

**UNIVERZITA KARLOVA LÉKAŘSKÁ FAKULTA V  
HRADCI KRÁLOVÉ  
ÚSTAV NELEKAŘSKÝCH STUDIÍ**

# **ETICKÉ PROBLÉMY V OŠETŘOVATELSTVÍ**

Bakalářská práce

Autor práce: **Marie-Anna Audrlická**  
Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Votroubková**

2023

**CHARLES UNIVERSITY  
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ  
DEPARTMENT OF NON-MEDICAL STUDY**

## **ETHICAL PROBLEMS IN NURSING**

Bachelor's Thesis

Author: **Marie-Anna Audrlická**  
Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2023

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové .....

.....

Marie-Anna Audrlická

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Michaele Votroubkové za čas, rady a podněty, které mi dala jako vedoucí mé práce. Také bych chtěla poděkovat vedení Fakultní nemocnice Hradec Králové za umožnění výzkumného šetření a všem respondentům za rozhovory, které mi poskytli. Velké díky také patří PharmDr. Pavle Jančálkové a Ing. Jiřímu Jančálkovi za veškerou technickou a psychickou podporu, bez které bych se neobešla. Poděkovat chci také celé své rodině za podporu a péči, kterou mi věnovala během mých studií.

# Obsah

Obsah .....	5
Úvod.....	7
1. Úvod do etiky .....	8
1.1 Dělení etiky .....	9
1.2 Ošetrovatelská etika .....	10
1.3 Etický kodex.....	10
2 Etické principy lékařské a ošetrovatelské etiky.....	13
2.1 Etické principy 1. řádu .....	13
2.1.1 Princip beneficence.....	13
2.1.2 Princip nonmaleficence.....	13
2.1.3 Princip autonomie .....	14
2.1.4 Princip spravedlnosti.....	14
2.2 Etické principy druhého řádu .....	15
2.2.1 Princip pravdomluvnosti.....	15
2.2.2 Princip poctivosti a věrnosti .....	15
2.2.3 Princip důvěryhodnosti .....	15
2.2.4 Princip mlčenlivosti .....	15
2.3 Etické principy sestry-ošetrovatelky .....	18
2.3.1 obhajoba.....	18
2.3.2 odpovědnost.....	18
2.3.3 povinnost.....	19
2.3.4 spolupráce .....	19
3 Historický vývoj etiky .....	20
3.1 Období řecké filozofie.....	20
3.1.1 Etika ctností .....	20
3.1.2 Ctnosti sestry.....	21
3.1.3 Hédonismus .....	23
3.2 Období středověku .....	23
3.2.1 Judaismus.....	23
3.2.2 Křesťanství.....	24
3.3 Moderní a postmoderní etická filozofie .....	25
3.3.1 Deontologie.....	25
3.3.2 Utilitarismus.....	26
3.3.3 Holismus .....	27
4 Etické problémy v ošetrovatelství .....	28

4.1	Trpící pacient .....	28
4.2	Umírající pacient.....	29
4.3	Eutanázie .....	31
4.4	Dystanázie .....	32
4.5	Interrupce .....	33
4.6	Ošetrovatelská péče při nedostatku času – časový pres .....	34
5	Cíl práce.....	36
6	Metodika.....	37
6.1	Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru .....	38
7	Výzkumný soubor .....	39
8	Výsledky výzkumného šetření .....	40
8.1	Kategorie časový pres četnost.....	40
8.2	Kategorie dokumentace.....	43
8.3	Kategorie péče.....	46
8.4	Kategorie pochybení .....	51
8.5	Kategorie řešení časového presu .....	54
8.6	Návrh řešení .....	56
9	Diskuse .....	59
	Závěr .....	65
	zdroje .....	69
	Seznam tabulek .....	73
	Seznam grafů .....	74
	Seznam obrázků.....	75
	Seznam příloh .....	76
	Přílohy.....	77

# Úvod

Etika uplatňovaná ve zdravotnictví je velmi odlišná od etiky týkající se jiných služeb a oborů. Příčinou toho je zejména cíl zdravotnických profesí, tedy navrácení a udržování zdraví. Právě tento profesní cíl nejvýrazněji odlišuje zdravotnickou etiku od etiky jiných profesí, jejichž cílem je především profit. Rychle se rozvíjející zdravotnictví přichází s mnoha novými možnostmi, a s novými možnostmi přicházejí i nové problémy, a to i ty etické, kterým bych se v této práci chtěla věnovat.

Etické problémy se mohou objevit v různých oblastech práce sestry. Do své bakalářské práce jsem konkrétně zahrнула péči o trpící pacienty, péči o umírající pacienty, eutanázii, dystanázii, interrupci a péči poskytovanou v časovém presu. Na péči poskytovanou v časovém presu se zaměřuji v empirické části práce. Cílem mé práce je zhodnotit vliv časového presu na kvalitu ošetrovatelské péče a etické postoje a chování sester v této situaci a navrhnout řešení problému, který časový přes představuje. Pro své šetření jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Touto metodou jsem chtěla dosáhnout otevřenějších, upřímnějších odpovědí a širších, podrobnějších výsledků. Rozhovory byly podrobeny otevřenému a axilárnímu kódování a tyto výsledky pak byly zanalyzovány. Šetření bylo provedeno na jednom chirurgickém a jednom interním oddělení, kde jsem provedla rozhovor s celkem šesti náhodně vybranými respondenty. Na základě těchto rozhovorů jsem zformovala 5 kategorií a 20 podkategorií.

# 1. Úvod do etiky

Etika je filozofická vědní disciplína zabývající se morálkou a jejími normami. Zkoumá lidské jednání ve vztahu k morálním hodnotám a k dobru a zlu.

Morálka je soubor norem jedince či společnosti, která kategorizují chování na správné a nesprávné. Může jít o normy formální v podobě zákonů, o všeobecná nepsaná pravidla, která nejsou právně vymahatelná, přesto je většina společnosti respektuje, ale může to být i zvnitřněné přesvědčení jedince. Hodnotu těchto norem vnímá každý jedinec individuálně, a v rámci jedné společnosti se může vyskytnout mnoho různých morálních názorů a citění. Morálku si jedinec utváří během celého života vlivem výchovy, zkušeností a společenstev, jejichž je součástí. (Ondřiová, 2021)

Dále je velice důležité stanovit si pojmy etický problém a etické dilema. Etický problém můžeme vnímat jako určitý konflikt mezi dvěma hodnotami, které tak vytváří spornou otázku „Jak by bylo správné se zachovat?“. Odpověď na tuto otázku bývá tazateli zřejmá, ale z nějakého důvodu se mu přičí. Mohlo by jít například o situaci, kdy má sestra splnit ordinaci lékaře, kterou ale nepovažuje za správnou, nicméně lékař na ordinaci trvá. V této situaci si je sestra vědoma, že správné je ordinaci lékaře splnit, zná tedy řešení problému, přestože s ním nesouhlasí. Jako typický příklad bývá také uváděno sdělování pravdy vážně nemocným pacientům. Morálním jednáním je samozřejmě mluvit pravdu, pravda by ale mohla pacientovi ublížit. Řešením takového problému je tedy sdělit pacientovi pravdu takovým způsobem, aby ho, pokud možno nepoškodila. Je také možné sdělovat nepříjemné skutečnosti postupně.

V případě etického dilematu vzniká sporná situace, kdy proti sobě stojí samotné etické principy jedince či společnosti. Taková situace nemá řešení, které bychom mohli nazvat jako správné. Před jedincem může stát mnoho řešení, všechna jsou ale z nějakého hlediska eticky neuspokojivá. Proto na takovou situaci může existovat mnoho názorů a každý člověk by mohl situaci řešit jinak. Pro pracovníky, kteří jsou v takových situacích za rozhodnutí zodpovědní, jde o velkou morální zátěž, a většinou je jejich nejlepší možností zvolit menší zlo. (Bužgová, 2013) Určitou oporou jsou pracovníkům v takovýchto situacích etické kodexy, které si podrobněji rozebereme později.



## 1.1 Dělení etiky

Etiku můžeme dál rozlišovat na metaetiku, normativní etiku a praktickou etiku.

- Metaetika se zabývá etikou jako takovou, popisuje etiku jako vědní disciplínu a rozebírá její terminologii.
- Normativní etika se zabývá stanovením kritérií pro dobré chování, vytvořením obecných postupů pro dosažení dobrého chování a řešení etických problémů a dilemat. Někteří autoři usilují o vytvoření vnímavosti jedince k dobru a zlu. Předpokládají, že osvojí-li si jedinec takovouto vnímavost, výsledkem bude etické chování jedince, a snadnější rozhodování v eticky problematických situacích. Takové případy nazýváme partikularizmem.
- Praktická etika rozebírá konkrétní situace z pohledu etiky, sleduje problematiku dané situace a snaží se určit nejlepší možné řešení. Činí-li tak v rámci určitého oboru, pak hovoříme o etice profesní. Profesní etika se vztahuje ke konkrétnímu povolání, aplikuje zde platné poznatky a stanovuje kritéria pro etický výkon daného povolání. Snahou profesní etiky je vést pracovníky k etickému vykonávání jejich povolání.

V posledních desetiletích se utvořila nová oblast zvaná bioetika. Tento obor je někdy zaměňován s lékařskou etikou, jde ale o mnohem širší pojem. Bioetika se zabývá etickými otázkami, které se týkají začátku a konce života, ale i jiných oblastí života, jsou-li v souvislosti s péčí o zdraví či jinými vědami týkajícími se života. Bioetika značně přesahuje lékařskou etiku a zohledňuje i právo, sociologii, ekologii a další vědní obory. Stejně jako je třeba chápat pojem život ve velmi širokých souvislostech, tak je třeba chápat i pojem bioetika, jako velmi obsáhlý. (Munzarová, 2005)

Lékařská etika se oproti bioetice soustředí na péči o zdraví a život člověka v rámci lékařské profese. Zaměřuje se hlavně na jednání lékařů, a to zejména ve vztahu k pacientovi, popisuje práva a povinnosti lékaře, stejně jako normy a principy, kterými by se měl řídit, a samozřejmě se také zabývá etickými problémy a dilematy, kterých s vývojem společnosti, medicíny a etiky stále přibývá. Etických problémů v medicíně přibývá i proto, že jednání, které by dříve bylo zcela jednoznačně označeno za špatné, dnešní společnost již vnímá a chápe jinak a v některých případech ho může vnímat

až pozitivně. Příkladem může být potrat, který byl dříve vnímán podobně jako vražda, postupem času byla společnost schopna podívat se s větším pochopením na situaci žen, které potraty vyhledávaly. V souvislosti s dostupnějšími potraty také bohužel klesla úcta k nenarozenému životu, a to někdy až tak, že pro označení jako plod či zárodek není chápán a vnímán jako člověk. (Ondriová, 2021)

## 1.2 Ošetřovatelská etika

Pojmem ošetřovatelská etika nebo etika v ošetřovatelství označujeme profesní etiku ošetřovatelské praxe. Ošetřovatelská etika se zhruba do poloviny 20. století řídila lékařskou etikou, avšak s rozvojem ošetřovatelství se změnilo postavení sestry ve zdravotním týmu a ve vztahu k léčení nemoci. S tím nabývá na významu i ošetřovatelská etika nicméně však neztrácí svůj interaktivní vztah s etikou lékařskou. Nelze zapomenout, že etika lékařská a ošetřovatelská vychází ze stejných zdrojů a stejné tradice a jednou z hlavních hodnot obou oborů je zdraví pacienta.

Předmětem ošetřovatelské etiky jsou z velké části mezilidské vztahy. Jde tedy o vztahy mezi sestrami a lékaři, sestrami a jinými nelékařskými pracovníky i mezi sestrami navzájem. Ale asi nedůležitější jsou vztahy a postoje sester vůči pacientům, což vyvozují z toho, že ošetřovatelská profese je zaměřena na péči o pacienty, na uspokojení pacientových potřeb, navrácení zdraví, schopnosti sebepéče a celkové pohody. Sestry tak tráví s pacienty někdy i více času než s jinými členy zdravotnického týmu, a proto jsou jejich postoje vůči pacientům velmi důležité.

Ošetřovatelská etika si klade za cíl stanovení mravních norem profese stejně jako formulování ošetřovatelských povinností, vytyčení žádoucích mezilidských vztahů, ať už interpersonálních či mezi sestrou a pacientem, analyzování situací, které jsou z etického hlediska komplikované, a vytvoření vhodných postupů pro řešení takových situací. (Kutnohorská, 2007)

## 1.3 Etický kodex

Etický kodex vytvářejí povětšinou organizace pro své zaměstnance, jako soubor etických a mravních norem a doporučeného chování pro určité situace, ve kterých

by se zaměstnanec v rámci dané profese mohl ocitnout. Dobrá znalost etického kodexu organizace, pro kterou pracuje, by mu měla usnadnit rozhodování a jednání v takové situaci. Z toho důvodu je nezbytné, aby organizace dbala na znalost etického kodexu mezi pracovníky, jinak je jeho existence pouze formální a zbytečná.

Obsah etického kodexu má vycházet z hodnot a etických cílů samotné organizace a je zavazující nejen pro zaměstnance, ale i pro organizaci jako takovou. Na základě vydaného etického kodexu můžeme od organizace a jejích zaměstnanců očekávat určité chování. I proto by měl být etický kodex dobře přístupný, a to jak zaměstnancům, tak veřejnosti. (Ondriová, 2021)

Za nejstarší etický kodex můžeme považovat Hippokratovu přísahu a nemusí být překvapením, že se týká právě zdravotnictví, vzhledem k tomu, že v oblasti zdravotnictví vzniká nejvíce etických kodexů. Předpokládaným autorem Hippokratovy přísahy je řecký lékař Hippokrates (460–370 př. n. l.), který takto vytvořil základní kámen profesní lékařské etiky v Evropě. Mnohé myšlenky Hippokratovy přísahy již nejsou aktuální pro současnou společnost, ale i tak v ní můžeme nalézt mravní normy, které přetrvávají. Z principů Hippokratovy přísahy, které s progresí medicíny neztratily svůj význam, bych zmínila mlčenlivost, nepřipustnost sexuálního vztahu s pacientem a ochranu lidského života. (Bužgová, 2013)

Další mezinárodně uznávaný etický kodex vznikl v roce 1947 a nazývá se Norimberský podle Norimberského soudu, který proběhl po druhé světové válce. Tento etický kodex se zabývá výzkumem v oblasti medicíny a stanovuje jasné hranice, které by eticky smýšlející vědec neměl překročit. Norimberský kodex odsuzuje jakékoliv utrpení účastníka ať už fyzické či psychické či jakékoliv jiné poškození včetně invalidity a smrti. Norimberský kodex také stanovuje jako nutný dobrovolný souhlas osob, na kterých má být výzkum prováděn. Prováděný výzkum by také měl mít přínos pro společnost a osoby na výzkumu se podílející by měly mít možnost kdykoliv od výzkumu odstoupit.

Rok po vydání Norimberského kodexu vydala Světová zdravotnická organizace Ženevský slib, který dnes skládají lékaři namísto Hippokratovy přísahy. Ženevský slib je vystavěn na etických principech moderní medicíny. Stejně jako u Hippokratovy přísahy se lékař zavazuje mlčenlivostí, namísto ochrany života je však zavázán úctou k životu. Mezi další odlišnosti patří stavění zdraví pacienta na první místo a plnění povinností k pacientům bez ohledu na rasu, náboženství či jakékoliv jiné odlišnosti. V tomto můžeme vnímat posun mravních nároků, které jsou kladeny na lékaře. (Bužgová, 2013)

Všeobecné i praktické sestry v České republice se řídí Etickým kodexem Mezinárodní rady sester, který byl přijat Českou asociací sester v roce 2003. Práce sestry je především práce s lidmi, sestra je ve velmi těsném kontaktu s pacientem, a proto jsou kladeny vysoké nároky na její morální vyzrálost a etické jednání. Velký důraz je kladen na princip odpovědnosti. Vzhledem k tomu, že na jednání sester závisí další vývoj osudu lidí, jejich zdraví i psychický stav, je odpovědnost vlastnost pro sestru naprosto nezbytná. Samotná existence etického kodexu ovšem nezaručuje etické jednání jedince. Proto je předpokladem vnitřní etické citění jedince a jeho vlastní morální založení. (Kutnohorská, 2007)

Z dalších významných etických kodexů bych zmínila Etický kodex práv pacientů. Tento kodex byl vytvořen na základě změny vztahu mezi lékařem a pacientem, který byl dříve paternalistický, dnes je však za ideální považován vztah partnerský. Současně jde o aplikaci lidských práv do zdravotnictví. Etický kodex práv pacientů zajišťuje pacientům právo na úctu a důstojnost, kterou si jako individuální osobnosti zaslouží. Pacient má být srozumitelně seznámen se svým onemocněním, s vyšetřeními, která je potřeba podstoupit, i se svou léčbou. Od pacienta se očekává účast na léčbě, také má právo se k léčbě a vyšetřením vyjádřit a vyjádřit svá přání a požadavky. Je třeba pamatovat na to, že nyní mluvíme o etických zásadách, nikoliv právních normách. Práva nemocných měla dříve pouze podobu etického kodexu a nebyla tak právně vymahatelná. Zákon č. 372/2011 Sb., O Zdravotních službách, platný od 1. 4. 2013 zakotvil do legislativy většinu etických norem týkajících se práv pacienta a současně i povinnost seznámit pacienta s Etickým kodexem práv pacientů. (Bužgová, 2013)

## 2 Etické principy lékařské a ošetrovatelské etiky

Etické principy napomáhají zdravotníkům zvládat eticky sporné situace. Vychází jak z obecných etických norem, tak z konkrétní situace, ve které je třeba je aplikovat. Předpokladem pro správné využití etických principů je jejich znalost a vyzrálost osobnosti.

### 2.1 Etické principy 1. řádu

Etické principy 1. řádu byly popsány americkými autory Beauchampem, T.L. a Childressem, J.F. jako čtyři základní principy moderní zdravotnické etiky.

#### 2.1.1 Princip beneficence

Princip beneficence je známý také jako princip dobročinnosti či prospěšnosti. Podle principu dobročinnosti by zdravotník měl jednat tak, aby to pacientovi přineslo maximální dobro. V tomto duchu je povinností zdravotníka volit takové postupy, které nemají negativní dopad na pacienta, případně je tento negativní efekt významně převážen přínosem, kterým bude pacient ze zvolené metody benefitovat. Zdravotník by měl takto pečovat o biologické, psychické, sociální i spirituální stránky pacienta a současně by měl odstraňovat nebo předcházet poškození. (Bužgová, 2013; Ondriová, 2021)

#### 2.1.2 Princip nonmaleficence

Princip nonmaleficence je označován také jako princip neškození. Stanovuje, že zdravotník by neměl za žádných okolností poškodit pacienta, a to v žádné z jeho bio-psycho-sociálních složek. Nicméně i zdravotníci mohou dělat chyby a pacienta neúmyslně poškodit. Takovou situaci je třeba pečlivě analyzovat a individuálně řešit včetně nastolení podmínek pro předcházení podobným pochybením. Princip neškození bývá často vnímán jako nejdůležitější mezi principy prvního řádu. (Bužgová, 2013; Ondriová, 2021)

### **2.1.3 Princip autonomie**

Princip autonomie stanovuje, že je třeba respektovat pacientovo nezávislé rozhodování a jednání, aniž bychom jej ovlivňovali. Vychází z předpokladu, že každý člověk dokáže sám nejlépe posoudit co je pro jeho záměry a zájmy nejvhodnější rozhodnutí. Pacient má nárok vyvíjet svobodnou aktivitu a určovat si své vlastní plány na základě svých preferencí.

Proto, aby člověk mohl dobře zvážit své možnosti, je třeba mu vysvětlit jednotlivé zdravotnické a ošetrovatelské postupy a ujistit se, že vše správně pochopil. Dál je také potřeba, aby měl člověk schopnost dělat rozumná rozhodnutí. Za pacienty, kteří tuto schopnost nemají, pokládáme mentálně nekompetentní osoby, to jsou například děti nebo osoby zbavené svéprávnosti.

V takové situaci je možné uplatnit princip paternalismu, kdy za pacienta rozhoduje lékař. Lékař tak přebírá za pacienta zodpovědnost a činí rozhodnutí pro pacientův prospěch. Tento přístup se týká zejména situací, kdy je pacient v ohrožení života. V souvislosti s principem autonomie se mohou vyskytnout problematické situace. Přání pacienta nebo jeho zákonných zástupců může být v rozporu se zásadami moderní medicíny nebo doporučením lékaře, který se přirozeně snaží pacientovi doporučit nejvhodnější léčbu. Rozhodnutí pacientů se nám vždy nemusí zdát správná, přesto je nezbytné je respektovat, protože každý člověk má právo na svobodnou volbu. Zvláště problematické jsou situace, kdy jsou přání pacientů v rozporu s principy dobročinnosti a neškození, příkladem může být pacientovo přání zemřít. V situaci, kdy jsou pacientova přání v rozporu s platnou legislativou státu, kde je léčen, jim lékař nemůže vyhovět, a je třeba hledat jinou alternativu, či přesvědčit pacienta pro jiné řešení. (Ondriová, 2021)

### **2.1.4 Princip spravedlnosti**

Princip spravedlnosti se zabývá dělením péče, prostředků a pozornosti mezi pacienty. Pacientům se stejnými zdravotními problémy je třeba věnovat stejné množství péče a pozornosti a pacientům s rozdílnými zdravotními problémy věnujeme rozdílné množství času a péče v závislosti na jejich konkrétních potřebách. Na základě principu spravedlnosti mají všichni lidé stejný nárok na zdravotní péči, bez ohledu na pohlaví, věk, sociální postavení nebo rasu. Chceme-li ale poskytovat zdravotní péči všem pacientům, jsme omezeni různými faktory jako je ekonomika, geografie a lidské zdroje. Tyto faktory mohou činit zdravotní péči pro některé pacienty nedostupnou. (Bužgová, 2013; Ondriová, 2021)

## **2.2 Etické principy druhého řádu**

Na etické principy druhého řádu je možné nahlížet jako na ctnosti, které by měl mít zdravotník osvojené. Jsou často spojovány s etikou všedního dne a řadíme mezi ně pravdomluvnost, mlčenlivost, poctivost, věrnost a důvěryhodnost.

### **2.2.1 Princip pravdomluvnosti**

Princip pravdomluvnosti nám udává povinnost říkat pouze pravdu. Sdělování pravdivých údajů je zásadní pro vytvoření a udržení důvěry mezi lidmi, je tedy nezbytné, aby zdravotníci mluvili za všech okolností pravdu. Pacientova důvěra ve zdravotnický personál může zásadně ovlivnit průběh léčby. Léčebné procesy často vyžadují pacientovu spolupráci, ale je těžké spolupracovat s někým, komu nedůvěřujete, nebo věřit ve své uzdravení, když nedůvěřujete lidem, kteří vás léčí. Zvláštní pozornost v souvislosti s principem pravdomluvnosti je ve zdravotnictví věnována sdělování špatných zpráv jako oznámení diagnózy nevyлéčitelně nemocnému. (Ondriová, 2021)

### **2.2.2 Princip poctivosti a věrnosti**

Princip poctivosti a věrnosti vnímáme jako povinnost poctivě plnit své sliby a zůstat věrný svým závazkům. Pro zdravotníka to znamená svědomité vykonávání jeho povinností, tak aby se na něj mohli pacienti i ostatní členové multidisciplinárního týmu spolehnout. (Ondriová, 2021)

### **2.2.3 Princip důvěryhodnosti**

Pro princip důvěryhodnosti jsou zásadní již zmíněné principy věrnosti a pravdomluvnosti bez kterých by žádný zdravotník nemohl být pacientem považován za důvěryhodného člověka. Kromě těchto vlastností je pro důvěru mezi lidmi důležitá také komunikace. Zvláště v ošetrovatelské profesi je dobrá komunikace zásadní, a sestra, která se chce pacientovi stát důvěryhodnou osobou, musí být schopná mu srozumitelně a jasně podat pravdivé informace, hovořit s ním zdvořile a vstřícně a vyvarovat se blahosklonnosti. (Ondriová, 2021)

### **2.2.4 Princip mlčenlivosti**

Princip mlčenlivost vychází již z Hippokratovy přísahy a je zahrnut i v právu. Dříve byl tento princip nazýván lékařským tajemstvím právě podle Hippokratovy přísahy.

Lékař byl povinen zachovat v tajnosti jakékoliv informace, které se týkaly pacienta, jeho zdravotního stavu nebo čehokoli co pacient řekl. Tajemství mohl lékař prolomit pouze na základě pacientova vysloveného přání.

S postupem času se změnil způsob poskytování zdravotní péče i způsob zacházení s informacemi pacientů. Na základě toho byla v roce 1952 ustanovena povinná mlčenlivost. Na rozdíl od lékařského tajemství poskytuje více možností, kdy je možné sdělovat informace o pacientech. Povinnou mlčenlivost ukládá zákon č. 372/2011 Sb., O Zdravotních službách. (Ondriová, 2021)

Povinnost mlčenlivosti platí i poté, co zdravotník opustí zaměstnání, či po úmrtí pacienta. Povinnost mlčenlivosti platí i mezi zdravotníky navzájem. Sdělovat informace o pacientovi jinému zdravotníkovi je možné pouze je-li to v pacientově zájmu, to se týká předávání směn nebo překládání pacienta do jiného zařízení. Takto předáváme pouze informace podstatné pro kontinuitu péče, soukromé informace, které sdělil pacient sestře, protože jí důvěřuje, a nesouvisí s léčbou, by si sestra měla nechat pro sebe. (Bužgová, 2013)

Prolomení povinnosti mlčenlivosti je možné, pokud s tím souhlasí pacient, v případě oznamovací povinnosti nebo pro potřeby trestního řízení. V praxi se setkáváme s různými přístupy ke sdělování informací o pacientovi příbuzným. Na některých odděleních je pacient dotázán, zda je někdo, komu by měl být přístup k informacím odepřen, následně pacient podepíše souhlas, podle kterého mohou být informace sděleny všem příbuzným osobám s výjimkou těch, které pacient výslovně zmíní.

Na jiných odděleních je přístup spíše opačný a pacient vyplní souhlas o sdělování informací konkrétním osobám, které vyjmenuje. Těmto osobám jsou informace o pacientovi podány buď pokud o ně požádají, nebo je v případě zhoršení stavu pacienta kontaktuje ošetřující lékař či sestra pacienta. Tohoto postupu se často využívá na chirurgických odděleních. Tento postup totiž poskytuje možnost okamžitě informovat příbuzné o stavu pacienta ve chvílích, kdy k tomu pacient nemůže dát souhlas například z důvodu ztráty vědomí.

Další způsob je souhlas s podáváním informací osobám, které se prokážou předem domluveným heslem. Pacient vyplní do souhlasu heslo, které později sdělí svým blízkým, kterým chce dát přístup k informacím o jeho zdravotním stavu. Výhoda tohoto postupu spočívá v tom, že pacient, který chce dát možnost informovat se o jeho stavu většímu počtu osob, je nemusí všechny jmenovitě vypisovat a zároveň nehrozí, že si informace vyžádá někdo jemu neznámý, jako tomu je v případě jmenování osob, kterým



se informace poskytovat nemají. Můžeme se setkat i s různými kombinacemi všech zmíněných způsobů v závislosti na preferencích vedení oddělení. Často je součástí souhlasu také možnost vyjádřit přání nebýt informován o svém zdravotním stavu a léčebných postupech. Pacient má samozřejmě právo tyto informace znát a lékař je povinován mu je sdělit. Dnes má už pacient i právo tyto informace odmítnout a svěřit volbu léčby do rukou lékaře či blízké osoby. Ač byly v minulosti vedeny spory o správném přístupu ke sdělování špatných zpráv pacientovi, až v dnešní době jsme se dopracovali k tomu, že se k tomto problému může vyjádřit sám pacient.

## **2.3 Etické principy sestry-ošetřovatelky**

Etické principy ošetřovatelství lze vnímat jako jakési etické povinnosti nebo zásady formované tradicí a historií ošetřovatelství. Tyto povinnosti dělíme do čtyř koncepcí: obhajoba, odpovědnost, povinnost a spolupráce. (Ondriová, 2021)

### **2.3.1 obhajoba**

Obhajoba je koncepce, která staví sestru do role obhájkyně pacienta. Sestra je hlasem pro lidi, kteří nedokáží nahlas a jasně sdělit svá přání nebo obavy. Sestra je člověk na straně pacienta, který se vždy zasadí o jeho dobro a bude jednat v jeho nejlepším zájmu. Podle toho, jak konkrétně si koncepci obhajoby vykládáme, můžeme ji dělit do různých modelů. Například model ochrany práv nahlíží na koncepci obhajoby především z právního hlediska. Role sestry jako obhájkyně je vnímána skutečně jako role obránce práv pacienta. Současně je její povinností ujistit se, že pacient svá práva zná a rozumí jim. (Ondriová, 2021)

Model rozhodování založený na hodnotách vnímá sestru jako člověka, který pacientovi pomáhá uvědomit si své potřeby, zájmy a hodnoty a na jejich základě mu pomáhá s rozhodnutími, která pacient potřebuje udělat. Sestra pacienta o ničem nepřesvědčuje a neovlivňuje ho ve smyslu postrkování k jistému rozhodnutí. Pouze mu pomáhá v ujasnění si vlastních přání, hodnot a postojů a porovnání pozitiv a negativ rozhodnutí. V modelu respektu vůči lidem sestra působí jako ochránce pacientovy důstojnosti, soukromí, pohodlí, ale i jeho hodnot, a to zejména v případech, kdy pacient není schopen dělat vlastní rozhodnutí. (Ondriová, 2021)

### **2.3.2 odpovědnost**

Odpovědnost je etický princip pro sestru absolutně nezbytný. S navýšením kompetencí sestry vzrostla i její odpovědnost a je velmi důležité, aby si svou morální odpovědnost uvědomovala. Sestra má možnost zásadně ovlivnit život člověka, který je v její péči jako pacient, a to jak pozitivně, tak negativně. Je tedy třeba, aby si uvědomovala význam jednotlivých úkonů, které provádí, a dělala je podle standardů praxe. (Ondriová, 2021)

### **2.3.3 povinnost**

Povinnost je v ošetrovatelství pojem velmi blízký s odpovědností, protože sestra je odpovědná za plnění svých povinností. Povinností sestry je podporovat a navracet zdraví, předcházet onemocnění a zmírňovat utrpení. Tyto povinnosti mají sestry vůči rodinám, komunitám a jednotlivcům. Na to, že sestra své povinnosti plní, spoléhají nejen pacienti, ale i ostatní členové zdravotního týmu. Pokud se jednotliví pracovníci mohou spolehnout, že všichni členové týmu plní odpovědně své povinnosti, mohou se soustředit na svou vlastní práci a celý proces léčby se tak zefektivňuje. (Ondriová, 2021)

### **2.3.4 spolupráce**

Koncepce spolupráce je princip, bez kterého se ošetrovatelství neobejde. Spolupráce mezi pracovníky navzájem umožňuje lepší kvalitu a kontinuitu péče. Sestra by tedy měla být schopna spolupráci na pracovišti, ale i mezi pracovišti, podpořit. Stejně důležitá je spolupráce s pacientem a měla by vycházet jak ze strany sestry, tak ze strany pacienta. (Ondriová, 2021)

## 3 Historický vývoj etiky

Za zakladatele etiky jako vědní disciplíny je považován Sokrates, přestože první spisy zabývající se etikou pochází od Aristotela. Etika čistě v podobě mravních norem existovala jistě už dříve, i když se dá jen stěží odhadnout, od kdy byl člověk schopen nějakého mravního cítění. Dá se předpokládat, že mnoho mravních norem bylo do značné míry spojeno s potřebou přežít a se strachem z neznáma. I uctívání božstev bylo často spojeno se snahou zajistit lepší podmínky pro přežití přivoláním deště či odvrácením nepřítele. (Bužgová, 2013)

### 3.1 Období řecké filozofie

Období řecké filozofie započalo v 6. století př.n.l. Řeční filozofové vytvořili základ mnoha vědních disciplín, mezi nimi i etiky. Do velké míry se v rámci etiky zabývali i společenskými zvyklostmi té doby, tedy mravy, které byly považovány za dobré. Takto společnost vnímala takt, úctu, soucit a milosrdenství. Za negativní vlastnosti byly považovány přetvařování či pochlebování. Etikou se v té době zabývali Sokrates, Platón, Aristoteles, Chalkidice i jiní. (Bužgová, 2013)

#### 3.1.1 Etika ctností

Autorem etiky ctností je Aristoteles a její zvláštností je, že místo na lidské jednání se zaměřuje na člověka jako takového. Aristoteles předpokládá, že moudrý morálně vyzrálý jedinec nemůže jednat špatně, protože má habitus konání dobra. Aristoteles se tedy ve své teorii nezabývá morálními normami, ale jedincem, jeho charakterem a motivací. Aristoteles také popisuje etiku jako umění, jak žít, a protože ji spojuje s lidským charakterem, vnímá ji jako něco, s čím se člověk nenarodí, nýbrž k tomu dospěje, a co se později stane přirozeným zvykem.

Etiku ctností ve svých dílech často zpracovávají autoři, kteří se zabývají etikou ošetrovatelství. Ovšem hned z kraje narazíme na problém, jak definovat ctnost. Způsobů, jak si vykládat pojem ctnost, je mnoho. Podle Aristotela je to schopnost dělat dobrá rozhodnutí, která vedou k dobrému jednání, a je naučená dobrým jednáním. (Heřmanová, 2012) Jiří Olšovský popisuje ctnost ve Slovníku filozofických pojmů současnosti jako

něco založeného na rozumu a prozíravosti a co vede k zamyšlení sám nad sebou a k dalšímu objektivnímu poznávání. (Olšovský, 2005) Oproti tomu má Walter Brugger mnohem praktičtější pohled na ctnost. Připodobňuje ctnost ke zručnosti a vidí ji jako schopnost snadno a přirozeně jednat pro člověka přiměřeně. Do protikladu staví neřest jako nepřiměřené chování. (Brugger, 2006)

J. a G. Hustedovi popisují ctnost jako dokonalé vykonávání funkce přirozené pro danou věc. Zaměříme-li se na toto vymezení ctnosti, pak je ctností sestry péče o pacienta a jeho zdraví a život. O navrácení pacientova zdraví by se sestra měla snažit prostřednictvím podporování pacientových ctností. Ctností pacienta je, stejně jako každé jiné živé bytosti, snaha přežít. Na základě toho pak můžeme jako ctnost také vnímat snahu o uzdravení. (Hustedovi, 2008)

### **3.1.2 Ctnosti sestry**

Nyní se konečně dostáváme k tomu, jaké jsou ctnosti sestry-ošetrovatelky. Ovšem právě proto, že definování ctnosti není jednoznačné, nemůžeme ani vyjmenovat obecný seznam ctností sestry. Názory na to, jaké jsou ctnosti sestry, mohou být různé, a mohou se lišit i v samotném pojetí ctnosti. Většinou nás při uvažování o ctnostech sestry budou napadat poměrně konkrétní vlastnosti, a právě takového chápání ctností sestry se přidržíme. Umožňuje nám totiž prakticky uchopit tuto koncepci. Sestra potřebuje mít ctnosti rozumové, jako je moudrost i dobrá znalost svého oboru. Z morálních ctností je jistě nepostradatelná pravdomluvnost. Sestry jsou často zdravotníky, se kterými pacienti mluví nejvíce. Sestry by nejenom měly mluvit pravdivě, ale neměly by ani pacienty žádající o informace odbývat. Může být obtížné promlouvat s pacientem v situaci, kdy předpokládáme, že mu pravda ublíží. Vyhýbat se takovému úkolu je však podobné jako pacientovi lhát. Je třeba pacientovi sdělit i nepříjemnou pravdu s citlivostí a taktem, které můžeme rovněž pokládat za ctnosti sestry. Ale namísto toho, abychom mluvili o citlivosti, taktu a mnoha jiných vlastnostech, které by se v podobných situacích uplatnily, popisujeme tyto ctnosti jako jemnost. Do ctnosti jemnosti můžeme zahrnout laskavé a vstřícné jednání s pacienty, ochotu pomáhat a trpělivost s těmi, kteří potřebují více času. (Heřmanová, 2012)

Soucit a laskavost vedou ve spojení se sesterskou profesí často ke špatnému pochopení jejich významu. I sestry jsou lidé, kteří mají své osobní životy, a ošetrovatelství je pouze obor jejich zaměstnání. I oddanost sester vůči pacientovi, která je od nich vyžadována, musí mít své meze. Sestry musí chránit své vlastní city a duševní

zdraví. Bez soucitu by ale sestra jen obtížně rozeznala problém, který pacienta trápí, a hledala jeho řešení. Nemůžeme říct, že je péče o pacienta úplná, pokud jsme mu neprojevíli pochopení ve chvíli, kdy to potřeboval. Spravedlivá štedrost znamená v kontextu ošetrovatelství věnování času a péče všem pacientům bez ohledu na vlastní libost či nelibost, ale podle potřeb pacienta. Není rozumné požadovat, aby sestra trávila se všemi pacienty stejné množství času. Každý pacient potřebuje jinou péči v souvislosti s různým stupněm soběstačnosti a diagnózou. I v případě, že sestra provádí u dvou pacientů stejný výkon, může jí pokaždé zabrat jiné množství času. Rozdělování času mezi pacienty je obzvláště obtížné, protože většinou nebude fungovat uvažování ve smyslu „Se kterým pacientem mohu strávit času méně?“ ale naopak „Se kterými pacienty bude potřeba strávit času více?“. Takto se sestry často dostávají do nepříjemné situace, kdy nemají dostatek času postarat se o všechny pacienty tak, jak by to udělaly, kdyby dostatek času měly. Sestry musí svědomitě rozdělovat i zdroje, kterých není dostatek tak, aby se všem pacientům dostalo co nejlepší péče. (Heřmanová, 2012)

Odvaha a statečnost jsou ctnosti, u kterých nemusíme na první pohled vidět souvislost s ošetrovatelskou profesí. Tyto ctnosti vyplývají z role sestry jako obhájkyně pacienta a pro poskytování kvalitní zdravotní péče jsou velmi důležité. Svým způsobem jde o odvahu upřímně komunikovat s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Názor sestry na léčbu pacienta se může lišit od názoru lékaře. Lékař sice má konečné slovo ve věcech léčby pacienta, ale názor sestry může mít velký význam a neměla by se obávat upozornit lékaře na něco, co přehlédl, nebo na chybu, kterou udělal. Sestra může mít mnohem lepší představu o stavu pacienta než lékař. Měla by mít tedy odvahu prosazovat terapii, která je podle ní pro konkrétního pacienta nejvhodnější. Samozřejmě by tak měla dělat vždy se vší slušností a úctou k lékaři, kterou si jako odborník zaslouží. Citlivé upozornění na chyby druhých je v multidisciplinárním týmu důležité. Jen díky rozpoznání chyb mohou být chyby napraveny. Pokud nikdo nebude chtít být kritický k druhým a chyby tak budou ponechány tak jak jsou, bude klesat kvalita zdravotní péče a může postupem času dojít i k velkým pochybením, která poškodí pacienta. (Heřmanová, 2012)

Jistě by bylo možné jmenovat i mnoho dalších ctností, které by pro sestru byly vhodné, je ale třeba si stále připomínat, že sestra není druh fantastické nadlidské bytosti, ale že je to obyčejný člověk, který je v nemocnici zaměstnán a chodí tam do práce.

### 3.1.3 Hédonismus

Řecký filozof Aristippos z Kyreny vytvořil filozofický směr na principu slasti. Podle Aristippa by se lidské snažení mělo soustředit na prožití co nejvíce štěstí a spokojenosti a současně se vyhnout prožití všeho, co je nepříjemné. Právě v tomto vidí Aristippos smysl života. Hédonismus tedy neposuzuje jednání jako dobré a špatné na základě morální podstaty skutku, ale čistě na základě myšlenky, jestli a kolik slasti mi dané jednání přinese. (Heřmanová, 2012)

## 3.2 Období středověku

S rozšířením křesťanství po Evropě se rozšířila i křesťanská etika založená na lásce k bližnímu. Středověk je obdobím, kdy se etika vyvíjí do dvou koncepcí, křesťanské a filozofické. Středověká filozofie ve své koncepci navazovala na řecké filozofy, a to zejména na Platóna a Aristotela. Filozofii středověku můžeme dále rozdělit na dva směry, patristiku a scholastiku. V rámci patristiky se různí církevní představitelé zabývali hlavně církevními dogmaty, ve svých teoriích často vycházeli z Platónova učení. Za hlavního představitele patristiky dnes považujeme svatého Augustina. Později se v Evropě rozvinula scholastika, která se kromě církevními dogmaty zabývala také vzdělaností, a to hlavně v řadách církevních otců. Ve své filozofii navazovala na Aristotela a jejím hlavním představitelem byl Tomáš Akvinský. (Bužgová, 2013)

### 3.2.1 Judaismus

Judaismus a jeho tradici je nutné zmínit, protože z judaismu vychází a navazuje na něj křesťanství, které mělo velmi významný podíl na formování etiky v Evropě. Židovská literatura je z velké části součástí křesťanské bible v podobě Starého zákona, v mnohých zásadních bodech etiky se tedy křesťanství a židovství shodují. Židovství ale obsahuje o mnoho více nařízení, některá se týkají práva, jako sporů mezi sousedy či sporů o dědictví, jiná se věnují sociálnímu zabezpečení v podobě péče o vdovy, sirotky, nemocné a chudé. Nás může ale hlavně zajímat, že mnohá nařízení souvisela nějakým způsobem se zdravím a medicínou. Mnoho nařízení se věnovalo hygieně, i když byla často spíše spojována s čistotou před bohem než jako ochrana před nemocemi. Židovský zákon také obsahoval mnohá dietní nařízení, jejichž význam byl také především náboženský.

Pro nás nejdůležitější je ale Židovský postoj k lékařství. Dříve bylo typické, že se Žid napřed stal rabínem, než se stal lékařem. Židé chovají velkou úctu k životu člověka, vnímají jej jako dar od boha, a proto odmítají jakékoliv jeho poškození lidskou rukou. Z tohoto principu vnímali jako povinnost udělat vše pro záchranu života, bez ohledu na okolnosti včetně výslovného přání samotného pacienta. Jakákoliv dopomoc ke smrti byla vnímána jako vražda, ať už šlo o umírajícího či dopomoc k potratu. Jedinou výjimkou je případ, kdy je ohrožen život matky během porodu, potom je podle židovské tradice upřednostněn život matky. Židovský zákon se také věnuje péči o mrtvé, kterým má být prokázána úcta, současně je styk s mrtvým tělem považován za nečistý a je třeba se po něm rituálně očistit. (Munzarová, 2005)

### **3.2.2 Křesťanství**

Křesťanství navazuje svým učením v mnohých věcech na židovství, hlavním rozdílem je víra v Ježíše Krista, jako ve spasitele, který přišel, aby svou smrtí vykoupil všechny národy světa. Křesťanství tedy přišlo s myšlenkou na tu dobu poměrně revoluční, a to že všichni lidé mají nárok na spasení, bez ohledu na národnost, pohlaví, sociální postavení nebo věk. Křesťanství je vírou založenou na lásce Boha k lidem i přes veškeré lidské nedokonalosti a pochybení. (Munzarová, 2005)

Z pohledu zdravotnické etiky je pro nás významný pohled křesťanství na milosrdenství. Křesťanství si velice váží milosrdenství, jednak z pohledu projevu lásky k bližnímu, ale také proto, že sám Ježíš se připodobňuje ke každému trpícímu člověku, a tak vyzývá k milosrdenství. Vše, co uděláte pro druhé, je stejně záslužné, jako byste to udělali pro Krista samotného, a naopak každá pomoc, kterou neposkytnete, přestože byste mohli, je vnímána jako pomoc, kterou jste Ježíši odepřeli. (Evangelium podle Jana) Tato myšlenka měla svůj podíl na formování zdravotnické etiky v Evropě. (Jana Kutnohorská, 2007)

Z principů křesťanské etiky bych zmínila několik, které souvisí se zdravotnickou etikou. Podle principu správcovství je život stejně jako tělo darem od Boha, je třeba aby s nimi zacházel s úctou a vážil si jich. Člověk by neměl své tělo a zdraví sám poškozovat, z tohoto pohledu bychom mohli kouření či nezdravý životní styl posuzovat jako neetické. Tento princip se tedy týká spíše pacienta nežli zdravotníka, mnoho lékařů by ale jistě potěšilo, kdyby se jím řídilo více pacientů. Princip posvátnosti a nedotknutelnosti lidského života je společný pro křesťanství i židovství a jistě bychom jej objevili i u jiných náboženství. Jak již bylo zmíněno, je život darem od Boha,



a proto člověk nemá právo jej poškodit. Ortodoxní křesťan bude vnímat téměř jako vraždu poskytnutí potravy, asistovanou sebevraždu a neetická je z tohoto pohledu i antikoncepce. Přesto, že dnes církev přistupuje k těmto otázkám mírněji a citlivěji, je pro ni tento princip stále zásadou, která platí, stejně jako je život hodnotou, které je třeba si vážit stále stejně. Princip totality a integrity není pro dnešní společnost příliš aktuální, dříve měl význam v souvislosti s chirurgickými zákroky. Všechny části těla byly vnímány jako významné pro celek. Celek je celkem právě proto že je tvořen všemi jeho částmi, proto je například odnětí orgánu možné tehdy, když ohrožuje celé tělo. Zvlášť problematická je z pohledu tohoto principu transplantace orgánu. Dříve bylo stanovisko církve k transplantacím odmítavé, dnes vnímá transplantaci jako přípustnou jde-li o snahu pomoci bližnímu, tedy o formu milosrdenství a projev lásky. Princip společenství a vzájemné pomoci vidí dobro společenství v dobru každého jedince, z tohoto principu vyplývá povinnost poskytnout pomoc každému potřebnému. (Bužgová, 2013)

### 3.3 Moderní a postmoderní etická filozofie

S koncem středověku klesl vliv víry a církve na společnost a do centra pozornosti je postaven člověk. Vzrostla touha po vědění a snaha vysvětlit fenomény, které byly dříve vnímány mysticky, pomocí vědy a rozumu. Vědci i umělci také upírají svou pozornost na přírodu, která nahrazuje téma víry ve filozofii, vědě i umění. Významnými mysliteli moderní a postmoderní filozofie byli např. Thomas More, Jan Ámos Komenský, William James a Immanuel Kant. Moderní a postmoderní filozofové téměř vždy pracovali s již existujícími etickými teoriemi a jen výjimečně se objevila nová koncepce. (Bužgová, 2013)

#### 3.3.1 Deontologie

Deontologie je etická teorie, kterou vytvořil Immanuel Kant s cílem představit etický systém, který by platil univerzálně a nadčasově, aniž by se opíral o jakoukoliv církev nebo náboženství. Podle Kanta morálku určuje racionalita, ne zkušenost, a podle toho by morální cítění člověka mělo být založeno na zdravém rozumu, bez ovlivnění emocemi, kulturou, sociálním postavením či historickým obdobím. Kant pro svou etickou teorii zavádí termín **maxima**. Tu můžeme chápat jako krátké jednoduché morální pravidlo. V situaci, kdy potřebujeme provést nějaké rozhodnutí, nás napadá více různých

maxim, a my potřebujeme jednu vybrat a podle ní se zachovat. Maximu vybereme pomocí otázky: Mohu chtít stav, kdy se všichni lidé budou řídit touto maximou? Svým způsobem jde o podobný princip jako „Nečiň druhým, co nechceš, aby činili oni tobě.“. Kant jej ale uvádí do širších souvislostí a aplikuje jej i pro situace, kdy člověk svým jednáním neovlivňuje přímo druhou osobu. Kantovým Kategorickým imperativem se tedy stává jeho věta: „*Jednej vždy tak, aby se maximy tvého jednání mohly stát obecným zákonodárstvím.*“ (Heřmanová, 2012)

### 3.3.2 Utilitarismus

Utilitarismus vznikl v 18. století. Jeremy Bentham a John Stuart Mill při jeho založení vycházeli z hédonismu. Utilitarismus navazuje svými myšlenkami na etiku, která se řídí slastí a nelibostí. V rámci hédonismu se ale člověk soustředí pouze na své vlastní blaho, zatímco utilitaristická etika by měla vést k blahu pro co největší počet lidí. Utilitarismus popisujeme pomocí čtyř principů.

Podle **principu následků** nelze žádný čin sám o sobě zhodnotit jako dobrý či špatný, hodnotu činu určuje vnitřní postoj jedince, důvod činu a jeho následky. Důležité tedy není natolik jednání jedince jako následky, které konkrétní jednání přineslo, čin samotný je neutrální a jeho následky mohou být dobré nebo špatné.

**Princip užitečnosti** krásně shrnuje podstatu utilitarismu vyjádřením myšlenky, že *morální jednání je to, které přinese nejvíce dobra největšímu počtu lidí*. Na základě tohoto principu tedy hodnotíme následky možného jednání podle toho, kolik dobra kolika lidem přinese. Z tohoto pohledu jsou obtížné situace, kdy čin může přinést buď menší dobro velkému počtu lidí nebo velké dobro menšímu počtu lidí. Praktické uplatnění tohoto principu bychom mohli někdy pozorovat například při rozdělování financí ve vládních institucích.

**Princip hédonismu** se zamýšlí nad tím, co je dobro. V tomto je si utilitarismus blízký s hédonismem, protože dobro vnímá jako slast, kterou prožívá konkrétní člověk, a dobro se tedy zcela liší podle osoby a jejího prožívání

**Sociální princip** si je podobný s principem užitečnosti. Zdůrazňuje ale právě to, že naše činy by měly přinést dobro co největšímu počtu lidí. Při našem uvažování bychom se tedy měli rozhodovat nesobecky a vždy zohledňovat druhé lidi. (Bužgová, 2013; Sokol, 2014)

### **3.3.3 Holismus**

Holismus je významná filozofická teorie pro ošetřovatelství, které na ní v současnosti staví svou filozofii a do určité míry i etiku. Holistický přístup spočívá v uvědomování si množství propojení jednotlivých částí celku, který díky nim nabývá nové vlastnosti. Filozofové holismu za tento celek pokládali přírodu, ošetřovatelství však tuto myšlenku aplikuje hlavně na člověka a prostřednictvím holismu si uvědomuje bio-psycho-sociální složky pacienta. Dříve byla v medicíně tendence soustředit se především na pacientovo tělo a diagnózu, dnes pokládáme za nezbytné pečovat o všechny složky, které pacienta tvoří. Všechny tyto složky jsou stejně významné, jsou společně propojené a navzájem se ovlivňují. Současně předpokládáme, že těchto pomyslných částí má člověk víc než jen ty, které jsme jmenovali. Toto vše nesmíme zapomenout, když přistupujeme k pacientovi. Pacienta musíme vnímat v celé jeho osobnosti, nejen jako problém, se kterým přichází. (Kutnohorská, 2007; Ondriová, 2018)

## 4 Etické problémy v ošetrovatelství

### 4.1 Trpící pacient

Utrpení může mít nejrůznější podoby a může vycházet z mnoha různých příčin. Utrpení může mít podstatu spíše psychickou v podobě zármutku, úzkosti a celkové duševní nepohody, nebo může mít podstatu fyzickou v podobě bolesti, vyčerpanosti či hladu. Utrpení ale může mít i mnoho jiných podob jako osamělost, nesvoboda, duchovní strádání a mnoho jiných. Utrpení každý člověk vnímá subjektivně, a proto dva lidé kteří projdou stejnou životní situací mohou zažít zcela rozdílnou míru utrpení. (Heřmanová, 2012)

Sestra se ve svém zaměstnání setkává s trpícími denně. Nemoc samotná může být vnímána jako utrpení, a i když ji tak pacient nevnímá, mohou z nemoci různá utrpení vyplývat. Jako očividná se nám nabízí bolest fyzická, která onemocnění často doprovází, kromě ní jsou ale pacienti vystaveni i psychickému a emocionálnímu utrpení. Hospitalizací jsou vytrženi ze svých sociálních kruhů, denní program i prostředí ve kterém se nachází je značně ochuzeno, a nesmíme zapomínat, že prostředí, do kterého se dostali, je pro ně často neznámé a někdy i nesrozumitelné, což v nich může vzbuzovat pocity nejistoty až úzkosti.

Postavení sestry v souvislosti s utrpením pacienta je v multidisciplinárním týmu zcela jedinečné. Právě sestra je většinou ten, kdo se s pacientovým utrpením setkává jako první ať už proto, že se s pacientem setkává nejčastěji nebo proto, že jí pacient tuto část své osobnosti odhalí, jako osobě, které nejvíce důvěřuje. Prvním úkolem sestry v takové situaci je utrpení rozpoznat. Ne vždy je to úkol snadný. Sestra má mnoho práce, na kterou se musí soustředit, a tak hrozí že jí uniknou některé jemné náznaky nebo i větší známky toho, že pacient strádá. Mnoho pacientů o svém utrpení nemluví, nechtějí sestru obtěžovat, stydí se nebo si ani neuvědomují, jak moc je nějaký problém trápí. Takové situaci nepomáhá, když na sestry směřují svou práci jiní pracovníci. Sestra má tak čím dál tím víc věcí, kterými se musí zabývat a má čím dál tím méně času zabývat se pacientem. (Heřmanová, 2012)

Když sestra rozpozná utrpení, které pacient prožívá, to první, co pro zmírnění utrpení může udělat, je projevení soucitu. Sestry, které pracují ve zdravotnictví již dlouho, mohou otupět jak vůči utrpení, tak vůči významu, jaký má pro trpícího soucit. Soucit

může utrpení zmírnit mnohem víc, než se může na první pohled zdát. Vědomí že o utrpení někdo ví, soucítí s námi a hodlá nám pomoci, má velký význam. Důležitá, je i možnost, aby si pacient o svém utrpení mohl s někým promluvit. Vyjádřit své utrpení může člověku hodně ulevit, i když se mu o problému zpočátku mluvit nechtělo. V neposlední řadě je důležité podporovat v pacientovi reálnou naději, že se jeho utrpení zmírní. Z tohoto hlediska se dostáváme do velmi morálně obtížné situace v případě, že pracujeme s pacienty v terminálním stádiu života, nevléčitelně nemocnými nebo s pacienty, kteří mají onemocnění se špatnou či nejistou prognózou. (Heřmanová, 2012)

Při péči o pacienta trpícího bolestí nesmíme zapomínat, že i nyní je důležité dát najevo soucit a poslechnout si co pacienta trápí. Pacientovu bolest nesmíme zpochybňovat a neměli bychom pokládat problém za vyřešený podáním naordinovaného léku. Vždy je důležité zajímat se, zda lék dobře účinkuje a nespokojit se s tím, že pacient dostal lék a další může dostat až za šest hodin. Když bolest trvá, hledáme další způsoby, jak od ní ulevit, nebo se aspoň snažíme odvést pozornost. Následně je důležité promluvit si o bolestech pacienta s lékařem. Přesvědčit lékaře, aby pacientovi zvýšil dávky analgetik může být v některých případech obtížné a může to vést až ke konfliktům. (Ondriová, 2021)

## **4.2 Umírající pacient**

Umírání a smrt se časem stane součástí životní cesty každého člověka. Umírání lze popsat mnoha způsoby, medicína pohlíží na umírání jako na proces, kdy selhávají základní životní funkce, a který končí smrtí. Tento způsob definice se ale pouze zabývá tělesnou složkou člověka a nevěnuje pozornost psychické a sociální stránce. Po psychické stránce se umírající člověk vyrovnává vědomě či podvědomě s myšlenkami na blížící se smrt. Umírající člověk, kterého trápí mnoho obtíží fyzických psychických i sociálních, ztrácí touhu po životě. Umírání se zásadně týká i osob blízkých umírajícímu. Podle svých možností prožívají konec života s umírajícím. Jsou ovlivněni prostředím, bolestí i emocemi umírajícího. Dojmy z tohoto období s nimi zůstanou i poté, co pacient zemře, a můžou dále ovlivnit jejich životy. Proto si jako sestry musíme uvědomovat, že naše práce se neomezuje pouze na péči o umírajícího a omytí těla. (Ondriová, 2021)

Pro lepší porozumění procesu umírání popsala Elizabeth Kübler-Ross pět fází umírání. První fází je negace, jde o šok a odmítání myšlenky své smrti. V této fázi

se soustředíme na navázání kontaktu s pacientem. Druhou fází je agrese a hněv, pacient potřebuje vyjádřit své rozbourané emoce, může se cítit podveden, zrazen nebo může závidět lidem, kteří mají život před sebou. V této fázi je dobré dát pacientovi prostor pro vyjádření emocí, jeho chování si nebrat osobně a mít pro ně pochopení. Třetí fází je smlouvání, kdy se pacient snaží najít nějakou šanci pro zvrácení situace, člověk přirozeně touží žít, proto hledá způsob, jak si život udržet. V této fázi může být potřeba aby na sebe sestra vzala roli ochránkyně, ač to může znít krutě je třeba chránit pacienta před falešnými nadějemi. Pacient je v této fázi náchylný podlehnout falešným příslibům podvodníků. Čtvrtou fází je deprese, pacient je naplněn smutkem a obavami, tíží ho starosti o rodinu, i šťastné vzpomínky v něm vzbuzují smutek a přemýšlí o věcech, které už nestihne udělat. Úkolem sestry je pacienta vyslechnout a případně mu pomoci s vyřízením některých záležitostí. Poslední fází je smíření, pacient je už klidný, méně mluví a očekává konec. V této fázi je obzvlášť důležité, aby byl pacient se svými blízkými. Jejich přítomnost ho může těšit a uklidňovat stejně jako je důležité pro jeho blízké vědět, že ho nenechali o samotě a že pro jeho klidný odchod udělali vše, co mohli. (Kutnohorská, 2007)

Úloha sestry při péči o umírajícího pacienta je zajištění komfortního a důstojného odchodu. Sestra se snaží pacienta co možná nejvíce zbavit fyzických obtíží, kterým dominuje zejména bolest. Při této snaze musí zvažovat benefit, který pacientovi konkrétní výkon přinese ve srovnání s narušením důstojnosti či zkrácení času který stráví pacient s rodinou. Například je třeba se zamyslet, zda má smysl zajistit zavedení permanentního močového katetru u pacienta, kterého by bylo nutné za tímto účelem převést na urologii, a kterému pravděpodobně zbývá několik posledních hodin života. Čas, který by strávil na urologii nepříjemnou procedurou, by tak nemohl strávit se svou rodinou, která by na něj mezitím čekala na pokoji, a právě čas je v posledních chvílích života drahý. Pro sestry bývá morálně velice obtížná situace, kdy lékař vytrvale usiluje o zachování života pacienta i přes to, že zbytek multidisciplinárního týmu by zvolil raději paliativní péči. Zvlášť je-li pacient vysokého věku, nebo jsou jeho kognitivní funkce trvale poškozeny. Problém s tím, že dnes lékaři dokážou diagnostikovat a léčit mnoho onemocnění, je v tom, že pak nedokážou poznat pacienta, který umírá na stáří.

Kromě fyzických obtíží, by se setra měla zabývat pacientem jako osobou. Sestra by měla s pacientem upřímně a empaticky promlouvat, nevyhýbat se mlčení a podle možností plnit pacientova přání. Je dobré vyjádřit pacientovi podporu i vhodnými doteky, jako je stisknutí ruky. Takové chování ale nelze od sester přímo vyžadovat, ne každý rozezná, co je a co není v takové situaci vhodné, a ne každý bude péči o pacienta

v terminálním stádiu života snášet dobře po psychické stránce. Nelze zablývat, že se některé sestry chovají k trpícím či umírajícím pacientům čistě profesionálně, aby tak uchránily své city. (Ondriová, 2021)

### 4.3 Eutanázie

Eutanázii bychom mohli obecně definovat jako vědomé a záměrné usmrcení pacienta na jeho žádost. Důvodem takové žádosti může být nevléčitelná nemoc nebo nemoc, kterou je možné léčit, ale léčba je pro pacienta náročná a působí mu utrpení. Eutanázie má tedy zkrátit utrpení pacienta v situaci, kdy toho nedokáže dosáhnout léčba. Pro eutanázii se musí rozhodnout sám pacient ze své vůle. Česká lékařská komora hodnotí eutanázii jako nepřijatelnou a v České republice je nelegální. V České republice se lékaři drží své role navrácení zdraví a mírnění utrpení pacienta. Jakékoliv poškození pacienta, byť na jeho přání, jde proti etickým principům českého zdravotnictví. (Bartůněk, 2012)

Eutanázie je morálně problematická z mnoha pohledů, začít můžeme u samotného pacientova rozhodnutí. Vážně nemocný pacient bude pravděpodobně velmi negativně emotivně laděný a jeho rozhodování bude těmito emocemi ovlivněno, nebo nemusí svou situaci zcela přesně chápat a může ji vnímat horší, než jaká skutečně je. Také může být jeho vůle a rozhodnutí záměrně ovlivněno druhými lidmi. Člověk sice má právo na svobodu a děláni vlastních rozhodnutí, ale ne každý pro sebe dokáže udělat dobré rozhodnutí. Přesto pacient v českém zdravotnictví má určitou možnost, jak zkrátit své utrpení, a to odmítnutím léčby. Pokud se pacient chce vyhnout situaci, kdy je udržován naživu, přestože jeho život postrádá jakékoliv kvality a jde pouze jen o protahované utrpení, může léčbu odmítnout, nebo předem pověřit blízkou osobu a svěřit jí právo na takové rozhodnutí v případě, že by toho sám nebyl schopen. (Bartůněk, 2012)

Další morální problém eutanázie spočívá v tom, že je třeba, aby ji někdo vykonal. Lékař, kterému by byla tato povinnost svěřena, by byl do jisté míry za smrt pacienta odpovědný a rozhodně by se mohl z tohoto důvodu cítit morálně zatížený. Zrovna tak by mohli pociťovat vinu příbuzní či sestry, kterým se nepodařilo pacienta přesvědčit, aby se pro eutanázii nerozhodl. (Bartůněk, 2012)

## 4.4 Dystanázie

Dystanázie bývá také označována jako zadržaná smrt. Jde o situaci, kdy léčba nemůže pacientovi navrátit zdraví ani mu prodloužit život při zachování dostatečné kvality života, bylo by tedy vhodné zahájit paliativní péči. Bohužel mnozí lékaři vnímají jako svou povinnost bojovat o pacientův život až do poslední minuty. To ale nemusí být nezbytně nutně dobré. Každý člověk musí jednou zemřít, to je skutečnost, které si je každý vědom, ale lékaři, jejichž každodenní prací je smrt co nejdéle oddalovat, někdy ztratí cit pro rozpoznání hranice, kdy už pacientovi nepomáháme, ale pouze mu přitěžujeme. Jsou vyšetření, která jsou pacientům prováděna rutinně, a tak lékaři při jejich ordinování nejsou zvyklí přemýšlet, zda jsou pro pacienta větším přínosem než negativem, ale pokud je pacient v terminálním stádiu života, mění to celou situaci. Vyšetření již bude mít pro pacienta jen malý přínos, protože poznatky, které přinese, už nebudou příliš užitečné, nemohou změnit skutečnost, že pacient umírá. Oproti tomu vyšetření připraví pacienta o čas, který by mohl strávit se svými blízkými či vyřizováním některých svých záležitostí. Transport a vyšetření pacienta značně vyčerpají a zbytečně mu tak znepríjemňují zbývající čas. Také mohou narušit pacientovu důstojnost, a dokonce mu i způsobit bolesti. (Bartůněk, 2012)

Sestry většinou špatně nesou situace, kdy vnímají rozhodnutí lékaře jako dystanázii. Protože tráví s pacienty mnoho času, často jako první zaznamenají, že klasická léčba již postrádá smysl. Co se bude dít dál, pak už záleží hlavně na vztazích sester s lékaři. Je-li mezi lékaři a sestrami navázána dobrá spolupráce, stačí sestram seznámit lékaře se stavem pacienta a prodiskutovat možnosti další léčby. Jindy musí sestry více zapojit své přesvědčovací schopnosti a pokusit se nenápadně lékaře nasměrovat ke správnému rozhodnutí, protože by například nikdy neudělal něco, co mu poradila sestra. V nejhorším případě lékař trvá na dalším vyšetřování a léčbě a sestře nezbyvá než plnit jeho ordinace, přestože s nimi nesouhlasí. A právě to je pro sestry velmi morálně obtížná situace, ale nezbyvá jim nic jiného než o pacienta pečovat, jak nejlépe umí. (Bartůněk, 2014)



## 4.5 Interrupce

Umělé přerušování těhotenství s sebou nese mnoho etických otázek, a nutí nás k zamyšlení, co je život a co je člověk. Rozlišujeme dva hlavní myšlenkové směry, které tento problém rozebírají. Podle empirického funkcionalismu se lidskou osobou stane bytí v některém vývojovém stádiu. Oproti tomu ontologický personalismus vnímá jako lidskou bytost již zygotu, takový přístup je typický pro křesťanství, které vidí jako významnou součást lidské bytosti duši. Podle křesťanství je duše právě to, co činí člověka člověkem, a proto je za člověka považován od chvíle, kdy má duši. Jenže nelze s jistotou říci, kdy se stane, že má člověk duši, a proto považují křesťané za člověka již splynuté gamety. Zabití člověka s duší, byť ještě není narozený, je tedy vnímáno jako vražda a nejde-li určit, ve kterém vývojovém stádiu přesně získá člověk duši, je třeba počítat s nejčasnější možností. (Koubová, 2015)

České právo považuje plod prakticky za součást těla matky, která má právo o něm rozhodovat stejně, jako o jakékoli jiné části svého těla. Žena se může rozhodnout ukončit těhotenství do tří měsíců, může rozhodovat, která vyšetření podstoupí a která odmítne, a může odmítnout život zachraňující úkony. Právě odmítnutí zdravotní péče může být pro zdravotníky velmi morálně obtížná situace, ale bohužel, pokud se žena nedopouští vyloženě protiprávní činnosti, jako je užívání drog, nelze jí v rozhodnutích, která ohrožují nenarozené dítě, nijak bránit. (Koubová, 2015)

Při úvahách o interrupci jistě nelze také zapomenout na osud embryí a mrtvě narozených dětí. Do roku 2017 byly tyto plody zpopelňovány ve spalovnách pro biologický odpad, aniž by jejich rodiče měli možnost se s nimi rozloučit. Nyní je možné si vyžádat tělo dítěte do 96 hodin, rodiče je poté mohou řádně pohřbít jako člena rodiny se kterým žili a kterého milovali. Pokud si plod do uplynutí lhůty nikdo nevyžádá, je pak hromadně spálen spolu s jinými plody v jedné rakvi, nyní již aspoň bez přítomnosti jiného zdravotnického odpadu. Z etického hlediska jde o situaci poněkud hořkou, samozřejmě ale záleží opět na tom, od kdy považujeme bytost za lidskou. Pokud ale považujeme lidský plod pouze za odpad, snižujeme pak hodnotu lidství jako takového. (Ministerstvo pro místní rozvoj) Podle mého názoru náleží i nechtěným či těžce poškozeným plodům úcta, kterou si jako zemřelí zaslouží. Dovedu si ale bohužel představit, že druhou stránkou věci je stránka ekonomická.

## 4.6 Ošetřovatelská péče při nedostatku času – časový pres

Časový pres je ve zdravotnictví velmi často se vyskytující situace napříč všemi obory. Nedostatek času zažívají lidé z nejrůznějších zaměstnání, v případě všeobecných sester nabývá ale situace časového presu podobu etického problému. Pro sestru je etickou povinností poskytovat pacientům potřebnou péči podle etických principů odpovědnosti a povinnosti. Nedostatek času ale sestřám brání v tom, aby se pacientům věnovaly tolik, kolik je potřeba, a to může mít za následek různé negativní dopady pro pacienty. Takovým dopadem může být například nedostatek informací. Pacientovi přitom informace mohly být podány, ale ve spěchu nebyl čas ověřit, zda pacient sdělení porozuměl nebo jestli ho vůbec slyšel. Závažným důsledkem nedostatku času je poškození pacienta, např. záměnou léků, opomíjení pacientova problému jako méně akutního až dokud se nerozvine v závažný, zanedbání prevence vzniku dekubitů a jiné. Časový pres vzniká na základě různých faktorů, kterými mohou být nedostatek personálu, vysoký počet pacientů, závažnost stavu pacientů, neefektivní organizace práce a nevhodné delegování povinností. (Buršíková, 2016; Wantulová, 2017)

Časový pres má také negativní vliv na sestry a působí jim značný stres, je dokonce jedním z největších stresorů, který na sestry působí. Má také negativní vliv na jejich emoční zdraví, působí psychické i fyzické vyčerpání a může vést k nečestnému jednání sester. Sestry mohou také během časové tísně pociťovat úzkost, nespokojenost i úplné vyčerpání. Pokud se taková situace opakuje po delší dobu, může vést k syndromu vyhoření. Některé studie naznačují, že by pacient vnímal péči jako kvalitnější, kdyby se podařilo snížit míru vnímaného časového presu. Pacienti totiž cítí stres způsobený časovým presem ze sester, tento stres se dál přenáší na pacienty, kteří se mohou sami cítit ve stresu, nebo ztrácí důvěru ve spolehlivost sester. Pacienti vycítí sníženou vnímavost a jistotu sestry a na základě toho vnímají péči, kterou jim sestra poskytuje, jako méně kvalitní. Snížení míry časového presu by tedy vedlo nejen k větší spokojenosti sester, ale také k mnohem lepšímu uspokojení pacientů, protože stejná poskytnutá péče není vždy stejná. Přesto, že sestra provede u pacienta všechny výkony, které mají být udělány, je velký rozdíl v tom, jak je udělá, když je v časové tísně nebo když má dost času a pacient tak se stejnými výkony nemusí být stejně spokojený.

Přes to všechno si sestry časovou tíseň někdy samy způsobují. Sestry pociťují velký tlak, aby splnily všechny své úkoly a žádnou svou práci tak nepředávaly sestřám, které přijdou na další směnu. Sestřám, které přichází na noční směnu, by přitom mnohdy

ani nevadilo dokončit některou práci. Sestry ale mají často silné cítění pro povinnost a předání úkolů noční směně by vnímaly jako selhání. Je také běžné, že si sestry nejraději dělají svou práci samy, a tak někdy odmítnou nabízenou pomoc kolegyně, přestože by ji potřebovaly. (Goldsby, 2020)

Dnes je v ošetrovatelství kladen velký důraz na holistický přístup a význam psychosociální péče. Holistický přístup k pacientům je ale v praxi ohrožen nedostatkem času. Psychosociální péče přitom snižuje úzkost, zmírňuje bolest a celkově zvyšuje komfort pacienta, důsledkem toho bývají nižší náklady na hospitalizaci a prokazatelně i kratší doba hospitalizace. Časový pres bývá hlavní překážkou pro poskytování psychosociální péče. Zvláště dobrá komunikace je přitom potřeba pro navázání kvalitních terapeutických vztahů mezi sestrou a pacientem a je také zásadní pro identifikování pacientových potřeb. Čas, který mohou sestry strávit s pacientem, je také omezen velkým množstvím dokumentace. Často se objevuje tendence hodnotit kvalitu práce sestry podle kvality dokumentace, důsledkem toho může být paradoxně naopak zhoršená kvalita dokumentace. Sestry pod časovým tlakem zkreslují skutečné údaje tak, aby dělaly lepší dojem. (Goldsby, 2020)

Chybějící péče je koncept, který popisuje situaci, kdy nebyla poskytnuta ošetrovatelská péče, kterou by pacient potřeboval. S tímto fenoménem se můžeme často setkat v souvislosti s nedostatkem času. Sestry se soustředí především na nezbytné výkony a ordinace lékaře, vyplňují množství dokumentace a současně se snaží, aby nedošlo k závažným pochybením, jako je záměna medikace nebo záměna transfuze. Ošetrovatelská péče je tak nedostatkem času oholena na kost a nezbývá prostor pro holistický přístup k pacientovi a potřeby pacienta, které nejsou naprosto akutní. Nejvíce tak bývá zanedbávána pacientova psychika, ale také například rehabilitace, má-li být prováděna se sestrou, edukace a mnoho dalších činností. (Locihová, Andersová, 2016)

Chybějící péče je chápána jako nežádoucí událost, ačkoliv nenaplnuje podstatu definice nežádoucí události z právního hlediska. Přesto by chybějící péče měla být hlášena jako nežádoucí událost. Tato skutečnost ale většinou není dodržována a výskyt chybějící péče tak není sledován. A není se čemu divit, nelze očekávat, že sestra, která byla po celou směnu v takovém časovém presu, že nedokázala poskytnout pacientům veškerou péči, kterou by potřebovali, si najde čas na vytištění a vyplnění dalšího formuláře. A to navíc na konci směny, kdy už je zcela vyčerpaná a chce jít co nejrychleji domů. (Locihová, Andersová, 2016)

## 5 Cíl práce

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na problém časového presu. Tento problém se dá zařadit do etiky všedního dne a ve zdravotnictví jde skutečně o velmi častou situaci. Jde tedy o problém, který se týká každé všeobecné sestry a může mít velký dopad na péči poskytovanou pacientům, ale nezdá se mi, že by mu bylo věnováno dostatečné množství pozornosti. Protože jde o problém komplexní a složitý, nelze v nejbližší době očekávat jeho řešení, přesto pokládám za důležité o něm hovořit, protože častá diskuse o problému nás posouvá blíže k jeho řešení.

Cílem práce bylo zhodnotit vliv časového presu na práci sester a kvalitu poskytované péče, zhodnocení této problematiky z etického hlediska a návrh řešení pro tento problém.

Hypotéza 1: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení zažívají situaci časového presu aspoň jednou za týden.

Hypotéza 2: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení aspoň v 1 ze 3 situací, kdy jsou v časovém presu, zapomenou něco udělat.

Hypotéza 3: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví v situaci časového presu méně času vyplňováním ošetrovatelské dokumentace než když je času dostatek.

Hypotéza 4: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví kromě vyplňování dokumentace méně času ještě aspoň jednou činností.

Hypotéza 5: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení v situaci časového presu častěji chybují.

Hypotéza 6: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení vnímají péči, kterou poskytují pacientům během časového presu, jako méně kvalitní.

Hypotéza 7: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení si myslí, že by s časovým presem pomohl vyšší počet personálu.

## 6 Metodika

Pro své šetření jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla pro mé šetření výhodná pro možnost navázání kontaktu a důvěry s respondentem, který je pak ochotný vyjadřovat se otevřeně a obsáhleji než v dotazníkovém šetření, a také pro zjištění názorů a pocitů sester. Také jsem doufala, že bych touto metodou mohla získat nové zajímavé poznatky.

Výzkumné šetření probíhalo od 13. 2. 2023 – 13. 3. 2023. Rozhovory byly vedeny se sestrami Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Pro vedení rozhovorů nám vždy byla poskytnuta sesterna pro zajištění soukromí. Všichni respondenti byli individuálně informováni o cíli výzkumu a zároveň byli ujištěni, že bude zachována jejich anonymita, také jim byla dána možnost rozhovor kdykoliv ukončit. Rozhovory byly následně přepsány do programu Microsoft Word a zpracovány otevřeným a axilárním kódováním za pomoci metody tužka-papír a následně analyzovány.

## 6.1 Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru

Kategorie	Podkategorie
Časový přes četnost	Emotivní vnímání četnosti
	Objektivizovaná četnost
	Faktory výskytu
Dokumentace	Přístup sestry k dokumentaci
	Kdy se sestry věnují dokumentaci?
	Je stejně kvalitní?
	Proč je nebo není stejná?
Péče	Tráví něčím méně času?
	Méně času s pacienty
	Nedostatky v péči
	Nespokojenost s poskytovanou péčí
	Péče o sebe sama
Pochybení	Více chyb
	Jaké chyby
	Zapomenutí
	Co
	Jak často
Řešení časového presu	Emoce
	Pomoc během časového presu
	Předcházení časovému presu

Tabulka 1 – kategorie a podkategorie polostrukturovaného rozhovoru

## 7 Výzkumný soubor

Při výběru respondentů jsem se rozhodla vést rozhovor se třemi sestrami z chirurgického standardního lůžkového oddělení a se třemi sestrami z interního lůžkového oddělení. Celkově jsem uskutečnila rozhovor se šesti respondenty. Konkrétní respondenti byli vybráni náhodně, po získání souhlasu s výzkumem od staničních sester, vrchních sester a sestry náměstkyně Fakultní nemocnice Hradec Králové.

respondent	pohlaví	věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Typ oddělení
R1	Muž	24 let	Diplomovaný specialista	Interní
R2	Žena	50 let	Diplomovaný specialista	Interní
R3	Žena	24 let	Bakalář	Interní
R4	Žena	42 let	Bakalář	Chirurgické
R5	Žena	54 let	Specializace chirurgických oborů po SZŠ	Chirurgické
R6	Žena	60 let	Střední Zdravotní Škola	Chirurgické

*Tabulka 2 – rozdělení respondentů podle pohlaví, věku, vzdělání, typu oddělení, kde jsou zaměstnáni*

## 8 Výsledky výzkumného šetření

Data získaná rozhovorem jsem zpracovala pomocí otevřeného a axilárního kódování nejprve pomocí metody tužka-papír, později v programu Microsoft Word.

### 8.1 Kategorie časový pres četnost

podkategorie	Chirurgické sestry	Interní sestry
Emotivní vnímání četnosti	R4: No denně. R5: Hodně často. R6: Často.	R1: Nejsem tu dlouho, takže zatím docela často. R2: Často, hodně často. R3: Docela často, činností je hodně. Řekla bych ne vždycky.
Objektivizovaná četnost	R4: Asi tak pětkrát v týdnu. R5: Každý den bych řekla. R6: Myslím že úplně každý den.	R1: Dejme tomu každou druhou až třetí službu. R2: Třeba pětkrát. R3: Přes týden je to náročnější to jsem v časovém presu skoro pokaždé.
Faktory	R4: Protože s těma pacientama se něco děje, takže kolem nich pořád musíme běhat. R5: Zvlášť dopoledne, někdy se to zvrtno, když se nestihnou vyšetření i odpoledne, nebo když se někdo zhorší / A teď hrozně praskaj jipky takže nám třeba vracej pacienty,	R1: Že až se pořádně zaučím, a budu vědět co a jak, tak to bude lepší. /doktor ještě příběhne, že se musí udělat tohle, a pak ještě tohle, ještě tohle, ještě tohle. A ono se to pak nasčítá. R3: Přes týden je to náročnější. / Přes tu noční směnu v časovém presu



	<p>který by tam měli být o den dýl, tak my je máme hned zpátky, a taky lítáme na sály.</p>	<p>nejsem, ale přes den jo. / Třeba já si ráda udělám svoji práci sama, třeba když tady jsou studentky tak je to pro mě náročné tím že to nemám na starosti</p>
--	--	---

Tabulka 3 – kategorie časový pres četnost

V 1. kategorii časový pres četnost jsem hledala potvrzení své hypotézy 1: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení zažívají situaci časového presu aspoň jednou za týden. Hned ze začátku jsem si ale povšimla jisté zvláštnosti, která mě vedla k vytvoření podkategorie emotivní vnímání četnosti. Když jsem se zeptala sester na četnost výskytu časového presu, většina respondentů reagovala okamžitou odpovědí ve smyslu „Často.“. Šlo o okamžitou reakci bez rozmyšlení, která byla spontánní a emotivní. Z takové reakce bych usuzovala, že časový pres zažívají téměř na denním pořádku, do takové míry, že se jim jeho přítomnost zapsala do podvědomí. Podkategorie objektivizovaná četnost tuto myšlenku podpořila, získaná data sice nemají statistický charakter s jistotou, ale potvrzují mou hypotézu. Ze všech odpovědí vyplývá, že respondenti zažívají situaci časového presu častěji než jednou týdně. Dvě respondentky odpověděly, že jsou v časovém presu každý den a dvě respondentky odpověděly, že pětkrát týdně, připojíme-li k tomu odpověď R3: „*Přes týden je to náročnější to jsem v časovém presu skoro pokaždé.*“, pak můžeme konstatovat, že pět z šesti respondentů se cítí být v časovém presu většinu týdne. To je četnost, která předčila mé očekávání. Za zmínku také stojí, že sestry z chirurgického oddělení uváděly podobnou četnost časového presu jako sestry z interního oddělení. Věk či vzdělání neměly žádný zřejmý význam.

V podkategorii faktory jsem sledovala, co z pohledu sester přispívá ke vzniku či intenzitě časového presu. Respondent 1 uvedl: „*Nejsem tu dlouho, takže zatím docela často, ale já si myslím, že až se pořádně zaučím, a budu vědět co a jak, tak to bude lepší.*“. R1 byl zaměstnán a pracoval teprve několik měsíců, pro něj tedy hrálo významnou roli malé množství zkušeností. Studenti oboru ošetřovatelství sice získávají zkušenosti skrze praxe, bohužel se většinou dostanou především k sanitářské práci a ze sesterské práce jde

spíše o jednotlivé výkony. Většinou spíše nemají možnost seznámit se prakticky s celým kontinuálním ošetrovatelským procesem. Tyto zkušenosti a vědomosti jsou jim tedy přístupné až po nástupu do zaměstnání. Dál také R1 uvedl, že časový pres může vzniknout na základě toho, že lékaři během dne přichází s dalšími a dalšími požadavky. Něco takového je situace, které se nedá předejít, sestřám ale komplikuje plánování a rozvržení práce a nezbyvá jim, než se jí snažit předcházet. To ale může vést k tomu, že budou ve své práci spěchat, ačkoliv nebudou v časovém presu, a to by mohlo mít negativní dopad na péči.

R3 uvedla, že časový pres nastává spíše přes týden a přes den. Domnívám se, že je to ovlivněno tím, že o víkendu a přes noc nejsou ordinována vyšetření a výkony, pokud nejsou naprosto nezbytné. V této době je tedy menší pracovní náplň. Za důležitý faktor považují studentky, které také zmínila R3. Supervize studentů je komplikace už tak náročné práce. Pokud umožníte studentům podílet se na práci a vyzkoušet si sesterské výkony, dá se předpokládat zpomalení celého procesu. Studenti často potřebují trochu více času, současně sestra ztrácí přehled a je pro ni těžší orientovat se v tom, která práce již byla udělána a která ne. Setkala jsem se na praxích také s tím, že je sestřám nepříjemné, když nevědí, zda péče, kterou pacientům poskytli studenti, byla tak kvalitní jako péče, kterou by jim poskytly samy. Toto jsou také některé z důvodů, proč sestry někdy pocíťují nechuť k zapojení studentů do sesterské práce.

V rozhovoru s R5 se jako faktor objevil tlak na lůžka. R5: “ *A ted' hrozně praskaj jipky takže nám třeba vracej pacienty, který by tam měli být o den dýl, tak my je máme hned zpátky.* “. V tomto případě má nedostatečný počet volných lůžek ne jednotkách intenzivní péče za důsledek, že jsou na standardních lůžkových odděleních pacienti v těžších stavech, než na jaké jsou oddělení přizpůsobena počtem lůžek a personálu. Pacienti přeložení z JIP potřebují více péče, to může vést k tomu, že sestry musí omezit množství péče poskytované ostatním pacientům, a to nás právě přivádí do stavu etického problému. Všichni pacienti mají stejný nárok na péči, první bude ale péče poskytnuta pacientům, kteří ji akutně potřebují, ostatním pacientům pak může být z časových důvodů poskytnuta péče zběžně a rychle. Taková péče ale nemusí být dostatečná pro navrácení zdraví nebo zabránění zhoršení stavu.

## 8.2 Kategorie dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je téma, o kterém se v souvislosti s časovým presem často hovoří. Dříve bylo množství ošetrovatelské dokumentace tak velké, že se skutečně objevoval problém s tím, že dokumentace zabírala více času než péče o pacienty. Přesto, že vím, že dnes je dokumentace zpracována tak aby dávala smysl a nebránila sestřám v práci, předpokládala jsem, že je sestřám v situaci časového presu na obtíž a že se jí věnovat nechtějí. V tomto ohledu mě šetření velmi příjemně překvapilo.

Podkategorie	Chirurgické sestry	Interní sestry
Přístup sestry k dokumentaci	<p>R4: My musíme pořad, jako neustále. Ale necháváme si to jakoby na později. / Nejdřív pacienti, léky a potom teprve dokumentace.</p> <p>R5: I když to je otravný pořad psát nějaký pozorování, ale už to asi máme nacvičený.</p> <p>R6: To je zrovna něco, co počká. Ale to hlavní to tam vždycky je, protože to musí být.</p>	<p>R1: Snažím se ji udělat. / Takže se snažím udělat všechno, co je napsané od doktora.</p> <p>R2: Dokumentaci se věnovat musím, to jinak nejde, ale věnuji se jí trochu míň.</p> <p>R3: Není to v těch prioritách pro mě.</p>
Kdy se sestry věnují dokumentaci	<p>R4: Ale necháváme si to jakoby na později. Až úplně nejzazší termín no.</p> <p>R5: v těch chvilkách se to vyplní.</p> <p>R6: Dokumentaci se věnuji až na konec.</p>	<p>R1: Já se snažím ji udělat brzo ráno nebo průběžně, jak mě třeba doktor dává vizitu. / Takže hned jak mi doktor dá vizitu.</p> <p>R3: No tak ta zůstává až úplně jako nakonec.</p>
Je stejně kvalitní	R4: Určitě.	R1: Já si myslím, že jo.

	<p>R5: Je to třeba stručnější, ale to nejdůležitější tam člověk napíše.</p> <p>R6: No vždycky ne. /To jako není psaný tak dopodrobna, ale to hlavní to tam vždycky je.</p>	<p>R2: Snad Ano. /To důležité, to by tam mělo být, to si myslím, že tam určitě je.</p> <p>R3: Já si myslím, že v tom rozdíl není.</p>
Proč je nebo není stejně kvalitní	<p>R5: Už to má člověk tak nějak sesumírovaný. / Teď už vypisujeme jenom ty nejdůležitější věci, a ty změny u těch pacientů, který nastávají.</p> <p>R6: Už si potom vždycky všechno člověk nemůže pamatovat.</p>	<p>R1: Tam jsou vlastně ty okýnka, takže se zaškrtává.</p> <p>R2: Já si to zpětně všechno dopisuji.</p> <p>R3: dopisují zpětně, tak si možná nevzpomenu, jako na takové ty podrobnosti asi.</p>

Tabulka 4 – kategorie dokumentace

V kategorii dokumentace bych chtěla vyzdvihnout přístup sester k dokumentaci. Jasně je zde vidět uplatnění principu povinnosti. Ve své hypotéze jsem předpokládala, že sestry stráví v časovém presu méně času vyplňováním dokumentace, než když mají dostatek času. Tuto hypotézu jsem vytvořila na základě předpokladu, že sestry nebudou vnímat dokumentaci jako důležitou, ale spíše jako zdržení a překážku. V rozhovorech se však ukázal velmi morální přístup sester. Čtyři ze šesti sester se vyjádřily ve smyslu, který ukazuje, že pociťují povinnost dokumentaci vyplnit, současně ale tři z těchto čtyř sester uvedly, že se dokumentaci věnují méně nebo ji odkládají na později. Proto jsem se rozhodla sledovat i kdy se sestry věnují dokumentaci. Je zajímavé že pouze respondent s nejmenším množstvím zkušeností se věnuje dokumentaci co nejdříve je to možné. Je škoda že jde o jediného respondenta mužského pohlaví a nelze situaci tedy posoudit i z hlediska rozdílů mezi pohlavími. Ostatní respondenti uvedli, že se dokumentaci věnují buď později nebo až úplně nakonec. To nás ale opět vrací k myšlence, že dokumentace není pro sestry v časovém presu tolik důležitá, vzhledem k tomu že ji odsouvají až na konec. R4 uvedla: „*Nejdřív pacienti, léky a potom teprve dokumentace.*“, také R3: uvedla: „*Není to v těch prioritách pro mě.*“. Sestry tedy vnímají povinnost vyplnit

dokumentaci, přestože ji ne vždy považují za důležitou. Jedná se tedy o činnost, kterou je možno udělat později protože „počká“, jak někteří respondenti zmínili, a proto se dříve věnují neodkladným záležitostem.

To nás přivádí k otázce, zda je dokumentace vyplněná v časovém presu stejně kvalitní jako když je vyplněná za příznivějších podmínek. Pro získání skutečně objektivních dat bychom se museli zabývat přímo konkrétní dokumentací, a to by bylo nad rámec a možnosti tohoto šetření, omezíme se proto pouze na subjektivní zhodnocení sestrami. Pouze jedna ze sester uvedla, že si nemyslí, že je dokumentace stejně kvalitní, dokumentace je podle ní méně podrobná, ale shoduje se se dvěma dalšími respondentkami, že to nejdůležitější dokumentace vždy obsahuje. Oproti tomu R5 se také vyjádřila ve smyslu, že je dokumentace méně podrobná, ale obsahuje to hlavní, nicméně takovou dokumentaci neohodnotila jako méně kvalitní. Obě respondentky tedy popsaly dokumentaci jako stručnější ale obsahující vše důležité, ale zatímco R5 vnímala takovou dokumentaci jako vyhovující, R6 vyjádřila spíše nespokojenost. Obě respondentky jsou chirurgickými sestrami, rozdíl mezi nimi spočívá ve věku a vzdělání. R5 je stará 54 let a po střední zdravotnické škole dosáhla specializace v chirurgických oborech, R6 má věk 60 let a má pouze střední zdravotnickou školu. Je zajímavé že sestra s vyššími nároky na dokumentaci dosáhla nižšího vzdělání, osobně bych očekávala, že sestra s vyšším vzděláním bude mít pro dokumentaci vyšší standardy. Samozřejmě zde může hrát roli i věk respondentů, ale v tomto případě je věkový rozdíl spíše zanedbatelný.

Nyní je namístě zabývat se důvody proč je či není dokumentace vyplněná v časovém presu stejně kvalitní. Významnou roli hraje způsob, jakým sestry dokumentaci vyplňují, tedy že ji dopisují později. Dvě respondentky to vnímají spíše negativně, protože už si pak vše tak dobře nepamatují, informace v dokumentaci by tedy mohly být zkreslené. Jedna respondentka to uvádí spíše jako pozitivní argument, její odpověď chápu tak, že když dokumentaci vyplní později, může ji vyplnit důkladněji, současně také může doplnit to, co by případně v dokumentaci chybělo. Dalším faktorem je dokumentace samotná. R1 zmiňuje: „*Tam jsou vlastně ty okýnka, takže se zaškrťává.*“ A R5 říká: „*ted' už vypisujeme jenom ty nejdůležitější věci*“. Potvrzuje se tedy, že podoba současné ošetrovatelské dokumentace je vypracována tak, aby zbytečně nezdržovala sestry při práci. Také se nám znovu objevuje význam zkušenosti a praxe, když R5 uvádí: „*Já si myslím, že už to má člověk tak nějak sesumírovaný, ...už to asi máme nacvičený.*“.

Nyní se dostáváme zpět k Hypotéze 3: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví v situaci časového presu méně času vyplňováním

ošetřovatelské dokumentace než když je času dostatek. Odpovědět na tuto hypotézu bude poněkud složitější, protože pouze jedna respondentka vyjádřila přímo, že se dokumentaci věnuje méně. Z odpovědí sester vyplývá, že dokumentaci považují za činnost, kterou je nutné udělat, její vyplnění v časovém presu ale odkládají na později. Nyní záleží, jestli ono „později“ se odehrává stále v časovém presu či nikoliv. Pokud si odpovědi sester vykládáme tak, že dokumentaci vyplní až po odeznění časového presu, pak hypotéza 3 platí. Takové závěry ale z odpovědí přímo vyvodit nemůžeme. Tento závěr je tedy možný, ale není na základě rozhovorů přímo prokazatelný. Hypotézu 3 tedy nadále potvrzuje pouze odpověď jedné respondentky.

### 8.3 Kategorie péče

podkategorie	Chirurgická sestra	Interní sestra
Tráví něčím méně času	R4: Asi ne. R5: Člověk se nedostane tolikrát zkontrolovat toho pacienta. R6: Jídlo.	R1: Asi ne protože všechno se musí udělat. R2: Méně času trávím s pacienty, to určitě. R3: Je jich docela dost/pitný režim/nějaký převaz nebo tak něco.
Méně času s pacienty	R4: Právě že více, kolem nich pořád musíme lítat. R5: Se člověk nedostane tolikrát zkontrolovat toho pacienta/ nepude tolikrát na ten pokoj jako jindy. R6: No to určitě.	R1: Nezdřím se u nich tak dlouho. R2: Méně času trávím s pacienty. R3: Určitě, jakože záleží, co se děje.
Nedostatky v péči	R5: Nedostane tolikrát zkontrolovat toho pacienta. R6: Musí člověk spěchat i na ty pacienty, nemůže	R1: Třeba jim jen odnesu léky/ jako zeptám se, jestli něco nepotřebují, a když jo tak se to vyřeší/třeba něco chtějí říct, ale já se

	<p>jim všechno vysvětlovat tak moc jak by potřebovali, nebo by si třeba chtěli popovídat.</p>	<p>opravdu zajímám jenom o to, jestli je něco bolí, nebo jestli mají vyloženě nějaký problém, ale pokud chtějí něco říct, prostě popovídat si, tak na to není čas.</p> <p>R2: Zabýváte jenom tím čím musíte/ale to se věnujete těm činnostem a ne pacientovi/v tom presu zrovna na nějaký povídání není čas.</p> <p>R3: Ta péče je taková, jakože rychle, rychle všechno a je to neosobní/někdo by si třeba chtěl popovídat, ale není na to čas.</p>
Nespokojenost s péčí	<p>R4: Ne. R5: Ano. R6: Ano/máte sotva čas jim odpovědět na pozdrav</p>	<p>R1: Někdy jo, protože na ně prostě není čas. R2: Ano. Není to prostě ono, když na to nemáte čas R3: Jo, je toho hodně/nemám na ty pacienty čas.</p>
Péče o sebe sama	<p>R4: Najíst se a vyčůrat R5: Najíst v daným časovým prostoru /nestíháte na ten záchod, tak to furt člověk prodlužuje. R6: Záchod, pití.</p>	<p>R1: Najíst se, napít se. R2: Někdy celý den skoro nic nevypiju. R3: Snažím se na sebe myslet/pitný režim nebo si odpočinout.</p>

Tabulka 5 – kategorie péče

V této kategorii jsem hledala odpověď na hypotézu 4: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví kromě vyplňování dokumentace méně času ještě aspoň jednou činností. Čtyři sestry připustily, že je nějaká činnost, které se v časovém presu věnují méně, dvě sestry takovou skutečnost odmítly, ale v dalších podkategoriích se ukazuje, že i ony tráví méně času aspoň jednou činností. Z tohoto důvodu považuji hypotézu 4 za potvrzenou. Domnívám se, že se se respondenti R1 a R4 vyjádřili v této otázce negativně, protože považují všechny činnosti, které sestry vykonávají, za důležité, a možná jim přijde nepřipustné, aby některou z nich trávily sestry méně času. Oproti tomu ze čtyř respondentek, které připustily, že některé činnosti věnují méně času, se tak tři respondentky vyjádřily v souvislosti s péčí o pacienty a dvě respondentky v souvislosti s péčí o sebe sama. R3 dokonce uvedla: „*Je jich docela dost, tak třeba pitný režim, takové věci jdou stranou.*“, tato respondentka jako jediná připustila, že činností, kterým se v časovém presu věnuje méně, je více než jedna. Současně tento výrok dobře reprezentuje zodpovědnost, kterou sestry pocítují vůči pacientům. Respondentka totiž na prvním místě činností, kterými se zabývá méně, uvádí vlastní potřebu stejně jako respondentka 6.

K tomuto tématu jsem měla sestavené i další otázky, pro lepší rozkrytí problematiky. Zajímalo mně, zda sestry tráví méně času s pacienty. V tomto případě se pět sester shodlo, že s pacienty tráví méně času. Jedinou výjimkou byla chirurgická sestra R4 která popsala: „*Právě že více, protože s téma pacientama se něco děje, takže kolem nich pořád musíme běhat.*“. Vzhledem k charakteru diagnóz pacientů na chirurgickém oddělení bývají ošetrovatelské problémy často akutní, jako uvádí R5: „*Prostě jsme chirurgie a nikdy nevíme, kdy bude někomu špatně.*“, pacienti tedy mohou vyžadovat neodkladnou péči. Etickým problémem v tomto případě ale je, že se v takové situaci dostane péče jen některým pacientům, potřeby pacientů, kteří péči nepotřebují akutně, jsou odloženy, přestože jejich nárok na péči je stejný jako pacientů s akutním problémem. V nejhorším případě by mohlo dojít k úplnému zanedbání některých pacientů. Tento problém se týká ctnosti spravedlivé štědrosti, kterou jsem popsala v pododdíle etika ctností. Sestra musí čas spravedlivě rozdělit mezi pacienty, ale péče o některé pacienty vyžaduje takové množství času, že zkrátka nezbyvá dost času pro ostatní pacienty. Tento problém podtrhuje odpověď pěti sester, že s pacienty celkově tráví méně času.

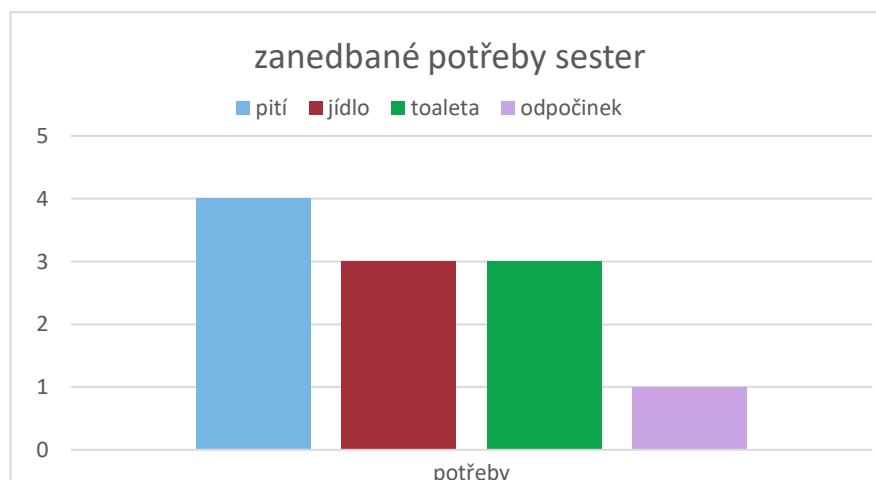
V situaci, kdy sestra stráví s pacientem méně času, je možné předpokládat, že péče o pacienta bude méně kvalitní. Jako největší nedostatek péče sestry popsaly komunikaci.



Zejména sestry zmiňovaly, že nemají čas povídat si s pacienty, a to ani velmi krátce. Tím se vracíme k hypotéze 4. Již jsme sice určili, že sestry v časovém presu tráví méně času aspoň jednou činností, nyní se však ukazuje, že takovou činností je právě komunikace s pacienty. Tento nedostatek uvádí čtyři sestry včetně respondenta 1, který nejdříve uvedl, že není činnost, kterou by trávil méně času. Přitom komunikace je ve zdravotnictví zásadní včetně „popovídání si s pacientem“. Povídání si s pacientem je důležitou součástí péče, jedná se totiž o péči o psychickou a sociální stránku pacienta a taková péče je nezbytnou součástí holistického přístupu k pacientovi. Z odpovědí sester vyplývá, že v časovém presu probíhá péče pouze o fyzickou stránku pacienta. Tato péče jim zabere veškerý čas, a proto jsou jejich možnosti péče o ostatní složky pacientovy osobnosti velmi omezené. Konkrétně bych uvedla část odpovědi R1: *„Třeba něco chtějí říct, ale já se opravdu zajímám jenom o to, jestli je něco bolí, nebo jestli mají vyloženě nějaký problém, ale pokud chtějí něco říct, prostě popovídat si, tak na to není čas.“*. Tato odpověď velmi dobře demonstruje, co již bylo uvedeno, tedy respondent se zajímá o fyzickou složku pacienta – bolest, ale psychosociální potřeby musí jít stranou, protože na ně není čas. Dvě respondentky z interního oddělení také zmiňují problém odosobněné péče. R2 uvádí: *„Tím myslím, že se jakoby zabýváte jenom tím, čím musíte, honem léky, honem převazy, ale to se věnujete těm činnostem a ne pacientovi.“*, R3 potom zmiňuje: *„Myslím si, že je ta péče taková, jakože rychle, rychle všechno a je to neosobní.“*. Z odpovědi R1 můžeme vnímat naznačení stejného problému, když respondent 1 popisuje, že ho zajímá hlavně jestli má pacient vyloženě nějaký problém a pokud si chce jen popovídat, tak to musí jít stranou. Potřebu si popovídat můžeme ale také vnímat jako ošetrovatelský problém. Dříve bylo běžné, že byl pacient ve zdravotnictví vnímán spíše jako diagnóza než jako osoba. Příčinou byl stav etiky ve zdravotnictví v té době. Nyní se tento problém objevuje znovu, příčinou však není nevhodný etický přístup, ale nedostatek času. Co se týká etického přístupu, respondenti vyjádřili nespokojenost s takovou péčí. Tím se dostáváme k hypotéze 6: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení vnímají péči, kterou poskytují pacientům během časového presu, jako méně kvalitní. Pět respondentů se vyjádřilo, že jsou nespokojení s péčí, kterou poskytují pacientům v časovém presu, z toho čtyři respondenti současně odůvodnili svou nespokojenost nedostatkem času na pacienty. Navzdory svým pocitům povinnosti a odpovědnosti sestry musí v časovém presu poskytovat pacientům péči, se kterou nejsou spokojené.

Poslední podkategorií kategorie péče je péče o sebe sama. Respondentů jsem se ptala, zda v časovém presu zanedbávají své vlastní potřeby. Nesmíme totiž

zapomenout, že i sestra je osobou, o kterou by mělo být postaráno. Všichni dotázaní respondenti uvedli, že v časovém presu zanedbávají své vlastní potřeby.



Graf 1 – zanedbané potřeby sester

Respondenti většinou uvedli jednu až dvě konkrétní potřeby, které pocítovali jako zanedbané. Nejčastěji respondenti mluvili o nedodržování pitného režimu. Pokud s tím zkombinujeme odkládání potřeby vymočit se, můžeme si zde všimnout rizika vzniku onemocnění močových cest, zejména infekce. Dál také respondenti uváděli, že se nestíhají najíst. Co bych v rámci této podkategorie vyzdvihla je, že sestry upřednostňují potřeby pacientů před svými vlastními. Když byly sestry dotázané, kterým činností se věnují méně, mluvily spíše o pacientech, pouze jedna respondentka zmínila jídlo. Tato odpověď ale nebyla podmíněna tím, že by se sestry nevěnovaly pacientům a věnovaly se sobě, naopak jsou pro ně pacienti na prvním místě a když přemýšlí o něčem, čemu by se mělo věnovat více času, jako první je napadne péče o pacienty. Teprve jsou-li sestry dotázané přímo na vlastní potřeby vzpomenou si, že nemají čas ani na sebe. Když tedy sestry nestíhají, snaží se nejprve zajistit péči o pacienty, a jejich vlastní potřeby zůstávají zcela v pozadí. To je velice nesobecký přístup, má ale i svá rizika. Už jsem zmínila riziko onemocnění močových cest, mohou se ale objevit i jiné problémy. Člověk, který neměl příležitost se najíst a má nízkou hladinu glukózy v krvi, se bude hůře soustředit a bude méně výkonný, což v situaci, kdy potřebujete udělat rychle mnoho práce není přínosné, naopak by to mohlo přispět ke vzniku pochybení. Hladový člověk také mívá horší náladu a může být nepříjemný na své okolí, které si to nezaslouží. K tomu by se mohly přidat bolesti hlavy způsobené nedostatečným pitným režimem. V extrémním případě by hladová a žíznivá sestra mohla omdlít nebo až úplně zkolabovat. Něco takového by nakonec mělo negativní dopad i na pacienty a ostatní sestry, kterým

by tak vzrostlo množství práce. Tím docházíme k závěru, že opomíjení vlastních potřeb, ač je nesobecké, není tak docela zodpovědné. Chce-li být sestra skutečně zodpovědná vůči pacientům, musí se postarat o své vlastní potřeby, aby tak zůstala schopná postarat se i o pacienty.

## 8.4 Kategorie pochybení

V této kategorii jsem se zabývala tím, zda časový přes vede k častějším chybám. Toto téma nebylo respondentům zřejmě příliš příjemné a jejich odpovědi byly většinou velmi krátké.

podkategorie	Chirurgické sestry	Interní sestry
Více chyb	R4: To ne./Co se týče kvality ošetření toho pacienta tak asi ne. R5: Dáváme pozor. R6: Může se to stát.	R1: Myslím si že ano. R2: Neřekla bych. R3: Když jsem unavená a moc mi to nemyslí, tak určitě víc.
Jaké chyby	R4: Člověk si vezme třeba, já nevim, na napíchnutí flexily jednu flexilu a jindy, když byste měli čas, byste si vzali třeba dvě a něco do zásoby, takže spíš si člověk pak přidělá práci, že se vrací pro nějaký jiný materiál. R5: Vždycky zkontrolujeme štítky a zeptáme se pacienta na jméno.	R3: Něco se někam blbě napíše./Není to, že by byly špatně podaný léky, ale spíš něco v těch papírech.

	R6: Někdy jsou ty chyby zanedbatelný, ale někdy by to díky tomu stresu mohla být i závažná chyba.	
Zapomenutí	R4: Určitě. R5: To se stává. R6: Určitě, to se v takovém stresu nedá.	R1: Jo. R2: Ano. R3: Určitě.
Co	R5: Dopsat třeba že někdo má močovou cévku nebo tak R6: jako něco dopsat, vzít si něco na pokoj.	R1: Nějaká drobnost R3: Nějaké drobnosti to člověku vypadne z hlavy.
Jak často	R4: Jednou za den, takže vlastně pokaždý. R5: 1 ze 2. R6: 1 z 5.	R1: Zatím se mi to stává častěji. Tak asi no jako skoro pokaždý. Nějaká drobnost se asi vždycky najde. R2: Jednou, dvakrát za delší období. R3: 1 ze 7.

Tabulka 6 – Kategorie pochybení

Tři respondenti připustili, že v časovém presu častěji chybují a tři respondenti takové tvrzení odmítli. Je zajímavé že respondenti, kteří připustili, že dělají chyby, jsou ve věku 24, 24, a 60 let, zatímco respondenti ve věku 50, 42 a 54 let nechtěli připustit, že chybují. Z odpovědí sester nemůžeme ihned zcela jednoznačně vyvodit závěr, zda v časovém presu častěji chybují. Je totiž pravděpodobné, že pro sestry bylo obtížné přiznat, že se dopouští chyb. Sestry mohou pociťovat, že chyba je něco, co se nesmí stát, případně ji mohou vnímat jako osobní nedostatek. Rozhodně můžeme říci, že sestry chybovat nechtějí. Víme, ale že chyby dělají, protože tři respondenti tuto skutečnost připustili, a i jedna respondentka, která tuto skutečnost nejdříve odmítla, později

připustila, že může docházet k drobným chybám. Domnívám se že důvodem pro ochotu připustit, že chybují, může být věk respondentů. Mladí respondenti nepocítovali pochybení jako hanbu, zde může být důvodem, že mladá generace je celkově otevřenější a sdílnější, ale také mohli mladší respondenti pocítovat, že je pro ně přirozené chybovat vzhledem k menšímu množství praxe a zkušeností. Nejstarší respondentka už naopak měla velké množství zkušeností, mohla si tak uvědomovat, že chybuje každý, a být nad tuto otázku takřikajíc povznesená. Respondentky ve středním věku už mají dostatek zkušeností, mohou tedy pocítovat, že by jako starší zkušenější sestry chybovat neměly, současně ale nemůžeme vyloučit, že díky svým zkušenostem skutečně nedělají chyby. Pokud respondenti připustili, že v časovém presu více chybují, zdůrazňovali, že se jedná o nezávažná pochybení. Zmiňovali například chyby v dokumentaci, nebo drobné chyby, kterými si člověk přidělá práci a také se tři respondenti vyjádřili ve smyslu, že nedochází k závažnějším pochybením. Co se tedy týká hypotézy 5: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení v situaci časového presu častěji chybují, spíše se kloním k závěru, že hypotéza platí. Ze získaných odpovědí ale toto nemůžeme prokázat zcela jednoznačně.

Při dotázání, zda v časovém presu více zapomínají byly sestry otevřenější. Všichni respondenti se shodli, že zapomínají častěji. Také uváděli, že se jedná především o drobnosti, a opět byla zmíněna dokumentace. Když si nyní vzpomeneme, že sestry v kategorii dokumentace většinou uvedly, že dokumentace psaná v časovém presu je stejně kvalitní jako jindy, je zde rozpor se zjištěním, že pokud sestry chybují či zapomínají, týká se to podle nich spíše dokumentace. To může být tím, že sestry věnují maximální pozornost pacientům a byť považují dokumentaci za důležitou, chyby v ní je možné opravit a chybějící údaje dopsat, takže na konci dne může být dokumentace skutečně stejně kvalitní jako když je psána za dostatku času. Například R4 uvádí: „*Určitě, dopsat třeba že někdo má močovou cévku nebo tak. Ale to jsou věci, který se daj dohledat a jako dopsat.*“. V hypotéze 2 předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení aspoň v 1 ze 3 situací, kdy jsou v časovém presu, zapomenou něco udělat. Tuto hypotézu podpořily odpovědi tří respondentů, z nichž dva dokonce uvedli, že na něco zapomenou pokaždé. Oproti tomu tři respondentky uvedly, že zapomínají méně často než v 1 ze 3 situací časového presu. Nezaznamenala jsem žádnou souvislost odpovědí s věkem či vzděláním respondentů. Hypotézu nemůžeme považovat za potvrzenou, ale můžeme konstatovat, že sestry v časovém presu zapomínají více, než když mají dostatek času.

## 8.5 Kategorie řešení časového presu

V poslední kategorii jsem se zabývala řešením problému časového presu, a proto mi připadal zásadní názor osob, které tento problém často zažívají. Protože se jich problém osobně týká, mají do něj dobrý náhled, je proto možné předpokládat, že budou mít cenné názory na to, jaké zásahy je třeba provést pro zlepšení situace.

podkategorie	Chirurgické sestry	Interní sestry
Emoce	R4: Se úplně presu předcházet nedá. R5: To se nedá na našem oddělení nikdy odhadnout. R6: To asi nemá řešení.	R1: Těžko říct./To se nedá ovlivnit. R2: Nevím to se asi nedá nijak zařídit. R3: Nevím no.
Pomoc během časového presu	R4: Více personálu. R5: Další sestra. R6: Možná další sestra.	R1: Líp si to zorganizuju./ Organizace práce lepší. R2: Relaxace, aby se člověk uklidnil a lépe se mu přemýšlelo. R3: nesmí to člověk vzdát./Na ty věci myslet a srovnat si co teď a co potom./Zůstat s nějakým nadhledem.
Předcházení časovému presu	R4: Víc toho personálu. R5: Ten den jedna sestra navíc, nebo třeba dvě sanitářky. R6: Změna provozu úplně.	R1: Uděláte papíry včas./Nekupit si to. R2: Mít víc času na práci. R3: Určitě lepší spolupráce mezi lékaři sestrami, komunikace./ Je třeba se tomu přizpůsobit, je třeba se tomu postavit a nějak se s tím vším vypořádat.

Tabulka 7 – kategorie řešení časového presu

Respondentům jsem na toto téma položila 2 dotazy. První se týkal řešení situace během časového presu, druhý dotaz se zaměřoval na úplné vyhnutí se časovému presu. Bylo překvapivé, že interní sestry na dotazy týkající se řešení časového presu reagovaly nejdříve odpověďmi jako „Nevím.“, nebo „Těžko říct.“, měly tedy poměrně pasivní postoj. Zatímco chirurgické sestry na první otázku k tomuto tématu – Co myslíte, že by vám v situaci časového presu pomohlo? – reagovaly rychlou odpovědí ve smyslu, že by jim pomohlo více personálu. Takové odpovědi jsou ve shodě s mou hypotézou 7: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení si myslí, že by s časovým presem pomohl vyšší počet personálu. I u chirurgických sester se projevila nejistota vůči řešení, ale oproti interním sestřím, které řešení zpočátku vůbec nenapadlo, se chirurgické sestry vyjadřovaly spíše ve smyslu, že problém řešení nemá. Toto tvrzení zdůrazňuje odpověď R4: „*No tak ve zdravotnictví se úplně presu předcházet nedá, ale říkám možná víc toho personálu.*“. Z odpovědí chirurgických sester vyvozují, že sice mají názor na to, co by mohlo situaci pomoci, současně si ale nemyslí, že je možné vyřešit problém úplně. Z odpovědí interních sester vyvozují, že do okamžiku, kdy byly dotázány na řešení problému, o něm nepřemýšlely. Domnívám se, že důvod, proč interní sestry již dříve nepřemýšlely o řešení časového presu je, že nepociťovaly potřebu hledat řešení. Předpokladem k tomu mohou být charakterové vlastnosti sester, ale je možné i že časový pres na jejich pracovišti není tak intenzivní nebo k němu nedochází tak často, a proto pro ně nepředstavuje tak velký problém. Podle dat zjištěných v kategorii časový pres četnost víme, že dotázané interní i chirurgické sestry zažívají časový pres srovnatelně často, nemáme ale žádné údaje o jeho intenzitě. A proto nemůžeme dál posoudit například zda interní sestry zvládají situaci časového presu lépe než sestry chirurgické.

Nyní už ke konkrétnímu řešení. Jak již bylo zmíněno, chirurgické sestry se jednomyslně shodly, že by situaci zlepšil vyšší počet personálu, v odpovědích interních sester se spíše objevoval motiv lepší organizace práce. R1 přímo uvádí: „*Až tu budu pracovat déle, tak si to líp zorganizuju. Takže organizace práce lepší.*“, a také R3 uvádí: „*No ono záleží každý je nějaký, každý stres zvládá jinak, co by mně pomohlo... nevím no, nesmí to člověk vzdát. Člověk si musí na ty věci myslet a srovnat si co teď a co potom aby se z toho nějak nezhroutil. Takže musí zůstat s nějakým nadhledem. Nejde všechno najednou.*“. V těchto odpovědích vidíme, že interní sestry hledají řešení spíše na své straně a ve svém vlastním chování. R2 se svou odpovědí od ostatních respondentů odlišuje: „*Nebýt v časovém presu. Nevím, třeba nějaká relaxace, aby se člověk uklidnil a lépe se mu přemýšlelo.*“. Ač tato odpověď není zcela shodná s odpověďmi R1 a R3,

není ani zcela odlišná. Respondentka hledá řešení ve své vlastní činnosti, a je možné, že lepší myšlení má vést k lepší organizaci práce, jen takové výrazy k vyjadřování nepoužívá. Její odpověď také neměla nic společného s odpověďmi respondentů z chirurgického oddělení, kterým se na rozdíl od R1 a R3 podobá věkem. Na základě toho vyvozují, že příčina odlišných odpovědí je odlišný druh oddělení, nikoliv věk respondentů.

K možnosti předcházení časovému presu chirurgické sestry vyjádřily svůj předpoklad, že to není možné, jak jsme již dříve uvedli. Jako určitou možnost viděly opět v navýšení počtu personálu a R6 dokonce uvedla: „*To by musela být změna provozu úplně. Jako úplně to všechno přenastavit, kdo se o co stará, i jako kdy se má co udělat.*“. Současný systém ukládá sestrám velké množství povinností a jistě nepomáhá, že někteří lékaři neplní všechny své povinnosti a jejich splnění očekávají od sester. Mou vlastní nejextrémnější zkušeností je praxe na nejmenovaném chirurgickém oddělení, kde lékaři poměrně často nenapsali denní dekurzy, a sestry je tak psaly a tiskly samy. Lékaři se pak jen na oddělení zastavili, aby dekurzy podepsali, a často zapomněli udělat i to. K tomuto tématu můžeme také uvést část odpověď R3: „*No těžko říct, někdy to člověk neovlivní, ale určitě lepší spolupráce mezi lékaři sestrami, komunikace.*“. Dobrá spolupráce multidisciplinárního týmu je pro poskytování kvalitní zdravotní péče zásadní, zvláště v obtížných situacích. Vztahy mezi sestrami a lékaři by dnes měly být na partnerské úrovni, reálně ale vypadají nejrůzněji. V tomto ohledu by mohlo být přínosné, kdyby medicí a budoucí sestry byli v rámci některých předmětů vzdělávání společně a byli by tak podporováni v navazování pozitivních vztahů.

## **8.6 Návrh řešení**

Cílem mé práce bylo i navržení možného řešení problému, kterým je časový pres. Od tohoto návrhu si neslibuji reálné vyřešení problému, pokud se ale zabýváme nějakým problémem, je vhodné zamyslet se i nad možnostmi jeho řešení. Jako první a očividný způsob se nabízí navýšení počtu personálu. Takové řešení ale není příliš reálné, když uvážíme, že mnoho zemí po celém světě se dlouhodobě potýká s nedostatkem sester. Kromě toho obě oddělení, kde šetření probíhalo, měla na směně kromě dvou sester na směnu denní ještě jednu sestru na ranní směně. Mít na oddělení jednu sestru navíc na ranní směnu není zcela typické, ale zvláště ve velkých nemocnicích se s tím setkáváme



čím dál tím častěji. Můžeme to tedy vidět jako již proběhlý pokus o snížení četnosti časového presu.

Další možností by bylo vypracování strategie časového managementu, která by zohledňovala všechny členy multidisciplinárního týmu a jejich pracovní náplň a potencionálně by vedla k lepší organizaci práce na pracovišti. Členové týmu by byli s touto strategií seznámeni pomocí přednášky či kurzu, měli by být seznámeni s tím, jakým způsobem se navzájem ve výkonu práce ovlivňují, například jaké chování zdržuje či omezuje ostatní členy týmu. Dál by strategie měla obsahovat návod k určení prioritních činností, včetně modelových situací. Také by měla členy multidisciplinárního týmu upozornit na význam péče o vlastní zdraví a potřeby. Aby mohla takováto strategie časového managementu vzniknout, bylo by třeba provést podrobné šetření a rozbor denních aktivit všech členů multidisciplinárního týmu. Vypracování takovéto strategie by jistě bylo složité a nákladné a její konečná účinnost by velmi záležela na způsobu implementace do praxe. Ač zdravotničtí pracovníci většinou hodnotí celoživotní vzdělávání jako nezbytné, často vnímají přednášky a kurzy, které musí navštěvovat, jako otravné zdržení. Je tedy otázkou, zda by pracně vytvořenou strategii časového managementu nakonec reálně využili.

Skromnější verzí předešlého návrhu by byla přednáška pro sestry o osobním managementu. Přednášku by navštívili pouze zájemci, čímž by bylo zajištěno, že skutečně dojde k předání informací a že aspoň některé poznatky posluchači využijí v praxi. Přednáška by měla sestry seznámit s některými metodami organizace času a práce v kontextu ošetrovatelské praxe. Přednáška by se také mohla dotknout strategií zvládnání stresu, doporučení pro efektivní komunikaci na pracovišti a tipy na to, jak naplnit vlastní potřeby i při nedostatku času.

V neposlední řadě bych rozvedla návrh, který jsem zmínila již v kategorii řešení časového presu. Pro zvládnutí časového presu je významná dobrá spolupráce mezi sestrou a lékařem, a tuto spolupráci je nutné podporovat. V již existujícím multidisciplinárním týmu je možné využít teambuildingové akce či např. společné večere, takové metody ale slouží spíše k posílení vztahů a nelze od nich očekávat vytvoření dobrých vztahů tam, kde před tím nebyly. Proto se domnívám, že by bylo vhodné vést lékaře a sestry k dobrým vztahům již během studia. Domnívám se, že by budoucí lékaři a sestry mohli společně absolvovat některé přednášky, tyto přednášky by pak mohly zahrnovat lékařskou i ošetrovatelskou problematiku, aby tak student získal oba úhly pohledu. Tímto způsobem by mohlo vzniknout lepší porozumění a spolupráce mezi oběma obory. Jako vhodný

předmět pro společnou či částečně společnou výuku bych navrhla geriatrii. Domnívám se, že kdyby medicí získali náhled na ošetrovatelskou problematiku péče o geriatrického pacienta, mohl by se zlepšit jejich způsob komunikace s těmito pacienty. I sestřám je tento obor blízký a lepší porozumění lékařské problematice tohoto oboru by je mohlo značně obohatit. Současně by studenti obou oborů mohli získat úctu jeden k druhému a k práci, kterou ten druhý odvádí. Ideální by bylo, kdyby součástí výuky byla diskuse mezi studenty na probírané téma, zejména o jejich praktických zkušenostech. Studenti by tak mohli porovnat, jaké zkušenosti mají sestry a jaké mají medicí. Také by mohlo být přínosné, kdyby mediky na jejich první sesterské praxi provázela zkušenější studentka sestra, která by si je vzala na starost. Tím by se ulehčilo sestřám, které by tak nemusely studentovi vysvětlovat každou drobnost, jako jak se stele postel.

## 9 Diskuse

Téma časového presu v ošetrovatelství je dobře známé, doposud však nebylo důkladně teoreticky zpracováno. Někdy se můžeme setkat s tím, že je časový pres odbýván jako problém,“ který tu byl vždycky“, a na základě toho nemá smysl pokoušet se o jeho řešení. Ale totéž by se dalo říct i o bakteriálních infekcích do doby, než bylo připraveno první

účinné antibiotikum. Zabývat se časovým presem má velký význam jak pro sestry, kterým může působit například psychické nebo kardiovaskulární onemocnění, tak pro pacienty. V rámci této práce jsem se zaměřila na časový pres zejména jako na etický problém.

V kategorii 1 jsem potvrdila hypotézu 1: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení zažívají situaci časového presu aspoň jednou za týden. 100 % respondentů se vyjádřilo, že zažívá situaci časového presu častěji než jednou za týden. Z šetření také vyplývá, že se sestry cítí být pod tlakem času často. Podle našeho výzkumného šetření také nemá na četnost výskytu časového presu vliv věk nebo vzdělání respondentů. Též rozdíl v četnosti mezi chirurgickým a interním oddělením byl minimální, nicméně pro získání kvalitních údajů o vlivu věku, vzdělání a typu kliniky na četnost výskytu časového presu by bylo zapotřebí kvantitativní metody výzkumu. Pro nás jsou ale tyto údaje pouze okrajové. Významné je zjištění, že na interním oddělení přispívá k rozvoji časového presu postupné zadávání nových úkolů lékaři sestrám, zatímco na chirurgickém oddělení jsou faktorem vzniku časového presu akutní obtíže pacientů. Nezanedbatelným faktorem je také přítomnost studentů na praxích, která pro sestry představuje práci navíc. Žádná z dostupných studií neuvádí statistické údaje týkající se četnosti výskytu časového presu. Různé zdroje uvádí výrazy jako „často“, „denně“ a „běžně“, ale bohužel žádná z dohledaných studií nedoložila tyto výrazy konkrétními daty.

Hypotézu 3: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví v situaci časového presu méně času vyplňováním ošetrovatelské dokumentace než když je času dostatek, jsem stanovila na základě předpokladu, že v situaci, kdy je třeba ušetřit čas, nebudou sestry považovat dokumentaci za tak důležitou činnost. Oproti mému očekávání se pouze dvě respondentky vyjádřily ve smyslu, že je pro ně dokumentace méně významná, a naopak dvě třetiny respondentů vnímaly vyplnění dokumentace jako

nezbytné. Ve výzkumném šetření Šárky Baršíkové 18 % respondentů považovalo administrativní práci za důležitou, 28 % respondentů ji považuje za spíše důležitou, 46 % ji nepovažovalo za důležitou a 8 % respondentů nezodpovědělo otázku. (Buršíková, 2016) Toto šetření je v rozporu s výsledky mého výzkumu kde 66 % respondentů vnímalo vyplnění dokumentace jako nezbytné. Výsledky našeho výzkumu se lépe shodují s šetřením Bc. Terezy Zídkové a Mgr. Hany Ochtinské. Dle jejich výsledků 82,5 % respondentů označilo dokumentaci jako důležitou a pouhých 5 % vidělo dokumentaci jako zbytečnou. V rámci tohoto výzkumu bylo také 37,5 % respondentů nespokojených s ošetrovatelskou dokumentací. (Zídková a Ochtinská, 2015)

Ač jsem se na tuto otázku přímo nesoustředila, dva respondenti vyjádřili vyloženě spokojenost se současnou podobou dokumentace.

Hypotézu 3 se nepodařilo přímo potvrdit, většina respondentů se nevyjádřila, že se dokumentaci věnuje méně, ale že se jí věnuje později. Můžeme ale konstatovat, že sestry v situaci časového presu odkládají vyplnění dokumentace na později. Z toho lze nepřímo usuzovat, že v situaci časového presu stráví vyplňováním dokumentace méně času, protože tuto činnost odloží na později. V návaznosti na čas strávený dokumentací mě zajímala její kvalita. Pět z šesti sester považuje dokumentaci vyplněnou v časovém presu za stejně kvalitní jako dokumentaci vyplněnou při dostatku času. Současně dvě respondentky připustily, že dokumentace psaná v časovém presu je méně podrobná. Jako faktory pro zachování kvality dokumentace i při nedostatku času jsem identifikovala zpětné dopisování, způsobilost sester a kvalitně zpracovaný tiskopis ošetrovatelské dokumentace. Zpětné dopisování může být současně i faktorem pro horší kvalitu ošetrovatelské dokumentace, záznamy mohou být zkreslené a nepřesné. Wendy Blairand a Barbara Smith v roce 2012 publikovaly článek zabývající se ošetrovatelskou dokumentací na Novém Zélandě, ve kterém popsaly jako příčinu zhoršené kvality dokumentace časový pres a nedostatek přesných informací o hodnocení a zaznamenávání. Ve svém článku se také zabývaly množstvím času, který sestry stráví dokumentací, na oddělení intenzivní péče. Podle W. Blairand a B. Smith stráví sestry dokumentací 25–50 % času, tento čas potom sestrám chybí při péči o pacienty. (Blairand a Smith, 2012)

Dalším tématem mého výzkumu byly činnosti, kterým se sestry v časovém presu věnují méně. Předpokládala jsem, že pokud sestry nemají dostatek času, musí některé činnosti omezit až vynechat. Hypotézu 4: „Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení stráví kromě vyplňování dokumentace méně času ještě aspoň jednou činností.“, jsem potvrdila. Někteří respondenti se zdráhali vyjádřit se k tomuto tématu

konkrétně, ale ze získaných dat vyplývá, že sestry se v časové tísní především nevěnují samy sobě, dál jsem také zaznamenala pocity nedostatečné péče o pacienty a omezení komunikace s pacientem. Ze studie o pracovních podmínkách a kvalitě nemocniční péče ve 12 zemích Evropy z roku 2013 vyplývá, že sestry v časovém presu spíše podají léky a zajistí ošetření, ale nenajdou čas na poskytnutí pohodlí a promluvení si s pacienty. To vyplývá i z úkolů nedokončených na konci směny, kdy terapie bolesti a léčebné postupy bývaly nedokončeny málokdy. Oproti tomu polovina či více než polovina respondentů nestihla činnosti jako edukace pacienta a jeho rodiny, utěšování a mluvení s pacienty. (Aiken, Douglas a Luk, 2013) Také ve výzkumu zabývajícím se komunikací s pacienty na umělé plicní ventilaci byl zaznamenán časový pres jako významný faktor zhoršení kvality, když 65 % respondentů označilo časový pres jako příčinu nedostatků v komunikaci s pacientem. (Prusenová a Zeleníková, 2016) Tento výsledek je srovnatelný s daty, která jsme získali v našem šetření, kde 66 % respondentů uvedlo, že v časové tísní nemají čas věnovat se komunikaci s pacienty. Nyní bych šetření srovnala s výzkumem ze zcela odlišného protřetí. Fang Shi se věnoval časovému presu na čínských jednotkách intenzivní péče. Zde se rozkrývá problematika implicitně přidělované ošetrovatelské péče, tedy u pacienta je provedena pouze nezbytná péče a vše ostatní z důvodu chybění zdrojů, v tomto případě času, provedeno není. Šetření Fang Shi identifikovalo jako péči, která provedena není, terapii pneumatickou pumpou, vibrační expektoraci, kontrolu zdravotní dokumentace pacienta, časnou aktivitu, nošení a svlékání izolačního oděvu a utírání vybavení u lůžka. Respondenti, kteří se účastnili mého šetření, měli zcela odlišný přístup. Zdůrazňovali, že vše je nutné udělat, zvláště pokud jde o ordinace lékaře. Jedna respondentka také uvedla možnost požádat o pomoc kolegyni, což je významný prvek odlišující etiku prostředí, ve kterém jsem prováděla svůj výzkum, od etického prostředí, ve kterém vznikla zmíněná studie. V čínské kultuře je totiž považováno za projev slabosti či neschopnosti požádat druhého o pomoc, či předat nějakou práci další směně. Je tedy možné, že čínské sestry dají přednost tomu zcela vynechat některou péči, než dát najevo, že na něco nestačí samy. (Fang Shi a Yuntao Li, 2023) Takový přístup nelze v naší kultuře vnímat jako příliš morální. Naopak je považováno za neetické upřednostnění vlastní hrdosti před zajištěním potřebné péče pacientům.

V návaznosti na toto jsem se také zabývala tím, zda jsou samy sestry nespokojené s péčí, kterou poskytují pacientům během časového presu. Šetření potvrdilo hypotézu 6. Konkrétně 83,3 % respondentů uvedlo, že s takto poskytovanou péčí nejsou spokojeni.

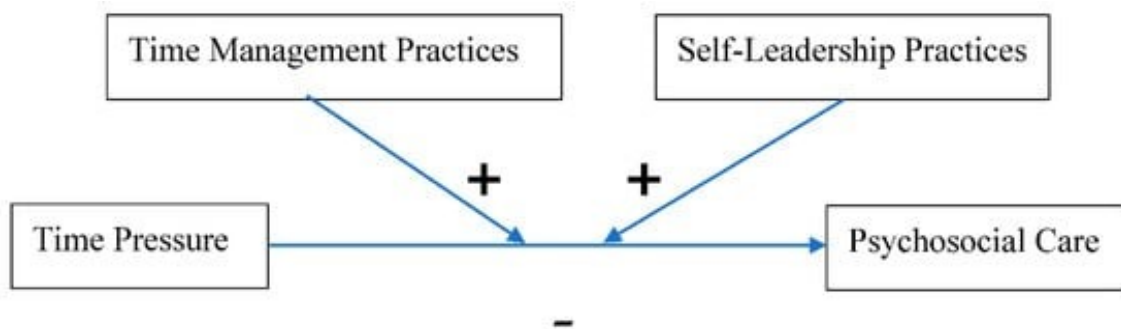
Ve své studii z roku 2018, zabývající se časovým presem v onkologii, uvádí Marie-Astrid Vinckx, že většina respondentů označila časový pres za bariéru v péči, a také se většina sester vyjádřila že časový pres vede k neposkytnutí dobré ošetrovatelské péče. Sestry zdůrazňovaly, jak důležitá je podle nich psychosociální péče, současně ale připustily, že pod vlivem časového presu se komunikaci s pacienty vyhýbaly. Tyto údaje se shodují s daty získanými během našeho výzkumu, přestože výzkum Vinckx probíhal v Belgii na zcela jiném typu oddělení. To poukazuje na univerzalitu problému, stejně jako jeho komplexnost. (Vincx, 2018)

V rozhovorech jsme se zabývali i tím, jak sestry pečují samy o sebe. Všichni respondenti uvedli nejméně jednu potřebu, kterou v časovém presu zanedbávají. Nejčastěji respondenti uváděli dodržování pitného režimu. V tomto kontextu bych uvedla, že Studie Nurses' self-care behaviors related to weight and stress poukázala na stav zdraví sester v USA. Přestože jsou sestry skupinou dobře informovanou o zdraví a zdravém životním stylu, ke kterému se snaží vést druhé, své vlastní zdraví zanedbávají. S naším šetřením pak souvisí zjištění, že 53,8 % respondentů uvedlo, že nejí pravidelně a nejčastějším zdůvodněním byl nedostatek času. 22,3 % respondentů uvedlo konkrétně, že mají příliš mnoho práce během směny, než aby si udělali pauzu na jídlo a 9,3% respondentů vidělo problém ve směnném pracovním systému. Zvláště problematické jsou noční směny, jednak proto, že to není přirozený čas pro jídlo, jednak proto, že nefunguje kantýna. Toto šetření je v podstatě ve shodě s výsledky mého výzkumu, který ukazuje že si 50 % respondentů nenajde v časovém presu čas na jídlo. (Nahm, Rn, Faan, 2012)

Je k podivu, že mnohé práce, které se zabývaly časovým presem, vynechaly problematiku saturace potřeb sestry, která se podle mě přímo nabízí. Stav, v jakém se sestra nachází, ovlivňuje výkony, které podává. Unavená a hladová sestra může být v lepším případě jen nenaložená a protivná, což ale pro pacienty také není příjemné, může však být také nepozorná, nesoustředěná, a to může vést ke vzniku pochybení, a proto je i toto velmi důležitým tématem. To nás posouvá k dalšímu tématu této práce, kterým je právě pochybení. 50 % respondentů našeho šetření připustilo, že pod časovým tlakem více chybují. Není tedy možné jednoznačně potvrdit hypotézu 5: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení v situaci časového presu častěji chybují. Studie, které se věnují tomuto tématu, se jím většinou zabývají ve smyslu bezpečnosti pacientů. Chyby sester totiž často vedou k poškození pacienta, za což se pokládá i nepřispění k navrácení zdraví. M. Eklof svou studií doložil, že kvalitní standardy a systémy nezaručují bezpečnost pacientů, riziko v tomto ohledu plyne z nedostatku zdrojů, zejména právě

z časového presu. Zaměstnanec v časovém presu volí riskantní zkratky i přes znalost zaběhnutých standardů. (Eklof, 2014) Ve studii Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey se Ching-I Teng zabývá spojitostí syndromu vyhoření sester ve spojení s časovým presem jako důvodem pro horší bezpečnost pacientů. Tato studie odhalila, že časový pres v kombinaci se syndromem vyhoření působí horší bezpečnost pacientů. Současně nebyla bezpečnost pacientů významně snížena u sester, které byly v časovém presu, ale netrpěly syndromem vyhoření. Ching-I Teng usuzuje, že pro sestry se syndromem vyhoření je obtížné přizpůsobit se časovému presu v důsledku emocionálního vyčerpání a obtíží s vyvinutím dostatečného pracovního úsilí pro vyvážení nedostatku času, to vede k větší pravděpodobnosti výskytu chyb. (Teng, 2010) G. A. A. Eldeeb ve svém výzkumu popisuje frekvenci hlášení nežádoucích událostí. V této souvislosti bych připomněla, že polovina respondentů v tomto šetření připustila, že v časovém presu více chybí. Eldeeb popisuje, že 63.2 % chyb, které byly zachyceny dříve, než mohly ovlivnit pacienta, není nahlášeno, stejně tak 68,4 % chyb, které nemají potenciál ohrozit pacienta. V případě chyb, které by mohly pacienta poškodit, ale nepoškodily, není nahlášeno 60,5 %. Z toho vyplývá, že ve více jak 60 % případů sestry nenahlásí chyby, které nepoškodily pacienta. (Eldeeb, 2016) Ve světle těchto informací je možné uvažovat, že všechny respondentky našeho výzkumu v časovém presu více chybí, ale pouze polovina z nich to připustila. To podporuje skutečnost, že všichni respondenti připustili, že v časovém presu více zapomínají, konkrétně pak často uváděli zapomenutí doplnit něco do dokumentace, což může být považováno za administrativní chybu. Samotnému zapomínání nebyla v mně dostupných zdrojích věnována pozornost, a bylo spíše součástí množiny pochybení. Hypotézu 2: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení aspoň v 1 ze 3 situací, kdy jsou v časovém presu, zapomenou něco udělat, se nepodařilo potvrdit, ale ze získaných údajů vyplývá, že sestry v časovém presu zapomínají více. To je významné zjištění, vzhledem k tomu, že se jím doposud nezabývala žádná studie a také proto, že zapomínání může významně ovlivnit kvalitu péče. V případě, že sestry zapomenou něco doplnit do dokumentace, jak uváděly v rozhovorech, může být narušena kontinuita předávání údajů o pacientovi a při následující směně tak může být něco zanedbáno. Chybějící údaje mohou také vytvářet nové zmatky, které přispívají k časovému presu. Z tohoto pohledu je zapomínání, jeho frekvence a dopady, zajímavým tématem, kterým by bylo vhodné se dále zabývat podrobněji.

Posledním tématem je samotné řešení problému, který představuje časový pres. Ching-I Teng navrhuje využití moderních technologií a vybavení spolu s převedením ošetrovatelské dokumentace do elektronické podoby. Také zmiňuje možnost, které se týká hypotéza 7: Předpokládám, že sestry na standardním lůžkovém oddělení si myslí, že by s časovým presem pomohl vyšší počet personálu. Teng také navrhuje zvýšení počtu personálu, bohužel už se nezabývá dosažitelností takového řešení. (Teng, 2010) Podle Elizabeth Goldsby mají na časový přes výrazný vliv manažeři, kteří mohou snížením vnímaného časového presu ovlivnit negativní výsledky sester. Ve svém článku E. Goldsby navrhuje model zmírňování časového presu pro manažery sester.



Obrázek 1. Model zmírnění časového tlaku pro manažery sester (Goldsby, 2020)

Tento model je vystavěn na teorii, že při dobré implementaci postupů řízení času a sebevedení lze významně omezit negativní vliv časového presu na rozhodování v rámci psychosociální péče. (Goldsby, 2020) Vincx popisuje ve své studii jako možné řešení rozvoj odolnosti sester vůči stresorům, na organizační úrovni pak vidí jako významnou investici rozvoj etického ošetrovatelského vedení a týmové práce. (Vinckx, 2018) Pro úplnost bych ještě dodala, že podle studie Svobodové jsou největšími stresory sester špatné vztahy s lékaři, špatné vztahy mezi sestrami a časový pres. (Svobodová, 2018) Rozvoj týmové práce je tedy jistě vhodným krokem při zlepšování kvality poskytované ošetrovatelské péče a může mít pozitivní vliv na zvládnutí časového presu. Mým návrhem v této oblasti je vést sestry a lékaře ke spolupráci již v době studia a podporovat tak utváření přátelských vztahů a vzájemné úcty.



## Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit vliv časového presu na kvalitu ošetrovatelské péče, posoudit celý tento problém z etického hlediska a navrhnout jeho řešení. K této problematice jsem také stanovila 7 hypotéz. Hypotézu 1 jsem potvrdila. Sestry zažívají časový pres jednoznačně častěji než jednou týdně, mezi nejčastější odpovědi patří „pětkrát týdně“ a „každý den“. Všichni respondenti pocítují časový pres často. Tato skutečnost může navozovat v sestrách silný dlouhodobý stres a mít negativní dopad na jejich zdraví. Přímo četnosti výskytu časového presu v ošetrovatelství se doposud nevěnoval žádný výzkum, pro upozornění na intenzitu a význam tohoto problému jde ale o zásadní údaj. Proto jsem jej do své práce zahrнула, přestože metoda šetření není pro získání dat tohoto typu nejvhodnější. V této oblasti jsem zaznamenala tendenci předpokládat časový pres a přizpůsobit tomu organizaci práce. Takové jednání ale nemusí být zcela eticky v pořádku, může vést sestry k poskytování péče jako by byly v časovém presu, přestože v něm nejsou, a tedy by péče mohla být ochuzená, přestože k tomu není důvod. Tento problém se týká interního oddělení. Na chirurgickém oddělení se oproti tomu vyskytl problém s přijímáním pacientů v těžším stavu, než je pro standardní oddělení vhodné. To ztěžuje rozdělení péče mezi pacienty tak, aby byla všem pacientům poskytnuta péče, kterou potřebují, a hrozí, že pacienti s mírnějšími obtížemi budou zanedbáni.

Z šetření v kategorii dokumentace vyplývá, že sestry cítí povinnost řádně vyplnit ošetrovatelskou dokumentaci, přestože ne všichni respondenti ji považují za důležitou. Vyplnění dokumentace respondenti většinou odkládají na co nejpozději, dokumentace pak bývá stručnější a mohou v ní chybět některé drobnosti. Z výpovědí respondentů vyplývá, že si dávají záležet, aby dokumentace vždy obsahovala vše důležité. V tomto ohledu je přístup sester k dokumentaci velmi zodpovědný. Hypotézu 3 považuji za nepřímo potvrzenou, sestry se dokumentaci nevěnují přímo v situaci, kdy jsou v časovém presu, její vyplnění odkládají na později.

Hypotéza 4 byla jednoznačně potvrzena, většina sester tráví během časového presu méně času zejména péčí o své vlastní potřeby a přímou péčí o pacienty, hodně zmiňovaná byla komunikace s pacienty. Objevuje se zde problém odosobněné péče zaměřené na výkony a fyzickou složku pacienta, psychosociální péče je prováděna minimálně nebo vůbec. Takto poskytovaná péče je zcela v rozporu s holistickou etikou

prosazovanou ve zdravotnictví. Samy sestry se cítí nespokojené s péčí, kterou poskytují pacientům v časovém presu, pocítují povinnost poskytnout pacientům náležitou péči, ale z důvodu nedostatku zdrojů to není možné. Jako velký problém vnímám zanedbávání svých vlastních potřeb ze strany sester. Jde o zdánlivě zodpovědný přístup, když upřednostňují potřeby pacientů před svými vlastními, může to ale vést k tomu, že nejsou v kondici, ve které jsou schopné pacientům poskytnout kvalitní péči. Následkem může být i onemocnění, a z důvodu absence sestry se pak zvýší časový pres pro ostatní pracovníky.

Hypotézu 5 nebylo možné na základě odpovědí respondentů jednoznačně prokázat. 50 % respondentů připustilo že v časovém presu častěji chybují, je možné, že je zde souvislost s ochotou připustit chybu a s věkem respondentů, v tomto směru by bylo zajímavé provést další šetření. Přestože se hypotézu 5 nepodařilo prokázat, nebyla vyvrácena a předpokládám, že při podrobnějším šetření by její prokázání bylo možné. Všichni respondenti totiž připustili, že v časovém presu více zapomínají, konkrétně především dopsat něco do dokumentace. To můžeme vnímat tak, že se dopouští drobných administrativních chyb, což by podpořilo hypotézu 5. Přestože sestry připustily, že v časovém presu více zapomínají, hypotéza 2 potvrzena nebyla. 50 % sester zhodnotilo, že zapomínají častěji než v 1 ze 3 situací časového presu, 50 % zhodnotilo, že zapomínají méně často.

Co se týče názoru sester na řešení časového presu, zpočátku se v odpovědích interních sester objevila spíše nejistota. Následně navržené řešení předpokládalo změnu z jejich vlastní strany, zejména lepší organizaci práce. Oproti tomu chirurgické sestry si byly jisté, že řešením by byl vyšší počet personálu. Takovou odpověď jsem předpokládala v hypotéze 2, bohužel pro její potvrzení mluví pouze 50 % respondentů. Hypotézu bychom tedy mohli upravit takto: Sestry na chirurgickém standardním lůžkovém oddělení si myslí, že by s časovým presem pomohl vyšší počet personálu. Další bádání v této oblasti ale nepovažuji za významné, je všeobecně známé, že sester je nedostatek a jejich vyšší počet by výrazně pomohl zajistit kvalitnější péči. Osobně jsem jako významné možnosti řešení problému časového presu stanovila možnost vzdělávání v oblasti time-managementu a prohlubování dobrých vztahů a komunikace mezi lékaři a sestrami, ideálně již v době studia. Na závěr je nutné zmínit, že zdravotnická etika se především soustředí na etický přístup vycházející od zdravotníků směrem k pacientům, etické zacházení si ale jistě zaslouží i sestra. Pokud jsou tedy na sestry kladeny vysoké morální, charakterové a pracovní nároky, je nezbytně nutné, aby k tomu byly zajištěny dostatečné prostředky. Ani sestra silně eticky založená nedokáže zajistit nemožné.

# Abstrakt

**Autor:** Marie-Anna Audrlická

**Instituce:** Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství

**Název práce:** Etické problémy v ošetřovatelství

**Vedoucí práce:** Mgr. Michaela Votroubková

**Počet stran:** 92

**Počet příloh:** 3

**Rok obhajoby:** 2023

**Klíčová slova:** ošetřovatelská etika, etický problém, etické dilema, morálka, etický princip, časový pres, chybějící péče

Cílem mé bakalářské práce bylo zhodnotit vliv časového presu na kvalitu ošetřovatelské péče, posoudit celý tento problém z etického hlediska a navrhnout jeho řešení. V teoretické části jsem se zabývala etikou ošetřovatelství, jejími principy a historií. Dál jsem popsala některé etické problémy ošetřovatelství.

V praktické části jsem se zaměřila na časový pres jako etický problém. Výzkum byl proveden kvalitativní metodou šetření v podobě polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor jsem vedla s 6 sestrami. V analýze rozhovoru se zaměřuji na četnost výskytu časového presu, přístup sester k dokumentaci během časového presu, péči o pacienty během časového presu, pochybení a řešení. Na základě prostudovaných zdrojů a získaných dat jsem stanovila návrh řešení časového presu.

Přínosem mé práce je posouzení etického aspektu časového presu v ošetřovatelství. Přestože je časový pres v této souvislosti zmiňován, není z tohoto pohledu zkoumán. Upozornění na etickou problematiku časového presu považuji za důležité, stejně jako neustálé upozorňování na tento problém v naději, že se časem dobereme posunu v jeho řešení.

## **Abstract**

**Author:** Marie-Anna Audrlická

**Institution:** Charles University Faculty of Medicine in Hradec Králové, Department of Social Medicine, Department of Nursing

**Title:** Ethical problems in nursing

**Supervisor:** Mgr. Michaela Votroubková

**Number of pages:** 92

**Year of defense:** 2023

**Keywords:** nursing ethics, ethical problem, ethical dilemma, morality, ethical principle, time pressure, lack of care

The goal of my bachelor's thesis was to evaluate the influence of time pressure on the quality of nursing care, to assess this problem from an ethical point of view and to propose a solution. In the theoretical part, I dealt with the ethics of nursing, its principles and history and I described some ethical problems of nursing.

In the practical part, I focused on the time pressure as an ethical problem. The research was conducted using a qualitative method of investigation in the form of a semi-structured interview. I interviewed 6 sisters. In the analysis of the interviews, I focus on the frequency of occurrence of time pressure, nurses' attitude to the documentation in time pressure, patient care during time pressure, errors and solutions. On the basis of the studied sources and the obtained data, I established and proposed possibilities on how to solve the time pressure problem.

The contribution of my work is the assessment of the ethical aspect of the time pressure in nursing. Despite the fact that the time pressure is being mentioned in this context, it has not been examined from this point of view before. I consider it important to draw attention to the ethical issue of the time pressure, as well as to keep drawing attention to this problem in the hope that over time we will make progress in its solution.

## zdroje

1. MUNZAROVÁ CSC., Prof. MUDr. Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
2. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
3. KUTNOHORSKÁ CSC., Doc. Ph.D. Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
4. ONDRIOVÁ, PH.D., PhDr. Iveta. *Etické problémy a dilemata*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-4603-1.
5. PTÁČEK, PH.D., MBA, PhDr. et PhDr. Radek, doc. MUDr. Petr BARTŮNĚK, CSC a kolektiv. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4659-3.
6. PTÁČEK, PH.D., MBA, PhDr. et PhDr. Radek, doc. MUDr. Petr BARTŮNĚK, CSC a kolektiv. *Etické problémy v medicíně na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.
7. ONDRIOVÁ, PH.D., PhDr. Iveta a Verlag DASHÖFER. Uplatňování filozofie holismu u kriticky nemocných. *Seniorzone* [online]. 2018, 15.10. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/uplatnovani-filozofie-holizmu-u-kriticky-nemocnych-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYo\\_S3oCjcbp8/](https://www.seniorzone.cz/33/uplatnovani-filozofie-holizmu-u-kriticky-nemocnych-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EvykoCyJ2LGYo_S3oCjcbp8/)
8. *Evangelium podle Jana*. Praha: Česká biblická společnost, 2007. ISBN 978-80-85810-52-3.

9. SOKOL, Jan. *Etika, život, instituce: Pokus o praktickou filozofii*. Praha: Karolinum Press, 2014. ISBN 978-80-246-4013-6.
10. W., Bruger. *Filozofický slovník*. Praha: Naše vojsko, 2006. ISBN 80-206-0820-6.
11. HUSTED, J. a H. HUSTED. *Ethical Decision Making in Nursing: The Symphonological Approach*. New York: Springer, 2008. ISBN 978-0826-11512-6.
12. OLŠOVSKÝ, J. *Slovník Filozofických pojmů současnosti*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1266-4.
13. KOUBOVÁ, Michaela. Kdy začíná lidský život? Rozdíl mezi pohledem práva a etiky překlene úprava pohřbívání plodů po potratu. *Zdravotnický denník: je zdravé vědět* [online]. 2015, 8. 11. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2015/11/kdy-zacina-lidsky-zivot-rozdil-mezi-pohledem-prava-a-etiky-ma-zmensit-uprava-pohrbivani-plodu-po-potratu/>
14. Pohřebnictví. *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. Česká republika [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.mmr.cz/cs/caste-dotazy/pohrebnictvi/poskytovatele-zdravotnich-sluzeb#:~:text=Za%20jak%C3%BDch%20podm%C3%ADnek%20sm%C3%AD%20poskytovatel%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEeb%20ulo%C5%BEit,hodin%20od%20potratu%20nebo%20ukon%C4%8Den%C3%AD%20t%C4%9Bhotenstv%C3%AD%20osoba%20bl%C3%ADzk%C3%A1.>
15. BURŠÍKOVÁ, Šárka. *Čas strávený sestrou v přímé ošetrovatelské péči a faktory, které jej ovlivňují*. Praha, 2016. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
16. WANTULOVÁ, Andrea. Nedostatek sester prokazatelně zhoršuje ošetrovatelskou péči. Co s tím?. *OU@live: živý magazín ostravské*

univerzity [online]. 2017, 21. srpna 2017 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z:  
<https://alive.osu.cz/nedostatek-sester-prokazatelne-zhorsuje-osetrovatelskou-peci-tim/>

17. LOCIHOVÁ, Hana a Žaneta ANDERSOVÁ. Koncept chybějící péče. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2016, **2016**(11. 3.).
18. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-409-2.
19. GOLDSBY, Elizabeth, Michael GOLDSBY, Christopher B. NECK a Christopher P. NECK. Under Pressure: Time Management, Self-Leadership, and the Nurse Manager. *Administrative Sciences*. 2020, 28. 6. 2020, **10**(3)
20. BLAIRAND, Wendy a Barbara SMITH. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*. 2012, červen, 2012, **41**(2), 160-168
21. *Čas strávený sestrou v přímé ošetrovatelské péči a faktory, které jej ovlivňují*. Praha, 2016. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
22. ZÍDKOVÁ, Bc. Tereza a Mgr. Hana OCHTINSKÁ. Chyby a omyly ve vedení ošetrovatelské dokumentace. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2015, 8. 6., **2015**(6)
23. AIKEN, Linda H., Douglas M. SLOANE, Luk BRUYNEEL, Koen VAN DEN HEEDE a Walter SERMEUS. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 2013, únor, 2013, **50**(2), 143-153
24. PRUSENOVSKÁ, Mgr. Martina a PhDr. Renáta ZELENÍKOVÁ, PH.D. Komunikace sester s pacientem na umělé plicní ventilaci. *Florence*. 2016, 4. 4. 2016, **2016**(4)

25. VINCKX, Marie-Astrid, Inge BOSSUYT a Bernadette DIERCKX DE CASTERLÉ. Understanding the complexity of working under time pressure in oncology nursing: A grounded theory study,. *International Journal of Nursing Studies*. 2018, prosinec, 2018, **2018**(87), 60-68. ISSN 0020-7489
26. SHI, Fang, Yuntao LI a Yingnan ZHAO. How do nurses manage their work under time pressure? Occurrence of implicit rationing of nursing care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2023, duben, 2023, **2023**(75). ISSN 0964-3397
27. NAHM PHD, RN, FAAN, Eun-Shim, Joan WARREN PHD, RN-BC, NEA-BC, Shijun ZHU PHD, Minjeong AN MSN, RN, FNP-BC a Jeanine BROWN MS, RN, CCRC. Nurses' self-care behaviors related to weight and stress. *Nursing Outlook*. 2012, listopad 2012, **60**(5), 23-31. ISSN 0029-6554
28. EKLÖF, Mats, Marianne TÖRNER a Anders POUSETTE. Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurse. *Safety Science*. 2014, prosinec 2014, **2014**(70), 211-221. ISSN 0925-7535.
29. LOTUS SHYU, Yea-Ing, Wen-Ko CHIOU, Ching-I FAN a Si Man LAM. Interactive effects of nurse-experienced time pressure and burnout on patient safety: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010, listopad 2010, **11**(47), 1442-1450. ISSN 0020-7489.
30. ELDEE, Ghada Abdelsalam Ahmed, Azza Abdallha Moustafa GHONEIM a Entsar Kamel ELDESOUKY. Perception of Patient Safety Among Nurses at Teaching Hospital. *American Journal of Nursing Science*. 2016, 2016, **5**(4), 122-128 [cit. 2023-03-27]. ISSN: 2328-5753.
31. SVOBODOVÁ, Adéla. *Vliv stresu na práci sestry*. Praha, 2018. Bakalářská práce. UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE, 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA, Ústav ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.



## Seznam tabulek

Tabulka 1: Kategorie a podkategorie polostrukturovaného rozhovoru .....	38
Tabulka 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví, věku, vzdělání, typu oddělení, kde jsou zaměstnáni.....	39
Tabulka 3: Kategorie časový pres četnost .....	40
Tabulka 4: Kategorie dokumentace .....	43
Tabulka 5: Kategorie péče .....	46
Tabulka 6: Kategorie pochybení .....	51
Tabulka 7: Kategorie řešení časového presu .....	54

## Seznam grafů

Graf 1: Zanedbané potřeby sester .....	50
--	----

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Model zmírnění časového tlaku pro manažery sester .....64

## Seznam příloh

Příloha č. 1 – Přepis rozhovorů .....	77
Příloha č. 2 – Otázky pro rozhovor .....	89
Příloha č. 3 – Souhlas s výzkumným šetřením .....	90

# Přílohy

## Příloha 1 – přepis rozhovorů

Rozhovor 1

**Tazatel:** Marie-Anna Audrlická

**Pohlaví:** muž

**Věk:** 24 let

**nejvyšší dosažené vzdělání:** diplomovaný specialista

**Druh odd. kde respondent pracuje:** standardní interní lůžkové odd. FNHK

**T: „Jak často jste v časovém presu?“**

**R:** „Nejsem tu dlouho, takže zatím docela často, ale já si myslím, že až se pořádně zaučím, a budu vědět co a jak, tak to bude lepší.“

**T: „Dokázal byste říct kolikrát do týdne se ocitnete v časovém presu?“**

**R:** „Dejme tomu každou druhou až třetí službu, co tu jsem. Protože jak máme směny, tak je to nepravidelný.“

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete dokumentaci?“**

**R:** „Snažím se ji udělat. Já se snažím ji udělat brzo ráno nebo průběžně, jak mě třeba doktor dává vizitu, aby se mě to pak nenahrnulo najednou, protože odpoledne se pak může něco stát, a pak by na to nebyl čas. Takže hned jak mi doktor dá vizitu, tak se snažím dělat papíry.“

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?“**

**R:** „Já si myslím, že jo. Tam jsou vlastně ty okýnka, takže se zaškrtává. Takže se snažím udělat všechno, co je napsané od doktora.“

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě ošetrovatelské dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

**R:** „Asi ne, protože všechno se musí udělat. Prostě všechny ordinace se musí splnit. Co třeba není akutní tak chvíli počká, ale musí se to stejně udělat.“

**T: „Myslíte si, že v časovém presu trávíte celkově méně času s pacienty?“**

**R:** Nezdržím se u nich tak dlouho, třeba jim jen odnesu léky, ale většinou se tam dlouho nezdržím. Jako zeptám se, jestli něco nepotřebují, a když jo tak se to vyřeší.“

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

**R:** „Myslím si že ano, ale jsou to jen chyby jako že se něco někam blbě napíše, tak se to škrtne napíše se oprava a tak, není to, že by byli špatně podaný léky, ale spíš něco v těch papírech.“

**T:** „Už jste někdy na něco zapomněl, když jste byl v časovém presu?“

**R:** „Jo.“

**T:** „V kolika situacích časového presu se stane že na něco zapomenete?“

**R:** „No já si na to snažím myslet, ale jako zatím se mi to stává častěji. Tak asi no jako skoro pokaždý. Nějaká drobnost se asi vždycky najde.“

**T:** „Cítíte se někdy nespokojený s péčí, kterou poskytnete pacientům v časovém presu?“

**R:** „Někdy jo, protože na ně prostě není čas. Třeba něco chtějí říct, ale já se opravdu zajímám jenom o to, jestli je něco bolí, nebo jestli mají vyloženě nějaký problém, ale pokud chtějí něco říct, prostě popovídat si, tak na to není čas.“

**T:** „Zanedbáváte někdy vlastní potřeby v časovém presu?“

**R:** „Jo, rozhodně moc není čas na to najíst se napít se.“

**T:** „Co myslíte že by vám v situaci časového presu pomohlo?“

**R:** „Až tu budu pracovat déle tak si to líp zorganizuju. Takže organizace práce lepší.“

**T:** „Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?“

**R:** „Těžko říct, někdy se člověk dostane do časového presu tak, že se něco udělá, a pak doktor ještě přiběhne, že se musí udělat tohle, a pak ještě tohle, ještě tohle, ještě tohle. A ono se to pak nasčítá, ale to se nedá ovlivnit, to je podle toho, jak se vyvíjí situace. Ideálně tomu předejít tak, že si uděláte papíry včas. A nekupit si to.“

## Rozhovor 2

**Tazatel: Marie-Anna Audrlická**

**Polaví: žena**

**Věk: 50 let**

**Max. dosažené vzdělání: diplomovaný specialista**

**Druh odd. kde respondent pracuje: standardní interní lůžkové odd. FNHK**

**T: „Jak často se stává, že jste v časovém presu?“**

R: „Často, hodně často.“

**T: „Kolikrát do týdne?“**

R: „Třeba pětkrát.“

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete dokumentaci?“**

R: „Dokumentaci se věnovat musím, to jinak nejde, ale věnuji se jí trochu méně.“

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně dobře jako jindy?“**

R: „Snad ano. Spíš ji dopisují zpětně, tak si možná nevzpomenu, jako na takové ty podrobnosti asi. To důležité, to by tam mělo být, to si myslím, že tam určitě je.“

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě vyplňování dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

R: „Méně času strávím s pacienty, to určitě.“

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

R: „Neřekla bych.“

**T: „V kolika situacích časového presu se stane že na něco zapomenete?“**

R: „Asi tak jednou dvakrát za delší období.“

**T: „Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?“**

R: „Ano. Není to prostě ono, když na to nemáte čas. Tím myslím, že se jakoby zabýváte jenom tím, čím musíte, honem léky, honem převazy, ale to se věnujete těm činnostem a ne pacientovi. Ono je strašně důležité se aspoň zeptat, jak se jim daří, ale v tom presu zrovna na nějaký povídání není čas.“

**T: „Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své potřeby?“**

R: „Ano, někdy za celý den skoro nic nevypiju.“

**T: „Co myslíte že by vám v situaci časového presu pomohlo?“**

R: „Nebýt v časovém presu. Nevím, třeba nějaká relaxace, aby se člověk uklidnil a lépe se mu přemýšlelo.“

**T: „Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?“**

R: „Mít víc času na práci. Nevím to se asi nedá nijak zařídit.“



Rozhovor 3

**Tazatel:** Marie-Anna Audrlická

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 24 let

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** Bakalář

**Druh odd. kde respondent pracuje:** standardní interní lůžkové odd. FNHK

**T: „Jak často se stává že jste v časovém presu?“**

**R:** „Docela často, činností je hodně. Řekla bych ne vždycky, záleží, jestli je to přes týden nebo o víkendu. Přes týden je to náročnější to jsem v časovém presu skoro pokaždé. Ještě záleží, jestli mám noční nebo denní směnu. Přes tu noční směnu v časovém presu nejsem, ale přes den jo.“

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete ošetrovatelské dokumentaci?“**

**R:** „No tak ta zůstává až úplně jako nakonec. Když něco potřebuji zjistit tak se do ní podívám, ale nějaké záznamy celkové z toho dne, to je až to poslední bych řekla. Není to v těch prioritách pro mě.“

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?“**

**R:** „No snažím se tak zaznamenat jako všechno co se tak ten den stalo, takže já si myslím, že v tom rozdíl není, jestli to je psané jako když mám čas, anebo v časovém presu. Já si to zpětně všechno dopisuji, co se stalo.“

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

**R:** „Je jich docela dost, tak třeba pitný režim, takové věci jdou stranou. Člověk musí zhodnotit co je potřeba víc a co je potřeba míň, že třeba vím že něco počká, ať už třeba nějaký převaz nebo tak něco tak to není taková akutní věc.“

**T: „Myslíte, si že v časovém presu celkově trávíte méně času s pacienty?“**

**R:** „Určitě jakože záleží, co se děje. Myslím si, že je ta péče taková, jakože rychle, rychle všechno a je to neosobní.“

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

**R:** „Ono záleží, jak jsem unavená. když jsem unavená a moc mi to nemyslí, tak určitě víc, ale když je člověk odpočatý a je v nějaké náročné situaci, jako třeba v tom časovém presu tak je to lepší.“

**T: „Už jste někdy na něco zapoměla, když jste byla v časovém presu?“**

**R:** „Určitě, snažím se myslet na ty důležité věci a na ně nezapomínat, ale na takové ty nějaké drobnosti, to člověku vypadne z hlavy.“

**T:** „**V kolika situacích časového presu se stane že na něco zapomenete?**“

**R:** „Asi tak v jedné ze sedmi, třeba.“

**T:** „**Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?**“

**R:** „Jo je toho hodně člověk je pak takový že, si říká ty jo nemám na ty pacienty čas. Někdo by si třeba chtěl povídat, ale není na to čas.“

**T:** „**Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své vlastní potřeby?**“

**R:** „Tak to je vždycky, snažím se na sebe myslet. Jako je to práce s lidmi pro lidi, ale je důležité nezapomínat na pitný režim nebo si odpočinout.“

**T:** „**Co myslíte že by vám v situaci časového presu pomohlo?**“

**R:** „No ono záleží každý je nějaký, každý stres zvládá jinak, co by mě pomohlo... nevím no, nesmí to člověk vzdát. Člověk si musí na ty věci myslet a srovnat si co teď a co potom aby se z toho nějak nezhroutil. Takže musí zůstat s nějakým nadhledem. Nejde všechno najednou.“

**T:** „**Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?**“

**R:** „No těžko říct, někdy to člověk neovlivní, ale určitě lepší spolupráce mezi lékaři sestrami, komunikace. Třeba já si ráda udělám svoji práci sama, třeba když tady jsou studentky tak je to pro mě náročné tím že to nemám na starosti, ale je třeba se tomu přizpůsobit, je třeba se tomu postavit a nějak se s tím vším vypořádat.“

Rozhovor 4

**Tazatel:** Marie-Anna Audrlická

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 42 let

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** Bakalář

**Druh odd. kde respondent pracuje:** standardní chirurgické lůžkové odd. FNHK

**T: „Jak často se stává, že jste v časovém presu?“**

**R: „No denně. Asi tak pětkrát v týdnu.“**

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete ošetrovatelské dokumentaci?“**

**R: „My musíme pořád, jako neustále. Ale necháváme si to jakoby na později. Až úplně nejzazší termín no. Nejdřív pacienti, léky a potom teprve dokumentace.“**

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?“**

**R: „Určitě.“**

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě vyplňování dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

**R: „Asi ne.“**

**T: „Myslíte si, že v časovém presu celkově trávíte méně času s pacienty?“**

**R: „Právě že více, protože s těma pacientama se něco děje, takže kolem nich pořád musíme běhat.“**

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

**R: „To ne, to třeba jenom maximálně, že člověk si vezme třeba, já nevím, na napíchnutí flexili jednu flexilu a jindy, když byste měli čas, byste si vzali třeba dvě a něco do zásoby, takže spíš si člověk pak přidělá práci, že se vrací pro nějaký jiný materiál, ale co se týče kvality ošetření toho pacienta tak asi ne. Ten pres sice je, ale to k naší práci patří. A my to prostě musíme odvádět dobře.“**

**T: „Už jste někdy na něco zapomněla, když jste byla v časovém presu?“**

**R: „Určitě, dopsat třeba že někdo má močovou cévku nebo tak. Ale to jsou věci, který se daj dohledat a jako dopsat. To nejsou nějaký zásadní věci.“**

**T: „V kolika situacích časového presu se stane, že na něco zapomenete, např. v 1 ze 2, v 1 z 5?“**

**R: „Stává se to tak jednou za den, takže vlastně pokaždý.“**

**T: „Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?“**

**R:** „Ne.“

**T:** „Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své vlastní potřeby?“

**R:** „Jistě, nestíhám se najíst a vyčůrat.“

**T:** „Co myslíte, že by vám v situaci časového presu pomohlo?“

**R:** „Více personálu.“

**T:** „Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?“

**R:** „No tak ve zdravotnictví se úplně presu předcházet nedá, ale říkám možná víc toho personálu.“

## Rozhovor 5

**Tazatel:** Marie-Anna Audrlická

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 54 let

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** specializace chirurgických oborů po střední zdravotnické škole

**Druh odd. kde respondent pracuje:** standardní chirurgické lůžkové odd. FNHK

**T: „Jak často se stává, že jste v časovém presu?“**

**R:** „Hodně často, každý den bych řekla. Zvlášť dopoledne, někdy se to zvrtné, když se nestihnou vyšetření i odpoledne, nebo když se někdo zhorší.“

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete ošetrovatelské dokumentaci?“**

**R:** „Já si myslím, že už to má člověk tak nějak sesumírovaný, že to zvládne tak, že v těch chvilkách se to vyplní. I když to je otravný pořad psát nějaký pozorování, ale už to asi máme nacvičený.“

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?“**

**R:** „Myslím si, že tam vlastně teď už vypisujeme jenom ty nejdůležitější věci, a ty změny u těch pacientů, který nastávají. Takže je to třeba stručnější ale to nejdůležitější tam člověk napíše.“

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě vyplňování dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

**R:** „Třeba se člověk nedostane tolikrát zkontrolovat toho pacienta, a jakože nepude tolikrát na ten pokoj jako jindy.“

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

**R:** „Myslím si, že tohle je tak důležitý, že si nato dáváme pozor. Že vždycky zkontrolujeme štítky a zeptáme se pacienta na jméno. Že to není už takovej časovej pres, protože všechno se dá nějak zvládnout, počká to nebo pomůže kolegyně. Když nejde o život, tak se to prostě dá uzpůsobit.“

**T: „Už jste někdy na něco zapoměla, když jste byla v časovém presu?“**

**R:** „To se stává. To se myslím stane každému.“

**T: „V kolika situacích časového presu se stane, že na něco zapomenete, např. v 1 ze 2, v 1 z 5?“**

**R:** „Asi tak v jedné ze dvou.“

**T: „Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?“**

**R: „Ano.“**

**T: „Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své vlastní potřeby?“**

**R: „Ano. Třeba se nestihne člověk najíst v daném časovém prostoru, nebo někdy ani nestíháte na ten záchod, tak to furt člověk prodlužuje.“**

**T: „Co myslíte, že by vám v situaci časového presu pomohlo?“**

**R: „Další sestra.“**

**T: „Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?“**

**R: „To se nedá na našem oddělení nikdy odhadnout. Prostě jsme chirurgie a nikdy nevíme, kdy bude někomu špatně, to by musela být vždycky ten den jedna sestra navíc, nebo třeba dvě sanitářky by musely bejt, aby došlo k uspokojení těch pacientů teď hned, a teď hned za mnou přijdete. A teď hrozně praskaj jipky takže nám třeba vracej pacienty, který by tam měli být o den dýl, tak my je máme hned zpátky, a taky lítáme na sály.“**

Rozhovor 6

**Tazatel:** Marie-Anna Audrlická

**Pohlaví:** žena

**Věk:** 60 let

**Nejvyšší dosažené vzdělání:** střední zdravotní škola

**Druh odd. kde respondent pracuje:** standardní chirurgické lůžkové odd. FNHK

**T: „Jak často se stává, že jste v časovém presu?“**

**R: „Často, myslím že úplně každý den.“**

**T: „Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete ošetrovatelské dokumentaci?“**

**R: „Dokumentaci se věnuji až na konec. To je zrovna něco, co počká.“**

**T: „Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?“**

**R: „No vždycky ne. Už si potom vždycky všechno člověk nemůže pamatovat, že to jako není psaný tak dopodrobna, ale to hlavní to tam vždycky je, protože to musí být.“**

**T: „Je nějaká jiná činnost kromě vyplňování dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?“**

**R: „Jídlo, na to vůbec nemám čas.“**

**T: „Myslíte si, že v časovém presu celkově trávíte méně času s pacienty?“**

**R: „No to určitě, to se prostě nestíhá.“**

**T: „Máte pocit, že v časovém presu více chybujete?“**

**R: „Může se to stát. Někdy jsou ty chyby zanedbatelný, ale někdy by to díky tomu stresu mohla bejt i závažná chyba.“**

**T: „Už jste někdy na něco zapoměla, když jste byla v časovém presu?“**

**R: „Určitě, to se v takovém stresu nedá.“**

**T: „V kolika situacích časového presu se stane, že na něco zapomenete, např. v 1 ze2, v 1 z 5?“**

**R: „Tak v jednom z pěti určitě. Ale to jsou jen takový věci jako něco dopsat, vzít si něco na pokoj, tak se musíte víc projít.““**

**T: „Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?“**

**R: „Ano, jak se nestíhá, tak musí člověk spěchat i na ty pacienty, nemůže jim všechno vysvětlovat tak moc jak by potřebovali, nebo by si třeba chtěli popovídat a vy máte sotva čas jim odpovědět na pozdrav.“**

**T: „Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své vlastní potřeby?“**

**R:** „Ano, dojít si na záchod, pití to se nestíhá.“

**T:** „Co myslíte, že by vám v situaci časového presu pomohlo?“

R: „Možná další sestra, nevím.“

**T:** „Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?“

R: „To by musela být změna provozu úplně.“



## Příloha 2 – otázky pro rozhovor

Klasifikace respondenta

Pohlaví:

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Druh oddělení, kde je respondent zaměstnán (standardní chirurgické lůžkové odd./standardní interní chirurgické odd.):

Otázky:

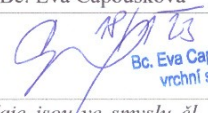
1. Jak často se stává, že jste v časovém presu?
  - a. Dokázal(a) byste říct kolikrát do týdne se stane, že jste v časovém presu?
2. Když jste v časovém presu, jak moc se věnujete ošetrovatelské dokumentaci?
3. Je pak ošetrovatelská dokumentace vyplněná stejně kvalitně jako jindy?
4. Je nějaká jiná činnost kromě vyplňování dokumentace, které se v časovém presu věnujete méně?
  - a. Myslíte si, že v časovém presu celkově trávíte méně času s pacienty?
5. Máte pocit, že v časovém presu víc chybujete (například při odběru krve potřebujete více pokusů nebo vám více padají předměty z rukou)?
  - a. Jaké chyby to mohou být?
6. Už jste někdy na něco zapoměla, když jste byla v časovém presu?
7. V kolika situacích časového presu se stane že na něco zapomenete, např. v 1 ze dvou, v 1 z pěti?
8. Cítíte se někdy nespokojená s péčí, kterou poskytujete pacientům v časovém presu?
9. Zanedbáváte někdy z důvodu časového presu své vlastní potřeby?
10. Co myslíte, že by Vám v situaci časového presu pomohlo?
11. Co by takové situaci případně pomohlo úplně předejít?

## Příloha 3 – souhlas s výzkumným šetřením



Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

### Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

<b>Příjmení a jméno studenta, titul:</b>	Audrlická Marie-Anna
datum narození:	13. 5. 2001
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Předměřická, 695, 503 01, Hradec Králové
telefonní kontakt:	776 037 999
e-mail:	rosalilienarcis@gmail.com
<b>Název školy, fakulta:</b>	Univerzita Karlova, Lékařská fakulta
<b>Studijní obor, ročník:</b>	Všeobecná sestra, 3. ročník
<b>Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):</b>	Bakalářská práce
<b>Téma:</b>	Etické problémy v Ošetrovatelství
<b>Jméno vedoucího práce:</b>	Mgr. Michaela Votroubková
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Všeobecné sestry, Praktické sestry, 3 respondenti
<b>Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:</b>	II. interní gastroenterologická klinika, odd. E Všeobecná chirurgie, odd. A
Metodika výzkumu:	rozhovor
Období výzkumu (od – do):	13. 2. 2023 – 13. 3. 2023
<b>Souhlas vedení pracoviště s výzkumem</b>	
Jméno:	Bc. Eva Capoušková
Razítko, podpis, datum:	 Bc. Eva Capoušková vrchní sestra

FAKULTNÍ NEMOCNICE  
HRADEC KRÁLOVÉ  
chirurgická klinika  
500 05 Hradec Králové  
2

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 14. 3. 2023

Podpisy žadatele:

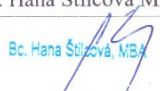
  
.....  
Vedoucí práce

  
.....  
Student



Fakultní nemocnice Hradec Králové  
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

### Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

<b>Příjmení a jméno studenta, titul:</b>	Audrlická Marie-Anna
datum narození:	13. 5. 2001
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Předměřická, 695, 503 01, Hradec Králové
telefonní kontakt:	776 037 999
e-mail:	rosalilienarcis@gmail.com
<b>Název školy, fakulta:</b>	Univerzita Karlova, Lékařská fakulta
<b>Studijní obor, ročník:</b>	Všeobecná sestra, 3. ročník
<b>Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):</b>	Bakalářská práce
<b>Téma:</b>	Etické problémy v Ošetřovatelství
<b>Jméno vedoucího práce:</b>	Mgr. Michaela Votroubková
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Všeobecné sestry, Praktické sestry, 3 respondenti
<b>Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:</b>	II. interní gastroenterologická klinika, odd. E
Metodika výzkumu:	rozhovor
Období výzkumu (od – do):	13. 2. 2023 – 13. 3. 2023
<b>Souhlas vedení pracoviště s výzkumem</b>	
Jméno:	Bc. Hana Štilcová MBA
Razítko, podpis, datum: 14. 2. 2023	 Bc. Hana Štilcová, MBA II. interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové 500 05 Hradec Králové

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe - výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 14. 3. 2023

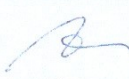
Podpisy žadatele:

Vedoucí práce

Student




### Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce

<b>Příjmení a jméno studenta, titul:</b>	Audrlická Marie-Anna
datum narození:	13. 5. 2001
adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město):	Předměřická, 695, 503 01, Hradec Králové
telefonní kontakt:	776 037 999
e-mail:	rosalilienarcis@gmail.com
<b>Název školy, fakulta:</b>	Univerzita Karlova, Lékařská fakulta
<b>Studijní obor, ročník:</b>	Všeobecná sestra, 3. ročník
<b>Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, habilitační, absolventská, seminární):</b>	Bakalářská práce
<b>Téma:</b>	Etické problémy v Ošetrovatelství
<b>Jméno vedoucího práce:</b>	Mgr. Michaela Votroubková
Skupina respondentů / předpokládaný počet:	Všeobecné sestry, Praktické sestry, 6 respondentů
<b>Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn:</b>	II. interní gastroenterologická klinika, odd. E Všeobecná chirurgie, odd. A
Metodika výzkumu:	rozhovor
Období výzkumu (od – do):	13. 2. 2023 – 13. 3. 2023
<b>Souhlas vedení pracoviště s výzkumem</b>	
Jméno:	Mgr. Dana Vaňková
Razítko, podpis, datum:	2. 2. 2023  FÁKULTNÍ NEMOCNICE náměstkyňe pro ošetř. péči 500 05 Nový Hradec Králové

Beru na vědomí, že moje výše uvedené osobní údaje jsou ve smyslu čl. 6, odst. 1 b) Obecného nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) nezbytné pro uzavření smlouvy o odborné praxi - výzkumu s Fakultní nemocnicí Hradec Králové, IČ 00179906, která je bude zpracovávat po dobu průběhu praxe – výzkumu a následně je uloží po dobu běhu skartační lhůty, která aktuálně činí 10 let.

Datum: 11. 5. 2023



Vedoucí práce

Podpisy žadatele:



Student