

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**Fakulta humanitních studií**  
**Katedra řízení a supervize**

**Důstojnost pacienta v etickém kodexu**  
**zdravotních sester a v praxi**

**2009**

**Jana Wichsová**

## **Abstrakt:**

V předložené práci je tematizována problematika lidské důstojnosti s důrazem na zdravotnickou praxi.

V teoretické části je probrána filozofická dimenze důstojnosti a její zakotvení v mezinárodní Úmluvě o biomedicíně, v národních zákonech i v etických kodexech zdravotních sester.

V praktické části bylo provedeno výzkumné šetření s cílem zjistit postoj zdravotních sester a pacientů k vnímání důstojnosti pacienta v ošetrovatelské péči.

Výsledné shrnutí srovnává pohled zdravotních a sester a pacientů na aspekt důstojnosti v ošetrovatelské péči .

Závěrečné doporučení na změnu je určeno pedagogům, kteří se zabývají kvalifikačním vzděláváním zdravotních sester, a jejich celoživotním vzděláváním, profesním organizacím, které v České republice zastupují zdravotní sestry, manažerům, kteří vedou kolektivy na zdravotnických pracovištích, zdravotním sestřím samotným a v neposlední řadě pacientům.

## **Abstract:**

In proposed thesis is thematized the problematic of human dignity with accent on medical use.

In theoretical part is treated philosophical dimension of dignity and its embodiment in the international Convention on Human Rights and Biomedicine, in national laws as well in ethical codices of nurses.

In practical part was provided the research with aim to examine the attitude of the nurses and the patients themselves on evidence of patients dignity in nursing.

Resulting summary compares the points of view of the nurses and the patients on dignity in nursing.

Final recommendation for the change of current situation is adressed to the pedagogues engaged in qualifying education of nurses and lifelong learning, to the professional associations represented in Czech Republic by nurses, to the teamleaders at medical posts, as well to nurses themselves and not at last to the patients.

**Klíčová slova:**

důstojnost, úmluva o biomedicině, etické kodexy, vzdělávání sester

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc. za odborné vedení, konzultace a inspirativní připomínky ke zpracování této práce.

Také děkuji PhDr. Jiřímu Šafrovi, Ph.D. za odborné připomínky a konzultace při tvorbě empirické části mé diplomové práce.

# Důstojnost pacienta v etickém kodexu zdravotních sester a v praxi

## Obsah:

<u>Abstrakt:</u> .....	2
<u>Abstract:</u> .....	2
<u>Klíčová slova:</u> .....	3
<u>Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc. za odborné vedení, konzultace a inspirativní připomínky ke zpracování této práce.....</u>	5
<u>1. Úvod a cíl práce.....</u>	7
<u>2. Teoretická část .....</u>	8
<u>2.1. Důstojnost .....</u>	8
<u>2.1.1. Etické vymezení lidské důstojnosti.....</u>	8
<u>2.1.1.1. Ontologický personalismus a empirický funkcionalismus.....</u>	9
<u>2.1.1.2. Definice osoby podle Jana Sokola.....</u>	10
<u>2.1.1.3. Definice osoby podle Viktora Emanuela Frankla.....</u>	10
<u>2.1.1.3. Křesťanské pojetí osoby .....</u>	12
<u>2.1.1.4. Čtyři typy lidské důstojnosti.....</u>	13
<u>Důstojnost zásluh.....</u>	13
<u>Důstojnost mravní síly.....</u>	14
<u>Důstojnost osobní identity.....</u>	14
<u>Menschenwürde.....</u>	15
<u>2.1.1.5. Důstojnost v praxi.....</u>	15
<u>2.1.2. Právní vymezení lidské důstojnosti.....</u>	18
<u>2.1.2.1. Všeobecná deklarace lidských práv.....</u>	18
<u>2.1.2.2. Listina základních práv a svobod.....</u>	19
<u>2.1.2.3. Úmluva o biomedicině.....</u>	20
<u>2.1.2.4. Zákon 20/1966 Sb.ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu, v platném znění.....</u>	21
<u>2.2. Etické kodexy v ošetrovatelství .....</u>	22
<u>2.2.1. Etický kodex ICN a ČAS.....</u>	22
<u>2.2.2. Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků.....</u>	25
<u>2.2.3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.....</u>	27
<u>2.2.4. Důstojnost pacienta v etických kodexech.....</u>	30
<u>2.2.4.1. Práva pacientů.....</u>	30
<u>2.2.4.2. Práva hospitalizovaných dětí.....</u>	31
<u>2.3. Etika ve vzdělávání zdravotních sester.....</u>	32
<u>2.3.1. Výuka etiky v kvalifikačním studiu zdravotních sester.....</u>	32
<u>2.3.2. Nabídka celoživotního vzdělávání v ošetrovatelské etice.....</u>	35
<u>2.3.3. Hodnocení sester z hlediska jejich chování k pacientům.....</u>	36
<u>2.1.3. Případy pochybení sester proti důstojnosti pacientů.....</u>	37
<u>3. Praktická část.....</u>	40
.....	40

<a href="#">3.1. Cíl výzkumu.....</a>	<a href="#">40</a>
<a href="#">3.2. Metody.....</a>	<a href="#">41</a>
<a href="#">3.2.1. Focus group .....</a>	<a href="#">41</a>
<a href="#">3.2.1.1. Výzkumné otázky.....</a>	<a href="#">42</a>
<a href="#">3.2.1.2. Výsledná analýza .....</a>	<a href="#">42</a>
<a href="#">3.2.1.3. Závěr - výsledky focus group .....</a>	<a href="#">43</a>
<a href="#">3.2.2. Řízený rozhovor.....</a>	<a href="#">44</a>
<a href="#">3.2.2.1. Rozhovor I.....</a>	<a href="#">44</a>
<a href="#">3.2.2.2. Rozhovor II.....</a>	<a href="#">45</a>
<a href="#">3.2.2.3. Závěr -výsledky řízených rozhovorů.....</a>	<a href="#">46</a>
<a href="#">3.2.3. Studium výsledků anketý .....</a>	<a href="#">47</a>
<a href="#">3.2.4. Dotazníkové šetření o důstojném zacházení s pacienty.....</a>	<a href="#">51</a>
<a href="#">3.2.4.1. Téma výzkumu a popis zkoumaného souboru.....</a>	<a href="#">51</a>
<a href="#">3.2.4.2. Výzkumný problém.....</a>	<a href="#">52</a>
<a href="#">3.2.4.3. Konceptualizace a operacionalizace.....</a>	<a href="#">52</a>
<a href="#">3.2.4.4. Hypotézy.....</a>	<a href="#">53</a>
<a href="#">3.2.4.5. Soubor respondentů.....</a>	<a href="#">54</a>
<a href="#">3.2.4.6. Výsledky vlastní studie.....</a>	<a href="#">55</a>
<a href="#">3.2.4.7. Shrnutí výsledků dotazníkového šetření o důstojnosti pacientů a         zhodnocení hypotéz.....</a>	<a href="#">82</a>
<a href="#">4. Závěrečná diskuze a návrhy na změnu.....</a>	<a href="#">87</a>
<a href="#">Literatura: .....</a>	<a href="#">89</a>
<a href="#">Internetové zdroje: .....</a>	<a href="#">90</a>
<a href="#">Seznam příloh:.....</a>	<a href="#">91</a>

## 1. Úvod a cíl práce

Ošetřovatelskou péčí o nemocné můžeme nahlížet z mnoha nejrůznějších hledisek. Často jsou pro hodnocení úrovně péče vyzdvihovány zejména kvality odborné, jako je technická dovednost, zručnost, zatímco empatie, schopnost komunikace s nemocným a etická hodnota sesterské profese je odsunuta jako něco, co lze pominout či odložit na dobu, kdy budou splněna důležitější hlediska spíše technologického a profesionálního rázu. Nelze se pak divit, že se množí stížnosti pacientů na chování sester, které porušují jejich lidskou důstojnost.

O důstojnosti pacientů se mluví hodně a často. Toto ožehavé téma je předmětem jak v médiích, tak i na půdě zdravotnických škol a lékařských fakult. Stává se vděčným tématem debat nemocných v čekárnách ambulancí i na lůžkách nemocnic. Důstojnost pacientů je zakotvena v etických kodexech lékařů, zdravotních sester i v etickém kodexu

Práva pacientů. Ten se ostatně stal součástí Konvence o biomedicíně, kde se také nachází samostatné ustanovení týkající se důstojnosti.

Pokud se ale tématu důstojnosti pacienta budeme věnovat podrobněji, brzy zjistíme, že pro každého je tento pojem naplněn jiným významem. Záleží tedy na mnoha okolnostech, které umocňují, nebo naopak tlumí pocit, že jsou pošlapávány zásady respektování lidské důstojnosti. Od stesků na nedostatek empatie ošetřujícího personálu, přes neúctu, zanedbávání až k nezdvěřilostem či dokonce ponižování a hrubostem, kterým jsou nemocní vystaveni. Protože pracuji celý život jako zdravotní sestra, přijímám každou stížnost na adresu nás sester s trpkostí.

Vzhledem k uvedenému, pokládám za vhodné se zabývat ve své diplomové práci právě problematikou důstojnosti.

Předložený text člením obvyklým způsobem. V teoretické části se budu zabývat zásadami týkajícími se důstojnosti, zejména těmi, které jsou zakotveny v legislativě nebo v etických kodexech.

V praktické části jsem se zaměřila na to, co vlastně důstojnost znamená pro hospitalizované pacienty. K tomu účelu jsem vypracovala výzkumnou studii s cílem nalézt alespoň některé příčiny, které vedou sestry k jednání snižující důstojnost jim svěřených pacientů. A pevně věřím, že mě zkoumání těchto příčin dovede i k návrhu, jak chyby v chování sester omezit.

## **2. Teoretická část**

### **2.1. Důstojnost**

#### **2.1.1. Etické vymezení lidské důstojnosti**

Ve všeobecné encyklopedii Diderot nacházíme tuto definici důstojnosti: „*Důstojnost je etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a o uznání jeho práv ve společnosti*“ (21.). Tato stručná a poměrně málo výstižná definice vede nutně k hlubšímu zkoumání natolik závažného pojmu, jakým bezesporu lidská důstojnost je.

Při dalším hledání významu pojmu důstojnost překvapivě zjišťuji, že ve většině filozofických slovníků heslo důstojnost chybí. Úspěšné bylo až hledání ve Filozofickém slovníku z roku 1989, který charakterizuje důstojnost zcela v souladu s marxistickou



etikou: „Až s odstraněním sociální nerovnosti se důstojnost stává skutečně rovným právem každého člověka, které však člověk reálně uplatňuje (uvědomuje si jej) individuálně, v závislosti na stupni svého sociálního a mravního vývoje a uvědomělosti.“(18.) Zejména v kontextu čistě materialistického pohledu na svět, by bylo na místě vysvětlit, proč zrovna člověk zasluhuje tolik důstojnosti, která je výlučně lidskou kategorií. Proč právě my lidé máme důstojnost a nikoli šimpanz, gorila nebo delfín? A proč se vzhledem k našim psychickým i fyzickým okolnostem nemění? I když se přímo nemluví o důstojnosti novorozence, většina lidí má z nového života radost, na postižené dítě či dospělého člověka je někdy pohlíženo s despektem a jen velmi těžce vítězí strategie, že i ono má žít důstojným životem. Zvláště nápadné je chování celé řady lidí vůči starým nemocným s Alzheimerovou chorobou, kteří jsou spíše považováni za „věci“ než za lidské bytosti hodné úcty. Samostatným problémem je nenarozené dítě. I v odborných kruzích se vážně diskutuje problém od kdy je vlastně člověkem? Všichni v rozumové úrovni uznáváme, že člověk je svébytnou lidskou osobou, a to i tehdy, když jsou jeho intelektuální schopnosti sníženy a když fyzicky strádá, či je jinak oslaben. Proto je důležité neustále zdůrazňovat, jak to činí například Marta Munzarová, profesorka lékařské etiky, že člověk je vždy lidskou bytostí a lidskost není myslitelná bez důstojnosti. Uvedená autorka ve své zdravotnické etice od A až do Z srovnává ontologický personalismus a empirický funkcionalismus jako dva diametrálně odlišné a naprosto nesmiřitelné směry, které se také týkají důstojnosti.

#### **2.1.1.1. Ontologický personalismus a empirický funkcionalismus**

**Ontologický personalismus** podle M.Munzarové zaručuje člověku tu nejvyšší ochranu a úctu související s jeho důstojností. Zde je důstojnost definována jako hodnota, která souvisí s úctou prokazovanou každé lidské bytosti. Ontologický personalismus za počátek života považuje již vznikající lidský život na molekulární úrovni. Tedy již zygota zaslouží respekt a ochranu, protože je nedělitelnou jednotkou, už nemůže být rozdělena na dvě zárodečné buňky. To, že zygota směřuje k vzniku lidského organismu, ji činí nejen „pouhou“ lidskou bytostí, ale i osobou, přestože je zatím člověku nepodobná. Toto směřování je dáno biogeneticky a nijak jej nemůže ovlivnit osud osoby v průběhu života. Jakákoliv choroba ani postižení nemůže o status osoby člověka nikdy připravit.(9.)

**Empirický funkcionalismus** a jeho zastánci se dělí na takzvané gradualisty a redukcionisty. Obě tyto skupiny se domnívají, že lidská bytost může status osoby získávat i ztrácet. Nejedná se tedy o nic trvalého ani neměnného. Záleží na okolnostech a stavu, ve

kterém se člověk nachází. Gradualisté přiznávají embryu hodnotu osoby postupně, embryo tedy pro ně ještě neznamena potencionálního člověka. Dokonce ani právě narozené dítě pro některé z nich osobou není. Redukcionisté vnímají status osoby jako závislý na vlastnostech a funkcích lidské bytosti, tedy tak, že osobou lze přestat být v souvislosti se získaným handicapem, nebo v terminální fázi života, nebo se dokonce osobou nikdy nestat následkem rozumového či těžkého tělesného postižení. V nepříliš dávných dějinách se setkáváme s podobným smýšlením a jeho často hrůznými důsledky. (9.)

### **2.1.1.2. Definice osoby podle Jana Sokola**

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nositelem důstojnosti je osoba, a proto je nutno tento pojem vymežit. Jistě lze najít definice gramatické i obecně historické. Pojem „osoba“ se zabývá i filozof Jan Sokol, který stál u zrodu Fakulty humanitních studií a byl jejím dlouholetým děkanem. Ve svém díle Slovník filozofických pojmů uvádí:

*„Osoba, jedinečný nositel subjektivity a všeho, co k ní patří, zejm. svobody, vůle, práv, vztahů apod. Navenek je charakterizována svým jménem, které ji odlišuje od ostatních a je znakem její důstojnosti. Osoba se nejdříve objevuje v antické tragédii, vysoké hodnocení osoby přineslo křesťanství. Filozofický zájem o osobu začíná Augustinem, v novověku B. Pascalem, vlastní filosofii vytvořili – v navázání na literaturu 19. století – teprve S. Kierkegaard, personalisté a existencialisté 20. stol. Zdůraznili vnitřní spojitost svobody a odpovědnosti, etický význam lidské jedinečnosti a ryze osobní kategorie, jako je např. vina, čest, lítost, vděčnost, věrnost, držení slova. Pojem osoby hraje velkou úlohu i ve filosofii výchovy, v psychologii, v teologii, v teorii práva, zejména v teorii lidských práv. Hluboké pochopení mezi osobami se obráží i v jazyce, např. v kategorii gramatické osoby slovesa“.(14.)*

### **2.1.1.3. Definice osoby podle Viktora Emanuela Frankla**

Zaujaly mě i názory rakouského profesora neurologie a psychiatrie Viktora Emanuela Frankla Ten je považován za zakladatele psychoterapeutického směru, který nazval logoterapie a který se zabývá hledáním smyslu. V. E. Frankl se zabýval tzv. existenciální frustrací, tedy stavem, kdy člověk pochybuje o smyslu své existence. Jako východisko nenaplněné touhy po smyslu nabídl logoterapii. Předmětem jeho bádání se stala osoba, kterou charakterizoval pomocí deseti tezí, které uvádím v mírné modifikaci:

1. „*Osoba individuum; tedy in-dividuum*“, přesně přeloženo nedělitelné, něco co už dále dělit nelze, stejně jako to bylo popsáno v ontologickém personalismu. Při rozdělení přestane být osobou.
2. „*Osoba není pouze in-dividuum, nýbrž také in-sumabile*,“ tj. je nejen nedělitelná, ale také neslučitelná. Tedy jakákoliv masovost, kolektivnost nemůže cele charakterizovat osobu. princip neslučitelnosti zcela popírá třídní, rasová a jiná masová hlediska při hodnocení člověka, jako člena nějaké skupiny.
3. „*Každá jednotlivá osoba je absolutní novum*“. Zde nacházíme princip individuality, v němž je každý člověk originální neopakovatelnou bytostí.
4. „*Osoba je duchovní*“ Touto tezí dává Frankl do protikladu lidský organismus jako nástroj k jednání a vyjadřování s jeho užitkovou hodnotou a důstojností, která nezávisí na užitečnosti člověka, ať už fyzické nebo společenské. Tedy důstojnost se zde jeví jako ničím nepodmíněná kvalita, která náleží každé lidské osobě.
5. „*Osoba je existenciální*“, tuto charakteristiku chápeme jako možnost osoby svobodně utvářet svůj osud a ovšem být také plně odpovědný za své konání „*Být člověkem*“ je... „*být odpovědným*“.
6. „*Osoba patří do oblasti »já« nikoliv »Ono«*“ Osoba je výrazem sebeuvědomění a přivlastnění si nejniternějšího »já«. Objektivizací osoby (»Ono«) ztrácí svoji celistvost.
7. „*Osoba zakládá tělesně-duševně-duchovní jednotu a celost, která tvoří podstatu »člověk«.*“ Tedy nelze prohlásit, že člověk má část tělesnou, duševní a spirituální, neboť osoba je tvořena právě prolnutím všech tří složek, aniž je můžeme oddělit a hodnotit každou zvlášť. Naopak „*uvnitř této jednoty a celosti se duchovno v člověku „utkává“ s tělesnem a duševnem v něm.*“
8. „*Osoba je dynamická*“ Duchovno dokáže psychofyzično nejen nahlížet, ale také se od něj distancovat, a tak se samo může vůbec projevit.
9. „*Zvíře není už proto osobou, že se není s to postavit nad sebe samo*“. Člověk jako jediný tvor je nadán schopností transcendence.
10. „*Osoba nechápe sebe samu nijak jinak než vycházejíc z transcedence.*“ A zde se dostáváme ke kořeni logopedie, vždyť co jiného je hledání

smyslu než snaha najít něco, co nás přesahuje. „*At' to chce nebo ne, at' si je toho vědom nebo ne, člověk věří ve smysl, pokud dýchá*“.(3.)

### 2.1.1.3. Křesťanské pojetí osoby

Osoba je tedy individualitou duchovní, která fyzickému tělu propůjčuje důstojnost a smysl, který ji samotnou přesahuje. Proto se v úvahách o důstojnosti lidské osoby nelze vyhnout náboženskému pojetí. To obsahuje například významný dokument Papežské rady Charta pracovníků ve zdravotnictví, který je určen zdravotníkům. O důstojnosti se v něm píše toto:

*„Úcta, ochrana a péče, které právě tak náležejí lidskému životu, vyvěrají z jeho zvláštní důstojnosti. V rámci celého viditelného stvoření je jedinečnou hodnotou. Lidská bytost je totiž jediným tvorem na zemi, kterého Bůh chtěl pro něho samého. Všechno je stvořeno pro člověka. Jen člověk, stvořený k obrazu a podobě Boha, není zaměřen ani zaměřitelný k někomu jinému či k jiným, nýbrž pouze k Bohu, pro kterého existuje. Jen člověk je osoba: má důstojnost subjektu a hodnotu cíle.“ (8.)*

Dále v dokumentu nacházíme podobné hodnocení lidského života jako u V. E. Frankla. Je vyzdvihována neopakovatelnost a jedinečnost lidské osoby, spojení duše s tělem, které zprostředkovává vývoj a vyjádření se vlastní osoby, ale přesto je třeba odlišit jej od těla zvířat. Každý zdravotnický pracovník je nabádán k neustálému nahlížení na pacienty jako na hluboce jednotné lidské bytosti a nikoliv pouze jako na materiální schránky. Každý léčebný úkon je nutno chápat v kontextu celého člověka, nikoli izolovaně jako technický problém. Nemocného je nutno přijímat ve všech jeho rozměrech nejen tělesných, ale i citových, intelektuálních a duchovních. Proto se zdůrazňuje takzvaný holistický přístup, který je s větším či menším úspěchem aplikován i u nás. Samostatný problém reprezentuje skutečnost, že česká společnost je výrazně sekularizovaná. Prakticky to znamená, že si mnoho lidí, a to jak pacientů, tak ošetřujících, neklade závažné otázky týkající se lidství. Kladnou úlohu však mohou sehrát církve, které po roce 1989 získaly opět svobodný prostor pro svou činnost. I když se vzdělání teologové otázkami lidství a tedy i důstojnosti zabývají, jejich názory, ke škodě věci, nepronikají nebo neoslovují laickou nevěřící veřejnost. Vrátime-li se k pojetí člověka jako osoby, pak je vhodné uvést z Charty pracovníků ve zdravotnictví ještě toto ustanovení:

*„Fenomén osoby, tělo ve své biologické a dynamické podobě je základem a pramenem mravního požadavku. Co je a čím se biologicky stává, není indiferentní. Má*

*etickou relevanci: je ukazatelem – příkazem k jednání. Tělo je skutečnost hluboce osobní, znamení a místo vztahů s ostatními, s Bohem a se světem.“ (8.)*

S ohledem na dosud řečené lze pak v Chartě pracovníků ve zdravotnictví najít celou řadu praktických doporučení, které mohou posilovat psychickou i fyzickou jednotu pacientů, a která mohou přispět ke kultivaci mravních vztahů k nim. (8.)

#### **2.1.1.4. Čtyři typy lidské důstojnosti**

Velice cennou pomůckou k mé práci byl text Education for dignity. A multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans (Důstojnost a starší Evropané), který v českém překladu vydala organizace Cesta domů v roce 2004. Tato publikace se problematikou důstojnosti v pečujících profesích podrobně zabývá. Ač je primárně zaměřen na péči o seniory, posloužil mi jako vodítko k tomu, jak se dívat na pojem důstojnost a jak prakticky rozlišit jednotlivé typy ve zdravotní nebo sociální péči.

V textu se píše, že:

*„Důstojnost je složitá entita. Obvykle ji spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání. Často bývá snazší popsat nedůstojnost. Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat něco času pochopení toho, co důstojnost vlastně je. (1.)*

V poslední době se o důstojnosti právě ve zdravotnictví a v sociální péči často mluví, ale její obsah není konkretizován. Proto je dobře, že v uvedené publikaci Důstojnost a starší Evropané, jsou prezentovány základní čtyři typy důstojnosti:

- *důstojnost zásluh*
- *důstojnost mravní síly*
- *důstojnost osobní identity*
- *Menschenwürde“ (1.)*

Tato základní kategorizace mě oslovila, a proto ji dále konkretizuji i s použitím jiných obdobných pramenů.

#### **Důstojnost zásluh**

Každý člověk má nějaké osobní zásluhy: některé jsou velmi cenné, jiné nikoliv. V dnešní době se za vysoce záslužné považuje mít vysoké společenské postavení a vysokou ekonomickou úroveň. Lidé, kteří tyto posty zastávají, jsou často označováni jako VIP (verry important person). v ošetrovatelské praxi však musíme respektovat všechny

zásluhy, tedy i ty „obyčejné“. Například žena, která vychovala pět dětí, má jistě zásluhu na tom, že z nich vyrostli slušní lidé.

Důstojnost zásluh je tedy v jistém slova smyslu univerzální a měla by být ctěna. Ten, kdo opravdu žádné zásluhy nemá, protože je třeba od narození nemohoucí, by však měl být ctěn jako osoba, tedy jako někdo, u něhož se důstojnost samozřejmě předpokládá. (1.)

*„Ošetrovatelská etika musí rozlišovat mezi empatickou a vstřícnou péčí a žoviálností. Příbuzní bývalého kardiologa byli viditelně na rozpacích a rozrušeni, když při návštěvě svého příbuzného...slyšeli jak mu ošetrovatelka při krmení říká: „Vezmi si ještě jednu lžičku, zlato, to je hodný chlapec.“...aby sestra mohla plánovat pro pacienta důstojnou budoucnost, musí znát jeho minulost... Pacient např. nemůže mluvit z důvodu cévní mozkové příhody, Parkinsonovy nemoci nebo dokonce demence, ale pečovatelé by měli vědět, že tito lidé nemusí nezbytně ztratit schopnost rozumět tomu, co se jim nebo o nich říká...“(10.)*

### **Důstojnost mravní síly**

Tento typ důstojnosti je zaměřen na schopnost dostát svým mravním zásadám. Lidé, kteří nezaváhali v mezních situacích, byť za cenu nějakých ztrát, zažívají pocit důstojnosti. Závisí to samozřejmě na mravním standardu osoby, ale na i společenském očekávání.

Důstojnost mravní síly souvisí s morálními dilematy zdravotníků. Těch je samozřejmě celá řada a jejich konkrétní řešení se odvíjí od kompetence zdravotníků. V souvislosti s důstojností je někdy těžké, aby zdravotničtí pracovníci byli vždy korektní a vstřícní vůči pacientům, kteří jsou například stíženi cévní mozkovou příhodou, Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou nemocí a podobně. I když vědí, že tito nemocní určitým způsobem vnímají svět kolem sebe, přesto je pro ně náročné jednat s nimi jako s rovnocennými osobami. (1.)

### **Důstojnost osobní identity**

V tomto typu důstojnosti se jedná o osobitost a sebeúctu. Tu lze poškodit jak fyzickým zásahem, tak zejména citově. Jakýkoliv druh ponižování je přestupkem proti důstojnosti osobní identity. Klasickými prohřešky jsou neposkytnutí náležitých informací pacientovi, omezování pohybu, nedostatek soukromí a upírání nebo redukce kontaktu s rodinou. Zdravotníci si takové jednání většinou neuvědomují, ale rozhodně se jedná o

profesionální nedbalost. Nevstřícný přístup zdravotníků k pacientům a jejich rodinám je trvale kritizován a je třeba zdůraznit, že výrazně snižuje sebedůvěru, a to jak u pacienta, tak u ošetřujícího. Proto je třeba vyzdvihnout ústřední prvky tohoto pojmu:

*„Ústředními prvky tohoto pojmu (důstojnost osobní identity-pozn.aut.) jsou integrita, pevné vědomí vlastního já, fyzická identita, začlenění do pospolitosti a schopnost nalézt smysl ve svém životě, svých činech a dění, na němž je člověk účasten.“*

Osoba s touto důstojností si je vědoma smyslu vlastního života ve vztahu k sobě i všemu, co ji obklopuje. V současné době je velmi přitažlivá koncepce narativní medicíny, kdy každý „*Má svůj příběh,*“ a my ho u pacientů hledáme. Známe-li příběh člověka, který je toho času vážně nemocen, například stížen demencí, pak k němu máme nutně jiný přístup než bez této znalosti. Takový člověk je stále součástí společnosti a nehrozí mu vyloučení ani pocity zbytečnosti, pasivity a bezmocnosti při utváření vlastního osudu.(1.)

Dosud probírané tři aspekty důstojnosti by se měly konkrétně promítat do zdravotnické praxe, pokud některý z nich chybí, může to být vnímáno jako přehlížení, hanba, ponížení, degradace či trapnost. (1.)

### **Menschenwürde**

Tímto německým pojmem je označován ten typ důstojnosti, který vnímá osobu jako vlastníka nezczitelné úcty, která souvisí s její univerzální hodnotou danou samou podstatou lidství. Zde nezáleží na tělesném či duševním stavu člověka, neboť této důstojnosti se těší každá lidská bytost, ať už je to v morální kultuře společnosti chápáno jako základní lidské právo, nebo se společnost řídí pojetím člověka jako tvora stvořeného k obrazu Božímu (1.)

#### **2.1.1.5. Důstojnost v praxi**

Na co se tedy zaměřit při posuzování a zajišťování lidské důstojnosti pracujeme-li v pomáhajících profesích? Praktické doporučení SCIE - Social Care Institute for Excellence (Institut pro vynikající kvalitu sociální péče - nevládní britská organizace, která se zabývá kvalitou sociální péče) se týká těchto oblastí:

- respekt
- komunikace
- sociální inkluze
- autonomie

- soukromí
- hygiena a osobní úprava
- podávání stravy
- stížnosti
- zneužívání
- Whistleblowing (12.)

Protože se vyjmenované oblasti dobře „hodí“ při praktickém uplatňování v péči o nemocné, popíšu je podrobněji s využitím textu E. Rohanové.

**Respekt** zahrnuje poskytování kvalitní péče s úctou k pacientovi a s nulovou tolerancí vůči negativním postojům vůči němu. Respektovat přání a názory pacienta, individualizovat péči, která má být zaměřena na osobu nikoliv na jednotlivé úkony. Důležitou složkou je také oslovování pacienta, podle jeho přání.

**Mezilidská komunikace** zahrnuje oslovení, naslouchání a informování pacienta. Všichni pečující by měli mít na nemocného dostatek času, aby vyslechli jeho stesky a přání a aby jej dostatečně informovali o průběhu plánované péče a o všech výkonech, které mu budou prováděny.

**Sociální inkluze** rozumíme možnost pacienta podílet se na fungování společnosti, zůstat v kontaktu s rodinou a přáteli. Mimo návštěv v maximálním možném rozsahu, má pacient právo na přiměřené kulturní a občanské aktivity (kulturní představení, účast při volbách). Zde je text zaměřen zejména na dlouhodobě nemocné a na osoby s handicapem, kde je ztráta kontaktů se sociálním prostředím nejcitelnější. Sem patří také problematika nakládání s financemi.

**Autonomie** je klíčovým faktorem při zajišťování důstojné péče, její prvořadou součástí je možnost pacienta rozhodovat o všem, co se s ním děje na základě kvalitních informací. Patří sem možnost zvolit, co jíst, co si obléknout, kdy spát a další běžné činnosti.

Požadavek **soukromí** zahrnuje jednak ochranu osobních informací, respektování osobního prostoru a v neposlední řadě ohled na stud pacienta, při některých výkonech, které vyžadují odhalování intimních partií.

**Hygienická péče a úprava zevnějšku** má zahrnovat všechny činnosti spojené s mytím, sprchováním, orální hygienou, jako je holení, manikúra, pedikúra, vyprazdňování, oblékání a převlékání ložního prádla.



**Podávání stravy a tekutin** má zohledňovat individuální přání a potřeby pacienta. Nemocní, by měli stolovat s maximálním ohledem na kulturu, beze spěchu s poskytnutím nutné dopomoci, měli by mít dostatek tekutin během dne i v noci.

**Stížnosti** jsou u nás stále ještě poměrně řídkým jevem. Zejména „malé“ prohřešky nebývají předmětem stížností. Lidé nevědí komu stížnosti adresovat, bojí se odvety personálu a ani nevěří, že by se na základě jejich stížností něco podstatného změnilo. Velké prohřešky, zejména pak spojené se skutečnou nebo domnělou lékařskou chybou, se naopak stávají předmětem stížností, jejichž počet stále stoupá. Rozhodně je třeba dbát nato, aby byly právě takzvané „malé“ prohřešky předmětem profesionální pozornosti a aby byly důsledně odstraňovány. Možná by pak ani neeskalovaly stížnosti na velké prohřešky. Stížnosti pacientů, by měly být řešeny na co nejnižší úrovni, informovat o průběhu řešení stížnosti stěžovatele i personál a samozřejmě zajistit stěžujícímu ochranu.

Pod pojem **zneužívání** řadíme každý čin nebo naopak opomenutí, které pacienty poškozují. Za zneužívání považujeme újmy fyzické, psychické, finanční a materiální, sexuální, zanedbání, opomenutí a diskriminaci. Rozlišujeme jednání vedoucí ke zneužívání s kvalifikací trestného činu a mírnější prohřešky. V prvním případě s ním má být nakládáno standardně jako s trestným činem. Ve druhém případě, který je ve zdravotnických zařízeních častější, nebývá výrazná snaha ani motivace podobná provinění řešit. Odvolávání se na nedostatek času a přetížení personálu je výmluvou neschopného managementu, který nad špatnou péčí o pacienty zavírá oči.

**Whistleblowing** („pískání na píšťalku“) znamená vzájemné upozorňování na chyby, kterých se dopouštějí zdravotníci. Jedná se v podstatě o poskytování zpětné vazby, které je nezřídka vnímáno nepřátelsky. Pracovníci, kteří na chyby upozorňují, bývají velmi neoblíbenými členy týmu, protože whistleblowing je spíše chápán jako udavačství. Skutečnost udavačství je v tomto smyslu zarážející, protože každý pracovník je přece někým kontrolován. Možná je taková kontrola pouze formální, a proto neúčinná. V takové atmosféře je pak upozornění na chybu od pracovníka ve stejné pozici chápáno jako neospravedlnitelné. (12.)

## **2.1.2. Právní vymezení lidské důstojnosti**

O potřebě respektu a důstojnosti člověka k člověku se dočteme v řadě velmi důležitých právních norem a dokonce i v nadnárodních dokumentech. Především se jedná o **Všeobecnou deklaraci lidských práv** a na území České republiky se jedná o **Ústavu České republiky**, jejíž nedílnou součástí je **Listina základních lidských práv a svobod**, dále o mimořádně důležitou **Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**, která je toho času nejvyšším zdravotnickým zákonem země a samozřejmě též i v jiných zdravotnických zákonech.

### **2.1.2.1. Všeobecná deklarace lidských práv**

Tři roky po založení OSN položilo Valné shromáždění základní kámen dnešnímu souboru zákonů o lidských právech tím, že přijalo Všeobecnou deklaraci lidských práv. Jejím smyslem bylo ustavit „všeobecnou normu, jejíž dodržování by mělo být cílem pro všechny národy. Všeobecná deklarace lidských práv byla schválena Valným shromážděním OSN v New Yorku 10. 12. 1948. Tento den se stal symbolicky Dnem lidských práv. Přestože tehdejší Československo jako stát směřující ke komunismu a věrný

souputník Sovětského Svazu deklaraci svým hlasem nepodpořilo, po Sametové revoluci v roce 1989 se k odkazu tohoto dokumentu hlásí. Jsou zde vyjádřena základní práva každého člověka.

Přirozená důstojnost a rovná a nezcizitelná práva spolu s odmítnutím barbarských činů urážejících svědomí lidstva jsou jedním z prvních bodů tohoto prohlášení, které tím bezpochyby reaguje na historicky nedávné hrůzy II. světové války. Nově vzniklá Organizace spojených národů deklaruje své příští směřování jako ochránce lidských práv a základních lidských svobod, včetně důstojnosti a hodnoty lidské osobnosti, rovných práv mužů a žen, spolupráce a přátelství mezi národy. (X.)

Státy, které deklaraci podpořily, se zavázaly k postupnému zajišťování takových opatření vnitrostátního i mezinárodního charakteru, která by dodržování práv obsažených v úmluvě garantovala všem jejich občanům. (X.)

V prvním článku Všeobecné deklarace lidských práv je vyjádřena svoboda a rovnost všech lidí co se týče důstojnosti a práv. V takto vymezené deklaraci není tedy místo pro jakoukoliv formu šovinismu. Lidé nejsou posuzováni podle druhotných charakteristik (barva pleti, národnost atp.), protože všem náleží stejný díl důstojnosti.

V pátém článku již deklarace pouze navazuje na již vyřčené a uvádí ještě, že žádná lidská bytost nesmí být mučena, ponižována a nesmí s ní být nelidsky zacházeno.

S tímto souvisí i článek 12, kde je uvedeno, že veškeré zásahy do soukromého života, rodiny nebo domova a útoky na čest a pověst jsou nepřijatelné a je nutno je právně postihovat. (X.).

#### **2.1.2.2. Listina základních práv a svobod**

Na Všeobecnou deklaraci lidských práv navazují další dokumenty mezinárodního i národního dosahu, ve kterých jsou lidská práva zakotvena. Na území České republiky se jedná o **Ústavu České republiky 1/1993**, jejíž nedílnou součástí je **Listina základních lidských práv a svobod 2/1993**. Záruky lidských práv, lidských hodnot a lidské důstojnosti nacházíme již v preambuli této listiny a v obecných ustanoveních v hlavě první. Hlava druhá se přímo zabývá základními lidskými právy a svobodami v článku 5, 6, 7, 8 a zejména 10.

Pro lidskou důstojnost jako takovou je tato listina velice důležitý dokument určující práva a svobody. Tento dokument také ustavuje všechny lidi jako sobě rovné, svobodné a

důstojné. Z jednotlivých článků listiny mj. vyplývá, že důstojnost je tak důležitá součást lidství, že stojí u základů celé státnosti. Stát by ji tedy měl chránit a neomezovat, ani náboženskými dogmaty a ani jakoukoliv ideologií. Veškeré povinnosti, které tedy zákon ukládá, musí být slučitelné s lidskými právy a svobodami. Listinu lze upravit zákonem, ale je třeba dbát na zachování smyslu a podstaty.

Pátý článek tvoří prostá věta „*Každý je způsobilý mít práva*“. Z toho vyplývá, že v rámci této listiny se neberou ohledy na odlišnosti, ani schopnosti, ba ani svéprávnost toho kterého člověka. Tak je nutno lidský život chránit a respektovat již před narozením. V základních článcích se listina shoduje s předešle uvedenou deklarací lidských práv a svobod téměř dokonale.

Osobu lze soudním rozhodnutím držet ve zdravotní péči. To ovšem neporušuje nijak její osobní svobodu, která je zaručena.

K právu na ochranu lidské důstojnosti se v listině připojuje ještě právo na ochranu osobní cti, dobré pověsti, jména a osobních údajů, rodinného a soukromého života. V tomto výčtu se důstojnost tyčí jako zobecňující a všeobjímající pojem, ve kterém by měly být všechny ostatní části ochrany osobnosti zahrnuty automaticky. Ovšem právě abstraktnost tohoto pojmu je tím, co nás nutí jej rozvádět a specifikovat, to ale neznamená, že můžeme tento pojem vynechat a nahradit pouze oněmi specifikacemi.(XIII.)

### **2.1.2.3. Úmluva o biomedicině**

Výčet zákonných ustanovení by nebyl úplný, kdyby nezahrnoval Úmluva o biomedicině jejíž plný název zní Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. tato norma byla přijata v roce 1997 Radou Evropy a ratifikována parlamentem České republiky v roce 2001.

Preambule odkazuje na vývoj v oboru medicíny a biologie, jehož by se mělo využívat pouze ve prospěch současných a budoucích generací a neměl by se odklánět do směrů, které jsou protichůdné k jeho vlastním záměrům. Proklamuje úctu, kterou je třeba chovat k člověku jakožto jednotlivci i jako členu lidského rodu. Dospívá k závěru, že pokrok, prospěch člověka a jeho ochranu je možné uvést do souladu, pokud se toto dostane do veřejného povědomí působením mezinárodního nástroje vypracovaného Radou Evropy v souladu s jejím posláním. Klade se důraz na potřebu mezinárodní spolupráce při šíření přínosu vyplývajícího z vědeckého pokroku pro lidstvo jako celek.(I.)

Ve své podstatě Úmluva o biomedicině nepředstavuje pouhé vymezení práv pacienta, ale také nástroj k jejich uplatnění v nejkonkrétnějším slova smyslu. Péče poskytovaná každému člověku musí být dostupná a profesně standardní.

Mezi obecnými ustanoveními nacházíme v prvním článku potvrzení důstojnosti a svébytnosti všech lidských bytostí v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Díky tomuto ustanovení můžeme poznatky anatomie, biologie a vědy obecně použít u konkrétní osoby tak, abychom zachovali její integritu.

Nahlížení lidské bytosti z pohledu vědy (lékařské) omezuje naše povědomí o člověku jako o osobě. Také proto je ve druhém článku obsažen princip nadřazenosti blaha člověka nad ostatními hledisky (zájmy společnosti a vědy). (III.)

Nemalý podíl na zachování důstojnosti, podle článku 5 Úmluvy o biomedicině, má právo každého občana na informace o jeho zdraví, tedy i nemoci. Prakticky se tato okolnost řeší informovaným souhlasem.(4.)

#### **2.1.2.4. Zákon 20/1966 Sb.ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu, v platném znění**

Zákon, podle jeho § 9 zajišťuje všem občanům státu právo na zdravotní péči, která je charakterizována ustanoveními zákona o zdraví lidu, zákona o všeobecném pojištění a zákona o ochraně veřejného zdraví. Tedy pokud zdravotnické zařízení nebo zdravotníci poskytují zdravotní péči v odpovídající kvalitě, pouze tím dodržují literu zákona. A tudíž pokud tak nečiní, proti tomuto zákonu se proviňují.

Podobně je v § 55 vyjádřena povinnost zdravotnického pracovníka „*vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti*“. Výklad tohoto paragrafu může znamenat jiný význam pro zdravotní sestru, odlišně jej bude chápat lékař a jinak pacient ambulantní a ještě jinak pacient dlouhodobě hospitalizovaný. To, co jeden bagatelizuje, druhý může oprávněně pokládat za nezbytnost. (IV.)

## 2.2. Etické kodexy v ošetrovatelství

Etické kodexy v ošetrovatelství jsou jednak nadnárodní a jednak národní povahy. Nejstarším etickým kodexem v ošetrovatelství je ten, který vznikl na půdě Mezinárodní rada sester - ICN ( International Council of Nurses ), ten pak převzaly jednotlivé národní organizace sester, buď v plném znění nebo jej modifikovaly. V žádném z těchto kodexů se výslovně o důstojnosti nemluví, ale s použitím jiných pojmů je naznačena cesta jak důstojnost pacientů respektovat. Proto v následujícím textu uvádím nejen nejdůležitější etické kodexy v ošetrovatelství, ale vybírám z nich ta ustanovení, která se týkají důstojnosti pacienta.

### 2.2.1. Etický kodex ICN a ČAS

Na internetových stránkách České asociace sester (ČAS) se v předmluvě k Etickému kodexu ICN můžeme dočíst:

*„Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který byl*

*projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat etickou komisí a prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003. “(V.)*

V úvodu tohoto významného dokumentu se píše, že:

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

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

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

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

## **KODEX ICN**

(celé znění Etického kodexu ICN uvádím v příloze č. 1.)

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

### **1. Sestry a spoluobčan**

V prvním článku kodexu ICN, který se týká vztahu zdravotních sester ke spoluobčanům je vyjádřena spoluzodpovědnost za poskytovanou péči, tedy předpoklad, že sestra je členem zdravotnického týmu, nikoliv jen pasivním vykonavatelem ordinací.

Zde je také kladen důraz na prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Mimo to se od sester očekává, nejenže poskytnou pacientům dostatek informací o léčbě, ale zároveň, že tyto informace budou chránit, před nepovolanými osobami.

Dále je zde vyjádřena spoluzodpovědnost zdravotních sester na zachování přirozeného životního prostředí, podporu aktivit souvisejících s uspokojováním zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

### **2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe**

Druhý článek je věnován vysoké úrovni profesionality zdravotních sester a požadavkům na celoživotní vzdělávání, které je jedním z opatření vedoucí k udržení co možná nejvyšší úrovně poskytované péče.

V této části kodexu je kladen také důraz na ochranu, kterou zdravotní sestra věnuje vlastnímu zdraví, aby nebyla snížena její schopnost poskytovat kvalitní péči pacientům. Zde je třeba zmínit nejen zdravý životní styl. Ten je jistě nutný pro tak náročnou profesi, již bezesporu povolání zdravotní sestry je, ale zejména přetěžování fyzické i psychické, které se v našem zdravotnictví již stalo téměř pravidlem.

Dále jsou zmíněny kompetence sester i jejich podřízených pracovníků, při rozdělení pracovních povinností.

Dobrá pověst sesterské profese má být podle druhého článku kodexu ICN budována nejen slušností, pěstováním profesionálního image, ale též dodržováním bezpečnosti, důstojnosti a lidských práv občanů/pacientů.

### **3. Sestry a profese**

Ústředním tématem třetího článku je aktivní podíl sester v ošetrovatelské praxi, řízení, výzkumu a vzdělávání. Sestry dávají vzniknout profesním standardům, vychovávají zdravotnický dorost, podílejí se na ošetrovatelském výzkumu, často koordinují a řídí práci celých týmů. jako členky profesních a odborových organizací bojují za pracovní podmínky v ošetrovatelské profesi.

### **4. Sestry a jejich spolupracovníci**

V posledním článku je zdůrazněna úloha zdravotních sester jako členek širokých týmů, které jsou složeny nejen ze spolupracovníků z oboru ošetrovatelství, ale i dalších odborníků, protože péče o pacienta je práce týmová a její kvalita záleží na každém subjektu tohoto týmu. A nejen na kvalitě jedinců, ale i na komunikaci uvnitř tohoto seskupení. (V.)

Česká asociace sester k tomuto převzatému dokumentu připojila tabulky, které by měly usnadnit zdravotnickým i řídicím profesionálům, pedagogickým a výzkumným pracovníkům a v neposlední řadě i zástupcům České asociace sester uvést tyto normy do praxe, protože etický kodex ICN bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý



dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče. ( tabulky s rozpracovanými články kodexu uvádím v příloze č. 1.)

Je otázkou jak rychle a poctivě jsou jednotlivé normy uváděny v život, obávám se, že často je Etický kodex ČAS či ICN pouze vývěsním štítem na internetových stránkách náměstkyně pro ošetrovatelskou péči té které nemocnice, a když se sester zeptáme zda vědí, kde Etický kodex hledat, či zda znají jeho obsah, uvedeme je tím do rozpaků.

Pro úplnost ještě uvádím zkrácené znění dalšího dokumentu z října 2002, který je k dispozici na stránkách České asociace sester, aniž by bylo připojeno vysvětlení, který z dokumentů je nadřazen tomu druhému. Můžeme se samozřejmě domnívat, že sestřám náleží kodex ICN a registrovaným zdravotníkům ten druhý. Ale oba dokumenty jsou si dost podobné a navíc většina sester v naší republice je i registrována. Ovšem nikoliv Českou asociací sester, jak je uvedeno v dokumentu, ale Ministerstvem zdravotnictví České Republiky. To, že je na stránkách ČAS ponechán již neplatný dokument, je pro mnohé matoucí a naznačuje to, že, že takový dokument není pravděpodobně tak významný, když jej nacházíme na www stránkách ještě pět let po ukončení jeho platnosti (v roce 2004 skončily registrace ČAS a nastoupily místo nich registrace ministerské).

### **2.2.2. Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků**

(celé znění kodexu uvádím v příloze č.2)

V dokumentu nacházíme podobné zásady jako v Etickém kodexu ICN. Pracovník registrovaný v České asociaci sester je vyzýván, aby:

- *„hájí a podporoval zájmy jednotlivých pacientů a klientů;*
- *sloužil zájmům společnosti;*
- *jeho chování vzbuzovalo důvěru veřejnosti;*
- *prezentoval a dále zlepšoval postavení a dobrou pověst své profese.“*

(VI.)

V následujících patnácti bodech jsou rozpracovány zásady profesní odpovědnosti registrovaného pracovníka.

Mimo uspokojování potřeb pacientů a klientů, je registrovaný pracovník povinen hájit jejich zájmy a bezpečnost. Vyvarovat se chyb a opomenutí, které by ve svém důsledku vedly k poškození zájmů pacientů. Ve sféře vztahu k pacientům a klientům a k jejich rodinám je třeba nastolit otevřené jednání, které podpoří plánování péče a

spolupráci s důrazem na autonomii a vzájemný respekt. Zejména je nutné brát ohled na etnický původ, náboženské přesvědčení, osobní vlastnosti pacientů a klientů.

Samozřejmostí by se měla stát týmová péče o pacienty plná vzájemného respektu k názorům a práci spolupracovníků. K těmto zásadám přistupuje potřeba jasně daných hranic kompetencí jednotlivých pracovníků, které nesmějí být překračovány v zájmu bezpečné a kvalitní péče.

I v tomto kodexu je akcentována potřeba neustálého zvyšování odborných znalostí. Velmi podrobně je popsána povinnost mlčenlivosti, ale i příklady jejího prolomení vyplývající ze zákona, jako je souhlas pacienta se sdělováním důvěrných informací, oznamovací povinnost v souvislosti s trestným činem.

Na rozdíl od kodexu ICN je zde jasně vyjádřena povinnost vyvarovat se jakéhokoli jednání, které by vedlo ke zneužívání výsadního postavení zdravotníka vůči pacientům a klientům, stejně jako povinnost odmítat veškeré dary, privilegia a pohostinnost z jejich strany.

Vedle těchto srozumitelných a jasných zásad nacházíme v kodexu několik zcela nejasných bodů, které mohou být zavádějící. V bodě 8. musíme odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu neprodleně oznámit veškeré problémy týkající se našeho svědomí, které by mohly ovlivňovat výkon naší profese. V bodě 11, 12. a 13. musíme oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, vyplývající z fyzického, psychického a sociálního prostředí, v němž péče probíhá, které by mohly ohrozit úroveň péče o pacienty a klienty, oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu veškeré okolnosti, za nichž není možno poskytovat pacientům a klientům bezpečnou a odpovídající péči a konečně oznámit odpovědné osobě nebo příslušnému úřadu, domnívá-li se, že je v ohrožení zdraví a bezpečnost našich kolegů, které mohou ohrozit úroveň jejich práce a péče.

Když si ještě přečteme dovětek jsme opět v rozpacích:

*„Česká asociace sester je odbornou profesní organizací, která vyžaduje od registrovaných členů i nečlenů, aby pracovali a chovali se podle norem uvedených v tomto kodexu.*

*Kodex profesionálního chování vydaný Českou asociací sester je závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, členy i nečleny ČAS registrované touto organizací.*

*Kodex byl projednán a přijat prezidiem a předsedy jednotlivých sekcí a regionů České asociace sester dne 11. 10. 2002 a je platný od 1. 11. 2002*

*Kodex profesionálního chování bude revidován a proto uvítáme veškerá doporučení na změnu a zlepšení.*

*Prezidium*

*České asociace sester“(VI.)*

Dříve zmíněné zbytečně mnohomluvné a nic neříkající body, jakož i nesrozumitelný dovětek, jsou v přímém rozporu se zbývajícím zněním kodexu, který je naopak velice jasným návodem, jak se jako registrovaný zdravotnický pracovník chovat. Tolik stránky České asociace sester, vrcholné profesní organizace, která se zásadním způsobem spolupodílí na utváření pravidel vykonávání sesterské profese, pravidel vzdělávání a jako jediná zastupuje české sestry v Mezinárodní radě sester.

### 2.2.3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů.

Pokud otevřeme internetovou stránku Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně, jehož, zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, k našemu překvapení nacházíme další etický kodex, tentokrát Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Většina zdravotních sester pracujících na území České republiky jsou jak sestry hlásící se k Etickému kodexu ICN, tak registrovanými pracovníky, pro něž jsou závazná pravidla Etického kodexu registrovaných pracovníků, ale jsou i zdravotnickými pracovníky nelékařských oborů, a tedy podléhají ustanovením i tohoto posledního uvedeného kodexu.

#### **Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

(plné znění dokumentu uvádím v příloze č.3)

Třetí z uvedených kodexů velmi připomíná Etický kodex ICN. Nicméně některé body jsou šířeji pojednané nebo rozdílné.

V úvodních zásadách nacházíme kromě respektu k životu, k lidským právům a k důstojnosti každého jednotlivce i předpoklad rovného přístupu ke všem spoluobčanům bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.

Proti dvěma probraným kodexům, je zde nově vyjádřen důraz na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování Charty práv pacientů a Charty práv hospitalizovaných dětí.

Stejně jako předešlé dokumenty deklaruje pro zdravotnické pracovníky nelékařských oborů nutnost vysoce profesionálního přístupu a spolupráce s odborníky z jiných oborů.

Další novinkou je zmínka o nutnosti pravdivě vést zdravotnickou dokumentaci a chránit ji před zneužitím v souvislosti s ochranou osobních údajů. V tomto bodě cítíme posun od hledisek čistě etických k stránce spíše eticko-právní. Stejně tak je tomu i v dalším bodě, kde je zdravotník vybízen k aktivnímu prohlubování znalostí o právních předpisech platných pro jeho profesi.

Posun v uvažování o úloze zdravotnického pracovníka představuje i pokyn, který zakazuje jakékoliv zohledňování zájmů komerčních subjektů, působících v oblasti zdravotnictví. (IX.)

Vlastní dokument má pět článků z nichž vybírám nejdůležitější zásady:

### **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

V téměř doslovném souladu s Etickým kodexem ICN, je zde vyjádřen respekt k životu a k individualitě občanů, kterým zdravotnický pracovník poskytuje péči.

Další podobností je zmínka o právu pacienta na informace a povinnosti zdravotníka tyto informace chránit před zneužitím.

První odlišností je apel na zajištění intimity v maximální možné míře, což je vlastně jen rozvedení respektu k již vyjádřeným požadavkům na zohlednění individuality pacienta.

Za velmi důležitou považuji zmínku o nepřipustnosti zneužití důvěry a závislosti nemocného, která v ostatních kodexech chybí.

Novum je také to, že ve vztahu zdravotnického pracovníka s pacientem je vyjádřena nejen nutnost dodržování práv a povinností pacientů, ale i povinností a práv zdravotníků jako poskytovatelů zdravotní péče. (IX.)

### **Zdravotnický pracovník a praxe**

I tento článek se velmi podobá kodexu ICN v tom, že zmiňuje jako nejdůležitější zásady zdravotnické praxe k udržení prestiže zdravotnického povolání: vysokou

profesionalitu, odborný a intelektuální rozvoj nelékařských zdravotnických pracovníků po celou dobu jejich profesionálního života, vysokou kvalitu péče a vědomí vlastní kompetence při jejím poskytování.

Zajímavým doplňkem je objasnění situace, kdy je možno poskytnout zdravotní péči nad rámec svých pravomocí v nebezpečí z prodlení. zde je opět patrný posun od etických formulací k právním. (IX.)

### **Zdravotnický pracovník a společnost**

Tento článek vyjadřuje obecně společenský rozměr zdravotnické profese. Od zdravotnického pracovníka se očekává i další působení na spoluobčany, kromě těch uvedených v článku Zdravotnický pracovník a spoluobčané, tentokrát jako šířitele zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí a objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.

### **Zdravotnický pracovník a spolupracovníci**

Opět je zde podobnost s Etickým kodexem ICN, když je zdůrazňována mezioborová spolupráce, vzájemný respekt a úcta mezi kolegy z různých oborů. V tomto kontextu považuji za důležité vyzdvižení nutnosti vystupovat jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodným chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby. (IX.)

### **Zdravotnický pracovník a profese**

Zde se opakuje již řečené: odpovědnost za vysokou kvalitu péče, vysokou úroveň vzdělání v zájmu udržování a zvyšování prestiže své profese. (IX.)

Tento článek je, dle mého názoru, nadbytečný, neříká nic jiného, než co již bylo v kodexu řečeno.

Všechny tři uvedené dokumenty mají mnoho podobného, a přesto každý z nich přináší něco nového. Očekávat, že české zdravotní sestry budou studovat a zvažovat všechny tři kodexy, není reálné, a proto roztržitost předkládaných etických norem je pro ně spíše matoucí a naznačuje, že se patrně nejedná o nijak významné dokumenty, když jim je věnována tak malá péče.

Považuji za nutné sjednotit na území našeho státu etické kodexy v jeden dokument, který jako platný převezmou všechny profesní organizace sdružující zdravotní sestry v České republice.

## **2.2.4. Důstojnost pacienta v etických kodexech**

### **2.2.4.1. Práva pacientů**

(plné znění tohoto dokumentu uvádím v příloze č.4.)

Prvořadým dokumentem, který pronikl do povědomí jak zdravotníků tak i pacientů, je určitě etický kodex Práva pacientů, který byl prohlášen platným Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR 25. února 1992. To, že tento dokument nacházíme v téměř každé nemocniční čekárně či na každém oddělení však ještě neznamena, že jsou jeho jednotlivá ustanovení naplňována v praxi. Zveřejňování a připomínání práv pacientů je nicméně důležitým počinem v postupné emancipaci pacientů.

Je třeba mít neustále na paměti, že vztah mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem je značně asymetrický, a proto po dlouhá léta nikoho nepřekvapoval paternalistický přístup zdravotníka k pacientovi. Pacient neměl žádná práva, protože je prostě nepotřeboval. Plně důvěřoval svému lékaři a tato důvěra byla pro lékaře zavazující. Teprve rozvojem nejrůznějších terapeutických a diagnostických možností v průběhu minulého století, docházelo k tzv. dilematickým situacím, kdy existovala více než jedna možnost léčby a nebylo možno s jistotou říci, která je pro pacienta nejvýhodnější.

Druhým aspektem je zdůraznění lidských práv v demokratické společnosti, která sebou přináší i spoluzodpovědnost za utváření vlastního osudu. Proto postupně docházelo ke změně role pacienta z pasivní na aktivní a vyvstala nutnost vůbec nějak vymezit postavení pacienta vůči lékařům a zdravotníkům. Dokumentem, který tak činí, jsou právě Práva pacientů.(6.)

V etickém kodexu Práva pacientů je formulován požadavek na zdravotnickou péči, která je kvalitní nejen v profesionální rovině, ale i po stránce lidské. Mimo práva na ohleduplnost, soukromí, diskrétnost, respektu k přáním a potřebám nemocného je zdůrazňována nezbytnost poskytovat pacientovi veškeré potřebné informace o léčebných a diagnostických postupech, o možnostech léčby a všech jejích alternativách, včetně předpokládaných důsledků. Tím jsou vytvářeny předpoklady pro spolupodílení pacienta na tom léčebném procesu, pro který se rozhodne. Zde pokládám za nezbytné zdůraznit, že

každý informovaný souhlas pacienta s terapeutickým nebo diagnostickým zákrokem v sobě nutně obsahuje nejprve důkladnou informaci a po ní následující zasvěcené přitakání nebo odmítnutí procedury.

Dalším právem vyjádřeným v tomto kodexu je důvěrnost informací o pacientovi, jeho zdravotním stavu i průběhu jeho léčby.

Pacient má mít také zaručenu kontinuitu zdravotní péče a má být informován o tom, kde a kdy mu tato péče bude dostupná. (XI.)

#### **2.2.4.2. Práva hospitalizovaných dětí**

Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR se zabývala mimo jiné i právy hospitalizovaných dětí, protože péče o dětského pacienta přináší svá specifika. Proto schválila v r. 1993 také Chartu práv hospitalizovaných dětí.

(plné znění tohoto dokumentu uvádím v příloze č. 5.)

V deseti zásadách tohoto kodexu je zřejmá snaha jeho tvůrců připomenou zdravotnickým pracovníkům, že dítě není malý dospělý, ale že dětský věk přináší v nemocniční péči mnohá úskalí, která u dospělého pacienta nenacházíme v takové naléhavosti. Nicméně všechna práva hospitalizovaných dětí jsou aplikovatelná na jakoukoliv věkovou kategorii pacientů, jen s vědomím mimořádné křehkosti dětského těla i duše.

Kodex v prvních sedmi článcích neobsahuje jiné zásady než ty, které jsme již našli v právech pacientů dospělých. I v něm je vyjádřena povinnost zohlednit individuální potřeby všech pacientů. Charta práv hospitalizovaných dětí pouze tyto individuální potřeby dětí výslovně formuluje.

Rozdíl nacházíme až v bodech 8.-10., kde je vyjádřena nutnost umístit dítě mezi jeho vrstevníky a poskytnout mu bezpečné, motivující prostředí i s ohledem na jeho vzdělání. (XII.)

Aniž bych chtěla zpochybnit práva hospitalizovaných dětí, ráda bych upozornila na jinou znevýhodněnou skupinu pacientů – seniorů, která je možná ještě bezbrannější než dětské pacienty. I oni vyžadují specifické zacházení a ohledy.

Důležitou součástí tvorby a dodržování práv pacientů tvoří kromě snahy a péče zdravotnických pracovníků také snaha a péče samotných nemocných, kteří o svá práva aktivně usilují. V zemích, kde jsou tradičně silné organizace pacientů, jako je například

Velká Británie, je jim přirozeně dopřáváno více sluchu než u nás, kde jsou stále ještě pacienti v mnohem submisivnějším postavení. Je tedy i na pacientech nespokojovat se se špatnou péčí, stát se aktivním partnerem zdravotníků a umět si prosadit svá práva. Často se setkáváme s názorem, že stížnostmi si člověk proti sobě jen popudí lékaře a sestry a spravedlnosti se stejně nedovolá. A tak pacienti raději přesvědčují ošetřující, že jsou s jejich péčí spokojeni, a ti nemají důvod cokoli měnit.

## **2.3. Etika ve vzdělávání zdravotních sester**

### **2.3.1. Výuka etiky v kvalifikačním studiu zdravotních sester**

V současné době u nás může zdravotní (přesněji řečeno všeobecná) sestra vystudovat dvojím způsobem. Buď po maturitě pokračuje ve studiu na tříleté Vyšší odborné škole, a tak získá titul Diplomovaná sestra (DiS.), nebo absolvuje tříleté bakalářské studium na vysoké škole v oboru Ošetřovatelství a získá titul Bakalář (Bc.). Je třeba připomenout, že zdravotní sestry, které u nás pracují, jsou většinou absolventkami středních zdravotnických škol, tedy čtyřletého odborného studia ukončeného maturitou. Změna ve vzdělávání zdravotních sester nastala až v roce 2004, kdy vstoupil v platnost



zákon 96/2004Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. To znamená, že poslední středoškolsky vzdělané všeobecné sestry maturovaly v roce 2008.

Na středních zdravotnických školách bylo výuce etiky věnováno zpravidla 30 vyučovacími hodinami.

Vyšší odborné zdravotnické školy zařazují do studijního plánu studijního oboru Diplomovaná všeobecná sestra předmět Etika v ošetrovatelství v rozsahu třiceti hodin v průběhu jednoho semestru výuky.

Na III. lékařské fakultě Univerzity Karlovy je v bakalářském studijním programu Ošetrovatelství zařazen předmět Etika v ošetrovatelství v průběhu celého druhého ročníku studia v rozsahu jedna hodina přednášek a jedna hodina cvičení týdně, to je cca třicet hodin přednášek a třicet hodin cvičení celkem. Předmět je zakončen zkouškou.

Na II. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se studuje v oboru ošetrovatelství předmět Etika ve zdravotnictví pouze jeden semestr.

I když všechny typy zdravotnického vzdělávání obsahují předmět etiky, je zarážející, že právě důstojnost v nich chybí nebo figuruje pouze v obecné rovině. Přesto je potěšitelné, že na všech lékařských fakultách v České republice je povinná výuka lékařské etiky, i když si jednotlivé fakulty zachovávají autonomii v tom, že si každá určuje obsah předmětu sama. Protože na lékařských fakultách získávají kvalifikaci také zdravotní sestry, uvádím pro ilustraci sylabus tohoto předmětu pro 1. ročník bakalářského studia Všeobecná sestra na II.LF UK:

#### **(1) Základní pojmy obecné etiky**

Etika, morálka, právo, svědomí. Etický relativismus. Demoralizace.

#### **(2) Proč vznikla lékařská etika jako obor a její principy**

Zneužití medicíny. Princip nonmaleficence, beneficence, respektu k autonomii toho druhého a spravedlnosti.

#### **(3) Nejvýznamnější témata lékařské etiky I.**

Počátky života a rozhodnutí podpořit versus zamezit. Genová manipulace.

#### **(4) Nejvýznamnější témata lékařské etiky II.**

Pojetí smrti, umění stárnout a umírat, eutanazie versus dovolit zemřít.

#### **(5) Etické problémy týmové spolupráce**

Team spirit a důsledky jeho absence. Subordinace a rivalita. Kariéra. Vnitroskupinový konflikt a jeho řešení i neřešení.

### **(6) Odpovědnost k sobě samému**

Lidský život jako příběh a jako sled úkolů.

### **(7) Etika občanského soužití**

Demokracie a její ohrožení. Význam komunikace. Média a jejich stíny. Společnost masová versus občanská.(VIII.)

Nepochybně je dobře, že se etika vyučuje na všech stupních zdravotnického vzdělávání. Přesto lze však diskutovat celou řadu problémů, například zda vůbec lze lékařskou etiku naučit.

U studia etiky bychom se neměli snad ani tolik zaměřovat na počet odpřednášených hodin, jako spíš na to, čím jsou přednášky a cvičení naplněny. V následujících řádcích se podobným problémem při výuce mediků zabývá H. Haškovcová :

*„Častým a artikulovaným názorem je, že lékařskou etiku nelze vyučovat, protože ji » nelze naučit «. Každý ji » má v sobě « , a proto každý ví jak se zachovat, až přijde čas. Tomuto omylu nahrává průkazná teorie o dědičnosti » osvědčených forem chování «. Přesto je třeba zdůrazňovat, že etiku lze » naučit «, i když jiným způsobem než v exaktních vědách.*

*Výuka lékařské etiky je závažným problémem, s nímž se potýká mnoho pedagogů. Výběr témat je široký a je třeba je redukovat na reprezentativní okruhy. To je činnost, se kterou se analogicky setkáváme i v jiných oborech a která je při dobré vůli a znalosti konkrétních potřeb studentů zvládnutelná. Potíž však tkví nikoliv jen v tom CO učit, ale JAK to udělat. V lékařské etice nejsou formy výuky ustálené nikde na světě a jejich standardizace je zatím jen nedostižným snem.“(5.)*

Dalším problémem je, že výuka etiky je často především teoretická a není propojena na konkrétní praxi. I když každá zdravotní sestra bezpečně ví, že má svého pacienta respektovat, naslouchat mu a ctít jeho důstojnost, v praxi se dopouští řady chyb. To proto, že pojem respekt, důstojnost je příliš abstraktní a obyčejné formy pomoci jí mohou připadat jako nedůležité.

Jiným problémem je, že se ve výuce lékařské respektive zdravotnické etiky nekonkretizují jednotlivá témata s ohledem na kompetence.

Jestliže není jasno ani ve výuce lékařské etiky, což teprve etika ošetrovatelská, která si zatím hledá obsah a hlavně formu.

### **2.3.2. Nabídka celoživotního vzdělávání v ošetrovatelské etice**

Od roku 2006 mají zdravotní sestry, podobně jako lékaři, povinnost celoživotně se vzdělávat, která vyplývá z e zákona 96/2004 Sbírky, nelékařských zdravotnických povoláních. Je to pochopitelné, protože těžko můžeme očekávat, že zdravotní sestra vystačí po celý profesionální život pouze s vědomostmi, které načerpala při kvalifikačním studiu. Toto jistě dobře míněné opatření přináší problémy s organizováním systematického celoživotního vzdělávání zdravotních sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. Mnohdy není sestrám, ba ani jejich nadřízeným jasno, co celoživotní vzdělávání znamená jaký má smysl a co od něj mohou očekávat. Jak již bylo nejménou zmíněno, často se stává jen bezhlavou honbou za kredity. Tam, kde by mělo obohacovat, rozšiřovat obzory a zpestřit zaběhané stereotypy, naopak sestry ubíjí nesmyslným vysedáváním na seminářích, které s jejich prací nesouvisí a leckdy jsou ušité „horkou jehlou“ a pouze donekonečna omílají samozřejmosti bez nových informací. Jediným kritériem při výběru akce celoživotního vzdělávání se nezdá stává nízká cena a stručnost sdělení. Ono už se to tam nějak odsedí!

Je samozřejmě mnoho akcí, které jsou dobře připravené a zajímavé. Ale někdy je problém je odlišit od těch druhých.

Na stránkách České asociace sester jsem našla na letošní rok nabídku 172 vzdělávacích akcí, z toho etické téma nabízelo 7 z nich. Mimo to jistě mnohá témata, která přímo ošetrovatelskou etiku v názvu semináře nedeklarují, ji v nějaké podobě obsahují. I když je řada témat etických, otázkou je, kolik sester si je vybere. Nezdá chybí propojení s praxí a za etické jsou považovány náměty, které jsou atraktivní nebo i pseudoatraktivní. Je prospěšné zaměřit se na konkrétní témata, použít skutečných kazuistik a zapojit účastníky semináře do diskuze.(5.)

Stačí jen, když si sestra lehne na lůžko v pokoji pacientů a na sobě má pouze „andělíčka“. V tom okamžiku je bezmocná a pochopí lépe situaci pacienta než sáhodlouhými výklady.

### 2.3.3. Hodnocení sester z hlediska jejich chování k pacientům

Sestry jsou nebo by měly být hodnoceny neustále, upřednostňuje se, což je jistě důležité, více technická odbornost provedeného výkonu, před hodnocením přístupu k pacientům. Spíš se očekává, že se bude chovat odpovídajícím způsobem. Zdravotní sestry si to ovšem myslí také, a tak vlastně jedinou zpětnou vazbou, kdy se sestra dozví, že se chová nevhodně, je rozlada pacientů, jejich rodin nebo dokonce stížnost.

Jako příklady hodnocení jsem si vybrala systém, který se používá v naší nemocnici (Fakultní nemocnice Motol).

V plánu odborné praxe je hodnocena odbornost, výkonnost a manuální zručnost, spolehlivost, spolupráce, organizační schopnosti a jednání s nemocnými. Jednání s pacientem je hodnoceno na škále 1-5, kdy znamená:

*„1 Chování netaktní, bezohledný, nesnaží se nemocného uklidnit, svým nepříjemným chováním zhoršuje stav nemocného*

*2 Konvenční, nezaujímá citlivý postoj k nemocným*

*3 Postoj k nemocným je nevyhraněný, jedná taktně, ale jen zřídka nemocného uklidní*

*4 Citlivá/ý, ohleduplná/ý, její uklidňování není pro všechny nemocné dost přesvědčivé*

*5 Laskavé, citlivé a ohleduplné jednání s nemocnými, vzbuzuje důvěru nemocných a dokáže je uklidnit“.(II.)*

Je nepochopitelné, že se v záznamu o proběhlé nástupní praxi absolventa všeobecné sestry nebo zdravotního asistenta vůbec připouští, že po roce jeho práce na oddělení je možno hodnotit jeho chování k pacientovi jako netaktní a bezohledné, které zhoršuje stav nemocného. Takový pracovník přece nemá u pacienta, co dělat! Podivné je i to, že je hodnoceno šest položek, každá minimálně jedním bodem a jako nevyhovující je označen pouze absolvent, který získal 5 a méně bodů. Takže vlastně vyhovuje každý.

Při pouhém zaškolení se chování k pacientům nehodnotí.

V náplni práce všeobecné sestry je uvedena psychická podpora pouze u umírajícího pacienta. Jinak sestra pouze“ *„pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta“*, případně“ *„poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu“*. (II.) Pokud se psychická podpora rozumí samo sebou, jako součást zmiňovaného ošetrovatelského procesu, potom není třeba ji zvlášť zmiňovat v péči o umírající. Pravděpodobnější je, že se duševní opora ze strany zdravotní sestry běžně neočekává.

(Plán odbor. praxe absolventa v příloze č. 6, Náplň práce v příloze č.7.)

### **2.1.3. Případy pochybení sester proti důstojnosti pacientů**

Pro ilustraci k tématu mé práce uvádím několik příkladů z tisku, které jsou alarmující svou závažností ale i svým vývojem. Jedná se o medializovaná pochybení v jedné léčebně dlouhodobě nemocných. Zde bych ráda citovala charakteristiku léčebny dlouhodobě nemocných podle Ivy Holmerové, naší přední odbornice v geriatrii a gerontologii: *„Rehabilitační a doléčovací péče a dlouhodobá péče převážně ošetrovatelského typu byly dosud poskytovány léčebnami pro dlouhodobě nemocné a nyní bývají organizovány jako tzv. následná péče. První se již mnohde stalo a druhé se často nyní stává synonymem nekvality pro pacienty a neatraktivnosti pro zaměstnance.“* (7.)

Na následujících řádcích nejsou nejhorší skutky, kterých se personál léčebny dopouštěl, ale samozřejmost s jakou je takové jednání přijímáno nejen samotnými sestrami, ale i jejich nadřízenou, která má za úkol dodržování kvality jejich práce kontrolovat. To, že se terčem špatného chování stali senioři, jako jedna z nejhroženějších skupin pacientů vůbec, by mělo upozornit odpovědné pracovníky na zhoubnost celého případu a míru jeho nebezpečnosti pro vnímání profese sestry ve společnosti.

Redaktor MF Dnes, který se nechal na několik dní tajně zaměstnat jako sanitář v soukromé léčebně v pražské Chittussiho ulici, zjistil, že v ní dochází k zanedbávání péče a k falšování chorobopisů. Svou zprávu pro čtenáře listu sepsal do vydání 7. července 2008. Jak uvidíme, je škoda, že nevydržel déle než pět pracovních dní.

Redaktor zde popisuje praktiky personálu léčebny, které o dobré péči nesvědčí: zanedbávání stravovacího a pitného režimu, falšování dokumentů, vypínání zvonků. O koupání například reportér napsal: *„Podle zaměstnanců léčebny se každý pacient sprchuje asi jednou týdně. Ale praxe je jiná. Od pondělí do pátku jsme s kolegyní Stáňou ve speciálním křesle stihli vysprchovat jen osm pacientů z třiceti. Pokud o víkendu, kdy už jsem v léčebně nebyl, nevypukly koupací „orgie“, koupání jednou týdně je pouze teorie“.* (XIV.)

Je to samozřejmě jednostranně napsaný článek, ale autor zaznamenal i vyjádření druhé strany, které vyšlo v listu tentýž den. Není třeba přepisovat celý rozhovor, stačí ocitovat jednu odpověď vrchní sestry léčebny Milady Appeltové. Když se jí redaktor zeptal, proč nemají všichni pacienti u postele alarm, odpověděla: *„Ano, to vám jednoduše vysvětlím. Oni na tom někdy pacienti visí, pak vám to vyrvou ze zdi, pak je to rozbitý... To tam nepišťe. Tlačítka se často rozbijí tím, že jsou pacienti neklidní.(...) Víte co, když je tam těch pacientů čtyřicet, v noci, a je tam jedna sestra a ten pacient zvoní a sestra přijde a řekne: Proč zvoníte? A on odpoví: Já nevím. (...) Pak sestry lítají jako hadr na holi.“* (XIV.)

Hlavním obranným argumentem sester v soukromé LDN Chitussiho byl nedostatek personálu. Vrchní sestra Appeltová, která odpovídala podobně i na další otázky, přišla o funkci viceprezidentky České asociace sester, ale ve své pracovní funkci vrchní nadále setrvala. Moje přítelkyně situaci zhodnotila velmi trefně: *„Tam, kde může dál škodit, zůstává a tam, kde pacientům ublížit nemohla, ji odvolali!“*

To jenom dokládá, že zdravotních sester je všude málo. Dá se předpokládat, že podobná situace je i na jiných zdravotnických pracovištích. Výmluvným dokladem tohoto tvrzení je skutečnost, že se o prohřešcích zdravotnického personálu dozvídáme od svého

okolí, tedy od lidí, kteří zdravotnická zařízení navštěvují nebo tam mají v roli pacientů své blízké.

V průběhu psaní této práce byla v podobném zařízení hospitalizována i moje 86-letá matka. Jedná se o zařízení s mnohem lepším zvukem a, jak mohu z každodenní zkušenosti potvrdit, mnohem kvalitnější péčí než ve výše uvedené LDN. Pacienti jsou vymydlení, sestry laskavé a dokonce přichází i fyzioterapeutka. Nicméně v denní službě jsou dvě sestry a jeden sanitář na oddělení pro 30 pacientů, pokud mají všechny pacienty umýt, nakrmit a inkontinentní čas od času přebalit, tak na průběžné nabízení tekutin ležícím jim už mnoho času nezbyvá, o péči o psychický komfort pacientů ani nemluvě. Fyzioterapeutka má na starosti dvě oddělení, tedy 60 pacientů, pokud by využila opravdu celou pracovní dobu, tak vychází průměrně 8 minut rehabilitace na pacienta denně. Noční službu má pouze jedna sestra.

Tato situace nepramení ani tak z nedostatku sester, ale již z kvót, které určují, o kolik pacientů se má starat jedna sestra. V těchto tabulkách snad ani s žádným popovídáním si s pacienty nebo trpělivým informováním apriori nemohlo být počítáno. Pracovní doba leckdy opravdu vystačí jen na technickou péči. Když k tomu připočítáme služby navíc, práci za chybějící kolegyně, což je každodenní realita našich nemocnic, tak už zbývá jen krůček k vyhoření, nekvalitě a neprofesionálnímu jednání. A pak musíme dát za pravdu Petru Třešňákovi, který do týdeníku Respekt napsal, že sestry: *„Ukazují tu tvář české medicíny, která pacienty často nejvíc trápí, stává se zdrojem stížností i příčinou paradoxního pocitu, že zdejší po odborné stránce špičková lékařská péče zůstává i po letech nevlídná a nepřátelská. Sestra je totiž klíč. Klíč, který do zámku českého zdravotnictví pasuje čím dál hůř.“* (19.) Dál v článku popisuje zkušenost začínající sestry z práce na onkologickém oddělení velké pražské nemocnice: *"Sestra, která mi ukazovala oddělení, mi na úvod řekla: Hlavně se na nic neptej víc než dvakrát. Můžeš být ráda, že tě nefackuju..."*, není divu, že po půl roce práci na onkologii vzdala. *„Počáteční nevráživost kolegyň ještě zhoršovalo to, že práce připomínala kolotoč roztočený do vysokých otáček. Alena kmitala dvanáct hodin denně od lůžka k lůžku, nestíhala se najíst ani si dojít na záchod, na rozhovor s těžce nemocnými pacienty nebyl čas vůbec. "Já nejsem líná, to přetížení bylo ale opravdu strašné," vypráví sestra, "stejně jako vztahy na oddělení.“* A k tomu ještě přistupuje naprosto nepřijatelný slovník při hovoru o pacientech: *"Mrtvola na osmičce nebo jestli už ta smradlavá baba na šestce chcipla, to byly běžné výrazy."*

Respekt pokračuje dále zajímavou statistikou, která u nás není běžně známá, že totiž: *„jedna česká sestra se v průměru stará o šest a půl pacienta (na akutních*

*odděleních je to méně, na běžných občas i třikrát tolik). Průměr západních zemí bývá až poloviční. “ Pak nejsou neobvyklé pocity pacientů, že někoho obtěžují, protože všichni jen někam spěchají. (19.)*

Nejsou všechny sestry jako ty, o nichž se dočítáme, Jak máme přesvědčit adeptky studií na zdravotních školách a ošetřovatelských oborů na školách vysokých, že jejich povolání bude důstojné, plné soucitu s trpícími a vysoce profesionální. Situace ne nepodobná té, kterou zažila Florence Nightingelová když se v roce 1843 chtěla stát ošetřovatelkou v Salisburské nemocnici. Shodou okolností se v témže roce v knihupectvích objevila kniha Charlese Dickense *Martin Chuzzlewit*, kde vystupuje porodní bába Sairey Gampová – špinavá ženština propadlá alkoholu. Ošetřovatelky vůbec byly považovány za osoby negramotné, nevzdělané a špatně placené. Není divu, že rodina Nightingelových s dceřiným rozhodnutím nesouhlasila.(22.)

Nyní, po více než sto padesáti letech, kdy se ošetřovatelství studuje na univerzitách jako vědecká disciplína, kdy rozvoj vědy, techniky i společenských věd přináší pokrok i do moderního ošetřovatelství, se máme smířit s tím, že pacienti jsou nuceni snášet hlad, žízeň, nedůstojné a neprofesionální zacházení personálu, aniž by se nad tím zdravotnické špičky příliš pozastavily!

### **3. Praktická část**

#### **3.1. Cíl výzkumu**

Ve výzkumné části své diplomové práce jsem se rozhodla zaměřit se na problém, který představuje porušování etického kodexu zdravotních sester tím, že svým chováním dostatečně nechrání pacientovu důstojnost.

V první řadě chci zjistit, k jakým případům porušování důstojnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních dochází. Dále se budu zajímat o to, jaké obecné postoje zaujímají zdravotní sestry, jejich nadřízení pracovníci a pacienti samotní k pochybením v chování k pacientům. Budu sledovat jak všichni respondenti vnímají závažnost



pochybení sester v závislosti na nejrůznějších vlivech, jako je věk, délka praxe, dosažené vzdělání, jejich spravedlivé odměňování, klima na pracovišti, spokojenost v osobním životě.

Ráda bych dospěla k poznání alespoň některých důvodů, které k pochybením ze strany zdravotních sester vedou a na závěr navrhnou opatření jak prohřešky vůči pacientům omezit nebo dokonce odstranit.

## 3.2. Metody

Moje empirická studie se skládá z:

- **focus group**, kterou jsem použila jako předvýzkumnou metodu, abych si ujasnila, jaký názor mají zdravotníci i laici na důstojné zacházení s pacienty.
- **řízené rozhovory** se zdravotními sestrami, kde jsem zjišťovala jejich postoj k etickému kodexu sester a jejich vnímání důstojné péče o pacienta
- **studium výsledků ankety** ve Fakultní nemocnici Motol

Teprve po posouzení výsledků výše uvedených výzkumných metod jsem přikročila k hlavnímu výzkumnému nástroji, kterým bylo

- **dotazníkové šetření** zaměřené na postoj zdravotních sester k důstojnosti pacientů a souběžně na názory pacientů

### 3.2.1. Focus group

Metodu focus group, která se uskutečnila 11.prosince 2008 na půdě Katedry supervize a řízení Fakulty humanitních studií UK. Skupiny se zúčastnilo 6 respondentů, z toho 2 zdravotní sestry (z toho jeden muž) a 4 sociální pracovníce, kteří se rekrutovali z řad mých spolužáků z Katedry řízení a supervize. Od skupiny jsem si slibovala získat jednak pohled zdravotnických profesionálů ze strany zdravotních sester a z druhé strany nezdravotnický pohled sociálních pracovníc.

Data jsem zaznamenávala nahrávkou, která se nakonec ukázala poměrně nekvalitní a stala se pouze vodítkem k písemnému záznamu, který prováděla zapisovatelka. Všichni účastníci byli informováni o využití prezentovaných dat pro účely mé diplomové práce.

### **3.2.1.1. Výzkumné otázky**

V průběhu focus group jsem účastníkům položila tyto otázky:

1. Co pro vás znamená pojem důstojnost?
2. Vzpomeňte si na některé příklady porušování důstojnosti pacienta od těch nejbanálnější až po ty závažné
3. Proč k těmto případům, podle vašeho názoru, dochází?
4. Co s tím? Jaká opatření navrhuje proti nedůstojnému zacházení?

### **3.2.1.2. Výsledná analýza**

#### **1. Co pro vás znamená pojem důstojnost?**

Je patrné, že všichni účastníci skupiny pokládají v souvislosti s důstojností pacienta za důležité: lidství, individualitu člověka, respekt, komunikaci a partnerský přístup.

Za velmi zajímavé považuji, že v odpovědích zdravotníků zaznívaly obranné postoje, ač nesouvisely s otázkou. Zaujímalí vlastně postoje „potrefené husy“, které hájí svoje pozice. Pro příklad zopakují některé výroky zdravotnické části skupiny: *je to „o lidech“*, *„vy to máte jako poslání“ (vnucují nám)*, *je to práce jako každá jiná, rychle se zapomene na vstřícnost a empatii, vždycky se vidí jen to špatný, nevyzdvihuje se to dobré, a co důstojnost sester!*

Tyto reakce jsou z lidského hlediska pochopitelné a snad je pozitivní že nich vyplývá tounáležitosti a snaha o očištění profesní „známky“. Tedy nikoliv lhostejnost až cynismus, který je zdravotníkům občas přičítán.

#### **2. Vzpomeňte si na některé příklady porušování důstojnosti pacienta od těch nejbanálnější až po ty závažné**

V této části se nejčastěji objevovaly příklady neinformování pacientů, nedostatečného vcítění sester či lékařů a všechny zkušenosti nebo většina z nich vycházela z osobních zkušeností. Skutečně hrubá pochybení, která by vedla k vážnému poškození pacienta, zde vůbec nebyla zmíněna. Zdravotníci se v této části drželi výrazně zpátky, pravděpodobně je pro ně „slovo do vlastních řad“ dost hořká pilulka. Ale není vyloučeno, že se báli porušení profesionální mlčenlivost.

### **3. Proč k těmto případům, podle vašeho názoru, dochází?**

Mezi nejčastější důvody patřily stereotypy, vyčerpání, nedostatečná motivace, nakažlivost špatného příkladu (*„je zvláštní, že se nechají nakazit tím negativním a ne tím pozitivním“*), ale poměrně časté byly úvahy o tom, zda důvod není v špatném chování veřejnosti k sestřím, nízké prestiži sesterského povolání. Zdravotníci hovořili o neznalosti supervize a špatně řízeném systému, který zaměstnance jen využije a neposkytne mu podporu (*„u nás jede systém na doraz – dbá se jen na to, aby přišli s diplomem, vysávají se – když nemohou – přijdou jiní“*).

### **4. Co s tím? Jaká opatření navrhuje proti nedůstojnému zacházení?**

Návrhy na změnu neutěšené situace jsem rozdělila do tří kategorií: změny v managementu, změny v postojích pacientů a systémové změny. Manažerům doporučili účastníci focus group zabývat se stížnostmi pacientů, motivovat zaměstnance, podporovat příklady dobré praxe, individuální péči o sestry na různých úrovních. V krajním případě i chybnou sestru propustit. Věnovat se vzdělávání a supervizi.

Pacienti by měli být aktivnější a vyžadovat dobrou péči. Komunikace by měla být propojena *„od pacienta až k řediteli nemocnice“*.

Za systémové změny považovali účastníci finance na proškolení v komunikaci, supervizi, větší důraz na vzdělávací systém. Podle jejich názoru by měli být pacienti aktivnější a více si stěžovat, pokud není spokojen s péčí. Zazněl i názor, aby pacienti dostávali na konci hospitalizace a tím *„dali vědět, co se jim líbí“*. Účastníci většinou změnu považovali za dlouhodobý proces.

Zdravotníci volali po posílení pocitu odpovědnosti sester, hodnocení, odměnách, nutnosti pracovat s vrchními sestrami a udělat na odděleních pořádek (*„na různých úrovních je třeba pracovat různě“*). Za velmi zajímavé považují, že ze strany zdravotníků nepadaly v první řadě návrhy na lepší odměňování.

#### **3.2.1.3. Závěr - výsledky focus group**

Ze sdělení respondentů vyplývá, že důstojnost pacienta je zajímavým tématem pro každého, ať již se nacházíme v roli nemocného, nebo poskytovatele péče. Nikdo z nás není lhostejný možná i proto, že se snadno může ocitnou v pozici pacienta. Všichni vlastně toužíme po pozitivních změnách systému, ve kterém by se našim nemocným lépe stonalo a zdravotníkům zodpovědněji a kvalitněji pracovalo. Bez snahy všech složek systému to

pravděpodobně nepůjde. Respondenti jasně vyzvali ke změně postojů nejen zdravotníky samotné, ale zejména jejich manažery a v neposlední řadě i samotné pacienty, kteří by měli vyžadovat kvalitní péči. To je podle účastníků focus group jediná cesta ke zlepšení celého systému.

### **3.2.2. Řízený rozhovor**

Kvalitativní výzkumnou metodu řízeného rozhovoru jsem zvolila proto, abych si ještě před dotazníkovým šetřením ujasnila co pro zdravotní sestry, které pracují u lůžek pacientů, znamená pojem etika, etický kodex, lidská důstojnost. Současně s tím mě zajímaly případy porušování etických principů kodexů i lidské důstojnosti. Rozhovory jsem prováděla s dvěma sestrami z urologického oddělení Fakultní nemocnice Motol. Obě byly informovány, že výsledky budou použity do mé diplomové práce.

#### **3.2.2.1. Rozhovor I.**

Informant I – M. – řadová zdravotní sestra z lůžkové stanice

Po úvodu jsem se zeptala na znalost etického kodexu. M. etický kodex nezná, matně si vzpomíná na výuku na zdravotní škole, kde se o něčem podobném učili, ale ona sama nic podobného nevyhledává. Nemá jej k dispozici na oddělení. Ve věcech etiky se řídí problematickými znalostmi ze školy a vlastní intuicí.

Na otázku pacientovy důstojnosti se jí vybavuje terminální stadium, ohleduplné zacházení, „*aby se s pacientem nezacházelo, jako s kusem materiálu*“.

Oslovování pacienta se řídí pacientovým přáním, ale to se nikam nezapisuje. Sestry si jej předávají ústně mezi sebou.

Jako další problém vidí zbytečné odhalování pacientů (při nevhodném používání tzv. „andělíčků“).

Na otázku zda podle ní dochází k porušování etického kodexu často, myslí, že celkem často.

Jako důvod vidí přetíženost sester a dalšího personálu, asi ze 70% a zbytek „*sestry, které ani neměly být sestrami*“.

Napravit by to mohl dostatek personálu a nadřízený, který sestru upozorní na nevhodné chování, zbytečně se jí nezastává, když není v právu a třeba i finanční postih.

### **3.2.2.2. Rozhovor II.**

Informant II: L. – zdravotní sestra specialista – řídicí funkce

Po úvodu jsem se zeptala, zda všechny sestry u ní na oddělení (tedy i M.) znají etický kodex, mají jej k dispozici, nebo si jej mohou vyhledat. L. se domnívá, že kodex je dostupný, sestry, pokud chtějí, mohou si jej vyhledat, nebo se zeptat starších kolegyně.

Na dotaz zda dochází k prohřeškům vůči lidské důstojnosti odpovídá, že čas od času ano.

Ohledně oslovení soudí, že sledovat další záznam (oslovení) v dokumentaci, by pro sestry bylo neúnosně zatěžující, ale pacient si může říci a jeho přání je respektováno.

Na dotaz o zbytečném obnažování pacienta hájí sestry a uvádí, že jsou to právě ony, které často pacienty upozorňují a nabádají je k zahalení. Sestry ale namítají, že pacienti sami považují odhalování za něco, co k tak „*choulostivému*“ oboru jako je urologie patří. Zdá se tady, že sestry o problému vědí, ale neumí jej řešit.

Na otázku týkající se trpělivého informování pacienta sestrou, odpovídá, že při současné přetíženosti sester musí pacienti počkat, až si sestra udělá čas.

Příčiny porušování etických zásad na svém oddělení vidí zejména v malém počtu sester ve směně, ale i občas v tom „*že si nosí do práce své osobní problémy*“.

I přes nedostatek sester se provinilou sestru nebojí potrestat, nedávno takový případ řešila, a kdyby sestra chtěla odejít, nebránila by jí. Trest má význam i pro ostatní sestry, které „zpytují svědomí“.

Přes občasné problémy je přesvědčená, že těch, které se k pacientovi chovají empaticky, je převaha.

Kromě toho, že by mělo být sester na oddělení víc, je také třeba dobrého vedení, neustálé zdůrazňování toho, co je správné.

### **3.2.2.3. Závěr -výsledky řízených rozhovorů**

Z obou rozhovorů vyplývá určitá bezradnost ve vztahu k etickému kodexu v ošetřovatelství. Nebývá zdůrazňován, ač obě mají pocit, že se jedná o důležitý dokument, který by měly znát. Výuka etiky na zdravotnických školách probíhá nejednotně a mnohem více sester zná, alespoň podle názvu, Hippokratovu přísahu, než Etický kodex ICN či ČAS. Ale není to jistě jejich vina, ta padá na hlavu jejich učitelů a mentorů. Mimo to je i problém vybrat z řady dokumentů ten platný, když i na stránkách ČAS nacházíme dva etické kodexy, aniž by bylo vysvětleno, který mají sestry používat. Pokud ho ovšem vůbec hledají. Existují nemocnice, které mají na internetu převzatý nebo upravený etický kodex pro sestry, ale ta, kde pracují respondentky mezi ně bohužel nepatří.

Z hovoru o oslovování pacientů vyplynulo, že je všem jasno, jakými pravidly se řídí, ale o problémech, které dennodenně řešíme vědí. Přesto oslovování považují za méně důležité než jiné problémové oblasti. Pečlivě zaznamenávají existenci protézy, berlí a jiných nezbytných pomůcek a záznam o oslovení považují za nadbytečný. Je ale zřejmé, že pacientovo přání v rámci možností ctí.

Zbytečné odhalování pacienta cítí jinak mladší sestřička, která se za pacienta stydí, cítí pocit trapnosti před návštěvou, pravděpodobně i proto, že se jí týká bezprostředněji, než zkušenější manažerky, která již ví, že díl viny je i na pacientech.

Příčiny nedostatku empatie, trpělivosti a vstřícnosti vidí obě dotazované zdravotní sestry převážně v přetíženosti sester, z menší části ve špatném vedení. Zlou vůli v závažném chování sester spatřují pouze u zlomku z nich.

Opatření, které shodně obě navrhnou jsou: dobrá organizace práce a dostatek pracovních sil. Dobrý příklad nadřízených a pevné mantinely, které určují, co se smí a nesmí. V případě závažnějšího pochybení obě souhlasně hovoří o finančním postihu. To je asi „řeč“, které rozumí všichni.

Z obou rozhovorů ale vyplývá, že ač málokterá sestra zná etický kodex, tak zásady v něm obsažené vlastně znají. Jejich intuice bývá správná a až na výjimky se chtějí k pacientům chovat dobře. Když chybují, tak pro neúnosnou pracovní zátěž a stres, což jsou faktory, které samy nezavinily.

### **3.2.3. Studium výsledků ankety**

Vzhledem k tomu, že pracuji ve Fakultní nemocnici Motol a že tam jsem později realizovala dotazníkové šetření, jsem se také rozhodla nejprve prostudovat dostupné výsledky průzkumu mínění pacientů co se týče kvality péče.

#### **Anketa ve Fakultní nemocnici Motol**

Ve Fakultní nemocnici Motol probíhá průběžný průzkum spokojenosti pacientů s péčí, které se řídí směrnicí schválenou ředitelem nemocnice. V nemocnici probíhají nepřetržitá šetření, která používají standardizovaný dotazník (plné znění dotazníků uvádím v přílohách 8. a 9.). Výsledky nepřetržitého hodnocení spokojenosti pacientů jsou předkládány řediteli 2 krát ročně a potom zveřejňovány na internetových stránkách. Mimo

to probíhají v nemocnici ještě další cílená opakující se časově ohraničená šetření, která jsou zaměřena na zjištění příčin případných konkrétních nedostatků.

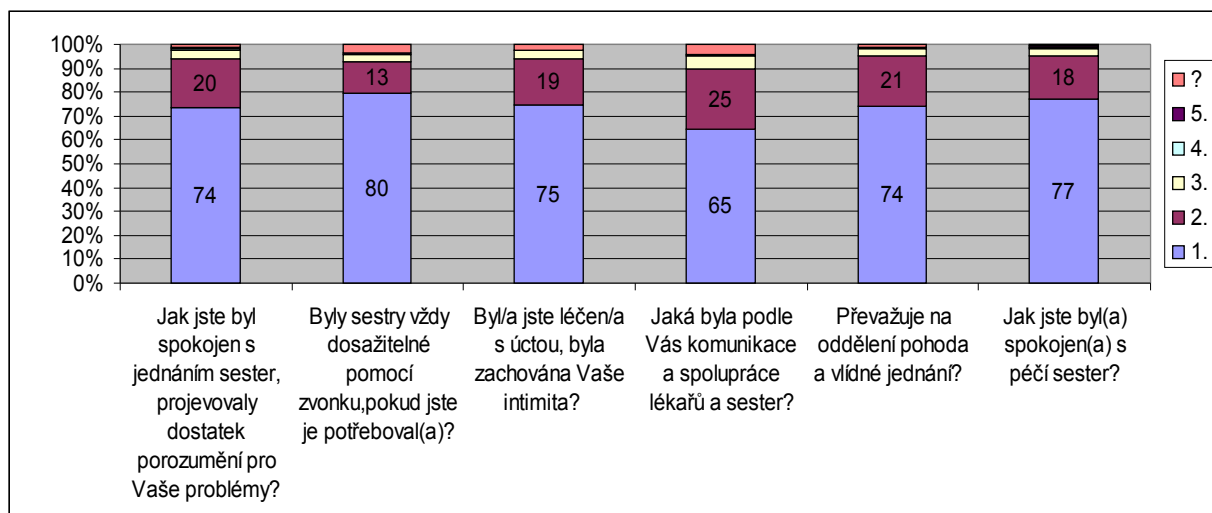
V průběžném šetření spokojenosti je předkládán dospělým pacientům dotazník o 35 otázkách, rodičům dětských pacientů o 32 otázkách. Na většinu z nich odpovídají označením hodnoty na škále 1 – 5, přičemž 1 znamená vynikající, 2 velmi dobré, 3 průměrné, 4 podprůměrné a 5 nedostatečné. Otázky se týkají spokojenosti s organizací hospitalizace, přístupu ošetřujícího personálu, kvality léčebné péče a stravování, čistoty a pohodlí. Na konci obou dotazníků je dotaz, zda by respondent doporučil nemocnici svým známým.

Dotazník je pacientům k vyplnění nabízen a podle způsobu sběru dat se jedná spíše o anketu než o výzkumné šetření. Na internetových stránkách Fakultní nemocnice Motol jsou k dispozici výsledky ankety za rok 2006, kdy bylo získáno 4.550 vyplněných dotazníků, z toho 4.346 dotazníků od dospělých pacientů, z dětské nemocnice 204 dotazníků. Je překvapivé, že interpretace výsledků nezabrala více než jednu stranu textu, z něhož vybírám: celkovou kvalitu péče ve FN v Motole známkou 1 zhodnotilo 60 % dospělých pacientů a 40 % respondentů dětské části nemocnice (rodiče, doprovody dětských pacientů). Další údaje jsou bez udání jak absolutních, tak relativních počtů. Nejlépe hodnocené aspekty péče byly: změna termínu přijetí k plánovanému zákroku, doba čekání na přijetí nemocnice, první kontakt respondenta s nemocnicí, informovanost o zdravotním stavu a další léčbě při příjmu. Nejhůře hodnocené aspekty kvality péče byly: čistota toalet a sprch, doba ranního buzení, strava, možnost telefonovat, sledovat televizi, zakoupit i noviny, ale také citové a duchovní potřeby pacientů, ochota sester promluvit si s pacientem při jeho obavách a strachu.

Z obsáhlých výsledků pro názornost uvádím v grafu I. ty, které souvisí s postojem sester k důstojnosti pacienta.

### **Graf I. Odpovědi pacientů na dotazy o spokojenosti s péčí ve FN Motol, procenta**





Zdroj intranet Motol (VII.)

Nejhůře byla hodnocena opět strava, čistota prostředí, ale i organizace příjmu a propuštění a informovanost.

Za pozitivní pokládám srovnání některých kategorií s průzkumem z předchozího roku. Nicméně hodnoty byly často podobné.

V posledním dokumentu, který je na intranetu nemocnice dostupný, jsou srovnány výsledky průzkumu u dospělých hospitalizovaných pacientů v 2. pololetí 2006, 1. pololetí 2007 a dětských hospitalizovaných pacientů v roce 2008. Nejsou uvedeny počty pacientů, ani jiné údaje o nich.

Opět jsem se zaměřila na odpovědi, které se dotýkají tématu mého výzkumu, tedy postojem sester k pacientům. Vybírám z obsáhlého dokumentu tři grafy, které popisují procentuální rozložení odpovědí na dotaz týkající se chování sester.

Vysvětlivky k popiskům:

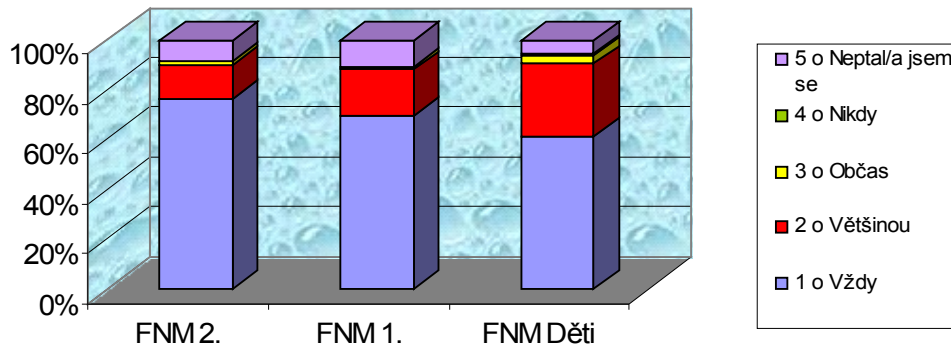
FNM 1.- Dospělí hospitalizovaní pacienti v 1. pololetí 2006

FNM 2.- Dospělí hospitalizovaní pacienti ve 2. pololetí 2007

FNM Děti- Dětská hospitalizovaní pacienti v roce 2008

V grafu II., který jsem převzala z výsledků průzkumu, je zřejmá vysoká spokojenost pacientů se způsobem informování zdravotní sestrou.

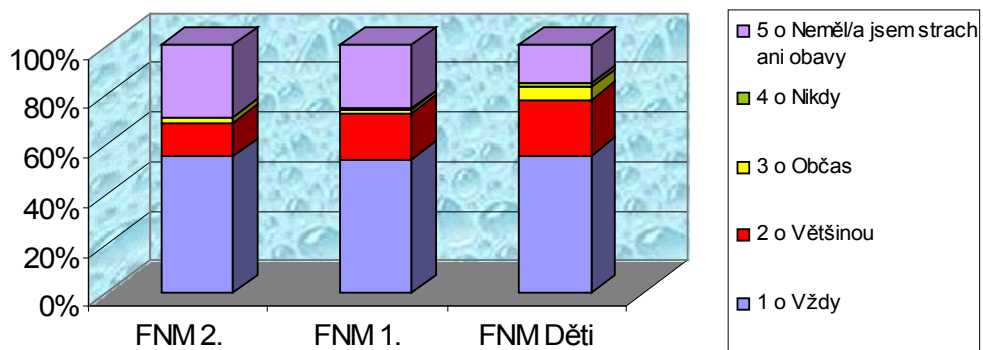
**Graf II. Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?**



Zdroj intranet Motol (VII.)

Poněkud v nižším procentu hodnotili pacienti svou spokojenost s ochotou sester promluvit si s nimi o jejich obavách (graf III.).

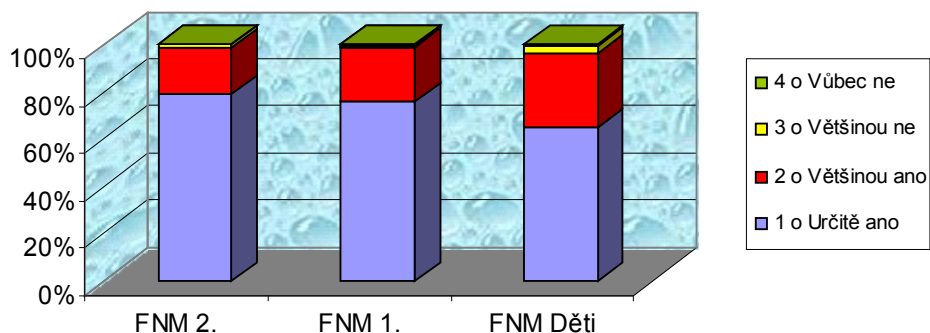
**Graf III. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?**



Zdroj intranet Motol (VII.)

Jako poslední jsem vybrala z výsledků ankety graf IV., kde pacienti opět deklarují ve vysokém procentu důvěru k zdravotním sestřám na oddělení, kde byli hospitalizováni.

**Graf IV. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?**



Zdroj intranet Motol (VII.)

Hodnocení je pro motolské sestry velmi příznivé, ale je třeba si uvědomit, že vliv na výsledky má i způsob, jakým byla data získána (anketa) i to, že pro některé zejména starší pacienty není snadné dotazník vyplnit (malé písmo, velký počet otázek). Jejich odpovědi pak samozřejmě chybějí.

### 3.2.4. Dotazníkové šetření o důstojném zacházení s pacienty

#### 3.2.4.1. Téma výzkumu a popis zkoumaného souboru

Dotazníkové šetření týkající se problematiky důstojného zacházení s pacienty jsem prováděla v průběhu měsíce dubna 2009 ve Fakultní nemocnici Motol na těchto lůžkových

odděleních: Klinika gynekologie a porodnictví II. LF UK, na Chirurgické klinice II. LF UK a na Urologické klinice II. LF UK. Kvantitativní výzkum byl zaměřen na tři skupiny respondentů. Nejdůležitější skupinou byly zdravotní sestry, které na zmíněných odděleních pracují u lůžek pacientů, druhou skupinu tvořily staniční a vrchní sestry, které řídí práci sester u lůžka a konečně třetí skupinu tvořili pacienti hospitalizovaní na uvedených třech klinikách. Všechna oddělení, kde byl výzkum prováděn, jsou zaměřena na akutní krátkodobou péči, jak vyplývá z jejich charakteristiky. Proto se zde s některými problémy, jež jsou popisovány v zařízeních dlouhodobé péče, jako jsou například léčebny dlouhodobě nemocných, setkáváme jen výjimečně nebo spíše vůbec. Mám na mysli problematiku hygienickou péči, hrubé prohřešky proti stravovacímu a hlavně pitnému režimu a hydrataci pacientů. Stejně tak není markantní to, že sestry s pacienty komunikují jen velmi málo nebo vůbec, protože při krátkodobé hospitalizaci, která je zpravidla zaměřena na vyřešení nějakého zdravotního problému, je pro pacienta podstatnější technická stránka ošetrovatelské péče. Proto jsem se zaměřila zejména na to, zda je důsledně uplatňována důstojná péče (byť to je problematika v dotazníkovém šetření obtížně zachytitelná) a které prohřešky jsou vnímány jako nejzávažnější a které jako méně závažné.

#### **3.2.4.2. Výzkumný problém**

Dotazníkové šetření sledovalo dvě hlavní výzkumné otázky:

Jaký je názor zdravotních sester a jaký pacientů na závažnost odlišných typů pochybení ze strany zdravotního personálu?

Jak se liší pohled sester a pacientů ve FN Motol na důstojnost péče?

#### **3.2.4.3. Konceptualizace a operacionalizace**

Kvantitativní výzkum byl zaměřen na tři skupiny respondentů. Nejdůležitější skupinou byly zdravotní sestry, které na zmíněných odděleních pracují u lůžek pacientů, druhou skupinu tvořily staniční a vrchní sestry, které řídí práci sester u lůžka a konečně třetí skupinu tvořili pacienti hospitalizovaní na uvedených třech klinikách.

Všechny tři skupiny respondentů odpovídaly na strukturovaný dotazník, který byl sestaven pouze pro účely této studie, a otázky byly vždy přizpůsobeny charakteru skupiny. Úplné znění dotazníků uvádím v příloze 10.

To, co měly všechny dotazníky společné, byly dotazy na vnímání jednotlivých znaků důstojnosti pacientů. Zde jsem vycházela z učebního textu E.Rohanové („Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách“), která doporučuje při zajišťování důstojné péče zaměřit se na tyto oblasti

- respekt
- komunikaci
- sociální inkluzi
- autonomii
- soukromí
- hygienu a osobní úpravu
- podávání stravy
- stížnosti
- zneužívání
- whistleblowing(12.)

Většina uvedených znaků byla součástí baterie otázek, ve které jsem se respondentů ptala na to jak vnímají závažnost pochybení sestry v jednotlivých znacích. Tuto baterii jsem použila ve všech třech typech dotazníků. Odchyly souvisí s rozdílnými kompetencemi jednotlivých skupin respondentů.

Dále jsem zjišťovala názor jak zdravotních sester tak pacientů na skutečnou péči opět podle znaků důstojnosti.

#### **3.2.4.4. Hypotézy**

První dvě hypotézy se týkají odlišnosti pohledu sester a pacientů.

**H1: Hypotéza o rozdílech ve vnímání podmínek důstojnosti pacientů**

Pacienti a sestry kladou v názorech na péči důraz na odlišné aspekty: pro pacienty jsou podmínky spojené s důstojností důležitější než pro sestry, zatímco sestry považují za důležitější otázky spojené s péčí.

### **H2: Hypotéza o rozdílech mezi sestrami a pacienty v hodnocení reálné péče**

Při popisu jaká je reálná péče, jsou pacienti kritičtější, zatímco sestry popisují postupy na odděleních jako správné.

Vedle toho sledují odlišnosti v názorech na důstojnost mezi sestrami a pacienty z odlišných typů oddělení.

### **Hypotézy týkající se podmíněnosti hodnocení závažnosti různých typů u sester**

#### **H3: Hypotéza o vlivu věku, délky praxe a výše dosaženého vzdělání sestry**

Předpokládám, že na vyšší míru vnímané závažnosti pochybení má vliv:

**H3A:** vyšší věk sestry

**H3B:** delší praxe sestry

**H3C:** vyšší vzdělání sestry

#### **H4: Hypotéza o vlivu pracovního prostředí**

Dále předpokládám pozitivní souvislost mezi důrazem na důstojnost pacientů:

**H4A:** vnímanou spravedlností vlastního ohodnocení

**H4B:** autority nadřizené sestry – čím více uznává autoritu nadřizené sestry

### **Hypotézy týkající se podmíněnosti hodnocení závažnosti různých typů u pacientů**

#### **H5 Hypotéza o vlivu věku, pohlaví a výše dosaženého vzdělání pacienta**

U pacientů předpokládám, že na vnímanou závažnost pochybení má vliv:

**H5A:** s vyšším věkem pacienta klesá míra vnímané závažnosti pochybení

**H5B:** pohlaví pacienta – ženy vnímají pochybení jako závažnější

**H5C:** s vyšším vzděláním pacienta roste míra vnímané závažnosti pochybení

#### **H6: Hypotéza o srovnání různých oddělení**

Dále předpokládám, že názory a skutečné zacházení se mezi třemi sledovanými odděleními neliší.

### **3.2.4.5. Soubor respondentů**

#### **Zdravotní sestry**

Na odděleních, kde probíhal výzkum, pracovalo v první polovině měsíce dubna celkem 143 sester, z toho bylo v době dotazníkového šetření 26 sester nepřítomno z důvodu dovolené nebo pracovní neschopnosti. Některé sestry jsem nezastihla, protože čerpaly náhradní volna. Sestry vyplňovaly rozdané dotazníky samostatně. Celkem bylo distribuováno 99 dotazníků, vyplněno bylo 65. Návratnost tedy byla 65,7%. Mezi sestrami převažuje vzdělání středoškolské nebo středoškolské se specializací. Z hlediska věku je nejsilněji zastoupena kategorie 26- 35 let a potom 46+. Podrobné popisné statistiky jsou v příloze 11. A řadové sestry

### **Vedoucí sestry**

Na odděleních, kde probíhal výzkum, pracovalo v první polovině měsíce dubna celkem 21 staničních a vrchních sester, z toho byly v době dotazníkového šetření 3 sestry nepřítomny z důvodu dovolené nebo pracovní neschopnosti. Vedoucí sestry také samy vyplňovaly dotazníky Celkem bylo rozdáno 18 dotazníků, z nich se 15 vrátilo (návratnost 83,3%). Staniční sestry jsou nejčastěji ve věkové kategorii 46+. Jejich vzdělání je většinou středoškolské se specializací. Podrobné popisné statistiky jsou v příloze 11. B vedoucí sestry.

### **Pacienti**

Na odděleních, kde probíhal výzkum, bylo v první polovině měsíce dubna hospitalizováno celkem cca 280 pacientů. Dotazovala jsem se celkem 45 pacientů, z nichž 6 odpovídat odmítlo. Odpovědi pacientů získané ve strukturovaném rozhovoru jsem zaznamenávala do dotazníku. Všichni dotazovaní pacienti měli pro větší přehlednost k dispozici zvětšenou tabulku s baterií otázek. Do šetření bylo zařazeno 39 dotazníků zodpovězených pacienty (návratnost 86,7%). Dotazovaní pacienti byli nejčastěji ve věkové kategorii 50-70 let, druhá nejfrekventovanější skupina byla 30-50 let. Podrobné popisné statistiky jsou v příloze 11. C pacienti.

#### **3.2.4.6. Výsledky vlastní studie**

Následující empirická část je rozdělena na dvě části: v první prezentuji teoretické názory sester a pacientů na závažnost některých pochybení ze strany zdravotních sester.

V druhé části pak prezentuji k jakým pochybením skutečně dochází. I v druhé části porovnávám odpovědi zdravotních sester a pacientů.

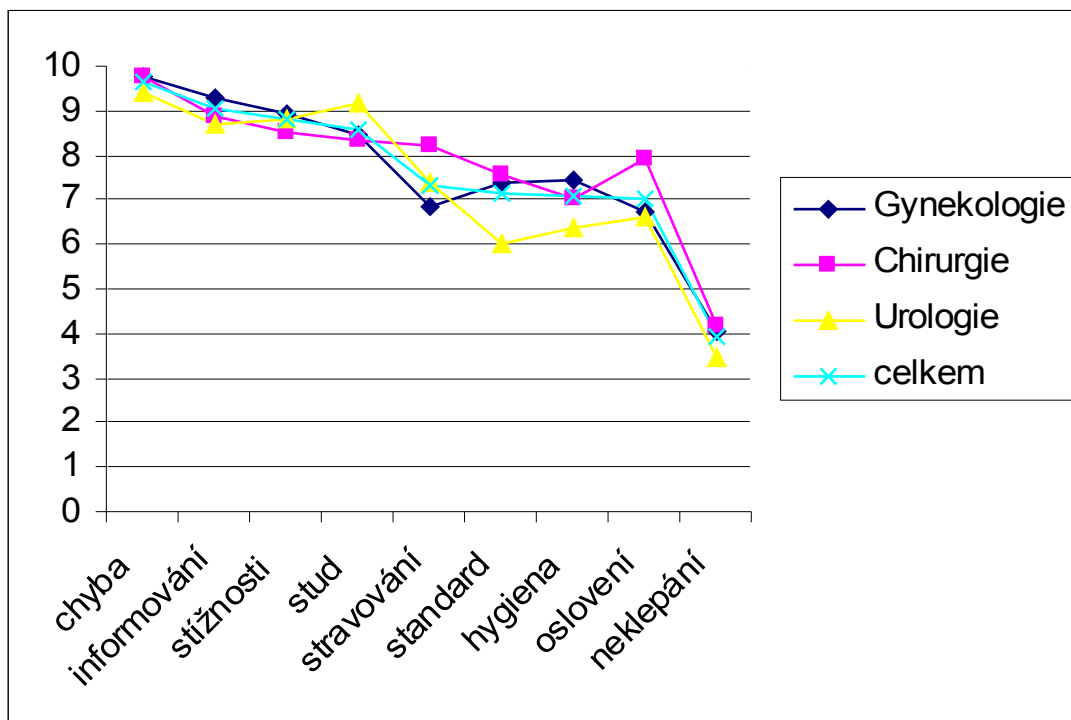
#### **3.2.4.6.1. Míra závažnosti pochybení sestry tak jak je vnímají jednotlivé skupiny respondentů**

Vnímanou závažnost různých událostí vedoucí k pochybení při péči o pacienta jsem měřila pomocí škály, kde 1 představovalo nejméně závažné a 10 nejzávažnější. Při konstrukci baterie otázek jsem rozdělila pochybení na indikátory důstojnosti pacienta, které vychází z výše uvedených dimenzí důstojnosti pacientů (klepání, oslovení jménem, stud) a pochybení v odborné péči, která sledují pacientovo pohodlí (hygienická péče a péče o stravování a pitný režim) či pochybení přímo ohrožující pacientovo zdraví (chyby v plnění ordinace lékaře, v informování a v řešení stížností). Cílem této baterie otázek bylo zjistit, jakou pozici ve vnímání závažnosti pochybení mají jednotlivé typy pochybení.

Výsledné pořadí pochybení pro *řadové sestry* ukazuje graf V., ve kterém jsou názory na jednotlivá pochybení uspořádány podle průměrné hodnoty na škále. Rovněž jsou uvedeny hodnoty pro jednotlivá oddělení. Pořadí tvoří celkově vnímanou důležitost. Předně, s výjimkou neklepání, jsou všechna pochybení hodnocena jako závažná. Za zcela nejzávažnější je nikterak překvapivě považováno pochybení v ordinaci lékaře. Spolu s neinformováním a neřešením stížností pacientů tvoří první skupinu, u níž je vysoká míra důležitosti (průměrná hodnota cca 9). Druhou skupinu pochybení, stále považovaných za závažná (průměrná hodnota cca 8) tvoří stud a stravování. Je překvapivé, že chyby ve standardizovaných postupech jsou hodnoceny ve stejném rozmezí (průměrná hodnota cca 7) jako mnohem konkrétnější provinění vůči hygieně i v oslovení pacientů.

#### **Graf V. Vnímaná závažnost pochybení personálu, řadové sestry, podle oddělení**



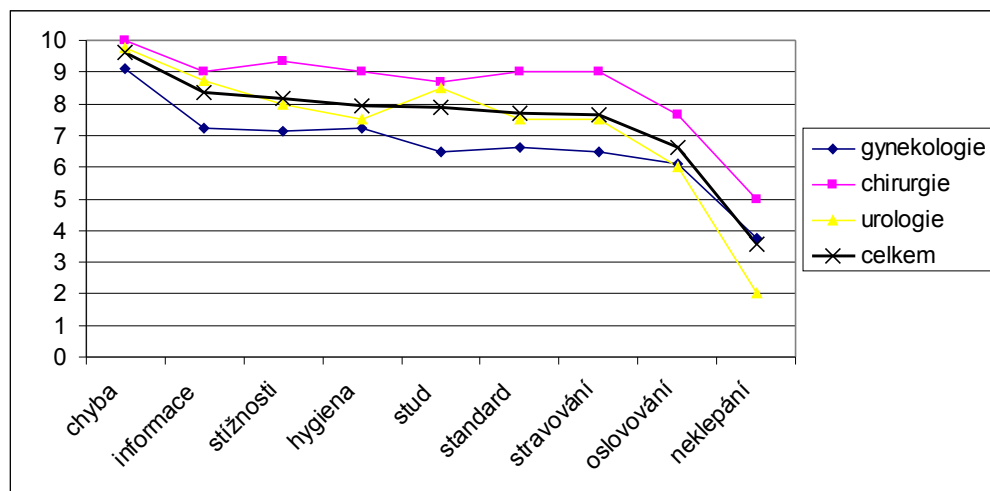


Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry,  $N_{\text{platné}} = 52$   $N_{\text{celkové}} = 65$ ,  $N(\text{platné celkem}) = 52$

Na všechny položky baterie otázek po závažnosti pochybení odpovědělo 84 % dotázaných sester, chybějící hodnoty se částečně liší podle oddělení, častěji chybí na chirurgii a urologii.

V případě vedoucích sester je situace obdobná. Výsledné pořadí ukazuje graf VI., který ilustruje odpovědi na stejnou baterii otázek u staničních a vrchních sester. Jak se můžeme přesvědčit, hodnoty jsou více méně totožné jako u jejich podřízených.

**Graf VI. Vnímaná závažnost pochybení personálu, vedoucí sestry, podle oddělení**



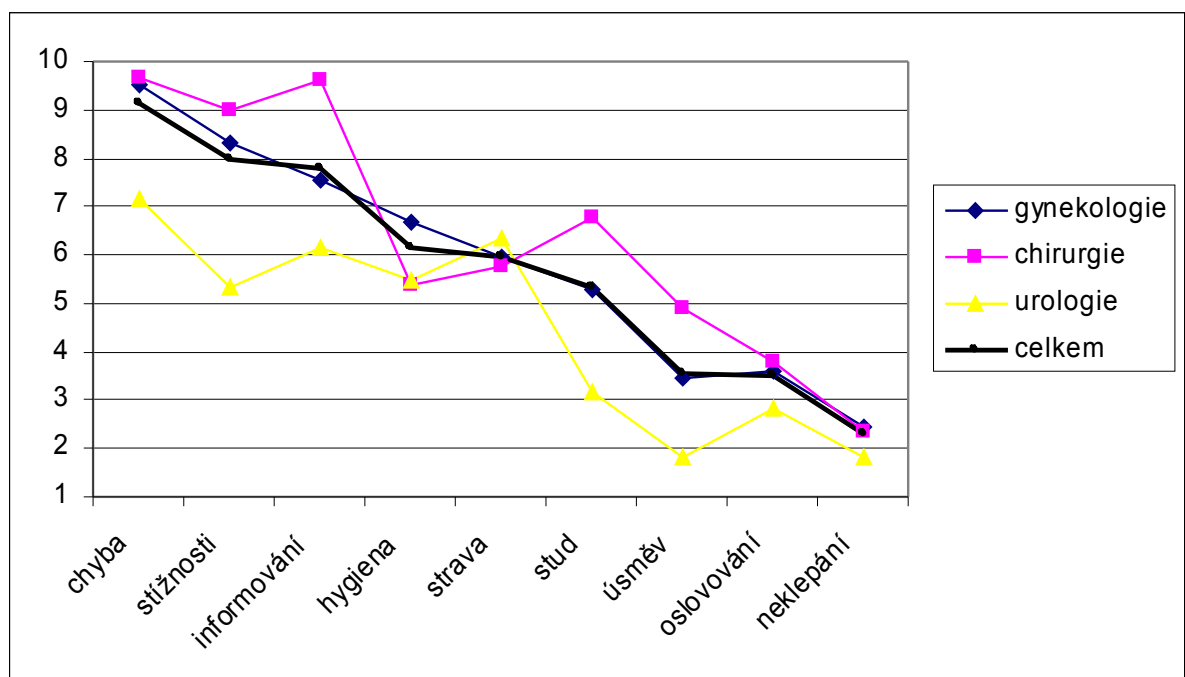
Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Staniční, N = 15, N<sub>platné</sub> = 15 N<sub>celkové</sub> = 15, N (platné celkem) = 15

Vnímání závažnosti pochybení ze strany *pacientů*, jsem zkoumala podobnou baterií otázek, pouze otázku na standardizované postupy jsem vypustila a nahradila jsem ji dotazem na vnímání situace, kdy se sestra na pacienta neusmála. Skupina indikátorů, která se týká čistě etické stránky přístupu sester k pacientům (průměrná hodnota cca 4) je zastoupena dotazem na klepání, oslovování, úsměv resp. neusmívání se a stud. Druhá skupina je zaměřena na fyzické pohodlí pacienta, sem patří strava a hygiena (průměrná hodnota cca 6) a zbývající trojice ohrožuje nemocného na zdraví či dokonce na životě (průměrná hodnota cca 8), sem patří položky chyba v plnění ordinace lékaři, neřešení stížností a neinformování nemocného. Výsledky uvádí graf VII.

Již z prvního pohledu lze vidět, že na kvalitu péče mají pacienti mnohem nižší nároky než sestry uvedených oddělení a jako skutečně závažné vnímají pouze pochybení, která se dotýkají přímo jejich zdravotního stavu. I tento aspekt je třeba vzít v úvahu, když hodnotíme spokojenost pacientů s péčí: nemocný s nízkými nároky na péči je snáz uspokojen, než ten náročný. Proto spokojenost pacientů nemusí vždy nutně znamenat kvalitní péči. Je také třeba dodat, že ač pacient často deklaruje v strukturovaném dotazníku nízkou závažnost úsměvu sestry („ať se neusmívá, jen když mne obslouží“), v otevřené otázce na spokojenost s péčí často zmiňuje, že se jej zamračená sestra nelibě dotýká („ani se neusměje“). Dalším překvapením je malý důraz na hygienickou péči, péči o stravování a

pitný režim. To, že tyto hodnoty jsou poměrně nízké (cca 6), připisují charakteru oddělení, kde jsem výzkum prováděla: jednalo se o chirurgické pacienty, kteří jsou hospitalizováni poměrně krátkou dobu a zpravidla jsou chodící, nebo jsou upoutáni na lůžko jen krátce, a proto asistenci sester při mytí, vyprazdňování, jídle a pití nepotřebují buď vůbec, nebo krátkou dobu. Při provádění rozhovorů jsem se setkala i s tím, že zanedbání související s těmito dvěma položkami hodnotili pacienti jako nutné nepohodlí vyplývající z pooperačního stavu: „Sice jsem se dva dny nemyla a nečistila si zuby, ale v koncentráku se lidé nemyli déle!“.

**Graf VII. Vnímaná závažnost pochybení personálu, pacienti, podle oddělení**



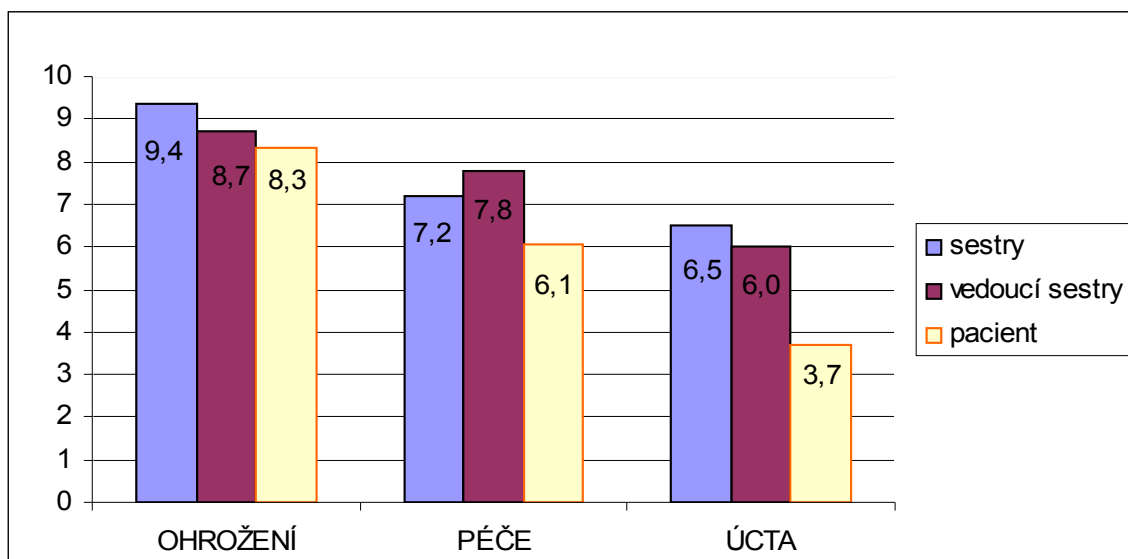
Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Pacienti, N = 38, N<sub>platné</sub> = 35 N<sub>celkové</sub> = 38, N (platné celkem) = 35

### **Dílčí dimenze – úcta, péče, ohrožení a celkový index vnímané míry závažnosti pochybení**

Pro větší názornost jsem jednotlivé skupiny indikátorů sloučila v jednu položku, podle logiky, kterou jsem již uvedla v předchozí analýze. První skupinu nazvanou *úcta* tvoří neklepání, oslovování, stud a u skupiny pacientů ještě neúsměvná sestra. Druhá skupina popsaná jako *péče* je tvořena pouze dvěma indikátory: hygienická péče a stravování. Třetí skupinu nazvanou *ohrožení* tvoří položky chyba v plnění ordinace, neinformování pacienta a nedostatečné řešení stížností. Pokud porovnáme tyto tři hodnoty, které popisují vnímání skupin pochybení sestrami, vedoucími sestrami a pacienty je okamžitě patrné, že odpovědi obou skupin sester jsou víceméně totožné: u nich nacházíme na prvním nejvyšším hodnoceném místě skupina indikátorů ohrožující pacienta přímo (hodnoty cca 9), následuje skupina popisující *péči* (cca 7) a skupina nazvaná *úcta* je sice nejnižší, ale přesto poměrně vysoce hodnocená (cca 6). U pacientů je situace jiná: pouze skupina indikátorů *ohrožení* je hodnocena téměř stejně vysoce jako u předchozích dvou skupin (cca 8-9), skupina nazvaná *péče* je pacienty vnímána méně důležitá (cca 6) a skupina *úcta* je nejnižší (cca 4). Toto srovnání ukazuje graf VIII.

V následujícím grafickém znázornění jsou srovnána pochybení, jak je cítí sestry, vedoucí sestry a pacienti. V tomto grafu je skutečně markantní, že všechny skupiny indikátorů jsou vnímány pacienty jako výrazně méně závažné, než u sester a vedoucích sester.

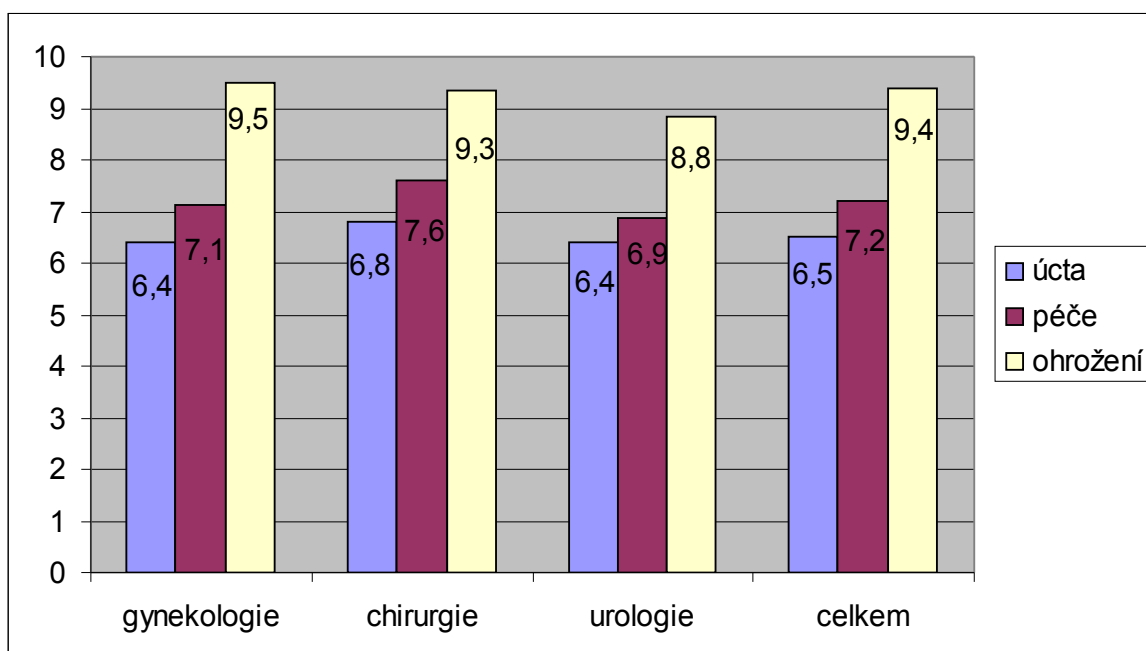
### **Graf VIII. Vnímaná závažnost pochybení personálu, srovnání sestry, vedoucí sestry, pacienti, podle skupin indikátorů**



Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N=65, vedoucí sestry, N = 15, Pacienti, N = 38

Při dalším třídění jsem rozdělila jednotlivé skupiny respondentů podle typu oddělení a srovnávala jsem, jak sestry vnímají závažnost jednotlivých skupin indikátorů. U řadových sester jsou porovnávány hodnoty u všech skupin indikátorů velmi podobné, jak můžeme vidět u grafu IX. Rozmezí průměrných hodnot u jednotlivých indikátorů podle oddělení jsou na gynekologii – *úcta*- 2,7-10, *péče* – 3-10, *ohrožení* – 8-10, na chirurgii – *úcta* – 2-9,5, *péče* – 1,5-10, *ohrožení* – 6-10, na urologii – *úcta* – 4,7-9,3, *péče* – 4-9,7, *ohrožení* 5,3-10.

**Graf IX. Vnímaná závažnost pochybení personálu, řadové sestry, podle oddělení, průměrné hodnoty skupiny indikátorů**

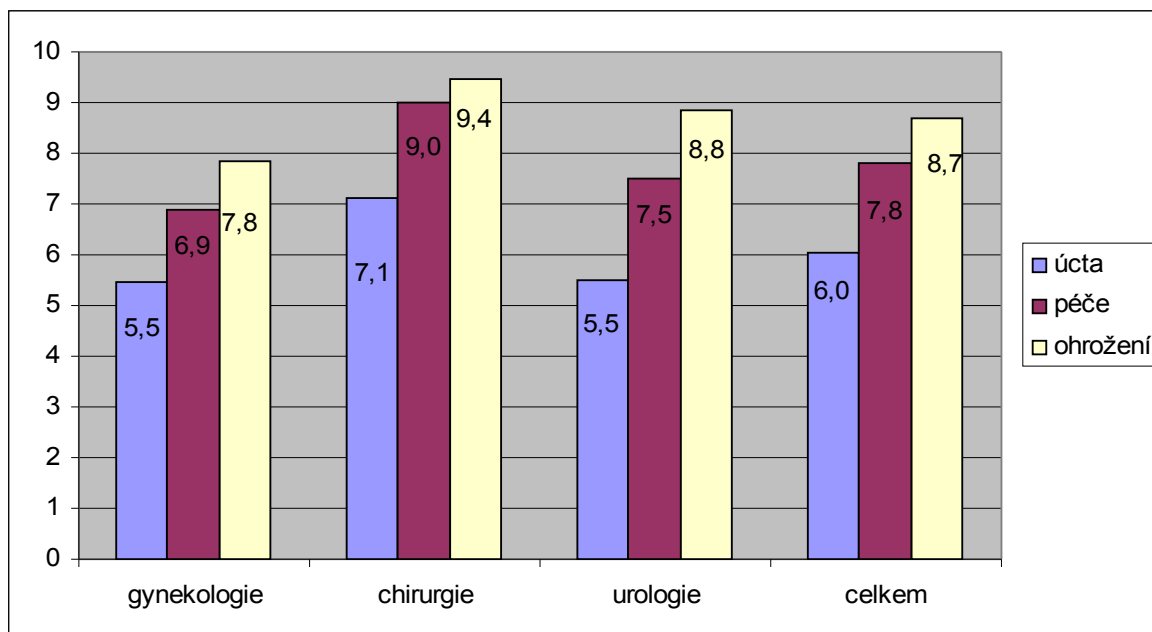


Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N=65, N<sub>gynekologie</sub>=32, N<sub>chirurgie</sub>=17, N<sub>urologie</sub>=16

U vedoucích sester je podle grafického (graf X.) znázornění situace jiná než u sester řadových, kde byly hodnoty vyrovnané u všech oddělení., protože nacházíme u všech položek ( *úcta*, *péče* i *ohrožení*) vyšší hodnotu průměrných odpovědí u vedoucích sester chirurgie. Je však třeba vzít v úvahu, že počet vedoucích sester je nízký a v kategorii chirurgie jsou pouze tři respondentky a v kategorii urologie pouze čtyři. Proto výsledek nemůžeme považovat za reprezentativní. Rozmezí průměrných hodnot u jednotlivých indikátorů podle oddělení jsou na gynekologii – *úcta*- 4-7, *péče* – 5-8,5, *ohrožení* – 5,7-10, na chirurgii – *úcta* – 4,7-9,3, *péče* – 7-10, *ohrožení* – 9,3-9,7, na urologii – *úcta* – 3,7-6,7, Rozmezí průměrných hodnot u jednotlivých indikátorů podle oddělení jsou na gynekologii – *úcta*- 4-7, *péče* – 5-8,5, *ohrožení* – 5,7-10, na chirurgii – *úcta* – 4,7-9,3, *péče* – 7-10, *ohrožení* – 9,3-9,7, na urologii – *úcta* – 3,7-6,7, *péče* – 7-8,5, *ohrožení* 8,3-9,3.

*péče – 7-8,5, ohrožení 8,3-9,3.*

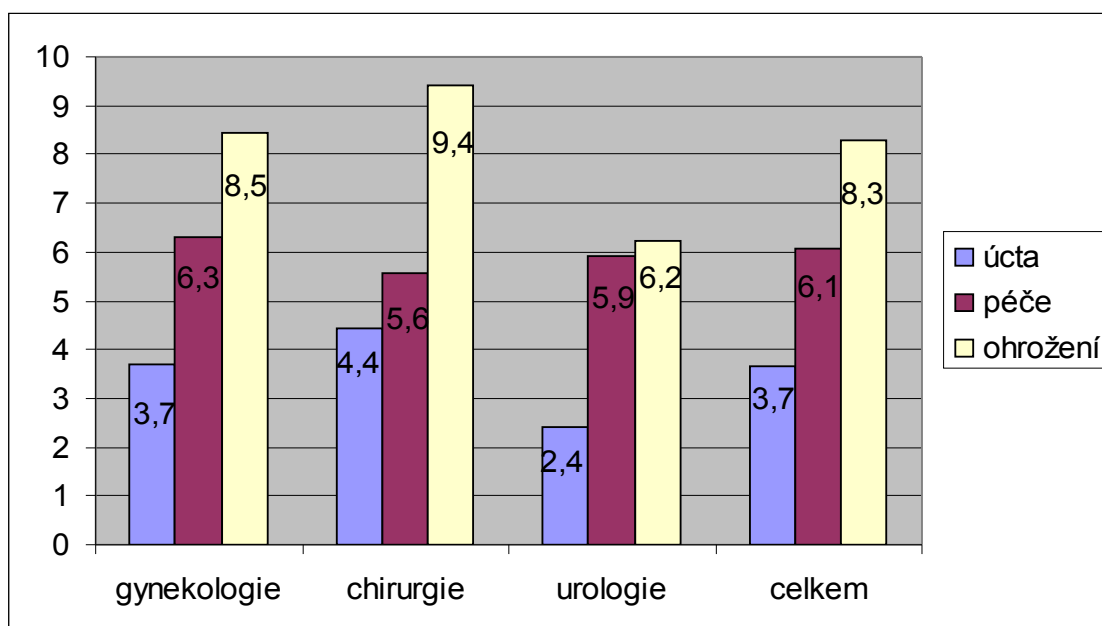
**Graf X. Vnímaná závažnost pochybení personálu, vedoucí sestry, podle oddělení, průměrné hodnoty skupiny indikátorů**



Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – vedoucí sestry, N = 15, N<sub>gynekologie</sub>=8, N<sub>chirurgie</sub>=3, N<sub>urologie</sub>=4

Graf XI., který ilustruje podobnou situaci u pacientů, vykazuje poměrně velké rozdíly mezi jednotlivými odděleními. Zejména urologičtí pacienti vnímají skupiny indikátorů sružené pod názvy úcta a ohrožení značně pod průměrnými hodnotami dalších dvou skupin ( o 2 resp. 3 body). Nabízí se vysvětlení, zda u některých pacientů nedošlo k neporozumění zodpovídané baterii otázek. Rozmezí průměrných hodnot u jednotlivých indikátorů podle oddělení jsou na gynekologii – *úcta*- 1-7, *péče* – 1-10, *ohrožení* – 3,7-10, na chirurgii – *úcta* – 2,3-6, *péče* – 1-10, *ohrožení* – 7-10, na urologii – *úcta* – 1-5, *péče* – 1-9,5 *ohrožení* 1,7-10.

**Graf XI. Vnímaná závažnost pochybení personálu, pacienti, podle oddělení, průměrné hodnoty skupiny indikátorů**



Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Pacienti, N = 38, N<sub>gynekologie</sub>=21, N<sub>chirurgie</sub>=11, N<sub>urologie</sub>=6

### **Souvislosti vnímání závažnosti pochybení**

#### **Vnímání závažnosti pochybení podle věku, délky praxe a vzdělání**

V následujícím textu se budu zabývat hledáním odpovědí na otázky, jak a které sestry vnímají závažnost pochybení v péči o pacienta. Zda u některých skupin sester podle věku, délky praxe, vzdělání lze vysledovat závislost toho, jaký důraz kladou na pochybení. Řídit se budu hypotézami, které jsem uvedla v úvodu empirické části předložené práce.

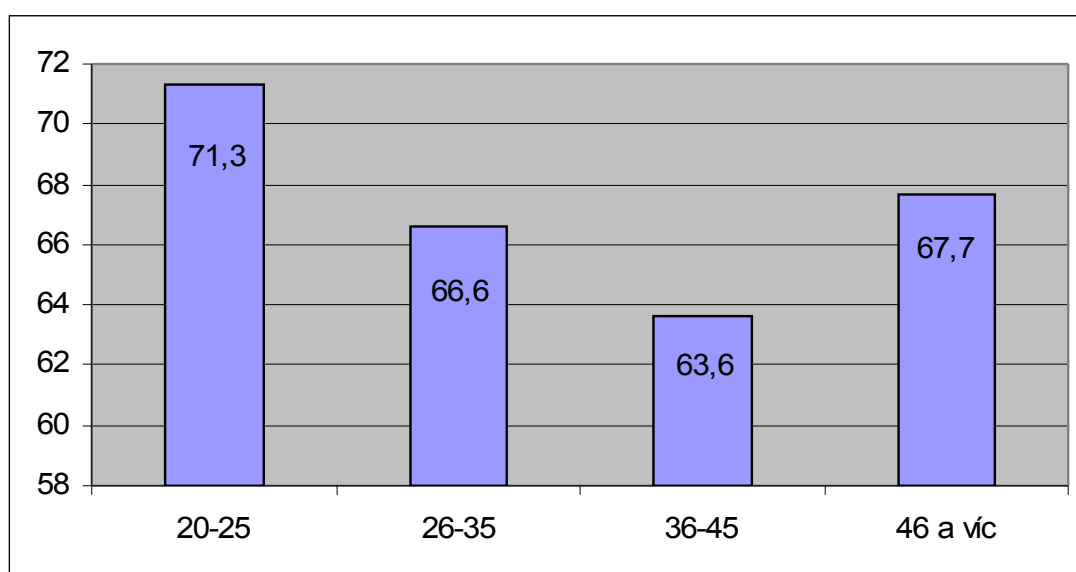
V dalších analýzách také používám pro zjednodušení prezentace výsledků *celkový index důrazu na pochybení*, který vznikl jako suma všech odpovědí na všech devět položek



baterie otázek. Nabývá hodnot u řadových sester minimum 26, maximum 90, u vedoucích sester minimum 48, maximum 86, u pacientů minimum 11, maximum 76.<sup>1</sup>

Při porovnání věku s vnímanou závažností pochybení vidíme v grafu XII. zprvu vysoké nároky na péči o pacienta, které v průběhu života mírně klesají. Příjemné je zjištění, že ve středním věku začnou nároky sester zase stoupat. Pravděpodobně zde hraje roli životní zkušenost. Je třeba si také uvědomit, že ne každá sestra vydrží v tak náročné profesi do středního věku, pokud však vytrvá u své profesi, přináší to, podle tohoto srovnání, i vzestup kvality.

**Graf XII. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na věku, řadové sestry**



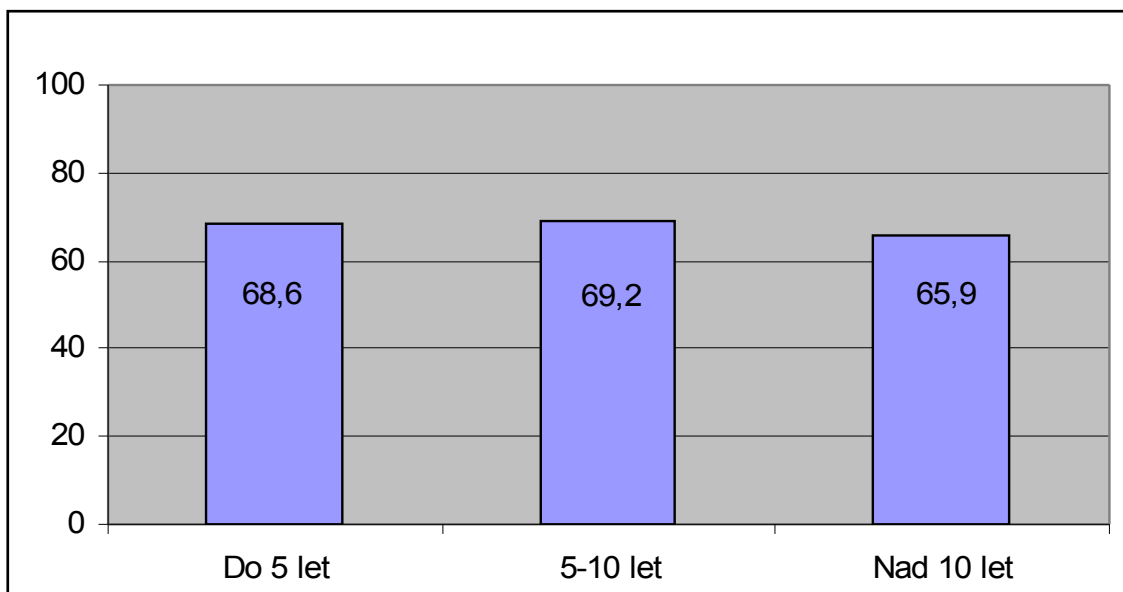
Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =58

Poznámka: index nabývá hodnot v rozmezí 26-90

Souvislost mezi délkou praxe a vnímáním pochybení sestrami ukazuje graf XIII. Je patrné, že závislost na délce praxe je však zkoumaných sester slabá, pravděpodobně nevýznamná. Kategorie 3-5-let je zastoupená pouze 4 respondenty, proto považují za vhodné ji sloučit s kategorií do 3 let, nově vzniká kategorie do 5 let, která má 14 respondentů (kat. 5-10 let -15, nad 10 let -36 resp.). Hodnoty celkového indexu pochybení jsou vyrovnané u všech tří kategorií.

**Graf XIII. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na délce praxe, řadové sestry**

<sup>1</sup> Teoreticky by mohl index dosahovat hodnot 9-90.

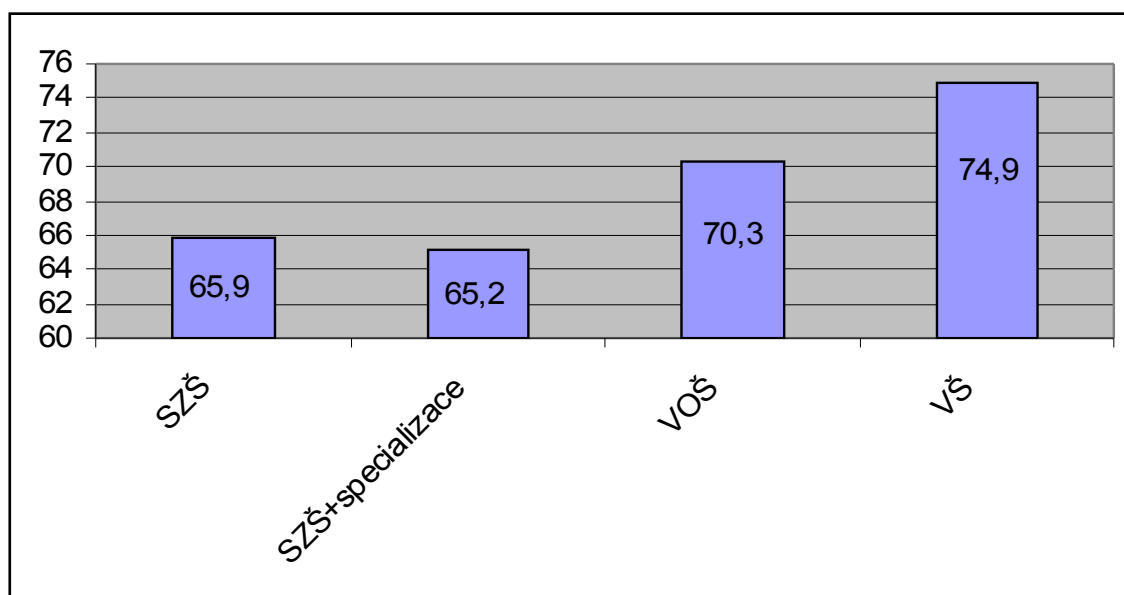


Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – řadové sestry, N = 65, N (platné celkem) =58

Poznámka: index nabývá hodnot v rozmezí 26-90

Při posuzování vlivu stupně vzdělání sester na vnímanou závažnost pochybení při péči o pacienty se podle očekávání ukazuje víceméně přímo úměrná závislost (graf XIV.). To znamená, že u sester se středoškolským vzděláním nebo středoškolským vzděláním a specializací byly hodnoty nejnižší. Hodnoty u diplomovaných sester (VOŠ) jsou vyšší a u vysokoškolaček nejvyšší. Není vyloučeno, že tato čísla ovlivňuje nepřímo i to, že poslední dvě kategorie mají ještě poměrně čerstvé vědomosti ze školy, protože masivní vyšší odborné a vysokoškolské vzdělávání sester existuje až v posledním desetiletí.

**Graf XIV. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na vzdělání, řadové sestry**



Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =58

Poznámka: index nabývá hodnot v rozmezí 26-90

**Další souvislosti vnímání závažnosti pochybení: pocit spravedlivého odměňování, hodnocení nadřízené sestry**

Pokud se podíváme na srovnání názoru na míru závažnosti pochybení v závislosti na pocit spravedlivého či nespravedlivého odměňování, docházíme k překvapivým výsledkům již při poměru spokojených a nespokojených s rozdělováním mimořádných odměn (tabulka I.). Sestry byly dotázány na rozdělování mimořádných odměn na jejich oddělení. Z celkových 65 dotázaných sester je pouze 18 spokojeno s odměnami, nespokojenost či nepochopení klíče u rozdělení prémie deklarovalo plných 40 dotázaných sester a je otázkou zda k nim nepřipojit dalších sedm, které neodpověděly. Původní předpoklad, že sestry, které jsou spokojené s odměnou za práci, mají i vyšší nároky na její kvalitu, se nepotvrdil, výsledky srovnání svědčí pro opak. Pokud se zamyslíme nad tímto překvapivým zjištěním dojdeme k možnosti, že kvalita péče nehraje v ohodnocení sester tak významnou roli, jak bychom očekávali. Dalším možným vysvětlením je, že spokojenost s ohodnocením znamená spíše pasivitu, kterou nacházíme i v hodnocení závažnosti pochybení při péči o pacienta.

V souvislosti s tímto zjištěním připojuji ještě zajímavou tabulku II., která vykresluje názor *vedoucích sester* na to, co je důležité při hodnocení jejich podřízených. Vedoucí sestry měly označit na škále 1 -5, rozhodující kritéria při hodnocení jim podřízených řadových sester, přičemž pól 1 znamenal odbornost a znalosti a pól 5 empatii a úctu k pacientům,. Z patnácti dotazovaných bylo pět odpovědí neplatných, buď byla odpověď vynechána nebo bylo zakroužkováno vše. Snad i to dokresluje určitou rozpačitost při rozhodování, co vlastně mají na výkonech sester hodnotit a jak. Nepřímo je tím potvrzena odpověď poloviny dotazovaných sester, které nechápou podle čeho jsou stanoveny mimořádné odměny na jejich oddělení. Zdá se, že to příliš nechápou ani jejich nadřízené, které odměny rozdělují.

**Tabulka I. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení sestrami v závislosti na odměňování, řadové sestry**

	Celkový index závažnosti pochybení	Počet odpovědí
Odměňování spravedlivé	61,4	18
nespravedlivé nechápu podle čeho se stanoví	79,3	7
neodpověděla	68,9	33
Celkem	64,6	7
	67,3	65

Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =58

Poznámka: index nabývá hodnot v rozmezí 26-90

**Tabulka II. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení vedoucími sestrami v závislosti na kritériích hodnocení sester, vedoucí sestry**

Kritéria hodnocení sester	Celkový index závažnosti pochybení (průměr)	Počet odpovědí
1+1,5	78,5	2,0
3+4+5	61,9	8,0
neplatná odpověď	62,4	5,0
Celkem	64,9	15,0

Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – vedoucí sestry, N = 15, N (platné celkem) =10

Poznámka: rozmezí indexu 48-86

Následující tabulka III. zobrazuje závislost hodnocení nadřízené sestry, tak jak jej hodnotily jí podřízené řadové sestry, na vnímání závažnosti pochybení. Dotazované řadové sestry měly označit jak hodnotí svou nadřízenou na škále od jedné do pěti, přičemž 1 znamenalo: „má můj respekt“ a 5: „není hodna následování“. Jsem přesvědčena, že osobnost staniční sestry je vždy rozhodujícím faktorem, který udává „tón“ celému oddělení. Jak se staví k práci a k pacientům staniční, tak pracuje i většina jí podřízených sester. Zde jakoby se tento faktor téměř vytratil, protože při tomto třídění se neukázala nijak silná závislost, jak jsem očekávala. Velmi zajímavý obrázek si však můžeme udělat při třídění, které jsem použila v další tabulce IV. V ní ukazuji kolik sester, v jakých věkových kategoriích a jak na otázku hodnocení nadřízené odpovědělo. Zde si můžeme všimnout, že mladší sestry hodnotí nadřízenou zpravidla lépe. Ve věkové kategorii 20-25 let pociťuje více než polovina ( 54% respondentů) k nadřízené respekt, v kategorii 26-35 let je to dokonce ještě více ( 63% respondentů), vyšší věkové kategorie jsou výrazně kritičtější. Také v kategorii 46+ registrujeme jediné tři respondenty z celého vzorku, které na dotaz na hodnocení nadřízené (pro jistotu?) neodpověděly. Nabízí se vysvětlení, že pozice staničních sester na jednotlivých stanicích není tak výrazná, jak by být měla a staniční sestra není natolik silným faktorem ovlivňujícím kvalitu péče na její stanici. Možná to pramení i z všeobecně nízkého sebevědomí našich zdravotních sester. Jestliže není ani staniční sestra chápána ze strany lékařů jako jejich rovnocenný partner ve vytváření bezpečného prostředí pro kvalitní péči o pacienty, není divu, že ji tak neberou její podřízené. Další možné vysvětlení je, že nyní v době alarmujícího nedostatku sester, jich nemáme dost kvalitních ani na vedoucí posty.

**Tabulka III. vnímání závažnosti pochybení v závislosti na hodnocení nadřízené, řadové sestry**

Hodnocení nadřízené	Celkový index závažnosti pochybení (průměr)	Počet odpovědí
1	72,1	26,0
2	64,8	18,0
2,5+3+3,5+4+5	66,5	18,0
neodpověděly	58,7	3,0
Celkový součet	67,3	65,0

Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =62

Poznámka: rozmezí indexu 26-90

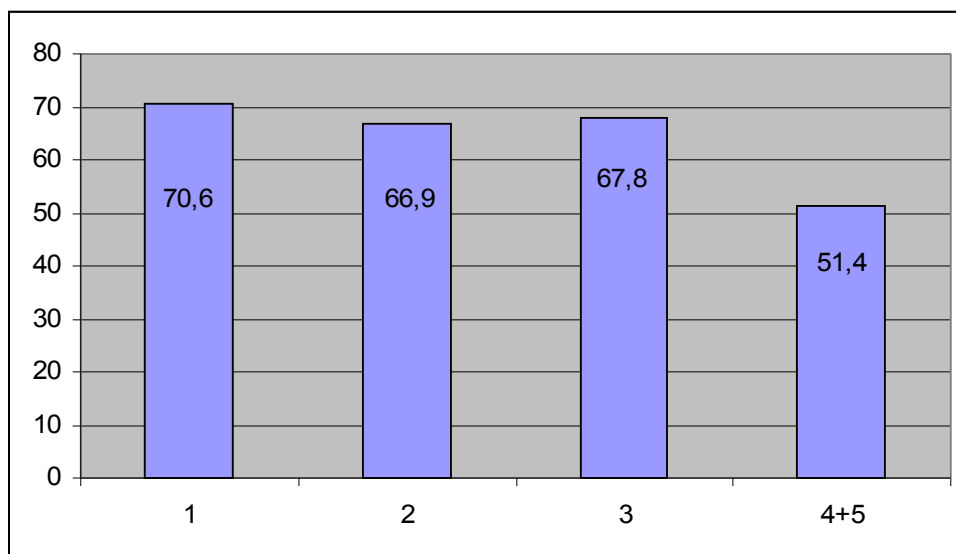
**Tabulka IV. hodnocení nadřízené sestry v závislosti na věku sester, procenta**

%. Hodnocení nadřízené	věk				počet
	20-25	26-35	36-45	46 a více	
1	54%	63%	9%	18%	26
2	23%	13%	73%	24%	18
2,5+3+3,5+4+5	23%	25%	18%	41%	18
x	0%	0%	0%	18%	3
Celkový součet	100%	100%	100%	100%	65

Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =62

Zajímalo mne, zda lze vysledovat souvislost mezi spokojeností v osobním a pracovním životě a vnímanou závažností pochybení. Na dotaz, jak zdravotní sestry hodnotí spokojenost v osobním životě, označovaly sestry hodnoty na škále 1-5, přičemž 1 znamenalo „cítím se skvěle“ a 5 „cítím se pod psa“. Jak je zřejmé v grafu XV. jsou jednotlivé kategorie vyrovnané, pouze ve sloučené kategorii 4+5 nacházíme výrazně nižší hodnoty, které ale pro nízký počet odpovědí, nelze zobecnit. Výsledek lze tedy interpretovat tak, že spokojenost v osobním životě zkoumané populace nijak výrazně neovlivňuje vnímání závažnosti pochybení.

**Graf XV. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na spokojenosti s osobním životem, řadové sestry**

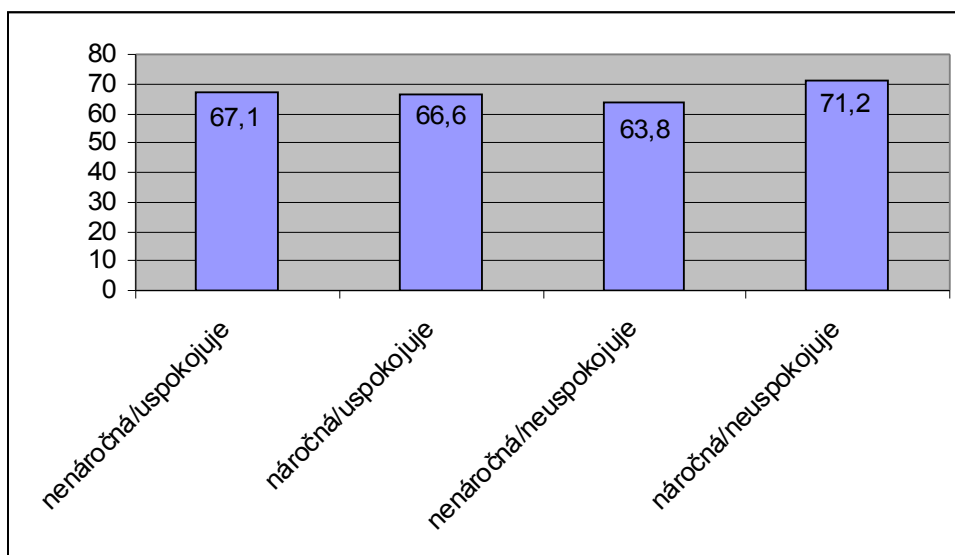


Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =62

Poznámka: rozmezí indexu 26-90

Ani v dalším grafu XVI. nenacházíme argumenty pro závislost vnímané závažnosti pochybení na spokojenosti s prací. Jednotlivé kategorie jsou vyrovnané.

**Graf XVI. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na spokojenosti s prací, řadové sestry**



Zdroj: Důstojnost Motol 2009 – Sestry, N = 65, N (platné celkem) =62

Poznámka: rozmezí indexu 26-90

### **Pohled pacientů**

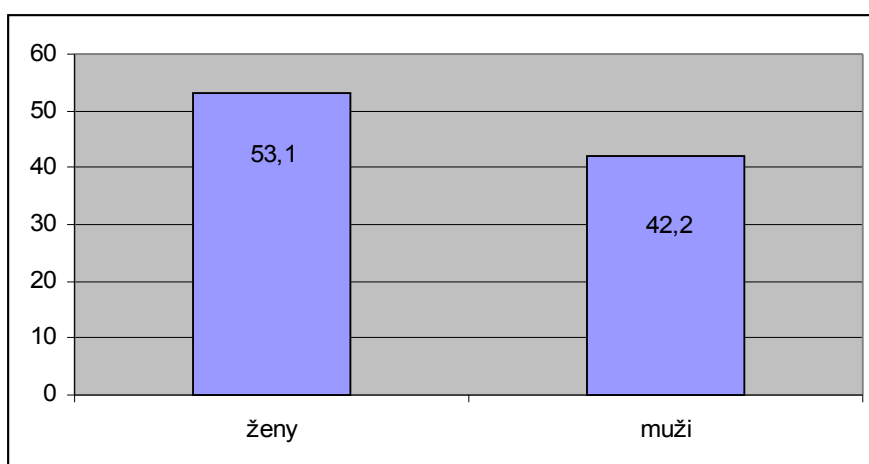
Nyní se podívejme na to, jakou důležitost přičítají pochybením sester *pacienti*. Již na počátku analýzy bylo zřejmé, že pacienti očekávají od ošetrovatelské péče méně. Není účelem této práce zkoumat, proč tomu tak je, zda je to pouze realistický pohled pacienta, který má již zkušenost s nekvalitní péčí, či jiné důvody.

Při porovnání hodnot celkového indexu mezi ženami a muži (viz graf XVII.) je patrný u dotazovaných pacientek ženského pohlaví vyšší důraz na vnímané závažnosti jednotlivých pochybení než u pacientů mužů. Pro podrobnější vykreslení tohoto rozdílu připojuji ještě tabulku V., kde jsou uvedeny hodnoty jednotlivých položek závažnosti pochybení pro kategorie u mužů a žen. Kromě názoru na klepání sester před vstupem do pokoje pacientů, kde se obě skupiny shodují (průměrná hodnota 2,3) spolu s minimálními rozdíly v chybě v plnění ordinací, hygieně a stravování, kde jsou rozdíly věcně nevýznamné (rozdíl je pouze kolem jedné kategorie na škále 1–10). U ostatních typů pochybení se muži a ženy v důrazu na jejich význam odlišují. Muži jakoby byli méně závislí na chování personálu, ať už se jedná o vlídnost (úsměv), oslovení, klepání či úctu

k jeho studu. Dokonce ani informovanost pro ně není tak důležitá jako pro ženy. Hygienická péče se u mužů umístila až za stravováním, což potvrzuje jejich větší zaměření na skutečně nepostradatelné součásti péče (strava, bezchybnost).

U žen jsou výraznější všechny položky, které se týkají komunikace (oslovení, úsměv, informace, stížnosti), ale i vše, co se týká zevnějšku (stud, hygiena), dokonce i na úkor stravování. Hodnota pochybení v péči je pochopitelně nejvyšší.

**Graf XVII. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na pohlaví pacientů, pacienti**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, N ženy=25(rozmezí 22-76), N muži=13 (rozmezí 11-67)

**Tabulka V. vnímání závažnosti pochybení v závislosti na pohlaví pacientů, průměrné hodnoty**

pohlaví	neklepání	oslovení	neusmívání se	stud	strava	hygiena	neinformování	stížnosti	chyba
žena	2,3	4,4	4,6	6,8	5,7	6,3	9,0	8,7	9,5
muž	2,3	2,0	1,8	2,8	6,4	5,7	5,9	6,8	8,5
celkově	2,3	3,5	3,5	5,3	6,0	6,1	7,8	8,0	9,1

Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, N ženy=25, N muži=13

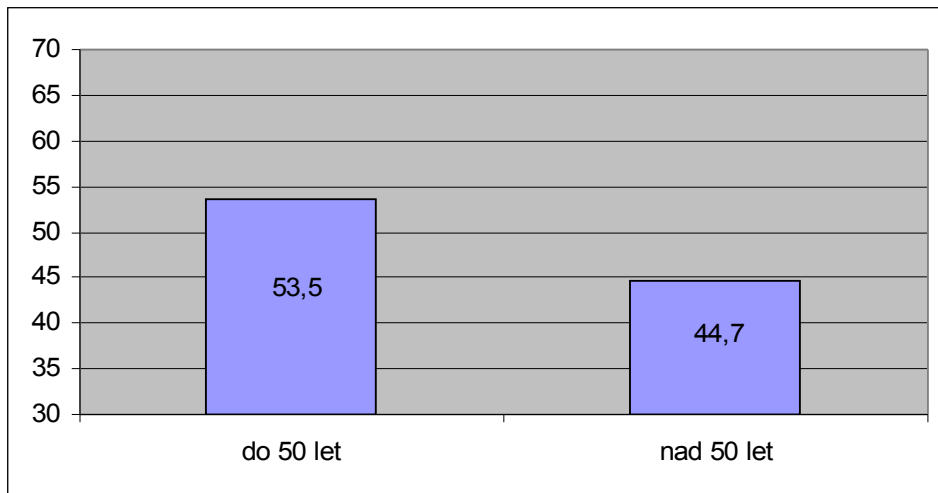
Poznámka: hodnoty škály 1 = nejméně závažné 10 = nejzávažnější

Pokud se zaměříme na jednotlivé věkové kategorie pacientů a to, jak vnímají závažnost pochybení sester, se stoupajícím věkem registrujeme mírný pokles očekávané kvality ošetrovatelské péče. Bezpochyby je to důsledek někdejšího pojetí pacienta jako pasivního poslušného příjemce zdravotní péče, od kterého neočekáváme žádnou iniciativu.



Proměna paternalistického pojetí v partnerské přináší u mladších věkových kategorií pochopitelně i větší kritičnost a vyšší nároky. Pro nízkou četnost v některých kategoriích jsem odpovědi v grafu XVIII. sloučila do dvou skupin: pod 50 let a nad 50 let.

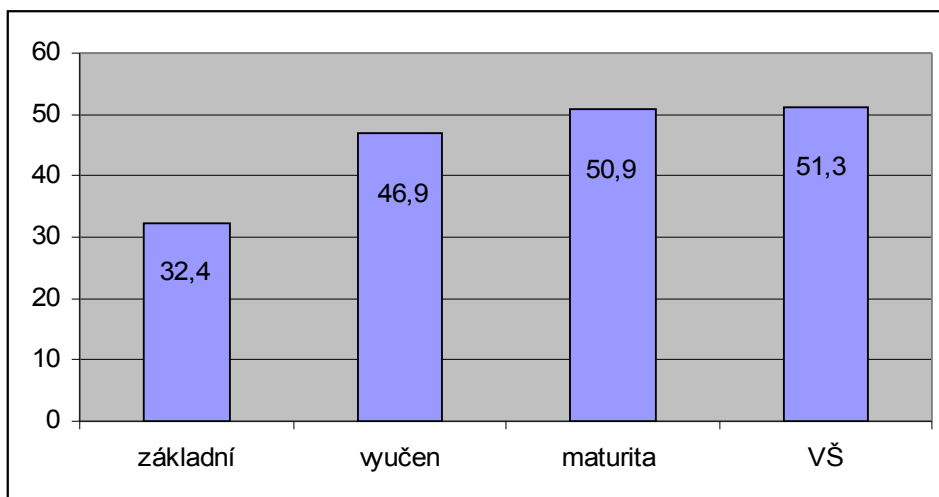
**Graf XVIII. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na věku pacientů, pacienti**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, N do 50=15 (rozmezí 42-67), N nad 50=23 (rozmezí 11-76)

Dalším aspektem mého výzkumu byl názor na pochybení sester v závislosti na dosaženém vzdělání pacienta, který je zobrazen v grafu XIX. Podle očekávání stoupaly průměrné hodnoty vnímaných pochybení sester v přímé úměrnosti k výši dosaženého vzdělání pacientů. Vzdělanější pacient má zpravidla větší přehled ve všech oblastech vědění, tedy i v medicíně, a proto je schopen kvalifikovaněji zhodnotit to, co může očekávat. Stejně tak znamená vyšší míra vzdělání výhodnější pozici ve vztahu vůči zdravotnickému profesionálovi, který má proti laikovi přirozenou převahu.

**Graf XIX. průměrná hodnota celkového indexu vnímání závažnosti pochybení v závislosti na vzdělání pacientů, pacienti**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, N zákl.=5, N vyuč.=9, N matur.=17, N VŠ=7

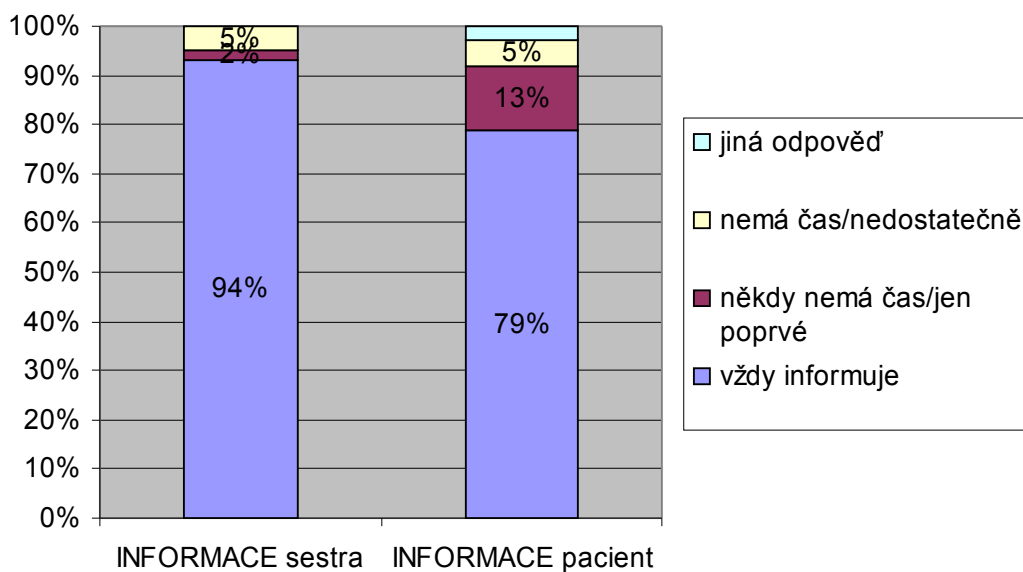
### 3.2.4.6.2. Srovnání skutečné péče o pacienty z pohledu sester a pacientů

Vedle názorů na různé typy pochybení v péči o pacienty se výzkum také pokusil zachytit pohled sester a pacientů na to, jak péče probíhá s ohledem na důstojné zacházení s pacienty.

Pokud porovnáme odpovědi sester a pacientů na dotazy o skutečné péči z hlediska jednotlivých aspektů, jak je můžeme vidět v grafech XX. – XXV. pravděpodobně bude překvapením, že většina z devíti položek – aspektů péče je pacienty hodnocena lépe, než samotnými sestrami. Znovu se zde nejspíše objevuje nízké očekávání pacientů, kteří jsou na méně kvalitní péči jaksi připraveni.

Pouze jediná položka – informování pacienta – je výrazně nadhodnocena zdravotními sestrami oproti pacientům. Sestry jsou přesvědčeny v 94% o dostatečném informování pacientů, zatímco pacient vnímá informovanost jako dostatečnou pouze v 79%.

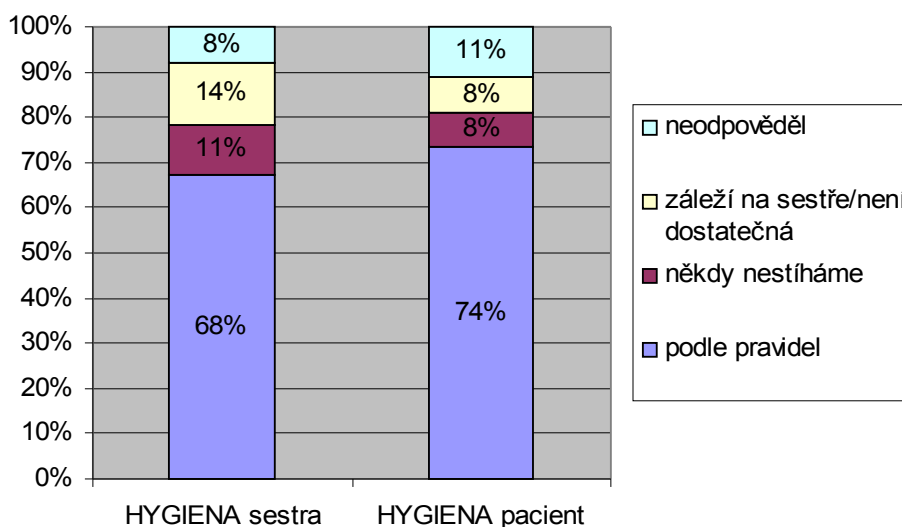
#### **Graf XX. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - informace**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

Na dotaz jak je prováděna hygienická péče odpovídají obě skupiny víceméně shodně (rozdíl 6%). Stojí za povšimnutí, že sestry jsou zde kritičtější než pacienti.

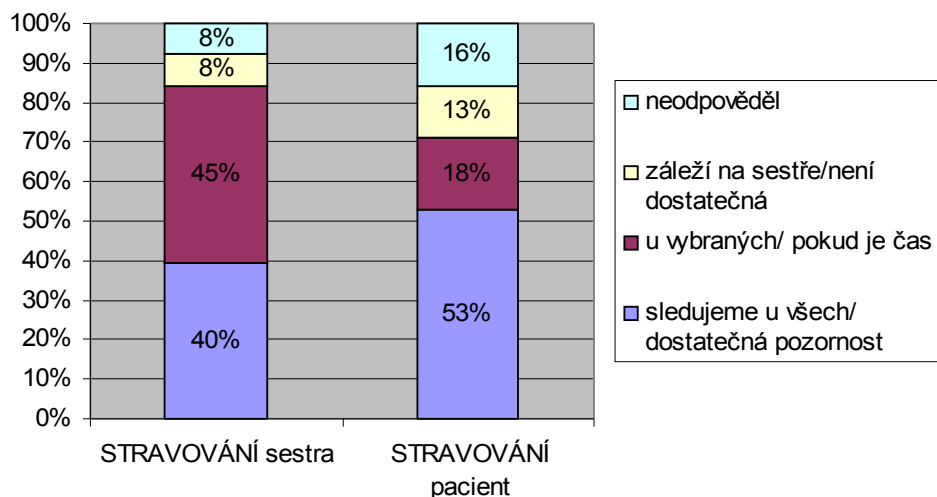
**Graf XXI. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - hygiena**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

V péči o stravování a pitný režim je rozdíl mezi názorem sester a pacientů 13%, přičemž jsou opět sestry kritičtější než pacienti.

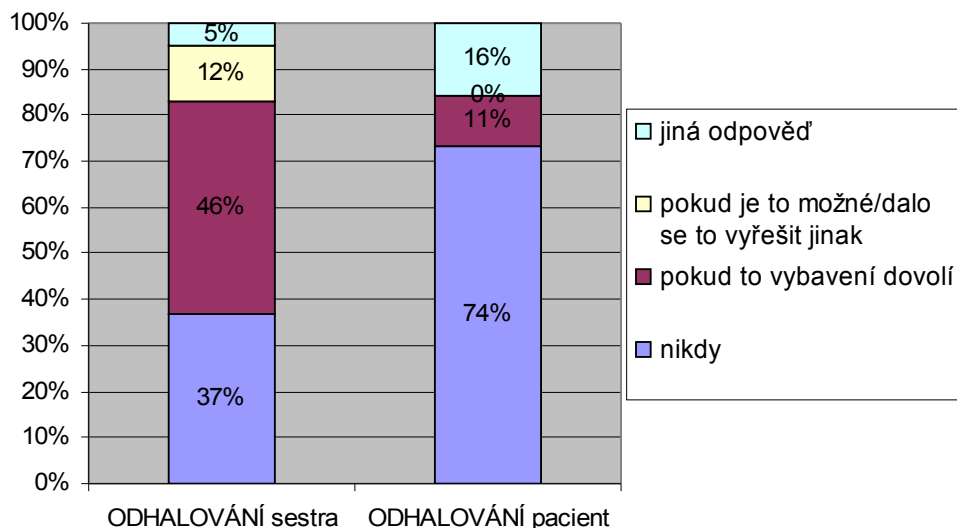
**Graf XXII. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - stravování**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

V dalších položkách, které se týkají důstojnosti, jsou spokojenější opět pacienti. Nejvýrazněji se liší pohled na odhalování, kde sestry odpovídají, že nikdy nedochází k zbytečnému odhalování pacientů ve 37%, zatímco stejný názor má 74% pacientů. Tak výrazný rozdíl vysvětlují tím, že sestry jako odbornice vědí, kde bylo možno použít jiný postup, aby byl pacientův stud šetřen a použit z nějakého důvodu nebyl, zatímco pacient jako laik takové jednání přijímá jako nezbytnost.

**Graf XXIII. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - odhalování**

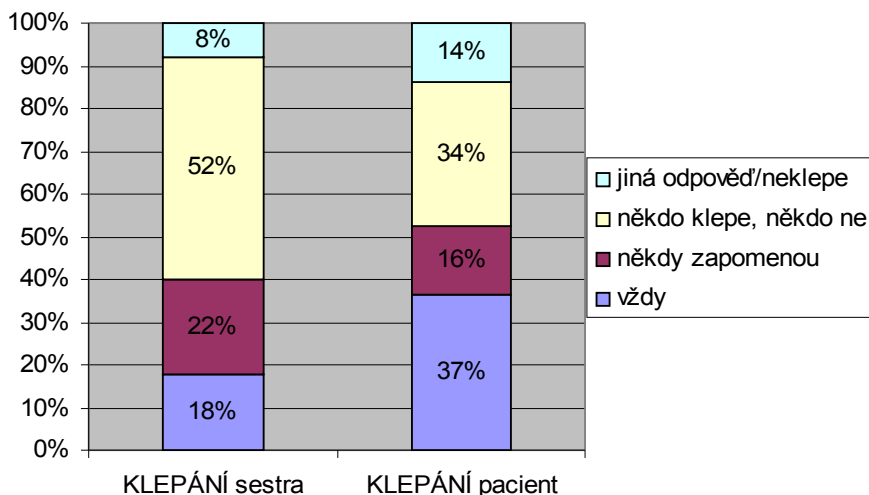


Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

Podobnou diskrepanci vidíme u klepání, kde se o 19% více pacientů domnívá, že sestry klepou vždy. Důraz na pacientovo soukromí je v našem zdravotnickém systému novinkou posledních let a ještě se zcela nevžil. Na ještě nedávno běžných vícelůžkových

pokojích nemohlo být o soukromí a intimitě ani řeči, a proto je pacienti ani personál nejsou zvyklí šetřit ani vyžadovat.

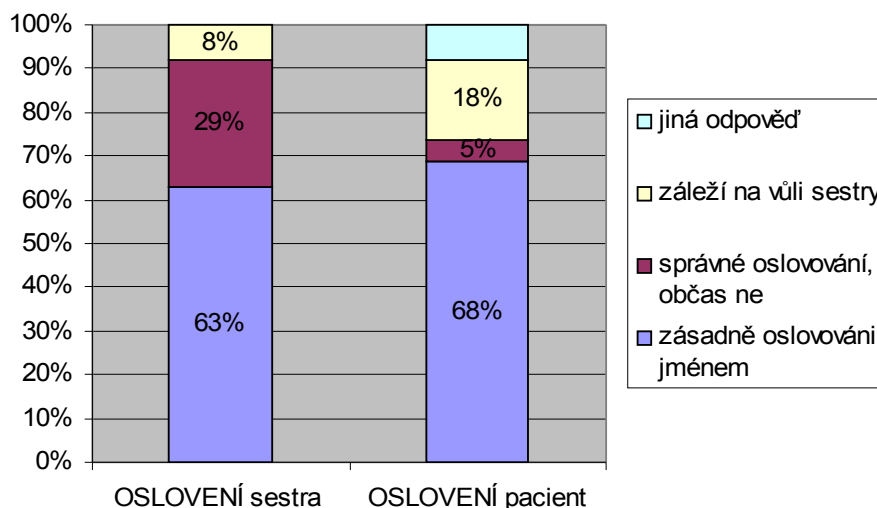
**Graf XXIV. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - klepání**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

Oslovování vidí obě skupiny podobně – ve vysokém procentu správně.

**Graf XXV. Srovnání skutečné péče, jak ji vnímá sestra a pacient - oslovení**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, pacienti N=38, sestry N=65

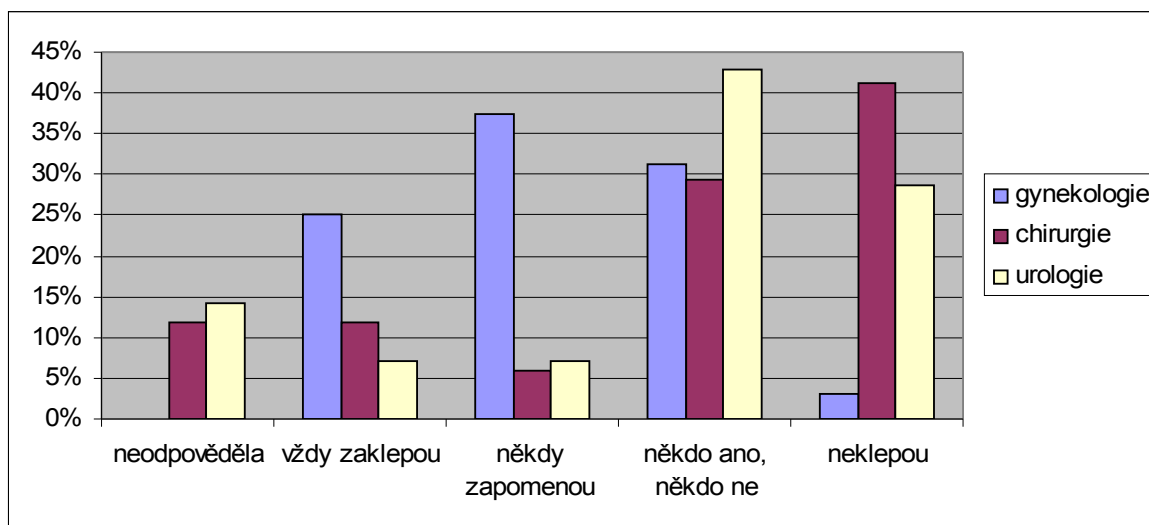
**Srovnání skutečné péče podle jednotlivých oddělení**

Na závěr analýzy srovnávám skutečnou péči podle zdravotních sester na jednotlivých odděleních. Při interpretaci výsledků je třeba mít na paměti, že při tomto

třídění dat jsou vzhledem k malé velikosti vzorku a počtu kategorií odpovědí četnosti v některých polích tabulek velmi nízké.

V grafu XXVI., který je věnován tomu, jak sestry popisují klepání resp. neklepání na svém oddělení, je podle očekávání kategorie „klepeme vždy“ zastoupena mizivě, pouze gynekologie se přehoupla přes hranici 20%, naopak opačný pól, kde sestry deklarují, že neklepou nikdy je nejvýše zastoupený u zbývajících dvou oddělení chirurgie a urologie.

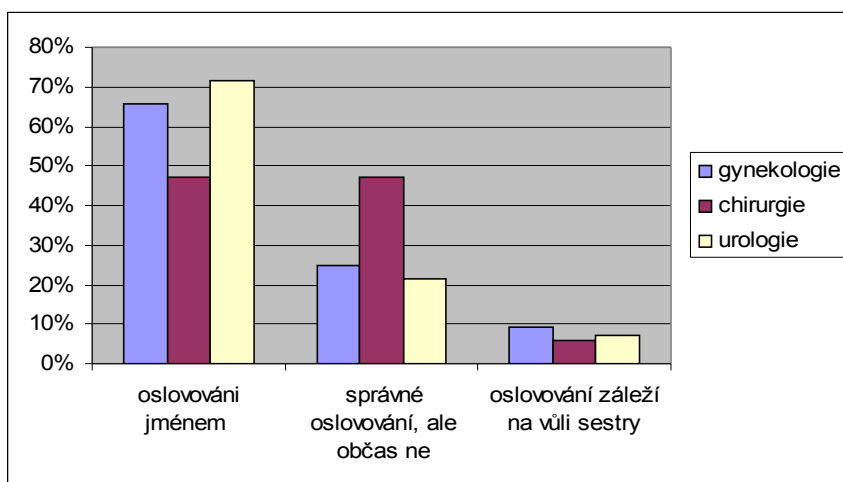
**Graf XXVI. Srovnání skutečné péče - klepání, podle oddělení, řadové sestry**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N<sub>gynekologie</sub>=32, N<sub>chirurgie</sub>=17, N<sub>urologie</sub>=16

Nyní se podívejme na oslovení, jak jej vidí sestry na jednotlivých odděleních (graf XXVII.). Situace je vyrovnaná, jen chirurgie vybočuje, když přiznává, že sestry občas ve spěchu na správné oslovení jménem zapomenou.

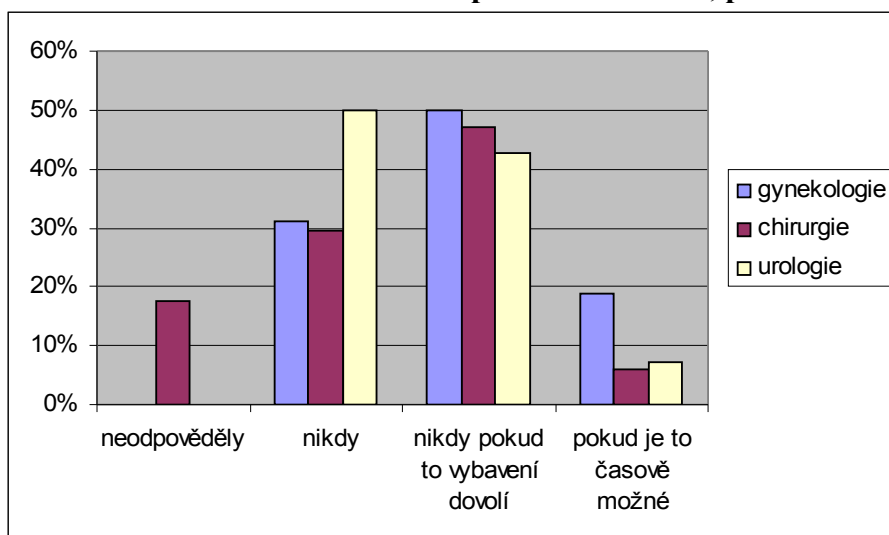
**Graf XXVII. Srovnání skutečné péče - oslovení, podle oddělení, řadové sestry**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N gynekologie=32, N chirurgie=17, N urologie=16

Problém odhalování vidí sestry podle grafu XXVIII. na gynekologii a chirurgii podobně, urologie se svými 50%, ve kterých deklarují sestry správný postup, poněkud vybočuje. Je třeba si také uvědomit, že hodnotíme subjektivní pocity sester, které mohou mít limity toho, co je správné a co ne, velmi rozdílné. A pokud se ptáme na zbytečné odhalování, je to často otázka právě těchto jejich vnitřních limitů.

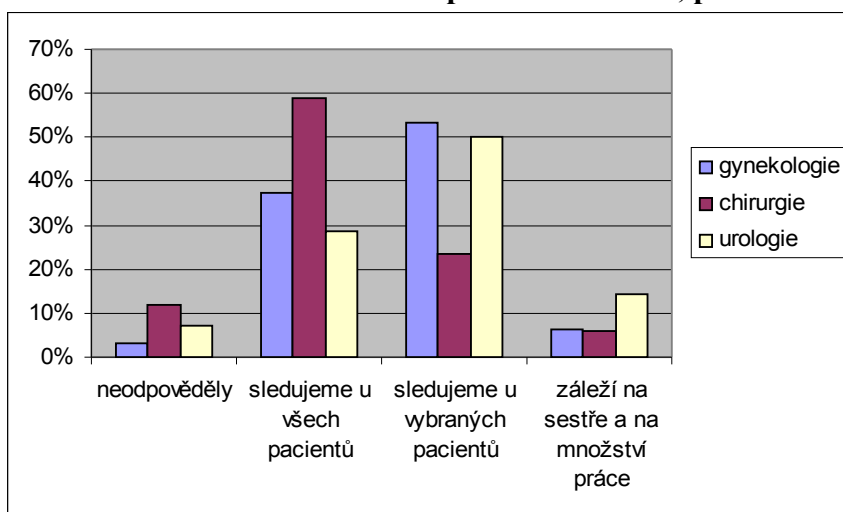
**Graf XXVIII. Srovnání skutečné péče - odhalování, podle oddělení, řadové sestry**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N gynekologie=32, N chirurgie=17, N urologie=16

V následujícím grafu XXIX., který je věnován stravovacímu a pitnému režimu u pacientů, nacházíme na gynekologii a urologii výsledek velmi podobný, jen chirurgie deklaruje sledování stravovacího a pitného režimu ve výrazně vyšším počtu odpovědí.

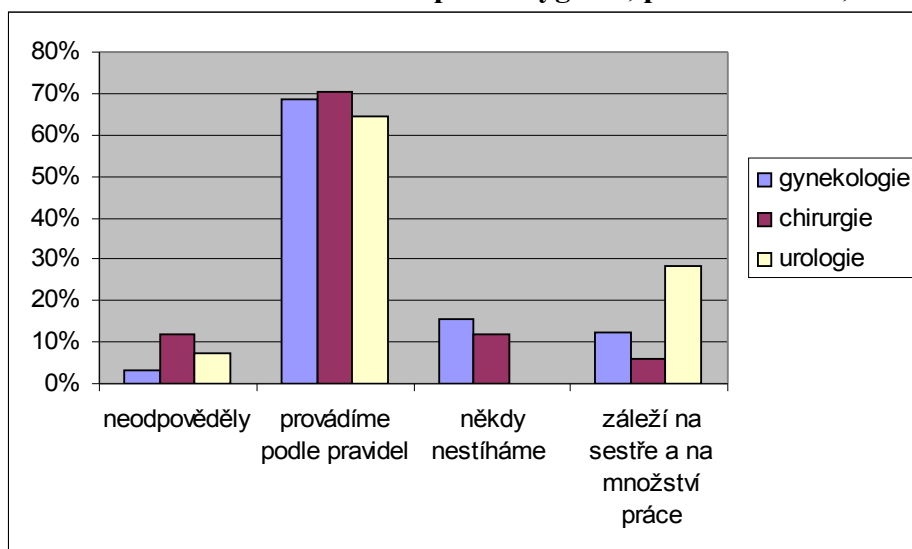
**Graf XXIX. Srovnání skutečné péče - stravování, podle oddělení, řadové sestry**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N<sub>gynekologie</sub>=32, N<sub>chirurgie</sub>=17, N<sub>urologie</sub>=16

Hygienická péče o pacienty je shodně hodnocena sestrami všech tří oddělení ve vysokém procentu jako správně prováděná, jak ukazuje graf XXX.

**Graf XXX. Srovnání skutečné péče - hygiena, podle oddělení, řadové sestry**



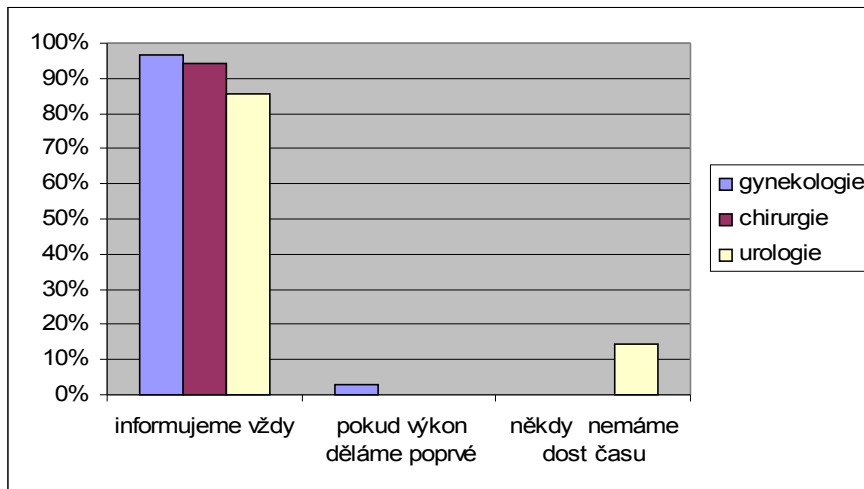
Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N<sub>gynekologie</sub>=32, N<sub>chirurgie</sub>=17, N<sub>urologie</sub>=16

Podle výpovědí sester se z hlediska podávání informací pacientům sledovaná tři oddělení neliší. Velmi vysoké hodnocení podávání informací pacientům, které zobrazuje graf XXXI., vyvolává otázku, zda se nejedná ze strany zdravotních sester o plnění spíše právního závazku než etického. S tímto názorem by korespondoval i výsledek grafu XX, kde srovnání pocitu pacientů a sester na informaci směrem k pacientovi vyšlo s velkým



rozdílem v neprospěch sester. Tedy sestra pacienta informuje, protože jí to přikazuje zákon, ale o dopad (pochopení sděleného) se již nestará.

**Graf XXXI. Srovnání skutečné péče - informování, podle oddělení, řadové sestry**



Zdroj – Důstojnost – Motol 2009, sestry N=65, N<sub>gynekologie</sub>=32, N<sub>chirurgie</sub>=17, N<sub>urologie</sub>=16

### **3.2.4.7. Shrnutí výsledků dotazníkového šetření o důstojnosti pacientů a zhodnocení hypotéz**

Empirickou část předložené práce jsem rozčlenila na dva okruhy. V prvním z nich jsem se zabývala stanoviskem zdravotních sester a pacientů k některým etickým aspektům ošetrovatelské péče. Ve druhém jsem se zaměřila na to, jak obě skupiny vnímají skutečnou poskytovanou péči.

#### **Názor na aspekty důstojnosti pacienta**

##### **Srovnání názoru všech skupin**

V první části výzkumné studie jsem se zabývala vnímanou závažností pochybení zdravotních sester proti zásadám ošetrovatelské etiky při péči o pacienty. Zajímalo mne jak jednotlivá pochybení hodnotí zdravotní sestry samotné, jejich nadřízení a nakonec i pacienti. Vycházela jsem z nejrůznějších stesků pacientů, příkladů z tisku, které práci zdravotních sester často nehodnotí dobře. Tyto signály mne vedly k vyslovení první hypotézy: H1: Pacienti a sestry kladou v názorech na péči důraz na odlišné aspekty: pro pacienty jsou podmínky spojené s důstojností důležitější než pro sestry, zatímco sestry považují za důležitější otázky spojené s péčí.

Výsledné hodnoty řadových zdravotních sester a vedoucích sester byly velmi podobné a již v prvním třídění se jednotlivé zkoumané znaky důstojnosti uskupily do tří kategorií. Nejzávažnější z nich tvoří pochybení v ordinaci lékaře spolu s neinformováním a neřešením stížností pacientů. Druhou skupinu tvoří stud a stravování, chyby ve standardizovaných postupech a provinění vůči hygieně, ale i chyby v oslovování pacientů. Nejnižších hodnot dosahuje klepání.

Velkým překvapením bylo, že na kvalitu péče mají pacienti mnohem nižší nároky než sestry uvedených oddělení a jako skutečně závažné vnímají pouze pochybení, která se dotýkají bezprostředně jejich bezpečí, tedy chyby v plnění ordinací, problémy s informováním a v řešení stížností. Z toho vyvozují, že spokojenost pacientů nemusí vždy nutně znamenat kvalitní péči. Je také třeba dodat, že nacházíme rozpor mezi odpovědí ve strukturovaném dotazníku a odpovědí na otevřenou otázku, nebo pouhým komentářem při vyplňování. Neočekávaný je u pacientů malý důraz na hygienickou péči, péči o stravování a pitný režim, který však připisují charakteru oddělení, kde jsem výzkum prováděla: jednalo se o chirurgické pacienty, kteří jsou hospitalizováni poměrně krátkou dobu a zpravidla jsou chodící, nebo jsou upoutáni na lůžko jen krátce, a proto asistenci sester při

mytí, vyprazdňování, jídle a pití nepotřebují buď vůbec, nebo krátkou dobu a zanedbání související s hygienou a stravováním hodnotili pacienti jako nutné nepohodlí vyplývající z pooperačního stavu.

Po zavedení dílčích dimenzí – úcta, péče, ohrožení- byla vyslovená hypotéza H1 popřena, neboť je při srovnání odpovědí zdravotních sester a pacientů markantní, že všechny skupiny indikátorů jsou vnímány pacienty jako výrazně méně závažné, než u sester a vedoucích sester. Pacienti jakoby pragmaticky zhodnotili co mohou očekávat, a proto se zaměřili pouze na položky, které by je mohly ohrozit přímo na zdraví a životě (chyba v péči, informace, stížnosti).

### **Pohled sester, podle věku, praxe, vzdělání**

Dalším úkolem mého výzkumného šetření bylo hledání odpovědí na otázky, jak a které sestry vnímají závažnost pochybení v péči o pacienta. Zda u některých skupin sester podle věku, délky praxe a vzdělání lze vysledovat závislost toho, jaký důraz kladou na tato pochybení. Řídit se budu hypotézami, které jsem uvedla v úvodu empirické části předložené práce: H3: Hypotéza o vlivu věku, délky praxe a výše dosaženého vzdělání sestry.

Při porovnání věku s vnímanou závažností pochybení se sice objevily rozdíly u jednotlivých věkových skupin, ale při zkoumání jednotlivých kategorií podle délky praxe se neukázala žádná závislost. Protože obě třídění spolu souvisí, nejedná se patrně o významný fenomén. Hypotéza H3A a H3B se tudíž nepotvrdily.

U porovnávání jednotlivých skupin zdravotních sester podle dosaženého vzdělání se naopak potvrdila předpokládaná přímá úměra: čím vyšší vzdělání – tím vyšší vnímaná závažnost pochybení. Hodnoty u diplomovaných sester (DiS) jsou vyšší a u vysokoškoláček nejvyšší. Můžeme tedy prohlásit hypotézu H3C za potvrzenou. Zde ovšem není možno vyloučit přímý vliv nedávno ukončeného studia sester z obou zmíněných kategorií, protože masivní vyšší odborné (VOŠ) a vysokoškolské vzdělávání sester existuje až v posledních desetiletích.

### **Vliv pracovního prostředí**

V další části šetření byla ověřována hypotéza H4 o vlivu pracovního prostředí. Předpokládala jsem, že sestra, která uznává autoritu své nadřízené a respektuje tudíž i její rozhodnutí o odměňování, má i vyšší nároky na svou práci a na kvalitnější péči o pacienty.

Nebo, řečeno jinak, ty sestry, které mají vysoké nároky na svou práci, pracují lépe a jsou i lépe ohodnoceny finančně. Původní předpoklad se však nepotvrdil, výsledky srovnání svědčí spíše pro opak. Můžeme se tedy domnívat, že kvalita péče nehraje v ohodnocení sester tak významnou roli, jak bychom očekávali. To nepřímo potvrdily i odpovědi vedoucích sester na otázku podle jakých kritérií hodnotí své podřízené. Třetina neplatných odpovědí potvrzuje, že v klíči, podle něhož se odměny rozdílejí nemají jasno nejen řadové sestry, ale ani jejich nadřízené. Zde hypotéza H4A nebyla potvrzena.

Dále jsem se zabývala hodnocením vedoucí sestry, kde jsem předpokládala, že sestry, které kladně hodnotí osobnost nadřízené, budou mít i vyšší nároky na péči o pacienty. Protože osobnost staniční nebo vrchní sestry by měla být rozhodujícím faktorem pro její podřízené. Ani v tomto případě se předpoklad nepotvrdil. Nabízí se vysvětlení, že pozice staničních sester na jednotlivých stanicích není tak výrazná, jak by být měla a staniční sestra není natolik silným faktorem, aby výrazně ovlivňovala kvalitu péče na své stanici. Další možné vysvětlení je, že staniční nebo vrchní sestra není tak kvalitní, jak by její postavení vyžadovalo. Ani hypotéza H4B se nepotvrdila.

### **Pohled pacientů.**

Také názory a hodnocení ze strany pacientů jsem zkoumala i v závislosti na věku, pohlaví a dosaženém vzdělání pacienta (hypotéza H5). Při ověřování hypotézy H5B, kde jsem předpokládala, že ženy vnímají pochybení jako závažnější se nejen potvrdila, ale ukázalo se, že i jednotlivé aspekty, které upřednostňují ženy a muži jsou také odlišné. Ženy kladou důraz na komunikaci a zevnějšek, muži na stravování. Všichni pak nejvyšší důraz přikládají chybě v plnění ordinací.

U mladších věkových kategorií pacientů nacházíme větší kritičnost a vyšší nároky na zdravotní péči, přičemž se stoupajícím věkem registrujeme mírný pokles očekávané kvality ošetrovatelské péče. Toto potvrzení hypotézy H5A vyplývá jednak z větší obavy o vlastní zdraví a vyšší opatrnost v závislosti na vyšším věku. Snad zde hraje roli i paternalistické pojetí péče na než byli starší pacienti navyklí.

S dosaženým vzdělání pacientů stoupaly průměrné hodnoty vnímaných typů pochybení sester. Vzdělanější pacient má zpravidla výhodnější pozici ve vztahu vůči zdravotnickému profesionálovi, který má proti laikovi přirozenou převahu. Hypotéza H5C se po zhodnocení výsledků šetření také potvrdila.

## **Srovnání skutečné péče o pacienty z pohledu sester a pacientů**

Ve svém výzkumu jsem se také pokusila o zhodnocení skutečných okolností, za jakých probíhá péče na oddělení. Zde jsem ověřovala hypotézu H2, ve které jsem předpokládala, že sestry budou méně kritické v hodnocení reálné péče než pacienti.

Tuto problematiku pochopitelně nelze adekvátně v dotazníkovém šetření zachytit, výsledky jsou závislé na vlastních výpovědích respondentů – sestry i pacienti mají tendenci odpovídat příznivěji). Přesto výsledky ukázaly některé zajímavé momenty.

Pokud porovnáme odpovědi sester a pacientů na dotazy o skutečné péči z hlediska jednotlivých aspektů, je většina položek pacienty hodnocena lépe, než samotnými sestrami. Znovu se zde pravděpodobně objevuje nízké očekávání pacientů, kteří jsou na méně kvalitní péči připraveni. Pouze jediná položka – informování pacienta – je výrazně nadhodnocena zdravotními sestrami oproti pacientům. V dalších položkách jsou s péčí spokojenější opět pacienti. Nejvýrazněji se liší pohled na odhalování, kde si výrazný rozdíl vysvětlují tím, že sestry jako odbornice vědí, kde bylo možno použít jiný postup, aby byl pacientův stud šetřen a použit z nějakého důvodu nebyl, zatímco pacient jako laik takové jednání přijímá jako nezbytnost. Podobnou diskrepanci vidíme u klepání. Důraz na pacientovo soukromí je v našem zdravotnickém systému novinkou posledních let a ještě se zcela nevžil. Na ještě nedávno běžných vícelůžkových pokojích nemohlo být o soukromí a intimitě ani řeči, a proto je pacienti ani personál nejsou zvyklí šetřit ani vyžadovat.

Podle těchto výsledků byla hypotéza H2 o větší kritičnosti pacientů v hodnocení chování sester, než o něm vypovídají sestry, zamítnuta.

## **Srovnání jednotlivých oddělení**

Závěrečná část analýzy se zabývala srovnáním jak názorů na závažnost pochybení tak skutečnou péčí, jak jí vidí zdravotní sestry na jednotlivých odděleních. Vnímané pochybení je na všech třech odděleních hodnoceno podobnými hodnotami. Výsledky skutečné péče, tak jak ji popisují sestry jednotlivých oddělení nejsou rovnoměrné, ale nelze z nich vysledovat nějakou závislost. Spíš bych nepravidelnosti přičítala rozpakům, z nejistoty, jak by bylo správné odpovědět. Někde překvapivě vysoké procento sester deklaruje předepsané postupy na svém oddělení a jen těžko lze oddělit odpovědi vyplývající z haló efektu, či ze subjektivního pocitu. Hypotéza H6, která mezi jednotlivými odděleními nepředpokládá rozdíly, byla potvrzena.

## **Limity výzkumu**

Při interpretaci předložených výsledků mějme na paměti, že možnosti dotazníkového šetření jsou limitovány několika faktory. Jsou témata, na která se prostě nemůžeme zeptat, protože jsou velmi citlivá. Například tam, kde bychom se chtěli sester ptát na závažnější pochybení, nemůžeme očekávat upřímnou odpověď, jednak pro nedůvěru v diskretnost tazatele a obavu z porušení povinné mlčenlivosti.

Pro pacienta je často limitující obava z odvety personálu při vyjádření jeho kritických odpovědí. Dalším důvodem zkreslení výpovědí pacientů jsou témata, která se dotýkají jeho důstojnosti, které pociťují jako zahanbující.

Překážkou, která neumožňuje zobecnit výsledky podobného výzkumu, je obtížnost získat výpovědi těžce nemocných nebo handicapovaných pacientů. I způsob sběru dat ovlivňuje jejich validitu. Pokud pacient sám vyplňuje dotazník, je riziko nepochopení některým otázkám, či technický problém při vyplňování. Když odpovědi zapisuje tazatel, pacient častěji odpovídá podle očekávání.

Řešením by mohlo být doplnit výzkum o kvalitativní metody například pozorování nebo strukturovaný rozhovor nebo rozhovor podle návodu či problémově zaměřený rozhovor. Ale i tyto metody mají svá úskalí. Při pozorování je problematická osoba výzkumníka, protože způsob práce ve zdravotnických zařízeních předem vylučuje nezaujatého pozorovatele. Rozhovor je metodou náročnou na čas, ale ovlivňuje její dovednost tazatele a dispozice tázaného. Špatný fyzický a duševní stav pacienta může být překážkou efektivně vedeného rozhovoru. Nicméně delikátnost tématu problematiky důstojného zacházení s pacienty v žádném případě nemůže být důvodem, pro který bychom se mu měli vyhýbat.

## 4. Závěrečná diskuze a návrhy na změnu

Důstojnost pacienta je v našich zdravotnických zařízeních vymezena jednak zákonnými normami, z nichž dokumentem zásadního významu je Úmluva o biomedicině, která je nejvyšším zdravotnickým zákonem země. Protože je však důstojnost pojem právně uchopitelný jen částečně, přistupují k ochraně důstojnosti pacienta i další dokumenty, které apelují na zdravotnickou veřejnost po stránce profesně-etické. Předložená práce se zabývá výhradně ošetrovatelskou praxí, a proto je zde třeba zmínit zejména Etický kodex ICN, Práva pacientů a Chartu práv hospitalizovaných dětí.

Výuka zdravotnické etiky probíhá na všech stupních kvalifikačního vzdělávání zdravotních sester, ale nelze říci, že by podléhala jednotným pravidlům. Vzdělávání v zdravotnické etice je nejčastěji teoretického charakteru a praktické semináře jsou vzácností. Podobná situace je i v celoživotním vzdělávání zdravotních sester, kde se etická témata také objevují, ale spíše jako izolovaná pojednání, než jako jeden z aspektů každého odborného tématu.

Při hodnocení kvality práce sester jejich nadřízenými je úcta k důstojnosti pacienta jednou z položek, ale převažují hlediska technicko-odborného charakteru. Mimoto je hodnocení sester často formální a samy vedoucí sestry, které své podřízené hodnotí nemají jasno v tom, jakým způsobem při hodnocení postupovat. To u zdravotních sester vyvolává pocity nespravedlnosti, nedocení a spolu s chronickým přetěžováním, které je v našich zdravotních zařízeních běžné vede k otupělosti při péči o pacienty a v krajním případě až k vyhoření.

V práci zdravotních sester jsou zdůrazňována právní hlediska, která v rétorice manažerů zdravotnických zařízení převažují nad aspekty etickými. Důsledkem je odosobněná péče postrádající lidský rozměr.

Jak ukázala případová studie na třech odděleních v FN Motol, názory na závažnost pochybení jsou rozdílné u sester a pacientů, kteří očekávají od péče nižší kvalitu než zdravotní sestry. V praxi jsou naopak sestry ke své práci kritičtější než pacienti. Z toho logicky vyplývá, že pokud si pacient nestěžuje z důvodu nízkého očekávání, nemůžeme péči o něj klasifikovat jako kvalitní.

## **Návrhy na změnu**

Nyní bych ráda uvedla několik návrhů na změnu popsané situace. Moje doporučení jsou určena pedagogům, kteří se zabývají kvalifikačním i celoživotním vzděláváním zdravotních sester, profesním organizacím, které v České republice zastupují zdravotní sestry, manažerům, kteří vedou kolektivy na zdravotnických pracovištích, zdravotním sestrám samotným a v neposlední řadě pacientům.

**Pedagogové** v kvalifikačním studiu zdravotních sester by měli jasně vymezit témata výuky ošetrovatelské etiky, která by měla probíhat nejen formou přednášek, ale i seminářů a cvičení. V kurzech celoživotního vzdělávání by měly být zdůrazňovány etické rozměry každého odborného tématu.

**Česká asociace sester** a další profesní organizace by měly sjednotit etický kodex sester v jeden dokument, který doporučí všem zdravotnickým (nelékařským) profesionálům. Při vzdělávacích akcích by se měly věnovat i etickým aspektům každého tématu.

**Vedoucím pracovníkům** doporučuji věnovat maximální péči výběru staničních a vrchních sester, které bezprostředně vedou týmy zdravotních sester na pracovištích. Zorganizovat pro tyto manažery podporu formou supervize, koučingu, studia řízení. Dále by měli vedoucí pracovníci vypracovat funkční systém hodnocení sester, který by nebyl formální a na něj by navazovalo i ohodnocení finanční. Pro problémové kolektivy, nebo kolektivy s náročnou pracovní náplní, což jsou i ty, kde jsem prováděla výzkum, by měla být k dispozici supervize, nebo jiná forma pravidelné podpory.

**Zdravotní sestry** by měly znát Etický kodex ICN, kodex Práva pacientů a Chartu práv hospitalizovaného dítěte a pracovat podle nich. Měly by se kromě odborně technických dovedností řídit také individuálními potřebami nemocných ve smyslu etických hodnot.

**Pacienti** by se měli zajímat o průběh a způsob své léčby a při nejasnostech žádat po zdravotních sestrách (a samozřejmě i ostatních členech zdravotnických týmů) vysvětlení. V odůvodněných případech by se neměli obávat podat stížnost a trvat na jejím vyřízení. Silná organizace sdružující pacienty by jim v tom měla pomáhat.

**Pro všechny, kterých se důstojná péče ve zdravotnických zařízeních dotýká, je nejdůležitější dát jasně najevo, co si pod tímto pojmem představují a že jiná než důstojná péče není přijatelná.**



## Literatura:

1. *Education for dignity, A Multidisciplinary Workbook Dignity and Older Europeans*, 2003. (přel. Kellnerová – Kalvachová, L.), Cesta domů, 2004, 65s. s.12-14.
2. FRANKL, V. E., *Lékařská péče o duši*. Brno. Cesta 1996, ISBN 80-85319-50-0
3. FRANKL, V. E., *Vůle ke smyslu*. Brno. Cesta 2006, ISBN 80-7295-084-5. s. 76-83.
4. HAŠKOVCOVÁ, H., *Informovaný souhlas Proč a jak?*, 1.vyd. Praha: Galén 2007, 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3. s. 25-26.
5. HAŠKOVCOVÁ, H., *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*, 1.vyd. České ošetrovatelství 9. Brno. IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-349-X. s. 5-7.
6. HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*, 3.vydání. Praha: Galén 2002. ISBN 80-7262-132-7. s. 95-101.
7. HOLMEROVÁ, I., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8. s. 35-36.
8. *Charta pracovníků ve zdravotnictví*. Praha. Zvon 1996, ISBN 80-7113-168-7. s. 40-42.
9. MUNZAROVÁ, M., *Zdravotnická etika od A až do Z*, Praha: Grada Publishing a.s. 2005. ISBN 80-247- 1024-2. s. 70-71.
10. O'CONNOR, M., ARANDA, S., *Paliativní péče*. Praha. Grada Publishing a.s. 2005. ISBN 80-247-1295-4. s. 256.
11. PELIKÁN, J., *Pomáhat být*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0345-4.
12. ROHANOVÁ, E., *Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách*, studijní text FHS UK. s. 12-20.
13. ROTTER, H., *Důstojnost lidského života*. Praha. Vyšehrad, 1999, ISBN 80-7021-302-7
14. SOKOL, J., *Malá filozofie člověka , Slovník filozofických pojmů*, Praha. Vyšehrad, 2004, ISBN 80-7021-713-8. s. 337-338.
15. SOKOL, J., PINC. Z., *Antropologie a etika*. Praha. Triton, 2003, ISBN 80-7254-372-5
16. STAŇKOVÁ, M., *Sestra – reprezentant profese – České ošetrovatelství 11*. Brno. IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-270-1
17. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V., *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha. Grada Publishing a.s. 2004.

18. TRESMONTANT,C., Otázky naší doby, Brno. Barrister & Principál, 2004, ISBN 80-86598-94-2.
19. TŘEŠŇÁK, P., *Sestřičky na útěku*, Respekt 2009, roč. XX, č. 20, str. 34-41.
20. VÁGNEROVÁ,M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha. Portál, 2004. ISBN 80/71778/802/3
21. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. Praha. Diderot, 1999, IBSN 80-902555-4-X. s. 313.
22. WICHISOVÁ, J., *Florence Nightingalová – dáma s lampou*, Sestra 2005, roč.15, č.9, str. 14-16

### Internetové zdroje:

- I. <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=46> 6.6.2009 (*Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicině*)
- II. [http://intranet/nzo/sestry\\_ostatni/szs\\_vzs\\_bc.doc](http://intranet/nzo/sestry_ostatni/szs_vzs_bc.doc) 10.6.2009
- III. [http://genscan.com/download/umluva\\_o\\_lidskych\\_pravech.pdf](http://genscan.com/download/umluva_o_lidskych_pravech.pdf) 6.6.2009
- IV. <http://www.atre.cz/zakony/page0431.htm> 7.6.2009
- V. [http://www.cma.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cma.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf) 6.6.2009
- VI. <http://www.cma.cz/kodex-profesionalniho-chovani> 6.6.2009
- VII. <http://www.fnmotol.cz/link-tabulky-a-data#2> Sledování spokojenosti pacientů 14.6.2009
- VIII. [http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/sylabus\\_evz.htm](http://www.lf2.cuni.cz/info2lf/ustavy/uzvle/sylabus_evz.htm) 14.6.2009
- IX. [http://www.nconzo.cz/c/document\\_library/get\\_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c-89ea-30e5cd71780e&groupId=11063](http://www.nconzo.cz/c/document_library/get_file?uuid=a740f1ac-a17a-412c-89ea-30e5cd71780e&groupId=11063) 14.6.2009
- X. <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf> 14.6.2009
- XI. <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14> 7.6.2009
- XII. <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=92> 7.6.2009
- XIII. <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> 6.6.2009
- XIV. [http://zpravy.idnes.cz/za-chyby-v-ldn-v-chittussiho-ulici-padl-prvni-trest-fx1-/domaci.asp?c=A080709\\_205421\\_domaci\\_abr](http://zpravy.idnes.cz/za-chyby-v-ldn-v-chittussiho-ulici-padl-prvni-trest-fx1-/domaci.asp?c=A080709_205421_domaci_abr) 10.6.2009

## **Seznam příloh:**

1. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester
2. Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků
3. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů
4. Práva pacientů
5. Charta práv hospitalizovaných dětí
6. Plán odborné praxe absolventa SZŠ, VZŠ, VŠ v oboru ošetrovatelství
7. Popis náplně práce všeobecné sestry
8. Výzkum spokojenosti pacientů
9. Průzkum spokojenosti dětských hospitalizovaných pacientů
10. A. - Dotazník – důstojnost- řadové sestry  
B. - Dotazník – důstojnost- vedoucí sestry  
C. - Dotazník – důstojnost- pacienti
11. A. - Popisná statistika odpovědí- řadové sestry  
B. - Popisná statistika odpovědí- vedoucí sestry  
C. - Popisná statistika odpovědí- pacienti