

Etika domácí ošetrovatelské péče – respekt k lidské důstojnosti

Jiřina Plháková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jiřina Plháková

Osobní číslo: H12634

Studijní program: B5341 Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Forma studia: prezenční

Téma práce: **Etika domácí ošetrovatelské péče – respekt k lidské důstojnosti**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu související s tématem bakalářské práce.

Stanovit cíle a průzkumné záměry práce.

Vymezit pojmy a teoretická východiska se zaměřením na etiku ošetrovatelské péče, lidskou důstojnost a domácí péči.

Připravit metodiku empirické části.

Realizovat průzkum metodou rozhovoru.

Zpracovat, analyzovat a vyhodnotit získané informace.

Prezentovat výsledky průzkumu, zhodnotit cíle práce, formulovat závěry a navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. Etika v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2012, 200 s. ISBN 978-802-4734-699.

KALVACH, Zdeněk a kol. Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. Ošetrovatelství v komunitní péči. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008, 159 s. ISBN 978-807-3187-262.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

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

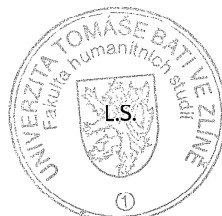
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 11.2.2015

.....
Přehájková

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou lidské důstojnosti a etiky při poskytování domácí ošetrovatelské péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je složena ze tří kapitol. V první kapitole jsou vymezeny pojmy etika a etika v ošetrovatelství. Jsou zde uvedeny základní etické principy, základní etické teorie a etické kodexy v ošetrovatelství, ve kterých je respektování lidské důstojnosti zakotveno. Druhá kapitola se zabývá lidskou důstojností, popisuje její typy a způsoby, jakými lze respektovat nebo poškozovat lidskou důstojnost. Třetí kapitola je zaměřena na domácí péči. Obsahuje její historii, typy a formy financování a ošetrovatelskou péči v domácí péči. V empirické části jsou prezentovány výsledky průzkumu, který je zaměřen na zkušenosti pacientů a všeobecných sester s dodržováním etických zásad v domácí péči. Metoda průzkumu je kvalitativní pomocí individuálního polostrukturovaného rozhovoru s klienty, všeobecnými sestrami a jako doplňující je uveden rozhovor s pečující osobou.

Klíčová slova: etika, etické kodexy, etika v ošetrovatelství, důstojnost, domácí péče

ABSTRACT

Bachelor thesis deals with the human dignity and ethics in providing of nursing home care. The work is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part is composed of three parts. In the first part there are defined terms ethics and ethics in nursing. There are listed basic ethical principles, basic ethical theories and ethical codes in nursing, which are enshrined in respect for human dignity. The second part deals with human dignity, describes the types and ways you can respect or violate human dignity. The third unit is focused on home care. It contains history, types and forms of financing and nursing home care. The empirical part presents the results of the survey which is focused on the experiences of patients and nurses to observance of ethical principles in home care. The method is a qualitative survey using individual semi-structured interview with the clients, nurses, and an additional interview with the caregiver.

Keywords: ethics, codes of ethics, ethics in nursing, dignity, home care

Děkuji PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při realizaci bakalářské práce.

Poděkování patří také zdravotnickému zařízení a všem respondentům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Na závěr chci poděkovat své rodině a přátelům, kteří mne podporovali po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 ETIKA | 13 |
| 1.1 VYMEZENÍ POJMŮ..... | 14 |
| 1.2 ZÁKLADNÍ ETICKÉ TEORIE..... | 16 |
| 1.2.1 Hédonismus..... | 16 |
| 1.2.2 Utilitarismus..... | 16 |
| 1.2.3 Deontologie..... | 17 |
| 1.2.4 Etika ctností..... | 17 |
| 1.3 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY..... | 17 |
| 1.4 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 19 |
| 1.5 ETICKÉ KODEXY V OŠETŘOVATELSTVÍ..... | 21 |
| 1.5.1 Etický kodex sester..... | 22 |
| 1.5.2 Etický kodex Práva pacientů..... | 24 |
| 2 DŮSTOJNOST | 25 |
| 2.1 TYPY DŮSTOJNOSTI..... | 26 |
| 2.2 DŮSTOJNOST PÉČE..... | 28 |
| 2.3 RESPEKTOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI..... | 29 |
| 3 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE | 32 |
| 3.1 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE..... | 33 |
| 3.2 FORMY A FINANCOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 34 |
| 3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V DOMÁCÍ PÉČI..... | 36 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 41 |
| 4 KVALITATIVÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA..... | 41 |
| 4.1 CÍLE PRŮZKUMU..... | 42 |
| 4.2 METODIKA A TECHNIKA SBĚRU DAT..... | 42 |
| 4.3 METODA ŠETŘENÍ..... | 43 |
| 4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ..... | 43 |
| 4.5 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ..... | 44 |
| 4.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT..... | 44 |
| 5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 45 |
| 5.1 ROZHOVORY S OŠETŘUJÍCÍMI SESTRAMI..... | 45 |
| 5.1.1 Rozhovor se sestrou č. 1..... | 45 |
| 5.1.2 Rozhovor se sestrou č. 2..... | 51 |
| 5.1.3 Rozhovor se sestrou č. 3..... | 57 |
| 5.2 ROZHOVORY S KLIENTY DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 66 |
| 5.2.1 Rozhovor s klientem č. 1..... | 66 |
| 5.2.2 Rozhovor s klientem č. 2..... | 73 |
| 5.2.3 Rozhovor s klientkou č. 3..... | 78 |
| 5.3 PEČUJÍCÍ OSOBA..... | 81 |
| 5.3.1 Rozhovor s pečující osobou..... | 81 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 6 | DISKUSE | 85 |
| | ZÁVĚR | 87 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 90 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 92 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 93 |

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá dodržováním etických zásad a respektováním lidské důstojnosti při poskytování domácí ošetrovatelské péče. Tuto péči poskytují především agentury domácí péče. Nejčastěji je prováděna u klientů s chronickým onemocněním, po cévní mozkové příhodě, u lidí po traumatu, či lidí v pokročilém věku jako součást rehabilitace a aktivizace. Dále jsou v domácím prostředí prováděny běžné ošetrovatelské výkony - odběr biologického materiálu, sledování fyziologických funkcí, příprava medikace, aplikace inzulínu a léku intravenózně a intramuskulárně. Bakalářská práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. První kapitola se zabývá etikou a obsahuje základní etické teorie, základní etické principy, popisuje etiku v ošetrovatelství a základní etické kodexy. Druhá kapitola se zabývá důstojností a obsahuje výsledky průzkumu, který byl na toto téma realizován. Třetí kapitola se zabývá domácí péčí, její historií, formou, financováním a ošetrovatelskou péčí v domácím prostředí klientů. Praktická část zachycuje zkušenosti tří sester, tří klientů a jedné pečující osoby s etickým a důstojnost zachovávajícím chováním a přístupem k nim. Data byla získávána pomocí polostrukturovaných individuálních rozhovorů, které byly uskutečňovány na pracovišti sester, či v domácím prostředí klientů. Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Následně byly přepsány, stylisticky upraveny a pro velkou rozsáhlost zkráceny se zachováním původního obsahu. Za každým rozhovorem je uveden souhrn nejzajímavějších zkušeností.

Tato problematika dodržování etických zásad je tedy prozkoumávána ze tří pohledů. Jako první ze strany ošetřujících sester, které péči poskytují, a jejich zkušenosti s chováním klientů a jejich rodin k nim. Je zaměřena na to, zda se k sestřím klienti a jejich rodiny chovají s respektem a úctou, a zda se již za dobu své praxe setkaly s neetickým chováním klienta či jeho rodiny k nim. Tato domácí péče je pro sestry náročná, musí se samy bez přítomnosti lékaře rozhodnout při náhle vzniklých situacích, musí umět zvážit situaci a adekvátně na ni reagovat. Druhý pohled patří samotným klientům a jejich zkušenostem s chováním sester z domácí péče. Často jsou tito klienti osamoceni, nemohou se dostávat do jiného prostředí, často žijí sami bez jiných rodinných příslušníků. Jejich hlavní aktivitou či rozptýlením dne je návštěva sestry. Jako třetí, je uveden doplňující rozhovor s pečující osobou, ke které sestry dochází a pomáhají jí s péčí o manžela.

Téma jsme zvolili z důvodu nepřilíš velké informovanosti o této problematice. Domácí péče je v dnešní době velkým trendem, který se bude nadále rozšiřovat.

A to z důvodů stárnutí populace, čím dál pozdějšího odchodu do důchodu, lidé musí déle pracovat a zároveň se chtějí postarat o své příbuzné a nemocné blízké tak, aby byli ve svém domácím prostředí, které je pro všechny zúčastněné výhodnější. Je proto nutné, aby i zde byly dodržovány základní etické zásady jak sestry ke klientům, tak klientů a jejich rodin k sestře. Zajímá nás pohled a zkušenosti sester a klientů s touto problematikou. Sestra v domácí péči se též, stejně jako v nemocnici, setkává s velmi náročnými a časově vypjatými situacemi, musí za den stihnout určitý, a mnohdy velký počet pacientů, kteří jsou často nesoběstační a potřebují více času, než je pro ně určeno ze strany pojišťovny a udávaných kódů. Sestra se musí tedy rozhodnout a naplánovat si čas tak, aby byli spokojeni všichni klienti. Mnohdy se také stává, že klienti žijí v nepřliš vhodném domácím prostředí a sestra by chtěla udělat více než by měla, ale časové rozmezí ji to nedovolí. Dále sestra pečuje o lidi nesoběstačné, mentálně postižené, v terminálním stadiu, takové široké spektrum různých diagnóz je i pro psychickou stránku sestry velkou zátěží. I některé akutní situace, které mohou nastat v domácím prostředí, kladou na profesi všeobecné sestry v domácí péči velkou odpovědnost. Také chování klientů k sestře není vždy etické. Stává se, že klienti mají k sestře sexuální narážky, zpochybňují její doporučení a rady. Sestra, vzhledem k tomu, že dochází do domácího prostředí klientů, vidí, v jakém prostředí žijí a jaký k nim má rodina vztah. Musí spolupracovat a komunikovat s rodinnými příslušníky, což v mnohých situacích vyžaduje velkou dávku trpělivosti. To vše se poté odráží na celkovém chování jak sestry, tak i klientů a rodiny k ní. Tato práce by měla v neposlední řadě zvýšit povědomost o tomto náročném typu práce všeobecné sestry.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIKA

Etika je filozofická disciplína (Kutnohorská, 2007 s. 11), dříve označována jako praktická filozofie. Jako samostatný obor byla vyčleněna starořeckým filozofem Aristotelem (384-322 př. Kr.). Slovo etika je odvozeno od řeckého slova ethos a latinského mos. V překladu znamená mrav či zvyk (Kutnohorská, 2007; Semrádová, 2007; Příkaský, 2000).

Aristoteles rozlišuje lidské činnosti na 3 části - činnost teoretickou (poznání), tvořivou (zhotovování) a praktickou (jednání). V tvořivé části je cílem práce samotný produkt. V praktické části je účelem samotné jednání. Tato činnost praktická neboli jednání je právě v etice důležitá. Etika se dá také vnímat jako umění žít, jako nejpraktičtější a nejdůležitější ze všech lidských činností (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

„*Konat dobro a vyhýbat se zlu, je primum principum celé etiky*“ (Munzarová, 2005 s. 15). Toto rčení znamená, že dobro musí být základem všech teorií, které chtějí být mravně odůvodnitelné (Munzarová, 2005).

Úkolem etiky je nastolit konkrétní řád či pravidla, které budou určovat preference pro rozhodování o tom, jaký postup je vhodné zvolit v dané situaci. Etika se snaží zjistit, dle jakých měřítek určujeme to, zda je naše jednání v souladu s mravními pravidly nebo není. Etika tedy zjišťuje příčiny lidského chování. Je filozofickou vědou o správném způsobu života. Základem jsou racionální přístupy, s jejichž pomocí se snaží vyhledat a zdůvodnit společenské a obecné základy, na nichž morálka stojí. V ošetřovatelství je etika definována jako teorie o podmínkách a příčinách ošetřovatelsky vhodného a nevhodného chování (Kutnohorská, 2007; Příkaský, 2000).

Etika je založena na tom, že člověk je rozumný a že morální odpovědnost je podmíněna svobodnou a rozumnou volbou. Pojem mravní bytost je označení osoby, která je mravně odpovědná za své jednání. Mezi největší problémy etiky se řadí to, jak člověk může vědět, co je dobré a správné. Dle zvyklostí člověk odlišuje, co je dobré a špatné, dle jeho morální tradice nebo náboženské víry. Na světě existuje mnoho morálních, náboženských či ideologických zvyků, které je nutné respektovat. Idea morální relativity je jedním z důležitých témat moderní etiky. Tato myšlenka spočívá v tom, že existuje množství morálních otázek, na něž se názory různých společností v různých dobách liší (Kutnohorská, 2007).

Etika se dle přístupu dělí na deskriptivní a normativní. Deskriptivní etika popisuje jednání a chování lidí v daném prostředí - ve společnosti či ve skupině a s ohledem na danou situaci v jejich životě (finanční, sociální). V deskriptivní etice jde o rozkrytí problému a snaha o charakteristiku etických postojů z různých úhlů pohledu (Šoltés, Pullman, 2008; Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Naopak normativní etika je souhrnem pravidel a teorií o hodnocení lidského chování. Tvoří a vysvětlují soustavu *základních a odvozených morálních pravidel* (Šoltés, Pullman, 2008, s. 13). Těmito normami třídíme naše činy a chování na eticky správné či nesprávné. Jde o identifikaci hodnot a určení vlastního názoru a postoje, který je ale dobře argumentačně podložen. Do normativní etiky také patří zdravotnická etika (Šoltés, Pullman, 2008; Munzarová, 2005; Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Etika je prvkem kultury jisté společnosti. Kultura působí na chování a myšlení člověka, je to složitá struktura, která utváří pohled na život a svět kolem. Jako kulturu označujeme naučení, sdílené a předávané hodnoty, normy, přesvědčení a zvyky určité skupiny lidí. Tyto složky ovlivňují rozhodování, myšlení i jednání určitým způsobem. Touto formou se například předává chápání hodnot, životního stylu a přesvědčení z generace na generaci. To ovlivňuje myšlení a jednání člověka v této společnosti. V kultuře je také zahrnuta řada zvyků a tradic např.: rituály ve výjimečných životních situacích (narození, svatba, pohřeb) a kodex etického chování a rozhodování (etiketa) (Kutnohorská, 2007).

1.1 Vymezení pojmů

Morálka

Morálka vytyčuje správné či nesprávné jednání a tímto způsobem ovlivňuje chování člověka ve společnosti. Jde tedy o *definované přesvědčení*, že dané jednání, chování je vhodné nebo nevhodné a o schopnosti rozlišovat dobré od zlého. Dle této schopnosti se tvoří mravní vztahy neboli přístup člověka k sobě a k ostatním lidem. Je představována společenským systémem pravidel a norem, které tvoří požadavky na chování lidí. Morálka je individuální, jejím měřítkem je *shoda či neshoda s vlastním svědomím*. *Člověk se nerodí mravní bytostí, tou se postupně stává vlivem kultury* (Kutnohorská, 2007, s. 12).

Morálka reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti (Plevová a kol., 2011, s. 69). Je to souhrn hodnotících soudů, zvyků, pravidel a názorů, kterými se lidé řídí ve svém jednání v dané společnosti. Je proměnlivá, kulturně a historicky podmíněná.

Člověk vnímá taková pravidla jako závazná pro své jednání a chování. Tyto pravidla jsou většinou nepsaná a osvojení těchto pravidel se děje ve společnosti lidí, ve které člověk vyrůstá. Základem morálky je povinnost, aby člověk byl člověkem a nekonal jiným to, co sám nechce, aby ostatní konali jemu (Plevová a kol., 2011).

Ošetřovatelství, stejně jako jiné obory lidské činnosti, má svou morálku a s ní související vymezené povinnosti. Morálka v ošetřovatelství je definována jako to, co souvisí s dobrem a prospěchem nebo škodou a ublížením nemocnému. Je nutné si uvědomit, že všechny ošetřovatelské úkony, které ošetřující poskytuje nemocnému, mají morální dopad. Při poskytování ošetřovatelské péče je navíc nutné dbát na dodržení autonomie, respektu a důstojnosti pacienta (Kutnohorská, 2007).

Mrav

Mrav je definován jako to, co je vhodné, přijatelné, a danou společností uznávané, tolerovatelné a odpustitelné. Ve společnosti se vyskytuje i tzv. „*mravní klima*“, neboli prostředí myšlenek. Mravnost je osobitě prožívaná morálka, která znázorňuje kladně *vnímaný morální stav*. Je také *velkou humanistickou hodnotou a stránkou lidské kultury, která pozvedá člověka a vzbuzuje v něm humanitu* (Kutnohorská, 2007, s. 12). Dá se nazvat také uměním žít v harmonii se svými mravními principy (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Obecné mravní normy

Jsou to určitá pravidla, které objasňují, z jakého důvodu se určité jednání označuje jako dobré a žádoucí a jiné jako špatné a nežádoucí. Tyto normy vysvětlují a vytyčují naše jednání a pomáhají nám určit, zda je naše jednání správné či není. Existují určité činy, které jsou již od dějin starých civilizací považovány za zlé. Patří sem činy jako vražda, mučení, prostituce, otroctví, obchodování s lidmi či snižování lidské důstojnosti. Tím, že se tyto mravní zákony zachovávají i do dnešních dob, je jisté, že člověk má v sobě zakódovaný jistý morální program. Ten se označuje jako přirozený mravní zákon a projevuje se především jako svědomí (Příkaský, 2000).

Svědomí

Aristoteles rozlišuje teoretický a praktický rozum. Teoretický rozum poznává pravdu jako takovou, cílem je poznání pravdy. Praktický rozum se zaměřuje na přípravu k dané činnosti, navazuje na teoretický rozum a končí jednáním. Je součástí přirozeného zákona.

Tím poukázal na souvislosti a vytvořil základ pro definici a pojetí pojmu svědomí. Svědomí je praktický úsudek, díky jemuž člověk rozezná, jestli konkrétní jednání, které chce udělat nebo je již vykonal, je mravně vhodné či nevhodné. Vyjadřuje se schopností praktického rozumu konat mravní závěry a úsudky. Tento proces probíhá v nitru člověka nepostřehnutelně a jedině sám člověk cítí výsledky buď „čistého“ svědomí nebo výčitek. Svědomí hodnotí pouze vlastní činy, nevymezuje to, co by měl, či neměl dělat jiný člověk (Příkaský, 2000).

1.2 Základní etické teorie

Etika se skládá ze tří oborů. První obor je Metaetika neboli filozofie morálky. Zaobírá se základním principem morálního myšlení a vysvětlením termínů zlo, štěstí, dobro. Druhý obor je Normativní etika. Ta utváří postupy a cesty k řešení problémů týkajících se etiky. Třetím oborem je Praktická etika. Poslední obor se zaměřuje na specifické situace a rozhodnutí. Ty mohou být celkové nebo v určitém oboru tzv. profesní etika. Tam mohou patřit oblasti podnikání, práva či lékařská a ošetrovatelská etika (Kutnohorská, 2007).

1.2.1 Hédonismus

Slovo hédoné pochází z řečtiny a v překladu znamená slast či radost. Za zakladatele hédonismu lze považovat řeckého filozofa Aristippose z Kyreny. Tento směr udává, že princip prosperujícího života spočívá ve vyhledání co největšího množství slastí a odstranění co nejvyššího množství strastí. Nejvyšší hodnota života je v uspokojení nižších potřeb. Lze tedy říci, že v tomto filozofickém směru je smyslem života uspokojování těchto nižších potřeb a zároveň co nejpohodlnější čekání na smrt, není možné vyžadovat od života něco jiného. Hlavním záměrem chování člověka je prožívat slast. Jako nežádoucí a negativní se ve všech případech jeví bolest (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Příkaský, 2000).

1.2.2 Utilitarismus

Za zakladatele utilitarismu jsou považováni Jeremy Bentham (1748-1832) a John Stuart Mill (1806-1873). Utilitaristická etika se zabývá, stejně jako v hédonismu, tématem libosti a nelibosti. Avšak utilitarismus bere v potaz i okolí. Utilitarismus se skládá ze čtyř principů, které tvoří celek, dle kterého lze říct, co je dobré pro jedince i společnost. Principů následků, dle kterého neexistuje žádné jednání, které by bylo samo o sobě mravně dobré či špatné, jedině na čem záleží je, jaké má daný čin následky. V tomto principu nezáleží

na vnitřním přístupu jednajícího. Jako druhý je princip užitečnosti. V tomto principu je kritériem jednání prospěšnost. Jde v něm především o to, způsobit svým chováním co největšímu množství lidí prospěch a blaho. Jako třetí do utilitarismu patří princip hédonismu. Ten tvrdí, že každý člověk si sám pro sebe určuje to, v čem se jeho štěstí spočívá. Nezáleží na konkrétní činnosti, kterou člověk koná, ale na pocitu který mu přináší. Jako poslední je sociální princip, ve kterém je kladena důležitost na morálku. Ta nesmí být sobecká a jejím zájmem musí být štěstí a touha druhých lidí. Je důležité vykonat co největší dobro co největšímu počtu tvorů, včetně zvířat. Utilitarismus se tedy zajímá především o výsledek chování lidí (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Příkaský, 2000).

1.2.3 Deontologie

Zakladatelem deontologie je Immanuel Kant. Slovo deonté pochází z řečtiny a jeho význam je „povinnost“. Kant své myšlenky upíná na úmysl jednajícího a na samotný čin. Chce vytvořit jednotnou etiku pro všechny lidi, bez ohledu na místo, náboženství, kulturu a časové období. Jeho cílem je založit takový etický systém, jehož motorem je samotný rozum, ne emoce a pocity, jeho zákony vychází přímo z člověka. *Kant začíná užívat pojem maxima, což je krátká věta morálního obsahu* (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 34). Základním jádrem jeho etiky je tvrzení: *Jednej vždy tak, aby se maximy tvého jednání mohly stát obecným zákonodárstvím* (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 38).

1.2.4 Etika ctností

Zakladatelem této etiky je Aristoteles. Jádrem jeho etiky je samotné chování člověka s myšlenkou, že se moudrá a vyzrálá osoba nemůže chovat zle. Etika ctností se především zajímá o jednajícího, jeho charakter a motivaci. Aristoteles chce docílit, aby člověk konal dobro neustále a bezděčně, aby měl takzvaný *habitus*. Tvrdí, že *etika je umění žít. Nejde o to „co mám dělat“ nýbrž o to „jaký bych měl být“* (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 38).

1.3 Základní etické principy

Autonomie

Pojem autonomie znamená, že každý člověk má právo na samostatný výběr a učinění vlastního rozhodnutí. Je etickým principem, který upozorňuje na to, že každá osoba

by měla mít právo rozhodovat o svém chování a jednání dle svých osobních etických principů. Pokud akceptujeme autonomii jedince, tak připustíme jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení. Autonomie také souvisí se sociálními a kulturními vlivy včetně náboženství (Mauk, 2006; Kutnohorská, 2007).

Autonomie je schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat svůj každodenní život podle svých vlastních pravidel a představ (Kalvach a kol., 2004, s. 19).

Člověk jako autonomní morální bytost sám sobě vymezuje mravní zákony (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 74.).

Dá se také definovat jako respektování pacienta jako lidské bytosti v jeho tělesných, psychických, společenských a duchovních oblastech. Jde o umožnění pacienta zapojit se do spolurozhodování o sobě a svých problémech (Šoltés, Pullmann, 2008).

Prospěšnost - beneficence

Tento etický princip spravedlnosti představuje činění co největšího dobra a prospěchu pro člověka a to jak v období zdraví tak i v období nemoci. Zahrnuje také opatření v zamezení, zmírnění či odstranění poškození a podpoře dobra. V ošetrovatelské praxi to znamená podpora fyzického a psychického zdraví. Veškeré úkony, které jsou prováděny, jsou pro dobro nemocného (Šoltés, Pullmann, 2008; Plevová a kol., 2011).

Neškození – non maleficence

Princip neškození zakazuje ublížení, poškození či usmrcení jiné osoby. *Má vztah k zásadě „primum non nocere“ – především neškodit* (Plevová a kol., 2011, s. 73). Tento princip je nadřazen před principem beneficence i autonomie. Je nutné vyloučit jakékoliv záměrné či nezáměrné poškození či zranění (Plevová a kol., 2011; Šoltés, Pullmann, 2008).

Spravedlnost

Spravedlnost je ctnost, která zaručuje vyrovnání s druhým tak, jak mu právem náleží. Princip spravedlnosti vyžaduje nedělení rozdílů mezi pacienty a poskytování zdravotní péče každému, kdo ji potřebuje bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, sexuální orientaci, vzdělání či náboženství. Do tohoto principu také patří rozdělování zdrojů (prostředků, zátěže, služeb). Nejčastější problém bývá v omezenosti zdrojů v souvislosti s problémem ideální a dostupné medicíny (Šoltés, Pullmann, 2008; Plevová a kol., 2011; Příkaský, 2000).

Pravdomluvnost

Princip pravdomluvnosti je povinnost říkat druhým pravdu a nelhat jim. Také se dá hovořit o pravdomluvnosti k sobě samému. Mluvit pravdu je součástí respektu, který projevujeme druhým lidem. *Lidé mají právo znát pravdu, mají právo na to, aby se jim nelhalo a aby nebyli okolím podváděni* (Plevová a kol., 2011, s. 76; Kutnohorská, 2007).

Věrnost, poctivost

Tento princip je definován jako povinnost zůstat věrný svým závazkům (Plevová a kol., 2011, s. 76). Zdravotník by se měl zavazovat pouze k takovým slibům a závazkům, které je schopen splnit (Plevová a kol., 2011).

Důvěryhodnost

V principu důvěryhodnosti jde o plnění daných slibů a udržení mlčenlivosti u citlivých informací, které nám sdělil pacient. Znamená to dodržet své závazky a ty vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi pacientem a tím, kdo péči poskytuje. Je zakotvena i v etickém kodexu. Princip důvěryhodnosti je plně spojen s principem věrnosti a pravdomluvnosti. Důvěryhodný zdravotník umí využít kvalitní komunikaci, je vstřícný k nemocným, spolehlivý a taktní. Jako samozřejmé je užívání slov jako dobrý den - děkuji – prosím a nashledanou (Plevová a kol., 2011; Kutnohorská, 2007).

1.4 Etika v ošetrovatelství

Etika v ošetrovatelství řeší etické problémy v ošetrovatelské péči (Plevová a kol., 2011, s. 69). Při ošetrování nemocných mají vždy všechny ošetrovatelské úkony prováděné nemocnému morální dopad. Etika v ošetrovatelství je tedy to, co činí dobro a užitek nebo škodu a neprospěch nemocnému. *Předmětem ošetrovatelské etiky je vztah a postoje ošetřující sestry k pacientovi* (Kutnohorská, 2007, s. 22). Projevuje se přístupem sestry k pacientovi a následným vztahem mezi nimi. To zahrnuje komunikaci (verbální i neverbální), etické jednání, projevy úcty, empatie a laskavosti, či projevy ignorance, spěchu a lhostejnosti. Dalším předmětem jsou kolegiální vztahy na pracovišti a chování sester a ostatních zdravotnických pracovníků k sobě navzájem. Tyto vztahy následně působí na atmosféru oddělení, spokojenost zaměstnanců i jejich motivaci. Dalším předmětem ošetrovatelské etiky je i velká oblast problémů, u kterých se projevuje to, že morální přístup není pokaždé jednoznačný (Kutnohorská, 2007; Plevová a kol., 2011).

Úkolem ošetrovatelské etiky je formulovat povinnosti ošetrujícího personálu a *stanovit mravní normy profese, zkoumat kvalitu vztahů mezi ošetrující sestrou a pacientem, určit žádoucí mezilidské vztahy, analyzovat eticky složité situace a vymezit hodnoty a cíle této situace, studovat pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti. Mezi základní pravidla a zdroje etického chování patří informovanost, lidská zkušenost a schopnost tvořit individuální modelace* (Kutnohorská, 2007, s. 22).

Etika v ošetrovatelství se především zabývá potřebami nemocných a morálním charakterem sester, které pacienty ošetrují. Důležité je brát na vědomí, že hospitalizace a nemoc ovlivňují pocity i prožívání pacienta, může cítit strach, úzkost, bezmoc či závislosti. Další důležitý fakt, který patří do etiky ošetrovatelství, je vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Je nutné, aby si zdravotníci, zejména na začátku hospitalizace pacienta, kdy jde pacient do cizího prostředí s obavami o své zdraví, získali jeho důvěru. Etika péčování zahrnuje soucit, spravedlnost, čestnost, důstojnost, důvěrnost a všímavost personálu k autonomii člověka bez ohledu na klientův momentální stav a mentální kondici. Není možné pečovat o pacienty bez konfrontace s obtížnými rozhodnutími a okolními problémy, které se týkají v dnešní době především schopnosti žít samostatně a nezávisle do co nejvyššího věku. Míra soběstačnosti má přímý dopad na dodržování plánu ošetrovatelské péče pacientem (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Mauk, 2006).

Etika v ošetrovatelství vychází z etiky lékařské, do poloviny 20. století se řídila stejnými principy. Je také spojena se současnými cíli ošetrovatelství a profesionální rolí sestry. Tato etika v ošetrovatelství je podložena etickými kodexy. Dobrá péče by měla být obecně založena na vlastnostech sestry (Kutnohorská, 2007; Goldmann, Cichá, 2004).

Dle Goldmanna a Ciché (2004) k této profesi patří sedm vlastností.

- I. *Znalosti a dovednosti – je nutné, aby sestra byla nejenom dostatečně vzdělaná ve svém oboru, ale aby si i nadále rozšiřovala své znalosti. Musí mít také dostatečné dovednosti a spojit si teorii s praxí.*
- II. *Trpělivost – je nutné, aby sestra byla trpělivá, především při kontaktu s pacientem například u hygieny, ošetrovatelských výkonech či při samotné konverzaci s pacientem.*
- III. *Schopnost víry – sestra musí věřit ve zlepšení pacientova zdravotního stavu či jeho uzdravení.*

- IV. *Poctivost – je nutné, aby sestra svou profesi prováděla poctivě. Musí důsledně plnit ordinace lékaře, podat přesný lék v přesné dávce, která byla naordinována lékařem či změřit fyziologické funkce v přesný čas. Nelze, aby sestra v jakékoli oblasti péče o nemocného neprováděla poctivě a důsledně všechny úkony, které jsou nutné.*
- V. *Skromnost – sem patří rozumná a oprávněná šetrnost, která není na úkor pacienta, a také upřednostňování jeho potřeb nad svými.*
- VI. *Naděje – je nutné, aby sestra přinášela pacientům naději na lepší zítřky, měla by být optimistická a veselá.*
- VII. *Odvaha – sestra vždy musí jednat ve prospěch -nemocného a musí nést za své jednání odpovědnost (Goldmann, Cichá, 2004, s. 108 - 110).*

Faktory ovlivňující etické chování sestry

Existuje mnoho faktorů, které ovlivňují chování sestry. Patří sem náboženská či filozofická příslušnost, teoretické znalosti ošetřovatelství a znalosti ošetřovatelské etiky, druh právních a zákonných norem, dle nichž je řízena zdravotní péče. Chování sestry je ovlivněno i technickým, materiálním i personálním vybavením pracoviště, její rolí sestry a z ní plynoucích povinnosti a odpovědnosti. Dále osobnostními vlastnostmi sestry, vztahy mezi pracovníky a z nich plynoucí atmosféra na pracovišti (Kutnohorská, 2007).

1.5 Etické kodexy v ošetřovatelství

Etický kodex je soubor etických norem, který určuje pravidla etického chování. Tyto etické neboli mravní normy jsou návodem vhodného a žádoucího chování a jednání v různých situacích při poskytování péče. V ošetřovatelství tedy znamenají přesun základních hodnot ošetřovatelství jako odpovědnost, autonomii a ochranu práv pacienta do charakteristických povinností sestry (Plevová a kol., 2011).

Etické koncepty jsou principy, které usnadňují rozhodování a dělají průvodce profesionálním chováním. Vyvíjejí se z našich přesvědčení a hodnot, mají proto základ v náboženství, kultuře i výchově. Etické rozhodování je řízeno morálními důvody neboli rozhodováním o tom, co je dobré a co špatné. Etické koncepty a osobní hodnoty určují náš charakter a jsou vyjádřeny v našem chování a jednání. Profesionální kodexy či standardy definují v ošetřovatelství různé etické činnosti. Změny v sociálních sítích zahrnující globální povědomí, kulturní odlišnosti, pokroky ve vědě, medicíně a technologiích, vytváří stále složitější konflikty a dilemata. Proto sestry musí mít jasnou představu o svých vlastních hodnotách

a strategiích při rozhodování, neboť osobní přesvědčení každého paciente může být jiné. Morální zásady jsou začleněny do etických kodexů, které jsou prohlášením o postoji daných profesních skupin, například Americké asociace sester za profesní obor ošetrovatelství. Tento kodex tvoří základní kámen ošetrovatelské praxe. Účelem je poskytnout sestřám určitý nástroj k identifikaci etické zodpovědnosti jako vodítko při rozhodování v rámci hlavních cílů, hodnot a závazků profese (Mauk, 2006).

Za nejstarší mezinárodní etický kodex je považována Hippokratova přísaha. *Ta vymezuje povinnosti, které má lékař té doby plnit vůči nemocným, druhům svého stavu i veřejnosti* (Goldmann, Cichá, 2004, s. 35).

Po 2. světové válce, roku 1947, byl vytvořen *Norimberský kodex*, který reagoval na zločiny lékařů v koncentračních táborech během 2. světové války. V něm byla určena pravidla pro biomedicínský výzkum. Roku 1948 na něj navázala Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization, WHO*) vytvořením *Ženevského slibu*. Dalším důležitým kodexem je *Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny* (Úmluva o lidských právech a biomedicíně) z roku 1997. Roku 2001 se stala hlavním zdravotnickým zákonem a jedním z nejvýznamnějších zákonů ČR. Tato úmluva se zabývá především ochranou lidských práv a svobod při kontaktu osoby se zdravotnickými službami. Etické normy pro sestry jsou uvedeny v *Etickém kodexu sester* (Příloha P IV). Významné jsou také *Etické normy v ošetrovatelském povolání z roku 1991*. Další etické kodexy, které musí sestry znát, jsou například *Práva pacientů*, *Charta práv hospitalizovaných dětí*, *Evropská charta pacientů seniorů* a *Charta práv umírajících* (Plevová a kol., 2011, s. 82-83; Munzarová, 2005).

Cílem etických kodexů v ošetrovatelství je poskytnout směrnice profesionálních vztahů jako podklad pro eticky odpovědné skutky a poskytnout profesní skupině prostředek k sebekontrolě. Dalším cílem je charakterizovat postavení sestry ve vztahu k pacientovi jako jeho zástupkyně, ke spolupracovníkům jako kolegyně, k ošetrovatelské profesi jako loajální zaměstnankyně a ke společnosti jako zástupkyně zdravotnických služeb. Dále pak ukázat společnosti, že sestry chápou důvěru, které se jim dostává, a přijímají odpovědnost, která z ní plyne (Plevová a kol., 2011, s. 83).

1.5.1 Etický kodex sester

Etický kodex sester vychází z Mezinárodního etického kodexu společnosti ICN (International Council of Nurses - Mezinárodní rada sester) přijatého v roce 1953, naposledy

revidovaného roku 2000. V České republice jej přijala Česká asociace sester 29. března roku 2003 (MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 1953).

Při poskytování ošetrovatelské péče je nutné respektovat lidskou důstojnost, lidská práva a lidský život. Zdravotní péče je poskytována všem stejně bez ohledu na pohlaví, věk, národnost, rasu či barvu pleti, nemoc i postižení, náboženskou příslušnost, sociální situaci či politické přesvědčení. Aby byl kodex účelný, musí ho sestry pochopit, ztotožnit se s ním a užívat ho ve všech oblastech práce. V kodexu jsou uvedeny čtyři základní prvky neboli články kodexu, ze kterých vychází zásady chování sester (Plevová a kol., 2011; MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 1953).

První článek se nazývá Sestry a spoluobčan. Tato část kodexu se zabývá chováním sestry k občanům, kteří ošetrovatelskou péčí potřebují. Patří sem například dodržování mlčenlivosti, ochrana důvěrných informací, úcta k hodnotám ošetrovaného, péče o jeho životní prostředí, respektování lidských práv, tolerování náboženského přesvědčení, zvyků a tradic.

Druhý článek, jménem Sestry a ošetrovatelská praxe, obsahuje pravidla vztahující se k provádění ošetrovatelské činnosti. Například, že sestra nese odpovědnost za vykonané ošetrovatelské činnosti, pravidelně si doplňuje vzdělání, dodržuje pravidla slušného chování, pečuje o své zdraví, užívá nové techniky a dbá na bezpečnost při zavádění vědeckých poznatků do praxe.

Třetí článek Sestry a profese se zabývá pravidly, která by měla sestra ve vztahu ke své profesi dodržovat. Patří sem například aktivita sestry při realizaci norem ošetrovatelské praxe, výzkumu či vzdělávání, aktivní členství v asociaci či publikační činnost. Dále je důležité, aby se podílela na ochraně ekonomických či sociálních podmínek v ošetrovatelství.

Čtvrtý článek, Sestry a jejich spolupracovníci, se zabývá spoluprací mezi členy ošetrovatelského týmu - nutností spolupráce, ochranou pacienta pokud je ohrožen nesprávným chováním kolegy, či uvědomení si specifické funkce a pozice ve zdravotnickém týmu (Plevová a kol., 2011; MEZINÁRODNÍ RADA SESTER, 1953).

Pro plnění požadavků dnešní lékařské a ošetrovatelské péče je nutné, aby zdravotnický pracovník měl následující vlastnosti. Měl by být vysoce odborně vzdělaný a profesionální, měl by mít vysokou morální úroveň s úctou k nemocnému, s úsilím zabezpečit

co největší možný prospěch nemocného (beneficence) a minimalizovat jeho utrpení. Další vlastností by měla být schopnost řešit složité pracovní situace (Goldmann, Cichá, 2004).

1.5.2 Etický kodex Práva pacientů

Prvotní formulace práv pacientů se začaly objevovat v sedmdesátých letech minulého století. V USA byla stanovena první charta práv nemocných roku 1972. Po jejím vydání bylo nezbytné, aby zdravotníci v praxi určili, na co má nemocný právo. Z tohoto důvodu se začaly formulovat první standardy zdravotní či ošetrovatelské péče. Nejstarší ošetrovatelské standardy byly vytvořeny Americkou asociací sester, tyto standardy byly určeny pro práci sester v neodkladné péči (Etický kodex sester; Charty práv pacientů, 1998).

Roku 1981 je vytvořena Lisabonská deklarace o právech pacientů, kterou vytvořila Světová lékařská asociace, WMA. Ta obsahuje 6 základních práv pacientů. V České republice byla verze etického kodexu „Práv pacientů“ sestavena na podkladu Vzorových práv pacientů, která byla publikována Americkým svazem občanských svobod roku 1985. Konečná verze vznikla na podkladě rozsáhlé diskuze české odborné veřejnosti. Ta byla stanovena a vyhlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. 2. 1992. Následně byla vytvořena práva dalších skupin pacientů, například Práva hospitalizovaných dětí, Práva psychiatrických pacientů, Práva těhotných žen a jiných (Munzarová, 2005; Plevová a kol., 2011; Etický kodex sester; Charty práv pacientů, 1998).

Plevová a kol. (2011) vytyčuje sedm cílů práv pacientů. Prvním cílem je úcta k nemocnému a jeho individualitě, k jeho lidství a momentální psychické a sociální situaci. Druhým cílem je vytvoření demokratického vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Dalším cílem je zahrnutí pacienta do léčebného procesu neboli vyzvání pacienta ke spoluúčasti na jeho léčbě. Čtvrtým cílem je uznání autonomie pacienta a zahrnutí tohoto prvku do běžné praxe. Pátým cílem je dosažení lepšího vztahu a pochopení mezi nemocným, jeho rodinou a zdravotníky, kteří poskytují péči. Šestým cílem práv nemocných je určení správného postupu jak zdravotníky, tak nemocným. Poslední sedmý cíl upozorňuje, že tyto práva nemocných musí být k tomu, aby správně fungovala, doplněna i povinnostmi jak ze strany zdravotníků, tak i ze strany nemocných.

2 DŮSTOJNOST

Slovo důstojnost pochází z latiny – *dignus, dignita*, v překladu povinnost respektu, neboli zasloužit si poctu a úctu. Tento pojem „lidská důstojnost“ je často používané slovní spojení, především v knihách zaměřených na zdravotnictví, etiku a ošetrovatelství. Důstojnost se dá chápat jako *univerzální lidská záležitost* (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012, s. 4).

Dle Kalvacha a kol. (2004) je „důstojnost“ složitá entita. Může být také popsána jako něco, co náleží každému člověku jako členu svého rodu. Důstojnost je kotvou různých světových pohledů a je často řešena v moderní filozofické, morální i právní diskusi. Může mít různé druhy významů závislých na okolnostech, ve kterých je pojem užíván. Ale co je to tedy důstojnost? Tento pojem bývá v praxi velmi obtížné popsat. Důstojnost si často uvědomíme, až když je ohrožena či následně poškozena. Proto bývá snazší určit to, co je nedůstojné. Na lidskou „důstojnost“ se také odvoláváme, když řešíme, zda určité jednání bylo etické či ne. Avšak pojem lidské důstojnosti stále není plně jednoznačný, to co je důstojné se dá vymezit z odlišných pohledů. Pojem lidská důstojnost je již často užíván v samozřejmosti, avšak význam tohoto slovního spojení je v tom, že důstojnost je *vlastní každé osobě a je nezcizitelná*. Princip lidské důstojnosti je základním prvkem v listinách práv nemocných a povinností zdravotníků a je součástí mnoha dokumentů, které souvisejí s poskytováním ošetrovatelské péče. Pojem, který úzce souvisí s důstojností, je úcta a to jak k sobě samému (sebeúcta) tak i k ostatním lidem a obráceně, od druhých k nám. Úctou k sobě ukazujeme, jak moc si vážíme sebe a úctou k druhým vyjadřujeme, na kolik si vážíme jich. Na lidském sebehodnocení a sebeúctě se odráží to, jak je s lidmi zacházeno. Především u starších osob je velmi lehké tuto sebeúctu zničit (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Kalvach a kol., 2004).

Dle Kalvacha a kol. (2004), který provedl výzkumný projekt „Důstojnost a starší Evropané“, je pro seniory důležité, aby cítili úctu ze strany druhých a aby okolí uznávalo jejich hodnotu. Dle účastníků výzkumu jsou důležité i malé vyjádření uznání vůči nim a také jejich uplatnění ve společnosti. Mezi další důležité pojmy výzkumu byla participace neboli začlenění do okolního dění. Mnozí senioři se shodli s názorem, že jsou vyloučeni ze společnosti a až na výjimky jsou zbaveni možnosti zasahovat do rozhodování o záležitostech, které jsou s nimi přímo spojeny. Nedostatek financí a nevyhnutelný odchod do důchodu

se následně podílí na pocitu nudy, osamělosti a apatie. Tyto faktory poté často přispívají ke ztrátě důstojnosti.

2.1 Typy důstojnosti

V rámci již zmíněné studie „Důstojnost a starší Evropané“ byl zpracován určitý model, který rozlišuje 4 typy důstojnosti (Kalvach a kol., 2004).

Důstojnost zásluh

U tohoto typu důstojnosti je důležité vědět, že postavení člověka v různých společnostech závisí na jeho sociální a ekonomické situaci. Společenský status a důstojnost jsou lidem ve společnosti uznávány za něco, čeho v životě dosáhli. V tomto kontextu důstojnost blízce souvisí s lidskou činností. Člověk v určité pozici (například starosta), má určitý status, který lidé oceňují. Především senioři proto mají obavy týkající se odchodu ze zaměstnání do důchodu. Tím se změní jak jejich ekonomická situace, tak i zařazení ve společnosti a proto mohou prožívat ztrátu důstojnosti (Kalvach a kol., 2004).

Důstojnost mravní síly

Důstojnost mravní síly se zabývá mravní autonomií či integritou člověka. Lidé, kteří žijí v harmonii se svými mravními zásadami, jsou mravní a slušní, mají vysoký mravní standard, respekt a uznávání okolí, mají určitou důstojnost sami k sobě neboli sebeúctu. Tento typ důstojnosti se může objevovat v různém rozsahu, mravní standard je individuální, záleží na osobnosti. Důstojnost mravní síly může mít jen chvilkové trvání, záleží na tom, jakým způsobem se člověk chová (Kalvach a kol., 2004; Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Kalvach a kol. (2004) ve svém výzkumu, kterého se účastnilo i mnoho odborníků, zjistili, že pokud člověk nemůže dostát tomu, co považuje za mravní požadavek nebo základ péče o člověka, například z důvodu nedostatku zdrojů a prostředků, cítí frustraci a velmi intenzivně to ovlivní jeho důstojnost mravní síly. Odborníci zastávali názor, že jako lékaři, sestry či sociální pracovníci by měli být schopni uskutečňovat péči na určité úrovni.

Důstojnost osobní identity

Důstojnost osobní identity je velmi důležitá v souvislosti se seniory. Základními prvky jsou integrita, vědomí vlastního já, fyzická identita, zařazení do společnosti

a schopnost nacházet význam ve vlastním životě, svých skutečích a dění jehož je člověk přítomen. Tento typ důstojnosti souvisí se sebeúctou a ukazuje osobitou identitu jedince. Důstojnost osobní identity může být poškozena mnoha způsoby, ale téměř vždy je její poškození zapříčiněno chováním druhých lidí. Může ji poškozovat fyzické ubližování, psychické či citové újmy, omezování autonomie i zamezení kontaktu s jinými lidmi. Každé takové jednání často vede u poškozeného člověka ke snížení vědomí vlastní hodnoty a sebevědomí. Poškodit tento typ důstojnosti lze také nedbalostí, například nezajištění dostatečného soukromí při provádění hygieny a jiných intimních úkonů. Tyto druhy poškození působí postižené osobě trauma, mění její identitu a snižuje její sebeúctu i autonomii. Výsledkem takového ublížení bývá u poškozeného pocit sebe jako pasivního objektu a bezmoci. Pokud je tento typ důstojnosti nepoškozen, má obvykle člověk pocit úplné lidské bytosti s dobrými vztahy a pocitem, že je plně zařazen do společnosti. To následně pomáhá pacientům neztratit smysl vlastního života. Pokud se některý z těchto aspektů změní – například při vypuknutí nemoci, neschopnosti či odchodu do důchodu, může dojít k poškození důstojnosti (Kalvach a kol., 2004).

Nejčastěji dochází k těžkým změnám vlastní identity a narušení autonomie ve stáří. V tomto období se člověk stává slabším a méně odolným vůči okolí. Jsou přítomny i jiné faktory jako odchod ze zaměstnání do důchodu, změna fyzického vzhledu, postupná ztráta schopnosti postarat se sám o sebe i v základních lidských potřebách (nejčastěji hygiena, oblékání), ztráta schopnosti samostatného pohybu. Důstojnost osobní identity ve stáří může být narušovaná také negativním obrazem starších lidí v médiích, reklamě či užíváním ponižujících slangových výrazů, kterými bývají mnohdy oslovováni. Tyto faktory poté mohou změnit vnímání sebe sama, způsobit ztrátu důstojnosti, pocit ostrčení ze společnosti a snížení vědomí vlastní ceny, brání akceptování odlišnosti, snižují potenciál a pravomoc starších osob. Na stejném principu může být také důstojnost osobní identity porušena u lidí trpících demencí, u lidí poškozených rozsáhlou popáleninou nebo po amputaci končetiny. Tyto prvky důstojnosti patří ke každodenním prožitkům lidí. Nepřítomnost některého z nich může být vnímána jako ignorace, zahanbení, ponížení, trapnost či znehodnocení jejich osoby (Kalvach a kol., 2004; Příkaský, 2000).

Menschenwurde

Pojem Menschenwurde pochází z Německa a odkazuje k *nezcizitelnému významu lidských bytostí jako lidských bytostí*. Tato stránka důstojnosti dává důvod mravnímu požadavku úcty vůči všem osobám (bytostem), bez ohledu na jejich fyzický, psychický či

sociální status. Důstojnost vyrůstá z obecného pojetí lidství a není jen záležitostí toho, co člověk cítí nebo co akceptuje mravní kultura dané společnosti. Pojem „lidství“ je tedy něco, co lidská bytost nemůže nikdy ztratit, ani o to člověka nemůže nikdo připravit. Tento typ důstojnosti tedy definujeme v souvislosti s tím, *co znamená být lidskou bytostí*. Menschenwurde obsahuje tři charakteristiky podle kterých lze pochopit význam osobní autonomie (Kalvach a kol., 2004, s. 13).

První charakteristika se zabývá kontrolou nad svými tělesnými potřebami. Lidské bytosti jsou tělesné a během svého vývoje se učí ovládat své fyziologické funkce. Snížení schopnosti ovládat tyto tělesné funkce (například při inkontinenci) je příčinou pozbytí důstojnosti. Tato důstojnost může být ohrožena také neschopností takto postiženého člověka překonat a akceptovat ztrátu své fyzické autonomie. Může být ochromena i okolím, a to tehdy, pokud okolí nevyčítá a nesníží pocit studu a trapnosti v situaci, související se ztrátou kontroly fyziologických funkcí u jedince (Kalvach a kol., 2004).

Druhá charakteristika se zabývá schopností lidí vytvářet a *tvarovat svou identitu*. To znamená i pochopit sám sebe pomocí *vytváření smysluplných příběhů o svém vlastním životě*. V těchto příbězích je začleněno i bytí nás samotných, coby společenských a ekonomických bytostí (důstojnost zásluh) i bytostí schopných zlepšovat a odůvodnit naše jednání dle vlastních mravních hodnot (důstojnost mravní síly). Stáří a nemoc nejčastěji ohrožují tuto schopnost vytvářet příběhy, mít způsobilost v rozhodování a tím i autonomii jedince. Naše společnost často vytváří negativní obrazy starších lidí (*důstojnost osobní identity*) s čímž souvisí i stále diskutovanější pojem *ageismus neboli odpor ke stáří*, který tyto hrozby v naší kultuře zintenzivňuje (Kalvach a kol., 2004, s. 14).

Třetí charakteristika se zabývá potřebou respektu z okolí. Lidé jsou bytosti společenské, a potřebují, aby je jejich okolí respektovalo a tím jim dodali dostatečnou sebeúctu. Ztráta respektu u postiženého člověka snižuje jeho autonomii. Pro starší osoby je čím dál obtížnější si uchovat sebeúctu. Tito lidé bývají mnohdy izolováni, osamoceni a separováni od zbytku společnosti (Kalvach a kol., 2004).

2.2 Důstojnost péče

I v této části jsou informace čerpány z již výše zmíněné studie „Důstojnost a starší Evropané“. Hlavním tématem této studie v oblasti důstojnosti péče byla otázka ztráty nezávislosti. Podle seniorů, kteří se účastnili studie, jsou odborní pracovníci příliš *protektivní*

a snaží se vyhnout všem rizikům (alibismus). Tím odsunují starší osoby do izolace od okolí a omezují jejich autonomii a tím i samotnou důstojnost. Starší osoby se také často obávají toho, aby se nestali zátěží pro druhé či pro stát, či aby se u nich neobjevila psychická nemoc, například demence. Těž si chtějí udržet vlastní *kontrolu nad rozhodováním o svém životě* a dohled nad tím, jaká bude jejich léčba či péče a jaký bude mít průběh. Starší osoby také ve studii říkají, že je ve zdravotní péči velmi rozšířený ageismus (Kalvach a kol., 2004, s. 16).

Pro zachování důstojnosti při poskytování péče člověku důležité faktory, jako jsou *projev zájmu o klienta, zdvořilost, vlídnost, naslouchání a respekt k soukromí*. Jako příklad nedůstojné péče klienti uváděli špatnou komunikaci (především nevhodné oslovování „dědo“, „babi“), zacházení jako s neživou věcí (zvěcnění lidské bytosti), pokořující obnažování a nedostatek úcty při provádění intimních úkonů (hygiena, vyprazdňování, oblékání), pocit zranitelnosti a křehkosti při péči a nerovný vztah mezi tím, komu je péče poskytována, a tím, kdo ji provádí. Respondenti také připomínali důležitost důstojného umírání. Výsledky této části studie odhalují, jaké chování nejčastěji porušuje pacientovu důstojnost a naopak které chování důstojnost zachovává (Kalvach a kol., 2004, s. 16).

Starší lidé označují jako zásadní pro udržení důstojnosti zachování nezávislosti, častá je obava o ztrátu možnosti ovlivňovat každodenní úkony a činit svá vlastní rozhodnutí. Často se stávají situace, kdy člověk, který je z jakéhokoli důvodu odkázán na lidskou pomoc, nesouhlasí s rozhodnutími, k nimž byl přinucen. Zvyšující se závislost na ostatních lidech ale nemusí při správném přístupu ošetřujících osob znamenat ztrátu autonomie. Tu je možné zachovat správným způsobem chování k dané osobě. Například tím, že ošetřující osoba daného člověka *aktivně zapojuje do činností, spolupracuje s ním a nabízí mu možnost volby, odpovídající jeho dosavadní identitě*. V tomto kontextu může být uchování autonomie obrazem funkce vztahu mezi pečujícím a pacientem (Kalvach a kol., 2004, s. 30; Příkladský, 2000).

2.3 Respektování důstojnosti

Lidskou důstojnost poškozují bránění člověku v jeho sebevyjádření, v jeho volbách, vyžadování dodržení určitých pravidel, které člověk nechce. Při ošetřování nemocných je nutné si uvědomit, které chování lidskou důstojnost poškozují a následně tomuto chování zabránit. Nejčastěji je nemocnými vnímáno jako nedůstojné nepřijetí originality každého jedince se specifickými potřebami a paušalizace péče o nemocné, vnucování určitého řádu

a pravidel, které nemocný odmítá a nemožnost se projevit své názory. Ošetřovatelství by mělo rozvíjet projevy svébytnosti a pomáhat rozvíjet tuto potřebu. Stejně jako všechny ostatní potřeby, může být i tato potřeba nejen neuspokojena, ale i zapomenuta (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Maslowova pyramida potřeb dělí lidské potřeby od nejnižších po nejvyšší. Mezi nižší patří potřeba spánku, jídla či vyprazdňování, do potřeb vyšších patří potřeba seberealizace, sebeúcty či přijetí. Sestra musí tedy dbát na to, že nejenom musí uspokojit všechny nižší potřeby, ale i na způsob jakým je uspokojuje, na způsob komunikace a zacházení s nemocným, který zvolí při uspokojování těchto potřeb. Potřeby nemocného jsou provázány a jedině při správném zacházení a přístupu k nemocnému při uspokojování potřeb nižších, je možné, aby pacientovi byly uspokojeny potřeby vyšší (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Příkaský, 2000).

V péči o člověka nyní čím dál tím více přebírají určitou část nové zdravotnické technologie a nové léčebné postupy. Sestry nyní užívají modely ošetřovatelské péče, ošetřovatelskou terminologii, ošetřovatelskou dokumentaci, provádějí vlastní výzkumy. V dnešních dobách tedy vzniká riziko opomíjení faktu, že objektem zdravotní péče není jen komplex orgánů a fyziologických funkcí, ale člověk, lidská bytost, která má vlastní mínění o smyslu svého života a s onemocněním související strach, obavy a úzkosti. Součástí této subjektivty člověka je i samotná důstojnost jako svobodné, autonomní bytosti se svojí důstojností (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

O poškozování lidské důstojnosti se často hovoří také při užívání tzv. omezovacích, donucovacích či ochranných prostředků nejčastěji v psychiatrických zařízeních, nemocnicích či ústavech sociální péče. V tomto ohledu je nutné se zamyslet, zda je pro člověka méně důstojné, pokud jsou na něm užity tyto prostředky, nebo to, že svým chováním může ublížit sobě či ostatním. Je proto nutné tyto prostředky nahradit kvalifikovanější ošetřovatelskou péčí (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012).

Často je lidská důstojnost poškozována na první pohled malými činy. Jedná se o přehlížení, ignoraci, nevlídnou či strohou komunikací. Další, v praxi bohužel často vídanou, chybou zdravotníků je obnažení intimních partií při poskytování hygienické péče. Ať už se jedná o obnažení mezi ostatními nemocnými na pokoji, nebo nechání otevřených dveří, vždy klient cítí stud a výsledkem může být, že se nemocný začne cítit jako pasivní objekt či bezmocná hračka v rukou druhých. Vždy je proto nutné dbát na intimitu pacienta

a užít pokud možno plenty mezi lůžky, nebo vyžádat opuštění pokoje ostatními pacienty. Je proto důležité, aby zdravotníci nejenom měli teoretické znalosti a dovednosti o etických principech či kodexech, ale aby je uměly správně užít v souladu s běžnou praxí poskytování ošetrovatelské péče (Heřmanová, Vácha, Svobodová a kol., 2012; Příkaský, 2000).

3 DOMÁCÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

WHO (Světová zdravotnická organizace) definuje domácí ošetrovatelskou péči jako formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech. V České republice je evidována jako odbornost 925 – domácí péče (dle vyhlášky MZ ČR 493/2005 Sb.) Je to speciální typ ambulantní péče, který poskytuje lidem nejčastěji fyzicky i psychicky postiženým, s akutním či chronickým onemocněním, odbornou zdravotní péči v jejich domácím prostředí. Tuto péči předepisuje ošetřující lékař klienta. Ten určí druh, frekvenci a časovou náročnost návštěv. Pacientovi, kterému končí pobyt v nemocnici a je nutné, aby léčba pokračovala, domácí péči zajišťuje jeho ošetřující lékař a to maximálně do 2 týdnů po ukončení hospitalizace. Domácí péče je komplexní a patří mezi základní prvky primární péče. Principem je souhra člověka s jeho sociálním okolím a především jeho osobní vnímání *kvality života*. Kvalita života je obtížně měřitelnou jednotkou, od roku 1993 je mezinárodně přijata jednotka 1 QIL (Quality of Individual Life). Ta určuje objektivní potřeby jedince *ve vztahu k reálným možnostem společnosti*. V domácí péči se uplatňuje princip subsidiarity neboli podpora samostatné aktivity pacienta v oblasti sebepečce a vzájemné pomoci mezi členy rodiny. Dalším důležitým prvkem je edukace klienta i jeho rodiny a posílit tím odpovědnost jedince za své vlastní zdraví a zároveň zvýšit spoluodpovědnost rodiny za poskytovanou domácí péči. Tato péče je poskytována nejvíce agenturami domácí péče, které jsou shromažďované Asociací české domácí péče. Povinností sester, které pracují v domácí péči, je respektovat lidská práva, etické i zákonné normy (Krátká, Šilháková, 2008, s. 79; Hanzlíková a kol., 2007, s. 241).

Cíle domácí péče

Mezi hlavní cíle domácí ošetrovatelské péče patří zajištění kvalitní a profesionální péče ve vlastním sociálním prostředí klienta s možností využití služeb 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Dále pak zajištění kvalitní a efektivní zdravotní péče v domácím prostředí pacienta a snížit tím vliv nozokomiálních nákaz a iatropatogenního poškození na zdravotní stav pacientů. Mezi další cíle při poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí patří zachování lidské důstojnosti, podpora kvality života klienta i jeho rodiny, poskytnutí psychické opory klientovi i jeho rodině, zvýšení či zachování stejné úrovně soběstačnosti klienta, edukace klienta i pečující rodiny a poskytnutí komplexní péče o klienta a zabezpečení dodržení léčebného režimu (Krátká, Šilháková, 2008; Marková a kol., 2010).

3.1 Historie domácí péče

Historie domácí péče sahá již do dob raného křesťanství. V tehdejších dobách to byl běžný způsob ošetřování nemocného člověka, nejčastěji člena rodiny. Lidé v rodinách společně prožívali jak události radostné, tak i bolestné. Porody dětí, léčení nemocných i umírání probíhalo jako přirozená součást života mezi nejbližšími členy rodiny. Péče v domácím prostředí byla jedinou možností péče vzhledem k úrovni medicínských poznatků (Hanzlíková a kol., 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

V tomto období byla péče o nemocného člověka uskutečňována ženami přímo v domovech nemocných, byly to především zkušené bylinkářky a porodní báby. V období středověku byl vybudován první *řád řeholních sester – ošetřovatelek Augustiánek*, které se zabývaly péčí v rodinném prostředí. Autorem první moderní koncepce domácí péče, vzniklé roku 1859, byl Viliam Rathbon. Ten s Florance Nightingalovou zřídil *první školu pro sestry návštěvní služby*, které ošetřovaly nesoběstačné a chudé nemocné. První pokusy o poskytování domácí péče ze strany lékařů proběhly v letech 1885, 1887 a 1888 v Americe. Tyto organizace byly však řízeny neprofesionály. Za podpory Ministerstva zdravotnictví byla roku 1893 založena ošetřovatelská služba, kterou vedly Lilian Waldová a Mary Brewsterová. Ty také založily školu specializovanou na domácí péči (Krátká, Šilháková, 2008; Hanzlíková a kol., 2007).

Kolem 19. století začíná náhlý rozvoj domácí péče se zaměřením na péči o starší občany. Jedinou výjimku tvořilo Holandsko, tam se již domácí péče poskytovala všem věkovým kategoriím. V období roku 1970 bylo nutné snížit výdaje na ošetřovatelskou péči – tím se dostala do popředí péče domácí. V České republice se o tuto péči poskytovanou v domovech staraly sestry *Českého červeného kříže* až do roku 1950, v tomto roce byla také založena *Masarykova škola zdravotní a sociální péče*, která připravovala sestry na péči poskytovanou v domácnostech. Roku 1952 je domácí péče zařazena do zdravotní péče a odpovědnost za její poskytování přebírá stát. Rok 1989 byl v oblasti zdravotnictví zlomový, proběhla změna v řízení a financování zdravotnictví a reforma ve struktuře (Krátká, Šilháková, 2008; Hanzlíková a kol., 2007).

Roku 1990 je vytvořeno první *středisko ošetřovatelské péče* pod vedením *České katolické charity*. V roce 1991 se konala ve Štrasburku první konference domácí péče, která odstartovala rozvoj domácí péče u nás. Následně je téhož roku založena první agentura domácí péče v Pardubicích, její financování probíhalo z rozpočtu místní nemocnice.

Během toho roku vzniklo v ČR 26 agentur (25 pod vedením České katolické charity), ve kterých pracovalo 451 lidí. Následně roku 1993 byla zřízena *Asociace domácí péče České republiky*, která funguje dodnes. Asociace shromažďuje poskytovatele domácí péče, zaregistrovaných pracovišť bylo v roce 1994 již 353. Televizní seriál Hippokrates, jež se zabýval domácí péčí, zvýšil informovanost a zájem veřejnosti o ošetřování nemocných v jejich domácím prostředí. Roku 2004 bylo zaregistrovaných 494 agentur. Nyní se domácí ošetřovatelská péče dá dělit na ošetřovatelskou, pečovatelskou a komplexní (kombinace dvou předchozích) (Krátká, Šilháková, 2008; Hanzlíková a kol., 2007).

3.2 Formy a financování ošetřovatelské péče

Financování

Existují 4 možnosti financování domácí ošetřovatelské péče. Prvním typem je financování péče z fondu veřejného zdravotního pojištění. To je zakotveno ve vyhlášce MZČR č. 493/2005 Sb., která udává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Platba zdravotní péče je konána na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami. To se řídí podle dané vyhlášky hodnotou bodu v Kč do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den. Maximální množství a rozsah návštěv je určen na 3 návštěvy za den. Časová náročnost návštěv je indikována lékařem a návštěvy mohou být buď 15 min., 30 min., 45 min. až 60 minutové. Druhý typ hrazení domácí péče je přímá platba klienta či jeho rodiny. Ta probíhá především u klientů, kteří nejsou pojištěni nebo pokud nejsou výkony, které požaduje klient, hrazeny zdravotní pojišťovnou. Proto je nutné vždy klienta informovat, které výkony jsou či nejsou pojišťovnou hrazeny a kolik by bylo nutné si následně doplatit. Třetí typ, ze kterého je možno čerpat finanční prostředky, jsou sponzorské dary, granty a nadace. Čtvrtou možností jsou příspěvky obcí na sociálně slabé (Krátká, Šilháková, 2008; Marková a kol., 2010).

Vykazování péče zdravotním pojišťovnám je řízeno platnou legislativou České republiky a to vyhláškou MZ ČR č. 331/2007 Sb., která obsahuje seznam zdravotních výkonů. Ty jsou vedeny pod odborností 925 sestra domácí péče. Další možností je metoda, při které se pořizují a předávají doklady Všeobecné zdravotní pojišťovně. Samotné výkony se vykazují kódy, které vymezují druh ošetřovací návštěvy a čas jejího trvání (Marková a kol., 2010).

Formy domácí péče

Domácí péče je poskytována v pěti základních formách. První formou je akutní domácí péče neboli domácí hospitalizace. Ta je určována pacientům s akutním krátkodobým onemocněním, které není indikací k hospitalizaci či jako alternativa samotné hospitalizace. Jsou to nejčastěji nemoci kardiovaskulárního systému, neurologické, urologické či choroby gastrointestinálního traktu. Součástí je také specializovaná domácí péče, která se zaměřuje na klienty v pooperačním či poúrazovém stavu. Je poskytována krátkodobě a to v rozsahu dnů či týdnů (Jarošová, 2007).

Druhou formou je dlouhodobá domácí péče. Ta je nejrozšířenějším typem domácí péče v České republice. Zahrnuje péči o chronicky nemocné klienty, kteří potřebují dlouhodobou a pravidelnou domácí péči poskytovanou kvalifikovanými zdravotníky. Mezi takové klienty patří nejčastěji lidé po mozkových příhodách, s komplikovaným diabetem, roztroušenou sklerózou, chronickou bolestí či klienti se závažným duševním onemocněním, s plným nebo částečným ochrnutím části těla. Tento druh domácí péče úzce spolupracuje s doplňkovými aktivitami zdravotního či sociálního charakteru. Nazývá se také péčí komplexní a je poskytována dlouhodobě, v rozsahu měsíců až let (Jarošová, 2007).

Třetí formou je preventivní domácí péče. Ta zahrnuje klienty, kterým určí ošetřující lékař preventivní monitorování zdravotního stavu v pravidelných intervalech. Mezi takové úkony patří monitorace fyziologických funkcí, celkový stav klienta a případné změny sestry ihned hlásí lékaři. Nejčastěji je poskytována ve frekvenci několikrát týdně či měsíčně, záleží na indikaci ošetřujícího lékaře (Jarošová, 2007).

Čtvrtou formou je domácí hospicová péče. Ta je určena pro klienty v preterminálním či terminálním stadiu života. Je obvykle poskytována u klientů, u kterých ošetřující lékař předpokládá ukončení terminálního stadia do šesti měsíců. Tato péče zajišťuje klientovi odbornou péči, například management bolesti, emocionální podporu, zmírnění utrpení klienta i jeho blízkých v tomto období (Jarošová, 2007).

Pátou formou je domácí péče ad hoc neboli jednorázová domácí péče. Ta zahrnuje provedení jednorázových odborných výkonů jako například jednorázová aplikace injekce či odběr biologického materiálu bez zavedení domácí péče. Je indikována nejčastěji v případech, kdy nelze zajistit jiný způsob odběru materiálu, například z provozních důvodů (Jarošová, 2007).

3.3 Ošetrovatelská péče v domácí péči

Domácí péče poskytuje péči primární i sekundární, avšak v posledních letech se stala nejdůležitějším poskytovatelem právě péče terciální. Je poskytována v rámci komplexní komunitní péče. Ošetrovatelské aktivity jsou sestrou prováděny *přímo* či *nepřímo* (Jarošová, 2007, s. 69).

Přímá péče zahrnuje všechny aktivity, při kterých je sestra v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Nejčastěji jsou to přímé ošetrovatelské výkony – převazy, měření fyziologických funkcí, aplikace injekcí, odběry biologického materiálu, podávání infuzí, edukace klienta a jeho rodiny. Patří sem také osvojení návyků upevňujících zdraví a podpora klienta a jeho rodiny. Všechny tyto provedené výkony musí být zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace a jsou vykazovány zdravotní pojišťovně k vyplácení (Jarošová, 2007).

Nepřímá péče zahrnuje aktivity, které se týkají zkvalitňování a koordinace péče. Patří sem například spolupráce sestry s odborníky, multidisciplinární konzultace, organizace a účast na poradách se spolupracovníky, nákup zdravotních pomůcek či obvazového materiálu, administrativní a dokumentární práce nebo plánování dalších aktivit (Krátká, Šilháková, 2008; Jarošová, 2007).

Domácí péče se může také dělit na distribuční a epizodickou. Distribuční je zaměřena na primární prevenci, upevňování zdraví a prevenci onemocnění. Epizodická zahrnuje sekundární a terciální prevenci. Ošetrovatelská péče v domácích podmínkách, stejně jako při hospitalizaci v nemocničním zařízení, je poskytována formou ošetrovatelského procesu, ve kterém jsou zahrnuti všichni, kteří se sestrou spolupracují (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

1. Posuzování klienta

Sestra pracující v domácí péči posuzuje stav klienta již při prvním kontaktu s ním. Ten probíhá během první návštěvy v klientově domácím prostředí. Sestra důkladně vyhledává a zapisuje objektivní i subjektivní informace o klientovi a jeho rodině. Často jsou v této fázi užívány různé formuláře a dotazníky, ovšem v České republice zatím není pro domácí péči jednotná dokumentace. Objektivní informace sestra získává přímým pozorováním klienta, rozhovorem a měřením jeho fyziologických funkcí. Subjektivní získává pozorováním prostředí klienta i například jeho vyjadřování. V této fázi sestra může navrhnout

nout zapojení dalšího odborníka (logopeda, fyzioterapeuta) do péče. Klient i rodina se podílejí na získání co nejpřesnějších údajů, dle kterých je následně zpracován ošetrovatelský plán (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

2. Diagnostika problémů

Na základě zjištěných informací určuje sestra ošetrovatelské diagnózy. Podrobně klasifikuje ošetrovatelské diagnózy systém NANDA. V USA užívají speciální klasifikační systémy pro domácí péči – například Home Health Classification System. Sestra je odpovědna za správné sestavení ošetrovatelských diagnóz. Využívá k tomu informace od klienta, jeho rodiny či spolupracovníků (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

3. Plánování ošetrovatelských aktivit

Dle těchto ošetrovatelských diagnóz sestra spolu s klientem a jeho rodinou vytváří krátkodobé a dlouhodobé cíle a utváří individuální plán ošetrovatelských aktivit. Tento plán indikuje očekávané výsledky pro každý klientův problém nebo sesterskou diagnózu. Je nutné definovat nejlepší druh zdravotní péče a určit očekávané výsledky péče. Ty vycházejí z pečlivého hodnocení a precizní diagnostiky a jsou vymezené dle klienta a jeho prostředí. Výsledkům předchází důkladné vymezení cílů, které jsou zaměřeny na podporu, udržení nebo navrácení zdraví a na prevenci komplikací. Součástí plánu je také následné hodnocení poskytnuté péče, datum, ve kterém byla péče poskytnuta, záznam o akutní péči a podpis sestry, která péči vykonala (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

4. Realizace plánu

Tento plán je následně realizován dle doporučení před návštěvou klienta, v průběhu návštěvy či po jejím skončení. Sestra rozhoduje o nejlepším provedení plánovaných aktivit takovým způsobem, aby bylo dosaženo co nejvyšší úrovně zdraví a funkční zdatnosti u klienta, a aby se klient i jeho rodina co nejvyšší možnou mírou aktivně zapojovali do péče (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

5. Hodnocení stavu klienta

Ošetřující sestra s klientem, jeho rodinou a spolupracujícími odborníky hodnotí klientův stav ve vztahu k očekávaným výsledkům a předem určeným cílům. Během dalších návštěv klienta a dle změn jeho zdravotního stavu mohou být cíle upravovány či přidávány nové. Dle potřeb klienta může být také upravován časový rozsah a frekvence návštěv.

Pokud nastane zlepšení stavu, je možné na žádost pacienta či jeho rodiny domácí péči ukončit. Důležitá je v tomto směru edukace rodiny a blízkých osob. Pokud sestra zjistí, že klient či rodina nemohou zajistit potřebnou péči, je péče nadále zcela prováděna ve spolupráci s ostatními poskytovateli (například pečovatelkou). Pokud pacient potřebuje ošetrovatelskou péči více jak 3 hodiny denně, sestra navrhuje klientovi hospitalizaci dle jeho zdravotního stavu a klinické diagnózy (například léčebna dlouhodobě nemocných) (Jarošová, 2007; Krátká, Šilháková, 2008).

Rodina klienta

Účast rodiny je v péči o nemocného nezastupitelná, je podmínkou a zárukou toho, že klient může být ve svém vlastním sociálním prostředí. Proto je nutné, aby sestra s rodinou spolupracovala. Z ošetrovatelského pohledu existují dvě stěžejní oblasti, ve kterých je účast rodiny nenahraditelná. V první oblasti slouží rodina jako zdroj informací. Díky těmto informacím si sestra může zhotovit celkový obraz o svém klientovi a tyto informace pak dále mohou ovlivňovat kvalitu poskytované péče. V druhé oblasti je rodina brána jako přímý účastník péče, kdy se rodina aktivně účastní na péči o nemocného. Zde má rodina funkci *ochrannou, preventivní a podpůrnou*. *Ochrannou* zastupuje zejména pečující osoba (manželka) tak, aby si nemocný nebyl vědom své závislosti na ostatních. *Preventivní* zahrnuje úpravu léčebného režimu a prostředí ve prospěch nemocného, zamezení komplikacím a zhoršení zdravotní kondice. *Podpůrná* funkce zahrnuje tělesnou a duševní oporu a pomoc. Sestra bere rodinu klienta jako samostatný celek a je nezbytné, aby sestra znala potřeby konkrétní rodiny a tím také následně plánovala ošetrovatelskou péči. Sestra při ošetrovací návštěvě sleduje rodinnou situaci, zdravotní stav členů rodiny, vztahy mezi členy rodiny a jejich přístup k nemocnému, způsoby jejich chování. Sestra také sleduje přítomnost seniorů a dětí v rodině, chování ostatních členů k nim, domácí prostředí rodiny, vybavení domácnosti a čistotu prostředí. Také sleduje sociální a ekonomickou situaci rodiny, finanční obtíže a dostupnost služeb (lékař, obchody) v místě bydliště (Marková a kol., 2010; Krátká, Šilháková, 2008).

Ošetrování klienta v domácí péči

Před samotným výjezdem k pacientovi se sestra musí dobře připravit. Je důležité, aby si stanovila časový plán návštěv klientů, který je přizpůsoben ordinacím lékaře a zároveň potřebám klienta i jeho rodiny. Sestra užívá dopravní prostředek (auto, MHD) a nosí u sebe služební telefon. Konkrétní příprava před samotným výjezdem zahrnuje sestavení

časového plánu, domluva s klientem na době návštěvy, obstarání důležitých informací a instrukcí od lékaře, nastudování zdravotnické dokumentace klienta (diagnóza, medikace, poslední potíže), příprava ošetrovatelské dokumentace a pomůcek potřebných k návštěvě klienta (Krátká, Šilháková, 2008).

Sestra při ošetrování klienta v domácí péči užívá různé hodnotící a měřicí techniky. Ty jsou zaměřeny na *objektivizaci* informací, které jsou potřebné k poskytnutí *kvalitní a individualizované péče o klienta*. Toto *objektivní hodnocení* je nezbytné pro sestavení *individuálního plánu ošetrovatelské péče*. Nejčastěji sestry hodnotí stupeň bolesti, úroveň soběstačnosti, měří fyziologické funkce – tlak, puls, saturaci, hodnotí riziko vzniku komplikací a posuzují *kvalitu psychiky*. Mezi nejvíce užívané metody k hodnocení patří škály verbální a neverbální, vizuální a sběr informací pomocí dotazníků. Při hodnocení kvality psychiky se užívají různé druhy metod, například *Škála deprese pro geriatrické pacienty*, *Stupnice hodnocení psychického zdraví* nebo *Glasgow coma scale*, které posuzuje stav vědomí. Mezi další často hodnocené oblasti patří měření soběstačnosti a riziko vzniku komplikací. Úroveň soběstačnosti je měřena dle například *Barthelova testu základních všedních činností* či *Testu instrumentálních všedních činností*. Dle výsledků se klienti dělí do 4 skupin. V první skupině jsou pacienti zcela soběstační, v druhé jsou pacienti částečně soběstační, v třetí pacienti částečně či plně soběstační ale upoutaní na lůžko, a ve čtvrté jsou pacienti zcela nesoběstační. Ke zjištění rizika vzniku komplikací se užívá například stupnice dle Nortonové, která slouží ke zjištění rizika vzniku dekubitů, či Hodnocení rizika komplikací v dýchacích cestách (Marková a kol., 2010, s. 54-55).

Další specifikum práce sestry v domácí péči je vytváření sociální anamnézy. Sestra si všímá prostředí, ve kterém klient žije, rodiny, která o něj pečuje a aktivně reaguje na změny v této oblasti. Jedná se například o známky duševního či tělesného strádání až týrání, celkovou úroveň péče, která se dostává nemocnému a začlenění klienta do rodiny (Marková a kol., 2010).

Sestry při poskytování domácí ošetrovatelské péče užívají zásady psychologického přístupu k nemocným v domácí péči. Mezi ně patří podávání informací, a to co nejsrozumitelněji, po zvážení stavu pacienta je nutné tyto informace opakovat a kontrolovat, zda jim nemocný rozuměl. Nemocný v domácí péči musí být informován, kam se má obrátit v případě obtíží a mít kontakt. Sestry projevují trpělivost s nemocným a prokazují mu úctu a respekt, a řídí se právy nemocných a etickými kodexy. Dle možností se snaží vyslechnout nemocného, který trpí nedostatkem sociálního kontaktu a dát najevo zájem

o jeho problémy. Sestra v domácí péči vhodně působí na rodinu nemocného (Marková a kol., 2010).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRŮZKUMU

Bakalářská práce se zabývá dodržováním etických zásad při poskytování domácí ošetrovatelské péče. Řeší dodržování těchto zásad jak k pacientům ze strany sester, tak i k sestřám ze strany pacientů či rodiny a také zkušenosti sester s neetickým chováním rodiny ke klientům. Průzkum byl zaměřen na sestry, které péči poskytují a klienty domácí ošetrovatelské péče. Jako doplňující byl proveden rozhovor s pečující osobou. Celkem bylo uskutečněno 7 rozhovorů.

4.1 Cíle průzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, zda jsou dodržovány etické zásady při poskytování domácí ošetrovatelské péče

Dílčí cíle

1. Zjistit, zdali a v jakých oblastech je porušována důstojnost při poskytování domácí ošetrovatelské péče z pohledu klienta a pečující osoby
2. Zjistit, zda je dodržován respekt a úcta k ošetřujícím sestřám při poskytování domácí ošetrovatelské péče z pohledu sester
3. Zjistit, zda sestry mají vědomosti o etickém kodexu a etických zásadách
4. Zjistit, zda se pečující rodiny chovají ke klientům s úctou a respektem z pohledu všeobecných sester

4.2 Metodika a technika sběru dat

Před zahájením praktické části byla nastudována odborná literatura a internetové zdroje. Následně byly vytyčeny cíle bakalářské práce a typ výzkumu. Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen typ výzkumu kvalitativní a to z důvodu rozsáhlejšího zachycení osobních zkušeností vybraných respondentů.

Rozhovor je vzájemná interakce probíhající mezi tazatelem a respondentem tváří v tvář. Je to ucelená soustava ústního jednání, ve kterém výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností. Je to systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace pomocí otázek, které klade tazatel.

V této bakalářské práci byl vybrán rozhovor individuální, tedy pouze mezi tazatelem a respondentem. Probíhal formou osobního setkání. Jako druh rozhovoru byl vybrán rozhovor polostandardizovaný, který umožňuje mít mimo hrubý seznam otázek, také volné pole k rozvinutí odpovědi (Bártlová, 2005).

4.3 Metoda šetření

Data byla získávána pomocí individuálně sestaveného polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, týkajícími se tématu bakalářské práce. Před uskutečněním každého rozhovoru byl respondentem podepsán souhlas s rozhovorem. Na začátku setkání byl každý respondent informován o anonymitě, o účelu rozhovoru a průzkumného šetření a také o tom, že rozhovor bude nahráván na diktafon. Všichni oslovení respondenti souhlasili s poskytnutím rozhovoru a každé setkání bylo originální. Otázky k rozhovoru byly sestaveny individuálně dle toho, kterému respondentovi byly určeny. Rozhovor pro sestry je sestaven z 26 otázek, pro klienty domácí péče ze 40 otázek a pro pečující osobu z 38 otázek. V rozhovoru se sestrami a s klienty byly určeny k identifikačním údajům první tři otázky, v rozhovoru s pečující osobou prvních 5 otázek. Rozhovory jsou rozsáhlé, což bylo nezbytné pro zjištění stanovených cílů, zkrácení by zkreslilo výsledky. Každý rozhovor trval kolem 45 minut, kromě jednoho, který trval 60 minut. Otázky k rozhovorům se sestrami jsou uvedeny v příloze P I., k rozhovorům s klienty v příloze P II. a k rozhovoru s pečující osobou v příloze P III.

4.4 Organizace šetření

Prvním krokem k uskutečnění rozhovorů byli ve spolupráci s vrchní sestrou vybráni vhodní respondenti mezi ošetřujícími sestrami, klienty a pečujícími osobami. Následně byl společně sestaven souhlas s poskytnutím rozhovoru pro klienty, který jim doručily sestry během ošetřovací návštěvy. Po souhlasu respondentů mi byly vrchní sestrou předány kontakty na klienty. Rozhovory probíhaly v období leden až únor 2015. Jako první byly uskutečněny rozhovory se sestrami. Následně probíhaly rozhovory s klienty domácí péče, a to po předchozí domluvě v jejich domácím prostředí. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně přepsány do elektronické podoby.

4.5 Charakteristika vzorku respondentů

Pro tento průzkum byly stanoveny tři skupiny respondentů.

První skupinu tvořily sestry poskytující domácí péči. V této skupině se rozhovoru zúčastnily dvě ošetřující sestry a vrchní sestra pracoviště. Původně měly poskytnout rozhovor tři ošetřující sestry, avšak organizačních důvodů se šetření zúčastnily pouze dvě ošetřující sestry. Jako náhrada za sestru rozhovor poskytla vrchní sestra. Pro potřeby průzkumu jsou v rozhovoru označeny jako R1, R2 a R3.

Druhou skupinu respondentů tvořili klienti domácí péče. Pro rozhovor byli vybráni celkem tři klienti. Byla vymezena dvě kritéria k výběru klientů. První kritérium se týkalo časového úseku, respondent musel být minimálně měsíc klientem domácí ošetrovatelské péče. Druhé kritérium vymezovalo schopnost validně odpovědět na otázky, klient musel být lucidní, orientovaný. Dále také musel souhlasit s rozhovorem a s následným zpracováním rozhovoru. Pro potřeby průzkumu jsou v rozhovoru označeny jako K1, K2 a K3.

Třetí skupinu tvořila pečující osoba. Tento rozhovor byl uskutečněn jako doplňující k průzkumu, kdy nás zajímal pohled a zkušenosti třetí osoby – pečující manželky. Pro potřeby průzkumu je v rozhovoru označena jako PO.

Celkem rozhovor poskytlo sedm respondentů a to dvě ošetřující sestry, vrchní sestra pracoviště, tři klienti a jedna pečující osoba. Co se týče pohlaví respondentů, tak sestry poskytující rozhovor byly pouze ženy, mezi klienty byly dvě ženy a jeden muž a pečující osoba byla žena.

4.6 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté autenticky přepsány do elektronické podoby. Z důvodu velké rozsáhlosti byly rozhovory zestručněny se zachováním původního obsahu. V praktické části jsou uvedeny pouze odpovědi na vybrané otázky. Přepsané rozhovory v celém znění jsou k dispozici u autorky práce.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Rozhovory s ošetřujícími sestrami

Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě s vrchní sestrou pracoviště. Rozhovoru se zúčastnily dvě sestry a vrchní sestra. Rozhovory se konaly na pracovišti sester, v konferenční místnosti v době jejich osobního volna. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, poté přepsány. U každého rozhovoru je uvedena drobná charakteristika sestry (věk, délka praxe) a podmínky, za kterých rozhovor probíhal. Dále jsou uvedeny vybrané ukázky odpovědí na určité otázky. Kvůli velkému rozsahu odpovědí bylo provedeno zestručnění a drobné stylistické úpravy se zachováním původního obsahu. V závěru je shrnut celkový obsah rozhovoru.

5.1.1 Rozhovor se sestrou č. 1 (R1)

Sestra pracuje v domácí péči 12 let, předtím pracovala 4 roky v porodnici. Pro práci sestry v domácí péči se rozhodla kvůli volnému pracovnímu místu a jednosměnné pracovní době, která byla pro ni výhodná kvůli rodině. Co se týká spokojenosti v domácí péči, uvádí, že je tato práce velmi náročná po administrativní stránce, ale nyní by již neměnila, s touto prací je spokojená.

Otázka č. 4

T: „A co konkrétně se Vám na Vaší práci líbí a co naopak nelíbí?“

R1: „Když jsem začínala, psalo se ještě rukou, bylo to takové obyčejnější. Nebyly počítače, teď je to hodně o papírování a o počítačích. Co se mi ale líbí - jelikož jsem katolička, takže právě to zacházení s pacienty, tímhle směrem se ubírání po tom duchovnu, tím že se můžeme věnovat každému zvlášť individuálně. Líbí se mi to, jaký si vytváříme mezi sebou s pacienty vztah, takový rodinný. Že máme jiný vztah k pacientům než sestry v nemocnici. Taky se mi líbí, ta odbornost, že nemáme za zádama lékaře a že si vlastně zodpovídáme za práci v podstatě my samy. I když nám to samozřejmě indikuje lékař, ale musíme si poradit v terénu samy. To se mi líbí.“

R1: „Co se mi nelíbí - to je právě ta papírová práce, to nadřazování papírové práce nad pacientem, kdy se vlastně věnuje víc času těm papírům než tomu pacientovi. Někdy nevědomost a nespolupráce lékařů, ale ani ne tak, že by nechtěli spolupracovat, ale nevědomost úkonů v oblasti hospicové péče, nastavování morfinů, nastavení dávkovačů, nejsou v tom

zběhlí, sami fakt řeknou, že neví, takže nám to pak nechtějí potvrzovat, protože mají s tím víc práce jak papírové, tak zjišťování, jak se to všechno dělá a nedělá, spojování s jinými lékaři.“

Otázka č. 5

T: „Stanovujete si časový harmonogram návštěv sama nebo jej konzultujete s klienty?“

R1: „Většinou je to možné, ale spíš se snažíme udělat ráno inzulinu, injekce - takové ty akutnější věci třeba před cvičením, ale pokud to třeba z rodinných důvodů nejde, nemá kdo otevřít, tak to se pak snažíme posouvat, nejde to úplně pokaždé nebo takhle, ale snažíme se jim taky vyjít vstříc.“

Otázka č. 6

T: „Vnímáte čas určený pro návštěvu pacientů jako dostačující?“

R1: „Ne, určitě ne, protože nám to potvrzují lékaři, potvrdí nám třeba půl hodinu a paní než jenom se zvedne z křesla a někam dojde, tak je 10 minut a pak na to cvičení už třeba ani není tolik času. Takže někdy je to nedostačující čas.“

Otázka č. 9

T: „Jak reagujete, pokud pacient trvá na svém postupu, ale vy víte, že je nesprávný?“

R1: „Snažíme se mu to vysvětlit - že, samozřejmě pořád dokola nebo se snažíme o nějaký kompromis aspoň najít, abychom ustoupili z našeho, ale i ten pacient. On má právo si říct. Máme třeba paní, které když převazujeme, tak než něco začneme dělat, tak ona nám diktuje přesně, co ona tam chce, je to takové direktivní – ale tak se nějak snažíme jí vyjít vstříc, takže to jde se domluvit.“

Otázka č. 10

T: „Víte co to je autonomie?“

R1: „Autonomie to je něco pro sebe, že, něco, jako aby se každý člověk rozhodoval sám.“

Otázka č. 12

T: „Zvýšil na Vás někdy pacient hlas?“

R1: „Měly jsme i takovou paní, ještě za staré éry, kdy jsme jim ještě topily, a když jsme ohřívaly vodu na převazy, tak třeba někdo neuměl zatopit, třeba já jsem z baráku, ale holky z paneláku neuměly topit, tak na ně nadávali a pomlouvali je, ale že by na nás někdo vylo-

ženě křičel to ne, spíš takový direktivnější tón, ale že by křičel to ne, nebo spíš mentálně postižená, tam je to zase bylo jinak ta agrese.“

Otázka č. 14

T: *„Setkala jste se někdy s nějakým negativním ponižujícím či až agresivním chováním pacienta k Vám?“*

R1: *„Trošku ponižující, to že třeba řekne, že sestřičko, vy jste mladá, vy tomu nemůžete rozumět, mě to už neříkají, ale naši nové mladé sestřičce to říkali. Nebo když řeknou, já dobře vím jak to je, já jsem taky pracovala ve zdravotnictví - ale přitom už třeba v životě neslyšela o vlhkém hojení. Tak nás někdy sráží, že tomu nerozumíme a neumíme to, že jsme třeba mladí, to jo.“*

Otázka č. 15

T: *„Setkala jste se někdy se sexuálními narážkami od pacientů?“*

R1: *„Taky mám takových pár nějakých pacientů. Jeden pán je třeba sám a vyloženě požaduje, abychom mu našli ženu, a říká nám, na co ji chce a proč ji chce a jak chce mladou. Třeba jeden pán, ten nám třeba říká - máte pěkné vlasy, máte pěkné tričko a máte dneska takovou podprsenku a makovou podprsenku, už jsme si tak na to zvykly, už víme jak na něj, on takový byl vždycky a už nám to ani nevádí, musíme s ním vyjít. Někdo nám třeba drží déle ruku a kouká se do očí a táhne nás k sobě, ale to jsou většinou i trošku mentálně postižená, ale většinou to tak moc nedělají.“*

Otázka č. 16

T: *„Zvýšila jste někdy hlas na pacienta v nějaké situaci?“*

R1: *„Nezvyšila jsem hlas, ale měly jsme třeba tu paní, se kterou jsme se nemohly fakt domluvit při obvazech, ta nám taky tak nadávala a ponižovala, spíš jako takový jakoby přísnější tón nebo takový direktivnější anebo pokud nebudete souhlasit s tímhle ošetřováním - tak my se obrátíme na paní doktorku a ta péče bude zrušena - tak takhle jo, ale že bychom vyloženě křičely a nadávaly, to asi ne.“*

Otázka č. 18

T: „*Pokud Vás pacient požádá o nějakou drobnou službu jako zalítí květin přinést něco ze sklepa, jak se zachováte?*“

R1: „*Záleží taky kolik máme času, kolik toho stihneme, takže zase na úkor třeba cvičení nebo převazu to neděláme, ale takové nějaké jako drobnosti, vaří se něco na plotně, tak to jdu vypnout, ať se to nespálí nebo takové drobné to jo, že bych zalívala kvítka to asi ne.*“

Otázka č. 19

T: „*A setkala jste se někdy s nějakým negativním ponižujícím či až agresivním chování rodiny pacienta k Vám?*“

R1: „*To ne, to spíš ti pacienti, ale třeba až po delším chození tam, že si taky netroufnou hned a ze začátku, ale od rodiny ne.*“

Otázka č. 20

T: „*A k pacientovi rodina?*“

R1: „*Jako rodina k pacientovi? To jo.*“

T: „*Můžete popsat ten případ?*“

R1: „*Byl to umírající pán, no vlastně nebyl ještě umírající, ale byl ochrnutý, kdy vlastně ta snacha - kdy jsem zjistila – že ho prostě bila, i poškrábala ho po celém těle. On si to nemohl sám udělat, protože nechodil, nemohl sám spadnout a vždycky třeba řekli, že se plazil po čtyřech a spadl nebo tak. Dávaly jsme to i přes sociálku a bylo to tedy zjištěno, že je to týrání. Protože měl takové hematomy a poškrábaní po těle, kde on sám si to nemohl udělat, v pokoji kde měl postel a židli a nic a měl modřiny pod očima a potom umíral - týrali ho i hladem. Já jsem to teda nahlašovala několikrát, ale nechtěli s tím nic mít, pak tam teda sociálka šla a pán mezitím umřel a tak se to nedořešilo. Měla jsem to i nafoceně, dávala jsem to rodině najevo, že vím, že se tam děje něco, co by nemělo, no tak to bylo takové hodně.*“

R1: „*Jako člověk si to pak jako né vyčítá, ale že neudělá dřív něco víc, ale já jsem je nemohla obvinít, když měl 2 modřiny, že, ale pak když už byl dobitý, oteklý ucho, natrhlý ucho, to bylo šílený, když se nemohl bránit, on nemohl mluvit, měl afázii.*“

T: „Objevil se ještě nějaký jiný případ, nebo jak často se s tím setkáváte?“

R1: „Zřídka, ale ještě mám třeba pána, který si vzal k sobě nějakou spolubydlící, která ho vyždímala z bytu. Ona mu taky nedávala jídlo, nepíchala mu inzulín, nechala ho tam samotného, i když on byl imobilní. Teďka ho dala na LDN, jsme to zrovna řešily včera, jestli paní si ho vezme nebo nevezme, to nikdo neví, ale je mentálně dobrý, akorát se nemůže pohybovat.“

Otázka č. 21

T: „Víte, čím se zabývá etický kodex sester a kdo ho vypracoval?“

R1: „Vypracovaly ho právě ty sestry, je to kodex sester, nebo sdružení sester, nevím, jak se to říká, a zabývá se tou etikou, jaké má pacient práva“

Otázka č. 23

T: „Jakým způsobem tedy respektujete tu lidskou důstojnost?“

R1: „Takže to chci zmínit že, jsme vlastně křesťanská organizace, která se zabývá jakoby křesťanskou láskou k bližnímu, to je v první řadě, dáváme pacientovi prostor, aby si opravdu řekl, co chce nebo co nechce, ale samozřejmě v kompromisu s námi, aby si zas nediktoval úplně, když nerozumí úplně té situaci“

R1: „Má právo být informován o své diagnóze, samozřejmě ne od nás sester, ale od lékaře. Jsme povinni mu vysvětlit, teď to tak nově děláme, že pacient je o výkonu informován a s výkonem souhlasí, to musíme psát u každé návštěvy, řekneme mu, co budeme dělat a on musí říct, jestli to chce, nebo nechce a nebo právě pak jdeme do toho kompromisu. Také mu musíme říct, co naindikoval lékař, musíme samozřejmě v těch jeho naindikovaných věcech postupovat, nemůže být ten kompromis mezi mnou a tím pacientem, ale vlastně zprostředkujeme i toho lékaře.“

Otázka č. 24

T: „Jaké etické zásady si myslíte, že je obtížné v té praxi dodržet?“

R1: „Kolikrát vím, že ze svojí pozice nemůžu, ale mám pocit říct tomu pacientovi jak na tom je a vlastně jako zdravotní sestra nemůžu, tak to mě třeba vadí. Někdy mi vadí, že rodina to ví, a lže tomu pacientovi, který umírá a on to opravdu neví. Ale většinou směřujeme i tu rodinu, aby postupně pomalinku to odkrývali, aby nebyl ten pacient úplně v nevědomosti, tohle mi docela vadí.“

Otázka č. 26

T: „A ohledně těch práv jaké si myslíte, že jsou v praxi nejčastěji porušována?“

R1: „I ta důstojnost člověka je kolikrát, nemyslím, že u nás, ale myslím, že celkově ve zdravotnictví. Protože teďka nám chodí pacienti z nemocnice a říkají, jak s nimi bylo zacházeno. My je z naší péče posíláme ve zhoršeném stavu a oni se nám v 3x horším stavu vrací. A nechtějí nic, jen chtějí umřít doma, raději se budou dusit doma, než aby byli na kyslíku v nemocnici. Teď teda opravdu není pacient, který by si to pochválil. Teď se nám zrovna vracelo asi 6 pacientů a kalamita, ti jsou tak psychicky vyčerpaní, z té hospitalizace, vykojení, že už raději chtějí umírat doma a bez jakékoliv pomoci, než aby šli tam. Teďka tam byla paní, která je v terminálním stadiu, je to mladá paní 60 let, taky je to zdravotní sestra. A byla v nemocnici, teď je na dávkovači, dáváme do portu kapačky a byla v nemocnici pro dušnost. Má nastavený kyslík na 5 litrů a ona tam zvonila na sestřičku 2 hodiny, a když sestřička přišla a řekla, že je jí strašně špatně, že se dusí, tak jí sestra řekla, že tady je všem špatně a zabouchla dveře a nechala ji tam. Takže paní okamžitě šla na reverz domů. No a tohle se děje normálně, takže to není nic ojedinělého, to od těch pacientů slyšíme o té nemocnici.“

T: „Ještě se Vás zeptám, co byste chtěla k tématu dodat?“

R1: „Docela silný zážitek byl ten pán, který byl týraný, to pak jsem si trochu vyčítala, že jsem dříve po tom nějak nešla, já jsem na to upozorňovala nadřízenou i sociálku, oni s tím nic nedělali, já jsem nemohla s tím nic víc dělat, to mě leželo v hlavě. Pak některé ty škaredé věci, případy, které jsou nezhojitelné a posílají je domů na umírání a my je třeba za rok dostaneme i na nohy.“

T: „To jsou takové případy?“

R1: „Ano, vlastně většina, dostaneme samozřejmě i umírající, terminální stádia, měly jsme taky paní v terminálním stadiu rok, ta se ještě rozchodila a rozcvičila a rok pěkně žila. Jako že máme pěkné vztahy, to že máme ty terminální pacienty, tak se s tou rodinou vidíme často i třeba v noci, a máme pěkné vztahy. A co je dobré, teď s tím umíráním, tak ta paní v terminálním stadiu, je teda věřící, je zdravotnice a je seznámená se svou diagnózou, ví, že umírá, tak můžeme s ní naplno o tom mluvit, chodí tam kněz, toho jsme taky zařídily my, který zajišťuje jí duchovní službu, takže je to umírání důstojné, takže je to pro ni dobré.“

Shrnutí

Sestra byla během rozhovoru velmi otevřená, rozhovor byl velmi přátelský a příjemný. Jako velký problém v domácí péči uvádí velké množství administrativní práce, která se čím dál tím více nadřazuje nad péčí o pacienta. Na její práci se jí líbí odbornost a samostatnost, při výjezdech není přítomen lékař, musí se rozhodovat sama na sebe. Další problém vidí v nevědomosti lékařů – v neznalostech ohledně indikace a medikace některých léků. Čas, který je označen kódy pro návštěvu klientů, se jí zdá jako nedostačující. Sestra se dosud nesetkala s tím, že by na ni klient zvýšil hlas, ale popisuje ponižující chování z jeho strany ohledně nevzdělanosti mladých sester, které klienti urážejí slovními spojeními „*Vy jste mladá, vy tomu nemůžete rozumět*“. Sestra se již setkala se sexuálními nárážkami od pacientů. V rozhovoru sestra popisuje konflikt s klientkou, která si sama poškozovala ošetřovaný defekt. Sestra se nikdy nesetkala s negativním chováním rodiny k ní. V rozhovoru velmi živě popisuje případ týraného klienta rodinou, který bohužel během vyšetřování odborem sociálních věcí, zemřel. Sestra má základní vědomosti o etickém kodexu, právech pacientů a etických zásadách. Dále říká, že klienti, kteří přicházejí do domácí péče po hospitalizaci v nemocnici, přicházejí ve hrozném stavu a péče v nemocnicích je katastrofální.

5.1.2 Rozhovor se sestrou č. 2 (R2)

Sestra pracuje v domácí péči přibližně 15 let. Předtím pracovala u lékaře v ambulanci. Pro práci sestry v domácí péči se rozhodla z důvodu výhodné pracovní doby. Uvádí, že je zde spokojena.

Otázka č. 4

T: „A co se Vám tady líbí na té práci a co naopak ne?“

R2: „Práce s těmi lidmi, a nelíbí, někdy třeba, že na ty služby je spousta lidí, že musíme o tom víkendů, za každého počasí se musí vyjet – v zimě třeba sněží, všechno je namrzlé.“

Otázka č. 5

T: „A sestavujete si ten časový harmonogram návštěv, kdy přijedete k pacientovi, sama nebo ho konzultujete s klienty?“

R2: „Většinou tedy rozpis dělám sama, ale někdy se třeba stane, že ten člověk má naplánovaného lékaře nebo rodina, která otevírá dveře, momentálně nejsou doma, no tak se domluvíme na dobu jinou, aby to tedy vyhovovalo mě i jim.“

Otázka č. 6

T: „*A vnímáte tento čas určený pro návštěvy pacientů jako dostačující?*“

R2: „*Tak většinou ano, je to vlastně po domluvě s praktickým lékařem, se tam stanoví nějaký ten časový kód a podle toho my jedeme, pokud někdy ty kódy nestačí, že nějak zhorší ten stav nebo třeba i převazy jsou delší, tak se pak zase domlouvám a pak se třeba navyšuje tento kód.*“

T: „*Takže dá se to tedy domluvit s lékaři, aby se navýšil?*“

R2: „*Ano s těmi lékaři já se domluvím, aspoň já se s těmi lékaři domluvím.*“

T: „*A jak tedy vnímáte spolupráci s lékaři?*“

R2: „*Já tedy kladně*“

T: „*A teda stává se Vám někdy, že se dostanete do nějakého časového presu a následně do stresu?*“

R2: „*Samozřejmě, že dostaneme, pokud je u toho člověka náhlá nějaká změna, není mu dobře, nebo tohle - musíte volat doktora, nebo třeba i záchranku, tak pak už ten čas se posune a tím pádem už je skluz k těm dalším pacientům. A pak zase musíte spěchat dál.*“

Otázka č. 7 :

T: „*A jak reagujete na požadavek pacienta o uspokojení jeho biologické potřeby před či během návštěvy?*“

R2: „*Pokud možno tak určitě toho člověka nechám, nemůžu ho někde stahovat, když třeba má s tím problémy, ale zase když máme u toho člověka nějak stanovený kód a pán by byl jednu třetinu z toho kódu na toaletě, tak se spolu domluvíme, že máme tolik a tolik času a že pak musíme zkrátit cvičení. Ale to jsou výjimky, my kvůli té pojišťovně bychom měly ty kódy dodržovat.*“

T: „*A máte třeba problémy v tom, že je potřeba strávit více času u pacienta?*“

R2: „*Ne to oni si kontrolují, jako ten poukaz, co ten praktický lékař nám naordinoval. My například nemůžeme napsat vlastně rehabilitaci jako takovou -rehabilitace provedena, my máme dané ošetřovatelské plány - standardy - podle kterých my musíme napsat cvičení podle standardu - já nevím číslo třeba 16 a pod tím standardem my teda máme, co u toho člověka vlastně my děláme. A to oni třeba vlastně kontrolují, záleží taky, jak dlouho k těm lidem chodíme, jestli tedy opravdu je to aktuální a chodit se tam má, jo, nebo jsou*

to třeba chronické diagnózy, třeba u těch parkinsonů, roztroušené sklerózy, to oni si docela hlídají, protože oni jsou proti, že tyhle diagnózy, tam by se ani moc chodit nemělo.“

T: „*Jako že to je zbytečné?*“

R2: „*No, že to je jako by zbytečné, že to je stav, který se bude zhoršovat a k těmhle lidem prostě by se nemělo“*

Otázka č. 9

T: „*Jak reagujete, když pacient trvá na svém postupu, ale Vy víte, že je nesprávný?*“

R2: „*To se stává, jsou to spíše výjimky, ale snažím se s tím člověkem komunikovat, vysvětlit, většinou to teda pomůže, někdo je takový tvrdohlavý, že si stojí za svým, no tak to odvíčíme, ale pak zase třeba druhý den, už mluví úplně jinak, jestli řekneme, zkusíme to takhle, on třeba tedy svolí, tak po domluvě“*

Otázka č. 10

T: „*Víte co je to autonomie?*“

R2: „*Autonomie, že člověk má nějaká práva a rozhoduje se sám o sobě“*

Otázka č. 11

T: „*A tedy v praxi, jak se snažíte podporovat nebo jakým způsobem ji podporujete?*“

R2: „*Člověk musí s naší návštěvou souhlasit samozřejmě, a domluvíme se i s tou rodinou, když tam jsou tak řekneme, že bychom měli například cvičit s dolními končetinami, že pan doktor si to přeje, jak budeme teda postupovat, vysvětlím mu, co vlastně budeme dělat a podle toho pak začneme a vidíme na tom člověkově, jestli třeba má bolesti, tak pak třeba umíníme, že cvičíme jeden den 5x, pak zase druhý den zkusíme 10 x, dle toho zdravotního stavu ale záleží teda taky na člověku.“*

Otázka č. 12

T: „*A zvýšil na Vás někdy pacient hlas?*“

R2: „*Jo to určitě, někdy třeba jsou to lidi, kteří třeba jsou sami nad sebou nešťastní, že je postihla nějaká ta nemoc, takže jsou nervózní. Někdy se stává, že i diabetici, když mají hodnoty glykémie vyšší, byla taková paní, která když měla vyšší, tak byla agresivnější, že nadávala, tak jsme ji edukovaly, ukazovaly, co má a jak to má píchat, měřit glykémii, záleží i na tom člověku a situaci, ale stává se to.“*

Otázka č. 14 :

T: „A setkala jste se s nějakým ponižujícím chováním pacienta k Vám?“

R2: „Ponižujícím asi ne“

Otázka č. 15

T: „Setkala jste se někdy se sexuálními narážkami od pacientů?“

R2: „Taky se stává ano, tady byl dokonce pán takový jeden, když jsme ještě dělaly hygieny, tak v té koupelně měl takové narážky.“

T: „A jak na to reagujete?“

R2: „Často na to nereaguju, někdy se stane i u těch pacientů, kteří mají dětskou mozkovou obrnu, tak jsme tam přišly a on třeba vedle v pokoji onanoval, tak jsem se prostě vrátila, po chvíli jsem se tam vrátila, on už byl jako v kuchyni. Nejde s tím nic dělat, ale takové nějaké vyvrcholení, to ne, že by se mělo něco nějak řešit, to ne.“

Otázka č. 16

T: „A zvýšila jste někdy Vy hlas na pacienta?“

R2: „No možná taky trošičku, možná i jo, tak někdy ano.“

T: „Zkusíte mi popsat tu situaci, co se stalo?“

R2: „Ono k těm lidem, když chodíte hodně často, tak oni si na vás tak zvyknou, že vás berou jako rodinného příslušníka, a tam někdy se stane, že pacient řekne, nebudeme chodit, mě to nebaví. A my řekneme jo tak to zkusíme, a on ale nezkusíme, já to nebudu dělat a tak třeba, trošku jako zvýším hlas, že by pak byl méně pohyblivý nebo by se zhoršila ta hybnost, ale ne jako křičet, to jako teda určitě ne, to ne.“

Otázka č. 18

T: „A jak se zachováte, když Vás klient požádá o nějakou drobnou službu, zalití květin či přinesení něčeho ze sklepa, stává se to?“

R2: „Stává se, pokud ten člověk je tam sám, není tam rodinný příslušník, vidím, že opravdu nikdo mu to neudělá nebo momentálně třeba rodina odjela, tak určitě to udělám ano.“

T: „A stává se někdy, že třeba někdy klienti sami využívají toho, že jste tam?“

R2: „Určitě, to už poznáte, že někteří jsou vychytralí, tak to pak zkusí na komkoliv, záleží opravdu na situaci, co by chtěli, ale když oni jsou takhle vychytralí, tak se to rozvažuje.“

Otázka č. 20

T: „A setkala jste se někdy s ponižováním, zesměšňováním verbální či fyzickou agresí od rodiny k pacientovi?“

R2: „Kolikrát ty rodiny, když je babička ležící, a oni chodí do práce, tak kolikrát řeknou, jo tamhle babka otravuje a tamto ji bolí a furt by něco chtěla, kolikrát tohle oni povídají, že už jsou ty lidi na obtíž, ten človíček by rád zemřel, jenže ono to jako nejde, že jo, tak jako vidí to i ten pacient na rodině, že se k němu chová třeba trochu surově nebo nekomunikují třeba s tím člověkem, to jako kolikrát takhle slyšíme.“

T: „A víte, čím se zabývá etický kodex a kdo jej vypracoval?“

R2: „Etický kodex se zabývá právy pacientů, vypracován okolo roku 2003. A jsou tam etické zásady, které pacient by měl vědět, popřípadě, kdo je ošetřuje, na koho by se měli obrátit v případě teda nějaké situace.“

Otázka č. 24

T: „Myslíte si, že je v praxi obtížné dodržet ty etické zásady?“

R2: „Já myslím, že je to vždycky o člověku a pokud je člověk rozumný, tak se to dodržovat dá. Že když člověk chce tak to jde.“

Otázka č. 26

T: „A myslíte si, že jsou některá ta práva v praxi porušována?“

R2: „Jeden příklad jsem slyšela, že pán došel k obvodnímu lékaři, za týden šla k tomu stejnému lékaři jeho dcera, paní doktorka té dceři povídala co tatínek má za problémy, což si myslím, že tyhle problémy by neměly být sdělovány, sice je to v rodině, ale každý by měl mít to soukromí, tatínek to pak doma dceři řekne, ale myslím si, že tohle by se nemuselo dít.“

T: „Napadá Vás ještě něco z praxe?“

R2: „U těch klientů vidím, že když my tam chodíme tak oni v té vesnici sledují, kam my chodíme, ke komu jdeme, kde stojí auto, tak oni se vyptávají, nebo nám řeknou,

vy chodíte tam a tam, ta paní třeba byla plná rakoviny a tohle. Co vlastně na to chcete odpovědět? Jo, jako dozvěděli se to někde, jenže my se cítíme v té pozici hrozně špatně, aby to nevyšlo třeba od nás. Tak já třeba odpovím ano, paní byla nemocná. A víc se to nerozvádí, ale vidím to, že hodně takhle oni mluví je to hloupé, ale prostě je to tak.“

T: „Ještě se Vás zeptám, Vy teda už pracujete 15 let v domácí péči a jaká byla třeba změna nebo rozdíl mezi těmi 15ti lety a teď, co je lepší a horší?“

R2: „Když jsem nastoupila, tak jsme chodily pěšky, nebo jsme měly kolo, já jsem měla třeba 6 klientů na tu mou pracovní dobu a obcházela jsem to pěšky. Je fakt ten, že dřív jsme materiál u klientů nechávaly, pak se to zavedlo tak, že převazový materiál si vozíme, ke každému svůj máme. Pak už byly auta, po vesnicích se jezdilo auty, ale pak už byly auta i ve městě. A dříve to bylo volnější, třeba pět minut jsme se tam zdržely navíc, tak jsme si to napsaly do docházky a neřešilo se to, teď už máme dané kódy, kde můžeme být tolik a pak máme něco na dokumentaci a dodržuje se to teďka tímhle způsobem. Bylo to takové lidštvější“

T: „A co se týče dokumentace?“

R2: „To se napsaly dvě věty, a stačilo to, dneska musí být půl stránky a někdy i to nestačí, na úkor toho pacienta.“

Shrnutí

Druhý rozhovor byl příjemný, sestra sice byla ze začátku nervózní, ale během rozhovoru nervozita opadla a velmi mile se rozpovídala. V úvodní otázce uvedla, že je někdy velmi obtížné dojíždět k domovům v nepříznivém počasí a také o víkendech. Čas, který je určený pro návštěvy pacientů vnímá jako dostatečný, spolupráci s lékaři vnímá jako kladnou. Sestra uvádí, že se již setkala se zvýšením hlasu pacienta k ní, s ponižujícím chováním se nesešla. Se sexuálními nářeky se setkala již vícekrát, na tuto situaci se vždy snaží nereagovat a přejít jí. Udává, že na pacienty někdy již zvýšila hlas, ale jednalo se o situace, ve kterých bylo nutné užít více direktivní přístup. Také v rozhovoru udává, že se již setkala se záměrným využíváním sestry klientem k vykonávání různých činností, nesouvisejících s obsahem ošetřující návštěvy. Občas se setkává s přístupem rodiny, která pečuje o nemocného a dává najevo, že je pro mě klient nechtěnou příteží. Sestra má základní znalosti o etickém kodexu, právech pacientů a etických zásadách. Upozorňuje na nutnost zachování mlčenlivosti především při běžné komunikaci s okolím klienta, které ví, že je navštěvován, ale snaží se získat informace o podrob-

ném stavu klienta. V doplňující otázce jsem se zeptala na srovnání domácí péče před 15ti lety, sestra uvedla, že změna je především v dopravě, v režimu práce, který byl dříve volnější s větším důrazem na potřeby pacienta a možnosti být u pacienta takovou dobu, jakou skutečně potřebuje. Udává také menší stres a spěch během vykonávání práce. Změna proběhla také v dokumentaci, dříve stačily dvě věty, nyní je dokumentace velice rozsáhlá a čas se věnuje administrativě na úkor pacienta. Říká, že dříve byla péče lidštější.

5.1.3 Rozhovor se sestrou č. 3 (R3)

Poslední rozhovor byl veden s vrchní sestrou domácí péče. Ta pracuje v domácí péči již 21 let. Předtím pracovala půl roku na neurologii, rok a čtvrt na porodnici oddělení rizikového těhotenství, v jeslích a následně po mateřské dovolené v domácí péči. Důvody k vybrání profese sestry v domácí péči byla vhodná pracovní doba a náboženské přesvědčení. Spokojená v této profesi je, ale udává velké množství administrativní práce, raději by trávila čas s pacienty.

Otázka č. 4

T: „A co se Vám konkrétně na té Vaší pozici vrchní sestry líbí a co ne, co vnímáte jako největší problém?“

R3: „Těžko říct, ta práce je bych řekla průkopnická, záleží do značné míry na nás, jak tu domácí péči povedeme nebo jak to povedu, a jakým směrem se to bude ubírat. Protože jsou agentury, které jdou vyloženě za body a ten člověk je moc ani nezajímá, jen aby hodně vydělali, a toto u nás není, my se snažíme vidět toho člověka na 1 místě.“

R3: „I já jsem vlastně studovala bakalářské studium ošetrovatelství i proto, aby ta domácí péče šla dopředu a byla jako u nás na vyšší úrovni, protože ty novinky v tom zdravotnictví jsou, pořád se to vyvíjí. My jsme v té domácí péči, tak my jsme od toho odřezané, v té nemocnici tam se dovíte co je nového a my vlastně musíme samy se vzdělávat a jít si po těch různých oborech. Setkáváme se s pacienty z různých oborů, takže se musíme vzdělávat ve všech těch oborech. V podstatě jsme u těch pacientů samy, takže i odpovědnost nebo to, že nemáte za zády lékaře, tak nás taky nutí k tomu, abychom se co nejvíce vzdělávaly a věděly. Musíme si mezi sebou poradit, ale často jste sama v té situaci a musíte hned reagovat, takže to vzdělání, to má určitě velký význam“

Otázka č. 5

T: „A časový harmonogram návštěv si sestavujete sama nebo je konzultujete s klienty?“

R3: „U nás je to tak, že na každém středisku je staniční sestra, která většinou přijímá všechny pacienty. Zná je a ví, kolikrát týdně má péče být, jaké tam jsou délky návštěv, každá staniční sestra na středisku dělá rozpis ostatním sestřičkám a ta staniční se právě domlouvá i s lékaři a nastavuje dle lékařů tu péči, jak má být.“

Otázka č. 6

T: „Vnímáte tento čas, který je určený pro návštěvu pacientů, jako dostačující?“

R3: „Jak kdy, snažíme se. Je to tak, že my máme jít a udělat určitý výkon, jenže někdy s tím pacientem by jste ráda něco probrala nebo sám on má potřebu něco povykládat a když je tam třeba půlhodinová či tříčtvrtěhodinová návštěva nebo k odběru ¼ hodinová tak do toho času se nemůžeme vejít. Někdy by byl potřeba ten čas delší, ale snažíme se to tak nějak rozumně, když cítíme, že pacient potřebuje ten čas, tak jsme tam déle, ale ty možnosti nejsou. Tím, že je to omezeno časovými výkony, tak nemáme moc nějaké rezervy být déle u pacienta, jak by to potřeboval. Záleží, jak to lékař pak naordinuje, když tu návštěvu zkrátí hlavně u těch cvičení, a to pojišťovna ani moc nechce ty ošetřovatelské rehabilitace.“

T: „Z jakého důvodu to nechtějí?“

R3: „Na to totiž nejsou žádné standardy, ta pojišťovna nám říká, že my bychom měly toho pacienta a jeho rodinu zacvičit k ošetřovatelské rehabilitaci, aby si to pak prováděli sami. Ale vždycky ten pacient nemá rodinu nebo ta rodina je v práci a okolo toho člověka dělají další výkony pečovatelské - nákupy, vstávají v noci k němu, tak už třeba ani nemají ty kapacity, aby s ním ještě cvičili a je to i odborný výkon, takže by to pořádně ani neuměli.“

T: „A jaká je spolupráce s lékaři, dá se s nimi domluvit, když je potřeba?“

R3: „Ano, spolupráce je dobrá jak s nemocnicemi, tak s lékaři.“

Otázka č. 7, 8

T: „Jak reagujete na uspokojení biologické potřeby během návštěvy?“

R3: „Tak vždycky se domluvíme, pokud vidím, že má sníst 2-3 sousta tak ho nechám s tím, že si třeba chystám pomůcky. Není to tak, že bych řekla, teď prostě jsem přišla, a musíte

všeho nechat, to určitě ne. Snažíme se tolerovat, protože on je doma a my vlastně do té domácnosti chodíme na návštěvu, dalo by se říct.“

Otázka č. 9

T: *„A jak reagujete, pokud pacient trvá na svém postupu, ale vy víte, že je nesprávný?“*

R3: *„Tak to je velice obtížné, stává se to, řešily jsme to u jedné paní. My se snažíme je přesvědčit, že ten postup, co ona chce, že není ten správný, a že by naopak jí mohl ublížit. Už se nám stalo, že jedna paní, vyvažovaly jsme jí dolní končetiny, ale ona to nechtěla od prstů, ale až za kotníkem. My jsme jí ona to říkaly, pokud to chcete, abychom vás vyvažovaly od kotníků, tak nebudeme vyvažovat vůbec. Bud' se to bude od prstů, protože ta noha potom oteče pod tím a vlastně neplní to účel. A je to špatně, takže musíme zvažovat rozumně, v čem můžeme ustoupit.“*

Otázka č. 10

T: *„A víte co je to autonomie?“*

R3: *„Být svébytný, vlastní – schopnost, aby se člověk mohl rozhodnout sám.“*

Otázka č. 11

T: *„A co se týče praxe, je možné autonomii podpořit?“*

R3: *„Pacient se může většinou rozhodnout, jestli zůstane doma a my ho tam budeme ošetřovat a nebo jestli na převazy bude jezdit 3x týdně k lékaři sanitkou. A když nás lékař požádá o tu péči, tak ten pacient už je s tím smířený nebo domluvený s lékařem, že o tom ví.“*

Otázka č. 15

T: *„A setkala jste se někdy se sexuálními narážkami od pacientů k Vám?“*

R3: *„Tím, že já teďka chodím málo do terénu, tak teď ne, ale kdysi na začátku jsem jezdila k jedné paní. Ona byla ležící a staral se oni manžel, tak ten občas měl takové narážky. Ale spíše jak jsem se vyspala a nebyl až úplně konkrétní, jako bylo cítit, že trošku to zavání, ale jsem odpoutala něčím jiným pozornost, neřešila jsem to.“*

Otázka č. 16

T: *„Stalo se někdy, že jste zvýšila Vy hlas na pacienta v nějaké vyhrocené situaci?“*

R3: *„Možná u té paní, jak se dělaly ty bandáže, ale to bylo úplně výjimečně a tam vlastně chodily holky. Ta paní si furt nedala říct, tak jsem tam z funkce vrchní sestry šla já, abych*

jí to uvedla na pravou míru a že bych na ni vyloženě křičela to ne, ale důrazně jsem se jí to snažila říct. Nakonec to dopadlo tak, že jste tam chodily, a dělaly jsme to správně. Tak se to pak vyřešilo.“

Otázka č. 19

T: „A setkala jste se s negativním, ponižujícím či až agresivním chováním rodiny k Vám?“

R3: „Teďka holky zažívají u jednoho pacienta, že ten syn po něm chce strašně moc a ten pán má kolem 90 roků a syn si myslí, že prostě bude furt aktivní a bude dobrý. Takže se snaží za každou cenu ho aktivizovat a chce to po nás, i když ten pán je dušný, špatný třeba i špatně spal, tak to přece nejde jej tak nadměrně zatěžovat. A jsou to věci i třeba drobné prkotiny a on přijde a s ním jsou třeba i půlhodinové rozhovory. Je takový zvláštní, je s ním těžká domluva.“

Otázka č. 20

T: „A setkala jste se s ponižujícím, zesměšňujícím nebo verbální, fyzickou agresí rodiny k pacientovi?“

R3: „Jako přímo, že bych to viděla tak to ne, ale jsme měly podezření právě u jednoho pána asi tak rok zpátky. Tušily jsme tam nějaké domácí násilí a tak jsme se to snažily řešit i se sociálkou a pak toho pána odvezli do nemocnice, kde i zemřel, takže se to nedořešilo. Ale to jsou právě takové komplikované situace, že člověk neví. Ten pán navíc měl nějakou poruchu, že nemohl mluvit, takže s ním se nedalo domluvit. O to to bylo horší, že jsme nevěděly, že to podezření jsme měly, ale ničím podložené. Jednou měl nějakou modřinu ve tváři, tak syn říkal, že spadl, ale bylo to těžko prokazatelné. A když už by se to mělo řešit, tak to dopadlo takhle.“

Otázka č. 21

T: „Víte, čím se zabývá etický kodex a kdo ho vypracoval?“

R3: „Vypracovala ho česká asociace sester a zabývá se právy pacientů a povinnostmi sester a zdravotnických pracovníků.“

Otázka č. 22

T: „Myslíte si, že je při práci důležité dodržovat etické zásady?“

R3: „Jo, já si myslím, že i to mají zdravotní sestry v sobě asi nastaveny, možná jakýkoli kodex nepotřebují. My třeba máme etický kodex pracovníka, který je vypracovaný přímo pro nás, takže tam dosti věcí koresponduje, že jsou takové věci ještě třeba navíc, ale jako je to určitě potřeba.“

Otázka č. 23

T: „Jakým způsobem si myslíte, že v praxi je možné respektovat lidskou důstojnost, při výkonech v praxi?“

R3: „V praxi je třeba respektování studu, pokud ten člověk - děláme mu tam třeba výměnu katetru nebo když se odhalí genitálie, dělá se hygiena. Tak pokud je tam rodinný příslušník, když to je žena a mužské pohlaví a není to zrovna manžel, prostě jsou tam děti, vnoučata, tak se zeptám pacienta, jestli tam můžou být nebo ne a záleží na něm. Někde ta rodina je různě nastavená někomu to vadí, někomu to nevadí, takže třeba i v tomhle respektování.“

Otázka č. 26

T: „Myslíte si, že jsou v praxi porušována práva pacienta?“

R3: „Už si vezměte jen v tom oslovení, že pokud je to vysokoškolák, tak má taky právo, abychom mu říkali pane inženýre nebo pane doktore, že to není nějaký žlučník někde nebo bércový vřed, takže to s tím taky souvisí. Tady je to samozřejmé, mě už to taky ani nenapadá. S tímhle oslovením možná nebo v těch nemocnicích si myslím, že právě i ten stud, že před ostatními pacienty se dělají různé výkony a nebo nechají se otevřené dveře, když se pacient umývá nebo i nevím, jak moc je seznámený s tím výkonem a třeba jestli mu je nějaká alternativa navržena, že si třeba může vybrat z toho a z toho a vysvětlit mu to.“

T: „Vaše práce vrchní sestry – jaké jsou specifika té práce, co to obnáší?“

R3: „Obnáší to strašně moc věcí, tak třeba zajišťování materiálu to znamená zdravotnický materiál, když jsou nějaké novinky, třeba máme ode dneška paní, kde se podává portem, takže vůbec portální jehly to jsme neměly, takže zase k tomu shánět informace.“

T: „A je dostupný ten materiál?“

R3: „Je dostupný od firem, dá se objednat, ale spíše musíme vědět, co objednat. Teď jsem musela objednávat ty portové jehly – jmenuje se huberova, je zahnutá, je tam jiný konus. Musím si ty informace sama sehnat, je s tím hodně práce, nebo když objednávám ten materiál tak jednak je sterilní a nesterilní a teď je spousta firem, je to složitější. Potom taky řídím ty stanice, v podstatě. Ty stanice řídí staniční sestry, a pokud mají nějaký problém, tak se obrací na mě, buď mi telefonují, nebo mailují, to je taky velká část práce. Třeba žádosti pacientů vyřizuje staniční sestra a potom to kompletují na konci měsíce. To staniční zkontroluje a pak to předává mně, já vlastně kontroluju ty údaje před vyúčtováním a následně je vyúčtovávám zdravotním pojišťovně. Když od zdravotních pojišťoven chodí dodatky nebo smlouvy tak ředitel to dává mě, abych si to pročetla, aby to bylo správně nastavené, pokud mám k tomu připomínky či nemám připomínky, takže to pak zase dávám řediteli k podpisu. Teď personální záležitosti – přijímání pracovníků, obleky. Taky mám sledovat vytíženost sester, aby naše středisko vydělávalo. Teď je to právě tak, že spíš nevyděláváme nebo jsme tak akorát šul nul, že přemýšlím vlastně, kde se nám ztrácí ten čas, ale my hodně času asi strávíme tou dokumentací, a nebo i tím, že si předáváme informace.“

T: „Čím je to způsobeno?“

R3: „Té dokumentace je moc a je těch informací nebo i věcí, co třeba řešíme za ty pacienty. Teď se snažíme už několik let rozvíjet domácí hospicovou péči, ale okolo toho je taky starostí. Máme dva projekty švýcarsko české, z ministerstva zdravotnictví. Ten první jsme měly na dovybavení pomůcek, takže máme lineární dávkovač, oxygenátor, infuzní pumpu, auto pro hospicovou péči, 3 polohovací postele a antidekubitní matrace, vzdělávání nějaké proběhlo. Ten první projekt jsem psala já a ten zabral strašného času, než jsem to vypracovala. Projekty normálně nepíšu, tak to bylo náročné. Ale podařilo se to, dokonce jsme ho i získaly, a teď je s tím spousta papírové práce, je to komplikované. Nyní máme druhý projekt a získali jsme z něho skoro půl milionu, a tam je 90 %, že hradí z projektu a 10 % je naše spoluúčast.“

T: „A to je vlastně Vaše iniciativa že?“

R3: „Je, a teď je další projekt taky na hospicovou péči na další rozšíření, i na pečující osoby, takže tam je to zase trošku jinak, na poloviční úvazek máme sestru, která je koordi-

nátorkou domácí hospicové péče, v rámci toho projektu se od ledna od února otevřela hospicová poradna, takže máme 2x týdně hospicovou poradnu, začaly pomocné skupiny. “

T: „A máte tedy dostatek zájemců o informace o hospicové péči či samotné pacienty v hospicové péči?“

R3: „Ta péče je taková nárazová, stane se, že máme 3 pacienty hospicové péče a pak zase není nikdo, ono těžko se i specifikuje ta skupina těch pacientů hospicových. Podle pojišťovny je, že dožijí v řádu dní nebo desítek dnů nebo týdnů. Ale někdy ten pacient je třeba půl roku v péči a je taky onkologický a je taky už imobilní a špatný, že už má i náplasti atd. že se tiší bolest. Ale nám někdy přijde do péče pacient, kterého máme 3 dny, týden. Takže těžko je to taková hranice, těžko se hranice určuje, těžko se posuzuje, jestli už je hospicová nebo není hospicová. Nebo jsme měli pacienta, který vypadal, že již zemře, byl napsaný jako hospicový a pacient ještě rok a půl žije na náplastech. Takže jako je to těžké, byl úplně špatný a najednou se zlepšil. Ted' ještě vlastně chystám třetí projekt taky na ty česko-švýcarské fondy, protože jsme zase zjistily, co nám ještě chybí v té domácí i hospicové péči. Takže i tak máme pořád málo postelí, bude brzo nutné, abychom měli nové tonometry, glukometry, aby měla každá sestra pulsní oxymetr. Ted' jsme ještě zjistily, máme dva ty kyslíkové koncentrátory, z toho projektu zbyly ještě peníze tak můžeme pořídit další dva, tak bychom mohli mít celkem 4. Měly jsme je půjčené u jedné pacientky a ted' na celém úseku vypadl elektrický proud. Paní byla hodinu a čtvrt bez kyslíku. Ona našťěstí v té době ještě vydržela bez toho kyslíku. Nyní je na tom daleko hůř, ted' třeba byla chvíli bez kyslíku a říkali, že jí klesla saturace na nějakých 73 %. Co potom dělat, asi by se musela volat rychlá. Tak pátráme, jestli něco není a ta firma co nám dodala ty koncentrátory tak právě mi ještě nabídli, že existuje plnička bombiček, že to je větší než koncentrátor, že to bývá na základně a k tomu jsou bombičky, že tam jsou 2 litry toho kyslíku a vydrží to až 5 hodin. Takže bych chtěla toto taky do toho projektu napsat a žádat o to. Ještě se mi ozval jeden pán, že je na kyslíku doma, ale že by třeba chtěl na zahradu a tam ty rozvody prostě nemá. Bylo by dobré, dokud ty lidi ještě jsou schopni, mobilní, tak by mohli jít ven nebo k lékaři nebo když něco potřebují dostat se ven. Nebo někdo třeba touží zajet podívat se na svůj rodný domek nebo něco takového, a že vlastně jak je na tom kyslíku, tak už nemá šanci. Tak jsme si říkaly, že by tohle nebylo špatné. A ještě jedno auto bychom potřebovaly, protože těch aut je pořád málo, tak uvidíme.“

T: „Ještě se Vás zeptám, když pracujete takovou dobu v domácí péči, jak byste popsala největší změny?“

R3: „Dříve, když jsem začínala tak si vzpomínám, že jsem měla tak 3-4 pacienty za den. Ono to začínalo od roku 1992, to se jmenovalo experiment ministerstva zdravotnictví, takže to celé hradilo ministerstvo. Návštěvy pacienta byly 2 hodinové nebo hodinové či $\frac{3}{4}$ hodinové. S tím pacientem, si teď vzpomínám, jezdila jsem k jedné paní, mohly jsme se projít i ven a pak jsme sedly na zápraží, aby si odpočinula, a zase jsme šly. Teďka se vůbec nechodí venku, doma je cvičení a všechno. Vlastně odcvičím to, co mám a jedu dál. Teď se to prostě hrozně všechno zkrátilo na ty výkony. Tenkrát taky začaly výkony, ale byla tam možnost toho delšího času. Teďka pojišťovna nás tlačí do kratších časů, nejhorší pro nás je u těch odběrů, ty jsou pro nás strašně ztrátové. Tam máme čtvrt hodinu na odběr i s dokumentací, se vším, správně nám má lékař dát žádost nebo poukaz, to nám nedá, takže než si ta sestřička vůbec zjistí, že to je třeba u nového pacienta, tak to trvá daleko déle. Teď jsme tam začaly psát půl hodinové návštěvy. Samotný výkon u pacienta taky netrvá jen 10 minut, protože se člověk zdrží, než vám někdo otevře a pak třeba má špatné žíly, tak třeba na 4x pícháme, i třeba jenom půl hodiny jsme u člověka, a vykážeme $\frac{1}{4}$ hodinu. Ty odběry jsou hrozně ztrátové. A když jedeme k pacientovi, tak se vykazují kilometry, když je odběr, tak nemůžeme napsat, že jedeme do laboratoře, takže ani ty kilometry se nepočítají, je to prý v režii, říká pojišťovna. Takže dříve z toho začátku bylo více času na pacienta. Teď se to všechno zpřísnuje. Také se strašně dlouho nehnulo s materiálovými výkony. To vlastně máme ty časové návštěvy, ty jsou nějak ohodnocené a pak jsou materiálové, máte například 29 převaz nebo 25 aplikace parenterální výživy, takže jsou ohodnoceny nějakými body a to se přepočítá na koruny a teď s těmi body nebylo hnuto snad už 10 let, možná i víc. Ten materiál v té době stál jinou cenu než teď, takže my vlastně dotujeme pojišťovnu, protože ten převaz je daleko dražší a nikdo s tím nic nedělá. Už byly několikrát dané návrhy, že to řeší Česká Asociace Sester, nebo přes charity, návrhy podávali vloni, právě bylo to na spadnutí, měl projít materiálový výkon na převazy a nakonec to taky neprošlo. My toho materiálu spotřebujeme víc, než nám zaplatí, takže potom jsme ztrátové. Že s tím nikdo nic nedělá už tolik let. Pořád se říká, že domácí péče má zelenou, že se bude propouštět z nemocnice co nejdříve a tak dál, ale není to nějak vidět. Aspoň u nás a vloni právě ke konci roku to byly takové na internetu titulky, že i v televizi se mluvilo, že se do zdravotnictví přidává kolik milionů, ale domácí péči se nepřidalo nic a patří taky do zdravotní péče, takže to je prostě nepořádek. A když podá-

váme infuze, myslím, že 25 Kč nebo max. 27 Kč, za podání té parenterální výživy jako ten materiálový výkon. A set stojí kolem 17 Kč, je nutná kanyla, potřebuji desinfekci, když podáváme lineárním dávkovačem- tak je potřeba velká stříkačka a ta stojí kolem 17 Kč je tam krátká hadička, delší hadička, teď když tam dáme tu koncovku, tak ta koncovka dnes jsem to objednávala, stojí 28 Kč – tak ta portová jehla stojí 28 nebo 30 Kč, takže je to strašně ztrátové. Ale zase se snažíme, aby lidi u nás měli věci sterilní, co nejlepší kvalitu, tak jak to má být i když jsme na tom ztrátoví. Víím, že třeba jinde, nedávají na převazy ani sterilní materiál, to tedy nechápu, víím kde to i je, ale říkat to tu nebudu. Za tuhle cenu bych nechtěla jít, touhle cestou prostě ne. Tak třeba se to v příštích letech posune, můžeme doufat, no napíšete o tom a třeba se něco posune“

Shrnutí

Poslední rozhovor s vrchní sestrou pracoviště byl také příjemný, sestra byla velmi ochotná a přátelská. V pozici vrchní sestry již nyní nejezdí často do terénu. Jako jednu z hlavních priorit uvádí vysokou úroveň poskytované péče, kterou se snaží zajistit i vzděláváním sester. Čas určený na jednotlivé ošetrovací návštěvy vnímá jako celkem dostačující, kromě času určeného na odběr biologického materiálu. Jako problém vnímá nevelkou nakloněnost pojišťoven ke kondičnímu cvičení neboli rehabilitaci. To je zapříčiněno dosud nevypracovanými standardy ke kondičnímu cvičení. Pojišťovny požadují, aby sestry zacvičovaly rodinu, která pečuje o nemocného, k samostatnému provádění kondičního cvičení. To v praxi většinou není příliš možné, často klienti nebydlí s rodinou či rodina je již tak vyčerpána péčí o nemocného, že by to nezvládla jak časově tak i fyzicky. Vrchní sestra hodnotí spolupráci s lékaři jako dobrou. Se sexuálními narážkami se již setkala, tuto situaci řešila ignorací. Uvědomuje si, že jednou zvýšila hlas na pacienta z důvodu nutnosti více direktivního přístupu, když pacientka trvala na svém postupu, který by ji ale mohl ublížit a nebylo možné se s ní jiným způsobem domluvit. Nyní řeší také těžkou domluvu se synem klienta, ke kterému jezdí sestry provádět kondiční cvičení. Syn by si přál, aby s jeho otcem sestry cvičily více, ale to je nemožné kvůli věku a fyzickému stavu klienta. To však syn nechápe, a neustále kontaktuje vrchní sestru a stěžuje si na postup sester. Vrchní sestra popisuje případ týraného klienta rodinou, který již uvedla sestra č. 1. Vrchní sestra má znalosti o etických kodexech, právech pacientů a etických zásadách. Myslí si, že jsou v praxi nejčastěji porušovány oblasti týkající se oslovování a intimity. Jako specifika práce vrchní sestry udává schopnost organizovat, aktivně vyhledávat jak technické a materiální vybavení, tak i vzdělávací kurzy pro sestry. Dále řídí ošetrovatelské stanice, vykazuje účty zdra-

votním pojišťovněm a pracuje na projektech. Vypracovala dva projekty (nyní připravuje třetí) čerpající finanční prostředky ze švýcarsko-českých fondů, ze kterých dokoupila nutné vybavení – lineární dávkovač, infuzní pumpu, 3 polohování postele, antidekubitní matraci, vytvořila novou hospicovou poradnu. Nyní se snaží získat peníze na kyslíkové koncentrátory s bombičkami, které vydrží až 5 hodin. Je to vhodné pro pacienty, kteří jsou nyní nuceni být doma kvůli kyslíku. S těmito bombičkami by mohli vyjít ven na zahradu, či zajet k lékaři nebo mít pojistku, kdyby nefungovala elektřina. Stejně jako ostatní sestry udává, že dříve bylo více času na pacienta, dle jeho vlastní potřeby. Jako další problém uvádí zastaralé ohodnocení materiálových výkonů, které jsou pro ošetrovatelskou stanici velmi ztrátové a udává, že je nutné, aby se tato situace co nejdříve změnila.

5.2 Rozhovory s klienty domácí ošetrovatelské péče

Rozhovory s klienty byly předem domluveny s vrchní sestrou pracoviště. Následně byli vybráni vhodní respondenti a byl sestaven souhlas s rozhovorem. Ošetřující sestry zjistily, zda klienti s rozhovorem souhlasí a dali k podepsání souhlas. Následně mi byly vrchní sestrou předány kontakty na klienty. Schůzky s klienty byly domlouvány individuálně. Všechna setkání byla velmi příjemná. Rozhovory probíhaly o víkendech v domácím prostředí klientů. Celkem byly uskutečněny 3 rozhovory, které byly nahrávány na diktafon a následně přepsány. U každého rozhovoru je uvedena drobná charakteristika klienta a podmínky, za kterých rozhovor probíhal. Kvůli obsáhlosti jednotlivých rozhovorů bylo provedeno zestručnění a drobné stylistické úpravy. V práci jsou uvedeny pouze vybrané otázky na určité odpovědi. V závěru je shrnut obsah rozhovoru s klientem.

5.2.1 Rozhovor s klientem č. 1 (K1)

První respondentka je klientkou domácí hospicové péče. Sestry k ní dochází dva měsíce. Uvádí, že ji tuto péči domluvila obvodní lékařka a je s ní velice spokojená.

Otázka č. 4

T: „Jak často k Vám sestry dochází?“

K1: „Ze začátku docházely 4x denně, protože začínaly podáváním morfia, tak po těch šesti hodinových intervalech, poté mi zavedly port, tak nyní chodí 2x denně ráno a večer.“

Otázka č. 5

T: „A myslíte si, že jsou tyto návštěvy pro Vás dostačující?“

K1: „Já myslím, že ano, jsme na telefonním spojení, kdykoliv potřebujeme tak můžeme sestřičce zavolat a ona je ochotna přijet, kolikrát jsme už volali, takže opravdu musím říct, že to funguje.“

Otázka č. 6

T: „A znáte jména sester, které k Vám docházejí?“

K1: „Ano, osobně se mi každá představila, já jsem s tímto kolektivem velmi spokojená. Můžu to říct právě na základě toho, že jsem ležela na hospitalizaci v nemocnici, ale tam jsem byla velmi ale velmi zklamaná.“

T: „A z jakého důvodu, co se stalo?“

K1: „Z přístupu personálu k pacientům“

T: „Myslíte přístup sester?“

K1: „Já vím, že ta práce je zatěžující, jak pro pacienta, tak pro sestru. Ale jestliže se člověk rozhodne pracovat s lidmi, musí si uvědomit, že se pacient cítí úplně jinak než normální, zdravý člověk a ten přístup bere úplně jinak. Vyřčené slovo nelze vzít zpět a velmi se toho pacienta kolikrát dotkne. A když dělám porovnání, když bych srovnávala tyto sestřičky a přístup personálu co ke mně chodí a přístup personálu v nemocnici, tak to se nedá, to je nebe a dudy.“

T: „Přístup sester, které k Vám dochází, hodnotíte jako lepší?“

K1: „Samozřejmě. Já jsem byla v nemocnici hospitalizována s dechovými problémy a vemte si, že jsem tam ležela týden, a za ten týden mi ani jednou neměřili saturaci. Teď jsem cukrovkář, takže mi bylo v noci velice špatně, tak jsem požádala, jestli by mě mohla být změřena glykémie, jestli nemám nějakou reakci. No řeknu vám, že přišla mě změřit sestřička až po 2 hodinách – s úsměvem, co bych jako ještě chtěla. Včera jak tu byla sestřička, by mi mohla potvrdit obdobnou zkušenost, že přišla právě teď po mě další pacientka, takže aby to nebylo jako jednostranně, aby to nevypadalo, že si stěžuju, že mám prostě takové špatné zkušenosti. Ležela jsem tam týden, a za celou dobu mi saturaci nikdo nezměřil, a když jsem po nich něco slušně chtěla, tak jsem měla takový pocit, jako nedobrý, nebyly ochotné.“

Otázka č. 9

T: „*Jak Vás sestry oslovují?*“

K1: „*Oslovují mě jménem jako příjmením*“

Otázka č. 10

T: „*Ptal se Vás někdo, zda si takto přejete být oslovována?*“

K1: „*Ano, domluvila jsem se s nimi na něm.*“

Otázka č. 12

T: „*Jste se sestrou domluvena na čas návštěvy, v kolik má přijít?*“

K1: „*Ano sestřička mě jako oznámí, v kolik asi přijde, tak to už předem se domluví, že má pacienty na inzulinu v různých vzdálenostech svého obvodu, že mohou nastat jakékoliv komplikace, jako s dopravou nebo zdržením, tak abychom věděli, že máme nějakou časovou rezervu. Že se může stát, nebo když sestřičce přijíždí spojový autobus, tak že i v tom autobusovém spojení můžou nastat komplikace, jakákoliv porucha, takže jsme tak domluveni, že neplašíme, ale že máme tady takovou dohodu. Na sestřičku má spojení i manžel, má telefon, nebo sestřička má na nás telefony, takže spojení je bez problému.*“

Otázka č. 14

T: „*Pokud někdy potřebujete změnit čas návštěvy, mohou se Vám sestry přizpůsobit?*“

K1: „*Ano jsou ochotné a my jsme doma, my nikam neodjíždíme, tak ony si to můžou přizpůsobit. Teď jsou velice ochotné mi zajistit i mimo pouze tu zdravotní péči i doplňkovou péči, kdy mi sestřička třeba půjčila knížky, nějakou literaturu o hospicové péči, takové krátké příběhy, jestli chci tak si to můžu přečíst, sama od sebe mi to nabídla. Příběhy jsou to kratší, ze života, a opravdu se k tomu člověk vrací ještě, zase takový pohled na tu péči z druhé strany bych řekla. Nijak mi to nevnucovala, ale že jestli mám zájem, o nějaké takové rozptýlení.*“

Otázka č. 15

T: „*Víte, jak dlouho má trvat ošetřující návštěva?*“

K1: „*Ne to je individuální, dneska jsme třeba měli ranní toalety, že než připraví ten přístroj, tak jsme měli ty toalety, takže tu bývají třeba i té ¾ hodiny*“

Otázka č. 16

T: „*Je pro Vás tento čas dostačující?*“

K1: „*Ano, ano vždycky to tak nějak vyjde.*“

Otázka č. 17

T: „*Dodržuje sestra tento daný čas?*“

K1: „*Snaží se.*“

Otázka č. 18

T: „*A stane se někdy, že sestřičky přesáhnou tento daný čas?*“

K1: „*Ano, někdy ano.*“

Otázka č. 19

T: „*Co pro Vás znamená pojem lidská důstojnost?*“

K1: „*Víte, já si myslím, že jako lidská důstojnost je stav, který si více uvědomuje člověk, který ví, že už je na té cestě ke konci života a že ubíhá k tomu jeho konci. Proto jsem třeba i já měla zájem se domluvit na tom a domluvit se i s manželem, že bych ten čas chtěla strávit s ním a ve své rodině a ne nějak anonymně v nějakém zařízení. Pro toho pacienta je to vždycky lepší mít kolem sebe ty svoje blízké a cítit se tak v určitém druhu bezpečí, protože jsem zažila za tu dobu té mé léčby, která byla v nemocnici, takže jsem zažila věci, že byl pacient třeba zavřený na samostatný pokoj, kde by úplně sám a že se na něj přišly sestřičky akorát podívat. Tak člověk měl z toho takový pocit, že se přišly podívat, jestli ten pacient ještě dýchá nebo už zemřel. Já vím, že ony nemůžou sedět 24 hodin u něj, ale myslím si, že ten důstojný odchod člověka by mohl být zajištěný tím kontaktem s tou rodinou a s těmi blízkými, aby za nimi mohl přijít – kdo je věřící – i kněz, nebo ten, kdo pro ně něco znamená. Že to je taková jakoby, jak bych řekla služba. Ten pacient by měl mít pocit, že se o něj přesto i když už je na nějakém tom odchodu, pořád někdo ještě zajímá a pomáhá mu nebo se prostě snaží ten jeho odchod ulehčit. To víte, pro nikoho to není asi jednoduché, z nás nikdo se tam odsud zatím ještě nevrátil, takže nemůže popsat jaké to vlastně je, ale to prožívání kolem dokola není úplně jednoduché ne jako smířitelné, ale musí to ten člověk – se s tím nějak poprat.*“

Otázka č. 20

T: „*Označila byste situaci v nemocnici jako pro Vás nedůstojnou?*“

K1: „*Ano, velmi.*“

T: „*A chtěla byste mi popsat tuto situaci?*“

K1: „*No raději, ani ne*“

Otázka č. 21

T: „*Byly Vám tu nabídnuty duchovní služby?*“

K1: „*Ano využívám je, já jsem věřící a dochází ke mně dle toho, jak potřebuji.*“

Otázka č. 22

T: „*Stalo se někdy, že se k Vám zdravotní sestra zachovala nevhodně?*“

K1: „*No, nemyslím zrovna tady teď, ale když jsem ležela předtím v nemocnici v, taky se mi to stalo.*“

T: „*Chtěla byste mi o tom říct podrobněji?*“

K1: „*Ne.*“

Otázka č. 23

T: „*Jak sestra reaguje, pokud nejste při jejím příchodu nachystaná k výkonu?*“

K1: „*Tak se v klidu připravím, promluvíme si, já si dodělám to, co potřebuji, v klidu se domluvíme a pokračujeme dál, jak potřebujeme, s tím nejsou vůbec žádné problémy*“

Otázka č. 24

T: „*A dává sestřička najevo spěch či stres ze vzniklé situace?*“

K1: „*Ne to jsme domluveny, u toho si povídáme, ona mě řekne kolik má před sebou ještě pacientů, tak já jí říkám, ať si to udělá tak, aby to postíhala, většinou nám to vychází opravdu tak, jak sestřička potřebuje, není problém.*“

Otázka č. 25

T: „*Věnuje se Vám sestřička plně při ošetřující návštěvě například užití telefonu?*“

K1: „*Ano věnuje, když jí třeba mezitím někdo volá z nadřízených, tak se omluví, že je to nutné, já samozřejmě, že je to výkon její práce, ať si vyřídí, co potřebuje.*“

Otázka č. 26

T: „*Projevuje sestra při návštěvě zájem o Vaše pocity? Ptá se Vás, jak se máte?*“

K1: „*Když přijde, už mezi dveřmi se mě ptá, jak bylo po noci, jestli jsem spala, jestli prostě nebyl nějaký problém, dechový nebo bolesti, třeba jsme se domluvily, že zkusíme nějaké léky proti bolesti, jestli jsem to brala, jestli to zabralo, co a jak, prostě vstřícně. Musím říct, že to je první, o co se zajímá.*“

Otázka č. 27

T: „*Komunikuje s Vámi sestra při výkonu, říká Vám, co bude dělat a jak to bude dělat?*“

K1: „*Ano, kdykoliv předem než něco udělá, tak mě o tom informuje.*“

Otázka č. 29

T: „*Stalo se někdy, že sestra někdy použila slova odborná, kterým jste nerozuměla či slova vulgární?*“

K1: „*V tomto mám výhodu, že jsem z oboru, ale i pacienti mimo obor, i těm dokáží vysvětlit, co právě teď bude dělat. A co se týče vulgárních slov, ne to ne to jsem za tu dobu vůbec nezaznamenala.*“

Otázka č. 30

T: „*Stalo se někdy, že na Vás sestra zvýšila hlas?*“

K1: „*V té nemocnici ano, dalo by se říct, že ne zvýšila hlas, ale mluvila uraženě, zareagovala tak nějak nepřírozeně, jsem se zeptala, a ona mě na to odpověděla, tak zle, už jsem vám to snad řekla ne.*“

Otázka č. 33

T: „*A stalo se Vám někdy, že když jste byla někdy odhalena třeba při hygieně, že někdo vstoupil do místnosti?*“

K1: „*Ne, to ne, my se vždycky tak domlouváme, manžel tady přichystá všechno, vodu, žínku, mýdlo všechno nachystá, a tady děláme hygienu, a potom kdyby sestřička potřebovala s něčím pomoci, tak ho zavoláme, a on nám pomůže, dříve tu hygienu zvládal manžel, ale teďka už na to nestačí tak jsme požádali sestřičky.*“

Otázka č. 36

T: „*A stalo se někdy, že jste Vy zvýšila hlas na sestru?*“

K1: „*Ne já jsem normálně klidný člověk a myslím si, že to je všechno o domluvě a že nemusí člověk reagovat tak, že by chtěl někoho vytáčet zvyšováním hlasu.*“

Otázka č. 37

T: „*A měla jste se sestrou někdy konflikt?*“

K1: „*Tady se sestřičkami ne, a v nemocnici jsem říkala, že ano.*“

Otázka č. 40

T: „*A co si Váš manžel myslí o těchto ošetřovatelských návštěvách?*“

K1: „*Manžel je velice spokojený, že ty děvčata z charity sem chodí a řeší všechny problémy ve spolupráci s ním, na něho by to bylo už hodně, stará se vlastně o celou domácnost nakupování, úklid, všechno kolem dokola, takže s tím je velice spokojený*“

T: „*Máte nějaké připomínky, co byste chtěla ještě třeba říct?*“

K1: „*Já kdybych mohla tak bych tu práci děvčat, doporučila každému, kdo ji potřebuje, protože si myslím, že to jsou děvčata na svém místě. Opravdu, podávají vysoce kvalitní péči, služby na úrovni, že se někdo nemusí bát je o tu péči požádat. Je to jednak anonymní, třeba se na mě ptali v lékárně a sestřička, se kterou se velice dobře známe, ona jí odpověděla, jestli s ní budete mluvit, tak se jí můžete zeptat, ale já nemám možnost vám tyto informace poskytnout. To je velice na úrovni. A mají tam mezi sebou velice pěkné vztahy, to už je cítit z toho, když sem přijde jedna a druhá jí jde pomoci, jak ony kolem sebe a mezi sebou, to už člověk ty vztahy vycítí a není to nic hraného ale, že to tak je, že to tak mezi nimi funguje.*“

Shrnutí

Rozhovor s klientkou byl pro mě velmi emotivní. Klientka byla velmi smířena se svým onemocněním, až jsem byla překvapena, jak otevřeně se mnou hovořila a sama otvírala témata, na která bych já neměla odvahu se zeptat. Tento rozhovor byl pro mě nesmírně přínosný.

Klientka udává časový úsek návštěvy jako dostačující, má kontakt na sestry a kdyby nastala mimořádná situace, může kdykoli sestřám zavolat. Jména sester zná, představily se jí. Při předchozí hospitalizaci v nemocnici zažila špatný přístup sester, tento zážitek byl

pro ni nedůstojný, nechtěla jej konkretizovat, byl pro ni velmi zraňující. Udává, že přístup sester, které o ni pečující nyní, a sester, které se o ni staraly v nemocnici, nelze srovnat. Sestry z domácí péče se chovají výborně, s jejich péčí je velmi spokojena. Tuto agenturu by doporučila ostatním. Sestry ji oslovují jménem a příjmením tak, jak si sama přála. Na čase návštěvy jsou předem orientačně domluveny, na změně času se může klientka bez problémů se sestrou domluvit. Klientka neví, jak dlouhá má být ošetrovací návštěva, čas se jí ale zdá dostačující, sestra vždy udělá vše, co je potřeba. Někdy má ale klientka pocit, že je u ní sestra déle, než je určená doba návštěvy. Klientka využívá duchovní služby, které jí byly sestrami nabídnuty. Sestry se jí věnují plně při ošetrovací návštěvě, nikdy na ni nezvýšily hlas ani nepoužily vulgární či cizí slovo. Sestry vždy s ochotou a respektem akceptují klientčinu potřebu na toaletu při ošetrovací návštěvě. Klientka udává, že nikdy nezvýšila hlas na sestru, konflikt udává se sestrou v nemocnici, více jej rozvíjet nechtěla. Na poslední doplňující otázku, zda by chtěla ještě něco dodat, odpověděla, že domácí péče je na vysoké úrovni, sestry jsou velice profesionální, hodné a z vlastní zkušenosti ví, že dodržují mlčenlivost.

5.2.2 Rozhovor s klientem č. 2 (K2)

Druhý respondent je klientem domácí péče více jak rok, tuto péči mu zajistila obvodní lékařka. Klient je po amputaci levé dolní končetiny a po cévní mozkové příhodě 01/2015. Péče je zaměřena na nácvik chůze s protézou dolní končetiny pomocí nízkého chodítka.

Otázka č. 4

T: „Jak často k Vám sestry dochází?“

K2: „Pondělí, úterý, středa, pátek chodí na cvičení a chození a ve čtvrtek na koupání“

Otázka č. 5

T: „Jsou dle Vás tyto návštěvy dostačující?“

K2: „Bylo by dobré, kdyby cvičení probíhalo častěji, a kdybych každé cvičení ušel zase 12 koleček, nyní po té mrtvici dělám jen 3.“

Otázka č. 6

T: „A znáte jména sester, které Vás ošetřují?“

K2: „Některé znám, všechny se představily, ale mám špatnou paměť“

Otázka č. 7

T: „*Jste tedy spokojený se sestrami, které o vás pečují?*“

K2: „*Ano, se všemi, ale mám jednu oblíbenou.*“

Otázka č. 8

T: „*Pokud byste se mohl rozhodnout vyměnit tuto agenturu vyměnil byste ji?*“

K2: „*Neměnil bych, jsem spokojený.*“

Otázka č. 9

T: „*A jak Vás sestry oslovují?*“

K2: „*Příjmením.*“

Otázka č. 10

T: „*Ptal se Vás někdo, jestli chcete být takto oslovován?*“

K2: „*Ne.*“

Otázka č. 11

T: „*Vyhovuje Vám toto oslovení?*“

K2: „*Ano, jsem takto spokojený, vyhovuje mi to.*“

Otázka č. 12

T: „*Jste se sestrami předem domluvený na čase návštěvy?*“

K2: „*Jsmo, ale to by se mělo zlepšit, někdy přijde dříve třeba o půl 11 jindy pozdě v 11, ale pak té půl hodiny je tady.*“

Otázka č. 13

T: „*Byl tento čas určený sestrou nebo se s Vámi radila, jak Vám to vyhovuje?*“

K2: „*To se domluvíme vždycky den předem, abych věděl, v kolik je mám očekávat.*“

Otázka č. 14

T: „*A pokud někdy potřebujete změnit čas návštěvy, je to možné?*“

K2: „*Já myslím, že ano*“

Otázka č. 15

T: „Víte, jak dlouho má trvat ta ošetřující návštěva?“

K2: „Tak asi půl hodiny.“

Otázka č. 16

T: „Je pro Vás tento čas dostačující?“

K2: „Někdy stačí, někdy bych chtěl jít ještě jedno kolečko a to už sestra spěchá, musí jít, že má ještě další 2 klienty a nestíhá.“

Otázka č. 17

T: „Dodržuje sestra tento daný čas, je tu skutečně půl hodiny?“

K2: „Ano, to jo, akorát koupání to je kratší.“

Otázka č. 18

T: „Stává se někdy, že sestra přesáhne ten daný čas a je tu více než té půl hodiny?“

K2: „Stalo se, někdy jsou tu sestry i déle.“

T: „Z jakého důvodu?“

K2: „Někdy se stane, že chodíme déle, že musím dělat více přestávky.“

Otázka č. 19

T: „Co pro Vás znamená pojem lidská důstojnost?“

K2: „Důstojnost, že na člověka jsou slušní, a jak se k člověku chovají.“

Otázka č. 20

T: „Zažil jste někdy situaci, ve které jste se cítil nedůstojně?“

K2: Ne to ne.

Otázka č. 22

T: „Stalo se někdy, že se k Vám sestra zachovala nevhodně?“

K2: „To ne, mám samé pozitivní zkušenosti.“

Otázka č. 23

T: „*Vy si připravujete před cvičením protézu, a jak sestra reaguje, pokud ji při jejím příchodu nemáte ještě nachystanou?*“

K2: „*Pomůžte mi.*“

Otázka č. 24

T: „*Dává Vám najevo spěch či stres ze vzniklé situace?*“

K2: „*Někdy jo, ale já se nedivím, protože spěchá má pak ještě více pacientů a je toho na ni moc.*“

T: „*Jak to na ní poznáte, že je ve stresu?*“

K2: „*Řekne, jo už jsem měla být u dalšího pacienta.*“

Otázka č. 25

T: „*Věnuje se Vám sestra plně při ošetrovací návštěvě?*“

K2: „*Třeba se stane, že jí někdo zavolá na telefon, například z práce, tak to musí vzít.*“

Otázka č. 29

T: „*Nepoužívá třeba nějaká cizí, odborná či až vulgární slova?*“

K2: „*Ne, líbí se mi zájem, že se zeptá, co mi lékař napsal za léky, a že se o mě zajímají*“

Otázka č. 30

T: „*Stalo se někdy, že sestra na Vás zvýšila hlas?*“

K2: „*Ne, to ne, já spíše obdivuji jejich trpělivost*“

Otázka č. 31

T: „*Jak třeba sestra reaguje, když potřebujete před výkonem napít nebo na záchod?*“

K2: „*To sama mě nutí do pití, vezmu to ze slušnosti, nemám žízeň, ale ze slušnosti se napiju.*“

Otázka č. 33

T: „*Stalo se někdy, že jste byl při cvičení odhalen a někdo vstoupil do místnosti?*“

K2: „*Ne, ale v nemocnici se mi stalo, že mi sestra řekla, že si budu platit pleny, protože jsem měl nárok jen na 3 za den. Já jsem potřeboval třeba čtvrtou, tak jsem si to musel doplatit, a sestry neochotné, když jsem na ně zazvonil, aby mi plenu vyměnily.*“

Otázka č. 35

T: „*Když máte návrh na změnu, například že chcete jít ještě jednou nebo si dát pauzu, jak sestra reaguje?*“

K2: „*Jo, to spíš mě pochválí než by to odmítla nebo sama má radost, že jdu.*“

Shrnutí

Klient udává, že by byl rád, kdyby návštěvy byly častější, to ovšem není možné z důvodu jeho fyzické kondice. Má velké ambice a chuť ke zlepšení jeho momentálního zdravotního stavu. Sestry, které ho ošetřují, se mu představily, jména si ale nepamatuje a říká, že má špatnou paměť. Je s nimi spokojený. Agenturu by nevyměnil. Klient udává, že se ho sestry na vhodné oslovení neptaly, ale oslovení příjmením mu vyhovuje. Je se sestrou předem domluvený na čase návštěvy, ale říká, že by se tato domluva měla zlepšit. Často totiž sestra kvůli velkému množství klientů dojde později, a klient čeká připravený na posteli delší čas, což ho znervózňuje. Změna času návštěvy je možná. Klient ví, jak přibližně dlouho má trvat ošetřující návštěva, tento čas mu ale někdy připadá nedostačující, chodí totiž pomalu a musí dělat časté přestávky. To se potom odráží na době samotné chůze. Občas se stává, že sestra spěchá a nemůže být u klienta dostatečnou dobu. Klient by si přál chodit déle, což někdy není možné, z důvodu dalších povinností sestry u jiných klientů. Klient udává, že nikdy nezažil situaci, ve které by se cítil nedůstojně. S nevhodným chováním sestry se setkal v nemocnici, kdy byla při potřebě výměny pleny neochotná. S chováním sester z domácí péče má samé pozitivní zkušenosti. Pokud klient před cvičením není přichystán, sestra mu pomůže. Klient udává, že na sestře je občas vidět stres a spěch. Sestry se klientovi plně věnují při ošetrovací návštěvě, zajímají se o jeho pocity, komunikují s ním a neužívají vulgární nebo cizí slova. Nezažil situaci, ve které by na něj sestra zvýšila hlas. Jako negativní zkušenost uvádí zážitek z hospitalizace v nemocnici, kdy mu bylo oznámeno, že má nárok, bez ohledu na jeho potřeby, pouze na 3 pleny za den a další pleny si musí doplatit. Když klient žádal o výměnu, sestry byly neo-

chotné. Sestry z domácí péče s klientem spolupracují, uvádí, že se na všem mohou domluvit. Klient udává, že nikdy nezvýšil hlas na sestru a nikdy s ní neměl konflikt. S bratrem, se kterým klient bydlí, sestry spolupracují a vychází s ním dobře.

5.2.3 Rozhovor s klientem č. 3 (K3)

Třetí respondentka je klientka, která je nyní již po zhojeném bércovém vředu na levé dolní končetině a sestry k ní dochází provádět kondiční cvičení 2x týdně. Domácí péči indikoval praktický lékař.

Otázka č. 4

T: „Jak často k Vám sestry dochází?“

K3: „Dříve když mi chodili vázat tu nohu tak 4x týdně, teď na to cvičení 2x za týden.“

Otázka č. 5

T: „Jsou pro Vás tyto návštěvy dostačující?“

K3: „Ano, jsem spokojená.“

Otázka č. 6

T: „Znáte jména sester, které Vás chodí ošetřovat?“

K3: „Ano, znám“

Otázka č. 7

T: „Jste spokojená se sestrami, které o Vás pečují?“

K3: „Ano, velmi.“

Otázka č. 9

T: „Jak Vás sestry oslovují?“

K3: „Jedna mi říká babičko, jinak normálně, ony jsou jako hrozně hodné na mě.“

Otázka č. 10

T: „Zeptal se Vás někdo, zda si takto přejete nebo jak si přejete být oslovována?“

K3: „Ne nezeptal.“

Otázka č. 11

T: „A vyhovuje Vám toto oslovení?“

K3: „Ano, nevadí mi to.“

Otázka č. 12

T: „Jste se sestrou předem domluvená na čase návštěvy?“

K3: „Ano, jsme domluvené, v určitou hodinu vím, že přijdou.“

Otázka č. 13

T: „Tento čas byl určen sestrou nebo se s Vámi radila, jak Vám to vyhovuje?“

K3: „Ne ony mě řekly, v kolik tady budou, ony si to určily podle sebe.“

Otázka č. 16

T: „Je pro Vás čas ošetřující návštěvy dostačující?“

K3: „Ano, je.“

Otázka č. 17

T: „A dodržuje sestra tento daný čas?“

K3: „Ano, tak nějak vždycky ano.“

Otázka č. 20

T: „Zažila jste se někdy situaci, ve které jste se cítila nedůstojně?“

K3: „Ne, ani v nemocnici ne.“

Otázka č. 28

T: „Rozumíte všemu, co Vám sestra říká nebo používá nějaké odborné názvy?“

K3: „Ne, já bych se zeptala, kdybych tomu nerozuměla“

Otázka č. 30

T: „Stalo se někdy, že na Vás sestra zvýšila hlas?“

K3: „Ne, nikdy.“

Otázka č. 33

T: „A stalo se někdy, že jste byla odhalena a někdo vstoupil do místnosti?“

K3: „V nemocnici, ano, tam jsme seděly všechny 3, ale nevadilo mi to.“

Otázka č. 35

T: „Pokud chcete nějakou změnu, co se týká cvičení, je možné se sestrami domluvit?“

K3: „Je možné, určitě ano. V té nemocnici, to jsem se snažila sama, třeba podat si oběd, ale byla tam paní, která všechno vyžadovala po sestrách, tak byly na ni takové hrubší. Ale to se nedá nic dělat, ona, i když sama mohla tak nechtěla, zazvonila si na sestru i kvůli tomu, aby ji přikryla. Když má ruce, tak se snad může sama přikrýt, když jí to jde a je schopná. Měla dlouhé nehty, sestra jí řekla, že by si měla ty nehty ostříhat, ptala se, jestli se byla umýt a ona ta paní, že nemůže. Ona zneužívala práci sester.“

Otázka č. 36

T: „Stalo se někdy, že jste Vy zvýšila hlas na sestru?“

K3: „Ne“

Otázka č. 40

T: „Je spokojený Váš syn se sestrami a cvičením?“

K3: „Ano, je spokojený s tou péčí. Já na ně nedám dopustit.“

Shrnutí

Klientka zná jména sester, které ji ošetřují, je s nimi velmi spokojena. Agenturu by nevyměnila. Sestry ji, dle jejích slov, oslovují normálně, jedna jí však říká babičko. Na oslovení se klientky sestry neptaly, říká, že je však s tímto oslovením spokojena. Klientka je se sestrou předem domluvena na čase návštěvy, tento čas byl určen sestrou. Pokud klientka potřebuje změnit tento čas, je možné se sestrami domluvit. Klientka přibližně ví, jak dlouho má trvat ošetřovací návštěva. Tento čas je pro ni dostačující, sestra se snaží dodržet tento daný čas. Klientka udává, že nikdy nezažila situaci, ve které by se cítila nedůstojně, ani situaci, ve které by se k ní sestra chovala nevhodně. Pokud není připravena při příchodu sestry, klientka uvádí, že sestry bez problému počkají, a stres či spěch z dané situace najevo nedávají. Sestry se klientce při ošetřovací návštěvě věnují plně, zajímají se o její pocity, komunikují s ní, klientka rozumí všem výrazům a nikdy nezažila situaci, ve které by sestra mluvila vulgárně. Nikdy se jí nestalo, že by na ni sestra zvýšila hlas. Kli-

entka popisuje situaci, která se jí stala při hospitalizaci v nemocnici, kdy pacientka, která ležela na vedlejší posteli, záměrně zneužívala sestry k činnostem, které by si zvládla pacientka udělat sama. Poté k této pacientce byly sestry hrubší. Dále uvádí další situaci v nemocnici, při které byla odhalena, a někdo vstoupil do místnosti. Tato událost ji nijak nevadila. Sestry s ní při cvičení spolupracují, na všem se s nimi může domluvit. Klientka říká, že nikdy nezvýšila hlas na sestru a nikdy s žádnou sestrou neměla konflikt. Se synem, který o klientku pečuje, sestry vychází dobře, syn je s péčí sester spokojen. Na závěr dodává, že na tuto domácí péči nedá dopustit.

5.3 Pečující osoba (PO)

Jako doplňující rozhovor je uveden rozhovor s pečující osobou. Ten po stránce organizační probíhal stejným způsobem jako rozhovory s klienty. Rozhovor probíhal v domácím prostředí pečující osoby o víkendu. Vzhledem k obsáhlosti rozhovoru bylo provedeno zestručnění, drobné stylistické úpravy a v textu jsou uvedeny pouze vybrané odpovědi na určité otázky. V závěru jsou shrnuty nejzajímavější odpovědi pečující osoby.

5.3.1 Rozhovor s pečující osobou

Rozhovor poskytla žena, starající se o manžela, ke kterému jezdí sestry z domácí ošetrovatelské péče dvakrát týdně provádět kondiční cvičení. Pečovatelská služba jezdí třikrát denně provádět hygienu. Paní je 88 let, manželovi 95 let. K manželovi dojíždí sestry již dva roky po zlomenině bederního obratle a amputaci pravé dolní končetiny. Domácí péči zajistil praktický lékař. S domácí péčí je velmi spokojena, nedokáže si představit, že by se musela o manžela starat sama.

Otázka č. 6

T: „*Jak často chodí sestry k manželovi cvičit?*“

PO: „*Ted už je to přes rok, on se bránil, on nechtěl, že on to nepotřebuje a potom časem to sám taky uznal, že najednou se trochu nadzvedl sám, že se už začínal obracet sám.*“

T: „*Takže po cvičení byly pokroky?*“

PO: „*Ano, ale od těch ošetrovatelek je to oběť. Protože manžel není nějaký, jako že by byl drsňák, ale někdy říká, že cvičit prostě nechce a je takový nepříjemný*“

T: „*Jak potom sestry řešily takové situace?*“

PO: „*Ony vždycky s úsměvem, já jsem se vždycky pak omlouvala za něho a ony říkaly, vždyť se nic neděje, to je v pořádku, my to chápeme, že ten člověk je upoutaný na lůžko, že mu není vždycky dobře, aby dělal vždycky to, co se po něm chce.*“

Otázka č. 11

T: „*Souhlasí s tím Váš manžel nebo má nějaké výhrady?*“

PO: „*Někdy když nemá náladu, říká, že nechce a že dnes cvičit nemusí. Ale opravdu toto povolání, za to by měly dostat kříž za zásluhy, protože já si myslím, že já bych to nemohla dělat, že já bych tu trpělivost neměla. Není to pro každého.*“

Otázka č. 12

T: „*Jste se sestrami předem domluvená na čase návštěvy?*“

PO: „*Ani ne přesně na hodinu, ale vím, že prostě přijdou po 8 hodině nebo na poledne po té 1 hodině, ale to se nedá ta práce načasovat, jednou je pacient v pohodě a spolupracuje, jde to rychle, podruhé ho musí umýt, je třeba pokálený, nebo se něco vylije na postel a musí se převlékat celá postel, takže to se fakt nedá určit úplně. Ale přibližně vím, kdy přijdou, ale když se někdy stane, že se opozdí a pak se omlouvají, tak já říkám, že my víme, že přijdete, to se ještě nestalo, že by nebyly došly.*“

Otázka č. 14

T: „*Dá se domluvit ta návštěva a změnit, například když potřebujete k doktorovi?*“

PO: „*Ano, Většinou to vím, že se půjde na nějakou kontrolu, tak děvčatům řeknu, zítra nechoďte ráno, protože nebude doma, bude v nemocnici. Naopak, když vím, že po té 1 je objednaná sanita tak pečovatelka přijde o trochu dřív a dokonce nám ho ještě oblíká, takže ta spolupráce je výborná a funguje. Takže se můžeme kdykoliv domluvit jak potřebujeme.*“

Otázka č. 17

T: „*A dodržují tento čas?*“

PO: „*Dodržují, manžel je už někdy unavený, ale vydrží to, když ho posadí, tak už se tak vycvičil, že se sám udrží v sedu bez pomoci. Ten pokrok je úžasný, i když vidíte, že to je pomalu, ale fakt ten pokrok je.*“

Otázka č. 18

T: „*A stane se někdy, že sestřička cvičí s manželem déle než té půl hodiny?*“

PO: „*Někdy se to i natáhne, protože ze začátku, teď už on pije ale ze začátku se bránil vždycky pít a nepil moc, takže ho potom ještě po tom cvičení donutila, aby tu skleničku vypil, no tak to se potom natáhlo.*“

Otázka č. 20

T: „*Setkala jste se se situací, která pro Vás byla nedůstojná?*“

PO: „*Ne, i manžel byl vždycky hrozně spokojený, když jsme tam přišli, tak jsme viděli, jak se k němu chová ten personál, to už poznáte. Nechtěla bych se ale dostat do LDN. Můj bratr tam umřel, teď to byl rok, prostě se nám to tam nelíbilo, my už víme proč, protože tam je na celé poschodí jedna ošetřovatelka. Takže to fakt nemohla stihnout.*“

Otázka č. 23

T: „*Zajímá se sestra, jak se Váš manžel cítí, jestli ho něco nebolí?*“

PO: „*Pořád se ptají a netlačí vás to někde. A špatné je to v noci, když se stane, že si roztrhne tu plenu a pak to dopadne tak, že je celý mokrý on i ta postel a mě to trvá, než ho převlíknu a než převleču postel a než ho spravím - tak mi to trvá 2 hodiny, to mi nebudete věřit, tak jsem tak nemožná.*“

Otázka č. 24

T: „*Jak sestra reaguje v tom případě, když Váš manžel odmítá spolupracovat?*“

PO: „*Sestra to s ním umí tak, že nakonec cvičí úplně perfektně, že ho dokážou děvčata zpracovat a nakonec se cvičí a je to dobře. To právě obdivuji tuto trpělivost a schopnost toho nemocného a protivného člověka dostat tam, kde potřebujete.*“

Otázka č. 29

T: „*Kontroluje před cvičením, zda Váš manžel nepotřebuje vyměnit plenu?*“

PO: „*Taky, a samy to poznají a řeknou, my vám ho přebalíme a přebalí ho. To taky je obdivuju, protože to není jejich povinnost a udělají to. I když přijde staniční sestra, bylo mě to trapné říkat, a ona ne, ne sedněte si a já to udělám.*“

Otázka č. 33

T: „*Stalo se třeba, že jste Vy nebo Váš manžel zvýšili hlas na sestru?*“

PO: „*Stalo se, já tedy ne, já bych neměla důvod ani, ale on když je takhle nevrlý a nechce cvičit tak je protivný a já ho takového neznám jako normálně a vždycky se podívám na tu pečovatelku, ona se usměje a kývne hlavou. Ale pak se jí manžel omluvil, že mu to ujelo, a když sestra odchází tak řekne, děkuju moc. Takže je si toho taky vědomý, je to těžké, když člověk tak leží, navíc on už zapomíná.*“

Shrnutí

Manželka, která pečuje o klienta, udává, že se manžel dříve cvičení se sestrami bránil, nechtěl cvičit. Říkal, že cvičení nepotřebuje, ale po čase sám uznal, že mu velmi pomáhá. Manželka udává, že sestry to s klientem nemají lehké, klient je občas nepříjemný a odmítá spolupracovat. Sestry takové situace řeší s úsměvem, chápou, že mu není vždy dobře, umí klienta ke cvičení přesvědčit. Manželka říká, že s ním mají trpělivost. Manželka i klient s péčí souhlasí. Rozsah návštěv se jí zdá dostačující, je s nimi velmi spokojena. Sestry manžela oslovují příjmením. Manželka je se sestrami předem domluvena na přibližném čase návštěvy. Tato profese však dle ní nelze plně naplánovat, vždy se může stát něco neočekávaného. Čas návštěvy se může změnit, vše lze se sestrami domluvit. Manželka ví, jak dlouho má trvat ošetřovací návštěva, sestry se snaží tento čas dodržovat, ale někdy se stane, že jsou u manžela déle. Manželka udává, že sestry aktivně manželovi nabízejí tekutiny, klient se tomu někdy brání, nechce vůbec pít, ale musí. Udává, že se nikdy nevykytla v situaci, ve které by se cítila nedůstojně. Nikdy se nestalo, aby se sestra k ní nebo k manželovi zachovala nevhodně. Manželka udává, že jsou přátelské a zachovávají lidskou důstojnost. Sestry se při návštěvě věnují plně manželovi, zajímají se o jeho pocity. Manželka říká, že péče o manžela je velmi těžká. Sestry nikdy nezvýšily hlas na pacienta ani na ni. Sestry také vždy před cvičením kontrolují, zda není potřeba manželovi vyměnit plenu, nikdy se nestalo, aby manžel cvičil ve špinavém. Manželka udává, že se občas stává, že manžel zvýší hlas na sestru. Do konfliktu se sestrou se nikdy nedostala, spolupráci se sestrami v domácí péči hodnotí jako velmi kladnou. Cvičení má pro jejího manžela obrovský smysl, rodina klienta je také spokojena.

6 DISKUSE

V následujícím textu jsou nastíněny výsledky cílů, stanovených pro tento výzkum. Na základně průzkumného šetření, které je provedeno pomocí polostrukturovaného rozhovoru, je splněn hlavní cíl bakalářské práce, a to: ***zjistit, zda jsou dodržovány etické zásady při poskytování domácí ošetrovatelské péče***. To bylo zkoumáno celkem u sedmi respondentů. Konkrétně u třech všeobecných sester, které poskytují domácí péči, u tří klientů domácí péče a jako doplňující byl uskutečněn rozhovor s pečující osobou. K hlavnímu cíli se v rozhovoru se sestrami vztahují otázky č. 5 – 11 a 16 – 18. Sestry v této části rozhovoru udávají, že se snaží dodržovat etické zásady. Všechny zúčastněné sestry se přiznaly, že nastala situace, ve které musely užít důraznějšího tónu ke klientům, ale nikdy na klienty nekřičely. Ke klientům přistupují s úctou a respektem. V rozhovoru s klienty se k hlavnímu cíli vztahují otázky č. 3 – 11, 12 – 18, 21 – 35 a 38 – 40. Výsledek této části hlavního cíle je velmi uspokojující. Ani jeden z klientů neudává neetický přístup sestry z domácí péče. Všichni respondenti jsou s přístupem ošetřujících sester velmi spokojeni. V rozhovoru s pečující osobou se k tomuto cíli vztahují otázky č. 4 – 18, 21 – 32 a 35 – 38. Ani poslední respondent - pečující manželka, se nikdy nesetkala s neetickým přístupem sestry z domácí péče k ní, nebo jejímu manželovi. Můžeme tedy shrnout, že sestry, které se zúčastnily průzkumu, poskytují ošetrovatelskou péči klientům v domácím prostředí v duchu etických zásad.

Dále byly určeny cíle dílčí. První dílčí cíl je ***zjistit, zdali a v jakých oblastech je porušována důstojnost při poskytování domácí ošetrovatelské péče z pohledu klienta a pečující rodiny***. K tomuto cíli se v rozhovoru s klienty vztahují otázky č. 19 a 20. V rozhovoru s pečující osobou se k tomuto cíli vztahují také otázky č. 19 a 20. Výsledky tohoto dílčího cíle jsou příznivé. Žádný z klientů ani pečující osoba, se nesetkali dle svých zkušeností s nedůstojným přístupem sestry z domácí péče. Ovšem klientka č. 1 uvádí, že se setkala s nedůstojným zacházením v nemocnici při hospitalizaci. Tuto událost nechtěla blíže specifikovat, byla pro ni velmi nepříjemná.

Druhý dílčí cíl je ***zjistit, zda je dodržován respekt a úcta k ošetřujícím sestram***. K tomuto cíli se v rozhovoru se sestrami vztahují otázky č. 12, 13, 14, 15 a 19. V rozhovoru s klienty patří tomuto cíli otázky 36 a 37, v rozhovoru s pečující osobou otázky 33 a 34. Všechny zúčastněné sestry se během své praxe v domácí péči setkaly se situacemi, které pro ně byly nedůstojné. Všechny tři sestry se již setkaly za dobu své praxe

v domácí péči se sexuálními narážkami ze strany klientů. Setkaly se také se zvýšením hlasu k jejich osobě, jedna sestra udává zkušenost s nedůvěrou klienta a pochybnosti o znalostech sestry kvůli mladému věku, slovním spojením „*Ona je mladá, ta tomu nemůže rozumět*“, což bylo pro dotyčnou sestru ponižující. Klienti se v těchto otázkách vyjadřovali tak, že nikdy na sestru nezvýšili hlas, ani se nechovali způsobem, který by mohl být pro sestru nedůstojný. Stejně se vyjádřila i pečující osoba.

Třetí dílčí cíl je *zjistit, zda sestry mají vědomosti o etickém kodexu a etických zásadách*. K tomuto cíli se v rozhovoru se sestrami vztahují otázky č. 10, 21 - 26. Z odpovědí sester je patrné, že sestry mají základní znalosti o etických kodexech a že je v praxi běžně používají. Navíc mají také svůj zaměstnanecký etický kodex, kterým se v praxi běžně řídí.

Čtvrtý dílčí cíl je *zjistit, zda se pečující rodina chová ke klientům s úctou a respektem*. Tento dílčí cíl je zvolen právě z důvodu zaměření bakalářské práce, která pojednává o domácí péči. K tomuto cíli se v rozhovoru se sestrami vztahuje otázka č. 20. Dvě ze tří sester popisují stejný případ, u kterého bylo podezření na týrání klienta. To se bohužel nedořešilo, klient těsně před začátkem vyšetřování zemřel. Dále sestry uvádí, že se občas setkají s rodinami, u kterých mají podezření na nesprávnou domácí péči, ale příliš časté to dle nich není. Výsledky tohoto průzkumu ukazují, jak obtížná je práce sestry v domácí péči a s jaké situace sestry často zažívají. Také ukazují, jak je o klienty postaráno ze strany rodiny, a také pohled respondentů na problematiku důstojnosti a domácí péče.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou dodržovány etické zásady při poskytování domácí ošetrovatelské péče. Snahou bylo téma etických zásad v domácí péči aplikovat komplexněji a to nejenom z pohledu klientů, ale i z pohledu ošetřujících sester. Jako doplněk k rozhovorům byl proveden rozhovor na téma etika v domácí péči s pečující osobou klienta, kterého sestry v domácí péči ošetřují. Tento hlavní cíl, byl tedy podpořen a rozšířen čtyřmi dílčími cíli, které zkoumaly oblasti, ve kterých může být poškozována důstojnost klienta. Zkoumaly, zda je dodržován respekt a úcta k sestrám, zkoumaly také znalosti ošetřujících sester o etickém kodexu a zkoumaly zkušenosti ošetřujících sester s chováním pečujících rodin ke klientům.

Výsledky průzkumu se nedají označit jako jednoznačně pozitivní nebo negativní. Zkoumaná oblast byla poměrně rozsáhlá, proto je nutné výsledky podrobněji rozepsat. Velmi uspokojivé je zjištění, že zkoumaný vzorek klientů, se nikdy nesetkal s porušením důstojnosti a neetickým chováním sestry z domácí péče. Méně uspokojivá je však zkušenost respondentky č. 1 s chováním sester v nemocnici. Všichni klienti, kteří poskytli rozhovor, jsou s domácí péčí velmi spokojeni a přístup sester hodnotí velmi kladně. Méně uspokojivý byl také výsledek druhého dílčího cíle, který se zabýval respektem a úctou k sestrám. Sestry se během své praxe v domácí péči setkávají s neetickým přístupem klientů i rodiny k nim. Tento výsledek ukazuje, že i domácí péče je pro sestry po psychické stránce velmi obtížná, a to i z důvodu, že jsou samy v přirozeném domácím prostředí klientů a musí veškeré neetické chování klienta zvládat samy, mimo dostupnou pomoc či podporu. Velmi uspokojivý byl třetí dílčí cíl, který zjistil, že sestry mají základní vědomosti o etickém kodexu a etických zásadách. Výsledky posledního dílčího cíle, který se zabývá chováním rodiny ke klientům, poukazují na skutečnost, že není výjimkou neetické chování rodiny ke klientovi, sestry popisují případ týrání klienta jeho vlastní rodinou.

Jsme si plně vědomi toho, že výsledky našeho šetření nelze globalizovat, ale přesto nás těší příznivé výsledky v oblasti etického přístupu sester ke klientům.

Při práci sestry v domácí péči, je povinností sestry sledovat domácí prostředí a úroveň péče, která je klientovi ze strany rodiny poskytována. Sociální prostředí, zájem rodiny a vztahy mezi nimi, jsou u klienta, který již není schopen se postarat sám o sebe, stěžejní. Při propouštění klienta z hospitalizace nemá propouštějící sestra možnost vidět, do jakého prostředí a jakých mezilidských vztahů se klient vrací. Ale právě toto domácí prostředí

a péče rodiny jsou významné v celkové setrvačnosti stavu, v jakém je klient propuštěn domů. Pro klienty, nejčastěji v pokročilém věku nebo polymorbidní, jsou prostředí, ve kterém žijí a vztahy v jejich rodině velmi důležité. To, zda je správně postaráno o tyto klienty, určuje i celkovou úroveň naší společnosti. Pokud se rodina nedokáže nebo nechce správně postarat o své nejbližší, tak naše společnost není správně fungující. Je nutné, aby se každý člověk nad tímto problémem zamyslel a snažil se o změnu. Každý jednou zestárne, může se stát nemohoucím a bude potřebovat pomoc svých nejbližších. Změnu v přístupu k tomuto problému by měl především každý aplikovat sám na sebe svým přístupem ke svým blízkým nemohoucím. A právě správně poskytovaná domácí péče zdravotními sestrami může být pro rodinu v tak těžké životní situaci řešením, které zajistí důstojnou péči o člena rodiny.

Práce v domácí péči je pro sestry velmi náročná. Sestry mají přesně určený čas, který by měl stačit k výkonu u daného klienta. To však mnohdy klientům nestačí, potřebují komplexnější péči, nejenom vykonání určitého výkonu. Proto se sestra může dostat do časově vypjatých, stresových situací, které se mohou následně odrazit na jejím chování. Také domluva časového rozpětí návštěv s lékaři je pro sestru náročná. Lékař tyto výkony vykazuje zdravotní pojišťovně, které musí obhájit důvod zavedení domácí péče. Další aspekt, který ovlivňuje náročnost domácí péče je široké spektrum diagnóz pacientů, o které sestry pečují. Musí si samy aktivně vyhledávat informace o onemocnění. Vrchní sestra aktivně vyhledává nové pomůcky k péči o nemocné, zjišťuje nové možnosti získávání finančních prostředků, ze kterých může koupit nové vybavení. Vrchní sestra udává, že již roky nebylo posunuto materiálovými výkony, u kterých jsou potřebné pomůcky propláceny pojišťovnou dle bodového ohodnocení. Ceny těchto materiálů jsou již dávno jiné, než byly v době, ve které byly tyto výkony bodově určovány. Z tohoto důvodu má vrchní sestra mnoho práce s tím, aby agentura nebyla prodělečná.

Rozšiřování domácí péče má v dnešní době velký potenciál. I WHO a ICN určily jako svůj cíl rozvoj komunitního ošetřovatelství a tím i domácí péče. Důvodů, proč navracet zdravotní péči zpět do domovů nemocných je více. Jeden aspekt je jistě finanční. Domácí péče není pro stát tak drahá, jako péče nemocniční. Druhý aspekt je přínos pro nemocného, který se ve svém vlastním přirozeném prostředí a se svými blízkými cítí lépe než v prostředí nemocničním. Další nesmírnou výhodou, kterou domácí péče umožňuje, je i hospicová péče. Ta umožňuje terminálně nemocným pacientům strávit poslední chvíle ve svém domově se svými blízkými. Tato možnost domácí péče velmi pomáhá terminálně

nemocným smířit se se svým osudem a rozloučit se s životem ve známém prostředí. Myslíme, že by bylo velmi žádoucí, aby se domácí péče rozvíjela více než doposud. Bylo by přínosné, aby bylo věnováno více finančních prostředků na domácí péči, aby materiálové výkony nebyly prodělečné a aby se úroveň domácí péče mohla nadále zvyšovat. Tato práce je věnována etickým zásadám, a to z důvodu nutnosti informovat, že i v domácí péči je nutné zachovávat etické kodexy a zásady. A to jak v péči hospicové, tak i v klasické domácí. Je nutné informovat o tom, jak složitou práci sestry v domácí péči vykonávají, s jakými situacemi se denně setkávají a jak je obtížné tyto situace řešit. Dle našeho názoru domácí péče není jen vedlejším odvětvím péče nemocniční, ale je a doufáme, že i více bude, rovnocenným poskytovatelem zdravotní péče o nemocné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 146 s. ISBN 80-7013-416-x.
- [2] GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc, 126 s. ISBN 80-244-0907-0.
- [3] HANZLÍKOVÁ, Alžběta, 2006. *Komunitní ošetrovatelství*, 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 271 s. ISBN 978-808-0632-571.
- [4] HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK, 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-802-4734-699.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 99 s. ISBN 978-802-4721-507.
- [6] KALVACH, Zdeněk a kol., 2004. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 68s. ISBN 80-239-4334-0.
- [7] *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*, 2009. Vyd. 1. Editor Marie Marková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 154s. ISBN 978-807-0134-993.
- [8] KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ, 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Vyd. 1., 159s. ISBN 978-807-3187-262.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- [10] MAUK, Kristen L., 2006. *Gerontological nursing: competencies for care*. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, 846 p. ISBN 07-637-2843-8.
- [11] MEZINÁRODNÍ RADA SESTER. 1953. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.

- [12] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
- [13] PLEVOVÁ, Ilona, 2005. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 153 s. ISBN 978-802-4735-580.
- [14] PŘÍKASKÝ, Jiljí Vladimír, 2000. *Učebnice základů etiky: přehled etických teorií*. Vyd. 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 134 s. ISBN 80-719-2505-5.
- [15] SEMRÁDOVÁ, Ilona, 2007. *Úvod do etiky: přehled etických teorií*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 54 s. ISBN 978-80-7041-575-1.
- [16] ŠOLTÉS, Ladislav a Rudolf PULLMANN, 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. 1. vyd. Martin: Osveta, 256 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
- [17] *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*, 1998. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 47 s. ISBN 80-701-3270-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

| | |
|-------|---|
| WHO | World health organization/Světová zdravotnická organizace |
| ICN | International Council of Nurses/Mezinárodní rada sester |
| WMA | World medical association/Světová lékařská organizace |
| 1 QIL | Quality of individual life/Jednotka měřící kvalitu života |
| NANDA | Severoamerická asociace pro sesternské diagnózy |
| R1 | Ošetřující sestra č. 1 |
| R2 | Ošetřující sestra č. 2 |
| R3 | Ošetřující sestra č. 3 |
| K1 | Klient č. 1 |
| K2 | Klient č. 2 |
| K3 | Klient č. 3 |
| PO | Pečující osoba |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I.: Otázky k rozhovoru s ošetřujícími sestrami

Příloha P II.: Otázky k rozhovoru s klienty

Příloha P III.: Otázky k rozhovoru s pečující osobou

Příloha P IV.: Etický kodex sester

PŘÍLOHA P I. :OTÁZKY K ROZHOVORU S OŠETŘUJÍCÍMI SESTRAMI

Úvod

1. Jak dlouho pracujete v domácí péči?
2. Kde jste pracovala předtím?
3. Proč jste se rozhodla pro práci zdravotní sestry v domácí péči?

Jste zde spokojená?

4. Co se Vám na Vaší práci líbí a co ne?

Časový úsek

5. Sestavujete si časový harmonogram návštěv sama nebo jej konzultujete s klienty?

6. Vnímáte čas, který je určený pro návštěvy pacientů, jako dostačující?

(Jaká si myslíte, že je příčina toho, že tento čas není dostačující?)

(Projeví se poté tento časový stres na Vašem chování vůči klientovi?)

(Působí poté na Vás?)

Uspokojování biologických potřeb

7. Jak reagujete na požadavek pacienta o uspokojení jeho biologické potřeby před či během návštěvy?

8. Jak se zachováte, pokud přijdete ve stanovený čas ke klientovi a je nutno na něj čekat – například ještě snídá?

Autonomie

9. Jak reagujete, pokud pacient trvá na svém postupu a Vy víte, že je nesprávný?

10. Víte, co je to autonomie?

11. Jak ji podporujete?

Chování pacienta k sestře

12. Zvýšil na Vás někdy pacient hlas? *(Pokud ano, z jakého důvodu?)*

13. Jak jste reagovala?

14. Setkala jste se někdy s negativním, ponižujícím či až agresivním chováním pacienta k Vám?

(Jak často se s tímto přístupem setkáváte?)

15. Setkala jste se někdy se sexuálními narážkami od pacientů?

(Jaká byla Vaše reakce?)

Chování sestry k pacientovi

16. Zvýšila jste někdy Vy hlas na pacienta? *(Pokud ano, z jakého důvodu?)*

17. Měla jste někdy konflikt s pacientem? *(Pokud ano, z jakého důvodu?)*

18. Jak se zachováte, pokud Vás klient požádá o drobnou službu – např. zalití květin, přinesení něčeho ze sklepa?

Chování rodiny k sestře

19. Setkala jste se s negativním, ponižujícím či až agresivním chováním rodiny k Vám?

(Jak jste situaci řešila?)

(Jak často se s tímto přístupem setkáváte?)

Chování rodiny k pacientovi

20. Setkala jste se někdy s ponižováním, zesměšňováním, verbální či fyzickou agresí rodiny k pacientovi?

(Kdy, co se stalo, jak jste reagovala, jak jste situaci řešila?)

(Jak často se s tímto přístupem setkáváte?)

Znalosti z oblasti etiky

21. Víte, čím se zabývá Etický kodex sester a kdo jej vypracoval?

22. Myslíte si, že je při práci důležité dodržovat etické zásady? *(proč?)*

23. Jakým způsobem respektujete lidskou důstojnost?

24. Jaké etické zásady si myslíte, že je obtížné v praxi dodržet?

25. Pokuste se vyjmenovat alespoň 4 práva pacientů.

26. Jaká práva pacientů jsou dle Vás v praxi nejčastěji porušována?

PŘÍLOHA P II. :OTÁZKY K ROZHOVORU S KLIENTY

Úvod

1. Jak dlouho jste klientem domácí ošetrovatelské péče?
2. Kdo Vám zajistil domácí péči?
3. Souhlasíte s touto péčí?
4. Jak často k Vám sestry dochází?
5. Myslíte si, že jsou návštěvy dostačující?
6. Znáte jména sester, které Vás ošetřují?
7. Jste spokojený se sestrami, které o Vás pečují?
8. Pokud byste se mohl rozhodnout, vyměnil byste tuto agenturu za jinou?
(Pokud ne, doporučil byste tuto agenturu svým známým?)

Oslovování

9. Jak Vás sestry oslovují?
10. Ptal se Vás někdo, zda si takto přejete být oslovován?
11. Vyhovuje Vám toto oslovení?

Časový úsek

12. Jste se sestrou předem domluvený na čase návštěvy?
13. Tento čas byl určen sestrou nebo se s Vámi radila, jak Vám to vyhovuje?
14. Pokud někdy potřebujete změnit čas návštěvy, mohou se Vám sestry přizpůsobit?
15. Víte, jak dlouho má trvat ošetrovací návštěva?
16. Je pro Vás tento čas dostačující?
17. Dodržuje sestra tento daný čas?
18. Stává se někdy, že sestra přesáhne tento daný čas? Z jakého důvodu?

Důstojnost klienta

19. Co pro Vás znamená pojem lidská důstojnost?
20. Zažil jste někdy situaci, ve které jste se cítil nedůstojně?
21. Byly Vám nabídnuty duchovní služby?

Přístup sestry

22. Stalo se někdy, že se k Vám sestra zachovala nevhodně? (Pokud ano, jak?)
23. Jak sestra reaguje, pokud nejste při jejím příchodu nachystaný k výkonu?
24. Dává sestra najevo spěch či stres ze vzniklé situace?
25. Věnuje se Vám sestra plně při ošetrovací návštěvě?
26. Projevuje sestra při návštěvě zájem o Vaše pocity?

Komunikace

27. Komunikuje s Vámi sestra během výkonu? Např. říká Vám, co s Vámi zrovna bude dělat?

28. Rozumíte všemu, co Vám sestra říká, vysvětluje?

29. Používají sestry slova, která Vám přijdou nevhodná – například slova odborná, kterým nerozumíte či slova vulgární?

30. Stalo se někdy, že na Vás sestra zvýšila hlas? (Pokud ano, tak z jakého důvodu?)

Oblast biologická - akceptace biologických potřeb

31. Jak sestra reaguje, pokud před výkonem potřebujete na toaletu nebo se napít, je trpělivá nebo dává na sobě znát, že jí to vadí?

32. Jak na totéž reaguje během ošetrovací návštěvy?

Soukromí

33. Stalo se někdy, že jste byl při výkonu odhalen a někdo vstoupil do místnosti?(Pokud ano, jak sestra reagovala?)

Autonomie

34. Spolupracuje s Vámi sestra při ošetrovací návštěvě?

35. Jsou sestry přístupné k Vaším návrhům ke změnám?

Chování klienta k sestře

36. Stalo se někdy, že jste zvýšil hlas na sestru? (z jakého důvodu?)

37. Měl jste někdy se sestrou konflikt? (jaký a proč?)

Spolupráce s rodinou

38. Setkává se sestra se členy Vaší rodiny?

39. Jak s nimi vychází?

40. Co si Vaše rodina myslí o ošetrovacích návštěvách, mají smysl?

PŘÍLOHA P III. :OTÁZKY K ROZHOVORU S PEČUJÍCÍ OSOBOU

Úvod

1. Jak dlouho je Váš manžel klientem domácí ošetrovatelské péče?
2. Jak jste získala kontakt na tuto domácí agenturu?
3. Kdo domlouval podmínky návštěvní služby?
4. Souhlasí s péčí Váš manžel?
5. Souhlasíte s péčí Vy?
6. Jak často k Vám sestry dochází?
7. Myslíte si, že jsou návštěvy dostačující?
8. Znáte jména sester, které Vašeho manžela ošetřují?
9. Jste spokojena se sestrami, které o Vašeho manžela pečují?

Oslovování

10. Jak Vašeho manžela sestry oslovují?
11. Mohl si oslovení vybrat sám?

Časový úsek

12. Jste se sestrou předem domluvená na čase návštěvy?
13. Tento čas byl určen sestrou nebo se s Vámi radila, jak Vám to vyhovuje?
14. Pokud někdy potřebujete změnit čas návštěvy, mohou se Vám sestry časově přizpůsobit?
15. Víte, jak dlouho má trvat ošetrovací návštěva?
16. Je pro Vás tento čas dostačující?
17. Dodržují sestry tento daný čas?
18. Stává se někdy, že sestra přesáhne tento daný čas? Z jakého důvodu?

Důstojnost

19. Co pro Vás znamená pojem lidská důstojnost?
20. Setkala jste se někdy se situací, která byla dle Vašeho pohledu pro manžela nedůstojná?

Přístup sestry

21. Stalo se někdy, že se k Vám nebo Vašemu manželovi zachovala sestra nevhodně? (Pokud ano, jak?)
22. Věnuje se sestra při ošetrovací návštěvě plně Vašemu manželovi?
23. Zajímá se sestra při návštěvě o pocity Vašeho manžela?
24. Jak sestra reaguje v případě, že Váš manžel odmítá spolupracovat?

Komunikace

25. Komunikuje sestra s Vámi a Vaším manželem dostatečně?
26. Rozumíte všemu, co Vám sestra říká a vysvětluje?
27. Používají sestry slova, která Vám přijdou nevhodná - například slova odborná, kterým nerozumíte či slova vulgární?
28. Stalo se někdy, že sestra na Vás či Vašeho manžela zvýšila hlas?(kdy a proč?)

Oblast biologická - akceptace biologických potřeb

29. Kontroluje sestra před cvičením, zda Váš manžel nepotřebuje vyměnit plenu?
30. Pokud ano, obstará hygienu sestra před cvičením nebo to nechá na Vás po cvičení?
31. Dává najevo spěch či stres ze vzniklé situace?
32. Jak sestra reaguje, když Váš manžel během cvičení například potřebuje napít, je trpělivá nebo na sobě dává znát, že jí to nějakým způsobem vadí?

Chování pacienta k sestře

33. Stalo se někdy, že jste zvýšila Vy nebo Váš manžel na sestru hlas?(Pokud ano, z jakého důvodu?)
34. Dostala jste se Vy nebo Váš manžel do konfliktu s některou ze sester?(Pokud ano, z jakého důvodu?)

Spolupráce s rodinou

35. Jak vycházíte se sestrami?
36. Spolupracuje s Vámi sestra při ošetrovací návštěvě?
37. Jsou sestry přístupné k Vaším návrhům ke změnám?
38. Jaký je Váš názor na ošetrovací návštěvy, myslíte si, že mají smysl?

PŘÍLOHA P IV:

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester



Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k **Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN)**, který byl projednán sněmem předsedyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

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

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

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

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

KODEX ICN

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

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

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

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

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

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

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

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

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování. Následující tabulka by měla sestřám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetrovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
- Přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
- Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníci a dalšími lidmi.
- Použít specifický příklad ze zkušenosti k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělovat si navzájem, jak by sestry a studentky dané situace řešily.
- Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
- Spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovnice a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a spoluobčan

| Pracovníci a řídicí pracovníci | Pedagogičtí a výzkumní pracovníci | Česká asociace sester |
|---|--|--|
| Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů. | Do osnov zařadit informace o tom, že poskytování péče vychází z respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity. | Vytvořit programy a směrnice, které podporují lidská práva a etické normy. |
| Zajistit kontinuální vzdělávání v etických otázkách. | Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování. | Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami etiky. |
| Zajistit dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout. | Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu. | Vytvořit směrnice zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice. |
| Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které zajišťují diskretnost. | Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a důvěrnost informací. | Začlenit otázky soukromí a důvěrnosti informací do národního etického kodexu pro sestry. |
| Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti. | Poučit studenty, aby dokázali vnímat význam sociálních aktivit v aktuálních problémech. | Podporovat zdravé a bezpečné prostředí. |

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

| Pracovníci a řídicí pracovníci | Pedagogičtí a výzkumní pracovníci | Česká asociace sester |
|--|--|--|
| Vytvořit normy péče a takové pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní péče. | Při výuce a studiu vytvořit možnosti, které podporují touhu po celoživotním vzdělávání a zvyšování kvalifikace pro praxi. | Zajistit možnost kontinuálního vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního studia apod. |
| Zavést do praxe systémy pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a registraci sester. | Provádět výzkum, který ukazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a náležitou kvalifikací pro praxi, a šířit jeho výsledky. | Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření norem kvalitní péče. |
| Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetrovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti pracovat. | Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám. | Propagovat mezi ošetrovatelským personálem zdravý životní styl. Lobovat za zdravé pracovní prostředí a za dodržování Zákoníku práce. |

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

| Pracovníci a řídicí pracovníci | Pedagogičtí a výzkumní pracovníci | Česká asociace sester |
|---|---|---|
| Stanovit normy (standards) pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management. | Při výuce a studiu zajistit příležitost zabývat se vytvářením norem pro ošetrovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management. | Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření norem pro ošetrovatelské vzdělávání, praxi, výzkum a management. |
| Podporovat na pracovišti provádění výzkumu souvisejícího s ošetrovatelstvím a zdravím. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi. | Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetrovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky. | Připravovat a vydávat prohlášení, dokumenty a normy vztahující se k ošetrovatelskému výzkumu. |
| Podporovat členství v celostátních asociacích sester, za účelem vytvořit příznivé socioekonomické podmínky. | Studující sestry vést k důležitosti členství a účasti v profesních sesterských asociacích. | Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetrovatelství. Připravit směrnice týkající se otázek pracovního prostředí. |

Prvek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

| Pracovníci a řídicí pracovníci | Pedagogičtí a výzkumní pracovníci | Česká asociace sester |
|--|---|--|
| Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory. | Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků. | Stimulovat spolupráci s ostatními spřízněnými obory. |
| Vytvořit pracovní prostředí, které podporuje společné profesní etické hodnoty a chování. | Informovat o zásadách ošetrovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pracovníky. | Vytvořit povědomí o etických otázkách jiných profesí. |
| Vytvořit mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, je-li jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem. | Ve studentech vychovat potřebu ochraňovat jednotlivce, rodiny nebo komunity, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem. | Zajistit směrnice a diskusní fóra související se zabezpečením lidí, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem. |

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby Etický kodex pro sestry mohl být používán, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, kde se vzdělávají budoucí sestry, v tisku pro sestry a dalších hromadných sdělovacích prostředcích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, skupiny pacientů/klientů, organizace lidských práv a skupiny tvořící politiku, i veřejnost.

Slovníček termínů používaných v Etickém kodexu sester vytvořeném Mezinárodní radou sester

| | |
|---------------------------------------|---|
| Vztah spolupráce | Profesionální vztah založený na kolegiální a reciproční aktivitě a chování, který má za cíl dosažení určitých cílů. |
| Spolupracovník | Jiné sestry a jiní zdravotničtí a nezdravotničtí pracovníci a odborníci. |
| Sestra se dělí se společností | Sestra, jako zdravotnická pracovníce a občanka, iniciuje a podporuje vhodné aktivity na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb obyvatel. |
| Osobní zdraví | Duševní, tělesná, sociální a duchovní pohoda sestry. |
| Osobní informace | Informace o jednotlivci nebo rodině získané během profesionálního kontaktu, které jsou důvěrného charakteru a jejichž sdělení může znamenat porušení práva na soukromí, stud, vznik nepříjemností nebo škody pro jednotlivce nebo rodinu. |
| Související / příbuzné skupiny | Jiné sestry, zdravotničtí pracovníci nebo jiní pracovníci, kteří poskytují službu jednotlivci, rodině nebo komunitě a jejichž práce vede k dosažení požadovaných cílů. |