



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Respekt autonomie a intimity pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti

Vypracovala: Bc. Eva Petrovicová
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Diplomová práce s názvem „Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti“ se zabývá problematikou zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí.

V současné době, s rozvojem vědy a techniky, zaujímá stěžejní pozornost pouze tělesná stránka člověka a lidská důstojnost se posouvá daleko do ústraní. Péče, která zachovává a podporuje důstojnost lidskou, by měla být neodmyslitelnou součástí každodenní péče. Zdravotničtí pracovníci by s pacienty měli jednat s úctou, respektem a pochopením. Právě tato práce poukazuje na problematiku, zachování pacientovy autonomie a intimity jako základních komponentů uchování lidské důstojnosti.

V teoretické části se zabýváme pojmem lidská důstojnost a všemi jejími aspekty. Uvádíme též ošetrovatelské modely, které vnímají osobu jako celistvou a souvisí právě s lidskou důstojností. Definujeme pojmy jako autonomie, intimita a soukromí. Jako poslední uvádíme způsoby vyjádření respektu v ošetrovatelské péči.

Diplomová práce byla zpracována kvalitativní metodou výzkumu prostřednictvím rozhovorů se sestrami a pacienty z chirurgického oddělení a oddělení následné péče. Rozhovory se konaly v období jednoho měsíce, a to lednu roku 2015 v krajské Nemocnici České Budějovice, a.s. se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestry Mgr. Moniky Kyselové, MBA. Výzkumný soubor byl tvořen 10 všeobecnými sestrami, z toho 5 sestrami z chirurgického oddělení a 5 sestrami z oddělení následné péče. Dále byl tvořen 20 pacienty z toho 10 pacienty z chirurgického oddělení a 10 pacienty z oddělení následné péče. Rozhovory, které umožnily získat cenné informace, byly zaznamenávány dvojím způsobem, a to za pomoci diktafonu či písemného záznamu. Poté probíhalo samotné zpracování dat, které spočívalo v doslovném přepisu informací. V těchto informacích byla vyznačena důležitá data, přičemž bylo využito metody zvané „tužka a papír“. Tímto značením jednotlivých slov probíhalo tzv. kódování, při kterém byly informace uskupeny a ze kterých následně vzešly koncepty, kterýmiž jsou autonomie, intimita a všeobecně lidská důstojnost.

Pro účely diplomové práce byl stanoven jeden cíl, a to zjistit, do jaké míry sestry shledávají možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské

důstojnosti v nemocničním prostředí. Uskutečněným šetřením byly zjištěny rozdílné názory samotných sester na možnost zachování pacientovy autonomie. Na chirurgickém oddělení se pacienti dostatečně rozhodují na rozdíl od pacientů z oddělení následné péče, kde pacientova autonomie není zachována. Většina pacientů (chirurgické oddělení, oddělení následné péče) si je alespoň vědoma možnosti rozhodovat se i za podmínek, kdy je veškerá iniciativa, na samotném konci, přenechána lékaři.

Dalším konceptem, který vyjadřoval náš zájem, byla péče důstojná. Sestry pacientům prokazují respekt prostřednictvím lidského přístupu, zahrnující dále informace, zájem, klidné prostředí a úsměv. Tento přístup svými výpověďmi stvrzují též pacienti, kteří zmiňují pouze kladné zkušenosti s uchováním a podporou důstojnosti. Mnoho pacientů uvádí, že právě péče důstojná je poskytována tam, kde jsou hospitalizováni. Tuto skutečnost hodnotíme jako příznivou. Bohužel, dle sester možnost podpory pacientovy důstojnosti v některých případech je znesnadněna nedostatečným počtem personálu, nedostatkem času či nevhodným zařízením prostor, protože je i tak zřejmé, že s pacienty, v žádném případě, není zacházeno nedůstojně. Sestry se snaží zachovávat profesionální přístup, který je založen právě na slušném chování orientujícím se na respektování lidské důstojnosti.

Jako poslední koncept uvádíme zajištění intimity a soukromí. Sestry hodnotí koncept zajištění intimity jako uskutečnitelný a zároveň jako důležitý aspekt důstojné péče. Nejčastěji intimitu zajišťují prostřednictvím žaluzií, dveří a rolet. Za stěžejní problém je však vnímán počet lidí na pokoji, a to jak sestrami, tak pacienty. Ti nadále zdůrazňují snahu a kladení důrazu sester právě na zachování intimity a soukromí.

Výzkumná otázka zjišťovala, zdali současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost pravděpodobně na průměrné úrovni. Vzhledem k uvedeným výsledkům, které nastiňují problematiku pacientovy autonomie, intimity a všeobecně lidské důstojnosti, by bylo vhodné provést další výzkum, a to formou kvantitativního výzkumného šetření, které by vyjádřilo pohled na situaci v rozsáhlejší měřítku. Výsledky nynějšího i případného dalšího výzkumu by bylo možné poskytnout vedoucím pracovníkům jako prostředek

k identifikaci a eliminaci zjištěných překážek v interakci personál – pacient, v podporování lidské důstojnosti a v zajišťování intimity a soukromí. Tím by se zvýšila úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče a možného uvědomění si, že středem našeho zájmu stále zůstává člověk se všemi lidskými potřebami.

Klíčová slova: lidská důstojnost, autonomie, intimita, respekt, uznání

Abstract

The Master thesis called “Respect, Autonomy and Intimacy of a Patient as the Basic Components of the Preservation of Human Dignity” deals with the issue of preservation of patient autonomy, intimacy and the support of human dignity in the hospital environment.

Nowadays, with the development of science and technology, the attention is focused mainly on the physical aspect of a person and human dignity is less emphasized. The care which preserves and promotes human dignity should be an essential part of a daily medical treatment. The medical professionals should treat the patients with respect, dignity and understanding. This work points at the issues of maintaining patient autonomy and intimacy as the basic components of the preservation of human dignity. In the theoretical part, we deal with the concept of human dignity and all its aspects. We present the nursing models which perceive a patient as a whole person and which is associated with human dignity. We define the concepts such as autonomy, intimacy and privacy. Last, we describe the ways of expressing respect in the nursing care.

The thesis was handled by the qualitative research method with the use of interviews with the nurses and the patients of Department of Surgery and Department of Aftercare. The talks were being held in January, 2015 in České Budějovice Hospital, a.s. with the permission of Deputy for Nursing-Home Care Mgr. Monika Kyselová, MBA. The research file consisted of 10 general nurses, included 5 nurses from the Department of Surgery and 5 nurses from the Department of Aftercare. The research also addressed 10 patients from the Department of Surgery and 10 patients from the Department of Aftercare. The interviews which allowed the research to collect valuable information were recorded in two ways; either with the help of a voice recorder, or by a written record. Then the data processing itself occurred which consisted of a literal transcript of the information. The important data were emphasized and highlighted using the method called “a pencil and paper.” By means of marking of individual words

we used the method of “encoding” where the information has been grouped and which subsequently resulted in concepts as autonomy, intimacy and human dignity.

For the purposes of the thesis, the aim was to find to what extent the nurses find it possible to preserve patient autonomy, intimacy and the promotion of human dignity in the hospital environment. The accomplished research brought different views of the nurses on the possibility of preserving the autonomy of the patients. The Department of Surgery offers more autonomy of the patients than those from the Department of Aftercare where patient autonomy is not sustained. The majority of patients (the Department of Surgery, the Department of Aftercare) is at least aware of the possibility to decide on their own, even under the circumstances where all the initiative is, as a result, conveyed by the doctors.

Another concept that expressed our interest was the dignified care. Nurses show respect to patients through a humane approach, including information, interest, a quiet environment and a smile. This behaviour was also confirmed by the patients who mentioned only positive experience with the conservation and the promoting of their dignity. Many patients reported that this care is provided at the place where they are hospitalized. This fact is evaluated as positive. Unfortunately, according to the nurses, in some cases the lack of possibility to support patient dignity is caused by insufficient number of the staff, insufficient time and inappropriate facilities. However, it is still obvious that the patients are treated in dignity. The nurses are trying to maintain a professional approach which is based on decent behaviour focused on respect for human dignity.

As the last concept, we present intimacy and privacy. The nurses evaluate the preservation of intimacy as possible and at the same time as an important aspect of the dignified care. Most often intimacy is maintained by means of roller blinds, doors and shutters. However, it is the number of people in the room that both the nurses and the patients see as a chief problem. The patients continue to highlight the efforts and the emphasis that the nurses put to maintain intimacy and privacy.

The research question examined whether the current nursing care provides a patient’s right for human dignity. According to the accomplished researched, it was

found that the current nursing care may fulfil the rights for human dignity at an average level.

With regard to these results that outline the issues related to patient autonomy, intimacy and human dignity, it would be advisable to carry out further research in the form of a quantitative research investigation, which would look at the situation in a larger scale. The results of the current and potential further research could be available to the management of the hospital care to provide the employers with the information as a means for the identification and elimination of the identified barriers in the interaction between a staff and a patient, in promoting human dignity and maintaining intimacy and privacy. This would increase the level of quality provided by nursing care and awareness of the fact that a person with all his/her needs remains the focus of our attention.

Keywords: human dignity, autonomy, intimacy, respect, acknowledgement

Prohlášení

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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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.

V Českých Budějovicích dne 18. 5. 2015

.....

Bc. Eva Petrovicová

Poděkování

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí práce paní PhDr. Marii Trešlové, Ph.D, za ochotu, odborné vedení a především za lidský přístup, dále pak panu doc. MUDr. Jiřímu Šimkovi, CSc., který přispěl zajímavými a velice cennými informacemi.

Obsah

1	Současný stav	12
1.1	<i>Základy ošetrovatelství ve vztahu k lidské bytosti.....</i>	12
1.2	<i>Lidská důstojnost z hlediska filozofického.....</i>	13
1.3	<i>Lidská důstojnost zakotvena v legislativě.....</i>	14
1.4	<i>Aspekty důstojnosti.....</i>	17
1.4.1	<i>Důstojnost zásluh</i>	17
1.4.2	<i>Důstojnost mravní síly</i>	17
1.4.3	<i>Menschenwürde.....</i>	18
1.4.4	<i>Důstojnost vlastní identity</i>	19
1.5	<i>Ošetrovatelské modely vnímající osobu jako celistvou</i>	20
1.5.1	<i>Teorie deficitu sebeděče – D. E. Orem.....</i>	20
1.5.2	<i>Teorie lidského bytí – R. R. Parse.....</i>	21
1.5.3	<i>Model umění pomoci – E. Wiedenbach</i>	22
1.5.4	<i>Model humanistické péče – M. J. H. Watson</i>	23
1.5.5	<i>Potřeby spojené s lidskou existencí.....</i>	25
1.6	<i>Vyjádření respektu při poskytování důstojné péče</i>	26
1.7	<i>Autonomie</i>	28
1.7.1	<i>Konkrétní způsob jednání při respektování lidské autonomie</i>	29
1.7.2	<i>Pravidla autonomního přístupu</i>	30
1.8	<i>Intimita</i>	31
1.8.1	<i>Intimita z hlediska psychologického</i>	31

1. 8. 2	<i>Zajištění intimity v přímé ošetrovatelské péči</i>	32
1. 8. 3	<i>Pacientův pocit soukromí</i>	33
2	Cíle práce a výzkumné otázky	35
2. 1	<i>Cíl práce</i>	35
2. 2	<i>Výzkumné otázky</i>	35
3	Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru	36
3.1	<i>Metodika práce</i>	36
3.2	<i>Charakteristika výzkumného vzorku</i>	37
4	Výsledky	38
4. 1	<i>Schémata rozhovorů sester z ONP a CHIR</i>	38
4. 2	<i>Koncept - autonomie</i>	48
4. 3	<i>Koncept - lidská důstojnost</i>	50
4. 4	<i>Koncept - intimita a soukromí</i>	53
4. 5	<i>Znázornění nejčastěji zmíněných výpovědí respondentů</i>	56
4. 5. 1	<i>Koncept - autonomie</i>	56
4. 5. 2	<i>Koncept - lidská důstojnost</i>	58
4. 5. 3	<i>Koncept - intimita a soukromí</i>	61
5	Diskuze	63
6	Závěr	74
7	Použité zdroje	77
8	Přílohy	84

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
ONP	oddělení následné péče
CHIR	chirurgické oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče

Poznámka: V seznamu nejsou uvedeny všeobecně známé zkratky.

Úvod

Kam směřuje úroveň lidství v lékařském prostředí? V současnosti, kdy je péče o pacienty založená především na technologiích, se lidský dotek a vlídné slovo posouvají do ústraní. V dobách minulých bylo přirozené prožívat onemocnění či umírat doma v kruhu rodinném, kde žilo více generací pohromadě. Pečovalo se o rodinné příslušníky s úctou a pokorou. Dnes jsou lidé, kteří v rodině představují jen lehce zvýšenou zátěž, a to jak senioři, či lidé s poruchou pohyblivosti, umístování do institucí, aby jaksi „nepřekáželi.“ Jsou hospitalizováni v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních, kde o ně pečují zcela cizí lidé ve zcela neznámém prostředí, kde jsou nastavena určitá práva, řády a pravidla, která určují či ovlivňují chování všech zúčastněných na péči.

Naštěstí se z pacientů stali rovnocenní partneři zdravotnického personálu a jsou tímto zapojeni do plánování lékařské péče a zároveň aktivními účastníky při poskytování péče ošetrovatelské. Avšak této nové role si většina pacientů není vědoma. Přesto je od zdravotníků očekávána snaha pomoci, která úzce souvisí s vřelým přístupem k lidské důstojnosti a jejím všeobecným respektem. Sestry by měly tuto skutečnost cítit a dodržovat. Bohužel, v některých případech po několika letech praxe ve zdravotnickém zařízení sestry tzv. otupí a nezaznamenají například otevřené dveře, čímž je zanedbána ochrana intimity, či se již pacienta nedotazují, zdali má, v případě výběru, chuť na rohlík, či chléb. Tyto činnosti si postupně zautomatizují a na pacienty již nenahlíží jako na holistickou a jedinečnou bytost. Avšak právě tyto činnosti hrají důležitou roli v tom, jak se pacient v nemocnici cítí a jak se jeho zdravotní stav vyvíjí. Tato diplomová práce se zabývá především problematikou autonomie a intimity pacienta jakožto aspektů uchování lidské důstojnosti a dále se ptá, zdali současné ošetrovatelství naplňuje právo na lidskou důstojnost.

Téma diplomové práce jsem si vybrala, jelikož si myslím, že není snadné poskytovat láskyplnou a ochotnou péči všem, kteří pracují ve zdravotnictví. Jsem bytostně přesvědčená o významu trpělivého, vstřícného a důstojného zacházení s pacienty, protože poskytovat pomoc lidem by mělo být pro každou sestru ctí a hrdostí.

1 Současný stav

1.1 Základy ošetřovatelství ve vztahu k lidské bytosti

Fenomén zvaný zdravotní péče je velice složitý a komplikovaný, jelikož se dotýká převážné většiny lidí. Hlavním předmětem je zdraví lidí, jejich život a lidská důstojnost, proto není divu, že zdravotní a zároveň ošetřovatelská péče vyvolává nadměrnou pozornost a je předmětem studia mnoha vědních oborů (Šimek, 2003). Počátky moderního ošetřovatelství je možné pojít s Florence Nightingalovou, která se zasloužila nejen o vytvoření etických zásad ošetřovatelky ve vztahu k nemocnému, ale také se jako první snažila prosadit ošetřovatelství jako autonomní povolání. Nightingalová v knize, kterou vydala v roce 1860, uvádí, že ošetřovatelka musí být osobou plně zodpovědnou za své jednání, za každých okolností musí být důvěryhodná, svědomitá, spolehlivá a zbožná (Kutnohorská, 2007). „*K vlastnímu povolání má mít úctu, protože drahý dar života je někdy plně vložen do jejích rukou (Kutnohorská, 2007, str. 24).*“

Sestra by své nemocné měla neustále pozorovat a střežit, dále by měla zajišťovat přísun čerstvého vzduchu, dostatek světla a přiměřené teplo. V žádném případě by neměla zapomínat na stravu, spánek a tekutiny nemocného. Neméně důležitou složkou je péče o psychiku, naslouchání nemocnému a v případě přání nemocného možnost vyslovit své mínění. Sestra by rovněž měla dbát na to, aby nemocného netrápily znepokojující myšlenky, jelikož ne nadarmo se říká, co působí pozitivně na mysl, musí působit i na tělo. Obojí je ve vzájemném a nerozlučitelném spolupůsobení (Kutnohorská, 2007).

Právě jako na celek, který je složen z několika částí, které jsou v neustálém působení a navzájem se ovlivňují, nahlíží na člověka a jeho potřeby současné ošetřovatelství (Kelnarová, 2007). Tento náhled či přístup se nazývá holistický. Pojem holismus pochází z řeckého slova „holos“ neboli celek. Holismus je filozofický směr vyzdvihující názor, že člověk je jednotou těla, mysli a ducha (Bártlová a kol., 2008). Neopomíjeme Lydii Halloovou, která publikovala ošetřovatelský model péče, podstaty a léčby odrážející tři základní aspekty profesionální úrovně ošetřovatelství. Právě tomuto modelu náleží jedno z čestných míst, neboť je jako jeden z prvních

filozofií ošetrovatelství realizován v praxi a uveden do ošetrovatelského procesu (Archalousová, 2008). Její teorie byla využívána a následně aplikována jako filozofie ošetrovatelské péče v Loeb Center of Nursing při Hospital of the New York, kde Hallová působila jako ředitelka.

Sestry začaly využívat holistický přístup ve snaze o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka. Pojem „holismus“ zavedl jihoafrický politik a generál J. Ch. Smuts. Dle něho celek není pouhý souhrn částí, nýbrž nehmotný, někdy až nepoznatelný činitel celistvosti. Části je možné rozdělit, tím však celistvost zaniká (Mastiliáková, 2007).

Již Hippokrates, který žil na konci 5. století před Kristem, moudře zdůraznil, že nemoc nezahrnuje pouze tělo, ale i duši člověka. Dle něj „*je důležitější vědět jaký člověk nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má.*“ (Mastiliáková, 2007, str. 22). To znamená, že by sestry měly mít neustále na mysli to, že člověk není pouze souhrn orgánů a funkcí, se kterými se jedná jako se stroji. Ale i to, že má i složku afektivní a pocitovou, která vnímá veškeré chování a přístup zdravotnického personálu k němu samému. Proto by ošetrovatelská péče měla být poskytována dle nejlepšího vědomí a svědomí.

Filozofie Immanuela Kanta a Georga Wilhelma Friedricha Hegela se zajímala o význam svědomí. Vždy ten, kdo jednal dle svého svědomí, neomylně konal dobro. Tento názor, v jistém slova smyslu, není špatný, ale i konání za současného nejlepšího svědomí a vědomí se může, za čas, ukázat jako nesprávné (Rotter, 1999). V případě ošetrovatelství i svědomitá péče, tedy péče poskytována s čistým svědomím, nemusí být vždy tou nejlepší variantou. Toto tvrzení by měla mít na vědomí každá sestra.

1.2 Lidská důstojnost z hlediska filozofického

S pojmem lidská důstojnost se čas od času v medicíně setkáváme, přesto je pro některé pojmem spíše abstraktním. S rozvojem techniky a vědy se zdravotničtí pracovníci zaměřují na tělesnou stránku člověka. Pojmy, jako jsou úcta či hodnota, se vytrácí z okruhu zájmu. Lidskou důstojnost a aspekty s ní spojené častěji vidáme v literatuře, bohužel u lůžka nemocného je opomíjena a do každodenního života

nevtahována (Svobodová, Šimek, 2006). Již v daleké historii bylo o lidské důstojnosti mnoho napsáno.

Marcus Tullius Cicero za důstojnost považuje autoritu osoby, která si zaslouhuje úctu a pozornost. Je hodna respektu a její pověst by měla být pojena s vynikajícími vlastnostmi dané osoby. Zároveň také předpokládá určitou důstojnost každého jedince a lidskou vzájemnost (Cicero, 1940). To znamená, že lidem, ač je každý jedinec různý, je přisuzována lidská důstojnost. Podobně jako ošetřovatelství poskytuje péči rovnou a pacientů, bez ohledu na to, jací jsou, si váží.

I Thomas Hobbes měl potřebu řešit otázky důstojnosti. Tento filozof shledával za tímto pojmem jakousi tržní cenu. Ta souvisela především s mocí, silou, postavením, talentem a dalšími schopnostmi – podobně, jako se přiřazuje cena věcem jiným. Komu bude tato hodnota – vážnost a čest – přisouzena, však závisí na potřebě a úsudku dané společnosti (Hobbes, 1941). Tento názor může značit nadřazenost, či podřazenost určitých osob ve společnosti. Naštěstí ošetřovatelství není zastáncem výjimek a chová se ke všem lidem rovným přístupem.

Immanuel Kant vidí člověka jako autonomní (auto – sám, samo; nomos – pravidlo), svobodně se rozhodující, morální bytost, která sama sobě stanovuje mravní zákony. Právě v tom shledával základ lidské důstojnosti (Svobodová, Šimek, 2006). Podobně jako Kant nahlíží na člověka i ošetřovatelství. Vnímá jedince jako autonomní bytost, která je schopna rozhodovat o věcech jí se týkajících a za toto konání je plně zodpovědná. Kant nepřisuzuje lidské bytosti pouze autonomii, ale i hodnotu vnitřní, přirozenou, či vrozenou, která je člověku vlastní a kterou oplývá každý jedinec, bez jakéhokoliv přisuzování, a to proto, že člověkem je (Munzarová, 2011).

1.3 Lidská důstojnost zakotvena v legislativě

Právo na lidskou důstojnost je součástí mnoha významných dokumentů. Jedním z nejužší postavených je Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (USA), která vznikla na základě lidského uvědomění si své individuální svobody (Haškovcová, 2002).

V článku 1 deklaráce stojí: „*Všechny lidské bytosti jsou narozeny svobodné a sobě rovné v důstojnosti a právech. Jsou obdařeni rozumem a měli by činit cokoliv jeden druhému v duchu bratrství (OSN, 1948).*“ Ve vztahu k ošetrovatelství má tato deklaráce zásadní význam. Zdravotníci pracovníci by měli s pacienty jednat se vší úctou a respektem.

V současné době je nejvyšším zákonem pro zdravotníky tzv. Bioetická konvence, celým názvem „Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti při aplikaci biologie a medicíny.“ Ta vyzdvihuje význam přátelského vztahu mezi lékařem a pacientem, který je dominantou strategií a zároveň nabádá k respektu lidských práv i ve sporných situacích (Postgraduální medicína, 2005; Šimek, Svobodová, 2006).

Účelem konvence je ochrana lidské důstojnosti a svébytnosti všech lidských bytostí. Bez rozdílu každému člověku zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. V listopadu roku 1996 byla přijata výborem ministrů Rady Evropy ve Štrasburku. Česká republika (dále ČR) podepsala úmluvu v roce 1998, poté ji v roce 2001 ratifikoval Parlament ČR (Haškovcová, 2002; Kutnohorská, 2007).

Existuje rovněž celá řada etických kodexů, které se zavazují k určitému způsobu chování. Nelze nezmínit nejstarší, a to Hippokratovu přísahu (Haškovcová, 2002). Pro ošetrovatelství a poskytování dobré péče je nutné znát etický kodex sestery vypracovaný Mezinárodní radou sester. Ten slibuje respektování lidských práv, včetně práv kulturních a práv na život. Sestra má za úkol informovat pacienta, zajišťovat bezpečné prostředí a dodržovat povinnou mlčenlivost. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je právo na možnost volby, právo na důstojnost a úctu (ICN, 2003). Sestry jsou povinny se kodexem řídit a je pro ně nejvyšším zákonem (National Union of Nursing Association, 2008).

Při poskytování ošetrovatelské péče má nemocný právo na ohleduplnost, respektování soukromí a možnost zvolení si poskytovatele, který je oprávněn poskytovat zdravotní služby (MVCR, 2011). Možnost výběru poskytovatele zdravotnických služeb nabízejí i práva pacientů prohlášená za platné dnem 25. 2. 1992.

Garantují i právo na ohleduplnou péči s porozuměním zdravotnického personálu (MPSV, 2005).

Neopomíjeme však právo na poskytování adekvátních informací. Právo pacienta na informace je zakotveno v legislativě ČR i v mezinárodní dohodě – v již zmíněné Bioetické konvenci. V praxi nastávají situace, kdy zejména starší lidé nejsou dostatečně informováni o svém zdravotním stavu. Tzv. informované souhlasy či formuláře obsahující sdělení o daném postupu nebo výkonu jsou jim předávány ve spěchu zdravotnického provozu, jen formálně, bez jakéhokoliv dalšího objasnění a často ani ne ošetřujícím lékařem (Ptáček, Bartůněk, 2014).

Již v minulosti byla problematika lidské důstojnosti, potažmo lidských práv, řešena v mnoha dokumentech. Například Helsinská deklarace (1964) zahrnuje doporučení pro lékaře pracující ve výzkumech týkajících se lidských bytostí. Norimberský kodex (1947) obsahuje podmínky přípustnosti medicínských pokusů. Tokijská deklarace (1975) vypovídá o zákazu mučení, brutalit a dalších skutků poškozujících lidskou důstojnost. Havajská deklarace (1977) vystupuje proti zneužívání odborných vědomostí proti principu humanity. Ochrana lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících (1999) má předcházet zbytečnému utrpení a zajistit odchod ze světa především v klidu a důstojně. Poslední okamžiky by rozhodně neměly být cílem lékařských praktik (Ivanová, 2005). V chartě práv hospitalizovaných dětí, která byla v ČR prohlášena za platnou roku 1993, je kladen důraz především na taktní zacházení, pochopení a zachování soukromí (Haškovcová, 2002).

Stejně tak tělesně či duševně postižení lidé mají práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Charta práv tělesně postižených byla vydána v Paříži roku 1975 a je v ní obsaženo právo na důstojnost a odpovídající způsob života. Práva týkající se duševně postižených schválilo Valné shromáždění OSN roku 1971. To zmiňuje právo na ochranu před zneužíváním, ponižujícím jednáním a pohrdáním (MPSV, 2005). Zmíněné dokumenty zdravotníky zavazují k poskytování péče, která by se měla vyvarovat skutků poškozujících lidskou bytost, naopak by měla podporovat a zachovávat lidskou důstojnost.

1.4 Aspekty důstojnosti

Žádný z výše citovaných dokumentů se ale nesnaží definovat, co ve skutečnosti důstojnost je, na čem je založena a jak rozpoznáme, co je a co již důstojné není (Šimek, Svobodová, 2006). Důstojnost je složitá entita často spojována s pojmy, jako jsou úcta, autonomie, či ovládnutí. Mnohdy však bývá snazší popsat, co znamená nedůstojnost nežli samotná důstojnost (Cesta domů, 2004).

K poskytování péče, která zachovává a posiluje důstojnost, je nezbytné znát typy důstojnosti. Existují čtyři, a to důstojnost zásluh, mravní síly, tzv. Menschenwürde a důstojnost osobní identity – nejvíce spojována se starými lidmi (Cesta domů, 2004).

1.4.1 Důstojnost zásluh

Důstojnost a společenský statut jsou lidem připisovány v souvislosti s jejich rolí, funkcí či společenským postavením, kdy se za něco zasloužili. V tomto případě důstojnost souvisí s funkcí. Člověk, který má funkci biskupa nebo starosty, má určitý statut, který je všeobecně lidmi uznáván. Mladší lidé mají tendenci tvrdit, že si svou důstojnost prozatím nevydobyli, jelikož nebyla příležitost. Lidé starší kategorie se obávají, že o svou důstojnost přijdou odchodem ze zaměstnání do důchodu. Důstojnost zásluh je tedy odrazem skutečnosti, že postavení člověka závisí na věku, dále pak na ekonomických a sociálních aspektech. Senioři po odchodu do důchodu mohou mít pocit zbytečnosti. Mohou být vyřazeni z jak sociálního, tak i ekonomického hlediska ze společnosti. Proto se může stát, že mohou pociťovat ztrátu své důstojnosti (Cesta domů, 2004). Abychom zabránili pocitům bezvýznamnosti, měli bychom těmto lidem dávat více najevo, že jejich jedinečné kouzlo osobnosti zůstává i s odchodem do důchodu. Prokazovat laskavost a vážit si oplývající moudrosti, díky které obohacují druhé.

1.4.2 Důstojnost mravní síly

Existují lidé slušní, mravní, schopni žít v souladu se svými mravními zásadami, vlastníci vysokou mravní úroveň, mající respekt a uznání druhých, přičemž poté hovoříme o důstojnosti mravní síly (Šimek, Svobodová, 2006). Tento typ důstojnosti

bere v úvahu mravní autonomii a integritu člověka. Lidé, kteří jsou schopni žít v harmonii s mravními pravidly a uctívat určité normy, pociťují určitou důstojnost. Naopak lidé, kteří se chovají k druhým krutě či je jejich chování zbabělé, mohou ztratit sebeúctu. Následkem může být rovněž ztráta úcty druhých a zavržení blízkým okolím. Důstojnost mravní síly se vyskytuje v různé míře, tak jako mravní standard je u každého jedince jiný. U někoho vysoký, u jiného nízký, či žádný (Cesta domů, 2004).

Důstojnost mravní síly je variabilní, mnohdy dočasná a záleží na tom, jak se daná osoba chová a pod jakým je tlakem (Kalvach, 2011). I v časovém presu by sestra měla zachovávat kladný a důstojný vztah s pacientem. Je pochopitelné, že je ve zdravotnictví mnoho stresových situací, ale neměli by být, v žádném případě, na úkor pacienta. Nevyžadujme po někom vřelý přístup, když se sami k dotyčné osobě nechováme tak, jak bychom si představovali. Mravní síla, pro osobnost sestry, je tedy velice důležitá. Aby ona byla uznávána jinými, musí ctít druhé.

1.4.3 Menschenwürde

Další typ důstojnosti je označován německým názvem „Menschenwürde,“ který vyjadřuje nezcizitelnou hodnotu lidských bytostí. Zmíněný aspekt byl často shledáván účastníky výzkumu v souvislosti s určitou univerzální hodnotou lidských bytostí. Byl spojován s odkazem na náboženské pojetí člověka jako tvora stvořeného k obrazu Boha či odvolávání se na lidská práva. Tzv. Menschenwürde dává opodstatnění mravnímu významu úcty vůči všem lidem na zemi, bez ohledu na jejich sociální, tělesný či psychický stav. Naznačuje, že důstojnost není pouze otázkou toho, co lidé cítí nebo co mravní kultura uznává, ale dává najevo, že vzniká z obecného pojetí lidství (Cesta domů, 2004).

V jádru německého výrazu se nachází koncept „lidství,“ o které člověk nemůže jakkoliv přijít nebo být ochuzen. Ve třech charakteristikách je vysvětleno, proč tomu tak je. Zaprvé, lidské bytosti jsou tělesné a při fyzickém a psychickém vývoji získávají kontrolu nad tělesnými funkcemi. V případě inkontinence nastane ztráta důstojnosti. A právě důstojnost může být ohrožena neschopností pochopit a zvládnout ztrátu fyzické autonomie nebo neporozumění druhých pochopit a zmírnit pocit zahanbení. Zadruhé,

lidské bytosti tíhnou k příběhům, z čehož vyplývá, že na podstatě lidského bytí je možné tvarovat a budovat svou identitu i pochopit sám sebe prostřednictvím vytváření smysluplných příběhů o sobě samém. Zatřetí, lidé coby společenští tvorové vyžadují, aby jim druzí dávali určitý respekt najevo a tím jim dodali oprávnění k sebeúctě. Ztráta respektu u „postižené“ osoby ohrožuje autonomii. V současné, více ageistické době se stává pro starší lidi obtížnější udržet si svoji sebeúctu, neboť bývají odloučeni a izolováni od veřejného života (Cesta domů, 2004).

1.4.4 Důstojnost vlastní identity

Čtvrtým typem důstojnosti je důstojnost vlastní identity. Identitu je možné chápat jako prožívání či uvědomování sebe sama, své jedinečnosti a odlišnosti od ostatních. Vyjadřuje to, kdo a jakými jsme, co si člověk o sobě myslí a jak se posuzuje (Vágnerová, 2004). Důstojnost osobní identity souvisí s přijímanou zodpovědností, sebereflexí, s pevným vědomím vlastního já, sebeúctou a s naplněním smysluplnosti vlastního života (Kalvach, 2011). Tento typ důstojnosti patří mezi ty nejdůležitější, co se týká starých lidí, a může být narušena fyzickými, ale také citovými či psychickými zásahy. Ústředními prvky tohoto pojmu jsou integrita, fyzická identita, začlenění do pospolitosti a schopnost nalézt smysl svého života, své činnosti, dění kolem, kterého je člověk součástí.

Osoba, která se chová hrubě, může poškodit důstojnost člověka mnoha způsoby. Tichým pronikáním do soukromí omezuje lidskou autonomii a brání v interakci s druhými lidmi. Každé takovéto jednání může jedinci podlomit sebeúctu a snížit sebevědomí na minimum. Důstojnost osobní identity může být narušena i při činnostech, jako jsou oblékání, mytí, či cvičení, kdy závislá osoba zůstane při těchto úkonech obnažena. „*Tyto újmy mění identitu dané osoby, působí jí trauma a zpochybňují její vědomí sebe sama coby autonomní, svébytné a zodpovědné osoby (Cesta domů, 2004, str. 13).*“ Poté se člověk může cítit jako pasivní objekt, se kterým si ostatní lidé jen pohrávají. V případě, kdy je přítomna důstojnost osobní identity, člověk může mít pocit úplné lidské bytosti s kladnými vztahy vůči ostatním lidem a začleněním do komunity. Právě za těchto okolností lze nalézt smysl života (Cesta domů, 2004).

K narušení důstojnosti osobní identity dochází též například při rozsáhlých popáleninách, amputaci, hanlivém oslovování starých lidí, či odchodu do důchodu. Navíc ve chvíli, kdy trpí člověk omezením pohybu či neschopností se sám o sebe postarat, hrozí nebezpečí vnějších zásahů do nejintimnějších oblastí jeho života a narušení autonomie. Tento aspekt důstojnosti souvisí také se schopností vytvoření vlastního smysluplného příběhu o životě a o sobě samém. Osoba s nenarušenou důstojností dokáže podat kladné líčení svého života jako jedince či jako příslušníka dané skupiny (Cesta domů, 2004). Právě k poskytování kvalitní, tedy důstojné a celostní péče nám mohou být nápomocny ošetřovatelské modely.

1.5 Ošetřovatelské modely vnímající osobu jako celistvou

1.5.1 Teorie deficitu sebekpěče – Dorothea Elizabeth Oremová

V současné době existuje mnoho ošetřovatelských modelů. Do praxe byl uveden zejména model M. Gordonové, a to model „funkčního typu zdraví.“ Další, méně používaný, je model D. E. Oremové, který se zaměřuje na podporu sebekpěče pacienta samotného. Schopnost sebekpěče zůstává i v případě zhoršení zdravotního stavu (Hrstková, 2010).

Oremová postřehla, že jedinci, kteří vyžadují péči lékařskou, ne vždy potřebují i péči ošetřovatelskou. Péči ošetřovatelskou potřebují ti, kteří nejsou schopni se o sebe starat i v relativně dobrém stavu. Nevládnou péči tak kvalitní a v takovém rozsahu, kterou vyžaduje jejich aktuální stav. Sebekpěče je souborem mnoha činností, které si osoba zajišťuje sama za účelem zachování života, pohody a zdraví. Tyto úkony jsou ovlivněny mnoha faktory, jako je věk, sociokulturní prostředí či schopnosti jedince. Sebekpěče je konkrétním chováním člověka v jeho vlastní prospěch a zároveň je filozofií zdravého způsobu života. Péče o nemocného vychází z potřeb uchování fyziologických funkcí organismu, udržení zdraví a tím zároveň uchování života. Oremová určila tři druhy požadavků na schopnost o péči o sebe sama (Pavlíková, 2006).

Prvními jsou univerzální požadavky sebekpěče, které souvisí se základními životními procesy a funkcemi. Patří mezi ně například rovnováha mezi aktivitami

a odpočinkem, dále mezi sociálními interakcemi a samotou a v neposlední řadě podpora fyziologicky optimálního stavu.

Druhé v pořadí jsou vývojové požadavky sebezpečí, které jsou spojené s vývojem, růstem či obdobími člověka. Zachycují současné životní fáze nebo nesnadné situace a události pozměňující růst a vývoj člověka.

Třetími jsou požadavky terapeutické a ty charakterizují procesy při poruchách zdraví či nemoci. Oremová zahrnuje do této kategorie následky onemocnění, adaptaci organismu a vědomosti o patologickém stavu (Pavlíková, 2006).

Pro správnou aplikaci modelu je nezbytné identifikovat existenci aktuálních, či potencionálních nedostatků v sebezpečí jedince. Proto si sestra zjišťuje informace o pacientovo aktuálních potížích, ale především se zajímá o jeho minulost a o jeho zvyky, například z domova. Bez zjištění, s jakým člověkem máme to štěstí trávit čas, nemůžeme poskytovat vhodnou a pacientem očekávanou péči. Péči, která vyjadřuje úctu vůči druhým. To znamená, že sestra musí pacienta komplexně znát, aby péče mohla být důstojná a brala ohledy na člověka jako na celistvou bytost.

Sestra hledá nedostatky v oblastech univerzálních, vývojových a terapeutických požadavků sebezpečí, jejich příčin a projevů. Cílem je jedinec s maximální možnou úrovní sebezpečí a především uchování si vlastního zdraví. Ona a další představitelky modelů vychází z potřeb a z filozofie Abrahama Maslowa (Pavlíková, 2006).

1.5.2 Teorie lidského bytí – Rosemarie Rizzo Parseová

Model, který nelze v této oblasti opomenout, je model nazvaný „teorií lidského bytí,“ jež vytvořila Rosemary Rizzo Parseová. Ta předpokládá, že člověk ve své existenci vychází ze soužití (koexistence), během kterého spoluvytváří vztahové obrazce s vesmírem (univerzem). Soužití je přirozený proces lidského vesmíru a charakterizuje společnou existenci s ostatními lidmi. Osobu uvádí jako autonomní bytost, která má právo rozhodovat se, přičemž je za takovéto konání zodpovědná. V konkrétních situacích zaujímá svá stanoviska (Pavlíková, 2006). V případě ošetrovatelství je nutné vnímat člověka jako autonomní svébytnou lidskou bytost, která rozhoduje o všem, co se jí týká.

Model říká, že ošetřovatelství je interindividuálním procesem, který tvrdí, že každý jedinec pozná svoje směřování či způsob života (Pavlíková, 2006). „*Ošetřovatelská praxe je zvláštním projevem vztahu „existence s někým,“ do kterého sestra vnáší „světlo“ s cílem rozvoje hodnoty života lidí a skupin“ (Pavlíková, 2006, str. 76).* V dané chvíli je sestra ponořena spolu s bytostí nemocného do synchronizace rytmů a následné aktivizace transformace (přeměny). Sestra v interakci s nemocným aktivně naslouchá jeho slovům, ale také jeho „tichu.“ Vztahové rytmy jsou neustále v pohybu. Každý člověk žije ve svém světě a svou realitu zná pouze on. Sestra proniká do světa, reality univerza pacienta, který tuší její záměry, jelikož právě ona do změny v jeho péči o zdraví vnáší světlo. V tomto modelu je sestra pozornou a inspirující se osobou, která nabádá i ostatní k vnášení světla do života jedince. Právě všichni zúčastnění na péči čili pacienti, rodina, či komunita jsou činitelé, kteří v přítomnosti sestry sjednocují rytmy a uvádí do pohybu transformaci daného okamžiku (Pavlíková, 2006).

1.5.3 Model umění pomoci – Ernestine Wiedenbachová

Model umění pomoci, který koncipovala E. Wiedenbachová, je též nutné v této problematice zmínit. Autorka čerpala z vlastních dlouholetých zkušeností z ošetřovatelské praxe. V předpokladech uvádí, že potřeba je něco, co je vlastní každému z nás. Potřeba pomoci zahrnuje každý čin nebo skutek, který jedinec potřebuje či si ho přeje mít. Potřeba pomoci je významná pro ošetřovatelství, protože právě to pomáhá uspokojovat potřeby jedincům, kteří vnímají tíživou situaci, přesto nejsou schopni si ji sami uspokojit.

Osobu, v metaparadigmatické koncepci, vnímá jako bytost snažící se o samostatnost dle svých možností. Pro integritu jedince je důležité sebepojetí a především sebevědomí. Prostředí může v dané situaci vystupovat spíše jako překážka, která je jedincem pocíťována při potřebě pomoci. Pojem zdraví autorka nedefinovala. Jako poslední však popisuje ošetřovatelství. Hovoří o něm jako o způsobu mateřské péče. Vnímá ho jako výchovu, výživu a péči o někoho s mateřskou láskou. Ošetřovatelský proces je dle autorky ovlivněn vnitřním zosobněním a kulturní úrovní sestry, a to jejími vědomostmi, moudrostí, zájmem a citlivostí (Pavlíková, 2006). Takovým způsobem, a to procítěně a moudře, by měla péče u pacienta probíhat.

Abychom pacientovi pomáhali překonávat překážky a tím mu poskytovali pomoc, měli bychom brát v úvahu jeho snahu být samostatným za předpokladu, že je pro lidského jedince důležité sebepojetí a sebevědomí.

Model E. Wiedenbachové je založen na tzv. předpisové teorii obsahující tři koncepce. První z nich je tzv. ústřední cíl. Ten je ovlivněn především zkušeností sestry, která je orientována na hodnotu jedince. Ústřední cíl dále však pro sestru značí definici kvality zdraví jedince, které se snaží dosáhnout.

Druhou koncepcí je tzv. předpis, který specifikuje charakter činností, které by měly zajistit splnění cíle. Činnosti se mohou týkat jak všeobecných aktivit, tak způsobu chování, které je nezbytné k dosažení cíle.

Posledním, neméně důležitým, aspektem, je skutečnost. Skutečnost obsahuje prostředí a situaci, ve které probíhá ošetrovatelská péče. Skládá se z psychických, emocionálních, fyzických a spirituálních faktorů (Pavlíková, 2006).

1.5.4 Model humanistické péče – Margaret Jean Harman Watsonová

Za stěžejní považujeme model humanistické péče, který vytvořila M. J. H. Watsonová, ve kterém ústřední pozici zaujímá člověk (homos), jeho důstojnost a osvobození. Vychází z principu humanismu a respektu práv pacientů. Základními rysy jsou soucit, úcta k člověku, akceptace autonomie a svobody. Humánní čili lidský přístup znamená respektování lidské důstojnosti a individuální hodnoty člověka (Žiaková, 2009; Sedláková, Kalátová, 2010).

Humanistická ošetrovatelská péče lze, dle Hanzlíkové (2006), být chápána jako souhrn vlastností, jakými jsou lidskost, dobročinnost a mírumilovnost, jimiž by osoba vykonávající ošetrovatelské povolání měla být charakteristická. Uvedená autorka dále uvádí, že se jedná především o naučené chování, které je díky interakci osob v daném prostředí a za daných podmínek vyvíjeno (Hanzlíková, 2006). V souvislosti s ošetrovatelstvím by vztah sestra – pacient měl být založen na laskavém přístupu, na vzájemné úctě a především respektu a podpoře důstojnosti lidského jedince.

Výzvou pro budoucnost je poskytovat péči dle humanistického ošetrovatelského modelu. Ale v době, kdy se ošetrovatelství řadí mezi vědecké disciplíny, jež provádí výzkumy a vytváří databáze, by se mohlo stát, že atribut humanismu by se mohl snadno

vytrátit z profesionálního ošetřovatelského slovníku. Dobročinnost a mírumilovnost nelze nahradit pojmy, jakými jsou efektivita, kvalita, management či finanční efekt. Nutno zdůraznit, že ošetřovatelství, po celou dobu svého vývoje, musí být založené na humanismu. Je všeobecně dáno, že humanistické jednání je jednáním naučeným. V podstatě se člověk učí laskavému jednání celý život, v každé vývojové etapě, a to díky zkušenostem a vztahům, které si v interakci s druhými vytvořil (Hanzlíková, 2006).

M. J. H. Watsonová péči považuje za základ ošetřovatelství a také za mravní ideál. Při poskytování péče vznikají interpersonální vztahy mezi pacientem a sestrou, které společnými silami mají za cíl zachování důstojnosti. Na koncipování modelu humanistické péče měly vliv díla Eriksona, Rogerese, Lazaruse a Maslowa (Farkašová, 2006). Cílem modelu je posílení a zlepšení zdraví jednotlivců. Watsonová vytvořila sedm předpokladů ošetřovatelské péče a deset primárních faktorů, které vytvářejí základní rámec její teorie ošetřování.

Humanistický model předpokládá efektivní péči pouze za přítomnosti interpersonální praxe. Model hovoří o deseti faktorech, které směřují k uspokojování potřeb člověka. Pouze péče, která podporuje zdraví a individuální vývoj všech zúčastněných je tou správnou. Jedním z neméně důležitých předpokladů je akceptace jedince nejen takového, jaký je ve skutečnosti, ale i takového, jakým by se mohl v budoucnu stát. Péče je poskytována na takové úrovni, aby došlo k rozvoji potenciálu. Jedinec má mít vždy možnost, vybrat si tu nejkvalitnější péči v určitém časovém období. Pro kvalitně poskytovanou péči je důležité ošetřovatelství založené na důkazech. Ošetřovatelská praxe vzájemně propojuje medicínské znalosti se znalostmi o lidském chování a podporuje zdraví, proto je ošetřovatelská praxe a péče pro ošetřovatelství prioritou (Sedláková, Kalátová, 2010).

Současné ošetřovatelství okamžitě reaguje na měnící se potřeby člověka i požadavky praxe. Ošetřování je základním kamenem v ošetřovatelství. Souhra mezi pacientem a sestrou je neodmyslitelnou součástí péče. V humanistickém hodnotovém žebříčku je kladen důraz na svobodnou vůli a autonomii člověka. Tento přístup vede pacienta k sebeovládání a sebepoznávání.

Základní rámec humanistického ošetrovatelského modelu Watsonové vytváří dodržování desatero základních faktorů při ošetrování. Jedním z nich je formulování humanisticko-altruistického systému hodnot při ošetrování pacienta. V humanistickém modelu je, ve vztahu sestra – pacient, vytvářena důvěra, naděje a víra. Faktor, který je v humanistickém modelu zastoupen, je kreativní přístup, podpora a přijímání nejen pozitivních citů. Dále však neopomíjeme citlivost k existenčně-fenomenologicko-spirituálním silám, které ošetrování velice ovlivňují. Humanistický model zaujímá vhodné místo pro tvorbu vztahu pomoci a důvěry včetně efektivní komunikace. Vzkvétá v něm podpora vzájemného učení a převzetí zodpovědnosti za vlastní zdraví. Nabízí zajištění ochranného duševního i fyzického prostředí a napomáhání při procesu uspokojování potřeb člověka. V neposlední řadě má pozitivní vliv na pěstování citlivého a důstojného postoje k sobě i ostatním (Sedláková, Kalátová, 2010).

1.5.5 Potřeby spojené s lidskou existencí

Trochu jiný pohled na péči komplexní, a tedy péči důstojnou zaujímá Katharine Kolčaba. Zasloužila se o vytvoření modelu zabývající se tzv. teorií komfortu. Zajištěním lidských potřeb, jakožto tělesných, psychospirituálních, ekologických a sociálních, v tomto modelu nazvané kontextem, je možné vytvořit pocit komfortu. Navíc se zasloužila i o vytvoření typů komfortu, kterými se snažila specifikovat úroveň uspokojení lidských potřeb (Tomey, Aligood, 2006). Je nutné zmínit tento model, jelikož Kolčaba přemýšlela a hledala způsob, jak zajistit lidským bytostem psychický klid, integritu a pohodlí. Zajímala se všeobecně o lidské dobro.

Také Anspaugh, Hamrick a Rosato navrhli sedm komponentů, které přispívají ke stavu dobré nálady, zdraví a pocitu komfortu. Aby člověk dosáhl tohoto stavu, je nutné vnímat uspokojení ve všech sedmi aspektech. Na rozdíl od Kolčaby zmiňují navíc emoční, intelektuální a pracovní aspekt. Změna v jediném často narušuje celkový stav jedince (Anspaugh et al. 2009; Kozier, 2012).

Nutno zdůraznit dále Hildegarde E. Peplauovou, představitelku teorie týkající se interpersonálních vztahů. Dotkla se psychodynamického ošetrovatelství, kde klade důraz na význam schopností sester pochopit vlastní chování, a tím se ztotožnit s obtížemi jiných. Považuje ošetrovatelství za interpersonální proces, pro který je lidská

blízkost a zájem o osud jiného typický. Peplauová a ostatní vycházejí z potřeb Maslowa a dalších. Hovoří o lidském chování, které je kromě návyků hnáno dvěma základními silami, a to pocitem uspokojení potřeb a snahou o zachování bezpečí (Tomey, Aligood, 2006). Po zajištění těchto aspektů může pacient vnímat pohodlí a cítit se dobře. V takovémto vztahu sestra – pacient lze podporovat důstojnost. Vzkvétání partnerství v tomto procesu nahrává na zlepšení péče jako takové, pacient již není pouze pasivní účastník na péči, ale je partnerem zdravotnického personálu (Bártlová et al., 2010).

Model zaměřený přímo na pacienta založila žena jménem Faye Glenn Abdellah. Jako jedna z prvních vedoucích výzkumnic byla uznávána jako mezinárodní expert ve zdravotnické problematice a veřejné politice. Je na místě ji zmínit, jelikož měla snahu o změnu v přístupu k pacientovi a o přeměnu vnímání ošetřovatelství, které by nebylo zaměřeno pouze na nemoc. Ošetřovatelství zasahuje do umění, vědy a technických schopností a záleží na každé sestře individuálně, jak se s nimi ztotožní. I tento model vychází z hierarchie potřeb dle Abrahama Maslowa a je inspirován čtrnácti základními lidskými potřebami V. Hendersonové.

Opomenuta nesmí být ani Joyce Travelbee. I za relativně krátký život stihla napsat významné texty. Ve své práci hovořila o vztahu člověka k člověku. Psala o aspektech ošetřovatelství jako utrpení, bolest, vzájemné porozumění, interakce, empatie a naděje (Tomey, Aligood, 2006). A právě v okamžiku, kdy zdravotnický personál bere na vědomí, že skutečně pacient může bolest pociťovat, dává mu najevo zájem, a tedy náznak bytí i malé naděje. V ten moment si pacient povšimne, že je mu nasloucháno, a též postřehne, že je součástí něčeho, nikoliv ničeho. Pouze za přítomnosti empatie a vzájemného porozumění mohou být vztah a péče důstojné.

1.6 Vyjádření respektu při poskytování důstojné péče

Lidé mají potřebu, aby jim bylo nasloucháno, aby byla vyslechnuta a nadále přijata jejich přání, a tím byla zachována lidská důstojnost (Venglářová, Mahrová, 2006). Aby tato potřeba byla uspokojena, musíme se naučit naslouchat a všimnout si mnohem více. Měli bychom být schopni bezchybně interpretovat pacientova slova, ale také jeho řeč těla a emoce. Znamená to nezapomínat na to, že jsme neustále pod dohledem

pacienta. Vnímá naši nepozornost, předstírání a je pro něj snadné poznat, zda se snažíme ho opravdu pochopit či nikoliv (Svatošová, 2012).

Díky uspokojení potřeby naslouchání se lidé mohou cítit více „potřební.“ Proto je nezbytné zajistit dostatek času a prostoru. To proto, abychom mohli zjistit, jaké svěřená osoba uctívala a uctívá hodnoty, jaké měla a má předsudky či ideály a, především, jaká je její minulost. Zásadní a, dá se říci, nejdůležitější charakteristikou dobrého pečovatele je právě neutuchající zvědavost a zájem o minulost osoby, současně o její nynější zážitky a o její dřívější i přetrvávající schopnosti. Do tvorby jedné osobnosti byl vložen jeden celý lidský život čili osmdesát až devadesát let zkušeností, čehož je potřeba si vážít. Bohužel právě člověk – pacient coby ohnisko informací je zcela přehlížen. Když nevíme, kdo tato osoba je, co se v ní skrývá, tak skutečně nezjistíme, co ji trápí a jak se k ní správně chovat (Gallagher, 2004).

Právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovatelského týmu (Jo, Doorenboos, 2009). Navíc by měly respektovat pacientovu individualitu, autonomii, náboženství, lidskou důstojnost, hodnoty, zvyky a kulturní odlišnost (National Union of Nursing Association, 2008).

Znehodnotit lidskou důstojnost lze i „skutky“ menšími. Svěbytného jedince můžeme ponížit tím, že jej přehlízíme, děláme, že ho nevidíme či ignorujeme, komunikace probíhá za nepřítomnosti očního kontaktu, či není ctěn jeho osobní prostor (Cesta domů, 2004). Osobní prostor může být chápán jako neoznačené území člověka, které je nutno udržovat a respektovat. Interpretace osobního prostoru pacientem je ovlivněna kulturním zázemím či společenským postavením (Kolektiv autorů, 2008).

Hovoříme-li o pojmu respekt, musíme mu správně porozumět. Ve vztahu k druhým by měl být vyjadřován určitý respekt a úcta. To znamená především dvě věci, a to chovat se k lidem tak, aby to nezraňovalo jejich lidskou důstojnost. Kopřiva uvádí základní vodítko, kterým je „*nedovolit si k nim nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám*“ (Kopřiva, 2008, str. 14). Druhá věc, kterou musíme přijmout, je fakt, že každý jedinec má jiný vkus, jiné nadání, chutná mu jiné jídlo, uznává jiné názory a liší se v mnoha věcech, aniž by byl horší, nebo lepší než ostatní. Respektovat druhé však neznamená vycházet jim ve všem vstříc, nechat si všechno líbit nebo od nich nic

nežádat. Být respektován by si přál každý jedinec, jelikož tato potřeba patří mezi základní lidské. Nezáleží na jeho věku, rase či pohlaví, zkrátka každý má potřebu cítit se jako hodnotná lidská bytost. A protože jde o potřebu vrozenou, respekt by neměl být ničím podmiňován. Nelze tedy říct: „Budu tě respektovat, protože...“ Něco jiného je uznání. Někoho si vážíme, protože říká pravdu, hovoří s námi s porozuměním či je ochoten věnovat čas druhým.

Zachování si respektujícího přístupu i v případě, kdy druzí nerespektují nás, není lehké. Komu se to však podaří, tomu vzkvétá naděje na zlepšení vztahů do budoucnosti, což je pro společnost nesmírně důležité (Kopřiva, 2008).

1.7 Autonomie

Záchrana lidského života byla vždy prioritou klinické medicíny. Lékař musí brát pro dosažení stěžejního cíle v úvahu a zároveň zvažovat a ctít životní plány nemocného, a to respektovat jeho nezávislost a důstojnost. Před každým zásahem do lidského těla, tudíž do lidského života, je nutno získat dobrovolný a svobodný souhlas, čímž je vyjádřen projev respektu. Pokud je možné u nemocného vyloučit stav zmatenosti, potažmo deprese, jeho přání by mělo být nejvýznamnějším aspektem v rozhodování (Munzarová, 2000).

V nepřeberném množství pokusů se zjistilo, že tam, kde je člověku odepřen prostor k rozhodování se či řízení dění kolem, pro něj nastává zcela význačně obtížná situace. Je tomu tak především tehdy, kdy očekává příliv nekontrolovatelných negativních podnětů, kdy je na něj vyvíjen tlak a kdy zároveň zaznamenává mnoho distresových faktorů.

Jeho psychický stav se zlepšuje v momentě, kdy má možnost něco sám řídit (Křivohlavý, 2002). „*Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ*“ (Scott, 2003, str. 29). Autonomní člověk má schopnost naplánovat a zrealizovat svůj plán, přičemž vyžaduje dvě složky, a to rozhodnutí a jednání. Wright tvrdí, že „autonomní rozhodování“ souvisí s individuálními hodnotami, rozmyšlením a úvaze. Zároveň musí mít člověk dostupné pravdivé informace a není možné aby byl něčím nebo někým ovlivňován či omezován.

„Autonomní akce“ je následkem „autonomního rozhodování“ (Scott, 2003). Opakem autonomie je heteronomie, kdy je nad člověkem nastaven dohled a je veden ve všem, co se jeho života týká (Pichaud, Thareauová, 1998).

Munzarová ve své knize uvádí princip respektu k autonomii společně s principy dobročinnosti (beneficence), „neuškození“ druhým (nonmaleficence) a spravedlnosti (justice). Tyto čtyři aspekty jsou základními principy současné lékařské a zdravotnické etiky. Dále však uvádí nárůst kritiků těchto principů. Upřednostňován je princip respektu k autonomii především jako protipól paternalistického, autoritativního či tradičního přístupu (Munzarová, 2005). Autonomie ve stáří může být pozměněna v souvislosti s polymorbiditou, sociálním zázemím či se změnou prostředí. Proto zdravotničtí pracovníci musí neodmyslitelně dbát na citlivý a vřelý přístup.

1. 7. 1 Konkrétní způsob jednání při respektování lidské autonomie

Pichaud vyvozuje pět základních stupňů soběstačnosti, které by měly odpovídat pěti konkrétním způsobům jednání pomáhajícím při respektování autonomie (Pichaud, Thareauová, 1998):

1. Osoba je schopná si uspokojit své potřeby sama. Pomáhající pracovník by neměl zasahovat do žádných aktivit. Jen v případě, kdy dané činnosti provádí špatným způsobem či velmi pomalu. Umožníme-li člověku, aby si mohl sám provést vlastní hygienu, při které dodržujeme zásady intimity, uznáváme tím jeho autonomii.
2. V druhém případě člověk není schopen si uspokojit své fyziologické potřeby, které mu tímto zajišťuje zdravotnický pracovník. Ale další, hierarchicky vyšší, potřeby je schopen zvládnout bez cizí pomoci. Měla by být pacientovi ponechána možnost volby při uspokojování jeho fyziologických potřeb a respektovat autonomii u člověka, který se nemůže obléknout, ale zvládne si šaty na daný den vybrat sám.
3. Člověk je schopný z části zvládnout fyziologické potřeby. Naším úkolem je zde náležitě zjistit úroveň schopností a dovedností jedince. Je nepřístupné vykonávat za klienta veškeré činnosti, a to i ty, které zvládne sám. Zároveň nemůžeme po pacientovi žádat příliš. Příklad nevhodného jednání je zneužívání inkontinenčních plen, kdy se místo pomoci pacientovi při toaletě dávají pleny.

4. Ve čtvrtém stupni je člověk schopen uspokojit své fyziologické potřeby, ale za předpokladu poskytnutí pomoci či přímého vedení. Existují lidé, kteří trpí dezorientací, demencí či jsou prozatímně zmatení. Zdravotnický personál pacientovi naznačuje, co má dělat, poté si jednotlivé úkony provádí sám. Tento postup je náročnější na čas, ale zachovává fyzickou soběstačnost při vymizení soběstačnosti mentální. Zdravotnický pracovník, v případě, kdy je to možné, upřednostňuje možnost volby, a to i právě v případě, kdy je autonomní rozhodování narušeno. Při tomto konání jedná v jeho prospěch a neopomíjí lidskou důstojnost.

5. Člověk již nemůže uspokojit své potřeby ani není zcela zřejmá jeho schopnost rozhodnout o tom, co potřebuje. V tomto případě, ošetřovatelský tým přebírá plnou zodpovědnost. Nicméně, spolupráce pacienta se zdravotnickým pracovníkem a snaha o navázání kontaktu neustává (Pichaud, Thareauová, 1998).

S lidmi, které je možné zařadit do jednotlivých úrovní, se setkáváme denně. Je nutné hovořit mnohem více o autonomii člověka, jelikož ovlivňuje psychický stav a zároveň zdravotní stav celkový. Když pacientovi třeba jen naznačíme možnost udělat něco dle jeho přání, vzkvete v něm naděje, že nám na něm opravdu záleží a máme snahu mu pomoci.

1. 7. 2 Pravidla autonomního přístupu

Ve zdravotnických zařízeních by pracovníci měli mít v povědomí určitá pravidla, která by měla vliv na rozvoj a podporu autonomie u pacientů. Autoři Collopy a Naleppa vytvořili zásady pro respektování autonomie v dlouhodobé péči o geriatrické pacienty. Jedním z nich je pravidlo umožnit pacientům dělat rozhodnutí i v případě potřeby pomoci. Nemožnost provést realizaci rozhodnutí neznamena odejmutí práva dělat rozhodnutí. Druhým pravidlem, kterým by se zdravotníci měli řídit, je umožnit pacientům realizovat své rozhodnutí, i když vyžadují pomoc při samotném se rozhodování. Třetí náležitou zásadou je poskytnutí veškerých informací k provedení vhodné volby. Volba, související s hodnotami starých lidí, ať už je jakákoliv, musí být respektována ze strany zdravotnického personálu. Hodnoty, historie či morálka pacienta musí být brány v úvahu. Dále by mělo být respektováno přání klienta pro „nezasahování.“ V neposlední řadě „dělání pro sebe,“ by mělo mít přednost před

„děláním s klientem“ a to by mělo být upřednostněno před „děláním pro klienta“ (Nallepa, 2003).

Nikomu z nás by nebylo příjemné, aby nás cizí člověk krmil, myl, oblékal, přesto, že potřebujeme jen minimální pomoc. Umožněním provést člověku činnost, kterou alespoň z části zvládne sám, projevujeme důvěru a podporujeme aktivizaci, která je nesmírně důležitá.

1.8 Intimita

V průběhu profesního vzdělávání osob připravujících se na pomáhající profese je v nabídce velké množství informací v oblastech etického chování a etických zásad. Bohužel po nástupu se v pracovním prostředí nachází mnoho tzv. deformujících faktorů. Haškovcová ve své knize zmiňuje speciální formu násilí – institucionální týrání, které lze vysvětlit jako týrání způsobené institucemi či nevhodnými předpisy. Do této skupin řadí i nevhodné předávání informací o daném jedinci.

Sestry při jednotlivých ošetrovatelských výkonech dbají na preciznost, rychlost a provedení lege artis. Bohužel pacient a jeho potřeby se posouvají do ústraní (Haškovcová, 2004). Avšak neodcizitelnými jsou práva pacientů, kde je mimo jiné zakotveno právo na vysoce kvalitní péči při zajištění intimity a citlivého přístupu. Práva všeobecně zajišťují důstojnost a svobodu člověka (Kutnohorská, 2007).

1.8.1 Intimita z hlediska psychologického

Intimus, slovo pocházející z latinského jazyka, znamená vnitřní, skrytý. Základní složkou zdravého emocionálního vývoje lidského jedince je právě intimita. Jak s fyzickou, tak s psychickou intimitou souvisí respekt a úcta vůči pacientovi, která minimalizuje variabilitu vztahu. K psychickému studu je člověk více citlivý než k fyzické nahotě, proto se jedinec „neotevře“ osobě, které věří v přítomnosti osoby, ke které důvěrný vztah není vnímán. Bohužel to samé se týká i druhé strany. Osoba, do které pacient vkládá svou naději a důvěru, může vnímat stud, a to ve spolupráci s ním a jeho rodinou při řešení témat, jako jsou soukromí a intimní vztahy (Vymětal, 2003; Výrost, Slaměník, 2008).

Intimitu lze definovat vícero možnostmi definic. Intimitou je myšleno překročení hranice, za níž se nacházejí výsostné, tedy privátní zóny jedince. Dále je intimitou možno chápat sebeodhalování, kterýmž lze vyjádřit nejhlubší emoce jiné osobě. Intimita také vyjadřuje blízkost dvou jedinců.

K narušení intimity dochází v různých situacích. Při kontaktu s jedincem dochází k dotykům, pohledům z očí do očí, pohybům těla, náznakům mimiky či gestům, které mohou být příčinou narušení intimity. Dále pak přítomnost jiné (nechtěné) osoby souvisí s porušením pocitu soukromí. Při výkonech, které vyžadují obnaženou část těla, mohou pacienti vnímat, jakoby vteřina trvala celou věčností. Překročením hranic, jež jsou mezi lidmi ve smyslu fyzickém, jakožto uvědoměním si vlastního těla, či psychologickém může docházet opět k narušení intimity (Vymětal, 2003).

A právě intimita úzce souvisí s identitou člověka. Ztráta identity s sebou nese ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty (Nakonečný, 2000). A proto je více jak nutné dodržovat veškeré zásady respektování soukromí, lidské intimity a pomýšlet, jak nejlépe pacienta „ochránit“ před okolím.

1. 8. 2 Zajištění intimity v přímé ošetrovatelské péči

Ve zdravotnickém zařízení při poskytování ošetrovatelské péče dochází nejen k obnažování částí lidského těla, k vyřknutí informací, které jsou pro pacienta osobní a soukromé, ale také k situacím, kdy se v interakci pacient – zdravotnický personál ocitají v intimní zóně vzájemně. Proto je nezbytné zmínit a zároveň zdůraznit tuto kapitolu.

Aby byl zvýšen pocit pacientova osobního prostoru, měli by zdravotničtí pracovníci mít neustále na paměti zásady, kterými vyjadřují zdvořilost (Kolektiv autorů, 2008). A to, že před každým ošetrovatelským zásahem, jak informačním, či odborným výkonem, sestra předem vždy pacienta informuje o následném průběhu, a to za přítomnosti všeobecných zásad dodržování intimity. Zároveň žádá o svolení provést jakýkoliv výkon. Ptá se otázkami začínajícími na: „Smím,“ „Mohu,“ nikoliv „Jdu“ či „Musím“ (Kolektiv autorů, 2008). Může rovněž požádat ostatní pacienty o krátké opuštění pokoje v případě ošetření pacienta, kterého se výkon týká. Tímto gestem

by určitě nepohrdl žádný pacient. V případě omezení schopnosti pohybu ostatních pacientů je nutné k zajištění soukromí využít plent. Před začátkem konverzace s pacientem je nutné se „ohlásit.“ To je možné pouhým zaklepaním na dveře pokoje, ve kterém je dotyčný pacient hospitalizován. Poté je ale potřeba dveře za sebou vždy zavřít. Je důležité dbát také na zavřená okna pro případný únik informací či zaznamenání odhalené části lidského těla. V neposlední řadě nesmí být opomenuty zatažené rolety či žaluzie. V případě, kdy je nezbytná přítomnost vyššího počtu lidí (studentů) při zákroku, pacient s přítomností přihlížejících musí souhlasit.

V souvislosti s hospitalizací je nutné podstoupit diagnostická či terapeutická vyšetření. Právě při převozu by sestra či jiný zdravotnický personál měl dohlédnout na dostatečné oděnění či překrytí pacienta. Je možné využít županu či nemocničního prádla, což závisí na druhu daného vyšetření a přání nemocného (Kolektiv autorů, 2008). Dodržováním těchto zásad bychom docílili maximálního zajištění, stejně tak pocitu intimitity a soukromí.

1. 8. 3 Pacientův pocit soukromí

Jakékoliv onemocnění působí na člověka nepříznivě, vzbuzuje v něm emoční projevy a má vliv na jeho chování. Průběh, jakým nemocný bude onemocnění prožívat, závisí na jeho náladě, aktuálním stavu, na znalostech či neznalostech prognózy nemoci a na naději, kterou může vnímat. Svou roli v tom, jak se bude nemoc vyvíjet, hrají osobnostní rysy pacienta, jeho rodina a zdravotníci profesionálové. Každý ale vnímá nemoc odlišně: dle individuálních rysů své osobnosti i podle situace, ve které se právě ocitá (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Zdravotnický personál si ani nemusí uvědomit, že to, čím si pacient prochází, pro něj může být cesta neznámá a nepoznaná. Veškeré činnosti zdravotníků velmi zasahují do soukromí nemocného, dotýkají se jeho vlastního „já.“ Během hospitalizace by měli zdravotníci pomýšlet na to, aby nemocný zůstal v dobrém psychickém rozpoložení. A právě v těchto nových situacích se od pacienta očekává sdělení, které v normálním životě před lidmi tají. Zdravotník praxí a časem postupně vůči těmto informacím otupí. Proto je potřeba zdůraznit ohleduplnost a naprosto vyloučit jakékoliv komentování

sdělených informací. Soukromí pacienta je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým zásadám každého zdravotníka.

Nemocný zažívá rozpaky, stud, někdy i zahanbení z důvodu deformace či viditelného onemocnění části těla. Stud se navíc zvyšuje, když pacient očekává bolestivost při vyšetření nebo zákroku. Nevíme, jaké budou reakce nemocného, proto je nadmíru nutné zachovávat úctu a ohleduplnost. Sestry si musí uvědomit, že pracují s člověkem, jehož nálada, chování i prožívání jsou ovlivněny stavem uspokojení veškerých potřeb, proto je nezbytné zajistit, aby tyto potřeby byly maximálně uspokojeny (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Sestry při poskytování péče využívají modelů ošetrovatelské péče, ošetrovatelskou terminologii a ošetrovatelskou dokumentaci. Díky nové roli sestry provádějí navíc i vlastní výzkumy. Přesto je potřeba mít stále na vědomí, že objektem ošetrovatelské péče zůstává lidská bytost, která není pouho pouhým souhrnem orgánů a fyziologických funkcí a je více než jen objekt přijímající naši péči (Šimek, 2006).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit, do jaké míry sestry vidí možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Naplňuje současné ošetřovatelství právo pacienta na lidskou důstojnost?

Co si myslíte o možnosti zachování pacientovi autonomie v nemocničním prostředí?

Jaké přání by muselo být splněno, aby pacient měl pocit respektu a uznání od sestry?

Jak si představujete důstojnou péči?

Jaké překážky brání v možnosti poskytování důstojné péče?

Jak si představujete zajištění intimity v péči?

Jaké překážky brání v možnosti zajištění intimity při péči?

Co si myslíte o možnosti pacienta rozhodovat a účastnit se průběhu poskytované péče?

Do jaké míry si myslíte, že byste měl/a vyjadřovat váš názor?

Jak by měla, podle Vás, důstojná péče vypadat?

Jakým způsobem by měla být vyjádřena důstojnost od sester směrem k Vám?

Jakou zkušenost máte s uchováním a podporou Vaší důstojnosti ze strany zdravotníků?

Jaké překážky, si myslíte, že existují v nemocničním prostředí proti zajištění potřeby intimity a soukromí?

Jaká je Vaše zkušenost s dodržováním soukromí a intimity v nemocničním prostředí?

3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru

3.1 Metodika práce

Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a pacienty. Rozhovory se konaly v období měsíce lednu roku 2015 v krajské Nemocnici České Budějovice, a.s. se svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestry Mgr. Moniky Kyselové, MBA (příloha 1).

Rozhovory, které umožnily získat cenné informace, byly zaznamenávány dvojitým způsobem, a to za pomoci diktafonu či písemného záznamu. Poté probíhalo samotné zpracování dat, které spočívalo v doslovném přepisu informací do programu Microsoft Office Word 2007. V těchto informacích byla vyznačena důležitá data. Během označování stěžejních dat bylo využito tzv. metody „tužka a papír.“ Tímto značením jednotlivých slov probíhalo tzv. kódování, kde byly informace uskupeny a ze kterých následně vzešly koncepty (Hendl, 2005). Koncepty byly zpracovány za pomoci aplikace SmartArt, která je součástí programu Microsoft Office Word 2007. Výzkumné šetření probíhalo na dvou odděleních, a to na akutních lůžkách (chirurgickém oddělení) v porovnání s dlouhodobými lůžky (oddělení následné péče).

Smyslem výzkumného šetření bylo zjištění pohledu jak sester, tak pacientů na možnosti zachování pacientovy autonomie, intimity a všeobecně lidské důstojnosti (příloha 2).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor byl tvořen 5 všeobecnými sestrami z chirurgického oddělení (dále CHIR), 5 všeobecnými sestrami z oddělení následné péče (dále ONP), 10 pacienty z CHIR a 10 pacienty z ONP. Pacienti stejně jako sestry s výzkumným šetřením nejprve souhlasili, poté proběhl samotný sběr dat. Pro zaznamenávání rozhovorů byl použit diktafon, jenž jedna sestra odmítla, proto byl rozhovor psán ručně. To samé u 11 pacientů, kdy byl proveden též písemný záznam.

4 Výsledky

4.1 Schémata rozhovorů sester z ONP a CHIR

Schéma 1



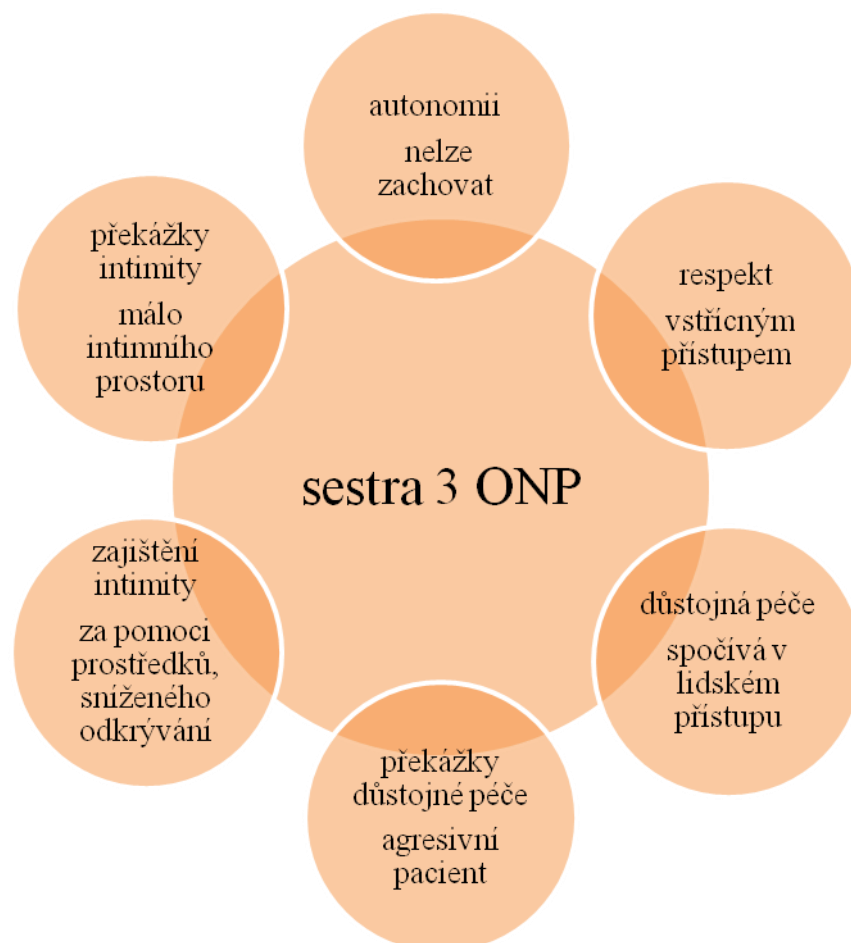
Sestra 1 z ONP se domnívá, že není příliš možné zachovat pacientovu autonomii, léčba je již předem dána. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje slušným chováním, v žádném případě tykáním. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je poskytována v hospici, přičemž se tato péče nelze s nemocnicí srovnávat. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v tom, že na pacienty nezbyvá dostatek času v porovnání s množstvím dokumentace. Intimitu zajišťuje především tím, že zavírá dveře. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v návštěvách a s tím spojeným množstvím pacientů na jednom pokoji.

Schéma 2



Sestra 2 z ONP se domnívá, že autonomie pacientů není zachována v souvislosti s nadřazeností lékaře. Uznání a respekt při poskytování péče vyjadřuje individuálním přístupem se zajištěním pocitu jistoty a bezpečí. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena na lidském přístupu. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává ve velkém počtu pacientů na pokoji a s tím spojeným nedostatečným intimním prostorem kolem jednotlivých lůžek. V oblasti zajištění intimity dává možnost výběru, většinou při ostychu pacientek, kdy má hygienu či ošetření provést zdravotník mužského pohlaví. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v nedostatečném intimním prostoru pacientů.

Schéma 3



Sestra 3 z ONP se domnívá, že pacientovu autonomii nelze zachovat, pacient se musí řídit pokyny lékaře. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje vstřícným přístupem. Jako důstojnou péči si představuje péči, která spočívá v lidském přístupu. Překážku, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v pacientovi, který je nespolupracující. Intimitu zajišťuje především za pomoci prostředků (žaluzií, dveří, rolet) a sníženého odkrývání pacientů. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává ve velkých pokojích, kde je mnoho pacientů a tím je zapříčiněn nedostatečný intimní prostor pacientů.

Schéma 4



Sestra 4 z ONP se domnívá, že není příliš možné zachovat pacientovu autonomii, pacient je v léčbě stále pasivním účastníkem. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje vstřícným přístupem založeným na poskytování informací a úsměvu. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena především na lidském přístupu a chování. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v nedostatečném počtu personálu. Intimitu zajišťuje za pomoci užívání prostředků, především však tím, že zavírá dveře. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává ve velkém množství pacientů na pokoji a tím možné ponechání otevřených dveří.

Schéma 5



Sestra 5 z ONP se domnívá, že není příliš možné zachovat pacientovu autonomii. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje vstřícným přístupem, při kterém je pacient dostatečně informován. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je poskytována v klidném prostředí a za vhodných podmínek. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává ve velkém počtu pacientů na pokoji a s tím úzce spojeným nedostatečným intimním prostorem samotných pacientů. Intimitu zajišťuje především tím, že zavírá dveře a užívá prostředky. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v otevřených dveřích, na které se snaží nezapomínat.

Schéma 6



Sestra 1 z CHIR je přesvědčena o tom, že je pacientova autonomie zachována. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje vstřícným přístupem, který je založen na poskytnutí veškerých informací. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena na splněných očekávání a přání pacientů. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v tom, že na pacienty nezbyvá dostatek času ve spojení s hektickým oborem, kterým chirurgie je. V oblasti zajištění intimity v péči by si představovala zlepšení stávající situace. Jako překážku, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, hodnotí rozdílné vnímání nahoty lékařem a samotným pacientem.

Schéma 7



Sestra 2 z CHIR se domnívá, že pacientova autonomie je v péči zajištěna a umožněna. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje pacientům prostřednictvím naslouchání. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena na lidském přístupu. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v tom, že na pacienty nezbývá dostatek času. Intimitu zajišťuje především tím, že v péči užívá prostředky a zbytečně neodhaluje celé lůžko. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v možném úniku informací v souvislosti s ponechanými otevřenými dveřmi.

Schéma 8



Sestra 3 z CHIR se domnívá, že je pacientova autonomie jednoznačně zachována. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje lidským přístupem, který zahrnuje úsměv a dostatek informací. Jako důstojnou péči si představuje takovou péči, která je poskytována v klidném a vhodně upraveném prostředí. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v nedostatku času a personálu. Intimitu se snaží zajišťovat tím, že žádá ostatní, jak pacienty, tak návštěvy, o opuštění pokoje s tím, že to tak v péči příliš nefunguje. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v množství pacientů na jednom pokoji.

Schéma 9



Sestra 4 z CHIR je přesvědčena o tom, že je v péči pacientova autonomie zachována. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje vstřícným přístupem při kterém využívá úsměvu a dostatečného informování. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena na slušném a především lidském jednání. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v nedostatečném počtu personálu a též času, v porovnání s množstvím pacientů na jednu sestru. V oblasti zajištění intimity by si představovala zlepšení stávající situace. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává v počtu pacientů na pokoji a s tím spojeným rizikem narušení soukromí a intimity.

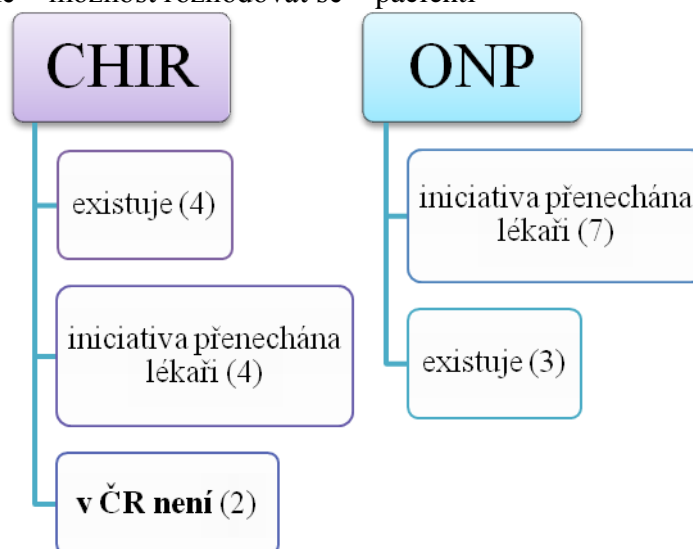
Schéma 10



Sestra 5 z CHIR se na rozdíl od ostatních sester z CHIR domnívá, že není příliš možné zachovat pacientovu autonomii. Respekt a uznání při poskytování péče vyjadřuje slušným chováním, dále pak poskytováním veškerých informací, a to s úsměvem. Jako důstojnou péči si představuje péči, která je založena na plnění očekávání a přání pacientů. Překážky, bránící v možnosti poskytování důstojné péče, shledává v časové náročnosti a v práci spadající na samotnou sestru. Se zajišťováním intimity v péči není spokojena, proto by si představovala zlepšení stávající situace. Překážky, bránící v možnosti zajištění intimity při péči, shledává ve velkém počtu pacientů na pokoji a následným narušením soukromí.

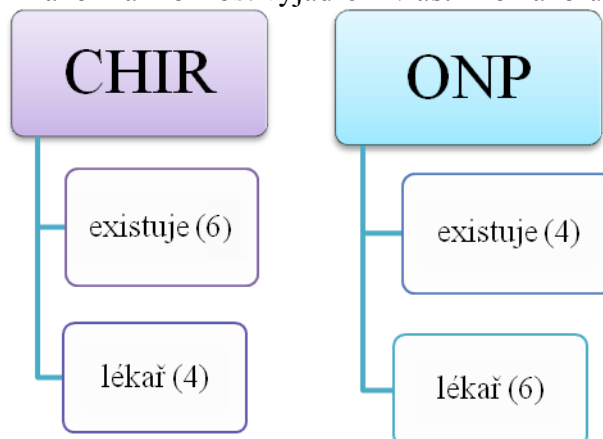
4.2 Koncept – autonomie

Schéma 1 – výsledné – možnost rozhodovat se – pacienti



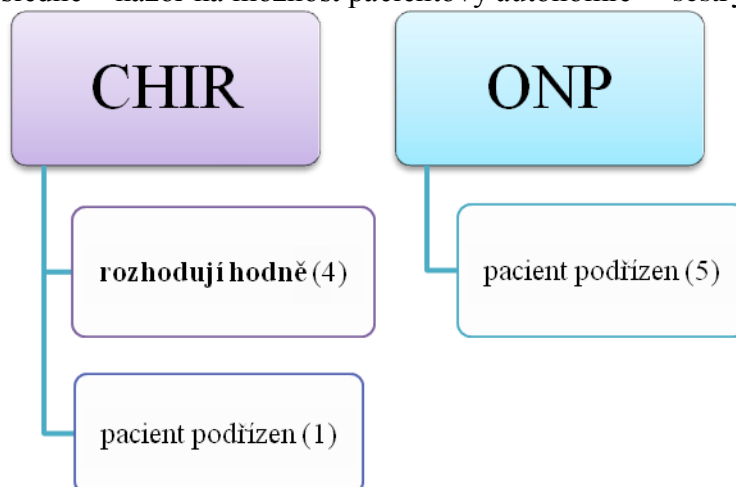
Pacienti z CHIR a ONP vnímají možnost rozhodování se. Ovšem někteří přenechávají iniciativu na lékařích. Rozdíl byl sledován v názoru některých pacientů z CHIR, kteří v ČR nevnímají možnost rozhodovat se.

Schéma 2 – výsledné – názor na možnost vyjádření vlastního názoru – pacienti



Pacienti na CHIR ve většině případů sledávají možnost vyjádření vlastního názoru, ovšem zůstává otázka, zdali bude vyslyšen. Jiná situace nastává u pacientů ONP, kdy většina přenechává veškeré rozhodování a iniciativu na lékařích.

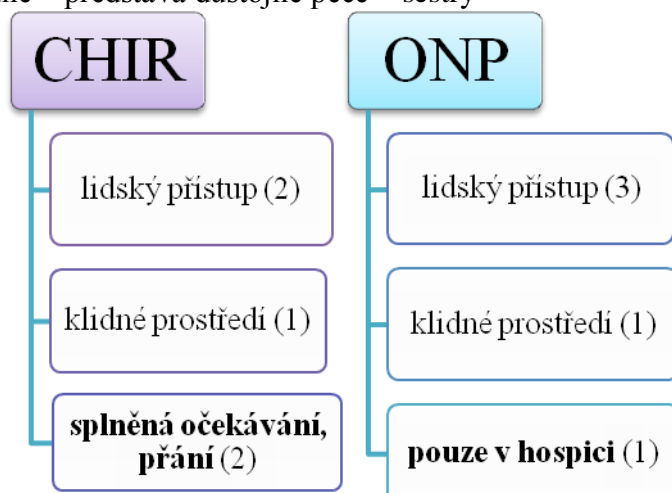
Schéma 3 – výsledné – názor na možnost pacientovy autonomie – sestry



Sestry z CHIR se domnívají, že se již pacienti v dnešní době rozhodují dostatečně. Sestry z ONP hovoří o nadřazenosti lékaře nad pacientem. Představovaly by si pro pacienty lepší možnosti.

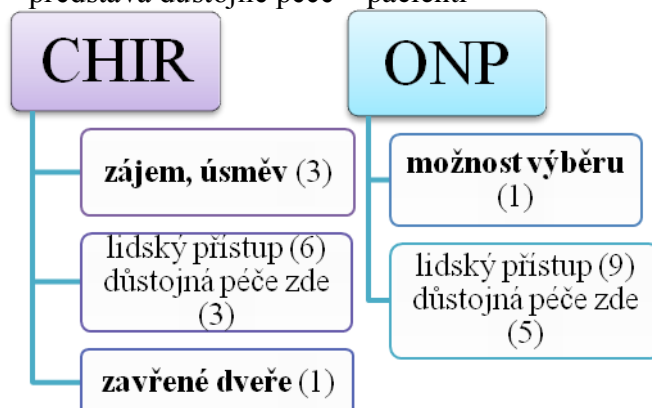
4.3 Koncept – lidská důstojnost

Schéma 4 – výsledné – představa důstojné péče – sestry



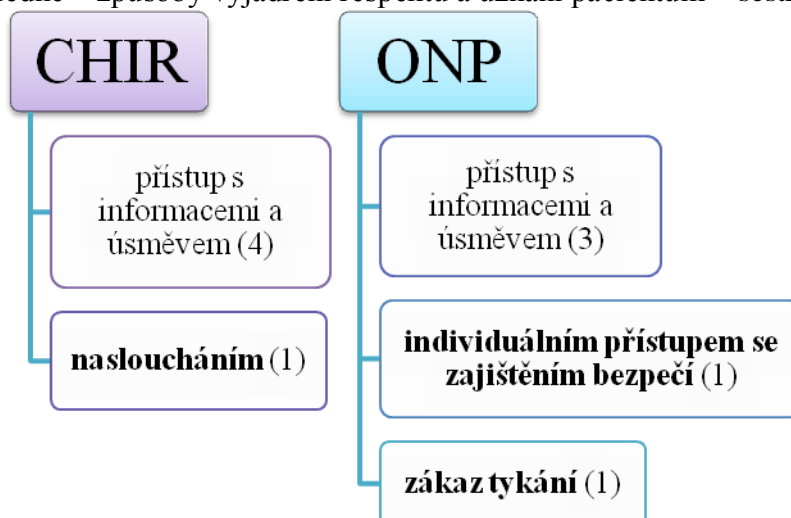
Sestry z CHIR a ONP shledávají podstatu důstojné péče ve vstřícném a laskavém přístupu a stejně tak v zajištění klidného prostředí. Sestry z CHIR shledávají význam ve splnění očekávání a přání pacientů. Na ONP ovšem zazněl názor, že důstojná péče probíhá pouze v hospici.

Schéma 5 – výsledné – představa důstojné péče – pacienti



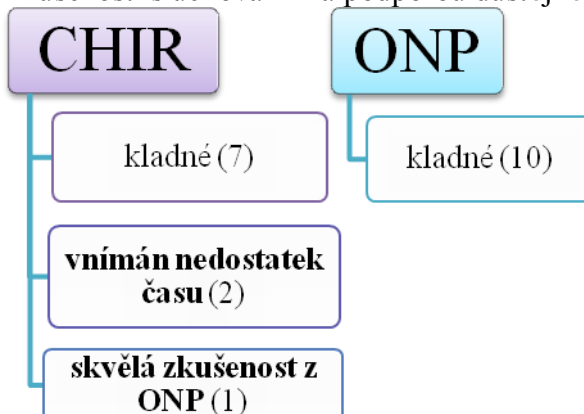
Pacienti (CHIR, ONP) si pod pojmem důstojná péče představují lidský a informovaný přístup a právě tu péči, která je jim poskytována na daných odděleních. Pacienti z CHIR si ji dále představují jako péči založenou na úsměvu, zájmu a soukromí, za zavřenými dveřmi. Na ONP zazněla výpověď, která tvrdí, že je důstojná péče prováděna hodnými sestrami, a ta, která dává na výběr.

Schéma 6 – výsledné – způsoby vyjádření respektu a uznání pacientům – sestry



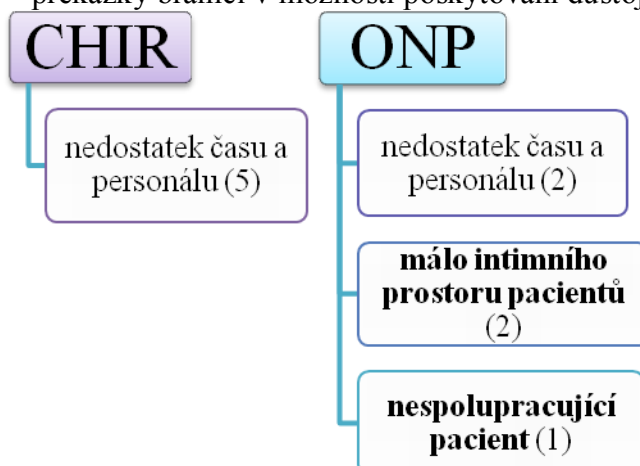
Sestry (CHIR, ONP) vyjadřují respekt a uznání tím, že pacienty informují, vstřícně k nim přistupují a usmívají se. Sestry z CHIR navíc zmiňují naslouchání. Sestry z ONP dále vyjadřují respekt a uznání pacientům individuálním přístupem se zajištěním bezpečí a výslovně v péči zdůrazňují zákaz tykání.

Schéma 7 – výsledné – zkušenosti s uchováním a podporou důstojnosti – pacienti



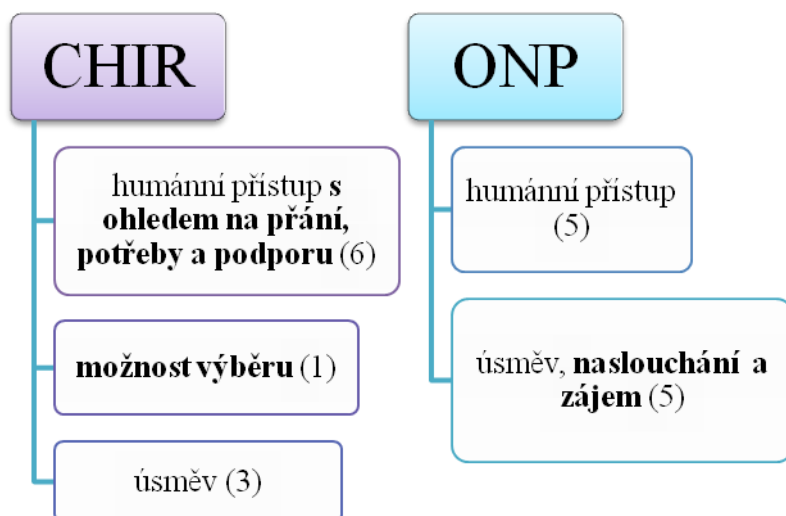
Pacienti (CHIR, ONP) ve většině případů uvádí pouze dobré zkušenosti. Dále pacienti z CHIR uvádí jako zkušenost s uchováním a podporou důstojnosti nedostatek času ze strany personálu. Na CHIR zazněla i skvělá zkušenost, a to z předešlé hospitalizace na ONP.

Schéma 8 – výsledné – překážky bránící v možnosti poskytování důstojné péče – sestry



Sestry (CHIR, ONP) za překážku bránící v poskytování důstojné péče považují nedostatek personálu a nedostatek času. Sestry z ONP uvádí dále nedostatečný intimní prostor pacientů a též nespolupráci pacienta.

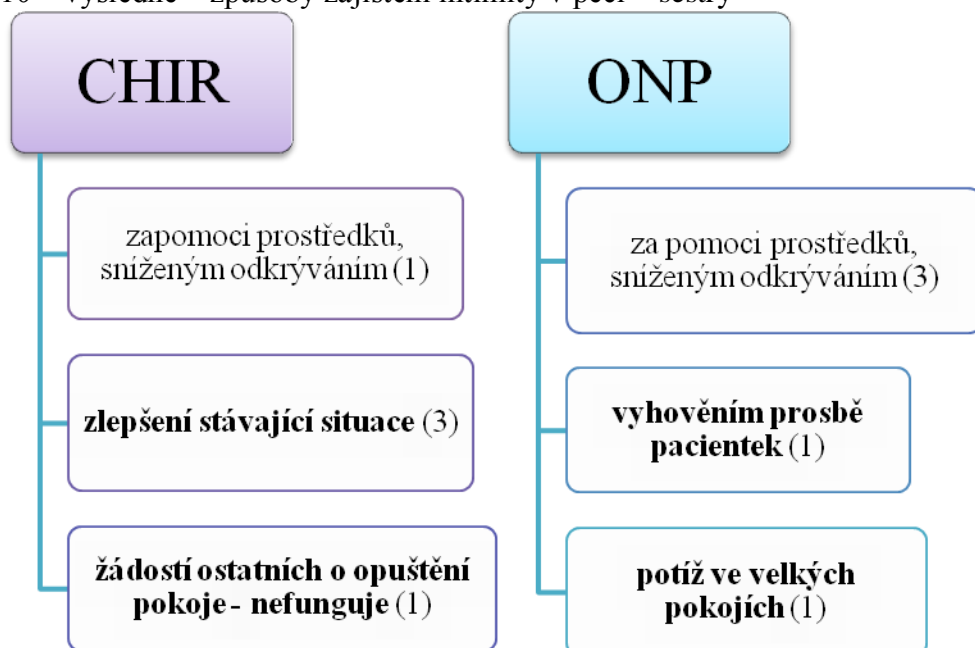
Schéma 9 – výsledné – způsoby vyjádření podpory lidské důstojnosti od sester – pacienti



Pacienti (CHIR, ONP) za stěžejní uvádí humánní přístup, přičemž pacienti z CHIR navíc zmiňují podporu s ohledem na svá přání a potřeby. Na obou odděleních je za prvek podpory důstojnosti vnímán úsměv. Pacienti z ONP však dále zmiňují naslouchání a zájem. Na CHIR je za způsob vyjádření lidské důstojnosti považována možnost výběru.

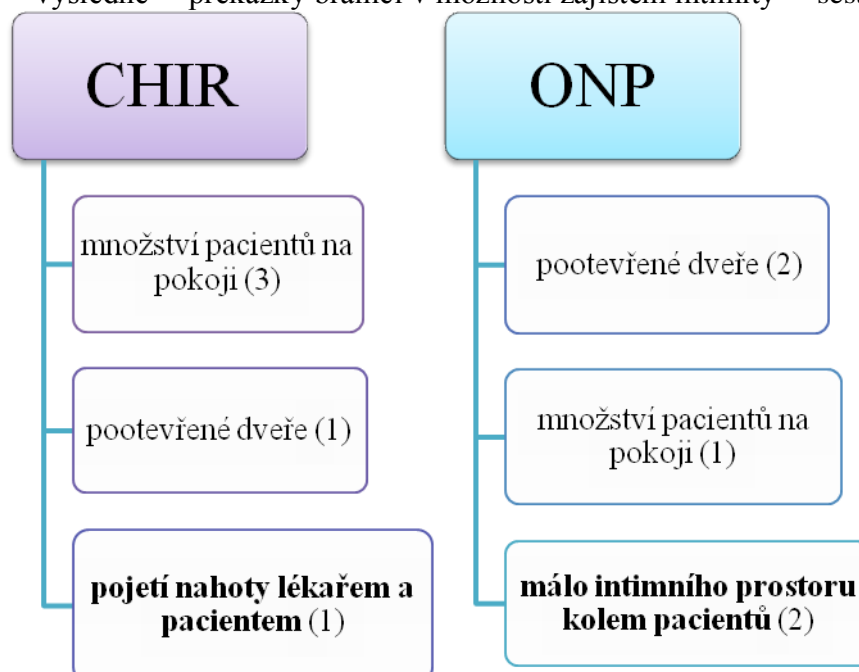
4.4 Koncept – intimita a soukromí

Schéma 10 – výsledné – způsoby zajištění intimity v péči – sestry



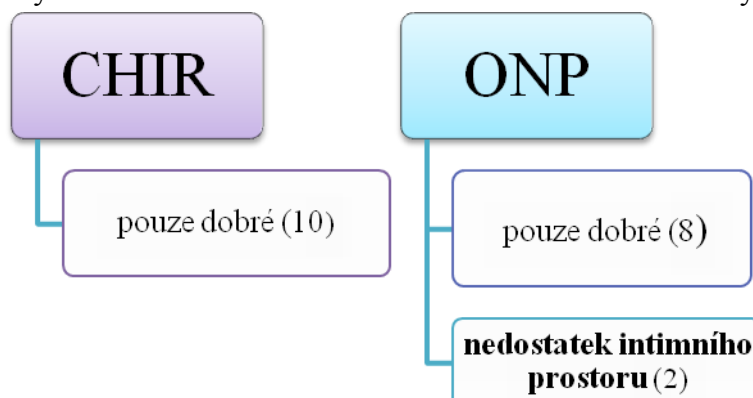
Sestry z CHIR by si představovaly zlepšení stávající situace, co se týká způsobů zajišťování intimity v péči. V dalších případech žádají ostatní o opuštění pokoje s tím, že to v praxi moc nefunguje. Na obou odděleních se snaží zajišťovat intimitu prostřednictvím prostředků a sníženého odkrývání pacientů. Sestry z ONP vyhoví žádosti pacientek, které si nepřejí být ošetřované personálem mužského pohlaví, a též vnímají jako problematické velikosti pokojů.

Schéma 11 – výsledné – překážky bránící v možnosti zajištění intimity – sestry



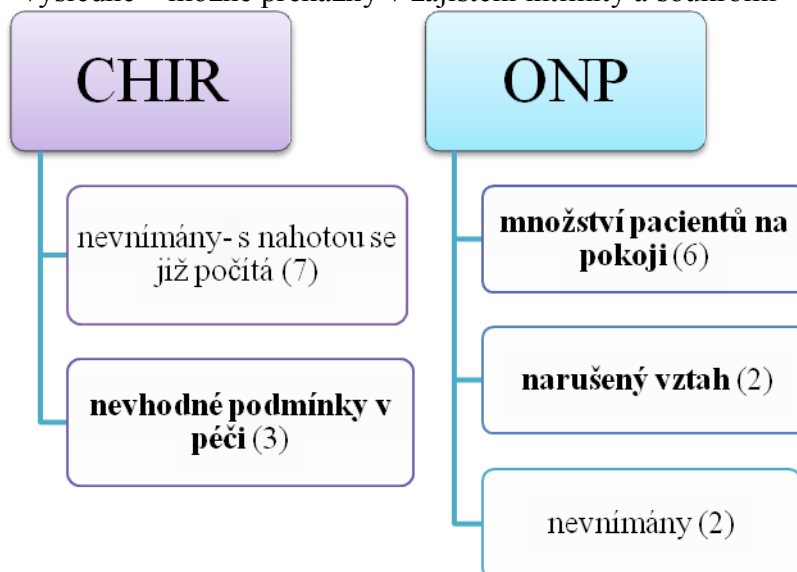
Sestry (CHIR, ONP) hodnotí množství pacientů na pokoji a nechané pootevřené dveře jako překážky bránící v možnosti zajištění intimity. Sestry z ONP dále zmiňují nedostatek intimního prostoru okolo pacientů. Na CHIR zazněl též názor, že překážkou může být i vnímání nahoty jak lékařem, tak samotným pacientem.

Schéma 12 – výsledné – zkušenosti s dodržováním soukromí a intimity – pacienti



Pacienti (CHIR, ONP) se shodují pouze na dobrých zkušenostech s dodržováním soukromí a intimity, které jsou zajištěny. Pouze někteří pacienti z ONP zmiňují nedostatek intimního prostoru.

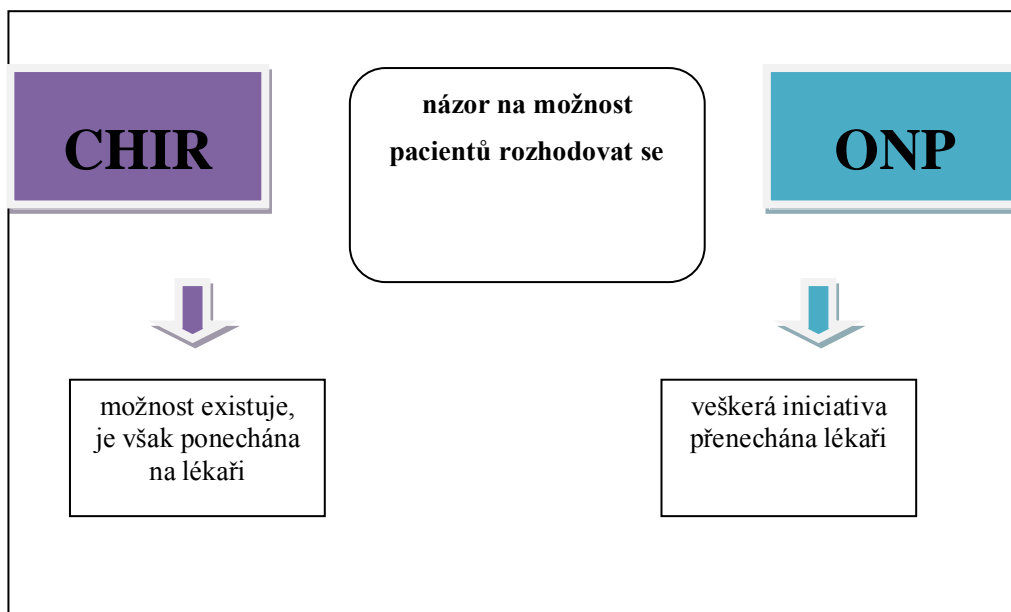
Schéma 13 – výsledné – možné překážky v zajištění intimity a soukromí – pacienti



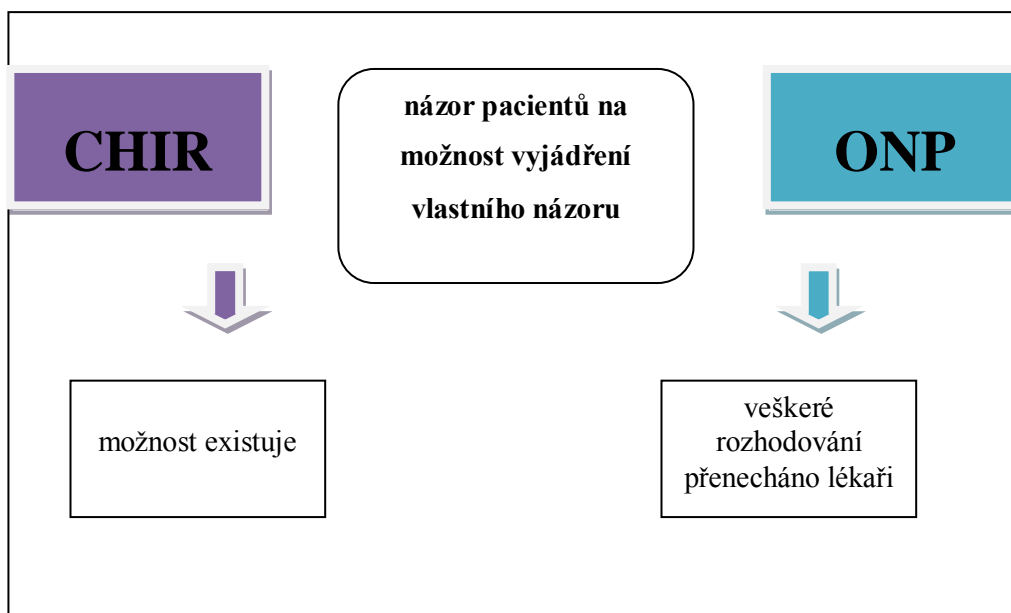
Většina pacientů z CHIR nevnímá překážky v zajištění intimity, spíše již s příchodem do nemocnice počítá s nižší úrovní intimní zóny. Pacienti z ONP uvádí velké množství dalších hospitalizovaných na pokoji. Pacienti z CHIR dále mezi překážky uvádí možný únik informací či nevhodné uložení pacientů. Pacienti z ONP poukazují na možnou překážku v zajištění intimity, a to narušení vztahu sestra – pacient.

4. 5 Znárodnění nejčastěji zmíněných výpovědí respondentů

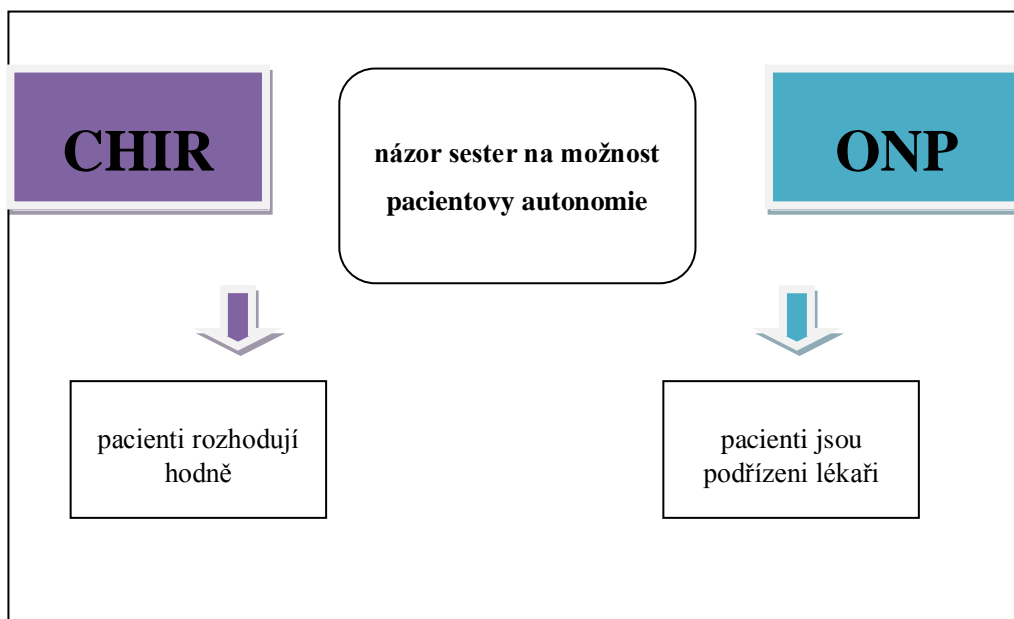
4. 5. 1 Koncept – autonomie



Pacienti z CHIR vnímají možnost rozhodovat se, avšak stejně tak jako pacienti z ONP spíše přenechávají iniciativu lékařů.

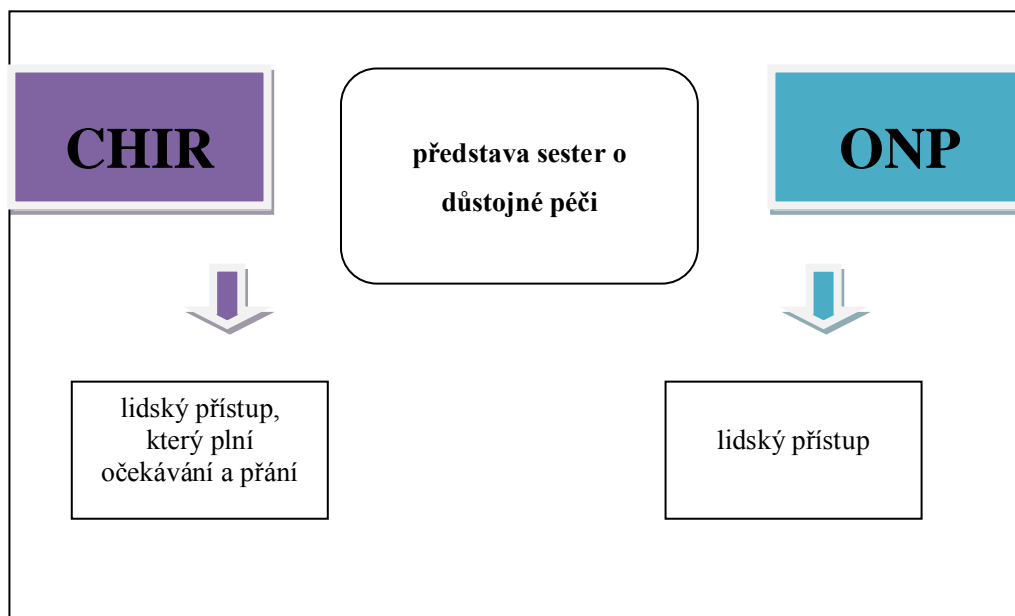


Pacienti z CHIR si jsou alespoň vědomi toho, že názor vyjadřovat mohou. Pacienti z ONP přenechávají rozhodování pasivně na lékařů.

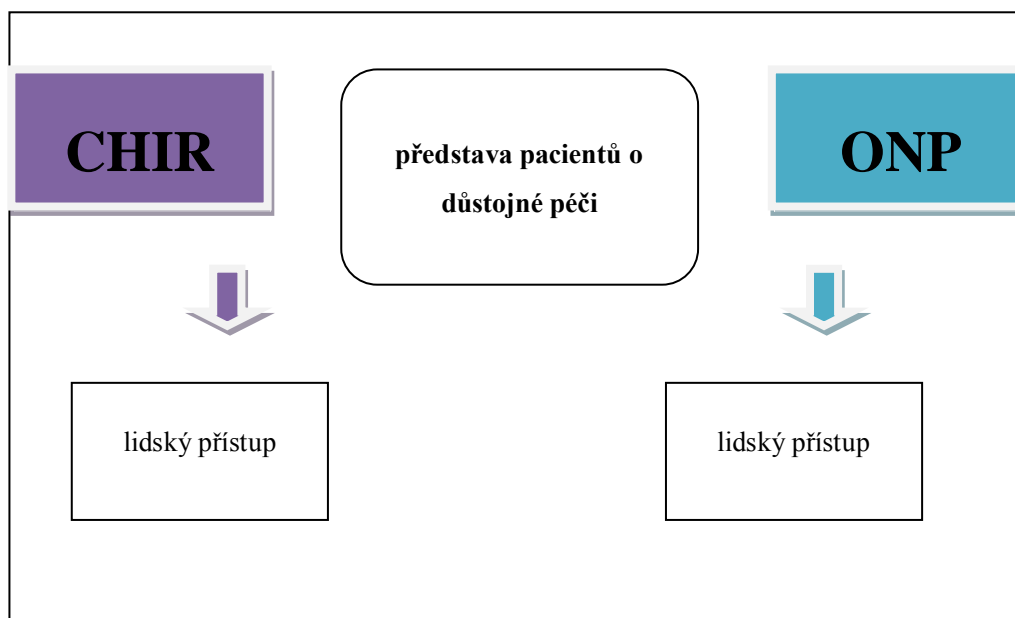


Sestry z CHIR vnímají pacienty jako rozhodující o péči, naopak sestry z ONP nevnímají pacientovu autonomii jako zachovanou a shledávají pacienty jako podřízené.

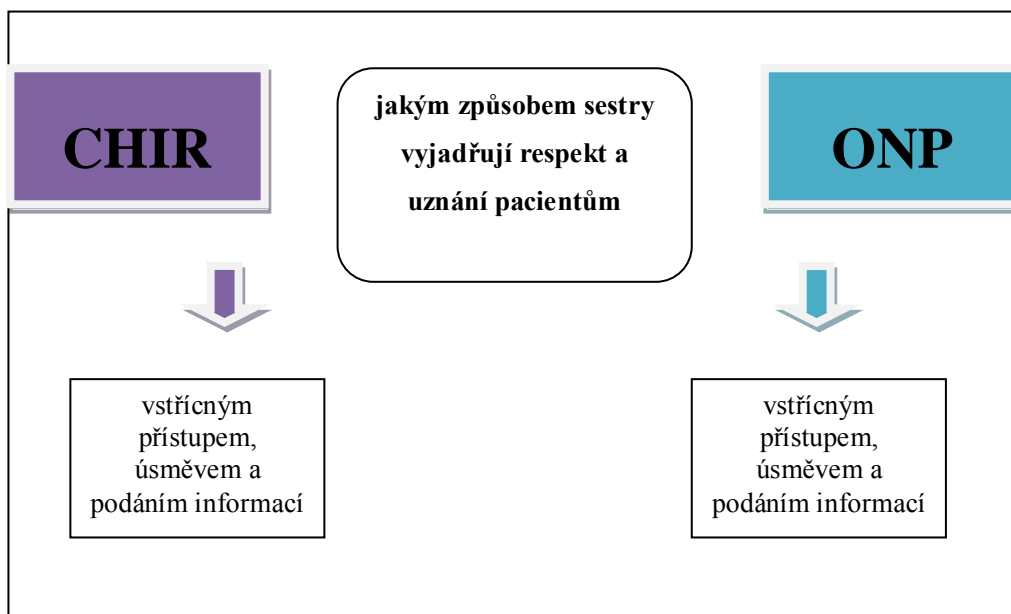
4. 5. 2 Koncept – lidská důstojnost



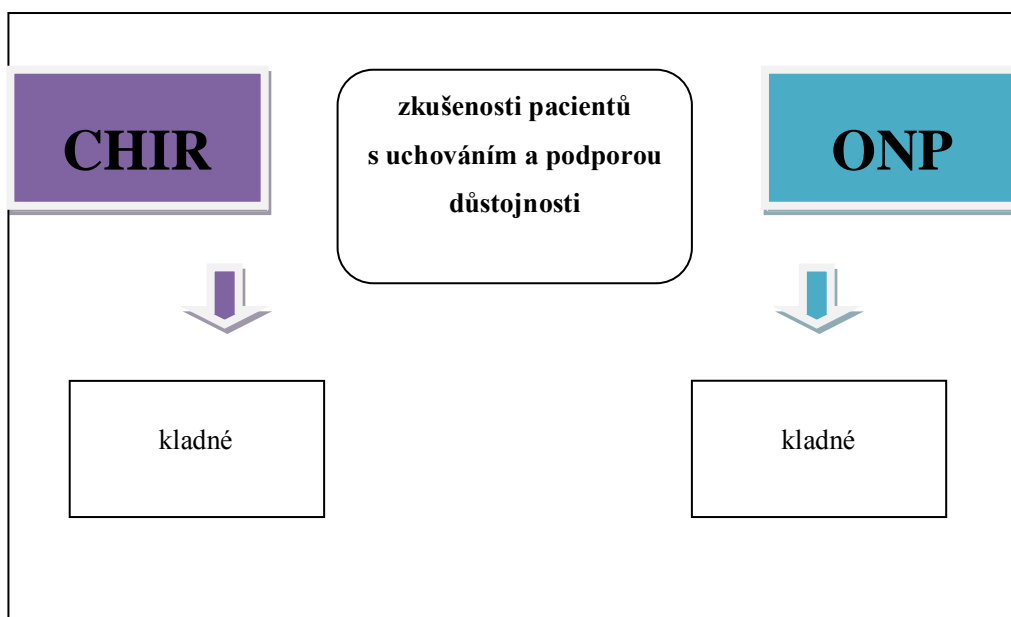
Sestry z CHIR si představují důstojnou péči jako péči, která je založena na lidském přístupu, který plní očekávání a přání pacientů. Sestry z ONP zohledňují především lidský přístup jako takový.



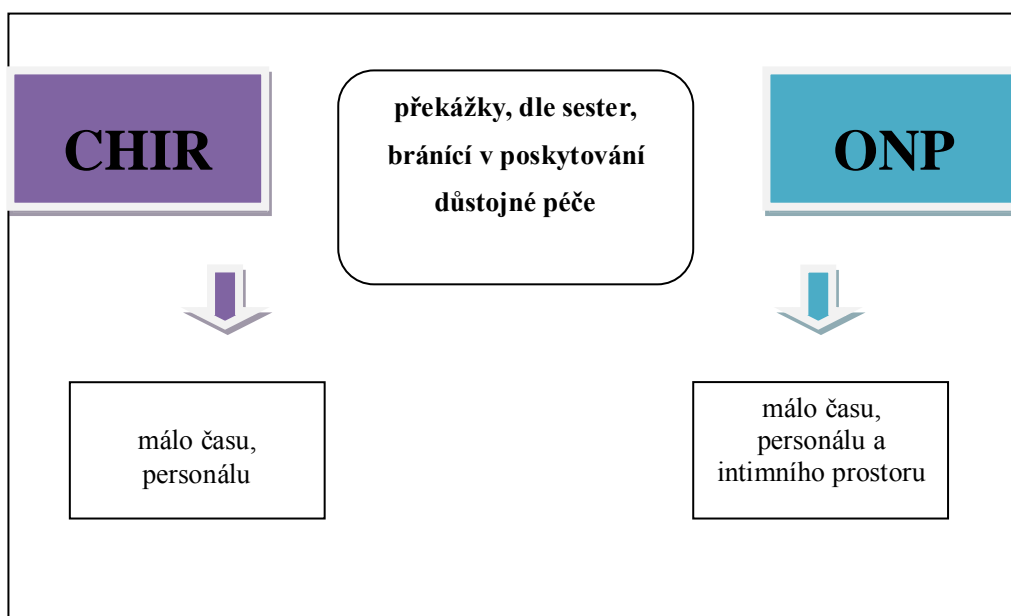
Pacienti (CHIR, ONP) shledávají pod pojmem důstojná péče především lidský přístup.



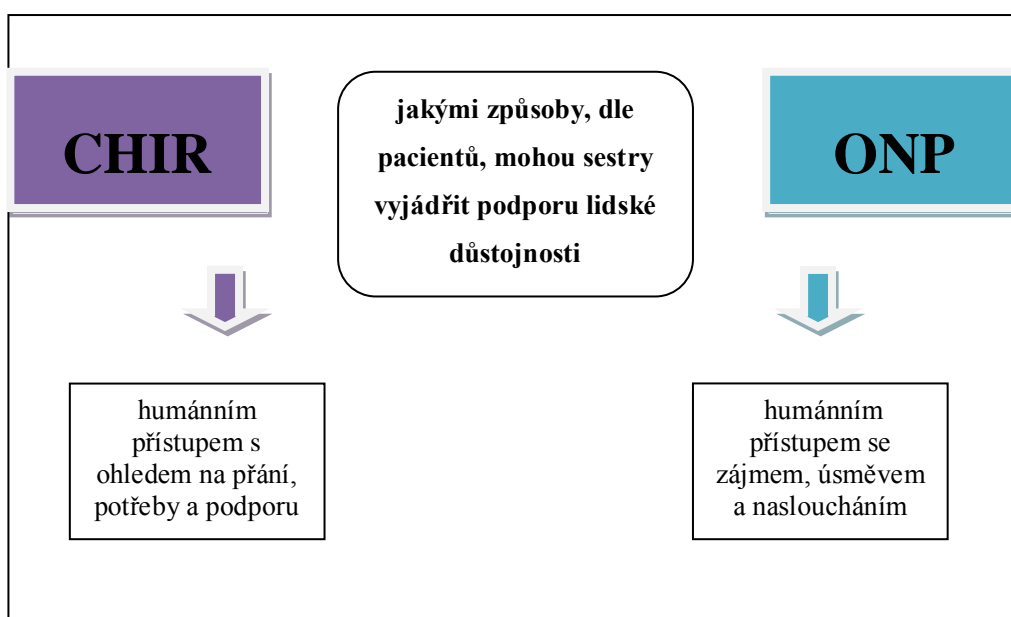
Sestry (CHIR, ONP) vyjadřují respekt a uznání pacientům především vstřícným přístupem, úsměvem a podáním informací.



Oslovení pacienti (CHIR, ONP) zmiňují pouze kladné zkušenosti s uchováním a podporou vlastní důstojnosti.

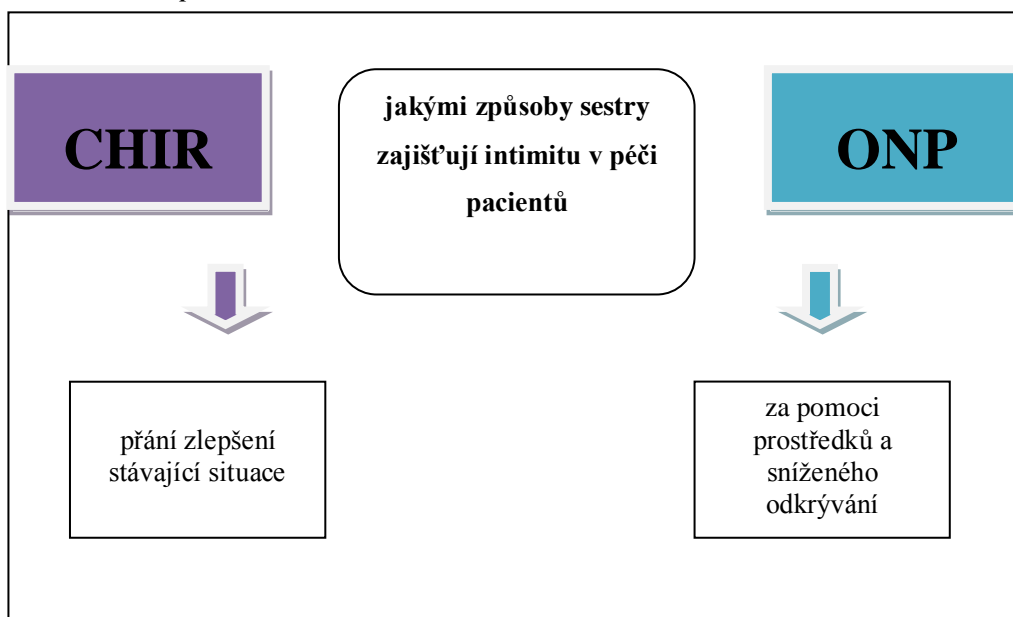


Sestry z CHIR jako překážku, bránící v poskytování důstojné péče, shledávají nedostatek času a personálu, stejně tak jako sestry z ONP, které navíc zmiňují nedostatek intimního prostoru pacientů.

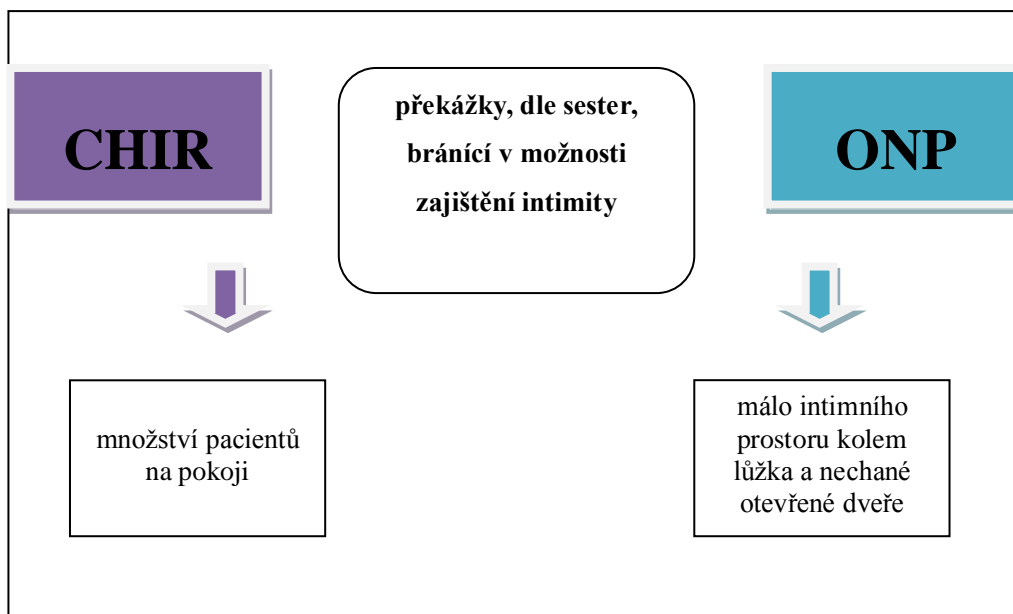


Pacienti z CHIR se domnívají, že sestry mohou vyjádřit podporu lidské důstojnosti humánním přístupem s ohledem na přání, potřeby a podporu. Pacienti z ONP hovoří též o humánním přístupu, který je však podložen zájmem, úsměvem a nasloucháním.

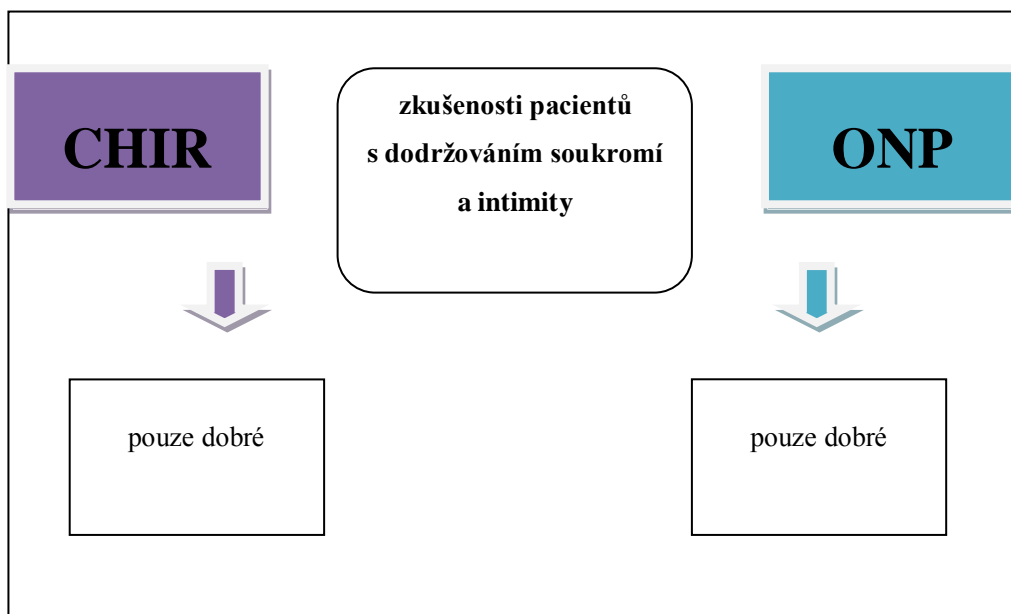
4. 5. 3 Koncept – intimita a soukromí



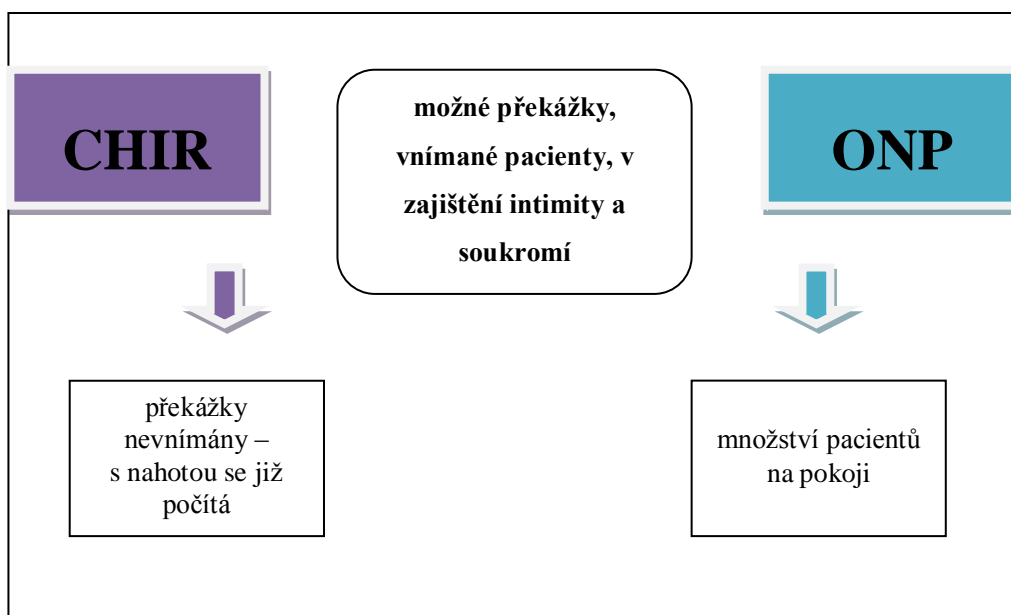
Sestry z CHIR nejčastěji zmiňují potřebu zlepšení stávající situace v této oblasti. Sestry z ONP zajišťují intimitu za pomoci prostředků a sníženého odkrývání pacientů.



Sestry z CHIR vnímají jako hlavní překážku, bránící zajištění intimity, v množství pacientů na pokoji. Sestry z ONP shledávají jako hlavní problém nedostatek intimního prostoru kolem lůžek pacientů a nechané otevřené dveře.



Pacienti (CHIR, ONP) uvádí pouze dobré zkušenosti s dodržováním soukromí a intimity.



Pacienti z CHIR překážky, v zajištění intimity a soukromí, nevnímají. Pacienti z ONP shledávají jako hlavní překážku množství pacientů na pokoji.

5 Diskuze

Jelikož naše zvědavost byla ohledně lidské existence neutuchající, byla práce s tímto tématem jasnou volbou. S lidskou existencí úzce souvisí lidská důstojnost. Bohužel právě ne vždy a ne na všech pracovištích, kde jsme měli možnost vykonávat praxi, jsme se setkali s chováním, které respektovalo hodnotu lidskou.

Domníváme se, že velkou měrou záleží na samotných sestřích, jak se pacienti v nemocničním prostředí cítí. Rovněž Jo a Doorenboos (2009) usuzují, že právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Když se sestra na pacienta za celý den usměje či jen pohlédne, vyjádří tím zájem a to, že je pacient vnímán. Postačí pouze malé gesto, kterým může navázat vzájemný vztah s pacientem s cílem rozvíjet jeho vlastní hodnoty. Právě R. R. Parseová ve svém modelu „teorie lidského bytí“ uvádí roli sestry, která zastává pozornou, naslouchající a inspirující se osobu, která pacienta vede a „vnáší světlo“ do jeho cesty (Pavlíková, 2006).

Jedním z aspektů lidské důstojnosti je důstojnost osobní identity, která je však nejvýznamnější právě ve spojitosti se staršími osobami (Cesta domů, 2004). Rovněž proto byl vybrán výzkumný vzorek pro výzkumné šetření právě na ONP. V předešlých letech nastala možnost brigádně pracovat na ONP. Zkušenost se starými lidmi zanechala hezké, ale i smutné vzpomínky, které si díky této práci opět vybavujeme. Výzkumné šetření zároveň probíhalo též na CHIR. Nastává však otázka: „Proč tyto dvě diametrálně se odlišující oddělení, a to nejen svými specifiky?“ Pravděpodobně z důvodu předpokládaných odlišných názorů všech zúčastněných na problematiku lidské důstojnosti v souvislosti s autonomií, uchováním soukromí a intimitou. Dalším důvodem je rozdíl v rychlosti poskytované péče, která je v případě CHIR orientována spíše na akutní a neodkladné zásahy v porovnání s ONP, kde je poskytována ošetrovatelská péče specifikující se spíše na samotné ošetrovatelské výkony, aktivizaci a podporu soběstačnosti.

Před samotným sběrem dat, který probíhal na zmíněných odděleních, byla očekávána ze strany sester rezervovanost k tématu této diplomové práce. Očekávání se

bohužel naplnilo. Pouze sestra 2 z ONP nás potěšila svým nadšením ve spojitosti s danou problematikou, přičemž ji samotnou nejspíše trápí současná situace. Bohužel byly i takové sestry, které dávaly značně najevo, že je téma nezajímavé, výzkumným šetřením jsou obtěžovány a nepocitují potřebu změn. I přesto byly rozhovory uskutečněny.

Protože nás zajímal pohled samotných zúčastněných na možnost pacientovy autonomie, byly dotazy týkající se možnosti pacientů zasahovat a rozhodovat o průběhu péče součástí úvodu každého rozhovoru. Náš názor je, aby důstojná péče mohla být, alespoň z části, považována za péči důstojnou, měla by dávat možnost výběru, nabízet možnost rozhodovat se, stejně jako tvrdí R. R. Parseová, která předpokládá, že každá osoba má právo rozhodovat se (Pavlíková, 2006).

V souvislosti s právem jednání dle vlastní vůle nás většina sester z CHIR mile překvapila svými odpověďmi, kterými naznačily, že se pacienti v dnešní době již rozhodují dostatečně (viz výsledné schéma č. 3). Sestra 3 z CHIR konstatuje: „*Možnost zachování pacientovy autonomie u nás existuje, když si pacienti přejí zavolat lékaře, zavoláme ho, i jídlo si mohou vybírat, mají na výběr.*“ Domníváme se, že v této péči, kde se pacient neobává cokoliv říci a cítí se dobře, můžeme očekávat pozitivní vývoj zdravotního stavu. Křivohlavý (2002) ve své knize Psychologie nemoci uvádí zlepšení též psychického stavu, a to v momentě, kdy má pacient možnost něco sám řídit. V péči, která pacientovi nabízí možnost rozhodování se a zároveň být rovnocenným partnerem zdravotnického personálu, můžeme očekávat naplnění pacientových potřeb, prostřednictvím kterých může pociťovat pocit komfortu. Tzv. teorií komfortu se zabývala Katharine Kolčaba, která přemýšlela a hledala způsob, který zajistí lidským bytostem psychický klid a pohodlí (Tomey, Aligood, 2006).

Vztah, o kterém výše zmíněná sestra hovoří, značí, že zúčastnění na péči jsou ve vztahu partnerském. Rádi bychom při této příležitosti citovali slova Bártlové (2005), která o vztahu lékař – pacient uvedla: „*Všeobecně se pod vztahem lékař – pacient rozumí soubor sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení k předmětu své činnosti*“ (str. 239). Protože i sestra a pacient na sebe vzájemně působí, není důvod se domnívat, že by to v tomto vztahu mělo fungovat jiným způsobem. Na

způsob jednání si stěžují pouze dva pacienti z CHIR. Konkrétně uvádíme výpověď pacienta 10, který se domnívá, že možnosti pacienta rozhodovat se mnohokrát nejsou. Dále doplňuje: „*Tady v ČR jako trend je, že péče je přesně dána, ani možnost výběru není, a pokud se člověk neozve, podporu od zdravotníků nemá*“ (viz výsledné schéma č. 1). Po této výpovědi nás napadají otázky: „Proč právě tato odpověď? Hovořil tento pacient v afektu? Má snad špatnou zkušenost?“

Mimo této výpovědi jsme sebrali mnoho pozitivních výsledků. Zbýlých osm pacientů z CHIR vesměs naznačuje povědomí o možnosti rozhodování, či že jsou si vědomi této možnosti, načež spíše přenechávají veškerou iniciativu na lékaři z důvodu neznalosti medicíny (viz výsledné schéma č. 1). Jako velké plus vnímáme to, že pacienti zmiňují možnost rozhodování a výběru, což hodnotíme jako správné, protože by si snad každý přál, jak uvádí Scott, (2003), nejen v nemocnici, řídit a ovlivňovat způsob svého každodenního života dle vlastních pravidel a představ. Při takto kladných odpovědích se nám vybavila vzpomínka na upozornění od pana konzultanta MUDr. Jiřího Šimka, CSc., který zmiňoval to, že se pravděpodobně setkáme s pacienty, kteří nemusí říkat pravdu, jelikož se obávají vůči personálu cokoli říci. Toho jsme se snažili vyvarovat tím, že jsme před každým rozhovorem zdůraznili naprostou anonymitu a snažili se zajistit maximální soukromí. Bohužel ani po těchto intervencích není možné předpokládat, že se pacienti svěřili se vším, co je možná v péči trápí.

Výpovědi na ONP se výrazně lišily od výpovědí, které zazněly na CHIR. Rozdíl byl jak ve vnímání autonomie pacientů sestrami, tak samotnými pacienty. Sestry z ONP se shodly na nemožnosti zachování pacientovy autonomie (viz výsledné schéma č. 3). To znamená, že jsou v nesouladu s výrokem Hartla a Hartlové (2009), kteří popisují autonomii jako rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost a stejně tak si zvolit nečinnost. Citujeme výpověď sestry 4 z ONP, a to následující: „*Není moc možné zachovat pacientovu autonomii, hlavně na našem oddělení, ještě to u nás není tak zvládnuté, provádí se to stále po staru.*“ Nabízí se otázka, zdali máme této interakci porozumět jako vztahu, kde informace směřují od personálu k pacientovi a kde není prostor pro dialog.

To bychom však hovořili o paternalistickém vztahu, který sestry z ONP ve svých výpovědích naznačují. Též Raudenská s Javůrkovou (2011) hovoří o paternalistickém vztahu jako o vztahu, který vyžaduje pacientovu poslušnost, přičemž komunikace probíhá pouze jedním směrem, a to formou instruování a výčtu informací. Lékař bez pacienta rozhoduje o diagnostice i léčbě a v neposlední řadě neuznává hlubší osobní vztah s pacientem. Dle našeho názoru v případě, kdy by lékař neudržel s pacientem hlubší vztah, nevěděl by, s kým má tu čest, a neuměl by ani správně léčit. Ptáček s Bartůňkem (2011) konstatují, že partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevylučuje poskytnutí rad váhajícímu nemocnému. I v této formě vztahu je nezbytné, aby lékař použil svůj odborný přesah a partnersky poradil. Bohužel dle výpovědí sester je smutné, že bychom se pravděpodobně s mnoha lidmi, kteří by mohli alespoň váhat, nesešli. Jako příklad uvádíme výpověď sestry 2 z ONP, která uvádí: „*Představovala bych si pro pacienta lepší možnosti. Pacient by měl více rozhodovat a lékař více vysvětlovat a edukovat. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevnímám.*“ Přitom nás napadá otázka, zdali je možné, že je tento vztah, kdy probíhá komunikace pouze jedním směrem, a to prostřednictvím výčtu informací, realizován i v interakci sestra – pacient.

Za závažnější výrok však považujeme výpověď též sestry 2 z ONP, která hodnotí: „*Pacient se bojí rozhodovat, aby nerozzlobil lékaře.*“ Můžeme zde identifikovat strach z lékaře a jeho autority či zdánlivé nedostupnosti? Zajímavým a zároveň pochopitelným faktem, který ve své knize Čeledová s Čevelou (2010) uvádí, je ta skutečnost, kdy pacienti upřednostňují lékaře, kteří nejsou ani tak zruční nebo medicínsky zdatní, ale především ty, kteří prostřednictvím komunikace navíc dokážou vytvořit pocit důvěry a bezpečí. Je v našem případě problém v komunikaci? Pomohla by změna systému? Jak řešit tento strach vnímaný pacienty?

Ani odpovědi pacientů bohužel nevyvrací tvrzení sester, vyjma třech z deseti pacientů, kteří rozhodují o průběhu péče a do péče zasahují (viz výsledné schéma č. 1). Otázkou však zůstává, zdali prozradili to, co měli opravdu na srdci. Zbylá většina pacientů z ONP reflektuje možnost rozhodování se, přičemž ji však nevyužívá a veškerou iniciativu přenechává na lékaři (viz výsledné schéma č. 2). Konkrétně

z výpovědi pacienta 7 z ONP, která zní: „*Já se moc nevyptávám, nechávám to plně na lékaři,*“ lze vnímat nejistotu, strach nebo náznak přístupu, který se snaží neobtěžovat personál.

Ve spojitosti s názory pacientů z ONP se domníváme, že pacienti, tím spíše staršího věku, pociťují v cizím prostředí nejistotu a přirozeně upadají do role pasivního účastníka na péči. Hospitalizaci, bez ohledu na onemocnění, vnímá Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007) jako zásah do způsobu života, který člověk prožívá vždy nepříjemně. V souvislosti s umístěním do nemocnice a tímto nepříjemným pocitem je možné, že si pacienti nepřejí vyjadřovat své názory a tím vystupovat jako aktivní účastníci na péči. Proto, abychom co nejvíce minimalizovali nelibé pocity, je žádoucí s pacienty vytvářet profesionální vztah, který se zakládá na uctívém a hodnotu vnímajícím chování.

Výše zmíněná věta může naznačovat další koncept, kterému jsme též v naší práci věnovali pozornost, a to péči důstojné. Co si však představit pod pojmem důstojná péče? Jak uvádí projekt Cesta domů (2004), mnohdy bývá snazší popsat nedůstojnost nežli samotnou důstojnost. Dotazovali jsme se jak sester, tak pacientů, jak by dle nich měla důstojná péče vypadat. Sestry z CHIR si ji představují jako laskavou a vnímavou péči (viz výsledné schéma č. 4). Laskavá péče je v knize od Svatošové (2011) popsána jedním umírajícím pacientem, který ji vnímá jako péči uchovávací a dávající lásku druhému. Hovoří právě o těch zdravotnících, kteří vědí, že umírá, ale přesto za ním přijdou, že se o něj starají jako o individualitu, do péče zahrnují také rodinu, zajímají se o minulost stejně tak jako o jeho budoucnost, vzpomenu si na maličkosti, které mu jsou milé, nesoustředí se na jeho náladu, ale na jeho osobu a též se dokážou smát a být šťastní při takto těžké práci. Tak se pacient cítí v bezpečí a ví, že zvládne i okamžik smrti, až přijde.

Dále si však důstojnou péči představují jako péči, která plní přání pacientů, o všem, co bude následovat, je informuje a snaží se minimalizovat bolest samotných pacientů. Výpovědi sester z CHIR shledáváme příznivými, především splněná přání pacientů vidíme jako velký přínos jak pro samotné pacienty, celé zdravotnické zařízení, tak i pro sestru, která se díky kreativnímu myšlení, jak nalézt způsob pacientova uspokojení,

rozvíjí. V dostupné literatuře nacházíme pouze přání spojená s eutanazií (Heřmanová, 2012). My si však pod tímto výrazem představujeme „dát něco víc.“ Nastává právě ta situace, kdy pacient svá přání třeba jen naznačuje, sestra je určitým způsobem reflektuje a poté jej společně naplňují. Snaží se pacientovi vykouzlit úsměv na tváři. Pochopitelně to není snadné, ale pro toho, kdo je vnímajícím člověkem, jakým by sestra měla být, to není nemožné. Sestry z ONP shledávají důstojnost především v laskavém a slušném přístupu (viz výsledné schéma č. 4).

Nelze opomenout názory pacientů, kterými jsme se také zabývali. Ve většině případů se shodovaly s výpověďmi sester, v ojedinělých případech však můžeme konstatovat rozdíly. Konkrétně pacient 7 z CHIR se domnívá, že neodmyslitelnou součástí důstojné péče je úsměv (viz výsledné schéma č. 5). Úsměv v pacientovi vytváří pocit, že je někým vnímán. Často stačí pouze náznak či mrknutí. Pacient se poté cítí dobře a příznivě. Jiráček (2009) ve své knize, která se zaměřuje na demenci a jiné poruchy paměti, též uvádí účinky úsměvu. Právě tím jeho podstata nabývá na významu a důležitosti. Víme, že u pacientů s tímto postižením je hodnota „lidství“ rovna všemu, proto neshledáme důvod, proč publikaci neuvést. Stejně tak sestra 2 z ONP míní: *„Důstojná péče by měla být taková, ve které by se pacient cítil dobře a nebyl v rozpacích.“* Při takovémto jednání je možné pomýšlet na deliberativní přístup, o kterém Orlandová hovořila ve svém modelu, který je nadstavbou automatického jednání s pacientem a „dává“ právě něco na víc (Pavlíková, 2006).

V opačném případě však může pacient reagovat negativně. Znevážit pacientovu důvěru, potažmo lidskou důstojnost můžeme bohužel i malými „skutky.“ Člověka lze ponížit například tím, že jej přehlídíme, ignorujeme a komunikujeme bez očního kontaktu (Cesta domů, 2004; Jiráček, 2009). Znamená to tedy nezapomínat na to, že jsme neustále pod dohledem pacienta. Vnímá naši nepozornost, předstírání a je pro něj snadné poznat, zda se snažíme ho opravdu pochopit či mu porozumět (Svatošová, 2011). Z vlastní zkušenosti můžeme potvrdit, že s takto nerespektujícím chováním jsme se na těchto dvou odděleních, kde výzkumné šetření probíhalo, nikdy nesetkali.

Hovoříme-li o pojmu respekt, musíme mu správně porozumět. Ve vztahu k druhým by měl být určitý respekt vyjadřován. To znamená především dvě věci: chovat

se k lidem tak, aby to nezraňovalo jejich lidskou důstojnost (Kopřiva, 2008). Kopřiva, (2008) uvádí základní vodítko, kterým je „*nedovolit si k nim nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám*“ (str. 14). Toto jednání je považováno jako zlaté pravidlo morálky, které jsme zaslechli z úst pana docenta MUDr. Jiřího Šimka, CSc.

Immanuel Kant popsal tento imperativ ještě trochu jinak, ale v různých podobách se objevuje právě jako výše zmíněné „zlaté pravidlo“ (Jandourek, 2012). Stejně tak sestra 4 pracující na ONP zdůrazňuje: „*V podstatě je to o tom přístupu tak, aby s tím člověkem bylo zacházeno tak, jak si každý z nás přeje, abychom s ním nezacházeli jako s kusem hadru.*“ Domníváme se však, že ne každá sestra si v nemocničním lůžku dokáže představit či představuje sebe nebo své blízké a jedná tak, jak by se to nelíbilo ani jí samotné. Toto vyjádření považujeme za stěžejní aspekt poskytování humánní čili důstojné péče. Též pacient 5 z ONP popisuje: „*Když se mnou někdo slušně jedná, tak já musím slušně jednat s ním.*“

Druhou věc, kterou Kopřiva (2008) ve své knize uvádí, je, že musíme přijmout fakt, že každý jedinec má jiný vkus, jiné nadání, chutná mu jiné jídlo, uznává jiné názory a liší se v mnoha věcech, aniž by byl horší nebo lepší než ostatní. To naznačuje, že respektovat druhé neznámá vycházet jim ve všem vstříc, nechat si všechno líbit či od nich nic nežadat. Být respektován by si přál každý jedinec, jelikož tato potřeba patří mezi základní lidské. Sestra 4 z CHIR uvádí: „*Aby pacient cítil uznání a respekt v péči, měla by sestra vystupovat důvěryhodně, nemluvit sprostě, nerozebírat osobní věci.*“ My se však domníváme, že vyjádřit uznání a respekt zaujímá mnohem hlubší význam a protože jde o potřebu vrozenou, respekt by neměl být ničím podmiňován. Nelze tedy říci: „*Budu Tě respektovat, protože...*“ (Kopřiva, 2008).

Něco jiného je uznání. Někoho si vážíme, protože říká pravdu, hovoří s námi s porozuměním či je ochoten věnovat čas druhým (Kopřiva, 2008). Uznání však úzce souvisí s úctou, kterou Šimek se Svobodovou (2006) ve svém příspěvku popisují jako uctivý odstup a respektování soukromí toho, ke komu se obrací. Dle našeho názoru by měla být každá interakce sestra – pacient založena právě na základě úcty, ať už se v danou chvíli chová pacient jakkoliv. Úctou bychom měli projevovat za jakýchkoliv podmínek. Sestra 1 z ONP říká: „*Vždycky si zachovat pevné nervy a nenechat se*

vytočit, to se nám stává často, že jsou pacienti vulgární, tak ani v tom případě nesmíte.“ Je velice náročné udržet i přes takovéto chování uctivý odstup, my bychom však jako zdravotní sestry měly chápat souvislosti a profesionální přístup zachovávat.

Jako zajímavý poznatek hodnotíme výrok, který uvádí Kopřiva (2008), a to, že člověk vyjádří uznání tím, že je ochoten věnovat čas druhým. Bohužel v této oblasti je shledán stěžejní problém všemi účastníky výzkumného šetření (viz výsledné schéma č. 8). Pacient 2 z CHIR upozorňuje: *„Je to tu hrozně rychlé, spíše zaměřené na výkony.“* Dále sestra 3 z CHIR uvádí: *„Když máme velkou operativu pacientů, tak je tu pak jen jedna sestřička na noc. Pacient zrovna nařiká, jiný si chce povídat, to prostě nejde, je to velká časová tíseň.“* Z těchto slov lze vnímat spěch, obavy a nejistotu. Sestra uvádí, že se někdy stává to, že se pacientům věnovat prostě nemůže. Toto zjištění je přímo zarážející, a to vše navíc při vědomí toho, že Plevová (2011) za nezbytnou součást péče považuje právě dostatek času.

Ptáme se tedy: *„Z jakého důvodu nastává takováto časová tíseň? Může za to systém či nedostatečný počet personálu?“* Sestra 1 z ONP objasňuje: *„Máme zde 50 lůžek, kdy přes den jsou na oddělení dvě sestry a dvě staniční sestry plus sanitářky. Na noc jsou dvě sestry a jedna sanitářka, což si myslím, že je na 50 lidí strašně málo, nezbyvá na pacienty čas.“* Tento stav bychom mohli považovat za alarmující, kdy máme navíc na vědomí výrok Markové (2012), která uvádí jako optimální počet nelékařského personálu v denní službě poměr 1 : 3 k počtu pacientů. Gallagher (2004) považuje právě dostatek času jako příležitost k zjištění, jaké svěřená osoba vyznávala a vyznává hodnoty, jaké měla a má ideály, předsudky a osobní etiku a především jaká je její minulost. Rádi bychom uvedli zkušenost pacientky 3 z CHIR, která říká: *„Jedna studentka za mnou chodila častěji. Nevím proč, ale mám jí neustále v paměti. Seděla u mě a poslouchala mé vyprávění. Já ráda vyprávím. Hovořila jsem o svém životě a o svých vnoučatech. Předávala jsem jí moudra, které by jí mohly být k užitku v svém životě.“*

Pacientka nám jinými slovy uvedla, že jí bylo nasloucháno (viz výsledné schéma č. 6). Venglářová s Mahrovou (2006) uvádí, že naslouchání je lidskou potřebou, která je v případě naplnění nápomocná k zachování lidské důstojnosti. Svatošová (2011)

upozorňuje na to, aby tato potřeba byla uspokojena, je nutné se naučit naslouchat a k tomu slyšet a všimat si mnohem víc. Domníváme se, že naslouchání je uměním, které ne každý ovládne. Přičemž většinou stačí pouze snaha o naslouchání či náznak a pacient si snahy všimne. Odměnou bude tak pacient nejen vděčný, ale hlavně spokojený.

Jsme si jisti, že zachování lidské důstojnosti ovlivňuje též i správné oslovování pacienta. Plevová (2011) naráží na oslovování, jako je „dědo,“ „babi“ či za pomoci zdrobnělin, které hodnotí jako nevhodné. Sestra 1 z ONP uvádí oslovování prostřednictvím těchto výrazů jako zakázané (viz výsledné schéma č. 6). Pacient 7 z ONP při dotazu, na to jakým způsobem je oslovován, odpověděl: „*Oslovován jsem příjmením.*“ Tyto výpovědi postačily k utvoření představy o oslovování pacientů na ONP. Jelikož jsme v minulých letech měli možnost praktikovat též na CHIR, kde jsme se s žádným případem, kdy by zdravotnický personál pacienty oslovoval jménem či prostřednictvím zdrobnělin, i v případě déle hospitalizovaných pacientů, nesetkali, dotazy tohoto směru nezazněly.

Bohužel jsme mohli být svědkem toho, že někteří pacienti na jiném ONP oslovování prostřednictvím výše zmíněných zdrobnělin byli. Jsme přesvědčeni o tom, že neporušitelným základem pacientova oslovování je příjmení. Za zajímavý považujeme experiment, ve kterém Zgola (2003) zjistil, že poté, co se začalo důsledně oslovovat pacienty jejich titulem, došlo k závažným změnám v běžném chování všech zúčastněných na péči. Rozšířila se příjemná společenská interakce a pacientům byla navíc připomenuta jejich identita.

Jelikož jako další náš zájem vyjadřoval koncept soukromí a intimity, byl rovněž nedílnou součástí výzkumného šetření. Hružová (2008) ve své diplomové práci uvádí intimitu jako stěžejní atribut lidské důstojnosti. Ptáme se: „Proč právě intimita?“ Možná proto, že je intimitou myšleno překročení hranic, za nimiž se nacházejí výsostné, tedy privátní zóny jedince, jak uvádí Vymětal (2003). V tomto ohledu je pro nás velice překvapující odpověď pacienta 2 z CHIR, který říká: „*Každý s příchodem do nemocnice počítá předběžně s tím, že bude muset být odhalen*“ (viz výsledné schéma č. 13). Zanedbali jsme snad „výchovu“ k intimitě již v počátcích nebo bude potřeba pacienty

vést k většímu důrazu na zachování intimity? Je nutné však zdůraznit, že téměř všichni pacienti uváděli kladné zkušenosti s uchováním soukromí a stejně tak zmiňovali snahu sester o zachování intimity (viz výsledné schéma č. 12), v čemž shledáváme velké pozitivum.

Sestry z ONP shledávají zavírání dveří a snížené odkrývání jako nejdůležitější činnost v uchování soukromí (viz výsledné schéma č. 10). Sestry z CHIR a pacienti z ONP si stěžují na velký počet pacientů na pokoji (viz výsledné schéma č. 11). Na ONP je hospitalizováno i pět pacientů na pokoji, což shledáváme jako velký problém. A právě intimita úzce souvisí s identitou člověka. Ztráta identity s sebou může nést ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty (Nakonečný, 2000). Proto je více jak nutné dodržovat veškeré zásady respektování soukromí, lidské intimity a pomýšlet, jak nejlépe pacienta „ochránit“ před okolím. Abychom poskytovali humánní péči, je nutné si neustále uvědomovat, že středem péče zůstává člověk, který je nám rovný.

Jako překvapivé hodnotíme rozdílné názory samotných sester v oblasti pacientovy autonomie. Sestry z CHIR uvádí dostatečné rozhodování pacientů na rozdíl od sester z ONP, které se domnívají, že není možné zachovat pacientovu autonomii. Za pozitivní zjištění považujeme, že si je většina pacientů alespoň vědoma možnosti rozhodovat se i za podmínek, kdy je veškerá iniciativa, na samotném konci, přenechána lékaři. Čím je tato situace zapříčiněna? Proč pacienti nezasahují více do poskytované péče? Je to systémem, který je zakořeněn v českém zdravotnictví? Hraje významnou roli obava z autority lékaře? Usuzujeme, že by tato situace měla být do budoucna zlepšena, a to nejen na základě poznatku Bužgové (2015), která dle zjištěných výsledků výzkumu apeluje na splnění důležité potřeby pacienta a to „*mít možnost dělat vlastní rozhodnutí*“ (str. 91).

Dalším konceptem, který vyjadřoval náš zájem, byla péče důstojná. Sestry pacientům prokazují respekt prostřednictvím lidského přístupu, zahrnující dále informace, zájem, klidné prostředí a úsměv. Toto přistupování svými výpověďmi stvrzují též pacienti, kteří zmiňují pouze kladné zkušenosti s uchováním a podporou důstojnosti. Mnoho pacientů uvádí, že právě péče důstojná je poskytována tam, kde jsou hospitalizováni. Tuto skutečnost hodnotíme jako příznivou. Bohužel, dle sester možnost

podporování pacientovy důstojnosti v některých případech znesnadňuje nedostatečný počet personálu, času a nevhodné zařízení prostor, načež je i tak zřejmé, že s pacienty v žádném případě není zacházeno nedůstojně. Sestry se snaží zachovávat profesionální přístup, který je založen právě na slušném chování orientujícím se na respektování lidské důstojnosti. Jak uvádí publikace *Cesty domů* (2004), znevážit lidskou důstojnost lze i detaily, kterým se, dle našeho názoru, snaží zdravotnický personál na těchto odděleních vyhýbat.

Dále náš zájem spočíval ve zjištění pohledu sester na možnost zachování pacientovy intimity a soukromí. Sestry hodnotí zajištění intimity jako možný a zároveň jako důležitý aspekt důstojné péče. Nejčastěji intimitu zajišťují prostřednictvím žaluzií, dveří a rolet, jak je uvedeno v knize *Sestra a urgentní stavy* od kolektivu autorů (2008). Za stěžejní problém je však vnímán počet lidí na pokojích, a to jak sestrami, tak pacienty, kteří nadále zdůrazňují snahu a kladení důrazu sester právě na zachování intimity a soukromí.

Výsledky rozhovorů umožnily zjistit pohled sester na možnosti zachování pacientovy autonomie, intimity, podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí a též odpovědět na to, zdali současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost. Zjistili jsme, že autonomie pacientů je zachována pouze na CHIR. Na ONP pacientova autonomie zachována není, veškerá iniciativa je přenechána zdravotnickému personálu. Lidská důstojnost je podporována na obou odděleních, přičemž stěžejní překážkou je nedostatečný počet personálu a času, na ONP dále nevhodná úprava prostor. Snaha zajišťovat intimitu a soukromí probíhá sestrami na obou odděleních, kde jsou opět vnímány překážky, a to nedostatek času, personálu a na ONP navíc mnoho pacientů na pokojích.

Tímto bylo zjištěno, že současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost pravděpodobně na průměrné úrovni. Do budoucna by bylo dobré udělat kvantitativní výzkumné šetření, které by zjistilo rozsáhlejší pohled sester či pacientů na možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí.

6 Závěr

Záměrem této diplomové práce bylo zjistit, zdali současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost. Cílem bylo zjistit, do jaké míry sestry shledávají možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí. Diplomová práce byla zpracována kvalitativní metodou výzkumu prostřednictvím rozhovorů se sestrami a pacienty z ONP a CHIR. Rozhovory, které umožnily získat cenné informace, byly zaznamenávány dvojím způsobem, a to za pomoci diktafonu, či písemného záznamu. Poté probíhalo samotné zpracování dat, které spočívalo v doslovném přepsání informací. V těchto informacích byla vyznačena důležitá data. Během označování bylo využito metody „tužka a papír.“ Tímto značením jednotlivých slov probíhalo tzv. kódování, kde byly informace uskupeny a ze kterých následně vzešly koncepty.

Výzkumná otázka zjišťovala, zdali současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že současné ošetřovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost pravděpodobně na průměrné úrovni. Výzkumný soubor byl tvořen 5 všeobecnými sestrami z CHIR, 5 všeobecnými sestrami z ONP, 10 pacienty z CHIR a 10 pacienty z ONP.

První oblastí, která vyjadřovala náš zájem, byla autonomie. Sestry pracující na CHIR se domnívají, že pacienti mají právo rozhodovat a rozhodují se dostatečně. Odpovědi sester z ONP se však diametrálně liší. Domnívají se, že není možné zachovat pacientovu autonomii. Pacienti se, dle jejich názoru, obávají lékaře, a proto raději nic nenamítají. Z rozhovorů s pacienty z CHIR vyplývá, že možnost rozhodování existuje, ale hlavní iniciativa náleží lékařům. Pacienti na ONP se ve většině případů podřizují lékařům a zastávají pasivní role. V oblasti autonomie nelze opomenout míru vyjádření vlastního názoru.

Pacienti z CHIR ve většině případů vlastní názor vyjadřují, otázkou však zůstává, zdali je na ně brán ohled. Pacienti z ONP si jsou vědomi, že vlastní názory vyjadřovat mohou, iniciativu však přenechávají na odbornících.

Protože nás též zajímal aspekt lidské důstojnosti, byl nedílnou součástí výzkumného šetření. V našem zájmu bylo zjistit, jakým způsobem sestry vyjadřují respekt a uznání pacientům. Sestry z CHIR tím, že pacientům podávají informace, usmívají se a laskavě k nim přistupují. Sestry z ONP téměř stejným způsobem, navíc zmiňují slušné chování a individuální přístup se zajištěním bezpečí. Pacienti z CHIR se domnívají, že důstojná péče spočívá v laskavosti, domluvě, úsměvu a zajištěné intimitě. Pacienti z ONP vnímají důstojnou péči právě na ONP a dále zmiňují informovanost, laskavost, hodné sestry a možnost výběru.

Dále nás zajímalo, co si sestry pod pojmem důstojná péče představují. Sestry z CHIR pod tímto pojmem shledávají laskavý a vnímající přístup s dostatkem informací, dále pak splněná přání a nepocit'ování bolestí. Sestry z ONP vnímají důstojnost především v laskavém a slušném přístupu. Dle pacientů z CHIR by důstojná péče měla být vyjádřena očním kontaktem, úsměvem, vyslechnutím přání a potřeb. Dle pacientů z ONP však slušným chováním, též úsměvem, nasloucháním a podporou. Zkušenosti s uchováním a podporou lidské důstojnosti uvádí pacienti (ONP, CHIR) pouze kladné, což je vnímáno jako výrazné pozitivum. Jako překážky bránící v poskytování důstojné péče sestry z CHIR uvádí nedostatek personálu následované nedostatkem času. Sestry z ONP shledávají jako největší překážku též nedostatek personálu, dále však nevhodně provedené prostory.

Jako třetí stěžejní oblast vnímáme zajištění intimity a soukromí. Sestry z CHIR si představují zajištění intimity tím, že by se měly převazy a informace předávat pouze na vyšetřovně. Plenty vnímají jako málo využitě. Soukromí však pacientům zajišťují určitými prostředky (žaluzie, rolety, dveře) a sníženým odkrýváním. Na zavírání dveří kladou velký důraz též sestry z ONP.

Pacienti z CHIR neshledávají překážky v zajištění intimity a soukromí, spíše s příchodem do nemocnice již počítají s určitým odhalením. Pacienti z ONP vnímají překážku v množství pacientů na pokoji a také zmiňují, že záleží na vztahu sestra – pacient. Sestry z CHIR shledávají znatelnou překážku bránící v možnosti zajištění intimity též v množství lidí na pokoji. Sestry z ONP vidí jako stěžejní problém v otevřených dveřích a nevhodně uspořádaných prostorech, kdy kolem sebe pacienti

nemají dostatek intimního prostoru. Jako poslední náš zájem vyjadřovaly otázky zaměřující se na zkušenosti se zajištěním soukromí a intimity pacientů. Ti však většinou uvádí pouze kladné výpovědi.

Vzhledem k uvedeným výsledkům, které nastiňují problematiku pacientovy autonomie, intimity a všeobecně lidské důstojnosti, by bylo vhodné provést další výzkum, a to formou kvantitativního výzkumného šetření, které by vyjádřilo pohled na situaci v rozsáhlejší měřítku. Výsledky nynějšího i možného dalšího výzkumu by bylo možné poskytnout vedoucím pracovníkům jako prostředek k identifikaci a eliminaci zjištěných překážek v interakci personál – pacient, v podporování lidské důstojnosti a v zajišťování intimity a soukromí. Tím by se zvýšila úroveň kvality poskytované ošetrovatelské péče pacientům a možného uvědomění si, že středem našeho zájmu zůstává stále člověk se všemi lidskými potřebami.

7 Použité zdroje

ARCHALOUSOVÁ, A. Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství III. In: *Sborník příspěvků III. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané dne 13. – 14. května 2008* [online]. Opava: ÚO, 2008 [cit. 2014-11-11]. Dostupné z: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uo/konference-a-sympozia/archiv/sbornik-2008>

BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 9788024711973.

BÁRTLOVÁ, S., I. CHLOUBOVÁ a M. TREŠLOVÁ. *Vztah sestry - lékař*. Brno: NCONZO, 2010. ISBN 978-807-0135-266.

BÁRTLOVÁ, S. et al. *Role sestry specialistiky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: NCONZO, 2008. ISBN 978-807-0134-887.

BERMAN, A. a S. SNYDER. et al [et] Kozier. *Kozier & Erb's fundamentals of nursing*. 9th ed., Boston: Pearson, 2012. ISBN 978-013-2611-374.

CICERO, M. T. *O povinnostech*. Praha: Melantrich. 1940.

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

Česká asociace sester [online], cna, citováno dne [cit. 2014-10-28]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

ČESKO. ZÁKON č. 372/2011 Sb. ze dne 6.11.2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online] MVCR

[cit.2014-10-31] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8.

From Wellnes: Concepts and applications, 7th ed. (p. 4), by D. J. Anspaugh, M. H. Hamrick, and F. D. Rosato, 2009, New York, NY: McGraw-Hill. Reprinted with permission.

GALLAGHER, A. Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. *Nursing Ethics*. 11:2004, s.587 - 599. ISSN: 1477-0989.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vydání 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-691.

HANZLÍKOVÁ, A. Humanistický model ošetrovatel'skej starostlivosti. In: *Nové trendy v ošetrovatelství V.: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí V. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 116-120. ISBN 80-7040-884-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3., rozš. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 978-807-2621-323.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o násilí*. Brno: NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-397-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HOBBS, J. *Leviathan*. Praha: Melantrich, 1941.

HRSTKOVÁ, P. Model Dorothy Elisabeth Oremové. *Sestra*. Praha: 2010, 20(10): 46-47. ISSN 1210-0404.

HRŮZOVÁ, M. Lidská důstojnost a sestra. České Budějovice, 2008. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-736-8069-6.

JANDOUREK, J. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.

JO, K. H., and A. DOORENBOS. Understanding the meaning of human dignity in Korea: a content analysis. *Int J Palliat Nurs*. 2009; 15(4): 178-185.

KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-263.

KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. Překlad Libuše Čížková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4725-482.

KOPŘIVA, P. *Respektovat a být respektován*. 3. vydání. Bystřice pod Hostýnem: Spirála, 2008. ISBN 978-809-0403-000.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství: nauka o umírání a smrti*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-692.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-711.

MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví: [základní otázky lékařské etiky]*. 2. nezměň. vydání. Překlad Marek Skovajsa. Brno: NCONZO, 2007. Cesty (Vyšehrad), sv. 5. ISBN 978-807-0134-573.

MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 978-802-1024-168.

MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4710-242.

MUNZAROVÁ, M. *Důstojnost člověka v kontextu lékařství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024739762.

NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. Český Těšín: Academia, 2000. ISBN 80-200-0763-6.

NALEPPA, M. J., and W. J. REID. *Gerontological social work*. New York: Columbia University Press, 2003. ISBN 023-1115-865-5.

National Union of Nurses Association, ROC. *Nursing ethics principles*, <http://www.nurse.org.tw/Enactment/Enactment1.aspx>. (2008, accessed 22 September 2009).

ODBOR 22, Práva duševně postižených [online] Praha: MPSV, 2005 [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/838>.

ODBOR 22, Práva tělesně postižených [online]. Praha: MPSV, 2005 [cit. 2014-11-12]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/841>.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. a A. Kozlíková: *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0. Postgraduální medicína. Konvence o biomedicině. *Postgraduální medicína*. 2005; (7)4: 386-390. ISSN 1212-4184.

PRÁVA PACIENTŮ [online] CEK MZ CR, akt. 2005 [cit. 2014-11-6]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

PTÁČEK, R., a P. BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4754-710.

PTÁČEK, R., a P. BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4739-762.

RAUDENSKÁ, J., a A. JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Projekt Paliativní péče v ČR. Cesta domů, 2004 [cit.2014-11-13]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>.

ROTTER, H. *Důstojnost lidského života: [základní otázky lékařské etiky]*. Překlad Marek Skovajsa. Praha: Vyšehrad, 1999. Cesty (Vyšehrad), sv. 5. ISBN 80-702-1302-7.

SCOTT, A. et al.: Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European Countries. *Nursing Ethics*, 2003; 10 (1): 28-38. ISSN: 1477-0989.

SEDLÁKOVÁ, G. a D. KALÁTOVÁ. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-412-4.

SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4741-079.

SVOBODOVÁ H., a J. ŠIMEK. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. *Časopis lékařů českých*. Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství 3. LF UK, Praha 2006; 145: 495-497. ISSN 1805-4420.

ŠIMEK, J., a V. ŠPALEK. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0440-4.

TOMEY, A. M., and M. R. ALLIGOOD. *Nursing theorists and their work*. 6th ed. St. Louis, Mo: Elsevier Mosby, 2006. ISBN 03-230-3010-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004, ISBN 80-246-0841-3.

VENGLÁŘOVÁ, M., a G. MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha. Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV [online] [cit. 2014-10-28] OSN. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vydání, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8740-X.

VÝROST, J., I. SLAMĚNÍK, et al. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZACHAROVÁ, E., M. HERMANOVÁ, a J. ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

ŽIAKOVÁ, K. et al. *Ošetrovatel'ský slovník*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-315-8.

8 Přílohy

Příloha 1

Bc. Eva Petrovicová, Na Ohradě 87, 386 01 Strakonice

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice, a.s.

Mgr. Monika Kyselová, MBA

Boženy Němcové 585/54

370 01 České Budějovice

Věc: Žádost o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na autonomii a intimitu pacienta v nemocničním prostředí.

Paní magistro, žádám Vás o svolení k provedení výzkumného šetření zaměřeného na respekt autonomie a intimity pacienta v nemocničním prostředí. Název mé diplomové práce je Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti. Pro získání informací by měla být použita forma kvalitativního výzkumného šetření prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a pacienty, kteří budou ve věkové kategorii nižší střední věk a věk seniorský. Výzkum bude probíhat na akutních lůžkách (chirurgické oddělení) v porovnání s dlouhodobými lůžky (oddělení následné péče). Předpokládaný termín výzkumného šetření je od ledna do února 2015. Rozhovory, v případě svolení, budou nahrávány na diktafon, proto předpokládám, že nebudou časově náročné a neomezí provoz oddělení.

S pozdravem a přáním hezkého dne

Petrovicová Eva

V České Budějovice dne 19.1. 2015

Sokolová


Mgr. Monika Kyselová, MBA

Nemocnice České Budějovice, a.s.
IČ 260 68 877
21

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Otázky, které byly použity při výzkumném šetření

Sestry:

Co si myslíte o možnosti zachování pacientovi autonomie v nemocničním prostředí?

Jaké přání by muselo být splněno, aby pacient měl pocit respektu a uznání od sestry?

Jak si představujete důstojnou péči?

Jaké překážky brání v možnosti poskytování důstojné péče?

Jak si představujete zajištění intimity v péči?

Jaké překážky brání v možnosti zajištění intimity při péči?

Pacienti:

Co si myslíte o možnosti pacienta, rozhodovat a účastnit se na průběhu poskytované péče?

Do jaké míry si myslíte, že byste měl/a vyjadřovat svůj názor?

Jak by měla, podle Vás, důstojná péče vypadat?

Jakým způsobem by měla být vyjádřena důstojnost od sester směrem k Vám?

Jakou zkušenost máte s uchováním a podporou Vaší důstojnosti ze strany zdravotníků?

Jaké překážky existují v nemocničním prostředí pro zajištění potřeby intimity a soukromí?

Jaká je Vaše zkušenost s dodržováním soukromí a intimity v nemocničním prostředí?

Zdroj: vlastní