

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Ing. Iva Brabcová

2010

Autor:

Mgr. Jana Kortusová

Observing patients' rights in selected hospitals of the Czech Republic.

For everyone hospitalization represents a change accompanied by various restrictions. Anyway, this cannot mean a change in rights. Each patient is unique – they have specific needs, unchangeable principles, a value system of their own. A patient can be defined as a person under medical care, as an ill person undergoing treatment. The term „patient“ is derived from the Latin word „patiens“ – patient, suffering.

The patients' rights are laid down in the Code of Patients' Rights which became effective in the Czech Republic in 1992. It is the knowledge of rights that is important before all for the strengthening of an equal relationship between the doctor and the patient. The risks which represent a threat during the hospitalization can be lowered by consistent observation of the patients' rights as well as the patient's satisfaction with the care provided can be heightened.

The basic individual rights of the patients include the right to silence to be preserved about the facts that the health worker became familiar with in connection with medical care or treatment, the right to being informed about their state of health, the right to gaining necessary information in order to be able to make a decision before a new diagnostic or therapeutical procedure is started up. The other rights include refusing a treatment and being informed about the consequences of the decision, the right to privacy during medical care or treatment and to a considerate, sensitive and worthy approach during the treatment. The patients' rights are also included in National Accreditation Standards.

The thesis comprises the present state of problems in question, the aims of the thesis, determination of hypotheses, methodology, the results of the research, discussion, conclusion, the list of sources used, key words and supplements.

The present state portrays the history of ethical codes, legal standards and the problems of medical law, the patients' rights, individual patients' rights, accreditation standards of the patients' rights.

The aim of the thesis is to find out whether the patients are made acquainted with their rights after being taken to hospital, whether they are informed about the character of the

disease, about suggested treatment and possible treatment alternatives. To map out whether there is the need of education being taken into account with each patient and whether the nurses keep notes in the documentation and find out the nurses' knowledge in the sphere of the patient's immobility.

There have 7 hypotheses and 5 statistical hypotheses been specified in the thesis.

Quantitative research approach was applied for the research. Questioning was used as a method, a questionnaire as a technique.

The questionnaire for the patients was anonymous and included 26 questions. It focused on making the patient acquainted with their rights, on awareness of the state of health, the character of the disease and the suggested treatment, on the education of the patient by the nurse and on respecting the patient's intimacy. It included closed and semi-closed questions. At the end of the questionnaire the patients had a chance to express their possible comments, suggestions, impulses concerning the problems in question.

The questionnaire for the nurses was anonymous and included 32 questions. It had its focus on observing the patients' rights, the informed patients' consent, their education, on the problems of restricting the patient on the bed and on respecting the patient's intimacy. The questionnaire included closed and semi-closed questions.

The research set was made up of the patients and nurses from the hospitals in České Budějovice, Český Krumlov, Tábor, Písek and Strakonice. The representative sample was made up of 218 patients and 205 nurses.

The results were compiled in tabular and chart form, and subsequently processed by means of the SPSS statistical programme.

The discussion includes a summary of the research knowledge in comparison with the sources used. The conclusion comprises a summary of the complete research part.

The thesis could be used for further education, for study purposes and in lectures for health workers within their continuing education. The results of the research will be offered to the participating and other organisations which deal with the problems and could make use of them for practical purposes.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma: „Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24. 05. 2010

.....

podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Ivě Brabcové za odborné vedení, velmi citlivý přístup a za ochotnou konzultaci všech problémů této diplomové práce. Dále bych také chtěla poděkovat pacientům a zdravotnickým pracovníkům za jejich ochotu a vstřícnost při rozhovorech a vyplňování dotazníků. Poděkování náleží i mé rodině za její trpělivost.

OBSAH

ÚVOD	3
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 ETIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	5
1.1.1 Lékařská etika.....	6
1.1.2 Etika v ošetrovatelství.....	7
1.2 ETICKÉ KODEXY.....	8
1.3 VZTAH ETIKY A PRÁVA.....	10
1.3.1 Právní normy a problematika medicínského práva.....	10
1.4 PRÁVA PACIENTŮ.....	12
1.4.1 Charta práv dětí v nemocnici.....	15
1.4.2 Organizace na ochranu pacientů.....	15
1.5 INDIVIDUÁLNÍ PRÁVA PACIENTŮ.....	16
1.5.1 Právo pacienta na informace a jejich ochranu.....	16
1.5.1.1 Informovaný souhlas.....	17
1.5.2 Nahlížení pacienta do zdravotnické dokumentace.....	20
1.5.3 Právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta, který zemřel.....	21
1.5.4 Právo pacienta na ochranu informací – povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.....	21
1.5.5 Právo pacienta na řádný postup zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče.....	22
1.6 PRÁVA PACIENTŮ A AKREDITACE NEMOCNIC.....	23
1.7 AKREDITAČNÍ STANDARDY.....	24
1.7.1 Akreditační standard 41.....	25
1.7.2 Akreditační standard 42.....	26
1.7.3 Akreditační standard 43.....	27
1.7.4 Akreditační standard 44.....	27
1.7.5 Akreditační standard 45.....	30

1.7.5.1	Omezení pacienta v lůžku	34
1.7.5.2	Terapeutická izolace	35
1.7.5.3	Omezení pacienta v síťovém lůžku.....	36
1.7.5.4	Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta.....	36
2	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1	CÍL PRÁCE	37
2.2	HYPOTÉZY	37
2.3	STATISTICKÉ HYPOTÉZY	37
3	METODIKA.....	39
3.1	POPIS METODIKY	39
3.2	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	39
3.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	40
4	VÝSLEDKY	42
4.1.	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ PACIENTŮ	42
4.2.	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ SESTER	60
4.3	VÝSLEDKY STATISTICKÉ ANALÝZY DAT.....	79
5	DISKUZE	84
6	ZÁVĚR	94
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	96
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	103
9	PŘÍLOHY	104

Motto

„Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením, nedostatkem kyslíku, likvidací mořských řas a deštných lesů, a také ne proto, že se vědomě vystavujeme nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme varovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je výsledkem naší civilizace“.

Konrad Lorenz

Úvod

V současné době změn, které se neustále dějí nejen v celé naší společnosti, ale i v oblasti zdravotnictví, jsem si vybrala téma diplomové práce „Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky“.

Na myšlenku zabývat se touto problematikou mě přivedly špatné tatínkovy zkušenosti, který byl hospitalizován v nejmenované nemocnici. Sama jako všeobecná sestra jsem měla možnost během jeho hospitalizace porovnat teorii s praxí v otázkách práv pacientů. Jde o oblast, ve které se prolínají láska k bližnímu, odpovědnost, odbornost, zdravotnická etika.

V jaké jiné situaci je člověk zranitelnější než v nemoci? Zdravý člověk se umí bránit, ale nemocný je bezbranný, důvěřivý a zcela oddaný zdravotnickému personálu.

Hospitalizace je pro každého člověka změnou, která je doprovázena různými omezeními, nemá však pro pacienta znamenat pouze vznik povinností. Hospitalizace nesmí znamenat ztrátu práv, jak se někteří pacienti, a bohužel občas i některý zdravotnický personál, domnívá.

Na otázku, proč vlastně usilovat v dnešní době o zakotvení práv pacientů, je jednoduchá odpověď. Pokud pacient přichází za lékařem s nějakým zdravotním problémem, cítí se oslaben, neboť má obavu o jednu z nejdůležitějších hodnot ve svém životě, kterou zdraví nepochybně je. Chce mít tedy jistotu, že bude mít v průběhu celé léčby postavení rovnocenného partnera, který má právo na respekt, soukromí, autonomii, seburčení a individuální přístup.

Pacienti mají dnes svá práva sepsána v kodexu Práva pacientů, který v České republice vstoupil v platnost v roce 1992. Mají-li pacienti svá práva, mají také právo být s nimi plně seznámeni. Vždyť pouze informovaný pacient má možnost svá práva využít a posoudit jejich dodržování. Znalost práv je důležitá především pro posílení rovnocenného vztahu mezi lékařem a pacientem. Pokud bude nemocný považován zdravotnickým personálem za partnera, tak se lépe vyrovná se svou nemocí a s diagnostickými a terapeutickými výkony, které bude muset v důsledku nemoci

podstoupit. Důsledným dodržováním práv pacientů se snižují rizika, která hrozí během hospitalizace, a zvýší spokojenost pacienta s poskytovanou péčí.

V teoretické části se věnujeme obecné problematice dodržování práv pacientů, vývojem vztahu lékař a pacient. Cílem výzkumné části práce je zjistit, zda jsou práva pacientů dodržována, jaká je míra jejich informovanosti o svém zdravotním stavu a navrhované léčbě, je-li edukační proces dostatečný. Dalším z cílů práce je zjistit znalosti sester v oblasti omezení pacienta.

Výsledky výzkumu budou použity v dalším vzdělávání a ke studijním účelům v přednáškové činnosti pro zdravotnické pracovníky, v rámci jejich celoživotního vzdělávání. Budou také nabídnuty zúčastněným i ostatním organizacím, které se danou problematikou zabývají.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Etika ve zdravotnictví

Etika (ethika, řec. ethos – mrav) je věda o mravnosti. Dříve byla etika nazývána mravovědou (např. český filozof J. Durdil), častěji též praktickou filozofií (např. J. F. Herbart a T. G. Masaryk). V odborném písemnictví lze najít i další označení etiky; český filozof F. Klácel např. doporučoval termín dobrověda. Etika se zabývá teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměrňují lidské jednání v situacích, kdy existuje možnost volby prostřednictvím svobodné vůle. Hodnotí činnost člověka z hlediska dobra a zla. Na rozdíl od morálky, která je blíže konkrétním pravidlům, se etika snaží najít společné a obecné základy, na nichž morálka stojí, popř. usiluje morálku zdůvodnit. Etika je teorií mravnosti a jako pojem je nadřazena morálce. Je vědou normativní a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů a je nazývána také filozofickou disciplínou, která zkoumá morálku a můžeme ji označit za její teorii. Morálka (z lat. mos – mrav, moralit – mravní) znamená celkovou představu správného jednání a chování člověka ve společnosti. Určuje nám, co je v dané společnosti žádoucí a co je naopak nežádoucí (15, 26).

A. Smith na tvorbu morálních pravidel ve společnosti udává názor, že nejde o to, zda označíme jednání a chování jednotlivce za žádoucí nebo nežádoucí. Po jeho dalším prozkoumání se zjistí, že toto jednání souhlasí či nesouhlasí s nějakým určitým obecným mravním pravidlem. Můžeme konstatovat, že obecná mravní pravidla jsou založena na tom, co nám naše mravní hodnoty v konkrétních případech schvalují či neschvalují. Obecné pravidlo se pak tvoří tak, že z vlastní zkušenosti zjistíme, které jednání je schvalováno nebo odmítáno právě z mravního hlediska (45).

Etika a morálka jsou součástí kultury každé dané společnosti. Z tohoto důvodu nelze na morálku a etiku nahlížet bez dalších společných hledisek. Důležitou roli zde proto představuje veřejné mínění, které se v oblasti zdravotnictví a ošetřovatelství dotýká v podstatě každého z nás (26).

„Předmět etiky může být rozdělen na dvě části, které se zpravidla nazývají normativní etika a metaetika (38, s. 15)“. Normativní etika klade otázky, které mají

přímý vztah ke kritériím a standardům správného a špatného konání. Dále otázky zabývající se tím, co je dobré a co zlé a otázky týkající se mravního chování. Zkoumáním druhého stupně je metaetika o podstatě etického pojednání. Normativní etika poskytuje teorii o tom, co bychom měli dělat a metaetika formuluje, co je to vlastně etika (38).

Důležitým úkolem etiky je připravit určitá závazná pravidla, která stanovují priority pro rozhodování o tom, jaký postup bychom měli zvolit v dané situaci (6).

Etická teorie určuje mechanismy pro řešení našich morálních problémů. Jedná se o hodnotu a kvalitu života, jeho posvátnost (30, 44).

1.1.1 Lékařská etika

Lékařská etika postihuje etické problémy v lékařství. Zabývá se situacemi, ve kterých musí lékař rozhodovat a jednat tak, že se snaží vypracovat a zdůvodnit pravidla objektivně správného jednání.

Lékařská etika je pojem, který souhrnně označuje etické problémy v lékařství, je samostatnou vědní disciplínou. Zabývá se morálně-etickými problémy lékařské praxe – postojem lékaře k pacientovi, osobností lékaře, problematikou umírajících, paliativní medicínou nebo euthanasií, situacemi v rovině teoretické a klinické medicíny (26).

Příkladem tradice lékařské etiky jsou anglosaské země. Sekce pro lékařskou etiku byla zřízena na 63. sjezdu Britské lékařské společnosti v Londýně v roce 1895. Byl formulován návrh na „zřízení stolic etiky“. Ve Francii je obor lékařské deontologie akceptován od roku 1919 (15, 17).

Historie lékařské etiky začíná v roce 1947 Norimberským kodexem. Na jeho zásady navazuje v roce 1948 Ženevský slib, který je považován za moderní podobu Hippokratovy přísahy (30, 21, 22).

V USA je za zakladatele pokládán J. Fletcher. V Německu není lékařská etika samostatným oborem dosud.

V českých zemích se stala lékařská etika samostatným oborem v roce 1991 za podpory děkana 3. lékařské fakulty C. Höschla. Následně pak v roce 1992 proběhlo první

habilitační a v roce 1993 první profesorské řízení v tomto oboru. V roce 1990 byla v Praze také založena Centrální etická komise.

Předmětem lékařské etiky jsou problémové okruhy, které přináší věda, výzkum a praxe lékařství. Jsou to etická kritéria experimentu na zvířatech a lidech, problematika dostupné medicíny. Dále práva plodu, práva dítěte, práva pacientů, práva duševně nemocných, práva handicapovaných osob a práva umírajících osob. Lékařská etika se též zabývá thanlogií, euthanazií, smyslem lidského života s nemocí a v nemoci, právem na zdraví a povinnostmi ke zdraví. Nelze opomenout ani pravdu na nemocničním lůžku, život ve stáří, problematiku ošetřujících týmů a problematiku heroické medicíny (11, 17).

1.1.2 Etika v ošetrovatelství

Ošetrovatelská etika vychází z lékařské etiky. S tím, jak se mění postavení sestry - ošetrovatelky v léčení nemoci, nabývá na významu. Předmětem ošetrovatelské etiky se stává vztah a postoje sestry - ošetrovatelky k pacientovi. Velmi důležitý je také vztah jedné sestry ke druhé a vztah sestry k lékaři a dalším spolupracovníkům.

Činnost sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné nebo postižené, v péči o osoby staré a nemohoucí. Nejdůležitějším je vztah k pacientovi. Tento vztah má důležitý etický aspekt, neboť řeší otázky základních lidských hodnot: života, zdraví, důvěry, mlčenlivosti. Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství, které byly definovány v programu „Zdraví pro všechny do 21. století“. Důležitá je též profesionální role sestry.

Cíle programu „Zdraví pro všechny do 21. století“ spočívají v pomáhání jednotlivci, rodině a skupinám, dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví i pohody, vytvoření z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví, maximalizování lidského potenciálu v péči o sebe samého, provádění prevence onemocnění, snižování negativního vlivu onemocnění na celkový zdravotní stav člověka, nacházení a uspokojování potřeb lidí s porušeným zdravím (38, 39).

Úkolem ošetrovatelské etiky je zkoumání vzájemných vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem. Dále formulování povinností a odpovědnosti, stanovení mravní

normy profese a analýza situace. Dalším úkolem je studium pravidel interpersonálních vztahů na pracovišti (15, 31).

Cílem ošetrovatelské etiky je humanizace mezilidských vztahů mezi pacientem a sestrou, mezi lékaři a sestrami a usilování o uspokojení terapeutických, psychických, sociálních, kulturních a duchovních potřeb pacientů.

Za základní pravidla a zdroje etického chování lze považovat informovanost, lidskou zkušenost a schopnost tvořivé individuální modelace (20, 30).

1.2 Etické kodexy

S etikou se setkáváme ve všech oblastech života a samozřejmě ve všech povoláních. Obzvláště ve zdravotnictví je etika velmi důležitá. Ve zdravotnictví existuje již od starověku celá řada etických kodexů, které jsou určeny převážně lékařům. Jedná se obvykle o kodexy deontologické, které vymezují mravní povinnosti lékařů vůči pacientům, spolupracovníkům a spoluobčanům (14, 49).

Etické kodexy zavazují k určitému chování především lékaře, sestry, vysokoškoláky nelékaře a pacienty. Práva pacientů s nimi velmi úzce souvisejí.

Za základ etiky ve zdravotnictví je v její historii považována Hippokratova přísaha. Lékařská etika i etika v ošetrovatelství má však kořeny daleko starší. Z období vlády babylonského krále Chammurapiho pochází jeho zákoník, nejstarší a nejznámější sbírka právních předpisů (z 282 uvedených paragrafů se jich 9 týká lékařství), jsou vyhlášeny tresty za chybnou léčbu a nepovedené zákroky.

Hippokratův soubor byl přepisován, rozšiřován a doplňován do druhého století našeho letopočtu a Hippokratova přísaha tvoří dodnes základ zdravotnické etiky (30).

Hippokratova přísaha obsahuje zásady chování lékaře a klade důraz na to, aby se lékař choval k pacientovi slušně a s respektem. Přísahu lze rozdělit na úctu k učitelům, bratrství s kolegy, důraz na dodržování lékařského tajemství a na úctu k lidskému životu. Je nutné ještě upozornit na existenci dalších významných dokumentů týkajících se lékařské etiky, které Hippokratova přísaha věhlasem zastínila. Za pozornost stojí Přísaha Asafova a Modlitba Maimonidova. Přísaha Asafova je součástí nejstarší hebrejsky psané Knihy lékaře Asafa, který v závěru svého textu zveřejnil přísahu,

kteřou předal svým žákům, tedy studentům lékařství při přebírání diplomů. V 18. století vznikla Modlitba Maimonidova, jejímž obsahem se stala modlitba židovského lékaře, M. Maimonidese žijícího ve 12. století v Egyptě, kterou pronášel, když šel k nemocnému. Její text byl patrně upraven německým lékařem M. Herzem (16, 17).

Hippokratova přísaha však hrála v průběhu dlouhých staletí dominantní roli. K jejím novelizacím docházelo opakovaně, a to výrazně zejména po 2. světové válce. Důvodem byl tzv. Norimberský proces (1945 – 1946), při kterém vyšly najevo zločiny způsobené lékaři. To vedlo ke vzniku Norimberského kodexu (1947), který měl zajistit ochranu lidské důstojnosti (8).

V roce 1948 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) Ženevský lékařský slib, který je považován za moderní podobu Hippokratovy přísahy. Ten je součástí Ženevské deklarace a navazuje na zásady Norimberského kodexu (1947). Byl upraven v roce 1968 a 1983. V dalších desetiletích, které následovaly, vypracovaly různé mezinárodní organizace celou řadu podobných dokumentů. Nejznámější z nich je Helsinská deklarace, kterou schválila Světová zdravotnická asociace (WMA) na svém 18. zasedání v Helsinkách v roce 1964. Je určena lékařům, zabývajícími se biomedicínkým výzkumem na člověku. Byla opakovaně novelizována, naposledy na 52. zasedání WMA ve skotském Edinburgu v říjnu 2000 (20, 21, 30, 38).

Po roce 1989 byla v tehdejší Čkoslovensku obnovena činnost České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékářnické komory a následně byly přijaty stavovské dokumenty, mj. také etické kodexy. V říjnu 1992 byl Českou stomatologickou komorou schválen Etický kodex České stomatologické komory. Rovněž členové České lékářnické komory přijali Etický kodex lékářníka v roce 1992. V prosinci roku 1995 byl přijat Etický kodex České lékařské komory. Neméně důležité jsou kodexy určené pro sestry. Jeden z nich je Kodex sester, který vychází z principů Mezinárodní rady sester. Obsahuje pět článků, které definují vztahy mezi sestrami, pacienty, spolupracovníky a celou společností. Vymezuje místo sestry ve zdravotnické praxi a její vztah k profesi. Druhým dokumentem jsou Etické normy v ošetrovatelském povolání, které obsahují devět norem (17).

1.3 Vztah etiky a práva

Ideálním vztahem je shoda mezi etikou a právní normou. Etika respektuje dilematické situace a právo dbá o jednoznačné postuláty. Zákon zaručuje minimální standardy vynutitelné prostřednictvím sankcí a trestů, chrání a zajišťuje práva. Poskytuje práva například týkající se informovaného souhlasu nebo mlčenlivosti. Etika má tendenci dosáhnout ideálního stavu. Je zcela dobrovolná a nemůže být vynucena. Je zcela závislá na svědomí člověka (30).

V určitých oblastech dominuje právo nad morálkou a naopak. Například ve vztahu rodičů a dětí zaujímá morálka velmi důležité místo, protože právo nemůže přikázat rodičům, aby milovali své vlastní děti. Právo zase reguluje celou řadu norem procesně-právního charakteru (26).

J. Kutnohorská se zmiňuje o právu jako o minimu etiky. Právo má ale vždy reprezentovat důležitá rozhodnutí a jednání lékaře nebo pacienta. Etické kodexy jsou pouze mravně závaznou normou, ale nemohou odporovat platné legislativě. Současná Konvence o biomedicíně obsahuje všechna deklarovaná práva pacientů, která jsou vymahatelná (30).

1.3.1 Právní normy a problematika medicínského práva

Základním zdrojem českého zdravotnického práva jsou normativní právní úkony, ústavní zákony, zákony, nařízení vlády, prováděcí vyhlášky a to především Ministerstva zdravotnictví ČR. Všechny tyto právní normy se vztahují k otázkám ochrany života, zachování zdraví, poskytování zdravotní péče a jsou publikovány ve Sbírce zákonů. Dalším pramenem zdravotnického práva jsou mezinárodní smlouvy, kterými je ČR vázána a jsou řádně ratifikovány. Týkají se zdravotnické problematiky a otázek ochrany základních lidských práv (52).

Do druhé světové války byla ochrana lidských práv pouze součástí právních řádů jednotlivých států. Zásadní význam mělo v této oblasti založení Organizace spojených národů a zároveň přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948.

Ochrana lidských práv byla ještě důkladněji rozpracována v mezinárodních úmluvách, které byly přijaty Radou Evropy. Systém ochrany lidských práv je zde

založen na dvou základních smlouvách. První byla smlouva Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950 s dodatkovými protokoly. U nás byla publikována pod č. 209/1992 Sb. Druhou smlouvou byla Evropská sociální charta z roku 1961, která byla u nás publikována pod č. 14/2000 Sb. Významným krokem bylo také přijetí Úmluvy o právech dítěte, u nás byla publikována pod č. 104/1991 Sb. Dalším pramenem ústavního práva a závaznou normou je Listina základních práv a svobod. Je dokumentem, který je zakotvený v právním řádu bývalé ČSFR prostřednictvím zákona č. 23/1991 Sb., ústavní zákon, kterým se uvozuje Listina základních práv a svobod, v platném znění. Tento zákon byl novelizován novým zákonem č. 162/1998 Sb., ústavní zákon, kterým se mění Listina základních práv a svobod. Zdravotnictví se týká pěti těchto článků. Článek 6 obsahuje právo na život a nikdo nesmí být zbaven života. Je zde úzká souvislost i s ochranou života před narozením. Článek 7 zahrnuje právo na nedotknutelnost osoby a soukromí. Ta může být omezena jen v případech stanovených zákonem. Dle článku 8 je osobní svoboda zaručena. Zákon stanoví případy, ve kterých může být pacient převzat nebo držen bez svého souhlasu ve zdravotnickém zařízení. O dalším postupu pak rozhodují soudy. Dle článku 10 musí být zachována lidská důstojnost, osobní čest a dobrá pověst při léčbě. Tento článek se také vztahuje k ochraně osobních údajů ve zdravotnické dokumentaci. Článek 31 zaručuje právo každého občana na ochranu zdraví, bezplatnou zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Listina základních práv a svobod nevyklučuje spoluúčast pacientů (9, 10, 29, 31, 32, 33).

Nejdůležitější zákony a právní předpisy, které kvalifikují medicínské právo jsou:

Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Listina základních práv a svobod, v platném znění

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění)

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění)

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, v platném znění

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), v platném znění

Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, v platném znění

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon) v platném znění

Do oblasti zdravotnického práva kromě zákonů zasahuje také celá řada dalších obecně závazných právních předpisů. Například občanský zákoník, Zákoník práce, občanský soudní řád, trestní zákon a trestní řád (31, 32).

1.4 Práva pacientů

Tradiční vztah lékař – pacient se vytvářel po staletí, starověká medicína však s pojmem lidských práv neoperovala. Vytvořil se vztah, kterému odborně říkáme paternalistický. V tomto vztahu měl hlavní pozici lékař, který volil léčbu pro pacienta podle svého nejlepšího vědomí, svědomí a v jeho prospěch. Pacient toto rozhodnutí

akceptoval s ohledem na důvěru, kterou v osobě lékaře měl. Jde o autoritativní přístup lékaře k pacientovi. Lékař si byl vědom své odpovědnosti, ujímal se otcovské, vůdcovské a dominantní role. Tato asymetrie vztahu přináší v sobě riziko spojené se zneužitím (14, 17, 30).

Po druhé světové válce byl položen základ na právo lidského jedince na život, jeho autonomii a na soukromí. Paternalistický vztah lékaře a pacienta byl transformován na vztah partnerský. K této změně přispělo i zvýšení společenského standardu v rozvinutých zemích, které vedlo k vyššímu uvědomění nemocných a k potřebě respektování jejich autonomie (12).

Podle H. Haškovcové představují práva pacientů historickou novinku, protože v důsledně uplatňovaném paternalistickém modelu vztahů lékaře a pacienta, pacient žádná práva nepotřeboval (18).

Založení Organizace spojených národů a přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948 bylo zásadním významem pro ochranu lidských práv. Dalším propracovanějším systémem lidských práv jsou mezinárodní úmluvy přijaté Radou Evropy, která byla založena v roce 1949. Jedním z hlavních cílů této organizace je ochrana lidských práv. Tento systém je postaven na dvou základních smlouvách přijatých v rámci Rady Evropy, a to na Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod a na Evropské sociální chartě. K dalším významným krokům patří přijetí Úmluvy o právech dítěte. Důležitou normou v oblasti pacienta i v České republice je Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o lidských právech a biomedicíně), která byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001 (9, 12, 34).

Práva pacientů se dostávají do popředí zájmu. První etický kodex Práva pacientů zveřejnil v roce 1971 D. Anderson z Virginie. Tento lékárník zveřejnil text, jehož úvodní preambule zní:

„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám Vás dobře

a odmítám Vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z Vašeho počínání opravdu prospěch (18, s.16)“.

Andersenův kodex byl prezentován v Ústavu lékařských interakcí a komunikativních dovedností. V roce 1972 Asociace amerických nemocnic přijala vlastní kodex Práv nemocných (17).

Po roce 1971 vznikla celá série kodexů, týkajících se práv pacientů. Kromě obecné verze práv pacientů začaly vznikat i kodexy, které se týkají určité skupiny lidí, jejichž problémy jsou vždy nějakým způsobem specifické. Ve Francii byla v roce 1974 vydána tzv. Charta hospitalizovaného pacienta. Postupně vznikla Práva handicapovaného dítěte, Práva imobilních osob, Práva psychicky nemocných a alterovaných, Práva dialyzovaných a transplantovaných pacientů, Práva starých lidí, Práva umírajících, Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte.

V České republice je historie práv pacientů poměrně krátká. V roce 1990 začala pracovat Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR. H. Haškovcová podala návrh k vypracování, přijetí a zveřejnění etického kodexu Práv pacientů. Důvodem byla potřeba uvedení stávajícího a často evropským normám neodpovídajícího stavu do souladu s přijatými dokumenty, především s Listinou základních práv a svobod. H. Haškovcová a J. Šetka vypracovali písemný návrh etického kodexu Práva pacientů. Česká verze byla sestavena na základě vzorových Práv pacientů, který zveřejnil v roce 1985 Americký svaz občanských svobod. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR formulovala a vyhlásila definitivní verzi etického kodexu Práva pacientů dne 25. 2. 1992, který je rozdělen do jedenácti částí (1, 14, 17).

Kodex Práva pacientů není sám o sobě právně vymahatelný (viz příloha 4). Vyjadřuje opodstatněná přání nemocných. Kodex je však koncipován tak, že většina ustanovení se nachází v komparativní formě i v zákonných ustanoveních.

Práva mají být také vyvážena určitými povinnostmi ze strany pacienta. Povinností každého občana je pečovat o své vlastní zdraví, především formou zdravého životního

stylu. Důležitou povinností pacienta je dodržování léčebného, dietního a rehabilitačního režimu ve zdravotnickém zařízení. Každý pacient by měl sdělit svému lékaři vše, co se týká jeho aktuálního zdravotního stavu. Neměl by žádné informace zamlčovat, ani ty, které nepovažuje za důležité, nebo které jsou mu nepříjemné (18).

1.4.1 Charta práv dětí v nemocnici

Na přelomu 18. a 19. století se začíná čím dál víc zdůrazňovat svébytnost období dětství s potřebou láskyplného přístupu v rodině. Skutečnost, že děti mají stejná práva jako dospělí, a že jejich práva je potřeba chránit speciálními zákony. Byla zakotvena v Ženevské deklaraci práv dítěte z roku 1924 a v Deklaraci práv dítěte přijaté Spojenými národy v roce 1959. Jedním z nejdůležitějších dnů v historii vztahu dítěte a společnosti byl 20. listopad 1989, kdy byla OSN přijata Úmluva o právech dítěte, která byla ratifikována Federálním shromážděním tehdejšího Československa v roce 1991. Česká verze charty Práva hospitalizovaných dětí vychází z textu Charty práv dětských pacientů britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children) a z Charty práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v roce 1988. Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 1993. Charta je velmi důležitým etickým kodexem, který je těsně provázán s Úmluvou o právech dítěte – mezinárodní právní normou, k jejímuž dodržování se Česká republika, jako ostatně většina zemí světa, svým podpisem zavázala (18, 24).

1.4.2 Organizace na ochranu pacientů

Nejprve vznikl Svaz na ochranu pacientů, který byl později transformován na Svaz pacientů České republiky. Má statut humanitární organizace. Usiluje o přímou účast zástupců pacientů v dozorčích radách nemocnic, ve správních a dozorčích radách zdravotních pojišťoven a v pracovních komisích Poslanecké sněmovny Parlamentu a Ministerstva zdravotnictví ČR. Poskytuje i sociálně poradenské služby. Svaz pacientů České republiky je členem Mezinárodní aliance patientských organizací IAPO se sídlem v Londýně.

Od roku 1995 pracuje Občanské sdružení na ochranu pacientů, jehož cílem je spoluúčast na změnách zdravotnické legislativy tak, aby zdravotnická péče byla co nejkvalitnější, nejdostupnější a nejbezpečnější. Občanské sdružení provozuje i poradnu pro práva pacientů (14, 17).

1.5 Individuální práva pacientů

Základními individuálními právy pacienta jsou právo na zachování mlčenlivosti o skutečnostech, které se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s ošetřováním nebo léčbou, právo na veškeré informace o svém zdravotním stavu, právo na získání potřebných informací od lékaře pro rozhodnutí před zahájením nového diagnostického či terapeutického postupu. Neméně důležitými právy jsou odmítnutí léčby a informování o důsledcích tohoto rozhodnutí, právo na soukromí při ošetřování nebo léčbě a ohleduplný, citlivý a důstojný přístup při léčbě. Dodržování výše uvedených práv může pacient v průběhu léčby vyžadovat. V případě, že uvedená práva nebyla ze strany zdravotnického personálu dodržena, má pacient nárok dožadovat se těchto práv nebo odškodnění za jejich porušení (12).

1.5.1 Právo pacienta na informace a jejich ochranu

Pacient má nejen právo, aby byl o svém zdravotním stavu pravdivě informován, ale má také právo, aby se tyto jeho citlivé osobní informace nedostaly do nepovolaných rukou. Toto právo je zajišťováno institutem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. Důležitý je způsob komunikace mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou. Správně zvolená komunikace má psychologický vliv na rozhodování pacienta o jeho další možné léčbě (12).

Sdělení o zdravotním stavu pacienta jsou informace o povaze a dalším postupu onemocnění, informace o způsobu léčebného režimu a dále informace, kterými by pacient mohl navrhovaný léčebný zákrok či postup odsouhlasit nebo odmítnout (46). Za kvalitu a rozsah informací, které jsou poskytovány pacientovi zodpovídá jeho ošetřující lékař. Podle článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně je možné jakýkoliv léčebný zákrok v oblasti péče o zdraví provést pouze za podmínky, když

k němu pacient poskytl svobodný informovaný souhlas. Z toho vyplývá, že pacient má právo na řádné a úplné informace. Osobní charakter údajů o zdravotním stavu pacienta má závažnější následky v případě zveřejnění, než v případě jiného obsahu osobních údajů. Na jedné straně tak stojí nezbytnost zpracování osobních údajů o zdravotním stavu z důvodů zachování zdraví pacienta. Na straně druhé je pak velká intimita těchto údajů s rizikem vstupu do soukromí pacienta, pokud by došlo k úniku informací a jejich zpřístupnění neoprávněným osobám. Zvýšená ochrana údajů o zdravotním stavu pacienta je řešena souborem specifických právních předpisů. Mezi nejvýznamnější patří ochrana citlivých údajů, povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, vedení zdravotnické dokumentace a pravidla pro poskytování informací o zdravotním stavu pacienta (18).

1.5.1.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je v našem právním řádu upraven v článku 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ale také v ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Informovaný souhlas je nástrojem pro poskytování informací. „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas (18, s. 25)“.

Výjimkou je stav krajní nouze, kdy nelze získat souhlas a současně je lékařský zákrok pro záchranu zdraví a života nemocného nutné provést bezodkladně. Příkladem může být člověk v bezvědomí, který nemůže přijmout ani poučení, ani projevit souhlas. V této situaci je pacientův souhlas předpokládán a lékař koná dle nejlepšího vědomí a svědomí v intencích postupů lege artis (7, 18).

Informovaný souhlas může být prezentován ústně, konkludentně, nebo písemně. Konkludentní forma souhlasu znamená, že souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky, ale se souhlasným gestem (natažení paže k aplikaci injekce nebo k odběru krve). Tento souhlas není prokazatelný a pacient jej může zpochybnit či popřít. Z tohoto důvodu se po ústní či konkludentní formě souhlasu vyžaduje ještě písemný informovaný souhlas. Jde-li o pacienta – cizince, je nutné provést formy informovaného

souhlasu v jazyce, kterému rozumí, případně využít služby tlumočnicka. Písemný informovaný souhlas je nazýván pozitivním reversem, který je výrazem vůle pacienta, opřené o náležité poučení (12, 25, 46).

Konkrétní formu tohoto souhlasu stanoví vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění, která byla novelizována vyhláškou č. 64/2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb., v platném znění. Dle této vyhlášky musí informovaný souhlas obsahovat údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a o možných rizicích zdravotního výkonu. Nemělo by chybět ani poučení o možných alternativách výkonu, o možných omezeních ve způsobu života či v pracovní schopnosti po provedení výkonu. Dále nesmí chybět ani údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních. Důležitý je zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny nebo vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky. Informovaný souhlas musí být opatřen datem a podpisem pacienta a zdravotnického pracovníka, který mu údaje poskytl. Nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem nebo jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu. Uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat a jakým způsobem projevili svou vůli (12, 18, 48).

Pacient musí být o zákroku informován předem a řádně. Dále musí být informován o účelu a povaze zákroku, o jeho důsledcích a rizicích, o jeho případných alternativách. Musí mu být ponechán dostatečný prostor, aby se rozhodl, zda se zákroku podrobí nebo jej odmítne. Musí mu být proto poskytnuty veškeré relevantní informace. Řádnému poučení musí porozumět, proto je třeba dbát na jeho intelektuální úroveň, jeho vzdělání a schopnost poskytnuté informace zpracovat. Při komunikaci je nutné vyvarovat se používání odborných výrazů, které brání v pochopení sdělovaných informací. Pacient má právo být informován o své diagnóze a prognóze. Lékař jej musí poučit i o účelu a důvodu zákroku. V poučení musí být obsažena informace o typu zákroku (diagnostický, léčebný nebo preventivní zákrok). Za kvalitu a rozsah poskytovaných informací zodpovídá ošetřující lékař. Další zdravotničtí pracovníci, kteří

se podílejí na jeho léčbě a péči, mají povinnost jej informovat, vždy s ohledem na své profesně stanovené kompetence (12, 18).

Nesouhlasí-li pacient s provedením lékařského zákroku, má právo zákrok odmítnout. Lékař má povinnost vyžádat si tzv. negativní revers. Konkrétní formu negativního reversu stanoví vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění. Negativní revers musí obsahovat potřebné údaje o zdravotním stavu pacienta a o provedeném zdravotním výkonu, údaj o možných následcích odmítnutí zdravotního výkonu pro zdraví pacienta, záznam jeho vyjádření, kde mu byly údaje sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a měl možnost klást doplňující otázky. Také písemně prohlásí, že i přes poskytnuté informace výkon odmítá. Dále ještě musí obsahovat místo, datum, hodinu a podpis pacienta. V případě, nemůže-li se pacient podepsat nebo odmítá-li záznam prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, příjmením a podpisem svědka. Uvedou se důvody pro něž se pacient nepodepsal a způsob projevu jeho vůle.

Podle Úmluvy o biomedicíně se požaduje, aby informovaný souhlas pacient udělil svobodně a informovaně. Žádná osoba nesmí být nucena podstoupit lékařský zákrok, se kterým by nesouhlasila. Lékař nemusí pacienta poučovat proti jeho vůli. Ten může lékaři sdělit, že o svém zdravotním stavu nechce být informován a rozhodování ponechává na lékaři. Tento úkon musí být učiněn výslovně a je vhodné, aby byl proveden v písemné formě (12, 18).

V Úmluvě o biomedicíně je formulováno, že dotčená osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat. Toto odvolání se netýká zpětně provedených diagnostických a léčebných výkonů. Důvody pro odvolání informovaného souhlasu nemusí pacient uvádět. U odvolání zákroku s negativními důsledky je vždy nutná písemná forma (18, 54).

Bez informovaného souhlasu je provedení diagnostických a léčebných úkonů možné pouze v těchto případech: při stavech nouze, které vyžadují neodkladná řešení, informovaný souhlas pacienta se předpokládá, jde-li o nemoci, které podléhají režimu povinného léčení nebo jde-li o osobu, která jeví známky duševní choroby nebo

intoxikace a ohrožuje sebe a své okolí a jde-li o nosiče, ve smyslu zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění.

Podle zákona 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, je nutné každého pacienta poučit o jeho právech. Toto poučení musí provést ošetřující lékař. Při přijetí do ambulantní nebo nemocniční péče je současně nutné zjistit, kdo může být informován o jeho zdravotním stavu. Jméno osoby je zaznamenáno do dokumentace. Sestry nejsou oprávněny poskytovat závažné informace (12, 17, 31).

1.5.2 Nahlížení pacienta do zdravotnické dokumentace

Právo pacienta na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o jeho zdravotním stavu a nahlížení do zdravotnické dokumentace je zakotveno v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, jehož významná novelizace v této souvislosti nabyla účinnosti dne 15. 5. 2007 zákonem č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Podrobně upravila podmínky nahlížení do zdravotnické dokumentace pacienta. Jednoznačnějším způsobem byl tak zákonem vymezen okruh osob, které smějí do zdravotnické dokumentace pacienta nahlížet (57).

Podle současného znění zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění, má pacient právo znát veškeré informace, které byly o jeho zdravotním stavu shromážděny ve zdravotnické dokumentaci, vedené o jeho osobě i jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu. Dále má právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v tomto zákoně. Pacient má právo i na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů týkajících se jeho zdravotního stavu. Dalším právem je určení osoby, která může být informována o zdravotním stavu pacienta. O těchto právech je povinen pacienta poučit jeho ošetřující lékař (12).

Každé nahlédnutí pacienta do zdravotnické dokumentace je zaznamenáno. Zdravotnické zařízení nemůže odmítnout zpřístupnění zdravotnické dokumentace, ale může je pouze omezit u zákonného zástupce ve vztahu k informacím o týrání, zneužívání a zanedbávání nezletilého dítěte, a to i na jeho žádost. Zdravotnické zařízení

je povinno vyhotovit opisy, výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace ve lhůtě stanovené zákonem (56).

1.5.3 Právo na poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta, který zemřel

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění pro případ úmrtí pacienta určuje úzký okruh osob, které mají oprávnění nahlížet do zdravotnické dokumentace. Toto právo upravuje § 67ba odstavec 3 tohoto zákona. Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledcích pitvy mají osoby blízké, popřípadě další osoby určené pacientem. Dále mají právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace, pořídit si výpis, opis nebo kopii těchto dokumentů. Jedná-li se o zemřelého pacienta, který měl omezenou způsobilost k právním úkonům nebo byl nezletilou osobou, má výše uvedená práva jeho zákonný zástupce nebo osoba tímto zástupcem určená. Zdravotnický pracovník má právo v souvislosti s pochybností o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi požádat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.

Jestliže zemřelý za svého života vyslovil zákaz poskytování informací o svém zdravotním stavu, mají právo na informace včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace, pouze osoby blízké, pokud je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob (12, 56).

1.5.4 Právo pacienta na ochranu informací – povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Povinná mlčenlivost je jedním z nástrojů, jak zajistit ochranu osobních údajů a ochranu soukromí pacienta. Jejím účelem je především nastolení vzájemné důvěry ve vztahu mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem. Povinná mlčenlivost je upravena v článku 10 odstavce 1 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, podle něž má každý právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Výjimky mohou být dle článku 26 této Úmluvy stanoveny pouze zákonem. A to jen v případech, kdy jsou tyto nezbytné v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných osob (12, 50).

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, konkrétně § 55 odst. 2, písm. d) uvádí: „Každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti je uložena zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem tím není dotčena. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (12, s. 35)“.

Povinnost dalších pracovníků pak vyplývá ze zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění (12).

1.5.5 Právo pacienta na řádný postup zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče

Pacient má při poskytování zdravotní péče plné právo na provedení řádné péče za dodržení určitých profesních standardů. Úmluva o biomedicíně článek 4 zavazuje všechny lékaře k důslednému uplatňování postupu zdravotní péče lege artis. Postup lege artis je z původně latinského „de lege artis medicinae“ překládán jako dle pravidel lékařského umění. Jde o preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup, který je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (12).

Za právní základ povinnosti poskytovat péči lege artis lze považovat § 11 a § 55 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění. Dle § 11 tohoto zákona je stanoveno, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Z § 55 odstavce 1 tohoto zákona vyplývá, že zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti. Dále ještě § 55 odstavec 2 písmeno a) stanovuje, že zdravotnický pracovník je povinen vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, který

určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s dalšími profesními organizacemi (31, 53, 56).

1.6 Práva pacientů a akreditace nemocnic

Každý pacient je jedinečný – má specifické potřeby, neměnné zásady, vlastní hodnotový systém. Činnost zdravotnických zařízení musí směřovat k tomu, aby byla vytvořena atmosféra důvěry a komunikace mezi pacienty a zdravotnickými pracovníky. Proces prosazování práv pacientů začíná definováním těchto práv a pokračuje edukováním pacientů a zdravotnických pracovníků o těchto právech.

Akreditace nemocnic je proces, který směřuje k poskytování maximálně bezpečné péče. Jde o standardizaci, sledování a vyhodnocování procesů poskytované zdravotní péče, standardizaci podpůrných a řídicích procesů, systematické zvyšování odborné úrovně péče. V praxi to znamená především vytvoření uceleného systému vnitřních norem, kterými sledujeme, kontrolujeme a pravidelně vyhodnocujeme rizika při poskytování péče a snažíme se těmto účinně předcházet. Je to nikdy nekončící proces, kdy se nemocnice stále snaží zvyšovat dosaženou úroveň při poskytování péče tak, aby všechny pacientovy „ukryté“ procesy a vlídný přístup zaměstnanců posílily důvěryhodnost nemocnice v očích laické i odborné veřejnosti.

Pojem akreditace je odvozen z latinského slova „credere“, což znamená důvěřovat. Akreditaci lze tedy volně přeložit jako důvěryhodné prokázání způsobilosti. Akreditaci zdravotnického zařízení lze definovat jako důvěryhodný proces, při kterém externí organizace hodnotí organizaci a posuzuje, do jaké míry nemocnice odpovídá předem stanoveným akreditačním standardům (ukazatelům), které vyžadují kontinuální zlepšování kvality poskytované péče (47).

Celosvětově je akreditační proces chápán jako efektivní nástroj hodnocení a řízení kvality poskytované péče. Tento proces hodnocení kvality byl vyvinut a implementován ve Spojených státech amerických. V roce 1951 byla založena v USA Spojená komise pro akreditaci JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations). Tato organizace uděluje akreditace hodnoceným zdravotnickým zařízením na území Spojených států amerických. Spojená akreditační komise JCI (Joint

Commission International) byla založena v roce 1998 jako dceřinná společnost JCAHO. JCI poskytuje akreditační služby mimo území Spojených států amerických. Z českých nemocnic tento mezinárodní akreditační certifikát získaly pouze dvě nemocnice: Ústřední vojenská nemocnice Praha a Nemocnice na Homolce (5, 13, 36).

Snahou reforem, které probíhají v českém zdravotnictví posledních 15 let je zajištění porovnatelné kvality a snížené variability mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, jak v oblasti provozního a stavebního stavu nemocnic, tak v oblasti technického vybavení, ve způsobu personálního obsazení a v poskytování ošetrovatelské a léčebné péče. Proto pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR vznikla v roce 1998 Spojená akreditační komise České republiky (SAK - ČR). Posláním této komise je trvalé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v České republice pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit. Spojená akreditační komise vydala spolu s podrobnou metodikou padesát národních akreditačních standardů, týkajících se aspektů provozu zdravotnických zařízení a péče o pacienty. SAK ČR v roce 2008 vytvořila jejich novou verzi a celkový počet se zvýšil na sedmdesát čtyři. Zvýšil se i počet indikátorů jednotlivých standardů. V rámci akreditace SAK ČR jsou standardy uspořádány do deseti tématických celků. Spojená akreditační komise České republiky je nezávislý orgán se sídlem v Praze (36, 37, 47).

1.7 Akreditační standardy

Akreditační standardy jsou rozděleny do deseti tématických oblastí: řízení kvality a bezpečí, diagnostické péče, péče o pacienty, kontinuita zdravotní péče, dodržování práv pacientů, podmínky poskytované péče, standardy managementu, řízení lidských zdrojů, sběr a zpracování informací, protiepidemická opatření (36).

Jsou konstruovány s úmyslem, aby byly přínosem nejen pro zdravotnickou instituci, ale zejména pro samotné pacienty. Účelem standardů je sjednocení úrovně poskytované péče ve zdravotnických zařízeních. Představují efektivní nástroj vyhodnocování poskytované péče, protože bez její stanovené úrovně nelze péči vyhodnocovat a měřit. Standardizace se stává základním článkem systémového řízení

kvality a umožňuje managementu zdravotnického zařízení naplnit své poslání a garantovat tak pacientům dostupnou kvalitní péči (13).

Jednou z oblastí „Národních akreditačních standardů pro nemocnice“ jsou „Standardy dodržování práv pacientů“, které zahrnují pět částí. Cílem prvního standardu je seznámení každého pacienta s jeho právy při přijetí do zdravotnického zařízení. Provedení seznámení je zaznamenáno zápisem do zdravotnické dokumentace pacienta. Následující dva se týkají informovanosti pacienta o povaze onemocnění, o navrhované léčbě, o jejích výhodách a rizicích. Pokud se má účastnit na rozhodování o jemu poskytované péči, musí mít k dispozici potřebné informace. Je zde kladen důraz na tzv. informovaný souhlas. Lékař informuje v plném rozsahu pacienta o jeho zdravotním stavu, léčbě a komplikacích s ní spojenou, sestra jej edukuje o výkonech, které sama provádí. Edukaci pacienta sestrou popisuje další standard. Zahrnuje zhodnocení potřeby edukace, jejího rozsahu a způsobu a postup vedení zdravotnické dokumentace. Poslední standard je zaměřen na omezení pacienta v lůžku a imobilizaci, které má být provedeno jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu jeho bezpečnosti s ohledem na právní řád České republiky (17, 36, 41).

Nové vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice vystoupilo v platnost 1. září 2009. Po vydání Národních akreditačních standardů pro nemocnice vznikla potřeba dodatečně upravit text některých standardů. Vzhledem k tomu, že tato změna představuje jisté nové požadavky na provoz nemocnic a standardy jsou již účinné, Spojená akreditační komise, o.p.s., rozhodla o účinnosti této změny až od 1. 3. 2010 (36).

1.7.1 Akreditační standard 41: „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení je učiněn zápis do pacientovy dokumentace (36, s. 67)“.

„Dodržování práv pacientů a jejich blízkých patří ke stěžejním oblastem v procesu kontinuálního zvyšování kvality (36, s. 67)“. Zdravotnické zařízení stanoví pracovníka (příjemčí sestru nebo lékaře), který odpovídá za seznámení pacienta případně blízkých osob s jeho právy. V případě, že bezprostředně při přijetí zdravotní stav

pacienta neumožňuje, aby byl se svými právy seznámen, je nutné toto provést, jakmile to umožní zdravotní stav. Seznámení s právy pacienta musí být provedeno průkazně zápisem do zdravotnické dokumentace. Se svými právy je pacient seznámen ústní nebo písemnou formou. Nemocnice má stanoven také postup pro případ, že pacient neovládá český jazyk nebo má jiné komunikační bariéry. Další stanovený postup je v situaci, kdy pacienti nemohou dát relevantní souhlas s přijetím (36).

Práva pacientů jsou nejenom odrazem vzájemných vztahů zdravotnických pracovníků a pacientů, ale i oblastí, která je ovlivněna kvalitou managementu zdravotnického zařízení, materiálními podmínkami, společenským a ekonomickým ohodnocením činnosti zdravotnických pracovníků a řízením celého resortu (21).

Standard č. 41 byl nově doplněn o závaznou součást poučení. Poučení se týká informací o právech pacienta: na soukromí v průběhu celého procesu poskytování zdravotní péče, na uspokojení spirituálních potřeb, na poskytování péče s ohledem na příslušný tělesný, smyslový či mentální handicap, na informace o zdravotním stavu pacienta, na léčbu bolesti, podílet se na rozhodování o poskytnuté zdravotní péči (36).

1.7.2 Akreditační standard 42: „Informovaný souhlas pacientů se odebírá v souladu s postupem, který nemocnice stanoví vnitřním předpisem. Informovaný souhlas s pacienty sepisuje příslušně způsobilý pracovník (36, s. 69)“.

Informovaný souhlas je nejvýznamnějším nástrojem k zajištění účasti pacientů na poskytované péči a je také projevem jejich vůle. Pokud má pacient souhlasit s provedením výkonu, musí mít k dispozici dostatek informací o navrhovaném postupu. Nemocnice má stanoven vnitřním předpisem postup při získávání informovaného souhlasu. Tento stanovený postup musí být v přímém souladu se zákony a podzákonnými normami. Dále je stanoveno spektrum výkonů, u kterých je nutné informovaný souhlas odebrat v písemné formě (36).

V § 23, odst. 1, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění je uvedeno, že zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby, o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho

důsledcích, alternativách a rizicích. Pokud jde o vyšetřovací a léčebné zákroky, které provádí pouze lékař, je nezbytně nutné, aby informace s nimi spojené poskytoval sám, protože pouze on je osobou profesionálně způsobilou k jejich provádění (56).

1.7.3 Akreditační standard 43: „*Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytované péči (36, s. 70)*“.

Pacientovi a jeho blízkým jsou srozumitelným způsobem vysvětleny všechny plánované diagnostické a léčebné postupy. Informace by měly být poskytovány s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav a měly by obsahovat typ navrhované léčby, pro něho možné výhody a rizika, alternativy, pravděpodobnost úspěchu navrhovaného postupu a důsledky jeho případného odmítnutí. Je mu též sděleno jméno lékaře, který má primární odpovědnost za poskytovanou péči, nebo který by měl plánovaný výkon provést (36).

Při sdělování informací o zdravotním stavu a navrhované léčbě je důležitá otevřená komunikace mezi lékařem a pacientem. Základem je rozhovor, který by měl být založen na vzájemné důvěře a měl by probíhat individuálně bez rušivých elementů. V jeho průběhu by neměl mít pacient dojem nezájmu či spěchu ze stran zdravotnických pracovníků. Pacientovi by měl být ponechán dostatečný prostor pro své opodstatněné otázky, pro ventilaci svého strachu a obav. Pokud je v navrhované léčbě více alternativních postupů nebo metod, má pacient právo být s nimi seznámen. Je vhodné také přihlížet k jeho přáním nebo požadavkům na upřednostnění určité léčby, postupu nebo jejich odmítnutí (12, 18).

1.7.4 Akreditační standard 44: „*U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace (36, s. 71)*“.

Zdravotní stav obyvatelstva není v našich podmínkách uspokojivý. Častou příčinou zhoršení zdraví je způsob života populace, zdravotní kultura společnosti, nedostatek vědomostí o zdraví a nemoci. Sestra na základě svojí profese a odbornosti přispívá ke zdravotní výchově. Edukaci lze definovat jako proces soustavného

ovlivňování a chování jedince. Jejím hlavním cílem je navození pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Do popředí se tak dostává aktivní přístup jednotlivce k vlastnímu zdraví. Sestra se tak stává kromě ošetřovatelky, koordinátorky, obhájkyně, manažerky také učitelkou, vychovatelkou a edukátorkou. Edukace pacientů je také významným a důležitým nástrojem, jak pacienta aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní a ošetřovatelské péče. Hodnocením potřeby edukace zjišťujeme, zda pacient má dostatek vědomostí, které se týkají jeho aktuálního zdravotního stavu (23, 36).

Edukace zahrnuje nejenom informace, které si má pacient osvojit v průběhu poskytované zdravotní péče, ale i po propuštění domů nebo po přeložení do jiného zdravotnického zařízení. Významně ovlivňuje zlepšení kvality života samotného jednotlivce či celé skupiny.

Edukace probíhá formou edukačního procesu, který úzce souvisí s procesem ošetřovatelským. Součástí edukačního procesu je řádně vedená dokumentace. Zahrnuje edukační plán, vykonané aktivity sestry a pacienta a zhodnocení celého procesu. Edukaci lze rozdělit na základní, komplexní a reedukační. Základní edukací jsou předávány nové vědomosti a dovednosti, pacient je vhodným způsobem motivován ke změně hodnotového žebříčku a postojů. Komplexní edukace předává ucelené vědomosti a jsou budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných postaveních, která vedou ke zlepšení nebo navrácení zdraví. Na předchozí vědomosti a dovednosti navazuje reedukace. Ta zahrnuje opakování a aktualizaci základních informací a poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám. Účelnost a správnost edukace je ovlivněna kompliancí, motivací, pohotovostí pacienta, zpětnou vazbou, opakováním, správně zvoleným učebním materiálem a optimálním prostředím. Negativně ovlivňuje edukaci psychický stav pacienta, jeho úzkost, apatie, nezáměr a nedůvěra. Fyzický stav pak může být ovlivněn bolestí a aktuálním onemocněním. Dalšími negativními faktory mohou být kulturní bariéry, které tvoří jazyk a protichůdnost hodnot uznávaných sestrou a pacientem. Sestra edukuje pacienta o činnostech, které sama provádí (6, 28, 58).

Důležitými údaji o pacientovi je jeho pohotovost, která může být ovlivněna změnami v psychice, vyvolanými daným onemocněním. Dále sem patří poddajnost, která vyjadřuje ztotožnění pacienta s doporučeními sestry. Motivace je spojená s potřebou získávání vědomostí a touhou poznat svůj zdravotní stav. Sestra by také měla poznat společensko-ekonomické faktory pacienta, aby lépe pochopila jeho chování a názory. Současné vědomosti a efektivita zvolené metody učení je ovlivněna i vzděláním a věkem pacienta. Důležité je znát názory pacienta na zdraví a jeho osobní postoje k upevňování vlastního zdraví.

Edukace je složena z následujících fází: projektování, realizace a hodnocení. Projektování edukace je přípravnou fází. Jde o stanovení strategií edukačního procesu. Nezbytným předpokladem správného plánování je důkladný sběr informací o pacientovi. Získávané informace jsou zaměřené na znalosti, postoje a dovednosti pacienta v dané problematice. Všímáme si charakteristiky pacienta, vzhledem k jeho pohlaví, věku, zdravotnímu a psychickému stavu, motivaci, postojům, kognitivním schopnostem, ekonomickým zvláštnostem či životnímu stylu. Důležité je i zvolení vhodných forem a metody edukace. Nezbytnou podmínkou při plánování této fáze je multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu a zvážení postupu při záznamu o edukaci do pacientovi dokumentace. Realizací motivujeme pacienta k účinné spolupráci při učení se novému. V této fázi je nutné navázat s pacientem přiměřený kontakt, připravit vhodné prostředí, zvolit vhodné tempo a pomůcky. Není žádoucí používat odbornou terminologii. K edukaci pacienta zároveň využíváme názorných, praktických či dalších alternativních metod. Vhodně zvolená metoda rozvíjí jeho poznávací schopnosti, myšlení a vnímání. Realizací je naplněn edukační plán. Poslední fází je hodnocení edukace, které vede ke zjištění a posouzení dosažení edukačního cíle. Sestra s pacientem zhodnotí, co se naučil. Pokud se nepodaří edukační cíl splnit, zjišťujeme příčiny. Nejčastějšími příčinami je nedostatečný odhad potřeb pacienta, volba nevhodné metody edukace, neefektivní komunikace, velké množství poskytovaných informací v krátkém časovém úseku. Zhodnocení edukačního plánu je nezbytné a potřebné pro provedení zpětné vazby (27, 28, 58).

Edukace obsahuje metody a formy. Edukační metodou je cílevědomé, promyšlené působení sestry, která aktivizuje pacienta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Mezi metody patří mluvené a tištěné slovo, přímá zkušenost a názorné pomůcky a alternativní metody. Metody mluveného slova se dělí na přednášku, výklad, vysvětlování, diskuzi, rozhovor a besedu. Působení mluveným slovem je velmi účinné, protože je možnost jeho použití v širokém spektru. K správnému naplnění očekávaného cíle je velmi důležitý projev sestry. Pacientova spokojenost s ošetrovatelskou péčí ve zdravotnickém zařízení je také výrazně ovlivněna správnou komunikací se zdravotnickými pracovníky. Pokud má sestra dobře a účinně zdravotně-výchovně působit na pacienta, je důležité, aby byla v dostatečné míře informována o jeho zdravotní a sociální situaci. Metodu tištěného slova tvoří heslo, leták, brožura, časopis a kniha. Film a kniha je metodou přímé zkušenosti a názorných pomůcek (42, 43).

Formy edukace jsou individuální, skupinové a hromadné. V průběhu individuální formy je sestra v úzkém osobním kontaktu s pacientem. Obsah této formy edukace je stanoven na základě jeho individuálních potřeb. Při této formě se nejčastěji používají edukační metody vysvětlování, rozhovor a instruktáž s praktickým cvičením. Při skupinové formě mají pacienti možnost spolupráce a výměny zkušeností mezi sebou. Skupina vzniká buď na základě vlastního zájmu (neformální) nebo je vytvořena na základě určitých kritérií (formální). Kritéria tvoří například věk, pohlaví, druh onemocnění, úroveň vědomostí a dovedností. Na základě stanovených kritérií rozeznáváme skupiny homogenní a heterogenní. Homogenní skupinu tvoří pacienti se stejným zdravotním problémem, přibližně stejnými vědomostmi, schopnostmi, zkušenostmi. V heterogenní skupině jsou pacienti s různou úrovní svých zkušeností a vědomostí. Metodou skupinové edukace je diskuze a brainwriting. Hromadná forma edukace je zaměřena na širší skupinu pacientů. Typickou metodou této formy je například přednáška, kde sdělujeme více pacientům stejný obsah (3, 23, 58).

1.7.5 Akreditační standard 45: „Imobilizovat a omezovat pacienta je možné jen v řádně odůvodněných a zdokumentovaných případech, v zájmu bezpečnosti pacienta a s ohledem na právní řád ČR (36, s. 72)“.

Akreditační standard se vztahuje na používání omezovacích prostředků a farmakologického zklidnění (omezení) pacientů. Pro naplnění standardu má nemocnice vypracovaný vnitřní předpis, který stanovuje indikace mechanického či farmakologického omezení pacienta. Předpis dále určuje rozsah a frekvenci lékařského a ošetrovatelského vyšetření pacienta před, během a po imobilizaci. Nechybí ani vymezení formy průběhu omezení a záznamu do dokumentace (22, 36).

V mimořádných případech je nutné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. Protože se jedná o metody, které vážně ovlivňují osobní svobodu pacienta, je nutné dodržovat některé zásady, sloužící k minimalizaci rizika vzniku různých komplikací (somatických, psychických i právních). Indikací pro použití restriktivních opatření je vždy chování pacienta bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí. Omezujícími prostředky rozumíme terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta. Jde o omezení pacienta v lůžku, terapeutickou izolaci, umístění pacienta do síťového lůžka, použití ochranného kabátku, manuální fixaci a podání medikace bez souhlasu pacienta. Za výrazný omezovací prostředek se považuje také hospitalizace pacienta proti jeho vůli (bez jeho písemného souhlasu). Za fyzické omezení pacienta se nepovažuje pobyt v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny, připoutání končetiny při aplikaci infuze, fixace v křesle pro udržení stability a zábrany u lůžka (4, 35).

S omezovacími prostředky je spjata agresivita pacienta. Projev agresivity záleží vždy na mnoha okolnostech a situacích, které mohou společně ovlivnit chování pacienta. Například na věku, pohlaví, vztahu k nemoci, průběhu či formě nemoci. Ne každý pacient je schopen zvládat novou situaci. Zvláště, když prožívá strach a úzkost, je nespokojený s průběhem hospitalizace nebo má bolest. Nejen tyto okolnosti mohou vést k nepříznivé reakci pacienta a mohou vyústit v agresi. Agresivitu můžeme charakterizovat jako útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit. Sestra je mnohdy první osobou, která se s pacientem setkává, proto může vnímat a pozorovat

výkyvy nálad, změny v chování a celkové reakci pacienta. Agrese je velmi často doprovázená pocitem hněvu, vzteku, nenávisti. Jejím vyústěním může dojít až k fyzickému zranění zdravotnického pracovníka, jiného pacienta nebo zničení jiných předmětů. Rozlišují se různé stupně agrese. Prvním a nejnižším stupněm je nepřátelství (hostilita). Chování a vystupování pacienta se projevuje výraznými antipatiemi. Druhým stupněm je verbální agrese. Rozdělujeme ji na přímou, nepřímou a ideatorní. Přímou verbální agresi tvoří urážky, nadávky, nepřímou pak psaní dopisů a telefonátů. Ideatorní verbální agrese se projevuje pouze představami pacienta, jak někomu vynadá. Třetím nejzávažnějším stupněm je brachiální agrese. Jde o agresi fyzickou, zaměřenou vůči živým tvorům nebo věcem. Snahou agresora je někoho zastrašit, zmocnit se něčeho nebo něco pro sebe získat (35).

Neklid a agrese mohou vznikat v rámci všech psychických poruch – organických, návykových, schizofrenních, afektivních, úzkostných a u poruch osobnosti. Vyvolávajícím momentem agrese může být i obtížná orientace ve zdravotnickém zařízení, dlouhá čekací doba, nedostatek informací nebo neprofesionální přístup personálu a strach. Podrážděnost mohou vyvolat problémy v rodině, vztazích, přepracovanost (35).

Zdravotnický pracovník se může setkat s různými formami neverbálních a verbálních projevů agrese. Mezi nejčastější projevy patří nervozita, rozrušení a nápadná gestikulace pacienta. Dalšími signály je podupávání, kopání do předmětů v okolí, prudké klepání na dveře. V obličejí pacienta můžeme zpozorovat upřený až provokující pohled do očí, napětí ve tváři, semknuté rty nebo úšklebky. Agrese v řeči je spojena s vulgarismy, urážkami a výhružkami. Dochází také k narušení osobní zóny mezi pacientem, lékařem nebo sestrou. V chování i při komunikaci s agresivním pacientem je důležité zachovat klid, respektovat normy společenského chování a nenechat se vyprovokovat. Sestra s ním nesmí hovořit nebo zůstat v místnosti o samotě. Měla by k pacientovi přistupovat ze směru, který není pro něj ohrožující nebo překvapivý, tzn. čelem. Kontakt z boku nebo zezadu je nevhodný, jelikož by jej pacient mohl vnímat nepříjemně. Sestra pacienta pozorně vyslechne bez přerušování, nehodnotí jeho chování, neodsuzuje jej. Volí pomalé tempo řeči, používá krátké srozumitelné věty,

udržuje oční kontakt s pacientem, působí profesionálně a sebejistě. Na pacientovu agresivitu nereagujeme agresivitou, ale výhrůžky je nutné brát vážně. Pacientovi nabídneme pomoc a možnosti k řešení situace. V případech, kdy je to možné se nejdříve snažíme verbálně, s empatickým přístupem, zvládnout situaci. Pozitivní vliv na chování pacienta má také umožnění spojení s rodinou. Pokud se agresivní chování stupňuje, je nutné přistoupit k dalším opatřením – farmakologická intervence nebo použití omezujících opatření (28, 35).

Zvýšené riziko agrese lze očekávat na oddělení psychiatrické péče, detoxifikační jednotce, záchytné stanici a záchytné jednotce. S projevy agresivního chování se můžeme setkat v kterémkoliv zdravotnickém zařízení. Personál by měl být kvalitně připraven a proškolen, aby tyto situace uměl řešit a zvládat (35).

Použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotní péče je nutné považovat za krajní řešení v případech, kdy je nezbytně nutné dosáhnout zklidnění pacienta, který svým chováním ohrožuje sebe nebo své okolí. Při jejich užití musí být dbáno důstojnosti člověka a jeho soukromí (4, 22).

Právní předpisy, které souvisí s omezujícími prostředky jsou Listina základních práv a svobod a Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dále se jedná o zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, v platném znění, zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, v platném znění, zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v platném znění. Kromě těchto zákonů Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo Věstník č. 7/2009, který obsahuje metodická opatření k používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky (35, 51).

„Kompetentními osobami v používání omezovacích prostředků jsou lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci v rozsahu činností a kompetencí stanovených vyhláškou číslo 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (40, s. 2)“.

Omezovací prostředky mohou být použity pouze po dobu, kdy trvají důvody jejich použití. Musí být stanovena maximální doba omezení a po jejím uplynutí posoudí zdravotní stav pacienta opět lékař. Zdravotničtí pracovníci vysvětlí pacientovi pro něho

srozumitelnou formou důvody omezení, časovou perspektivu délky omezení a jeho další postup. Sestra je zodpovědná za správné provedení omezení a za zajištění komplexní ošetrovatelské péče. Návštěvy příbuzných jsou povoleny za předpokladu, že akceptují omezovací opatření svých blízkých. Zdravotnický personál provede poučení pacientovy návštěvy o důvodech, které vedly k omezení. Každé použití omezovacího prostředku (důvod použití, druh omezovacího prostředku, datum a čas zahájení a ukončení) a údaje o zdravotním stavu pacienta musí být zaznamenáno do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. O použití omezovacích prostředků se vede i evidence, která není součástí zdravotnické dokumentace. Evidence obsahuje datum a čas zahájení a ukončení omezovacího prostředku, jeho druh a důvod použití, frekvenci kontrol zdravotnickým personálem, jméno a příjmení osoby, která rozhodla o použití omezovacího prostředku a výčet případných zranění pacienta nebo zdravotnického personálu. Po ukončení použití omezovacích prostředků by se měla pacientovi věnovat zvýšená ošetrovatelská péče a pozornost (35, 40, 51).

Pokud se vyskytnou při poskytování ošetrovatelské péče o imobilizovaného pacienta komplikace (poranění pacienta, dehydratace, vznik dekubitů) je nutné jejich výskyt řádně zapsat do zdravotnické dokumentace, informovat o nich lékaře a přijmout opatření k jejich řešení (4, 35).

1.7.5.1 Omezení pacienta v lůžku

Je krátkodobým znehybněním pacienta v lůžku. K tomuto účelu se využívá popruhů na dolních i horních končetinách a břišního pásu. Účelem tohoto omezení je zabránění sebepoškození pacienta, zajištění bezpečnosti pro ostatní pacienty, zdravotnický personál a vytvoření podmínek pro zahájení terapeutického procesu. Indikacemi k použití jsou psychomotorický neklid pacienta ohrožujícího okolí, autoagresivní projevy s rizikem sebepoškození či suicidalita a jeho vlastní žádost. V průběhu omezování nesmějí být používány bolestivé hmaty, ani jiné nedůstojné postupy (35).

Po celou dobu omezení v lůžku je nutné věnovat pacientovi zvýšenou ošetrovatelskou péči. Sestra průběžně sleduje jeho projevy, stav vědomí, fyziologické

funkce, prokrvení fixovaných končetin. Vlastní ošetrovatelská péče je zaměřena na hydrataci pacienta, kdy u něho sledujeme denní příjem tekutin (minimálně 2000 ml denně). V oblasti vyprazdňování kontrolujeme vylučování moče a stolice. Při osobní hygieně zajišťujeme péči o ústní dutinu, výměnu osobního a ložního prádla a úpravu lůžka. Velmi důležitá je prevence dekubitů, kdy používáme antidekubitní pomůcky a vhodnými prostředky pečujeme o kůži. S ohledem na zahlenění a nebezpečí rizika aspirace dbáme i o dýchací cesty pacienta. V prevenci negativních důsledků z omezení končetin pravidelně uvolňujeme a masírujeme fixované končetiny, kontrolujeme jejich prokrvení a správné přiložení a vypodložení popruhů. Dostupnost a přítomnost ošetrovatelského personálu zajistí pacientovi pocit bezpečí. Po ukončení omezení v lůžku je nutné pacienta stále zvýšeně sledovat, abychom zamezili komplikacím psychického nebo somatického charakteru (4, 35).

1.7.5.2 Terapeutická izolace

Tímto omezením se rozumí zabránění volného pohybu pacienta po oddělení. K tomuto účelu je vyhrazena uzavřená, samostatná místnost, která je nepřístupná ostatním pacientům a návštěvám. Terapeutická izolace vyžaduje eliminaci nebezpečných faktorů a rizik poranění (použití nerozbitného skla, bezpečnostních fólií na skleněné výplně, zakrytí topných těles, odstranění nebezpečných předmětů apod.). Dalším kritériem je skrytý kamerový systém s výstupem do pracovny sester (35).

Indikací k opatření je výrazně obtěžující chování vůči ostatním pacientům na oddělení, riziko ohrožení zdraví (ohrožení předměty), psychomotorický neklid pacienta ohrožující okolí, nedodržení režimu při infekčních a parazitárních onemocněních nebo na vlastní žádost pacienta (35).

Před umístěním do terapeutické izolace je pacient zbaven veškerých předmětů, kterými by se mohl zranit nebo poškodit. Zdravotnický personál provádí kontroly pacienta v hodinových intervalech a poskytuje standardní ošetrovatelskou péči. Zároveň domluví s pacientem postup komunikace a možnosti přivolání sestry. Zdravotnický personál sleduje nejen projevy, které se staly důvodem umístění pacienta do

terapeutické izolace, ale i jeho chování. Využívá každé příležitosti ke snížení napětí pacienta a podporuje jeho orientaci místem, časem a osobou (35).

1.7.5.3 Omezení pacienta v síťovém lůžku

Omezení v síťovém lůžku slouží k zamezení volného pohybu pacienta. Používá se speciální lůžko opatřené ze všech stran včetně stropu sítí. Cílem tohoto omezení je zabránění poranění či poškození pacienta, ostatních pacientů a návštěv nebo poškození majetku. Indikací k omezení jsou opakované farmakologicky neovlivnitelné stavy psychomotorického neklidu, stavy zmatenosti spojené s rizikem poranění. Specifické případy umožňují použít síťové lůžko pouze na noc. Pacientovi je poskytována komplexní ošetrovatelská péče, zaměřená především na uspokojování základních potřeb. Nedílnou součástí této péče je jeho aktivizace a tím i maximalizace délky pobytu mimo síťové lůžko. Zvláště důležité je rehabilitační ošetrovatelství, jehož cílem je zaměření se na prevenci komplikací (ochabnutí svalstva a omezení hybnosti kloubů), které z tohoto omezení vyplývají (35).

1.7.5.4 Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta

Jako nástroj omezení je medikace použita tehdy, když nežádoucí projevy pacienta vedou k jeho přímému ohrožení či jsou nebezpečné pro jeho okolí. Jde o stavy akutního neklidu, agresivní nebo sebepoškozující chování. Tento postup lze charakterizovat i jako léčebný prostředek. Psychofarmaka se podávají zejména pro zklidnění pacienta. Pokud ten odmítá užití léku perorálně, přistupuje se k parenterální aplikaci psychofarmak. K podání je nutné zajistit dostatečný počet personálu pro jeho spolehlivou manuální fixaci. Po dosažení účinku léku je žádoucí dlouhodobě sledovat psychický a somatický stav pacienta a provádět kontroly základních vitálních funkcí. Takovéto použití omezujícího prostředku je odůvodnitelné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta a v situacích, kdy je riziko jeho chování příliš vysoké. Důvodem nesmí být usnadnění zdravotnické péče nebo pouhý neklid pacienta (4, 35).

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Předmětem výzkumného šetření je zjistit dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky.

2.1 Cíl práce

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda jsou pacienti při přijetí do nemocnice seznámeni se svými právy.

Cíl 2: Zmapovat, zda jsou pacienti informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a možných alternativách léčby.

Cíl 3: Zjistit, zda u každého pacienta je posouzena potřeba edukace a zda sestry provádějí záznam do dokumentace.

Cíl 4: Zmapovat znalosti sester v oblasti imobilizace pacienta.

2.2 Hypotézy

H1: Při přijetí do nemocnice jsou pacienti seznámeni se svými právy.

H2: Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu.

H3: Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a jejích možných alternativách.

H4: U každého pacienta je posouzena potřeba edukace.

H5: Proces edukace je zaznamenán sestrou do dokumentace.

H6: Používání omezovacích prostředků probíhá jen v řádně odůvodněných případech.

H7: Sestry mají znalosti v oblasti imobilizace pacienta.

2.3 Statistické hypotézy

H₁₀: Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H_{1A}: Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

H₂₀: Informovanost pacientů o jejich právech a Pohlaví pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H₂A: Informovanost pacientů o jejich právech a Pohlaví pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

H₃0: Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H₃A: Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

H₄0: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.

H₄A: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.

H₅0: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.

H₅A: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.

3 METODIKA

3.1 Popis metodiky

K dosažení výzkumných cílů, které byly zaměřeny na dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích ČR, jsme použili kvantitativní výzkumné šetření. Pro výzkumné šetření byla využita metoda dotazování, technikou dotazník. Ke sběru dat byly určeny dva rozlišné dotazníky. Dotazníkové šetření probíhalo během měsíce listopadu a prosince roku 2009.

Dotazník pro pacienty (příloha 1) byl anonymní a skládal se z 26 otázek. Zaměřoval se na seznámení pacienta se svými právy, na informovanost o zdravotním stavu, povaze onemocnění a navrhované léčbě, na edukaci pacienta sestrou a na respektování intimity pacienta. Obsahoval otázky uzavřené a polouzavřené. Pro hodnocení informovanosti pacientů, poskytování edukace a respektování intimity pacientů byla vytvořena pětibodová hodnotící škála (5 – ano, 4 – spíše ano, 3 - těžko rozhodnout, 2 – spíše ne, 1 – ne). Na závěr dotazníku měli pacienti možnost vyjádřit své případné připomínky, návrhy, podněty k dané problematice.

Dotazník určený pro sestry (příloha 2) byl anonymní a obsahoval 32 otázek. Zaměřoval se na dodržování práv pacientů, informovaný souhlas pacientů, jejich edukaci, na problematiku omezování pacienta v lůžku a na respektování intimity. V dotazníku byly použity polouzavřené, uzavřené a otevřené otázky.

Zpracování výsledků výzkumu bylo realizováno tabulkovým procesorem Microsoft Exel 2000 a následně statistickým programem SPSS.

3.2 Statistické zpracování dat

Pomocí SPSS programu byla data zpracována frekvenčními statistickými ukazateli – směrodatná odchylka, mean, minimální a maximální hodnota. Pro statistické zpracování dat byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Jde o neparametrický test hypotézy o rozložení, kdy je testována shoda teoretického rozložení se skutečným. V předložené diplomové práci byl použit k rozhodnutí o nezávislosti v kontingenční

tabulce. Test představuje postup, při kterém rozhodujeme o tom, zda zjištění, které výzkum přinesl je statisticky významné nebo nevýznamné (19).

Pokud testujeme hypotézy statistickými metodami, musíme formulovat dvě hypotézy. Nulová hypotéza H_0 je tvrzení, o jehož platnosti chceme rozhodnout a je obvykle opakem toho, co chceme výzkumem dokázat (koresponduje s tvrzením, že efekt je nulový). Alternativní hypotéza H_A vymezuje situaci, do jaké se dostaneme, když zamítáme nulovou hypotézu. U této hypotézy předpokládáme, že výsledky jsou statisticky významné.

Při testování musíme zvolit hladinu významnosti testu. V diplomové práci je použita 0,05 hladina významnosti.

Výsledky zjištění vztahu dvou kategorizovaných proměnných jsou zaznamenány v kontingenčních tabulkách, které jsou doplněny Pearsonovým testem chí-kvadrát. Je tak umožněno testování řádkové i sloupcové proměnné. Při statistické analýze pomocí testu nezávislosti byly matematicky zpracované výsledky dat dotazníkem porovnány s hodnotou p-value, která je rovna dosažené hladině významnosti 0,05. Je to pravděpodobnost toho, že při opakovaném provedení experimentu, bude hodnota testovací statistiky stejná nebo větší. Je-li p-value menší než hladina významnosti 0,05, potvrdíme statistickou významnost a byla prokázána alternativní hypotéza. Jinak je testovaný rozdíl považován za statisticky nevýznamný a nezamítáme nulovou hypotézu (2, 19).

Pro stanovení informovanosti pacientů jsme pomocí váhy důležitosti určili vysokou, nadprůměrnou, standardní, podprůměrnou a nízkou informovanost pacientů.

3.3 Charakteristika zkoumaného souboru

Před zahájením vlastního výzkumu byly písemně osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči v nemocnicích České Budějovice, Český Krumlov, Strakonice, Písek, Tábor a Prachatice. V nemocnici v Prachaticích nám nebylo výzkumné šetření umožněno z důvodů, že otázky dotazníků se velmi týkají interních záležitostí nemocnice. Výzkum byl realizován na základě zaslaných povolení k provedení výzkumu pro jednotlivá oddělení výše uvedených nemocnic.

Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření byl tvořen pacienty a sestrami z nemocnic v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Strakonících, Písku a Táboře. Celkem bylo rozdáno 600 dotazníků. Z tohoto celkového počtu bylo 300 dotazníků pro pacienty a 300 dotazníků pro sestry. V každé nemocnici bylo rozdáno 60 dotazníků pro pacienty a 60 dotazníků pro sestry.

Z celkového počtu 300 dotazníků pro pacienty se vrátilo 250. Návratnost dotazníků tvořila 83 %. Z důvodu neúplného vyplnění bylo nutné vyřadit 32 dotazníků. Použitelnost pro zpracování výzkumného šetření činila 73 %. Výzkumný vzorek tvořilo 218 (100 %) pacientů. Dotazníky byly rozdány na chirurgickém, ortopedickém, interním a ORL oddělení vybraných nemocnic.

Z celkového počtu 300 dotazníků pro sestry se vrátilo 230 dotazníků. Návratnost tvořila 77 %. Z důvodů neúplného vyplnění bylo nutné 25 dotazníků vyřadit. Použitelnost dotazníků pro zpracování výzkumného šetření činila 68 %. Výzkumný vzorek tvořilo 205 (100 %) sester. Dotazníky byly rozdány na chirurgickém, interním, ortopedickém a ORL oddělení vybraných nemocnic.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření respondentů – pacientů

Tabulka 1 Pohlaví pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
muž	87	39,9	39,9
žena	131	60,1	60,1
Total	218	100,0	

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 131 žen (60,1 %) a 87 mužů (39,9 %).

Tabulka 2 Věková kategorie pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
do 20 let	10	4,6	4,6	4,6
21-30 let	46	21,1	21,1	25,7
31-40 let	44	20,2	20,2	45,9
41-50 let	39	17,9	17,9	63,8
51 a více let	79	36,2	36,2	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje věk pacientů, který byl kategorizován do 5ti skupin.

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) byla nejpočetnější věková kategorie 51 a více let, kterou tvořilo 79 pacientů (36,2 %). Ve věkové kategorii 21 – 30 let bylo 46 pacientů (21,1 %). Třetí věkovou kategorií tvořilo 44 pacientů (20,2 %). Čtvrtou věkovou kategorií 41 – 50 let tvořilo 39 pacientů (17,9 %). V poslední věkové kategorii do 20 let bylo nejméně pacientů a to pouze 10 (4,6 %).

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
základní	32	14,7	14,7	14,7
střední odborné	60	27,5	27,5	42,2
středoškolské	89	40,8	40,8	83,0
vyšší odborné	10	4,6	4,6	87,6
vysokoškolské	27	12,4	12,4	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 89 pacientů (40,8 %) se středoškolským vzděláním, 60 pacientů (27,5 %) se středním odborným vzděláním bez maturity, 32 pacientů (14,7 %) se základním vzděláním, 27 pacientů (12,4 %) s vysokoškolským vzděláním a 10 pacientů (4,6 %) mělo vyšší odborné vzdělání.

Tabulka 4 Hospitalizace pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
ano	166	76,1	76,1
ne	52	23,9	23,9
Total	218	100,0	

Tabulka znázorňuje, zda byli pacienti v minulosti hospitalizováni. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 166 pacientů (76,1 %) již hospitalizováno a u 52 pacientů (23,9 %) šlo v době výzkumného šetření o první hospitalizaci.

Tabulka 5 Četnost předchozích hospitalizací pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
hospitalizace 1x	34	15,6	20,5
hospitalizace 2x	49	22,5	29,5
hospitalizace 3x a více	83	38,0	50,0
Total	166	76,1	100,0
pacient bez předchozí hospitalizace	52	23,9	
Total	218	100,0	

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 166 pacientů v minulosti již hospitalizováno a u 52 pacientů (23,9 %) šlo o první hospitalizaci.

Z celkového počtu 166 pacientů (76,1 %), kteří byli v minulosti hospitalizováni bylo 83 pacientů (38,0 %) hospitalizováno třikrát a více, 49 pacientů (22,5 %) bylo hospitalizováno dvakrát a jedenkrát 34 pacientů (15,6 %).

Tabulka 6 Seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	100	45,9	45,9	45,9
spíše ano	62	28,4	28,4	74,3
spíše ne	14	6,4	6,4	80,7
ne	42	19,3	19,3	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje seznámení pacientů s jejich právy. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) uvedlo 100 pacientů (45,9 %) odpověď ano a 62 pacientů (28,4 %) spíše ano. Se svými právy nebylo seznámeno 56 pacientů (25,7 %). Z toho 42 pacientů (19,3 %) uvedlo odpověď ne a 14 pacientů (6,4 %) odpověď spíše ne.

Tabulka 7 Čas seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
na počátku hospitalizace	129	59,2	79,6
v průběhu hospitalizace	24	11,0	14,8
na požádání	9	4,1	5,6
Total	162	74,3	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	56	25,7	
Total	218	100,0	

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 129 pacientů (59,2 %) seznámeno se svými právy již na počátku hospitalizace. Se svými právy nebylo seznámeno 56 pacientů (25,7 %). V průběhu hospitalizace bylo seznámeno se svými právy 24 pacientů (11,0 %) a na požádání 9 pacientů (4,1 %).

Tabulka 8 Osoba seznamující pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
sestra	122	55,9	75,3
lékař i sestra	20	9,2	12,3
lékař	20	9,2	12,3
Total	162	74,3	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	56	25,7	
Total	218	100,0	

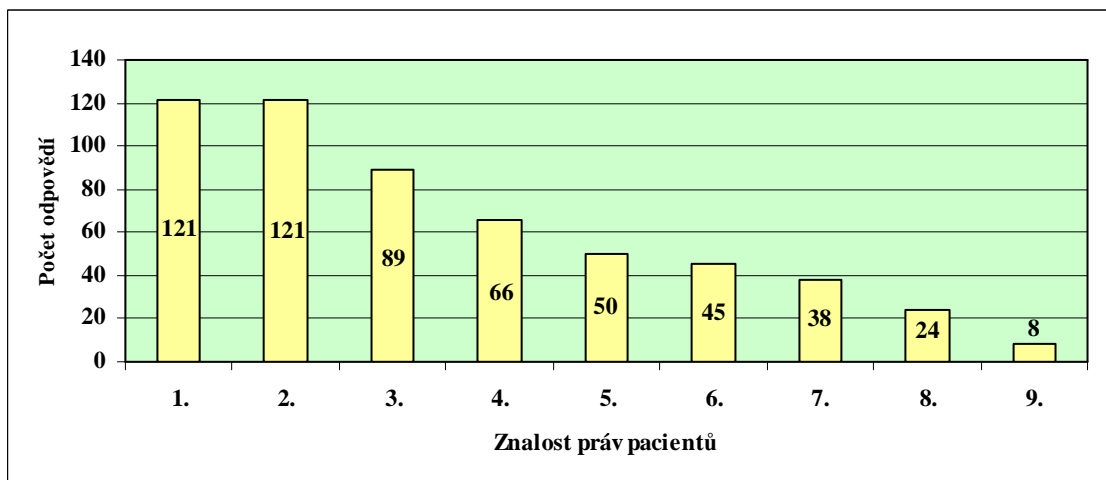
Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 162 pacientů (74,3 %) seznámeno se svými právy. Z toho 122 pacientů (55,9 %) seznámila s jejich právy sestra. Lékař i sestra nebo samotný lékař seznámili shodně 20 pacientů (9,2 %) s jejich právy. Nebylo seznámeno 56 pacientů (25,7 %).

Tabulka 9 Způsob seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
ústně	89	40,8	54,9
písemná forma na pokoji	37	17,0	22,8
písemná forma na nástěnce	36	16,5	22,2
Total	162	74,3	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	56	25,7	
Total	218	100,0	

Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 89 pacientů (40,8 %) seznámeno se svými právy ústně. S právy nebylo seznámeno 56 pacientů (25,7 %). Písemnou formou na pokoji bylo se svými právy seznámeno 37 pacientů (17,0 %) a písemnou formou na nástěnce 36 pacientů (16,5 %). V dotazníku byla možnost nabídky také kategorie „jiným způsobem“, ale nevedl ji nikdo z odpovídajících pacientů.

Graf 1 Znalosti pacientů o právech pacientů



Legenda ke grafu - Znalosti práv pacientů	
1.	informace o zdravotním stavu
2.	soukromí
3.	návštěvy
4.	souhlas - odmítnutí léčby, vyšetření, hospitalizace
5.	znát jméno lékaře
6.	informace o léčebném postupu
7.	ochranu osobních údajů
8.	odbornou zdravotní péči a ošetření
9.	spolurozhodování o léčeb. postupu

Graf znázorňuje znalosti pacientů o svých právech. Zde měli pacienti možnost uvést více odpovědí. Z celkového počtu 562 odpovědí pacienti uvedli nejčastěji 121x právo na informace a právo na soukromí, 89x bylo uvedeno právo na návštěvy, 66x právo na souhlas nebo odmítnutí léčby, vyšetření, hospitalizace. Právo znát jméno ošetřujícího lékaře bylo uvedeno 50x, právo na informace o léčebném postupu 45x, právo na ochranu osobních údajů 38x, právo na odbornou zdravotní péči 24x. Nejméně bylo zastoupeno právo na spolurozhodování o léčebném postupu a to 8x.

Tabulka 10 Informovanost pacientů o svém aktuálním zdravotním stavu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	154	70,6	70,6	70,6
spíše ano	46	21,1	21,1	91,7
těžko rozhodnout	6	2,8	2,8	94,5
spíše ne	8	3,7	3,7	98,2
ne	4	1,8	1,8	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje informovanost pacientů o zdravotním stavu. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) odpovědělo 154 pacientů (70,6 %) ano, 46 pacientů (21,1 %) spíše ano, 8 pacientů (3,7 %) spíše ne. Odpověď těžko rozhodnout zvolilo 6 pacientů (2,8 %) a odpověď ne pouze 4 pacienti (1,8 %).

Tabulka 11 Informovanost pacientů o navrhované léčbě

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	156	71,6	71,6	71,6
spíše ano	52	23,9	23,9	95,4
těžko rozhodnout	4	1,8	1,8	97,2
spíše ne	3	1,4	1,4	98,6
ne	3	1,3	1,3	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje informovanost pacientů o navrhované léčbě. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) odpovědělo 156 pacientů (71,6 %) ano, 52 pacientů (23,9 %) spíše ano, 4 pacienti (1,8 %) těžko rozhodnout. Odpověď spíše ne a odpověď ne byla uvedena shodně 3 pacienty (1,3 %).

Tabulka 12 Informovanost pacientů o alternativách navrhované léčby

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	154	70,6	70,6	70,6
spíše ano	49	22,5	22,5	93,1
těžko rozhodnout	10	4,6	4,6	97,7
spíše ne	3	1,4	1,4	99,1
ne	2	0,9	0,9	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje informovanost pacientů o alternativách navrhované léčby. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) odpovědělo 154 pacientů (70,6 %) ano, 49 pacientů (22,5 %) spíše ne. Odpověď těžko rozhodnout zvolilo 10 pacientů (4,6 %), spíše ne 3 pacienti (1,4 %) a ne uvedli 2 pacienti (0,9 %).

Tabulka 13 Informovanost pacientů o důsledcích případného odmítnutí navrhované léčby

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	108	49,5	49,5	49,5
spíše ano	39	17,9	17,9	67,4
těžko rozhodnout	23	10,6	10,6	78,0
spíše ne	14	6,4	6,4	84,4
ne	34	15,6	15,6	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje informovanost pacientů o důsledcích odmítnutí navrhované léčby. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) odpovědělo 108 pacientů (49,5 %) ano. Odpověď spíše ano byla uvedena 39 pacienty (17,9 %). Odpověď ne zvolilo 34 pacientů (15,6 %). Odpověď těžko rozhodnout uvedlo 23 pacientů (10,6 %) a spíše ne 14 pacientů (6,4 %).

Tabulka 14 Informovanost pacientů o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	108	49,5	49,5	49,5
spíše ano	53	24,3	24,3	73,9
těžko rozhodnout	23	10,6	10,6	84,4
spíše ne	15	6,9	6,9	91,3
ne	19	8,7	8,7	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje informovanost pacientů o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) odpovědělo 108 pacientů (49,5 %) ano. Odpověď spíše ano byla zvolena 53 pacienty (24,3 %). Odpověď těžko rozhodnout uvedlo 23 pacientů (10,6 %). Odpověď ne byla uvedena 19 pacienty (8,7 %). Nejméně pacientů 15 (6,9 %) zvolilo odpověď spíše ne.

Tabulka 15 Znalost pacientů jména ošetřujícího lékaře

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	187	85,8	85,8	85,8
spíše ano	6	2,8	2,8	88,5
spíše ne	7	3,2	3,2	91,7
ne	18	8,2	8,2	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje kolik pacientů zná jméno svého ošetřujícího lékaře. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) jméno svého ošetřujícího lékaře znalo 187 pacientů (85,8 %). Zápornou odpověď uvedlo 18 pacientů (8,2 %). Odpovědi spíše ne byly uvedeny 7 pacienty (3,2 %) a spíše ano 6 pacienty (2,8 %). Odpověď těžko rozhodnout neuvedl žádný pacient.

Tabulka 16 Znalost pacientů jména ošetřující sestry

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	150	68,8	68,8	68,8
těžko rozhodnout	4	1,8	1,8	70,6
spíše ne	3	1,4	1,4	72,0
ne	61	28,0	28,0	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje kolik pacientů zná jméno své ošetřující sestry. Jméno své ošetřující sestry znalo 150 pacientů (68,8 %). Odpověď ne uvedlo 61 pacientů (28,0 %). Odpověď těžko rozhodnout byla zvolena 4 pacienty (1,8 %). Odpověď spíše ne uvedli 3 pacienti (1,4 %). Odpověď spíše ano nebyla pacienty uvedena.

Tabulka 17 Informovanost pacientů v jednotlivých uvedených oblastech

Informovanost pacientů o:	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
svém zdravotním stavu	218	1	5	2,21	0,72
navrhované léčbě	218	1	5	2,20	0,86
možných alternativách navrhované léčby	218	1	5	2,01	1,29
důsledcích odmítnutí navrhované léčby	218	2	5	1,90	1,30
pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby	218	2	5	1,48	1,56
jménu ošetřujícího lékaře	218	1	5	1,45	1,49
jménu ošetřující sestry	218	2	5	1,37	1,80

5 – ano, 4 – spíše ano, 3 – těžko rozhodnout, 2 – spíše ne, 1 - ne

Tabulka prezentuje informovanost pacientů v jednotlivých uvedených oblastech. Výsledky jsou seřazeny sestupně. Z tabulky je patrné, že pacienti jsou nejvíce informováni o svém aktuálním zdravotním stavu - hodnota 2,21. Nejméně byli pacienti informováni o jménu ošetřující sestry - hodnota 1,37. Rozptyl v odpovědích je vyjádřen hodnotou směrodatné odchylky. Největší homogenita je vyjádřena v odpovědích, které se týkaly aktuálního zdravotního stavu pacientů 0,72. Nejvyšší názorová nesourodost pacientů byla vyjádřena v otázce týkající se informovanosti o jménu ošetřující sestry 1,80.

Tabulka 18 Ochota zdravotnického personálu odpovědět na dotazy související s onemocněním pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	140	64,2	64,2	64,2
spíše ano	64	29,4	29,4	93,6
těžko rozhodnout	9	4,1	4,1	37,7
spíše ne	4	1,8	1,8	99,5
ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka popisuje ochotu zdravotnického personálu odpovídat na dotazy, týkající se onemocnění pacienta. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) uvedlo 140 pacientů (64,2 %) odpověď ano. Odpověď spíše ano byla uvedena 64 pacienty (29,4 %). Odpovědi těžko rozhodnout uvedlo 9 pacientů (4,1 %), spíše ne 4 pacienti (1,8 %). Zápornou odpověď uvedl 1 pacient (0,5 %).

Tabulka 19 Edukace pacientů o plánovaném vyšetření

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	164	75,2	75,2	75,2
spíše ano	38	17,4	17,4	92,7
těžko rozhodnout	3	1,4	1,4	94,0
spíše ne	7	3,2	3,2	97,2
ne	6	2,8	2,8	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje edukaci pacientů o plánovaném vyšetření. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo o plánovaném vyšetření předem informováno 164 pacientů (75,2 %). Odpověď spíše ano zvolilo 38 pacientů (17,4 %). Odpověď spíše ne byla uvedena 7 pacienty (3,2 %). Zápornou odpověď uvedlo 6 pacientů (2,8 %) a 3 pacienti (1,4 %) zvolili odpověď těžko rozhodnout.

Tabulka 20 Edukace pacientů sestrou o dietních omezeních

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	111	50,9	50,9	50,9
spíše ano	35	16,1	16,1	67,0
těžko rozhodnout	17	7,8	7,8	74,8
spíše ne	12	5,5	5,5	80,3
ne	43	19,7	19,7	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje edukaci pacientů o dietních omezeních. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) o dietních omezeních bylo edukováno 111 pacientů (50,9 %). Odpověď ne uvedlo 43 pacientů (19,7 %). Odpověď spíše ano byla uvedena 35 pacienty (16,1 %). Odpovědi těžko rozhodnout uvedlo 17 pacientů (7,8 %) a spíše ne 12 pacientů (5,5 %).

Tabulka 21 Edukace pacientů o změně životního stylu

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	77	35,3	35,3	35,3
spíše ano	29	13,3	13,3	48,6
těžko rozhodnout	43	19,7	19,7	68,3
spíše ne	19	8,8	8,8	77,1
ne	50	22,9	22,9	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka popisuje edukaci pacientů o změně jejich životního stylu. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) zvolilo odpověď ano 77 pacientů (35,3 %). Odpověď ne byla uvedena 50 pacienty (22,9 %). Odpovědi těžko rozhodnout uvedlo 43 pacientů (19,7 %), spíše ano 29 pacientů (13,3 %) a spíše ne 19 pacientů (8,8 %).

Tabulka 22 Zájem zdravotnického pracovníka o sociální situaci pacientů po ukončení hospitalizace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	59	27,1	27,1	27,1
spíše ano	21	9,6	9,6	36,7
těžko rozhodnout	23	10,6	10,6	47,3
spíše ne	12	5,5	5,5	52,8
ne	103	47,2	47,2	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje zájem zdravotnického pracovníka o sociální situaci pacientů. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) zvolilo odpověď ne 103 pacientů (47,2 %). Odpovědi ano uvedlo 59 pacientů (27,1 %), těžko rozhodnout 23 pacientů (10,6 %) a spíše ano uvedlo 21 pacientů (9,6 %). Odpověď spíše ne byla zvolena 12 pacienty (5,5 %).

Tabulka 23 Edukace pacientů o dalších možnostech zdravotní péče

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	67	30,7	30,7	30,7
spíše ano	26	11,9	11,9	42,7
těžko rozhodnout	24	11,0	11,0	53,7
spíše ne	25	11,5	11,5	65,1
ne	76	34,9	34,9	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje edukaci pacientů o dalších možnostech zdravotní péče. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) nebyly u 76 pacientů (34,9 %) další možnosti zdravotní péče navrženy. Odpověď ano zvolilo 67 pacientů (30,7 %). Odpověď spíše ano byla uvedena 26 pacienty (11,9 %). Odpovědi spíše ne uvedlo 25 pacientů (11,5 %) a těžko rozhodnout 24 pacientů (11,0 %).

Tabulka 24 Edukace pacientů podle jednotlivých otázek

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ochota zdrav. personálu odpovědět na dotazy	218	1	5	3,36	0,70
informovanost o plánovaném vyšetření	218	3	5	3,08	0,89
edukace o dietních omezeních	218	2	5	2,71	1,48
informovanost o změně životního stylu	218	2	5	2,27	1,35
další možnosti zdravotní péče	218	2	5	1,45	1,54
zájem personálu o sociální situaci	218	2	5	1,41	1,69

5 – ano, 4 – spíše ano, 3 – těžko rozhodnout, 2 – spíše ne, 1 - ne

Tabulka prezentuje edukaci pacientů v jednotlivých uvedených oblastech. Výsledky jsou seřazeny sestupně. Z tabulky je patrné, že pacienti jsou nejvíce spokojeni s ochotou zdravotnického personálu odpovědět na jejich dotazy - hodnota 3,36. Nejméně byli pacienti spokojeni se zájmem zdravotnických pracovníků o sociální situaci pacienta - hodnota 1,41. Rozptyl v odpovědích je vyjádřen hodnotou směrodatné odchylky. Největší homogenita je vyjádřena v odpovědích, které se týkaly ochoty zdravotnického personálu odpovědět na dotazy pacientů 0,70. Nejvyšší názorová nesourodost pacientů byla vyjádřena v otázce týkající se zájmu zdravotnických pracovníků o sociální situaci pacienta 1,69.

Tabulka 25 Respektování soukromí pacientů zdravotnickým personálem

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	117	53,7	53,7	53,7
spíše ano	63	28,9	28,9	82,6
těžko rozhodnout	12	5,5	5,5	88,1
spíše ne	23	10,6	10,6	98,6
ne	3	1,3	1,3	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje respektování soukromí pacientů zdravotnickým personálem. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) zvolilo odpověď ano 117 pacientů (53,7 %). Odpovědi spíše ano uvedlo 63 pacientů (28,9 %), spíše ne 23 pacientů (10,6 %) a těžko rozhodnout 12 pacientů (5,5 %). Odpověď ne zvolili 3 pacienti (1,3 %).

Tabulka 26 Respektování soukromí v průběhu léčebných a vyšetřovacích úkonů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	130	59,6	59,6	59,6
spíše ano	58	26,6	26,6	86,2
těžko rozhodnout	13	6,0	6,0	92,2
spíše ne	14	6,4	6,4	98,6
ne	3	1,4	1,4	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje respektování soukromí pacientů v průběhu léčebných a vyšetřovacích úkonů. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) zvolilo odpověď ano 130 pacientů (59,6 %). Odpovědi spíše ano uvedlo 58 pacientů (26,6 %), spíše ne 14 pacientů (6,4 %) a těžko rozhodnout 13 pacientů (6,0 %). Odpověď ne zvolili 3 pacienti (1,4 %).

Tabulka 27 Zajištění soukromí pacientů v případě informování o zdravotním stavu a léčebných postupech

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	119	54,6	54,6	54,6
spíše ano	67	30,7	30,7	85,3
těžko rozhodnout	10	4,6	4,6	89,9
spíše ne	13	6,0	6,0	95,9
ne	9	4,1	4,1	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje, zda je zajištěno soukromí pacientů v případě informování o léčebných a vyšetřovacích postupech. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) uvedlo odpověď ano 119 pacientů (54,6 %). Odpovědi spíše ano uvedlo 67 pacientů (30,7 %), spíše ne 13 pacientů (6,0 %), těžko rozhodnout 10 pacientů (4,6 %) a ne 9 pacientů (4,1 %).

Tabulka 28 Klepání zdravotnického personálu před vstupem na pokoj pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	107	49,1	49,1	49,1
spíše ano	29	13,3	13,3	62,4
těžko rozhodnout	10	4,6	4,6	67,0
spíše ne	41	18,8	18,8	85,8
ne	31	14,2	14,2	100,0
Total	218	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje klepání zdravotnického personálu před vstupem na pokoj pacienta. Z celkového počtu 218 pacientů (100 %) uvedlo odpověď ano 107 pacientů (49,1 %). Odpověď spíše ne zvolilo 41 pacientů (18,8 %). Odpovědi ne uvedlo 31 pacientů (14,2 %), spíše ano 29 pacientů (13,3 %) a těžko rozhodnout 10 pacientů (4,6 %).

Tabulka 29 Zajištění soukromí pacientů podle jednotlivých otázek

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
dodržování soukromí pacienta	218	1	5	2,36	0,82
dodržování soukromí v průběhu léčebných a vyšetřovacích výkonů	218	1	5	1,77	0,95
zajištění soukromí při informování o zdravotním stavu a léčebných postupech	218	1	5	1,74	1,07
vstup personálu na pokoj pacienta po zaklepaní na dveře	218	3	5	1,63	1,56

5 – ano, 4 – spíše ano, 3 – těžko rozhodnout, 2 – spíše ne, 1 - ne

Tabulka prezentuje spokojenost pacientů s dodržování soukromí v jednotlivých uvedených oblastech. Výsledky jsou seřazeny sestupně. Z tabulky je patrné, že pacienti jsou nejvíce spokojeni s dodržováním soukromí pacienta - hodnota 2,36, nejméně pak se vstupem zdravotnického personálu na pokoj pacienta - hodnota 1,63. Rozptyl v odpovědích je vyjádřen hodnotou směrodatné odchylky. Největší homogenita je vyjádřena v odpovědích, které se týkaly dodržování soukromí pacienta 0,82. Nejvyšší názorová nesourodost pacientů byla vyjádřena v otázce týkající se vstupu zdravotnického personálu na pokoj pacienta 1,56.

4.2 Výsledky dotazníkového šetření respondentů – sester

Tabulka 30 Pohlaví sester

	Frequency	Percent	Valid Percent
muž	0	0,0	0,0
žena	205	100,0	100,0
Total	205	100,0	

Z celkového počtu 205 respondentů - sester (100 %) bylo 205 žen (100 %).

Tabulka 31 Nejvyšší dosažené vzdělání sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
středoškolské	105	51,2	51,2	51,2
středoškolské a specializace	41	20,0	20,0	71,2
vyšší odborné	22	10,7	10,7	82,0
vysokoškolské	30	14,6	14,6	96,6
vysokoškolské a specializace	7	3,5	3,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Z celkového počtu 205 sester (100 %) bylo 105 sester (51,2 %) se středoškolským vzděláním, 41 sester (20,0 %) se středoškolským vzděláním a specializací, 30 sester (14,6 %) s vysokoškolským vzděláním, 22 sester (10,7 %) s vyšším odborným vzděláním a 7 sester (3,5 %) mělo vysokoškolské vzdělání a specializaci.

Tabulka 32 Délka praxe sester

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-5 let	68	33,2	33,2	33,2
6-15 let	52	25,4	25,4	58,5
16-25 let	48	23,4	23,4	82,0
26 a více let	37	18,0	18,0	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Z celkového počtu 205 sester (100 %) bylo 68 sester (33,2 %) s praxí 0-5 let, 52 sester (25,4 %) s praxí 6-15 let, 48 sester (23,4 %) s praxí 16-25 let a nejméně 37 sester (18,0 %) bylo s praxí 26 a více let.

Tabulka 33 Seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	134	65,4	65,4	65,4
spíše ano	51	24,9	24,9	90,2
ne	20	9,7	9,7	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 134 sester (65,4 %) ano, 51 sester (24,9 %) spíše ano a 20 sester (9,7 %) ne. Odpověď spíše ne nebyla uvedena žádnou sestrou.

Tabulka 34 Osoba seznamující pacienty s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
lékař nebo sestra	123	60,0	66,5
pouze sestra	54	26,3	29,2
pouze lékař	8	3,9	4,3
Total	185	90,2	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	20	9,8	
Total	205	100,0	

Tabulka prezentuje osobu, která seznamuje pacienty s jejich právy. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo 123 sester (60,0 %) odpověď lékař nebo sestra, 54 sester (26,3 %) odpověď pouze sestra, a 8 sester (3,9 %) pouze lékař. Pacienty s jejich právy neseznamuje 20 sester (9,8 %).

Tabulka 35 Způsob seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
vyjmenování několika práv s odkazem na písemnou formu	92	44,9	49,7
odkaz na písemnou formu	67	32,6	36,2
pouze ústní forma	26	12,7	14,1
Total	185	90,2	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	20	9,8	
Total	205	100,0	

Tabulka znázorňuje způsob seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů. Z celkového počtu 205 sester (100 %) seznamuje pacienty s jejich právy 92 sester (44,9 %) kombinací vyjmenování několika práv s odkazem na písemnou formu, 67 sester (32,6 %) odkazuje pacienty pouze na písemnou formu a 26 sester (12,7 %) vyjmenuje práva pacientů ústně. S právy neseznamuje 20 sester (9,8 %).

Tabulka 36 Čas seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
vždy při příjmu k hospitalizaci	137	66,8	74,1
v případě zájmu pacienta	24	11,7	13,0
během hospitalizace	23	11,2	12,4
před vyšetřením	1	0,5	0,5
Total	185	90,2	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	20	9,8	
Total	205	100,0	

Tabulka prezentuje čas seznámení pacienta s etickým kodexem Práva pacientů. Z celkového počtu 205 sester (100 %) seznamuje pacienty s jejich právy 185 sester (90,2 %). Z toho 137 sester (66,8 %) vždy při příjmu pacienta k hospitalizaci, 24 sester (11,7 %) pouze v případě zájmu pacienta, 23 sester (11,2 %) v průběhu hospitalizace a 1 sestra (0,5 %) až před vyšetřením.

Tabulka 37 Záznam o seznámení pacientů s etickým kodexem Práva pacientů do zdravotnické dokumentace

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	142	69,3	76,8	76,8
spíše ano	12	5,9	6,5	83,2
spíše ne	10	4,9	5,4	88,6
ne	21	10,1	11,3	100,0
Total	185	90,2	100,0	
pacienta neseznamují s PP	20	9,8		
Total	205	100,0		

Tabulka prezentuje kolik sester provádí záznam o seznámení pacienta s jeho právy do zdravotnické dokumentace. Z celkového počtu 205 sester (100 %) seznamuje pacienty s jejich právy 185 sester (90,2 %). Zápis do dokumentace provádí 142 sester (69,3 %). Odpověď spíše ano zvolilo 12 sester (5,9 %), spíše ne 10 sester (4,9 %) a 21 sester (10,1 %) zápis do dokumentace neprovádí vůbec.

Tabulka 38 Způsob seznámení pacientů - cizinců s etickým kodexem Práva pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent
dostupnost překladatele	91	44,2	48,9
PP dostupná na oddělení v několika jazycích	50	24,0	26,9
seznam pracovníků ovládajících cizí jazyky	44	22,0	24,2
Total	185	90,2	100,0
pacient nebyl seznámen s právy	20	9,8	
Total	205	100,0	

Tabulka znázorňuje způsob seznámení pacientů - cizinců s jejich právy. Z celkového počtu 205 sester (100 %) seznamuje 185 sester (90,2 %) pacienty s jejich právy. Dostupnost překladatele uvedlo 91 sester (44,2 %), dostupnost práv pacientů na oddělení v několika jazycích zvolilo 50 sester (24,0 %) a stanovení seznamu pracovníků ovládajících cizí jazyky uvedly 44 sestry (22,0 %).

Tabulka 39 Standard o seznámení s etickým kodexem Práva pacientů - cizinců

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	200	97,6	97,6	98,6
spíše ano	5	2,4	2,4	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje, zda má nemocnice vytvořený standard o seznámení pacientů – cizinců s etickým kodexem Práva pacientů. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo 200 sester (97,6 %), že na oddělení je vypracován standard o seznámení pacienta s etickým kodexem Práva pacientů. Odpověď spíše ano zvolilo 5 sester (2,4 %).

Tabulka 40 Standard Informovaný souhlas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	188	91,7	91,7	91,7
spíše ano	17	8,3	8,3	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje platnost standardu o poskytování Informovaného souhlasu. Z celkového počtu 205 sester (100 %), odpovědělo 188 sester (91,7 %) ano a 17 sester (8,3 %) spíše ano. Odpověď ne a spíše ne nebyla uvedena.

Tabulka 41 Osoba podávající Informovaný souhlas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
sestra i lékař	113	55,1	55,1	55,1
pouze lékař	84	41,0	41,0	96,1
pouze sestra	8	3,9	3,9	100,0
Total	205	100,0		

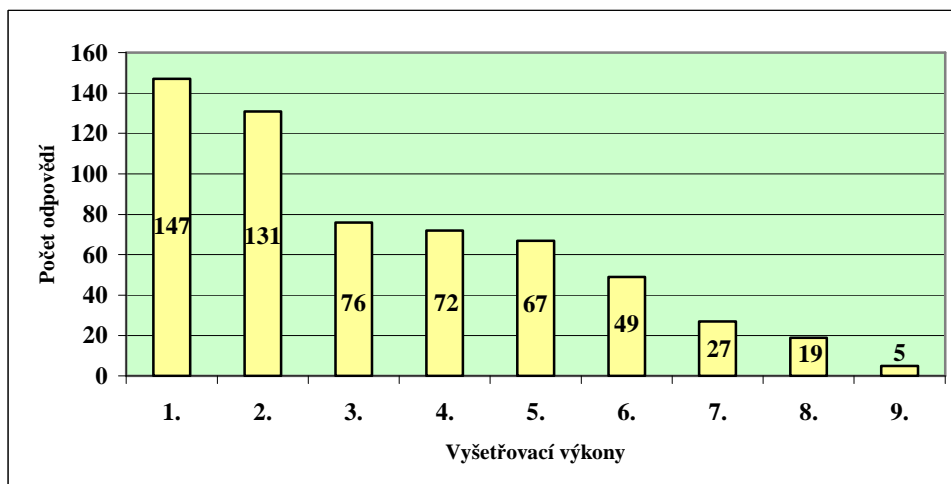
Tabulka znázorňuje osoby podávající Informovaný souhlas. Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 113 sester (55,1 %) lékař i sestra, 84 sester (41,0 %) pouze lékař a 8 sester (3,9 %) pouze sestra.

Tabulka 42 Přehled diagnostických a terapeutických výkonů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	165	80,5	80,2	80,2
spíše ano	32	15,6	15,8	96,1
spíše ne	6	2,9	3,0	99,0
ne	2	1,0	1,0	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje zda má nemocnice stanovený přehled diagnostických a terapeutických výkonů, u nichž se odebírá Informovaný souhlas. Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 165 sester (80,5 %) ano, 32 sester (15,6 %) spíše ano, 6 sester (2,9 %) spíše ne a 2 sestry (1,0 %) uvedly ne.

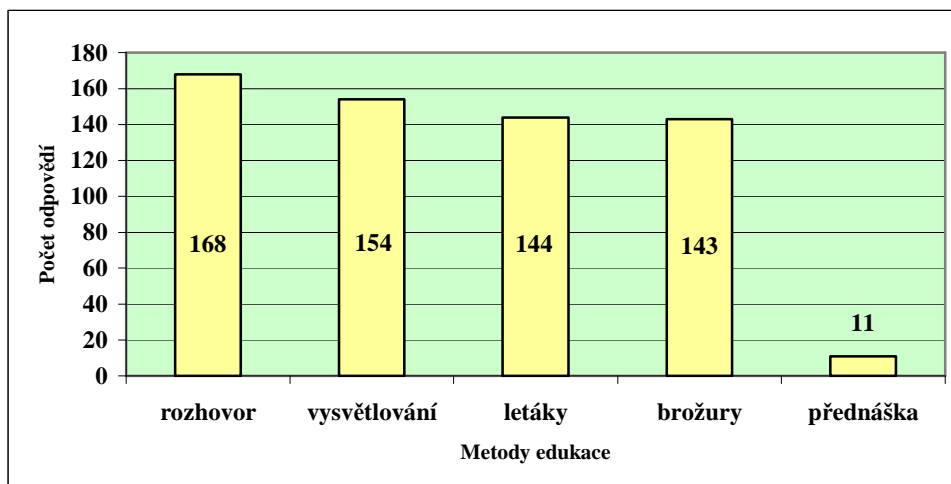
Graf 2 Vyšetřovací výkon, jejichž provedení vyžaduje Informovaný souhlas



Legenda ke grafu – Vyšetřovací výkon vyžadující Informovaný souhlas			
1.	endoskopická vyšetření	6.	zjištění protilátek proti HIV
2.	invazivní diagnostické výkon	7.	vyšetření s podáním kontrastní látky
3.	operační výkon	8.	transfuze
4.	RTG, CT, MR vyšetření	9.	molekulární genetické vyšetření
5.	anestezie		

Graf znázorňuje znalosti sester týkající se jednotlivých vyšetření, které vyžadují Informovaný souhlas. Zde měly sestry možnost uvést více odpovědí. Z celkového počtu 593 odpovědí uvedly sestry nejčastěji 147x endoskopické vyšetření, 131x invazivní diagnostické výkon, 76x operační výkon, 72x vyšetření RTG, CT, MR, 67x anestezii, 49x zjištění protilátek proti HIV, 27x vyšetření s podáním kontrastní látky, 19x transfuze a 5x molekulární genetické vyšetření.

Graf 3 Metody edukace používané sestrou



Graf znázorňuje používání metod edukace sestrou. Sestry měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 620 odpovědí uvedly sestry nejčastěji rozhovor 168x, vysvětlování 154x, letáky 144x, brožury 143x a přednášku 11x.

Tabulka 43 Vyhodnocení potřeby edukace u každého pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	150	73,2	73,2	73,2
spíše ano	32	15,6	15,6	88,8
spíše ne	13	6,3	6,3	95,1
ne	10	4,9	4,9	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje, zda sestry vyhodnocují u pacientů potřebu edukace. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo 150 sester (73,2 %) odpověď ano, 32 sester (15,6 %) spíše ano, 13 sester (6,3 %) spíše ne a 10 sester (4,9 %) odpovědělo ne.

Tabulka 44 Četnost vyhodnocení potřeby edukace pacientů

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
dle potřeby	121	59,0	59,0	59,0
denně	61	29,8	29,8	88,7
2x v průběhu hospitalizace	23	11,2	11,2	100,0
Total	205	100,0		

Tabulka prezentuje, jak často sestry vyhodnocují potřebu edukace u pacientů. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo 121 sester (59,0 %) odpověď dle potřeby, 61 sester (29,8 %) provádí edukaci denně a 23 sester (11,2 %) v průběhu hospitalizace pacienta.

Tabulka 45 Provedení záznamu do zdravotnické dokumentace o edukaci

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	156	76,1	76,1	76,1
částečně ano	28	13,7	13,7	89,8
spíše ne	16	7,8	7,8	97,6
ne	5	2,4	2,4	100,0
Total	205	100,0	100,0	

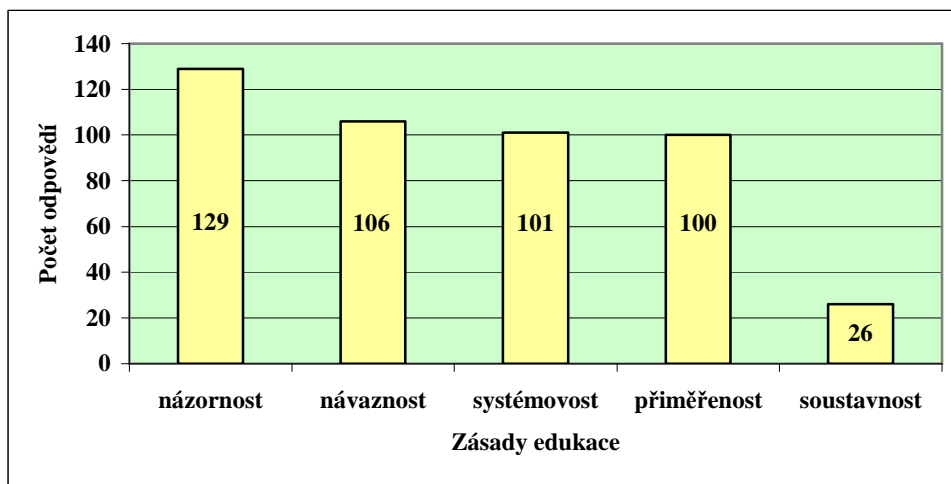
Tabulka prezentuje, zda sestry provádějí záznam o edukaci do zdravotnické dokumentace. Z celkového počtu 205 sester (100 %) 156 sester (76,1 %) záznam do dokumentace provádí. Odpověď částečně ano zvolilo 28 sester (13,7 %), spíše ne 16 sester (7,8 %) a odpověď ne 5 sester (2,4 %).

Tabulka 46 Nejdůležitější oblasti edukační činnosti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
objasnění problému	76	37,1	37,1	37,1
sběr a analýza pacientových schopností	50	24,4	24,4	61,5
vhodná metoda edukace	40	19,5	19,5	81,0
zhodnocení	21	10,2	10,2	91,2
edukační záměr	10	4,9	4,9	96,1
emocionální reakce pacienta	5	2,4	2,4	98,5
společensko-ekonomické faktory	3	1,5	1,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje oblasti edukační činnosti sestry, které jsou pro ní nejdůležitější a méně podstatné. Za nejdůležitější oblast edukační činnosti považuje z celkového počtu 205 sester (100 %) 76 sester (37,1 %) objasnění problému, 50 sester (24,4 %) označilo sběr a analýzu pacientových schopností a vědomostí, 40 sester (19,5 %) označilo zvolení vhodné metody edukace, 21 sester (10,2 %) zhodnocení a ověření, zda pacient porozuměl informacím, 10 sester (4,9 %) stanovení edukačního záměru, 5 sester (2,4 %) označilo sledování emocionálních reakcí pacienta během edukace a pouze 3 sestry (1,5 %) označily za nejdůležitější oblast sledování společensko-ekonomických faktorů.

Graf 4 Formulace otázek v průběhu edukačního procesu



Graf znázorňuje jaké formulaci otázek při edukaci dává sestra přednost. Sestry měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 462 odpovědí uvedly nejčastěji sestry názornost 129x, návaznost 106x, systémovost 101x, přiměřenost 100x a soustavnost 26x.

Tabulka 47 Standard Imobilizace pacienta v lůžku

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	182	88,8	88,8	88,8
spíše ano	14	6,8	6,8	95,6
spíše ne	5	2,4	2,4	98,0
ne	4	2,0	2,0	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje, zda nemocnice má standard týkající se imobilizace pacienta. Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 182 sester (88,8 %) ano, spíše ano 14 sester (6,8 %), spíše ne 5 sester (2,4 %) a odpověď ne zvolily 4 sestry (2,0 %).

Tabulka 48 Řádně odůvodněné případy imobilizace pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	185	90,2	90,2	90,2
spíše ano	17	8,3	8,3	98,5
ne	3	1,5	1,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje použití imobilizace pacienta jen v řádně odůvodněných případech. Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 185 sester (90,2 %) ano, 17 sester (8,3 %) spíše ano a 3 sestry (1,5 %) ne. Odpověď spíše ne nebyla uvedena.

Tabulka 49 Imobilizace pacienta na základě ordinace lékaře

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	169	82,5	82,5	82,5
spíše ano	21	10,2	10,2	92,6
spíše ne	10	4,9	4,9	95,7
ne	5	2,4	2,4	100,0
Total	205	100,0		

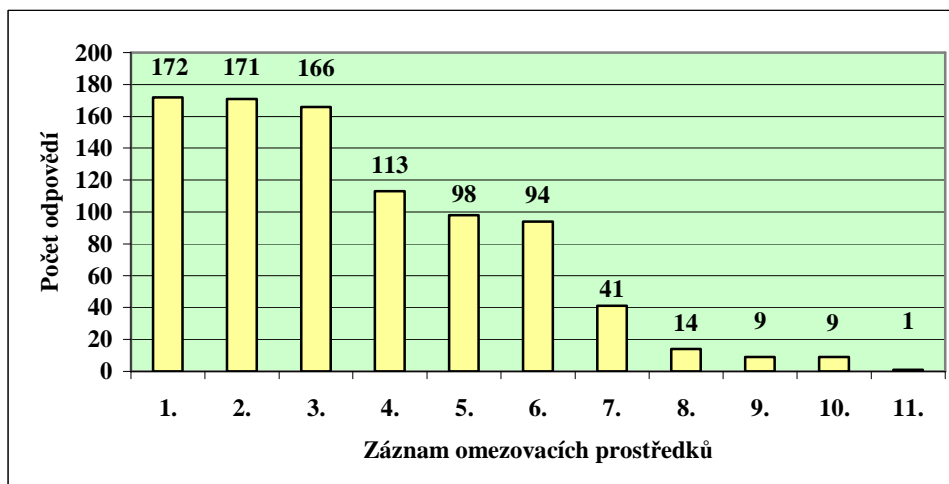
Tabulka popisuje použití imobilizace pacienta pouze na základě ordinace lékaře. Z celkového počtu 205 sester (100 %) odpovědělo 169 sester (82,5 %) ano, spíše ano 21 sester (10,2 %), spíše ne 10 sester (4,9 %) a 5 sester (2,4 %) uvedlo odpověď ne.

Tabulka 50 Záznam do zdravotnické dokumentace o použití imobilizačního prostředku u pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	185	90,2	82,5	90,2
spíše ano	19	9,3	10,2	99,5
spíše ne	1	0,5	4,9	100,0
Total	205	100,0	2,4	

Tabulka znázorňuje zda je proveden záznam o imobilizaci pacienta do zdravotnické dokumentace. Z celkového počtu 205 sester (100 %) 185 sester (90,2 %) záznam do zdravotnické dokumentace provádí. 19 sester (9,3 %) uvedlo odpověď spíše ano a pouze 1 sestra (0,5 %) spíše ne. Odpověď ne nebyla uvedena.

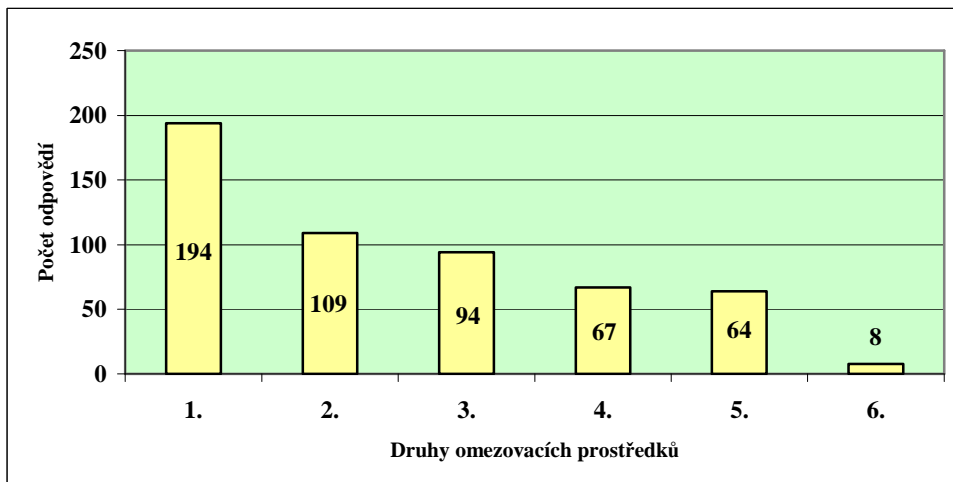
Graf 5 Záznam o použití omezovacích prostředků



Legenda ke grafu – Záznam o použití omezovacích prostředků			
1.	stav pacienta předcházející omezení a důvody	7.	podpisy lékaře a sestry
2.	sledování FF	8.	ošetřovatelské intervence
3.	datum a čas	9.	frekvence kontrol
4.	způsob použití omezovacích prostředků	10.	výsledky sledování pacienta
5.	hodnocení stavu pacienta sestrou	11.	souhlas pacienta
6.	hodnocení stavu pacienta lékařem		

Graf znázorňuje jednotlivá specifika záznamů o použití omezovacích prostředků do zdravotnické dokumentace. Sestry měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 888 odpovědí nejčastěji uváděly sestry stav pacienta a důvody předcházející použití omezovacích prostředků 172x, sledování FF 171x, datum a čas 166x, způsob použití omezovacích prostředků 113x, hodnocení stavu pacienta sestrou 98x, hodnocení stavu pacienta lékařem 94x, podpisy lékaře a sestry 41x, ošetřovatelské intervence 14x, frekvenci kontrol pacienta 9x, výsledky sledování pacienta 9x a pouze 1x byl uveden souhlas pacienta s použitím omezovacích prostředků.

Graf 6 Druhy omezovacích prostředků



Legenda ke grafu – Druhy omezovacích prostředků			
1.	omezení pacienta v lůžku	4.	nedobrovolná hospitalizace
2.	síťové lůžko	5.	terapeutická izolace
3.	podání medikace bez souhlasu pacienta	6.	ochranný kabátek

Graf znázorňuje druhy omezovacích prostředků, které sestry uváděly. Sestry měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 536 odpovědí nejčastěji uváděly sestry omezení pacienta v lůžku 194x, použití síťového lůžka 109x, podání medikace bez souhlasu pacienta 94x, nedobrovolnou hospitalizaci 67x, terapeutickou izolaci 64x, ochranný kabátek byl uveden pouze 8x.

Tabulka 51 Ošetrovateľské intervence během imobilizace pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent
TK, P, GCS po 1 hodině, neurčí-li lékař jinak	164	80,0	80,0
TK, P, GCS po 3 hodinách	24	11,7	11,7
TK, P, GCS	17	8,3	8,3
Total	205	100,0	100,0

Tabulka prezentuje jednotlivé ošetrovateľské intervence, které vykonává sestra během imobilizace pacienta. Z celkového počtu 205 sester (100 %) sleduje TK,P, GCS po 1 hodině 164 sester (80,0 %), 24 sester (11,7 %) sleduje TK, P po 3 hodinách a 17 sester (8,3 %) sleduje TK, P, GCS bez časových intervalů.

Tabulka 52 Představa sestry o pojmu intimita

	Frequency	Percent	Valid Percent
soukromí	182	88,8	88,8
důvěrnost, soukromí	19	9,2	9,2
důvěrnost	4	2,0	2,0
Total	205	100,0	100,0

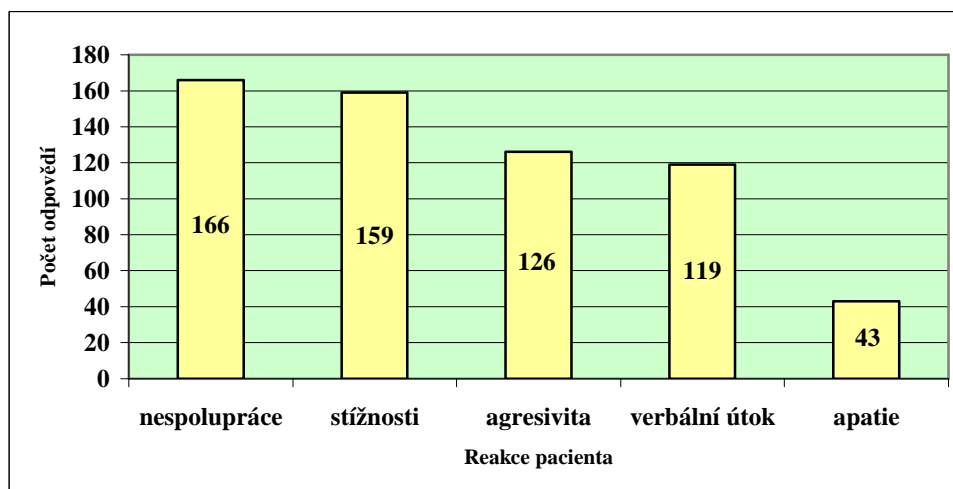
Tabulka prezentuje představy sestry o pojmu intimita. Z celkového počtu 205 sester (100 %) zvolilo odpověď soukromí 182 sester (88,8 %), 19 sester (9,2 %) uvedlo soukromí i důvěrnost a 4 sestry (2,0 %) pouze důvěrnost.

Tabulka 53 Právo pacienta na soukromí

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	187	91,2	91,2	91,2
spíše ano	7	3,4	3,4	94,6
spíše ne	10	4,9	4,9	99,5
ne	1	0,5	0,5	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka znázorňuje kolik sester odpovědělo, zda má pacient právo na soukromí. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo 187 sester (91,2 %) ano, 10 sester (4,9 %) spíše ne, 7 sester (3,4 %) spíše ano a odpověď ne uvedla 1 sestra (0,5 %).

Graf 7 Reakce pacienta na narušení jeho intimity



Graf znázorňuje odpovědi sester, jak reaguje pacient, pokud je narušena jeho intimita. Sestry měly možnost více odpovědí. Z celkového počtu 613 odpovědí nejčastěji sestry uváděly nespolupráci pacienta 166x, stížnosti pacienta 159x, agresivitu pacienta 126x, verbální útok pacienta 119x, pouze 43x byla uvedena apatie pacienta.

Tabulka 54 Používání zástěny sestrou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano, vždy	111	54,1	54,1	54,1
podle situace	55	26,8	26,8	81,0
spíše nepoužívám	26	12,7	6,3	87,3
nepoužívám	13	6,4	12,7	100,0
Total	205	100,0	100,0	

Tabulka prezentuje, jak sestry používají zástěny. Z celkového počtu 205 sester (100 %) uvedlo odpověď ano, vždy 111 sester (54,1 %), podle situace 55 sester (26,8 %), zástěnu spíše nepoužívá 26 sester (12,7 %) a 13 sester (6,4 %) zástěnu nepoužívá vůbec.

Tabulka 55 Vstup zdravotnického personálu na pokoj pacienta

	Frequency	Percent	Valid Percent
ano, vždy	151	73,7	73,7
občas	49	23,9	23,9
není nutné, dveře jsou otevřené	3	1,4	1,4
ne, nikdy	2	1,0	1,0
Total	205	100,0	100,0

Tabulka prezentuje, zda zdravotničtí pracovníci respektují soukromí pacienta při vstupování na pokoj pacienta. Z celkového počtu 205 sester (100 %) 151 sester (73,7 %) vždy před vstupem na pokoj pacienta zaklepe na dveře, odpověď občas zvolilo 49 sester (23,9 %), odpověď, že není nutné klepat, protože dveře jsou neustále otevřené uvedly 3 sestry (1,4 %) a nikdy na dveře neklepou pouze 2 sestry (1,0 %).

4.3 Výsledky statistické analýzy dat

H_{10} : Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H_{1A} : Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 1

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
Informovanost pacienta	N	Percent	N	Percent	N	Percent
x Vzdělání pacienta	218	100,0 %	0	0,0 %	218	100,0 %

Informovanost	Vzdělání					
		střední odborné		vyšší		
	základní	bez maturity	středoškolské	odborné	vysokoškolské	Total
vysoká informovanost	0	3	1	0	1	5
nadprůměrná informovanost	13	19	24	4	8	68
standardní informovanost	8	15	24	2	9	58
podprůměrná informovanost	4	14	22	1	5	46
nízká informovanost	7	9	18	3	4	41
Total	32	60	89	10	27	218

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	10,156 (a)
df	16
Asymp. Sig. (2-sided)	0,858

(a) 9 cells (36 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,229.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi informovaností pacientů o jejich právech a dosaženým vzděláním pacientů. Hodnota p-value (0,858) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi informovaností pacientů o jejich právech a úrovni dosaženého vzdělání nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

Na základě vypočtených hodnot, kde je 36 % údajů v buňkách menších než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

H₂O: Informovanost pacientů o jejich právech a Pohlaví pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H₂A: Informovanost pacientů o jejich právech a Pohlaví pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 2

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
Informovanost pacienta	N	Percent	N	Percent	N	Percent
x Pohlaví pacienta	218	100,0 %	0	0,0 %	218	100,0 %

Informovanost	Pohlaví		
	muž	žena	Total
vysoká informovanost	1	4	5
nadprůměrná informovanost	28	40	68
standardní informovanost	27	31	58
podprůměrná informovanost	19	27	46
nízká informovanost	12	29	41
Total	87	131	218

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	3,912 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,418

(a) 2 cells (20 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,995.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi informovaností pacientů o jejich právech a pohlavím pacientů. Hodnota p-value (0,418) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi informovaností pacientů o jejich právech a jejich pohlavím nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H₃₀: Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů nejsou na sobě statisticky závislé.

H_{3A}: Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 3

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
Informovanost pacienta	N	Percent	N	Percent	N	Percent
x Věk pacienta	218	100,0 %	0	0,0 %	218	100,0 %

Informovanost	Věk pacienta					
	do 20	21-30	31-40	41-50	51 a více	Total
vysoká informovanost	0	0	1	1	3	5
nadprůměrná informovanost	1	10	20	10	27	68
standardní informovanost	4	17	9	12	16	58
podprůměrná informovanost	3	10	8	10	15	46
nízká informovanost	2	9	6	6	18	41
Total	10	49	44	39	79	218

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	15,583 (a)
df	16
Asymp. Sig. (2-sided)	0,482

(a) 9 cells (36 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,229.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi informovaností pacientů o jejich právech a věkem pacientů. Hodnota p-value (0,482) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi informovaností pacientů o jejich právech a jejich věkem nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

Na základě vypočtených hodnot, kde je 36 % údajů v buňkách menších než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

H₄₀: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.

H_{4A}: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 4

Způsob seznámení pacienta s jeho právy x Délka praxe sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Seznámení	Délka praxe sestry (roky)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
vyjmenování několika práv s odkazem na písemnou formu	25	28	21	18	92
odkaz na písemnou formu	31	15	12	9	67
ústně, vyjmenování práv pacientů	7	5	9	5	26
nevyplněno	5	4	6	5	20
Total	56	43	33	27	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	11,058 (a)
df	9
Asymp. Sig. (2-sided)	0,272

(a) 3 cells (18,8 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,61.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem seznámení pacienta jeho právy a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,272) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem seznámení pacientů s jejich právy a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H₅0: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.

H₅A: Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 5

Způsob seznámení pacienta s jeho právy x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	185	90,2 %	20	9,8 %	205	100,0 %

Seznámení	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	Total
		+ specializace	odborné		+ specializace	
vyjmenování několika práv s odkazem na písemnou formu	47	18	10	13	4	92
odkaz na písemnou formu	31	13	9	12	2	67
ústně, vyjmenování PP	15	5	1	4	1	26
nevyplněno	12	5	2	1	0	20
Total	78	31	25	25	6	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	3,867 (a)
df	12
Asymp. Sig. (2-sided)	0,986

(a) 9 cells (45 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,683.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem seznámení pacienta jeho právy a vzděláním sestry. Hodnota p-value (0,986) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem seznámení pacientů s jejich právy a vzděláním sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

Na základě vypočtených hodnot, kde je 45 % údajů v buňkách menších než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

5. DISKUZE

Teoretická část této diplomové práce se zabývá dodržováním práv pacientů ve vybraných pěti nemocnicích České republiky. Proces prosazování práv pacientů ve zdravotnických zařízeních začíná definováním těchto práv a pokračuje edukováním pacientů i zdravotnických pracovníků. Pacienti musí být informováni o tom, jaká mají práva a jakým způsobem se jich mají dožadovat. Zdravotničtí pracovníci musí chápat a respektovat hodnotové systémy pacientů a vytvářet vhodné podmínky pro poskytování kvalitní zdravotnické a ošetrovatelské péče, která respektuje důstojnost člověka.

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnicích České Budějovice, Český Krumlov, Strakonice, Písek a Tábor. K realizaci výzkumu byly použity dva druhy dotazníků. Jeden byl určený pro pacienty a druhý pro sestry. Empirická část výzkumného šetření byla rozdělena do pěti oblastí. První oblast se zabývala dodržováním práv pacientů, druhá mapovala informovanost pacientů lékařem, třetí zahrnovala edukaci pacientů sestrou. Čtvrtou oblast tvořily způsoby a použití omezovacích prostředků u pacientů v nemocnici a poslední pátou oblastí bylo dodržování intimity u pacientů. Výzkumný soubor respondentů tvořilo 218 pacientů (100 %), z toho 131 žen (60 %) a 87 mužů (40 %) (viz tabulka 1) a 205 sester (100 %).

Na základě cílů diplomové práce bylo stanoveno 7 hypotéz a 5 hypotéz statistických.

První hypotéza prezentuje úroveň seznamování pacientů s jejich právy. Každý pacient by měl znát svá práva. Pokud je o právech informován, může lépe komunikovat se zdravotnickými pracovníky, kteří o něj pečují. S mílovými kroky vývoje medicíny a ošetrovatelství úzce souvisí nutnost stanovit, kdy a jak léčit, na co mají pacienti právo a nárok, jak vymezit vztahy mezi pacientem a lékařem.

Dle našeho výzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu 218 pacientů (100 %) bylo 162 pacientů (74,3 %) seznámeno s etickým kodexem Práva pacientů. Odpověď spíše ne a ne zvolilo 56 pacientů (25,7 %) (viz tabulka 6). Z celkového počtu 162 pacientů (74,3 %) bylo na počátku hospitalizace seznámeno s etickým kodexem Práva pacientů 129 pacientů (59,2 %), v průběhu hospitalizace 24 pacientů (11,0 %) a na požádání 9 pacientů (4,1 %) (viz tabulka 7). Stejně otázky byly položeny i sestřám.

Z celkového počtu 205 sester (100 %) seznamuje 185 sester (90,3 %) pacienty s jejich právy a 20 sester (9,8 %) pacienty vůbec neseznamuje. Z celkového počtu 185 sester (90,5 %) seznamuje 137 sester (66,8 %) pacienty s jejich právy vždy při přijetí k hospitalizaci, 24 sester (11,7 %) seznamuje pacienty pouze v případě jejich zájmu, 23 sester (11,2 %) během hospitalizace a 1 sestra (0,5 %) seznamuje pacienty před vyšetřením (viz tabulka 36).

Na základě výsledků výzkumného šetření lze tedy stanovit, že hypotéza H1: „*Při přijetí do nemocnice jsou pacienti seznámeni se svými právy*“ se nepotvrdila. Akreditační standard číslo 41 přímo ukládá povinnost zdravotnickým zařízením, že „Každý pacient je při přijetí do nemocnice seznámen vhodnou formou se svými právy. O tomto seznámení je učiněn zápis do pacientovi dokumentace (36, s. 67)“. Dle E. Zacharové nemoc přináší pacientovi značné potíže, stává se pro něj náročnou životní situací, která je mnohdy vnímána jako obtížně zvládnutelná, někdy dokonce jako nezvládnutelná. Dochází k neuspokojování potřeb pacientem. Nemoc vyžaduje určitou míru adaptace na novou situaci, vyrovnávání se s nepříznivými často bolestivými projevy. Mnohdy jsou narušeny i mezilidské vztahy, dochází k méně častému kontaktu se známými a blízkými lidmi. Náročné jsou i situace, kdy pacient musí podstoupit různá diagnostická vyšetření, se kterými se dosud nesešel a nemá o nich dostatečné informace (55). Z tohoto důvodu by měl každý pacient svá práva znát a především je důsledně vyžadovat.

Nejvíce pacientů 122 (55,9 %) bylo seznámeno se svými právy sestrou, 20 pacientů (9,2 %) sestrou i lékařem a stejný počet pacientů seznámil pouze lékař (viz tabulka 8).

Akreditační standard číslo 41 zahrnuje i povinnost zdravotnického zařízení učinit o seznámení pacienta s etickým kodexem Práva pacientů záznam do zdravotnické dokumentace. Záznam do zdravotnické dokumentace z celkového počtu 185 sester (90,2 %) provádí 154 sester (75,2 %) a 31 sester (15,0 %) záznam do dokumentace vůbec neprovádí (viz tabulka 37). Záznam by měl být proveden u každého pacienta dle jeho aktuálního zdravotního stavu. Stává se tak průkazným dokladem informování pacientů o svých právech. Sestry by měly v oblasti provádění záznamů o seznamování

s právy pacienta projevit více aktivity a měly by u každého pacienta vyžadovat také podpis.

Zajímal nás také způsob seznámení pacienta s jeho právy. Z celkového počtu 162 pacientů (74,3 %) bylo seznámeno ústní formou 89 pacientů (40,8 %), písemnou formou na pokoji 37 pacientů (17,0 %) a 36 pacientů (16,5 %) písemnou formou na nástěnce, která je zpravidla umístěna na chodbě oddělení (viz tabulka 9). Sestry 92 (44,9 %) nejčastěji vyjmenují několik práv a odkazují pacienty na písemnou formu. Odkaz pouze na písemnou formu provádí 67 sester (32,6 %) a pouze 26 sester (12,7 %) informuje pacienty o jejich právech ústně (viz tabulka 35). Za nejvhodnější považujeme ústní formu, doplněnou formou písemnou. Při ústní formě má pacient prostor k položení otázek, které se této oblasti týkají, v případě nějakých nejasností. Práva pacientů by se mohla stát i součástí informačních brožur, které by každý pacient obdržel při přijetí k hospitalizaci.

V rámci výzkumného šetření jsme se také zabývali otázkou, zda má nemocnice stanovený způsob seznámení pacientů – cizinců s etickým kodexem Práva pacientů a zda je k tomuto vypracovaný standard. Z celkového počtu 185 sester (90,2 %) odpovědělo 91 sester (44,2 %), že zdravotnické zařízení má dostupnost překladatele, 50 sester (24,0 %) uvedlo, že práva pacientů jsou dostupná na oddělení v několika jazycích a 44 sester (22,0 %) uvedlo odkaz na seznam pracovníků, kteří ovládají cizí jazyk (viz tabulka 38). Vypracovaný standard o seznamování pacientů – cizinců s etickým kodexem Práva pacientů potvrdilo 205 sester (100 %) (viz tabulka 39). Globalizace a zvýšená migrace lidí v posledních letech spolu s posunem vztahu lékař – pacient do partnerské roviny klade nové nároky na poskytování zdravotní péče cizincům. Je nutné si uvědomit, že etické aspekty chování nejsou všude stejné a jsou úzce spjaty s danou kulturou. Od zdravotnických pracovníků se očekává, že porozumí rozmanitým kulturním postojům k etice narození, života a umírání. Proto je zdůrazňována nutnost respektování kultury jednotlivého pacienta při poskytování zdravotnické a ošetrovatelské péče. Ve většině případů jsou pacienti – cizinci informováni o svých právech lékařem nebo sestrou, kteří daný jazyk ovládají. Zvýšila se i jazyková

vybavenost zdravotnických pracovníků v porovnání s předcházejícími léty. Kontakty na tlumočníka nebo překladatele jsou na každém oddělení.

Další oblast našeho výzkumu se zabývala úrovní informovanosti pacienta lékařem. Právo pacienta na informace je zahrnuto nejen v etickém kodexu Práva pacientů, zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, ale i v akreditačním standardu číslo 43. Tento standard stanoví, že „Pacienti jsou přiměřeně informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a o poskytovatelích zdravotní péče takovým způsobem, aby se mohli podílet na rozhodování o poskytování péče (36, s. 70)“. Dle H. Haškovcové za kvalitu a potřebný rozsah informací poskytovaných pacientovi zodpovídá ošetřující lékař (18).

Pro tuto oblast byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza H2: „*Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu*“. Hypotéza H3: „*Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a jejích možných alternativách*“.

Míru informovanosti určité dané oblasti zaznamenávali pacienti pomocí hodnotící škály, kde hodnota 5 - znamenala maximální informovanost pacienta, 4 – spíše ano, 3 – těžko rozhodnout, 2 – spíše ne a 1 – minimální informovanost. Potěšujícím zjištěním bylo, že 200 pacientů (91,7 %) bylo informováno o svém aktuálním zdravotním stavu. Pouze 18 pacientů (8,3 %) uvedlo odpověď těžko rozhodnout, spíše ne a ne (viz tabulka 10). Můžeme tedy konstatovat, že 91,7 % pacientů je informováno o svém aktuálním zdravotním stavu. Tomuto zjištění odpovídá i nejvyšší zjištěná hodnota meanu 2,21 v daných oblastech (viz tabulka 17). Vysoká informovanost pacientů vychází z otevřené komunikace a partnerského vztahu mezi pacientem a lékařem. Ve velké míře byli pacienti informováni o navrhované léčbě a možných alternativách léčby, kdy 208 pacientů (95,5 %) uvedlo, že byli o navrhované léčbě informováni (viz tabulka 11). V nejmenším rozsahu byli pacienti informováni o důsledcích případného odmítnutí navrhované léčby, 145 pacientů (67,4 %) bylo v této oblasti informováno (viz tabulka 13). Informace o možných alternativách navrhované léčby získalo 203 pacientů (93,1 %) (viz tabulka 12). Informace o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby byla u 161 pacienta (73,8 %) hodnocena kladně (viz tabulka 14). Jméno ošetřujícího lékaře znalo 193 pacientů (88,6 %) a 150 (68,8 %) pacientů znalo jméno ošetřující

sestry (viz tabulka 15, 16). Nejmenší informovanost o jménu ošetřující sestry je dána i nejnižší hodnotou meanu 1,37 v daných oblastech (viz tabulka 17). Zřejmě tato nízká informovanost pacientů o jménu ošetřující sestry vyplývá z třísměnného provozu, kdy se sestry neustále střídají a rotují ve směnách. Z výsledků výzkumného šetření lze konstatovat, že vždy více než polovina pacientů volila kladné odpovědi. Informace o aktuálním zdravotním stavu, navrhované léčbě, možných alternativách navrhované léčby, jménu ošetřujícího lékaře a sestry má většina pacientů.

Hypotéza H2: „*Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu*“, se potvrdila.

Hypotéza H3: „*Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a jejích možných alternativách*“ se také potvrdila.

V oblasti informovanosti pacientů sestry odpovídaly na otázky, které se týkaly Informovaného souhlasu, jeho podávání a zdravotnické výkony s ním související. Právo na informovaný souhlas je zakotveno v Úmluvě o biomedicíně a v akreditačním standardu číslo 42. Pacienti mají být poučeni vhodným a srozumitelným způsobem o léčebném plánu. Všechny sestry 205 (100 %) odpověděly, že nemocnice má stanovený standard Informovaného souhlasu (viz tabulka 40). 197 sester (96,1 %) uvedlo, že nemocnice stanovený přehled terapeutických a diagnostických výkonů, které se dotýkají Informovaného souhlasu (viz tabulka 42). Sestry měly také možnost vyjmenování jednotlivých vyšetření spojených s Informovaným souhlasem. Nejvíce byly uváděny endoskopická vyšetření, invazivní diagnostické výkony, RTG, CT, MR vyšetření, anestezie (viz graf 2). Sestry prokázaly znalosti o vyšetřeních, které podléhají Informovanému souhlasu.

Následující oblast výzkumného šetření zjišťovala úroveň edukace, poskytované pacientovi. Sestra edukuje pacienta pouze o výkonech, které sama provádí a s ohledem na své profesně stanovené odborné kompetence. Byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza H4: „*U každého pacienta je posouzena potřeba edukace*“. Hypotéza H5: „*Proces edukace je zaznamenáván sestrou do zdravotnické dokumentace*“. Výsledky dotazníkového šetření byly získány od pacientů i od sester. Pacienti zaznamenávali odpovědi na hodnotící škále (5 – ano, 4 – spíše ano, 3 – těžko rozhodnout, 2 – spíše ne, 1 – ne). Nejvíce pacientů 204 (93,6 %) hodnotilo ochotu zdravotnického personálu

odpovídat na jejich dotazy (viz tabulka 18). Této skutečnosti odpovídá i nejvyšší hodnota meanu 3,36 (viz tabulka 24). O něco méně pacientů (92,6 %) je informováno o plánovaném vyšetření (viz tabulka 19). Edukaci o dodržování dietních zásad byla hodnocena v 67 % kladně (viz tabulka 20). U 48,6 % pacientů došlo pomocí edukace ke změně životního stylu (viz tabulka 21). Tato edukace je velmi důležitá, protože má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a ke zkvalitnění života. Edukace o dalších možnostech zdravotní péče byla poskytnuta 93 pacientům (42,6 %) (viz tabulka 23). Nejméně se sestry dotazovaly pacientů, jaká je jejich sociální situace po ukončení hospitalizace. Zápornou odpověď zvolilo překvapivě 115 pacientů (52,7 %) a těžko rozhodnout uvedlo 23 pacientů (10,6 %) (viz tabulka 22). Je nutné brát v úvahu, že na tuto otázku odpovídali pacienti různých věkových kategorií, takže se dá předpokládat, že se sestry soběstačných a věkově mladších pacientů nedotazovaly. Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že pacienti jsou s edukací spokojeni.

U sester jsme dospěli k výsledkům opačným. Z celkového počtu 205 sester (100 %) 23 sester (11,2 %) potřebu edukace u každého pacienta nevyhodnocuje (viz tabulka 43). Záznam o edukaci provádí 89,8 % sester a 10,2 % sester edukační proces nezaznamenává (viz tabulka 45). Dokumentování edukace je velmi důležité, protože podporuje kontinuitu edukace, zefektivňuje edukační proces a usnadňuje zhodnocení edukace. Edukaci u pacientů vyhodnocuje 59 % sester dle potřeby, 29,8 % sester denně a 11,2 % 2x v průběhu hospitalizace pacienta (viz tabulka 44). K zamyšlení je tedy otázka, co je u sester „dle potřeby pacienta“? Jakým způsobem sestra zjišťuje potřeby pacienta a jak realizuje jejich následné naplnění? Za nedostačující považujeme odpověď 2x v průběhu hospitalizace, na kterou odpovědělo 11,2 % sester. Četnost vyhodnocení potřeby edukace ovlivňuje více faktorů - aktuální zdravotní stav pacienta, druh onemocnění, způsob léčby, vědomosti a zájem pacienta. Zajímavé byly odpovědi sester, které se týkaly nejdůležitějších a méně podstatných oblastí edukačního procesu. Pro 37,1 % sester je nejdůležitější objasnění problému a 24,4 % sester uvedlo sběr a analýzu pacientových schopností. Za nejdůležitější považuje 19,5 % sester zvolení vhodné metody edukace, 10,2 % zhodnocení edukace, 4,9 % sester stanovení edukačního záměru, 2,4 % sester upřednostňuje sledování emocionálních reakcí pacienta a pouze

1,5 % sester označilo za nejdůležitější společensko-ekonomické faktory (viz tabulka 46). Při formulaci otázek dávají sestry přednost názornosti, návaznosti, systémovosti, přiměřenosti, nejméně upřednostňují soustavnost (viz graf 4).

Akreditační standard číslo 44 jasně stanovuje, že u každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace včetně provedení záznamu do zdravotnické dokumentace. Proto výsledky dotazníkového šetření pacientů a sester nám umožňují stanovit závěr, že hypotéza H4: „*U každého pacienta je posouzena potřeba edukace*“, se nepotvrdila. Taktéž hypotéza H5: „*Proces edukace je zaznamenáván sestrou do zdravotnické dokumentace*“ se nepotvrdila, protože nedošlo k naplnění akreditačního standardu číslo 44. Správné provádění edukace je důležité pro aktivní zapojení pacientů do procesu poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. Pomocí edukace soustavně ovlivňujeme pacienta s cílem navození pozitivních změn v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace by měla být součástí ošetrovatelství a každodenní náplní práce sestry. Na základě zpracovaných výsledků je nutné, aby účinná edukace byla poskytována každému pacientovi a byl řádně naplňován akreditační standard.

Čtvrtou oblastí je postup při imobilizaci pacienta v průběhu hospitalizace. Výčet omezovacích prostředků je stanoven ve věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR 7/2009. Rozumí se tím nedobrovolná hospitalizace, umístění pacienta v síťovém lůžku, omezení pacienta v pohybu, umístění pacienta v izolační místnosti, použití ochranného kabátku a akutní parenterální podání psychofarmak. Výzkumné šetření se zaměřilo na použití omezovacích prostředků v řádně odůvodněných případech a na znalosti sester v této oblasti. Byly stanoveny dvě hypotézy. Hypotéza H6: „*Používání omezovacích prostředků probíhá jen v řádně odůvodněných případech*“. Hypotéza H7: *Sestry mají znalosti v oblasti imobilizace pacienta*“.

První otázka se týkala standardu, který upravuje postup při použití omezovacích prostředků. Kladně odpovědělo 196 sester (95,6 %), 9 sester (4,4 %) zvolilo zápornou odpověď (viz tabulka 47). Provádění imobilizace pacienta pouze v řádně odůvodněných případech uvedlo 98,5 % sester (viz tabulka 48). Imobilizace pacienta musí být prováděna pouze na základě ordinace lékaře nebo na základě profesních kompetencí zdravotnických pracovníků. Kladnou odpověď zvolilo 190 sester (92,7 %) a záporně

odpovědělo pouze 15 sester (7,3 %) (viz tabulka 49). Záznam o použití omezovacího prostředku provádí 99,4 % sester (viz tabulka 50). Tato skutečnost je velmi pozitivní a svědčí o naplňování akreditačního standardu číslo 45. Graf 5 znázorňuje záznam „Použití omezovacích prostředků“. Dle odpovědí sester lze konstatovat, že sestry znají obsah záznamu a vědí, co je jeho předmětem a jaké údaje musí být zaznamenány. Sestry prokázaly v dostatečné míře znalosti, jaké jsou možnosti omezovacích prostředků (viz graf 5). Během imobilizace pacienta je nutné provádět ošetrovatelské intervence. Jednou u nejdůležitějších intervencí je měření fyziologických funkcí. Fyziologické funkce sleduje 164 sester (80,0 %) po 1 hodině, pokud neurčí lékař jinak. Tříhodinové intervaly plní 24 sester (11,7 %), bez časových intervalů sleduje fyziologické funkce 17 sester (8,3 %) (viz tabulka 51). Časový interval měření fyziologických funkcí po 1 hodině je zakotven v ošetrovatelských postupech „Omezení pacienta v lůžku“. Výsledky dotazníkového šetření v této oblasti považujeme za velmi dobré a oceňujeme dostatečné znalosti sester v oblasti imobilizace pacienta. Můžeme tedy konstatovat, že hypotéza H6: *„Použití omezovacích prostředků probíhá jen v řádně odůvodněných případech“* se potvrdila. Hypotéza H7: *„Sestry mají znalosti v oblasti imobilizace pacienta“* se rovněž potvrdila. Použití omezovacích prostředků je nutné považovat za krajní řešení v případech, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta nebo ostatních pacientů. K použití omezovacích prostředků lze přistoupit až tehdy, pokud byly ostatní možnosti vyčerpány. Je potřeba definovat důvod, proč se pro omezení pacienta rozhodujeme. Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta. Je vždy třeba pátrat po příčinách problémového chování, po bolesti, nepohodlí, vedlejších účincích léčebných přípravků, stresu, špatnému vztahu mezi ošetřujícím personálem a pacientem. Použití omezovacích prostředků je odůvodnitelné pouze tehdy, když nelze nalézt odstranitelnou příčinu chování pacienta a v situacích, kdy je riziko chování pacienta příliš vysoké. Přínos při užití omezovacích prostředků musí být vyšší než riziko.

Poslední oblastí dotazníkového šetření bylo dodržování intimity. Právo pacienta na soukromí je uvedeno i v etickém kodexu Práva pacientů. Pod pojmem intimita si 182 sester (88,8 %) představuje soukromí, 19 sester (9,2 %) uvedlo důvěrnost a soukromí a

pouze 4 sestry (2,0 %) důvěrnost (viz tabulka 52). V otázce zda má pacient právo na soukromí odpovědělo kladně 194 sester (94,6 %) a 11 sester (5,4 %) záporně (viz tabulka 53). Na nerušení soukromí může pacient nepřiměřeně reagovat. Nejčastějšími reakcemi pacienta na narušení jeho intimity označily sestry nespolupráci, stížnosti, agresivitu, verbální útok a apatie (viz graf 7). Zajímavé bylo zjištění v otázce, která se týkala používání zástěny při provádění hygienické péče. Zástěnu vždy používá 111 sester (54,1 %), podle situace 55 sester (26,8 %), spíše nepoužívá 26 sester (12,7 %) a nikdy zástěnu nepoužívá 13 sester (6,4 %) (viz tabulka 54). Odpovědi dotazovaných sester mohou být dány také tím, že ne na všech odděleních je nutné používání zástěny při hygienické péči. S dodržováním soukromí úzce souvisí vstup zdravotnického personálu na pokoj pacienta. Respekt k jeho soukromí projevíme i tím, že před vstupem do pokoje pacienta zaklepeme na dveře. Z dotazníkového šetření je patrné, že pacientovo soukromí je dodržováno, protože 73,7 % sester vždy klepe na dveře, 23,9 % klepe na dveře občas, 3 sestry (1,4 %) odpověděly, že klepat na dveře není nutné, protože dveře jsou neustále otevřené a pouze 1,0 % sester na dveře nikdy neklepe (viz tabulka 55). Pacienti projevili v této oblasti značnou spokojenost. Soukromí je respektováno u 180 pacientů (82,6 %) (viz tabulka 25). Tuto skutečnost dokazuje i hodnota meanu 2,36 (viz tabulka 29). Nejméně byli pacienti spokojeni se vstupem personálu na pokoj. Kladnou odpověď zvolilo 136 pacientů (62,4 %), zápornou odpověď 72 pacientů (33,0 %) a odpověď těžko rozhodnout 10 pacientů (4,6 %) (viz tabulka 28). Výsledek potvrzuje i nejnižší hodnota meanu 1,63 v dané oblasti (viz tabulka 29). I přes nesourodé odpovědi pacientů a sester, lze hodnotit výsledky dotazníkového šetření pozitivně.

V závěru dotazníku pro pacienty měli respondenti možnost sdělit své připomínky, návrhy a podněty. Tato možnost byla využita ve velmi malé míře. Přáním pacientů bylo většinou získat opět zdraví a především nepotřebovat ošetření v nemocnici.

Ve výzkumné části byly stanoveny statistické hypotézy, které byly testovány Pearsonovým chí-kvadrát testem. Test byl používán k rozhodnutí o nezávislosti

proměnných v kontingenčních tabulkách. Při testování se nepodařilo prokázat žádnou statistickou závislost mezi proměnnými (viz kontingenční tabulky 1 - 5, příloha 3).

6 ZÁVĚR

Hlavním záměrem výzkumného šetření bylo zmapovat dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích ČR. Dodržování práv pacientů je důležité pro kontinuální zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské a zdravotnické péče.

V diplomové práci byly stanoveny tyto cíle: zjistit, zda jsou pacienti při přijetí do nemocnice seznámeni se svými právy, zmapovat, zda jsou pacienti informováni o povaze onemocnění, o navrhované léčbě a možných alternativách léčby, zjistit, zda u každého pacienta je posouzena potřeba edukace a sestry provádějí záznam do dokumentace a zmapovat znalosti sester v oblasti imobilizace pacienta.

Na základě stanovených cílů bylo definováno 7 hypotéz a 5 hypotéz statistických. Hypotéza H1: „*Při přijetí do nemocnice jsou pacienti seznámeni se svými právy*“ se nepotvrdila na základě zjištění nenaplnění akreditačního standardu číslo 41. Každý pacient nebyl seznámen se svými právy při přijetí k hospitalizaci. Hypotéza H2: „*Pacienti jsou informováni o svém zdravotním stavu*“ se potvrdila a hypotéza H3: „*Pacienti jsou informováni o navrhované léčbě a jejích možných alternativách*“ se taktéž potvrdila. Většina pacientů vyjádřila svoji spokojenost s poskytnutím informací lékařem. Hypotéza H4: „*U každého pacienta je posouzena potřeba edukace*“ a hypotéza H5: „*Proces edukace je zaznamenán sestrou do dokumentace*“ se nepotvrdily. Sestry neprovádějí edukaci v dostatečném rozsahu a ne všechny provádějí záznam o edukačním procesu do zdravotnické dokumentace. Dle tohoto zjištění nedochází k naplňování akreditačního standardu číslo 44. Naopak pacienti byli s poskytovanou edukací spokojeni. Hypotéza H6: „*Používání omezovacích prostředků probíhá jen v rádně odůvodněných případech*“ a hypotéza H7: „*Sestry mají znalosti v oblasti imobilizace pacienta*“ se potvrdily. Sestry prokázaly dostatečné znalosti v oblasti imobilizace pacienta a můžeme také konstatovat, že toto opatření je prováděno pouze v rádně odůvodněných případech.

U statistických hypotéz byly stanovena nulová a alternativní hypotéza. Hypotézy: H₁₀ „*Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů nejsou na sobě statisticky závislé*“. H_{1A} „*Informovanost pacientů o jejich právech a Vzdělání pacientů jsou na sobě statisticky závislé*“. H₂₀ „*Informovanost pacientů o jejich*

právech a Pohlaví pacientů nejsou na sobě statisticky závislé“. H_{2A} „*Informovanost pacientů o jejich právech a Pohlaví pacientů jsou na sobě statisticky závislé“.* H₃₀ „*Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů nejsou na sobě statisticky závislé“.* H_{3A} „*Informovanost pacientů o jejich právech a Věk pacientů jsou na sobě statisticky závislé“.* H₄₀ „*Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé“.* H_{4A} „*Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé“.* H₅₀ „*Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé“.* H_{5A} „*Způsob seznámení pacienta s jeho právy a Vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé“.* U žádné statistické hypotézy se nepodařilo prokázat souvislost mezi sledovanými proměnnými v kontingenčních tabulkách.

Diplomová práce bude nabídnuta náměstkyním ošetrovatelské péče v nemocnicích, kde výzkumné šetření probíhalo. Na základě získaných výsledků mohou zaujmout nemocnice stanoviska ke zlepšení kvality ošetrovatelské a zdravotnické péče. Výsledky výzkumného šetření mohou také pomoci zdravotnickým zařízením v přípravě na akreditaci.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2005. 185 s. ISBN 80-7013-416-X.
3. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5
4. BAUDIŠ, P., et al. Omezovací prostředky. In *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče II. K vydání připravila redakční rada, předseda Jiří Raboch.*. Praha: [s.n.], 2006. s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.
5. BRABCOVÁ, I. Akreditace a její přínos pro ošetrovatelství. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 2007. s. 48-51. ISBN 978-80-7040-992-3.
6. BUKA, P. *Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses*. [s. l.]: Hodder Arnold, 2008. 198 s. ISBN 978-0340938812.
7. BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vyd. Praha: Linde, 2005. 208 s. ISBN 80-7201-544-3.
8. BUŽGOVÁ, R. *Etika ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.

9. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Orac, 2004. 183 s. ISBN 80-86199-75-4.
10. ČERNÝ, M., SCHELLE, K. *Zdravotnictví v mezinárodních dokumentech*. 1. vyd. Praha: EUROLEX, 2004. 202 s. ISBN 80-86432-81-5.
11. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
12. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
13. GLADKIJ, I. et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
14. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. 3. vyd. Havířov: A. Krtilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 220 s. ISBN 80-7262-132-7.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 103 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

19. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 584 s. ISBN 80-7178-820-1.
20. IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
21. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
22. JÁCHYMOVÁ, R. Omezení nemocného v lůžku. In *Jihočeská konference nelékařských zdravotnických pracovníků*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, 2008. s. 119-121. ISBN 978-80-254-2730-9.
23. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
24. KAHOUN, V., KUČEROVÁ, B. Práva pacientů - dítěte. In *Nové trendy v ošetrovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. VI. jihočeské ošetrovatelské dny*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích, 2007. s. 148-160. ISBN 978-80-7040-992-3.
25. KNAP, K., et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. 4. přeprac. vyd. Praha: Linde, 2004. 440 s. ISBN 80-72001-484-6.
26. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2001. 149 s. ISBN 80-244-0324-2.
27. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

28. KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-7.
29. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vyd. Praha: Lexik Nexis CZ s.r.o., 2004. 120 s. ISBN 80-86199-82-7.
30. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
31. MACH, J., et al. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 1. vyd. Praha: Orac, 2003. 351 s. ISBN 80-86199-50-9.
32. MACH, J. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-71798-10-X.
33. MACH, J. Některé problémy medicínského práva v praxi. *Zdravotnictví a právo*. Praha: Lexis Nexis, 2008, roč. 12, č. 3-4, s. 23-37. ISSN 1211-6432.
34. MALEK, K., ENDRISS, R. *Patientenrechte. Ein Ratgeber für den Umgang mit Arzt und Krankenhaus*. Freiburg im Breisgau: Dreisam-Verlag, 1984. 161 s. ISBN 3-921472-77-6.
35. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
36. MARX, D., VLČEK, F. Národní akreditační standardy pro nemocnice: manuál a metodika plnění. *Spojená akreditační komise [online]*. 2009 [cit. 2010-02-20]. Dostupný z: <<http://www.sakcr.cz/files/SAK-standardy-Nemocnice-dotisk-Errata-2010.pdf>>.

37. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: komentovaný oficiální překlad*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 287 s. ISBN 80-247-0629-6.
38. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 154 s. ISBN 80-247-1024-2.
39. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
40. *Péče o neklidného pacienta/klienta - použití omezovacích prostředků: Česká asociace sester - pracovní postup* [online]. 2008 [cit. 2009-12-10]. Dostupný z: <http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0002.pdf>.
41. POLÍVKOVÁ, E., BRABCOVÁ, I., OTÁSKOVÁ, J. Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů v nemocnici České Budějovice, a.s. *Kontakt*. Jihočeská univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta: 2009, roč. 11, č. 2, s 292-300. ISSN 1212-4117.
42. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.
43. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 488 s. ISBN 80-7178-631-4.
44. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života: základní otázky lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7.
45. SMITH, A. *Teorie mravních citů*. Praha: Liberální institut, 2002. 465 s. ISBN 80-83389-38-3.

46. STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 352 s. ISBN 80-85824-88-4.
47. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
48. ŠUSTEK, P. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
49. TINGLE, J., CRIBB, A. *Nursing law and ethics*. 3rd edition. [s. l.]: Wiley Blackwell, 2007. 360 s. ISBN 978-1405132282.
50. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.
51. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2009. [online]. [cit. 2009-12-10] Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/355-vestnik-72009.html>>.
52. VONDRÁČEK, L., KURZOVÁ, H. *Zdravotnické právo pro praxi a posluchače lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7.
53. VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7.
54. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

55. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

56. *Zákon č. 20/1966 Sb. ze dne 1. 7. 1966 o péči o zdraví lidu*, [online]. 2005 [cit. 2009-12-10]. Dostupný z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place>.

57. *Zákon č. 111/2007 Sb., kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu*, v platném znění, zdroj ASPI.

58. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Akreditační standard

Edukace

Imobilizace pacienta

Informovanost

Intimita

Práva pacientů

9 PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Příloha 3 Statistické zpracování dat

Příloha 4 Etický kodex Práva pacientů

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Vážená pacientko, vážený paciente,

jmenuji se Jana Kortusová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Jeho výsledky budou použity v mé diplomové práci s názvem „**Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky**“.

Prosím, přečtěte si následující otázky, a pokud není uvedeno jinak, označte křížkem Vámi vybranou odpověď.

Předem děkuji za Vaši vstřícnou spolupráci
Mgr. Jana Kortusová, studentka JCU ZSF

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - žena
 - muž
- 2) Do jaké věkové kategorie patříte?
 - do 20 let
 - 21 - 30 let
 - 31 - 40 let
 - 41 - 50 let
 - 51 a více let
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - základní
 - střední odborné bez maturity
 - středoškolské
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské
 - jiné
- 4) Byl/a jste již někdy hospitalizován/a?
 - ano
 - ne
- 5) V případě, že „ano“, uveďte kolikrát?
 - 1x
 - 2x
 - 3x a více
- 6) Byl/a jste srozumitelným způsobem seznámen/a s etickým kodexem Práva pacientů?
 - ano
 - částečně ano
 - spíše ne (**dále pokračujte otázkou č. 10**)
 - ne (**dále pokračujte otázkou č. 10**)
 - nevím
- 7) Kdy jste byl/a seznámen/a s etickým kodexem Práva pacientů?
 - hned na počátku hospitalizace
 - v průběhu hospitalizace
 - až na požádání
 - jiné

8) Kdo Vás s etickým kodexem Práva pacientů seznámil?

- pouze sestra
- pouze lékař
- lékař i sestra
- jiný zdroj, uveďte jaký

9) Jakým způsobem jste byla seznámen/a se svými právy?

- ústně
- písemnou formou na pokoji
- písemnou formou na nástěnce
- jiným způsobem, uveďte jakým

10) Jaká práva pacientů znáte? (vyjmenujte, prosím)

.....
.....
Následující otázky se týkají Vaší informovanosti lékařem. U každé otázky označte, do jaké míry byla Vaše informovanost naplněna.

	Informace o zdravotním stavu, povaze onemocnění a o navrhované léčbě	Ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Ne
1.	Byl/a jste informován/a o svém aktuálním zdravotním stavu?	5	4	3	2	1
2.	Byl/a jste informován/a o navrhované léčbě?	5	4	3	2	1
3.	Byl/a jste informován/a o možných alternativách navrhované léčby ?	5	4	3	2	1
4.	Byl/a jste informován/a o důsledcích případného odmítnutí navrhované léčby?	5	4	3	2	1
5.	Byl/a jste seznámen/a o pravděpodobnosti úspěchu navrhované léčby?	5	4	3	2	1
6.	Znáte jméno Vašeho ošetřujícího lékaře?	5	4	3	2	1
7.	Znáte jméno Vaší ošetřující sestry?	5	4	3	2	1

Následující otázky postihují edukaci pacienta. U každé otázky označte, do jaké míry byla naplněna.

	Edukace (poučení) pacienta sestrou	Ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Ne
1.	Odpovídal zdravotnický personál ochotně na dotazy, které souvisely s Vaším onemocněním?	5	4	3	2	1
2.	Byl/a jste předem informován/a o plánovaném vyšetření?	5	4	3	2	1
3.	Byl/a jste edukován/a o dietních omezeních a o svém možném podílu na rozšíření Vašeho jídelníčku?	5	4	3	2	1
4.	Pomohla Vám edukace k získání informací a k ochotě změny Vašeho životního stylu?	5	4	3	2	1
5.	Zajímal se někdo z personálu o Vaši sociální situaci po ukončení hospitalizace?	5	4	3	2	1
6.	Navrhl Vám někdo další možnosti zdravotní péče?	5	4	3	2	1

Následující otázky se týkají respektování Vaší intimity (soukromí). U každé otázky označte, do jaké míry byla Vaše intimita respektována.

	Respektování intimity pacienta	Ano	Spíše ano	Těžko rozhodnout	Spíše ne	Ne
1.	Bylo během hospitalizace dodržováno Vaše soukromí?	5	4	3	2	1
2.	Bylo v průběhu vyšetřovacích a léčebných výkonů respektováno Vaše soukromí?	5	4	3	2	1
3.	Bylo Vám zajištěno soukromí pokud jste byl/a informována o zdravotním stavu a léčebných postupech?	5	4	3	2	1
4.	Klepal personál na dveře před vstupem na pokoj?	5	4	3	2	1

Vaše návrhy, podněty a připomínky

--

Příloha 2 Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

jsem studentkou JCU ZSF v Českých Budějovicích a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Jeho výsledky budou použity v mé diplomové práci s názvem „**Dodržování práv pacientů ve vybraných nemocnicích České republiky**“.

Prosím, přečtěte si následující otázky, a pokud není uvedeno jinak, označte křížkem Vámi vybranou odpověď.

Děkuji za vyplnění dotazníku

Mgr. Jana Kortusová, studentka JCU ZSF

1) Vaše pohlaví

- žena
- muž

2) Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- středoškolské
- středoškolské + specializace
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- vysokoškolské + specializace
- jiné

3) Jaká je délka Vaší praxe?

- 0 – 5 let
- 6 – 15 let
- 16 – 25 let
- 26 a více let

Dodržování práv pacientů

4) Seznamujete pacienty s etickým kodexem Práva pacientů?

- ano
- spíše ano
- spíše ne (**dále pokračujte otázkou číslo 10**)
- ne (**dále pokračujte otázkou číslo 10**)

5) Kdo seznamuje pacienty s jejich právy?

- pouze lékař
- pouze sestra
- lékař nebo sestra

- 6) Jakým způsobem informujete pacienty s jejich právy?
- pouze ústně, práva pacientů vyjmenuji
 - kombinuji vyjmenování několika práv pacientů s odkazem na písemnou formu (nástěnka, tištěný kodex Práva pacientů na pokoji apod.)
 - odkazuji na písemnou formu (nástěnka, tištěný kodex Práva pacientů na pokoji apod.)
 - jiným způsobem
- 7) Kdy seznamujete pacienty s etickým kodexem Práva pacientů?
- vždy při příjmu k hospitalizaci
 - během hospitalizace
 - v případě zájmu pacienta
 - v jiné situaci
- 8) O seznámení s etickým kodexem Práva pacientů je proveden záznam do dokumentace?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
- 9) Jakým způsobem seznamujete pacienty s etickým kodexem Práva pacientů, kteří neovládají český jazyk? (možno označit více odpovědí)
- práva pacientů jsou dostupná na oddělení v několika jazycích
 - je stanoven seznam pracovníků, ovládajících cizí jazyky
 - je zajištěna dostupnost překladatele
 - jiné
- 10) Je ve Vaší nemocnici stanoven postup, standard o seznámení s etickým kodexem Práva pacientů, pokud pacient neovládá český jazyk nebo jde o pacienta s komunikačními bariérami?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne

Informovaný souhlas

- 11) Je ve Vaší nemocnici vytvořen postup, standard „Informovaný souhlas“?
- ano
 - spíše ano
 - spíše ne
 - ne
- 12) Kdo podává pacientovi Informovaný souhlas?
- pouze sestra
 - pouze lékař
 - sestra i lékař

13) Má Vaše nemocnice zpracován závazný přehled diagnostických a terapeutických výkonů, u nichž se odebírá Informovaný souhlas?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14) Vyjmenujte léčebné a vyšetřovací výkony, jejichž provedení vyžaduje Informovaný souhlas:

.....
.....
.....

Edukace pacienta

15) Jaké využíváte metody edukace? (možno označit více odpovědí)

- rozhovor
- vysvětlování
- přednáška
- skupinová diskuse
- letáky, brožury
- jiné.....

16) Vyhodnocujete potřebu edukace u každého pacienta?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

17) Jak často, kolikrát během hospitalizace vyhodnocujete potřebu edukace pacienta? (prosím doplňte)

18) Je proveden záznam do dokumentace pacienta o jeho edukaci?

- ano
- částečně ano
- spíše ne
- ne

19) Které oblasti Vaší edukační činnosti považujete za nejdůležitější a méně podstatné? (označte prosím odpovědi od 1 do 7 dle Vašich priorit, 1 – nejdůležitější, 7 – nejméně důležité)

- sběr a analýza pacientových schopností a vědomostí
- poznání společensko-ekonomických faktorů
- objasnění problému, kterého se bude edukace týkat
- sledování emocionálních reakcí na sdělené informace
- sledování edukačního záměru a cíle
- zvolení vhodné metody edukace
- zhodnocení a ověření, zda pacient porozuměl informacím
- jiné

20) Při formulaci otázek dáváte přednost? (možno označit více odpovědí)

- názornosti
- přiměřenosti
- soustavnosti
- návaznosti
- systémovosti
- jiné

Imobilizace pacienta

21) Má Vaše nemocnice vypracovaný standardní ošetřovatelský postup „Imobilizace pacienta v lůžku“?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

22) Je imobilizace pacienta prováděna jen v řádně odůvodněných případech?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

23) Je imobilizace pacienta prováděna jen na základě ordinace ošetřujícího lékaře?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

24) Je proveden záznam do dokumentace vždy při použití omezovacího prostředku?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

25) Co vše uvádíte do záznamu „Použití omezovacích prostředků“? (prosím doplňte)

.....
.....
.....

26) Vyjmenujte druhy omezovacích prostředků:

.....
.....
.....

27) Jaké ošetřovatelské intervence provádí sestra během omezení pacienta?

- sleduje TK, P, GCS po 1 hodině, neurčí-li lékař jinak
- sleduje TK, P, GCS
- sleduje TK, P po 3 hodinách

Respektování intimity

28) Co si představujete pod pojmem intimita?

- důvěrnost
- soukromí
- útulnost
- vcítění
- blízkost
- jiné

29) Má dle Vašeho názoru pacient v nemocnici právo na soukromí?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

30) Co můžeme očekávat od pacienta, pokud bude narušena jeho intimita? (možno označit více odpovědí)

- agresivitu
- nespolupráci
- verbální útok
- stížnosti
- apatie
- neovlivní pacienta
- jiné

31) Pokud provádíte u pacienta hygienickou péči na lůžku, používáte zástěnu?

- ano vždy
- ano, někdy podle situace
- spíše nepoužívám
- nepoužívám

32) Před vstupem do pokoje zaklepete na dveře?

- ano, vždy
- občas
- ne, nikdy
- není nutné, dveře jsou neustále otevřené

Příloha 3 Statistické zpracování dat

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – rozhovor a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – rozhovor a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 6

Rozhovor s pacientem x Délka praxe sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Rozhovor s pacientem	Délka praxe sestry (roků)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
používán	49	42	43	29	163
nepoužíván	14	10	10	8	42
Total	63	52	53	37	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	2,555
df	3
Asymp. Sig. (2-sided)	0,465

(a) 0 cells (0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,678.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - rozhovor a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,465) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – rozhovor a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – vysvětlování a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – vysvětlování a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 7

	Cases					
Vysvětlování x Délka praxe sestry	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Vysvětlování	Délka praxe sestry (roků)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
používáno	49	40	36	29	154
nepoužíváno	19	12	12	8	51
Total	68	52	48	37	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	0,642
df	3
Asymp. Sig. (2-sided)	0,887

(a) 0 cells (0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,205.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - vysvětlování a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,887) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – vysvětlování a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: Způsob poskytování edukace sestrou – letáky a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.

HA: Způsob poskytování edukace sestrou – letáky a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.

Kontingenční tabulka 8

Letáky x Délka praxe sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Letáky	Délka praxe sestry (roků)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
používány	40	32	36	28	136
nepoužívány	20	20	20	9	69
Total	60	52	56	37	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	2,931
df	3
Asymp. Sig. (2-sided)	0,402

(a) 0 cells (0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,010.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - letáky a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,402) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – letáky a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – brožury a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – brožury a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 9

Brožury x Délka praxe sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Brožury	Délka praxe sestry (roků)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
používány	40	32	36	27	135
nepoužívány	20	20	20	10	70
Total	60	52	56	37	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	2,494
df	3
Asymp. Sig. (2-sided)	0,476

(a) 0 cells (0 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,190.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - brožury a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,476) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – brožury a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – přednáška a Délka praxe sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – přednáška a Délka praxe sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 10

Přednáška x Délka praxe sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0 %

Přednáška	Délka praxe sestry (roků)				
	0-5	6-15	16-25	26 a více	Total
používána	4	2	2	3	11
nepoužívána	60	50	50	34	194
Total	64	52	52	37	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	0,956
df	3
Asymp. Sig. (2-sided)	0,812

(a) 4 cells (50 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,985.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - přednáška a délkou praxe sestry. Hodnota p-value (0,812) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – přednáška a délkou praxe sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

Na základě vypočtených hodnot, kde je 50 % údajů v buňkách menších než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – rozhovor a Úroveň dosaženého vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – rozhovor a Úroveň dosaženého vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 11

Rozhovor x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0%

Rozhovor	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	
		středoškolské	+ specializace	odborné	vysokoškolské	+ specializace
používán	64	33	19	19	27	162
nepoužíván	21	8	3	8	3	43
Total	85	41	22	27	30	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	2,457 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,652

(a) 2 cells (20 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,263.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - rozhovor a úrovní dosaženého vzdělání sestry. Hodnota p-value (0,652) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – rozhovor a úrovní dosaženého vzdělání sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – vysvětlování a Úroveň dosaženého vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – vysvětlování a Úroveň dosaženého vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 12

Vysvětlování x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0%

Vysvětlování	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	
		středoškolské + specializace	odborné	vysokoškolské + specializace	Total	
používáno	70	28	14	14	23	149
nepoužíváno	25	8	8	8	7	56
Total	95	36	22	22	30	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	3,498 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,478

(a) 1 cell (10 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,741.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - vysvětlování a úrovní dosaženého vzdělání sestry. Hodnota p-value (0,487) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – vysvětlování a úrovní dosaženého vzdělání sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – letáky a Úroveň dosaženého vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – letáky a Úroveň dosaženého vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 13

Letáky x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0%

Letáky	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	
		středoškolské	+ specializace	odborné	vysokoškolské	+ specializace
používány	71	28	19	19	15	152
nepoužívány	24	3	3	13	10	53
Total	95	31	22	32	25	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	4,141 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,387

(a) 2 cells (20 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,083.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - letáky a úrovní dosaženého vzdělání sestry. Hodnota p-value (0,387) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – letáky a úrovní dosaženého vzdělání sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – brožury a Úroveň dosaženého vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – brožury a Úroveň dosaženého vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 14

Brožury x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0%

Brožury	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	
		středoškolské	+ specializace	odborné	vysokoškolské	+ specializace
používány	70	28	19	19	20	156
nepoužívány	20	3	3	13	10	49
Total	90	31	22	32	20	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	4,374 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,358

(a) 2 cells (20 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,117.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - brožury a úrovní dosaženého vzdělání sestry. Hodnota p-value (0,358) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – brožury a úrovní dosaženého vzdělání sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

H0: *Způsob poskytování edukace sestrou – přednáška a Úroveň dosaženého vzdělání sestry nejsou na sobě statisticky závislé.*

HA: *Způsob poskytování edukace sestrou – přednáška a Úroveň dosaženého vzdělání sestry jsou na sobě statisticky závislé.*

Kontingenční tabulka 15

Přednáška x Vzdělání sestry	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
	205	100,0 %	0	0,0 %	205	100,0%

Přednáška	Vzdělání					
		středoškolské	vyšší		vysokoškolské	
		středoškolské	+ specializace	odborné	vysokoškolské	+ specializace
používána	4	5	0	0	2	11
nepoužívána	91	27	12	36	28	194
Total	95	32	12	36	30	205

Chi-Square Testes

Pearson Chi-Square	6,011 (a)
df	4
Asymp. Sig. (2-sided)	0,198

(a) 4 cells (40 %) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,376.

Kontingenční tabulka prezentuje, že statistickou analýzou užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce, byla vypočtena hodnota testovaného kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost mezi způsobem poskytování edukace - přednáška a úrovní dosaženého vzdělání sestry. Hodnota p-value (0,198) je vyšší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu nezamítáme nulovou hypotézu. Lze tedy prohlásit, že mezi způsobem poskytování edukace – přednáška a úrovní dosaženého vzdělání sestry nelze na 5% hladině významnosti potvrdit statisticky významný vztah.

Na základě vypočtených hodnot, kde je 40 % údajů v buňkách menších než 5, lze konstatovat, že výpočty nelze statisticky hodnotit.

Příloha 4 Etický kodex Práva pacientů

Etický kodex – Práva pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu návštěv (tzv. kontinuálních) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se jich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotnických důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčby přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému

ústavu, popř. tam být převeden poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu ustoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát platný řád zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád), a řídit se jím. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: Etický kodex Práva pacientů (14).