

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

**REALIZACE PRVKŮ ETICKÉHO KODEXU SESTER A PRÁV
PACIENTŮ V PRAXI**

Diplomová práce

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Bc. Martina Hruběšová

2010

ABSTRACT

The thesis on the topic "Implementation of Elements of the Code of Ethics for Nurses and Patients' Rights in Practice" has the characteristics of a research. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part presents an insight into the ethical and legal issues in nursing care. Attention is focused primarily on the intensity of nursing care, where medical personnel in their work have to follow not only applicable laws and regulations, but their occupations are also subject to high ethical claims arising from moral norms of society. This thesis is divided into six chapters, where the notions of ethics and morality are briefly introduced, and the historical development of medical ethics is mentioned. Other parts of the thesis deal with ethics in nursing care, legislation and codes of ethics. The last chapter is focused on programs of quality nursing care and standards in observance of patients' rights.

There were four objectives in the practical part of the thesis, the purpose of which was to determine the following: whether patients receive enough understandable information about the diagnostic, therapeutic and nursing care from doctors and nurses, whether intimacy and patients' feelings of embarrassment are being respected by doctors and nurses, whether patients have the space to voice their views and decisions for therapeutic, diagnostic and nursing care, and whether patients perceive the approach of medical staff to other patients as dignified. To meet objectives of the thesis two research questions were stated: 1. What is the nurses' view on the possibility to apply moral aspects listed in the Code of Ethics for Nurses when compared with their implementation in practice? 2. What are the possibilities to materialize moral obligations under the Code of Ethics for Nurses? For this part of the thesis qualitative research was chosen and a data collection instrument was a semi-structured individual interview. The group of respondents consisted of ten nurses working in two accredited and two non-accredited hospitals. Subsequently, transcripts of interviews and categorization of data in tables were made. For the data analysis the grounded theory

according to Glaser and Strauss was used. Answers to research questions resulted from the investigation.

Based on the objectives nine hypotheses were set up. Hypothesis 1 assumes that patients evaluate the information obtained on nursing care as adequate. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 2 assumes that patients evaluate the information obtained on medical care as adequate. This hypothesis was not confirmed. Hypothesis 3 assumes that patients evaluate the information obtained on diagnostic care as adequate. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 4 assumes that patients receive enough understandable information on nursing care. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 5 assumes that patients receive enough understandable information on medical care. This hypothesis was not confirmed. Hypothesis 6 assumes that patients receive enough understandable information on diagnostic care. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 7 assumes that in ensuring patients' intimacy nurses are more active than doctors. This hypothesis was confirmed. Hypothesis 8 assumes that patients are routinely offered the opportunity to express their decision on the proposed treatment. This hypothesis was not confirmed. Hypothesis 9 assumes that patients do not witness an undignified approach of medical personnel to other patients. This hypothesis was not confirmed.

To verify or refute the hypotheses quantitative research has been applied, the data collection technique was a questionnaire. The group of respondents consisted of patients hospitalized in surgical and internal wards in two accredited and two non-accredited hospitals. The survey uses quantitative research, the data collection instrument was a structured questionnaire. The data were collected from July 1, 2010 to July 27, 2010.

The purpose of this thesis was to determine whether the basic ethical values and moral assumptions contained in the Code of Ethics for Nurses and Patients' Rights, are applied to situations arising in the nursing care provision. The results may be provided to medical facilities where the research was carried out.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum 16.8.2010

Bc. Martina Hruběšová

Děkuji PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za laskavé vedení mé práce, odborné konzultace a cenné rady při psaní této práce. Dále děkuji své rodině za pomoc a podporu při studiu.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Co je to etika?	6
1.1.1 Předmět etiky	6
1.1.2 Rozdělení etiky	7
1.2 Co je to morálka?	7
1.2.1 Morální vědomí a morální praxe	8
1.2.2 Morální kategorie	8
1.3 Historický vývoj zdravotnické etiky	9
1.3.1 Zdravotnická etika v období starověku	10
1.3.1.1 Hippokratova přísaha a tradiční vztah lékaře a nemocného	10
1.3.2 Zdravotnická etika ve středověku	11
1.3.3 Zdravotnická etika v novověku	12
1.3.3.1 Florence Nightingale	13
1.3.4 Současnost a zdravotnická etika	14
1.3.4.1 Ošetřovatelská etika v období první republiky	14
1.3.4.2 Zdravotnická etika v období po druhé světové válce	15
1.4 Etika v ošetřovatelské péči	16
1.4.1 Terminologie související se zdravotnickou etikou	16
1.4.2 Předmět, úkoly a cíle ošetřovatelské etiky	18
1.4.3 Role sestry	19
1.4.4 Etické principy v ošetřovatelské péči	21
1.4.4.1 Základní etické principy	21
1.4.4.2 Etické principy sestry – ošetřovatelky	23
1.4.4.3 Etický kodex sester	24
1.5 Právo a etika	24
1.5.1 Právo a etika v ošetřovatelské péči	25
1.5.2 Prameny zdravotnického práva	26

1.5.2.1 První úroveň – mezinárodní úmluvy	26
1.5.2.2 Druhá úroveň – Ústava ČR a Listina základních práv a svobod	26
1.5.2.3 Třetí úroveň – zákony	27
1.5.2.4 Čtvrtá úroveň – etická pravidla	27
1.5.3 Lidská práva a práva nemocných	28
1.5.3.1 Všeobecná deklarace lidských práv	29
1.5.3.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně	30
1.5.3.3 Práva pacientů	30
1.5.3.4 Práva pacientů v České republice	32
1.6 Programy kvality zdravotní péče	33
1.6.1 Spojená akreditační komise České republiky – SAK	34
1.6.1.1 Standardy dodržování práv pacientů	35
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
2.3 Hypotézy	37
3 METODIKA	38
3.1 Použitá metodika	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	38
4 VÝSLEDKY	40
4.1 Kvalitativní šetření	40
4.2 Kvantitativní šetření	48
5 DISKUZE	71
6 ZÁVĚR	81
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	84
8 KLÍČOVÁ SLOVA	90
9 SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Většina lidí během svého života vstoupí do právních vztahů s lékaři, sestrami, dalšími zdravotníky a zdravotnickými zařízeními. Často si ale dobře neuvědomují všechna svá práva. V souvislosti s tím vyvstává naléhavá otázka proč usilovat o zakotvení a dodržování práv pacientů. Je zřejmé, že člověk, který přichází do zdravotnického zařízení a svěruje se do péče zdravotnických pracovníků, se cítí oslaben. Obává se o své zdraví, jež je bezesporu jednou z nejdůležitějších hodnot v životě. Přáním prakticky každého pacienta, který svěří své zdraví do rukou zdravotníků, je respektování jeho autonomie, soukromí, sebeurčení a individuální přístup. Přesto stále někteří pacienti dávají přednost paternalistickému přístupu zdravotníků; to znamená bez spoluúčasti na rozhodování o své léčbě. Nedá se ani přehlédnout stále narůstající počet lidí, kteří chtějí být partnery lékařů, sester a dalších pracovníků a podílet se na rozhodování o svém zdraví, léčbě, ošetřování, atd. (8, 50).

Na tuto problematiku je třeba nahlížet jak v morálním, tak v právním kontextu. Zdravotníci se při své práci musí řídit platnými zákony a právními předpisy, ale navíc jsou na jejich povolání kladeny vysoké etické nároky, které vycházejí z mravních norem společnosti. Je totiž nesporné, že kvalitní péči může pacientovi poskytnout pouze zdravotník, který dbá základních etických principů. Lékařská etika a ošetrovatelská etika řeší morálně-etické problémy vznikající ve zdravotnické praxi a snaží se vypracovat pravidla pro eticky správné jednání. Zdravotnická etika je postavena na daleko širších základech než právo. Stává se, že právní normy svou formulací nepokrývají všechny aspekty určité situace. V takovém případě je třeba opřít se o zásady lékařské případně ošetrovatelské etiky (8, 50).

Od sedmdesátých let minulého století se setkáváme s aktivitami, které byly zaměřeny na rozšíření lidských práv do zdravotnictví a zakotvením práv pacientů. V osmdesátých letech už vyspělé státy světa považují za samozřejmé dodržování lidských práv při poskytování zdravotní péče. V těchto státech pacient začíná být respektován jako partner a paternalistický přístup je na ústupu. Historie práv pacientů v České republice je kratší především z důvodů tehdejší politické situace. Ke změně

dochází až počátkem devadesátých let, kdy se práva pacientů stala široce diskutovaným tématem. V roce 1992 přijala Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR Etický kodex práv pacientů. Po ratifikaci Úmluvy o lidských právech a biomedicíně v roce 2001 se většina těchto práv, daných pouze etickou normou, stala i právní povinností vyplývající z této úmluvy. V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise ČR (SAK ČR). Jejím posláním je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR prostřednictvím národních akreditačních standardů. Podle obsahu je možné standardy SAK ČR rozdělit do několika částí, z nichž jedna je zaměřena na bezprostřední péči o pacienty. V této skupině jsou také standardy, které jsou zaměřené na dodržování práv pacientů. Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality (45, 48).

Téma týkající se respektování práv pacientů a etiky v ošetrovatelské péči jsem si zvolila s pevným přesvědčením o tom, že etika v ošetrovatelské péči představuje oblast, kterou zabývat se hluboce a důsledně má smysl pro přesah plynoucí směrem k člověku. Zde se jedná o skutečné hodnoty! To, jak k těmto hodnotám sestra přistupuje, se bezprostředně projevuje v celkovém přístupu k pacientovi.

1 SOUČASNÝ STAV

V posledních desetiletích jsme svědky celosvětového rozvoje vědy a techniky v různých oborech lidského konání i poměrně rychlé aplikace těchto nových poznatků do praxe, a to díky obrovskému komunikačnímu propojení. Globalizací prakticky neexistují hranice, které by bránily využití nových poznatků v kterékoli části světa i v kterémkoli oboru. Tento nevídaný rozvoj ovlivňuje také praktickou podobu péče o nemocné a strukturu zdravotnických systémů (19, 43).

Dnes je možné zachránit život, navrátit zdraví nebo podstatně zlepšit kvalitu života i v případech, které dříve byly považovány za „beznadějné“. V posledních letech se však stále častěji objevují názory, že tyto neoddiskutovatelné úspěchy mají také nemalé negativní důsledky. Obecně známým, a často diskutovaným problémem, je dehumanizace zdravotnictví. Na člověka je nahlíženo pouze jako na soubor vitálních a somatických funkcí. Pokud je na jedince nahlíženo z tohoto hlediska, velice snadno dochází k pocitu prázdnoty, beznaděje i k pocitu odcizení (alienace) ať k sobě samému nebo k druhým lidem. I když se zdá, že díky novým technologiím může člověk v současné době prakticky vše, je potřeba zaměřit svou pozornost na etickou a právní stránku péče o zdraví (27, 28, 43).

Je zřejmé, že právo a etiku je možné chápat jako dvě odlišné kategorie, ale i jako spojitě nádoby. Právo neexistuje ve společnosti samoučelně, je provázáno s etikou a morálkou. Rozdíl mezi právem a morálkou je v tom, že morálka je více „žita“ než teoreticky reflektována. Právo je naproti tomu systémem obecně závazných právních norem stanovených státem a vynucovaných prostřednictvím sankcí. Důležitá je otázka, zda existuje nějaký průsečík etických či morálních hodnot a práva bez ohledu na stav kultury, společnosti a dějin. Pro pochopení etiky, morálky, spravedlnosti i práva a jejich vztahu je potřeba věnovat se jejich vývoji v historii západního myšlení (41).

1.1 ETIKA

Etika je filozofická vědní disciplína. Je to teorie mravnosti, soustava mravních zásad, nauka o správném jednání vycházející ze zvykových pravidel. Zvyky tvořily od pradávna normy chování platné v rámci určité společnosti. Postupem času nabyly tyto normy vážnosti a vytvořily základ pro státní zřízení. Na základě těchto norem je člověk schopen rozlišit, co je nebo co by mělo být dobré a co špatné. Vznik této filozofické disciplíny a popis tohoto jevu je připisován Sókratovi. Avšak obsah pojmu „etika“ jak ho známe v současné době, vychází z prací Aristotela, který je autorem prvních psaných spisů o etice. Etika je podle něj nauka o lidských ctnostech. Tento řecký filozof rozděloval lidskou činnost na: teoretickou – poznávání, praktickou – jednání, tvůrčí – tvorbu. Z tohoto pohledu je možné etiku označit jako filozofii praktickou, spolu s politikou a ekonomikou (16, 26, 34, 46, 56).

1.1.1 Předmět etiky

Předmětem etiky je zkoumat a hodnotit, zda jedinec koná morální dobro nebo zlo. Vědomé a dobrovolné jednání, které pozitivně ovlivňuje člověka a společnost, je morální dobro. Morální zlo je dobrovolné a vědomé chování i jednání v opačném smyslu. Důvodem k takovému chování může být například nedostatečné vnímání morální zodpovědnosti a spravedlnosti. Ke správnému rozhodnutí jedinec potřebuje znát fakta a osvojit si etické zásady (47, 53).

Přirozený mravní základ člověk získává výchovou v rodině, ve škole a působením společnosti. Právě tento mravní základ je hlavním kritériem etiky. Na rozdíl od ostatních živočichů, kteří jednají především na základě instinktů a reflexů, je jednání člověka vědomé a svobodné. Dodržování pravidel, zákonů a morálních norem společnosti je vrcholem přirozeného mravního jednání člověka (47, 53).

1.1.2 Rozdělení etiky

Etiku můžeme podle struktury rozdělit do několika skupin: *Deskriptivní etika* – analyzuje faktory, které odpovídají za změnu morálních hodnot. Dále se zabývá etikou u konkrétních sociálních struktur. *Normativní etika* – prostřednictvím etických kodexů popisuje morální normy a principy. Zdůrazňuje, co je platné, závazné. Popisuje jak jednat. *Metaetika* – analyzuje historický vývoj etických pojmů a hledá kořeny morálního rozhodování. Nedává konkrétní rady ani návody, jak se správně zachovat. Zjišťuje, které hodnoty přesahují lidský život a stávají se základními hodnotami lidské společnosti. Rozděluje se na čtyři základní směry; etika ctnosti, etika povinnosti, etika užitku, etika odpovědnosti. *Profesní etika* – se zabývá etickou problematikou specifickou pro určitý obor nebo povolání. Její součástí je deskriptivní i normativní etika. Etické problémy ve zdravotnictví a sociální sféře studuje: zdravotnická etika, medicínská etika, etika sociální práce, atd. *Laická etika* – vychází z kořenů přirozeného lidského poznání. Jsou to etické postoje společnosti i jednotlivce k rodině, národu, světu, vesmíru, k sobě samému (16, 27, 34, 53, 56).

1.2 MORÁLKA

Soubor uznávaných mravních norem, které vychází z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie, se nazývá morálka. Je to soubor názorů, pravidel, zvyků, ideálů a soudů, kterým se lidé ve svém jednání řídí. Morálka společnosti i jednotlivce je podmíněna jak kulturně, tak historicky. Kultura formuje poznávání světa a života v něm, ovlivňuje vzorce myšlení i chování člověka v dané společnosti. Je to předávané chápání hodnot a životního stylu. Morálka v každé době podléhá vnitřní (svědomí) i vnější (sociální) kontrole.

Morálka to jsou společensky preferovaná psaná i nepsaná pravidla, která obsahují požadavky na chování člověka. Je to stav mysli jedince či komunity a jejím měřítkem je shoda nebo neshoda s vlastním svědomím. Člověk v souladu s obecným souhlasem pokládá tato pravidla za závazná pro své konkrétní jednání. Morální normy

jsou odvozeny od principu dobra a zla, kladů a záporů. Mohou být v různých obdobích i v různých společnostech chápány různě, trvale se vyvíjejí a mění spolu se společenským vývojem (16, 19, 34, 37, 43, 53, 55).

1.2.1 Morální vědomí a morální praxe

Pokud jde o strukturu morálky, je třeba rozlišovat mezi morálním vědomím a morální praxí. Věřící křesťané předpokládají, že morální vědomí je možné rozvíjet především prostřednictvím náboženské víry. Mravním normám je přisuzován božský původ, zdrojem morálky je Bůh, který je současně kritériem mravnosti. Tento pohled můžeme označit jako křesťanskou morálku. Za základ přirozené morálky je považováno, že člověk jedná mravně ne proto, že mu to někdo přikazuje, ale z úcty před sebou samým, dobro koná pro dobro samé. Způsobem výchovy, různými sociálními faktory je možné morální vědomí kultivovat. Morální praxe je v podstatě chování lidí. U některých lidí morální vědomí „předbíhá“ morální praxi, a tím představuje určitý ideál. U jiných naopak „zaostává“, a tím dochází k rozporům či konfliktům (1, 28).

Ne všichni lidé nebo komunity dosáhnou stejného stupně mravního vývoje. Také motivace pro určité jednání je u různých lidí a společností různá. Nejčastější pohnutky, které jedince motivují k určitému jednání, jsou: láska, soucit, smysl pro povinnost, touha po duševním blahu, ohled na veřejné mínění, spravedlnost, strach, touha po zisku, orientace na konzum nebo smyslové požitky, atd. (1, 28).

1.2.2 Morální kategorie

V etice můžeme najít kategorie, které vyjadřují mravní hodnocení lidského jednání. Mezi nejdůležitější morální kategorie patří dobro a zlo, spravedlnost a nespravedlnost, čestnost a nečestnost.

V obecné rovině chápeme dobro jako výraz pro vše dobré, prospěšné, kvalitní, žádoucí, hodnotné, atd. Je považováno za nejvyšší morální kategorii. Zlo je naopak představitelem nežádoucího, zlého, nedobrého. Z tohoto rozdělení dobra a zla by mělo vyplývat, že jedinec i společnost budou usilovat pouze o dobro a zlo odmítnou. Realita však není zdaleka tak prostá. Je však důležité uvědomit si existenci zla a vytvořit tak prostor pro svůj osobní rozvoj (6, 28).

Dobro i zlo tvoří celek a jejich vztah je dávným problémem; můžeme se s ním setkat v mytologii, náboženství i filozofii. Aristoteles ve svém díle uvádí, že dobré se opravdu děje, jak se dít má, naopak zlé je vše, co má nějaký nedostatek. Z výše uvedeného vyplývá, že o co člověk usiluje, je dobro, protože pomáhá jeho blahu. Zlo je vše, co blahu odporuje. Podle Aristotela je pocit blaha cílem lidského života. Filozof Sextus Empeirikus říká, že nic není ve své přirozenosti dobré, špatné (zlé) nebo indiferentní. Žádné dobro nepůsobí na všechny jedince vždy jako dobro, četná dobra (rozkoš, blaho) v sobě obsahují zlo (rozkoš pijana, smilníka, žrouta) (6, 28).

Spravedlnost je kategorie, která je ve velice úzkém vztahu s termínem právo, a naopak nespravedlnost souvisí s pojmem bezpráví. Svým obsahem jsou kategorie spravedlnost a nespravedlnost mnohem konkrétnější než dobro a zlo. Hodnotí například poměr mezi právy a povinnostmi, mezi zločinem a trestem. Co je čestné a co nikoli, určují v každé lidské společnosti obecně uznané normy. Mohou být v psané formě i v nepsané formě jako jakési „nepsané pravidlo“. Měřítkem morálky je shoda nebo neshoda s vlastním svědomím (34, 36).

1.3 HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNICKÉ ETIKY

Ošetřovatelství jako samostatný vědní obor je velmi mladá disciplína, historicky je spojená s medicínou. Ošetřovatelská etika však zatím jako samostatný vědní obor neexistuje, na rozdíl od etiky lékařské. Protože problémy, které řeší medicína a ošetřovatelství, jsou mnohdy společné, stává se lékařská etika inspirací pro vznikající

etiku ošetrovatelskou. Pokud tedy chceme postihnout vývoj etiky v ošetrovatelské péči, je třeba si nejprve připomenout, jak se vyvíjela etika v medicíně (33).

1.3.1 Zdravotnická etika v období starověku

Už starověk, tedy období, kdy se medicína začala teprve rozvíjet, lze považovat za počátek lékařské etiky. Zpočátku nemocný jedinec sledoval, co zlepšuje jeho stav a vede k uzdravení. Později se začaly tyto poznatky používat obecně na lidi v určité komunitě a došlo i k určité profesionalizaci prostřednictvím kmenových léčitelů, šamanů. V této době však získané poznatky nesloužily všem lidem, ale jen určitému společenství (33, 51).

Za písemný důkaz existence lékařské etiky je považován zákoník babylonského panovníka Chammurapiho (1792-1750 před naším letopočtem). Ten obsahuje 282 statí s návrhy odměn a trestů pro lékaře. Staroindická Ajurvéda, která vznikla ve 2. tisíciletí před naším letopočtem, přikazuje lékařům dodržovat především hygienické předpisy. Encyklopedickému zpracování lékařské etiky se v 6.-5. století před naším letopočtem věnoval Caraka. Ve starověkém Řecku, kolébce filozofie, můžeme nalézt práce Sokrata, Platóna, Aristotela, kteří se věnovali otázkám medicínské etiky. Z těchto kořenů vychází deontologie, která je považována za základ lékařské etiky a její kodexy formulují mravní závazky lékařů a dalších zdravotníků (19, 51, 53).

1.3.1.1 Hippokratova přísaha a tradiční vztah lékaře a nemocného

Nejstarší a také nejznámější deontologický kodex, který vznikl kolem roku 400 před naším letopočtem, je Hippokratova přísaha. Právě v ní můžeme vidět počátek závazné lékařské a obecně zdravotnické etiky. Tento dokument je možné rozdělit do tří částí. První část se zabývá úctou k učitelům a bratrstvím s kolegy. Lékař je zavázán ctít svého učitele za vědomosti, které mu poskytl a jeho povinností je dále předávat nabyté znalosti a zkušenosti těm, kteří se chtějí věnovat lékařskému umění. Prísaha dále ukládá, zasvětit život prospěchu nemocných a klade důraz na to, aby se lékař choval

k pacientovi slušně a s respektem. Druhá část je zaměřena na dodržování lékařského tajemství. Lékař se v ní zavazuje, že pokud se při své praxi setká s něčím, co by mělo zůstat utajeno, bude to považovat za tajemství. V další části je kladen důraz na úctu k lidskému životu. Je v ní zdůrazněn princip svědomí a povinnost vždy dbát o zdraví a blaho nemocného, neškodit, ale pouze pomáhat (26, 36, 51).

Hippokratova přísaha (příloha 1) je norma etická, nemá ani nikdy neměla charakter právní normy. Obsah některých pasáží je v současné době již překonán, přesto obecný důraz na profesní mravnost je stále platný. Tato přísaha je mezi odborníky i laiky dosud obecně přijímána (36).

Z pravidel daných Hippokratovou přísahou se vyvinul tradiční vztah mezi lékařem a pacientem. V tomto vztahu měl lékař zcela výjimečné postavení. Byl nositelem odborné i všeobecné vzdělanosti a svým nemocným pomáhal nejen s nemocí, ale i s různými životními problémy. Vznikl tak mimořádně asymetrický vztah, kde lékař představoval vůči nemocnému garanci hodnot, kterými prakticky neomezeně vládl. Komunikace lékaře s nemocným byla dána pravidly klasického paternalistického vztahu. To znamená, že pacient se lékaři svěřil a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v jeho prospěch. Právní i praktická odpovědnost byla tímto vztahem přesunuta na lékaře. Dlouhou dobu tento vztah v podstatě vyhovoval oběma stranám a dá se říct, že i přes nemalé změny částečně nebo zcela přežívá i dnes (19, 43).

1.3.2 Zdravotnická etika ve středověku

Veškerá mravní posuzování, rozhodování i cítění mají svůj základ v určité tradici. V Evropě se během středověku veškerá kultura, vzdělanost a morální zásady vyvíjely pod silným tlakem křesťanství. Mravnost Evropy stojí na pilířích židovsko-křesťanské tradice a principy lékařské etiky navazují na obecné judaisticko-křesťanské myšlenky. Zatímco zásady vycházející z Hippokratovy přísahy jsou určeny pouze pro lékaře, židovská lékařská etika je zasazena do obecného mravního zákona přesahujícího

lékařský kontext. Je srozumitelná i těm, kteří nemají lékařské vzdělání. Křesťanství, které vzešlo z judaizmu, přineslo do medicíny nový etický prvek; tím je vztah k trpícímu člověku založený na principu milosrdné lásky. Podstatou tohoto etického přístupu je, že vidí v každém nemocném a trpícím člověku přítomnost Ježíše a miluje každého tak, jak ho miluje Bůh. Křesťanství chápe život jako dar od boha a žádný člověk nemá právo na něj sahat. Klade důraz na důstojnost, nenarušitelnost a hodnotu každého života bez ohledu na jeho kvalitu. Křesťané vyjadřují svou morálku v Desateru božích přikázání; je to chápáno jako zákon, který mají dodržovat (26, 43, 51).

V rozháraných poměrech 6. – 10. století začalo vznikat mnoho řeholí, které pomáhaly poutníkům a nemocným. V té době začaly vznikat první církevní útulky a nemocnice. Řeholníci se podíleli na rozvoji medicíny také tím, že přepisovali díla antických autorů a překládali práce arabských vědců, kde byla medicína právě na vrcholu. V 10. století vzniká v Salernu první lékařská škola a v 11. století jsou v Palermu a Bologni založeny univerzity. Nebylo však v moci prvních absolventů těchto škol postavit se proti zastaralým naukám nebo změnit dosavadní lékařskou filozofii. V této době nabývá na významu klášterní léčení, které funguje už od 7. století. Ve 13. století upozornil filozof Tomáš Akvinský na nehraditelný vliv etiky ve společnosti. Akvinský ve svém učení hovoří o přirozeném mravním zákonu založeném na rozumnosti člověka. Ve svém díle také zmiňuje čtyři antické ctnosti, nad kterými stojí tři ctnosti křesťanské. Za nejvyšší ctnost však považuje lásku k Bohu, staví křesťanskou etiku nad rozumovou (53).

1.3.3 Zdravotnická etika v novověku

Až ve 14. století s nástupem nové kulturní epochy – renesance, se začal klást důraz na lidské poznání bez odvolávání se na autoritu boha. V tomto období na sklonku středověku jsou patrné snahy mnoha učenců vymanit se z vlivu církve a křesťanství ve prospěch nezávislého vědeckého bádání. Myslitelé se už nechtěli opírat pouze o víru v boha, protože ta byla postavena na naprosté až iracionální poslušnosti. Začali zkoumat morálku a vytvářet rozumová zdůvodnění bez vlivu náboženských dogmat. V období

renesance vznikají nové vědní obory, názorové proudy a kulturní směry. Do centra pozornosti je postaven člověk jako jedinec. Typické pro toto období je, že se lidé více snaží ovlivňovat svoje životy, přistupovat ke svému bytí aktivněji a také roste snaha o zvýšení celkové vzdělanosti (27, 34, 51).

Anglický politik Thomas More v 15. století obnovil v renesančním duchu myšlenky Akvinského. Na jeho učení v 16. století navázal anglický utopista Francis Bacon, zakladatel vědeckého bádání v etice. Pro lékařskou etiku byl významným směrem altruismus reprezentovaný Davidem Humem. Ten ve svých etických úvahách zdůrazňoval nadřazenost citu nad rozumem. City jsou podle Huma hlavním motivem morálního jednání; mírou mravnosti se stává respektování pocitů a názorů druhého člověka. V 18. století Immanuel Kant přichází se svým „kategorickým imperativem“ a říká, že rozhodnutí přinášet dobro jinému člověku vychází z rozumu a ne od boha. Koncem 18. a počátkem 19. století dochází k prudkému rozvoji vědy a techniky, což přispělo ke vzniku nových filozofických a psychologických směrů. Studium medicíny dostává zásluhou rozvoje filozofických věd stále více etický charakter (33, 34, 36).

1.3.3.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale (1820-1910) je považována za zakladatelku novodobého ošetrovatelství. Snažila se o to, aby se z ošetrovatelství stalo samostatné, na medicíně nezávislé povolání. Právě ona jako první zformulovala etické zásady přístupu k nemocnému určené pro ošetrovatelky. Během svých cest po Evropě často navštěvovala nemocnice a pořizovala si zápisky o jejich organizaci a řízení, hygieně, stavebním uspořádání, práci lékařů. V roce 1860 vydala knihu *Notes on Nursing*, ve které zdůrazňuje, že dobrá péče má „před důležitý a rozhodující“ vliv na průběh nemoci. Dále ve svém díle zmiňuje, že to co působí dobře na mysl, musí působit dobře i na tělo, protože obojí je v nerozlučném spolupůsobení (36).

1.3.4 Současnost a zdravotnická etika

System přípravy budoucích lékařů procházel v průběhu staletí kontinuálními změnami, které ovlivňovala měnící se úroveň vědeckého poznání i politická atmosféra dané doby. V různých dobách byly preferovány určité disciplíny nebo vědecké směry. Ve středověku a novověku byla výrazně podceněna výuka praktických dovedností, avšak teoretické předměty, včetně etiky, byly prezentovány v dostatečném rozsahu. Dá se předpokládat, že lékaři v těchto obdobích dokázali řešit i náročná etická dilemata (19, 26).

Postupně ale dochází k favorizaci přírodních věd na úkor věd humanitních. Od poloviny 19. století je výuka filozofie minimalizována, studenti jsou přijímáni na jednotlivé fakulty podle svého zájmu a specializují se ve zvoleném oboru. Ve 20. století, zejména po druhé světové válce, dominuje přírodovědecká a technická orientace studia. Nedostatek humanitního vzdělání se projevil krizí moderní medicíny. Za její počátek můžeme považovat už přelom devatenáctého a dvacátého století, ale kulminovala až po roce 1945. V oblasti lékařství nastává situace popsaná jako tzv. dehumanizovaná (odosobněná) medicína. Přestože úspěchy technicky vyspělé medicíny jsou nesporné, ztráta lidské dimenze pomoci nemocnému je velikým negativem. Po druhé světové válce se začíná hovořit o potřebě zavést zpět na lékařské fakulty výuku filozofie a etiky. V tomto období se lékařská etika etablovala jako samostatná lékařská disciplína (19, 20).

1.3.4.1 Ošetřovatelská etika v období první republiky

Humanitnímu vzdělání byla v období první republiky věnována značná pozornost na všech školách, školy pro budoucí sestry-ošetřovatelky nevyjímaje. Učebnice zdravotnictví a mravouky, jejímž autorem byl Alexandr Batěk, vyšla už v roce 1920. Knihu s názvem Etika v ošetřovatelství napsala Estrid Rodheová a do češtiny ji v roce 1940 přeložila Ruth E. Tobolářová, která je považována za čelní představitelku ošetřovatelství té doby. Další knihu, která se zabývá etikou

v ošetrovatelské péči, napsal v roce 1946 Prof. MUDr. F. Slabihoudek. Ve své knize hovoří k ošetrovatelkám nikoli k řádovým sestřím, zamýšlí se nad tématy jako volba povolání, smysl života, povolání sestry. Dále se ve svém díle věnuje systému vzdělávání ošetrovatelek, otázkám povinností sestry, službě nemocnému nebo postoji odborové organizace k sestřím (26, 27).

1.3.4.2 Zdravotnická etika v období po druhé světové válce

Přestože vývoj lékařské etiky neprobíhal ve všech zemích stejnou rychlostí, je zřejmé, že po druhé světové válce se ukazuje naléhavá potřeba dostat lékařskou etiku do centra pozornosti. Důvody, pro které k tomu došlo, můžeme rozdělit na politické, medicínské a lidské.

Po ukončení druhé světové války v průběhu Norimberského procesu se objevila významná svědeckví, která vypovídala o zneužívání lékařské praxe pod vlivem fašistické ideologie. Za války byli zneužíváni jak vězni, tak civilní občané, ale také lékaři a zdravotní sestry. Ti byli pod značným tlakem nuceni nerespektovat základní mravní a etické principy své profese. Zdravotnická veřejnost byla otřesena tím, co je možné páchat v rámci ideologie a v „zájmu“ rasy. V souvislosti s Norimberským procesem se objevil požadavek věnovat se ve zvýšené míře lékařské etice. Začaly se vypracovávat první etické kodexy týkající se vězňů a lidí, kteří jsou aktuálně nebo potenciálně vystaveni psychickému či fyzickému týrání (19, 20, 27, 33).

V důsledku náhlého vědecko-technického rozmachu, z obrovského rozvoje diagnostických i terapeutických metod odborníci uvěřili, že pomocí nových postupů a techniky zvítězí nad nemocemi. Rozmach věd měl však na medicínu negativní vliv v tom smyslu, že se na člověka začalo nahlížet pouze jako na soubor vitálních a somatických funkcí. Tím vznikají v lékařství nové problémy, které jsou souhrnně označovány jako dehumanizace medicíny. Ve vyspělých zemích, kde bylo rychle dosaženo technického pokroku, reagovali lékaři na negativní zkušenosti s přetechnizovanou medicínou poměrně brzy a začali věnovat pozornost také etickým

problémům zdravotní péče. Od šedesátých let 20. století je věnována pozornost i těm problémům, které přesahují diagnostický a terapeutický zájem. O problémech moderní medicíny se otevřeně hovoří a začíná se vůči jedinci se uplatňovat holistický přístup. V této době je už v některých zemích lékařská etika uznána jako samostatný obor a prakticky ve všech zemích se začíná vyučovat. Je formulován první etický kodex práv pacientů a vznikají také tzv. etické komise. U nás probíhal vývoj medicíny a zdravotnického systému podobně, ale kontinuita s vývojem světové lékařské etiky byla přerušena nebo minimálně zpomalena až do roku 1989 (19, 26, 34, 53).

Nově pojatá role nemocného je dalším důvodem pro zvýšený zájem o zdravotnickou etiku. V období po druhé světové válce se zvýšila úroveň vzdělanosti obyvatelstva, a tím se ve vzdělanostní rovině významně zmenšil rozdíl mezi lékařem a pacientem. Byla nutná změna z tradičního paternalistického přístupu lékaře k nemocnému v přístup partnerský. Nemocný a jeho rodina se stávají pro lékaře partnery a komunikují spolu prostřednictvím dialogu. Lékařská etika se v osmdesátých letech 20. století stává ve světě součástí medicínského vzdělání a uplatňuje se také v lékařské praxi (19, 26, 27).

1.4 ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI

1.4.1 Terminologie související se zdravotnickou etikou

Etika v ošetrovatelské péči patří do stavovské neboli profesní etiky. Terminologie pro etické problémy v medicíně a ošetrovatelské péči je velice pestrá a význam některých výrazů je podobný. Nejsou to však synonyma a není možné je zaměňovat. Složitý je především obsah a vzájemný vztah následujících výrazů: bioetika, lékařská etika, medicínská etika, zdravotní etika, zdravotnická etika, „nursing ethics“, a deontologie (19, 33).

Termín bioetika se je používán pro označení etické problematiky veškerého života. Je to věda o veškerém životě. Patří sem nejen lidé, ale i ostatní živočichové a rostliny. Je to samostatná filozofická disciplína, která svým důrazem na etickou reflexi

částečně přetvořila medicínskou etiku. Bioetika hledá etické normy pro výzkum a nové vědecké objevy. Do tohoto termínu můžeme zahrnout také ekologickou etiku. Pojem bioetika je nadřazen pojmu lékařská etika a je nesprávné tyto termíny zaměňovat (8, 9, 19).

Pojem lékařská etika souhrnně označuje etické problémy v lékařství. Lékařská etika se zabývá nejen etickými hodnotami a mravními normami, ale také jejich realizací v lékařské praxi. Její nedílnou součástí jsou požadavky určující chování, vztahy a ideály v povolání lékaře. Cílem lékařské etiky je, aby odbornost a lidskost v lékařské praxi byly rovnocenné. Termíny lékařská a medicínská etika jsou obsahově shodné a mohou se vzájemně zastupovat (18, 27).

Ve stejném významu jako lékařská etika bývá někdy také používán výraz zdravotní etika; toto použití je však věcně nesprávné. Pojem zdravotní etika se týká obecně zdraví a jeho problémů.

Naproti tomu zdravotnická etika obsahuje všechny problémy související s péčí poskytovanou v rámci zdravotnického systému, včetně uspořádání a řízení tohoto systému. Zkoumá etickou problematiku, která se týká zdravotnictví (18, 27).

Anglický termín „nursing ethics“ se někdy překládá jako sesterská etika. Použití tohoto doslovného překladu není však věcně správné. Protože anglické slovo nurse neznamená pouze zdravotní sestra, ale také ošetřovatelka, pečovatelka, atd. Výraz „nursing ethics“ zahrnuje problémy ošetřovatelské péče prováděné všemi pracovníky, kteří se na péči o pacienta podílejí. Pro tento termín je vhodné používat český překlad etika v ošetřovatelství nebo etika v ošetřovatelské péči, který je nadřazen termínu sesterská etika (19, 33).

Deontologie z pohledu filozofie znamená učení o povinnostech v obecné rovině. Deontologie v medicíně i v ošetřovatelské péči se zabývá povinnostmi a pravidly chování zdravotnických pracovníků k nemocným, kolegům, veřejnosti. Souhrn etických norem, předpisů a zásad chování při výkonu povolání se nazývá deontologický kodex. Za první deontologický kodex je považována tzv. Hippokratova přísaha (19, 53).

1.4.2 Předmět, úkoly a cíle ošetrovatelské etiky

Předmětem ošetrovatelské etiky jsou problémy a etická dilemata, která přináší ošetrovatelské praxe. Schematicky je můžeme rozdělit podle toho, zda se vztahují přímo k nemocnému, k jeho příbuzným a blízkým, k lékařům či kolegyním (12).

Vztah sestry k nemocnému se projevuje ve verbální i neverbální komunikaci při všech činnostech, které sestra při své péči o nemocného člověka vykonává. Je nutné, aby se sestra zabývala jedincem po všech jeho bio-psycho-sociálních i spirituálních stránkách. Poměrně častým etickým prohřeškem je nezáměr o pacienta, jehož příčinou bývá nedostatek času. Citové oploštění nebo syndrom vyhoření (burn-out syndrom) je dalším důvodem nezáměru sestry o nemocného. Také sestry, které jsou příliš zaujaty odbornými stránkami své práce, ztrácejí často o nemocného zájem. V neposlední řadě je závažným etickým problémem diferencovaný přístup k nemocným (12, 16, 36).

Při své práci by sestra měla uplatňovat empatický přístup nejen k nemocnému, ale také k jeho blízkým a příbuzným, měla by mít pro ně pochopení a snažit se jim pomoci. Necitlivé jednání s příbuznými a blízkými nemocného člověka nebo nerespektování přání pacienta ve vztahu k příbuzným to jsou problémy, které patří mezi etické problémy v ošetrovatelské péči (12, 16, 36).

Vztahy jedné sestry k druhé, vztahy mezi sestrami, lékaři a dalšími spolupracovníky jsou další oblastí, kterou se ošetrovatelská etika zabývá. Tyto interpersonální vztahy jsou důležité, protože vytváří atmosféru na oddělení, mají vliv na spokojenost v práci, na výkonnost a také motivaci (12, 36).

Pohled na nemocného a péči o něj je ovlivněn filozofickým pojetím dobra a zla. Etika v ošetrovatelství má své úkoly, které vyplývají z tohoto filozofického základu. Jejím úkolem je:

- Zkoumat postoje i vztahy mezi sestrou a nemocným a vytýčit jejich žádoucí směr.

- Stanovit mravní normy profesionální ošetrovatelské péče, formulovat sestřám jejich povinnosti a odpovědnost.
- Eticky komplikované situace, které nemají jednoznačné řešení z pohledu dobra a zla, analyzovat a ukázat možné přístupy k nim. Stanovit hodnoty a cíle, kterých chceme dosáhnout.
- Zabývat se úrovní a kvalitou interpersonálních vztahů na pracovišti.

Ošetrovatelská etika jako každá věda má svůj předmět zkoumání, své úkoly a také cíle, kterých chce dosáhnout. Cílem etiky v ošetrovatelské péči je především:

- Humanizace vztahů mezi nemocným a sestrou, mezi zdravotníky a rodinou nemocného, ale také kultivace vztahů mezi pracovníky ve zdravotnictví navzájem.
- Zlepšovat a usměrňovat chování při vykonávání ošetrovatelských výkonů s cílem porozumět nemocnému člověku, pochopit jeho tíživou situaci a snažit se mu pomoci.
- Usilovat o uspokojení bio – psycho - sociálních, spirituálních a terapeutických potřeb nemocných (12, 36).

1.4.3 Role sestry

To, že ošetrovatelská etika zatím jako samostatný vědní obor neexistuje, do značné míry souvisí s tím, že v minulosti byla sestra vnímána především jako asistentka lékaře. V podstatě se od ní očekávalo pouze pasivní plnění lékařských ordinací. Také na společenském i odborném žebříčku byla, a možná stále je, sestra i její práce vnímána hluboko „pod úroveň lékaře“. Ošetrovatelská etika vychází z etiky lékařské, má stejné zdroje, kulturní tradici a do poloviny 20.století se řídila jejími principy. V současnosti s tím, jak se mění role sestry v léčebném procesu, nabývá ošetrovatelská etika na významu (16, 26, 36).

Etika v ošetrovatelské péči se liší od lékařské etiky tím, že je zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče. Vztah mezi medicínskou a ošetrovatelskou etikou

by měl být interaktivní, ale je třeba si uvědomit, že lékař a sestra mají v činnostech, které vykonávají odlišné role i postavení. Oba typy činností slouží různým cílům a jsou vykonávány za různých podmínek. Z toho je zřejmé, že etické problémy sester se projevují jinak než problémy lékařů. Ošetřovatelství má svá specifika a z nich vyplývají specifické nároky na etické chování sester, ošetřovatelek i ostatních nelékařských profesí (dále jen sestry). Stejně jako lékařská věda má i ošetřovatelství všechny prvky vědy. Rozdíl je však v tom, že má svou vlastní filozofii (koncepti, metaparadigma), svůj výzkum, svůj systém vzdělávání a také specifické kompetence (16, 28, 30, 36).

Péče o nemocné nebo postižené, péče o lidi staré a nemohoucí je hlavní náplní práce sestry – ošetřovatelské péče. Zvolit si povolání sestry znamená rozhodnout se pro službu jinému člověku. Tato služba druhým je zaměřena především na poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví, na rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného, na zajištění klidného umírání a smrti. Z těchto cílů vychází novodobá role sester. Sestra při své práci vyhledává, předchází, zmírňuje nebo odstraňuje problémy v oblasti potřeb člověka. Prostřednictvím ošetřovatelské péče vstupuje do pestrých mezilidských vztahů, které mají zřejmý etický aspekt, neboť se týkají základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti a podobně (27, 35, 36).

V současném pojetí ošetřovatelské péče zastává sestra nejen roli ošetřovatelky, ale také komunikátorky, edukátorky ve smyslu zdravotně výchovného působení, je pacientovi poradkyní i advokátkou, nositelkou změn, manažerkou a výzkumným pracovníkem. Tento složitý systém rolí a podrolí zahrnuje činnosti funkčně značně odlišné. Přesto se předpokládá, že je sestra bude schopna použít správně a ve správný okamžik. Literatura uvádí, že z psychologického hlediska je rolová adaptace sester zvláště obtížná a nelze ji uskutečnit jednorázově. Vyžaduje to mnoho duševních sil, silnou motivaci, trénink a trvalé vzdělávání. Konfliktnost sesterských rolí je ještě umocněna tím, že pro většinu činností jsou stanoveny normy a standardy, ale sestry je musí vykonávat v nestandardních situacích. Předcházet vzniku vnitřního rolového

konfliktu a dokázat se přizpůsobit širokému rolovému očekávání, mít dostatečné znalosti a dovednosti je úkolem i cílem kvalitního vzdělávání (3, 27, 42).

Ale ani sebelepší vzdělání není zárukou osobnostních vlastností, které jsou u sester považovány za samozřejmé. Morální vlastnosti sestry, především její schopnost empatie, schopnost citlivě komunikovat s lidmi a také schopnost účasti na strádání nemocného, se utváří už od dětství v rodině, ve škole, ve vztazích s vrstevníky i dospělými. Schopnost komunikace a empatie jsou z etického hlediska základními vlastnostmi sester (16).

1.4.4 Etické principy v ošetrovatelské péči

1.4.4.1 Základní etické principy

Již od svého počátku je profesionální ošetrovatelská péče spojena s humanizačními požadavky. Ty vyplývají z toho, že člověk nemocný nebo ohrožený nemocí je nesoběstačný, bezmocný nebo závislý a potřebuje pomoc. Také na profesi sestry jsou již od počátku kladeny morální nároky. To znamená, že kromě odborných znalostí a dovedností je třeba, aby sestra uměla eticky jednat, uvažovat i hodnotit situace, aby dokázala jednat s lidmi, uměla spolupracovat, aby věděla jak učit a řídit spolupracovníky. Je potřeba si uvědomit, že všechny ošetrovatelské činnosti mají vždy morální dopad, neboť se dotýkají dobra a prospěchu nebo škody a neúspěchu (ublížení) konkrétnímu jedinci (12, 30).

Literatura obvykle uvádí čtyři základní principy současné lékařské, zdravotnické i ošetrovatelské etiky. Tyto principy jsou návodem k řešení etických dilemat ve zdravotnické (lékařské i sesterské) praxi, protože představují určitý návod, jak řešit praktické problémy v duchu deontologických kodexů (34).

Princip benefice (dobročinnosti) obsahuje základní pravidla jednání lékařů a sester: ochranu života, obnovení zdraví, zlepšení kvality života, úlevu od strádání a bolesti. Tento princip vyjadřuje požadavek, aby jednání zdravotníka bylo vedeno vždy

v zájmu života a zdraví, tedy pro dobro nemocného. Vše, co zdravotník dělá, musí být vedeno snahou prospět nemocnému, rizika léčení nesmí být větší než jeho přínos. Základ tohoto principu nacházíme v hipokratovské zásadě „Salus aegroti suprema lex.“ („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem.“) (27, 34).

Princip nonmaleficence (druhému neškodit) vychází z hipokratovské zásady „Nil nocere!“ („Především neškodit!“). Vyjadřuje požadavek omezit a předcházet možným rizikům při vykonávání odborných zásahů, zakazuje ublížit, poškodit nebo usmrтит jiné (27, 33, 34).

Princip autonomie nemocného znamená respektovat nezávislost, svébytnost, sebeurčení, svobodu vůle a možnost individuální volby pacienta. Respektovat autonomii člověka – pacienta předpokládá zájem zdravotníků o jeho existenci, snahu srozumitelně mu vysvětlit problematiku zdravotního stavu a získat jeho informovaný souhlas. Nemocný nemá být jen příjemcem informací, ale jeho názor má být zohledněn v rozhodování o každém diagnostickém i léčebném zákroku. Autonomie pacienta jako jeden ze základních principů zdravotnické etiky jednoznačně omezuje dominantní paternalistický přístup lékařů a zdravotníků k pacientovi. Tento princip předpokládá partnerský vztah a spolupráci mezi zdravotníky a pacientem (21, 27, 34, 53).

Princip justice (spravedlnosti) přikazuje poskytovat zdravotnickou péči každému, kdo ji potřebuje bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, náboženské vyznání, politickou příslušnost nebo sociální postavení. Poskytování zdravotnické péče každému člověku bez rozdílu je však omezeno nejen ekonomickými, ale také lidskými a geografickými možnostmi, které snižují reálnou dostupnost této péče. Tím vzniká rozpor mezi ideálním a dostupným zdravotnictvím (27, 34).

Podle názoru autorů jsou etické principy prvního řádu nezávislé na etických teoriích a mají obecnou platnost. I když tyto čtyři principy zůstávají základními pilíři současné lékařské a ošetrovatelské etiky, objevují se jejich doplňky a alternativy, které jsou nazývány etickými principy druhého řádu. Mezi ně patří: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost (27, 34).

1.4.4.2 Etické principy sestry-ošetřovatelky

Pečování o nemocného člověka je hlavní profesní a etickou povinností sestry. Ale z role sestry - vykonavatelky profesionální ošetřovatelské péče vyplývají ještě další profesní a etické povinnosti: obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce. Tyto etické zásady mají v ošetřovatelské péči dlouhou tradici a tvoří základ všech ošetřovatelských činností (35, 36).

V právním smyslu obhajoba znamená ochranu základních lidských práv ve jménu těch, kteří se nemohou nebo nedokážou bránit sami. Obhajoba má dva obecné etické principy: poctivost a respekt k lidské důstojnosti. K popisu vztahu mezi sestrou a nemocným člověkem se používá také termín obhajoba. Aktivní podpora nebo také způsob jakým sestra společně s pacientem hodnotí zkušenost s nemocí, utrpením a umíráním, to vše můžeme zahrnout do obhajoby. *Model ochrany práv* pohlíží na sestru jako na arbitra lidských i morálních práv pacienta. Sestra je zde chápána jako ochránce práv nemocného člověka v systému zdravotní péče. Znamená to, že sestra informuje pacienta o jeho právech a snaží se předcházet jejich porušování. Dále má za úkol ujistit se, že nemocný svým právům rozumí a v případě nutnosti upozornit na jejich porušování. *Model rozhodování založený na hodnotách* sestru vnímá jako člověka, který umožní nemocnému rozhodovat se v souladu s jeho hodnotami a životním stylem. *Model respektu k lidem* říká, že sestra jako obhájce musí respektovat a chránit pacientovi hodnoty, důstojnost a rozhodnutí (34, 36, 53, 54).

Nadčasovým a stále velmi aktuálním etickým principem v práci sestry je odpovědnost. Už Hippokratova přísaha a také mnohé další etické kodexy se zaměřují na odpovědnost jako na hlavní způsob pojetí morálky. Etické normy a předpisy, které jsou ve zdravotnictví definovány na základě společenských představ, humánním postavením medicíny a ošetřovatelství, taktním a čestným chování zdravotníků vůči lidem, jsou vodítkem pro vyvozování etické odpovědnosti. Profesní ideál je představován dobrými vlastnostmi a způsoby jednání, můžeme říci ctnostmi, o které mají sestry usilovat při výkonu svého povolání (32, 34, 36, 53, 54).

Povinnost bývá často uváděna společně s odpovědností. Etické povinnosti sestry jsou totožné s principem odpovědnosti; tam kde má sestra odpovědnost, má také povinnost. K základním povinnostem v ošetrovatelské péči patří: předcházet onemocnění a podporovat zdraví, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. V rámci vykonávání svých pracovních povinností se sestra může dostat do eticky složitých situací. Je potřeba, aby při řešení takových situací postupovala v souladu s etickou autonomií pacienta. To znamená, aby respektovala rozhodnutí jednotlivce (32, 35, 36, 54).

1.4.4.3 Etický kodex sester

Pro práci v ošetrovatelské péči má velký význam dodržování žádoucích forem chování a sestra, která tuto profesi vykonává, má být odborníkem plně odpovědným za svá rozhodnutí a jednání. Etický kodex sester je vodítko, podle kterého by měla sestra postupovat při řešení složitých etických situací. Základní filozofické hodnoty, nařízení a předpoklady, které tento kodex obsahuje, je možné přizpůsobit a aplikovat na situace vznikající při poskytování ošetrovatelské péče (26, 27, 36, 49).

Sestry v České republice se ideově ztotožňují s etickým kodexem vypracovaným Mezinárodní radou sester (ICN) (příloha 2). Tato organizace byla založena v roce 1899 a v současné době sídlí v Ženevě. Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat ICN v roce 1953 a od té doby prošel několikrát revizí a schvalováním. Zatím poslední revize byla provedena v roce 2000. Z tohoto mezinárodního dokumentu vychází kodexy národních organizací. V České republice, kde byl přijat Etickou komisí a Prezidiem České asociace sester, je platný od 29.3.2003 (26, 27, 36).

1.5 PRÁVO A ETIKA

Základem práva je etika, která reguluje širší oblast společenských vztahů než právo. Etika zahrnuje i takové oblasti lidské společnosti, kam právo nezasahuje. Dá se říci, že právo představuje jen minimum etiky. Zákon potlačuje nežádoucí jednání a jeho

cílem je prosadit své požadavky. Po právní stránce jde o klasifikaci jednání v termínech právního řádu a rozhodnutí zda konkrétní čin byl nebo nebyl v souladu se zákonem. Státní moc garantuje vynutitelnost těchto rozhodnutí prostřednictvím sankcí a trestů. Po etické stránce jde spíš o pochopení problému, o hledání dobra, popřípadě menšího zla. Etika se snaží dosáhnout ideálního stavu, je osobnější a velkou úlohu v ní hraje svědomí člověka. Dodržování etických norem není vynutitelné státní mocí (26, 36, 43, 53).

V praxi je ideální takový stav, kdy se právní norma shoduje s normou etickou. Pokud se etické a legislativní normy shodují, mluvíme o tzv. legalitě. Bylo by však chybou domnívat se, že zákony představují prosté sjednocení a upravení (kodifikaci) etiky a jednoduchý prostředek, jakým je možné rozhodovat o společenských hodnotách. Jinak řečeno, pouhé dodržování zákonů neřeší etické problémy (26, 36, 43, 53).

1.5.1 Etika a právo v ošetrovatelské péči

Na medicínskou a ošetrovatelskou problematiku musíme pohlížet jak v morálním, tak v legálním kontextu. Kvalitní zdravotní péči může zajistit jen takový zdravotnický pracovník, který při výkonu svého povolání dodržuje zákon a současně dbá základních principů zdravotnické etiky. Je evidentní, že lékař i sestra se musí při výkonu své profesní činnosti řídit platnými právními předpisy. Navíc jsou na tato povolání kladeny vysoké etické požadavky, které jsou dány odpovědností za tělesné i duševní zdraví člověka. Podíváme-li se na vztah etiky a práva v oblasti zdravotnictví, je vidět od historie po současnost požadavek na soulad právních pravidel s mravními principy. Pokud bude zákon v souladu s etickými pravidly, bude vnímán jako spravedlivý a bude mít vliv na směřování k žádoucímu chování zdravotnických pracovníků (17, 22, 25, 34).

1.5.2 Prameny zdravotnického práva

1.5.2.1 První úroveň – mezinárodní úmluvy

Prameny zdravotnického práva můžeme rozdělit do čtyřech úrovní. První úroveň tvoří mezinárodní úmluvy, které byly ratifikovány Českou republikou. Jedná se o pakty, které se dotýkají lidských práv. Celosvětový standard týkající se ochrany lidských práv v souvislosti s poskytováním zdravotní péče není jednoznačně kodifikován, ale je rozptýlen v celé řadě úmluv o lidských právech. Za výchozí dokument můžeme považovat Všeobecnou deklaraci lidských práv, která byla Organizací spojených národů (OSN) schválena 10. prosince 1948. Tento dokument však není v České republice právně závazný. Významné, u nás právně závazné jsou Pakty o lidských právech, schválené Valným shromážděním OSN 16. prosince 1966, v ČR publikované pod č. 120/1976 Sb. Dále je potřeba zmínit Úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1951 a Evropskou sociální chartu z roku 1961. Tyto evropské úmluvy, které můžeme považovat za podrobnější a propracovanější, byly přijaty Radou Evropy. Za jeden z nejvýznamnějších smluvních textů evropského práva v oblasti zdravotnictví je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (v ČR publikována pod č. 96/2001 Sb., dále jen Úmluva o biomedicíně). Ta má v současnosti zásadní dopad na uplatňování lidských práv v péči o nemocného člověka. Hlavním cílem tohoto dokumentu je stanovit určité minimální standardy v uvedené problematice. Na základě čl. 10 Ústavy ČR má tato úmluva aplikační přednost před běžnými zákony (23, 25, 29, 38, 57).

1.5.2.2 Druhá úroveň - Ústava ČR a Listina základních práv a svobod

Některá stanovení Ústavy České republiky a Listiny základních práv a svobod tvoří druhou úroveň zdrojů zdravotnického práva. Ústava České republiky přiznává občanovi práva, která se sám zavazuje chránit a respektovat. Část věnovanou zdravotnické problematice nalezneme také v Listině základních práv a svobod. Jedná se především o ustanovení týkající se práva na život, právo na ochranu zdraví a na

zdravotní péči, právo na soukromí, právo na zachování lidské důstojnosti nebo také právo na před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním či jiným zneužíváním osobních údajů (13, 25, 29, 39, 57).

1.5.2.3 Třetí úroveň – zákony

Prameny zdravotnického práva v této rovině tvoří zákonná úprava, a to především normy jednotlivých odvětví veřejného práva. Ale opomenout nemůžeme ani Občanský zákoník nebo Zákoník práce.

Nejvýznamnější právně závaznou normou v oblasti zdravotnictví je Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který zakotvuje hlavní zásady zdravotní a léčebné péče, základy vztahu pacienta a lékaře a v neposlední řadě vymezuje zdravotnickou soustavu. Dále je třeba zmínit Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění; nebo Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví; Zákon o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění č. 592/1992 Sb.; Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů; zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních; zákon č. 37/1989 Sb., o léčivech; zákon o umělém přerušení těhotenství č. 66/1986 Sb. nebo zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů. V neposlední řadě musíme zmínit Trestní zákon č. 140/1961 Sb. V seznamu je uveden pouze zlomek nejdůležitějších předpisů, protože právní úprava týkající se oblasti zdravotnictví je značně rozsáhlá a roztříštěná (7, 10, 25, 29, 40, 57).

1.5.2.4 Čtvrtá úroveň – etická pravidla

Předcházející tři úrovně jsou obecně závazné právní předpisy týkající se zdravotnictví. Ale existuje ještě celá řada tzv. etických pravidel, která zdravotnictví ovlivňují. Tato pravidla sice nejsou právně závazná, ale právní závaznost získat mohou prostřednictvím zákonného ustanovení, nebo mohou být využity jako interpretační vodítko pro zákonně závazné předpisy, případně sloužit jako inspirace při vzniku právně závazných textů (25, 26).

Etické kodexy patří mezi nejdůležitější texty, které zachycují etická pravidla. Tato pravidla zavazují lékaře, sestry nebo jiné pracovníky ve zdravotnictví k určitému chování, případně zachycují určitá oprávnění, například pacientů. V Československu byla v roce 1991 obnovena činnost lékařské, lékárnické a stomatologické komory. *Etický kodex České lékařské komory* vznikl poměrně brzy po jejím vzniku. V současné době platí novela z roku 1995. Podmínkou pro přijetí tehdejší Československé společnosti sester do největší mezinárodní organizace sester a ošetřovatelek International Council of Nurses (ICN) bylo schválení a přijetí *Etického kodexu sester*. *Etický kodex Práv pacientů* vyhlásila a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR 25.2.1992. Inspirací pro tento dokument byla vzorová práva pacientů zveřejněná v USA v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod (24, 25, 26).

World medical Association je významná mezinárodní organizace, která připravila některé důležité mezinárodní dokumenty. Jako příklad její činnosti můžeme uvést *Ženevskou deklaraci* přijatou v roce 1948, která představuje lékařský slib stát vždy na straně humanitních cílů medicíny; ten je považován za moderní podobu klasické Hippokratovi přísahy nebo *Lisabonskou deklaraci* z roku 1981 o právech pacientů. Významná je bezesporu také *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, kterou schválila v roce 1994 Regionální úřadovna Světové zdravotnické organizace pro Evropu (25, 26).

Důležité je také zmínit dokumenty, které se věnují otázkám medicínského i biomedicínského experimentování a výzkumu na člověku. Jedná se o *Norimberský kodex* z roku 1947, který byl přijat na základě nálezů Norimberského soudu, a *Helsinskou deklaraci* přijatou v roce 1964 (25, 26, 43, 44).

1.5.3 Lidská práva a práva nemocných

V demokratických společnostech jsou lidská práva a svobody vysoce ceněny. Lidská práva vyjadřují nejzákladnější všemi uznávané hodnoty lidství. Základními znaky lidských práv je, že jsou univerzální, nezcizitelná, nedělitelná, vzájemně závislá a

provázaná. Jejich klíčovými hodnotami jsou: lidská důstojnost, rovnost, svoboda, respekt vůči druhým, nediskriminace, tolerance, spravedlnost a zodpovědnost (34, 36).

Členové vyspělých demokratických společností mají i chtějí mít plnou odpovědnost za svůj život a právem si přejí, aby měli tuto možnost také v době nemoci. Aby jim v obtížné životní situaci nebylo odpíráno právo spolupracovat se zdravotníky a rozhodovat o sobě, o svém údělu. Není správné v době, kdy jsou lidé všestranně vzdělanější, jim předpisovat podřízené postavení. Člověk má právo spolurozhodovat o všech ošetrovatelských i medicínských postupech. A je třeba říci, že většina nemocných opravdu dokáže se zdravotníky spolupracovat na dobré úrovni. Ti pak mohou lépe akceptovat přání a hodnoty nemocných. K etickým povinnostem sestry patří chránit a respektovat základní lidská práva, především lidskou důstojnost (34, 36, 37).

1.5.3.1 Všeobecná deklarace lidských práv

Všeobecná deklarace lidských práv se stala prvním mezinárodním paktem uznávajícím svobody a práva každého člověka bez ohledu na kulturní a náboženské kořeny, rasu, pohlaví a místo původu. Jejím vzniku předcházely zločiny druhé světové války, které ukázaly, že lidstvo potřebuje všeobecně platný a uznávaný kodex. Hlavní význam této deklarace spočívá v univerzálním přijetí i v souhlasu s jejím zněním; a její vliv přetrvává dodnes (39, 43).

Všeobecný respekt k základním svobodám, odmítnutí všech forem diskriminace a uznání občanských, politických, sociálních, kulturních i hospodářských práv člověka jsou hlavní myšlenky této smlouvy. Předmluva deklarace uznává právní rámec ochrany lidských práv. Zdůrazňuje že základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě je uznání důstojnosti a rovných práv každého člověka (37, 39, 43).

Valné shromáždění OSN deklaraci přijalo 10. prosince 1948 a den přijetí se stal Dnem lidských práv, který si připomínáme dodnes. Od svého vzniku se stala inspirací a základem pro více než šedesát mezinárodních úmluv (39, 43).

1.5.3.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně

V roce 1998 signovala vláda České republiky a v roce 2001 ratifikoval Parlament České republiky mezinárodní smlouvu - Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Jedná se o nejvyšší zdravotnický zákon naší země. Jeho význam spočívá v tom, že má přednost před všemi dosud platnými zákony. Dokument je koncipován jako otevřený. To znamená, že každé stanovisko, ke kterému odborníci dospějí, bude k úmluvě připojeno. Na textu úmluvy pracovali odborníci od roku 1992, ale členským zemím Rady Evropy byla předložena k podpisu až v dubnu 1997 v Oviedu ve Španělsku (8, 19, 43, 44).

Text úmluvy můžeme chápat jako vytvoření jakýchsi mantinelů pro vznik stejných nebo podobných podmínek pro pacienta i zdravotníky v celé Evropě. Tento dokument by měl zajistit, aby všichni obyvatelé evropského regionu, kteří se ocitnou v roli pacienta, měli ve všech zemích, jež se ke smlouvě připojily stejnou roli a stejné podmínky péče. Státy, které ratifikovaly tento dokument, se zavázaly, že sjednotí své zákony s tímto nadnárodním dokumentem. Úmluva předpokládá partnerský vztah mezi zdravotníky a pacientem (21, 36).

1.5.3.3 Práva pacientů

V průběhu celé dlouhé historie neměli pacienti žádná práva. Nemocný člověk byl absolutně závislý na lékaři, a to vedlo ke vzniku klasického paternalistického vztahu. Názor, že pacienti také mají svá práva, a že je třeba je zformulovat, se objevil teprve začátkem sedmdesátých let 20. století. Důvody, proč k tomu došlo, jsou popsány v kapitole 1.5.3. I přes některá úskalí je zřejmé, že pacientova role se mění a on se stává nebo se má stát partnerem zdravotnických pracovníků. Z hlediska historie je etický kodex, který se týká pacientů novinkou, jeho přijetí bylo přijímáno s rozpaky, námitkami a někdy také malým pochopením. Někteří reprezentanti profesionálních zdravotníků zpochybnili smysl tohoto dokumentu tím, že kladli otázky jako: Potřebují

nemocní nějaká práva? A k čemu? Nebudou jich zneužívat? Tyto námitky svědčí o velice silně zakořeněné paternalistické tradici. Přijmout nové formy spolupráce mezi zdravotníky a nemocnými je a bude úkol dlouhodobý i obtížný. Učit se musejí obě strany (7, 19, 21).

V současnosti již existuje značné množství etických kodexů, které se týkají pacientů. Jde o rozšíření lidských práv i do oblasti zdravotnictví; do medicíny a ošetrovatelské péče. Tyto kodexy upravují práva a také chování nemocných. V roce 1971 zveřejnil lékárník David Anderson z Virginie v USA pravděpodobně první etický kodex Práva pacientů. Úvodní preambule tohoto dokumentu zní: „Já pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy i do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“ I v současné době je zřejmé, že tento text je stále aktuální. Autor v něm zdůraznil právo nemocného na respekt, sebeurčení a individuální přístup. Asociace amerických nemocnic přijala vlastní práva nemocných v roce 1971. Charta práv hospitalizovaného pacienta byla vydána v roce 1974 ve Francii. Současně s ní byla zveřejněna vyhláška o redukci nebo zrušení mnoha lůžkových nemocničních pokojů. Cílem byla humanizace nemocnic a budování příjemného „domácího“ nemocničního prostředí (19, 21).

V 80. letech minulého století jsou ve všech vyspělých zemích práva pacientů považována za samozřejmost. V této době se pozornost zaměřuje na formulování speciálních kodexů, které se týkají určité skupiny nemocných, jejichž problémy jsou nějakým způsobem specifické. Postupně vznikla Práva hendikepovaného dítěte, Práva imobilních osob, Práva psychicky nemocných a alterovaných, Práva dialyzovaných a transplantovaných pacientů, Práva starých lidí, Práva umírajících, atd. Ještě je třeba zmínit kodex Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte. Tento dokument má zvláštní

postavení, protože gravidní žena a její plod není možné považovat za pacienty. Etické kodexy práv pacientů jsou podle potřeby revidovány a upravovány. To znamená, že právo, které se stane samozřejmostí, je vypuštěno a nahrazeno novým úkolem (15, 19, 21).

Je třeba si uvědomit, že každé právo je vyváženo povinnostmi, a proto občané, jak zdraví tak nemocní, mají své povinnosti. Povinností pacienta je dodržovat léčebné, dietní a rehabilitační doporučení, poskytnout zdravotnickému pracovníkovi všechny informace o svém zdravotním stavu. Pečovat o své zdraví a žít zdravým životním stylem je povinností každého člověka (7, 19, 21).

1.5.3.4 Práva pacientů v České republice

V České republice je historie práv pacientů podstatně kratší než v ostatních vyspělých zemích. Zásadou politické situace v bývalé Československé socialistické republice u nás dominoval paternalistický přístup ještě v době, kdy jiné země už žádaly změny ve zdravotnických systémech i v péči o pacienty (26).

Teprve v roce 1990 zahájila svou činnost Centrální etická komise (CEK) při Ministerstvu zdravotnictví, kde na návrh H. Haškovcové a J. Šetky vzniká česká verze Práv pacientů. Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla koncipována podle Vzorových práv pacientů zveřejněných již v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. Jedním z požadavků při vzniku tohoto dokumentu bylo sladit české etické normy s normami evropskými, především s Listinou základních práv a svobod. Dokument byl sestaven s ohledem na česká specifika a byly také respektovány připomínky ze strany odborné veřejnosti. Českou verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise 25.2.1992. Postupně s ní byla seznámena odborná i laická veřejnost (příloha 3) (19, 21, 33).

Kodex Práv pacientů nikdy nebyl a sám osobě není právně vymahatelný. Dá se říci, že vyjadřuje opodstatněná práva nemocných. Vývoj práv pacientů je však kontinuální proces a Úmluva o biomedicíně je logickým vyústěním tohoto vývoje. Je

zřejmé, že obsahy etických kodexů, které se týkají práv pacientů, jsou až na výjimky zahrnuty do Úmluvy o biomedicíně, a tím získaly vymahatelnou legislativní formu (21).

1.6 PROGRAMY KVALITY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Kvalita ve zdravotnictví je aktuálním tématem poslední doby. Literatura uvádí několik definic kvality zdravotní péče. Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu zdravotní péče jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Existuje také obecná definice, která říká, že kvalita péče je dělat správné věci správným způsobem (48).

První program kvality zdravotní péče můžeme najít v USA na počátku 20. století, za zakladatele je považován Ernest Codman. V roce 1917 byly vytvořeny organizací American College of Surgeons tzv. Základní standardy pro nemocnice. Při kontrole, která zjišťovala dodržování těchto standardů, uspělo pouze 15% nemocnic. První tištěný manuál byl vydán v roce 1926 a v roce 1950 se akreditačními standardy řídilo více než 3 200 nemocnic. Společná komise pro akreditaci nemocnic vznikla v roce 1951. Jednalo se o organizaci, která vytvářela a publikovala standardy. V roce 1987 došlo ke změně jejího názvu na Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO) a tento název je platný dosud. JCAHO je nezávislá nezisková organizace. Jako největší organizace udělující akreditace poskytovatelům zdravotnické péče v USA posuzuje téměř 20 000 zdravotnických programů prostřednictvím dobrovolného akreditačního procesu (31, 48).

V roce 1998 byla vytvořena JCAHO mezinárodní komise - Joint Commission International Accreditation (JCIA). Jejím posláním je zlepšit kvalitu a bezpečnost péče na mezinárodní úrovni prostřednictvím vzdělávání, publikací, poskytováním konzultací a evaluačních služeb. Mezinárodní standardy kvality zdravotnické péče a bezpečnosti pacientů to je program, který JCIA vytvořila. Tento dokument rozeznává pět rizikových oblastí, na které je zaměřena snaha o zlepšení kvality a bezpečnosti. Kritéria

pro každou oblast poskytují jasné a dosažitelné strategie jak snížit rizika. Každé kritérium má určeny tzv. míry naplnění, které slouží jako indikátory pokroku ve snižování rizik a zlepšování kvality (31, 48).

Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví – International Society for Quality in Health Care vytváří akreditační standardy ALPHA, které zohledňují a respektují požadavky Mezinárodní organizace pro standardizaci (International Standards Organization – ISO), Baldrigeova kritéria výkonové dokonalosti a kritéria organizační dokonalosti (48).

U nás se první snahy o implementaci systému zjišťování a zlepšování kvality zdravotnické péče, později i o zavedení akreditace do zdravotnictví objevují teprve po změně politického systému v roce 1989. V roce 1998 vznikla Spojená akreditační komise České republiky. Usnesením č.485/2000 přijala vláda České republiky Národní politiku podpory jakosti a na Ministerstvu zdravotnictví vznikla Rada pro kvalitu ve zdravotnictví. Od roku 2005 jsou všechny nemocnice řízené Ministerstvem zdravotnictví povinny zveřejňovat údaje týkající se kvality péče. Ostatní nemocnice mohou tyto údaje zveřejňovat dobrovolně (45, 48).

1.6.1 Spojená akreditační komise české republiky - SAK

V roce 1998 byl ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví publikován metodický pokyn s názvem Akreditace zdravotnických zařízení. Poté byla Asociací nemocnic České republiky a Asociací českých a moravských nemocnic založena Spojená akreditační komise ČR jako právnická osoba. Byla vydána vyhláška MZ ČR, která definovala 50 akreditačních standardů. V roce 2005 SAK ČR vydala metodiku plnění těchto standardů. Od 1. září 2009 vstoupilo v platnost nové vydání Národních akreditačních standardů. Jejich celkový počet se zvýšil na 74 a vyšší je i počet indikátorů jednotlivých standardů. Akreditační standard určuje, co musí nemocnice splňovat, aby prošla nezávislou kontrolou a byla akreditována. Podle obsahu je dokument rozdělen do deseti sledovaných oblastí, které se dále dělí na jednotlivé

standardy. Mezi sledované oblasti patří: standardy řízení kvality a bezpečí; standardy diagnostické péče; standardy péče o pacienty; standardy kontinuity zdravotní péče; standardy dodržování práv pacientů; standardy podmínek poskytované péče; standardy managementu; standardy řízení lidských zdrojů; standardy pro sběr a zpracování informací, standardy protiepidemických opatření (45).

1.6.1.1 Standardy dodržování práv pacientů

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Pátá oblast Národních akreditačních standardů je věnována právě standardům, které sledují dodržování práv pacientů (příloha 4). Standard 41 stanovuje povinnost seznámit každého pacienta s jeho právy a učinit o tom zápis do pacientovi dokumentace. Standard 42 je zaměřen na informovaný souhlas pacientů, který ukládá nemocnici stanovit postup při jeho získávání. Standard 43 navazuje na předcházející. Má zajistit, aby pacienti byli přiměřeně informováni o povaze onemocnění a léčbě způsobem který jim umožní spolurozhodování. Standard 44 se týká potřeby edukace pacienta a jeho blízkých. Poslední standard 45 se vztahuje k používání omezovacích prostředků (45, 48).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle

Cíl 1

Zjistit, zda pacienti získávají od lékařů a sester dostatek srozumitelných informací o diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské péči.

Cíl 2

Zjistit, zda soukromí a stud pacientů respektují lékaři i sestry.

Cíl 3

Zjistit, zda pacienti mají prostor pro vyjádření svých názorů a rozhodnutí k terapeutické, diagnostické a ošetrovatelské péči.

Cíl 4

Zjistit, zda pacienti vnímají přístup zdravotnického personálu k ostatním pacientům jako důstojný.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1

Co si sestry myslí o možnosti uplatnit morální aspekty sestry, které jsou uvedeny v Etickém kodexu sester, ve srovnání s jejich realizací v praxi?

Otázka 2

Jaké jsou možnosti realizace morálních závazků sestry podle Etického kodexu sestry?

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1

Pacienti hodnotí informace získané o ošetrovatelské péči jako dostatečné.

Hypotéza 2

Pacienti hodnotí informace získané o léčebné péči jako dostatečné.

Hypotéza 3

Pacienti hodnotí informace získané o diagnostické péči jako dostatečné.

Hypotéza 4

Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o ošetrovatelské péči.

Hypotéza 5

Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o léčebné péči.

Hypotéza 6

Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o diagnostické péči.

Hypotéza 7

V zajišťování intimity pacientů jsou aktivnější sestry než lékaři.

Hypotéza 8

Pacientům je běžně nabízena možnost vyjádřit své rozhodnutí k navrhované péči.

Hypotéza 9

Pacienti se neseťkávají s přístupem zdravotnického personálu, který by byl k ostatním pacientům nedůstojný.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro tuto diplomovou práci bylo zvoleno kvalitativně – kvantitativní šetření. To probíhalo ve dvou akreditovaných a dvou neakreditovaných nemocnicích na chirurgických a interních odděleních. Šetření probíhalo v období od 1.7.2010 do 27.7.2010.

Kvalitativní šetření probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru (příloha 5), který obsahoval 8 otázek. Soubor tvoří zástupkyně sester. Pro analýzu byla použita zakotvená teorie podle Glasera a Strausse. Byl proveden: audio záznam rozhovorů; přepis; určeny koncepty a skupiny; vytvořeny tabulky.

Kvantitativní šetření probíhalo dotazníkovou metodou a respondenty tvoří hospitalizovaní pacienti. Dotazník obsahoval 30 otázek (příloha 6). 28 otázek bylo uzavřených, z toho v 6 otázkách označovali respondenti odpovědi na škálách. Dotazník dále obsahoval jednu polouzavřenou otázku, která nabízela výběr konkrétních odpovědí a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru. Jedna otevřená otázka vybízela respondenty k vyjádření vlastního názoru. Statistická analýza byla provedena v programu SPSS 16.0. K přehledné vizualizaci vztahu dvou statistických znaků jsou některé otázky vzájemně zpracovány v kontingenčních tabulkách.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor kvalitativní části zastupují dvě sestry z Nemocnice Tábor a. s. (1 sestra z interního oddělení, 1 staniční sestra z chirurgického oddělení); tři sestry z Nemocnice Žatec o.p.s. (1 sestra z interního oddělení, 1 sestra z chirurgického oddělení a 1 staniční sestra z interního oddělení); tři sestry z Nemocnice Český Krumlov a.s. (2 sestry z interního oddělení, 1 staniční sestra z interního oddělení); dvě sestry z Fakultní nemocnice Hradec Králové (1 sestra z chirurgického oddělení a 1 staniční sestra z chirurgického oddělení). Celkem se šetření zúčastnilo deset sester (4

sestry z interních oddělení, 2 sestry z chirurgických oddělení, 2 staniční sestry z interních oddělení a 2 staniční sestry z chirurgických oddělení).

Výzkumný soubor kvantitativní výzkumného šetření tvořili pacienti bez rozdílu věku, hospitalizovaní na chirurgických a interních odděleních výše uvedených nemocnic. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků.

Do Nemocnice Tábor a.s. (dále jen nemocnice A) bylo zasláno celkem 40 dotazníků. 20 pro pacienty z chirurgických oddělení a 20 pro pacienty z interních oddělení. Řádně vyplněných formulářů se vrátilo se 9 (45 %) z chirurgických a 8 (40 %) z interních oddělení. Celkem se z Nemocnice Tábor a.s. vrátilo 17 (42,5 %) řádně vyplněných formulářů, které byly zařazeny do šetření.

Do Nemocnice Žatec o.p.s (dále jen nemocnice B) bylo zasláno celkem 40 dotazníků. 20 pro pacienty z chirurgických oddělení a 20 pro pacienty z interních oddělení. Řádně vyplněných formulářů se vrátilo se 7 (35 %) z chirurgických a 9 (45 %) z interních oddělení. Celkem se z Nemocnice Žatec vrátilo 16 (40 %) řádně vyplněných formulářů, které byly zařazeny do šetření.

Do Nemocnice Český Krumlov a.s. (dále jen nemocnice C) bylo zasláno celkem 40 dotazníků. 20 pro pacienty z chirurgických oddělení a 20 pro pacienty z interních oddělení. Řádně vyplněných formulářů se vrátilo se 10 (50 %) z chirurgických a 8 (40 %) z interních oddělení. Celkem se z Nemocnice Český Krumlov vrátilo 18 (45 %) řádně vyplněných formulářů, které byly zařazeny do šetření.

Do Fakultní nemocnice Hradec Králové (dále jen nemocnice D) bylo zasláno celkem 40 dotazníků. 20 pro pacienty z chirurgických oddělení a 20 pro pacienty z interních oddělení. Řádně vyplněných formulářů se vrátilo se 15 (75 %) z chirurgických a 12 (60 %) z interních oddělení. Celkem se z Fakultní nemocnice Hradec Králové vrátilo 27 (67,5 %) řádně vyplněných formulářů, které byly zařazeny do šetření.

Do výzkumného šetření bylo zařazeno 78 dotazníků (100 %) z původních 160 dotazníků. Celková návratnost činí 48,6 %.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní šetření

Tabulka 1 Možnosti a podmínky pro respektování lidských práv

Odpovědi	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem odpovědí
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Ano		X						X			2
Většinou ano					X					X	2
Nevím jistě			X								1
V omezené míře	X						X				2
Záleží na jednotlivcích	X			X	X	X			X		5
Záleží na situaci	X					X					2
Jsou důležitější věci...						X					1
Při vhodných pracovních podmínkách						X			X	X	3

Z 10 respondentů si 5 myslí, že možnost sestry vytvářet podmínky, v nichž jsou respektována lidská práva, záleží na jednotlivcích; 3 respondenti uvedli, že je to možné „při vhodných pracovních podmínkách“; 2 respondenti myslí, že „ano“; 2 respondenti uvedli „většinou ano“; 2 respondenti uvedli „v omezené míře“; 2 dotazovaní se přiklání k názoru, že „záleží na situaci“. Odpověď „nevím jistě“ a „jsou důležitější věci“ byla uvedena shodně jedním respondentem.

Tabulka 2 Sestry a poskytování dostatečných informací pacientům

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Ano		X	X	X			X		X	X	6
Záleží na jednotlivcích	X			X							2
Při dobré spolupráci lékařů a sester										X	1
Nutný individuální přístup k pacientům	X									X	2
Nelze zaručit					X	X		X			3

6 respondentů svým „ano“ vyjádřilo názor, lze zaručit, aby jednotlivým pacientům byly poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií; 3 respondenti se domnívají, že to „nelze zaručit“; 2 respondenti jsou názoru, že „záleží na jednotlivcích“; další 2 si myslí, že je „nutný individuální přístup k pacientům“ a 1 respondent se domnívá, že „při dobré spolupráci lékařů i sester“.

Tabulka 3 Sestry a uspokojování zdravotních a sociálních potřeb pacientů

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Ano		X	X			X	X		X	X	6
Nevím	X				X						2
Často dělají více							X				1
Do určité míry ano						X		X			2
Pouze ošetrovatelské potřeby								X		X	2
Se sociálními potřebami je to horší										X	1
Existují velké rezervy				X							1
Přetrvává systém plnění ordinací lékaře				X							1

6 respondentů je názoru, že se sestry podílí na podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb pacientů. Odpovědi „nevím“, „do určité míry ano“ a sestry se zaměřují „pouze na ošetrovatelské potřeby“ byly použity shodně po 2 respondentech. 1 respondent je názoru, že sestry „často dělají více“. Po 1 respondentu si myslí, že „se sociálními potřebami je to horší“, že „existují velké rezervy“, a že „přetrvává systém plnění ordinací lékaře“.

Tabulka 4 Příčiny obtíží aplikace etických zásad do praxe

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Nezájem ze strany lékařů				X							1
Vliv kolektivu starších sester	X			X							2
Hloupost			X								1
Neznalost, neinformovanost	X		X		X				X		4
Nespolupráce pacienta	X		X								2
Stres						X				X	2
Nedostatek času	X					X	X			X	4
Nedocení práce sester										X	1
Rodinné problémy										X	1
Neadekvátní chování pacientů							X			X	2
Nedostatek personálu						X	X			X	3
Vyhoření						X				X	2
Nevím								X			1
Únava						X					1
Nedostatečná kvalifikace sester	X				X	X					3
Malá podpora managementu					X						1
Nedostatek soukromí		X									1

Nejčastěji se respondenti domnívají, že v aplikaci etických aspektů do praxe sestrám brání „nedostatek času“ (4x) a „neznalost, neinformovanost“ (4x). Následují odpovědi „nedostatečná kvalifikace“ (3x), „nedostatek času“ (3x), „vliv kolektivu starších sester“ (2x), „nespolupráce pacienta“ (2x), „stres“ (2x), „neadekvátní chování pacientů“ (2x), „vyhoření“ (2x), „nezájem ze strany lékařů“ (1x), „nedocení práce sester“ (1x), „rodinné problémy“ (1x), „únava“ (1x), „nevím“ (1x), „malá podpora managementu“ a „nedostatek soukromí“ (1x).

Tabulka 5 Pacient jako partner a vliv tohoto přístupu na uzdravování

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Ano	X	X	X	X	X			X	X	X	6
V mnoha případech ano						X	X				2
V mnoha případech ne						X	X				2
Záleží na povaze pacienta						X					1

6 respondentů z 10 se domnívá, že pokud je s pacientem jednáno jako s partnerem, má to pozitivní vliv na jeho uzdravování. Následují odpovědi „v mnoha případech ano“ (2x), „v mnoha případech ne“ (2x) a „záleží na povaze pacienta“ (1x).

Tabulka 6 Nejdůležitější etické zásady při výkonu praxe

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Obhajoba pacienta				X							1
Respektování studu a soukromí	X	X		X						X	4
Ochrana práv pacienta	X										1
Nevím, všechny jsou důležité			X								1
Důstojné zacházení	X				X			X	X	X	5
Lidský přístup	X	X					X			X	4
Slušnost	X					X	X	X	X	X	6
Dostatek času										X	1
Partnerský vztah	X									X	2
Respektování jedince, hodnot					X				X		2
Upřímnost, pravdomluvnost						X	X	X			3
Trpělivost						X	X	X			3
Pochvala						X					1
Profesionální odpovědnost					X						1
Respekt k lidskému životu					X						1
Ochrana osobních informací	X				X						2
Individuální přístup							X			X	2

Respondenti odpovídali na otázku, které etické zásady považují při výkonu své praxe za nejdůležitější. Nejčastěji byla uvedena „slušnost“ (6x), „důstojné zacházení“ (5x), „lidský přístup“ (4x), a „respektování studu/soukromí“ (4x). Následují odpovědi „upřímnost/pravdomluvnost“ (3x), „trpělivost“ (3x), „partnerský vztah“ (2x), „respektování jedince/hodnot“ (2x), „ochrana osobních informací“ (2x), „individuální přístup“ (2x), „obhajoba pacienta“ (1x), „ochrana práv pacienta“ (1x), „všechny jsou stejně důležité“ (1x), „dostatek času“ (1x), „pochvala pacienta“ (1x), „profesionální odpovědnost“ (1x), „respekt k lidskému životu“ (1x).

Tabulka 7 Překážky při uplatňování etického přístupu k pacientům

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Nechuť provádět změny	X			X							2
Nedostatek času		X				X	X	X	X	X	6
Nedostatek soukromí		X	X				X				3
Nedostatečné vzdělání	X				X			X		X	4
Paternalistický přístup	X										1
Nezájem osobně se angažovat					X						1
Malá podpora managementu			X				X				2
Malá motivace						X	X			X	3
Únava, přepracování	X				X	X	X			X	5
Nezájem pacientů						X	X				2
Špatná organizace práce			X								1
Nedostatečná komunikace s pacienty									X		1
Příliš administrativy						X				X	2

Nejčastěji jako překážka při uplatňování etického přístupu byl uveden „nedostatek času“ (6x). Únavu/přepracování uvedlo 5 respondentů, „nedostatečné vzdělání“ v této problematice 4 respondenti. Následují odpovědi „malá motivace (3x)“, „nedostatek soukromí“ (3x), „nechuť provádět změny“ (2x), „malá podpora managementu“ (2x), „nezájem pacientů“ (2x), „příliš administrativy“ (2x), „paternalistický přístup“ (1x), „nezájem osobně se angažovat“ (1x), „špatná organizace práce“ (1x) a „nedostatečná komunikace s pacienty“ (1x).

Tabulka 8 Návrhy na zlepšení situace v uplatňování etického přístupu

	Chirurgická oddělení				Interní oddělení						Celkem
	Staniční sestry		Sestry		Staniční sestry		Sestry				
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	
Větší propagace práv pacientů	X		X	X	X				X		5
Kontroly dodržování práv pacientů			X								1
Nezávislý orgán – jako pomoc při porušování práv pacientů			X								1
Semináře	X				X			X		X	4
Duševní hygiena sester							X			X	2
Spravedlivé hodnocení sester										X	1
Více personálu	X	X				X				X	5
Motivace						X				X	2
Méně administrativy						X	X			X	3
Lepší pracovní podmínky		X								X	2
Dobré vztahy na pracovišti						X				X	2
Společné konzultace problémů	X							X			2
Podpora managementu	X			X	X	X	X				5
Partnerský přístup					X						1

Pro zlepšení situace v uplatňování etického přístupu k pacientovi 5 respondentů z 10 navrhuje „větší propagaci práv pacientů“, „více personálu“ a „větší podporu ze strany managementu“. Následují návrhy „vzdělávání formou seminářů“ (4x), „méně administrativy“ (3x), „duševní hygiena sester“ (2x), „větší motivace“ (2x), „lepší pracovní podmínky“ (2x), „dobré vztahy na pracovišti“ (2x), „společné konzultace problémů“ (2x), „kontroly“ (1x), „spravedlivé hodnocení sester“ (1x), „partnerský přístup k pacientovi“ (1x) a „zřízení nezávislého orgánu, na který by se pacienti/sestry mohli obrátit v případě porušení jejich práv“ (1x).

4.2 Kvantitativní šetření

Tabulka 9 Zastoupení respondentů z jednotlivých nemocnic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nemocnice A	17	21,8	21,8	21,8
	Nemocnice B	16	20,5	20,5	42,3
	Nemocnice C	18	23,1	23,1	65,4
	Nemocnice D	27	34,6	34,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Z celkového počtu 78 (100 %) respondentů je 34,6 % z nemocnice D, následují nemocnice C s 23,1 %, nemocnice A s 21,8 % a nemocnice B s 20,5 %.

Tabulka 10 Zastoupení respondentů z akreditovaných a neakreditovaných nemocnic

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Akreditovaná	45	57,7	57,7	57,7
	Neakreditovaná	33	42,3	42,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

57,7 % respondentů bylo hospitalizováno v nemocnici s akreditací a 42,3 % v nemocnici bez akreditace.

Tabulka 11 Respondenti hospitalizovaní na chirurgických a interních odděleních

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Chirurgická oddělení	41	52,6	52,6	52,6
	Interní oddělení	37	47,4	47,4	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na chirurgických odděleních bylo hospitalizováno 52,6 % respondentů, na interních odděleních 47,4 %.

Tabulka 12 Délka hospitalizace respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 – 3 dny	13	16,7	16,7	16,7
	4 – 6 dní	41	52,6	52,6	69,2
	7 a více dní	24	30,8	30,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Nejčastěji jsou v šetření zastoupeni respondenti hospitalizovaní 4 - 6 dní (52,6 %), následují kategorie 7 a více dní (30,8 %) a 1 – 3 dny (16,7 %).

Tabulka 13 Pohlaví respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muž	37	47,4	47,4	47,4
	Žena	41	52,6	52,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

V šetření je zastoupeno 52,6 % žen a 47,4 % mužů.

Tabulka 14 Věková struktura respondentů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Méně než 21 let	2	2,6	2,6	2,6
	21 - 35 let	14	17,9	17,9	20,5
	36 – 50 let	20	25,6	25,6	46,2
	51 – 65 let	21	26,9	26,9	73,1
	66 – 80 let	21	26,9	26,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Z celkového počtu 78 (100%) respondentů zařazených do šetření bylo shodně po 26,9 % ve věkové kategorii 51 - 65 let a 66 - 80 let, 25,6 % osob ve věkové kategorii 36 - 50 let, 17,9 % osob bylo ve věku 21 – 35 let a 2,6 % dotazovaných bylo ve věkové kategorii méně než 21 let.

Tabulka 15 Informování pacienta o jeho právech

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Informováni	58	74,4	74,4	74,4
	Neinformováni	20	25,6	25,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

74,4 % respondentů odpovědělo, že byli o právech pacientů informováni, 25,6 % dotázaných informováno nebylo.

Tabulka 15A Akreditace a informování pacientů o jejich právech

			Práva pacientů		Total
			Informováni	Neinformováni	
Nemocnice	S akreditací	Count	38	7	45
		%	84,4%	15,6%	100,0%
	Bez akreditace	Count	20	13	33
		%	60,6%	39,4%	100,0%
Total	Count	58	20	78	
	%	74,4%	25,6%	100,0%	

Respondenti hospitalizovaní v nemocnicích s akreditací byli informováni o svých právech v 84,4 % a v 15,6 % informováni nebyli. Respondenti hospitalizovaní v nemocnicích bez akreditace byli informováni o svých právech v 60,6 % a v 39,4 % informováni nebyli.

Tabulka 15B Oddělení a informování pacientů o jejich právech

			Práva pacientů		Total
			Informováni	Neinformováni	
Oddělení	Chirurgie	Count	32	9	41
		%	78,0%	22,0%	100,0%
	Interna	Count	26	11	37
		%	70,3%	29,7%	100,0%
Total	Count	58	20	78	
	%	74,4%	25,6%	100,0%	

78 % respondentů z chirurgických oddělení a 70,3 % respondentů z interních oddělení uvedlo, že byli seznámeni s právy pacientů. Informováno nebylo 29,7 % respondentů z interních a 22 % respondentů z chirurgických oddělení.

Tabulka 16 Znalost důvodu příchodu zaměstnance nemocnice

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy	38	48,7	48,7	48,7
	Někdy	40	51,3	51,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na dotaz, zda ví pacient, za jakým účelem zaměstnanec k němu přistoupil, 51,3 % respondentů uvedlo, odpověď někdy. 48,7 % zvolilo odpověď vždy. Žádný respondent neoznačil odpověď nikdy.

Tabulka 17 Představování sester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Někdy	27	34,6	34,6	34,6
	Nikdy	51	65,4	65,4	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Nejčastěji dotazovaní uvedli, že se sestry nepředstavují nikdy (65,4 %), následuje odpověď někdy (34,6 %). Žádný respondent neoznačil odpověď vždy.

Tabulka 18 Představování lékařů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Někdy	52	66,7	66,7	66,7
	Nikdy	26	33,3	33,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Nejčastěji dotazovaní uvedli, že se lékaři představují někdy (66,7 %), následuje odpověď nikdy (33,3 %). Žádný respondent neoznačil odpověď vždy.

Tabulka 19 Důležitost označení zdravotnického personálu jmenovkou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	78	100,0	100,0	100,0

Pro všechny respondenty (100 %) je důležité, aby měl zdravotnický personál jmenovku.

Tabulka 20 Informování sestrou před ošetřovatelským výkonem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy	24	30,8	30,8	30,8
	Někdy	54	69,2	69,2	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

69,2 % respondentů uvedlo, že jim sestra podává informace před ošetřovatelským výkonem někdy a 30,8 % označilo odpověď vždy. Žádný respondent neoznačil odpověď nikdy.

Tabulka 20A Akreditace a podávání informací před ošetřovatelským výkonem

		Informace před ošetřovatelským výkonem		Total	
		Vždy	Někdy		
Nemocnice	S akreditací	Count	15	30	45
		%	33,3%	66,7%	100,0%
	Bez akreditace	Count	9	24	33
		%	27,3%	72,7%	100,0%
Total	Count	24	54	78	
	%	30,8%	69,2%	100,0%	

72,7 % respondentů ze zařízení bez akreditace a 66,7 % respondentů z akreditovaných zařízení uvedlo, že jim sestry podávají informace před ošetřovatelským výkonem někdy. 33,3 % respondentů ze zařízení s akreditací a 27,3 % respondentů ze zařízení bez akreditace uvedlo, že jim sestry podávají informace před ošetřovatelským výkonem vždy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 20B Oddělení a podávání informací před ošetřovatelským výkonem

			Informace před ošetřovatelským výkonem		Total
			Vždy	Někdy	
Oddělení	Chirurgie	Count	10	31	41
		%	24,4%	75,6%	100,0%
	Interna	Count	14	23	37
		%	37,8%	62,2%	100,0%
Total	Count	24	54	78	
	%	30,8%	69,2%	100,0%	

75,6 % respondentů z chirurgických oddělení a 62,2 % respondentů z interních oddělení uvedlo, že dostávají informace před ošetřovatelským výkonem někdy. 37,8 % respondentů z interních a 24,4 % respondentů z chirurgických uvedlo, že jim sestry podávají informace před ošetřovatelským výkonem vždy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 21 Dostatečnost informací podaných sestrou před ošetřovatelským výkonem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	6,4	6,4	6,4
	2	38	48,7	48,7	55,1
	3	26	33,3	33,3	88,5
	4	6	7,7	7,7	96,2
	5	3	3,8	3,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo dostatečné a 5 nedostatečné, respondenti označovali dostatečnost informací podaných sestrou. Nejčastěji byla označena hodnota 2 (48,7 %), následuje hodnota 3 (33,3 %), hodnota 4 (7,7 %), hodnota 1 (6,4 %) a hodnota 5 (3,8 %).

Tabulka 22 Srozumitelnost informací podaných před ošetřovatelským výkonem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	20	25,6	25,6	25,6
	2	40	51,3	51,3	76,9
	3	16	20,5	20,5	97,4
	4	2	2,6	2,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo srozumitelné a 5 nesrozumitelné, respondenti označovali srozumitelnost informací podaných sestrou. Nejčastěji byla označena hodnota 2 (51,3 %), následuje hodnota 1 (25,6 %), hodnota 3 (20,5 %) a hodnota 4 (2,6 %). Žádný z respondentů neoznačil hodnotu 5.

Tabulka 23 Podávání informací o léčbě - lékař

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy	57	73,1	73,1	73,1
	Někdy	21	26,9	26,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

73,1 % respondentů uvedlo, že jim lékař podává informace před léčbou vždy a 26,9 % označilo odpověď někdy. Žádný respondent neoznačil odpověď nikdy.

Tabulka 23A Akreditace a podávání informací před léčbou

		Informace před léčbou		Total	
		Vždy	Někdy		
Nemocnice	S akreditací	Count	34	11	45
		%	75,6%	24,4%	100,0%
	Bez akreditace	Count	23	10	33
		%	69,7%	30,3%	100,0%
Total	Count	57	21	78	
	%	73,1%	26,9%	100,0%	

75,6 % respondentů ze zařízení s akreditací a 69,7 % respondentů ze zařízení bez akreditace uvedlo, že jim lékaři podávají informace před léčbou vždy. 30,3 % respondentů ze zařízení bez akreditace a 24,4 % respondentů z akreditovaných zařízení uvedlo, že jim lékaři podávají informace před léčbou někdy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 23B Oddělení a podávání informací před léčbou

			Informace před léčbou		Total
			Vždy	Někdy	
Oddělení	Chirurgie	Count	31	10	41
		%	75,6%	24,4%	100,0%
	Interna	Count	26	11	37
		%	70,3%	29,7%	100,0%
Total	Count	57	21	78	
	%	73,1%	26,9%	100,0%	

75,6 % respondentů z chirurgických oddělení a 70,3 % respondentů z interních oddělení uvedlo, že dostávají od lékaře informace před léčbou vždy. 29,7 % respondentů z interních a 24,4 % respondentů z chirurgických uvedlo, že jim lékaři podávají informace před léčbou někdy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 24 Dostatečnost informací podaných lékařem před léčbou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	5,1	5,1	5,1
	2	21	26,9	26,9	32,1
	3	44	56,4	56,4	88,5
	4	8	10,3	10,3	98,7
	5	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo dostatečné a 5 nedostatečné, respondenti označovali dostatečnost informací podaných lékařem před léčbou. Nejčastěji byla označena hodnota 3 (56,4 %), následuje hodnota 2 (26,9 %), hodnota 4 (10,3 %), hodnota 1 (5,1 %) a hodnota 5 (1,3 %).

Tabulka 25 Srozumitelnost informací podaných lékařem před léčbou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	3,8	3,8	3,8
	2	17	21,8	21,8	25,6
	3	42	53,8	53,8	79,5
	4	15	19,2	19,2	98,7
	5	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo srozumitelné a 5 nesrozumitelné, respondenti označovali srozumitelnost informací podaných lékařem před léčbou. Nejčastěji byla označena hodnota 3 (53,8 %), následuje hodnota 2 (21,8 %), hodnota 4 (19,2 %), hodnota 1 (3,8 %) a hodnota 5 (1,3 %).

Tabulka 26 Informování lékařem před vyšetřením

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy	11	14,1	14,1	14,1
	Někdy	67	85,9	85,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

85,9 % respondentů uvedlo, že jim lékař podává informace před vyšetřením někdy a 14,1 % označilo odpověď vždy. Žádný respondent neoznačil odpověď nikdy.

Tabulka 26A Akreditace a podávání informací před vyšetřením - lékař

			Informace před vyšetřením - lékař		Total
			Vždy	Někdy	
Nemocnice	S akreditací	Count	6	39	45
		%	13,3%	86,7%	100,0%
	Bez akreditace	Count	5	28	33
		%	15,2%	84,8%	100,0%
Total	Count	11	67	78	
	%	14,1%	85,9%	100,0%	

86,7 % respondentů ze zařízení s akreditací a 84,8 % respondentů ze zařízení bez akreditace uvedlo, že jim lékař podává informace před vyšetřením někdy. 13,3 % respondentů ze zařízení bez akreditace a 15,2 % respondentů z akreditovaných zařízení uvedlo, že jim lékař podává informace před vyšetřením vždy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 26B Oddělení a podávání informací před vyšetřením - lékař

			Informace před vyšetřením - lékař		Total
			Vždy	Někdy	
Oddělení	Chirurgie	Count	5	36	41
		%	12,2%	87,8%	100,0%
	Interna	Count	6	31	37
		%	16,2%	83,8%	100,0%
Total	Count	11	67	78	
	%	14,1%	85,9%	100,0%	

87,8 % respondentů z chirurgických oddělení a 83,8 % respondentů z interních oddělení uvedlo, že dostávají od lékaře informace před vyšetřením někdy. 16,2 % respondentů z interních a 12,2 % respondentů z chirurgických uvedlo, že jim lékaři podávají informace před vyšetřením vždy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 27 Informování sestrou před vyšetřením

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vždy	58	74,4	74,4	74,4
	Někdy	20	25,6	25,6	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

74,4 % respondentů uvedlo, že jim sestra podává informace před vyšetřením vždy a 25,6 % označilo odpověď někdy. Žádný respondent neoznačil odpověď nikdy.

Tabulka 27A Akreditace a podávání informací před vyšetřením - sestra

		Informace před vyšetřením - sestra		Total	
		Vždy	Někdy		
Nemocnice	S akreditací	Count	36	9	45
		%	80,0%	20,0%	100,0%
	Bez akreditace	Count	22	11	33
		%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Count	58	20	78	
	%	74,4%	25,6%	100,0%	

80 % respondentů ze zařízení s akreditací a 66,7 % respondentů ze zařízení bez akreditace uvedlo, že jim sestry podávají informace před vyšetřením vždy. 33,3 % respondentů ze zařízení bez akreditace a 20 % respondentů z akreditovaných zařízení uvedlo, že jim sestry podávají informace před vyšetřením někdy. Nikdo ne zvolil možnost nikdy.

Tabulka 27B Oddělení a podávání informací před vyšetřením - sestra

			Informace před vyšetřením - sestra		Total
			Vždy	Někdy	
Oddělení	Chirurgie	Count	29	12	41
		%	70,7%	29,3%	100,0%
	Interna	Count	29	8	37
		%	78,4%	21,6%	100,0%
Total	Count	58	20	78	
	%	74,4%	25,6%	100,0%	

78,4 % respondentů z interních oddělení a 70,7 % respondentů z chirurgických oddělení uvedlo, že dostávají od sestry informace před vyšetřením vždy. 29,3 % respondentů z chirurgických a 21,6 % respondentů z interních uvedlo, že jim sestry podávají informace před vyšetřením někdy. Nikdo nezvolil možnost nikdy.

Tabulka 28 Dostatečnost informací podaných sestrou před vyšetřením

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	9,0	9,0	9,0
	2	39	50,0	50,0	59,0
	3	29	37,2	37,2	96,2
	4	3	3,8	3,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo dostatečné a 5 nedostatečné, respondenti označovali dostatečnost informací podaných sestrou před vyšetřením. Nejčastěji byla označena hodnota 2 (50 %), následuje hodnota 3 (37,2 %), hodnota 1 (9 %) a hodnota 4 (3,8 %). Žádný z respondentů neoznačil hodnotu 5.

Tabulka 29 Srozumitelnost informací podaných sestrou před vyšetřením

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	11	14,1	14,1	14,1
	2	41	52,6	52,6	66,7
	3	22	28,2	28,2	94,9
	4	4	5,1	5,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo srozumitelné a 5 nesrozumitelné, respondenti označovali srozumitelnost informací podaných sestrou před vyšetřením. Nejčastěji byla označena hodnota 2 (52,6 %), následuje hodnota 3 (28,2 %), hodnota 1 (14,1 %), hodnota 4 (5,1 %). Žádný z respondentů neoznačil hodnotu 5.

Tabulka 30 Míra respektování soukromí pacientů sestrou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velmi dobrá	6	7,7	7,7	7,7
	Dobrá	22	28,2	28,2	35,9
	Průměrná	37	47,4	47,4	83,3
	Špatná	10	12,8	12,8	96,2
	Velmi špatná	3	3,8	3,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

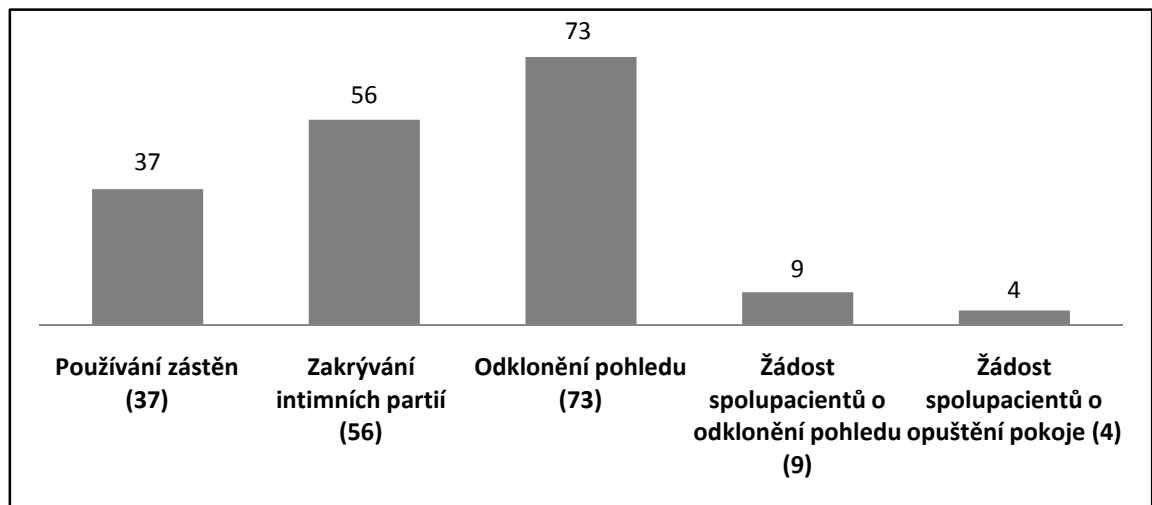
47,4 % respondentů hodnotí míru respektování soukromí sestrou jako průměrnou, 28,2 % jako dobrou, 12,8 % jako špatnou, 7,7 % jako velmi dobrou a 3,8 % jako velmi špatnou.

Tabulka 31 Míra respektování studu pacientů sestrou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velmi dobrá	6	7,7	7,7	7,7
	Dobrá	38	48,7	48,7	56,4
	Průměrná	27	34,6	34,6	91,0
	Špatná	6	7,7	7,7	98,7
	Velmi špatná	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Nejčastěji hodnotí dotazovaní míru respektování studu sestrou jako dobrou (48,7 %), následuje hodnocení průměrná (34,6 %). Možnost velmi dobrá a špatná zvolilo shodně po 7,7 % respondentů. 1,3 % dotázaných se domnívá, že míra respektování studu sestrou je velmi špatná.

Graf 1 Způsob ochrany studu pacientů sestrou



Na otázku týkající se ochrany studu pacientů sestrou mohli respondenti označit více odpovědí. 73 respondentů uvedlo, že sestry chrání jejich stud odkloněním pohledu, následuje zakrývání intimních partií (73 respondentů), používání zástěn (37 respondentů), žádost spolupacientů o odklonění pohledu (9 respondentů) a žádost spolupacientů o opuštění pokoje (4 respondenti).

Tabulka 32 Míra respektování soukromí pacientů lékařem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velmi dobrá	2	2,6	2,6	2,6
	Dobrá	30	38,5	38,5	41,0
	Průměrná	38	48,7	48,7	89,7
	Špatná	7	9,0	9,0	98,7
	Velmi špatná	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

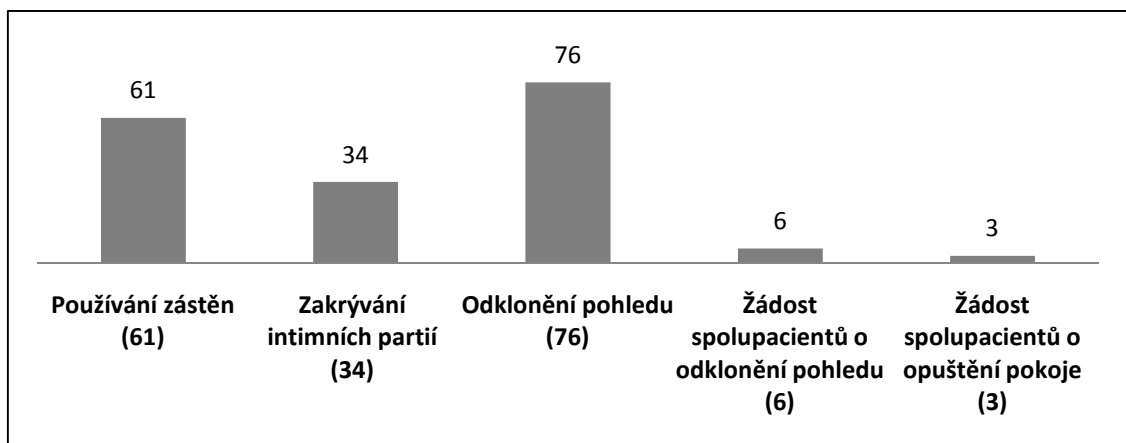
Míru respektování soukromí lékařem hodnotí 48,7 % respondentů jako průměrnou, 38,5 % jako dobrou, 9 % jako špatnou, 2,6 % jako velmi dobrou a 1,3 % jako velmi špatnou.

Tabulka 33 Míra respektování studu pacientů lékařem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velmi dobrá	4	5,1	5,1	5,1
	Dobrá	33	42,3	42,3	47,4
	Průměrná	33	42,3	42,3	89,7
	Špatná	7	9,0	9,0	98,7
	Velmi špatná	1	1,3	1,3	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

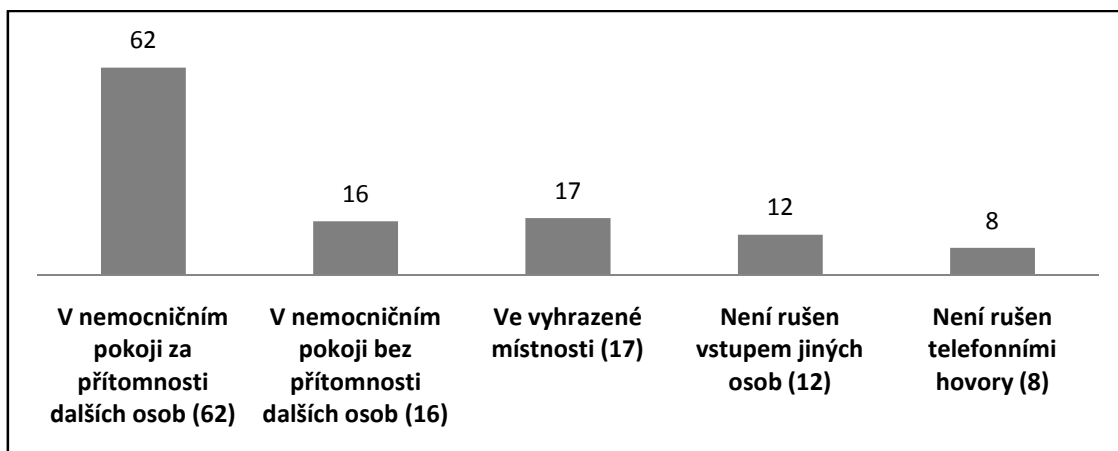
Nejčastěji hodnotí dotazovaní míru respektování studu lékařem jako dobrou (42,3 %) a průměrnou (42,3 %), následují hodnocení špatná (9 %), velmi dobrá (5,1 %) a velmi špatná (1,3 %).

Graf 2 Způsob ochrany studu lékařem



Na otázku týkající se ochrany studu pacientů lékařem mohli respondenti označit více odpovědí. 76 respondentů uvedlo, že lékaři chrání jejich stud odkloněním pohledu, následuje používání zástěn (61 respondentů), zakrývání intimních partií (34 respondentů), žádost spolupacientů o odklonění pohledu (6 respondentů) a žádost spolupacientů o opuštění pokoje (3 respondenti).

Graf 3 Rozhovor o intimních otázkách



Na dotaz týkající se průběhu rozhovoru o intimních otázkách mohli respondenti označit více odpovědí. 62 respondentů uvádí, že rozhovor o pro ně intimních otázkách probíhá v nemocničním pokoji za přítomnosti dalších osob, následují odpovědi ve vyhrazené místnosti (17 respondentů), v nemocničním pokoji bez přítomnosti dalších osob (16 respondentů), není rušen vstupem jiných osob (12 respondentů) a není rušen telefonními hovory (8 respondentů).

Tabulka 34 Aktivní přístup k ochraně studu pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sestra	31	39,7	39,7	39,7
Lékař	18	23,1	23,1	62,8
Profese nerozhoduje	24	30,8	30,8	93,6
Nikdo	5	6,4	6,4	100,0
Total	78	100,0	100,0	

Za aktivnější považuje 39,7 % respondentů sestru, 30,8 % respondentů zvolilo odpověď profese nerozhoduje, 23,1 % lékař a nejméně je zastoupena odpověď nikdo (6,4 %).

Tabulka 35 Možnost pacientů rozhodovat o ošetrovatelské péči

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velká	4	5,1	5,1	5,1
	Průměrná	27	34,6	34,6	39,7
	Malá	36	46,2	46,2	85,9
	Žádná	11	14,1	14,1	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

Respondenti hodnotí možnost rozhodovat o poskytované ošetrovatelské péči v 46,2 % jako malou a ve 34,6 % jako průměrnou. 14,1 % dotázaných se domnívá, že nemají žádnou možnost rozhodovat o jim poskytované ošetrovatelské péči a 5,1 % dotázaných zvolilo možnost velká. Možnost maximální neoznačil žádný z respondentů.

Tabulka 36 Možnost pacientů rozhodovat o léčbě

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Velká	1	1,3	1,3	1,3
	Průměrná	10	12,8	12,8	14,1
	Malá	46	59,0	59,0	73,1
	Žádná	21	26,9	26,9	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

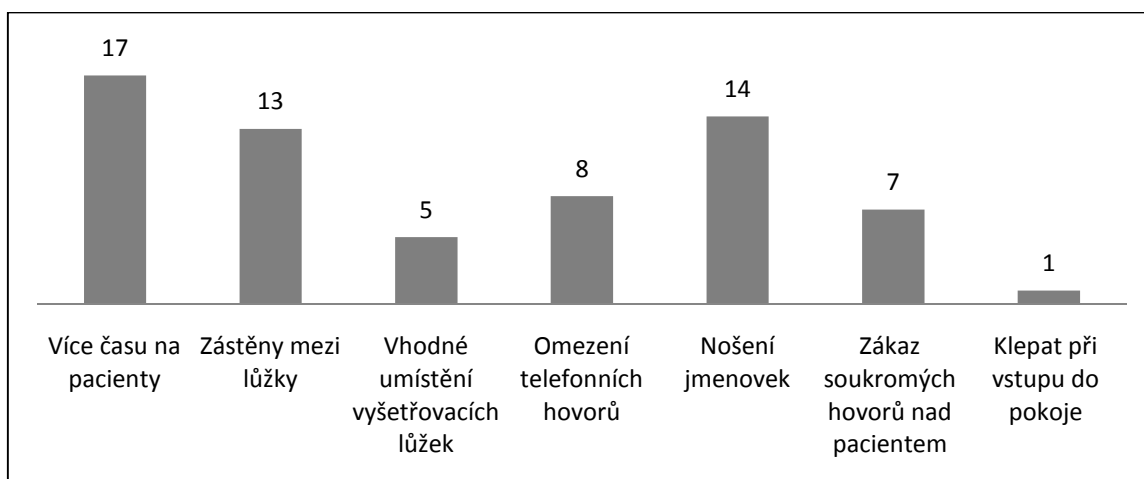
Respondenti hodnotí možnost rozhodovat o poskytované léčbě v 59 % jako malou a 26,9 % dotázaných se domnívá, že nemají žádnou možnost rozhodovat o jim poskytované léčbě. Následuje 12,8 % respondentů, kteří tuto možnost hodnotí jako průměrnou a 1,3 % dotázaných zvolilo možnost velká. Možnost maximální neoznačil žádný z respondentů.

Tabulka 37 Respektování lidské důstojnosti pacientů

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ne	15	19,2	19,2	19,2
	Ano	63	80,8	80,8	100,0
	Total	78	100,0	100,0	

80,8 % respondentů uvedlo, že někdy zažilo, jak zdravotnický personál nerespektoval lidskou důstojnost jiných pacientů. 19,2 % respondentů se s tím neseťkalo.

Graf 4 Jak zlepšit respektování důstojnosti pacientů - doporučení respondentů



Respondenti měli možnost navrhnout opatření, která by podle nich měla zlepšit respektování důstojnosti pacientů. Na tuto otázku odpovědělo 43 respondentů. 17 respondentů doporučilo zajistit více času na jednotlivé pacienty. K dalším doporučením patří nošení jmenovek (14 respondentů), umístění zástěn mezi všechna lůžka (13 respondentů), omezení telefonních hovorů v průběhu komunikace s pacientem (8 respondentů), zákaz soukromých hovorů v přítomnosti pacienta (7 respondentů), vhodné umístění vyšetřovacích lůžek (5 respondentů) a klepat při vstupu do pokoje pacientů (1 respondent).

5 DISKUZE

Lidská práva jsou chápána jako základní všemi uznávané hodnoty lidství a potřeba jejich ochrany nemá geografické hranice.

Sestra by při výkonu své praxe měla chránit a respektovat základní lidská práva, především lidskou důstojnost, protože při zajišťování ošetrovatelské péče o nemocné i jinak oslabené jedince je důraz na důstojnost lidské osoby jedinečný a zcela mimořádný. Vztah mezi sestrou a pacientem je považován za morální základ ošetrovatelské praxe. Jednání sestry, která chrání a podporuje pacientovu lidskou důstojnost, je chápáno jako jedna z jejích základních rolí – sestra advokátka. Určitý rámec pravidel poskytuje sestřím Etický kodex sester, jež zavazuje sestry k dodržování žádoucích forem chování a jednání.

Je třeba si uvědomit, že většina lidí během svého života vstoupí do kontaktu s lékaři, se sestrami a s dalšími zdravotníky i různými zdravotnickými zařízeními, přesto si ani dobře neuvědomují všechna svá práva. Etický kodex Práva pacientů v podstatě rozšiřuje lidská práva do oblasti medicíny a zdravotnictví obecně. Ve zdravotnictví jsou v současné době patrné snahy o zdokonalení a plné uplatňování práv pacientů v praxi, ale je třeba přiznat, že tato problematika stále neprošla širší diskuzí (36, 43). Uplatňování těchto zásad je často možné považovat za problematické. Nabízí se proto řada otázek. Zda a jak by se v této oblasti mohla více angažovat sestra? Co vlastně sestry vnímají jako největší problém v této oblasti? Jaké mají největší překážky při uplatňování etických zásad do praxe? Na druhé straně stojí pohled pacientů. Jaký mají na tuto problematiku názor samotní pacienti? Jak oni sami vnímají ochranu svých práv ve zdravotnických zařízeních?

Cíle, hypotézy a výzkumné otázky této práce se věnují problematice realizace prvků Etického kodexu sester a Práv pacientů v praxi. Protože je tato problematika velmi široká a její podrobné zmapování by výrazně překročilo rámec diplomové práce, sledovali jsme především čtyři vybrané aspekty uvedené v Etickém kodexu sester a Práv pacientů. Předmětem výzkumného šetření této práce bylo zmapovat názor sester

na uplatňování morálních aspektů uvedených v Etickém kodexu sester a zjistit, jak vnímají možnost realizovat je v praxi. Dále jsem zjišťovala, zda pacienti získávají od lékařů a sester dostatek srozumitelných informací o své péči, zda lékaři i sestry respektují stud a soukromí pacientů, zda pacienti mají možnost vyjádřit se k poskytované péči a zda vnímají přístup zdravotnického personálu k pacientům jako důstojný.

Pro *kvalitativní část šetření* bylo provedeno deset rozhovorů se zástupkyněmi sester pracujícími ve čtyřech nemocnicích (nemocnice v Táboře, Č. Krumlově, Žatci a H. Králové) na chirurgických a interních odděleních. V rámci kvalitativního šetření jsme hledali odpověď na výzkumnou otázku 1: *Co si sestry myslí o možnosti uplatnit morální aspekty sestry uvedené v Etickém kodexu sestry ve srovnání s jejich realizací v praxi?*

Etický kodex sester uvádí, že při poskytování ošetrovatelské péče má sestra zajišťovat podmínky, v nichž jsou respektována lidská práva, hodnoty a zvyky pacientů (36). Zajímalo nás, jaký mají respondenti názor na vytváření takových podmínek v praxi (tabulka 1). Z deseti respondentů si pět myslí, že především záleží na jednotlivcích, jaký k této problematice zaujmou postoj. Ve třech případech je zastoupena odpověď při vhodných pracovních podmínkách. Dále se objevil názor, že takové možnosti existují, ale jen v omezené míře (2x), anebo že to záleží na situaci (2x). Respondenti doslova uvádí „Hodně záleží na situaci, čase a akutním stavu, který zrovna nastal.“, „...většinou jsou to akutní stavy, kde je nutné chvátat a ne čekat na rozhodnutí pacienta...“. Také zazněl názor „jsou mnohem důležitější věci než zrovna práva“. Respondentka na vysvětlenou uvedla, že tím míní především život pacienta. Považuji za dobré, že tento názor zazněl pouze jednou. Domnívám se, že vhodné pracovní podmínky mohou sice do značné míry usnadnit zajištění poskytované péče v souladu s etickými kodexy, přesto však existují oblasti, které mohou zdravotníci zlepšit bez ohledu na pracovní podmínky. Jedná se především o představování se pacientům, případně nošení jmenovek. Jak z dalších výsledků vyplývá, pro všechny pacienty zapojené do šetření je důležité, aby

byl zdravotnický personál označen jmenovkou (tabulka 19). Poměrně velké množství pacientů uvedlo, že se jim lékaři ani sestry nepředstavují nikdy (tabulka 17, 18).

V Etickém kodexu sester je dále uvedeno, že mezi povinnosti sestry patří spolupodílet se na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních i sociálních potřeb pacientů (43). Pozitivní bylo zjištění, že se většina respondentů (6) domnívá, že se sestry na těchto činnostech podílí (tabulka 3). Osobně mě zaujal názor jedné respondentky, která se domnívá že „... s uspokojováním sociálních potřeb je to mnohem problematičtější, neboť sestra nemá patřičné kompetence, nemá přístup k sociální databázi a často nemá ani čas řešit sociální problémy...“. Myslím, že tato problematika by stála za podrobnější zmapování situace.

Dále jsme se zabývali tím, zda je možné jednotlivým pacientům zaručit poskytnutí dostatečných informací pro souhlas s péčí a terapií (tabulka 2). V odpovědích jednoznačně převažuje názor, že je to možné (6x). Pokud však tento výsledek porovnáme s tím, co uvedli pacienti (tabulka 20, 23), je patrné, že v praxi se tento přístup uplatňuje jen někdy. Tři respondenti jsou však názoru, že něco takového se zaručit nedá. Zajímalo nás také, co podle respondentů nejčastěji brání v aplikaci etických aspektů do praxe (tabulka 4). Odpovědi na tuto otázku byly velice rozmanité, ale nejčastěji dotazovaní uvedli odpověď nedostatek času (4x) a neznalost/neinformovanost této problematiky mezi sestrami. Jedna z odpovědí doslova zněla „...hloupost, neznalost a nespolupráce lidí.“ Zdá se, že v této oblasti mají zdravotnická zařízení ještě značné rezervy, a to jak v zajištění dostatečného množství pracovníků na jednotlivých odděleních, tak v jejich trvalém a pravidelném informování (vzdělávání) v této nadmíru citlivé oblasti.

V rámci kvalitativního šetření jsme také hledali odpověď na výzkumnou otázku 2: *Jaké jsou možnosti realizace morálních závazků sestry podle Etického kodexu sestry?* Zajímalo nás, zda si sestry myslí, že jednáním s pacientem jako partnerem má pozitivní vliv na jeho uzdravování (tabulka 5). V odpovědích jednoznačně převládala odpověď ano (6x). Tyto sestry ve svých odpovědích například uvedly „...jistě, cítí větší podíl odpovědnosti a lépe spolupracují.“, „...pokud pacient cítí, že má možnost ovlivnit

průběh procesu léčení, působí to pozitivně na jeho psychický stav a ten přispívá k snadnějšímu uzdravování...“. Zajímavé je srovnání této odpovědi s výsledky tabulky 6, kde partnerský přístup k pacientovi považují za důležitý jen dva respondenti z řad sester. Další odpověď byla v mnoha případech ano (2x) a v mnoha případech ne (2x). Jeden z respondentů se domnívá, že někteří pacienti takového přístupu zneužívají. Další je názoru, že „...jsou pacienti, kteří potřebují spíše autoritu“. Také literatura uvádí, že stále narůstá počet lidí, kteří chtějí být partnery lékařů a sester, i když někteří pacienti dávají stále přednost paternalistickému přístupu zdravotníků; to znamená bez spoluúčasti na rozhodování (8, 50).

Za nejdůležitější etickou zásadu respondenti jednoznačně považují slušnost (6x) (tabulka 6). Tuto odpověď uvedly všechny sestry pracující na interních odděleních, ale pouze jedna sestra chirurgická. Následuje důstojné zacházení (5x) a lidský přístup (4x). Zajímavé je, že etické zásady jako obhajoba pacienta, ochrana práv pacienta či profesionální odpovědnost se ve výpovědích objevily pouze výjimečně, přestože literatura uvádí, že obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce patří (kromě pečování, jež je základní profesní a etickou povinností) k základním etickým zásadám (36).

Jako největší překážky při uplatňování etického přístupu k pacientům (tabulka 7) respondenti uvedli nedostatek času (6x) a únavu/přepřacování (5x). Tento výsledek koreluje s názorem pacientů, kteří navrhuje pro zlepšení respektování jejich důstojnosti nejčastěji právě „více času na jednotlivé pacienty“ (graf 4). Následuje zajímavá odpověď nedostatečné vzdělání (4x), v této odpovědi je zahrnuto „...neznalost etického kodexu“, „...nedostatečné vzdělání, či zkušenosti v oblasti etiky...“, „...málo výuky etického přístupu k pacientům...“. Za další překážky sestry považují nedostatek soukromí, malou motivaci či nechuť provádět změny. V poslední části rozhovoru jsem se respondentů ptala, jaká opatření by podle nich měla situaci zlepšit (tabulka 8). Nejčastěji dotazovaní uváděli, že je potřeba zvýšit propagaci práv pacientů (5x), a to jak mezi laiky, tak mezi zdravotníky. Shodný počet respondentů se domnívá, že navýšení počtu zaměstnanců (5x) a větší podpora ze strany managementu (5x) by měly situaci

podstatně zlepšit. Respondenti také navrhovali organizování seminářů (4x) s touto tematikou nebo společné konzultace vzniklých problémů (2x).

Výzkumný soubor **kvantitativní výzkumného šetření** tvořili pacienti bez rozdílu věku hospitalizovaní na chirurgických a interních odděleních výše uvedených nemocnic. Nejvíce jsou v šetření zastoupeni respondenti Fakultní nemocnice Hradec Králové (34,6 %), odkud se vrátilo více dotazníků než z ostatních nemocnic (tabulka 9). Není jasné, co je důvodem toho, že právě z této nemocnice se vrátilo dotazníků nejvíce. Předpokládám, že v souvislosti s činností tamní univerzity zaměstnanci nemocnice spíše chápou smysl provádění těchto šetření. Spolupráce se všemi nemocnicemi byla velice dobrá. Z výsledků dále vyplývá, že 57,7 % respondentů bylo hospitalizováno v nemocnici s akreditací a 42,3 % bylo hospitalizováno v zařízení bez akreditace (tabulka 10). Šetření se zúčastnilo 52,6 % respondentů z chirurgických a 47,4 % z interních oddělení (tabulka 11). Nejvíce respondentů je ve věku 51 - 65 let (26,9 %) a 66 – 80 let (26,9 %), následují kategorie 36 – 50 let (25,6 %) a 21 -35 let (17,9 %) (tabulka 14). V souboru je 52,6 % žen a 47,4 % mužů (tabulka 13). Podle délky hospitalizace jsou nejčastěji v šetření zastoupeni respondenti hospitalizovaní 4 – 6 dní (52,6 %).

V mezinárodních akreditačních standardech (31) je uvedeno, že proces prosazování práv pacientů ve zdravotnickém zařízení začíná definováním těchto práv a pokračuje edukací pacientů i zaměstnanců o této problematice. V našem šetření 74,4 % dotázaných uvádí, že byli informováni o svých právech (tabulka 15), zatím co v 25,6 % informováni nebyli. Za pozornost stojí srovnání mezi akreditací pracoviště a informováním pacientů o jejich právech (tabulka 15A). V Národních akreditačních standardech pro nemocnice se uvádí, že každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy (45). Z výsledku však vyplývá, že respondenti z akreditovaných pracovišť byli informováni jen v 84,4 %, přestože akreditační standardy ukládají informovat každého pacienta o jeho právech. Je otázkou, co může být důvodem takového výsledku. Pracoviště bez akreditace seznamují nemocné s jejich právy v 60,6 %. Srovnávali jsme také, jak je to s informováním

pacientů z chirurgických a interních oddělení (tabulka 15B). Předpokládala jsme, že vzhledem k poměrně častým akutním případům, bude seznamování chirurgických pacientů s jejich právy méně časté. Výsledek je proto poněkud překvapivý. Ukazuje, že pacienti chirurgických oddělení jsou informováni častěji (78 %) než pacienti interních oddělení (70,3 %).

Dále jsme se zabývali tím, zda se lékaři a sestry pacientům představují (tabulka 17, 18). Haškovcová (19) ve své knize uvádí, že jedním ze základních práv pacienta je znát jména zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Výsledek tohoto šetření můžeme označit za alarmující. 65,4 % sester a 33,3 % lékařů se nepředstavuje nikdy. Dále respondenti uvedli, že 66,7 lékařů a 34,6 % sester se představuje někdy. Žádný dotazovaný neoznačil odpověď vždy. S výše uvedeným souvisí i další výsledek. Všichni dotazovaní považují za důležité, aby zdravotničtí pracovníci nosili jmenovku (tabulka 19). 48,7 % respondentů zná důvod příchodu zaměstnance vždy, ale 51,3 % zná tento důvod pouze někdy (tabulka 16). Nad těmito výsledky je potřeba si položit otázku, zda lékaři a sestry chápou, že naplnění právě tohoto práva je základem pro vytvoření vztahu důvěry, spolupráce a pocitu jistoty a bezpečí pacientů. A také jaký je důvod takového anonymního jednání s pacientem? Alespoň částečnou odpověď nám může poskytnout tabulka 4. Kde sestry uvádí, že například „nedostatek času“, „vyhoření“, „únava“ nebo také „neznalost/neinformovanost“ nejvíce brání v aplikaci etických zásad do praxe.

Haškovcová (19) i Kutnohorská (36) ve svých knihách shodně uvádí, že každý pacient má právo být řádně informován o svém zdravotním stavu. Má právo vědět jakým vyšetřením a léčebným postupům se má podrobit a proč. V neposlední řadě má pacient právo dozvědět se od ošetřujícího personálu informace nutné k tomu, aby byl před zahájením každého nového výkonu schopen se rozhodnout, zda s ním souhlasí. Cílem práce bylo zjistit, zda pacienti získávají od lékařů i sester dostatek srozumitelných informací o diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské péči. 30,8 % respondentů uvedlo, že jim sestra podává informace před ošetrovatelským výkonem vždy, poměrně vysoké procento (69,2 %) respondentů však udává, že jim sestra podává

informace před ošetrovatelským výkonem pouze někdy (tabulka 20). Dále jsme zjišťovali, zda pacienti považují tyto informace za dostatečné (tabulka 21). Respondenti měli na pětistupňové škále, kde 1 znamenalo dostatečné a 5 nedostatečné, označit dostatečnost informací podaných sestrou. Nejčastěji byla respondenty označena hodnota 2 (spíše dostatečné) (48,7 %) a následovala hodnota 3 (průměrné) (33,3 %). Následuje hodnota 4 (spíše nedostatečné) (7,7 %), hodnota 1 (dostatečné) (6,4 %) a hodnota 5 (nedostatečné) (3,8 %). K této problematice se vztahuje **hypotéza 1: Pacienti hodnotí informace získané o ošetrovatelské péči jako dostatečné. Hypotéza 1 byla potvrzena.** S tím také souvisí, zda pacienti získávají dostatek pro ně srozumitelných informací o ošetrovatelské péči (tabulka 22). Výsledek tohoto šetření můžeme označit jako pozitivní, protože 51,3 % respondentů na pětistupňové škále označilo hodnotu 2 (spíše srozumitelné) a 25,6 % hodnotu 1 (srozumitelné). Žádný respondent neoznačil hodnotu 5 (nesrozumitelné). **Hypotéza 4: Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o ošetrovatelské péči. Hypotéza 4 byla potvrzena.** Pro srovnání jsme zjišťovali, jak je to s poskytováním informací od lékařů. 73,1 % respondentů uvádí, že lékaři jim podávají informace o léčbě vždy a 26,9 % označilo odpověď někdy (tabulka 23). Na pětistupňové škále dotazovaní hodnotili dostatečnost těchto informací (tabulka 24). Většina respondentů (56,4 %) označila hodnotu 3 (průměrná), následuje hodnota 2 (spíše dostatečné) (26,9 %) a hodnota 4 (spíše nedostatečné) (10,3 %). Jenom 5,1 % respondentů zvolilo hodnotu 1 (dostatečné) a 1,3 % hodnotu 5 (nedostatečné). K této otázce se vztahuje **hypotéza 2: Pacienti hodnotí informace získané o léčebné péči jako dostatečné. Hypotéza 2 nebyla potvrzena.** Zda pacienti hodnotí informace poskytnuté lékařem před léčbou jako srozumitelné, jsme zkoumali v další části šetření (tabulka 25). Jen 3,8 % respondentů hodnotí tyto informace jako srozumitelné a 21,8 % jako spíše srozumitelné. Největší počet dotazovaných označil na škále hodnotu 3 (průměrné) (53,8 %) a poměrně velká skupina (19,2 %) respondentů zvolila hodnotu 4 (spíše nesrozumitelné). Jako nesrozumitelné je hodnotí pouze 1,3 % dotázaných. **Hypotéza 5: Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o léčebné péči. Hypotéza 5 nebyla potvrzena.** Pacienti také hodnotili, jak je to s poskytováním informací před diagnostickými výkony (tabulka 26, 27). Z šetření vyplynulo, že zatímco sestry

informují pacienty před vyšetřením vždy v 74,4 %, lékaři jen v 14,1 %. Dostatečnost podaných informací označili pacienti na škále nejčastěji hodnotou 2 (spíše dostatečné) (50 %), za dostatečné (hodnota 1) je považuje 9 % respondentů. Následuje hodnota 3 (průměrné) (37,2 %). Žádný respondent nepovažuje informace za nedostatečné (tabulka 28). **Hypotéza 3: Pacienti hodnotí informace získané o diagnostické péči jako dostatečné. Hypotéza 3 byla potvrzena.** Zajímalo nás také, zda pacienti získávají před vyšetřením dostatek pro ně srozumitelných informací o ošetrovatelské péči (tabulka 29). Výsledek tohoto šetření, které se vztahuje k hypotéze 6, je poměrně jednoznačný, protože 52,6 % respondentů na pětistupňové škále označilo hodnotu 2 (spíše srozumitelné) a 14,1 % hodnotu 1 (srozumitelné). Za průměrnou (hodnota 3) považuje srozumitelnost těchto informací 28,2 % respondentů. Žádný respondent neoznačil hodnotu 5 (nesrozumitelné). **Hypotéza 6: Pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o diagnostické péči. Hypotéza 6 byla potvrzena.**

Jak ambulantní, tak hospitalizovaní pacienti mohou být vystrašení, zmatení, nemusejí znát svá práva a může pro ně být obtížné je prosazovat (31). Podle etického kodexu Práva pacientů má každý pacient v průběhu svého pobytu ve zdravotnickém zařízení právo, aby v souvislosti s programem jeho vyšetření, ošetření a léčby byl respektován jeho stud a soukromí (19). Míru respektování studu sestrou hodnotí respondenti nejčastěji jako dobrou (48,7 %) nebo průměrnou (34,7 %) (tabulka 31). Zatímco míru respektování soukromí považují převážně za průměrnou (47,4 %), následuje odpověď dobrá (28,2 %) (tabulka 30). Obdobně je hodnocena míra respektování soukromí lékařem, kde 48,7 % respondentů označilo možnost průměrná a 38,5 % zvolilo možnost dobrá (tabulka 32). Míru respektování soukromí lékařem hodnotí pacienti nejčastěji jako dobrou (42,3 %) nebo průměrnou (42,3 %) (tabulka 33). Respondentů jsme se také ptali, jakým způsobem sestry a lékaři ochraňují jejich stud (graf 1, 2). Jak sestry (93,6 %), tak lékaři (97,4 %) nejčastěji využívají odklonění pohledu. Na dalším místě je u sester zakrývání intimních partií (71,7 %) a u lékařů používání zástěn (43,6 %). Bohužel sestry i lékaři prakticky vůbec nevyužívají nebo jen velice málo dalších možností k ochraně studu pacienta. Velice zajímavý, a ne příliš povzbudivý, je také výsledek, který naznačil, kde a za jakých podmínek se odehrávají

rozhovory o intimních otázkách pacientů (graf 3). Haškovcová (19) ve své knize uvádí, že nemocní si většinou přejí, aby rozhovor o osobních záležitostech probíhal v intimním prostředí. 79,5 % respondentů uvedlo, že takové rozhovory probíhají v nemocničním pokoji za přítomnosti dalších osob. Odpověď ve vyhrazené místnosti označilo jen 21,8 % respondentů. Je možné, že na odděleních nejsou běžně k dispozici tyto místnosti, což by se shodovalo s názorem některých respondentů z kvalitativní části šetření. Ti v některých případech uváděli, že k realizaci některých etických aspektů jejich práce brání podmínky na pracovišti. Srovnávali jsme také, kdo má aktivnější přístup k ochraně studu pacientů, zda sestry nebo lékaři (tabulka 34). Větší aktivitu ze strany sester uvedlo 39,7 % dotázaných, že jsou v této oblasti aktivnější lékaři se domnívá 23,1 % respondentů. Odpověď profese nerozhoduje označilo 30,8 % respondentů. K této problematice se vztahuje **hypotéza 7: V zajišťování intimity jsou aktivnější sestry než lékaři. Hypotéza 7 byla potvrzena.**

Práce také mapuje, zda mají pacienti prostor pro vyjádření svých názorů a možnosti rozhodnutí o terapeutické, diagnostické a ošetrovatelské péči. Literatura uvádí, že pokud pacienti znají svá práva a využívají je při rozhodování o léčebném postupu, dostávají srozumitelné informace v jazyce, kterému rozumí, dávají informovaný souhlas s vysoce rizikovými výkony a procedurami, případně mají k dispozici advokáta, pak je zdravotnická péče významně bezpečnější (31). Botalíková a Ilievová (5) uvádí, že k optimální adaptaci pacientů přispívá správný přístup ze strany sester i dalších zdravotnických pracovníků, kteří se snaží uspokojovat jejich potřeby po dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení. Výsledek všech činností ošetrovatelského týmu závisí ve velké míře na dobré informovanosti nemocného. Podle kodexu Práva pacientů má nemocný právo dozvědět se od zdravotnických pracovníků potřebné údaje o novém postupu, aby se mohl rozhodnout, zda s ním souhlasí (19). Nejprve respondenti hodnotili možnost rozhodovat o ošetrovatelské péči (tabulka 35). Z výsledků vyplývá, že většina respondentů hodnotí tuto možnost jako malou (46,2 %), následuje odpověď průměrná (34,6 %) a 14,1 % dotázaných dokonce označilo možnost žádná. Jak je to s možností vyjadřovat se k léčbě ukazuje tabulka 36. I zde respondenti nejčastěji zvolili možnost malá (59 %). K této problematice se vztahuje **hypotéza 8: Pacientům je běžně**

nabízena možnost vyjádřit své rozhodnutí k navrhované péči. Hypotéza 8 nebyla potvrzena.

Kutnohorská (36) ve své knize zmiňuje, že k základním lidským právům patří právo na rovné a důstojné zacházení. Nás zajímalo, zda se respondenti při svém pobytu v nemocnici setkali se situací, kdy by zdravotnický personál nerespektoval lidskou důstojnost ostatních pacientů. Výsledek je alarmující 80,8 % respondentů se s takovým přístupem setkal. ***Hypotéza 9: Pacienti se nesetkávají s přístupem, který by byl k ostatním pacientům nedůstojný. Hypotéza 9 nebyla potvrzena.***

Respondenti měli možnost navrhnout opatření, která by měla zlepšit respektování důstojnosti pacientů během hospitalizace (graf 4). 21,8 % respondentů doporučilo zajistit více času na jednotlivé pacienty. Porovnáním tohoto výsledku s výsledky kvalitativního šetření (tabulka 7) zjistíme, že také sestry vidí nedostatek času na jednotlivé pacienty jako překážku v uplatňování etického přístupu. K dalším doporučením patří nošení jmenovek (17,9 %), umístění zástěn mezi všechna lůžka (16,7 %), omezení telefonních hovorů v průběhu komunikace s pacientem (10,3 %) nebo zákaz soukromích hovorů v přítomnosti pacienta (9 %).

Výsledky tohoto šetření ani zdaleka nemůžeme považovat za uspokojivé. Všichni, kdo se podílejí se na péči o nemocného člověka, by si měli uvědomit, že každý pacient je jedinečný – má specifické potřeby, silné stránky a vlastní hodnotový systém. Ošetrovatelská péče musí vést k tomu, aby byla vytvořena atmosféra důvěry a vzájemné komunikace. Je nezbytné, aby všichni respektovali psychosociální, kulturní a duchovní hodnoty každého jedince. Komunikace s nemocnými a prosazování jejich práv vytváří podmínky pro poskytování ohleduplné péče, která respektuje důstojnost pacienta. Je otázkou, zda v jednotlivých zdravotnických zařízeních existují nějaké kontrolní mechanismy, jakýsi systém kontroly, v jaké míře jsou respektována a chráněna práva pacientů, zda získaná data pomáhají proces edukace dále vylepšit. Ve standardech Joint Commission International se uvádí, že pokud jsou si zaměstnanci vědomi problémů v oblasti kvality péče a bezpečnosti pacienta, ale nejsou dostatečně vyškoleni nebo nemají nástroje jak situaci řešit, riziko přetrvává nebo dokonce dále narůstá. Pokud jsou

však v nemocnicích určeny priority ve zlepšování kvality péče, je nezbytné, aby zaměstnanci podílející se na tomto procesu absolvovali v otázkách kvality a bezpečnosti péče alespoň základní školení (31).

Jak jsme již v teoretické části uvedli, pro práci v ošetrovatelské péči má velký význam dodržování žádoucích forem chování a sestra, která tuto profesi vykonává má být odborníkem plně odpovědným za svá rozhodnutí a jednání. Etický kodex sester je vodítko, podle kterého by měla sestra postupovat při řešení složitých etických situací, aby mohla naplnit holistickou filozofii ošetrovatelství (11). Domnívám se, že v současné době jsou studenti v rámci své přípravy na budoucí povolání vzdělávání i informování o etickém přístupu k pacientům a přichází do praxe s přesvědčením, že ho budou moci uplatnit. Často však zjišťují, že v praktickém využití jim brání překážky, které není jednoduché překonávat. Mám na mysli především vliv ze strany spolupracovníků, kteří jsou již zaběhlí ve svých kolejích a těžko snáší změny. Nelze přehlédnout ani trvalý tlak managementu nemocnic na snižování nákladů, který často řeší problém, zda dostupné finanční prostředky použít na nákup nových přístrojů, na opravy či na navýšení počtu zaměstnanců. Tento závažný ekonomický, ale i etický problém týkající se alokace zdrojů způsobuje snižování počtu sester na minimum. Důsledkem je však jejich únava z přepracování, často také vyhoření, což může být jednou z překážek v aplikaci etických zásad do praxe.

6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce je věnována problematice realizace prvků Etického kodexu sester a Práv pacientů v praxi, a to především: ochraně studu, soukromí a důstojnosti pacientů; poskytování dostatku informací před jednotlivými výkony a možnosti pacientů vyjádřit se k navrhované péči. Práce porovnává názory sester a pacientů na tuto problematiku a mapuje jejich představy na zlepšení péče v těchto oblastech.

Ke zpracování tohoto tématu byly v úvodu práce stanoveny čtyři základní cíle: Zjistit, zda pacienti získávají od lékařů a sester dostatek srozumitelných informací o diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské péči. Zjistit, zda soukromí a stud pacientů respektují lékaři i sestry. Zjistit, zda pacienti mají prostor pro vyjádření svých názorů a možnost rozhodnutí o terapeutické, diagnostické a ošetrovatelské péči. Zjistit, zda pacienti vnímají přístup zdravotnického personálu k ostatním pacientům jako důstojný. Cíle byly naplněny. Na základě cílů byly stanoveny výzkumné otázky a hypotézy.

První výzkumná otázka mapovala názor sester na možnost uplatnit morální aspekty sestry, uvedené v Etickém kodexu sester, ve srovnání s jejich realizací v praxi. Na základě detailního rozpracování deseti rozhovorů bylo zjištěno, že sestry považují uplatňování etických pravidel v praxi za možné. Současně však namítají, že často záleží na přístupu jednotlivých pracovníků, na jejich informovanosti o této problematice a pracovních podmínkách na jednotlivých pracovištích. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké jsou podle sester možnosti realizace morálních závazků podle Etického kodexu sestry. Výsledky ukazují, co sestry považují v problematice dodržování práv pacientů za problémy nejpalcivější. Obsahují proto i návrhy a opatření k zlepšení situace v této oblasti. Navrhují: větší propagaci práv pacientů; větší podporu managementu nemocnic; dostatečný počet personálu atd.

Hypotéza 1 předpokládá, že pacienti hodnotí informace získané o ošetrovatelské péči jako dostatečné. Hypotéza 1 byla potvrzena. Hypotéza 2 předpokládá, že pacienti hodnotí informace získané o léčbě jako dostatečné. Hypotéza 2 nebyla potvrzena.

Hypotéza 3 předpokládá, že pacienti hodnotí informace získané o diagnostické péči jako dostatečné. Hypotéza 3 byla potvrzena. Hypotéza 4 předpokládá, že pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o ošetrovatelské péči. Hypotéza 4 byla potvrzena. Hypotéza 5 předpokládá, že pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o léčebné péči. Hypotéza 5 nebyla potvrzena. Hypotéza 6 předpokládá, že pacienti dostávají pro ně dostatek srozumitelných informací o diagnostické. Hypotéza 6 byla potvrzena. Hypotéza 7 předpokládá, že v zajišťování intimity jsou aktivnější sestry než lékaři. Hypotéza 7 byla potvrzena. Hypotéza 8 předpokládá, že pacientům je běžně nabízena možnost vyjádřit své rozhodnutí k navrhované péči. Hypotéza 8 nebyla potvrzena. Hypotéza 9 předpokládá, že pacienti se neseťkávají s přístupem zdravotnického personálu, který by byl k ostatním pacientům nedůstojný. Hypotéza 9 nebyla potvrzena.

Z porovnání výsledků jednotlivých hypotéz je však patrné, že situace v dodržování námi zkoumaných prvků etického kodexu není příliš optimistická. Přestože sestry dopadly v porovnání s lékaři o poznání lépe, je v jejich práci velký prostor pro zkvalitnění ošetrovatelské péče, prováděné v souladu s Etickým kodexem sester a Práv pacientů.

Domnívám se, že pro zlepšení situace by byla velice vhodná pravidelná propagace a medializace práv pacientů, a to jak mezi zdravotníky, tak mezi laiky. Domnívám se také, že by pomohlo systematické vzdělávání lékařů, sester a dalších zdravotníků nejen v kvalifikační přípravě, ale pomohly by i přednášky a praktické konzultace o problematických situacích na seminářích či samotných pracovištích. Součástí práce je návrh interaktivního semináře pro sestry a lékaře zaměřený na řešení kontroverzních situací v oblasti etického přístupu k pacientům (příloha 7).

Výsledky tohoto průzkumu i konkrétní návrh na interaktivní seminář by mohly přispět ke zlepšování těchto problémů, tj. dodržování práv pacientů, a tím přispět ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o nemocné i jejich blízké.

7 SEZNAM ZDROJŮ

1. AZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 1. vydání, Praha: Akademia, 2000. ISBN 80-7192-698-1.
2. BALDOVÁ, M. *Realizace koncepce českého ošetrovatelství v praxi*. Č. Budějovice: 2008, diplomová práce. JU ZSF. [on line]. Dostupné na: [https://stag-web.jcu.cz/apps/stag/zkousky/pg\\$_prohlizeni.main](https://stag-web.jcu.cz/apps/stag/zkousky/pg$_prohlizeni.main). [5.11.2009].
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
4. BITTNEROVÁ, Z. Postoj sester k „registraci“ v ČR. *Sestra*. 2009, ročník 19, č. 10, s. 27. ISSN 1210-0404.
5. BOTÍKOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra*. 2009, ročník 19, č. 6, s. 27. ISSN 1210-0404.
6. BRÁZDA, R. *Srovnávací etika*. 1. vydání, Praha: KLP, 2002. ISBN 80-85917-86-6.
7. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vydání, Praha : Linde, 2007. ISBN 978-80-7201-684-6.
8. DOLISTA, J., SAPÍK, M. *Studie z bioetiky. Etika v biomedicíně a bioetice*. 1. vydání, České Budějovice: JU (České Budějovice). ZSF, 2006. ISBN 80-7040-876-6.
9. DOLISTA, J., VURM, V. *Vybrané kapitoly z bioetiky: (aspekt filozofický)*. 1. vydání, České Budějovice: JU (České Budějovice). ZSF, 2004. ISBN 80-7040-700-X.
10. Etický kodex Práv pacientů. [on-line], 2007. Dostupné na: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14/> [Cit. 30.11.2009].

11. Etický kodex zdravotnického pracovníka. [on-line], 2009. Dostupné na: <http://portalkvality.mzcr.cz/Odbornik/Pages/11-Standardy-osetrovatelske-pece.html>. [Cit. 30.11.2009].
12. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství. Pomocný učební text*. Brno:NCO NZO, 2003.
13. FLEGL, V. *Listina základních práv a svobod v aplikační praxi ČR*. 1.vydání, Praha: C.H.Beck, 1997. ISBN 80-7179-149-0.
14. GLADKKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vydání, Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
15. GLUCHMAN, V. *Human Being and Morality in Ethics of Social Consequences*. Lewiston: Edwin Mellen Pr., 2003. ISBN 9780773465787.
16. GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1.vydání, Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
17. HART, H.L.A. *Pojem práva*. 1. vydání, Praha: Prostor, 2004. ISBN 80-7260-103-2.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1.vydání, Brno: IPVZ, 2000. ISBN 80-7013-310-4.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání, Praha : Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1.vydání, Brno : IPVZ, 2001. ISBN 80-7013-349-X.
21. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Jak a proč?* 1.vydání, Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
22. HENDRICK, J. *Law and ethics in nursing and health care*. 1.vydání, Cheltenham: Nelson Thornes Ltd., 2001. ISBN 07-4873-321-3.

23. HUBÁLKOVÁ, E. *Evropská úmluva o lidských právech a Česká republika: judikatura a řízení před Evropským soudem pro lidská práva*. Praha : Linde, 2003. ISBN 80-7201-417-X.
24. HRIB, N. *Trestní odpovědnost ve zdravotnictví : problémy teorie a metodologie*. 1.vydání, Praha : Policejní akademie ČR, 2004. ISBN 80-7251-147-5.
25. HVĚZDOVÁ, K. *Práva pacientů*. Brno: PF Masarykovi univerzity, Katedra ústavního práva a politologie (diplomová práce), [on-line], 2006. Dostupné na : http://is.muni.cz/th/61274/pravf_m/Diplomova_prace.pdf. [Cit. 30.11.2009].
26. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vydání, Olomouc: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7368-069-6.
27. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1.vydání, Brno: NCONZO, 2006. ISBN 80-7013-442-9.
28. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vydání, Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
29. JANKŮ, M. *Základy práva pro posluchače právnických fakult*. 2.vydání, Praha: C.H. Beck, 2006. ISBN: 80-7179-499-6.
30. JANOTOVÁ, H. *Profesní etika*. 1.vydání, Praha: Eurolex, 2005. ISBN 80-86861-42-2.
31. *Joint Commision International. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Překlad: Marx, D., Staněk, I., 1. vydání, Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0629-6.
32. KELLNEROVÁ-KALVACHOVÁ, L., KALVACHOVÁ, L., ŠPINKOVÁ, M.: *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.

33. KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. *Zdravotnícká etika*. 2.vydání, Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.
34. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vydání, Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.
35. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I,II*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-217-0528-0.
36. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
37. KRAUS, J. et.al. *Nový akademický slovník cizích slov*. 1. vydání, Praha: Academia, 2007. ISBN978-80-200-1351-4.
38. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vydání, Praha: Lexis Nexis CZ, 2004. ISBN 80-86199-82-7.
39. *Lidská práva pro všechny: Před šedesáti lety byl přijat základní dokument lidských práv* [on-line]. ©2008. Dostupné z: <<http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1374/>. [Cit. 11.1.2010].
40. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vydání, Praha: C.H.Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
41. MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: LF Masarykovi univerzity, Ústav lékařské etiky.(disertační práce), [on-line], 2006. Dostupné na : http://is.muni.cz/th/22985/lf_d/. [Cit. 11.1.2010].
42. MCSTEEN, K., PEDEN-MCALPINE, C. The Role of the Nurse as Advocate in Ethically Difficult Care Situations With Dying Patients. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. [on-line], 2006. 8(05):259-269. © 2006 Lippincott Williams & Wilkins. Dostupné na : http://www.medscape.com/viewarticle/545616_6 . [Cit. 30.4.2009].

43. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
44. MUNZAROVÁ, M., GLASA, J. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vydání, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0924-4.
45. *Národní akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. Editor: Marx, D., Vlček, F., 2. vydání, SAK ČR: TIGIS, [on-line], 2008. Dostupné na:
http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf [Cit. 30.10.2009].
46. PAYNE, J. *Hermeneutická etika. Jeden filozofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Praha: Triton, 1995. ISBN 80-85875-07-1.
47. PERRIN, K. Q, Mc GHEE, J. *Ethics and conflict*. Thorofare: SLACK, 2001. ISBN 1-55642-517-1.
48. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., et.al. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1997-9.
49. STAŇKOVÁ, M. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů. Praktické příručky pro sestry*. 1.vydání, Brno: IDV PZ, 2001. ISBN 80-7013-270-1.
50. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V., KŘÍŽOVÁ, E., et.al. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0507-4.
51. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vydání, Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.
52. ŠKTRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

53. ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-287-8.
54. THOMASMA, DC., KUSCHNEROVÁ, T. *Od narození do smrti*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2000. ISBN 80-204-0883-5.
55. TUGENDHAT, E. *Přednášky o etice*. 1.vydání, Praha: Oikoymenh, 2004. ISBN 80-7298-086-6.
56. VAŇEK, J. *Principy obecné, ekonomické a informační etiky*. 1.vydání, Praha: Eurolex Bohemia, 2005. ISBN 80-86861-54-6.
57. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vydání Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- Etika
- Etické kodexy
- Etický kodex sester
- Ošetrovatelská etika
- Práva pacientů

9 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1** Hippokratova přísaha
- Příloha 2** Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester
- Příloha 3** Etický kodex Práv pacientů
- Příloha 4** Národní akreditační standardy pro nemocnice - Standardy dodržování práv pacientů
- Příloha 5** Okruhy otázek pro respondenty - sestry
- Příloha 6** Dotazník pro pacienty
- Příloha 7** Interaktivní seminář sester a lékařů - návrh

Příloha 1 HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné.

Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takového řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

Příloha 2 Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

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

KODEX ICN

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

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.
- Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.
- Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

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

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

- Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.
- Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.
- Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.
- Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.
- Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

- Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.
- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

- Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.
- Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetrovatelství (36)

Příloha 3 ETICKÝ KODEX PRÁV PACIENTŮ

1/ Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2/ Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3/ Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.

4/ Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5/ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6/ Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7/ Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8/ Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude uvedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9/ Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10/ Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11/ Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 4 NÁRODNÍ AKREDITAČNÍ STANDARDY PRO NEMOCNICE

STANDARDY DODRŽOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ

Standard 41:

Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení se učiní zápis do pacientovy dokumentace.

Účel a naplnění standardu:

Dodržování práv pacientů je jednou ze stěžejních oblastí procesu kontinuálního zvyšování kvality. Povinností nemocnice je stanovit, kdo odpovídá za seznámení přijímaného pacienta, případně blízkých osob, s jeho právy (přijímající lékař či přijímající sestra). Při formulaci této povinnosti je nutno počítat se situací, kdy bezprostředně při přijetí zdravotní stav pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy seznámen; pak je toto seznámení nutno provést bez zbytečného odkladu, jakmile to umožňuje pacientův stav.

Osoba, která seznamuje pacienta s jeho právy, o tom učiní záznam do dokumentace.

Pacient musí být se svými právy seznámen průkazně – pro případ, že pacient neovládá český jazyk, nebo má jiné komunikační bariéry, má nemocnice stanovený postup (například dostupnost tlumočnické služby).

Nemocnice v souladu s platnou legislativou upraví postup při přijímání pacientů k hospitalizaci v situaci, kdy nemohou dát relevantní souhlas s přijetím.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice stanoví postup vedoucí k seznámení pacienta s jeho právy.
2. Součástí tohoto postupu je určení pracovníka, který za informování pacienta odpovídá.
3. Tento postup je přiměřeně upraven pro situace, kdy nelze pacienta o jeho právech informovat při přijetí.
4. Tento postup stanoví činnosti při přijímání pacienta k hospitalizaci bez jeho souhlasu.
5. Tento postup obsahuje povinnost informující osoby učinit o informování pacienta záznam do jeho dokumentace.
6. Tento postup určuje, jak jsou informováni pacienti, kteří neovládají český jazyk či pacienti s komunikačními bariérami.
7. Tento postup se v nemocnici dodržuje.

Standard 42:

Informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník.

Účel a naplnění standardu:

K nejvýznamnějším nástrojům k zajištění účasti pacientů na rozhodování o jim poskytnuté zdravotní péči patří informovaný souhlas. Aby pacient souhlasil s výkonem, musí mít k dispozici informace o navrhovaném postupu, které pro informované rozhodnutí potřebuje. Informovaný souhlas lze získat v několika fázích procesu poskytování péče; například při přijetí pacienta do nemocnice (obecný souhlas s přijetím) či před jednotlivými výkony s vysokou mírou rizika. Nemocnice přesně stanoví vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu, přičemž tento postup musí být v souladu se zákony a podzákonnými normami. Nemocnice stanoví spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice vnitřním předpisem upraví postup při odebírání informovaného souhlasu.
2. Nemocnice stanoví vnitřním předpisem spektrum výkonů, u kterých je nutno informovaný souhlas odebrat v písemné podobě.
2. Určení zaměstnanci jsou seznámeni s postupy předepsanými při odebírání informovaného souhlasu.
3. Informovaný souhlas se od pacientů odebírá formou a způsobem upraveným vnitřním předpisem.

Standard 43:

Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči.

Účel a naplnění standardu:

Tento standard navazuje na předcházející; všechny plánované diagnostické a terapeutické postupy pracovníci nemocnice srozumitelně vysvětlí pacientovi a – pokud je to na místě – jeho blízkým. Poskytnutá informace vždy obsahuje následující body:

- aktuální zdravotní stav pacienta;
- typ navrhované léčby;
- možné výhody a rizika pro pacienta;
- možné alternativy;
- pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu;
- problémy, které je možno očekávat v průběhu procesu uzdravy pacienta;
- důsledky případného odmítnutí navrhovaného postupu.

Pracovníci nemocnice sdělí pacientovi jméno lékaře (resp. jiného zdravotnického pracovníka), který má primární odpovědnost za jemu poskytnutou péči, nebo který by měl plánovaný výkon provést.

Indikátory standardu:

1. Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu.
2. Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a o tom, kdo příslušný výkon bude provádět.
3. Pacienti jsou informováni o možných výhodách a rizicích navrhované léčby a o možných problémech v průběhu léčení.
4. Pacienti jsou informováni o možných alternativách navrhované léčby a o důsledcích případného odmítnutí léčby.
5. Pacienti jsou informováni o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby.
6. Pacienti znají jméno lékaře či jiného zdravotnického pracovníka odpovídajícího za poskytovanou péči.

Standard 44:

U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace.

Účel a naplnění standardu:

Edukace pacientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. Nemocnice tento standard naplní, když vypracuje postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda pacient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, či zda je nutné (například při plánovaném založení stomie) naplánovat edukační program. Tento postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí.

Indikátory standardu:

1. Hodnotí se potřeba edukace u pacienta a jeho blízkých.
2. Uvedené hodnocení se zaznamenává do dokumentace pacienta.
3. Proces edukace pacienta se zaznamenává jednotným způsobem.
4. Pacienti a jejich blízcí jsou edukováni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.
5. Pacienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.
6. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o svém zdravotním stavu a o potvrzených diagnózách.
7. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o dietních omezeních pacienta, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na rozšíření jídelníčku pacienta.

Standard 45:

Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR.

Účel a naplnění standardu:

Tento standard se vztahuje na používání omezovacích prostředků i na farmakologické zklidnění (omezení) pacientů obvykle pro neklid či agresivitu ohrožující je samotné nebo další osoby. K naplnění tohoto standardu nemocnice vypracuje vnitřní předpis, který stanoví indikace k omezení pacientů, formu ordinace tohoto omezení s tím, že se jedná o výlučnou pravomoc lékaře (s výjimkou nezbytně nutné doby mechanického omezení pacientů, kteří jsou bezprostředně nebezpeční sobě nebo svému okolí). Předpis dále stanoví, jaký je rozsah a frekvence lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacientů před imobilizací, během ní a po jejím skončení a jakou formou se průběh použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění zaznamenává do dokumentace pacientů.

Indikátory standardu:

1. Nemocnice má vypracovaný vnitřní předpis, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků a farmakologického zklidnění pacientů.
2. Tento předpis stanoví indikace mechanického či farmakologického omezení pacientů.
3. Tento předpis stanoví formu a rozsah vyšetření pacientů před použitím omezovacích prostředků (farmakologického zklidnění), v jeho průběhu a po něm, provedená vyšetření jsou v souladu s předpisem.
4. Tento předpis stanoví způsob dokumentace použití omezovacích prostředků či farmakologického zklidnění pacientů, dokumentace u pacientů je v souladu s předpisem.
5. Tento předpis stanoví postup při přijetí pacienta k hospitalizaci bez výslovného souhlasu. Tento postup se v nemocnici dodržuje.

Příloha 5 Okruhy otázek pro respondenty – sestry

- Myslíte si, že mají sestry při poskytování ošetrovatelské péče možnost vytvářet podmínky, v nichž jsou respektována lidská práva, hodnoty a zvyky pacientů?
- Je podle vás možné zaručit, aby jednotlivým pacientům byly poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a terapií?
- Myslíte si, že se sestry spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb pacientů?
- Co vám brání, případně co vám umožňuje, aplikovat etické aspekty do praxe?
- Myslíte si, že jednání s pacientem jako s partnerem má pozitivní vliv na jeho uzdravování?
- Jaké etické zásady považujete při výkonu své praxe za nejdůležitější?
- Jaké jsou podle vás největší překážky při uplatňování etického přístupu k pacientovi?
- Jaká opatření by podle vás měla situaci zlepšit?

Zdroj: vlastní

Příloha 6 Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku jehož cílem je zjistit, jaký je aktuální stav realizace prvků Etického kodexu sester a Práv pacientů v praxi. Dotazník je ANONYMNÍ a výsledky budou využity pouze pro mou diplomovou práci. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte, nebo vypište.

Děkuji Bc. Martina Hrubešová

1. Vaše pohlaví

1. Žena
2. Muž

2. Váš věk

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1. Méně než 21 let | 4. 51 – 65 let |
| 2. 21 – 35 let | 5. 66 – 80 let |
| 3. 36 – 50 let | 6. 80 let a více |

3. Kolikátý den jste hospitalizován/a?

- | | |
|------------|-----------------|
| 1. 1-3 dny | 3. 7 a více dní |
| 2. 4-6 dní | |

4. Byl/a jste seznámen s Právy pacientů?

- | | |
|--------|-------|
| 1. Ano | 2. Ne |
|--------|-------|

5. Když k Vám přistoupí zaměstnanec nemocnice víte za jakým účelem přišel?

- | | |
|----------|----------|
| 1. Vždy | 3. Nikdy |
| 2. Někdy | |

6. Když k Vám přistupuje sestra představuje se?

- | | |
|----------|----------|
| 1. Vždy | 3. Nikdy |
| 2. Někdy | |

7. Když k Vám přistupuje lékař představuje se?

- | | |
|----------|----------|
| 1. Vždy | 3. Nikdy |
| 2. Někdy | |

8. Je pro Vás důležité, aby měl zdravotnický personál jmenovku?

1. Ano

2. Ne

3. Pokud jste odpověděl/a ne, uveďte důvod

9. Podává Vám sestra informace před ošetrovatelským výkonem?

1. Vždy

2. Někdy

3. Nikdy

10. Podané informace jsou pro Vás dostatečné? (Vyznačte na škále dostatečnost podaných informací.)

1.....2.....3.....4.....5

Dostatečné

Nedostatečné

11. Podané informace jsou pro Vás srozumitelné? (Vyznačte na škále srozumitelnost podaných informací.)

1.....2.....3.....4.....5

Srozumitelné

Nesrozumitelné

12. Podává Vám lékař informace o léčbě?

1. Vždy

2. Někdy

3. Nikdy

13. Podané informace jsou pro Vás dostatečné? (Vyznačte na škále dostatečnost podaných informací.)

1.....2.....3.....4.....5

Dostatečné

Nedostatečné

14. Podané informace jsou pro Vás srozumitelné? (Vyznačte na škále srozumitelnost podaných informací.)

1.....2.....3.....4.....5

Srozumitelné

Nesrozumitelné

15. Podává Vám lékař informace před vyšetřením?

1. Vždy

2. Někdy

3. Nikdy

16. Podává Vám sestra informace před vyšetřením?

1. Vždy

2. Někdy

3. Nikdy

17. Podané informace jsou pro Vás dostatečné? (Vyznačte na škále dostatečnost podaných informací.)

1.....2.....3.....4.....5

Dostatečné

Nedostatečné

25. V případě rozhovoru o pro Vás zásadních a intimních otázkách:

1. Se rozhovor odehrává v nemocničním pokoji za přítomnosti dalších osob
2. Se rozhovor odehrává v nemocničním pokoji bez přítomnosti dalších osob
3. Se rozhovor odehrává ve vyhrazené místnosti
4. Rozhovor není rušen vstupem jiné osoby
5. Rozhovor není rušen telefonními hovory

26. Kdo z Vašeho pohledu aktivněji přistupuje k zajištění Vašeho studu a soukromí?

- | | |
|-----------|------------------------|
| 1. Sestry | 3. Profese nerozhoduje |
| 2. Lékaři | 4. Nikdo |

27. Možnost rozhodovat o Vám poskytované ošetrovatelské péče hodnotíte jako?

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. Maximální | 4. Malou |
| 2. Velkou | 5. Žádnou |
| 3. Průměrnou | |

28. Možnost rozhodovat do Vám poskytované léčebné péče hodnotíte jako?

- | | |
|--------------|-----------|
| 1. Maximální | 4. Malou |
| 2. Velkou | 5. Žádnou |
| 3. Průměrnou | |

29. Zažil jste někdy, že by zdravotnický personál nerespektoval lidskou důstojnost ostatních pacientů?

- | | |
|--------|-------|
| 1. Ano | 2. Ne |
|--------|-------|

30. Ke zlepšení respektování důstojnosti pacientů během hospitalizace bych doporučil/a

.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

Zdroj: vlastní

Příloha 7

Interaktivní seminář sester a lékařů zaměřený na řešení kontroverzních situací v oblasti etického přístupu k pacientům - návrh

Poslání

Vzhledem k tomu, že kontroverzní situace v oblasti etického přístupu k pacientům můžeme do značné míry eliminovat nácvikem problematických situací, je vhodné sestry i lékaře s touto problematikou pravidelně seznamovat a zmíněné situace trénovat.

Posláním semináře je předcházet vzniku kontroverzních situací a umět tyto situace v oblasti etického přístupu k pacientům řešit.

Cíle programu

- Předcházet problémům spojených s kontroverzními situacemi v oblasti etického přístupu k pacientům.
- Předat cílové skupině znalosti, dovednosti a postoje podporující vhodné chování k pacientovi.
- Podporovat cílovou skupinu v tom, aby tyto znalosti, dovednosti a postoje dokázala uplatnit ve své praxi.
- Vytvářet povědomí a informovanost o vybraných etických problémech v péči o pacienty i jejich blízké.

Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou sestry i lékaři pracující v nemocnici.

Forma vzdělávání

Skupinová – do 15 účastníků

Jak seminář probíhá?

Semináře se konají minimálně dvakrát ročně. Jsou podle potřeb nemocnice nebo konkrétního oddělení zaměřeny na problematiku etického přístupu zdravotníků k pacientům.

Program je realizován interaktivní formou. Součástí je mapování postojů zdravotníků k problematice, využívá didaktických her a věnuje pozornost diskuzím. Účastníci pracují individuálně i ve skupinách.

Seminář trvá 90 minut a probíhá v prostorách nemocnice (zasedací místnost). Vlastní průběh je rozdělen do dvou částí. V první části jsou pod vedením lektora a při aktivní spolupráci účastníků demonstrovány vybrané problematické situace. Ve druhé části účastníci prezentují situace ze svých oddělení. Pod vedením lektora je v modelových situacích napodobují, analyzují a provádějí reflexi. Na závěr je provedeno hodnocení skupiny i lektora.

Co je náplní programu:

- problematika ochrany studu a soukromí pacienta
- problematika ochrany důstojnosti pacienta
- problematika poskytování informací před jednotlivými výkony
- problematika možnosti pacienta vyjádřit se k navrhované péči

Pomůcky:

- zasedací místnost
- tabule nebo velké papíry
- psací potřeby

Zdroj: vlastní