CÍLŮ**

Všechny cíle, které jsem si stanovila v úvodu mé empirické části, byly splněny.

Jako první cíl jsem si stanovila, zjistit, jestli osobní zkušenost s problematikou lidské důstojnosti při hospitalizaci, má vliv na vnímání etických problémů pacientů. Osobní zkušenost má více než polovina dotázaných (64%), ale méně než polovina z nich (41%) si myslí, že je neovlivnila v jejich přístupu k pacientům. Nejčastější ponižující zkušeností je neinformovanost o plánu péče. Také jsem se dozvěděla, že velké procento respondentů se zajímá o etické problémy pacientů (82%) při hospitalizaci. Respondenti jako nejhorší pochybení proti lidskosti považují projevy slovní a fyzické hrubosti (64%). Jako přístup nejvíce zachovávající lidskou důstojnost uvedlo 55% respondentů informovanost pacienta o postupech, ptát se pacienta na souhlas.

Jako druhý cíl jsem si stanovila zjistit, zda všeobecné sestry mají znalosti o právech pacientů a jestli o nich informují pacienty.

Zjistila jsem, že 55% respondentů se pacientovi představuje a na dveře pokoje před vstupem zaklepe 58% respondentů. Dle mého názoru jsou tyto hodnoty nedostačující.

S možnostími pacienta vyjádřit nesouhlas s poskytováním péče, nerespektováním důstojnosti mají respondenti přehled. 28% respondentů udává jako nesouhlas s péčí ústní stížnost. Myslím si, že jen velmi málo pacientů si takto stěžuje během hospitalizace. Převládá obava z následného negativního postoje personálu.

Jako druhá nejčastější je písemná stížnost (28%). Ta se podle mého nejčastěji podává až po ukončení hospitalizace. Pacient napíše stížnost vedení nemocnice nebo na vedení daného oddělení.

Jako rychlý způsob vyjádření nesouhlasu s péčí, léčbou a projevem nedůvěry je pro mě podepsání negativního reversu a ukončení hospitalizace. Dříve se tento typ nesouhlasu používal více. Od doby zavedení tzv. Informovaného souhlasu je v pozadí. Přesto ho uvedlo 14% respondentů.

Další uvedenou možností je dotazník (20%). Vyjádření nespokojenosti pacienta v dotazníku je důležité pro další zlepšování péče a přístupu pracovníků na odděleních. Sběrem těchto dat se vedoucí pracovníci dozvědí, kde jsou slabiny pracovníků, na co si pacienti stěžují. Mohou tak provádět cílená opatření ke zlepšení a k odstranění chyb. Dotazník je anonymní, pacient se nebojí následků. Myslím, že zavedení dotazníků spokojenosti do sledování kvality péče je správný krok směrem ke zlepšování vztahů mezi pacienty a zdravotníky.

O právech pacienty informuje 64% respondentů, 33% jen někdy. Zde vidím potřebu zlepšení, v aktivním podávání informací pacientům o jejich právech. Pacienti se bojí domáhat se svých práv, cítí se v nemocnici v podřadné pozici, zvláště staří lidé. Ti mladší jsou již více seznámeni se svými právy všeobecně, používají internet, kde získávají informace. S možnostmi Práv pacientů v tištěné formě jsou respondenti seznámeni. Je však otázka jak pacienty edukují. Zda jim je jen dají přečíst nebo jim je říkají. Jestli právům rozumí a uplatňují je praxi i oni sami. Jestli vědí, že i představení se pacientovi patří mezi jeho práva. Že zaklepaním na dveře pokoje zachováváme soukromí pacienta. Vím, že to mnozí nedělají.



Zjistila jsem, že v oblasti edukace práv pacientů jsou značné nedostatky a je třeba zlepšení.

Další cíl, který jsem si určila, bylo zjištění, zda všeobecné sestry znají problematiku zachovávání intimity, znají způsoby snižování lidské důstojnosti, ponižování a omezování osobní svobody.

Problematika zachovávání intimity je velký problém v nemocnicích, kde se zdravotníci pohybují v intimní zóně pacienta velmi často. Intimitu zachováváme třeba tak, že odkrýváme jen potřebná místa pacientova těla. Před odkrytím příkrývky na lůžku je třeba vysvětlit důvod a zeptat se na jeho souhlas. Provádí 43% respondentů. To je nízký počet. Je třeba zajistit, aby odhaleného pacienta nikdo nespátral a 57% respondentů uvedlo, že zábranou v respektování intimity, je více pacientů na pokoji. Myslím si, že právě to by mělo být důvodem, v důslednějším respektování intimity. 25% respondentů uvádí nedostatek pomůcek jako zábranu v zachování intimity.

Jako nejvíce ponižující pomoc respondenti zvolili provádění hygieny intimních míst po toaletě.

Zapojování pacienta do sebekpěče považuje za samozřejmost 78% respondentů, dle mého celkem velké číslo. Zapojování pacienta do sebekpěče z důvodů soběstačnosti provádí 69% respondentů, což úzce souvisí s lidskou důstojností. I v rámci rehabilitace, zlepšování mobility. Při zapojování pacienta je toto třeba provádět pomalu, dávat pacientovi úkoly, které je schopen provést. Je nutné, aby viděl úspěchy, je třeba ho ocenit pochvalou. A krůček po krůčku dojde k návratu soběstačnosti nebo alespoň k co nejlepší možné soběstačnosti a samostatnosti. Tak lze podpořit a zlepšit i pacientovu psychiku.

Používání omezovacích prostředků používají respondenti buď z důvodů neklidu pacienta, jako prevenci pádu (61%) a 39% respondentů omezuje agresivní pacienty, jako ochranu personálu. V 60% chápou tuto situaci jako výjimečnou. Překvapilo mě, že použití omezovacích prostředků 28% respondentů chápe jako omezování osobní svobody jen někdy. Zajímalo by mě kdy ano a kdy ne.

## 14. ZÁVĚR

Důvodem, proč jsem si jako téma své bakalářské práce zvolila důstojnost, byla především moje práce na jednotce intenzivní péče. Každý den jsem svědkem různých etických dilemat, která my sestry prožíváme.

Sestry s pacientem tráví celý jeho pobyt, jsou v jeho těsné blízkosti. Pohybují se v jeho intimní zóně. Znaří stesky, radosti i přání každého z nich. Vědí, co pacient nemá rád, čeho se bojí i na co se těší. Tráví s pacientem více času než lékaři. Některé pacienty si sestry pamatují léta, některé podle jmen, některé podle zajímavých případů, podle jejich příběhů. To je také smyslem ošetřovatelství, poznat pacienta, dozvědět se jeho potřeby a pomoci mu je uspokojit.

Ošetřovatelství je krásný, ale zároveň náročný obor. V rychle se měnící době se nároky na veškerý ošetřovatelský personál neustále zvyšují. Je třeba mít spoustu znalostí a neustále se vzdělávat. Jsou nové postupy, pomůcky, léky. Všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti mají dané kompetence, což je v dnešní době nezbytné.

Sleduje se kvalita ošetřovatelské péče, jsou daná pravidla, nemocnice se stávají akreditovanými. Vše se děje v zájmu ochrany zdraví a života pacienta. Lidský přístup, empatie, vlídnost a úcta se občas ztrácejí v přetechnizovaném světě.

Ošetřovatelství je samo o sobě morální záležitost. Všichni se velice často potýkáme s etickými dilematy. Všimáme si lidských pochybení zejména těch, které se týkají vlastně našich morálních zásad, etických principů nebo nesplněných očekávání. Klademe si otázky, které se týkají zasahování do soukromí pacienta nebo jeho nesplnitelných přání. Špatný nebo neřešitelný zdravotní stav pacienta se nás velmi niterně dotýká.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda sestry jsou seznámeny s lidskou důstojností, s nutností jejího dodržování v nemocnici. V dotazníkovém šetření jsem se dozvěděla, že je nutné stále o těchto problémech hovořit. Vedoucí pracovníci by měli své podřízené nejen upozorňovat na správný etický přístup, vyžadovat ho, ale také jít příkladem svou prací a postoji k daným problematikám.

Jsem přesvědčena, že ve školách, středních i vysokých, by se mělo více učit o etice, eticky správných přístupech a psychologii.

Také by mělo být toto téma více zastoupeno na kongresech, seminářích, na vzdělávacích akcích, které jsou součástí celoživotního vzdělávání sester.

Jestliže chceme zlepšení, musíme poskytnout informace, mluvit o problémech, rozebírat etická dilemata. A hlavně, být příkladem.

O svých výsledcích budu informovat hlavní sestru naší nemocnice. Výzkum je důkazem o nutnosti vzdělávání sester v dodržování důstojnosti pacienta v naší nemocnici a nastavení takových hodnot v rámci jednotlivých oddělení či klinik, které by pozitivně motivovaly veškerý zdravotnický personál k celostnímu pohledu na pacienta, jehož součástí je i dodržování pravidel lidské důstojnosti.

## SEZNAM LITERATURY:

### Seznam použité literatury a pramenů:

1. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80- 8063- 227- 8
2. HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978- 80- 247- 4811- 5
3. HEŘMANOVÁ, Jana, VÁCHA, Marek, SVOBODOVÁ, Hana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978- 80- 247- 8336- 9
4. HONZÁK, Radkin. *Svépomocná příručka sestry: (psychothriller)*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978- 80- 7492- 142- 1
5. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0
6. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80- 247- 0784- 5
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978- 80- 247- 7874- 7
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978- 80- 247- 2069- 2
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Praha, Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978- 80- 247- 3224- 4
10. MOORE, Thomas. *Léčebná péče o duši*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978- 80- 7367- 782- 4
11. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80- 247- 1024- 2
12. NĚMČEKOVÁ, Mária. *Etika v ošetrovatelstve*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. ISBN 978- 80- 8068- 812- 7
13. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. vyd. 3. dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978- 80- 7013- 524- 2
14. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života*. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80- 7021- 302- 7

15. SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději*. Kostelní Vydří: Karmelitské nakladatelství, s. r. o., 2006. ISBN 80- 7195- 049- 1
16. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978- 80- 247- 4107- 9
17. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80- 7013- 324- 4
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*, Praha: Grada, Sestra (Grada). 2006. ISBN 80- 247- 1262- 8
19. WEISS, Petr. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978- 80- 7367- 845- 6
20. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978- 80- 247- 2068- 5

#### **Články z časopisů:**

1. ADAMCZYK, Roman. *Etika pro život – aktuální problémy zdravotní péče*. Florence: časopis moderního ošetrovatelství, 2011. 7(9), 19- 21. ISSN 1801- 464X
2. GULÁŠOVÁ, Ivica, Ján BREZA. *Základné oblasti etického prístupu lekára a sestry k pacientovi v chirurgických oboroch*. 2010. 6(1),24- 25. ISSN 1801- 1349
3. HROZENKOVÁ, Martina, Anna KASANOVÁ. *Úcta k životu a k umírání*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, 2011. 21(4), 50- 51. ISSN 1210- 0404
4. MUNZAROVÁ, Marta. *Důstojnost člověka v bolesti, v utrpení a v umírání*. Causa subita: časopis pro lékaře v 1. linii, 2006. 9(5). 165. ISSN 1212- 0197
5. SVOBODOVÁ, Hana. *Důstojnost lidské existence v péči o nemocného*. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky, 2006. 2(3), 115- 117. ISSN 1801- 1349

### On – line zdroje:

1. CAIRNS, Deborah, Veronika WILLIAMS, Christina VICTOR, Sally RICHARDS, Andréé LE MAY, Wendy MARTIN a David OLIVER. *The meaning and importance of dignified care: findings from a survey of health and social care professionals*. BMC Geriatrics [online]. 2013,**13**(1), 28- [cit. 2016-05-03]. DOI: 10.1186/1471-2318-13-28. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/28>
2. HEŘMANOVÁ, Jana, ZVONÍČKOVÁ, Marie a Hana Svobodová. *Morální tíseň – nové téma etiky v ošetrovatelství*. Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry, 2010.2. Dostupné z <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/moralni-tisen-nove-tema-etiky-v-osetrovatelstvi-449658>
3. WICHISOVÁ, Jana. *O důstojnosti pacienta*. Kontakt: vědecký časopis, 2012. 14(1), 7- 13. ISSN 1212- 4117; 1804- 7122 (elektronická verze)
4. YALDEN BJ, MCCORMACK B. *Construction of dignity: a pre- requisite for flourishing in the workplace?* Int J Older People Nurs. 2010 Jun;5(2): 137-47. doi:10.1111/j.1748-3743. 2010. 00218. x. PubMed PMID: 20925715. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925715>

### Jiné:

1. CANDIGLIOTA, Zuzana. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost: medicínské právo v otázkách a odpovědích*. 2., mírně upr. vyd. Brno: Liga lidských práv, c2011, Manuály. ISBN 978-80-87414-04-0
2. ERBENOVÁ, Věra. *Poznámky k etice ošetrovatelství*. Cesta k modernímu ošetrovatelství (recenzovaný sborník příspěvků z konference), Praha: fakultní nemocnice Motol, 2004, s. 18- 21
3. FIŠAROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství*, pomocný učební text. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
4. HEŘMANOVÁ, Jana, STAŇKOVÁ, Marta, český překlad. *Lemon 3*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80- 7013- 244- 2

5. JANKOTOVÁ, Jana. *Sebehodnocení sester v komunikačních dovednostech*, bakalářská práce. 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2014
6. KELLNEROVÁ – KALVACHOVÁ, Lucie a Linda Kalvachová. *Respektování lidské důstojnosti: Projekt paliativní péče v České republice*. Příručka pro odbornou výuku, překlad z originálu Education for dignity, A - multidisciplinary workbook, 2003, Praha: Cesta domů, 2004

## **SEZNAM TABULEK:**

1. Tabulka 1 - Věk respondenta.
2. Tabulka 2 – Dosažené vzdělání.
3. Tabulka 3 – Délka praxe v oboru.
4. Tabulka 4 – Typ oddělení.
5. Tabulka 5 – Zájem o dodržování lidské důstojnosti.
6. Tabulka 6 – Představení se pacientovi.
7. Tabulka 7 – Pacient ví jméno lékaře.
8. Tabulka 8 – Zaklepání na dveře pokoje.
9. Tabulka 9 – Chování snižující důstojnost.
10. Tabulka 10 – Způsob snižující důstojnost.
11. Tabulka 11 – Vliv zkušenosti.
12. Tabulka 12 – Dotaz na odkrytí.
13. Tabulka 13 – Způsob nesouhlasu pacienta.
14. Tabulka 14 – Nejhorší pochybení.
15. Tabulka 15 – Přístupy k zachování důstojnosti.
16. Tabulka 16 – Práva pacienta.
17. Tabulka 17 – Tištěná forma Práv pacientů.
18. Tabulka 18 – Zábrany v respektování intimity.
19. Tabulka 19 – Ponižující pomoc.
20. Tabulka 20 – Zapojení pacienta.
21. Tabulka 21 – Důvody zapojení pacienta.
22. Tabulka 22 – Použití omezovacích prostředků.
23. Tabulka 23 – Výjimečná situace.



## SEZNAM GRAFŮ:

1. Graf 1 – Věk respondenta – vyjádření v %.
2. Graf 2 – Dosažené vzdělání – vyjádření v %.
3. Graf 3 – Délka praxe v oboru – vyjádření v %.
4. Graf 4 – Typ oddělení – vyjádření v %.
5. Graf 5 – Zájem o dodržování lidské důstojnosti – vyjádření v %.
6. Graf 6 – Představení se pacientovi – vyjádření v %.
7. Graf 7 - Pacient ví jméno lékaře – vyjádření v %.
8. Graf 8 - Zaklepání na dveře – vyjádření v %.
9. Graf 9 – Chování snižující důstojnost – vyjádření v %.
10. Graf 10 – Způsob snižování důstojnosti – vyjádření v %.
11. Graf 11 – Vliv zkušenosti – vyjádření v %.
12. Graf 12 – Dotaz na odkrytí – vyjádření v %.
13. Graf 13 – Způsob nesouhlasu pacienta – vyjádření v %.
14. Graf 14 – Nejhorší pochybení – vyjádření v %.
15. Graf 15 – Přístupy k zachování důstojnosti – vyjádření v %.
16. Graf 16 – Informace o právech – vyjádření v %.
17. Graf 17 – Tištěná forma Práv pacientů – vyjádření v %.
18. Graf 18 – Zábrany v respektování intimity – vyjádření v %.
19. Graf 19 – Ponižující pomoc – vyjádření v %.
20. Graf 20 – Zapojení pacienta – vyjádření v %.
21. Graf 21 – Důvody zapojení pacienta – vyjádření v %.
22. Graf 22 – Použití omezovacích prostředků – vyjádření v %.
23. Graf 24 – Výjimečná situace – vyjádření v %.

## **PŘÍLOHY:**

### **PŘÍLOHA A**

#### **Práva pacientů ČR**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení ne terapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

***Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR.***

***Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992***

## **PŘÍLOHA B**

### **Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester (ICN)**

#### **Předmluva**

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

#### **Úvod**

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

#### **Kodex ICN**

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

## **1. Sestry a lidé**

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

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

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

## **2. Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

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

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti.

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

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

### **3. Sestry a profese**

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

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

### **4. Sestry a spolupracovníci**

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

## PŘÍLOHA C

### DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, kolegové,

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia v oboru ošetrovatelství, 3. lékařské fakulty University Karlovy v Praze. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, na základě kterého budu moci zpracovat svoji bakalářskou práci na téma „Důstojnost pacienta při hospitalizaci“.

Předem děkuji, Lucie Vlčková

**1. Váš věk:**

- a) 18 – 19 let
- b) 20 – 29 let
- c) 30 – 39 let
- d) 40 – 49 let
- e) 50 a více let

**2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) Středoškolské s maturitou
- b) Vyšší odborné
- c) Specializace
- d) Vysokoškolské bakalářské
- e) Vysokoškolské magisterské

**3. Jak dlouho pracujete v oboru zdravotní sestra/zdravotnický asistent?**

- a) Méně než rok
- b) 1 – 5 let
- c) 5 – 10 let
- d) 10 – 20 let
- e) 20 a více let

**4. Na jakém oddělení nyní pracujete?**

- a) Standardní lůžkové oddělení
- b) JIP, ARO

**5. Zajímáte se o dodržování lidské důstojnosti v nemocnici?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

**6. Představujete se pacientovi při prvním kontaktu?**

- a) Ano

- b) Ne
- c) Někdy

**7. Domníváte se, že pacient ví, jak se jmenuje jeho ošetřující lékař?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, neptám se

**8. Před vstupem do pokoje pacienta vždy zaklepete na dveře?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

**9. Setkala jste se při pobytu v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém zařízení kde jste byla v roli pacienta s jednáním, které snižovalo Vaši důstojnost?**

- a) Ano
- b) Ne

**10. Pokud ANO, jakým způsobem?**

- a) Neinformovanost o plánu péče
- b) Přehlížením Vaší osoby
- c) Nezachováním intimity
- d) Nerespektováním Vašeho názoru
- e) Jiné .....

**11. Měla tato zkušenost vliv na Váš přístup k pacientovi?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, ale někdy si na své pocity vzpomenu

**12. Ptáte se pacienta před ošetřovatelským výkonem (cévkování, injekce i. m., převaz), zda ho můžete odkrýt?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

**13. Jakým způsobem mají pacienti na Vašem pracovišti možnost vyjádřit svůj nesouhlas s poskytováním péče, nerespektováním důstojnosti?**



.....  
.....  
.....

**14. Co z následující nabídky pokládáte jako nejhorší pochybení proti lidské důstojnosti?**

- a) Projevy fyzické a slovní hrubosti
- b) Lhostejnost a nevšímavost, přehlížení
- c) Zacházení s lidmi jako s věcmi (nepotřebujeme souhlas pacienta, musí poslouchat)
- d) Zacházení s dospělými jako s dětmi (Jak jste se vyspinkal?)
- e) Nedostatečná informovanost (co se bude dít)
- f) Projevy nedostatku úcty (oslovování)

**15. Který z následujících přístupů nejvíce přispívá podle Vás k zachování důstojnosti?**

- a) Přístupovat k pacientovi jako k partnerovi
- b) Informovat pacienta o postupech, ptát se na jeho souhlas či nesouhlas
- c) Nepřikazovat, ale doporučovat
- d) Poskytovat individualizovanou péči a podporu
- e) Poskytovat útěchu, empatii, takt
- f) Na požadavky pacienta reagovat zdvořile

**16. Informujete pacienty o jejich právech?**

- a) Ano, vždy
- b) Ano, někdy
- c) Ne

**17. Jsou pacientům kdykoliv k dispozici Práva pacientů v tištěné podobě?**

- a) Ano, visí na určitém místě na zdi v pokoji
- b) Ano, máme je v laminátových deskách i pro imobilní pacienty
- c) Ano, visí na určitém místě na zdi na chodbě
- d) Nevím

**18. Co vám brání v respektování intimity?**

- a) Časová tíseň
- b) Více pacientů na pokoji
- c) Neuvědomování si problematiky, neznalost, lhostejnost
- d) Nedostatek pomůcek – zástěny

**19. V které oblasti sebeobsluhy si myslíte, že je pro pacienta Vaše pomoc nejvíce ponižující, ale přesto ji musí přijmout, protože je nesoběstačný.**

- a) Ranní hygiena
- b) Dojít na WC
- c) Hygiena intimních částí těla po toaletě
- d) Sám se najíst, napít
- e) Nasadit si brýle
- f) Nandat si zubní protézu
- g) Měnit polohu na lůžku
- h) Jiné .....

**20. Zapojujete pacienta, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, do péče o sebe sama, např. při ranní hygieně?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy, když je čas

**21. Pokud jste odpověděla ANO, tak proč?**

.....  
 .....

**22. Pokud jste odpověděla NE, tak proč?**

.....  
 .....

**23. Kdy nejčastěji používáte na Vašem pracovišti omezovací prostředky?**

- a) Neklid pacienta, prevence pádu, sebepoškození pacienta
- b) Agresivní pacient, ochrana sester
- c) Nepoužíváme žádné omezovací prostředky

**24. Chápete používání omezovacích prostředků jako výjimečnou situaci, u které jde o omezování osobní svobody?**

- a) Ano, vždy
- b) Ne
- c) Někdy

