



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského
života u pacienta v intenzivní péči**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Eliška Bauerová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne

.....
Bc. Eliška Bauerová

Poděkování

Poděkování patří Mgr. Janě Maňhalové, Ph.D. Děkuji za cenné připomínky, rady, inspiraci a laskavý přístup během celé tvorby práce. Děkuji také za pozitivní přístup a optimismus, kterým mi paní doktorka během psaní práce nesčetněkrát pomohla.

Děkuji Mgr. Olze Dvořáčkové za pomoc se statistickým vyhodnocením dat.

Děkuji MUDr. Sylvě Samšiňákové – Benešové za pomoc při sběru dat.

Poděkování patří všem respondentům, kteří byli ochotní věnovat svůj čas vyplnění dotazníků.

Děkuji mým nejbližším, kteří mě během psaní práce podporovali.

Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči

Abstrakt

Cílem diplomové práce bylo zmapovat problematiku lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči. Cíle bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumu, využita byla technika sběru dat dotazníky. Účelem výzkumu bylo zjistit, v jakých oblastech souvisejících s lidskou důstojností shledávají pacienti problém nebo cítí obtíže, k čemuž byl použit standardizovaný dotazník. Pro výzkumný soubor sester byl sestaven na základě teoretických poznatků dotazník vlastní konstrukce, díky kterému bylo zjištěno, jak sestry vnímají důstojnost pacienta a také hodnotu jeho života při hospitalizaci na jednotce intenzivní péče. Uvedené informace bylo poměrně nelehké zjistit, což je podmíněno především tím, že se jedná o témata a stanoviska filozofická, individuální a možná i poměrně osobní. Výzkumem bylo zjištěno, že pacienti shledávají problém pouze v určitých oblastech, které jsme standardizovaným dotazníkem zjišťovali. Ve většině otázek bylo hodnocení pacientů takové, že příliš velký problém nepocítují. U výzkumného souboru sester bylo zjištěno, že důstojnost pacienta a hodnota jeho života znamená pro každou ze sester něco zcela individuálního, ale značná část sester uvedla, že je důstojnost pacienta důležitým aspektem a hodnota života pacienta v intenzivní péči je vysoká, až nevyčísitelná.

Diplomová práce by mohla přivést sestry pracující na jednotkách intenzivní péče k častějšímu zamýšlení se nad důstojností pacienta, vysokou a nedotknutelnou hodnotou jeho života a v neposlední řadě i nad individualitou každé bytosti.

Klíčová slova

Lidská důstojnost; Hodnota života; Intenzivní péče; Pacient; Ošetřovatelství

The issue of human dignity and the value of human life of an intensive care patient

Abstract

The aim of this thesis is to cover the issue of human dignity and the values of human life of a patient in the intensive care unit. The goal is achieved through a quantitative research, using the data collection technique through questionnaires. The purpose of the research was to determine what areas of human dignity do the patients find hard or problematic. A standardized questionnaire was used for this purpose. Based on theoretical knowledge, a questionnaire of its own design was compiled for the nurses' research group. It focused on the nurses' perception of a patient's dignity and also the value of his or her life during hospitalization in the intensive care unit. This information was quite difficult to determine, which is primarily due to the fact that it deals with topics and opinions which are philosophical, individual and perhaps even personal. The research found that the patients feel a problem only in certain areas that we had investigated in a standardized questionnaire. The patients' evaluation revealed that they do not feel most issues as too much of a problem. The nurses' research group found that the dignity of a patient and the value of his or her life mean something completely individual to each nurse. However, a large number of the nurses said that a patient's dignity is an important aspect, and the value of a patient's life in the intensive care unit is high or even priceless.

This thesis could bring the nurses, who work in intensive care units, an incentive to think about the dignity of a patient, the high and untouchable value of his or her life and, last but not least, the individuality of each human being.

Keywords

Human dignity; The value of life; Intensive care; Patient; Nursing

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Etika	9
1.1.1 Obor etika	9
1.1.2 Etika v ošetrovatelství.....	11
1.2 Lidská důstojnost	14
1.2.1 Hodnota lidského života	14
1.2.2 Pojem lidská důstojnost	15
1.2.3 Lidská důstojnost a ošetrovatelství	16
1.2.4 Lidská důstojnost v souvislosti s etickými kodexy a legislativou	18
1.3 Intenzivní péče	22
1.3.1 Obecná charakteristika intenzivní péče	22
1.3.2 Úloha sestry v intenzivní péči.....	24
1.3.3 Hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče.....	25
1.3.4 Etika a důstojnost v intenzivní péči	26
1.4 Vybrané potřeby člověka v intenzivní péči.....	28
1.4.1 Uspokojování potřeb člověka v intenzivní péči.....	28
1.4.2 Biologické potřeby.....	29
1.4.3 Problematika bolesti	31
1.4.4 Intimita a soukromí	33
1.4.5 Bezpečí a jistota	34
1.5 Komunikace mezi sestrou a pacientem v intenzivní péči	35
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	38
2.1 Cíle práce	38
2.2 Hypotézy	38
2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce	39
3 METODIKA.....	40
3.1 Design kvantitativního výzkumného šetření	40
3.1.1 Výzkumný soubor A – pacienti	40
3.1.2 Výzkumný soubor B – sestry.....	40
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
3.2.1 Výzkumný soubor A – pacienti	41

3.2.2	Výzkumný soubor B – sestry.....	41
3.3	Statistická analýza kvantitativních dat.....	42
4	VÝSLEDKY.....	43
4.1	Výzkumný soubor A – pacienti.....	43
4.2	Výzkumný soubor B – sestry.....	64
4.3	Statistické zpracování.....	85
5	DISKUSE.....	101
6	ZÁVĚR.....	109
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	112
8	PŘÍLOHY.....	121
9	SEZNAM ZKRATEK.....	133

Úvod

„Život je posvátný, tj. je nejvyšší hodnotou, od níž odvozujeme hodnocení čehokoliv dalšího.“

(Albert Einstein)

Hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče přináší do života mnoho nového. Jedná se jak o život pacienta, tak i o život sestry. Každý pacient je totiž jiný, je svébytným jedincem a sestra pracující v intenzivní péči tuto skutečnost vždy vnímá. Také pro pacienta se jedná o něco nového, možná o něco, co ještě nikdy nezažil. V rámci poskytování lékařské i ošetrovatelské péče se dotýkáme nejen těla, zdraví a potřeb každého člověka, ale i jeho psychiky, jeho hodnot, důstojnosti a uvědomujeme si hodnotu života takového pacienta. Z člověka, který byl mnohdy zcela zdrav a soběstačný, se na jednotce intenzivní péče stává pacient závislý na sestře, na její pomoci a jejím přístupu. Již tento fakt mohou někteří z nás vnímat jako nepříjemný pocit, pocit snižující důstojnost člověka. Protože si každý z nás pod pojmem „důstojnost“ a „hodnota života“ nejspíš představí trochu něco jiného, je cílem této práce pohlédnout na tyto pojmy z několika pohledů. Jedná se o hodnocení, vnímání a popis důstojnosti a hodnoty lidského života, a to jak z pohledu pacienta hospitalizovaného na jednotce intenzivní péče, tak z pohledu sestry, jež tohoto pacienta ošetřuje. Uvažování o těchto etických otázkách nemusí být v intenzivní péči vždy prioritní, ale rozhodně je důležitou součástí ošetrovatelské péče, ať už si to poskytovatel, nebo příjemce péče v jeden okamžik uvědomují, anebo ne.

1 Současný stav

1.1 Etika

1.1.1 Obor etika

Filozofie může být dělena na tři disciplíny, a to na ontologii, epistemologii a etiku. Etika je vědou, jež je součástí filozofie a zabývá se otázkami, jakým způsobem žít správný nebo také zdařilý život (Vácha, 2012a). Žaloudík (2014) udává, že etika, jakožto teorie morálky, je filozofická disciplína, která se zabývá morálkou, morálním jednáním a jeho normami, hodnotí aktivity člověka z pohledu dobra a zla. Huber (2018) dodává, že etika se zabývá konflikty, napomáhá k orientaci v konfliktech a také se sama stává něčím konfliktním. Etika označuje chování každého člověka za morálně přijatelné (Seifert a Čeledová, 2012). Etika studuje moralitu, při tom využívá nástroje a metody z oblasti filozofie (Vácha, 2012b). Etika jako disciplína je odedávna sledována a promyšlena a také má svá vlastní pravidla (Vácha, 2012a). Šimek (2015) doplňuje, že etika je součástí nejen filozofie, ale také teologie, neboť oba tyto obory souvisí s lidským rozumem. Seifert a Čeledová (2012) uvádějí, že etika označuje, jaké chování jednotlivce je přípustné, a zároveň říká, že etické chování stojí v základech každé společnosti. Tyto skutečnosti potvrzují i Kutnohorská et al. (2011), uvádějí, že etika má poskytnout člověku stanoviska, kterými rozliší, co je mravné a co naopak mravné není, co je dobré a správné, a naopak špatné a nesprávné. Øvreeide (2010) se zmiňuje o etice obecné a etice osobní, kdy obecná etika řeší aktuální etické problémy v celé společnosti. Obecná etika se vyvíjí a obsahuje názory na otázky hodnot v určitém čase a místě. Naproti tomu etika osobní se dá považovat za výsledek socializace jednotlivců ve vztahu k morálním otázkám. Chování člověka je vždy spojené s tím, co považuje za správné, na základě čeho vzniká pocit viny, nebo naopak pocity spojené s úspěchem (Øvreeide, 2010). Etika, jakožto praktická disciplína filozofie, ovlivňuje lidské chování ve společnosti v nejrůznějších situacích života Kutnohorská et al.(2011). Øvreeide (2010) uvádí, že uvědomění si etických principů je nutné pro fungování společnosti a její soudržnost.

V souvislosti s etikou je nutné uvést a popsat termín morálka, či moralita, které má své kořeny v latině a můžeme jej původně vysvětlit jako slovo „vůle“ (Vácha, 2012a). Rozdíl mezi etikou a morálkou můžeme popsat tak, že etika, jakožto věda o morálce je tedy teoretická disciplína, naproti tomu morálka utváří jednu ze stránek člověka – lidské rozhodování a jednání (Seifert a Čeledová, 2012). Morálka se opírá

o hodnoty a o to, zda naše jednání může podpořit, nebo naopak poškodit zájmy jiných lidí (Ivanová, 2006). Morálka se věnuje konání, normám a příkazům člověka (Vácha, 2012a) a týká se jedince i celé společnosti (Šimek, 2015). Podobně charakterizuje morálku také Huber (2018), podle autora morálka označuje pravidla a normy, které jsou uznávané jednotlivci, skupinami nebo celou společností. Øvreeide (2010) zmiňuje, že morální otázky se dají ve filozofii považovat za ty nejdůležitější a etické úvahy jsou podstatné pro sociální i vědecké vzdělávací programy, čímž přispívají také celé společnosti. Na úrovni společnosti funguje morálka jako regulační činitel, lidé se shodují na tom, jak se mají k sobě chovat navzájem a co je považováno za dobré a za špatné (Šimek, 2015). Pro morálku je charakteristické, že její normy jsou závazné pro určitou skupinu lidí, pro společnost či dobu (Ivanová, 2006). Zároveň je nutné zmínit, že morálka společnosti se neustále rozvíjí (Žaloudík, 2014). Morálku jedince lze popsat už méně snadno. Moralita jedince v sobě zahrnuje pojem svědomí, který se nese snadno definuje, ačkoliv s ním má každý člověk osobní zkušenost (Šimek, 2015). Svědomí se řadí mezi usuzovací funkce rozumu člověka, rozlišuje mezi dobrým a špatným, týkajícím se minulosti, současnosti a také budoucnosti (Matochová, 2009). Dá se říci, že morálku mají úplně všichni lidé a děje se na vědomé i nevědomé úrovni (Šimek, 2015). Øvreeide (2010) považuje morální filozofii za základ pro odpovědi na etické otázky.

Historie etiky zasahuje až do antiky, kde byla již součástí filozofických škol starého Řecka (Kutnohorská et al., 2011). Během historického vývoje se vyvíjela i samotná etika, vznikaly řady učen a filozofických škol s důrazem na různé hodnoty (Kutnohorská et al., 2011). V dnešní době můžeme popsat také několik směrů či druhů etiky, zmínit můžeme například etiku náboženskou, situační, deskriptivní, sociální a aplikovanou (Kutnohorská et al., 2011).

Pokud bychom se chtěli zaměřit na kořeny lékařské etiky, jednalo by se o etiku pramenící z Hippokratovy přísahy (Munzarová, 2014). Zajímavé je, že pro svou složitost nebyl tento dokument ve své době závazný pro všechny tehdejší lékaře (Šimek, 2015). Také Matochová (2009) považuje Hippokratovu přísahu za zdroj profesní lékařské etiky, je na ni odkazováno, a to nejen odborníky z řad lékařů, ale také celou veřejností. Právě v Hippokratově přísaze byly zmíněny postupy správného jednání lékaře vůči nemocnému (Munzarová, 2014). V průběhu mnoha let byl tento text postupně upravován, rozšiřován o další zásady, které jsou ovšem v souladu s těmi původními (Munzarová, 2014). Také Šimek (2015) uvádí, že se jedná o dokument

vzniklý před více než dvěma tisíci lety, a proto je pro dnešní dobu v některých ohledech zastaralý. Je tedy dobré rozlišit původní text Hippokratovy přísahy a hippokratovskou tradici (Šimek, 2015). Lékařská etika, jakožto obor, vznikla v nedávné době, a to především pro potřebu rozšířit a pozměnit hippokratovskou tradici, z důvodu technického pokroku medicíny (Šimek, 2015). Vácha (2012a) zmiňuje, že lékařská etika je jedna z částí bioetiky. Jedna z otázek v bioetice může znít: „*Existuje rozdíl mezi technickou nemožností a morální nemožností?*“ (Vácha, 2012a, s 16.). Také Munzarová (2014) uvádí, že v souvislosti s velkým pokrokem biomedicíny narůstá obava zneužívání vědeckých poznatků proti člověku a zásahy do jeho identity. Lékařská etika vznikla původně v USA v roce 1969, přibližně po deseti letech vznikla také v západní Evropě, dále se rozšiřovala odlišným způsobem a také jinak rychle. K rozvoji lékařské etiky přispěl také vznik etických komisí, který byl závislý na potřebě regulovat výzkum prováděných na lidech. Pokud bychom chtěli popsat vznik lékařské etiky jako moderního lékařského oboru v Čechách, jednalo by se o rok 1990, kdy byl v Praze založen Ústav lékařské etiky (Šimek, 2015). Důležité je uvést rozdíl mezi lékařskou etikou a bioetikou, kdy lékařská etika (nebo také medicínská etika) označuje etické problémy v medicíně. Naproti tomu bioetika se zaměřuje na etické problémy nejen při praktickém vykonávání lékařské praxe, ale i na problematiku výzkumu a obory související s medicínou – biofyzika, biologie, chemie, farmacie (Kopecká, 2008a).

V souvislosti s vědecko-technickou revolucí ve 20. století dochází k problémům, kdy zásady etiky nelze snadno a jednoznačně aplikovat na moderní technologie a postupy zasahující také do medicíny (Kutnohorská et al., 2011). Tento rozpor popisují i další autoři. Zmiňují, že přírodní vědy zkoumají, co jest, naopak etika zkoumá nejen, co jest, ale hlavně co by mělo být (Vácha, 2012b). Huber (2018) zmiňuje, že se v souvislosti s výzkumem nejedná vždy o přírodovědecké či technické problémy; s novými pokroky ve vědě vyvstávají další etické a právní otázky.

Jak shrnuje Huber (2018) - etické uvažování se soustředí na lidský život, na dobu mezi životem a smrtí.

1.1.2 Etika v ošetřovatelství

Profesionální etika je dána morálními normami dané společnosti, předpisy a pravidly chování (Kutnohorská et al., 2011). Tento pojem má své specifické mravní hodnoty určené vždy pro konkrétní povolání (Kutnohorská et al., 2011). Totéž popisuje také Ivanová (2006), podle které profesní etika uplatňuje konkrétní etické zásady

při vykonávání nejrůznějších povolání. Øvreeide (2010) zmiňuje, že profesní etika má vyrovnávat impulzy vycházející z etiky osobní, upozorňuje na ně a upravuje. Etické normy dané profesi mají udržovat co možná nejvyšší standard určité profese, mají zaručovat, aby pracovníci vykonávali profesi co nejlépe a pro dobro společnosti (Ivanová, 2006). Etika oboru vychází z hodnot a principů vytvářených členy skupiny nebo organizace, neopírá se o zákony a vládní opatření vycházejících zvenčí. Na druhou stranu autor uvádí, že v některých oborech se mohou zákonné předpisy dostávat do popředí určité profesní etiky (Øvreeide, 2010).

Kopecká (2008a) uvádí pojem zdravotnická etika, který označuje etiku týkající se širší skupiny zdravotnických povolání, do kterých lze zařadit lékaře, sestru, porodní asistentku, laboranta, technika a další zdravotnické pracovníky. Je více než jasné, že v medicíně je etické jednání nutné vždy (Žaloudík, 2014). Lékařská etika se zabývá problémy, které přináší věda, výzkum a praxe profese lékaře (Matochová, 2009). Lékař musí celý život klást důraz na mravní aspekty svého jednání a pracovat a rozhodovat se podle svého nejlepšího a zároveň maximálně kvalifikovaného vědomí (Žaloudík, 2014). Matochová (2009) uvádí několik nejčastějších problémů, kterými se lékařská etika zabývá: etická kritéria experimentů, práva dětí a pacientů, práva duševně nemocných, práva osob s handicapem, eutanazie, pravda na nemocničním lůžku, život ve stáří a samozřejmě bychom mohli zařadit nespočet dalších oblastí a témat.

Ošetřovatelství je poměrně mladá vědní disciplína, která byla vždy spjata s medicínou a celou dobu se s medicínou také vyvíjela (Kopecká, 2008a). Mach (2011) zmiňuje, že většina právních etických záležitostí je shodná jak v nelékařských povoláních, tak v profesi lékaře, což je dáno, mimo jiné, také závislostí nelékařských zdravotnických pracovníků na lékaři. Jak autor uvádí – rozdíly v etických tématech zde existují a jsou dány odlišnými kompetencemi jednotlivých povolání (Mach, 2011). S rozdíly mezi lékařskou a ošetřovatelskou etikou souhlasí také Ivanová (2006). Jak uvádí Pavlovič et al. (2008), ošetřovatelství chápeme jako proces, který je spojen s etickým rozhodováním, s čímž souhlasí také Jobbágyová a Korcová (2008), které uvádějí, že etika jako filozofická věda má v ošetřovatelské praxi nezastupitelné místo. Profesní etiku zdravotních sester a ošetřovatelek představuje tedy ošetřovatelská etika, jež se zaměřuje na specifika spojená právě s těmito profesemi (Ivanová, 2006). V etice, včetně té ošetřovatelské, se setkáváme s problémem, kdy na určitou otázku nelze jasně a jednoznačně odpovědět. Různé etické systémy totiž dávají na stejnou otázku odlišné

odpovědi a také mnoho odpovědí nelze dopředu nastudovat, protože mnohdy záleží na konkrétní situaci nebo na jejím kontextu (Vácha., 2012b). Mach (2011) popisuje, že mezi povinnosti každého zdravotníka patří také vykonávání povolání v souladu s jeho etikou a lidským přístupem, tedy jednat s pacienty a jeho blízkými podle zdravotnické etiky a slušnosti.

Etika v ošetrovatelství se poslední roky opírá o etiku ctností (Heřmanová, 2012a). Autoři Husted a Husted (2008) uvádějí, že ctnost původně znamenala dokonalost v přirozené aktivitě. Z toho lze vyvodit, že ctností sestry má být udržování života, zdraví a blaha pacienta (Heřmanová,2012a). Toto by měla činit tím, že podpoří ctnosti pacienta – tedy bude pomáhat pacientovi starat se o své zdraví a o svůj život (Heřmanová,2012a). Udržení zdraví a života tak můžeme vnímat jak ctnost, jako dobro pacienta, o které usiluje jak lékař, tak sestra (Husted a Husted, 2008). Autoři formulují ctnosti, které by měla mít sestra i pacient, jedná se o: autonomii, svobodu, sebeuplatnění, konání dobra a věrnost sama sobě. Zdraví a chování, které napomáhá zdraví, chápeme jako ctnosti pacienta. Funkce zdravotnictví a jeho pracovníků je tak zaměřena na podporu těchto uvedených ctností (Husted a Husted, 2008). Ctnosti tak vlastně představují jednotlivé úkony, které sestra ve své praxi vykonává, jsou to konkrétní dovednosti, vlastnosti a postoje, které sestra zaujímá (Heřmanová, 2012a).

V pomáhajících profesích se můžeme setkat se zájmem pracovníka o celkové dobro klienta pacienta (Kutnohorská et al., 2011). Tento etický přístup, často podmíněný intuicí, znamená zprostředkování holisticky zaměřené péče a podpory jak zdravotně sociální, tak i materiální, duchovní a společenské (Kutnohorská et al., 2011). Sestra má být schopna ospravedlnit volbu péče v souladu s morálními standardy a normami, protože právě sestra je odpovědná za to, co bylo, či nebylo vykonáno během poskytování zdravotní (ošetřovatelské) péče (Ivanová, 2006). Sestry stojí často mezi lékařem a pacientem, zároveň bývají mnohdy pacientovi blíže, než právě lékař. Složitost role sester vychází z jejich postavení, proto i sestry mají dokumenty, které se zabývají etickými normami a pravidly týkající se právě ošetrovatelství. Uvést zde můžeme například Etický kodex Mezinárodní rady sester, který byl schválen také u nás, a to Českou asociací sester (Jurásková, 2011). Činnosti sestry se musejí zakládat na etických zásadách (Jurásková, 2011). Sestra musí chránit lidská práva a respektovat je, měla by se zaměřit na ochranu lidské důstojnosti při poskytování ošetřovatelské péče (Jurásková, 2011). Autorka doplňuje, že se jedná především o respektování intimity pacienta, práva na soukromí, práva na informace a samozřejmě by mělo být také

dodržování mlčenlivosti (Jurásková, 2011). Ivanová (2006) uvádí, že z hlediska ošetřovatelství by v péči měly být obsaženy etické povinnosti sestry, mezi které řadí ochranu lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí. Etika v ošetřovatelství se zabývá morálkou ošetřovatelské praxe a problémy, které se s ní pojí (Korcová, 2008). Autorka uvádí několik oblastí, které podléhají etice v ošetřovatelství: vztah pacienta a zdravotnického personálu, které může být projevován jak verbálně, tak neverbálně, a to při všech odborných výkonech (Korcová, 2008). Všechny tyto výkony jsou vždy prováděny s určitým morálním aspektem (Korcová, 2008). Další oblastí mohou být vztahy mezi zdravotnickými pracovníky, jedná se tedy o interpersonální vztahy, jež působí na celkovou atmosféru pracoviště, ale také na výkonnost jednotlivých pracovníků (Korcová, 2008). Dále etika v ošetřovatelství řeší velký okruh problémů související s předpokladem, že morální přístup není vždy jednoznačný (Korcová, 2008). Další autorky (Jobbágyová a Korcová, 2008) upozorňují, že nejdůležitější hodnotou z pohledu ošetřovatelské etiky je zabezpečení blaha pacienta. Faktem zůstává, že sestry (a také porodní asistentky) nemají komoru s povinným členstvím, chybí tak prvek kontroly etického chování. Existují sice etické kodexy (viz kapitola 1.2.3), ty jsou závazné pouze pro členy dané organizace a tím je jejich účinek poměrně nevalný (Mach, 2011). Znalost a dodržování etických zásad nelékařských zdravotnických pracovníků jsou tak závislé na pedagogích, nadřízených pracovnících a zkušenějších spolupracovnících a v neposlední řadě na samotných zdravotnících (Wichsová, 2012).

1.2 Lidská důstojnost

1.2.1 Hodnota lidského života

Na hodnotu lidského života můžeme nahlížet z několika pohledů a podle toho k ní také přistupovat. Kalvach, Čevela a Čeledová (2014) uvádějí, že zdraví je vysokou hodnotou lidského života, avšak ne tou nejvyšší. Pokud je lidský život úspěšně zachráněn nebo je člověk vyléčen, ale následkem je zlomení osobní identity, ztráta autonomie, soběstačnosti nebo životního smyslu, je třeba považovat to za neúspěch nebo také selhání jak odborné, tak etické a právní (Kalvach, Čevela a Čeledová, 2014). Podle Černého (2013) má sice lidský život nevyčíslitelnou hodnotu, avšak moderní bioetika se vydala jiným směrem a snaží se popírat představy o posvátnosti lidského života, jež jsou spojovány s křesťanstvím. Posvátnost lidského života znamená, že každý lidský život je posvátný, což souvisí s morálkou. Jaký tento posvátný život tedy

je? Je to život s vnitřními hodnotami, nositelé takového života jsou součástí morální komunity, kde se nerozlišuje mezi více a méně hodnotným životem. Pokud má lidský život vnitřní hodnotu, náleží mu morální ochrana, což znamená: právo na život je absolutní a nemůže být relativizováno vůči různým situacím (Černý, 2013).

Také pro ošetřovatelství je hodnota lidského života důležitým aspektem. Ošetřovatelství znamená službu člověku, pečování, udržení a rozvíjení zdraví, které považujeme za nejvyšší hodnotu lidského života, jak zmiňuje Vytejková (2011). V případech, kde vyléčení už není možné, sestra zmírňuje obtíže a snaží se o důstojný konec života nemocného (Vytejková, 2011).

Z hlediska ošetřovatelství a medicíny je nutné si také uvědomit, kdy lidský život začíná a kdy tedy začíná mít hodnotu. S touto otázkou se setkáváme především v oboru gynekologie či reprodukční medicíny, kdy matka se svébytným morálním a právním postavením se objevuje na jedné straně a embryo na straně druhé. Jedná se o to, zda mluvíme o lidském zárodku jako o „embryonálním člověku“ - pak platí ochrana lidské důstojnosti stejně, jako lidským osobám. Naopak, pokud bychom hovořili o „lidském embryu“, v časném stádiu těhotenství bychom mluvili o lidském životě, ne ale o lidské osobě. V této problematice tedy rozhoduje morální status embrya o rozhodování a ochraně jeho života (Huber, 2018).

Pokud se zamýšlíme nad hodnotou lidského života, bylo by vhodné zabývat se tím, je-li hodnota života ohrožena, případně jak a kdy. Takové ohrožení může nastat u seniorů nebo osob se závažným zdravotním postižením, a to nejčastěji banalizováním jejich života, pohrdáním k jeho významu a hodnotě. Odtud vychází postoj, který zahrnuje minimalizování podpory a péče, k úvahám o společenské zátěži nebo dokonce k eutanazii. Úkolem sester a pomáhajících profesí je, aby bránili lidství se všemi jeho právy i povinnostmi ve stáří. Bez těchto aktivit by se stáří mohlo stát zdrojem utrpení, ponížení a rutinní péči (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

1.2.2 Pojem lidská důstojnost

Na pojem „lidská důstojnost“ lze nahlížet z několika pohledů a lze si jej vysvětlit různými způsoby. Můžeme se setkat s několika možnostmi pojetí lidské důstojnosti, které pramení z nejrůznějších filozofických a antropologických základů člověka (Wichsová, 2012). Podle Svobodové (2012) je pojem lidská důstojnost často zmiňovaným termínem, ovšem podle autorky není tato oblast příliš řešena

ani ve filozofické literatuře, a to nejspíš proto, že se může zdát příliš samozřejmou oblastí. Kutnohorská (2013) také upozorňuje na složitost pojmu důstojnost a spojuje ji s úctou, autonomií a ovládním. Také záleží, v jakém kontextu je lidská důstojnost zmiňována, objevit se může v diskusi filozofické, morální a také právní (Svobodová, 2012). Podle Kysučana (2015) je důstojnost konkrétní a zároveň obtížně uchopitelný pojem, který si však uvědomují všichni lidé bez ohledu na jejich kulturu. Snadné není ani uvědomění si, co samotná lidská důstojnost vlastně je – uvědomíme si ji totiž často až ve chvíli, kdy je ohrožena, nebo dokonce pošlapána (Svobodová, 2012). Lidská důstojnost je něco, co náleží každému člověku, uvádí obecně tatáž autorka. Podle Kalvacha (2011) se důstojnost řadí mezi základní hodnoty existence člověka a mnoho lidí ji označuje jako nejvyšší hodnotu, která souvisí se zdravím, poskytováním zdravotní a sociální péče a je podmíněna kvalitou života. Kutnohorská (2013) označuje za důstojnost úctu k hodnotě člověka a zmiňuje, že každá osoba má individuální představu o lidské důstojnosti. Ale i přesto existují pravidla, která mají lidskou důstojnost chránit a respektovat. K důstojnosti patří také svoboda rozhodování a tato zásada by se měla týkat i osob, které již nejsou schopny vlastního rozhodnutí, jak uvádí Kutnohorská (2013).

Důležitou otázkou je otázka lidské důstojnosti v souvislosti s výzkumem (Huber, 2018). Ptáme se zde, jestli člověka vnímáme jako osobu, nebo je s ním jednáno jako s pouhou věcí (Huber, 2018). Princip lidské důstojnosti se týká všech lidských bytostí a jedná se o jednu z nejvýznamnějších hodnot v lidské existenci (Svobodová, 2012).

1.2.3 Lidská důstojnost a ošetřovatelství

O důstojnosti v souvislosti s pacienty se hovoří poměrně často, jedná se o téma, které bývá součástí diskusí a probírá se také na zdravotnických školách či lékařských fakultách (Wichsová, 2012). Nedá se ovšem říci, že bychom mohli důstojnost pacienta přesně definovat, pro každého může mít totiž tento pojem poněkud odlišný význam (Wichsová, 2012).

Ne vždy a všude se setkáváme s takovým chováním, které by respektovalo lidskou hodnotu (Petrovicová a Trešlová, 2016). Jak dodává Wichsová (2012), často se jedná o mnoho okolností, které zvyšují, nebo naopak snižují, pocit, že byla důstojnost pacienta znehodnocena. Může se zde jednat o nedostatek empatie ze strany zdravotníků, o zanedbávání, nezdvořilé chování nebo dokonce ponižování či hrubé chování, které

musí pacienti snášet (Wichsová, 2012). Valeberg et al. (2018) přiznávají, že při práci sester během běžného (často rušného) dne je těžké najít dostatek času. Nicméně je každý den nutné věnovat určitý čas činnostem podporujícím důstojnost pacienta a zmírňování utrpení, aby byly splněny etické povinnosti všech zdravotníků (Valeberg et al., 2018). Svobodová (2012) označuje za nedůstojné každé chování a jednání zdravotníků, které pacientovi vnucuje určitý řád, o který nemá zájem a nedovoluje pacientovi projevit se. Kalvach (2011) zmiňuje, že lidskou důstojnost je třeba nejen chránit, ale i rozvíjet. Jednou ze součástí lidské důstojnosti je sebeuvědomování, důstojnost osobní identity, jež je spojována především se staršími osobami (Petrovicová a Trešlová, 2016). Podobně hovoří také Wichsová (2012), na osoby s určitým postižením nebo seniory s Alzheimerovou chorobou bývá někdy nahlíženo s despektem a je velmi těžké, aby si ošetřující personál uvědomil, že také tyto osoby mají právo na důstojný život. Petrovicová a Trešlová (2016) upozorňují, že často záleží právě na sestřích, jak se pacienti v nemocnici cítí.

Munzarová (2011) se zmiňuje také o důstojnosti v souvislosti s lékaři – ti by měli mít v otázkách lidské důstojnosti hluboké znalosti, aby ji mohli hájit a to u každého člověka. Člověk je svébytným lidským jedincem, a to i v případech, kdy jsou jeho intelektuální schopnosti sníženy, pokud je fyzicky či jinak oslaben (Wichsová, 2012). Na tuto problematiku upozorňuje také Svobodová (2012), autorka odpovídá na otázku, proč má právo na důstojnost plod či dítě, a naopak i duševně nemocný či starý člověk, člověk trpící demencí. Autorka odpovídá na tyto otázky tak, že člověk na konci života má právo na ochranu své důstojnosti proto, že byl plnohodnotným člověkem, stejně jako plod nebo dítě se plnohodnotným člověkem může stát (Svobodová, 2012). Právě ve zdravotnictví se s lidmi s určitým omezením často setkáváme, proto je nutné věnovat pojmu lidská důstojnost dostatek pozornosti (Wichsová, 2012). V sociálních a zdravotních službách (tedy i v ošetřovatelství) se v souvislosti s důstojností často zmiňuje narušování důstojnosti osobní identity (Kalvach, 2011). S pacientem se jedná buď tak, že i přes jeho omezení bude respektován jako svébytná osobnost a partner, nebo naopak pacient pocítí, že se stal pasivním objektem, čímž je ovlivňována míra sebeúcty (Kalvach, 2011). Amininasab et al. (2017) upozorňují dokonce na souvislost mezi lidskou důstojností a adherencí k léčbě (konkrétně se zde jedná o léčbu srdečního selhávání). Studie autorů zjistila, že existuje vztah mezi adherencí k léčbě a lidskou důstojností, tedy že u pacientů byla pocítěna snížená důstojnost a důsledkem toho došlo ke snížení léčebné adherence (Amininasab et al., 2017). Zdravotníci by proto měli

myslet, že důstojnost člověka má opravdu široký rozsah a může mít vliv i na samotnou léčbu pacienta.

Kalvach (2011) rozděluje okolnosti, které mohou narušit důstojnost člověka, do několika okruhů. Autor sem řadí: ztrátu kontroly nad vlastním fungováním; závažnou poruchu paměti se ztrátou vzpomínek; ztrátu kontroly nad vnějším děním; ztrátu respektu a narušení tělesného schémat. Autor také zmiňuje, že pokud dochází ve zdravotnických či sociálních zařízeních k nerespektování studu pacienta, děje se tak například obnažováním a používáním nedostačujícího oblečení, dále vykonáváním hygienických a odborných výkonů v přítomnosti dalších osob a také převážením odhalených pacientů přes společné prostory. Za závažné označuje autor také nemožnost pacienta rozhodovat o provedení odborných výkonů, a to včetně těch ošetřovatelských. Za extrémně nedůstojné je považováno zneužití nebo neadekvátní použití omezovacích prostředků – nedobrovolná hospitalizace, fyzické pomůcky, tlumící léky. Autor označuje za důvod toho chování ze strany personálu především nedostatek personálu či jeho nedostatečnou odbornou vzdělanost, hrubost a despekt k seniorům a nemocným (Kalvach, 2011). Čím více je pacient křehký a čím rozsáhlejší je jeho postižení a nesoběstačnost, tím obsáhlejší by měla být podpora a ochrana důstojnosti člověka, protože právě ta je považována za nejvyšší hodnotu osob s určitým zdravotním znevýhodněním (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012). Pokud správně pochopíme a respektujeme lidskou důstojnost, pak je možné eticky přistupovat ke všemu, protože právě tento etický přístup chrání lidský život od početí až po smrt (Bošmanský, 2008).

1.2.4 Lidská důstojnost v souvislosti s etickými kodexy a legislativou

V medicíně existuje mnoho etických kodexů, pravidel a norem, které řeší etické otázky, regulují chování zdravotníků a udávají směr řešení etických problémů (Máca a Ptáček, 2011). Lidská důstojnost se stává součástí práv pacientů a povinností zdravotnických pracovníků, a proto ji najdeme uvedenou v dokumentech souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Svobodová, 2012). Zdravotničtí pracovníci by měli tyto kodexy znát, vědět, jaká je jejich závaznost a jaká je spojitost k právním normám (Máca a Ptáček, 2011). Také Kutnohorská et al. (2011) označují etické kodexy za rámeček, v němž by se měl profesionál pohybovat, tím dodržovat etické zásady chování a uskutečňovat podle nich svá rozhodnutí.

Mohlo by se zdát, že etika a právo spolu nemají příliš společného, ale i přesto se etická norma stává také normou právní. Etické normy se od zákonů liší jednak formulací obsahu a jednak jasným pojmenováním (například etický kodex, etická charta), jak uvádí Máca a Ptáček (2011). Etický kodex neurčuje nutně povinnosti, které by člověk musel dodržovat, ale ukotvuje taková pravidla, která by pro danou osobu měla být samozřejmostí (Máca a Ptáček, 2011). Kutnohorská et al. (2011) uvádějí, že etické kodexy by měly být v souladu s právními dokumenty. Uvedení etického kodexu do právního systému má především vymáhat plnění u osob, které jej nerespektují, i když společností jsou považovány za samozřejmost (Máca a Ptáček, 2011). Etické kodexy zaměřené na určitou profesi obsahují nejvýznamnější hodnoty dané profesi a zmiňují požadavky na takové chování pracovníka, které lze označit jako etické (Kutnohorská et al., 2011).

V souvislosti s lidskou důstojností a dokumenty, v nichž je řešena, je nutné nahlédnout do minulosti, a to konkrétně do roku 1948, kdy byla vydána Všeobecná deklarace lidských práv, která byla podstatná pro morální, kulturní a politické události světa (Svobodová, 2012). Podle Honzáka (2011) je právě tento dokument jistou inspirací pro většinu etických kodexů pro pomáhající profese. Lidská práva se v této deklaraci opírají především o lidskou důstojnost, která je chápána jako nejvyšší bod právních systémů, jak uvádí Svobodová (2012).

S výrazem důstojnost se pojí také Úmluva o lidských právech a biomedicíně, celým názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Úmluva určuje, jakým způsobem se má postupovat v medicíně při používání moderních medicínských technologií (Svobodová, 2012). Tento dokument vznikl především z důvodu potřeby sjednocení pravidel při péči o pacienta v celé Evropě (Haškovcová, 2015). Také Šimek (2015) upozorňuje, že se jedná o dokument s celoevropskou působností a v České republice byl ratifikován roku 2001. Úmluva o lidských právech a biomedicíně je mezinárodní smlouva a zároveň nejvyšší zdravotnický zákon státu, jinými slovy: aplikována má být vždy před českými zákony (Haškovcová, 2015).

Haškovcová (2015) zařazuje mezi etické kodexy Hippokratovu přísahu, neboť právě tato přísaha tvoří mravní rámec všech etických kodexů vytvořených později. Příkladem již specifického profesního kodexu je Etický kodex České lékařské komory, podle kterého je každý lékař povinen dodržovat etická pravidla a zásady (Máca a Ptáček, 2011). Tento etický kodex se, mimo jiná témata, zabývá také otázkami lidské

důstojnosti a etiky. Podle Etického kodexu České lékařské komory má lékař u umírajících pacientů tišit bolesti, šetřit lidskou důstojnost a mírnit utrpení. Dále se lékař musí chovat k nemocným korektně, s trpělivostí a pochopením, nejednat hrubě a brát ohled na práva nemocného. Důstojnosti se týkající je také zásada, kdy lékař nesmí zneužít důvěry a závislost nemocného (Etický kodex České lékařské komory, 2007).

Je vhodné, aby sestry měly povědomí o existenci etického kodexu zaměřující se na práci lékaře, ovšem také pro sestry existuje etická norma, a to Etický kodex Mezinárodní rady sester, jež byl vydán roku 1973 (Jurásková, 2011). V České republice byl tento kodex rovněž akceptován, a to roku 2003 Českou asociací sester (Jurásková, 2011). Etické kodexy v ošetrovatelství zahrnují do svého obsahu základní hodnoty oboru, jako například autonomii, obhajobu práv pacientů a odpovědnost (Bužgová, 2011a). Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester již ve svém úvodu obsahuje zmínku o lidské důstojnosti – říká, že podstatnou částí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, tedy práva na život, na důstojnost a na zacházení s úctou. Kodex obsahuje celkem 4 články s názvy: Sestry a spoluobčan; Sestry a jejich ošetrovatelská praxe; Sestry a profese; Sestry a jejich spolupracovníci. Kodex poměrně obsáhle uvádí jednotlivé postoje a povinnosti sestry, v souvislosti s tématem však zmiňujeme pouze vybrané aspekty. První článek klade důraz na respektování lidských práv, hodnot a zvyků a také na duchovní přesvědčení každého člověka. V druhém článku je v souvislosti s etickými zásadami zmíněno, že sestra má usilovat o dodržování bezpečnosti, důstojnosti a lidských práv při technickém a vědeckém pokroku. Následující článek zmiňuje například důležitost zachování spravedlnosti týkající se ekonomických a sociálních pracovních podmínek. Poslední článek uvádí, že je sestra povinna zasáhnout v případě, že je péče o pacienta ohrožena spolupracovníkem, či jinou osobou. Etický kodex vypracovaný Mezinárodní radou sester popisuje také návrhy na využívání kodexu, tedy jak tyto zásady mají sestry aplikovat v praxi (ICN, 2012).

O právu na ochranu lidské důstojnosti ovšem nehovoří pouze odborné kodexy zdravotníků, ale najdeme jej také v Listině základních práv a svobod. Právě tento dokument garantuje právo každého člověka na zdraví, na poskytnutí lékařských a zdravotnických služeb, což zmiňuje Zlámal (2016). Listina základních práv a svobod pomýšlí taktéž na téma lidské důstojnosti, uvádí, že každý má právo na zachování lidské důstojnosti, osobní cti a dobré pověsti včetně ochrany jeho jména (Listina základních práv a svobod).

Setkat se můžeme s mezinárodními kodexy, které mají taktéž souvislost s lidskou důstojností a s tématy s ní souvisejícími. Tyto dokumenty vznikaly již po 2. Světové válce především v souvislosti s „výzkumy“ na lidech, které byly v těchto časech vykonávány lékaři a zdravotníky (Ivanová, 2006). Právě po těchto událostech vznikl roku 1947 Norimberský kodex, který měl definovat, čemu se vědec při zkoumání může věnovat a co již může poškodit lidskou důstojnost (Ivanová, 2006). Následující rok byla schválena Ženevská deklarace, což je krátký text zavazující lékaře k tomu, aby dodržovali humanitní cíle medicíny (Haškovcová, 2015). Ivanová (2006) hovoří o dalším dokumentu na mezinárodní úrovni: Helsinská deklarace z 60. let minulého století, jež uvádí doporučení pro lékaře pohybující se v biomedicinském výzkumu zaměřeném na člověka. Mezinárodním dokumentem pro lékaře je také Evropská charta lékařské etiky, která byla schválena v roce 2011, a v jejím obsahu bychom také našli zásady, které mají chránit lidskou důstojnost (Haškovcová, 2015).

Pokud hovoříme o etických kodexech a zákonech, které souvisejí s etikou, je vhodné zmínit také existenci a činnosti etických komisí ve zdravotnictví. Pro toto téma nejdůležitější je *„Etická komise České lékařské komory, která vznikla v roce 2002 jako poradní sbor orgánů komory pro etické otázky spojené s výkonem lékařského povolání“* (Stehlíková, 2011, s. 443). Orgán je složen z lékařů, ale i laiků, kteří posuzují situace, které se momentálně ve zdravotnictví vyskytují a souvisejí s možnostmi moderní medicíny, které se neustále rozvíjejí (Stehlíková, 2011). Etická komise na této úrovni má mnoho úkolů, mezi které řadí Kopecká (2008b) metodickou, koncepční, koordinační a konzultační činnost především pro potřeby ministerstva v okruhu lékařské etiky. Šimek (2015) zdůrazňuje důležitost etických komisí v souvislosti s regulací výzkumu. Původním záměrem etických komisí byl požadavek, aby zařízení dbala na dodržování pravidel a chránila lidskou důstojnost při výzkumu na lidech (Šimek, 2015).

Zmiňujeme-li etické kodexy zaměřené na práci zdravotníků, je třeba uvést také dokument, který přímo řeší práva pacientů. Podle Šimka (2015) byla původně práva pacientů etickým kodexem, který se zabýval požadavky nemocných během poskytování zdravotní péče. Dokument zabývající se právy pacientů vznikl nejdříve v USA (roku 1985), česká obdoba schválená Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky se datuje do roku 1992 (Ivanová, 2006). Práva pacientů tak byla postupně zveřejňována na nástěnkách také v našich nemocnicích (Šimek, 2015). Dnes najdeme práva pacientů také v zákoně – konkrétně se jedná o zákon číslo 372/2011 Sb.

O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V části čtvrté zmíněného zákona najdeme §28 s názvem Práva pacienta, kde se dočteme, že pacientovi lze poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem a poskytování služeb má být na náležité odborné úrovni. Další body zákona se věnují jednotlivým právům, která pacient během poskytování zdravotnických služeb může uplatňovat. Pacient, ale i sestra by měli mít obsah práv pacienta na paměti, zde pokládáme za důležité zmínit první zásadu související a zmiňující lidskou důstojnost: „*Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb*“ (zákon 372/2011 Sb., část čtvrtá, hlava I, §28, 3a).

Ačkoliv by se mohlo zdát, že lidská důstojnost a otázky související s etikou jsou spíše abstraktními pojmy, v dnešní době nalezneme zmínky jak v etických kodexech, tak v zákonech. Tato témata tak dostávají formálnější a důležitější rozměr, který je v našem světě velmi aktuální.

1.3 Intenzivní péče

1.3.1 Obecná charakteristika intenzivní péče

Kapounová (2007) charakterizuje oddělení intenzivní, semiintenzivní a intermediální péče jako pracoviště určená pacientům s hrozícím nebo probíhajícím selháním jednoho nebo více orgánů. Podle Zadáka (2017b) je intenzivní medicína jak medicínská specializace, tak metoda poskytování léčebné péče. Streitová a Zoubková (2015) zařazují do intenzivní péče takové pacienty, kteří by bez intenzivního léčení a ošetřování nejspíš neměli šanci přežít. Zadák (2017b) hovoří o intenzivní medicíně jako o péči zaměřené na pacienty s život ohrožujícími stavy, pro které je umístění na jednotce intenzivní péče nezbytné a sledování a léčba na standardním oddělení by pro ně nebyla dostačující. Streitová a Zoubková (2015) zahrnují do intenzivní péče monitorování životních funkcí pacienta a jejich podporu, intenzivní léčebné a diagnostické postupy a ošetřování. Péče na jednotkách intenzivní péče je dle Streitové a Zoubkové (2015) poskytována po dobu, která je třeba k provedení vyšetření či ošetření, nebo pokud je očekávána náhlá změna stability zdravotního stavu pacienta.

Nalos (2016) rozděluje systém intenzivní péče do 3 stupňů, kdy III. nejvyšší stupeň označuje pacienty, kterým selhávají dvě a více životních funkcí a jsou tak závislí

na podpoře jak farmakologické, tak přístrojové. Na těchto typech jednotek intenzivní péče má personál umožněn přístup ke všem druhům komplexních vyšetření a speciálním zobrazovacím technikám s rychlým zajištěním specialistů mnoha medicínských oborů (Zadák, 2017c). Také je zde zajištěna speciální ošetrovatelská péče včetně zdravotníků provádějící nutriční a rehabilitační péči (Zadák, 2017c). Do II. stupně lze zařadit pacienty se selháním jedné životní funkce a vyžadující tak monitoring, podporu lékovou a přístrojovou (Nalos, 2016). Jak doplňuje Zadák (2017b), monitorování životních funkcí se zde provádí jak neinvazivní, tak i invazivní, měří se srdeční výdej a pacient může být připojen dlouhodobě na umělou plicní ventilaci. Nejnižší, tedy I. stupeň, reprezentují pacienti se známkami orgánové dysfunkce, tito nemocní vyžadují nepřetržité sledování a menší farmakologickou či přístrojovou podporu (Nalos, 2016). Podle Zadáka (2017b) je hlavním úkolem nižšího stupně intenzivní péče monitorování životních funkcí včetně zvýšené sesterské péče a možnosti okamžitě resuscitovat. Zadák (2017b) zmiňuje také intermediární jednotky, které se ve zdravotnických zařízeních mnohdy vyskytují. Jedná se o jednotky, které jsou svou péčí na pomezí mezi standardním lůžkovým oddělením a jednotkou intenzivní péče. Intermediární jednotky jsou určeny pro pacienty, u kterých existuje možné riziko orgánové dysfunkce nebo je třeba náročnější diagnostická a léčebná péče než u pacientů na standardním oddělení (Zadák, 2017b).

Existuje několik druhů, nebo také rozdělení, jednotek intenzivní péče. Intenzivní jednotky oborové jsou vhodné pro velké nemocnice, naopak multidisciplinární jednotky jsou výhodné pro menší nemocnice (Zadák, 2017b). Názory na to, který typ je všeobecně výhodnější, se rozcházejí, v úvahu je nutné vzít již zmíněnou velikost nemocnice, profil pacientů, typ nemocnice. Zadák (2017b) zmiňuje mnoho konkrétních druhů jednotek intenzivní péče, zmínit můžeme například interní JIP (jednotka intenzivní péče), metabolickou JIP, gastroenterologickou JIP, renální a dialyzační JIP, pneumologickou JIP, koronární JIP, onkologické JIP, infekční JIP, neurologické a psychiatrické JIP, chirurgické JIP, kardiologické JIP, traumatologické JIP, spinální JIP, pediatrické JIP a mnohé další.

Zadák a Havel (2017a) uvádějí několik pravidel o rozhodnutí poskytování péče na jednotce intenzivní péče. Cílem péče na jednotce intenzivní péče je zachránit život, ale ne pokud by to znamenalo následné trvalé utrpení pacienta. Léčba nesmí být pro pacienta horší, než samotná nemoc a danou situaci musí lékař prezentovat objektivně jak zdravotníkům, tak příbuzným. Nutný je respekt k autonomii a rozhodnutí

pacienta, pokud je toho v souvislosti se svým zdravotním stavem schopen (Zadák a Havel, 2017a).

1.3.2 Úloha sestry v intenzivní péči

Jedním ze základních předpokladů práce na jednotce intenzivní péče jsou odborné dovednosti a také zaujetí pro tento druh práce (Zadák, 2017b). Heřmanová (2012b) také klade důraz na teoretické znalosti a znalosti o zdravotnické technice při práci v intenzivní péči, řadí sem ale i citlivost při ošetřování kriticky nemocného a schopnost s pacienty dobře komunikovat. Nalos (2016) zmiňuje, že při práci v intenzivní péči je nutná úzká spolupráce mezi lékaři, nelékařskými zdravotnickými pracovníky a ostatním personálem, jejich úkoly musí být jasně dané.

Zadák (2017c) uvádí, že se počet sester na jednotce intenzivní péče se různí, záleží na velikosti nemocnici a také na intenzitě péče o pacienty, tím tedy i na zdravotním stavu konkrétních pacientů. Faktem zůstává, že při velkém zatížení jednotky může být pracoviště personálně nedostatečně obsazeno, naopak v některých obdobích bývá zátěž menší a tím je sester na pracovišti nadbytek (Zadák, 2017c). Úkoly a odpovědnost musí být na těchto pracovištích jasně dané, v rámci jednoho oddělení je proto za ošetrovatelskou péči odpovědná vrchní sestra (Nalos, 2016). Stejně jak tomu bývá na většině pracovišť, i zde ošetrovatelskou péči na stanicích koordinuje staniční sestra (Nalos, 2016).

Úlohou sestry v intenzivní péči bývá z velké části ošetřování pacienta po operaci, což je rizikové období, kdy se péče zaměřuje především na sledování životních funkcí, monitoraci příznaků pooperačních komplikací, minimalizování bolesti a péči o psychiku pacienta (Janíková, 2013). V rámci pooperační péče (prvních 24 hodin) se sestra věnuje činnostem, jako je vedení dokumentace, podávání infuzních roztoků, sledování bilance tekutin, sledování životních funkcí (tedy krevního tlaku, pulsu, dechu, tělesné teploty), monitorace saturace a bolesti, sledování operační rány, sledování výsledků laboratorních vyšetření, sledování vzniku pooperačních komplikací, aplikace léků dle ordinace lékaře, péče o pohybový režim a hygienu pacienta a sledování celkového stavu pacienta se zaměřením na psychický stav. Autorka uvádí, že sestra má hodnotit pacienta jako celek, klást důraz na jeho individuální potřeby a právě podle toho poté sestavit plán péče (Janíková, 2013).

Podstatným tématem je na pracovištích intenzivní péče edukace lékařů a sester. Vzdělávání a podmínky pro odborný růst personálu jsou nepostradatelné jak pro

jednotlivce a jeho osobní pracovní růst, tak pro celý tým pracující na jednotce intenzivní péče (Zadák, 2017a).

Ačkoliv by se mohlo zdát, že sestry pracující v intenzivní péči jsou zaměřené především technicky, samy sestry se podle Seymoura (2005) domnívají, že intenzivní péče klade důraz na velmi úzké vztahy s pacienty a jejich blízkými. Tento postoj některé z nich vítají, ale zároveň jsou si vědomy, že citová angažovanost může být velmi vyčerpávající (Seymour, 2005). Také Havel (2017) uvádí, že práce zdravotníků v intenzivní péči je náročná a vysilující. Sestra v intenzivní péči se setkává s fyzickou i psychickou náročností, vysokými nároky na odborné a technické znalosti, se stresujícími situacemi či častými úmrtí. Prevencí před vznikem syndromu vyhoření u sester v intenzivní péči by měla být motivace k práci, duševní vyspělost, systematické vzdělávání, ale i umění odpočívat (Havel, 2017).

1.3.3 Hospitalizace pacienta na jednotce intenzivní péče

Jaký rozsah bude mít ošetrovatelská péče na oddělení intenzivní péče, závisí na diagnóze a také na zdravotním stavu pacienta, uvádí to Kapounová (2007). Pacientův zdravotní stav se neustále vyvíjí, a tak se mění také nároky na ošetrovatelskou péči a potřeby nemocného. Podle Koláčné (2011) má ošetřování pacientů na jednotce intenzivní péče určitá specifika, která vycházejí ze stavu pacienta. Pacienti na jednotce intenzivní péče často své potřeby vyjadřovat nemohou, a proto je sestra musí umět předvídat (Koláčná, 2011). Pacient je v intenzivní péči na sestře v podstatě závislý, a tak je důležité, aby sestra znala všechny aktuální potřeby pacienta, naslouchala mu (pokud je to možné) a byla schopna poradit (Kapounová, 2007). Ošetřování pacienta je zde prováděno často bez spolupráce s nemocným, což je také pro intenzivní péči specifické (Koláčná, 2011). Ošetrovatelská péče o pacienta v intenzivní péči v sobě zahrnuje celkovou hygienu pacienta včetně péče o lůžko, výživu a podporování pacienta po psychické stránce, a to včetně rodiny. Dále se péče zaměřuje na monitoraci a zajištění základních životních funkcí, na prevenci komplikací a invazivní výkony s využitím přístrojové techniky (Mahútová, 2016).

Sami pacienti dnes zdůrazňují svou autonomii, vyžadují od zdravotníků empatii, spravedlnosti v poskytování zdravotní péče, což znamená bezpečnou a účinnou léčbu a péči (Drábková, 2014).

Jak uvádí Heřmanová (2012b), informace o stavu pacienta poskytujeme dalším osobám pouze s jeho souhlasem, což v intenzivní péči může být s ohledem na stav

pacienta někdy problém. Ačkoliv se v této souvislosti sestry setkávají s různými situacemi, nárok na informace o nemocném mají pouze osoby blízké, kam se řadí osoby příbuzné v přímé řadě, sourozenci, manžel a partner podle zákona o registrovaném partnerství. Pokud je pacient hospitalizován a lékař naplánuje vyšetření, nebo jiný lékařský zákrok, je nutné, aby o tom byl pacient informován. Vyšetření není možné provést bez souhlasu pacienta, pokud by došlo k provedení bez souhlasu, jednalo by se o porušení respektování autonomie a práva pacienta odmítnout léčbu nebo zákrok (Heřmanová, 2012b).

1.3.4 Etika a důstojnost v intenzivní péči

Množství moderní zdravotnické techniky a celkový vývoj medicíny přináší do intenzivní péče řadu dilemat, kterými se zabývají kromě lékařů také etici, filozofové, představitelé církví a politici. Pacient v množství přístrojové techniky ustupuje do pozadí, ale zároveň se nelze vyhnout vznikajícím etickým problémům především u terminálně nemocných, jejichž životní funkce jsou zajišťovány přístroji (Bartůněk a Jurásková, 2016). Glick (2016) se zabývá otázkou, je-li vůbec použití některých přístrojů (jako například ventilátorů pro podporu dýchání) etické. Pacient ve vážném stavu vlastně ani nemůže vyjádřit souhlas s použitím těchto přístrojů, což se také může dotýkat etických témat (Glick, 2016). Pro lékaře by ovšem měla být samozřejmá úcta k životu, jedná se o základní etické pravidlo (Havel, 2017). Mezi etické problémy řešené v intenzivní péči zařazuje Havel (2017) vraždu z útrpnosti a eutanazii, autoritativní rozhodování o životě a smrti, zadrženu a bazální léčbu. Pokud pohlédneme na důstojnost a na etické problémy v intenzivní péči s ní související, narazíme na témata jako je objem finančních prostředků, mezioborová spravedlivost v čerpání finančních prostředků, dostupnost intenzivní péče, utrpení v nemoci, právo na důstojnou smrt, kvalitu zachraňovaného života a další (Havel, 2017). Havel (2017) zdůrazňuje, že je nutné pohlížet na člověka jako na jedinečnou bytost s různě vyjádřenými biologickými, psychickými, společenskými a spirituálními potřebami. Poskytování zdravotní péče neznamená podle autora pouze řešení zdravotního problému, protože do rozhodování může vstupovat také pacient.

V souvislosti s etikou a důstojností v intenzivní péči hovoří Havel (2017) o rozhodování z pohledu dalšího stavu pacienta jako o závažném. Jedná se o použití či nepoužití mimořádných prostředků pro léčbu pacienta, což bývá pro svědomí lékaře často velmi zatěžující (Havel, 2017). Cook a Rocker (2014) upozorňují na potřebu

etického chování ze strany personálu na JIP v případě péče o umírajícího pacienta. Podle autorů je právě v intenzivní péči potřeba podporovat pacienta a jeho rodinu i v posledních chvílích jeho života. Zajištění důstojné smrti na jednotce intenzivní péče je jedním z umění medicíny (Cook a Rocker, 2014).

Podle zjištění Heřmanové (2012) považují sestry v intenzivní péči za neetické ordinace léčby a diagnostických vyšetření, která zvyšují utrpení pacienta. Na druhou stranu by, především ze strany veřejnosti, mohly být opačné postupy zaměňovány za eutanazii (Heřmanová, 2012b). Česká lékařská komora proto uvedla stanoviska pro nezahájení nebo nepokračování léčby, která však musí být odborně vysvětlena, zdokumentována a být v souladu s etickými principy a platnými zákony (Heřmanová, 2012b). Podle Havla (2017) není záchrana života vždy za každou cenu prioritou a někdy může být dokonce v rozporu s chápáním lidské důstojnosti. V intenzivní péči se setkáváme s výkony a postupy, které lze zařadit mezi život udržující léčbu, jak uvádí Heřmanová (2012b). Zařadit bychom sem mohli mechanickou plicní ventilaci, farmakologickou podporu oběhového systému, hemodialýzu, uměle podávanou výživu a tekutiny, a dále také transfúze a antibiotika (Heřmanová, 2012b).

Geller et al. (2016) zmiňují ve svém článku vývoj indexu, který je zaměřen na měření míry zachování úcty k pacientovi a jeho rodině. Tento nástroj by pomohl pochopit to, jak pacienti a jejich příbuzní vnímají péči na jednotkách intenzivní péče z hlediska zachování úcty. Toto vnímání je dle autorů ovlivněno zdravotním stavem pacienta, osobností pacienta, interpersonální dynamikou a také druhem jednotky intenzivní péče (Geller et al., 2016).

K úkolům sestry v intenzivní péči patří poskytování profesionální péče a pomoc blízkým osobám pacienta zapojit se do pečování o nemocného v co možná nejvyšší míře (Heřmanová, 2012b). Být vidět a slyšet, mít někoho, kdo vyslyší přání a prosby, to jsou součástí důstojné péče podle Moena a Nadena (2015). Osobní přístup a individualita jsou podle autorů v ošetřovatelství nezbytné. Pro pacienty v intenzivní péči je pocit bezmoci a nutnost, že se o jeho potřeby musí někdo starat, nepříjemný a ponižující. Projevy úcty pomáhají zachovat a prosazovat lidskou důstojnost (Moen a Naden, 2015). Havel (2017) uvádí, že normou mezilidského vztahu je láska, což je volní a rozumový přístup k druhému člověku. Právě v této problematice má zdravotnictví výjimečné postavení a absence této normy ve společnosti má negativní vliv na kvalitu zdravotnictví. Chápáním individuality člověka, úcty k životu a důstojnosti člověka mohou zdravotníci přijmout do své péče i nepříjemného člověka s úctou a s láskou

(Havel, 2017). Citlivá ošetrovatelská péče si žádá pozorování reakce pacientů sestrou na provádění intervencí. Právo na ochranu důstojnosti osoby a právo na soukromí má také člověk, který již nevnímá své okolí ani sebe sama (Heřmanová, 2012b).

1.4 Vybrané potřeby člověka v intenzivní péči

1.4.1 Uspokojování potřeb člověka v intenzivní péči

Podle Bártlové (2009) je potřeba chápána jako nutnost jedince něco získat, nebo naopak dát něco pryč, aby nastala požadovaná rovnováha. V profesi sestry je podstatné uvědomit si potřeby vlastní i potřeby bytostí, které od nás očekávají pomoc, tedy našich pacientů. Toto poznání pomáhá sestře pochopit druhé lidi, naučit se tolerovat názory druhých lidí a orientovat se v náročných situacích (Šamánková, 2011). Míra poskytované ošetrovatelské péče v intenzivní péči jde ruku v ruce s diagnózou a momentálním zdravotním stavem pacienta (Kapounová, 2007). To, jak potřeby pacienta v danou chvíli vypadají, záleží na druhu onemocnění, ale také na samotném pacientovi a jeho sociálním prostředí, jak uvádí Bártlová (2009). Zdravotní stav nemocného se samozřejmě pořád vyvíjí, a tím se mění také potřeby pacienta a zároveň ošetrovatelská péče (Kapounová, 2007). Křivohlavý (2011) poukazuje na to, že pokud pacient něco potřebuje v dané situaci, jeho potřebu můžeme chápat každý poněkud jinak. Kapounová (2007) klade důraz na sledování stavu pacienta sestrou, jeho potřeb a přání, jelikož v intenzivní péči je pacient téměř vždy na sestře závislý. Důležité je dostatečné uspokojování potřeb pacienta, ale také podpora jeho soběstačnosti. (Kapounová, 2007). Podle Svobodové (2012) by ošetrovatelství mělo podporovat projevy svébytnosti pacienta a pomáhat pacientům tuto potřebu realizovat. Svobodová (2012) dále upozorňuje, že potřeby mohou být nejen neuspokojeny, ale některé z nich mohou být přehlíženy nebo zapomenuty. Křivohlavý (2011) zmiňuje, že během nemoci nebo v souvislosti se zdravotním postižením se některé potřeby mění, vstupují do popředí, nebo se naopak stávají méně důležitými. Úlohou sestry je, aby se nezapomínalo na potřeby, jako je například žízeň, ale ani na potřeby související s lidskou svébytností (Svobodová, 2012). Podle Křivohlavého (2011) se u každého člověka objevuje velké množství potřeb, z nichž sestra v danou chvíli vybírá většinou jednu, dominantní a nejdůležitější, kterou se posléze zabývá a kterou uspokojuje.

Koláčná (2011) považuje pro intenzivní péči za nejvíce specifické to, že má pacient často změněné vědomí. Tento fakt znamená neuvědomování, nebo neúplné uvědomování potřeb pacientem, anebo si pacient danou potřebu uvědomuje, ale není

schopen ji projevit. Podle Koláčné (2011) musíme mít na paměti, že analgosedovaný pacient má potřeby stejné, jako pacient při vědomí.

Jak uvádí Svobodová (2012), Maslowova pyramida potřeb řadí na svůj vrchol seberealizaci, což vypovídá o nutnosti naplnění nejdříve nižších potřeb. Jak autorka doplňuje, vzniká zde požadavek, aby se vyšší potřeby dostávaly do spodních pater pyramidy, tedy do potřeb nižších. Jinými slovy: není jedno, jak sestra postupuje při uspokojování potřeb jako je potřeba jídla, spánku, vyprazdňování nebo potřeba být bez bolesti (Svobodová, 2012). Podle Křivohlavého (2011) není důležité se přesně držet určitého pojetí lidských potřeb, ale spíše přihlížet k aktuální situaci daného pacienta. Pro uspokojování potřeb pacienta je vhodné používat techniku ošetrovatelského procesu, protože se jedná o účinnou metodu, která usnadňuje rozhodování a pomáhá řešit složité situace. Výhodou je především vytvoření určité struktury, kdy postupujeme bezpečně a dodržujeme celistvost při poskytování ošetrovatelské péče (Šamánková, 2011).

V intenzivní péči bychom mohli zmiňovat téměř nekonečné množství potřeb, které se u pacientů dají nalézt, ovšem konkrétní autoři se zabývají vždy určitými a pro intenzivní péči typickými potřebami. Například Kapounová (2007) řadí k nejčastějším potřebám pacienta v intenzivní péči dýchání, výživu, vyprazdňování, soběstačnost a psychickou vyrovnanost. Koláčná (2011) zmiňuje tři nejhlavnější okruhy potřeb vyskytující se u pacienta v intenzivní péči, a to potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí a potřeb lásky a sounáležitosti. Křivohlavý (2011) hovoří také o potřebě „být a zůstat někým“, kam zahrnuje zabezpečenost, autonomii, důstojnost, zvládnání osamělosti, seberealizaci a zachování osobní identity. Honzák (2016) uvádí okruhy potřeb, které má pacient na jednotce intenzivní péče: biologické, psychologické, sociální a spirituální.

1.4.2 Biologické potřeby

Biologické, nebo také fyziologické potřeby, jsou ty, bez kterých nemůže lidský organismus z dlouhodobého hlediska fungovat (Koláčná, 2011). Naplňování biologických potřeb může být ohroženo bolestí, poruchou životních funkcí, změnou v pitném a stravovacím režimu a změnou rytmu – podřízení se režimu na jednotce intenzivní péče (Honzák, 2016). Podle Novákové (2014) může neuspokojení potřeby znemožnit správné fungování organismu a zahájit reakce, jež by obnovily bio-psycho-sociální rovnováhu. Intenzivní péče se na uspokojování těchto potřeb zaměřuje, protože

u pacientů právě biologické potřeby dominují a na jejich plnění mnohdy řeší komplexně sestra (Koláčná, 2011).

Potřeba dýchání je jednou ze základních potřeb člověka, kterou si člověk často ani neuvědomuje, protože dýchá samovolně (Kapounová, 2007). Koláčná (2011) uvádí, že v intenzivní péči mají nemocní poruchy dýchání velmi často a důležitým úkolem sestry je zmírnění problémů a vyrovnání se s takovým stavem. Dýchání může být zajištěno endotracheální intubací, tracheostomií, dále může být pacient dušný nebo jeho stav vyžaduje oxygenoterapii. Sestra by měla zajistit správnou polohu pacienta (nejlépe ortopnoickou nebo Fowlerovu), vhodné je větrání místnosti a také je více vyhovující světlá místnost. Sestra by měla umět pacienta vhodně motivovat, vysvětlit daný výkon a zároveň podporovat co nejvíce jeho samostatnost (Koláčná, 2011).

Dalším okruhem potřeb, který pacient v intenzivní péči rozhodně má, je potřeba tekutin a potřeba výživy. Jedná se o předpoklad udržení homeostázy a tím i života (Kapounová, 2007). Dostatečná hydratace je předpokladem pro správnou funkci krevního oběhu, udržení bilance minerálů a acidobazické rovnováhy (Rozsypal et al., 2013). V intenzivní péči bývá pocit žízně u pacienta často změněn anebo nemocný nemůže z různých důvodů tekutiny přijímat perorálně. V takovém případě jsou pacientovi tekutiny dodávány buď za pomoci nasogastrické sondy, nebo nitrožilně (Koláčná, 2011). Výživa je potřebná nejen pro energetický příjem organismu, ale má také psychosociální rozměr (Kapounová, 2007). Podle Koláčné (2011) by se sestra v intenzivní péči měla zaměřit na vysvětlení, proč pacient v konkrétní chvíli nesmí přijímat tekutiny a stravu per os, a také při prvním jídle by sestra měla být u pacienta nablízku, aby v případě aspirace mohla zasáhnout. V souvislosti s přijímáním tekutin a potravy, ale i pokud pacient nic per os přijímat nesmí, zmiňuje Koláčná (2011) péči o dutinu ústní, která by měla být realizována několikrát denně.

Podstatnou potřebou pro pacienta je potřeba vylučování moče a stolice, kterou se ale pacienti bojí v nemocnici projevit. Sestra musí být pacientovi nápomocná ve splnění i těchto potřeb, a to tím, že zachová intimitu pacienta při vylučování, nabídne možnost vyprázdnit se a informuje pacienta, že se jedná o přirozený proces. Pacient na jednotce intenzivní péče se s největší pravděpodobností ocitne v situaci, kdy je nutné vyprázdnit se na lůžku. Sestra by měla nabízet pacientovi pomůcky často a dostatečně vysvětlit způsob jejich použití. Vhodné je nabídnout možnost následného omytí rukou a sestra by měla zajistit, aby se v blízkosti pacienta zdržoval co nejmenší počet osob (Koláčná, 2011).

Rozsypal et al. (2013) upozorňují na významnost spánku pro regeneraci a funkci organismu. Kapounová (2007) řadí potřebu spánku a odpočinku pod potřebu psychické vyrovnanosti, neboť se jedná o předpoklady zachování a udržení nejen fyzického, ale i psychického zdraví. Spánek ale bývá při pobytu v nemocnici často narušen, zejména u pacientů ležících na lůžkách intenzivní péče. Spánek zde bývá rušen provozním hlukem, monitory či linkami infuzí, periodickým měřením krevního tlaku nebo dalšími pacienty na jednotce (Koláčná, 2011). Sestra by se proto měla pokusit zajistit na oddělení podmínky pro nejlépe nerušený spánek (Rozsypal et al., 2013).

1.4.3 Problematika bolesti

Terapie pacientů na jednotkách intenzivní péče probíhá při riziku, nebo již selhání životně důležitého orgánu, jak popisují Zadák a Havel (2017b). Pacient tak prožívá nepříjemné pocity, kam řadíme stres, úzkost a také bolest (Zadák a Havel, 2017b). Podle Bošmanského (2008) bolest souvisí se somatickými, psychologickými, etickými a sociálními faktory. Téma bolesti je natolik rozsáhlé, že se nebudeme zabývat dopodrobna jejími definicemi či škálami, ale pohlédneme na ni z hlediska prožívání, utrpení a z úhlu etiky.

Pociťování bolesti je velmi individuální, stejně tak prosby pacienta ji tlumit nebo naopak snášet (Zadák a Havel, 2017b). Bolest znamená pro pacienta velký problém, potřeba být během hospitalizace bez bolesti je proto základní. Fyzickou bolest lze účinně ovlivnit, či úplně potlačit za pomoci medikamentů. Faktem zůstává, že nemocní se bolesti bojí a při pohledu na systém potřeb se řadí k nejsilněji pociťovaným (Koláčná, 2011). Sestra by měla umět pacienta pozorovat, hodnotit bolestivé projevy či neklid, sledovat pocení, frekvenci a hloubku dechu a tepu (Kabelka a Sláma, 2011). V intenzivní péči je třeba si uvědomit, že bolest pociťují i nemocní s ovlivněným vědomím, což uvádí Koláčná (2011). Sestra v intenzivní péči by měla umět pacientovu bolest hodnotit, předvídat, snažit se jí předcházet a léčit jí. Po dobu hospitalizace je pro pacienta důležité, aby trpěl jen takovou bolestí, která je opravdu nutná. Bolest v intenzivní péči ale znamená i důležitý údaj, může značit komplikace, zhoršení stavu nebo další onemocnění (Koláčná, 2011). V praxi se můžeme podle Bošmanského (2008) setkat i s přístupem, kdy není účelem úplně minimalizovat bolest, protože její působení v určité míře působí pozitivně jako regulátor aktivity při dodržování léčebného režimu. Všeobecně se dá o bolesti říci, že se jí snažíme předcházet, dále pak odstranit, naučit pacienta s bolestí žít (Bošmanský, 2008). U pacientů v intenzivní péči bývá

určení, sdělení a hodnocení bolesti obtížné nejčastěji v souvislosti se zdravotním stavem pacienta. Bolest je prožitek pacienta, který ovlivňuje všechny oblasti života, jako je tělesná pohoda, emoce, životní plány a další. Chceme-li s bolestí pracovat a ovlivňovat jí, musíme přemýšlet a pracovat v těchto širších souvislostech (Kabelka a Sláma, 2011).

Bolest a utrpení se jakožto termíny prolínají, ale také často zaměňují. Pokud v souvislosti s bolestí zmíníme utrpení, hovoříme o ohrožení člověka nejen biologicky, ale také psychicky a sociálně (Bošmanský, 2008). Setkání člověka s utrpením patří k významným momentům života, dnes je utrpení nejčastěji spojováno právě s bolestí (Zvoníčková a Slovák, 2012). Také Kabelka a Sláma (2011) zmiňují v souvislosti s bolestí utrpení, které má svůj psychosociální rozměr při chronické bolesti. Utrpení je odpovědí na bolest a je velmi individuální a obsahuje více jednotlivých jevů, jako například odpověď na bolestivý podnět (Bošmanský, 2008). Dnešní medicína a ošetřovatelství se snaží o komplexní pohled na člověka, a tak by mělo být pohlíženo i na bolest a utrpení, protože tato dvě témata mají rozměr antropologický, sociální, etický a taktéž teologický (Bošmanský, 2008). Kabelka a Sláma (2011) uvádějí, že některé aspekty chronické totální bolesti nelze zcela odstranit. Naopak tělesné projevy bolesti lze potlačit na snesitelnou míru pomocí jednoduchých léčebných postupů (Kabelka a Sláma, 2011). Ačkoliv je po zdravotnících žádáno, aby bolest zmírňovali či odstraňovali, je potřeba říci, že bolest má osobní význam, který každý člověk jedinečně zažívá (Zvoníčková a Slovák, 2012). Utrpení nemusí znamenat pouze projev křehkosti lidského života, ale může přispívat k vnitřnímu zranění. Pokud sestra dokáže utrpení rozpoznat, mívá to na pacienta velký dopad. Pacientovo utrpení tím nezmizí, ale dáváme tím najevo, že pacient není ve svém trápení sám. Práce sestry znamená se každý den setkávat s utrpením, úkolem sestry je projevy bolesti a utrpení rozeznat a od bolesti pomáhat. Setkání s utrpením pacienta je pro sestru nelehké, často přechází do jejího osobního života a hrozí tak dokonce syndrom vyhoření (Zvoníčková a Slovák, 2012).

Sestra si musí uvědomit, že v problematice zmírňování utrpení je vždy člověk odkázán na jiného člověka, tedy pacient je zcela odkázán na sestru, na její pomoc a podporu. Ošetřovatelskou péčí sestra pomáhá pacientovi znovu vládnout nad svým životem i po dobu trvání nemoci (Zvoníčková a Slovák, 2012).

1.4.4 Intimita a soukromí

Slovo intimita pochází z latinského *intimus*, což znamená vnitřní, nebo také skrytý před zraky jiných (Kozáková, 2018). Jak uvádí Kozáková (2018), intimita znamená důvěrnost, označuje pocíťované soukromí a obecně se dá o intimitě říci, že je založená na důvěře a otevřenosti. Plaňava (2005) označuje intimitu jako „obnažení duše“, která se stává snadno zranitelnou.

Intimita a soukromí jsou oblasti, které k poskytování ošetrovatelské péče jistě patří, přehlížet by se proto neměly ani na lůžkách intenzivní péče. Člověk mimo zdravotnické zařízení má potřebu chránit si své soukromí a udržovat si určitou ochrannou zónu od lidí, kteří mu nejsou známi. Pokud se ale člověk ocitne ve zdravotnickém zařízení, dostává se do situací, kdy do jeho soukromí vstupují zcela neznámí lidé, a to nezávisle na jeho vůli. Taková situace nastává také na jednotkách intenzivní péče, kdy pacient, s ohledem na zdravotní stav nebo například poruchu vědomí, není schopen projevit potřebu intimity a soukromí. V takových situacích je úkolem zdravotníků, aby o narušení soukromého prostoru a intimity pacienta informovali a nabízeli alternativy poskytnutí péče (Sikorová a Filová, 2011). O právu na soukromí při poskytování zdravotnické péče hovoří například Práva pacienta (zákon 372/2011 Sb., část čtvrtá, hlava I, §28, 3a). Jak uvádí Sikorová a Filová (2011), pacient má právo nejen na poskytování péče na co možná nejvyšší úrovni, ale i na citlivý a ohleduplný přístup týkající se soukromí a intimity.

Intimita může být narušena během běžných výkonů při péči o pacienta. Jednou z takových situací může být například hygiena pacienta. Pacient tuto situaci pocíťuje jako velmi intimní, sestra vstupuje do jeho intimní zóny, a proto by na své konání měla sestra nejdříve pacienta upozornit (Koláčná, 2011). Podle Sikorové a Filové (2011) je pro pacienty důležité dodržování soukromí při komunikaci, dodržování soukromí během hygieny a používání zástěn při ošetrovatelských i lékařských výkonech. Podle Petrovicové a Trešlové (2016) vnímají sestry jako problém větší počet pacientů na pokoji, což znamená nesnáze také na jednotkách intenzivní péče. Zde totiž pacienti většinou neleží ani v pokojích, ale jedná se o spojený prostor pro několik lůžek. V tomto halovém systému jsou lůžka pacientů od sebe oddělena pouze plentou a snadno se stane, že vedle sebe leží muž a žena. Představa, že pacienti nevnímají, co se kolem nich děje, protože se přece nacházejí na jednotce intenzivní péče, je nesmyslná. Většina pacientů v nemocnici naopak vnímá zvýšeně a především to, co se děje v jejich blízkosti. Lůžka

pacientů také mohou být umístěna naproti sobě, takže pacienti na sebe vzájemně vidí a přes možnost použití závěsů u každého z lůžek. Pacienti se mnohdy dotazují na stav člověka na vedlejším lůžku, na což musí sestra umět šetrně odpovědět, ale zároveň chránit soukromí pacientů. Problémem intimity na jednotkách intenzivní péče zůstává také vyprazdňování na lůžku (Gulášová, 2014). Jak uvádí Petrovicová a Trešlová (2016), problémem při zachování intimity pacienta může být nedostatek soukromého prostoru kolem pacientů, či ve vnímání nahoty lékařem a pacientem. Podle výzkumu Petrovicové a Trešlové (2016) by si také sestry přály více intimity při zajišťování péče o pacienta, snaží se například minimalizovat odkrývání pacientů.

1.4.5 Bezpečí a jistota

Potřeba jistoty a bezpečí znamená mít životní situaci pod kontrolou, jak uvádí Bužgová (2011b). Trachtová (2013) doplňuje, že jistota a bezpečí souvisejí se samotným přežitím člověka a znamená snahu vyhnout se ohrožení. Abychom se mohli cítit bezpečně, musíme dokázat předvídat danou situaci a dění kolem nás kontrolovat (Koláčná, 2011).

V nemocnici pacient může snadno ztratit pocit bezpečí, jelikož se provádí diagnostické výkony, terapeutické zásahy, může mít nedostatek informací, nebo trpět bolestí (Trachtová, 2013). Každý se ovšem cítí bezpečně jinde – pro někoho je pocit bezpečí spojen s domovem, někdo se cítí bezpečně naopak v nemocnici (Bužgová, 2011b). V intenzivní péči může být bezpečí pacienta mnohem snáze ohroženo, lidé mají z oddělení JIP či ARO strach, očekávají od těchto oddělení často hodně bolesti (Koláčná, 2011). Bužgová (2011b) považuje za podstatné to, aby měl nemocný možnost hovořit o svém strachu a obavách. Pro nemocné je také podstatné mít jistotu, že se o jeho zdraví starají kompetentní odborníci (Bužgová, 2011b)

Specifikem na jednotce intenzivní péče může být pacient, který není při vědomí. Pacient v bezvědomí ale také může na pocit bezpečí reagovat, proto je důležitý přístup stejný, jako by pacient při vědomí byl. Pacientům při vědomí je třeba podávat informace postupně a srozumitelně, dále je důležité si uvědomit, že pacient neví, jak to na jednotce intenzivní péče chodí. Také zmatení nemocní cítí potřebu být v bezpečí, což vychází z verbální i neverbální komunikace. Takoví pacienti se opakovaně ptají, kde se nacházejí, proč se tam nacházejí a kde jsou jejich blízcí. Zmatený nemocný tak

potřebuje znát odpovědi na všechno, nač se ptá, jinak jeho nervozita může narůstat a snaží se například odejít, protože se bojí (Koláčná, 2011).

Sestra by měla dbát na to, aby pacient v nemocnici pocit bezpečí neztrácel. Učinit tak může například nasloucháním a vhodnou komunikací, empatií, psychickým podporováním nemocného, dodržováním etického kodexu sester, plněním potřeb pacienta, projevováním úcty a respektu k pacientovi (Kapounová, 2007). S pocitem bezpečí a jistoty souvisí také problematika sdělování pravdy a všeobecně informování pacienta (Bužgová, 2011b).

1.5 Komunikace mezi sestrou a pacientem v intenzivní péči

V intenzivní péči se komunikace uplatňuje zcela jiným způsobem, než je tomu na standardních odděleních, liší se především v přístupu (Bartoníčková a Tomová, 2016). Specifický druh komunikace zmiňuje také Kapounová (2007), důvodem je nejčastěji závažná diagnóza. Podle Janáčkové (2011) je správná komunikace mezi zdravotníkem a pacientem součástí profese. K tomu, aby sestra byla kompetentní v komunikaci s pacientem, potřebuje nejen vysokou míru empatie, ale i zkušenosti, dobré komunikační dovednosti, schopnost posoudit momentální stav pacienta a předvídat jeho reakce (Heřmanová, 2012b).

Účinnou komunikaci může v intenzivní péči narušit hned několik faktorů: moderní technika, stresující prostředí, závažný stav pacienta. Na jednotkách intenzivní péče se sestra setkává s pacienty, kteří mají velmi specifické potíže, pacienti mohou být v bezvědomí, zmatení či agresivní, mohou trpět úzkostmi či depresemi, v neposlední řadě se může jednat i o pacienty umírající (Bartoníčková a Tomová, 2016). Role sestry je zde proto velmi důležitá, zásadní. Sestra by tak měla vždy komunikaci přizpůsobit právě tomu zdravotnímu stavu, ve kterém se pacient momentálně nachází (Kapounová, 2007). Nalezení účinné a vhodné komunikační techniky je podstatné jak pro pacienta, tak pro ošetřující personál, který má za úkol saturovat nejrůznější potřeby pacienta (Bartoníčková a Tomová, 2016). Pokud pacient není seznámen se závažností situace, nerozumí důvodům ošetřovatelských intervencí a ztrácí kontakt s okolím a pojem o čase, můžou nastat problémy v komunikaci (Kroupová, 2016). V některých případech se stává, že komunikace v intenzivní péči je jednostranná, proto by i na tuto možnost měla být sestra připravena (Bartoníčková a Tomová, 2016). Kapounová (2007) tento styl komunikace označuje jako pasivní a využití má u nemocných v bezvědomí, kde

nedochází ke zpětné vazbě. Sdělení pacientovi musí být jasné, srozumitelné, stručné a výstižné a zvolená forma sdělení musí být vhodná (Bartoničková a Tomová, 2016). Dalším specifikem při komunikaci s pacientem na jednotce intenzivní péče může být pacient s endotracheální rourkou nebo tracheostomickou kanylou (Kapounová, 2007). Koláčná (2011) informuje, že je třeba nechat tracheostomovanému pacientovi dostatečný čas na komunikaci. U takových pacientů sestra použije techniku odezírání ze rtů, poskytne pacientovi abecední tabulku, poskytne tužku a papír ke komunikaci pomocí psaní nebo nabídne pacientovi komunikační karty s obrázky (Kapounová, 2007).

Janáčková (2011) uvádí několik zásad, které by měly být při komunikaci s pacientem použity: vždy musíme vědět, co chceme pacientovi sdělit; musíme se umět rozhodnout, kdy danou informaci sdělíme a také na jakém místě; důležité je mluvit srozumitelně, jasně a nekomplikovaně a samozřejmě by měla být brát ohled na pocity pacienta; umožníme pacientovi vyjádření a zkontrolujeme pochopení a přijetí informace. Kroupová (2016) doporučuje, aby zdravotník při komunikaci s pacientem na JIP pomohl pacientovi získat náhled na jeho onemocnění, zdravotník by měl být také jistotou pro pacienta a emocionální podporou, samozřejmě by měla být pomoc při překonávání zmatenosti, využívání vhodné neverbální komunikace a kontakt s příbuznými pacienta. Podle Koláčné (2011) je podstatné nechat pacientovi dostatek času na kladení otázek a ujistit jej, že nás jeho otázky žádným způsobem neobtěžují. Kroupová (2016) klade důraz na respekt, empatii, aktivní naslouchání a zájem při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem. V souvislosti se stresujícím prostředím má pacient rozhodně právo na zapominání informací, které mu byly sděleny například během příjmu (Koláčná, 2011).

I v intenzivní péči se setkáme s komunikačními bariérami, které následně brání efektivní komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem (Bartoničková a Tomová, 2016). Mezi interní komunikační bariéry zařazují Bartoničková a Tomová (2016) například negativní emoce, obavy z neúspěchu, nerespektování komunikační úrovně, fyzické nepohodlí nebo samotné onemocnění. Za externí bariéry ohrožující komunikaci považuje Pokorná (2006) hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat nebo také komunikační zahlcení. V komunikaci mezi sestrou a pacientem v intenzivní péči se může objevit několik specifických problémů, jako je nedostatek času ze strany sestry, neochota naslouchat pacientovi, vnucování názorů nebo odborná terminologie (Bartoničková a Tomová, 2016). Naopak ze strany pacienta také mohou

přijít některé komunikační bariéry, kam autorky zařazují například stav kardiovaskulárního systému, léky, bolest, narušení schopnosti projevit se, únava či nedůvěra. Pro sestru je důležité uvědomit si, že takový pacient se nachází v náročné životní situaci, z čehož mohou vyplývat určité nesnáze při komunikaci. Právě sestra by si měla umět získat pacientovu důvěru a v těchto situacích pacientovi pomoci (Bartoničková a Tomová, 2016).

Oblastí týkající se komunikace v intenzivní péči však může být i otázka sdělování závažných a nepříznivých zpráv (Heřmanová, 2012b). Poskytnutí pravdivých informací zdravotníky pacientovi a jeho rodině navozuje důvěru a žádoucí upřímnou atmosféru (Havel, 2017). Tyto úkoly má sice na starosti lékař, pravdou ale zůstává, že pacienti často naléhají právě na sestry, které se tím dostávají do složité situace (Heřmanová, 2012b). Podle Havla (2017) zdravotník nemá výjimku z morálního pravidla pravdomluvnosti. Pokud sestra zjistí, že je pacient nedostatečně informován, měla by dle Heřmanové (2012) zjistit, proč lékař nesdělil pacientovi všechny dostupné informace, jelikož v některých případech je, s ohledem na zdravotní stav pacienta, pravda sdělována postupně. Havel doplňuje, že oznámení závažné diagnózy je třeba vždy doplnit možnostmi léčby. Úkolem sestry je zjistit, o čem byl pacient informován lékařem a tyto informace také předat dalším sestřám (Heřmanová, 2012b). Autorka klade důraz na spolupráci mezi jednotlivými členy týmu nejen při léčbě a ošetřování pacienta, ale právě i při komunikaci s pacientem a jeho blízkými.

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl: Zmapovat problematiku lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči.

2.2 Hypotézy

H1: Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví pacienta.

H2: Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na věku pacienta.

H3: Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na vzdělání pacienta.

H4: Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován.

H5: Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry.

H6: Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry.

H7: Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry.

H8: Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry.

H9: Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry.

H10: Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry.

H11: Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

H12: Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce

Lidská důstojnost

Lidská důstojnost znamená podle Svobodové (2012, s. 71) „...*povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty*“. Lidskou důstojnost popisuje Svobodová (2012) v obecném smyslu jako něco, co přísluší každému člověku. Kutnohorská (2013) spojuje důstojnost s úctou, autonomií a ovládním.

Důstojnost se řadí mezi základní hodnoty existence člověka, mnoho lidí ji označuje za nejvyšší hodnotu, která souvisí se zdravím, poskytováním zdravotní a sociální péče a je podmíněna kvalitou života (Kalvach, 2011).

Hodnota lidského života

Hodnotu lidského života lze považovat za existenciální smysl, nejvyšší lidskou potřebou je být považován za jedinečnou lidskou bytost (Kalvach, Čevela a Čeledová, 2014). Černý (2013) hovoří o posvátnosti života, což je život s vnitřními hodnotami, nositelé takového života jsou součástí morální komunity, kde se nerozlišuje mezi více a méně hodnotným životem. Právo na život je absolutní a nemůže být relativizováno vůči různým situacím (Černý, 2013).

Intenzivní péče

„Intenzivní péče je poskytována pacientům ohroženým selháním životně důležitého orgánu nebo funkce. Hlavní aktivitou nižšího stupně intenzivní péče je monitorování. Na základě praktických zkušeností a více literárních doporučení se intenzivní péče dělí do tří stupňů – nižší, vyšší a nejvyšší“ (Zadák, 2017b, s. 1).

3 Metodika

3.1 Design kvantitativního výzkumného šetření

Pro empirickou část práce byl použit kvantitativní výzkum. Technikou sběru dat byly dotazníky, a to jak pro výzkumný soubor pacientů, tak pro výzkumný soubor sester. Výzkumné šetření bylo realizováno v březnu a dubnu 2019.

3.1.1 Výzkumný soubor A – pacienti

Pro výzkumný soubor pacientů byl použit standardizovaný dotazník PDI (Patient dignity inventory) - Dotazník důstojnosti pacienta (viz Příloha 2). Tento dotazník vytvořil profesor Chochinov a do českého jazyka byl transformován výzkumem, jehož hlavní řešitelkou byla docentka Kisvetrová (Kisvetrová et al., 2018). Pro získání a povolení použití české verze tohoto dotazníku byla docentka Kisvetrová kontaktována pomocí e-mailu, přes který vyslovila souhlas s použitím české verze dotazníku. Dotazníky byly vyplňovány v naprosté většině společně s pacienty, a to z důvodu, že tento postup sami pacienti vyžadovali, nebo nebyli schopni ze zdravotních důvodů dotazník sami vyplnit. Dotazník PDI se skládá z celkem 25 otázek, které obsahují tvrzení týkající se vnímání důstojnosti pacienta. Na tyto otázky odpovídá pacient pomocí pětistupňové Likertovy škály od 1 do 5 (1- není problém, 2- menší problém, 3- problém, 4- vážný problém, 5- nepřekonatelný problém). Dotazník PDI byl doplněn o identifikační údaje, které byly použity k vyhodnocení hypotéz.

3.1.2 Výzkumný soubor B – sestry

Pro výzkumný soubor sester byl na základě teoretických poznatků vytvořen dotazník vlastní konstrukce (viz Příloha 3). Tento dotazník byl použit nejprve v rámci pilotní studie, a to u deseti sester pracujících na jednotkách intenzivní péče. Po pilotní studii byl dotazník dále upraven pro lepší srozumitelnost otázek. Dotazník se skládal z 27 otázek, z nichž 2 otázky byly otevřené. Část otázek se týkala údajů o sestřích (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, délka praxe v intenzivní péči a druh JIP). Na část otázek bylo možné odpovědět označením libovolného množství odpovědí, u jiných byla vyžadována pouze jedna odpověď. Otázky byly zaměřeny na zjištění, jak sestra vnímá hodnotu života pacienta, a jak vnímá jeho důstojnost. Další část otázek se věnovala oblasti postupů při ošetřování pacienta, které se dotýkají lidské důstojnosti a mohou být ovlivňovány sestrou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkum práce byly zvoleny dva výzkumné soubory, výzkumný soubor pacientů, a výzkumný soubor sester.

3.2.1 Výzkumný soubor A – pacienti

Výzkum byl proveden po odsouhlasení žádosti o povolení sběru dat v jedné nemocnici. První výzkumný soubor byl tvořen pacienty, kteří byli momentálně hospitalizováni na některé z jednotek intenzivní péče, nebo již pobývali na standardním oddělení, ale byli z jednotky intenzivní péče v rámci této jedné hospitalizace přeloženi. Dalším kritériem byl věk 18 let a více, ochota dotazník vyplnit, ochota spolupracovat a také zdravotní stav pacienta umožňující dotazník vyplnit buď samostatně, nebo za pomoci (pacientům byly otázky přečteny a pacienti na ně ústně odpovídali). Účast ve výzkumu byla zcela anonymní, dobrovolná a respondenti měli možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Celkem bylo vyplněno 210 standardizovaných dotazníků PDI pacienty hospitalizovanými na JIP. Jednalo se o pacienty jedné nemocnice z celkem 10 jednotek intenzivní péče, které byly rozděleny z hlediska oboru na JIP interního a chirurgického zaměření. Dotazníky byly vyplňovány pacienty z následujících JIP: chirurgická, kardiochirurgická, neurochirurgická, ortopedická, traumatologická a urologicko – gynekologická JIP. Tyto jednotky se zařadily do skupiny JIP chirurgického zaměření. Do skupiny interního zaměření JIP se v rámci výzkumu zařadily následující JIP: gastroenterologická, infekční, interní a kardiologická JIP.

Po sběru dat byla provedena kontrola dotazníků, data byla vložena do programu MS Excel a následně interpretována do tabulek a grafů. Dotazníky jsou archivovány.

3.2.2 Výzkumný soubor B – sestry

Druhým výzkumným souborem byly sestry pracující aktuálně na některé z jednotek intenzivní péče. Kritériem byla také možnost zařazení JIP, na které sestra pracuje do chirurgického nebo interního oboru, a dále ochota respondentů dotazníky vyplnit. Dále bylo nutné, aby výzkumný soubor tvořily sestry, jejichž pacienti jsou dospělé osoby. Účast ve výzkumu byla zcela anonymní, dobrovolná a respondenti měli možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit.

Dotazníky byly rozdány ve dvou nemocnicích (po odsouhlasení povolení k výzkumu hlavními sestrami) a dále byly šířeny v elektronické podobě (Survio.com) přes internetový portál „ošetřovatelství.info“ a také přes internetové stránky Spolku vysokoškolsky vzdělaných sester (SVVS). Z celkového počtu 203 rozdaných dotazníků v papírové podobě bylo vyplněno 123 dotazníků, návratnost dotazníků byla 60,6 %. Dalších 107 dotazníků pocházelo z elektronické verze. Z odpovědí na elektronický dotazník bylo vyřazeno 24 odpovědí, a to z důvodu, že pracoviště respondenta bylo ARO (ve třinácti případech), multioborová JIP (7 odpovědí), dětská JIP (3 případy) a jeden dotazník byl vyřazen z důvodu neúplných odpovědí. Díky elektronické verzi dotazníku bylo získáno celkem 83 dotazníků, které byly ve výzkumu použity. Celkový počet dotazníků použitých ve výzkumném šetření byl 206. Po sběru dat byla provedena kontrola dotazníků, data byla vložena do programu MS Excel a následně interpretována do tabulek a grafů. Dotazníky jsou archivovány.

3.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Ke statistickému zpracování dat byly využity programy MS Excel a SPSS. Po přepsání dat do MS Excel byly vypočítány absolutní a relativní četnosti včetně dalších parametrů popisné statistiky. Poté byly za využití programu SPSS provedeny statistické testy. K vyhodnocení hypotéz byly použity následující testy: Mann-Whitney U test, Spearmanův korelační koeficient, Kruskal-Wallisův test. Po provedení testů byla data interpretována do grafů a tabulek. U testů byla hladina významnosti 5 % ($p = 0,05$). Některé výsledky testování jsou uvedeny i s hladinami významnosti $p=0,01$ a $p=0,001$.

4 Výsledky

4.1 Výzkumný soubor A – pacienti

Tabulka 1 Pohlaví respondentů a druh JIP

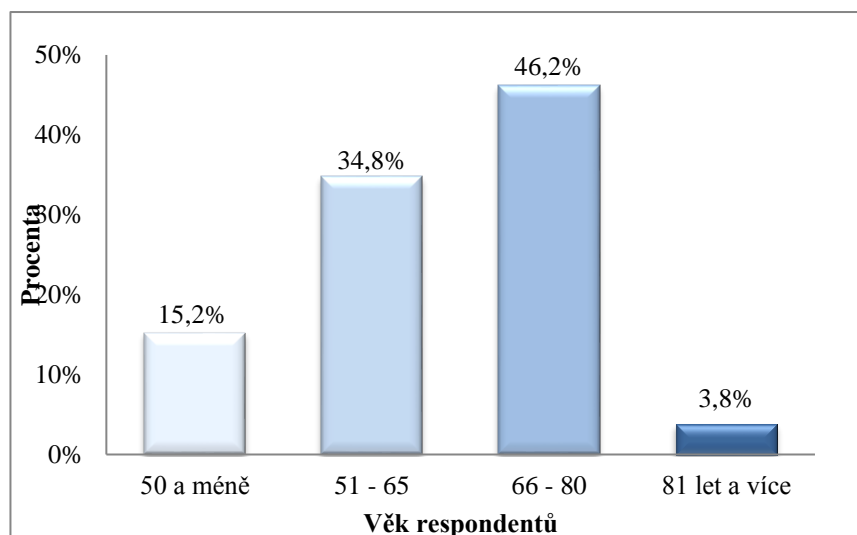
Pohlaví/ Druh JIP	Chirurgické JIP		Interní JIP		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muži	51	24,3 %	52	24,8 %	103	49,0 %
Ženy	57	27,1 %	50	23,8 %	107	51,0 %
Celkem	108	51,4 %	102	48,6 %	210	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1 znázorňuje pohlaví všech respondentů a druh JIP, na které byli hospitalizováni. Výzkumu se zúčastnilo celkem 210 respondentů (100 %), z čehož dotazník vyplnilo 107 žen (51,0 %) a 103 mužů (49,0 %). Na JIP chirurgického typu dotazník vyplnilo 108 respondentů (51,4 %) a na jednotkách interního typu se jednalo o 102 respondentů (48,6 %).

Graf 1 Věk respondentů

n=210



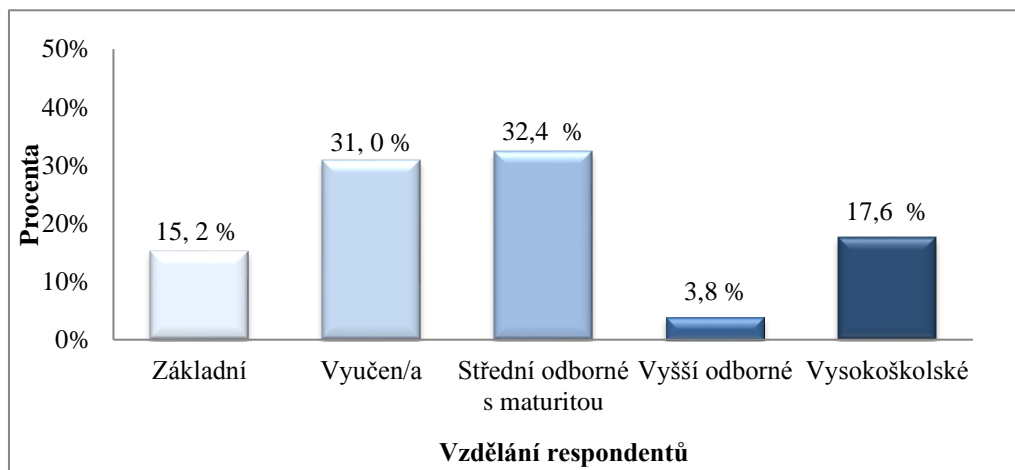
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1 popisuje věk respondentů. Z celkového počtu 210 respondentů (100 %) se do věkové kategorie 50 let a méně zařadilo 32 respondentů (15,2 %), do věkové

kategorie 51-65 let patří celkem 73 respondentů (34,8 %). Ve věku 66-80 let bylo 97 respondentů (46,2 %) a 81 a více let bylo 8 respondentům (3,8 %).

Graf 2 Vzdělání respondentů

n=210

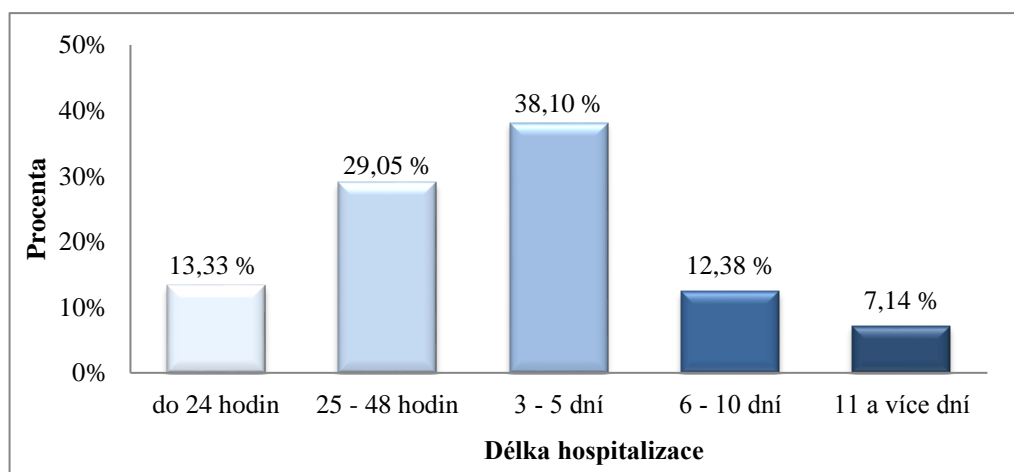


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 popisuje vzdělání respondentů. Základní vzdělání mělo celkem 32 respondentů (15,2 %), střední odborné vzdělání – vyučen mělo 65 dotazovaných (31,0 %). Střední odborné vzdělání s maturitou mělo 68 respondentů (32,4 %). Vyšší odborné vzdělání označilo 8 respondentů (3,8 %) a vysokoškolského vzdělání bylo 37 respondentů (17,6 %).

Graf 3 Délka hospitalizace respondentů na JIP

n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 prezentuje délku hospitalizace pacientů na JIP. Jednalo se o dosavadní dobu pobytu na JIP ve chvíli, kdy respondenti vyplňovali dotazník. Délku pobytu na JIP do 24 hodin uvedlo 28 respondentů (13,33 %), 25–48 hodin pobývalo na JIP 61 respondentů (29,05 %). Celkem 80 respondentů (38,10 %) uvedlo dobu strávenou

na JIP 3-5 dní. Dobu 6-10 dní uvedlo 26 dotazovaných (12,38 %), a 15 respondentů (7,14 %) označilo za dobu pobytu 11 dní a více.

Tabulka 2 Četnosti odpovědí respondentů na otázky z dotazníku PDI

Otázka	Hodnocení	1-není problém	2-menší problém	3-problém	4-vážný problém	5-nepřekonatelný problém	Celkem	Průměr
1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)		38	60	55	46	11	210	2,68
		18,1 %	28,6 %	26,2 %	21,9 %	5,2 %	100 %	
2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)		37	59	45	52	17	210	2,78
		17,6 %	28,1 %	21,4 %	24,8 %	8,1 %	100 %	
3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)		26	77	73	29	5	210	2,57
		12,4 %	36,7 %	34,8 %	13,8 %	2,4 %	100 %	
4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní		147	49	12	2	0	210	1,38
		70,0 %	23,3 %	5,7 %	1,0 %	0,0 %	100 %	
5. Pocit deprese		116	66	22	4	2	210	1,62
		55,2 %	31,4 %	10,5 %	1,9 %	1,0 %	100 %	
6. Pocit úzkosti		89	84	30	6	1	210	1,79
		42,4 %	40,0 %	14,3 %	2,9 %	0,5 %	100 %	
7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby		81	70	48	10	1	210	1,95
		38,6 %	33,3 %	22,9 %	4,8 %	0,5 %	100 %	
8. Obavy o mou budoucnost		91	66	39	12	2	210	1,90
		43,3 %	31,4 %	18,6 %	5,7 %	1,0 %	100 %	
9. Neschopnost jasně myslet		155	39	11	4	1	210	1,37
		73,8 %	18,6 %	5,2 %	1,9 %	0,5 %	100 %	
10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách		47	53	72	31	7	210	2,51
		22,4 %	25,2 %	34,3 %	14,8 %	3,3 %	100 %	
11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval (a)		140	43	19	7	1	210	1,50
		66,7 %	20,5 %	9,0 %	3,3 %	0,5 %	100 %	
12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený		153	39	9	6	3	210	1,41
		72,9 %	18,6 %	4,3 %	2,9 %	1,4 %	100 %	

13. Pocit, že nejsem schopen/ schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)	111	48	37	11	3	210	1,80
	52,9 %	22,9 %	17,6 %	5,2 %	1,4 %	100 %	
14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl	186	18	5	1	0	210	1,15
	88,6 %	8,6 %	2,4 %	0,5 %	0,0 %	100 %	
15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/ nebo trvalým	146	41	16	6	1	210	1,45
	69,5 %	19,5 %	7,6 %	2,9 %	0,5 %	100 %	
16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěla říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)	100	71	34	3	2	210	1,74
	47,6 %	33,8 %	16,2 %	1,4 %	1,0 %	100 %	
17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl	168	33	5	3	1	210	1,27
	80,0 %	15,7 %	2,4 %	1,4 %	0,5 %	100 %	
18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní	123	56	21	7	3	210	1,62
	58,6 %	26,7 %	10,0 %	3,3 %	1,4 %	100 %	
19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem	168	27	11	2	2	210	1,30
	80,0 %	12,9 %	5,2 %	1,0 %	1,0 %	100 %	
20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí	62	63	71	13	1	210	2,18
	29,5 %	30,0 %	33,8 %	6,2 %	0,5 %	100 %	
21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny	187	18	4	1	0	210	1,14
	89,0 %	8,6 %	1,9 %	0,5 %	0,0 %	100 %	
22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu	189	18	3	0	0	210	1,11
	90,0 %	8,6 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	100 %	
23. Pocit, že nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší	163	38	7	1	1	210	1,28
	77,6 %	18,1 %	3,3 %	0,5 %	0,5 %	100 %	
24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou	153	45	10	1	1	210	1,34
	72,9 %	21,4 %	4,8 %	0,5 %	0,5 %	100 %	
25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých	175	32	1	1	1	210	1,20
	83,3 %	15,2 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	100 %	

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2 prezentuje výsledky četností odpovědí respondentů z dotazníku PDI. Dotazník se skládá z 25 otázek nebo tvrzení, na které pacienti odpovídali na Likertově škále od 1 do 5. Číslice 1 znamená „není problém“, číslo 2 „menší problém“, číslo 3 „problém“, číslo 4 „vážný problém“ a číslo 5 znamená „nepřekonatelný problém“.

Nejlépe hodnotili respondenti otázku 21- „necítím podporu od přátel nebo rodiny“ a otázku 22- „necítím podporu ze strany zdravotnického personálu“. U otázky 21 odpovědělo celkem 187 respondentů (89,0 %) odpovědí „není problém“, 18 respondentů (8,6 %) označilo toto tvrzení za „menší problém“ a 4 (1,9 %) respondenti uvedli, že se jedná o „problém“. Odpověď „vážený problém“ u této otázky označil pouze jeden respondent a nikdo z respondentů neoznačil odpověď „nepřekonatelný problém“. Výsledky odpovědí na otázku 22 „necítím podporu ze strany zdravotnického personálu“ jsou velmi podobné, problém necítí 189 respondentů (90,0 %), „menší problém“ označilo také 18 respondentů (8,6 %) a 3 respondenti (1,4 %) cítili v této problematice problém. Odpověď „vážený problém“ nebo „nepřekonatelný problém“ neoznačil nikdo z respondentů.

Třetí nejlepší hodnocení bylo u otázky 14 se zněním „pocit, že život nemá žádný význam ani smysl“. Toto tvrzení označilo číslicí 1, tedy „není problém“ 186 respondentů (88,6 %), 18 respondentů (8,6 %) zvolilo odpověď „menší problém“, 5 respondentů (2,4 %) použilo číslicí 3, tedy „problém“ a jeden respondent má s touto problematikou „vážený problém“. Číslicí 5, tedy „nepřekonatelný problém“ opět neoznačil nikdo z respondentů.

„Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých“ také nemá většina dotazovaných pacientů, neboť toto tvrzení pod číslicí 25 označilo formulací „není problém“ 175 respondentů (83,3 %). Číslicí 2 použilo jako odpověď na tuto otázku 32 respondentů (15,2 %) a odpověď 3, 4 a 5 označil vždy jeden respondent.

Naopak nejhorší odpovědi se objevily u první trojice otázek. Podle průměru mělo nejhorší hodnocení tvrzení s číslem 2 „neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)“. Celkem 59 respondentů (28,1 %) označilo tvrzení číslicí 2, tedy „menší problém“. Podobné množství respondentů, 52 (24,8 %) označilo otázku číslem 4, to znamená, že se jedná o „vážený problém“. Celkem 45 respondentů (21,4 %) odpovědělo číslicí 3 („problém“), dále 37 respondentů (17,6 %) odpovědělo „není problém“ a pro 17 pacientů (8,1 %) se jedná o „vážený problém“.

Druhou nejhůře hodnocenou otázkou byla otázka číslo 1 ve znění: „neschopnost vykonávat úkony každodenního života (například umýt se, obléknout se)“. Respondenti zde odpovídali velmi podobně jako u výše popsané otázky: 38 respondentů (18,1 %) označilo číslo 1, 60 respondentů (28,6 %) použilo číslo 2, 55 respondentů (26,2 %)

odpovědělo číslicí 3, dále 46 respondentů (21,9 %) odpovědělo číslem 4 a 11 respondentů (5,2 %) označilo číslo 5.

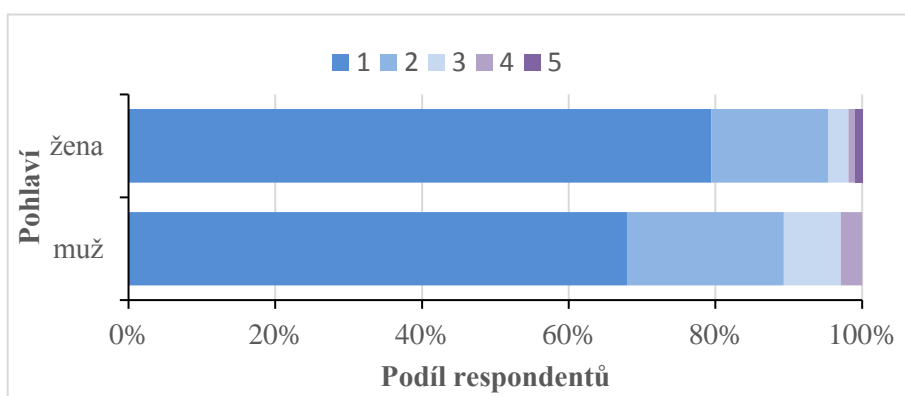
Další oblastí, u které respondenti v určité míře pociťovali problém, bylo „pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)“, tedy otázka 3. Zde 77 (36,7 %) použilo číslo 2, a číslo 3 zvolilo 73 respondentů (34,8 %), u označení „vážný problém“, tedy číslo 4, se jednalo o 29 respondentů (13,8 %). Bez problému v této oblasti bylo 26 respondentů (12,4 %), a pro 5 dotazovaných (2,4 %) se jednalo naopak o „nepřekonatelný problém“.

Dále respondenti označili jako problémovou otázku číslo 10, tedy „neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách“. Zde zvolilo jako odpověď číslo 1 celkem 47 respondentů (22,4 %), u čísla 2 to bylo 53 respondentů (25,2 %), číslo 3 zvolilo 72 respondentů (34,3 %). Odpověď pod číslem 4 zvolilo 31 respondentů (14,8 %) a pro 7 respondentů (3,3 %) se jednalo o „nepřekonatelný problém“, tedy číslo 5.

U otázky číslo 20, která zněla: „pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí“ označilo 71 respondentů (33,8 %) číslo 3, dále 62 respondentů (29,5 %) odpovědělo číslicí 1 a o jednoho respondenta více, tedy 63 (30,0 %) zvolilo číslo 2. „Vážený problém“, tedy číslo 4 označilo 13 respondentů (6,2 %) a jeden respondent označil odpověď číslicí 5.

Graf 4 Neschopnost jasně myslet v závislosti na pohlaví

n=210



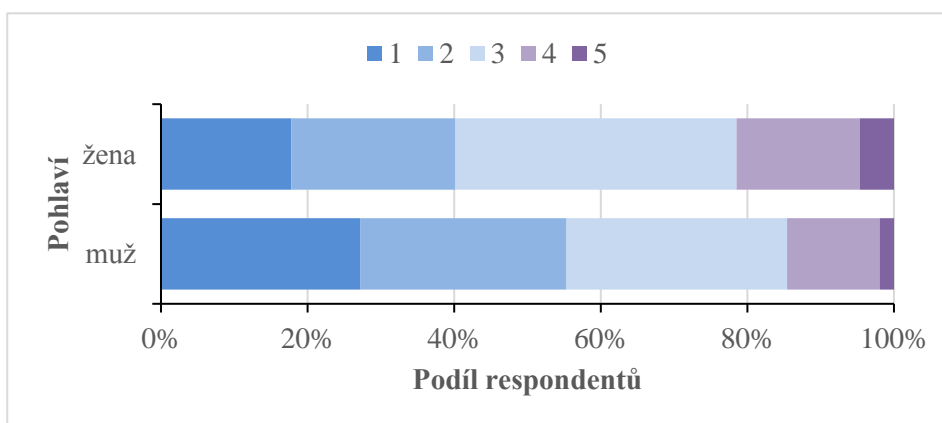
Zdroj: Vlastní zpracování

Legenda: 1- není problém; 2- menší problém; 3- problém; 4 vážný problém; 5- nepřekonatelný problém

Graf 4 prezentuje závislost odpovědí respondentů u otázky 9 (Neschopnost jasně myslet) na pohlaví. Označení „není problém“ použilo 85 žen a 70 mužů, „menší problém“ znamená pro 17 žen a 22 mužů. Jako „problém“ označily tvrzení pouze 3 ženy, mužů bylo 8. Možnost využít odpověď „vážný problém“ nebo „nepřekonatelný problém“ u této otázky zvolilo minimum respondentů. Pro 3 muže a 1 ženu se jedná o „vážný problém“, „nepřekonatelný problém“ označila 1 žena.

Graf 5 Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách v závislosti na pohlaví

n=210



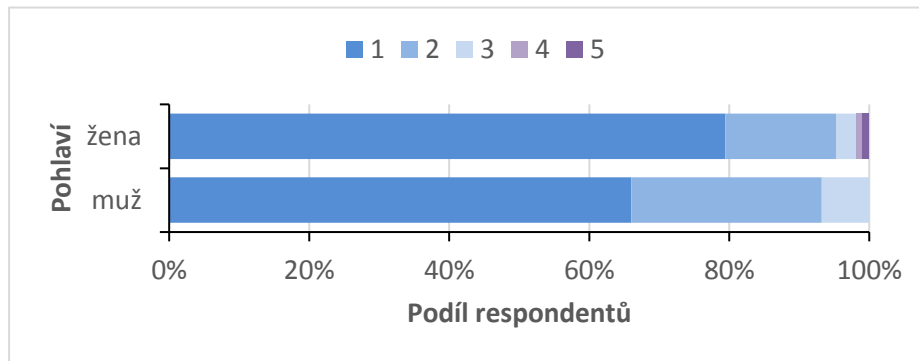
Zdroj: Vlastní zpracování

Legenda: 1- není problém; 2- menší problém; 3- problém; 4 vážný problém; 5- nepřekonatelný problém

Graf 5 prezentuje závislost odpovědí u otázky 10 (Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách) na pohlaví. Pro muže nepředstavuje toto tvrzení problém ve 28 případech, zatímco u žen je tomu v 19 případech. „Menší problém“ znamená tvrzení

pro 29 mužů a 24 žen. „Problémem“ je uvedené tvrzení pro 31 mužů a 41 žen. Počet odpovědí se lišil i u možnosti „vážný problém“, kterou zvolilo 13 mužů a 18 žen. „Vážný problém“ znamená tvrzení pouze pro 2 muže, ale z žen jej označilo 5 respondentek.

Graf 6 Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou v závislosti na pohlaví n=210



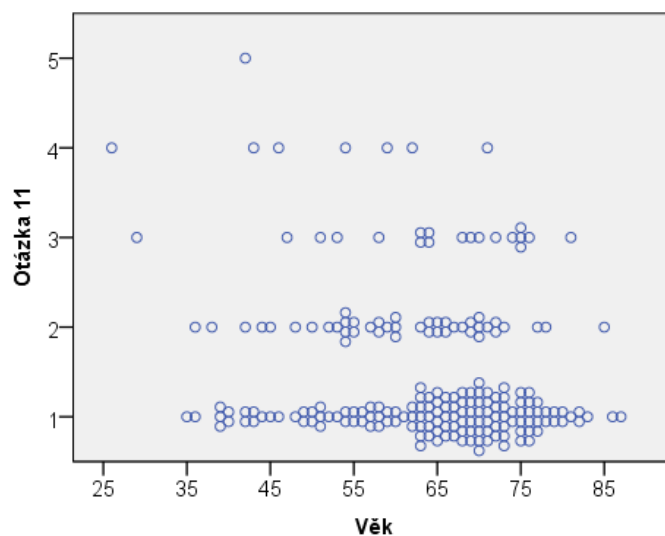
Zdroj: Vlastní zpracování

Legenda: 1- není problém; 2- menší problém; 3- problém; 4 vážný problém; 5- nepřekonatelný problém

Graf 6 prezentuje závislost odpovědí u otázky 24 (Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou) na pohlaví. Pro muže nepředstavuje toto tvrzení problém ve 68 případech, zatímco u žen je tomu v 85 případech. „Menší problém“ znamená tvrzení pro 28 mužů a 17 žen. „Problémem“ je uvedené tvrzení pro 7 mužů a 3 ženy. Žádný muž neoznačil tvrzení možnostmi „vážný problém“ nebo „nepřekonatelný problém“, tyto možnosti však využila 1 žena (vážný problém) a 1 žena zvolila možnost „nepřekonatelný problém“.

Graf 7 Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a v závislosti na věku

n=210

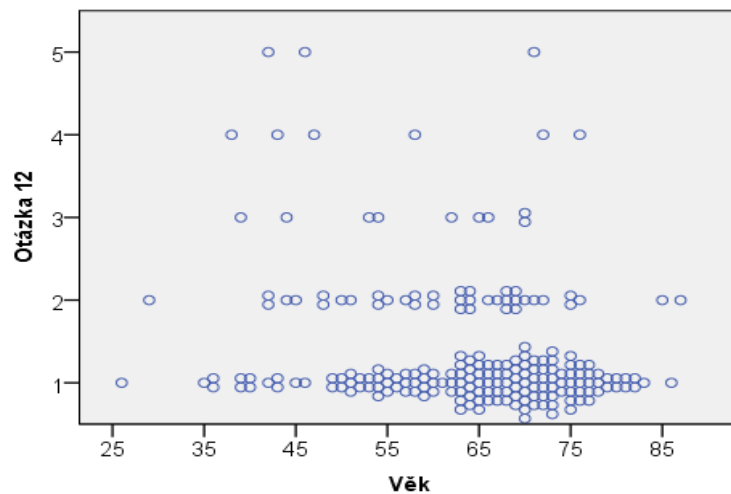


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 prezentuje odpovědi na otázku 11 dotazníku PDI (Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a) v závislosti na věku. Graf znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla maximální hodnota 5 zaznamenána u respondenta ve věku 42 let. Z grafu je zřejmé, že respondenti volili nejčastěji odpověď hodnoty 1.

Graf 8 Pocit, že nejsem, užitečný ani vážený v závislosti na věku

n=210

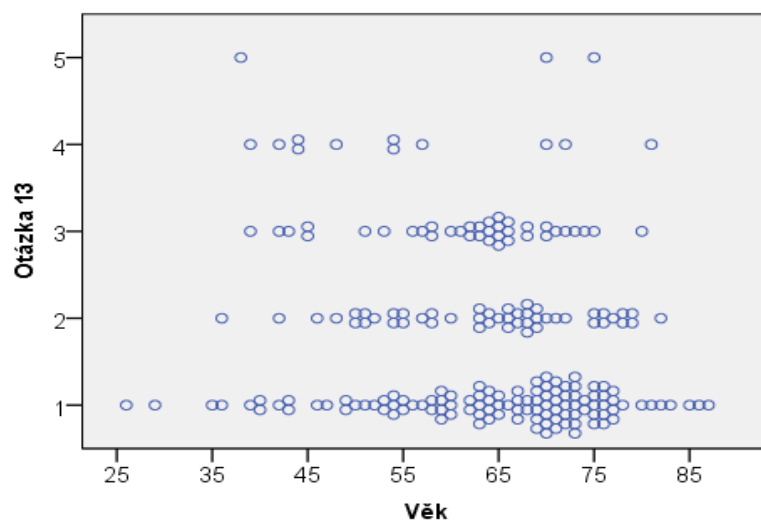


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8 prezentuje odpovědi na otázku 12 dotazníku PDI (Pocit, že nejsem, užitečný ani vážený) v závislosti na věku. Graf znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla maximální hodnota 5 zaznamenána u respondentů ve věku 42, 46 a 71 let. Z grafu je zřejmé, že respondenti volili nejčastěji odpověď hodnoty 1.

Graf 9 Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role v závislosti na věku

n=210

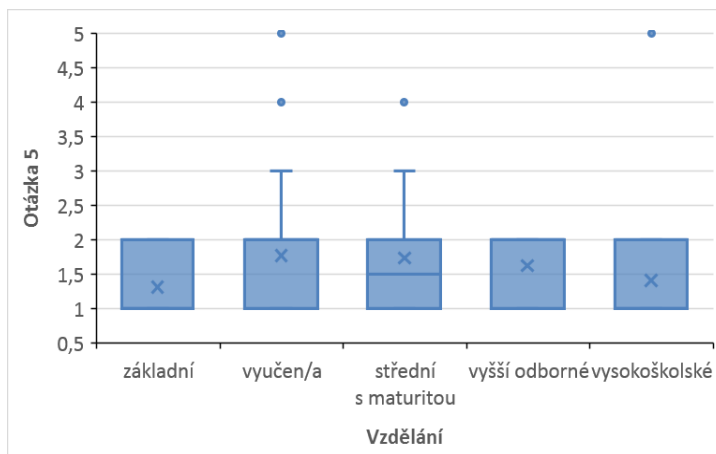


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9 prezentuje odpovědi na otázku 13 dotazníku PDI (Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role) v závislosti na věku. Graf znázorňuje hodnoty odpovědi od 1 do 5, kde byla maximální hodnota 5 zaznamenána u respondentů ve věku 38, 70 a 75 let. Z grafu je zřejmé, že respondenti volili nejčastěji odpověď hodnoty 1.

Graf 10 Pocit deprese v závislosti na vzdělání

n=210

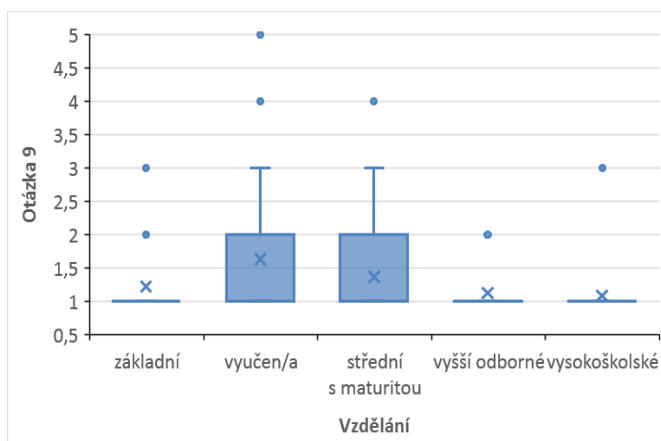


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10 prezentuje odpovědi na otázku 5 (Pocit deprese) dotazníku PDI v závislosti na vzdělání. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědi od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů se základním vzděláním 1,31; u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen 1,77; u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 1,74; u respondentů s vyšším odborným vzděláním 1,63 a u respondentů s vysokoškolským vzděláním 1,41. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů se středním odborným vzděláním a vysokoškolským vzděláním.

Graf 11 Neschopnost jasně myslet v závislosti na vzdělání

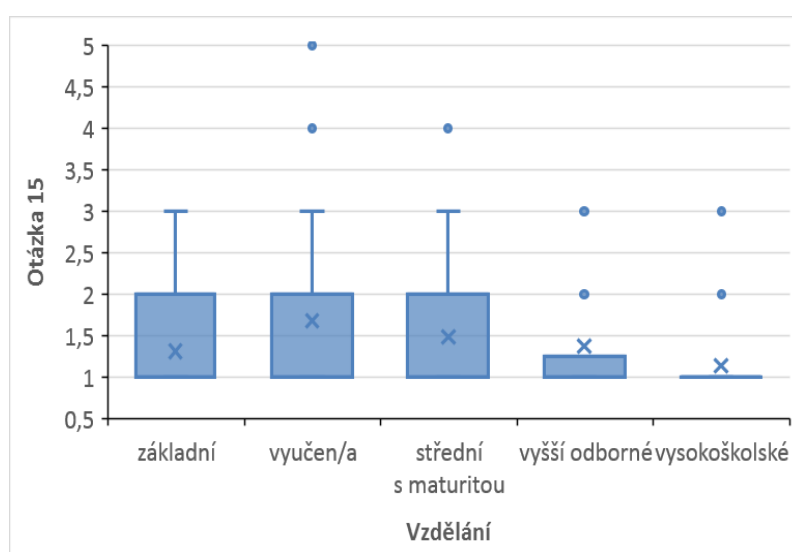
n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 11 prezentuje odpovědi na otázku 9 (Neschopnost jasně myslet) dotazníku PDI v závislosti na vzdělání. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů se základním vzděláním 1,22; u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen 1,63; u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 1,37; u respondentů s vyšším odborným vzděláním 1,13 a u respondentů s vysokoškolským vzděláním 1,08. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen.

Graf 12 Pocit, že životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým závislosti na vzdělání n=210

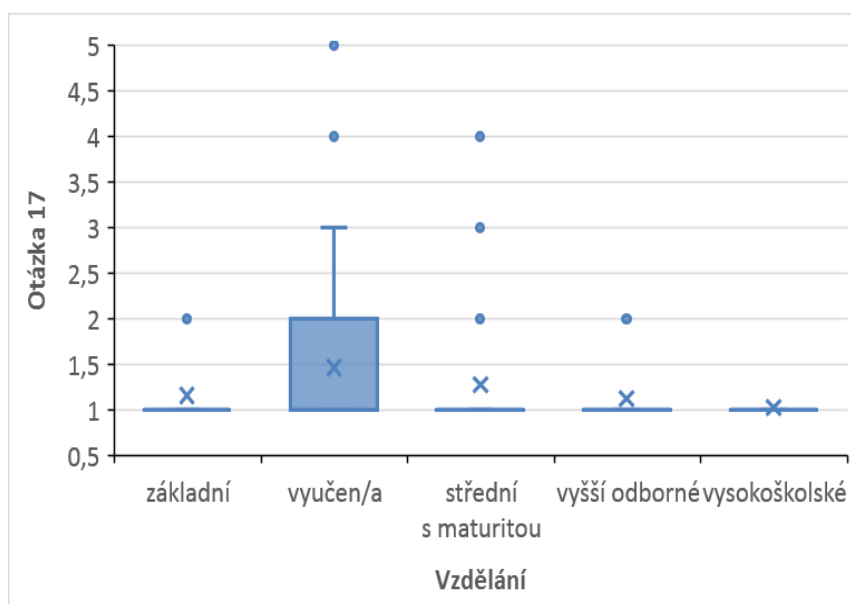


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12 znázorňuje odpovědi na otázku 15 (Pocit, že životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým) dotazníku PDI v závislosti na vzdělání. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů se základním vzděláním 1,31; u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen 1,68; u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 1,49; u respondentů s vyšším odborným vzděláním 1,38 a u respondentů s vysokoškolským vzděláním 1,14. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen.

Graf 13 Obavy, že můj duchovní život nemá smysl v závislosti na vzdělání

n=210

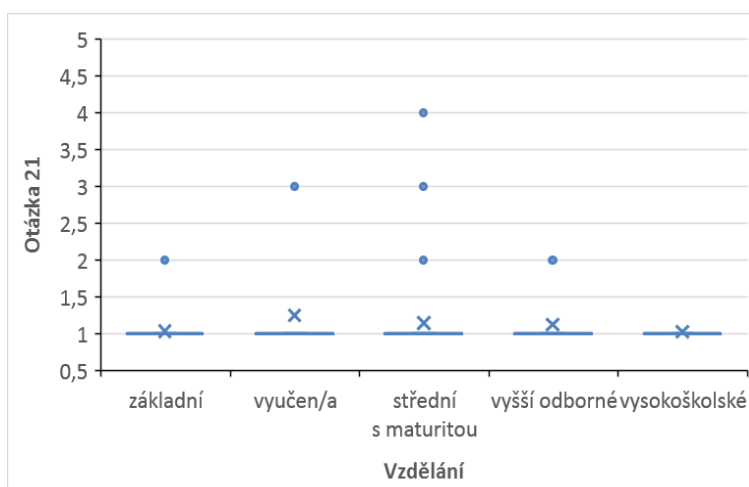


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 13 prezentuje odpovědi na otázku 17 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl) dotazníku PDI v závislosti na vzdělání. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů se základním vzděláním 1,16; u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen 1,46; u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 1,28; u respondentů s vyšším odborným vzděláním 1,13 a u respondentů s vysokoškolským vzděláním 1,03. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen.

Graf 14 Necítím podporu od přátel nebo rodiny v závislosti na vzdělání

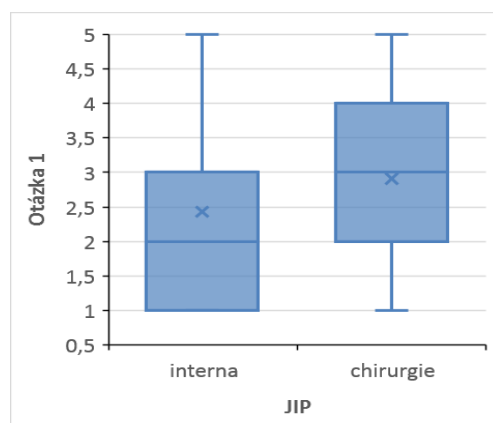
n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14 znázorňuje odpovědi na otázku 21 (Necítím podporu od přátel nebo rodiny) dotazníku PDI v závislosti na vzdělání. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů se základním vzděláním 1,03; u respondentů se středním odborným vzděláním – vyučen 1,25; u respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou 1,15; u respondentů s vyšším odborným vzděláním 1,13 a u respondentů s vysokoškolským vzděláním 1,03. Maximální hodnota 4 se vyskytla u respondentů se středním odborným vzděláním s maturitou.

Graf 15 Neschopnost vykonávat úkony každodenního života v závislosti na druhu JIP n=210

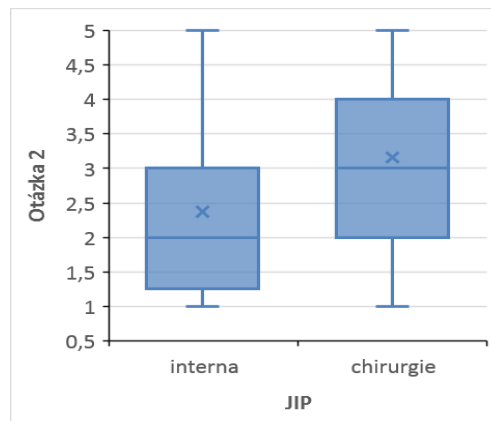


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 15 prezentuje odpovědi na otázku 1 (Neschopnost vykonávat úkony každodenního života) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,43 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 2,91.

Graf 16 Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce v závislosti na druhu JIP

n=210

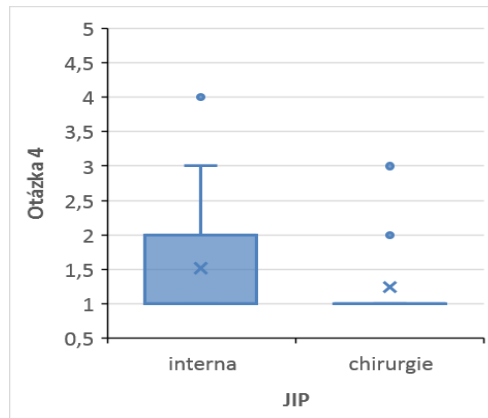


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 16 prezentuje odpovědi na otázku 2 (Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,37 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 3,16.

Graf 17 Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní v závislosti na druhu JIP

n=210

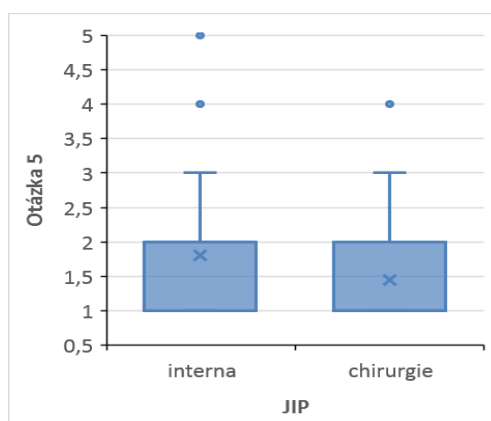


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 17 prezentuje odpovědi na otázku 4 (Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,52 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,24. Maximální hodnota 4 se objevila u respondentů na JIP interního druhu.

Graf 18 Pocit deprese v závislosti na druhu JIP

n=210

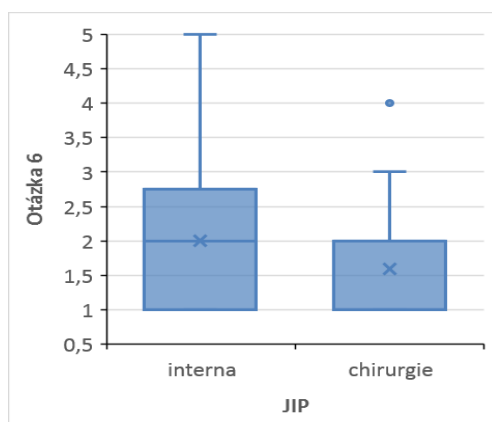


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18 prezentuje odpovědi na otázku 5 (Pocit deprese) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,80 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,44. Maximální hodnota 5 se objevila u respondentů na JIP interního druhu.

Graf 19 Pocit úzkosti v závislosti na druhu JIP

n=210

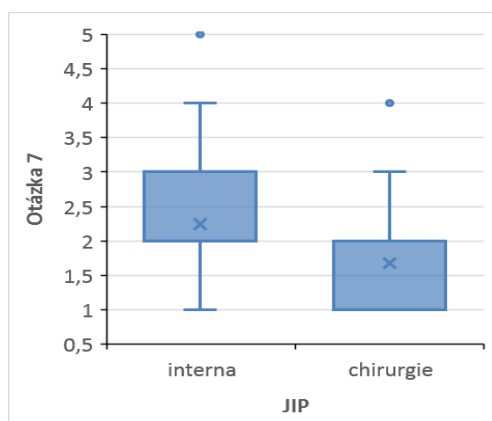


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19 znázorňuje odpovědi na otázku 6 (Pocit úzkosti) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,00 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,59. Maximální hodnota 5 se objevila u respondentů na JIP interního druhu.

Graf 20 Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby v závislosti na druhu JIP

n=210

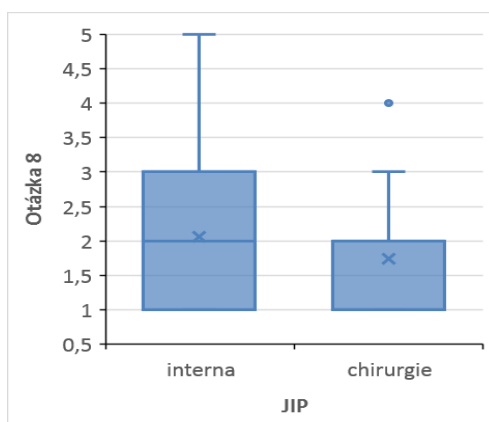


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 20 znázorňuje odpovědi na otázku 7 (Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,25 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,68. Maximální hodnota 5 se objevila u respondentů na JIP interního druhu.

Graf 21 Obavy o mou budoucnost v závislosti na druhu JIP

n=210

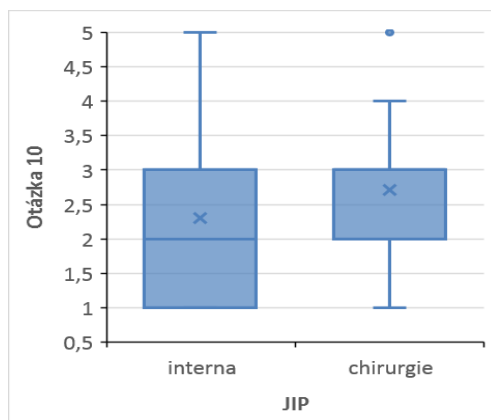


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21 prezentuje odpovědi na otázku 8 (Obavy o mou budoucnost) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,06 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,74. Maximální hodnota 5 se objevila u respondentů na JIP interního druhu.

Graf 22 Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách v závislosti na druhu JIP

n=210

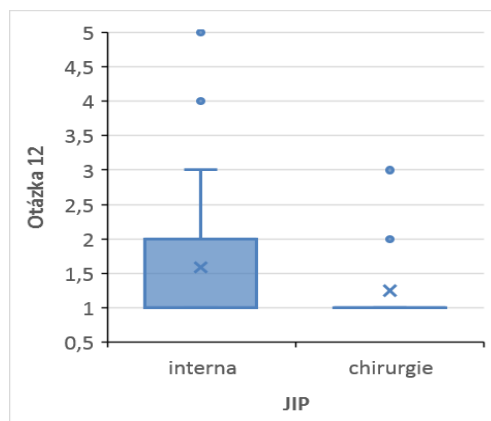


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22 prezentuje odpovědi na otázku 10 (Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,30 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 2,68.

Graf 23 Pocit, že nejsem užitečný ani vážený v závislosti na druhu JIP

n=210

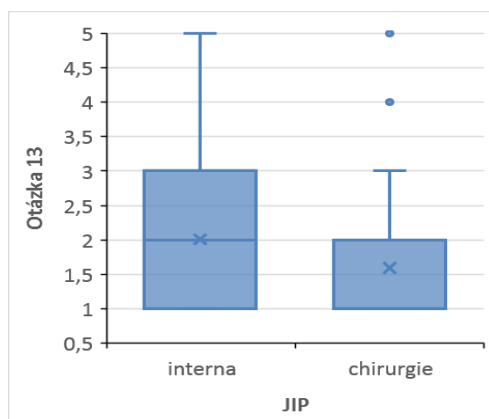


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23 prezentuje odpovědi na otázku 12 (Pocit, že nejsem užitečný ani vážený) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,59 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,25. Maximální hodnota 5 se objevila u respondentů z JIP interního druhu.

Graf 24 Pocit, že nejsem schopen/ schopna zastávat důležité role v závislosti na druhu JIP

n=210

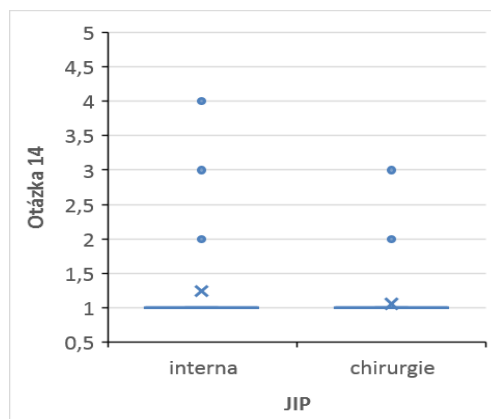


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24 prezentuje odpovědi na otázku 13 (Pocit, že nejsem schopen/ schopna zastávat důležité role) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 2,01 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,59.

Graf 25 Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl v závislosti na druhu JIP

n=210

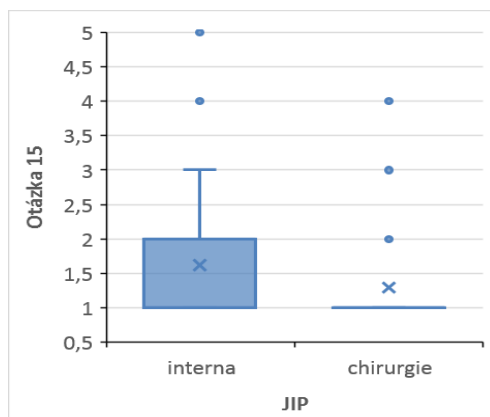


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 25 znázorňuje odpovědi na otázku 14 (Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,24 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,06. Maximální hodnota 4 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

Graf 26 Pocit, že životu již nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým v závislosti na druhu JIP

n=210

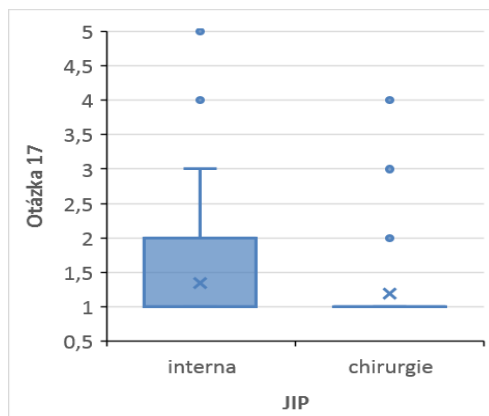


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26 prezentuje odpovědi na otázku 15 (Pocit, že životu již nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,62 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,30. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

Graf 27 Obavy, že můj duchovní život nemá smysl v závislosti na druhu JIP

n=210

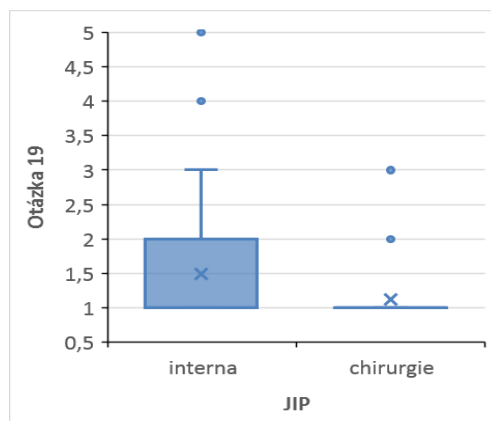


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27 znázorňuje odpovědi na otázku 17 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,34 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,19. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

Graf 28 Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem v závislosti na druhu JIP

n=210

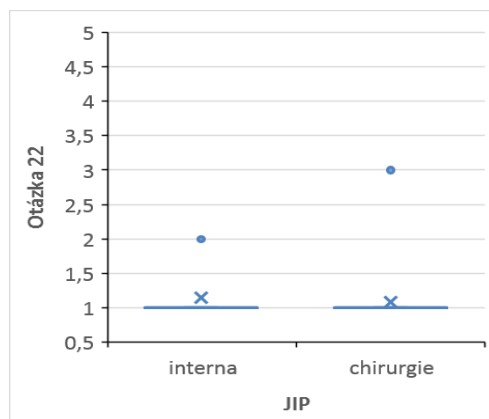


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28 prezentuje odpovědi na otázku 19 (Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,49 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,12. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

Graf 29 Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu v závislosti na druhu JIP

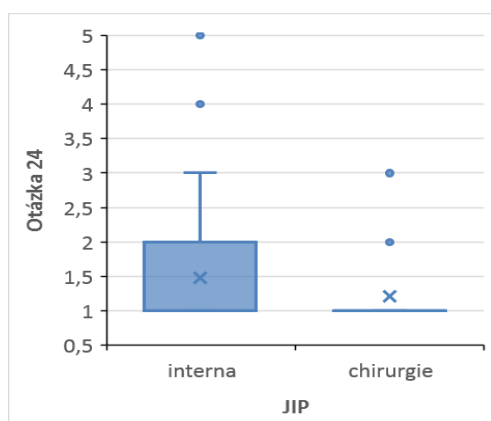
n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 29 prezentuje odpovědi na otázku 22 (Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,15 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,08. Maximální hodnota 3 se vyskytla u respondentů z JIP chirurgického druhu.

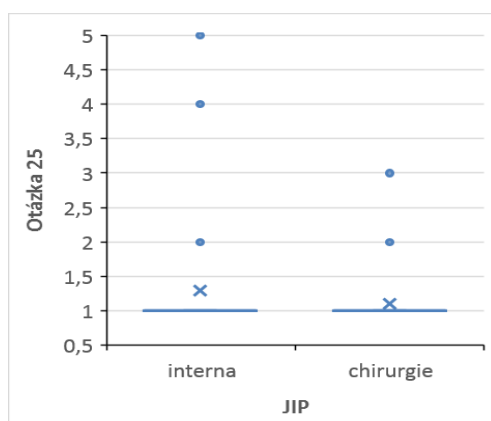
Graf 30 Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou v závislosti na druhu JIP n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 30 prezentuje odpovědi na otázku 24 (Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,48 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,22. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

Graf 31 Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých v závislosti na druhu JIP n=210



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 31 prezentuje odpovědi na otázku 25 (Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých) dotazníku PDI v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje hodnoty odpovědí od 1 do 5, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u respondentů hospitalizovaných na JIP interního druhu 1,29 a u respondentů na JIP chirurgického druhu 1,10. Maximální hodnota 5 se vyskytla u respondentů z JIP interního typu.

4.2 Výzkumný soubor B – sestry

Tabulka 3 Věk a délka praxe sester v intenzivní péči

Praxe/ Věk	18-25 let		26-35 let		36-45 let		46 a více let		Celkem	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
Méně než rok	20	9,7 %	6	2,9 %	0	0,0 %	0	0,0 %	26	12,6 %
1-5 let	22	10,7 %	23	11,2 %	5	2,4 %	1	0,5 %	51	24,8 %
6-10 let	0	0,0 %	17	8,3 %	14	6,8 %	0	0,0 %	31	15,0 %
11-15 let	2	1,0 %	10	4,9 %	20	9,7 %	6	2,9 %	38	18,4 %
16-20 let	0	0,0 %	2	1,0 %	10	4,9 %	5	2,4 %	17	8,3 %
21 a více let	0	0,0 %	0	0,0 %	19	9,2 %	24	11,7 %	43	20,9 %
Celkem	44	21,4 %	58	28,2 %	68	33,0 %	36	17,5 %	206	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 3 prezentuje věk respondentů a zároveň délku jejich praxe v intenzivní péči. Co se týká věku, 18-25 let bylo 44 (21,4 %) respondentům, 58 respondentů (28,2 %) bylo ve věku 26-35 let, 68 respondentů (33,0 %) se zařadilo do kategorie 36–45 let a ve věku 46 a více let bylo 36 respondentů (17,5 %).

V tabulce je dále uvedeno rozdělení dle délky praxe respondentů v intenzivní péči. Praxi v intenzivní péči méně než rok mělo 26 respondentů (12,6 %), praxi 1-5 let uvedlo 51 respondentů (24,8 %), 6-10 let praxe uvedlo 31 respondentů (15,0 %), 11-15 let praxe mělo 38 respondentů (18,8 %), 16-20 let praxe mělo 17 respondentů (8,3 %) a více než 21 let praxe v intenzivní péči uvedlo 43 respondentů (20,9 %).

Tabulka 4 Vzdělání sester a typ JIP, na které sestry pracují

Typ JIP/ Vzdělání	Střední zdravot nické	Vyšší odborné	Vysokoš kolské	Speciali -zace (ARIP)	SZŠ+ ARIP	VŠ+ ARIP	Celkem
Chirurgické	24	18	36	10	4	23	115
Interní	14	16	37	10	7	7	91
Celkem	38	34	73	20	11	30	206

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 4 popisuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentů a jejich rozdělení dle typu JIP na chirurgické a interní zaměření. Na JIP chirurgického zaměření pracovalo 115 respondentů a na JIP interního zaměření se jednalo o 91 respondentů z celkového počtu 206 sester.

Vzdělání respondentů bylo rozděleno do šesti kategorií, kde střední zdravotnické vzdělání uvedlo 38 respondentů, vyšší odborné vzdělání mělo 34 respondentů a vysokoškolského vzdělání bylo 73 respondentů. Dále 20 respondentů uvedlo, že má specializaci (ARIP), ovšem tento počet respondentů neuvedl, jaké vzdělání mají. Specializaci (ARIP) v kombinaci se střední zdravotnickou školou mělo 11 respondentů a specializaci s vysokoškolským vzděláním (nebo vyšší odborným) uvedlo 30 respondentů.

Tabulka 5 Vnímání hodnoty života pacienta na JIP sestrou

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- Hodnota života pacienta je nejvyšší; Není nic cennějšího, než lidský život; Hodnota lidského života je nevyčísitelná; Hodnota života pacienta nesmí být ohrožena; Hodnota lidského života se na JIP nemění.	50	24,3 %
2- Hodnota lidského života je důležitá.	11	5,3 %
3- Hodnota života pacienta je stejná jako u zdravých lidí- nemění se hospitalizací a pobytem na JIP.	6	2,9 %
4- Důraz na individualitu.	8	3,9 %
5- Hodnota života se mění v závislosti na věku, onemocnění, zdravotním stavu, délce pobytu na JIP.	20	9,7 %
6- Na JIP je hodnota lidského života snížena či ohrožena; Nízká úroveň; Tragédie	22	10,7 %
7- Prioritou na JIP je záchrana života.	5	2,4 %
8- Hodnota lidského života znamená hodnoty, jaké má pacient, každý má jiné (na JIP především: život, zdraví, rodina).	14	6,8 %
9- Pro mě je hodnota života pacienta důležitá, ale pacienti se chovají tak, že si sami svého života neváží.	1	0,5 %
10- Důstojné chování a přístup, úcta.	10	4,9 %
11- Hodnotu života pacienta vnímám tak, jako bych byla na místě pacienta já, nebo můj příbuzný.	4	1,9 %
12- Hodnota lidského života znamená kvalitu života.	3	1,5 %
13- Přístup sestry, intervence zaměřené na postupy a výkony sestry.	15	7,3 %
14- Strach, bolest, diskomfort, ztráta soukromí	12	5,8 %
15- Nevím; Nijak hodnotu života pacienta nevnímám; Nezamýšlím se nad tím; Nevyplněno	25	12,1 %
Celkem	206	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

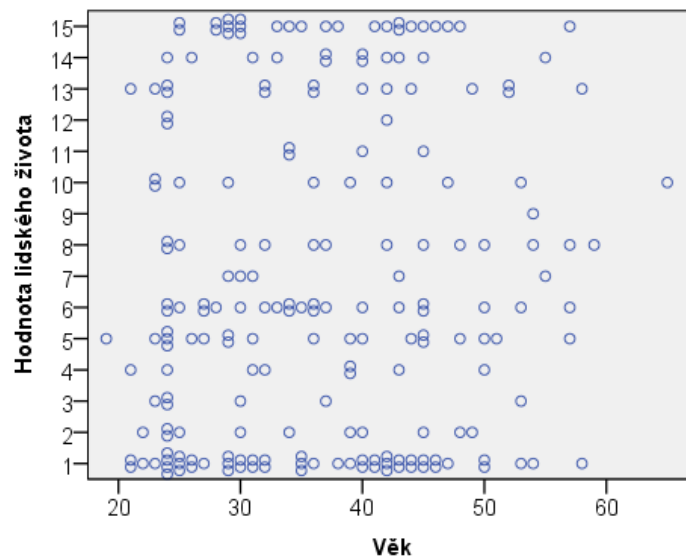
Tabulka 5 prezentuje výsledky odpovědí na otázku „Vlastními slovy popište, jak vnímáte hodnotu života pacienta, který je hospitalizován na Vaší JIP“. Jednalo se o otevřenou otázku a po sběru odpovědí bylo vytvořeno 15 kategorií podle toho, jak sestry pracující na JIP vnímají hodnotu života pacienta na JIP. Některé odpovědi se poměrně lišily, jiné měly podobný význam, a proto byly takové odpovědi shrnuty do jedné kategorie, která prezentovala vždy podobné výpovědi.

Názor, že hodnota života pacienta na JIP je nejvyšší, nevyčísitelná, že se tato hodnota pobytem pacienta na JIP nemění nebo že hodnota života takového pacienta nesmí být ohrožena má z celkového počtu 206 respondentů (100 %) 50 respondentů

(24,3 %). Někteří respondenti se příliš nerozepsali a jejich odpovědi na otázku bylo pouze tvrzení, že je hodnota života pacienta pro ně důležitá. Takto odpovědělo 11 respondentů (5,3 %). Dále 6 respondentů (2,9 %) uvedlo, že hodnota života pacienta je stejná jako hodnota života zdravého člověka a hospitalizací a pobytem na JIP se nemění. Několik respondentů, a to 8 (3,9 %) zmínilo v této souvislosti individualitu, nebo psali, že hodnotu života pacienta vnímají individuálně. Pro 20 respondentů (9,7 %) bylo důležité zmínit, že hodnota života pacienta na JIP se mění v závislosti na tom, jaké má onemocnění, v jakém je zdravotním stavu, jakého je věku a jak dlouho na JIP pobývá. Dále 22 respondentů (10,7 %) se domnívá, že hodnota života pacienta na JIP je snížena nebo ohrožena, je na nízké úrovni, nebo ji označili pojmem „tragédie“. Pro dalších 5 respondentů (2,4 %) je prioritou na JIP záchrana života a vnímání hodnoty života pacienta dále nepopsaly. Dále 14 respondentů (6,8 %) zmínilo v souvislosti s touto otázkou samotné hodnoty, které pacient na JIP nejspíše má. Podle odpovědi respondentů jsou pro pacienta na JIP důležité především hodnoty jako život, zdraví a rodina. Jeden respondent uvedl, že je pro něho hodnota života pacienta důležitá, ale sami pacienti si svého života často neváží. Celkem 10 respondentů (4,9 %) spojilo hodnotu života pacienta s důstojným chováním či přístupem nebo s úctou. Dále 4 respondenti (1,9 %) uvedli, že hodnotu života vnímají tak, jako by na místě pacienta byli oni sami, nebo jejich příbuzný a pro 3 respondenty (1,5 %) znamená hodnota života kvalitu života pacienta. U této otázky zmiňovala část respondentů 15 (7,3 %), práci sestry a různé intervence, které má sestra zajistit, jak má postupovat a jak se má chovat. Další část sester, a to 12 (5,8 %) si hodnotu života pacienta na JIP spojují s jeho strachem, bolestí, diskomfortem nebo ztrátou soukromí. Poslední z kategorií zahrnovala odpovědi jako „nevím“, „nijak hodnotu života pacienta nevnímám“, „nezamýšlím se nad tím“, nebo nevyplnění této otázky. Tato kategorie zahrnovala 25 odpovědí (12,1 %).

Graf 32 Vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na věku

n=206

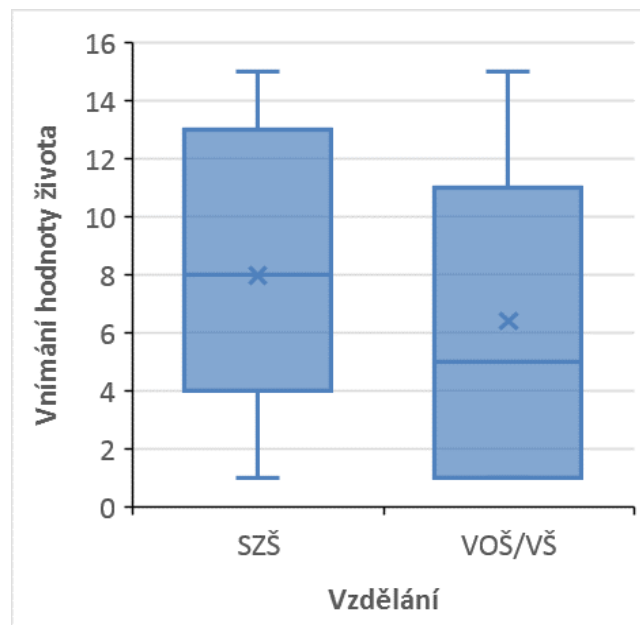


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 32 prezentuje vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na věku. Graf znázorňuje odpovědi sester zařazené do kategorií 1–15 z hlediska věku. Největší počet respondentů odpovídal v kategorii 1 a také v kategorii 15.

Graf 33 Vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na vzdělání

n=206

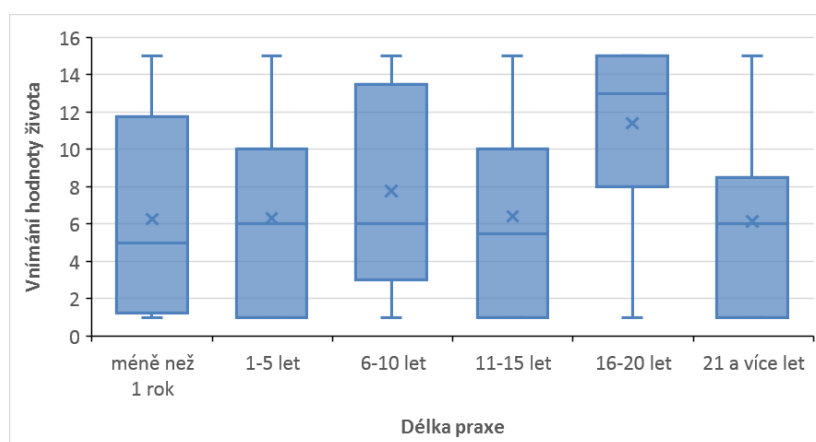


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 33 prezentuje výsledky týkající se vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na vzdělání sestry. Pro následné vyhodnocení byly skupiny vzdělání

rozděleny na dvě skupiny. Skupinu nazvanou SZŠ tvořily sestry se středním zdravotnickým vzděláním, se středním zdravotnickým vzděláním + ARIP a ty sestry, které označily pouze možnost ARIP. Do skupiny VOŠ/VŠ se řadí sestry s vyšším odborným vzděláním, vysokoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním + ARIP. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 15, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester ve skupině SZŠ 7,99 a u sester ve skupině VOŠ/VŠ 6,40.

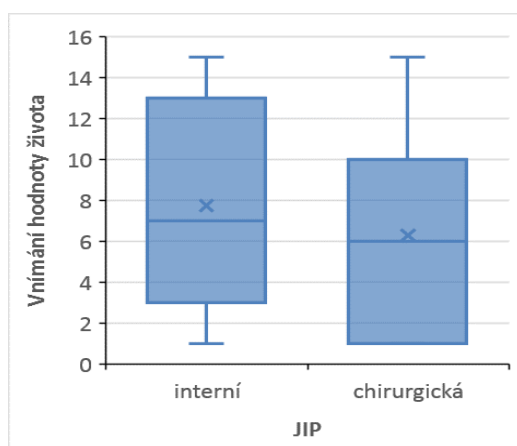
Graf 34 Vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti délce praxe n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 34 prezentuje výsledky týkající se vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na délce praxe sestry. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 15, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester s délkou praxe méně než 1 rok 6,2; s délkou praxe 1-5 let 6,31; s délkou praxe 6-10 let 7,77; s délkou praxe 11-15 let 6,42; s délkou praxe 16-20 let 11,41 a s délkou praxe 21 a více let 6,14.

Graf 35 Vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na typu JIP n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 35 prezentuje výsledky týkající se vnímání hodnoty lidského života sestrou v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 15, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester pracujících na JIP interního typu 7,75 a na JIP chirurgického typu 6,29.

Tabulka 6 Vnímání hodnoty života pacienta (označení na číselné škále)

Typ JIP/ Hodnota	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Neozn ačeno	Celke m	Prům ěr
Chirurgické	0	0	3	4	15	4	5	20	11	50	3	115	8,20
Interní	0	1	1	3	10	7	13	10	12	33	1	91	7,98
Celkem	0	1	4	7	25	11	18	30	23	83	4	206	8,10

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 6 prezentuje, jak sestry vnímají hodnotu života pacienta na JIP na číselné škále od 1 (nejnižší hodnota) do 10 (nejvyšší hodnota). V tabulce je uvedeno také rozdělení na JIP chirurgického a interního zaměření pro zjištění, zda tyto hodnoty jsou rozdílné. Na JIP chirurgického typu označilo číslici 10 celkem 50 ze 115 respondentů, na JIP interního druhu to bylo 33 respondentů z 91. Průměrná hodnota všech odpovědí byla 8,10. Sestry na JIP chirurgického typu označovaly častěji vyšší čísla, průměr je zde 8,20, zatímco průměr na JIP interního typu byla poněkud nižší, a to 7,98.

Tabulka 7 Snížení/ ohrožení hodnoty života pacienta

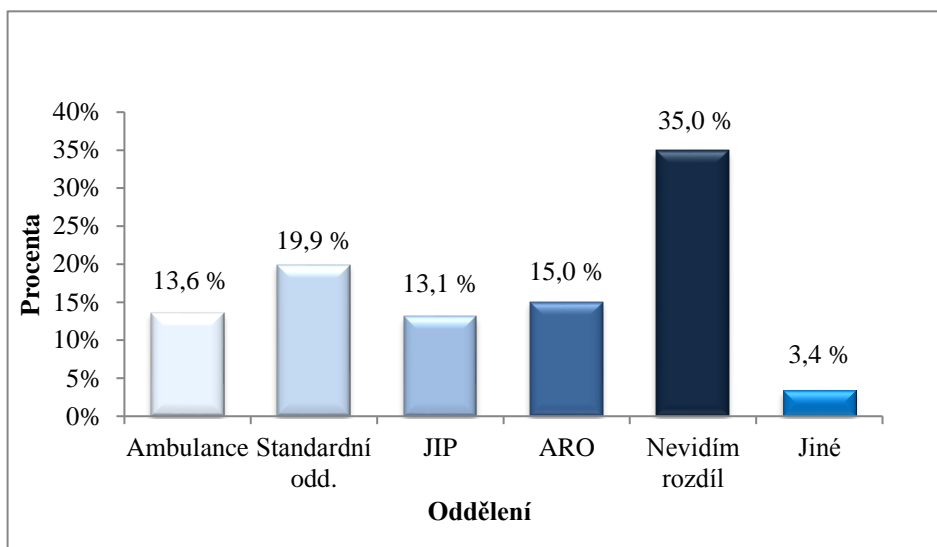
Odpověď na otázku: Čím je hodnota života pacienta při pobytu u Vás na JIP ohrožena, snížena?	Počet označení
A) Není ohrožena, snížena ničím	20
B) Vysokým věkem pacienta	66
C) Onemocněním pacienta	111
D) Prognózou onemocnění pacienta	114
E) Sociální situací pacienta	69
F) Vzhledem pacienta na lůžku	79
G) Náboženským vyznáním, rasou, barvou pleti apod.	9
H) Nevhodným, neprofesionálním chováním zdravotnického personálu	45
I) Jiné	7

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 7 prezentuje, čím je podle sester na jejich pracovišti snížena nebo ohrožena hodnota života pacienta. U této otázky měli respondenti možnost označit libovolné množství odpovědí. Respondenti označili 114x tvrzení „prognózou pacienta“ a 111x tvrzení „onemocněním pacienta“. Snížení hodnoty života pacienta je podle 79 respondentů dáno také vzhledem pacienta na lůžku (přítomnost přístrojů, nemocniční prádlo, operační rány, invazivní vstupy apod.) a 69 respondentů se domnívá, že hodnotu života pacienta na JIP ovlivňuje jeho sociální situace (např. bezdomovectví, nezaměstnanost, závislost na alkoholu a drogách). Dále 66 respondentů označilo odpověď „vysoký věk pacienta“, 45 respondentů označilo odpověď „nevhodné, neprofesionální chování zdravotnického personálu“ a u 20 respondentů není na jejich pracovišti hodnota života pacienta ohrožena, snížena ničím. 9x bylo označeno „náboženským vyznáním, rasou, barvou pleti apod.“ a odpověď „jiné“, byla označena v sedmi případech. V kategorii jiné se vyskytly odpovědi jako „chováním samotného pacienta“, nebo „stavebním uspořádáním JIP“.

Graf 36 Ošetrovací jednotka, na které je nejvíce ohrožována důstojnost pacienta

n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 uvádí, na jaké ošetrovací jednotce je podle názoru respondentů nejvíce ohrožována důstojnost. Zde 72 respondentů (35,0 %) odpovědělo, že nevidí rozdíl, 41 respondentů (19,9 %) si myslí, že je to standardní ošetrovací jednotka, 31 respondentů (15,0 %) zvolilo odpověď ARO a 28 respondentů (13,6 %) označilo ambulance. Dále 28 respondentů (13,1 %) označilo možnost JIP z výběru možných odpovědí. Pro 7 respondentů (3,4 %) byla vyhovující odpověď „jiné“, kde ve většině zaznělo, že záleží vždy na přístupu personálu.

Tabulka 8 Vnímání důstojnosti pacienta na JIP

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
1- Snaha o zachování důstojnosti sestrou a celým ošetřovatelským týmem; Neomezení a nesnižování důstojnosti pacienta.	74	35,9 %
2- Je pro mě velmi důležitá, vnímám jí dobře.	33	16,0 %
3- Dochází ke snížení důstojnosti - stavebním uspořádáním, vlivem okolností, které nelze ovlivnit.	22	10,7 %
4- Je zachována, ale v závislosti na zdravotním stavu pacienta, v závislosti na situaci.	12	5,8 %
5- Pobyt na JIP je nedůstojný; Důstojnost je ohrožena nebo snížena	16	7,8%
6- Důraz na individualitu pacienta.	7	3,4 %
7- Není tím nejdůležitějším; Priorita na JIP= záchrana života.	2	1,0 %
8- Důstojnost pacienta vnímám tak, jako bych byla na místě pacienta já sama nebo můj příbuzný.	7	3,4 %
9- Nevím; Nepřemýšlím nad tím; Nevyplněno.	33	16,0 %
Celkem	206	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

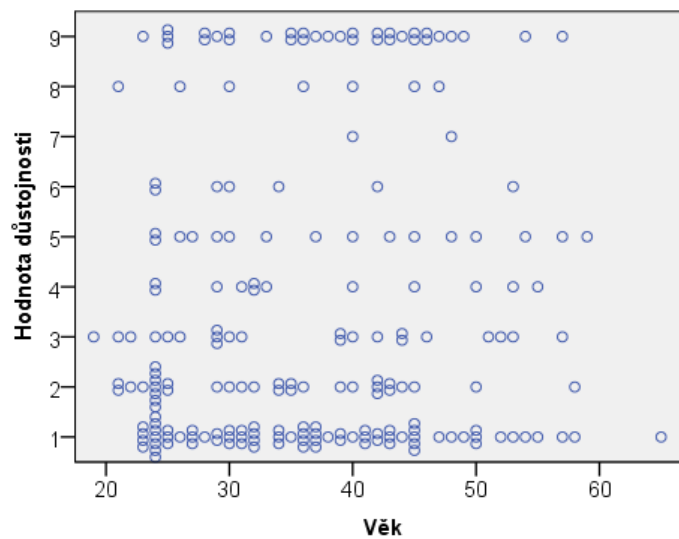
Tabulka 8 prezentuje odpovědi na otázku: „Jak vnímáte důstojnost pacienta, který je hospitalizován na Vaší JIP?“ Jednalo se o otevřenou otázku, z odpovědí poté byly vytvořeny kategorie, z nichž některé byly sloučeny pro podobnost odpovědí. Vzniklo tak celkem 9 kategorií.

Zde 74 respondentů (35,9 %), zmínilo snahu o zachování pacientovy důstojnosti na JIP, důležitost neomezení a nesnižování důstojnosti pacienta. Počet 33 respondentů (16,0 %) byl shledán ve dvou kategoriích, a to kategorie zdůrazňující důležitost pacientovy důstojnosti pro sestru nebo tvrzení, že důstojnost pacienta vnímá sestra „dobře“. Druhou skupinu tvoří ti respondenti, kteří na otázku odpověděli „nevím“, „nepřemýšlím nad tím“, nebo otázku vůbec nevyplnili. Část respondentů, 22 (10,7 %) se domnívá, že na JIP, kde pracují, dochází ke snížení důstojnosti pacientů, a to vlivem okolností, které nelze ovlivnit nebo stavebním uspořádáním jednotky. Dále 16 respondentů (7,8 %) odpovědělo, že pobyt pacienta na JIP je nedůstojný nebo je jeho důstojnost snížena či ohrožena. Podle 12 respondentů (5,8 %) je důstojnost zachována podle toho, jaký je zdravotní stav pacienta nebo jaká je aktuální situace na jednotce.

Počet 7 respondentů (3,4 %) se vyskytl ve dvou kategoriích, a to kladení důrazu na individualitu pacienta a také názor „důstojnost pacienta vnímám tak, jako bych na místě pacienta byla já sama nebo můj příbuzný“. Další 2 respondenti (1,0 %) uvedli, že důstojnost pacienta na JIP není tím nejdůležitějším, prioritou je záchrana života.

Graf 37 Vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na věku

n=206

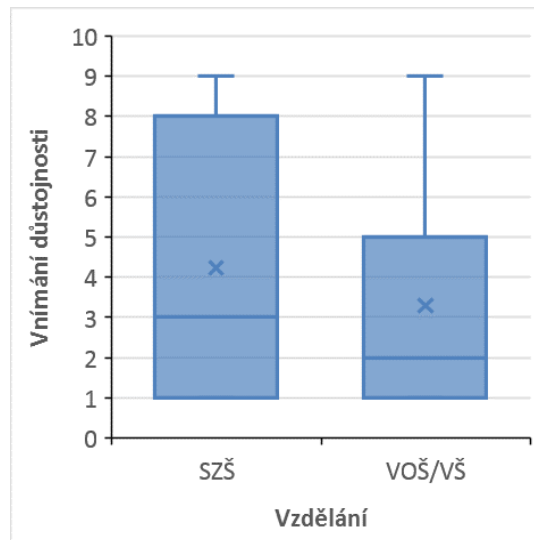


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 37 prezentuje vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na věku. Graf znázorňuje odpovědi sester zařazené do kategorií 1–9 z hlediska věku. Nejvíce odpovědí se zařadilo do kategorie 1.

Graf 38 Vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na vzdělání

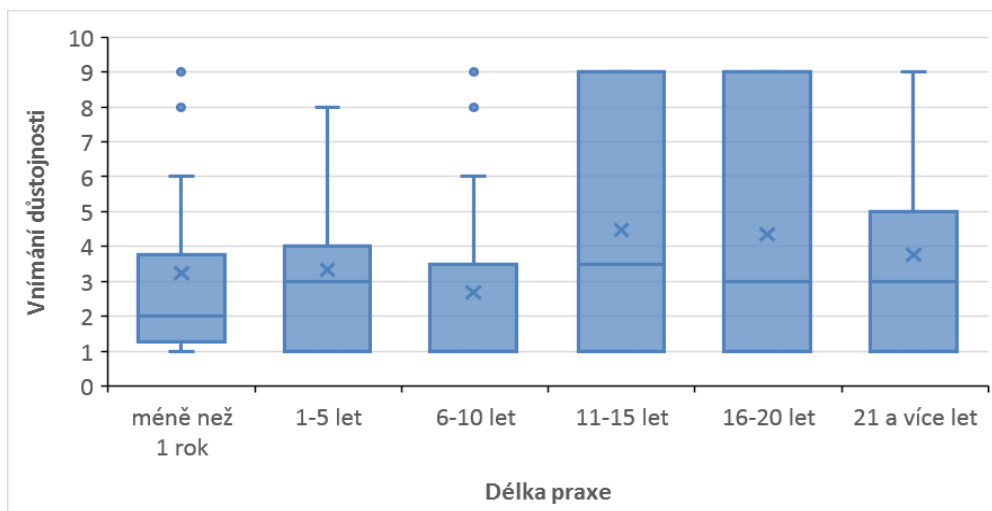
n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 38 prezentuje výsledky týkající se vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na vzdělání sestry. Pro následné vyhodnocení byly skupiny vzdělání rozděleny na dvě skupiny. Skupinu nazvanou SZŠ tvořily sestry se středním zdravotnickým vzděláním, se středním zdravotnickým vzděláním + ARIP a ty sestry, které označily pouze možnost ARIP. Do skupiny VOŠ/VŠ se řadí sestry s vyšším odborným vzděláním, vysokoškolským vzděláním a vysokoškolským vzděláním + ARIP. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 9, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester ve skupině SZŠ 4,23 a u sester ve skupině VOŠ/VŠ 3,29.

Graf 39 Vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na délce praxe n=206

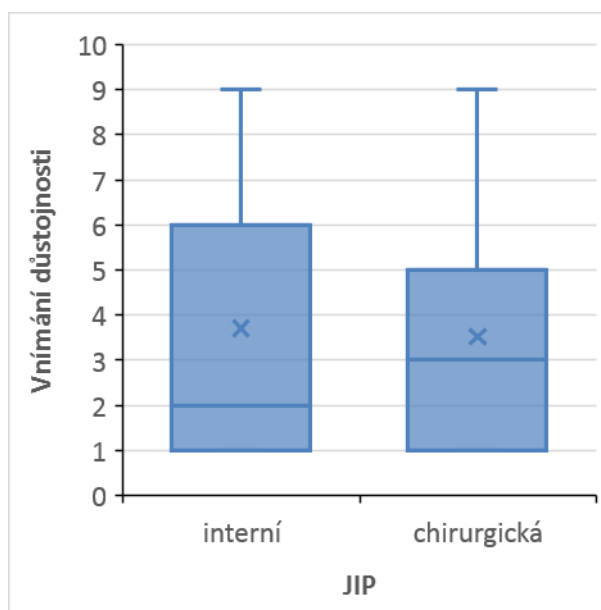


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 39 prezentuje výsledky týkající se vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na délce praxe sestry. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 9, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester s délkou praxe méně než 1 rok 3,23; s délkou praxe 1-5 let 3,33; s délkou praxe 6-10 let 2,68; s délkou praxe 11-15 let 4,47; s délkou praxe 16-20 let 4,35 a s délkou praxe 21 a více let 3,77.

Graf 40 Vnímání důstojnosti pacienta v závislosti na typu JIP

n=206

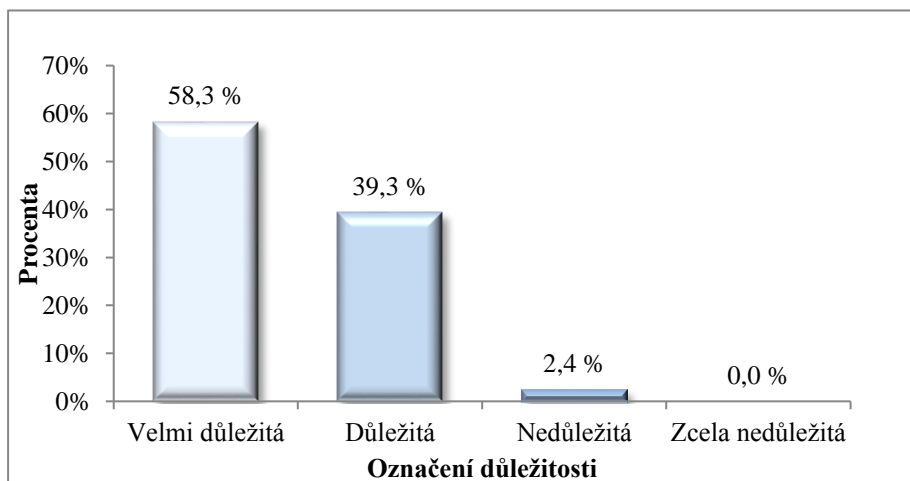


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 40 prezentuje výsledky týkající se vnímání důstojnosti pacienta sestrou v závislosti na druhu JIP. Boxplot znázorňuje odpovědi od 1 do 9, kde byla zaznamenána průměrná hodnota u sester pracujících na JIP interního typu 3,71 a na JIP chirurgického typu 3,52.

Graf 41 Důležitost důstojnosti pacienta pro sestru

n=206

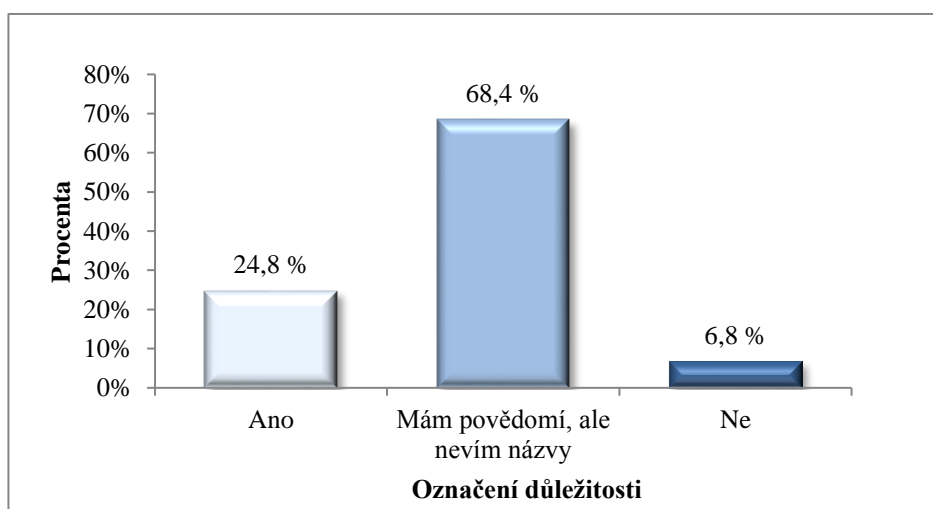


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 41 prezentuje výsledky zjištění, za jak důležitou považují sestry důstojnost pacienta hospitalizovaného na JIP. Pro 120 respondentů (58,3 %) je důstojnost pacienta velmi důležitá, pro 81 respondentů (39,3 %) je důležitá a 5 respondentů (2,4 %) uvedlo, že je důstojnost pacienta na JIP pro ně nedůležitá. Nikdo z respondentů ne zvolil možnost „zcela nedůležitá“.

Graf 42 Povědomí o existenci zákonů a kodexů chránící lidskou důstojnost

n=206

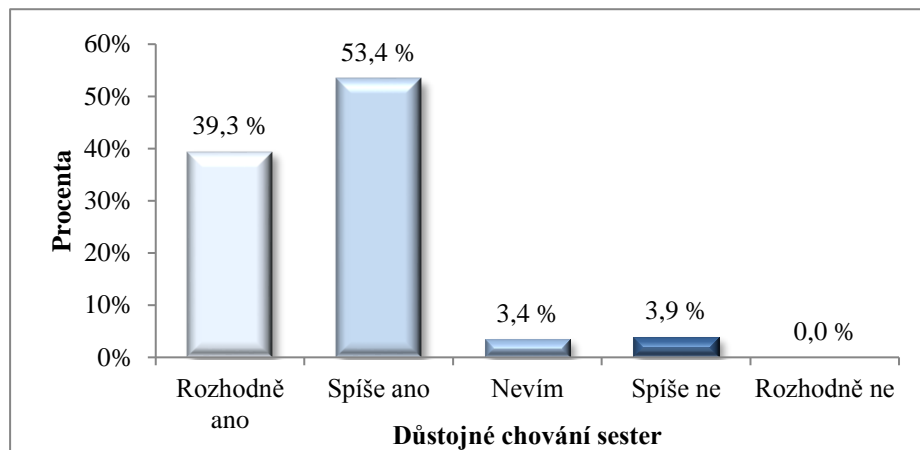


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 42 uvádí, zda mají sestry pracující na JIP povědomí o existenci zákonů a kodexů chránících lidskou důstojnost. Zde 51 respondentů (24,8 %) odpovědělo, že má povědomí o jejich existenci a také respondenti uvedli jejich názvy. Dále 141 (68,4 %) odpovědělo možností „mám povědomí, ale nevím konkrétní názvy“ a 14 respondentů (6,8 %) přiznalo, že toto povědomí nemá.

Graf 43 Důstojné chování sester

n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 43 popisuje názor sester na důstojné chování sester vůči pacientům na JIP. Zde 110 respondentů (53,4 %) odpovědělo možností „spíše ano“, dále odpověď „rozhodně ano“, zvolilo 81 respondentů (39,3 %). Odpověď „nevím“ zvolilo 7 sester (3,4 %), „spíše ne“ označilo 8 sester (3,9 %) a možnost „rozhodně ne“ neoznačil žádný respondent.

Tabulka 9 Situace narušující důstojnost

Odpověď na otázku: Označte situace, ve kterých je narušována důstojnost pacienta na Vašem pracovišti:	Počet označení
A) Na našem pracovišti není narušována důstojnost pacienta	54
B) Převoz pacienta z operačního sálu, z vyšetření apod.	26
C) Překlad pacienta na jinou oš. jednotku/ oddělení	14
D) Vyprazdňování	115
E) Hygiena	98
F) Přijímání stravy	11
G) Vizita	29
H) Návštěva příbuzných, blízkých pacienta	15
I) Komunikace	30
J) Ošetrovatelské výkony a péče	49
K) Lékařské výkony	27
L) Jiné	7

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 9 prezentuje situace, které respondenti uvedli a týkají se narušování důstojnosti pacienta na JIP. Možnost „vyprazdňování“ byla označena 115 respondenty a výkon „hygiena“ označilo 98 respondentů. Další skupina respondentů uvedla, že na jejich pracovišti „není narušována lidská důstojnost“, těchto dotazovaných bylo 54. Dále 49 respondentů uvedlo, že je důstojnost pacienta narušována během ošetrovatelských výkonů a péče celkově, anebo také při komunikaci (30 respondentů). „Vizitu“ označilo 29 respondentů, „lékařské výkony“ 27 respondentů a „převoz pacienta z operačního sálu či z vyšetření“ 26 respondentů. Kategorie „jiné situace“ byla zvolena 7x, „přijímání stravy“ 11x, „překlad pacienta na jinou ošetrovací jednotku nebo oddělení“ 14x a „návštěva příbuzných nebo blízkých pacienta“ 15x.

Tabulka 10 Důvody narušování důstojnosti

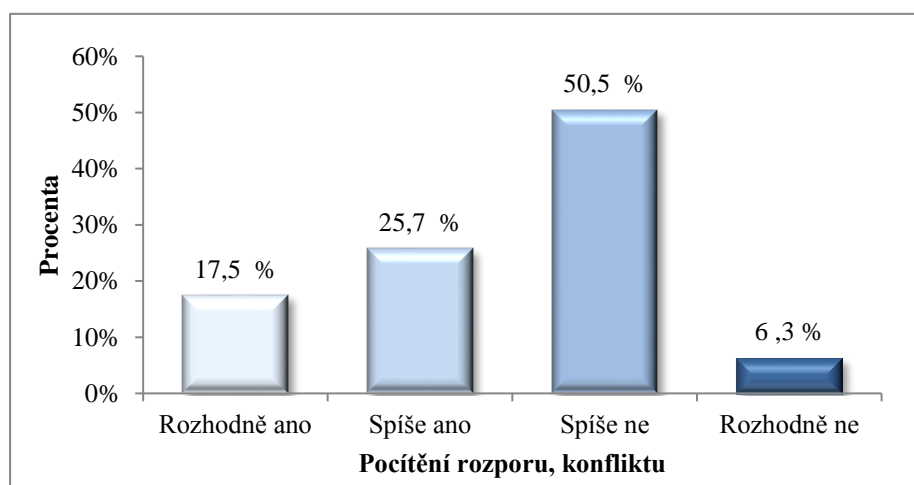
Odpověď na otázku: Označte důvody, kvůli kterým je na Vašem pracovišti narušována důstojnost pacienta	Počet označení
A) Na našem pracovišti není narušována důstojnost pacienta	49
B) Stavební uspořádání JIP	79
C) Lůžka žen a mužů vedle sebe	113
D) Nedostatek času, pracovní vytíženost	64
E) Nastavený systém ošetrovatelské péče	11
F) Nespolutrácení v týmu	13
G) Onemocnění pacienta	38
H) Nedostatečné informování pacienta	13
I) Jiné důvody	8

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 10 uvádí důvody, kvůli kterým je na pracovišti respondentů narušována důstojnost pacienta a respondenti je označili. Celkem 113x byla označena možnost „lůžka žen a mužů vedle sebe“ a „stavební uspořádání JIP“ bylo zvoleno 79x. Respondenti 64x označili jako důvod nedostatek času a pracovní vytíženost. Dále 49 respondentů se shodlo, že na jejich pracovišti není narušována důstojnost pacienta. Důvodem narušení důstojnosti pacienta je podle 38 respondentů onemocnění pacienta, 13 respondentů se domnívá, že důvodem je nedostatečné informování pacienta a stejný počet dotazovaných označilo nespolutrácení v týmu. Odpověď „jiné důvody“ byla označena 8x a nastavený systém ošetrovatelské péče 11x.

Graf 44 Pocítění rozporu, konfliktu při práci

n=206

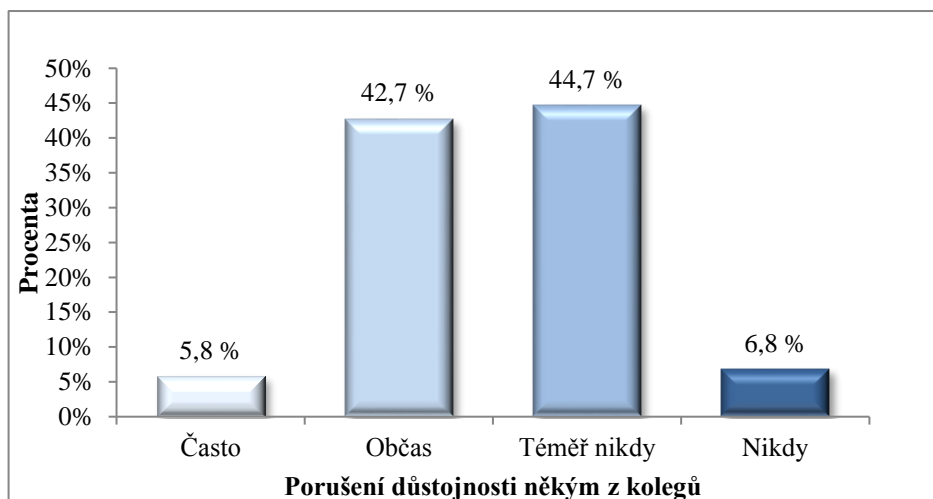


Zdroj: vlastní zpracování

Graf 44 prezentuje výsledky odpovědí respondentů na otázku, zda někdy pocítili při práci rozpor, konflikt, že pracují tak, že se pacient nemusí cítit důstojně. Polovina respondentů, 104 (50,5 %) odpověděla „spíše ne“, 53 respondentů (25,7 %) označilo „spíše ano“ a 36 respondentů (17,5 %) tento rozpor rozhodně pocítilo. Odpověď „rozhodně ne“ označilo 13 respondentů (6,3 %).

Graf 45 Porušení důstojnosti pacienta někým z kolegů

n=206



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 45 uvádí, zda respondenti zažívají porušování důstojnosti někým z kolegů (sanitář, sestra, lékař). Možnosti „občas“ označilo 88 respondentů (42,7 %) a „téměř nikdy“ 92 (44,7 %). Odpověď „často“ byla označena 12 respondenty (5,8 %) a „nikdy“ zvolilo 14 respondentů (6,8 %).

Tabulka 11 Činnosti pro důstojné zacházení s pacientem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nevyplněno	122	59,2 %
Nedělala jsem nic, protože	13	6,3 %
Aby bylo s pacientem zacházeno důstojně, udělala jsem:	71	34,5 %
Celkem	206	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 11 uvádí, co respondenti dělali, pokud se setkali s nedůstojným jednáním vůči pacientovi ze strany někoho z kolegů. Otázka navazovala na otázku předchozí, z toho důvodu 122 respondentů (59,2 %) otázku nevyplnilo, 13 respondentů (6,3 %)

uvedlo, že nedělalo nic. Většina respondentů, 71 (34,5 %) odpověděla, že pro zachování důstojnosti pacienta verbálně upozornili kolegu či kolegyni, nebo jiným způsobem chránili důstojnost pacienta (například použití závěsu).

Tabulka 12 Přístup k pacientovi

Otázka/ Odpověď	Vždy		Téměř vždy		Občas		Téměř nikdy		Nikdy		Celkem	
	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní	Absolutní	Relativní
Informujete pacienty o tom, jak bude vypadat ošetrovatelská péče na JIP?	97	47,1 %	74	35,9 %	20	9,7 %	12	5,8 %	3	1,5 %	206	100 %
Představíte se pacientovi při prvním kontaktu?	69	33,5 %	50	24,2 %	39	18,9 %	34	16,5 %	14	6,9 %	206	100 %
Respektujete osobnost pacienta?	109	52,9 %	84	40,8 %	9	4,4 %	4	1,9 %	0	0,0 %	206	100 %
Snažíte se splnit přání pacienta, pokud to lze?	75	36,4 %	119	57,8 %	8	3,9 %	4	1,9 %	0	0,0 %	206	100 %

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 12 prezentuje, jak respondenti odpovídali na 4 otázky týkající se přístupu k pacientovi na JIP. Respondenti u každé z otázek mohli odpovědět jednou z možností: vždy, téměř vždy, občas, téměř nikdy a nikdy.

Co se týká informování pacientů o tom, jak bude vypadat ošetrovatelská péče na JIP, 97 respondentů (47,1 %) odpovědělo, že takto činí „vždy“, 74 (35,9 %) „téměř vždy“, 20 (9,7 %) „občas“, 12 (5,8 %) „téměř nikdy“ a 3 respondenti (1,5 %) tak nečiní „nikdy“.

Pacientům se při prvním kontaktu představí 69 respondentů (33,5 %) vždy, 50 (24,2 %) téměř vždy, 39 (18,9 %) občas, 34 (16,5 %) téměř nikdy a 14 respondentů (6,9 %) nikdy.

Osobnost pacienta hospitalizovaného na JIP respektuje vždy 109 respondentů (52,9 %), téměř vždy 84 (40,8 %), 9 (4,4 %) občas, 4 (1,9 %) téměř nikdy a odpověď „nikdy“ nezvolil nikdo z respondentů.

Splnit přání pacienta, pokud je to možné, se snaží vždy 75 respondentů (36,4 %), 119 respondentů (57,8 %) téměř vždy, 8 (3,9 %) občas, téměř nikdy 4 (1,9 %) a odpověď „nikdy“ opět nezvolil žádný respondent.

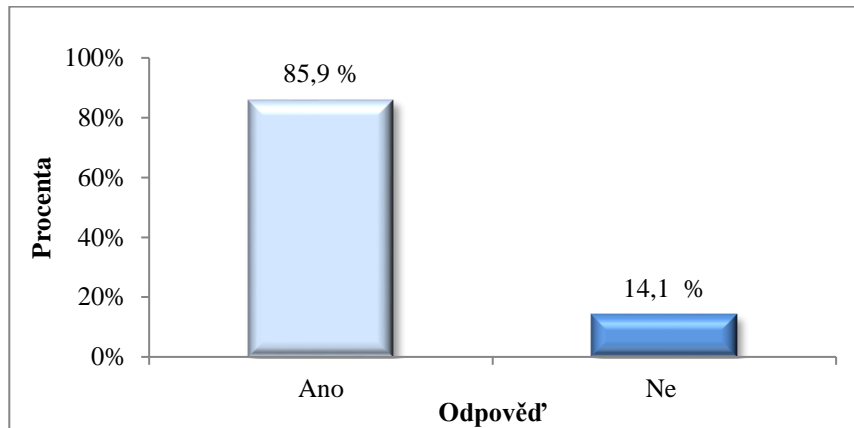
Tabulka 13 Zajištění intimity a soukromí pacienta

Odpověď	Počet označení
A) Žádné kroky pro zajištění intimity a soukromí pacienta nekonám	0
B) Používám závěsy, zástěny	195
C) Neumist'uji ženy a muže na lůžka vedle sebe, pokud to lze	80
D) Při potřebě odkrýt pacienta mu to sdělím	155
E) Zajišť'uji intimitu při vyprazdňování pacienta	185
F) Dbám na zakrývání pacienta během hygieny	162
G) Pokouším se o to, aby se o své základní potřeby dokázal pacient postarat sám	137
H) Při komunikaci se snažím o to, aby informace získal pouze pacient, kterého se týkají	100
I) Jiné	1

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 13 uvádí počet označení odpovědí na otázku: „Jaké kroky reálně konáte pro zajištění intimity a soukromí pacienta?“. Respondenti zde mohli označit libovolné množství odpovědí. Nikdo z respondentů neodpověděl, že žádné kroky nekoná a 1 respondent zvolil odpověď „jiné“. Odpověď, která byla označena respondenty 195x se týkala používání závěsů či zástěn a o 10 méně označení, tedy 185 získala odpověď „zajišť'uji intimitu při vyprazdňování pacienta“. Dále 162 respondentů označilo možnost týkající se zakrývání pacienta během hygieny a 155 označení získala možnost „při potřebě odkrýt pacienta mu to sdělím“. Celkem 137 respondentů uvedlo, že se pokouší o to, aby se o své základní potřeby dokázal pacient postarat sám, a 100 respondentů se zaměřuje na to, aby při komunikaci získal informace pouze ten, pacient, kterého se týkají. Možnost neumist'ování žen a mužů vedle sebe, pokud je to možné, označilo 80 respondentů.

Graf 46 Přemýšlíte při Vaší každodenní práci o tom, jak byste si představoval/a, aby se jednou někdo postaral o Vás? n=206



Zdroj: vlastní zpracování

S poskytováním důstojné ošetrovatelské péče souvisí i přemýšlení i tom, jak by si samy sestry představovaly, jak by chtěly, aby o ně bylo jednou postaráno. Nad touto otázkou přemýšlí při každodenní práci 177 respondentů (85,9 %), a naopak nepřemýšlí 29 respondentů (14,1 %), jak prezentuje graf 46.

4.3 Statistické zpracování

4.3.1 Ověření hypotéz pro výzkumný soubor 1

H1 (H_A): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví pacienta.

H1 (H₀): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči není závislé na pohlaví pacienta.

Pomocí Mann Whitneyova U – testu jsme zjišťovali, zda hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví pacienta.

Tabulka 14 Ověření hypotézy 1

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
1	4769,000	10125,000	-1,735	0,083
2	5238,000	10594,000	-0,636	0,525
3	5168,000	10524,000	-0,818	0,413
4	5233,000	11011,000	-0,785	0,432
5	4744,500	10100,500	-1,946	0,052
6	4715,500	10071,500	-1,951	0,051
7	5244,500	10600,500	-0,639	0,523
8	5251,500	10607,500	-0,627	0,531
9	4844,500	10622,500	-1,967	0,049
10	4551,500	9907,500	-2,260	0,024
11	5424,500	11202,500	-0,234	0,815
12	5266,000	10622,000	-0,713	0,476
13	5419,500	10775,500	-0,226	0,821
14	5386,000	11164,000	-0,512	0,608
15	5209,500	10987,500	-0,844	0,399
16	5246,500	11024,500	-0,651	0,515
17	5395,500	10751,500	-0,375	0,707
18	5293,000	11071,000	-0,560	0,576
19	5238,500	11016,500	-0,887	0,375
20	5504,000	11282,000	-0,015	0,988
21	5305,000	11083,000	-0,862	0,389
22	5318,500	11096,500	-0,839	0,402
23	5373,500	11151,500	-0,429	0,668
24	4788,500	10566,500	-2,112	0,035
25	5330,000	11108,000	-0,634	0,526

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 14 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči v závislosti na pohlaví pacienta. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$ se zamítá H_0 a platí H_A pouze v případech otázek 9, 10 a 24. Zde platí, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví pacienta.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi hodnocením důstojnosti pacientem v intenzivní péči a pohlavím pacienta u otázek 9 (Neschopnost jasně myslet), 10 (Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách) a 24 (Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou).

Otázku 9 „Neschopnost jasně myslet“ hodnotí lépe ženy oproti mužům, což vychází z grafu 4. Otázku 10 „Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách“ hodnotí lépe muži oproti ženám, což vychází z grafu 5. Otázku 24 „Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou“ hodnotí lépe ženy oproti mužům, což vychází z grafu 6.

H2 (H_A): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na věku pacienta.

H2 (H₀): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči není závislé na věku pacienta.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu jsme zjišťovali, zda je hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči závislé na věku pacienta.

Tabulka 15 Ověření hypotézy 2

Spearman'srho			
Otázka	Correlation Coefficient	Sig. (2-tailed)	N
1	-0,016	0,815	210
2	-0,103	0,137	210
3	0,106	0,125	210
4	-0,074	0,285	210
5	-0,047	0,502	210
6	-0,047	0,500	210
7	0,030	0,670	210
8	-0,025	0,720	210
9	0,037	0,595	210
10	-0,068	0,330	210
11	-0,170	0,014	210
12	-0,204	0,003	210
13	-0,172	0,013	210
14	-0,130	0,059	210
15	-0,098	0,157	210
16	-0,040	0,561	210
17	0,081	0,242	210
18	-0,053	0,448	210
19	-0,104	0,132	210
20	0,028	0,684	210
21	-0,062	0,370	210
22	-0,072	0,298	210
23	-0,041	0,555	210
24	-0,025	0,722	210
25	-0,081	0,243	210

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 15 uvádí výsledky týkající statistické signifikance hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči v závislosti na věku pacienta. Na základě dosažené hladiny

významnosti $p < 0,05$ se zamítá H_0 a platí H_A u otázek 11 a 13, $p < 0,01$ 12, kde platí, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na věku pacienta.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$ a $p < 0,01$) mezi hodnocením důstojnosti pacientem v intenzivní péči a věkem pacienta u otázek 11 (Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a), 12 (Pocit, že nejsem užitečný ani vážený) a 13 (Pocit, že nejsem schopen/ schopna zastávat důležité role).

Otázku 11 „Pocit, že nejsem kým jsem býval/a“ hodnotí nejlépe respondenti ve věku 60 – 78 let, což vychází z grafu 11. Otázku 12 „Pocit, že nejsem užitečný, ani vážený“ hodnotí nejlépe respondenti ve věku 60 – 77 let, což vychází z grafu 8. Otázku č. 13 Pocit, že nejsem schopen/schopná zastávat důležité role hodnotí nejlépe respondenti ve věku 70 – 77 let, což vychází z grafu 9.

H3 (H_A): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na vzdělání pacienta.

H3 (H₀): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči není závislé na vzdělání pacienta.

Pomocí Kruskal – Wallisova testu jsme zjišťovali, zda je hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči závislé na vzdělání pacienta.

Tabulka 16 Ověření hypotézy 3

Kruskal-WallisTest			
Test Statistics ^a			
Otázka	Chi-Square	df	Asymp. Sig.
1	5,978	4	0,201
2	6,124	4	0,190
3	3,917	4	0,417
4	6,174	4	0,186
5	12,556	4	0,014
6	6,982	4	0,137
7	8,190	4	0,085
8	3,906	4	0,419
9	18,255	4	0,001
10	2,980	4	0,561
11	4,023	4	0,403
12	5,943	4	0,203
13	8,911	4	0,063
14	3,316	4	0,506
15	11,097	4	0,025
16	8,565	4	0,073
17	14,263	4	0,007
18	4,878	4	0,300
19	5,462	4	0,243
20	1,330	4	0,856
21	10,098	4	0,039
22	2,854	4	0,583
23	0,993	4	0,911
24	5,054	4	0,282
25	0,866	4	0,929

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 16 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči v závislosti na vzdělání pacienta. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$ a $p < 0,01$ se zamítá H_0 a platí H_A pouze v případech otázek 5, 9, 15, 17 a 21 u kterých platí, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na vzdělání pacienta. U otázek 9, 15 a 17 jsou od sebe statisticky odlišné pouze dvojice skupin vysokoškolsky vzdělaných respondentů a respondentů vyučených.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$ a $p < 0,01$) mezi hodnocením důstojnosti pacientem v intenzivní péči a vzděláním pacienta u otázek 5 (Pocit deprese), 9 (Neschopnost jasně myslet), 15 (Pocit, že životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým), 17 (Obavy, že můj duchovní život nemá smysl) a 21 (Necítím podporu od přátel nebo rodiny).

Respondenti se středním odborným vzděláním – vyučen hodnotí otázku 5 „Pocit deprese“ hůře, než vysokoškolsky vzdělaní respondenti, což vychází z grafu 10. Otázku 9 „Neschopnost jasně myslet“ hodnotí hůře respondenti se středním odborným vzděláním – vyučen oproti respondentům s vysokoškolským vzděláním, což vychází z grafu 11. Otázku 15 „Pocit, že životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým“ hodnotí hůře respondenti se středním odborným vzděláním – vyučen oproti respondentům vysokoškolsky vzdělaným, což vychází z grafu 12. Otázku 17 „Obavy, že můj duchovní život nemá smysl“ hodnotí hůře respondenti se středním odborným vzděláním – vyučen, oproti respondentům vysokoškolsky vzdělaným, což vychází z grafu 13. Otázku 21 „Necítím podporu od přátel, nebo rodiny“ hodnotí hůře respondenti se středním odborným vzděláním s maturitou, oproti respondentům vysokoškolsky vzdělaným, což vychází z grafu 14.

H4 (H_A): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován.

H4 (H₀): Hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči není závislé na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován.

Pomocí Mann Whitneyova U – testu jsme zjišťovali, jestli hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován.

Tabulka 17 Ověření hypotézy 4

Otázka	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
1	4223,500	9476,500	-3,007	0,003
2	3524,500	8777,500	-4,632	0,000
3	5122,500	11008,500	-0,921	0,357
4	4451,500	10337,500	-2,991	0,003
5	4299,000	10185,000	-3,073	0,002
6	4117,000	10003,000	-3,414	0,001
7	3537,500	9423,500	-4,736	0,000
8	4498,000	10384,000	-2,445	0,014
9	5350,000	11236,000	-0,467	0,641
10	4411,500	9664,500	-2,585	0,010
11	5189,500	11075,500	-0,868	0,385
12	4734,000	10620,000	-2,258	0,024
13	3958,000	9844,000	-3,855	0,000
14	4643,000	10529,000	-3,562	0,000
15	4424,000	10310,000	-3,041	0,002
16	4767,500	10653,500	-1,826	0,068
17	4831,500	10717,500	-2,209	0,027
18	4779,500	10665,500	-1,875	0,061
19	4115,000	10001,000	-4,541	0,000
20	5124,000	11010,000	-0,915	0,360
21	5348,500	11234,500	-0,669	0,503
22	5026,500	10912,500	-2,104	0,035
23	4947,000	10833,000	-1,757	0,079
24	4564,000	10450,000	-2,761	0,006
25	4669,500	10555,500	-2,948	0,003

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 17 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči v závislosti na druhu JIP, na které je pacient

hospitalizován. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$, $p < 0,01$ a $p < 0,001$ se zamítá H_0 a platí H_A u otázek 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 24 a 25. Zde platí, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$, $p < 0,01$ a $p < 0,001$) mezi hodnocením důstojnosti pacientem v intenzivní péči a druhem JIP, na které je pacient hospitalizován a to u následujících otázek:

- 1 - Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se);
- 2 - Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety);
- 4- Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní;
- 5- Pocit deprese;
- 6- Pocit úzkosti;
- 7- Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby;
- 8- Obavy o mou budoucnost;
- 10- neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách;
- 12- Pocit, že nejsem užitečný ani vážený;
- 13- Pocit, že nejsem schopen/ schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič);
- 14- Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl;
- 15- Pocit, že životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým;
- 17- Obavy, že můj duchovní život nemá smysl;
- 19- Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem;
- 22- Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu;
- 24- Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou;
- 25- Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých.

Otázku 1 „Neschopnost vykonávat úkony každodenního života“ hodnotí hůře respondenti z chirurgických druhů JIP, oproti respondentům z interních druhů JIP, což vychází z grafu 15. Otázku 2 „Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce“ hodnotí hůře respondenti z chirurgických druhů JIP, oproti respondentům z interních druhů JIP, což vychází z grafu 16. Otázku 4 „Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP, oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 17. Otázku 5 „Pocit deprese“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 18. Otázku 6 „Pocit úzkosti“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 19.

Otázku 7 „Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby“ hodnotí hůře pacienti z interních druhů JIP oproti pacientům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 20. Otázku 8 „Obavy o mou budoucnost“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 21. Otázku 10 „Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách“ hodnotí hůře respondenti z chirurgických druhů JIP oproti respondentům z interních druhů JIP, což vychází z grafu 22. Otázku 12 „Pocit, že nejsem užitečný, ani vážený“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 23. Otázku 13 „Pocit, že nejsem schopen/schopna“ zastávat důležité role hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 24. Otázku 14 „Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vyplývá z grafu 25. Otázku 15 „Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vyplývá z grafu 26. Otázku 17 „Obavy, že můj duchovní život nemá smysl“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP, oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 27. Otázku 19 „Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 27. Otázku 19 „Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 28. Otázku 22 „Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu“ hodnotí hůře respondenti z chirurgických druhů JIP oproti respondentům z interních druhů JIP, což vyplývá z grafu 29. Otázku 24 „Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu č.30. Otázku 25 „Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých“ hodnotí hůře respondenti z interních druhů JIP oproti respondentům z chirurgických druhů JIP, což vychází z grafu 31.

4.3.2 Ověření hypotéz pro výzkumný soubor B – sestry

Pro ověření hypotéz byly použity odpovědi z otevřených otázek dotazníku vlastní konstrukce, ze kterých byly následně vytvořeny kategorie (tabulka 5, tabulka 8).

H5 (H_A): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry.

H5 (H₀): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na věku sestry.

H6 (H_A): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry.

H6 (H₀): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na věku sestry.

Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu jsme zjišťovali, jestli vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry (H5). Stejným způsobem jsme také zjišťovali, zda vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na věku sestry (H6).

Tabulka 18 Ověření hypotéz 5 a 6

Spearman'srho	Correlation Coefficient	Sig. (2-tailed)	N
Hodnota lidského života	0,085	0,226	206
Lidská důstojnost	0,067	0,339	206

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 18 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na věku sestry a vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči v závislosti na věku sestry. Na základě dosažené hladiny významnosti $p > 0,05$ Platí, že vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na věku sestry.

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný vztah ($p > 0,05$) mezi vnímáním lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči a věkem sestry. Zároveň bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný vztah ($p > 0,05$) mezi vnímáním hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči a věkem sestry.

H7 (H_A): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry.

H7 (H₀): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na vzdělání sestry.

H8 (H_A): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry.

H8 (H₀): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na vzdělání sestry.

Pomocí Mann – Whitney U testu jsme zjišťovali, jestli vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry (H7). Stejným způsobem jsme zjišťovali, zda vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry (H8).

Tabulka 19 Ověření hypotéz 7 a 8

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Hodnota lidského života	3820,500	13273,500	-2,266	0,023
Lidská důstojnost	3926,500	13379,500	-2,040	0,041

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 19 uvádí výsledky týkající statistické signifikance vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na vzdělání sestry a vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči v závislosti na vzdělání sestry. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$ se zamítá H_0 a platí H_A , vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči v je závislé na vzdělání sestry. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$ se také zamítá H_0 a platí H_A , platí, že vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na vzdělání sestry.

Na základě statistické analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi vnímáním lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči

a vzděláním sestry. Zároveň bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi vnímáním hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči a vzděláním sestry.

Sestry se středoškolským vzděláním vnímají důstojnost pacienta průměrně kategorií 4 „Důstojnost pacienta je zachována, ale v závislosti na zdravotním stavu pacienta, závislosti na situaci“. Oproti tomu vysokoškolsky vzdělané sestry vnímají důstojnost pacienta průměrně kategorií 3 „Dochází ke snížení důstojnosti, stavebním uspořádáním JIP, vlivem okolností, které nelze ovlivnit“, vychází to z grafu 38.

Středoškolsky vzdělané sestry označovaly nejčastěji kategorii 8 – hodnota lidského života znamená hodnoty, jaké má pacient. Oproti tomu vysokoškolsky vzdělané sestry uváděly nejčastěji kategorii 6, což znamená, že jsou názoru, že na JIP je hodnota lidského života snížena či ohrožena, nebo je na nízké úrovni, vychází to z grafu 33.

H9 (H_A): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry.

H9 (H₀): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na délce praxe sestry.

H10 (H_A): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry.

H10 (H₀): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na délce praxe sestry.

Pomocí Kruskal-Wallisova testu jsme zjišťovali, jestli vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry (H9). Stejným způsobem jsme také zjišťovali, zda vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry (H10).

Tabulka 20 Ověření hypotéz 9 a 10

	Chi-Square	df	Asymp. Sig.	Dvojice skupin, které jsou od sebe statisticky významné
Hodnota lidského života	15,342	5	0,009	méně než rokx16-20 1-5x16-20 11-15x16-20
Lidská důstojnost	6,635	5	0,249	21 a více x16-20

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 20 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na délce praxe sestry a vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči v závislosti na délce praxe sestry. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,01$ se zamítá H_0 a platí H_A , platí, že vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči je závislé na délce praxe sestry u některých dvojic skupin. Naopak vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na délce praxe sestry, jelikož $p > 0,05$.

Na základě statistické analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,01$) mezi vnímáním hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči a délkou praxe sestry u dvojic skupin s délkou praxe:

- Méně než rok x 16-20 let praxe
- 1-5 let praxe x 16-20 let praxe
- 11-15 let praxe x 16-20 let praxe
- 21 a více let praxe x 16-20 let praxe

Zároveň bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný vztah ($p > 0,05$) mezi vnímáním lidské důstojnosti sestrou péči a délkou praxe sestry.

Sestry s praxí v intenzivní péči 16 – 20 let odpovídaly průměrně kategorií 11 „Hodnotu života pacienta vnímám tak, jako bych byla na místě pacienta já, nebo můj příbuzný“. Oproti tomu sestry s praxí méně než 1 rok, 1-5 let, 11-15 let a 21 a více let odpovídaly dle průměru kategorií 6 „Na JIP je hodnota lidského života snížena či ohrožena; nízká úroveň“, což je zřejmé z grafu 34.

H11 (H_A): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

H11 (H₀): Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

H12 (H_A): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

H12 (H₀): Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na druhu jednotky intenzivní péče.

Pomocí Mann-Whitney U testu jsme zjišťovali, jestli vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče (H11). Stejným způsobem jsme zjišťovali, zda vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče (H12). Druhem JIP je myšleno chirurgické nebo interní zaměření.

Tabulka 21 Ověření hypotéz 11 a 12

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Hodnota lidského života	4370,000	11040,000	-2,050	0,040
Lidská důstojnost	5121,500	9307,500	-0,269	0,788

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 20 prezentuje výsledky týkající statistické signifikance vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na druhu jednotky intenzivní péče a vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči v závislosti na druhu jednotky intenzivní péče. Na základě dosažené hladiny významnosti $p < 0,05$ se zamítá H_0 a platí H_A , vnímání hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu jednotky intenzivní péče. Naopak vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na délce praxe sestry, jelikož $p > 0,05$.

Na základě statistické analýzy bylo zjištěno, že existuje statisticky významný vztah ($p < 0,05$) mezi vnímáním hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči

a druhem jednotky intenzivní péče, na které sestra pracuje. Zároveň bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný vztah ($p > 0,05$) mezi vnímáním lidské důstojnosti a sestrou u pacienta v intenzivní péči a délkou praxe sestry.

Sestry z interních druhů JIP odpovídaly průměrně kategorií 8 „Hodnota lidského života znamená hodnoty, jaké má pacient, každý má jiné“. Oproti tomu sestry z chirurgických druhů JIP odpovídaly průměrně kategorií 6 „Na JIP je hodnota lidského života snížena či ohrožena; nízká úroveň“, vychází to z graf 35.

5 Diskuse

Lidská důstojnost a hodnota života člověka jsou témata spíše abstraktní, filozofická a etická, a to platí i pro oblast související s ošetrovatelskou péčí a jejím poskytováním. Možná i proto se jedná o téma diplomové práce poměrně citlivé, nesnadno uchopitelné. Neexistuje žádný konkrétní nástroj, který by rozhodoval, co je pro pacienta důstojné a co nikoliv. Stejně jako každý z pacientů považuje za důstojný přístup vždy něco jiného, tak i každá sestra, poskytovatelka ošetrovatelské péče, musí často o takových tématech přemýšlet, a ne vždy se dvě sestry shodnou na tom, co vlastně lidská důstojnost znamená. Sestra tak ošetřuje pacienta na základě jednak etických kodexů a zákonů chránících důstojnost pacienta, ale i podle vlastního úsudku o tom, jak důstojnost a hodnotu života pacienta sama vnímá.

Empirická část diplomové práce byla zpracována kvantitativní metodou – dotazníky. U prvního výzkumného souboru, který tvořili pacienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče, byl použit dotazník PDI (Patient Dignity Inventory), díky kterému jsme mohli zjistit, v jakých oblastech, souvisejících s lidskou důstojností, pacienti pocítují problém a o jak velký problém se jedná. Tento dotazník byl sestaven profesorem Chochinovem primárně pro pacienty v paliativní péči, a to z důvodu, že mnoho psychosociálních a duchovních problémů je často přehlíženo (Chochinov et al., 2008). Dotazník PDI se v této oblasti stal spolehlivým nástrojem, který má pomoci zdravotnickým pracovníkům při posuzování a hodnocení úzkosti a také oblastí souvisejících s důstojností pacienta (Chochinov et al., 2008). Postupně začíná být tento dotazník používán i na dalších odděleních a v oblastech péče, které nesouvisí s paliativní péčí nebo terminálním onemocněním pacienta. Použití dotazníku bylo provedeno v Itálii, kdy dotazníky byly vyplněny pacienty, kteří nebyli v terminální fázi onemocnění, ale jednalo se o pacienty s určitým chronickým onemocněním (Ferretti et al., 2018). Autoři zařadili do výzkumu pacienty, jimž byla poskytována ambulantní nebo lůžková péče v chirurgii nebo onkologii (Ferratti, 2018). Z výzkumu vyplývá, že PDI je vhodným nástrojem pro zjišťování hodnocení důstojnosti i u chronických pacientů (Ferratti et al., 2018). Dále byl dotazník PDI použit také v psychiatrii s výsledkem, že i zde může být spolehlivým nástrojem pro zjištění hodnocení důstojnosti u pacientů právě na psychiatrii (Di Lorenzo et al., 2017). Zjištění možnosti použití dotazníku umožňuje odborníkům zlepšit péči a zároveň pomáhá pacientům přijímat léčbu (Di Lorenzo et al., 2017). Co se týká použití dotazníku PDI v intenzivní

péči, stalo se tak na JIP určené pro pacienty s onemocněním srdce (Mehdipour-Rabori, Abbaszadeh, Borhani, 2016). Zjištěné průměrné hodnoty byly poměrně vysoké, například v oblasti vykonávání každodenních činností průměrná hodnota 4, 01, v oblasti neschopnosti obsloužit své tělesné funkce byla průměrná hodnota odpovědí pacientů 3, 87. Oblast pocitu snížení soukromí uváděli jako problém i naši respondenti, ovšem u pacientů z uvedeného výzkumu byla průměrná hodnota odpovědí 4, 52, což znamená pro pacienty problém poměrně významný (Mehdipour-Rabori, Abbaszadeh, Borhani, 2016).

Dotazník PDI byl v České republice přeložen a následně použit ve výzkumu, jehož hlavní řešitelkou byla docentka Kisvetrová (2018). V diplomové práci Henzlové (2016) s názvem „Důstojnost života u seniorů“ byl dotazník použit u výzkumného souboru seniorů, kteří pobývají v hospici, v LDN nebo v domově pro seniory.

Náš výzkumný soubor tvořili v 50 % pacienti ve věku 66 let a více. Pouze 15 % respondentů se nacházelo ve věkové kategorii 50 let a méně (graf 1). Všichni respondenti našeho výzkumu tedy nebyli seniorského věku, ale přesto jsme se rozhodli standardizovaný dotazník PDI použít. Použit byl především proto, že tvrzení v dotazníku jsou rozhodně vhodná i pro pacienty na JIP. Četnosti odpovědí na otázky z dotazníku PDI najdeme v tabulce 2. Za největší problém považovali pacienti hospitalizovaní na JIP „neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)“. Podobné hodnoty nám vyšly v oblasti „neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)“. Tyto výsledky se daly očekávat, jelikož pacient hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče není těchto kroků často schopen, ať je to z důvodu zhoršení zdravotního stavu, nebo například nutné monitorace fyziologických funkcí. Pacienti dále označovali jako „problém“ i tvrzení „pocitování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)“. Většina respondentů označila také jako pocítění problému (ať už menší, problém, vážný nebo nepřekonatelný) v oblasti „pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí“. Otázkou respektování soukromí u pacienta v intenzivní péči se ve výzkumné části bakalářské práce zabývala také Kalná (2014). Ačkoliv z našeho výzkumu nemohlo být zjištěno, v jakých oblastech toto soukromí bylo u pacientů omezováno, Kalná (2014) podle odpovědí respondentů uvádí, že se jednalo nejčastěji o oblasti „vyprazdňování“ a druhou nejčastější možností byl ošetřovatelský výkon (klyzma, cévkování). Pouze 11 % respondentů z výzkumu Kalné (2014) zvolilo možnost „nepocitoval jsem nedostatek soukromí“.

Naopak nejlepší hodnocení respondentů našeho výzkumu se vyskytla v oblastech pocíťování podpory ze strany zdravotnického personálu a také v oblasti podpory od přátel nebo rodiny, kde naprostá většina respondentů uvedla, že necítí problém. U výzkumného souboru seniorů bylo v práci Henzlové (2016) uvedena také jako nejlepší odpověď „necítím podporu ze strany zdravotnického personálu“ (průměrná hodnota 1,01). Naopak v této práci byla nejhůře hodnocena otázka „pocíťování fyzicky nepříjemných příznaků“ a to průměrem 2, 23 (v našem výzkumu průměr: 2,57). Samozřejmě je, že se výsledky získané od pacientů hospitalizovaných na JIP a seniorů pobývajících v hospici, v LDN nebo v domovech pro seniory (zde byl realizován právě výzkum Henzlové, 2016) liší. Přesto je ale viditelná shoda v určitých odpovědích respondentů.

U výzkumného souboru sester bylo naším cílem zjistit především, jak sestry vnímají důstojnost a hodnotu života pacienta na jednotce intenzivní péče. Pro tyto účely byl sestaven dotazník vlastní konstrukce s uzavřenými i otevřenými otázkami. Některé otázky z dotazníku nebyly zpracovány a vyhodnoceny, jedná se o otázky týkající se typu rozložení lůžek na JIP a stylem přijímání pacienta (plánovaně/ neplánovaně/ kombinace). Tyto ukazatele nebyly využity jako rozdělení druhu JIP, zvolili jsme rozdělení na interní a chirurgické druhy JIP (tabulka 4). Dále nebyly využity odpovědi na jednu z otázek, jednalo se o otázku filtrační a bylo získáno malé množství odpovědí.

Vzhledem k tomu, že jsme chtěli zjistit, jak každá ze sester vnímá hodnotu života pacienta na JIP a zda dojde v určitých skupinách ke shodě (v závislosti na věku, vzdělání, délce praxe v intenzivní péči a druhu JIP – interní/ chirurgické), byla použita otevřená otázka. Z odpovědí respondentů poté bylo vytvořeno 15 kategorií (tabulka 5). Ve většině kategorií se objevilo několik tvrzení, která spolu ale vždy určitým způsobem souvisela. Nejčastěji byly sestry názoru, že hodnota života pacienta je nejvyšší, nevyčísitelná, nesmí být ohrožena nebo že se pobytem na JIP nemění. Sestry měly také možnost v dotazníku označit na číselné škále od 1 do 10 jak vnímají hodnotu života pacienta. Sestry na JIP chirurgického zaměření uváděly, dle průměru lehce vyšší hodnoty (průměrná hodnota 8,20) oproti sestrám na JIP interního zaměření, kde byla průměrná hodnota 7,98 (tabulka 6).

Také nás zajímalo, čím je hodnota života pacienta na JIP snížena nebo ohrožena (tabulka 7). Pouze 20 sester (n= 206) odpovědělo, že tato hodnota není snížena ani ohrožena ničím. Nejvíce označovanou odpovědí byla prognóza onemocnění pacienta společně s odpovědí onemocnění pacienta. Podle názoru sester tedy je hodnota života

pacienta ohrožena jeho onemocněním, či prognózou nemoci. Dále jsme chtěli zjistit názor sester, na které ošetrovací jednotce je nejvíce ohrožována důstojnost pacienta. Zde jsme zjistili, že 35,0 % sester nevidí v tomto rozdíl. Dále podle 19,9 % sester je to standardní oddělení a na dalších příčky se podle našich respondentů řadí ARO, ambulance, JIP a část respondentů odpověděla jinak.

Jak sestry vnímají důstojnost pacienta na JIP jsme zjišťovali opět otevřenou otázkou. Na základě odpovědí bylo vytvořeno 9 kategorií (tabulka 8). Každá z kategorií opět zahrnovala určitou skupinu výpovědí, jelikož písemné odpovědi sester byly samozřejmě značně rozličné. Nejvíce sester (35,9 %) odpovědělo ve smyslu, že se snaží o zachování důstojnosti pacienta celý ošetrovatelský tým anebo také, že je důležité, aby důstojnost pacienta nebyla snižována nebo omezována. Stejně procento odpovědí (16,0 %) se zařadilo do skupiny jednak „je pro mě velmi důležitá, vnímám ji dobře“ a také do kategorie „nevím, nepřemýšlím nad tím, nevyplněno“. Tato odpověď je překvapivá, protože každá ze sester jistě nad důstojností pacienta přemýšlí. Odpovědi jako „nevím“ ale nejspíš byly zvoleny z důvodu neochoty odpovědět na otevřenou otázku. Podobný účel otázky v dotazníku měla i Peterková (2013), ačkoliv autorka požadovala od sester pracujících na JIP nebo ARO „zamyslet se nad chápáním pojmu lidské důstojnosti“. Podle respondentů z tohoto výzkumu je lidská důstojnost něco obecného, co ovšem náleží všem lidem. Sestry se podle této práce zaměřovaly také na zachování bio – psycho – socio – spirituálních potřeb pacienta (Peterková, 2013)

Potěšujícím zjištěním ale je, že pro sestry je důstojnost pacienta velmi důležitá (58,3 %), důležitá (39,3 %) a pouze pro 2,4 % sester je důstojnost nedůležitou oblastí. S poskytováním důstojné ošetrovatelské péče rozhodně souvisí znalost, nebo alespoň povědomí o existenci zákonů a kodexů, na což jsme se sester v dotazníku také zeptali. Ve většině (68,4 %) byla označena odpověď „mám povědomí, ale nevím konkrétní názvy“. Zde ale nevíme, zda tomu opravdu tak je, nebo jestli respondenti nechtěli přiznat, že povědomí nemají (to učinilo 6,8 % respondentů). Čtvrtina respondentů (tedy 24,8 %) označila, že povědomí mají a nějaký z kodexů či zákonů do otázky opravdu vypsala.

Zajímaly nás situace, ve kterých je narušována, podle sester, důstojnost pacientů na jejich pracovišti. Nejvíce byla označována možnost „vyprazdňování“, „hygiena“ a také „ošetrovatelské výkony a péče“ (tabulka 9). Na zjištění situací, ve kterých je ohrožována důstojnost pacienta, se zaměřila Peterková (2013). V dotazníku uvedené autorky sestry uváděly nejčastěji možnost „narušení intimity při ošetrovatelských

činnostech“, což se s našimi informacemi poměrně shoduje. Se situacemi souvisejí rozhodně i důvody, proč je důstojnost pacienta narušována. Podle sester je to z důvodu umístění lůžek žen a mužů vedle sebe a stavebnímu uspořádání JIP. Tyto oblasti opravdu mohou být důvodem narušování důstojnosti a sestra s tímto faktem mnohdy nemůže nic dělat. Podle respondentů (sestry pracující na JIP/ ARO) v práci Peterkové (2013) může mít přítomnost pacientů opačného pohlaví vedle sebe negativní dopad na důstojnost pacienta. Na otázku, zda sestry někdy pocítily konflikt nebo rozpor, že pracují tak, že se pacient nemusí cítit důstojně, odpověděla polovina dotazovaných „spíše ne“. Pokud ale spojíme odpovědi „rozhodně ano“ a „spíše ano“, získáme počet 43 %, který také není zanedbatelný.

Zajímavé zjištění, i když také s poměrně vyrovnanými odpověďmi bylo v otázce porušení důstojnosti pacienta někým z kolegů. Možnost „občas“ zvolilo 42,7 % a „téměř nikdy“ 44,7 % respondentů. S touto otázkou souvisela další část, kde jsme se ptali, jestli sestry dělaly něco pro to, aby s pacientem bylo zacházeno důstojně v případě, že ji někdo z kolegů narušil. Většina zde odpověděla pozitivně, nejčastěji se jednalo o slovní upozornění či napomenutí kolegy, aby se choval k pacientovi důstojně.

Následující skupinu otázek lze charakterizovat jako přístup k pacientovi zachovávající jeho důstojnost. Ve čtveřici otázek mohli respondenti odpovědět jednou z možností škály (vždy – téměř vždy – občas – téměř nikdy – nikdy). Většina sester informuje pacienty o tom, jak bude vypadat ošetrovatelská péče na JIP. Podle názoru sester ve výzkumu Peterkové (2013) může nedostatečná informovanost vést k ohrožení důstojnosti pacienta. Poněkud vyšší výskyt odpovědí „občas“, „téměř nikdy“ nebo „nikdy“ se vyskytl u otázky představení se pacientovi při prvním kontaktu. Tento fakt ale přikládáme skutečnosti, že pacient vždy není ve stavu, kdy by bylo právě představení sestry nutné nebo žádoucí (například porucha vědomí pacienta, stav ovlivnění celkovou anestezií apod.). Naproti tomu v jiném výzkumu (Peterková, 2013) se 78,2 % sester pracujících na JIP/ ARO pacientovi představí. Naopak respektování osobnosti pacienta je samozřejmé pro většinu námi dotazovaných sester. Pozitivní odpovědi jsme získali také v oblasti snahy splnit přání pacienta, pokud to lze, kde pouze 8 sester odpovědělo občas a 4 sestry nikdy.

Se zachováním důstojnosti pacienta na JIP souvisí rozhodně i zajištění jeho intimity a soukromí. Zde jsme s potěšením zjistili, že všechny odpovídající sestry dělají určité kroky pro takové zajištění. Nejčastěji byla označena odpověď zahrnující používání závěsů a zástěn (195 z 206 sester tuto možnost označilo). Dále velká část

respondentů označovala možnosti jako: zajišťování intimity při vyprazdňování, zakrývání pacienta během hygieny a sdělení pacientovi o nutnosti odkrytí. Za pozitivní lze také považovat, že se sestry v intenzivní péči snaží o to, aby se o základní potřeby dokázal pacient postarat sám, což by se nemuselo zdát samozřejmé.

Poslední, co nás v rámci dotazníků pro sestry zajímalo, bylo poněkud osobní téma. Otázka zněla, zda sestra při každodenní práci přemýšlí o tom, jak by chtěla, aby se jednou někdo postaral právě o ni samotnou. Domníváme se, že právě tato otázka může mít často vliv na poskytování důstojné ošetrovatelské péče. Odpovědi se nám dostalo- 85,9 % sester z našeho výzkumného souboru nad tímto přemýšlí a pouze 14,1 % označilo možnost „ne“.

Vzhledem k tomu, že v empirické části jsme pracovali s dvěma výzkumnými soubory – s pacienty hospitalizovanými na JIP a se sestrami pracujícími na těchto jednotkách, bylo by zajímavé podívat se na výsledky výzkumného šetření v pohledu spojující tyto dvě strany.

Pacienti zapojeni do našeho výzkumu považovali za nejvíce problémové oblasti neschopnosti vykonávat úkony každodenního života a neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce. Hospitalizace na JIP s sebou nese určitá omezení, a právě tato tvrzení se dají očekávat, že budou pro pacienty více či méně problémová. Sestry v našem výzkumu vypověděly ve velké míře, že se snaží o to, aby pacient dokázal o své základní potřeby postarat sám, což je pozitivní, protože právě nesamostatnost v základních činnostech péče o sebe sama, je pro pacienty omezující. Problémem pro pacienty je také pocíťování fyzicky nepříjemných příznaků, jako je bolest, dušnost nebo nevolnost. Označení takového tvrzení za problémové pacienty v intenzivní péči je také do jisté míry předvídatelné v závislosti na tom, že pacienti jsou často ve zhoršeném zdravotním stavu.

Někteří z našich respondentů označovali za problém také pocit, že onemocnění a péče omezily jejich soukromí. Na zachování intimity a soukromí byl částečně zaměřen dotazník určený sestram. Podle sester je narušena intimita pacienta při vyprazdňování, hygieně a při dalších ošetrovatelských činnostech. Podle sester jsou důvodem takového narušování jednak stavební uspořádání JIP a jednak nutnost umisťovat na JIP muže a ženy vedle sebe. V dalších směrech se ale dotazované sestry snaží zajišťovat pacientovo soukromí a intimitu – činí tak nejčastěji pomocí zástěn či závěsů.

Otázka, na kterou jsme dle vyhodnocení průměru získali odpovědi v naprosté většině označené jako „není problém“, bylo tvrzení „necítím podporu ze strany

zdravotnického personálu“. Takové zjištění je potěšující, sestry tedy dle pacientů pacienta na JIP podporují. Právě podpora pacienta může ovlivnit vnímání a hodnocení jeho důstojnosti. Výzkum zaměřený na sestry také přinesl výsledky, které ukazují, že důstojnost pacienta není sestrám lhostejná, většina ze sester ji považuje za podstatnou, podle sester by neměla být narušena ani ohrožena a sestry se právě o to při své práci snaží. Pacienti cítí podporu také nejspíš díky tomu, že pro sestry z našeho výzkumného souboru je hodnota života velmi vysoká a nedotknutelná. Některé sestry vypověděly, že takovou hodnotu nelze vyčíslit.

Co se týká vyhodnocení hypotéz, došli jsme k poměrně rozličným výsledkům mezi hypotézami. Hypotéza týkající se tvrzení, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví se potvrdila pouze v otázkách 9, 10 a 24. U ostatních otázek tedy vyšlo, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči není závislé na pohlaví. Další hypotéza tvrdila, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na věku pacienta. Tato hypotéza platí u otázek 11, 12 a 13, kde tedy hodnocení důstojnosti pacientem je závislé na jeho věku, v ostatních otázkách tomu tak není. Třetí hypotéza měla zjistit, zda hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na vzdělání pacienta. Statisticky významný vztah byl shledán opět o některých otázkách (5, 9, 15, 17 a 21) a u nezmíněných otázek se tento vztah nenachází. U poslední hypotézy týkající se hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči a závislosti na druhu JIP, na které je pacient hospitalizován, bylo nejvíce otázek označeno za statisticky významné. U otázek 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 24 a 25 existuje statisticky významný vztah mezi jejich hodnocením a druhem JIP, na které je pacient hospitalizován. U zbylých otázek tomu tak není a jejich hodnocení tak není závislé na druhu JIP.

Druhá část hypotéz se týkala výzkumného souboru sester pracujících na JIP. Podle statistického vyhodnocení není vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči závislé na věku sestry. Ani vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na věku sestry. Naopak vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči a vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je dle vyhodnocení těchto hypotéz závislé na vzdělání sestry. Hypotéza týkající se vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na délce praxe sestry se potvrdila u některých dvojic skupin délka praxe (kategorie délky praxe: méně než rok x 16-20 let praxe; 1-5 let x 16-20 let praxe; 11-15 let praxe x 16-20 let praxe; 21 a více let praxe x 16-20 let

praxe). Naopak vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není dle vyhodnocení hypotéz závislé na délce praxe sestry. Poslední dvě hypotézy se týkaly výše uvedeného v závislosti na druhu JIP, na které sestra pracuje. Zjistili jsme, že vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu JIP na které pracuje (z hlediska rozdělení na chirurgické nebo interní obory). Naopak vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na druhu JIP, na které sestra pracuje.

Řešit důstojnost života pacienta, jeho soukromí, intimitu, plnit jeho přání, zamýšlet se nad hodnotou jeho života by mělo být samozřejmou součástí práce každé sestry. Pacient v intenzivní péči rozhodně není pouhý příjemce ošetrovatelských postupů. Je to bytost stejná jako všichni ostatní, hodnota jeho života by měla být neměnná a stejná, jako hodnota života zdravých lidí. I tento názor vyplynul z našeho výzkumu, jak jsme s potěšením zjistili. Pacient v intenzivní péči často vnímá všechny vjemy naplno, i když by si člověk mohl myslet opak. Intenzivní péče se ale jistě odlišuje od dalších pracovišť. Jedná se často o práci pod tlakem, ve spěchu, tato práce s sebou nese nutnost umět rozhodovat o tom, co je důležité právě v této jedné chvíli. Otázky etické a dotýkající se pacientovy důstojnosti by rozhodně neměly být přehlíženy. Zároveň ale musí být o pacienta postaráno v oblasti týkající se jeho potřeb a mnohdy i zajištění nebo monitorace životních funkcí. Tato fakta na jedné straně rozdělují, na straně druhé ale spojují témata týkající se lidské důstojnosti, hodnoty lidského života s oborem intenzivní péče.

6 Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na problematiku lidské důstojnosti a hodnoty lidského života pacienta v intenzivní péči. Cíle práce bylo dosaženo pomocí kvantitativního výzkumu, sběr dat byl zrealizován prostřednictvím dotazníků. Výzkumné soubory tvořili jednak pacienti hospitalizovaní na jednotkách intenzivní péče, jednak sestry v intenzivní péči pracující.

Testováním hypotéz jsme přišli na to, že hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na pohlaví pouze v otázkách 9, 10 a 24. Hodnocení ostatních otázek dotazníku PDI není závislé na pohlaví pacienta. Další hypotéza: hodnocení důstojnosti pacientem v intenzivní péči je závislé na věku pacienta se potvrdila u otázek 11, 12 a 13. U třetí hypotézy byl statisticky významný vztah sledován u otázek 5, 9, 15, 17 a 21. Čtvrtá hypotéza potvrdila, že u otázek 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 24 a 25 existuje statisticky významný vztah mezi jejich hodnocením a druhem JIP, na které je pacient hospitalizován.

Druhá část hypotéz se týkala respondentů z řad sester pracujících na JIP. Podle statistického vyhodnocení není vnímání lidské důstojnosti ani vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči závislé na věku sestry. Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči a vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je dle vyhodnocení hypotéz závislé na vzdělání sestry. Další hypotéza týkající se vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči v závislosti na délce praxe sestry se potvrdila u některých dvojic skupin délky praxe, a to: méně než rok a 16-20 let praxe; 1-5 let a 16-20 let praxe; 11-15 let praxe a 16-20 let praxe; 21 a více let praxe a 16-20 let praxe. Vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není dle vyhodnocení hypotéz závislé na délce praxe sestry. Vnímání hodnoty lidského života sestrou u pacienta v intenzivní péči je závislé na druhu JIP na které pracuje a vnímání lidské důstojnosti sestrou u pacienta v intenzivní péči není závislé na druhu JIP, na které sestra pracuje.

Díky pacientům, kteří vyplnili standardizovaný dotazník (PDI) jsme mohli zmapovat, ve kterých oblastech souvisejících nebo ovlivňujících lidskou důstojnost, pocítují problém. Oblasti, ve kterých pacienti označovali, že pocítují problém, souvisejí s omezením samostatnosti a soběstačnosti pacienta na lůžku intenzivní péče, respektive neschopnost zvládat úkony každodenního života nebo neschopnost obsloužit samostatně tělesné funkce. Zdravotní stav pacienta, ale také nutná monitorace životních funkcí

často omezují pacientovu aktivitu, která byla před hospitalizací mnohdy na vysoké úrovni. Další oblast, která nám vyšla jako poměrně problémová, je pociťování nepříjemných příznaků (například bolest). Tento problém pacienty často omezuje, a i když by to nemuselo být na první pohled zřejmé, i bolest nebo nevolnost může ovlivňovat pociťování důstojnosti pacientem. Téma, které jde s důstojností ruku v ruce je oblast soukromí. Omezení soukromí v souvislosti s onemocněním a péčí vnímali respondenti jako poměrně problémové oproti jiným otázkám, které hodnotili vcelku pozitivně a označovali je za nepříliš problémové. Právě sféra soukromí pacienta nás zajímala také v dotazníku pro výzkumný soubor sester. Potěšujícím zjištěním bylo, že nikdo ze sester neoznačil možnost nevykonávání kroků zajišťující intimitu a soukromí pacienta. Naopak sestry označovaly ve velké míře používání zástěn, závěsů, a i další postupy. Od sester bylo také žádoucí zjistit, jak vlastně vnímají důstojnost pacienta a hodnotu jeho života na jednotce intenzivní péče. I když se jednalo o otázky otevřené a pro některé sestry nebylo jednoduché tyto dotazy zodpovědět, výsledkem bylo mnoho tvrzení a názorů, které byly následně rozděleny do několika skupin podle toho, co měla tvrzení společného. Stejně jako je každý člověk jiný a jedinečný, tak si i každá ze sester představuje důstojnou péči jinak, život pacientů má pro ni jinou hodnotu. Z našeho výzkumu ale vyplynulo, že pro sestry je důstojnost pacienta ve většině důležitým aspektem a hodnota života pacienta je nejvyšší, nedotknutelná. Vyskytly se názory, že důstojnost na JIP není nejdůležitějším tématem nebo že hodnota života pacienta prostě snížena je a bude. Tato tvrzení ovšem ukazují, že záleží na úhlu pohledu, ze kterého se na takové náměty díváme, jak je uchopíme a jak je pochopí dotazovaný.

Přínosem práce bylo získání hodnocení oblastí související s lidskou důstojností samotnými pacienty, kde jsme zjistili, v jakých oblastech pociťují respondenti problémy a v kterých naopak ne. Díky těmto informacím by mohly sestry zjistit, na co se při ošetřování pacienta v intenzivní péči zaměřit, čemu věnovat pozornost. Naproti tomu jsme získali také přehled o tom, jak vnímají pacientovu důstojnost a hodnotu jeho života samotné sestry. Do praxe tak mohl náš výzkum vnést zamyšlení, nebo o možná i diskusi o důležitosti takových témat. Bylo by vhodné, aby témata související s lidskou důstojností a hodnotou životů pacientů nezůstávala opomíjena a aby se jimi zabývaly sestry všech věkových kategorií, každého vzdělání.

Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života není v intenzivní péči běžně probíraným nebo zkoumaným tématem. Složitost tohoto spojení by mohla mít kořeny v představě, že důstojnost a hodnota života jsou témata filozofická, náročná na

přemýšlení a možná až příliš osobní. Naopak intenzivní péče se mnohdy musí zaměřit na zajištění základních životních funkcí nebo jejich monitoraci, a uvedená témata tak ustupují do pozadí. Nicméně ve všech oblastech medicíny a také ošetrovatelství je nutné pomýšlet na osobnost pacienta, na jeho autonomii, přání a individuální prožívání hospitalizace. Pro sestry pracující v intenzivní péči nemusí být následkem psychicky a fyzicky náročného druhu práce snadné pomýšlet na takové oblasti při běžném pracovním dni. Naproti tomu je žádoucí, aby se základní myšlenky a snaha o zachování důstojnosti a pomýšlení o vysoké hodnotě života pacienta stala neopomíjenou součástí práce sestry, a to i při náročných směnách, časovém vytížení nebo, bohužel, přetížení ošetrovatelského personálu. Jedním z pomocných lan k přemýšlení a uvědomění si těchto důležitých témat by mohla být předkládaná práce s výstupem brožury s myšlenkovou mapou určená právě pro informování sester o této problematice.

7 Seznam použitých zdrojů

AMININASAB, S., S., et al., 2017. The relationship between human dignity and medication adherence in patients with heart failure. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 10, 1-8. ISSN 2008-0387.

BÁRTLOVÁ, S., 2009. Sociologie zdraví a nemoci. In: BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Vydavatelstvo Osveta, s. 15–114. ISBN 978-80-8063-306-6.

BARTONÍČKOVÁ, D., TOMOVÁ, Š., 2016. Význam komunikace v intenzivní ošetrovatelské péči. In: TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, s. 52-57. ISBN 978-80-271-0064-4.

BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., 2016. Z historie intenzivní péče. In: BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 3-6. ISBN 978-80-247-4343-1.

BOŠMANSKÝ, K., 2008. Etický rozmer bolesti. In: ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R., et al. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Vydavatelstvo Osveta, s. 201-204. ISBN 80-8063-287-8.

BUŽGOVÁ, R., 2011a. Etika v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 69–87. ISBN 978-80-247-3558-0.

BUŽGOVÁ, R., 2011b. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, I. a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 106-128. ISBN 978-80-247-3558-0.

COOK, D., ROCKER, G., 2014. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The new England Journal of Medicine*. 370 (26), 2506-2514, doi: 10.1056/NEJMra1208795.

ČERNÝ, D., 2013. Hodnota lidského života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 3 (3), 25-37. ISSN 1804-8137

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

DI LORENZO, R. et al., 2017. A preliminary study of Patient Dignity Inventory validation among patients hospitalized in an acute psychiatric ward. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 23 (13), 177-190, doi: 10.2147/NDT.S122423.

DRÁBKOVÁ, J., 2014. Etické výzvy 21. století pro kritické stavy a intenzivní medicínu. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 187-204. ISBN 978-80-247-5471-0.

Etický kodex České lékařské komory. Stavovský předpis č. 10, 2007. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>.

FERRETTI, F. et al., 2018. Il Patient Dignity Inventory è utilizzabile anche in pazienti che non sono in fine vita? Struttura fattoriale e invarianza in pazienti con patologie croniche. *Professioni Infermieristiche*. 71 (1), 79-88, doi:10.7429/pi.2018.712079.

GELLER, G., G., et al., 2016. ICU- RESPECT: An index to assess patient and family experiences of respect in the intensive care unit. *Journal of Critical Care*. 36, 54-59. ISSN 0883-9441.

GLICK, J., 2016. Extraordinary Means and Intensive Care. *Ethics and Medic*. 41 (1), 1-4. ISSN 1071-3778.

GULÁŠOVÁ et al., 2014. Halový systém ošetrovateľskej péče a stud pacienta. *19. ročník sympózia Onkologie v gynekologii a mammologii*. [online]. [cit. 2018-11-29]. Téma: NLZP II, číslo abstraktu: 61. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/halovy-system-osevrotatelske-pece-a-stud-pacienta/>

HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAVEL, E., 2017. Etické postoje a problémy v intenzivní péči, rozhodování v intenzivní péči. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s. 20-26. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

HENZLOVÁ, A., 2016. *Důstojnost života u seniorů*. Olomouc. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav Ošetrovateľství.

HEŘMANOVÁ, J., 2012a. Etika ctností. In: HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 40-58. ISBN 978-80-247-3469-9.

HEŘMANOVÁ, J., 2012b. Etická problematika práce na odděleních intenzivní péče. In: HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 144-163. ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, R., 2011. Etické kodexy. In: WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, s. 75-94. ISBN 978-80-7367-845-6.

HONZÁK, R., 2016. Potřeby starého pacienta v intenzivní péči. In: *Geriatrický pacient v intenzivní péči*. [online]. Medical tribune. [cit. 2018-11-29]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/38692>.

HUBER, W., 2018. *Etika. Základní otázky života*. Praha: Vyšehrad. 256 s. ISBN 978-80-7429-642-0.

HUSTED, J. H., HUSTED, G. L., 2008. *Ethica lDecision Making in Nursing: The symphonological Approach*. New York: Springer. 304 s. ISBN 978-0-8261-7143-6.

CHOCHINOV, H., M. et al., 2008. The Patient Dignity Inventory: A Novel Way of Measuring Dignity – Related Distress in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*.36 (6), 559-571,doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2012. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: International Council of Nurses. 11 s. ISBN 978-92-95094-95-6.

IVANOVÁ, K., 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 240 s. ISBN: 80-7013-442-9.

JANÁČKOVÁ, L., 2011. Etické problémy v komunikaci zdravotník – pacient. In: WEISS, P. a kol. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, s. 215-220. ISBN 978-80-7367-845-6.

JANÍKOVÁ, E., 2013. Pooperační péče. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, s. 47-63. ISBN 978-80-247-4412-4.

JOBÁGYOVÁ, D., KORCOVÁ, M., 2008. Etické aspekty ošetrovatelství. In: KOPECKÁ, K., KORCOVÁ M. a kolektiv. *Zdravotnícka etika*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 71-82. ISBN 978-80-8063-278-6.

JURÁSKOVÁ, D., 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK., P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 239-246. ISBN 978-80-247-3976-2.

KABELKA, J., SLÁMA, O., 2011. Bolest. In: KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 320–326. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALNÁ, L., 2014. *Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

KALVACH, Z., 2011. Důstojnost. In: KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 52-56. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Z., ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. Zdravotní a zdravotně – sociální péče o zdraví seniorů. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, s. 206-228. ISBN 978-80-247-4544-2.

KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KISVETROVÁ et al., 2018. Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. *Journal of pain and symptom management*. 55 (2), 444-450, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.10.008.

KOLÁČNÁ, T., 2011. Potřeby nemocných v intenzivní péči. In: ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, s. 68-105. ISBN 978-80-247-3223-7.

- KOPECKÁ, K., 2008a. Etika jako vedná disciplína. In: KOPECKÁ, K., KORCOVÁ M. a kolektiv. *Zdravotnícka etika*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 9-21. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KOPECKÁ, K., 2008b. Vznik a poslanie etických komisií. In: KOPECKÁ, K., KORCOVÁ M. et al. *Zdravotnícka etika*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 104-108. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KORCOVÁ, M., 2008. Zdravotnícka etika. In: KOPECKÁ, K., KORCOVÁ M. a kolektiv. *Zdravotnícka etika*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 40-61. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KOZÁKOVÁ, Z., 2018. Partnerské vzťahy osob s mentálnym postihením. In: VALENTA, M. et al. *Mentální postižení: 2., přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada, s. 180-182. ISBN 978-80-271-0378-2.
- KROUPOVÁ, L., 2016. Akutní péče z psychosociálního hlediska. In: FREI, J., et al. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 159-164. ISBN 978-80-261-0498-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. Koncept lidských potřeb a jejich kontext. In: KALVACH, Z., et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 31-34. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KYSUČAN, L., 2015. Individualita a důstojnost v klasické antice. In: HERŮFEK, J. a kol. *Pojetí důstojnosti člověka od antiky po současnost*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, s. 11-23. ISBN 978-80-7464-781-9.
- MÁCA, M., PTÁČEK, R., 2011. Etické normy a kodexy v medicíně. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 51-58. ISBN 978-80-247-3976-2.

MAHÚTOVÁ, M., 2016. Ošetrovatelský proces v intenzivní péči. In: BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s 293. ISBN 978-80-247-4343-1.

MACH, J., 2011. Právní souvislosti. Lékařská etika- právní aspekty. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK., P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 471-480. ISBN 978-80-247-3976-2.

MATOCHOVÁ, S., 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. 206 s. ISBN 978-80-210-4757-0.

MEHDIPOUR- RABORI, R., ABBASZADEH, A., BORHANI, F., Mehdipour-Rabori R, Abbaszadeh A, Borhani, 2016. Human dignity of patients with cardiovascular disease admitted to hospitals of Kerman, Iran, in 2015. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 9 (8), 1-7.

MOEN, E., K., NÁDEN, D., 2015. Intensive care patients' perceptions of how the dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 31, 285-293. ISSN 0964-3397.

MUNZAROVÁ, M., 2011. Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK., P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 51-58. ISBN 978-80-247-3976-2.

MUNZAROVÁ, M., 2014. Etika medicíny 21. století v historických kontextech. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 35-50. ISBN 978-80-247-5471-0.

NALOS, D., 2016. Kategorizace akutních stavů. In: BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, s. 6-7. ISBN 978-80-247-4343-1.

NOVÁKOVÁ, D., 2014. Potřeby člověka a posuzování funkčních schopností člověka jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vydání. Praha: Triton, s. 159–172. ISBN 978-80-7387-785-9.

ØVREEIDE, H., 2010. Etické diskurzy a etické dimenze. In: LINDSAY, G., CASPER, K., ØVREEIDE, H., LANG, F. *Etika pro evropské psychology*. Praha: Triton, s. 33-61. ISBN 978-80-7387-415-5.

PAVLOVIČ, M., et al., 2008. Etika v ošetrovatel'stve. In: ŠOLTÉS, L., PULLMANN, R., a kol. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, s. 169-170. ISBN 80-8063-287-8.

PETERKOVÁ, J., 2013. Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatel'ství.

PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ M., 2016. Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti. *Ošetrovatel'stvo: teória-výskum- vzdelávanie*. (6) 1, 19-25. ISSN 1338-6263.

PLAŇAVA, I., 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy, dovednosti, poruchy*. Praha: Grada. 146 s. ISBN 978-80-247-0858-4.

POKORNÁ, A., 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. Brno: NCO NZO. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.

ROZSYPAL et al., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze. 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5.

SEIFERT, B., ČELEDOVÁ, L., a kolektiv, 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 978-80-246-2082-4.

SEYMOUR, J., 2005. Péče o pacienty umírající na jednotkách intenzivní péče. In: O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. Praha: Grada, s 265-274. ISBN 80-247-1295-4.

SIKOROVÁ, L., FILOVÁ, A., 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Kontakt*. (13) 2, 204-210. ISSN 1212-4117.

STEHLÍKOVÁ, H., 2011. Etická komise České lékařské komory. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK., P. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 443-445. ISBN 978-80-247-3976-2.

STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ R. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5215-0.

SVOBODOVÁ, H., 2012. Důstojnost. In: HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 71-84. ISBN 978-80-247-3469-9.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. Obecná část. In: ŠAMÁNKOVÁ et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, s. 10-32. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO a NZO. 3. vydání. 185 s. ISBN 978-80-7013-553.

Usnesení předsednictva České národní rady ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky. In: *Sbírka zákonů č.2/1993*, částka 1, s. 17-23. ISSN 1211-1244 ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

VÁCHA, M., 2012a. Úvod do (bio)etiky. In: VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAURER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, s. 15-25. ISBN 978-80-7367-780-0.

VÁCHA, M., 2012b. Základní etické pojmy a teorie. In: HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s 9-39. ISBN 978-80-247-3469-9.

VALEBERG, B., T., et al., 2018. Nurse and estéti ststudents' experiences of patient dignity in perioperative practice – a hermeneutic study. *Nursing Open*. 5, 53-61, doi: 10.1002/nop2.110.

VYTEJČKOVÁ, R. 2011. Organizace práce sestry. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, s. 13-26. ISBN 978-80-247-3419-4.

WICHSOVÁ, J., 2012. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. 5 (2), 7-13. ISSN 121-4117.

ZADÁK, Z., 2017a. Edukace a klinický výzkum na jednotkách intenzivní péče. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s.11-13. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZADÁK, Z., 2017b. Charakteristika intenzivní medicíny a typy jednotek intenzivní péče. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s. 1-5. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZADÁK, Z., 2017c. Prostorové, přístrojové a personální zabezpečení jednotek intenzivní péče. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s. 6-10. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017a. Obecné indikace k léčbě na jednotce intenzivní péče. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s. 19-20. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZADÁK, Z., HAVEL, E., 2017b. Analgezie a sedace na jednotce intenzivní péče. In: ZADÁK, Z., HAVEL, E. et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, s. 113-120. 2. vydání. ISBN 978-80-271-0282-2.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

ZLÁMAL, J., 2016. *Etika, legislativa a organizace zdravotnictví ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 119 s. ISBN 978-80-7402-247-0.

ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J., 2012. Etická problematika bolesti a utrpení. In: HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 85- 97. ISBN 978-80-247-3469-9.

ŽALOUDEK, J., 2014. Význam a šíře etiky v klinické praxi. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 35-50. ISBN 978-80-247-5471-0.

8 Přílohy

Příloha 1 Úvodní část dotazníku pro pacienty (vlastní konstrukce)

Příloha 2 Dotazník PDI

Příloha 3 Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 4 Brožura s myšlenkovou mapou pro sestry (volná příloha)

Příloha 1- úvodní část dotazníku pro pacienty (vlastní konstrukce)

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Eliška Bauerová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto dotazníkem Vás oslovuji a laskavě žádám o pravdivé vyplnění dotazníku, který bude sloužit k výzkumu mé diplomové práce s názvem *Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči*.

Aby mohly být informace z dotazníku použity, je nutné vyplnit všechny odpovědi obou částí dotazníku (otázky 1-10 a 1-25). Vyplnění následujícího dotazníku je zcela anonymní a vyplněním dáváte souhlas s použitím Vašich odpovědí v našem výzkumu.

Za ochotu a Váš čas strávený vyplňováním dotazníku Vám předem děkuji.

1. Vaše pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Váš věk: (vyplňte prosím)

.....

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) Základní vzdělání
- b) Vyučen/a; Střední odborné vzdělání
- c) Střední odborné vzdělání s maturitou
- d) Vyšší odborné vzdělání
- e) Vysokoškolské vzdělání

4. Druh jednotky intenzivní péče (JIP), na které jste (nebo jste byl/a) hospitalizován/a:

- a) Chirurgická JIP
- b) Gastroenterologická JIP
- c) Infekční JIP
- d) Interní JIP
- e) Kardiochirurgická JIP
- f) Kardiologická JIP
- g) Neurochirurgická JIP
- h) Ortopedická JIP
- i) Traumatologická JIP
- j) Urologicko- gynekologická JIP
- k) Jiný druh JIP- uveďte jaký:

.....

5. Délka hospitalizace (pobytu) na jednotce intenzivní péče:
- a) do 24 hodin
 - b) 25- 48 hodin
 - c) 3-5 dní
 - d) 6- 10 dní
 - e) 11 dní a více
6. Jednalo se nyní o Váš opakovaný pobyt na jednotce intenzivní péče? (Ležel/a jste na jednotce intenzivní péče v minulosti?)
- a) Ano
 - b) Ne
7. Byl Váš pobyt na jednotce intenzivní péče plánovaný (např. plánovaná operace), nebo neplánovaný (např. akutní zhoršení zdravotního stavu, úraz apod.)?
- a) Plánovaný
 - b) Neplánovaný
8. Byl/a jste hospitalizován/a z důvodu nádorového onemocnění?
- a) Ano
 - b) Ne
9. Byl/a jste při tomto pobytu na jednotce intenzivní péče přeložen/a z anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO)?
- a) Ano
 - b) Ne
10. Jaké bylo umístění lůžka, na kterém jste ležel/a na jednotce intenzivní péče?
- a) Lůžko umístěno v boxu (v samostatné části místnosti)
 - b) Lůžko umístěno v otevřeném prostoru jednotky intenzivní péče (bezprostředně vedle se nacházela lůžka dalších pacientů)
 - c) Jiné umístění- napište:

.....

Příloha 2- Dotazník PDI

Dotazník důstojnosti pacientů (PDI)

U každé položky prosím označte, do jaké míry je pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám.

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

5. Pocit deprese

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

6. Pocit úzkosti

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

8. Obavy o mou budoucnost

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

9. Neschopnost jasně myslet

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Příloha 3 Dotazník vlastní konstrukce

Vážená paní, vážený pane,

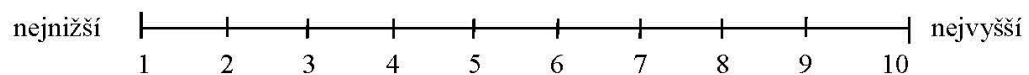
jmenuji se Eliška Bauerová a jsem studentkou 2. ročníku oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto Vás oslovuji a laskavě žádám o pravdivé vyplnění dotazníku, který bude sloužit k výzkumu mé diplomové práce s názvem *Problematika lidské důstojnost a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči*. K použití informací z dotazníku je nutné, aby byly zodpovězeny všechny otázky dotazníku (pokud není uvedeno jinak).

Vyplnění následujícího dotazníku je zcela anonymní a vyplněním dáváte souhlas s použitím Vašich odpovědí v našem výzkumu.

Za ochotu a Váš čas strávený vyplňováním dotazníku Vám předem děkuji.

-
1. Vaše pohlaví:
 - a) Žena
 - b) Muž
 2. Váš věk: (vyplňte prosím)
.....
 3. Vaše **nejvyšší** dosažené vzdělání je: (můžete označit více možností)
 - a) Střední odborné vzdělání s maturitou- SZŠ
 - b) Vyšší odborné vzdělání (DiS.)
 - c) Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr., PhD.)
 - d) Specializace (např. ARIP)
 4. Označte délku Vaší praxe v intenzivní péči:
 - a) Méně než rok
 - b) 1- 5 let
 - c) 6-10 let
 - d) 11-15 let
 - e) 16- 20 let
 - f) 21 a více let
 5. Druh jednotky intenzivní péče, na které pracujete:
 - a) Chirurgická JIP
 - b) Gastroenterologická JIP
 - c) Infekční JIP
 - d) Interní JIP
 - e) Kardiochirurgická JIP
 - f) Kardiologická JIP
 - g) Neurochirurgická JIP
 - h) Ortopedická JIP
 - i) Traumatologická JIP
 - j) Urologicko- gynekologická JIP
 - k) Jiná JIP- uveďte:
.....

6. Jaký typ rozložení a umístění lůžek je na Vašem pracovišti (JIP)?
- Pouze boxy
 - Otevřený systém (lůžka vedle sebe v prostoru jedné místnosti)
 - Kombinace boxů a otevřeného systému
 - Jiné rozložení lůžek- napište jaké:
.....
7. Pacienti jsou k Vám na JIP přijímáni:
- Ve většině případů plánovaně (pacient dopředu ví, že bude hospitalizován na JIP, například plánované operace či výkony)
 - Plánovaně i neplánovaně
 - Ve většině případů neplánovaně (pacient dopředu neví, že bude hospitalizován na JIP, například náhlé zhoršení stavu, akutní příjem, úraz apod.)
8. Na jaké ošetrovací jednotce je podle Vašeho názoru nejvíce ohrožována důstojnost pacienta? (Označte jednu odpověď)
- Ambulance
 - Standardní ošetrovací jednotka
 - JIP
 - ARO
 - Nevidím rozdíl
 - Jiné- uveďte:
.....
9. Vlastními slovy popište, jak vnímáte hodnotu života pacienta, který je hospitalizován na Vaší JIP.
.....
.....
.....
.....
10. Na číselné škále označte, jak vnímáte hodnotu života pacienta, který je hospitalizován na Vaší JIP. (1= nejnižší hodnota, 10= nejvyšší hodnota)



11. Čím je hodnota života pacienta při pobytu u Vás na JIP ohrožena, snížena (označte libovolné množství odpovědí):
- Není ohrožena, snížena ničím
 - Vysokým věkem pacienta
 - Onemocněním pacienta
 - Prognózou onemocnění pacienta
 - Sociální situací pacienta (např. bezdomovectví, nezaměstnanost, závislost na alkoholu a drogách)
 - Vzhledem pacienta na lůžku (přítomnost přístrojů, nemocniční prádlo, operačními rány, invazivními vstupy apod.)
 - Náboženským vyznáním, rasou, barvou pleti apod.
 - Nevhodným, neprofesionálním chováním zdravotnického personálu
 - Jiné- uveďte:
.....
12. Jak vnímáte důstojnost pacienta, který je hospitalizován na Vaší JIP? Popište, prosím, vlastními slovy:
.....
.....
.....
13. Jak důležitá je pro Vás důstojnost pacienta, který je hospitalizován na jednotce intenzivní péče?
- Velmi důležitá
 - Důležitá
 - Nedůležitá
 - Zcela nedůležitá
14. Máte povědomí o existenci zákonů a kodexů chránící lidskou důstojnost?
- Ano- vypište jaké konkrétně znáte:
.....
.....
 - Mám povědomí, ale nevím konkrétní názvy
 - Ne
15. Chovají se sestry na Vašem pracovišti k pacientům důstojně?
- Rozhodně ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Rozhodně ne

Pokud jste v otázce č. 15 odpověděl/a možností a), b) nebo c) , neodpovídejte na následující otázku (číslo 16) a pokračujte na otázku číslo 17.

16. Pokud se sestry na Vašem pracovišti nechovají k pacientům důstojně, z jakých je to podle Vás důvodů? (označte libovolné množství odpovědí)

- a) Osobní problémy
- b) Syndrom vyhoření
- c) Nespokojenost v práci
- d) Nezájem o pacienta
- e) Nepřemýšlím nad tím
- f) Jiný- vypište:

.....

17. Označte situaci/ situace, ve kterých je narušována důstojnost pacienta na Vašem pracovišti: (označte libovolné množství odpovědí)

- a) Na našem pracovišti není narušována důstojnost pacienta
- b) Převoz pacienta z operačního sálu, z vyšetření apod.
- c) Překlad pacienta na jinou ošetrovací jednotku/ jiné oddělení.
- d) Vyprazdňování
- e) Hygiena
- f) Přijímání stravy
- g) Vizita
- h) Návštěva příbuzných, blízkých pacienta
- i) Komunikace (pacienta s personálem, s návštěvami, s ostatními pacienty)
- j) Ošetrovatelské výkony a péče
- k) Lékařské výkony
- l) Jiné- uveďte situaci:

.....

18. Označte důvod/ důvody, kvůli kterým je na Vašem pracovišti narušována důstojnost pacienta: (označte libovolné množství odpovědí)

- a) Na našem pracovišti není narušována důstojnost pacienta
- b) Stavební uspořádání JIP
- c) Lůžka žen a mužů vedle sebe
- d) Nedostatek času, pracovní vytíženost
- e) Nastavený systém ošetrovatelské péče
- f) Nespolečenská spolupráce v týmu
- g) Onemocnění pacienta
- h) Nedostatečné informování pacienta
- i) Jiné důvody- uveďte jaké:

.....

19. Pocítil/a jste někdy při Vaší práci rozpor, konflikt, že pracujete tak, že se pacient nemusí cítit důstojně?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

20. Jak často jste svědkem toho, že někdo z Vašich kolegů (sanitář, sestra, lékař) porušuje důstojnost pacienta?

- a) Často
- b) Občas
- c) Téměř nikdy
- d) Nikdy

Pokud jste v otázce č. 20 odpověděla možností c) nebo d), neodpovídejte na následující otázku (číslo 21) a pokračujte na otázku číslo 22.

21. Co jste dělal/a pro to, aby bylo zacházeno s pacientem důstojně?

- a) Nedělala jsem nic, protože (uveďte, prosím, konkrétní důvod):

.....
.....

- b) Aby bylo s pacientem zacházeno důstojně, udělala jsem (popište, prosím, konkrétně):

.....
.....

22. Informujete pacienty o tom, jak bude vypadat ošetrovatelská péče na JIP?

- a) Vždy
- b) Téměř vždy
- c) Občas
- d) Téměř nikdy
- e) Nikdy

23. Představíte se pacientovi při prvním kontaktu?

- a) Vždy
- b) Téměř vždy
- c) Občas
- d) Téměř nikdy
- e) Nikdy

24. Respektujete osobnost pacienta?
- a) Vždy
 - b) Téměř vždy
 - c) Občas
 - d) Téměř nikdy
 - e) Nikdy
25. Snažíte se splnit přání pacienta, pokud to lze?
- a) Vždy
 - b) Téměř vždy
 - c) Občas
 - d) Téměř nikdy
 - e) Nikdy
26. Označte, jaké kroky reálně konáte pro zajištění intimity a soukromí pacienta: (označte libovolné množství opovědí)
- a) Žádné kroky pro zajištění intimity a soukromí pacienta nekonám
 - b) Používám zástěny, závěsy
 - c) Neumísťuji ženy a muže na lůžka vedle sebe, pokud to lze
 - d) Při potřebě odkrytí pacienta mu to sdělím
 - e) Zajišťuji intimitu při vyprazdňování pacienta
 - f) Dbám na zakrývání pacienta během hygieny
 - g) Pokouším se o to, aby se o své základní potřeby dokázal pacient postarat sám (např. toaleta, hygiena, přijímání stravy)
 - h) Při komunikaci se snažím o to, aby informace získal pouze pacient, kterého se týkají
 - i) Jiné- uveďte:
.....
27. Přemýšlíte při Vaší každodenní práci o tom, jak byste si představoval/a, aby se jednou někdo postaral o Vás?
- a) Ano
 - b) Ne

9 Seznam zkratk

JIP	Jednotka intenzivní péče
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
PDI	Patient Dignity Inventory