

Etika poskytované ošetrovatelské péče u onkologicky nemocného pacienta

Zdeňka Pekárková, DiS.

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zdeňka PEKÁRKOVÁ**
Osobní číslo: **H080309**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Etika poskytované ošetrovatelské péče
u onkologicky nemocného pacienta**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části vymezit pojem etika a její uplatnění v kontextu ošetrovatelství. Objasnit pojmy, jako jsou závažné chronické onemocnění a chronický pacient. Poukázat na změnu psychiky a individuální potřeby nemocných s nádorovým onemocněním.
V praktické části zjistit, zda a jak respektuje sestra individuální potřeby nemocného a v jaké oblasti ošetrovatelské péče vidí pacienti největší nedostatky.
Na základě výsledků šetření navrhnout opatření, která by vedla k eliminaci zjištěných nedostatků a následně ke zkvalitnění ošetrovatelské péče u onkologicky nemocných.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2001. 411 s.

ISBN 80-7178-550-4

BUŽGOVÁ, R. Etika ve zdravotnictví. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008.

104 s. ISBN 978-80-7368-501-0

KLÉROVÁ, J. Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích nemoci. Sestra, 1999, č. 2, s. 27. ISSN 1210-0404

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

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

Ústav ošetrovatelství


Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 20.5.2011

.....
Přehodová Xenčka

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

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

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

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

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

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku 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 vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Abstrakt česky

Bakalářská práce na téma Etika poskytované ošetrovatelské péče u onkologicky nemocného pacienta je tvořena částí teoretickou a praktickou. Teoretická část je složena ze čtyř podkapitol z nichž první objasňuje pojmy etika a morálka. Druhá podkapitola je věnována etice v ošetrovatelství, základním etickým principům a vztahu etiky a práva. Třetí část popisuje umění komunikace, terapeutický vztah a upozorňuje na možnosti poškození nemocného. Hlavním tématem čtvrté podkapitoly je onkologicky nemocný se svými individuálními potřebami v oblasti ošetrovatelské péče. V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjišťují, zda-li a jak sestry porušují etický přístup při poskytování ošetrovatelské péče. V závěru práce vyhodnocují cíle.

Klíčová slova: etika v ošetrovatelství, etické principy, komunikace, terapeutický vztah, pacient, potřeba, maligní onemocnění, sororigenie

ABSTRACT

Abstrakt ve světovém jazyce

The Bachelor's work called The Ethics giving oncologic patients nursing care has two parts, theoretical and practical. The theoretical part is composed in four subheads. The first of them clarifies these notions, which means ethics and morality. The second subhead is devoted to ethics in nursing, the main ethics principles and relations between the ethics and the law. The third describes skill in communication, the therapeutic trick and also warn about possibilities damaging to patient. The main topic of the fourth subhead is oncologic patient with his own individual necessities in the area of nursing care. I find out in practical part by means of questionnaire if and how nurses disobey the ethics approach with their offering nursing care. In my conclusion I assess some aims.

Key words: ethics in nursing, ethics principles, communication, therapeutic trick, patient, necessity, malignant illness, damaging to patient

Poděkování

Děkuji Mgr. Anně Krátké, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky. Děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat svůj čas k vyplnění dotazníkového šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ POJMŮ ETIKA A MORÁLKA	13
1.1 ETIKA	13
1.2 MORÁLKA	13
2 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	15
2.1 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA JAKO SAMOSTATNÁ DISCIPLÍNA	15
2.2 VYMEZENÍ ETIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	15
2.3 ZÁKLADNÍ ETICKÉ PRINCIPY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	16
2.3.1 Etické principy prvního řádu	16
2.3.1.1 Princip neškození – nonmaleficence.....	16
2.3.1.2 Princip dobřechinění – beneficence	16
2.3.1.3 Princip respektu k autonomii	16
2.3.1.4 Princip spravedlnosti – justice	17
2.3.2 Etické principy druhého řádu	17
2.3.2.1 Důvěryhodnost.....	17
2.3.2.2 Veracita – pravdomluvnost	17
2.3.2.3 Věrnost, poctivost	17
2.4 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA V LITERATUŘE	18
2.5 VZTAH ETIKY A PRÁVA	19
3 VŠEOBECNÁ SESTRA	20
3.1 OSOBNOST ZDRAVOTNÍKA	20
3.1.1 Profesionální péče	20
3.1.2 Specifika péče na onkologickém oddělení	20
3.2 TERAPEUTICKÉ PROSTŘEDÍ	21
3.3 VZTAH MEZI SESTROU A NEMOCNÝM.....	21
3.4 UMĚNÍ KOMUNIKACE.....	22
3.4.1 Verbální komunikace	22
3.4.2 Neverbální komunikace.....	22
3.4.3 Komunikace v jednotlivých fázích nemoci	24
3.4.3.1 Akutní stádium.....	24
3.4.3.2 Subakutní stádium.....	24
3.4.3.3 Chronické stádium	25
3.4.3.4 Stádium umírání.....	25
3.5 POŠKOZENÍ PACIENTA.....	26
3.5.1 Sororigenie – poškození sestrou.....	26
3.5.2 Nedbalost.....	26
3.5.3 Typy poškození pacienta	26
3.5.4 Výsledky výzkumů chování sester	27

4	ONKOLOGICKY NEMOCNÝ	28
4.1	MALIGNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	28
4.2	CHRONICKY NEMOCNÝ PACIENT.....	29
4.3	VLIV HOSPITALIZACE NA PACIENTA	30
4.3.1	Postavení ve funkčním systému nemocnice.....	30
4.3.2	Realitou je role podřízeného	30
4.3.3	Přání nemocných - důvěra a nepředstíraný zájem.....	30
4.3.4	Opuštění nemocnice	31
4.4	POTŘEBY A JEJICH POKRÝVÁNÍ.....	32
4.5	RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO NEMOCNÉHO	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
5	CÍLE PRÁCE	35
6	METODIKA PRÁCE	36
6.1	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	36
6.2	METODA PRÁCE.....	36
6.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	37
6.4	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	37
7	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	38
7.1	VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH POLOŽEK.....	38
7.2	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK	41
	DISKUZE	62
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ	68
	SEZNAM TABULEK	69
	SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Ve zdravotnictví se pohybuji již osmnáct let, posledních sedm let pracuji jako všeobecná sestra na lůžkové části onkologického oddělení. Vzpomínám si, když jsem na toto oddělení vstoupila poprvé. Na chodbě seděla pacientka a plakala, postarší sestra svírajíc její ruku seděla vedle ní. Obě ženy seděly mlčky, takřka bez hnutí, jen po tváři nemocné stékaly slzy. Tiše jsem prošla kolem dvojice do sesterny. Po chvíli jsem zvědavě nakoukla, obě ženy již stály, sestra utírala kapesníkem obličej nemocné. Pomalou chůzí se přesunuly k sesterně, kde pacientka sestru objala. Naprosté ticho bylo přerušeno chvějícím se hlasem nemocné: „Děkuji, sestřičko“. Seděla jsem v naprostém úžasu, něco tak emotivního jsem doposud na jakémkoli oddělení nezažila. Najednou, jako bych pochopila co to je „být sestrou“. Po jedenácti letech ve zdravotnictví se během okamžiku skládačka složila a já přesně věděla jakou sestrou a kde chci být.

Sestra, jejíž chování jsem popisovala, po dvou letech odešla do důchodu, ale do té doby mi byla výbornou učitelkou, rádkyní a oporou. Naučila mě, jak zvládat a milovat práci na tomto typu oddělení, naučila mě být hrdou na své povolání.

Zdravotnictví je však prudce rozvíjející se obor, od sester se očekávají vysoké znalosti v oboru, práce s moderní technikou a celá řada administrativních činností. Z těchto důvodů jsem se rozhodla, že má bakalářská práce bude na téma etické. Etické a morální hodnoty stály u zrodu ošetrovatelství, chci zjistit, zda jsou součástí ošetrovatelství i dnes, zda sestra při zvyšujících se povinnostech nezapomíná na to nejdůležitější, tedy na nemocného.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMŮ ETIKA A MORÁLKA

1.1 Etika

Etymologický vývoj slova etika má tři jazykové aspekty. Základ slova se vyvinul z řečtiny, latiny a staroslověnštiny. Řecký základ „ethos“ označuje způsob jednání, postoj a smýšlení osob. Latinský základ „mos“ je slovo, od něhož se odvozuje pojem morálka. Slovanský základ, tedy slovo „mrv“ znamená něco, co se obecně líbí, co je vhodné (Kutnohorská, 2007). „Konat dobro a vyhýbat se zlu“, je *primum principium* celé etiky (Bužgová, 2008).

Etika je filozofická disciplína, je nazývána praktickou filozofií. Jako samostatný obor lidského bádání byla systematizována starořeckým filozofem Aristotelem.¹ Etika je podle něj naukou o dobrých charakterových vlastnostech (Kutnohorská, 2007; Bužgová, 2008). Etika předpokládá, že jsme rozumné bytosti, a že svobodná a rozumná volba je nezbytnou podmínkou morální odpovědnosti. Být mravní bytostí znamená být osobou, která je schopná být mravně odpovědnou za své činy. Základním problémem etiky je však to, jak víme, co je dobré a správné (Kutnohorská, 2007, s. 11).

1.2 Morálka

Morálka (z lat. *moralitas* - správné chování, od *mos*, *moris* - mrav) znamená celkovou představu správného jednání ve společnosti. Od pravidel zdvořilosti se liší tím, že se týká věcí závažných a podstatných, na druhé straně od práva se liší tím, že se nedá soudně vymáhat a na její porušení nejsou sankce (tresty). Morálka je představována systémem pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí (Kutnohorská, 2007, s. 11).

V minulosti byla označována etická učení jako nauka o povinnostech. Každý obor lidské činnosti, včetně ošetřovatelství, má vymezené povinnosti. V ošetřovatelství jde navíc ještě o rozhodnutí, co je pro pacienta prospěšnější, co konat, aby byla zachována důstojnost pacienta, jeho autonomie, aby pacient neztrácel naději.

¹ Aristoteles ze Stageiry (385-322 př.n.l.), jeden z nejvýznamnějších myslitelů v dějinách filozofie, žák a později odpůrce Platónův, vychovatel a učitel Alexandra Makedonského. Položil základy přírodní filozofie, logiky, etiky, psychologie, politiky a dalších oborů.

Morálka v ošetrovatelství je to, co se týká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému. Všechny ošetrovatelské úkony mají morální dopad. Jde o reálné mravní vztahy lidí. Jsou to vztahy mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou a také vztahy k sobě samému (Kutnohorská, 2007, s. 12).

Morálka, etika, takt, chování všechny tyto pojmy spolu velmi úzce souvisejí. Obrovskou úlohu v objasnění těchto pojmů hraje rodina. Dítě se narodí jako čistá, citlivá a vnímavá bytost a velmi záleží na tom, jestli rodiče a okolí dokáží svou výchovou jeho vlastnosti rozvinout pozitivně, nebo v něm necitlivě dobro zadupat. Cesta, jak to udělat je velice jednoduchá, stačí mu jít příkladem a žít tak, jak chceme, aby jednou žilo ono. Lidská schopnost adaptace a učení je proti jiným živočišným druhům nesmírná.

2 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

2.1 Ošetřovatelská etika jako samostatná disciplína

Zakladatelkou novodobého ošetřovatelství je Florence Nightingale², která také formulovala etické zásady ošetřovatelky v přístupu k nemocným. Jako první se snažila prosadit ošetřovatelství jako autonomní povolání. Florence Nightingale vydala v roce 1860 knihu *Notes on Nursing*³, kde říká, že ošetřovatelka musí být osobou, na kterou se lze úplně spolehnout, že v každém ohledu musí být důvěryhodná, spolehlivá a svědomitá, střídámá a počestná a také zbožná. K vlastnímu povolání má mít úctu, protože drahý dar života je někdy plně vložen do jejích rukou. Zdůrazňuje, že „předůležitý a rozhodující“ vliv na průběh nemoci má dobrá péče (Nightingale, 1874; Kutnohorská, 2007, s. 24).

2.2 Vymezení etiky v ošetřovatelství

Ošetřovatelská etika vychází z etiky lékařské, má stejné zdroje, protože se konstituovala ve stejné kulturní tradici. S tím, jak se mění postavení ošetřovatelky – sestry v léčení nemoci, nabývá ošetřovatelská etika na významu (Kutnohorská, 2007, s. 21).

Ošetřovatelská etika se odlišuje od lékařské tím, že je specificky zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče, která dnes dosáhla samostatného postavení vedle odborných činností lékařů. Etické problémy sester se tedy projevují jinak než etické problémy lékařů (Bužgová, 2008, s. 36).

² Florence Nightingale (1820-1910) pocházela z vlivné anglické rodiny, dostalo se jí vynikajícího vzdělání. Studovala historii, filozofii, klasickou literaturu, hudbu a umění, měla nadání pro matematiku. Během cest po Evropě si vždy vyšetřila čas na prohlídky nemocnic. Přestože rodiče nesouhlasili s jejím rozhodnutím stát se ošetřovatelkou, nebránili jí v návštěvách nemocnic. Ona sama si pořizovala bohaté zápisky o všem, co se týkalo organizace a řízení nemocnic, hygieny, stavebního uspořádání jednotlivých oddělení a také práce lékařů.

³ Kniha vyšla roku 1874 v Praze v redakční úpravě Žofie Podlipské a v překladu Pavlíně Králové s názvem *Kniha o ošetřování nemocných*.

Ošetřovatelství od svého vzniku spojuje profesionalitu s humanizačními požadavky. Je tomu tak proto, že jedinec ohrožený nemocí je nesoběstačný, bezmocný, závislý a z mnoha důvodů potřebuje naši pomoc. Činnost sestry spočívá v ošetřovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí (Munzarová, 2005; Kutnohorská, 2007; Bužgová, 2008).

Sestra vstupuje při výkonu své profese do velmi rozmanitých mezilidských vztahů, z nichž nejdůležitější je vztah k pacientovi/klientovi. Tyto vztahy mají důležitý etický aspekt, protože současně řeší otázky týkající se základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti atd. (Kutnohorská, 2007, s. 21). Zvolit si povolání sestry znamená svobodně se rozhodnout pro službu jinému člověku.

2.3 Základní etické principy v ošetřovatelství

2.3.1 Etické principy prvního řádu

Principy je třeba vždy respektovat, pokud se neobjeví nějaký významný důvod, který by nad nimi převážil a který by ospravedlnil jejich nedodržení. První dva principy jsou známi již z etiky Hippokratovské, druhé dva principy jsou nové avšak v moderních, změněných podmínkách velice důležité (Bužgová, 2008).

2.3.1.1 Princip neškození – nonmaleficence

Princip, který zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné (Bužgová, 2008).

2.3.1.2 Princip dobřečinění – beneficence

Závazek konat dobro a vyhnout se působení škod nebo újmy. Sestry jsou vázány povinností podnikat takové kroky, které prospívají pacientovi (Munzarová, 2005; Kutnohorská, 2007). Rizika léčení nesmí převyšovat jeho přínos (Bužgová, 2008, s. 31).

2.3.1.3 Princip respektu k autonomii

Etický princip, který poukazuje na to, že každý by měl mít právo určovat své chování a jednání podle svých osobních etických zásad. Ctít autonomii jednotlivce znamená připustit jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení (Kutnohorská, 2007, s. 18).

2.3.1.4 Princip spravedlnosti – justice

Princip vyžadující rovné jednání s lidmi, kteří jsou v podobné situaci a diferencované jednání s lidmi, kteří jsou v různých situacích. To znamená, že pokud mají pacienti stejné potřeby ve věci zdraví, mělo by o ně být postaráno stejně (Kutnohorská, 2007, s. 18).

2.3.2 Etické principy druhého řádu

2.3.2.1 Důvěryhodnost

Zůstat věrný svým závazkům a dodržet je. Tyto závazky vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče, jde např. o dodržování slibů a zachování soukromí citlivých dat. Moderní ošetřovatelství zdůrazňuje, že by sestra měla působit jako obhájkyň pacienta a jeho práv (Kutnohorská, 2007, s. 18). Do důvěryhodnosti patří i charakteristiky kvalitní komunikace (spolehlivé informace, srozumitelnost, vstřícnost, takt atd.). Schopnost takovéto komunikace a empatie u sestry jsou z etického hlediska klíčovými vlastnostmi (Munzarová, 2005; Bužgová, 2008).

2.3.2.2 Veracita – pravdomluvnost

Závazek říkat druhým pravdu a neklamát je (Kutnohorská, 2007, s. 18). Pravdomluvností se rozumí sdělování důležitých a závažných informací, plnou právní odpovědnost za nemocného však nese lékař. Lékař by měl být také prvním člověkem, který informuje nemocného o povaze jeho onemocnění, o zamýšlené léčbě a léčebných alternativách (Haškovcová, 2000).

2.3.2.3 Věrnost, poctivost

Princip věrnosti a poctivosti je definován jako povinnost zůstat věrný svým závazkům. Zdravotník by měl dávat sliby a zavazovat se k něčemu pouze v případě, že je možné takový závazek na sebe vzít (Bužgová, 2008).

Náročnost vztahu zdravotník – pacient je ještě umocněn individualitou nemocného. Každý pacient je jedinečný, specificky svůj, navíc somaticky i psychicky poznamenaný chorobou nebo svým sociálním problémem. Zdravotník musí být schopen přizpůsobit své jednání a chování potřebám nemocného (Goldmann, Cichá, 2004).

2.4 Ošetřovatelská etika v literatuře

Nejdůležitějším tématem ošetřovatelské etiky v rané literatuře 19. století je poslušnost sester vůči nadřízeným – ve většině případů k lékaři. Mělo se za to, že sestra je povinna lékaři naprostou poslušností, protože její povinnosti naprosto vyplývaly z lékařských instrukcí.

U nás byla etice věnována značná pozornost v období první republiky a to na všech středních školách, nevyjímaje školy připravující budoucí zdravotní sestry. Již v roce 1920 byla vydána Učebnice zdravotnictví a mravouky od Alexandra Baťka. Další pozoruhodnou knihu s názvem Etika v ošetřovatelství napsala Estrid Rodheová ze Stockholmu. V roce 1940 ji do češtiny přeložila Ruth E. Tobolářová⁴, čelní představitelka českého ošetřovatelství. V úvodu knihy se dočteme, že ošetřovatelství je krásné, ale těžké povolání, jehož hlavním smyslem je povzbuzovat a těšit nemocného. V roce 1946 vychází kniha s názvem Ošetřovatelská etika od profesora MUDr. Františka Slabihoudka. Ve své knize se zamýšlí nad tématy volby povolání, vzdělávání ošetřovatelek i postoji odborové organizace ke zdravotním sestřím (Bužgová, 2008). O etice v ošetřovatelství se můžeme dočíst zejména v knihách Heleny Haškovcové, která svůj zájem věnuje jak lékařské etice, tak i etice všeobecných sester.

Etika v ošetřovatelství je učebnice etiky, která je svým zaměřením určena především studentům ošetřovatelství a všeobecným sestřím. Etika sestry má řadu odlišností od etiky lékaře, které vyplývají z jejího poslání, kompetencí a měnícího se postavení ve zdravotnickém týmu. Po prostudování knihy se sestry mohou lépe orientovat v problematice ošetřovatelské etiky. Autorka - doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc. - přednáší etiku pro všeobecné sestry na Ústavu ošetřovatelství a porodní asistence LF UP v Olomouci a na Ústavu sociálního lékařství, odd. ošetřovatelství, LF UK v Hradci Králové. Na specifická témata etiky v ošetřovatelství vystoupila na řadě konferencí v ČR i v zahraničí.

⁴ Ruth Emilie Tobolářová (1895-1973) byla jednou z prvních diplomovaných sester a později ředitelkou první České ošetřovatelské školy v Praze. Byla osobností známou v zahraničí, díky tomu vyjednala mnoha našim diplomovaným sestřím studijní pobyty v Bělehradě, ve Vídni, ve Švýcarsku, Švédsku či USA.

2.5 Vztah etiky a práva

Součástí etiky je deontologie – nauka o povinnostech. Zdravotnická deontologie vytyčuje povinnosti a pravidla chování zdravotníků k nemocným, veřejnosti či kolegům. Pravidla jsou formulována v tzv. deontologických (etických) kodexech (Goldmann, Cichá, 2004).

Ideální stav je takový, kdy se etická a právní norma shoduje. Etika je vědou normativní a vymezuje rozsah etických zákonů. Je osobní a závislá na svědomí člověka. Zákon je neosobní, potlačuje nežádoucí chování s cílem prosadit své požadavky.

Zatímco zákon zaručuje minimální standardy nebo kritéria vynutitelná prostřednictvím sankcí a trestů, má etika tendenci dosáhnout ideálního stavu (Kutnohorská, 2007, s. 18).

K důležitým současným etickým kodexům, které by se měly ve zdravotnictví respektovat a které by měla ošetrovatelka – sestra znát, patří např.:

- Všeobecná deklaráce lidských práv (1948)⁵
- Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950)
- Kodex sestry ICN (1953, naposledy novelizován 2000)
- Helsinská deklaráce (1964)
- Mezinárodní pravidla pro chování sestry a s tím spojené lidské vztahy (1964)
- Kodex sester předložený Českou asociací sester (1991)
- Etické normy v ošetrovatelství (1991)
- Práva pacientů (1992)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (1997)
- Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné (1999)
- Ochrana lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (1999)
- Deklarace práv onkologických pacientů (2002)

⁵ V závorce je uveden rok vyhlášení kodexu

3 VŠEOBECNÁ SESTRA

Sestra má obvykle s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Je strážkyní zájmů pacienta. Její přínos v tomto směru je nutné akceptovat jakožto spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v medicíně a v ošetrovatelství vést ke zvýšení úrovně léčebné péče (Bártová, 2005, s. 141).

3.1 Osobnost zdravotníka

3.1.1 Profesionální péče

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že zdravotník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše mnohdy řeší v třísměnném provozu na velmi specializovaných pracovištích. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 62).

3.1.2 Specifika péče na onkologickém oddělení

Péče s onkologicky nemocnými patří z mnoha důvodů v medicíně k nejobtížnějším. Jde o prudce se rozvíjející obor, množství poznatků narůstá, objevují se nové diagnostické a léčebné metody, starší metody se neustále vylepšují. První podmínkou kvalitní práce v onkologii je proto flexibilita. Také z psychologického hlediska jde o práci vysoce náročnou. Přes veškerý pokrok v diagnostice a terapii zhoubných nádorů stále ještě mnozí pacienti dříve či později na své onkologické onemocnění umírají. Smrt je každodenním tématem onkologické péče, i když někdy otevřeněji, někdy méně viditelně přítomným. Fatální průběhy onemocnění přinášejí nutnost vyrovnávat se s pocity bezmoci, které s nimi souvisejí. Práce s onkologickými pacienty navíc přináší i množství etických dilemat, jejichž řešení nebývá snadné (Šimek, 2000).

Jak se srovnat s vlastní smrtelností, na to žádný recept není. Koho děsí jen pomýšlení na konec vlastního života, ten jen obtížně může pracovat na onkologii, protože pak musí užívat masivní obrany proti negativním emocím, se kterými je každodenně konfrontován. Důležité je mít životní rozvrh naplněný smysluplnými úkoly (práce, výchova dětí), umět si vážit toho, co člověk umí a co má. Také je dobré mít citové zázemí v rodině a v okruhu dobrých přátel, v umění a v jiných mimopracovních aktivitách (Šimek, 2000).

3.2 Terapeutické prostředí

Vytváření terapeutického prostředí zahrnuje vhodně působící fyzické prostředí, pohodlné, nehlukné prostředí a příjemné sociální klima. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Důležitá je duševní podpora a pochopení nebo akceptování pacienta. Nejdůležitější příspěvek není v tom, co řekne, ale v její přítomnosti v potřebné chvíli, v pochopení, v trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit (Bártová, 2005, s. 143).

3.3 Vztah mezi sestrou a nemocným

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným. Bylo prokázáno, že vztahy mezi zdravotníkem a nemocným jsou silně závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Vhodná komunikace mezi zdravotnickým personálem a nemocným může zabránit mnohým konfliktním situacím. Zvyšuje také účinnost terapeutických zásahů a ve svých důsledcích příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobních zvláštností. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavosti (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 64). Na vhodný přístup je třeba myslet již při prvním setkání. Od prvního okamžiku musíme dát najevo pomoc, podporu, snahu o vyslechnutí názoru pacienta a respektování intimity. Je potřeba neustále podporovat jeho lidskou důstojnost.

3.4 Umění komunikace

3.4.1 Verbální komunikace

Pro zdravotníka je velmi důležité poznat a pochopit osobnost nemocného, dokázat přizpůsobit svou komunikaci tak, aby ji nemocný byl schopen a ochoten chápat a akceptovat.

Základem současné dobré ošetrovatelské péče je ošetrovatelský proces, založený na dostatku informací, které sestra o nemocném získá především při komunikaci s ním.

Na řadě pracovišť existují formalizované záznamy – vstupní hodnocení, ošetrovatelská anamnéza, do nichž sestra zaznamenává informace získané především při rozhovoru s nemocným, jeho doprovodem či rodinou, a proto potřebuje být pro správnou a účinnou komunikaci dobře vybavena (Bláha, Staňková, 2003).

3.4.2 Neverbální komunikace

- *První dojem* - o tom, zda si lidé vyjdou vstříc, budou ochotně spolupracovat, jeden druhému bude naslouchat, nebo vzniknou problémy, rozhoduje z velké části první dojem. Někdo je druhému prostě od samého začátku sympatický, jiný mu „nepadne do oka“. Sestra toho ani nemusí mnoho říci a pacient, aniž by si to uvědomoval, odhaduje zda je nerudná, rozčilená, nedůtklivá nebo zda je klidná, vstřícná a spolehlivá (Bláha, Staňková, 2003, s. 6).
- *Oční kontakt* - důležitým momentem neverbální komunikace je oční kontakt. Četnými pokusy je prokázáno, že nedostatek pohledu do očí působí na druhého velmi nepříjemně, avšak zrovna tak nepříjemný je dlouhotrvající a setrvalý pohled do očí (Bláha, Staňková, 2003).
- *Úsměv* - jedním s neúčinnějších prostředků komunikace je úsměv. I když je zdravotnické prostředí prostředím seriózním, důstojným a vážným, má zde vlídný úsměv na správném místě a ve správný čas své nezastupitelné místo. Snižuje obavy, strach a úzkost a zároveň zvyšuje pocit bezpečí a jistoty (Bláha, Staňková, 2003). V rámci neverbálního projevu je nutné vyhnout se ironickému úsměšku, na který jsou pacienti velmi citliví.

- *Naslouchání* - z dovedností efektivní komunikace se uvádí naslouchání na prvním místě proto, že má určitý význam pro některé dovednosti další, zejména empatii. Naslouchat druhému znamená aktivně ho vnímat, vnímat nejen co pacient říká, ale také jak to říká, a sledovat přitom jeho mimiku a pohyby. Jde o rozpoznání toho, co je v pacientově sdělení skryto za přímým sdělením. Naslouchat rozhodně neznamená jen slyšet, znamená to především porozumět a chápat. K naslouchání patří i umění klást správné otázky, protože pokud nenasloucháme, nejsme schopni otázky vhodně formulovat. Umění naslouchat je projevem skutečné empatie, která znamená, že jsme schopni pochopit vnitřní svět toho druhého a dívat se na vnější svět z jeho pohledu. A právě to je podstatné u zdravotníků. Je totiž hlubokou potřebou člověka, aby mu někdo s láskou a porozuměním naslouchal (Kutnohorská, 2007).
- *Posturologie* (v literatuře též gesta) - do neverbální komunikace patří řada gest a pozic těla. Existují gesta vstřícně otevřená (gesta připomínající otevřenou náruč) a gesta bariérová (překřížení nohou, zkřížené ruce před tělem, skloněný obličej). Sestra by měla vůči nemocnému i jeho rodině vždy používat gesta otevřená, která vyjadřují důvěru a ochotu ke spolupráci (Bláha, Staňková, 2003). Zvláštní pozici zaujímají gesta, která představují naučené pohyby příznačné pro určitou kulturu. Tyto pohyby je třeba znát, aby se tak předešlo vážnému nedorozumění (Dostálová, 1986).
- *Proxemika* – vyjadřuje v metrech nebo centimetrech vzdálenost mezi komunikujícími. Rozeznáváme zóny intimní, osobní, sociální a veřejné. Není vhodné vstupovat do tzv. intimní zóny nemocného (0 – 35cm). Vstupuje-li sestra do této zóny, vnímá ji pacient jako vetřelce a má nepříjemné pocity (Dostálová, 1986; Bláha, Staňková, 2003).
- *Mimika* - je vědomé vyjadřování výrazem tváře, způsobené stahy obličejových svalů. Vedle gestikulace jde o důležitou složkou nonverbální komunikace. Na výrazu tváře se nejvíce podílejí oči a ústa. Svráštěné čelo, přimhouřené oko, ohnutý ret nebo nos jsou jednoduché prostředky, jimiž rychle a úsporně vyjadřujeme své soudy a hodnocení (Dostálová, 1986).

- *Haptika* – znamená bezprostřední kontakt s druhou osobou pomocí hmatu. Jedná se o způsob sdělení, které se tlumočí tělesným kontaktem s druhým člověkem (např. podání ruky, poplácání po ramenou či zádech či nabídnutí rámě). Také haptický kontakt bývá ovlivněn kulturou, ze které dané osoby pochází. Každý člověk má také svou vlastní hranici, jaké druhy doteku pro něj jsou v té které situaci přijatelné. Pro sestru je vhodné vyzorovat, jak se nemocný dotýká sám a jak se chová při dotyku druhých lidí (Dostálová, 1986).

Psychoterapeuticky působí na nemocného přiměřená prostorová blízkost, pokojný, klidný hlas, laskavý úsměv, vlídný pohled a uchopení za zápěstí s vyhmatáním pulsu. Tento dotyk však znamená mnohem víc než neosobní měření pulsu: je symbolem lékařského povolání jako had obtáčející hůl (Dostálová, 1986).

3.4.3 Komunikace v jednotlivých fázích nemoci

3.4.3.1 Akutní stádium

Onkologicky nemocní procházejí od okamžiku konstatování maligní diagnózy závažným, psychologicky zcela specifickým obdobím, které významně ovlivňuje průběh nemoci. Ihned po zjištění nemoci přichází tzv. akutní stádium, které je charakterizováno především obavami, bolestmi a strachem ze smrti. Ohrožení života, resp. vyhlídka na možnost úmrtí, je hlavní charakteristikou tohoto stádia. V tomto období je potřeba nastolit dobrou a otevřenou komunikaci. Je třeba zdůvodnit navrhovaný léčebný postup, informovat o možných následcích léčby a o jejím průběhu. Odmítnout v tomto akutním stádiu diskuzi s pacientem je nehumánní a neprofesionální (Klérová, 1999).

3.4.3.2 Subakutní stádium

Subakutní stádium je charakterizováno strachem z recidivy, fyzickým poškozením, mnohdy změněným vzhledem, společenskou izolací, depresí a pocitem odcizení. Při každé návštěvě je zapotřebí pomáhat nemocnému překonávat tyto obtíže a posilovat jeho sebedůvěru a to nejen utěšováním, ale reálnou a faktickou pomocí a vyčerpávající informovaností. V tomto období je velmi vhodná spolupráce s rodinou (Klérová, 1999).

3.4.3.3 *Chronické stádium*

Onkologický pacient se nikdy nezbaví strachu z recidivy. Počíná nový život – „život s diagnózou“, který může být plnohodnotný, ale je přesto jiný, bohatší o prožitek úvah o možném konci a prakticky navždy spojený se strachem z možného návratu onemocnění (Klérová, 1999).

3.4.3.4 *Stádium umírání*

I přes veškerý pokrok medicíny někteří pacienti přecházejí do posledního stádia – stadia umírání. Švýcarsko-americká lékařka Elizabeth Kübler – Ross byla jednou z prvních, která se zabývala umírajícími též z psychosociálního hlediska. Odhalila, že umírající se vyjadřuje pomocí náznaků, řečí symbolů. Chování umírajícího je podle ní mimoslovní komunikací. Popsala pět stádií procesu vyrovnání se s vlastní smrtí, jimiž všichni můžeme, ale nemusíme projít (Klérová, 1999; Spurná, 2001; Kutnohorská, 2007).

- *Šok* (v literatuře též *negace*) – odmítnutí vzít na vědomí fakt smrtelnosti. Trvá několik vteřin až měsíců, výjimečně do samé smrti. Během tohoto období je zcela nevhodné vést jakékoli rozhovory směřující k objasnění skutečnosti.
- *Zloba* (v literatuře též *agrese*) – nemocný má vztek, hněvá se na všechno a na všechny, jeho jednání je podloženo závistí. V tomto stádiu je potřeba dávat najevo účast, porozumění a soucítění.
- *Smlouvání* (v literatuře též *vyjednávání*) – nejčastěji se vyskytuje potřeba prodloužit život do určitého termínu. Chybou je tyto nemocné v jejich snaze nepodporovat. Neměli bychom nemocným brát jejich víru.
- *Deprese* – je vyvolána vědomím ztráty všech hodnot, které jsme uznávali. Častěji než deprese se však objevuje opravdový smutek. V tuto chvíli nejsou vhodné křečovité pokusy o optimistické postoje. Důležité je klidné, důstojné prostředí a vlídná péče.
- *Odevzdání* (v literatuře též *smíření*) – je označováno za stádium přijetí skutečnosti, období klidu, mizí zájem o informace. Nemocný používá gesta místo slov. Častěji než rozhovor žádá, aby mu byl někdo na blízku a trávil s ním čas mlčením. Je velmi důležité, aby u nemocného byli jeho blízcí, aby si nemyslel, že odchází z pozemského bytí opuštěn (Klérová, 1999; Spurná, 2001; Kutnohorská, 2007).

3.5 Poškození pacienta

3.5.1 Sororigenie – poškození sestrou

Výraz sororigenie byl vytvořen jako analogie k termínu iatrogenie (poškození pacienta lékařem). Jeho základ není řecký, ale latinský: soror = sestra. Druhá část slova je řecká: genie (tvořit). Také zdravotní sestry mohou negativně působit na pacienty (příloha č. 1) a pro jejich nepřiměřené jednání existuje tento speciální termín (Kutnohorská, 2007).

3.5.2 Nedbalost

Nedbalostí se rozumí porušení náležité opatrnosti při výkonu určité činnosti, riskování, nedodržení postupu lege artis, volba jiných postupů než je obvyklé, či volba postupů, které nespádají do kompetence daného zdravotníka. Rozlišujeme dva typy nedbalosti. *Nedbalost vědomá*, kdy zdravotník ví, že svým jednáním může pacientovi způsobit určité následky, ale spoléhá na to, že tato možnost je málo pravděpodobná, že se asi nic nestane. A *nedbalost nevědomá*, kdy zdravotník ani neví, že by mohlo dojít k nepříjemným následkům a jedná tak, že pacienta poškodí. Přitom by vzhledem k okolnostem a svému vzdělání o rizicích měl vědět (Kutnohorská, 2007, s. 62).

3.5.3 Typy poškození pacienta

Poškození pacienta může mít podle svého charakteru v zásadě trojí podobu:

- *Tělesné (somatické) poškození*, např. časté provádění rentgenového vyšetření.
- *Psychické poškození*, např. debatování o nemocném nad nemocným o vážných plánovaných zákrocích, aniž je nemocnému cokoliv vysvětleno. Často to bývá psychotrauma ve smyslu depersonalizace, tj. vnímání pacienta jako věci.
- *Kombinované poškození* (je-li zasažena psychika a současně došlo k tělesnému poškození), např. provádění mnoha zbytečných vyšetření, která somaticky pacienta zatěžují (Kutnohorská, 2007).

Univerzální doporučení jak předejít poškození nemocného není, z tohoto důvodu je profesně nutný vysoký morální kredit každého zdravotnického pracovníka. Pouze za předpokladu vnitřního zakotvení morálky, vnitřního chtění se dá předejít poškození pacienta ze strany zdravotníků (Mareš, 2002; Kutnohorská, 2007).

3.5.4 Výsledky výzkumů chování sester

Problém, že by se sestry chovaly k pacientům příliš „mateřsky“ se vyskytuje poměrně vzácně. Objevují se však stížnosti pacientů, že postrádají zájem sestry o sebe, o svoje problémy, stížnosti na nepříliš humánní přístup k pacientům, který někdy může vést až k porušení právních norem. Vztah k pacientovi je v takových případech ohrožen neosobností a standardní rutinou v chování a v práci sestry.

Výsledky některých výzkumů ukazují (Engelhardt K, Wirth A, Kindermann L, 1973), že sestra mnohdy, i když měla čas a možnost navázat s pacientem kontakt, důkladněji se jím zabývat, snažit se mu porozumět, této příležitosti nevyužila. V takových případech sestra neplní svou roli ve vztahu k pacientovi, neboť se od ní očekává, že bude pacienta připravovat psychologicky (Bártová, 2005, s. 142).

V knize „Kranke im Krankenhaus“ (Engelhardt K, Wirth A, Kindermann L, 1973, s. 165) je uvedeno rozdělení pacientů na „dobré“ a „špatné“, jehož podkladem je emoční reakce sestry na pacienta a její posuzování pacienta na základě morálních měřítek.

Bylo zjištěno, že zkoumané sestry vycházely především z toho, jak mnoho je pacient na základě svých potřeb ruší a jak mnoho potřebuje individuální péči.

O „dobrých“ pacientech se sestry vyjadřovaly následovně: pacient je milý, vlídný, nedělá těžkosti, je vděčný, nebo: pacient je klidný, vyrovnaný, neruší, nechá si všechno líbit. „Špatné“ pacienty charakterizovaly sestry následovně: je to hrozný člověk, choulostivý, myslí si, že sestra je v nemocnici jen pro něho. Neoblíbeni se ukázali také pacienti, kteří mnoho kritizují, mají určité lékařské znalosti a chtějí je prosadit (Bártová, 2005, s. 142-143).

Všechny výzkumy ukazují, že složitý sociální systém - zjednodušeně zobrazen schématem lékař – sestra – pacient má řadu funkčních problémů. Má-li se však systém udržet a dobře fungovat, musí směřovat k jednotnému cíli, a to na bázi pokrokového chápání jeho realizace, vzájemné vztahy mezi členy systému musí být harmonické a každý člen je má ctít dobré jak pro sebe, tak pro skupinu (Bártová, 2005, s. 143).

4 ONKOLOGICKY NEMOCNÝ

4.1 Maligní onemocnění

Maligní nádorové onemocnění lze charakterizovat jako neregulovatelný růst buněk, který je autonomní povahy. Tato buněčná proliferace je spojena s poruchou kontrolních mechanismů. Nekontrolovaný růst buněk vede ke zvětšení takto postižené tkáně, která může stlačovat okolní struktury, nebo k postupné invazi do okolních struktur a k metastazování.

Vzhledem k rostoucí průměrné délce života výskyt onemocnění rakovinou v populaci stoupá, roste i počet lidí, kteří ji přežijí. Přesto je řadou lidí chápána jako rozsudek smrti, jiní na ni nahlíží spíše jako na onemocnění chronické.

Maligní onemocnění charakterizuje bolest, obavy, nejistota, úzkost a strach. Ovlivňuje aktivitu člověka: dochází ke změně životního rytmu, často k sociální izolaci, zužuje se okruh zájmové činnosti. Nemocní prožívají krizové stavy chaoticky, až panicky, většinou jsou pasivní, mají sklon k uzavřenosti, k aktivitě musí být vedeni. Roste zranitelnost a citlivost na podněty z okolí (Klérová, 1999, s. 27). Když pacient dojde k závěru, že sám svými vlastními silami zřejmě na negativní změny svého zdravotního stavu nestačí, ohlíží se po někom, kdo by mu mohl poskytnout radu, útěchu, případně u koho by si mohl postěžovat na to, co se s ním děje (Křivohlavý, 2002, s. 60). Je ironií, že právě v situacích největší potřeby emocionální a sociální podpory se jí nemocným dostává nejméně. A není to jen nedostatek času, co zdravotníkům brání v hlubším kontaktu s onkologicky nemocnými. Hlavní příčinu vidím v osobní nepřipravenosti a v nedostatečném osvojení základních psychoterapeutických technik.

Člověk stojí omráčen, zasažen vlnou šoku, zděšení, je bezradný, odmítá uvěřit a přijmout diagnózu. Jsou rozmetány jistoty, obraz světa, sebe sama. Člověk stojí obnažený, bez opory, zranitelný, je na začátku cesty, o které neví, jaká je a kam povede a nemá mapu, návod, průvodce. Pro tuto náročnou životní situaci si každý musí najít svůj kompas, své záchytné body v nové životní realitě (Chovancová, Vašková, 1998).

4.2 Chronicky nemocný pacient

Chronická onemocnění (nevyjímaje maligní nádorové onemocnění) se mnohdy přibližují pomalu. Častokrát si daný člověk ani neuvědomuje, že je nemocný. A nejen to, ten, u něhož se chronické onemocnění objeví, často k němu zaujímá falešný postoj. Domnívá se, že v poměrně krátké době odezní a bude zase dobře. Neuvědomuje si, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti (Křivohlavý, 2002).

Obecně je možné říci, že chronická nemoc dostává nemocného do stresu. Tento stres musí zvládat. U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí. Odchylky se týkaly jak jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace, tak jejich sociálního života – jejich vztahu a jednání s druhými lidmi (Křivohlavý, 2002, s. 130).

Pacienti s diagnózou chronické nemoci mívají více dlouhodobých a intenzivních bolestí – i když je to nemusí bolet bez přestání. Často mají pohybové potíže – nejen při chůzi, ale i při jiných pohybech. Mnohdy mají zažívací potíže, problémy s vyměšováním, těžkosti s dýcháním. Neméně pestrá je paleta psychických obtíží. Jedná se v první řadě o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky (Křivohlavý, 2002).

Ovšem největší dopad má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Sebeobraz nás provází po celý život, je součástí našeho já, dotváří naši identitu. Proto jakékoliv tělesné poškození, které je vedlejším příznakem onkologické léčby, mění naši představu o sobě samém. Sebeobraz se hroutí, což má dopad na psychickou rovnováhu (Chovancová, Vašková, 1998).

4.3 Vliv hospitalizace na pacienta

Existuje řada rozdílů mezi pacientem v ambulantní péči a pacientem v nemocnici. Hospitalizace znamená radikální (byť dočasnou) změnu prostředí, v němž se odehrává každodenní život nemocného (Bártlová, 2005).

4.3.1 Postavení ve funkčním systému nemocnice

K ošetřujícímu lékaři (do ambulance) přichází pacient relativně dobrovolně, s určitým postojem a pojetím kooperace s lékařem, do nemocnice přichází obvykle díky rozhodnutí autority a na toto rozhodnutí má jen malý vliv. Do role nemocničního pacienta, trpělivého, poslušného a relativně pasivního, je prostě „z vyšší moci přikázán“. Tato skutečnost dostává pacienta do stresu, který se přidává k stávajícímu již značnému psychickému napětí (Křivohlavý, 2002, s. 48-50).

4.3.2 Realitou je role podřízeného

Hospitalizovaný nemocný je vyřazen ze společnosti zdravých. Ocítá se v postavení člověka psychicky a společensky podřízeného. Zatímco v normálním životě a sociálním prostředí smí jedinec relativně mnoho, respektive vše, co není zakázané, v nemocnici naproti tomu nesmí nic, co by nebylo vysloveně povolené. Hospitalizovaný pacient musí ležet bez ohledu na to, zda mu je, nebo není tato „poloha“ indikována. Není skoro myslitelné, aby pacienta, který už dávno může chodit, našel lékař při vizitě na chodbě a aby mu pacient mohl, jak je v běžném životě zvykem, ve stoje, při chůzi apod. na jeho otázky odpovídat. Nemocnému se často říká, co smí, co nesmí, co musí, nebo se mu to ani neříká, ale spíše se to předpokládá (Bártlová, 2005, s. 82).

4.3.3 Přání nemocných - důvěra a nepředstíraný zájem

Nemocný od hospitalizace očekává nejen somatické vyšetření, stanovení diagnózy a příslušnou terapii, ale i to, co označujeme termínem sociální opora. V pozadí sociální opory je především vzájemná důvěra. Důvěra zdravotnického personálu v pacienta a pacienta ve zdravotnický personál. Je třeba pochopit, že očekávání pacienta může být a obvykle i bývá podstatně širšího rozsahu. Především nemocný očekává, že bude přijat jako člověk a ne jako „další případ“.

Atmosféra na oddělení může vyjadřovat přívětivost nebo její opak. Oddělení může „dýchat“ opravdovým či předstíraným zájmem, případně zájmem malým až téměř nezájmem. Pacient vnímá hlas, výraz obličeje i gesta všeobecných sester i lékařů s nimiž přichází do styku. Nemusí být psychologem z povolání, aby atmosféru na oddělení správně odhadl (Křivohlavý, 2002; Tschuschke, 2002).

4.3.4 Opuštění nemocnice

Opuštění nemocnice po ukončení onkologické léčby je pro mnohé pacienty těžkým zážitkem. Ne že by se jim v nemocnici tak líbilo. V nemocnici se však navzdory všemu cítí v „dobrých a odborných“ rukou. Ztráta této opory odborníků je pacienty někdy vnímána velmi těžce. Projevuje se to na jejich emocionálním stavu – v depresích, úzkostech a někdy i v projevech nevole, zlosti a hněvu. Mimo nemocnici se cítí zranitelnější. Z onkologické léčby si odnášejí zážitky, kterých se někdy dlouho nemohou zbavit. Odnášejí si i obavy a předsudky. Někteří pacienti se po propuštění z onkologického oddělení bojí, že budou rodině přítěží. Ukazuje se, že není dobré, když je kontakt s bývalými pacienty onkologických oddělení ukončen jejich propuštěním, případně se omezuje jen na občasné kontrolní prohlídky. Pacienti jsou tak ponecháni v sociální izolaci. Jejich potřeba prohodit osobní problémy s druhými lidmi, kteří by jim rozuměli, není uspokojena (Křivohlavý, 2002).

- Siegel (1985) organizoval pro pacientky na onkologickém oddělení možnost účasti na skupinové kognitivně-behaviorální psychoterapii. Pacientky se scházely jednou týdně na půldruhé hodiny ke skupinovým rozhovorům a skupinovým činnostem. Tam jim byla dána možnost ventilovat emoce a svobodně se projevit. Výsledky práce ukázaly, že ženy žily v průměru o 18 měsíců déle než ty ženy, které se skupinové terapie neúčastnily. V České republice organizuje stále intenzivněji obdobná setkání Liga proti rakovině.
- Falzy (1993) se svým týmem vedl řadu let skupiny bývalých onkologických pacientů a pacientek. Soustředil se na pacientky s diagnózou melanomu. Ve své práci podává informace o tom, jak se zlepšila kvalita života bývalých pacientek a jak se zlepšil i jejich fyzický stav. Uvádí, že po šesti letech takového setkávání zemřely ze skupiny 34 pacientek jen tři. V kontrolní skupině, která možnost skupinového setkávání neměla, zemřelo z 34 pacientek celkem 10 (Křivohlavý, 2002).

4.4 Potřeby a jejich pokrývání

Zvláště významné místo v řešení sociálních vztahů a sociální situace nemocného zaujímá problematika potřeb. Potřeba se většinou chápe jako nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy. Na rozdíl od přání jsou potřeby určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody (Bártová, 2005, s. 90).

- *Potřeby, které se nemocí nemění*

Jde o potřeby, které jsou stejné jak u zdravého, tak u nemocného člověka. Jedná se o potřeby, které nesouvisí s nemocí, které si člověk kryje sám nebo za spoluúčasti členů rodiny nebo jiných sociálních skupin a které musí být v případě hospitalizace pokryty, protože vytržením z normálního sociálního prostředí nemocný ztratil schopnost si ji sám pokrýt. Do této skupiny je zahrnuta potřeba vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, potřeba vyprázdnit se, potřeba čistoty, pohodlí a bezpečí. V průběhu nemoci si člověk může tyto potřeby dokonce uvědomovat intenzivněji než ve stavu zdraví (Bártová, 2005).

- *Potřeby, nemocí modifikované*

Tyto potřeby tvoří nejsložitější skupinu, složitost vyplývá ze skutečnosti, že změny potřeb jsou velice variabilní u každého nemocného. Jsou ovlivněny onemocněním samotným, to je druhem, fází onemocnění či jeho závažností. Typickým příkladem této potřeby je výživa resp. dietní strava (Bártová, 2005).

- *Potřeby nemocí vzniklé*

Pokrývání těchto potřeb je součástí léčebného procesu. Úroveň jejich pokrývání je podmíněna především rozvojem lékařských věd a léčebné ošetrovatelské praxe. Na úrovni nemocného to znamená vytvoření nového vztahu k určitému předmětu jako objektu vnějšího prostředí nebo k sobě samému. Mezi tyto potřeby patří potřeba navrácení zdraví, potřeba zbavit se nebo zmenšit bolest či potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové (Bártová, 2005).

- *Specifické potřeby onkologicky nemocných*

Také u pacientů s nádorovým onemocněním se setkáváme s potřebami, které nemoc nemění, modifikuje či takovými, které nemocí vzniknou.

V případě onkologických pacientů je potřeb, které nemocí vzniknou však mnohem více. Tato skutečnost je dána samotným nádorovým onemocněním, ale také náročnou a mnohdy dlouholetou léčbou.

Již dříve jsem se zmiňovala o vedlejších příznacích onkologické léčby, které mění představu nemocného o sobě samém, což má dopad na jeho psychickou rovnováhu. Nastínila jsem také potřebu vhodné komunikace s nemocným v jednotlivých fázích nemoci. U pacientů s nádorovým onemocněním je však velmi důležitá potřeba sociální opory, o které jsem se doposud nezmínila. V této oblasti jde především o uspokojení pocitu nevyřazenosti, pocitu hodnotného bytí a pocitu podpory při zvládnání nemoci.

Zde je třeba také zdůraznit potřeby duchovní, které bývají především u pacientů v terminálním stádiu velmi silné a náboženské požadavky nemocného je třeba akceptovat.

4.5 Rodina a její význam pro nemocného

V současné době Světová zdravotnická organizace prosazuje novou strategii v péči o nemocného, která spočívá v tom, že zdůrazňuje taková opatření, při kterých by většina nemocných lidí měla být léčena a ošetřována doma (Bártová, 2005, s. 96). Úloha rodiny v účasti na péči o nemocného člena rodiny se velmi změnila. V dřívější době bylo zvykem v rodině pečovat o ty jedince, kteří z různých důvodů ztratili schopnost se o sebe postarat ve zdraví i v nemoci. Během historického vývoje se rodina jako centrum péče o své nemocné členy dostala do pozadí. Zodpovědnost se přenesla ve větší míře na zdravotnická zařízení. Rodina a nemocnice si jakoby v tomto směru vyměnily své role. Zkušenosti z řady vyspělých zemí však ukazují, že úlohu rodiny v péči o své nemocné a postižené členy nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce, naopak význam rodiny je nezastupitelný (Bártová, 2005, s. 97).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit zda-li a jak sestry porušují etický přístup při poskytování ošetrovatelské péče onkologickému pacientovi.

Dílčí cíle:

1. Zjistit zda při hospitalizaci cítí nemocný ze strany sestry zájem o svou osobu.
2. Zjistit v jaké oblasti ošetrovatelské péče vidí pacienti největší nedostatky.
3. Zjistit zda a jak respektuje sestra individuální potřeby nemocného.

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek byl tvořen hospitalizovanými pacienty onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati. O spolupráci na výzkumném šetření jsem požádala 100 respondentů, z toho 65 žen a 35 mužů. 4 % respondentů patřili do věkové kategorie 20 – 35 let, 26 % respondentů do kategorie 36 – 55 let, 32 % dotazovaných bylo starších 65 let a nejpočetnější skupinou tvořili respondenti ve věku 56 – 65 let a to 38 %.

6.2 Metoda práce

Pro svou práci jsem použila kvantitativního sběru dat pomocí dotazníku. Dotazníkové šetření jsem zvolila z důvodu potřeby relativně krátkého časového období pro získání potřebných informací.

Dotazník je jedním z nejběžnějších nástrojů pro sběr dat pro různé typy průzkumů. Skládá se ze série otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů. V dotazníku se mohou objevit otázky otevřené, polouzavřené či uzavřené.

V otevřené otázce se může dotazovaná osoba vyjádřit vlastními slovy podle uvážení. Nedostává na výběr z předpřipravených variant odpovědí. Uzavřené otázky nabízejí několik možných variant odpovědí, ze kterých si dotazovaný vybírá jednu nebo více odpovědí, které se nejvíce blíží jeho názoru. Uzavřené otázky je možné dělit na dichotomické, trichotomické, otázky výběrové, výčtové a škálové. Dichotomické otázky umožňují výběr pouze ze dvou variant (např. ano/ne, muž/žena), trichotomické otázky nabízejí varianty tři (např. ano/ne/nevím). U výběrových otázek volí respondent pouze jednu z nabízených alternativ, u otázky výčtové má možnost výběru několika alternativ současně. Škálové otázky jsou vhodným nástrojem pro měření názorů a postojů (vyjadřují intenzitu vybraného jevu). Respondent vyjadřuje svůj postoj pomocí hodnotící škály (např. výběr ze stupnice, grafické ztvárnění). O polouzavřené otázce hovoříme tehdy, je-li do výběrové (popřípadě výčtové) otázky vložena varianta – jiné, ta umožňuje dotazovanému vyjádření jiné možnosti.

Závěrečná verze dotazníku obsahovala 21 položek (příloha č. 2). V dotazníku jsem použila otázky dichotomické (č. 1, 3), výběrové (č. 2), polouzavřené výběrové (č. 4 - 10, 12, 14, 15, 18 - 20), polouzavřené výčtové (č. 11, 13, 16, 17) a škálové (č. 21). Mou snahou bylo nasměrování respondenta na problematiku, která byla podstatou šetření.

Dílčí cíl č. 1 zjišťuje, zda při hospitalizaci cítí nemocný ze strany sestry zájem o svou osobu, k tomuto cíli se vztahují položky č. 9, 15, 18 v dotazníku. Dílčí cíl č. 2 má za úkol zjistit, v jaké oblasti ošetrovatelské péče vidí pacienti největší nedostatky, k tomuto cíli se vztahují položky č. 4, 5, 7, 8, 10 – 14, 16, 19, 20. Dílčí cíl č. 3 zjišťuje, zda a jak respektuje sestra individuální potřeby nemocného, k tomuto cíli se vztahují položky č. 6, 8, 11, 12 v dotazníku.

6.3 Organizace šetření

Prvním krokem pro vypracování bakalářské práce na téma „Etika poskytované ošetrovatelské péče u onkologicky nemocného pacienta“ bylo studium odborné literatury a časopisů s danou problematikou. Na základě nastudovaných poznatků jsem formulovala cíle. Vlastnímu výzkumnému šetření předcházelo vytvoření dotazníku. Cíle i dotazník jsem konzultovala s vedoucí mé bakalářské práce, po nezbytných úpravách byl dotazník schválen. Závěrečná verze dotazníku obsahovala 21 položek. V březnu proběhla pilotní studie, o spolupráci jsem požádala 10 respondentů - pacienty onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati (příloha č. 3). Pilotní studie prokázala, že dotazník je respondentům srozumitelný. Před distribucí jsem zažádala o umožnění dotazníkového šetření (součástí žádosti byla kopie plné verze dotazníku). Dne 16.3.2011 byla má žádost přijata. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo od 17. března do 21. dubna. Celkem bylo distribuováno 100 dotazníků, návratnost byla 100 %. Dotazníky jsem respondentům předávala osobně.

6.4 Zpracování získaných dat

Data byla zpracována v programu Microsoft office – Excel ve formě sloupcových grafů. Podkladem pro zpracování grafů byly tabulky četnosti (absolutní a relativní četnost), zpracované z výsledků šetření. Absolutní četnost v tabulce (n), udává počet respondentů, kteří na danou položku odpovídali z nabízených možností stejně. Relativní četnost v tabulce (%), poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů

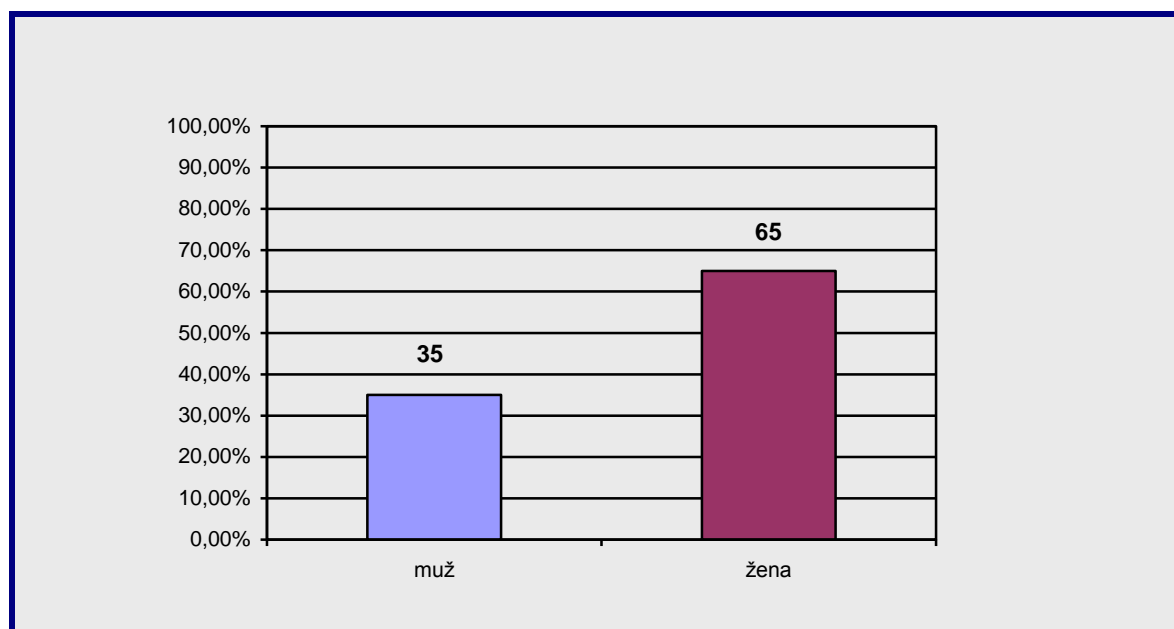
7.1 Vyhodnocení identifikačních položek

Otázka č. 1: Pohlaví respondentů

Otázkou jsem chtěla zjistit poměrové zastoupení mužů a žen ve výzkumném vzorku respondentů.

Tab. 1. Pohlaví respondentů

Pohlaví	Četnost (n)	Četnost (%)
Žena	65	65,00
Muž	35	35,00
Celkem	100	100,00



Graf 1. Pohlaví respondentů

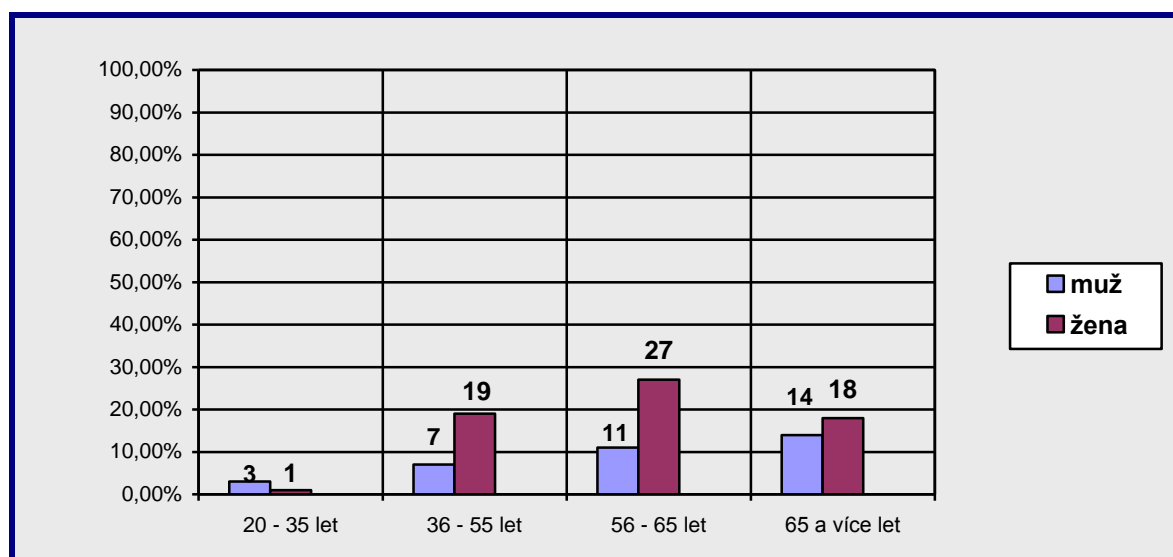
Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 100 osob. Ve výzkumném vzorku respondentů bylo 35 (35 %) mužů a 65 (65 %) žen.

Otázka č. 2: Věkové kategorie respondentů

Otázkou jsem chtěla zjistit zastoupení jednotlivých věkových kategorií u respondentů. Zajímavý je také dílčí rozpočet s přihlédnutím na pohlaví dotazovaných.

Tab. 2. Věkové kategorie respondentů

Věková kategorie	Muž	Žena	Četnost (n)	Četnost (%)
20 – 35 let	3	1	4	4,00
36 – 55 let	7	19	26	26,00
56 – 65 let	11	27	38	38,00
65 a více let	14	18	32	32,00
Celkem	35	65	100	100,00



Graf 2. Věkové kategorie respondentů

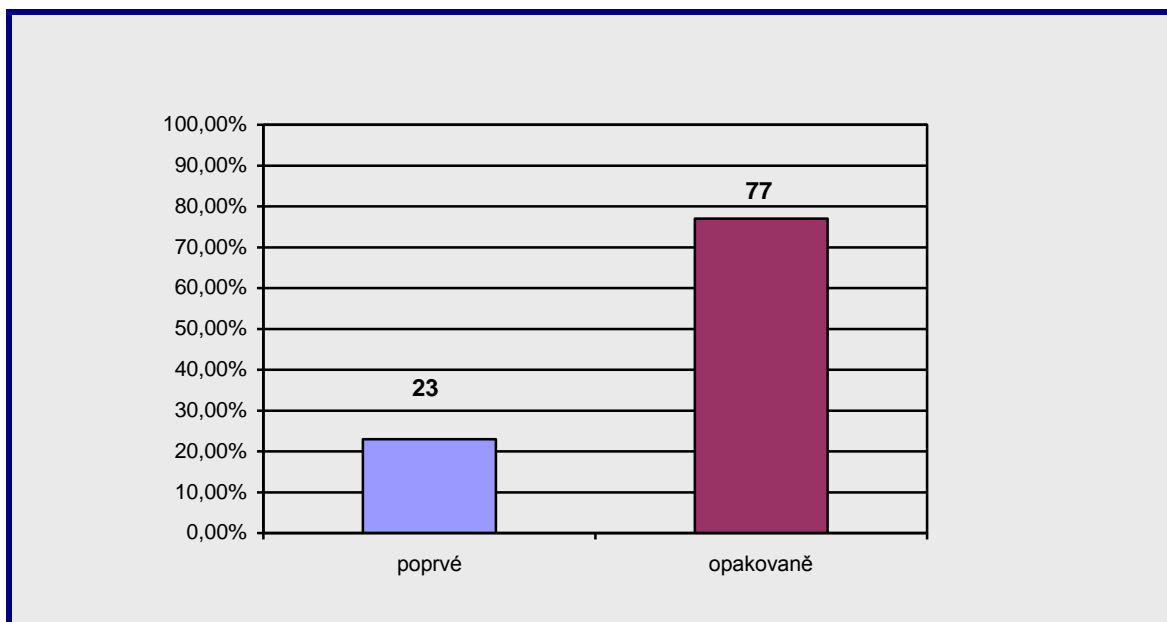
Na výzkumném šetření se podílelo 100 respondentů, z toho 65 žen a 35 mužů. 4 % respondentů patřili do věkové kategorie 20 – 35 let, z toho 1 (1 %) žena a 3 (3 %) muži. Věková kategorie 36 – 55 let byla zastoupena 26 %, z tohoto počtu bylo 19 (19 %) žen a 7 (7 %) mužů. 32 % dotazovaných bylo starších 65 let, z toho 18 (18 %) žen a 14 (14 %) mužů. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 56 – 65 let a to 38 %, zde zodpovídalo na dotazník 27 (27 %) žen a 11 (11 %) mužů. Z tabulky je patrné, že nejvyrovnanější věkovou kategorií v zastoupení mužů a žen je kategorie nejstarší, tedy pacienti ve věku 65 let a více.

Otázka č. 3: Na onkologickém oddělení jste hospitalizován/a?

Otázkou jsem chtěla zjistit poměr mezi pacienty hospitalizovanými poprvé a nemocnými u nichž jde o opakovanou hospitalizaci.

Tab. 3. Četnost hospitalizací

Hospitalizace	Četnost (n)	Četnost (%)
První	23	23,00
Opakovaná	77	77,00
Celkem	100	100,00



Graf 3. Četnost hospitalizací

Ve výzkumném vzorku respondentů bylo 23 (23 %) nemocných, kteří byli hospitalizováni na onkologickém oddělení poprvé. U 77 (77 %) pacientů se jednalo o hospitalizaci opakovanou.

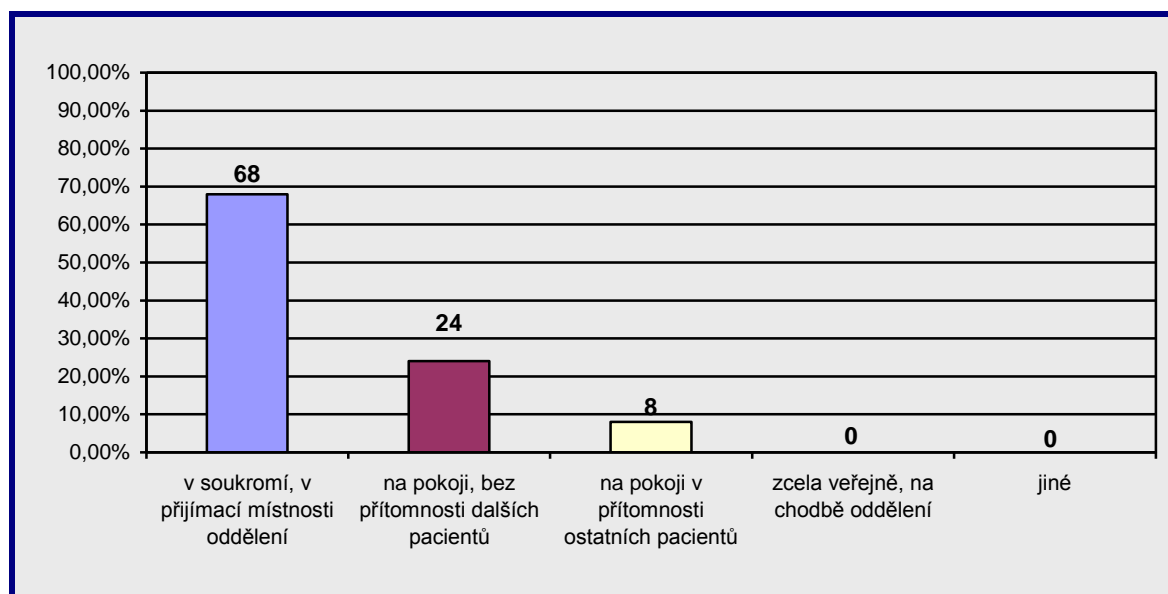
7.2 Vyhodnocení průzkumných otázek

Otázka č. 4: Ošetrovatelské posouzení probíhalo?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit v jakých podmínkách byla s pacientem vypsána ošetrovatelská dokumentace. Zda je sestrou vytvořeno prostředí, které respektuje zachování soukromí nemocného.

Tab. 4. Podmínky při vypsání ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelské posouzení probíhalo	Četnost (n)	Četnost (%)
V soukromí, v přijímací místnosti oddělení	68	68,00
Na pokoji, bez přítomnosti dalších pacientů	24	24,00
Na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů	8	8,00
Zcela veřejně, na chodbě oddělení	0	0,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 4. Podmínky při vypsání ošetrovatelské dokumentace

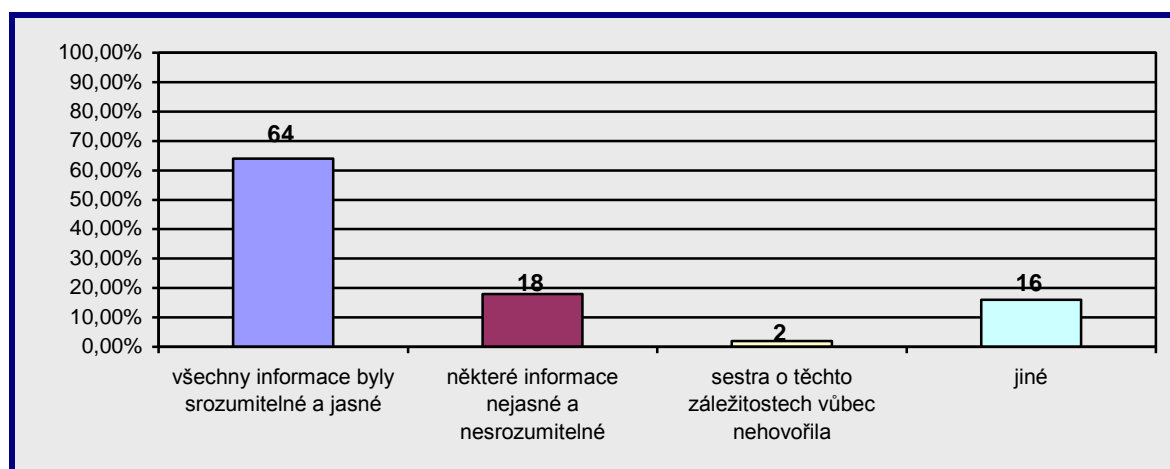
Z uvedené tabulky je zřejmé, že 68 (68 %) respondentů mělo vytvořeno optimální podmínky pro ošetrovatelské posouzení sestrou. Zároveň lze konstatovat, že u 8 (8 %) dotazovaných soukromí respektováno nebylo.

Otázka č. 5: Seznámil Vás přijímací pohovor srozumitelně s chodem oddělení, právy pacientů a možností uložení cenností v trezoru?

Cílem otázky bylo zjistit, zda přijímací pohovor obsahoval všechny požadované náležitosti.

Tab. 5. Obsah přijímacího pohovoru

Přijímací pohovor byl srozumitelný a obsahoval informace o chodu oddělení, právech pacientů a možnosti využití trezoru	Četnost (n)	Četnost (%)
Ano, všechny informace byly srozumitelné a jasné	64	64,00
Některé informace byly nejasné a nesrozumitelné	18	18,00
O těchto záležitostech jsem se sestrou vůbec nehovořil/a	2	2,00
Jiné	16	16,00
Celkem	100	100,00



Graf 5. Obsah přijímacího pohovoru

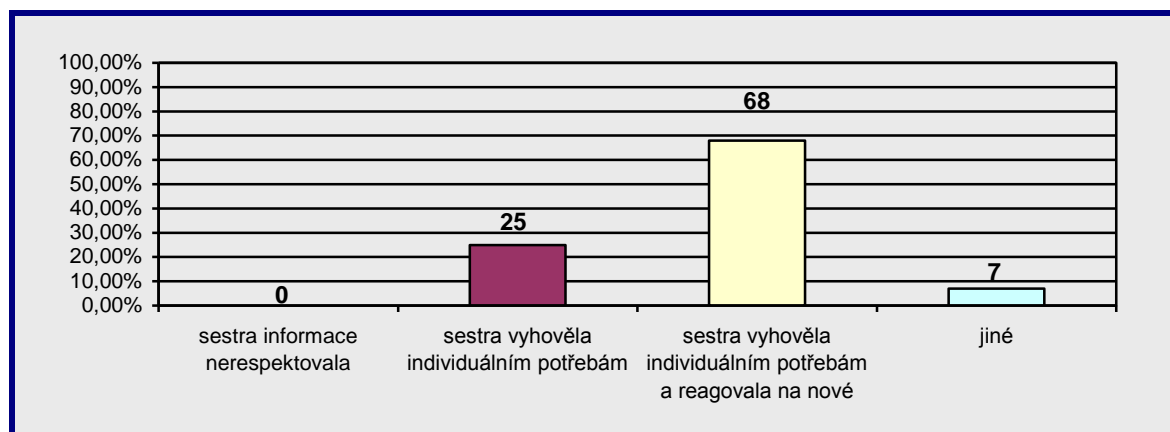
Na základě vizualizace odpovědí je zřejmé, že valná část pacientů 64 (64 %) je informována o chodu oddělení a právech pacientů srozumitelným a dostatečným způsobem. Předpokládám, že 18 (18 %) respondentů považovalo informace za nejasné, především z toho důvodu, že sestra nedokázala přizpůsobit svou komunikaci tak, aby ji nemocný byl schopen chápat a akceptovat. 16 (16 %) dotazovaných zvolilo možnost – jiné. Zde bylo slovní vyjádření respondentů takřka totožné (jiná volba slov, se stejným obsahem). Jeden z příkladů : „*Sem tady každé tři týdny, znám to z paměti.*“ Alarmující jsou ony 2 % respondentů, u kterých scházely jakékoli informace o chodu oddělení.

Otázka č. 6: Jak reagují sestry na individuální potřeby nemocného?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda je k pacientům přistupováno individuálně a zda sestra reaguje na nově vzniklé obtíže v průběhu léčby.

Tab. 6. Chování sestry po sdělení individuálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče

Chování sestry po sdělení individuálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče	Četnost (n)	Četnost (%)
Sestra tyto informace vůbec nerespektovala	0	0,00
Sestra se snažila vyhovět mým individuálním potřebám	25	25,00
Sestra vyhověla mým individuálním potřebám a reagovala na nově vzniklé situace, ve kterých bylo zapotřebí její pomoci (nespavost, zvracení, bolest atd.)	68	68,00
Jiné	7	7,00
Celkem	100	100,00



Graf 6. Chování sestry po sdělení individuálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče

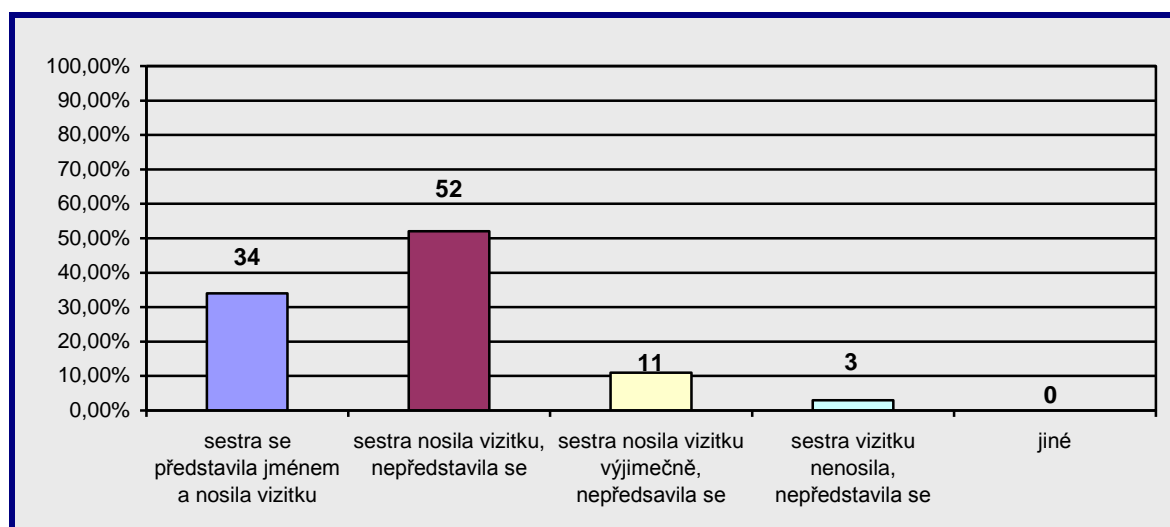
Podmínkou kvalitní ošetrovatelské péče u onkologického pacienta je flexibilita. Od sestry se vyžadují nejen znalosti v oboru, schopnost empatie ale také postřeh a pohotovost. Průzkum ukázal, že 93 (93 %) dotazovaných bylo spokojeno s dopomocí při běžných denních činnostech. Ovšem 25 (25 %) respondentů udává nedostatečnou reakci sestry na nově vzniklé obtíže způsobené léčbou či progresí onemocnění. 7 (7 %) respondentů zvolilo možnost – jiné. Slovní vyjádření v této otázce poukazovalo na individuální přístup jednotlivých sester, např. „záleží na sloužící sestře“, „některá sestra má větší zájem“.

Otázka č. 7: Představují se sestry jménem a nosí vizitku?

Otázkou jsem chtěla zjistit zda jsou pacienti seznámeni s totožností sester, které jim poskytují zdravotnickou péči.

Tab. 7. Informace o totožnosti sester

Informace o totožnosti sester	Četnost (n)	Četnost (%)
Při prvním kontaktu se ošetřující sestra představila jménem a stále nosila jmenovku	34	34,00
Sestra nosila jmenovku, osobně se nepředstavila	52	52,00
Sestra nosila jmenovku pouze výjimečně, osobně se nepředstavila	11	11,00
Sestra nenosila jmenovku, osobně se nepředstavila	3	3,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 7. Informace o totožnosti sester

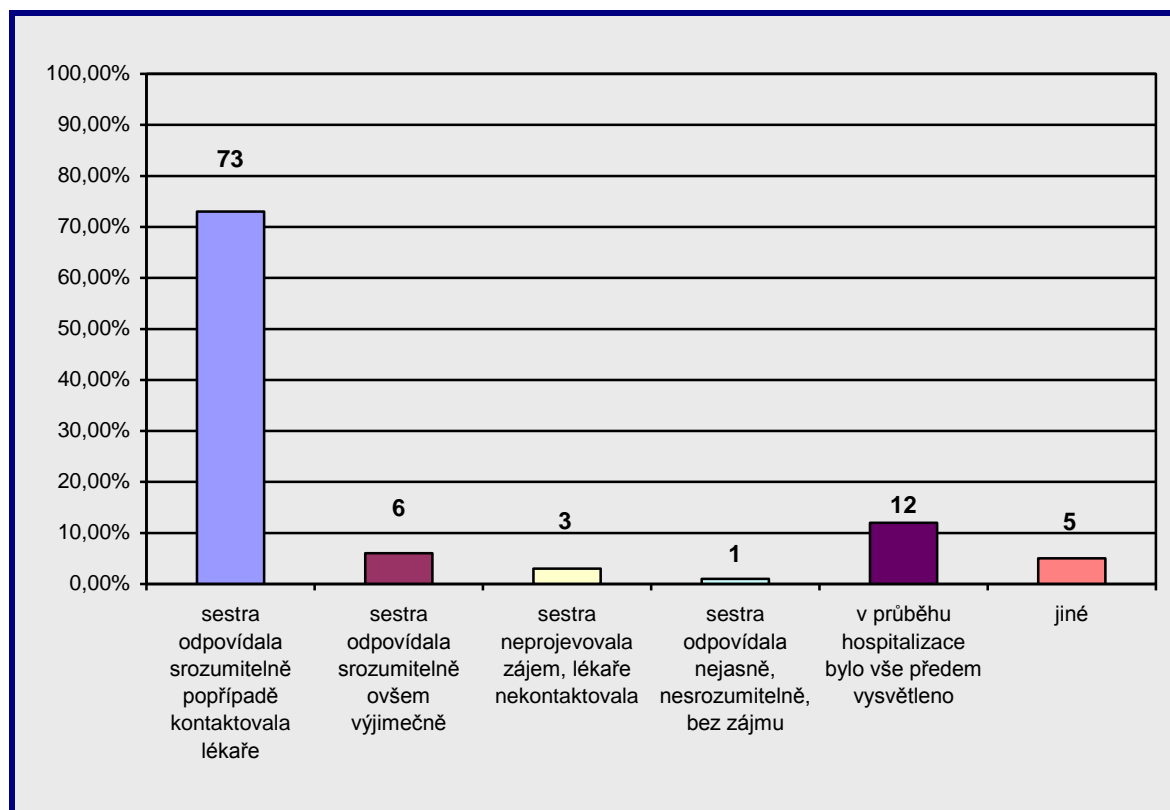
Deklarace práv pacientů v Evropě stanovuje, že při přijetí do zdravotnického zařízení by pacienti měli být seznámeni s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotnickou péči (Kutnohorská, 2007). Na tuto otázku nejvíce respondentů - 52 (52 %) zodpovědělo, že osobně se jim sestra nepředstavila, ale měli možnost zjistit její jméno na vizitce. U 34 (34 %) dotazovaných se sestra představila při přijetí i osobně. Bohužel 3 (3 %) nemocných neměli o totožnosti sester žádné informace.

Otázka č. 8: Odpovídají sestry na dotazy pacientů ochotně a srozumitelně?

Cílem otázky bylo zjistit zda je pacient dostatečně a srozumitelně informován.

Tab. 8. Ochota sester odpovídat na dotazy, srozumitelnost odpovědí

Ochota sester odpovídat na dotazy, srozumitelnost odpovědí	Četnost (n)	Četnost (%)
Na mou otázku sestra vždy odpověděla, pokud odpověď nebyla v její kompetenci kontaktovala lékaře, odpověď byla srozumitelná	73	73,00
Sestra odpovídala srozumitelně ovšem výjimečně	6	6,00
Sestra neprojevovala zájem cokoliv vysvětlit, odkázala mě na lékaře, toho však nekontaktovala	3	3,00
Sestra odpovídala nejasně, nesrozumitelně, bez zájmu	1	1,00
Otázky jsem nepokládal/a, vše mi bylo předem dostatečně vysvětleno	12	12,00
Jiné	5	5,00
Celkem	100	100,00



Graf 8. Ochota sester odpovídat na dotazy, srozumitelnost odpovědí

Pacienti mají právo na úplné informace o svém zdravotním stavu včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu; o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků naléčení; dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení. Informace musejí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim rozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie. Pokud pacient nemluví stejným jazykem, měla by být k dispozici určitá forma tlumočení (Kutnohorská, 2007, s. 135).

Z tabulky je patrné, že u 85 (85 %) pacientů, bylo ze strany ošetřujícího personálu plně respektováno právo na informace. Z tohoto množství udává 73 (73 %) respondentů potřebu opakovaného podání informací, kterého se jim dostává v plně míře. 6 (6 %) dotazovaných odpovědělo, že informace podané sestrou byly srozumitelné, nabyly však v požadovaném rozsahu. Za neomluvitelné pro sestru považují ony 4 (4 %) nemocných, kterým bylo upřeno jedno ze základních práv pacientů, z důvodu neznalosti či neochoty.

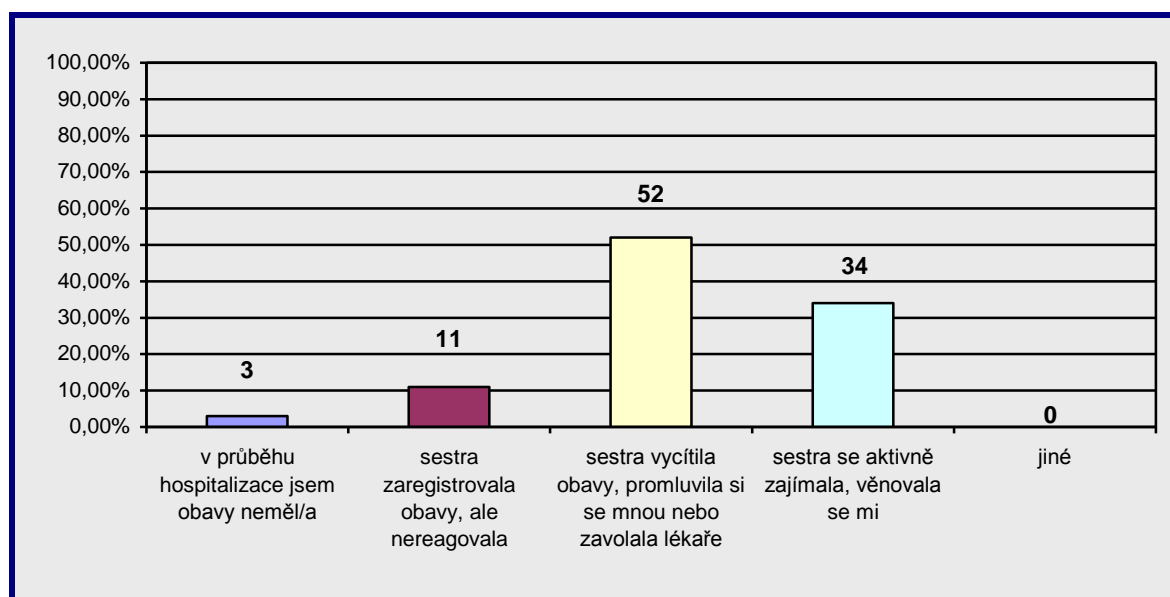
5 (5 %) respondentů se vyjádřilo slovní odpovědí v možnosti – jiné. Vyjádření respondentů k této otázce bylo ve smyslu: „*sestřička toho má moc, nerada bych obtěžovala*“. Zajímavé je, že tito respondenti mají mnoho společných znaků. Jde o ženy ve věkové kategorii 65 let a více. U čtyř žen se jedná o první hospitalizaci, u jedné o hospitalizaci opakovanou. Domnívám se, že u části starší populace stále přetrvává pocit společenské podřízenosti při kontaktu s lékařem či zdravotním personálem.

Otázka č. 9: Reaguje sestra na obavy a strach nemocného?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se pacientům dostává ohleduplné a citlivé péče.

Tab. 9. Reakce sester na obavy a strach nemocného

Reakce sester na obavy a strach nemocného	Četnost (n)	Četnost (%)
V průběhu hospitalizace jsem obavy neměl/a	3	3,00
Sestra obavy zaregistrovala, ale nijak nereagovala	11	11,00
Sestra vycítila obavy, promluvila si se mnou (popřípadě kontaktovala lékaře)	52	52,00
Sestra se aktivně zajímala, věnovala se mi	34	34,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 9. Reakce sester na obavy a strach nemocného

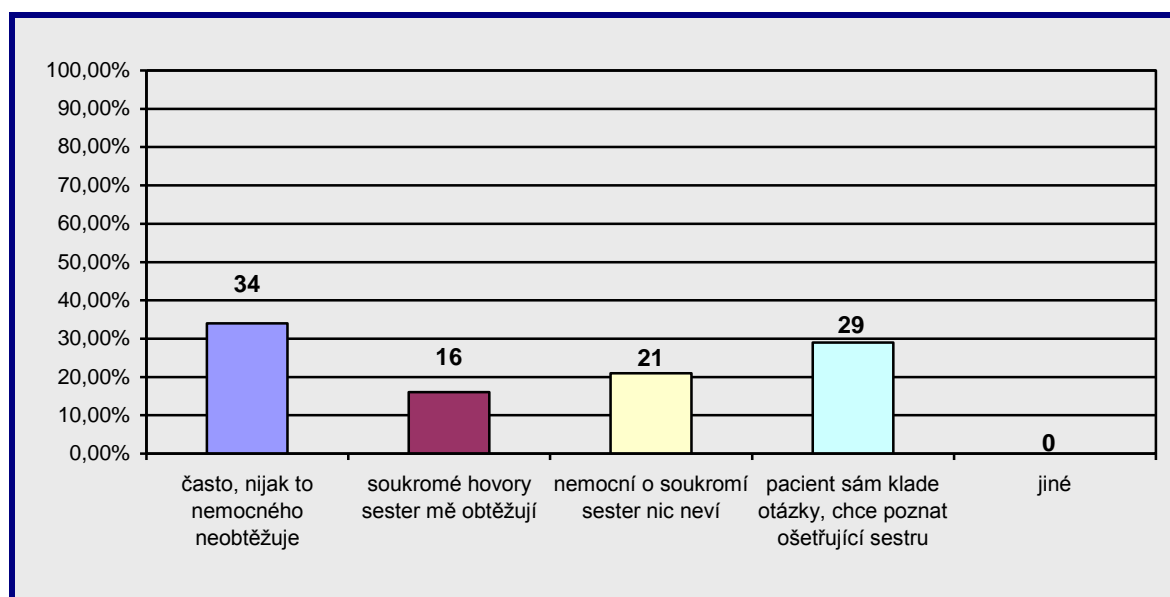
Z tabulky je zřejmé, že 86 (86 %) dotazovaných našlo u sestry podporu při zvládnání nemoci. Což znamená, že valná část sester na onkologickém oddělení se snaží o udržení pečovatelského standardu na co nejvyšší úrovni. 11 (11 %) nemocným se však podpory nedostalo. Je smutné, že na situaci emocionální potřeby sestra nijak nereagovala, a to i v případě, kdy tuto potřebu zaregistrovala.

Otázka č. 10: Hovoří sestry o svém soukromí před pacienty?

Touto otázkou jsem se snažila zjistit nedostatky v ošetrovatelské péči.

Tab. 10. Reakce nemocného na soukromé hovory sester

Hovory sester o soukromí	Četnost (n)	Četnost (%)
Časté, nemocného nijak neobtěžují	34	34,00
Osobní problémy sester ho nezajímají, obtěžují ho	16	16,00
O soukromí sester pacient nic neví	21	21,00
Pacient se sám zajímá o soukromí sester, chce vědět jaká je sestra, která o něj pečuje	29	29,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 10. Reakce nemocného na soukromé hovory sester

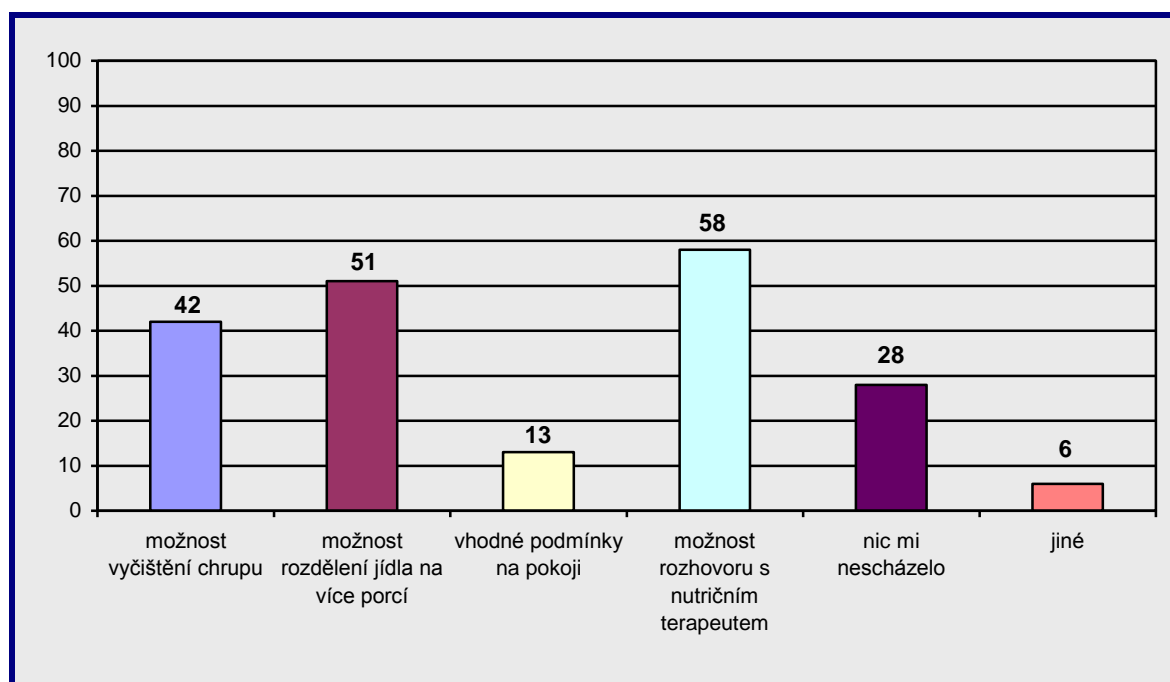
Z průzkumu vyplývá, že hovory sester o soukromém životě v přítomnosti pacientů, jsou zcela běžnou praxí. Toto tvrzení je podloženo skutečností, že pouze 21 (21 %) respondentů o soukromí sester nic neví. Ovšem 79 (79 %) dotázaných se již stalo účastníkem hovorů sester o soukromích záležitostech. Z toho 16 (16 %) respondentů považuje takové jednání sester za zcela nevhodné a obtěžující, 34 % tyto hovory neobtěžují a 29 (29 %) pacientů k hovoru sestru vybízí. Osobně považují takové chování za zcela neprofesionální.

Otázka č. 11: Při stravování Vám nejvíce scházelo?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaké nedostatky vidí pacienti v oblasti stravování. (otázka polouzavřená výčtová – možnost více odpovědí)

Tab. 11. Nedostatky v oblasti stravování

Nedostatky v oblasti stravování	Četnost (n)	Četnost (%)
Možnost vyčištění chrupu po jídle	42	21,21
Možnost rozdělit si jídlo na více menších porcí	51	25,76
Vhodná poloha	0	0,00
Vhodné podmínky na pokoji	13	6,57
Respektování individuálních potřeb	0	0,00
Možnost rozhovoru s nutričním terapeutem	58	29,29
Při stravování mi nic nescházelo	28	14,14
Jiné	6	3,03
Celkem	198	100,00



Graf 11. Nedostatky v oblasti stravování

Příjem potravy a pocit sytosti je doprovázen pozitivními emocemi. Výživa ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, současně se podílí na celkovém zdravotním stavu nemocného.

Dobrá stav výživy pacienta je základním předpokladem plného účinku léčby onemocnění a zlepšuje jak vyhlídky na rychlé uzdravení, tak na návrat pacienta do běžného života. Když organismu v nemoci nedodáme dostatečné množství energie a živin, rychle začne trávit vlastní svalovou hmotu, dojde ke snížení svalové síly, až upoutání na lůžko.

Určujícím faktorem pro příjem jídla je úroveň sebepěče a soběstačnosti nemocného. Funkční úroveň sebepěče hodnotí sestra v rámci ošetrovatelské anamnézy. Rozsah a druh pomoci nemocnému při jídle závisí na jeho aktuální fyzické a duševní schopnosti (Trachtová, 2006).

Nejvíce respondentů 58 (29,29 %) označilo, že v oblasti stravování jim scházela možnost rozhovoru s nutričním terapeutem. 51 (25,76 %) dotázaných by využilo možnosti rozdělení jídla na více menších porcí. U 42 (21,21 %) pacientů nebyl brán ohled na individuální potřeby a nemocný tak neměl možnost vyčištění chrupu po jídle. 13 (6,57 %) respondentů poukázalo na nevhodné podmínky na pokoji a 28 (14,14 %) bylo se stravováním zcela spokojeno.

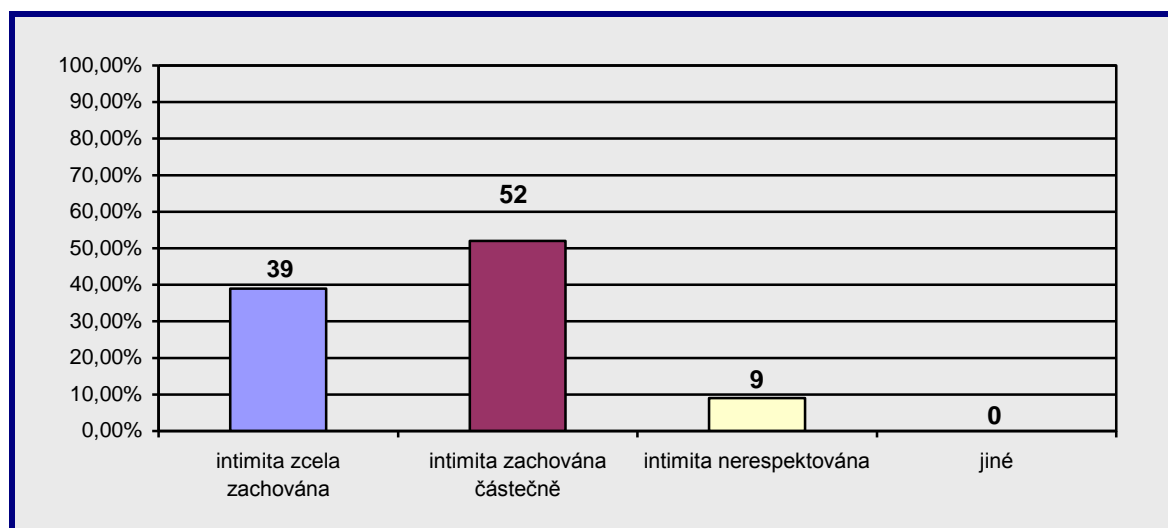
Šestkrát (3,03 %) byla zvolena varianta - jiné. Zde tři pacienti shodně uvádějí, že jídlo bylo nedostatečné teploty. U dvou pacientů se objevila stížnost na jídelní tableť, který byl polit polévkou a jeden pacient by do jídelníčku zařadil více ovoce a zeleniny.

Otázka č. 12: Jste spokojen/a se zachováním soukromí při ošetření/vyšetření?

Cílem otázky bylo zjistit, zda je v průběhu vyšetření zachováno soukromí pacienta.

Tab. 12. Zachování soukromí při ošetření/vyšetření

Zachování soukromí při ošetření/vyšetření	Četnost (n)	Četnost (%)
Vyšetření byla prováděna v místnosti k tomu určené, nebo na pokoji s použitím zástěny	39	39,00
Intimita byla dodržena pouze u některých ošetření	52	52,00
Pacient byl nespokojen, vyšetření probíhala před ostatními pacienty na pokoji	9	9,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 12. Zachování soukromí při ošetření/vyšetření

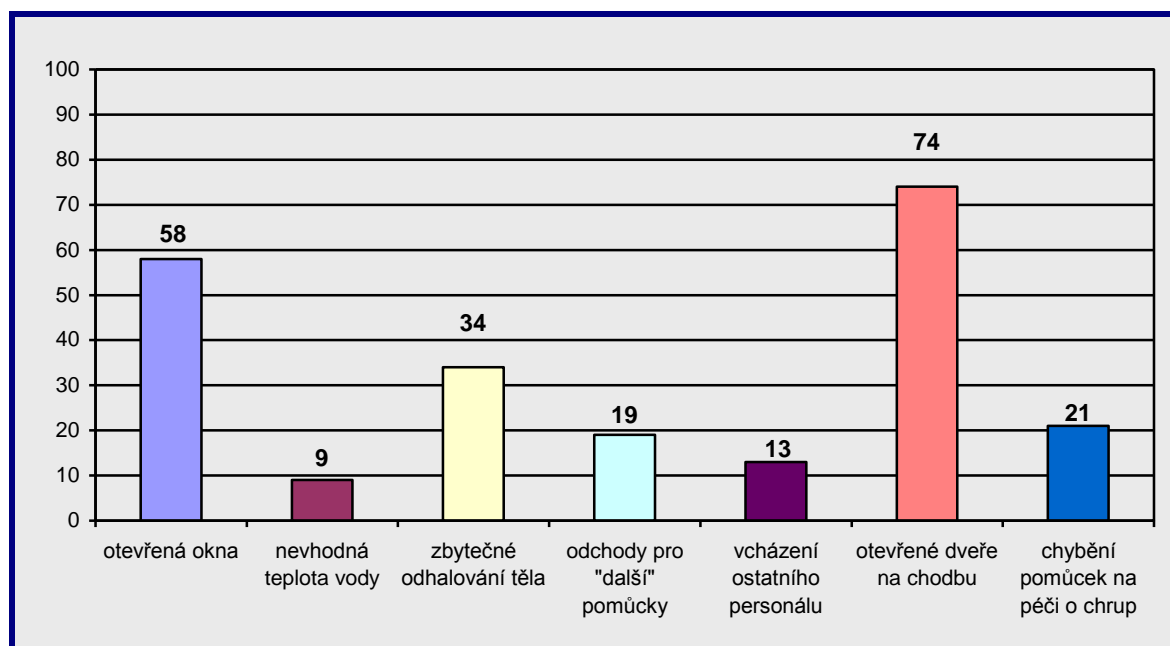
Ukázalo se, že 39 (39 %) nemocných bylo zcela spokojeno, ve všech případech ošetření či vyšetření bylo zachováno jejich soukromí a intimita. Více než polovina dotázaných - 52 (52 %) se domnívá, že jejich intimita by mohla být chráněna lépe, cítí v této oblasti ošetrovatelské péče nedostatky. 9 % respondentů udává, že jejich intimita nebyla respektována vůbec.

Otázka č. 13: Při ranních či večerních toaletách jste zaznamenala?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaké nedostatky vidí pacienti v oblasti hygienické péče. (otázka polouzavřená výčtová – možnost více odpovědí; v tabulce jsou z důvodu přehlednosti uvedeny pouze možnosti, které byly respondenty označeny, plná verze v příloze č. 2)

Tab. 13. Nedostatky při ranních a večerních toaletách

Nedostatky při ranních a večerních toaletách	Četnost (n)	Četnost (%)
Otevřená okna	58	25,44
Nevhodná teplota vody	9	3,95
Zbytečné odhalování těla	34	14,91
Neustálé odchody sestry pro „další“ hygienické potřeby	19	8,33
Vcházení personálu, který se na toaletě nepodílel	13	5,70
Otevřené dveře na chodbu	74	32,46
Chybění pomůcek na péči o chrup	21	9,21
Celkem	228	100,00



Graf 13. Nedostatky při ranních a večerních toaletách

Pro většinu lidí je čistota výchozím, základním předpokladem pro pocit osobní pohody. Uspokojení potřeby hygieny navozuje spokojenost, příjemnou náladu, po osvěžující koupele prožívá člověk slast a rozkoš. Potřeba hygieny je však velmi individuální a zcela odlišný je i způsob, jak jedinec vyjádří neuspokojenou potřebu hygieny (Trachtová, 2006).

Práva pacientů⁶ stanovují, že pacient má v průběhu nemocničního ošetření právo na to, aby byly brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Po vizualizaci odpovědí dotazovaných respondentů je zřejmé, že v oblasti hygienické péče jsou práva pacientů porušována.

Nejpalcivějším problémem jsou otevřené dveře na chodbu oddělení, tuto možnost zvolilo 74 (32,46 %) respondentů. Z tohoto vyplývá, že ¾ dotazovaných zaregistrovalo v průběhu ranních či večerních toalet tento nedostatek.

U více než poloviny respondentů byla označena možnost „otevřených oken“ při hygienické péči, jednalo se o 58 (25,44 %) dotazovaných. 1/3 pacientů se domnívá, že při toaletách nejsou brány ohledy na stud nemocného a dochází ke zbytečnému odhalování těla. 21 (9,21 %) respondentů poukazovalo na chybění pomůcek pro péči o chrup, 19 (8,33 %) pacientů zaregistrovalo nedostatečnou přípravu sestry na hygienickou péči.

13 (5,70 %) dotazovaných udává, že v průběhu toalet byl na pokoji i další personál, který se samotné hygienické péče neúčastnil a 9 (3,95 %) pacientů zvolilo položku „nevhodná teplota vody“.

V otázce č. 13 byla možnost dalších osmi položek, tyto však nebyly respondenty využity. Pro úplnost uvádím jejich výčet: nešetrná manipulace na lůžku, nevhodné komentáře sester na mou postavu, nepřevlečení znečištěných lůžkovin či osobního prádla, nedostatečná hygienická péče (opomenutí některé části těla), použití jedné žínky na celé tělo, pohledy ostatních pacientů, ani jednu z uvedených variant jsem nezaznamenal/a, jiné.

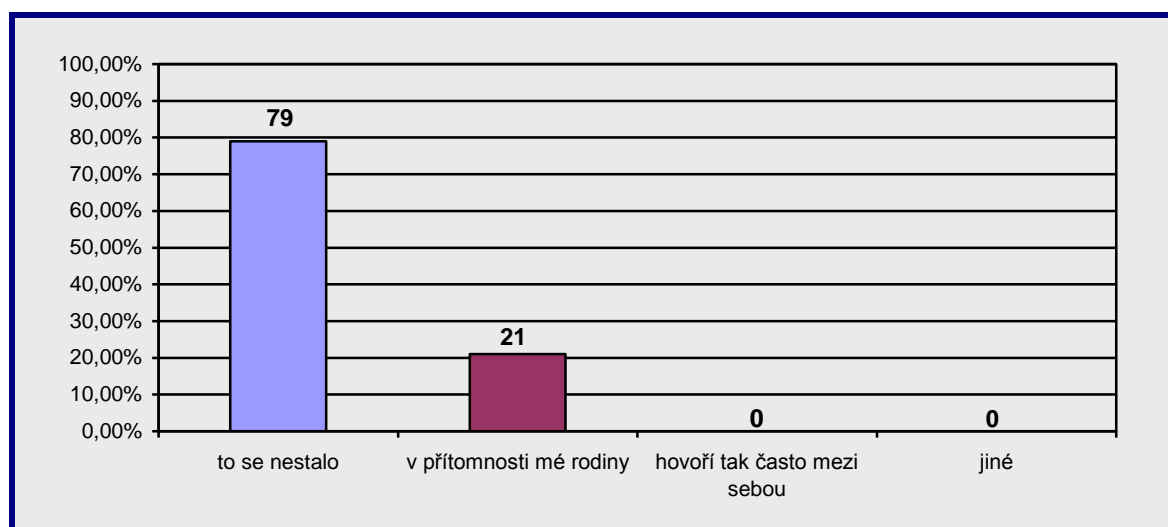
⁶ Práva pacientů byla prohlášena MZ ČR za platná dnem 25.2. 1992.

Otázka č. 14: Hovořily před Vámi sestry o Vašem zdravotním stavu jako by jste nebyl/a přítomna?

Cílem této otázky bylo zjištění přítomnosti nevhodného chování ze strany sester.

Tab. 14. Četnost hovorů sester o nemocném „jako by nebyl přítomen“

Hovory sester o nemocném „jako by nebyl přítomen“	Četnost (n)	Četnost (%)
Ne to se nikdy nestalo	79	79,00
Měl/a jsem takový pocit, když sestra hovořila v mé přítomnosti s rodinou	21	21,00
Sestry takto často hovoří mezi sebou	0	0,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 14. Četnost hovorů sester o nemocném „jako by nebyl přítomen“

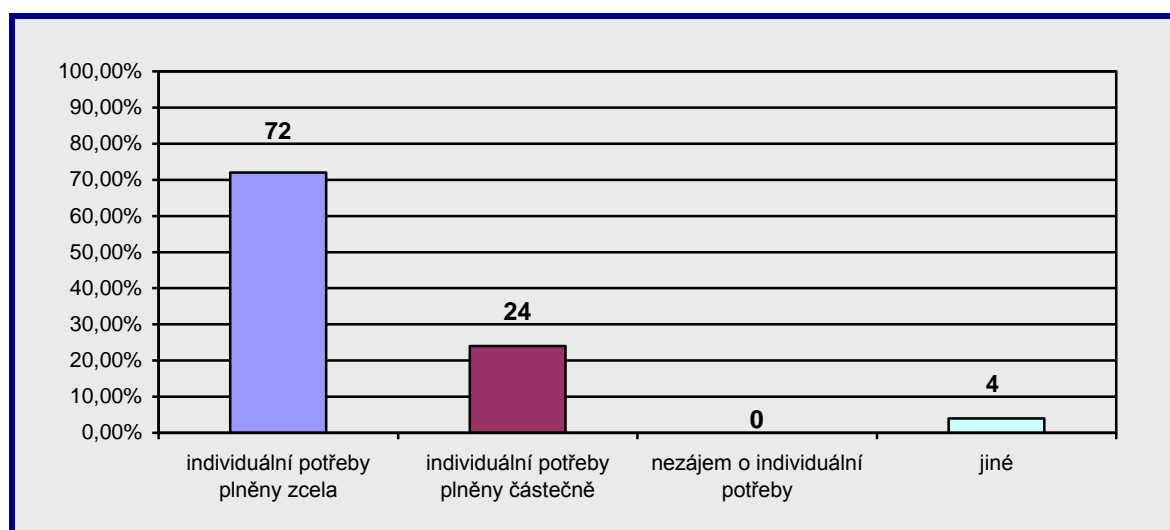
Průzkum ukázal, že více než $\frac{3}{4}$ respondentů – 79 (79 %) takovéto chování sester nikdy nezaznamenal. 21 (21 %) dotazovaných naopak udává, že hovory o svém zdravotním stavu „jako by nebyl přítomen“, zaznamenal, a to při komunikaci sestry s rodinou.

Otázka č. 15: Máte pocit, že je o Vás pečováno jako o osobu s individuálními potřebami, nejste brán/a jako „další kus“?

Otázkou jsem chtěla zjistit, zda nemocný cítí ze strany sestry zájem o svou osobu.

Tab. 15. Přístup sester při ošetrovatelské péči

Přístup sester při ošetrovatelské péči	Četnost (n)	Četnost (%)
Při ošetřování jsem měl/a pocit, že je o mou osobu postaráno jako o člověka s individuálními potřebami, sestra byla ochotná a vstřícná tyto potřeby respektovat	72	72,00
Při ošetřování sestra byla ochotná a vstřícná respektovat pouze některé z individuálních potřeb	24	24,00
Při ošetření jsem cítil/a, že sestra nemá zájem o mé individuální potřeby	0	0,00
Jiné	4	4,00
Celkem	100	100,00



Graf 15. Přístup sester při ošetrovatelské péči

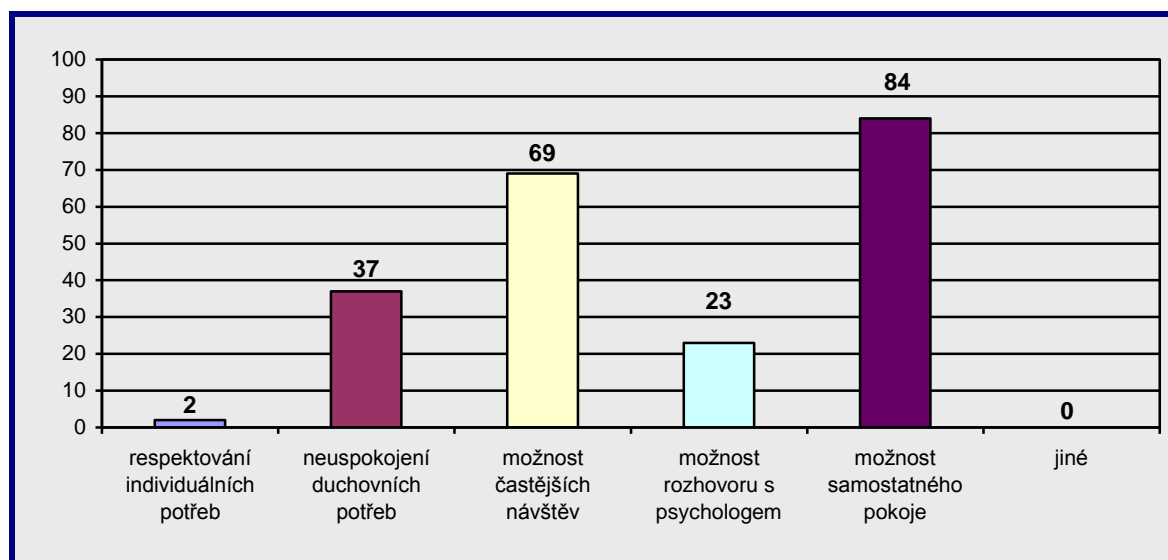
72 (72 %) dotazovaných mělo pocit, že je o jeho osobu postaráno jako o člověka s individuálními potřebami a sestra byla při ošetrovatelské péči tyto potřeby ochotná a vstřícná respektovat. $\frac{1}{4}$ respondentů – 24 (24 %) se však domnívá, že sestra byla ochotná respektovat pouze některé z individuálních potřeb. Čtyři z dotazovaných respondentů se domnívají, že kvalita ošetrovatelské péče je dána „kvalitou“ samotné sestry.

Otázka č. 16: Co pacientům při hospitalizaci nejvíce schází?

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, ve které oblasti potřeb vidí nemocný největší nedostatky. (otázka polouzavřená výčtová – možnost více odpovědí)

Tab. 16. Při hospitalizaci pacientům nejvíce schází

Při hospitalizaci pacientům nejvíce schází	Četnost (n)	Četnost (%)
Respektování individuálních potřeb	2	0,93
Neuspokojení duchovních potřeb (návštěva kněze)	37	17,21
Možnost častějších návštěv (rodinných příslušníků)	69	32,09
Možnost rozhovoru s psychologem	23	10,70
Možnost využití samostatného pokoje	84	39,07
Jiné	0	0,00
Celkem	215	100,00



Graf 16. Při hospitalizaci pacientům nejvíce schází

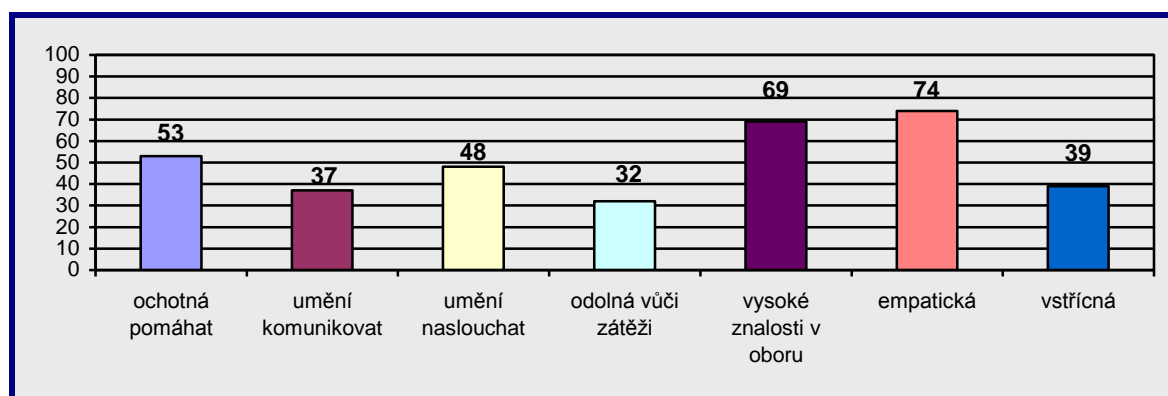
Nejvíce respondentů – 84 (39,07 %) by využilo možnosti samostatného pokoje. $\frac{2}{3}$ dotazovaných, cítí neuspokojení v oblasti sounáležitosti a lásky, uvítali by možnost častějších návštěv rodinných příslušníků. U $\frac{1}{3}$ respondentů nejsou uspokojeny potřeby duchovní a 23 (10,70 %) nemocných by využilo možnosti rozhovoru s psychologem. Ve dvou případech (0,93 %) jsou respondenti nespokojeni s respektováním individuálních potřeb.

Otázka č. 17: Jaké jsou vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení

Otázkou jsem chtěla zjistit, které z vlastností považují pacienti pro onkologickou sestru za důležité. (otázka polouzavřená výčtová – možnost více odpovědí; v tabulce jsou z důvodu přehlednosti uvedeny pouze možnosti, které byly respondenty označeny, plná verze v příloze č. 2)

Tab. 17. Vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení z pohledu nemocných

Vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení	Četnost (n)	Četnost (%)
Ochotná pomáhat	53	15,06
Umění komunikovat	37	10,51
Umění naslouchat	48	13,64
Odolná vůči zátěži	32	9,09
Vysoké znalosti v oboru	69	19,60
Empatická	74	21,02
Vstřícná	39	11,08
Celkem	352	100,00



Graf 17. Vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení z pohledu nemocných

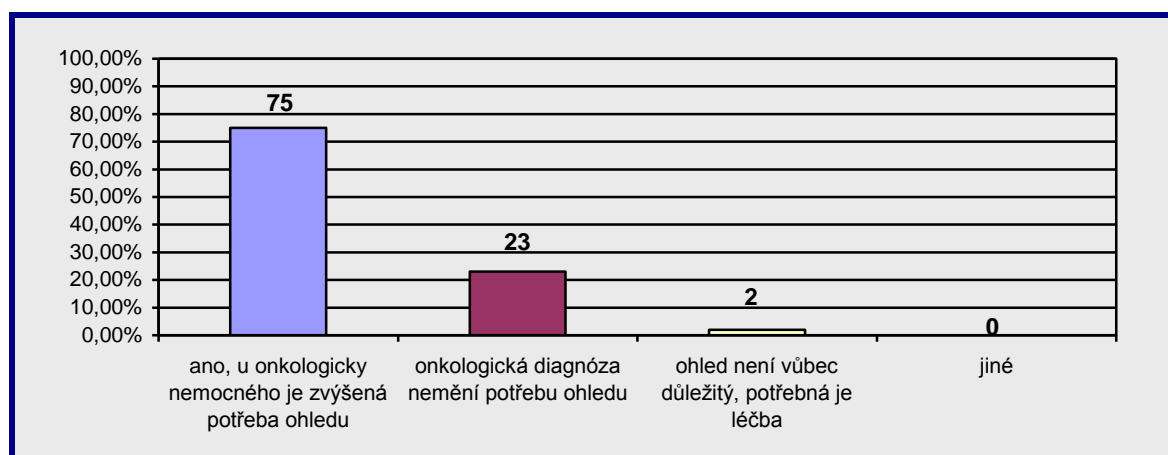
Při pohledu na sloupcový graf je zcela patrné, že nejvíce respondentů (21,02 %) považuje za nejdůležitější vlastnost onkologické sestry empatii. Druhou nejčastěji volenou variantou – 19,60 % byla vysoká znalost v oboru. Ve výčtu vhodných vlastností byly pacienty dále zvoleny: ochota pomáhat (15,06 %), umění naslouchat (13,64 %), vstřícnost (11,08 %), umění komunikace (10,51 %) a odolnost vůči zátěži (9,09 %).

Otázka č. 18: Cítí onkologický pacient zvýšenou potřebu na ohleduplné chování a jednání ze strany ošetřujícího personálu?

Cílem otázky bylo zjistit, zda se u nemocného s onkologickou diagnózou projevuje zvýšená potřeba na ohleduplné chování a jednání ze strany sestry.

Tab. 18. Míra ohleduplného chování a jednání

Potřeba zvýšeného ohleduplného chování a jednání	Četnost (n)	Četnost (%)
Ano, mnohdy cítím potřebu si promluvit, někomu se svěřit, vhodné chování sestry snižuje můj strach a obavy	75	75,00
Vhodné chování sestry je součástí profesionální a komplexní ošetrovatelské péče na kterémkoli oddělení, nedomnívám se, že mou potřebu ohleduplného chování onkologické onemocnění zvýšilo	23	23,00
Chování sester není důležité, důležitá je léčba lékařů	2	2,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 18. Míra ohleduplného chování a jednání

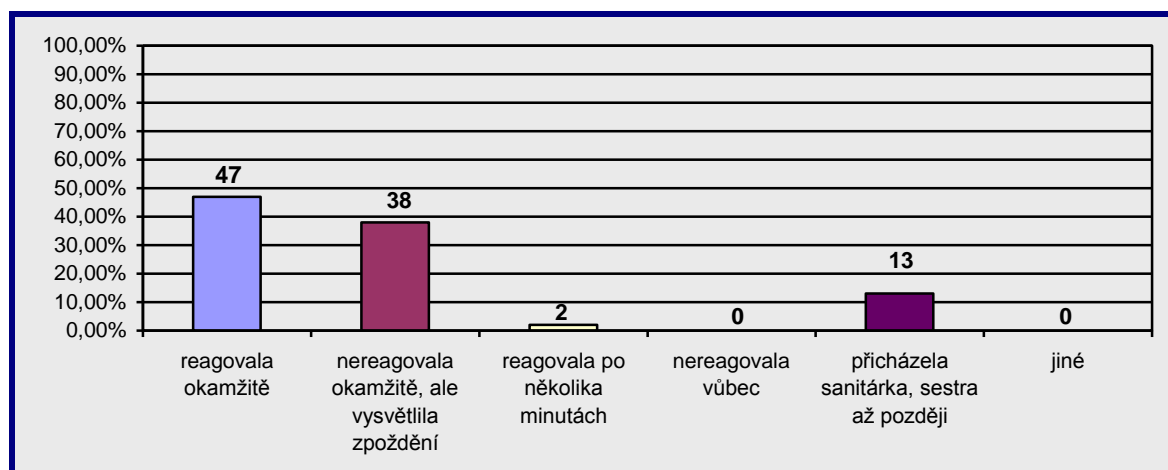
¾ respondentů (75,00 %) se domnívá, že onkologická diagnóza zvýšila jejich potřebu na ohleduplnou péči ze strany ošetřujícího personálu. 23,00 % dotazovaných je toho názoru, že vhodné chování sestry je součástí profesionální a komplexní ošetrovatelské péče, není tedy potřebné, aby sestra pracující na onkologickém oddělení svůj přístup k nemocným změnila. Ve dvou případech (šlo o respondenty mužského pohlaví) se objevil názor, že citlivá ošetrovatelská péče není důležitá, prioritou je léčba lékařská.

Otázka č. 19: Jak pohotová je reakce sestry na volání signalizačním zařízením?

V této otázce jsem se zaměřila na pohotovost sester při využití signalizačního zařízení.

Tab. 19. Doba, za kterou reaguje sestra na signalizační zařízení

Doba, za kterou reagovala sestra na signalizační zařízení	Četnost (n)	Četnost (%)
Sestra reagovala okamžitě	47	47,00
Sestra nereagovala okamžitě, po příchodu však vysvětlila své zpoždění	38	38,00
Sestra reagovala po několika minutách	2	2,00
Sestra nereagovala vůbec	0	0,00
Na signalizaci vždy jako první reagovala sanitárka, sestra přicházela později	13	13,00
Jiné	0	0,00
Celkem	100	100,00



Graf 19. Doba, za kterou reaguje sestra na signalizační zařízení

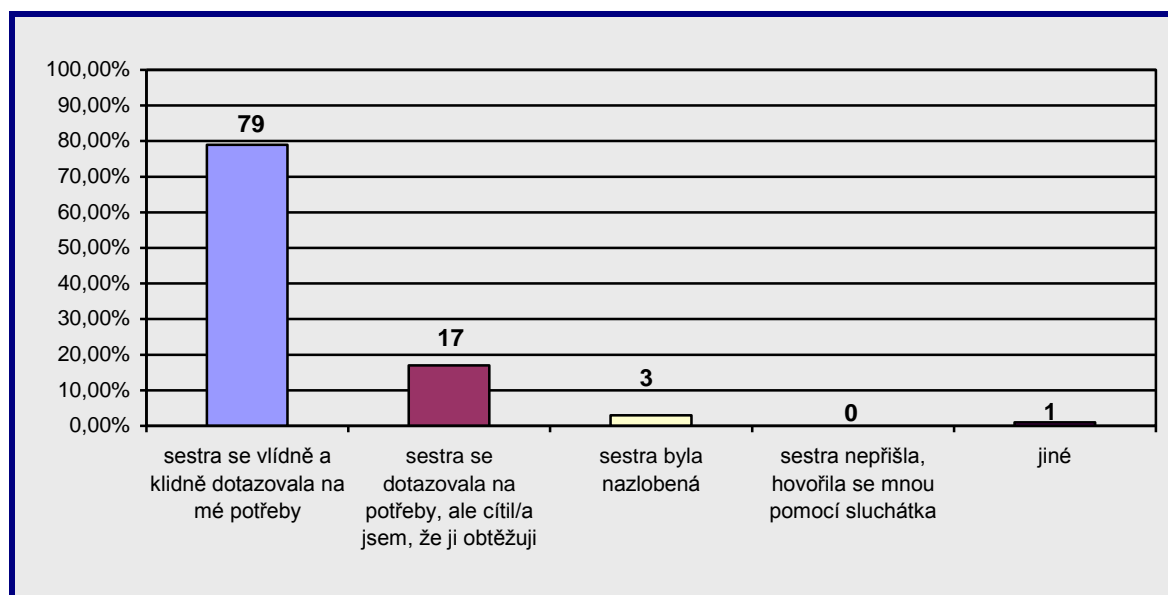
Nejvíce dotazovaných 47 (47 %) se přiklání k variantě, že reakce sestry na volání pomocí signalizačního zařízení byla okamžitá. Více jak $\frac{1}{3}$ respondentů (38 %) udává, že příchod sestry nebyl okamžitý, po svém příchodu však sestra vysvětlila důvod svého zpoždění. Variantu - „na signalizaci vždy jako první reagovala sanitárka, sestra přicházela později“ volilo 13 % pacientů a 2 % dotazovaných je přesvědčeno, že sestra reagovala s odstupem několika minut. Variantu, která navrhovala možnost, že použití signalizačního zařízení bylo zcela bez odezvy nevyužil žádný z respondentů.

Otázka č. 20: Jaká byla reakce sestry na použití signalizačního zařízení?

V této otázce jsem se zaměřila na chování sester při využití signalizačního zařízení.

Tab. 20. Reakce sestry na použití signalizačního zařízení

Reakce sestry na použití signalizačního zařízení	Četnost (n)	Četnost (%)
Sestra se vlídně a klidně dotazovala na mé potřeby	79	79,00
Sestra se dotazovala na potřeby, ale cítil/a jsem, že ji obtěžuji	17	17,00
Sestra byla nazlobená	3	3,00
Sestra osobně nepřišla, hovořila se mnou pomocí sluchátka	0	0,00
Jiné	1	1,00
Celkem	100	100,00








Graf 20. Reakce sestry na použití signalizačního zařízení

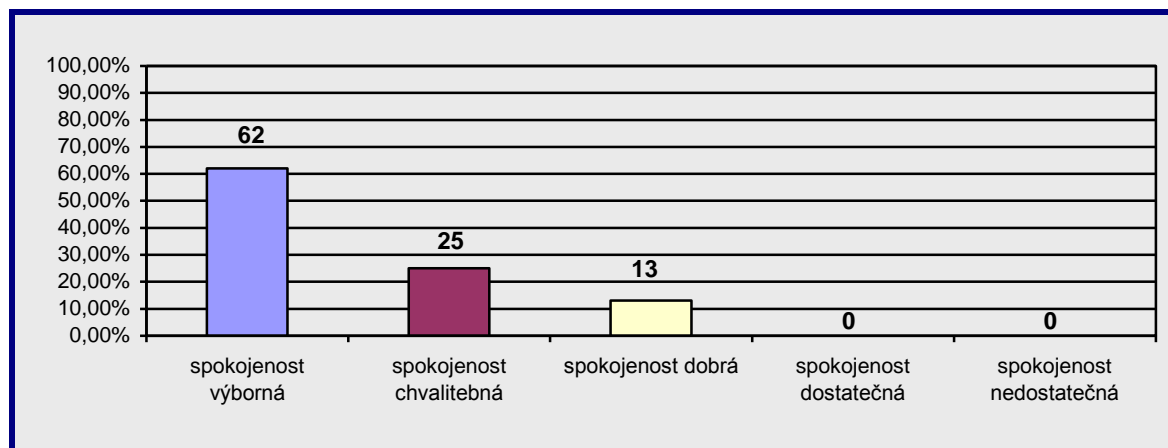
Téměř $\frac{4}{5}$ respondentů – 79 % udává, že reakce sestry na použití signalizačního zařízení byla vlídná a klidná. 18 (18 %) pacientů cítilo ze strany sestry nezáměr o „příčinu“ použití signalizačního zařízení. Nazlobenou reakci sestry udávají 3 % respondentů. V této položce byla jednou využita možnost – jiné. Pacient zde uvádí, že reakce sestry byla vlídná a klidná, ale bylo potřeba využít signalizačního zařízení spolupacienta, vlastní zařízení nebylo v dosahu nemocného.

Otázka č. 21: Jaká je spokojenost pacientů na onkologickém oddělení?

Otázku jsem volila z důvodu zjištění celkové spokojenosti pacientů s hospitalizací.

Tab. 21. Spokojenost pacientů s hospitalizací

Spokojenost s hospitalizací		Četnost (n)	Četnost (%)
	ve sloupcovém grafu pod označením spokojenost - výborná	62	52,00
	ve sloupcovém grafu pod označením spokojenost – chvalitebná	25	35,00
	ve sloupcovém grafu pod označením spokojenost - dobrá	13	13,00
	ve sloupcovém grafu pod označením spokojenost – dostatečná	0	0,00
	ve sloupcovém grafu pod označením spokojenost – nedostatečná	0	0,00
Celkem		100	100,00



Graf 21. Spokojenost pacientů s hospitalizací

Více než $\frac{1}{2}$ (62 %) hospitalizovaných pacientů klasifikovala pobyt na onkologickém oddělení na výbornou. 25 % nemocných se domnívá, že hospitalizace a ošetrovatelská péče byla spíše chvalitebná a 13 % dotazovaných šlo se svým hodnocením ještě o stupínek níž a zvolili variantu „spokojenost dobrá“. Varianty „spokojenost dostatečná“ a „spokojenost nedostatečná“ nabyly využity žádným z respondentů.

DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit zda-li a jak sestry porušují etický přístup při poskytování ošetrovatelské péče onkologickému pacientovi. Tento hlavní cíl jsem v úvodu rozdělila na tři zkoumané oblasti (dílčí cíle) – respekt individuálních potřeb, pocit zájmu ze strany ošetřujícího personálu a nedostatky v oblasti ošetrovatelské péče.

Dílčí cíl č. 1 zjišťoval, zda při hospitalizaci cítí nemocný ze strany sestry zájem o svou osobu, k tomuto cíli se vztahovaly v dotazníku položky č. 9, 15, 18. Vyhodnocení jednotlivých položek ukázalo, že $\frac{3}{4}$ respondentů se domnívá, že onkologická diagnóza zvýšila jejich potřebu na ohleduplnou péči ze strany ošetřujícího personálu. Proto jsem velmi ráda, že 86 % dotazovaných našlo u sestry psychickou podporu při zvládnání nemoci a 72 % nemocných cítilo respekt k individuálním potřebám.

Dílčí cíl č. 2 měl za úkol zjistit, v jaké oblasti ošetrovatelské péče vidí pacienti největší nedostatky, k tomuto cíli se vztahovaly položky č. 4, 5, 7, 8, 10 – 14, 16, 19 a 20. Za porušení etiky ošetrovatelské péče považují hovory sester o soukromém životě v přítomnosti pacientů. Z průzkumu vyplývá, že takovéto hovory, jsou zcela běžnou praxí. Toto tvrzení je podloženo skutečností, že pouze 21 % respondentů o soukromí sester nic neví, ovšem 79 % dotázaných se již stalo účastníkem hovorů sester o soukromích záležitostech. Z toho 16 % respondentů považuje takovéto jednání sester za zcela nevhodné a obtěžující.

Další oblast, ve které má zdravotnický personál velké nedostatky, je oblast zachování intimity. 52 % nemocných se domnívá, že jejich intimita by mohla být chráněna lépe a 9 % respondentů udává, že jejich intimita nebyla respektována vůbec. Nejpalčivějším problémem jsou otevřené dveře na chodbu oddělení v průběhu ranní či večerní toalety, tuto možnost zvolilo 32,46 % respondentů.

Dále průzkum ukázal nedostatky v oblasti informovanosti. 6 % dotazovaných odpovědělo, že informace (např. o plánovaném vyšetření, chodu oddělení) podané sestrou nabyly v požadovaném rozsahu a 4 % nemocných poukazují na neochotu sestry v této oblasti.

V oblasti stravování pacientům nejvíce schází možnost rozhovoru s nutričním terapeutem.

Dílčí cíl č. 3 zjišťoval, zda a jak respektuje sestra individuální potřeby nemocného, k tomuto cíli se vztahovaly položky č. 6, 8, 11, 12, v dotazníku. V oblasti individuálních potřeb průzkum ukázal, že 93 % dotazovaných bylo spokojeno s dopomocí při běžných denních činnostech, ovšem 25 % respondentů udává nedostatečnou flexibilitu sestry na nově vzniklé obtíže způsobené léčbou či progresí onemocnění. Dále průzkum ukázal, že u 73 % respondentů byla potřeba „opakovaného“ podání informací, což bylo ze strany ošetřujícího personálu akceptováno.

Závěrem lze tedy konstatovat, že největší nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče jsou v oblasti zachování intimity nemocného a nedostatečné reakci sestry na nově vzniklé obtíže způsobené léčbou či progresí onemocnění. Na druhé straně lze říci, že většina nemocných našla u sestry psychickou podporu při zvládnání nemoci.

Návrhy pro praxi:

O výsledcích šetření své bakalářské práce bych ráda informovala na schůzce onkologického oddělení formou krátkého vstupu. O přítomnost požádám i psychologa, který je součástí zdravotnického týmu onkologického oddělení. Jeho připomínky a postřehy mohou být cenným přínosem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Za zpětnou vazbu, bych považovala opakované provedení průzkumu, které by prokázalo, odstranění či opakování dříve jmenovaných nedostatků v průběhu ošetrovatelské péče.

Ideálním řešením pro dodržování etického chování v praxi je kontrola nadřízeným pracovníkem. Domnívám se, že vrchní sestra by měla po svých zaměstnancích vyžadovat dodržování etického chování a jednání. Díky svému postavení má možnost delegovat zástupce nižšího managementu – staniční sestry, které mohou daná nařízení pozorovat v praxi. Pomocí těchto pozorování lze sestavit takový pracovní tým, který bude vyhovovat specifickým požadavkům a nárokům onkologického oddělení.

ZÁVĚR

V úvodu své práce jsem se zamýšlela, zda etické a morální hodnoty, které stály u zrodu ošetrovatelství jsou jeho součástí i dnes. Z těchto důvodů jsem se rozhodla, že má bakalářská práce bude na téma etické.

Bakalářská práce „Etika poskytované ošetrovatelské péče u onkologicky nemocného pacienta“ je tvořena částí teoretickou a praktickou. Teoretická část je složena ze čtyř podkapitol, z nichž první objasňuje pojmy etika a morálka. Ve druhé podkapitole jsem se věnovala etice v ošetrovatelství, etickým principům prvního a druhého řádu a etickým kodexům. Ve třetí části teorie popisují umění komunikace, terapeutický vztah a upozorňují na možnosti poškození nemocného. Hlavním tématem čtvrté podkapitoly je onkologicky nemocný se svými individuálními potřebami v oblasti ošetrovatelské péče.

V praktické části zjišťuji, zda-li a jak sestry porušují etický přístup při poskytování ošetrovatelské péče. Zde jsem použila kvantitativního sběru dat pomocí dotazníku. Zkoumaný vzorek byl tvořen hospitalizovanými pacienty onkologického centra Krajské nemocnice T. Bati. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Získaná data jsem pro přehlednost zpracovala ve formě sloupcových grafů a tabulek. V závěru praktické části vyhodnocuji cíle.

Pomocí šetření jsem zjistila dva hlavní nedostatky při poskytování ošetrovatelské péče. Prvním je nedostatečné zachování intimity nemocného a druhým nedostatečná reakce sestry na nově vzniklé obtíže v průběhu léčby. Na druhé straně lze konstatovat, že většina nemocných našla u sestry psychickou podporu při zvládnání nemoci.

Domnívám se, že každá sestra by měla svým chováním a jednáním budovat vztah mezi ní a nemocným, založený na zájmu, respektu a vzájemné spolupráci. Doufám, že výsledky mého šetření, povedou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče na onkologickém oddělení. Navrhuji praktická opatření – viz připomínka v diskuzi.

V průběhu výzkumného šetření jsem byla mile překvapena ochotou a nadšením onkologických pacientů ke spolupráci. Touha být v „něčem“ nápomocný byla ohromující. Opět jsem o něco více nahlédla do nitra nemocných, o které pečuji. Není možné sejmout břemeno onkologické diagnózy, ale je možné přistupovat k nim s úctou, respektem a empatií, kterou si zaslouží.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- [2] BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *Sestra a pacient*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2003. 67 s. Edice: Ediční řada - Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-388-0
- [3] BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0
- [4] DOSTÁLOVÁ, O. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1986. 208 s.
- [5] GOLDMANN, R., CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0
- [6] HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuál o etice*. 1. vyd. Brno: IDPVZ, 2000. 46 s. Edice: Ediční řada - Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-310-4
- [7] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšířené vyd. Praha: Galén, 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7
- [8] CHOVANCOVÁ, Z., VAŠKOVÁ, J. *Diagnóza nádor: a co dál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1998. 104 s. ISBN 80-7169-668-4
- [9] KLÉROVÁ, J. Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích nemoci. *Sestra*, 1999, č. 2, s. 27. ISSN 1210-0404
- [10] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- [11] KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2
- [12] MAREŠ, J. a kol. *Latropatogenie, sororiegenie aneb jak poškozovat člověka*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: VŠ J. A. Komenského, 2002. 59 s. ISBN 80-86723-00-3
- [13] MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2
- [14] NIGHTINGALE, F. *Kniha o ošetřování nemocných*. Red. Žofie Podlipská, překlad Paulina Králová. Praha: Nakladatel J. Otto, 1874. 187 s.

- [15] SPURNÁ, O. Sestra a pacient po sdělení onkologické diagnózy. *Sestra*, 2001, č. 7/8, s. 64. ISSN 1210-0404
- [16] ŠIMEK, J. Psychologické a morální problémy onkologické péče. *Trendy v medicíně*, 2000, č. 2, s. 95-99. ISSN 1212-9046
- [17] TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměněné vyd. Brno: IDPVZ, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- [18] TSCHUSCHKE, V. 2002. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnání rakoviny*. Překl. Lucie Simonová. 1. vyd. Praha : Portál s. r. o., 2004. 216 s. ISBN 80-7178-826-0. Přel. z: *Psychoonkologie. Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Schattauer GmbH
- [19] ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CSc.	kandidát věd
ČR	Česká republika
doc.	Docent
ICN	International Council of Nurses - Mezinárodní rada sester
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
LF UP	Lékařská fakulta Univerzity Palackého
Mgr.	magistr
MUDr.	doktor všeobecného lékařství
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
Ph.D.	philosophiae doctor, doktor - pro všechny oblasti mimo teologie
PhDr.	doktor filozofie
př.n.l.	před naším letopočtem
tj.	to je
tzv.	tak zvaně
USA	Spojené státy americké

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů	38
Graf 2. Věkové kategorie respondentů	39
Graf 3. Četnost hospitalizací.....	40
Graf 4. Podmínky při vypsání ošetrovatelské dokumentace.....	41
Graf 5. Obsah přijímacího pohovoru	42
Graf 6. Chování sestry po sdělení individuálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče.....	43
Graf 7. Informace o totožnosti sester	44
Graf 8. Ochota sester odpovídat na dotazy, srozumitelnost odpovědí.....	45
Graf 9. Reakce sester na obavy a strach nemocného	47
Graf 10. Reakce nemocného na soukromé hovory sester	48
Graf 11. Nedostatky v oblasti stravování.....	49
Graf 12. Zachování soukromí při ošetření/vyšetření.....	51
Graf 13. Nedostatky při ranních a večerních toaletách	52
Graf 14. Četnost hovorů sester o nemocném „jako by nebyl přítomen“	54
Graf 15. Přístup sester při ošetrovatelské péči.....	55
Graf 16. Při hospitalizaci pacientům nejvíce schází	56
Graf 17. Vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení z pohledu nemocných.....	57
Graf 18. Míra ohleduplného chování a jednání	58
Graf 19. Doba, za kterou reaguje sestra na signalizační zařízení	59
Graf 20. Reakce sestry na použití signalizačního zařízení.....	60
Graf 21. Spokojenost pacientů s hospitalizací	61

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Pohlaví respondentů	38
Tab. 2. Věkové kategorie respondentů.....	39
Tab. 3. Četnost hospitalizací.....	40
Tab. 4. Podmínky při vypsání ošetrovatelské dokumentace	41
Tab. 5. Obsah přijímacího pohovoru	42
Tab. 6. Chování sestry po sdělení individuálních potřeb v rámci ošetrovatelské péče.....	43
Tab. 7. Informace o totožnosti sester	44
Tab. 8. Ochota sester odpovídat na dotazy, srozumitelnost odpovědí.....	45
Tab. 9. Reakce sester na obavy a strach nemocného	47
Tab. 10. Reakce nemocného na soukromé hovory sester	48
Tab. 11. Nedostatky v oblasti stravování.....	49
Tab. 12. Zachování soukromí při ošetření/vyšetření.....	51
Tab. 13. Nedostatky při ranních a večerních toaletách	52
Tab. 14. Četnost hovorů sester o nemocném „jako by nebyl přítomen“.....	54
Tab. 15. Přístup sester při ošetrovatelské péči.....	55
Tab. 16. Při hospitalizaci pacientům nejvíce schází	56
Tab. 17. Vhodné vlastnosti sestry na onkologickém oddělení z pohledu nemocných.....	57
Tab. 18. Míra ohleduplného chování a jednání.....	58
Tab. 19. Doba, za kterou reaguje sestra na signalizační zařízení.....	59
Tab. 20. Reakce sestry na použití signalizačního zařízení.....	60
Tab. 21. Spokojenost pacientů s hospitalizací	61

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Neetické chování v praxi

P II: Dotazník

P III: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P I: NEETICKÉ CHOVÁNÍ V PRAXI

(Uvedený příklad jsem zažila v praxi, musím však říci, že mnohem častěji se setkávám s etickým chováním svých spolupracovnic, pracuji ve velmi profesionálním týmu. Nicméně výjimka potvrzuje pravidlo. Nutno dodat, že sanitárka, která je hlavní aktérkou tohoto příběhu, již řady našeho týmu opustila.)

Je 6.30, rozlétnou se dveře do pokoje. Do místnosti vpluje sanitárka statné postavy s haldou prádla v náručí. „Stáváme a mejt....“, křikne do rozespalého pokoje. Na pokoji leží také paní Nováková, jde o 36letou pacientku s nádorovým onemocněním, které metastazovalo do páteře, pacientka je od pasu ochrnutá, snaží se bojovat, má přece 11letou dceru. Sanitárka přistupuje k jejímu lůžku: „...tak se umejem ne?..“, jedním máchnutím strhne celou peřinu (peřina letí na podlahu). „Bože, tady je ale smradu!!“, pronese při cestě na pokojové WC, kde si napouští vodu na ranní hygienu, otevírá okno. Vrací se k lůžku, paní Novákové, sundá „andílka“. Pacientka nyní leží zcela obnažená na trojlůžkovém pokoji, který má dveře na chodbu dokořán. Vcházím do pokoje, zavírám dveře na chodbu. Paní Novákovou přikrývám čistým povlakem na peřinu (do pasu), zavírám okno (na pokoji je strašná zima). „Co je??....“ zahučí sanitárka „...máš problém?“, ano mám (pomyslím si), ale na pokoji ho řešit nebudu. „Dobrý den paní Nováková, jak jste se dnes vyspala? Ty léky na spaní vám pomohly?....“, snažím se doslova zděšenou pacientku trochu zklidnit, přivést ji na jiné myšlenky. „Hele co si včera dělala na večeři..?“, (do hovoru vstupuje sanitárka), neodpovídám, dál hovořím s nemocnou. Mimo to se pokouším řídit ranní toaletu dle pravidel. Cítím, že nemocná si všeho všímá, ač to nedává najevo, velmi silně vnímá chování a jednání mé spolupracovnice. „No nic, du dál, není tu sama.“ pronese sanitárka a odchází z pokoje (opět nechá otevřené dveře). Zavírám a vracím se k ranní hygieně, strašně se stydím za chování své kolegyně (paní Nováková se zdá klidnější). Dokončím ranní hygienu a úpravu lůžka. Při odchodu mě paní Nováková chytí za ruku „.....děkuji, sestřičko“. Mlčky se jí zadívám do očí, je mi trapně, je tak mladá a tak nemocná, ani netuším kolik času jí zbývá, ale jedno vím jistě, tohle si nezaslouží.

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Vážená respondentko, respondente

Jmenuji se Zdeňka Pekárková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetrovatelství, studijní obor všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci se zaměřením na etiku v práci zdravotní sestry na onkologickém oddělení. Součástí průzkumné části mé práce je dotazník a já Vás chci požádat o jeho vyplnění.

Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Předem Vám děkuji za spolupráci, bez Vaší pomoci, bych nemohla svou práci dokončit.

Pokyny k vyplnění dotazníku: Není-li uvedeno jinak, zakřížkujte prosím tu odpověď, která nejvíce odpovídá vašemu názoru.

1. Jaké je vaše pohlaví?
 muž žena
2. Do které věkové kategorie patříte?
 20-35 let 36-55 let 55-65 let 65 a více let
3. Na onkologickém oddělení jste hospitalizován/a?
 poprvé opakovaně
4. Ošetrovatelské posouzení (vypsání ošetrovatelské dokumentace) probíhalo?
 v soukromí, v přijímací místnosti oddělení
 na pokoji, bez přítomnosti dalších pacientů
 na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů
 zcela veřejně, na chodbě oddělení
 jiné (uved'te)
.....
5. Seznámil Vás přijímací pohovor vedený sestrou srozumitelně s chodem oddělení, právy pacientů a možností uložení cenností v trezoru?
 ano, všechny informace byly srozumitelné a jasné
 některé informace byly nejasné a nesrozumitelné
 o těchto záležitostech jsem se sestrou vůbec nehovořil/a
 jiné (uved'te)
.....

6. Jak reagovala sestra na Vaše individuální potřeby, které jí byly sděleny při vyplňování ošetřovatelské anamnézy? (speciální dieta, potřeba doprovodu na WC, potřeba dopomoci s denními činnostmi atd.)

- sestra tyto informace vůbec nerespektovala
- sestra se snažila vyhovět mým individuálním potřebám
- sestra vyhověla mým individuálním potřebám a reagovala na nově vzniklé situace, ve kterých bylo zapotřebí její pomoci (nespavost, zvracení, průjem, bolest atd.)
- jiné (uved'te)
.....

7. Představila se Vám ošetřující sestra jménem a nosila jmenovku?

- při prvním kontaktu se ošetřující sestra představila jménem a stále nosila jmenovku
- sestra nosila jmenovku, osobně se nepředstavila
- sestra nosila jmenovku pouze výjimečně, osobně se nepředstavila
- sestra nenosila jmenovku, osobně se nepředstavila
- jiné (uved'te)
.....

8. Pokud jste sestře položil/a otázku (např. o chodu oddělení, plánovaném vyšetření), dostalo se Vám srozumitelné odpovědi?

- na mou otázku sestra vždy ochotně odpověděla, pokud odpověď nebyla v její kompetenci kontaktovala lékaře; odpověď byla vždy srozumitelná
- na mou otázku odpovídala sestra srozumitelně ovšem pouze výjimečně
- sestra neprojevovala zájem cokoli vysvětlit, vždy mě odkázala na ošetřujícího lékaře, kterého však nekontaktovala
- na dotazy sestra odpovídala nejasně, nesrozumitelně, bez zájmu
- v průběhu hospitalizace jsem žádné otázky nepokládal/a, vše mi bylo předem dostatečně vysvětleno
- jiné (uved'te)
.....

9. Pokud jste cítil/a obavy nebo strach ze svého stavu či léčby byla sestra ochotná si s Vámi promluvit?

- v průběhu hospitalizace jsem obavy neměl/a
- domnívám se, že sestra mé obavy a strach zaregistrovala, na tuto situaci však nijak nereagovala
- sestra vycítila mé obavy a strach a promluvila si se mnou (popřípadě kontaktovala lékaře)
- sestra se aktivně zajímala o mé pocity, vždy si našla čas na rozhovor se mnou
- jiné (uveďte)
.....

10. Řešily před Vámi sestry své soukromé problémy?

- ano, sestry často komunikují mezi sebou o svých problémech při práci na pokoji, nijak mě to neobtěžuje
- osobní problémy sester mě nezajímají, proto nechápu proč mě s nimi zatěžují
- o soukromém životě sester nic nevím
- ošetřující sestru znám dlouhé roky, otázky kladu sám/a zajímá mě jaká je sestra, která o mě pečuje
- jiné (uveďte)
.....

11. Při stravování Vám nejvíce scházelo? (*zde možno i více odpovědí*)

- možnost vyčištění chrupu po jídle
- možnost rozdělit si jídlo na více menších porcí (pozdější tepelná úprava)
- vhodná poloha
- vhodné podmínky na pokoji (nevětraný pokoj, jídelní stůl nebyl v dosahu atd.)
- respektování individuálních potřeb (potřeba krmení, nakrájení potravy)
- možnost rozhovoru s nutričním terapeutem (dietní sestrou)
- při stravování mi nic nescházelo
- jiné (uveďte)
.....

12. Jste spokojen/a se zachováním Vašeho soukromí při ošetření/vyšetření? (natočení EKG, převaz ran, klyzma atd.)

- ano, vyšetření byla prováděna v místnosti k tomu určené, nebo na pokoji s použitím zástěny
- částečně, u některých ošetření byla má intimita dodržena u jiných nikoliv
- byl/a jsem zcela nespokojen/a vyšetření probíhala před ostatními pacienty na pokoji, má intimita nebyla vůbec respektována
- jiné (uveďte)

.....

13. Při ranních či večerních toaletách jste zaznamenal/a? (*zde možno i více odpovědí*)

- otevřená okna
- otevřené dveře na chodbu
- nevhodnou teplotu vody
- použití jedné žínky na celé tělo
- zbytečné odhalování těla
- pohledy ostatních pacientů
- nešetrnou manipulaci na lůžku
- chybění pomůcek na péči o chrup
- nevhodné komentáře sester na mou postavu
- neustálé odchody sestry pro „další“ hygienické pomůcky
- vcházení personálu, který se na toaletě nepodílel
- nepřevlečení znečištěných lůžkovin či osobního prádla
- nedostatečnou hygienickou péči (opomenutí některé části těla)
- ani jednu z uvedených možností jsem nezaznamenal/a
- jiné

14. Hovořily před Vámi sestry o Vašem zdravotním stavu jako by jste nebyl/a přítomen/na?

- ne to se nikdy nestalo
- měl/a jsem takový pocit, když sestra hovořila v mé přítomnosti s rodinou
- sestry takto často hovoří mezi sebou
- jiné (uveďte)

.....

15. Máte pocit, že je o Vás pečováno, jako o osobu s individuálními potřebami, nejste brán/a jako „další kus“?

- při ošetřování jsem měl/a pocit, že je o mou osobu postaráno jako o člověka s individuálními potřebami, sestra byla ochotná a vstřícná tyto potřeby respektovat
- při ošetřování sestra byla ochotná a vstřícná respektovat pouze některé z individuálních potřeb
- při ošetření jsem cítil/a, že sestra nemá zájem o mé individuální potřeby
- jiné (uveďte)

.....

16. Co Vám při hospitalizaci scházelo nejvíce? (*zde možno i více odpovědí*)

- respektování individuálních potřeb, individuální přístup k mé osobě
- neuspokojení duchovních potřeb (návštěva kněze)
- možnost častějších návštěv (rodinných příslušníků)
- možnost rozhovoru s psychologem
- možnost využití samostatného pokoje
- jiné

.....

17. Jaké vlastnosti by podle Vás měla mít sestra pracující na onkologickém oddělení?

(*zde možno i více odpovědí*)

- | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ochotná pomáhat | <input type="checkbox"/> umění naslouchat | <input type="checkbox"/> empatická |
| <input type="checkbox"/> soucitná | <input type="checkbox"/> odolná vůči zátěži | <input type="checkbox"/> skromná |
| <input type="checkbox"/> umění komunikovat | <input type="checkbox"/> lítostná | <input type="checkbox"/> sebevědomá |
| <input type="checkbox"/> pokorná | <input type="checkbox"/> vysoké znalosti v oboru | <input type="checkbox"/> vstřícná |
| <input type="checkbox"/> jiné (uveďte) | | |

.....

18. Domníváte se, že jako onkologický pacient/ka cítíte zvýšenou potřebu na ohleduplné chování a jednání ze strany ošetřujícího personálu?

- ano, mnohdy cítím potřebu si promluvit, někomu se svěřit, vhodné chování sestry snižuje můj strach a obavy
- vhodné chování sestry je součástí profesionální a komplexní ošetrovatelské péče na kterémkoli oddělení, nedomnívám se, že mou potřebu ohleduplného chování onkologické onemocnění zvýšilo
- chování sester není důležité, důležitá je léčba lékařů
- jiné (uveďte)
.....

19. Jak rychle reagovala sestra na Vaše volání signalizačním zařízením (zvonkem)?

- sestra reagovala okamžitě
- sestra nereagovala okamžitě, po příchodu však vysvětlila své zpoždění
- sestra reagovala až po několika minutách
- sestra nereagovala vůbec
- na signalizaci vždy jako první reagovala sanitárka, sestra přicházela později
- jiné (uveďte)

20. Jaká byla reakce sestry na použití signalizačního zařízení (zvonku)?

- sestra přišla na pokoj a vlídně a klidně se dotazovala na mé potřeby
- sestra se na pokoji dotazovala na mé potřeby, ale měl/a jsem pocit, že ji obtěžuji
- sestra přišla na pokoj, byla však nazlobená, že jsem použil/a zvoněk
- sestra reagovala prostřednictvím sluchátka signalizačního zařízení na pokoj nepřišla
- jiné (uveďte)

21. Který z obrázků nejlépe vyjadřuje Vaši spokojenost s přístupem sester na onkologickém oddělení?



PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Zdeňka Pekárková, DiS.
Téma bakalářské práce	Etika poskytované ošetrovatelské péče u onkologicky nemocného pacienta
Skupina respondentů	hospitalizovaní klienti
Pracoviště	Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Zlín, Onkologické centrum

Děkujeme za pochopení a spolupráci.



Ve Zlíně dne 16.3.2019

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