

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

*Institut mezioborových studií Brno*

# **Etické problémy v péči o seniory**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**

PhDr. Mgr. Zdeněk Šigut, Ph.D.

**Vypracoval:**

Bc. Veronika Levrincová

Brno 2012

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Etické problémy v péči o seniory“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne: 1.3.2012

Podpis:

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji panu PhDr. Mgr. Zdeňku Šigutovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce, a které si nesmírně vážím.

Bc. Veronika Levrincová

## **Anotace**

Předložená diplomová práce se zabývá problematikou stáří, popisuje, s jakými problémy se senioři potýkají v procesu stárnutí. Zvláštní pozornost věnuji problematice etického zacházení v péči o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Zaměřuji se na skutečnost, jak zdravotnický i nezdravotnický personál dodržuje etické zásady v praxi a jaké faktory ovlivňují přístup zdravotnického i nezdravotnického personálu k seniorům. Za tímto účelem analyzuji odbornou literaturu a odborné články a vyhodnocuji dotazníkové šetření.

## **Annotation**

This thesis deals with the problems of old age, describes the problems that seniors face in the process of aging. It pays special attention to issues of ethical practice in the care of the elderly in residential social facilities. I focus on reality how both unsanitary and medical staff is complying with the ethical principles in practice and what factors affect access to both unsanitary and medical staff to seniors. For this purpose, I analyze the literature and expert articles and evaluate surveys.

## **Klíčové pojmy**

Etika

Stáří

Gerontologie

Geriatric

Zařízení pro seniory

## **Keywords**

Ethics

Age

Gerontology

Geriatrics

Facilities for seniors

# OBSAH

ÚVOD	1	
1	DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	4
1.1	Stáří a kvalita života	4
1.1.1	Gerontologie – nauka o stáří	4
1.1.2	Pojem stáří	5
1.1.3	Průměrná délka lidského života	7
1.1.4	Kvalita života	9
1.1.5	Kvalita života v kontextu péče o seniory	11
1.2	Morálka a etika v ošetrovatelství	12
2	PROJEVY STÁŘ	15
2.1	Psychické změny	16
2.1.1	Snížení adaptability	16
2.1.2	Delirium	16
2.1.3	Deprese	17
2.1.4	Demence	17
2.2	Fyzické změny	18
2.3	Potřeby seniorů a přístup k nim	19
2.3.1	Aspekty ovlivňující celkový stav seniorů	19
2.3.2	Špatné zacházení se starými lidmi	20
3	SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY	22
3.1	Retrospektiva péče o seniory	22
3.2	Současná situace v poskytování sociálních služeb	23
3.2.1	Legislativa v sociální oblasti	23
3.2.2	Druhy zřizovatelů a poskytovatelů pobytových sociálních služeb	25
3.2.3	Financování sociálních služeb	25
3.3	Druhy pobytových zařízení pro seniory	26
3.3.1	Domovy pro seniory	26
3.3.2	Léčebny pro dlouhodobě nemocné	28
3.3.3	Domácí ošetrovatelská péče	29
3.3.4	Domácí versus institucionální péče	30
4	ETIKA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	31
4.1	Lékařská etika	31
4.2	Ošetrovatelská etika	33
4.3	Etický kodex práv pacientů	34
4.3.1	Právo na důstojnost	34
4.3.2	Právo na informace o zdravotním stavu	35
4.3.3	Právo na mlčenlivost	35
4.3.4	Omezení práv pacientů	36
5	EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ	38

5.1	Vymezení problematiky a cíle šetření.....	38
5.2	Metodologie .....	39
5.2.1	Výzkumný soubor .....	39
5.2.2	Sběr dat .....	39
5.2.3	Použité metody .....	40
5.2.4	Popis zařízení .....	41
5.3	Stanovení hypotéz.....	44
5.4	Výsledky šetření a jejich interpretace .....	46
5.4.1	Demografické údaje – kritéria pro srovnávání.....	46
5.4.2	Cítíte se být kvůli stáří v naší společnosti diskriminováni?.....	48
5.4.3	Jak Vás nejčastěji zdravotní personál oslovuje? .....	51
5.4.4	Máte pocit, že je ze strany personálu dodržováno Vaše soukromí? .....	53
5.4.5	Je podle Vašeho názoru zdrav per. příjemný, komunikuje s Vámi dostatečně? ..	55
5.4.6	Znáte práva pacientů? .....	57
5.4.7	Jsou podle Vás patientská práva porušována?.....	58
5.4.8	V jaké oblasti jsou podle Vás nejčastěji patientská práva porušována?.....	60
5.4.9	Vy osobně jste se setkali s porušováním patientských práv? Pokud ano, v jaké oblasti?.....	61
5.4.10	Kdo podle Vašeho názoru práva pacientů nejčastěji porušuje? .....	63
5.4.11	Byli jste vy osobně plně informováni o svém stavu a možnostech léčby dříve než Vaše rodina?.....	64
5.4.12	Kdo si myslíte, že má být jako první o zdravotním stavu pacienta informován? ..	66
5.4.13	Jak jste spokojeni s celkovou úrovní ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu? .....	68
5.5	Zhodnocení hypotéz, diskuse a doporučení .....	69
	ZÁVĚR .....	75
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	79
	SEZNAM OBRÁZKŮ GRAFŮ A TABULEK .....	83
	SEZNAM PŘÍLOH .....	85

# ÚVOD

Stáří je etapou lidského života, ve které bychom si měli užívat nabytých zkušeností, měli bychom v klidu bilancovat to, co jsme v životě vykonali, měli bychom si užívat radosti z vnoučat a z toho, že se konečně můžeme zastavit a oddechnout si. To je však ideální obraz stáří. Pro člověka je s ním spojeno i mnoho negativních prvků, jako je zhoršená kvalita zdraví, rozloučení se s dosavadním způsobem života a někdy i nastoupení nové životní fáze – života v pobytových zařízeních.

I když zestárneme, máme právo na to žít kvalitní život. A to i ve chvíli, kdy částečně nebo zcela ztratíme soběstačnost a jsme odkázáni na pomoc druhých. Vztah mezi kvalitou života a délkou jeho trvání a další základní pojmy jako je péče o seniory, gerontologie, stáří apod. jsou uvedeny v první kapitole diplomové práce. Ta dále seznamuje se základními principy morálky a etiky v ošetrovatelství.

Ačkoliv každý z nás stárne individuálním tempem, po určité době se dostaneme všichni do fáze, pro kterou platí obecné rysy, odlišující život starých lidí od jejich předchozího života. O psychických a fyzických projevech stáří pojednává druhá kapitola práce. Tato kapitola také shrnuje problematiku potřeb seniorů a přístupu k nim. Zmiňuje nejen kladný přístup, ale seznamuje také s formami špatného zacházení se starými lidmi.

V současné době je péči a kvalitě života starých lidí věnována velká pozornost, což by mělo být samozřejmostí. Vždy tomu ale nebylo. Třetí kapitola pojednávající o současném systému péče o seniory, přináší mj. krátké ohlédnutí za vývojem systému péče o seniory. Popisuje dále současnou situaci v poskytování sociálních služeb z hlediska legislativy, seznamuje čtenáře s druhy zřizovatelů a poskytovatelů pobytových sociálních zařízení a v krátkosti také pojednává o financování systému. Součástí třetí kapitoly je také seznámení s jednotlivými druhy pobytových zařízení a principy jejich fungování.

Čtvrtá kapitola se opět svým tématem vrací na počátek práce. Je věnována etice zdravotnických pracovníků, tedy lékařů, sester i ostatního pomocného personálu. Rozšiřuje poznatky z první kapitoly, seznamuje např. se zdroji lékařské a

ošetřovatelské etiky a představuje základní dokumenty dané oblasti – etické kodexy lékařů, sester i pacientů.

V rámci uvedené problematiky je dále v praktické části zjišťováno, jaká je v současné době úroveň ošetřovatelské péče z hlediska etického přístupu v domech pro seniory. Cílem diplomové práce totiž nebylo pouze získání teoretických poznatků o projevech stáří, ale také seznámit se v praktické rovině s tím, jak zdravotnický i nezdravotnický personál dodržuje etické zásady. Dalším cílem práce je zjistit, jaké faktory ovlivňují přístup zdravotnického i nezdravotnického personálu k seniorům.

Za účelem dosažení výše uvedených cílů bylo zvoleno provedení dotazníkového šetření v konkrétním seniorském domě. Jeho cílem mělo být co nejširší zmapování dané problematiky. Proto k jeho realizaci byli přizváni jak klienti domova seniorů, tak jeho personál.

V rámci zpracování diplomové práce bylo čerpáno z několika zdrojů. V první řadě to byly knižní zdroje, ze kterých byly převzaty hlavní myšlenky dané problematiky a zjišťovány poznatky, které byly v průběhu práce uplatňovány.

O fenoménu stáří jako takovém existuje mnoho literatury, obecně hlavně v kontextu s kvalitou života. Pojem stáří v této práci však bylo třeba uchopit i z jiného pohledu, z pohledu geriatrie. Problematice stáří a geriatrické péči se věnuje kniha určená pracovníkům pečovatelských služeb a domovů důchodců od předního českého lékaře Zdeňka Kalvacha a zdravotní sestry Alice Onderkové nazvaná *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*<sup>1</sup>. Autorkou, která se zabývá stářím jako nevyhnutelné etapě lidského života, je také Helena Haškovcová. Publikace pod názvem *Fenomén stáří*<sup>2</sup> přibližuje téma stáří nejen z psychologického, ale i z geriatrického pohledu. Dále byly v tomto

---

<sup>1</sup> KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

<sup>2</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.



směru velmi nápomocné knihy *Vybrané kapitoly z gerontologie*<sup>3</sup> a *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*<sup>4</sup>, které obsahují např. poznatky o vlivu přítomnosti rodiny na život starého člověka a seznamují čtenáře se základními zdravotními problémy stáří.

Ucelený pohled na problematiku péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních poskytuje publikace autorky Evy Malíkové nazvaná *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*<sup>5</sup>. Se základními principy ošetrovatelské etiky seznamují dvě publikace, zdůrazňující práva pacientů, a sice knihy *Etika pro pomáhající profese*<sup>6</sup> a *Etika v ošetrovatelství*<sup>7</sup>.

Některé zákony a kodexy byly dostupné z primárních zdrojů uvedených na internetu, proto byly využity i informace z webových serverů některých z ministerstev a dalších odborných institutů.

---

<sup>3</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha : Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

<sup>4</sup> ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

<sup>5</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. -328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

<sup>6</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

<sup>7</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

# 1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

O tom, co je to stáří, měli představy již staří Řekové. Vrcholní filozofové této doby Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevyléčitelnou chorobu, starověký římský lékař Galén jim naopak oponoval, že stárnutí je děj fyziologický a je ho tudíž třeba vnímat odlišně od procesů patologických (chorobných).<sup>8</sup>

Pohled na problematiku stárnutí se v průběhu lidského vývoje změnil, od pokusů nalézt způsob, jak si zachovat „věčné mládí“ se vědci dopátrali seriózního závěru, že ačkoliv se projevy stáří dají správným způsobem života oddálit, jedná se o proces nezvratný.

## 1.1 Stáří a kvalita života

### 1.1.1 Gerontologie – nauka o stáří

Proces stárnutí v teoretické i praktické rovině zkoumá nauka nazvaná gerontologie (teoretická, experimentální, klinická a sociální). Samotný pojem „gerontologie“ pochází ze složení dvou řeckých slov, a sice slova „gerón“, což lze překládat jako starý a slova „logos“, které se překládá jako nauka.<sup>9</sup>

Gerontologie shrnuje nejen poznatky o stárnutí a stáří jako takovém, věnuje se také problematice života ve stáří. Ve vysokoškolském systému je zařazena do výuky jako samostatný obor. Experimentální gerontologie se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů, gerontologie klinická potom zkoumá problematiku zdraví, chorob a funkčního stavu a zdravím podmíněné kvality života ve stáří (bývá označována také jako geriatric, odvozeno od řeckého slova „iátró“ – léčím).

---

<sup>8</sup> JEDLIČKA, Václav a kol. *Praktická geriatric*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, s. 5.

<sup>9</sup> KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 7.

Gerontologie sociální se zabývá společenskými souvislostmi individuálního i populačního stárnutí a svou podstatou zasahuje do mnoha dalších vědních oborů, jako je sociologie, psychologie, politologie, pedagogika, ekonomika, právo, sociální práce aj.<sup>10</sup>

### 1.1.2 Pojem stáří

Slovo stáří lze definovat různě. Kalvach a Onderková (2006) jej definují jako „*poslední fázi života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, poklesových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu*“<sup>11</sup>. Z medicínského hlediska jde tedy o úbytek potenciálu zdraví.

Životní čas člověka je z praktických důvodů určitým způsobem členěn do jednotlivých periodizačních škál. Ty jsou určeny s přihlédnutím k biologické podstatě ontogeneze a stupně vývoje psychiky. Tři základní kategorie představují dětství, dospělost a stáří.

Stejně tak jako každý z nás pociťuje příchod stáří individuálně v jinou dobu, také jednotliví autoři datují stáří od různého věku. Kalvach a Onderková (2006) uvádí, že v hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Upozorňují přitom, že o věku 56 – 79 let se mnohdy hovoří jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se tedy potom následně posouvá do věku 80 – 90 let. Život delší 90 let je potom považován za dlouhověkost.<sup>12</sup> Na tomto místě je třeba upozornit, že hranice stáří do vyššího věku se neustále posunuje. Příčinou je přibývání seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu.

---

<sup>10</sup> KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 7.

<sup>11</sup> Tamtéž.

<sup>12</sup> Tamtéž.

Také Světová zdravotnická organizace odlišuje časové období, kdy je člověk starší (není ještě zcela starý) od období vyzrálého stáří poněkud odlišně – viz následující schéma.

Obr. 1 Členění lidského života podle Světové zdravotnické organizace

<b>45- 59 let</b>	<b>60 – 74 let</b>	<b>75 – 89 let</b>	<b>90 let a výše</b>
<b>střední, nebo též zralý věk</b>	<b>vyšší věk, nebo rané stáří</b>	<b>stařecký věk, neboli senium, vlastní stáří</b>	<b>dlouhověkost</b>

Zdroj: HAŠKOVCOVÁ, Helena, (2010).

Tato organizace za stáří považuje „*stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími*“<sup>13</sup>. Za rané seniory tato organizace považuje osoby mezi 60 a 75 rokem života a odvolávajíc se na praktické důvody označuje za skutečné stáří lidi od 75 let a výše. V moderní odborné literatuře zabývající se problematikou stáří se období mladých seniorů označuje výrazem „*young old*“ nebo pouze „*old*“ (z anglického „*mladý starý*“, nebo jen „*starý*“), starý stařecký věk je potom označován jako „*old old*“ (z anglického „*starý starý*“).

Rozlišení mladých seniorů a starých seniorů je vhodné zejména pro ošetrovatelskou praxi, kdy osoby označované jako „*old old*“ na rozdíl od svých mladších seniorských kolegů častěji ztrácí soběstačnost, z čehož plyne potřeba faktického

---

<sup>13</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 20.

zabezpečení.<sup>14</sup> „Člověk ve vyšším věku nemusí přímo stonat, a přesto mívá pocit, že není ve své kůži. Není mu prostě dobře ani na těle, ani na duši. Pokud navštíví lékaře a ti nenajdou žádnou chorobu, nachází se dotyčný člověk ve stavu, který bývá výstižně nazván jako nezdraví“<sup>15</sup>, dodává k problematice starších seniorů Haškovcová.

### 1.1.3 Průměrná délka lidského života

V souvislosti s délkou života člověka pro praktické účely stanovujeme také její průměrnou délku. Tento ukazatel je vhodný zejména pro sledování toho, jak se vyvíjela délka lidského života v průběhu staletí. Bylo tak zaregistrováno, že jak ve starověkém Řecku, tak v Evropě v 16. století se ještě lidé zpravidla dožívali pouhých 25 let. Průměrná délka života se začala měnit až počátkem 18. století, kdy dosahovala 30 let, ještě v 19. století se však pohybovala na nízké hranici, a sice kolem 40 let.<sup>16</sup> Od roku 1940, kdy průměrný věk činil 60 let, se délka života začala postupně velmi rychle zvyšovat.

Na počátku 21. století činí průměrná doba lidského života v České republice 74,2 let pro muže a 80,3 let pro ženy<sup>17</sup>. Jak vzpomíná Haškovcová v knize *Fenomén stáří*: „Vzpomenu-li si na dobu před 20 lety, v souhlase s tehdejšími prognózami jsem uváděla i ve svém *Fenoménu stáří* podstatně nižší hodnoty očekávané doby dožití, než je tomu dnes.“<sup>18</sup>

Prodlužování střední délky života dokazují i dochované statistiky. Z níže uvedené tabulky vyplývá, že až na malé výjimky má střední délka života neustále stoupající tendenci, a to jak v případě mužů, tak i žen.

---

<sup>14</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha : Karolinum, 1997, s. 17.

<sup>15</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, 2010, s. 21.

<sup>16</sup> DIENTSBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb Jak ho oddálit*. Praha : Radix, 2009, s. 19.

<sup>17</sup> *Www.czso.cz : Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových kategorií do roku 2066* [online]. 2009 [cit. 2011-12-24]. Český statistický úřad. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany\\_vyvoj\\_poctu\\_obyvatel\\_podle\\_hlavnich\\_vekovy\\_ch\\_skupin\\_do\\_roku\\_2066](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_vekovy_ch_skupin_do_roku_2066)>.

<sup>18</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, s. 23.

Tab. 1 **Vývoj průměrného věku žen a mužů v České republice od roku 1920 po současnost**

Rok	Muži	Ženy
1920	47,05	49,6
1930	54,22	58,04
1940	57,1	61,29
1950	62,31	67
1960	67,92	73,4
1970	66,13	73,02
1980	66,81	73,86
1990	67,58	75,42
2000	71,65	78,35
2010	74,2	80,3
<b>Prognóza - 2065</b>	86,5	90

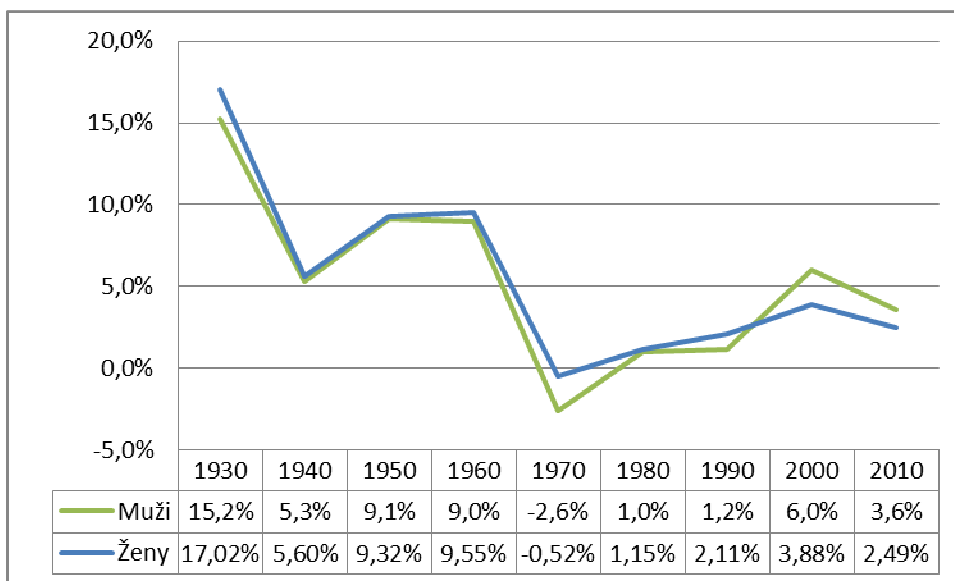
Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů Českého statistického úřadu.

Z tabulky je dále patrné, že na počátku minulého století mělo obyvatelstvo České republiky (muži i ženy), poměrně krátkou průměrnou délku středního života, která se v průběhu následujících 90 let zvýšila téměř jednou tolikrát. Odborníci, kteří provedli projekci obyvatelstva do roku 2065, uvádí, že průměrný věk by měl u mužů v tomto roce činit 86,5 a u žen 90 let.<sup>19</sup>

Lépe je vidět, jak se průměrný věk žen a mužů postupně zvyšoval z grafu č. 1.

Graf 1 **Změna vývoje průměrného věku žen a mužů v České republice od roku 1920 po současnost**

<sup>19</sup> *Www.czso.cz : Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových kategorií do roku 2066* [online]. 2009 [cit. 2011-12-24]. Český statistický úřad. Dostupné z WWW:



Zdroj: Vlastní zpracování na základě údajů Českého statistického úřadu.

Z grafu vyplývá, že nejvyšší nárůst délky průměrného života byl zaznamenán bezprostředně po období válečných let a trval 20 let. V této době se průměrná délka života zvyšovala v průměru u mužů i u žen o 9 procentních bodů. V současné době změna délky průměrného života občanů České republiky není tolik vysoká, neustále však stoupá.

Příčinou jsou samozřejmě jednak vnější podmínky (průměrnou délku života ve 20 letech například ovlivnila velká pandemie chřipky apod.), jedním z významných faktorů, který to, kolika let se dožíváme, ovlivňuje, je ale hlavně způsob našeho života, který se rok od roku zlepšuje.

#### 1.1.4 Kvalita života

Kvalitě života je věnováno velké množství literatury. Slovo kvalita je odvozeno od latinského termínu „*qualis*“, který se překládá jako „jaké to je?“<sup>20</sup>. Kvalita je pojem intuitivní – jako kvalitní můžeme vnímat hmotné statky, charak-

---

<[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany\\_vyvoj\\_poctu\\_obyvatele\\_podle\\_hlavnich\\_vekovych\\_skupin\\_do\\_roku\\_2066](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatele_podle_hlavnich_vekovych_skupin_do_roku_2066)>.

<sup>20</sup> JABŮRKOVÁ, Milena., MÁTL, Ondřej. *Kvalita péče o seniory II.: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007, s. 34.

terové vlastnosti lidí apod. Slovem kvalitní můžeme charakterizovat i životní styl, kterým žijeme.

Poprvé v historii byl termín „kvalita života“ zmíněn ve 20. letech minulého století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Tehdy byl zkoumán především vliv státních dotací na kvalitu života chudých lidí. Zlepšování kvality života se stalo následovně jedním z bodů programového prohlášení amerického prezidenta Johnsona v 60. letech. Termín kvalita života poté převzala vědní disciplína sociologie. V tomto kontextu slouží termín „*kvalita života*“ k odlišení podmínek života, jako je například příjem, politické zřízení, počet automobilů na domácnost apod.

O kvalitě života se od té doby hovoří v různých souvislostech a v rámci dalších disciplín, jako je psychologie, kulturní antropologie, ekologie či medicína. Je proto složité vybrat jednu definici, která by tento termín reprezentovala. Na obecné úrovni se o to pokusil Jan Payne, který svůj život věnoval studiu lékařské etiky. Podle jeho názoru je třeba kvalitu života chápat „*jako důsledek interakce mnoha různých faktorů – zdravotních, sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem interagují a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.*“<sup>21</sup>

Kvalita života je sledována u různých sociálních skupin a obzvlášť velký význam má pro oblast medicíny a zdravotnictví. V těchto oborech se termín kvalita života užívá od 70. let 20. století. V současné době je kvalita života pacientů sledována jako jeden ze základních komponentů různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře dnes zajímá, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi a jaký na ni má dopad konkrétně zvolená léčba (terapie).<sup>22</sup>

V kontextu dnešního života znamená kvalita života něco jiného, než kdysi. V současné době netrpíme hlady, ani nijak jinak sociálně nestrádáme. Pojem kvalita života vyjadřuje, jakým způsobem žijeme, jak se svým životem nakládáme. Lidé dnes mají možnost cestovat, poznávat svět, vzdělávat se, mít bohaté vzpo-

---

<sup>21</sup> PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205 a 207.

<sup>22</sup> Tamtéž, s. 212.



mínky. Dostáváme nové příležitosti k osobnímu rozvoji i k rozvoji v práci. Ke kvalitě života patří samozřejmě také harmonie, vyrovnaný způsob života, přátelské vztahy a mnoho dalšího.

Vše výše uvedené dokáže prodloužit lidský život. Nárok na kvalitní život však máme nejen v aktivním věku, ale také ve stáří. Zde hraje důležitou roli kvalita poskytované zdravotnické péče, která představuje jeden z nejdůležitějších determinantů lidského zdraví.

### **1.1.5 Kvalita života v kontextu péče o seniory**

Ve stáří lidé zůstanou mnohdy odkázáni na druhé. To znamená, že také kvalita života seniorů závisí na ostatních. Jak plyne z předchozí kapitoly, kvalitní život může výrazně ovlivnit délku jeho trvání. Proto i ve stáří velmi záleží na tom, aby byl život kvalitní. Stupeň jeho kvality však závisí na poskytované (mnohdy dlouhodobé) péči o staré lidi. Tu dle mého názoru nelze omezit pouze na efektivní využívání zdrojů a schopnost reagovat na individuální potřeby a sociální začleňování, jak definuje kvalitu péče o seniory Eva Pagodová<sup>23</sup> (základní definice).

Zdeněk Kalvach k této problematice dodává, že „*kvalitní péče není cílem sama o sobě, že je pouze jedním z důležitých příspěvků ke kvalitě života*“<sup>24</sup>. K tomuto názoru se přiklání i Vohralíková a Rabušic, kteří tvrdí, „*že rámec kvality života starých lidí tvoří celá řada aspektů*“<sup>25</sup>.

Také dle mého názoru záleží na tom, jak je starý člověk materiálně zabezpečen, kvalita života závisí také na jeho zdravotním stavu, situaci v rodině, na

---

<sup>23</sup> PAGODOVÁ, Eva. Konference efektivity, kvality a spokojenosti klientů ve zdravotnictví: Problémy v prosazování a uplatňování kvality a její kontroly v sociálních službách se zřetelem na služby sociální péče. *Www.iceq.cz: [http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3\\_1.pdf](http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3_1.pdf)* [online]. 2006 [cit. 2012-01-05].

<sup>24</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie* Praha: Karolinum, 1997, s. 37.

<sup>25</sup> RABUŠIC, Ladislav., VOHRALÍKOVÁ, Lenka. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004, s. 19.

kvalitě bydlení, dostupnosti zdravotně sociálních služeb, možnosti realizace zálib a koníčků a v neposlední řadě i na možnosti rozvíjení sociálních kontaktů.

Kvalita života seniorů je často ztotožňována se schopností vést nezávislý život (metody hodnocení se potom soustředí na schopnost provádět běžné každodenní činnosti). Je tomu tak proto, že staří lidé bývají nemocní. Ale není to sama přítomnost nemoci, která v kontextu každodenního života seniorů určuje jeho kvalitu. Je to stupeň omezení, který s sebou nemoc přináší.<sup>26</sup>

Zcela se ztotožňuji s názorem Věry Kuchařové, že je kvalita života ve stáří podmíněna tím, nakolik se na něj člověk připravoval.<sup>27</sup> Toto tvrzení v sobě zahrnuje širokou škálu činností a procesů od celoživotního vzdělávání přes výběr koníčků po volbu spořicí strategie.

## 1.2 Morálka a etika v ošetřovatelství

Pojem etika má svůj původ v řeckém slově „*ethos*“, které do češtiny překládáme jako zvyk, mrav či obyčej. Vývoj etiky úzce souvisí s vývojem filozofie. Za etické, mravné či ctnostné bylo vždy považováno to, co vedlo k lepšímu životu na tomto světě.<sup>28</sup>

Jako o vědě je možné o etice hovořit tehdy, když má daný svůj předmět, a tím je morálka. Morálka vyjadřuje hodnocení lidského jednání z hlediska dobra a zla s vědomím člověka. Etika se v současné době užívá pro zkoumání morálních obsahů. Předpokládá, že jsme rozumné bytosti a že za své jednání jsme plně odpovědní.

---

<sup>26</sup> JABŮRKOVÁ, Milena., MÁTL, Ondřej. *Kvalita péče o seniory II.: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha : Galén, 2007, s. 37.

<sup>27</sup> KUCHAROVÁ, Věra. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: Život ve stáří. *Www.vupsv.cz: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>* [online]. 2002 [cit. 2012-01-05].

<sup>28</sup> JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003, s. 21.

Tradičně byla morálka opřena o náboženskou víru, v současné době však toto pojetí morálky ustupuje do pozadí reálnějšímu smýšlení a opírá se spíše než o ideologii o systém pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí. Lze konstatovat, že každý obor lidské činnosti má svou morálku. Existují však činnosti, u kterých je morální jednání vysloveně podmínkou. Jedná se obvykle o obory, které jsou charakteristické tím, že lidé, kteří se jim rozhodnou věnovat, je považují za své životní poslání. Jako příklad lze uvést pedagogickou činnost, nebo obor ošetřovatelství.

Každá lidská činnost, každý obor má vymezené určité povinnosti. V ošetřovatelství musí ale jeho účastníci nejen plnit vymezené povinnosti, ale musí být schopni rozhodnout, co je pro pacienta prospěšnější, musí být schopni vědět, co mají dělat, aby byla zachována lidská důstojnost pacienta, jeho autonomie apod.

Etika představuje součást každé společnosti. Skládá se z naučených, sdílených a předávaných hodnot, přesvědčení, norem a zvyklostí. Co je etické v jedné kultuře, nemusí být považováno za etické v kultuře jiné (viz např. otázka eutanázie).<sup>29</sup>

Etika neurčuje, co se smí a co nikoliv, pouze za všech okolností pomáhá rozlišovat, co je mravné a co nemravné a směřuje nás k tomu, jak máme jednat. Z toho plyne, že etika úzce souvisí s hodnotami, přičemž za nejvyšší lidskou hodnotu bývá z etického hlediska pokládáno dobro.

Žádná všeobecně platná hodnotová teorie však neexistuje. Existují pouze určité základní (všeobecně platné) hodnoty, jako je například fakt, že je správné pomáhat nemohoucím lidem apod. Nejdůležitější otázky lékařské etiky tudíž zní: „*O které věci bychom měli dbát?*“ a „*Co se má dělat v této konkrétní situaci?*“<sup>30</sup>.

Lékaři, sestry i pomocný zdravotní personál při výkonu svého povolání uplatňují tři základní principy, respektive ctí tři základní hodnoty, a sice:

---

<sup>29</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 11 a 12.

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 15.

- **hodnotu života:** drahocennost života je obecně uznávaným principem. Svědčí o tom například fakt, že při omezených lékařských kapacitách je nesnadné stanovit, či život má být zachráněn, či život má větší hodnotu;
- **kvalitu života:** do této hodnoty spadá respektování zdraví, naplnění potřeby být milován apod.;
- **posvátnost:** tento princip vyplývá jednak z náboženského postoje a jednak z přesvědčení, že život je zkrátka nedotknutelný.<sup>31</sup>

Tyto principy jsou ovšem pouze základní. Lékaři, zdravotní sestry i pomocný personál se nemohou omezit pouze na ty. Každý den se snaží (nebo by se měli snažit) najít k pacientovi cestu tak, aby byli schopni pomoci mu hledat alternativní cíle, když jeho původní hodnotový systém z důvodu nemoci či jiných vnějších okolností selhal.

---

<sup>31</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007, s. 16 a 17.

## 2 PROJEVY STÁŘÍ

V jedné z výše uvedených kapitol bylo sice naznačeno, že stáří je proces individuální, že u každého probíhá rozdílně. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují. Jedná se o změny fyzické a psychické, nemusí se dostavit všechny, obvykle však přichází postupně v závislosti na rostoucím věku. Nejtypičtějším rysem onemocnění ve stáří je multimorbidita, tedy přítomnost několika onemocnění najednou. Jako důsledek tohoto stavu začne starý člověk užívat množství léků (vzácností nejsou pacienti vysokého věku, kteří užívají dvanáct i více různých léků).

Kromě toho, že kombinace léků nebo léčby samotné může u starších lidí vyvolat nežádoucí účinky, lékaři z tohoto důvodu u starších lidí někdy velmi obtížně identifikují skutečnou příčinu určitého zhoršení stavu. Jako příklad lze uvést srovnání jedné a té samé situace u mladého a starého člověka. Předpokládejme, že oba dva kvůli zánětu průdušek musí začít brát antibiotika. Zvolený druh léků jim však nevyhovuje, tak je vysadí. Tělo mladého, jinak zdravého člověka si s nesprávným postupem (vysazení antibiotik) v konečném důsledku nějak poradí. U staršího člověka v důsledku zvracení po antibiotikách vznikne dehydratace, organismus je zesláblý a tak pacient zůstane na lůžku, málo jí a pije. Dojde k otoku dolní končetiny (trombóza), které si nepovšimne, uvolní se z ní trombus a dojde k plicní embolizaci. Zhorší se dušnost, která má již ale jinou, daleko závažnější příčinu, než kvůli které byla původně nasazena antibiotika.<sup>32</sup>

Studenti medicíny a budoucí zdravotní sestry jsou upozorňováni, že zdravotnímu stavu staršího pacienta je třeba věnovat zvýšenou pozornost i z důvodu, že ve stáří často dochází k tomu, že typické a očekávané příznaky onemocnění se vůbec neprojeví (asymptomatický průběh onemocnění). Při různých onemocněních se nemusí projevit ani bolest (Holmerová a kol. upozorňují, že např. až 85 %

---

<sup>32</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 17.

infarktů u lidí starších 75 let probíhají bez bolesti<sup>33</sup>). Lékaři a sestry malými zkušenostmi proto mohou pacientův stav chybně ohodnotit (případně podcenit, nehospitalizovat apod.).

## 2.1 Psychické změny

### 2.1.1 Snížení adaptability

Mezi psychické změny patří zejména změna adaptační schopnosti. Ta je ve stáří snížena. Starší lidé hůře a pomaleji reagují na veškeré změny vnějšího i vnitřního prostředí. Elasticita této schopnosti v zásadě závisí (pokud člověk ne onemocní nějakou chorobou, jejímž následkem je adaptabilita vysloveně narušena např. Alzheimerova choroba) na způsobu předchozího života, respektive na tom, jak je starší člověk zvyklý trénovat svou paměť, jak byl obecně schopný reagovat v mládí apod. Adaptační schopnost tak může mít 90 letý člověk v porovnání s člověkem 75 letým lepší, přesto však bude snížena.

Dalším stavem, ke kterému pacient vyššího věku inklinuje, je tzv. *kardiální trias gerontopsychiatrie*, a sice delirium-deprese-demence.

### 2.1.2 Delirium

Slovem delirium se označuje porucha mozkové činnosti v důsledku různých příčin (např. infekční onemocnění, srdeční selhání apod.). Jedná se o stav, který je vratný, trvá řádově hodiny či dny. Projevuje se poruchou myšlení, orientace, paměti, vnímání, pozornosti, neklidem, agresivitou, halucinacemi apod.

Delirium je třeba odlišit od demence, což je obdobný stav, který je však trvalý. Mnohdy je však obtížné tento stav rozpoznat, neboť první příznaky jsou velmi podobné, nebo dokonce totožné. Celkový stav staršího člověka se zhorší,

---

<sup>33</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 47.

zhorší se mu činnost mozku a proto je třeba k pacientovi i jinak přistupovat. Delirium je stav, který je schopný vyřešit pouze lékař, sám od sebe nevyvymizí.<sup>34</sup>

### 2.1.3 Deprese

Depresí často trpí lidé po celou dobu svého života, tato nemoc postihuje ale častěji lidi ve středním věku, výjimkou potom není ve věku seniorském. Projevuje se chorobnými změnami nálad, dlouhodobým smutkem, špatnou náladou, jejíž důvod není zřejmý, nebo dokonce neexistuje.

Pokud tento stav u staršího člověka přetrvává dlouhodobě (na rozdíl od těžkých životních situací, kdy je smutek určen obvyklou dobou), jedná se o depresi, velmi závažné onemocnění, jehož fatálním vyústěním může být sebevražda. Holmerová a kol upozorňují, že *„deprese samozřejmě postihuje pacienty vyššího věku, možná dokonce více než pacienty mladé. Staří lidé ale mnohdy o příznacích deprese nechtějí hovořit, často se za ně stydí. Proto chodí k lékaři s různými steskami, které se často mění a jejichž pravá příčina nemusí být zřejmá, prodělávají různá zbytečná vyšetření“*<sup>35</sup>.

Problém nastává také v případě, že je deprese diagnostikována. Starší lidé velmi často nejsou ochotni užívat psychoaktivní léky, neboť se domnívají, že jsou návykové. Je proto důležité, aby jim ošetřující lékař problematiku velmi pečlivě vysvětlil.

### 2.1.4 Demence

Demence vzniká v důsledku postižení mozku. Jedná se o stav, který je ve většině případů nevratný, neboť je důsledkem poškození mozkové tkáně. Nejčastěji se demence projevuje jako Alzheimerova choroba, Pickova choroba degenerativní onemocnění mozku, které se projevuje kromě demence také nevhodným spo-

---

<sup>34</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 47 – 48.

<sup>35</sup> Tamtéž, s. 48.

lečenským chováním pacienta již v relativně časných fázích onemocnění) a nemoc s Lewyho tělísky (onemocnění podobné Parkinsonově nemoci).<sup>36</sup>

Demence je vždy důsledkem nějaké choroby, nikoliv pouhým důsledkem pouhého stárnutí. Pojem „*stařecká demence*“, často používaný laickou veřejností, není správný, tato „choroba“ neexistuje. Demence tedy není součástí normálního stárnutí, ale u starších lidí se častěji projevuje. Příčinu demence je třeba velmi rychle identifikovat, v opačném případě by mohlo dojít k zásadnímu poškození jeho zdraví.

## 2.2 Fyzické změny

K fyzickým změnám ve stáří patří snížení funkce srdce a cévního systému, neboť ve stáří dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve prakticky ve všech systémech organismu. Mezi nejčastější onemocnění v tomto směru patří infarkt, mozková příhoda, zužování uzávěrů tepen pod.

Ve stáří dochází k úbytku svalové hmoty a ke snížení kostní denzity. V důsledku těchto změn jsou kosti lomivější, ochranná funkce svalového aparátu je menší a dochází k častějším zlomeninám. Změny jsou patrné také na první pohled na postavě staršího člověka. Za nejčastější onemocnění pohybového aparátu je považována osteoporóza, imobilizační syndrom (důsledek omezení pohybu), degenerativní změny páteře, artróza apod. Je třeba upozornit, že se jedná o velmi bolestivá onemocnění.

Zatímco mladí lidé a lidé ve středním věku trpí často obezitou, starší lidé jsou naopak ohroženi spíše podvýživou. Nejčastějšími dvěma příčinami jsou sociální faktory (osamocenenost, chudoba apod.) a změna zdravotního stavu. Při chronických a vysilujících onemocněních starší lidé nedodržují správnou životosprávu stejně tak jako zanedbávají pitný režim.

---

<sup>36</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 49.



K fyzickým změnám ve stáří patří také onemocnění nervového systému, které kromě již zmíněné demence způsobuje řadu dalších fyzických obtíží, jako je porucha smyslového vnímání (zrak, chuť, čich, propriocepce – snížené vnímání vlastního těla), porucha motoriky apod.

Ve stáří se také snižuje funkce ledvin, dochází ke změně jejich filtrační i koncentrační schopnosti. Důsledkem je náchylnost starších lidí na změnu vnitřního prostředí při pobírání určitých léků (vedlejší reakce) a inkontinence. Ta patří mezi onemocnění, za která se staří lidé nejvíce stydí – bývají v rozpacích, zda mají svému lékaři říci, že potřebují pomoc.

Na tomto místě je třeba zmínit také problematiku soběstačnosti. Tento problém patří k nejzávažnějším důsledkům geriatrické deteriorace různých chorob ve stáří.

Soběstačnost v nejobecnějším slova smyslu znamená schopnost uspokojovat v prostředí, ve kterém starý člověk žije, jeho běžné potřeby samostatně. K zachování nebo obnově soběstačnosti vede nejen léčení a rehabilitace pacienta, ale také ovlivňování jeho prostředí (např. bezbariérová úprava, instalace kompenzačních pomůcek apod.).

K hodnocení soběstačnosti (měření) existuje několik testů, např. Barthelův či Katzův test, nebo systém FIM (hodnocení funkční nezávislosti – Functional Independence Measure).<sup>37</sup> Barthelův test je uveden v příloze A.

## **2.3 Potřeby seniorů a přístup k nim**

### **2.3.1 Aspekty ovlivňující celkový stav seniorů**

Z toho, co bylo doposud napsáno, zcela jasně plyne, že starší lidé představují, stejně jako například malé děti, skupinu osob, která je na určité životní situ-

---

<sup>37</sup> KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006, s. 22.

ace náchylnější, že na rozdíl od lidí mladších je třeba věnovat určitým aspektům jejich života zvláštní pozornost.

Jedním z těchto aspektů je zlepšování životního stylu. Starší lidé by měli přestat kouřit, snížit spotřebu alkoholu a jiných škodlivých návyků. Měli by dbát doporučení v oblasti výživy a měli by úměrně zvyšovat svou fyzickou aktivitu.

Celkový stav seniorů ovlivňují také společenské aspekty, jako je dostatečné množství příjmů, zlepšování či nahrazení sociálních vztahů, které věkem ubývají apod. Také prostředí, ve kterém žijí, by mělo být minimálně uspokojivé. Senioři by měli žít tam, kde se doma i venku cítí v bezpečí, kde jsou schopni využívat dopravních spojení, neměli by se dostat do izolace a mělo by s nimi být dobře zacházeno.

### 2.3.2 Špatné zacházení se starými lidmi

Zacházení se seniory je snad nejdůležitějším aspektem, ovlivňujícím jejich duševní i fyzickou pohodu. Jeden z fyzických příznaků stáří vědci nazvali syndrom špatného zacházení se starými lidmi. Jde o situaci, kdy z důvodu nesamostatnosti je se starými lidmi často velmi špatně zacházeno. Staří lidé stejně jako děti nechtějí přiznat, že mu jeho nejbližší ubližují. Důvodů může být mnoho, tím nejobecnějším zřejmě je, že fakt, že se ke starým lidem jejich děti (vnuci apod.) chovají jinak, než by měly, představuje jedno z největších zklamání jejich života. Vyčítají si, že jako rodiče a vychovatelé selhali a před veřejností se proto skutečnost, že se necítí kvůli chování svých blízkých dobře, tají.

V odborné literatuře se nejčastěji setkáváme s několika formami špatného zacházení, ke kterým patří:

- **fyzické ubližování:** jedná se o nejnápadnější formu špatného zacházení a řadíme k němu i úmyslně chybné nebo nedbalé podávání léků;
- **psychické ubližování:** nejde pouze o opakované slovní výpady a agrese a vyhrožování, ale také o ignorování, zesměšňování, podceňování a vyloučení z rodinného života;

- **ekonomické zneužívání:** jedná se o okrádání o hmotný majetek, peníze a o předměty z domácnosti, na kterých staří lidé obvykle velmi lpějí.
- **sexuální zneužívání:** objevuje se výhradně u žen.
- **zanedbávání:** jde o nejbanálnější a zároveň jednu z nejčastějších forem špatného zacházení. Začít může pouhým nedostatkem pozornosti a končit odpíráním základních hygienických potřeb či odmítáním podávání stravy apod.<sup>38</sup>

Všechny výše uvedené případy špatného zacházení výrazným způsobem ovlivňují celkový stav (psychický i fyzický) starého člověka a urychlují faktický proces stárnutí.

---

<sup>38</sup> HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, s. 72.

## 3 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY

Žijeme v době, kdy je péči o nemocné, nemohoucí a staré lidi věnována naštěstí velká pozornost. Slovo naštěstí se v předchozí větě nevyskytuje náhodou. Mnozí z nás ještě pamatují doby, kdy mnoho z „nepohodlných“ témat, ke kterým patřilo i stáří, bylo tabuizováno a model poskytování sociálních služeb stál na zcela odlišných základech, než je tomu doposud.

### 3.1 Retrospektiva péče o seniory

Dříve bylo umístování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, naprosto obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti či úplné nesoběstačnosti seniorů. Tento způsob zajištění seniorů financoval stát a staří lidé neměli jiné volby. Pokud se tedy o nesoběstačného pacienta nemohla postarat rodina, nezbývalo nic jiného, než ústavní péče.

Poslední léta svého života tak senioři trávili obvykle ve vícelůžkových pokojích, bez sociálního zázemí. Mnohdy se stávalo, že senioři byli do ústavní či nemocenské (léčebny pro dlouhodobě nemocné) péče posíláni (bez jejich souhlasu) i z toho důvodu, že rodině po nich zůstával důchod, zatímco o ně samotné se staral stát.

Klient nemocenského či sociálního zařízení byl pouze pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor k tomu, aby mohl pokračovat v relativně normálním (původním) způsobu svého života. Poslední dny života seniorů tak provázela pasivita, pocit zklamání a křivdy.

Pečující personál mnohdy nerealizoval péči o seniory podle zásad ošetrovatelského procesu. Na denním pořádku bylo odlidštění v poskytovatelské péči i v celkovém přístupu ke starým lidem. Situace se změnila až po roce 1989, kdy začalo docházet k postupné transformaci sociálních služeb jak z pohledu legislativy, tak praxe.

## 3.2 Současná situace v poskytování sociálních služeb

### 3.2.1 Legislativa v sociální oblasti

Oblast sociální péče o seniory se z hlediska legislativy může opřít o několik platných norem. Jednou z nich je zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jeho cílem je chránit práva a zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami z důvodu určitého omezení (nejen věk, ale i zdravotní postižení, krizová životní situace apod.). Zákon tvoří právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé životní situaci a vymezuje práva povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb.

Zákon definuje tři základní služby, kterými jsou:

- **sociální poradenství** jako nedílná součást všech sociálních služeb,
- **služby sociální péče**, jejichž cílem je zabezpečení základních životních potřeb v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby,
- **služby sociální prevence**, které slouží k předcházení a zabraňování sociálního vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.<sup>39</sup>

Na základě tohoto zákona jsou také zřizována zařízení sociálních služeb, mezi která patří i domovy pro seniory. Zákon dále charakterizuje jednotlivé druhy sociálních služeb. Senioři mohou podle tohoto zákona využívat:

- **Osobní asistence**: terénní služba, při které asistenti pomáhají jedincům zvládat péči o sebe a integrovat se do společnosti;
- **pečovatelskou službu**: terénní služba poskytovaná seniorům a jejich rodinám prostřednictvím pečovatelů, pomáhajících seniorům v péči o sebe a domácnost;

---

<sup>39</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z:

[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)

- **domovy pro seniory:** pobytová služba s celoročním provozem určená pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči; služba je určena především těm osobám, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe dále nemohou setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí;
- **sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče:** tyto služby jsou poskytovány v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či v psychiatrických léčebnách a jsou určeny osobám, které vyžadují pomoc jiné osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení vzhledem ke své snížené soběstačnosti; tato služba představuje důležitou spojovací složku mezi ukončenou zdravotní péčí a zahájením poskytování jiné sociální služby.<sup>40</sup>

Ze sociálních služeb prevence mohou senioři využít sociálně aktivizačních služeb, které jim pomáhají při zvládnání běžných životních situací, aby nedošlo k jejich sociálnímu vyloučení.

Z výše uvedeného plyne, že význam zákona pro poskytování sociálních služeb seniorů, je značný. Přesně specifikuje jednotlivé sociální služby, které mohou osoby, vyskytující se v nepříznivé sociální situaci využívat a zároveň přesně stanovuje podmínky pro jejich poskytování i podmínky realizace. Zákon hovoří nejen o podmínkách poskytování sociálních služeb seniorům, ale také o způsobech jejich financování, stanovuje pravidla pro nakládání s příspěvkovou péčí a stanovuje povinnosti poskytovatele sociálních služeb seniorům.

Vymezení obsahu základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a výši úhrad za jejich poskytování upravuje vyhláška č. 505/2006, který se provádí ustanovení zákona o sociálních službách.

---

<sup>40</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. -328 s. 45 – 46.

### **3.2.2 Druhy zřizovatelů a poskytovatelů pobytových sociálních služeb**

Podle sociálního zákona může být zřizovatelem sociálních služeb obec, kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vedle těchto státních institutů mohou poskytovat sociální služby také neziskové organizace, tedy organizace, která nebyla zřízena nebo založena za účelem podnikání. Jedná se o obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, církve a nadace, přičemž sociální služby vztahující se k pobytovým zařízením se vztahují pouze první tři.

Tradice pobytových zařízení, která vznikla v režimu neziskových organizací, je v České republice poměrně krátká, byla zavedena po roce 1989. Spektrum poskytovaných sociálních služeb je ale širší, zaměřuje se i na poskytování zdravotní péče formou terénních služeb (pečovatelské a odlehčovací služby) a služeb ambulantních (denní stacionáře, centra denních služeb apod.).<sup>41</sup>

V současné době v České republice existuje 448 domovů pro seniory<sup>42</sup>. Všechny jsou uvedeny v elektronickém registru, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí a který je každému veřejně přístupný. Většina z nich je zřizována právě neziskovými organizacemi.

### **3.2.3 Financování sociálních služeb**

Současný systém financování sociálních služeb lze charakterizovat jako systém s prvky centrálního administrativně direktivního charakteru řízení.<sup>43</sup>

Sociální služby jsou financovány z více zdrojů, a sice z dotací a grantů, ze strukturálních fondů, z příspěvků zřizovatelů, z příjmů od jeho uživatelů, z příspěvků na péči, z příjmů z veřejného zdravotního pojištění, z příspěvků samo-

---

<sup>41</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. -328 s. 59.

<sup>42</sup> Ministerstvo průmyslu a obchodu: Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Www.mpsv.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1326022765873\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1326022765873_2)

<sup>43</sup> HERMAN, Jiří a kol. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno : IDV PZ, 2008, s. 24.

správných celků, z darů a z vedlejší hospodářské a mimořádné činnosti. Z výčtu plyne, že konkrétní způsob financování závisí na druhu poskytované služby a na druhu zřizovatele.

Financování pobytových sociálních služeb se skládá především z plateb uživatelů sociálních služeb, je ale zčásti tvořeno také příspěvky na péči, státními dotacemi a z příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Konkrétní výše jednotlivých zdrojů se liší, závisí především na struktuře uživatelů, kvalitě a rozsahu poskytované péče, typu zřizovatelského subjektu apod.

Pobytová zařízení mohou být financována z části také vedlejší hospodářskou činností, plynoucí například z pronájmu nebytových prostor, z výroby stravy, praní prádla, prodeje výrobků apod. Domovy seniorů mohou samozřejmě přijímat také dary a různé granty a příspěvky na sekundární a terciální aktivity poskytovatele.<sup>44</sup>

### **3.3 Druhy pobytových zařízení pro seniory**

#### **3.3.1 Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory představují nejčastější zařízení, do kterého staří lidé, kteří potřebují pomoci, přicházejí. Do tohoto druhu pobytového zařízení mohou být přijaty osoby, které splňují podmínky uvedené v § 49 sociálního zákona. Jde o osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Výhodou domovů pro seniory je, že v případě potřeby do nich mohou být přijaty i manželské páry, které mají obvykle možnost sdílet společný pokoj (musí být ale respektován i opačný případ, kdy manželský pár společně sdílet jeden pokoj nechce). Ojediněle je tato možnost poskytována i jiným, než manželským páram, např. sourozencům, švagrovým či švagřům apod.

---

<sup>44</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. -328 s. 61.



Přijetí klienta do pobytového sociálního zařízení v jeho životě představuje významnou změnu. Pobytová zařízení se proto snaží, aby byl přechod z domácí péče do péče institucionální co nejplynulejší. Péče o klienty domovů pro seniory je determinována třemi základními okolnostmi. Zaprvé individuálními požadavky klienta, harmonogramy práce pracovníků a domácím a návštěvním řádem. Poslední dva jmenované instituty dokáží na první pohled hodně vypovědět o životě v konkrétním zařízení a rámcově naznačují možnosti, neboť také informují o zajištění individuálních odlišností v poskytovaných službách.<sup>45</sup>

V průběhu dne jsou klientovi seniorského domu poskytovány služby v dohodnutém rozsahu, přičemž mezi základní služby na základě zákona o sociálních službách (§ 49) kromě poskytnutí ubytování patří dále poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.<sup>46</sup>

Pracovníci v sociálních službách v potřebném rozsahu provádí ošetrovatelské výkony při péči o seniory. Ti v dopoledních hodinách dochází na ergoterapii nebo se účastní volnočasových aktivit, při nichž vyškolení pracovníci provádí se seniory vhodné aktivizační činnosti. Odpoledne se senioři mohou účastnit různých kulturních a zábavních akcí, které jsou na vlastní aktivitu klientů méně náročné. Klienti jsou lékařským personálem kontrolováni i v noci, z čehož vyplývá, že poskytování služby klientům probíhá nepřetržitě a řídí se nejen platnými harmonogramy pobytového zařízení, ale také individuálními požadavky klientů samotných.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. -328 s. 79.

<sup>46</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z:

[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)

<sup>47</sup> MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. -328 s. 81.

### 3.3.2 Léčebny pro dlouhodobě nemocné

V posledních letech se zvýšil zájem o pobyt seniorů formou ústavní péče. Je tomu tak především proto, že čekací doba na domovy pro seniory se neustále prodlužuje.

Jedná se ale o dobu, kterou těžce nemocný starý člověk nemůže přečkat v domácích podmínkách, které na jeho zdravotní stav nejsou přizpůsobeny. V takovém případě sehrávají důležitou úlohu mezičlánek mezi hospitalizací v nemocnici a umístěním pacienta do domova pro seniory léčebny pro dlouhodobě nemocné, známé také pod názvem LDN. Také náhlé zdravotní příhody, těžké zlomeniny a dlouhodobá onemocnění vyžadují předtím, než je možné seniory přemístit do domovů, doléčení a stabilizaci zdravotního stavu v nemocnici.

Doléčení zabezpečují LDN prostřednictvím tzv. následné hospitalizace. Ta je v plném rozsahu hrazena zdravotními pojišťovnami. Tato varianta péče o dlouhodobě nemohoucí seniory vyžadující neustálý dozor je rodinami volena i přesto, že důvěra v tuto instituci není stále vysoká. Mnoho rodin totiž nežije se starším člověkem v jedné domácnosti, nemá tak zkušenosti ani s poskytováním základní ošetrovatelské péče, mnohdy neexistují ani vhodné podmínky.

Zmíněná nedůvěra k instituci LDN plyne nejen ze zkušeností datujících se do minulého režimu, oprávněné obavy jsou také důsledkem zkušeností z doby současné. A proč že se tedy institut LDN setkává s takovou nepopularitou? Mezi širokou veřejností koluje mnoho podložených i nepodložených historek, ve kterých představuje hlavní téma týrání a zanedbávání péče seniorů umístěných právě do zařízení pro dlouhodobě nemocné.

Kromě potvrzených případů, existuje mnoho aspektů, které tyto „*všeobecné pravdy*“ dle mého názoru podporují. V LDN jsou umístěny velmi těžké případy nemocných lidí, kteří mnohdy nereagují, nedokáží se hýbat, ani komunikovat s okolím. Hygienická opatření a celková péče o takové osoby je pro zdravotnický personál velmi náročná a zároveň velmi nedocenená jak finančně, tak z hlediska osobního hodnocení. Z tohoto důvodu může zdravotnický personál po určité době

na situaci rezignovat a s vidinou toho, že staří lidé jsou v LDN umístěni vlastně pouze „na dožití“, se může měnit i jejich chování.

Příklad takového jednání prezentoval např. v roce 2008 jeden z novinových deníků Mladá Fronta DNES, jejíž reportér se nechal na týden zaměstnat jako pomocná pracovní síla v zařízení pro dlouhodobě nemocné v pražské Chittussiho ulici. Na základě jeho zkušeností bylo na toto zařízení podáno několik trestních oznámení. Bylo prokázáno hrubé zacházení s pacienty, zanedbávání jejich péče, falšování zdravotních záznamů a mnoho dalších prohřešků proti ošetrovatelské etice.<sup>48</sup>

### 3.3.3 Domácí ošetrovatelská péče

Pro každého z nás bez rozdílu věku představuje rodina zázemí a jistotu. Ve stáří dokáže rodina navíc rozvíjet aktivity seniorů a znamená pro ně záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci v případě, že se staří lidé stanou nesoběstačnými.<sup>49</sup> Na tom, že rodina představuje pro starého člověka nezastupitelný prvek ovlivňující jeho celkový zdravotní stav, se shodnou snad všichni autoři odborné literatury i laická veřejnost.

Rozhodujícími faktory při takové pomoci jsou nejen snaha rodiny, její motivace a vůle pomoc poskytnout, ale také možnosti. Těmi se rozumí jednak moci a mít fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční a technické podmínky, jednak umění pečovat. Při péči o starého člověka je třeba vědět, jak v určitých situacích pomoci, znát rozsah poskytované pomoci. Je snadné si představit, jaké problémy nastanou v případě, že se máme starat o starého člověka s určitým specifickým onemocněním (např. Alzheimerova choroba) či handicapem. Rodinný pří-

---

<sup>48</sup> ŠŤASTNÝ, Ondřej. Mladá Fronta DNES: Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.aspx?c=A080706\\_225553\\_domaci\\_mia](http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.aspx?c=A080706_225553_domaci_mia)

<sup>49</sup> ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2001, s. 47.

služník, který péči takovýmto osobám poskytuje, musí být bezpodmínečně proškolen nejen pro řešení běžných denních, ale i krizových situací.<sup>50</sup>

Dlouhodobá domácí péče o staré nesoběstačné osoby je velmi náročná, jak po psychické, tak po fyzické stránce. Významným faktorem je samozřejmě rozsah zdravotního a psychického stavu starého člověka, charakter a stupeň soběstačnosti. Roli hraje ale i mnoho dalších faktorů, jako je např. způsob bydlení (město, vesnice), forma bydlení (sám, s dalšími členy rodiny), vzdálenost blízkých, kteří mohou případně také pomoci apod.

O staré osoby v domácí péči nejčastěji pečují ženy v produktivním věku, které by měly chodit do zaměstnání. Vzhledem k prokázanému trendu stárnutí populace tak dle mého názoru nebude do budoucna výjimkou, že staří lidé (nad 60 let věku, budou pečovat o své nesoběstačné rodiče (nad 80 let věku).

### **3.3.4 Domácí versus institucionální péče**

Pro starého člověka je tedy subjektivně lepší, když může v případě těžké nemoci a ztráty soběstačnosti, zůstat v rodinném prostředí. To jistě působí kladně na jeho psychiku. Na druhou stranu i staří lidé si mohou uvědomovat, jaké zatížení pro svou rodinu znamenají a mohou se tímto faktem trápit. Proto je dle mého názoru volba mezi domácím a institucionálním pečovatelstvím velmi individuální záležitost.

Někdy může být přijetí seniorů do pobytového zařízení oboustranně výhodné. Pro klienty samotné znamená změna prostředí a celkového životního režimu zpočátku psychickou zátěž. Pokud jsou však ze strany rodiny dostatečně podporováni, může se po čase zvýšit spokojenost klientů, neboť znovu nabudou pocitu klidu a jistoty.

Ideální by dle mého názoru bylo, kdyby všem starým lidem mohla být poskytována komplexní domácí péče (forma integrované péče), která je prováděna multidisciplinárním týmem pracovníků (sestra, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut,

---

<sup>50</sup> ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2001, s. 53.

sociální příslušník, pečovatel, rodinný příslušník atd.) a která respektuje princip pevné vazby a interakce lidské bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti.<sup>51</sup> Já z vlastní zkušenosti znám občanské sdružení, které provádí domácí hospicovou a zdravotní péči „Most k domovu“ a „Cesta domů“, které sídlí v Praze. Bohužel tento způsob péče o seniory však u nás stále není dostatečně rozvinutý a mezi lidmi známý.

### 3.4 Etika zdravotnických pracovníků

Se základními principy etiky pro pomáhající profese seznamovala již první kapitola této práce. V této části práce je problematika doplněna a rozšířena o základní dokumenty – etické kodexy.

### 3.5 Lékařská etika

Pojem lékařská etika souhrnně označuje etické problémy v lékařství. Za tradiční základ lékařské etiky je považována deontologie. Termín pochází z řeckého „*deon*“ – povinnost. V medicíně tento termín vymezuje povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům i veřejnosti obecně. Tyto povinnosti jsou součástí Hippokratovy přísahy a jsou respektovány celosvětově. Moderní historie lékařské etiky se datuje od konce druhé světové války, kdy vznikl Ženevský slib (1948) považovaný za moderní podobu klasické Hippokratovy přísahy.<sup>52</sup>

V České republice položila základy k rozvoji lékařské etiky Helena Haškovcová, která na počátku 80. let 20. století navrhla zřízení samostatného institutu lékařské etiky. Za podpory dalších lékařů byla v roce 1991 prohlášena lékařská etika za samostatný lékařský obor, který je vymezen problémy, které přináší věda, výzkum a praxe lékařství.

---

<sup>51</sup> JAROŠOVÁ, Darja. Senioři v domácí péči: zdravotní a sociální charakteristiky. In: CHYTIL, Oldřich a Dana SÝKOROVÁ. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. Ostrava, 2004.

<sup>52</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 23.

Lékařská etika stojí dodnes na 3 základních pilířích. Prvním z nich je již několikrát zmiňovaná Hippokratova přísaha, jejíž tradice sahá do období před naším letopočtem a vztahuje se k lékařskému povolání, kterému starořecký lékař Hippokrates zasvětil celý svůj život a jeho poznatky se z důvodu jeho uctívání předávaly dále z generace na generaci. Přísaha se dělí na tři části. První část je věnována úctě k učitelům a bratrství s kolegy. Ve druhé je kladen důraz na dodržování lékařského tajemství a ve třetí je vyjádřena úcta k lidskému životu.

Druhý pilíř lékařské etiky vychází z principů židovsko-křesťanské tradice. Židé byli odjakživa velkými zastánci práva na život, jejich lékařská etika je formulována jasnými principy, zahrnujícími posvátnost a důstojnost lidského života, povinnost pečovat o zdraví, nekompromisní odpor k pověrám a iracionálním způsobům léčení, kodex hygienických a dietetických opatření a kodex sexuální morálky. V židovském Zákoně je tak lékař povinen zachránit pacientův život za každých okolností, a to i tehdy, pokud to sám pacient odmítá a dává přednost smrti.

Etika křesťanství potom vnesla do medicíny nový prvek ve vztahu k trpícímu člověku, založený na principu milosrdné lásky. Podstata křesťanské etiky totiž spočívá v tom, že vidí v nemocném a trpícím člověku přítomnost boha. Morálku vyjadřují křesťané ústavou mravnosti známou jako Desatero božích přikázání.

Třetím pilířem, na kterém je lékařská etika postavena, jsou novodobé filozofické směry, jsou jimi především existencialismus (soustředění se na problematiku člověka), fenomenologie (nové poznávání člověka ve světle dosavadních poznatků), hermeneutika (snaha o poznání skutečnosti) a holismus (člověk je součástí uceleného systému). Základním dokumentem v oblasti lékařské etiky je Etický kodex lékařské komory České republiky (etický kodex lékaře).<sup>53</sup> Je uveden v příloze B.

---

<sup>53</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 227 – 229.

### 3.6 Ošetrovatelská etika

Sesterská, neboli ošetrovatelská etika, úzce souvisí s etikou lékařskou. V ošetrovatelské etice je velmi důležité porozumět obecnému pojetí etiky a tradicím, v nichž dochází k etickému rozhodování. Zatímco lékaři staré a nemohoucí pacienty léčí a stanovují diagnózy, činnost zdravotní sestry spočívá v ošetrovatelské péči o nemocné, staré a nemohoucí lidi.

Když si zdravotní sestra zvolí své povolání, znamená to, že se svobodně rozhodne pro službu jinému člověku, spočívající v poskytování pomoci při ochraně a navrácení zdraví. Sestry při výkonu svého povolání vstupují do nejrůznějších mezilidských vztahů, přičemž nejdůležitější je vztah k pacientovi. Má důležitý etický aspekt, protože současně řeší otázky týkající se základních lidských hodnot, jako je důstojnost, život, zdraví, důvěra, mlčenlivost apod.<sup>54</sup>

Etika v ošetrovatelství vychází z cílů současného ošetrovatelství, které jsou definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. století, vydaného pod záštitou Ministerstva zdravotnictví. Mezi hlavní cíle tohoto programu patří:

- pomáhat jednotlivcům, rodinám i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody,
- vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví,
- maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama,
- provádět prevenci onemocnění,
- snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka,
- nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 23.

<sup>55</sup> Ministerstvo zdravotnictví: Zdraví pro všechny v 21. století. *Www.mzcr.cz*. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)

Zdravotní sestra v rámci svého povolání zastává mnoho funkcí, působí nejen jako ošetřovatelka, ale také jako komunikátorka, edukátorka, poradkyně, nositelka změn, manažerka a výzkumný pracovník. Předmětem ošetřovatelské etiky proto musí být jednoznačně vztah a postoje sestry-ošetřovatelky k pacientovi. Ten se projevuje etickým chováním a komunikací. Dále je předmět ošetřovatelské etiky definován kolegiálním vztahem jedné sestry k druhé a sestry k lékaři a dalším spolupracovníkům.

Cílem ošetřovatelské etiky je potom humanizace mezilidských vztahů mezi nemocnými a sestrou, mezi lékaři a sestrami apod. Dále usměrňování chování a jednání při profesionálních výkonech ošetřovatelství se záměrem porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možností mu pomoci. Základním pravidlem a zdrojem etického chování je nejen faktická informovanost, ale také lidská zkušenost a schopnost tvořivé individuální modelace.<sup>56</sup>

Základním dokumentem vyjadřujícím etiku v ošetřovatelství je etický kodex sester, předložený Českou asociací sester (viz příloha C)

### **3.7 Etický kodex práv pacientů**

Od chvíle, kdy se narodíme, máme právo na život a jeho ochranu. Máme také právo na osobní svobodu a na soukromí, právo na náboženské vyznání a na odmítání diskriminace. Mezi základní práva, která jsou ze své podstaty nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná a nenarušitelná, patří i právo na rovnost a důstojnost.

#### **3.7.1 Právo na důstojnost**

Existuje základní koncepce lidských práv, která je dána řadou mezinárodních dokumentů, jako je např. Všeobecná deklarace lidských práv nebo Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti. Tyto dokumenty vznikly z potřeby využívat současný vývoj v oblasti medicíny a biologie ve prospěch lidí

---

<sup>56</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 22 – 23.



z pozice jednotlivce, společnosti i z pozice lidstva jako celku. Ve druhém zmiňovaném dokumentu se proto říká, že *„smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny“*<sup>57</sup>.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti byla integrována do českého právního řádu na základě čl. 10 Ústavy České republiky o přijímání mezinárodních smluv.

### **3.7.2 Právo na informace o zdravotním stavu**

Mezi další nezadatelná práva občana České republiky patří právo na informaci o svém zdravotním stavu, a to na základě Etického kodexu České lékařské komory. V tomto dokumentu se uvádí, že *„je lékař povinen pro nemocného srozumitelným způsobem a odpovědně informovat jeho samotného, nebo zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat“*<sup>58</sup>.

V dokumentu je rovněž uvedeno, že lékař nesmí jakýmkoliv způsobem zneužívat ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost.

### **3.7.3 Právo na mlčenlivost**

Povolání všech zdravotníků je spojeno s mimořádnou odpovědností. Musí mít nejen dobré znalosti v oboru, ale musí znát také právní předpisy a etické kodexy dané země, ve které působí.

Musí také dodržovat řadu téměř samozřejmých opatření, jako je například povinnost mlčenlivosti. K té se zdravotnický personál zavazuje již Hippokratovou přísahou, ve které se uvádí, že pomlčí o informacích, které se dozvěděli

---

<sup>57</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 53.

<sup>58</sup> Česká lékařská komora: Etický kodex České lékařské komory. [www.clk.cz](http://www.clk.cz): <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html> [online]. 2011 [cit. 2012-01-06].

v souvislosti s výkonem svého povolání. Tento princip se obecně nazývá lékařské tajemství a již odedávna upevňuje důvěru mezi pacientem a lékařem i pacientem a všemi ostatními zdravotníky. Je mj. součástí zdravotních kodexů a vztahuje se na něj zákon o ochraně osobních dat (zák. č. 101/2000 Sb.)<sup>59</sup>

### 3.7.4 Omezení práv pacientů

Základem omezení práv pacientů je, že mohou podléhat takovým opatřením, která jsou v souladu s nástroji ochrany lidských práv a jsou upraveny zákonem. V praxi to znamená, že tato omezení slouží k ochraně veřejného pořádku a k ochraně veřejného zdraví.

V souvislosti s omezením lidských práv existují dva termíny – konflikt povinností a terapeutická výjimka. První termín je spojen s omezením práv pacientů zdůvodněný převažujícími zájmy třetí strany. V praxi se ho využívá tam, kde by ničím neomezené prosazování práva pacienta způsobilo vážnou újmu třetí straně a kde neexistují jiné způsoby, jak se takové újmě vyhnout a očekává se, že díky opatřením se této újmě předejde.

Druhý termín (terapeutická výjimka) znamená, že omezení se uplatňuje tam, kde je jeho účelem předejít vážnému poškození pacienta.<sup>60</sup>

Pacient má tedy právo na rovnocennou, důstojnou a optimální zdravotní péči a léčení. Má také právo na úctu a důstojnost v zázemí, na citlivou a úplnou informaci o chorobě. Může požadovat mlčenlivost ošetřujícího personálu, vztahující se k jeho zdravotnímu stavu. Má právo udělit souhlas či nesouhlas ke způsobu diagnostiky a léčby. Může dále udělit souhlas či nesouhlas k zařazení do klinické studie či výukové demonstrace. Pacient má také právo odmítnout léčbu a možnost konzultace jiného lékaře. V neposlední řadě mají čeští pacienti právo na zvláštní sociální péči a podporu danou zákonem.

---

<sup>59</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 57.

<sup>60</sup> KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2007, s. 58.

Na druhou stranu má pacient povinnost dodržovat léčbu, ke které dal souhlas, má také povinnost dbát na doporučenou životosprávu a má také povinnost seznámit se s provozním řádem zdravotního zařízení, do kterého byl umístěn, a dodržovat ho. Uvedená práva pacientů jsou shrnuta v příloze D (Etický kodex pacientů).

## 4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Vymezení problematiky a cíle šetření

Tématem diplomové práce „*Etické problémy v péči o seniory*“ jsem si kromě faktu, že sama pracuji jako zdravotní sestra, vybrala ze dvou důvodů. K tomuto tématu mám blízko proto, že se v této oblasti pracovně pohybovala i má matka a již od dětství jsem práci její a jejích kolegyně sledovala. Za druhé se domnívám, že téma stárnutí populace a péče o ni je v současné době více než aktuální. Podle prognózy budoucího vývoje obyvatelstva bude totiž do roku 2050 intenzivně přibývat osob starších 65 let. U nejstarších osob (věk nad 85 let) má dokonce dojít k zpětinásobení jejich počtu.<sup>61</sup> V důsledku tohoto vývoje bude zřejmě třeba v České republice zvýšit počet zdravotnických zařízení, zvýší se pravděpodobně i poptávka po zdravotnickém personálu, od kterého se očekává profesionální a lidský přístup.

V rámci uvedené problematiky mě zajímalo, jaká je v současné době úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu v domech pro seniory. Chtěla jsem vědět, jak tuto problematiku vnímají senioři a zdravotnický personál. Zajímalo mě, zda je v dnešní praxi již samozřejmostí, že pacienti jsou o svém zdravotním stavu informováni jako první, zda se setkávají s porušováním patientských práv, zda vůbec vědí, že taková práva existují apod. Chtěla jsem také vědět, jak se k této problematice staví samotný personál, zda i z této pozice potvrdí určité procento diskriminace pacientů apod.

Cílem práce bylo získat v teoretické rovině poznatky o projevech stárání, v praktické rovině se potom seznámit s tím, jak zdravotnický i nezdravotnický personál dodržuje etické zásady. Jako vedlejší cíl práce jsem si dala za úkol zjistit, jaké faktory ovlivňují přístup zdravotnického i nezdravotnického personálu k

---

<sup>61</sup> *Www.czso.cz : Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových kategorií do roku 2066* [online]. 2009 [cit. 2011-12-24]. Český statistický úřad. Dostupné z WWW: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany\\_vyvoj\\_poctu\\_obyvatel\\_podle\\_hlavnich\\_vekovyh\\_skupin\\_do\\_roku\\_2066](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_vekovyh_skupin_do_roku_2066)>.

seniorům (tedy jaké jsou ovlivňující činitele dodržování zásad etiky péče o seniory).

Abych mohla všechny výše uvedené informace zjistit, provedla jsem dotazníkové šetření ve třech seniorských domech (domovech důchodců), a sice v Seniorském domě Felicita na Vyžlovce, v Domově pro seniory na Chodově a v Domově seniorů v Budíškovicích. Cílem tohoto šetření bylo co nejširší zmapování problematiky z praktického hlediska tak, abych po vyhodnocení dotazníků na výše stanovené cíle a otázky mohla odpovědět.

## **4.2 Metodologie**

### **4.2.1 Výzkumný soubor**

Cílovou skupinu dotazovaných respondentů představovali senioři a personál výše uvedených třech seniorských domů. Zkoumaný soubor tvořilo dohromady 60 seniorů (soubor osob ve věku 65 – 90 let) a 10 pracovníků personálu (z toho 2 lékaři, 5 zdravotních sester a 3 osoby zastupující pozice pomocného ošetřovatelského personálu).

Všechna seniorská zařízení byla vybrána z toho důvodu, že jejich ředitelé byli ochotní spolupracovat a že jsem v daných zařízeních vždy měla známou osobu, která kontakt s vedením v první fázi umožnila.

### **4.2.2 Sběr dat**

Sběr dat probíhal krátce před Vánocemi. Toto období bylo vybráno s ohledem na dobrou náladu seniorů i všech zaměstnanců seniorských domů. V každém ze tří domovů jsem strávila tři až čtyři dny, protože jsem pohovor se seniory chtěla dělat s každým zvlášť. Jak jsem předpokládala, obzvláště starší lidé některým otázkám úplně nerozuměli, bylo proto potřeba situaci jim dovysvětlit.

Ráda bych také poznamenala, že práce se starými lidmi je zdlouhavá, mnohdy bylo na otázky obšírně odpovídáno, proto se v průběhu práce v rámci vlastního vyhodnocení objeví mnohdy i informace nad rámec práce. Mnohé odpovědi byly pro mne překvapivé a zavádějící, musela jsem se se seniory k jednotlivým

vým otázkám a jejich vysvětlení třeba i několikrát vracet. Během jednoho dne se mi proto podařilo vyplnit dotazník s maximálně deseti seniory. Zvláštní obtíže jsem zaznamenala při hovoru se dvěma seniory, kterým je 90. let, nicméně dotazník se s nimi nakonec podařilo vyplnit. Proto i tato věková kategorie mohla být v práci zohledněna.

Ačkoliv pro diplomovou práci byl hlavním zdrojem dat dotazník pro seniory, zajímal mě i názor personálu seniorských domů, proto jsem i pro něj sestavila jednoduchý dotazník (složený z 8 uzavřených a 1 otevřené otázky), který v rámci zpracování sloužil jako doplňkový materiál.

Dotazník pro seniory byl sestaven z 18 otázek, které byly všechny, až na poslední (prostor pro sdělení vlastních dojmů, které v dotazníkovém šetření nezazněly) koncipovány jako uzavřené. Dotazník byl sestavován s ohledem na seniory, nebyla pokládána žádná otázka, která by starší lidi mohla zaskočit (např. co konkrétního se jim v rámci nedodržování etických norem přihodilo apod.). Některé otázky, které zůstaly v rámci dotazníku pro seniory nepoložené, doplnil právě dotazník pro personál.

Dotazník byl koncipován jako anonymní, s čímž byl každý ze seniorů náležitě seznámen. Chtěla jsem předejít tomu, aby se báli říci mi své vlastní názory z důvodu strachu z případného postižení. Přesto se nemohu zbavit dojmu, že mnohé odpovědi byly díky výše nastíněnému scénáři nepravdivé a zkreslené. V případě těchto pocitů jsem v části, ve které uvádím výsledky šetření, vždy tento fakt poznamenala.

### **4.2.3 Použité metody**

Díky analýze dat, byly získány informace, které jsou v této práci zpracovány a hodnoceny. Z hlediska metod jsem v empirické části ke zjištění požadovaných informací využila metodu dotazování. Ta byla zvolena proto, že se jedná o velmi praktickou a často užívanou výzkumnou metodu, jež umožňuje poměrně jednoduchý přístup k informacím za relativně krátkou dobu. Jak již bylo uvedeno, senioři i personál domovů odpovídali v dotazníku na jednoznačně formulované

otázky, které byly vždy až na jednu koncipovány jako uzavřené. Plná verze obou dotazníků je uvedena v příloze D.

Dále byla v práci využita metody analýzy, která představuje samotný rozbor dat, a metoda srovnávání. Ta byla zvolena k tomu, aby mohly být porovnány výsledky dotazníkového šetření. Jako srovnávací kritéria sloužil věk, dosažené vzdělání a stupeň soběstačnosti.

#### 4.2.4 Popis zařízení

V soukromém **Seniorském domě Felicita na Vyžlovce**, který je kapacitně ze všech třech navštívených zařízení nejmenší (srovnání velikosti zařízení ovšem nepředstavuje srovnávací kritérium), jsem byla přijata jedním ze dvou zřizovatelů zařízení, paní ředitelkou Helenou Kožíškovou, která mě po celém komplexu provedla, sdělila mi, že v současnosti mají obsazených 11 lůžek ze 14.

Dle mého subjektivního názoru se jedná o velmi moderně zařízený komplex, kde se senioři mohou cítit příjemně. Uvnitř komplexu, který sestává z jedné budovy (viz příloha F) je vše velmi útulné, cítila jsem se jako v penzionu.

Jelikož se jedná o malokapacitní a soukromé zařízení, odpovídá mu i chod Domova. Jídelna je přizpůsobena na to, aby zde mohly být pořádány nejrůznější druhy oslav, posezení s rodinami, senioři se zde 5 krát denně stravují.

Ředitelka domova o něm a o jeho obyvatelích říká: *„Naším cílem je za přispění všech našich pracovníků udržet u našich seniorů běžný způsob života co nejdéle a vytvořit přijatelnou atmosféru domova“*<sup>62</sup>. Dále ředitelka tvrdí, že se snaží se seniory budovat pevný vztah například tím, že jezdí na výlety, organizují zahraniční dovolené. O blízkém vztahu personálu k obyvatelům Domova svědčí i následující slova paní Kožíškové: *„Vztah personálu k našim klientům je velmi blízký, když se něčí zdravotní stav zhorší, velmi těžce to neseme. Snažíme se udělat pro staré lidi to nejlepší. Nemůže se například stát, že by nikdo nešel odpoledne ven. Ti, co se nemohou pohybovat, jsou alespoň vyvezeni na terasu a neustále*

---

<sup>62</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s ředitelkou soukromého Seniorského domu Felicita na Vyžlovce.

*se jim někdo věnuje*<sup>63</sup>. Ke zhoršení zdravotního stavu některého z klientů, personál velmi osobně přistupuje. Byla jsem svědkem situace, kdy se jedné paní zhoršil bércový vřed na noze. Zdravotní sestra s velkým nasazením situaci řešila všemi možnými prostředky. Kromě léků, které předepsala lékařka, která za pacientkou pravidelně docházela, ještě sestra zakoupila zvláštní hojivý gel a celou situaci konzultovala i s homeopatkou. To vše za asistence a svolení ošetřující lékařky.

Osobní vztah ke každému z klientů považuji za velký klad, který je dle mého názoru (vyplyne to i z popisu dalšího zařízení), podmíněn malou kapacitou daného zařízení. O seniory se na Vyžlovce, kteří bydlí vždy v pokoji po jednom, stará 5 kvalifikovaných sester, lékař dojíždí do místa 2 krát týdně a při akutních případech. Zařízení Vyžlovka nedisponuje vlastní kuchyní, jídlo je dováženo.

Nejedná se pouze o velmi osobní vztah personálu s klienty domovů, který dokáže starým lidem zpříjemnit jejich stáří a který je možné považovat za luxus, který si mohou dovolit pouze nízkokapacitní zařízení. Důkazem toho je **Domov pro seniory na Chodově, v Praze 4**, který je tvořen dvěma velkými budovami, mezi kterými se rozprostírá zahrada. Přijala mě v něm sociální pracovnice Šárka Kačenová.

Kapacita státního Domova je 260 míst (100 jednolůžkových, 53 dvoulůžkových a 18 třílůžkových pokojích). Ukázka exteriéru a interiéru viz příloha G. Byť je vybavení velmi hezké, budova působí na rozdíl od Vyžlovky mírně nemocničním dojmem. Je tomu tak ale proto, že pro tolik osob, které zařízení pojme, je třeba přizpůsobit i vnitřní prostory. Jídla se zde rozváží na pokoje, personál nemá čas starat se o každého pacienta zvlášť. Podle slov vrchní sestry je osobní přístup ke každému z klientů téměř nemožný. Dokazuje to slovy: *„Představte si situaci, kdy mám v umývárně 10 méně pohyblivých babiček, kterým musím pomoci při osobní hygieně a mám na to 15 minut*<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s ředitelkou soukromého Seniorského domu Felicita na Vyžlovce.

<sup>64</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s vrchní sestrou Domova pro seniory na Chodově.



Co však nahrazuje seniorům ne příliš osobní kontakt personálu, je možnost dovést si do domova své vlastní vybavení. Když jsem zpovídala jednotlivé respondenty v tomto zařízení, měla jsem pocit, že jsem doma u tohoto člověka. Každý pokoj měl (na rozdíl od Seniorského domova Felicita, který působil krásně a čistě, nicméně poněkud neosobně - všechny pokoje zařízeny jednotně moderním nábytkem), jiný (vlastní) nábytek, na zdi visely obrazy a křížky, noční stolky byly „ozdobeny“ fotografiemi rodinných příslušníků. Na zemi byly položeny vlastní koberce seniorů.

Jako poslední jsem navštívila také státní **Domov seniorů v Budíškovicích**, který je umístěn v komplexu starého zámku a jeho součástí je i zámecký park (viz příloha G). V tomto zařízení mě přijala staniční sestra Jitka Lojková, která mě po areálu provedla a představila mě seniorům. Zařízení má kapacitu 140 lůžek a svým klientům nabízí ubytování ve dvou vzájemně propojených budovách ve 14 jednolůžkových, 15 dvoulůžkových, 4 třílůžkových, 5 čtyřlůžkových, 3 pětilůžkových a 9 šestilůžkových pokojích, vybavených standardním nábytkem.

Uživatelé tohoto Domova seniorů se podle svého zájmu a zdravotního stavu účastní kulturního života včetně nabízených volnočasových aktivit na klubovně Domova. Jedná se např. o předčítání knih, promítání filmů, ruční práce, kreslení, sportovní aktivity, procházky, zájezdy. Uživatelé se mohou věnovat činnostem, o které mají zájem, pokud jejich rozsah není na úkor jejich zdraví a pokud je provozní podmínky v domově umožňují.

Zařízení usiluje o individuální přístup ke každému uživateli s ohledem na jeho práva, přání a potřeby a podporuje uživatele ve využívání dostupných služeb a v udržování kontaktu s přirozeným prostředím. Každý uživatel má po příchodu do zařízení stanoveného klíčového pracovníka. Jeho úlohou je pomoci seniorovi v době adaptace v zařízení, poznat jeho osobnost, jeho zájmy, přání, starosti a potřeby, jeho cíle do budoucna, posoudit jejich reálnost a pomoci s jejich uskutečněním. Na základě svých poznatků se účastní společně s uživatelem sestavení individuálního plánu podpory. Získané informace předává ostatním pracovníkům ošetrovatelského úseku a ti se jimi musí řídit při své každodenní práci.

### 4.3 Stanovení hypotéz

Bylo stanoveno 6 následujících hypotéz, které jsou v poslední kapitole empirické části hodnoceny (potvrzeny či vyvráceny):

#### **Hypotéza č. 1**

Fakt, že rodina je informována o stavu klienta dříve, než on sám, závisí na jeho věku.

#### **Odůvodnění:**

Myslím si, že v České republice stále převládá názor z minulosti, že je to rodina, která by měla být informována jako první a že by se negativní informace o svém zdraví neměl klient pokud možno vůbec dozvědět. Přesto, že je lékařský personál o tomto nesprávném postupu obeznámen, volí jej v případě, že je klient „dost starý“.

*Dotazník pro seniory, otázky č. 1 a 16.*

*Dotazník pro personál, otázka č. 3.*

#### **Hypotéza č. 2**

Mladší klienti seniorských zařízení budou častěji než klienti starší uvádět, že znají patientská práva.

#### **Odůvodnění**

Tato domněnka je založena na teorii přechodné generace. Společnost se v oblasti šíření informací a přístupu k lidskému životu obecně za posledních sto let výrazně změnila. Dříve narození lidé, zvyklí na omezování lidských práv z dob minulého režimu ani ve stáří postoj k tomu institutu příliš nezměnili. Naopak lidé mladší se o svá práva více zajímají, mají zároveň i větší možnost se o nich dozvědět.

*Dotazník pro seniory, otázky č. 1 a 8.*

*Dotazník pro personál, otázka č. 5.*

### **Hypotéza č. 3**

Starší a méně soběstační klienti budou častěji než jejich mladší a soběstačnější kolegové uvádět, že si myslí, že etické normy nejsou dodržovány.

#### **Odůvodnění**

Myslím si, že čím jsou lidé starší a nemohoucí, tím je péče o ně více zanedbávána. Důvodem tohoto jednání je zřejmě mylná představa o tom, že tito lidé již tolik péče nepotřebují. Úroveň péče o takovéto klienty je navíc těžko kontrolovatelná.

*Dotazník pro seniory, otázky č. 1, 3, 6 a 10.*

### **Hypotéza č. 4**

Udávaná věková diskriminace (ageismus) souvisí také s dosaženým stupněm vzdělání klientů.

#### **Odůvodnění**

Domnívám se, že vzdělaní lidé s tituly vzbuzují v široké veřejnosti větší zájem a respekt, než lidé bez vysokoškolského vzdělání.

*Dotazník pro seniory, otázky č. 2, 4 a 7.*

### **Hypotéza č. 5**

Nejčastěji budou práva pacientů porušována nezdravotnickým personálem.

#### **Odůvodnění**

Nezdravotnický personál má dle mého názoru k problematice dodržování etického kodexu ve zdravotnictví z větší části pouze teoretické vazby. Pro lékaře a zdravotní sestry není jejich povolání pouze prací, ale také životním posláním a jsou schopni vůči starým lidem volit citlivější přístup než neškolený personál.

*Dotazník pro seniory, otázka č. 14.*

*Dotazník pro personál, otázka č. 4.*

## **Hypotéza č. 6**

Klienti budou nejčastěji uvádět, že celková úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu je dle jejich osobních zkušeností průměrná.

### **Odůvodnění**

Tato domněnka souvisí s celkovou úrovní etického přístupu v České republice.

*Dotazník pro seniory, otázka č. 17.*

*Dotazník pro personál, otázka č. 1.*

## **4.4 Výsledky šetření a jejich interpretace**

V této části práce jsou prezentovány výsledky dotazníkového šetření. Jednotlivé podkapitoly jsou zpracovány chronologicky tak, jak byly uváděny otázky v dotazníku pro seniory, kromě obecných výsledků jsou někdy získané údaje rozděleny podle jednoho ze tří kritérií – věk, soběstačnost a dosažené vzdělání – tak, aby bylo možné v závěrečné části praktické části potvrdit či vyvrátit výše stanovené hypotézy.

### **4.4.1 Demografické údaje – kritéria pro srovnávání**

V níže uvedených třech tabulkách jsou uvedeny počty osob, podle zvolených kritérií, včetně celkových podílů jednotlivých skupin na celkovém počtu zkoumaného vzorku.

Tab. 2 **Počet respondentů podle věkové kategorie**

Věková kategorie	Počet osob	
	absolutní hodnota	podíl
65 - 69 let	12	20%
70 - 79 let	25	42%
80 - 89 let	21	35%
90 a více let	2	3%
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

V rámci zkoumaného vzorku bylo nejvíce dotazníků vyplněno s respondenty, kteří spadají do kategorie 70 – 79 let (42 %). Díky vstřícnosti personálu (informování o stavu a momentálním rozpoložení klientů Domovů), jsem mohla udělat rozhovor také s poměrně velkým množstvím respondentů ve věkové kategorii 80 – 89 let (35 %). Až na 2 klienty, kteří se na celkovém podílu respondentů podílí 3 %, zkoumaný vzorek z 20 % doplňuje skupina seniorů od 65 – 90 let.

Toto kritérium bylo zavedeno kvůli hypotézám č. 1, 2 a 3.

Tab. 3 **Počet respondentů podle stupně soběstačnosti**

Stupeň soběstačnosti	Počet osob	
	absolutní hodnota	podíl
Zcela soběstačný ve všech každodenních činnostech	12	20%
Soběstačný, ale občas potřebuji pomoc druhé osoby	20	33%
Pomoc osoby potřebuji asi v polovině případů	28	47%
Zcela odkázán na pomoc druhé osoby	0	0%
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

U některých případů se mi zdálo, že si nejsou s volbou kategorie jistí, bylo třeba jim se zařazením pomoci. Z celkového počtu 60 respondentů jich nejvíce spadá do kategorie osob, které potřebují asi v polovině případů pomoci (celkem 28 osob, tedy 47 %). Za zcela soběstačné se označilo 12 respondentů (33 %), to,

že potřebují občas pomoci, přiznalo 12 seniorů (20 %). Respondenta, který by byl odkázán na pomoc druhé osoby, se mi bohužel nepodařilo oslovit.

Toto kritérium bylo zavedeno kvůli hypotéze č. 3.

Tab. 4 **Počet respondentů podle stupně dosaženého vzdělání**

Stupeň dosaženého vzdělání	Počet osob	
	absolutní hodnota	podíl
Základní	2	3%
Vyučen	15	25%
Střední škola	24	40%
Vysoká škola	19	32%
<b>CELKEM</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Zdroj: Vlastní zpracování.

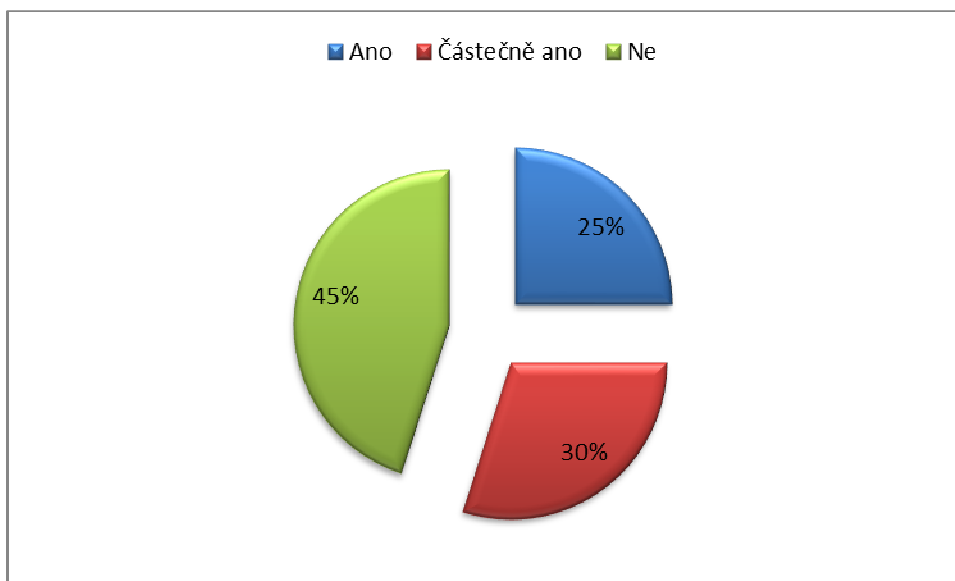
Většina respondentů dosáhla středoškolského vzdělání (40 %). Devatenáct seniorů přiznalo vzdělání vysokoškolské (32 %) a 25 klientů Domovů se vyučilo (25 %). Pouze dva klienti nedostali kvůli životním okolnostem možnost vyššího, než základního vzdělání (3 %).

Toto kritérium bylo zavedeno kvůli hypotéze č. 5.

#### **4.4.2 Cítíte se být kvůli stáří v naší společnosti diskriminováni?**

Tato otázka byla do dotazníku pro seniory zařazena, aby bylo zjištěno, jak se senioři v současné společnosti cítí obecně. Odpovědi na ni budou zohledněny při hodnocení čtvrté hypotézy. Na otázku odpovídali všichni respondenti.

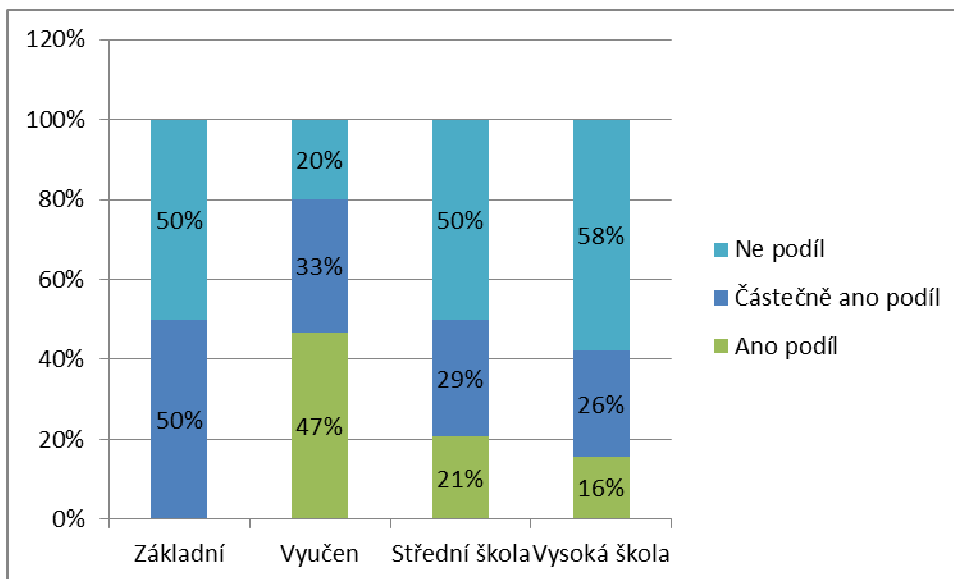
Graf 2 **Pocit diskriminace seniorů ve společnosti**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Patnáct respondentů (25 %) odpovědělo, že se ve společnosti cítí být diskriminováno. Částečně s tímto názorem souhlasilo 18 seniorů (30 %). Opačný názor mělo 27 osob (45 %), tedy většina seniorů. V grafu č. 3 jsou uvedeny odpovědi rozdělené podle vzdělání respondentů.

Graf 3 **Pocit diskriminace seniorů ve společnosti podle stupně dosaženého vzdělání**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Polovina respondentů, kteří dosáhli pouze základního vzdělání, uváděla, že se cítí částečně diskriminována, druhá polovina se necítí diskriminována vůbec. Vyučení respondenti se cítí jasně diskriminováni v 7 případech (47 %), 5 z nich (33 %) se jich cítí být diskriminováno částečně a zbylí tři (20 %) uváděli, že se diskriminováni být necítí. O poznání jiných výsledků bylo dosaženo v kategorii středoškoláků, kde se jich cítí být plně diskriminováno 5 (21 %), částečně 7 (29 % a vůbec ne 12 (38 %). U vysokoškoláků bylo hodnocení této otázky také rozdílné, diskriminovaných se cítí 16 % z nich (3 respondenti), 26 % se jich cítí být diskriminováno částečně (5 respondentů) a více než polovina (11 respondentů, tedy 58 %) se jich necítí být diskriminována vůbec.

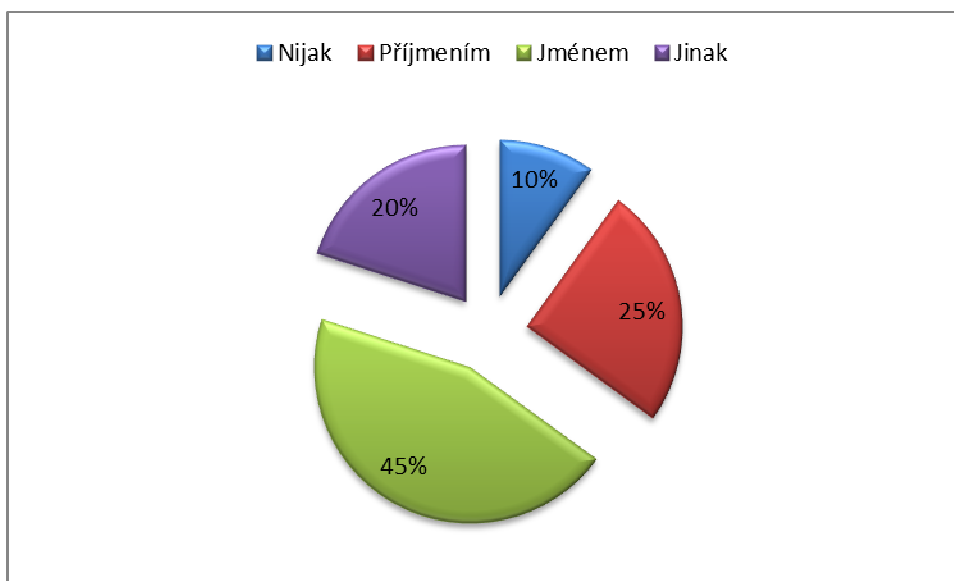
Z grafu i jeho popisu vyplývá, že podíl respondentů, kteří uvádí, že se cítí buď zcela, nebo částečně diskriminováni, klesá společně s nejvyšším dosaženým vzděláním. Pocit diskriminace má celkem 50 % respondentů se základním vzděláním (relativně nízké procento je způsobeno malým počtem respondentů v dané skupině – 2), 80 % vyučených studentů, 50 % respondentů, kteří dosáhli středoškolského vzdělání a 42 % respondentů se vzděláním vysokoškolským.



### 4.4.3 Jak Vás nejčastěji zdravotní personál oslovuje?

Tuto otázku jsem volila v souvislosti s otázkou předchozí (otázka č. 4). V průběhu sestavování dotazníků jsem byla upozorněna, že jedním z důvodů, proč se staří lidé mohou v domovech pro seniory cítit diskriminováni, je způsob, jak je s nimi zacházeno, k čemuž patří i způsob oslovování. Odpovědi na tuto otázku nejsou zohledněny v žádné z hypotéz, objeví se v závěrečné diskusi. Na otázku odpovídali všichni respondenti.

Graf 4 Způsob oslovování klientů domovů pro seniory



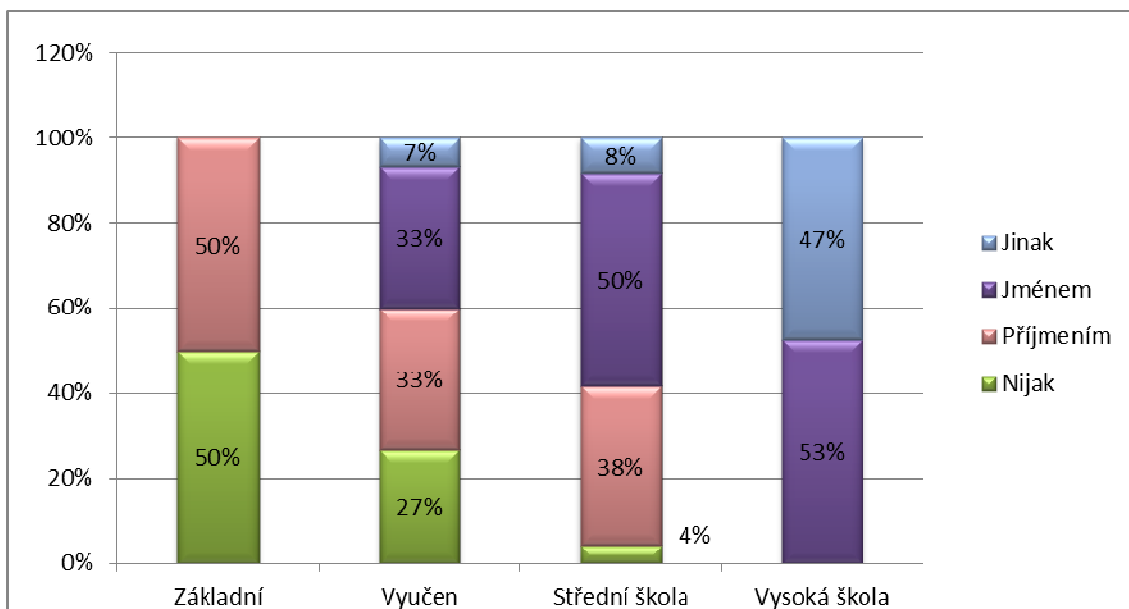
Zdroj: Vlastní zpracování.

Šest respondentů (10 %) uvedlo, že je nikdo nijak neoslovuje. Čtvrtina seniorů (15 respondentů) je oslovována příjmením a téměř polovina (27 respondentů, tedy 45 %) je oslovována jménem. Jinak je oslovováno 12 respondentů (20 %), přičemž 2 z nich uvedli oslovení „babičko, dědečku“ a další varianty tohoto oslovení 9 respondentů se svěřilo, že je personál nazývá akademickými tituly (pane doktore, paní inženýrko apod.) a 1 respondent uvedl, že se k dané problematice dále nechce vyjadřovat.

Osobně se domnívám, že způsob oslovení je závislý na více faktorech, jako je velikost zařízení, ve kterém senioři žijí nebo přístup řízení i personálu ke klien-

tům. Z praxe vím, že mezi ně patří i dosažené vzdělání. Proto byly odpovědi na stanovenou otázku rozděleny i podle stupně dosaženého vzdělání.

**Graf 5** Pocit diskriminace seniorů ve společnosti podle stupně dosaženého vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování.

Polovinu respondentů se základním vzděláním personál Domovů neoslovuje nijak. Ve stejné situaci se nachází 27 % vyučených respondentů a 4 % respondentů, kteří dosáhli středoškolského vzdělání. Příjmením je oslovováno 50 % respondentů se základním vzděláním. Vyučených respondentů se toto oslovení týká ve 33 %, respondentů, kteří dosáhli vzdělání středoškolského potom v 38%. Jménem je oslovováno 33 % vyučených respondentů, polovina respondentů majících středoškolské vzdělání a 53 % vysokoškoláků. Všechny 9 vysokoškoláků, kteří uvedli, že je personál oslovuje jinak, je oslovováno akademickými tituly.

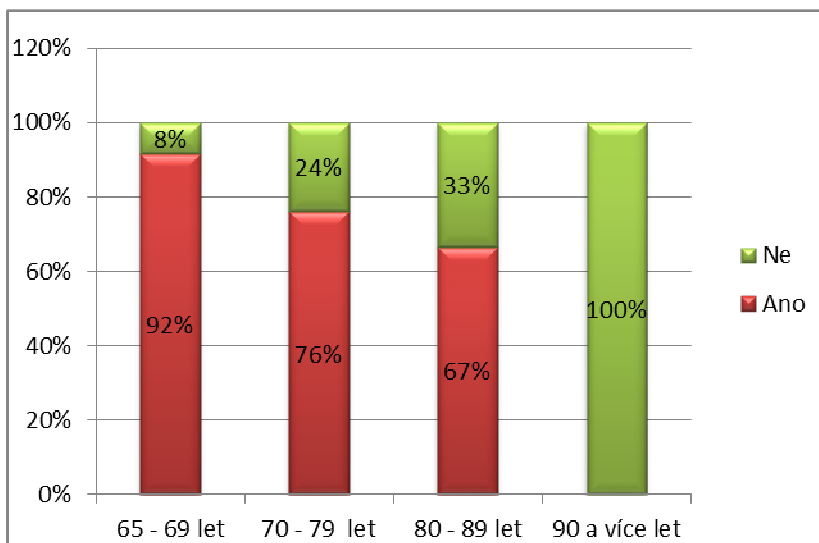
Má teze, ohledně souvislosti dosaženého vzdělání a způsobu oslovení, respektive to, že s vyšším vzděláním jsou senioři oslovováni důstojnějším (hezčím) způsobem, se potvrdila.

#### 4.4.4 Máte pocit, že je ze strany personálu dodržováno Vaše soukromí?

Tato v pořadí šestá otázka dotazníku pro seniory, byla položena proto, abych zjistila, jaký mají senioři pocit z dodržování jejich soukromí personálem. Tato problematika se úzce týká dodržování etických norem ve zdravotnictví, proto byla otázka přiřazena k hypotéze č. 3. Na otázku odpovídali všichni respondenti.

Čtyřicet čtyři respondentů (73 %) odpovědělo, že mají pocit, že ze strany personálu je jejich soukromí dodržováno. Opačný názor zastává 16 seniorů (27 %). V následujících dvou grafech jsou znázorněny odpovědi tak, jak odpovídali respondenti v rámci jednotlivých věkových kategorií a v kategoriích soběstačnosti.

Graf 6 **Dodržování soukromí – názory podle věkové kategorie**

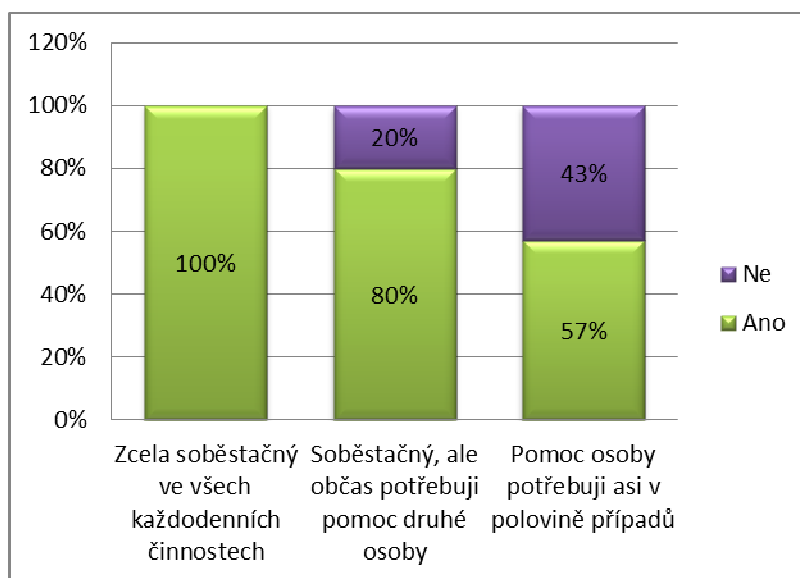


Zdroj: Vlastní zpracování.

Z grafu je jasně patrné, že čím jsou klienti starší, tím více mají pocit, že jejich soukromí není dodržováno. V kategorii nejmladších seniorů činí podíl respondentů 8 %, v kategorii vyšší již 24 %, v kategorii 80 – 89 let má tento pocit

33 % seniorů a oba dva senioři ve věku 90 let (100 %) rovněž tvrdí, že jejich soukromí není dodržováno.

Graf 7 **Dodržování soukromí – názory podle stupně dosaženého vzdělání**



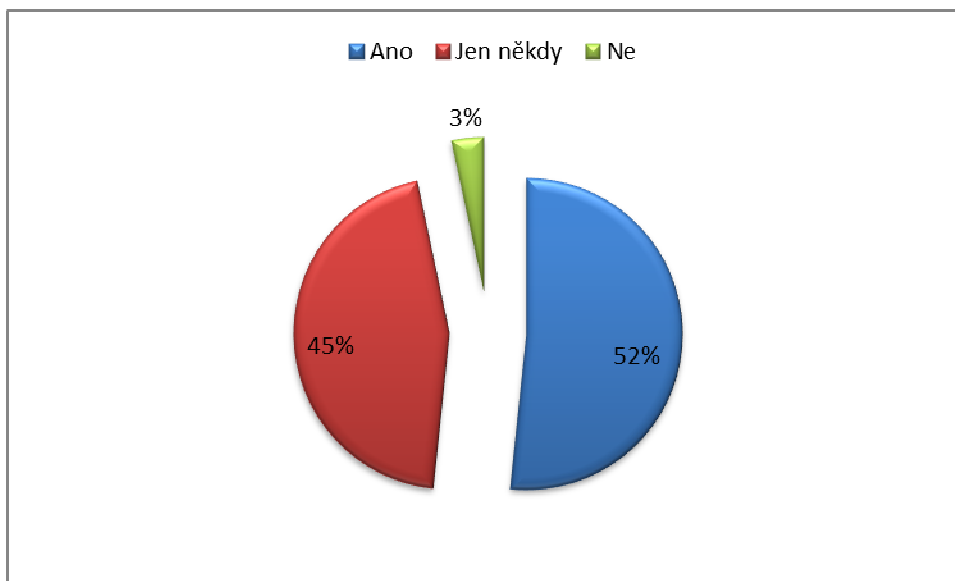
Zdroj: Vlastní zpracování.

Z grafu, ve kterém jsou odpovědi na šestou otázku řazeny podle stupně dosaženého vzdělání plyne, že pocit dodržování soukromí má souvislost i se stupněm soběstačnosti seniorů. Zcela soběstační respondenti ani v jednom případě neuvodili, že jejich soukromí není dodržováno. Naopak, v kategorii respondentů, kteří jsou sice soběstační, ale občas potřebují pomoc druhé osoby, se negativní odpověď vyskytla již ve 20 % (4 respondenti) a v kategorii respondentů, kteří potřebují pomoc cizí osoby asi v polovině případů byl podíl této odpovědi dokonce ještě o 23 procentních bodů vyšší.

#### 4.4.5 Je podle Vašeho názoru zdravotní personál příjemný, komunikuje s Vámi dostatečně?

Takto položená sedmá otázka měla též zjistit, zda jsou dodržovány etické normy a souvisí s hypotézou č. 4. Vzhledem k tomu, že tato hypotéza pracuje s kritériem vzdělání, i odpovědi na tuto otázku jsou nejprve uvedeny jako obecný výsledek a navíc jsou ještě rozděleny v rámci kategorie stupeň dosaženého vzdělání. Při kladení této otázky jsem měla pocit, že se respondenti obávají odpovědět podle pravdy, zřejmě proto, aby na základě negativních odpovědí nebylo změněno jednání personálu k nim. I když jsem v rámci získání co nejobjektivnějších výsledků v této části dotazníku vždy zdůraznila jeho anonymitu, domnívám se, že výsledky mohou být zkreslené v tom smyslu, že s kladným přístupem personálu a s tím, že komunikace je dostatečná, souhlasilo více respondentů, než tomu je ve skutečnosti.

Graf 8 **Kladný přístup personálu a dostatečnost komunikace**

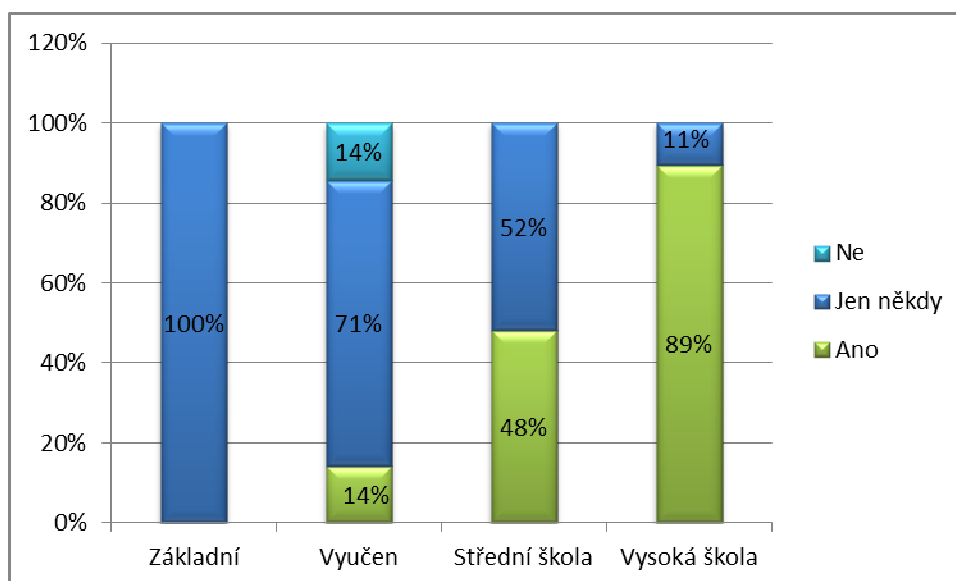


Zdroj: Vlastní zpracování.

Více než polovina všech respondentů (31 osob, tedy 52 %) uvedla, že si myslí, že chování personálu a komunikace je dostatečná. Dvacet sedm seniorů (45

%) považuje komunikaci a chování personálu za vhodné (dostatečné, příjemné) pouze částečně (odpověď Jen někdy) a dva senioři (3 %) si myslí, že jednání personálu vhodné není.

**Graf 9 Kladný přístup personálu a dostatečnost komunikace podle stupně dosaženého vzdělání**



Zdroj: Vlastní zpracování.

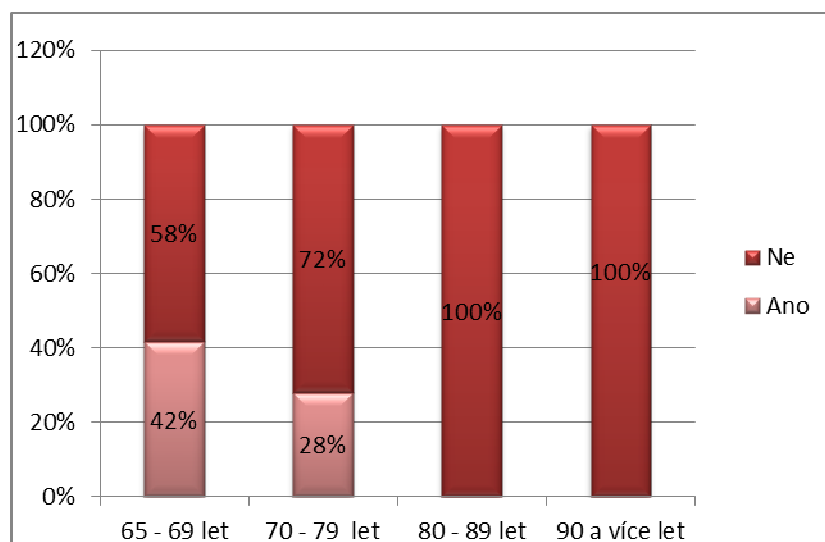
Pokud máme hodnotit danou otázku podle stupně dosaženého vzdělání, bylo zjištěno, že pouze částečně jsou spokojeni všichni respondenti se základním vzděláním, většina vyučených respondentů (71 %) i respondentů středoškolských (52 %). Naopak, respondenti s vysokoškolským vzděláním uváděli pouze v 11 % (2 respondenti), že jsou spokojeni jen částečně. Zbytek (89 %) jich uvedlo, že s jednáním personálu a s komunikací směrem k nim jsou spokojeni plně.

#### 4.4.6 Znáte práva pacientů?

Tato otázka se vztahuje k hypotéze č. 2. Vedle obecného zjištění, kolik respondentů zná svá patientská práva, bude také zjišťována závislost jejich odpovědí na věku. Při jejím kladení jsem narazila na problém, že senioři mnohokrát nevěděli, na co se jich ptám. Proto jim byla ve většině případů otázka dovysvětlena. Po tomto vysvětlení již s odpovědí neváhali.

Dvanáct respondentů (20 %) uvedlo, že je s právy pacientů obeznámeno. Většina (80 %) tedy svá práva neznala, nebo vůbec netušila, že nějaká taková práva existují. V níže uvedeném grafu je zaznamenána struktura odpovědí na otázku v rámci srovnávacího kritéria věková kategorie.

Graf 10 Znalost patientských práv podle věkové kategorie



Zdroj: Vlastní zpracování.

Z grafu můžeme vyčíst, že znalost lidských práv se objevila pouze ve dvou skupinách „nejmladších“ respondentů. Ve skupině 65 – 69 let se kladná odpověď objevila ve 42 %, (5 respondentů) v případě skupiny 70 – 79 let ve 28 % (7 respondentů). Senioři obou dvou starších věkových kategorií uváděli, že patientská práva neznají. Z toho lze odvodit, že s patientskými právy jsou obeznámeni spíše mladší ročníky seniorů.

K danému tématu se vyjádřil také zdravotnický personál. Oba lékaři, všechny zdravotní sestry i pomocný personál se shodnul na tom, že pacienti svá práva znát nebudou. Nejpravděpodobnější vysvětlení podala sociální pracovnice Šárka Kačenová (Domov pro seniory na Chodově): „*Starší lidé nejsou zvyklí ohánět se nějakými právy, to dneska mladí jsou samé mám právo na to, moje povinnost není to... Když jste staří, jste rádi, že je o Vás dobře postaráno. Oni se o to nezajímají, protože i kdyby věděli, že mají na to či ono, co není dodržováno, právo, stejně by podle mého názoru nevěděli, jakým způsobem si mají dodržování tohoto práva vymoci.*“<sup>65</sup>

Pouze pro ucelení problematiky – na otázku č. 9 (Víte, kde najdete informace o právech pacientů?), na kterou také odpovídali všichni respondenti, nikdo neodpověděl kladně. Dvanáct kladných odpovědí, kterými někteří senioři znalost práv vyjádřili, proto mohou být dle mého názoru také částečně nepravdivé.

#### **4.4.7 Jsou podle Vás patientská práva porušována?**

V tomto případě se opět jednalo o otázku, u které senioři s odpovědí nejprve váhali. Teprve poté, co se jim dostalo ujištění, že se jedná skutečně pouze o jejich anonymní názor a že se nemusí jednat ani konkrétně o ně a toto konkrétní zařízení, ve kterém žijí, na otázku odpovídali a dle mého subjektivního názoru odpovědi byly pravdivé.

Otázka se vztahuje k hypotéze č. 3., neboť dodržování práv pacientů se týká etických norem. Odpovědi budou kromě obecného rozdělení seřazeny také v závislosti na věku a na stupni soběstačnosti.

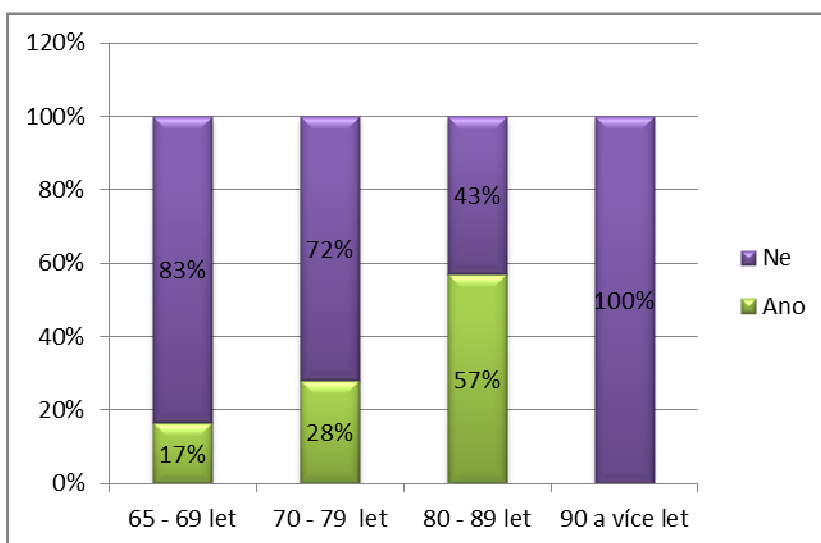
O tom, že jsou patientská práva porušována, je přesvědčeno 21 respondentů (35 %). Většina (65 %) se tedy domnívá, že práva pacientů porušována nejsou.

---

<sup>65</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru se sociální pracovnicí Domova pro seniory na Chodově.



Graf 11 **Názor na porušování patientských práv podle věkové kategorie**

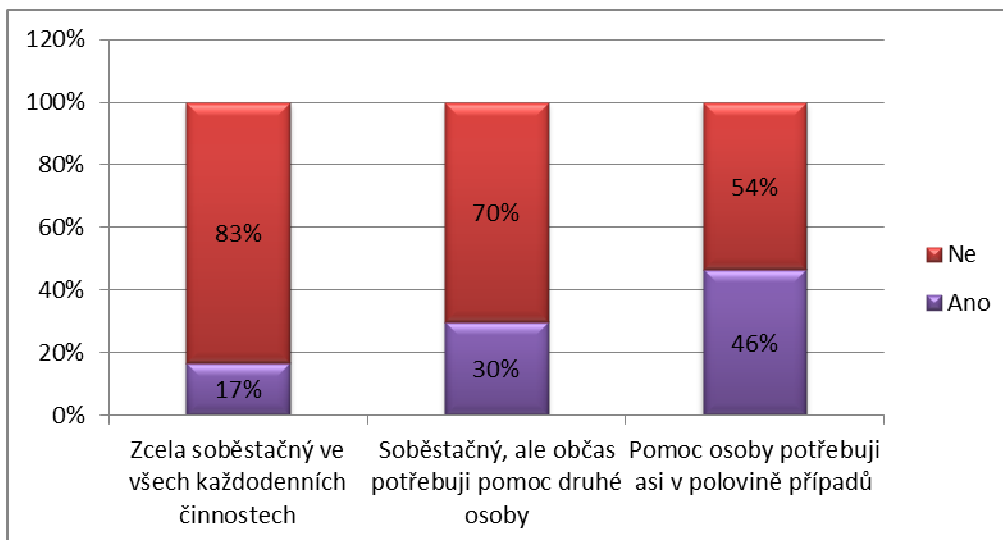


Zdroj: Vlastní zpracování.

V grafu č. 11. je zohledněno 21 odpovědí respondentů, kteří tvrdí, že podle jejich názoru jsou patientská práva porušována, podle věku. Je patrné, že čím starší respondenti jsou, tím větší podíl kladné odpovědi se u nich objevuje. V případě kategorie nejmladší je to 17 % (2 respondenti), v případě věkové kategorie 70 – 79 let je to již 28 % (7 lidí) a u věkové kategorie 80 – 89 takto smýšlí 57 % respondentů (12 osob). Zajímavé se v tomto směru mohou zdát odpovědi nejstarších dvou respondentů (věková kategorie 90 a více let), kteří oba uvedli, že se nedomnívají, že by byla práva pacientů porušována. Může to svědčit o tom, že je o ně velmi dobře postaráno.

V následujícím grafu jsou ty samé odpovědi znázorněny dle kritéria stupně soběstačnosti.

Graf 12 **Názor na porušování patientských práv podle stupně soběstačnosti**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Zcela soběstační respondenti se domnívají, že jsou patientská práva porušována v 17 %. Zbýlých 83 % je přesvědčeno o opaku. Se zhoršujícím se stupněm soběstačnosti podíl kladných odpovědí, jak je vidět z grafu, stoupá. Ti, kteří jsou sice soběstační, ale občas potřebují pomoc druhé osoby, uváděli kladnou odpověď již ve 30 % a podíl osob, potřebujících asistenci osoby asi v polovině případů uváděly kladnou odpověď ve 46 %.

Z obou výše uvedených grafů plyne v názoru na problematiku porušování patientských práv souvislost s kladnou odpovědí a věkem a stupněm soběstačnosti.

#### **4.4.8 V jaké oblasti jsou podle Vás nejčastěji patientská práva porušována?**

Tato otázka se nevztahuje k žádné z hypotéz, do dotazníkového šetření byla zařazena z toho důvodu, abych si udělala představu o tom, co si senioři myslí a mohla ho potom případně porovnávat s vlastními zkušenostmi, se zkušenostmi personálu a tvrzením ostatních lidí. Na tuto otázku odpovídalo 21 respondentů,

kteří v otázce předchozí (otázka č. 10) uváděli, že se domnívají, že patientská práva jsou porušována.

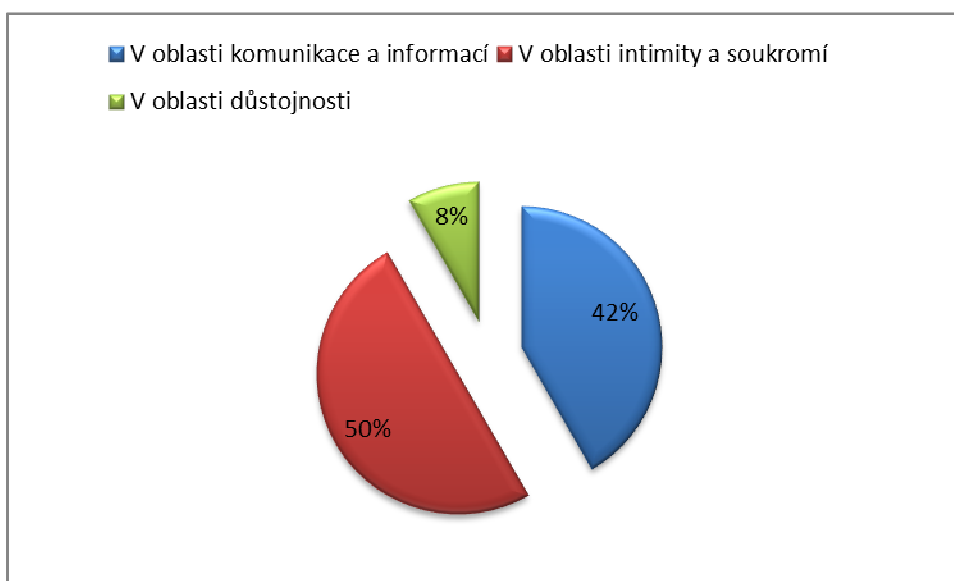
Z odpovědí vyplynulo, že 12 respondentů (57 %) si myslí, že práva pacientů jsou nejčastěji porušována v oblasti komunikace a informací. O tom, že se tak děje v oblasti intimity a soukromí je z 21 respondentů přesvědčeno 9 z nich, tedy 43 %. Nikdo z respondentů se nedomnívá, že by práva byla porušována v jiné oblasti (např. oblast důstojnosti, v oblasti práva podílet se na rozhodování o svém zdravotním stavu apod.)

#### **4.4.9 Vy osobně jste se setkali s porušováním patientských práv? Pokud ano, v jaké oblasti?**

Tyto dvě otázky byly do dotazníku zařazeny pro bližší specifikaci zkušeností seniorů s případným porušováním patientských práv. Vlastní zkušenosti vztahující se k této problematice pro mě představují cenný materiál, který bude zohledněn v závěru práce. Na otázku jsem nechala odpovídat pouze ty respondenty, kteří uvedli, že se domnívají, že patientská práva porušována jsou (21 osob).

Osobní zkušenost s porušováním patientských práv má 12 respondentů, tedy 20 % klientů. Jak plyne z následujícího grafu, celá polovina z nich má zkušenost s porušováním v oblasti intimity a soukromí (6 respondentů).

Graf 13 **Oblast osobní zkušenosti s porušováním práv pacientů**



Zdroj: Vlastní zpracování.

O něco méně (5 respondentů), 42 % seniorů uvádělo, že mají špatnou osobní zkušenost v oblasti komunikace a intimity, jeden respondent (8 %), který se svěčil, že ho personál přehlídí a nebyla mu včas přivolána sanitka, uvedl, že jeho patientská práva jsou porušována v oblasti důstojnosti.

K tomuto tématu se vztahují také otázky č. 4 a 5 z dotazníku pro personál, které zjišťují názor lékařů, sester a zdravotního personálu na danou problematiku, konkrétně to, zda se někdo z nich osobně setkal s tím, že by někdo k seniorům v jejich zařízení vystupoval neprofesionálně a tím porušoval jejich práva.

Nikdo, kromě staniční sestry Jitky Lojkové v Domově seniorů v Budíškovicích s touto zkušeností osobní zkušenost nemá (nebo ji alespoň nepřiznal). Paní Jitka Lojková k problematice uvedla: „Podívejte, po takové práci jsou všichni někdy unavení, ne vždy máme dobrou náladu. Práce s lidmi, obzvláště se starými, je náročná a nemůže jí dělat někdo, kdo lidi nemá rád. Ale i ten, kdo je rád má, občas někomu odsekne, dotaz z důvodu únavy přejde apod. Jestli tohle

*chce někdo považovat za porušování práv pacientů, prosím.*<sup>66</sup> Takto tedy sestra hájí občasné všední nepříjemnosti. Zároveň však uvádí: „*Samozřejmě se nic nesmí příliš bagatelizovat. Mám na druhou stranu zkušenost i s tím, že lidé, kteří nejsou samostatní, se pro personál mnohdy stávají jakousi denní rutinou. Proto, když například sestra a pomocný personál vykonávají u seniora hygienu, místo, aby na seniora hovořily, vykládají si své vlastní zážitky z předchozího večera a klienta ignorují. To už se asi za porušování práv považovat dá*“<sup>67</sup>.

Z výše uvedeného zjištění odvozují, že některé nehezké historky, které o porušování práv pacientů kolují mezi širokou veřejností, se všech třech vybraných zařízení netýkají. Plyne to ostatně nejen z odpovědí personálu, ale i z odpovědí pacientů.

#### **4.4.10 Kdo podle Vašeno názoru práva pacientů nejčastěji porušuje?**

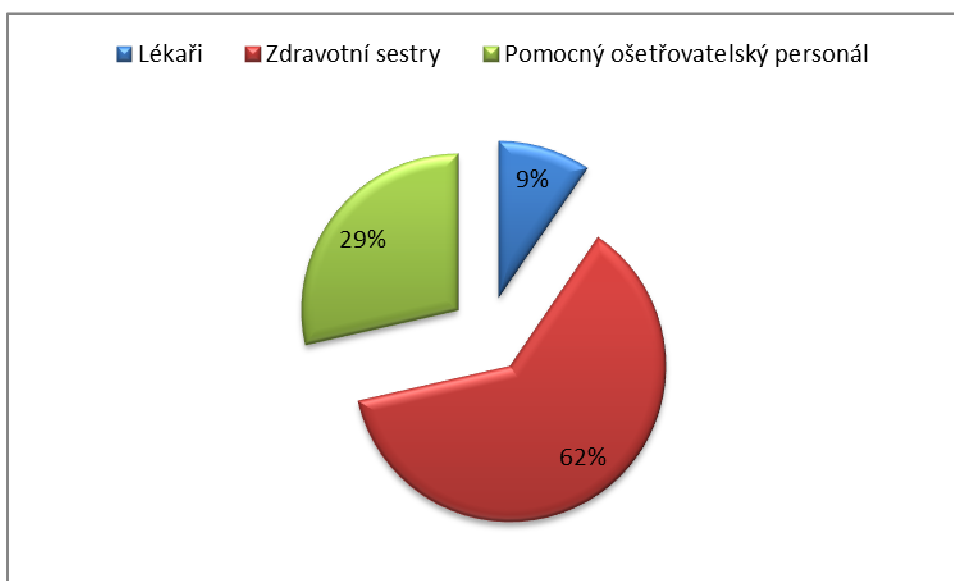
Tato otázka, čtrnáctá v pořadí, souvisí s hypotézou č. 5. Na jejím základě bude zjišťováno, který personál podle názoru seniorů, práva pacientů porušuje. Na otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v otázce č. 10 uvedli, že se domnívají, že práva pacientů jsou porušována (21 seniorů). Výsledky jsou uvedeny v grafu č. 14.

---

<sup>66</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s vrchní sestrou z Domova seniorů v Budíškovicích.

<sup>67</sup> Tamtéž.

Graf 14 **Kategorie personálu porušující práva pacientů**



Zdroj: Vlastní zpracování.

Ze všech 21 respondentů se jich nejvíce (13, tedy 62 %) uvádělo, že práva pacientů nejčastěji porušují zdravotní sestry, teprve potom pomocný ošetřovatelský personál (6 respondentů, tedy 29 %) a 2 (10 %) senioři uvedli, že práva pacientů nejčastěji podle nich porušují lékaři.

K problematice se měl možnost vyjádřit i zdravotní personál. Bohužel, nikdo, až na staniční sestru Jitku Lojkovou v Budíšovcích na téma porušování lidských práv buď striktně hovořit nechtěl, nebo se nechal slyšet, že patientská práva porušována nejsou (viz předchozí otázka) a tudíž nemohou ani sdělit, kdo je porušuje. Paní Lojková uvedla, že nejčastěji zřejmě budou porušovat práva pacientů zdravotní sestry, případně lékaři a až teprve poté pomocný personál.

Kromě paní Lojkové nikdo také nepřipustil, že by v zařízení, kde aktuálně působí, k porušování práv pacientů docházelo.

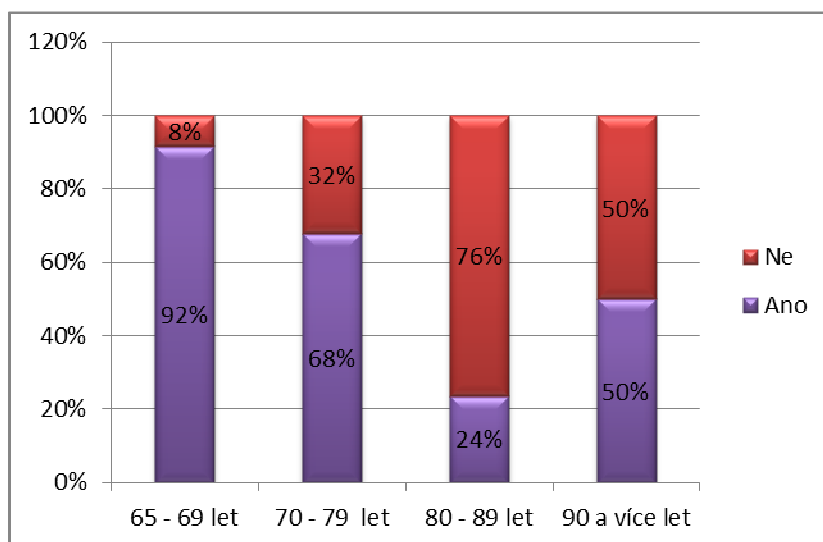
#### **4.4.11 Byli jste vy osobně plně informováni o svém stavu a možnostech léčby dříve než Vaše rodina?**

Otázka č. 16 se vztahuje k první hypotéze a na jejím základě má být zjištěno, zda jsou respondenti jako pacienti informováni o svém zdravotním stavu, jak

je uvedeno v etickém kodexu, tedy jako první, včas a komplexně. Srovnávacím kritériem pro první hypotézu je věk respondentů, proto jsou níže kromě odpovědí obecných uvedeny také odpovědi rozdělené podle jednotlivých stanovených věkových kategorií.

Více než polovina respondentů na výše uvedenou otázku odpovídala kladně. Celých 57 % seniorů (34 osob) odpovědělo, že byli osobně seznámeni se svým zdravotním stavem dříve než jejich rodina. Opak tvrdilo 26 respondentů (43 %).

**Graf 15 Pořadí informovanosti o zdravotním stavu (informován dříve než rodina, realita)**



Zdroj: Vlastní zpracování.

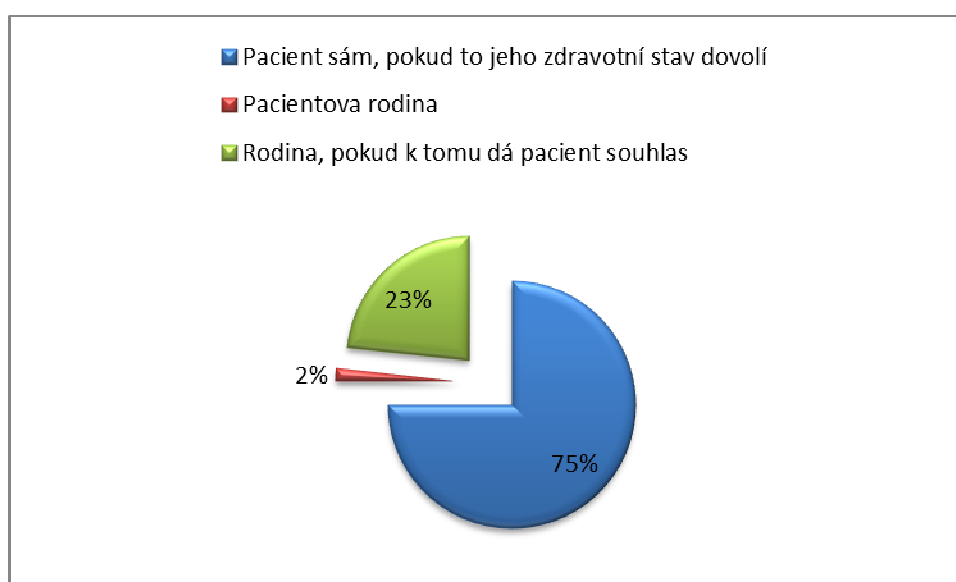
Z Grafu č. 15 vyplývá, že kladná odpověď má klesající tendenci spolu se zvyšujícím se věkem. V kategorii nejmladších respondentů jich uvedlo, že byli informováni o svém zdravotním stavu dříve než rodina celých 92 % (11 respondentů). Ve věkové kategorii následující (70 – 79 let) to bylo již pouze 68 % (17 respondentů), podíl kladných odpovědí ve věkové kategorii 80 – 89 let klesl dokonce na 24 %. Ve věkové kategorii 90 let a více (2 respondenti), byla jedním seniorem uváděna kladná a jedním seniorem záporná odpověď, proto výsledky mírně narušily trend. Nicméně, domnívám se, že při zhoršeném stavu pacientů, který se dá v 90 letech a více předpokládat, se stává častěji, že lékaři jsou nuceni

nejprve informovat rodinu. K tomuto faktu je při potvrzování hypotézy přihlédnuto.

#### 4.4.12 Kdo si myslíte, že má být jako první o zdravotním stavu pacienta informován?

Tato otázka (č. 15) není přiřazena k žádné z hypotéz, je otázkou doplňkovou k otázce předchozí. Čtyřicet tři procent respondentů uvedlo, že dříve než oni sami, byla o jejich zdravotním stavu informována jejich rodina. Jaký je ale názor seniorů na tuto problematiku, souhlasí s tímto postupem, nebo nikoliv? Výsledky uvádí graf č. 16.

Graf 16 Představa seniorů o pořadí informovanosti o zdravotním stavu



Zdroj: Vlastní zpracování.

Z výše uvedeného grafu plyne, že celých 75 % respondentů (45 seniorů) se domnívá, že o svém zdravotním stavu by měli být informováni pacienti sami, tedy dříve než rodina, pokud to jejich stav dovolí. O opaku, je přesvědčen pouze jeden respondent (2 %). Rodina má mít právo vědět o pacientově stavu pouze v tom pří-



padě, že k tomu dá pacient souhlas. V kontextu s předchozí otázkou, prostřednictvím které byla zjišťována realita ohledně informování seniorů jako pacientů jako prvních (57 %), vyplývá, že celých 18 % respondentů nesouhlasí s tím, jaký postup byl v realitě zvolen.

K problematice se vyjádřil i zdravotní personál, který uvedl na pravou míru, jak funguje daný systém v realitě. „*Samozřejmě se snažíme informovat pacienta o tom, jaký je jeho stav*“, tvrdí lékařka, která externě dochází do Seniorského domu Felicita na Vyžlovce a pokračuje: „*záleží samozřejmě ale na stavu pacienta, rodina chce být také informována...ne, neptáme se pacientů, jestli jejich stav může být sdělen rodině, taková praxe není v České republice podle mě vůbec obvyklá, pokud se rodina o pacientův stav zajímá, informace jim sdělíme*“<sup>68</sup>.

Lékař z Domova seniorů v Budíškovicích tuto problematiku komentuje následovně: „*Nevidím jediný důvod, proč by rodina o stavu pacienta neměla být informována, v jakém pořadí je to učiněno, je v dané situaci jedno. Když někomu říkáte, že je smrtelně nemocný, je mu jedno, jestli to ví jako první nebo druhý. U nás existuje ještě dost silná tradice, o starší lidi se jejich rodiny obvykle starají, neznám ani jeden případ, kdy by starý člověk vysloveně žádal, ať o jeho stavu rodina informována není.*“<sup>69</sup>

Z výše uvedeného je vidět, že realita nekoresponduje s přáním seniorů. Na druhou stranu, jak se shodly všechny zdravotní sestry i pomocný ošetřující personál – rodina někdy dokáže pacientovi hodně pomoci, proto nevidí důvod, proč by o jeho zdravotním stavu měla být informována například až po udělení souhlasu pacienta.

---

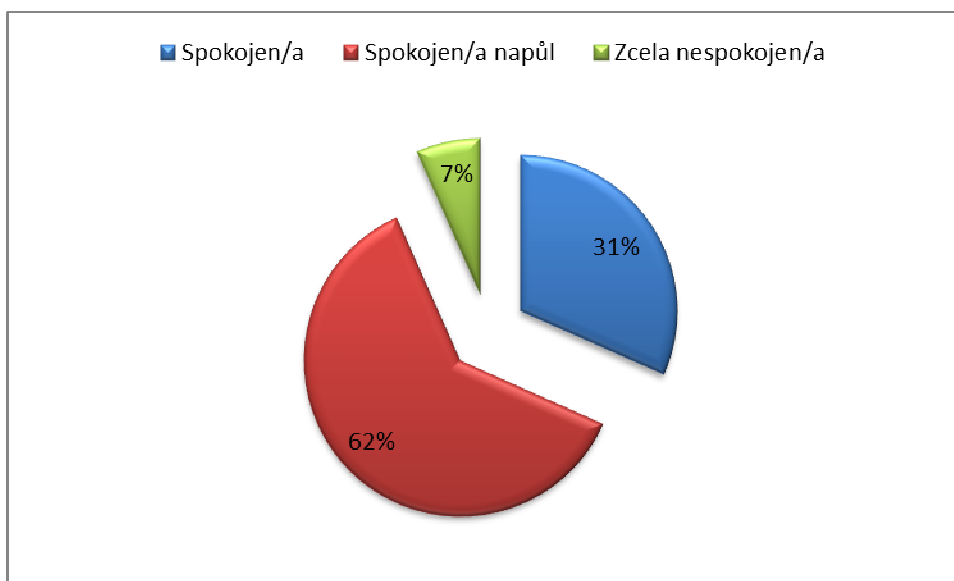
<sup>68</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s lékařem soukromého Seniorského domu Felicita na Vyžlovce.

<sup>69</sup> Informace získány na základě vlastního pohovoru s lékařem z Domova seniorů v Budíškovicích.

#### 4.4.13 Jak jste spokojeni s celkovou úrovní ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu?

Poslední, sedmnáctá otázka souvisí s hypotézou č. 6. Odpovídali na ni všichni respondenti a jejím cílem bylo zjistit obecnou spokojenost seniorů s konkrétním zařízením, ve kterém působí.

Graf 17 Spokojenost s celkovou úrovní ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu v daném zařízení



Zdroj: Vlastní zpracování.

S celkovou úrovní ošetrovatelské péče je vysloveně spokojeno 19 respondentů, tedy 32 % klientů zařízení. Spokojeno s určitými výhradami je většina z nich, 37 respondentů, tedy 62 %. Zcela nespokojeno se cítí pouze 7 % respondentů (4 senioři).

Prostor k tomuto tématu dostal opět i zdravotnický personál, který ve všech případech (všech 10 lidí) hodnotí celkovou úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu v jejich zařízeních jako kladný.

## 4.5 Zhodnocení hypotéz, diskuse a doporučení

Na počátku empirické části bylo stanoveno 6 hypotéz, které budou v této části na základě analýzy dotazníkového šetření vyvraceny či potvrzovány.

### Hypotéza č. 1

Fakt, že rodina je informována o stavu klienta dříve, než on sám, závisí na jeho věku.

**Hypotéza se potvrdila.** Z analýzy dotazníkového šetření vyplynulo, že čím jsou klienti starší, tím méně často uváděli, že o svém zdravotním stavu byli informováni dříve, než jejich rodina.

**Diskuse k tématu.** Na základě diskuse se zdravotním personálem bylo zjištěno, že v praxi se v podmínkách našich tradic některá opatření prozatím neaplikují. Seniorů se nikdo například neptá, zda o jejich zdravotním stavu může být informována rodina.

Ze své vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že rodina skutečně někdy dokáže v praxi více, než samotné sdělení lékařů. Ti pacienta o jeho zdravotním stavu podle etického kodexu informují a v lepším případě mu sdělí, že s ním soucítí. Starý člověk mnohdy ani odborné lékařské řeči nerozumí, ale raději se neptá, nebo nemá sílu se ptát. Rodina dokáže starému člověku zlou pravdu podat lépe. To je ale pouze můj osobní názor. Z praxe znám případy, kdy byla i přes výslovný zákaz rodinných příslušníků smrtelná diagnóza klientovi sdělena a jeho zdravotní stav se v důsledku psychického šoku zhoršil.

Z hovoru se zdravotním personálem také vyplynulo, že personál jako takový je na způsob sdělování nepříjemné pravdy o situaci pacientů jim samotným i jejich rodinám velmi často proškolen. Také oni se domnívají, že pacient by měl být o svém stavu informován částečně nebo alespoň postupně, ačkoliv je jim v rámci školení vštěpován pravý opak, tedy říci pacientovi i rodině informace přímo a rovnou a to z toho důvodu, aby rodina i pacient věděli skutečný stav a nedělali si naděje na velké zlepšení. Pokud by lékař krutou pravdu nesdělil a pacientovi se jeho zdravotní stav zhoršil nebo by zemřel, rodina by si stěžovala, že došlo k pochybení personálu a zanedbání ošetrovatelské péče.

**Doporučení:** V zásadě doporučuji pokračovat v nastavené praxi. Ke každému z případů je třeba v této velmi citlivé záležitosti, kterou sdělování špatného zdravotního stavu bezesporu je, přistupovat velmi individuálně.

### **Hypotéza č. 2**

Mladší klienti seniorských zařízení budou častěji než klienti starší uvádět, že znají patientská práva.

**Tato hypotéza se potvrdila.** Znalost patientských práv přiznalo z celkového počtu 60 respondentů pouze 12 z nich, tedy 20 %. Z těchto lidí jich nejvíce spadalo do nejmladší věkové kategorie (65 – 69 let), zbytek do kategorie následující (70 – 79 let). V obou dvou vyšších věkových kategoriích nikdo nevěděl, co patientská práva znamenají

**Diskuse k tématu.** Nejen většina klientů nevěděla, že nějaká patientská práva existují. Dokonce i pomocnému personálu musela být problematika nejprve vysvětlena. Domnívám se, že ani většina široké veřejnosti o právech pacientů nemá ponětí, pokud se vyloženě nesetkali s tím, že v případě jich nebo jejich blízkých příbuzných byla tato práva porušována.

Z odpovědí seniorů vyplynulo, že jsou to mladší ročníky, kteří spíše tuší, co práva pacientů jsou. To se mi zdá logické. Ohánět se právy, jsme začali až po roce 1989. Lidé, kteří zažili válku a následný režim, jsou dle mého názoru s dnešními možnostmi spokojeni a po nějakých zvláštních právech vůbec nepátrají. To je ovšem dle mého názoru chyba, protože naše populace stárne, společnost se vyvíjí. V České republice stále není v dostatečném množství rozvinuta seniorská politika, prognózy stárnutí obyvatelstva také hovoří jasně. V případě porušování práv pacientů by o tom staří lidé zkrátka měli vědět.

**Doporučení:** O existenci práv pacientů by měli vědět všichni senioři. Způsob, jakým se o nich dozvědí, může být jednoduchý. Může být o nich pojednááno tam, kde se senioři nachází nejčastěji, např. na nástěnce v čekárnách u lékaře, v časopisech pro seniory, informačních brožurách, v klubech seniorů, mohli by s nimi být seznamováni například při první návštěvě domova pro seniory, kde budou žít. Senioři by měli být také rodinou ujišťováni, že pokud jsou jejich práva

porušována, bude sjednána náprava. Jedině tak lze dle mého názoru zrušit starý zavedený scénář, ve kterém figuruje doktor, vrchní sestra apod. jako „bůh“ a pacient, který raději nic proti jejich jednání nenamítá, aby zmíněné osoby ještě více nerozzlobil a neodrazilo se to ještě více na kvalitě ošetrovatelské péče.

### **Hypotéza č. 3**

Starší a méně soběstační klienti budou častěji než jejich mladší a soběstačnější kolegové uvádět, že si myslí, že etické normy nejsou dodržovány.

**Tato hypotéza se potvrdila.** Z odpovědí na otázku č. 6 plyne, že čím jsou senioři starší, tím častěji uvádí, že podle nich není dodržováno soukromí, které lze počítat mezi jedno z hlavních hledisek dodržování etických norem jako celku. Ta samá souvislost byla prokázána v případě rozdělení odpovědí podle stupně soběstačnosti. Respondenti méně soběstační odpovídali častěji, že mají pocit, že jejich soukromí je porušováno. Bylo také prokázáno (otázka č. 10), že domněnka, že lidská práva jsou porušována, má souvislost s věkem a se stupněm soběstačnosti. Čím jsou lidé starší a méně soběstační, tím stoupá podíl kladných odpovědí.

**Diskuse k tématu.** Z diskuse s personálem a z mých osobních poznatků získaných z návštěv Domovů vyplynulo, že mladší klienti mají tendenci si stěžovat více, než klienti starší. Stěžují si ale nikoliv k věci, tedy respektive na dodržování etických norem, ale spíše na provozní záležitosti, jako např.: strava - špatně vaří (nevaří jen to, co mi chutná), komunikace - nikdo se mnou nemluví (nediskutuje, když se nudím) apod.

V případě této části diskuse na dané téma se bohužel dle mého názoru potvrdilo, že čím jsou lidé starší a nemohoucí, tím častěji nejsou ve skutečnosti etické normy dodržovány. Tato skutečnost se dá odůvodnit tím, že personál po určité době sklouzává k rutinní práci a k lidem, kteří nedokáží tolik komunikovat a jsou nesoběstačnější, se potom chová méně osobně a vlídně.

**Doporučení.** Doporučení je v teoretické rovině velmi jednoduché, v praxi však hůře proveditelné. Je jím posílení stavu ošetrovatelského personálu. Toto zaměstnání je velmi náročné psychicky i fyzicky a není dost finančně ohodnoceno. Větším množstvím personálu na oddělení by se řešilo více problémů. Personál by

nebyl tolik unaven a nečinil by ošetrovatelskou práci pouze rutinně. Měl by víc času a možností se osobně zajímat o klienty Domova a v neposlední řadě by uživatelé Domova si měli s kým popovídat, probrat své radosti i smutky. Vytvořil by se vzájemně osobnější a bližší vztah. Dalším řešením by mohla být větší motivace na pracovišti nejspíš ve formě odměňování nebo zaměstnaneckých výhod např. formou relaxačních nebo vzdělávacích benefitů, větší kontrola vedoucím personálem. Jiným řešením situace je otevření více soukromých domovů pro seniory. Mladí lidé na toto řešení na stáří budou v průběhu svého života muset myslet a bude o ně dobře postaráno.

#### **Hypotéza č. 4:**

Udávaná věková diskriminace (ageismus) souvisí také s dosaženým stupněm vzdělání klientů.

**Tato hypotéza se potvrdila.** Většina respondentů uvedla, že se cítí být ve společnosti diskriminována. Podíl respondentů, kteří uvedli, že se buď cítí zcela, nebo částečně diskriminováni, společně s dosaženým vzděláním klesá.

S věkem souvisí i chování zdravotního personálu, se kterým senioři diskriminaci spojují. Čím starší respondenti byli, tím více se jejich podíl na nespokojenosti s přístupem personálu zvyšoval.

**Diskuse k tématu.** Z diskuse se zdravotním personálem i z mých osobních zkušeností plyne, že pokud se rodina o klienta seniorského zařízení stará a pravidelně ho navštěvuje, dotazuje se personálu na stav svého „rodiče, prarodiče“, chová se k němu personál lépe. Lépe se také chová personál ve chvíli, kdy je rodina přímo fyzicky přítomna. Je zřejmě logické, že o seniory, o které jeví jejich rodina zájem, se budou zajímat více i zdravotní sestry, lékaři i pomocný personál. Nemyslím si, že by tak bylo činěno z čisté vypočítavosti, že by se náhodou rodina od seniorů dozvěděla o jejich špatném chování, ale zkrátka proto, že zájem budí zájem, to je psychologicky dokázáno.

Samostatnou kapitolou v rámci této problematiky je otázka oslovování, která souvisí i s výzkumnou otázkou ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání. Z praxe vím, že pokud je někdo vysokoškolsky studovaný, obvykle je oslovován

titulem a je k němu přistupováno s větší vážností. Dokud byl můj otec právník v nemocnici, nikdo mu jinak, než pane doktore, neřekl. Většina personálu se k němu chovala velice mile, přátelsky a s úctou. Výjimečnou kategorii v těchto titulech mají ještě bývalí lékaři, kteří jsou bráni jako kolegové.

**Doporučení.** Jednoznačným doporučením je, aby si personál, který se momentálně o seniora stará, si představil, že právě pečuje o svého rodinného příslušníka. O rodiče, prarodiče. Potom by mělo být lhostejné, zda dotyčný (nebo jeho rodinní příslušníci) má vysokoškolské či jiné vzdělání. A jaký používá titul. Vážnost a úctu si zaslouží všichni senioři bez ohledu na vzdělání nebo skutečnost, zda má o něj rodina zájem a je schopná kontrolovat ošetrovatelskou péči.

### **Hypotéza č. 5.**

Nejčastěji budou práva pacientů porušována nezdravotnickým personálem.

**Tato hypotéza se nepotvrdila.** Nejvíce dotazovaných respondentů (62 %) uvedlo, že práva pacientů nejčastěji porušují zdravotní sestry. Totéž potvrdil zdravotnický personál.

**Diskuse k tématu.** Po návštěvě všech třech Domovů a diskusi se zdravotním personálem, jsem si na danou problematiku utvořila nový názor. Případné porušování práv pacientů nesouvisí s funkcí, kterou zdravotní personál vykonává, ale s délkou jejich praxe. Personál, který na jednom místě působí déle, se nevyhne problematice určitého „vyhoření“. Není už tolik zainteresován na tom, jak se klientům seniorského domova daří, jak on sám na okolí svým chováním působí. Další problematikou je tzv. škatulkování. Jedná se o to, že lidé nejsou bráni jako individuální osobnosti (personál se k nim takto nechová), ale mnohdy je zařazuje do kategorií jako např.: „ten diabetik“, „ten bez nohy“ apod. Výjimkou nejsou ani hanlivá označení jako např. „ten vzteklý“, „ten co nejí“ apod.

**Doporučení.** Etické normy a práva pacientů by neměl porušovat nikdo, bez ohledu na jeho funkci či délku působení v konkrétním zařízení. Tato problematika je dle mého názoru opět dána nedostatkem zdravotního personálu, nedostatečným ohodnocením ošetrovatelské péče z hlediska financí či určité společenské prestiže. Určitým řešením by mohlo být, že by se personál po nějaké době přesouval na jiná

oddělení, kde zase načerpá jiné znalosti a zkušenosti, vytvoří nové pracovní vztahy i nové vztahy k uživatelům seniorského domova. A jak jsem již zmínila, tato profese by měla být lépe finančně ohodnocena. Ohodnocením myslím nejen po finanční stránce, ale např. i formu relaxačních nebo vzdělávacích benefitů. Potom bude personál chodit do práce zrelaxovaný, odpočínutý, s větším nadšením a pocitem, že je potřebný a že jeho snaha je i náležitě oceněna.

### **Hypotéza č. 6**

Klienti budou nejčastěji uvádět, že celková úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu je dle jejich osobních zkušeností průměrná.

**Hypotéza se potvrdila.** 62 % klientů shledává podle výsledků dotazníkového šetření celkovou úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu průměrnou.

**Diskuse k tématu.** Kritérii, na základě kterých senioři hodnotí celkovou úroveň ošetrovatelské péče, jsou: způsob oslovování, způsob přístupu v komunikaci, srozumitelnost sdělovaných informací (hodnoceno v průběhu práce), ale také podle toho, zda se jim v daném Domově líbí, jestli jim chutná místní strava, zda mohou v objektu kouřit, zda mohou bydlet po jednom nebo naopak po dvou (někdy je např. dovoleno bydlet manželským párům spolu), dostupnost vybavení, které preferují apod. Zavděčit se samozřejmě nelze všem, jsem si jistá, že seniorské domy (alespoň to vyplývá z analýzy třech vybraných), se skutečně snaží své klienty zabezpečit co nejlépe tak, aby byli s úrovní poskytovaných služeb co nejvíce spokojeni.

**Doporučení.** V zájmu zlepšování služeb je možné s klienty seniorských domů toto téma diskutovat prostřednictvím jednoduše položených otázek (existuje něco, co Vám tady chybí, co by Vám udělalo radost?), názory seniorů lze získat také prostřednictvím anonymní ankety apod.



## ZÁVĚR

Stejně tak jako v mládí, tak i ve stáří by měli lidé být v dobré fyzické i duševní kondici, aby mohli vést plný, kvalitní a nezávislý život. Toto je koncept, ze kterého je třeba vycházet v oblasti zdravotních a sociálních služeb starších lidí. Jejich cílem by mělo být zlepšení celkového stavu seniorů, zlepšení jejich soběstačnosti i kvality života a v neposlední řadě snahy o udržení seniora v co nejlepší náladě a psychickém rozpoložení.

V určitém věku začínají mít lidé určité formy psychických a fyzických obtíží, spojených se stárnutím organismu. Vedle fyzických změn, které jsou na prvním pohledu patrné, se jedná o delirium, depresi a demenci. Starší lidé vyžadují díky těmto fyziologickým změnám zvláštní přístup. Rozhodně jejich zdravotnímu stavu nepřispívá špatné zacházení, mezi které patří ekonomické zneužívání, psychické týrání a nezřídky i fyzické ubližování. Všechny případy špatného zacházení urychlují faktický proces stárnutí.

Ne všichni se můžeme o členy rodiny, kteří zestárnou a mají potíže např. se soběstačností, postarat. Důvody k tomu existují různé – nedostatečný prostor, potřeba docházky do zaměstnání, nesdílnost partnera apod. Proto existují pobytová zařízení, která tuto nepříznivou situaci pomáhají řešit. Nejčastěji se jedná o domovy pro seniory, do kterých staří lidé přichází žít. V případě, že lidé potřebují soustavnou lékařskou péči, a z tohoto důvodu nemohou přečkat v domácích podmínkách, mohou využít léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Snad nejlepší variantou ale stále zůstává domácí ošetrovatelská péče. Je tomu tak proto, že rodina v případě starého člověka představuje nezastupitelný prvek ovlivňující jeho celkový zdravotní stav. Někdy však staří lidé své rodiny zatěžovat nechtějí a dobrovolně odcházejí do domovů pro seniory. Zpočátku to pro ně může znamenat psychickou zátěž, po čase nabudou pocitu jistoty a mohou být opět spokojeni. Jsou ve společnosti stejně starých lidí a stará se o ně profesionální personál, který by se měl řídit etickým kodexem a měl by dodržovat práva pacientů, mezi které patří právo na důstojnost, právo na informace a právo na mlčenlivost.

Cílem práce bylo získat v teoretické rovině poznatky o projevech stáří, v praktické rovině se potom seznámit s tím, jak zdravotnický i nezdravotnický personál dodržuje etické zásady. Ve zdravotnictví je totiž důraz na dodržování etických norem kladen více než v kterékoliv jiné profesi. Zdravotní personál představuje primárního poskytovatele péče a musí proto nejen dodržovat právní normy a ctít a dodržovat normy etické.

Jako vedlejší cíl práce jsem si dala za úkol zjistit, jaké faktory ovlivňují přístup zdravotnického i nezdravotnického personálu k seniorům (tedy jaké jsou ovlivňující činitele dodržování zásad etiky péče o seniory).

V rámci empirické části bylo zjištěno, že více než polovina dotazovaných respondentů se cítí v rámci společnosti kvůli svému stáří diskriminována (přesně 55 %). Tento názor senioři pociťují například proto, že ne vždy jsou slušně osloveni, ne vždy je ze strany personálu dodržováno jejich soukromí a ne vždy je personál příjemný a komunikace směrem k seniorům dostatečná.

Bylo zjištěno, že pocit diskriminace s přibývajícím věkem sílí. S přibývajícím věkem sílí také neznalost práv pacientů, i když ta je obecně velmi nízká. O tom, že tento institut existuje, ví pouze 20 % respondentů. Situace se dá řešit tak, že s nimi budou senioři systematicky při přijetí do zdravotního zařízení či domova pro seniory seznamováni, jejich existence se jim bude dále připomínat prostřednictvím letáků na nástěnkách v čekárně u lékařů, článků v časopisech, informačních brožurách, v klubech pro seniory. apod.

Empirická část také přinesla zjištění, že 35 % respondentů si myslí, že patientská práva jsou porušována, 20 % dotazovaných seniorů dokonce přiznalo, že s touto problematikou mají osobní zkušenosti. Zatímco obecně se senioři domnívají, že nejvíce jsou práva pacientů porušována v oblasti komunikace a informací (57 %) a dále v oblasti intimity a soukromí (43 %), v reálu senioři přichází nejčastěji do styku s porušováním práv pacientů v oblasti intimity a soukromí a teprve potom až v oblasti komunikace a informací a v oblasti důstojnosti.

Práva pacientů a etické normy obecně podle seniorů nejčastěji porušují zdravotní sestry. Z rozhovorů se zdravotním personálem však bylo zjištěno, že

v tomto směru nezáleží v praxi na vykonávané funkci, ale na délce praxe. Zaměstnanec, který dlouhá léta pracuje na jednom místě, sklouzává k určité rutinně a snadno tak přehlédne záležitosti, které by se mu na začátku jeho kariéry zdály nepřehlédnutelné a klasifikoval by je třeba i sám jako zanedbávání etických norem. Východiskem z této situace, jak jsem již uvedla, by mohlo být posílení stavu ošetřovatelského personálu. Toto zaměstnání je velmi náročné psychicky i fyzicky a není dost finančně ohodnoceno. Větším množstvím personálu na oddělení by se řešilo více problémů. Personál by nebyl tolik unaven a nečinil by ošetřovatelskou práci pouze rutinně. Měl by více času a možností se osobně zajímat o klienty Domova a v neposlední řadě by uživatelé Domova si měli s kým popovídat, probrat své radosti i smutky. Mezi personálem a seniory by byl osobnější, přátelštější vztah a tudíž by se seniorům dostávalo i lepší zacházení. Další variantou je lepší motivace zdravotních sester, vyšší finanční i jiné ohodnocení, jak jsem již zmínila výše, například formou zaměstnaneckých výhod (relaxační či vzdělávací akce). Vytvoření lepšího klima na pracovišti. Sestry by mohly po určité době přecházet na jiná oddělení, a tudíž by se seznamovaly s novými kolegy/kolegyněmi/, novými uživateli domova a neustrnuly by v rutinně. Zcela jinou formou řešení problému by mohla být větší diferenciaci seniorských zařízení v soukromém sektoru (předpokládejme, že státní sektor je v této oblasti limitován).

Zakládání více soukromých a placených zařízení sice představuje variantu, která je pro seniory dražší, nicméně pokud současní mladí lidé budou na své stáří myslet, domnívám se, že není variantou nereálnou. Společně s otevřením nových domovů by se v oboru objevilo více personálu, což by výrazně napomohlo i problematice lepšího přístupu k seniorům. Ten, jak vyplynulo z empirické části, dokáže velmi podpořit zájem rodiny o svého blízkého, umístěného v seniorském domě.

Z praktické části dále vyplynulo, že většina (75 %) seniorů si přeje, aby byli informováni o svém zdravotním stavu, pokud to dovolí, dříve, než rodina. Realita je jiná, tato situace nastává pouze v 57 % případů. Osobní zkušenosti a pohovor se zdravotnickým personálem mě přesvědčily, že přístup ke každému pacientovi, když je mu sdělován jeho zdravotní stav, by měl být velmi individuální, že

rodina dokáže v mnoha směrech starého člověka o jeho zdravotním stavu informovat efektivněji, tedy s větší mírou účasti, srozumitelněji a v takové míře, ve které je přesvědčená, že starý člověk unese.

Celkově hodnotím přístup zdravotnického personálu ke klientům v domovech pro seniory jako pozitivní s tím, že doporučená opatření by měla přinést konkrétní zlepšení.

## LEGISLATIVNÍ DOKUMENTY

1. Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z:  
[http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=  
&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=)

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

2. BAHÝLEOVÁ, Lenka a kol. *Ústava České republiky*. 1. vyd. Praha: Linde, 2010. 1533 s. ISBN 978-80-7201-814-7.
3. DIENTSBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb Jak ho oddálit*. 1. vyd. Praha: Radix, 2009. 184 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
5. HERMAN, Jiří a kol. *Základy managementu sociálních služeb*. 1: vyd. Brno: IDV PZ, 2008. 159 s. ISBN 57-860-08.
6. HOLMEROVÁ, Iva., JURAŠKOVÁ, Božena., ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
7. CHYTIL, Oldřich., SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. 1: vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. 323 s. ISBN 80-7326-026-3.
8. JABŮRKOVÁ, Milena., MÁTL, Ondřej. *Kvalita péče o seniory II.: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
9. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
10. JEDLIČKA, Václav a kol. *Praktická geriatrie*. 1.vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, 1983. 274 s. ISBN není uvedeno.
11. KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0 .
12. KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
13. KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
15. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. -328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

16. PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
17. RABUŠIC, Ladislav., VOHRALÍKOVÁ, Lenka. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004. 90 s. ISBN není.
18. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

## **Příspěvky do sborníků**

19. JAROŠOVÁ, Darja. Senioři v domácí péči: zdravotní a sociální charakteristiky. In: CHYTIL, Oldřich a Dana SÝKOROVÁ. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. Ostrava, 2004. 1.

## **Internetové zdroje**

20. Česká lékařská komora: Etický kodex České lékařské komory. *Www.clk.cz*: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html> [online]. 2011 [cit. 2012-01-06].
21. PAKOGODOVÁ, Eva. Konference efektivity, kvality a spokojenosti klientů ve zdravotnictví: Problémy v prosazování a uplatňování kvality a její kontroly v sociálních službách se zřetelem na služby sociální péče. *Www.iceq.cz*: [http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3\\_1.pdf](http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3_1.pdf) [online]. 2006 [cit. 2012-01-05].
22. KUCHAROVÁ, Věra. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí: Život ve stáří. *Www.vupsv.cz*: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf> [online]. 2002 [cit. 2012-01-05].
23. Ministerstvo průmyslu a obchodu: Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Www.mpsv.cz* [online]. 2011 [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1326022765873\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1326022765873_2)
24. ŠŤASTNÝ, Ondřej. Mladá Fronta DNES: Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES. [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-domaci.aspx?c=A080706\\_225553\\_domaci\\_mia](http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-domaci.aspx?c=A080706_225553_domaci_mia)
25. Ministerstvo zdravotnictví: Zdraví pro všechny v 21. století. *Www.m* [online]. [cit. 2012-01-08]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti\\_2461\\_1101\\_5.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html)
26. Seniorský dům Felicita na Vyžlovce: Fotogalerie. *Www.domov-felicita.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://domov-felicita.cz/galerie/index.htm>

27. Domov pro seniory na Chodově: Fotogalerie. *Www.seniordomov.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.seniordomov.cz/fotogalerie.html>
28. Domov seniorů Budíškovice: Fotogalerie. *Www.ddbudiskovice.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://antee.cz/ddbudiskovice/>



# SEZNAM OBRÁZKŮ GRAFŮ A TABULEK

## OBRÁZKY

Obr. 1 Členění lidského života podle Světové zdravotnické organizace

## TABULKY

Tab. 1 Vývoj průměrného věku žen a mužů v České republice od roku 1920 po současnost

Tab. 2 Počet respondentů podle věkové kategorie

Tab. 3 Počet respondentů podle stupně soběstačnosti

Tab. 4 Počet respondentů podle stupně dosaženého vzdělání

## GRAFY

Graf 1 Změna vývoje průměrného věku žen a mužů v České republice od roku 1920 po současnost

Graf 2 Pocit diskriminace seniorů ve společnosti

Graf 3 Pocit diskriminace seniorů ve společnosti podle stupně dosaženého vzdělání

Graf 4 Způsob oslovení klientů domovů pro seniory

Graf 5 Způsob oslovení klientů domovů pro seniory stupně podle dosaženého vzdělání

Graf 6 Dodržování soukromí – názory podle věkové kategorie

Graf 7 Dodržování soukromí – názory podle stupně dosaženého vzdělání

Graf 8 Kladný přístup personálu a dostatečnost komunikace

- Graf 9 **Kladný přístup personálu a dostatečnost komunikace podle stupně dosaženého vzdělání**
- Graf 10 **Znalost patientských práv podle věkové kategorie**
- Graf 11 **Názor na porušování patientských práv podle věkové kategorie**
- Graf 12 **Názor na porušování patientských práv podle stupně soběstačnosti**
- Graf 13 **Oblast osobní zkušenosti s porušováním práv pacientů**
- Graf 14 **Druh personálu porušující práva pacientů**
- Graf 15 **Pořadí informovanosti o zdravotním stavu (informován dříve než rodina)**
- Graf 16 **Představa seniorů o pořadí informovanosti o zdravotním stavu**

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>PŘÍLOHA A</b>	<b>Barthelův test funkční nezávislosti</b>
<b>PŘÍLOHA B</b>	<b>Etický kodex lékařské komory České republiky</b>
<b>PŘÍLOHA C</b>	<b>Kodex sester předložený Českou asociací sester</b>
<b>PŘÍLOHA D</b>	<b>Etický kodex práv pacientů</b>
<b>PŘÍLOHA E</b>	<b>Dotazník pro personál a dotazník pro seniory</b>
<b>PŘÍLOHA F</b>	<b>Seniorský dům Felicita na Vyžlovce</b>
<b>PŘÍLOHA G</b>	<b>Domov pro seniory na Chodově</b>
<b>PŘÍLOHA H</b>	<b>Domov seniorů v Budíškovicích</b>

# PŘÍLOHA A

## Barthelův test funkční nezávislosti

Zdroj: KALVACH, Zdeněk., ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetrovatelské praxi*, s. 24 – 26.

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre</b>
1.	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
2.	<b>Oblékání</b>	Samostatně bez pomoci S pomocí Neprovede	10 5 0
3.	<b>Koupání</b>	Samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	<b>Osobní hygiena</b>	Samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	<b>Kontinence moči</b>	Plně inkontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
6.	<b>Kontinence stolice</b>	Plně inkontinentní Občas inkontinentní Trvale inkontinentní	10 5 0
7.	<b>Použití WC</b>	Samostatně bez pomoci S pomocí neprovede	10 5 0
8.	<b>Přesun lůžko - židle</b>	Samostatně bez pomoci S malou pomocí Vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	<b>Chůze po rovině</b>	Samostatně nad 50m S pomocí 50 m Na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	<b>Chůze po schodech</b>	Samostatně bez pomoci S pomocí neprovede	10 5 0
	<b>celkem</b>		

**ADL 4** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

**ADL 3** 15 – 60 bodů **závislost středního stupně**

**ADL 2** 65- 95 bodů **lehká závislost**

**ADL 1** 96 – 100 bodů **nezávislý**

# PŘÍLOHA B

## Etický kodex lékařské komory České republiky

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*, s. 108.

### §1 Obecné zásady

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

### §2 Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen, nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit, a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.
8. U transplantací se lékař řídí příslušnými předpisy. Odběru tkání a orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen odborně se vzdělávat.
11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.
12. Lékař nesmí své povolání vykonávat formou potulné praxe.
13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.
14. Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.
15. Lékař se podle svého uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení ve svůj soukromý prospěch.
16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činností, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

### **§3 Lékař a nemocný**

1. Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

3. Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat

5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.

### **§4 Vztahy mezi lékaři**

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, s přiznáním práva na odlišný názor.

2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a nelékařů.

3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře navrhnout osobu konzultanta. Závěry konziliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním důrazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu České lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

### **§5 Lékař a nelékař**

1. Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných námitek.

# PŘÍLOHA C

## Kodex sester předložený Českou asociací sester

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*, s. 112

### 1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetřovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

### 2. Sestry a jejich ošetřovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetřovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče.

Sestra pečuje o své zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči.

Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti.

Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

### 3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující při určování. Vytváření a realizaci norem ošetřovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí, vycházejících z vědeckého poznání.

Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetřovatelství.

### 4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetřovatelství a dalších oborů.

Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

# PŘÍLOHA D

## Etický kodex práv pacientů

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*, s. 140

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí předklad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedeného důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.



# PŘÍLOHA E

## Dotazník pro personál a dotazník pro seniory

Zdroj: Vlastní zpracování.

### DOTAZNÍK PRO PERSONÁL

Vážení,

přišla jsem za Vámi proto, že potřebuji pomoci s diplomovou prací. Píši o kvalitě poskytované péče a dodržování práv pacientů a etických norem. Zajímáme se proto, jaký je váš názor na tuto problematiku, jaké jsou vaše osobní zkušenosti v této oblasti, co by se podle vašeho názoru dalo změnit k lepšímu apod.

Prosím, zda bystami mohli pomoci a vyplnili přiložený dotazník. Tím, že se se mnou podělíte o své zkušenosti, mi předáte cenné informace, které budou vyhodnoceny anonymně, výhradně za účelem akademického zpracování.

Děkuji

Jméno -----

1. *Jak hodnotíte Vy jako personál celkovou úroveň ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu?*

- kladně
- mám k ní výhrady
- úroveň je špatná

2. *V jaké oblasti by se podle Vás dala/měla ošetrovatelská péče zlepšit?*

- v oblasti komunikace a informací
- v oblasti intimity a soukromí
- v oblasti práva podílet se na rozhodování o svém zdravotním stavu
- v oblasti důstojnosti
- v jiné oblasti (v jaké?)

.....

3. *Myslíte si, že fakt, že rodina je někdy informována o stavu klienta dříve, než on sám, závisí na jeho věku?*

- ano
- ne

4. *Pokud si to myslíte, můžete prosím napsat, proč tomu tak podle Vás je?*

.....

.....

5. *Myslíte si, že vaši klienti znají patientská práva?*

- ne
- ano
- jen někteří, spíše ti mladší
- jiná odpověď

.....

6. *Setkal/a jste se někdy Vy osobně s tím, že by někdo z Vašeho okolí vystupoval vůči klientům neprofesionálně, tedy porušoval jejich práva?*

- ano
- ne

7. *Pokud ano, můžete uvést konkrétní příklad?*

.....

.....

8. *Když připustíte, že věková diskriminace v podobě nedodržování práv pacientů existuje, kdo si myslíte, že tak nejčastěji činí?*

- lékaři
- zdravotní sestry
- pomocný ošetrovatelský personál
- někdo jiný (kdo?)

.....

9. *Připouštíte existenci nedodržování práv pacientů ve vašem zařízení?*

- ano
- ne

**DĚKUJI ZA VAŠI SPOLUPRÁCI**

# DOTAZNÍK PRO SENIORY

Vážení klienti seniorského domova,

Přišla jsem za Vámi proto, že potřebuji pomoci s diplomovou prací. Píši o kvalitě poskytované péče a dodržování práv pacientů a etických norem. Zajímáme se proto, jaký je váš názor na tuto problematiku, jaké jsou vaše osobní zkušenosti v této oblasti, co by se podle vašeho názoru dalo změnit k lepšímu apod.

Prosím, zda bystami mohli pomoci a vyplnili přiložený dotazník. Tím, že se se mnou podělíte o své zkušenosti, mi předáte cenné informace, které budou vyhodnoceny anonymně, výhradně za účelem akademického zpracování.

Děkuji

Jméno -----

1. *Jaký je Váš věk?*

- 65 – 69 let
- 70 – 79 let
- 80 – 89 let
- 90 a více let

2. *Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*

- základní
- vyučen
- střední škola
- vysoká škola

3. *Můžete prosím uvést stupeň Vaší současné soběstačnosti?*

- jsem úplně samostatný/á ve všech každodenních činnostech
- jsem soběstačný/á, ale někdy potřebuji drobnou výpomoc druhé osoby
- asi v polovině případů potřebuji pomoc druhé osoby (např. při oblékání, při osobní hygieně, při stravování apod.)
- jsem zcela odkázán/a na pomoc druhé osoby

7. *Cítíte se být kvůli stáří v naší společnosti diskriminováni?*

- ano
- částečně ano
- ne

8. *Jak Vás zdravotnický personál nejčastěji oslovuje?*

- nijak
  - příjmením
  - jinak (jak?)
- .....

9. *Máte pocit, že je ze strany personálu dodržováno Vaše soukromí?*

- ano
- ne

10. *Je podle Vašeho názoru zdravotní personál příjemný, komunikuje s Vámi dostatečně?*

- ano
- jen někdy
- ne

11. *Znáte práva pacientů?*

- ano
- ne

9. *Víte, kde najdete informace o právech pacientů?*

- ano
- ne

10. *Jsou podle Vás patientská práva porušována?*

- ano
- ne

11. *V jaké oblasti jsou podle Vás nejčastěji porušována patientská práva?*

- v oblasti komunikace a informací
  - v oblasti intimity a soukromí
  - v oblasti práva podílet se na rozhodování o svém zdravotním stavu
  - v oblasti důstojnosti
  - v jiné oblasti (v jaké?)
- .....

12. *Vy osobně jste se setkal/a s porušováním patientských práv?*

- ano
- ne

13. Pokud jste se osobně s porušováním patientských práv setkal/a, můžete prosím blíže specifikovat oblast?

- v oblasti komunikace a informací
- oblasti intimity a soukromí
- v oblasti práva podílet se na rozhodování o svém zdravotním stavu
- v oblasti důstojnosti
- v jiné oblasti (v jaké?)

.....

14. Kdo podle Vašeho názoru práva pacientů nejčastěji porušuje?

- lékaři
- zdravotní sestry
- pomocný ošetrovatelský personál

15. Kdo si myslíte, že má být jako první informován o zdravotním stavu pacienta?

- pacient sám, pokud to jeho zdravotní stav dovolí
- pacientova rodina
- rodina, pokud k tomu dá pacient souhlas

16. Byl/a jste Vy osobně vždy plně informován/a o svém stavu a možnostech léčby dříve, než rodina?

- ano
- ne

17. Jak jste spokojen/a s celkovou úrovní ošetrovatelské péče z hlediska etického přístupu?

- jsem spokojen/a
- jsem spokojen/a napůl
- nejsem vůbec spokojen/a

18. Máte ještě něco na srdci, s čím byste se s námi chtěl/a podělit? Např. co by se podle Vás dalo změnit k lepší-

mu? .....

.....

**DĚJUJI ZA VAŠI SPOLUPRÁCI**

# PŘÍLOHA F

## Seniorský dům Felicita na Vyžlovce

Zdroj: Webové stránky Seniorského domu Felicita na Vyžlovce

### Exteriér



### Interiér



# PŘÍLOHA G

## Domov pro seniory na Chodově

Zdroj: Webové stránky Domova pro seniory na Chodově.

### Exteriér



### Interiér



# PŘÍLOHA H

## Domov seniorů v Budíškovicích

Zdroj: Webové stránky Domova seniorů v Budíškovicích.

### Exteriér



### Interiér

