

# **Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče**

Eva Mikesková

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva MIKESKOVÁ**

Osobní číslo: **H08176**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části vysvětlit pojmy, jako jsou etika, morálka a její vývoj u člověka, důstojnost člověka apod. Charakterizovat práci sester, a to především v souvislostech s jejich morálními hodnotami při poskytování ošetrovatelské péče.**

**V praktické části analyzovat problematiku morálních přístupů sester pomocí rozhovorů a doplnit zjištěné informace pozorováním sester v praxi. S výsledky šetření seznámit odbornou veřejnost a navrhnout opatření pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**DVOŘÁKOVÁ, J. Morální usuzování: vliv hodnot, osobnosti a morální identity. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 149 s. ISBN 978-80-210-4751-8.**

**GOLDMANN, R.; CICHÁ, M. Etika zdravotní a sociální práce. Vyd.1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0.**

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

**MUNZAROVÁ, M. Zdravotnická etika od A do Z. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2005. 153 s. ISBN 8024710242.**

**VACEK, P. Morální vývoj v psychologických souvislostech. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 121 s. ISBN 80-7441-101-5.**

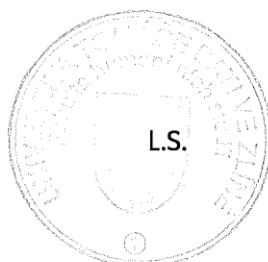
Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

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



  
Mgr. Anna Krátká, 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 ..... 30.5. 2012

.....  
Anižskova

*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 nahlížení 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 vzdělávacího 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). *Odpirá-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 jim 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**

Téma mé bakalářské práce je „Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče“.

Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol. V první kapitole vysvětluji základní pojmy týkající se tématu, jako jsou etika, morálka, morální hodnoty, empatie, důstojnost člověka, normy ve zdravotnictví a také kvalitní ošetrovatelská péče. Druhá kapitola je věnována vývoji morálních hodnot u člověka. V třetí kapitole charakterizuji práci sester. A v poslední kapitole se zaměřuji na osobnost a chování sestry a na komunikaci s pacientem.

V praktické části popisuji průběh a výsledky průzkumu, který byl uskutečněn se všeobecnými sestrami pracujícími v léčebně dlouhodobě nemocných. V závěru této části uvádím návrh opatření, který by mohl přispět ke zlepšení přístupu sester k pacientům.

Klíčová slova: sestra, pacient, morální jednání, komunikace, důstojnost člověka

## **ABSTRACT**

The subject of my bachelor thesis is "The moral attitudes of nurses as a basis for providing quality nursing care."

The theoretical part consists of four chapters. In the first chapter I explain the basic concepts related to topics such as ethics, morality, moral values, empathy, human dignity, standards in health care and quality nursing care. The second chapter is devoted to the development of moral values in humans. In the third chapter I describe the work of nurses. And in the last chapter I focus on personality and behavior of nurse and communication with patients.

In the practical part I describe the process and results of a survey which was carried out with nurses working in long-term hospital patients. At the end of this section I present a draft measure that could help improve the attitude of nurses to patients.

Keywords: nurse, patient, moral conduct, communication, human dignity

Děkuji paní Mgr. Anně Krátké, Ph. D. za vedení mé bakalářské práce, její cenné rady a především za velkou dávku trpělivosti, kterou se mnou po celou dobu měla.

Velké díky také patří celému personálu pracujícímu na oddělení LDN, kde probíhal průzkum. Děkuji Vám za vřelé přijetí a za výbornou spolupráci při plnění mého nelehkého úkolu.

A v neposlední řadě bych ráda poděkovala celé své rodině, přátelům a blízkým, kteří mne podporovali po celou dobu mého studia. Moc si toho vážím.

„Nauč se pozorně naslouchat, co říká druhý, a ze všech sil usiluj vcítit se v myšlení mluvícího.“

(Marcus Antonius Aurelius)

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

Eva Mikesková



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>12</b>
<b>1 VYMEZENÍ POJMŮ</b> .....	<b>13</b>
1.1 ETIKA .....	13
1.2 MORÁLKA .....	13
1.3 MORÁLNÍ HODNOTY .....	13
1.4 EMPATIE.....	14
1.5 DŮSTOJNOST ČLOVĚKA.....	15
1.6 NORMY VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	15
1.7 KVALITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	17
<b>2 VÝVOJ MORÁLNÍCH HODNOT ČLOVĚKA</b> .....	<b>18</b>
2.1 PSYCHOANALYTICKÝ PŘÍSTUP .....	18
2.2 TEORIE SOCIÁLNÍHO UČENÍ.....	18
2.3 KOGNITIVNĚ - VÝVOJOVÝ PŘÍSTUP .....	20
<b>3 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY</b> .....	<b>22</b>
<b>4 VZTAH SESTRA A PACIENT</b> .....	<b>24</b>
4.1 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA .....	24
4.2 CHOVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ .....	24
4.2.1 Produktivní chování .....	25
4.2.2 Neproduktivní chování.....	26
4.3 KOMUNIKACE S PACIENTY.....	27
4.3.1 Verbální komunikace .....	27
4.3.2 Neverbální komunikace.....	28
4.3.3 Vedení rozhovoru s pacientem.....	30
4.3.4 Asertivní jednání .....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>34</b>
<b>5 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>35</b>
5.1 CÍLE PRÁCE .....	35
5.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	35
5.3 METODY PRÁCE.....	35
5.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	36
5.4.1 Rozhovor .....	36
5.4.2 Pozorování.....	37

5.5	ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	37
5.6	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT .....	38
<b>6</b>	<b>INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....</b>	<b>39</b>
6.1	ROZHOVORY .....	39
6.1.1	Rozhovor č. 1 .....	39
6.1.2	Rozhovor č. 2 .....	41
6.1.3	Rozhovor č. 3 .....	44
6.1.4	Rozhovor č. 4 .....	47
6.2	POZOROVÁNÍ.....	49
6.2.1	Pozorovaná sestra č. 1 .....	49
6.2.2	Pozorovaná sestra č. 2 .....	54
6.2.3	Pozorovaná sestra č. 3 .....	59
6.2.4	Pozorovaná sestra č. 4 .....	63
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>69</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>74</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>78</b>

## ÚVOD

Pro zpracování bakalářské práce jsem si zvolila etické téma. Konkrétně jsem se zaměřila na přístup všeobecných sester (dále jen sester) k pacientům a ke svému zaměstnání.

V mém případě jsem měla předpoklady stát se sestrou už od dětství, protože jsem neustále někoho ošetřovala. Ale až když jsem poprvé vešla na oddělení, kde jsem vykonávala svou odbornou praxi, tak jsem si uvědomila, že povolání sestry bude pro mne opravdu to pravé. Nedokázala jsem se totiž ubránit tomu dobrému pocitu někomu pomáhat a vidět mu v očích tu radost z toho, že mu někdo pomohl.

Postupem času jsem poznávala víc a víc sester. Některé mi byly vzorným příkladem toho, jaká by měla být kvalitní sestra se všemi svými ctnostmi a jiné dokázaly svým přístupem a jednáním člověka úplně odradit. Bohužel musím říci, že v dnešní době se stále častěji setkávám s názorem, že sestry nedodržují zásady profesionálního chování a že přistupují k člověku jako k věci, která nemá žádné city.

Proto jsem se rozhodla tuto problematiku blíže prozkoumat. Cílem mé práce je zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům a ke svému povolání, co je ovlivňuje v jednání s pacienty a jakých prohřešků se nejčastěji dopouští v praxi.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ POJMŮ

Pro orientaci v tak složitém tématu jaké představuje morální přístup v ošetrovatelství, je nezbytné si nejprve objasnit základní pojmy, jako jsou etika, morálka, morální hodnoty, empatie, důstojnost člověka, normy ve zdravotnictví a také kvalitní ošetrovatelská péče.

### 1.1 Etika

„Etika je filozofická disciplína, byla nazývána praktickou filozofií. Jako samostatný obor lidského bádání byla systemizována starořeckým filozofem Aristotelem. Etika je podle něj naukou o dobrých charakterových vlastnostech, tj. o lidských ctnostech. Jedná se o vědní disciplínu, jejímž objektem je mravnost. Zkoumá, proč se člověk chová tak či onak“. (Kutnohorská, 2007, s. 11-12)

Etika v ošetrovatelství je založena na čtyřech základních principech. Jedná se o princip neškození (non-maleficence), princip dobřechinění (beneficence), respekt k autonomii a princip spravedlnosti. (Munzarová, 2005)

### 1.2 Morálka

„Morálka je soubor určitých pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí. Určuje společensky žádoucí a nežádoucí jednání a tak usměrňuje chování člověka ve společnosti. Jedná se o schopnost rozeznávat dobré od zlého. Morálku vnímáme jako společensky preferované psané i nepsané normy, které tvoří soubor požadavků na chování člověka. Měřítkem morálky je shoda či neshoda s vlastním svědomím“. (Kutnohorská, 2007, s. 12)

Morálka se dělí na heteronomní a autonomní. Heteronomní morálka je založena na působení vnějšího nátlaku autority pomocí trestů, které následují automaticky při nedodržení stanovených pravidel jednání. Autonomní morálka preferuje vztahy založené na kooperaci, vzájemném porozumění a rovnosti práva. Pravidla jsou stanoveny na základě vzájemné dohody a jsou otevřena diskuzi. Rozsah trestu se určuje s ohledem na druh přestupku a původní záměr jednajícího. (Vacek, 2010)

### 1.3 Morální hodnoty

Vztah hodnot a morálky není doposud přesně stanoven. Avšak výzkumem hodnot v psychologii se zabývalo několik významných autorů. Jedním z nich je i Milton Rokeach, který

formuloval hodnotu jako „trvalé přesvědčení, že určitý způsob chování nebo konečného stavu existence je osobně a sociálně vhodnější než jiný způsob chování nebo konečného stavu existence. Jakmile je hodnota zvnitřněna, stává se vědomě či nevědomě normou nebo kritériem jeho jednání, pro rozvoj a udržování postojů vůči důležitým předmětům a situacím, pro ospravedlnění vlastního i cizího jednání či postojů, pro morální posuzování sebe a druhých a pro srovnání sebe s druhými.“ (Rokeach, 1968 cit. podle Dvořáková, 2008, s. 42)

Hodnoty lidí se během života mění, a to má obecnou platnost bez ohledu na skutečnost, v jaké kultuře se formovala jejich osobnost. Hodnoty se mění také s ohledem na zdravotní stav. Některé hodnoty považujeme v životě za zajištěné a neuvědomujeme si, že může nastat jejich změna.

Ujasňování hodnot v sesterské praxi má výhody, jako jsou:

- Uvědomění si hodnot, které řídí naše jednání.
- Podporuje rozhodování.
- Podporuje rozvoj osobnosti, protože podporuje uvědomování sebe sama (sebereflexi)
- Slouží jako klíč k hodnotám pacienta/klienta a usměřňuje intervence sestry.
- Umožňuje vnitřní pohled do systému hodnot.
- Ve zdravotnictví podporuje schopnost empatie. (Kutnohorská, 2007)

## 1.4 Empatie

Empatie se nejčastěji vysvětluje jako schopnost vcítění se do pocitů a prožitků druhé osoby. Je založena na porozumění signálů neverbální komunikace.

Empatie se dělí na dvě složky. Poznávací je zaměřena především na schopnost rozpoznat projevy aktuálního duševního stavu nemocného a jeho rozpoložení. Oproti tomu emocionální složka přímo představuje vcítění se do psychického stavu pacienta.

Schopnost empatie je částečně vrozená, ale dá se i do jisté míry naučit, a to pomocí cvičení empatické reakce. Empatická reakce má tři kroky: aktivní naslouchání, pojmenování pocitů, přání a očekávání druhého a vyjádření podpory.

V ošetrovatelství má tato schopnost velký význam. Sestra díky ní dokáže vnímat vnitřní svět pacienta, odhalit jeho potřeby a problémy a vidět situaci jeho očima. Což příznivě ovlivňuje vztah mezi sestrou a pacientem. (Plevová a kol., 2011)

## 1.5 Důstojnost člověka

Zajištění důstojnosti člověka je v ošetrovatelství prioritou číslo jedna. Ale co vlastně pojem důstojnost znamená? Ani filozofové se nedokázali na této odpovědi shodnout.

„Někteří ji chápou jako hodnotu přisuzovanou člověku zvenčí na základě úctyhodných vlastností a schopností, jiní jako vnitřní, vrozenou, inherentní hodnotu, která je lidské bytosti vlastní bez jakéhokoliv přisuzování. Další vnitřní důstojnost sice implicitně předpokládají, oceňují však především vynikající vlastnosti dané osoby a tak se přiklání spíše k pojetí důstojnosti přisuzované. Zastánci monoteistických náboženství vidí důstojnost v každém člověku proto, že byl stvořen k obrazu Božímu.“<sup>1</sup>

Ošetrovatelství se nejvíce přiklání k inherentní důstojnosti, která je lidské bytosti vlastní. Z tohoto pohledu na důstojnost pak vychází lidská práva, rovnost všech lidí a stejné zacházení s každým jednotlivcem.

## 1.6 Normy ve zdravotnictví

Obecně lze říci, že normy představují sociální pravidla jednání. Normy dělíme na mravní a právní.

„Za mravní normu je většinou považováno „nepísané pravidlo“, které platí v určité společnosti, skupině, profesi, atd. Mravní norma je určována i tradicí a podporována veřejným

---

<sup>1</sup> MUNZAROVÁ, Marta. Co je to vlastně důstojnost? *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 13, č. 2 [cit. 2012-04-20]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [http://www.internimediceina.cz/artkey/int-201102-0001\\_Co\\_je\\_to\\_vlastne\\_dustojnost.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMunzarov%E1%20-%20Co%20je%20vlastn%EC%20d%F9stojnost%26sfrom%3D0%26spage%3D30](http://www.internimediceina.cz/artkey/int-201102-0001_Co_je_to_vlastne_dustojnost.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMunzarov%E1%20-%20Co%20je%20vlastn%EC%20d%F9stojnost%26sfrom%3D0%26spage%3D30).

mínění. Vnímáme ji především jako nepsané pravidlo, což ovšem neznamená, že nemůže mít podobu doporučení, předpisu, pokynu.“ (Kutnohorská, 2007, s. 20)

V ošetrovatelství jsou mravní normy hojně využívány. Etický kodex sester (viz. Příloha II) a etický kodex práva pacientů ČR (viz. Příloha I) tvoří naprosté minimum, které by měly sestry znát a následně by se s nimi měly i ztotožnit a dodržovat je.

Právní normy mají formu zákona. Jejich dodržování tedy lze vynutit pomocí trestu. Ochrana pacienta je zajištěna především mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázaná, a ústavními zákony. Konkrétně se jedná o Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která byla naší republikou přijata v roce 1997. Úmluva zajišťuje ochranu lidské bytosti při všech lékařských a biomedicinských aplikacích, které jsou za účelem preventivním, diagnostickým, léčebným i výzkumným. A druhá nejvýznamnější smlouva je Listina základních práv a svobod.

Ochrana pacienta je ve zdravotnictví zajištěna celou řadou zákonů, jedná se především o:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdravotnictví,
- Zákon č. 130/2003., o zdravotních prostředcích,
- Zákon č. 129/2003 Sb., o léčivech,
- Zákon č. 505/1990 Sb., o metrologii,
- Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky,
- Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, nyní aktualizován jako zákon č. 105/2011 Sb. (Doležal T. a A. Doležal, 2007)



Tyto zákony ještě doplňuje celá řada podzákoných právních předpisů v podobě nařízení vlády a vyhlášek, ale to zde nelze ani vše obsáhnout.

## 1.7 Kvalitní ošetrovatelská péče

Koncepce ošetrovatelství z roku 2004 definuje ošetrovatelskou péči takto:

„Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi. Součástí ošetrovatelství je péče o nevyčísitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti.“<sup>2</sup>

Současné ošetrovatelství si vymezilo za základní cíl zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Kvalita ošetrovatelské péče je zabezpečena pomocí ošetrovatelských standardů, které stanovují měřitelná kritéria.

Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma kvality. Standardy mohou být vydány jako právní předpisy, metodická opatření Ministerstva zdravotnictví zveřejněná ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, nebo jsou vypracovány přímo zdravotnickým zařízením, profesní organizací apod.

V rámci hodnocení kvality ošetrovatelské péče se hodnotí především kvalita poskytované ošetrovatelské péče, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k nemocným, organizace práce a spokojenost nemocných s ošetrovatelskou péčí.

---

<sup>2</sup> MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodická opatření: 9. Koncepce ošetrovatelství. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2004, částka 9 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3648\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html).

## 2 VÝVOJ MORÁLNÍCH HODNOT ČLOVĚKA

Při studiu tématu morálního jednání nelze přehlédnout zejména tři psychologické teorie: psychoanalytický přístup, teorii sociálního učení a kognitivně-vývojový přístup. I když každý z těchto systémů přistupuje k tomuto tématu z jiného úhlu, tak se vzájemně ovlivňují.

### 2.1 Psychoanalytický přístup

Zakladatelem psychoanalýzy je Sigmund Freud žijící v letech 1856-1939. Problematiku morálky se snažil objasnit ve své teorii osobnosti. Jeho teorie je založena na třech komponentech osobnosti: id, ego a superego. Tyto složky v sobě nesou jak dynamický, tak řídicí prvek jednání. Id představuje pudovou složku osobnosti směřující k okamžitému a maximálnímu uspokojení. Ego tvoří realistickou strukturu, která řídí dosahování cílů. Superego tvoří korektivní, sociálně předurčenou úroveň. Z napětí a souladu mezi egem a superegem vznikají kladné a záporné obranné mechanismy – morální emoce jako hrdost, zahanbení a vina, které korigují jednání. (Tyrlík, 2004)

„Morální vývoj je možné zjednodušeně zredukovat na tři fáze. První je svobodná počáteční exploze primárních impulzů. Je to fáze původní, totální amorálnosti. Druhou fází tvoří střet mezi pohnutkami dítěte a požadavky rodičů, představující společnost. Ti postupně nutí dítě pod hrozbou odnětí aktivní jistoty, aby potlačilo a nakonec přesunulo impulzy, které nejsou shodné se sociálním očekáváním. Jde o vnější fázi morálnosti, totálně heteronomní. Třetí fáze spočívá ve ztotožnění s rodičovskými a sociálními normami a hodnotami prostřednictvím formováním superega, které je už úplně organizované v závěru tzv. latentní periody a kvalitativně se nemění po dobu ostatního života.“ (Lajčiaková, 2008, s. 22)

### 2.2 Teorie sociálního učení

„Teorie sociálního učení považuje morální vývin za součást všeobecného procesu socializace.“ (Lajčiaková, 2008, s. 25)

Zastánci této teorie charakterizují morální vývoj jako získávání a osvojování si morálních hodnot prostřednictvím odměn a trestů.

Předpokládá se, že morálnímu chování se dá naučit a že neexistuje žádný všeobecný předpoklad pro morální jednání či dobrý charakter. Lajčiaková (2008) uvádí dva způsoby učení,

kteře ovlivňují morální myšlení. Jedná se o přímé vyučování a učení se pozorováním. Oba dva způsoby mají společný prvek a to odměňování společensky vhodného chování a trestání odlišného chování. Avšak u prvního způsobu je uplatňována metoda odměny a trestu za určité chování přímo na jedince, který se tímto učí, co je vhodné a co ne. Kdežto u druhého způsobu jedinec imituje odměňované chování, které viděl u druhých lidí.

Mezi teoretiky sociálního učení bývá zařazován i A. Bandura se svou sociálně - kognitivní teorií, ačkoliv je jeho teorie širší než vztahový rámec teorie sociálního učení. Jeho teorie je jedním z významných způsobů vysvětlení morálního chování, ale také se jako jediná důkladně zabývá zpracováním sociálně sdílených obsahů a jejich vlivem na jednání.

Bandura se ve své teorii zabývá nejrůznějšími faktory, které mohou ovlivňovat chování člověka. Patří zde např. kognitivní procesy a obsahy, biologické a osobnostní faktory, faktory prostředí a chování jako zdroj informací o průběhu vlastní aktivity.

Dále ve své práci uvádí, že záměrné lidské jednání je řízeno představou cíle, na základě něhož si plánují průběh aktivity. Lidská aktivita není řízena vnějším efektem chování ve fyzikálním smyslu, ale je zprostředkována prostřednictvím sebereflexe a jáského efektu, které umožňují ovlivňovat myšlení, pocity, motivaci a aktivity.

Podrobně se věnuje mechanismu seberegulace, která má velký vliv na lidskou aktivitu. Tento mechanismus má tři hlavní funkce:

- monitorování vlastního chování, jeho determinant a efektů
- posuzování vlastního chování ve vztahu k vlastním standardům a podmínkám prostředí
- afektivní „self-reagování“ (Tyrlík, 2004)

## 2.3 Kognitivně - vývojový přístup

Mezi nejvíce zmiňované zástupce tohoto psychologického systému patří Jean Piaget se svou teorií kognitivního vývoje a Lawrence Kohlberg s teorií vývojových stádií.

### **Teorie kognitivního vývoje Jeana Piageta**

Piagetova teorie je založena na tom, že veškerá morálka spočívá v respektu, který má jedinec k pravidlům. Na základě studie u dětí rozdělil morálku na heteronomní a autonomní. Heteronomní morálka představuje jednostranný respekt. V popředí stojí autorita, která stanovuje pravidla jednání a při jejich překročení rozhoduje i o náležitém trestu. Trest je přijímán bez výhrad, protože je obecně chápán za správný.

Autonomní morálka je naopak založena na vzájemném respektu, spolupráci a rovném právu. Pravidla se v tomto případě stanovují na základě vzájemné dohody a jejich překročení je posuzováno na základě vztahu k původnímu záměru jednající osoby. (Vacek, 2010)

### **Teorie vývojových stádií Lawrence Kohlberga**

Kohlberg ve své teorii zdůraznil propojenost vývojových stádií morálky na kognitivní vývoj, který tvoří nutnou podmínku morálního vývoje. Ve své práci popsal morální vývoj jako tři úrovně rovnováhy ve vývoji struktury. Každá úroveň je dále rozdělena na dvě stádia.

#### **Prekonvenční úroveň**

Na této úrovni jedinec chápe označení dobré – zlé, správné – špatné, ale vykládá si je na základě důsledků jednání (trest, odměna) nebo podle fyzické síly toho, kdo určité pravidlo vyhlásil.

Stádium 1: Představuje orientaci na trest a poslušnost – správné a špatné jednání je dáno fyzickými důsledky bez ohledu na hodnotu těchto důsledků.

Stádium 2: Instrumentálně – relativistická orientace, jednání je považováno za dobré, jestliže je prostředkem pro uspokojování vlastních potřeb nebo také i jiných lidí. (Tyrlík, 2004)

### **Konvenční úroveň**

Za správné se považuje takové jednání, které je zaměřeno na zájmy rodiny, skupiny nebo národa, bez ohledu na jeho bezprostřední a patrné důsledky.

Stádium 3: Orientace na interpersonální soulad – dobré chování je takové, které jiní lidé schvalují, a má dobré úmysly.

Stádium 4: Orientace na zákon a řád – Správné chování spočívá v prokazování respektu autoritě, v plnění povinností a podpoře fungujícího řádu společnosti jako celku. (Tyrlík, 2004; Vacek, 2010)

### **Postkonvenční úroveň**

Na této úrovni je patrné úsilí definovat morální hodnoty a principy, které jsou platné neohledně na vliv autority skupiny či jednotlivce a také bez ohledu na to, zda se jedinec s těmito skupinami identifikuje.

Stádium 5: Orientace na zákony platné na základě sociální úmluvy – Správné jednání vychází z respektování obecných lidských práv, které byly odsouhlaseny celou společností.

Stádium 6: Orientace na univerzální etické principy – správné jednání je založeno na svědomí jednotlivce, které je ve shodě se zvolenými principy. Ty jsou vytvořeny a přijaty na základě logického porozumění, univerzálnosti a sociální smlouvy. (Vacek, 2010)

Uvedené teorie nám dovolují nahlédnout do různých pohledů morálního vývoje. Všechny tyto poznatky byly ověřeny při průzkumech u dětí. Bohužel není nikde zmíněno, zda a do jaké míry probíhá morální vývoj u dospělých jedinců. Ale domnívám se, že např. pomocí sebereflexe, kterou se zabýval Bandura, je možno dosáhnout lepšího chování i u dospělých jedinců. V ošetřovatelství by se dala tato metoda využít k uvědomování si vlastních chyb a k hledání jejich řešení.

### 3 CHARAKTERISTIKA PRÁCE SESTRY

Základním předpokladem pro výkon povolání všeobecné sestry je dosažení vzdělání, které stanovuje zákon č. 96/2004 Sb., nyní aktualizován jako zákon č. 105/2011 Sb. V současnosti lze získat způsobilost k výkonu tohoto povolání pouze dvěma způsoby a to: vystudováním akreditovaného bakalářského oboru všeobecná sestra nebo oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole.<sup>3</sup>

Činnosti, které sestra vykonává, mohou být z hlediska obsahu rozděleny následovně:

#### **Základní ošetrovatelská péče**

Jedná se o činnosti, které jsou spojeny s identifikací a následným zajištěním základních potřeb člověka, které jsou během onemocnění pozměněny nebo v případě neschopnosti nemocného zajistit si je sám.

#### **Diagnosticko-terapeutické činnosti**

Jak už sám název napovídá, zahrnuje činnosti spojené s diagnostikou a léčbou nemoci. Jedná se především o přípravu nemocného na různá vyšetření včetně následného pozorování nemocného a jeho ošetření, ale patří zde také např. odběry biologického materiálu. Mezi terapeutické činnosti patří všechny úkony týkající se sledování stavu a léčení nemocného.

#### **Psychosociální činnosti**

V ošetrovatelské péči jsou tyto činnosti nepostradatelné. Uplatňují se především při získávání informací potřebných ke stanovení ošetrovatelských problémů. Dále jsou potřebné pro dosažení spolupráce s nemocným a jeho rodinou na tvorbě a realizaci ošetrovatelského

---

<sup>3</sup> ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 - 1480. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).

ČESKO. Zákon č. 105 ze dne 25. března 2011. *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 40, s. 1053 - 1058. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=105/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).

plánu a na zajištění celkové pohody ošetřované osoby. Patří zde různé formy komunikace, edukační činnost, ochrana zájmů pacienta, jeho podpora, pomoc při dorozumívání a kontaktu s okolím a mnoho dalšího.

### **Administrativní práce**

Jedná se o nutnou součást práce sestry, avšak nesmí být upřednostňována před péčí o pacienty. Proto je důležité ujasnit si, co je v danou chvíli nezbytné a co lze odložit. Tyto práce zahrnují vedení ošetřovatelské dokumentace, záznamy o nemocném, vyplňování žádanek na vyšetření, výkazy pro zdravotní pojišťovnu atd. V dnešní době se preferuje spíše elektronický záznam údajů.

### **Přípravné a dokončovací práce**

Tyto činnosti jsou spojeny s přípravou ošetřovatelských, diagnostických a léčebných výkonů. Zahrnují také péči o pomůcky včetně jejich dekontaminace, doplňování materiálu, léků atd. (Staňková, 2002)

## 4 VZTAH SESTRA A PACIENT

Hospitalizace je pro člověka zátěžovou situací, kdy je odloučen od své rodiny, svých blízkých, pohybuje se v neznámém prostředí a ještě se k tomu všemu necítí dobře. Pro zvládnutí této situace je důležitý dobrý vztah s ošetřujícím personálem, především s ošetřující sestrou, která má s pacientem užší kontakt než třeba lékař.

Základem dobrého vztahu mezi sestrou a pacientem je oboustranná komunikace a především naslouchání ze strany sestry. Bez těchto základních aspektů lze jen velmi těžce získat důvěru pacienta, která je potřebná k tomu, aby nám pacient sdělil své pocity, přání a potřeby.

### 4.1 Osobnost zdravotníka

Zdravotnické povolání nesporně patří mezi náročná povolání. V průběhu vývoje zdravotnictví jsou na zdravotnický personál kladeny stále vyšší a vyšší nároky. Očekává se, že zdravotník zvládne vysoce odbornou činnost, poradí si s moderní technikou, zvládne fyzickou náročnost svého povolání, dovede jednat s nemocným, vykonává administrativní práci a je schopen se vyrovnat s pracovními ale i rodinnými problémy, které život přináší. Všechny tyto úkoly kladou vysoké nároky také na osobnost člověka, profesionální přípravu, způsob práce, styl života i duševní rovnováhu.

Pro vykonávání zdravotnického povolání jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady, a to především: tvůrčí přístup, dostatečná kritičnost a sebekritičnost, empatie, porozumění pro problémy nemocných, klidné, nepovyšené vystupování, přiměřené sebevědomí, smysl pro humor, smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem, vyrovnaná osobnost, rozvážnost, trpělivost, umění se ovládat. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

### 4.2 Chování zdravotníků

Zdravotnický personál se denně setkává s řadou nemocných, se kterými je důležité navázat dobrý vztah. K posílení vztahu mezi personálem a nemocným slouží zásady tzv. profesního chování, které by měl každý zdravotnický pracovník dodržovat. „Patří mezi ně například:

- znalost práv pacientů, jejich respektování a dodržování
- korekce chování tak, aby se projevilo v kladném působení na nemocného



- ovládnání negativních emocí a nálad při jednání s nemocnými i spolupracovníky
- povýšení potřeb a zájmů nemocného nad své.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 67)

Profesní chování se odvíjí od pochopení role sestry, smyslu její činnosti, vztahu k nemocnému a k dalším spolupracovníkům.

Mezi faktory, které ovlivňují profesní chování sestry, patří: kladné osobnostní vlastnosti, věk, vzdělání, délka praxe, znalost a respektování etického kodexu sester a práv pacientů, prestiž povolání a požadavky pracoviště.

#### **4.2.1 Produktivní chování**

Základem produktivního chování je vnímat nemocného jako celek se všemi biologickými, psychickými a sociálními souvislostmi. To v praxi znamená, že sestra bude brát v úvahu:

- objektivní stránku nemoci
- psychickou a sociální situaci nemocného
- osobnost nemocného
- prožitky nemocného
- vliv léčebného prostředí a režimu
- prognózu onemocnění
- rozhodnutí lékaře v postupu léčby.

**Pravidla produktivního chování** obsahují:

- uvedení nemocného do prostředí léčebného zařízení, vysvětlení neznámých věcí, poučení, které pomáhá celkové orientaci
- úsilí o redukci záporných emocí (strachu, úzkosti, studu, beznaděje) prostředky, které má sestra k dispozici
- upozornění a varování, která sledují pozitivní cíle (jak se vyhnout nepříjemnostem)
- zainteresovaný osobní vztah k nemocnému, projevy zájmu, vcítění, náklonnosti, sympatií

- podpora a pomoc jako zdroj jistoty, že nemocný nestojí proti svým obtížím osamocení
- aktivní úsilí o spolupráci, dodávání odvahy, aktivizace nemocného jako protiklad apatie a izolace
- průběžné udržování oboustranného kontaktu, vzájemná výměna informací mezi sestrou a nemocnými
- vytváření ovzduší optimizmu, smysl pro humor, vhodně zvolený žert a vtip
- trpělivost a zájem vyslechnout monolog nemocného
- ocenění snahy a úsilí nemocného. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 70)

Při dodržování výše zmíněných zásad si může sestra ulehčit práci v několika ohledech. Dokáže navázat dobrý vztah s pacientem, předchází vzniku konfliktů a motivuje pacienta k samostatnosti.

#### **4.2.2 Neproduktivní chování**

Neproduktivní chování představuje nevhodný přístup k nemocnému, který je vyvolán různými negativními vlivy, které se mohou vyskytnout při práci zdravotníků. Může se jednat o nežádoucí osobnostní rysy, nevhodnou motivaci pro práci, nedostatek odborných znalostí, nevhodné mezilidské vztahy nebo také přetížení a únavu sester v ošetrovatelském procesu. Typické pro neproduktivní chování sester je, že si ho nebvávají vědomy a nerady si ho připouštějí. „Za neproduktivní chování je považováno:

- sdělování polopravdivých či nepravdivých informací nemocným, které sice mohou sestře v dané chvíli zjednodušit nebo usnadnit práci, ale vyvolávají strach nebo ne-realistické očekávání
- neochota ke spolupráci až nezájem o spolupráci
- projevy nepřátelství
- škodolibost vůči nemocným, zábava na jejich účet, nelitostná kritika, klepy a pomlvy
- stereotypní poučování, mentorování, komandování

- zdůrazňování vlastních zásluh, egocentrismus, vymáhání projevů vděčnosti od nemocných
- nedostatek uznání, snižování úsilí nemocného
- nesdílnost a uzavřenost, strohost
- neproduktivní utěšování a litování
- odmítnutí citové vazby, strohá věcnost, úřední tón, odcizení se nemocnému, cílům zdravotnictví i cílům vlastního zdravotnického povolání.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 71)

### 4.3 Komunikace s pacienty

Komunikace je vymezena řadou definic. Obecně lze ale říci, že se jedná o proces, který je charakterizován sdílením a vzájemným předáváním si informací, prostřednictvím slov, tedy verbálně, nebo neverbálně, tzv. řečí těla.

V ošetrovatelské praxi má komunikace speciální význam. Ošetrovatelská profese vyžaduje zvláštní dovednosti, kterým je důležité se naučit již po dobu přípravy na své povolání, protože schopnost komunikovat je první aspekt k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem. Jen při správné komunikaci je možné si získat důvěru pacienta a příznivě ovlivnit jeho léčbu.

#### 4.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace využívá sdělování informací prostřednictvím slov, ať už mluvených či psaných. Vyjadřování prostřednictvím řeči je u jednotlivých lidí odlišné a to na základě jejich kultury, společensko-ekonomického postavení, věku nebo vzdělání.

Pro dosažení efektivní verbální komunikace je důležité dodržovat základní pravidla účinné komunikace, která zahrnují: jednoduchost slov, stručnost, zřetelnost projevu, správné načasování, přizpůsobivost, důvěryhodnost (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

„Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi sestrou a pacientem nebo bez komunikace mezi zdravotníky navzájem. K ošetrovatelské praxi patří tři druhy komunikace:

- sociální komunikace: je neplánovaná, odehrává se při neformálních setkáních
- strukturovaná komunikace: má určitou plánovanou náplň, například rozhovor o pooperační péči s nemocným před operací
- terapeutická (léčebná) komunikace: je definována jako proces, který pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a současně překonávat psychické překážky, které stojí v cestě k seberealizaci.

V medicíně, zdravotnictví i ošetrovatelské péči by se měla uplatňovat etika dialogu, tj. vzájemné výměny názorů a otevřené komunikace. V etickém dialogu je třeba zachovat určitou rovnováhu mezi stanovisky odborníků a laiků.

K dosažení kvalitní oboustranné komunikace sestry s nemocným je potřebné respektovat obecné požadavky: schopnost empatie, individuální přístup, úcta k člověku, pozitivní vztah k nemocnému.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 90 - 91)

„Řeč má také svou etickou stránku. Dotýká se člověka: jeho vědomí i jeho sebevědomí. Řeč zdravotníka se pohybuje v dimenzích evalvace a devalvace. Evalvace je zvyšování hodnoty člověka nebo projev patřičné lidské úcty k pacientovi. Devalvací se rozumí snižování hodnoty člověka. Devalvační projevy jsou např. ignorace pacienta, bezohlednost, urážka, kritika před ostatními, porušení mlčenlivosti, ironie, povýšenecké chování, pomlouvání, preferování jednoho pacienta před ostatními apod.“ (Křívohlavý in Plevová a kol., 2011, s. 23)

#### 4.3.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace bývá také nazývána řečí těla. Často vyjadřuje pocity člověka lépe než nějaká slova. Neverbální projev nemusí vždy odpovídat tomu, co je obsaženo ve verbálním sdělení a to proto, že neverbální projevy si uvědomujeme méně než verbální.

Neverbální komunikace je dělena následovně:

**Haptika** – jedná se o komunikaci dotekem. Dotek patří mezi každodenní činnosti ošetrovatelského personálu, např. při hygienické péči, polohování a mnoha dalších výkonech. Jako nejčastější dotek se uvádí podání ruky, kdy toto gesto představuje pozdrav. Při podání ruky

se hodnotí způsob provedení, časový průběh, tvar a typ ruky, typ pokožky, suchost či vlhkost ruky a síla stisku.

**Kinezika** – představuje komunikaci pohybem. Zaměřuje se tedy na pohyby rukou, nohou, jednotlivých částí těla, případně celého těla a jejich rytmus, dynamiku, uvolnění či napětí.

**Mimika** – je komunikace výrazem obličeje, které jsou vyvolané kontrakcemi a uvolňováním obličejových svalů. V obličeji se odráží především emoce, ale také osobní vlastnosti člověka, jeho vnitřní stavy a usměrňuje průběh interakce. V horní části obličeje jsou vyjadřovány především negativní emoce jako strach, úzkost, bolest, smutek. Zatímco dolní část informuje spíše o pozitivních citech, kdy je nejvíce dominantní úsměv a smích. Pacient vnímá úsměv jako povzbuzující, navozující klidnou atmosféru, důvěru a optimizmu.

**Gestika** – označuje komunikaci pomocí gest. Gesta představují pohyby rukou, která doprovází řeč. Na základě kulturních odlišností se může význam jednotlivých gest odlišovat.

**Vizika** – vyjadřuje komunikaci pohledem nebo také zrakový kontakt. U očního kontaktu se především hodnotí délka, četnost a výměna pohledů. Při nedostatečném zrakovém kontaktu je možné vyvolat pocity nezájmu, otažitosti a nedůvěry.

**Posturika** - se zaměřuje na komunikaci prostřednictvím postoje a polohy těla a vzájemnou konfigurací všech jeho částí. Postoj těla vyjadřuje psychický stav člověka. Tělesnou polohou dává jedinec okolí najevo, jak se cítí. Díky těmto poznatkům se může sestra dozvědět řadu informací o stavu pacienta.

**Proxemika** – se zabývá komunikační vzdáleností mezi dvěma jedinci. Tato vzdálenost vyjadřuje především vztah mezi těmito osobami, čím důvěrnější je jejich vztah, tím je vzdálenost menší. V proxemice se rozlišují čtyři zóny:

- **Intimní:** odstup činí 45 cm a méně. Tento prostor je vyhrazen jen pro nejbližší. Dochází k bezprostřednímu osobnímu kontaktu. Sestra během ošetrovatelské péče často vstupuje pacientovi do této zóny, proto by k němu měla přistupovat s co největším taktem a respektem a také ho předem upozornit na činnosti, které intimní zónu narušují.

- **Osobní:** rozmezí je 45 až 120 cm. Bývá také nazývána jako zóna podání ruky. Při komunikaci v této vzdálenosti je možné dobře sledovat neverbální projevy, především detaily mimiky.
- **Společenská:** uvádí se rozmezí od 1,2 do 3,7 m. Tato vzdálenost je určena především k formální a společenské komunikaci. Haptický kontakt není již dovolen.
- **Veřejná:** odstup je větší než 3,7 m. S veřejnou zónou je možné se setkat při velkých shromážděních. Osobní kontakt se zde vytrácí.

**Teritorialita** – vyjadřuje vlastnický přístup k určitému prostoru nebo předmětu. Z velikosti a umístění teritoria lze usuzovat postavení člověka, čím větší území, tím vyšší postavení.

**Chronemika** – je komunikace prostřednictvím zacházení s časem. To, jak jedinec umí zacházet s časem, prozrazuje např. uspěchané chování, rychlá nebo naopak pomalá až vleková se řeč, dodržování či nedodržování časového harmonogramu a mnohé další projevy. (Plevová a kol., 2011)

V profesi sestry je důležité umět kontrolovat své neverbální projevy. Často se dostáváme do situací, kdy i jeden nevhodný neverbální projev může způsobit celou řadu nežádoucích událostí, jako např. pocit studu, projevy agrese, nespolupráci a také třeba nedůvěru.

### 4.3.3 Vedení rozhovoru s pacientem

„Rozhovor je záměrný a organizovaný dialog, v němž zkoumaná osoba nebo skupina osob odpovídá na otázky tazatele nebo líčí své problémy či stanoviska.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 86)

Ve zdravotnictví má rozhovor nezastupitelnou úlohu. Veškeré důležité informace získané rozhovorem s nemocným by měly být zaznamenány a využity ve prospěch nemocného při poskytování ošetrovatelské péče.

Rozhovorem lze dosáhnout různých cílů a to především:

- navázání kontaktu s nemocným
- výměny informací
- pochopení nemoci
- emocionální podpory pacienta.

Aby byl rozhovor ve zdravotnictví co nejefektivnější, měl by se skládat ze čtyř fází: přípravy na rozhovor, úvodu do rozhovoru, jádra rozhovoru a ukončení rozhovoru.

### **Příprava na rozhovor**

Aby byl rozhovor úspěšný, je důležité se na něho řádně přichystat. Tato příprava se týká sestry, prostředí, ve kterém se rozhovor bude odehrávat, a také pacienta.

**Příprava sestry** zahrnuje: ujasnění si cíle a obsahu rozhovoru, stanovení si časového plánu, přípravu materiálů, shromáždění informací o pacientovi a přípravu otázek k rozhovoru.

**Příprava prostředí** obnáší: přizpůsobení se provozním podmínkám, minimalizování rušivých vlivů (hluk, horko, jiné osoby zasahující do rozhovoru apod.), zajištění příjemného posezení, odstranění fyzických překážek, zajištění stejné zrakové úrovně při komunikaci.

**Příprava pacienta** spočívá v: posouzení ochoty pacienta k rozhovoru, načasování rozhovoru, posouzení a zajištění pohodlí pacienta, zajištění maximálního soukromí, ujištění pacienta o důvěrnosti informací.

### **Úvod do rozhovoru**

Rozhovor se začíná pozdravem, oslovením a podáním ruky. Jestliže se jedná o první setkání, tak je důležité se představit a objasnit svou pozici. Pro příznivý vývoj rozhovoru napomáhá vytvoření bezpečné a důvěryhodné atmosféry. Počátek rozhovoru můžeme zahájit např. dotazem na aktuální stav nemocného (Jak se Vám daří? - Jak se cítíte?) a poté pacientovi vysvětlit, jak bude rozhovor probíhat, informovat ho o délce rozhovoru a objasnit jeho účel.

### **Jádro rozhovoru**

Jedná se o nejdelší fázi rozhovoru. Pacient odpovídá na otázky, které si sestra připravila, ale také může hovořit pacient a sestra jen naslouchat. Během rozhovoru by se měla sestra zaměřit na přiměřený oční kontakt, jasnou a srozumitelnou výslovnost, klidný a přátelský tón, zachycování sdělených informací, sledování verbálních i neverbálních projevů, ověření, zda pacient všemu rozuměl a vyžadování zpětné vazby.

### Ukončení rozhovoru

Před samotným ukončením rozhovoru je vhodné pacienta upozornit, že se blíží konec rozhovoru, a poté:

- shrnout hlavní body rozhovoru
- ponechat čas na přemýšlení o tématu rozhovoru
- vymezit prostor na otázky pacienta a zajistit jejich zodpovězení
- domluvit se na dalším postupu
- poděkovat pacientovi za spolupráci a vyjádřit ocenění a spokojenost
- ujistit pacienta, že informace nebudou zneužity
- v případě potřeby zaznamenat zjištěné informace. (Plevová a kol., 2011)

#### 4.3.4 Asertivní jednání

„Asertivita představuje umění přiměřeně se prosadit či bránit v situaci, ve které se právě nacházíme. Její podstatou je věcný a neústupný komunikační styl, ale také tzv. podpůrný vztah k partnerovi v komunikaci a vědomé vyhýbání se komunikačním „faulům“ (uražené odmlčení se apod.).

Asertivně jednající člověk dokáže věcně čelit kritice (zvláště neoprávněné), manipulaci, afektovaným a agresivním výpadům, které jsou namířeny vůči němu.“ (Vybíral, 2000, s. 205)

Asertivita vychází z šesti základních doporučení:

- „feeling talk“ – jedná se o vyjádření svých aktuálních pocitů
- „facial talk“ – mimika má být v souladu v pocity
- nesouhlas – nebát se říci jasné „ne“
- technika užívání „já“ – nemluvit za skupinu, ale vyjadřovat se za sebe
- přijímání pochvaly – přijímat pochvalu bez okolků a dát projev své radosti
- spontánní jednání a improvizace – nejlepší lék na nerozhodnost. (Venglářová, Mahrová, 2006; Vybíral, 2000)



Asertivní jednání je založeno na uvědomění si vlastních asertivních práv. Avšak tyto práva nemají být zneužívána proti druhým. Uvádí se 10 základních práv:

1. Právo sami za sebe posuzovat své emoce, chování a myšlení a zodpovídat se za jejich důsledky.
2. Právo neomlouvat se
3. Právo chovat se nezávisle na vůli ostatních
4. Právo posuzovat svůj vliv na chování a problémy druhých
5. Právo na změnu názoru
6. Právo chybovat
7. Právo říci „já nevím“
8. Právo dělat nelogická rozhodnutí
9. Právo říci „já tomu nerozumím“
10. Právo říci „je mi to jedno.“ (Venglářová, Mahrová, 2006)

Asertivitu jsem zde zmínila záměrně, protože se domnívám, že v ošetřovatelství můžeme pomocí jejich zásad efektivně řešit konfliktní situace, anebo se také bránit zneužívání naší ochoty.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRÁCE

Má bakalářská práce je eticky zaměřena, a proto jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkum. Průzkum jsem zaměřila pouze na sestry. Pomocí rozhovorů jsem chtěla především zjistit, jaký mají sestry přístup ke svému zaměstnání, jak vnímají chování jiných sester a co si myslí, že by se dalo v praxi zlepšit. Dále pomocí pozorování sester v praxi, jsem chtěla zjistit nejčastější problémové situace a následně doporučit opatření, kterými by se mohly tyto situace minimalizovat.

### 5.1 Cíle práce

1. Zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům a ke svému povolání.
2. Zjistit, co sestry ovlivňuje v jednání s pacienty.
3. Zjistit, jakých prohřešků se sestry nejčastěji dopouští, zda si je uvědomují a jak reagují na vzniklou situaci.

### 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Jako zkoumaný vzorek jsem si vybrala všeobecné sestry pracující v nemocnici krajského typu. Všechny tyto sestry pracují na jednom oddělení léčebny dlouhodobě nemocných. Na oddělení je celkem 5 sester, ale bohužel si jedna sestra nešťastně zlomila nohu při začátku mého průzkumu a tedy musela být vyřazena.

### 5.3 Metody práce

Ve svém průzkumu jsem využila kombinaci dvou metod, a to rozhovoru a pozorování.

„Rozhovor je možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 88). Tento způsob získání informací mi připadal velmi vhodný, protože mohu vnímat i neverbální projevy sestry a také zájem o toto téma. Avšak je důležité upozornit, že tato metoda představuje pro dotazovaného do jisté míry stresovou zátěž, protože není obeznámen, co se bude od něho vyžadovat.

„Pozorování znamená soustředěné, cílevědomé sledování se záměrem něco poznat, zjistit, vyzkoumat“ (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2008, s. 82). Pozorování se dělí na několik druhů.

Může být zúčastněné či nezúčastněné, podle toho zda pozorovatel zasahuje nějakým způsobem do pozorovaného děje. Další druh představuje utajené či neutajené pozorování, toto dělení je závislé na tom, zda pozorovaný jedinec byl seznámen s pozorováním. A poslední pozorování může být přímé či nepřímé a to podle toho, zda sledování jevu probíhá aktuálně, v přirozeném prostředí a přímo smyslovým vnímáním či zprostředkovaně pomocí nějakých záznamů, které byly dříve nahrány. Pozorování jako takové je velmi náročné pro pozorovatele a to především ve třech oblastech. První z nich jsou znalosti o zkoumaném problému. S dobrými znalostmi o dané problematice si dokáže pozorovatel všimnout různých detailů, které mají vliv na zkoumaný jev.

## 5.4 Charakteristika položek

### 5.4.1 Rozhovor

Pro lepší orientaci v tématu a zajištění získání informací ve všech stanovených oblastech, jsem si připravila tzv. „tazatelský arch“ (viz. Příloha P III). Pomocí rozhovorů jsem se rozhodla zodpovědět první dva cíle. A to:

1. Zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům a ke svému povolání.
2. Zjistit, co sestry ovlivňuje v jednání s pacienty.

Pro přiblížení informanta jsem si stanovila několik údajů, jedná se o pohlaví, věk a vystupování. Dále jsem se zaměřila na podmínky při rozhovoru, kde jsem zaznamenávala místo a délku rozhovoru a případné narušení rozhovoru, abych mohla případně zohlednit vliv prostředí na rozhovor.

A poté již následují vlastní otázky. Rozhovor se skládá z 27 připravených položek. Všechny položky jsou otevřené otázky, respondent tedy mohl odpovídat vlastními slovy.

Jednotlivé položky je možno rozdělit dle vztahu ke stanoveným cílům takto:

- Cíl č. 1 – otázky č. 2, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26.
- Cíl č. 2 – otázky č. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 17, 24.

V tomto rozdělení není zahrnuta první a poslední otázka. Položka č. 1 sloužila k prvnímu navázání kontaktu s respondentem a především ke zjištění demografických údajů, jako je věk, vzdělání, místo pracoviště. Položka č. 27, tedy poslední otázka, umožňovala respon-

dentovi vyjádřit jeho názor k tomuto tématu, případně sdělit myšlenky, které ho během rozhovoru napadly.

#### 5.4.2 Pozorování

Pro zjištění 3. cíle bakalářské práce, jsem využila metodu zúčastněného pozorování, o kterém byly sestry předem informovány. Samotnému pozorování předcházelo zpracování pozorovacího archu (viz. Příloha P IV).

V pozorovacím archu jsem si stanovila 8 pozorovaných jevů, na které jsem se poté v praxi zaměřila. Soustředila jsem se na:

- příjem pacienta,
- edukaci pacientů,
- respektování intimity,
- manipulaci s osobními věcmi pacienta,
- sdělování si osobních informací před pacienty,
- spolupráci v ošetrovatelském týmu,
- oslovování pacientů
- komunikaci mezi sestrou a pacientem
- reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek).

V každé oblasti jsem zaznamenávala četnost jevů, pozitiva a negativa jednání sestry a reakce pacienta.

### 5.5 Organizace šetření

Před samotnou přípravou na průzkum jsem si musela nastudovat dostupnou literaturu týkající se zvoleného tématu. Na základě získaných informací a zkušeností z praxe jsem se rozhodla postavit šetření na rozhovorech se sestrami a jejich následném pozorování v praxi. K tomu, abych tyto techniky sběru dat mohla použít, bylo zapotřebí sestavit tazatelský a pozorovací arch. Po drobných úpravách ve spolupráci s vedoucí práce, byly oba dokumenty připraveny a já mohla kontaktovat náměstkyni pro ošetrovatelskou péči.

Paní náměstkyně mě rovnou odkázala na vrchní sestru léčebny dlouhodobě nemocných, které jsem vysvětlila účel mé práce a jak bude šetření probíhat. S její pomocí jsme vybraly nejvhodnější ošetrovací jednotku a následující den jsem se byla už osobně domluvit se staniční sestrou na průběhu šetření.

Průzkum probíhal v mém osobním volnu v období od 13. 2. do 20. 3. 2012. Uskutečnila jsem celkem 4 individuální rozhovory se sestrami pracujícími na dané ošetrovatelské jednotce. Termín rozhovoru jsme si předem se sestrami domluvily tak, aby vyhovoval jejich časovým možnostem. Rozhovory se uskutečnily na přání sester na jejich pracovišti na dení místnosti personálu mimo jejich pracovní dobu. Na úvod jsem se představila a objasnila důvod mého průzkumu. Když sestra s rozhovorem souhlasila, tak jsem přistoupila k pokládání otázek, které jsem měla připraveny v tazatelském archu. Všechny odpovědi jsem si zaznamenávala na diktafon. Během rozhovoru jsem si ještě dělala poznámky k vystupování sestry a jejímu zájmu o téma. Po ukončení rozhovoru jsem poděkovala za spolupráci a k minimalizaci nepříjemných pocitů spojených s rozhovorem jsem zvolila drobnou odměnu v podobě sladkosti či menší květiny.

U každé sestry jsem provedla 3 osmihodinová pozorování, která musela být v nejméně týdenních rozestupech. Záznam pozorovaných jevů jsem prováděla během volných chvil přímo na pracovišti, popřípadě pokud to časové možnosti nedovolovaly, tak zpětně, ale v co nejkratší době po pozorování. O pozorování byly sestry předem seznámeny, protože se vrchní sestra obávala případných konfliktů, které by mohly nastat z neinformovanosti personálu o průzkumu. Myslím si, že chování sester nebylo nijak významně ovlivněno, i když byly předem seznámeny s pozorováním. Tomu jsem se také snažila předejít opakovaným pozorováním.

## **5.6 Zpracování získaných dat**

Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a následně přepsány pomocí programu Microsoft Word do tištěné podoby.

Jednotlivá pozorování jsem zaznamenávala do předem připravených pozorovacích archů.

Následně jsem získané informace důkladně analyzovala a dospěla k závěrům, které uvádím v diskuzi a závěru.

## 6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

### 6.1 Rozhovory

Na úvod každého rozhovoru uvádím drobnou charakteristiku sestry (věk, vzdělání, délku praxe) a také popisují podmínky, za jakých rozhovor probíhal.

Poté následují ukázky odpovědí na jednotlivé otázky. Pro lepší orientaci a srozumitelnost jsem provedla zestručnění a drobné stylistické úpravy odpovědí.

V závěru každého rozhovoru krátce hodnotím vystupování sestry a některé její odpovědi.

#### 6.1.1 Rozhovor č. 1

První dotazovanou byla nejmladší sestra oddělení, která měla 28 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor Všeobecná sestra. Ihned po škole nastoupila do lázní. Poslední 4 roky již pracuje v nemocnici stále na stejném pracovišti, tedy léčebně dlouhodobě nemocných.

Rozhovor se konal na pracovišti sestry na denní místnosti personálu. Pro zajištění soukromí jsem oznámila zbylému personálu, že začínáme s rozhovorem, a aby nás pokud možno nerušili, pro jistotu jsem ještě na dveře místnosti připevnila štítek s nápisem „Nerušit“. Po celou dobu rozhovoru jsme tedy nebyly rušeny. Rozhovor trval 13 minut.

#### Ukázka odpovědí na vybrané otázky:

##### **Otázka č. 4: Co si představíte pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče?**

Nějaké úkony, aby bylo pacientům dobře.

##### **Otázka č. 5: Jaká by měla být podle Vás kvalitní sestra?**

Měla by mít hlavně vřelý přístup k lidem, neopovrhovala jimi, snažila se jim pomoci při jejich problémech, vyslechla je.

##### **Otázka č. 6: Co si myslíte, že má vliv na přístup sester k pacientům?**

Chování pacienta, příbuzných také hraje velkou roli, okolí, skladba pacientů na pokoji.

**Otázka č. 7: Jak obvykle vycházíte s pacienty?**

Většinou dobře. Myslím si, že žádný velký problém se zatím nevyskytl, vždycky se nějak domluvíme.

**Otázka č. 9: Jakým způsobem by se mohl zlepšit přístup sester k pacientům?**

Je to hodně o pacientech. Sestra může být usmátá, milá a pacient Vás stejně pleskne.

**Otázka č. 10: Co Vás napadne pod pojmem pochybení sestry?**

Že se udělalo něco špatně. Třeba se pichne injekce někomu jinému nebo jiné množství. Což se tady nestává.

**Otázka č. 11: Vy sama jste už někdy pochybila?**

Ne, zatím ne. Ale nikdo není neomylný, ani já.

**Otázka č. 13: Jaké máte vztahy na pracovišti?**

Dobré, jsme tady dlouhodobě stejný kolektiv.

**Otázka č. 17: Z jakých důvodů si myslíte, že dochází k pochybení?**

Z přepracovanosti a také každý má své problémy, tak i to může ovlivnit.

**Otázka č. 18: Co je pro Vás v zaměstnání nejdůležitější?**

Aby všechno klapalo, kolektiv, pacienti, souhra s lékařem.

**Otázka č. 21: Mohla byste mi nějaká práva pacientů říci?**

Ted' tak honem si asi nevzpomenu.

**Otázka č. 22: Jak byste se charakterizovala jako sestra?**

To by měli asi druzí. Nevím. Já se snažím vycházet se všema.

**Otázka č. 23: Těší Vás práce, kterou děláte?**

Jistě, kvůli tomu jsem si to vybrala.

**Otázka č. 24: Je něco, co Vám na práci vadí?**

Pracovní doba, 5 dvanáctek v týdnu... Každý týden ale není stejný.

**Otázka č. 26: Můžete mi nějaké morální vlastnosti u sestry vyjmenovat?**

(dlouhé přemýšlení) Asi by měla umět vycházet s lidmi.



Před rozhovorem sestra vystupovala sebevědomě, byla usměvavá, dokonce se snažila i žertovat, ale to spíše působilo jako maskování nervozity z očekávaných otázek. Během rozhovoru byla k tématu spíše laxní, projevovala nezáměr rozvinout více myšlenku.

Z odpovědi na otázku č. 26 je zřejmé, že sestra nerozumí pojmu morální vlastnosti, a tak zde zařadila nesprávně psychosociální dovednost, kam vycházení s lidmi patří.

### **6.1.2 Rozhovor č. 2**

Druhá respondentka byla sestra ve věku 32 let. Vystudovala také střední zdravotnickou školu obor Všeobecná sestra. Po ukončení střední školy nastoupila do léčebny dlouhodobě nemocných a pracuje zde doposud, tedy přibližně 15 let.

Podmínky prostředí byly stejné jako u rozhovoru č. 1 pouze s tím rozdílem, že jsme byly na začátku rozhovoru jedenkrát vyrušeny, ale myslím si, že to nemělo vliv na pozornost a odpovědi sestry. Celková délka rozhovoru byla 15 minut.

#### **Ukázka odpovědí na vybrané otázky:**

##### **Otázka č. 4: Co si představíte pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče?**

Tak samozřejmě více času na pacienty, což znamená více personálu a také lepší pomůcky, aby se lidem tady víc líbilo.

##### **Otázka č. 5: Jaká by měla být podle Vás kvalitní sestra?**

Měla by být podle mě empatická, vzdělaná ve svém oboru a neměla by si nosit osobní věci do práce (poznámka autora: pod pojmem osobní věci jsou myšleny osobní problémy).

##### **Otázka č. 6: Co si myslíte, že má vliv na přístup sester k pacientům?**

Asi když je ten pacient nespolupracující. V tu chvíli si to člověk neuvědomí, že by se měl ke každému chovat stejně.

##### **Otázka č. 7: Jak obvykle vycházíte s pacienty?**

Tak to by měl spíš hodnotit někdo jiný. Tak půl na půl bych řekla. Nemůžu říci, že bych se všemi vycházela pořád na 100 %.

**Doplňující otázka: Když jste spolu nevycházeli, v čem byl největší problém?**

Spíš je to s těmi nespolupracujícími. Člověk jim vysvětluje 5x a pořád to ten člověk nechápe, tak už to prostě řekne rázně, anebo odejde vydechnout na chodbu, aby neudělal, co by nechtěl.

**Otázka č. 9: Jakým způsobem by se mohl zlepšit přístup sester k pacientům?**

To si myslím, že záleží na každé z nás, jaká jsme povahově. To si myslím, že se nedá ovlivnit. Ale tak třeba by pomohly nějaké přednášky, kdysi jsme měly přednášku o Alzheimeru a pak člověk ty lidi chápe.

**Otázka č. 10: Co Vás napadne pod pojmem pochybení sestry?**

Tak, když udělá nějakou profesionální chybu. Jako nejhorší je, když to nepřizná. Kdysi jsem třeba taky špatně pichla inzulin, tak naštěstí jsem šla radši za doktorem, přiznala se, než aby z toho byl problém. Tady toto nebo i to chování, ale to mi tolik nepřijde.

**Otázka č. 13: Jaké máte vztahy na pracovišti?**

Já myslím, že dobré.

**Otázka č. 14: Všimla jste si nějakého pochybení u svých kolegů?**

Jako nějakého vážného nebo tak, to ne. Tak někdy něco za sebe doděláváme, ale to jsou jen drobnosti, to neberu jako pochybení.

**Doplňující otázka: Co například?**

Někdy třeba sestřička nezapíše za celý den teploty, tak to za ni, jak přijdu na noc, dodělám. Nebo nejsou zapsané bilance, infuze v těch bilancích, pak je to špatně spočítané, ale to neberu jako závažné pochybení.

**Otázka č. 16: Upozornila jste na chybu kolegyně?**

Ano, to si řekneme.

**Otázka č. 17: Z jakých důvodů si myslíte, že dochází k pochybení?**

Ten čas, si myslím. Tím, že je tu jedna sestra sama na tolik pacientů, že něco chce udělat, ale zrovna se něco semele, tak prostě zapomene. Fakt je nás málo.

**Otázka č. 18: Co je pro Vás v zaměstnání nejdůležitější?**

Tak, aby kolektiv byl dobrý, aby člověk s každým vycházel. No a taky, aby měl prostředky a pomůcky, kterými by se mohl o pacienty starat.

**Otázka č. 22: Jak byste se charakterizovala jako sestra?**

Já si myslím, že jsem spolehlivá, když se mi něco řekne, tak to udělám. Myslím si, že jsem empatická. Já nevím, nerada se tak sama hodnotím.

**Otázka č. 23: Těší Vás práce, kterou děláte?**

Ale jo, teď ano. Ale je fakt, že před mateřskou toho měl člověk už plné zuby, že už tu byl dlouho. Ale jo, baví mě to.

**Otázka č. 24: Je něco, co Vám na práci vadí?**

Že jen nás málo. Nemám čas na ty lidi. Nejsou tu pro nás pomůcky, nic takového co by nám tu práci usnadnilo. Někdy je toho moc, pacienti jsou těžcí, chodíme z práce zlomené, bolí nás nohy, ale tak s tím tady asi nic nenaděláme.

**Otázka č. 25: Myslíte si, že jsou důležité morální vlastnosti u sestry?**

Tak jako jo, ale myslím si, že kdyby měly být nějaké vlastnosti dané, tak tu sestru nemůže dělat nikdo.

**Otázka č. 26: Můžete mi nějaké vyjmenovat?**

Tak aby byla spolehlivá, empatická, aby přiznala svoji chybu, když něco udělá. Tak aby se snažila, pokud to jde, vyjít vstříc příbuzným, tomu pacientovi.

Před rozhovorem působila sestra nervózním dojmem, plným očekávání. Během rozhovoru mluvila otevřeně, upřímně, zamýšlela se nad kladenými otázkami. Z odpovědí na otázky č. 7 a 23 je patrné, že má sestra problémy se sebehodnocením, sebereflexí. Po ukončení rozhovoru ji zajímalo, proč je důležitá sebereflexe. Jakmile jsem jí tento pojem přiblížila, tak prohlásila, že jsem jí tzv. „nasadila brouka do hlavy“ a že o tom bude přemýšlet a bude se snažit odhalit své nedostatky a poučit se z nich.

### 6.1.3 Rozhovor č. 3

Třetí rozhovor jsem uskutečnila se sestrou, která měla 41 let. Po dokončení gymnázia pokračovala ve studiu na vyšší odborné škole zdravotnické, kde vystudovala obor Všeobecná sestra. Po dokončení studia ihned nastoupila do zaměstnání v nemocnici. Délka praxe u lůžka tedy činí 20 let a z toho posledních 16 let pracuje stále v léčebně dlouhodobě nemocných.

Podmínky prostřední se nezměnily. Délka rozhovoru byla 15 minut, během této doby jsme byly 2x vyrušeny, i přes opatření, která jsem zajistila. Domnívám se, že sestře toto vyrušení nevadilo, protože i za přítomnosti druhé osoby dokončila vždy myšlenku.

#### Ukázka odpovědí na vybrané otázky:

##### **Otázka č. 4: Co si představíte pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče?**

Pod pojmem kvalitní si představuji, že by měl být pacient opravdu na prvním místě a ne papíry.

##### **Otázka č. 5: Jaká by měla být podle Vás kvalitní sestra?**

Kvalitní sestra by měla být taková asi od každého trošku. Nemůže být dokonalá, protože člověk není dokonalý. Taky je to člověk, má nervy a občas mu ujedou, ale musí si to uvědomit a musí si z toho něco vzít, aby se to příště nestalo nebo aspoň aby se to snažila včas nějak ukočírovat. To si myslím, je kvalitní sestra.

##### **Otázka č. 6: Co si myslíte, že má vliv na přístup sester k pacientům?**

Prostředí, to kolik je práce, v jakém sledu, rozložení priorit a organizace, hlavně ta organizace práce.

##### **Otázka č. 7: Jak obvykle vycházíte s pacienty?**

No, jak kdy. Záleží, jaký je to člověk a jak si sedneme. Snažím se s nimi vycházet dobře, ale nejde to pokaždé. Nepodaří se mi to vždycky, to bych kecala.

##### **Otázka č. 9: Jakým způsobem by se mohl zlepšit přístup sester k pacientům?**

No, kdyby na ně měly víc času a nebyly by tak vázané tím psaním a všemi takovými povinnostmi, co teď mají. Přijde mi, že ten papír je důležitější než ten člověk.

**Otázka č. 10: Co Vás napadne pod pojmem pochybení sestry?**

Pochybení je, když udělá nějaký špatný úkon. To znamená, když podá třeba špatně lék nebo špatně pichne inzulin anebo také, když se neadekvátně zachová.

**Otázka č. 11: Vy sama jste někdy pochybila?**

Samozřejmě a ne jednou.

**Otázka č. 12: Jak jste se zachovala?**

Když jsem špatně přichystala lék, tak jsem se to snažila nějak napravit, pokud to šlo. Že jsem všechny léky vzala, vyměnila jsem je a nachystala jsem je znovu, když jsem si nebyla jistá. Už se mi stalo, že jsem špatně pichla inzulin, tak to jsem hned řešila přes doktora. A když je to selhání s pacientem v komunikaci, tak tam jsem to řešila s kolegyněmi nebo pak se staniční sestrou nebo potom doma sama v hlavě, si to člověk pak přemítá.

**Otázka č. 13: Jaké máte vztahy na pracovišti?**

Tak jak s kým, ale většinou si myslím, že holky tady jsou moc dobré, šikovné, spolehlivé. Ale jsou tady i takové, na které se moc spolehnout nedá.

**Otázka č. 14: Všimla jste si nějakého pochybení u svých kolegyně?**

No, samozřejmě.

**Otázka č. 15: Pokud ano, jak jste reagovala?**

Tak si to řekneme.

**Otázka č. 17: Z jakých důvodů si myslíte, že nejčastěji dochází k pochybení?**

Stereotyp, tak že člověk jede automaticky. Potom je to asi nepozorností, z návalu práce, člověk zapomene, ale když zapomene, tak to jsou takové ty banality. Není to nic důležitého. Zapomene se třeba vzít bedna na léky, takové věci.

**Otázka č. 18: Co je pro Vás v zaměstnání nejdůležitější?**

Nejdůležitější? No, samozřejmě mě živí to zaměstnání, takže že to zaměstnání mám.

**Otázka č. 20: Vy sama znáte práva pacientů a dodržujete je?**

Tak přesně, doslovně je neznám. Ale ty základy určitě jo.

**Otázka č. 21: Mohla byste mi nějaká říci?**

No tak, že pacient si může vybrat, kde může ležet. Může si vybrat lékaře. Může odmítnout to, co nechce. Může odejít z oddělení.

**Otázka č. 22: Jak byste se charakterizovala jako sestra?**

Tak asi přísná, protože těžko připouštím lajdáctví u sebe i u ostatních, ale taky u pacientů. A nevím, jestli je to dobře, ale asi ne. Jinak si myslím, že jsem veselá, že jsem docela pečlivá, není mi jedno, jak to tu funguje, umím si něco vzít z chyb, nevadí mi až tolik nové věci, když přijdou, ale pokud tomu rozumím. Pokud ne, tak to mě hrozně vzteká, když si myslím, že děláme zbytečné věci.

**Otázka č. 23: Těší Vás práce, kterou děláte?**

Ano.

**Otázka č. 24: Je něco, co Vám na práci vadí?**

Tak asi už ne.

**Otázka č. 26: Můžete mi nějaké morální vlastnosti sestry vyjmenovat?**

Hlavně by měla být poctivá, neměla by zneužívat nemoci pacienta. Měla by být čestná a taky upřímná.

**Otázka č. 27: Chtěla byste ještě něco dodat k tomuto tématu?**

Já nevím. Třeba holky si těžko připouští chyby, ale přitom si myslím, že je to normální a že když si ty chyby nebudeme říkat, tak nemáme ani šanci je napravit.

Vystupování sestry bylo sebevědomé, upřímné, občas rázné. Během rozhovoru se prokázala dobrými komunikačními schopnostmi a ucelenými myšlenkami. V odpovědi na otázku č. 12 je krásná ukázka toho, jak by to mělo vypadat, když sestra nějakým způsobem pochybí. Pacientovo dobro bylo přednější před strachem z potrestání, což i svědčí o dobrém vztahu s nadřízenými. Nalezneme tady i snahu o určitou sebereflexi, což je prvním krokem k tomu, aby se další případné pochybení už v budoucnu neopakovalo.

#### 6.1.4 Rozhovor č. 4

Poslední rozhovor byl se sestrou, která měla 53 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu obor Všeobecná sestra. Celé období praxe, tedy 30 let, strávila v podstatě na stejném oddělení. Po dosažení vzdělání nastupovala na interní oddělení, po několika letech odešla na mateřskou dovolenou a krátce na to, co se vrátila zpět, došlo k převedení oddělení na léčebnu dlouhodobě nemocných.

Délka rozhovoru byla 18 minut a byly jsme 1x vyrušeny, ale rozhovor to nijak významně neovlivnilo.

#### Ukázka odpovědí na vybrané otázky:

##### **Otázka č. 4: Co si představíte pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče?**

Správný přístup k pacientům. Zajímat se o ně, ptát se, jaké mají problémy. Pomáhat jim ve všem.

##### **Otázka č. 5: Jaká by měla být podle Vás kvalitní sestra?**

Vstřícná, usměvavá, jinak nevím.

##### **Otázka č. 6: Co si myslíte, že má vliv na přístup sester k pacientům?**

Tak já si myslím, že když je pacient nějaký hrubý, vulgární, takže to mě ovlivní.

##### **Otázka č. 7: Jak obvykle vycházíte s pacienty?**

Já dobře. Výjimkou teda je, když je někdo hodně vulgární nebo tak, ale i to celkem zvládám.

##### **Otázka č. 9: Jakým způsobem by se mohl zlepšit přístup sester k pacientům?**

No to nevím, možná peníze.

##### **Otázka č. 10: Co Vás napadne pod pojmem pochybení sestry?**

Že se člověk neovládne. Jinak si myslím, že se snažíme dodržovat všechno.

##### **Otázka č. 11: Vy sama jste někdy pochybila?**

Tak stane se, že člověk zvýší hlas nebo jim začne víc brblat než by měl.

**Otázka č. 13: Jaké máte vztahy na pracovišti?**

Já myslím, že tady máme velice dobré vztahy.

**Otázka č. 14: Všimla jste si nějakého pochybení u svých kolegyň?**

Spíš jen takové to slovní, jinak si myslím, že to tady zvládáme.

**Otázka č. 15: Pokud ano, jak jste reagovala?**

Někdy se snažím říct, mírněme se nebo něco tak, jinak velice ne.

**Otázka č. 17: Z jakých důvodů si myslíte, že dochází k pochybení?**

Jak se nakupí víc služeb a je vyčerpaná, něco ji vadí, pacienti nespolupracují nebo jsou vulgární, tak pak třeba vybuchne a právě se nechová, tak jak by měla, samozřejmě v tom slovním kontaktu.

**Otázka č. 18: Co je pro Vás v zaměstnání nejdůležitější?**

Práce kolem pacientů to mě velice baví.

**Otázka č. 22: Jak byste se charakterizovala jako sestra?**

To musí charakterizovat někdo jiný. Já myslím, že jsem vstřícná, že se snažím lidem pomáhat. A myslím si, že jsem na ně i milá.

**Otázka č. 24: Je něco, co Vám na práci vadí?**

To papírování.

**Otázka č. 25: Myslíte si, že jsou důležité morální vlastnosti u sestry?**

Já myslím, že určitě. Někaké zásady si myslím, že by se měly dodržovat.

**Otázka č. 26: Můžete mi nějaké vyjmenovat?**

Měla by být vstřícná, úslužná, usměvavá. Měla by se vcítit do těch lidí trošku.

Tato osoba na mě působila velmi přátelským dojmem, byla veselá, vstřícná, hodně energická až chvílemi roztržitá. Během rozhovoru se velmi upoutala na téma bakalářské práce, což je patrné např. v odpovědích na otázky č. 4, 10, 11 a 14. Z odpovědí na otázky č. 18 a 22 vyplývá, že má velmi kladný vztah k pacientům a jsou u ní na prvním místě.



## 6.2 Pozorování

Každá sestra byla pozorována 3x. Vzhledem k tomu, že během jednotlivých pozorování nedošlo k významným odchylkám v jednání sester, budu uvádět poznatky souhrnně ze všech tří pozorování dané sestry. V jednotlivých oblastech zmíním především vliv časového stresu, pozitiva a negativa jednání sestry a také reakce pacienta. Získané poznatky uvedu ve zkrácených přehledech.

### 6.2.1 Pozorovaná sestra č. 1

V případě pozorování první sestry nedošlo k žádným neočekávaným situacím, které by narušily časový harmonogram práce, a tudíž nedošlo také k ovlivnění jednání časovým stresem.

#### Pozorovaný jev č. 1: Příjem pacienta

- **Pozitiva:**

- K příjmu pacienta bylo prostředí předem připraveno.
- Proběhlo rychlé uložení pacienta na pokoj.
- Pacient byl seznámen s ostatními pacienty na pokoji.

- **Negativa:**

- Nedošlo k představení se pacientovi.
- Pacient nebyl seznámen s právy pacienta a domácím řádem oddělení.
- Anamnestický rozhovor s pacientem probíhal na pokoji pacienta za přítomnosti dalších osob.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient je klidný, spolupracuje.
- Neprojevuje žádné známky nespokojenosti s průběhem příjmu.

#### Pozorovaný jev č. 2: Edukace pacienta

- **Pozitiva:**
  - Pacient byl předem informován o plánovaném vyšetření, jeho průběhu a době konání.
  - V případě potřeby jsou informace zopakovány.
  - Sestra projevuje snahu o uklidnění pacienta.
  - Edukace přizpůsobena jazykovým znalostem pacienta.
- **Negativa:**
  - Žádné neshledány
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient klidný, očekává vyšetření a spolupracuje.

### **Pozorovaný jev č. 3: Respektování intimity**

- **Pozitiva:**
  - Oslovení pacienta před manipulací
  - Komunikace během prováděného úkonu
  - Informování o tom, co se bude dělat
  - Začlenění pacienta do prováděného úkonu
  - Rychlé provedení úkonu, při kterém dochází k narušení intimity pacienta.
- **Negativa:**
  - Odbíhání pro chybějící pomůcky
  - Dveře od pokoje bývají ponechány otevřené.
  - Spěch mnohdy způsobuje trhavé pohyby s pacientem.
  - Nejsou zde pomůcky k zajištění větší intimity pacienta (např. zástěny).
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient je spíše laxní.

- Jsou viditelné neverbální projevy strachu.
- Na požádání se snaží pokynům vyhovět.

#### **Pozorovaný jev č. 4: Manipulace s osobními věcmi pacienta**

- **Pozitiva:**

- Urychluje následující činnosti (např. provedení toalety pacienta, oblékání z důvodu přepravy na vyšetření).

- **Negativa:**

- Manipulace s osobními věcmi probíhá bez svolení pacienta.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient nevznáší žádná námítky.
- Po ukončení činnosti, na kterou byly potřeba osobní věci pacienta, se informuje, kam sestra tyto věci uložila.

#### **Pozorovaný jev č. 5: Sdělování si osobních informací před pacienty**

- **Pozitiva:**

- Nenalezeny

- **Negativa:**

- Osobní informace si personál sděluje nejčastěji na denní místnosti při otevřených, když na chodbě právě probíhá rehabilitační chůze pacientů.

- **Reakce pacientů:**

- Pacient se zájmem poslouchá, co si personál říká, a neváhá tyto informace říci svým blízkým.

**Pozorovaný jev č. 6: Spolupráce v ošetrovatelském týmu**

- **Pozitiva:**
  - Při požádání o pomoc se snaží vyhovět.
- **Negativa:**
  - Jde cítit nadřazenost sestry vůči ostatním v ošetrovatelském týmu.
  - Sama nenabídne pomoc.
  - V ošetrovatelském týmu lze cítit napětí, když má službu tato sestra.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient se s prosbami obrací spíše na ošetrovatelky.

**Pozorovaný jev č. 7: Oslovování pacientů**

- **Pozitiva:**
  - Před oslovením sestra přistoupí k pacientovi, nepovolává na něho např. ode dveří.
  - Oslovení doprovází oční kontakt, případně je vizuální kontakt podpořen dotekem.
  - Pokud je pacient orientován, tak se oslovuje získaným titulem a příjmením, případně dle přání pacienta.
- **Negativa:**
  - Často jsou používány k oslovení zmatených pacientů např. pojmy jako babi, babinko, dědo, případně přezdívky, které vznikly úpravou jejich příjmení.
- **Reakce pacienta:**
  - Mnohdy není pacient ve stavu, kdy by se mohl bránit.

**Pozorovaný jev č. 8: Komunikace mezi sestrou a pacientem**

- **Pozitiva:**
  - Komunikace byla přizpůsobena jazykovým znalostem pacienta.
  - Verbální i neverbální projevy byly bez známek vulgarity či dokonce agrese.
  - Při jakémkoli zlepšení či snaze pacienta sestře pomoci byl pochválen.
- **Negativa:**
  - Při manipulaci s pacientem byly často používány zdrobněliny částí těla (ručička, nožka, zadeček).
  - Vnímala jsem zde menší zájem o problémy pacienta.
  - Mezi pacienty se moc nezdržovala, takže pacienti neměli moc prostoru k vyjádření nějakých přání či požadavků.
- **Reakce pacienta:**
  - V komunikaci pacienta jsem nezaznamenala žádné projevy nespokojenosti.

**Pozorovaný jev č. 9: Reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek)**

- **Pozitiva:**
  - Nesetkala jsem se s jeho záměrným odpojováním, pokud pacient často zvonil.
- **Negativa:**
  - Sestra vyčkávala, až na zvonění bude reagovat někdo jiný.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient byl obsloužen pomocným personálem, tak nezpozoroval žádný problém.

### 6.2.2 Pozorovaná sestra č. 2

V případě pozorování druhé sestry také nedošlo k žádným neočekávaným situacím, které by narušily časový harmonogram práce, a tudíž lze předpokládat, že nejednala pod časovým stresem.

#### Pozorovaný jev č. 1: Příjem pacienta

- **Pozitiva:**

- Lůžko pro pacienta bylo předem připraveno.
- Uložení pacienta probíhá ihned po jeho dopravení na oddělení.
- Seznámení pacienta s ostatními pacienty na pokoji.
- Jakmile si sestra převzala informace od osoby, která pacienta doprovázela, věnovala se vyplňování příjmové dokumentace s pacientem.
- Při zjišťování anamnestických údajů projevovala zájem o pacientovy obtíže.
- Během příjmového rozhovoru proběhlo seznámení s právy pacienta a domácím řádem oddělení pomocí připravené brožury, kterou pacientovi poskytla k přečtení.

- **Negativa:**

- Sestra se nepředstavila.
- Rozhovor s pacientem probíhal za přítomnosti ostatních pacientů na pokoji.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient je klidný, spolupracující.
- Bez váhání odpovídá na kladené otázky.

#### Pozorovaný jev č. 2: Edukace pacienta

- **Pozitiva:**

- Příprava pacienta na vyšetření proběhla s časovým předstihem.

- Pacientovy dotazy ohledně plánovaného vyšetření byly zodpovězeny.
- Sestra přizpůsobila terminologii jazykovým znalostem pacienta.
- **Negativa:**
  - Veškeré informace jsou pacientovi podávány za přítomnosti dalších pacientů na pokoji.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient během rozhovoru šeptá.
  - Je klidný a očekává vyšetření.

### **Pozorovaný jev č. 3: Respektování intimity**

- **Pozitiva:**
  - Rychlé provedení ranní toalety bez odbíhání pro potřebné pomůcky.
  - Během úkonu sestra komunikuje s pacientem a informuje ho o následujících činnostech.
- **Negativa:**
  - Při hygienické péči či vyměňování plen jsou dveře od pokoje téměř vždy otevřeny.
  - Pacient je při ranní toaletě po celou dobu odhalen, není zde žádná snaha o zakrytí intimních partií.
  - Při výměně plen dochází k odbíhání pro potřebné pomůcky.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient se snaží pomoci, spolupracuje.

**Pozorovaný jev č. 4: Manipulace s osobními věcmi pacienta**

- **Pozitiva:**
  - Sestra se ptá, co může pacientovi podat, případně zda může použít jeho osobní pomůcky, které se sebou má např. při hygienické péči.
  - Po konzultaci s pacientem ukládá pomůcky na dohodnutá místa.
  - S osobními věcmi pacienta zachází šetrně.
- **Negativa:**
  - Nenalezeny
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient děkuje za pomoc.

**Pozorovaný jev č. 5: Sdělování si osobních informací před pacienty**

- **Pozitiva:**
  - Osobní záležitosti sestry nejsou probírány přímo před pacienty.
- **Negativa:**
  - Avšak dochází mezi personálem k nevhodnému komentování jednání zmatených pacientů, na denní místnosti při otevřených dveřích, kdy chodící pacienti rehabilitují po chodbě.
- **Reakce pacientů:**
  - Pacienti nahlíží, kdo si tam povídá, a se zájmem poslouchají, co si říkají.

**Pozorovaný jev č. 6: Spolupráce v ošetrovatelském týmu**

- **Pozitiva:**
  - Panují zde dobré vztahy.
  - Všichni si pomáhají, když je to potřeba.
- **Negativa:**



- Nenalezeny.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient spokojený, protože je na oddělení klidná atmosféra.

### **Pozorovaný jev č. 7: Oslovování pacientů**

- **Pozitiva:**
  - Orientovaný člověk je oslovován příjmením, pokud dosáhl nějakého titulu, tak i příslušným titulem.
- **Negativa:**
  - Používají se zkratky příjmení.
  - Objevuje se oslovování jako babi, dědo, především u zmatených a somnolentních pacientů.
- **Reakce pacienta:**
  - Orientovaní pacienti jsou s oslovováním spokojeni.
  - Deorientovaní pacienti reagují různě, někteří jsou na tento druh vnímavější a jiné to popudí.
  - Somnolentní pacienti jsou apatičtí a nejsou schopni ani reagovat.

### **Pozorovaný jev č. 8: Komunikace mezi sestrou a pacientem**

- **Pozitiva:**
  - Komunikace byla vždy přizpůsobena jazykovým znalostem pacienta.
  - Při komunikaci udržuje přiměřenou vzdálenost.
  - V komunikaci s orientovanými pacienty jsem neshledala žádné větší problémy, tón hlasu přiměřený, projevuje zájem o pacientovy potřeby, snaží se pacientovi vyjít vstříc, pokud je to možné, neverbální projevy podporují verbální projev.

- **Negativa:**

- Nedokáže řešit konfliktní situace, např. při podávání tekutin u zmatené pacientky se sklony k agresi, která odmítala pít a následně i odhodila láhev a začala se po sestře ohánět rukama. Situaci řešila tím, že na pacientku začala křičet, že se to nedělá a snažila se jí násilím vnutit aspoň trochu tekutin, a tím ji ještě podporovala v zuřivosti.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient je klidný, spolupracuje a projevuje důvěru k sestře.
- V případě konfliktní situace je pacient podrážděný, nespolupracuje, křičí, používá vulgarizmy.

### **Pozorovaný jev č. 9: Reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek)**

- **Pozitiva:**

- Nasetkala jsem se s žádnou neadekvátní slovní reakcí na volání pacienta.
- Vždy je snaha zjistit důvod volání a také následně tuto situaci vyřešit.

- **Negativa:**

- Čeká, jestli půjde na volání pacienta někdo jiný.

- **Reakce pacienta:**

- Na pacientovo volání vždy někdo přijde, takže nedochází k problémovým situacím.

### 6.2.3 Pozorovaná sestra č. 3

I v tomto případě nedošlo k žádným neočekávaným situacím, které by narušily časový harmonogram práce, a tudíž by nemělo být jednání sestry ovlivněno časovým stresem.

#### Pozorovaný jev č. 1: Příjem pacienta

- **Pozitiva:**

- Lůžko pro pacienta bylo předem připraveno.
- Uložení pacienta probíhá ihned po příchodu na oddělení.
- Proběhlo představení nového pacienta ostatním spolupacientům.
- Po získání informací od osoby, která pacienta doprovázela, se sestra začala věnovat vyplnění příjmové dokumentace ve spolupráci s pacientem.
- Než započala příjmový rozhovor s pacientem, tak se mu představila jménem a pozicí, kterou zastává na oddělení.
- Seznámení s právy pacienta a domácím řádem oddělení proběhl pomocí informační brožury, kterou sestra pacientovi dala k přečtení.

- **Negativa:**

- Příjmový rozhovor probíhal na pokoji v přítomnosti dalších osob.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient byl rád, že se může někomu vypovídat, takže zabíhal do detailů všech jeho problémů, jak zdravotních tak i osobních a rodinných, nevadilo mu, že jsou v místnosti ještě další lidé.

#### Pozorovaný jev č. 2: Edukace pacienta

- **Pozitiva:**

- Terminologie přizpůsobena jazykovým znalostem pacienta.

- **Negativa:**
  - Pacient informován o plánovaném vyšetření až těsně před odjezdem.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient překvapený, ale přizpůsobil se situaci.

### **Pozorovaný jev č. 3: Respektování intimity**

- **Pozitiva:**
  - Daná činnost probíhá rychle (ranní toalety, výměny plen).
- **Negativa:**
  - Během činností narušující intimitu pacienta bývají téměř vždy otevřeny dveře od pokoje.
  - Při manipulaci s pacientem probíhá minimální komunikace. Neupozorňuje, co bude s pacientem dělat a jak by mohl pacient případně pomoci.
  - Není vidět žádná snaha o zachování intimity pacienta.
  - Z neverbálních projevů je čitelná přisnost v obličeji, dochází k častým povzdechům při prováděném úkonu.
  - Setkala jsem se i s nevhodným komentováním situace (např. „To ale smrdí.“).
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient je křečovitý, špatně spolupracuje.
  - Viditelné projevy strachu v obličeji.

**Pozorovaný jev č. 4: Manipulace s osobními věcmi pacienta**

- **Pozitiva:**
  - Sestra má určitý přehled o tom, co má pacient u sebe, např. zda si neschovává nějaké léky v nočním stolku, případně jestli tam nemá nějaké nahnilé potraviny.
- **Negativa:**
  - Do nočního stolku nahlíží bez dovolení.
  - Bez nějakého ostychu využívá pacientovy osobní věci např. při hygienické péči, avšak aniž by se dovolila či informovala o tom pacienta.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient neprojevuje nesouhlas, asi je to běžná situace a tak se přizpůsobil.

**Pozorovaný jev č. 5: Sdělování si osobních informací před pacienty**

- **Pozitiva:**
  - Občas se do hovoru zapojí i pacient.
- **Negativa:**
  - Často dochází k nevhodným rozhovorům mezi personálem na denní místnosti při otevřených dveřích, kdy pacienti chodí kolem s rehabilitační sestrou (diskutují o stavu nemocných, sdělují si zážitky o zmatených pacientech a při tom se smějí na celé oddělení).
- **Reakce pacientů:**
  - Pacienti procházející kolem této místnosti se zájmem poslouchají, co si personál říká.

**Pozorovaný jev č. 6: Spolupráce v ošetrovatelském týmu**

- **Pozitiva:**
  - V pracovním kolektivu panují dobré vztahy.

- Sestra nabízí svou pomoc v případě, že má své povinnosti hotovy.
- **Negativa:**
  - Nenalezeny
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient spokojen, jak personál mezi sebou spolupracuje.

### **Pozorovaný jev č. 7: Oslovování pacientů**

- **Pozitiva:**
  - U orientovaných a komunikativních pacientů oslovuje příjmením, popřípadě včetně dosaženého titulu.
- **Negativa:**
  - Často přistoupí k pacientovi bez oslovení.
  - U zmatených pacientů používá zkratky jmen nebo oslovení typu babi, babinko...
- **Reakce pacienta:**
  - V případě, že neosloví pacienta, tak se pacient domnívá, že nemluví na něho a tak nevěnuje pozornost tomu, co sestra říká.
  - U zmatených jedinců je reakce různá, někoho zkrácené jméno podráždí a u jiného si zase získá jeho pozornost.

### **Pozorovaný jev č. 8: Komunikace mezi sestrou a pacientem**

- **Pozitiva:**
  - Komunikace je přizpůsobena úrovni znalostí a chápání pacienta.
  - Při komunikaci s pacientem dodržuje přiměřenou vzdálenost.
  - Hlasitost projevu je uzpůsobena sluchu pacienta.
- **Negativa:**
  - Z neverbálních projevů sestry je cítit určitá míra nadřazenosti a ráznosti.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient neprojevuje zájem o komunikaci se sestrou.

**Pozorovaný jev č. 9: Reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek)**

- **Pozitiva:**

- Po zazvonění je vždy pacientům pomoc zajištěna.

- **Negativa:**

- Nevěnuje signalizačnímu zařízení pozornost, očekává, že tam půjde někdo jiný.

- **Reakce pacienta:**

- Pacient spokojen, protože bylo vyhověno jeho přání bez větších průtahů.

**6.2.4 Pozorovaná sestra č. 4**

I v případě poslední sestry nedošlo k žádným neočekávaným situacím, které by narušily časový harmonogram práce, a tedy lze říci, že jednání sestry nebylo ovlivněno časovým stresem.

**Pozorovaný jev č. 1: Příjem pacienta**

- **Pozitiva:**

- Lůžko pro nového pacienta předem připraveno.
- Uložení pacienta proběhlo ihned po dopravení na oddělení.
- Pacient byl seznámen s ostatními pacienty na pokoji.
- Po převzetí informací od osoby, která doprovázela pacienta, se ihned věnuje pacientovi a příjmové dokumentaci.
- Před samotným příjmovým rozhovorem se pacientovi představila a uvedla svou pozici na oddělení.

- Během rozhovoru byla taktní, projevovala zájem o pacientovy problémy.
- Součástí rozhovoru bylo i seznámení s právy pacienta a domácím řádem oddělení, které proběhlo prostřednictvím připravené brožury.
- **Negativa:**
  - Příjmový rozhovor probíhal na pokoji za přítomnosti dalších pacientů.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient spolupracoval, bez ostychu odpovídal na otázky, následně si přečetl brožuru, kterou mu sestra poskytla.

### **Pozorovaný jev č. 2: Edukace pacienta**

- **Pozitiva:**
  - O plánovaném vyšetření byl pacient seznámen s předstihem.
  - Informace byly přizpůsobeny jazykovým znalostem pacienta.
  - Snaha zbavit pacienta strachu prostřednictvím přiblížení průběhu vyšetření.
  - Při kanylaci žíly pacient poučen o způsobu zacházení s kanylou po zavedení, o projevech infekce a paravenózním podání infuze, byl upozorněn, že při některých z těchto projevů má ihned přivolat sestru pomocí signalizačního zařízení, které sestra uložila na dosah.
- **Negativa:**
  - Veškeré podávání informací pacientovi probíhá za přítomnosti dalších osob.
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient chápe důvod vyšetření a spolupracuje.
  - Během infuzní terapie spolupracuje, upozorňuje sestru pomocí signalizačního zařízení na ukončení aplikace infuze, nemá strach používat horní končetinu, ve které je zavedena kanyla.



**Pozorovaný jev č. 3: Respektování intimity****• Pozitiva:**

- Během činností narušující intimitu (hygienická péče, péče o vyprazdňování) je sestra s pacientem komunikativní, oznamuje, co bude dělat a motivuje pacienta ke spolupráci.
- Zavírá dveře od pokoje při provádění ranní toalety či výměně plen.
- K hygienické péči má připraveny pomůcky než začne a tak nemusí odbíhat.

**• Negativa:**

- po celou dobu ranní toalety je pacient nahý, není snaha o postupné odhalování a krytí nejintimnějších partií.

**• Reakce pacienta:**

- Pacient se snaží pomoci v rámci svých možností.

**Pozorovaný jev č. 4: Manipulace s osobními věcmi pacienta****• Pozitiva:**

- S osobními věcmi pacienta zachází sestra šetrně.
- Na požádání podá pacientovi jeho osobní věci, na které nedosáhne, popřípadě je uloží zpět na příslušné místo.
- Využívá např. hygienické pomůcky po předchozí dohodě s pacientem.
- Oznamuje pacientovi, kam ukládá jeho osobní věci.

**• Negativa:**

- Nenalezeny

**• Reakce pacienta:**

- Pacient je spokojený a děkuje za pomoc.

**Pozorovaný jev č. 5: Sdělování si osobních informací před pacienty**

- **Pozitiva:**
  - Přímo před pacienty se nezmiňuje o svých osobních záležitostech.
- **Negativa:**
  - Ale je tu rozšířen nešvar, kdy personál mnohdy i legračně komentuje jednání zmatených pacientů na denní místnosti při otevřených dveřích a další pacienti je poslouchají při chůzi po chodbě.
- **Reakce pacientů:**
  - Pacienti se zájmem poslouchají, co si personál říká.

#### **Pozorovaný jev č. 6: Spolupráce v ošetrovatelském týmu**

- **Pozitiva:**
  - V kolektivu si vzájemně pomáhají, když je potřeba.
  - Panují zde dobré vztahy.
- **Negativa:**
  - Nenalezeny
- **Reakce pacienta:**
  - Pacient je spokojený s klidnou atmosférou, která na oddělení vyzařuje.

#### **Pozorovaný jev č. 7: Oslovování pacientů**

- **Pozitiva:**
  - Pacienty oslovuje příjmením, případně i dosaženým titulem.
  - Pokud si s některými pacienty dobře rozumí, tak je oslovuje křestním jménem po předchozí domluvě.
  - Oslovení podporuje očním kontaktem případně i dotekem.
- **Negativa:**
  - Nenalezeny

- **Reakce pacienta:**

- Pacient ihned ví, že na něho sestra mluví a je tedy schopen adekvátně reagovat na požadavky, případně odpovídat na dotazy.

**Pozorovaný jev č. 8: Komunikace mezi sestrou a pacientem**

- **Pozitiva:**

- Sestra má vřelý vztah k pacientům, který se odráží i v jejím neverbálním projevu.
- Snaží se strávit co nejvíce času mezi pacienty.
- K pacientům projevuje úctu a pochopení.
- Pokud se pacient snaží zlepšit, tak za každý pokrok ho chválí.
- Komunikace je přizpůsobena sluchu pacienta.

- **Negativa:**

- U nespolupracujících pacientů má problém ovládnout své emoce, zvyšuje na ně hlas a prudce s nimi manipuluje.

- **Reakce pacienta:**

- Pacienti mají sestru zjevně rádi, mají v ní důvěru a svěřují se jí i s osobními problémy.
- Nespolupracující pacienty podněcuje zvýšený hlas a prudké pohyby až k projevům agrese.

**Pozorovaný jev č. 9: Reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek)**

- **Pozitiva:**

- Pomoc je pacientům vždy na dosah.

- **Negativa:**

- Často vyčkává, jestli půjde na volání pacienta někdo jiný.

- **Reakce pacienta:**
  - Pacient byl spokojen, jeho přání bylo splněno během krátké doby.

## 7 DISKUZE

Nyní přistoupím k vyhodnocení jednotlivých cílů, které jsem si v úvodu stanovila.

**Prvním cílem bylo zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům a ke svému povolání.**

Na základě uskutečněných rozhovorů jsem dospěla k závěru, že:

- Všechny sestry, které se zúčastnily průzkumu, mají kladný vztah ke svému povolání.
- S pacienty se jim daří vycházet dobře, ale nedokáží si poradit v situaci, kdy je pacient dezorientovaný a projevuje známky agrese.
- Pro sestry je hlavní prioritou dobro pacienta. Vyházím z toho, že pochybení sestry hlásí včas lékaři a vzájemně se upozorňují na své chyby, aby nedocházelo k jejich opakování.

**Druhým cílem bylo zjistit, co sestry ovlivňuje v jednání s pacienty.** Po důkladné analýze získaných odpovědí jsem uvedené vlivy rozdělila do dvou kategorií:

### 1. Mezilidské vztahy

Do této kategorie jsem zařadila odpovědi typu: chování pacientů a jejich příbuzných, souhra s lékařem, dobrý kolektiv.

### 2. Organizace práce

V této kategorii jsou uvedeny odpovědi typu: harmonogram práce, skladba pacientů na pokoji, množství výkonů, nedostatek personálu, velké množství administrativy, časový stres, nedostatek odpočinku, nadměrná fyzická zátěž.

Osobně zde postrádám zmínění faktorů jako např. dosažené vzdělání, délka praxe, zákonné normy, postavení sestry. Ale to vůbec nevádí, protože jsem nezjišťovala znalosti, co všechno může sestry ovlivňovat v jednání s pacientem, ale chtěla jsem zjistit, jaké vlivy cítí sestry nejintenzivněji.

Třetí cíl se zaměřuje na nejčastější prohřešky sester a na to, zda si je uvědomují a jak reagují na vzniklou situaci. V pozorovaných oblastech jsem shledala následující prohřešky či nedostatky:

#### 1. PŘÍJEM PACIENTA

- Nepředstavení se.
- Neseznámení s právy pacienta a domácím řádem oddělení.
- Přítomnost dalších osob při anamnestickém rozhovoru s pacientem.

#### 2. EDUKACE PACIENTA

- Přítomnost dalších pacientů při podávání informací.
- Seznámení s vyšetřením těsně před samotným odjezdem.

#### 3. RESPEKTOVÁNÍ INTIMITY

- Odbíhání pro chybějící pomůcky.
- Otevřené dveře od pokoje při provádění toalety či výměny plen.
- Prudké pohyby při manipulaci s pacientem.
- Nedostatek pomůcek k zajištění intimity pacienta (zástěny).
- Pacient při toaletě po celou dobu odhalen.
- Minimální komunikace při manipulaci s pacientem.
- Nevhodné komentáře při péči o vyprazdňování („To ale smrdí.“)
- Neverbální projevy jako přísnost v obličeji, povzdechy.

#### 4. MANIPULACE S OSOBNÍMI VĚCMI PACIENTA

- Manipulace s věcmi bez dovození pacienta.

#### 5. SDĚLOVÁNÍ SI OSOBNÍCH INFORMACÍ PŘED PACIENTY

- Největší nešvar – sdělování si osobních informací, dojmů a zážitků z kontaktu se zmatenými pacienty a jejich legrační komentování. To se děje na denní místnosti při otevřených dveřích a kolem chodí pacienti.

#### 6. SPOLUPRÁCE V OŠETŘOVATELSKÉM TÝMU

- Bez výhrad.

## 7. OSLOVOVÁNÍ PACIENTŮ

- Přistoupení k pacientovi bez oslovení.
- U zmatených pacientů používány pojmy jako babi, babinko, dědo či přezdívky vzniklé úpravou jejich příjmení a zkratky jmen.

## 8. KOMUNIKACE MEZI SESTROU A PACIENTEM

- Při manipulaci s pacientem používány zdrobněliny částí těla (ručička, nožka, zadeček).
- Projevy nadřazenosti.
- Nezájem o pacientovy problémy.
- Neschopnost řešit konfliktní situaci v klidu.

## 9. REAKCE NA SIGNALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ

- Neochota jít jako první na volání pacienta.

I když po tomto výčtu to vypadá, že v péči o pacienta je řada nedostatků, tak musím dodat, že celkový dojem z přístupu sester k pacientům jsem měla dobrý. A také pacienti se na tomto oddělení cítili dobře. Důkazem toho byli i hojná poděkování za vřelý přístup celého ošetrovatelského týmu v knize přání a stížností. Ale nejlépe to vystihl jeden pacient, který byl přeložen na oddělení z chirurgie, slovy: „Konečně se cítím zase jako člověk.“

### **Návrh opatření pro praxi**

Z průzkumu vyplívá, že sestry nejsou schopné adekvátně řešit konfliktní situace s dezorientovanými pacienty se známkami agrese. Vzhledem k tomu, že průzkum probíhal na oddělení LDN, tak předpokládám, že nespolupracující pacienti trpěli některým druhem demence. Proto bych doporučila managementu uspořádat akreditovaný seminář, na kterém by sestry získaly poznatky o projevech demence a osvojily si základní pravidla jednání s pacienty s demencí.

Další problematickou oblastí bylo zjištěno nedodržování intimity pacienta při provádění hygienické péče. V tomto případě bych doporučila častější kontrolu personálu managementem pracoviště, zaměřenou na dodržování postupu hygienické péče. A také bych doporučila zvážit přínos nákupu zástěn, které by se dali umístit mezi lůžka pacientů a tím také vytvořit intimnější prostředí pro pacienta.

Po vyhodnocení jednotlivých cílů, jsem dospěla k názoru, že jsem stanovené cíle splnila. Avšak mým záměrem také bylo seznámit odbornou veřejnost s výsledky šetření, ale to se mi bohužel zatím nepodařilo. Ale budu se snažit v co nejbližší době uskutečnit i tento záměr.



## ZÁVĚR

Zpracování této bakalářské práce bylo pro mne hodně poučné. Když jsme si měli v květnu loňského roku vybírat svá témata bakalářských prací, byla jsem ráda, že se v nabídce témat objevilo i téma zaměřené na přístup sester. Vzhledem k tomu, že já osobně jsem vždy snila o profesi sestry a o tom pomáhat lidem v jejich obtížných situacích, tak jsem byla v praxi nemile překvapena, že jsou i takové sestry, které se svému povolání nevěnují naplno a dokonce mohou svým jednáním pacienta poškozovat. Proto mě vždy zajímalo, z jakých důvodů dochází k takovému pro mne nepochopitelnému jednání.

Já sama pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných a dobře vím, že mnohdy se vynoří nelehké situace, které je nutno nějakým způsobem řešit. Avšak nikdy bych nedopustila, aby moje jednání zranilo cizí některého z pacientů, to by mi mé svědomí nedovolilo.

V dnešní době se v ošetrovatelství používá k profesionalizaci jednání sester etický kodex sester dle ICN, který stanovuje určitá pravidla jednání sestry ve vztahu ke spoluobčanovi, ošetrovatelské praxi, profesi sestry a k jejím spolupracovníkům.

Na závěr bych už jen dodala: „Chovejme se tak, jak chceme, aby se chovali i ostatní lidé k nám.“

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. přepracované a doplněné vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BLÁHA, Karel, Marta STAŇKOVÁ, Miloslav LUDVÍK a Lubomír VONDRÁČEK, 2003. *České ošetrovatelství 13: Sestra a pacient, Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Brno: NCO NZO. Edice Praktická příručka pro sestry. ISBN 80-7013-388-0.
4. BRŮHA, Dominik a Eva PROŠKOVÁ, 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-661-5.
5. CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2009. *Psychologie hodnot*. 2. doplněné a přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2295-4.
6. DE VITO, Joseph A., 2001. *Základy mezilidské komunikace*. Přeložil Milan BARTŮŠEK a Jiří REZEK. Praha: Grada. ISBN 80-7169-988-8.
7. DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL, 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7101-684-6.
8. DVOŘÁKOVÁ, Jana, 2008. *Morální usuzování: vliv hodnot, osobnosti a morální identity*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4751-8.
9. GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ, 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého. Edice Skripta. ISBN 80-244-0907-0.
10. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
11. KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-181-6.
12. KRÁTKÁ, Anna, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7318-543-5.

13. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
14. LAJČIAKOVÁ, Petra, 2008. *Psychológia morálky*. Brno: CERM. ISBN 978-80-7204-569-3.
15. MACH, Jan et al., 2003. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. Praha: Orac. ISBN 80-86199-50-9.
16. MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-2471-024-2.
17. PLEVOVÁ, Ilona et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
18. ROKEACH, Milton, 1968. *Beliefs, Attitudes, and Values: a Theory of Organization and Change*. San Francisco: Jossey – Bass. ISBN neuvedeno.
19. STAŇKOVÁ, Marta, 2002. *České ošetrovatelství 11: Sestra - reprezentant profese*. Brno: IDV PZ. Edice Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.
20. TYRLÍK, Mojmír, 2004. *Morální jednání*. Brno: Masarykova univerzita. Spisy Filozofické fakulty, č. 355. ISBN 80-210-3535-8.
21. VACEK, Pavel, 2002. *Morální vývoj v psychologických souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7441-101-5.
22. VACEK, Pavel, 2010. *Morální vývoj v psychologických a pedagogických souvislostech*. 3. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-051-1.
23. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
25. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2009. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3132-2.
26. VONDRÁČEK, Lubomír a Miloslav LUDVÍK, 2004. *České ošetrovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: NCO NZO. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-376-7.

27. VYBÍRAL, Zbyněk, 2000. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-291-2.
28. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

#### **ELEKTRONICKÉ ZDROJE:**

ČESKO. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 30, s. 1452 - 1480. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy).

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Metodická opatření: 9. Koncepce ošetřovatelství. *Věstník ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2004, částka 9 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3648\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html).

MUNZAROVÁ, Marta. Co je to vlastně důstojnost? *Interní medicína pro praxi* [online]. 2011, roč. 13, č. 2 [cit. 2012-04-20]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: [http://www.internimedicina.cz/artkey/int-201102-0001\\_Co\\_je\\_to\\_vlastne\\_dustojnost.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMunzarov%E1%20-%20Co%20je%20vlastn%EC%20d%F9stojnost%26sfrom%3D0%26spage%3D30](http://www.internimedicina.cz/artkey/int-201102-0001_Co_je_to_vlastne_dustojnost.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3DMunzarov%E1%20-%20Co%20je%20vlastn%EC%20d%F9stojnost%26sfrom%3D0%26spage%3D30).

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod. a podobně

č. číslo

ČR Česká republika

ICN International Council of Nurses

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

např. například

tj. to je

tzv. takzvaný

viz. vizuálně

% procenta

**SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P	I:	Etický kodex práva pacientů ČR
Příloha P	II:	Etický kodex sester dle ICN
Příloha P	III:	Tazatelský arch
Příloha P	IV:	Pozorovací arch
Příloha P	V:	Žádost o umožnění pozorování

# PŘÍLOHA P I: ETICKÝ KODEX PRÁVA PACIENTŮ ČR

## Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

# PŘÍLOHA P II: ETICKÝ KODEX SESTER DLE ICN

## ETICKÝ KODEX SESTER DLE ICN

### **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.



## PŘÍLOHA P III: TAZATELSKÝ ARCH

### Tazatelský arch

**Téma práce:**

Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče

**Cíl rozhovoru:**

1. Zjistit, jaký mají sestry přístup k pacientům a ke svému povolání.
2. Zjistit, co sestry ovlivňuje v jednání s pacienty.

**Informace o informantovi a podmínky při rozhovoru:**

Pohlaví respondenta: muž      žena

Věk respondenta:

Vystupování respondenta:

Místo konání rozhovoru:

Délka rozhovoru:

Narušení rozhovoru: ano      ne

1. Můžete mi na úvod říci něco o sobě? (věk, vzdělání, kde pracujete, co Vás baví)
2. Jaký máte vztah ke svému zaměstnání? (cíl 1)
3. Jak dlouho pracujete na lůžkovém oddělení? (cíl 2)
4. Co si představíte pod pojmem kvalitní ošetrovatelská péče? (cíl 2)
5. Jaká by měla být podle Vás kvalitní sestra? (cíl 2)
6. Co si myslíte, že má vliv na přístup sester k pacientům? (cíl 2)
7. Jak obvykle vycházíte s pacienty? (cíl 1)
8. Co Vás během Vaší praxe nejvíce ovlivnilo v jednání s pacienty? (cíl 2)
9. Jakým způsobem by se mohl zlepšit přístup sester k pacientům? (cíl 2)
10. Co Vás napadne pod pojmem pochybení sestry? (cíl 1)
11. Vy sama jste někdy pochybila? (cíl 1)
12. Jak jste se zachovala? (cíl 1)

13. Jaké máte vztahy na pracovišti? (cíl 2)
14. Všimla jste si nějakého pochybení u svých kolegyň? (cíl 1)
15. Pokud ano, jak jste reagovala? (cíl 1)
16. Upozornila jste na chybu kolegyně? (cíl 1)
17. Z jakých důvodů si myslíte, že dochází k pochybení? (cíl 2)
18. Co je pro Vás v zaměstnání nejdůležitější? (cíl 1)
19. Myslíte si, že sestry dodržují práva pacientů? (cíl 1)
20. Vy sama je znáte a dodržujete je? (cíl 1)
21. Mohla byste mi nějaká říct? (cíl 1)
22. Jak byste se charakterizovala jako sestra? (cíl 1)
23. Těší Vás práce, kterou děláte? (cíl 1)
24. Je něco, co Vám na práci vadí? (cíl 2)
25. Myslíte si, že jsou důležité morální vlastnosti u sestry? (cíl 1)
26. Můžete mi některé vyjmenovat? (cíl 1)
27. Chtěla byste ještě něco dodat k tomuto tématu?

## PŘÍLOHA P IV: POZOROVACÍ ARCH

### Pozorovací arch

**Téma práce:** Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče  
**Cíl pozorování:** Zjistit, jak jednají sestry v daných situacích.

**Místo:**

**Pozorovatel:**

**Věk sestry:** < než 30 let      30 – 40 let      > než 40 let


Pozorovaný jev	Četnost	Časový stres	Pozitiva	Negativa	Reakce pacienta
Příjem pacienta - představení se - seznámení s právy pacienta - seznámení s prostředím a řádem odd.		Ano			
		Ne			
Edukace pacienta		Ano			
		Ne			
Respektování intimity - při hygieně - při vyšetření		Ano			
		Ne			

<b>Manipulace s osobními věcmi pacienta</b>	Ano					
	Ne					
<b>Sdělování si osobních informací před pacienty</b>	Ano					
	Ne					
<b>Spolupráce v ošetrovatelském týmu</b>	Ano					
	Ne					
<b>Oslovování pacientů</b>	Ano					
	Ne					
<b>Komunikace mezi sestrou a pacientem</b>	Ano					
	Ne					

<b>Reakce na signalizační zařízení (tzv. zvonek)</b>	Ano				
	Ne				
	Ano				
	Ne				

(dané jevy se musí během dne opakovat a pozorovací arch musí být vyplněn alespoň na 80%, tj. 7 jevů)

# PŘÍLOHA P V: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ POZOROVÁNÍ

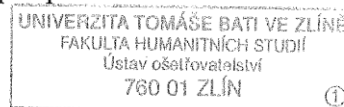
 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ POZOROVÁNÍ

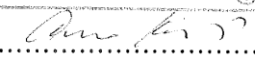
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění pozorování na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Eva Mikesková
Téma bakalářské práce	Morální přístupy sester jako základ pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	KNTB a.s. Zlín


Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne: 19.1.2012

  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.  
Havlíčkovo nábřeží 600  
762 75 Zlín (9)

  
Razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová  
tel: +420 577 008 137, e-mail: [klimesova@fhs.utb.cz](mailto:klimesova@fhs.utb.cz), [izs@fhs.utb.cz](mailto:izs@fhs.utb.cz)