

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Etika ve zdravotnictví

Ethics in health care

Vedoucí BP: Mgr. Klára Šimáčková Laurenčíková

Autorka BP: Kamila Janoušková, DiS.

Studijní program: Speciální pedagogika

Obor studia: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Rok dokončení BP: 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny uvedené prameny a literaturu jsem řádně citovala a práce nebyla využita k získání žádného dalšího titulu.

.....

Kamila Janoušková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Kláře Šimáčkové Laurenčíkové za pomoc a trpělivost při jejím odborném vedení. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině, že mi byla při zpracovávání bakalářské práce oporou.

Klíčová slova:

Etika, zdravotnictví, právo, lékařská etika, ošetrovatelská etika, lékař, zdravotní sestra, pacient, senior, péče, nemocnice.

Key words:

Ethics, health care, law, medical ethics, nursing ethics, doctor, nurse, patient, senior citizen, care, hospital.

Obsah:

1. ÚVOD	8
1.1. CÍL PRÁCE	8
1.2. STRUKTURA PRÁCE	8
2. ETIKA	9
2.1. ETIKA JAKO POJEM	9
2.2. MORÁLKA	10
2.3. ZÁKLADNÍ ETICKÉ TEORIE	11
2.3.1. Hédonismus	11
2.3.2. Utilitarismus	12
2.3.3. Deontologie Immanuela Kanta	13
2.3.4. Etika ctností	14
2.3.5. Etický relativismus	14
3. ZDRAVOTNICKÁ ETIKA	14
3.1. LÉKAŘSKÁ ETIKA	15
3.2. ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	18
3.3. ETICKÉ KODEXY VE ZDRAVOTNICTVÍ	23
3.3.1. Hippokratova přísaha	23

3.3.2. Etický kodex České lékařské komory	24
3.3.3. Etický kodex České asociace sester	27
4. ZDRAVOTNICKÉ PRÁVO A ETIKA	28
4.1. PRÁVA PACIENTŮ	28
4.2. INFORMOVANÝ SOUHLAS	30
4.3. OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ	31
5. STÁŘÍ	32
5.1. ZMĚNY VE STÁŘÍ	33
5.1.1. Změny fyzické	33
5.1.2. Změny psychické	34
5.1.3 Změny sociální	34
5.2. AGEISMUS	35
5.3. PODPORA ZDRAVÍ VE STÁŘÍ	36
6. VÝZKUMNÁ ČÁST	38
6.1. CHARAKTERISTIKA METODY KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU	38
6.2. VÝZKUMNÁ TERMINOLOGIE	38
6.3. KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	39
6.3.1. Hypotéza č. 1: Pacienti jsou s přístupem zdravotníků k jejich osobě spokojeni.	39
6.3.2. Hypotéza č. 2: Pacienti si myslí, že se lékaři snaží o co nejefektivnější léčbu.	41

6.3.3. Hypotéza č. 3: Pacienti při hygieně pocít'ují nedostatek soukromí.	43
6.3.6. Hypotéza č. 6: Pacienti nemají přínávštěvách dostatek soukromí.	47
6.3.7. Hypotéza č. 7: Duchovní služba je důležitou součástí léčby.	48
6.3.8. Hypotéza č. 8: Zdravotníci oslovují pacienty převážně příjmením.	49
6.3.9. Hypotéza č. 9: Vztah „zdravotník – pacient“ je rovnoprávný.	51
6.3.10. Hypotéza č. 10: Pacienti si myslí, že mají při léčbě kromě práv i povinnosti.	52
6.3.11. Hypotéza č. 11: Interpersonální vztahy na pracovišti ovlivňují chování zdravotníků k pacientům.	53
<u>7. ZÁVĚR</u>	<u>55</u>

1. Úvod

Ve své práci se budu zabývat etikou ve zdravotnictví, respektive dodržováním práv pacientů, která jsou její nedílnou součástí. Za cílovou skupinu jsem si vybrala pacienty seniorského věku. Osoby v období senia jsou nejmladší kategorií speciální pedagogiky. Právě ony bývají hospitalizovány v nemocničních zařízeních nejčastěji. Dalším důvodem, proč jsem si vybrala tuto cílovou skupinu, je, že právě senioři mi připadají na poli zajišťování práv nejvíce zranitelní. Toto téma mě zajímalo i vzhledem k tomu, že již téměř tři roky pracuji jako zdravotní sestra na interním oddělení, kde jsou právě senioři nejfrekventovanější skupinou pacientů.

1.1. Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je pomocí dotazníkového šetření zmapovat reálné dodržování práv pacientů seniorského věku v nemocnici, možnost domoci se svých práv a zjistit, jak oni sami hodnotí etické chování zdravotníků. Senioři obecně platí za křehké pacienty, jejichž možnost ovlivňovat svá práva je s přibývajícím věkem nižší, než u jiných věkových skupin. Z tohoto důvodu mě zajímají právě jejich názory a postoje v této oblasti.

1.2. Struktura práce

V první kapitole představím cíl bakalářské práce, její strukturu a taktéž důvody, proč jsem si tuto práci vybrala. V kapitole druhé uvedu teorii o etice – vysvětlím pojmy etika, morálka a základní etické teorie. Třetí kapitolu věnuji zdravotnické etice, kde objasním etické aspekty práce lékaře a zdravotních sester, nároky na jejich chování, eventuálně povinnosti. Taktéž zde seznámím se základními etickými kodexy ve zdravotnictví, které se této problematice týkají. Ve čtvrté kapitole nastíním práva pacientů, problematiku informovaného souhlasu pacienta a ochrany osobních údajů, tzn. v současnosti dvou velmi sledovaných a diskutovaných právních témat ve zdravotnictví. V kapitole páté se budu zabývat životní fází stáří, změnami osobnosti ve stáří, ageismem a podporou zdraví ve stáří. V šesté kapitole budu prezentovat a interpretovat výsledky dotazníkového šetření na téma práva pacientů – seniorů v nemocnici. V kapitole sedmé pak vše zhodnotím.

2. Etika

Etika ve zdravotnictví je v současnosti ostře sledované téma. Dotýká se zdraví a života každého jedince. Je proto důležité na tomto místě vymezit a vysvětlit dva základní pojmy, které spolu úzce souvisejí.

2.1. Etika jako pojem

Pojem etika pochází z řeckého slova „éthos“, které původně označovalo místo pastvy zvířat, stáj či způsob chování zvířat. V přeneseném slova smyslu pak obydlí a zvyky při společném bydlení. Etiku jako pojem zavedl do praxe Aristoteles, když jej použil jako název pro disciplínu zabývající se výzkumem dobrého či zlého lidského chování. Byla také nazývána „uměním žít.“ V současné době stále platí, že se jedná o filozofickou disciplínu, která se zabývá původem a podstatou mravního chování a jednání člověka. Zkoumá, co je správné a co nesprávné. Nabízí možné cesty, kterými se jedinec může při rozhodování zejména v obtížných a dilematických situacích dát. Snaží se určovat mravní normy, dává návody pro praktický, každodenní život. Díky tomu se jí také začalo říkat „praktická filozofie“. Etika využívá čtyři základní přístupy:

- a) Etika deskriptivní
- b) Etika preskriptivní
- c) Etika analytická
- d) Etika aplikovaná

ad a) Etika deskriptivní – vychází ze slova deskripce neboli popis. Jejím cílem je pouze popsat určenou situaci, aniž by ji jakkoliv hodnotila. Například pouze zkonstatuje, že v některých společnostech je povolena adopce dětí homosexuálními páry. Popisuje tedy morální rozhodnutí, normy, postoje a názory, přičemž se zároveň snaží brát v úvahu kulturu, principy a společenské klima. Deskriptivní etika má sice omezené možnosti, ale její význam spočívá v tvorbě

podkladů pro další etické přístupy, které by bez údajů o situacích a o reakcích jedinců na ně, neměly s čím pracovat.

ad b) Etika preskriptivní – je nazývána též jako etika normativní či deontologická, neboť se zabývá otázkou norem, podle nichž se lidé rozhodují, co je správné a co nesprávné a podřizují jim pak své chování a jednání. Zabývá se výroky o chování a pokládá otázku, zda „je správné toto dělat?“

ad c) Etika analytická – v rámci analytické etiky se zjišťuje význam morálních pojmů (dobrý – zlý, správné – nesprávné), polemizuje se o jazyce, kterým mluvíme o morálce a věcech s ní souvisejících a o tom, jakým způsobem se dá tento jazyk odůvodnit. Těmto diskuzím se občas říká metaetika.

ad d) Etika aplikovaná – dává do souvislostí teorie etiky a mravní rozhodnutí činěná v různých oblastech. Zajímá ji význam výroku, „že je něco správně“. ¹

V současnosti je, mimo jiné, jednou z nejvýznamnějších oblastí aplikované etiky právě etika lékařská. Nyní se etika již ptá na otázku „Jak bych měl jednat?“, nikoliv na zastaralé „Jaký bych měl být?“.

Pojem etika se často zaměňuje s pojmem morálka. Ačkoliv jsou si oba pojmy významově hodně podobné, zcela totožné nejsou.

2.2. Morálka

Pojem morálka pochází z latinského slova „mos“ znamenajícího „vůli“, kterou určovali bohové či vládci. Pozdější představa byla taková, že se člověk rozhoduje na základě předpisů a zákonů. Pravděpodobně nejstarší takovýto předpis lze najít ve Starém zákoně – Desatero božích přikázání, které v sobě dodnes nese návod, jak by se člověk chovat měl.

¹ THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Přeložila Pavla Císařová. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 167 s.

Jakákoliv předem daná pravidla jedinec srovnává sám se svým vědomím a svědomím, a výsledné morální či nemorální, rozuměj správné či nesprávné jednání je předem danými pravidly vlastně „pouze“ ovlivněno. Rozhodující je volba cesty té které osoby. Morálku tedy můžeme specifikovat jako hodnoty a normy chování, které jsou žádoucí a danou společností ceněné a uznávané, ať již jsou psané či nepsané. Zpravidla v sobě také nesou rozhraní dobra a zla. Morálka je tedy záležitostí jednání skutečného jedince a je silně individuální. V tom se liší od etiky, jež konání člověka ze svého pohledu filozofie kritizuje a poskytuje mu zpětnou vazbu. Lze tedy říci, že morálka je vlastně praktickým vykonáváním teoretického poznání etiky.

2.3. Základní etické teorie

V této kapitole si nastíníme základní teorie, které se váží k etice ve zdravotnictví. Všechny tyto teorie se snaží odpovědět na otázku „ Co mohu udělat pro to, abych na konci života mohl říci, že jsem prožil šťastný a kvalitní život?“, každá však svým vlastním způsobem.

2.3.1. Hédonismus

Zakladatelem tohoto filozofického směru byl řecký filozof Arristipos z Kyreny. Hédonismus pochází z řeckého slova „hédoné“ – slast, libost. Základní Arristipovou myšlenkou je teze, že člověk touží výhradně po pocitech libosti a slasti. Pocity bolesti a strastí jsou naopak naprosto nežádoucí. Cílem této teorie je tedy maximalizování slastí a minimalizování strastí. V současné době by se hédonistická teorie, jak prožít šťastný život, mohla pro bližší pochopení manifestovat na následující citaci: *„Nevstupuj příliš do emocionálních závazků. Užívej radost dne. Neinvestuj energii do závazků manželství a do břemene výchovy dětí. Život je jen jeden a není důvodu si různé možnosti jeho prožití uzavírat závazkem výchovy dětí, neboť až ony vyrostou a ty bys viděl plody své práce, již zde nebudeš. Neangažuj se ani v politice, ani ve veřejném životě: přináší to jen napětí a vyvolává závist. Nevěnuj příliš mnoho času druhým, neboť druzí ti jen zřídka oplatí, co jim dáš. Zvykni si na samotu. Neptej se, k čemu život je, žij den ze dne. A když se život stane namáhavým, ukonči jej na místě v čase, který zvolíš. – Toto je moudrá odpověď na život ve*

světě zbaveném smyslu. A je to také jedním ze symptomů civilizace na počátku svého zániku.“²

S určitou mírou nadsázky by se dalo říci, že „*smyslem života je co nejkomfortnější čekání na smrt.*“³

2.3.2. Utilitarismus

Utilitarismus, filozofický směr 18. a 19. století, vychází z některých idejí hédonistické teorie. Zakladateli utilitarismu jsou Jeremy Bentham (1748-1832) a John Stuart Mill (1806-1873). Utilitarismus pochází z latinského slova „utilitas“ – užitek, prospěch, výhoda. Na rozdíl od sobeckého pojetí libosti a nelibosti v hédonismu se již v utilitaristické etice zohledňuje i prospěšnost pro okolí. Utilitarismus je směr propojující čtyři principy:

- a) Princip následků
- b) Princip užitečnosti
- c) Princip hédonismu
- d) Sociální princip.

Princip následků – říká, že čin „JEST“ – existuje sám o sobě. Proto sám o sobě nemůže žádný čin být ani dobrý, ani špatný. Nejsou podstatné okolnosti vzniku činu, nýbrž jeho následky - konsekvence.

Princip užitečnosti – řídí se myšlenkou „vyššího dobra“. Jednání člověka musí být co nejvíce prospěšné pro co nejvyšší počet lidí. „Etická aritmetika“, nově zavedený pojem, říká, že pokud proti sobě stojí malá škoda pro jednoho jedince a výrazně silná slast pro jedince druhého, pak je možné zmíněnou malou škodu omluvit a souhlasit s ní.

² HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 29

³ Tamtéž, s. 28

Princip hédonismu – rozvíjí myšlenku „Co je dobro?“ .Tato otázka aplikovaná do praxe každodenního, běžného života je v pojetí utilitaristické etiky poměrně dilematická, neboť „dobro“ spočívá pro každého v něčem jiném. Každý člověk je originál a co je pro něj dobré, při jakých aktivitách se cítí šťastný, si určuje pouze on sám. Tato individualita osobnosti jedince však zároveň vylučuje naplnění utilitaristické myšlenky „vyššího dobra“ pro co nejvyšší počet lidí.

Sociální princip – cílem je maximálně možná nejvyšší míra štěstí pro maximálně možné množství lidí s ohledem na jejich zájmy a přání.

2.3.3. Deontologie Immanuela Kanta

Deontologie vychází z řeckého slova „deonté“ – povinnost. Zakladatel deontologie, Immanuel Kant, vystavěl novou filozofickou teorii, jejímž stavebním kamenem je rozum a racionalita. Kant nepopírá, že člověk je motivován bažením po slasti a vyvarování se strastí, ale tvrdí, že lidské jednání musí být podmíněno především rozumově, soustředí se tedy na čin jako takový, nikoliv na jeho následky, na rozdíl od utilitarismu. Kantovou vizí je etika, jež by platila plošně pro všechny osoby na celém světě - bez ohledu na dobu a společenské klima, v němž žijí. Neměla by ideové zakotvení v některém náboženství a mohla by platit stále i ve velice vzdálené budoucnosti. Jeho snahou je najít rozumově vyvozené univerzální principy, které by platily všude, a aby odpovědnost člověka nesl výhradně rozum.

Kant v rámci deontologie uvádí v život pojem „maxima“. „*Maxima je krátká věta morálního obsahu. Maximy jsou tedy četná relativně všeobecná pravidla jednání, jimiž se běžně řídíme ve svém chování.*“⁴ Mezi maximy se tedy řadí i desatero božích přikázání. Přikázání – maximy - jsou platná pro celou ČR a mohou být případně platná i pro celý svět, dá se podle nich celoplošně jednat, tudíž jsou to maximy správné. Pokud by plošně platné být nemohly a nelze podle nich jednat, pak jsou to maximy špatné, tudíž zavrženíhodné. To je Kantovým východiskem pro zformulování kategorického imperativu:

⁴ VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 34

„Jednej tak, aby se maximy tvého jednání mohly stát všeobecným zákonodárstvím.“⁵ Kategorický imperativ platí bez výjimky pro všechny stejně. Musíme ale rozlišovat, zdali člověk jedná správně proto, že dobro vychází z jeho nitra, přirozeně, anebo proto, že nad ním visí „Damoklův meč“ trestu, kdyby jednal špatně. Tohoto faktu si je Kant vědom. Kantova deontologie nám neřekne, jaké jednání je to správné, pouze ukáže cestu, kterák lze ke správnému jednání dojít.

2.3.4. Etika ctností

Zakladatelem etiky ctností je řecký filozof Aristoteles. Základní otázkou této teorie je „Jaký bych měl být?“. V popředí jejího zájmu už není pátrání po správném jednání, jak tomu bylo v teoriích předchozích, nýbrž charakter jednajícího člověka. Aristotelovou představou je, aby lidé konali dobré a odvážné skutky sami od sebe a stále a tím získali tzv. habitus konání dobra. Konat dobro podle něj mohou pouze lidé s určitou životní moudrostí a vyzrálostí. Jednání takových lidí pak, podle Aristotelova mínění, nemůže být špatné. Zde je etika brána jako „umění žít“ a stejně jako jinému umění, i etice je třeba se učit.

2.3.5. Etický relativismus

Etický relativismus je novodobý filozofický směr, který bere v potaz společnost, ve které jedinec vyrůstal. Etický relativismus říká, že „*nic není ani dobré, ani špatné bez posouzení dané kultury a sociálního kontextu, vše záleží na úhlu pohledu.*“⁶

3. Zdravotnická etika

Zdravotnická etika je relativně nový termín na poli medicíny, který v sobě zahrnuje pojmy lékařská etika, etika v ošetrovatelství, popřípadě i pastorální etika, pokud je pacient věřící a vyžaduje při léčbě i péči duchovního, což je stále více se rozšiřující trend i u nás. Jakýmsi

⁵ HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 35

⁶ VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 40

prvopočátečním základem nadřazeného pojmu zdravotnická etika je etika lékařská, ze které se později vyčlenila jako samostatný celek etika v ošetrovatelství a později nepřímo i zmíněná etika pastorální.

3.1. Lékařská etika

Lékařská etika ve svém názvu zahrnuje všeobecně všechny problémy etiky a morálky, které se v lékařské praxi mohou vyskytnout. Je součástí aplikované etiky, která by se mohla ve výsledku paušalizovat na všechny profese. S rozmachem moderních diagnostických a léčebných metod, především ve 20. století, paradoxně vyvstaly jiné, nové a neočekávané problémy.

Dříve byl lékař ten, který poskytoval nemocnému vysvětlení a slovo útěchy dle svého uvážení i proto, že diagnostické metody nebyly dostačující a i vlídným slovem léčil. Tento přístup byl možný, neboť propast medicínských znalostí lékaře a pacienta byla diametrálně odlišná. Později se tato propast stírá a pacienti se stále více o medicínu, v kontextu zachování svého zdraví, zajímají. Věc dospěla do takové míry, že si dnes pacienti jsou schopni lékaři říci o provedení vyšetření, která, podle jejich názoru, jsou ta potřebná k jejich uzdravení. Nutno však podotknout, že velmi často výsledky těchto vyšetření přeceňují. Ne všechna vyšetření, byť drahá, což v očích pacienta často umocňuje jejich „zázračnost“, jsou ta pravá pro jeho případ.

Nastalá situace nutně vedla ke změně modelu chování lékaře k pacientovi. Dříve převládající model paternalistický, neboli otcovský, kdy lékař pacientovi ze své nadřazené pozice diagnózu bez jakýchkoliv diskuzí a vysvětlování pouze sdělil a pacient lékaři slepě důvěřoval, že pro něj lékař dělá maximum, je už poměrně dlouho pryč. Pacient se stal v terapii lékaři rovnocenným partnerem. To činí vyšší nároky na lékařskou vzdělanost, ale zároveň došlo k tomu, že lékaři, bohužel, jsou nuceni trávit stále více času stranou nemocného. Důvodem, dle jejich vlastních slov, je jejich zahlcení spoustou papírování, které se k léčbě váže. Díky tomu jim pak zbývá málo času na osobní kontakt s pacienty, přestože se o něj sami snaží.

Určitá pravidla chování lékaře k pacientovi jsou zahrnuta též v různých psaných kodexech, které by pro lékaře měly být závazné. Při nejlepší vůli ale často lékaři nezbývá jiná možnost, než provádět dilematická mravní rozhodnutí na základě střetu svého svědomí s pravidly kodexů a platnou legislativou. Díky ní jsou často nuceni jednat právě proti zmíněným kodexům (například mlčenlivost o zdravotním stavu pacienta, který však vyžadují znát úřady atd.) a vlastním svědomím. Pomineme-li tyto kodexy, měl by lékař vykonávat svoji činnost s ohledem na čtyři základní principy lékařské etiky.

3.1 1. Základní principy lékařské etiky

Mezi čtyři základní principy lékařské etiky se řadí:

- a) princip beneficence
- b) princip nonmaleficence
- c) princip autonomie
- d) princip spravedlnosti

Princip beneficence, neboli dobročinnosti, se vyskytuje již v Hippokratově přísaze. Princip spočívá v tom, že se lékař zavazuje jednat vždy v zájmu pacienta, tedy ochraňovat život, obnovit zdraví, zlepšovat kvalitu jeho života a ulevit nemocnému od utrpení a bolesti. Platí zásada „Salus aegroti suprema lex“ – „Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem“.

Princip nonmaleficence můžeme vysvětlit tezí zakotvenou taktéž v Hippokratově přísaze: „Nil nocere!“ – „Především neškodit“. Jinými slovy je tedy po lékaři vyžadováno omezování a předcházení potenciálním rizikům ve všech léčebných fázích – ve fázi prevence, diagnostiky i terapie samotné. Jde tedy o neškodění druhému.

Princip autonomie se zaměřuje na autonomii nemocného, tedy na jeho nezávislost, samostatnost, individualitu a svobodu volby. V dnešní době partnerského přístupu lékaře k nemocnému je třeba, aby se lékař zajímal o nemocného jako o člověka, o jeho stesky a

obavy, snažil se mu vše kolem jeho zdravotního stavu srozumitelně vysvětlit a odůvodnit a získal tak jeho informovaný souhlas s navrženou terapií a úkony s ní související.

Autonomie nemocného je však částečně omezena, neboť právní zodpovědnost za pacientovu léčbu nese lékař, který také rozhoduje o postupu léčby. Pacient má právo navrhouvanou léčbu a úkony s ní související přijmout či odmítnout, ale není oprávněn, aby lékař sám předložil, jak ho má léčit a pečovat o něj. Autonomie pacienta je téma velmi křehké a v praxi se snadno může zvrhnout na dvě strany. Na straně jedné k omezení pacientovy autonomie, kdy se nerespektuje pacientův názor a je jednáno i přes jeho nesouhlas. Na straně druhé se pak stále častěji setkáváme se scénářem, kdy je autonomie pacienta zachována, ale pacient se chová a rozhoduje naprosto nezodpovědně a ohrožuje se tak sám na zdraví a na životě. Pak dochází k situacím, že lékař sice pacientovi vysvětlí veškeré případné následky jeho rozhodnutí, jako jsou například i život ohrožující komplikace typu rozsáhlého krvácení či neobjevení závažné nemoci a vyhotoví se o pacientově negativním reversu písemný záznam, ale zároveň sám trpí, protože chce a dělá pro pacienta to nejlepší a ví, že navrhouvaná léčba je správná a nutná k úspěšnému léčení pacienta. Často dochází i k tomu, že se do rozhodování o „blahu“ nemocného vmísí i rodina a příbuzní, kteří, bohužel, ne vždy sledují jeho zájmy. Dovedou však být velmi sugestivní a pacienta ovlivnit natolik, že předem domluvené vyšetření či navrhouvanou terapii pod jejich vlivem odmítne a sám sebe tak poškodí.

Princip spravedlnosti se týká spravedlnosti v poskytování potřebné péče. Ta je ovlivněna mnoha faktory. Ať chceme či nechceme, zdravotnická péče, přestože je dnes již na vysoké úrovni a k dispozici jsou mnohé možnosti moderních vyšetřovacích metod a léčby, se nedostane všem ve stejné míře. Mezi faktory, které toto ovlivňují, můžeme zařadit:

a) územní příslušnost – v rozvojových afrických zemích, kde se za nejmodernější techniku považuje mikroskop, nebude možnost lékařské pomoci ani zdaleka na takové úrovni jako v ČR nebo jiných vyspělých státech, jak můžeme vidět a slyšet v různých reportážích a rozhovorech s lékaři aktivními v misích organizace Lékaři bez hranic.

b) lidské zdroje – jde především o množství odborníků a jejich rozdělení, které nekoresponduje vždy s potřebami zdravotnictví.

c) ekonomickou situaci – ačkoliv naše zdravotnictví je na vysoké odborné úrovni, má jen omezené finanční prostředky, tudíž se tatáž péče zákonitě nemůže dostat všem. Princip spravedlnosti se snaží tento nedostatek finančních prostředků alespoň nějak „spravedlivě“ rozdělit. Výběr „vhodných“ pacientů může probíhat různě, například řízením se podle určitých kritérií, náhodným výběrem či podle pořekadla „kdo dřív přijde, ten dřív mele“, respektive je dříve ošetřen. *Dovolím si říci, že, podle mého mínění, u nás dochází k řízenému výběru podle určitých kritérií a můžeme začít již v čekárně u lékaře, kde se snad na všech dveřích ordinací dočteme, že pořadí pacientů určuje lékař. Zde povětšinou podle závažnosti stavu pacienta. Závažnost stavu pacienta hraje i významnou roli při (ne)volbě terapeutických postupů. Příkladem mohu uvést případ pacientky s karcinomem slinivky břišní v terminálním stadiu, která byla u nás léčena již pouze symptomaticky, protože další léčba by pro rozsáhlé metastázy byla zbytečná. Ze své vlastní vůle jezdila do Německa na chemoterapii, kde si ji však už hradila sama. Když jsem se zeptala, jak je to možné, kolegyně mi řekla holou pravdu, že zdravotnictví není bezedné a něčím se tento výběr omezit musí.* Jakkoliv to znělo krutě, byl to pouze nahlas řečený fakt. Druhou stranou mince je zároveň i to, že lékaři tuto léčbu nepředepisují v těchto případech i proto, že má spoustu nežádoucích nepříjemných vedlejších účinků a je zbytečné, aby je pacient nadále prožíval, když mu léčba už s definitivní platností nepomůže.

V minulém režimu byl kritériem i věk pacienta. *Zkušenost mám z mého blízkého okolí, kdy při selhávání ledvin lékař nepředepsal mojí babičce dialýzu, protože byla starší padesáti let a dialýza byla indikována pouze lidem v produktivním věku, u kterých byla ještě perspektiva toho, že budou i nadále výdělečně činní.* Princip spravedlnosti se tak stává dilematickou etickou otázkou.

3.2. Etika v ošetřovatelství

Ošetřovatelství je v současné době bráno jako svébytná disciplína. Základy mu dala již Florence Nightingalová, zvaná též jako „dáma s lampou“. Tuto přezdívku získala proto, že v noci chodila s lampou kontrolovat a ošetřovat své pacienty, jimiž byli zranění vojáci na britské straně krymské války s Ruskem. Společně s dalšími třiceti osmi dobrovolnými ošetřovatelkami vytvořila organizovaný ošetřovatelský tým, jehož nová opatření týkající se

péče o nemocné a oblasti hygieny vedla k minimální úmrtnosti vojáků. Na základě těchto vynikajících výsledků pak v Londýně roku 1860 založila první školu pro zdravotní sestry na světě.

Ve věstníku Ministerstva zdravotnictví je ošetřovatelství definováno jako „*samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka a péči o jeho zdraví. Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Významně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám, skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyzické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebeběči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči*“.⁷

Nejvýznamnější a početně největší skupinou, zabezpečující ošetřovatelskou péči, jsou zdravotní sestry, v menším počtu a s menšími kompetencemi pak nižší zdravotnický personál. Kromě své vlastní nezávislé odborné práce představuje sestra pro pacienta nejbližší oporu a partnera v prostředí nemocnice či zdravotnického zařízení obecně. Zároveň je pravou rukou lékaře, neboť mezi pacienty tráví většinu svého času a může tak odhadnout a lékaři ohlásit závažné změny zdravotního stavu pacienta. Stejně tak má o svých pacientech přehled a požaduje se od ní, aby byla schopna odpovědět na všechny otázky, které se pacienta týkají. To vyžaduje větší samostatnost, odpovědnost a odbornou vybavenost sestry více, než v minulosti. Povinností sestry je taktéž celoživotní vzdělávání se v oboru. Kromě této praktické vybavenosti, kterou lze získat vzděláním, zkušenostmi a praxí v profesi jsou na sestru kladeny ještě další nároky – morální a etické. Bez nich by péče o pacienty byla třeba po odborné stránce provedena výborně, ale chladně a bez citu. Citlivý přístup sestry je pro psychiku člověka, který se ocitl v neznámé a nepříjemné roli bezmocného pacienta, závislého na druhé osobě velmi důležitý.

⁷ ZN.: 21581/04/VVO Koncepce ošetřovatelství In Věstník MZ ČR č. 9, 2004, s. 2 – 8. Dostupné z URL <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html>

Přestože je současnou tendencí zdravotnické péče partnerský přístup, minimálně v počátku hospitalizace se pacient ocitá v situaci, kdy musí zdravotníkům slepě důvěřovat, že dělají pro jeho vyléčení to nejlepší, aniž by je znal. Pro jeho dobrou aklimatizaci a získání důvěry je velmi důležitý přístup zdravotníků, především sester, které jsou s pacientem v kontaktu jako první. Již první kontakt s pacientem by měl být založen na respektování jeho osobnosti, individuality a pochopení jeho rozrušení z nového prostředí a přijetí nové sociální role pacienta. Tato role je pro něj často nečekaná, neboť v jeho původním plánu byla například pouhá preventivní kontrola u lékaře, který však náhle rozhodne, že je nutná akutní hospitalizace. K tomuto sestra potřebuje být vnímavá, podporovat sebevědomí pacienta, uvědomovat si jeho jedinečnost, zachovávat mlčenlivost, mít dar neodsuzovat, umět rozvíjet empatii a důvěryhodnost a být schopna pacientovi pomoci.

Aby sestra mohla se ctí pomáhat udržovat život, zdraví a dobro nemocných, měla by je vést k udržení si schopnosti pečovat co nejlépe o své zdraví a svůj život a být jim případně v této věci nápomocna. Pro její práci je třeba si uvědomit, že má možnost zmírnit utrpení pacientů, se kterým se především v nemocnicích každodenně setkává, napříč širokým spektrem oborových specializací. Není důležité, zda se jedná například o interní lékařství či chirurgii, o nízké či vysoké společenské postavení pacientů v jejich běžném životě, o věk či pohlaví apod. V nemoci jsou si všichni rovni a všechny spojuje jejich utrpení, které je však sestra schopna zmírnit či dokonce odstranit svými postoji, jednáním a chováním. K tomu je třeba mít určité morální ctnosti, které naše společnost od sester obecně očekává a považuje je za samozřejmost. Řadí se mezi ně soucit, laskavost, pravdomluvnost, jemnost, spravedlivá štědrost, odvaha a statečnost, schopnost sdílet štěstí druhých a vyrovnanost.

Soucitem se rozumí schopnost chápat utrpení druhých a z toho vyplývající snaha je jejich utrpení zbavit. Společně s laskavostí neboli potřebou dosáhnout štěstí a blaha, ideálně na obou stranách – u pacienta i u sestry, jsou hlavně tyto dvě ctnosti sestřím odnepaměti prisuzovány. S tím souvisí i jakási automatická představa společnosti o milosrdenství sester „až za hrob“ na jedné straně a s názorem, že jde o práci podřadnou, která nevyžaduje žádné vzdělání na straně druhé. Přestože se, z mého úhlu pohledu, za posledních patnáct let odborné kompetence a odpovědnost sestry značně rozšířily a sestra již není pouze

pomocníkem lékaře a utěšitelkou pacientů, stále jsou v povědomí veřejnosti tyto teze zakotveny. *Já sama jsem byla s tímto přístupem přímo konfrontována dvakrát. Prvně před patnácti lety, když jsem se hlásila na střední zdravotnickou školu, obor všeobecná sestra a spolužačky mi tehdy řekly, že se stejně jedná jen o umývání znečištěných osob a tahání těžkých lidí. Na druhé straně jsem se letos setkala s pacientkou, které jsem při příjmu na oddělení vysvětlovala, že jí nejprve pomohu ubytovat se, ukážu jí oddělení a pak se na ni přijde podívat buď její ošetřující lékařka, která ji bude mít v péči po celou dobu hospitalizace a v případě její zaneprázdněnosti nebo nepřítomnosti službu mající lékař, který ji však bude mít na starost pouze přes svoji jednu službu a ráno ji předá její ošetřující lékařce. Pacientka na mne však začala před zbývajícimi pacientkami na pokoji křičet, že nechce žádného službu majícího lékaře, ale svoji ošetřující lékařku, že ji nezajímá, kolik práce lékařka ještě má, a že má konec pracovní doby, „vždyť je to přece lékařka, tak má povinnost za ní přijít“.* Na tomto druhém příkladu lze jasně demonstrovat případ, kdy pacient vidí lékaře pouze jako autoritu, která je jim vždy a za všech okolností k dispozici, nikoliv však jako člověka, který má také svoji rodinu, osobní život a volný čas. Tento pohled na věc se dotýká stejně tak i zdravotních sester a bohužel je má nemalé množství pacientů. Pro zdravotníky obecně je však velmi důležité zachovat si hranici práce a soukromí a nesměšovat tyto dvě věci dohromady. Zmíněná hranice je však velmi křehká, a pokud ji zdravotníci nedodržují a ve vztahu zdravotníka s pacientem se angažují více než v pracovní rovině, může snadno dojít k syndromu vyhoření. Na jeho vznik mají vliv pracovní a osobní faktory. Mezi pracovní faktory se řadí vysoké statické zatížení například na operačním sále, narušení spánkového rytmu spojeného se směnným provozem, nepravidelná strava, která souvisí s potřebami pacientů a případným hektickým provozem na oddělení, vysoké riziko infekce a kontakt s léky, chemikáliemi, popř. dezinfekcí, radiací apod., které mohou poškodit zdraví.

Do kategorie pracovních faktorů spadá také psychická zátěž, jako je vysoké pracovní tempo, vysoká míra zodpovědnosti, nutnost, aby zdravotník neustále rychle a pružně reagoval na vzniklé situace, každodenní kontakt s utrpením pacienta, s bolestí a smrtí, nutnost komunikace s pacientem a jeho rodinou, špatné ohodnocení jak finanční, tak prestižní, vysoké nároky na pracovní výkon, časté či neefektivní organizační změny, nízká podpora profesního růstu, profesní nejistota, nadbytečná a často neefektivní administrativní

zátěž v podobě povinnosti vyplňování velkého množství dokumentace, jež má často duplicitní obsah, což se odráží v péči o nemocné, na které tak zbývá méně času, nejasnost nebo nesrozumitelnost probíhajících nebo plánovaných změn a zevní rušivé vlivy jako například telefonáty, dotazy lékařů, odvádění pacientů na vyšetření na jiná pracoviště apod.

Z osobních faktorů, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření, uvedme již výše zmiňovaný nedostatek času na rodinu, nedostatek času na koníčky a volnočasové aktivity, dále pak především nedostatek odpočinku a omezené sociální kontakty.

Pravdomluvností se nerozumí pouze pravdomluvnost v doslovném slova smyslu, ačkoliv je toto její pojetí základním předpokladem důvěry pacienta k sestře, ale spíše uvážlivost, jakou pravdu můžeme pacientovi sdělit, aniž by mu ublížila a také jakou pravdu jsme oprávněni sdělit v rámci své kompetence a nezabíhat do kompetencí lékaře.

Stejně tak jako je pravdomluvnost v pravém slova smyslu základním předpokladem důvěry pacienta k sestře, druhým takovým elementárním faktorem je také jemnost ve smyslu jemné, vlídné, trpělivé komunikace s pacientem a ochota vysvětlit pacientovi vše, co jej zajímá, pokud je sestra schopna tyto otázky zodpovědět.

Spravedlivou štědrostí se rozumí spravedlivé rozdělení péče o pacienty nikoliv podle našich sympatií, nýbrž podle závažnosti stavu pacienta a podle míry, toho, v jaké šíři naši pomoc potřebuje. Problémem této štědrosti je fakt, že je velmi omezená nedostatkem času na pacienty v důsledku nadměry administrativy a malého počtu personálu ve směnách, než je potřeba.

Sestra má důležitou roli i v obhajování zájmů pacienta proti chybným rozhodnutím a konání lékařů či kolegyň, což však vyžaduje jejich velkou odvahu a statečnost, neboť odvážit se postavit především nadřizenému, je pro sestru velmi riskantní z pohledu problémů, které mohou kvůli jejímu chování, byť správnému, následně nastat. Je třeba ale říci, že většina lékařů kvituje pozitivně upozornění sester na chybu předtím, než k ní fyzicky dojde a v závislosti na ní i k případným negativním následkům. Aby sestra mohla svoji profesi dobře a se ctí zvládat, je třeba, aby k výkonu své práce našla určitou vnitřní rovnováhu a klidnou mysl, díky nimž se snáze bude vyrovnávat se situacemi, které v její

práci nastanou a bude tak schopna poskytnout útěchu a podporu svým pacientům, stejně tak jako sdílet s nimi jejich štěstí.

Tyto ctnosti jsou základním předpokladem pro dodržování a plnění obsahů kodexů, které upravují konání a chování nejen zdravotníků, ale i různých dalších profesí a v různých situacích, jako jsou například medicínské terapeutické pokusy a výzkumy.

3.3. Etické kodexy ve zdravotnictví

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, problematika etiky v lékařství a souvisejících oborech se stává čím dál tím více diskutovanou oblastí, což souvisí převážně s rychle se rozvíjejícími možnostmi medicíny, z nichž vycházejí pro zdravotníky nová a nečekaná dilemata, jež musí řešit. Aby se mohl dát případným podobným situacím pevnější řád, je třeba vytvořit směrnice, podle kterých se budou moci pracovníci ve zdravotnictví řídit. Kromě právních norem tento směr řešení dilematických situací určují též etické kodexy jednotlivých profesí. *„Smyslem etického kodexu nebývá prvotně stanovení povinností, které člověk dodržovat musí bez ohledu na jeho vnitřní přesvědčení, ale zejména zakotvení takových pravidel, které by pro osobu měly být samozřejmostí a zároveň jsou součástí jejího vlastního svědomí, že je správné postupovat naprosto stejným způsobem, jak mu klade za povinnost právě etický kodex.“*⁸ Některé etické kodexy ukazují možnost řešení přímo, jiné jsou spíše jen takovým vodítkem. Níže probereme tři z nich, které přímo souvisejí s péčí o pacienty, jsou platné ve valné většině zdravotnických specializací. Prapůvodním, avšak ve spoustě jeho oblastí stále platným, etickým kodexem je Hippokratova přísaha.

3.3.1. Hippokratova přísaha

V lékařství nejznámějším etickým kodexem, který je dodnes vzpomínán na promociích absolventů Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, je Hippokratova přísaha. Z Hippokratovy přísahy vycházejí všechny po ní následující lékařské etické kodexy, které jsou do určité míry její modifikací. Při složení Hippokratovy přísahy lékař slibuje, že podle

⁸ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2011. s. 80

svých sil a svědomí zasvětil život prospěchu nemocných, bude je chránit před úhonou a bezprávím, nepodá smrtící lék z popudu svého ani cizího, nebude napomáhat potratům. Zároveň slibuje mlčenlivost v souvislosti s případnými zjištěnými soukromými tajemstvími pacientů, bude sexuálně zdrženlivý, bude ctít svého učitele a bude nápomocen jeho dětem a zájemcům o povolání lékaře při jejich vzdělávání v tomto řemesle bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Zajímavostí je zmínka o tom, že lékař neprovede operaci u člověka trpícího kameny, ale předá ho do péče mužům zkušenějším v tomto oboru. Je patrné, že body týkající se například eutanazie a umělého přerušování těhotenství jakožto součást původního etického kodexu Hippokratovy přísahy jsou již v moderní medicíně zastaralé.

3.3.2. Etický kodex České lékařské komory

Etický kodex České lékařské komory⁹ je v současné době pro lékaře závazným předpisem, který určuje, jakým způsobem by měli své povolání vykonávat. Je rozdělen do pěti částí. První, obecná část, předesílá, že povinností lékaře je starat se o zdraví jednotlivých pacientů i celé společnosti, s úctou a brát v úvahu aspekt jejich důstojnosti. Úkolem lékaře je chránit lidský život, zdraví a mírnit utrpení, aniž by se přitom ohlížel na národnost, rasu, náboženské vyznání, politickou příslušnost, barvu pleti, věk, sexuální orientaci, společenské postavení jedince, jeho pověst, mentální úroveň či vlastní pocity lékaře. Dále uvádí, že lékař má znát a dodržovat zákony, ctít právo jedince na svobodnou volbu lékaře a rozhodovat se odpovědně a nezávisle.

Druhá část se zabývá výkonem povolání lékaře, která říká, že lékař pro pacienta vybírá a provádí ty preventivní, diagnostické a terapeutické úkony, které vyhodnotí jako nejvýhodnější. Má však za povinnost maximálně respektovat vůli pacienta, v případě právně nezpůsobilých či nezletilých osob pak vůli zákonného zástupce či soudem ustanoveného opatrovatele. Uvádí, že lékař má právo odmítnout pacienta v případě, že množství jeho práce nedovoluje poskytnout pacientovi řádnou péči, nevytvořila-li se

⁹ STAVOVSKÝ PŘEDPIS Č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY. Etický kodex České lékařské komory.

lkr.cz [online]©2011. [cit. 2014-11-3].Dostupné z URL

http://www.lkr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

dostatečná důvěra mezi ním a pacientem či z odborných důvodů. V těchto případech je ale jeho povinností doporučit nemocnému jiného specialistu. Lékař je ze zákona povinen poskytnout neodkladnou lékařskou pomoc v případě ohrožení života či vážného ohrožení zdraví. Nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který by odporoval jeho svědomí. Léky způsobující závislost nebo léky s dopingovými účinky lékař nesmí předepisovat k jiným, než léčebným účelům. U nevléčitelně nemocných či umírajících pacientů lékař účinně tlumí bolest a utrpení a snaží se zachovat důstojnost pacienta. Je povinen se celoživotně vzdělávat ve svém povolání, vést a uchovávat lékařskou dokumentaci, vždy je však potřeba ochrana, jež znemožňuje její zneužití, změnu či zničení. Svou praxi nesmí vykonávat potulně, nesmí provozovat agitační činnost za účelem zvýšení počtu své klientely, a to ani prostřednictvím druhé osoby. Nesmí ordinovat neúčelné diagnostické, terapeutické ani jiné úkony ze ziskových důvodů. Pokud ve své lékařské praxi předepisuje a doporučuje léky, zdravotní pomůcky a léčebné přípravky, musí mít na zřeteli prospěch nemocného, nikoliv komerční hledisko, a řídit se pouze vlastním svědomím. Musí zachovávat lékařské tajemství, výjimkou jsou situace, kdy je porušení mlčenlivosti nařízeno zákonem nebo pokud sám pacient lékaře mlčenlivosti zbaví. Lékař by si měl být vědom svého společenského postavení a vlivu na společnost. Pro úplnost dodejme, že je v této pasáži zmíněna též nepřípustnost eutanazie, odběru tkání či orgánů ke komerčním účelům, poskytování odborně nepravdivých údajů, z nichž by občanům plynuly výhody a ustanovení, že se u pacienta nové způsoby léčby mohou použít až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu (dokumenty stanovující podmínky k provádění experimentů, vědeckého výzkumu a klinickému ověřování nových metod, léčiv a zdravotnických prostředků).

Třetí část se zabývá vztahem lékaře k nemocnému. Uvádí se v ní, že se lékař chová k pacientům korektně, má pro ně pochopení a jedná s nimi trpělivě, s absencí hrubého a nemravného chování. V rovině lékař – pacient má vládnout partnerský, nikoliv paternalistický přístup k pacientovi. Lékař má brát v úvahu pacienta se všemi jeho právy, ale i povinnostmi, do nichž spadá i zodpovědnost za své zdraví. Lékař nesmí jakkoliv zneužít důvěry a závislosti pacienta na jeho osobě. Je povinen pacientovi srozumitelně vysvětlit vše ohledně jeho zdravotního stavu, informovat jej (popř. jeho zástupce) o povaze

onemocnění, o plánovaných vyšetřeních a léčbě a rizicích s nimi spojenými, o prognóze pacientova onemocnění a o jakýchkoliv dalších závažných okolnostech, jež by v průběhu léčby mohly nastat.

Čtvrtá část upravuje vztah lékaře k lékaři. Základem vztahu lékaře k lékaři by měla být slušnost, čest a společensky vhodné chování, ale také přiznání práva na rozdílný názor, respektování kompetence a kritická náročnost. Lékař nesmí podceňovat či znevažovat profesionální schopnosti a poskytované služby jiného lékaře, hanlivě se o nich vyjadřovat a nevhodně připomínkovat činnost ostatních lékařů v přítomnosti pacientů a nelékařů. Lékař kolegiálně spolupracuje s lékaři, kteří buď již aktivně participují, nebo budou participovat na léčbě téhož pacienta. Pokud ze závažných důvodů je pacient lékařem předáván do péče jiného lékaře, musí lékař spolu s pacientem předat kolegovi i všechny zjištěné nálezy a poskytnout mu všechny informace o dosavadní terapii. Lékař je povinný požádat kolegy o konziliární vyšetření vždy v případech, že to okolnosti vyžadují a pacient s ním souhlasí. O jeho závěrech musí být pacient lékařem informován a výsledné zjištění musí být zdokumentováno v písemné podobě. Svou praxi lékař musí vykonávat osobně, zastupovat jej může lékař vedený v seznamu České lékařské komory, který splňuje potřebné kvalifikační předpoklady, a to pouze dočasně.

Pátá část upravuje vztah mezi lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Lékař spolupracuje s pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pokud je lékař pověřen diagnostickými, terapeutickými či jinými procedurami a úkoly, musí si ověřit, zda jsou tyto pracovníci svojí odborností, zodpovědností a zkušenostmi kompetentní tyto úkony vykonávat. Lékař nesmí pacienta vyšetřovat ani léčit s osobou, která není lékařem či součástí zdravotního personálu. Těmto osobám je i zakázáno přihlížet lékařským výkonům jako diváci. Výjimku z těchto pravidel tvoří osoby, které se u lékaře vzdělávají či v lékařských oborech pracují, a dále osoby, k jejichž přítomnosti dal pacient souhlas, pokud lékař nemá z lékařského hlediska námitky.

Společně s dalšími specializovanými obory v medicíně jdou ruku v ruce i další etické kodexy jako například Etický kodex Asociace klinických psychologů, Etický kodex České stomatologické komory, Česká lékárnická komora, Etická charta logopedů Asociace klinických logopedů ČR či Etický kodex České asociace sester, o němž se zmíním blíže.

3.3.3. Etický kodex České asociace sester

29.března 2003 akceptovala Česká asociace sester Etický kodex Mezinárodní rady sester ICN (International Council of Nursing)¹⁰, který roku 1973 vytyčil základní etické normy pro sestry na celém světě. Tento etický kodex Mezinárodní rady sester akceptovaný Českou asociací sester sestává z šesti oblastí.

První oblast nese název „Etická pravidla zdravotní péče“, kde se jedná o pravidla obecná a prolínající se s obecnou částí Etického kodexu České lékařské komory. Uvádí, že povinností sestry je nést zodpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí, zlepšování zdravotního stavu i za tlášení bolesti. Zdravotní péče je všeobecná a musí být poskytována bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, věk, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení, a to s respektem k lidskému životu, s důstojností a s ohledem na lidská práva. Je poskytována jednotlivci, rodině a společnosti ve spolupráci s představiteli jiných oborů.

Druhá oblast se věnuje tématu „Sestra a spoluobčan“. Určuje, že sestra nese zodpovědnost za osoby, jež potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče má na zřeteli individualitu jedince, jeho náboženské vyznání, zvyky a životní hodnoty. Informace o soukromí pacientů považuje za důvěrné, chrání je a zvažuje, komu a v jaké míře je může poskytnout.

Třetí oblast se zabývá sestrou a péčí v praxi. Určuje, že sestra nese osobní zodpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče, má snahu udržet standard péče o pacienty na co nejvyšším stupni za každých okolností. Zodpovídá za celoživotní vzdělávání své osoby v tomto povolání. Když předává či přebírá nějaký úkol, zvažuje kvalifikaci k tomuto úkonu svou i druhých. V zásadě má jednat tak, aby dělala čest své profesi a zvyšovala tak její společenskou prestiž.

¹⁰ NEMOCNICE NA FRANTISKU. Etický kodex sester. nfp.cz [online]©2009-2010. [cit. 2014-11-3]. Dostupné z URL <http://www.nfp.cz/pro-pacienty/eticky-kodex-sester>

Čtvrtá oblast nesoucí název „Sestra a společnost“ říká, že stejně jako okolní společnost i sestra vznáší požadavky na zdravotní a sociální zabezpečení a v této věci taktéž sama vyvíjí iniciativu.

Pátá oblast se zabývá sestrou a spoluzaměstnanci. Říká, že sestra zodpovídá za realizaci spolupráce s ostatními členy zdravotnického týmu včetně lékařů. Úkolem sestry je chránit pacienta a v případě potřeby zasáhnout, pokud by péče o něj měla být chováním jiného jedince, laika či profesionála, ohrožena.

Šestá a poslední oblast se nazývá „Sestra a povolání“, v níž je specifikováno, že sestra nese odpovědnost za uskutečňování vysokého standardu poskytované zdravotní a ošetrovatelské péče a za své profesní sebevzdělávání. Pracuje na vytyčení a zušlechťení interního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče a zasazuje se o důstojné pracovní podmínky pro poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Rovněž se zasazuje o přiměřené platové ohodnocení a jeho vyplácení na úrovni své profesní organizace.

4. Zdravotnické právo a etika

V této kapitole se zaměříme na oblast práv pacientů a řekneme si více o těch tématech, která jsou v současném zdravotnictví často zmiňovaná.

4.1. Práva pacientů

Oblast práv pacientů je upravena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění¹¹. Říká, že pacientovi, který je svéprávný a plnoletý, mohou být zdravotní služby poskytovány pouze s jeho svobodným, informovaným souhlasem a je oprávněn očekávat poskytnutí zdravotní péče na náležité odborné úrovni. Má právo na úctu, ohleduplné a důstojné zacházení a na respektování jeho

¹¹ ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Dostupné z URL <<http://portal.gov.cz>>

soukromí. Může si svobodně zvolit zdravotnické zařízení či oprávněného poskytovatele zdravotních služeb odpovídající jeho zdravotním potřebám a má nárok na konzultaci s jiným zdravotnickým pracovníkem či poskytovatelem zdravotních služeb s výjimkou případů, kdy se jedná o poskytování zdravotnické péče osobám v kritickém, život ohrožujícím stavu, osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody či v zabezpečovací detenci. V rámci hospitalizace má právo seznámit se s vnitřním řádem zdravotnického zařízení.

Neplnoletý pacient má právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, eventuálně osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna popřípadě jiné osoby, do jejíž péče byl ustanovením soudu či jiného orgánu svěřen. Právo na trvalou přítomnost zákonného zástupce či osoby určené zákonným zástupcem má i osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo osoba zbavená způsobilostí k právním úkonům, která není schopna poskytnutí zdravotních služeb a jejich případné důsledky plně posoudit. Tito pacienti spolu s pacienty nezletilými mají právo na požadavek, aby při poskytování zdravotních služeb nebyly přítomny osoby, o nichž uvádí, že ho týrají, jiným způsobem zneužívají nebo zanedbávají. Právo na přítomnost blízké osoby má i plnoletý, svéprávný pacient, ale pouze za předpokladu, že jejich přítomnost nebude narušovat poskytování zdravotních služeb, a že se nejedná o pacienta ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody či zabezpečovací detence. Toto lze většinou zajistit v rámci nadstandardních pokojů, kde si pacient může zaplatit lůžko pro osobu sobě blízkou.

Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav, být s časovým předstihem informován o ceně služeb hrazených částečně či vůbec nehrazených z veřejného pojištění a o způsobu, jakým je lze hradit.

Pacient má právo znát jména a příjmení všech pracovníků, kteří jsou účastni na péči o jeho osobu, včetně osob, které se připravují na výkon svého budoucího povolání a při zajišťování péče o pacienta jsou přítomny. Souhlas či nesouhlas s jejich přítomností většinou podepisují už před začátkem hospitalizace, vyšetření či výkonu. Jak vyplývá z předchozí věty, pacient má právo jejich přítomnost a participaci na zdravotní péči o jeho osobu odmítnout. Pacient hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení má právo přijímat návštěvy, avšak s ohledem na svůj zdravotní stav, práva ostatních pacientů a vnitřní řád

zařízení. Stejně tak má právo na přijímání duchovní péče a podpory od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v ČR, eventuálně od osob výkonem duchovní činnosti pověřených. Duchovní péče však musí být poskytována s ohledem na zdravotní stav nemocného, vnitřní řád zařízení a neporušování práv ostatních pacientů. Duchovní péče nabývá na důležitosti ve chvíli ohrožení pacientova života nebo vážného poškození zdraví a nestanoví – li jiný právní předpis jinak, nelze pacientovi návštěvu pastora v těchto chvílích odepřít. Pacient má právo na poskytování služeb v prostředí co nejvíce minimalizujícím omezení, zároveň se zachováním kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

4.2. Informovaný souhlas

V posledních letech je velký důraz kladen na informovanost pacientů. Tato informovanost nabyla na váze po ratifikaci Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, kdy se posléze začaly v západoevropských zemích množit žaloby občanů adresované zdravotnickým zařízením za neposkytnutí důležitých, závažných informací před diagnostickým či terapeutickým lékařským výkonem. Po těchto zahraničních zkušenostech v České republice začala být aktuální otázka, jak těmto sporům předejít. Díky možnosti sporů v případech, kdy lékař pacienta řádně slovně poučí a pacient slovně souhlasí, ale při případných komplikacích ústní souhlas popře a záležitost se stane slovem proti slovu, se začala jednotlivá zdravotnická zařízení zabývat tvorbou písemných informovaných souhlasů, které by jim v těchto konfliktních situacích s pacientem poskytly právní ochranu. V jejich obsahu je uveden popis průběhu vyšetření, následná opatření po vyšetření (například nutnost po angiografii zůstat několik hodin vleže) a případná rizika s ním spojená. Podpisem této písemnosti pacient prohlašuje, že mu byla všechna podstatná fakta o vyšetření poskytnuta, měl možnost se poradit s lékařem, vyptat se ho na všechny podrobnosti a doplňující informace, které ho zajímají a s provedením výkonu tak souhlasí. Je vhodné, aby v informovaném souhlasu bylo také lékařem zaznamenáno, že pacienta před výkonem osobně informoval, poučil ho a osvětlil mu všechny případné nejasnosti a zároveň toto prohlášení stvrdil svým podpisem a jeho datem. Výjimkou je situace, kdy je pacient přímo ohrožen na životě či mu hrozí vážné poškození zdraví a zbytečné časové

prodlevy jeho stav stále zhoršují. V tomto případě je primární věcí stav pacienta stabilizovat.

Při podepisování informovaného souhlasu je třeba si uvědomit, že ačkoliv by byl třeba písemný informovaný souhlas pacientem podepsán, ale pacienta poučil někdo jiný než lékař (např. sestra), mohl by být souhlas, podepsaný za těchto podmínek, neplatný a před justicí právně napadnutelný.

Pokud však pacient doporučené vyšetření či výkon podstoupit odmítá, je třeba, aby se i o této alternativě učinil záznam. Tento záznam, tzv. negativní revers (tj. označení pro jakýkoliv nesouhlas – např. nesouhlas s vyšetřením, s hospitalizací apod.) je listina, v níž pacient prohlašuje a svým podpisem stvrzuje, že i po důkladné lékařské osvětě odmítá na doporučenou zdravotní péči přistoupit a přebírá svým rozhodnutím zodpovědnost za všechny případné komplikace a rizika spojená s neabsolvováním lékařem ordinovaných úkonů. Pacientem podepsaný informovaný nesouhlas se archivuje ve zdravotnické dokumentaci. Pokud by pacient nechtěl podepsat ani informovaný souhlas, ani informovaný nesouhlas, sepíše sám zdravotník, který tuto situaci s pacientem řešil, informovaný nesouhlas, jenž bude obsahovat popis události, jména a podpisy jeho i svědka přítomného u pacientovy edukace a odmítavého stanoviska.

4.3. Ochrana osobních údajů

V rámci ochrany osobních údajů ve zdravotnictví je asi největší důraz kladen na zachování lékařského tajemství a povinnou mlčenlivost. Lékařské tajemství má doložitelné kořeny již v Hippokratově přísaze, kde se píše, že o všem, co lékař uvidí a uslyší při léčení samém nebo v souvislosti s ním, zachová mlčení a podrží to jako tajemství, pokud mu nebude dáno svolení, aby to řekl. Tím je v podstatě vymezeno lékařské tajemství. V průběhu času na péči o nemocného začaly participovat i jiné profesní skupiny, než jen lékaři, a tak k samotnému lékařskému tajemství přibyla i povinnost mlčenlivosti. Povinnou mlčenlivostí jsou kromě lékařů povinovány i zdravotní sestry a veškerý personál, který se účastní péče o pacienta. Je právně zakotvena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Určuje, že vše, co pacient jakémukoliv zdravotníkovi či osobě nezdravotnické profese, ale pracující ve zdravotnictví řekne, podléhá mlčenlivosti,

stejně tak jako to, co lékař v rámci diagnosticko – terapeutického procesu zjistí. Jedním z pravidel, které by mělo platit, ale ne vždy se dodržuje, je sdělování pravdy lékařem nejprve pacientovi a až pak, s jeho souhlasem, i jeho rodině a blízkým. Tato povinnost je zakotvena i v legislativě. Pacient má právo na informaci o svém zdravotním stavu sdělenou přiměřeně jeho zdravotnímu stavu, to znamená, je třeba důkladně zvažovat, jakým způsobem a v jakém rozsahu se informace pacientovi sdělí. Tato mlčenlivost se však běžně prolomuje ve chvíli, kdy je zapotřebí konzultace s jiným lékařem, který musí pacientův zdravotní stav a dosavadní léčbu znát, aby mohl vyslovit svůj konečný závěr. Není ale třeba mu sdělovat i jiné informace o pacientovi, např. soukromé, které se lékař od pacienta dozvěděl, a které konzultující lékař nemusí znát, protože nejsou pro jeho práci potřebné. Avšak povinnou mlčenlivost lze legálně prolomit za určitých okolností, které jsou vymezeny zákonem. Mezi tyto okolnosti se řadí prolomení povinné mlčenlivosti z důvodu výslovného přání nemocného či s jeho souhlasem, zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu a v případě tzv. oznamovací povinnosti, kdy se zdravotník dozví o trestném činu vraždy či týrání svěřené osoby. Na závěr ještě zbývá říci, že svévolné porušení povinné mlčenlivosti bez akcentu dobrého zdraví pro pacienta je právně stíhatelné.

5. Stáří

Naše populace stárne. Tento fenomén je však celosvětový. Jak uvádí zpráva European Commission z června 2013¹², v roce 2050 bude více než dvakrát tolik osob starších osmdesáti let, než nyní. Podíl počtu seniorů členských zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj vzroste z 3,9 % v roce 2010 na 10% v roce 2050. To se stává problémem zejména proto, že senioři jsou existenčně závislí na mladších, výdělečně činných ročnících. Stáří rozdělujeme na rané a pravé. Stáří rané je vymezeno věkem

¹² A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care [soubor online]. Paris: OECD Publishing, 2013. Dostupné z URL <<http://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>>

60 - 75 let. Pravé stáří je věk od 75 let výše. Pro označení osob starších 60 let se všeobecně také vžilo označení senior.

V rámci tohoto věku dochází k četným změnám fyzickým, psychickým i sociálním. Tyto změny jsou však individuální – nastávají u každého jedince v jiné míře a v jinou dobu.

5.1. Změny ve stáří

Jak již bylo řečeno, v seniorském věku dochází ke změnám především ve třech oblastech: fyzické, psychické a sociální. Změny fyzické a psychické naše společnost často spojuje pouze se změnami k horšímu.

5.1.1. Změny fyzické

Spolu s přibývajícím věkem se zmenšuje tělesná výška – jedinec „roste do země“. Přibývání na váze však nemusí být nutně pravidlem. Důležitý je příjem potravy, který může být značně variabilní v závislosti na zdravotním stavu jedince. Dvořáčková uvádí, že *„nápadné a významné jsou změny postoje a chůze, dochází k úbytku svalové hmoty a síly. Významné jsou i involuční změny smyslového vnímání. U zraku se projevují změny akomodace, dochází k úbytku sluchové ostrosti pro vysoké tóny, čich i chuť významně klesá. Všechny morfologické i funkční změny mají vliv na vzhled i chování seniora.“*¹³

Lidé seniorského věku jsou často polymorbidní, neboli jsou postiženi více nemocemi najednou. Většinou se jedná o nemoci chronické, jejichž zhoršení pak často přivádí jedince k lékaři, eventuálně k hospitalizaci v nemocničním zařízení. Zde se více než kde jinde ukazuje, že senioři již nevnímají zdraví jako stav bez nemocí, ale stav, kdy s již existujícími nemocemi je třeba se vyrovnat a být co nejvíce soběstačný. Právě soběstačnost se s postupujícím věkem často zhoršuje a člověk je odkázán na pomoc druhých. V tuto chvíli přicházejí na řadu terénní služby typu home care péče, pečovatelské služby a podobně. Tyto služby zajišťují jejich uživatelům péči v jejich domácím prostředí. Umístění seniora v ústavu sociální péče, léčebně dlouhodobě nemocných a obdobných zařízeních se

¹³ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. s.12.

stává nutností až po neúspěšném vyčerpání všech předchozích možností péče v přirozeném domácím prostředí, kde se senioři cítí jistí.

5.1.2. Změny psychické

Ve stáří dochází ke změnám osobnosti, které mohou být jak pozitivní, tak negativní. Tyto změny jsou řízeny zázemím a jedinečností každého jedince. Staří lidé se často zaměřují na svoje choroby a neduhy, které je trápí a upouštějí od svých dosavadních zájmů, což může být způsobeno i změnami sociálních rolí. Více se projevují jejich povahové vlastnosti, a to především vlastnosti negativní. Přichází celkové zpomalení, kdy jedinec již není tak výkonný jako v mladším věku a je třeba se mu přizpůsobit, což ale může činit dříve aktivním lidem potíže. Mezi další problémy seniorů se řadí zhoršená paměť a výbavnost, horší schopnost koncentrovat pozornost. V uvažování mají senioři tendence k užívání zažitých postupů při řešení problémů, hůře nebo vůbec snášejí nové věci, které neznají a brání se jim. Upřednostňují stereotyp a rutinní postupy. Je však důležité podotknout, že některé psychické změny mají své kořeny v biologické stránce osobnosti (např. změny v centrální nervové soustavě). Pro stáří je typické, že klade větší důraz na potřebu jistoty a stability.

5.1.3 Změny sociální

Na sociální změny ve stáří má velký vliv společnost, která automaticky předpokládá, že se stářím přicházejí pouze negativní jevy. Protipólem je myšlenka, že s přibývajícím věkem se z člověka stává osoba s nadhledem a životní moudrostí. Z těchto dvou protichůdných názorů můžeme tušit, že obraz důležitosti starého člověka se v průběhu času měnil.

Ve stáří dochází k několika důležitým změnám. Jednou z nich je odchod do důchodu. Pokud člověk chodí do zaměstnání, je brán jako samostatný a nezávislý. Po odchodu do důchodu ztrácí významnou součást jeho dosavadního života. Mění se náplň denního režimu, senior má najednou více volného času, a pokud si nenajde zástupnou činnost, může upadat do letargie a negativismu, přestane udržovat společenské styky s okolím a může tak ve své konečné podobě dojít až k sociální izolaci.

Další významnou změnou je osamostatnění se dětí a jejich odchod z domova. Pokud si rodiče po odchodu svých dětí nezvládnou najít nový způsob partnerského soužití bez dětí, začnou propadat stesku a cítit prázdnotu, mluvíme o „syndromu prázdného hnízda“. Jejich vztah se tak naruší, což může vyústit i v ukončení partnerského svazku. Ztrátu rodičovské role však často nahradí role prarodičů a jejich život tak opět dostává smysl. V dřívějších dobách bylo zvykem, že všechny tři generace – prarodiče, rodiče a děti žili ve společné domácnosti, kde měl v rodině každý svoje nezastupitelné místo. Prarodiče byli vážení především proto, že pomáhali s vnoučaty, zatímco jejich rodiče byli v práci. Děti se tak zároveň učily přirozenému koloběhu života, ve kterém bylo zvykem, že se člověk doma rodí i umírá a rodina se o něj postará. Především s nástupem totalitního komunistického režimu a rozvojem jeslí a školek role „staršího“ přestala být důležitá a začal trend umisťování starého člověka do ústavů, jakožto nepotřebného. Díky tomu klesla i hodnota starého člověka pro společnost a tento stav zatím stále trvá. Naše společnost vyčleňuje seniory na svůj okraj jako jedince nepotřebné. Musíme ale mít na paměti, že u seniorů je obzvláště důležité, aby měli šanci se v rámci svých možností zapojit do společenského dění. Ve stáří se totiž stupňuje strach z osamělosti a opuštěnosti. To souvisí i s vědomím toho, že se jedná o finální stadium života, kdy se budou muset vyrovnat s vědomím vlastní smrtelnosti a s úmrtími svého partnera a vrstevníků. Záleží na každém jedinci, jak se s těmito těžkými situacemi vyrovná. *„Ti, kteří žijí doma v rodině, mají více plánů do budoucnosti a žijí relativně šťastně. Naproti tomu senioři žijící v domovech pro seniory upadají často do letargie, nezájmu a sociální izolace.“*¹⁴

5.2. Ageismus

V dnešní době, kdy je společnost nakloněna spíše názoru, že staří lidé v penzi jsou pro ni nepotřební a často ji podceňují, dochází často k ageismu.

¹⁴ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. s. 15.

Podle Vágnerové je ageismus „*postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří.*“¹⁵ Většinová společnost sdílí názor, že stáří je věkem chátrání tělesné schránky, včetně duševní stránky člověka, proto seniory podceňuje a odmítá je respektovat jako rovnocennou osobnost. Jedná se vlastně o diskriminaci z důvodu vyššího věku. Tyto předsudky tak ústí v tendenci osoby ve vyšším věku vyčleňovat z majoritní společnosti, aby nepřekážely a nezdržovaly. Důvody mohou být dvojí. Buď se děsí vlastního stáří, když seniory vidí, proto se od nich separují, anebo si v mladém věku nepřipouští, že jednou budou také oni na místě současných seniorů se stejnými problémy nedůvěry, netolerance a nerovnocennosti projevovanými jejich okolím.

5.3. Podpora zdraví ve stáří

Základními problematickými oblastmi, se kterými se seniorský věk pojí, je dle Holmerové¹⁶ zlepšení životního stylu, životního prostředí a společenského života.

Jedná se o:

- a) omezení kouření, omezení alkoholu a jiných škodlivých návyků, zlepšení výživy ve smyslu současných doporučení, zvýšení fyzické aktivity.
- b) uspokojivé bydlení seniorů, jejich bezpečnost doma i venku, doprava, prevence špatného zacházení se seniory (doma i ze strany profesionálních pečujících), integrace do společnosti, omezení izolace a osamocení.
- c) vyšší příjmů, resp. odstranění chudoby seniorů, zlepšení či nahrazení sociálních vztahů, které s věkem ubývají, příprava na odchod do důchodu, podpora a pomoc rodinným pečujícím v případě, že senior potřebuje péči.

¹⁵VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008s. 308 ISBN 978-80-246-1318-5

¹⁶HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6

Rozvoji sociálních vztahů a zlepšení přístupu k životu mohou seniorům pomoci setkávání se s lidmi stejného věku. Situace v tomto ohledu v uplynulých letech zaznamenala velký posun. Vznikly kluby seniorů, univerzita třetího věku i jiné organizované aktivity, díky kterým si senioři rozšiřují své obzory o nové vědomosti a zážitky a sami tak zvyšují kvalitu svého života.

Podporou zdraví ve stáří se mj. zabývá Světová zdravotnická organizace, která ve své publikaci „Zdraví 21 – Zdraví pro všechny ve 21. století“ nabádá k tomu, aby se všechny národy snažily změnit špatnou image stáří. Seniorská organizace nabádá k tomu, aby se na stáří připravovali a postupně ubírali z nastaveného tempa. Zdůrazňuje také, že ve stáří je velmi důležitý společenský život, jak už bylo opakovaně řečeno výše. To vše napomáhá tomu, aby senioři mohli co nejdéle žít aktivním a nezávislým životem ve svém domácím prostředí. Předpokladem všeho však je být zdravý. Právě pro tento účel je podpora zdraví a výchova ke zdraví důležitá.

Tento dokument akceptovala i vláda ČR a po připomínkování pro potřeby obyvatel Česka vydala v roce 2002 usnesení, že jej bere na vědomí. Program byl v českých podmínkách nazván jako Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. Století.

6. Výzkumná část

Cílem mé bakalářské práce je pomocí terénního šetření zmapovat oblast dodržování práv seniorů – pacientů v prostředí nemocnice z úhlu pohledu pacientů i zdravotních sester. Pro dosažení tohoto cíle jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Šetření jsem prováděla na interním oddělení Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (dále NMSKB). Než přistoupím k samotnému šetření, je důležité vysvětlit význam a charakteristiku zmíněné výzkumné metody a terminologii, která se vlastního výzkumu týká a bude se v práci opakovat.

6.1. Charakteristika metody kvantitativního výzkumu

Záměrem kvantitativního výzkumu je získat informace o četnosti výskytu určitých jevů, které se dají dále měřit a číselně zpracovat. Aby výsledky výzkumu měly co nejmenší statistickou odchylku, je vhodné pracovat s co největším množstvím respondentů.

6.2. Výzkumná terminologie

Cíl výzkumu- hlavní činitel, který dále určuje směr práce.

Hypotéza – tvrzení vyslovené na počátku výzkumu, které se v jeho závěru buď potvrdí, nebo vyvrátí.

Respondent – dotazovaná osoba.

Základní soubor – cílová skupina obyvatelstva, se kterou bude výzkum prováděn.

Výběrový vzorek (výběrový soubor) - skupina obyvatelstva vybraná ze základního souboru, která jej zastupuje, neboť uskutečnění výzkumu s kompletním základním souborem by bylo náročné finančně, časově, popř. i personálně.

Nástroj sběru dat – pomůcka, do které se zaznamenávají odpovědi respondenta.

Pilotáž – výzkum „nanečisto“ sloužící k odhalení případných nedostatků otázek.

Validita – přesnost údajů.

Reliabilita – spolehlivost údajů.

6.3. Kvantitativní výzkum

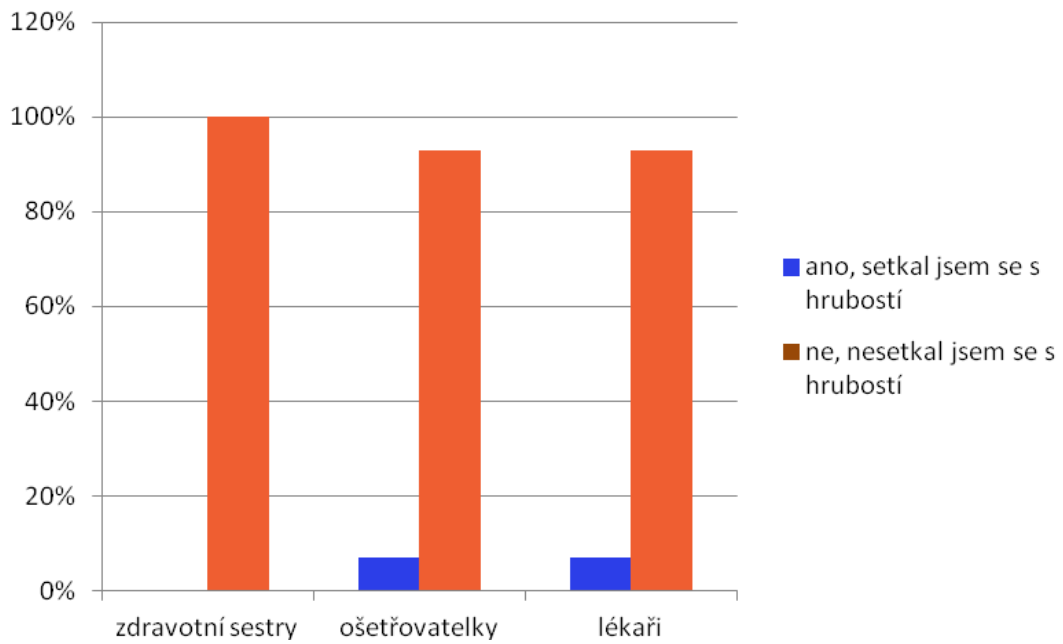
Cílem kvantitativního výzkumu je pomocí terénního šetření zmapovat oblast dodržování práv seniorů – pacientů v prostředí nemocnice z úhlu pohledu pacientů i zdravotních sester. Za základní soubor jsem si tedy zvolila seniory hospitalizované v nemocnici, přičemž výběrovým vzorkem se stali pacienti interního oddělení Nemocnice milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze starší sedmdesáti pěti let, kde jsem pracovala.

Výzkum jsem prováděla s šedesáti respondenty, přičemž výběrovým kritériem byl věk pravého stáří. Za nástroj sběru dat jsem zvolila dotazník s uzavřenými, polozavřenými a doplňkovými otázkami. Šetření probíhalo většinou formou osobního dotazování z důvodu nejvyšší možné validity a reliability odpovědí. Zahájení samotného výzkumu předcházela pilotáž, jejímž účelem bylo odstranění případných nedostatků a nesrovnalostí dotazníku. Před sestavením dotazníku jsem na základě literatury a svých zkušeností vytyčila hypotézy, jejichž potvrzením či vyvrácením se budu zabývat níže. Výsledky zjištěné při terénním šetření jsou pro větší přehlednost uváděny zaokrouhleně na celá čísla.

6.3.1. *Hypotéza č. 1: Pacienti jsou s přístupem zdravotníků k jejich osobě spokojeni.*

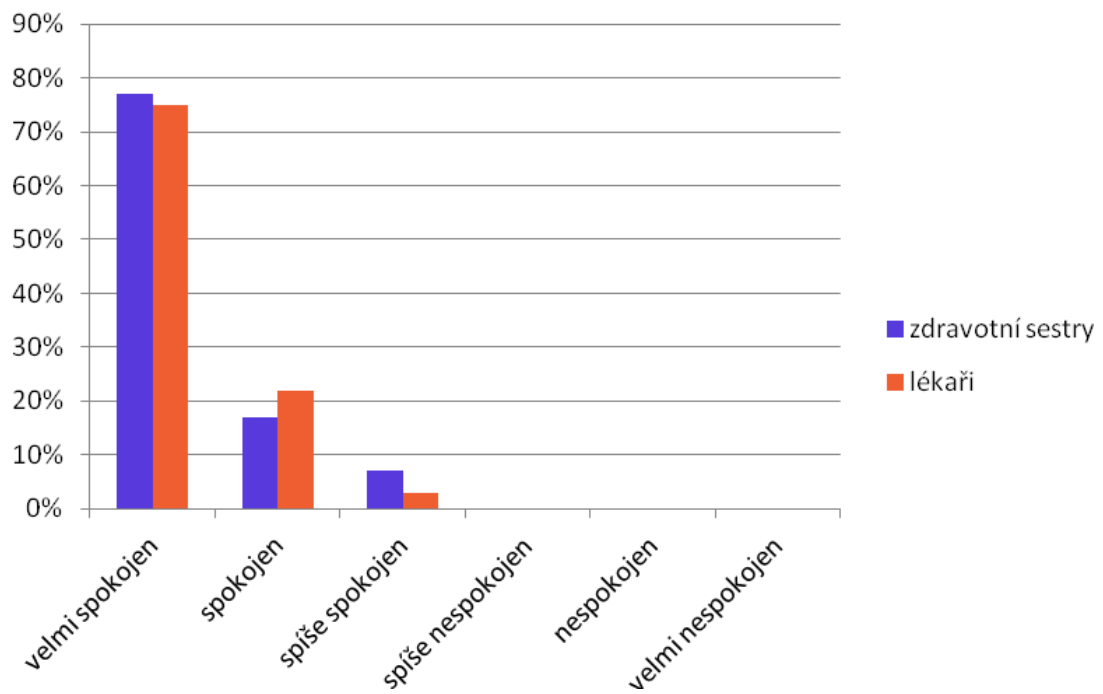
Stále aktuálním trendem ve zdravotnictví je cílená pozornost na oblast kvality péče o pacienty, která zahrnuje kromě jiného i právo na úctu, důstojné zacházení a ohleduplnost. Dodržování těchto zásad zdravotnickým personálem se projevuje v jejich chování a přístupu k pacientům. Právě to je jednou z nejdůležitějších věcí, které pacienti vnímají a podle toho i posuzují svoji celkovou spokojenost. Zajímalo mne tedy, zdali jsou vybraní respondenti s přístupem zdravotníků spokojeni a také zdali se někdy setkali se hrubostí ze strany zdravotníků

Zkušenosti pacientů s hrubostí zdravotníků



Graf 1

Spokojenost pacientů s přístupem zdravotníků



Graf 2

V grafu č. 1 je rozvedeno, zdali se někdo z dotazovaných setkal s hrubým přístupem zdravotníků k pacientům. Vidíme, že ze strany zdravotních sester se s jakýmkoliv projevem hrubosti setkalo nulové procento pacientů. Na společném druhém místě se umístili lékaři zároveň s ošetřovatelkami, u nichž se s projevem hrubosti setkalo cca 7% pacientů.

Graf č. 2 ukazuje názory respondentů ohledně přístupu zdravotníků k pacientům. Ať už se jedná o zdravotní sestry, respektive nelékařské zdravotnické profese, nebo lékaře, hodnocení se pohybuje v rozmezí stupnice velmi spokojen, spokojen, spíše spokojen. Nikdo z dotazovaných respondentů neuvedl žádnou negativní odpověď. Hypotéza je potvrzena.

Interpretace

Pacienti jsou spokojeni s přístupem všech zdravotnických pracovníků. Nejlépe hodnoceny jsou pak zdravotní sestry za jejich ochotu pomoci, laskavost, obětavý přístup, ohleduplnost, pečlivost, takt, trpělivost, profesionalitu a pracovitost. Podle respondentů působí jako milé, sympatické, inteligentní, pohodové, hodné a úslužné osoby, které mají v případě potřeby rychlé reakce, jsou přátelské, komunikativní, vše vysvětlí a všichni dotázaní pacienti jsou s nimi spokojeni. V uceleném úhlu pohledu jsou pak téměř totožně hodnoceny i ošetřovatelky.

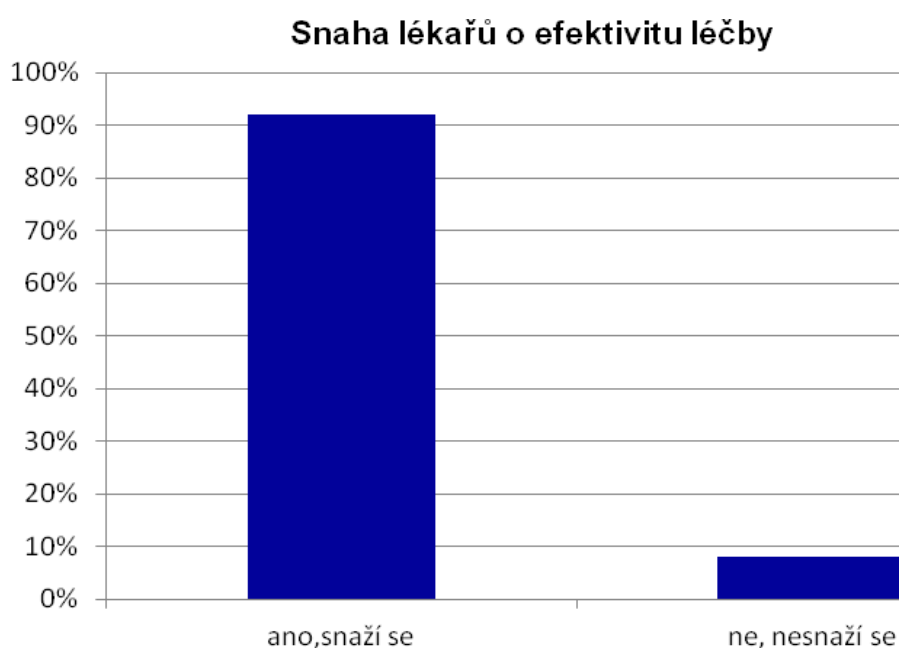
U lékařů pacienti oceňují profesionální přístup, takt, milé jednání s pacientem, trpělivost, pečlivost, vstřícné jednání při podávání informací o léčbě a pravidelné kontroly lékařem u lůžka pacienta, kdykoliv je třeba. Přestože hodnocení obsahuje téměř stejné informace, liší se tím, co pacienti očekávají od jednotlivých profesí jako prioritu.

6.3.2. Hypotéza č. 2: Pacienti si myslí, že se lékaři snaží o co nejefektivnější léčbu.

Povolání lékaře je z pohledu společnosti jednou z nejprestižnějších profesí. V jejím povědomí stále přetrvává domněnka, že výkon lékařského řemesla není povolání, ale poslání a lékař koná pro dobro pacienta vše, co je v jeho silách. Již delší dobu však lékaři volají po světových záležitostech jako je navýšení jejich mzdy, což je pochopitelné. Není

ale přípustné, aby na nespokojenost s touto situací dopláceli pacienti, kterým by nemusela být poskytnuta náležitá lékařská péče. Příkladem uveďme kampaň stávkujících lékařů ze září 2010 „Děkujeme, odcházíme“, jejímž symbolem se stala černá sanitka s figurínou Dr. Exoduse. Ta měla upozornit na fakt, že pokud se lékařům výrazně nenavýší plat, budou hromadně podávat výpovědi, odcházet do zahraničí a tím ohrozí zdravotní péči občanů ČR. Zároveň se díky stávce velkého množství lékařů omezila dostupnost zdravotní péče. Tím byla ohrožena i práva pacientů na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.

Tato kampaň vyděsila velké procento lidí, převážně seniorů, kteří jsou na lékařské péči závislí. Tato akce sice byla efektivní, ale způsob její prezentace byl, nejen dle mého názoru, zcela neetický a pro mnoho pacientů mohl být důvodem ke ztrátě důvěry v lékařskou profesi. Proto mne zajímal pohled samotných pacientů.



Graf 3

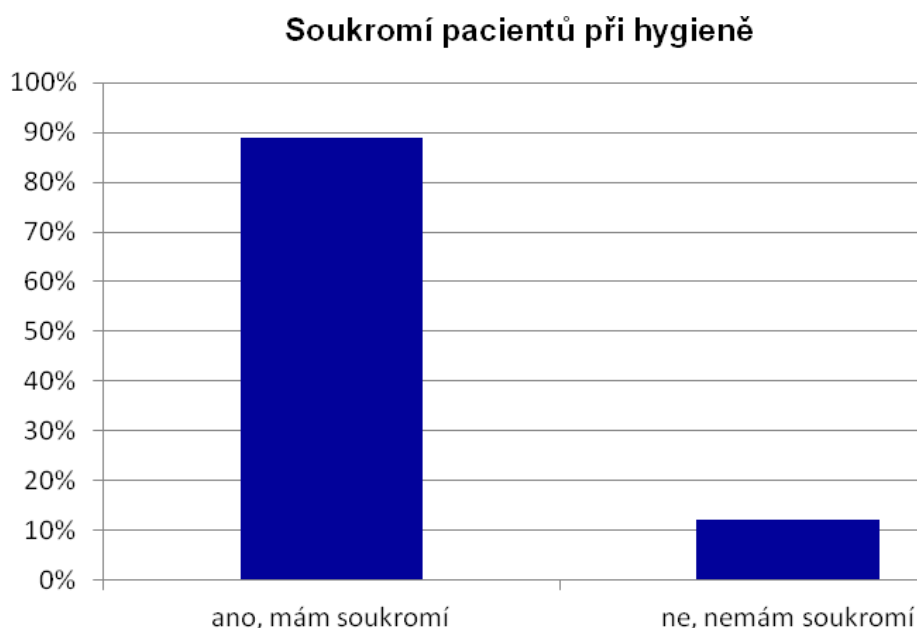
Jak vidíme v grafu č. 3, cca 92 % respondentů věří, že se lékaři maximálně snaží co nejefektivněji zjistit jejich diagnózu a zajistit jim co nejlepší péči. Nedůvěru či nejistotu v konání lékařů projevilo pouze 8% respondentů. Hypotéza je potvrzena.

Interpretace

Pokud je jedinec donucen nechat se hospitalizovat v nemocničním zařízení a svěřit se tak plně do rukou specializovaného lékaře, pak je jeho předpokladem, že se jej lékař bude snažit co nejefektivněji léčit a vyléčit či alespoň stabilizovat jeho stav. Tento předpoklad trvá většinou do té doby, než pacient získá nějakou špatnou zkušenost. U pacientů vysokého věku lze navíc předpokládat určitý zažitý stereotyp paternalistického přístupu, kdy lékař byl považován za vševědoucího a pacient měl právo pouze slepě důvěřovat, že lékař koná v zájmu jeho dobra a na nic se neptat. Další možností je fakt, že většina respondentů byla v této nemocnici hospitalizována opakovaně a vždy byli spokojeni. Z pohledu zaměstnance pak mohu říci, že vzhledem k nízkému finančnímu ohodnocení lékařů, sester i osob dalších profesí zde lékaři nezůstávají kvůli dobrému platu, ale proto, že osud jejich pacientů a péče o ně jim není lhostejná, ale naopak je umístěna na prvním místě, před preferencí vyššího výdělku.

6.3.3. Hypotéza č. 3: Pacienti při hygieně pocítují nedostatek soukromí.

Kromě jiných práv má pacient také právo na soukromí. Jednou z oblastí, při které každý člověk soukromí ocení, je hygiena. Protože jsem se domnívala, že podmínky pro soukromí pacienta při osobní hygieně na interním oddělení nejsou dostačující, zeptala jsem se na mínění pacientů samotných.



Graf 4

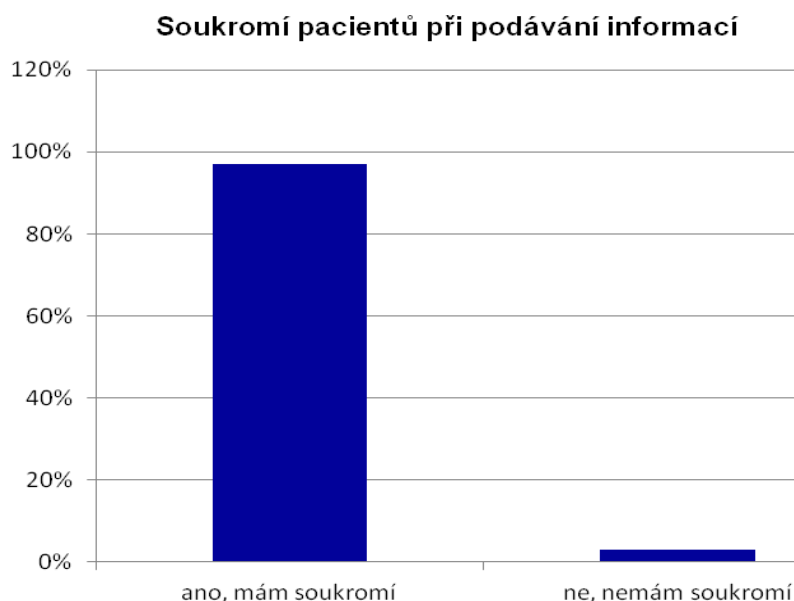
Jak vyplývá z grafu č.4, pouze cca 15% dotazovaných nepocítuje při hygieně soukromí. Zbylých 85% respondentů neshledalo v této oblasti žádné nedostatky. Hypotéza byla vyvrácena.

Interpretace

Domnívala jsem se, že respondentům bude vadit, že se jedná o velkou a relativně zastaralou koupelnu, ve které jsou mj. umístěny i koupací vozíky a nepoužívaná vestavěná vana. Dalším faktorem pro moji domněnku byla i skutečnost, že se jednalo o respondenty – seniory, kteří již měli omezenou schopnost pohybu a tudíž museli být umýváni sestrou či ošetřovatelkou, což samo o sobě jejich soukromí narušuje. Je však možné, že se zde projevila větší trpělivost a tolerance, kterou stáří může přinášet. Ačkoliv tyto skutečnosti respondentům třeba vadily, věděli, že je nemohou nijak ovlivnit. Proto považovali soukromí při hygieně za „soukromí v rámci možností“. Možností je také to, že jejich nároky na soukromí nejsou tolik vysoké, jak bylo původně předpokládáno. Naopak z odpovědí nespokojených respondentů vyplynulo, že východiskem většího soukromí by byly koupelny a toalety na pokojích a s tím spojená reorganizace financí nemocnice.

6.3.4. **Hypotéza č. 4: Pacienti mají dostatek soukromí při podávání informací o jejich léčbě.**

Ačkoliv je dnes snaha o zajištění soukromí pacienta již větší, než v minulosti, nemusí být nutně pro všechny dostačující. Ačkoliv je snahou zdravotnických zařízení počet pacientů na pokoji snižovat, pacient není na pokoji sám a rozhovory s lékařem mohou slyšet i ostatní pacienti, což v době ochrany osobních dat nemusejí všichni pacienti snášet dobře.



Graf 5

Jak můžeme pozorovat, v grafu č. 5, 97% respondentů má při sdělování osobních informací o léčbě dostatek soukromí. Pouze 3% respondentů soukromí chybí. Hypotéza je potvrzena.

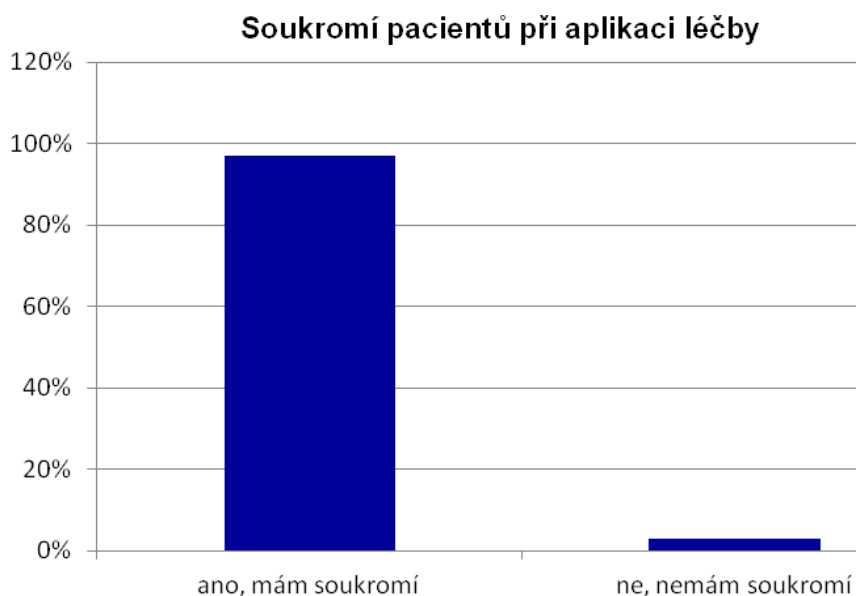
Interpretace

Jak vyplynulo z reakcí pacientů, kteří nepociťují dostatek soukromí při sdělování informací, jedná se spíše o strach z nechtěného úniku informací o pacientově zdravotním stavu prostřednictvím třetí osoby, která rozhovor vyposlechne a pak se, třeba i nechtěně, poděkuje před někým, kdo pacienta může znát. Procentuální většina pacientů však tento problém neřeší. Důvodem může být i to, že si sami na pokojích o svých potížích,

plánovaných vyšetřeních a léčbě povídají, vyměňují si rady a zkušenosti, a taktéž vidí případná zhoršení či zlepšení zdravotního stavu svých spolupacientů.

6.3.5 Hypotéza č. 5: Pacienti pocítují nedostatek soukromí při podávání ordinací lékaře.

V rámci léčby zdravotní sestry vykonávají u pacienta různé nepříjemné úkony jako podávání injekcí, klyzmat, čípků apod., při kterých pacienti musejí odhalit třeba i intimní části těla. Proto je vhodné zajistit pacientovi soukromí.



Graf 6

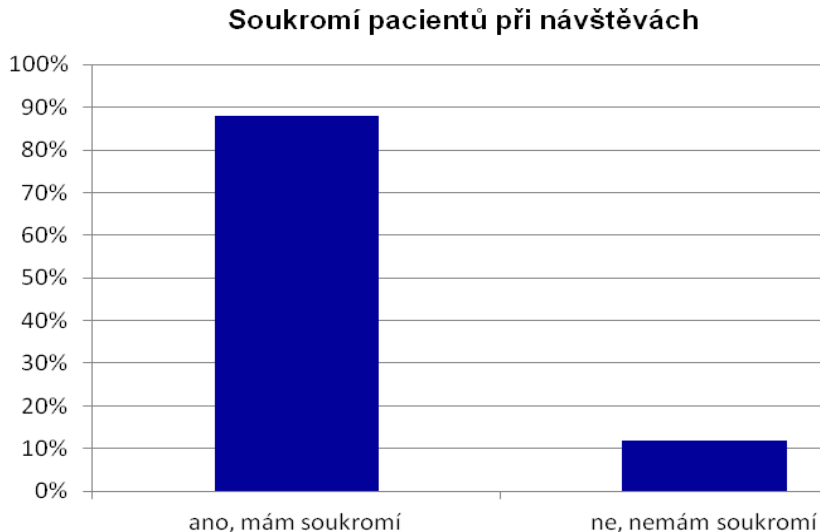
Z grafu č. 6 je patrné, že nespokojenost se soukromím při aplikaci lékařem předepsané léčby vyjádřila pouze 3 % všech respondentů. 97% dotazovaných je se zajištěním soukromí spokojena. Hypotéza byla potvrzena.

Interpretace

Na interním oddělení NMSKB je alespoň minimální možnost soukromí zajištěna závěsy mezi postelemi, které se v případě potřeby dají zatáhnout. I když zvukovou bariéru zajistit nelze, cítí se pacienti díky tomuto jednoduchému opatření při nepříjemných výkonech, kdy je narušena jejich intimita, lépe. Některým pacientům však může i tato zástěna, která nezajišťuje zvukovou bariéru, připadat nedostatečná a mohou se cítit stále „obnaženi“.

6.3.6. **Hypotéza č. 6: Pacienti nemají při návštěvách dostatek soukromí.**

Návštěvy hospitalizovaným pacientům zprostředkovávají kontakt s vnějším světem a nezřídka je tak udržují v psychické pohodě. Proto je důležité, aby měli při návštěvách na sebe dostatek času a soukromí pro sdělování důvěrných informací. V některých nemocnicích je pro návštěvy vyhrazena jedna místnost, např. jídelna. V NMSKB tomu tak není, proto mě zajímalo, jaký názor mají pacienti.



Graf 7

Jak vidíme z grafu č. 7, 88% respondentů při návštěvách dostatek soukromí má, jeho nedostatek vyjádřilo pouze 12% respondentů. Hypotéza byla vyvrácena.

Interpretace

Přestože na oddělení není vyčleněna pro styk s návštěvami žádná samostatná místnost, je zde možnost posadit se s návštěvami na lavičky na chodbách, které k těmto účelům slouží. Další možností je zajít si do kantýny či na zahradu. U nepohyblivých pacientů je variantou zajištění soukromí alespoň zatažením již výše zmiňovaných závěsů mezi postelemi. Tato řešení však nezajišťují soukromí plně a 12% respondentů přijdou nedostatečná. Otázkou ovšem zůstává, zda by samostatně vyčleněná místnost, ve které však sedí všechny návštěvy pohromadě a slyší tak i cizí rozhovory, splnila požadavek větší intimity a soukromí uspokojivěji.

6.3.7. Hypotéza č. 7: Duchovní služba je důležitou součástí léčby.

Dalším právem pacienta je možnost přijímat duchovní péči a duchovní podporu. Vzhledem k tomu, že zřizovatelem NMSKB je církev, je i kladení důrazu na duchovní péči intenzivnější než v nemocnicích s jiným zřizovatelem. Zajímalo mne, jestli si pacienti myslí, že tato duchovní péče nějakým způsobem přispívá k jejich celkovému uzdravení a pokud ano, zdali je její dostupnost dostatečná a forma vyhovující.



Graf 8

Z grafu č. 8 vyplývá, že 70% respondentů považují duchovní službu za důležitou součást léčebného procesu. 15% respondentů ji za důležitou nepovažuje a 15 % respondentů neví. Hypotéza je potvrzena.

Interpretace

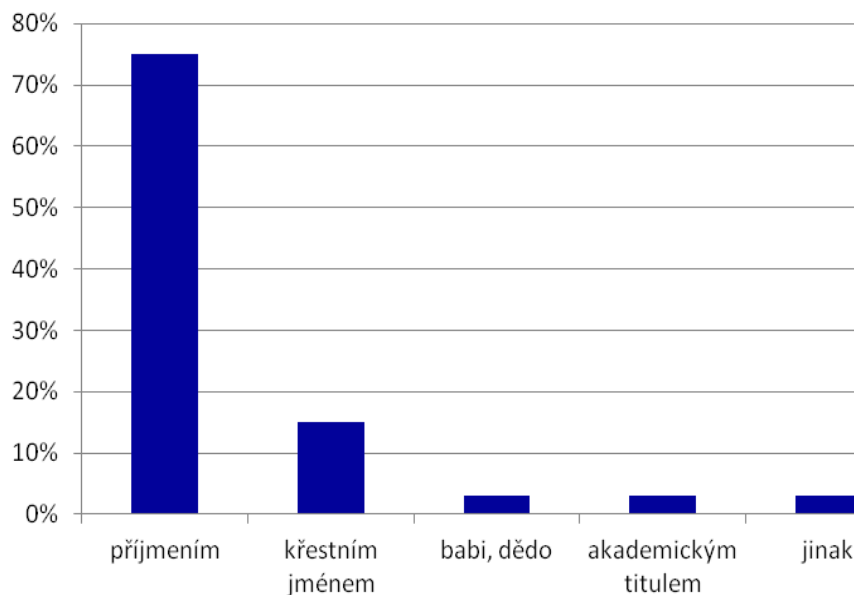
Výzkum byl prováděn s pacienty staršími sedmdesáti pěti let, z nichž byla většina vychovávána ještě ve víře v Boha, čímž se dá, v dnešní ateisticky zaměřené společnosti, zdůvodnit tak vysoké procento souhlasných odpovědí. V NMSKB mají pacienti možnost být přítomni na mši v přilehlém kostele či ji alespoň poslouchat prostřednictvím sluchátek. Samozřejmostí je také každodenní přítomnost kněze, což je pro věřící pacienty příležitostí vyzpovídat se, společně se pomodlit a přijmout eucharistii. Alternativou přítomnosti kněze jsou pak i duchovní sestry zajišťující rozhovory s pacienty, kteří o ně mají zájem. Nadstandardní službou je možnost navštívení pacienta knězem v případech akutní potřeby (např. poslední pomazání) na základě telefonické domluvy sestry s knězem. Díky této komplexnosti služeb, jak se pacienti obdobně vyjadřují, jsou s formou poskytování duchovní péče i její dostupností spokojeni.

Pacienti, kteří se vyjádřili odpovědí „nevím“, často poznamenali tutéž věc: nejsou věřící, ale myslí si, že pro věřícího člověka duchovní péče důležitá k uzdravení je, ale jde o velice individuální záležitost. Duchovní péče dle těchto respondentů může být důležitá také v případě vážného onemocnění pacienta, neboť, jak odpověděla jedna pacientka, „když je člověk spokojený, vše se daří.“ Respondenti, kteří na otázku odpověděli zamítavě, uvedli, že nejsou věřící.

6.3.8. Hypotéza č. 8: Zdravotníci oslovují pacienty převážně příjmením.

Z rozhovoru se přáteli jsem se dozvěděla, že jejich prarodiče jsou některými zdravotníky stále oslovováni „babi“ nebo „dědo“. Takové oslovování pacientů bylo ještě v relativně nedávných dobách běžné. Zajímalo mě proto, jaké zkušenosti s tímto mají naši pacienti na interním odd. NMSKB.

Oslovování pacientů zdravotníky



Graf 9

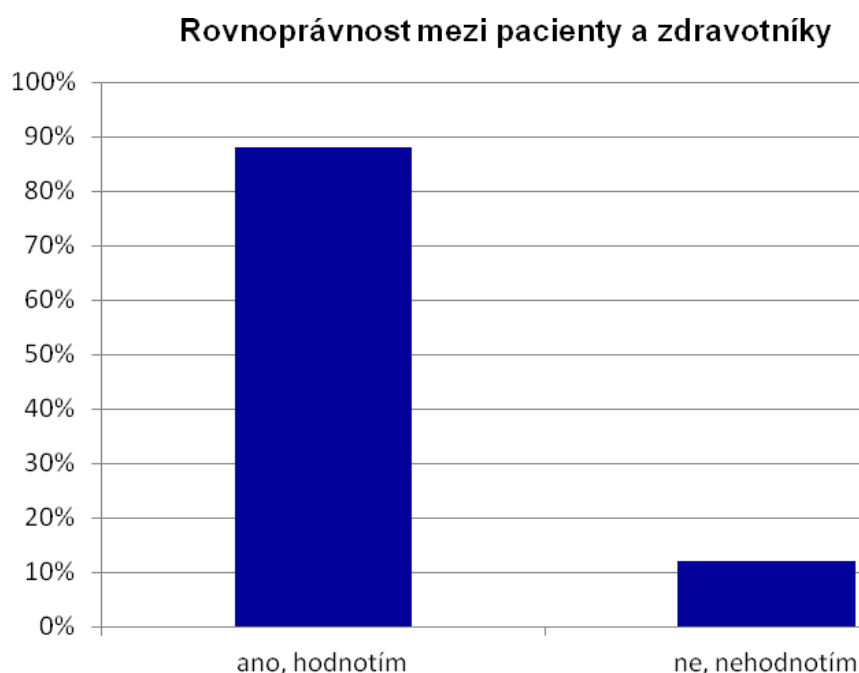
Jak ukazuje graf č. 9, 75% respondentů je oslovováno příjmením, 15% křestním jménem a oslovenými „babi, dědo“, akademickým titulem či jiným způsobem byla oslovována 3% dotázaných. Hypotéza je potvrzena.

Interpretace

Nelze popřít, že se i dnes s oslovením „babi, dědo“ v některých ojedinělých případech setkáme. Jedna pacientka se dokonce svěčila se zkušeností, kdy ji sestra oslovila „babi“, na což jí pacientka popuzeně odpověděla, že není její babička, ani ničí jiná, protože děti nemá. Toto je jasný příklad toho, jak nevhodným oslovením můžeme pacienta ranit či urazit. Paušalizovat však jeden případ na všechny nelze, neboť ve většině případů již zdravotníci vyjadřují respekt k pacientovi jako individualitě právě tím, že jej oslovují jeho příjmením, jak dokazuje grafické znázornění výzkumné otázky. Akceptovatelnou eventualitou pak je oslovení akademickým titulem, pokud jej pacient má. Ostatní oslovení akceptovatelná nejsou (př. zdrobněliny) nebo jsou akceptovatelná pouze po dohodě s pacientem (např. oslovení pacienta křestním jménem, „sestřičko“ u zdravotníků a řádových sester apod.).

6.3.9. Hypotéza č. 9: Vztah „zdravotník – pacient“ je rovnoprávný.

Již Listina základních práv a svobod říká, že lidé si jsou v důstojnosti a právech rovni. Jak je tomu ale v nemocničním prostředí, kde již slovo (ne)moc, vyjadřuje omezení možností a moci jedince? Jsou senioři více ohroženi potlačováním jejich práv nebo se jich domohou bez větších obtíží? Považují vztah zdravotníka a pacienta za rovnoprávný? Na to jsem se zeptala seniorů samotných.



Graf 10

Jak ukazuje graf č. 10, 88% respondentů hodnotí vztah na úrovni „zdravotník – pacient“ jako rovnoprávný, 12% respondentů naopak ne. Hypotéza je potvrzena.

Interpretace

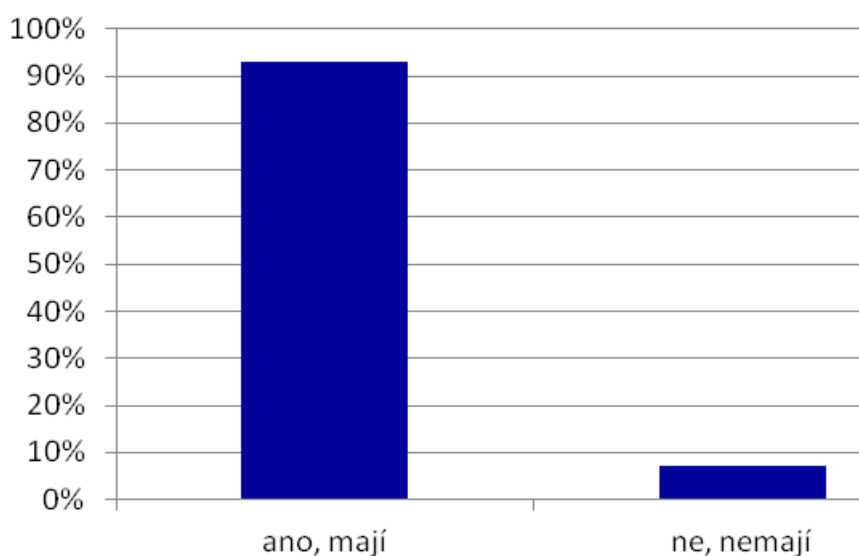
Senioři jsou obecně vnímáni jako „křehcí“ pacienti. Dalo by se tedy usuzovat, že se budou svých práv hůře dovolávat, tím spíše v nepřirozeném, cizím prostředí nemocnice. Možným faktorem, který má vliv na tento většinový názor respondentů, je i jejich relativní mentální zdatnost a s tím spojená schopnost a odvaha se ptát lékařů a sester na vše, co potřebují vědět. Tím se navyšuje jejich znalost věci a zmenšuje se tak propast mezi znalostmi

zdravotníků a neznalostí pacientů. Respondenti, kteří vztah mezi zdravotníkem a pacientem jako rovnoprávný nehodnotí, zároveň jako důvody uvedli, že podle nich si lékaři zaslouží být na výši a ponechat všechno v jejich rukách, anebo že nemají dostatek vzdělání k tomu, aby jim mohli být rovnocennými partnery, a věří, že se jim lékaři snaží pomoci.

6. 3. 10. Hypotéza č. 10: Pacienti si myslí, že mají při léčbě kromě práv i povinnosti.

Společností je všeobecně přijímáno tvrzení, že práva a povinnosti jdou spolu ruku v ruce. Přesto jsem se v nemocnici opakovaně setkala s chováním pacientů, které potvrzovalo opak. Očekávali, že je lékaři vyléčí bez jejich přičinění. Zajímalo mne tedy, jestli si respondenti myslí, že je dodržování léčby, pokynů lékařů a sester a podobně jejich povinností při léčbě nebo ne.

Mají pacienti kromě práv i povinnosti?



Graf 11

Na grafu č. 11 vidíme, že 88% respondentů si myslí, že pacienti při léčbě povinnosti mají, 12% respondentů zastává názor opačný. Hypotéza byla potvrzena.

Interpretace

Pacienti přicházející do nemocnice za účelem vyléčení se či stabilizace zdravotního stavu jsou ve většině případů rozumní lidé, kteří se svými zdravotními obtížemi již byli někdy hospitalizováni a často opakovaně. Ze svých zkušeností vědí, že pro úspěšný léčebný režim je důležitá vzájemná důvěra, k jejímuž získání je třeba disciplíny a spolupráce obou stran. Je v jejich zájmu předepsanou léčbu a pokyny zdravotníků dodržovat. Kromě slušnosti vůči úsilí zdravotníků považují participaci na jejich léčbě za svou povinnost a zastávají tak většinový názor, že pacient má kromě svých práv i povinnosti. Zároveň bylo vysledováno, že pacienti, kteří si myslí, že žádné povinnosti nemají, často s poukázáním na svá práva kritizují práci zdravotníků, aniž by se snažili na své léčbě jakkoliv podílet.

6. 3. 11. Hypotéza č. 11: Interpersonální vztahy na pracovišti ovlivňují chování zdravotníků k pacientům.

Mezilidské vztahy, a obzvláště na pracovišti, bývají často složité. Na důležitosti pak nabývají v profesích, jejichž základem je společná práce s lidmi, což zdravotnictví beze sporu je. Je nutné zde udržet dobré vztahy mezi kolegy alespoň na pracovní úrovni, aby pacientům byla zajištěna řádná péče. Špatné interpersonální vztahy na pracovišti mohou negativně ovlivnit chování zdravotníka k pacientovi a nechtěně tak omezit i jeho právo na úctu a ohleduplné, důstojné zacházení. Ze zkušenosti vím, že na každém pracovišti se minimálně jednou za čas tato krize objeví, a tak mě zajímalo, zda, popřípadě jak, tyto situace pacienti vnímají. Proto jsem jim položila otázku, zda si myslí, že špatné mezilidské vztahy mezi zdravotníky mají vliv na jejich chování k pacientům.



Graf 12

Z grafu č. 12 vyplývá, že 75% respondentů si myslí, že mezilidské vztahy mohou chování zdravotníků k pacientům ovlivnit a 25 % respondentů se domnívá, že ne.

Interpretace

Je žádoucí, aby pacienti z chování zdravotníků nezjistili, že jejich mezilidské vztahy na pracovišti nejsou zcela v pořádku. Na interním oddělení, kde byl výzkum prováděn, jsou však pacienti hospitalizováni zpravidla delší dobu, za kterou se vzájemně se zdravotníky více poznají, snadněji tak odhalí změny jejich nálad a atmosféry na oddělení. Díky tomu nejpočetnější procento respondentů odpovědělo na položenou otázku kladně. Zároveň však dodávali, že zdravotníci dokážou tyto své negativní pocity ovládnout natolik, aby je nepřenášeli přímo na pacienty, tudíž by si jich neznalý pacient nemusel ani všimnout. Pacienti, kteří si nemysleli, že interpersonální vztahy zdravotníků mají vliv na jejich chování k nim, neměli výhrady žádné. V obou případech se však respondenti shodli, že výsledný vztah zdravotníků k pacientům je velice dobrý. Závěr těchto názorů vyjádřil jeden z respondentů takto: „chování je úžasné, všichni si o tom povídáme a všichni chtějí sem, pokud by museli jít někdy znovu do nemocnice.“

7. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření zmapovat reálné dodržování práv pacientů seniorského věku v nemocnici, možnost domoci se svých práv a zjistit, jak oni sami hodnotí etické chování zdravotníků. Zaměřila jsem se na práva pacientů, z nichž jsem na základě svých profesních zkušeností vybrala ta, která se týkají nejfrekventovanějších potřeb pacientů.

Do tohoto tematického souboru práv jsem zařadila právo na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb, dále právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni a právo přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v ČR nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti. Taktéž mě zajímalo, zda si pacienti myslí, že mají při hospitalizaci také povinnosti, zdali je vztah pacient – zdravotník rovnoprávný.

Z odpovědí pacientů interního oddělení NMSKB, kteří se výzkumu účastnili, vyšla najevo následující zjištění. Souhrnně se tito pacienti domnívají, že je s nimi zacházeno s úctou, ohleduplně, důstojně, zdravotníci se snaží respektovat jejich právo na soukromí a v rámci možností jej pacientům umožňují. Pacienti se málokdy setkali s hrubostí ze strany zdravotníků, s jejich chováním jsou spokojeni a považují je za etické. Zároveň se většina pacientů domnívá, že se lékaři snaží zajistit co nejefektivnější komplexní zdravotní péči o jejich osobu a považují je za odborníky v jejich profesi. Přístup k duchovní péči pacienti hodnotili jako výborný a formu jejího poskytování jako vyhovující. Většina pacientů si myslí, že dodržovat léčbu a pokyny zdravotníků je jejich povinností. Taktéž si myslí, že je zdravotníci při léčbě považují za partnera a hodnotí tento vztah zdravotníka a pacienta jako rovnoprávný.

Závěrem lze konstatovat, že práva pacientů – seniorů jsou na interním oddělení NMSKB v praxi dodržována a pacienti hodnotí chování zdravotníků k nim jako etické. Jsem si ale vědoma možnosti, že odpovědi pacientů mohly být částečně ovlivněny jejich aktuální hospitalizací a závislostí na systému zdravotní péče.

Cíl práce, který jsem si v úvodu vytýčila, byl splněn. Jednalo se však o sondu pouze do jedné nemocnice, kde jsem pracovala. Právě zde jsem získala nejbližší vhled do této problematiky, a proto jsem si ji pro účely mého výzkumu také vybrala. Na základě toho by všechna zjištění, která při zpracování bakalářské práce vyplynula, mohla být podkladem pro vypracování diplomové či jiné obsáhlejší práce.

SEZNAM LITERATURY:

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. dopl. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4

KOZEL, R. [a kol.]. *Moderní marketingový výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 277 s. ISBN 80-247-0966-X

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4

MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2

ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. [a kol.]. *Ošetřovatelství I/1 pro střední zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 1996. 234 s. ISBN 80-85427-93-1

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3

THOMPSON, M. *Přehled etiky*. Přeložila Pavla Císařová. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-806-6

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 304 s. ISBN 978-80-7367-780-0

OECD: *Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care* [soubor online]. Paris: OECD Publishing, 2013-. [cit. 2014–11–30]. Dostupné z URL <<http://www.oecd.org/els/health-systems/PolicyBrief-Good-Life-in-Old-Age.pdf>>

ZN.: 21581/04/VVO Koncepce ošetřovatelství In *Věstník MZ ČR* č. 9, 2004, s. 2 – 8 [soubor online]. [cit. 2014-11-15]. Dostupné z URL <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html>

Zdraví 21 - Zdraví pro všechny v 21. století [soubor online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002-. [cit. 2014-11-2]. Dostupné z URL <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování. Dostupné z URL <<http://portal.gov.cz>>

ČESKO. Úplné znění Ústavního zákona České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky: Úplné znění Usnesení České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny

základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. Dostupné z URL <<http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu>>

STAVOVSKÝ PŘEDPIS Č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY. Etický kodex České lékařské komory. *lkcr.cz* [online]©2011. [cit. 2014-11-3]. Dostupné z URL http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf

NEMOCNICE NA FRANTIŠKU. Etický kodex sester. *nnfp.cz* [online]©2009-2010.

[cit. 2014-11-3]. Dostupné z URL <http://www.nnfp.cz/pro-pacienty/eticky-kodex-sester>