

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**„Etika všedního dne“ ve zdravotnických zařízeních**  
**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil**

**Autor práce:**  
**Kristýna Ludvíková**

**2008**

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Etika všedního dne“ ve zdravotnických zařízeních, vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

V Českých Budějovicích dne: .....

.....

Kristýna Ludvíková

**Poděkování:**

Děkuji svému konzultantu Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi za rady, podněty a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

## **Abstract**

The title of the submitted bachelor's thesis is: Ethic of the workday in medical facilities. This thesis clarifies the reality of the nursing as well as health care provided by nurses and physicians to patients in the aspect of observing the basic ethical standards and regulations.

The theoretical part of the thesis deals with ethical concepts generally, moreover it explains the changes of paternalism in the partnership as way of meeting physicians with patients. The characterisation of the primary and well as secondary topics of the medical ethics follows. After this, the theoretical part is focused on the secondary topics of the medical ethics, i.e. ethics of the „workday“ for all the helping professions. Attention in the bachelor's work is devoted also to conditions of the ethical behaviour in the usual medical practice, e.g. respect to the ill person (client), assuring the maximum benefit for the client, protection of the ill person from the so-called dehumanisation of the medicine and mutual trust.

The treatise aims, based on the research in the selected departments of the Hospital České Budějovice a.s. and in private medical offices of general practitioners at characterising the satisfaction of the patients with the ethical attitude on the usual day of the medical staff (physicians as well as nurses). The postulated hypothesis is that the patients complain about the ethical attitude of the physicians and nurses in the departments of hospitals more than in the private medical offices and this hypothesis was confirmed. The research was performed in 4 wards of the Hospital České Budějovice a.s.: surgical, nerve, women and internal ward and in 3 private medical offices of general practitioners for adults in České Budějovice. As research method, the method of questioning was applied, the technique of the information collection was the questionnaire. The information acquired from patients was processed manually, by the line method and basic statistics. The graphic representation was performed by means of the sector and column diagrams in Microsoft Excel and Microsoft Word programs. In the discussion, the results are compared with the professional literature and the work hypotheses are evaluated. In the end, the own opinions on the given issue as well as recommendation for practice are stated.

## Obsah

Úvod .....	6
<b>1. Současný přehled z problematiky .....</b>	<b>7</b>
1.1. <i>Základní pojmy</i> .....	7
1.2. <i>Vývoj lékařské etiky</i> .....	8
1.3. <i>Změny paternalismu v partnerství</i> .....	11
1.4. <i>Velká a malá témata lékařské etiky</i> .....	12
1.5. <i>„Etika všedního dne“ u pomáhajících profesí</i> .....	14
1.5.1. <i>Etické roviny ve zdravotnictví a sociální práci</i> .....	14
1.5.2. <i>Závažná etická pochybení</i> .....	16
1.5.3. <i>Zásady, které jsou podmínkou etického jednání</i> .....	17
1.6. <i>Základní zásady přístupu zdravotních sester k nemocným</i> .....	18
<b>2. Cíl práce a pracovní hypotéza .....</b>	<b>21</b>
2.1. <i>Cíl práce</i> .....	21
2.2. <i>Pracovní hypotéza</i> .....	21
<b>3. Metodika a charakteristika sledovaných souborů .....</b>	<b>22</b>
3.1. <i>Metodika</i> .....	22
3.2. <i>Charakteristika sledovaných souborů</i> .....	22
<b>4. Výsledky výzkumu.....</b>	<b>23</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>45</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>49</b>
<b>7. Seznam použité literatury .....</b>	<b>50</b>

## Úvod

Lidská společnost prochází vývojem, který můžeme pozorovat i v medicíně. Věda i technika jsou pro nás spojeny s představou pokroku. V této souvislosti se však také často hovoří o „dehumanizaci medicíny“, kdy pokrok (reprezentovaný např. technickým vybavením) je překážkou partnerského vztahu lékaře a pacienta. Lékařští etikové popisují tento jev tak, že „mezi lékařem a pacientem stojí přístroj.“ Tento jev vyvolal ve světě reakci směřující k posunu od paternalistického vztahu lékaře (zdravotníka) a pacienta. Období komunistické totality způsobilo, že v tomto trendu zaostávají čeští zdravotníci za svými kolegy ze západních zemí, zatímco po stránce ryze odborné s nimi „drží krok“.

V denním tisku se opakovaně setkáváme s výsledky výzkumů veřejného mínění, které ukazují, že čeští pacienti si vysoce cení odbornosti svých lékařů, ale vyjadřují se velmi kriticky k jejich komunikaci, jednání a obecně k přístupu k pacientovi jako partnerovi. Předmětem profesní etiky ve zdravotnictví by tedy neměly být pouze „velké“ otázky rozhodování, ale i „malé“ otázky etiky „všedního dne“: tedy vstřícné a ohleduplné chování, příjemné vystupování, dodržování povinné mlčenlivosti, respekt k právům a zvláštnostem pacienta, komunikace s rodinou atd. (Haškovcová, 2000)

Téma: „Etika všedního dne“ ve zdravotnických zařízeních, jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku, jako zdravotní sestra jsem se při studiu na Střední zdravotnické škole v Českých Budějovicích setkala s řadou problémů souvisejících s dodržováním práv pacientů. Myslím si, že se často hovoří o etickém přístupu zdravotníka k pacientovi, ale v praxi je často vidět nedodržování základních etických norem a pravidel. Zdravotník by neměl být pouze osobou odborně pomáhající, ale především lidsky blízkou.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na zaznamenání rozdílů na jednotlivých odděleních (chirurgické, nervové, ženské a interní) a na porovnání etického přístupu lékařů a zdravotních sester na těchto odděleních nemocnice a soukromých ordinacích praktických lékařů pro dospělé.

## 1. Současný přehled z problematiky

### 1.1. Základní pojmy

**Etika** (ethika, řec. Ethos – mrav) je věda o mravnosti. Dříve byla etika nazývána **mravovědou** (např. český filosof Josef Durdil), častěji též **praktickou filosofií** (např. Johann Friedrich Herbart a T. G. Masaryk). V odborném písemnictví lze najít i další označení etiky; český filosof František Klácel např. doporučoval termín **dobrověda**. Etika je teorií mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce. Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivců i společnosti. Mravní zásady, kterými se lidé řídí, protože je uznávají, se v průběhu času mění. Etika též tematizuje otázku, proč a za jakých okolností dochází k proměně tzv. uznávaných hodnot v jiné, rovněž akceptované; v tomto smyslu se hovoří též o tzv. etice srovnávací. (Haškovcová, 2002)

**Morálka** (z lat. mos – mrav, moralit – mravní) reprezentuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti. Tímto výrazem se zpravidla označuje soubor pravidel uznávané mravnosti. Jednotlivec v souladu s obecným souhlasem pokládá taková pravidla za závazná pro své konkrétní jednání a chování. Pojem „moralis“ vznikl Ciceronovým překladem řeckého ethikos do latiny. Pojem zdomácněl zejména ve Francii (Příkanský, 1999). Morálku tedy vnímáme jako soubor norem chování. Jde o normy zvykové (podání ruky), normy mravní (uvolnění místa), normy právní (jízda na zelenou). (Sokol, 2003)

**Biotika** je termín, který není, který není chápán jako synonymum lékařské etiky, ale je to pojem nadřazený pojmu lékařská etika. (Ondok, 1999) Biotika studuje etické otázky v souvislosti se vznikem a závěrem života a života vůbec. Překračuje rámeček existence člověka a jeho začlenění do přírody, řeší i vztah k životnímu prostředí. (Kutnohorská, 2007)

**Lékařská etika** souhrnně označuje etické problémy v lékařství; přesné vymezení tohoto pojmu koreluje s obsahem lékařské etiky jako samostatné vědní disciplíny.

Pojem lékařská etika je v českém kontextu dosud neustálený, i když má majoritní charakter. Konkurují mu však další pojmy, např. medicínská etika. Výraz **zdravotní etika**, který bývá používán ve stejném významu, ačkoliv fakticky uvozuje problémy týkající se etiky ve zdraví. Zdravotnická etika je pojem zcela odlišný od termínu lékařská etika, neboť souhrnně označuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů. (Kořenek, 2004). Označuje také etické problémy zdravotních sester a ošetřovatelek. V českém odborném jazyku je vhodné používat i opisných výrazů: **etika v ošetřovatelství a etika v práci sestry**. (Haškovcová, 2000)

## ***1.2. Vývoj lékařské etiky***

Základem lékařské etiky byla vždy etika hippokratovská, vycházející z přísahy Hippokratovy (Munzarová, 1996). Rozhodování lékaře tedy spočívalo na posouzení, zda určitá forma jednání vyústí v dodržení těchto zásad, a to nejen vůči nemocnému, ale i vůči sobě. V průběhu času byl text v naší kulturní oblasti uváděn do souladu s židovsko-křesťanskou tradicí (Munzarová, 2002). V islámských zemích pak s teologií islámu. Zásady byly rozšiřovány i o jiné povinnosti, aniž by tyto byly v rozporu s oněmi původními, v přísaze uvedenými. Takovéto syntézy se staly výchozím bodem lékařských přísah a etických kodexů. Nebylo žádných důvodů k tomu, cokoliv v tomto směru měnit nebo zpochybňovat (Munzarová, 2005(1)).

Ke kritice některých z těchto zásad dochází až ve druhé polovině minulého století, především v USA (Munzarová, 2002). Důvodem byly velké změny v oblasti společenské obecně (lepší vzdělání, větší rozšíření demokratických principů skrze uplatňování občanských práv, změna v cítění, pokud jde o společně sdílené hodnoty, nedůvěra v autority a instituce jakéhokoliv typu a podobně), stejně tak, jako v lékařství samotném (specializace, institucionalizace, depersonalizace léčebné péče, přibývání těžkých a netušených etických problémů, souvisejících s novým poznáním a s novými možnostmi). Nutným výsledkem bylo zpochybnění tradičního mravního zakotvení společnosti obecně a lékařství zvláště, s požadavkem alternativních modelů vyučování a



praktikování lékařské etiky. (Počátky uvedené změny myšlení je však možno vysledovat až do 17. – 18. století. Lze v tomto kontextu připomenout teorii poznání Johna Locka, polemizující proti vrozeným idejím a postojům a kritizující etický apriorismus, Rousseauovu interpretaci „společenské smlouvy“ a Kantovu angažovanost pro respekt k autonomii osoby).(Munzarová, 2005(1)).

V posledních letech přibývá kritiků, pro které jsou principy lékařské etiky jakási „mantra“, automaticky aplikovatelná, a to bez pevného mravního základu.

Někteří si však také uvědomují, že v dnešním postmoderním světě lze stěží vést dialog o morálce; musíme s povděkem konstatovat, že jej můžeme opírat alespoň o nějaké principy (Šimek 2003). V současnosti je mnohde upřednostňován princip respektu k autonomii a to hlavně jako protiváha autoritativního, paternalistického, tradičního modelu hippokratovského (Munzarová, 1996).

Je třeba uvítat, podporovat a ochraňovat schopnost nemocného činit rozhodnutí. Pokud jde o výzkum, je projev jeho autonomie, vyjádřený tzv. informovaným souhlasem, absolutní nutností.

Dnes se stále častěji setkáváme také s termínem biotika, který je někdy používán téměř jako synonymum lékařské etiky, ač to není správné. Pojem byl poprvé použit počátkem 70. let minulého století v názvu knihy amerického onkologa V. R. Pottera. Obor je širší než lékařská etika, reflektuje pokroky i v biologických vědách a snaží se sjednotit požadavky, vycházející z oborů jiných (právo, filosofie, teologie, sociologie, psychologie, ekologie a podobně). Z této disciplíny zcela jistě zůstalo „bio“, „etika“ se však mlží a nebo mizí úplně. Mnozí význační představitelé oboru nekladou již základní otázku, co je to dobrý život a co by mělo být děláno pro to, aby dobrým byl, nýbrž otázku, jaká je kvalita života (a to často podle pohledu zvenčí a nikoliv pohledem toho, o jehož kvalitu běží). Na tomto poli býváme svědky jen jakýchsi popisů problémů, preferencí, popisů a postojů, bez jakéhokoliv hledání rozdílů mezi správným a nesprávným. (Munzarová, 2005(1)).

Etika je disciplínou filosofickou. Jedná se však o praktickou filosofii, zabývající se ne tím, co je, ale tím, co by být mělo. Etika je hledáním. Je úvahou a rozpravou o tom, co je a co není dobré, přičemž motivem úvahy a rozpravy je starost. Kde této

starosti není, přichází etika zkrátka“ (Příhoda, 1994). Objevují se nepříjemné šedé zóny mezi správným a nesprávným řešením. Je jisté, že v pluralitní společnosti, v níž žijeme, se hůře než kdykoliv dříve nachází společná pravda a to i pravda o člověku. Všichni se musíme shodnout na společné pravdě, na níž můžeme stavět dál. Taková pravda je formulována ve Všeobecné deklaraci lidských práv (OSN, 10. 12. 1948), na niž se ostatně téměř všechny níže uvedené i pro nás závazné předpisy a doporučení odvolávají až do dnešních dnů. „Všeobecná deklarace lidských práv je dílem velkých vizionářů. Je prvním právním dokumentem, který stanoví všeobecná práva platná pro všechny lidi. Dodnes je stejně živoucí a důležitá, jako v den svého přijetí“(1) Cituji zde tedy alespoň nejzákladnější články deklarace, které se týkají našeho kontextu:

Článek 1: Všechny lidské bytosti se rodí svobodné a sobě rovné, pokud jde o důstojnost a práva. Jsou obdařeny rozumem a svědomím a měly by jednat jedna s druhou v duchu bratrství.

Článek 2 (1): Každý má všechna práva a všechny svobody stanovené touto Deklarací, bez jakéhokoliv rozlišování – jako je rasa, barva ... nebo jiné postavení

Článek 3: Každý má právo na život, svobodu a bezpečnost své osoby.

Článek 6: Každý má právo být všude uznáván jako osoba před zákonem.

Článek 7: ... Všichni mají právo na stejnou ochranu proti jakékoliv diskriminaci, která porušuje tuto deklaraci a proti každému podněcování k takovéto diskriminaci.

Článek 25 (1): Každý má právo ... na zabezpečení v nemoci, v nezpůsobilosti ..., ve stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, k nimž došlo v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli.

V úvodní preambuli k této deklaraci zaznívá, že pravda o „přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných právech všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě“. Na těchto pevných základech je možno znovu obnovit a vybudovat i zcela „moderní“ lékařskou etiku. (Munzarová, 2003).

### *1.3. Změny paternalismu v partnerství*

Vědecký a technický pokrok je výrazný především v našem století. Do praktické medicíny pronikla celá řada systémových změn zejména v období po druhé světové válce. Jiná je medicína, jiní jsou lékaři, změnili se i pacienti. Paternalistický model vztahu lékař a pacient je nadále neudržitelný. Dochází postupně k proměně a odborníci vyzývají k partnerství. Odhadují, že v průběhu příštích 25 let zvítězí partnerství jako nosný způsob vzájemného setkávání lékařů s nemocnými. Změna od paternalismu k partnerství nebyla „naplánována“ a ani není. K partnerství jako strategii docházelo spontánně v průběhu poválečných let a odborníci spíše vysvětlují zákonitosti tohoto jevu, popisují vhodné formy perspektivní spolupráce a zdůrazňují, že nového trendu je třeba přizpůsobit i organizační struktury zdravotnických systémů. (Haškovcová, 1996)

Paternalistický (otcovský) model vztahů vyhovoval po staletí a ještě dnes má omezené, ale důležité místo v medicíně (první pomoc, neodkladná péče, dětské lékařství atd.) Jeho podstata tkví v tom, že se nevzdělaný pacient obracel na vzdělaného a mocného lékaře způsobem, jak to činí dítě vůči svému rodiči. Lékař rozhodoval, pacient bez námitek a vděčně přijímal všechny jeho rady a doporučení. Týmová práce zdravotníků, vyšší vzdělanost nemocných a akcent na autonomii a další lidská práva přispěli k tomu, že se paternalismus jako dominantní strategie vztahů a nemocných „přežil“. Postupně se objevuje snaha o nové uspořádání základních vztahů a hovoří se o partnerství. Charakter tohoto partnerství musí být profesionální, nikoliv faktický. (Haškovcová, 2000)

Pamatujme také na ošetřující, tedy především na lékaře, jejichž možnosti pomoci jsou sice značné, ale přece jen omezené. (Haškovcová, 1996)

**Důvody, které se staly předpokladem změny paternalismu v partnerství, jsou četné, jmenujme alespoň ty podstatné:**

1. lidská práva a individuální svobody
2. vzdělání
3. rozvoj vědecké medicíny
4. početní nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných
5. nové dilematické situace

Paternalistický vztah lékaře k nemocnému není nadále udržitelný. Současná situace je však velmi komplikovaná a nepřehledná. Je nepochybné, že je nutné najít nový způsob vzájemné komunikace a kvalitativně nových vzorců chování. Aby se to zdařilo, je potřebné znát to, co člověk ve své nové roli potřebuje. To není tak snadné, jak by se na první pohled mohlo zdát. Lékaři se soustředili především na nemoc, na nemocný orgán či poškozenou funkci a jisto je, že v této oblasti nepochybně dobře znají potřeby svých nemocných. Bylo třeba tedy formulovat i ostatní potřeby nemocných, ty které byly moderní medicínou opomenuty, jakož i ty, které vznikly nově. Proto také vznikla práva pacientů.

Role lékaře a pacienta je v základech každému známá a odlišnost rolí je zřejmá. Očekávaným cílem by měla být situace, kdy lékař a nemocný společně bojují proti nemoci a nepřízni osudu. Bylo by velkou chybou eskalovat napětí a proměnit úsilí v partnerství v nepřátelství, jehož projevem by byl veřejný nebo skrytý boj lékaře proti nemocnému a nemocného proti lékaři. (Haškovcová, 1996)

#### ***1.4. Velká a malá témata lékařské etiky***

V profesi bychom měli stále usilovat o mravnost, a to jak v souvislosti s tzv. velkými, tak i s tzv. malými etickými tématy.

### **Velké témata lékařské etiky:**

1. problematika asistované reprodukce
2. problematika informovaného souhlasu
3. problematika ideální a dostupné medicíny
4. ochrana nenarozeného dítěte a práva ženy
5. etická kritéria experimentu na zvířatech
6. problematika umírajících
7. problematika eutanázie
8. problematika paliativní neboli útěšné medicíny
9. problematika transplantací orgánů
10. všechny etické kodexy týkající se pacientů
11. problematika genetického a genového inženýrství

Mezi tzv. **malá témata** patří určitě **tzv. zdravotnická etika běžného dne**, tedy vstřícné a ohleduplné chování, příjemné vystupování, dodržování povinné mlčenlivosti, respekt k právům a zvláštnostem pacienta, komunikace s pacientem jeho rodinou atd.(Haškovcová, 2000) Jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnické péče je spokojenost pacientů s poskytovanou péčí, která je subjektivním odrazem kvality ve vědomí pacientů a ukazuje nám, do jaké míry jsou uspokojovány potřeby nemocných. (Stasková, 2006)

Říká se, že není velkých a malých rolí, jsou jen velcí a malí herci. Toto rčení bychom mohli použít i pro naše účely. Zdravotní sestry pracují ve spolupráci s lékaři a jejich kompetence jsou určitým způsobem omezeny jak vzděláním, tak i profesní rolí. S jistou licencí můžeme říci, že hrají malé, ale zpravidla mimořádně důležité role. I velká témata mají totiž své konkrétní, malé a svízelné varianty, které řeší často právě zdravotní sestry. (Haškovcová, 2000) Pokud máme dosáhnout pokroku je rozhodující,

aby sestry, které mají ústřední postavení při poskytování primární péče, realizovaly, koordinovaly a vedly péči a aby jejich role byla ve všech oblastech vnímána jako zásadní. (3)

### ***1.5. „Etika všedního dne“ u pomáhajících profesí***

Je nepochybné, že pomáhající profese, ať už jde o zdravotnictví nebo o sociální sféru, představují systém, v němž se neúprosně odráží sociokulturní klima společnosti, její úroveň ekonomická, politická atd. Ve středověku existovaly jen velmi omezené možnosti, jak pomáhat trpícím, ať už v nemoci nebo sociálních situacích. Naši předkové v těchto dobách šamanské medicíny a existující organizované sociální práce považovali nemoc, smrt, utrpení a bídu za přirozenou součást života. (Goldmann, 2004). Tehdy bylo náboženství dominantní společenskou silou. To se na jedné straně snažilo pomoci různými charitativními aktivitami, na druhé straně však bylo náboženství chápáno jako cesta k vykoupení a tudíž nebylo nijak motivující v boji s tímto zlem. (Bláha, 1991)

Teprve s postupným růstem přírodovědných znalostí s prudkým rozvojem ne jen biologických, ale i společenských věd jsme se dostali postupně až k naší situaci, kdy v pomáhajících profesích vládne velmi účinnými prostředky. (Goldmann, 2004)

#### ***1.5.1. Etické roviny ve zdravotnictví a sociální práci***

- 1. Etická rovina bezprostředního léčebného vztahu.** Jde o zdravotníka, který je v přímém kontaktu s nemocným, který potřebuje pomoc. Hlavním etickým problémem je individuální interakce jednajících osob.
- 2. Etická rovina související s léčebnými cíli.** Jedná se o etickou dimenzi ve zdravotnických a sociálních systémech, ve vzdělání, v řádu a ve zdravotní a sociální politice.
- 3. Etická rovina, daná vazbou na celospolečenskou atmosféru.** Obecná kulturně-politická dimenze formuluje etické postoje k obecným problémům.

4. **Rovina právní.** Některý soudní výrok se může stát precedentským nejen z hlediska právního, ale i pro etické postoje.

Společenské změny a prudký rozvoj vědy, k nimž došlo v moderní době, významně ovlivnili odborné i etické vztahy mezi státem, pracovníky pomáhajících profesí a klienty. Sféře ve zdravotnictví si přisuzují až neomezené možnosti, jak naplňovat nároky zákonem zaručeného práva na zdraví, tak i práva na sociální zabezpečení. (Goldmann, 2004)

Důsledkem zvyšujících se nároků na zdraví jsou finanční problémy s pokrytím nákladů na žádanou péči a nezanedbatelné míře i nadužívání zdravotní a sociální péče a řadou dalších důsledků, často velmi negativních. (Sedlák, 1996)

Máme-li posuzovat postup a jednání lékaře v uvedených souvislostech, je třeba, abychom vzali na vědomí, že lékař je veden jednak snahou nemocnému pomoci, ale také snahou dosáhnout slušného příjmu a dobré společenské prestiže, protože „dobrý lékař se chváří sám“ (svou prací). Jinak ani nemůže, neboť reklama ve zdravotnictví je zakázána Etickým kodexem České lékařské komory. Rozhodování lékaře může být motivováno především těmito třemi možnostmi, podle toho si také dovedeme udělat představu o tom, jak která z nich ovlivňuje jeho jednání, chování a rozhodování. Lékaři ve zdravotnictví jsou si vědomi toho, že tíže odpovědnosti za veškeré jeho jednání a rozhodování je rozložena na celé pracovní kolektivy. (Goldmann, 2004)

Lékař je nejen reprezentant vědecké medicíny, ale také průvodcem nemocného. Provází nemocného v jeho obtížné situaci. Nároky na psychosociální vcítění se liší podle typu onemocnění, pacienta i charakteru služby. Vedle život zachraňujících zákroků přibývá estetizujících či komfortních zákroků, kde vystupuje do popředí spíše obchodní vztah než altruistický charakter. Vždy platí, že lékařovi soukromé pocity musí být jím samotným kontrolovány, aby nepřiměřeně neovlivňovaly jeho klinický výkon. (Křížová, 2006)

### 1.5.2. Závažná etická pochybení

1. **Neuznání a popírání jakýchkoliv nedostatků a omylů.** Někdy je to důsledek nedostatečné informovanosti o tom, co se na příslušném pracovišti děje, častěji však projev nekritičnosti, povýšenosti a neskromnosti, vyplývající z autoritativního vztahu k nemocným
2. **Kolegialita.** Kolegialita často kryje nedostatky nebo omyly v poskytované péči. Obzvláště zhoubné je, jedná-li tímto způsobem vedoucí pracovník, který má v rukou osud jiných, podřízených. Ve zdravotnictví se projevuje snahou hájit čest stavu, a tedy hájit čest kolegy, je-li ohrožena. Neetické je zastávat se kolegy i v takových případech, kdy skutečně pochybil a jeho pochybení vedlo k poškození pacienta
3. **Nedostatečná pozornost věnovaná nemocným** a nedostatečné naslouchání pacientům a jejich problémům, v podstatě jde o projev neúcty k nim. (Goldmann, 2004) Pacienti si často stěžují na nezáměr sestry o jejich osobu. Vidíme to v čekárnách plných pacientů i na oddělení. Je nepochybné, že v mnoha případech je nezáměr sestry o nemocného zapříčiněn nedostatkem času, ale ani ten neopravňuje sestru k netečnosti nebo nezdvořilému nebo dokonce arogantnímu chování k nemocnému. Nedostatek času někdy vede k nedůsledné ošetrovatelské péči. Mnohdy je však právě čas, který nemocným věnujeme, tím nejlepším lékem. (Cichá, 2006)
4. **Nekritické preferování různých diagnostických nebo léčebných „novinek“.** Otázkou je zda jsou tyto novinky voleny v zájmu pacienta, nebo v zájmu lékařovy snahy vypadat moderně a progresivně.
5. **Opomenutí zásady, že pacient je nejdůležitější.** Ne všichni zdravotníci si uvědomují, že nemocný není na obtíž, ale že je podmínkou práce zdravotníků.



Že je to vlastně nemocný, který dělá laskavost jim, zdravotníkům, že se od nich nechá léčit. (Goldmann, 2004)

### *1.5.3. Zásady, které jsou podmínkou etického jednání*

1. **Úcta k nemocnému (klientovi).** Měla by být základním rysem profesionálního jednání v medicíně, měla by být dominantní ve všech situacích, při jakékoliv komunikaci, s jakýmkoliv pacientem. Zdravotník musí být schopen přizpůsobit své jednání a chování potřebám nemocného, byť mohou být jakkoliv svérázné. Neznamená to však, že by jeho chování mělo přecházet až do „podbízivosti“. Umění vycítit přesně hranici potřebného přizpůsobení se a hranici rizika možného zneužití ze strany pacienta je znakem profesionality. Jedinečnost pacienta je nutná ctít a chránit, před neosobní šablonovitostí ošetřovatelských postupů. (Goldmann, 2004). Úcta k nemocnému, bez ohledu na to, o jakého nemocného jde, bez ohledu na to, jaké má onemocnění atd., je základním rysem či spíše předpokladem profesionálního chování v medicíně a ošetřovatelství. (Cichá, 2006)
2. **Zabezpečení maximálního prospěchu klienta.** To je jedna z dalších významných požadavků na práci pracovníků pomáhajících profesí. Cílem je minimalizovat jeho utrpení, poškození, frustraci, apod.
3. **Ochrana nemocného před tzv. dehumanizací medicíny.** Dehumanizace medicíny představuje velký etický problém, který je dán technizací a automatizací diagnostických a léčebných metod. Ubývá zdravotníků, kteří od začátku nemoci prožívají s pacientem jeho strasti a radosti, a kteří s ním vytrvají do vyléčení nebo až k hořkému konci. (Goldmann, 2004) „Odlidštění léčebně preventivní péče vede ke snížení důvěry nemocných v klasickou medicínu, a v nemalé míře se podílí na tom, že vzrůstá vliv tzv. alternativní medicíny, která uvedené dehumanizace využívá ve svůj prospěch“. (Olivar, 1992)

4. **Vzájemná důvěra.** Důvěra je základním předpokladem pro dobrou úroveň vztahu zdravotník – pacient. Často je důvěra chápána jednostranně, pouze jako požadavek porozumění zdravotníka pro potíže nemocného. Předpokládá se totiž, že pracovník vykoná vše co je pro dobro klienta. To je správný předpoklad, neboť důvěru klienta jinak získat nelze, a bez důvěry v osobnost zdravotníka je tento bipolární vztah stavbou do písku. V panující vzájemné nedůvěře je prosazení jakéhokoliv řešení daného konkrétního případu mnohem obtížnější.(Goldmann, 2004)

#### **1.6. Základní zásady přístupu zdravotních sester k nemocným**

Mnoho zdravotních sester pocítilo opravdovou lítost, když pacient, kterému se věnovaly a který se uzdravil, nejen že nepoděkoval, ale ještě kriticky zhodnotil jejich práci. Námitky vůči odbornému výkonu pacienti zpravidla nevznášejí. Kritické připomínky týkající se péče bychom však měli brát vážně, protože svědčí o tom, že pacient neměl subjektivní pocit dobré péče. Zdravotní sestry by se měly řídit základními etickými pravidly. Mezi tyto pravidla můžeme zařadit **deset základních pravidel**, která se dají obměnit podle konkrétního pracoviště:

1. Pacient přichází do prostředí, které nezná. Zdravotní sestra by ho měla přivítat a povzbudit ho. Pacient má právo vědět, kdo ho ošetřuje. Sestra by se mu měla představit jménem.
2. Nepodceňujeme význam informací, které se nám zdají být samozřejmé, ale pro nemocného jsou nové. Pacient, který má strach a obavy, jejichž intenzita není přímo úměrná závažnosti nemoci. Nepodceňujeme je u žádných stavů a snažíme se je minimalizovat. Pacient má právo vědět, co se s ním, bude v bezprostřední budoucnosti dít, a proto ho zdravotní sestra náležitě informuje. (Haškovcová, 2000) Také lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny, případně jeho partnera o povaze onemocnění a o potřebných

výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče. (2)

3. Při provádění určitého výkonu, informujeme nemocného o tom, co ho čeká a jak se výkon provádí, jak dlouho trvá a co od něho očekáváme.
4. Při hospitalizaci pacienta informujeme o tom, kde leží (oddělení, jeho umístění v systému nemocnice, číslo pokoje atd.) Důležité je pacienta také seznámit se základními pravidly nemocničního řádu nebo mu ukázat, kde je takový řád vyvěšen. Nepodceňujeme ani informace o tom, kde je telefon, kde je toaleta a kdy jsou možné návštěvy příbuzných a přátel. Měl by být také seznámen se zvyklostmi oddělení např., kdy se koná ranní a kdy večerní vizita. (Haškovcová, 2000) Kvalita komunikace je významným činitelem v ošetrovatelském procesu a také v systému kvality přímé ošetrovatelské péče. V mnoha studiích bylo prokázáno, že nedostatečná či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, ale v této souvislosti také platí, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu péče o pacienty. (Zacharová, 2006)
5. Každého pacienta by také měly zdravotní sestry poučit o existenci práv pacientů. Etický kodex by měl být na každém oddělení, v čekárnách ambulancí apod. běžně k dispozici (formou nástěnky nebo letáku)
6. Pokud je na pokoji více pacientů, měl by být nový pacient ostatním na pokoji představen a také spolupacienti by měli být představeni jemu.
7. Pacienta vždy řádně oslovujeme příjmením, před kterým nesmíme zapomenout uvést, pane či paní. Pokud má pacient akademický titul, tak ho v oslovení použijeme.

8. Před nemocným by měla zdravotní sestra, mluvit vždy srozumitelně a neměla by používat zdravotnickou hantýrku. Každý název vyšetření by měla vysvětlit. Podle vzdělanosti nemocného by však měla volit vhodnou úroveň komunikace.
9. Důležité je vytvořit prostor pro dotazy nemocného. Pacient má právo na vysvětlení a měl by mít jistotu, že svými dotazy neobtěžuje. Nesmělého nebo zamlklého je vhodné k otázkám vyzvat a ujistit ho, že poskytování validních informací je sesterskou povinností.
10. Pokud je pacient zdravotník, respektujeme jeho situaci. Často nemocný zdravotník „zapomene“ svou odbornost a potřebuje stejné vysvětlení jako laik. Jindy vykazuje zvýšenou citlivost, protože domýšlí svůj zdravotní stav do „nejhorších možných konců“. Je vhodné jej ujistit o standardním postupu a o chápavém přístupu.

## **2. Cíl práce a pracovní hypotéza**

### ***2. 1. Cíl práce***

Cílem je zjistit, jaký je první dojem kontaktu pacienta s lékařem a zdravotní sestrou (pozdrav, oslovování, úsměv, postoje, důvěrnost, apod.)

### ***2. 2. Pracovní hypotéza***

Pacienti v soukromých ordinacích praktických lékařů jsou více spokojeni s etickým přístupem zdravotníků než pacienti na odděleních nemocnice.

### **3. Metodika a charakteristika výzkumných souborů**

#### ***3. 1. Metodika***

Využila jsem metodu dotazování, technikou sběru dat byl dotazník.

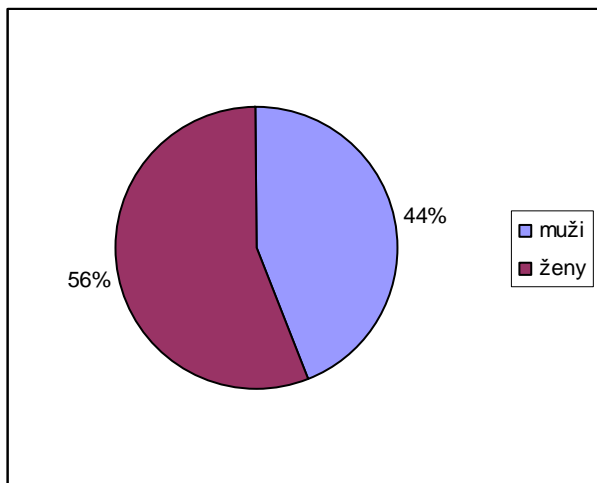
Dotazník obsahoval 21 otázek. Většinou každá se vztahovala jak na lékaře tak na zdravotní sestru. První 4 otázky byly identifikační, týkaly se pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a onemocnění, se kterým byli hospitalizováni, nebo se kterým přišli k lékaři.

#### ***3. 2. Charakteristika sledovaných souborů***

Zkoumaný vzorek se skládá z pacientů 4 vybraných oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. (chirurgické, nervové, ženské a interní oddělení) a ve 3 čekárnách soukromých ordinacích praktických lékařů pro dospělé v Českých Budějovicích. Velikost celkového vzorku je 109 respondentů. Z toho 91 respondentů z oddělení nemocnice a 18 respondentů ze soukromých ordinací

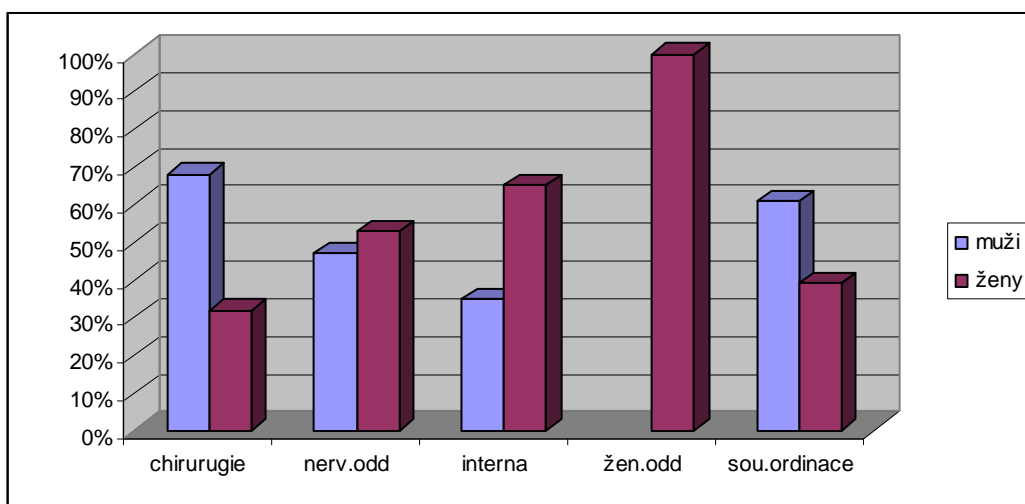
#### 4. Výsledky výzkumu

**Graf 1 Pohlaví všech respondentů**



Z grafu 1 můžeme vyčíst pohlaví všech respondentů. Graf znázorňuje, že 56% (61) respondentů bylo ženského pohlaví a 44% (48) respondentů pohlaví mužského.

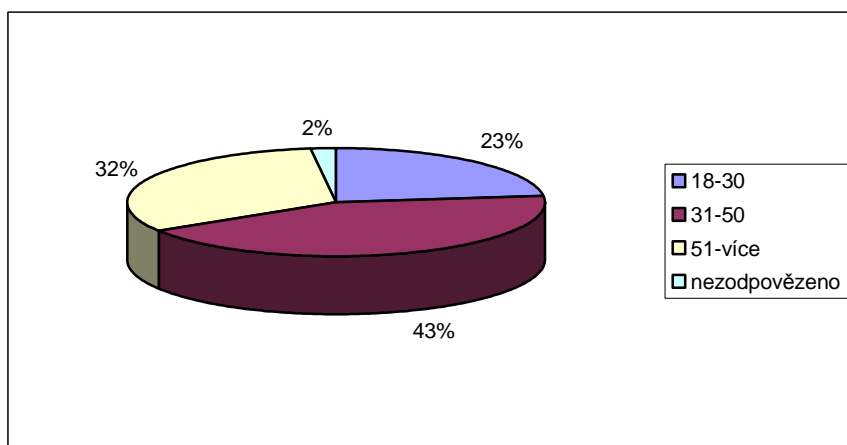
**Graf 1 / a Pohlaví respondentů na jednotlivých odděleních nemocnice a v soukromých ordinacích praktických lékařů**



Graf 1/ a demonstruje pohlaví respondentů jednotlivých oddělení nemocnice České Budějovice – chirurgie, nervové oddělení, interní oddělení a ženské oddělení a tři

soukromé ordinace praktických lékařů v Českých Budějovicích. Z grafu plyne, že na oddělení chirurgie se výzkumu zúčastnilo 68% (19) mužů a 32% (9) žen. Na nervovém oddělení bylo 47% (9) dotázaných mužského pohlaví, 53% (10) ženského pohlaví. Na interním oddělení bylo respondentů mužského pohlaví 35% (9) a respondentů ženského pohlaví 65% (17). Na ženském oddělení se zúčastnilo výzkumu 100% žen (18) a v soukromých ordinacích praktických lékařů bylo dotázaných mužského pohlaví 61% (11) a ženského pohlaví 39% (7).

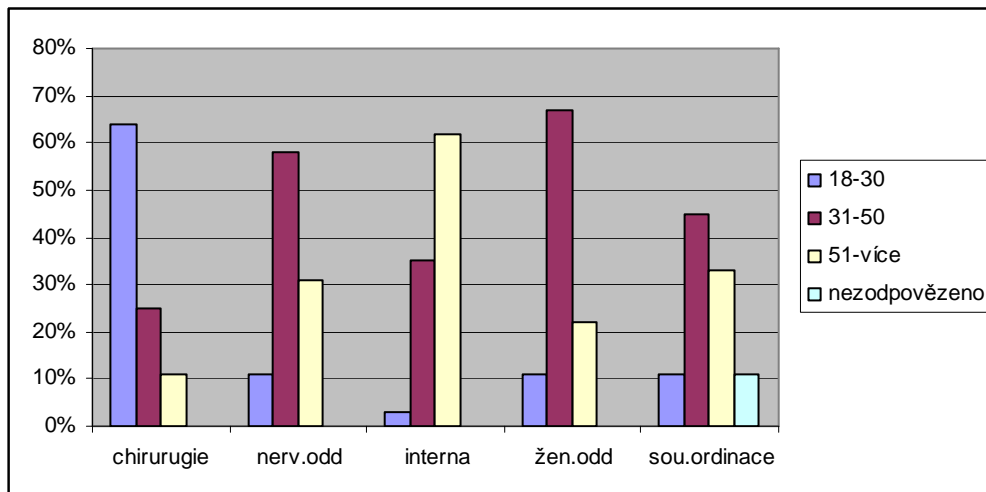
**Graf 2 Věk všech respondentů**



Věk všech respondentů jsme rozdělili do 4 skupin. Z grafu 2 je patrné, že 33% (25) respondentů se nacházelo ve věkovém rozpětí 18 – 30 let, 43% (47) 31 – 50 let, 32% (35) 51 a více a 2% (2) dotazovaných tuto otázku nezodpovědělo.

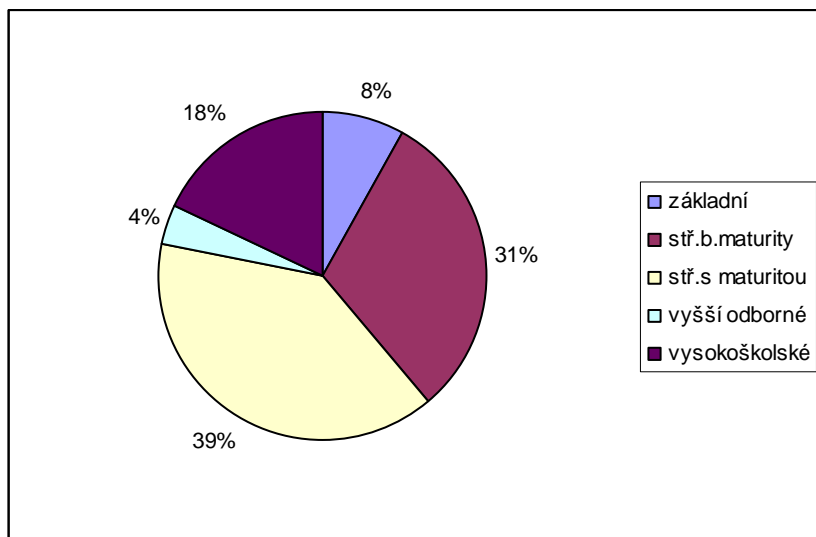


**Graf 2 / a Věk respondentů na jednotlivých odděleních nemocnice a v soukromých ordinacích praktických lékařů**



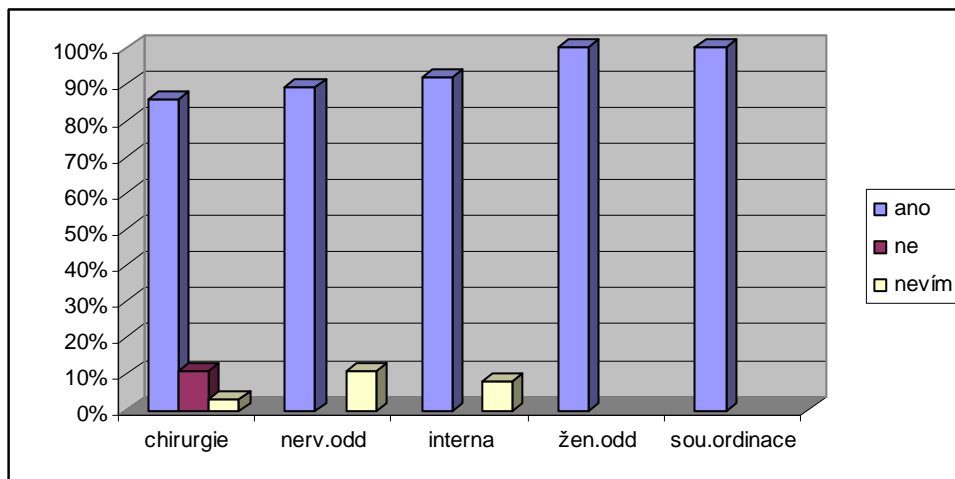
Na grafu 2 / a vidíme rozvrstvení respondentů podle věku na jednotlivých odděleních nemocnice a v soukromých ordinacích praktických lékařů. Na odděleních chirurgie se 64% (18) dotázaných nacházelo ve věkovém rozmezí 18–30 let, 25% (7) 31–50 let a 11% (3) v rozmezí 51 a více let. Na nervovém oddělení se 11% (2) respondentů pohybovalo v rozmezí 18–30 let, 58% (11) 31–50 let a 31% (6) 51 a více let. Na interním oddělení bylo 62% (16) dotázaných ve věkovém rozmezí 51 a více let, 35% (9) 31–50 let a 3% (1) 18–30 let. Na ženském oddělení se 11% (2) dotázaných nacházelo ve věkovém rozmezí 18–30 let, 67% (12) 31–50 a 22% (4) 51 a více let. Soukromých ordinacích praktických lékařů 11% (2) v rozmezí 18–30, 45% (8) 31–50, 33% (6) 51 a více a 11% (2) respondentů věk nezodpovědělo.

**Graf 3** *Vzdělání všech respondentů*



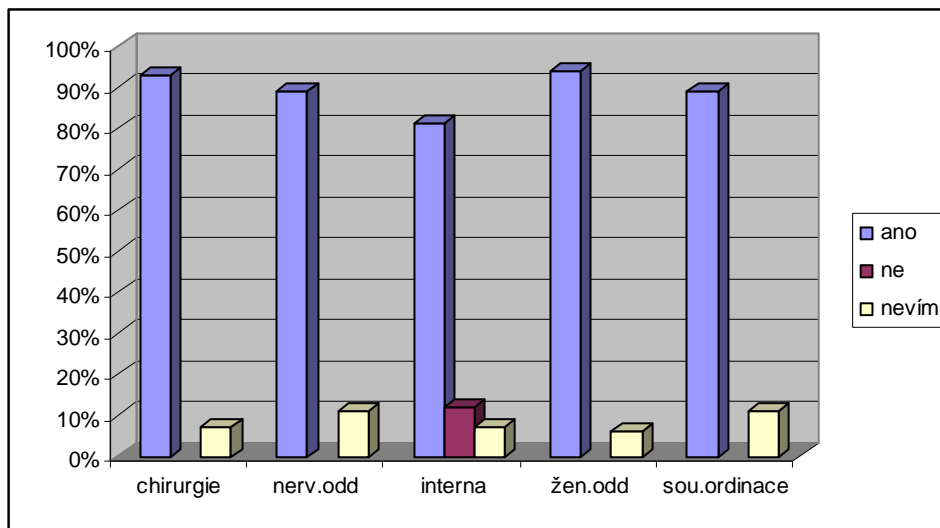
Graf 3 znázorňuje vzdělání všech respondentů. 39% (43) respondentů absolvovalo středoškolské vzdělání s maturitou, 31% (34) středoškolské vzdělání bez maturity, 18% (19) vysokoškolské vzdělání, 8% (9) základní vzdělání a 4% (4) vyšší odborné vzdělání.

**Graf 4 Pozdrav lékaře při příchodu**



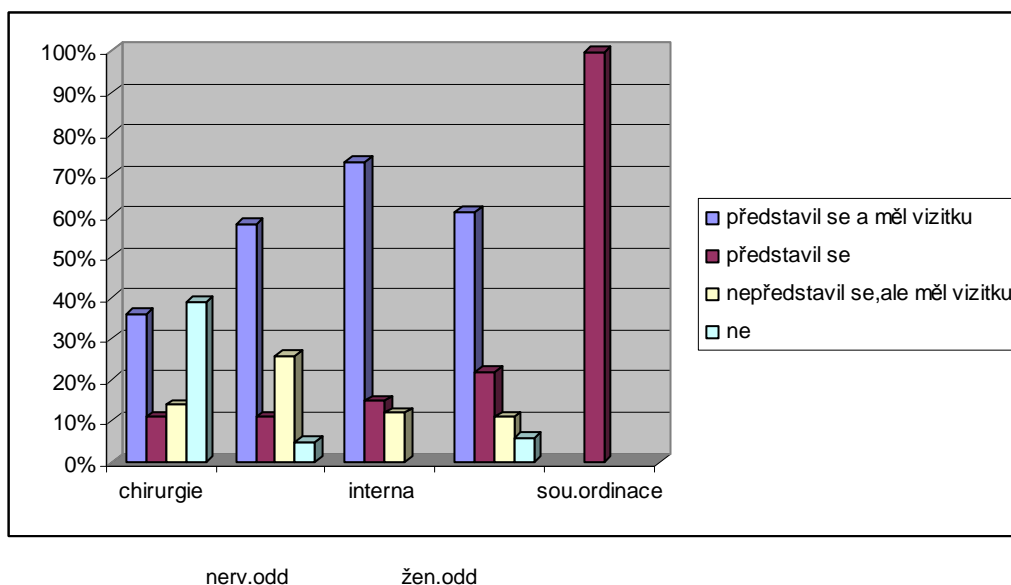
Z grafu 4 vyplývá, že 86% (24) respondentů na chirurgickém oddělení odpovědělo, že je lékař při příchodu pozdravil, 11% (3) odpovědělo, že je lékař nepozdravil a 3% (1) respondentů nevědělo, zda je lékař pozdravil. Na nervovém oddělení respondenti, na otázku zda je lékař při příchodu pozdravil, odpověděli 89% (17) ano a 11% (2) nevím. Na interním oddělení odpověděli respondenti na tuto otázku z 92% (24) ano a z 8% (2) nevím. Na ženském oddělení odpověděli všichni respondenti tedy 100% (18), že je lékař při příchodu pozdravil. V soukromých ordinacích praktických lékařů odpověděli respondenti také 100% (18), že je lékař při příchodu pozdravil.

**Graf 5 Pozdrav zdravotní sestry při příchodu**



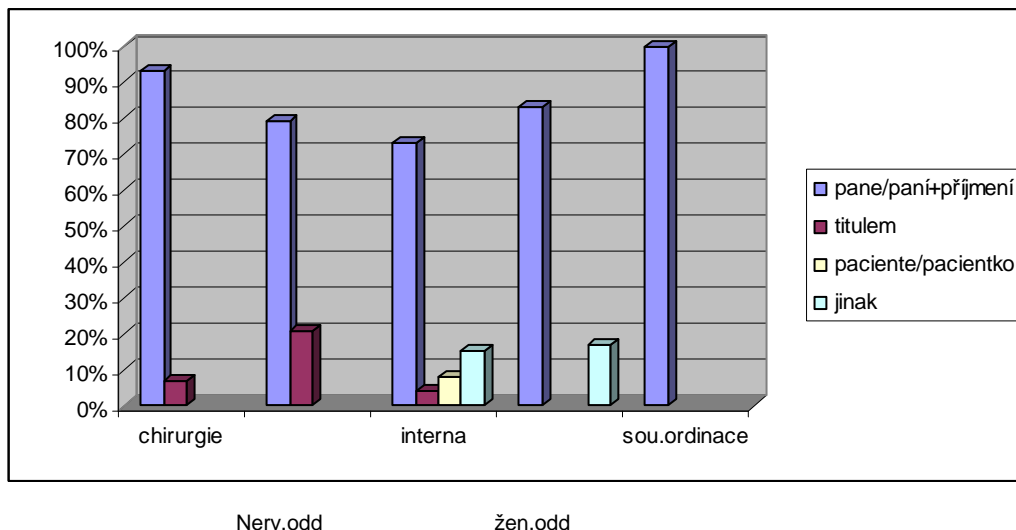
Na grafu 5 vidíme, jak respondenti odpovídali na otázku, zda je pozdravila zdravotní sestra při příchodu. Na chirurgickém oddělení odpovědělo 93% (26) respondentů, že je zdravotní sestra při příchodu pozdravila, 7% (2) odpovědělo, že neví. Na nervovém oddělení odpovědělo na tuto otázku 89% (17) ano a 11% (2) nevím. Na interním oddělení odpovědělo ano 81% (21), ne 12% (3) a nevím 7% (2) respondentů. Na ženském oddělení odpovědělo 94% (17) respondentů, že je zdravotní sestra pozdravila a 6% (1) respondentů, že neví. V soukromých ordinacích praktických lékařů odpovídali respondenti z 89% (16) ano a z 11% (2) nevím.

**Graf 6** Povědomí o jménu ošetřujícího lékaře



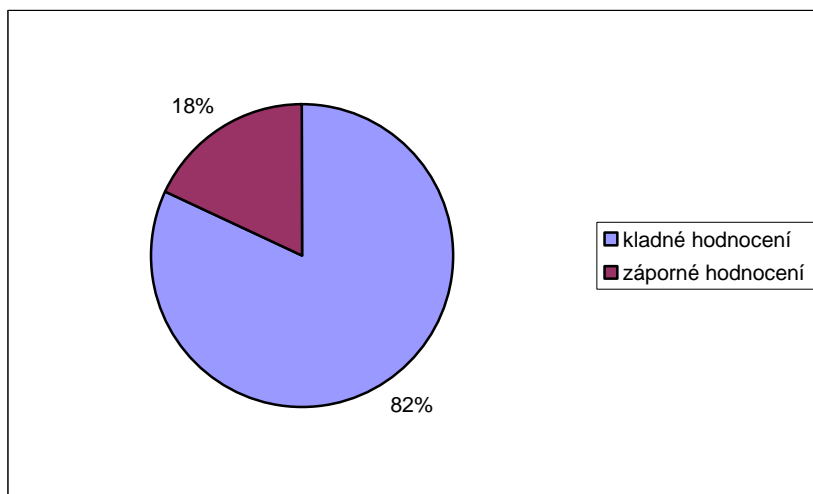
Z grafu 6 je patrné, jaká je znalost respondentů jmen svých ošetřujících lékařů. Na chirurgickém oddělení se lékař představil a měl také vizitku se jménem 36% (10) respondentům, 11% (3) respondentů se lékař představil, 14% (4) respondentů se lékař nepředstavil, ale měl vizitku se jménem a 39% (11) respondentů svého ošetřujícího lékaře neznalo. Na nervovém oddělení se lékař představil a měl vizitku se jménem u 58% (11) respondentů, u 11% (2) respondentů se lékař představil, u 26% (5) respondentů se lékař nepředstavil, ale měl vizitku se jménem a 5% (1) respondentů svého ošetřujícího lékaře neznalo. Na interním oddělení odpovědělo 73% (19) respondentů, že se jim lékař představil a měl vizitku se jménem, 15% (4) respondentů odpovědělo, že se lékař představil a 12% (3) odpovědělo, že se lékař nepředstavil, ale měl vizitku se jménem. Na ženském oddělení se lékař představil a měl vizitku se jménem 61% (11) respondentů, 22% (4) se lékař představil, ale neměl vizitku, 11% (2) se lékař nepředstavil, ale měl vizitku se jménem a 6% (1) respondentů svého ošetřujícího lékaře neznalo. V soukromých ordinacích praktických lékařů 100% respondentů znalo svého ošetřujícího lékaře.

**Graf 7 Oslovování lékaře**



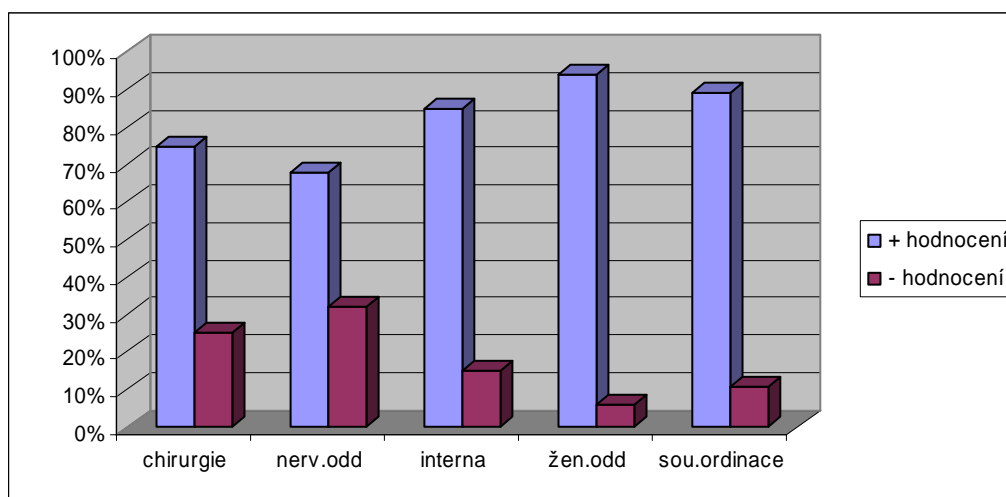
Graf 7 demonstruje, jak lékaři oslovují pacienty. Na chirurgickém oddělení 93% (26) respondentů oslovoval lékař pane/paní + příjmením, 7% (2) respondentů oslovoval lékař titulem. Na nervovém oddělení oslovoval lékař 79% (15) respondentů pane/paní + příjmením a 21% (4) titulem. Na nervovém oddělení 73% (19) oslovoval lékař pane/paní + příjmením, 4% (1) titulem, 8% (2) paciente/pacientko a 15% (4) jinak – pacienti zde uváděli oslovování babi, dědo. Na ženském oddělení 83% (15) respondentů uvedlo, že je lékař oslovoval pane/paní + příjmením a 17% (3) jinak – pacientky uváděly oslovování slečno, babičko. V soukromých ordinacích praktických lékařů uváděli pacienti oslovování pane/paní + příjmení ve 100%.

**Graf 8 Dojem z prvního kontaktu mezi lékařem a všemi respondenty**



Graf 8 nám znázorňuje, že 82% (89) všech respondentů hodnotilo první kontakt s lékařem kladně. Do kladného hodnocení patřilo, že byl lékař milý, usměvavý, ochotný, příjemný. 18% (20) všech respondentů hodnotilo první kontakt s lékařem záporně. V záporném hodnocení bylo obsaženo, že byl lékař neochotný, nepříjemný a nervózní.

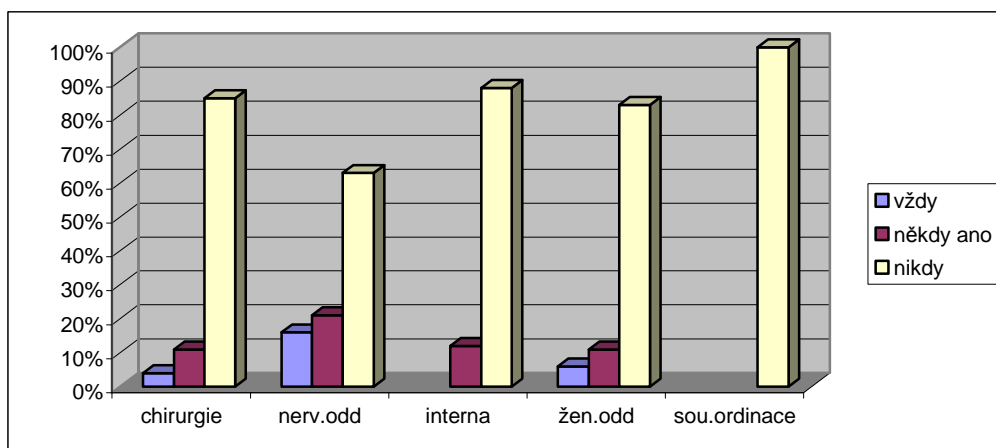
**Graf 8 / b Dojem z prvního kontaktu mezi lékařem a respondenty z jednotlivých oddělení**



Z grafu 8 / b můžeme vyčíst, jak pacienti hodnotili, jak na ně působil lékař při prvním kontaktu. Respondenti vybírali vlastnosti kladné – byl milý, usměvavý, ochotný, příjemný a vlastnosti záporné – neochotný, nepříjemný, nervózní. Na chirurgickém oddělení hodnotili první kontakt s lékařem kladně ze 75% (21) a záporně z 25% (7). Na nervovém oddělení 68% (13) pacientů hodnotilo první kontakt s lékařem kladně a 32% (6) záporně. Na interním oddělení 85% (22) respondentů hodnotilo lékaře kladně a 15% (4) záporně. Na ženském oddělení 94% (17) respondentů hodnotilo první kontakt s lékařem kladně a 6% (1) záporně. Na soukromém oddělení 89% (16) respondentů hodnotilo lékaře kladně a 11% (2) záporně.



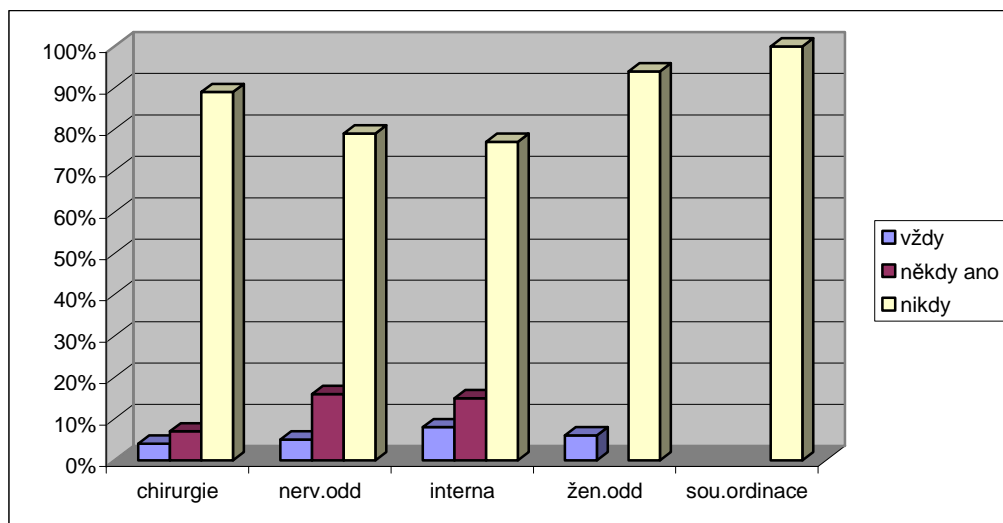
**Graf 9 Neosobní projev lékaře**



Z grafu 9 můžeme vyčíst neosobnost projevu lékaře. Graf znázorňuje, zda hovořil lékař před pacientem tak, jako by nebyl přítomen. Na chirurgickém oddělení zakroužkovalo 85% (24) respondentů, že lékař před nimi nemluvil nikdy tak, jako by byli nepřítomni, 11% (3) respondentů označilo odpověď někdy ano a 4% (1) respondentů označilo odpověď vždy. Na nervovém oddělení 63% (12) respondentů označilo odpověď, že před nimi nikdy nemluvil lékař tak, jako by nebyli přítomni, 21% (4) respondenti zakroužkovali odpověď někdy ano a 16% (3) respondentů označilo odpověď vždy. Na interním oddělení 88% (23) respondentů odpovědělo nikdy a 12% (3) respondentů odpovědělo někdy ano. Na ženském oddělení označilo 83% (15) respondentů odpověď nikdy, 11% (2) někdy ano a 6% (1) vždy. V soukromých ordinacích praktických lékařů odpovídali respondenti ze 100%, že lékař před nimi nemluvil nikdy tak, jako by nebyl respondent přítomen.

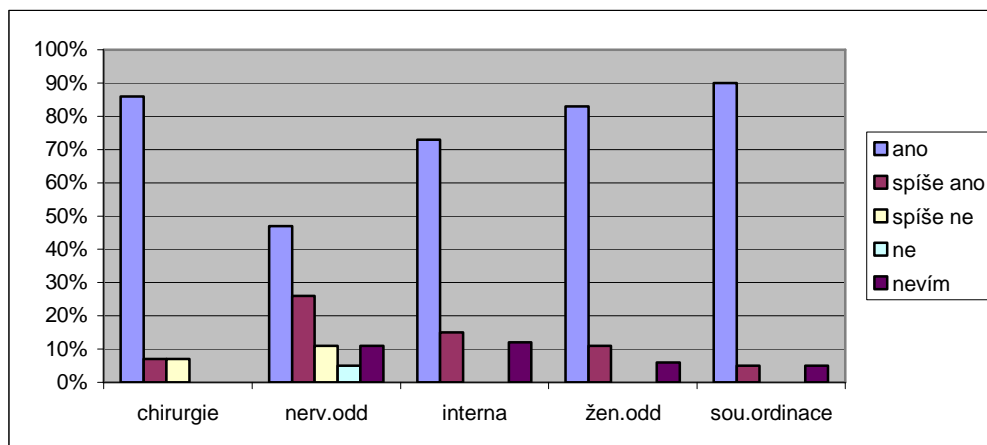
..

**Graf 10 Neosobní projev zdravotní sestry**



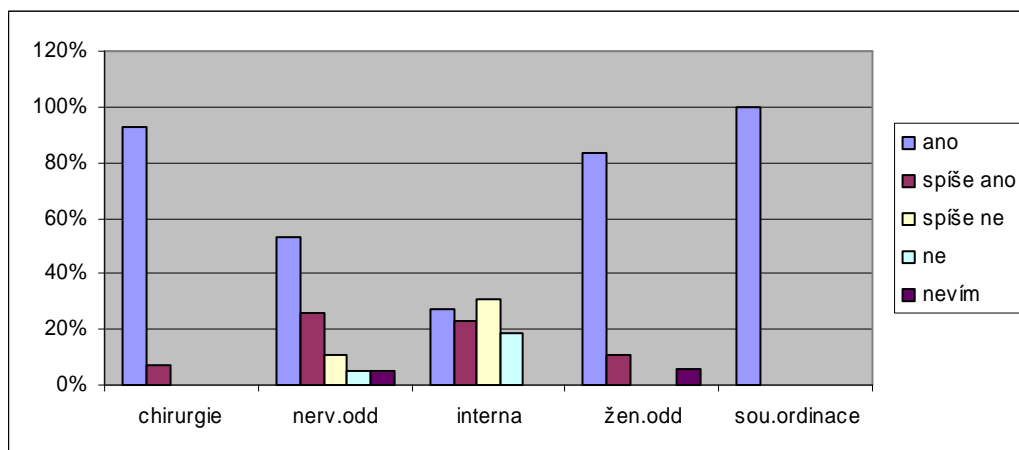
Na grafu 10 vidíme, jak respondenti hodnotili neosobní projev zdravotních sester. Na chirurgickém oddělení odpovídali respondenti na otázku, zda hovořila zdravotní sestra tak, jako by respondent nebyl přítomen v 89% (25), že tak zdravotní sestra nikdy nehovořila, 7% (2) respondentů odpovědělo někdy ano, 4% (1) odpovědělo vždy. Na nervovém oddělení 79% (15) odpovědělo nikdy, 16% (3) někdy ano, 5% (1) vždy. Na interním oddělení zvolilo 77% (20) respondentů odpověď nikdy, 15% (4) respondentů někdy ano a 8% (2) respondentů vždy. Na ženském oddělení odpověď nikdy zvolilo 94% (17) respondentů a 6% (1) respondentů zvolilo odpověď vždy. V soukromých ordinacích praktických lékařů odpovědělo 100% respondentů nikdy.

**Graf 11 Důvěra respondentů k ošetřujícímu lékaři**



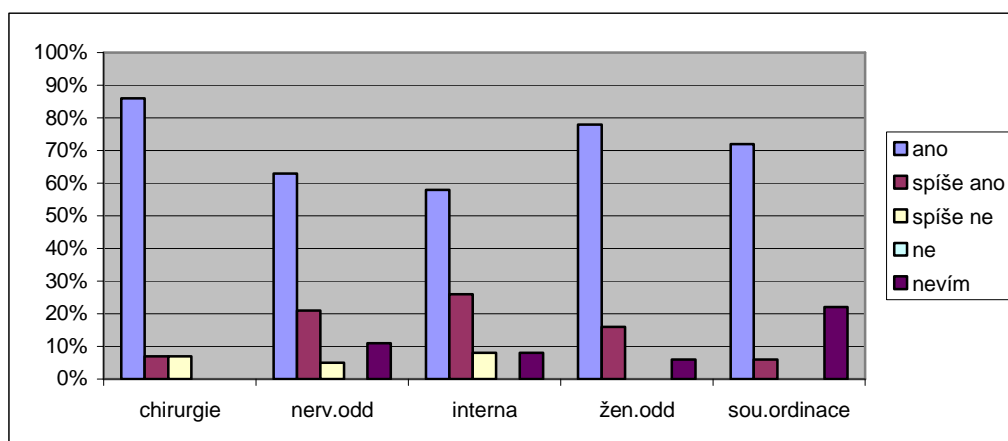
Graf 11 znázorňuje, jakou důvěru mají respondenti k ošetřujícímu lékaři. Na chirurgickém oddělení respondenti nejvíce na otázku, zda ošetřujícímu lékaři důvěřují, označili odpověď ano a to z 86% (24), spíše ano označilo 7% (2) respondentů a 7% (2) označilo spíše ne. Na nervovém oddělení 47% (9) označilo ano, 26% (5) spíše ano, 11% (2) spíše ne, 5% (1) ne a 11% (2) označili odpověď nevím. Na interním oddělení označilo 73% (19) odpověď ano, 15% (4) spíše ano, 12% (3) nevím. Na ženském oddělení respondenti nejvíce odpovídali ano a to z 83% (15), spíše ano 11% (2), nevím 6% (1). V soukromých ordinacích praktických lékařů označilo 90% (16) respondentů odpověď ano, 5% (1) respondentů spíše ano a 5% (1) nevím.

**Graf 12 Důvěra respondentů ke zdravotním sestřám**



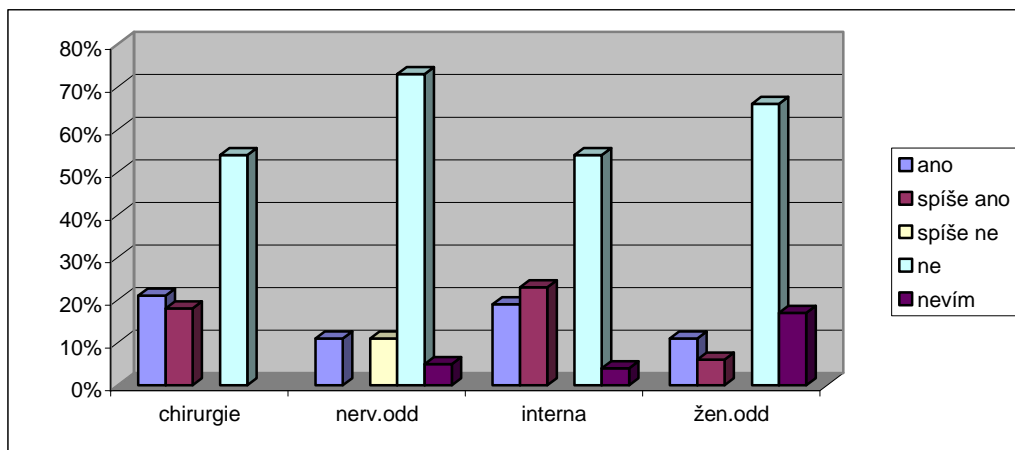
Z grafu 12 vyplývá, že na chirurgickém oddělení má 93% (26) respondentů důvěru ke zdravotním sestřám, 7% (2) respondentů odpovědělo spíše ano. Na nervovém oddělení 53% (10) respondentů zvolilo odpověď ano, 26% (5) spíše ano, 11% (2) spíše ne, 5% (1) ne a 5% (1) nevím. Na interním oddělení odpovědělo 27% (7) ano, 23% (6) spíše ano, 31% (8) spíše ne, 19% (5) ne. Na ženském oddělení získala odpověď ano 83% (15), odpověď spíše ano 11% (2) a nevím 6% (1). V soukromých ordinacích praktických lékařů odpověděli všichni respondenti ano, tedy 100% (18).

**Graf 13 Léčba a ošetřování s úctou a respektem**



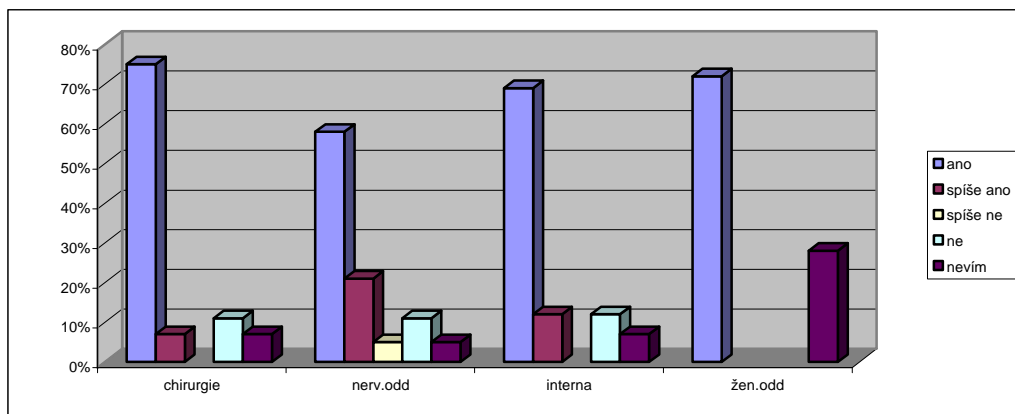
Graf 13 demonstruje úctu a respekt při ošetřování a léčbě. Z grafu plyne, že na chirurgickém oddělení má 86% (24) respondentů pocit, že jsou celkově léčeni s úctou a respektem, 7% (2) respondentů odpovědělo spíše ano a 7% (2) odpovědělo spíše ne. Na nervovém oddělení 63% (12) respondentů se celkově cítí, že je léčeno s úctou a respektem, 21% (4) odpovědělo spíše ano, 5% (1) respondentů označilo odpověď spíše ne a 11% (2) neví. Na interním oddělení 58% (15) respondentů zvolilo odpověď ano, 26% (7) spíše ano, 8% (2) spíše ne a 8% (2) nevím. Na ženském oddělení 78% (14) označilo ano, 16% (3) spíše ano, 6% (1) nevím. V soukromých ordinacích praktických lékařů zvolili respondenti odpověď ano ze 72% (13), 6% (1) respondentů spíše ano a 22% (4) odpovědělo nevím.

**Graf 14 Protichůdné informace od zdravotnického personálu**



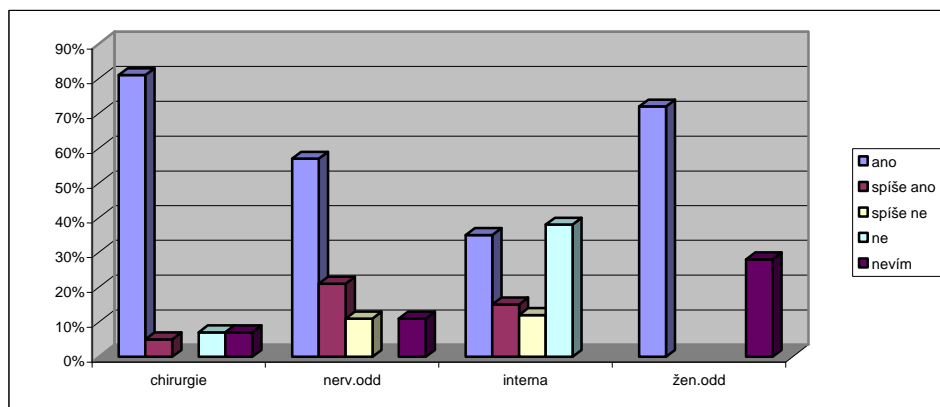
Z grafu 14 můžeme vyčíst, zda respondenti dostali někdy od zdravotnického personálu (lékařů, zdravotních sester) protichůdné informace. Na chirurgickém oddělení na tuto otázku odpovědělo 54% (15) respondentů ne, 21% (6) respondentů odpovědělo ano a 18% (5) odpovědělo spíše ano. Na nervovém oddělení respondenti nejvíc označili odpověď ne a to z 73% (14), poté odpověď ano a spíše ne, obě z 11% (2) a 5% (1) respondentů označilo odpověď nevím. Na interním oddělení odpověď ne označilo 54% (14) respondentů, 23% (6) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 19% (5) ano a zbylá 4% (1) nevím. Na ženském oddělení 66% (12) respondentů ne, 17% (3) nevím, 11% (2) ano a 6% (1) spíše ano. V soukromých ordinacích praktických lékařů jsem tuto otázku nedávala.

**Graf 15** *Respektování soukromí a studu lékařem*



Graf 15 znázorňuje, zda lékař respektuje soukromí a stud respondentů. Na chirurgickém oddělení 75% (21) lékařů respektuje soukromí a stud, 7% (2) respondentů označilo odpověď spíše ano, 11% (3) označilo odpověď ne a 7% (2) označilo nevím. Na nervovém oddělení 58% (11) zvolilo ano, 21% (4) spíše ano, 5% (1) spíše ne, 11% (2) ne a 5% (1) nevím. Na interním oddělení respektují lékaři soukromí a stud z 69% (18), 12% (3) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, 12% (3) ne a 7% (2) nevím. Na ženském oddělení 72% (13) zakroužkovalo ano a 28% (5) nevím. V soukromých ordinacích praktických lékařů jsem tuto otázku do dotazníků nezahrnovala.

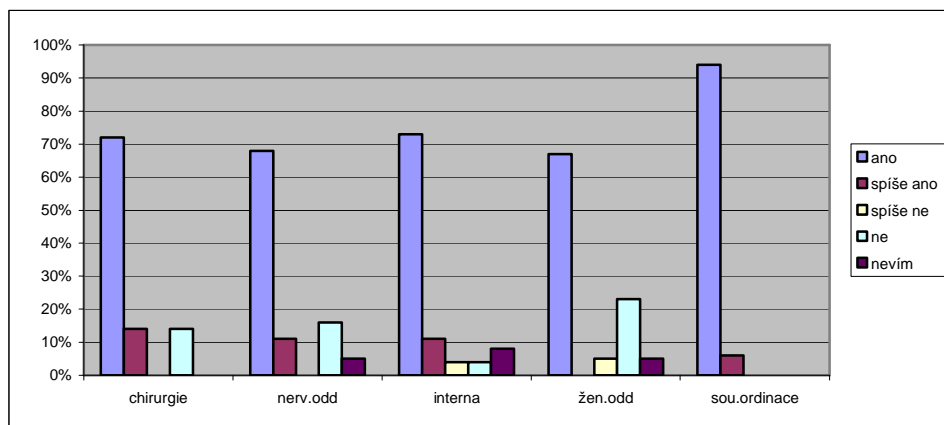
**Graf 16 Respektování soukromí a studu zdravotní sestrou**



Na grafu 16 vidíme, jak zdravotní sestra respektuje soukromí a stud. Na chirurgickém oddělení 81% (23) respondentů odpovídalo ano, 5% (1) respondentů odpovědělo spíše ano, 7% (2) respondentů vybralo odpověď ne a 7% (2) nevím. Na nervovém oddělení 57% (11) vybralo odpověď ano, 21% (4) respondentů vybralo spíše ano, 11% (2) spíše ne a 11% (2) vybrali odpověď nevím. Na interním oddělení 35% (9) respondentů označilo odpověď ano, 15% (4) spíše ano, 12% (3) spíše ne a 38% (10) respondentů odpovědělo, že zdravotní sestra nerespektovala jejich soukromí a stud. Na ženském oddělení vybralo 72% (13) respondentů odpověď ano a 28% (5) respondentů odpovědělo nevím. V soukromých ordinacích praktických lékařů jsem tuto otázku do dotazníků nedávala.

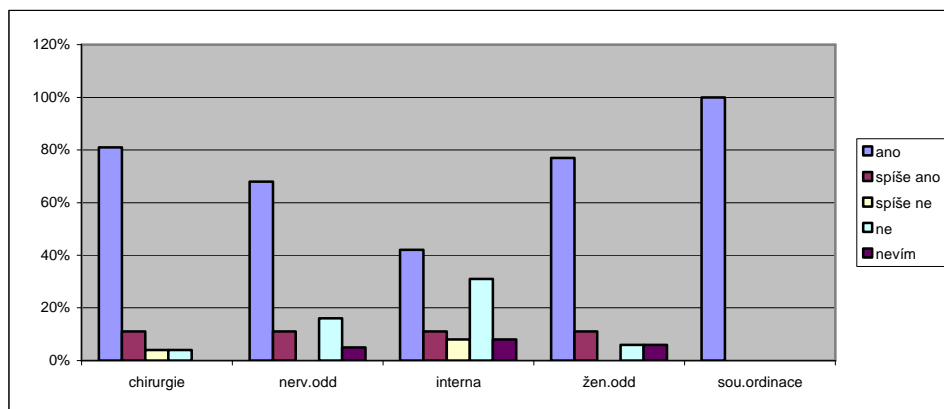


**Graf 17 Odpověď lékaře na důležitou otázku**



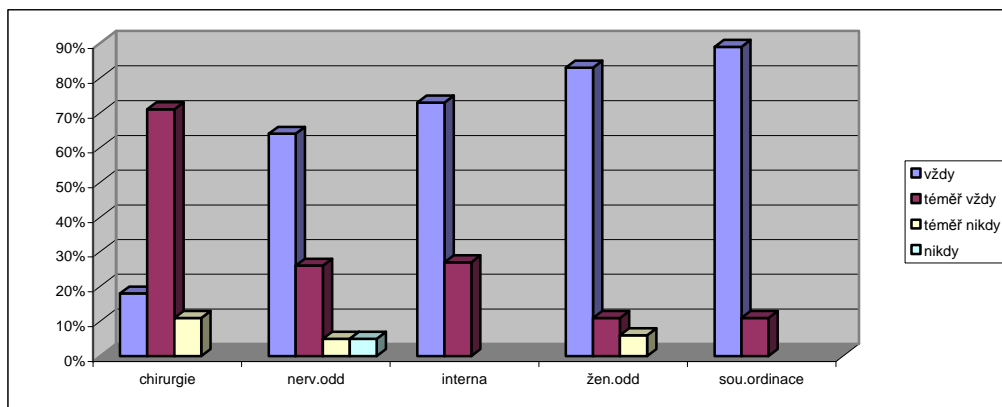
Graf 17 znázorňuje, zda lékař odpověděl respondentovi na důležitou otázku tak, že tomu respondent rozuměl. Na chirurgickém oddělení 72% (20) respondentů rozumělo odpovědi lékaře, 14% (4) respondentů označilo odpověď spíše ano, 14% (4) respondentů nerozumělo odpovědi lékaře na důležitou otázku, kterou mu položili. Na nervovém oddělení 68% (13) respondentů označilo odpověď ano, 11% (2) spíše ano, 16% (3) ne a 5% (1) nevím. Na interním oddělení 73% (19) respondentů vybralo odpověď ano, 11% (3) spíše ano, 4% (1) spíše ne, 4% (1) ne a 8% (2) odpověděli nevím. Na ženském oddělení označili respondenti z 67% (12) odpověď ano, 5% (1) spíše ne, 23% (4) ne a 5% (1) nevím. V soukromých ordinacích praktických lékařů zakroužkovalo 94% (17) respondentů ano a 6% (1) respondent spíše ano.

**Graf 18 Odpověď zdravotních sester na důležitou otázku**



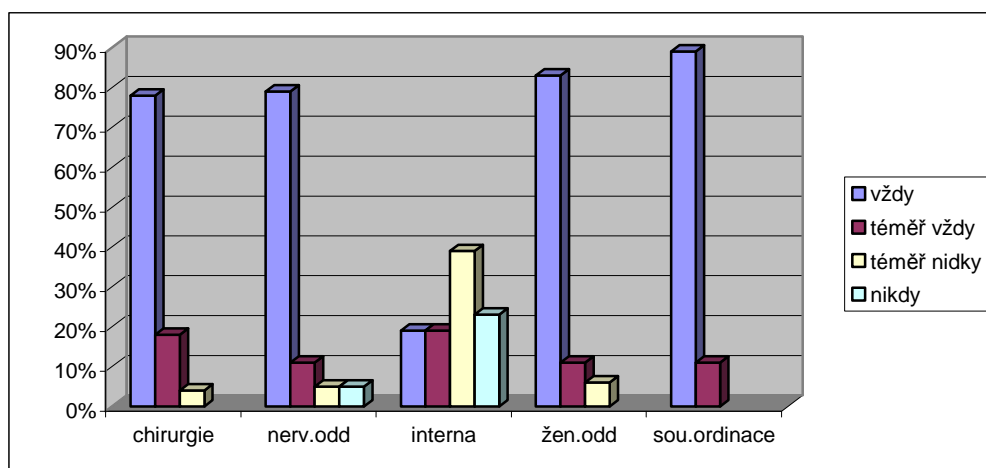
Z grafu 18 vyplývá, že na chirurgickém oddělení 81% (23) respondentů rozumělo odpovědi zdravotních sester na důležitou otázku, 11% (3) respondentů označilo spíše ano, 4% (1) respondentů spíše ne a 4% (1) ne. Na nervovém oddělení 68% (13) respondentů vybralo odpověď ano, 11% (2) spíše ano, 16% (3) ne a 5% (1) respondentů nevím. Na interním oddělení 42% (11) respondentů rozumělo odpovědi od zdravotních sester, 11% (3) označili odpověď spíše ano, 8% (2) spíše ne, 31% (8) ne a 8% (2) respondenti neví. Na ženském oddělení 77% (14) respondentů označilo odpověď ano 11% (2) spíše ano, 6% (1) ne a 6% (1) nevím. V soukromých ordinacích praktických lékařů 100% (18) respondentů rozumělo odpovědi na důležitou otázku od zdravotní sestry.

**Graf 19 Ochota lékaře promluvit si s respondentem při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby**



Z grafu 19 můžeme vyčíst ochotu lékaře promluvit si s respondentem, pokud má strach nebo obavy ze svého zdravotního stavu nebo léčby. Na chirurgickém oddělení 71% (20) respondentů zvolilo odpověď téměř vždy, 18% (5) respondentů vždy a 11% (3) téměř nikdy. Na nervovém oddělení 64% (12) respondentů označilo odpověď vždy, 26% (5) téměř vždy, 5% (1) respondentů téměř nikdy, 5% (1) nikdy. Na interním oddělení 73% (19) respondentů vybralo odpověď vždy a 27% (7) téměř vždy. Na ženském oddělení 83% (15) zvolilo odpověď vždy, 11% (2) téměř vždy a 6% (1) téměř nikdy. V soukromých ordinacích praktických lékařů 89% (16) odpovědělo, že byl lékař vždy ochotný si promluvit, při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby a 11% (2) respondentů označilo odpověď téměř vždy.

**Graf 20 Ochota zdravotní sestry promluvit si s respondentem při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby**



Na grafu 20 vidíme ochotu zdravotních sester promluvit si s respondentem při jeho obavách ze zdravotního stavu nebo léčby. Na chirurgickém oddělení 78% (22) respondentů odpovědělo, že zdravotní sestra byla ochotná si s respondentem vždy promluvit, 18% (5) dotazovaných odpovědělo téměř vždy, a 4% (1) téměř nikdy. Na nervovém oddělení 79% (15) dotazovaných označilo odpověď vždy, 11% (2) téměř vždy, 5% (1) téměř nikdy a 5% (1) nikdy. Na interním oddělení se nejvíce objevila odpověď téměř nikdy a to v 39% (10), poté respondenti nejvíce odpovídali, že si s nimi zdravotní sestra nebyla nikdy ochotná promluvit při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby a to u 23% (6) dotazovaných, 19% (5) respondentů označilo odpověď vždy a 19% (5) téměř vždy. Na ženském oddělení 83% (15) respondentů vybralo odpověď vždy, 11% (2) téměř vždy a 6% (1) nikdy. V soukromých ordinacích praktických lékařů se odpovědi shodovali s odpověďmi na grafu 19 – 89% (16) respondentů odpovědělo vždy a 11% (2) téměř vždy.

## 5. Diskuse

Dotazník vyplnilo 56% respondentů ženského pohlaví a 44% mužského pohlaví. Snažila jsem se o nehomogenní výzkumný vzorek jak z hlediska pohlaví, tak z hlediska věkové kategorie. Z pacientů bylo nejvíce dotazovaných (43%) ve věkovém rozpětí 31 – 50 let a (33%) 18 – 30 let. Věkové rozpětí 51 a více let bylo nejvíce zastoupeno (62%) na interním oddělení. I Pacovský (2007) uvádí, že obecně na interních odděleních je nejvíce pacientů starších padesáti let. Nejčastějším typem vzdělání bylo na všech zkoumaných odděleních a v soukromých ordinacích praktických lékařů pro dospělé vzdělání středoškolské s maturitou (39%), 31% absolvovalo středoškolské vzdělání bez maturity, 18% vysokoškolské vzdělání, 8% základní a 4% vyšší odborné. Snažila jsem se o zaznamenání výsledků, kde jsou patrné největší rozdíly v odpovědích podle typu oddělení.

Nejčastější odpovědí, zda lékař při příchodu pacienta pozdravil, byla odpověď ano. Pouze na chirurgickém oddělení se objevila odpověď, že lékař nepozdravil (11%). Na stejnou otázku jsem se ptala klientů i v případě zdravotní sestry. Problém byl v tomto případě pouze na interním oddělení, 12% pacientů uvedlo, že je zdravotní sestra nepozdravila. Výše uvedené výsledky se tudíž nedají ztotožnit s výsledky, které uvádí Fišerová (1997), ta poukazuje na to, že ten, kdo se zabývá profesí sestry, dojde k formulaci jak žádoucích, tak nežádoucích vlastností, avšak malá témata (všedního dne) zdravotnické etiky často dodržují velmi pečlivě.

Co se týče povědomí pacientů o jménu ošetřujícího lékaře, zmínila bych Etický kodex práv pacientů, který v bodě č. 2 uvádí právo pacienta znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Na chirurgickém oddělení uvedlo až 39% respondentů, že svého ošetřujícího lékaře neznalo, lékař se nepředstavil a ani neměl vizitku se jménem. Někteří pacienti se zmiňovali konkrétně, že jsou lékaři příliš hrdí na to, aby se představili. Pokud chtějí znát jméno lékaře, tak se raději zeptají zdravotní sestry. Ostatní oddělení byly hodnoceny mnohem příznivěji. Myslím si, že by mělo být naprostou samozřejmostí, aby se lékař při příchodu představil, vždyť pro ošetřující je

nemocný jednoznačně identifikovatelný. Pacient se v ordinaci vždy představí, dále je povinen předložit průkaz pojištěnce.

V dalších řádcích se budeme věnovat tomu, jak lékař pacienty oslovuje. Nejčastějším oslovením na všech odděleních a v soukromých ordinacích praktických lékařů bylo oslovení pane/paní + příjmení, dále oslovení titulem. Na interním oddělení respondenti uváděli i oslovení paciente/pacientko a jiná oslovení: babi, dědo. Ptala jsem se, jestli jim takové oslovení nevadí a pouze jeden starší pán odpověděl, že mu to vadí, protože se jako děda necítí. Přesto mi takovéto oslovení od profesionálního lékaře přijde velmi nevhodné.

Hodnocení důvěry k ošetřujícímu lékaři probíhalo za pomoci odpovědí ano, spíše ano, spíše ne, ne a nevím. Nejlépe hodnotili pacienti důvěru k lékaři na chirurgickém a ženském oddělení a pacienti v soukromých ordinacích praktických lékařů pro dospělé. Nejméně důvěřují lékařům na nervovém oddělení. Hodnocení důvěry ke zdravotním sestřám bylo s pomocí stejných odpovědí jako při hodnocení lékařů. Nejlépe pacienti hodnotili zdravotní sestry na stejných odděleních, jako při výsledcích důvěry k lékařům. Nejméně důvěřují zdravotním sestřám na interním a nervovém oddělení. Na interním oddělení nejvíce uvedlo, spíše nedůvěřuji (31%) a nedůvěřuji (19%) respondentů. Cichá v Nových trendech v ošetřovatelství (2006) uvádí: „Poctivost ve smyslu férovosti, pravdomluvnosti musí být naprosto samozřejmým požadavkem pro práci sestry. V každodenní praxi lékař neustále stoprocentně spoléhá na údaje a reference zdravotní sestry. Věřící, že důsledně plní všechny jeho ordinace, že podá přesně ten lék, který je ordinován, apod. Totéž předpokládá i pacient. Důvěra je zde naprosto nezbytná“.

Je logické, že lékaři, právě tak jako zdravotní sestry často „prolamují“ bariéry intimní sféry člověka. Pacient je srozuměn s tím, že se musí odhalit, má-li ho lékař důkladně prohlédnout, a proto odkládá na vyzvání své šaty. Tím ovšem problém fyzické nahoty nekončí. Především je nutné rozlišovat předpokládanou výši studu. (Haškovcová, 1996). Respektování soukromí a studu lékařem bylo nejlépe hodnoceno na ženském oddělení, na chirurgickém oddělení 11% respondentů označilo, že lékař nerespektoval jejich soukromí a stud, stejně jako na nervovém a interním oddělení. Co se týče respektování soukromí a studu zdravotní sestrou, tak na interním oddělení byli

pacienti velmi nespokojeni, velká část (38%) respondentů označila odpověď ne (zdravotní sestra nerespektovala soukromí a stud) a 12% označila spíše ne. Jak uvádí Vrublová (2002), mravní konflikty mohou být u sester způsobeny různými faktory – únavou, krátkým časem na relaxaci a oddech mezi službami, osobními problémy, nedostatečnou ochotou komunikovat a naslouchat, malou schopností empatie a syndromem vyhoření.

Dále srovnáme hodnocení ochoty lékaře a zdravotní sestry promluvit si s pacientem při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby. 20 (71%) respondentů zvolilo odpověď spíše ano, pouze 18% respondentů označilo odpověď ano a 11% označilo téměř nikdy. Tuto skutečnost uvádí i Zacharová (2005), která upozorňuje na to, že komunikace je tvůrčím prvkem a lékař by si měl vždy, pokud to vyžaduje pacientův stav, udělat na nemocného čas a měl by být ochotný si s ním promluvit. Ochota zdravotní sestry promluvit si s pacientem při obavách ze zdravotního stavu nebo léčby byla velmi negativně hodnocena na interním oddělení. 39% respondentů zvolilo odpověď, téměř nikdy nebyla ochotná, 23% vybralo odpověď, nikdy nebyla ochotná si promluvit. To mě velmi zaskočilo a myslím si, že to je velký problém. Zdravotní sestra by měla být nemocnému vždy na blízku, a pokud má nemocný strach, tak by to měla být právě zdravotní sestra, kdo mu v této situaci pomůže a bude se snažit pacienta uklidnit.

Honzák (1997) upozorňuje na skutečnost, že s narůstajícími technologickými znalostmi a dovednostmi se snižuje objem sledovaných informací, zvyšuje objem direktivních otázek a objevuje se u zdravotníků více pojmenování z medicínského slangu, jež jsou pro laiky nesrozumitelná. To by odpovídalo i v mém výzkumu, kde 14% respondentů na chirurgickém oddělení označilo, že nerozumělo odpovědi lékaře na důležitou otázku, na nervovém oddělení 16% respondentů nerozumělo odpovědi lékaře a na ženském oddělení 23% pacientek.

Předpokládaná pracovní hypotéza, že v soukromých ordinacích praktických lékařů je etický přístup „všedního dne“ hodnocen lépe než na odděleních nemocnice, se vyplnila. Dále bych srovnala hodnocení na chirurgickém a na interním oddělení, kde se objevili značné rozdíly v hodnocení lékařů a zdravotních sester. Na chirurgickém

oddělení byl přístup zdravotních sester hodnocen lépe než přístup lékařů. Lékaři byli hodnoceni jako profesionálové ve svém oboru, ale po etické stránce se pacientům tolik nevěnují. Narozdíl od interního oddělení Nemocnice České Budějovice a.s., kde zdravotní sestry byly hodnoceny mnohem hůře než na jiných odděleních a hůře než lékaři a to ve většině otázek.

Proč na chirurgickém oddělení a na interním oddělení došlo k takovým rozdílům v hodnocení zdravotních sester, to se můžeme jen domnívat. Je možné, že sestry přistupují hůře k pacientům na interním oddělení, z důvodu péče o starší pacienty a péče o stejné pacienty delší dobu než je tomu na oddělení úrazové chirurgie.



## 6. Závěr

„Etika všedního dne“ ve zdravotnictví je téma, které je na první pohled tématem ryze zdravotnickým. Avšak etický přístup běžného dne ke klientům se dotýká všech pracovníků sociální práce, ne pouze práce zdravotní.

Otázky běžného přístupu zdravotního pracovníka mají neopominutelný sociální rozměr, protože tyto otázky se promítají do celkové pohody pacienta, ne pouze do spokojenosti jeho samotného, ale i jeho rodiny, přátel a blízkého okolí. Zdraví podle WHO není pouze nepřítomnost nemoci, je to také fyzická, duševní, sociální a psychická pohoda. Tudíž běžný přístup zdravotníka nedílně souvisí s jeho zdravím. Často se probírají velká témata lékařské etiky (problematika eutanázie, asistované reprodukce, informovaného souhlasu, ochrana nenarozeného dítěte a práva ženy, problematika transplantací orgánů apod.) ale malá témata lékařské etiky (etiky „všedního dne“) jsou často probírána pouze teoretiky.

Otázkám etiky je tedy věnována v poslední době zvýšená pozornost, je ale potřeba více se věnovat ne jen teoretické rovině, ale i praktickým nácvikům konkrétních dovedností jak v rámci řádného studia, tak v rámci dalšího vzdělávání. Je nepochybné, že vzdělávání sester na lékařských fakultách, až po absolvování střední školy, zvýší jejich odbornou prestiž, a jejich kompetence. A to je jistě správné. Na druhou stranu ani sebelepší vzdělání zdravotníků nezajistí požadované osobní vlastnosti.

V ordinacích praktických lékařů byl přístup lékaře a zdravotní sestry hodnocen velmi pozitivně na rozdíl od hodnocení na odděleních nemocnice. To jsme samozřejmě předpokládali, v soukromých ordinacích má lékař na pacienta mnohem více času, pacienty si může objednat, má o nich daleko větší přehled, než v nemocnici. Přesto by měl každý zdravotník přistupovat k pacientovi podle svého nejlepšího uvážení s dodržováním základních pravidel a norem.

Doufejme, že „etice všedního dne“ bude věnována v Českém zdravotnickém systému stále větší pozornost a pacienti budou s přístupem zdravotníků stále více spokojeni.

## 7. Seznam použitých zdrojů

BLÁHA, I.A. *Ethika jako věda*. Brno: Atlantis, 1991. ISBN 80-7108-023-3

CICHÁ, M., ORSÁGOVÁ, M. *Etika v ošetrovatelství-konfrontace teorie s praxí*. In *Nové trendy v ošetrovatelství V.*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2006. ISBN 80-7040-884-7

FÍŠEROVÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Brno: IDVPZ, 1998. ISBN neuvedeno

GLASA, J., ŠOLTÉS, L. *Ošetrovatelská etika 1*. Martin: Osveta, 1998. ISBN 80-217-0594-9

GOLDMANN, R., CICHÁ, M.: *Etika zdravotní a sociální práce*. Skriptum. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého, Olomouc. 2004. 126 s. ISBN 80-244-0907-0

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*, vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Práva pacientů: komentované vydání*. Havířov: Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7

HONZÁK, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vydání. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0

Info.cent.OSN v Praze <http://www.osn.cz/zpravodajstvi/zpravy/zprava.php?id=1374> (1)

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2004, s. 24 – 25 ISBN 80-7254-235-4

KŘÍŽOVÁ, E.: *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. SocioLOGické Nakladatelství. Praha. 2006. 142 s. ISBN 80-86429-57-1

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 2007. ISBN 978-80-247-2069-2

MUNZAROVÁ, M. Všeobecná deklaráce lidských práv: padesáté páté výročí. *Prak. Lék.*, 2003, roč. 83, č. 11, s. 650 – 652

MUNZAROVÁ, M. Vývoj lékařské etiky od počátku do současnosti. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2005(1), s. 15 – 18

MUNZAROVÁ, M. Základní pojmy. *Zdravotnická etika od A do Z.*, Praha: Grada, 2005(2), s. 16 – 17

MUNZAROVÁ, M. Zamyšlení nad Hippokratovou přísahou. *Prakt. Lék.*, 1996, roč. 76, č. 9, s. 456 – 457

M.zdravotnictví ČR <http://www.mzd.cz/Odbornik/Pages/211-oslava-dne-sester.html> (3)

OLIVAR, R.R. *Etická výchova*. Bratislava: Orbis Pictus Istropolitana, 1992. ISBN 80-7158-001-5

ONDOK, J.P. *Bioetika*. Svitavy: Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3

PACOVSKÝ, J. *Vnitřní lékařství-podstata oddělení*. 3. přepracované vydání. Praha: Triton. 2007. ISBN 48-1540-87-3

PŘÍHODA, P. Pěstování oboru etiky v situaci přebujeného pragmatismu. *Medicínská etika a biotika* . 1994, roč. 1, č. 3, s. 6–8

PŘÍKANSKÝ, J. V. Učebnice základů etiky. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. ISBN 80-7192-505-5

SEDLÁK, J. *Vybrané problémy ze sociální etiky*. Brno: MU, 1996. ISBN 80-210-1331-1

SOKOL, J., PINC, Z. *Antropologie a etika*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-372-5

STASKOVÁ, V., SEDLÁKOVÁ, G. *Vztah mezi spokojeností sester a spokojeností pacientů*. In *Nové trendy v ošetrovatelství V.*, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2006. ISBN 80-7040-884-7

Svaz pacientů ČR <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=1487> (2)

ŠIMEK, J., Špalek, V. *Filosofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 113 s. ISBN 80-247-0440-4

TRACHTOVÁ, E.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X

VRUBLOVÁ, Y. *Etické normy v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. ISBN 80-7042-335-8

ZACHAROVÁ, E.: *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 2. vydání Ostrava: Reproris, 2005, 181 s. ISBN 80-7368-091-2