

Respekt, autonómie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti

Petrovicová Eva, Marie Trešlová

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Abstract

PETROVICOVÁ E. – TREŠLOVÁ, M. Respect, autonomy and identity of patient as a basic component to retain human dignity. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie* [online], 2016, vol. 6, no. 1, pp. 19-25. Available on: <http://www.oseetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>.

Aim: We investigated to what extent nurses find the possibility of retraining patient autonomy, intimacy and support of human dignity in hospital setting. We also investigated whether today's nursing (provided nursing care) fulfills patient right for human dignity from patient point of view.

Method: The survey used qualitative research by the use of half structured interviews with nurses and patients from surgical and long term patient wards (LTPW). The interviews were held in January 2015 in South Bohemian hospital in Ceske Budejovice. The research population comprised of 10 general nurses out of which were 5 from surgical ward and 5 from (LTPW). Out of 20 respondents patients were 10 from surgical ward and 10 from (LTPW). Respondent selection was random and participation was voluntary. Six questions for nurses were focused on their opinion about patient autonomy assurance, dignity care, and obstacles which hinder that. Seven questions for patients inquired their opinion about possibilities for decision making about care, and experiences how is expressed dignity and assured intimacy to them. Data were recorded, rewrote with method "pencil paper", and concepts were made according Grounded theory analyses.

Results: Expressions of nurses from surgical ward show assurance of higher measurement of patient autonomy, intimacy and human dignity support in contradiction of nurses from LTPW. This status is influenced by the number of personnel, status of patients in general and space possibilities. Most of patients are at least aware of the decision making possibility even in the circumstances when all the initiative is left to the doctor especially on LTPW. Intimacy assurance patients perceive positively.

Conclusion: Today's nursing fulfills the patient right for human dignity expressed with autonomy and intimacy probably on average level. We see the possibility for quality improvement of provided nursing care to patients not only with high tech equipment and modern aids. It is necessary to be aware all the time that especially the man with all its human needs is the center of our concern. The assurance of autonomy, intimacy and human dignity support is not possible to do with the perfect devices without human approach and understanding of the man on the base of professional communication. The communication is needed not only to know and be skilled to apply it but also to have conditions for its realization.

Keywords: autonomy, dignity, intimacy, patient, nurse, nursing care, communication

Úvod

Lidé mají potřebu, aby jim bylo nasloucháno, aby byla vyslechnuta a nadále přijata jejich přání, a tím byla zachována lidská důstojnost (Venglářová, Mahrová, 2006). Aby tato potřebu byla uspokojena, musíme se naučit naslouchat a všimát si mnohem více projevů pacienta a efektivně na ně reagovat. Právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovateľského týmu (Jo, Doorenboos, 2009). Znehodnotit lidskou důstojnost lze i „skutky“ menšími, drobnými. Člověka můžeme devalvovat tím, že jej přehlídíme, děláme, že ho nevidíme či ignorujeme, tak, že komunikace probíhá za nepřítomnosti očního kontaktu, či není ctěn osobní prostor, názor, zkušenost, rozhodování člověka. Tam, kde je člověku odepřen prostor k rozhodování či řízení dění kolem něho, nastává pro něj zcela význačně obtížná situace. Je tomu tak především tehdy, kdy očekává příliv nekontrolovatelných negativních podnětů, kdy je na něj vyvíjen tlak a kdy zároveň zaznamenává mnoho distresových faktorů. Naopak jeho psychický stav se zlepšuje v momentě, kdy má možnost něco sám řídit (Křivohlavý, 2002). Scott (2003, s. 29) autonomii neboli svébytnost, nezávislost, funkční schopnost definuje jako „schopnost řídit, zvládat a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ“. Tato lidská funkce se týká oblasti fyzické stejně jako psychické. Tak jak se rozvíjela věda a technika i psychologie jako věda, docházelo ke změně společnosti a začal být kladen větší důraz na lidské potřeby. Sestry začaly využívat holistický přístup ve snaze o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami člověka (Mastiliaková, 2007). To znamená, že by sestry měly mít neustále na mysli to, že člověk není pouze souhrn orgánů a funkcí, se kterými se jedná jako se stroji. Ale i to, že má i složku afektivní a pocitovou, která vnímá veškeré chování a přístup zdravotnického personálu k němu samému. Lidskou důstojnost a aspekty s ní spojené (v našem případě respekt, autonómie, intimita) častěji vidáme v literatuře, bohužel u lůžka nemocného je opomíjena a do každodenního života nevtahována (Svobodová, Šimek, 2006). V ošetrovateľských modelech i v ošetrovateľském procesu se s těmito potřebami nezřídka setkáváme. Jejich saturace nebo

neporušování by měla být samozřejmou náplní práce sestry (Tomey, Alligood, 2006; Tóthová, et al., 2014). „Ošetrovateľská praxe je zvláštním prejavom vzťahu „existence s někým, do kterého sestra vnáší „světlo“ s cílem rozvoje hodnoty života lidí a skupin“ (Pavlíková, 2006, s.76). Sestra v interakci s nemocným aktivně naslouchá jeho slovům, ale také jeho „tichu“. Ošetrovateľský proces je ovlivněn vnitřním zosobněním a kulturní úrovní sestry, a to jejími vedomostmi, moudrostí, zájmem a citlivostí (Pavlíková, 2006). V takovomto vzťahu sestra – pacient lze podporovat důstojnost a pacient může vnímat pohodlí a cítit se dobře. Přesto, že problematika partnerského vzťahu se v České republice řeší již od 90. let 20. století (Haškovcová, 2010; 2002), se stále jen obtížně do praxe implementuje. Důvodem může být potřeba změny myšlení v souvislosti s politicko-ekonomickou historií země. Ale rozvoj partnerství ve zmíněném vztahovém procesu nahrává na zlepšení péče jako takové, pacient již není pouze pasivní účastník na péči, ale je partnerem zdravotnického personálu (Bártlová et al., 2010). K saturaci uvedených potřeb, navození a udržení pozitivního a vstřícného pocitu je nezbytné používat efektivní komunikační verbální i neverbální dovednosti – intervence. Ke zvýšení úrovně kvality poskytované ošetrovateľské péče a možného uvědomění si, že středem zájmu stále zůstává člověk se všemi lidskými potřebami je vhodná identifikace a eliminace překážek v interakci sestra – pacient. Tím by se zvýšila nejen úroveň péče, ale i její profesionalita a image.

Cíl

Zjistit do jaké míry sestry shledávají možnost zachování pacientovy autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí. Druhým cílem jsme zjišťovali, zdali současné ošetrovateľství (poskytovaná ošetrovateľská péče) naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost z pohledu pacientů.

Metodika

Byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s kvalifikovanými sestrami. S ohledem na zvolené cíle ale hlavně z důvodu hodnocení kvality ošetrovateľské péče je důležitý nejen názor sester, které péči poskytují a vnímají ji ze svého pohledu, často rutinně, je vždy podstatné zjistit, zda tuto péči stejně hodnotí pacienti, tedy příjemci péče. Šest otázek pro sestry bylo zaměřeno na jejich názor na zajištění pacientovy autonomie, důstojné péče, vyjadřování respektu a na překážky, které autonomii, důstojnost a intimitu omezují či brání. Sedm otázek pro respondenty pacienti zjišťovalo jejich názor na možnost rozhodovat o péči a léčbě, na zkušenosti, jak je jim vyjadřována důstojnost a zajišťována intimita. Rozhovory byly zaznamenávány dvojím způsobem, a to za pomoci diktafonu následně písemného záznamu. Poté probíhal doslovný přepis informací do programu Microsoft Office Word 2007. Z odpovědí sester byly vytvořeny metodou „tužka papír“ koncepty autonomie, respekt, intimita, překážky zajištění intimity, důstojná péče, překážky důstojné péče. Z odpovědí pacientů byly vytvořeny koncepty autonomie, možnost vyjádření vlastního názoru, představa o důstojné péči, zkušenosti se zajištěním a podporou důstojnosti, způsoby vyjádření podpory lidské důstojnosti, dodržování intimity, překážky v zajištění intimity a soukromí. Výzkumné šetření probíhalo na akutních lůžkách (CHIR) v porovnání s dlouhodobými lůžky (ONP). Výzkumný soubor byl tvořen 5 kvalifikovanými sestrami a 10 pacienty z CHIR a 5 kvalifikovanými sestrami a 10 pacienty z ONP. Pacienti stejně jako sestry před zahájením rozhovorů vyjádřili svůj souhlas podílet se na šetření. Jiná výřazovací kritéria nebyla určena.

Výsledky

Autonomie

Sestry z CHIR se domnívají, že se již pacienti v dnešní době o péči a léčbě rozhodují dostatečně „Možnost zachování pacientovy autonomie u nás existuje, když si pacienti přejí zavolat lékaře, zavoláme ho, i jídlo si mohou vybírat, mají na výběr.“ Naopak sestry z ONP hovoří o nadřazenosti lékaře nad pacientem „Není moc možné zachovat pacientovu autonomii, hlavně na našem oddělení, ještě to u nás není tak zvládnuté, provádí se to stále po staru.“ „Pacient by měl více rozhodovat“ Představovaly by si „pro pacienty lepší možnosti“. Pacienti z CHIR a ONP si uvědomují existenci možnosti rozhodování se o péči. Ovšem někteří přenechávají iniciativu na lékařích. Pacienti na CHIR ve většině případů shledávají možnost vyjádření vlastního názoru, zůstává však otázka, zdali bude vyslyšen. Rozdíl byl shledán v názoru některých pacientů z CHIR, kteří v ČR nevnímají možnost rozhodovat se. Jiná situace nastává u pacientů ONP, kdy většina přenechává veškeré rozhodování a iniciativu na lékaři. „Já se moc nevyptávám, nechávám to plně na lékaři.“

Respekt – důstojnost

Sestry z CHIR a ONP shledávají podstatu důstojné péče ve vstřícném a laskavém přístupu a stejně tak v zajištění klidného prostředí. „Důstojná péče by měla být taková, ve které by se pacient cítil dobře a nebyl v rozpacích.“ „... měla by sestra vystupovat důvěryhodně, nemluvit sprostě, nerozebírat osobní věci.“ Sestry z CHIR vidí význam ve splnění očekávání a přání pacientů. Na ONP ovšem zazněl názor, že důstojná péče probíhá pouze v hospici. Sestry (CHIR, ONP) vyjadřují respekt a uznání tím, že pacienti „informují, vstřícně k nim přistupují a usmívají se“. Sestry z CHIR navíc zmiňují, že pacientům „naslouchají“. Sestry z ONP dále vyjadřují respekt a uznání pacientům individuálním přístupem se zajištěním bezpečí a výslovně v péči zdůrazňují zákaz tykání. Pacienti (CHIR, ONP) si pod pojmem důstojná péče představují „lidský a informovaný přístup

a práve tu péči, ktorá je jim poskytovaná na daných oddeleniach“. Pacienti z CHIR si ji dále predstavujú jako péči založenou na úsměvu, zájmu a soukromí, za zavřenými dveřmi. Na ONP zazněla výpověď, která tvrdí, že je důstojná péče prováděna hodnými sestrami, a ta, která dává na výběr. Pacienti (CHIR, ONP) za stěžejní uvádí humanní přístup, přičemž pacienti z CHIR navíc zmiňují podporu s ohledem na svá přání a potřeby. Na obou odděleních je za prvek podpory důstojnosti vnímán úsměv. Pacienti z ONP však dále zmiňují naslouchání a zájem. Na CHIR je za způsob vyjádření lidské důstojnosti považována možnost výběru. Pacienti (CHIR, ONP) ve většině případů uvádí pouze dobré zkušenosti s důstojnou péčí. Ale pacienti z CHIR uvádí jako zkušenost s uchováním a podporou důstojnosti nedostatek času ze strany personálu. „Je to tu hrozně rychlé, spíše zaměřené na výkony.“

Intimita

Sestry z CHIR by si představovaly zlepšení stávající situace, co se týká způsobů zajišťování intimity v péči. Realizují zajištění intimity žádostí ostatních osob o opuštění pokoje s tím, že to v praxi moc nefunguje. Na obou odděleních se snaží zajišťovat intimitu především minimalizací odkrývání pacientů. Sestry z ONP vyhoví žádosti pacientek, které si nepřejí být ošetřované personálem mužského pohlaví, a též vnímají jako problematické velikosti pokojů pro větší počet pacientů. Pacienti (CHIR, ONP) se shodují pouze na dobrých zkušenostech s dodržováním soukromí a intimity. Pouze někteří pacienti z ONP zmiňují nedostatek intimního prostoru. „Každý s příchodem do nemocnice počítá předběžně s tím, že bude muset být odhalen.“

Překážky bránící v možnosti zajištění intimity

Sestry (CHIR, ONP) hodnotí množství pacientů na pokoji a pootevřené dveře jako překážky bránící v možnosti zajištění intimity. Sestry z ONP dále zmiňují nedostatek intimního prostoru okolo pacientů. Na CHIR zazněl též názor, že překážkou může být i vnímání nahoty jak lékařem, tak samotným pacientem. Většina pacientů z CHIR však nevnímá překážky v zajištění intimity, spíše již s příchodem do nemocnice počítá s nižší úrovní intimní zóny. Pacienti z ONP uvádí „velké množství dalších hospitalizovaných na pokoji“. Pacienti z CHIR dále mezi překážky uvádí možný „únik informací“ či „nevhodné uložení pacientů“. Pacienti z ONP poukazují na možnou překážku v zajištění intimity, a to „narušení vztahu sestra – pacient“.

Diskuse

S lidskou existencí úzce souvisí lidská důstojnost. Ne vždy a ne na všech pracovištích, se setkáváme s chováním, které respektuje lidskou hodnotu. Domníváme se, že velkou měrou záleží na samotných sestrah, jak se pacienti v nemocničním prostředí cítí. Rovněž Jo a Doorenboos (2009) usuzují, že právě sestry jsou zodpovědné za podporu lidské důstojnosti během interakce s pacienty a s ostatními členy ošetrovateľského týmu. Postačí pouze malé gesto, kterým může navázat vzájemný vztah s pacientem s cílem rozvíjet jeho vlastní hodnoty. Parseová ve svém modelu „teorie lidského bytí“ uvádí roli sestry, která pacienta vede a „vnáší světlo“ do jeho cesty (Pavlíková, 2006) tím, že je pozornou, naslouchající a inspirující osobou.

Jedním z aspektů lidské důstojnosti je důstojnost osobní identity - sebeuvědomování, která je však nejvýznamnější právě ve spojitosti se staršími osobami. Proto byl vybrán výzkumný vzorek pro výzkumné šetření na ONP. Výzkumné šetření zároveň probíhalo na CHIR. Proč tyto dvě diametrálně se odlišující oddělení, a to nejen svými specifiky? Pravděpodobně z důvodu předpokládaných odlišných názorů všech zúčastněných na problematiku lidské důstojnosti v souvislosti s autonomií, uchováním soukromí a intimitou a ve vztahu s akutností stavu, chronicitou onemocnění, věkem, dobou hospitalizace, aktivizací a podporou soběstačnosti. Oblastí našeho zájmu ve výzkumném šetření tedy byl koncept soukromí a intimity.

Hrůzová (2008) uvádí intimitu jako stěžejní atribut lidské důstojnosti. Ptáme se: „Proč právě intimita?“ Možná proto, že je intimitou myšleno překročení hranic, za nimiž se nacházejí výsostné, tedy privátní zóny jedince, jak uvádí Vymětal (2003). V tomto ohledu je pro nás velice překvapující odpověď pacienta z CHIR, který říká: „Každý s příchodem do nemocnice počítá předběžně s tím, že bude muset být odhalen“. Zanedbali jsme snad „výchovu“ k intimitě již v počátcích nebo bude potřeba pacienty vést k většímu důrazu na zachování intimity? Je nutné však zdůraznit, že téměř všichni pacienti uváděli kladné zkušenosti s uchováním soukromí a stejně tak zmiňovali snahu sester o zachování intimity. Sestry z ONP shledávají zavírání dveří a snížené odkrývání jako nejdůležitější činnost v uchování soukromí. Sestry z CHIR a pacienti z ONP si stěžují na velký počet pacientů na pokoji. Na ONP je hospitalizováno i pět pacientů na pokoji. A právě intimita úzce souvisí s identitou člověka. Ztráta identity s sebou může nést ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty (Nakonečný, 2000). Proto je více jak nutné dodržovat veškeré zásady respektování soukromí, lidské intimity a pomyšlet, jak nejlépe pacienta „ochránit“ před okolím.

Zabývali jsme se pohledem zúčastněných na možnost pacientovy autonomie, a to možností pacientů zasahovat a rozhodovat o průběhu péče. Náš názor je, aby péče mohla být alespoň z části považována za důstojnou, měla by dávat možnost výběru, nabízet možnost rozhodovat se, stejně jako tvrdí R. R. Parseová, která předpokládá, že každá osoba má právo rozhodovat se (Pavlíková, 2006). V souvislosti s právem jednání dle vlastní vůle většina sester z CHIR naznačila, že se pacienti v dnešní době již rozhodují dostatečně. Sestra z CHIR konstatuje: „Možnost zachování pacientovy autonomie u nás existuje, když si pacienti přejí zavolat lékaře, zavoláme ho, i jídlo si mohou vybírat, mají na výběr.“ Domníváme se, že v této péči, kde se pacient neobává cokoliv říci a cítí se dobře, můžeme očekávat pozitivní vývoj zdravotního stavu.

Křivohlavý (2002) v knize Psychologie nemoci uvádí, že možnost něco sám řídit, vede ke zlepšení psychického stavu. V péči, která pacientovi nabízí možnost rozhodování se a zároveň být rovnocenným partnerem zdravotnického personálu, můžeme očekávat naplnění pacientových potřeb, prostřednictvím kterých může mít pocit komfortu, jistoty a bezpečí. Tzv. teorii komfortu se zabývala Katharine Kolčaba, která přemýšlela a hledala způsob, který zajistí lidským bytostem psychický klid a pohodlí (Tomey, Aligood, 2006). Vztah, o kterém výše zmíněná sestra hovoří, však značí, že zúčastnění na péči jsou ve vztahu partnerské. Vztahu lékař – pacient obecně rozumíme jako souboru sociálních podmínek a způsobů jednání, který vzniká při vzájemném působení k předmětu své činnosti (Bártlová, 2005). Protože i sestra a pacient na sebe vzájemně působí, není důvod se domnívat, že by to v tomto vztahu mělo fungovat jiným způsobem. Na způsob jednání si stěžují pouze dva pacienti z CHIR. Konkrétně uvádějí, že možnosti pacienta rozhodovat se mnohokrát nejsou. Dále doplňují: „*Tady v ČR jako trend je, že péče je přesně dána, ani možnost výběru není, a pokud se člověk neozve, podporu od zdravotníků nemá*“. Po této výpovědi nás napadají otázky: „Proč právě tato odpověď? Hovořil tento pacient v afektu? Má snad špatnou zkušenost?“ Pacienti z CHIR oddělení naznačují povědomí o možnosti rozhodování, i to, že jsou si vědomi této možnosti, ale často spíše přenechávají veškerou iniciativu na lékaři z důvodu neznalosti medicíny. Jako velké plus vnímáme, že pacienti zmiňují možnost rozhodování a výběru, podobně jako Scott, (2003) a také řídit a ovlivňovat způsob svého každodenního života dle vlastních pravidel a představ. Výpovědi na ONP se výrazně lišily od výpovědí, které zazněly na CHIR. Rozdíl byl jak ve vnímání autonomie pacientů sestrami, tak samotnými pacienty. Sestry z ONP se shodly na nemožnosti zachování pacientovy autonomie. To znamená, že jsou v nesouladu s výrokem Hartla a Hartlové (2009), kteří popisují autonomii jako rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost a stejně tak si zvolit nečinnost. Výpověď sestry z ONP: „*Není moc možné zachovat pacientovu autonomii, hlavně na našem oddělení, ještě to u nás není tak zvládnuté, provádí se to stále po staru*“. Nabízí se otázka, zdali máme této interakci porozumět jako vztahu, kde informace směřují od personálu k pacientovi a kde není prostor pro dialog. To bychom však hovořili o paternalistickém vztahu, který sestry z ONP ve svých výpovědích naznačují.

Též Raudenská s Javůrkovou (2011) hovoří o paternalistickém vztahu jako o vztahu, který vyžaduje pacientovu poslušnost, přičemž komunikace probíhá pouze jedním směrem, a to formou instruování a výčtu informací. Lékař bez pacienta rozhoduje o diagnostice i léčbě a v neposlední řadě neuznává hlubší osobní vztah s pacientem. Ptáček s Bartůňkem (2011) konstatují, že partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevyklučuje poskytnutí rad váhajícímu nemocnému. I v této formě vztahu je nezbytné, aby lékař použil svůj odborný přesah a partnersky poradil. Pohled sestry z oddělení následné péče: „*Představovala bych si pro pacienta lepší možnosti. Pacient by měl více rozhodovat a lékař více vysvětlovat a edukovat. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem nevnímám*“. Přitom nás napadá otázka, zdali je možné, že je tento vztah, kdy probíhá komunikace pouze jedním směrem, a to prostřednictvím výčtu informací, realizován i v interakci sestra – pacient. Za závažnější výrok však považujeme výpověď též sestry z ONP, která hodnotí: „*Pacient se bojí rozhodovat, aby nerozzlobil lékaře*“. Můžeme zde identifikovat strach z lékaře a jeho autority či zdánlivé nedostupnosti? Zajímavým a zároveň pochopitelným faktem, který uvádí Čeledová s Čevelou (2010) je ta skutečnost, kdy pacienti upřednostňují lékaře, kteří nejsou ani tak zruční nebo medicínsky zdatní, ale především ty, kteří prostřednictvím komunikace navíc dokážou vytvořit pocit důvěry a bezpečí. Je v našem případě problém v komunikaci? Pomohla by změna systému? Jak řešit tento strach vnímaný pacienty? Ani odpovědi pacientů bohužel nevyvrací tvrzení sester, vyjma třech z deseti pacientů, kteří rozhodují o průběhu péče a do péče zasahují. Otázkou však zůstává, zdali prozradili to, co měli opravdu na srdci. Zbývá většina pacientů z ONP reflektuje možnost rozhodování se, přičemž ji však nevyužívá a veškerou iniciativu přenechává na lékaři. Výpověď: „*Já se moc nevyptávám, nechávám to plně na lékaři*“, lze vnímat jako nejistotu, strach nebo náznak přístupu, který se snaží neobtěžovat personál.

Ve spojitosti s názory pacientů z ONP se domníváme, že pacienti, především staršího věku, pocítují v cizím prostředí nejistotu a přirozeně upadají do role pasivního účastníka na péči. Hospitalizaci, bez ohledu na onemocnění, vnímá Zacharová a kol. (2007) jako zásah do způsobu života, který člověk prožívá vždy nepříjemně. V souvislosti s umístěním do nemocnice a tímto nepříjemným pocitem je možné, že si pacienti nepřejí vyjadřovat své názory a tím vystupovat jako aktivní účastníci na péči. Proto, abychom co nejvíce minimalizovali nelibé pocity, je žádoucí s pacienty vytvářet profesionální vztah, který se zakládá na uctívém a hodnotu vnímajícím chování.

Zabývali jsme se pohledem zúčastněných na další termín a to důstojnost. Jak by dle respondentů měla důstojná péče vypadat? Sestry z CHIR si ji představují jako „*laskavou a vnímavou péči*“. Svatošová (2011) popisuje laskavou péči ústy jednoho z umírajících pacientů, který ji vnímá jako péči uchováující a dávající lásku druhému. Hovoří právě o těch zdravotnících, kteří vědí, že umírají, ale přesto za ním přijdou, že se o něj starají jako o individualitu, do péče zahrnují také rodinu, zajímají se o minulost stejně tak jako o jeho budoucnost, vzpomenou si na maličkosti, které mu jsou milé, nesoustředí se na jeho náladu, ale na jeho osobu a též se dokážou smát a být šťastní při takto těžké práci. Tak se pacient cítí v bezpečí a ví, že zvládne i okamžik smrti, až přijde. Dále si však důstojnou péči představují jako péči, která plní přání pacientů, o všem, co bude následovat, je informuje a snaží se minimalizovat bolest samotných pacientů. Výpovědi sester z CHIR shledáváme příznivými, především zaměřenými na „*splněná přání pacientů*“ vidíme jako velký přínos jak pro samotné pacienty, celé zdravotnické zařízení, tak i pro sestru, která se díky kreativnímu myšlení, jak nalézt způsob pacientova uspokojení, rozvíjí. Sestry z ONP vidí důstojnost především v „*laskavém a slušném přístupu*“. Nelze opomenout názory pacientů, které se ve většině případů shodovaly s výpověďmi sester. Jen v ojedinělých případech můžeme konstatovat rozdíly. Pacient z CHIR se domnívá, že neodmyslitelnou součástí důstojné péče „*je úsměv*“. Úsměv v pacientovi vytváří pocit, že je někým pozitivně vnímán. Pacient se poté cítí dobře a příznivě. Jiráček (2009), který se zaměřuje na demenci a jiné poruchy paměti, také uvádí účinky úsměvu. Stejně tak sestra z ONP míní: „*Důstojná péče by měla být taková, ve které by se pacient cítil dobře a nebyl*

v rozpacích“. Při takovémto jednání je možné pomýšlet na deliberativní přístup, o kterém Orlandová hovoří ve svém modelu, který je nadstavbou automatického jednání s pacientem a „dává“ něco navíc (Pavlíková, 2006). V opačném případě však může pacient reagovat negativně. Znevážit pacientovu důvěru, potažmo lidskou důstojnost můžeme bohužel i malými na první pohled nepodstatnými „skutky“. Člověka lze ponížit například tím, že jej přehlídíme, ignorujeme a komunikujeme bez očního kontaktu (Jiráček, 2009), nebo nekomunikujeme vůbec. Znamená to tedy nezapomínat na to, že jsme neustále pod dohledem pacienta. Vnímá naši nepozornost, předstírání a je pro něj snadné poznat, zda se snažíme ho opravdu pochopit či mu porozumět (Svatošová, 2011). Hovoříme-li o pojmu respekt, musíme mu správně porozumět. To znamená především dvě věci: chovat se k lidem tak, aby to nezraňovalo jejich lidskou důstojnost (Kopřiva, 2008). Dále Kopřiva (2008, s. 14), uvádí základní vodítko, kterým je „nedovolit si k nim nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám“. Stejně tak sestra pracující na ONP: „V podstatě je to o tom přístupu tak, aby s tím člověkem bylo zacházeno tak, jak si každý z nás přeje, abychom s ním nezacházeli jako s kusem hadru.“ Domníváme se však, že ne každá sestra si v nemocničním lůžku dokáže představit či představuje sebe nebo své blízké a jedná tak, jak by se to nelíbilo ani jí samotné. Toto vyjádření považujeme za stěžejní aspekt poskytování humánní čili důstojné péče. Též pacient z ONP popisuje: „Když se mnou někdo slušně jedná, tak já musím slušně jednat s ním.“

Další věc, kterou Kopřiva (2008) uvádí, je, že musíme přijmout fakt, že každý jedinec má jiný vkus, jiné nadání, chutná mu jiné jídlo, uznává jiné názory a liší se v mnoha věcech, aniž by byl horší nebo lepší než ostatní. Být respektován by si přál každý jedinec, jelikož tato potřeba patří mezi základní lidské. Sestra z CHIR uvádí: „Aby pacient cítil uznání a respekt v péči, měla by sestra vystupovat důvěryhodně, nemluvit sprostě, nerozebírat osobní věci.“ My se však domníváme, že vyjádřit uznání a respekt zaujímá mnohem hlubší význam a protože jde o potřebu vrozenou, respekt by neměl být ničím podmiňován. Nelze tedy říci: „Budu Tě respektovat, protože...“ (Kopřiva, 2008). Dle našeho názoru by měla být každá interakce sestry – pacient založena právě na základě úcty, ať už se v danou chvíli chová pacient jakkoliv. Úctu bychom měli projevovat za jakýchkoliv podmínek. Sestra z ONP říká: „Vždycky si zachovat pevné nervy a nenechat se vytočit, to se nám stává často, že jsou pacienti vulgární, tak ani v tom případě nesmíte.“ Je velice náročné udržet i přes takovéto chování uctivý odstup, my bychom však jako všeobecné sestry měly chápat souvislosti a profesionální přístup zachovávat. Jako zajímavý poznatek hodnotíme výrok, který uvádí Kopřiva (2008), a to, že člověk vyjádří uznání tím, že je ochoten věnovat čas druhým. Bohužel v této oblasti je shledán stěžejní problém všemi účastníky výzkumného šetření.

Pacient z CHIR upozorňuje: „Je to tu hrozně rychlé, spíše zaměřené na výkony.“ Dále sestra ze stejného oddělení uvádí: „Když máme velkou operativu pacientů, tak je tu pak jen jedna sestřička na noc. Pacient zrovna nařká, jiný si chce povídat, to prostě nejde, je to velká časová tíseň.“ Z těchto slov lze vnímat spěch, obavy a nejistotu jako překážku k zajišťování důstojné péče. Sestra uvádí, že se někdy stává to, že se pacientům věnovat prostě nemůže. Toto zjištění je přímo zarážející, a to vše navíc při vědomí toho, že Plevová (2011) za nezbytnou součást péče považuje právě dostatek času. Ptáme se tedy: „Z jakého důvodu nastává takováto časová tíseň? Může za to systém či nedostatečný počet personálu?“ Sestra z ONP objasňuje: „Máme zde 50 lůžek, kdy přes den jsou na oddělení dvě sestry a dvě staniční sestry plus sanitářky. Na noc jsou dvě sestry a jedna sanitářka, což si myslím, že je na 50 lidí strašně málo, nezbývá na pacienty čas.“ Tento stav bychom mohli považovat za alarmující. Marková (2012) uvádí jako optimální počet nelékařského personálu v denní službě poměr 1:3 k počtu pacientů. Gallagher (2004) považuje právě dostatek času jako příležitost k zjištění, jaké svěřená osoba vyznávala a vyznává hodnoty, jaké měla a má ideály, předsudky a osobní etiku a především jaká je její minulost. Rádi bychom uvedli zkušenost pacientky z CHIR, která říká: „Jedna studentka za mnou chodila častěji. Nevím proč, ale mám jí neustále v paměti. Seděla u mě a poslouchala mé vyprávění. Já ráda vyprávím. Hovořila jsem o svém životě a o svých vnoučatech. Předávala jsem jí moudra, které by jí mohly být k užítku v svém životě.“ Pacientka jinými slovy uvedla, že jí bylo nasloucháno. Venglářová, Mahrová (2006) uvádí, že naslouchání je lidskou potřebou, která je v případě naplnění nápomocná k zachování lidské důstojnosti.

Svatošová (2011) upozorňuje na to, aby tato potřeba byla uspokojena, je nutné se naučit naslouchat a k tomu slyšet a všimát si mnohem víc. Domníváme se, že naslouchání je uměním, které ne každý ovládne. Přičemž většinou stačí pouze snaha o naslouchání či náznak a pacient si snahy všimne. Odměnou bude tak pacient nejen vděčný, ale hlavně spokojený.

Jsme si jisti, že zachování lidské důstojnosti stejně jako identitu konkrétní osoby ovlivňuje též i správné oslovování pacienta. Plevová (2011) naráží na oslovování, jako je „dědo,“ „babi“ či za pomoci zdvořilých, které hodnotí jako nevhodné. Sestra z ONP uvádí oslovování prostřednictvím těchto výrazů jako zakázané. Pacient z ONP při dotazu, na to jakým způsobem je oslovován, odpověděl: „Oslovován jsem příjmením.“ Tyto výpovědi postačily k utvoření představy o oslovování pacientů na ONP. Bohužel jsme mohli být svědkem toho, že někteří pacienti na jiném ONP oslovování prostřednictvím výše zmíněných zdvořilých byli. Jsme přesvědčeni o tom, že neporušitelným základem pacientova oslovování je příjmení. Za zajímavý považujeme experiment, ve kterém Zgola (2003) zjistil, že poté, co se začalo důsledně oslovovat pacienty jejich titulem, došlo k závažným změnám v běžném chování všech zúčastněných na péči. Rozšířila se příjemná společenská interakce a pacientům byla navíc připomenuta jejich identita.

Závěr

Sledování problematiky umožnilo zjistit pohled sester na možnosti zachování pacientovy autonomie, intimity, podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí a též odpovědět na to, zdali současné ošetrovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost z pohledu pacientů. Zjistili jsme, že autonomie pacientů je zachována pouze na chirurgickém oddělení.

Na oddelení následné péče pacientova autonomie zachována není, veškerá iniciativa je přenechána zdravotnickému personálu. Lidská důstojnost je podporována na obou odděleních, přičemž stěžejní překážkou je nedostatečný počet personálu a času a na oddělení následné péče dále nevhodná úprava prostor. Snaha zajišťovat intimitu a soukromí probíhá sestrami na obou odděleních, kde jsou opět vnímány překážky, a to nedostatek času, personálu a na ONP navíc mnoho pacientů na pokoji. Tímto bylo zjištěno, že současné ošetrovatelství naplňuje právo pacienta na lidskou důstojnost spíše na průměrné úrovni i to, že si sestry uvědomují možnosti zlepšení v této oblasti ve prospěch pacientů. Do budoucna by bylo dobré provést kvantitativní výzkumné šetření, které by zjistilo rozsáhlejší pohled sester a pacientů na možnost zachování autonomie, intimity a podpory lidské důstojnosti v nemocničním prostředí. Abychom poskytovali humánní péči, je však nutné si neustále uvědomovat, že středem péče zůstává člověk, který je nám rovný.

Seznam bibliografických odkazů

- BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s.
- BÁRTLOVÁ, S. – CHLOUBOVÁ, I. – TREŠLOVÁ M. 2010. *Vztah sestra – lékař*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s.
- ČELEDOVÁ, L. – ČVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. 126 s.
- GALLAGHER, A. 2004. Dignity and Respect for Dignity – Two Key Health Professional Values: Implications for Nursing Practice. In *Nursing Ethics*, 2004, vol. 11, no. 6, pp. 587-599.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002.
- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. 797 s.
- HRŮZOVÁ, M. *Lidská důstojnost a sestra*. České Budějovice, 2008. 111 s. Diplomová práce (Mgr.). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- JIRÁK, R. – HOLMEROVÁ, I. – BORZOVÁ, C. et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 164 s.
- JO, K. H. – DOORENBOS, A. 2009. Understanding the meaning of human dignity in Korea: a content analysis. In *International Journal of Palliative Nursing*, 2009, vol. 15 no. 4, pp. 178-185.
- KOPŘIVA, P. 2008. *Respektovat a být respektován*. Bystřice pod Hostýnem: Spirála, 2008. 286 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 198 s.
- MARKOVÁ, M. 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. 128 s.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví: základní otázky lékařské etiky*. Brno: NCONZO, 2007. 164 s.
- NAKONEČNÝ, M. 2000. *Lidské emoce*. Český Těšín: Academia, 2000. 335 s.
- PAVLÍKOVÁ, S. 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. 149 s.
- PLEVOVÁ, I. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. 223 s.
- PTÁČEK, R. – P. BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s.
- RAUDENSKÁ, J. – JAVŮRKOVÁ, A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 304 s.
- SCOTT, A. et al. 2003. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European Countries. In *Nursing Ethics*, 2003, vol. 10, no. 1, pp. 28-38.
- SVATOŠOVÁ, M. 2011. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2011. 109 s.
- SVOBODOVÁ H., – J. ŠIMEK. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In *Časopis lékařů českých*. Praha: Ústav pro lékařskou etiku a ošetrovatelství 3. LF UK, 2006, s. 495-497.
- TOMEY, A. M. – ALLIGOOD, M. R. 2006. *Nursing theorists and their work*. St. Louis: Elsevier Mosby, 2006, 560 p.
- VENGLÁŘOVÁ, M. – MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 397 s.

ZACHAROVÁ, E. – HERMANOVÁ, M. – ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnícká psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. 229 s.

ZGOLA, J. 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 226 s.

Kontakt

Mgr. Petrovicová Eva

Zdravotně sociální fakulta, JU v Českých Budějovicích

U Výstaviště 26

37005 České Budějovice

Česká republika

E-mail: evap2429@gmail.com

Prijaté: 8. 2. 2016

Akceptované: 21. 3. 2016