

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Filozofická fakulta

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY

A KULTURNÍ ANTROPOLOGIE



NÁZORY ZDRAVOTNÍCH SESTER NA ETICKÝ KODEX

OPINIONS OF NURSES TO THE ETHICAL CODEX

Magisterská diplomová práce

Bc. Eva Hlávková

Vedoucí magisterské diplomové práce: Mgr. František Znebežánek, Ph. D.

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Františka Znebejánka, Ph. D. a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 27. června 2014

.....

Bc. Hlávková Eva

Děkuji panu Mgr. Františku Znebejánkovi, Ph. D. za odborné vedení magisterské diplomové práce a také za podnětné a cenné rady v průběhu jejího zpracování. Také bych ráda poděkovala všem respondentům za účast a spolupráci v dotazníkovém šetření. V neposlední řadě poděkování patří mé rodině za trpělivost a podporu při studiu a zpracování magisterské diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	7
1 Etika.....	10
1.1 Historie etiky – jako filozofické disciplíny	11
1.1.1 Náboženství východu	11
1.1.2 Antika	12
1.1.3 Středověk.....	12
1.1.4 Novověk	13
1.2 Historie zdravotnické etiky.....	13
1.2.1 Hippokratovská tradice.....	14
1.2.2 Judaistická tradice	14
1.2.3 Křesťanská tradice.....	14
1.3 Etika v ošetrovatelství.....	15
1.3.1 Historie ošetrovatelské etiky	15
1.3.2 Etika v letech 1939-1945.....	17
1.3.3 Etika v letech 1948-1989.....	17
1.3.4 Sestra na počátku 21. století	17
1.3.5 Multikulturní ošetrovatelství	19
1.4 Profesionální etika	20
1.5 Lidské předporozumění	21
1.6 Metody etiky	22
1.7 Determinace etického jednání.....	22
1.8 Etické principy současného zdravotnictví	24
1.9 Psychosociální aspekty zdraví a nemoci.....	26
1.9.1 Zdraví – významná lidská hodnota	28

2	Etický kodex sester.....	30
2.1	Cíl Etického kodexu sester v ošetrovatelství	31
2.2	Význam Etického kodexu sester.....	31
2.3	Sestry a lidé.....	32
2.4	Sestry a ošetrovatelská praxe.....	35
2.5	Sestry a profese.....	37
2.6	Sestry a spolupracovníci	40
2.7	Využití Etického kodexu sester	44
2.8	Etika na vybraných pracovištích.....	44
2.8.1	Etika v oboru vnitřního lékařství.....	45
2.8.2	Etika v oboru chirurgie.....	45
2.9	Etická komise.....	47
3	Empirická část	48
3.1	Cíl dotazníkového šetření	48
3.2	Výzkumné otázky	48
3.2.1	Operacionalizace výzkumných otázek	49
3.3	Výzkumný soubor.....	59
3.4	Metoda získávání dat	60
3.5	Metoda zpracování dat.....	61
3.6	Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace	62
3.6.1	Demografická data respondentů	62
3.6.2	První setkání s Etickým kodexem sester	70
3.6.3	Aplikace Etického kodexu v praxi.	72
3.6.4	Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester	74

3.6.5	Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.....	86
3.6.6	Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.....	96
3.6.7	Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.....	102
3.6.8	Problém v dodržování Etického kodexu z pohledu sester....	108
	Diskuze.....	111
	Závěr.....	121
	Seznam literatury a zdrojů.....	124
	Seznam grafů.....	127
	Seznam tabulek.....	129
	Seznam příloh.....	132
	Seznam zkratk.....	146
	Anotace.....	147

Úvod

Zdravotní sestry v České republice se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester. Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. V roce 2005 byla provedena poslední revize a schválení Etického kodexu sester. Skládá se ze čtyř hlavních článků, které vymezují normy etického chování zdravotních sester.

Etika zasahuje do mnoha oborů lidské činnosti. Lze ji chápat jako součást každodenního života člověka. Má za úkol zkoumat zákonitosti mravního jednání jedince i společnosti. Lidské jednání má morální dimenze tzn., že jej lze morálně hodnotit. Etika předpokládá, že jsme bytosti rozumné, svobodné a morálně odpovědné. Ptá se, co má člověk činit, jak se chovat, aby jeho život byl opravdový život. Hledá řešení v konkrétních nejasných situacích. V historii se často obracela k náboženství, víře a tradici. Současnost má také své morální, náboženské a ideologické tradice, které je nutno respektovat.

Nejdiskutovanější je etika zdravotnická, která souhrnně označuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví. Historický základ tvoří etika lékařská. Etika zdravotnictví není samostatný obor, má řadu podoborů např.: ošetrovatelská etika, etika zdravotních laborantů, porodních asistentek, nemocničních kaplanů. Analyzuje lidská chování, hledá společenská měřítko dobra a zla, spravedlnosti a nespravedlnosti, pravdy a nepravdy. Pracovníci ve zdravotnictví se ve své praxi setkávají s etickými problémy a dilematy, které musí řešit. Pro adekvátní posouzení situace a reagování je nutné, aby byli seznámeni s problematikou etiky. Etiku lze chápat jako rámec pro každodenní rozhodování zdravotnického pracovníka (Bužgová 2008, s. 7).

Poskytování ošetrovatelské péče v celém jejím rozsahu, posuzování etických a právních otázek se řídí platnou legislativou České republiky. Na pracovníky ve zdravotnictví jsou kladeny stále větší požadavky na zvyšování odbornosti, odpovědnosti za poskytovanou péči a požadavky morální. Zdravotničtí pracovníci společně tvoří tým, který poskytuje

zdravotnické služby, společně přispívá ke zvyšování kvality péče i nárůstu spokojenosti pacientů. Kompetence jednotlivých pracovníků ve zdravotnictví se od sebe odlišují. Zdravotní sestry jsou součástí ošetrovatelského týmu, etiku uplatňují při práci s pacienty i na úrovni organizace (Bužgová 2008, s. 7).

Sesterská profese představuje fyzicky i psychicky náročnou práci. Aktuální problémy souvisí s nárůstem nových technologií, rychlým tokem informací, novými léčebnými postupy i přístrojovým vybavením jednotlivých pracovišť. S nárůstem administrativy, moderních metod v ošetrovatelství i právní problematikou v sesterské profesi souvisí v současném zdravotnictví také významnou měrou problematika etiky. Ošetrovatelská etika má velký význam z hlediska přístupu zdravotních sester k výkonu povolání. K rozvoji samostatné ošetrovatelské disciplíny dochází velice dynamicky. Aplikace moderních technologií a koncentrace na výkon se nemůže odrážet v pozornosti, kterou nemocnému zdravotní sestra věnuje.

Zdravotní sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám i komunitám v ambulantní, domácí i nemocniční péči. Specifika péče je dána i typem oddělení, jeho dynamikou, složením pacientů a především typem ošetrovatelské péče.

Hlavním cílem magisterské diplomové práce je zmapovat názory zdravotních sester na Etický kodex sester. Pomocí dotazníkového šetření jsem srovnávala jak se zdravotní sestry na dvou typech pracovišť ve FN v Olomouci odlišují v názoru na Etický kodex sester.

Záměrem bylo odpovědět na otázky, jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. - 4. Článku Etického kodexu sester. Dále odpovědět na otázky, jaká jsou demografická data respondentů, kde se poprvé setkaly zdravotní sestry s Etickým kodexem sester, kde si myslí, že mohou nejčastěji aplikovat Etický kodex sester v praxi a v čem shledávají největší problém v dodržování Etického kodexu sester.

Dotazníkové šetření bylo realizováno ve FN Olomouc na vybraných odděleních chirurgických a nechirurgických oborů pomocí

nestandardizovaného dotazníku, který byl vytvořen samostatně a konzultován s vedoucím magisterské diplomové práce.

Celková struktura magisterské diplomové práce je rozdělena na dvě části. V první části magisterské diplomové práce uvádím po prostudování literatury od autorů zabývajících se problematikou etiky a Etického kodexu sester teoretické poznatky s vymezením základních pojmů, které se vztahují k empirickému problému a následně, je s nimi pracováno v části empirické.

V empirické části magisterské diplomové práce uvádím vymezení hlavního cíle práce a výzkumných otázek. Dále uvádím popis vzorku dotazovaných zdravotních sester, popis použité metody k získávání a zpracování dat výzkumného materiálu. Uvádím výsledky, ke kterým jsem dospěla pomocí dotazníkového šetření.

1 Etika

První kapitola se zabývá etikou. V úvodu nalezneme vymezení pojmu etika v nejširším slova smyslu. Podkapitoly pojednávají o historii etiky jako filozofické disciplíny, historii zdravotnické etiky a etice v ošetrovatelství. Dále popisují profesní etiku, lidské předporozumění, metody etiky. Další uvedené podkapitoly představují determinace etického jednání, etické principy současného zdravotnictví a psychosociální aspekty zdraví a nemoci.

Pojem etika v nejširším slova smyslu představuje nauku, praxi o mravních neboli hodnotově orientovaných přáních či jednáních člověka. V duchu platónské tradice se dělí filozofie na etiku (*philosophia moralis*), fyziku (*philosophia naturalis*) a logiku (*philosophia rationalis*). Etika (*ethika*, řecky *ethos* – mrav) znamená naukou o mravnosti, o pravidlech mravního jednání, o mravních zásadách. Představuje obsahový a motivační aspekt na rozdíl od morálky. Předmětem etiky je jednání a chování lidí mezi sebou, k sobě i k ostatní přírodě. Jde o vědu normativní, která vymezuje rozsah platnosti etických postulátů (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

Etické normy s právními normami nejsou vždy ve shodě, i když shoda je jednoznačně lepší. Vzájemně se mohou posilovat.

Struktura etiky:

- deskriptivní etika - představuje popis etických norem u jednotlivých sociálních struktur, spolu s faktory, které ovlivňují chování a jednání,
- normativní etika - uvádí praktické návody zásad jednání a chování jednotlivých profesních skupin (etické kodexy),
- metaetika - jde o analýzu etických pojmů. Rozlišuje čtyři proudy normativního myšlení (etiku ctnosti, etiku povinnosti, etiku užitku, etiku odpovědnosti),
- profesní etika - představuje spojení jednotlivých prvků deskriptivní a normativní etiky (Vrublová 2006, s. 3).

1.1 Historie etiky – jako filozofické disciplíny

Každá společnost má svou vlastní a jedinečnou kulturu. Etika je její nedílnou součástí. Na vznik etických teorií v Evropě měli největší vliv zejména antičtí filozofové a křesťanství. Některé východní náboženské systémy i kultury přetrvaly do současnosti.

1.1.1 Náboženství východu

Buddhismus - patří mezi nejvýznamnější světová náboženství. Svůj původ má ve starověké Indii. Za zakladatele je považován Siddhártha, syn vládce Kapilavastu. Základem Buddhova učení jsou tzv. čtyři vznešené pravdy. První pravda ukazuje život jako neustálé utrpení. Druhá pravda říká, že utrpení spočívá v neuspokojitelné touze po štěstí. Třetí pravda nabádá k odstranění žádosti. Čtvrtá pravda ukazuje cestu k odstranění žádosti.

Buddhova praktická etika se dá vyjádřit těmito příkazy: *„Nezabíjej živé. Neber, co ti nedávají. Nemluv nepravdu. Nepij opojné nápoje. Nebud' necudný“* (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

Konfucianismus - pojmenovaný po jednom z největších čínských myslitelů – Konfuciovi. Konfucianismus klade důraz na samotného člověka i jeho praktický život. Zralý člověk, který se vyznal ve světě, pracoval na své sebevýchově a zvyšování vlastní mravní úrovně byl považován za vzor (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

Taoismus - výraznou osobností čínského starověku, se kterou je spojen taoismus byl Lao-é (starý mistr). Základ etiky taoismu představuje usilovat o pravý střed a vyváženost. Taoistická etika usiluje o prostý život, oproštěný od individuálního egoismu. Základem v čínské filozofii byla snaha dosáhnout harmonie, rovnováhy (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

Staroíránská etika - základy etiky tvoří kodex, který je spjat s islámskou vírou.

Islám - základ islámu představuje víru v Boha, v Poslední soud a v odplatu. Za pána tvorstva je pokládán Allah a Mohamed je Allahovým prorokem. Islám má svůj morální kodex zakotvený v Koránu. Morálními hodnotami islámu jsou čestnost, upřímnost ve slovech a činech (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

1.1.2 Antika

Řecká filozofie tvoří základ evropské vzdělanosti. Hlavní představitelé jsou: Démokritos z Abdér na Chalkidice (460-370 před n. l.) zastával názor, že mravní jednání a vědomí, které je člověku vlastní, může kultivovat. Dobru se lze učit i naučit.

Sókratés (469-399 př. n. l.) narodil se v Athénách. Jeho názory jsou zprostředkovány díky záznamům jeho žáků. Sám nic nezaznamenával. Jako jeden z prvních se zmiňuje o svědomí člověka, nazývá je „daimonion“. Jde o vnitřní hlas, jenž člověka vede a určuje správnost jeho chování.

Platón (427-347 př. n. l.) Sókratův žák, byl známý svou naukou o idejích, vyjadřující také jeho etické názory. Jako nejvyšší ideu staví ideu dobra.

Aristotelés (384-322 př. n. l.) napsal několik set spisů, některé i o etice. Např. Etiku Eudémovu a Etiku Nikomachovu. Souhrnné dílo Deset knih Nikomachovy etiky bylo vydáno až po jeho smrti. Aristotelés odmítal požívačný způsob života, více preferoval život čestných lidí (Bužgová 2008, s. 11-12).

1.1.3 Středověk

Období středověku charakterizují dvě základní názorové koncepce filozofická a křesťanská, které se vzájemně ovlivňovaly. Udržovala se tradice řecké filozofie, ale nové ucelené filozofické soustavy nevznikaly. Ve středověku byl život prostých lidí ovlivněn křesťanstvím. Začala se rozvíjet tzv. křesťanská etika. Představitelem křesťanského myslitele ve středověku byl Tomáš Akvinský. Hovořil o přirozeném mravním zákonu založeném na rozumnosti člověka. Akvinský staví křesťanskou etiku na rozumu (srov. Bužgová 2008, s. 13, Ivanová, Klos 2004, s. 17).

1.1.4 Novověk

Mnoho myslitelů mělo na konci středověku snahu vymanit se z vlivu církve tím i křesťanství. Do centra pozornosti se staví člověk, který se navrácí k přírodě, kde hledá základní hodnoty.

Jan Kalvín (1509-1564) a Martin Luther (1483-1546) jako představitelé protestantismu kritizovali katolickou církev, která se považovala za jediného prostředníka mezi člověkem a bohem. Jejich etiku označujeme jako etiku asketickou, kde šetrnost, střídmost i umírněnost byla základními etickými hodnotami.

Jan Amos Komenský (1592-1670) se rovněž zabýval morálkou. Etiku rozdělil do čtyř úrovní:

- filozofie mravnosti,
- morální kritika a náprava společnosti,
- obecné teorie mravnosti, obecné mravní kodexy,
- konkrétní mravní kodexy.

Francois Voltaire (1694-1778) významný francouzský osvícenec, zastával morálku, která byla nezávislá na náboženství a filozofii. Zdůraznil, že lidé mravnost přijímají, není jim vrozena (Ivanová, Klos 2004, s. 11-12).

1.2 Historie zdravotnické etiky

Představila jsem historii etiky jako filozofické disciplíny. Dále se zaměřím na historii zdravotnické etiky a etiky v ošetrovatelství, protože souvisí s Etickým kodexem sester a vede k lepšímu pochopení etiky v ošetrovatelství.

Historie zdravotnické etiky má společné kořeny s etikou lékařskou. Základy a kořeny se týkají našeho myšlení ve zdravotnictví i v našem zdraví. Mezi tři nejdůležitější historické proudy patří hippokratovská tradice, judaistická tradice a křesťanská tradice.

1.2.1 Hippokratovská tradice

Součástí praktické i teoretické medicíny představuje z dávné historie problematika lékaři mravnosti a povinností. Již téměř 2 tisíce let př. n. l. byly zaznamenány povinnosti lékařů v Chammurapiho zákonících. Odsud vychází i současná deontologie, která se považuje za základ lékařské i zdravotnické etiky. Deontologie se zabývá logickou strukturou a svébytností normativních i imperativních forem myšlení, jež se uplatňují především v oblasti morálky a práva. Mravní závazky lékařů a zdravotníků jsou formulovány v tzv. deontologických kodexech. Kodexem, pokládaným za nejstarší je přísaha spojovaná se jménem lékaře Hippokrata. Text Hippokratovi přísahy znamená základní historický zdroj etického medicínského myšlení tzv. „západní medicíny“. Vliv Hippokratovi přísahy na různé lékařské sliby lze zaznamenat až do současnosti (Ivanová 2005, s. 32-37, Vrublová 2006, s. 4-7).

1.2.2 Judaistická tradice

Židovská lékařská etika má své kořeny v tradici židovského zákona, jehož mluvčími jsou rabíni. Judaistická lékařská etika vychází z Tóry a z Talmudu. Je srozumitelná i laikům. Židovská lékařská etika stojí na jasně formulovaných etických principech. Nestaví na právech, ale na povinnostech. V současné moderní medicíně, kterou tvoří různé kodexy práv pacientů, hospitalizovaných, umírajících aj. málo obvyklé. Stejně tak etická dilemata současné medicíny euthanasie, asistovaného suicidia i abortu jsou pro židy, kteří patří mezi největší zastánce práva na život nepřijatelné. Ivanová k této problematice judaistické tradice dále uvádí rozdílný pohled judaismu na péči o zemřelé proti křesťanství (2005, s. 38-39).

1.2.3 Křesťanská tradice

Má své kořeny v učení křesťanských myslitelů např. Augustina Aurelia a Tomáše Akvinského. Historie křesťanské etiky je spjata s tradicí hippokratovskou.

Hlavní principy lékařské a zdravotnické etiky, které vycházejí z křesťanství:

- princip správcovství,
- princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života,
- princip totality a integrity,
- problematika sexuality a rozmnožování,
- princip dvojího efektu,
- princip svobody a odpovědnosti,
- princip společenství a vzájemné pomoci (Ivanová 2005, s. 32-46).

1.3 Etika v ošetřovatelství

Ošetřovatelská etika vychází z etiky lékařské.

1.3.1 Historie ošetřovatelské etiky

Za zakladatelku novodobého ošetřovatelství pokládáme Florence Nightingelovou (1820-1910). Položila základy etickému kodexu ošetřovatelek. Její snahou bylo prosadit ošetřovatelství jako autonomní povolání. Formulovala etické zásady přístupu ošetřovatelky k nemocným. Ve své knize „Notes on Nursing“ uvádí, že ošetřovatelka musí být osobou spolehlivou, důvěryhodnou, svědomitou, střídmou, počestnou a zbožnou. Má mít úctu k vlastnímu povolání. Zdůrazňuje vliv dobré péče na průběh nemoci. Nabádá sestry ke zdravému životu. Klade důraz na pobyt u nemocného a jeho pozorování. Dbát na dobrý spánek, stravu a přísun tekutin. Musí být rozhodná a jednat s nemocným v klidu. Všímá si také duševního stavu nemocných. Její mnohá doporučení jsou platná i v současném ošetřovatelství spolu se zvyšujícími se odbornými znalostmi a profesní zkušeností (Kutnohorská 2007, s. 24-25).

Etika českých ošetřovatelek popisuje mnoho osobností z historie. O Anežce České (1211-1282) se traduje, že sepsala pokyny, jak ošetřovat chudé a nemocné v klášteře. Zdislava z Lemberka (1220-1252) často sama navštěvovala chudé a nemocné. Pocházela ze zbožné rodiny. Jako základní

hodnoty uváděla porozumění, lásku, dále respekt. V minulosti byla péče poskytována řádovými sestrami. S postupem doby začaly pracovat u nemocných civilní ošetřovatelky. Oslovení „sestro“, které původně patřilo člence řeholního řádu, se přeneslo na sestry civilní. Symbolem oslovení je láska k člověku, která byla základním etickým principem charitativní péče. V současném ošetřovatelství tvoří základní pilíř etiky (Kutnohorská a kol. 2011, s. 10).

Ošetřovatelství jako profese se datuje do druhé poloviny 19. století. Bylo považováno za úkol žen, později za ženské povolání. Na počátku 20. století jde stále ještě o povolání žen spojené s ženstvím. Ošetřovatelství bylo považováno za nejvyšší formu ženské služby národu. Bodem zlomu a přeměny opatrovnické činnosti v ošetřovatelskou profesi je vznik první české ošetřovatelské školy v Praze 1874. Ošetřovatelství potřebovalo ošetřovatelky vzdělané v teorii i v praxi. Česká ošetřovatelská škola vycházela z filozofie ošetřovatelství Florence Nightingalové. Změnu ve vzdělávání a zásadní změnu ve společenském postavení žen přinesl vznik Československé republiky. Dochází k rozvoji ošetřovatelského vzdělání, není již pochyb o jeho nutnosti pro rozvoj a poskytování kvalitních služeb ve zdravotnictví. Ošetřovatelské vzdělávání je poskytováno Českou zemskou školou, kde absolventky získaly diplom, směly užívat titul „diplomovaná sestra“ a nosit odznak. Etikou v sesterské profesi se zabývali i lékaři a to především ti, kteří si uvědomovali význam etiky pro kvalitu, zodpovědnost v práci sester. Např. profesor MUDr. Ladislav Sylaba (1868-1930), profesor MUDr. Arnold Jirásek (1887-1960), (Kutnohorská a kol. 2011, s. 11-13).

Jako další z mnoha známých osobností, které měly vliv na etiku v ošetřovatelství, jmenuje Kutnohorská Alici Masarykovou (1879-1966), která se angažovala v ošetřovatelském školství a v ČSČK. Snažila se o vysoký morální kredit československých sester (2007, s. 25).

1.3.2 Etika v letech 1939-1945

Byla to smutná a svízelná doba v ošetrovatelství, ale i v historii celého českého národa. V ošetrovatelství chyběly pracovní síly, jež částečně nahrazovaly dobrovolné sestry z Červeného kříže. S vyhlášením protektorátu, také s částí německého ošetrovatelského personálu. Státní moc přešla do rukou fašistických okupantů. V tomto období se zdálo naprosto nereálné naplňování promyšlených idejí o organizované zdravotnické službě. Zdravotnické služby však byly pro válku aktuální, z toho důvodu mohlo zdravotnictví proti jiným oblastem zaznamenat určitý rozvoj. Práce sester v tomto období byla nesmírně náročná a to jak fyzicky tak psychicky (Kafková 1992, s. 100-111).

1.3.3 Etika v letech 1948-1989

Události roku 1948 vedly ve státě ke společenským, politickým a sociálním změnám. Do problematice situace se dostalo také ošetrovatelství.

Sesterská profese patřila v tomto období k váženým profesím. Sestry postupně začaly patřit mezi nepostradatelné pomocnice lékaře. Docházelo k rozvoji medicíny, což pro sestry bylo nerozlučně spojeno s vyššími nároky na vzdělání a jejich osobní profil. Domnívám se, že v této době byla prestiž povolání zdravotní sestry vyšší než v současnosti. Sestry se však dostaly do mezinárodní izolace tím, že z ICN byl vyloučen Spolek diplomovaných sester. Církevní ošetrovatelské školy byly zrušeny.

Významným mezníkem ve vývoji ošetrovatelské profese byl rok 1953. V tomto roce byl vypracován ICN a publikován Etický kodex sester. Od svého založení byl několikrát novelizován.

1.3.4 Sestra na počátku 21. století

Osobnostní předpoklady sester se od dob Florence Nightingalové v mnohém nezměnily. Požadavkem zůstává, aby sestra byla lidská, empatická, laskavá, uměla naslouchat pacientům, byla prostředníkem mezi lékařem a pacientem. Trpělivost, ochota, laskavost a schopnost porozumění patří k požadavkům pacientů. Všeobecný přehled, právní cítění a vysoký morální standard jsou

spíše požadavky společnosti. Sestra při výkonu své profese napomáhá k rozvoji mezilidských vztahů, zjišťuje schopnost rodiny, popř. blízkého okolí zajistit základní i vyšší potřeby pacienta. Aktivně komunikuje s pacientem, uklidňuje, edukuje a instruuje pacienty v průběhu ošetrovatelské péče. S osobním profilem sestry je spojena snaha o systematické prohlubování odborných znalostí a s tím spojené změny v kompetencích. Sestry v rámci možností zvyšují svou kvalifikaci, zajímají se o novinky ve své oboru. V rámci své kvalifikace se orientují v systémech zdravotní a sociální péče. Široké spektrum výběru dalšího vzdělávání nabízí sestřím možnost zvolit takové, které jim bude nejlépe vyhovovat. Je na každém jedinci zda a jakou možnost dalšího vzdělávání zvolí. Sestry mají možnost se zúčastnit konferencí, školicích akcí, certifikovaných kurzů, specializačního vzdělávání. V případě zájmu, studují na vysokých školách se zaměřením na daný obor praxe. V ošetrovatelském procesu uplatňují sestry holistický přístup (Kutnohorská a kol. 2011, s. 15-18).

V roce 1998 se začala zdravotnická etika vyučovat jako povinný předmět na Vyšších odborných zdravotnických školách (Ivanová 2005, s. 58).

Kutnohorská k osobnosti sestry a zdravotnických pracovníků uvádí, že je nesmírně důležité, aby všichni hledali takové možnosti k řešení mravních problémů, které by respektovaly základní hodnoty života. Cílem ošetrovatelské etiky stále zůstává usilování zdravotnických pracovníků o uspokojování terapeutických, psychických, sociálních, kulturních a duchovních potřeb pacientů. Sestry by měly mít na paměti, jaký má pro daného klienta - pacienta význam jeho etické zázemí. Především jak ony samy mohou toto osobní teritorium respektovat. Měly by mít také dobré pozorovací schopnosti, které jim mohou pomoci orientovat se v životních postojích a etice klienta - pacienta. Úsilím sestry by mělo být sebezdokonalování a zvyšování morálního kreditu. Dále pěstovat univerzální mravní hodnoty jako jsou poctivost, spravedlnost, čestnost, pravdomluvnost a důvěryhodnost. Dále mravní hodnoty profesní, mezi které patří např. trpělivost, vlídnost, ochota, empatie. Osobnost sestry se projevuje

hlavně v rozhodování, v hodnotové orientaci, v zacílení života (Kutnohorská 2007, s. 40-50).

1.3.5 Multikulturní ošetrovatelství

Česká republika se po roce 1990 stala jedním z cílů imigrantů, skupin i jednotlivců, kteří jsou součástí naší společnosti. Integrace cizinců souvisí s filozofickým problémem zachování etnické a kulturní rozmanitosti multikulturní společnosti. Zdravotní péče musí být poskytnuta všem, kteří ji v naší republice nezbytně potřebují, tedy i cizincům. Profesionální jednání zdravotní sestry představuje empatický přístup ke všem pacientům i klientům odlišných etnik a kultur (Ivanová, Špirudová, Kutnohorská 2005, s. 8-9).

Multikulturalita představuje součást naší kultury a zároveň součást globalizace. Turistika, migrace za prací a globalizace celkově způsobuje, že se sestry při výkonu svého povolání setkávají s klienty různých národností, kultur, vyznání. Ošetrovatelství klade důraz na komparativní studium. Má za cíl nalézt zvláštnosti i společné body různých kultur ve vztahu ke zdraví. Směřuje k péči kongruentní, která je v souladu s osobností i kulturou klienta. Znalosti z oblasti multikulturního/transkulturního ošetrovatelství jsou důležité pro sestry, které poskytují péči klientům z různých kultur. Komunikace s nemocnými může při péči pomoci, ale také ublížit. V práci sestry je důležitá vnímavost, pochopení, vysoká komunikační dovednost. Ve své profesi uplatňují sestry širší kulturní znalosti, včetně znalostí např. o kultuře umírání a souvislostech s kulturními zvyky i rituály (Kutnohorská 2013, s. 9-36).

Sestra má při své práci disponovat hlubokou znalostí problematiky multikulturního ošetrovatelství i ochotou dále se učit. Stejně jako studuje fyziologii srdce a svalů v lidském těle, měla by studovat také kulturu, která zásadně ovlivňuje životní fungování člověka v každodenním světě. Kultura ovlivňuje mnoho aspektů zdraví, především zdraví duševní. Není prakticky možné, aby sestry znaly detailně všechny kulturní odlišnosti, doporučuje se proto pozorně pacientovi i členům jeho rodiny naslouchat (Kutnohorská 2013, s. 52-54).

Etický význam péče z hlediska multikulturního ošetřovatelství obsahuje dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry:

- ochrana lidské důstojnosti,
- udržování zdraví lidí (Kutnohorská 2013, s. 60).

1.4 Profesní etika

Profesní etika v literatuře publikovaná jako oborová nebo také stavovská etika, je aplikovaná etika v konkrétních oborech. Udává normy společenských aktivit zaměstnanců. Některé profese mají svou vlastní etiku. Normy neboli kodexy mají za úkol udržovat a podporovat vysoký standard dané profese. Další z úkolů představuje vytvořit pevné spojení mezi členy oborové komunity. Cílem pracovníků určitého oboru je, aby vykonávali svou profesi tak, jak nejlépe dovedou, a to pro dobro celé komunity. Některé obory mají své profesionální kodexy mnoho let (např.: lékaři, právníci, kněží). Další nové profesionální kodexy vznikají v dnešní době s rozvojem nových profesí. Příkladem oborů, které zahrnují profesní etiku, jsou např. zdravotnictví, politika, vojenství, ekonomika, náboženství, umění a věda, výchova, oblast informací, knihovnictví a masmédií a aj. (Ivanová 2005, s. 19).

Vedle lékařské etiky se v poslední době stále více kultivuje také etika ošetřovatelská. Vychází ze stejných principů, ale přidává své vlastní poslání a problematiku ošetřovatelské profese.

Úkolem etiky podle Bužgové, není jen stanovovat mravní povinnosti nebo příkázání, ale hlavně nacházet pro člověka platná kritéria, dle kterých by mohl spolehlivě rozlišit dobré od zlého. Stanovit, co je tou nejvyšší hodnotou, ke které by mělo jeho jednání směřovat. Primární princip celé etiky znamená konat dobro a vyhýbat se zlu. Dobro musí být ohniskem i cílem jakékoliv teorie či profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou (Bužgová 2008, s. 9).

1.5 Lidské předporozumění

Etický postoj člověka, vychází ze vzájemné interakce genetických předpokladů biologického druhu *Homo sapiens*. Z výchovy v konkrétní společnosti, včetně jejího kulturního prostředí. Vliv interakce se liší v životních podmínkách, ve kterých se každá osobnost vyvíjí. I když jsou životní podmínky stejné, neprobíhá interakce u jednotlivých osob naprosto shodně. Každý jedinec je originálně geneticky vybaven (Ivanová, Klos 2004, s. 15-17).

Ivanová v další své publikaci uvádí, že svému vlastnímu jednání a jednání druhých lidí připisujeme mravní hodnotu, která působí jako nejdůležitější fakt lidského předporozumění. Vlastní nebo cizí jednání hodnotí jedinec jako dobré nebo špatné, schvaluje ho či odmítá. Mravní hodnocení, se vždy vztahuje na něco specificky lidského. Při hodnocení lidského jednání lze předpokládat, že jednající jedinci dospěli k užívání rozumu a také, že poznávají rozdíl mezi dobrem a zlem. V běžné komunikaci uplatňujeme předporozumění mravní skutečnosti, které zároveň předpokládáme i u jiných lidí. Lidé ví, co je dobré a co špatné, alespoň ve všeobecném smyslu. I když v jednotlivých případech mohou mít zcela rozdílné názory na dobro a zlo. Mravní nárok dobra má povahu nepodmíněné závaznosti. Výše uvedené poznání dobra a zla, které předpokládáme ve styku s lidmi je označováno jako svědomí. Mravní chování předpokládá hledisko dobrovolnosti a odpovědnosti jedince. Dobrovolnost vychází ze svobodné vůle jednotlivce. Za odpovědné jsou pokládány takové osoby, které jsou schopny odpovědět na otázku, proč jednaly v dané situaci právě takto. Dalším aspektem v mravním předporozumění je sociální zřetel. Tento aspekt souvisí se základy humánního soužití lidí a s otázkami spravedlnosti. V životě to znamená, že pro společné soužití je nezbytné, aby se lidé vzájemně uznávali jako rovnocenné bytosti, které mají každý své potřeby a zájmy.

Poslední aspekt se týká mravní hodnoty člověka. Nejde pouze o vědomí vlastní hodnoty, sebeúcty, ale také o hodnotu osoby a respekt k ní v očích

druhých lidí. Podle dodržování těchto mravních hodnot při práci je zdravotní sestra hodnocena sebou samou, nadřízenými, spolupracovníky, pacienty (Ivanová 2005, s. 13-15).

1.6 Metody etiky

Etika využívá různých filozofických metod. Nejčastěji diskuse, jejíž technikou je argument. Etický názor musí podporovat relativně silný argument. Vrublová uvádí, čtyři druhy argumentů.

- Apel na autoritu - používán často. Říká, že člověk by měl nebo neměl jednat určitým způsobem proto, že mu to ukládá vyšší autorita. Autoritou může být Bůh, Ježíš Kristus, rodiče, instituce, hypotetická osoba. Síla argumentace závisí na přesvědčení a víře argumentujícího.
- Apel na konsenzus - předpokládá dohodu v konkrétní záležitosti mezi jednotlivci či skupinami lidí. I tato metoda předpokládá přesvědčení lidí, u kterých došlo k dohodě.
- Apel na intuici - má v etice dlouholetou tradici. Jde o metodu, která vychází z náboženského přesvědčení. Tato argumentace není vždy považována za spolehlivou, protože okolnosti i podmínky kdy se může intuice projevit, se mohou měnit.
- Dialektická, Sokratovská metoda argumentace - tato metoda má dlouholetou a uznávanou tradici v etice. Je postavena na zdůvodňování i racionalitě. Začíná kladením otázek s následným zvažováním odpovědí, tyto podporují kladné důvody a logické myšlení (2006, s. 15).

1.7 Determinace etického jednání

Determinovaností rozumíme skutečnost, že každý náš postoj k nějaké události, projev určitého chování, způsob komunikace je vždy něčím určen.

Okolnostmi vnějšími např. výchova, tradice, společenské prostředí. I vnitřními tzn. náš temperament, charakterové vlastnosti, rozumová vyspělost a další. Nejen jednání zdravotních sester, ale i pacientů či klientů ošetrovatelské péče determinuje mnoho poznaných i nepoznaných faktorů (Fišerová 2003, s. 12).

Etiku jednání sestry lze určit podle Fišerové několika determinantami, jejichž vliv se vzájemně prolíná.

1. Postoji a názory filozofickými, ideovými i náboženskými. Světonázorová orientace člověka jako vodítko myšlení, činů, hodnocení, ale i chování.
2. Ošetrovatelskou technikou a teorií ošetrovatelství. Holistickým přístupem. Etika chování je součástí celého ošetrovatelského procesu.
3. Zákonnými normami a právním systémem, kterými se řídí zdravotní péče. Etika má k právnímu systému do značné míry blízký vztah. Profesionální jednání jistí nejen etika jako mravní norma, ale i právně jako zákon.
4. Vědecko-technickou úrovní pracoviště. Jejím materiálním i personálním vybavením. Vývoj a pokrok se zrcadlí také v ošetrovatelství. Současné podmínky ve zdravotnictví charakterizuje mnoho finančních i materiálních těžkostí. Etika však nestojí nic. Vlídne slovo, trpělivé naslouchání, empatie stojí jen čas a ochotu sester.
5. Postavením sestry. Povolání zdravotní sestry má svůj status ve společnosti, ten se podepisuje na její vážnosti, úctě a na profesionální etice. Etika profese zdravotní sestry souvisí s týmovou péčí o nemocného. Zdravotní sestra je členka týmu, která má své nezastupitelné, specifické povinnosti a jim odpovídající odpovědnost. Výše a význam morální odpovědnosti souvisí s funkčním rozčleněním sester. Povinnosti hlavní sestry, vrchní či

sestry na lůžkovém oddělení se liší. Etika jednání sestry se realizuje přímo v profesionálních činnostech.

6. Úrovní mezilidských vztahů na pracovišti a osobními vlastnostmi zdravotních sester. Vlastnosti máme vrozené a získané. Zdůrazňují se vlastnosti charakteru např. trpělivost, svědomitost, empatie, láska k lidem, dále sociální projevy, sociabilita, altruismus apod. Potřebné v profesi zdravotní sestry jsou dále vlastnosti pracovní např. smysl pro spolupráci, rozhodnost, kolegiální. S týmovou péčí o nemocného, na které se podílí kolektiv, složený z různých odborníků, souvisí i etický problém mezilidských vztahů na pracovišti. Mezilidské vztahy jsou poznamenány osobnostními vlastnostmi personálu i výsledkem interakce. Profese zdravotní sestry je natolik náročná, že může vést od zátěže až ke stresu, následkům je třeba přecházet relaxací, cvičením, odpočinkem ať pasivním či aktivním (Fišerová 2003, s. 12-18).

Etický přístup k obhajování, odpovědnosti, spolupráci a péči má tradici v ošetrovatelské praxi a důležitý zůstává i pro budoucnost poskytování zdravotní péče. Stupeň aplikace je závislý na osobnosti každého jednotlivého zdravotnického pracovníka (Ivanová 2005, s. 58-61).

1.8 Etické principy současného zdravotnictví

Můžeme rozdělit na tzv. principy prvního řádu a druhého řádu.

Mezi principy řádu prvního patří:

- nepoškození,
- dobročinní,
- autonomie,
- spravedlnosti.

U autonomie je kladen důraz na její důležitost u zdravotníka, ale také u pacienta. Jde o autonomii zdravou, zodpovědnou, založenou

na vzájemném respektu a úctě. Princip autonomie má společensko-kulturní aspekt, odkazuje k individualismu. Na počátku 20. století byla identita člověka širší, mohla zahrnovat člověka v rámci rodiny, komunity, státu, náboženství. Dnešního člověka lze charakterizovat jako individualistického. Individualismus na jedné straně znamená posílení práv jedince, možnost větší svobody v rozhodování, možnost seberealizace. Na druhé straně může vést k osamocení, egoismu, narcismu, k odcizení i nezralosti. Proces autonomie je patrný také ve zdravotnictví, kde na autonomii pacientů, dodržování práv pacientů je kladen důraz, avšak zapomíná se na práva a autonomii zdravotníků. Autonomie není něco samozřejmého, lidé se jí musí učit. Často bývá skryta pod různými maskami, které během života nastřádáme (Vácha, Königová, Mauer 2012, s. 106-130).

Autonomie v ošetrovatelství je podle Bužgové často spojována s kladnými zážitky z ošetrovatelské péče, s důstojností, sebeúctou. Sestra musí respektovat pacienta jako důstojnou lidskou osobu, schopnou se rozhodovat podle svých zájmů a to i v případě, kdy sestry považují pacientovo rozhodnutí za nerozumné. Pacient by měl mít možnost zapojit se do rozhodování, které souvisí s jeho péčí vždy, pokud je to možné. Schopnost autonomního chování pacienta zvažuje sestra při ošetrovatelské diagnostice. Jednání sestry ovlivňuje jak stupeň autonomie, tak nezávislosti pacienta (2008, s. 32-34).

Vrublová uvádí respekt k autonomii, ke stavu nezávislého, samostatného jednání. Autonomii zrcadlí individualismus, podporující tvůrčí schopnosti. Spoluúčast pacienta zůstává přínosem, i když je jeho autonomie omezena ve svých možnostech. Princip spravedlnosti je spjat s rozdělováním prostředků. Jde v současnosti o problematickou etickou otázku, která vychází z ekonomických zdrojů ve společnosti. Princip nepoškození zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné. Princip dobročinní představuje předcházení poškození a odstraňování poškození, podporování dobra, duševní pohodu a veškerý prospěch nemocného. Obsahuje základní pravidla jednání, mezi která patří: ochrana života, obnovení zdraví, zlepšení

kvality života, úleva od strádání a bolesti. Principy jsou zakotvené v Etickém kodexu sester a v etických normách (Vrublová 2006, s. 16-17).

Etické principy druhého řádu - souvisí s etikou všedního dne:

- pravdomluvnost,
- věrnost a poctivost,
- důvěryhodnost.

Princip pravdomluvnosti lze definovat jako závazek mluvit pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. Každý člověk má právo znát pravdu tedy nebyť podváděn. Zdravotníci při svém profesním jednání mají povinnost mluvit pravdu, aby neztratili důvěru pacientů, aby tím nedošlo ke snížení efektivity léčby. Komplikovaná pro zdravotníky je otázka sdělování pravdy nevyléčitelně nemocnému pacientovi.

Princip věrnosti a poctivosti znamená povinnost zůstat věrný svým závazkům. Ve zdravotnické péči lékař plně spoléhá na zdravotní sestru. Sestra důsledně, zodpovědně plní všechny ordinace lékaře, přesně podává léky dle ordinace, měří a pravdivě do dokumentace zapisuje fyziologické funkce nemocného. Sestra vede ošetrovatelskou dokumentaci, kde chrání důvěrné informace pacienta.

Princip důvěryhodnosti je spojen s výše zmiňovanými principy. Od zdravotníků se očekává vstřícný přístup k nemocným. Do důvěryhodnosti lze zahrnout i charakteristiky kvalitní komunikace, jako jsou spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost a taktní jednání. Informace mají být pacientovi poskytnuty spolehlivé a především srozumitelnou formou. Z etického hlediska jsou schopnost komunikace i empatie u sestry klíčovými vlastnostmi (Bužgová 2008, s. 31-35).

1.9 Psychosociální aspekty zdraví a nemoci

Nemoc, ale i zdraví jsou velmi úzce propojeny se sociálním životem člověka, vzájemně se ovlivňují již při výskytu prvních symptomů nemoci,

pocitů nepohody či poskytnutí odborné zdravotnické pomoci. Kuzníková uvádí typologii pacientů popsanou Bártlovou:

- situace, kdy nemocný vyhledá odbornou pomoc sám. Návštěva lékaře je plánovaná s podezřením na patologické symptomy nemoci. Sociální stresory předcházející rozvoji onemocnění, působí jako spouštěče i zasahují do průběhu onemocnění. Sociálních vlivů, které ovlivňují zranitelnost k nemoci, představuje široká škála.
- Situace poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti nemocného. Jedná se např. o hospitalizaci klienta s poruchou vědomí, geriatrického pacienta, péče o dítě či osobu zbavenou svéprávnosti, sebevražedné jednání, abúzus návykových látek, žádost ze strany policie ČR o detoxikaci závislého klienta (2011, s. 97-99).

Cestou k úpravě životních podmínek, stylu života s ohledem na nemoc může být kladný postoj k životu i jeho pozitivní vidění. Členové ošetrovatelského týmu spolu s odborníky, sociálním pracovníkem a klientem mohou usilovat o humanizaci služeb, snižování délky ošetrovací doby ve zdravotnickém zařízení, včasné zahájení rehabilitace a resocializace. V důsledku chronické nemoci nebo snížení tělesné schopnosti klienta může dojít ke změně sociální role či rolí. Velký význam v tomto případě má rekonvalescence, která začíná již při určení diagnózy zahájením rehabilitace jako součásti terapeutického procesu. Důležitou roli hraje předávání informací lékařem, edukace zdravotnickým personálem, účinnými formami pomoci a podpory po prodělaném onemocnění. Při plánování všech potřeb klienta se zdravotnický personál v rámci jednotlivých fází ošetrovatelského procesu zaměřuje na aktuální situaci, ve které se klient nachází. Závažnost diagnózy či následky onemocnění se odvíjí osobním i sociálním životě nemocných. Mohou mít charakter dočasných i trvalých důsledků. Např.: ztráta či změna zaměstnání, projev v rodině, změny v oblasti trávení volného času, sociální izolace, stigmatizace klienta ve společnosti, problematika bydlení v přirozených podmínkách (Kuzníková 2011, s. 97-103).

Prožívání nemoci může být negativní, pozitivní a ve většině případů ambivalentní. Objektivní povaha nemoci její okolnosti i nemorbidní osobnost nemocného podmiňují autoplastický obraz nemoci. Nemocný člověk se nachází v nestandardní situaci. Zdravotnický personál musí respektovat pocity nemocného, které mohou v rámci nemoci nabývat různých kvalit. Charakteristika klienta, kompetence zdravotnického pracovníka i vzájemná očekávání ovlivňují jejich vzájemný vztah. Efektivní způsob urychlující terapeutické procesy je zaměřený na klienta. Odráží angažovanost zdravotníka v klientově světě. Na psychickou rovnováhu zdravotnického personálu se vytváří větší tlak. Svou roli a uplatnění mají základy psychohygieny ve smyslu aktivního přístupu k sobě samému především k vlastnímu životu (Kuzníková 2011, s. 104-111).

Kuzníková se zabývá specifickou institucionalizovanou součástí psychohygieny, intervizí a supervizí zdravotnického pracovníka. Supervize má přesně stanovená pravidla. Současné pojetí vychází z balintovských skupin, které jsou zaměřené na řešení problémů interakce mezi zdravotníkem a klientem v psychologické i vztahové stránce. Supervize se uskutečňuje v rámci malé skupinky pracovníků, kteří se scházejí pravidelně pod vedením zkušených odborníků. Může probíhat také individuálně. Supervizoři pomáhají jako průvodci pochopit, zpracovat problematické situace, reflektovat vlastní prožitky a nacházet u vztahových i osobních problémů nová řešení. Intervizní setkání není vedeno odborníkem. Slouží pro uvolnění afektivního napětí, odreagování svépomocnou formou. Také pro zprostředkování zkušeností mezi zdravotníky. Důležitým parametrem intervizního setkání je dodržení rámce. Témata jsou otvírána a zpracovávána v chráněném časoprostoru s myšlenkou rizika vynášení témat mimo rámec (2011, s. 110-111).

1.9.1 Zdraví – významná lidská hodnota

Lidské zdraví představuje významnou hodnotu, kterou v hodnotovém žebříčku lze umístit na jednu z nejvyšších příček. Biologizující pohled na zdraví představuje přežití a reprodukci organismu. Psychosociální pohled

charakterizuje myšlenka, že zdraví je výlučně záležitostí subjektivního soudu člověka. Zdraví jako jedna ze základních složek lidského potenciálu společnosti, pomáhá lidem umocnit jejich potenciál. Žít plný život. Umožňuje společnosti, aby vzkvétala kulturně, sociálně i ekonomicky. Důležité je posilovat v lidech aktivní a kladný přístup ke zdraví, předcházet nemocem či předčasně smrti. Přístup k péči o zdraví je dán společenským pojetím spravedlnosti, která znamená, že ve společnosti existuje veřejný konsensus o tom, co je spravedlivé a co nikoliv (Ivanová, Juríčková, Gladkij 2013, s. 17-20).

2 Etický kodex sester

Tato kapitola se zabývá Etickým kodexem sester. Podkapitoly pojednávají o cíli a významu Etického kodexu sester. Dále o jednotlivých člancích, v nichž se odráží normy chování zdravotních sester. Následují podkapitoly, pojednávají o etice na vybraných pracovištích a o etické komisi.

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.

„Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.“(Di Cara, Petr, Charvátová 2012[online])

Etický kodex uvádí čtyři základní povinnosti sester:

- podporovat zdraví,
- předcházet nemocem,
- navracet zdraví,
- zmírňovat utrpení.

Zdravotní služby poskytují sestry jednotlivcům, rodinám a komunitám. Koordinují svoje služby se službami jiných oborů. Ošetrovatelská péče, kterou zdravotní sestry poskytují, zahrnuje respektování lidských práv, práva na život s možností volby, práva na důstojnost a úctu. U pacienta - klienta respektuje věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyky, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientaci, národnost, politické přesvědčení, sociální postavení a rasu (Di Cara, Petr, Charvátová 2012 [online]).

2.1 Cíl Etického kodexu sester v ošetrovatelství

Cílem Etického kodexu sester v ošetrovatelství je:

- ukázat společnosti, že důvěru sestry chápou, a odpovědnost z této důvěry plynoucí přijímají,
- poskytnout ukazatele profesionálních vztahů pro eticky odpovědné skutky,
- popsat postavení sester v rolích, které sestra uplatňuje ve své profesi (sestra jako zástupkyně a obhájkyně pacienta, sestra jako kolegyně, loajální zaměstnankyně, jako zástupkyně zdravotnických služeb ve společnosti),
- profesní skupině dát prostředek k sebekontrolě (Bužgová 2008, s. 49-50).

2.2 Význam Etického kodexu sester

Význam Etického kodexu sester je založen na aplikovatelnosti na skutečné lidské chování v měnící se společnosti. Pro funkčnost kodexu je podstatné, aby s ním byly sestry seznámeny a pochopily jej. Má význam pouze tehdy, když ho zdravotní sestry přijmou za vlastní a následně používají ve všech aspektech své práce. V silách žádného kodexu, tedy ani Etického kodexu sester, není možno zabezpečit morální jednání těch, kteří jej mají dodržovat. Toho lze dosáhnout pouze ze předpokladu vnitřního chtění jednajícího jedince. Skutečným zdrojem morálky i morálního jednání není obsah Etického kodexu, ale vnitřní zakotvení morálky či svědomí každého jednotlivce (Bužgová 2008, s. 49-50).

Jednotlivé články Etického kodexu sester poskytují rámec pro normy chování. První seznámení s etikou v ošetrovatelství a Etickým kodexem mají možnost studenti při studiu na Střední zdravotnické škole. Domnívám se, že není nutná znalost Etického kodexu sester z paměti, protože je pro sestry dostupný v tištěné i elektronické formě, ale seznámení se s ním

již v začátku přípravy na povolání. Další poznávání probíhá v rámci celoživotního vzdělávání sester. Význam Etického kodexu v oblasti ošetrovatelství spočívá v umění sester uplatnit jej v praxi, ve vzdělávání, ve výzkumu nebo v řízení. Uvést normy kodexu do praxe pomáhá spolupráce s Českou asociací sester, dalšími spolupracovníky, profesními organizacemi aj.

2.3 Sestry a lidé

Podkapitola sestry a lidé se zabývá vybranými normami v 1. Článku Etického kodexu sester (viz Příloha č. 3).

Poskytování ošetrovatelské péče znamená profesní povinnost sester vůči lidem, kteří ji potřebují. Sestry při poskytování péče respektují víru jedince, jeho životní hodnoty a obyčeje. Podílí se na vytváření podmínek, respektujících individualitu každého jednotlivce. Sestry informace o osobních poměrech pacienta chrání a považují je za důvěrné. Svědomitě při své profesi hodnotí komu, v jakém rozsahu mohou tyto informace předat.

V nemocnicích, ambulancích, hospicích, stacionářích, domácí péči v podstatě všude v sestřské profesi při kontaktu s pacientem - klientem se setkávají sestry s jedinci z odlišného kulturního prostředí. Problematice kulturních odlišností při poskytování ošetrovatelské péče se sestry věnují v rámci své profesní přípravy. Víra, tradice a kulturní hodnoty pacienta se mohou dostat do konfliktu s profesními povinnostmi sestry. Při ošetrování pacientů se mohou dostat sestry do situace, která může být problematická až konfliktní. Každou takto vzniklou situaci musí znovu zhodnotit a uvědomit si svou primární odpovědnost vůči lidem, kteří potřebují jejich péči. Všechny sestry, se proto, aby mohly naplňovat své etické poslání, musí seznámit s kulturními hodnotami země či prostředí, ze kterého přicházejí její pacienti. Důležité jsou pro sestry informace o rodině, rodinném prostředí o životě etnické skupiny. Dále by měly znát rituály typické pro životní události dané skupiny, jako je narození či umírání. V sestřské profesi není

péče pouze o jednotlivce, ale mnohdy o celou komunitu, proto jsou důležité informace o kulturní identitě skupiny, pravidla pro verbální i neverbální komunikaci, osobní prostor pro komunikaci. Sestry potřebují mít k dispozici informace o morálních zásadách skupiny, kulturních postojích k času, práci i odpočinku. Neobejdou se bez informací o náboženství o podmínkách, které souvisejí se zdravotnickou péčí, postoji ke zdraví, k léčbě či nemoci (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 239-245).

Domnívám se, že analýza všech dostupných informací může sestřám velmi pomoci při poskytování ošetrovatelské péče, tak aby nedocházelo k porušení etických pravidel spojených s kulturními odlišnostmi pacientů.

Tóthová uvádí k problematice péče u vybraných minoritních skupin, že jednání jedinců i jejich chování může ovlivnit etnický původ, duchovní a náboženské přesvědčení, které zaujímá v životě jedince významné místo. V době nemoci získávají duchovní a náboženské přesvědčení v životě věřícího větší význam než v době zdraví. Víra pomáhá nemocným smířit se s chorobou i plánovat do budoucna. Sestry by při poskytování holistické péče měly zaměřit svou pozornost i na duchovní potřeby pacientů jejich přístup ke zdraví, způsobu života, výchově v rodině či názoru na způsob poskytování zdravotní péče (20012, s. 11-12).

Příkladem nových forem práce a pomoci, při zlepšení komunikace s různorodými sociokulturními skupinami, může být role zdravotně sociálního pomocníka, působícího v sociálně vyloučených lokalitách. Významně ovlivňovat poskytování kvalitní zdravotní i ošetrovatelské péče, mohou zvláštní druhy postojů např. stereotypy a předsudky jedinců, kteří péči poskytují (Kuzníková 2011, s. 149-151).

Etický kodex stanovuje chránit **lidská práva pacientů - klientů**. Sestry chrání a respektují zejména lidskou důstojnost. Při poskytování péče je důležité respektovat intimitu pacienta, chránit jeho soukromí, uplatňovat právo na informace. Sestry dodržují povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacientů - klientů (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 242).

K problematice práv a povinností nemocných uvedla Munzarová, že pokud se mluví o povinnostech, jde většinou o povinnosti pracovníků ve zdravotnictví. Těžké a zodpovědné je určit okamžik, kdy by společnost měla mít právo či povinnost chránit veřejnost, tím i každého jednotlivce. Myšlenku základních lidských povinností je třeba rozvíjet především ve smyslu, že tak jako existuje kodex práv, měl by existovat i kodex povinností. K povinnostem by měla patřit např. zodpovědnost vůči ostatním lidem, společnosti i budoucím generacím (2005, s. 108).

V našem právním řádu velmi problematicky hledáme alespoň minimální práva zdravotnického pracovníka a jim korespondující právní povinnosti pacienta. Některé povinnosti pacientů jsou uvedené v zákoně o péči o zdraví lidu. Jedná se o povinnost podrobit se léčení nemocí zvláště závažných, protiepidemickým a asanačním opatřením, povinnost podrobit se v rámci dispenzární péče nebo obecně prováděných preventivních akcí. Vymáhání povinností není na zdravotnickém pracovníkovi, na zdravotnickém zařízení, ale na zdravotní pojišťovně (Brůha, Prošková 2011, s. 62-63).

Sestra jako zdravotnický pracovník, ale i občanka tohoto státu iniciuje a podporuje vhodné aktivity vedoucí k uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatelstva, protože to vyplývá z norem Etického kodexu sester a je součástí jejího profesního jednání.

Zdraví považujeme za významnou společenskou hodnotu a také za jeden z ukazatelů sociálního rozvoje společnosti. Celospolečensky je žádoucí pozitivní vývoj zdraví populace. Pozitivně, ale také negativně ovlivňují zdraví faktory, tzv. determinanty zdraví. Příležitostí smysluplné intervence, edukace i vyzývání občanů zdravotnickými pracovníky ke zdravému životnímu stylu dává program „Zdraví 21“. Společně s návrhem Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR má cíl seznamovat střední generaci a seniory se zásadami aktivního stárnutí. Dalším cílem programů je předcházet nepříznivým důsledkům nemocí, stáří a předčasného stárnutí. Hlavně aktivizací, sociální integrací i vytvářením rovných příležitostí s cílem zvýšení kvality života ve stáří (Kuzníková 2011, s. 93-94).

Péče sester v současném ošetrovatelství zahrnuje uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb nemocných. Spiritualita i náboženství jsou oddělené entity, ale mohou se překrývat. V evropských podmínkách je hlavním náboženstvím katolicismus, protestantismus. Sestry mohou pomoci v oblasti uspokojování spirituálních potřeb: respektováním víry nemocného, získáváním informací o jeho duchovních potřebách, zprostředkováním návštěvy jiných věřících. Také poskytují informace nemocnému a příbuzným o bohoslužbách ve zdravotnickém zařízení, podle přání zprostředkují návštěvu kněze (Kutnohorská 2013, s. 61).

Pastorační péče v nemocnicích je pevnou součástí komplexní péče o pacienta a to péčí o tělo, ducha i duši. Duchovní péče vychází z principu, že každý člověk, věřící i ten, který víru odmítá, má spirituální potřebu. Pastorační péči v nemocnicích a zdravotnických zařízeních poskytují nemocniční kaplani. Možnost využít pastorační péči mají pacienti, jejich rodinní příslušníci v případě zájmu i zdravotnický personál ve většině zdravotnických zařízení v ČR.

2.4 Sestry a ošetrovatelská praxe

Podkapitola sestry a ošetrovatelská praxe se zabývá normami v 2. Článku Etického kodexu sester (viz Příloha č. 3).

Sestry nesou osobní odpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče. Své znalosti i dovednosti jsou odpovědné udržovat, obnovovat cestou neustálého vzdělávání. Pečovatelský standard se snaží udržovat na co nejvyšší úrovni. Při plnění povinností posuzují svou kvalifikaci, individuální znalosti i dovednosti. Předávají-li úkol jiným osobám, musí zhodnotit kvalifikaci daných osob, kterým úkol předávají. Sestry za všech okolností dodržují pravidla slušného chování. Jednají tak, aby jejich chování přispělo k dobré pověsti povolání zdravotní sestry (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 240).

Sestry pečují o zdraví nemocných v rámci své profese, musí ale pečovat také o vlastní zdraví, aby nebyla narušena jejich schopnost poskytovat péči, protože zdravý způsob života, výživa, aktivní či pasivní odpočinek pomáhají sestřám při jejich fyzicky i psychicky náročné práci.

Prestíž povolání je hodnota, kterou nelze nikomu nařídít ani o ni žádat. Záleží na každé osobnosti sestry či zdravotnického pracovníka, jak se na zvyšování prestiže profese podílí. Nevhodným chováním může sestra profesi velmi devalvovat a komplikovat ošetrovatelskou léčebnou péči. Mezi projevy důvěryhodnosti lze zařadit např. vztah sester k povolání, kultivovanost projevu, vystupování, odborné znalosti a vzhled sester. Ošetrovatelský proces je založen na aktivním kontaktu sestry s pacientem, proto je nezbytné, aby měl pacient a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Vzájemný vztah mezi sestrou, nemocným i jeho rodinou, umožňuje úzkou spolupráci, urychluje edukační dále terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Sestra ve své profesi musí převzít větší osobní odpovědnost a zvyšují se nároky na její samostatnost (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 242).

Bezpečné pracovní prostředí pro zdravotní sestry představuje základ pracovní spokojenosti nejen jich samotných, ale i jejich spolupracovníků, klientů ošetrovatelské péče. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci v tomto pojetí odpovídá Usnesení vlády ČR č. 475 z r. 2003. Právo zaměstnanců na bezpečné a zdravé pracovní podmínky, prostředí, povinnost zaměstnavatelů na jejich vytvoření a úloha státu při tvorbě předpisů pro BOZP a dozor nad jejich dodržováním ustanovuje soudobé zákonodárství. Profese zdravotních sester se pojí s řadou zdravotních rizikových faktorů, bezpečnost a ochrana zdraví při práci zastává významné postavení. Cílem je nejen vytvoření pracovních podmínek, ale i jejich dodržování během pracovního procesu. K cíli využívá rozvoje vědy a techniky. Metod a poznatků souvisejících disciplín z oblasti technických, humanitárních i ekonomických věd. Vychází z jejich výsledků, provádí jejich syntézu, analýzu a následně aplikaci (Vévoda 2013, s. 77-80).

Životní styl zdravotních sester se odráží v jejich chování při práci. Základem je vzájemné působení životních podmínek, sociálně - ekonomických faktorů a osobních vlastností každého jedince. Způsob života ovlivňuje výživa, společenská komunikace, zvládání psychosociální zátěže, volnočasové aktivity, pohybová aktivita, používání alkoholových nápojů, užívání léků, psychotropních a omamných látek, kuřácké návyky aj. závislosti. Zdravé životní a pracovní podmínky ovlivňují zdraví lidí. Pracovní podmínky jsou ovlivňované režimem práce, odpočinku, technickým stavem pracovního prostředí. Jsou to především fyzikální, chemické, biologické a psychosociální faktory, které působí na zdraví i pracovní výkonnost člověka v pracovním procesu (Šulcová a kol. 2013, s. 5).

2.5 Sestry a profese

Podkapitola sestry a profese se zabývá normami v 3. Článku Etického kodexu sester (viz Příloha č. 3).

Sestry jsou odpovědné za realizaci vysokého standardu ošetrovatelské a zdravotní péče. Dále za své odborné vzdělání. V rámci profesní organizace se sestry podílí na stanovení přiměřeného platu i jeho vyplácení. Pro realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče pomáhají vytvářet důstojné pracovní podmínky (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 240).

Povolání zdravotní sestry představuje především poskytování ošetrovatelské péče. Jedná se o uspokojování potřeb pacienta, které vznikly nebo byly změněny v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, zachování či navrácení soběstačnosti a také péče o nevyléčitelně nemocné. Sestra má roli jednak zcela samostatnou, kdy je považována za autonomního odborníka. V případě poskytování vlastní ošetrovatelské péče, při níž nepotřebuje indikaci lékaře. Druhou rolí při výkonu povolání představuje role spolupracovnice lékaře podíl sestry na péči léčebně - preventivní. **Ošetrovatelská péče** podle stavu pacientů, jimž je poskytována se rozčleňuje:

- základní ošetrovatelská péče,
- specializovaná ošetrovatelská péče,
- vysoce specializovaná ošetrovatelská péče.

Péče základní je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života. Riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální. Jde především o dýchání, krevní oběh, vědomí a vylučování. Pacientům, u nichž nejsou zaznamenány patologické změny psychického stavu.

Specializovaná ošetrovatelská péče je poskytována pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života. Vyskytuje se riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání. V psychickém stavu mají patologické změny, jež nevyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života, zdraví pacienta nebo jeho okolí. Dále péče poskytovaná pacientům se závažnými poruchami imunity a pacientům v terminálním stavu chronického onemocnění, kde není reálný předpoklad resuscitace.

Pacientům, u nichž dochází k selhání základních životních funkcí nebo bezprostředně jsou selháním ohroženi, musí být poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Zdravotní sestry tento typ péče poskytují dále pacientům, kteří mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života či zdraví pacienta nebo jeho okolí.

Základní a specializovanou péči poskytují sestry bez specializované způsobilosti. Vysoce specializovanou péči o pacienty mohou poskytovat pouze sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru. Rozdělení typů péče má svůj význam i v katalogu prací, kde se rozlišuje zařazení sester do platových tříd a to především podle kritéria náročnosti ošetrovatelské péče (Brůha, Prošková, 2011, s. 212-214).

Ošetrovatelská profese představuje velmi náročnou činnost, která vyžaduje sestru vzdělanou a schopnou aplikovat své poznatky v různých oborech své

činnosti nebo úseku práce. Vysoké nároky jsou na sestry kladeny v oblasti odborné, morální, charakterové, a to nejen v roli profesní, ale i osobní. Nové poznatky, dovednosti a informace získávají sestry celoživotním vzděláváním, protože právě vzdělávání jim pomáhá zvládnout dynamické změny současného zdravotnictví.

V minulosti patřilo k základnímu vzdělání zdravotnických pracovníků středoškolské vzdělání ukončené maturitní zkouškou. V současnosti vzdělávání zdravotnických pracovníků probíhá na Středních zdravotnických školách a Vyšších odborných školách zdravotnických. Další vzdělávání v rámci vysokoškolských programů a následuje dlouhodobé celoživotní vzdělávání každého jedince. Kromě poznatků z ošetrovatelství a jeho nových trendů, sehrává důležitou úlohu i etika, sociální práce popřípadě psychologie. Moderní ošetrovatelství řeší změny požadavků na rozsah, kvalitu či zaměření ošetrovatelské péče v kontextu vědeckého poznání současnosti. Při své práci respektuje přijatá mezinárodní doporučení, normy a etické principy (Krátká, Kutnohorská, Cichá a kol. 2011, s. 21).

Vzdělávání zdravotních sester zajišťují vzdělávací instituce, mezi které patří: Střední zdravotnické školy, Vyšší odborné školy se zdravotnickým zaměřením, Vysoké školy. Velkou pozornost je třeba věnovat začínajícím zdravotním sestřím s cílem pomoci jim při utváření správného stylu chování při jednání s pacienty a kvalitním vedení rozhovorů. Důležité pro zdravotnické pracovníky v klinické praxi je další vzdělávání formou seminářů, školení, kurzů, odborných konferencí případně proškolení v Institutu pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně. Celoživotní vzdělávání má pozitivní vliv na rozvoj osobnosti zdravotníka a na jeho zájmu provádět změny na pracovišti (Krátká, Kutnohorská, Cichá a kol. 2011, s. 25-27).

Povinnost celoživotního vzdělávání mají všichni zdravotničtí pracovníci, odlišný může být způsob kontroly jejího plnění. Účast na celoživotním vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace. Každé zdravotnické zařízení by mělo mít vnitřní systém plánování a kontroly celoživotního

vzdělávání svých zaměstnanců. Kontrola celoživotního vzdělávání probíhá zejména v rámci hodnocení kvality poskytované péče (Brůha, Prošková 2011, s. 113-114).

Vzdělávání sester má být kvalitní, systematické, celoživotní. Mezi nejvýznamnější mezinárodní organizace patří Mezinárodní rada sester, Světová zdravotnická organizace a Stálá komise sester při Evropské unii. Zaměřují se a doporučují zavést ve všech zemích především systém základní přípravy sester k povolání, systém dalšího vzdělávání kontrolovaný centrální registrací. V ČR vytváří registr ČAS, jež nabízí členům i nečlenům možnost, stát se registrovanou sestrou (Česká asociace sester 2001, s. 5-7).

Na zvyšování etické a odborné úrovně pracovníků ve zdravotnictví se podílí Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Jde o státní příspěvkovou organizaci v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR. Organizuje vzdělávací akce v rámci celoživotního vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (Kutnohorská 2010, s. 155-157).

2.6 Sestry a spolupracovníci

Podkapitola sestry a spolupracovníci se zabývá normami v 4. Článku Etického kodexu sester (viz Příloha č. 3).

Sestry jsou zodpovědné za realizaci spolupráci i s ostatními zdravotnickými pracovníky různých profesních kategorií. Podle nutnosti chrání, případně zasahují v péči o jedince, jestliže péče o něj je ohrožena chováním jiného zdravotního pracovníka či občana (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 240).

Poškození pacienta úzce souvisí s etickým nerespektováním jeho důstojnosti. Doporučení jak ctít důstojnost pacienta není, protože zdravotník i pacient jsou individuální jedinci. V profesi zdravotníka charakterizuje nutný vysoký morální kredit a stálá kultivace osobnosti. Předejít poškození pacienta ze strany zdravotníků se dá za předpokladu vnitřního zakotvení morálky i vnitřního chtění. V profesi zdravotní sestry jako v každé jiné profesní skupině se najdou nezodpovědní jedinci, kteří působí

na nemocného škodlivě. Pro nepřiměřené jednání zdravotní sestry, která může negativně působit na pacienty, používá odborná terminologie název sororigenie. Chyby v práci zdravotníků se dají rozdělit na zanedbání povinné péče při výkonu povolání. Málo pečlivé až nedbalostní vykonávání určité činnosti, které vede až k poškození člověka. Nedbalost může být vědomá i nevědomá činnost. Jde o porušení náležité opatrnosti při výkonu určité činnosti, riskování, nedodržení postupu lege artis, volba jiných postupů než je obvyklé, či volba postupů, které nespádají do kompetence daného zdravotníka. Poškození pacienta může mít podle svého charakteru podobu tělesného, psychického či kombinovaného poškození. Rozlišovat lze dále podle míry zavinění, míry odpovědnosti, rozsahu zasažené populace, podle aktérů, podle příčin atd. Může se týkat všech pacientů bez ohledu na diagnózu, fázi vývoje nemoci, věk, etnickou příslušnost, náboženské vyznání, socioekonomický statut. U psychického poškození jde nejvíce o osoby, které jsou nejsnáze zranitelné (Kutnohorská 2007, s. 61-63).

Ošetrovatelská péče a profesionální zařazení zdravotních sester představuje řadu práv, povinností, ale samozřejmě rovněž vysokou míru odpovědnosti. Obvinít sestru z pochybení může pacient, rodinný příslušník, návštěva, ale i jiný zdravotnický pracovník. Obvinění může být skutečné nebo domnělé a poškozený se může obrátit na vedení zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovnu, ale také na profesní organizaci. Nejčastěji je obvinění adresováno orgánům činným v trestním řízení. Nastane-li situace, kdy sestra při poskytování ošetrovatelské péče způsobí pacientovi škodu, odpovídá za škodu přímo a to tehdy je-li odpovědným provozovatelem ošetrovatelské péče, anebo odpovídá ten, pro něhož péči vykonává. Poškozeným v tomto případě odpovídá za škodu její zaměstnavatel, který je oprávněn požadovat po sestře v limitovaném rozsahu to, co on musel zaplatit poškozeným. Předcházet škodám je stanoveno právním předpisem, kdy každý má povinnost počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, majetku či přírodě (Vondráček, Vondráček 2006, s. 11-16).

Skupinová práce ve zdravotnictví byla a stále ještě zůstává realizovaným přístupem. Domnívám se, že zajištění kvality zdravotní péče není možné

bez týmové spolupráce., protože při organizování týmů jde o takové seskupení pracovníků, aby napomáhalo ke zvládnutí úkolů a funkcí, zejména nestandardní interdisciplinární povahy.

Roste potřeba integrace, propojování, návaznosti dílčích pohledů a činností. V českém zdravotnictví je koncept interdisciplinární týmové spolupráce naplňován v nejrůznějších podobách. Často závisí na povaze příslušné zdravotnické organizace. Členové týmu se účastní práce na základě odborné specializace a vzájemné dohody. Vedoucí plní úlohu integračního specialisty, postavení všech členů je rovnoprávné. Cílem týmu je pomoci pacientovi dosáhnout jeho největšího potenciálu co nejrychleji. Efekt se odráží na lékařské i ošetrovatelské péči. Kvalitní týmová práce předpokládá u pracovníků ochotu ke spolupráci v odborných otázkách jako rovný s rovným, za poskytnutí všech odborných informací členům týmu s cílem dosáhnout odborného konsenzu. Pracovní zátěž a odpovědnost za zdraví pacientů je velké, proto může někdy docházet k negativním až impulsivním reakcím u pracovníků. Prevencí jsou cílená tvorba, dále především udržování pozitivních pracovních vztahů.

Nezastupitelné místo v ošetrovatelství má také „mezi týmová“ spolupráce. Její pomocí se šíří informace mezi jednotlivými pracovišti. V Mnichovské deklaraci z roku 2000 je zmiňován význam týmové práce sester a lékařů. Jako jedno z doporučení uvádí vytvářet příležitost pro sestry, porodní asistentky a lékaře ke společnému vzdělávání na pregraduální a postgraduální úrovni, aby byla zajištěna větší spolupráce, interdisciplinární pracovní přístup pro zajištění kvalitnější péče o klienty. Efektivní týmová práce není na žádném pracovišti spontánní. K týmové práci musí být její účastníci motivováni, je nutné zajistit vzdělávání o jejich pravidlech, podporovat kvalitní interpersonální vztahy (Vévoda 2013, s. 40-47).

Postavení sester v multidisciplinárním týmu prochází v současné době mnoha změnami vlivem transformace zdravotní péče včetně ošetrovatelství. Na kvalitu poskytované péče mají vliv existence zdravotnické organizace

s dostatečným počtem sester, optimální personální složení zdravotnických pracovníků, dobrá pracovní atmosféra a spolupráce mezi členy celého týmu. Ve zdravotnických zařízeních, kde jsou multidisciplinární týmy funkční, vykazují lepší výsledky poskytované péče např. v délce hospitalizace, mortalitě pacientů, nákladech vynaložených na zdravotní péči (Vévoda 2013, s. 53-56).

V praxi se můžeme setkat s dysfunkčními jevy, které podporují vznik konfliktu na pracovišti mezi personálem. Jde především o sníženou ochotu k další spolupráci, nízkou motivovanost, zhoršení sociálního klimatu v organizaci, soupeření malých skupin v pracovním týmu. Konflikt se může týkat situací, kterou různí lidé vnímají odlišně. Dalším typem jsou konflikty zájmů, které vyjadřují rozdílné úsilí jednotlivých účastníků komunikace o uspokojování jejich potřeb. Zkušenosti při rozhodování či řízení konfliktů vedou k efektivnější komunikaci, tím napomáhají ke zlepšení vztahů v pracovním kolektivu. V pracovních týmech se konfliktní situace někdy vyskytují, aby nenarušovaly pozitivní vztahy členů týmu, je nutné si jejich existenci uvědomit a naučit se je řešit tak, aby přinesly pozitivní výsledek (Vévoda 2013, s. 56-61).

Novým pojmem v souvislosti s pracovním výkonem je supervize. Pracovník pod odborným vedením hovoří o své práci a prostřednictvím reflexe a přemýšlení se z ní učí. Pomocí supervize může pracovník vyjádřit nadšení, spontánnosti i potlačovaných negativních emocí, které v rámci profesního výkonu se snaží pracovník držet pod kontrolou. Mezi emoce patří např. zlost, frustrace, strach, bezmoc, stud nebo obavy ze selhání. Ve světě je supervize využívána sestrami z různých oblastí klinického ošetřovatelství, vzhledem k tomu, že jde o jednu z nejnáročnějších lidských činností z hlediska celkové zátěže a angažovanosti v citové oblasti (Vévoda 2013, s. 40-61).

2.7 Využití Etického kodexu sester

O Etickém kodexu sester mluvíme jako o návodu k aktivitám sester vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Smysl má pouze tehdy, pokud jde o živý dokument. Podmínkou využití Etického kodexu sester je, že bude aplikován na realitu ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti (Di Cara, Petr, Charvátová 2012 [online]).

Domnívám se, že šíření Etického kodexu neovlivňují pouze sestry při realizování ošetrovatelské a zdravotnické péči, ale především profesní organizace sester, zaměstnavatel, organizace, legislativa. Diskuze o Etickém kodexu mezi spolupracovníky, o řešení problematických situací, o uplatňování etických norem je pro využití Etického kodexu sester významné, protože kodex zůstává živým dokumentem, se kterým lze neustále pracovat.

Etický kodex je uplatnitelný ve všech typech zdravotnických zařízení. Gladkij a kol., uvádí typologii zdravotnických služeb, které vycházejí z kombinace hledisek klasifikace a tříd institucí:

- instituce primární, sekundární, terciální,
- instituce pro léčbu urgentní, akutní, následnou a chronickou,
- instituce pro léčbu v domácnosti, ambulanci, nemocnici, ústavu,
- instituce provádějící činnosti léčebné, podpůrné a pomocné a řídicí a správní (2003, s. 46-47).

2.8 Etika na vybraných pracovištích

Podkapitola se zabývá problematikou etiky na vybraných pracovištích nechirurgických a chirurgických oborů. Toto rozdělení jsem zvolila vzhledem k problematice, kterou řeším v cíli magisterské diplomové práce.

2.8.1 Etika v oboru vnitřního lékařství

Na interním oddělení jsou hospitalizováni převážně nemocní vyšších věkových kategorií, pro něž je typické několik základních, většinou chronických a současně závažných diagnóz. Komplikace u klientů plynoucích ze stáří vyžaduje u personálu, tedy i zdravotních sester, značnou trpělivost, takt, aby s těmito pacienty mohli navázat účinnou komunikaci, následně i potřebný vztah. Část hospitalizovaných pacientů představují psychicky labilní pacienti, nejčastěji se stavy deprese a úzkosti. Další skupinou hospitalizovaných klientů jsou agresivní nemocní, jejichž počet v posledních letech stoupá a kladou na celý ošetrovatelský tým zcela mimořádné nároky. Kategorickým požadavkem je respekt lidské důstojnosti. Celý tým zdravotnických pracovníků na interním oddělení spoluvytváří klima, které v případě, že je nemocnými přijato, může zásadním způsobem ovlivnit jak diagnostický, tak především léčebný proces. Nesmírně složité jsou situace v souvislosti s procesem umírání. Ochrana nemocného před tzv. psychickou a sociální smrtí má klíčový význam. V průběhu nemoci i ve fázi umírání je nutné respektovat nárok pacienta na tzv. otevřenou komunikaci. Maximalizací lidského kontaktu můžeme potlačit projevy institucionálního umírání (Ptáček, Bartůnek a kol., 2011, s. 89-93).

Etika, etické jednání a empatický přístup sester má velký význam v oblasti medicíny nazvané geriatrie. Jedná se o obor medicíny zabývající se diagnostikou, terapií poruch, které se vyskytují ve vyšším věku. Na interních odděleních sestra poskytuje péči seniorům, kteří tvoří část z hospitalizovaných nemocných (Di Cara, Vidovičová 2007, s. 162).

2.8.2 Etika v oboru chirurgie

Specifika chirurgických oborů vyplývají z invazivity i samotného průběhu chirurgické léčby, z vlivu nemoci a operací na další život pacienta. Také z nároků na ekonomickou efektivnost. Část operovaných klientů přichází z plného zdraví. U plánovaných operačních výkonů přichází nemocní již vyšetřeni a vlastní délka pobytu na chirurgii je pak minimální. Právo každé

lidské bytosti, která není zbavena svéprávnosti je rozhodnout o tom, jak bude s jejím tělem naloženo. Toto je základní myšlenkou informovaného souhlasu klienta před zamýšleným chirurgickým výkonem. Informovaný souhlas má být získán po důkladném rozhovoru s nemocným písemnou formou. Pacient ocení osobní rozhovor, během kterého má chirurg za úkol získat pacientovu důvěru (Ptáček, Bartůněk a kol. 2011, s. 95-103).

Problematiku etiky a poskytování informací v předoperační a pooperační péči vyložili např. Workman a Bennett, kteří uvádí, že informování nemocného v předoperačním období může úzkost klientů zmírnit. Informace by se měly podávat citlivě s ohledem na individuální potřeby nemocného. Umění efektivní komunikace a empatické jednání, patří mezi klíčové dovednosti sester. Nemocným může pomoci setkání s nemocnými, kteří prodělali stejnou zkušenost dříve nebo se sestrou specialistkou na danou problematiku. Etický přístup v chirurgických oborech se musí zabývat i vlivem operace na vzhled nemocného nebo jeho roli ve společnosti (2006, s. 214-244).

Vztah etiky je dán především vlastní náplní práce zdravotní sestry v chirurgických oborech. Často je nutné rychlé a závažné rozhodnutí a s tím spojená velmi zblízka vnímaná přítomnost života či smrti. Nemocní jsou často vybaveni množstvím informací z jiných zdrojů, než které jim poskytl zdravotnický personál na oddělení. Nadměrná administrativa, rychle se měnící ekonomické vztahy ovlivňují i působení zdravotnického personálu na nemocného. Nové metody, využití invazivní radiologie, počítačové techniky, poskytují operovaným v určitých případech podstatně kvalitnější léčebný komfort. Dochází ke snížení bolestivosti po výkonu, zkrácení doby hospitalizace avšak i ke zvýšení ekonomické náročnosti léčby pacienta. Stupňuje se problém alokace finančních zdrojů, i dostupnosti pro každého nemocného. Opravdu žádná ani ta nejmodernější technologie nenahradí osobní přístup zdravotnického personálu k nemocnému (Malý 1998, s. 23-24).

2.9 Etická komise

Etická komise pracuje jako nezávislý orgán. Chrání práva, bezpečnost a pohodu lidských subjektů účastnících se klinických zkoušek. Ustavuje ji poskytovatel způsobilý k provádění klinických zkoušek nebo ministerstvo zdravotnictví ČR (SÚKL 2010 [online]).

Ve zdravotnických zařízeních pracují etické komise, které mohou být složeny z pracovníků nemocnice i externích osobností právních profesí a občanů daného regionů, kteří do každodenní péče o nemocné zpravidla nejsou zapojeni. Práce etické komise je zaměřena na stanovení norem zdravotnické péče. Týká se pacientů, všech pracovníků činných ve zdravotnictví, institucí a organizací. V popředí všech rozhodnutí musí být zdraví pacientů. Ani smrtí pacienta nekončí povinná mlčenlivost pro zdravotnické pracovníky. V souladu s etickými zásadami nesmí být pacientovi vnucovány osobní, světonázorové, morální nebo politické představy zdravotníků (Schuler, Oster 2010, s. 109-110).

3 Empirická část

Teoretická východiska problematiky Etického kodexu sester byla inspirací k dotazníkovému šetření. Východiskem magisterské diplomové práce je Etický kodex sester (viz Příloha č. 3), ze kterého vycházím při formulaci výzkumných otázek.

3.1 Cíl dotazníkového šetření

Hlavním cílem dotazníkového šetření je srovnat, jak se zdravotní sestry na dvou typech pracovišť ve FN Olomouc odlišují v názoru na Etický kodex sester.

3.2 Výzkumné otázky

Na základě cíle dotazníkového šetření byly formulovány výzkumné otázky, které byly následně operacionalizovány.

Jaká jsou demografická data respondentů?

Kde se poprvé setkaly s Etickým kodexem sester?

Kde si myslí, že mohou nejčastěji aplikovat Etický kodex v praxi?

Jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester „Sestry a lidé“?

Jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester „Sestry a ošetrovatelská praxe“?

Jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester „Sestry a profese“?

Jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester „Sestry a spolupracovníci“?

V čem shledávají respondenti největší problém v dodržování Etického kodexu sester?

3.2.1 Operacionalizace výzkumných otázek

Demografická data respondentů.

Operacionalizace:

Respondenti mají možnost se vyjádřit k věku, který jsem operacionalizovala pomocí věkových kategorií. Dále se vyjadřují k nejvyššímu dosaženému vzdělání, které jsem operacionalizovala typem ukončení vzdělání. Následně k typu oddělení, na kterém pracují, kde není nutná operacionalizace. Uvádí délku praxe v oboru, kterou jsem operacionalizovala přes kategorie odpracovaných let. Odpovědi na tyto otázky zjistím pomocí otázek v dotazníku.

Otázky v dotazníku:

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Na kterém oddělení pracujete?
4. Délka Vaší praxe v oboru?

První setkání s Etickým kodexem sester.

Operacionalizace:

Respondenti mají možnost se vyjádřit k prvnímu setkání s Etickým kodexem sester. Respondentům byla položena otázka, kterou budu zjišťovat na kterém typu studia, v praxi, či jinde se s Etickým kodexem sester setkali poprvé.

Otázka v dotazníku:

5. Kdy jste se poprvé setkala/setkal s Etickým kodexem sester?

Aplikace Etického kodexu v praxi.

Operacionalizace:

Vycházela jsem z návrhu využívání jednotlivých článků Etického kodexu, který uvádí, aplikace v praxi, při vzdělávání, ve výzkumu, při řízení. Respondentům byla položena otázka, kterou budu zjišťovat kde si myslí, že mohou oni konkrétně v oblasti ošetrovatelství nejčastěji aplikovat Etický kodex sester, zda v praxi, při vzdělávání, ve výzkumu či při řízení.

Otázka v dotazníku:

6. Kde si myslíte, že Vy konkrétně můžete nejčastěji aplikovat Etický kodex sester v oblasti ošetrovatelství?

Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester.

Každá norma v 1. Článku Etického kodexu sester je vyjádřena otázkou.

Norma 1.

„Sestra má primární povinnost vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.“

Operacionalizace:

Z mých zkušeností vyplývá, že ukazatelů primární povinnosti je velmi mnoho, proto jsem zvolila jako hlavní indikátor spoluzodpovědnost za péči. Respondentům byla položena otázka, která má zjistit názor zdravotních sester na spoluzodpovědnost za péči poskytovanou občanům.

Otázka v dotazníku:

7. Co si myslíte o spoluzodpovědnosti sester a péči, poskytované občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení?

Norma 2.

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

Operacionalizace:

Ukazatelů tvorby prostředí, kde jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity je velmi mnoho, proto jsem zvolila jako hlavní indikátor duchovní přesvědčení. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor zdravotních sester na potřebu nemocniční kaple, kaplana či dobrovolníků v ošetrovatelské péči.

Otázka v dotazníku:

8. Myslíte si, že nemocniční kaple, kaplan popř. dobrovolníci mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči?

Norma 3

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

Operacionalizace:

Z mých zkušeností z praxe vyplývá, že nejdůležitější je ukazatel dostatečné informace o poskytované ošetrovatelské péči. Odpovědí na otázku, která byla v dotazníku položena respondentům, se snažím zjistit názor sester na dostatek a srozumitelnost poskytovaných informací klientům o poskytované ošetrovatelské péči.

Otázka v dotazníku:

9. Mají Vaši klienti srozumitelné a dostatečné informace o Vámi poskytované ošetrovatelské péči s ohledem na jejich zdravotní stav?

Norma 4

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

Operacionalizace:

Jedním z indikátorů povinné mlčenlivosti je porušování ochrany informací o zdravotním stavu klienta. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester na porušování ochrany informací. Povinná mlčenlivost patří v profesionální zdravotní péči k jedné z nejvýznamnějších etických povinností (Kutnohorská 2007, s. 55).

Otázka v dotazníku:

10. Setkal/a jste se osobně nebo zprostředkovaně s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta u nelékařských zdravotnických pracovníků?

Norma 5

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

Operacionalizace:

Norma 5 je vyjádřena otázkou č. 11 v dotazníku, kde operacionalizace nebyla nutná.

Otázka v dotazníku:

11. Myslíte si, že jsou v ČR uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů?

Norma 6

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

Operacionalizace:

Ukazatelů zachování životního prostředí je velmi mnoho. Z mých dosavadních zkušeností vyplývá, že mezi významné v práci zdravotních sester patří spoluzodpovědnost klientů, zaměstnavatele a zdravotní sestry na zachování životního prostředí. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester na spoluzodpovědnost při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí.

Otázka v dotazníku:

12. Kdo si myslíte, že by měl být spoluodpovědný za ochranu při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí?

Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.

Každá norma v 2. Článku Etického kodexu je vyjádřena otázkou.

Norma 7

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

Operacionalizace:

Norma 7 je vyjádřena otázkou v dotazníku, operacionalizace nebyla nutná.

Otázka v dotazníku:

13. Nese podle Vás zdravotní sestra osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace celoživotním studiem?

Norma 8

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

Operacionalizace:

Ukazatelů péče o své zdraví je velmi mnoho. Z mých dosavadních zkušeností z praxe zdravotní sestry vyplývá, že mezi významné indikátory v péči o své zdraví patří způsob trávení volného času. Respondentům byla položena otázka, která pomáhá zjistit, jakým způsobem tráví volný čas v rámci relaxace organismu.

Otázka v dotazníku:

14. Jakým způsobem trávíte volný čas v rámci relaxace organismu?

Norma 9

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

Operacionalizace:

Jedním z ukazatelů individuálních dovedností a znalostí jsou kompetence. Kompetencí se rozumí vědomosti a dovednosti, které umožňují určitou činnost kvalifikovaně vykonávat, ale také oprávnění, pravomoc vykonávat určitou činnost. Vycházela jsem z praxe, kde indikátor kompetence je významný v přijímání a delegování konkrétních povinností. Respondentům byla položena otázka, která pomáhá zjistit názor sester na nutnost porušování svých kompetencí.

Otázka v dotazníku:

15. Musel/a jste ve své praxi někdy porušit své kompetence?

Norma 10

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

Operacionalizace:

Ukazatelů dodržování pravidel slušného chování je mnoho. Z mých dosavadních zkušeností z praxe vyplývá, že mezi významné indikátory,

patří prestiž povolání. Prestiž povolání (vážnost, významnost) následně zvyšuje důvěru občanů. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester, zda se domnívají, že v ČR patří profese zdravotní sestry k prestižním povoláním.

Otázka v dotazníku:

16. Domníváte se, že v ČR patří profese zdravotní sestry k prestižním povoláním?

Norma 11

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

Operacionalizace:

Z ukazatelů bezpečnost, důstojnost a práva občanů při používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku jsem vybrala pro respondenty indikátor bezpečnosti. V současném zdravotnictví je velký nárůst moderních technologií a vědeckého pokroku, zkušenost z praxe mě vedla k vybrání indikátoru bezpečnosti. Respondentům byla položena otázka, pomocí které se snažím zjistit názor sester na zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií.

Otázka v dotazníku:

17. Jakým způsobem je na Vašem pracovišti zajištěna bezpečnost klientů při zavádění nových technologií (nové přístroje, materiály, ošetrovatelské postupy)?

Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.

Každá norma v 3. Článku Etického kodexu je vyjádřena otázkou.

Norma 12

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

Operacionalizace:

Ukazatelů při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání je mnoho. V klinické ošetrovatelské praxi mě zkušenost z praxe vedla k vybrání indikátoru sjednocení standardů. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester, zda sjednocení a standardizace norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR by byla pro jejich práci přínosnější.

Otázka v dotazníku:

18. Domníváte se, sjednocení, standardizace norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR by byla pro Vaši práci přínosnější?

Norma 13

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

Operacionalizace:

Jedním z možných indikátorů rozvoje odborných znalostí je možnost dalšího vzdělávání. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester na přijatelné možnosti dalšího vzdělávání. Současný stav ošetrovatelského vzdělávání sester ČR je uvedeno v zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (Kutnohorská 2010, s. 159).

Otázka v dotazníku:

19. Jaké jsou pro Vás přijatelné možnosti dalšího vzdělávání?

Norma 14

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

Operacionalizace:

Norma 14 je vyjádřena otázkou v dotazníku, operacionalizace nebyla nutná.

Odpovědi na otázku zjistím, zda se respondenti podílí na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace.

Otázka v dotazníku:

20. Podílíte se prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester?

Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.

Každá norma v 4. Článku Etického kodexu sester je vyjádřena otázkou.

Norma 15

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

Operacionalizace:

Ukazatelů kooperativního vztahu s kolegy i s kolegy z dalších oborů je více. Z mých dosavadních zkušeností z praxe vyplývá, že mezi významné indikátory, patří komunikace mezi spolupracovníky a spolupráce s ostatními odděleními. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester na problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky. Dále otázka, která pomáhá zjistit názor sester na spolupráci jejich pracoviště s ostatními odděleními.

Otázky v dotazníku:

21. Kde shledáváte největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky?

22. Domníváte se, že má Vaše pracoviště dobrou spolupráci s ostatními odděleními?

Norma 16

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

Operacionalizace:

Ukazatelů ohrožení zdraví jednotlivců, rodin, komunit je velké množství. Z mých dosavadních zkušeností z praxe vyplývá, že mezi jeden z významných indikátorů týkající se ohrožení zdraví zdravotní sestrou patří sororgenie. Respondentům byla položena otázka, kterou se snažím zjistit názor sester, zda ve své praxi museli zasahovat nebo se setkali se sororgenii.

Otázky v dotazníku:

23. Setkal/a jste se ve své praxi nebo musel/a zasahovat při sororgenii? (poškození pacienta zdravotní sestrou)

Problém v dodržování Etického kodexu z pohledu sester.

Operacionalizace:

Respondenti mají možnost se vyjádřit k problému v dodržování Etického kodexu z jejich pohledu. Respondentům byla položena polootevřená otázka, pro možnost vyjádřit svůj názor i v případě, kdy žádná z nabízených variant odpovědi není vyhovující. Odpovědí na otázku zjistím, zda problém v dodržování Etického kodexu shledávají v nedostatečném vybavení a to personálním či technickém, časové tísní, legislativě nebo zda zvolili odpověď jiných okolností.

Otázky v dotazníku:

24. V čem shledáváte největší problém v dodržování Etického kodexu z Vašeho pohledu?

3.3 Výzkumný soubor

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na cílové skupiny sester pracujících na standardních odděleních chirurgických a nechirurgických oborů ve Fakultní nemocnici v Olomouci, které tvoří základní soubor. Výběr respondentů z chirurgických a nechirurgických oborů jsem zvolila pro komplexnější náhled na problematiku názoru na Etický kodex sester z různých oborů. Při výběru jsem dbala o rovnoměrné zastoupení v chirurgických a nechirurgických oborech. Výběr respondentů jsem prováděla formou náhodného výběru.

Bylo rozdáno celkem 200 dotazníků. V počtu: I. Interní klinika 30, II. Interní klinika 30, III. Interní klinika 30, Transfuzní oddělení 10, I. Chirurgická klinika 40, II. Chirurgická klinika 20, Kardiochirurgická klinika 40. Ke zpracování se vrátilo 179 vyplněných dotazníků. Všech 179, tj. 100 % dotazníků bylo správně vyplněno a mohly být použity pro zpracování dat.

Tabulka č. 1: Počet respondentů

Oddělení	počet rozdaných dotazníků	počet vrácených dotazníků	počet pracujících sester
I. Interní klinika	30	20	36
II. Interní klinika	30	30	30
III. Interní klinika	30	30	30
Transfuzní oddělení	10	8	22
I. Chirurgická klinika	40	38	nesděleno
II. Chirurgická klinika	20	20	20
Kardiochirurgická klinika	40	33	45
Celkem	200	179	183

3.4 Metoda získávání dat

Na počátku dotazníkového šetření bylo studium odborné literatury, internetových zdrojů a odborných časopisů, zabývajících se daným tématem práce. Vypracování dotazníku (viz Příloha č. 1) a konzultace s vedoucím magisterské diplomové práce. K naplnění cílů práce byla použita kvantitativní metoda sběru informací pomocí anonymního dotazníkového šetření.

Vlastnímu dotazníkovému šetření problematiky názoru sester na Etický kodex, předcházela pilotní studie, která pomohla ujasnit formulaci dotazníku. Cílem pilotní studie bylo zjistit, zda informace, které požadují, v cílové skupině existuje.

Dotazník představuje soustavu předem připravených, pečlivě formulovaných otázek a promyšleně seřazených, na které respondenti odpovídají písemně. Data získaná dotazníkem mají podmíněnou platnost a mohou být ovlivněna subjektivním názorem (Chráska 2007, s. 163-164).

Průzkumné šetření bylo provedeno v měsících lednu až únoru roku 2014 ve Fakultní nemocnici v Olomouci.

Sběr informací na jednotlivých pracovištích chirurgických a nechirurgických oborů probíhal po schválení dotazníku náměstkem nelékařských oborů ve FN Olomouc (viz Příloha č. 2). Všichni dotazovaní respondenti byli kontaktováni prostřednictvím vrchních a staničních sester jednotlivých klinik, které s prováděním výzkumného šetření na oddělení souhlasily.

V úvodu dotazníku jsou respondenti osloveni s žádostí o vyplnění, ujištění o anonymitě dotazníku a také pokyny pro jeho vyplnění. Dotazník (viz Příloha č. 1) má celkem 24 položek. Formulace otázek byla přizpůsobena cíli práce.

V dotazníku se nachází 21 otázek uzavřených (strukturovaných), které byly rozděleny na dichotomické a polytomické. Tři otázky (5, 14, 24)

polootevřené, pro možnost vyjádřit svůj názor v případě, kdy žádná z nabízených variant odpovědi není vyhovující. U otázek 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 22 a 23 byla možná pouze jedna odpověď. U otázek 6, 12, 14, 17, 19, 21 a 24 mohli respondenti zvolit z více odpovědí. Úvodní část dotazníku, položky č. 1 až č. 4, se zaměřují na demografická data respondentů.

Položka č. 5 zjišťovala, kdy se sestry s Etickým kodexem sester setkaly poprvé.

Položka č. 6 zjišťovala názor sester na praktickou aplikaci Etického kodexu.

Položky č. 7 až č. 12 sloužily ke zjištění názoru sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 13 až č. 17 se zaměřovaly na názor sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 18 až č. 20, složily ke zjištění názoru sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 21 až č. 23 se zaměřovaly na názor sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.

Položka č. 24 byla zaměřena na zjištění názoru sester, v čem vidí největší problém v dodržování Etického kodexu sester.

3.5 Metoda zpracování dat

Statistický soubor – pozorovaný soubor, tvořily zdravotní sestry z FN v Olomouci. Celkem 179 respondentů.

Do nechirurgických oborů byly zahrnuty I. Interní klinika, II. Interní klinika, III. Interní klinika, Transfuzní oddělení. Celkem 88 respondentů.

Do chirurgických oborů byly zahrnuty I. Chirurgická klinika, II. Chirurgická klinika, Kardiochirurgická klinika. Celkem 91 respondentů.

Pro srovnání chirurgických a nechirurgických oborů byl použit Pearsonův chí-kvadrát test (test dobré shody), představuje metodu matematické statistiky.

V interpretaci výsledků testování byla použita statistická významnost (p), která určuje, zda rozdíl mezi proměnnými, chirurgické a nechirurgické obory, je nebo není statisticky významný.

$p < 0,05$ statistický rozdíl mezi proměnnými je významný

$p > 0,05$ statistický rozdíl mezi proměnnými není významný

Statistické zpracování bylo provedeno pomocí programu SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) verze 11.5.

V každé položce byly srovnány dvě proměnné, odpovědi zdravotních sester z chirurgických a nechirurgických oborů. Klíčové proměnné dotazníkového šetření měřím pomocí dotazníku (viz Příloha č. 1).

3.6 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace

Dotazníkové šetření proběhlo od ledna do února roku 2014. Pro zpracování výsledků dotazníkového šetření a interpretaci, bylo použito 179 tj. 100 % vyplněných dotazníků od respondentů z Fakultní nemocnice v Olomouci. Osloveni byli respondenti chirurgických a nechirurgických oborů. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách a grafech s komentáři. Z celkového počtu 179 respondentů tj. 100 % bylo 88 (49,2 %) respondentů z nechirurgických oborů a 91 (50,8 %) představovali respondenti chirurgických oborů.

V interpretaci výsledků testování jsem použila statistickou významnost (p), která určuje, zda rozdíl mezi proměnnými, chirurgické a nechirurgické obory, je nebo není statisticky významný.

3.6.1 Demografická data respondentů

Položky č. 1 – č. 4 uvádí demografická data

Položka č. 1 Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 2: Věk respondentů

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	13	41	34	88
		odpověď v %	28,3 %	43,6 %	87,2 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	33	53	5	91
		odpověď v %	71,7 %	56,4 %	12,8 %	50,8 %
celkový počet		počet	46	94	39	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 3: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	31,750	2	,000
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky: č. 1

V položce č. 1 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) do 30 let

Celkem bylo uvedeno 46 odpovědí (100 %), 13 (28,3 %) z nechirurgických oborů a 33 (71,7 %) z chirurgických oborů.

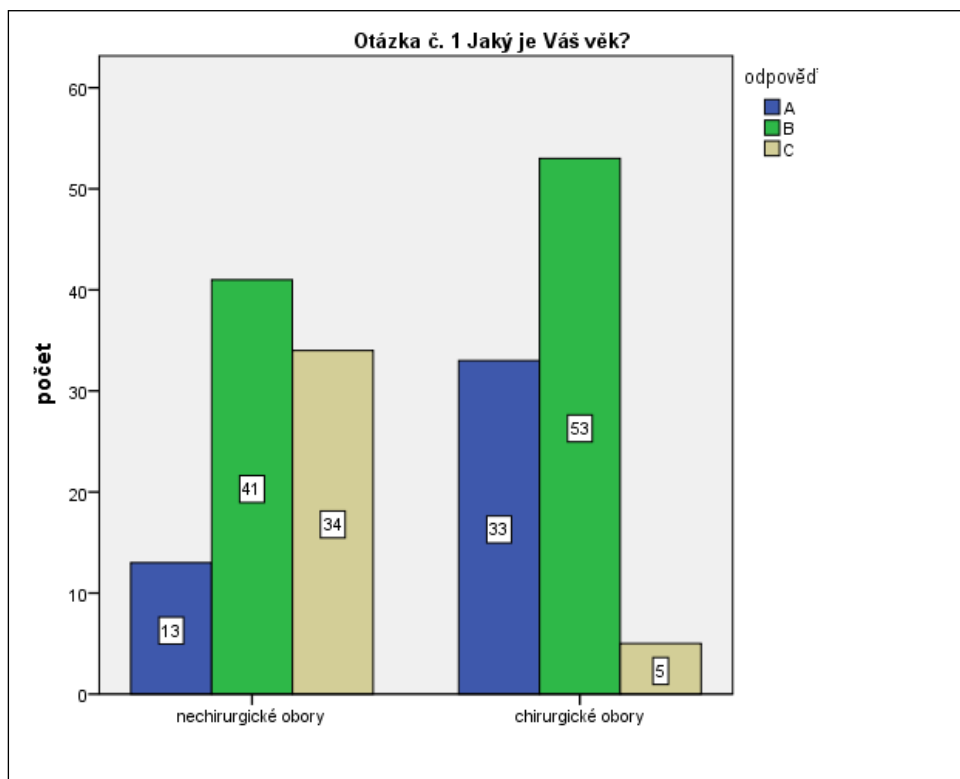
b) 31-45 let

Celkem bylo uvedeno 94 odpovědí (100 %), 41 (43,6 %) z nechirurgických oborů a 53 (56,4 %) z chirurgických oborů.

c) 46-60 let

Celkem bylo uvedeno 39 odpovědí (100 %), 34 (87,2 %) z nechirurgických oborů a 5 (12,8 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,000$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce věku je statisticky významný rozdíl.



Graf č. 1: Věk respondentů

Položka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	28	49	2	9	88
		odpověď v %	46,7 %	64,5 %	10,0 %	39,1 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	32	27	18	14	91
		odpověď v %	53,3 %	35,5 %	90,0 %	60,9 %	50,8 %
celkový počet		počet	60	76	20	23	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 5: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	20,478	3	,000
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 2

V položce č. 2 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) středoškolské s maturitou

Celkem bylo uvedeno 60 odpovědí (100 %), 28 (46,7 %) z nechirurgických oborů a 32 (53,3 %) z chirurgických oborů.

b) středoškolské s maturitou + pomaturitní specializační vzdělání

Celkem bylo uvedeno 76 odpovědí (100 %), 49 (64,5 %) z nechirurgických oborů a 27 (35,5 %) z chirurgických oborů.

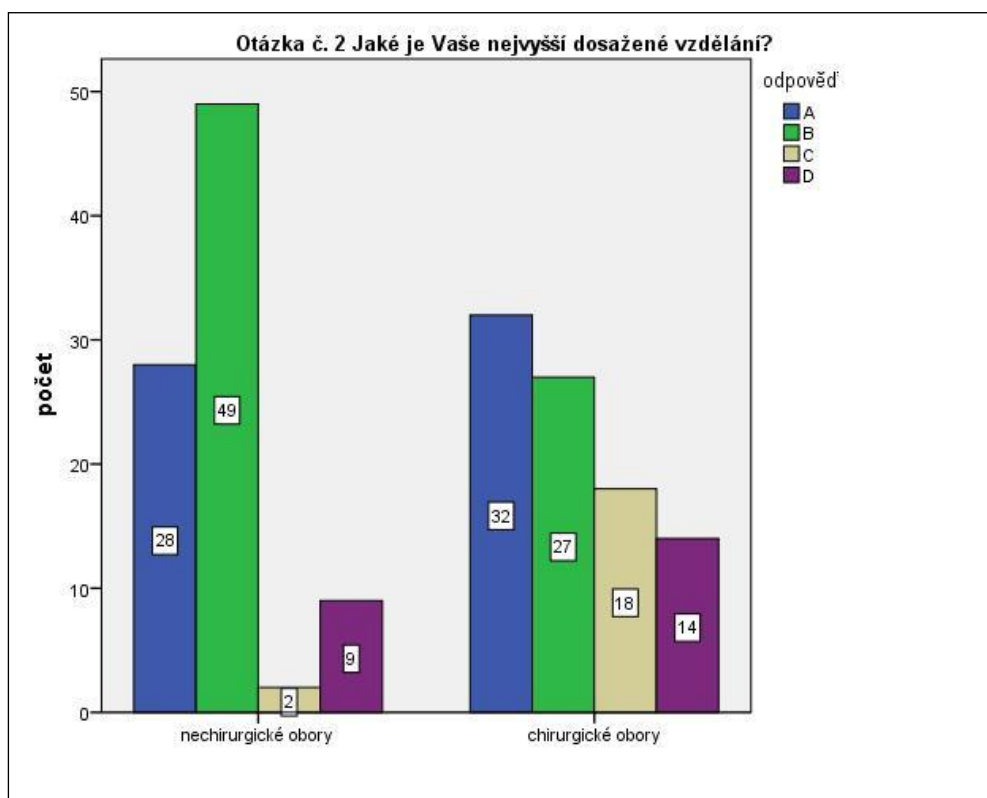
c) vyšší odborné vzdělání

Celkem bylo uvedeno 20 odpovědí (100 %), 2 (10,0 %) z nechirurgických oborů a 18 (90 %) z chirurgických oborů.

d) vysokoškolské

Celkem bylo uvedeno 23 odpovědí (100 %), 9 (39,1 %) z nechirurgických oborů a 14 (60,9 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,000$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce nejvyššího dosaženého vzdělání je statisticky významný rozdíl.



Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Položka č. 3 Na kterém oddělení pracujete?

Tabulka č. 6: Typ pracoviště

			odpověď		celkový počet
			a	b	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	0	88	88
		odpověď v %	0,0 %	100,0 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	91	0	91
		odpověď v %	100,0 %	0,0 %	50,8 %
celkový počet		počet	91	88	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 7: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	179,000	1	,000
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 3

V položce č. 3 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

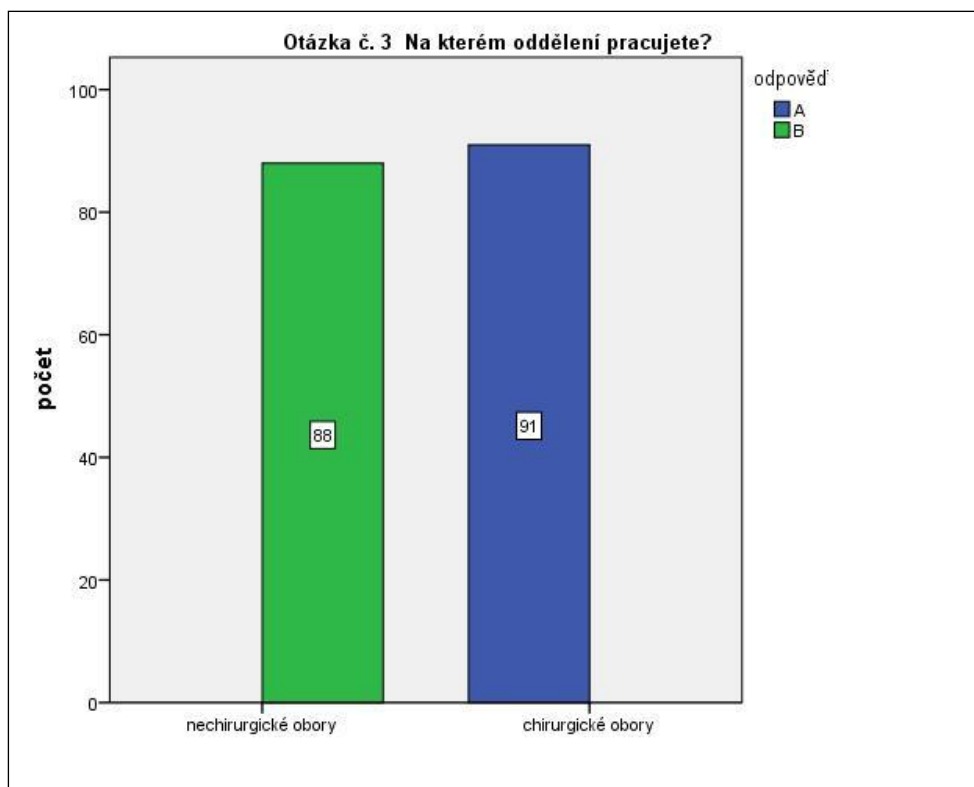
a) chirurgické obory

Celkem bylo uvedeno 91 odpovědí (100 %), 0 (0,0 %) z nechirurgických oborů a 91 (100 %) z chirurgických oborů.

b) nechirurgické obory

Celkem bylo uvedeno 88 odpovědí (100 %), 88 (100 %) z nechirurgických oborů a 0 (0,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,000$ statistický rozdíl je významný



Graf č. 3: Typ pracoviště

Položka č. 4 Délka Vaší praxe v oboru?

Tabulka č. 8: Délka praxe v oboru

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	14	21	36	17	88
		odpověď v %	26,4 %	38,2 %	72,0 %	81,0 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	39	34	14	4	91
		odpověď v %	73,6 %	61,8 %	28,0 %	19,0 %	50,8 %
celkový počet		počet	53	55	50	21	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 9: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	32,552	3	,000
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 4

V položce č. 4 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) do 10 let

Celkem bylo uvedeno 53 odpovědí (100 %), 14 (26,4 %) z nechirurgických oborů a 39 (73,6 %) z chirurgických oborů.

b) do 20 let

Celkem bylo uvedeno 55 odpovědí (100 %), 21 (38,2 %) z nechirurgických oborů a 34 (61,8 %) z chirurgických oborů.

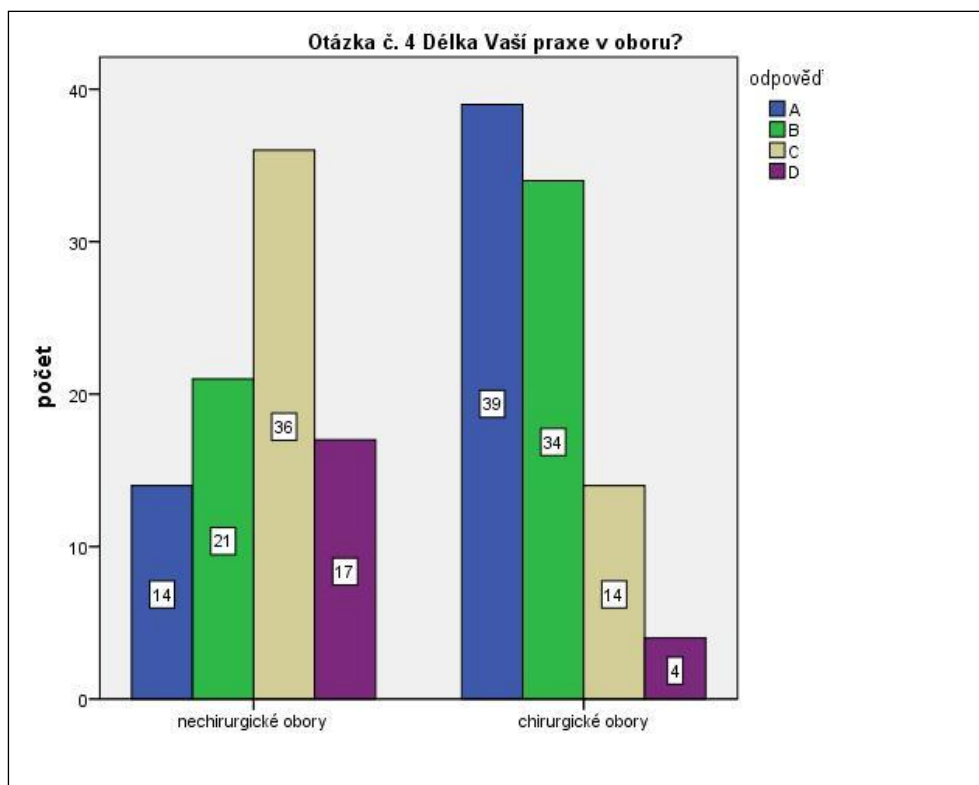
c) do 30 let

Celkem bylo uvedeno 50 odpovědí (100 %), 36 (72,0 %) z nechirurgických oborů a 14 (28,0 %) z chirurgických oborů.

d) 30 a více let

Celkem bylo uvedeno 21 odpovědí (100 %), 17 (81,0 %) z nechirurgických oborů a 4 (19,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,000$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce délka praxe v oboru je statisticky významný rozdíl.



Graf č. 4: Délka praxe v oboru

3.6.2 První setkání s Etickým kodexem sester

Položka č. 5 uvádí první setkání s Etickým kodexem sester.

Položka č. 5 Kdy jste se poprvé setkala/setkal s Etickým kodexem sester?

Tabulka č. 10: První setkání s Etickým kodexem sester

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	44	3	32	9	88
		odpověď v %	36,4 %	42,9 %	76,2 %	100,0 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	77	4	10	0	91
		odpověď v %	63,6 %	57,1 %	23,8 %	0,0 %	50,8 %
celkový počet		počet	121	7	42	9	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 11: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	29,625	3	,000
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 5

V položce č. 5 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) studium na střední škole

Celkem bylo uvedeno 121 odpovědí (100 %), 44 (36,4 %) z nechirurgických oborů a 77 (63,6 %) z chirurgických oborů.

b) studium na vysoké škole,

Celkem bylo uvedeno 7 odpovědí (100 %), 3 (42,9 %) z nechirurgických oborů a 4 (57,1 %) z chirurgických oborů.

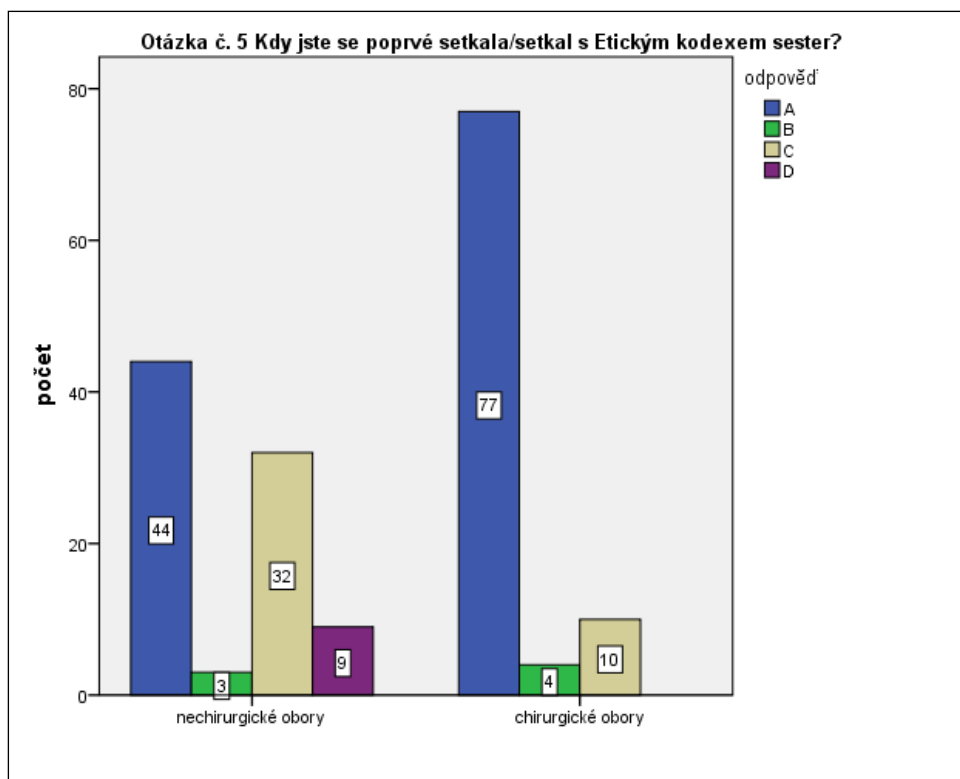
c) v praxi

Celkem bylo uvedeno 42 odpovědí (100 %), 32 (76,2 %) z nechirurgických oborů a 10 (23,8 %) z chirurgických oborů.

d) jinde

Celkem bylo uvedeno 9 odpovědí (100 %), 9 (100 %) z nechirurgických oborů a 0 (0,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,000$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že v položce, která uvádí první setkání s Etickým kodexem sester je mezi proměnnými statisticky významný rozdíl.



Graf č. 5: První setkání s Etickým kodexem sester

3.6.3 Aplikace Etického kodexu v praxi.

Položka č. 6 uvádí aplikaci Etického kodexu v praxi.

Položka č. 6 Kde si myslíte, že Vy konkrétně můžete nejčastěji aplikovat Etický kodex sester?

Tabulka č. 12: Nejčastější aplikace Etického kodexu sester

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	84	5	1	1	91
		% v odpověď	50,3 %	50,0 %	50,0 %	33,3 %	50,0 %
	chirurgické obory	počet	83	5	1	2	91
		% v odpověď	49,7 %	50,0 %	50,0 %	66,7 %	50,0 %
celkový počet		počet	167	10	2	3	182
		% v odpověď	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 13: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,339	3	,952
N v odůvodněných případech	182		

Výsledek č. 6

V položce č. 6 bylo zpracováno 182 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) v praxi

Celkem bylo uvedeno 167 odpovědí (100 %), 84 (50,3 %) z nechirurgických oborů a 83 (49,7 %) z chirurgických oborů.

b) při vzdělávání

Celkem bylo uvedeno 10 odpovědí (100 %), 5 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 5 (50,0 %) z chirurgických oborů.

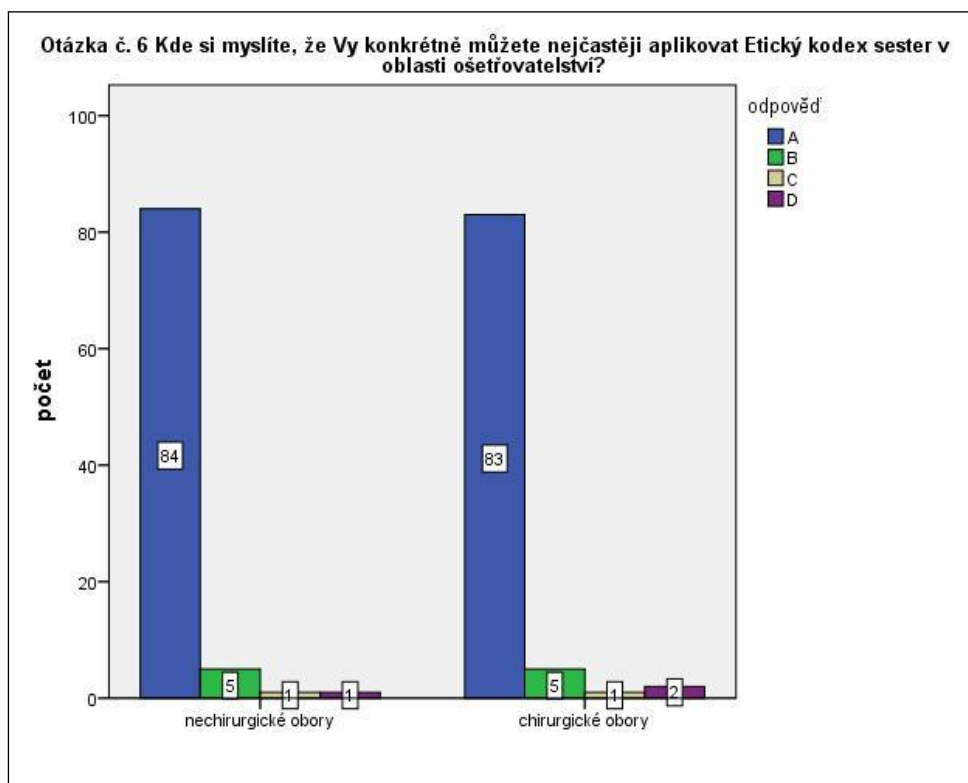
c) ve výzkumu

Celkem byly uvedeny 2 odpovědi (100 %), 1 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 1 (50,0 %) z chirurgických oborů.

d) při řízení

Celkem byly uvedeny 3 odpovědi (100 %), 1 (33,3 %) z nechirurgických oborů a 2 (66,7 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,952$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na aplikaci Etického kodexu v praxi není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 6: Nejčastější aplikace Etického kodexu sester

3.6.4 Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester

Položka č. 7 – č. 12 uvádí názory sester na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester.

Položka č. 7 Co si myslíte o spoluzodpovědnosti sester za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení?

Tabulka č. 14: Spoluzodpovědnost sester

			odpověď			celkový počet	
			a	b	c		
nechirurgické chirurgické obory	a	nechirurgické obory	počet	22	45	21	88
		odpověď v %	40,0 %	48,4 %	67,7 %	49,2 %	
	chirurgické obory	počet	33	48	10	91	
		odpověď v %	60,0 %	51,6 %	32,3 %	50,8 %	
celkový počet			počet	55	93	31	179
			odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 15: Pearsonův chí - kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	6,151	2	,046
N v odůvodněných případech	179		

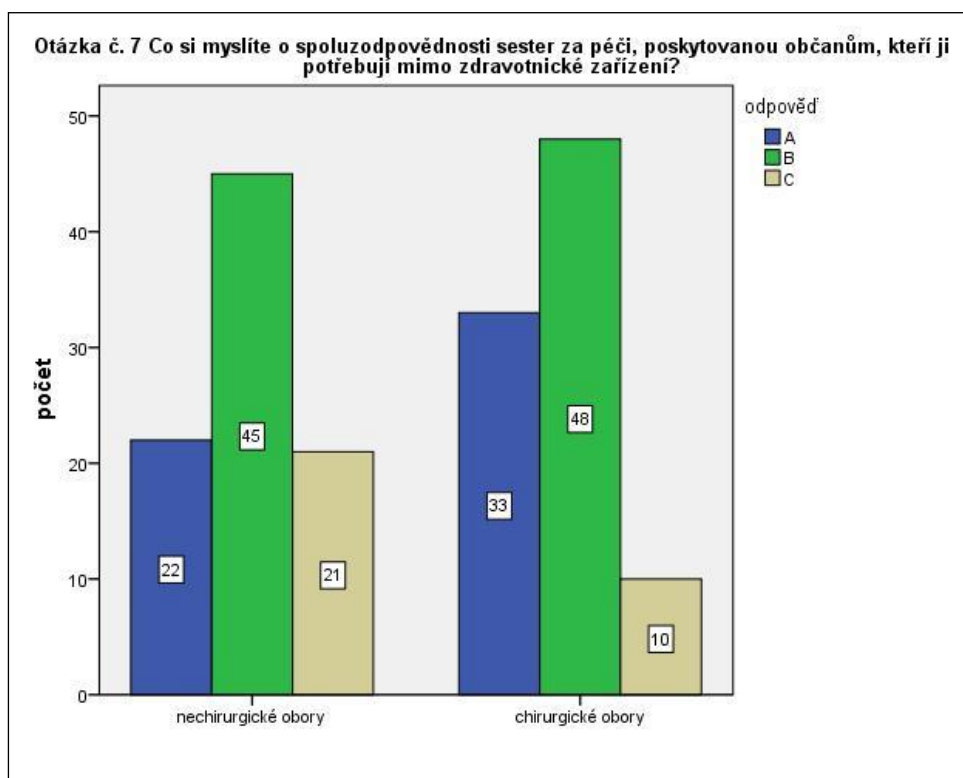
Výsledek č. 7

V položce č. 7 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

- a) se spoluzodpovědností souhlasím bez výhrad
Celkem bylo uvedeno 55 odpovědí (100 %), 22 (40 %) z nechirurgických oborů a 33 (60,0 %) z chirurgických oborů.
- b) se spoluzodpovědností souhlasím s menšími výhradami
Celkem bylo uvedeno 93 odpovědí (100 %), 45 (48,4 %) z nechirurgických oborů a 48 (51,6 %) z chirurgických oborů.
- c) se spoluzodpovědností nesouhlasím
Celkem bylo uvedeno 31 odpovědí (100 %), 21 (67,7 %) z nechirurgických oborů a 10 (32,3 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,046$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce, spoluzodpovědnosti sester za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení je významný statistický rozdíl.



Graf č. 7: Spoluzodpovědnost sester

Položka č. 8 Myslíte si, že nemocniční kaple, kaplan popř. dobrovolníci mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči?

Tabulka č. 16: Pastorační péče

			odpověď		celkový počet	
			a	b		
nechirurgické chirurgické obory	a	nechirurgické obory	počet	79	9	88
			odpověď v %	46,7 %	90,0 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	90	1	91	
		odpověď v %	53,3 %	10,0 %	50,8 %	
celkový počet			počet	169	10	179
			odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 17: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	7,068	1	,008
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 8

V položce č. 8 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

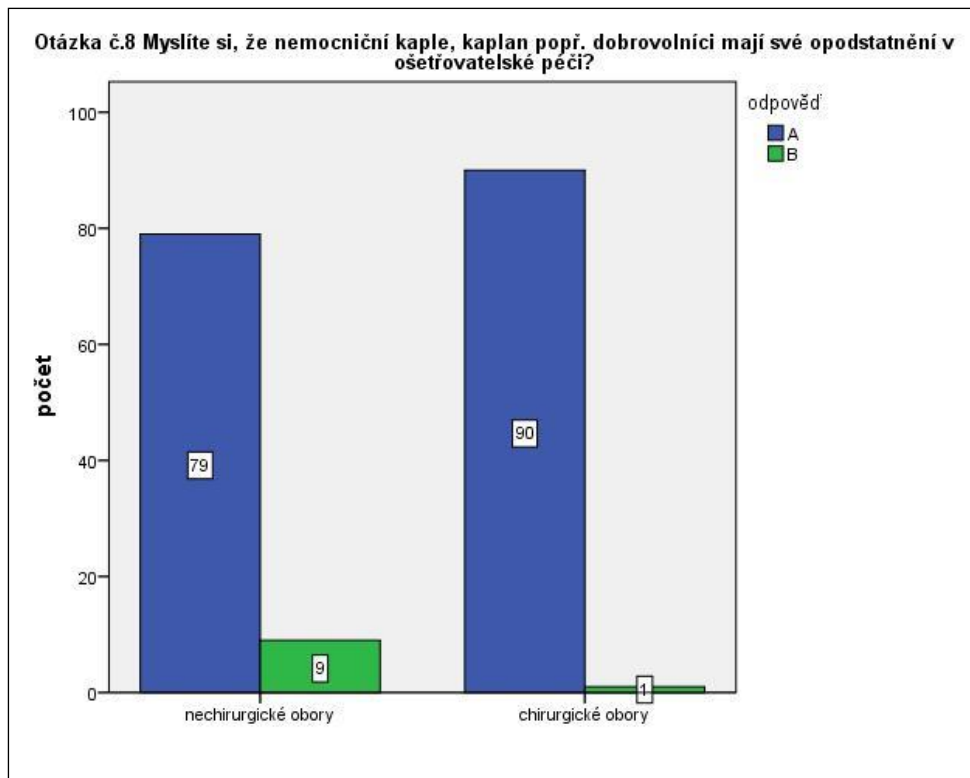
a) ano

Celkem bylo uvedeno 169 kladných odpovědí (100 %), 79 (46,7 %) z nechirurgických oborů a 90 (53,3 %) z chirurgických oborů

b) ne

Celkem bylo uvedeno 10 záporných odpovědí (100 %), 9 (90,0 %) z nechirurgických oborů a 1 (10,0 %) z chirurgických oborů

$p = 0,008$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými je v položce názoru na opodstatnění nemocniční kaple, kaplana, popř. dobrovolníků v ošetrovatelské péči statisticky významný rozdíl.



Graf č. 8: Pastorační péče

Položka č. 9 Mají Vaši klienti srozumitelné a dostatečné informace o Vámi poskytované ošetrovatelské péči s ohledem na jejich zdravotní stav?

Tabulka č. 18: Informace o ošetrovatelské péči

			odpověď		celkový počet	
			a	b		
nechirurgické chirurgické obory	a	nechirurgické obory	počet	84	4	88
		odpověď v %	48,8 %	57,1 %	49,2 %	
	chirurgické obory	počet	88	3	91	
		odpověď v %	51,2 %	42,9 %	50,8 %	
celkový počet			počet	172	7	179
			odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 19: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearsonův chí – kvadrát test	,186	1	,667
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 9

V položce č. 9 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

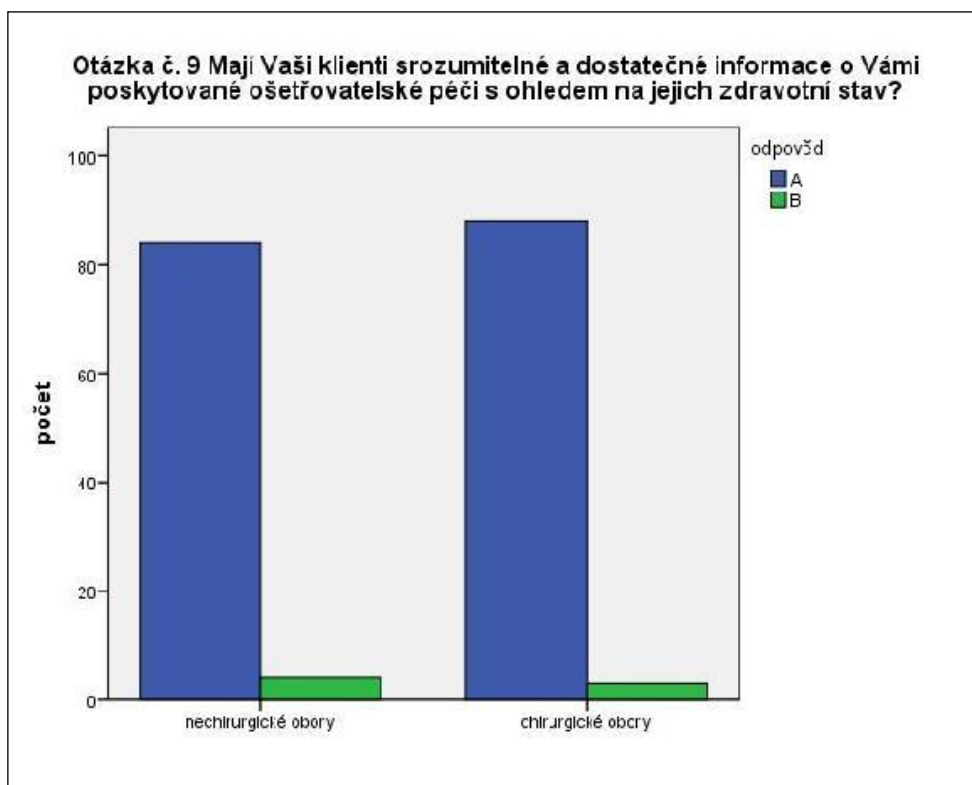
a) ano

Celkem bylo uvedeno 172 kladných odpovědí (100 %), 84 (48,8 %) z nechirurgických oborů a 88 (51,2 %) z chirurgických oborů

b) ne

Celkem bylo uvedeno 7 záporných odpovědí (100 %), 4 (57,1 %) z nechirurgických oborů a 3 (42,9 %) z chirurgických oborů

$p = 0,667$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na to zda mají klienti srozumitelné a dostatečné informace o Vámi poskytované ošetrovatelské péči s ohledem na jejich zdravotní stav není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 9: Informace o ošetrovatelské péči

Položka č. 10 Setkal/a jste se osobně nebo zprostředkovaně s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta u nelékařských zdravotnických pracovníků?

Tabulka č. 20: Porušování ochrany informací klientů

			odpověď		celkový počet
			a	b	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	18	70	88
		odpověď v %	48,6 %	49,3 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	19	72	91
		odpověď v %	51,4 %	50,7 %	50,8 %
celkový počet		počet	37	142	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 21: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,005	1	,944
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 10

V položce č. 10 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

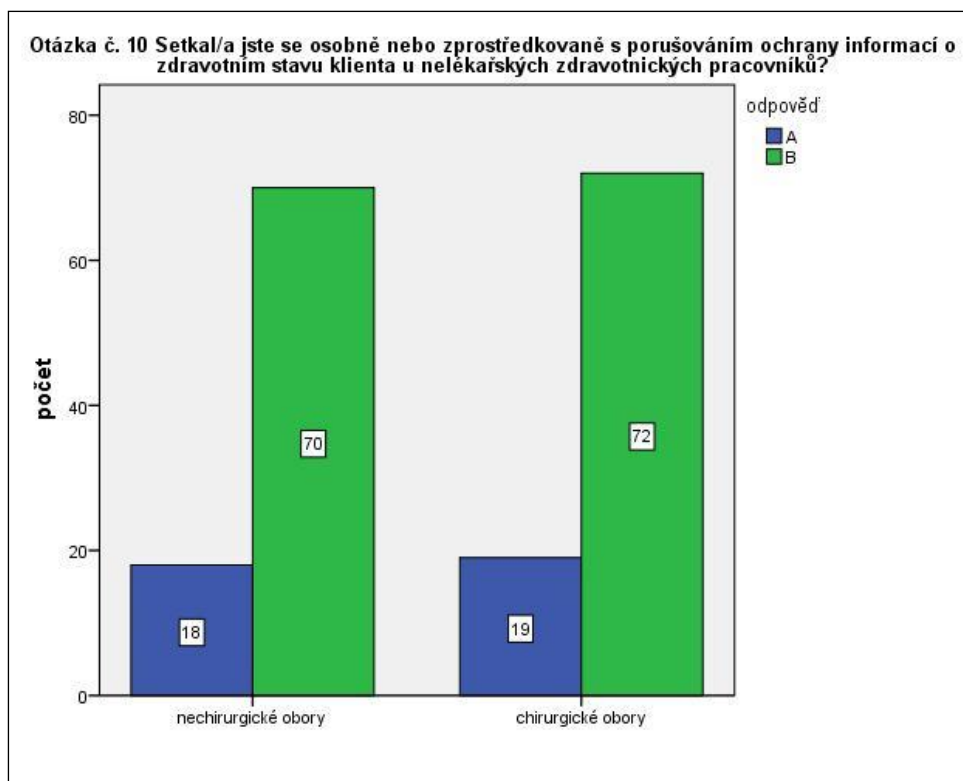
a) ano

Celkem bylo uvedeno 37 kladných odpovědí (100 %), 18 (48,6 %) z nechirurgických oborů a 19 (51,4 %) z chirurgických oborů.

b) ne

Celkem bylo uvedeno 142 záporných odpovědí (100 %), 70 (49,3 %) je z nechirurgických oborů a 72 (50,7 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,944$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce setkání se osobně nebo zprostředkovaně s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta u nelékařských zdravotnických pracovníků není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 10: Porušování ochrany informací klientů

Položka č. 11 Myslíte si, že v ČR jsou uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů?

Tabulka č. 22: Uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické chirurgické obory	a nechirurgické obory	počet	37	43	8	88
		odpověď v %	48,7 %	50,6 %	44,4 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	39	42	10	91
		odpověď v %	51,3 %	49,4 %	55,6 %	50,8 %
celkový počet		počet	76	85	18	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 23: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,236	2	,889
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 11

V položce č. 11 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) ano plně

Bylo uvedeno celkem 76 odpovědí (100 %), 37 (48,7 %) z nechirurgických oborů a 39 (51,3 %) z chirurgických oborů.

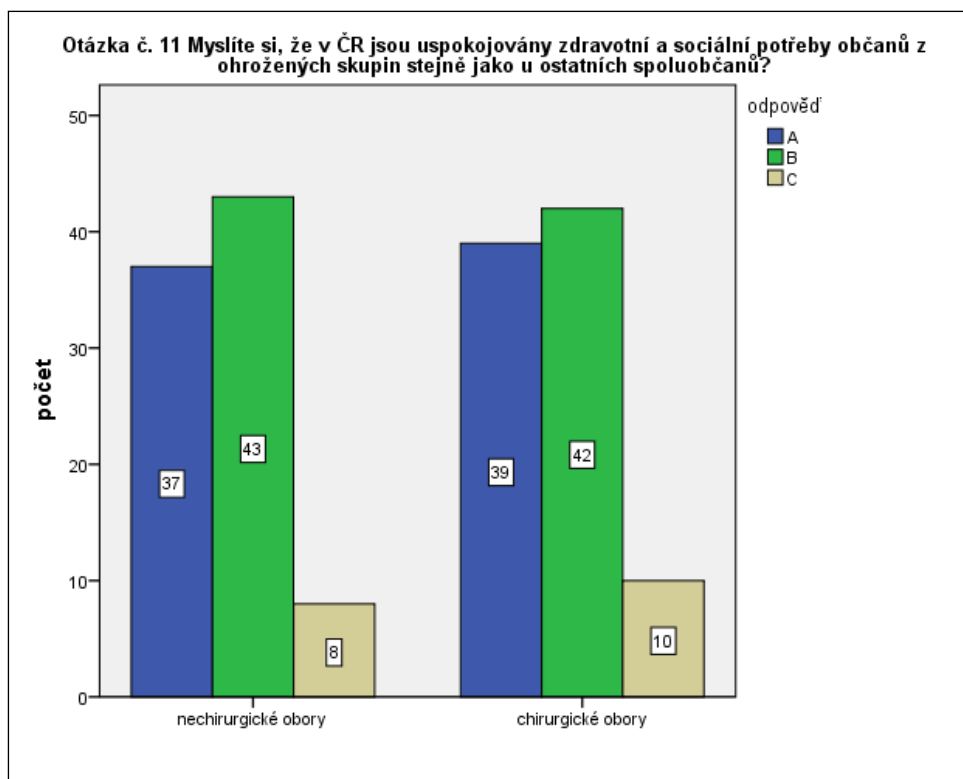
b) ano částečně

Bylo uvedeno celkem 85 odpovědí (100 %), 43 (50,6 %) z nechirurgických oborů a 42 (49,4 %) z chirurgických oborů.

c) ne

Bylo uvedeno celkem 18 odpovědí (100 %), 8 (44,4 %) z nechirurgických oborů a 10 (55,6 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,889$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že v položce názoru, zda jsou v ČR uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů není mezi proměnnými statisticky významný rozdíl.



Graf č. 11: Uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů

Položka č. 12 Kdo si myslíte, že by měl být spoluodpovědný za ochranu při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí?

Tabulka č. 24: Spoluzodpovědnost za ochranu nemocničního prostředí

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	2	24	32	31	89
		odpověď v %	50,0 %	60,0 %	41,0 %	52,5 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	2	16	46	28	92
		odpověď v %	50,0 %	40,0 %	59,0 %	47,5 %	50,8 %
celkový počet		počet	4	40	78	59	181
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 25: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	4,217	3	,239
N v odůvodněných případech	181		

Výsledek č. 12

V položce č. 12 bylo zpracováno 181 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) zdravotní sestra

Byly uvedeny celkem 4 odpovědi (100 %), 2 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 2 (50,0 %) z chirurgických oborů.

b) zdravotní sestra a klient

Bylo uvedeno celkem 40 odpovědí (100 %), 24 (60,0 %) z nechirurgických oborů a 16 (40,0 %) z chirurgických oborů.

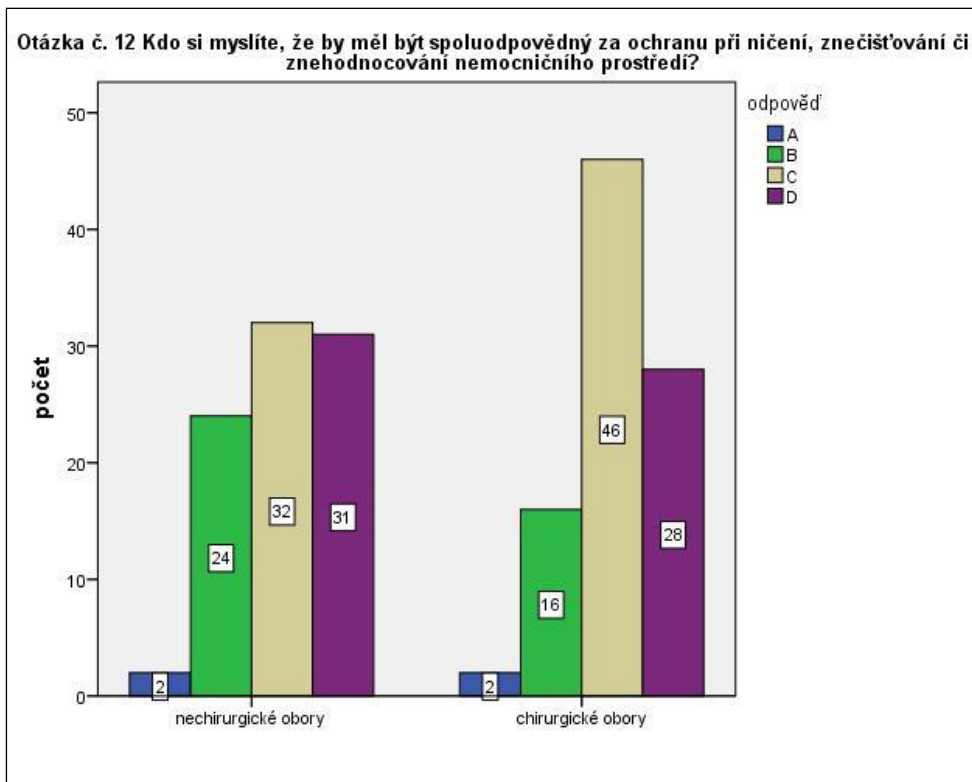
c) klient

Bylo uvedeno celkem 78 odpovědí (100 %), 32 (41,0 %) z nechirurgických oborů a 46 (59,0 %) z chirurgických oborů.

d) zaměstnavatel

Bylo uvedeno celkem 59 odpovědí (100 %), 31 (52,5 %) z nechirurgických oborů a 28 (47,5 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,239$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na spoluzodpovědnost za ochranu při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 12: Spoluzodpovědnost za ochranu nemocničního prostředí

3.6.5 Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 13 – č. 17 uvádí názory sester na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.

Položka č. 13 Nese podle Vás zdravotní sestra osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace celoživotním studiem?

Tabulka č. 26: Osobní odpovědnost sester za ošetrovatelské činnosti a celoživotní studium

			odpověď		celkový počet	
			a	b		
nechirurgické chirurgické obory	a	nechirurgické obory	počet	85	3	88
			odpověď v %	49,1 %	50,0 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	88	3	91	
		odpověď v %	50,9 %	50,0 %	50,8 %	
celkový počet			počet	173	6	179
			odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 27: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,002	1	,967
N v odůvodněných případech	179		

Výsledek č. 13

V položce č. 13 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

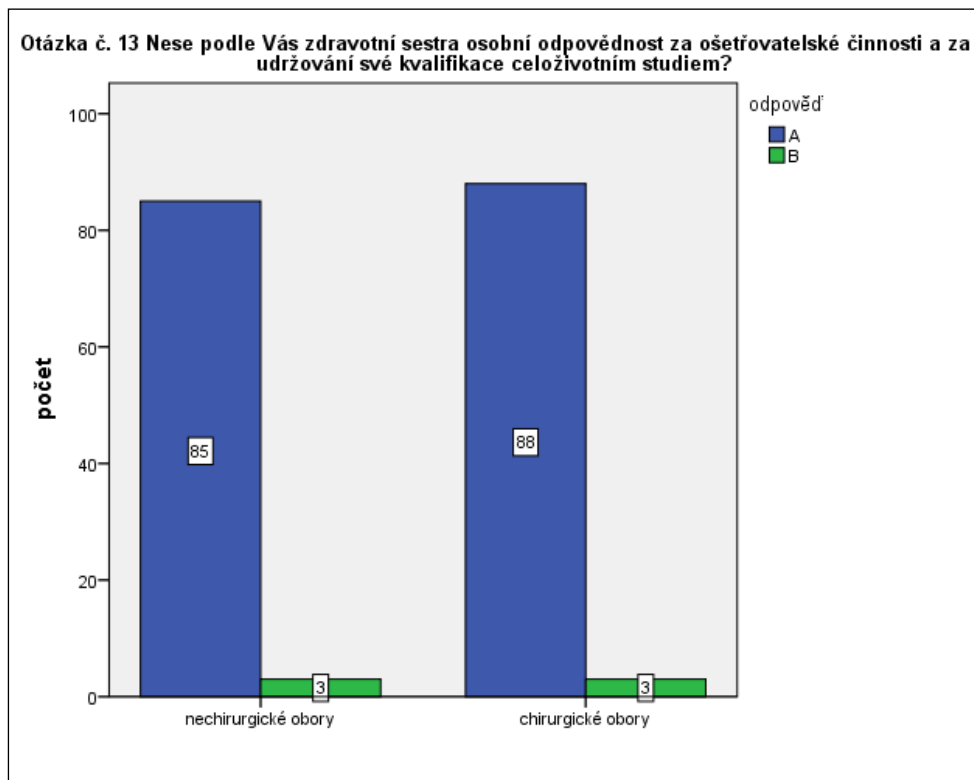
a) ano

Celkem bylo uvedeno 173 kladných odpovědí (100 %), 85 (49,1 %) z nechirurgických oborů a 88 (50,9 %) z chirurgických oborů.

b) ne

Celkem bylo uvedeno 6 záporných odpovědí (100 %), 3 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 3 (50,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,967$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na osobní odpovědnost sester za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace celoživotním studiem není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 13: Osobní odpovědnost sester za ošetrovatelské činnosti a celoživotní studium

Položka č. 14 Jakým způsobem trávíte volný čas v rámci relaxace organismu?

Tabulka č. 28: Trávení volného času v rámci relaxace

			odpověď					celkový počet
			a	b	c	d	e	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	35	36	36	54	19	180
		odpověď v %	47,9 %	61,0 %	56,3 %	61,4 %	76,0 %	58,3 %
	chirurgické obory	počet	38	23	28	34	6	129
		odpověď v %	52,1 %	39,0 %	43,8 %	38,6 %	24,0 %	41,7 %
celkový počet		počet	73	59	64	88	25	309
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 29: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	7,068	4	,132
N v odůvodněných případech	309		

Výsledek č. 14

V položce č. 14 bylo zpracováno 309 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) aktivní sport

Bylo uvedeno celkem 73 odpovědí (100 %), 35 (47,9 %) z nechirurgických oborů a 38 (52,1 %) z chirurgických oborů.

b) sledování TV, PC, hry

Bylo uvedeno celkem 59 odpovědí (100 %), 36 (61,0 %) z nechirurgických oborů a 23 (39,0 %) z chirurgických oborů.

c) kultura (kino, divadlo, koncerty)

Bylo uvedeno celkem 64 odpovědí (100 %), 36 (56,3 %) z nechirurgických oborů a 28 (43,8 %) z chirurgických oborů.

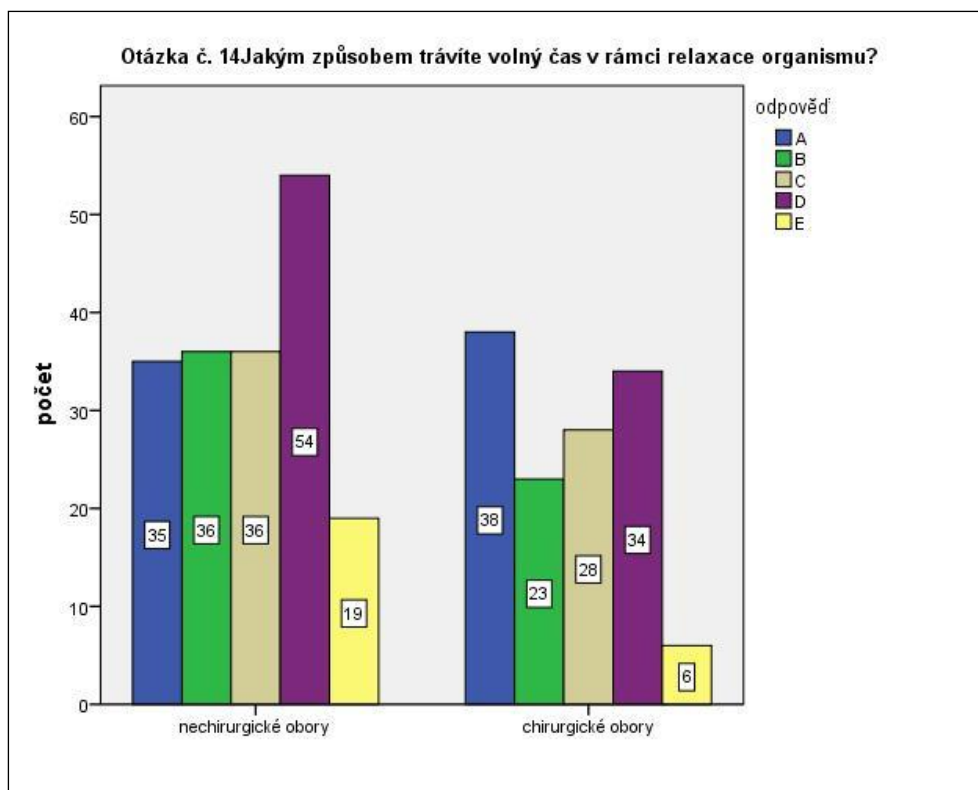
d) setkání s přáteli

Bylo uvedeno celkem 88 odpovědí (100 %), 54 (61,4 %) z nechirurgických oborů a 34 (38,6 %) z chirurgických oborů.

e) jiné

Bylo uvedeno celkem 25 (100 %), celkem 19 odpovědí (76,0 %) je z nechirurgických oborů a 6 (24,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,132$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na trávení volného času v rámci relaxace organismu není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 14: Trávení volného času v rámci relaxace

Položka č. 15: Musel/a jste ve své praxi někdy porušit své kompetence?

Tabulka č. 30: Porušení kompetencí v praxi

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	13	50	25	88
		odpověď v %	38,2 %	49,0 %	58,1 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	21	52	18	91
		odpověď v %	61,8 %	51,0 %	41,9 %	50,8 %
celkový počet		počet	34	102	43	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 31: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	3,012	2	,222
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 15

V položce č. 15 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) ano často

Bylo uvedeno celkem 34 odpovědí (100 %), 13 (38,2 %) z nechirurgických oborů a 21 (61,8 %) z chirurgických oborů.

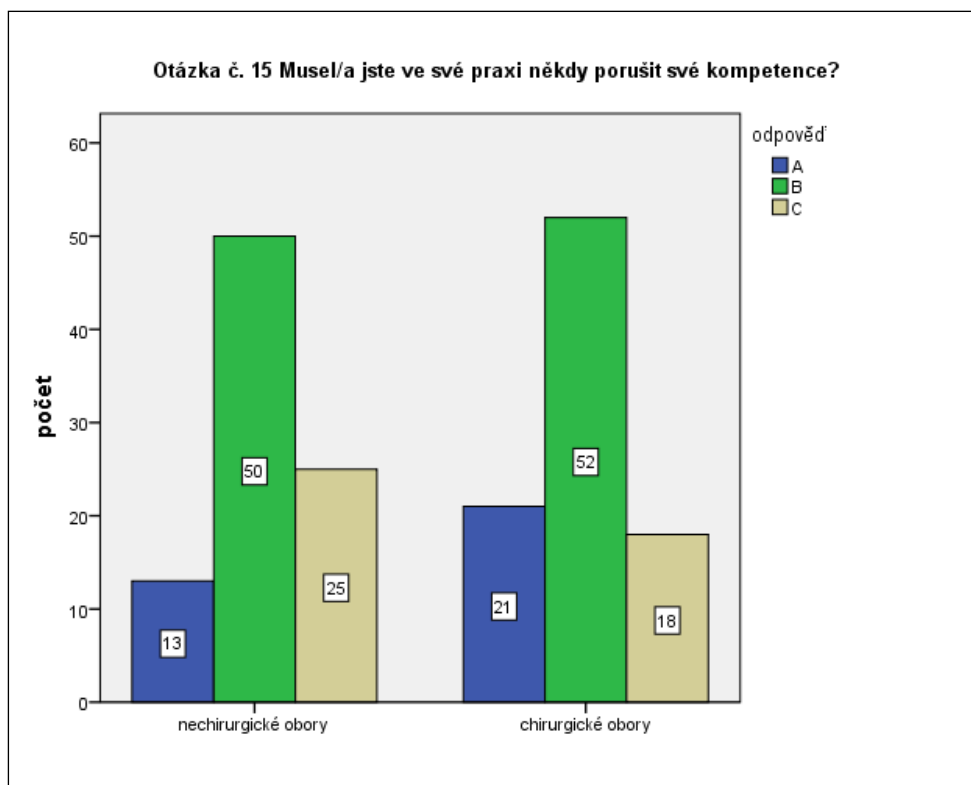
b) ano zřídka

Bylo uvedeno celkem 102 odpovědí (100 %), 50 (49,0 %) z nechirurgických oborů a 52 (51,0 %) z chirurgických oborů.

c) nikdy

Bylo uvedeno celkem 43 odpovědí (100 %), 25 (58,1 %) z nechirurgických oborů a 18 (41,9 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,222$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru na porušení kompetencí v praxi není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 15: Porušení kompetencí v praxi

Položka č. 16 Domníváte se, že v ČR patří profese zdravotní sestry k prestižním povoláním?

Tabulka č. 32: Prestiž povolání zdravotní sestry

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	15	63	10	88
		odpověď v %	50,0 %	47,0 %	66,7 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	15	71	5	91
		odpověď v %	50,0 %	53,0 %	33,3 %	50,8 %
celkový počet		počet	30	134	15	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 33: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	2,095	2	,351
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 16

V položce č. 16 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) ano

Bylo uvedeno celkem 30 odpovědí (100 %), 15 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 15 (50,0 %) z chirurgických oborů.

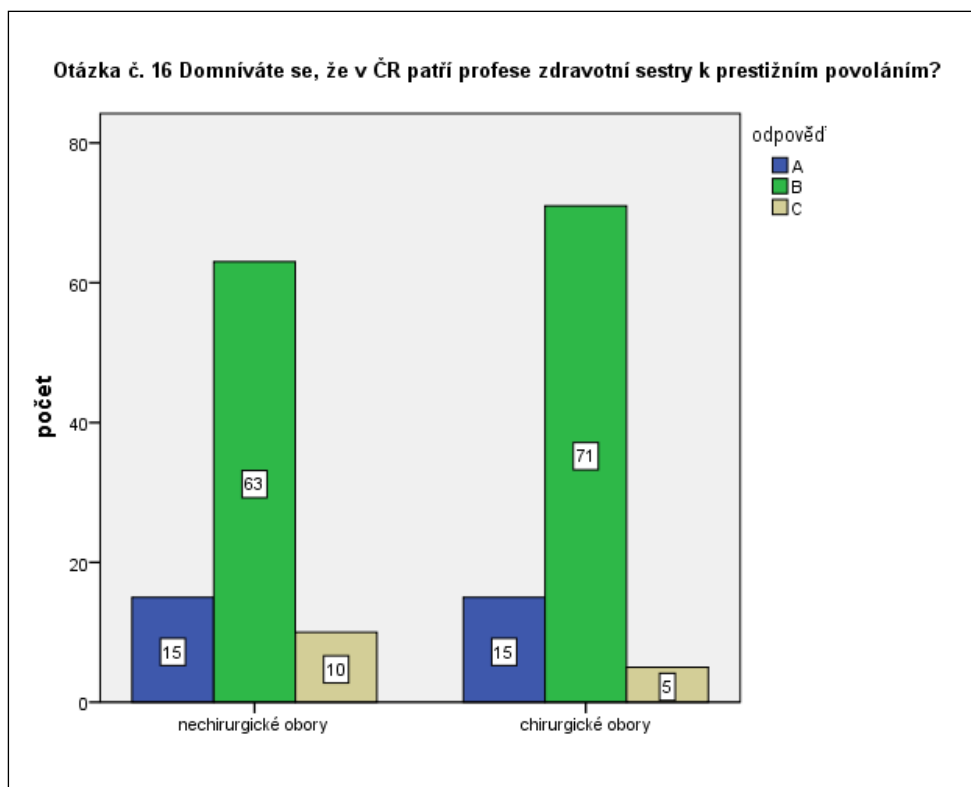
b) ne

Bylo uvedeno celkem 134 odpovědí (100 %), 63 (47,0 %) z nechirurgických oborů a 71 (53,0 %) z chirurgických oborů.

c) nevím

Bylo uvedeno celkem 15 odpovědí (100 %), 10 (66,7 %) z nechirurgických oborů a 5 (33,3 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,351$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce zda patří profesi zdravotní sestry k prestižním povoláním v ČR, není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 16: Prestiž povolání zdravotní sestry

Položka č. 17 Jakým způsobem je na Vašem pracovišti zajištěna bezpečnost klientů při zavádění nových technologií (nové přístroje, materiály, ošetřovatelské postupy)?

Tabulka č. 34: Způsob zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	38	53	6	97
		odpověď v %	48,1 %	50,5 %	66,7 %	50,3 %
	chirurgické obory	počet	41	52	3	96
		odpověď v %	51,9 %	49,5 %	33,3 %	49,7 %
celkový počet		počet	79	105	9	193
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 35: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	1,118	2	,572
N v odůvodněných případech	193		

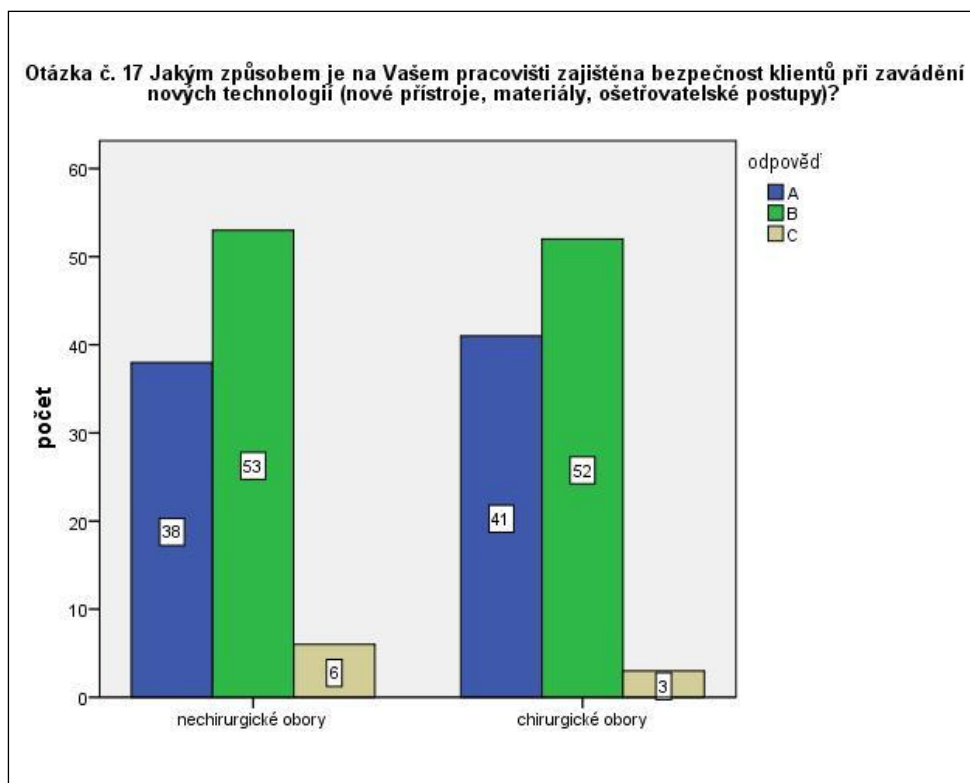
Výsledky č. 17

V položce č. 17 bylo zpracováno 193 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

- a) jednorázové proškolení personálu
Bylo uvedeno celkem 79 odpovědí (100 %), 38 (48,1 %) z nechirurgických oborů a 41 (51,9 %) z chirurgických oborů.
- b) opakované, pravidelné proškolení personálu
Bylo uvedeno celkem 105 odpovědí (100 %), 53 (50,5 %) z nechirurgických oborů a 52 (49,5 %) z chirurgických oborů.
- c) samostudium personálu
Bylo uvedeno celkem 9 odpovědí (100 %), 6 (66,7 %) z nechirurgických oborů a 3 (33,3 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,572$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými není v položce jakým způsobem, je na jejich pracovišti zajištěna bezpečnost klientů při zavádění nových technologií statisticky významný rozdíl.



Graf č. 17: Způsob zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií

3.6.6 Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 18 – č. 20 uvádí názory sester na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.

Položka č. 18 Domníváte se, že sjednocení, standardizace norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR by byla pro Vaši práci přínosnější?

Tabulka č. 36: Standardizace norem ošetrovatelské péče

			odpověď		celkový počet
			a	b	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	65	23	88
		odpověď v %	50,0 %	46,9 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	65	26	91
		odpověď v %	50,0 %	53,1 %	50,8 %
celkový počet		počet	130	49	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 37: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,133	1	,715
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 18

V položce č. 18 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

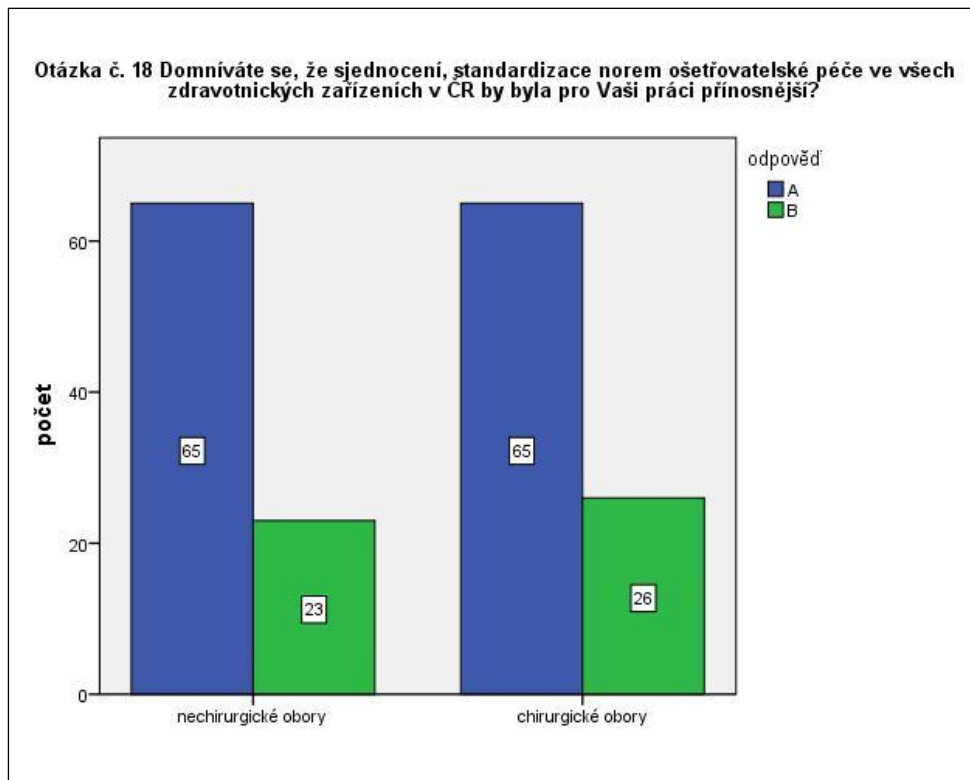
a) ano

Bylo uvedeno celkem 130 odpovědí (100 %), 65 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 65 (50,0 %) z chirurgických oborů.

b) ne

Bylo uvedeno celkem 49 odpovědí (100 %), 23 (46,9 %) z nechirurgických oborů a 26 (53,1 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,715$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru zdravotních sester na sjednocení, standardizaci norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR a její přínosnost není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 18: Standardizace norem ošetrovatelské péče

Položka č. 19 Jaké jsou pro Vás možnosti dalšího vzdělávání?

Tabulka č. 38: Možnosti dalšího vzdělávání

			odpověď						celkový počet
			a	b	c	d	e	f	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	28	68	30	19	7	13	165
		odpověď v %	57,1 %	58,1 %	48,4 %	48,7 %	70,0 %	54,2 %	54,8 %
	chirurgické obory	počet	21	49	32	20	3	11	136
		odpověď v %	42,9 %	41,9 %	51,6 %	51,3 %	30,0 %	45,8 %	45,2 %
celkový počet		počet	49	117	62	39	10	24	301
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 39: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	3,178	5	,673
N v odůvodněných případech	301		

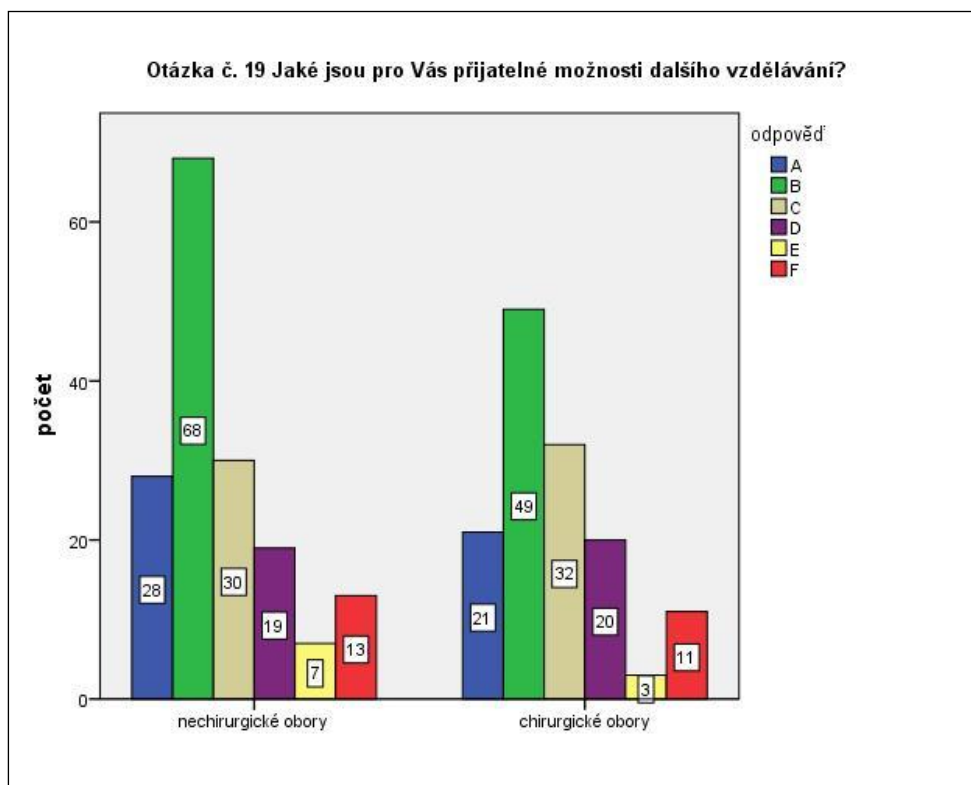
Výsledky č. 19

V položce č. 19 bylo zpracováno 301 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

- a) individuální
Bylo uvedeno celkem 49 odpovědí (100 %), 28 (57,1 %) z nechirurgických oborů a 21 (42,9 %) z chirurgických oborů.
- b) semináře, konference
Bylo uvedeno celkem 117 odpovědí (100 %), 68 (58,1 %) z nechirurgických oborů a 49 (41,9 %) z chirurgických oborů.
- c) akreditované kurzy
Bylo uvedeno celkem 62 odpovědí (100 %), 30 (48,4 %) z nechirurgických oborů a 32 (51,6 %) z chirurgických oborů.
- d) pomaturitní specializační studium
Bylo uvedeno celkem 39 odpovědí (100 %), 19 (48,7 %) z nechirurgických oborů a 20 (51,3 %) z chirurgických oborů.
- e) vysokoškolské vzdělání bez souhlasu zaměstnavatele
Bylo uvedeno celkem 10 odpovědí (100 %), 7 (70,0 %) z nechirurgických oborů a 3 (30 %) z chirurgických oborů.
- f) vysokoškolské vzdělání se souhlasem zaměstnavatele
Bylo uvedeno celkem 24 odpovědí (100 %), 13 (54,2 %) z nechirurgických oborů a 11 (45,8 %) z chirurgických oborů.

$p= 0,673$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce názoru sester na přijatelné možnosti dalšího vzdělávání není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 19: Možnosti dalšího vzdělávání

Položka č. 20 Podílíte se prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester

Tabulka č. 40: Podíl na zlepšení pracovních podmínek sester

			odpověď			celkový počet
			a	b	c	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	1	26	61	88
		odpověď v %	50,0 %	48,1 %	49,6 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	1	28	62	91
		odpověď v %	50,0 %	51,9 %	50,4 %	50,8 %
celkový počet		počet	2	54	123	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 41: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	,032	2	,984
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 20

V položce č. 20 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

a) ano významně

Byly uvedeny celkem 2 odpovědi (100 %), 1 (50,0 %) z nechirurgických oborů a 1 (50,0 %) z chirurgických oborů.

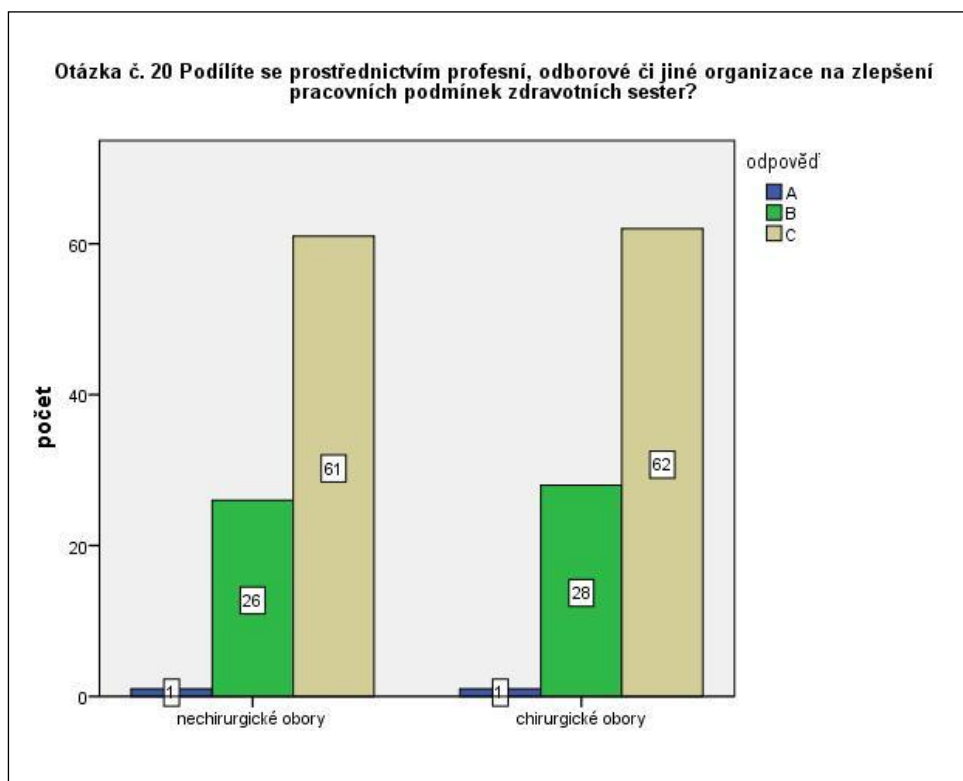
b) ano částečně

Bylo uvedeno celkem 54 odpovědí (100 %), 26 (48,1 %) z nechirurgických oborů a 28 (51,9 %) z chirurgických oborů.

c) vůbec ne

Bylo uvedeno celkem 123 odpovědí (100 %), 61 (49,6 %) z nechirurgických oborů a 62 (50,4 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,984$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce, která uvádí, zda se podílí prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 20: Podíl na zlepšení pracovních podmínek sester

3.6.7 Názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.

Položky č. 21 – č. 23 uvádí názory sester na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.

Položka č. 21 Kde shledáváte největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky?

Tabulka č. 42: Problematika komunikace mezi spolupracovníky

			odpověď				celkový počet
			a	b	c	d	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	8	10	13	63	94
		odpověď v %	61,5 %	55,6 %	52,0 %	45,3 %	48,2 %
	chirurgické obory	počet	5	8	12	76	101
		odpověď v %	38,5 %	44,4 %	48,0 %	54,7 %	51,8 %
celkový počet		počet	13	18	25	139	195
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 43: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	1,922	3	,589
N v odůvodněných případech	195		

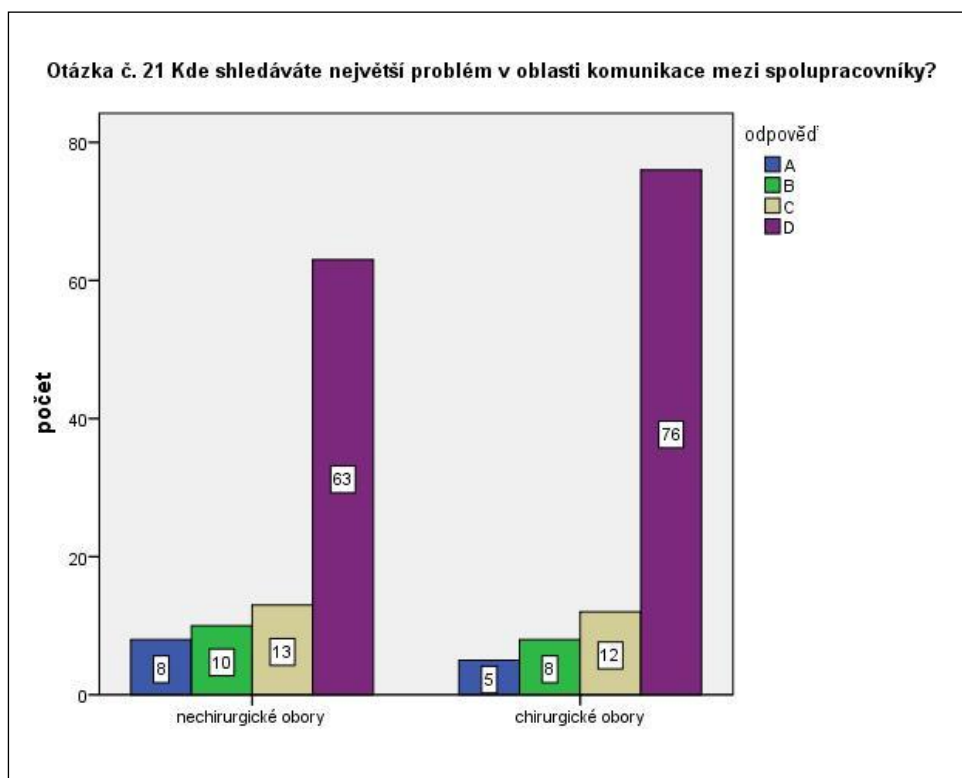
Výsledky č. 21

V položce č. 21 bylo zpracováno 195 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

- a) ostatní nelékařští pracovníci x sestra
Bylo uvedeno celkem 13 odpovědí (100 %), 8 (61,5 %) z nechirurgických oborů a 5 (38,5 %) z chirurgických oborů.
- b) sestra x sestra
Bylo uvedeno celkem 18 odpovědí (100 %), 10 (55,6 %) z nechirurgických oborů a 8 (44,4 %) z chirurgických oborů.
- c) vrchní sestra, staniční sestra x sestra
Bylo uvedeno celkem 25 odpovědí (100 %), 13 (52,0 %) z nechirurgických oborů a 12 (48,0 %) z chirurgických oborů.
- d) lékař x sestra
Bylo uvedeno celkem 139 odpovědí (100 %), 63 (45,3 %) z nechirurgických oborů a 76 (54,7 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,589$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v názoru na položku, kde shledávají největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky, není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 21: Problematika komunikace mezi spolupracovníky

Položka č. 22 Domníváte se, že má Vaše pracoviště dobrou spolupráci s ostatními odděleními?

Tabulka č. 44: Spolupráce s ostatními odděleními

			odpověď		celkový počet
			a	b	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	76	12	88
		odpověď v %	46,1 %	85,7 %	49,2 %
	chirurgické obory	počet	89	2	91
		odpověď v %	53,9 %	14,3 %	50,8 %
celkový počet		počet	165	14	179
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 45: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	8,119	1	,004
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 22

V položce č. 22 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

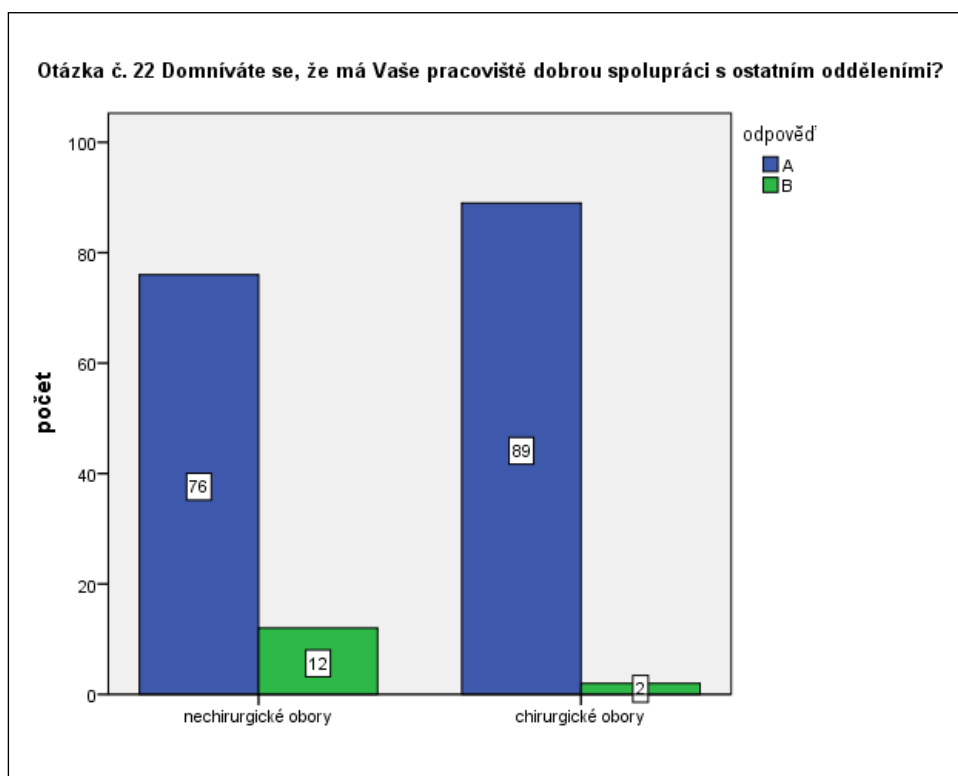
a) ano

Bylo uvedeno celkem 165 odpovědí (100 %), 76 (46,1 %) z nechirurgických oborů a 89 (53,9 %) z chirurgických oborů.

b) ne

Bylo uvedeno celkem 14 odpovědí (100 %), 12 (85,7 %) z nechirurgických oborů a 2 (14,3 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,004$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce, která uvádí názor na dobrou spolupráci s ostatními odděleními, je statisticky významný rozdíl.



Graf č. 22: Spolupráce s ostatními odděleními

Položka č. 23 Setkal/a jste se ve své praxi nebo musel/a zasahovat při sororgenií?

Tabulka č. 46: Sororgenie

			odpověď		celkový počet	
			a	b		
nechirurgické chirurgické obory	a	nechirurgické obory	počet	8	80	88
		odpověď v %	28,6 %	53,0 %	49,2 %	
	chirurgické obory	počet	20	71	91	
		odpověď v %	71,4 %	47,0 %	50,8 %	
celkový počet			počet	28	151	179
			odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 47: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	5,631	1	,018
N v odůvodněných případech	179		

Výsledky č. 23

V položce č. 23 bylo zpracováno 179 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

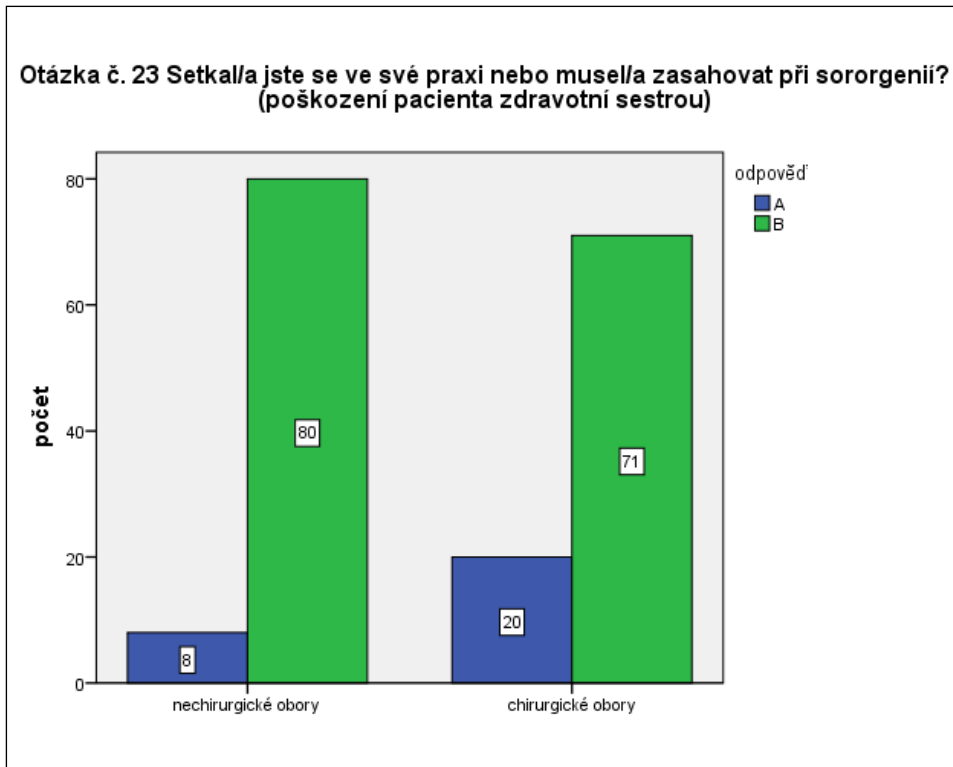
a) ano

Bylo uvedeno celkem 28 odpovědí (100 %), 8 (28,6 %) z nechirurgických oborů a 20 (71,4 %) z chirurgických oborů.

b) ne

Bylo uvedeno celkem 151 odpovědí (100 %), 80 (53,0 %) z nechirurgických oborů a 71 (47,0 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,018$ statistický rozdíl je významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce, která uvádí názor na setkání nebo zasahování při sororgenii je statisticky významný rozdíl.



Graf č. 23: Sororgenie

3.6.8 Problém v dodržování Etického kodexu z pohledu sester

Položka č. 24 uvádí problém v dodržování Etického kodexu z pohledu sester.

Položka č. 24 V čem shledáváte největší problém v dodržování Etického kodexu z Vašeho pohledu?

Tabulka č. 48: Problematika dodržování Etického kodexu

			odpověď					celkový počet
			a	b	c	d	e	
nechirurgické a chirurgické obory	nechirurgické obory	počet	16	7	75	15	0	113
		odpověď v %	61,5 %	43,8 %	49,0 %	55,6 %	0,0 %	50,4 %
	chirurgické obory	počet	10	9	78	12	2	111
		odpověď v %	38,5 %	56,3 %	51,0 %	44,4 %	100,0 %	49,6 %
celkový počet		počet	26	16	153	27	2	224
		odpověď v %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 49: Pearsonův chí – kvadrát test

	hodnota	df	p
Pearson Chi-Square	4,009	4	,405
N v odůvodněných případech	224		

Výsledky č. 24

V položce č. 24 bylo zpracováno 224 (100 %) odpovědí.

Odpověď:

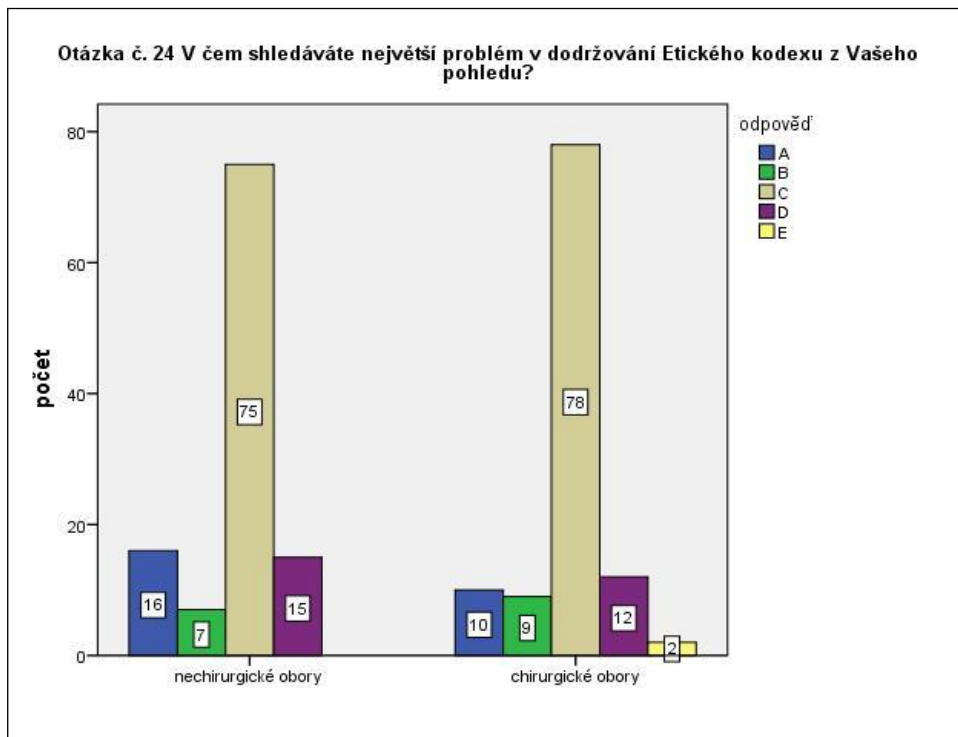
- a) nedostatečné vybavení - personální
Bylo uvedeno celkem 26 odpovědí (100 %), 16 (61,5 %) z nechirurgických oborů a 10 (38,5 %) z chirurgických oborů.
- b) nedostatečné vybavení - technické
Bylo uvedeno celkem 16 (100 %), 7 (43,8 %) z nechirurgických oborů a 9 (56,3 %) z chirurgických oborů.
- c) časová tíseň
Bylo uvedeno celkem 153 odpovědí (100 %), 75 (49,0 %) z nechirurgických oborů a 78 (51,0 %) z chirurgických oborů.
- d) legislativa (kompetence, vzdělávání aj.)

Bylo uvedeno celkem 27 odpovědí (100 %), 15 (55,6 %) z nechirurgických oborů a 12 (44,4 %) z chirurgických oborů.

e) jiné okolnosti

Byly uvedeny celkem 2 odpovědi (100 %), 0 (0,0 %) z nechirurgických oborů a 2 (100 %) z chirurgických oborů.

$p = 0,405$ statistický rozdíl není významný, což znamená, že mezi proměnnými v položce, která uvádí, kde shledávají sestry největší problém v dodržování Etického kodexu, není statisticky významný rozdíl.



Graf č. 24: Problematika dodržování Etického kodexu

Diskuze

Magisterská diplomová práce byla zaměřena na názory zdravotních sester na Etický kodex sester. Sleduje názory zdravotních sester na vybraných klinikách chirurgických a nechirurgických oborů.

Podle klíčových slov proběhla od září 2013 do prosince 2013 rešerše relevantních zdrojů v časovém rozmezí roků 2000 - 2014. Pro získání dostatečného množství informací k vypracování magisterské diplomové práce bylo použito vyhledávání relevantních zdrojů v databázi Bibliographia Medica Českoslovac, Jednotná informační brána, databáze Národní knihovny ČR, katalogy Vědecké knihovny v Olomouci. Pro získání dalších informací byly použity vyhledávací zdroje Google scholar a seznam.

Dotazníkové šetření bylo realizováno prostřednictvím kvantitativního dotazníku, kde jednotlivé položky vedly ke splnění cíle práce. Výsledky dotazníkového šetření přináší poznatky přínosné nejen pro sestry na vybraných pracovištích, chirurgických a nechirurgických oborů, ale pro všechny zdravotní sestry pracující ve zdravotnictví a poskytující ošetrovatelskou péči.

Dotazníkové šetření proběhlo ve FN Olomouc. Statistický soubor tvořilo 179 respondentů ve složení 88 (49,2 %) z nechirurgických oborů a 91 (50,8 %) z chirurgických oborů.

Hlavním cílem magisterské diplomové práce bylo zmapovat názory zdravotních sester na Etický kodex sester. Pomocí dotazníkového šetření jsem srovnávala, jak se zdravotní sestry na dvou typech pracovišť ve FN v Olomouci odlišují v názoru na Etický kodex sester.

Záměrem bylo odpovědět na otázky, jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. – 4. Článku Etického kodexu sester. Dále odpovědět na otázky, jaká jsou demografická data respondentů, kde se poprvé setkaly zdravotní sestry s Etickým kodexem sester, kde si myslí, že mohou nejčastěji aplikovat Etický kodex v praxi a v čem shledávají největší problém v dodržování Etického kodexu sester.

První část dotazníku obsahuje demografická data respondentů. Se zaměřením na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, typ oddělení kde pracují a jaká je jejich délka praxe v oboru.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že v nechirurgických i chirurgických oborech pracují nejčastěji zdravotní sestry ve věkové kategorii 31-45 let. Zaznamenala jsem 41 odpovědí (43,6 %) v nechirurgických oborech a 53 odpovědí (56,4 %) v chirurgických oborech. Celkem 94 (100 %) odpovědí. Významný je rozdíl ve věkové kategorii 46-60 let, kde v nechirurgických oborech bylo uvedlo 34 odpovědí (87,2 %) v chirurgických oborech 5 odpovědí (12,8 %). Statistický rozdíl v položce věku mezi proměnnými je významný, odpovědi se liší. Domnívám se, že tento rozdíl může souviset s dynamikou práce zdravotních sester jednotlivých oborů. Rozdíl ve věku respondentů mezi nechirurgickými a chirurgickými obory jsem předpokládala, byl to jeden z důvodů, pro výběr typů pracovišť, který jsem zvolila pro dotazníkové šetření.

V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání byla v nechirurgických oborech nejčastěji zastoupena odpověď, středoškolské s maturitou + pomaturitní specializační vzdělání a to v počtu 49 (64,5 %) těchto odpovědí. V chirurgických oborech volili respondenti nejčastěji odpověď středoškolské s maturitou v počtu 32 (53,3 %) odpovědí. Odpovědi respondentů dvou typů pracovišť se liší. Statistický rozdíl v položce nejvyššího dosaženého vzdělání mezi proměnnými je významný.

Otázka, na kterém oddělení pracujete, odpovídala skutečnosti. 88 odpovědí v nechirurgických oborech představuje 100 % a 91 odpovědí v chirurgických oborech, také představuje 100 % odpovědí. Statistický rozdíl je v této položce významný a odpovídá skutečnosti.

Další otázkou byla délka praxe v oboru. Nejčastější odpovědí v nechirurgických oborech byla délka praxe v oboru do 30 let. Respondenti zvolili 36 odpovědí (72 %) z těchto odpovědí. V chirurgických oborech byla nejčastější odpověď do 10 let v počtu 39 (73,6 %) těchto odpovědí. Statistický rozdíl v položce délka praxe v oboru mezi proměnnými je

významný. Odpovědi respondentů se liší. Rozdíl v délce praxe u respondentů jsem předpokládala vzhledem k dynamice chirurgického oboru.

Na otázku kdy se sestry poprvé setkaly s Etickým kodexem sester, odpovídali respondenti v nechirurgických i chirurgických oborech nejčastěji, při studiu na střední škole. Celkem bylo uvedeno 121 (100 %) těchto odpovědí. V nechirurgických oborech bylo 44 odpovědí (36,4 %) a v chirurgických oborech 77 (63,6 %) z těchto odpovědí. Statistický rozdíl v položce, kdy se sestry poprvé setkaly s Etickým kodexem sester mezi proměnnými, není významný. V této otázce jsem nepředpokládala odlišnost mezi proměnnými, protože jak uvádí Ivanová, etice na všech středních školách byla věnována pozornost již v období první republiky. Na Vyšší odborné zdravotnické školy byla zdravotnická etika zavedena jako povinný předmět v roce 1998 (2005, s. 58).

Další otázkou, která vede k cíli práce, byla praktická aplikace Etického kodexu v oblasti ošetrovatelství. Nejčastější odpovědí v nechirurgických i chirurgických oborech byla aplikovatelnost Etického kodexu v praxi. Celkem 167 (100 %) odpovědí. V nechirurgických bylo 84 odpovědí (50,3 %) a v chirurgických 83 odpovědí (49,7 %). Statistický rozdíl v položce aplikace Etického kodexu v praxi mezi proměnnými, není významný. Odpovědi se neliší. V této otázce jsem předpokládala nejčastější odpověď v praxi, protože dotazník vyplňovaly zdravotní sestry, které pracují na lůžkových odděleních přímo s nemocnými. Nešlo tedy o řídicí pracovníky, proto ostatní odpovědi, při vzdělání, ve výzkumu a při řízení byly zastoupeny v menším množství.

V návrhu na využívání Etického kodexu sester se uvádí, že bude mít smysl tehdy, pokud půjde o živý dokument a bude aplikován na realitu ošetrovatelské a zdravotní péče (Di Cara, Petr, Charvátová 2012 [online]).

Názory respondentů na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester.

K normě 1 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů na spoluzodpovědnost sester za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení. Statistický rozdíl mezi proměnnými je v této položce významný, odpovědi se liší. Nejvíce odpovědi v chirurgických i nechirurgických oborech bylo uvedeno, že se spoluzodpovědností sester souhlasí s menšími výhradami. Celkem bylo zaznamenáno 93 (100 %) těchto odpovědí z toho 45 (48,4 %) u nechirurgických oborů a 48 (51,6 %) u chirurgických oborů. Významnější byl rozdíl mezi proměnnými u odpovědi, se spoluzodpovědností sester souhlasím bez výhrad. Celkem 55 odpovědí (100 %) z toho 22 (40 %) z nechirurgických oborů a 33 (60 %) z chirurgických oborů. Dále rozdíl, u odpovědi se spoluzodpovědností sester nesouhlasím. Celkem 31 odpovědí (100 %) z toho 21 (67,7 %) z nechirurgických a 10 (32,3 %) z chirurgických.

K normě 2 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit, zda si respondenti myslí, že nemocniční kaplan, kaple mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči. Statistický rozdíl mezi proměnnými je v této položce významný, odpovědi se liší. Nejvíce bylo uvedeno v chirurgických i nechirurgických oborech kladných odpovědí. Kde si respondenti myslí, že nemocniční kaple, kaplan mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči. Celkem bylo kladných odpovědí zaznamenáno 169 (100 %) z toho 79 (46 %) z nechirurgických oborů a 90 (53,3 %) chirurgických oborů. Rozdíl mezi proměnnými jsem zaznamenala u záporné odpovědi, kde si respondenti myslí, že nemocniční kaple, kaplan, dobrovolníci, nemají své opodstatnění v ošetrovatelské péči. Celkem 10 těchto odpovědí (100 %) z toho 9 (90 %) z nechirurgických oborů a 1 (10 %) z chirurgických oborů. Duchovní potřeby jsou spojeny s duchovním zaměřením jedince. Respektování víry a náboženského vyznání představuje významný požadavek pro duševní klid nemocného. Náboženská setkání mohou přinášet nemocnému úlevu a posílit pocit sounáležitosti (Šamánková 2011, s. 17-22).

K normě 3 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit, zda mají klienti od sester srozumitelné a dostatečné informace o poskytované ošetrovatelské

péči s ohledem na jejich zdravotní stav. Nejvíce bylo uvedeno v chirurgických i nechirurgických oborech kladných odpovědí. Celkem bylo 172 kladných odpovědí (100 %) z toho 84 (48,8 %) z nechirurgických oborů a 88 (51,2 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými není významný. Odpovědi se neliší.

K normě 4 se vztahuje otázka, zda se osobně nebo zprostředkovaně setkaly s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta, která ukazuje názor sester na dodržování povinnosti mlčenlivosti o osobních údajích pacienta. Názor sester se odráží v otázce, zda se osobně nebo zprostředkovaně setkaly s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta. Nejvíce bylo uvedeno v chirurgických i nechirurgických oborech záporných odpovědí. Celkem bylo uvedeno 142 (100 %) záporných odpovědí z toho 70 (49,3 %) z nechirurgických oborů 72 (50,7 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými není významný. Odpovědi se neliší. V této otázce jsem předpokládala zápornou odpověď, protože povinná mlčenlivost není jen etický, ale i legislativní normativ pro všechny zdravotnické pracovníky. Povinná mlčenlivost je uložena zákonem č. 422/2004 Sb.

K normě 5 se vztahuje otázka, zda jsou uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů. Nejvíce odpovědí bylo v chirurgických i nechirurgických oborech uvedeno, ano částečně. Celkem bylo uvedeno 85 (100 %) těchto odpovědí. 43 odpovědí (50,6 %) z nechirurgických oborů a 42 (49,4 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými v položce názoru, zda jsou v ČR uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů není významný. Odpovědi se neliší.

K normě 6 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, kdo by měl být spoluodpovědný za ochranu při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí. Nejvíce odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo klient. Celkem bylo uvedeno 78 (100 %) těchto odpovědí z toho 32 (41,0 %) z nechirurgických a 46 (59,0 %)

z chirurgických oborů. Dále odpověď zaměstnavatel, v počtu 59 odpovědí (100 %) z toho 31 (52,5 %) v nechirurgických a 28 (47,5 %) v chirurgických oborech. Statistický rozdíl mezi proměnnými v této položce není významný. Odpovědi se neliší. Problematika znečišťování životního prostředí je často spojena s problematickými, nespolupracujícími či agresivními pacienty. Konkretizace klientů v dotazníku uvedena nebyla.

Názory respondentů chirurgických a nechirurgických oborů se liší v normě 1, kde jsem srovnávala názor respondentů na spoluzodpovědnost sester za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení. Dále v normě 2, kde jsem srovnávala, zda si respondenti myslí, že nemocniční kaplan, kaple mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči. Názory respondentů chirurgických a nechirurgických oborů v normě 3 až 6 v 1. Článku Etického kodexu sester se neliší.

Názory respondentů na jednotlivé normy v 2. Článku Etického kodexu sester.

K normě 7 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, na osobní odpovědnost zdravotních sester za ošetrovatelskou praxi a udržování kvalifikace celoživotním studiem. Nejvíce uvedených odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo, ano, nese osobní odpovědnost. Celkem bylo uvedeno 173 (100 %) těchto odpovědí z toho 85 (49,1 %) je z nechirurgických oborů a 88 (50,9 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými v této položce není významný. Odpovědi se neliší. Sestry si uvědomují osobní zodpovědnost za ošetrovatelskou praxi a udržování své kvalifikace.

K normě 8 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, jakým způsobem tráví volný čas v rámci relaxace organismu. V této otázce měli respondenti možnost více odpovědí. Zastoupeny byly všechny odpovědi např. aktivní sport, sledování TV, PC, hry, kultura, setkání s přáteli poměrně vyrovnaně (viz Tabulka č. 28). Dále zde měli možnost respondenti uvést vlastní příklady trávení volného času. Dva respondenti uvedli činnost v neziskové dětské organizaci a jeden uvedl keramický

kroužek. Statistický rozdíl mezi proměnnými v této položce není významný. Odpovědi se neliší. Myslím si, že možností trávení volného času a relaxace organismu aktivní i pasivní je mnohem více než uvádím v dotazníku. Záleží na každém jednotlivci, kterou variantu zvolí a jakým způsobem bude trávit volný čas v rámci relaxace organismu, protože každá vhodně zvolená relaxace se odráží v kvalitě poskytované péče.

K normě 9 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, zda v ošetrovatelské praxi musely někdy porušit své kompetence. Nejvíce uvedených odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo, ano zřídka. Celkem bylo uvedeno 102 (100 %) těchto odpovědí z toho 50 (49,0 %) tvořily odpovědi z nechirurgických oborů a 52 (51,0 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými v položce názoru na porušení kompetencí v praxi není významný. Odpovědi se neliší.

K normě 10 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, zda se domnívají, že profese zdravotní sestry v ČR patří k prestižním povoláním. Nejvíce bylo uvedeno v chirurgických i nechirurgických oborech záporných odpovědí. Celkem bylo uvedeno 134 (100 %) těchto odpovědí z toho 63 (47,0 %) tvořily odpovědi z nechirurgických oborů a 71 (53,0 %) z chirurgických oborů. Statistický rozdíl mezi proměnnými v položce názoru na prestiž povolání profese zdravotní sestry v ČR není významný. Odpovědi se neliší. Předpokládala jsem u respondentů větší povědomí o prestiži povolání. Můj předpoklad se nepotvrdil.

K normě 11 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, jakým způsobem mají klienti zajištěnu bezpečnost při zavádění nových technologií na jejich pracovišti. Nejvíce zaznamenaných odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo opakovaným, pravidelným proškolením personálu. Celkem bylo uvedeno 105 (100 %) těchto odpovědí. V počtu 53 (50,5 %) v nechirurgických oborech a 52 (49,5 %) v chirurgických oborech. Statistický rozdíl mezi proměnnými v položce názoru na způsob zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií na pracovišti není významný. Odpovědi se neliší.

Názory respondentů chirurgických a nechirurgických oborů v normách 7 až 11 v 2. Článku Etického kodexu sester se neliší.

Názory respondentů na jednotlivé normy v 3. Článku Etického kodexu sester.

K normě 12 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, na sjednocení, standardizace norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR a jejich přínosnost. Nejvíce uvedených odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo uvedeno, ano, sjednocení. Celkem bylo uvedeno 130 (100 %) těchto odpovědí. V počtu 65 (50,0 %) v nechirurgických oborech a 65 (50 %) v chirurgických oborech. Zdravotnické standardy umožňují komplexní řízení kvality. Svým rozsahem musí pokrýt celý provoz v organizaci. S problematikou standardizací norem a postupů se často setkávám při své práci zdravotní sestry, proto jsem předpokládala u respondentů kladnou odpověď. Statistický rozdíl v této položce není významný. Odpovědi se neliší.

K normě 13 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, jaké jsou pro sestry přijatelné možnosti dalšího vzdělávání. Nejvíce uvedených odpovědí v chirurgických i nechirurgických oborech bylo semináře a konference. Celkem 117 (100 %) těchto odpovědí. V počtu 68 (58,1 %) v nechirurgických oborech a 49 (41,9 %) v chirurgických oborech. Statistický rozdíl v této položce není významný. Odpovědi se neliší.

K normě 14 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, zda se podílí prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace na zlepšení pracovních podmínek. Nejvíce uvedených odpovědí chirurgických i nechirurgických oborů bylo, že se vůbec nepodílí. Celkem bylo uvedeno 123 (100 %) těchto odpovědí. V nechirurgických oborech 61 (49,6 %) a v chirurgických 62 (50,4 %) odpovědí. Statistický rozdíl v této položce není významný. Odpovědi se neliší.

Názory respondentů chirurgických a nechirurgických oborů v normách 12 až 14 v 3. Článku Etického kodexu sester se neliší.

Názory respondentů na jednotlivé normy v 4. Článku Etického kodexu sester.

K normě 15 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, kde shledávají největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky. Nejčastější variantou odpovědí v obou oborech byla problematická komunikace mezi lékařem a sestrou. Celkem byla tato varianta odpovědi uvedena 139 (100 %). V nechirurgických oborech jsem zaznamenala 63 odpovědí (45,3 %) a v chirurgických 76 (54,7 %) odpovědí. Statistický rozdíl v této položce není významný. Odpovědi se neliší.

K této normě jsem položila respondentům ještě jednu otázku, která se ptá na spolupráci daného pracoviště s ostatními odděleními. V chirurgických i nechirurgických oborech byla nejčastější odpověď, kladná. Respondenti uvádí dobrou spolupráci s ostatními odděleními. Celkem byla kladná odpověď uvedena 165 (100 %). V nechirurgických oborech bylo odpovědí 76 (46,1 %) a v chirurgických 89 (53,9 %). Významný rozdíl je u záporných odpovědí. Bylo uvedeno celkem 14 (100 %) odpovědí chirurgických i nechirurgických oborů, kde se domnívají, že nemá jejich pracoviště dobrou spolupráci s ostatními odděleními. V počtu 12 odpovědí (85,7 %) v nechirurgických oborech a 2 (14,3 %) v chirurgických oborech. Statistický rozdíl v této položce je významný. Odpovědi se liší. Etika má svůj význam v komunikaci, mezilidských vztazích a v konkrétním profesním jednání. Předpokládala jsem u respondentů více kladných odpovědí, můj předpoklad byl splněn.

K normě 16 se vztahuje otázka, která pomáhá zjistit názor respondentů, zda se setkaly nebo musely zasahovat ve své praxi při sorogonii. Nejvíce uvedených odpovědí chirurgických i nechirurgických oborů bylo, že se nesetkali ani nemuseli zasahovat při sorogonii. Nechirurgické obory uvedly 80 odpovědí (53,0 %), chirurgické uvedly 71 (47,0 %). Celkem 151 (100 %) těchto odpovědí. Významnější rozdíl byl mezi proměnnými u odpovědi, ano setkaly nebo musely zasahovat při sorogonii, kde bylo uvedeno 28 (100 %) odpovědí z toho 8 (28,6 %) z nechirurgických oborů a 20 (71,4 %)

z chirurgických oborů. Statistický rozdíl v této položce je významný. Odpovědi se liší.

Názory respondentů chirurgických a nechirurgických oborů v normě 15 se liší částečně. Respondentům byly položeny dvě otázky zjišťující názor na tuto normu. V první otázce, kde shledávají největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky, se odpovědi neliší. V druhé otázce která se ptá na spolupráci daného pracoviště s ostatními odděleními, se odpovědi liší. Dále v normě 16, která pomáhá zjistit názor respondentů, zda se setkali nebo museli zasahovat ve své praxi při sorogonii se u respondentů chirurgických a nechirurgických oborů liší.

Pro zjišťování názoru zdravotních sester na Etický kodex jsem v dotazníku položila respondentům poslední otázku. V čem shledávají největší problém v dodržování Etického kodexu z vlastního pohledu. Nejčastější variantou odpovědi v problematice dodržování Etického kodexu sester byla časová tíseň. Bylo uvedeno 153 (100 %) odpovědí. V nechirurgických oborech jsem zaznamenala 75 (49 %) odpovědí a v chirurgických 78 (51,0 %) odpovědí. Statistický rozdíl v této položce není významný. Odpovědi se neliší.

Byla to právě kritika z řad zdravotních sester na nedostatek času v poskytování ošetrovatelské péče nemocným v problematice dodržování Etického kodexu sester a dále kritika veřejnosti na nedostatek etiky a etického jednání z řad zdravotnických pracovníků, která mě vedla ke zpracování magisterské diplomové práce na téma názory zdravotních sester na Etický kodex.

Závěr

Etický kodex sester tvoří základní rámec, podle kterého by zdravotní sestry měly činit vlastní etická rozhodování. Zdravotní sestra při výkonu své profese je plně odpovědná za svá rozhodnutí a jednání. Povolání zdravotní sestry je velmi náročné z hlediska odborné přípravy i profesionálního výkonu. Předpokladem mravního jednání je vnitřní rozhodnutí jednajících subjektu. Vnitřní zakotvení morálky společně s láskou k lidem vytváří skutečný a jedinečný zdroj morálky (Kutnohorská 2007, s. 40-41).

Hlavním cílem magisterské diplomové práce bylo zmapovat názory sester na Etický kodex sester. Pomocí dotazníkového šetření jsem srovnávala, jak se zdravotní sestry na dvou typech pracovišť ve FN v Olomouci odlišují v názoru na Etický kodex sester.

Záměrem bylo odpovědět na otázky, jak se liší názor zdravotních sester na jednotlivé normy v 1. – 4. Článku Etického kodexu sester. Dále odpovědět na otázky, jaká jsou demografická data respondentů, kde se poprvé setkaly zdravotní sestry s Etickým kodexem sester, kde si myslí, že mohou nejčastěji aplikovat Etický kodex sester v praxi a v čem shledávají největší problém v dodržování Etického kodexu sester.

Výsledky dotazníkového šetření mapují názor zdravotních sester na Etický kodex sester a podněcují k zamyšlení se nad daným problémem. Jedná se o průřezovou studii provedenou náhodným výběrem respondentů a zachycující problémy v určitém čase. Výsledky vzhledem k velikosti výzkumného vzorku a výběru respondentů nemohou vejít v obecnou platnost.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že v nechirurgických i chirurgických oborech pracují nejčastěji zdravotní sestry ve věkové kategorii 31-45 let.

Dotazníkové šetření ukázalo, že zdravotní sestry chirurgických oborů mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Délka jejich praxe v oboru je do 10 let. Na otázku kdy se setkaly s Etickým kodexem sester, nejčastěji odpověděly při studiu na střední škole. Praktická aplikace

Etického kodexu sester je pro respondenty chirurgických oborů nejpříjemnější v praxi. Jako nejčastější problém dodržování Etického kodexu sester uvádějí časovou tíseň.

U zdravotních sester nechirurgických oborů, ukázalo dotazníkové šetření, že mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou + pomaturitní specializační vzdělání. Délka jejich praxe v oboru je do 30 let. Na otázku kdy se setkaly s Etickým kodexem, nejčastěji odpověděly při studiu na střední škole. Praktická aplikace Etického kodexu sester je pro respondenty nechirurgických oborů nejpříjemnější v praxi. Jako nejčastější problém dodržování Etického kodexu sester uvádějí časovou tíseň.

Názor zdravotních sester chirurgických a nechirurgických oborů na jednotlivé normy v 1. Článku Etického kodexu sester. Odpovědi se liší v položce názoru zdravotních sester na spoluzodpovědnost za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení. A to v odpovědi kdy se spoluzodpovědností zdravotní sestry nesouhlasí. Tuto variantu odpovědi častěji uvádí nechirurgické obory. Dále se liší v položce názoru, zda nemocniční kaple, kaplan mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči. Variantu odpovědi, že nemají opodstatnění v ošetrovatelské péči, uvádí častěji nechirurgické obory. Z výsledků šetření vyplývá, že se liší názor zdravotních sester ve dvou položkách. V dalších položkách v 1. Článku Etického kodexu sester se sestry chirurgických a nechirurgických oborů shodují. V názorech zdravotních sester v 1. Článku Etického kodexu sester jsou na tom lépe sestry chirurgických oborů.

Názory zdravotních sester chirurgických a nechirurgických oborů v 2. a 3. Článku Etického kodexu sester. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že názory zdravotních sester se neliší. Lze předpokládat, že na normy uvedené v 2. a 3. Článku Etického kodexu sester mají zdravotní sestry stejný názor. Nelze tedy říci, který z oborů je v názoru na Etický kodex sester na tom lépe.

Názory zdravotních sester chirurgických a nechirurgických oborů v 4. Článku Etického kodexu sester. Odpovědi se liší v položce názoru zdravotních sester na spolupráci daného pracoviště s ostatními odděleními. Variantu odpovědi, že nemá jejich oddělení dobrou spolupráci s ostatními odděleními, uvádí častěji nechirurgické obory. V tomto případě jsem lepší výsledky zaznamenala u chirurgických oborů, které uvádí dobrou spolupráci s ostatními odděleními.

Dále se liší v položce názoru, zda se setkaly nebo musely zasahovat při sororgenii. Častěji se setkaly nebo musely zasahovat zdravotní sestry chirurgických oborů. Vzhledem k výsledkům dotazníkového šetření, může souviset tato skutečnost se vzděláním sester a délkou praxe v oboru. V tomto případě dotazníkové šetření ukázalo lepší výsledky u nechirurgických oborů. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že se liší názor zdravotních sester ve dvou položkách. V dalších položkách v 4. Článku Etického kodexu sester se zdravotní sestry shodují.

Výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo na dvou typech pracovišť ve FN v Olomouci ukazují, kde je v jednotlivých člancích Etického kodexu názor zdravotních sester stejný a kde se liší. Pokud práce přispěla k diskuzi mezi respondenty o problematice Etického kodexu sester, je to významné z hlediska jeho použitelnosti v praxi. Etika má svůj význam v komunikaci, v mezilidských vztazích a v konkrétním profesním jednání.

Námětem pro další dotazníkové šetření ve FN Olomouc by bylo zmapovat názor zdravotních sester na Etický kodex i na dalších typech oddělení.

Seznam literatury a zdrojů

BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 559 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.

DI CARA, Veronika, VIDOVIČOVÁ, Helena. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2240-5.

FIŠEROVÁ, Jaroslava. *Etika v ošetrovatelství: pomocný učební text*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 60 s

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. xii, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 265 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1369-4.

IVANOVÁ, Kateřina. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.

IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica a GLADKIJ, Ivan. *Medicína a společnost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 90 s. ISBN 978-80-244-3446-9.

IVANOVÁ, Kateřina a KLOS, Robert. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 146 s. Skripta. ISBN 80-244-0892-9.

IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka a KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 248 s. Sestra. ISBN 80-247-1212-1.

Jak se můžeme registrovat v České asociaci sester. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 73 s. České ošetřovatelství. Praktické příručky pro sestry 8. ISBN 80-7013-330-9.

KAFKOVÁ, Vlastimila. *Z historie ošetřovatelství.* 1. vyd. Brno: Inst. pro další vzděl. prac. ve zdrav., 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

KRÁTKÁ, Anna a kol. *Ošetřovatelství - morální umění: kapitoly z dějin ošetřovatelství ve vztahu k morálnímu profilu sestry.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 263 s. ISBN 978-80-247-4201-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 163 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3224-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství pro praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 160 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4413-1.

KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MALÝ, Ivan. *Lékařská etika v chirurgii.* 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 103 s. Trendy soudobé chirurgie; sv. 1. ISBN 80-85824-76-0.

MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 153 s. ISBN 80-247-1024-2.

PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada, ©2011. 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

SCHULER, Matthias a OSTER, Peter. *Geriatric od A do Z pro sestry.* 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. 336 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3013-4.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 134 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠULCOVÁ, Margaréta et al. *Prevence a ošetrovatelská péče v komunitě*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2013. 113 s. Monografie. ISBN 978-80-7414-682-4.

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. 1. vyd. Praha: Triton, 2012. 277 s. ISBN 978-80-7387-645-6.

VÁCHA, Marek Orko, KÖNIGOVÁ, Radana a MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. 302 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-780-0.

VÉVODA, Jiří et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. 159 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4732-3.

VONDRÁČEK, Lubomír a VONDRÁČEK, Jan. *Pochybení a sankce při poskytování ošetrovatelské péče II*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 68 s. Sestra. ISBN 80-247-1919-3.

VRUBLOVÁ, Yveta. *Základy zdravotnické etiky*. 1. vyd. Ostrava: VŠB - Technická univerzita Ostrava, 2006. 61 s. ISBN 80-248-1131-6.

WORKMAN, Barbara A. a BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. 259 s. Sestra. ISBN 80-247-1714-X.

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV, *Etická komise* [online]. 2010 [cit. 2014-6-7]. Dostupné z WWW: <<http://www.sukl.cz/zdravotnicke-prostredky/eticka-komise>>.

DI CARA, V., PETR, T., CHARVÁTOVÁ, P. *Etický kodex ICN* [online]. 2012 [cit. 2014-2-25]. Dostupné z WWW: <http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf>.

Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů.....	64
Graf č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	66
Graf č. 3: Typ pracoviště.....	68
Graf č. 4: Délka praxe v oboru.....	70
Graf č. 5: První setkání s Etickým kodexem sester.....	72
Graf č. 6: Nejčastější aplikace Etického kodexu sester.....	74
Graf č. 7: Spoluzodpovědnost sester.....	76
Graf č. 8: Pastorační péče.....	78
Graf č. 9: Informace o ošetrovatelské péči.....	80
Graf č. 10: Porušování ochrany informací klientů.....	82
Graf č. 11: Uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů.....	84
Graf č. 12: Spoluzodpovědnost za ochranu nemocničního prostředí.....	86
Graf č. 13: Osobní odpovědnost sester za ošetrovatelské činnosti a celoživotní studium.....	88
Graf č. 14: Trávení volného času v rámci relaxace.....	90
Graf č. 15: Porušení kompetencí v praxi.....	92
Graf č. 16: Prestiž povolání zdravotní sestry.....	94
Graf č. 17: Způsob zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií.....	96
Graf č. 18: Standardizace norem ošetrovatelské péče.....	98
Graf č. 19: Možnosti dalšího vzdělávání.....	100
Graf č. 20: Podíl na zlepšení pracovních podmínek sester.....	102
Graf č. 21: Problematika komunikace mezi spolupracovníky.....	104
Graf č. 22: Spolupráce s ostatními odděleními.....	106

Graf č. 23: Sororgenie	108
Graf č. 24: Problematika dodržování Etického kodexu	110

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Počet respondentů.....	59
Tabulka č. 2: Věk respondentů.....	63
Tabulka č. 3: Pearsonův chí - kvadrát test.....	63
Tabulka č. 4: Nejvyšší dosažené vzdělání.....	64
Tabulka č. 5: Pearsonův chí - kvadrát test.....	65
Tabulka č. 6: Typ pracoviště	66
Tabulka č. 7: Pearsonův chí - kvadrát test.....	67
Tabulka č. 8: Délka praxe v oboru	68
Tabulka č. 9: Pearsonův chí - kvadrát test.....	69
Tabulka č. 10: První setkání s Etickým kodexem sester	70
Tabulka č. 11: Pearsonův chí - kvadrát test.....	71
Tabulka č. 12: Nejčastější aplikace Etického kodexu sester	72
Tabulka č. 13: Pearsonův chí - kvadrát test.....	73
Tabulka č. 14: Spoluzodpovědnost sester	75
Tabulka č. 15: Pearsonův chí - kvadrát test.....	75
Tabulka č. 16: Pastorační péče	76
Tabulka č. 17: Pearsonův chí – kvadrát test.....	77
Tabulka č. 18: Informace o ošetrovatelské péči	78
Tabulka č. 19: Pearsonův chí – kvadrát test.....	79
Tabulka č. 20: Porušování ochrany informací klientů	80
Tabulka č. 21: Pearsonův chí – kvadrát test.....	81
Tabulka č. 22: Uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů.....	82
Tabulka č. 23: Pearsonův chí – kvadrát test.....	83
Tabulka č. 24: Spoluzodpovědnost za ochranu nemocničního prostředí	84

Tabulka č. 25: Pearsonův chí – kvadrát test	85
Tabulka č. 26: Osobní odpovědnost sester za ošetrovatelské činnosti a celoživotní studium	87
Tabulka č. 27: Pearsonův chí – kvadrát test	87
Tabulka č. 28: Trávení volného času v rámci relaxace	88
Tabulka č. 29: Pearsonův chí – kvadrát test	89
Tabulka č. 30: Porušení kompetencí v praxi	90
Tabulka č. 31: Pearsonův chí – kvadrát test	91
Tabulka č. 32: Prestiž povolání zdravotní sestry	92
Tabulka č. 33: Pearsonův chí – kvadrát test	93
Tabulka č. 34: Způsob zajištění bezpečnosti klientů při zavádění nových technologií	94
Tabulka č. 35: Pearsonův chí – kvadrát test	95
Tabulka č. 36: Standardizace norem ošetrovatelské péče	97
Tabulka č. 37: Pearsonův chí – kvadrát test	97
Tabulka č. 38: Možnosti dalšího vzdělávání	98
Tabulka č. 39: Pearsonův chí – kvadrát test	99
Tabulka č. 40: Podíl na zlepšení pracovních podmínek sester	101
Tabulka č. 41: Pearsonův chí – kvadrát test	101
Tabulka č. 42: Problematika komunikace mezi spolupracovníky	103
Tabulka č. 43: Pearsonův chí – kvadrát test	103
Tabulka č. 44: Spolupráce s ostatními odděleními	105
Tabulka č. 45: Pearsonův chí – kvadrát test	105
Tabulka č. 46: Sororgenie	106
Tabulka č. 47: Pearsonův chí – kvadrát test	107
Tabulka č. 48: Problematika dodržování Etického kodexu	109

Tabulka č. 49: Pearsonův chí – kvadrát test	109
---	-----

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník

Příloha č. 2 - Souhlas s použitím dotazníku

Příloha č. 3 - Etický kodex sester

Příloha č. 1 - Dotazník

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Bc. Eva Hlávková a jsem studentkou 2. ročníku Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, kombinované formy navazujícího magisterského studijního programu obor Andragogika. Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, jehož výsledky budou sloužit ke zpracování diplomové práce na téma: „Názory zdravotních sester na etický kodex.“ Vyplněný dotazník je anonymní a informace budou využity pouze pro účely zpracování mé diplomové práce.

Předem velice děkuji za Váš čas a spolupráci.

Bc. Eva Hlávková

V dotazníku prosím označte pouze jednu odpověď (pokud není v zadání uvedeno jinak), popřípadě dopište odpověď vlastní.

U otázek č. 6, 12, 14, 17, 19, 21, 24 je možnost více odpovědí.

1. Jaký je Váš věk?

- a) do 30 let
- b) 31- 45 let
- c) 46- 60 let
- d) 61 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) středoškolské s maturitou
- b) středoškolské s maturitou + pomaturitní specializační vzdělání

- c) vyšší odborné vzdělání
- d) vysokoškolské

3. Na kterém oddělení pracujete?

- a) chirurgické obory
- b) nechirurgické obory (int., LDN, hematologie)

4. Délka Vaší praxe v oboru?

- a) do 10 let
- b) do 20 let
- c) do 30 let
- d) 30 a více let

5. Kdy jste se poprvé setkala/setkal s Etickým kodexem sester?

- a) studium na střední škole
- b) studium na vysoké škole
- c) v praxi
- d) jinde (popř. uveďte kde)

6. Kde si myslíte, že Vy konkrétně můžete nejčastěji aplikovat Etický kodex sester v oblasti ošetrovatelství?

- a) v praxi
- b) při vzdělávání
- c) ve výzkumu
- d) při řízení

7. Co si myslíte o spoluzodpovědnosti sester za péči, poskytovanou občanům, kteří ji potřebují mimo zdravotnické zařízení?

- a) se spoluzodpovědností souhlasím bez výhrad
- b) se spoluzodpovědností souhlasím s menšími výhradami
- c) se spoluzodpovědností nesouhlasím

8. Myslíte si, že nemocniční kaple, kaplan popř. dobrovolníci mají své opodstatnění v ošetrovatelské péči?

- a) ano
- b) ne

9. Mají Vaši klienti srozumitelné a dostatečné informace o Vámi poskytované ošetrovatelské péči s ohledem na jejich zdravotní stav?

- a) ano
- b) ne

10. Setkal/a jste se osobně nebo zprostředkovaně s porušováním ochrany informací o zdravotním stavu klienta u nelékařských zdravotnických pracovníků?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, uveďte alespoň 1 příklad porušování dat klientů.

11. Myslíte si, že v ČR jsou uspokojovány zdravotní a sociální potřeby občanů z ohrožených skupin stejně jako u ostatních spoluobčanů?

- a) ano plně
- b) ano částečně
- c) ne

12. Kdo si myslíte, že by měl být spoluodpovědný za ochranu při ničení, znečišťování či znehodnocování nemocničního prostředí?

- a) zdravotní sestra
- b) zdravotní sestra a klient
- c) klient
- d) zaměstnavatel

13. Nese podle Vás zdravotní sestra osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace celoživotním studiem?

- a) ano
- b) ne

14. Jakým způsobem trávíte volný čas v rámci relaxace organismu?

- a) aktivní sport
- b) sledování TV, PC, hry
- c) kultura (kino, divadlo, koncerty)
- d) setkání s přáteli
- e) jiné, např.

15. Musel/a jste ve své praxi někdy porušit své kompetence?

- a) ano často
- b) ano zřídka
- c) nikdy

16. Domníváte se, že v ČR patří profese zdravotní sestry k prestižním povoláním?

- a) ano

- b) ne
- c) nevím

17. Jakým způsobem je na Vašem pracovišti zajištěna bezpečnost klientů při zavádění nových technologií (nové přístroje, materiály, ošetrovatelské postupy)?

- a) jednorázové proškolení personálu
- b) opakované, pravidelné proškolení personálu
- c) samostudium personálu

18. Domníváte se, že sjednocení, standardizace norem ošetrovatelské péče ve všech zdravotnických zařízeních v ČR by byla pro Vaši práci přínosnější?

- a) ano
- b) ne

19. Jaké jsou pro Vás přijatelné možnosti dalšího vzdělávání?

- a) individuální
- b) semináře, konference
- c) akreditované kurzy
- d) pomaturitní specializační studium
- e) vysokoškolské vzdělávání bez souhlasu zaměstnavatele
- f) vysokoškolské vzdělávání se souhlasem zaměstnavatele

20. Podílíte se prostřednictvím profesní, odborové či jiné organizace na zlepšení pracovních podmínek zdravotních sester?

- a) ano významně
- b) ano částečně
- c) vůbec ne

21. Kde shledáváte největší problém v oblasti komunikace mezi spolupracovníky?

- a) ostatní nelékařští pracovníci x sestra
- b) sestra x sestra
- c) vrchní sestra, staniční sestra x sestra
- d) lékař x sestra

22. Domníváte se, že má Vaše pracoviště dobrou spolupráci s ostatním odděleními?

- a) ano
- b) ne

Pokud nemá, uveďte alespoň 1 příklad.

23. Setkal/a jste se ve své praxi nebo musel/a zasahovat při sororgenií? (poškození pacienta zdravotní sestrou)

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, uveďte prosím stručně jak.

24. V čem shledáváte největší problém v dodržování Etického kodexu z Vašeho pohledu?

- a) nedostatečné vybavení- personální
- b) nedostatečné vybavení- technické
- c) časová tíseň
- d) legislativa (kompetence, vzdělávání aj.)
- e) jiné okolnosti

U odpovědí d) a e), uveďte prosím alespoň 1 příklad.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a přeji mnoho pracovních úspěchů.

Příloha č. 2 - Souhlas s použitím dotazníku

Pan
Mgr. Martin Šamaj, MBA
Náměstek nelékařských oborů
FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
77520 Olomouc

V Olomouci 17. 1. 2014

Žádost o schválení použití dotazníku ve FN Olomouc.

Vážený pane Mgr. Šamaji,

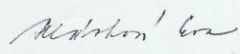
jmenuji se Bc. Eva Hlávková, pracuji na Transfuzním oddělení FN Olomouc. Jsem studentkou 2. ročníku kombinovaného studia navazujícího magisterského studijního programu oboru Andragogika na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Zpracovávám diplomovou práci na téma: *Názory zdravotních sester na etický kodex.*

Data pro svoji diplomovou práci bych ráda odebrala na odděleních ve FN Olomouc.

Žádám Vás o vyjádření souhlasu k odběru dotazníku, který přikládám k této žádosti. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pro moji diplomovou práci.

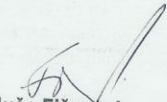
Budete-li mít zájem, o výsledcích mé práce Vás budu ráda informovat.

Děkuji za Vaši spolupráci.


Bc. Eva Hlávková
Transfuzní oddělení FN Olomouc
I. P. Pavlova 6
77520 Olomouc

Souhlasím.

A. k.


Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelékařské péče
Fakultní nemocnice Olomouc

Mgr. Martin Šamaj, MBA
náměstek nelékařských oborů
garant za projektové a strategické řízení
Fakultní nemocnice Olomouc

Příloha č. 3 - Etický kodex sester

Etický kodex ICN



Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

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

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

ÚVOD

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

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

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

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

KODEX ICN

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

Články Kodexu

1. Sestry a lidé

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

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

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

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

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

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

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

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

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

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

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

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

3. Sestry a profese

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

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

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

4. Sestry a spolupracovníci

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

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

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex sester připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na realitu ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti.

Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu sester připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování.

Následující tabulka by měla sestrám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studenti ošetrovatelství tak mohou:

- studovat normy spadající pod každý článek Kodexu,
- přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku v každé oblasti ošetrovatelství: v praxi, ve vzdělání, ve výzkumu nebo v řízení,
- diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníky a dalšími lidmi,
- použít konkrétní příklad z praxe k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Diskutovat o tom, jak by danou situaci řešili,
- pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování,
- spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuálním uplatňování etických norem do ošetrovatelské praxe, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a lidé

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity jako základ pro přístup k péči.	Vydávat prohlášení a standardy, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajišťovat kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky.
Zajišťovat dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vydávat standardy a prohlášení zabývajících se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které podporují zachování mlčenlivosti.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a zachování mlčenlivosti.	Začleňovat otázky soukromí a zachování mlčenlivosti do národního etického kodexu sester.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti.	Zajistit, aby studenti dokázali vnímat důležitost sociálních aktivit při řešení aktuálních problémů.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí.

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvářet standardy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče.	Nabídnout příležitosti ke vzdělání, jako je celoživotní vzdělávání a rozvoj odborných znalostí a dovedností.	Zajišťovat přístup ke kontinuálnímu vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod.
Zavádět do praxe systém pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a systematické registrace sester.	Provádět výzkum, který dokazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a rozvojem odborných znalostí a dovedností, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitosti ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření standardů kvality péče.
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti vykonávat své povolání.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat zdravý životní styl mezi ošetrovatelským personálem. Lobovat za zdravé pracovní prostředí, služby pro sestry.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit standardy pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Umožnit vzdělávání týkající se tvorby standardů ošetrovatelské praxe, výzkumu, výuky a managementu.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření standardů pro vzdělávání, praxi, výzkum a management v ošetrovatelství.
Podporovat provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvím a zdravím na pracovišti. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení a standardy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v národních asociacích sester, za účelem tvorby příznivých socioekonomických podmínek pro sestry.	Informovat studenty o důležitosti členství v profesních sesterských asociacích.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravovat prohlášení a standardy týkající se otázek pracovního prostředí.

Článek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními příbuznými obory.
Vytvářet pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování.	Informovat o zásadách ošetrovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky.	Vytvářet povědomí o etických otázkách jiných profesí.
Vytvářet mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Vzdělávat studenty k ochraně jednotlivce, rodiny nebo komunity, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.	Připravovat dokumenty, prohlášení, a diskusní fóra související s bezpečností pacientů / klientů, pokud by byli ohroženi zdravotnickým personálem, který o ně pečuje.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby byl Etický kodex pro sestry účinný, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, mezi sestrami v praxi, v časopisech pro sestry a v dalších médiích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, spotřebitelské skupiny, organizace pro lidská práva, skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

Spolupracovník	Jiné sestry a jiní zdravotničtí a nezdravotničtí pracovníci a odborníci.
Kooperující vztah	Profesionální vztah založený na kolegiální a vzájemné aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů.
Rodina	Sociální jednotka, skládající se ze členů, kteří jsou spojeni pokrevně, nebo příbuzenským, emočním či právním vztahem.
Sestra se dělí se společností	Sestra jako zdravotník a občan iniciuje a podporuje vhodné aktivity vedoucí k uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel.
Osobní zdraví	Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry.
Osobní údaje	Informace o jednotlivci nebo o rodině získané během pracovního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, vznik nepříjemností nebo poškození jednotlivce či rodiny.
Příbuzné skupiny	Jiné sestry, zdravotničtí pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů.

Seznam zkratek

BOZP Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

ČAS Česká asociace sester

ČR Česká republika

ČSČK Český červený kříž

FN Fakultní nemocnice

ICN International Council of Nurses

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv

Anotace

Příjmení a jméno autora: Bc. Hlávková Eva

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta,

Název magisterské diplomové práce: Názory zdravotních sester na Etický kodex.

Vedoucí práce: Mgr. František Znebejánek, Ph. D.

Počet znaků: 168 794

Počet příloh: 3

Počet použitých zdrojů: 31

Klíčová slova v ČJ:

Etický kodex sester, ošetrovatelská etika, etika, historie etiky, ošetrovatelská péče, sesterská profese, zdravotní sestra, ošetrovatelský tým, společnost, spoluobčan, lidská práva

Klíčová slova v AJ:

Code of ethics for Nurses, ethics in nursing care, ethics, history of ethics, nursing care, nurse profession, nurse, nursing team, society, fellow citizen, human rights

Anotace:

Diplomová práce se zabývá problematikou etiky a názorem zdravotních sester na Etický kodex. Teoretická část se věnuje historii etiky, etice ve zdravotnictví a jednotlivým článkům Etického kodexu sester. Popisuje problematiku etiky na vybraných pracovištích. Empirická část předkládá výsledky dotazníkového průzkumného šetření, které informují o názorech zdravotních sester chirurgických i nechirurgických oborů na jednotlivé

články Etického kodexu sester, názorech na možnost využití v praxi a problematiku dodržování z pohledu sester.

Annotation:

The theme of this dissertation is the issues of ethics and opinion of Code of ethics from the perspective of nurse. The theoretical part covers the history of ethics, ethics in health care and individual articles of Code of ethics for Nurses. It describes the problems of ethics on selected medical departments. The empiric part presents the results of questionnaire investigation, which informs about opinions of nurses from both surgical and non-surgical fields about individual articles of Code of ethics for Nurses, opinions about their possibilities of utilization in praxis and problems with compliance from the perspective of nurse.