



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Etický přístup sester k pacientům s duševním onemocněním

Vypracovala: Eva Primová

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

*Základní teoretická východiska:* Duševní zdraví je nedílnou součástí plnohodnotné integrity člověka. V bakalářské práci Etický přístup sester k pacientům s duševním onemocněním jsme se věnovali etickým aspektům profesionálního chování sester v péči o pacienty s duševním onemocněním. První kapitola tvoří klasifikace psychiatrických poruch. Další část se zabývá komunikací a specifiky v komunikaci sester s nemocnými s duševním onemocněním. V následující části se věnujeme etice a právu v oblasti psychiatrie. Teoretickou práci uzavírá kapitola, kde je zmiňována osobnost a vzdělávání sester.

*Cíl práce:* Pro práci byly stanoveny 4 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním. Druhým cílem bylo zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry za problematické. Třetím cílem bylo zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se již s ním v průběhu léčby svého onemocnění setkali.

*Použité metody:* Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena strategie kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla využita metoda dotazování a technika sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Součástí výzkumného šetření bylo zúčastněné skryté pozorování.

*Výzkumné soubory:* První výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících na lůžkové části psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. a v Domově Libnič a Centru sociálních služeb Empatie. Kriteriem pro zařazení do výzkumného souboru sester byla délka praxe minimálně 5 let v zařízeních poskytujících přímou péči pacientům s duševním onemocněním.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti psychiatrické ambulance a pacienti Domova se zvláštním režimem. Kriteriem pro zařazení do výzkumného souboru pacientů bylo duševní onemocnění ve stabilní fázi a věk pacientů nad 18 let. Výzkumný soubor pro pozorování tvořily čtyři sestry na oddělení Domova se zvláštním režimem Libnič.

*Výsledky:* Metodou otevřeného kódování bylo stanoveno 14 kategorií, 1-7 kategorií pro sestry a 8-14 pro pacienty. Sestry znají etické zásady pro poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním a snaží se je dodržovat. Jako problematické oblasti při uplatňování etického přístupu k pacientům uváděly sestry fyzická omezení pacientů, nedobrovolnou hospitalizaci a aplikaci léků, dodržování režimu oddělení a s tím související dodržování práv duševně nemocných pacientů a zachování lidské důstojnosti. Další oblastí bylo zachování soukromí a intimity. Jako stále problematickou, ale nutnou vidí sestry destigmatizaci a integraci nemocných s duševním onemocněním do společnosti. Mezi hlavní překážky při uplatňování etických zásad sestry uváděly nevyhovující prostory, stále přibývajícím administrativu, nedostatek finančních prostředků, nastavený režim oddělení, kolektiv a zvyky na oddělení, dále samotné onemocnění, náhled pacientů na nemoc a problematickou spolupráci s pacienty.

Pacienti jednoznačně upřednostňovali přátelský, lidský a ohleduplný přístup. Hodnotili sestry vesměs pozitivně, avšak setkali se i porušením etického chování ve smyslu porušení mlčenlivosti, nedodržení soukromí a intimity, nechtěné aplikace léků a nevhodné komunikace ze strany sester. Obecně by pacienti uvítali více aktivního zájmu o jejich osobu a individuální přístup s ohledem na jejich onemocnění.

*Závěr:* Samotným pacientem je etický přístup zdravotníků hodnocen nejvýše, je základem vztahu pacienta a zdravotníka. Klademe důraz na vzdělávání a kontinuální vzdělávání sester, zvyšování jejich profesionality. Vzhledem k tomu, že profesionalita a etika spolu souvisí, vzájemně se podmiňují a ovlivňují, musíme klást větší důraz na výuku sester v oblasti etiky, morálky a právního vědomí.

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, etický přístup, pacient, sestra

## **Abstract**

Basic theoretical assumptions: Mental health is one of initial parts to a full integrity of a human being. In this bachelor thesis “Ethical approach of nurses to patients with mental illness” we are focusing on the ethical aspects of nurse’s professional behaviour while taking care of patients with mental illness. The first chapter contains the classification of psychiatric disorders. The next chapter is focused on communication and its specifics between the nurses and their patients with mental illness. In the following section we deal with the ethics and law in area of psychiatry. Theoretical part of this thesis is concluded by a chapter, where the personality and education of nurses is addressed.

Objectives: There were four main objectives established for this thesis. The first objective was to determine whether the nurses know and comply with ethical principles of providing nursing care to patients with mental illness. The second objective was to determine, which areas of ethical attitude and behaviour towards patients with mental illness do nurses consider problematic, while applying them in practice. The third objective was to map and analyse the possible obstacles for ethical principles application in nursing care for patients with mental illness. The fourth objective was to determine, what kind of behaviour do patients with mental illness find unethical and whether they have experienced such behaviour during the treatment of their illness.

Methods used: The qualitative research method was after careful consideration chosen for elaboration of this thesis. The method of a semi-structured interview was used to obtain valid data collection. Part of the research was also involved covert observation.

Respondents: The first research group consisted of five nurses working at institutions such as psychiatric department’s inpatient unit in the hospital of České Budějovice , a.s., Domov Libnič or Social Services Centre Empatie. The criterion for inclusion in the research sample was the length of at least 5 years of experience in facilities providing direct care to patients with mental illness. The second research group consisted of patients from psychiatric ambulance and patients from Home with special regime. The criterion for inclusion in the research sample was to be a patient

with a stable stage of mental illness with age over 18 years old. The research group for covert observation consisted of four nurses at the department of Home with special regime.

Results: By the method of open coding 14 categories were established, categories 1-7 for nurses and 8-14 for patients. Nurses know the ethical guidelines for the provision of nursing care to patients with mental illness and are trying to follow them. The nurses stated following issues as problematic areas in the implementation of an ethical approach to patients: physical limitations of patients, involuntary hospitalization and administration of drugs, compliance of the department regimen and rules with related respect of the mentally ill patient's rights and the preservation of human dignity. Another issue was the preservation of privacy and intimacy. The nurses see as a continuously problematic, but inevitable issue the integration and de-stigmatization of patients with mental illness into society. The main obstacles in applying ethical principles nurses stated unsuitable premises, steadily increasing paperwork, lack of funds, sat regime and rules of the department, team and habits in the department, as well as the illness itself, problematic collaboration with patients and their preview of illness itself.

Patients clearly prefer friendly, human and considerate approach towards them. Evaluation of nurses was generally positive, however they have also experienced a violation of ethical conduct within the meaning of breach of confidentiality, breach of privacy and intimacy, unwanted applications and inappropriate communication by nurses. Generally, patients would welcome more active interest in their person and an individual approach with regard to their illness.

Conclusion: The patients themselves evaluate the ethical approach of the health care professionals as the most important, as it is a base to a patient's and health professional's relationship. We emphasize the education and its continuity for nurses to provide increasing professionalism. Given that the professionalism and ethics are strongly related, mutually dependent and influence each other, we must place greater emphasis on the teaching of nurses in the field of ethics, morality and legal awareness.

**Key words:** mental illness, ethical approach, patient, nurse

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2014

Eva Primová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za laskavé vedení této bakalářské práce, za cenné rady, vstřícnost a čas, které mi poskytla.

## OBSAH

Úvod.....	9
1. 1 Duševní onemocnění.....	10
1. 1. 1 Klasifikace duševních poruch.....	12
1. 2 Komunikace.....	16
1. 2. 1 Způsoby komunikace.....	17
1. 2. 2 Druhy komunikace.....	18
1. 2. 3 Specifika v komunikaci sester s duševně nemocnými.....	19
1. 3 Etika v ošetrovatelství.....	21
1. 3. 1 Etika a právo v psychiatrii.....	23
1. 4 Osobnost sestry.....	25
1. 4. 1 Specifika práce sestry na psychiatrii.....	27
1. 4. 2 Vzdělávání sester.....	28
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	30
2. 1 Cíle práce.....	30
2. 2 Výzkumné otázky.....	31
3 METODIKA.....	32
3. 1 Použitá metoda.....	32
3. 2 Charakteristika výzkumných souborů.....	34
4 VÝSLEDKY.....	36
4. 1 Kategorizace výsledků rozhovorů.....	36
4. 1. 1 Kategorie.....	41
4. 1. 2 Kategorie sestry.....	42
4. 1. 3 Kategorie pacienti.....	50
5 DISKUZE.....	59
6 ZÁVĚR.....	65
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	71



## Úvod

Psychiatrie je jedním ze základních lékařských oborů. Zabývá se diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. Psychiatrie zahrnuje psychiatrii dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, gerontopsychiatrii, psychiatrii sexuologickou a psychiatrickou rehabilitaci. Duševní onemocnění postihuje miliony lidí na celém světě nezávisle na věku, pohlaví společenském postavení a národnosti. Psychickou poruchu zažije během svého života více než pětina obyvatel. Duševní onemocnění působí mnoho utrpení, které je znásobeno přetrvávající stigmatizací duševně nemocných a jejich sociálním znevýhodněním. Duševní onemocnění jsou častou příčinou invalidizace. Počty psychiatricky nemocných jeví trvale mírný vzestup.

Profese sestry na psychiatrii je náročná a v mnoha ohledech specifická. Nevyhnutelným předpokladem je znalost etiologie, symptomatologie a znalost účinků psychofarmak. V psychiatrii je extrémně vysoký nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě nemocného. Osobnost sestry na psychiatrii více než v jiných oborech ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Práce vyžaduje citlivý, empatický postoj k obtížím nemocných. Zásadní je pro sestru pracující na psychiatrii oblast komunikace s duševně nemocnými lidmi a získání jejich důvěry pro další léčbu.

Psychiatrie se dostává mnohem více než ostatní obory do kontaktu s právními předpisy a musí řešit etické problémy s tím související. Etické problémy v psychiatrii jsou v současné době mnohem náročnější než v jiných oborech medicíny. Otázka dodržování práv pacientů s duševním onemocněním je velmi citlivá a musí jí být věnován zvýšený zájem.

Cílem mé bakalářské práce bude zjistit, zda sestry dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním, zmapovat problematické oblasti a překážky při uplatňování etického přístupu. Dalším cílem bude zjistit jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda-li se s ním v průběhu léčby svého onemocnění setkali.

## 1 SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Duševní onemocnění

Jako vědní obor má psychiatrie interdisciplinární charakter, dlouhým vývojem se propracovala ke své dnešní bio-psycho-sociální koncepci. Zabývá se diagnostikou, terapií, rehabilitací, prevencí a posuzováním poruch duševního zdraví. Rozsah činnosti psychiatrie je široký. Epidemiologové v současnosti v Evropě konstatují až 30 % nemocných s duševní poruchou. Každý čtvrtý člověk minimálně jednou v životě vyhledá pomoc psychiatra a počty psychiatricky nemocných jeví trvale mírný vzestup. Možné příčiny jsou zvyšování počtu osob vystavovaných stresům, zvyšování počtu dětí s prenatálním a perinatálním poškozením mozku, při prodlužování věku člověka nárůst Alzheimerovy demence a zvýšená dostupnost látek navozujících závislost. Zvýšené riziko vzniku duševní poruchy mají i děti s dysfunkčních a inkompletních rodin (1).

Symptom neboli příznak je určitým projevem nemoci, upozorňuje na to, že se něco děje. Subjektivní symptomy jsou prožitky, o kterých nemocný referuje. Objektivní můžeme zjistit pomocí pozorování, vyšetřením, laboratorními metodami nebo přístrojovou technikou. Pro stanovení diagnózy je důležité dělení na specifické a nespecifické symptomy. Specifické symptomy jsou pro chorobu určující, nespecifické se vyskytují u řady různých psychiatrických poruch. Určitá skupina symptomů tvoří syndromy, ty pak nosologické jednotky tedy diagnostické kategorie duševních poruch (2). Posuzujeme symptomy duševních poruch vztahujících se k jednotlivým oblastem psychiky jako je vnímání, emotivita, myšlení, paměť, vůle a jednání, vědomí, intelekt, pozornost, osobnost a pudy. Znalost symptomatologie je pro sestru nevyhnutelným předpokladem. Neznalost může vést k závažným chybám v přístupu k nemocným.

„Musíme mít neustále na paměti, že v nemoci se příznaky nevyskytují ojedinele, osamoceně, vždy jsou vázány na jiné příznaky, které je zase zpětně ovlivňují“ (3, s. 12).

Příčiny duševních chorob mohou být známé na základě organického postižení mozku, předpokládané jako genetické a rizikové nebo vyvolávající příčinu dosud neznáme. Složitost studia příčin duševních poruch odpovídá složitosti anatomické stavby mozku a složitosti neuronových sítí. Neuronové sítě mezi sebou komunikují pomocí chemických a elektrických přenosů a reagují na změny zevního a vnitřního prostředí. V posledních desetiletích se velká pozornost věnuje hypotéze, že klíčovou roli při vzniku duševních chorob hrají neuromediátory zajišťující přenos nervového signálu. Neuron uvolní svůj mediátor do synaptické štěrbiny a ten specificky aktivuje receptory dalších neuronů. Neuromodulátory specifickým způsobem změny informaci, ale nepřenesou ji. Mezi základní transmittery patří dopamin, serotonin, noradrenalin, acetylcholin, endorfiny a další. Nerovnováha neurotransmiterů ve smyslu nadbytku nebo nedostatku působí změny v lidské psychice (2).

Jako ve všech lékařských oborech je i v psychiatrii kladen neustále větší důraz na prevenci onemocnění. Cílem primární prevence je snížit výskyt duševních poruch. Sekundární prevence se zabývá aktivním vyhledáváním osob s počínající duševní poruchou, včasným zahájením léčby a zkrácením doby trvání již zjištěných onemocnění. Terciární prevence je zaměřena na zmírnění následků přestálých psychiatrických poruch a zabránění nových vzplanutí duševních nemocí (4).

Léčení duševních poruch není etiologické, spočívá v působení na symptomy. Jsou podávány různé druhy psychofarmak, která přes neurotransmitery ovlivňují příznaky duševních chorob. Další metodou je aplikace elektrického proudu transcerebrálně, neboli elektrokonvulzivní terapie. Užíváme i léčbu umělým světlem o vysoké intenzitě neboli fototerapii. Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces. Cílem psychoterapie je odstranění nebo zmírnění příznaků a dosažení změn v osobnosti nemocného (2). Nezastupitelnou úlohu má socioterapie a rehabilitace vedoucí ke zmírnění vlivu nepříznivých společenských faktorů a navrácení nemocnému jeho dřívější sociální postavení, pracovní a společenskou výkonnost (2).

### 1. 1. 1 Klasifikace duševních poruch

Organické duševní poruchy vznikají důsledkem porušení mozku. Buď přímé jako jsou úrazy, nádory, neuroinfekce, cévní, ischemické, degenerativní změny, záchvatovitá onemocnění nebo nepřímé při onemocněních kardiálních, metabolických, krevních, endokrinních, při intoxikacích. Nejvýznamnější poruchou jsou demence, většinou se projevují ve stáří, jsou chronické a progredující. Patří sem vaskulární demence, demence u Alzheimerovy, Parkinsonovy, Pickovy a dalších chorob (4). Demence zahrnuje úbytek intelektové kapacity, pozornosti, vnímání, paměti, ztížené rozhodování, zhoršení kvalit jednání, poruchy emotivity až celkovou degradaci osobnosti (1).

Psychózy patřící do schizofrenních poruch definujeme jako závažná duševní onemocnění, při kterých je narušena schopnost jedince chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Psychotická onemocnění mění vztah člověka k realitě, vedou ke změnám osobnosti a snižují kvalitu lidského života. Schizofrenie je těžká duševní porucha narušující samotnou strukturu osobnosti, hovoříme o rozkladu psychiky. Onemocněním trpí 1% populace, propuká nejčastěji mezi 15. a 25. rokem u mužů, u žen mezi 25. a 35. rokem (5). Etiologie je dosud neznámá, vznik je závislý na faktoru zátěže a genetiky. Průběh se dosti liší, od krátkodobé ataky po dlouhodobé chronické přetrvávání. Příznaky u schizofrenie rozlišujeme pozitivní a negativní. Pozitivní jsou halucinace, bludy, bizarní chování, dezorganizace řeči a chování, katatonní projevy. Mezi negativní patří otupení, oploštění emocí, úpadek vůle, chudost řeči, ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace. Schizofrenii dále dělíme dle forem na paranoidní, hebefrenní, katatonní, reziduální a simplexní (2). U schizotypní poruchy nacházíme zvláštnosti a podivnosti v chování a vzezření, podezřívavost až náznaky paranoidních bludů a sociální stažení s výraznou nejistotou a úzkostí. Myšlení je magické, podezřívavé, neobvyklé smyslové zážitky však nemají psychotickou intenzitu a jsou korigovatelné. Schizoafektivní porucha je manického, depresivního a smíšeného typu a jde o poruchy, kde během ataky onemocnění jsou vyjádřeny jak schizofrenní tak afektivní příznaky (2).

Neurotické poruchy jsou funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému. Maladaptace souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí působících dlouhodobě na disponovaného jedince. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost. Ve vývoji neurotických poruch je kromě opakovaných stresů důležitý charakter, temperament a genetický základ osobnosti (2). Fobické úzkostné poruchy jsou různé formy strachu, např. z otevřených prostranství, létání, výšek, vody, hmyzu, hadů, nemoci nebo fobie sociální, kdy jedinec trpí přehnaným strachem z kontaktů s ostatními lidmi v běžných společenských situacích. Příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení, dochází k sociální izolaci jedince a v extrémních případech hrozí riziko suicidia. Přitom pacienti jsou si vědomi toho, že jejich obavy i chování jsou přehnané, nepřiměřené (2). Další typy neurotických poruch je panická a generalizovaná úzkostná porucha projevující se nesnesitelným strachem bez známé příčiny. Pacienti žijí v neustálém úzkostném napětí a očekávání, poruchy způsobují výraznou zátěž a sociální maladaptaci nemocného (1, 2). Obsedantně kompulzivní porucha se vyznačuje neodbytnými vtíravými myšlenkami, představami tedy obsesemi nebo akty tedy kompulzemi. Obsese zahrnují strachy a kompulze snižují úzkost, kterou obsese vyvolávají. Jde o chronické onemocnění postihující osobní i profesní život nemocného, který si uvědomuje nesmyslnost nutkavého chování, není však schopen se plnohodnotně zařadit do běžného života (1, 2). Společným rysem dissociativních poruch je úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládním pohybů těla.

Somatoformní poruchy jsou charakterizovány přítomností tělesných příznaků bez prokazatelných patologických změn. Jsou doprovázené tělesnými pocity pacienta, pro které vyhledává ošetření lékařů, kteří ale neshledávají žádný nálezný. Pro pacienta je obtížné přijmout fakt, že se jedná o psychickou poruchu (1). Reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení má jasnou etiologii. Psychická reakce na stres může být akutní nebo dlouhodobá. Dlouhodobá má za následek poruchu přizpůsobení. Jiné neurotické poruchy jako neurastenie se projevují pocitem zvýšené únavy, nesoustředěnosti

a snížením výkonu, pocitem slabosti a vyčerpání. Časté jsou poruchy spánku, závratě a bolesti hlavy (2).

Afektivní poruchy se vyznačují poruchou nálady. Ta může být chorobně smutná, depresivní nebo nadnesená, manická. Mánie se projevuje rozjařeností, hyperaktivitou, velikášskými postoji, nadměrnou hovorností, myšlenkovým tryskem, ztrátou zábran vedoucí k neodpovědnému až rizikovému chování. U deprese se projevuje výrazný psychomotorický útlum, ztráta zájmu, celková nechuť k životu, pesimistický postoj, zpomalené myšlení, snížená schopnost komunikace, porucha sebehodnocení, sebeobviňování, ztráta sebeúcty až pocity viny se sebevražednými tendencemi (2). Porucha se vyskytuje ve formě unipolární pouze manické nebo depresivní nebo bipolární, kdy se fáze různě střídají (4).

Poruchy osobnosti se projevují abnormální strukturou osobnosti. K poruše dochází již v dětství nebo v adolescenci, je relativně stálá a přetrvává celý život. Tyto poruchy dělíme dle převládajících nápadných rysů. Porucha osobnosti paranoidní je charakterická nedůvěřivostí, podezíravostí a vztahovačností. Schizoidní porucha se projevuje omezenou schopností vyjadřovat city, uzavírám se do svého vnitřního prožívání, fantazií, emočním chladem. Dissociální porucha osobnosti je charakterizována nezájmem o druhé, nezodpovědností, bezohledností, vymizením soucitu a altruismu. Chování těchto osob je v rozporu se společenskými normami. Často se stávají pachatelé trestných činů, nemají pocit viny a z trestů se nepoučí. Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje nedostatečnou kontrolou impulsů, jednáním podle okamžitého nápadu. Na kritiku, kterou nesnáší, reaguje prudkými afekty vzteku, zlosti a násilným chováním. Histriónská porucha se projevuje zvýšenou, avšak povrchní emotivitou, teatrálností, egocentrismem, nemocní zkreslují, zveličují, lžou, avšak sami již nerozlišují mezi pravdou a výmyslem, intrikují, manipulují, pomlouvají bez pocitu viny. Jejich jednání je provázeno bouřlivými emocemi. Anankastická porucha je provázena pocity nadměrných pochyb a opatrnosti, nadměrným zabýváním se detaily, pravidly, pořádkem. Při anxiózní poruše jedinec trpí trvalými pocity napětí a obav, nejistoty a méněcennosti, s přesvědčením o vlastní nešikovnosti, nedostatečnosti, s obavami, že bude kritizován nebo odmítnut. Závislá

porucha se projevuje pasivní podřízeností okolí, submisivitou, jedinci mají potíže s rozhodováním. Nejčastěji se setkáváme se smíšenými poruchami, u kterých jsou přítomny povahové rysy z různých diagnostických kategorií (2). Do skupiny poruch osobností patří i poruchy sexuální např. deviace, poruchy pohlavní identity a sexuální preference. Další jsou návykové a impulsivní poruchy jako patologické hráčství, pyromanie nebo kleptomanie (2).

Pro poruchy příjmu potravy je charakteristická porucha myšlení a jednání ve vztahu k jídlu a k vlastnímu vzhledu. Onemocnění se vyskytuje hlavně u dospívajících dívek avšak nyní má vzestupný trend i v mužské populaci s tendencí k chronifikaci (5). Mentální anorexie je zcela úmyslná redukce tělesné hmotnosti. Nemocní drží kruté diety, hladoví a nadměrně cvičí, což přináší druhotné příznaky, jako jsou anxiozita, deprese, afektivní labilita, porucha imunity, vypadávání vlasů, amenorea. Pro mentální bulimii jsou typická období záchvatovitého extrémního přejídání a výkyvy hmotnosti, rychlá konzumace velkého množství jídla v malých časových intervalech a následné zvracení, užívání projímadel nebo diuretik. Jak anorexie, tak bulimie snižují kvalitu života, zhoršují schopnost pracovat, komplikují interpersonální vztahy. Vzhledem k vleklému průběhu onemocnění zůstává třetina pacientů nevyлéčena. Mentální anorexie je zatížena mortalitou zapříčiněnou srdeční zástavou, infekcí, nebo sebevraždou.

Dalším onemocněním jsou poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Léková závislost je stav psychické a fyzické závislosti projevující se abstinenními příznaky po odnětí této látky. Jako nejčastěji užívané látky jsou alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa, hypnotika, halucinogeny, kokain, organická rozpouštědla a jiná stimulantia. Poruchy související s požíváním drog mají několik forem. Akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom a demence. Terapie závislosti je dlouhodobá a předpokládá trvalou abstinenci.

Poruchy spánku jsou jedny z typických nespecifických symptomů, vyskytujících se téměř u všech duševních poruch, v zátěžových situacích, v emočním vypětí, nebo stavech úzkosti. Jedná se o dyssomnii, poruchu v množství, kvalitě, nebo časování

spánku jako porucha usínání, časné buzení, mělký nekvalitní spánek s opakovaným probouzením, nebo naopak zvýšená spavost, nebo porucha schématu, spánek, bdění tzv. spánková inverze (2, 4). Dalšími z poruch spánku jsou parasomnie abnormální, epizodické stavy, ke kterým dochází během spánku jako je náměsíčnost, noční děs a noční můry.

## 1.2 Komunikace

Slovo komunikace pochází z latinského *communicare*, jehož význam je dělat něco společným, radit se, rokovat nebo hovořit. Obsažnější slovníky definují *communicare* jako *participare* tedy zúčastňovat se s někým něčeho, podílet se nebo dokonce *communicare est multum dare* - mnoho dávat (6).

Život lidí ve společnosti zahrnuje vzájemný styk jednotlivců a skupin. Při vzájemném styku se lidé mezi sebou dorozumívají – komunikují (7). Při každém setkání s člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakcím mezi lidmi. Nástroj, kterým se interakce uskutečňují je komunikace (8). Specificky lidským prostředkem komunikace je řeč, která má bezprostřední vazbu na myšlení (9). Komunikace je dovednost, kterou je třeba rozvíjet, učit se jí. Sestra používá dovednost komunikovat s pacientem jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s pacientem (8).

Zásadní je navození pozitivního vztahu s pacientem. Je to právě komunikace, která stojí na počátku jejich vztahu. Vhodně vedenou komunikací se dá pacient získat pro spolupráci, nevhodnou komunikací naopak může sestra ztratit pacientovu důvěru a tím i ochotu dodržovat doporučenou léčbu. Pokud si vybudujeme dobrý vztah s pacientem, usnadňuje to oběma aktérům komunikaci i o těch tématech, která jsou citlivá, věcně i psychicky náročná, včetně nepříznivých zpráv.

Výzkumy i zkušenosti ukazují, že pozitivnímu vztahu napomáhá model péče, který je orientován na pacienta – nikoliv na nemoc. V popředí zájmu je tedy nemocný člověk,



jeho subjektivní pohled na nemoc a zdravotní obtíže, jeho informace o tom jak nemoc dopadá, na rodinu, na práci i osobní život (10).

Při profesionální přípravě sester je upřednostňován rogersovský přístup. Je zaměřen na člověka. Klade důraz na naslouchání jako na aktivní část komunikace. Pravidla lze shrnout takto: Mluvíme přirozeným jazykem a dbáme na to, aby nám druhý rozuměl, používáme kratší věty, vyhýbáme se cizím slovům a odborným výrazům, mluvíme konkrétně a jednoznačně a ponecháme dostatek prostoru druhé straně (10).

Kvalita komunikace je významným činitelem v ošetrovatelském procesu a také v systému kvality přímé ošetrovatelské péče. Nedostatečná či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, ale v téže souvislosti platí, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu péče o pacienty (11).

### **1. 2. 1 Způsoby komunikace**

Verbální komunikace se uskutečňuje prostřednictvím slov a jazyka. Jazyk je systémem vyjadřovacích a dorozumívacích prostředků. Slovní sdělení má mluvenou a písemnou formu (12). Zahrnuje přenos slovních informací od nositele k příjemci. Verbální komunikaci si člověk může, ale nemusí uvědomovat. Slova mají nesmírnou hodnotu, můžeme jimi povzbuzovat, motivovat, vyzvat ke spolupráci, ale mohou také ranit, ublížit či ponižit. Vyslovené již nelze zrušit, vymazat ani vzít zpět. Sestra by se měla vyjadřovat přesně, jasně, přiměřeně a srozumitelně (6).

Neverbální komunikace je velmi rychlá, funguje prakticky okamžitě při spatření druhé osoby (9). Uskutečňuje se prostřednictvím mimoslovních prostředků. Mimoslovní komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Neverbální komunikace se týká způsobů, kterými jedinci zprostředkují informace o svých emocích, potřebách, záměrech, postojích a myšlenkách. Pomocí neverbální komunikace je možné verbální sdělení podpořit, oslabit, zesílit nebo i nahradit (12). Mezi neverbální výrazové prostředky patří proxemika, teritorialita, pohledy, mimika, testika, haptika, posturika,

kinetika, vzhled a úprava. Shoda verbální a neverbální komunikace je nutným předpokladem získání pacientovi důvěry (10).

Paralingvistická komunikace představuje akustiku mluveného slova, to co nelze písemně zaznamenat. Mezi nejvýznamnější projevy patří hlasitost, intonace, plynulost řeči, správná výslovnost, rychlost a objem mluveného slova. Doplnuje smysl a význam řečového projevu. Na základě různých hlasových kvalit můžeme rozeznat radost, únavu, překvapení, smutek nebo strach či obavy (6, 8).

### **1. 2. 2 Druhy komunikace**

Komunikace je proces, který se uskutečňuje v určitém čase, prostředí a za určitých podmínek. Komunikační systém obsahuje komunikátora, který informace vysílá. Komunikant představuje člověka, kterému jsou informace určeny. Komuniké zahrnuje obsah zprávy, informace, postoje, problémy a emoce. Komunikační kanál je cesta, způsob přenosu informací. Nezastupitelné místo v komunikaci má zpětná vazba, která nás ujistí, zda příjemce správně porozuměl (6).

V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má své zákonitosti i význam. Profesionální využití komunikace v ošetrovatelství má velký význam při realizaci ošetrovatelského procesu.

Sociální komunikace je neplánovaná, jedná se o běžný kontakt s nemocným. Probíhá více-méně spontánně. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Zpravidla uspokojuje obě dvě strany (6, 9).

Specifická strukturovaná je oblast komunikace, kdy sdělujeme důležitá fakta, motivujeme nemocného k další léčbě, působíme edukačně. Jsou zde zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení, volíme přijatelnou formu.

Terapeutická komunikace probíhá při denním kontaktu s nemocným člověkem, poskytuje oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností, pomoc při adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický

rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů. Sestra může pacienta aktivizovat v rámci celkové terapie (6, 8).

### **1. 2. 3 Specifika v komunikaci sester s duševně nemocnými**

Komunikace s duševně nemocnými vyžaduje specifický přístup. Jedním ze znaků duševního onemocnění je snížená, opožděná či dokonce zcela vymizelá schopnost reagovat na okolí, kromě samotného onemocnění se přidává řada bariér, které neumožňují nemocnému komunikovat s okolím v obou směrech, tedy dávat informace a přijímat je. Navíc bývá porušena i schopnost informace zpracovat. Nemocný nerozumí, co je mu sdělováno, chová se neadekvátně a vyvolává odmítavé reakce okolí, což jen zvýší jeho úzkost a stažení se do sebe. Obnovení schopnosti komunikovat s okolím patří k nejtěžším. Cílem komunikace je pomoci nemocnému získat důvěru v okolí, umožnit mu sdělovat své potřeby a přání, navázat kontakt s ostatními (8).

K tomu sestřám může pomoci dostatek času a vhodné prostředí, sledování verbálních i neverbálních projevů. Snažíme se dát najevo pochopení pro stav i situaci nemocného, jednáme důstojně, zachováváme klidný přístup typu dospělý k dospělému, volíme pomalejší tempo řeči, používáme jednoduché pravdivé výroky. Umožníme nemocnému získat pocit spolupráce, respektujeme intimní zóny nemocného a nečekané se nemocného nedotýkáme. Pátráme po všech vlivech, které mohou snížit schopnost komunikovat, a průběžně se ujišťujeme, zda nám nemocný rozumí. Chyby, kterých se snažíme vyvarovat v komunikaci, je bagatelizace, přílišná liberálnost, naléhání, přesvědčování, podbízivé jednání a žoviální přístup. Neměli bychom dát najevo pochyby o obtížích nemocného nebo se snažit nemocného změnit, apelovat na jeho rozum (8).

Nemocní s neurotickou poruchou jsou velmi citliví na hodnocení své osoby. Je nutná trpělivost, projevíme zájem o obtíže nemocného, umožníme mu hovor, dojde k jeho odreagování a zklidnění. Poskytneme podporu a povzbuzení, nemocný nesmí získat dojem, že pochybujeme o jeho obtížích, není však produktivní ztotožnit se s náhledem nemocného, bráníme úniku do nemoci. Nevhodné je bagatelizovat a srovnávat.

Pacienti trpící bludy se lékařské péči vyhýbají a je třeba přesvědčit je o tom, že je to místo, kde mohou o svých potížích bez obav hovořit. S pacientovými bludy se nikdy neztotožňujeme, jsme vlídní, vyjádříme pochopení, že on své problémy může vidět tak, jak nám je sděluje, ale zároveň mu v klidu a bez naléhavosti naznačíme, že jeho názor v bludné oblasti nesdílíme. Blud nikdy nevyvracíme ani racionálním argumentem, můžeme připustit polemiku.

U depresivních nemocných je naprosto nevhodné bagatelizovat jejich obtíže. Nerozveselujeme ani nelitujeme, volíme empatický přístup. Důležité je včasné posouzení hloubky deprese pro minimalizaci rizika poškození a rozpoznání známek hrozícího zhoršení nebo sebevražedných myšlenek. Vedeme a motivujeme nemocné k vykonání základní sebepečce.

U manického pacienta je třeba jasně vymezit hranice, zvolit nekompromisní přístup. Dobré je sdělit, že nejprve musíme mít určité informace a pak se můžeme bavit v ostatních oblastech. Snažíme se nastolit a dodržovat určitý režim.

U dementních nemocných a zmatených osob je třeba vést rozhovor jednoduše, stručně, otázky nekomplikovat, neurychlovat spád hovoru, trpělivě vysvětlovat situaci. Nemocní reagují negativně na spěch, na rychlé změny, na jakýkoli nátlak, kterým může být i rychlé vybavování údajů. Je třeba vycházet z jejich omezených duševních možností a respektovat jejich zachovalý smysl pro systematicklost a často i relativně dobrý úsudek.

U zmatených nemocných mírníme úzkost, veškeré úkony opakovaně vysvětlujeme. S agresivním a neklidným nemocným mluvíme vyrovnaným, klidným hlasem, působíme profesionálně a sebejistě. Informace opakujeme a ujistíme se, že nám nemocný rozumí.

Při zvládnutí akutního neklidu si vždy zajistíme dobré a spolehlivé zázemí, spolupracovníky, fyzickou převahu, únikové možnosti. Nikdy se s nemocným nehádáme, nekřičíme, nezvyšujeme tenzi. Snažíme se v něm indukovat klid a rozvahu, získáváme čas. Hrozí-li útok, informujeme nemocného klidně a věcně, že násilí z jeho strany je nepřijatelné a upozorníme ho, že v případě nutnosti mohou být použity

omezovací prostředky. Přitom jasně dáme najevo svou převahu, nabídneme pomoc a léky. Dbáme na bezpečí nemocného, ostatních pacientů a personálu. Při masivním neklidu se nevyhneme fyzickému omezení pacienta. Omezujeme pouze tehdy, máme-li na své straně jednoznačnou převahu, a to pouze na nejnutnější dobu (13, 14).

Sestra má získat o nemocných co nejvíce informací, najít si vždy vhodný přístup k nemocnému. V projevech musí znát správnou míru, ctít společenské chování. Největší nebezpečí může vznikat u vztahovačných nemocných. Neurčitá a nejasná odpověď může uvést nemocného do pochybnosti. Pokud sestra neví, jak má odpovědět, kontaktuje lékaře. S nemocnými se může hovořit o všem, co se netýká jejich chorobných představ. Rozhovor s nemocným je důležitým psychoterapeutickým dějem. I těžce duševně nemocný vycítí sympatie a lásku ošetrovatelského personálu.

### **1. 3 Etika v ošetrovatelství**

Základní etické principy v ošetrovatelství jsou autonomie, beneficence, důvěryhodnost, spravedlnost a veracita. Ctít autonomii jednotlivce znamená připustit jeho volbu podle osobních hodnot a přesvědčení. Zacházet s nemocným s úctou náležející jeho lidské hodnotě. Respekt k autonomii znamená respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění. Beneficence neboli prospěšnost je závazek konat dobro, je to bytostně kladný postoj k nemocnému.

Sestry jsou vázány povinností činit vše ku prospěchu nemocných a vyhýbat se působení škod nebo újmy. Důvěryhodnost zahrnuje zůstat věrný svým závazkům a dodržovat je. Vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi nemocným a poskytovatelem péče. Spravedlnost je princip vyžadující rovné jednání pro všechny. Souvisí s rozdělováním prostředků a dostupnými zdroji k zajištění potřeb nemocných. Veracita, neboli pravdomluvnost je závazek říkat druhým pravdu a neklamat je. Pravdomluvností jsme druhým povinováni (15, 16).

Etika je větví filozofie, která se pokouší určovat, jak mohou být lidské aktivity hodnoceny jako správné a špatné (16). Lidskému jednání je vlastní mít určitou hodnotu. Na základě této vlastnosti mluvíme o jednání morálním nebo nemorálním, mravném či nemravném. Konat dobro a vyhýbat se zlu je základem celé etiky. Pomocí etických teorií ospravedlňujeme určitá rozhodování. Každý obor lidské činnosti má svou etiku a morálku, mluvíme tedy o etice a morálce profesní. Etika v ošetrovatelství vyjadřuje to, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému. Všechny ošetrovatelské úkony mají morální dopad. Morálka jsou reálné mravní vztahy lidí, vztahy mezi jednotlivci, ve skupině a také vztahy k sobě samému. Ošetrovatelskou etiku definujeme jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání (15). Za základ lékařské a zdravotnické etiky považujeme Hippokratovu přísahu. Z etického hlediska je v ní nejdůležitější zdůraznění principů svědomí a povinnosti dbát za všech okolností zdraví a blaha nemocného, neškodit, vždy pomáhat. Hippokratova přísaha neměla a nemá charakter právní normy, je to norma etická a profesní (15). Z téže tradice a z téhož vztahu vycházejí i současné kodexy, charty a dokumenty lékařů a sester. Mnohé kodexy se týkají etiky lékařské, ale zahrnují i etiku ošetrovatelky-sestry. Vychází z téhož a prolínají se, jejich znalost je pro sestry velmi důležitá, jsou samozřejmou součástí odborné kvalifikace a ovlivňují správné jednání. Etické kodexy tvoří základnu pro regulaci vztahů, pro profesní vývoj, vytvářejí standardy a pomáhají v komunikaci s veřejností (15).

V současnosti platný Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry byl přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Prošel několika revizemi a znovu schválením. (*Příloha1*) Opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince jsou zakotvena v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, pro duševně nemocné především článek 6: Ochrana osob neschopných dát souhlas a článek 7: Ochrana osob s duševní poruchou. Česká republika podepsala úmluvu v roce 1998 a v roce 2001 ji ratifikovala (17). Práva pacientů byla prohlášena MZ ČR za platná 25. 2. 1992. (*Příloha2*) Práva pacientů s duševními chorobami jsou speciálně zakotvena

např. v Deklaraci práv duševně postižených osob schválené Valným shromážděním OSN roku 1971 (*Příloha 3*) nebo v listině Etické problémy týkající se pacientů s duševními chorobami z roku 1995.

„Na nemocné s duševními chorobami je nutné pohlížet stejně jako na jakékoliv jiné nemocné, je potřeba je léčit a zaručit jim stejný přístup k péči jako u všech ostatních pacientů“ (15, s. 145).

### **1. 3. 1 Etika a právo v psychiatrii**

Ideální vztah je takový, kdy se etická a právní norma shoduje. Etika je vědou normativní a vymezuje rozsah etických zákonů. Etika respektuje dilematické situace, právo dbá o jednoznačné postuláty a zaručuje minimální standardy nebo kritéria. Zákon je neosobní, potlačuje nežádoucí chování s cílem prosadit své požadavky. Etika je osobnější, závislá na svědomí člověka. Může vznikající situace ve zdravotní péči předjímat dříve a ve větším rozsahu než zákon. Zákon a etika se mohou posilovat. Zákon chrání, zajišťuje práva, zatímco etika vyžaduje jednání podle zásad, které často přesahují zákonné povinnosti (15).

Psychiatrie se dostává mnohem více do kontaktu s právními předpisy než jiné lékařské obory. Psychická porucha mnohdy omezuje schopnosti jedince odpovědně rozhodovat a jednat. Už jen přijetí k léčbě a následná hospitalizace je problematická. Hospitalizace se souhlasem nemocného se realizuje na oddělení, nemocný podpisem stvrzuje dobrovolný vstup. Nemocný se musí podrobit řádu oddělení a má právo hospitalizaci ukončit dle svého uvážení. Nesouhlasí-li lékař s předčasným propuštěním, vyžádá si písemné prohlášení, tzv. negativní revers. Dojde-li k významnému zhoršení stavu, kdy je nemocný nebezpečný sobě nebo okolí změní lékař dobrovolný vstup na hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Změnu je nutno nahlásit soudu do 24 hodin. Nedobrovolná hospitalizace, převzetí a držení duševně nemocného v lůžkovém psychiatrickém zařízení chrání zdraví a život nemocných i osob v jeho okolí. Ohrožení sebe sama zahrnuje suicidiální tendence, sebevražedný pokus, tělesné napadení nebo odmítání naléhavě potřebné léčby, bez které by došlo ke zdravotnímu poškození.

Ohrožení okolí ve smyslu agresivity, zanedbávání péče nebo nepřiměřeného chování. Zdravotnické zařízení musí oznámit do 24 hodin soudu převzetí každého, kdo byl hospitalizován bez svého souhlasu. Soud musí do 7 dnů rozhodnout o přípustnosti a délce zadržení (5).

Ochranná léčba je ochranné opatření ukládané v trestním řízení, má dvě formy ústavní a ambulantní. Jde o situace, kdy samotný trest neplní požadovaný účel. Předpokladem k uložení ochranné léčby je stav pachatele, který má povahu choroby. Ochrannou léčbu, délku trvání, její formu, ukončení nebo prodloužení nařizuje soud (5).

Další problematická oblast je zbavení nebo omezení způsobilosti nemocného. Způsobilost k právním úkonům znamená způsobilost nabývat práv a brát na sebe povinnosti vlastními úkony. Právní úkon je projev vůle směřující ke vzniku, zániku nebo změně těch práv a povinností, které právní předpisy s takovým úkonem spojují. Musí být učiněn svobodně, vážně, určitě a srozumitelně. Rozsah institutu, jeho zrušení či změnu vždy stanoví soud. U osob zbavených způsobilosti soud určuje k ochraně práv a zájmů nemocného opatrovníka. Úplné zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům znamená velmi citlivý zásah do práv člověka (5).

Stížnosti nemocných s duševní poruchou se týkají reálných či domnělých nedostatků ve společnosti. Ve stížnostech se často odráží psychiatrická problematika. Je pro nás zpětnou vazbou a dává podněty ke korekci léčby.

Některé duševní poruchy jsou kontraindikací pro vydání řidičského oprávnění a řízení motorových vozidel. Absolutní kontraindikaci představují duševní poruchy k přijetí do vojenské činné služby. U duševních poruch se posuzuje zdravotní způsobilost k držení zbraně a nošení střeliva. Příslušné zákony a vyhlášky řeší i problematiku umělého přerušování těhotenství a umělé sterilizace u žen s duševní poruchou (5).

V psychiatrii je v mimořádných případech nezbytné použít vůči pacientovi restriktivní postupy za účelem jeho fyzického omezení. V situacích, kdy je pacient neklidný, agitovaný, agresivní, ohrožuje sebe nebo okolí a nelze-li situaci zvládnout jinak, volíme terapeutická opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta a terapeutická opatření uplatňovaná bez souhlasu pacienta. Použití omezujících opatření



je výrazným zásahem do osobní svobody pacienta. Vždy by mělo platit, že restriktivní postupy jsou voleny lékařem až jako krajní možnost řešení, trvání je jen po nezbytně dlouhou dobu se zvýšenou lékařskou a ošetrovatelskou péčí. (18).

Omezení nemocného v lůžku je krátkodobé znehybnění za využití popruhů na horních a dolních končetinách. Terapeutická izolace znamená znemožnění volného pohybu pacienta po oddělení jeho uzavřením v samostatné místnosti k tomu určené. Síťové lůžko je speciální, uzamykatelné lůžko opatřené ze všech stran včetně stropu sítí. Ochranný kabátek se dnes již nepoužívá, měl své uplatnění při projevech sebepoškození nebo při transportu nemocného. Při manuální fixaci brání v pohybu nemocného ošetrovatel a poté většinou následuje podání uklidňující medikace. Toto opatření vyžaduje výcvik spočívající v osvojení hmatů znemožňujících pacientovi pohyb a zároveň mu nezpůsobí zranění. Podání medikace bez souhlasu nemocného lze charakterizovat též jako prostředek léčebný. Psychofarmaka se podávají k pacifikaci nemocného a souběžně k zahájení terapie. K parenterální aplikaci přistupujeme, až když se nepodaří nemocného přesvědčit k perorálnímu užití léku. Po dosažení farmakologického útlumu je nutná monitorace nemocného. Dalším opatřením je ochranná fixace pacienta. Nejedná se o omezení pacienta v pravém slova smyslu, neřeší projevy neklidu a agitovanosti. Jde o postup, jehož smyslem je předejít pádu nemocného, poranění nebo vytržení kanyly. Aplikace omezovacích postupů je nedílnou součástí ošetrovatelské péče v psychiatrii. Zvládnutí komplexní péče o nemocného v omezení patří ke speciálním požadavkům práce sestry na psychiatrii (18).

## **1.4 Osobnost sestry**

Ošetrovatelství je zaměřeno na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného a zajištění klidného umírání a smrti (19).

Sestra je představitelka profese ošetrovatelství. Charakteristickými rysy ošetrovatelství je individualizovaná péče založená na vyhledávání a plánovitém

uspokojování potřeb člověka ve vztahu k jeho zdraví nebo potřebám vzniklých či pozmeněných onemocněním. Činnost sestry je postavena na etických zásadách. Patří mezi ně zvýšená samostatnost a odpovědnost sestry, ochota aktivně hájit zájmy nemocného a pečovat o něj s maximálním akceptováním jeho důstojnosti a potřeby intimity. Pro realizaci ošetrovatelského procesu založeného na aktivním kontaktu sestry s nemocným je nezbytné, aby měl nemocný a jeho rodina k sestře maximální důvěru. Kvalitu práce sestry z hlediska nemocného i veřejnosti ovlivňuje chování a jednání sestry. Ošetřovaní velmi citlivě vnímají interpersonální dovednosti sestry. Vzájemný vztah s nemocným urychluje edukační i terapeutický efekt ošetrovatelského procesu. Důvěryhodnost sester má silný vliv na názor společnosti na ošetrovatelské povolání a spoluutváří jeho společenskou prestiž (20).

S rozvojem ošetrovatelství se postupně mění i role sestry. Tradičně je to role pečovatelky spojená s poskytováním základní ošetrovatelské péče. V moderním ošetrovatelství je zdůrazňována edukační činnost sestry. V případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání stává se sestra jeho mluvčím, obhájcem. V plánování a realizaci postupů péče nastupuje sestra v roli koordinátora. V neposlední řadě se sestra podílí na diagnosticko-terapeutické lékařské péči, jako asistent připravuje nemocného k vyšetření a zajišťuje různé terapeutické postupy (20). Nejdůležitější rolové znaky pro profesi sestry jsou kolektivní orientace, universalismus zajišťující stejné chování ke všem lidem a emocionální neutralita.

Sestra, coby představitelka ošetrovatelského povolání, by měla být osobností vzdělanou, emočně zralou a vyrovnanou. Měla by mít určité osobnostní předpoklady, mezi které patří sebekritičnost, tvůrčí přístup, porozumění, jistá úroveň vystupování, rozvážnost, ale současně i pohotovost a postřeh, trpělivost, sebeovládání a v neposlední řadě by sestra měla být pozitivně orientovaná na péči o druhého člověka, mít ujasněný žebříček hodnot a především mít úctu ke člověku.

### 1. 4. 1 Specifika práce sestry na psychiatrii

Psychiatrická ošetrovatelská péče není ve srovnání s jinými obory oceňována, nemá takovou vážnost a prestiž (5). Přesto je profese sestry na psychiatrii v mnoha ohledech specifická a náročná. V oblasti komunikace s duševně nemocnými lidmi, hledání rovnováhy mezi partnerským a direktivním přístupem k nemocným a z hlediska vyššího rizika fyzické agresivity nemocných (21). Samostatně pracující sestra má velkou profesionální zodpovědnost, musí zvládat obtíže při jednání s nemocnými, přizpůsobovat se novému technickému vybavení, stále se vzdělávat, vyrovnávat se s rostoucími náklady a nedostatečným ohodnocením své práce, s nedokonalými kompetencemi a nepravidelným životním stylem. Osobnost sestry na psychiatrii více než jinde ovlivňuje kvalitu ošetrovatelské péče. Sestra musí dosáhnout určité úrovně sebepoznání. Práce vyžaduje citlivý, empatický postoj. V psychiatrii je extrémně vysoký nárok na přizpůsobení ošetrovatelské péče individualitě nemocného.

Nevyhnutelným předpokladem je znalost etiologie, symptomatologie a psychopatologie. Pro sestru na psychiatrii je nutné zvládat efektivní komunikaci, kladení otázek, umění naslouchat, upozadit své potřeby a dát prostor nemocným. Pozorování, rozhovor a specifická ošetrovatelská diagnostika vyžaduje teoretické znalosti. Nutností je však i manuální zručnost a pohotovost při běžných ošetrovatelských výkonech, protože je sestra provádí u neklidných a často nespolupracujících nemocných. Sestra musí mít přehled o všech nemocných na oddělení, zvláště o těch, kteří ohrožují sebe nebo své okolí, sleduje chování, náladu, míru neklidu, denní aktivitu nemocného, příjem stravy, tekutin, kvalitu spánku. Velký důraz klademe na znalost klasifikace psychofarmak a jejich vedlejších účinků. Sestra podávající psychofarmaka sleduje nástup účinku, dohlíží na užití u nemocných s problematickým přístupem k léčbě, sleduje symptomy předávkování (21, 22). Dalšími specifiky jsou orientace a účast na psychoterapiích, resocializace a edukace pacientů, znalost právní problematiky a užití restriktivních postupů za účelem fyzického mezení nemocného. Sestry na psychiatrii jsou často svědky zvláštních či mimořádných událostí

jako je útěk pacienta, odmítání stravy a léků, úraz, suicidium nebo pokus o něj a měly by znát postupy jak se v takovém případě chovat (23).

#### **1. 4. 2 Vzdělávání sester**

Se zvyšujícími se nároky na ošetrovatelskou péči sestry se zvyšují i nároky na vzdělání a kontinuální vzdělávání sester. V současné době je vzdělávání rozděleno na pregraduální a postgraduální přípravu sloužící k celoživotnímu odbornému růstu sester jak je uvedeno v zákoně č. 96/2004 Sb. (24). 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, ve znění pozdějších předpisů. Podmínkou pro získání odborné způsobilosti je absolvování tříletého studia v oboru diplomovaná sestra na vyšších zdravotnických školách nebo v akreditovaném bakalářském studijním oboru na vysokých školách. Absolventi mohou pokračovat v navazujícím magisterském a doktorandském studium. Zákon č. 96/2004 Sb. upravuje celoživotní vzdělávání, kterým se rozumí průběžné prohlubování, doplňování a obnovování dovedností, vědomostí a způsobilosti pracovníků ve zdravotnictví v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky a rozvojem oboru. V § 54 zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, jsou uvedeny formy vzdělávání, odborné stáže, účast na kongresech, konferencích a jiné. Sestra pracující v oblasti psychiatrické péče může absolvovat specializační studium. Sestra specialista má hlubší znalosti v daném oboru a dokončením akreditovaného specializačního studia je oprávněná vykonávat specializovanou ošetrovatelskou péči. Pro zvyšování kvality péče je kontinuální vzdělávání sester nutností, motivuje sestry k vyhledávání nových informací a využití vědomostí a dovedností v praxi.

V oblasti ošetrovatelství a jiných zdravotnických nelékařských oborů na vyšších a vysokých školách se vyučuje zdravotnická etika. Cílem předmětu je poskytnout základní vědomosti o teoretické etice, zvýšit vnímavost k etickým stránkám rozhodování ve zdravotní péči, orientovat se v problematice současné etiky zdravotní

péče a dodat znalosti potřebné k řešení etických dilemat. Předmět by měl též pomoci formulovat si vlastní etická stanoviska a naučit se je obhájit. Identifikovat etické problémy ve své práci, popsat problém a znát argumenty užívané ve prospěch různých možných řešení. Vyučovaný předmět by měl rozvinout schopnost porozumět podstatě etických problémů a dospět k rozhodnutím, která jsou v souladu s mezinárodně uznanými etickými standardy, schopnost odlišit právní a etický aspekt rozhodování v medicíně (25).

## **2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1:** Zjistit zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním.

**Cíl 2:** Zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry problematické.

**Cíl 3:** Zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním.

**Cíl 4:** Zjistit, jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se již s ním v průběhu léčby svého onemocnění setkali.

## **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů byly položeny následující výzkumné otázky.

**VO 1:** Znají a dodržují sestry etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním?

**VO 2:** Jaké problematické oblasti uvádějí sestry při uplatňování etického přístupu k pacientům s duševním onemocněním v rámci ošetrovatelské péče?

**VO 3:** Existují nějaké překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním s pohledu sester?

**VO 4:** Jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče?

**VO 5:** Setkali se již někdy tito pacienti v průběhu léčby svého onemocnění s porušením etického přístupu ze strany ošetrovatelského personálu?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Použitá metoda**

Pro zpracování tématu bakalářské práce byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. K získání informací byla využita metoda dotazování a technika sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor lze definovat jako nestandardizované dotazování pomocí otevřených otázek. Výhodou otevřených otázek je volnost v odpovědi respondenta, nepředkládáme a nepodsouváme mu předem žádná řešení nebo odpovědi. V rámci dotazování, na základě průběžně získaných informací, byly respondentům pokládány doplňující otázky (26, 27). K rozhovorům byl předem připraven rámec otázek (Příloha 4, 5), který byl zároveň součástí žádostí o provedení výzkumného šetření. Souhlas hlavní sestry Nemocnice České Budějovice, a. s. (Příloha 6), souhlas vrchní sestry psychiatrického oddělení (Příloha 7), souhlas vedení Domova se zvláštním režimem Libnič (Příloha 8) a souhlas psychiatra.

Rozhovory byly vedeny v období březen a duben 2014 se sestrami pracujícími na psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. a v Domově se zvláštním režimem, který je pracovištěm organizace Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie (Příloha 9). Dále přikládám i etický kodex zaměstnanců Domova Libnič a Centra sociálních služeb Empatie (Příloha 10). Termíny setkání, čas a místo provedení rozhovoru byla předem telefonicky dojednána, stejně tak ubezpečení o anonymitě a soukromí. Místem provedení bylo ve dvou případech domácí prostředí, u ostatních sester byla místem realizace ošetrovna a kuchyňka na oddělení. Před začátkem rozhovoru byla každá z dotazovaných sester seznámena s tématem, cíli a metodikou práce. V úvodu byly sestrám položeny otázky identifikačního charakteru. Tyto údaje jsou zpracovány do tabulky (Tabulka č. 1). Délka rozhovoru byla 30 až 40 minut, rozhovor byl veden v klidné atmosféře, přístup sester byl velmi otevřený a vstřícný. Všechny sestry upřednostnily písemný záznam před nahráváním na diktafon.



Rozhovory s pacienty byly vedeny v období březen a duben 2014 v psychiatrické ambulanci a v Domově se zvláštním režimem. Setkání byla předem domluvena, u tří respondentů byla místem konání sesterna na psychiatrické ambulanci a u zbývajících dvou respondentů to byly pokoje klientů v Domově se zvláštním režimem. Každý pacient byl seznámen s tématem, cíli, metodikou práce. Každý z respondentů byl ubezpečen o naprosté anonymitě šetření. Identifikační otázky položené v úvodu rozhovoru a odpovědi na ně byly zpracovány a údaje vloženy do tabulky (Tabulka č. 2). Délka rozhovoru byla 20 až 40 minut. Rozhovor byl veden v klidné atmosféře, R1 byl uvolněný a komunikativní, respondenti R2 až R5 byli v počátku rozhovorů nervózní a ostýchaví, v průběhu rozhovoru se viditelně uvolnili, zklidnili a nabyli důvěry. Všichni respondenti upřednostnili písemnou formu záznamu rozhovoru před formou záznamu nahrávaného. Byla provedena doslovná transkripce rozhovorů, získaná data byla podrobena analýze technikou otevřeného kódování v ruce, způsobem papír a tužka (28). Následně byla provedena jejich redukce, data pak byla uspořádána dle kategorií. Tímto způsobem bylo identifikováno 7 kategorií pro sestry a 7 kategorií pro nemocné. Rozhovory s jednotlivými sestrami byly souhrnně očíslovány a sestry označeny jako S1 až S5. Rozhovory s nemocnými byly souhrnně očíslovány a respondenti označeni R1 až R5. Pro ukázkou jsem přiložila kódování a barevné označení textu (Příloha 11).

Další metodou sběru dat bylo zúčastněné skryté pozorování, které Švaříček definuje jako systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit v terénu (28). Zúčastněné pozorování umožňuje interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky výzkumu. Pozorování bylo zapisováno do záznamového archu (Příloha 12) a zaměřilo se především na oblast komunikace a přístupu sestry při vykonávání ošetrovatelských intervencí. Pozorování probíhalo v březnu 2014 v Domově se zvláštním režimem Libnič.

### 3.2 Charakteristika výzkumných souborů

První výzkumný soubor tvořilo 5 sester pracujících na lůžkovém psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. Domově se zvláštním režimem Libníč. Kriteriem pro záměrný výběr dotazovaných byla délka praxe minimálně 5 let v přímé péči o pacienty s duševním onemocněním. Sestry musely pracovat v zařízeních poskytujících péči pacientům s duševním onemocněním. Věkové rozmezí sester je od 26 do 52 let, přičemž věkový průměr je 38 let. Rozhovory byly vedeny se sestrami s různým stupněm vzdělání: všeobecná sestra, všeobecná sestra bakalářka a sestra se specializací pro péči v psychiatrii.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti psychiatrické ambulance a Domova se zvláštním režimem. Kriteriem pro zařazení do výzkumného souboru pacientů bylo duševní onemocnění ve stabilní fázi a věk pacientů nad 18 let. Metoda zúčastněného skrytého pozorování byla prováděna na oddělení DZR Libníč během jednoho týdne v měsíci dubnu 2014.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje sester

Respondenti	Věk	Vzdělání	Délka praxe
Sestra I.	35	Bc.	17
Sestra II.	52	SZŠ	32
Sestra III.	26	SZŠ	6
Sestra IV.	38	SZŠ	15
Sestra V.	39	SZŠ + specializace	14

Zdroj: vlastní, 2014

Tabulka č. 2 Identifikační údaje pacientů

<b>Respondenti</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Doba onemocnění</b>	<b>Duševní porucha</b>
I.	M	42	Střední maturitou s	16 let	Schizofrenní porucha
II.	Ž	44	Střední maturitou s	5 let	Neurotická porucha
III.	M	51	Střední maturitou s	18 let	Porucha nálad
IV.	M	32	Vyučen	14 let	Schizofrenní porucha
V.	Ž	35	Střední maturitou s	12 let	Porucha přizpůsobení

Zdroj: vlastní, 2014

## 4 VÝSLEDKY

### 4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů

#### SESTRY

Kategorie č. 1 Hodnoty a vlastnosti sester nutné pro výkon profese

S2/22; S3/70; S4/89; S5/107: lidskost

S1/1: slušnost

S1/1; S3/71: odbornost

S1/1; S4/89: etický přístup

S1/1; S3/70; S5/107: tolerantní, vstřícná

S1/1: nezištná

S5/107: důsledná, rozhodná

S2/21: komunikace

S1/2: ne povolání, ale poslání

Kategorie č. 2 Specifika sester pracujících s nemocnými s duševní poruchou

S1/3; S4/90,91; S5/108: komunikace

S1/4; S5/108: pozorování

S1/3; S2/26; S4/90: vzdělání a profesionalita

S3/72: lidskost

S2/23; S3/73; S4/90; S5/109: rozhodnost, silná osobnost

S2/25: povinná mlčenlivost

S2/24; S4/91: spolehlivost, pracovitost, kolegiálnost

Kategorie č. 3 Znalost etického kodexu a jeho pomoc při řešení problémů

S1/7; S2/28; S3/74; S4/92,93; S5/110: na oddělení

S1/8; S2/29; S3/75; S4/94; S5/111: znalosti

S1/8; S2/29; S3/75; S4/94: dodržování

S1/9; S2/29; S3/76: jako návod

#### Kategorie č. 4 Situace vnímané sestrami jako eticky problematické

S1/10; S2/30: zachování důstojnosti

S1/10; S3/77; S4/97: nedobrovolná hospitalizace

S1/10; S3/77; S4/97: fyzická omezení

S2/36, 37: stigmatizace

S1/10,19; S4/97: aplikace léků

S1/11; S3/78: dodržování práv

S1/10; S4/98: soukromí, intimita

S2/39: snižování pacienta

S2/31,39; S5/115: nevhodná komunikace

S5/114: omezení – režim oddělení

#### Kategorie č. 5 Možný způsob řešení problémů

S1/12; S2/42: informovanost

S2/50; S3/81,82; S5/118: vzdělávání, školení

S2/42,43; S 3/81: integrace

S2/53; S5/117: změna postojů ve společnosti

S1/12; S3/82; S4/99: důsledné dodržování předpisů a práv

S2/48: zapojení rodiny

S2/55; S5/118: výchova

S2/51: výběr studentů

S5/116: více personálu

S5/116: méně administrativy

#### Kategorie č. 6 Překážky v dodržování etického přístupu

S1/14,15,16; S3/84,85; S4/101,102; S5/119: nevyhovující prostory

S1/15; S4/101,102: soukromí, intimita

S2/58: mnoho administrativy

S2/63,64; S5/119: nedostatek finančních prostředků

S2/65,66,67; S5/119,120: režim oddělení

S4/103; S5/121: nemoc, náhled, nespolupráce

S2/61,62: kolektiv, zvyky na oddělení

Kategorie č. 7 Spolupráce pacientů, dodržování léčby

S1/17,18; S4/104,105,106 zájem, informovanost

S1/18,19; S2/68; S3/87,88; S4/104; S5/122,123: dodržování režimu a léčby

## RESPONDENTI

Kategorie č. 8 Přístup sester upřednostňovaný pacienty

R1/1: přátelský, lidský

R5/96: zájem o člověka

R3/54; R5/96: zkušená, profesionální

R2/27: pozitivní, dobře naladěná

R3/54; R5/96: slušná, ohleduplná

R1/1; R3/54; R5/96: vstřícná, trpělivá

R2/27: pracovitá

R2/27: autorita

R4/74: milá, příjemná

#### Kategorie č. 9 Zkušenosti pacientů

R1/3; R2/29; R5/97: dobré zkušenosti

R1/4; R2/32; R3/56; R4/77,78: nezáměr

R2/30; R5/99: neúcta

R3/56; R4/80: nedůvěra

R1/6; R5/99: nadřazenost

R1/6: neshoda, rozdílnost názorů

R3/56: bezmocnost

R1/6; R2/31,32,33; R5/99: křik, nevhodná komunikace

#### Kategorie č. 10 Informovanost pacientů

R/9,10; R2/34,35,36; R3/57,58; R4/81,82,83,84; R5/100,101 nedostatek informací

#### Kategorie č. 11 Znalost práv pacientů, kodexů

R1/9,10; R2/37,38; R3/59,60; R4/85; R5/102, 103: znalost práv

#### Kategorie č. 12 Co pacienti považují za porušení etického chování

R1/11; R2/41; R3/62; R4/86: soukromí

R2/42; R5/106: mlčenlivost

R1/11; R2/39,40,41: nevhodná komunikace

R1/11; R3/61; R4/88: křik, agrese

R1/13: intimita

R2/39; R5/104: nerespektování osobnosti

R4/89; R5/105: nemožnost o sobě rozhodovat

R4/86,87; R5/104,105: podřízení se režimu

### Kategorie č. 13 Osobní zkušenost s porušením etického chování

R2/43,44,45; R5/107: mlčenlivost

R2/46,47: nezájem o člověka

R4/92,93; R5/108,109: hluk

R4/92,93: intimita, soukromí

R3/69; R5/108: nevhodná komunikace

R4/90,91: nechtěná aplikace léků

### Kategorie č. 14 Řešení, náhradní postup

R1/9, 10, 25, 26; R2/48,49; R3/73: slušnost

R5/111,112: trpělivost, ohled

R4/94,95: individuální přístup

R3/71: vzdělání

R5/111: informace

R3/71,72: finance

R2/50,51: konkurence

R2/52,53: stížnosti



#### **4. 1. 1 Kategorie**

Kategorie č. 1 Hodnoty a vlastnosti sester nutné pro výkon profese

Kategorie č. 2 Specifika sester pracujících s nemocnými s duševní poruchou

Kategorie č. 3 Znalost etického kodexu a jeho pomoc při řešení problémů

Kategorie č. 4 Situace vnímané sestrami jako eticky problematické

Kategorie č. 5 Možný způsob řešení problémů

Kategorie č. 6 Překážky v dodržování etického přístupu

Kategorie č. 7 Spolupráce pacientů, dodržování léčby

Kategorie č. 8 Přístup sester upřednostňovaný pacienty

Kategorie č. 9 Zkušenosti pacientů

Kategorie č. 10 Informovanost pacientů

Kategorie č. 11 Znalost práv pacientů, kodexů

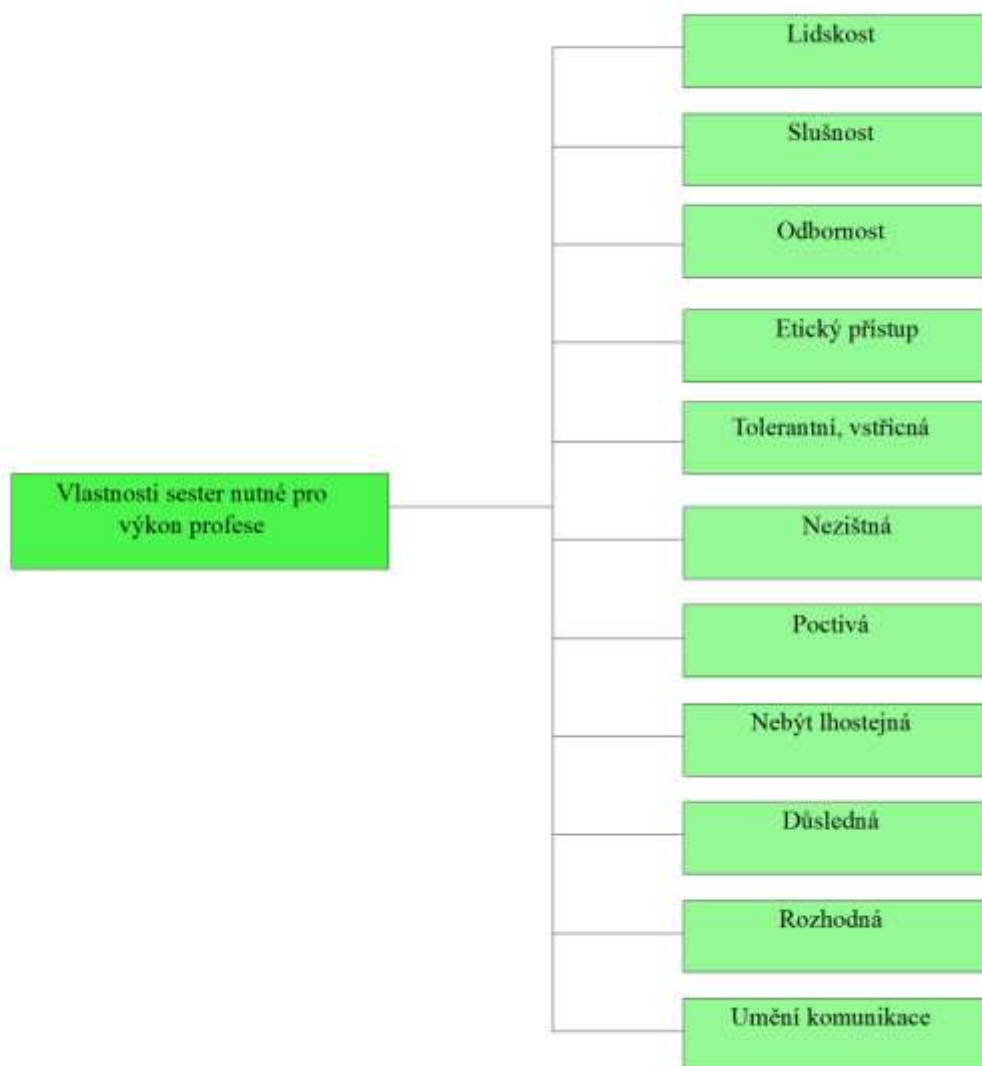
Kategorie č. 12 Co pacienti považují za porušení etického chování

Kategorie č. 13 Osobní zkušenost s porušením etického chování

Kategorie č. 14 Řešení, náhradní postup

#### 4. 1. 2 Kategorie sestry

##### Kategorie č. 1 Hodnoty a vlastnosti sester nutné pro výkon profese



Kromě obecných kladných vlastností vložených pro přehlednost do schématu č. 1 uváděly sestry jako zásadní hodnotu pro výkon sesterského povolání lidskost, shodly se na ní tři sestry. S2: „*Jednoznačně láska k lidem obecně, přesvědčení, že chci pomáhat*“.

S3: „*Za nejdůležitější považuji empatii, vcítit se do těch lidí. Nebýt lhostejná*“.  
S5: „*Vnímavá k lidem*“.  
Jednou se v odpovědích vyskytl výrok u S1: „*Asi by mělo platit známé ne povolání, ale poslání*“.  
Shoda u dvou sester R1 a R 3 byla v oblasti vzdělání a patřičné odborné úrovni. S2 uvádí jako důležité dodržování práv a povinností, což jistě se vzděláním a odborností souvisí. Jedna sestra uvádí jako zásadní a důležité pro svou profesi umění komunikace.

## **Kategorie č. 2 Specifika sester pracujících s psychicky nemocnými pacienty**

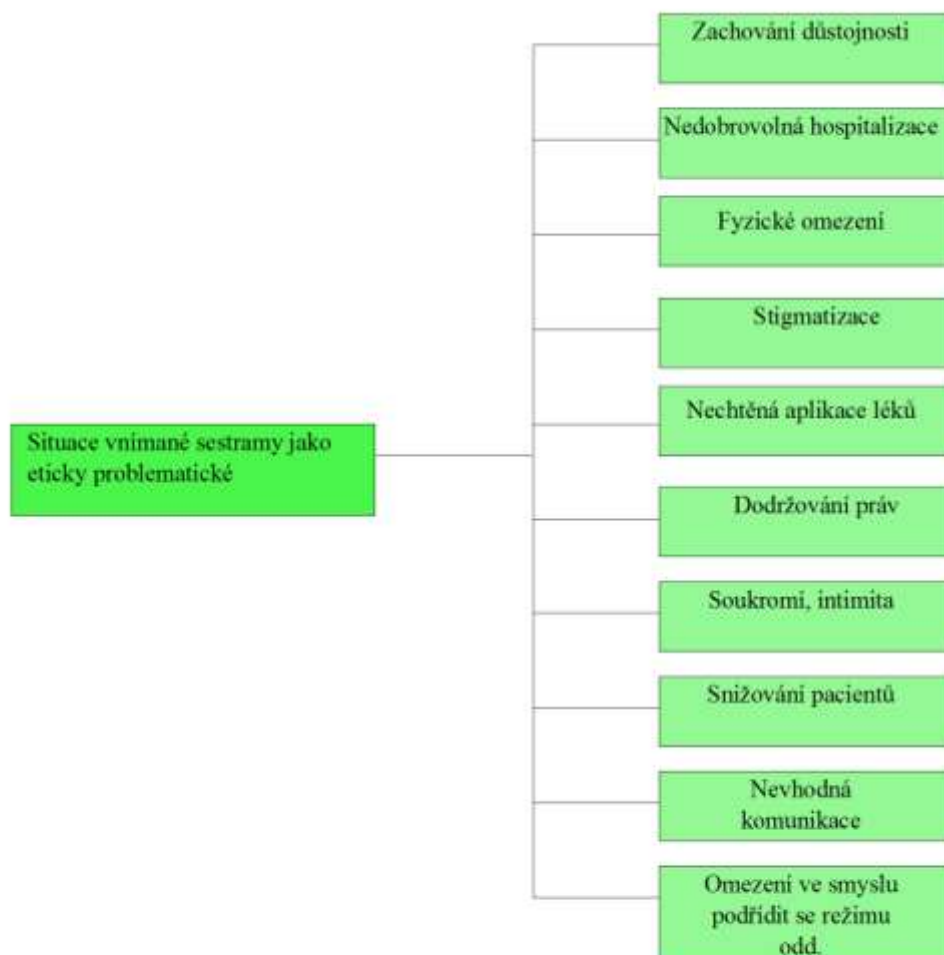
Nejdůležitější pro sestru pracující na psychiatrii je umění komunikace. Na této odpovědi se shodly tři sestry S1: „*Dobré komunikační vlastnosti*“, S4: „*Nutné jsou komunikační předpoklady*“, S5: „*Měla by dobře ovládat komunikaci*“. Další shoda byla u dvou sester S1 a S5 uvedly jako důležitou dobrou pozorovací schopnost a umění předvídat. Další shody byly u vzdělání a profesionality, kterou sestry uvádějí jako samozřejmost a nutnost. S 2: „*A samozřejmě vzdělaná, specializace je výhodou, odpovídající vzdělání je nutnost, ale já bych upřednostnila holky s praxí, aby měly zkušenosti a věděly jak zareagovat*“. Tak jako v první kategorii, shodly se sestry i zde na lidskosti a nutnosti mít ráda lidi. S1 uvedla, že je nutno vidět pacienta jako celek, ne jen jako diagnózu. Poté sestry vyjmenovávaly různé vlastnosti, tři sestry uvedly, že by sestra měla být klidná, pro dvě sestry byla důležitá rozhodnost. Obecně by sestra měla být vnímavá, citlivá, vlídná, laskavá, ochotná, ohleduplná, pravdomluvná, nezištná a přizpůsobivá. Důležité pro sestru pracující na psychiatrii je vyrovnanost, měla by být silná osobnost, odolná vůči stresu. S3: „*Se schopností sebeovládání, schopná odhadnout své možnosti a nepřeceňovat se*“. S5: „*Stát si za svým a nenechat se ovlivnit*“. Další rysy důležité po pracovní stránce byly spolehlivost, pracovitost, aktivita, iniciativa, sestra by měla být důsledná, kolegiální, měla by umět pracovat v týmu. Pouze jedna sestra uvedla povinnou mlčenlivost, S2: „*Měla by dodržovat mlčenlivost, co se dozví v práci, nevynášet ven*“. Jedna sestra odpověděla S1: „*Po letech praxe jsem přesvědčená, že každý nemusí být dobrá psychiatrická sestra, některé věci se nelze jen naučit*“.

### **Kategorie č. 3 Znalost etického kodexu a jeho pomoc při řešení problémů**

Všechny dotazované sestry mají etický kodex k dispozici, všechny sestry ví, kde je uložen a mohou do něho kdykoliv nahlédnout. Dvě ze sester uvádějí úplnou znalost etického kodexu S5: *„Znám, dokonce jsem byla na školení, kde jsem se s jeho obsahem podrobně seznámila“*. Tři sestry přiznávají, že etický kodex neznají nebo ho nedokážou ocitovat ve všech jeho bodech, ale obecné povědomí o jeho obsahu mají. Všechny sestry uvádí, že se etický kodex snaží dodržovat. Sestry se ve všech odpovědích shodly, že se etický kodex dá použít jako návod ke správnému chování, ale jako pomoc při řešení problémů ne. S1: *„Neuvědomuji si, že bych ho používala na řešení problémů“*. S4: *„Při řešení problémů ho nepoužívám. Teda, když k nějakému problému dojde a nejsem si jistá, zeptám se staniční nebo kolegyně, aby to bylo v pořádku i pro příště“*. S5: *„Jako pomoc při řešení problémů ne. Pokud je člověk slušný, vychází ze sebe a ne z kodexu. Respektive jeho chování je etické. Moc se tomu naučit nedá, hulvát zůstane hulvát“*.

#### Kategorie č. 4 Situace vnímané sestrami jako eticky problematické

Schéma č. 2



Sestry vnímají jako eticky problematické omezení pacientů, jednak fyzická omezení, řešení agresí, nedobrovolné hospitalizace, aplikace léků a s tím spojené dodržování práv duševně nemocných, jednak jako omezení pacientů vzhledem k režimu na odděleních a s tím spojené zachování lidské důstojnosti. Další oblastí byl přístup veřejnosti i ostatních zdravotníků k pacientům s duševním onemocněním a stále rozšířená stigmatizace. S2: „Vadí mi přístup veřejnosti nebo vlastně i jiných zdravotníků.“

*Vždyť víš, jaký máme problém udat našeho klienta na nějakou ambulanci. Mají razítko psychiatrický diagnózy a nikdo je nechce ošetřit“. Dalším problémem je nevhodná komunikace a nevhodné chování k pacientům, odbývání a snižování pacientů.*

*S2: „Vadí mi styl komunikace hlavně u nižšího personálu, asi by se to dalo nazvat neprofesionalitou nebo familiárností nebo bagatelizací. Onemocnění nebo stav pacienta někdy svádí k jejich snižování, mluvíme s nimi jako s dětmi v lepším případě. Ty lidi jsou dospělí, nic nás neopravňuje, abychom se k nim nechovali na úrovni. Já si vždycky říkám, jak by bylo tobě na jejich místě, prostě se k pacientům v jakémkoli stavu musíme chovat s úctou“.*

## Kategorie č. 5 Možný způsob řešení problémů

Schéma č. 3



Na otázku možného způsobu řešení sestry shodně odpovídaly S1: „Zlepšit informovanost veřejnosti, stále připomínat personálu práva duševně nemocných, postupy při omezení“. S2: „Širší integrace a informovanost veřejnosti, mediálně protěžovat psychicky nemocné“. S3: „Soustavná práce na integraci duševně nemocných, dodržování předpisů a postupů“. S4: „Dodržovat právní normy, etiku, důstojnost za všech okolností“. Další shoda související s informovaností byla v nutnosti vzdělání, výchovy a změny morálky v celé společnosti. S2: „Více se snažit pochopit, s kým vůbec pracují, uzpůsobit péči onemocnění. Vzdělávání, přednášky, školicí akce. Chtělo by to změnu morálky celé společnosti, což ovšem nevím jak. Už od školky, výchovou v rodině, mediálně - jiné vzory, než modelky a hokejisty. A pokud by to šlo, výběr studentek, hned když nastupují do školy, ty holky to ani nechtěj dělat a pak to tak dopadá a vypadá“. S5: „Já bych začala, i když nevím jak změnou celé společnosti, je to dlouhodobé. Asi výchovou od školky, prostě lidské, slušné chování. Vzdělávání“. Jedna ze sester uvedla, že by do péče více zapojila rodinu nemocného. A S5 uvádí jako možné řešení více personálu a méně administrativy.

#### **Kategorie č. 6 Překážky v dodržování etického přístupu**

V kategorii překážek se shodly čtyři sestry na nedostatku vhodných prostor. Nevyhovující prostory jsou myšleny z nedostatku soukromí pro pacienty v omezení. S1: „Omezení, řešení agrese se často dějí za přítomnosti spolupacientů, návštěv. Provoz nám nedovolí dodržet soukromí pacientů, jednolůžkový pokoj“. S3: „Vždy nelze splnit podmínku samostatného pokoje z důvodu nevhodných prostor na oddělení“. S4: „Někdy jsme nuceni omezit pacienta na vícelůžkovém pokoji, což se nemá, ale provoz oddělení. To nedovolí vždy dodržet“. Dvě sestry se shodly a jako překážky uvedly mnoho administrativy, nedostatek finančních prostředků a samotný chod oddělení. Shoda u dvou sester byla z důvodů samotného režimu na odd. S2: „Omezení ve všech činnostech s ohledem na režim oddělení a časový rozvrh, pacienti se musí mýt, jíst, oblékat... hodně se toho děje, když oni nechtějí“. Dvě sestry popisují jako překážku nedostatek financí. S2: „Finance, já tady nemám ani zástěnu když někdo umře.“



*Nedostatek prostředků s vybavením, aby ta péče nějak vypadala“.* Jako další překážka byla pro dvě sestry samotná nemoc a náhled pacienta. Další sestra uvedla jako překážku nespolupracující pacienty. S5: *„Pacienti nechtějí nic dělat. Chápu, že jsou nemocní, ale pokud chtějí práva, měli by dodržovat i povinnosti“.* Jedna sestra jako překážku uvedla mnoho administrativy. S2: *„Stále narůstající administrativa, hlavně, že je to na papíře, ale k člověku se ani nedostanu. Místo abych s ním mluvila, sedím za počítačem, klient je až na konci, pro papírování není čas na člověka“.* Jedna sestra udala možnou překážku kolektiv a zvyky na oddělení. S2: *„Nastoupíš a jedeš v nastavených zvycích a pravidlech, a v jedné se to těžko mění“.*

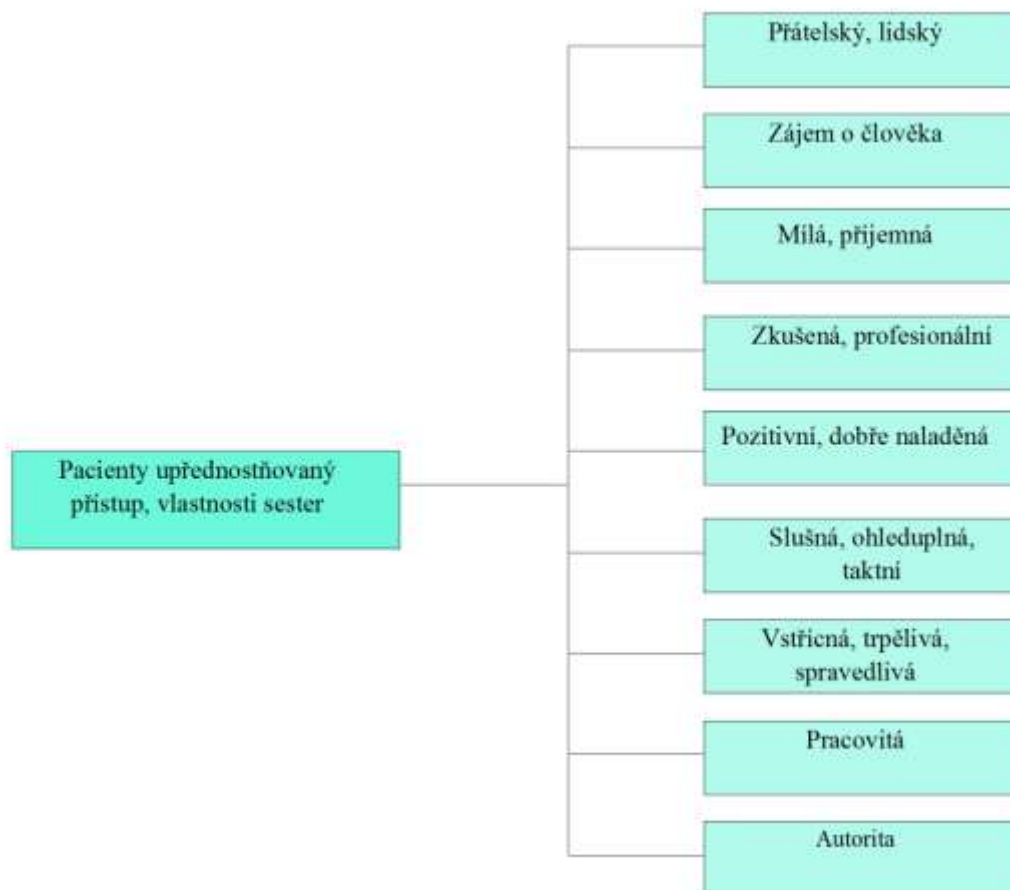
### **Kategorie č. 7 Spolupráce pacientů, dodržování léčby**

V této kategorii jsem se zajímala o spolupráci pacientů, dodržování nastavených pravidel, mají-li zájem o informace, zda-li dodržují léčbu. Ze zkušenosti všech pět sester přiznává, že spolupráce s pacienty s duševním onemocněním není dobrá. Tři ze sester říkají, že je to velmi individuální. S1: *„Zcela individuální, záleží na diagnóze“.* S3: *„Hodně individuální, záleží na dg, na sociálním zázemí, na navyklém životním stylu před onemocněním“.* S4: *„Je to různé, záleží na diagnóze, většinou je práce obtížná na začátku, informace i léčbu často odmítají, nebo zpracovávají bludně“.* Všechny sestry se shodly i na tom, že léčbu pacienti většinou nedodržují, nebo jen krátce, po dobu hospitalizace. Po propuštění, v domácím prostředí léčbu nedodržují a dochází k problematickým opakovaným nechtěným pobytům. O informace pacienti zájem mají, aktivně se vyptávají, někdy ovšem informace špatně zpracují, nemají náhled, nerozumí. A jak udává S2: *„Neustálá edukace a motivace sestrami je nutností“.*

### 4. 1. 3 Kategorie pacienti

#### Kategorie č. 8 Přístup sester upřednostňovaný pacienty

Schéma č. 4

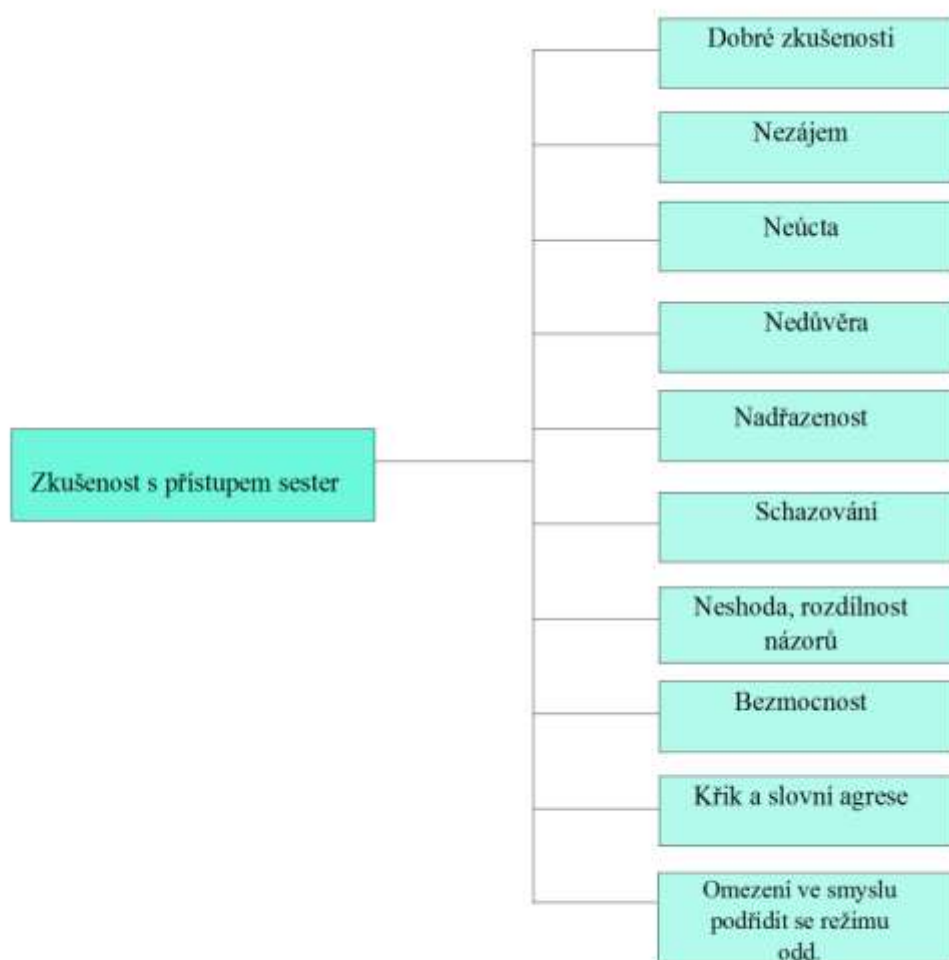


Pacienti jednoznačně upřednostňovali přátelský, lidský, pozitivní přístup. Chtěli by spolupracovat se sestrou milou, kamarádskou a ohleduplnou. R1: „*Aby sestry měly na paměti, že jejich zaměstnání je zároveň poslání, měly by lidem pomáhat a být pro pacienta oporou*“. Tři respondenti by uvítali větší zájem o jednotlivce. R5: „*Očekával bych větší zájem o toho člověka, abych se necítil jako další kus*“. Další shoda byla v oblasti profesionality, zkušenosti. R2: „*Sestra by měla být*

*zkušená, ale ne zase takový ten profesionální robůtek“*. Jeden respondent očekává od sestry určitou autoritu. Další očekávané vlastnosti jsou pro přehlednost vloženy do schématu č. 4.

## Kategorie č. 9 Zkušenosti pacientů

Schéma č. 5



Na otázku jaké zkušenosti mají pacienti s chováním sester v praxi, respondenti z počátku odpovídali, že dobrou, spíše pozitivní. S postupně získanou důvěrou respondenti uváděli i zkušenosti negativní. Tři respondenti se shodli na nezájmu. R2: „*Vlastně takový nezájem personálu, když je mi blbě, nikoho to nezajímá*“. R4: „*Sestřičky dělají, co musí a jdou od toho, udělají, co mají a jdou a člověk je nezajímá, pak nemám k nim tu důvěru*“. Dva z respondentů se shodli, že by sestry měly být citlivější, brát ohledy na nemoc a individualitu člověka. Další shoda byla v oblasti nevhodné komunikace, pacienti uváděli nadřazenost, shazování, obavy.

#### **Kategorie č. 10 Informovanost pacientů**

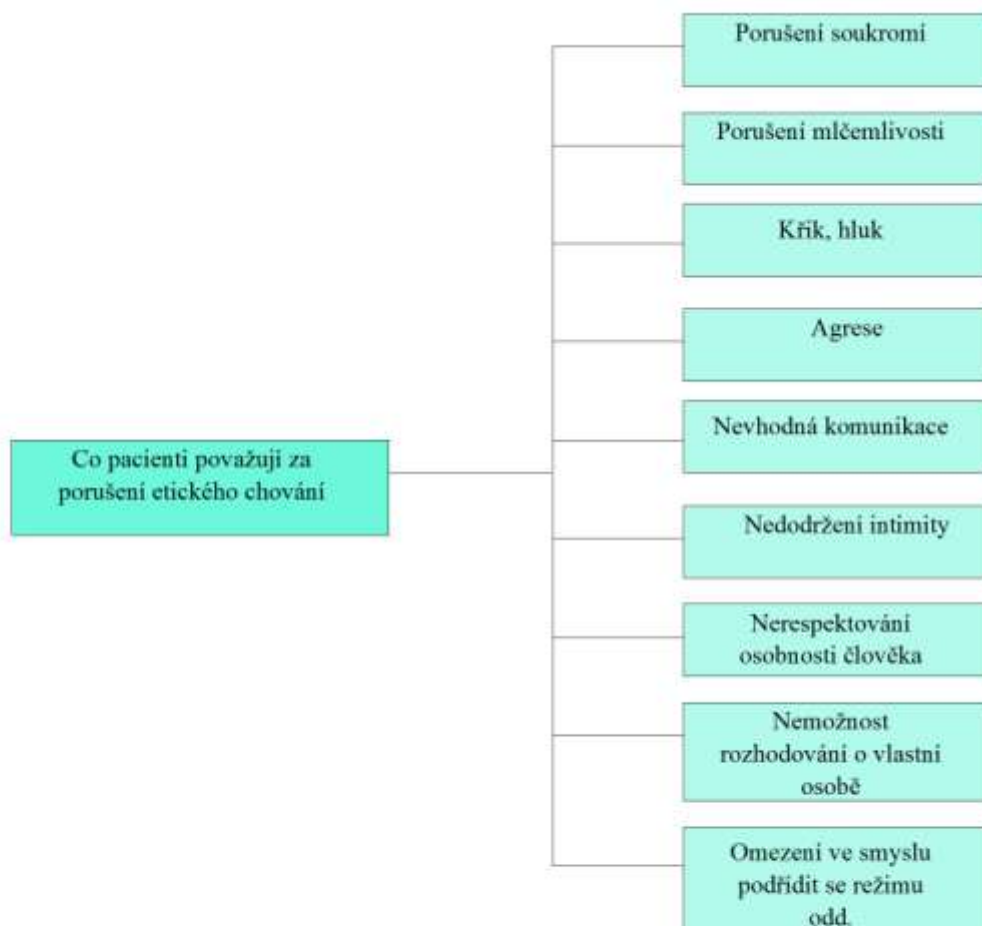
V kategorii informovanosti byly odpovědi shodné ve smyslu, že by pacienti uvítali více informací, většinou se na vše musejí ptát, uvítali by osobnější přístup, mají pocit, že otázkami obtěžují. R1: „*Když něco potřebuju, zeptám se, sestry mi to vysvětlí nebo pomůžou*“. R2: „*Většinou se musím ptát, oni si většinou myslí, že to musíme vědět, pro ně je to samozřejmostí a bagatelizují. Asi bych uvítal víc osobního přístupu. Každý pacient je jinej a měli by k němu tak přistupovat*“. R3: „*Musím se ptát, málokdy sami od sebe něco vysvětlí*“. R4: „*Dostatek informací nemám, ptám se, ale pak je to jak kdybych obtěžoval*“. R5: „*Sami od sebe toho moc neřeknou, ale když se jakoby snížím tak mi to pak blahosklonně vysvětlí*“.

#### **Kategorie č. 11 Znalost práv pacientů, kodexů**

Respondenti vědí, že práva pacientů existují, ale podrobněji je problematika nezajímá. Dva respondenti uvádí, že zatím žádné problémy řešit nepotřebovali, ale kdyby ta situace nastala, zjistili by si více informací. Jeden respondent řekl, že celá práva pacientů četl, ale že si je už nepamatuje. Další respondent uvádí, že se bojí ohradit, že by mu to stejně k ničemu nebylo.

## Kategorie č. 12 Co pacienti považují za porušení etického chování

Schéma č. 6



Nejčastější shoda u čtyř respondentů byla v oblasti porušení nebo nedodržení soukromí, zachování intimity a mlčenlivosti R1: „Porušení soukromí, je fajn, když sestry klepou na dveře, než vejdou na pokoj, když tam některá vlítne ani nezaklepe, to nemám

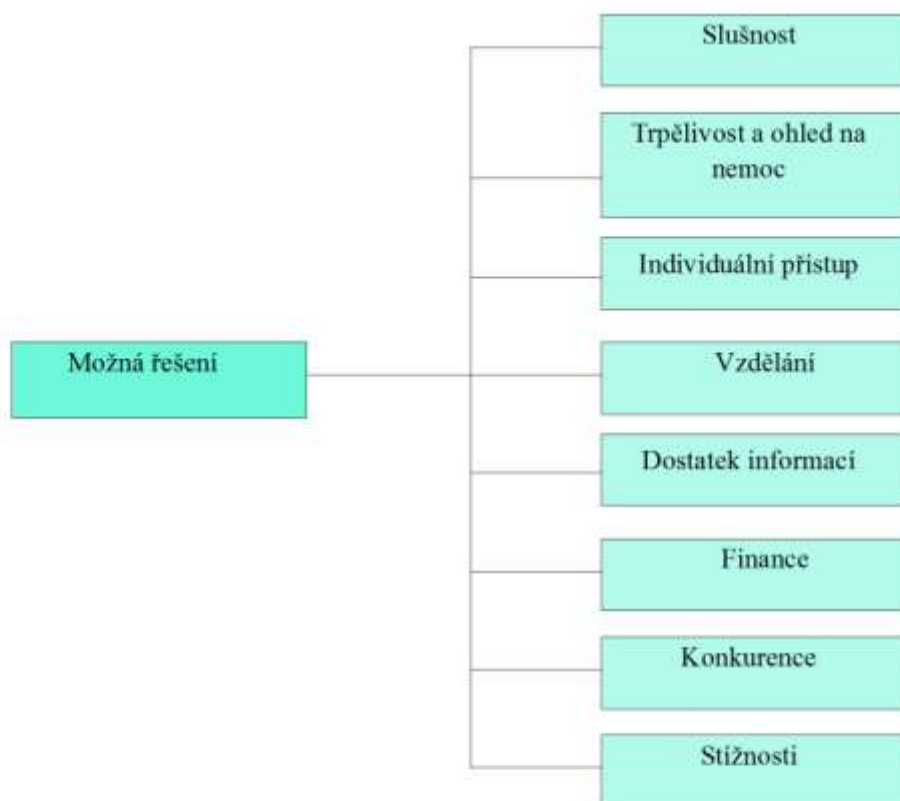
*rád. Nebo když něco řeším na sesterně, aby zavřely dveře, aby to neslyšeli ostatní“.* R3: *„Hrabou se mi ve věcech, vše kontrolují, nemám žádné soukromí“.* R4: *„Porušení soukromí, nedodržování soukromí, když jsou neohleduplní. Chtěl bych být sám na pokoji. Sem pořád někdo leze a otvírá“.* R5: *„A taky nějaká ta důvěra nebo jak se tomu říká, aby se o mně nebavily všude možně“.* Další negativní oblastí byl hluk, křik a slovní agrese, na kterém se shodli tři respondenti. Dva z respondentů uvedli, že se setkávají s nerespektováním člověka, jeho osobnosti. R5: *„Měli by respektovat osobnost člověka, jsme lidi, nejsme mašiny“.* R4: *„Nemůžu o sobě rozhodovat, nikdo se neptá, co chci já a stejně si se mnou dělají, co chtějí“.* S čímž souvisí nadřazené chování a nevhodná komunikace, na které si respondenti stěžovali.

### **Kategorie č. 13 Osobní zkušenost s porušením etického chování**

Na otázku s jakým porušením etického chování se již pacienti setkali, byla nejčastější odpověď s porušením mlčenlivosti. R2: *„Mně se bohužel stalo, že sestřička vynesla ven mou diagnózu, ublížilo mi to. Byl jsem na vyšetření a pak jsem v čekárně slyšel, jak se o mně baví za dveřmi, bylo to hrozný a pak se to rozšířilo po celém městěčku. Už je to dlouho, ale to bláznovství jsem měl přilepené hodně dlouho.“* R5: *„Slyšel jsem, jak sestřičky na ambulanci říkaly, to je psychouš, dej si bacha. Cítil jsem se hrozně“.* Za další porušení respondenti uváděli hluk z provozu na oddělení, sestry nejsou dostatečně ohleduplné, což souvisí i s porušením a zachováním intimity či soukromí. R4: *„Vadí mi ten hluk z provozu na oddělení, a když třeba koupou tady pána vedle, tak by mohly alespoň zavřít dveře“* Dalším problémem byl křik, nadávání, slovní agrese sester a shazování pacientů. Jeden z respondentů odpověděl, že za porušení chování považuje aplikaci léků. R4: *„Nutí mě brát léky, i když nechci a píchají mi injekce. To se mi nelíbí. Ty léky nutí každému a injekce taky píchají ostatním, když to nechtějí“.* Jednomu z respondentů vadí nezáměr, nízká iniciativa sester. R2: *„Nezáměr o člověka, udělají jen, co musí a člověk je víc nezajímá“.* Respondenti vypověděli, že právě po těchto zkušenostech mnohdy ztrácí důvěru v ošetrovatelský personál.

## Kategorie č. 14 Řešení, náhradní postup

Schéma č. 7



V této kategorii nastala shoda u všech respondentů v oblasti slušného chování na obou stranách. Všichni respondenti uvádí, že vždy záleží na ochotě se domluvit. Všichni respondenti si stěžovali na úpadek morálky ve společnosti obecně. R1: „*Je to těžký, záleží na lidech. Se soudným člověkem se jde domluvit vždycky. Pokud budu slušný,*

*budou slušní i ostatní ke mně, snažím se s každým vyjít“.* R2: *„Nevím, jak se dá změnit chování, to je v těch lidech. Oni jsou teď lidi na sebe hnusný všude. Je taková doba“.* Dále respondenti uváděli, že by uvítali ohleduplnost k nemoci, trpělivější, individuální přístup a vysvětlování. R3: *„Aby se s každým jednalo individuálně, každej jsme jinej a měla by se terapie každému ušít na tělo“.* Jako další možnosti nápravy R2 jmenoval: *„Možná by pomohla konkurence jako někde v obchodě, možnost vybrat si, kdyby měli recenze někde na netu a přicházeli o pacienty, pak by se víc snažili. Nebo jak jsou v nemocnici k vyplnění ty stížnosti, pořád psát a stěžovat si, jestli by to pomohlo“.* R3: *„Asi by sestřičky měly mít vzdělání, pak by se chovaly slušněji. A taky peníze. Aby bylo lepší vybavení a lepší platy“.*



Zpracování výzkumného šetření – pozorování

Oblasti pozorování	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4
<b>První kontakt, pozdrav</b>	X	X	---	---
<b>Přístup sestry při výkonech</b>	X	X	X	---
<b>Dodržování intimity</b>	X	X	X	X
<b>Dodržování soukromí, klepání na dveře</b>	X	X	X	---
<b>Zřetel na pacientovu diagnózu</b>	X	X	---	---
<b>Zvládnání komunikace</b>	X	---	---	---
<b>Profesionální chování</b>	X	X	X	---
<b>Neosobní chování</b>	X	X	---	---

Zdroj: vlastní, 2014

**X** - vyhodnoceno kladně

**---** - vyhodnoceno záporně

Oblasti pozorování byly vybrány na základě odpovědí uskutečněných rozhovorů. Zaměřila jsem se na pozorování chování, jednání a celkového přístupu sester, který na respondenty působil negativně nebo který respondenti hodnotili jako problematický.

Sestra 1 byla profesionální a zároveň lidská a velice empatická, aktivně vyhledávala komunikaci s pacienty, kterou přizpůsobovala pacientově diagnóze, individualitě a stavu. Zajímala ji pacientův názor. Vysvětlila pacientovi a opakovaně popsala následný postup při prováděném výkonu. Reagovala klidně a trpělivě. Snažila se dodržovat intimitu i soukromí pacienta.

Sestra 2 byla rázná, ale spravedlivá, komunikovala s mírným odstupem, stručněji, ale profesionálně. Vyslechla pacientův názor, ale stála si za svým. Ozámila krátce pacientovi postup výkonu. Dbala na pacientovu intimitu i soukromí pokud to dovozoval provoz oddělení.

Sestra 3 byla spíše pasivní, pacienti se museli vyptávat, na některé otázky odpovídala sestra podrážděně. Nevěnovala pacientům tolik času. Dodržovala zásady slušného chování, ale přístup byl neosobní, zřetel na pacientovu diagnózu moc nebrala. Intimitu a soukromí pacientů dle zvyků oddělení dodržovala.

Sestra 4 byla přísná až nadřazená. Při výkonech pacientovi suše ozámila, co se bude dít, víc nevysvětlila. Chovala se neosobně, ke všem pacientům stejně, na stav pacienta zřetel nebrala. Udělala jen to, co musela, víc ji nezajímalo. Soukromí pacientů nedodržovala, při vstupu na pokoj zásadně neklepala.

## 5 DISKUZE

Psychiatrie prochází v dnešní době velkou modernizací a její význam, vzhledem k vysoké nemocnosti psychickými a psychiatrickými poruchami ve světě i u nás, narůstá. Ošetrovatelská péče o pacienty trpící duševními poruchami se mění, důraz je kladen na resocializaci pacientů s duševním onemocněním a na snahu o změnu diskriminační a stigmatizační atmosféry vůči těmto nemocným v celé společnosti. Zvýšené nároky na etiku v chování a léčbě jsou požadovány ve všech oborech medicíny. Psychiatrie patří k oborům z tohoto hlediska nejobtížnějším. V psychiatrii se zdravotníci mnohdy setkávají s náročnými situacemi, které přinášejí rozmanité problémy medicínské, etické a právní.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním, zmapovat problematiku oblasti a eventuální překážky při uplatňování etických zásad. Dalším cílem bylo zjistit, jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se s ním již setkali. K těmto cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek: Znájí a dodržují sestry etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním? Jaké problematiku oblasti uvádějí sestry při uplatňování etického přístupu k pacientům s duševním onemocněním v rámci ošetrovatelské péče? Existují nějaké překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním s pohledu sester? Jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče? Setkali se již někdy tito pacienti v průběhu léčby svého onemocnění s porušením etického přístupu ze strany ošetrovatelského personálu? Výsledky provedeného kvalitativního výzkumu vyplývají z rozhovorů vedených se sestrami psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s. a Domova se zvláštním režimem Libnič. Druhá část rozhovorů byla vedena s pacienty psychiatrické ambulance a klienty Domova se zvláštním režimem.

Na základě výsledků rozhovorů se sestrami byly stanoveny konkrétní hodnoty a vlastnosti nutné pro výkon profese všeobecné sestry. V odborné literatuře se setkáváme s výčtem osobnostních předpokladů a vlastností, jakými má správná sestra disponovat. Odpovědi sester se s literaturou shodovaly v rovině profesionální i osobní. Nejčastěji sestry uváděly lidskost, slušnost, ochotu, empatii, vyrovnanost osobnosti, odbornost a znalosti. Stejně tak smýšleli i dotazovaní pacienti, upřednostňovali by sestru milou, přátelskou, pozitivní a vstřícnou. Pacienti jednoznačně preferovali zájem o člověka jako celek, lidskost a empatický přístup s ohledem na onemocnění a individualitu nemocného.

Na podkladě výsledků rozhovorů byla určena specifika sester pracujících s pacienty s duševním onemocněním. Jak uvedla S1: „*Po letech praxe jsem přesvědčená, že každý nemusí být dobrá psychiatrická sestra, některé věci se nelze jen naučit*“. Jako nejdůležitější předpoklad pro práci na psychiatrii sestry uváděly komunikaci. Kristová (6) uvádí, že kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez vzájemné komunikace. Ptáček (10) tvrdí, že efektivní komunikace je základní dovedností. Venglářová (8) konstatuje, že komunikace s nemocnými s duševní poruchou vyžaduje specifický přístup. Konkrétní specifika v komunikaci jsem uvedla v teoretické části v kapitole 1.2.3. Jako další podmínku pro práci na psychiatrii sestry uváděly pozorovací schopnost a umění předvídat. Shodují se s Elexovou (22), která pozorování uvádí jako jednu z metod získávání údajů, které sestra musí zvládat. Jednoznačná shoda sester i pacientů byla v oblasti individuálního přístupu a lidskosti. Shodně prohlašuje i Styx, že chování zdravotníka na psychiatrii je hodnoceno především z hlediska lidského přístupu (29).

Pro poskytování kvalifikované péče je nevyhnutelné, aby se zdravotnický personál pro svoji práci odborně vzdělával. Nutnost vzdělání a profesionality je nezpochybnitelné. Sestry ve shodě s pacienty uváděli vzdělání jako nezbytné a samozřejmé. Vzdělávání nekončí absolvováním příslušné odborné školy. Kontinuální vzdělávání je povinností sestry a účast sestry na celoživotním vzdělávání považujeme za prohlubování kvalifikace.

Dalším bodem souvisejícím se vzděláním sester byla znalost etického kodexu. Z šetření vyplynulo, že sestry obsah kodexu znají částečně, nedokážou jej citovat ve všech bodech, ale všeobecné povědomí o jeho obsahu mají. Kodex poskytuje návod k aktivitám sester či rámec pro normy chování. Haškovcová konstatuje, že kodex nabízí základní oblasti, podle nichž by sestry měly činit vlastní etická rozhodování (30). Aby kodex plnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce (31).

Jedním z cílů práce bylo zjistit problematické oblasti při uplatňování etického přístupu. Sestry vnímají jako eticky problematické omezení pacientů, řešení agresí, nedobrovolné hospitalizace, aplikace léků a s tím spojené dodržování práv pacientů a zachování lidské důstojnosti. Petr uvádí, že přístup k agresivním pacientům, používání omezovacích prostředků a péče o pacienty v omezení jsou specifickými oblastmi poskytování psychiatrické péče a kladou vysoké nároky na odbornou připravenost personálu. Klíčový je při poskytování ošetrovatelské péče citlivý přístup, profesionální jednání a potřeba důsledně dodržovat daná pravidla (32). V těchto případech dochází k velkým zásahům do práv a osobní svobody pacienta. Kutnohorská konstatuje, že potřeba zajistit lidská práva je univerzální. Lidská práva vyjadřují nejzákladnější, všemi uznávané hodnoty lidství. Chránit a respektovat základní lidská práva zvláště lidskou důstojnost, patří k etickým povinnostem. Důraz na důstojnost lidské osoby je ve zdravotnictví mimořádný a jedinečný (15).

Za stále problematickou sestry uváděly stigmatizaci a integraci pacientů s duševními poruchami. Kučerová (3) uvádí, že psychiatrie je stále považovaná za něco výstředního nebo ponižujícího, vyšetření pacienta u psychiatra je stále ještě negativní nálepkou. Malá (2) poukazuje na fakt, že člověk s duševní poruchou je v jiném postavení než člověk s tělesnou nemocí. Pacient s duševní poruchou trpí a nese břímě negativního hodnocení ostatními lidmi. Marková (5) shodně tvrdí, že lidé pak trpí dvojnásob, příznaky choroby i odmítáním okolí. Stigma může vést k posílení příznaků duševní poruchy, snižuje nemocným sebedůvěru, vede ke strachu a izolaci. Marková (5) tvrdí, že destigmatizace spočívá ve změně postojů a v legislativních opatřeních.

Sestry navrhovaly jako řešení soustavnou integraci duševně nemocných a širší informovanost veřejnosti. Jak uvádí Světová zdravotnická organizace, ke změně by mělo dojít výukou, odpovědnou informovaností, osvětou. Světová zdravotnická organizace si dala za úkol, že pomůže rozšířit vědomosti, zpochybnit stigma, zmírnit diskriminaci, humanizovat psychiatrické služby a zplnohodnotnit pacienty ve společnosti na celém světě (33). Změnu slibuje i chystaná reforma psychiatrické péče pro období 2014 - 2023 s cílem zvýšení kvality života klientů s duševní poruchou. Chystá se systémová změna organizace celého oboru spočívající v omezení stigmatizace, zvýšení spokojenosti klientů s poskytovanou psychiatrickou péčí, zvýšení efektivity psychiatrické péče díky včasné diagnostice, identifikaci skryté nemoci psychiatrického rázu, humanizaci psychiatrické péče, zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti (34).

Dalším cílem práce bylo zmapovat překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že to jsou nevyhovující prostory na oddělení, mnoho administrativy, nedostatek finančních prostředků, kolektiv a zvyky na oddělení, dále samotná nemoc, náhled pacienta na nemoc a minimální spolupráce ze strany pacientů.

K podobným výsledkům dospěla Tošnarová ve své disertační práci. Uvádí, že všeobecné sestry se v rámci psychiatrického ošetrovatelství potýkají s etickými problémy v oblasti nedostatku soukromí pacientů, zachování lidské důstojnosti, zajišťování bezpečnosti a poskytování informací. Jako překážky při uplatňování etických zásad Tošnarová ve své studii uvádí plné obsazení lůžek, skladbu pacientů, omezené možnosti oddělení, zvyky na pracovišti, pracovní prostředí a vybavenost pracoviště (35). Důvodem je jistě dlouhodobé podfinancování psychiatrie, což se negativně odráží i na stavu jednotlivých oddělení.

Pro porovnání uvádím výsledky studie prováděné za účelem zjištění etických problémů sester pracujících na psychiatrických odděleních v Koreji. Studie popisuje problematiku uplatňování povinné léčby, nedobrovolné hospitalizace, omezení pacientů, porušování lidských práv a autonomie. Sestry pracující na psychiatrii, se každodenně

potýkají s etickými dilematy, ale nejsou schopny je řešit. Rozporuplné situace nastávají, mají-li sestry plnit roli obhájce, snažit se prosazovat zájmy pacientů a současně zajistit roli asistenta lékaře. Studie ukázala nutnost vzdělávacích programů, které poskytnou sestřím jasné návody v ošetrovatelské praxi a pomohou nalézt vhodná etická rozhodnutí (36).

Dalším cílem práce bylo zjistit, jaké chování pacienti považují za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se s ním v průběhu své léčby setkali. Každý z dotazovaných pacientů bohužel negativní zkušenost přiznával. Shoda nastala nejčastěji v nedodržení soukromí a intimity a porušení mlčenlivosti. Mezi další porušení etického přístupu ze strany sester patřilo nerespektování člověka, jeho osobnosti, nechtěná aplikace léků, nadřazené chování, nevhodná komunikace, neohleduplnost, nezáměr ze strany sester, nízká iniciativa a následná ztráta důvěry. Jak tvrdí Janotová, musíme své chování a jednání volit tak abychom poskytli pacientovi právě pocit důvěry a jistoty. Komunikovat takovým způsobem, aby pacient věděl, že jeho obtíže a on sám jsou na prvním místě (37). Styx tvrdí, že první krok je určen právě zdravotníkům. Měli by vzbuzovat důvěru ve své lidské a odborné kvality, protože představy nemocného a jejich přiměřené naplnění jsou první podmínkou každé terapie (29). Baudiš uvádí, že vztah zdravotníka a nemocného, jeho význam a účelnost i humanitu popisují, předpokládají a vyžadují především etické normy zdravotnické činnosti. Vždy jde o vzájemnou komunikaci a spolupráci. Pro zdravotnictví a pro psychiatrii zvláště má vztah zdravotník - pacient mimořádný význam (38).

Haškovcová konstatuje, že objektem práce sestry je člověk. Proto má v práci sestry velký význam dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k lidské bytosti. Pro pacienta je sestra osobou nejen odborně pomáhající, ale především lidsky blízkou. I při důsledném zachovávání profesního přístupu by z jejího chování neměl vymizet cit a vstřícnost. Komunikativní dovednosti a respekt k obecným i profesním mravním normám je třeba pokládat za nezbytnou součást dobrého výkonu povolání. Sestra je plně odpovědná za svá rozhodnutí a jednání. Měla by brát v úvahu nejen následky svých rozhodnutí, ale především všelidské morální hodnoty tvořící osu morálního jednání zdravotníka (30, 39).

Všichni autoři předkládají žádoucí chování a jednání sester. Sesterská profese je tradičně s morálními nároky spojována. Jak vzešlo z našeho šetření, sestry samy jsou si vědomy správného chování, znají a snaží se dodržovat etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče. Naproti tomu všichni respondenti přiznali, že se s porušením etického chování ze strany sester setkali. Odpovědi a názory sester a respondentů jsou tedy v rozporu. K podobným závěrům jsme dospěli i u zúčastněného skrytého pozorování. Pouze jedné ze čtyř sester nelze v chování a jednání s pacienty nic vytknout. Ostatní sestry by celkový přístup k pacientům měly přehodnotit, zlepšit a zdokonalit. Já osobně si myslím, že se správnému přístupu k pacientům musíme ještě hodně učit. Haškovcová tvrdí, že výuka etiky na školách je jednou z podmínek, jak zlepšit úroveň etického jednání i rozhodování v praxi (39). Baudiš tvrdí, že pro zdravotnictví a pro psychiatrii zvláště má vztah zdravotník - pacient mimořádný význam a není divu, že se stále více úsilí věnuje výchově k etickým požadavkům v oboru. Etické zásady jednotlivých zdravotníků se vytvářejí bez pochyby obecnou výchovou, a to již od mládí (38).

Jak dotazované sestry, tak i pacienti negativně hodnotili morálku v celé společnosti. Jak uvádí Lajkep etika ve zdravotnictví je odrazem etických postojů celé společnosti. Samotným pacientem je etický přístup zdravotníků hodnocen nejvýše, je základem vztahu pacienta a zdravotníka (40).

Jak říká Munzarová, je vhodné si neustále uvědomovat, že máme to velké privilegium pomáhat lidem, kteří nám důvěřují a kteří se nám svěřují ve své nouzi. Měli bychom si být této pocty vědomi a měli bychom se snažit zasloužit si ji (16).



## 6 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali etickým aspektům profesionálního chování sester v péči o pacienty s duševním onemocněním. Práce porovnává názory sester a pacientů na tuto problematiku a mapuje jejich představy na zlepšení péče v těchto oblastech. V úvodu byly stanoveny čtyři základní cíle: Zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním. Zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry problematické. Zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním. Zjistit, jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se již s ním v průběhu léčby svého onemocnění setkali.

K dosažení těchto cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Znají a dodržují sestry etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním? Jaké problematické oblasti uvádějí sestry při uplatňování etického přístupu k pacientům s duševním onemocněním v rámci ošetrovatelské péče? Existují nějaké překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním s pohledu sester? Jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče? Setkali se již někdy tito pacienti v průběhu léčby svého onemocnění s porušením etického přístupu ze strany ošetrovatelského personálu?

Výzkum ukázal, že sestry znají a snaží se dodržovat etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče. Definovali jsme eticky problematické oblasti, jako jsou nedodržení soukromí a intimity, zachování důstojnosti, nevhodná komunikace, fyzická omezení nebo omezení ve smyslu podřízení se režimu psychiatrického oddělení. Sestry se v praxi potýkají s různými překážkami při uplatňování etických zásad. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že to jsou nevyhovující prostory na oddělení, mnoho administrativy, nedostatek finančních prostředků, kolektiv a zvyky na oddělení, dále samotná nemoc, náhled pacienta na nemoc a malá spolupráce ze strany pacientů. Z výzkumného šetření

s pacienty vyplynulo kladné hodnocení sester, avšak všichni respondenti přiznali, že se s porušením etického chování ze strany sester setkali.

Výsledky tohoto šetření mohou sloužit jako podpůrný text při přednáškách, mohly by vést ke zlepšování uvedených problémů a přispět ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče o pacienty s duševním onemocněním. Práce také může sloužit jako zdroj informací pro studenty.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. TUČEK, Jan a Vladimír CHODURA. *Psychiatrie*. 3. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 89 s. ISBN 80-704-0786-7.
2. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.
3. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 166 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4747-330.
4. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
5. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Míra BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
6. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Osveta, 2004, 211 s. ISBN 80-806-3160-3.
7. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, 271 s. ISBN 978-808-0632-571.
8. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
9. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
10. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
11. ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Multikulturní ošetrovatelství 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. České ošetrovatelství, 5. ISBN 80-247-1213-X.
12. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
13. PETR, Tomáš, 2006. Ošetrovatelský přístup k neklidným a agresivním nemocným. In: Marková, E a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 106-112. ISBN 80-247-1151-6.

14. LÁTALOVÁ, Klára. *Agresivita v psychiatrii*. vyd. 1. Praha: Grada, 2013, 235 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4744-544.
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.
16. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
17. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. [online]. [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/pravni-predpisy/>
18. PETR, Tomáš, 2006. Restriktivní postupy. In: Marková, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 113-124. ISBN 80-247-1151-6.
19. Věstník Ministerstva zdravotnictví 9/2004, koncepce ošetrovatelství. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3648\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html)
20. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 11: sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.
21. NEUBAUEROVÁ, Kateřina. *Práce sestry na psychiatrickém oddělení*. [online]. [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/prace-sestry-na-psychiatrickem-oddeleni-324831>
22. ELEXOVÁ, Hana, 2006. Specifika práce sestry na psychiatrii. In: Marková, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 57. ISBN 80-247-1151-6.
23. BLATNICKÁ, Jindra, 2006. Zvláštní situace v psychiatrii. In: Marková, E. a kol. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 126-128. ISBN 80-247-1151-6.
24. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče. [online]. [cit. 2014-03-12]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
25. Obsah předmětu Etika v ošetrovatelství. JCU ZSF
26. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

27. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
28. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
29. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-722-6828-7.
30. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 2000, 46 s. České ošetrovatelství, 5. ISBN 80-701-3310-4.
31. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. 1. vyd. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, 47 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-701-3270-1.
32. PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4742-366.
33. MZČR: Zdraví pro všechny v 21. století [online]. [cit. 2013-09-22]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)
34. MZČR: Strategie reformy psychiatrické péče [online]. [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
35. TOŠNAROVÁ, Hana 2011. *Problematika etiky v profesionálním chování zdravotních sester v péči o psychiatrické pacienty* [online]. Praha. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/80740/>
36. KWINSOON Choe, EUN-JU Song, ChUN-HWA Jung, 2012. Ethical Problems Experienced by Psychiatric Nurses in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 26(6), 495-502 [cit. 2014-06-26]. Dostupné z: ScienceDirect <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.002>
37. RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vyd. Praha: Triton, 2012, 239 s. ISBN 978-807-3875-824.

38. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002, 156 s. ISBN 80-726-2104-1.
39. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. České ošetřovatelství, 5. ISBN 80-726-2132-7.
40. LAJKEP, Tomáš. *Etika a právo v psychiatrii*. [online]. [cit. 2014-07-02]. Dostupné z: <http://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/01/03.pdf>

## **8 SEZNAM PŘÍLOH**

1. Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry
2. Práva pacientů
3. Práva duševně postižených
4. Seznam otázek pro sestry
5. Seznam otázek pro pacienty
6. Souhlas hlavní sestry Nemocnice České Budějovice, a. s.
7. Souhlas vrchní sestry psychiatrického oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
8. Souhlas PaedDr. Milana Kyzoura
9. Fotografie Domova Libnič
10. Etický kodex zaměstnanců Domova Libnič a Centra sociálních služeb Empatie
11. Ukázka kódování textu rozhovorů
12. Záznamový arch

Příloha 1.

## **Mezinárodní etický kodex pro zdravotní sestry**

### **Etická pravidla zdravotní péče**

Sestra je povinna převzít profesionální odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných právě tak, jako za tišení bolesti.

Potřeba zdravotní péče je všeobecná. Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jsou nerozlučně spjaty: respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Zdravotní péči je třeba poskytovat bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, vek, pohlaví, politické přesvědčení a sociální postavení.

Zdravotní sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině a společnosti a spolupracuje v tom i s reprezentanty jiných oborů.

### **Zdravotní sestra a spoluobčan**

Zdravotní sestra má v první radě zodpovědnost za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při poskytování péče respektuje zdravotní sestra víru jednotlivce, jeho životní hodnoty a obyčeje a snaží se vytvořit podmínky respektující individualitu.

Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.

### **Zdravotní sestra a péče v praxi**

Zdravotní sestra je osobně odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí cestou neustálého vzdělávání.

Zdravotní sestra se snaží udržovat pečovatelský standart na co nejvyšší úrovni, a to v každé situaci.

Zdravotní sestra hodnotí jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci jiných osob, když přejímá zodpovědnost za jistý úkol a když jej předává jiným osobám.

Zdravotní sestra ve funkci jedná tak, aby její chování přispělo k dobré pověsti povolání.

### **Zdravotní sestra a společnost**

Zdravotní sestra, podobně jako ostatní občané, podporuje požadavky obyvatelstva na zdravotní a sociální zabezpečení a je v této věci iniciativní.

### **Zdravotní sestra a spoluzaměstnanci**

Zdravotní sestra je zodpovědná za realizaci spolupráce s ostatními zdravotníky všech profesních kategorií.

Zdravotní sestra podle nutnosti zasahuje tak, aby ochránila jednotlivce, jestliže péče o něj je ohrožena nevhodným chováním jiného zdravotníka nebo občana.

### **Zdravotní sestra a povolání**

Zdravotní sestra je odpovědná za realizaci vysokého standardu zdravotní a ošetrovatelské péče a za odborné vzdělávání.



Zdravotní sestra soustavně pracuje na definování a kultivaci vnitřního obsahu zdravotní a ošetrovatelské péče.

Zdravotní sestra se zasazuje v rámci odborové organizace o stanovení primereného platu a jeho vyplácení. Dbá též o vytváření důstojných pracovních podmínek umožňujících realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče.

Příloha 2.

### **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 (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- 3) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického 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, která se na nich zúčastní.
- 4) Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- 5) V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- 6) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- 7) Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- 8) Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude uvedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9) Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10) Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11) Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

(Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992.)

Příloha 3.

### **Práva duševně postižených**

(rezoluce byla schválena Valným Shromážděním OSN dne 20. prosince 1971)

Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.

Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti

Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní spolupráci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.

Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak jen je možné.

Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.

Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.

Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Příloha 4.

## SESTRY

Znají a dodržují sestry etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním?

Jaké problematické oblasti uvádějí sestry pracující na psychiatrii při uplatňování etického přístupu k pacientům s duševním onemocněním v rámci ošetrovatelské péče?

Existují nějaké překážky při uplatňování etických zásad v psychiatrické ošetrovatelské péči z pohledu sester pracujících na psychiatrii?

Věk

Vzdělání

Doba praxe

Jaké hodnoty považujete za důležité ve své profesi?

Jaká by měla být sestra na psychiatrii, osobnost, vlastnosti, předpoklady?

Kde máte na oddělení etický kodex? Je vám k dispozici?

Znáte etický kodex, dodržujete jej, považujete jej za pomoc při řešení problémů?

Jaké situace vnímáte jako eticky problematické? A proč?

Napadl by vás možný způsob řešení? Jaký by byl?

Uvedla byste nějaké překážky v dodržování etických zásad na vašem oddělení?

Jaká je spolupráce s nemocnými, mají zájem o informace, o léčbu, dodržují nastavená pravidla?

Příloha 5.

## NEMOCNÍ

Jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče?

Setkali se již někdy tito pacienti v průběhu léčby svého onemocnění s porušením etického přístupu ze strany ošetrovatelského personálu?

Věk

Vzdělání

Délka onemocnění

Jaký přístup byste upřednostňoval, očekával od ošetrovatelského personálu?

Jaká je realita, jakou máte zkušenost s chováním ošetrovatelského personálu?

Prožíval jste nějaké negativní emoce při příjmu, během hospitalizace, v ambulanci?

Máte obecně dostatek informací?

Víte, že existují práva pacientů?

Co považujete za porušení etických pravidel?

Setkal jste se osobně s porušením etického přístupu?

Byl jste svědkem porušení etického chování?

Myslíte, že by se v té situaci dalo postupovat jinak, lépe?

Příloha 6.

V Horním Bukovsku dne 31.3. 2014

Mgr. Monika Kyselová, MBA  
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  
Hlavní sestra

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou 3. ročníku JCU ZSF obor všeobecná sestra, kombinované studium a chtěla bych Vás požádat o povolení provádět kvalitativní výzkum a vést rozhovory se sestrami na psychiatrickém oddělení nemocnice České Budějovice v rámci mé bakalářské práce na téma Etický přístup sester k pacientům s duševním onemocněním.

Cílem práce je:

- zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním
- zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry za problematické
- zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Eva Primová  
Horní Bukovsko 48  
373 65 Dolní Bukovsko  
Tel. 776 285 474  
primova.eva@seznam.cz

31.3.2014  
Jankasim,  
Monika Kyselová  
Mgr. Monika Kyselová, MBA

31.3.2014  
776 285 474  
21

Příloha 7.

Mgr. Hana Dohnalová  
Vrchní sestra  
Psychiatrické oddělení

V Českých Budějovicích 3. 4. 2014

Vážená paní magistro,

Jsem studentkou 3. ročníku JCU ZSF obor všeobecná sestra, kombinované studium a chtěla bych Vás požádat o povolení vést rozhovory se sestrami na psychiatrickém oddělení nemocnice České Budějovice v rámci mé bakalářské práce na téma Etický přístup sester k pacientům s duševním onemocněním.

Cílem práce je:

- zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním
- zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry za problematické
- zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Eva Primová  
Horní Bukovsko 48  
373 65 Dolní Bukovsko  
Tel. 776 285 474  
primova.eva@seznam.cz

22. 04. 2014

*Sonka Slav.*

*Hana Dohnalová*  
Mgr. Hana Dohnalová

32	Nemocnice České Budějovice, a.s.
006	B. Němcova 555/54
158	Psychiatrické odd. - úzkost. odd. tel. 387 679 705



## Příloha 8.

PaedDr. Milan Kyzour  
DZR Libeň

Vážený pane doktore,

jsem studentkou 3. ročníku JCU ZSF obor všeobecná sestra, kombinované studium a chtěla bych Vás požádat o povolení provádět výzkumné šetření a vést rozhovory se sestrami a klienty v Domově se zvláštním režimem Libeň v rámci mé bakalářské práce na téma Etický přístup sester k pacientům s duševním onemocněním.

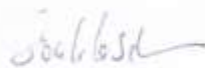
Cílem práce je:

- zjistit, zda sestry znají a dodržují etické zásady při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s duševním onemocněním
- zjistit, jaké oblasti při uplatňování etického přístupu a chování k pacientům s duševním onemocněním v praxi považují sestry za problematické
- zmapovat a analyzovat eventuální překážky při uplatňování etických zásad v ošetrovatelské péči u pacientů s duševním onemocněním
- zjistit, jaké chování považují pacienti s duševním onemocněním za porušení etiky ošetrovatelské péče a zda se již s ním v průběhu léčby svého onemocnění setkali.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.


S pozdravem

Eva Primová  
Horní Bukovsko 48  
373 65 Doňní Bukovsko  
Tel. 776 285 474  
primova.eva@seznam.cz




Děmuv Libeň a Centrum  
speciálních služeb Empatia  
(IČ: 000 06 271)  
Libeň 17, 373 71 Rudolfov

Příloha 9.



Domov Libnič  
a CSS Empatie




V našem domově poskytujeme služby pro osoby  
s chronickým duševním onemocněním a kombinovaným postižením.

# Domov Libnič

Libnič 17, 373 71 Rudolfov

[www.domovlibnic.cz](http://www.domovlibnic.cz)



Jihočeský kraj  
organizační zřizovatel Jihočeský kraj

Posláním domova se zvláštním režimem je poskytovat specifickou pomoc a podporu především těm lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu schizofrenního onemocnění nebo poruch s bludy, a to s důrazem na respektování jejich práv a individuálních potřeb.

Prostřednictvím sociálních, zdravotních, psychologických a terapeutických činností se snažíme zachovávat či posilovat soběstačnost, společenské návyky a dovednosti uživatelů služby a usilujeme o zajištění jejich důstojného života.

### Nabízíme<sup>1</sup>:

- ubytování převážně ve dvouložkových pokojích
- stravu (5 jídel denně)
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- ošetrovatelskou péči
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí



<sup>1</sup>Popis činnosti podle Zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášky č. 303/2006 Sb. Článek 10, služby se řídí plánem poskytnutí.

Provoz Domova Libnič je nepřetržitý. Jeho kapacita je 113 míst ve čtyřech odděleních.



**Ošetrovatelskou péči** vykonávají zdravotní sestry s registrací. **Přímá obslužná péče** je především v náplni práce pracovníků v sociálních službách. Podílejí se na ní i zdravotní sestry a zdravotní asistentky.

**Rehabilitační péči** pro uživatele Domova Libnič provádějí fyzioterapeutky podle potřeby.

**Lékařská péče** je zajištěna externím praktickým lékařem a externím psychiatrem, kteří v Domově Libnič ordinují jeden den v týdnu.

**Terapeutickou péči** o uživatele mají na starost odborní pracovníci v rámci individuální a skupinové terapie. Uživatelé mají možnost využití podpory psychologa.

### Rekondiční středisko – pracoviště Mrhal:

V pozdních jarních měsících a v létě uživatelům nabízíme pobyt v našem rekondičním středisku poblíž rybníku Mrhal, a to v rámci běžné poskytované péče.



### Aktivizace:

Naši snahou je udržovat uživatele Domova v co nejlepší tělesné a duševní kondici nabídkou aktivizačních činností v terapeutických dnech, na naší zahradě a v tělocvičně.



### Café Libnič

Kavárna se nachází v objektu Domova Libnič. S podporou terapeutů v ní obsluhují naši uživatelé. V příjemném prostředí udržují své sociální dovednosti a zároveň posilují pocit vlastní potřebnosti a sounáležitosti s druhými.





**Domov Libnič  
a Centrum sociálních služeb Empatie**

---

### **Etický kodex zaměstnanců Domova Libnič a Centra sociálních služeb Empatie**

Organizace má povinnost při své činnosti zachovávat přirozené vztahové sítě, respektovat práva a lidskou důstojnost každého uživatele.

Účelem etického kodexu je stanovit základní pravidla chování všech zaměstnanců Domova Libnič a Centra sociálních služeb Empatie (dále jen organizace) a informovat veřejnost o chování, které je oprávněna očekávat.

---

#### **I. Poslání organizace**

Posláním organizace je podpora a rozvoj uživatele sociálních služeb při zachování fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem umožnit mu v co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. K uživateli je přistupováno individuálně a důstojně a současně jsou služby poskytovány tak, aby byly zachovány vazby s rodinou a dalšími blízkými osobami. Zmíňovaná podpora a rozvoj všech poskytovaných služeb směřuje především k lidem z jihočeského kraje.

Pozn.: Každá registrovaná sociální služba organizace má konkrétně stanoveno poslání a cíle.

#### **II. Etické zásady ve vztahu k uživatelům**

Každý zaměstnanec organizace:

1. Dbá a dodržuje základní lidská práva tak, jak jsou vyjádřeny v Listině základních práv a svobod, řídí se platnými zákony tohoto státu a závaznými předpisy souvisejícími s výkonem svého povolání.
2. Pomáhá lidem, kteří naší podporu a pomoc potřebují, bez ohledu na národnost, rasu, věr, věk, pohlaví, politické přesvědčení, ekonomickou situaci a společenské postavení.

3. Chová se zdvořile a přistupuje ke každému žadateli a uživateli jako k jedinečné lidské bytosti s pochopením, úctou, empatií, trpělivostí a citlivě reaguje na jeho potřeby.
4. Respektuje důstojnost každého uživatele, jeho soukromí, důvěrnost jeho sdělení a neposkytuje žádnou informaci bez jeho souhlasu, pokud se nejedná o akutní ohrožení života.
5. Nezneužívá důvěru uživatele žádným způsobem.
6. Chápe, že uživatel je vždy rovnocenným partnerem, který dle úrovně svých fyzických a duševních sil spolurozhoduje o rozsahu a způsobu poskytované podpory a pomoci.
7. Nevyžaduje ani nepřijímá dary a žádná další zvýhodnění, která by mohla ovlivnit rozhodování o službě nebo narušit profesionální přístup k uživateli či žadateli, nebo jež by bylo možno považovat za odměnu za práci, která je jeho povinností.

### **III. Etické zásady ve vztahu k organizaci a spolupracovníkům**

Každý zaměstnanec organizace:

1. Plní odpovědně své povinnosti vyplývající ze závazků k organizaci, za svou práci nese plnou odpovědnost a snaží se, aby úroveň a kvalita služeb byla co možná nejvyšší.
2. Při výkonu své práce dává přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy.
3. Respektuje pokyny svých nadřízených i ostatních odborných pracovníků a snaží se využívat a čerpat ze znalostí a zkušeností svých kolegů.
4. Základem vztahů mezi zaměstnanci je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování. Kritické připomínky vůči ostatním pracovníkům organizace jsou řešeny pouze na pracovišti a nikdy ne před uživatelem či žadatelem o službu.
5. Je povinen poskytovat odborné služby v souladu s nejnovějšími poznatky vědních oborů. Za tímto účelem má možnost se vzdělávat, udržovat si a případně zvyšovat kvalifikaci potřebnou pro výkon své profese.
6. Dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání i organizace.
7. I v mimopracovní době vystupuje tak, aby nesnižoval důvěru v očích veřejnosti.
8. Zachovává mlčenlivost.

#### IV. Závěrečná ustanovení

1. S účinností a platností od 20.10.2011 je tento vnitřní předpis platný a upravuje chování všech zaměstnanců organizace. Současně ruší a nahrazuje Etický kodex zaměstnanců ze dne 1.1.2009 a odkazuje na Etický kodex sociálních pracovníků ČR a Etický kodex zdravotních sester a další.

2. Etický kodex je jako součást vnitřních předpisů. Je pro každého zaměstnance závazný a jeho nedodržování může být posuzováno jako porušení pracovní smlouvy se všemi z toho vyplývajícími důsledky.

V Libníči dne 20.10.2011

Vydal: Mgr. Alois Ambrož  
ředitel Domova Libníč a CSS Empatie



Domov Libníč a Centrum  
sociálních služeb Empatie  
(1) IČ 006 68 271  
Libníč 17, 373 71, Rudolfov

## Příloha 11.

### SESTRA I.

1. Věk 35

2. Vzdělání Bc.

3. Doba praxe 17 let

1. Jaké hodnoty považujete ve své profesi za důležité?

1. Odborná úroveň, slušnost, ochota pomoci, nebýt lhostejná, nezištnost, etický přístup.

2. Asi by mělo platit „ne povolání, ale poslání“.

5. Jaká by měla být sestra na psychiatrii, osobnost, vlastnosti, předpoklady?

3. Určitě vzdělaná, dobré komunikační vlastnosti, cit, vnímavost, vyrovnanost, profesionalita, umění pozorovat, předvídat. Vidět pacienta jako celek ne jen dg. Po letech praxe jsem přesvědčená, že každý nemusí být dobrá psychiatrická sestra, některé věci se nelze jen naučit.

6. Kde máte na oddělení etický kodex sester? Je vám k dispozici?

3. Je obsahem příručky pro sestry vydané ČAS. **MAJÍME**

7. Máme ho na odd.

8. Znáte etický kodex, dodržujete jej, považujete jej za pomoc při řešení problémů?

9. Podrobně kodex neznám, neuměla bych vše vyjmenovat. Dodržuji ho – ten základ.

10. Neuvědomuji si, že bych ho používala na řešení problémů

8. Jaké situace vnímáte jako eticky problematické? A proč?

10. Chování důstojnosti a soukromí, nedobrovolné pobyty, omezení pacienta, nechtěná aplikace léků, dodržování práv duševně nemocných

9. Napadl by vás možný způsob řešení? Jaký by byl?

11. Zlepšit informovanost veřejnosti, stále připomínat personálu práva duševně nem., postupy při omezení,...

10. Uvedla byste nějaké překážky v dodržování etických zásad na vašem oddělení?

6. Negativně vnímané, nepříjemné záležitosti – omezení, řešení agrese pac. Se dějí často za přítomnosti spolupacientů, návštěv. Provoz nám často nedovolí dodržet soukromí pac., jednolůžkový pokoj. Takže u nás nevyhovují prostory oddělení.

7. Jaká je spolupráce s nemocnými, mají zájem o informace, o léčbu, dodržují nastavená pravidla?

To je zcela individuální, záleží na dg., většinou zájem o info je, často to ale pac. špatně zpracují, nemají náhled, nerozumí. Radě pac. se nedaří dodržovat režim odd. Někteří léčbu dodržují pouze na odd. Doma už ne, záleží na rodině a soc. zázemí. Proto pak problematické opakované pobyty.

## SESTRA II.

1. Věk 52

2. Vzdělání SZŠ

3. Doba praxe 32 let

1 Jaké hodnoty považujete za důležité ve své profesi?

1/ Umění komunikace, dodržování práv a povinností

2/ Jednoznačně láska k lidem obecně, přesvědčení, že chci pomáhat

5. Jaká by měla být sestra na psychiatrii, osobnost, vlastnosti, předpoklady?

2 23 Vyrovnaná - když má sama problémy nefunguje pak v práci, spolehlivá, silná osobnost, odolná vůči stresu. Pravdomluvná, pracovitá, aktivní a iniciativní. A měla by dodržovat mlčenlivost, co se dozví v práci, nevnášet ven.

24 A samozřejmě vzdělaná, specializace je výhodou, odpovídající vzdělání je nutnost, ale já bych upřednostnila hlavně holky s praxí, aby měli zkušenosti a věděly jak zareagovat.

25 Kde máte na oddělení etický kodex? Je vám k dispozici?

3 26 Máme interní, pro sestry obecně a pro pacienty - práva na nástěnce. **MÁME**

27 Znáte etický kodex, dodržujete jej, považujete jej za pomoc při řešení problémů?

28 Znám, dodržuji, může to být návod jak se k lidem chovat, ale ne návod k řešení problémů.

8. Jaké situace vnímáte jako eticky problematické? A proč?

29 Lidská důstojnost - zachování, to je vždy problém s horšími pacienty. Pak mi vadí styl komunikace hlavně u nižšího personálu. Asi by se to dalo nazvat neprofesionalitou nebo familiárnost a bagatelizace. Onemocnění a stav pacienta někdy svádí k jejich snižování, mluvíme s nimi jako s dětmi, v lepším případě... Ty lidi jsou dospělí, nic nás neopravňuje abychom se k nim nechovali na úrovni. Já si vždycky říkám jak by bylo tobě kdybys byla na jejich místě, prostě se k pacientům v jakémkoli stavu musíme chovat s úctou.

30 A určitě mi vadí přístup veřejnosti nebo vlastně i jiných zdravotníků. Vždyť víš jaký máme problém udat našeho klienta na nějakou ambulanci. Takže stále rozšířená stigmatizace. Mají razítko psychiatrický dg a nikdo je nechce ošetřit.



Příloha 12.

<b>Oblasti pozorování</b>	<b>Sestra 1</b>	<b>Sestra 2</b>	<b>Sestra 3</b>	<b>Sestra 4</b>
<b>První kontakt, pozdrav</b>				
<b>Přístup sestry při výkonech</b>				
<b>Dodržování intimity</b>				
<b>Dodržování soukromí, klepání na dveře</b>				
<b>Zřetel na pacientovu diagnózu</b>				
<b>Zvládání komunikace</b>				
<b>Profesionální chování</b>				
<b>Neosobní chování</b>				