



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na
urgentním příjmu, samozřejmost nebo
nadstandard?**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Vendula Pospíšilová, Dis

Vedoucí práce: PhDr. Andrea Hudáčková, PhD

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „**Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard?**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 18. 8. 2017

.....

Bc. Vendula Pospíšilová Dis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí této práce, paní PhDr. Andree Hudáčkové, PhD., především za trpělivost, laskavost, cenné rady a připomínky, během zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla zmínit poděkování pro hlavní sestru nemocničního zařízení, kde byl výzkum proveden. Děkuji též všem zúčastněným v tomto výzkumu, tedy pacientům i zdravotnickému personálu urgentního příjmu.

Abstrakt

Tato diplomová práce, jejíž název je „Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard?“, poukazuje na problematiku respektování důstojnosti člověka a zajišťování intimity při ošetřování pacientů na urgentním příjmu. Výše uvedená problematika v současné době výrazně pokulhává v pozadí prestiže moderních léčebných a ošetrovatelských postupů. V intenzivní péči a tedy i na urgentních příjmech se rozvíjí halový systém zdravotnické péče, kde je zachování důstojnosti člověka a zajištění jeho intimity velmi komplikované. Pomalým tempem se tato problematika přesouvá do popředí zájmů veřejnosti jak odborné, tak i té laické, zejména z pohledu pacientů, majících určité zkušenosti se zdravotnickou péčí. Cílem této diplomové práce, bylo zmapovat zajišťování intimity a respektování důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu ošetřujícím personálem.

V teoretické části této práce jsou popsány oblasti, jako je důstojnost, intimita, holismus, potřeby nemocného, ale i komunikace a syndrom vyhoření a fungování urgentních příjmů jako takových ve stručném popisu.

Praktická část práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu s využitím technik polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří byli na urgentním příjmu ošetřeni a s ošetřujícím personálem urgentního příjmu, v kombinaci s utajeným pozorováním práce ošetřujícího personálu urgentního příjmu. Rozhovory i pozorování proběhly v dubnu 2017, v nejmenované nemocnici na oddělení urgentního příjmu. Povolení k provedení výzkumu vydala náměstkyně pro ošetrovatelskou péči této nemocnice.

Výzkumný soubor tvořilo 10 sester pracujících na urgentním příjmu a 10 pacientů, kteří byli na tomto oddělení ošetřeni.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry mají velmi dobré znalosti v oblasti poskytování důstojné péče a zajišťování intimity pacienta, avšak co se týče uvedení těchto znalostí do praxe, je toto oblast na které musí ošetřující personál pod dohledem vedení oddělení zpracovat a více se jí zabývat. Pacienti poukazovali zejména na nedostatečnou informovanost o průběhu ošetření, o aplikovaných léčivech a pocit nedostatku soukromí při ošetrovatelských výkonech. Takřka nejvíce diskutovaným

problémem je sdělování osobních údajů a zdravotních problémů v čekárně urgentního příjmu sestře, bez jakékoli možnosti soukromí. Některé faktory, které narušují důstojnou a intimní péči se týkají oblastí spíše stavebních a organizačních úprav oddělení a budou navrženy k dalšímu řešení.

Klíčová slova:

Lidská důstojnost, intimita, etika v ošetřovatelství, ošetřovatelská péče, pacient, urgentní příjem

Abstract

This diploma thesis, titled "Ensuring intimacy and dignity in patients on urgent reception, self-evident or a luxury?", highlights the issue of respecting human dignity and ensuring intimacy in treating patients on urgent admission. The above issues are currently lagging the prestige of modern healing and nursing practices. In intensive care and therefore in urgent arrivals, an inpatient health care system is being developed, where maintaining the dignity of a person and ensuring his intimacy is very complicated. At a slow pace, this issue moves to the forefront of the public's interests, both professional and lay, particularly from the point of view of patients who have some experience with healthcare.

The aim of this diploma thesis was to map the provision of intimacy and respect for dignity in patients on emergency reception by treating staff.

The theoretical part of this thesis describes areas such as dignity, intimacy, holism, the needs of the sick, as well as communication and burnout syndrome and the functioning of urgent income as such in a brief description.

The practical part of the work was elaborated by the method of qualitative research using the techniques of semi-structured interview with patients who were treated for urgent income and with emergency care staff, combined with the secret observation of the work of the emergency care staff. Interviews and observation took place in April 2017, at the Emergency in Hospital. Permit for research was issued by the Deputy Minister for Nursing.

The research group consisted of 10 nurses working on urgent admissions and 10 patients treated in this department.

The research shows that nurses have a very good knowledge of dignified care and patient intimacy, but in terms of putting this knowledge into practice, this area is under the supervision of the department's staff to work on it and to deal with it more closely. In patients pointed out to insufficient awareness of the course of treatment, applied medications, and a lack of privacy in nursing. Almost the most discussed issue is communicating personal data and health problems in the emergency waiting room to a nurse, without any possibility of privacy. Some factors that interfere with dignified

and intimate care relate to areas of rather structural and organizational adjustments to the department and will be proposed for further solutions.

Key words: Human dignity, Intimacy, Nursing ethics, Nursing, Patient, Emergency department

Obsah

Obsah

1	Teoretická část	11
1.1	Oddělení urgentního příjmu	11
1.1.1	Rozdělení oddělení urgentního příjmu	12
1.1.2	Stavy vyžadující péči na urgentních příjmech	14
1.2	Profese všeobecné sestry na urgentním příjmu	16
1.3	Intimita	18
1.3.1	Zajištění intimity ve zdravotnickém zařízení.....	18
1.3.2	Oblasti náchylné k narušení intimity	20
1.4	Lidská důstojnost	21
1.4.1	Důstojnost z hlediska právního zakotvení	22
1.4.2	Typy důstojnosti	23
1.4.3	Zvláštnosti v zachování lidské důstojnosti	25
1.5	Etika	27
1.5.1	Úvod do etiky.....	27
1.5.2	Základní etické principy	29
1.5.3	Etika a právní zakotvení	31
1.6	Holismus	32
1.7	Potřeby nemocného	33
1.7.1	Potřeby pacienta v intenzivní péči	36
1.7.2	Reakce na neuspokojení potřeb	38
1.8	Lidský vztah jako součást profese zdravotníka.....	39
1.9	Komunikace v ošetrovatelství.....	42
1.9.1	Úvodem.....	42
1.9.2	Komunikace s pacienty	44

1.10	Stresová zátěž a syndrom vyhoření u sester pracujících na urgentním příjmu	47
1.10.1	Vypjaté situace na urgentních příjmech.....	48
1.10.2	Příznaky a následky syndromu vyhoření	49
1.10.3	Supervize ve zdravotnictví.....	50
2	Cíl práce a výzkumné otázky.....	52
3	Operacionalizace pojmů	53
4	Metodika	54
4.1	Metodika výzkumu.....	54
4.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	55
5	Výsledky výzkumu	56
5.1	Kategorizace výsledků z rozhovorů s personálem	56
5.2	Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty	59
5.3	Výsledky pozorování	64
5.3.1	Výsledky pozorování crash room	65
5.3.2	Výsledky pozorování expektační lůžka	67
5.3.3	Výsledky pozorování v ambulancích.....	69
6	Diskuze	71
7	Závěr	87
7.1	Doporučení pro praxi	88
8	Seznam literatury a zdrojů	89
9	Seznam příloh	94

Úvod

V současné době je nejen v oblasti ošetrovatelské péče a medicíny vůbec, čím dál častěji zmiňován pojem lidská důstojnost. Zároveň ale čím dále častěji slyšíme, že byla důstojnost člověka ohrožena či narušena. Nemocnice a ostatní zdravotnická zařízení, pečující o pacienty, bývají místy, kde k narušení důstojnosti člověka dochází často. Je to dáno také tím, že v dnešní době, je důraz kladen především na materiální a ekonomickou kvalitu péče a péči o tělesnou schránku pacienta. Duševní stránka pacienta pak zůstává v pozadí. V popředí moderních technologií, nejnovějších léčebných postupů, stále rostoucích počtů pacientů, s minimálním množstvím časového prostoru pro každého z nich, nezbyvá pak dostatek prostoru pro péči o jejich nitro.

Téma „*Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard?*“ pro tuto diplomovou práci, mne začalo zajímat již před poměrně dlouhou dobou. V minulých časech, kdy jsem měla možnost poznat zdravotní péči jakožto pacient, mě problematika důstojné péče a ochrany intimity začala zajímat vůbec poprvé. Postupem času a mé narůstající praxe a zkušeností v profesi zdravotní sestry, se můj zájem o toto citlivé téma zvyšoval. Na urgentním příjmu pracuji 11 let, a během této doby jsem měla možnost tuto problematiku sledovat. Diplomovou práci na toto téma, jsem zpracovala především z toho důvodu, že doufám v alespoň částečnou nápravu určitých faktorů, které napravitelné jsou, a je třeba na ně poukázat. Cílem bylo zmapování jednak ošetrovatelské péče z pohledu intimity a důstojnosti, a zároveň toho, jak tuto péči vnímají sami pacienti.

Nejen v oboru urgentní medicíny pacienty nejvíce ovlivňujeme biomedicínskou technologií, která působí na jeho zdravotní stav, ale především vlastním přístupem a jednáním. Lidskost a ochota pomoci jsou mnohdy jedny z nejdůležitějších článků v komplexní péči o člověka.

1 Teoretická část

1.1 Oddělení urgentního příjmu

Urgentní příjmy všeobecně, ať již jako součást některých oddělení nebo jako samostatná oddělení, představují pracoviště, kde jsou soustředěni pacienti s náhlou změnou zdravotního stavu. Urgentní příjmy jsou též důležitým místem pro zajištění kontinuity komplexní zdravotní péče pacientům, zajištěných v předchozí době v přednemocniční péči (Remeš, 2013).

Urgentní příjem je pracovištěm, které by měly mít všechny moderní nemocnice v České republice. Pacienti ošetřeni na urgentním příjmu se na toto oddělení dostávají jednak prostřednictvím zdravotnické záchranné služby a jednak na toto oddělení přicházejí sami k ošetření do ambulancí jednotlivých oborů, ať již s doporučením či bez něj.

Ve většině nemocnic, které disponují urgentním příjmem, je to jediné místo, kam zdravotnická záchranná služba směřuje pacienty z terénu, vyjma porodů a dětských chorob. Tímto se centralizuje vysoce specializovaná péče s návazností přechodu z přednemocniční péče na nemocniční (Wyatt et al., 2012).

Wyatt et al. (2012) dále uvádí, že na takovémto oddělení je ošetřen každý, kdo vyžaduje poskytnutí léčebné péče. Pobyt na oddělení urgentního příjmu je limitován 24 hodinami. Po provedení nejruznějších vyšetření, stanovení diagnózy a stabilizaci stavu pacienta je pacient transportován z urgentního příjmu dále na oddělení resuscitační, intenzivní, standardní nebo odchází domů dle zdravotního stavu. Někdy je třeba pacienta předat k pobytu na protialkoholní záchytnou stanici, do psychiatrické nemocnice nebo do jiné nemocnice v České republice.

Každá část urgentního příjmu je vybavena pomůckami pro resuscitaci, čímž se eliminuje mrtvý prostor do začátku záchrany života pacienta, neboť jsou tyto pomůcky vždy v blízkosti.

Co se týče personálního obsazení na urgentním příjmu, tak zde pracují zejména lékaři se specializací v oboru urgentní medicína, všeobecné lékařství, anesteziologie a v neposlední řadě konziliáři všech medicínských oborů. Z řad zdravotních sester jsou to potom sestry, které absolvovaly specializační vzdělávání v oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, sestry s kvalifikačním vzděláním, zdravotničtí záchranáři a pomocný zdravotnický personál jako jsou sanitáři a provozní pracovnice.

Pracoviště urgentního příjmu disponuje kvalitním materiálním i technickým vybavením jak pro převzetí a ošetření pacientů přivezených záchrannou službou, tak i samostatně příchozích k ošetření do jednotlivých ambulancí (Wyatt et al., 2012).

1.1.1 Rozdělení oddělení urgentního příjmu

Jak uvádí Sansfacon (2013), obsahuje oddělení emergency celkem tři hlavní ošetrovací prostory. Tou první je velká crash room místnost s plným resuscitačním a monitorovacím vybavením, jednotku pro krátkodobou péči (expektační lůžka) a prostory pro ambulantní péči. K vedlejším prostorám emergency patří rentgenové pracoviště s ultrasonografií a počítačovou tomografií, zákrový sál pro malé výkony, sádrovna a recepce s čekárnou.

Důležitým místem, tvořícím jakýsi vstupní bod na oddělení urgentního příjmu, je recepce. Je nedílnou součástí tohoto oddělení. Týká se pacientů příchozích na toto oddělení po vlastní ose bez využití zdravotnické záchranné služby.

V recepci pracuje sestra, která třídí všechny příchozí pacienty podle předem stanovených kritérií. V případě jakýchkoli nejasností má možnost vše konzultovat s lékařem, který rozhodne o dalším postupu. Pacienti jsou tříděni dle následujících naléhavostí:

Kritické – stavy vyžadující okamžité řešení

Neodkladné – stavy vyžadující řešení do max. 2 hodin

Odložitelné – řešení od 2 do 24 hodin při pobytu na urgentním příjmu

Součástí recepce je prostorná čekárna, přebalovací box, toalety, pojízdné vozíky a lehátka pro imobilní pacienty. Na čekárnu navazují vstupy do jednotlivých ambulancí, sádrovna a pracoviště zobrazovacích metod (Remeš, 2013).

Další částí urgentního příjmu je nízkoprahový příjem – odborné ambulance. Jedná se o část urgentního příjmu s největší fluktuací pacientů. Slouží k ošetření všech pacientů bez selhávání vitálních funkcí.

V odborných ambulancích mají zastoupení tyto obory: chirurgie, traumatologie, ortopedie, interna, kardiologie, urologie, neurologie. Řeší se zde ale i další stavy, týkající se i dalších oborů, jako je otorinolaryngologie, oční a gynekologie vyjma porodnictví.

Součástí nízkoprahové části urgentního příjmu je zákrokový sál k provádění drobných chirurgických výkonů (Remeš, 2013).

Jak uvádí Remeš (2013), nedílnou součástí je příjem bezprahový neboli ordinace LSPP. Ordinace lékařské služby první pomoci v současné době takzvaně supluje zcela evidentně insuficientní služby praktických lékařů. Je provozována celorepublikově. Do této ambulance většinou přicházejí k ošetření pacienti s minimálním poškozením zdraví. Lékařská služba první pomoci zahajuje svou činnost až v odpoledních hodinách, kdy jsou již uzavřeny ordinace praktických lékařů. Tato ordinace je samozřejmě úzce spjata s multioborovou péčí urgentního příjmu, kdy lze v případě potřeby pacienta ihned doporučit k dalšímu ošetření do příslušné odborné ambulance.

Dalším důležitým sektorem jsou expektační lůžka. Jedná se o část urgentního příjmu, kde je pacient ukládán na monitorované lůžko, k provedení nejrůznějších vyšetření, na základě diagnostické rozvahy. Zde čeká na výsledky, podstupuje infuzní terapii a stabilizaci zdravotního stavu. Tato lůžka jsou důležitým místem zejména pro snižování kapacitní zátěže lůžkových oddělení nemocnice (Sansfacon, 2013).

Pobyt na expektačních lůžkách je omezen na dobu 24 hodin, během kterých musí lékař rozhodnout o dalším postupu, ať již propuštění do domácího léčení, či přijetí na některé z oddělení nemocnice či převoz do jiného nemocničního zařízení. Na expektační lůžka mohou být přijati jak pacienti přivezeni záchrannou službou, tak pacienti příchozí po vlastní ose do nízkoprahové části urgentního příjmu, tedy přes recepci. Expektační lůžka jsou tvořena takzvaným halovým systémem péče, tedy jednou velkou místností s lůžky hromadně umístěnými vedle sebe, oddělenými pouze zástěnou. Každé lůžko má monitor s propojením na centrální monitor v personálním zázemí lůžek, připojení k panelu medicínálních plynů, polohovací postel se stolkem na osobní věci pacienta (Remeš, 2013).

Vysokoprahový příjem, neboli emergency room/crash room, slouží k přijetí pacientů, kterým selhaly nebo selhávají základní životní funkce, a tudíž jsou v přímém ohrožení života (Sharon, 2015).

V emergency room funguje taktéž halový systém péče o pacienta. Emergency room disponuje pěti plně vybavenými lehátky typu stretcher. Emergency room má samostatný vchod vyhrazený pro příjem pacientů z vozidel zdravotnické záchranné služby a vrtulníku letecké záchranné služby.

Po převzetí pacienta od posádky záchranné služby následuje vyšetření pacienta, zajištění komplementárních metod, vyšetření konziliáři a určení dalšího postupu, včetně stabilizace zdravotního stavu pacienta a stanovení diagnózy (Remeš, 2013).

Místem, kde probíhá převzetí pacienta od letecké záchranné služby týmem urgentního příjmu je heliport (Remeš, 2013).

1.1.2 Stav vyžadující péči na urgentních příjmech

Na urgentním stavu jsou ošetřováni pacienti s velmi širokým spektrem více či méně akutních stavů, které nelze zde všechny vyjmenovat, proto je zde uveden pouze stručný výčet:

Šokové stavy různé etiologie (hypovolemický, kardiogenní, anafylaktický, septický, hemoragický šok atd.).

Stavy po kardiopulmonální resuscitaci.

Poranění páteře a míchy, kraniocerebrální poranění (fraktury lebky, poranění mozku, nitrolebeční krvácení, mozkový edém, ale i poranění přívodných cév).

Bezvědomí nejasné i známé etiologie (hypoglykemie, hyperglykemie, epileptické záchvaty, febrilní křeče, intoxikace léky, intoxikace alkoholem či neznámou noxou).

Monotraumata .

Polytraumata.

Izolovaná traumata hrudníku (pneumotorax, hemotorax, kontuze, komprese, fraktury žeber, poranění plic a mediastina).

Plicní embolie, nitrohruční krvácení, akutní koronární syndrom (infarkt myokardu, nestabilní angina pectoris, náhlá srdeční smrt), srdeční tamponáda, poranění aorty (aneurysma, aortální disekce).

Bolesti břicha různé etiologie, náhlé příhody břišní, hepatorenální selhání, ileus, střevní záněty.

Onemocnění močového traktu – záněty ledvin, renální koliky, cystitidy, renální insuficience.

Otrava oxidem uhelnatým či jinými plyny.

Stavy po tonutí, barotraumata, dekompresní nemoc, úrazy elektrickým proudem nebo bleskem.

Termická traumata – popáleniny, poleptání, omrzliny.

Poranění rázovou vlnou.

V neposlední řadě potom střelná a bodná poranění, která velmi často bývají spojena s masivním krvácením vnějším či vnitřním.

Těžká dušnost, obstrukce dýchacích cest z nejrůznější etiologie, astma (Zane, 2011).

Urgentní příjem je místem, kde se soustřeďuje velký počet lidí a je zde zapotřebí jejich triage. Velká většina z nich mohou být pacienti s přímo život ohrožujícími potížemi. Jejich přežití závisí na tom, jak rychle a přesně dokáže personál urgentního příjmu zajistit přesnou diagnostiku a léčbu. Bohužel, většina urgentních příjmů bývá natolik zahlcena pacienty, kteří se svými problémy spadají spíše do péče praktického lékaře, že se toto stává nebezpečím pro ty, kteří jsou opravdu v ohrožení života. Není pro to ničím výjimečným, že se doba čekání na ošetření pohybuje v rozmezí několika hodin. Pro zkvalitnění služeb právě v tomto odvětví byla zavedena tzv. triage neboli třídění pacientů. Tříděním se rozumí ošetřovatelské zhodnocení míry naléhavosti potřeb pacientů k lékařskému ošetření. Je zapotřebí rozhodnout na základě kvalitního odběru anamnézy, který z pacientů může vyčkat v čekárně a kdo vyžaduje okamžitou lékařskou péči. Výsledkem fatální chyby při třídění pacientů pak může být i úmrtí pacienta (Sharon, 2015).

Dle Remeše (2013), musí být na urgentním příjmu provozní a organizační záležitosti řízeny podle předem jasně daných kritérií, koncepcí a standardů. Co se týče zdravotnické a ošetřovatelské péče o pacienta, tu provádí lékař, sestra, ošetřovatel, sanitář a pomocný pracovník. Každý z těchto pracovníků má jasně stanoveny své kompetence, povinnosti a odpovědnost. Urgentní příjem jako takový, musí být schopen zajistit pro pacienta, který vyhledá zdravotnickou pomoc, snadný a bezpečný přístup. Každá péče, ať již lékařská nebo ošetřovatelská provedená na

urgentním příjmu, musí být čitelně písemně zaznamenána. Doporučuje se i forma elektronické dokumentace, samozřejmě vždy v kombinaci s tou tištěnou.

1.2 Profese všeobecné sestry na urgentním příjmu

Bužgová (2011) tvrdí, že je velmi obtížné sestru vůbec charakterizovat. Každý si pod tímto označením představí jiné charakteristiky. Je to dáno i tím, že každý z nás má rozdílné zkušenosti, různé nároky a představy. Role sestry je nepochybně velice psychicky i fyzicky náročná. Sestra musí být schopna umět naslouchat pacientům a řešit jejich trápení a problémy.

Práce na urgentním příjmu, kterou sestry vykonávají je velmi náročná, nepředvídatelná, všestranná a vyžaduje týmovou spolupráci. U sester na tomto oddělení je tedy vyžadována nejen flexibilita, ale i umění poradit si při práci pod tlakem, umění naplánovat si činnosti dle jejich priorit, širokospektré znalosti v oblasti ošetřovatelství, včetně fyziologie, patofyziologie, psychologie, farmakologie a mnohé další. Od sester na urgentním příjmu se očekává, že v zájmu poskytnutí co nejlepší péče pacientovi, mu budou věnovat maximální pozornost s přístupem holistické ošetřovatelské péče, což samozřejmě přispívá zejména k pochopení různorodých potřeb každého pacienta (Kolektiv autorů, 2008).

Sestra, která na urgentním příjmu pracuje, musí umět hodnotit všechny potřeby pacientů holisticky, ať již jsou to potřeby fyzické, psychosociální, emocionální popř. duchovní. Sestry si musí umět ošetřovatelskou péči dobře naplánovat a zároveň jí hodnotit a samozřejmě nesou odpovědnost za bezchybné plnění ošetřovatelského procesu v urgentní péči. Při posuzování zdravotního stavu pacienta je důležité, aby sestra posuzovala nejen stav fyzický ale i psychický a dle toho dále plánovala uspokojování pacientových potřeb. Je třeba podotknout, že veškeré plánování ošetřovatelské péče na takovémto oddělení se uskutečňuje ve velmi krátké časové ose, Je nutno tedy umět stanovovat krátkodobé cíle, které jsme schopni splnit (Kolektiv autorů, 2008).

Sestra pracující na oddělení urgentního příjmu, vykonává vysoce specializovanou péči zaměřenou nejčastěji na třídění pacientů dle odběru anamnézy a jejich obtíží, monitoruje fyziologické funkce, provádí odběry biologického materiálu,

zajišťuje diagnostická a konziliární vyšetření, hodnotí ekg záznam pacienta, realizuje farmakologickou terapii stanovenou lékařem, hodnotí stav vědomí pacienta, zajišťuje kanylaci žilních vstupů, krevní odběry z arterie, provádí katetrizaci močového měchýře u žen i u mužů, extrahuje stehy z ran, asistuje u převazů, sutur a ošetření ran, aplikuje imobilizační pomůcky, musí umět pečovat o pacienta na umělé plicní ventilaci, zahajuje KPR, asistuje při zajištění dýchacích cest a mnoho dalšího.

Na urgentním příjmu čeká na sestru mnoho náročných úkolů k okamžitému řešení včetně komplikovaných pacientů a jejich příbuzných nevyjímaje. Řešení těchto problémů je vždy v krátkém časovém úseku v rušném prostředí urgentního příjmu. Vedle teoretických a praktických znalostí musí sestra pracující na tomto oddělení umět velmi dobře komunikovat a to jak s pacienty, tak s ostatním zdravotnickým personálem. Při nevhodné komunikaci může totiž snadno docházet k ohrožení kvality péče a ovlivnění spokojenosti pacienta (Drábková, 2010).

Ošetrovatelská péče na urgentním příjmu klade na zdravotní sestry čím dál větší technologické nároky. Problematika v ošetrovatelství konkrétním pro emergency se bude stále více rozšiřovat a v budoucnu bude zahrnuta do osnov odborných škol a bude zvyšován i počet odborných stáží na těchto odděleních. Profesní role sestry na urgentním příjmu je úzce spjatá s činnostmi dalších pracovníků zejména lékařů. Pacienti a jejich příbuzní budou i v budoucnu očekávat od sestry její starostlivost, empatii, schopnost předávání srozumitelných a komplexních informací a především odpovídající ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni (Drábková, 2010).

1.3 Intimita

Výrost (2008) tvrdí, že pod pojmem intimita si lze představit stud, soukromí, nahotu, důstojnost, sebeodhalení, ale i odtajnění důvěrných informací. Tento termín je, ostatně jako většina, původem z latiny, konkrétně ze slova intimus. Intimus znamená skrytý nebo vnitřní. Všeobecně se ve společnosti za intimní považují takové věci, které jsou důvěrné a před okolím by měly být skryty. Intimita a její ochrana je zakotvena v právech pacientů v podobě práva na vysoce kvalitní péči při zajištění intimity a citlivého přístupu.

Dle Ondráškové (2015) by ve zdravotnictví měla intimita představovat důvěrné pouto mezi pacientem a sestrou. Bohužel právě zdravotnictví je místem nebo oblastí, kde dochází k narušení intimity nejvíce, ať již ztrátou soukromí, osobního prostoru, odhalením citlivých dat, zasahováním do pacientových osobních věcí atd. Intimita a její respektování jsou zakotveny v nejrůznějších kodexech, právech a dalších dokumentech. Povinností zdravotní sestry je nejen tyto kodexy respektovat, ale zároveň pečovat o pacientovu intimitu a důstojnost zejména proto, že jí na něm záleží a ne pro to, že jí hrozí případný postih za nedodržení určitých postupů či narušení kodexu.

V dnešní době je ve většině zdravotnických zařízení trendem preciznost, rychlost a postup lege artis. To by bylo v pořádku v případě, že by pacient a jeho potřeby nebyly odsunuty do pozadí zájmu (Výrost, Slaměník, 2008).

1.3.1 Zajištění intimity ve zdravotnickém zařízení

Pacient, který je nucen podrobit se péči ve zdravotnickém zařízení, musí obvykle podniknout kroky, které pro něj nejsou nikterak příjemné. Patří sem obnažování se, sdělování důvěrných informací, narušení intimní zóny apod. Ke všeobecným zásadám pro dodržování pacientovy intimity neodmyslitelně patří neustálá empatická a zdvořilá účast ze strany zdravotní sestry vůči pacientovi. Takovou účastí je myšleno zejména opatrné a pozvolné narušování osobního prostoru při ošetřovatelských zásazích a výkonech a neustálý přísun informací pacientovi, týkajících se následného průběhu ošetřovatelské péče a plánu. Samozřejmostí je i požadavek na vyslovení souhlasu s plánovaným ošetřovatelským výkonem ze strany pacienta. Vyslovení požadavku na souhlas s ošetřovatelským výkonem lze vyjádřit otázkami začínajícími na: „Mohu?“, „Smím?“, „Souhlasíte?“

Při ošetřování pacienta je též vhodné vyzvat rodinné příslušníky k opuštění prostoru ambulance, či expektačních lůžek apod. a zajistit tak pacientovi co největší pocit soukromí. Hůře se toto řeší s přítomností ostatních pacientů v těsné blízkosti vyšetřovaného pacienta. Zde musí být použity prostředky na ochranu soukromí (paravany, příkrývky, zavřené dveře do místnosti, zatemněná okna apod.). Vhodné je též eliminace počtu zúčastněných osob ze strany ošetřujícího personálu (studenti, stážisti apod.) (Kolektiv autorů, 2008).

Při převozu pacienta na jednotlivé diagnostické či terapeutické zákroky je třeba dbát na dostatečné zakrytí či oděni pacienta (Kolektiv autorů, 2008).

Soukromí je součástí každého z nás, a představuje něco, co musí být respektováno za každou cenu. Nemoc, ať už jakákoliv, působí na člověka negativně. Vzbuzuje v něm nejrůznější emoce a ovlivňuje jeho chování a vystupování. To, jak bude nemocný svou novou roli pacienta prožívat, souvisí s jeho aktuálním stavem, informovaností, znalostech prognózy nemoci, na náladě a naději. Každý jedinec svou nemoc vnímá jinak, individuálně.

Zdravotnický personál by měl umět pečovat nejen o fyzickou stránku pacienta, tedy o tu tělesnou, ale i o tu duševní, což je mnohdy svou důležitostí vyrovnáno. Pečování o psychické blaho pacienta by mělo být jedním z předních ošetřovatelských cílů zdravotnického personálu. V podstatě lze říci, že ošetřovatelské zásahy a výkony neovlivňují zásah do soukromí pacienta pouze sporadicky. Ve většině ošetřovatelských výkonů se jedná o značný zásah do pacientova soukromí a dotýkání se jeho vlastního „já.“ (Zacharová, 2007).

Není nijak neobvyklé, že se u jednoho pacienta vystřídá celá řada členů z ošetřovatelského týmu. Bohužel v dnešní uspěchané době s nedostatkem zdravotnického personálu a množstvím práce, se komunikace s pacientem zužuje na pouhý pozdrav. Toto může mít za následek celou řadu negativních reakcí, jako jsou deprese, obavy, strach, bolest, úzkost, nervozita, podrážděnost, nespavost, nejistota aj. (Zacharová, 2007).

Bellová (2014) uvádí, že nahotu, která je neodmyslitelnou součástí lidské intimity, lze vnímat jak po psychické, tak po fyzické stránce. Nahota je přirozená, ale již od narození je člověk veden k tomu, že odhalování se, není věc zcela morální. Ve chvíli, kdy

vyzve pacienta, aby se svlékl, může reagovat několika různými způsoby. Je tedy zapotřebí více trpělivosti a empatie ze strany zdravotnického personálu, abychom pacienta ještě více neuváděli v nejistotu, stres a úzkost. Stud, strach a stres potencuje míra odhalení intimních míst, na které je každý člověk jinak citlivý. Tady je třeba poznamenat, že při každém narušení probíhajícího vyšetření, kdy má pacient odhalené intimní partie, se zvyšuje pacientova nedůvěra, nevraživost, stud, nepříjemné pocity a stres. Je tedy důležité mít na paměti zabezpečení nežádoucího vstupu dalších osob do místnosti, kde probíhá vyšetření. Úkolem zdravotnického personálu, je poskytnout pacientovi pro vyšetření důvěrnou atmosféru a vyčlenit si na něj co nejvíce času dle svých možností.

Bellová (2014) dále popisuje, že obrannou reakcí intimity před potenciálním narušením, či momentálním zahanbením před sebou samým, jsou situace, kterými lze definovat stud. Stud se objevuje v situacích, kdy dochází k obnažování intimních partií, ať již v ordinaci před lékařem či sestrou, ale i před rodinnými příslušníky či spolupacienty. Nemocný trpí v situacích, kdy musí snášet mnohdy bolestivé dotyky, nepříjemné manévry apod. V rutinní zdravotnické péči často zdravotníkům tyto pocity pacienta unikají, což má celkově negativní dopad na psychickou pohodu nemocného.

Nemocný mnohdy prožívá rozpaky a stud při nutnosti odhalení deformované části těla. Stres a stud se zvyšují při očekávané bolesti při vyšetření pacienta. Z těchto důvodů je třeba zachovat maximální možnou míru ohleduplnosti a trpělivosti ze strany zdravotnického personálu. Je důležité si uvědomit, že chování pacienta z velké míry ovlivňuje uspokojení jeho vlastních potřeb, proto je saturace těchto potřeb neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče (Zacharová, 2007).

1.3.2 Oblasti náchylné k narušení intimity

Komunikace – verbální x nonverbální

Přítomnost jiné osoby při odhalování intimních partií a při vyšetření (vztahuje se i na rodinné příslušníky)

Odhalování důvěrných informací – před nežádoucími svědky

Nedostatek informací, ošetrovatelské zásahy bez předchozí informace pacienta

Nedostatek času ze strany zdravotnického personálu (Výrost, Slaměník, 2008).

Sálový systém ošetrovatelské péče je dalším z hlavních faktorů narušování intimity člověka ve zdravotnickém zařízení. Představuje takové stavební uspořádání oddělení, kde jsou pacienti uloženi v jedné místnosti. Tento typ péče má své výhody, ale i svá úskalí. Lůžka pacientů jsou oddělena pouze textilií, pacientovo soukromí je velmi omezené. Pacienti se mohou nevědomky vzájemně rušit, mají nedostatek osobního i odkládacího prostoru. Jedním z hlavních negativ je často nechtěné vyslechnutí informací určených jinému pacientovi na vedlejším lůžku a v neposlední řadě i vyprazdňování se na lůžku za přítomnosti ostatních pacientů (Gulášová et. al, 2014).

1.4 Lidská důstojnost

Dle antické filozofie, tkví lidská důstojnost v přirozenosti a schopnosti rozumného jednání a myšlení člověka. Jak uvádí Cicero, důstojný je život každého člověka, neboť všichni se podílejí na rozumu. Na druhé straně ale uvádí, že lidská důstojnost souvisí se společenským postavením jedince. Dle Aristotela existují dvě skupiny lidí, co se důstojnosti týče, a to jsou ti, kteří mají určitý společenský statut, tedy jsou důstojní, a ti, kteří jsou pro společnost nevýznamní, tedy jejich důstojnost je sporná. Pro pojetí dnešní důstojnosti platí, že důstojnost přísluší každému, neboť každý je součástí lidstva (Nordenfelt, 2009).

Postupem času, vlivem křesťanství, se rozvinul humanismus, díky kterému je lidskému životu přikládána velmi vysoká hodnota, kterou lze hned několika úvahami zdůvodnit. Člověk jako jediný živý tvor je schopen řídit svůj život a přemýšlet o sobě samém. Tyto schopnosti jsou základním kamenem jeho důstojnosti. Pokud je člověk milován, jedná se o jednu z forem, jak okusit svou hodnotu. I v případě těžké nemoci, kdy člověk cítí, že je milován, je v každém svém stavu přesvědčen o smyslu svého života. Hodnota života jedince je nezměřitelná pouze blahobytem a zdravím, ale lze ji pocítit o to silněji, čím více lásky a úcty se mu dostává (Závišková, 2014).

Barak (2015) definuje lidskou důstojnost jako stav být hoděn cti. Důstojnost lze tedy chápat jako osobní atribut pro uznávání sebe sama nebo uznávání druhými. Lidská důstojnost je zakotvena v Chartě základních práv Evropské Unie, kde hned v prvním článku je uvedeno, že musí být respektována a chráněna. V rámci zdravotní péče

existují určité důkazy, které potvrzují zlepšení zdravotního stavu člověka při důstojné zdravotní péči, neboli ve chvíli, kdy je oceňován a respektován. Lze říci, že důstojnost vede k lepší kvalitě života. Z hlediska zdravotní péče je důstojnost velmi často ohrožena u starších dospělých. Mnoho zdravotnických pracovníků drží negativní stereotypní postoj vůči pacientům. To je jedním z důvodů, proč se důstojnost dostává do popředí zájmů.

Lidská důstojnost je pojmem často nepochopeným, přičemž ale hraje v životě člověka velmi významnou roli. Týká se života každého z nás, ať již bohatých, chudých, mladých, starých, zdravých či nemocných. O opravdovém významu slova důstojnost začneme mít ponětí až ve chvíli, kdy je nám upírána (Waldron, 2012).

Barak (2015) dále uvádí, že se lze čas od času v moderní medicíně setkat s pojmem lidská důstojnost, ale je spíše v tomto oboru pojmem abstraktním. S rozvojem moderní techniky a vědy se pozornost zdravotnických pracovníků ubírá spíše na tělesnou schránku člověka a ta duševní je poněkud v ústraní. Z okruhu zájmu se vytratily pojmy, jako je hodnota či úcta. U lůžka nemocného vídáme důstojnost a aspekty s ní spojené pouze zřídka, což je smutným stigmatem dnešní rozvinuté medicíny.

Samotná definice důstojnosti je velmi obtížná. Mnohem snazší je vysvětlení pojmu opačného, tedy nedůstojnosti.

Důstojnost řadíme k základním hodnotám lidského bytí. Je obvykle spojována s řadou dalších pojmů, jako je úcta, respekt, autonomie a hodnota života. Ruku v ruce jde důstojnost jako taková s pojmem úcta (Barak, 2015).

1.4.1 Důstojnost z hlediska právního zakotvení

Při vytváření struktury spojených národů byla velmi diskutovaným tématem právě lidská důstojnost, která byla i zahrnuta do preambule Charty Organizace spojených národů.

Charta Organizace spojených národů, je dokumentem, jenž stanovuje povinnosti a práva států, jež jsou členy organizace a postupy fungování Organizace spojených národů. Charta spojených národů, přestože není dokumentem lidských práv, má velmi univerzální působnost a je to hlavně proto, že k ní přistoupila většina národů světa.

V chartě je odkazováno na obě světové války, ve kterých bylo spácháno lidstvu velké množství nevýslovné strasti. Tento dokument přispěl i rozvoji důstojnosti jako termínu v zakotvení práva. Jedním z dalších základů souboru, kterým OSN definovala široké spektrum mezinárodně přijímaných práv, je Všeobecná deklarace lidských práv. Později došlo ještě k posílení této deklarace o Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod (Ptáček, 2011).

Dle Ptáčka (2011) si v dnešní době nelze vůbec představit, že by některá z vyspělých, demokratických zemí, neměla ve svých legislativách zakotvenou důstojnost jako pojem. Důstojnost člověka je zakotvena ve všech ústavách těchto států i jejich jednotlivých zákonů.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti byla schválena v české republice v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. To, že je povinností vykonávat zdravotnické povolání eticky je uvedeno již v preambuli. Také je zde zmíněno to, že v souvislosti s rychlým rozvojem medicíny je tedy zapotřebí o to více respektovat lidskou bytost jednak jako jednotlivce a současně jako člena lidské společnosti a uznávat podstatu a hodnotu důstojnosti lidské bytosti. Podrobnosti o etice a pravidlech s ní souvisejících jsou uvedeny příslušných etických kodexech.

1.4.2 Typy důstojnosti

V souvislosti se studií Důstojnost a starší Evropané byl zpracován užitečný model, který uvádí minimálně čtyři typy důstojnosti: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity, Menschenwürde (Kalvach, 2011).

V souvislosti s rolí, postavením jedince ve společnosti a v podstatě s něčím čeho dosáhl, je mu připisován určitý společenský statut a důstojnost, důstojnost zásluh. V takovémto smyslu souvisí důstojnost s funkcí. Člověk vykonávající určitou funkci má jistý statut, který lidé ve společnosti uznávají. V určitých společnostech závisí statut člověka na jeho ekonomickém a sociálním postavení a od tohoto faktu se odráží i jeho důstojnost. Typickým případem ztráty důstojnosti může být senior, který je po odchodu do starobního důchodu prakticky vyčleněn ze společnosti, a může proto pociťovat ztrátu vlastní důstojnosti (Kalvach, 2011).

V důstojnosti mravní síly je zakotven důraz na integritu či mravní autonomii jedince. Jedinec, který je schopen žít v souladu se svými mravními zásadami, pociťuje určitou důstojnost. Na druhé straně jedinec, který je k druhým krutý, může být svým okolím zavržen, přijít o úctu ostatních a ztratit i úctu svou vlastní. Důstojnost mravní síly může trvat pouze dočasně, a to podle toho, jak se daný jedinec chová. Pokud se u jedince objeví pocity frustrace, jejichž příčina tkví v nemožnosti dostat tomu, co považují za mravní standard péče o člověka a jsou přesvědčeni o tom, že ze své pozice lékaře či sestry nejsou schopni poskytnout péči na jisté úrovni, velice silně to ovlivní jejich důstojnost mravní síly (Kalvach, 2011).

Kalvach (2011) dále tvrdí, že co se týče důstojnosti osobní identity, je nejvýznamnějším ve spojitosti se staršími jedinci. Je odrazem osobní identity jedince a úzce souvisí s jeho sebeúctou. Faktory, které mohou poškodit důstojnost osobní identity, jsou především fyzické zásahy, ale i psychické a citové újmy. Prvky, které tvoří tento typ důstojnosti, jsou především pevné vědomí vlastního já, integrita, začlenění do pospolitosti, fyzická identita, schopnost nalezení smyslu svého života, schopnost nalézt smysl ve svých činech. K poškození důstojnosti může dojít mnoha způsoby, a to zejména prostřednictvím kruté osoby. Tato osoba může narušovat soukromí jedince, fyzicky jej zraňovat, bránit mu v jeho kontaktu s jinými lidmi a omezovat různými způsoby jeho autonomii. Každý takový pomyslný útok, vede u jedince ke ztrátě vlastní sebedůvěry a k podlomení vědomí vlastní hodnoty. Tento typ důstojnosti lze narušit i při péči o jedince osobou nedbalou, která není schopna hájit intimitu jedince, ponechává jej obnaženého během intimních výkonů, při hygienické péči, při oblékání či cvičení apod. Tato pochybení působí danému jedinci trauma, mění jeho identitu a zpochybňují mínění jeho osoby coby zodpovědné, svébytné a autonomní. Výsledkem takových jednání je pak jedinec jakožto pasivní objekt, nebo coby bezmocný nástroj v rukou ostatních. Člověk, u něhož je přítomna důstojnost osobní identity, naplňuje obvykle podstatu úplné lidské bytosti, která má dobré vztahy vůči svému okolí a je začleněna do komunity. Díky tomu potom tento člověk snadno nalezne smysl vlastního života. U seniorů, kteří jsou křehcí a ne tolik odolní jako mladší věkové skupiny, jsou mnohdy faktory, jako je nemoc a neschopnost nezvratné, a v důsledku toho potom dochází k těžké změně identity takového seniora. Seniori jsou vystaveni několika faktorům, jako je například změna vzhledu, přechod ze zaměstnání do starobního důchodu, což je

jednou ze složek, která určuje vlastní já. Ve chvíli, kdy nejsou schopni pohybu bez pomoci druhé osoby a nejsou schopni se o sebe postarat sami, přichází hrozba zásahu z okolí, byť i jejich blízkými, do zcela intimních oblastí života těchto lidí a narušení tak jejich autonomie.

Čtvrtým typem důstojnosti je Menschenwürde. Jedná se o nezcizitelnou hodnotu jedince, která se váže k obecnému lidství. Tento aspekt důstojnosti opodstatňuje mravní požadavek úcty ke všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich tělesný či duševní stav, či jejich sociální statut. Je též univerzálním konceptem základních lidských práv. Je základem pro veškerá pojetí důstojnosti jako takové. Lékař a zdravotnický personál vůbec, by se k pacientovi měl chovat se stejnou úctou, ať již se jedná o ředitele či člověka bez domova, neboť nezcizitelnou hodnotou lidských bytostí je lidství (Kalvach, 2011).

1.4.3 Zvláštnosti v zachování lidské důstojnosti

Bez ohledu na to, zda trpí jedinec demencí či ne, je uplatňování důstojné péče důležité a žádoucí. Zachování lidské důstojnosti u osob s demencí je stavěno do protikladů, kdy dle zakotvení důstojnosti v historii, je lidstvo rozděleno do dvou skupin, a to kognitivně zdravé, lidi sebevědomé, kteří splňují status lidské bytosti. Naproti tomu je druhá skupina osob, majících určité kognitivní omezení například lidé dementní, kteří nesplňují status lidské bytosti v plné míře. Status těchto lidí je morálně nižší, čímž nemají nárok na stejnou ochranu života jako lidé z první skupiny. Proti těmto teoriím ale stojí postoj, který vychází z toho, že nezcizitelná důstojnost náleží každému, ať již se jedná o člověka zdravého či nemocného, schopného či závislého na pomoci druhých, orientovaného či nikoliv. Lidské bytosti není možno dělit do kategorií, ale je třeba s každým jedincem zacházet s respektem jeho vlastní důstojnosti, tedy i s lidmi s demencí (Matiti, Baillie, 2011).

Matiti (2011), popisuje důstojnost při umírání, kdy se změna k jeho přístupu začala měnit k lepšímu až po roce 1989. Ročně umírá přibližně sto tisíc lidí, z nichž 75% je starších 65 let. Drtivá většina úmrtí je očekávaná a je tedy poměrně dost času pro rozvíjení paliativních služeb. V dnešní době je žádoucí podpora umírání v domácím prostředí za pomoci například mobilních hospiců, přesto stále velká většina lidí umírá

ve zdravotnickém zařízení. Umírající člověk je součástí zvláštní skupiny, co se ošetrovatelské péče týče. Kromě základní diagnózy a choroby, jež smrt způsobují, obklopuje umírající pacienty strach a úzkost z umírání, odloučení od rodiny a vlastního prostředí a strach z neznámého. Důležitou roli v tomto období hraje čas. Hodně umírajících se snaží vyřešit některé záležitosti ať již rodinné nebo jiné, splnit si přání, vidět se naposledy se známými či navštívit některá místa. To je jeden z důvodů proč by umírající člověk měl znát pravdu o blížící se vlastní smrti. Zamlčování pravdivých skutečností se obvykle nesetkává s úspěchem.

Jak uvádí Ptáček (2011) důstojnost smrtelně nemocných a umírajících lidí je stále i v dnešní době v ohrožení a je třeba se tomuto tématu věnovat i po praktické stránce. Dle shromáždění rady Evropy v roce 1999, byly všechny členské státy vyzvány, k ochraně základních práv odvozených z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících pacientů. Tato práva jsou dodnes ohrožena několika faktory:

Malá dostupnost paliativní péče.

Nedostatečné kladení důrazu na tišení bolesti,

Nedostatečný ohled na psychologické, duchovní a sociální potřeby.

Umělé a nesmyslné prodlužování umírání.

Nedostatečné vzdělání zdravotnického personálu v oblasti paliativní péče.

Nedostatečná péče věnovaná rodinným příslušníkům.

Obava nemocného ze ztráty autonomie a ze závislosti na druhé osobě.

Nedostatečná alokace zdrojů pro poskytnutí adekvátní péče umírajícím a jejich rodinným příslušníkům.

Sociální diskriminace

Každý z těchto faktorů je již důvodem k zamyšlení a vytvoření nápravy. I když je moderní doba pokročilá a zdravotnictví na velmi vysoké úrovni, umírání v nemocničních zařízeních stále zůstává stresujícím momentem jak pro pacienta tak pro jeho blízké, spolupacienty i pro zdravotnický personál. Pokud je to alespoň trochu možné, měl by ošetřující personál umírajícímu pacientovi zajistit samostatný pokoj a důstojný prostor pro poslední chvíle s jeho rodinou a rozloučení se s nimi. Důležitým faktorem je tišení bolesti takovým způsobem, aby pacient na sklonku svého života nijak netrpěl. Je třeba zajistit, aby odchod umírajícího člověka byl důstojný, na což má

zdravotnický personál v návalu jiných povinností bohužel čím dál méně času (Ptáček, 2011).

1.5 Etika

1.5.1 Úvod do etiky

Haškovcová (2015) definuje etiku jako vědu o mravnosti, dříve též nazývanou mravovědou, například dle českého filozofa Durdíka. T. G. Masaryk nazýval etiku praktickou filozofií. V historických pramenech lze nalézt i několik dalších označení pro etiku včetně dobrovědy, což je termín dobový a dnes již překonaný. Etika je svou významností nadřazena morálce. Jejím předmětem je zkoumání chování jednotlivců i skupin dle určitých mravních zásad. Lidé uznávají určité mravní zásady, které se postupem času mění.

K základním kategoriím etiky patří hodnocení dobra a zla, správného a nesprávného, zda je člověk dobrý či nedobrý apod. Toto se odehrává v každodenní konverzaci a toto hodnocení je součástí základní struktury pojmového aparátu, který je používán v morálce (Kopecká, 2008).

Jak dále uvádí Haškovcová (2015), existují i jiná hlediska, podle kterých lze etiku rozlišovat. Autonomní etika vzniká v případě, kdy si člověk sám vymezí etické zásady. Jsou-li zásady etiky stanoveny z vnějšího okolí, jedná se o etiku heteronomní. Dále můžeme etiku dělit na individuální a sociální, kdy se jedná o zkoumání morálních otázek jedince nebo naopak sociálních skupin. Velmi důležitá je především z pohledu našeho, tedy z pohledu zdravotnictví, etika profesní. Profesní etika má za úkol aplikovat tzv. etický kodex, neboli obecná etická ustanovení do konkrétních profesionálních činností. V takovémto případě lze hovořit o etice lékařů a zdravotních sester, učitelů, novinářů, soudců a etice pro pomáhající profese.

Etická hodnota je vždy považována za určitý druh normy a má tedy normativní charakter. Člověk, který je určitým způsobem hodnotově orientován, považuje za dobré a správné i pro své okolí, aby se orientovalo stejně jako on. S průběhem lidského života se mění i lidské hodnoty a nezáleží přitom ani na tom, v jaké kultuře se jejich osobnost vytvářela. Hodnoty se též mění s měnícím se zdravotním stavem jedince. Ujasňování si

hodnot ve zdravotnické praxi podporuje empatii, která je ve vztahu s pacientem nesmírně důležitá (Butts, Rich, 2015).

Z latinského slova *mos*, v množném čísle *mores*, pochází termín morálka, čemuž odpovídá český výraz mrav, zvyk, obyčej a způsob. Z tohoto je zřejmé, že morálkou nazýváme soubor uznávaných mravních norem, které vždy vyplývají z určitých mravních hodnot. Morálka při svém hodnocení lidského chování, vychází z hlediska dobra a zla, v porovnání s lidským svědomím (Grace, 2017).

Morálka takřkajíc reprezentuje předpisy mravnosti. Jaké chování je ve společnosti žádoucí a jaké nežádoucí, to určuje právě morálka, v podstatě se jedná o rozlišení dobrého a zlého. Na základě tohoto se vyvíjejí mravní vztahy, jakožto postoje jedince k sobě samému a ke druhým lidem a ke společnosti. Morálka představuje ve svědomí člověka morální shodu či neshodu určitého jednání. Velmi často se stává, že jsou názory na morálku nejednotné až protichůdné a příkladem tohoto může být například téma eutanazie či umělého přerušování těhotenství (Bužgová, 2008).

Pojem svědomí není jednoznačný a bývá vyjadřován a zmiňován v nejrůznějších souvislostech. Svědomí zpravidla vystihuje to, co děláme s vědomím. Je to nejdůležitější složka mravnosti, která dává člověku možnost pro hodnocení vlastního jednání. Příkladem pro svědomí ze dvou různých úhlů může být to, že svědomitý člověk si plní svoje povinnosti, ale na druhé straně může být svědomitým člověkem ten, jež si svoje povinnosti neplní z důvodu svého nejlepšího svědomí. Z pohledu mravní hodnoty lze rozlišit dvě polohy svědomí, a to svědomí před činem a po činu. Rozhodujícím pro mravní hodnotu je svědomí před činem. Pro zdravotnickou profesi je svědomí velice důležitým ukazatelem profesionality zdravotníka. Svědomí napomáhá jedinci si uvědomit, zda je jeho aktuální jednání v souladu s dobrými mravy (Grace, 2017).

Pojmem zcela odlišujícím se od etiky lékařské, je etika zdravotnická, která souhrnně označuje oblast pro etické problémy ve zdravotnictví. Záměna obou výrazů je tedy nevhodná a nesprávná. V zahraničních zdrojích se lze setkat s pojmem „nursing ethics“, tedy sesterská etika (Haškovcová, 2015).

Mezi lékařskou a ošetrovatelskou etikou by měl být určitý vztah, neboť etika ošetrovatelská vychází z té lékařské. Zvolením povolání zdravotní sestry se člověk automaticky rozhoduje i k dobrovolnému poskytování služby jinému člověku, která tkví

v poskytování pomoci při uchování či navrácení zdraví. Zdravotní sestra se během své praxe setkává se širokým spektrem mezilidských vztahů, zejména je to vztah k pacientovi, který je pro ni nejdůležitější (Kutnohorská, 2007).

1.5.2 Základní etické principy

Autonomie představuje svobodu a schopnost jednat samostatným způsobem. Představuje právo člověka racionálně vyjádřit své rozhodnutí nezávisle na zásahu vnějšího okolí. Autonomie zaujímá ústřední pozici v etice pro západní zdravotní péči. V oblasti zdravotní péče zahrnuje respektování autonomie pacienta například získání informovaného souhlasu pro léčbu, nebo i podporování pacientů v možnostech léčby, pokud je to alespoň trochu možné. Autonomie spočívá též v odhalování pravdivých informací a diagnóz a všech možných a dostupných způsobech léčby. K autonomii neodmyslitelně patří i zachování soukromí a důvěrnosti pacienta. Omezení autonomie člověka je možné pouze v případech, kdy jednotlivec představuje aktuální hrozbu pro sebe samého či pro poškození ostatních v jeho okolí. To se může mimo jiné týkat i přenosu infekčních chorob a páčání trestných činů (Butts, Rich, 2015).

Při zachování autonomie je důležitá transparentnost, aby se zabránilo nedorozumění. V poskytování zdravotnické péče, znamená autonomie postoj respektu vůči každé osobě, bez ohledu na to, odkud pochází nebo jakou má historii (Grace, 2017).

Zásada respektu k autonomii funguje jako morální pravidlo, které chrání pacienty před nežádoucím zásahem zdravotníků. Obecně myšlenka na autonomii člověka a na to, že pacienti mají právo na volbu péče, neustále roste. Toto právo je podporováno zdravotní politikou zakotvenou v profesních kodexech chování (Schermer, 2013).

Ve chvíli, kdy zdravotník provádí péči na základě svého přesvědčení bez ohledu na přání a volbu pacienta a bez možnosti jeho účasti, nastává paternalismus. Lékaři a sestry se mnohdy domnívají, že pacient není schopen plně porozumět rozsahu poskytované péče. Méně odůvodněný důvod paternalistické péče a chování je založen na tom, že se zdravotník domnívá, že mu jeho povolání zaručuje oprávněné místo moci nad pacienty, což je samozřejmě mylnou domněnkou. Velmi často se lze s paternalistickým chováním setkat při ošetřování seniorů, protože vyplývá z nesprávných předpokladů o rozhodovacích schopnostech této věkové kategorie. Narušování autonomie u seniorů

bývá velmi často spojeno i s tím, že bývají často zmatení. Ve skutečnosti však mohou být dezorientováni v čase a roli, ale stále si zachovávají schopnost přijímat přiměřená rozhodnutí týkající se jejich života a léčby. Důležitým měřítkem ohledně orientace pacienta může být cílený dotaz na to, zda ví, kde se aktuálně nachází, ale ani toto nemusí stačit k rozhodnutí o určení rozhodovací kapacity pacienta (Butts, Rich, 2015).

Kutnohorská (2007) definuje pojem beneficence, jehož významem je prospěšnost. Jedná se o zavázání se ke konání dobra a vyhýbání se působení škod a újmy. Zdravotní sestra je povinna pečovat o pacienta takovým způsobem, který mu bude prospěšný.

Dá se říci, že zásada prospěšnosti spočívá v milosrdenství, laskavosti, přátelství, lásce apod. Jde o podnikání takových kroků, které podporují blaho ostatních lidí. Obecně platí, že se lidé chovají lépe k lidem, které osobně znají nebo milují, než k lidem, které osobně neznají a nemají k nim bližší vztah. Co se týče zdravotnictví, měla by se beneficence týkat všech lidí bez rozdílu, což ostatně určuje i etický kodex zdravotních sester (Butts, Rich, 2015).

Důvěryhodnost spočívá v ošetrovatelství zejména v dodržování určitých závazků k pacientům, jako je například plnění slibů, zachovávání soukromí, ochrana osobních dat aj. Důvěryhodnost jako taková má své zakotvení i v etickém kodexu (Butts, Rich, 2015).

Základním principem spravedlnosti je rovné jednání s lidmi. V praxi to znamená, že by o všechny pacienty mělo být postaráno stejně bez rozdílu (Butts, Rich, 2015).

Pravdomluvnost představuje určitý závazek říkat pravdu druhým a nejednat klamavě. Jedná se v podstatě i o veracitu k vlastní osobě. Představuje něco co je pro nás povinností (Kutnohorská, 2007).

Pravda jako taková svým způsobem podporuje autonomii člověka. V oblasti zdravotní péče se týká komplexního, přesného a objektivního přenosu informací, stejně tak jako způsobu, jakým dotyčný odborník podporuje porozumění pacienta dané věci. Za určitých okolností může být vyslovení pravdy pro pacienta přítěžující (Grace, 2017).

1.5.3 Etika a právní zakotvení

Dojde-li ke shodě etiky a právní normy, je to ideální stav, neboť etika je vědou normativní a vymezuje rozsah etických zákonů. Zatímco etika respektuje možnost dilematických situací, právo vyžaduje jednoznačnost. Etika je osobní, úzce související se svědomím člověka, zákon je neosobní s cílem prosazení svých požadavků. Zákon a etika se mohou vzájemně potencovat (Kutnohorská, 2017).

Kutnohorská (2017) dále uvádí, že každá zdravotní sestra a ošetřovatelka musí znát a respektovat tyto současné nejvýznamnější etické kodexy:

Kodex sestry ICN

Helsinská deklarace

Ženevská deklarace

Práva pacientů

Úmluva o právech dítěte

Charta práv hospitalizovaných dětí

Etické normy v ošetřovatelství

Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod

Všeobecná deklarace lidských práv

Mezinárodní pravidla pro chování sestry

Deklarace práv duševně postižených lidí

Kodex sester předložený ČAS

Etické principy činnosti a spolupráce oddělení lékařské genetiky

Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy

Etický kodex České lékařské komory

Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné

Deklarace práv onkologických pacientů (Kutnohorská, 2017).

1.6 Holismus

Původ holismu je z řečtiny holos = celek, celý, neporušený. Je to filosofický směr známý též pod názvem filozofie celistvosti. Holismus jako takový se zabývá celistvostí a celkem.

Holistická teorie vnímá všechno živé jako jednotlivé celky, které se skládají z jednotlivých částí, které se navzájem propojují a ovlivňují. Pokud dojde k porušení jedné z těchto oblastí, dochází k narušení a ovlivnění celého systému. Případné změny v jednotlivých částech celku způsobují, že celek dostává zcela odlišný charakter oproti tomu původnímu (Kutnohorská, 2009).

Co se týče holistického pojetí v ošetrovatelství a medicíně, tak zde je cílem zachovat rovnováhu mezi potřebami jedince a technickým rozvojem. V lékařské péči běžně dochází k opomíjení ostatních faktorů, jako jsou psychické, spirituální a sociální, na úkor do popředí jdoucího vyhledávání onemocnění a zaměření se na jeho léčbu. Holismus právě definuje odlišný způsob myšlení zahrnující celistvou osobnost a její životní styl.

Pro obor ošetrovatelství jsou principy holistické péče základními předpoklady pro úspěšné vykonávání této profese. Zdravotní sestry se zabývají člověkem jako celkem, což je bytost bio-psycho-sociální a bytost holistická (Kutnohorská, 2009).

Každý člověk je v podstatě tvořen dvěma dimenzemi a to psychika a tělo. Do té psychické řadíme oblast kognitivní, emocionální a duchovní a tělo obsahuje oblast biologickou a fyziologickou. Všechny tyto oblasti a složky jsou propojené a vzniká mezi nimi psychosomatický vztah. Jakákoliv stresová situace tedy může být příčinou nejen psychické, ale i somatické nerovnováhy. Co se týče jednotlivých onemocnění, tak ne vždy musí být jejich příčina somatická, ale často bývá spojena s psychickými či sociálními důvody. Co je důležité pro ošetrující profesi je to, že každá plánovaná ošetrovatelská péče musí být zaměřena komplexně na všechny složky jedince (Mastiliaková, 2007).

Podstatou holistické péče je respektování člověka jako celek, s celostním přístupem k němu, ve zdraví i nemoci. Je nezbytné, aby zdravotní sestra plně chápala podstatu psycho-sociální interakce a byla tak schopna poskytnout zcela adekvátní ošetrovatelskou péči o celého člověka. Při poskytování holistické péče je nutné respektovat kulturní a náboženské přesvědčení a hodnoty pacienta (Mastiliaková, 2007).

1.7 Potřeby nemocného

Jednou z priorit moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení potřeb jak zdravého tak i nemocného člověka a jejich následně naplánované uspokojování.

Uspokojování potřeb člověka probíhá pomocí ošetrovatelského procesu, který je jakýmsi myšlenkovým algoritmem zdravotní sestry.

Potřeba je projevem nedostatku či chybění něčeho a její odstranění je žádoucí. Potřeba je něco, co člověk nutně potřebuje pro svůj vývoj a život všeobecně. Každý nedostatek v uspokojení potřeby ovlivňuje veškerou psychickou pohodu jedince a upírá na něj svou pozornost, myšlení, emoce, vůli a tím zcela zásadně vytváří určitý vzorec svého chování. Každá potřeba se vztahuje k něčemu v prostředí, je potřebou něčeho. Každý člověk uspokojuje své potřeby určitým způsobem a u každého člověka může toto uspokojování probíhat jinak. Potřeby se v průběhu jedincova života mění z hlediska kvantity i kvality (Trachtová, 2013).

Rosolová (2012) tvrdí, že do zdravotnického zařízení přichází nemocný s nějakým zdravotním problémem k diagnostice a následné léčbě. Při příjmu pacienta by se měl zdravotnický personál snažit o uspokojení základních potřeb pacienta. Jednou z těchto základních potřeb pacienta je informovanost. Lékař i sestra by měli pamatovat na to, že pacient potřebuje vědět, co bude následovat, jaký bude další postup v léčbě, jaká budou vyšetření, jaké dostane léky a podobně. Lékař by měl zároveň pacientovi sdělit předběžnou diagnózu. V těchto chvílích hraje velmi důležitou roli pacientova psychická pohoda.

Při přijetí pacienta je také důležité, aby neměl bolest, neboť ta může zásadním způsobem narušovat jeho další činy a chování. Nemocniční prostředí je pro pacienta do jisté míry neznámé a nemusí se v něm cítit dobře. Sestra či lékař by měli umět vhodnou komunikací, empatií a vlídným přístupem pacientovi pobyt v nemocnici zpříjemnit a získat si tím i jeho důvěru.

Maslow (1. 4. 1908 New York – 8. 6. 1970 Kalifornie) byl americkým psychologem, který založil Společnost pro humanistickou psychologii, jejímž se stal i prvním prezidentem. Abraham Maslow vytvořil teorii motivace, ze které později vyšla i jeho slavná hierarchická teorie potřeb (Rosolová, 2012).

Maslow definoval potřeby od jednoduchých fyzických, potřebných k přežití, po složitější estetické potřeby. Na této hierarchii jsou potřeby seřazeny podle jejich významu pro přežití jednotlivce. Jedinec musí před zahájením činností na splnění vyšších požadavků uspokojit potřeby základní. Toto lze uvést na konkrétním příkladu, kdy člověk, který má hlad nebude mít například starosti s čistotou a úklidem (Rosdahl, Kowalski, 2007).

Obecně platí, že potřeby uložené v nejnižší části pyramidy, mají největší význam. Uspokojení těchto potřeb je pak podmínkou pro vznik potřeb vývojově vyšších, které jsou naléhavé méně (Šamánková, 2011).

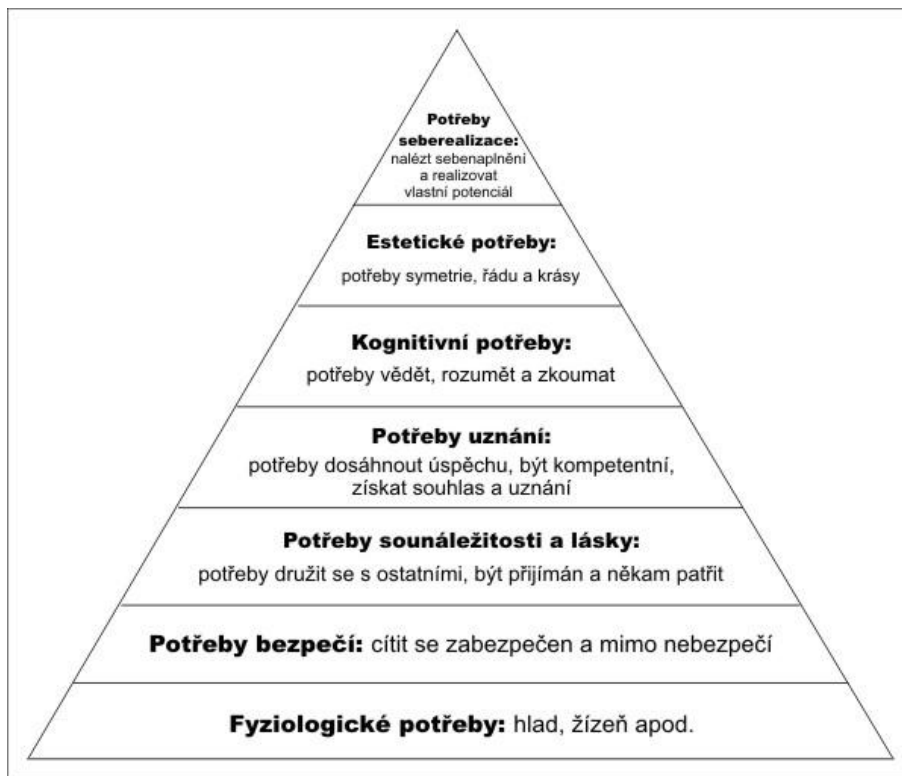
Rakowski (2008) tvrdí, že hierarchie potřeb definuje priority lidských potřeb a určuje chování jedince.

Fyziologické potřeby jsou takové potřeby, které si vyžaduje sám organismus. Objevují se při poruchách homeostázy. Člověk se je většinou snaží uspokojit dříve, než pro něj začnou být aktuální. Ve chvíli, kdy se fyziologické potřeby stávají aktuálními, mohou zcela ovlivnit chování jedince (Šamánková, 2011).

Ve své teorii potřeb Maslow zdůrazňuje propojení psychologie a filozofie a navrhuje psychologům, aby se předmětem jejich zájmů stala též filozofie hodnot. Filozofie člověka, kterou Maslow zastával je součástí jeho světového názoru, který nazval „názorem holisticko – dynamickým“. Motivace jedince probíhá systémem potřeb, který je uspořádán hierarchicky. Maslow uvádí, že každý člověk disponuje individuálním systémem motivů, hierarchicky uspořádaných, z nichž některé jsou silnější než jiné a některé jsou nejsilnější.

Člověk je bytost, která má neustále potřeby, které je třeba uspokojit a velmi zřídka, vyjma krátké doby, dosahuje stavu plného uspokojení všech potřeb. Jakmile dojde k uspokojení potřeby jedné, ihned se na její místo řadí potřeba jiná. Pro člověka jako takového je charakteristické, že po celý život neustále něco vyžaduje (Rosolová, 2012).

Dle Maslowovy teorie lidských potřeb, kterou definoval v roce 1943, má člověk pět základních potřeb, které od nejnižších po nejvyšší tvoří pomyslnou pyramidu.



(Franěk, 2011)

Potřeby jistoty a bezpečí jsou potřebami vyrovnat se nebezpečím a ohrožením. Jedinec touží po osvobození od strachu a úzkosti, potřebuje důvěru, ochranu. Tato potřeba se zpravidla objevuje při ztrátě životní jistoty, kterou může být právě nemoc.

Potřeba lásky a sounáležitosti je potřebou někoho milovat a zároveň být milován někým. Bývá také nazývána potřebou afiliační. Jedinec potřebuje cítit náklonnost a sociální integraci. Tato potřeba se objevuje v situacích, kdy je jedinec opuštěný a sám. Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty vyjadřuje dvě spojené potřeby, kdy tou první je potřeba sebeúcty vyjadřující přání důvěry v okolním světě, nezávislost na mínění druhých a přání výkonu a druhá, jež vyjadřuje přání respektu od druhých lidí, určité prestiže či statutu uvnitř sociální skupiny, a projevuje se snahou získat zpět hodnoty, o které jedinec přišel.

Potřeba seberealizace, sebeaktualizace vyjadřuje touhu jedince být tím, kým dle svého mínění může být. Vyjadřuje určitou tendenci k realizaci svých záměrů (Šamánková, 2011).

K vyšším potřebám, které jsou zde uvedeny, řadí Maslow ještě metapotřeby, jinak nazývané též potřeby růstu. Tyto potřeby specifikují různé tendence seberealizujícího se jedince. Do této kategorie potřeb můžeme zařadit potřeby poznání, porozumění,

individuality, spontaneity, hravosti, autonomie, smysluplnosti a mnoho dalších. Metapotřeby v porovnání se základními potřebami člověka jsou méně naléhavé a jejich saturace posiluje vývoj k lidskosti, radosti a vyššímu štěstí (Šamánková, 2011).

Maslow došel k závěru, že lidé, jež uspokojují své základní potřeby, jsou zpravidla výkonnější a šťastnější než jedinci, kteří své základní potřeby nemají saturevané dobře a kvalitně (Trachtová, 2013).

1.7.1 Potřeby pacienta v intenzivní péči

Ševčík (2014) popisuje, že ošetrovatelská péče na odděleních intenzivní péče je poskytovaná na základě diagnózy pacienta a je zpravidla řízena dle aktuálního zdravotního stavu pacienta. Je proto velmi důležité, aby se zdravotní sestra orientovala v pacientových potřebách, neboť je to právě ona, ke komu má pacient většinou blíže než k lékaři. S dynamikou zdravotního stavu pacienta se mění i nároky na potřeby pacienta. Ošetřující personál, který o pacienta pečuje, by mu měl být oporou, umět mu naslouchat, zaměřit se na zlepšení jeho soběstačnosti a uspokojování jeho potřeb a vyvarovat se udílení zbytečných zákazů a příkazů.

Sestra i lékař, si musí být vědomi toho, že pacient, o kterého pečují, zpravidla nerozumí tomu co se s ním děje, svému fyzickému i psychickému stavu a ztrácí nad ním kontrolu. Na všechny tyto pro něj nepříjemné situace může pacient reagovat depresí, úzkostí až agresí nebo zmateností či určitými jinými typy poruch chování.

Dle Šamánkové (2011), existují určité překážky, se kterými se můžeme během naplňování potřeb setkat, a které se mění ve zdraví a nemoci. Velmi záleží na komunikačních dovednostech toho, kdo potřeby saturuje. Při uspokojování potřeb bychom měli dodržovat obecné zásady rozhovoru jako je respekt prostředí, srozumitelné vyjadřování, vzdělání a samozřejmě aktuální zdravotní stav. Důležité je pečlivé naslouchání tomu, co nám druhý říká. Je třeba dodržovat osobní a sociální zónu při komunikaci (vyvarovat se narušování intimní zóny, dodržovat optimální vzdálenost při rozhovoru, odpustit si poznámky o tom, že všechno známe). Při naslouchání a komunikaci je třeba využít komunikační přestávky a respektovat autonomii jedince.

Informace, které během rozhovoru získáme, nepředáváme třetí osobě bez souhlasu poskytovatele informací.

Je dobré, pokud ošetřující personál předpokládá možnost vzniku bariér při uspokojování potřeb a je na ně náležitě připraven. Rozpoznání možnosti vzniku těchto bariér vede současně i k možnosti se jim vyvarovat.

Osobní bariérou rozumíme stud, bezmocnost v nemoci, pocit nedůvěry, respekt z druhého člověka, podceňování, nepříjemná sdělení, obava ze zklamání. Zde mají velký vliv i povahové rysy osobnosti.

Psychická bariéra představuje situace, kdy pacient není schopen přijmout pomoc při naplňování potřeby druhou osobou, není schopen nalézt pojmenování chybějící saturace potřeby. Určitou roli hrají i sympatie či antipatie.

Jazyková bariéra bývá způsobena tím, že může jít o využití zcela nevhodných či nesrozumitelných slov nebo neporozumění danému tématu. Může jít i o situaci, kdy nemocný je cizinec. Komunikaci s nemocným může bránit i fyzická překážka jako je intubace. Komunikační bariéra nastává i v případech takzvaných fatických poruch, kdy nemocný buď není schopen porozumět tomu, co je mu sdělováno, či naopak není schopen vyjádřit mluveným slovem to, co potřebuje.

Příčinou fyziologické bariéry může být tělesné nepohodlí, k odstranění této překážky většinou napomůže náprava.

Bariéra z prostředí vzniká především v prostředí, které je nemocným vnímáno jako cizí, neútulné prostředí, prostředí, ve kterém se necítí dobře. Dobře nepůsobí ani rekonstrukce nemocnic za provozu, výrazný hluk, přetopené či naopak chladné pokoje, suchý vzduch, šero či naopak ostrá světla v nočních hodinách. Negativně působí na jedince i dlouhé čekání v nemocničních čekárnách. Neporozumění sdělovanému může být další bariérou, kdy se protějšek ostýchá opětovně se dotazovat (Šamánková, 2011).

Samotné jazykové bariéry mohou velmi ztížit prožívání nemoci, ať již vzniknou na straně nemocného či na straně zdravotníka. Mylné či neúplné informace vznikají většinou bez vedlejšího úmyslu díky prosté nepozornosti (Šamánková, 2011).

Co se týče prevence vzniku komunikačních bariér, nejdůležitější je vztah zdravotníka a nemocného, který musí být založený na důvěře a vzájemném respektování jeden druhého. Při důvěrné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je dobré dodržovat

zásady obecného rozhovoru, být empatický, umět naslouchat, využívat komunikační pauzy a v neposlední řadě respektovat individualitu. Co se týče urgentních příjmů, zde jsou podmínky pro dodržení těchto zásad poněkud komplikované, neboť stavební uspořádání lůžek sálového typu neumožňuje zachovat dostatek soukromí při důvěrných rozhovorech mezi pacientem a personálem. Sotva lze navázat důvěrný rozhovor ve velké místnosti o počtu až šesti lůžek, oddělenými pouze textilií, za neustálé přítomnosti jiných osob.

Velké riziko vzniku bariéry v saturaci potřeb představuje i nadměrná vyčerpání personálu. Všechny tyto situace mohou být ještě komplikovány při ošetřování pacienta v alkoholové ebrietě, v delirantním stavu, drogově závislých a agresivních pacientů či dementních a mentálně postižených pacientů (Zacharová et al., 2011).

1.7.2 Reakce na neuspokojení potřeb

Vymětal (2007) popisuje, že pokud nejsou potřeby dostatečně saturovány, mohou u jedince nastat změny v jeho chování. Jedná se o změny psychické a somatické a je důležité být na ně připraven, neboť jsou to změny přirozené, se kterými se běžně setkáváme, a je třeba jim umět předcházet. Co se týče změn v psychice jedince, tak sem řadíme zejména projevy úzkosti, neklidu, nervozity a nesoustředěnosti. V pokročilejších stavech se můžeme setkat až s frustrací a depresemi. Nutno zdůraznit, že velmi častou reakcí na frustraci bývá agrese.

Při úzkosti může mít jedinec poruchy koncentrace, pociťuje zvýšenou bdělost, objevují se problémy se spánkem, pocity ohrožení a podrážděnost. K somatickým projevům řadíme vegetativní příznaky jako je tachykardie, zvýšený svalový tonus, pocení a třes. K somatickým příznakům poruchy saturace potřeb řadíme i bolesti na hrudi, obtíže s trávením, potíže s pohybovým aparátem a smyslové obtíže. Obtíže somatické souvisejí s nedostatečnou saturací fyziologických potřeb, jako jsou poruchy výživy, vyprazdňování, spánku aj. (Vymětal, 2007).

Častá nedostatečná saturace potřeb v dětství vede k determinaci trvalých osobnostních rysů jedince. Vyšší potřeby se objevují až později, a to jak v ontogenetickém, tak i ve fylogenetickém vývoji. Život jedince ve smyslu motivace může být popsán jako vzestup různými vrstvami pyramidy potřeb. Potřeby hladu a žízně a také potřeby bezpečí

dominují zcela jistě u novorozenců, u mladších dětí převládají potřeby bezpečí a lásky, na rozdíl od starších dětí, které jsou ovládnuty potřebami uznání a lásky. V období dospívání, respektive na jeho začátku se poprvé lze setkat s potřebami seberealizace a s přibývajícím věkem se tato potřeba stupňuje. Dochází-li k trvalé frustraci potřeb, dochází pak u jedince k projevům psychopatologie (Trachtová, 2013).

1.8 Lidský vztah jako součást profese zdravotníka

Existuje několik povolání, kde je hlavním úkolem pomáhat lidem. Jedním z nich jsou i povolání v oblasti medicíny, tedy lékaři, zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál.

Na rozdíl od jiných povolání zde hraje velmi významnou roli lidský vztah. Vztah mezi klientem a ošetrovatelským personálem. Pacient potřebuje mít důvěru ke svému lékaři i k ostatnímu personálu, který o něj pečuje a chce cítit, že se o něj pomáhající personál zajímá (Kopřiva, 2013).

Důležitou roli v interakci sestry a pacienta hrají i některé faktory, kterými jsou rasa, pohlaví, národnost, sexualita apod. (Huebner, 2007).

Kopřiva (2013) uvádí, že mezilidské vztahy na pracovišti a charakter komunikace v nitru zdravotnických pracovních týmů tvoří psychologicko-sociální faktor, který má za následek pracovní nespokojenost a může významně měnit a ovlivňovat pracovní výkonnost.

Vztah mezi lékařem a sestrou může být ovlivňován celou řadou faktorů.

Může se zdát, že lékař i sestra, kteří mají především pečovat o pacienta, spolu budou dobře vycházet, protože jim jde o společný cíl, jímž je dobro a péče o pacienta. Celá většina problémů ve vztahu sestry – lékaře se ale vyvíjí ze vzájemného nepochopení jednotlivých rolí. S rozvojem ošetrovatelství jako takového a nárůstem vysokoškolsky vzdělaných sester se dokonce leckteří lékaři mohou cítit ohroženi. V poslední době se často hovoří o interpersonálních problémech mezi lékaři a sestrami a jejich důsledcích v péči o pacienta.

Vztah mezi sestrou a lékařem je velice významným aspektem celkového dojmu z poskytované péče pacientovi, a vyžaduje proto mnohostranný přístup. Do budoucna je tedy třeba prosazovat především multidisciplinární týmovou práci a zlepšit komunikaci celého ošetrovatelského týmu.

Arnold, Boggs (2016) poukazují na to, že interpersonální vztahy jsou úzce spjaty s komunikací. Interpersonální komunikace je definována jako reciproční, interaktivní a dynamický proces, s hodnotovými, kulturními, emotivními a kognitivními proměnnými, které ovlivňují jeho přenos a příjem. Prostřednictvím řeči, dotyku, poslechu a vzájemných reakcí, vytváříme osobní významy a sdílíme je s ostatními. Většina z nás považuje interpersonální komunikaci za samozřejmost až do doby, kdy se jí nemůžeme účastnit nebo již není součástí našeho života.

Zdravotní sestra je vždy v častějším a bližším kontaktu s pacientem než lékař. Sestra chrání zájmy pacienta a pomáhá uspokojovat jeho potřeby. Způsob, jakým sestra komunikuje s pacientem, musí být na takové úrovni, která vede k identifikaci potřeb pacienta a nalezení způsobu, jak tyto potřeby uspokojit. Vhodný způsob komunikace zabraňuje a předchází potenciálním konfliktům mezi pacientem a sestrou. Vzhledem k autoritě zdravotnického personálu, je pacient často v submisivní pozici, čehož ale sestra či jiný zdravotnický personál nesmí zneužívat či jinak dávat najevo svou moc.

Úkolem zdravotní sestry je nejen poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, ale především budování důvěry pacienta k ošetřujícímu personálu, napomáhání mu ve složité situaci v době pobytu v nemocničním zařízení a respektování ho.

Je žádoucí, aby sestra spolupracovala s rodinnými příslušníky pacienta a byla nápomocná při začlenění pacienta do role aktivního účastníka týmové práce ošetřujícího personálu. Vztah mezi sestrou a pacientem je vždy závislý na dobrém osobním kontaktu. Od sestry je očekávána trpělivost, takt, laskavost, pochopení, porozumění a v první řadě jednání s pacientem na úrovni svého rovnocenného partnera. V neposlední řadě plní sestra funkci prostředníka mezi lékařem a pacientem. Jedním z jejích profesních úkolů je také vytváření důvěry pacienta k lékaři (Zacharová, 2007).

Zdravotní sestra je rovnocenná členka zdravotnického týmu, která je schopna pracovat a rozhodovat se samostatně v oblasti své působnosti. Sestra má na starosti mnoho činností, které se následně odrážejí v jejích rolích a při výkonu jejího povolání se prolínají.

Na sestru a její profesi je kladeno velké množství rolí jako je role pečovatelky, edukátorky, kdy se soustředí jak na samotného pacienta, tak i na jeho rodinu. Působí v oblasti prevence, trénuje soběstačnost a praktické dovednosti s pacienty, plní funkci obhájkyne nemocného a má důležitou úlohu v situacích, kdy pacient není schopen samostatně projevit vlastní názor. Zajišťuje přípravu na vyšetření a asistenci u nich, zajišťuje a plní terapeutické činnosti ordinované lékařem a podílí se na diagnostice. Sestra musí být schopna úzce spolupracovat s ostatními členy týmu. Aby funkce a profese sestry byla plnohodnotná a vykonávaná co nejlépe, musí sestra při výkonu svého povolání uplatňovat důležité postupy a přístupy. Jedná se o kolektivní orientaci, kdy sestra vychází z potřeb pacienta, které upřednostňuje před svými vlastními potřebami. Dalším z takových přístupů je univerzalismus. Zde je předpoklad, že se sestra zachová k pacientům vždy stejně bez toho, aby někoho upřednostňovala před druhým. Dalším přístupem sestry je emoční neutralita. Každá sestra je ale zároveň osobností s kladnými i zápornými vlastnostmi. Jsou faktory chování, které se nelze naučit, nýbrž se s nimi člověk rodí. Rozdíly jsou i mezi sestrami, které svou práci vnímají jako rutinu, kdy lze pozorovat absenci lidského přístupu na rozdíl od sester milých, chápajících, mateřských. Co ale ovlivnit lze, je vzdělání sester. Není třeba získat za každou cenu vysokoškolský titul, ale mnohdy postačí znalost etických kodexů, práv pacientů a požadavků pracoviště a jejich dodržování (Bužgová, Plevová, 2011).

Situace, kdy se člověk stává pacientem a dostane se dočasně do jeho role, s sebou přináší hodně psychických i fyzických změn. Nemoc s sebou pro pacienta přináší různé problémy v sociální sféře i v rodině. Pacienta, respektive jeho roli, provázejí tři aspekty. Prvním aspektem je otázka, která se týká zaviněním jeho současného stavu. Druhým aspektem je otázka odpovědnosti, neboť v době nemoci je člověk obvykle oprostěn od některých povinností. Třetím z aspektů je očekávání. Od pacienta se všeobecně očekává vynaložení úsilí, které povede ke zlepšení jeho zdravotního stavu či uzdravení. Role pacienta není snadná už z několika důvodů. Pacient je v nemocničním prostředí ve stresu, má neuspokojené potřeby, většinou nedostatek informací, bolesti a další negativní faktory. Dá se tedy předpokládat, že chování pacienta bude mnohdy neosobní, nepřístupné, odměřené či nevrlé.

Sestra se musí zajímat o pacienta jako o osobnost, aby byla schopna mu v jeho nové roli pomoci, protože každý pacient prožívá svou roli individuálně. Základem pro úspěch léčby a ošetrovatelské péče je důvěra ve zdravotnický tým (Bužgová, Plevová, 2011).

1.9 Komunikace v ošetrovatelství

1.9.1 Úvodem

Iedema et al. (2015) definuje komunikaci v ošetrovatelství jako předpoklad, že se kolegové navzájem respektují, k pacientům je přístupováno eticky a při práci a se sdílením informací si zdravotníci počínají maximálně opatrně. Zdravotník je schopen adekvátně reagovat na potřeby pacienta.

Bellová (2014) uvádí komunikaci jako jednu z nejdůležitějších schopností zdravotnického pracovníka. Sestra má na výběr z několika možností jak s pacientem jednat a komunikovat. Možnost komunikace z velké míry ovlivňuje zdravotní stav pacienta. Strach, úzkost či bolest, jsou faktory, které mohou komunikaci pacienta velmi výrazně ovlivnit a pacient tak není schopen slovního vyjádření či správného pochopení dané situace či sdělení.

Důležité při komunikaci s pacientem je nejen zvolení vhodných termínů, ale i vhodná rychlost řeči, intonace, výška hlasu, délka samotného projevu a vzdálenost, ze které k pacientovi hovoříme. Je třeba především mluvit stručně, zřetelně, co nejjednodušeji, ale i zvolit správné načasování k rozhovoru. Ve zdravotnické komunikaci lze rozhovor dělit do tří typů, a to na terapeutický, informační a edukační. Důležitou roli při rozhovoru s pacientem hraje umění naslouchat ze strany sestry. Dává tím pacientovi najevo svou ochotu jej vyslechnout a pomoci mu. Pacientovi se tak dostává možnosti se svěřit. Důležitá v rozhovoru s pacientem je i zpětná vazba, díky které lze zjistit, zda pacient informacím porozuměl.

Bellová (2014) dále uvádí, že v dnešní době, kdy je všeobecně kladen velký důraz na aktivní zapojení pacientů do procesu léčby, je třeba, aby pacient porozuměl edukaci, která jej má do tohoto procesu začlenit. Aby byla sestra v tomto ohledu úspěšná, měla by pacientovi informace několikrát zopakovat, být trpělivá, chválit jej, motivovat a zpětnou vazbou si na závěr ověřit, zda pacient všemu porozuměl.

Nedílnou součástí při verbální komunikaci je u komunikace neverbální.

Neverbální komunikace bývá nazývána řečí těla. Neverbálními prvky lze velmi snadno vyjadřovat porozumění, emoční ladění, sounáležitost, empatii apod.

Do této kategorie lze zařadit mimický projev, gestikulaci, haptiku, proxemiku, vzezření, pohled a kinetiku.

Při ošetrovatelské péči je třeba mít na paměti, že každý člověk má své osobní zóny, které se dělí na intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Co se intimní zóny týče, začíná na 15 – 30 cm a končí haptikou. Horní hranice intimní zóny je určena přátelům a rodině jedince. Dolní hranice je určena pro kontakt matky s dítětem, pro manžele a milenecké páry. Pokud intimní zóny kdokoli jiný naruší, dochází ke vzniku nepříjemných pocitů. Sestry při své práci tuto hranici narušit musejí a zároveň pouští pacienta do hranice své. K těmto situacím by mělo docházet vždy se souhlasem pacienta. Při těchto ošetrovatelských výkonech není vhodné jakkoli rozšiřovat komunikaci, ale zachovat její úplné minimum až do doby než intimní zónu pacienta sestra opustí. Nikdy nesmí být zapomenuto na pacientův stud a intimitu.

V rámci předcházení konfliktů, by měla sestra umět jednat eticky, hodnotit a zvažovat své jednání. Dobro pacienta má vždy několik podob jako je například zmírnění bolesti a utrpení, nápomoc při sebeobsluze a samostatnosti nebo třeba jen projevení zájmu. Jde o dobro konkrétního pacienta z hlediska podmínek, ve kterých se nachází. Erudovaná zdravotní sestra by měla být schopna předejít konfliktu ve vztahu s pacientem. Zdravotnické povolání je velice náročné jak po fyzické, tak po psychické stránce a o stresové situace není v tomto oboru nouze a sestra by měla umět přijímat kompromisy a možná řešení (Kutnohorská, 2007).

Pro zajištění kvalitní komunikace mezi pacientem a ošetrovatelským personálem, je třeba se řídit jistými parametry:

Empatie neboli vcítění se do toho co pacient právě prožívá, vnímání jeho nemoci, vnímání pacientova vztahu k nemoci a toho co si o ní myslí. V situaci, kdy je sestra vůči pacientovi empatická, přestává mít pacient dojem, že je sám a dostává se mu určitého pocitu úlevy.

Individuální přístup k pacientovi, vyjadřuje schopnost sestry přizpůsobit se zvláštnostem a individualitě každého pacienta.

Úcta k pacientovi mu umožňuje zachovat autonomii (samostatnost) jakožto lidské bytosti, a to za jakýchkoli okolností.

Pozitivní vztah k pacientovi se odráží ve všech rovinách lidské činnosti a nečinnosti a znamená hluboký zájem o druhého člověka navzdory slabým stránkám jeho osobnosti.

Sestra poskytující pacientovi ošetrovatelskou péči musí být schopna citlivého přístupu a předvídatelnosti. Sestra nesmí v žádném případě pacienta zesměšňovat a odsuzovat (Ptáček, 2011).

1.9.2 Komunikace s pacienty

Jednání s pacienty tvoří tři základní body, kterými jsou spravedlnost, odpovědnost a laskavost. Aby byla zdravotní sestra k pacientovi spravedlivá, musí pacienta respektovat, ctít jeho práva, předpisy a právní ustanovení. Musí jednat nestranně a uznávat práva nejen vlastní, ale i právo druhé osoby. Opakem spravedlnosti se rozumí nerespektování práv druhého člověka, nečestné jednání a pohrdání tím, co je dobré. Pokud má být zdravotní sestra laskavá, je třeba, aby věnovala pacientovi maximální pozornost a péči a starala se o něj s přívětivostí a přátelským postojem a empatií. Opak laskavosti vyjadřuje netečnost k zájmu druhého člověka, bezohlednost, nepozornost a apatie. Co se týče odpovědnosti, rozumíme jí jednání, vyjadřující prvky vědomé povinnosti, svědčící o tom, že se nejedná o jednání náhodné, ale že jde o jednání ve vztahu k určitým cílům. Nedbání zájmů druhých, neodpovědnost a pohrdání vyjadřují opak odpovědného chování (Kutnohorská, 2007).

Nejvyšší profesionální schopnosti zdravotníků prověří například jednání s agresivním pacientem. Při komunikaci s agresivním pacientem jsou na zdravotnický personál kladeny velmi vysoké nároky. Drtivá většina pacientů vyhledává lékaře zejména kvůli tomu, že jej trápí nějaké symptomy, doprovázené fyzickou nepohodou, bolestí, úzkostmi, psychickým napětím a strachem. Tento komplex symptomů vede zcela jistě k frustraci dotyčného jedince. Jedním z nejčastějších spouštěčů agrese je právě frustrace. Projevy agresivity lze sledovat ve čtyřech stupních počínaje agresí ideatorní, přes agresi verbální s projevy gestikulace přes agresi proti předmětům až po fyzickou agresi vůči lidem končící mnohdy násilím.

Zvýšená míra agrese tvoří základní osobnostní vybavení určitých typů lidí. S rostoucí mírou agrese se lze setkat například v nemocniční čekárně, kdy pacient čeká na ošetření několik hodin a nebojí se používat ostré výrazy vůči zdravotním sestřím.

Jedním ze základních doporučení při komunikaci s takovýmto pacientem je změnit konfrontaci na diskuzi. Stále je třeba vystupovat jako osoba, která je ochotna agresivnímu protějšku pomoci (Ptáček, 2011).

Zkouškou umění efektivní komunikace může být i komunikace s oběťmi trestných činů. Tříděním a klasifikací obětí kriminality se zabývá viktimologie. Z pohledu lékařské etiky zde zmíním dva relevantní typologické systémy obětí kriminálních činů. Obecná typologie obětí se orientuje podle dvou kritérií. Prvním kritériem je kritérium objektivní a definuje fakt, že jedinec, který byl poškozen, zločinem získal statut poškozeného. Druhé kritérium je subjektivní a orientuje se na skutečnost, zda se daný jedinec skutečně jako oběť cítí.

Co se týče zdravotnického personálu, je třeba upozornit na rizika plynoucí ze špatně zvládnutého prvního kontaktu s obětí a ze špatné komunikace. Další klasifikace obětí rozlišuje na oběť primární a sekundární. Za primární oběti jsou považovány osoby, které byly bezprostředně poškozené trestným činem. Mezi primární oběti řadíme též pozůstalé po obětech vražd nebo rodinné příslušníky pečující o osobu blízkou. Mezi sekundární oběti lze zařadit zpravidla nejbližší sociální okolí přímé oběti. Jako příklad lze uvést manžela znásilněné ženy nebo dítě, které bylo svědkem loupežného přepadení. Ve zdravotnickém zařízení se můžeme setkat s oběma druhy obětí, tedy jak s primárními, tak se sekundárními. Při špatně zvolené komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem jakožto jedním z typu výše zmíněných obětí, vzniká riziko špatně stanovené diagnózy a následně i léčby (Ptáček, 2011).

Dle Ptáčka (2011) se lékařská péče v první řadě logicky zaměřuje na fyzickou újmu pacienta a na ošetření fyzických poranění. Na psychickou újmu pacienta je pomýšleno v řadě druhé, kdy je zahájena léčba fyzické újmy. Je třeba si uvědomit, že první kontakt se zdravotnickým personálem je pro komplexní uzdravení oběti velmi důležitý. Vhodně zvolená komunikace zdravotníka s pacientem, který je obětí trestného činu, ovlivňuje i to, zda a kdy se pacient bude schopen vrátit do plnohodnotného života.

Zdravotníci by v těchto případech měli umět především:

Aktivně naslouchat

Trpělivě komunikovat

Snažit se o udržení partnerského přístupu

Posilovat u oběti pocit bezpečí vytvářením transparentní a přehledné situace (vysvětlování kroků a výkonů, které budou následovat apod.)

Vyhnout se bagatelizaci celé situace

Přístupovat k pacientovi jako k někomu, kdo přežil extrémní situaci, nikoliv jako ke slabému jedinci.

Zvlášť citlivým odvětvím komunikace, je komunikování s umírajícím člověkem a jeho pozůstalými. Člověk, který umírá, potřebuje, aby byla zachována jeho důstojnost do poslední chvíle jeho života, aby byla akceptována jeho poslední přání, aby mu byl někdo na blízku a naslouchal. Umírající člověk, je bytost, která je stále naživu, vyžadující vnímání blízkosti druhých, komunikovat s nimi, byť jen za pomoci očí a gestikulace. Jako každý člověk, tak i umírající má právo na informaci o svém zdravotním stavu a na psychickou podporu při vyrovnání se situací, založenou zejména na empatii ze strany zdravotníka. Mnohdy jen pouhý dotek, podání ruky či pár vlídných slov, postačí k uklidnění a vnitřnímu vyrovnání se pacienta před přechodem do bezvědomí (Kutnohorská, 2007).

Kutnohorská (2007) dále popisuje, že jednání s lidmi, kteří přišli o blízkého člověka je vždy obtížnou a náročnou situací. Ke sdělení smutných zpráv je vždy zapotřebí kvalitní schopnosti komunikace. Rozhovor s pozůstalými zahajuje lékař a pokračuje rolí sestry. Při jednání s pozůstalými je třeba dbát určitých zásad, neboť jsou velmi zranitelní a i oni samotní potřebují mnohdy pomoc. Na pozůstalé bychom si měli vymezit více času, abychom nepůsobili uspěchaným dojmem a nevytvářeli dojem, že nás pozůstalí zdržují. Je dobré pozůstalé vzít na klidné místo oddělení a vyslechnout jejich otázky a poskytnout jim základní informace o následujícím postupu při úmrtí blízké osoby (pohřební služby, apod.). Pokud chtějí příbuzní sdělit poslední chvíle před smrtí blízké osoby, je třeba se pokusit jim je popsat co nejlépe, co možná v nejklidnějším smyslu.

1.10 Stresová zátěž a syndrom vyhoření u sester pracujících na urgentním příjmu

V souvislosti s profesemi, při jejichž výkonu musí pracovníci komunikovat a pracovat s lidmi, jejich životními osudy a utrpením, se začalo čím dál častěji hovořit o syndromu vyhoření (Venglářová, 2011).

Dle Bartůňka (2016) je zdravotnické povolání samo o sobě často spojováno s mimořádně vysokou jak fyzickou, tak i psychickou pracovní zátěží. Není proto ničím výjimečným, když se ve zdravotnickém zařízení setkáme s vyčerpaným a unaveným personálem. Tyto faktory mají samozřejmě velký podíl na pracovním výkonu samotného zdravotníka. Toto vše ještě umocňuje fakt, že za pracovní výkon nenáleží zdravotníkům adekvátní finanční odměna. Postupná kumulace obtíží jako je frustrace, únava, dlouhodobá práce pod tlakem, může mít za následek vznik právě již zmíněného syndromu vyhoření.

Co se týče klinické praxe, setkáváme se velmi často se zdravotníky, kteří jsou frustrovaní, vyčerpaní, unavení a všechny tyto jevy se odráží i na výkonu jejich profese. Kumulace těchto problémů vede dlouhodobě k syndromu vyhoření neboli „burn out“, který je nejčastějším projevem duševního vyčerpání v pomáhajících profesích.

Syndrom vyhoření souvisí jednak s velkou zátěží, ale zároveň je důsledkem selhání takzvaných osobních mechanismů zvládnání nároků. Je kombinací velkého očekávání zdravotníka a zátěže plynoucí z vysokých nároků na něj kladených. Opakované situace, kdy nemůže zdravotník těmto nárokům dostát, vede k vyhoření (Bartůňek, 2016).

Syndrom vyhoření způsobuje nejen osobní škody, ale především škody v poskytované kvalitě služeb. Rizikovou skupinou, kde se nejčastěji rozvíjí již výše zmíněný syndrom vyhoření, jsou především zdravotníci, mající neustále velmi náročný a intenzivní kontakt s druhými lidmi, což je případem zejména intenzivní medicíny (Vidette, 2012).

Burn out představuje v lidském životě negativní emocionální jev. Je třeba jej odlišovat ale i od ostatních negativních jevů, jimiž jsou stres, deprese, únava, depersonalizace (Waddill, 2016).

1.10.1 Vypjaté situace na urgentních příjmech

Zátěž plynoucí ze stresových situací, můžeme rozdělit na zátěž z pracovních činností, která souvisí se spektrem diagnóz pacientů a na zátěž, která přímo souvisí s osobností zdravotníka. Pracovní stres může mít několik příčin. První příčinou je stres z konfliktu rolí, druhou je stres vyplývající přímo z obsahu práce a pracovní náplně (zatížení, odpovědnost) a třetí příčinou může být špatně organizovaná práce, chybná komunikace apod. Na urgentních příjmech je neustále velmi rušný provoz, kontinuálně zvonící telefony, neustálé příjezdy zdravotnické záchranné služby s novými pacienty, kteří potřebují zcela odlišnou péči, protože každý pacient je zde individualitou co do potřeby, rychlosti, intenzity a typu péče. S tím souvisí velká míra odpovědnosti zdravotníků za životy pacientů, okamžité reakce na změny a neustálá pozornost. K psychické pohodě sestry nepřispívá ani nutnost rychlých rozhodnutí, nedostatek času, prostoru, informací. Toto vše komplikují v neposlední řadě pacienti v opilosti, agresivní pacienti, zapáchající lidé bez domova a lidé s kvalitativními poruchami vědomí. Nemalou míru stresu přináší zdravotnickému personálu kontakt s umírajícími a trpícími pacienty, přinášejíce pocit beznaděje a bezmoci. Negativní vliv pro sestry má i špatné klima na pracovišti, komunikační problémy s kolegy, špatné interpersonální vztahy a profesní úroveň kolegů (Bártlová, 2008).

Jedním z faktorů dominujících ve vypjatých situacích je stres. Jestliže je přiměřený a nepůsobí dlouhodobě, patří k běžnému životu. Setkáváme se s ním všichni jakožto s univerzálním jevem. Vyhoření většinou přichází až po poslední fázi stresu, po stresové odpovědi organismu (Vidette, 2013).

Dalším tématem, které lze v této souvislosti zmínit je deprese. Pokud depresi způsobuje duševní porucha, tak se o syndrom vyhoření zcela jistě nejedná. Přestože se vyhoření až nápadně podobá epizodě depresivní, liší se od ní zejména tím, že je při vyhoření vázáno především na práci a pocity z ní. U jedince, který trpí syndromem vyhoření, se příznaky vždy zmírňují, nebo zcela vymizí při odjezdu na dovolenou, kde na práci nemusí myslet. Jakmile se jedinec znovu vrací do práce, nebo se návrat blíží, opět se jeho potíže s vyhořením vracejí (Vidette, 2013).

Pokud zdravotník pociťuje únavu, tak k jejímu vymizení obvykle postačí odpočinek a spánek v kombinaci s vhodnou sportovní aktivitou. Při syndromu vyhoření bývá únava popisována spíše jako trvalá, s pocity viny a selhání (Vidette, 2013).

Wadidill (2016) popisuje v souvislosti se syndromem vyhoření depersonalizaci, kdy tento syndrom provází řada psychických a emocionálních poruch, provázených změnami stavu vědomí. Jedinec si obvykle stěžuje na neschopnost se radovat, cítit bolest, radost, lásku ani nenávisť. Popisují to jako změnu citění své vlastní osobnosti, kdy se stávají sami sobě cizincem.

1.10.2 Příznaky a následky syndromu vyhoření

Projevy fyzické: celková fyzická únava organismu, apatie, bolesti na hrudi, tachykardie, zažívací obtíže, dechové obtíže, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, celkové napětí, riziko vzniku různých závislostí.

Projevy psychické: pocit, že vydané úsilí trvá již dlouho a nepřináší efekt, celkové duševní vyčerpání, pokles až ztráta motivace, útlum celkové aktivity, depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, přesvědčení o vlastní postradatelnosti, negativismus, cynismus, ztráta zájmu.

Projevy profesní: vysoká míra rizika pochybení, může mít až fatální následky v profesi zdravotníka (Bartůněk, 2016).

Při syndromu vyhoření u zdravotnického pracovníka dochází k tomu, že přestane být ochoten a schopen citlivě vnímat rozdíly mezi lidmi. Není schopen se vcítit do jejich problémů a spoluprožívat s nimi jejich stav. Dochází ke zvýšené míře kritiky ze strany zdravotníka vůči pacientovi, ironii, nelichotivému jednání či hovoření s nimi s despektem. V případě vyhořelého zdravotníka se pacient stává pouze jakousi diagnózou, bez osobního přístupu zdravotníka vůči pacientovi. Negativní přístup k pacientům se postupem času rozšíří i do vztahů ke spolupracovníkům a později i do osobního života zdravotníka.

Člověk zasažený syndromem vyhoření se snaží pro sebe najít nějaké východisko, ne vždy jsou způsoby samoléčby vhodným řešením (Schmidt, 2011).

Je podstatné, aby si člověk, trpící syndromem vyhoření uvědomil, že něco není v pořádku, a že jde o vážný stav. Je třeba, aby jedinec chtěl se svým stavem něco udělat, a aby uměl přijmout pomoc. Musí mít i dostatečnou motivaci k uzdravení, ke změně. Jedinec musí umět převzít osobní zodpovědnost a mnohdy je velmi těžké si připustit, že to nezvládá. V neposlední řadě záleží i na zdravotnickém zařízení jakožto zaměstnavateli, jaké podmínky pro proces uzdravení jedinci umožní (Schmidt, 2011).

1.10.3 Supervize ve zdravotnictví

Venglářová (2011) uvádí, že supervizi a její formu je třeba předem dobře naplánovat. To není jednoduché zvláště v organizacích, kde se supervizí nemají příliš mnoho zkušeností. Důležitým bodem je stanovení cílů supervize, které mohou být různé od prevence syndromu vyhoření, budování a rozvoj týmové komunikace a spolupráce, zkvalitnění poskytované péče, až po podporu efektivitu managementu.

Téma supervize je v českém zdravotnictví zatím málo známé a málo diskutované a zpracované téma. Co se týče ostatních pomáhajících profesí, jako jsou sociální služby, pomoc drogově závislým a další místa, tam je supervize poměrně hojně využívána. Supervize slouží jako nástroj pro osobní a profesní rozvoj pracovníků a je cestou ke zkvalitňování práce, kterou vykonává (Lynch et al., 2008).

Jooste (2009) uvádí, že supervize se zaměřuje na jednotlivce, na týmy a na skupiny spolupracovníků.

Supervize má několik hlavních cílů jako je zlepšení pracovní atmosféry, zlepšení pracovní situace vůbec a v neposlední řadě i lepší organizovanost práce. Je zaměřena zejména na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce. Pro zdravotnického pracovníka je supervize příležitostí k reflexi, zaměřené na různé aspekty pracovní situace, kdy je cílem zkvalitnění práce a podpora profesního růstu pracovníka.

Díky supervizi získá zdravotník nadhled nad tím, co je nejisté, spletité a obtížné. Supervize mu může pomoci i v období, kdy klesá jeho profesionalita a je snahou její obnova.

Zjednodušeně lze říci, že supervize je o všem co nám práce s lidmi přináší. Supervizi můžeme zaměřit na interpersonální vztahy či na vztahy mezi zdravotníkem a pacientem

či na vztahy v organizaci jako celku. Může se týkat řešení konfliktů na pracovišti, pocitů spojených s vykonáváním profese, podpory zaměstnanců či jako prevence syndromu vyhoření. Supervize má široké spektrum poskytovaných služeb a pomoci a záleží na supervidovaných co nejvíce potřebují řešit v jejich práci (Butterworth, Faugier, 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíl: Zmapovat respektování intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu ošetřujícím personálem.

Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem lze v současném ošetřovatelství zachovat lidskou intimitu a důstojnost?
2. Jak sestry na urgentním příjmu nahlíží na problematiku týkající se intimity a důstojnosti pacientů?
3. Jaké překážky brání v zachování intimity a důstojnosti u pacienta na urgentním příjmu?
4. Jak má dle názorů sester na urgentním příjmu vypadat důstojná ošetřovatelská péče?
5. Jaký dojem mají pacienti urgentního příjmu ze sdělování svých osobních údajů zdravotnickému personálu?
6. Jaká je míra informovanosti pacientů urgentního příjmu o plánu péče během pobytu na urgentním příjmu?
7. Jaká je míra informovanosti pacientů urgentního příjmu o jim ordinovaných a aplikovaných léčivech a jejich předpokládaném účinků?
8. Jak jsou pacienti spokojeni s chováním personálu urgentního příjmu?
9. Do jaké míry jsou pacienti urgentního příjmu spokojeni se zajištěním intimity na urgentním příjmu?
10. Do jaké míry hodnotí pacienti urgentního příjmu ošetřovatelskou péči jim poskytnutou jako důstojnou?

3 Operacionalizace pojmů

Intimita - Pojem intimita zahrnuje stud, soukromí, nahotu, důstojnost, sebeodhalení, ale i odtajnění důvěrných informací. Intimní znamená také skrytý nebo vnitřní. Všeobecně lze za intimní považovat takové věci, které jsou důvěrné a před okolím by měly být skryty. Intimita a její ochrana je zakotvena v právech pacientů v podobě práva na vysoce kvalitní péči při zajištění intimity a citlivého přístupu (Výrost, 2008).

Důstojnost - Lidská důstojnost je definována jako stav být hoděn cti. Důstojnost lze tedy chápat jako osobní atribut pro uznávání sebe sama nebo uznávání druhými. Lze říci, že důstojnost vede k lepší kvalitě života (Barak, 2015). Týká se života každého z nás, ať již bohatých, chudých, mladých, starých, zdravých či nemocných (Waldron, 2012).

Pacient – pacientem se člověk stává ve chvíli, kdy je zraněný či nemocný a vyhledá lékařské ošetření, či toto ošetření potřebuje. Co se týče legislativy je tento termín používán i pro obory porodní asistence a lékařské posudkové služby (Breslin, 2011).

Urgentní příjem – jinými slovy též emergency department, představuje nepřetržitě přístupné místo v nemocnici, kde je poskytována vysoce kvalitní, specializovaná akutní péče (Jesse, 2014).

Je zde soustředěna neodkladná péče o pacienty s náhlou změnou jejich zdravotního stavu. Na tomto oddělení je poměrně velká fluktuace pacientů ať již samostatně přichozích nebo přivezených záchrannou službou. Urgentní příjem je stěžejním místem nemocničního zařízení, kde jsou koncentrováni nejen všichni odborníci, ale i materiální vybavení. Urgentní příjmy jsou i centrálním místem pro organizaci mimořádných událostí a hromadných neštěstí, vyžadujících aktivaci traumatologického plánu (Remeš, 2013).

4 Metodika

4.1 Metodika výzkumu

K získání informací o zajišťování intimity a důstojnosti na urgentním příjmu, bylo provedeno výzkumné šetření formou kvalitativního výzkumu.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 2016).

Sběr dat byl prováděn prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a utajeného pozorování. Rozhovory byly určeny sestřám pracujícím na urgentním příjmu a pacientům, kteří byli na urgentním příjmu ošetřeni. Utajené pozorování bylo směřováno na zdravotní sestry při péči o pacienty na urgentním příjmu. V rámci povolení k provedení tohoto výzkumu, byla oslovena hlavní sestra nemocničního zařízení, ve kterém byl výzkum proveden, jež žádosti vyhověla (viz příloha).

Účelem kvalitativního šetření bylo zmapovat ošetrovatelskou péči v oblasti zajištění intimity a důstojné péče pacientům a zjistit, zda jsou pacienti v průběhu péče dostatečně informováni a jak jsou s péčí zdravotních sester na urgentním příjmu spokojeni. Data byla ručně zapisována a následně kódována pomocí metody „tužka a papír“ a následně kategorizována.

Hendl (2016) dále uvádí, že otevřené kódování přináší první setkání s nasbíranými daty. V textu jsou označována témata, která mají určitý vztah k výzkumným otázkám, k nastudované literatuře apod. Tato témata jsou postupně tříděna, doplňována či jsou dohledávána nová k těm stávajícím.

Metoda pozorování je dle Hendla (2016) samozřejmostí mnoha výzkumných prací s kvalitativní technikou. Pozorováním si lze často ozřejmit situace a prostředí popsané v rozhovorech, nebo objasnit některé nesrozumitelnosti. Pozorování může napomoci i při protichůdných výpovědích zkoumaných skupin. V případě zúčastněného pozorování funguje pozorovatel nejen jako sběratel dat, ale aktivně se přímo účastní dění ve zkoumaném prostředí.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření probíhalo na oddělení urgentního příjmu Nemocnice Jihlava. Osloveno bylo celkem 10 pacientů různé věkové kategorie, kdy polovina z nich, tedy 5 pacientů byla na urgentní příjem přivezena zdravotnickou záchrannou službou a zbylých 5 pacientů navštívilo urgentní příjem po vlastní ose, a to proto, že je zde ošetřování pacientů prováděno v rozdílných oddílech urgentního příjmu. Pacienti přivezení záchrannou službou podstoupí prvotní ošetření v crash room, kdežto pacienti příchozí na urgentní příjem po vlastní ose podstoupí prvotní ošetření v ambulanci části oddělení, dle příslušné odbornosti. Obě skupiny pacientů se setkávají na expektačních lůžkách, kde pokračuje série dalších vyšetření a léčby. Dále bylo osloveno 10 sester, které na urgentním příjmu pracují.

Potřebná data byla shromažďována pomocí polostrukturovaných rozhovorů a pomocí metody zúčastněného skrytého pozorování. Pro validitu nasbíraných dat, byli pro výzkum záměrně vybráni pacienti bez jakékoliv kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Výběr dotazovaných pacientů byl směřován na pacienty, kteří absolvovali na urgentním příjmu tzv. „diagnostické a terapeutické kolečko“, tudíž na tomto oddělení strávili i několik hodin. Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek, případně otázek doplňujících v návaznosti na odpovědi tázaných. Otázky byly směřovány do tří základních kategorií, a sice intimita a důstojnost pacienta, informovanost pacientů a spokojenost pacientů. Každý rozhovor byl veden v takových prostorách, kde nebyli účastníci rozhovoru ničím a nikým rušeni. Výzkumné šetření bylo anonymní a všichni respondenti tohoto výzkumu dali souhlas s uveřejněním získaných dat v této diplomové práci.

5 Výsledky výzkumu

5.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s personálem

Kategorizační skupiny:

1. Důstojná péče o pacienta
2. Ochrana a zajištění intimity pacientů
3. Komunikace s pacientem
4. Informování pacientů o plánu péče, o aplikovaných léčivech

Kategorie č. 1 – Důstojná péče o pacienta

Na otázku, *Jak si představujete důstojnou péči o pacienta*, odpověděla sestra č. 9 „*nemám představu.*“ Zbylé z dotázaných sester vidí přímou souvislost s důstojností ve vlídném přístupu, empatii, informování pacienta o tom, co mu budeme provádět nebo co mu aplikujeme a všech devět dotázaných uvedlo jako hlavní bod ochranu soukromí a citlivých informací. Sestra č. 2 uvedla: „*důstojnou péči si představuji tak, jak bych si přála, aby bylo pečováno o mě samotnou.*“ Tato odpověď byla v této kategorii nejzajímavější. Na otázku týkající se přítomnosti nějakých zábran či překážek zabraňujících v poskytování důstojné péče odpovědělo 9 dotázaných sester shodně. Jejich odpovědi směřovaly k nešťastně řešenému stavebnímu uspořádání urgentního příjmu, jež brání v poskytování plnohodnotně důstojné péče. Největší důraz byl kladen na nedostatek soukromí u lůžka pacienta a velký únik důvěrných a intimních informací dalším osobám především z řad ostatních pacientů, což se týká nejvíce recepcce urgentního příjmu, expektačních lůžek a crash room. Sestra č. 9 jako jediná uvedla, že podle ní se nevyskytují žádné překážky, které by znemožňovaly poskytování důstojné péče pacientům. Další otázkou týkající se této kategorie bylo „*máte nějakou osobní zkušenost s narušením důstojnosti u pacientů, popř. jak jste tuto situaci řešil/a?*“. Zde téměř všichni dotázaní poukázali na své bohaté osobní zkušenosti s tímto problémem vyjma sestry č. 9, která žádnou osobní zkušenost tohoto druhu doposud nezaznamenala, přestože délka její praxe je 22 let. Zbytek respondentů z řad personálu shodně popisuje tyto problémy, se kterými se během své praxe setkali, a které se neustále opakují: Sestra č. 1 uvedla jako nejčastější narušení důstojné péče z důvodu přítomnosti příbuzných na

crash room, narušení důstojné péče při průchodech záchranářů s novými pacienty, neohleduplnost kolegyň. Sestra č. 3 uvedla *„nejčastěji se setkávám s nevhodným chováním ze strany sester, jsou neohleduplné a otrávené, pokud jsem tohoto svědkem, upozorním je na to.“* Sestry č. 4, 5 a 7 uvedly jako osobní zkušenost s příčinou narušení důstojné péče, mnoho pacientů v malém prostoru, s tím, že samozřejmě zde je to bez možnosti adekvátní nápravy v dané situaci. Sestry č. 2 a 8 uvádějí, že se nejčastěji setkávají s neočekávaným a nežádoucím vstupem třetích osob bez klepání do místnosti, kde probíhá vyšetření pacienta, a vyšetřování např. per rectum na expektačních lůžkách, kde kolem lůžka prochází personál či pacienti. Obě dvě poslední zmíněné sestry problém v danou chvíli z časových důvodů neřešily.

Kategorie č. 2 - Ochrana a zajištění intimity pacientů

Této kategorii se přímo týkaly tři otázky v rozhovoru pro personál. Na první otázku, *Jakým způsobem zajišťujete pacientům intimitu?*“, odpověděli všichni dotázaní shodně téměř ve všech bodech. Společnými fakty v odpovědích bylo: používání mobilních pomůcek ve smyslu paravanů, zástěn, zakrývání pacienta kapnou, vyvarování se zbytečné nahotě, zabránění úniku informací o pacientovi třetí osobě, vykázaní třetích osob z místnosti, kde je pacient vyšetřován. Sestra č. 7 měla navíc zajímavou poznámku, kdy uvedla že: *„s kolegyněmi nehovořím o daném pacientovi před ostatními pacienty.“* Sestry č. 1, 2, 3, 5, 8, 9 a 10 uvedly, že jedním z vážných problémů se kterým se v rámci intimity pacientů potýkají, je sdělování intimních informací pacientů sestře v recepci urgentního příjmu, kdy tomuto naslouchá zbytek pacientů v čekárně, kterých zde pravidelně bývá několik desítek. V další otázce z kategorie intimity pacientů se pátralo, zda se vyskytují nějaké překážky bránící v možnosti zajistit a ochránit pacientovu intimitu. Zde polovina sester uvedla, že mají k dispozici nedostatek pomůcek, zejména těch mobilních jako jsou paravany, kterými lze obestavět lůžko při vyšetření apod. Devět respondentů uvedlo jako další možnou překážku časovou tíseň, sestra č. 9 na tuto otázku odpověděla: *„Já žádné překážky v zajištění intimity pacientů neshledávám, o žádných nevím.“* Sestra č. 4 uváděla jako příčinu fluktuaci personálu, při užším rozebrání této odpovědi bylo zjištěno, že tím myslela zvýšený pohyb personálu po urgentním příjmu, průchod z jednoho místa na druhé, lékaři, konziliáři, provozní pracovnice, sanitáři apod., což může být pacientovi velmi nepříjemné. Otázka *„Ve kterých oblastech může nejčastěji docházet k narušení intimity u pacientů?“* byla pro respondenty poměrně snadná a rychlá. Všechny deset respondentů

uvedlo oblast hygienické péče jako klíčovou, zajímavostí ale je, že tato se na urgentním příjmu provádí ne zcela často, zcela jistě ne u každého pacienta. Všichni respondenti dále uvedli jako další oblasti katetrizaci močového měchýře a vyšetření per rectum. Sestry č. 4, 6, 8, 9 a 10 uvedly oblast natáčení EKG křivky. Dá se říci, že v podstatě všichni respondenti uvedli, oblasti hygienické péče, vyšetření pacienta s nutností odhalení intimních partií a polovina sester ještě uvedla oblast sdělování důvěrných informací při odběru anamnézy.

Kategorie č. 3 – Komunikace s pacientem

Do kategorie týkající se komunikace sestry s pacientem spadají dvě otázky. První otázka byla ve znění: *„Představujete se pacientovi? Odůvodněte svou odpověď.“* Z odpovědí všech respondentů vyplynulo, že sestry se pacientům nepředstavují a všechny bez výjimky uvedly jako důvod fakt, že mají na uniformě visačku se jménem. Další otázkou, kde bylo možné sledovat komunikaci s pacientem, byla otázka *„V jaké vzdálenosti je podle Vás vhodné vést rozhovor s pacientem?“*. Zde se odpovědi různily pouze v maličkostech. Sestry č. 2, 4, 5, 7, 8 a 10 uvedly, že s pacientem je vhodné hovořit ve vzdálenosti jednoho metru. Sestra č. 1 uvedla *„je to 80 cm a méně, záleží také na tom, zda pacient má či nemá vadu sluchu.“* Sestra č. 9 uvedla *„záleží, kde má pacient intimní zónu, to se ale vlastně nedá zjistit, takže s ním komunikuji u jeho lůžka, nebo prostě v jeho blízkosti.“* Sestra č. 3 uvedla, že záleží na informaci, kterou mu chceme sdělit, či od něj získat.

Kategorie č. 4 – Informování pacientů o plánu péče a aplikovaných léčivech

K důstojné péči neodmyslitelně patří to, aby byl pacient dostatečně informován, a to zejména o tom, kde se nachází, pokud mu toto není známo, co ho v následujících chvílích čeká, neboli jaký plán péče mu byl naordinován a v neposlední řadě i to, jaká léčiva mu budou aplikována, jejich předpokládaný efekt a možnost výskytu vedlejších účinků. Pro tuto kategorii sběru informací byly respondentům položeny dvě otázky. První z nich *„Informujete pacienta předem o plánu péče během pobytu na urgentním příjmu?“* Všichni respondenti uvedli, že pacienty informují pravidelně. Sestry č. 2, 3, 5, 7 a 9 zmínily, že toto ale není v jejich náplni práce, že je to povinností lékaře. Zde je vhodné podotknout, že je toto jak povinností lékaře, tak i sestry, kteří výkon provádí. Nemluvě o tom, že je sestra povinna pacienta informovat i o plánu péče ošetřovatelské, jako je např. měření FF, EKG, převoz na RTG, katetrizace močového měchýře, odběr

biologického materiálu aplikace léčiv a mnoho dalšího. Otázka druhá v této kategorii zněla: „*Informujete pacienta o Vámi aplikovaném léčivu, jeho předpokládaném účinku a případných vedlejších účincích?*“ Osm z deseti dotazovaných v této otázce odpovědělo, že pacienta o aplikovaném léčivu neinformují. Jako důvod všech osm uvádí, že je toto věcí lékaře. Sestra č. 3 uvedla: „*Pacientovi vždy řeknu, jaký lék mu podávám a na co. Někdy pacienty upozorním, že by mohli mít závrať např. po Analginu, ale jinak mě nenapadá jiný lék, u kterého bych pacienta varovala před vedlejším účinkem.*“ Sestra č. 7 uvedla, že pacientovi řekne, jaký lék mu dává „*vysvětlím mu třeba, že to má na bolest a řeknu mu, po jaké době zhruba nastoupí úleva.*“ Na dotaz o vedlejších účincích odpověděla: „*vedlejší účinky řeším, až když se nějaké projeví.*“

5.2 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

Kategorizační skupiny:

1. Důstojnost
2. Intimita
3. Informovanost
4. Chování a vystupování sester

Kategorie č. 1 - Důstojnost

Do této kategorie spadají dvě otázky z rozhovorů s pacienty, kdy ta první zněla: „*Co si představujete pod pojmem důstojnost?*“ Měli jsme-li hovořit s pacienty o důstojné péči, bylo třeba zjistit, zda vědí, co tento pojem znamená. Všichni dotázaní shodně odpověděli, že důstojnost pro ně znamená, když s nimi ostatní jednají vlídně. Pacienti č. 7 a 8 uvedli, že důstojnost pro ně znamená cítit se dobře i v cizím prostředí. Pacient č. 2 uvedl „*když se mnou někdo nejedná jako s hadrem, tak takto si představuju důstojnost.*“ Pacient č. 4 uvedl „*důstojný jsem, když jsem sám sebou a nikdo se mnou nemanipuluje.*“ Další otázka „*Byl Váš pobyt a péče o Vaši osobu na urgentním příjmu důstojný?*“ směřovala již cíleně k vyjádření pacientů, jak se na urgentním příjmu cítili z hlediska péče o jejich osobu. Zde se odpovědi poměrně různily. Všech deset dotazovaných pacientů začínalo svou odpověď na tuto otázku „*Ano, ale....*“ Pacient

č. 1 uvedl „na urgentním příjmu jsem se cítil dobře, ale ocenil bych, kdyby mi alespoň někdo řekl, jak dlouho budu čekat. Ležím tu tři hodiny a vůbec nevím, co a jak se mnou bude dál. Sestra mi akorát řekla, že zatím nic neví.“ Pacient č. 2 uvedl „já jsem spokojen, sestra mě zapsala, řekla mi, do kterých dveří půjdu, kolik je přede mnou lidí i asi jak dlouho to přibližně bude trvat. V ambulanci bych ocenil trošku lepší přístup sestry. Potřeboval jsem něco vysvětlit kvůli neschopence a připadal jsem si, že jsem neschopný úplně“ dodal s úsměvem. Pacient č. 3 uvedl „v ambulanci proběhlo moje ošetření v nejlepším pořádku, ale co se týče recepce, to je katastrofa. Nejvíc mi vadí to nadřazené chování sester. Připadal jsem si tam jako hlupák.“ Na požádání, zda může být tento pacient konkrétní a více rozvést o jaký problém se jednalo, uvedl, že sestra v recepci byla arogantní, a s podivem a gesty se vyjádřila ve smyslu, že pacient v podstatě vůbec neví, co ho trápí a s čím přišel. Pacient č. 4 uvedl „ošetření proběhlo dobře, sestra v ambulanci se ke mně chovala velmi dobře, jsem spokojena, jenom jsem měla problém se sestrou v recepci, když jsem odmítla uvést své telefonní číslo. Když jsem se zeptala, nač ho potřebuje, tak se mi odpovědi nedostalo. Jiný problém jsem ale nezaznamenala.“ Pacient č. 5 uvedl „myslím si, že péče o mě zde byla důstojná, bez komplikací, navíc v příjemném prostředí, ale co mi vadí a není to chybou nikoho z vás z řad personálu, je to řešení těch prostor zde. Trošku jsem si tu připadal, jako bych se svlékal na náměstí.“ Pacient č. 6 uvedl „přivezla mě záchranka a od té doby, co si mě převzaly sestřičky tady na urgentu, o mě bylo dobře postaráno. Jen jsem musel dlouho čekat na výsledky, ale to není chyba nikoho z nich.“ Pacient č. 7 uvedl „pobyt na urgentu byl celkem v pohodě, jen když jsem se sestry na příjmu (crash room) zeptal, kdy přijde pan doktor, tak mi odsekla, že tu nejsem sám a že přijde, až bude moct.“ Pacienti č. 8 a 9 uvedli, že s péčí sester jsou spokojeni, jen upozornili na arogantní chování lékařů, což není předmětem tohoto výzkumu. Pacient č. 10 uvedl „myslím si, že sestry zde na urgentu vykonávají zvláště náročnou práci a docela se divím, že se většina z nich ještě dokáže při práci usmívat. Pokud jde o důstojnost, měla bych pár připomínek k pobytu zde na urgentu. Vadí mi, že jsem neměla dostatek informací o mé osobě, naopak jsem se je dozvěděla takzvaně z kuloárů, když si o mých výsledcích povídaly sestry mezi sebou. Neměla jsem představu nějakého časového plánu, jak bude ošetření probíhat.“

Kategorie č. 2 - Intimita

Ke kategorii intimity lze zařadit dvě otázky z rozhovorů pro pacienty. Tou první byla otázka ve znění: „*Měl/a jste pocit soukromí při sdělování svých osobních a citlivých údajů sestře?*“ Co se této otázky týče, výstup je zcela jednoznačný. Nikdo z pacientů nemá kladnou zkušenost se sdělováním citlivých dat ošetřujícímu personálu. Největší problém představuje recepce urgentního příjmu. Celkem 4 pacienti z celkového počtu respondentů započali svůj pobyt na urgentním příjmu právě recepcí. Všichni tito 4 pacienti uvedli, že jako největší problém vidí vysvětlování svých osobních problémů, se kterými přichází k ošetření, nejen sestře v recepci, ale i celé čekárně plné pacientů. V recepci není k dispozici dostatek soukromí či odhlučňená kabina pro tyto účely a pacienti tak musí své potíže prezentovat přede všemi ostatními. Druhým zásadním problémem je v podstatě podobný průběh při sdělování osobních údajů v tomtéž místě. Pacientům se nelíbí, že uvádějí telefonní čísla, zaměstnavatele, rodinný stav apod. přede všemi ostatními. Pacient č. 3 uvedl „*přišel jsem s boulí na zadku a nebylo mi vůbec příjemné, že to musím říct přede všema, navíc nahlas, protože by sestra přes to sklo neslyšela co jí říkám. Je to trapné.*“ Pacient č. 6 uvedl „*já jsem přijel rychlou, sestra seděla u stolu a já jsem jí diktoval, kde pracuju, s kým bydlím a tak.*“ Na doplňující dotaz zda byl pacient v místnosti v tu dobu sám, uvedl, že neví, kolik pacientů tam bylo, ale vedle něj ležel pacient stoprocentně, takže sám nebyl. Pacient č. 7 uvedl „*přišla za mnou sestra k posteli a ptala se mě, kde bydlím, chtěla vědět nějaké telefony na manželku, a kde pracuju. Sám jsem tu nebyl, vedle mě ležela paní a na druhé straně nějaký pán. Myslím, že slyšeli, co sestře říkám. Já sám jsem též vyslechl rozhovor s pacientem na vedlejší posteli, tomu nezabráníte.*“ Další úskalí byla zaznamenána při druhé otázce „*Měl jste pocit soukromí při vyšetření?*“ Zde se odpovědi dělí na dvě skupiny, na pacienty, kteří byli ošetřeni v ambulanci, kdy je průběh ošetření ve větším soukromí, a na zbytek, který byl ošetřený v zadních částech urgentního příjmu, tedy na expektačních lůžkách a na crash room. Pacienti ošetřeni v ambulanci nezaznamenali v podstatě problém s narušením jejich soukromí při vyšetření, pouze jeden pacient uvedl „*v ambulanci bylo na můj vkus až moc diváků, ale nesvlékal jsem se do naha, takže jsem asi žádnou újmu neutrpěl.*“ Pozn.: V ambulanci byli v té době stážisti z lékařské fakulty. Mnohem horší je situace v ostatních prostorách urgentního příjmu, kde je tzv. sálový typ péče. Pacient č. 5 uvedl „*lékař mi vyšetřoval břicho a potom i konečník a kolem mě chodili lidé. Byli to sice zdravotníci, ale bylo mi to nepříjemné.*“ Pacientka

č. 10 uvedla „*sestřička mi natáčela ekg a mezitím si jiná sestra vedla kolem mě dalšího pacienta k lůžku. Bylo mi to velmi nepříjemné.*“ Pacient č. 8 uvedl „*slyšel jsem, jak sestra čte moje výsledky doktorovi a všechno slyšeli i pacienti, kteří leželi na příjmu se mnou, to mi vadí.*“

Kategorie č. 3 - Informovanost

Do této kategorie lze zařadit tři otázky, které se vyskytly v rozhovorech s pacienty. První otázka zněla „*Představila se Vám sestra, která Vás ošetřovala?*“ Všech deset respondentů z řad pacientů odpovědělo, že zdravotní sestra se nepředstavila. Někteří uvedli, že se jim občas představil někdo z lékařů, ale ne každý. „*Působí to ale velmi příjemně*

a profesionálně, když se Vám představí někdo, kdo Vás bude ošetřovat či vyšetřovat“ uvedl pacient č. 8. Doplňující otázkou v rozhovoru bylo, zda si pacient povšiml jmenovky u sestry či si dokonce přečetl jméno. Zajímavostí bylo, že většina pacientů v podstatě jméno sestry znát nepotřebuje až do chvíle, kdy se vyskytne nějaký problém, který by bylo třeba řešit. Toto uvedla více než polovina dotazovaných pacientů. Druhá otázka byla ve znění „*Informoval Vás někdo o plánu péče na urgentním příjmu? (odběry krve, konziliární vyšetření, zobrazovací metody, infuzní terapie apod.)*.“ Zde většina pacientů vypověděla, že sice informace od sestry dostaly, nicméně byly nekonkrétní a strohé. Pacient č. 8 uvedl „*vůbec jsem nevěděl, že mi bude infuze kapat dvě hodiny a potom se teprve bude lékař rozhodovat co se mnou dál.*“ Pacienti č. 5, 6, 7, 8 a 9 shodně uvedli, že bezprostředně před tím, než k nim přistoupila sestra a začala jim měřit tlak a ekg je nikdo o tomto neinformoval a její chování působilo více méně manipulativně. Naopak pacienti č. 2 a 4 byli s informovaností od sester velmi spokojeni. Všichni pacienti, kteří byli přivezeni záchrannou službou, v podstatě neměli konkrétní informace o alespoň předběžné časové ose, která se týkala jejich pobytu na urgentním příjmu. Další otázka z této kategorie zněla „*Informovala Vás sestra o tom, jaký lék Vám dává, jaký je jeho očekávaný efekt, popř. jaké mohou být vedlejší účinky tohoto léku?*“ Velmi pozitivní zkušenost s touto informovaností uváděli pacienti v souvislosti s pobytem na expektačních lůžkách. Zde dostali vždy od sestry informaci, aniž by se museli dotazovat, o jaký lék, jež mu jde aplikovat, se jedná, s jakým předpokládaným efektem a případně s možnými vedlejšími účinky. Pacienti ošetřeni v ambulanci byli vždy informováni lékařem o ordinovaném léčivu, bezprostředně před jeho aplikací sestrou, takže další intervence o léčivu ze strany sestry již nebyla nutná.

Toto se týkalo pacientů č. 1 a 2. Pacient č. 9 uvedl „*sestra mi dávala injekci, a když jsem se ptal, na co to je, řekla mi, že na vysoký tlak. Později jsem se od lékaře dozvěděl, že to byla injekce na uklidnění.*“ Ostatní pacienti, kteří byli přivezeni záchrannou službou a ošetřeni v crash room, byli s aplikací léčiv dostatečně obeznámeni. Pacientka č. 10 uvedla „*sestra mi řekla, že mi napojí infuzi, která by mi měla ulevit od bolesti zad a taky mě upozornila, že se mi může motat hlava po dokapání a abych určitě nevstávala z postele.*“

Kategorie č. 4 – Chování sester

První otázka spadající do této kategorie zněla „*Jak na Vás působilo chování sester?*“ Pacienti přichodí po vlastní ose uvedli, že chování sester v ambulanci bylo celkem v pořádku. Pacient č. 2 zaznamenal ne příliš vlídné a ochotné chování sestry v ambulanci. Pacient č. 7, který byl ošetřen v crash room, hodnotil chování sestry jako neuspokojivé, „*připadal jsem si, že jsem na obtíž.*“ Reakce pacientů přichodících po vlastní ose a jdoucích tedy k ošetření tzv. „přes recepci“ se shodují v jednom bodě a tím je odměřené, arogantní a mnohdy manipulativní chování ze strany sestry v recepci. Všichni pacienti se shodli na tom, že pokud se k nim sestra chová mile a přívětivě s jistou ochotou jim pomoci, tak se snáze řeší i potíže, se kterými byli nuceni urgentní příjmem navštívit. Druhá otázka z této kategorie v rozhovorech s pacienty zněla „*Jak reagovala sestra na Vaše požadavky (pokud jste nějaké měl/a)?*“ Pacient č. 2 uvedl, že se setkal s neochotou sestry v ambulanci, kdy potřeboval informace ohledně pracovní neschopnosti, kterou měl již vystavenou, pacientka č. 10 uvedla „*požadavek jsem měla pouze jeden, a to když jsem potřebovala močit, sestra mi bez problému podala mísu a vysvětlila mi, že zatím nemůžu vstávat z lůžka, až po výsledcích vyšetření, která mi byla provedena.*“ Co se týče ostatních pacientů, ti žádné požadavky na sestru neměli.

5.3 Výsledky pozorování

Tabulka č. 1: Pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče v crash room

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oslovení pacienta	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o plánu péče	A	A	N	N	N	A	A	A	N	A
Informace o aplikovaném léčivu	N	N	N	N	N	A	A	N	N	A
Komunikace s pacientem	A	A	N	N	A	A	N	N	N	A
Empatie sestry	A	A	A	A	N	N	A	N	N	N
Péče o intimitu pacienta	N	N	A	N	A	A	N	N	N	N
Reakce sestry na požadavky pacienta	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A

Tabulka č. 2: Pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče na expektačních lůžkách

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oslovení pacienta	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o plánu péče	A	A	A	A	N	A	A	A	N	A
Informace o aplikovaném léčivu	N	N	A	N	N	A	N	N	N	A
Komunikace s pacientem	A	A	A	N	A	A	N	A	A	A
Empatie sestry	A	A	A	A	A	N	A	A	A	N
Péče o intimitu pacienta	A	A	N	N	N	A	A	N	N	A
Reakce sestry na požadavky pacienta	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A

Tabulka č. 3: Pozorování sester při poskytování ošetrovatelské péče v ambulancích

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Oslovení pacienta	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o plánu péče	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o aplikovaném léčivu	N	N	N	N	N	A	A	N	N	N
Komunikace s pacientem	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Empatie sestry	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Péče o intimitu pacienta	N	N	A	N	A	N	N	N	N	N
Reakce sestry na požadavky pacienta	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A

5.3.1 Výsledky pozorování crash room

Pozorováním práce sester při péči o pacienty v crash room, byla shledána následující fakta v jednotlivých oblastech sledování:

Oslovení pacienta: V této kategorii sledování bylo zjištěno, že všechny pozorované sestry v této části urgentního příjmu oslovovaly pacienty jménem a vždy při předávání pacienta od záchranné služby se s dotyčným uvítaly. Co se týče této kategorie pozorování, byla pouze u jedné sestry shledána jedna výhoda, a sice to, že při přijetí pacienta jej následně informuje o tom, kde se pacient nachází, což považuji u pacientů přivezených záchrannou službou za velký přínos, neboť oni sami mnohdy vůbec netuší, kam byli přivezeni a ve kterém zdravotnickém zařízení se nacházejí.

Informace o plánu péče: Celkem 6 sester pacienty informovalo o plánu ošetrovatelské péče v bezprostředně následující chvíli (měření FF, EKG záznam, aplikace infuze, léčiv, odběry biologického materiálu apod.). Zbylé 4 sledované sestry, přistupovaly k pacientům mlčky, v podstatě beze slova jej odhalily a vykonávaly výše jmenované úkony.

Informace o aplikovaném léčivu: Pouze 3 z celkového počtu sledovaných sester vysvětlily pacientovi, které léčivo mu podávají a jaký je jeho předpokládaný efekt. O možném nežádoucím účinku se zmínila jedna z těchto tří sester. Zbylých 7 sester pacientovi informaci o aplikovaném léčivu nesdělilo, 2 z tohoto počtu se zeptaly pacienta na alergickou anamnézu před aplikací léčiva.

Komunikace s pacientem: Zde je úspěšnost v počínání pozorovaných sester padesátiprocentní, neboť 5 sester komunikovalo s pacientem na velmi dobré úrovni, v blízkosti u lůžka pacienta, tak aby bylo sestře dobře porozuměno, hovořily srozumitelně a opakovaně pacientům odpovídaly na otázky bez větších problémů. Naopak sestry, jejichž počínání bylo vyhodnoceno jako negativní, komunikovaly s pacientem zpravidla od svého pracovního stolu, tudíž jim pacient dobře neporozuměl, dokonce docházelo mnohdy k tomu, že odpověď na otázky sester přicházely z lůžka pacienta ležícího na vedlejším lůžku.

Empatie sester: Polovina sester se k pacientům i přes množství práce, její intenzivitu, fyzickou i psychickou náročnost chovala velmi pěkně, s úsměvem, vlídnými gesty, vyhovující požadavkům pacienta a odpovídající přívětivě na otázky pacienta. Druhá polovina sester přistupovala k pacientům chladně, bez emocí, spíše odměřeně, požadavkům pacienta vyhovující, nicméně bez empatických gest a přívětivosti.

Péče o intimitu pacienta: Zde převažuje počínání sester, v jejichž zájmu není ochrana intimity pacientů na prvním místě. Pouze 3 sestry si počínaly v této kategorii bez sebemenší chyby. Důležité bylo to, že ve chvíli, kdy záchranáři navázeli do místnosti dalšího pacienta, sestra je zastavila, zkontrolovala, zda některý z pacientů v crash room není odhalený, a teprve potom dovolila jejich další průjezd místností k volnému lůžku. Stejně to bylo i s příbuznými, kteří cestovali s pacientem v sanitním voze, jejich přítomnost není v crash room žádoucí, proto je sestra vždy doprovodila do čekárny, která se nachází v jiné části urgentního příjmu. Nutno podotknout, že tuto skutečnost s příbuznými pacientů provedlo 8 z celkového počtu pozorovaných sester, tedy i ty, které nakonec celkově v této kategorii nevyhověly. Dalšími pozorovanými záležitostmi, bylo používání pomůcek pro ochranu intimity, paravany, zástěny. Dále bylo pozorováno nepřiměřeně dlouhé odkrytí intimních partií pacienta, což bylo v poměrně velkém rozsahu zanedbáno. Nejčastěji se toto vyskytovalo po natočení ekg záznamu, kdy zůstal

hrudník pacienta odkrytý i v době, kdy u lůžka již sestra nebyla a věnovala se např. dokumentaci. Další častou chybou bylo shledáno neupozornění pacienta na plánované odkrytí intimních partií sestrou a jeho důvodu.

Reakce sestry na požadavky pacienta: V této kategorii pro pozorování vyhověly téměř všechny sestry kromě jedné. Zde se jednalo o nevyhovění požadavku pacienta o poskytnutí podložní mísy. Sestra pacientovi odvětila, že má plenu a vyprazdňovat se bude do ní. Počínání ostatních sester bylo bez připomínek.

5.3.2 Výsledky pozorování expektační lůžka

Pozorováním práce sester při péči o pacienty na expektačních lůžkách, byla shledána následující fakta v jednotlivých oblastech sledování:

Oslovení pacienta: Na expektačních lůžkách probíhala ošetrovatelská péče v tomto směru úplně bez problémů. Všech 10 pozorovaných sester nepochybylo v této oblasti pozorování.

Informace o plánu péče: V této kategorii na expektačních lůžkách 8 sester pracovalo bez problémů a chyb, 2 sestry, ale nevyhověly. Neinformovaly pacienty o plánu péče. Jednalo se o pacienty, kteří přišli na plánovanou infuzní terapii. V obou případech zde nebyl ani jeden z pacientů poprvé, nýbrž jeden na druhé infuzi a druhý na čtvrté, a tak pravděpodobně již v předchozím čase byli seznámeni s harmonogramem infuzní terapie, což ale sestry v jejím počínání samozřejmě neomlouvá.

Informace o aplikovaném léčivu: Zde byly výsledky naprosto totožné, jako při pozorování sester v crash room. 7 sester se pacientovi vůbec nezmiňovalo o tom, jaký léčivý přípravek či infuzi mu podávají, o předpokládaném efektu či možném vedlejším účinku ani nemluvě. Informován by měl být v rámci důstojné péče každý pacient, tedy i ten, který opakovaně přichází na plánovanou infuzní terapii, a je tedy předpoklad, že je se svou léčbou obeznámen ambulantním lékařem, který jej na urgentní příjem k infuzní terapii odesílá. Zbylé tři sestry pacienta obeznámily s aplikací léku, s jeho konkrétním generickým názvem i jeho předpokládaném efektu a případným nežádoucím účinkem. Ve dvou případech se jednalo o aplikace analgetických infuzí Analginu v kombinaci s Guajacuranem a sestry správně upozornily pacienty po dokončení infuze na riziko

závratě pro pokles krevního tlaku, a poprosily pacienty, aby ještě pár minut setrvali, na lůžku v sedě, a tím snížili riziko kolapsu a případného poranění.

Komunikace s pacientem: Na expektačních lůžkách byla úspěšnost vyšší než na crash room, přesto ale 2 sestry kritéria pro kladný výsledek nesplnily. V osmi případech probíhala komunikace s pacientem na dobré úrovni, u lůžka pacienta, srozumitelně s přátelským výrazem v obličeji. Ve dvou případech pozorovaných sester bylo opět zaznamenáno hlasité pokřikování na pacienta od pracovního pultu sestry směrem k lůžkům pacientů. Výsledkem bylo odpovídání několika pacientů současně. Sestra je tedy opravila a uvedla jméno pacienta, který má hovořit.

Empatie sester: Na expektačních lůžkách a je to možná dáno i tím, že pacienty tvoří i lidé docházející na plánovanou infuzní terapii, panuje přátelštější atmosféra než na crash room. Zde bylo shledáno 8 sester jako empatických, pracujících v podstatě neustále v přátelském a přívětivém vztahu s pacientem i přes mnohdy náročné požadavky pacientů a jejich blízkých. Ve dvou případech nebyl shledán empatický přístup ze strany sestry. V jednom případě to bylo pravděpodobně dáno i konkrétní situací, kdy se v jeden čas kumulovaly požadavky lékařů a intenzita příchozích pacientů v kombinaci s nedostatkem volných lůžek. V jednom případě to ale bylo zcela nevhodné chování sestry, kdy na izolačním boxu ošetřovala pacienta „casus socialis“, tedy zanedbaného, páchnoucího člověka bez domova. Velmi hlasitě ho nevhodným způsobem oslovovala, a to několikrát po sobě. Vytýkala mu nevybíravým způsobem jeho chování.

Péče o intimitu pacienta: Zde je velkým problémem pro chránění intimity pacientů především stavební uspořádání expektačních lůžek. Část expektačních lůžek je průjezdním místem lůžek s pacienty z jiných oddělení, kteří tudy míří na radiodiagnostický úsek k provedení kontrolních rentgenových vyšetření. Tito pacienti i jejich doprovod (i přesto že se jedná o zaměstnance nemocnice) mají pacienty na expektačních lůžkách takřka „jako na dlani.“ Je tedy nutné u jednotlivých ošetrovatelských výkonů s touto myšlenkou již k lůžku pacienta přistupovat a použít pomůcky, které jsou k ochraně intimity dostupné (zástěny, paravany, dbát na zavřené dveře expektačních lůžek apod.). Toto dodržela pouze polovina pozorovaných sester. U druhé poloviny byly zjištěny problémy zejména při vyprazdňování či očištění pacientů, kdy byly otevřené dveře expektačních lůžek do čekárny, kde jsou další pacienti čekající

na ošetření v ambulanci a dlouhou chvíli si krátí pozorováním dění právě na expektačních lůžkách. Velkým problémem je i katetrizace močového měchýře pacientů, lůžka jsou oddělena pouze textilií, která je jednak průsvitná a jednak pacient z vedlejšího lůžka vyslechne doslova každé slovo. Dalším bodem, kde se nejvíce vyskytovaly potíže s ochranou intimity, bylo provádění EKG, kdy toto do jisté míry nevádí pacientům mužského pohlaví, nicméně u ženy toto činí poměrně velký problém a nepříjemnost.

Reakce sestry na požadavky pacienta: V této oblasti pracovalo velmi dobře 9 pozorovaných sester. V jednom případě šlo o sestru pečující o již zmíněného pacienta na izolačním boxu.

5.3.3 Výsledky pozorování v ambulancích

Pozorováním práce sester při péči o pacienty v ambulancích urgentního příjmu, byla shledána následující fakta v jednotlivých oblastech sledování:

Oslovení pacienta: Zde nebyl při pozorování zachycen žádný problém při péči sester o pacienty. Do ambulance si sestra volá pacienty pod pořadovým číslem, a je tedy vždy nutné ověřit si po příchodu pacienta do ambulance jeho jméno, aby nedošlo k záměně pacientů. Ve všech případech pozorování sestra pacienta uvítala a ověřila si jeho jméno.

Informace o plánu péče: Při práci v ambulanci, nebyl zaznamenán u sester žádný problém s informováním pacientů. Většinou se jednalo o vysvětlení pacientům, kde se nachází rentgen, kde budou čekat na výsledky, popř. kde si je vyzvedne další lékař či sestra.

Informace o aplikovaném léčivu: Zde pouze 2 sestry pacienta informovaly o léčivu, které se mu dostává včetně efektu a možného vedlejšího účinku. Dá se říci, že v ambulanci, kde je v bezprostřední blízkosti lékař, který léčivo ordinuje a sestra jej bezprostředně po té aplikuje, je to více méně omluvitelné, neboť pacient má tyto informace čerstvé přímo od lékaře a od sestry je tedy neočekává a v podstatě ani nejsou žádoucí.

Komunikace s pacientem: Při práci sestry v ambulancích, nebyl zaznamenán žádný problém v oblasti komunikace s pacientem či jeho blízkými. Všechny 10 pozorovaných sester vyhovělo.

Empatie sester: Rovněž u empatie sester vůči pacientům, pracovalo všech 10 pozorovaných sester s empatií, vlídným a přívětivým přístupem. Je to dáno zřejmě i tím, že práce v ambulanci je méně stresující, i přesto že fluktuace pacientů je obrovská.

Péče o intimitu pacienta: V oblasti ochrany intimity pacienta je to v ambulancním sektoru velice složité, v podstatě podobné jako v předchozích dvou pozorovaných úsecích. Při vyšetření intimních partií pacienta je zapotřebí zatemnit okna, zabránit vstupu třetích osob do místnosti či vykázat rodinné příslušníky z ambulance. Toto splňovaly pouze 2 celkového počtu pozorovaných sester. V obou případech byli vykázáni rodinní příslušníci z ambulance při vyšetření pacienta per rectum. V případech ostatních pozorovaných sester byly zjištěny nedostatky zejména v přítomnosti třetích osob při vyšetřování intimních partií pacienta, dále pak příchodu třetích osob v průběhu vyšetření, byť se jednalo o zdravotnický personál oddělení. Další problém byl shledán v přítomnosti stážistů v ambulanci, kdy sestry neobeznámily pacienta s přítomností stážistů a nepožádaly o souhlas pacienta s jejich přítomností v ambulanci během vyšetření.

Reakce sestry na požadavky pacienta: Požadavkům pacienta v ambulancích bylo ve všech pozorovaných případech bez problémů vyhověno. Toto může být dáno i tím, že nároky pacientů v ambulancích nejsou nikterak velké či obtížně splnitelné.

6 Diskuze

Předmětem výzkumu, této diplomové práce, bylo zjistit, do jaké míry jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí na urgentním příjmu z hlediska důstojnosti, ochrany intimity, informovanosti a chování sester. Současně byla tato problematika zkoumána i u sester, které o pacienty pečovaly. V této diskuzi jsou popsány výsledky, které byly získány kvalitativním šetřením, které bylo provedeno metodou polostrukturovaných rozhovorů, jak s pacienty ošetřenými na urgentním příjmu, tak se sestrami zde pracujícími. S ohledem na záruku anonymity respondentů není uveden název zařízení, ve kterém výzkum probíhal. Management nemocnice, kde byl výzkum proveden, s tímto šetřením souhlasil a potvrzení o tomto je uvedeno v sekci příloh.

Sestry, které pracují na urgentním příjmu, mají obvykle jednu velkou výhodu oproti kolegyním z ostatních oddělení, a to v tom, že pracují na oddělení, které je multioborově zaměřeno a jim se tak naskýtá jedinečná možnost získání orientace v komplexní medicíně. Jak je to ale s etickou stránkou? S jakým přístupem zde sestry o pacienty pečují? Ochraňují soukromí pacienta? Jsou empatické? Toto bylo předmětem tohoto výzkumu.

Byly vytvořeny kategorizační skupiny, pro každou skupinu respondentů zvlášť. Kategorie pro rozbor dat z rozhovorů s personálem byly čtyři, a sice: důstojná péče o pacienta, zajištění intimity pacientů, komunikace s pacientem a informování pacientů o plánu péče a aplikovaných léčivech. Kategorie pro rozbor dat z rozhovorů s pacienty byly též čtyři, a sice: důstojnost, intimita, informovanost a chování sester.

První část diskuze rozebírá jednotlivé kategorizační skupiny z rozhovorů se sestrami. Cílem první kategorie, důstojné péče o pacienty, bylo zjistit, jak sestry nahlíží na důstojnost jako takovou, a jak si představují důstojnou péči o pacienta, a zda se vyskytují nějaké překážky, které jim v důstojné péči o pacienty zabraňují. Z rozhovorů vyplynulo, že všechny sestry vyjma jedné uměly vysvětlit, jak by měla důstojná péče o pacienta vypadat. Nejzajímavější odpovědí a dá se říci, že i vcelku originální byla odpověď sestry č. 2 *„důstojnou péči si představuji tak, jak bych si přála, aby bylo pečováno o mě samotnou.“* Dále bylo zjišťováno, zda se vyskytují překážky, které znemožňují zajištění důstojné péče pacientovi na urgentním příjmu. Všechny dotazované sestry, kromě jedné se v podstatě shodly v tom, že je takových překážek poměrně dost. Všechny uvedené odpovědi směřovaly k nešťastně řešenému stavebnímu

uspořádání celého oddělení, kde pacienti mohou svou důstojnost velmi snadno pociťovat jako ohroženou. Oddělení je rozsáhlé a většina stěžejních míst, kde jsou pacienti vyšetřováni a ošetřováni, není dostatečně stavebně řešena a vybavena k ochraně jejich důstojného pobytu na oddělení. Jak se ukázalo, velkým problémem je recepce tohoto oddělení. Recepce je tzv. vstupní branou na urgentní příjem v případě, že pacient přichází k ošetření po vlastní ose. Hned u vchodu do oddělení je automat, který vyzývá pacienty k odebrání pořadového čísla, pod kterým jsou následně za pomoci informačních tabulí zváni k recepci. Recepce tvoří pult pro dvě sestry, který je opatřen sklem. Absolutně zde chybí jakákoliv protihluková kabina či jiné zařízení, které by pacientům umožňovalo soukromí alespoň z části. Pouze několik desítek centimetrů před recepcí na podlaze, je umístěn samolepící štítek, který upozorňuje na dodržování diskrétní zóny. Nelze se tedy divit, že jak sestry, tak i pacienti mají takřka neustále problémy s výměnou citlivých informací. Další komplikací při poskytování důstojné péče uvedly sestry nedostatek soukromí u lůžka pacienta v crash room místnosti a na expektačních lůžkách. Další otázka navázala na tuto problematiku a sestry byly vyzvány k přiblížení nějaké své osobní zkušenosti s narušením důstojné péče o pacienta. Překvapivě i sestry mezi sebou pozorují nevybíravé chování svých kolegyň, neohleduplnost, vstupování do ambulancí bez klepání během vyšetření pacienta. Co je zajímavé, týká se to i záchranářů, kteří při přivážení nových pacientů do crash room, nerespektují soukromí pacientů, vchází do místnosti bez jakékoliv předchozí domluvy se sestrou z urgentního příjmu, mnohdy ještě v doprovodu příbuzného pacienta, který přijel sanitou s nimi. Příbuzní pacientů se v takovéto chvíli dostávají do role diváka, který si bez ostychu prohlíží vše a všechny kolem, tedy i odhalené pacienty. Co se týče zajištění a ochrany intimity pacientů z pohledu sester, odpovídaly celkem na tři otázky v této kategorii. První z otázek směřovala k získání přehledu o tom, jakým způsobem sestry intimitu pacientům zabezpečují. Zde se odpovědi shodovaly u všech respondentů. Společné body v odpovědích tvořilo používání mobilních pomůcek, jako jsou paravany, zástěny, zakrývají pacienta, zabraňování zbytečné nahotě pacientů, vykazování třetí osoby z místnosti při vyšetření, pokud je to možné a ochrana důvěrných dat a informací o pacientovi. Jedna z dotazovaných sester jako jediná krom společných odpovědí s ostatními respondenty uvedla, že nehovoří s ostatními kolegy o daném pacientovi před jinými pacienty či jejich příbuznými. Toto je velmi zajímavá připomínka, neboť právě toto pochybení bývá velmi časté a častokrát nevědomé ze strany sester. Velmi častým pochybením může být i sdělování informací o pacientovi

mezi sestrami v prostorách recepcce, kdy tomuto naslouchají osoby v čekárně, kterých je tam mnohdy několik desítek. Stejně jako u důstojnosti, tak i u kategorie intimity bylo zkoumáno, zda existují nějaké překážky, které sestram brání v ochraně pacientovi intimity, či v možnosti zajistit mu soukromí. Polovina sester uvedla, že nemají dostatek pomůcek pro zajištění pacientova soukromí u lůžka, kde je vyšetřován a podrobován nejrůznějších výkonům. Devět sester uvedlo jako další faktor narušující pacientovu intimitu časovou tíseň personálu. Jedna ze sester uvedla vysokou míru fluktuace personálu v prostorách urgentního příjmu. Pohybují se zde konziliáři, sanitáři, provozní pracovníce a záchranáři, a to může být pacientovi v danou chvíli velmi nepříjemné i přesto, že se jedná o zdravotnický personál. Co se týče oblastí, ve kterých nejčastěji dochází k narušení intimity, shodly se všechny sestry na oblasti hygienické péče. Zajímavostí je, že hygienická péče se u pacientů na urgentním příjmu neprovádí tak často, že by byla pro tento výzkum klíčová. Hygienická péče na urgentním příjmu je prováděna zejména u pacientů silně znečištěných (výkaly, zvratky, moč, krev), u lidí bez domova, u pacientů při dysfunkci sfinkterů apod., ale zcela jistě ne u každého pacienta. Všechny sestry uvedly jako další komplikovanou oblast katetrizaci močového měchýře a vyšetření per rectum. Pět sester dále uvedlo jako velmi důležitou oblast natáčení křivky EKG. Toto na první pohled neinvazivní a netraumatizující vyšetření, může být zejména pro ženy velmi choulostivou záležitostí, obzvláště v případech, kdy mají odhalený hrudník a kolem jejich lůžka procházejí další pacienti či ostatní personál apod. Mnohdy se stává, že sestra po natočení ekg křivky opomene pacienta zakrýt či mu vrátit oděv na své místo, a pacient tak zůstává nadále odhalen. V podstatě lze říci, že všechny sestry uvedly jako klíčové problémy oblast hygienické péče, vyšetření pacienta s nutností odhalení intimních partií a oblast sdělování důvěrných informací sestře při odběru anamnézy. Zde je stěžejním a nejvíce inkriminovaným místem recepcce urgentního příjmu. V oblasti kategorie komunikace s pacientem odpovídaly sestry na dvě otázky, a sice zda se pacientovi představují a v jaké vzdálenosti je vhodné vést rozhovor s pacientem. Z odpovědí všech sester je jasné, že ani jedna z dotázaných se pacientovi nepředstavuje. Odůvodňují to tím, že pohyb pacientů na urgentním příjmu se pohybuje ve stovkách za den a ony by se „umluvily“. Vysvětlení, jak se tedy pacient dozví jméno toho, kdo jej ošetřuje, měly také všechny stejné, a sice že nosí visáčku se jménem. Nabízí se otázka, zda opravdu každá sestra na tomto oddělení onu jmenovku při každé směně nosí připnutou. Odpověď je snadná, jmenovky personálu na urgentním příjmu jsou vybaveny čipem, který slouží jako klíč k odemykání dveří do ambulancí

a ostatních prostor oddělení a přilehlých pracovišť. Z toho vyplývá, že bez jmenovky se na tomto oddělení sestra neobejde, tudíž ji má připnutou, a to vždy na viditelném místě. Další otázkou bylo možné zkoumat, zda mají sestry ponětí o tom, z jaké vzdálenosti je vhodné s pacientem komunikovat. Odpovědi se různily v drobnostech, ale žádná ze sester v podstatě neodpověděla špatně. Většina sester odpověděla, že je vhodné s pacientem komunikovat ze vzdálenosti jednoho metru. Jedna ze sester uvedla 80 cm s tím, že záleží na tom, zda pacient má či nemá vadu sluchu. To je docela důležité, protože spousta pacientů zpočátku sestře vůbec neprozradí, že trpí vadou sluchu, a sestra tak nemá ponětí o tom, že pacient vůbec nerozuměl, co mu řekla. V těchto případech je vhodné se pacienta předem zeptat, zda dobře slyší a jestli je potřeba na něj mluvit hlasitěji. Jedna ze sester uvedla, že záleží na tom, co chceme pacientovi sdělit, o jakou informaci se jedná. Zde se ale nabízí potenciální hrozba poskytování nedůstojné péče, kdy je na pacienta „pokřikováno“ z větší vzdálenosti než je vhodné, a to bez ohledu na to, o jakou informaci se jedná. Každý má zároveň jiný pohled na to, co je pro něj důvěrné a co ne a není v možnostech sestry toto nějakým způsobem odhadnout. Výsledkem pak může být narušení intimity a důstojnosti pacienta. Poslední kategorií o míře informování pacientů, bylo snahou zjistit, jak sestry pohlížejí na poskytování informací pacientům v rámci důstojné péče, a zda toto ve své profesi vykonávají. V rozhovorech sestry zodpovídaly dvě otázky, kdy v první uváděly, zda informují pacienta o plánu péče na urgentním příjmu. Všechny sestry uvedly, že pacienty pravidelně informují o plánu péče, o plánovaných vyšetřeních apod. Pět z dotazovaných sester uvedlo, že sice pacienty informují, ale že toto není v náplni jejich práce, nýbrž v náplni práce lékaře. To je ale zásadní mylná domněnka. Ano, o léčebných výkonech a vyšetřeních samozřejmě pacienta informuje zprvu lékař, ale sestra je většinou tou osobou, která pacienta na všechna tato vyšetření doprovází, popřípadě jim asistuje. Je tedy v pořádku, když ještě před výkonem či vyšetřením pacientovi znovu připomene, o jaké vyšetření se jedná a co bude následovat. To ale není jedinou záležitostí, kdy se od sestry očekává, že bude pacienta informovat. Je tím myšleno i podávání informací pacientovi bezprostředně před tím, než u něj sestra začne vykonávat ošetrovatelskou činnost. V praxi to znamená, že pacienta informuje, že mu změří tlak, a teprve potom jej začne svlékat nebo s ním jinak manipulovat. Stejně tak je tomu i při ostatních výkonech jako je odběr biologického materiálu, monitorace FF, EKG křivka a mnoho dalšího. Není důstojné přistoupit k pacientovi a beze slova s ním začít manipulovat, či na něm vykonávat jakékoliv činnosti nejrůznějšího charakteru. Druhá otázka této kategorie byla

obdobná, neboť se týkala též informování pacientů, ale tentokrát o aplikovaných léčivech. Každý pacient má právo obdržet informaci, která se týká jakéhokoliv léčivého přípravku, který mu bude podán, a to ve smyslu názvu léku, jeho předpokládaném efektu, popř. v jakém časovém úseku a možných vedlejších účincích. Velká většina dotazovaných sester odpověděla, že o tomto pacienta neinformují. Jako důvod všechny uvedly, že je toto povinností lékaře. Jedna ze sester uvedla, že pacientovi vždy řekne, jaký lék mu podává a na co, ale záležitost s vedlejšími účinky řeší, až ve chvíli, kdy se nějaké projeví. Druhá ze zbývajících respondentek uvedla, že pacientovi pouze vysvětlí, na co mu lék podává, a že se mu po něm například může zamotat hlava. Název léku pacientovi neuvádí. Ke shrnutí této problematiky je třeba poznamenat, že každá sestra, nejen na urgentním příjmu, by měla být natolik erudovaná v oblasti farmakologie, že by měla být bez problému schopna pacientovi podat informace, které mu náleží a to nejen v případě, že o ně pacient požádá, ale vždy před aplikací každého léčiva. Je samozřejmostí, že lékař pacienta o plánované aplikaci léčiva informuje, ale opět je tu sestra, která bude toto léčivo aplikovat. Proto je nutné, nejen v rámci zpětné vazby pro pacienta, že se mu dostává opravdu léčiva, které mu lékař naordinoval, ale opět i v rámci důstojné péče, která s informovaností pacienta úzce souvisí, jej s těmito věcmi obeznámit. O trochu jiná je tato problematika v ambulancích urgentního příjmu, kde lékař naordinguje léčivo, sestra si jej současně připraví a za souběžné informace lékařem pacientovi lék většinou aplikuje. Není tedy nutné znovu ihned po lékaři tyto informace opakovat. Samozřejmě po delší časové prodlevě od ordinace lékařem, platí i v ambulanci výše uvedené.

Druhá část diskuze rozebírá jednotlivé kategorizační skupiny z rozhovorů s pacienty. Jak bylo uvedeno výše, i pro vyhodnocení výsledků rozhovorů s pacienty, byly vytvořeny čtyři kategorie. Cílem první kategorie bylo vyhodnotit, jak nahlízejí pacienti na důstojnost, zda byl jejich pobyt na urgentním příjmu důstojný nebo zda se vyskytl nějaký problém v souvislosti s tímto tématem. Měli jsme-li hovořit s pacienty o důstojné péči, bylo nejprve zapotřebí zjistit, zda vědí, co tento pojem znamená a co si pod ním představují. Všichni respondenti uvedli, že důstojnost pro ně znamená vlídné zacházení. Dva respondenti ještě dodali, že důstojnost pro ně znamená i to, že se cítí dobře v cizím prostředí. Jeden z pacientů přirovnal důstojnost k tomu, že může být sám sebou a nikdo s ním nemanipuluje. Co se týče důstojného pobytu na urgentním příjmu, zde se odpovědi pacientů poměrně rozcházejí. Někdo má zkušenost dobrou, jiný

opačnou. Výsledkem je, že všichni pacienti v celkovém souhrnu vysloveně nepocítili nedůstojnou péči nebo nedůstojný přístup, ale každý z nich měl v odpovědi nějaké připomínky v podobě zážitku, který by jeho důstojnost mohl ohrozit. Většina odpovědí poukazovala na arogantní až manipulativní chování sester. Ani v této sekci otázek nechybělo poukázání na nevhodné stavební uspořádání oddělení, které přímo vybízí k problému s narušením důstojné péče. Jeden z pacientů dokonce uvedl, že „*měl pocit, jakoby se svlékal na náměstí.*“ Jedna z pacientek pak poukázala na nevhodné rozebírání výsledků vyšetření za jejími zády. Někteří pacienti poznamenali, že neměli vůbec žádnou představu o alespoň předběžném časovém plánu jejich pobytu na urgentním příjmu. V další části rozhovorů, směřovaly otázky do kategorie intimity. Cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají svou intimitu, zda zaznamenali nějaké potíže s ochranou své intimity a jak se na urgentním příjmu cítili po této stránce. Hned první otázka započala velmi ožehavou problematiku, kterou je sdělování citlivých dat a osobních údajů sestře při odběru anamnézy. Jak bylo šetřením zjištěno, je toto jedním ze stěžejních problémů urgentního příjmu. Všichni dotazovaní pacienti zaznamenali neblahou zkušenost v tomto ohledu. Největší problém i ze strany pacientů představuje již zmíněná recepce tohoto oddělení. Všichni pacienti, kteří se dostavili na urgentní příjem po vlastní ose, tedy byli odbaveni v recepci, upozornili na několik zásadních nedostatků. Prvním bylo sdělování svých osobních problémů, se kterými přicházejí k ošetření sestře, a tím v podstatě i celé čekárně plné lidí. Jeden z pacientů zmiňoval, že přišel „*s boulí na zadku*“ a musel to říct bez jakékoli možnosti soukromí, navíc hlasitě, aby jej sestra slyšela. V tomto případě se samozřejmě nejedná o pochybení sestry, která bohužel v rámci provedení triage pacientů, nemá jinou možnost, než odběr anamnézy pacienta přímo v recepci. V recepci není k dispozici odhlučňená kabina pro tyto účely, a pacienti tak musí své obtíže prezentovat před všemi ostatními. Dalším problémem je sdělování osobních údajů sestře. Zde se to týká v podstatě všech prostor urgentního příjmu. Povinností sestry je zjistit od pacienta osobní údaje a zaznamenat je do počítače. Týká se to bydliště, povolání, zaměstnavatele, rodinného stavu, včetně kontaktu na nejbližší osoby apod. Zároveň je ale povinností sestry tyto údaje pečlivě chránit, aby nedošlo k jejich úniku třetí osobě a nedošlo tím k narušení pacientovy intimity a důstojnosti. Z výsledků bohužel vyplývá, že ochrana citlivých dat pacientů není silnou stránkou tohoto oddělení. Není tím myšleno, že by někdo z personálu záměrně poskytoval soukromá data a informace o pacientech třetím osobám, to jistě ne, ale dochází k neúmyslnému úniku informací třetím osobám, což je samozřejmě nežádoucí.

Z rozhovorů vyplynulo, že bylo pacientům velmi nepříjemné, že s nimi sestra o těchto záležitostech nehovořila z bezprostřední blízkosti lůžka, ale z opodál, od pracovního stolu. Další úskalí vedou opět k problematice stavebního uspořádání, kdy jsou pacienti ošetřováni v tzv. sálovém typu péče a lůžek, jak již bylo vysvětleno a naslouchají tedy, byť nechtěně, intimním rozhovorům ostatních pacientů s ošetřujícím personálem. V ambulancích je soukromí o dost více, ale i zde jsou potíže s ochranou intimity, a to v neodhlučňených převlékacích boxech, kde pacient čekající k ošetření v podstatě naslouchá hovoru uvnitř ambulance. Právě co se týče samotného soukromí při vyšetřeních, dělily odpovědi pacienty do dvou skupin, a sice na ambulantně ošetřené pacienty a pacienty ošetřené v ostatních částech urgentního příjmu. Ani jeden z pacientů, kteří byli ošetřeni v ambulanci, nezaznamenal nedostatek soukromí či pocit jeho ohrožení. Pouze jeden z této skupiny podotkl, že v ambulanci se v době jeho vyšetření nacházelo poměrně dost „diváků“, ale tím, že se neodhaloval, tak žádnou újmu neutrpěl. Později bylo zjištěno, že skupinku diváků tvořili studenti medicíny, kteří zde t.č. byli na stáži. Další dvě stěžejní místa pro vyšetřování pacientů, tedy crash room a expektační lůžka a jejich sálový typ uspořádání a péče o pacienty s sebou přináší poměrně mnoho komplikací vedoucích k narušování a znemožňování ochrany intimity pacientů. Všichni pacienti, ošetřeni na těchto dvou místech, měli pocit nedostatku soukromí. Z rozhovorů vyplynulo, že neměli pocit soukromí při vyprazdňování se na lůžku, při odhalování se, kdy v době, kdy byli odhaleni, procházeli kolem jejich lůžka další osoby, ať již z řad zdravotnického personálu, či jiných pacientů. Všichni tito pacienti se shodli na tom, že jim toto bylo nepříjemné. Jeden pacient poukazoval na to, že při vyšetření konečníku viděl kolem jeho lůžka procházet lidi. Třetí kategorií, do které byla zařazena nasbíraná data, byla kategorie informovanosti pacientů. Má-li být péče o pacienta důstojná, musí mít pacient dostatek informací o své osobě, o plánu péče, o lécivech, která jsou mu podávána apod. Co se týče informovanosti pacientů, byla jako první v rozhovoru zařazena otázka, zda se sestra pacientovi představila. Všichni pacienti odpověděli, že se jim sestra nepředstavila, což se jednoznačně shoduje i s výpovědí sester, které uvedly, že se pacientovi nepředstavují. To, že se sestry pacientům nepředstavily, jim nevadilo, v podstatě ani znát jméno sestry nepotřebují. Visačku se jménem sestry pacienti nečetli. Co je zajímavé, pacienti znát jméno sestry nepotřebují do doby, dokud je potřeba zpětně řešit nějaký problém. Z výsledků dále vyplynulo, že všichni pacienti dostali od sestry informace o dalším plánu péče, ale většina nebyla spokojena s jejich rozsahem. Dva pacienti byli s informacemi od sestry spokojeni, šlo

o pacienty ošetřené v ambulanci, kteří následně čekali na výsledky krevních odběrů. U všech pacientů, přivezených záchrannou službou byl zaznamenán absolutní deficit jakékoliv předběžné časové osy. Nikdo z pacientů nevěděl, že má ordinovanou infuzi na několik hodin, nevěděli, jak dlouho budou čekat na výsledky krevních odběrů apod. Je třeba se vždy snažit pacientovi alespoň nastínit, co jej v následující době čeká a jaký je plán. Sestra je vždy schopna odhadnout alespoň přibližně v řádu hodin, alespoň minimální orientační dobu pobytu pacienta na urgentním příjmu. Další téma, které se týkalo předávání informací sestrami, se týkalo aplikace léků. Nejlepší výsledky zaznamenali pacienti na expektačních lůžkách, kde péče v rámci této problematiky fungovala zcela bez problémů. Zde vždy pacienti dostali od sestry adekvátní informace o aplikovaném léčivu, jeho efektu, popř. i v jakém časovém úseku a možných vedlejších účincích, aniž by se museli dotazovat. Co se týče pacientů ošetřených v ambulancích, zde, jak již bylo zmíněno v rozboru rozhovorů se sestrami, je péče v jistých bodech jiná a pacienta zde téměř o všem informuje lékař a sestra většinou neprodleně po té provádí výkony, tedy i aplikaci léčiv. Jeden z pacientů ošetřených v crash room uvedl, že obdržel od sestry nepravdivou informaci o podaném léku. Pacient uvedl, že mu sestra řekla, že lék, který mu aplikovala, měl snížit vysoký krevní tlak. On pak ale později zjistil, že dostal lék na uklidnění. Zde lze sestru určitým způsobem hájit, protože i léky tzv. na uklidnění mohou vykazovat efekt hypotenziv, tudíž je lze pacientovi aplikovat na terapii vysokého krevního tlaku. To ale nic nemění na tom, že by sestra měla pacientovi podat informaci i o názvu léku. Ostatní dotazovaní pacienti uvedli, že byli obeznámeni dle jejich názoru dostatečně. Při hlubším rozboru otázky bylo zjištěno, že název léku nevěděli, ale na co lék dostávají, to jim sestra sdělila. Jedna z těchto pacientek uvedla, že ji sestra podala kompletní informaci, včetně možných vedlejších účinků léku. Poslední ze zkoumaných kategorií v rozhovorech s pacienty, byla kategorie týkající se chování sester vůči pacientům. Zde se pacienti opět pomyslně rozdělili do dvou skupin dle místa ošetření. Ambulantně ošetření pacienti uvedli, že chování sester hodnotí celkem dobře, jeden pacient měl drobný problém s přístupem sestry. Současně i jeden z pacientů ohodnotil vystupování sestry na crash room jako neuspokojivé, vnímal to tak že „*byl jsem na obtíž.*“ Bohužel recepce je zcela jistě stěžejním místem pro kumulaci problémů nejrůznějšího charakteru, protože právě zde hodnotili všichni pacienti, kteří byli odbaveni v tomto sektoru, chování sester jako arogantní, manipulativní, odměřené a neochotné. S tímto souvisela i další otázka, směřující na spokojenost pacientů s vyhověním jejich požadavku ze strany sestry. Převážná většina

pacientů požadavky k sestře v té době neměla, a proto nebyli schopni tuto otázku hodnotit. Zbývající dva pacienti, kteří zkušenost měli, vytvořili 50 % pozitiv v této otázce. Pacientka ošetřená na crash room byla spokojena velmi, jednalo se o vyprazdňování na lůžku a pacient ošetřen v ambulanci naopak spokojen nebyl, protože požadoval po sestře informaci ohledně pracovní neschopnosti a dostalo se mu z jeho pohledu neblahé zkušenosti.

Poslední částí výzkumného šetření bylo utajené pozorování sester a jejich péče o pacienty. Výsledky tohoto pozorování byly graficky zaznamenány do záznamových archů pro pozorování. Zkoumaných kategorií bylo celkem sedm. Pozorování bylo zaznamenáno pro každé ze tří hlavních míst (ambulance, expektační lůžka, crash room) urgentního příjmu zvlášť, neboť v každém úseku oddělení je péče o pacienty v určitých bodech odlišná.

Oslovení pacienta – oslovením pacienta je myšleno jednak pozdravení pacienta při příchodu do ambulance či přesouvání pacienta z lůžka záchranné služby na lůžko urgentního příjmu a jednak oslovení jménem pacienta a současně tak ověření jeho totožnosti.

Informace o plánu péče – zde bylo pozorováno především to, zda sestra pacienta informuje o plánu ošetrovatelské péče, který bude následovat jak bezprostředně, tak i v pozdějším čase. Zde se jedná zejména o měření fyziologických funkcí, EKG, odběry biologického materiálu, odjezd na další vyšetření dle předchozí ordinace lékaře, příp. plánovaném pobytu na expektačním lůžku, odhadovaná doba pobytu na urgentním příjmu, odhadovaná doba prvních výsledků vyšetření apod.

Informace o aplikovaném léčivu – zde bylo pozorováno, zda sestra informuje pacienta o ordinovaném léčivu a o jeho předpokládaném účinku, popř. o možném účinku vedlejším, jako třeba hypotenze, závrať apod. Přínosem je, pokud si sestra ověří, zda je pacient alergický na nějaká léčiva a dezinfekční prostředky, či není trvale antikoagulován, kdy je např. aplikace i.m. injekce kontraindikována. Toto je ale samozřejmě primárně v zájmu lékaře.

Komunikace s pacientem – při komunikaci s pacientem bylo pozorováno, především z jaké vzdálenosti sestra na pacienta hovoří, zda mluví pro pacienta srozumitelně, jaké využívá neverbální techniky apod.

Empatie sester – zde bylo pro výzkum důležité především celkové chování sester k pacientovi. Pozorováním bylo zkoumáno, zda pacient sestru „neobtěžuje“ svými požadavky, zda se k němu sestra chová mile a přívětivě či naopak.

Péče o intimitu pacienta - co se týče intimity pacienta, bylo pozorováno zejména používání ochranných pomůcek pro zajištění soukromí pacientů při odhalování intimních partií, zatemňování oken při vyšetřování pacientů či při jednotlivých ošetrovatelských výkonech, zabezpečení nežádoucího vstupu třetích osob do místnosti, kde je pacient vyšetřován, předávání důvěrných informací o pacientovi bez přítomnosti nežádoucích osob. Dále bylo sledováno, zda doba, kdy má pacient odhaleny intimní partie nepřesahuje únosnou mez, či nutnou dobu potřebnou k vyšetření či výkonu. Dalším bodem v této oblasti pozorování bylo odkrývání intimních partií pacienta na lůžku sestrou, bez toho, aby byl pacient předem informován o této akci.

Reakce sestry na požadavky pacienta – zde bylo pozorováním zjišťováno, zda má pacient nějakým způsobem šanci spolupodílet se na průběhu péče na urgentním příjmu, dále byly sledovány reakce sester na jednotlivá přání pacientů, požadavky na vyprazdňování, či při řešení nějakého problému, jako je třeba pomočení se v lůžku apod.

Pozorováním v crash room bylo zjištěno:

Velmi uspokojivé komunikování sester s pacienty při jejich příjezdu do místnosti. Přivítání pacienta, oslovení jej jménem a případné obeznámení pacienta s faktem, kde se právě nachází, na kterém oddělení, a ve kterém je městě. Toto vše se dá považovat za kladné faktory přispívající k dobrému prvnímu dojmu z návštěvy urgentního příjmu.

Celkem ucházející se výsledky byly vyhodnoceny pozorováním sester při předávání informací pacientovi o plánu péče, naopak ne příliš dobré jsou výsledky pozorování sester při informování pacientů o aplikaci léčiv. Zde se dá výsledek považovat za celkově neuspokojivý, neboť téměř tři čtvrtiny pozorovaných sester, pacienty o léčivech neinformovaly. Komunikování s pacienty v tomto sektoru oddělení je hodnoceno z poloviny jako velmi dobré, na druhé straně, druhou polovinu tvoří sestry, které komunikovaly s pacienty od svého pracovního stolu, díky čemuž jim pacient nebyl schopen dobře porozumět a komunikace tedy oboustranně vážla. Odběr citlivých údajů od pacienta, jako jsou telefonní čísla příbuzných, bydliště, zaměstnání, rodinný stav

apod., probíhal též od pracovního stolu, což je absolutně nežádoucí za přítomnosti ostatních pacientů v místnosti. Pozorováním v crash room bylo dále shledáno, že i zde rovněž polovina pozorovaných sester vyhověla kritériím, pro která byl tento výzkum tvořen, druhá polovina pozorovaných sester pracovala s chladným přístupem, bez reakcí a bez projevu emocí, bez empatie, nicméně po profesní odborné stránce požadavkům pacienta a ordinacím lékaře vyhovující. Zde bylo možné sledovat i negativní či opatrné reakce pacientů na nepřívětivý či mrzutý přístup sestry. Bohužel co se týče péče o intimitu pacienta, není v crash room tato záležitost v popředí zájmu. Brání tomu hned několik faktorů, kterými jsou velká časová tíseň personálu, s kontinuálním tlakem na akutní lůžka, špatné stavební uspořádání oddělení s nemožností úplné ochrany intimity pacientů, v kombinaci s ne vždy úplným odhodláním sestry pacientovu intimitu bránit za každou cenu. V rámci hodnocení reakcí sester na požadavky pacientů byly výsledky pozorování poměrně uspokojivé, s výjimkou jedné sestry, která přinutila pacientku močit do pleny, přestože sestru požádala o podložní mísu. V tomto případě je nezbytné podotknout, že přestože je pacient vybaven plenkovými kalhotkami, tak v rámci zajištění a zachování jeho sebepečce je nezbytné, stimulovat jej k fyziologickému uspokojování jeho potřeb.

Pozorováním na expektačních lůžkách bylo zjištěno:

Jak bylo pozorováním zjištěno, práce sester na expektačních lůžkách, funguje z hlediska pozorovaných faktorů pro tento výzkum poměrně dobře. Všechny sestry přistupovaly k pacientům při prvním kontaktu mile a přívětivě, komunikovaly s pacienty bez komplikací, což se projevovalo i na spokojenosti pacientů, obeznámily je s provozním režimem expektačních lůžek a většina sester, až na dvě výjimky, byla schopna pacientům poskytnout kompletní informace o plánu péče. Nedostatky byly zjištěny v pozorování

o informování pacientů o aplikaci léčiv. Zde převážná většina sester informace pacientům nesdělovala. V oblasti komunikace si většina sester počínala velice dobře, až na dva případy, kdy sestry nevhodným způsobem hovořily s pacientem z dálky, navíc o citlivých osobních datech pacienta. Toto je věc zcela nepřipustná. Jednalo se o osobní údaje pacienta a jeho citlivá data, která nejsou určena pro třetí osobu. Vhodné nejsou ani hlasité rozhovory sester přímo u lůžka pacienta (pokud tedy nemá pacient vadu sluchu), neboť vše z bezprostřední blízkosti poslouchají i pacienti z vedlejších lůžek. V rámci empatie a lidského přístupu k pacientům nebyl na expektačních lůžkách

zaznamenan u většiny sester žádný velký problém, ale opět je zde jeden případ, který se vymyká většině, a to je sestra, která se nevhodně chovala k pacientovi v izolačním boxu. Jednalo se o pacienta casus socialis. Je důležité podotknout, že ošetrovatelská péče těchto osob je velmi náročná jak z hlediska jejich non compliance, ale i opakovaných návštěv urgentního příjmu, zneužívání záchranné služby, abúzu alkoholu a návykových látek, rizikem infekčních onemocnění pro ošetřující personál atd. Bohužel je ale faktem, že pacienti ležící na expektačních lůžkách a v podstatě tedy i v bezprostřední blízkosti izolačního boxu, velmi zřetelně vnímají všechen akustický projev. Mnohdy však tito pacienti ale netuší, o jakého pacienta sestra v inkriminované chvíli pečuje, a mohou být tímto jejím chováním právem pohoršeni. Péče o ochranu intimity je všeobecným problémem celého urgentního příjmu, tudíž i expektačních lůžek. Pouze polovina pozorovaných sester se snažila všemi dostupnými prostředky pacientovu intimitu ochránit. Druhá polovina sester neumožnila pacientům komfort z hlediska pocitu dostatečného soukromí při vyšetřeních, výkonech vyžadujících odhalení intimních partií apod. Naopak výborné výsledky přineslo pozorování reakce sester na požadavky pacientů, kdy 9 z pozorovaných sester vyhovělo výborně a jeden případ, kdy nelze označit reakci na pacientův požadavek, byla sestra pečující o pacienta na izolačním boxu.

Výsledky pozorování v ambulancích

Jak již bylo zmíněno, péče o pacienty v ambulancích je v některých bodech odlišná od péče o pacienty v zadní části urgentního příjmu, tedy ve zbylých dvou sektorech. Vyšetření zde probíhají komorněji, za podstatně většího soukromí pacientů. Ale i zde bylo zjištěno několik drobných nedostatků. Do ambulancí přicházejí pacienti, kteří jsou ve velké většině soběstační, přichází po vlastní ose. Jejich ošetření je buď akutní, nebo opakované, kdy docházejí na kontrolní vyšetření po operacích, těžkých úrazech, kardiologických zákrocích apod. Jsou buď lékařem vyšetřeni, ošetřeni a odcházejí domů, nebo jsou vyšetřeni a dále podstupují diagnostické a terapeutické kolečko. To mohou absolvovat buď na expektačních, lůžkách nebo vyčkají v čekárně na příchod konziliářů, výsledků vyšetření apod. Vždy záleží na doporučení lékaře a zdravotním stavu pacienta. Informace o plánu péče v ambulancích nebývají zpravidla nijak obsáhlé a náročné. Je to nejspíše i jeden z důvodů, proč zde jsou výsledky o informovanosti

o plánu péče nejlepší. Nejinak je tomu i s aplikací léčiv a s tím souvisejícím informováním pacientů. Velmi dobré výsledky jsou i v pozorování komunikace sestry s pacienty v ambulanci a s plněním jejich požadavků. Bohužel se výsledky pozorování ochrany intimity pacientů moc neliší od výsledků z předchozích sektorů. Chybí zde aktivní účast sestry na vytvoření pacientova pocitu soukromí. Při vyšetřeních jako je per rectum, genitálií, prsů apod. nebyla zatemněna okna v ambulanci, nebylo zamezeno příchodu třetích osob do místnosti, v některých případech nebyli vykázáni ani rodinní příslušníci z místnosti. Je běžné a dá se říci, že i důstojné, pokud je u vyšetření takovýchto intimních partií přítomen pouze pacient, vyšetřující lékař a sestra, která mu asistuje. Přítomnost každé další osoby, může v pacientovi zdvojnásobit pocit studu a vnitřní nepohody. Komplikovaným místem v ambulancích jsou z hlediska intimity i převlékácké boxy. Jedná se o místo, které není nijak odhlučněné a pacient čekající v boxu na ošetření, je tedy nechtěným svědkem rozhovoru pacienta a zdravotnického personálu uvnitř ambulance. Zde je vhodné přivolat dalšího pacienta do boxu až v době, kdy je předchozí pacient vyšetřen a nehrozí únik informací či citlivých rozhovorů třetím osobám.

Shrnutí

Cíl výzkumu byl splněn. Byla zmapována práce sester o pacienty z pohledu ochrany jejich intimity a důstojnosti. Bylo vytvořeno několik kategorií, které se těchto hlavních témat bezprostředně týkají a ty byly detailně vyhodnoceny.

Vyjádření k výzkumným otázkám:

Jakým způsobem lze v současném ošetrovatelství zachovat lidskou intimitu a důstojnost?

Zájem na zachování lidské důstojnosti a na ochraně intimity člověka, je v každé sestře individuální. Jak bylo zjištěno, je toto ovlivňováno soustavou okolností, které jsou více či méně ovlivnitelné. Mezi ty ovlivnitelné lze zařadit především chuť a ochotu sestry o pacienta v tomto směru pečovat, mezi ty neovlivnitelné lze řadit nedostatek pomůcek vhodných k ochraně intimity, stavební uspořádání prostor oddělení, nesympatie či arogantní až agresivní chování pacienta, časová tíseň. Mnohdy ale postačí vlídný přístup k pacientovi, empatie, vcítění se do pacientovy situace, nedávat pacientovi žádným způsobem najevo, že je jeho návštěva oddělení nevhodná či obtěžující. Poskytování

takových služeb pacientům, kdy bude chráněna nejvyšší možnou měrou jejich intimita a nebude ohrožena jejich důstojnost, se nelze naučit v žádné škole, ale část tohoto si člověk přináší již z výchovy svých rodičů, a další část si může, ale zároveň nemusí osvojit praxí v péči o pacienty. Velký podíl zkušeností získá svou vlastní zkušeností, kdy se ocitne na druhé straně, tedy v roli pacienta.

Jak sestry na urgentním příjmu nahlíží na problematiku týkající se intimity a důstojnosti pacientů?

Jak bylo výzkumem zjištěno, sestry se v této problematice orientují velmi dobře po teoretické stránce. Všechny umějí popsat a určit význam lidské důstojnosti, vědí i jak důstojně o pacienta pečovat. V praxi ale tyto vědomosti jaksi pozbývají na významu.

Jaké překážky brání v zachování intimity a důstojnosti u pacienta na urgentním příjmu?

Jak se výzkumem ukázalo, překážek je poměrně dost, od těch méně závažných a poměrně snadno odstranitelných, až po ty vážné, s předpokladem komplikací pro jejich odstranění. Mezi ty méně závažné překážky patří nedostatek mobilních pomůcek pro ochranu intimity pacienta při vyšetřeních u lůžka, kde je sálový systém péče. Vážné a v podstatě obtížně řešitelné, jsou překážky v ochraně intimity a důstojnosti pacientů ve formě odkrytých a neodhlučňovaných míst jako je recepce urgentního příjmu, svlékací boxy v ambulancích, lůžka na crash room a expektační lůžka, kde pacienty dělí pouze průsvitná textilie či pojízdný paravan, navíc o délce pouhých tří čtvrtin lůžka. Dalšími překážkami jsou problémy spíše organizačního charakteru, kde je samozřejmě náprava možná. Jedná se o předávání informací o pacientech záchrannou službou v místě, kde tomuto naslouchají pacienti, kteří byli přivezeni do crash room v předchozí době, nevhodný pohyb příbuzných a doprovodu pacientů, kteří přijeli sanitkou společně s pacientem, příjezd záchranné služby s pacientem do crash room bez předchozího ověření si, zda je toto z etických důvodů v danou chvíli možné.

Jak má dle názorů sester na urgentním příjmu vypadat důstojná ošetrovatelská péče?

Dle zjištěných fakt, by měla sestra přistupovat k pacientovi vlídně, s empatií, tak jako by si přála, aby bylo pečováno o ni. Pacient by neměl nabýt dojmu, že je na obtíž.

Jaký dojem mají pacienti urgentního příjmu ze sdělování svých osobních údajů sestře?

Výzkumem bylo zjištěno, že únik informací a citlivých dat, je jednou z věcí, které pacienty na urgentním příjmu trápí nejvíce. Nejhůře vnímají situaci v recepci, kde jsou vystaveni nepříjemnému svěčování se s intimními obtížemi a osobními údaji sestře, spolu s frontou pacientů, „dýchající jim na záda,“ před takřka „celou čekárnou.“ Neuspokojivě bylo vyhodnoceno i šetření na expektačních lůžkách a crash room, kdy je pacientům především nepříjemné, hovořit o intimních záležitostech před spolupacienty.

Jaká je míra informovanosti pacientů urgentního příjmu o plánu péče během pobytu na urgentním příjmu.

Tyto výsledky se hodně odvíjí od místa výkonu ošetrovatelské profese a tedy péče o pacienta. Dá se říci, že v tomto směru jsou výsledky více méně uspokojivé. Je zde ale v každém případě co zlepšovat.

Jaká je míra informovanosti pacientů urgentního příjmu o jim ordinovaných a aplikovaných léčivech a jejich předpokládaném účinku?

Míra informovanosti pacientů v této problematice je mizivá. Zajímavostí ale je, že žádný z pacientů během rozhovorů neprojevil sebemenší pocit újmy či poškození, v důsledku tohoto nedostatku. Zjednodušeně řečeno, informace, která jim poskytnuta nebyla, jim nechyběla.

Jak jsou pacienti spokojeni s chováním sester na urgentním příjmu?

Celkově lze říci, že jsou výsledky průměrné. Jak se ukázalo, největší podíl na negativních výsledcích v chování sester, má nevhodné chování sester v recepci. Jde o stěžejní místo, které je terčem pro mnoho pacientů, kteří jím projdou a následně při několikahodinovém čekání k ošetření, mají možnost veškeré další dění v tomto úseku v tichosti pozorovat.

Do jaké míry jsou pacienti urgentního příjmu spokojeni se zajištěním intimity na urgentním příjmu?

Výzkumem bylo zjištěno, že jsou pacienti převážně nespokojeni. Mezi ty spokojené, kteří se nesetkali s ohrožením vlastní intimity, lze většinou zařadit pacienty ošetřené v ambulancích. Ostatní pacienti vyjádřili minimálně nepříjemné pocity z odhalování se

ve velkých prostorách, navíc s vědomím přítomnosti mnoha dalších lidí, ať již z řad personálu či pacientů.

Do jaké míry hodnotí pacienti urgentního příjmu ošetrovatelskou péči jim poskytnutou jako důstojnou?

Výsledky výzkumu ukázaly, že většina pacientů uvedla, že jejich pobyt na urgentním příjmu lze považovat za důstojný, ačkoliv u každého z nich, se vyskytl drobný či větší problém při ošetření v této souvislosti.

V závěru diskuze je nutno říci, že práce sester na urgentním příjmu je velmi fyzicky i psychicky náročná. Míra fluktuace pacientů se zde pohybuje ve stovkách osob za den. Sestry pracují v časové tísní pod neustálým tlakem na volná lůžka oddělení, pod tlakem emocí pacientů, jejichž čekání k ošetření je z jejich pohledu nekonečné, pod náporom požadavků lékařů a jejich ordinací a v neposlední řadě pod neustálým drobnohledem managementu nemocnice v rámci kvality péče. Ne vždy je kontakt s pacientem bezproblémový a přátelský. V dnešní době je mnoho pacientů, kteří míří do zdravotnického zařízení s určitými negativními předsudky, a právě s těmito lidmi bývá spolupráce nejobtížnější.

7 Závěr

Pro zpracování této diplomové práce jsem zvolila téma, které je v dnešní době čím dál více posunováno do podvědomí veřejnosti. Jedná se o problematiku ochrany intimity pacientů a lidské důstojnosti vůbec. Výzkum byl směřován k odhalení největších nedostatků a problémových situací a následně k plánování návrhů na zlepšení. Mnozí z ošetrovatelské profese, označují tuto problematiku za banalitu a nepřikládají tomuto nikterak velký význam v péči o pacienty. Naopak právě empatie, vlídný přístup a ochota pomoci jsou základními komponenty pro zachování lidské důstojnosti, která je nejen pro pacienty velmi důležitá. Je třeba si uvědomit, že každé onemocnění je ovlivňováno psychosomaticky, tudíž je pro uzdravení pacienta nutná psychická rovnováha.

Prostřednictvím rozhovorů byly rozklíčovány výzkumné otázky. Bylo zjištěno, že sestry mají velmi dobré teoretické povědomí o důstojnosti i o možnostech ochrany pacientovi intimity. Existuje ale mnoho důvodů, pro které nejsou tyto vědomosti uplatněny v praxi. Výzkumem bylo zjištěno, že pacienti, kteří navštívili urgentní příjem, postrádali především vlídný přístup, snahu o ochranu citlivých dat a celkový zájem o ně samotné.

Jak vyplynulo z výpovědí sester, existuje mnoho faktorů, které jim znemožňují právě bezproblémovou péči o pacienty z hlediska intimity a důstojnosti. Jedná se o práci velmi často v časové tísní, pod tlakem požadavků lékařů, o práci, která musí být provedena v nejvyšší kvalitě, kde nejsou přípustné žádné odchylky a především práce vyžadující kontinuální pozornost sestry na nejvyšší možné míře, aby nedošlo k zásadnímu pochybení, a tím až k fatálnímu poškození pacienta. Ne vždy toto vše probíhá v bezproblémových podmínkách. Mnohdy je pacientem člověk arogantní, nepříjemný, agresivní až vulgární, se kterým je komunikace a spolupráce velmi obtížná.

Vykonávání pomáhajících profesí a práce s lidmi vůbec je nelehká, už proto, že nelze péči o všechny pacienty paušalizovat, neboť každý je osobností s vlastní individualitou, s vlastními potřebami, pocity, myšlením, vyjadřováním se a chováním. Uměním sestry je, tyto individuality rozlišit a vytvořit si k nim přístup.

Výsledky tohoto výzkumu samozřejmě nelze zobecnit, i přesto, že výzkum byl proveden velmi důkladně se snahou proniknout do nitra problematiky. Výsledky se nemusí shodovat se situací v jiných regionech, či zařízeních. Pro porovnání by bylo nutné zpracovat výzkumy další.

7.1 Doporučení pro praxi

Byl vypracován návrh na změny, které by eventuelně mohly přispět ke zlepšení, či úplnému odstranění nedostatků inkriminovaných oblastí, ve kterých bylo zaznamenáno nejvíce potíží.

Jak bylo výzkumem zjištěno, nejvíce problémů, se vyskytovalo v recepci urgentního příjmu. Zde by bylo vhodné, vytvoření stručného dotazníku, týkajícího se osobních údajů pacienta. Pacienti by během čekání k vyšetření mohli vyplnit tabulku týkající se osobních údajů, včetně telefonních čísel, zaměstnavatele apod. Tím by se výrazně eliminovalo dosud oprávněné rozhořčení pacientů. Většinou stráví pacient čekáním na ošetření minimálně několik desítek minut. Zřídka kdy je ošetřen bezprostředně po příchodu na oddělení, tudíž by měl na vyplnění dotazníku dostatek času.

Dalším možným řešením k eliminaci množících se postupů, podřívajících pacientovu důstojnost, se nabízí instalace odhlučněné kabiny, samozřejmě z průhledného skla či plastu, tak aby sestra z recepcie měla přehled o pacientech, kteří jsou v čekárně.

Dalšími místy, kde bylo zaznamenáno nejvíce problémů, jsou crash room a expektační lůžka. V crash room by bylo například vhodné vytvoření kolejnic ve stropních deskách, do kterých by byly vsazeny pevné pohyblivé zástěny, aby byly mezi lůžky vytvořeny pomyslné boxy. Bohužel nasloucháním informací třetích osob v tomto místě zabránit nelze. Co ale změnit lze, jsou záležitosti organizační. V praxi to znamená různá opatření v podobě změny místa pro předávání nově přivezených pacientů zdravotnickou záchrannou službou. Předávka pacienta by mohla probíhat například v recepci crash room, která je v podstatě jinak nevyužita a slouží především jako centrální místo při hromadných neštěstích.

V expektačních lůžkách by byla též vhodná instalace kolejnic pro zástěny do stropních desek, a doplnění tohoto úseku vícero mobilními pomůckami k zajištění intimity pacientů.

Co se týče chování sester, zde by bylo vhodné naplánování přednášek a kurzů s tematikou komunikace s pacienty, empatickým přístupem v profesi sestry a podobně. Zároveň je vhodné pravidelné provádění supervize na tomto pracovišti.

8 Seznam literatury a zdrojů

1. ARNOLD, E., BOGGS, K., 2016. *Interpersonal relationships. Professional communication skills for nurses*. 7th edition. Elsevier. Missouri. ISBN 978-0-323-24281-3
2. BARAK, A., 2015. *Human dignity*. Cambridge: University Press. ISBN 978-1-107-09023-1.
3. BÁRTLOVÁ, S., MARKOVÁ, M., 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky* [online]. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008 [cit. 2017-07-24]. ISBN 978-80-7013-488-7.
4. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., a kolektiv, 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. BELLOVÁ, D., 2014. *Zajištění intimity pacienta při převazu*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: http://theses.cz/id/3agf2y/Bakalsk_prce_Bellov.pdf.
6. BRESLIN, G., 2011. *Collins English dictionary*. 11th edition. Harpercollins. ISBN 0-00-743786-2.
7. BUTTERWORTH, T., FAUGIER, J., 2013. *Critical supervision and mentorship in nursing*. 2nd edition. London: Chapman and Hall. ISBN 978-1-4899-7228-6.
8. BUTTS, J., RICH, K., 2015. *Nursing ethics: Across the curriculum and into practice*. 4th edition. USA: Courier Companies. ISBN 978-1-284-05950-2
9. BUŽGOVÁ, R., 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7368-501-0.
10. BUŽGOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelství I*. Ilona Plevová. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3557-3.
11. DRÁBKOVÁ, J., 2010. *TISS-28 Systém v hodnocení činnosti sester na urgentním příjmu*. In. Referátový výběr z anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Č. 2. ISSN 1212-3048.
12. FRANĚK, P., 2011. *Filosofie úspěchu: Maslowova pyramida lidských potřeb* [online]. [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

13. GRACE, P., 2017. *Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice*. 3th edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning. ISBN 978-443-5000.
14. GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. *Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt: Halový systém ošetrovatelské péče a stud pacienta* [online]. Česká onkologická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit 2017-07-27]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/abstrakta/cislo/7204/>
15. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
16. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
17. HEŘMANOVÁ, J., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4734-699.
18. HUEBNER, L., 2007. *Professional intimacy: an ethnography of care in hospital nursing* [online]. University of Pittsburgh. Dissertation thesis. [cit. 2017-08-01]. Dostupné z: <http://d-scholarship.pitt.edu/9736/1/HuebnerLCetd2007.pdf>
19. IEDEMA, R. et al., 2015. *Communicating quality and safety in health care*. Cambridge university press. ISBN 978-1-107-699932-8
20. JIHLAVACITY., 2016. *Urgentní příjem Jihlavské nemocnice má nové cedule*. [online]. [cit. 2018-08-01]. Dostupné z: <http://jihlava.city.cz/zpravodajstvi/urgentni-prijem-jihlavske-nemocnice-ma-nove-cedule--zakazuji-foceni-i-nataceni/6575>
21. JOOSTE, K., 2009. *Supervision in nursing practice*. 1st edition. Juta Legal and Academic Publishers. ISBN 0702180513.
22. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 9788024740263
23. KOLEKTIV AUTORŮ., 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada. ISBN 978-802-4725-482.
24. KONOPKAR, 2017. *Evropská charta práv pacientů*. [online]. [cit. 2017-08-08]. Dostupné z: <http://konopkar.sk/wp-content/uploads/2016/01/europska-charta-prav-pacientov.jpg>
25. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. a kol., 2008. *Zdravotnická etika*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-276-2.

26. KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. 7. Vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0528-9.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 9788024720692.
28. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
29. LYNCH, L., et al., 2008. *Clinical supervision for nurses*. 1st edition. Singapore: C.O.S. Printers Pte Ltd. ISBN 978-1-4051-6059-9.
30. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: NCONZO. ISBN 978-807-0134-573.
31. MATITI, M., BAILLIE, L., 2011. *Dignity in healthcare a practical approach for nurses and midwives*. 1st edition. London: Radcliffe Publishing. ISBN 1846193907.
32. NEMOCNICE JIHLAVA, 2017. *Fotogalerie urgentního příjmu*. [online]. [cit. 2017-08-08]. Dostupné z: <https://www.nemji.cz/fotogalerie-up/gs-1103/p1=4433>.
33. NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2012. *Desatero pro soukromí pacientů*. [online]. [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cs-CZ/kvalita-a-bezpecnost/pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu.html>.
34. NORDENFELT, N., 2009. *Dignity in care for older people*. 1st edition. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. ISBN 978-1-4443-1642-1.
35. ONDRÁŠKOVÁ, S., 2015. *Respektování intimity u pacientů v bezvědomí*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/425184/lf_m/DP_-_Respektovani_intimity_u_pac._v_bezvedomi.pdf.
36. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3976-2
37. RAKOWSKI, N., 2008. *Maslow's hierarchy of Leeds model*. Books on Demand GmbH. Norderstadt. ISBN 978-3-640-40765-1
38. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5.
39. ROSDAHL, C., KOWALSKI, M., 2007. *Textbook of basic nursing*. 9th edition. Wolter Kluwer. Lippinot Williams and Wilkins. ISBN 0781765218

40. ROSOLOVÁ, T., 2012. *Příjem k hospitalizaci, potřeby nemocného a ošetrovatelská péče*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <http://theses.cz/id/wdpbel/bp.pdf>.
41. SANSEFACON, J., 2013. *Original article: Use of the „crash room“ in a rural hospital: case review of 100 cases* [online]. Canadian Journal and Rural Medicine. [cit. 2017-07-31]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24398352>
42. SCHERMER, M., 2013. *The different faces of autonomy*. 2nd edition. Springer Science + Business Media. ISSN 1387-6678.
43. SCHMIDT, D., 2011. *Burnout in the nursing profession*. 1. Auflage. Norderstedt: Books and Demand GmbH. ISBN 978-3-640-93680-9.
44. SHARON, T., 2015. *Standards of Care in the Emergency Room: The Emergency Waiting Game* [online]. Evidence-Based Health Care for Healing and Wellness. [cit. 2017-07-31]. Dostupné z: <https://www.linkedin.com/pulse/standards-care-emergency-room-waiting-game-sharon-r-n-m-p-h->
45. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 9788024732237.
46. ŠEBLOVÁ, J., KNOR J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.
47. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
48. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. Vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
49. VENGLÁŘOVÁ, M. A KOL., 2011. *Sestry v nouzi*. Prah: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2
50. VIDETTE, T., 2012. *Compassion fatigue and burnout in nursing*. 2nd edition. Danver: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0978-1.
51. VYMĚTAL, J., 2007. *Sociální psychoterapie*. 2. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1315-1.

52. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1428-8.
53. WADDILL, S., 2016. *Nurse burnout*. 1st edition. Indianapolis: Sigma Teta Tau International. ISBN 978-1-9388-3590-2.
54. WALDRON, J., 2012. *Dignity, Rank and Rights*. 2nd edition. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0199915439.
55. WYATT, Jonathan P. et al. 2012. *Oxford handbook of emergency medicine*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958956-2.
56. ZACHAROVÁ, E., 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
57. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4740-621.
58. ZÁKLADNÍ ŠKOLA ÚVALY, 2017. *Máme všech pět pohromadě aneb etický kodex*. [online]. [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: https://www.zsuvaly.cz/wp-content/uploads/2015/07/eticky_kodex.pdf
59. ZANE, R., KLUWER, W., 2011. *Pocket emergency medicine*. 2nd edition. Amazon. ISBN 1605477311.
60. ZÁVIŠKOVÁ, L., 2014. *Lidská důstojnost a etika péče o nemocné*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/395427/lf_b/Bakalarska_prace.pdf.

9 Seznam příloh

Příloha č. 1.: Crash room

Příloha č. 2.: Crash room

Příloha č. 3.: Expektační lůžka

Příloha č. 4.: Expektační lůžka

Příloha č. 5.: Recepce

Příloha č. 6.: Informační tabule vyzývající k respektování ochrany osobních údajů

Příloha č. 7.: Etický kodex (animace)

Příloha č. 8.: Práva pacientů

Příloha č. 9.: Desatero soukromí pacientů

Příloha č. 10.: Povolení k výzkumu

Příloha č. 11.: Otázky k rozhovorům pro výzkumné šetření

Příloha 1: Crash room



Zdroj: vlastní (2017)

Příloha 2: Crash room



Zdroj: vlastní (2017)

Příloha 3: Expektační lůžka



Zdroj: vlastní (2017)

Příloha 4: Expektační lůžka



Zdroj: vlastní (2017)

Příloha 5: Recepce



Zdroj: Nemocnice Jihlava (2014)

Příloha 6: Informační tabule vyzývající k respektování ochrany osobních údajů



Zdroj: Nemocnice Jihlava (2016)

„Máme všech 5 pohromadě“

aneb
Etický kodex

1. Jsem slušný člověk

- jsem poctivý
- jsem dobrým vzorem, inspiruji ostatní
- jsem ohleduplný
- používám slova prosím, děkuji, promiň
- zdravím

2. Respektuji sebe i druhé

- chovám se k druhým s úctou
- snažím se druhé pochopit
- respektuji odlišnosti
- respektuji názory druhých
- problémy řeším bez násilí

3. Jednám a mluvím otevřeně v přátelském duchu

- mám právo vyjádřit svůj názor
- mám právo udělat chybu, své chyby napravuji
- naslouchám ostatním
- mluvím pravdu
- problémy řeším s těmi, koho se týkají, nepomlouvám

4. Spolupracuji s ostatními

- jsem důležitou součástí školy
- posiluji dobré vztahy
- jsem vstřícný
- požádám o pomoc
- nabízím pomoc

5. Zodpovídám za své činy a chování

- přemýšlím nad tím, co dělám a kam mě to vede
- jsem spravedlivý
- plním své povinnosti
- dělám vše nejlépe, jak umím
- dodržuji pravidla

ZÁKLADNÍ ŠKOLA
ÚVALY

Zdroj: zsuvaly (2017)

Grafika: Drahomíra Fialová, Ondřej Fiala, Šárka Šimková

Evropská charta práv pacientů



**European
Charter of
Patients' Rights**

- 1 Právo na prevenci**
Každý jedinec má právo na poskytování přiměřených služeb na prevenci onemocnění.
- 2 Právo na dostupnost péče**
Každý jedinec má právo na dostupnost péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Přístup ke zdravotnickým službám musí být zaručen každému, bez diskriminace na základě finančních možností, místa bydliště, typu onemocnění nebo doby, po kterou je zdravotní péče poskytována.
- 3 Právo na informace**
Každý jedinec má právo na přístup ke všem informacím souvisejícím s jeho zdravotním stavem, s využitím zdravotnických služeb a všech možností na základě vědeckého výzkumu a technologických inovací.
- 4 Právo na vyjádření souhlasu**
Každý jedinec má právo na přístup k veškerým informacím, které mohou umožnit jeho aktivní spoluúčast při rozhodování o svém zdraví. Tyto informace jsou nezbytnou podmínkou k zahájení léčebného postupu včetně možnosti zařazení do vědeckého výzkumu.
- 5 Právo na svobodný výběr**
Každý jedinec má právo svobodného výběru mezi různými způsoby léčby a jejich poskytovateli na základě odpovídajících informací.
- 6 Právo na soukromí a ochranu údajů**
Každý jedinec má právo na ochranu osobních údajů včetně informací týkajících se jeho zdravotního stavu, možných diagnostických nebo léčebných metod, stejně jako na ochranu soukromí během výkonu diagnostických vyšetření, návštěvy u odborného lékaře, lékařského ošetření a chirurgického zákroku všeobecně.
- 7 Právo na respektování pacientova času**
Každý jedinec má právo být ošetřen v krátkém a předem určeném čase. Toto právo se vztahuje na všechny fáze léčby.
- 8 Právo na dodržování úrovně kvality**
Každý jedinec má právo na dostupnost vysoce kvalitních zdravotnických služeb na základě dodržování přesně stanovených norem.
- 9 Právo na bezpečnost pacienta**
Každý jedinec má právo neutrpět škodu zaviněnou nedostatečným fungováním zdravotnických služeb, pochybením a zanedbáním lékařské péče a má právo na dostupnost zdravotnických služeb a léčebných metod splňujících přísné bezpečnostní normy.
- 10 Právo na přístup k inovacím**
Každý jedinec má právo na přístup k inovovaným metodám, včetně diagnostiky, na základě mezinárodních standardů, nezávisle na ekonomických nebo finančních okolnostech.
- 11 Právo na předcházení zbytečnému utrpení nebo bolesti**
Každý jedinec má právo v nejvyšší možné míře se vyhnout utrpení a bolesti v každé fázi svého onemocnění.
- 12 Právo na léčbu zohledňující osobní potřeby**
Každý jedinec má právo na diagnostické a léčebné programy co nejvíce přizpůsobené jeho osobním potřebám.
- 13 Právo na podání stížnosti**
Každý jedinec má právo na podání stížnosti vždy, když utrpí újmu a má právo obdržet odpověď nebo jinou formu zpětné vazby.
- 14 Právo na náhradu škody**
Každý jedinec má právo na dostatečnou náhradu škody v přiměřeně krátkém čase vždy, když utrpí fyzickou, morální nebo psychickou újmu způsobenou ošetřováním nebo léčbou při poskytování zdravotnické služby.

CML
diagnóza



ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

PRÁVA PACIENTŮ PLATÍ PRO CELOU EVROPU

Zdroj: Konopkar (2017)

DESATERO SOUKROMÍ PACIENTŮ

1. NEZPOVÍDEJTE PACIENTA PŘED JINÝMI OSOBAMI
 2. NESDĚLUJTE INFORMACE BEZ UVÁŽENÍ
 3. OMEZTE PŘÍTOMNOST TŘETÍCH OSOB PŘI VYŠETŘENÍ
 4. KLEPEJTE NA DVEŘE
 5. NENECHÁVEJTE ZDRAVOTNICKOU DOKUMENTACI BEZ DOHLEDU
 6. LÉKAŘSKÁ VIZITA NENÍ VÝSLECH PŘED SVĚDKY
 7. VEŘEJNÁ NAHOTA NENÍ TO, PROČ PACIENT PŘICHÁZÍ DO NEMOCNICE
 8. TRANSPORT, I TO JE SOUČÁST POBYTU V NEMOCNICI
 9. PACIENT MÁ JMÉNO A TITUL, UŽÍVEJTE HO
 10. V NEMOCNICI NEJDE O SBĚR DAT, ALE PŘEDEVŠÍM O ROZHOVOR
-
-

Zdroj: Nemocnice na Homolce

Příloha 10: Povolení výzkumu (v rámci anonymity se zakrytými údaji o zařízení)

Náměstek ošetřovatelské péče
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Bc. Vendula Pospíšilová DiS
Hamerníkova 21
586 01 Jihlava
Tel.: 722 512 552
intelli@email.cz

[redacted] 28. února 2017

Věc: Žádost o provedení výzkumu

Vážená paní magistro,


Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení výzkumu v Nemocnici [redacted] V současné době studuji na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích magisterský program specializace v ošetřovatelství a zpracovávám diplomovou práci na téma „Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard?“

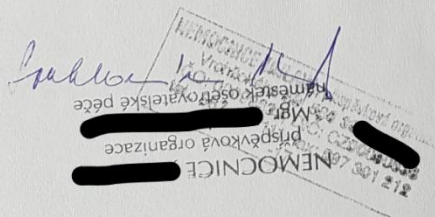
Výzkum bych ráda provedla kvalitativní metodou rozhovory s pacienty ošetřenými na urgentním příjmu, rozhovory s personálem urgentního příjmu v kombinaci s utajeným pozorováním personálu urgentního příjmu. Výzkum bych provedla v období od března 2017 do dubna 2017.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Vedoucí práce
PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.


Vendula Pospíšilová



Rozhovor se sestrou

1. Jak si představujete důstojnou péči o pacienta?
2. Máte nějakou osobní zkušenost s narušením důstojnosti či intimity u pacienta, popř. jak jste tuto situaci řešil/a?
3. Vyskytují se překážky, které Vám brání v poskytování důstojné péče? (pokud ano jaké)
4. Jakým způsobem zajišťujete pacientům intimitu?
5. Vyskytují se překážky, které Vám brání v možnosti zachovávat pacientům jejich intimitu? (pokud ano jaké)
6. Ve kterých oblastech zdravotnické péče může nejčastěji docházet k narušení intimity u pacientů?
7. Představujete se pacientovi? (odůvodněte svoji odpověď)
8. V jaké vzdálenosti je podle Vás vhodné vést rozhovor s pacientem?
9. Informujete pacienta předem o ošetrovatelských a léčebných výkonech, které budou následovat?
10. Informujete pacienta o Vámi aplikovaném léčivu, jeho předpokládaném efektu a možných vedlejších účincích?

Rozhovor s pacientem

1. Důvod návštěvy urgentního příjmu?
2. Způsob přijetí na urgentní příjem (ZZS, po vlastní ose)
3. Co si představujete pod pojmem důstojnost?
4. Byl Váš pobyt a péče o Vaši osobu na urgentním příjmu důstojný?
5. Měl/a jste pocit soukromí při sdělování svých osobních údajů sestře?
6. Měl jste pocit soukromí při vyšetření?
7. Představila se Vám sestra, která Vás ošetřovala?
8. Informovala Vás sestra o plánu ošetření na urgentním příjmu? (odběry krve, konziliární vyšetření, zobrazovací metody, infuzní terapie atd.)
9. Informovala Vás sestra, jaké léky Vám podává a jaký je jejich předpokládaný efekt, popřípadě jaké nežádoucí účinky lze očekávat?
10. Jak na Vás působilo chování sester?
11. Jak reagovala sestra na Vaše požadavky?

Seznam zkratek

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

ČAS – česká asociace sester

EKG – elektrokardiogram

FF – fyziologické funkce

ICN – mezinárodní rada sester

I.M. - intramuskulární

Max – maximálně

OSN – organizace spojených národů

Pozn. – poznámka

Příp. – případně

T.č. – toho času

Tzn. – to znamená