

FYZICKÁ MANIPULACE JAKO ETICKÝ PROBLÉM Z POHLEDU SESTER

PHYSICAL HANDLING AS AN ETHICAL PROBLEM FROM NURSES PERSPECTIVE

Marie Trešlová¹, Jiří Šimek²

Abstrakt

Východiska: Fyzická manipulace poskytovaná všeobecnými sestrami jakkoli se zdá, že se týká tělesné oblasti, může zasahovat i do oblasti etické a to principem non-maleficence, beneficence a respektování autonomie. Porušením těchto principů při poskytování fyzické manipulace sestrami může snadno dojít k fyzickému poranění, ale i k psychickému ponížení, s kterým se v praxi setkáváme a považujeme ho za etický problém.

Cíl: Zjistit jaký má ošetřující personál vztah k etickému přístupu a jeho realizaci v praxi při fyzické manipulaci s pacientem.

Metody: Pro kvantitativní výzkum byl použit dotazník vlastní konstrukce na základě studia literárních zdrojů. Jedna z pěti oblastí dotazníku se věnovala etickému přístupu při poskytování fyzické manipulace pacienta.

Soubor tvořilo 96 všeobecných sester z 5 jihočeských nemocnic, které získaly kvalifikační vzdělání všeobecné sestry na vysoké škole, vyšší odborné škole zdravotnické a střední zdravotnické škole do roku 2007. Analýza dat byla provedena na základě prvního a druhého stupně třídění prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS programu.

Výsledky: Výsledky vztahu etického přístupu sester v souvislosti s fyzickou manipulací s pacienty zobrazený v kontingenčních i frekvenčních tabulkách svědčí spíše k o kladném vztahu a přístupu k etickým principům. Avšak z výpovědí sester reálná praxe naznačuje nemožnost dodržení těchto principů. Úroveň vzdělání hraje v dodržování etických principů roli. Respondenti s vysokoškolským vzděláním významně častěji nepoužijí manipulační pomůcku v případě, že spolupracovník její použití odmítá, než, respondenti s nižším vzděláním (SZŠ, VOŠ) ($p < 0,01$). Respondenti vidí důvody tohoto rozporu v počtu personálu, nedostatku manipulačních pomůcek, nedostatečné spolupráci pacientů způsobené časovou tísní a nedostatečnou komunikací.

¹ Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče, Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

² Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Diskuse: Etický přístup respondenti vnímají jako důležitý a podstatný. Přes jejich pozitivní vztah k etickým principům se setkávají s překážkami, které jim poskytování takového přístupu brání. Pokud by měli dostatek personálu, prostorového vybavení, dostatek času a silnější podporu managementu, rádi by se věnovali pacientům tak, aby nedocházelo k negativnímu prožívání pacientů i dodržení etických principů.

Závěr: Výzkumné šetření poukázalo na faktory, které ovlivňují převážně pozitivní vztah sester k etickému přístupu k pacientům při realizaci fyzické manipulace. Sestry vnímají důležitost non-maleficence při fyzické manipulaci, ale poukazují na nevhodné pracovní podmínky, které jim neumožňují cele tento etický princip dodržovat. Ke zlepšení by potřebovaly více personálu, manipulační pomůcky a také podporu managementu. Dále výsledky odhalily možnosti zlepšení v komunikaci sester, která pro její nedostatečnost může ovlivnit pacientovo prožívání autonomie a respektu k němu. Možnou změnu vidíme ve zkvalitnění kvalifikačního vzdělávání i celoživotního vzdělávání v této oblasti, což znamená, že management musí být do tohoto procesu zapojen.

Klíčová slova

Etika, intervence, holismus, sestra, péče, komunikace, neškodit, neublížit

Abstract

Background: Physical manipulation provided by general nurses no matter how it may concern the bodily realm, may interfere with the ethical realm.

Aim: Find out how the nursing staff relates to the ethical approach and its implementation in practice in the physical manipulation of the patient that is the principle non-maleficence, beneficence and autonomy respect. By breaking these principles, while physical manipulation provision by nurses, it can easily become to physical injury but also to psychical humiliation, which we can meet in praxis and we consider it as an ethical problem.

Methods: A questionnaire of own design based on the study of literary sources was used for quantitative research. One of the five areas of the questionnaire addressed the ethical approach to providing physical manipulation to the patient. The group consisted of 96 general nurses from 5 South Bohemian hospitals who received a qualification education general nurse on universities, high nursing schools and secondary nursing school up to 2007. Based on the first and second stages of classification through the SASD (Statistical Data Analysis) and SPSS programs the data analysis was performed.

Results: The results of the relationship of ethical approach of nurses in connection with the physical manipulation of patients shown in contingency and frequency tables indicate a rather positive relationship and approach toward to ethical principles. However, the respondents' evidence from the real practice shows the observation of the principles to be impracticable. The education level plays some role in the observation

of the principles. Respondents with a university degree are not significantly more likely to use a manipulation aid if a co-worker refuses to use it than respondents with a lower education (SZŠ, VOŠ) ($p < 0.01$). Respondents see the reasons of this contradiction in the number of personnel, lack of manipulation aids, insufficient patient's cooperation due to the press of time and insufficient communication.

Discussion: The ethical approach respondents perceive the ethical approach as important and substantial. In spite of positive relation to ethical principles, respondents meet some obstacles, which obstruct the provision of such approach. If they would have enough of personnel, space equipment, enough time, stronger management support, they would like to pay more attention to their patients, so that there would be no negative patients experience the ethical principles would be observed.

Conclusion: The research survey pointed to factors that influence the predominantly positive attitude of nurses towards an ethical approach to patients in the implementation of physical manipulation. Nurses are aware of non-maleficence importance while provision of care, nevertheless pointing on the improper working conditions, which not enable them to observe these principles ethical approach. They would need more personnel, manipulation aids, and management support as well. Further results uncover possibilities for improvement in nurses' communication, which due to its inadequacy may affect the patient's autonomy and respect experience. We see the possible change in the improvement of qualification education and lifelong education, what means the management must be involved in to this process.

Keywords

Ethics, intervention, holism, nurse, care, communication, cause no harm, cause no injury

ÚVOD

Fyzická manipulace (FM) s pacientem při ošetrovatelské péči je jednoznačně každodenní ošetrovatelskou intervencí. Jako všechny ošetrovatelské intervence (postupy, činnosti, techniky) i FM je spojena s mnohými riziky a pochybeními (Brabcová, at. al 2015), vedoucími k fyzickému či psychickému poškození pacienta. Manipulace může znamenat přesun z místa na místo, ale také jen otočení předmětu v té či oné ose. V případě fyzické manipulace s člověkem, který je do určité míry omezen v pohybu a samostatnosti či nemá dostatek fyzických sil, aby tento pohyb mohl provést samostatně, zahrnuje FM základní činnosti všeobecné sestry při péči o pacienta na lůžku: otáčení, posouvání, posazování, postavování.

V českém prostředí bychom si však měli uvědomit, že pojem „manipulace“ je víceznačný. V anglickém významovém slovníku jsou pro výraz „manipulation“ uvedeny dva významy. Prvním je „vyvíjení chytrého nebo nevyzpytatelného vlivu, zvláště pro vlastní prospěch“. Druhým významem je „akce provedená rukou (nebo obratným použitím rukou) nebo použitím mechanických prostředků“ (Vocabulary.com). Proto bychom si měli být stále vědomi, co všechno tento termín může znamenat! Je nezbytné provádět FM tak, abychom se vyvarovali prvnímu významu tohoto slova. Přístupovat a pracovat s pacientem tak, že ho „přechytračíme“, bez toho, aby věděl co, proč a jak se s ním bude dít a jak se může sám do činnosti zapojit. FM nemůže být vedena ve „prospěch sestry“ (mám úkol, tak ho musím splnit), ale ve prospěch pacienta jak v oblasti tělesné, tak psychické. Tedy nezpůsobit újmu pacientovi a dodržovat základní etické principy a to non-maleficence, beneficence a respektování autonomie (Vácha, Königová, Mauer, 2012). Když s čímkoliv manipulujeme, je v naší činnosti obsažen nějaký záměr. Máme nějaký důvod, proč předmět našeho zájmu otáčíme nebo přesunujeme jinam. Je rozdíl, když manipulujeme s neživým předmětem nebo s živou bytostí. Předmět se nebrání, u živé bytosti se můžeme dostat do konfliktu s nějakou její zamýšlenou činností. Právě zde je nutné včlenit do péče i etickou dimenzi a předcházet možnému porušení etických principů. Již vitalisté devatenáctého století (Vácha, 2020) upozorňovali na jeden významný rozdíl. U neživého předmětu nedochází k žádné změně tvaru, polohy, ani vnitřní struktury, dokud nezapůsobí vnější podnět. Živé bytosti naopak disponují vlastní iniciativou ne zcela závislou na vnějších vlivech, a také vnitřními mechanismy vývoje a stárnutí. Dnešními výrazovými prostředky tuto myšlenku rozvíjí brněnský lékař a filosof Jiří Vácha (Vácha 2020). Jakákoliv manipulace s živými tvory se tedy může střetávat s jejich iniciativou a autonomií. Proto v kontaktu s živými tvory dostal pojem manipulace ještě jeden význam – morální. Aby se živý tvor nebránil nebo jinak nenarušoval náš záměr při manipulaci, vytváříme takovou situaci, ve které ten živý tvor má důvod naší manipulaci přijmout, a to tím, že činíme dobro (beneficenci), tělesné i psychické. Je zřejmé, že i při FM je nutné k pacientovi přistupovat holisticky (Mastiliaková, 2014) tj. brát na vědomí a respektovat člověka jako celek, jehož součástí jsou i etické hodnoty, které mohou být nevhodným přístupem a manipulací narušeny. Teeri, Leino-Kilpi, Välimäki (2006) se zabývali problematikou integrity pacientů v tělesné, psychické i sociální oblasti při ošetrovatelské péči na odděleních následné péče. V psychické oblasti zjistili nedostatky v sebeurčení – nezávislosti a získávání informací. Tito autoři zdůrazňují, že integrita pacientů si vyžaduje větší pozornost. Tím spíše, že poskytování péče lege artis platí i v ošetrovatelství stejně jako Hippokratovy principy non-maleficence (nepoškodit, neublížit), non nocere (neškodit), beneficence (dobřečinění) ochrana života, zlepšení kvality života, úleva od strádání a bolesti, a princip autonomie (Kořenek, 2002; Vácha, 2012). A také proto, že rozvoj a EBP (Evidence Based Practice) v ošetrovatelství (Jarošová, Zeleníková, 2014) zasáhly i FM a to především z důvodu prevence poškození, komfortní a profesionálně provedené péče. Díky rozvoji techniky a na základě EBP i Etického kodexu sestry (Haškovcová, 2015) je sestra morálně povinná využít nejnovější poznatky pro poskytování nejlepší – dobré praxe.

Dokonalost se dosahuje maličkostmi, ale dokonalost není maličkost (Michelangelo).

CÍL PRÁCE

Zjistit jaký mají sestry vztah k etickému přístupu a jak realizují etické principy v praxi při fyzické manipulaci s pacientem.

METODIKA

Výzkum byl organizován v rámci interního multidisciplinárního projektu zaměřeného na fyzickou manipulaci s pacienty při ošetrovatelské péči. Sběr dat probíhal v červnu – červenci 2020 ve spolupráci s pěti nemocnicemi Jihočeského kraje. Hlavní sestry umožnily distribuci elektronického dotazníků na intranetu. Elektronický dotazník vyplnilo 96 kvalifikovaných všeobecných sester z toho bylo 48 absolventů střední zdravotnické školy, které ukončily vzdělání maturitou v roce 2007 (SZŠ), 6 absolventů vyšší odborné školy zdravotnické (VOŠ) a 42 absolventů vysoké školy (VŠ). Sestry pracovaly na standardních i intenzivních odděleních chirurgického i nechirurgického typu. Kritériem pro vyplnění dotazníku byla kvalifikace všeobecné sestry a vůle dotazníkového šetření se zúčastnit. Pro kvantitativní výzkumné šetření byl použit dotazník vlastní konstrukce na základě studia literatury a odborných publikací v databázích EBSCO a PubMed. Dotazník obsahoval 70 otázek z toho 10 zaměřených na názor respondentů na etické principy (non-maleficence, non nocere, beneficence) v ošetrovatelství a jejich realizaci v praxi. V rámci těchto principů měli respondenti ohodnotit, do jaké míry při manipulaci s pacientem respektují jeho právo na informace o zamýšleném postupu FM, intimitu, soukromí, autonomii, důstojnost a možnost vyjádření vlastního názoru na zamýšlený postup FM. Míru respektu označovali na Likertově škále 1–5, kdy 1 určovala „zcela respektuji“ a 5 „zcela nerepektuji“. V dalších dvou otázkách respondenti vyjádřili, s kterým z uvedených tvrzení se nejvíce ztotožňují. Tato tvrzení byla zaměřena na etické principy, jejich důležitost a snahu je dodržovat. Další otázka se zabývala vzájemným vlivem a vztahem komunikace při provádění FM na etické principy. Konkrétně zacílené otázky sledovaly to, jak sestry zajišťují důstojnost pacientů základními sociálními dovednostmi jako je pozdrav a představení se. Analýza dat byla provedena na základě prvního a druhého stupně třídění prostřednictvím programů SASD (Statistická analýza dat) a SPSS programu. V první stupni třídění byly pro jednotlivé ukazatele konstruovány frekvenční tabulky a vypočítány absolutní a relativní četnosti a střední hodnoty (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky a intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05). Ve druhém stupni třídění byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi (sloupcovými, řádkovými, celkovými i očekávanými) a znaménkové schéma. V rámci analýzy souvislosti byly aplikovány dle charakteru znaků a počtu pozorování test Chí kvadrát dobré shody – X^2 (Pearson Chi-Square) a Test nezávislosti. Síla vztahu byla měřena na třech úrovních hladiny významnosti – $\alpha = 0,05, 0,01$ a $0,001$.

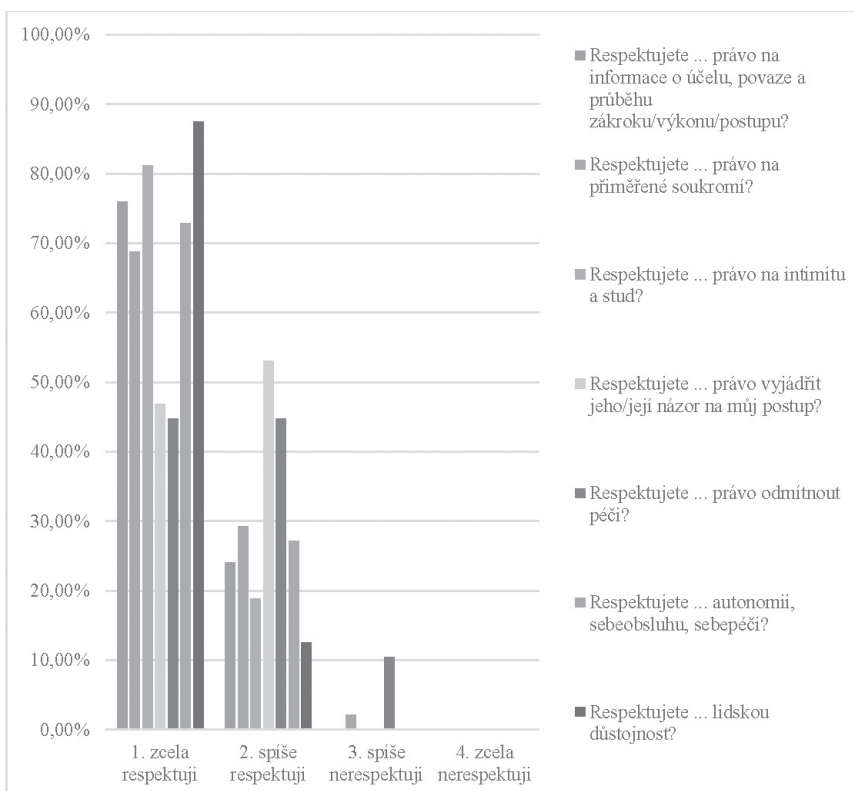
VÝSLEDKY

Pozdrav patří do základních sociálních dovedností. Vyjádření respektu, navázání vztahu a spolupráce a navození důvěry, jistoty a bezpečí sestrou začíná pozdravením a představením (Mellanová, 2017; Trachtová, 2018). Přesto, když se poprvé sestra setkává s novým pacientem, představí se mu vždy 25 % respondentů, 25 %, často, z poloviny tak činí 12,5 %, zřídka 20,8 % a nikdy tak nečiní 16,7 % respondentů. Když přichází respondent k pacientovi, pozdraví jej 93,8 % vždy, často 3,1 % a stejné procento jej nepozdraví nikdy. Respondenti vnímají způsob podání informace o plánovaném postupu při FM i během ní za prvek, který může významně ovlivnit vzájemnou spokojenost a spolupráci. Takto se vyjádřilo 98 % respondentů z toho 56,2 % respondentů SZŠ a VOŠ a 43,8 % absolventů VŠ. Nevhodný přístup sestry k pacientovi může vyvolat jeho negativní reakci. S tím se respondenti setkali a to v 66,7 % uvedli obrannou reakci pacientů, nejistotu a agresivní chování pacientů (46,9 %). Mezi nejčastější příčiny těchto obranných reakcí pacientů při FM respondenti (po pracovních podmínkách, nedostatku manipulačních pomůcek) uvedli nevhodnou komunikaci ze strany sestry (25 %). Položili jsme otázku: „Se kterým z následujících tvrzení se nejvíce ztotožňujete?“ S tím, že etický přístup k pacientovi stojí vždy na prvním místě a je třeba jej dodržovat za všech okolností, se ztotožňuje 35,4 % respondentů, s tím, že je etický přístup k pacientovi sice důležitý, ale v praxi ho často není možné dodržovat, se ztotožňuje 45,8 %, a s tím, že je velmi důležitý, občas jej ale nedodržuji, se ztotožňuje 10,4 % respondentů. Etický přístup bych rád/a dodržoval/a, ale nemám na to podmínky, potvrdilo 6,2 % a s tvrzením, že etika je jen teorie a v praxi nemá žádný význam, se ztotožňuje 2,1 % respondentů. Z etického hlediska vnímá za nejdůležitější vlnit s pacientem komunikovat a vytvářet pocit bezpečí 38,5 % respondentů a informovat o zamýšleném postupu 22,0 % respondentů. S tím, že etika je až nadstavba, ale důležitý je vlastní ošetrovatelský postup (výkon) se neztotožňuje 97,9 %. K respektování profesních etických zásad a práv pacientů se vesměs respondenti vyjadřovali spíše souhlasně. Často a vždy respektuje právo pacienta na soukromí 87,6 % a právo odmítnout péči respektuje 89,6 % respondentů. Avšak za nejdůležitější z hlediska etického považuje při FM s pacientem 5,2 % respondentů respektovat jeho autonomii a právo na sebeurčení, 15,6 % chránit jeho intimitu, respektovat soukromí a podporovat jeho aktivitu a sebepečí 12,5 % respondentů. Překvapující je zjištění, že za nejdůležitější z hlediska etického považují 4,2 % respondentů vykonat vlastní fyzickou manipulaci a moc se dál nezdržovat.

Při sérii přímých otázek směřujících k vyjádření respektu pacientovi, jsme získali velice pozitivní odpovědi. Téměř stoprocentně respektují respondenti právo na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku/výkonu/postupu, právo na intimitu a stud. Také tak respektují pacientovu autonomii, sebeobsluhu, sebepečí stejně jako jeho lidskou důstojnost (Graf 1). V nepatrně menší míře respondenti respektují právo na přiměřené soukromí (98 %). Právo vyjádřit pacientův názor na můj postup respektuje 89 % respondentů. V průběhu fyzické manipulace s pacientem respektuje právo pacienta na soukromí 77 % respondentů, 6,2 % z poloviny a 6,2 % právo na soukromí pacienta nerespektuje nikdy.

V dotazníku jsme uvedli dotazy na jednotlivá etická práva pacientů s možností odpovědi, do jaké míry tato práva respondenti respektují. Právo na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku/výkonu/postupu respektuje 76% respondentů zcela a spíše jej respektuje 24% respondentů. Právo na přiměřené soukromí zcela respektuje 68,8% a spíše jej respektuje 29,2% respondentů. Právo vyjádřit jeho/její názor (autonomii) na můj postup zcela respektuje 46,9% a spíše jej respektuje 53,1% respondentů. Právo odmítnout péči zcela respektuje 44,8% a spíše jej respektuje 44,8% respondentů. Právo na autonomii, sebeobsluhu a sebepečí respektuje zcela 72, % a spíše jej respektuje 27,1% respondentů. Pacienta jako lidskou důstojnost při FM respektuje zcela 87, 0% a spíše respektuje 12,5% respondentů. V průběhu fyzické FM s pacientem respektuje jeho právo na soukromí vždy 43,8% a často také 43,8% respondentů (Graf 1).

Graf 1



Sledovali jsme možné vztahy předložených tezí a dosaženého vzdělání, a to i přesto, že všichni respondenti byli kvalifikovanými sestrami. Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a tezí „Pokud jsem svědkem toho, že je s pacientem manipulováno nešetrně, činnost okamžitě ukončím“. Respondenti s ukončeným vzděláním

na SZŠ, VOŠ s touto tezí významně častěji **zcela** souhlasí, respondenti s vysokoškolským vzděláním významně častěji s tezí **spíše** souhlasí ($p < 0,05$). Nesouhlas s touto tezí nevyslovil nikdo z dotazovaných. Dále byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a tezí „Pokud spolupracovník, se kterým provádím fyzickou manipulaci s pacientem, odmítá použití manipulační pomůcky, pomůcku nepoužívám“. Respondenti s vysokoškolským vzděláním s touto tezí významně **častěji** souhlasí, respondenti s ukončeným vzděláním na SZŠ, VOŠ s touto tezí významně častěji **nesouhlasí** ($p < 0,01$). Můžeme říci, že absolventky VŠ více vnímají pohodlí, bezpečí a důstojnost pacienta méně než absolventi SZŠ a VOŠ. Závěrem konstatujeme, že sestry mají k etickým principům kladný vztah, vnímají je jako velmi důležité, ale také si uvědomují překážky při poskytování FM. Tyto překážky vnímají jako problém, protože nemají možnost dodržovat etické principy vždy tak, jak by samy chtěly.

DISKUSE

České literární zdroje zaměřené na fyzickou manipulaci při ošetrovatelské péči sester najdeme jen sporadicky. Při vyhledávání odborných článků s termíny fyzická manipulace a sestra či ošetrovatelství se sice objeví stovky odkazů, ale přímo na možnost poškození pacienta při manipulaci s ním, je jich minimum. Jeden z mála publikovala Gučková (2007). Zabývají se převážně fyzickou zátěží sester při této činnosti, ergoterapií a kinestetikou (Nedělková, Halmo, 2007; Podrazilová, 2015; Křivošíková, 2011). Ve spojení s etickými principy nejsou žádné. V zahraničí se fyzickou manipulací zabývají sestry z různých pohledů. Při vyhledávání termínu physical handling and nursing je nabídnuto přes 60 tisíc zdrojů. Ale i tady vztah mezi fyzickou manipulací a etickými principy nacházíme velmi obtížně. Domníváme se, že je to proto, že FM při péči o člověka, hraje daleko významnější roli, než je zvykem u nás a etický přístup je samozřejmější a také, že FM je v praxi více sledovaná managementem, jak je možné najít v dokumentech Národní zdravotní služby Velké Británie (NHS Moving and Handling Policy – HSC010). Protože je pacient lidskou bytostí, která je vystavena nepříjemným vlivům v nemocničním prostředí, zabývali jsme se otázkou, zda je FM nějakém vztahu k etice. Kromě Etického kodexu sestry (Haškovcová, 2015) jsme vycházeli z ošetrovatelských diagnóz, které zohledňují především porušené potřeby člověka v psychosociální oblasti tak, jak je definuje NANDA taxonomie (Hedrman, Kamitsuru, 2020): 000214 Narušené pohodlí, 00035 Riziko poškození, 000248 Riziko narušení integrity tkáně, 000155 Riziko pádu, 00125 Bezmocnost, 00148 Strach, 00242 Narušení svobodného rozhodování, 000120 Situačně nízká sebeúcta, 00174 Riziko oslabení lidské důstojnosti, 00126 Nedostatečné znalosti.

Jak tyto ošetrovatelské diagnózy naznačují, pacient prožívá silné emoce zasahující do jeho integrity, kdy pociťuje nejistotu, obavy a ohrožení. Filosoficko-etický pohled na člověka v takové situaci popisuje Heidegger (2018). Pacient je člověk, který je „bytím, kterému jde o jeho bytí samo“ (Heidegger, 2018). Má schopnost své okamžité i celkové životní situaci „nějak rozumět“, a podle toho jak sobě a své situaci rozumí, se stará, pečuje, aby vše dobře dopadlo. Manipulace s takovou bytostí je nutně podstatě složitější věcí, než manipulace s předměty („výskytové“ či „příruční jsoucno“). V 70. letech v USA a v 80. letech v západní Evropě došlo k situaci, která se někdy nazývá dehumanizací medicíny.

Vyvrcholením byl spor mezi zdravotníky a jejich pacienty. Týkalo se to i ošetřovatelství (Buka, 2015). Pacienti odmítli být „opravovanými předměty“ podle algoritmů, kterým stále méně rozuměli, a stále méně je zajímaly. Byla formulována práva pacientů. Pacienti dosáhli toho, že jsou respektováni ve své unikátní jedinečnosti. Pokud neohrožují sebe nebo své okolí, nikdo je nemůže donutit, aby proti své vůli podstoupili jakoukoliv léčbu a péči, i kdyby to pro ně mělo fatální následky. Péče a léčba je nabízena a její využití je ponecháno na rozhodnutí pacientů. Sestry musí ale rezignovat na dříve obvyklou mocenskou (direktivní) pozici (Šimek, 2015). Je třeba zajišťovat pacientovi při FM maximální možnost autonomie, a to je možné jen, pokud bude situaci rozumět a mít věci pod kontrolou. Aby vzájemná spolupráce probíhala ve vzájemném souladu, porozumění a bez nepříjemných pocitů, popřípadě pocitů ohrožení (strachu) a nejistoty je potřeba před zahájením manipulace informovat pacienta o plánovaném postupu. Můžeme konstatovat, že dle získaných výsledků, 98 % respondentů souhlasí s tím, že způsob podání informace může významně ovlivnit vzájemnou spokojenost a spolupráci, z čehož více než polovina je absolventů SZŠ a VOŠ. Na otázku ohledně respektování práva na informace o účelu, povaze a průběhu zákroku (výkonu/postupu) odpovědělo jen 76 % respondentů, že jej respektuje zcela a spíše jej respektuje 24 % respondentů. Odpovědi těchto dvou otázek naznačují, že respondenti vnímají spolupráci s pacientem při FM jako podstatnou. Vzájemná komunikace je v současné době rozšířený a hojně sledovaný problém. Týká se samozřejmě i komunikace sester s pacienty. Efektivita a spolupráce sester s pacientem vychází ze způsobu přístupu a sdělení (Linhartová, 2006; Ptáček, Bartůněk et al, 2011). Výsledkem nevhodného způsobu komunikace i nedostatku informací může být rezignace na porozumění a postoj podobný člověku, který doveze své auto do opravy: „lékaři, oprav mé tělo, a já pak půjdu ve svém životě dál“. Opakem je dosažení zamýšleného cíle doprovázeného pocitem jistoty, bezpečí a spokojenosti ve spolupráci sestra – pacient (Špirudová, 2015). Pozdrav a představení se patří k základním sociálním komunikačním dovednostem pro navázání vztahu. Překvapivý výsledek jsme získali v situaci, kdy se poprvé sestra setkává s novým pacientem. V této situaci se mu představí zřídka 20,8 % a nikdy tak nečiní 16,7 % respondentů.

Pro náš pohled na etické téma je nejdůležitější Patočkovo (Patočka, 1992) upozornění na fakt, že věda studuje hmotnou, věcnou stránku světa, a i člověka studuje z tohoto pohledu. Věda pracuje s člověkem jako s věcí či předmětem, proto svým přístupem člověka „zvěčňuje“. Sestrám v podmínkách dnešních vztahů ve zdravotní péči nezbyvá než přijmout fakt, že složitý mechanismu kostí a svalů obalený kůží má také duši, jejíž různá hnutí nelze přehlédnout a je nutné jí respektovat, i když to práci sestrám dost komplikuje. Zde pacient může dávat jasně najevo své odmítání, například se brání při FM. Nabízí se otázka: Neměli bychom vyhovět a nechat pacienta strádat při použití nevhodných manipulačních technik? Nebo máme nějaký důvod mu nevyhovět, když se brání? Dosti častý argument, že pacient není schopen domyslet všechny stránky své situace, sice můžeme použít, právníci nebudou protestovat, ale je to skutečně v duchu mravních pravidel naší civilizace? Určitou míru nesouladu vidíme ve výsledcích naplňující princip autonomie, kdy má pacient právo rozhodovat o tom, co se bude dít a mít tak kontrolu nad situací. 5,2 % respondentů respektuje právo pacienta na autonomii a sebeurčení, ale právo vyjádřit pacientův názor na zamýšlený postup sestry a právo odmítnout péči

respektuje shodně 89,0 % respondentů. Šlo o kontrolní otázky, kdy vnímáme, že autonomie a sebeurčení jsou v praxi vyjadřovány expresí vlastního názoru, možností odmítnout nebo přijmout nabízenou myšlenku či výkon (Haškovcová, 2015). Tento rozdíl si vysvětlujeme tím, že respondenti zřejmě nevnímají vyjádření a obhajobu názoru za podstatu autonomie. Člověk sám provádí vše tak, aby tato činnost pro něho byla bezpečná a příjemná, resp. neprovázená bolestí. Proto musí být FM prováděná sestrou s ohledem na pacienta šetrně. To, že se sestry o šetrnou péči snaží, naznačila jejich odpověď na ukončení FM v případě, že sestra, která je svědkem toho, že je s pacientem manipulováno nešetrně, činnost okamžitě ukončuje. Tuto zásadu respondenti zohledňují, i když skupina respondentů s odlišným vzděláním (SZŠ, VOŠ) zcela a respondenti s vysokoškolským vzděláním spíše souhlasí ($p < 0,05$). Pokud FM není prováděna s respektem a šetrně, člověk se přirozeně brání potenciálním či aktuálním prožitkům fyzického a psychického zranění, ponížení. S obrannou reakcí pacientů se respondenti setkávají v 66,7 %. Obranná reakce se projevuje nejistotou (62 %) agresí (45 %) a pasivitou (68 %). Respondenti si také uvědomují důvody, které způsobují tyto negativní reakce pacientů. V 46 % se týkají nedostatku personálu a v 37 % nedostatečným vybavení manipulačními pomůckami. Nevhodné manipulační techniky vnímá jako důvod tohoto chování 23 % respondentů a pětina respondentů vnímá jako spouštěcí faktor nevhodnou komunikaci ze strany sestry. Proto nás překvapuje odpověď 98 % respondentů, kteří souhlasí s tím, že komunikace s pacientem může významným způsobem ovlivnit provedení fyzické manipulace s ohledem na prožívání a možná poranění. Znamená to, že se s nevhodnou komunikací při FM setkávají.

Když je však narušena svéprávnost v důsledku poruchy vědomí a míry pohyblivost nemocného, dostávají se obě strany (sestra-pacient) do složité situace. Uzanou mravní i právní povinností sestry je řídit se vůli pacienta (Buka, 2015), ta je ale málo jasná vzhledem k jeho omezené schopnosti se rozhodnout a své rozhodnutí jasně sdělit. Pokud se pacient nemůže sám rozhodnout a své rozhodnutí jasně sdělit, je nutné se ptát, jaký je jeho systém hodnot a které rozhodnutí by proto nejpravděpodobněji učinil. V tomto případě vidíme jako velmi důležitou a nezastupitelnou roli sestry „advokátky“ – obhájkyne práv pacienta (Špirudová, Králová, 2007). Z etického hlediska vnímá za nejdůležitější i v této situaci, s pacientem vlídně komunikovat a vytvářet pocit bezpečí pouze 38,5 % respondentů. Na otázku „Respektujete práva soukromí pacienta?“ 87 % respondentů tak činí často a vždy. Další otázka ale přinesla odlišnou odpověď. Za nejdůležitější z hlediska etického považuje při FM s pacientem jen 15,6 % chránit jeho intimitu, respektovat soukromí 12,5 % respondentů. Naopak při konkrétní sérii dalších otázek směřujících přímo k vyjádření respektu pacientovi, jsme získali velice pozitivní odpovědi. V rozporu vidíme odpověď, kdy respondenti (100 %) uvedli, že respektují právo na intimitu a stud, stejně jako jeho lidskou důstojnost. I zde vnímáme, že termíny „intimita“ a „soukromí“ zřejmě není vnímána jako synonymum. Výše uvedené nesourodé odpovědi vysvětlujeme také tak, že pokud se mluví o respektování práv pacientů, sestry s nimi přirozeně souhlasí, a vyjadřují, že je třeba je respektovat. Termíny intimita či soukromí vnímají spíše prakticky a spojují je s překážkami denní reality a nespojují je automaticky s právy pacientů.

Pacienti, kteří musí přijmout dlouhodobou nebo trvalou pomoc druhých, procházejí podobným procesem smířování se se svou situací jako nemocní odkázaní na kompenzační pomůcku. Výsledek tohoto procesu, přijetí nebo rezignace (Kübler-Ross, 2015), zde ale

dostává fatální rozměr. Smíření i rezignovaní pacienti se chovají podobně. Neprotestují, více či méně spolupracují. Rezignovaný pacient je ale více ohrožený možnými následnými komplikacemi (Zacharová, Hermanová et al, 2007). V péči o nemocné, kteří jsou dlouhodobě nebo trvale odkázáni na pomoc druhých, se naplno vyjevuje mnohoznačnost pojmu „manipulace“. Existuje tu riziko manipulace s pacientem jako s předmětem ve skladu. Sestry s pacientem manipulují, protože „tak se to dělá správně“ a pacient „sem či tam patří“. Zapomenou, že právě v tu chvíli je pacient jako živá bytost vyladen jinak, a v dlouhodobém horizontu má nějaký životní rozvrh, který se s takovou manipulací neslučuje. Nepohyblivý pacient se také snáze stane obětí manipulace v psychologickém slova smyslu (Zacharová, Hermanová et al, 2007). Určitý způsob zacházení by nepřijal, protože ale jeho přijetím následuje odměna v podobě úsměvu nebo aspoň menší kritičnosti, vzdor veškerému svému vyladení přijme. Na první pohled je všechno v pořádku, z mravního hlediska jde ve skutečnosti o sice méně nápadné, ale proto i méně přijatelné zneužití pacienta (Buka, 2015). Navíc je zde reálné riziko, že pacient vše přijme, protože rezignoval. I zde najít ten správný střed mezi nezájmem, zdravou motivací a nestydatou manipulací je velmi obtížné. Z výše představeného pohledu je manipulace s nemocným, či špatně pohyblivým člověkem velmi obtížnou záležitostí s řadou dilemat a mravních pastí. Proto je nutné i při tak bazální činnosti jako je FM při péči o pacienta rozvažovat, posuzovat a použít nejvhodnější praktické dovednosti stejně jako komunikační dovednosti a laskavě důstojný přístup (Mastiliaková, 2014; Lošťáková, 2020). Přehledný graf 1 naznačuje převážně uspokojivý vztah a názory respondentů k etické problematice FM s pacientem. Přesto je nutné se zamyslet nad pětinou respondentů, kteří nejsou ve svých dalších odpovědích v tomto ohledu přesvědčiví.

Málokdy najdeme uspokojivou odpověď, když si položíme otázku, zda je rezignace nemocného výsledkem celkem realistického zhodnocení vlastní životní situace, anebo důsledek pocitů marnosti a opuštěnosti vyvolaných nedostatečným zájmem sester. Pacienti i sestry mají k odkázanosti na péči druhých různé postoje, které si ne vždy plně uvědomují. Jde totiž o emočně závažnou situaci, ve které nelze zůstat neutrálně objektivní. Ve hře je mnoho nevědomých zkušeností, postojů a motivací na obou stranách. Navíc se zde setkávají dvě unikátní lidské bytosti, každá se svým unikátními předchozími zkušenostmi. Proto je téměř nemožné najít střední polohu mezi závislostí a nezdravou separací jak na straně pacienta, tak i sestry. Nezbyvá než si uvědomovat, že je zde tento problém, opakovaně si klást sokraticky pokorně otázku, jak je to se vztahem nemocného a pečujících a nebát se jí dle situace více či méně otevřeně komunikovat.

V našem hodnocení těchto situací nám pomůže, když se rozhlédneme, které další hodnoty jsou ve hře. Objevíme dvě. Jednou je prospěch ostatních pacientů, tj. nepoškodit, nezranit, nedevalvovat. Pak je ve hře dobrá pověst pracoviště. Ta jistě lichoť všem sestrám i managementu, ale důležitější je, že dobrá pověst zvyšuje důvěru, která je významným faktorem při spolupráci nemocných se sestrami a také důležitou podmínkou jejich spokojenosti. Stejně ale zůstane v mysli otázka: „máme právo pro tyto hodnoty znevážit vůli pacienta jako zásadní hodnotu?“

Závěrem si položíme ještě jednu otázku: Proč je důležité vidět manipulaci s těmito pacienty tak složitě? Odpověď snadno formulujeme, ale ve své praxi ji domyslet a chovat se v jejím duchu vůbec není snadné. Zní takto: O tom, jak manipulujeme se svými pacienty, bychom

měli přemýšlet proto, že pro bezmocné pacienty je veliký rozdíl, když s nimi manipulujeme jako s předměty ve skladě, nebo jako s bezprávnými bytostmi, které nevědí, co chtějí, anebo jako s lidskými bytostmi, což znamená s omluvou, že víme, že děláme něco, co nechťejí, ale v tuto chvíli nelze jinak. Efektivní používání komunikačních dovedností hraje proto významnou roli při FM, což potvrzují respondenti a další autoři Basu, Faust, (2013); Zacharová, (2016); Dlabal, (2021).

ZÁVĚR

Fyzická manipulace s pacientem při ošetrovatelské péči, ač rutinní, ne příliš sledovaná intervence sester, se z výpovědí na jejich vztah FM a etických principů péče ukazuje být vhodná k zamyšlení. Získaná data naznačují, že i přes spíše pozitivní vztah respondentů k etické problematice v rámci FM, není vždy etický přístup realizován. Ne vždy jsou etické principy zohledňovány. Důvodem jsou jak pracovní podmínky, nedostatek personálu i vhodných pomůcek k FM, tak i nedostatečné vnímání potřeby vhodné komunikace, což je jistě nesnadný úkol. To jsou prvky, které ovlivňují i komunikaci sester při FM s pacientem, který často projevuje svoji nelibost obrannými reakcemi, což celou akci FM komplikuje. Je možné do určité míry rozumět nedostatečnému vybavení pomůckami, či současné situaci nedostatku sester z pohledu finanční situace. Ale komunikace sestry nesmí nikdy pacienta ponižovat, nebo mu jinak ubližovat. Z výsledků vyvstává otázka pro další šetření: Do jaké míry ovlivní zajištění vhodných pracovních podmínek a pomůcek pro FM komunikaci sester při FM s pacienty tak, aby zohledňovalo etické principy?

Poděkování

Projekt je podporován Interním multidisciplinárním výzkumem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích: Fyzická manipulace s pacientem v ošetrovatelské péči FMP2019-02.

Literatura

BASU, A., FAUST, L. 2013. *Umění úspěšné komunikace: Jak správně naslouchat, řešit konflikty a mluvit s druhými lidmi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5032-3.

BUKA, P. 2015. *Patients' rights, law and ethics for nurses*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press/ Taylor & Francis Group, ISBN 978-1-4822-1739-1.

BRABCOVÁ, I. BÁRTLOVÁ, S. A KOL. 2015. *Management v ošetrovatelské praxi*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, ISBN 978-80-7422-402-7.

DLABAL, M. 2021. *Komunikace v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1806-7.

HEIDEGGER, M. 2018. *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh, ISBN 978-80-7298-244-8.

GUČKOVÁ, M. 2007. Fyzická zátěž sester. *Sestra*. č. 6. ISSN 1210-0404.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, ISBN: 978-80-7492-204-6 Gal.

HEDRMAN, TH., KAMITSURU. 2020. S. NANDA *Ošetrovateľské diagnózy, Definice a klasifikace 2018-2020*. 11. vydání, Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0710-0.

JAROŠOVÁ, D., ZELENÍKOVÁ, R. 2014. *Ošetrovateľství založené na důkazech = evidence based Nursing*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5345-4.

KŘIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7346-9.

KOŘENEK, J. 2002. *Lékařská etika*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-235-4.

KÜBLER-ROSS, E. a kol. 2015. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, ISBN: 978-80-262-0911-9.

TEERI, S., LEINO-KILPI, VÄLIMÄK, M. 2006. Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*. Volume: 13 issue: 2, page(s):116-129. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne830oa>

LINHARTOVÁ, V. 2006. *Praktická komunikace v medicíně, pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.

LOŠŤÁKOVÁ, O. 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2227-1.

MASTILIAKOVÁ, D. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovateľská diagnostika v moderní ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-9268-2.

MELLANOVÁ, A. 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovateľské profesi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5589-2 2017.

NEDĚLKOVÁ, H., HALMO, R. 2007. *Kinestetická mobilizace: skriptum pro účastníky kurzu Kinestetická mobilizace*. Most: Nemocnice Most: ISBN 978-80- 239-9260-1.

NHS Moving and Handling Policy – HSC010
<https://www.nhft.nhs.uk/download.cfm?doc=docm93jjjm4n825>

PATOČKA, J. 1992. *Přirozený svět jako filosofický problém*. Praha: Československý spisovatel, ISBN 80-202-0365-6.

PODRAZILOVÁ, P. 2015. Význam kinestetiky pro ošetrovatelskou péči. *Florence.*, XI (5), 38–39. ISSN:1801-464X.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., a kolektiv. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠIMEK, J. 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3397-5.

ŠPIRUDOVÁ, L. 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I, pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-5710-0

ŠPIRUDOVÁ, L., KRÁLOVÁ, J. 2007. Sesterská profesní role „advokáta pacienta“. *Med. Pro Praxi*, 2007, 1, s. 32–34. ISSN 1214-8687.

TRACHTOVÁ, E. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Národní centrum ošetrovatelství (NCO NZO), ISBN 978-80-7013-590-7.

VÁCHA, J. *Meze Darwinismu*. 2020. Masarykova univerzita Brno: ISBN 978-80-210-9531-1.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. 2012. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-780-0.

Vocabulary.com - <https://www.vocabulary.com/dictionary/manipulation>.

ZACHAROVÁ, E. 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Kontakt

doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

J. Boreckého 27, 370 11 České Budějovice

Pracoviště: U Výstaviště 26, 370 05 České Budějovice

treslova@zsf.jcu.cz