



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Důstojnost lidského života na nemocničním lůžku

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Martina Blažková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Důstojnost lidského života na nemocničním lůžku*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2.5.2017

.....

podpis

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Janě Maňhalové. Za cenné rady, při vedení mé bakalářské práce, za čas, který mi věnovala, za ochotu a v neposlední řadě za trpělivost. Poděkování také patří Mgr. Olze Dvořáčkové, za rady při zpracování statistických dat. Děkuji také všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

Důstojnost lidského života na nemocničním lůžku

Abstrakt

Cíl práce

Při výzkumném šetření byl stanoven cíl: Zmapovat důstojnost lidského života na nemocničním lůžku.

Způsob dosažení cíle

Cíle bylo dosaženo prostřednictvím kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. V kvalitativní části výzkumného šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor. Bylo dotazováno deset všeobecných sester na oddělení následné péče a stejný počet informátorek na interním oddělení. Rozhovory byly kódovány pomocí metody „*tužka a papír*“.

U kvantitativního výzkumného šetření byly použity nestandardizované dotazníky. Dotazníky byly šířeny tištěnou verzí. Respondenty byli pacienti, hospitalizovaní na oddělení následné péče a pacienti na interním oddělení. Pro statistické ověření hypotéz byl použit chí kvadrát test.

Vědecké přínosy práce

Respektování lidské důstojnosti, tedy důstojný přístup k pacientům v nemocničních zařízeních, je neodmyslitelnou složkou ošetrovatelské péče. Zdravotnický personál by měl mít teoretické základy, které umožňují respektovat lidskou důstojnost po praktické stránce. Tato práce je vhodná jako motivační materiál zejména pro sestry, které by k pacientům měly přistupovat tak, aby byli pacienti v nemocničních zařízeních ještě více spokojeni a aby u nich nedocházelo k pocitu nedůstojného zacházení. Dále lze využít jako informační materiál pro laickou veřejnost, zejména pro pacienty nebo může být prezentována na odborných seminářích.

Získané poznatky, závěry

Z kvalitativního výzkumného šetření vyplynulo, že mají všeobecné sestry přehled o tom, jak důstojně přistupovat k pacientům. Z výzkumného šetření kvantitativního je zřejmé, že je důstojnost pacientů na oddělení následné péče i interním oddělení dostatečně respektována, avšak jsou v ní nedostatky, týkající se například nedostatečného představování personálu, či neúplného podávání informací před výkonem i v jeho průběhu.

Klíčová slova: důstojnost, pacient, autonomie, všeobecná sestra, nemocniční lůžko, ošetrovatelská péče

Dignity of Human Life in Hospital Bed

Abstract

Aim of the thesis

An aim was set for the survey: To map human life dignity in hospital bed.

Methods of reaching the aim

The aim was reached through qualitative and quantitative questionnaire construction. In the qualitative part of the research construction, a half structured interview was applied. Ten general nurses were questioned in the Subsequent Care Department and the same number of informants in the Internal Department. The interviews were coded by “*pencil and paper*” method.

In the quantitative questionnaire construction, non-standardized questionnaires were applied. These questionnaires were printed. The respondents were patients hospitalized in the Subsequent Care Department and patients in the Internal Department. For statistical verification of hypotheses, Chi-squared Test was applied.

Scientific contributions of the thesis

Respecting human dignity or dignified approach to patients in hospital facilities is essential part of nursing care. Medical personnel should have basic theoretical knowledge that enable them to respect human dignity in its practical sense. This thesis is suitable as a motivating material especially for nurses, who should bring the patients comfort without a feeling of undignified dealing. Furthermore, it can be used as informative material for the public, especially for patients, or can be presented at special seminars.

Gained knowledge, conclusion

Based on qualitative questionnaire construction it appears that general nurses have knowledge of dignified approach towards patients. From quantitative survey is obvious that dignity of patients in the Subsequent Care Department as well in Internal Department is respected satisfactorily, however there are some flaws which concern for example suitable introduction of the personnel or lack of information before the medical service or during it.

Key words: dignity, patient, autonomy, general nurse, hospital bed, nursing care

Obsah

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 <i>Etika v ošetrovatelství</i>	9
1.1.1 Podstata a předmět oboru etika	9
1.1.2 Etika v ošetrovatelství	9
1.1.3 Bioetika.....	10
1.2 <i>Osoba a její individualita</i>	11
1.2.1 Osoba z pohledu historie	11
1.2.2 Kdo je osoba?	11
1.3 <i>Přiblížení důstojnosti lidského života</i>	12
1.3.1 Definice důstojnosti	12
1.3.2 Důstojnost lidského života v historickém kontextu	14
1.4 <i>Poskytování důstojné péče</i>	14
1.4.1 Vymezení důležitých pojmů	14
1.4.2 Člověk se zdravotním znevýhodněním	14
1.4.3 Důstojná péče o seniory.....	16
1.4.4 Důstojné umírání a důstojná smrt	18
1.5 <i>Respektování lidské důstojnosti</i>	19
1.5.1 Lidská práva.....	19
1.5.2 Práva pacientů.....	20
1.6 <i>Dokumenty ochraňující lidskou důstojnost</i>	22
1.6.1 Všeobecná deklarace lidských práv.....	22
1.6.2 Listina základních práv a svobod.....	24
1.6.3 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.....	25
2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY, OPERACIONALIZACE POJMŮ	27
2.1 <i>Cíl práce</i>	27
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	27
2.3 <i>Hypotézy</i>	27
2.4 <i>Operacionalizace pojmů</i>	27
2.4.1 Operacionalizace pojmů.....	27
3 METODIKA.....	28
3.1 <i>Použité metody sběru dat</i>	28
3.2 <i>Kvantitativní šetření</i>	28
3.3 <i>Kvalitativní šetření</i>	28

3.4	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	30
4	VÝSLEDKY	31
4.1	<i>Kvalitativní část výzkumu – rozhovory se všeobecnými sestrami</i>	31
4.2	<i>Kvantitativní část výzkumu – výsledky popisné statistiky</i>	63
4.3	<i>Statistické zpracování</i>	78
4.3.1	Ověření hypotézy 1	78
4.3.2	Ověření hypotézy 2	79
5	DISKUZE	80
6	ZÁVĚR	80
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	92
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	97

ÚVOD

Důstojnost člověka je mnohdy opomíjena a nepřikládá se jí takový důraz při péči o pacienta, jako například u vyšetřovacích postupů, či u léčby, ačkoli je to důležitá součást člověka, která koreluje nejen s jeho zdravotním stavem, ale i s psychickou složkou celé lidské bytosti. A proto jsme se rozhodli se tímto tématem zabývat. Je to téma, o kterém je za poslední době více a více slyšet, či je zmiňováno v odborných člancích, či diskuzích.

Lidskou důstojnost dokáže jen málokdo konkrétně popsat a vystihnout její pravou podstatu, ale každý z nás o existenci důstojnosti ví a vnímá jí jako součást své osobnosti. Převážně ji ale vnímáme a uvědomujeme si jí, až pokud je s ní nesprávně zacházeno, v tomto případě jí vnímá každý z nás nejvíce. Nemocniční prostředí je místo, kde lze snadno pacientovu důstojnost narušit. Největší vliv na ochranu této lidské součásti má zdravotnický personál, který lze svým přístupem, chováním a svou péčí docílit toho, aby pacient v této oblasti nepocíťoval ani tu nejmenší újmu během své hospitalizace. Na to mají největší vliv zejména všeobecné sestry, které jsou v každodenním úzkém kontaktu s pacientem a mohou proto v této oblasti kladně přispívat k důstojné péči v nemocničním prostředí.

Za cíl této bakalářské práce jsme si zvolili zmapovat lidskou důstojnost v nemocničním zařízení na interním oddělení a oddělení následné péče. Tyto dvě nemocniční oddělení jsme si vybrali převážně proto, že jsou zde hospitalizováni lidé, u kterých může z nejrůznějších důvodů docházet k narušování jejich důstojnosti a to vzhledem k jejich zdravotním problémům, či jejich věku, což úzce souvisí se sníženou schopností sebezpeče.

V této bakalářské práci se nezabýváme pouze důstojností člověka jako takovou, ale také jsme do ní zakomponovali kapitoly, týkající se etiky a to zejména etiky ošetrovatelské, dále jsme zde uvedli kapitoly, zabývající se otázkou osoby a v neposlední řadě se také zabýváme důstojnou péčí o seniory a důstojnou péčí o umírající, která je nedílnou součástí celé ošetrovatelské péče. V závěru teoretické části jsme zmínili nejdůležitější dokumenty, chránící právě důstojnost lidského života.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Etika v ošetrovatelství

1.1.1 Podstata a předmět oboru etika

Slovo etika pochází z řeckého slova ethos, jež znamená obyčej, zvyk, péče a význam tohoto slova je přibližován jako nauka o správném jednání, a z minulých dob ji můžeme také najít pod názvy jako je například mravověda, či praktická filosofie (Haškovcová, 2015). S touto definicí se téměř ztotožňuje i vysvětlení Kutnohorské (2007), která popisuje etiku jako vědu o morálce, která nám dává informace o tom, proč se člověk chová tak, či onak a dále uvádí, že se jedná o vědu filosofickou, která pojednává o správném způsobu života, která se snaží najít a vysvětlit obecné základy, o které se opírá již zmiňovaná morálka. Kořínek (2004) definuje etiku taktéž jako filosofickou vědní disciplínu, která vede člověka takřka k dobru, a zkoumá tzv. mravně vyhovující jednání, tudíž nám říká, jak má člověk správně jednat a chovat se k druhým lidem.

Po přiblížení pojmu etika je však nutné definovat si příbuzný pojem, který právě etika zkoumá, a který je předmětem celé etiky (Milfait, 2012). Jedná se o morálku, kterou lze především v ošetrovatelství vyložit jako to, co se dotýká dobra a toho, co prospívá nemocnému, nebo naopak to, co nemocnému škodí a může mu ublížit (Kutnohorská, 2007). Dle Haškovcové (2015) morálka určuje to, jak se chovat a vykládá jí jako komplex norem, které jsou lidmi uznávány na základě správného chování, které ale často úzce koresponduje s jakousi slušností a strojeností, která bývá často i vynucená. Dále pak Šimek (2015) vysvětluje, že se morálka netýká pouze jedince, ale i společnosti, citů a rozumů. K tomuto přispívá i Sokol (2010) s poznámkou, že morálka začíná hrát roli ve chvíli, kdy se člověk chová takovým způsobem, o kterém si myslí, že je správný dle něj a nikoli tak, aby se zalíbil ostatním a jednal podle toho, co si ostatní myslí, že je správné a na co jsou zvyklí. Morální rozhodování probíhá jak na úrovni vědomí, tak i nevědomí a náleží lidem různých kategorií, od lidí poctivých, přes osoby nepoctivé nebo osoby například s trestní minulostí. (Šimek, 2015).

1.1.2 Etika v ošetrovatelství

Etika v ošetrovatelství je důležitým aspektem péče o nemocného a měla by mít příbuzný vztah s etikou lékařskou (Kutnohorská, 2007). Co se týče etiky v konkrétních oborech, tedy etiky aplikované, dá se mluvit například o zdravotnické etice, či etice lékařské (Plevová a kol., 2011).

Jak uvádí právě Kutnohorská (2007) je nesmírně důležité vyznat se v obecných pravidlech a v obecném pojetí etiky a jejich tradic, ve kterých dochází k etickému rozhodování. Tatáž autorka považuje za předmět ošetřovatelské etiky vztah sestry a nemocného a postoj sestry k nemocnému, který se projevuje komunikací a etickým chováním mezi těmito osobami, taktéž za předmět ošetřovatelské etiky považuje i vztah jedné sestry k sestře druhé a ostatním zdravotnickým pracovníkům v rámci kolegiálního vztahu. Plevová a kol. (2011) přibližuje etiku v ošetřovatelství k něčemu, co se dotýká pomoci nebo naopak poškození pacienta a zdůrazňuje, že vše, co se odehrává v souladu s ošetřovatelskou péčí má vždy morální dopad a od Kutnohorské (2007) se v názoru na předmět tohoto oboru příliš neliší, jelikož za předmět ošetřovatelské etiky považuje chování a jednání lidí navzájem mezi sebou.

1.1.3 Bioetika

Co se týče bioetiky, Kutnohorská (2007) vysvětluje, že bioetiku nesmíme považovat za součást lékařské etiky, ale upozorňuje na to, že se jedná zcela o samostatnou disciplínu, která se zabývá například otázkami, týkající se počátku života nebo naopak závěru životního cyklu a dále se zabývá například vztahy mezi člověkem a přírodou, obecně životním prostředím. Haškovcová (2015) vymezuje základní pravidla bioetiky jako samostatnost, nepoškozování, automatickou tendenci směřovat k dobru a v poslední řadě spravedlnost. Samostatnost je zde chápána především tak, že má pacient právo rozhodovat o svém osudu i v době nemoci, nepoškozování je logicky bráno tak, že nesmí dojít k žádnému poškození pacienta ze strany zdravotnického personálu (Haškovcová, 2015). Samostatnost, kterou zde můžeme nazvat i autonomií, jak uvádějí Butts a Rich (2013), znamená nejen v tomto oboru s jistotou to, že se člověk může starat sám o sebe, může řídit svůj vlastní život, ale především může rozhodovat o svém zdraví a svá rozhodnutí i měnit. Johnstone (2011) se k těmto tvrzením přidává a dodává, že se jedná o poměrně nový obor, který byl prvně zmíněn v publikaci v USA v sedmdesátých letech dvacátého století.

1.2 Osoba a její individualita

1.2.1 Osoba z pohledu historie

Herúfek a kol. (2015) vysvětluje, že formování člověka z mnoha různých směrů můžeme zařadit už do dávného pravěku. Dle tohoto autora hledaly v historii zajisté svá zastoupení náboženství, jazyky, etika a především se postupně formulovalo lidské svědomí a duchovno, což bezpochyby souvisí s utváření lidské individualizace. Proces, kdy se postupně utvářela lidská individualita, se zařazuje do období klasické antiky, která nám ohromně přispěla jak v oblasti filozofie, tak je nám i základem občanské společnosti, což souvisí především se zrodem lidské individuality (Herúfek a kol., 2015). S tímto přichází i Beran (2012), který také přidává poznatek, že se tento proces člení do období klasické antiky a vysvětluje význam tehdejšího slova „persona“, který neměl význam osoby, jak ho dnes vnímáme my, ale znamenal osobu ve všeobecném významu, tento pojem byl tedy přiřazován všem lidem, bez ohledu na jejich postavení ve společnosti.

Dále Kysučan (2015) vysvětluje a dodává, že individualismus ve významu dnešní moderní společnosti, má počátky až v období helénistickém. Dle Kysučana (2015) v tomto období přináší stoická filosofie myšlenku rovnosti všech lidí z pohledu důstojnosti a to bez rozdílu. Šimek (2015) zrod především evropského individualismu vysvětluje tak, že tím, jak se člověk neustále zlepšoval a také zdokonaloval své nástroje, jimiž obdělával své pozemky, byl méně a méně závislý na přírodě, tudíž byl soběstačnější, a méně závislý i na společnosti. Sokol (2016) vysvětluje, že člověk a osoba se zdají být dva pojmy stejného významu, ale z historického pohledu se zcela jistě dříve, než o osobě, mluvilo o duši a duchu.

1.2.2 Kdo je osoba?

Heřmanová a kol. (2012), si pokládá otázku, zdali se za osobu dá považovat již lidský oocyt, nebo až zygota, či embryo, nebo zda za osobu můžeme považovat teprve až narozené dítě. Autorka nás seznamuje se dvěma teoriemi, jež první vychází z empirického funkcionalismu a druhý z ontologického personalismu. Empirický funkcionalismus je vysvětlován tak, že je mezi lidskou bytostí a lidskou osobou rozdíl (Heřmanová a kol., 2012). Tento postoj zmiňuje i Šimek (2015), který vysvětluje podstatu tohoto postoje tak, že za osobu nemůžeme považovat už splnutí buněk na úplném počátku, ale za osobu je považována až bytost, oplývající konkrétními vlastnostmi.

Druhý z pohledu, tedy ontologický personalismus je vykládán jako existence osoby již od samého počátku, tedy splynutí gamet, tudíž již oplozené vajíčko vlastní všechna práva, především tedy právo na život (Šimek, 2015).

Z pohledu ošetřovatelství je osoba brána jako příjemce ošetřovatelského výkonu a je jedním z metaparadigmat celého ošetřovatelství, kde je osoba brána jako ucelená bio-psycho-socio-spirituální bytost, uplatňuje se zde tedy holistický pohled na lidskou bytost. (Pavlíková, 2006). Florence Nightingaleová považovala osobu za multidimenzionální bytost, tedy za psychickou, fyzickou, sociální, intelektuální a metafyzickou jednotku, která má životní sílu, jež osobě pomáhá v uzdravení (Pavlíková, 2006).

1.3 Přiblížení důstojnosti lidského života

1.3.1 Definice důstojnosti

Slovo důstojnost, pocházející z latiny, ze slova dignus, dignita a znamená v překladu povinnost určitého respektu (Heřmanová a kol., 2012). Příručka pro odbornou výuku (2004, str. 12) uvádí důstojnost takto: *Důstojnost je složitá entita. Obvykle ji spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie ovládnání. Často bývá snazší popsat nedůstojnost. Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat něco času pochopení toho, co důstojnost vlastně je.*

Herúfek a kol. (2015) přirovnává tento pojem k nejméně uchopitelným filozofickým výrazům a uvádí, že se jedná o výraz, který se pouze zdá býti velmi konkrétní, při jeho vyřčení člověka sice napadnou konkrétní výrazy, je o nich konkrétní představa, ale na druhou stranu toto slovo konkrétně a jednoznačně nelze definovat. Tentýž autor zdůrazňuje, že každý člověk svou důstojnost vnímá, nejčastěji však, pokud je nějak ohrožována nebo je mu odpírána. Milfait (2012) se k této teorii vysvětlení důstojnosti nepřímou přidává prostřednictvím svého tvrzení, že je složitější tento pojem interpretovat i přes to, že se s ním setkáváme v etických diskuzích. Čevela a kol. (2014) se k těmto názorům přidávají s tvrzením, že důstojnost opravdu není snadno definovatelným pojmem a dodávají, že je to způsobeno především tím, že si každý člověk pod důstojností představuje něco jiného, tudíž si jí každý jinak vysvětlí. Dále se k názoru, že je důstojnost opravdu špatně uchopitelný, tudíž špatně se vysvětlující pojem, přidává i Ptáček a Bartůněk (2011), který přidává skutečnost, že i přes neschopnost vysvětlit lidskou důstojnost, jsme schopni tento mravní základ dodržovat. Munzarová (2011) přispívá názorem, že důstojnost je pojem, který se nedá použít, tak, jak bychom chtěli a je dle ní

pojmem takřka nepoužitelným, ale jakýsi respekt k důstojnosti je základním stavebním kamenem celé etiky, zejména tedy lékařské. Jordan (2010) vysvětluje, že je pojem lidská důstojnost příčinou nedorozumění a rozpaků například i v bioetice, jelikož se při pokusu vysvětlit tento pojem lidé odvolávají nejen na životní autonomii, ale důstojnost je mnohdy vykládána i z hlediska posvátnosti života a síly života lidí, což mnohdy tvoří mezilidské rozpory. Definovat tedy tento pojem přesněji a konkrétně a vysvětlit tento výraz je velmi složité, ale i přes tuto stěžejnost definování tohoto pojmu v literatuře definice nacházíme, například Heřmanová a kol. (2012) popisuje důstojnost jako univerzální lidskou záležitost a je to dle ní cosi, co přísluší každému člověku, v souladu s jeho příslušností k danému národu. Tataž autorka zdůrazňuje, že důstojnost nepatří jen lidem bez problémů a nemoci, ale náleží i lidem starým a nemocným i jakkoliv jinak znevýhodněným. Milfait (2013) uvádí, že lidská důstojnost znamená především to, že člověk není prostředkem pro dosažení cíle, ale je užitekem sám pro sebe a dále dodává, že pokud je člověk podřizován nějakým vyšším účelům, vyskytuje se riziko ohrožení lidského života a jeho důstojnosti. Důstojností se také může rozumět chování a jednání lidí, z čehož automaticky vyplyne hodnota jejich osobnosti, jak uvádějí Červela a kol. (2014), kteří navíc dodávají, že z toho, jak se lidé chovají, vyplývá i fakt, že od ostatních očekávají také úctu a přívětivé chování a že si váží sami sebe. Kalvach a kol. (2012) zmiňuje závěry Evropské konference o podpoře a ohroženosti seniorů, která se konala v roce 2009, a z které vyplývá argument, že je lidská důstojnost dokonce nadřazena i autonomii.

V příručce pro odbornou výuku (2004) je zmíněn projekt „Důstojnost a starší Evropané“, realizován v roce 2003, který vymezuje čtyři typy důstojnosti, a to důstojnost zásluh, mravní síly, osobní identity a jako poslední důstojnost lidské bytosti, jinak řečeno Menschenwürde. Těmito čtyřmi druhy důstojnosti se zabývá i Kalvach a kol. (2011), který zdůrazňuje, že nejvíce je ze stran zdravotnického personálu narušována důstojnost osobní identity a vyzdvihuje poslední typ důstojnosti Menschenwürde, který náleží například i lidem v bezvědomí, či lidem s mentální retardací, kteří si neuvědomují existenci této etické souvislosti. Heřmanová a kol. (2012) popisuje Menschenwürde jako základní kámen důstojnosti jako takové, jelikož je jejím hlavním principem požadavek úcty pro všechny lidi stejně, základním principem je nedotknutelnost hodnoty lidské bytosti.

1.3.2 Důstojnost lidského života v historickém kontextu

Jak vysvětluje Heřmanová a kol. (2012) i v historii nalézáme mnoho různých vyložení důstojnosti a přispívá příkladem, že kolik ve světě existuje filosofických směrů, tolik výkladů důstojnosti můžeme nalézat v postupech času až do současnosti. Například Immanuel Kant, na kterého se odvolávají i Ptáček, Bartůněk (2011), považoval samotné lidství za důstojnost, kterou takéž definuje jako respekt, který od něj mohou lidé očekávat. Kant za základ lidské důstojnosti považoval i schopnost rozhodnout se a určit to, co je správné, či nikoli a řídit se vlastním rozumem (Kutnohorská a kol., 2012).

Červela a kol. (2014) poukazují na to, že v minulosti slovo důstojnost neboli důstojenství znamenalo úřad nebo nějakou hodnost. Svobodová (2012) ukazuje do historie, kde jsou již některé Aristotelovi výroky spojovány s pojmem důstojnost a uvádí, že dle tohoto slavného filosofa mohou být věci a bytosti v možnosti či v tzv. uskutečnění. Podle Aristotela totiž plodům a dětem přiřazujeme důstojnost člověka, jelikož z nich mohou vyrůst lidé, kterým náleží práva – tímto jsou tedy v možnosti a naopak člověk, který již ztrácí lidské aspekty a přichází tak o svou důstojnost je také hoden respektu, jelikož dříve plnoprávným člověkem byl (Heřmanová a kol., 2012).

1.4 Poskytování důstojné péče

1.4.1 Vymezení důležitých pojmů

Pacient je člověk, který zažívá razantní změny ve svých životních hodnotách, které se mění během nemoci. (Šimek, 2015) Oproti tomu z pohledu humanismu, zejména pak z pohledu modelu Florence Nightingaleové, je za pacienta považován každý jedinec, jež vyžaduje pomoc sestry, na kterou je odkázán. Pacient je v tomto modelu pasivní a vyskytuje se v prostředí, které je přímo určené pro uzdravení (Pavlíková, 2006).

Zdraví je považováno za nejvyšší hodnotu lidského života, je tedy zcela zřejmé, že je poskytování ošetrovatelské péče považováno za nejhumánnější poslání, kdy je vykazována nesmírná služba člověku při pečování o jeho zdraví (Vytejková a kol., 2011). Zdravotní péče je dle Šimka (2015) fenomén, který je ve středu pozornosti hlavně kvůli tomu, že souvisí jak s lidským zdravím a životem, tak i se samotnou důstojností lidského života.

1.4.2 Člověk se zdravotním znevýhodněním

Zprvu je nutné upozornit na správnou terminologii této problematiky, která také může ovlivnit pocit důstojnosti, či naopak, na což upozorňují Ptáček a Bartůněk (2011),

kteří zmiňují, že dřívější pojmy mrzák či invalida a dokonce i handicap jsou dnes zcela nepřijatelné a tyto výrazy úplně nahradil pojem osoba se zdravotním postižením. Ptáček a Bartůněk (2011) dále vysvětlují, že právě slovo handicap lidé vnímali hůře, proto je nyní nahrazeno pojmem snížená participace. Kuzníková a kol. (2011) zase upozorňuje na to, že je nutné rozlišovat pojem ‚nemocný‘ a ‚zdravotně postižený‘ a vysvětluje, že nemoc je stanovená diagnózou, zatímco zdravotní postižení je vázáno na funkční schopnosti a je bráno v širším slova smyslu. Nováková (2011) oproti tomu rozlišuje dva pohledy na zdravotní postižení a to pohled sociální a medicínský, přičemž se z pohledu medicíny jedná o záležitost, která je individuální a jejíž základ tkví v újmě na zdraví, která je způsobena například úrazem, ale co se týče pohledu sociálního, z tohoto směru není považováno za individuální záležitost, nýbrž za záležitost korelace člověka a jeho okolí.

Dodržování zvláštních etických zásad u osob se zdravotním postižením je zcela samozřejmé, ale nastává zde nesoulad mezi závislostí osob se zdravotním postižením a jejich autonomií (Kalvach a kol., 2011). Právě autonomie ve vztahu k osobě je pojem, kterou si lze vykládat například jako osobní svobodu nebo také možnost řídit sám sebe a rozhodovat se se svobodnou vůlí a lze jí spojovat nejen s důstojností lidské bytosti, ale také s individualitou, svobodou, soukromím a v neposlední řadě také s odpovědností za vlastní osobu (Sýkorová, 2007). Autonomii lze považovat také jako jednu z potřeb sebeaktualizace, kam spadá například vyjádření vlastního já, či využití vlastních dovedností, jak dodává Kalvach a kol. (2011). Jedná se o jakýsi souhrn zákonů, které si sám člověk určí a jimiž se sám řídí (Sokol, 2010). Lze ji považovat i jako jednu z podmínek k tomu, aby člověk dosáhl eticky vyspělého postoje k životu (Kutnohorská a kol., 2011). Autonomii si lze také vyložit jako schopnost řídit svůj vlastní každodenní život a různými způsoby ho ovlivňovat, čímž člověk získává pocit nezávislosti a na základě toho se cítí důstojně (Kutnohorská a kol., 2012). Je to velmi složitý jev, jak uvádí Sýkorová (2007), která poukazuje na to, že se tento pojem týká všech rozměrů lidského bytí a to od existence fyzické, přes mentální, až například po existenci politickou, či ekonomickou a také dodává, že je autonomie složitá i díky tomu, že se netýká pouze jedné osoby, ale může se týkat jak skupiny, tak i celé společnosti lidí a dokonce i celého státu.

Lidé se zdravotním postižením, ať už s mentálním, tělesným, smyslovým, duševním nebo kombinovaným, vyžadují speciální péči (Kutnohorská a kol., 2012). Kalvach a kol., (2011) upozorňuje na chyby, jež mohou poškodit důstojnost člověka se zdravotním postižením, a toto chování nazývá maligní komunikací, která je nevhodná a velmi

zraňující. K tomuto chování může docházet prostřednictvím stigmatizace, zesměšňováním, ponižováním, bagatelizováním nebo například bezdůvodným obviňováním (Kalvach a kol., 2011).

1.4.3 Důstojná péče o seniory

Malíková (2011) popisuje stáří jako fázi života, která je doprovázena především negativním prožíváním a obavami z omezení, či ze ztráty soběstačnosti. Dle Klevetové (2008) jde o fázi života, která trvá stejně tak dlouho, jako mládí a proto si zaslouží pozornost stejně tak jako právě mládí a dospělost. Sak a Kolesárová (2012) oproti tomu považují za stáří fázi života, která je jeho vyvrcholením a dle které lze soudit, jak kvalitně člověk žil ve svém mládí a dospělosti. K této teorii se nepřímo přidává i Červela a kol. (2012), který popisuje stáří jako poslední etapu, završující lidský život. Mlýnková (2011) se s těmito teoriemi ztotožňuje a také přiřazuje stáří roli poslední fáze života, která je vyvrcholením celého životního cyklu.

Ošetřovatelství seniorů se nazývá ošetřovatelství gerontologické a je zaměřeno především na zhodnocování zdravotního stavu starých lidí a na cílené plánování, ke kterému dochází na základě zdravotního stavu pacienta a na jeho momentálních potřebách (Jarošová, 2007). Při péči o seniory spolu úzce koreluje péče zdravotní a péče sociální a cílem této komplexní péče je prevence nemocí, podpora zdraví a především i pohodlí seniora (Jarošová, 2007).

Mlýnková (2011) zdůrazňuje, že se péče o seniory z hlediska ústavní zdravotnické péče nevyskytovala až do 19. století a dodává, že první zmínky o péči o staré a nemocné lidi, jsou zaznamenány ve středověku, kde vznikali tzv. infirmária, což byly tehdejší nemocnice klášterů. Jarošová (2007) přispívá poznatkem, že ošetřovatelství seniorů má kořeny v Anglii a nemůžeme ho spojovat s nikým jiným, než s Florence Nightingaelovou.

Haškovcová (2015) připomíná koncept ucelené péče o seniory, nazývané 4D, který byl v roce 1982 koncipován ve Vídni na světovém zasedání, který lze vysvětlit na čtyřech pojmech, které vystihují správný přístup k osobám vyššího věku, a které zní: demedicinalizovat, deinstitucionalizovat, deprofesionalizovat a desektorizovat. Tento koncept péče o seniory a dlouhodobě nemocné zmiňuje i Čeledová a kol. (2016), která první pojem vysvětluje tak, že je na vyšší úrovni kvalita života, než medicínské postupy, což se dá objasnit jako kladení většího důrazu na spokojenost člověka, než aby doživotně pobýval v nemocnici, obklopen nemocničním prostředím a cítil se tak i po této stránce

špatně. Haškovcová (2015) k tomuto dodává, že má medicína určitě značný podíl na péči o seniory, ale problém stárnutí zkrátka vyřešit nemůže. Čeledová a kol. (2016) však upozorňuje na to, že se v tomto důsledku nesmí medicína a potřebná zdravotnická péče ztracovat a odsuzovat, ale spíše by se měl brát v potaz fakt, zda jsou u seniora tolik potřebné medicínské postupy v rozporu s klidem a jakousi spokojeností a zachovávání důstojnosti tohoto pacienta. S tímto souvisí i vysvětlení pojmu druhého, který si lze vyložit tak, že péče o seniory by se měla orientovat spíše místo instituce, nejlépe tedy do domácího prostředí, což je pro člověka mnohonásobně přínosnější, než hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (Haškovcová, 2015). Třetí výraz deprofesionalizovat popisuje i Jarošová (2007) jako možnost péče o seniora ze strany rodiny, přátel, či dobrovolníku, která by měla být přirozeně umožňována. V poslední řadě pojem desektorizovat lze vysvětlit tak, že pouze dva sektory, tedy péče zdravotnictví a sociálních služeb nestačí k tomu, aby bylo o seniory plnohodnotně postaráno (Haškovcová, 2015). K této poslední zmínce Jarošová (2007) dodává, že je nutné propojení jak péče profesionální, tak péče rodinné, která přispívá k blahu seniora.

Jak uvádí Mlýnková (2011), lidské potřeby se neustále během života mění, což znamená, že i senioři mají jiné potřeby než lidé mladší, či děti. Červela a kol. (2012) vysvětluje, že mnoho lidí ve stáří ztrácí možnost uspokojovat své životní potřeby a tím klesá jejich kvalita života. S tímto úzce souvisí právě autonomie starých lidí, jak uvádí Sýkorová (2007), která dále dodává, že je autonomie z pohledu seniorů považována za věc, díky které nemusí obtěžovat ostatní a dokáží se o sebe sami postarat, což zachovává jejich důstojnost. S tímto se ztotožňuje i Červela a kol. (2014) který vysvětluje autonomii starých lidí tak, že se jim nesmí v žádném případě odpírat jejich rozvoj osobnosti a nesmí se tak docílit toho, že se starý člověk cítí nedůstojně, především pak v situacích, kdy mu jeho zdravotní stav neumožní to, co v minulosti. Sýkorová (2007) poukazuje na fakt, že ve stáří často dochází k tomu, že se lidé stávají pasivními, jelikož se na stáří pohlíží jako na životní fázi, která je spojována s chátráním osoby a jejich status ve společnosti do značném míry klesá a tito lidé jsou postupně brány jako neschopny svou autonomii plně využívat a tím jsou zbavovány své důstojnosti. Další možností, jak lze pacienta uvést do situace, kdy cítí újmu na své důstojnosti, je nevhodné oslovení, jak uvádí Kalvach a kol. (2011), který upozorňuje zejména u starých lidí na sklony k familiárním oslovením, které mohou také pacienta poškodit. Červela a kol. (2012) popisuje za obrovskou chybu i to, že se personál soustředí pouze na potřeby tělesné a nikoli například na psychické a spirituální, což může vést k situaci, kdy nejsou člověku uspokojovány všechny jeho

potřeby, není na něj brán ohled, tudíž se cítí méněcennější a je tak narušena jeho důstojnost. Sýkorová (2007) se k těmto názorům přidává a upozorňuje na další chybu v této oblasti, kterou popisuje tak, že zdravotnický personál bere seniora pouze jako osobu, která buď je, nebo není schopna se o sebe postarat a vykonávat každodenní péči o sebe sama, a pokud tohoto schopna není, nepřiznávají jí už právo a schopnost rozhodovat sám o sobě a tím nejvíce poškozují důstojnost seniora. Nordenfelt (2009) dodává, že je koncept lidské důstojnosti u seniorů nejvíce porušován právě v zařízeních pro seniory a vysvětluje, že je to nejspíše tím, že ačkoliv je tento problém celosvětově znám a zařazován do mnoha světových filosofii, má nízkou hodnotu ve společnosti a obzvlášť mezi mladými lidmi není natolik osvojený, aby se k němu mohli stavět zodpovědně a tak i důstojnost starých lidí, kteří vyžadují jejich péči a jsou na ní v mnohých případech odkázáni, dodržovat.

1.4.4 Důstojné umírání a důstojná smrt

Péče o umírajícího člověka je považována za nejnáročnější péči v ošetrovatelství, a to nejen po stránce fyzické, ale především z hlediska psychické zátěže (Burda, Šolcová, 2016).

Kelnarová a Matějková (2010) popisují umírání jako proces, který je různě dlouhý, každý člověk ho prožívá jinak, tudíž je velmi individuální a na jeho konci dochází k osobní zkušenosti, které se nemůže účastnit žádná jiná osoba. S touto definicí se ztotožňují i Burda a Šolcová (2016), kteří charakterizují umírání jako konečnou etapu života, která je individuální a končí smrtí. Haškovcová (2015) popisuje umírání především jako proces, při kterém dochází k zániku důležitých životních funkcí, jejímž důsledkem je zánik, tedy smrt.

Co se týče problematiky umírání v dnešní době, jedná se o časté umírání ve zdravotnických zařízeních, oproti domácímu prostředí a umírání se tak stalo věcí lékařů (Marková, 2010). Tento fakt zmiňuje i Bártlová (2005) která vysvětluje nedostatek lidského kontaktu v průběhu umírání, právě na základě toho, že lidé umírají spíše v nemocnicích, či jiných zdravotnických zařízeních a nemají tak možnost takového kontaktu s rodinou, který by potřebovali. Bártlová (2005) také uvádí, že až koncem padesátých let se problematika umírání v osamění začala řešit v širším kontextu, a začalo se mluvit o tzv. důstojném umírání a důstojné smrti. Toto zmiňuje ve své knize

i Haškovcová (2007), která za nejdůležitější při umírání považuje právě blízkost druhého člověka, což ze smrti utváří sociální akt a smrt tak není v osamění. Také Kupka (2014) se ztotožňuje s předešlými fakty a dodává, že nynější současná medicína lidem umožňuje prožívat sice důstojnou smrt bez utrpení, což je zajisté klad, ale na druhou stranu lidé umírají sami, bez rodiny.

Na tomto základě, jak uvádí Bužgová (2015) byla zavedena paliativní péče především tak, že je dbáno na potřeby a přednosti těchto pacientů, na jejich hodnoty a je na ně nahlíženo co nejvíce individuálně.

Marková (2010) připouští, že je definic paliativní péče mnoho, ale v podstatě se jedná o péči, která je zaměřena především na kvalitu života pacientů. Bužgová (2015) se s touto teorií ztotožňuje tím, že definice paliativní péče opravdu není jednoznačná. K těmto teoriím se přidává i Kupka (2014), který udává, že definování jakéhokoliv problému je velmi obtížné a přidává, že většina definic paliativní péče bývá popisována jako celková péče a léčba. Plevová a kol. (2011) považuje paliativní péči za komplexní systém péče pomoci, který respektuje smrt jako přirozenou životní situaci a jenž se netýká pouze umírajícího, ale i jeho blízkého okolí.

Bártlová (2005) udává za důstojné umírání a smrt především kvalitní péče o umírajícího a buďto umírání v domácím prostředí nebo neustálý kontakt rodiny s umírajícím přímo v nemocnici. Oproti tomu Haškovcová (2007) zmiňuje estetickou stránku umírání, která má dle ní největší souvislost a význam právě s pojmem důstojné umírání. Ptáček a Bartůněk (2011) zase za důstojné umírání považují umírání bez pocitu jakékoliv bolesti, ale shodují se v tom, že by člověk neměl umírat o samotě. Milfait (2012) bere tento fakt z opačné stránky a ve své knize uvádí, že ani na konci lidského života okolnosti a situace, které smrt doprovázejí, jako například ztráta paměti, či vědomí nejsou znaky a důvody k tomu, aby někomu dovolovaly, či umožňovaly odpírat lidská práva a s tím i lidskou důstojnost. Tak jako má každý člověk právo na život, má i právo na smrt a jak uvádí Haškovcová (2007) každý člověk má právo na zvolení místa i způsobu své smrti.

1.5 Respektování lidské důstojnosti

1.5.1 Lidská práva

Vzhlédneme-li do historie, lidská práva a jejich idea se postupem času výrazně měnila (Krejčí, 2011). Je ale známo šest hlavních témat, mezi která patří otrokářství, mučení vězňů, volební právo, rovnoprávnost žen, náboženské svobody a práva menšin, která se výrazně podílela na naplnění lidských práv (Krejčí, 2011). Od konce druhé

světové války patří lidská práva k základním myšlenkám politiky a také jednání (Pospíšil, Langášek a kol., 2012). V poválečné době bylo prioritou především zajištění ochrany lidské důstojnosti a její respektování, což měl tehdy zajistit německý základní zákon, který obsahoval základní práva a svobody a měl tak způsobit odvrát od toho, co se nacismus pokoušel zničit, tedy lidskost člověka a respekt k němu (Baroš a Dufek, 2014).

Hilpert (2013) uvádí, že byla lidská práva definována a formulována v 18. století, a to ve Francii a v Americe. Baroš a Dufek (2014) také tuto informaci sdílí a dodávají, že v této době se lidská práva ještě vnímala jako ta, která jsou podřízena přirozenému zákonu. Tento poznatek uvádí i Pospíšil, Langášek a kol. (2012), kteří také zmiňují Francii a Ameriku jako země, kde docházelo k definování a častým prohlášením práv a dodávají, že se v těchto zemích utvořili základní kameny práv. Grinc (2010) se s tímto ztotožňuje a připomíná, že se určitá práva přidávala postupně, jako například práva sociální, kulturní a hospodářská, která přibyla ve dvacátých a třicátých letech 20. století a až v letech sedmdesátých se mezi práva přidávají i práva, která se týkají příznivého životního prostředí.

Co se týče významu lidských práv jako takových, Pospíšil, Langášek a kol. (2012), je vysvětluje jako základ pro utváření vztahu mezi jednotlivcem a veřejnou mocí, tedy například státem. Baroš a Dufek (2014) považují práva za přirozená a zdůrazňují vlastnictví práva člověka jen na základě toho, že se jedná o lidskou bytost a také popisují lidská práva jako univerzalitu, která člověku náleží už jen proto, že je považován za lidskou bytost a přidávají tvrzení, že se jedná o práva, která nelze člověku odebrat ani na základě toho, jak se dotyčná osoba chová, jelikož ani v této souvislosti svého chování člověk neztrácí statut bytosti.

Za základ lidských práv a jejich cíl a princip je brána právě lidská důstojnost, která je považována za nedotknutelnou (Milfait, 2013). Jak udává Informační centrum OSN (2014) pro plnohodnotný, tedy i důstojný život, jsou lidská práva zcela nutná a bez jejich přítomnosti v lidském životě by nedocházelo k rozvoji mnoha životních pochodů, za které mohou být považovány například rozvoj talentu, schopností nebo také náš duchovní přístup k životu.

1.5.2 Práva pacientů

Práva pacientů fungují v naší republice od roku 1992, kdy byla přijata ještě v tehdejší Československu etickou komisí ministerstva zdravotnictví (Šimek, 2015). Tento fakt zmiňuje i Plevová a kol. (2011) a dodává, že od této doby byly na veřejnost

vyslány další kodexy, týkající se práv pacientů, mezi které patří například práva hospitalizovaných dětí. Šamánková a kol. (2011) dále informuje o tom, že práva pacientů tehdy, v roce 1992, vznikla na podkladě Listiny základních práv a svobod. Šimek (2015) přispívá informací, že zprvu byla práva pacientů brána z obecného hlediska a to především ve vztahu k medicíně a až následně, kolem osmdesátých let, docházelo k rozvoji těchto práv, týkající se například práva na bezplatnou péči, a také dodává, že práva pacientů nebyla ihned ve formě, kterou známe dnes, ale jednalo se pouze o etický kodex, z něhož vznikla práva pacientů jako taková převážně díky tlaku ze strany pacientů, kteří toužili po větším uznání a o větším respektování na základě jejich jedinečnosti. Šimek (2015) tehdejší význam práva pacientů, jakožto pouhý etický kodex, popisuje tak, že v nich v tamní době bylo pouze vymezeno, jaké mohl mít člověk, jakožto pacient požadavky a také přidává informaci, že v tehdejší době nebyl tento etický kodex ničím podložený, nebyl tedy právně ošetřený.

Avšak jako první na světě definoval jeden z prvních kodexů práv pacientů David Anderson, farmakolog, pocházející z Virginie (Haškovcová, 2015). Tento kodex vznikl roku 1970 a následovalo vydání dalších a dalších více specifických kodexů, jak zmiňuje Ptáček a Bartůněk (2011), který také zmiňuje Andersona jako člověka, který sepsal první listinu obsahující práva týkající se pacientů. Andersona zmiňuje i Šimek (2015), který tento kodex, jež Anderson sepsal, udává jako základ pro všechny následující kodexy a listiny a práci tohoto farmakologa popisuje jako velmi zdařilý popis vztahu pacienta a zdravotníkem a dále i to, že velmi zdařile popsal problémy mezi těmito dvěma stranami v tehdejší době. Před vznikem kodexu lidských práv z pod rukou Andersona, žádné listiny a kodexy, týkající se lidských práv neexistovali a to z toho důvodu, že byl pacient závislý na lékaři, kterému plně důvěřoval nejen ze stránky odborné (Haškovcová, 2015).

Budeme-li se zabývat významem a cíli práv pacientů, nesmíme opomenout především to, že díky tomuto kodexu dochází k respektování pacienta jako bytosti, která má svou vlastní psychiku, autonomii a ke které je třeba chovat se s úctou. (Plevová a kol. 2011) Tato práva vznikla převážně i z toho důvodu, že lidé začali mít potřebu přebírat zodpovědnost za své zdraví a především o něm být informováni, rostla lidská vzdělanost a informovanost v oblasti zdravotnictví, zdraví a nemoci a možností v nich a vzrostl i pocit možnosti vzít život do vlastních rukou a přinejmenším spolupracovat v těžkých situacích, jako je například právě nemoc (Haškovcová, 2015). Tímto se zabývá dále i Šimek (2015), který toto vysvětluje i na slovech Davida Andersona, který především zjednodušeně pravil to, že chce být léčen jako jedinečná bytost, která je obdařena

emocemi a vnímáním a není pouhé zboží a na tomto základě vznikly práva pacientů jako taková.

1.6 Dokumenty ochraňující lidskou důstojnost

Lidskou důstojnost a její princip je možno nalézt ve všech dokumentech, týkajících se lidských práv, které byly přijaty v souvislosti s tématy biomedicíny a jejich problematikou, jak uvádí Milfait (2013). Toto uvádí i Heřmanová a kol. (2012), která udává, že se princip lidské důstojnosti vyskytuje v mnoha písemnostech, které se týkají poskytování zdravotní péče a je neodmyslitelnou součástí práv nemocných a práce nejen zdravotnického personálu.

Haškovcová (2015) vysvětluje vznik etických kodexů tak, že se do společnosti vnesl názor, že je potřeba všechny činnosti, které se týkají mezilidských setkání, nějakým způsobem vnést do pravidel, aby se nastavili nové formy správného jednání a chování. Spirit (2014) dodává, že od dob druhé světové války je vnesení ochrany důstojnosti do právních dokumentů jedna z nejlepších věcí, která byla zavedena a přináší informaci, že od té doby člověk není vymezen do konkrétní kategorie, například jako poddaný ani jako pouhá produkční síla, ale je zcela brán jako individuální samostatný článek, který je hoděn důstojnosti a její ochrany, rovnosti a také možnosti samostatného rozhodování o své budoucnosti.

1.6.1 Všeobecná deklarace lidských práv

Všeobecná deklarace lidských práv byla vyhlášena valným shromážděním OSN, 10. prosince 1948, tento den je i považován za Den lidských práv (Duková a kol. 2013). Návrh celého textu deklarace pocházel z rukou výboru, skládající se z osmi členů (Informační centrum OSN, 2014). Důvodem vzniku této deklarace bylo především silné porušování lidských práv v období druhé světové války.

Tato deklarace nemá právní hodnotu v pravém slova smyslu, ale má pouze mravní závaznost a jsou v ní přesně dány principy lidských práv, které jsou rozepsány osmadvaceti článků, které konkretizují a popisují především právo na život, právo na zdraví a právo na lidskou důstojnost a další, jak udává Duková a kol. (2013). Heřmanová, Vácha a kol. (2012) dodávají, že lidská práva jsou v této deklaraci brána jako stěžejní prvek související s lidskou důstojností, která je opět chápána jako nejvyšší hodnota lidského života z pohledu práva. Krejčí (2011) s tímto souhlasí a dodává, že všech těchto 28 článků je rozděleno do čtyř sloupů, přičemž prvním sloupem je důstojnost, která je považována za hodnotu, která náleží a je sdílena všemi jednotlivci a to bez rozdílu,

druhým sloupem je svoboda, která je vnímána jako něco, co je spojeno s individuálním životem jedince, ke kterému spadají specifická práva, týkající se například bezpečí a již zmiňované svobody. Dalším sloupem této deklarace je rovnost, u které se práva týkají převážně politické aktivity, ekonomiky a také sociální stránky života a poslední sloupem je bratrství, které zahrnuje hlavně podmínky, při kterých by měla být všechna tato práva určitým způsobem dodržována a úzce souvisí se solidaritou jak ze strany společnosti, tak ze strany celého státu (Krejčí, 2011).

Práva člověka jsou v této deklaraci dělena do dvou skupin, kdy do první spadají práva občanská a politická, kam se může zařadit například právo na svobodu myšlení, či právo na vyznávání jakéhokoliv náboženství a do druhé skupiny zařazujeme práva kulturní, sociální a ekonomická, díky kterým má člověk garanci plnohodnotného zařazení do společenského života a spadá tam například právo na vzdělání (Geisslerová a kol., 2012). Toto zmiňuje i Spirit (2014), který zdůrazňuje především článek 3-6 v této deklaraci, kde je zmíněno právě právo na život a svobodu, ale hlavně i zákaz jakéhokoliv ohrožování člověka, omezování a ponižujícího zacházení s ním, které narušuje jeho důstojnost a dotýká se jeho osobnosti, což bylo myšleno a vytvořeno právě jako důsledek období druhé světové války a již zmíněné porušování lidských práv během této doby. Ve všeobecné deklaraci lidských práv se nachází okolo osmdesáti práv, které náleží každému člověku bez výjimky a jsou definovány buďto v pozitivním slova smyslu nebo ve formě zákazů (Krejčí, 2011).

Geisslerová a kol. (2012) zdůrazňují i to, že vznikem této deklarace samozřejmě nedochází k úplnému vymizení těchto problémů, spojených s lidskými právy, ale na základě této deklarace mají lidé vzor, kterého se můžou držet a díky němu mohou usilovat o přesné dodržování práv člověka. Vysoká komisař pro OSN pro lidská práva Zeid Ra'ad Al Hussein svým příspěvkem v ilustrovaném vydání Všeobecné deklarace lidských práv (2015) přesně vystihl funkci této deklarace, kde pravil, že vznikem Všeobecné deklarace lidských práv sice práva lidí porušována být zcela nepřestala, ale došlo díky ní k tomu, že mnoho lidí zažilo pocit svobody, bylo u nich zabráněno ubližování, mučení nebo diskriminaci a došlo k navození a dosažení nejen autonomie, ale i nezávislosti člověka a dále pravil, že je tato deklarace pro lidi inspirací k tomu, aby se snažili docílit u všech rovnoprávnost, svobodu a jejich důstojnost. Krejčí (2011) k tomuto dodává, že i přes to, že tato deklarace obsahuje práva člověka, jedná se pouze o jakési doporučení a nikoli o závazný dokument, tím pádem není dané, že pokud pro ni bude daný stát hlasovat, musí se dle ní řídit, či se jí dokonce podřizovat a přidává informaci,

že je Všeobecná deklarace lidských práv jakýsi jádrem, či podkladem pro mezinárodní listinu lidských práv, ke které spadají další dvě listiny a to Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

1.6.2 Listina základních práv a svobod

Jak uvádí Spirit (2014) tato listina je součástí Ústavy České republiky od 16. prosince 1992 a je v ní vyjádřen vztah občanů k zákonu, jsou zde přesně stanoveny legální postupy při výkonu státní moci a byla přijata Radou Evropy. Mach (2010) k tomuto dodává, že se jedná o Listinu, která má zaručeně přednost před ostatními státními zákony.

Tato listina obsahuje takzvanou preambuli, jak udává Šimíček (2011) a vysvětluje význam toho slova, které pochází z latiny a volně se sice překládá jako to, co předchází, ale napříč tomu autor dodává, že preambule v Listině základních práv a svobod rozhodně nepředchází, nýbrž je její zarytou součástí a zdůrazňuje, že preambule Listiny vymezuje její význam a principy a slouží také jako jakýsi její výklad. Toto zmiňuje i Spirit (2014) podle kterého preambule celou Listinu uvozuje a Grinc (2010) její význam popisuje tak, že v ní dochází k jakési nadřazenosti významu práv za účelem zvýšení úrovně lidských práv a svobod na stupeň vyšší hodnoty a to především na standard, týkající se evropského i celosvětového měřítka, který opět vycházel ze zkušeností porušování lidských práv během druhé světové války. Co se týče obsahu celé této preambule, v úvodu se nachází historický výklad událostí, při kterých byla celá Listina přijata, v principu ale pojednává samozřejmě o ucelené koncepci lidských práv a dochází v ní i k popisu určitých situacích, u kterých dochází k rozporu v přednosti určitých práv a právních předpisů. (Šimíček, 2011) Kromě této preambule Listina obsahuje různé obecné a také společné vyhlášení a také různě odlišné formy práv, mezi které patří samozřejmě základní lidská práva a svobody, práva politická, práva menšin, práva hospodářská, kulturní a například i práva soudní (Malíková, 2011).

Grinc (2010) přispívá tím, že jsou v této listině práva opět vyznačená jako nezcizitelná, nezrušitelná, nezadatelná a nepromlčitelná a Spirit (2014) se k němu přidává s tím, že jsou dle ní lidé rovni, co se týče jejich důstojnosti a jejich práva existují bez ohledu na to, zda se jedná o bytosti již narozené, či nikoli a dodává, že tato práva jsou rovna všem lidem, samozřejmě bez ohledu na to, s jakou barvou pletí se narodili, jaké jsou národnosti, či jaké vyznávají náboženství a k jakých politických názorů jsou.

Malíková (2011) s tímto souhlasí a dodává, že Listina základních práv a svobod obhájí a chrání práva všech lidí všech věkových kategorií, kteří jsou občany České republiky, a dodává, že se díky dodržování přesných postupů jak v ošetrovatelské, tak v sociální péči jsou tato práva více umocňována.

1.6.3 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Zkrácený název této Úmluvy, tedy Úmluva o biomedicíně, vešla v platnost 1. prosince 1999 (Mlynářová, 2013). Šimek (2015) dodává, že byla odsouhlasena Radou Evropy a její platnost se odráží v mezinárodním měřítku, jedná se tedy o dokument, který je platný pro celou Evropu. Haškovcová (2015) k tomuto dodává, že byla Radou Evropy přijata ve Štrasburku a to v dubnu roku 1996 a následně o rok déle byl představena všem členským státům Rady Evropy, kteří se k ní měly možnost připojit. V České republice byla tato smlouva schválena v roce 2001 a má úzkou návaznost na etický kodex práv pacientů (Ptáček a Bartůněk, 2011). Kutnohorská (2007) dodává, že tento dokument navazuje na Všeobecnou deklaraci lidských práv a na Úmluvu ochrany lidských práv a základních svobod. Jak uvádí Mlynářová (2013), Úmluva o biomedicíně je součástí vnitrostátního práva České republiky a Haškovcová (2011) dodává, že je tato Úmluva o biomedicíně považována za nejvyšší zákon země, týkající se zdravotnictví, tím pádem je nadřazený všem ostatním zákonům České republiky.

Jedná se o speciální mezinárodní smlouvu, která byla dlouhodobě vytvářena za účelem vyšší ochrany lidských práv na úrovni biologie a medicíny hlavně kvůli tomu, že dochází neustále k rychlému rozvoji technologií a postupů v medicíně a tento fakt bylo nutné nějakým způsobem ošetřit komplexem pravidel a ustálených principů, které ochraňují lidská práva a základní svobody (Malíř a Doležal, 2016). K tomuto Haškovcová (2015) dodává, že byl důvod vzniku této Úmluvy i takový, že docházelo ke sjednocování Evropy a docházelo tak i k migraci jak personálu, tak pacientů, kteří potřebovali mít jistotu, že v případě potřeby využít zdravotnické služby kdekoli v Evropě, budou nastavena stejná pravidla a tito pacienti budou mít všude stejná práva, která jim náleží.

Tato Úmluva byla sestavena tak, jak udávají Malíř a Doležal (2013), aby co nejefektivněji vymezila základní principy a pravidla, které se týkají nejen poskytování zdravotnické péče, ale i výzkumu v oblasti zdravotnictví ve členských státech Rady Evropy. Stejní autoři dále přinášejí poznatek, že základním principem, ze kterého takřka vychází celá tato Úmluva, tkví v tom, že zájmy společnosti a také vědy

nejdou v žádném případě výše postaveny blahu člověka a opět tu dochází ke zmínce o významu lidské autonomie a sebeurčení každé lidské bytosti, čímž je upouštěno od dlouhodobě vstřípeného paternalistického modelu (Malíř a Doležal, 2016). Tento princip nadřazenosti lidské bytosti se nachází v druhém článku této Úmluvy o biomedicíně, jak uvádí i Heřmanová, Vácha a kol., 2012), kteří dále význam této Úmluvy definují tak, že jsou v ní striktně dány přesné etické mantinely, které jsou velmi důležité při práci s novými technologiemi v medicíně v souvislosti s pacientem, kterými je nutno se řídit. Mach (2010) k tomuto vymezuje a přidává další principy, které jsou v Úmluvě obsaženy a to bezpochybně právo na kvalitní, snadno dostupnou zdravotnickou péči, která koreluje s předem určenými standardy a především i právo na výkon, se kterým osoba předem souhlasí, podá tedy takzvaný informovaný souhlas, který může člověk kdykoliv odvolat, a před nímž by měl být řádně informován o potřebných skutečnostech, vztahujících se k danému výkonu. Šimek (2015) popisuje informovaný souhlas jako hlavní element užití autonomie ve zdravotní péči a dodává, že informovaný souhlas je jako součást zdravotnické péče teprve až od sedmdesátých let dvacátého století. Malíř a Doležal (2016) k tomuto dodávají informaci, že schopnost rozhodovat o daném výkonu, bez ohledu na to, jaké závažnosti se týká, je dnes již zcela jistě základním kamenem přístupu k pacientovi ve zdravotnictví a že je toto východisko osobní autonomie a samotného sebeurčení člověka nutno chápat jako základ celého zdravotnického práva. S tímto se ztotožňuje i Taylorová (2016), která uvádí informovaný souhlas jako největší podmínku k tomu, aby došlo k jakémukoliv klinickému zásahu. To samé zmiňuje i Šimek (2015), který vysvětluje, že je podepsání informovaného souhlasu podmínkou pro to, aby mohl být určitý lékařský zákrok uskutečněn, a dodává, že právě informovaný souhlas je velmi důležitým aspektem, který se týká autonomie pacienta a také vnáší mezi pacienta a lékaře možnost spolurozhodování, tedy rovnost mezi těmito dvěma osobami.

Úmluva je celkem obsažena 28 článků, které jsou rozepsány do devíti kapitol, uvádí Haškovcová (2015) a důstojnost lidského života a její ochrana je zmíněna ihned na jejím úvodu a to v článku prvním (Heřmanová, Vácha a kol., 2012). Jak uvádí Mach (2010), k této Úmluvě o biomedicíně náleží ještě dva další důležité dokumenty a to protokol o zákazu klonování lidských bytostí a protokol o transplantacích.

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, HYPOTÉZY, OPERACIONALIZACE POJMŮ

2.1 Cíl práce

Zmapovat lidskou důstojnost na nemocničním lůžku.

2.2 Výzkumné otázky

VO1 Jak vnímají všeobecné sestry důstojnost lidského života?

VO2 Co považují všeobecné sestry za důstojnou péči?

VO3 Jak sestry přistupují k pacientovi, aby nenarušily jeho důstojnost?

VO4 Jaké jsou nejčastější překážky v důstojném přístupu k pacientovi?

VO5 Jaké jsou názory sester na plné respektování pacientovi autonomie?

2.3 Hypotézy

H1 Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na pohlaví.

H2 Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.

2.4 Operacionalizace pojmů

2.4.1 Operacionalizace pojmů

Důstojnost lidského života je univerzální lidská záležitost, která náleží všem lidem bez rozdílu (Heřmanová a kol., 2012).

Nemocniční lůžko je jedním ze základních vybavení pokoje pro nemocné ve zdravotnickém, ale i sociálním zařízení (Vytejčková a kol., 2011).

3 METODIKA

3.1 Použité metody sběru dat

K výzkumnému šetření v této bakalářské práci bylo použito kvantitativní šetření za pomoci nestandardizovaných dotazníků a kvalitativní šetření, realizované za pomoci polostrukturovaných rozhovorů v jedné z jihočeských nemocnic.

3.2 Kvantitativní šetření

Kvantitativní šetření pomocí dotazníků bylo určeno pro pacienty, hospitalizované na oddělení následné péče (ONP), kde odpovídalo 36 mužů a 65 žen a průměrný věk respondentů byl 62 let. Další skupinu respondentů tvořili respondenti z interního oddělení (INT), kde odpovídalo 44 mužů a 64 žen a jejich průměrný věk byl 57 let. Respondenti vyplňovali 22 otázek, které se týkaly důstojnosti lidského života. Dotazníky byly šířeny v tištěné podobě. V dotazníku se nacházely převážně uzavřené otázky, pouze jedna otázka byla otevřená. Dále se vyskytovaly i otázky, v nichž bylo možné zvolit více odpovědí. Na začátku výzkumného šetření bylo rozdáno celkem 250 dotazníků. Pro výzkumnou část jich bylo sebráno a použito 209. Na každém oddělení bylo rozdáno 125 dotazníků. Na ONP byla návratnost 80,8 %, na interním oddělení 86,4 %. Data s těchto dotazníků byla vkládána do programu MS Excel a zpracována do přehledných grafů a tabulek. Toto výzkumné šetření bylo provedeno v březnu a dubnu 2017 v jedné z jihočeských nemocnic. Původně jsme chtěli výzkumné šetření provést ve dvou nemocnicích a data porovnat, ale v jedné z nemocnic nám nebylo umožněno výzkum provést.

Tabulka 1 Identifikační znaky respondentů

Oddělení	Muži	Ženy	Průměrný věk respondentů
Oddělení následné péče	36	65	62 let
Interní oddělení	44	64	57 let

Zdroj: vlastní zpracování

3.3 Kvalitativní šetření

Kvalitativní šetření bylo provedeno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů na odděleních následné péče a interním oddělení. Do tohoto výzkumného šetření se zapojilo celkem 20 všeobecných sester, pracujících na těchto odděleních. Jejich délka praxe se pohybovala od 3 let do 36 let a převládalo vzdělání středoškolské. Čtyři informátorky měly vysokoškolské bakalářské vzdělání a jedna vzdělání vysokoškolské

magisterské. Všechny rozhovory byly okamžitě písemně zaznamenávány do programu MS Word. Otázky v tomto rozhovoru byly anonymní, pouze otázka č. 2 směřovala na vzdělání těchto všeobecných sester. V rozhovoru bylo kladeno celkem 14 otázek. Zpracování rozhovorů bylo provedeno v tištěné podobě. Rozhovory byly kódovány pomocí metody „tužka a papír“. Následně byly sledovány společné výrazy v odpovědích, které byly poté shrnuty do kategorií a podkategorií. Toto výzkumné šetření probíhalo v březnu a dubnu 2017 v jedné z jihočeských nemocnic. Původně jsme chtěli i tento výzkum provést ve dvou nemocnicích a data následně porovnat, ale nebylo nám v jedné z nemocnic umožněno výzkum provést. Celý výzkum byl ukončen po teoretickém nasycení.

Tabulka 2 Identifikační znaky informátorů na oddělení následné péče

Oddělení následné péče	Vzdělání	Délka praxe
Informátor 1	SZŠ	15 let
Informátor 2	VŠ Bc.	4 roky
Informátor 3	SZŠ	14 let
Informátor 4	SZŠ	19 let
Informátor 5	SZŠ	13 let
Informátor 6	SZŠ	12 let
Informátor 7	SZŠ	19 let
Informátor 8	SZŠ	22 let
Informátor 9	VŠ Bc.	5 let
Informátor 10	SZŠ	17 let

Legenda: SZŠ: Střední zdravotnická škola, VŠ Bc.: vysokoškolské bakalářské vzdělání

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 3 Identifikační znaky informátorů na interním oddělení

Interní oddělení	Vzdělání	Délka praxe
Informátor 1	SZŠ + PSS	36 let
Informátor 2	VŠ Mgr.	3 roky
Informátor 3	VŠ Bc.	17 let
Informátor 4	VŠ Bc.	4 roky
Informátor 5	SZŠ	8 let
Informátor 6	SZŠ	11 let
Informátor 7	SZŠ	24 let
Informátor 8	SZŠ	7 let
Informátor 9	SZŠ	16 let
Informátor 10	SZŠ	11 let

Legenda: SZŠ + PSS: Střední zdravotnická škola + pomaturitní specializační studium, VŠ Mgr.: vysokoškolské magisterské studium, VŠ Bc.: vysokoškolské bakalářské studium, SZŠ: Střední zdravotnická škola

Zdroj: Vlastní zpracování

3.4 Charakteristika výzkumného souboru

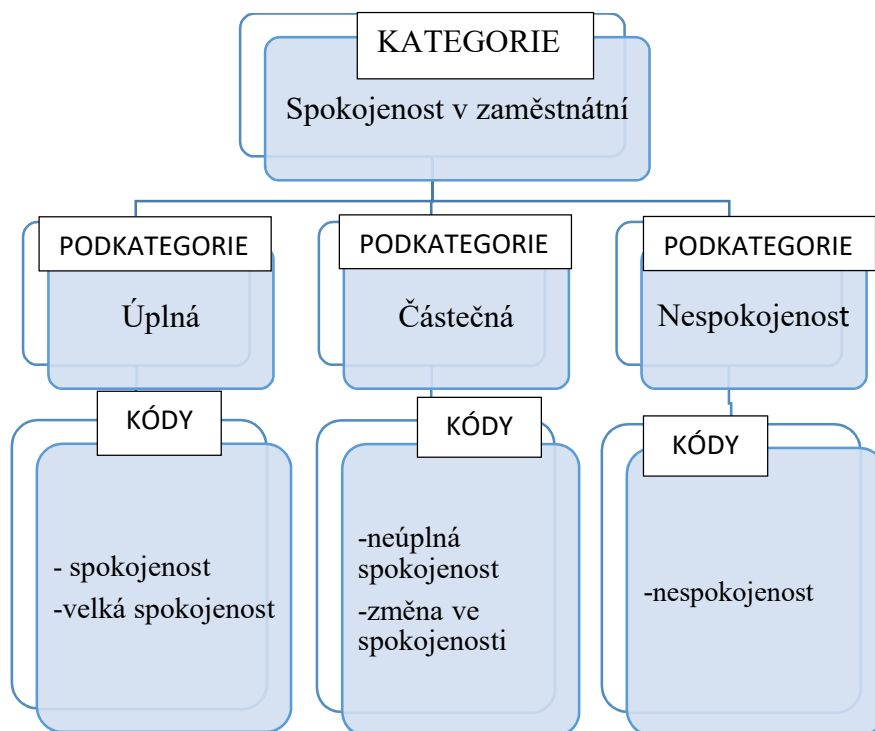
První části výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 209 respondentů, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče a interním oddělení.

Druhé části výzkumného šetření se zúčastnilo 10 všeobecných sester, pracujících na oddělení následné péče a 10 všeobecných sester z interního oddělení.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní část výzkumu – rozhovory se všeobecnými sestrami Oddělení následné péče

Schéma 1 Míra spokojenosti v zaměstnání



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Spokojenost v zaměstnání byla vytvořena pro shromáždění odpovědí informátorek a informátora na otázku, týkající se spokojenosti v nynějším zaměstnání. K této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie, nesoucí názvy: Úplná, Částečná a Nespokojenost, jejichž názvy odpovídají míře spokojenosti na základě sesbíraných odpovědí. Do první kategorie spadají dva kódy, do druhé také dva a do poslední kategorie byl zařazen pouze jeden kód.

Úplná

V této podkategorii se objevuje několikrát kód: „spokojenost“, který je zároveň nejčastěji použitým výrazem v této podkategorii. Další kód je „velká spokojenost“. Informátorka 2 odpověděla takto: „*Tahle práce mě baví, jsem velmi spokojená.*“ S velmi podobnou odpovědí dala svoji spokojenost najevo i informátorka 4, která uvádí: „*Jsem, baví mě a nedovedu si představit, že bych dělala něco jiného.*“ Dále zajímavá odpověď informátorky 6 zní takto: „*Jsou lepší dny a jsou horší dny, jako všude. Ale neměnila bych, na tomto oddělení jsem spokojená.*“

Částečná

Tato podkategorie obsahuje dva kódy, které poukazují na ne úplnou spokojenost informátorů v zaměstnání. Kódy zní: „neúplná spokojenost“ a „změna ve spokojenosti“.

Informátor 5 odpovídá takto: „*Jsem docela spokojen, záleží na tom, jaký má člověk den, kolik je pacientů, a tak.*“ Oproti tomu informátorka 6 odpovídá: „*Spokojená přestávám být, dochází mi síly.*“

Nespokojenost

V této podkategorii vytvořen kód: „nespokojenost“. Tento kód vznikl na základě odpovědi informátorky, která zní takto: „*Spokojená nejsem, je to tu velmi fyzicky i psychicky náročné, málo personálu na směnu a mnoho nesoběstačných lidí. Uvažuji o změně oddělení.*“

Tabulka 4 Fyzický a psychický stav informátorek

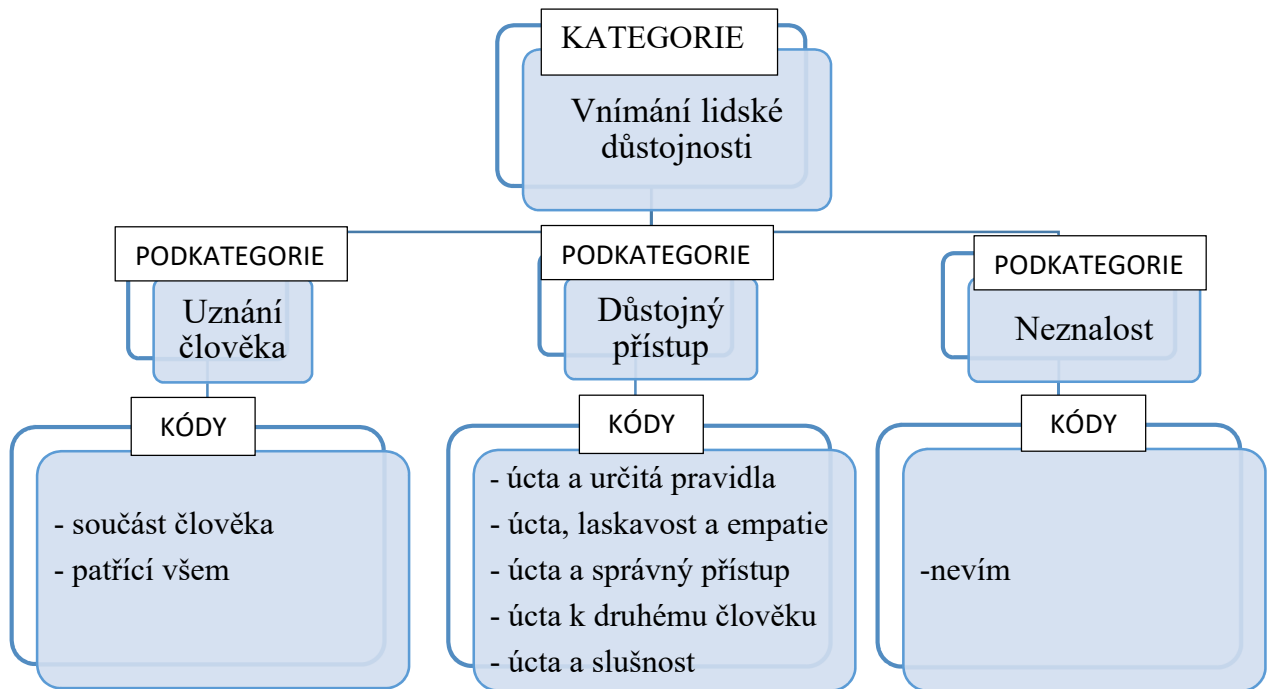
	Fyzický stav	Psychický stav
Informátor 1	9	8
Informátor 2	7	9
Informátor 3	8	3
Informátor 4	6	4
Informátor 5	10	7
Informátor 6	9	9
Informátor 7	4	3
Informátor 8	7	4
Informátor 9	5	8
Informátor 10	5	5

Zdroj: Vlastní zpracování

☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺

Na otázku č. 4 informátorky a informátor odpovídali číslem, pomocí hodnotící škály, na kterém hodnotili svůj fyzický stav a zvláště pak stav psychický. Hodnotící škála se pohybovala v rozmezí od 0 do 10, přičemž nula byla nejhorším, a číslo deset pak nejlepším možným výběrem. Z tabulky, která shrnuje odpovědi jednotlivých informátorů je zjevné, že se odpovídající cítí mnohem lépe po fyzické stránce. Hodnocení fyzického stavu se u informátorů pohybuje v rozmezí od čtyř do 10. U psychického stavu se odpovědi pohybují v rozmezí od 3 do 9.

Schéma 2 Pojetí lidské důstojnosti



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Důstojnost lidského života mapuje názory a představy informátorů o tom, co lidská důstojnost je, o čem pojednává. V této kategorii byly stanoveny tři podkategorie s názvy: Uznání člověka, Důstojný přístup a Neznalost.

Uznání člověka

Tato podkategorie značí odpovědi informátorů, kteří odpovídali na otázku týkající se toho tématu, a na základě těchto odpovědí byly v této kategorii stanoveny dva kódy, kterými jsou: „součást člověka“ a „patřící všem“. Jako příklad odpovědi, na níž byl stanovený první kód, uvádíme odpověď informátorky 2: „*Pro mě je to určitě součást osobnosti*

a také duše toho člověka, protože to souvisí s právy toho člověka...“ Jako druhý příklad je zcela přesná a vystihující odpověď informátorky 8, která důstojnost lidského života vysvětluje takto: „*Je to věc, nebo ne jako věc, ale prostě možná pocit, nebo nevím, jak bych to měla správně pospat, ale je to součást člověka, který tu důstojnost vnímá a nejspíš ji cítí nejvíc, když se s ní špatně zachází nebo když toho člověka někdo ponižuje, špatně se k němu chová a takhle no.*“ Další z odpovídajících, informátorka 10 uvádí: „*Je to podle mě část osobnosti člověka, kterou mají všichni lidé, ale přijde mi, že si ostatní neuvědomují, že ji můžou někdy poranit.*“

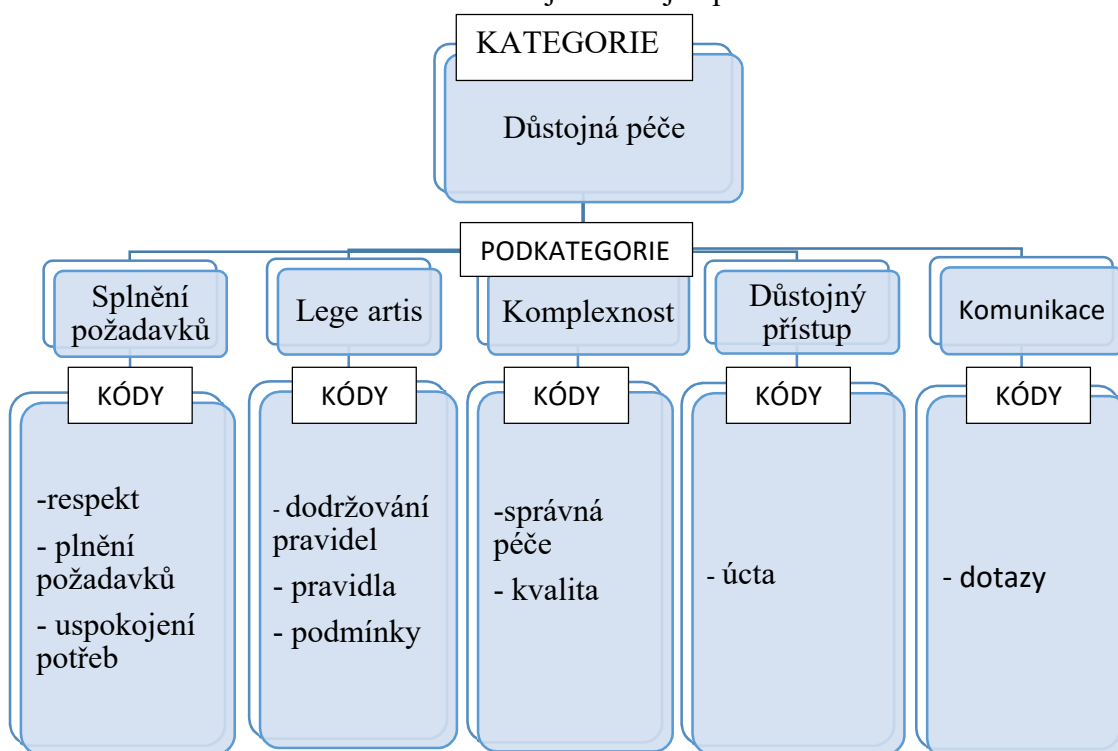
Důstojný přístup

V této podkategorii bylo stanoveno dohromady pět kódů a nejčastějším výrazem v této kategorii je slovo úcta, která se vyskytuje v každém z těchto pěti kódů. Kódy nesou názvy: úcta a určitá pravidla; „úcta, laskavost a empatie“; „úcta a správný přístup“; „úcta k druhému člověku“ a „úcta a slušnost“. Mezi nejzajímavější odpověď patří slova informátorky 3, která uvádí: „Podle mě je důstojnost něco, co by měl každý starý člověk při péči o jeho osobu zažít a znát. Důstojnost by měl poskytovat každý člověk, který se stará o lidi. Podle mého názoru zahrnuje úctu, laskavost a empatii k danému člověku. Mezi další odpovědi patří například odpověď informátorky 1.: „Pod pojem důstojnost si představím úctu a určitá pravidla, která mě chrání před určitým ponižením.“

Neznalost

Do této kategorie s názvem Neznalost spadá pouze jeden kód, nesoucí název: „nevím“, který byl stanovený na základě odpovědi informátora 5, jehož odpověď zní: „Vůbec nevím, jak bych vám odpověděl, no vůbec nevím...“

Schéma 3 Pojetí důstojné péče



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie důstojná péče pojednává o představách všeobecných sester o péči, která zachová důstojnost pacienta. V této kategorii bylo vytvořeno pět podkategorií, které byly

nazvány: Splnění požadavků, Lege artis, Komplexnost, Důstojný přístup a poslední Komunikace.

Splnění požadavků

U této podkategorie byly dány tři kódy s názvy: „respekt“; „splnění požadavků“ a „uspokojení potřeb“. Informátorka 6 odpověděla: „*Myslím, že především taková, kdy respektujeme potřeby daného člověka.*“ Dále informátorka 9 uvádí: „*Péče, při které pacientovi uspokojíme jeho potřeby a chováme se při ní co nejlépe.*“ Nejčastěji užitým výrazem v této podkategorii je slovo potřeba.

Lege artis

V této podkategorii byly stanoveny tři kódy. První z nich nese název: „dodržování pravidel“, další kód je nazván: „pravidla“ a poslední z kódů byl pojmenován jako: „podmínky“.

První informátorka se vyjádřila zcela výstižně takto: „*Podle mě je to dodržování určitých pravidel, aby nedošlo k narušení respektu, soukromí či ponížení klienta.*“ Velmi podobnou odpověď vznesla i informátorka 4, která se s předešlou odpovědí téměř ztotožňuje tímto: „*...je to taková péče, která splňuje požadavky toho pacienta. Je to péče, kdy dodržujeme určitá pravidla, jako je třeba dodržování soukromí, vhodné oslovování a vhodná komunikace s tím pacientem.*“ A poslední informátorka, která uvedla velmi podobnou odpověď a také se s těmi předešlými velmi shoduje, uvádí: „*Je to prostě taková péče, při které se pacient cítí dobře, chováme s k němu s respektem a úctou, dodržujeme základní podmínky při ní, třeba jako přikrývání při hygieně nebo nevynášení důležitých informací o tom pacientovi.*“

Komplexnost

V této kategorii byly pojmenovány dva kódy a to: „správná péče“ a „kvalita“. Informátorka 2 popisuje důstojnou péči tímto způsobem: „*Důstojná péče si myslím, že je stoprocentně správná péče, která zahrnuje slušné chování a takový přístup, který tomu pacientovi nijak neublíží a nezraní ho.*“ Oproti tomu informátor 5 odpovídá velmi stručně: „*Kvalitní a ohleduplná péče k ostatním.*“

Důstojný přístup

Tato kategorie obsahuje pouze jeden kód, kterým je „úcta“ Tento kód byl vytvořen díky odpovědi pouze jedné informátorky 3, jejíž odpověď zní: „*Důstojná péče je taková péče, do které zahrneme právě již zmíněnou úctu k člověku, laskavost a empatii.*“

Komunikace

V kategorii Komunikace byl vytvořen také pouze jeden kód, který byl nazván: „dotazy“ a vyplývá z odpovědi informátorky 10: „Při důstojné péči je asi důležité co nejlépe s tím pacientem komunikovat a ptát se na jeho pocity...“

Schéma 4 Požadavky pacientů



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie s názvem: Přístup sester k pacientům se zabývá otázkou požadavků a nejdůležitějších aspektů, které dle všeobecných sester pacienti nejčastěji a nejvíce vyžadují v rámci důstojné péče a důstojného přístupu. V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie, z nichž je první nazvána Přístup. Do podkategorie s názvem Respektování, náleží kódy tři a poslední kategorie byla nazvána Komunikace.

Přístup

Tato podkategorie shrnuje odpovědi všeobecných sester na otázku: Co si myslíte, že je pro pacienty nejdůležitější v přístupu sester ohledně jejich důstojnosti?

Vyskytují se v ní kódy: „pochopení“, „slušné chování“, „empatie“ a „slušnost“. Informátorka 4 ve své odpovědi na tuto otázku uvedla: „Podle mě je to jasně pochopení

a empatie. Na podobnou odpověď poukazuje i informátorka 8, která řekla: „*Určitě je to pochopení, správné chování a slušnost a taky respekt, empatie a úcta k tomu člověku.*“

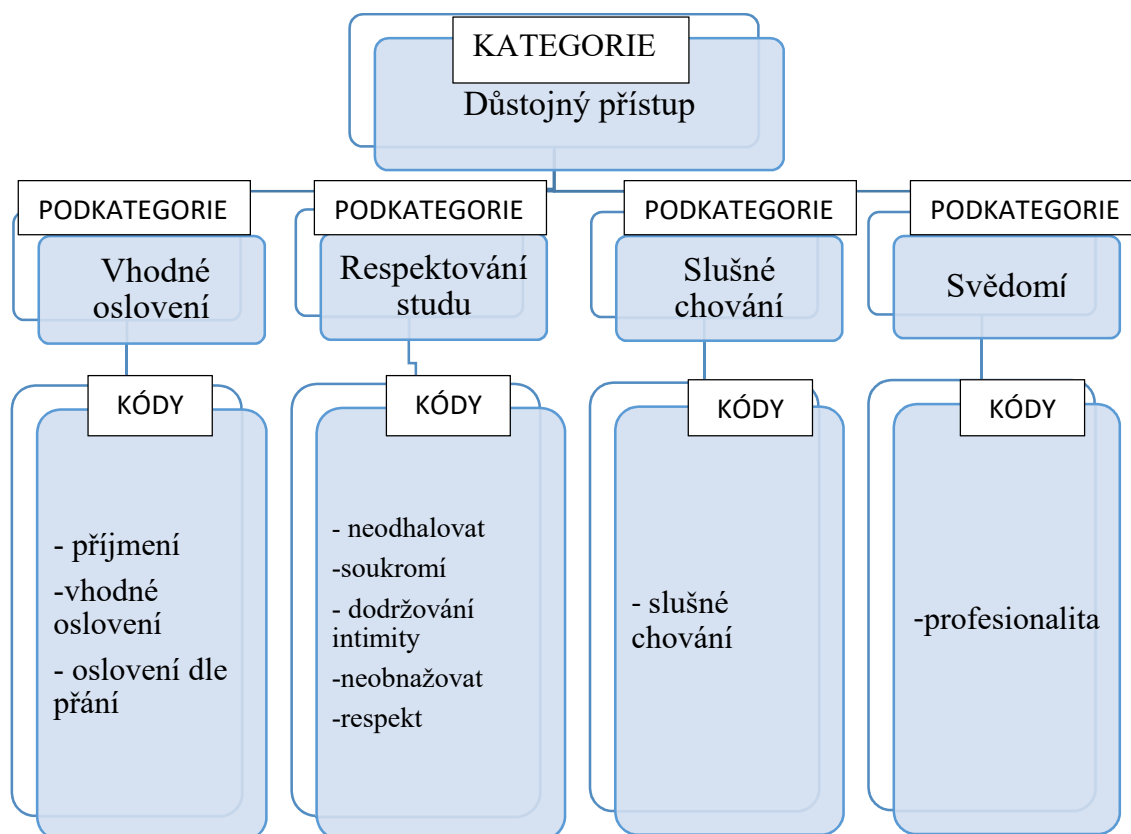
Respektování

V této podkategorii byly vytvořeny tři kódy a to: „respektování práv“, „respektování soukromí“ a „zachování intimity“. Informátorka 6, na tuto otázku uvedla: „*V první řadě určitě zachování soukromí a intimity, nikdo z nás by nechtěl ležet odhalený všem na očích....*“ Dále informátorka 1 odpověděla takto: „*Tolerovat jejich práva, soukromí a stud.*“

Komunikace

V této podkategorii se vyskytuje pouze jeden kód: „správná komunikace“, který se však vyskytl třikrát. Informátorka 7 uvádí svou odpověď takto: „*Péče, která pacientovi neuškodí hlavně po psychické stránce. Takže správná komunikace a taková péče, kdy jsou splněny všechny pacientovi potřeby.*“

Schéma 5 Přístup všeobecných sester k pacientům



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Důstojný přístup ukazuje na informace, týkající se otázky: Co děláte proto, abyste během péče o pacienty nenarušila jejich důstojnost? K této kategorii byly

vytvořeny čtyři podkategorie s názvy: vhodné oslovení, respektování studu, slušné chování a svědomí.

Vhodné oslovení

Do této podkategorie spadají tři kódy, nesoucí názvy: „příjmení“; „vhodné oslovení“ a „oslovení dle přání“.

Informátorka 4 uvedla: „*Správně s nimi komunikuju, vhodně je oslovuju...*“. Další vhodnou odpovědí, spadající do této podkategorie, je odpověď informátorky 10, která zní takto: „*...oslovuji je dle jejich přání...*“ a „*...shrnula bych to na správnou komunikaci nejvíce, o tom celém to je.*“

Respektování studu

V této podkategorii se nachází kódy: „neodhalovat“; „soukromí“, „zakrývat“; „dodržování intimity“; „neobnažovat“ a „respekt“.

Například informátorka 3 uvádí: „*... při hygieně pacienta nebo jakékoliv jiné manipulaci s ním požádám návštěvu, aby opustila pokoj.*“ Dále informátorka 6 rozvádí toto téma ve své odpovědi, která zní: „*Když jdu na pokoj provádět nějaký odborný výkon, ať už klyzma nebo cévkování, zavřu za sebou dveře, popřípadě použiju zástěnu mezi pacienty. Snažím se pacienta odhalit jen minimálně a jen na nezbytně dlouho dobu.*“

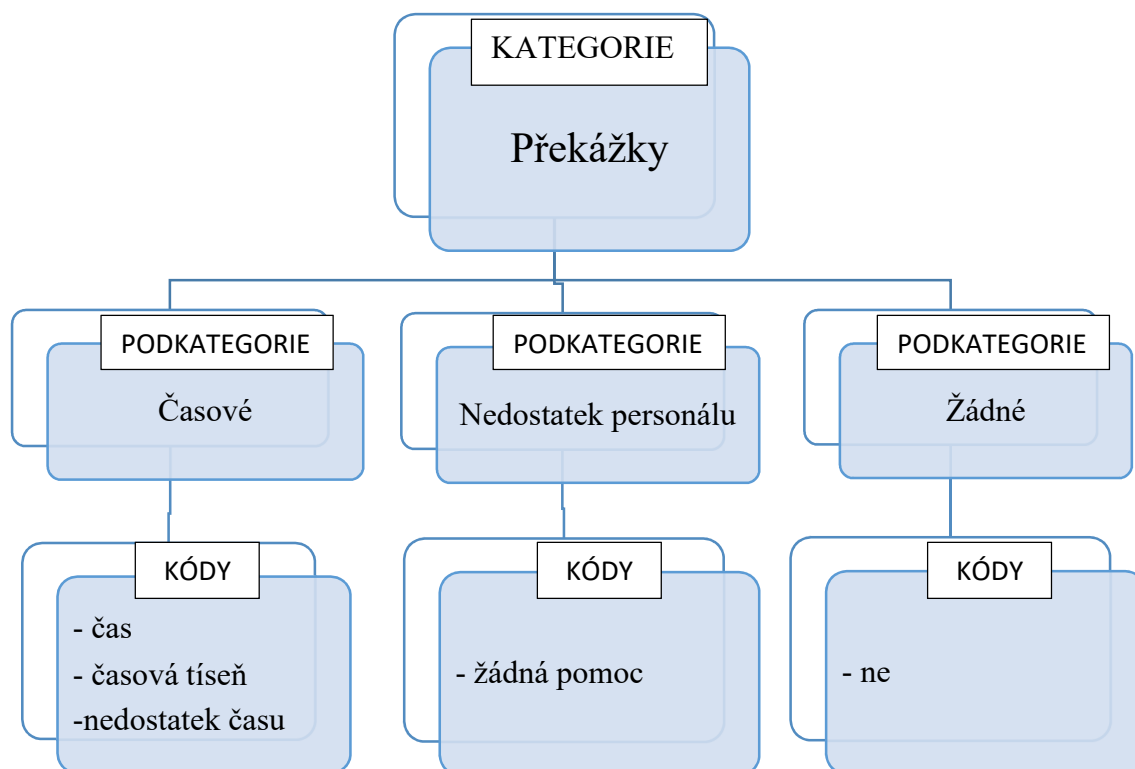
Slušné chování

Podkategorie Slušné chování obsahuje třikrát kód „slušné chování“, který je částí odpovědi například Informátorky 2: „*Chovám se k nim slušně, vyslechnu je, respektuju jejich přání a připomínky a taky se je snažím chápat.*“ a kód: „*snažím se k nim chovat slušně, který spadá pod odpověď informátorky 8, která stručně uvádí: „Snažím se k nim chovat slušně.*“

Svědomí

Do této podkategorie spadá jeden kód s názvem „profesionalita“, který byl vytvořen na základě pouze jedné odpovědi, kterou zmínil informátor 5, která zní: „*Snažím se pracovat profesionálně a to s nejlepším vědomím a svědomím.*“

Schéma 6 Překážky k důstojnosti



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Překážky pojednává o možných překážkách, které zabraňují nebo nějakým způsobem omezují důstojnou péči a důstojný přístup všeobecných sester k pacientovi. V této kategorii byly stanoveny tři podkategorie s názvy Časové, Nedostatek personálu a Žádné.

Časové

Tato podkategorie obsahuje kód „čas“, a dále kódy: „časová tíseň“ a „nedostatek času“. Nejčastějším výrazem je v této podkategorii čas, což je dle informátorek jedna z překážek, která jim brání v tom co nejdůstojněji přistupovat k pacientovi v nemocničním prostředí.

Informátorka 1 odpovídá na otázku, týkají se možných překážek v důstojném přístupu takto: „ Čas, pro mě je to málo času. Na sestru je kladeno velké množství práce, kterou musí stihnout za určitý čas. Z toho důvodu se s pacientem nevybavuji, jak by si představoval péči, či jak by si představoval přístup u určitých výkonů.“ Dále odpovídá informátorka 6: „Leckdy je to třeba časová tíseň, kdy člověku dojde až zpětně, že mohl udělat něco líp nebo ještě něco navíc.“

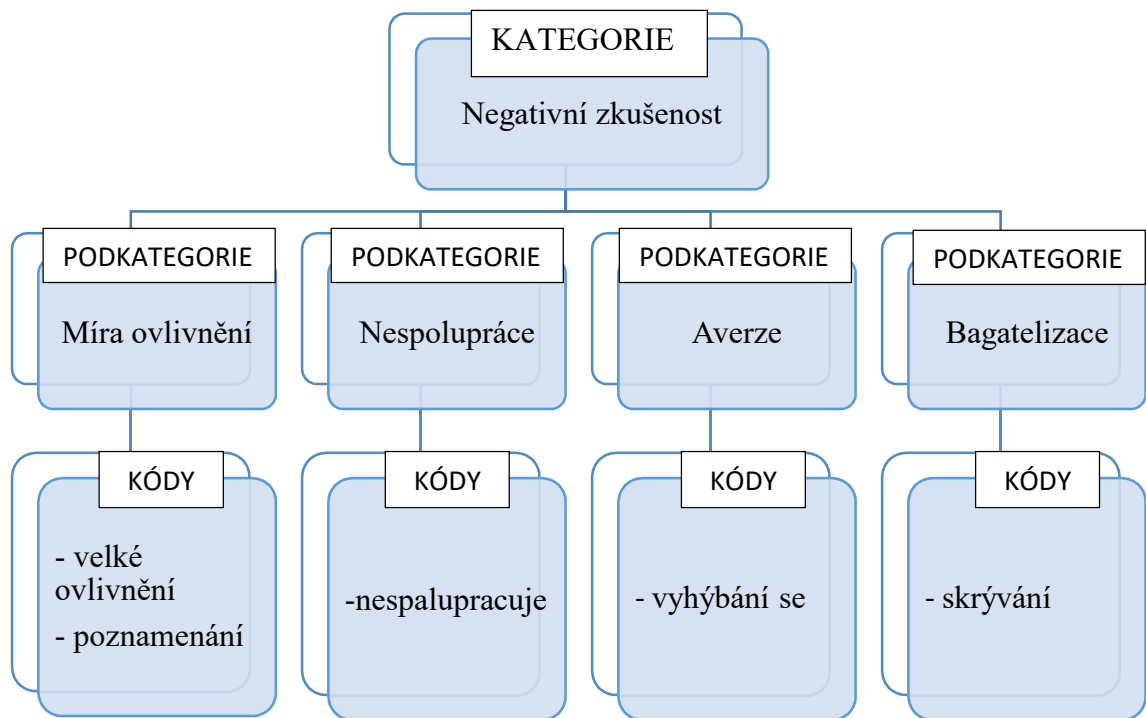
Nedostatek personálu

Kódy s názvem „žádná pomoc“ byl vytvořen na základě odpovědi jedné informátorky 9, která zní: *„Mně osobně chybí to, že mi při té péči o pacienta nikdo nepomáhá.“* a uvádí přesný příklad, ze kterého vyplývá podstata její odpovědi na otázku, týkající se možných překážek k důstojnému přístupu: *„... třeba jdu dělat hygienu, protože si pacient zazvoní na zvonek, jenže je nás tady málo, tak tu hygienu dělám sama a při tom nemám tolik možností třeba toho pacienta zakrývat tak, jak bych potřebovala, protože oběma rukama držím jeho nebo různé pomůcky.“* Z odpovědi této informátorky vyplynul a byl stanoven kód: nikdo nepomáhá.

Žádné

Tato podkategorie obsahuje kód „ne“. V této podkategorii odpovídala většina informátorek velmi podobně. Například informátorka 3 udává: *„Rozhodně odpovídám, že ne. Podle mě se dá lidská důstojnost dodržovat vždy. Ovšem někdy různými způsoby.“* Podobným způsobem odpověděla i informátorka 4, která odvětila: *„Ne, když člověk chce, jde všechno, důstojnost se musí dodržovat i kdyby to nešlo.“* Velmi zajímavá odpověď zazněla i od informátorky 10, která zní: *„Ne, nemyslím si, že jsou nějaké překážky k tomu, aby se člověk choval slušně, to je prostě pak jediná překážka v lidech a ne ve věcech kolem nich.“*

Schéma 7 Ovlivnění pacienta špatnou zkušeností



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Negativní zkušenost obsahuje informace z odpovědí sester, které se týkají názoru na to, zda se domnívají, že může nedůstojné zacházení nést následky na tomto člověku. V této kategorii byly vytvořeny čtyři podkategorie, které byly nazvány: Míra ovlivnění, Nespolupráce, Averze a Bagatelizace.

Míra ovlivnění

Tato podkategorie udává míru ovlivnění pacienta po negativní zkušenosti, týkající se jeho důstojnosti. V této kategorii byly dány kódy „velké ovlivnění“ a „poznamenání“.

První informátorka stručně uvádí: „*Myslím, že ho to ovlivňuje velmi.*“ Informátorka 3 odpovídá: „*...může to ovlivnit přístup pacienta k jeho zdraví a to hodně.*“ Třetí informátorka č. 7 se ztotožňuje s předchozími odpověďmi: „*Podle toho, o jakého pacienta jde, ale určitě ho to hodně poznamená.*“

Nespolupráce

V této podkategorii je obsažen kód „nespolupracuje“. První z informátorek, která takto odpověděla, je informátorka 4, která svojí odpověď stručně odůvodňuje: „*Pacient nebude spolupracovat, takže ho to může ohrozit na zdraví.*“

Informátor 5 odpovídá takto: „*Určitě ten pacient potom nespolupracuje, protože někdy předtím ztratil důvěru a toho na člověku nechá stopy.*“

Averze

Do této kategorie byl dán pouze jeden kód: „vyhýbání se“, kterým informátor 6 vysvětluje, jak může pacient reagovat po negativní zkušenosti v rámci své důstojnosti: „*Třeba tak, že když se jednou setká se špatným přístupem, zalekne se a bude se nemocnici a lékařům vyhýbat a to i v případě, že bude mít vážné problémy.*“

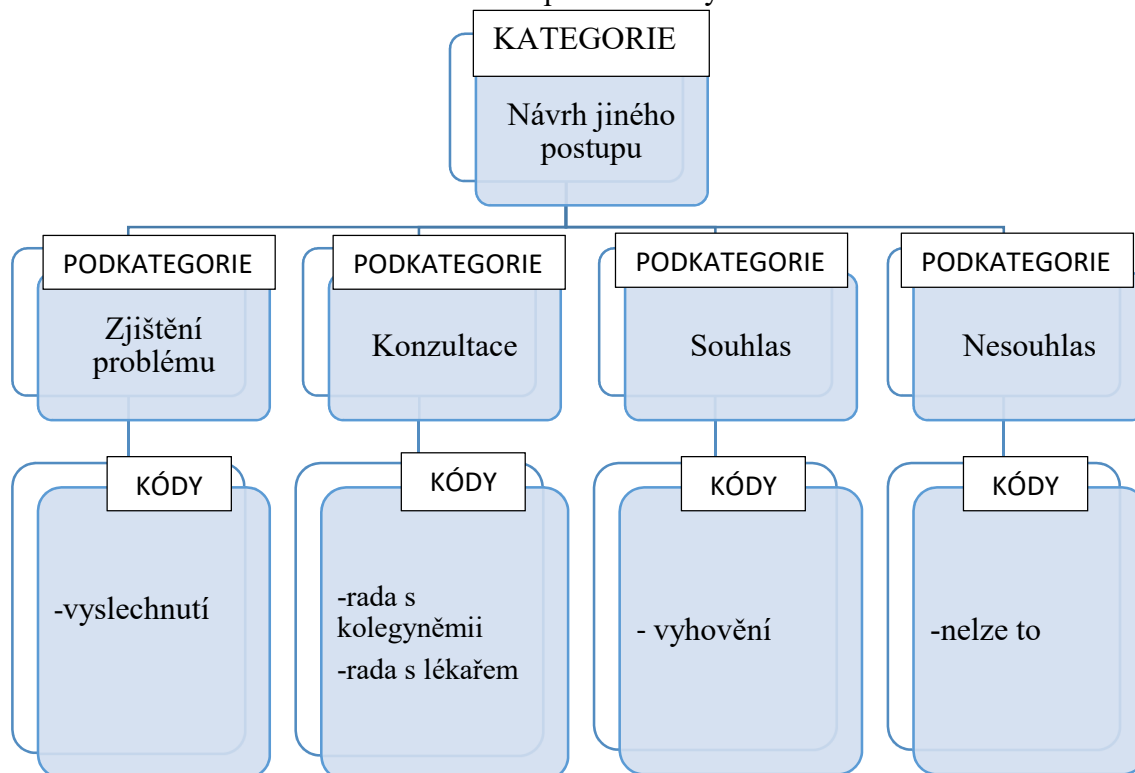
Bagatelizace

Tato kategorie obsahuje kód: „skrývání“.

Informátorka 9 uvádí: „*Podle vlastní zkušenosti hlavně z praxe teda vím, že jsou ti lidé pak uzavření a bojí se cokoliv říct, poznamená je to hlavně na psychice a na duši a když jim něco je tak prostě skrývají příznaky a říkají, že to nic není, když je něco bolí.*“

A informátorka 10 odpovídá: „*Záleží na osobnosti toho pacienta, když je člověk citlivější, pak například nepřiznává bolest, snaží se příznaky skrývat a je na něm celkově poznat, že nám nedůvěřuje.*“

Schéma 8 Připomínka k výkonu



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Návrh jiného postupu vyplývá z otázky týkající se reakce sester na pacientův návrh, či připomínku k výkonu, který právě vykonává. Tato kategorie byla

rozvedena do dalších čtyřech podkategorií, které byly nazvány: Zjištění problému, Konzultace, Souhlas a Nesouhlas.

Zjištění problému

Tato podkategorie obsahuje kód „vyslechnutí“. Příklad odpovědi informátorky 8: *„No určitě bych ho vyslyšela, řekla bych mu, proč to tak chce, prostě bych zjišťovala důvod a pak bych to zdělala podle přání pacienta, teda pokud by to bylo možné.“* Téměř stejnou odpovědí odvětila informátorka 6, která na otázku týkající se zásahu pacienta do výkonu odpovídá těmito slovy: *„Určitě bych ho vyslechla, zamyslela se nad jeho návrhem a snažila bych se mu vyjít vstříc, pokud by to bylo v mých možnostech.“*

Konzultace

V této podkategorii bylo shledáno tyto kódy: „rada s lékařem“ a „rada s kolegyněmi“. Informátorka 4 stručně vysvětluje: *„Určitě bych ho chápala, snažila bych se zjistit důvod, výkon bych přerušila a poradila se s lékařem.“* S téměř totožnou odpovědí odvětila i informátorka 7, jejíž odpověď zní: *„Řekla bych mu, že to chápu a že se poradím s lékařem a pak bych to teda řekla lékaři a poradila se s ním.“* Třetí odpovídající, informátorka 9 použila jako jedinou termín kolegyně, se kterými by se dle svých slov radila jako první, což je zřejmé z její odpovědi, která zní takto: *„Já bych to respektovala a řekla mu, že přijdu za chvíli a mezitím bych se poradila s kolegyněmi, sama bych si netroufla něco udělat jinak nebo vůbec.“*

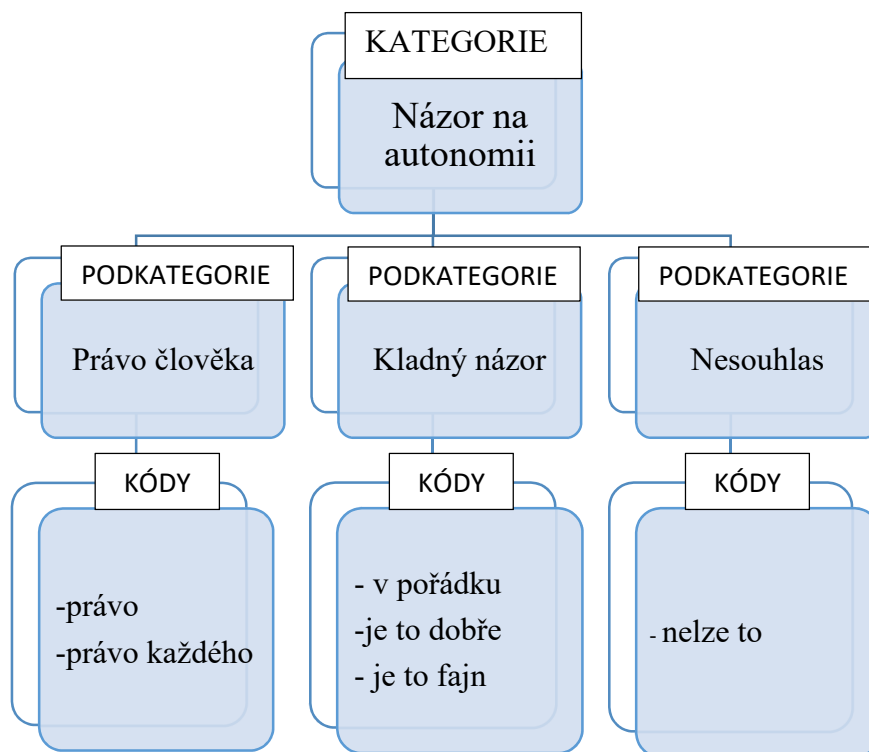
Souhlas

Do této kategorie byl dán pouze jeden kód, který byl nazván: „vyhovění“, a to v souvislosti s odpovědí, informátorky 1, která jako jediná z odpovídajících udala přímo kladnou odpověď: kterou ale rozvinula tak, že z ní vyplývá podmínka, při které jedná přímo takto, její odpověď zní *„Já se snažím pacientům vyhovět, ale ne vždy je to reálné a možné. Pokud mám na výkon čas, či ho děláme ve více lidech, vždy se vyhoví přání pacienta. Pokud mě tlačí čas, většinou se výkony dělají tak, jak já potřebuji, aby to bylo rychlé a efektivní.“*

Nesouhlas

Jediná informátorka odpověděla přímo negativní odpovědí, ze které byl vytvořen kód: „nelze to“. Odpověď této informátorky 2 zní: *Tak bych mu vysvětlila, že je tohle ordinace lékaře, že to jinak nejde.“*

Schéma 9 Autonomie pacienta



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Názor na autonomii mapuje odpovědi všeobecných sester na toto téma. V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: Právo na člověka, Kladný názor a Nesouhlas.

Právo člověka

V této podkategorii bylo vytvořeno kódy: „právo“ a „právo každého“.

Informátorka 1 uvádí: „Každý člověk na to má právo rozhodovat co a jak se s ním bude dít, ale ve zdravotnictví a zvlášť na oddělení následné péče je dobře, že o autonomii rozhoduje sestra.“ Informátorka 2 odpovídá: „Autonomii? Asi na to má právo, je určitě dobře, že není vše v rukou lékařů, ale zase v rámci možností.“

Kladný názor

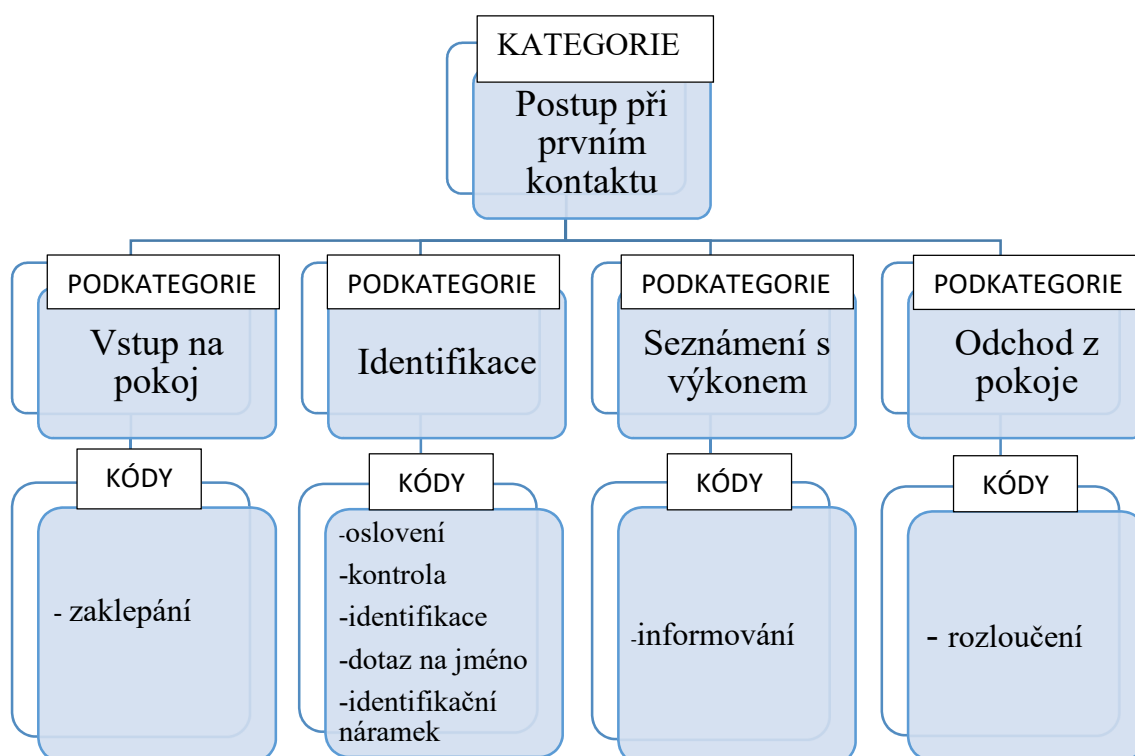
Tato podkategorie obsahuje kódy: „v pořádku“, „je to dobře“, „je to dobře“ a „je to fajn“.

Informátorka 3 odpovídá: „Můj názor je takový, že ano, je v pořádku respektovat pacientovu autonomii, ale někdy jen do určité míry.“ Informátorka 4 odpovídá a vysvětluje: „Podle mě je to strašně dobře, že je to vůbec možné a pacient se může alespoň trochu rozhodovat sám, že to není jako dřív, kdy byl jenom věc.“

Nesouhlas

Do této podkategorie spadá jen kód „nelze to“. Informátorka 5 odpovídá: „*Myslím si, že to zcela nejde, protože to nedovoluje naše situace, chtěli bychom, ale nejde to z nějakých příčin.*“

Schéma 10 Postup výkonu při prvním setkání



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato kategorie s názvem Postup při prvním kontaktu vyplývá z odpovědí informátorek, které měly popsat svůj postup odběru krve u pacienta, s kterým se setkávají úplně prvně. V této kategorii jsou čtyři podkategorie: Vstup na pokoj, identifikace, Seznámení s výkonem a Odchod z pokoje.

Vstup na pokoj

V této podkategorii se objevuje kód „zaklepání“.

Identifikace

Tato kategorie obsahuje tyto kódy: „oslovení“; „kontrola“; „identifikace“; „dotaz na jméno“; „identifikační náramek“.

Seznámení s výkonem

Kategorie Seznámení s výkonem obsahuje nejvíce kódů a to deset, každý kód

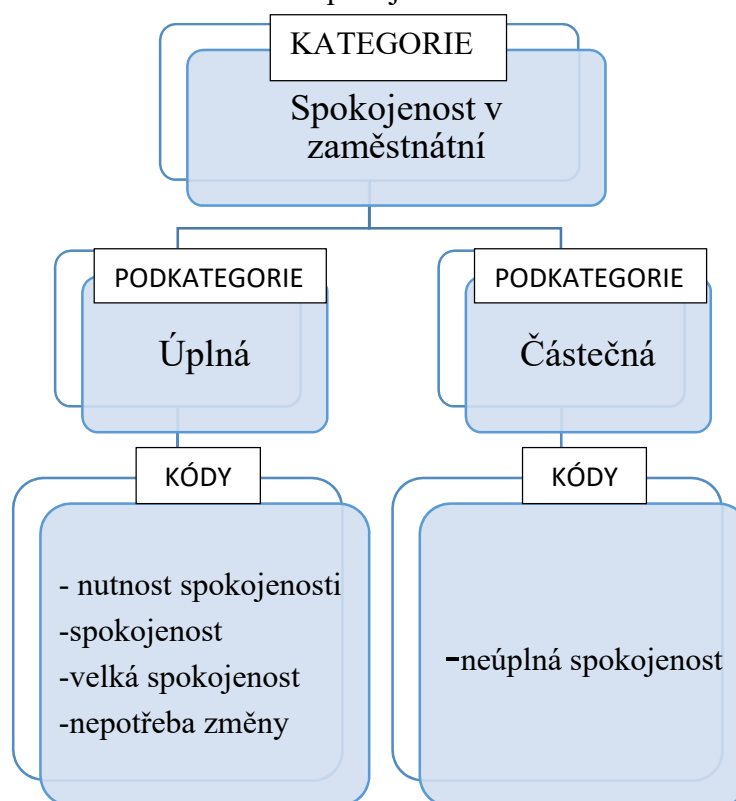
se vyskytl v jedné odpovědi, z čehož vyplývá, že se všichni odpovídající v této věci informovanosti o výkonu shodli. Všechny kódy znějí stejně a to: „informování“.

Odchod z pokoje

Tato podkategorie obsahuje kód: „rozloučení“ Vzhledem k velké shodě termínů v jednotlivých odpovědích uvádím několik příkladů odpovědí, například informátorky 3, která odpověděla takto: *„Zaklepu na dveře, vlezu na pokoj, pozdravím a představím se všem pacientům na pokoji. Poté jdu k pacientovi, u kterého budu provádět odběr krve, pozdravím ho ještě jednou, provedu identifikaci, jestli je to opravdu můj pacient, poté mu vysvětlím, co budu provádět, proč to budu provádět a jakým způsobem. Ráda si poté během výkonu s pacienty povídám úplně o něčem jiném a odvádím tak pozornost od výkonu, ale jen pokud to jde.“* Další příklad rozvedené odpovědi jsou slova informátorky 9, která svůj postup u odběru krve při prvním setkání s pacientem popisuje takto: *„Tak nejprve zaklepu, chvíli počkám, potom si toho pacienta najdu, ověřím si, jestli je to on, kouknu na náramek a na jméno na posteli a zeptám se ho, jak se jmenuje, potom mu řeknu, že jsem mu přišla odebrat krev, připravím si tam všechno k ruce, zaškrtnu mu ruku, pak teda odeberu krev, řeknu mu, že se odběr povedl a ať si to přidržuje, ještě chvíli a pak mu to zalepím, poděkuju mu, pozdravím a odejdu.“*

INTERNÍ ODDĚLENÍ

Schéma 11 Míra spokojenosti v zaměstnání



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Spokojenost v zaměstnání byla vytvořena pro shromáždění odpovědí informátorek na otázku týkající se spokojenosti v nynějším zaměstnání na interním oddělení. K této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie, nesoucí názvy: Úplná a Částečná. Do první kategorie spadá celkem osm kódů, do druhé podkategorie byl zařazen pouze jeden kód.

Úplná

V této podkategorii se objevuje kód: „nutnost spokojenosti“, „spokojenost“, který se vyskytuje celkem pětkrát, dále „velká spokojenost“ a „nepotřeba změny“. Informátorka 1 udává: „*Po těch letech člověk musí být spokojený, jinak bych tu dělat nemohla.*“ Velmi kladnou odpověď podala například informátorka 6, která odpovídá: „*Velice spokojena, práce na interním oddělení mě naplňuje.*“ Zcela rozlišnou odpověď uvádí informátorka 7, která svou odpověď odůvodňuje takto: „*Spokojená? No, spokojená jsem, protože jsem tady na to všechno zvyklá a asi bych se špatně zaučovala někde jinde, ale kdybych si mohla vybrat tenkrát, šla bych dělat něco, z čeho bych nebyla tak zničená.*“

Poslední příklad kladné odpovědi je od informátorky 10, která uvádí: „*Spokojená? Ano, to jsem,*

i když jsou někdy dny, kdy bych toho hned nechala, ale to je asi všude.“

Částečná

Tato kategorie obsahuje jeden kód a to: „neúplná spokojenost“. Příklad odpovědi, na jejímž základě byl kód vytvořen, je od informátorky 3, která odpověděla: *Ano, v podstatě docela jsem. ...popravdě po těch letech je člověk už trošku unavený, ale jinak mám tu práci ráda.*“

Tabulka 5 – fyzický a psychický stav informátorek

	Fyzický stav	Psychický stav
Informátor 1	10	3
Informátor 2	10	10
Informátor 3	9	8
Informátor 4	4	5
Informátor 5	6	5
Informátor 6	4	7
Informátor 7	4	6
Informátor 8	6	8
Informátor 9	9	8
Informátor 10	8	6

Zdroj: Vlastní zpracování

☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺

Na otázku č. 4 informátorky z interního oddělení odpovídali číslem, pomocí hodnotící škály, na které hodnotili svůj fyzický stav a zvláště pak stav psychický. Hodnotící škála se pohybovala v rozmezí od 0 do 10, přičemž nula byla nejhorším, a číslo deset pak nejlepším možným výběrem. Z tabulky, která shrnuje odpovědi jednotlivých informátorů. Hodnocení fyzického stavu u informátorek se pohybuje v rozmezí od 4 do 10. U psychického stavu se odpovědi pohybují v rozmezí od 3 do 9.

Schéma 12 Pojetí lidské důstojnosti



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Představa o důstojné péči se zabývá názory informátorů na význam lidské důstojnosti. V této kategorii byly vytvořeny dvě podkategorie s názvy Uznání člověka a Důstojný přístup. K první podkategorii byly vytvořeny čtyři kódy, ke kategorii druhé bylo vytvořeno kódů šest.

Uznání člověka

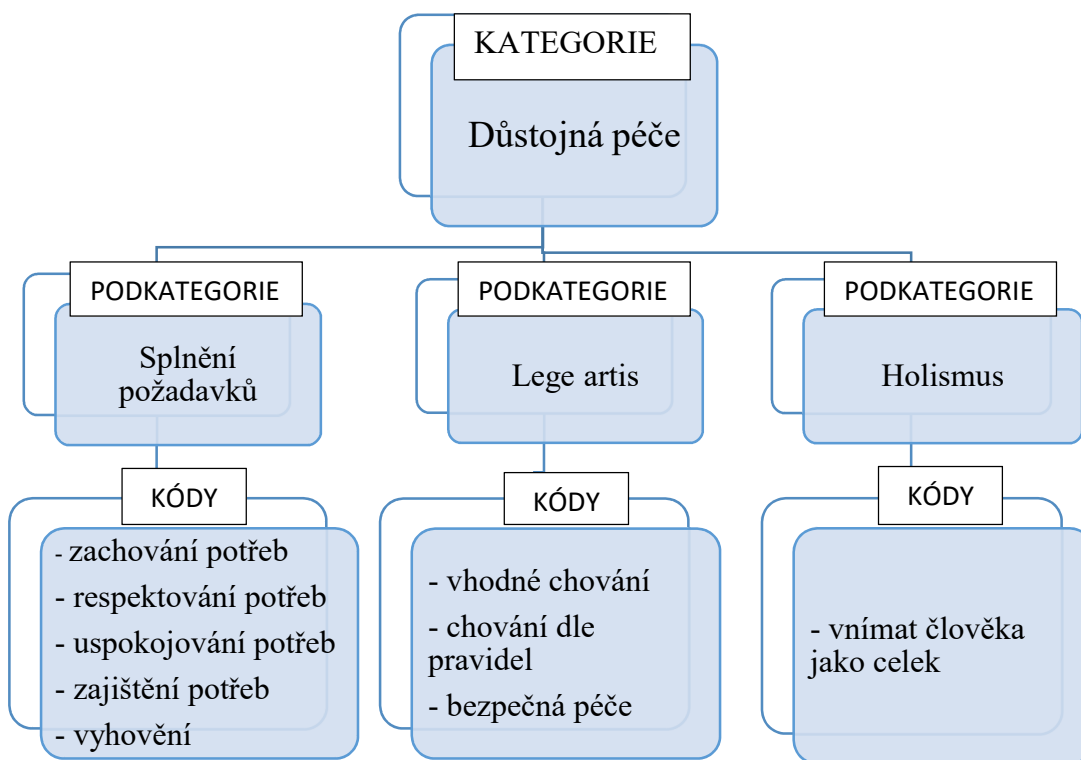
Tato podkategorie se zabývá názory všeobecných sester na vnímání člověka jako osoby z pohledu lidské důstojnosti.

V této podkategorii Uznání člověka se vyskytly kódy: „respektování osobnosti“, „vnímání člověka“ a „součást osobnosti“, který se vyskytl dvakrát. Informátorky nejvíce použili výraz osobnost. Informátorka 1 na otázku, týkající se lidské důstojnosti odpověděla: „...je to respektování toho, že je to osobnost za každé situace.“ Téměř stejně odpověděla i informátorka 3, která uvedla: „Aby byl člověk vnímán jako lidská bytost, protože kvůli tomu se asi cítí nejvíce dobře.“ S těmito dvěma informátorkami se také téměř ztotožnila informátorka 8, která na tuto otázku odpověděla: „...je to součást osobnosti, kterou má každý člověk.“

Důstojný přístup

Podkategorie Důstojný přístup se zabývá důstojným přístupem k pacientovi. V této podkategorii se vyskytly kódy: „úcta“, „úcta a respekt“, „respektování“ a „úcta a slušné chování“. Nejvíce se v odpovědích vyskytoval výraz úcta. Příklad odpovědi u informátorky 7: „to je asi určitá úcta k tomu člověku a respektování toho, že je to člověk a je například zranitelný a tak.“ Další z informátorek, informátorka 10 uvedla: „No, napadá mě úcta a nějaké slušné chování, vůbec nevím, jak bych to vyjádřila, ale více, co myslím.“

Schéma 13 Pojetí důstojné péče



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Důstojná péče se zabývá pohledem a názorem na důstojnou péči a její pravou podstatu.

V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie a to podkategorie Splnění požadavků, Lege artis a Holismus.

Splnění požadavků

Tato podkategorie poukazuje na shodu několika respondentek v otázce: Co je důstojná péče o pacienta? V této podkategorii bylo vytvořeno pět kódů a to: „zachování potřeb“, „respektování potřeb“, „uspokojování potřeb“, „zajištění potřeb“ a „vyhovění“. Nejčastějším výrazem v této podkategorii je slovo potřebám. Informátorka 1, která odpovídala na tuto otázku, uvedla: „ *Aby měl člověk zachovány všechny jeho potřeby, taková péče, aby se zachovala kvalita člověka.*“ Informátorka 2 uvádí: „*Aby se respektovaly všechny jeho...jak jen to říct, všechny jeho potřeby a hlavně, aby se respektovala i jeho intimita, zdravotní stav a podobné věci.* S těmito dvěma informátorkami se shoduje například i informátorka č. 7, která ve své odpovědi uvádí: „ *Je to vlastně péče, kdy mu můžeme vyslyšet jeho přání a taky se snažit zvládnout vyhovět jeho potřebám.*“

Lege artis

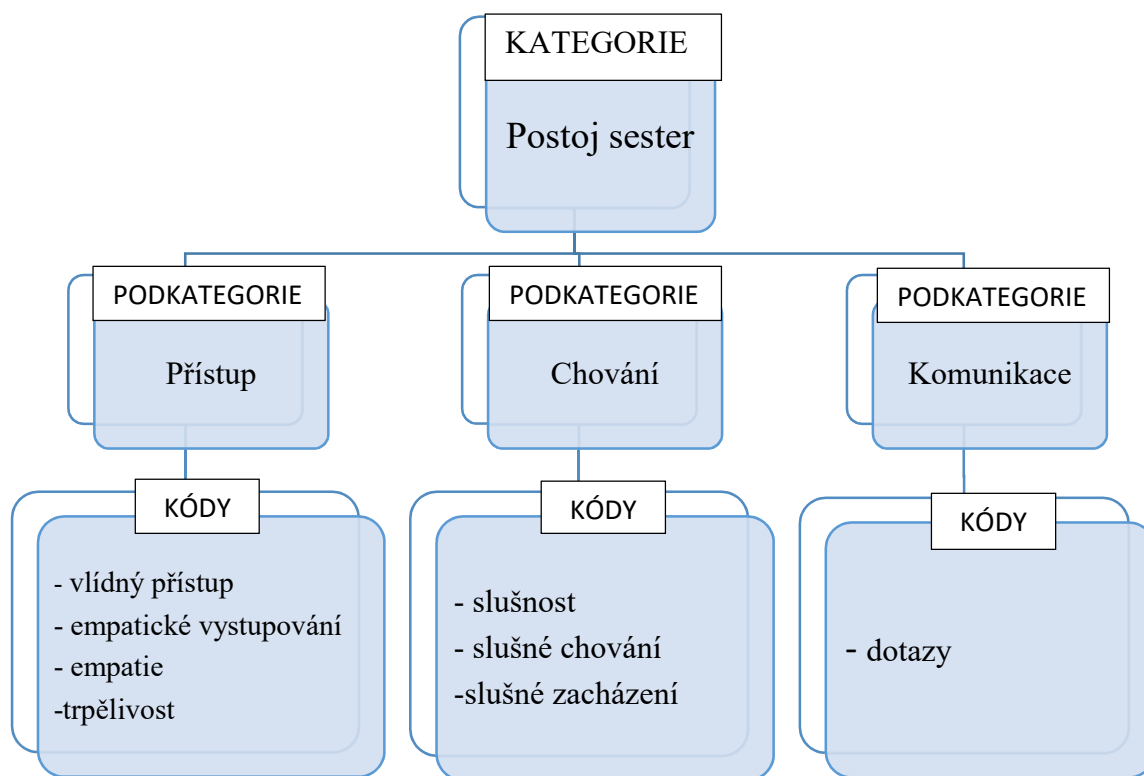
Tato podkategorie obsahuje informace, týkající se přístupu k pacientovi podle určitých pravidel.

Byly u ní vytvořeny tři kódy: „vhodné chování“, „chování dle pravidel“, a „bezpečná péče“. Informátorka č. 8 uvedla: „*Péče, kdy chráníme pacienta, chráníme jeho soukromí, chápeme jeho pocity a taky se k němu celkově vhodně chováme.*“ Také informátorka č. 9 uvedla vhodné chování ve své odpovědi: „*Je to péče, při které se k pacientovi chováme podle pravidel, no jakože podle řekla bych i společenských pravidel, samozřejmě u něj dodržujeme obecné zásady, třeba dodržování soukromí, neříkání choulostivých informací před ostatními a podobně.*“ Třetí z informátorek popsala důstojnou péči ve své odpovědi takto: „ *To je podle mě péče, kterou pacientovi neublížím.*“

Holismus

Tato podkategorie byla vytvořena na základě jedné odpovědi informátorky 2, která ve své odpovědi uvedla: „ *Zjednodušeně bych řekla, že to souvisí s tím, vnímat člověka jako celek, takže bych určitě zmínila ten holistický přístup k člověku.*“. Byl vytvořen kód: „vnímat člověka jako celek“.

Schéma 14 Požadavky pacientů



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie s názvem: Přístup sester k pacientům se zabývá otázkou požadavků a nejdůležitějších aspektů, které dle všeobecných sester pacienti nejčastěji a nejvíce vyžadují v rámci důstojné péče a důstojného přístupu. V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie, z nichž je první nazvána Přístup a obsahuje šest kódů. Do podkategorie s názvem Chování, náleží kódy čtyři a do poslední kategorie s názvem Komunikace spadá pouze jeden kód.

Přístup

Tato podkategorie shrnuje odpovědi všeobecných sester na otázku: Co si myslíte, že je pro pacienty nejdůležitější v přístupu sester ohledně jejich důstojnosti?

Vyskytují se v ní kódy: „vlídný přístup“; „empatie“; „empatické vystupování“; a „trpělivost“. Informátorka 1 ve své odpovědi na tuto otázku uvedla: „*Když to vezmu podle sebe, to co bych já vyžadovala, tak je to zejména vlídný přístup a empatie a pro ty lidi si myslím, že je to podobné.*“ Na podobnou odpověď poukazuje i informátorka 5, která řekla: „*Určitě individuální přístup a empatie, to bych chtěla i já.*“ Informátorka 4 vysvětluje svoji odpověď, ve které uvedla empatii, takto: „*Tak nejdůležitější je určitě*

empatie, protože je důležité, aby se sestra dokázala vcítit do té situace a pacienta pochopila. Ostatní informátorky odpovídaly velmi podobně, nejvíce se v této kategorii vyskytuje kód empatie.

Chování

Tato podkategorie byla vytvořena na základě odpovědí informátorek, týkají se určitého vzorce chování všeobecných sester k pacientům, které pacienti dle těchto sester vyžadují a očekávají a které je pro pacienty nejdůležitější.

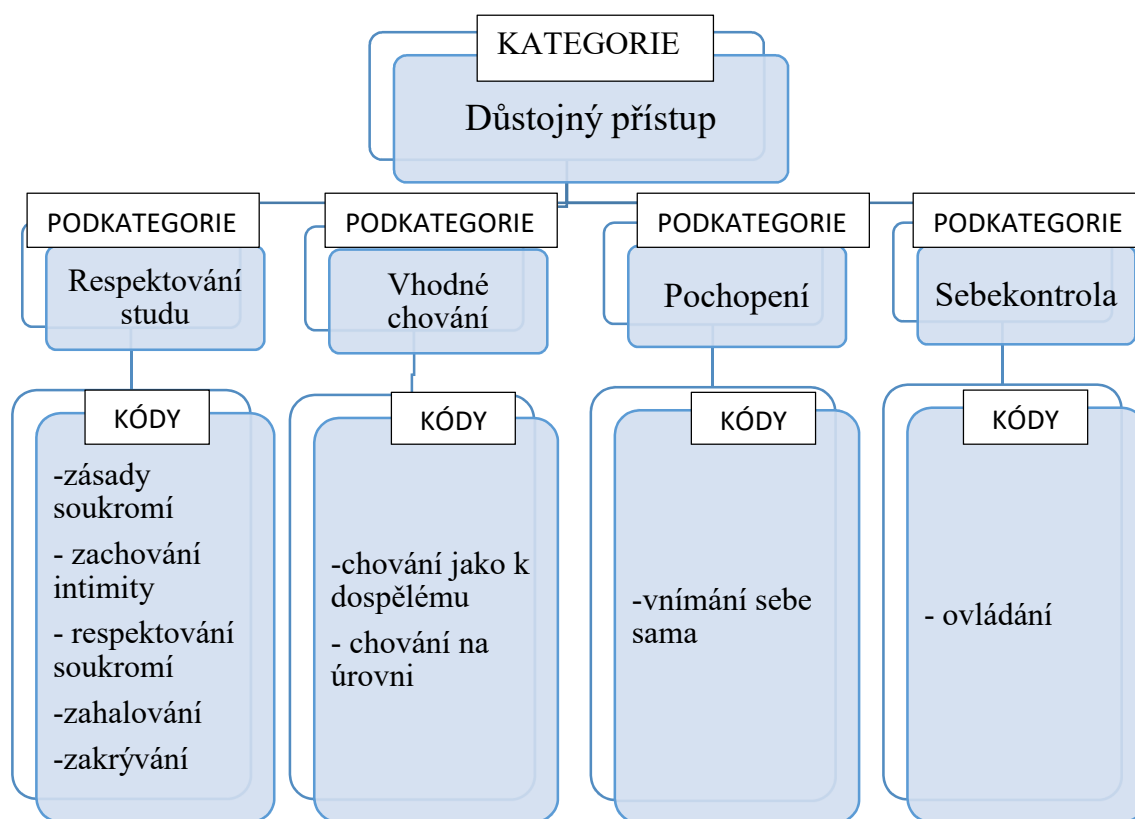
V této podkategorii byly vytvořeny čtyři kódy a to: „slušnost“; „slušné chování“; „slušné zacházení“. Nejčastěji zmiňovaným výrazem v této podkategorii je slovo slušné v souvislosti s druhým nejvíce zmiňovaným výrazem, a tím je chování.

První z informátorek, informátorka 6., na tuto otázku uvedla: *„Podle mě vyžadují slušnost, úctu a respektování jejich přání a potřeb a taky pochopení.“* Dále informátorka 7 odpověděla takto: *„Tak když si to vezmu tak, jak bych chtěla, aby o mě bylo postaráno a přistupováno, kdybych já sama byla pacient, tak je to určitě slušné chování a taky dodržování například soukromí a přála bych si, aby se o mě sestry staraly individuálně...“*

Komunikace

V této podkategorii se vyskytuje pouze jeden kód: „dotazy“ a to na základě pouze jedné odpovědi. Informátorka 2 uvádí svou odpověď takto: *„Určitě je strašně důležitá komunikace. Zeptat se ho, jak se cítí, jak se má.“*

Schéma 15 Přístup všeobecných sester k pacientům



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Důstojný přístup ukazuje na informace, týkající se odpovědi všeobecných sester na takový přístup, který pacientům nenaruší jejich důstojnost. V této kategorii byly vytvořeny čtyři kódy s názvy: Respektování studu, Vhodné chování, Pochopení a Sebekontrola.

Respektování studu

Do této podkategorie patří čtyři kódy: „zásady soukromí“, „zachování intimity“, „respektování soukromí“, „zahalování“ a „zakrývání“.

Informátorka 2 odpovídá: „*Snažím se dodržovat zásady soukromí třeba u hygieny a tak, jakože se snažím zachovat jejich intimitu.*“ A informátorka 9 uvádí: „*Zakrývám je při hygieně, snažím se jim nenarušit soukromí a ptám se na jejich pocity při výkonu.*“

Vhodné chování

Do této podkategorie byly dány dva kódy s názvem: „chování jako k dospělému“ a „chování na úrovni“, které vyplývají z odpovědi informátorky 5, jejíž odpověď zní: „*Chovám se k němu jako k dospělému člověku, který je samostatný a i když třeba zrovna úplně všechno nemůže, chovám se k němu tak, jak si myslím, že bych chtěl, kdyby mohl,*

a třeba si říkám, co bych chtěla já, kdybych byla v jeho stavu...“ a informátorky 10, která uvádí: „Chovám se k němu na úrovni. Informuji ho o tom, co u něj dělám. Snažím se mu navodit pocit důvěry.“

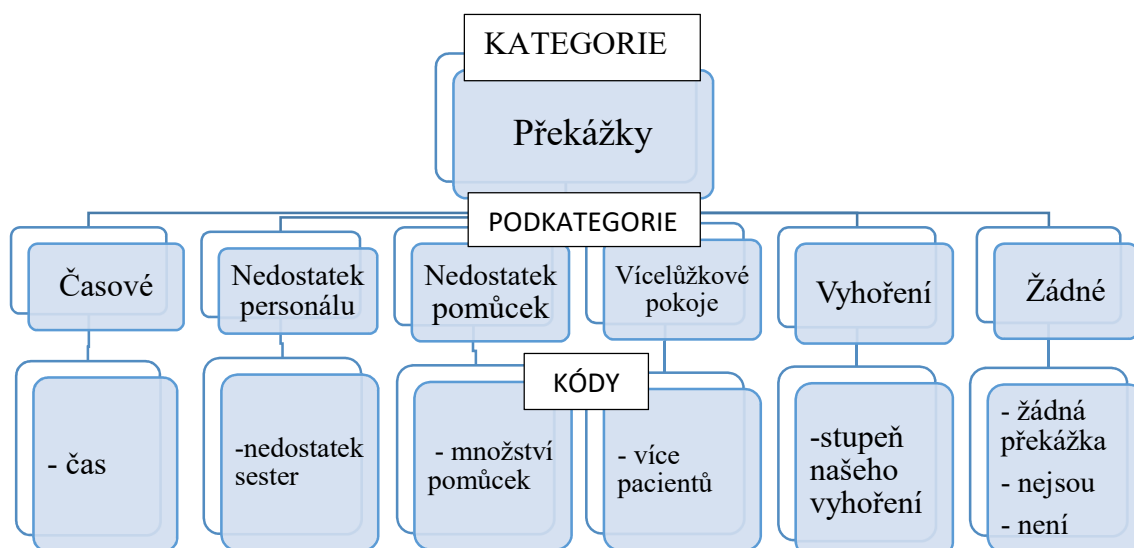
Pochopení

Podkategorie Pochopení obsahuje jeden kód: „vnímání sebe sama“. Informátorka 1 odpovídá: „Důležité je zjistit, jak člověk sebe chápe, někdo chce přístup nadlehčující, někdo chce, abychom všichni plnili jejich rozkazy, je to zcela individuální a záleží na tom, jak si uvědomuje sám sebe a své onemocnění.“

Sebekontrola

Do této podkategorie byl dán pouze jeden kód: „ovládání“, který byl vytvořen z odpovědi informátorky 4, která stručně uvádí: „Občas se musím hodně ovládat.“

Schéma 16 Překážky k důstojnosti



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie Překážky pojednává o možných překážkách, které zabraňují nebo nějakým způsobem omezují důstojnou péči a důstojný přístup všeobecných sester k pacientovi. V této kategorii bylo stanoveno šest podkategorií s názvy Časové, Nedostatek personálu; Nedostatek pomůcek, Vícelůžkové pokoje, Vyhoření a Žádné.

Časové

Do této kategorie byly zařazen dvakrát kód „čas“.

Takovýmto způsobem odpověděla informátorka 4.: „*Ano jsou a je to čas. Protože když jdete k člověku, který opravdu něco potřebuje, tak pomalu ani nemáte čas ho vyslechnout, jelikož máte dalších x věcí na práci a dalších x pacientů, kteří také něco potřebují a nedokážete se jim tedy věnovat úplně tak, jak by bylo potřeba.*“ Informátorka 5 odpovídá takto: „*Tak určitě je tady největší překážka čas, i když je to vlastně překážka, za kterou my vůbec nemůžeme...*“

Nedostatek personálu

V podkategorii Nedostatek personálu byl vytvořen jeden kód s názvem: „nedostatek sester“. Takto odpověděla informátorka 9: „*Myslím si, že je to moc pacientů na málo sester. Jinak žádnou překážku nevidím.*“

Nedostatek pomůcek

Do této kategorie spadá jeden kód: „množství pomůcek“. Odpověď, týkající se nedostatku potřebných pomůcek udává informátorka 2: „*Podle mě jsou a řekla bych, že je největší problém v množství pomůcek na oddělení, který brání v tom dodržovat třeba soukromí a tak. Hlavně je to nedostatek plen a podobných pomůcek...*“

Vícelůžkové pokoje

V této kategorii byly zařazen kód: „více pacientů“. Velmi rozvinutou odpověď poskytla informátorka 3, která uvádí: „*Ano určitě jsou a nejvíce bych řekla, že je největší problém více pacientů na pokoji, nemusí mu vyhovovat přítomnost ostatních spolubydlících na pokoji nebo i více zdravotnického personálu. My tu máme jen tři jednolůžkové pokoje, takže to jde docela špatně. Podle mě není nikdo rád, aby o něm ostatní cizí lidé věděli třeba něco o jeho zdravotním stavu nebo tak.*“

Vyhoření

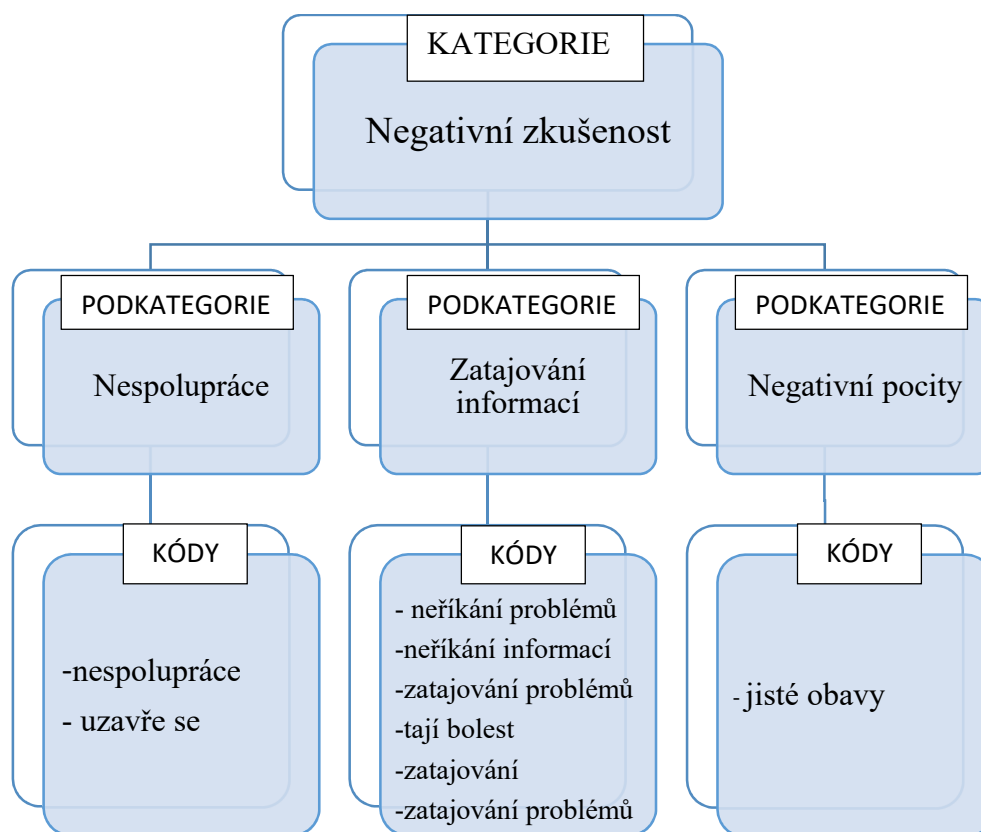
Do této kategorie patří jeden kód: „stupeň našeho vyhoření“. Informátorka 1 uvádí: „*Řeknu to asi trochu jinak, ale nejčastější důvod a také překážka toho, že se k člověku nechováme empaticky, je stupeň našeho vyhoření.*“

Žádné

Tato podkategorie obsahuje tři kódy: „žádná překážka“, „nejsou“ a „není“.

Informátorka 6 vidí situaci takto: „*Podle mě nemůže být nikdy žádná překážka k tomu, aby se člověk choval důstojně, takže ne.*“ Informátorka 8 odpovídá takto: „*Podle mě nejsou přímo překážky, protože je podle mě daný, že se důstojnost respektuje i za špatných podmínek.*“ A poslední podobnou odpověď uvádí informátorka č. 10: „*Rozhodně žádná překážka není, jelikož se důstojně musíme chovat automaticky ke všem, i kdyby bylo špatné prostředí a tak dále.*“

Schéma 17 Ovlivnění pacienta špatnou zkušeností



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato kategorie mapuje odpovědi všeobecných sester na otázku: Jak si myslíte, že může negativní zkušenost pacienta v této oblasti ovlivnit přístup k jeho zdraví? Otázka se týká důstojnosti člověka. Do této kategorie byly dány tři podkategorie: Nespolupráce, Zatajování informací a Negativní pocity.

Nespolupráce

V této kategorii byly vytvořeny dva kódy: „nespolupracuje“ a „uzavře se“. Informátorka 3 odpovídá: „*Určitě si myslím, že hodně. Když vidí, že není brán zřetel na jeho dotazy a problémy, tak si řekne, tak já to říkat příště nebudu, stejně se nic neděje a nespolutracuje a nebude otevřený ve sdělování svých problémů a tím pádem může skrýt i nějaké důležité příznaky, které když neodhalíme, tak se mu může stát něco závažnějšího.*“ Dále informátorka 9 udává: „*Pacient se uzavře, hodně ho to poznamená a pak zdravotníkům nedůvěřuje.*“

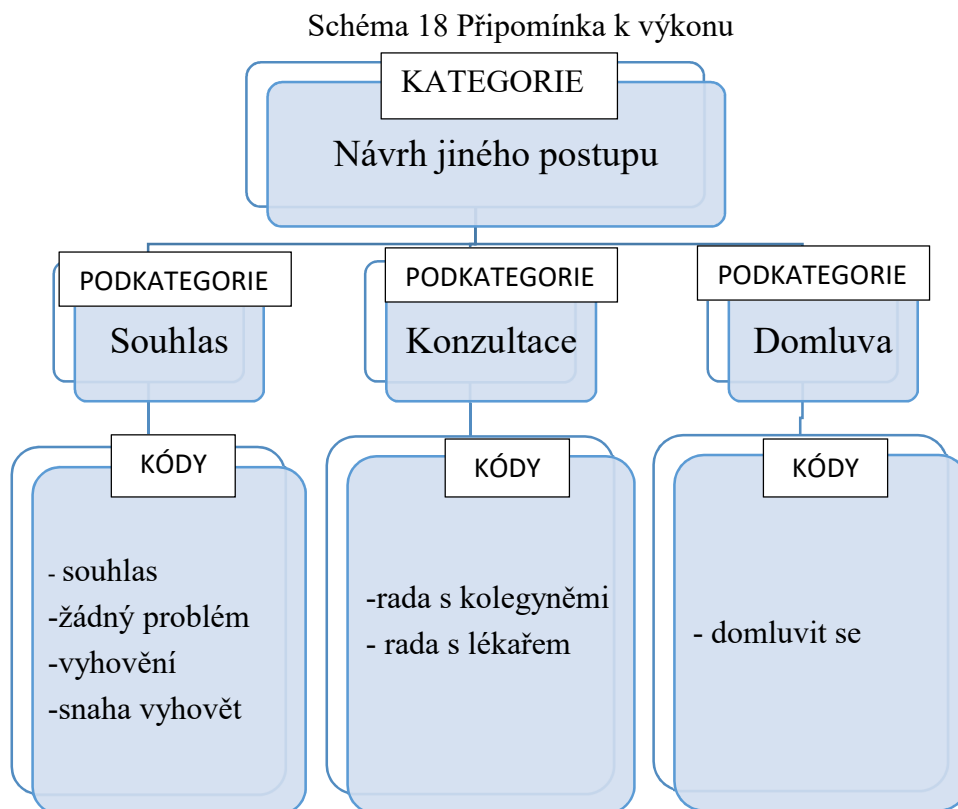
Zatajování informací

Tato kategorie obsahuje celkem šest kódů, jejichž názvy jsou: „neříkání problémů“, „neříkání informací“, „zatajování problémů“, „tají bolest“, „zatajování“ a „zatajování problémů“. Informátorka 1 například udává: *Může zatajovat svoje obtíže a může*

to narušit celé vyšetřování a léčbu.“ Dále informátorka 4 odpovídá: „Podle mě je to tak, že pokud se mu takového něco stane v minulosti, neustále se bojí, že se mu to stane znovu a proto třeba neřekne nějaké informace, které jsou pro nás důležité, a pak se mu může ublížit.“ Podobnou odpověď uvádí informátorka 5, která říká: „, Hodně ho to poznamená, protože pak asi neřekne úplně svoje problémy a kvůli my nevíme, že ho třeba něco bolí a může se mu kvůli tomu stát něco horšího.“

Negativní pocity

Do podkategorie negativní pocity spadá kód „jisté obavy“, který vyplývá z odpovědi informátorky 6, která udává: „, Samozřejmě může mít jisté obavy, které mohou negativně narušovat jeho zdraví, a vede to třeba k vyššímu tlaku, bolestem hlavy a tak podobně.“



Zdroj: Vlastní zpracování

Kategorie návrh jiného postupu ukazuje na odpovědi informátorek, které byly tázány na jejich možnou reakci po pacientově připomínce či jinému návrhu k výkonu. V této kategorii byly vytvořeny dvě kategorie, které se téměř prolínají a to podkategorie: Souhlas a konzultace a třetí podkategorie: Domluva.

Souhlas

V této kategorii je obsaženo šest kódů: „souhlas“, „žádný problém“, „vyhovění“, který se třikrát opakoval a „snaha vyhovět“. Informátorka 1 odpovídá: *„Tak pokud to půjde, budu souhlasit, pokud to umožní naše stanice.“* Na podobném principu odpovídá i informátorka 5: *„No asi bych ho vyslechla a podle situace se zachovala. Asi to vždycky nejde, protože tu máme nějaké standardy a tak, ale určitě bych se mu snažila co nejvíce vyhovět a pokud bych to nedokázala, nebo bych neznala jinou variantu, tak bych se poradila s lékařem a pak by se jednalo podle něj.“* Informátorka 10 odpovídá: *„To záleží na situaci, pokud by to bylo v mých silách, asi bych mu vyhověla, pokud bych nešla protizákonně...“*

Konzultace

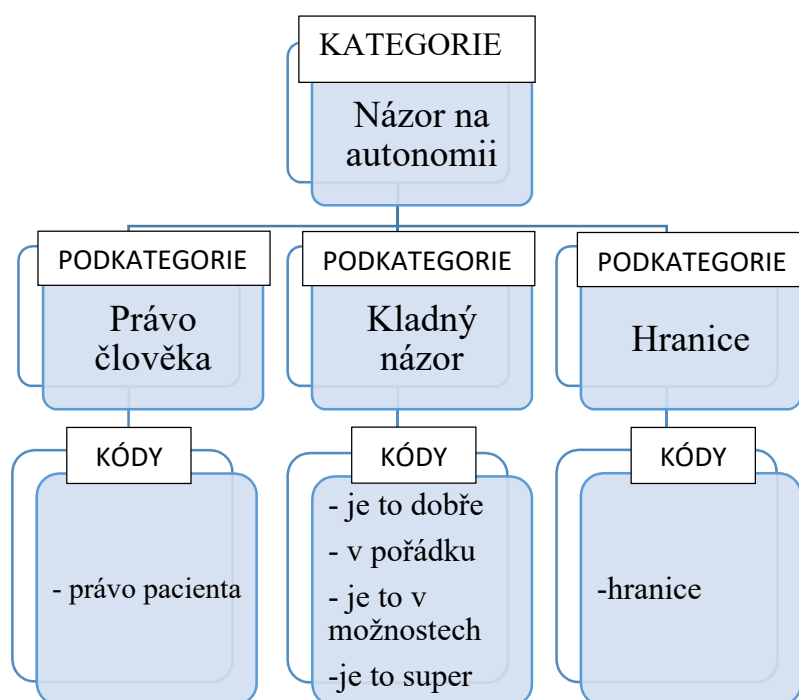
V této podkategorii byly vytvořeny dva kódy: „rada s kolegyněmi“ a „rada s lékařem“.

Informátorka 8 odpovídá: *„Vyslechla bych ho a poradila se s kolegyněmi, a pokud bychom nevěděli, tak bych se poradila s jeho ošetřujícím lékařem a podle něj pak postupovala.“* A informátorka 9 popisuje: *„Vyslechla bych ho a možná bych to i zaznamenala do dokumentace, podle situace bych se buď poradila s kolegyněmi, nebo s lékařem.“*

Domluva

Tato podkategorie obsahuje pouze jeden kód s názvem: „domluvit se“. Informátorka 2 udává: *„ Tak určitě bych se ho snažila pochopit, domluvit se s ním a domluvila bych se s ním na nějakém jiném řešení, pokud by to bylo v mých silách.“*

Schéma 19 Autonomie pacienta



Zdroj: vlastní zpracování

Kategorie Názor na autonomii mapuje odpovědi všeobecných sester na toto téma. V této kategorii byly vytvořeny tři podkategorie: Právo na člověka, Kladný názor a Hranice.

Právo člověka

Kategorie Právo člověka obsahuje kód „právo pacienta“, který se opakuje celkem pětkrát. Informátorka 5 udává: „*Pokud je to v nějaké normě, pokud si ten pacient nějak nevymýšlí neustále, nebo schválně nechce nějaké věci, tak si myslím, že na to má pacient právo. Já bych taky chtěla, abych mohla rozhodovat o tom, co se se mnou bude dít.*“ Informátorka 9 odpovídá takto: „*Pacient na to má právo, ale zase si myslím, že pokud je pacientovi doopravdy zle, tak je vděčný za to, co mu tady všechno poskytujeme, ale pokud má nějaké připomínky, tak na to má právo no.*“

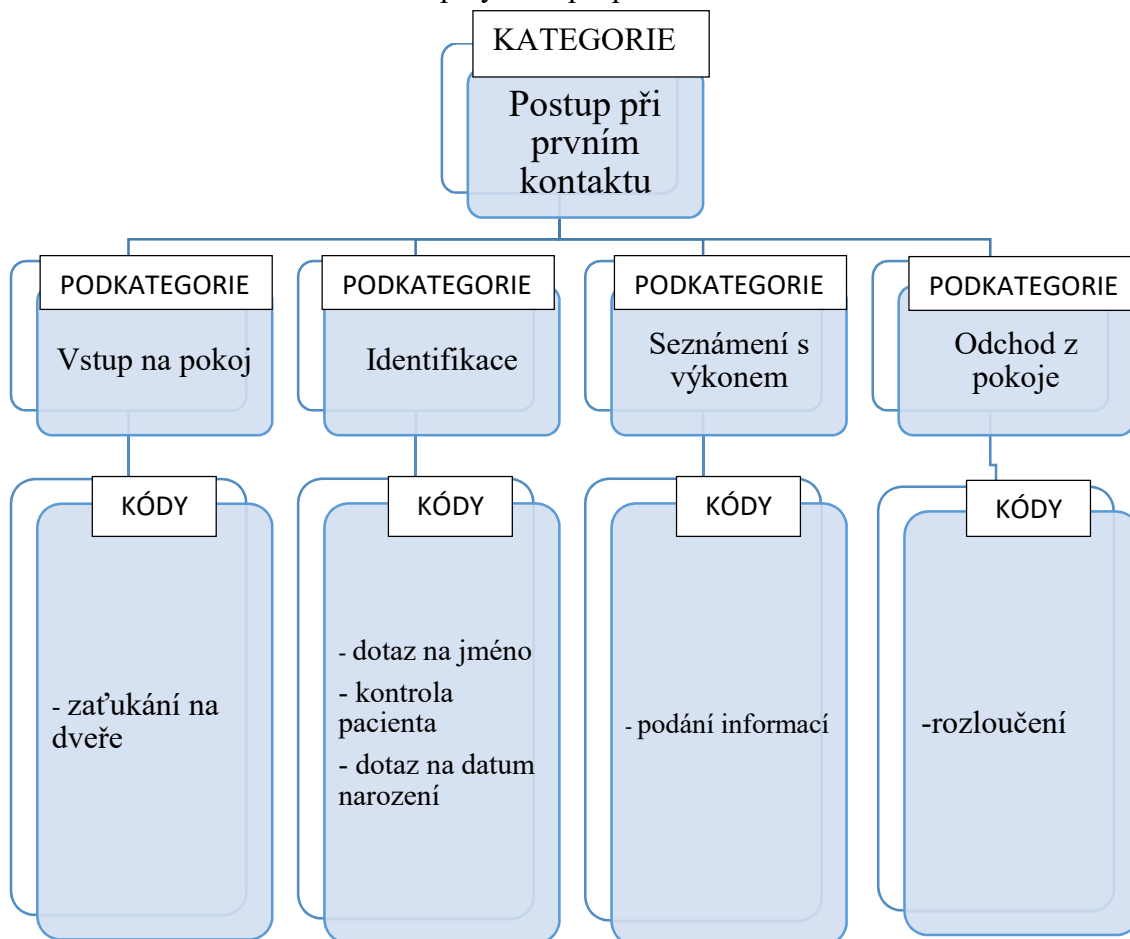
Kladný názor

Tato podkategorie obsahuje čtyři kódy: „je to možné“, „je to v pořádku“, „je to v možnostech“ a „je to super“. Informátorka 3 udává: „*Měl by se o to personál snažit a určitě je dobře, že je to možné, jelikož by měl být rovnovážný vztah mezi personálem a pacientem.*“ A informátorka 10 odpovídá: „*Tak záleží na tom, v jaké míře, jelikož toho pacienti můžou zneužívat, ale určitě je to v jejich možnostech, zasahovat například do léčby a podobně.*“

Hranice

V této podkategorii je kód: „hranice“. Informátorka 1 odpovídá: „*Já si myslím, že jsou určité hranice, jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry. Takže je pak na sestře, jak ty požadavky zhodnotí, každopádně ale mají pacienti, jako i zdraví lidé nárok na to, co se s nimi bude dít, co nechtějí a podobně.*“

Schéma 20 Postup výkonu při prvním setkání



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato kategorie s názvem Postup při prvním kontaktu vyplývá z odpovědí informátorek, které měly popsat svůj postup odběru krve u pacienta, s kterým se setkávají úplně prvně. V této kategorii jsou čtyři podkategorie: Vstup na pokoj, Identifikace, Seznámení s výkonem a Odchod z pokoje.

Vstup na pokoj

V této podkategorii se objevuje kód „zařukání na dveře“. Informátorka 6 odpověděla: „*Zařukám na dveře, vejdu na pokoj...*“

Identifikace

Tato podkategorie obsahuje tři kódy: „dotaz na jméno“, „kontrola pacienta“, a „dotaz na datum narození“. Informátorka 3 odpovídá: „*Pozdravím a zeptám se ho na jméno, zeptám se na datum narození.*“

Podkategorie Seznámení s výkonem

Tato podkategorie obsahuje kód: „podání informací“, tento kód se vyskytuje celkem osmkrát. Informátorka 7 odpovídá: „*Pozdravím ho, řeknu mu, že mu jdu odebrat krev...*“ Dále informátorka 10 uvádí: „*Vejdu na pokoj, řeknu pacientovi, co budu dělat, odeberu krev a rozloučím se s ním.*“

Odchod z pokoje

V této podkategorii se nachází kód: „rozloučení“, který se vyskytl šestkrát. Příklad odpovědi informátorky 8: „*... rozloučím se s ním a potom opustím pokoj a nechám krve odnést do laboratoře.* Další příklad odpovědi informátorky 5 zní: „*... No, a pak se s ním rozloučím a odejdu.*“

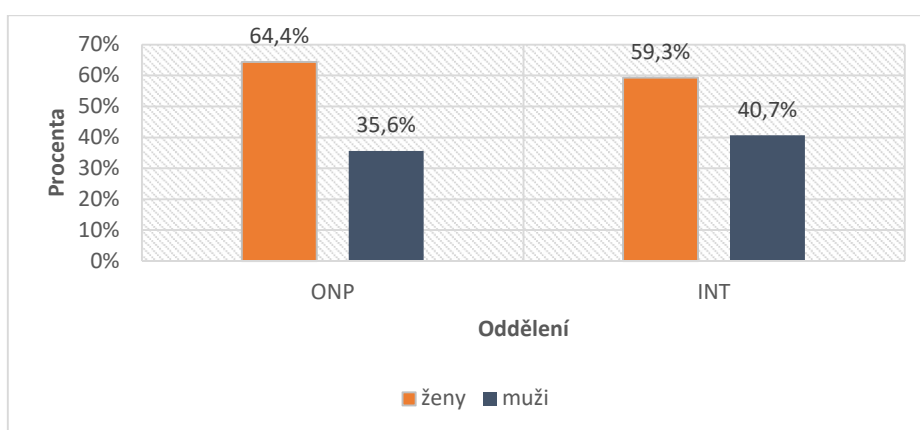
4.2 Kvantitativní část výzkumu – výsledky popisné statistiky

Legenda:

ONP: oddělení následné péče

INT : interní oddělení

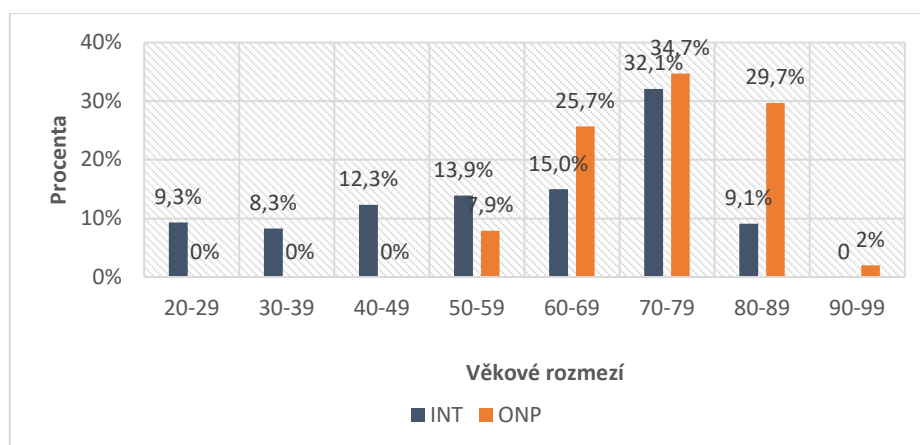
Graf 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 1 znázorňuje četnost mužů a četnost žen mezi respondenty. Z celkového počtu 101 (100 %) dotazovaných bylo do výzkumného šetření, na oddělení následné péče, zapojeno 65 žen (64,4 %) a 36 mužů (35,6 %). Na interním oddělení odpovídalo z celkového počtu 108 (100%) respondentů, 64 žen (59,3 %) a 44 mužů (40,7 %).

Graf 2 Věk respondentů

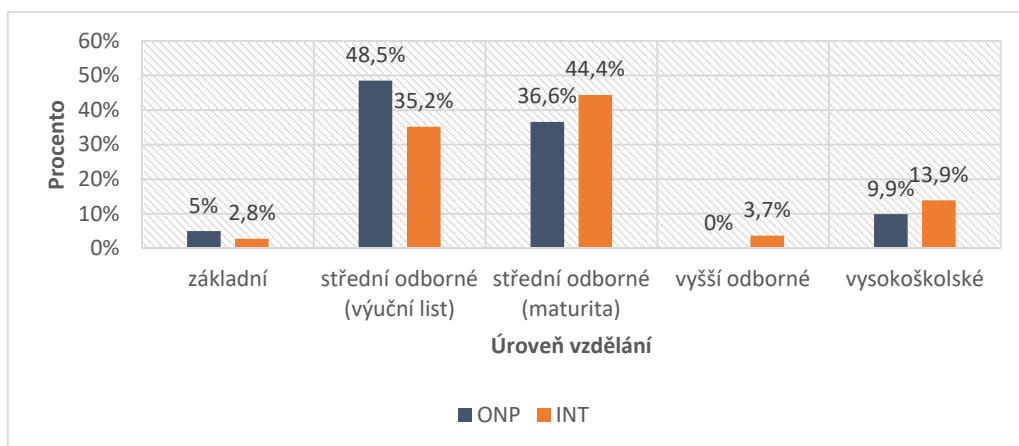


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 2 znázorňuje věkové kategorie respondentů. Nejčastější věkovou skupinou byli na oddělení následné péče respondenti v rozmezí od 70 do 79 let, jak je znázorněno na tomto grafu. Respondentů v této kategorii bylo 35 (34,7 %).

Na interním oddělení odpovídali nejvíce respondenti ve věkové kategorii také 70-79 let, kterých bylo celkem 25 (32,1%).

Graf 3 Vzdělání

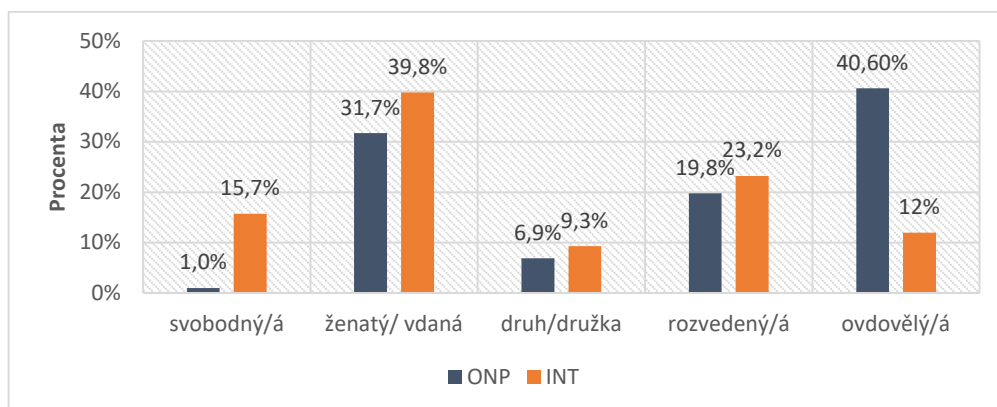


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 3 znázorňuje vzdělání respondentů. Nejvíce dotazovaných na ONP bylo se středním odborným vzděláním s výučním listem a to v počtu 49 (48,5 %). Druhou nejčastější odpovědí je vzdělání střední odborné s maturitou, kterou uvedlo 37 (36,6 %) dotazovaných. Vysokoškolsky vzdělaných bylo 10 (9,9 %) a 5 (5 %) respondentů uvedlo vzdělání základní. Odpověď „vyšší odborné vzdělání“ neuvedl nikdo.

Na interním oddělení odpovídalo 48 (44,4 %) respondentů se středním odborným vzděláním, ukončeným maturitou, 38 (35,2 %) se středním odborným vzděláním s výučním listem a vysokoškolsky vzdělaných 15 (13,9 %). Vyšší odborné vzdělání uvedly 3 (2,8%) respondenti.

Graf 4 Aktuální rodinný stav



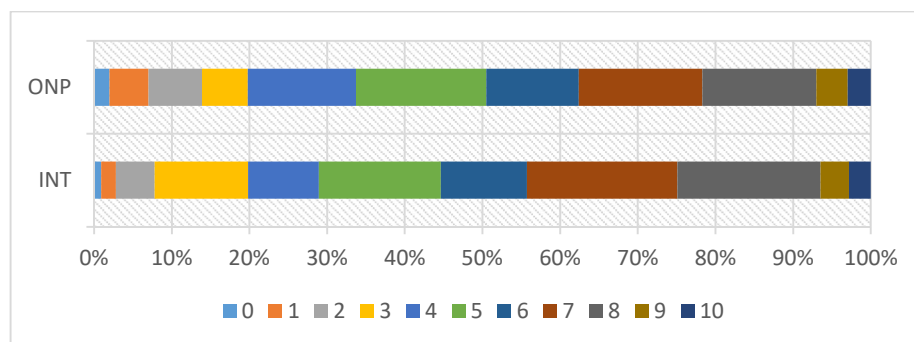
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 4 znázorňuje rodinné statusy respondentů na obou odděleních. Z grafu

je zjevné, že nejvíce respondentů na ONP bylo ovdovělých, a to v počtu 41 (40,6%) lidí. Odpověď „ženatý/ vdaná“ uvedlo 32 (31,7 %) respondentů, rozvedených 20 (19,8 %) a svobodných 7 (6,9 %). Odpověď druh/ družka zvolilo celkem 7 (6,9 %) respondentů.

Na interním oddělení bylo 43 (39,8 %) respondentů ženatých/vdaných, 25 (23,2%) rozvedených a 17 (15,7 %) svobodných. Ovdovělých respondentů bylo 13 (12 %) a odpověď „druh/družka“ zvolilo 10 (9,3 % dotazovaných).

Graf 5 Fyzický stav respondentů na oddělení následné péče a interním oddělení

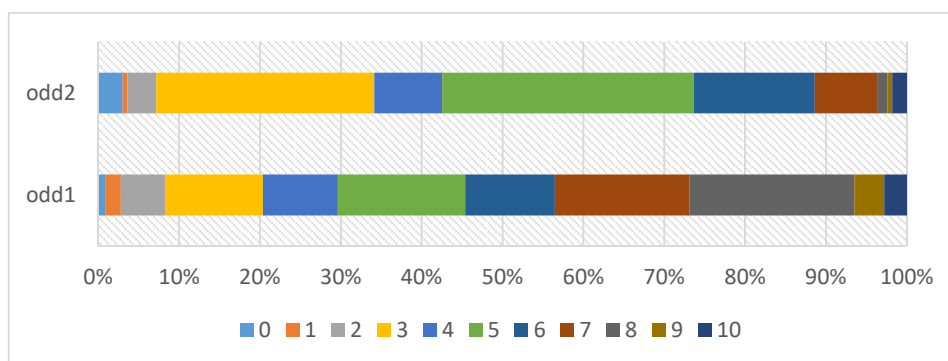


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 5 znázorňuje fyzický stav respondentu na ONP a INT. Na škále od nuly do deseti respondenti volili, v jaké míře se cítí po psychické stránce. Na grafu je znázorněno procentuální zastoupení zvolených odpovědí. Nulu, tedy nejhorší možnou volbu odpovědi, zvolilo 2 % dotazovaných. Naopak č. 10, zvolily 3 % respondentů. Průměr, tedy č. 5 zvolilo 13,9 % respondentů.

Na interním oddělení se po fyzické stránce cítilo nejlépe 2,8 % respondentů a nejhůře pouze 0,9 % dotazovaných. Průměr zvolilo 15,7 % respondentů.

Graf 6 Psychický stav respondentů na oddělení následné péče a interním oddělení



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 6 znázorňuje psychický stav respondentů z ONP a z INT. Po psychické stránce se nejlépe cítilo celkem 6 % respondentů. Nulu nezvolil žádný z dotazovaných a průměrně se po psychické stránce cítilo celkem 25,7% pacientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče.

Na interním oddělení žádný z respondentů neuvedl, že se po psychické stránce cítí na č. 0. Č. 10 zvolilo celkem 3,7 % dotazovaných a průměr uvedlo 23,1% respondentů.

Tabulka 6 Vnímání důstojnosti lidského života pacientů na oddělení následné péče

	Oddělení následné péče	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Respektování soukromí	73	24,9 %
Dodržování a respektování intimity	24	8,2 %
Klepání na dveře pokoje při vstupu	28	9,6 %
Dostatečně podané informace před jakýmkoliv výkonem i během něj	63	21,5 %
Vhodné oslovení	53	18,1 %
Představení personálu	30	10,2 %
Vnímání mé osoby jako celku	22	7,5 %
CELKEM	293	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 7 Vnímání důstojnosti lidského života pacientů na interním oddělení

	Interní oddělení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Respektování soukromí	72	27,5 %
Dodržování a respektování intimity	22	8,4 %
Klepání na dveře pokoje při vstupu	24	9,2 %
Dostatečně podané informace před jakýmkoliv výkonem i během něj	60	22,9 %
Vhodné oslovení	45	17,2 %
Představení personálu	15	5,7 %
Vnímání mé osoby jako celku	24	9,1 %
CELKEM	262	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování

V této oblasti jsme zjišťovali, co je pro pacienty nejdůležitější, aby mohli přístup od personálu vnímat jako důstojný. Na oddělení následné péče byla nejvíce volenou odpovědí „Respektování soukromí“, která byla zvolena 73x. Stejně tak tomu je i na oddělení interním, kde tuto odpověď respondenti zvolili celkem 72x. Nejméně byla volena odpověď „Představení personálu“.

Tabulka 8 Důstojnost lidského života – její vnímání z pohledu pacienta na oddělení následné péče

Odpovědi	Oddělení následné péče	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úcta, respektování člověka	42	41,6 %
Slušnost, slušné chování k lidem	25	24,8 %
Důstojná smrt, klidné umírání	11	10,9 %
Respektování soukromí	3	2,9 %
Nevěděl/ a	13	12,9 %
Nevyplnil/a odpověď	7	6,9 %
CELKEM	101	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování

V této oblasti jsme zkoumaly, jak pacienti vnímají svoji důstojnost, či co si pod tímto pojmem představí. Na tuto otázku byla možnost otevřené odpovědi. Odpovědi byly

zařazeny do určitých kategorií. Nejčastější odpovědí se stala odpověď „*Úcta, respektování člověka*“, čímž si vykládá důstojnost lidského života, z celkového počtu 101 lidí (100%), celkem 42 (41,6%) respondentů na oddělení následné péče. Druhou nejčastější odpovědí byla „*slušnost, či slušné chování k lidem*“, tuto odpověď zvolilo 25 (24,8 %) dotazovaných. Dále 11 (10,9 %) respondentů napsalo, že si pod pojmem důstojnost představí důstojnou smrt nebo klidné umírání. Respektování soukromí napsaly 3 (2,9 %) dotazovaní. Na otázku nedokázalo odpověď 13 (12,9 %), a 7 (6,9 %) jich nevyplnilo odpověď na tuto otázku vůbec.

Tabulka 9 Důstojnost lidského života – její vnímání z pohledu pacienta na interním oddělení

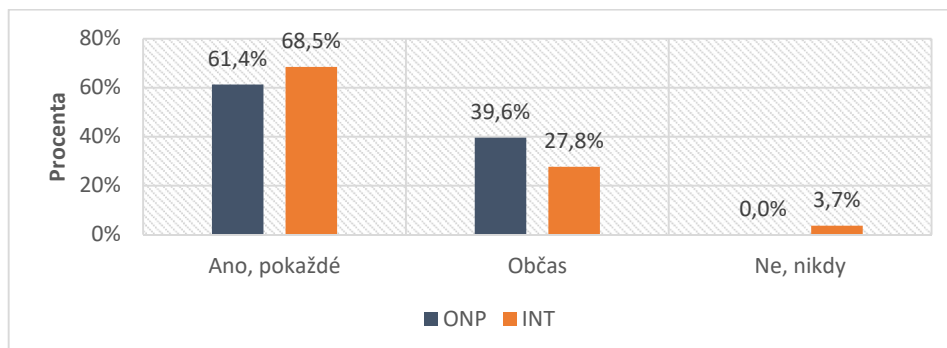
Odpovědi	Interní oddělení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úcta, respektování člověka	31	28,7 %
Slušnost, slušné chování k lidem	23	21,3 %
Respektování soukromí	13	12 %
Součást člověka	10	9,3 %
Pocit bezpečí a důvěry	4	3,7 %
Pochopení člověka	2	1,9 %
Důstojná smrt a klidné umírání	2	1,9 %
Nevěděl/ a	18	16,6 %
Nevyplnil/ a odpověď	5	4,6 %
	108	100%

Zdroj: Vlastní zpracování

Na oddělení interním psalo nejvíce respondentů, z celkového počtu 108 (100 %), odpověď „*Úcta, respektování člověka*“, kterou zvolilo 31 (28,7 %) respondentů. Druhou nejvíce volenou odpovědí, kterou odpovědělo 23 (21,3 %) respondentů, byla odpověď „*Slušnost, slušné chování k lidem*“. Jako respektování soukromí vnímá důstojnost lidského života 13 (12 %) respondentů a 10 (9,3 %) ji považuje za součást člověka. 4 (3,7 %) dotazovaní uvedli, že důstojnost vnímají jako pocit bezpečí a důvěry. Jako pochopení člověka si důstojnost vysvětlují 2 (1,9 %) respondenti a stejné množství dotazovaných, tedy 2 (1,9 %), uvedli, že si pod lidskou důstojností představí důstojné umírání a klidnou

smrt. Na tuto otázku neznalo odpověď celkem 18 (16,6 %) respondentů a 5 (4,6 %) dotazovaných nevyplnilo žádnou odpověď.

Graf 7 Respektování soukromí

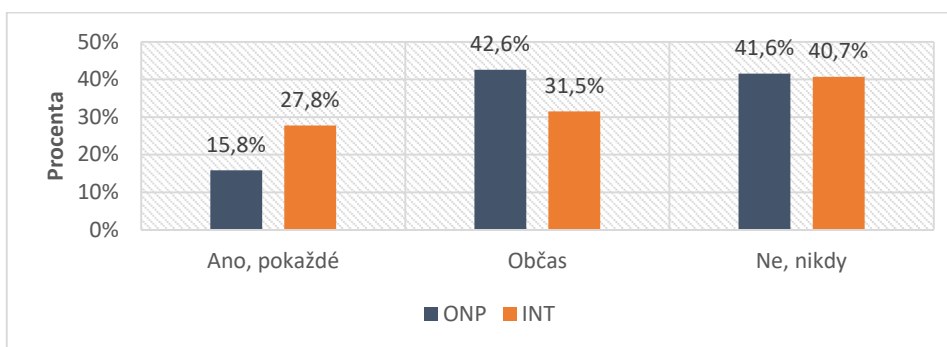


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 7 znázorňuje, jak byli pacienti spokojeni s respektováním soukromí, ze strany personálu, po dobu jejich hospitalizace. Na oddělení následné péče odpovědělo „*Ano, pokaždé*“ 61 (60,4 %) odpovídajících. „*Občas*“ zvolilo 40 (39,6 %) respondentů a „*Ne, nikdy*“ neoznačil žádný z respondentů.

Na interním oddělení zvolilo odpověď „*Ano, pokaždé*“ 74 (68,5 %) a „*Občas*“ 30 (27,8 %) respondentů. „*Ne, nikdy*“ zvolili 4 (3,7 %) respondenti.

Graf 8 Klepání na dveře před vstupem

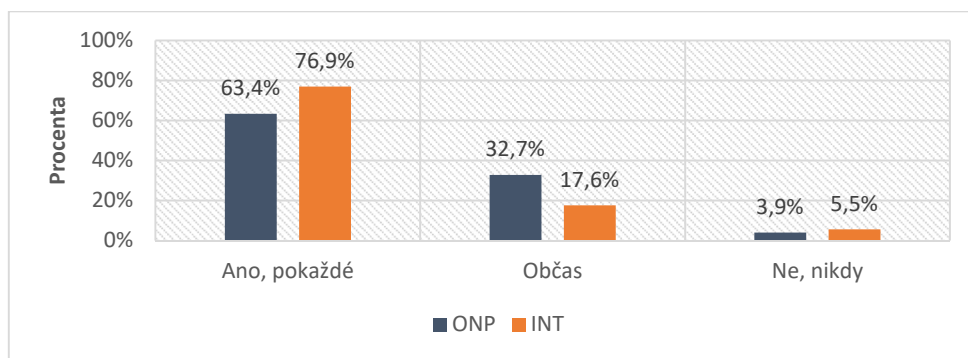


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 8 znázorňuje četnost odpovědí na otázku, týkající se klepání na dveře personálem před vstupem na pokoj. „*Ano, pokaždé*“ odpovědělo 16 (15,8 %) respondentů, „*Občas*“ 43 (42,6 %) a „*Ne, nikdy*“ zvolilo 42 (41,6 %) dotazovaných.

Na interním oddělení byla nejčastější odpověď „*Ne, nikdy*“, kterou zvolilo 44 (40,7 %) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „*Občas*“, kterou označilo 34 (31,5 %) respondentů. „*Ano, pokaždé*“ zvolilo 30 (27,8 %) respondentů.

Graf 9 Vhodné oslovení



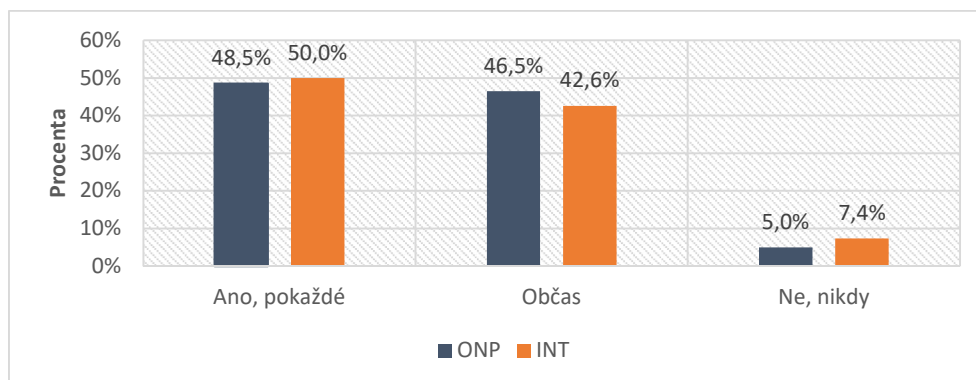
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 9 znázorňuje četnosti odpovědí, které udávali respondenti na otázku, kterou jsme zjišťovali, zda byli pacienti personálem vhodně oslovení.

Na oddělení následné péče udalo kladnou odpověď „*Ano, pokaždé*“ 64 (63,4 %) respondentů. 33 (32,7 %) dotazovaných zvolilo odpověď „*Občas*“ a „*Ne, nikdy*“ označili 4 (3,9 %) respondenti.

Na interním oddělení odpovědělo „*Ano, pokaždé*“ 83 (76,9 %) respondentů, 19 (17,6%) jich odpovědělo „*Občas*“ a „*Ne, nikdy*“ zvolilo 6 (5,5 %) dotazovaných.

Graf 10 - Dostatečně podané informace před výkonem

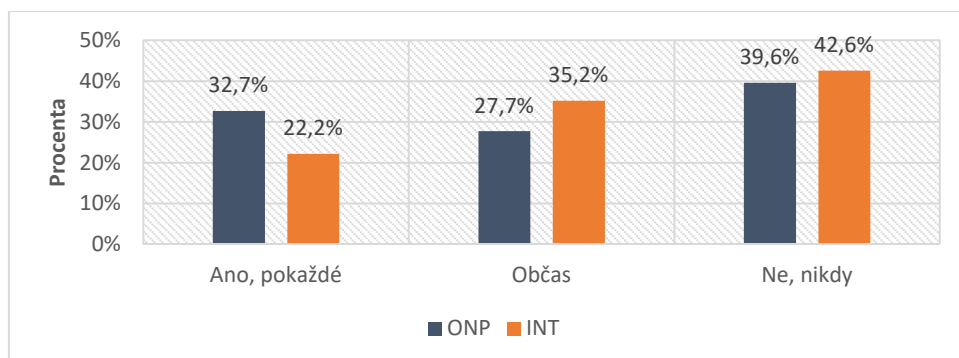


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 10 znázorňuje, jakému množství respondentů byly dostatečně podány informace před výkonem pokaždé, občas nebo naopak nikdy. Z celkového počtu 101 (100%) respondentů na oddělení následné péče odpovědělo „*Ano, pokaždé*“ 49 (48,5 %) respondentů. Odpověď „*Občas*“, zvolilo 47 (46,5 %) dotazovaných a „*Ne, nikdy*“ označilo 5 (5 %) respondentů.

54 (50 %) respondentů na interním oddělení zvolilo odpověď „Ano, pokaždé“. Odpověď „Občas“ zvolilo 46 (42,6 %) respondentů a „Ne, nikdy“ označilo 8 (7,4 %) respondentů.

Graf 11 – Představení personálem

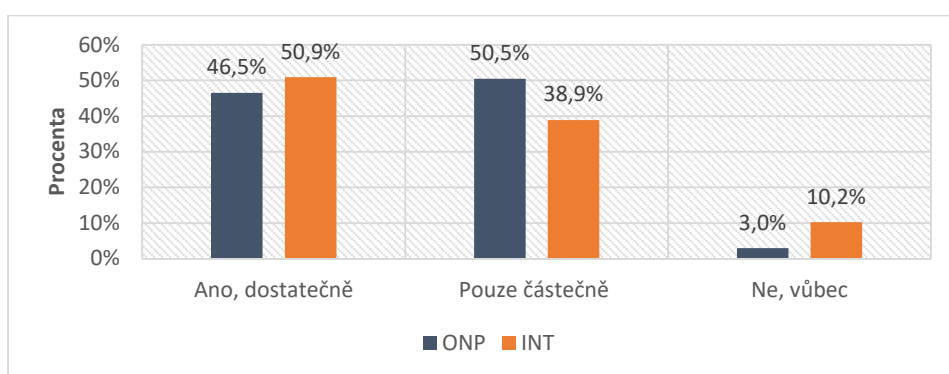


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 11 znázorňuje, jak často se personál pacientům představil. „Ano, pokaždé“ odpovědělo z oddělení následní péče celkem 33 (32,7 %) dotazovaných. Odpověď „Občas“ zvolilo 28 (27,7 %) dotazovaných a „Ne, nikdy“ označilo 40 (39,6 %) respondentů, což je nejčtenější odpověď.

Na oddělení interním zvolilo odpověď „Ano, pokaždé“ 24 (22,2 %) dotazovaných. „Občas“ označilo 38 (35,2 %) dotazovaných a „Ne, nikdy“ zvolilo nejvíce respondentů, a to 46 (42,6 %).

Graf 12 – Informace o průběhu výkonu

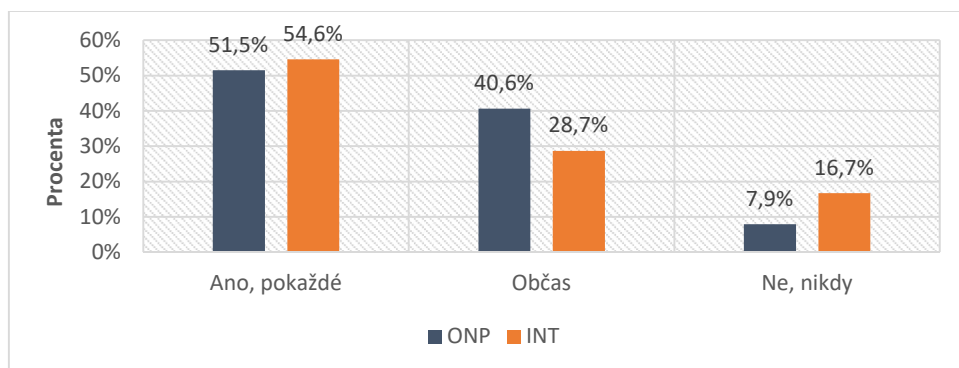


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, kterou bylo mapováno, zda personál podával pacientům dostatečné informace o průběhu výkonu. Dle odpovědí respondentů na oddělení následné péče bylo dostatečně informováno o celém průběhu výkonu, 47 (46,5 %) dotazovaných. „Pouze částečně – některé informace mi chyběly“ označilo za svou odpověď 51 (50,5 %) respondentů a „Ne, vůbec“ označili respondenti 3 (3 %).

Na interním oddělení označilo odpověď „*Ano, dostatečně*“ 55 (50,9 %) dotazovaných. Pouze částečně bylo informováno 42 (38,9 %) respondentů. Odpověď „*Ne, vůbec*“ vybralo 11 (10,2 %) dotazovaných.

Graf 13 Holistický pohled

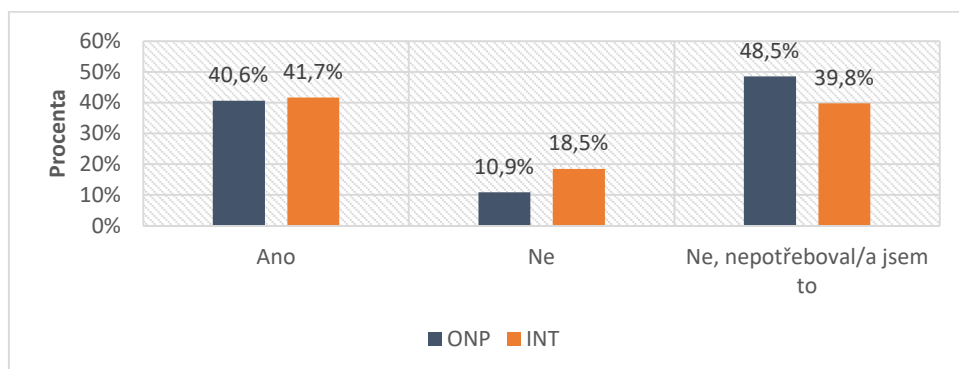


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 13 znázorňuje, zda bylo k pacientům přistupováno jako k holistickým bytostem. Respondenti odpovídali na otázku, zda měli během hospitalizace pocit, že je personál bral jako celek (holistický pohled). Na oddělení následné péče odpovědělo „*Ano, pokaždé*“ 52 (51,5 %) dotazovaných. Odpověď „*Občas*“ zvolilo 41 (40,6 %) respondentů a „*Ne, nikdy*“ zvolilo jako odpověď 8 (7,9 %) dotazovaných.

Na interním oddělení zvolilo odpověď „*Ano, pokaždé*“, 59 (54,6 %) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo „*Občas*“, což zvolilo celkem 31 (28,7 %) respondentů. Odpověď „*Ne, nikdy*“ zvolilo respondentů 18 (16,7 %).

Graf 14 Možnost vlastního názoru k výkonu



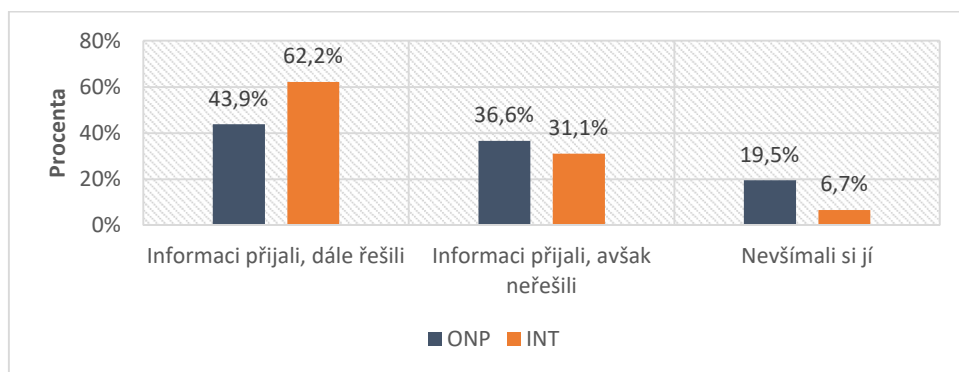
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje, kolik pacientů mělo možnost přispět svým vlastním názorem, či připomínkou k výkonu, jež u něj byl plánovaný vykonávat, či který u něj byl vykonáván. Na oddělení následné péče mohlo vlastním názorem k výkonu přispět 41 (40,6 %)

dotazovaných. Odpověď „*Ne*“ uvedlo 11 (10,9 %) dotazovaných a přispět vlastním názorem k výkonu nepotřeboval největší počet respondentů, a to 49 (48,5 %).

Na interním oddělení „*Ano*“, 45 (41,7 %) respondentů. Odpověď „*Ne*“, označilo 20 (18,5 %) respondentů, a vlastním názorem nepotřebovalo přispět 43 (39,8 %) dotazovaných.

Graf 15 Přijetí informace

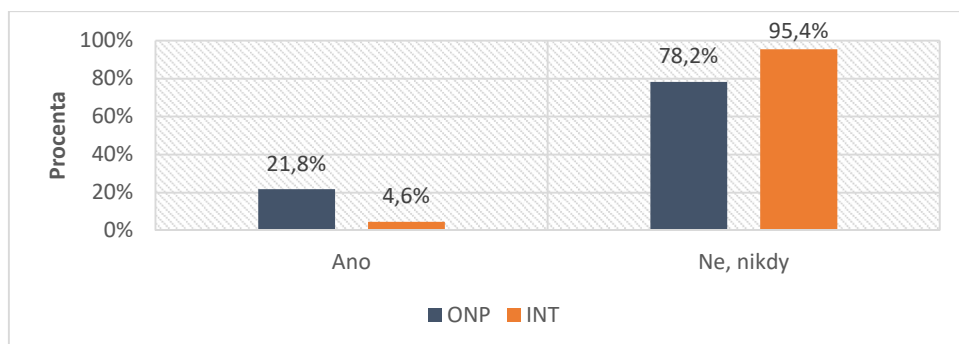


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 15 znázorňuje, jak bylo s informací pacientů nakládáno, pokud přispěli svým názorem. Z celkového množství 41 (100%) respondentů na oddělení následné péče, kteří uvedli, že měli potřebu a mohli přispět vlastním názorem k výkonu, uvedlo 18 (43,9 %), že jejich příspěvek personál přijal a nadále ho řešil. 15 (36,6 %) dotazovaných odpovědělo, že personál jejich informaci přijal, avšak jí dále neřešil a 8 (19,5 %) respondentů uvedlo, že si jejich informaci personál nevšímal.

Na interním oddělení uvedlo celkově 45 (100%) respondentů, že mohli přispět vlastním názorem k výkonu. 28 (62,2 %) z nich uvedlo, že jejich informaci personál i nadále řešil. Dále 14 (31,1 %) uvedlo, že jejich informaci personál přijal, avšak dále neřešil a 3 (6,7 %) dotazovaní označili odpověď „*nevšíkali si jí*“.

Graf 16 Nedůstojné zacházení



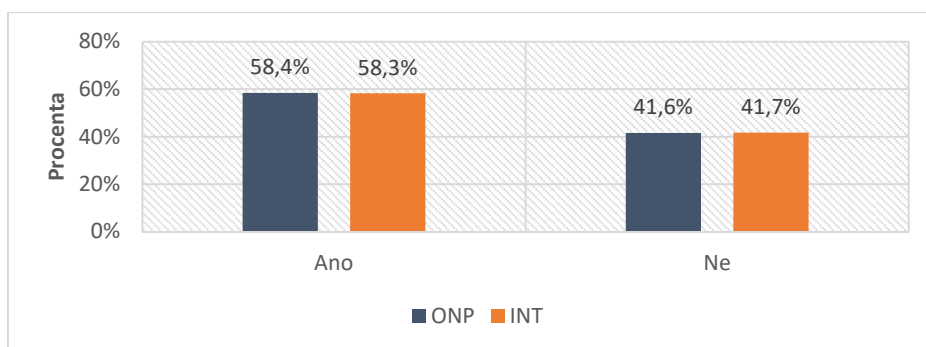
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 18 znázorňuje četnost odpovědí, na otázku: „Cítil/a jste během Vaší hospitalizace ze strany personálu nedůstojné zacházení?“ Na oddělení následné péče, uvedlo „Ano“ 22 (21,8 %) respondentů a 79 (78,2 %) dotazovaných označilo odpověď „Ne“.

V případě, že respondenti odpověděli „Ano“, uváděli situaci, při které se cítili nedůstojně. Devět (40,9%) z celkového množství 22 respondentů uvedlo jako situaci, kdy se cítili nedůstojně hygienu, 6 (27,3%) pocit nedůstojnosti při komunikaci s personálem, 5 (22,7%) nedůstojné zacházení při převozu na vyšetření a dva respondenti (9,1 %) popsali důvod nedůstojnosti tak, že nevěděli, co se s nimi bude dít.

Na interním oddělení odpovídalo celkem 108 (100%) respondentů. Odpověď „Ano“ uvedlo pouze 5 (4,6 %) respondentů a „Ne“, nikdy uvedlo 103 (95,4%) respondentů. Při odpovědi „Ano“, uvedli 3 (60%) respondenti důvod pocitu nedůstojnosti hygienu. Jeden (20%) respondent uvedl komunikaci a jeden (20%) nevyplnil důvod nedůstojného pocitu vůbec.

Graf 17 Verbální připomínka



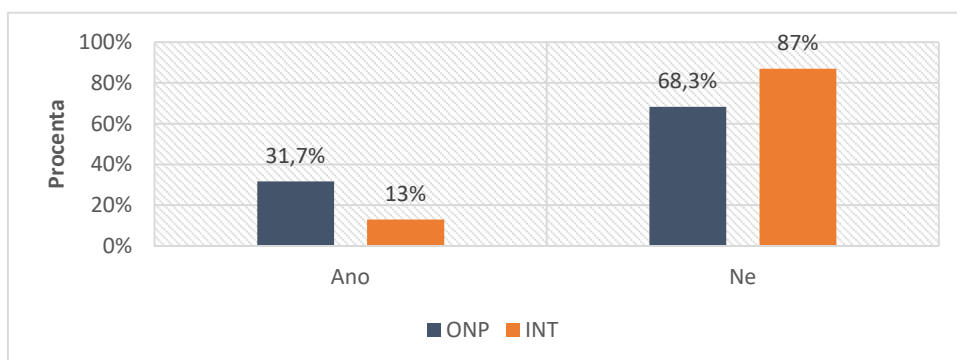
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 17 znázorňuje, zda by dali respondenti, v případě pocitu nedůstojného zacházení tento pocit verbálně najevo.

Na oddělení následné péče odpovědělo kladně 59 (58,4 %) respondentů a záporně celkem 42 (41,6 %).

Na interním oddělení odpovědělo kladně 63 (58,3 %) a záporně 45 (41,7 %) dotazovaných.

Graf 18 Návrhy na změnu chování



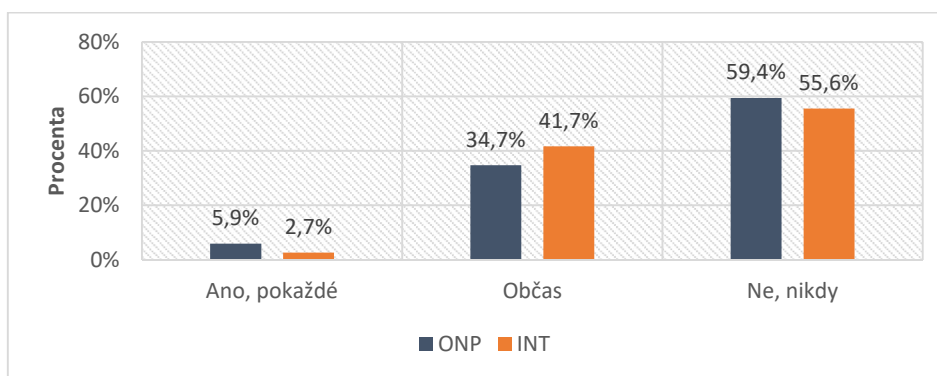
Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 18 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, kterou jsme mapovali, zda by respondenti během doby své hospitalizace změnili něco na chování sester. Na oddělení následné péče odpovědělo „Ano“ 32 (31,7 %) dotazovaných. Zápornou odpověď označilo 69 (68,3 %) respondentů. Mezi nejčastější odpovědi, co by chtěli pacienti na všeobecných sestrách změnit, byl úsměv, což odpovědělo 14 (43,8 %) respondentů. Další častou odpovědí, kterou zvolili respondenti, bylo slušnější vyjadřování, tuto odpověď zvolilo 10 (31,2 %) respondentů. Sedm (21,9 %) respondentů uvedlo trpělivost. Jeden (3,1 %) zmínil přístup k lidem.

Na interním oddělení odpovídalo celkem 108 (100%) respondentů. Kladně odpovědělo 14 (13%) a záporně 94 (87 %) respondentů.

Ze 14 (100 %) dotazovaných respondentů uvedlo jako příklad toho, co by v chování zdravotních sester chtěli zmínit, 5 (35,7 %) z nich lepší náladu u sester, 4 (28,6 %) trpělivost, 4 (28,6 %) změny v přístupu sester a jeden (7,1%) respondent uvedl, že by měly mít všeobecné sestry větší respekt k pacientům.

Graf 19 Pocit beznaděje

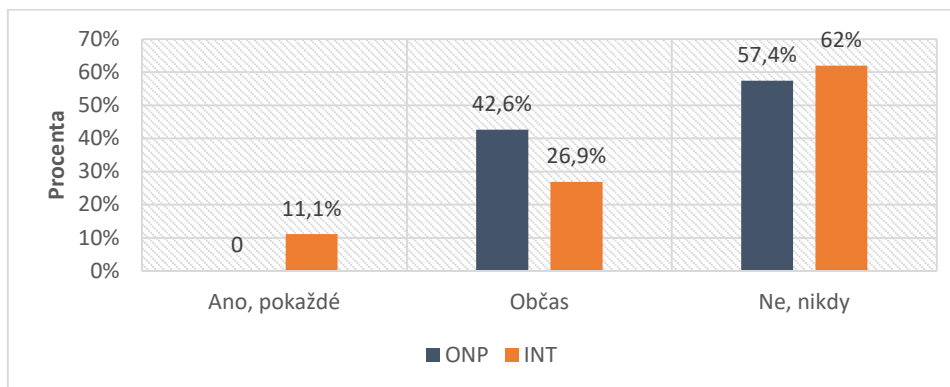


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 19 znázorňuje pocit beznaděje respondentů během jejich hospitalizace. Na oddělení následné péče odpovědělo „Ano, pokaždé“ 6 (5,9 %) respondentů, „Občas“ 35 (34,7 %) dotazovaných a úplně zápornou odpověď, tedy „Ne nikdy“ označilo 60 (59,4 %) respondentů.

Na oddělení interním odpověděli pouze 3 (2,7%) „Ano, pokaždé“. 45 (41,7 %) dotazovaných zvolilo odpověď „Občas“ a „Ne, nikdy“ označilo za svou odpověď 60 (55,6%) dotazovaných.

Graf 20 Pocit neúcty



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 20 znázorňuje pocit neúcty respondentů ze strany personálu.

Na oddělení následné péče odpovědělo nejvíce dotazovaných „Ne, nikdy“ a to v počtu 58 (57,4 %). 43 (42,6 %) pak odpovědělo „Občas“ a žádný z respondentů neudal jako svou odpověď „Ano“.

Nejčastější odpovědí na interním oddělení bylo „Ne, nikdy“, kterou za svou odpověď zvolilo 67 (62%) dotazovaných. Druhou nejčastější odpovědí bylo „Občas“ kterou označilo 29 (26,9 %) respondentů a „Ano, pokaždé“ označilo celkem 12 (11,1 %) dotazovaných.

Tabulka 10 Kdo se o pacienty staral důstojně

	Interní oddělení	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékaři	29	17,7 %
všeobecné sestry	40	24,4 %
studenti zdravotnických oborů	33	21,1 %
ostatní zdravotnický personál	9	5,5 %
důstojně se o mě starali všichni	51	30,1 %
důstojně se o mě nestaral nikdo	2	1,2 %
CELKEM	164	100 %
	Oddělení následné péče	
	Absolutní četnost	Relativní četnost
lékaři	33	19,8 %
všeobecné sestry	32	19,2 %
studenti zdravotnických oborů	35	21 %
ostatní zdravotnický personál	15	9 %
důstojně se o mě starali všichni	51	30,4 %
důstojně se o mě nestaral nikdo	1	0,6 %
CELKEM	167	100 %

Zdroj: Vlastní zpracování

V další části, kterou vyobrazuje tabulka 5, bylo zjišťováno, kdo se o pacienty staral důstojně. Na interním oddělení byla na tuto otázku nejvíce volenou odpovědí odpověď „důstojně se o mě starali všichni“, která byla od respondentů volena 51x. Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „Všeobecné sestry“, která byla zvolena celkem 40x. Nejméně volili respondenti odpověď „důstojně se o mě nestaral nikdo“, kterou zvolily pouze dva respondenti. Na oddělení následné péče byla nejvíce zvolena odpověď „důstojně se o mě starali všichni“, tato odpověď byla zvolena celkem 51x. Za nejméně četnou odpověď vyšla „důstojně se o mě nestaral nikdo“ která byla zvolena pouze jednou.

4.3 Statistické zpracování

4.3.1 Ověření hypotézy 1

H1: Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na pohlaví.

Tabulka 11 Porovnání počtu odpovědí v závislosti na pohlaví, týkající se otázky, zda někdy během své hospitalizace pocítili respondenti nedůstojné zacházení.

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST		RELATIVNÍ ČETNOST	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
Ano	22	5	10,5 %	2,4 %
Ne, nikdy	107	75	51,2 %	35,9 %
CELKEM	129	80	61,7 %	38,3 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Nedůstojné zacházení během své hospitalizace pocítilo celkem 22 (10,5 %) žen a 5 (2,4%) mužů. Naopak újmu na své důstojnosti nikdy během své hospitalizace nepocítilo 107 (51, %) žen a 75 (35,9 %) mužů.

Tabulka 12 Odpovědi na otázku pocitu nedůstojnosti v porovnání s očekávanými hodnotami v závislosti na pohlaví respondentů.

Pocit nedůstojného zacházení	Pozorované				Očekávané				Chí kvadrát test p
	Absolutní četnost		Relativní četnost		Absolutní četnost		Relativní četnost		
	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
Ano	22	5	10,5 %	2,4 %	16,7	10,3	8 %	5 %	2%
Ne	107	75	51,2 %	35,9 %	112,3	69,7	53,7 %	33,3%	
CELKEM	129	80	61,7 %	38,3 %	129	80	61,7 %	38,3%	

Zdroj: Vlastní zpracování

Protože je dosažená hladina významnosti $p < 5 \%$, testovaná H1 neplatí a hodnocení lidské důstojnosti tedy není závislé na pohlaví respondentů.

4.3.2 Ověření hypotézy 2

H2: Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.

Tabulka 13 Porovnání počtu odpovědí v závislosti na nemocničním oddělení.

ODPOVĚĎ	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST
	ONP		INT	
Ano	22	10,5 %	5	2,4 %
Ne, nikdy	79	37,8 %	103	49,3 %
CELKEM	101	48,3 %	108	51,7 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Nedůstojné zacházení ze strany personálu pocítilo na oddělení následné péče 22 (10,5 %) respondentů a na interním oddělení respondentů 5 (2,4 %). Nedůstojné zacházení z oddělení následné péče nepocítilo celkem 79 (37,8%) dotazovaných a z interního oddělení 103 (49,3 %) respondentů

Tabulka 14 Odpovědi na otázku pocitu nedůstojnosti v porovnání s očekávanými hodnotami v závislosti na nemocničním oddělení.

Pocit nedůstojného zacházení	Pozorované				Očekávané				Chí kvadrát test p
	Četnosti		Procenta		Četnosti		Procenta		
	ONP	INT	ONP	INT	ONP	INT	ONP	INT	
Ano	22	5	10,5%	2,4 %	13,1	13,9	6,2%	6,7 %	0,02%
Ne	79	103	37,8%	49,3 %	87,9	94,1	42,1%	45 %	
CELKEM	101	108	48,3%	51,7 %	101	108	48,3%	51,7%	

Zdroj: Vlastní zpracování

Protože je dosažená hladina významnosti $p < 5 \%$, testovaná H2 neplatí a hodnocení lidské důstojnosti tedy není závislé na oddělení, na které byl respondent hospitalizován.

5 DISKUZE

Cílem naší bakalářské práce bylo zmapovat důstojnost lidského života na nemocničním lůžku, která patří i lidem nemocným, starým a jakkoliv jinak znevýhodněným (Heřmanová a kol., 2012). K výzkumnému šetření bylo zvoleno kvalitativní i kvantitativní šetření. Tyto dva výzkumy se vzájemně doplňují a i přes to, že je mezi nimi podstatný rozdíl, informace v nich se prolínají a navzájem se obohacují (Kutnohorská, 2009). Zkoumaný soubor tvořily všeobecné sestry, pracující na oddělení následné péče a na interním oddělení a také pacienti, hospitalizovaní na těchto odděleních. Kvalitativní výzkumné šetření prokázalo, že mají všeobecné sestry přehled a představu o důstojnosti lidského života, i přes to, že nelze tento pojem přesně interpretovat (Milfait, 2012). Po analýze výsledků se zdá, že mají všeobecné sestry představu o zásadách takových, aby se právě lidské důstojnosti nedotkly.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo rozděleno podle zkoumaných oddělení, tedy na oddělení následné péče, na kterém bylo dotazováno deset všeobecných sester a také na interním oddělení, kterého se zúčastnil stejný počet informátorek. Bylo provedeno prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, což je nejvýhodnější technika v získávání dat (Kutnohorská, 2009). Z analýzy výsledků se jeví určitý trend shody v odpovědích. Vytvořili jsme celkem deset schémat pro každé oddělení a jednu tabulku také pro každé oddělení zvlášť, do které byly zaznamenávány odpovědi týkající se fyzického a psychického stavu, které byly voleny dle škály od nuly do deseti.

Co se týče spokojenosti sester na těchto odděleních, na oddělení následné péče se téměř všechny sestry shodly na úplné spokojenosti v tomto zaměstnání. Co se týče oddělení interního, spokojenost všeobecných sester se na tomto oddělení jeví, dle výsledků, také velmi pozitivně. Dle nás je na základě spokojenosti sester v jejich zaměstnání možný odlišný přístup k pacientům, což znamená, že sestry, které by na svém oddělení spokojené nebyly, by mohly k pacientům přistupovat jinak, než sestry, které na oddělení spokojeny a mohl by být

i pozorovatelný rozdíl v odpovědích od ostatních spokojených informátorek. I přes to, že informátorka 1 uvedla, že ve svém zaměstnání, respektive na oddělení následné péče spokojená není, se však od ostatních odpovědí neliší. Jak uvádí Špirudová (2015) spokojenost v zaměstnání může opravdu ovlivnit přístup k druhým lidem a závisí na mnoha faktorech, do kterých spadá například míra dosaženého vzdělání, délka praxe nebo například charakter práce.

Jak vysvětluje Červela a kol. (2014), lidská důstojnost je špatně definovatelným pojmem převážně proto, že si pod ní každý představí něco jiného. V podkategorii s názvem Vnímání lidské důstojnosti (viz schémata) jsme zjišťovali, jakou mají o důstojnosti všeobecné sestry představu. I v této oblasti se jeví velká shoda v odpovědích sester, jelikož se sestry shodly na tom, že je lidská důstojnost součástí osobnosti lidské bytosti a má jí tedy každý člověk. To potvrzuje i Heřmanová a kol. (2012), která důstojnost popisuje jako cosi, co přísluší každému člověku.

Druhou naznačenou shodou, která sestry spojuje, je považování úcty a respektu do přístupu, který lze nazvat důstojným. I Plevová a kol. (2011) považuje za důstojný přístup takový přístup, kterým je projeována úcta k člověku a respekt. Z analýzy dat i v tomto případě vyplývá shoda dotazovaných na oddělení následné péče. Pokud bychom to chtěli porovnat s odpověďmi všeobecných sester, pracujících na interním oddělení, našli bychom i v tomto pohledu značnou shodu, jelikož i tyto sestry považují úctu a respekt jako nedílnou součást důstojného přístupu a také považují důstojnost jako složku každého člověka, takže nejsou ve vnímání lidské důstojnosti rozdíly, budeme-li je hledat mezi interním oddělením a oddělením následné péče. Úcta a respekt jsou dvě složky, které úzce souvisí s postojem k pacientovi vzhledem k jeho důstojnosti a vytváří tak optimální vztah mezi pacienty zdravotnickým personálem (Ptáček a Bartůněk, 2011). Většina sester nepotřebovala otázku na téma významu lidské důstojnosti opakovat nebo nepotřebovala více času na rozmyšlení, z čehož se dá usoudit, že mají v této oblasti konkrétní představu, což dle nás velmi souvisí i se správným postojem k pacientům, jelikož na základě této znalosti lze projevit i znalost v důstojné péči hlavně po praktické stránce. I tedy přes to, že důstojnost neumíme přesně popsat, dokážeme k lidem přistupovat důstojně a tento mravní základ dodržovat (Ptáček a Bartůněk, 2011). Na toto téma byly všeobecné sestry na těchto dvou odděleních také dotazovány a to přímo otázkou: „*Co děláte proto, abyste během péče o pacienty nenarušila jejich důstojnost?*“ Na základě odpovědí na tuto otázku byla stanovena podkategorie Respektování studu (viz schéma), u které došlo ke shodě na obou odděleních. Například informátorka 6 z oddělení následné péče udává: „*Snažím se pacienta odhalit jen minimálně a jen na nezbytně dlouho dobu.*“ A dotazovaná č. 9 na interním oddělení zvolila takovouto odpověď: „*Zakrývám je při hygieně, snažím se jim nenarušit soukromí....*“ Pro nás jsou tyto odpovědi velkým přínosem, jelikož si myslíme, že respektování soukromí a studu pacienta je jedna z nejzásadnějších aspektů k tomu, abychom se nedotkli pacientovi důstojnosti a vzhledem k tomu, jak odpovídali pacienti

na těchto odděleních je zcela jasné, že to takto vnímají i oni sami, jelikož právě respektováním studu lze zamezit ponížení pacienta (Pokorná, 2010).

Dalším předmětem, týkající se důstojného přístupu sester k pacientům, který nás zajímal, byly překážky, které brání sestřím v co nejdůstojnějším přístupu k pacientům. I v této kategorii se jeví shoda, jelikož jak na interním oddělení, tak i na oddělení následné péče byla další častou odpovědí, odpověď „čas“. Několik informátorek uvedlo, že pro ně není žádná překážka k tomu, chovat se k lidem důstojně. Při odpovídání tyto sestry neváhaly a svojí odpověď si nijak nerozmýšlely, tudíž bylo zřejmé, že mají jasnou představu o tomto problému. Tyto odpovědi, kde sestry neuvedly žádné překážky, nás překvapily velmi kladně, jelikož si sami myslíme, že k tomu, aby se člověk k druhém člověku choval důstojně, neexistují žádné překážky a každý by se měl k druhým chovat na takové úrovni, jak by chtěl, aby se o statní chovali k němu.

I Červela a kol. (2014) toto zmiňuje, jelikož je dle něj z chování lidí zřejmé, co čekají v chování od lidí kolem sebe.

Další kategorií, kterou jsme zvolili a je dle nás jí potřeba zmínit, jelikož si myslíme, že je to jeden z nejdůležitějších prvků lidské důstojnosti, je pacientova autonomie. Na tuto otázku sestry odpovídaly různě, avšak v některých případech došlo i ke shodě v odpovědích. Nejvíce je názor sester takový, že je to právo člověka a také se u nich vyskytují názory, že je dobře, že o sobě dnes pacient může rozhodovat v souvislosti se svojí léčbou, či důležitými kroky po dobu jeho hospitalizace. Sýkorová (2007) považuje autonomii také za právo člověka, které souvisí s individualitou člověka a vlastní odpovědností. K našemu překvapení jedna z informátorek z oddělení následné péče uvedla, že autonomie pacienta během jeho hospitalizace zcela nejde respektovat, což odůvodnila takto: „*Myslím si, že to zcela nejde, protože to nedovoluje naše situace, chtěli bychom, ale nejde to z nějakých příčin.*“ Této odpovědi přikládáme značnou váhu, jelikož si myslíme, že má právo pacient uplatnit svoji autonomii pokaždé. Odpověď této informátorky zcela vysvětlit nedovedeme, jelikož je velmi nekonkrétní a lze si ji vyložit z mnoha pohledů. Kalvach a kol. (2011) považují autonomii za základ celé důstojnosti člověka. Z této myšlenky vyplývá, že pokud sestra nesouhlasí s možností plně respektovat pacientovu autonomii, narušuje tak celou důstojnost daného jedince.

Kategorie Postup při prvním kontaktu (viz schéma), jsme zvolili z důvodu snahy zmapovat, jak sestry postupují, pokud jdou provést odběr krve a s pacientem se setkávají poprvé. Naším záměrem v této kategorii bylo zmapovat to, zda sestry pacienta dostatečně informují o tom, co u něj budou vykonávat, zda s pacientem během tohoto výkonu

dostatečně a vhodně komunikují a také to, zda před vstupem na pokoj zaklepu na dveře pokoje, stejně tak, jak uvádí Mikšová (2006), která udává, že je třeba před výkonem zkontrolovat pacientovu totožnost dotazem na jeho jméno a následně ho dostatečně o celém výkonu informovat. Pokud se nejdříve zajímáme o postup sester na oddělení následné péče, zjistíme, že zaklepaní na dveře uvedlo celkem šest sester, což je pro nás překvapivý a velmi kladný výsledek. Ještě více nás potěšilo, že každá sestra uvedla, že pacienta informuje o tom, co u něj bude dělat. Dalšími častými součástmi odpovědí je například identifikace pacienta, či pozdravení při vstupu i při odchodu. Na interním oddělení uvedlo oproti oddělení následné péče pouze osm informátorek, že pacientovi před výkonem poví, co u něj budou dělat. Zaklepaní na dveře uvedla pouze jedna informátorka, což považujeme za méně důstojný přístup, než jsme očekávali. Z analýzy výsledků vyplývá, že všeobecné sestry považují za důstojnost zejména to, že je součástí člověka, lidské bytosti a patří každému jedinci, což je naše odpověď na první výzkumnou otázku. K druhé výzkumné otázce: „Co považují všeobecné sestry za důstojnou péči?“ se jeví shoda, která značí, že za důstojnou péče sestry považují především péči, prostřednictvím které jsou uspokojovány potřeby pacienta a která je správná a komplexní. Dále jsme si zvolili otázku, týkající se přístupu všeobecných sester k pacientům tak, aby nenarušili jejich důstojnost. Z těchto výsledků se jeví fakt, že sestry k pacientům přistupují důstojně, vhodně je oslovují a respektují jejich stud například při hygieně. Z analýzy dat je zjevné, že sestry za největší překážku k důstojnému přístupu považují čas. Z výsledků je ale také patrné, že některé sestry překážky vůbec nevnímají. Naše poslední výzkumná otázka souvisí s názory sester na autonomii pacienta. V této oblasti se jeví shoda, z které vyplývá, že sestry s autonomií pacienta souhlasí, což vyplývá z analýzy výsledků.

Kvantitativního výzkumného šetření se zúčastnilo 101 dotazovaných z oddělení následné péče a 108 respondentů z interního oddělení. Převážnou většinu respondentů tvořili ženy. Co se týče vzdělání dotazovaných, převládalo vzdělání středoškolské, zakončené výučním listem, u pacientů na ONP. Na interně převládalo vzdělání středoškolské s maturitou. Rodinný stav uváděli pacienti z interního oddělení nejčastěji jako ženatý/ vdaná. Na oddělení následné péče byla nejčastější odpovědí, týkající se rodinného stavu ,ovdovělý/ ovdovělá.

Dále jsme pomocí otázky, kde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, zjišťovali, co je pro pacienty nejdůležitější v tom, aby se cítili co nejvíce důstojně. Za pomocí této otázky jsme došli k závěru, že je pro pacienty v této oblasti nejdůležitější,

aby personál dodržoval a respektoval jejich soukromí a hned poté podával dostatečné množství informací před výkonem i během něj. Ptáček a Bartůnek (2011) považují dostatečné podání informací jako prostředek k tomu, jak pacienta uklidnit a ochránit ho nejen před pocitem úzkosti a stresu, jelikož svému stavu lépe rozumí a lépe se cítí při dalších postupech léčby. V tomto se velmi spjatě shodli pacienti na obou odděleních a pro nás je to výsledek, který jsme předpokládali.

Tabulka 3 ukazuje na další informace, které jsme získali poté, co měli respondenti možnost na otevřenou otázku vyjádřit svůj názor na to, jak vnímají svoji důstojnost, nebo co si pod tímto pojmem představují, což je velmi důležité pro zdravotnický personál, jelikož je zachování lidské důstojnosti stále problémem v dnešní medicíně a ošetrovatelství (Šimek, 2015). Pacienti se velmi shodovali. Jako nejčastější odpověď respondenti uváděli úctu

a respektování člověka a to v případě obou oddělení. Dále jsme zjistili, že si nejvíce lidí pod pojmem důstojnost také představuje slušnost a slušné chování, či slušné zacházení s člověkem. Mezi další odpovědi patřilo například i důstojné umírání nebo respektování soukromí. Důstojné umírání bylo zmíněno v souvislosti s blízkostí rodiny či umírání v klidu. Jak uvádí Haškovcová (2007), důstojné umírání je lidmi nejčastěji opravdu vnímáno jako umírání v kruhu rodiny. Kupka (2014) důstojné umírání považuje okamžik, kdy je odstraněno veškeré utrpení. Pochopení nebo pocit důvěry také patřily mezi odpovědi, které respondenti uvedli. Co jsme předpokládali, avšak za myšlenky většího množství respondentů je fakt, že několik lidí, na ONP 13 (12,9 %), a na INT 18 (16,7%), nedokázalo na tuto otázku odpovědět a uvedlo, že na ni neví, či neznají odpověď. Několik respondentů (5,7 %) nevyplnilo odpověď vůbec.

Další oblastí, kterou jsme zjišťovali, a která nás zajímala, bylo to, zda personál dostatečně respektuje soukromí pacientů, které spadá do lidského a slušného chování (Špirudová, 2015). Z výsledků (Graf 9) vyplývá, že personál soukromí respondentů respektoval, avšak je zřejmé, že ne pokaždé, jelikož 39,6 % respondentů z ONP a 27,8 % dotazovaných z INT uvedlo, že jejich soukromí bylo respektováno pouze občas a čtyři (3,7 %) respondenti z interního oddělení uvedli, že jejich soukromí nebylo respektováno nikdy, což je pro nás velmi špatný výsledek i přes malé množství respondentů, jelikož se domníváme, že by tato odpověď neměla být zvolena od žádného respondenta, protože se týká narušení lidské důstojnosti, což je nepřijatelné, obzvláště v oblasti respektování soukromí, jelikož zahalování při hygieně a odkrývání jen nutných částí těla při ní, nejen pacientovu důstojnost chrání, ale na druhou stranu i podporuje (Vytejková

a kol., 2013).

V rámci důstojnosti a jejího nenarušení jsme také zjišťovali, zda všeobecné sestry klepou před vstupem na pokoj. Došli jsme však k velmi špatným výsledkům. Pouze 16 (15,8 %) respondentů z ONP a 30 dotazovaných z INT uvedlo, že personál před vstupem na jejich pokoj klepal pokaždé. Naopak dobré výsledky jsme získali z odpovědí respondentů na otázku, zda byly vhodně oslovovány během jejich hospitalizace. 64 (63,4 %) respondentů z ONP a 83 (76,9%) z INT uvedlo, že je personál vhodně oslovoval. Tento výsledek jsme předpokládali, jelikož se jedná o projev slušného chování, který by měl být ke všem pacientům automatický. Kalvach a kol. (2011) také považuje v důstojném přístupu k pacientovi vhodné oslovení za důležitý aspekt a obzvlášť upozorňuje na familiární oslovení, které může pacienta velice poškodit a narušit mu jeho důstojnost.

Co patřilo do další oblasti zkoumání, byla informace, zda sestry pacienty dostatečně informovaly před výkonem, který se u něj chystaly vykonat. Došli jsme k závěru, který je pro nás velmi nejasný. Z ONP uvedlo 49 (48,5 %) respondentů, že jim byly podávány informace pokaždé, ale také 47 (46,5 %) respondentů zvolilo odpověď, že pouze občas. Na interním oddělení nevyšly výsledky o moc odlišněji, jelikož 54 (50 %) respondentů odpovědělo, že u nich sestra podala dostatečné informace před výkonem pokaždé a 46 (42,6 %), že občas. Co nás ale velmi překvapilo, jsou výsledky na odpověď Ne, nikdy, kde 5 (5 %) respondentů z ONP dalo najevo, že u nich nikdy nebyly informace poskytnuty a 8 (7,4 %) respondentů z INT jsou stejného názoru. Pro nás je tento výsledek velmi překvapivý, jelikož si nedovedeme představit situaci, kdy jde sestra pacientovi provádět jakýkoliv výkon a pacientovi neřekne žádnou informaci. Je to dle nás nedůstojný přístup, který přivádí pacienta do velmi nepříjemné situace. Jak přibližuje Šimek (2015) jsou hlavně dva důvody, kvůli kterým má být pacient informován. První je ten, že je to bezvýhradně pacientovo právo a druhý souvisí s tím, že pokud je pacient dostatečně informován, lépe spolupracuje. (Šimek, 2015)

Další oblast zkoumání, kterou znázorňuje Graf 13, bylo představení personálu pacientovi. Tento výsledek nás velmi zajímal a výsledky nás nepřekvapily, ačkoli nejsou takové, jaké by dle nás měly být. Díky zvoleným odpovědím respondentů jsme došli k závěru, že se personál pacientům nepředstavuje vůbec nebo pouze občas, kde četnost nedokážeme přesně definovat, ale ani tato odpověď není obzvlášť příznivá. Pouze 32,7% dotazovaných z ONP a 22,2 % z interního oddělení uvedlo, že se jim personál představil pokaždé. I přesto, že jsme tyto výsledky předpokládali, nás nízký počet kladné odpovědi

překvapil a to negativně. Dle Vytečkové a kol. (2011) už díky tomu, že se personál pacientovi nepředstaví, může dojít k negativním pocitům už na úplném začátku hospitalizace, například při příjmu, a doprovází ho po celou dobu hospitalizace, jelikož anonymita personálu vyvolává nejistotu.

Vzhledem k tomu, že nás zajímaly odpovědi na otázku, zda personál podával dostatečné množství informací před výkonem, položili jsme respondentům i dotaz, týkající se podávání informací v průběhu výkonu. V této oblasti (Graf 14) jsme došli k závěru, který je také velmi nejasný, jelikož sice téměř polovina (49,3 %) dotazovaných z obou oddělení uvedla, že jim byly podány dostatečné informace, ale následně téměř druhá polovina odpověděla, že jim byly informace podány pouze částečně, a že jim nějaké informace k výkonu chyběly. Myslíme si, že polovina kladných odpovědí není vzhledem k množství respondentů příliš příznivý výsledek. Příkladáme míru odpovědí také velké individualitě pacientů, jak na ONP, tak na INT, jelikož předpokládáme, že je pro každého dostatečná informovanost různá a každý člověk má jinou potřebu množství podávaných informací. S tím souhlasí i Ptáček a Bartůněk (2011), kteří upozorňují na to, že musí být pacientovi podány takové informace a v takovém rozsahu, aby mu byly tyto informace užitečné a snadno pochopitelné.

Další nejen pro nás, ale také pro pacienty, důležitou oblastí je pohled na člověka jako na celek, tedy holistický pohled na pacienta. Brán zřetel na to, že pacientův nejen psychický stav souvisí s tím fyzickým, či sociálním je dle nás velmi důležitým a také velmi opomíjeným přístupem k člověku na nemocničním lůžku, s čímž souhlasí i Kutnohorská (2009), která dodává, že je holismus v ošetrovatelství velmi zdůrazňovaný. Pocit holistického přístupu mělo z obou oddělení více, než polovina dotazovaných. Co nás ale velmi překvapilo, jsou odpovědi, které poukazují na to, že nemělo celkem 8 (7,9 %) respondentů z ONP a dokonce 18 (17,8 %) z INT pocit, že je personál bere jako celek. U této odpovědi jsme očekávali nulovou aktivitu dotazovaných, takže jsou pro nás tyto výsledky velmi záporné.

Pro nás další důležitou zkoumanou oblastí byla možnost přispět vlastním názorem k danému výkonu, kam jsme zařadili i odpověď: „Ne, nepotřeboval/a jsem to, kterou zvolilo 49 (48,5 %) respondentů z ONP a 43 (39,8 %) z INT. Pokud ale respondenti potřebu přispět vlastním názorem k výkonu měli, bylo to umožněno celkem 96 (46 %) respondentům z obou oddělení. Dohromady 31 (14,8) respondentů uvedlo, že neměli možnost přispět vlastním názorem, což nám i přes celkový počet respondentů připadá jako vysoké číslo. Pokud tedy respondenti měli možnost přispět vlastním názorem,

odpovídali dále na navazující otázku, pomocí které jsme mapovali, jak personál s jejich informací nakládal. Celkem 62,2 % z těchto pacientů na INT uvedl, že jejich informace byla přijata a dále řešena, na ONP to bylo oproti INT pouze 43,9 % respondentů. Další variantou odpovědi byla možnost, kdy pacienti sice měli možnost přispět vlastním příspěvkem a tato jejich informace byla přijata, avšak jí personál dále nijak nekonzultoval. Tuto odpověď zvolilo na ONP 31,3 % a na INT 36,6 % dotazovaných. Poslední možnou zvolenou odpovědí byla situace, kdy si příspěvku od pacienta personál vůbec nevšiml. Bohužel i u této varianty se objevily odpovědi a tu z ONP udalo 8 (7,9 %) respondentů a z INT 3 (2,8) respondenti. Vyjádření vlastního názoru souvisí s autonomií člověka, díky které se cítí pak více důstojně na základě toho, že může řídit svůj každodenní život a získávat tak pocit nezávislosti (Kutnohorská a kol., 2012).

Dále jsme zjišťovali odpovědi u jedné z nejdůležitějších otázek, která se přímo týkala toho, zda pacienti během své hospitalizace pociťovali nedůstojné zacházení. Pod nedůstojným zacházením si můžeme představit například hrubé zacházení, nevhodné oslovování, nerespektování, celkově špatné chování (Mach, 2010). Odpovědi u této otázky nás velmi zklamaly, jelikož u negativní odpovědi, tedy u zjištění toho, že pacienti pociťovali nedůstojné zacházení ze strany personálu z ONP odpovědělo dokonce 22 (21,8 %) dotazovaných. Na interním oddělení nedůstojné zacházení uvedlo 5 (4,6 %) respondentů. Což je dle nás velmi špatný výsledek. Další navazující otázkou jsme zjišťovali, zda by pacienti při nedůstojném zacházení dali tento pocit najevo. Výsledky nám vyšly téměř nerozhodně. Předpokládali jsme, že převážná většina respondentů uvede, že by tuto skutečnost personálu nedala najevo. Výsledky jsou následující: svoje pocity by verbalizovalo celkem 59 (58,4 %) respondentů z ONP a 63 (58,3 %) z INT. Na druhou stranu by své pocity zatajilo 42 (41,6%) respondentů z ONP a 45 (41,7%) dotazovaných z INT.

Vzhledem ke svým pocitům a zkušenostem při hospitalizaci měli respondenti možnost uvést, zdali a co by změnili na chování sester na těchto odděleních. 69 (68,3 %) respondentů z ONP a dokonce 94 (87 %) dotazovaných z INT odvětili, že by na chování sester vůbec nic neměnili. Tato odpověď nás velmi potěšila. Zbylý počet respondentů měl připomínky k chování sester a mezi nejčastějšími věci, které by v této oblasti pacienti změnili, byla například nálada všeobecných sester, trpělivost, či respekt k pacientům. Všeobecná sestra si svým přístupem, který musí být profesionální, musí snažit navodit

důvěru s pacientem, proto je správné chování velmi důležité (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

Prostřednictvím dalších výsledků (Graf 21 a 22) jsme došli k závěru, že pocit beznaděje, nepocítilo během své hospitalizace stejný počet respondentů, jak z ONP, tak i z INT, tento počet je 60 (dotazovaných z každého oddělení. Bohužel z oddělení následné péče uvedlo celkem 6 respondentů, že beznaděj pocíťovali pokaždé, z interního oddělení tuto variantu odpovědi uvedli 3 respondenti. Pocit beznaděje významně přispívá k celkovému psychickému oslabení (Ptáček a Bartůněk, 2011). Dále pacienti uváděli pocit neúcty ze strany personálu. Výsledky jsou pro nás velmi neblahé, jelikož odpověď, že respondenti nikdy nepocítili neúctu ze strany personálu, uvedlo na ONP pouze 58 respondentů a na oddělení interním 67 dotazovaných. Tento počet respondentů je velmi nízký vzhledem k tomu, že se jedná právě o přístup ze strany personálu. Ve zbylých případech totiž respondenti uváděli, že neúctu od personálu cítili občas a na interním oddělení mělo dokonce 12 dotazovaných pocit, že se k nim s neúctou choval personál pokaždé.

V závěru celého kvantitativního šetření jsme zjišťovali, kdo se k pacientům během jejich hospitalizace choval nejvíce důstojně, na tuto otázkou měli respondenti možnost označit více možných odpovědí. Pokud budeme brát v potaz nejprve výsledky z oddělení následné péče, zjistíme, že se nejvíce důstojně o pacienty starali všichni z možných odpovědí. To znamená, že jak lékaři, tak všeobecné sestry, studenti zdravotnických oborů i ostatní zdravotnický personál. Tato odpověď byla respondenty volena nejvíce, což je pro nás velmi přívětivý výsledek. To, že se o pacienty nestaral nikdo důstojně, uvedl pouze jeden respondent, což na tomto respondentovi může nechat následky, jelikož člověk může mít po nedůstojném zacházení s ním pocit, že je obtíž pro okolí a také dochází k narušení konceptu životních hodnot (Kalvach a kol., 2012). Pokud se budeme zabývat interním oddělením, z výsledků vyplývají velmi podobné závěry, protože nejvíce volená, dokonce stejně jako na ONP, odpověď byla, že se o pacienty důstojně starali všichni. Na rozdíl od ONP, však v tomto případě byla odpověď, ukazující na to, že se o pacienta nestaral nikdo důstojně, zvolena dvakrát. I tak nám ale na závěr tohoto výzkumného šetření vyšli velmi pěkné výsledky. Na závěr jsme ověřovali hypotézy, které byly obě nepotvrzeny. První hypotéza se zaměřovala na tvrzení, že hodnocení lidské důstojnosti závisí na pohlaví. Pomocí chí kvadrát testu jsme došli k závěru, že tomu tak není. Hypotéza tak byla nepotvrzena. I druhá hypotéza, která

považovala hodnocení lidské důstojnosti rozdílné vzhledem k tomu, na kterém oddělení je pacient hospitalizovaný, byla nepotvrzena. Hodnocení lidské důstojnosti tedy není závislé ani na pohlaví ani na oddělení, na které je pacient hospitalizován.

Co se týče výzkumných otázek, které jsme si zvolili u kvalitativního výzkumného šetření, došli jsme k následujícím výsledkům. Všeobecné sestry vnímají lidskou důstojnost jako součást osobnosti, která náleží všem lidem nebo jako úctu, respekt, slušnost a určitá pravidla. Za důstojnou péči považují jakýsi respekt, plnění požadavků a přání pacienta, dodržování pravidel a kompletní správnou kvalitní péči. Proto, aby se nedotkly důstojnosti pacienta, volí vhodné oslovení pacienta, respektují jeho stud a chovají se k němu slušně. Za největší překážku v tomto důstojném přístupu k pacientovi vidí nejvíce nedostatek času, nedostatek pomůcek nebo považují za problém to, že je na pokojích více pacientů nebo naopak nepovažují nic, co by jim v tomto přístupu k pacientovi bránilo. Jako poslední námi zvolená výzkumná otázka byla: Jaké jsou názory sester na plné respektování pacientovi autonomie? Ve většině případů se všeobecné sestry shodly na tom, že je to pacientovo právo a že je dobře, že o sobě pacient může rozhodovat, vyskytly se ale názory, že lze respektovat pacientovu autonomii, ale pouze v určitých mezích.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá důstojností lidského života na nemocničním lůžku. Zaměřuje se na pojetí lidské důstojnosti, její vnímání z pozice pacienta a její respektování z pohledu zdravotnického personálu.

V teoretické části popisujeme různé definice a teorie významu důstojnosti člověka. Důstojnost je součástí lidské bytosti, proto se také zabýváme osobou a její individualitou a teorií toho, od kdy je člověk brán jako osoba. Protože především v nemocničním zařízení je nutná důstojná péče o pacienty, zařadili jsme do této práce i kapitolu, týkající se důstojné péče, kde zmiňujeme dvě oblasti, které obnáší více specifickou péči, a tím jsou lidé se zdravotním znevýhodněním a senioři. Do této kapitoly jsme zařadili i téma, které je součástí každodenního života, a tím je důstojné umírání a důstojná smrt. V závěru teoretické části zmiňujeme lidská práva a práva pacientů a také se zabýváme dokumenty, které chrání lidskou důstojnost a v nichž je obsažena. Popisujeme zde například Listinu základních práv a svobod, či Všeobecnou deklaraci lidských práv.

Stanovený cíl, tedy zmapovat lidskou důstojnost na nemocničním lůžku, jsme splnili. Stanovili jsme si pět výzkumných otázek a dvě hypotézy:

VO1 Jak vnímají všeobecné sestry důstojnost lidského života?

Z analýzy výsledků vyplývá, že všeobecné sestry považují za důstojnost zejména to, že je součástí člověka, lidské bytosti a patří každému jedinci. Všeobecné sestry přikládají k důstojnosti úctu a respektování člověka.

VO2 Co považují všeobecné sestry za důstojnou péči?

Z výsledků se zdá, že za důstojnou péče všeobecné sestry považují správnou, komplexní a takovou péči, při které jsou uspokojovány potřeby pacienta.

VO3 Jak sestry přistupují k pacientovi, aby nenarušily jeho důstojnost?

Všeobecné sestry dodržují zásady důstojné péče, což se jeví z analýzy výsledků, ze kterých je patrné, že pacienty zakrývají při hygieně, vhodně je oslovují a informují je tom, co u nich budou vykonávat.

VO4 Jaké jsou nejčastější překážky v důstojném přístupu k pacientovi?

Vypadá to, že je jednou z nejčastějších překážek, v důstojném přístupu k pacientovi, čas nebo se naopak jeví nepřítomnost překážek, která byla také v odpovědích uváděna.

VO5 Jaké jsou názory sester na plné respektování pacientovi autonomie?

U této výzkumné otázky se vyskytuje kladný názor ze strany všeobecných sester, který se jeví z analýzy dat, na základně odpovědí, že je dobře, že o sobě pacient může rozhodovat. V některých odpovědích se však vyskytl názor, že lze pacientovu autonomii respektovat, avšak v určitém rozmezí.

H1 Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na pohlaví.

Tato hypotéza nebyla potvrzena, na základě vyhodnocení pomocí chí kvadrát testu. Znamená to tedy, že hodnocení lidské důstojnosti není závislé na pohlaví daného jedince.

H2 Hodnocení lidské důstojnosti je závislé na oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.

Hypotéza 2 nebyla potvrzena, hodnocení lidské důstojnosti tedy nezávisí ani na oddělení, na kterém je pacient hospitalizován.

Tuto práci lze využít jako materiál, který může motivovat nejen všeobecné sestry v tom, aby přistupovaly k pacientům co nejdůstojněji a zajistily tak pocit důstojnosti pacientů během jejich hospitalizace. Dále může tato práce sloužit jako informační materiál pro laickou veřejnost, například pro pacienty a pro další širokou veřejnost, která by měla zájem přiblížit si pojem důstojnost života a témata s ní související.

Výstupem práce bude informační brožura, která bude zájemcům poskytovat základní informace, týkající se důstojnosti člověka a také informace o tom, jak k lidem přistupovat co nejdůstojněji, zejména tedy v nemocničních zařízeních.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAROŠ, J., DUFEK, P., 2014. Lidská práva: Základní pojmosloví. In: DUFEK, P., SMEKAL, H., a kol. *Lidská práva v mezinárodní politice*. Praha: Wolters Kluwer, s 57-83. ISBN: 978-80-7478-720-1.
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 9788024711973.
3. BERAN, K., 2012. *Pojem osoby v právu – osoba, morální osoba, právnická osoba*. Praha: Leges. 224 s. ISBN 978-80-87576-06-9.
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 234 s. ISBN: 978-80-247-5334-8.
5. BUTTS, B. J., RICH, L. K., 2015. *Nursing ethics: Across the Curriculum and Into Practice*. 4. issue. Jones & Bartlett Publishers. 550 p. ISBN 978-1-4496-4990-5.
6. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-247-5402-4.
7. ČELEDOVÁ, L., a kol., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Grada. 154 s. ISBN: 978- 80-246-3404-3.
8. ČERVELA, R., a kol., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-3901-4.
9. ČEVELA, R. a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544.
10. DUKOVÁ I., a kol., 2013. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
11. GEISLEROVÁ, M., a kol., 2012. *Mít přehled: Průvodce informačními a poradenskými službami pro mládež v ČR*. Národní institut pro další vzdělávání. 241 s. ISBN: 978-80-87449-02-8.
12. GRINC, J., 2010. *Právo pro politology*. Praha: Grada. 160 s. ISBN: 978- 80-247-2921-3.
13. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
14. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. vydání. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

15. HERŮFEK, J. a kol., 2015. *Pojetí důstojnosti člověka od antiky po současnost*. Ostrava: Ostravská univerzita, 214 s. ISBN 978-80-7464-781-9.
16. HEŘMANOVÁ, J., Vácha a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
17. HILPERT, K., 2013. Postavení lidských práv v biomedicínských diskuzích. In: MILFAIT, R., BARTOŇ, D., *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2. vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. s. 149-155. ISBN 978-80-86057-85-9.
18. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN: 978-80-247-2150-7.
19. JONSTONE, J. M., 2011. *Bioethic: a nursing perspective*. 5. issue. Australia: Elsevirere. 514 p. ISBN 978-0-7295-3873-2.
20. KALVACH, Z., a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN: 978-80-247-4026-3.
21. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2010. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3270-1.
22. KLEVETOVÁ, D., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. Grada: Praha: ISBN 978-80-247-2169-9.
23. KOŘENEK, J., 2004. *Lékařská etika*. 2. vydání. Praha: Triton. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
24. KREJČÍ, O., 2011. *Lidská práva*. Praha: Professional Publishing. 175 s. ISBN 978-80-7431-056-0 176.
25. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
26. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
27. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
28. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
29. KUTNOHORSKÁ, J., a kol., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. 978-80-247-7874-7.

30. KUTNOHORSKÁ, J., 2011. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN: 978- 80-247-3469-9.
31. KYSUČAN, L., 2015. Individualita a důstojnost v klasické antice. In: HERŮFEK, J. a kol., *Pojetí důstojnosti člověka od antiky po současnost*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 11 ISBN 978-80-7464-781-9.
32. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. 320 s. ISBN, 978-80-247-3683-9.
33. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních..*Praha: Grada. 328 s. ISBN: 978-80-247-3148-3.
34. MALÍŘ, J., DOLEŽAL, T., 2016. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer. 212 s. ISBN: 978-80-7552-224-5.
35. MATHEW, C. J., 2010. *Biotehics and „Human Dignity“* [online]. Oxford University Press: Journal of Medicine and Philosophy Inc. [cit. 2016-10-11]. Dostupné z : www.academic.oup.com/jmp/article-abstract/35/2/180/936652/Bioethics-and-Human-Dignity
36. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
37. MILFAIT, R., 2012. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Středokluky: Zdeněk Susa. 540 s. ISBN 978-80-86057-78-1.
38. MILFAIT, R. a D. BARTOŇ., 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2. vydání. Středokluky: Zdeněk Susa. 424 s. ISBN 978-80-86057-85-9.
39. MIKŠOVÁ, Z., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče – svazek 1*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 978-80-247-1442-7.
40. MLYNÁŘOVÁ, D., 2013. *Lege artis: konkrétní podmínky a objektivní možnosti*. In: PTÁČEK, R., a kol. *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada, s. 40-47. ISBN: 978-80-247-5126-9.
41. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
42. MUNZAROVÁ, M., 2011. *Human dignity and medical ethics*. [EBSCOhost]. Časopis lékařů českých. [cit. 2017- 3- 18].

43. Nadace Open Society Fund Praha. 2004. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů. 63 s. ISBN 80-239-4334-0
44. NORDENFELT, L., 2009. *Dignity in Care for Older People*. Oxford: Blackwell Publication. 232 p. ISBN 978-1-4051-8342-0.
45. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
46. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
47. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetrovatelství 2*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
48. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-6603-4.
49. POSPÍŠIL, I., a kol., 2012. *Listina základních práv a svobod: Komentář*. Praha: Wolters Kluwer. 931 s. ISBN: 978-80-7357-750-6.
50. PTÁČEK, R., Bartůněk, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
51. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-3850-5.
52. SOKOL, J., 2010. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. 6. vydání. Praha: Vyšehrad. 368 s. ISBN 978-80-7429-056-5.
53. SOKOL, J., 2016. *Člověk jako osoba: filosofická antropologie*. 3. vydání. Praha: Vyšehrad. 280 s. ISBN 978-80-7429-682-6.
54. SPIRIT, M., 2014. *Úvod do studie práva*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN: 978-80-247-5280-8.
55. SVOBODOVÁ, H., 2012. Důstojnost. In: Kutnohorská J., *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. s 71-81. ISBN: 978- 80-247-3469-9.
56. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). 284 s. ISBN: 978-80-86429-62-5.
57. ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011.134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
58. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

59. ŠIMÍČEK, V., 2012. Listina základních práv a svobod: preambule, judikatura a literatura k preambuli. In: LANGÁŠEK, I., a kol., *Listina základních práv a svobod: Komentář*. Praha: Wolters Kluwer, s. 48-52. ISBN 978-80-7357-750-6.
60. ŠPIRUDOVÁ, L. (2015). *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-2479-964-3.
61. TAYLOR, J. H., 2016. *What are 'best interest? A Critical Evaluation Of 'Best Interests' Decision-Making In Clinical Practice* [online]. Oxford Academic: Medical Law Review. [cit. 2016-11-6]. Dostupné z: www.academic.oup.com/medlaw/article-abstract/24/2/176/2413152/WHAT-ARE-BEST-INTERESTS-A-CRITICAL.
62. United Nations., 2014. *Ochrana lidských práv*. Informační centrum OSN v Praze. ISBN: 978-80-86348-30-8
63. United Nations., 2015. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. OSN Česká republika. [cit. 2017-01-4]. Dostupné z: www.osn.cz/wp-content/uploads/UDHR_2016_CZ_web.pdf
64. VÉVODA, J., a kol. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-8662-9.
65. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Přepisy rozhovorů – CD příloha

Příloha 1 Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

1. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete?
3. Jak jste s touto prací na tomto oddělení spokojená?
4. Jak se cítíte na škále od 0 do 10 po fyzické stránce? (0:nejhorší,10:nejlepší)
☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺
5. Jak se cítíte na škále od 0 do 10 po psychické stránce?? (0:nejhorší, 10:nejlepší)
☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺
6. Co je podle vás důstojnost člověka, popřípadě co vše dle vás tento pojem zahrnuje?
7. Co je důstojná péče o pacienta?
8. Co si myslíte, že je pro pacienty nejdůležitější v přístupu sester ohledně jejich důstojnosti?
9. Co děláte proto, abyste během péče o pacienty nenarušila jejich důstojnost?
10. Myslíte si, že jsou nějaké překážky, které vám brání v tom, abyste k pacientovi přistupovala co nejdůstojněji? Pokud ano, tak jaké?
11. Jak si myslíte, že může negativní zkušenost pacienta v této oblasti ovlivnit přístup k jeho zdraví?
12. Jak byste reagovala, pokud by měl pacient nějaké připomínky nebo spíše návrh na jiný postup při výkonu?
13. Jaký je Váš názor na možnost plně respektovat pacientovu autonomii během ošetrovatelské péče?
14. Jak vypadá Váš postup, pokud jdete k pacientovi úplně prvně provádět nějaký odborný výkon, například odběr krve?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha 2 Dotazník

Vážená paní, vážený pane, jmenuji se Martina Blažková a jsem studentkou 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci ve sběru dat do mé bakalářské práce na téma: *Důstojnost lidského života na nemocničním lůžku*. Vyplnění těchto údajů je zcela anonymní. Vaši zvolenou odpověď zakroužkujte příslušným písmenem, v případě možnosti doplňte, prosím, písemně.

1. Pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Uveďte, prosím, Váš věk:

3. Stupeň Vašeho dosaženého vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední odborné (výuční list)
- c) Střední odborné (maturita)
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

4. Váš aktuální rodinný stav?

- a) Svobodný/ svobodná
- b) Ženatý/ vdaná
- c) Druh/družka
- d) Rozvedený/ rozvedená
- e) Ovdovělý/ ovdovělá

5. Jak se cítíte na vyznačené škále po fyzické stránce?(0:nejhorší,10:nejlepší)

☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺

6. Jak se cítíte na vyznačené škále po psychické stránce?? (0:nejhorší, 10:nejlepší)

☹ 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☺

7. Co pro Vás znamená lidská důstojnost, jak jí vnímáte?

.....

.....

.....

8. Co je pro Vás důležité ze strany personálu, abyste se cítil/a důstojně? (možno více odpovědí)

- a) Respektování soukromí
- b) Dodržování a respektování intimity
- c) Klepání na dveře pokoje při vstupu
- d) Dostatečně podané informace před jakýmkoliv výkonem i během něj
- e) Vhodné oslovení
- f) Představení personálu
- g) Vnímání mé osoby personálem jako celku

h) Jiné:Prosím, uveďte:.....
.....

9. Respektovaly sestry během Vaší hospitalizace dostatečně Vaše soukromí (při hygieně, během výkonu)?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

10. Klepaly sestry během Vaší hospitalizace na dveře před vstupem na pokoj?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

11. Oslovovaly Vás sestry vhodným způsobem po dobu Vaší hospitalizace?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

12. Pokud k Vám šla sestra vykonávat odborný výkon, podala Vám o něm dostatečné množství informací?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

13. Představil se Vám personál během prvního kontaktu s Vámi?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

14. Informovala Vás sestra dostatečně o celém průběhu výkonu, který u Vás vykonávala? (např. odběr krve, převaz rány, atd....)

- a) Ano, dostatečně
- b) Pouze částečně – některé informace mi chyběly.
- c) Ne, vůbec mě neinformovala o tom, co bude dělat.

15. Měl/a jste během Vaší hospitalizace pocit, že Vás personál bral jako celek, tzn., že Váš fyzický stav souvisí s psychickým a naopak?

- a) Ano, pokaždé
- b) Občas
- c) Ne, nikdy

16. Měl/a jste během Vaší hospitalizace možnost bez problémů přispět svým vlastním názorem nebo návrhem k danému výkonu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Ne, nepotřeboval/a jsem to

16b. Pokud jste odpověděl/a a) Ano, na otázku č. 17, jaká byla reakce personálu?

- a) Moji informací přijali, a i nadále se jí zabývali
- b) Moji informace přijali, avšak ji nijak dále neřešili
- c) Nevšimli si jí
- d) Jiné:.....

17. Cítil/a jste během Vaší hospitalizace ze strany personálu nedůstojné zacházení?

a) Ano (uved'te, prosím, v jaké situaci)

.....
.....

b) Ne, nikdy

18. Pokud byste se setkal/a s nedůstojným zacházením ze strany personálu, dal/a byste tento problém verbálně (slovně) najevo?

a) Ano

b) Ne

19. Je něco, co byste během Vaší hospitalizace změnil/a v chování sester?

a) Ano(prosím,uved'te):.....

b) Ne

20. Cítil/a jste během Vaší hospitalizace beznaděj?

a) Ano, pokaždé

b) Občas

c) Ne, nikdy

21. Cítil/a jste během Vaší hospitalizace neúctu ze strany personálu?

a) Ano, pokaždé

b) Občas

c) Ne, nikdy

22. Kdo se o Vás během hospitalizace staral důstojně? (možno více odpovědí)

a) Lékaři

b) Všeobecné sestry

c) Studenti zdravotnických oborů

d) Ostatní zdravotnický personál

e) Důstojně se o mě starali všichni

f) Důstojně se o mě nestaral nikdo

Zdroj: Vlastní zpracování

SEZNAM ZKRATEK

ONP – oddělení následné péče

INT – interní oddělení

OSN – Organizace spojených národů

SZŠ + PSS – Střední zdravotnická škola + pomaturitní specializační studium

SZŠ – Střední zdravotnická škola

VŠ Bc. – Vysokoškolské bakalářské vzdělání

VŠ Mgr. – Vysokoškolské magisterské vzdělání

Ž - ženy

M - muži