

# **Respektování důstojnosti seniorů v zařízení poskytujícím zdravotní péči**

Monika Mikulová

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Mikulová**  
Osobní číslo: **H17512**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Respektování důstojnosti seniorů v zařízení poskytujícím zdravotní péči**

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti respektování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- ČELEDOVÁ L., Z. KALVACH a R. ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2016. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
- ELIOPOULOS, Ch. *Gerontological nursing*. Ninth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2018. 539 s. ISBN 978-1-4963-7725-8.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- ROSENKRANZOVÁ, O. *Lidská důstojnost – právně teoretická a filozofická perspektiva: Giovanni Pico della Mirandola & Immanuel Kant*. Praha: Leges, 2019. 171 s. ISBN 978-80-7502-412-1.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

---

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 15.4.2021

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

*(2) Dtsertační, diplomové, bakalářské a rigordční práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přiměřeně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se nazývá „Respektování důstojnosti seniorů v zařízení poskytujícím zdravotní péči“. Teoretická část vymezuje pojmy stáří, stárnutí a důstojnost, dále popisuje základní informace o etických přístupech, komunikaci a péči o seniory. V praktické části bylo cílem zjistit, zdali je z pohledu seniora respektována jeho důstojnost a co může být nejčastější okolností jejího porušení v daném zdravotnickém zařízení. Zvolenou výzkumnou metodou sběru dat byl kvantitativní sběr – dotazníkové šetření.

Klíčová slova: důstojnost, senior, stáří, stárnutí, etické přístupy, komunikace, péče o seniory.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is called „Respecting the dignity of seniors in health care facilities“. The theoretical part defines the concepts of old age, aging and dignity, further describes the basic information about ethical approaches, communication and care for the elderly. In the practical part, the aim was to find out whether from the point of view of the senior, his dignity is respected and what may be the most common circumstances of its violation in the given medical facility. For data collection we used quantitative research method – a questionnaire survey.

Keywords: dignity, senior, old age, ageing, ethical approaches, communication, care for the elderly.

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce panu doc. MUDr. Miroslavu Kalovi, CSc. za odborné vedení, cenné rady, připomínky, a především za trpělivost při jejím vypracování. Také děkuji staničním sestřám interních oddělení Uherskohradištské nemocnice za pomoc a umožnění výzkumného šetření a stejně tak seniorům, kteří vyplňovali mé dotazníky. Děkuji své rodině za podporu a umožnění studia na vysoké škole.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

#### MOTTO

*„Stáří může být nešťastné a neradostné právě tak jako mládí. Srovnávám-li, nezdá se mi stáří i se všemi slabostmi, které přináší, bez radosti, jen zabarvení a zdroje těchto radostí jsou jiné.“*

Wilhelm von Humboldt

## OBSAH

<b>I</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1</b>	<b>VYMEZENÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ .....</b>	<b>12</b>
1.1	ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	14
1.1.1	Biologické změny.....	14
1.1.2	Psychické změny .....	15
1.1.3	Sociální změny .....	15
1.2	AUTONOMIE .....	15
1.3	AGEISMUS .....	17
<b>2</b>	<b>ETICKÉ PŘÍSTUPY V PÉČI O SENIORY.....</b>	<b>20</b>
2.1	ETIKA CTNOSTÍ.....	20
2.2	ETIKA PEČOVÁNÍ A ODPOVĚDNOSTI.....	21
2.3	ETICKÝ KODEX SESTER.....	21
<b>3</b>	<b>LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....</b>	<b>24</b>
3.1	FORMY LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI .....	25
3.2	OHROŽENÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI VE ZDRAVOTNICKÉM ZARÍZENÍ .....	26
<b>4</b>	<b>KOMUNIKACE SE SENIORY .....</b>	<b>28</b>
4.1	VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	29
4.2	NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	30
4.3	BARIÉRY KOMUNIKACE SE SENIOREM.....	31
<b>5</b>	<b>PÉČE O SENIORY .....</b>	<b>32</b>
5.1	EVROPSKÁ CHARTA PRÁV PACIENTŮ SENIORŮ.....	32
5.2	ZDRAVOTNÍ PÉČE .....	32
5.3	SOCIÁLNÍ PÉČE .....	35
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>38</b>
6.1	CÍL VÝZKUMU .....	38
6.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉ METODY .....	38
6.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ A ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	38
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA .....</b>	<b>40</b>
7.1	DOTAZNÍKOVÁ ČÁST A .....	40
7.2	DOTAZNÍKOVÁ ČÁST B.....	49
<b>8</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>58</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>62</b>



<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

Bakalářská práce se věnuje respektování důstojnosti seniorů v zařízení poskytujícím zdravotní péči. Toto téma mě zaujalo pro svou aktuálnost, nadčasovost a výjimečnou důležitost. Medicínský a ošetrovatelský pohled je většinou kladen na první místo a téma lidské důstojnosti je upozadřováno, proto bych chtěla svou prací připomenout, jak důležité je nezapomínat na tuto součást každé lidské osoby.

Důstojnost jako hodnotu lidského života si často začneme uvědomovat, když dojde k jejímu porušení. Měla by být respektována za všech okolností, a to bez výhrady. Zejména ve stáří je důstojnost seniora náchylná k jejímu porušení, a tak by zdravotnický personál měl jít příkladem většinové společnosti a jednat s úctou, vlídností, zdvořilostí a empatií. Špatné zacházení může vyvolat pocity nadbytečnosti, ponížení, studu a nedůvěry v celý léčebný proces.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, zdali je z pohledu seniora respektována ve zdravotnickém zařízení jeho důstojnost. K tomuto hlavnímu cíli se řadí dílčí cíl, kterým je zjistit, v případě nerespektování důstojnosti seniora, za jakých okolností z jeho pohledu je jeho důstojnost nejčastěji porušena.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část má pět kapitol. První kapitola popisuje vymezení stáří a stárnutí. Druhá kapitola se zaměřuje na etické přístupy v péči o seniory. Třetí kapitola se zabývá lidskou důstojností. Čtvrtá kapitola se věnuje komunikaci se seniory a pátá kapitola nastiňuje péči o seniory.

Praktická část je členěná do tří kapitol. První kapitola popisuje metodiku výzkumu, kdy za pomoci kvantitativní metody využívající techniku dotazníku, se bude snažit najít odpovědi na stanovené cíle a předpoklady. Druhá část se bude zabývat výsledky šetření a analýzou. Ve třetí kapitole budou shrnuty výsledky šetření.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VYMEZENÍ STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Život prožíváme v různých etapách a každá je velmi specifická a ovlivňuje naše chování a vývoj. Stáří lze považovat za všeobecné označení poslední lidské etapy, která končí smrtí. Během tohoto období probíhají změny, které lze pozorovat u každého jedince individuálně (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 11). O vymezení definice se snažili již Hippokrates, který definoval stáří jako ztrátu vlhka, a Aristoteles, který je vnímal jako ztrátu tepla. Nerovnováhou mezi zdravím a nemocí, změnami v tělních tekutinách, úbytkem tepla, vlhka a krve je definování podle Galéna (Příbyl, 2015, s. 9).

S přibývajícím věkem ubývá sil a ve společnosti přirozeně zaujímáme jiné místo. Rozpor může nastat, označí-li společnost ze zvyku danou osobu za „starou“, aniž by se tak osoba sama cítila. Toto označení s sebou může přinést pozitivní zvýhodnění, jeho názory a rady se mohou stát více uznávané, může si užívat tzv. penzijního odpočinku nebo naopak může přinést diskriminační vyloučení, pokles životní úrovně a pokles pracovní výkonnosti. Stáří přináší strach ze situací, kdy se člověk cítí nadbytečný a společností odstrčený a nahrazený mladší generací (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 12–13). Střední délka života je neustále prodlužována, a tak lze očekávat, že doba trvání etapy stáří bude dlouhá u mnoha osob. Starší lidé (senioři) jsou velmi různorodou skupinou. Liší se věkem, zdravotním stavem a funkčními schopnostmi, většina žije samostatný a často i velmi aktivní život, najdeme zde ale i rizikové osoby, které nejsou schopny se adaptovat na změny související se stárnutím. Podle WHO to jsou osoby starší 80 let, se závažným onemocněním, ženy žijící osaměle, páry, kde je jeden z partnerů vážně nemocný nebo osoby vyššího věku se špatným hmotným zabezpečením. Měli by být včas vyhledáni, sledováni a následně by jim měla být poskytnuta pomoc (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 23–24).

Chceme-li obecně rozčlenit stáří a získat tak přehled, můžeme jej dle Čeledové, Kalvacha a Čevely (2016, s. 13–14) kategorizovat takto:

### **Biologické stáří**

Je stáří člověka, které určují jeho tělesné biologické parametry a psychický stav. Je dáno kondicí těla v určité fázi života. Je z velké míry ovlivněno jeho zdravím či nemocí (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 16). Z praktického hlediska ho lze využít k porovnání aktuálního stavu konkrétního člověka s obvyklým stavem lidí daného věku, vyhodnocení způsobilosti člověka k určité činnosti, nebo zda je vhodný pro lékařský zákrok. Toto téma

je více rozvedeno v kapitole 1.1.1 Biologické změny (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 13–14).

### **Sociální stáří**

Jde především o stáří, které nám určuje společnost. Patří zde typické životní změny a události. Za jeho počátek lze považovat odchod do důchodu a tím i změnu životního tempa, příchod vnuků a nové životní role jako prarodiče, ztrátu životního partnera a postupnou ztrátu vrstevníků. Aktivity, které jsme byli zvyklí vykonávat ve středním věku, se pozvolna mění v méně náročné, přizpůsobené seniorskému životu (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 14).

### **Kalendářní stáří**

Kalendářní věk je nejsnadnějším způsobem, jak přesně vyjádřit stáří člověka. Počítá se od data narození až po smrt. Jedná se o jistou společenskou shodu, která se ale nemusí shodovat s osobním pocitem biologického nebo sociálního věku jedince. Podle Světové zdravotnické organizace lze věk dělit patnáctiletou periodizací:

- 0–14 let děti;
- 15–29 let mládež;
- 30–44 let mladí dospělí (adulthood);
- 45–59 let střední věk (intermedium);
- 60–74 let počínající stáří (senescence);
- 75–89 let vlastní stáří (senium);
- 90 let a výše se označuje jako dlouhověkost (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 14–15).

Nejvíce využívané rozčlenění v současné době je podle Mühlpachra, a to:

- 65–74 let (mladí senioři);
- 75–84 let (staří senioři);
- 85 let a více (velmi staří senioři) (Malíková, 2020, s. 14).

## 1.1 Změny ve stáří

„Stárnutí (*senescence*) je fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout“ (Příbyl, 2015, s. 9). Můžeme stárnout fyziologicky (primárně), kdy děj je zrychlen po 65. roce života. Jedná se o zdravé stárnutí, které je provázeno přirozenými projevy souvisejícími s věkem, kdy se vytváří stařecký fenotyp neboli typický obraz stárnoucího člověka. Za patologické (sekundární) stárnutí považujeme proces, kdy je stárnutí urychleno např. nemocí (Příbyl, 2015, s. 9–10). Koncept, užívaný Světovou zdravotnickou organizací, *Aktivní stárnutí*, vychází ze snahy snižovat a co nejvíce oddalovat onemocnění, a tak docílit zdravého stárnutí. Související pojmy jsou známé jako úspěšné stárnutí nebo produktivní stárnutí. Jedná se o proces, který se snaží zajistit co nejlepší kvalitu života během stárnutí a který zahrnuje všechny oblasti od sociální, ekonomické a fyzické aktivity, až po kulturní či duchovní. Opírá se o předpoklad, že aktivní životní styl je propojen s osobní autonomií, lepším zdravím, životní spokojeností a obecnou kvalitou života (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 53–54).

Podle Malíkové (2020) lze změny ve stáří rozdělit do tří skupin. U každého jedince daná změna probíhá vzhledem k jeho vlastnímu tělesnému stavu a psychickému nastavení, které ovlivňují prodělané a stálé nemoci typické pro stáří.

### 1.1.1 Biologické změny

Tělo seniora se zvyšujícím se věkem podléhá postupným involučním změnám. Příkladem může být postupná atrofie orgánů, tkání, kůže, svalů, hormonální změny, změna rozložení tělních tekutin a tuků. Dochází ke změnám metabolismu vápníku a s tím související úbytek kostní denzity s následným vznikem osteoporózy. Celková funkční výkonnost všech orgánových soustav klesá, výjimkou nejsou ani smyslové orgány (Jarošová, 2006 dle Malíkové, 2020, s. 18).

Změny jsou zcela individuální a můžeme je pomalu pozorovat již od 25–30 roků života. Mezi klasické vnější projevy *fenotypu stáří* patří svrašťování a vysušování kůže, řídké a šedivé vlasy, změna postavy. Projevem poruchy smyslových orgánů je horší vnímání vysokých tónů, citlivost na šумы, horší a pomalejší adaptace při změně světla a tmy a zúžení zorného pole (Příbyl, 2015, s. 11).

### 1.1.2 Psychické změny

Kromě tělesných změn dochází v seniui také ke změnám psychickým, ke kterým řadíme např. sníženou schopnost paměti, koncentrace, zapamatovat si nové informace, zvýšené zapomínání a další. Jsou sníženy fatické funkce jako schopnost porozumět řeči, pojmenovat předměty. Charakteristické jsou změny nálad a proměnlivost postojů, emoční labilita a povahová změna. Nedokáží se tak rychle přizpůsobit změnám a mění se jejich žebříček životních hodnot. Orientují se více na rodinu, lásku, zdraví a duchovní potřeby (Jarošová, 2006 dle Malíkové, 2020, s. 18–19).

Ve stáří může závažné onemocnění být stresorem, který má za důsledek frustraci, pocity úzkosti, deprese, strach a změnu vztahu k sobě samému (např. snížení sebevědomí a ztrátu sebeúcty). V ohrožení je i autonomie a motivace člověka. Ve zdravotnickém zařízení může nastat geriatrický hospitalismus (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 283).

### 1.1.3 Sociální změny

Sociální změny přímo souvisí se změnou pracovní pozice, tzv. odchodem do důchodu. Pro společnost se tak senior stává osobou, která pro ni nepřináší pracovní hodnoty. Je tím, kdo začíná často čerpat finanční prostředky státu ve formě důchodu nebo zdravotní péče. Plánováním stáří a penzionování se lze na tyto změny dobře připravit. Nepříznivým aspektem podle Jarošové (2006 dle Malíkové, 2020, s. 19–20) je také úmrtí blízké osoby a tím podpora strachu z osamělosti a sociální izolace, přestěhování do neznámého prostředí. Mění se sociální vazby v rodině a v jeho okolí. Nově navázané vztahy mohou být nucené z příčiny snížené mobility a vyžadování větší pomoci (Blatný, 2016, s. 164–165). Mnohdy dochází k přestěhování z místa původního bydliště, kdy bývá vítáno samostatné, ale nedaleké bydlení od svých blízkých, tzv. *intimita na dálku* (Ondrušová, Krahulcová, 2019, s. 17–18).

## 1.2 Autonomie

Autonomie je chápána jako svébytnost, nezávislost a osobní samostatnost. Podle lidských práv by měl každý člověk mít možnost se rozhodovat sám za sebe, a to v jakékoli situaci, i přesto, že rozhodovací schopnosti seniorů jsou často omezené, je nutné brát jejich názor v potaz a respektovat je. Seniorům ve zdravotnickém zařízení by neměla být odpírána možnost informovaného souhlasu, v sociálních službách by zase neměli být omezováni ve

vyjádření, co si přejí dělat ve svém volném čase a s kým se chtějí stýkat (Haškovcová, 2012, s. 56).

Heřmanová (2012, s. 9) klade důraz na rovnoprávný vztah mezi sestrou a pacientem, na posílení jeho samostatnosti, což povede ke správnému svobodnému rozhodování. Vyžaduje pečování s respektem, vnímavost a podporu pacientova sebevědomí.

Sýkorová (2007, s. 224–225) považuje za autonomii především vlastní svobodu rozhodování a kontrolu nad svým životem. Další podmínkou je také respektování osoby seniora, jeho soukromí a nezasahování do jeho rozhodování. Autonomie může být významná v přístupu a vyrovnání se se stářím u každého seniora individuálně. Sýkorová popisuje šest odlišných přístupů.

- **Přístup „mladé stáří“** je založen na osobním pocitu mladosti, fyzické a finanční soběstačnosti, samostatném rozhodování a jeho schopnosti zvládnout věci sám. Ve vzájemném působení s rodinou a přáteli si uvědomují vlastní autonomii a respektují ji u ostatních. Snaží se o zachování aktivit středního věku. Ohrožení autonomie vychází spíše ze strany jeho okolí a společnosti nežli ze ztráty schopností.
- **Přístup „vyrovnané stáří“** je o chápání stáří a odchodu do důchodu jako času svobody a možností vlastní realizace. Snaží se pohlížet na život z kladné stránky a zůstat co nejvíce aktivní, cestovat, věnovat se kulturním zájmům. Autonomie je sebevědomá a respektuje druhé. Přístupem odpovídají konceptu „nových seniorů“.
- **Přístup „ambivalentní stáří“** se snaží překonat negativní postoj ke stáří a penzionování. Vnímají strach ze ztráty finanční a fyzické soběstačnosti. Přizpůsobení aktivit vnějším a vnitřním možnostem, zapojení do sociálních kruhů.
- **Přístup „popírání stáří“** je charakteristický distancí od stáří, seniorů a vlastních zdravotních potíží. Na téma možné nesoběstačnosti se nechtějí bavit a raději upozorňují na jejich pozitivní vlastnosti a úspěchy. Kladou důraz na to, že oni pomoc nepotřebují.
- **Přístup „vázně nemocné, imobilní stáří“** se vyznačuje ztotožňováním se slabými a nemocnými, soustředění a zakládání si na aktivitách, které ještě dobře zvládají. Soběstačnost ve výběru činností je omezená. Snaha okolí o reálný pohled na aktuální stav seniora, nesnaží se o omezení jeho rozhodování.



- **Přístup „zvládnání čtvrtého věku“** je o přijetí pasivního, nemocného a závislého seniora, který své aktivity značně omezuje na několik pasivních činností, dokud neztratí smysl. Důležité je pro něho osobní bezpečí a příprava na odchod (Sýkorová, 2007, s. 224–225).

### 1.3 Ageismus

*„Označuje pestré projevy averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Český ekvivalent tohoto anglického pojmu neexistuje. Praktickým a častým projevem ageismu je tzv. věková diskriminace“* (Haškovcová, 2012, s. 48).

Již v roce 1968 R. Butler ve Spojených státech amerických definoval okruh problémů ageismu, věkové diskriminace a ve stejném roce Organizace spojených národů poprvé projednávala problematiku stáří a stárnutí (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 18–19).

Termínem ageismus se myslí hlavně diskriminace nebo předsudek vůči věkové skupině. Jako forma diskriminace je nejrozšířenější a společensky akceptovaný. Staří lidé čelí jeho projevům především na trhu práce a ve zdravotnictví (horší dostupností některých zdravotních služeb a výkonů) (Wija, 2018, BS). V ošetrovatelské péči se sklony k projevům ageismu vyskytují častěji, podpořeny negativními stereotypy, kdy zdravotnický personál má navyklý způsob reagování a ustálené představy o skupině lidí vyššího věku – seniorech. Tyto tendence se poté mohou projevit neúctou, elderspeakem (viz kapitola 4), omezení nákladných léčebných postupů, omezení rozhodovacích možností, nerespektování osobního režimu až špatné zacházení se seniorem (Pokorná, 2010, s. 62–63).

Podle Říčana (2014, s. 358–359) se jedná až o odpor ke stáří, pohrdání starými, opak mládí, a tedy hlavně o předsudky vůči starším lidem. Dříve byla se zvyšujícím se věkem člověka automaticky spojována i narůstající míra respektu. Dnes se stáří pokládá za zkosnatělé, zaostalé, nemá autoritu a podle těchto stereotypních představ jsou většinou posuzováni všechny starší osoby.

Prezentování starších lidí médií jako nesamostatných, ekonomicky pasivních a zranitelných vůči trestné činnosti napomáhá k utvoření a udržování stereotypů stáří ve společnosti. Skupinové označování **důchodci**, **duchny**, **staří lidé**, **senioři** není správné, protože nevyjadřuje osobní identitu a individualitu jedince, stejně tak jako označení **dnešní mládež**, které se používá pro popis dospívajícího člověka (Wija, 2018, BS).

### Mýty o stárnutí:

Petr Wija (2018, BS) sepsal některé mýty a polopravdy o stárnutí a stáří, které jsou rozšířené ve společnosti:

- Mýtus, že „**všichni starší lidé jsou stejní**“ je nesmyslný, protože neexistuje typický starší člověk. Stárnutím se stáváme ještě více různorodí na základě našeho životního vývoje.
- Mýtus, že „**špatné zdraví ve vyšším věku je nevyhnutelné.**“ Vysoký kalendářní věk nemusí odpovídat biologickému věku.
- Mýtus, že stárnutí je „**překážkou k dobrému životu.**“ Stárnutí nemusí znamenat problém, naopak přináší mnoho výhod, např. zlepšení sociálních a emocionálních dovedností.
- Mýtus, že „**starší lidé jsou zátěž pro ekonomiku.**“ Starší lidé přinášejí společnosti stále hodnoty v podobě péče o děti, finanční podpory rodiny a jiné.
- Mýtus, že „**výdaje na služby pro starší lidi jsou plýtváním a odebírají zdroje mladým lidem.**“ Vhodně a cíleně zaměřené finanční prostředky určené na nákup zdravotních a asistenčních pomůcek mohou prodloužit dobu soběstačnosti, a tím snížit potřebu dodatečné a dražší péče.
- Mýtus, že „**mnoho starších lidí si přeje ve stáří zůstat v klidu a ústraní.**“ Spousta seniorů vnímá odchod do důchodu jako možnost splnit si věci, na které neměli čas. Přejí si udržet si své sociální kontakty, naopak ztráta kontaktů by znamenala negativní dopad na jejich duševní i tělesné zdraví.
- Mýtus, že „**péči o starší lidi se sníženou soběstačností mohou poskytnout rodiny samy.**“ Rodina hraje velkou roli v dlouhodobé péči, ale někdy nemůže poskytnout dostatečně adekvátní péči, která je potřeba.
- Mýtus, že „**starého psa novým kouskům nenaučíš.**“ Studie prokázaly, že starší lidé jsou motivovaní a vytrvalí ve vzdělávání a mají zájem se učit, jak pracovat s novými technologiemi.

Mezi další mýty patří např. mýtus o úbytku sexu, kdy realita ukazuje, že uspokojivý fyzický kontakt mezi partnery je stále velmi důležitý. Dalším mylným tvrzením je spojení

stáří se ztrátou zubů, nebo že všichni staří lidé špatně spí a jiné. Přetrvávání mýtů ovlivňuje pohled společnosti na stáří a podněcuje k ageismu (Příbyl, 2015, s. 26–27).

## 2 ETICKÉ PŘÍSTUPY V PÉČI O SENIORY

Pro začátek je nutné si vymezit pojem etika.

Jedná se o „*nauku zabývající se správným (obvyklým) jednáním v lidském společenství ... je filozofickou vědou o správném způsobu života.*“ V dalším pojetí ji chápeme jako „*praktickou filozofii reprezentující vztah člověka ke světu.*“ Pochází z řeckého slova „ethos“, v češtině to je „zvyk, mrav, obyčej“. Jako věda úzce souvisí s **morálkou**, která „*hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla v porovnání se svědomím člověka*“ a etika se ji snaží zdůvodnit. Její vývoj je spjatý s vývojem filozofie. Její kořeny nalézáme už v mytických obdobích. Zabývali se jí i starověcí řečtí filozofové. Zakladatelem etiky byl Aristoteles, který se ji snažil definovat v díle *Etika Nikomachova*. (Jankovský, 2018, s. 26).

Lékařská etika je nejstarší a nejpropracovanější morální koncepcí ve zdravotní péči. Již ve starověku se jí zabývali známí myslitelé, nejznámějším příkladem je Hippokratova přísaha, která dala podklady pro tvorbu etických a morálních norem zdravotní péče, není ale právní normou a v dnešní době slouží pouze jako inspirace a historický text. S rozvojem ošetrovatelství se v posledních desetiletích rozvíjí také ošetrovatelská etika, která se od lékařské liší snad jen v perspektivě „*dané zvláštnostmi obou profesí*“ (Šimek, 2016, s. 74).

Charlotte Eliopoulos (2018, s. 119) seřadila etické zásady přístupu k vedení ošetrovatelské péče. Jejím cílem je **dobročinění** založené na vzdělanosti a zkušenostech sestry dělat zdravé rozhodnutí ve prospěch pacientů, **nepoškodit** pacienta na základě adekvátních znalostí, **spravedlivý** přístup založený na rovnosti pacientů, **věrnost a pravdomluvnost** jako základ vztahu mezi sestrou a pacientem, zásada **autonomie**, zejména u starších pacientů, **diskrétnost** ohledně všech informací týkajících se pacienta.

### 2.1 Etika ctností

Podle Jankovského (2018, s. 28) je ctnost něco, co tvoří svět svobody a odpovědnosti člověka, něco, co vyměřuje lidské jednání vedoucí k nesobeckému a dobrému životu. Šimek (2016) popisuje ctnost jako etickou orientaci směrem ke světu, neprojevuje se jen v chování, ale také ve vnitřním životě, kdy základem je dlouhodobé dobročinění.

Etika ctností se nezaměřuje na soubor pravidel, která by nám měla říkat, jak se máme chovat, ale zaměřuje se spíše na charakter a motivaci jednajícího. Staví se na tom, „*jaký má být morální člověk a jak morálního jedince vychovat*“ (Heřmanová, 2012, s. 136). Tato

etika má ale také své omezení, např. pokrok medicíny přináší stále nové a nové velmi závažné etické otázky. Samotný pojem ctnost se dá chápat jako dovednost, náchylnost k provedení určitého jednání. Člověk se s ní nerodí, pouze k ní dostává dispozice. U zdravotníků ji lze hledat ve schopnostech rychlého a správného posouzení situace, která by mohla poškodit pacienta. Úkolem sestry je zejména se snažit pomáhat pacientovi udržet si zdraví a podporovat jeho ctnosti (např. změna životního stylu v zájmu zdraví a léčby, správná edukace, podpora zdraví) (Heřmanová, 2012, s. 151–152).

## 2.2 Etika pečování a odpovědnosti

První myšlenky a termín *ethics of care* zformulovala v roce 1982 americká profesorka Carol Gilligan ve své knize *In a Different Voice*. Pečování by se dalo pojmut jako holistická ctnost, předpokládající soucit, empatii, lásku k bližnímu člověku i k sobě. Za zakladatele etiky odpovědnosti je považován Max Weber. Odpovědností rozumíme: bilanci mezi morálními principy a okolnostmi dané situace, schopnost unést následky našich rozhodnutí. Existující výraz pro tento jev je i *fronésis* (praktická moudrost), který použil Aristoteles (Heřmanová, 2012, s. 207–208).

Syntézou těchto dvou etik vzniká jedinečný koncept ošetrovatelství popisující „*profesionální odpovědnost jako primární předpoklad pečování*“ (Heřmanová, 2012, s. 235). Nalezení rovnováhy mezi empatií, citovým zaujetím a neosobním poskytováním ošetrovatelské péče je důležité ke správnému vykonávání ošetrovatelské profese. Základem je výchova zdravotníků umět naslouchat, pojímat holisticky každého pacienta, ale především být zdatnými odborníky, což povede k poskytnutí morálně správné a bezpečné péče. Etika pečování zahrnuje úctu k životu nejen ke zdravým a silným jedincům, ale také k těm, kteří jsou slabí, nemocní, postižení nebo staří (Jankovský, 2018, s. 119).

## 2.3 Etický kodex sester

Obecné stanovení významu a funkce etického kodexu je důležitým bodem. „*Etické kodexy sledují především profesní cíle, jichž by mělo být dosaženo v souladu s obecně respektovanými etickými principy*“ (Jankovský, 2018, s. 181). Po roce 1989 si mnoho profesí a organizací začalo vytvářet svá pravidla profesního jednání, vztahujícího se převážně ke spolupráci, delegování úkolů, povinností a odpovědnosti zaměstnance. Obecně má kodex **regulovat chování pracovníka**, může se opírat o zákonné normy, historické

tradice nebo potřeby organizace. Kodex může být závazný pod pohrůzkou sankce nebo jen doporučován zaměstnavatelem.

Sestra a jiné pomáhající profese, které chtějí vykonávat svou práci na profesionální úrovni s respektem k holistickému pojetí člověka, by měly kromě teoretických znalostí, profesní zručnosti a prosociálního chování dodržovat etické principy (Kutnohorská a Kudlová, 2018, s. 17–18). Podle Jankovského (2018, s. 181) je u pomáhajících profesí kladen důraz zejména na prosociální jednání, zájem o člověka, umění naslouchat, umět převzít zodpovědnost, schopnost komunikovat a spolupracovat v týmu. Vyžadována je profesionalita, kreativita, a hlavně profesní pokora.

*„Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester od 11. února 2012“* (ČAS, 2012, s. 1). Kodex se třídí do čtyř článků a vychází ze čtyř prvků ošetrovatelství a je přiložen do přílohy.

Kodex není určen jen sestřám, měla by ho znát celá organizace, jeho šíření by mělo začínat již ve zdravotnických školách a informačních ošetrovatelských zdrojích. Svůj účel plní tehdy, když si ho sestry osvojí a převedou do své praxe.

- **Sestry a lidé**

Pojednává o profesní povinnosti vůči všem lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Dále ukládá povinnost zajistit prostředí respektující lidská práva, spiritualitu a dostatečné informace k informovaným souhlasům. Sestra dodržuje mlčenlivost ohledně zdravotního stavu pacienta. Spolupracuje s okolím na ochraně životního prostředí.

- **Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra odpovídá za precizní a kvalitní péči, tímto přístupem pomáhá k dobré pověsti a rozvoji profese. Neměla by také zapomínat na udržení svého zdraví, které by ji mohlo limitovat v poskytování péče.

- **Sestry a profese**

Sestra je povinna napomáhat uvedení nových postupů do praxe a podílet se na rozvoji oboru, dále pomáhá udržovat spravedlivé pracovní podmínky. Měla by se podílet na standardech, podporovat kontinuální vzdělávání a aktivně se zapojovat do asociace sester.

- **Sestry a spolupracovníci**

Sestra by měla zajišťovat zdravé pracovní prostředí podporující společné profesní etické hodnoty a chování, měla by však rozpoznat ohrožení pacienta ze strany kolegů či jinou osobou a zasáhnout správným způsobem (ČAS, 2012, s. 1–6).

### 3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST

Vymezení pojmu lidská důstojnost je velmi obtížné, nejedná se o vlastnost ale o „*součást samotného lidství. Je hodnotou, kterou je člověk nahlížen jako individuum a současně jako sociální tvor s příslušností k lidskému společenství. Lidská důstojnost je nejvyšší ústavní princip, který není a nemůže být podřízen ostatním základním právům, neboť se nalézá v jejich jádru. Je jejich těžištěm. Lidská důstojnost ostatní základní práva interpretuje, propojuje a současně se stává nástrojem jejich ochrany*“ (Bauerová, 2018, BS). Toto je spíše právní výklad daného pojmu, důstojnost se ale především spojuje s pojmy úcta a autonomie (Kutnohorská, Plisková, 2017, s. 44). Také německý filozof Immanuel Kant v díle *Základy metafyziky mravů* spojuje *autonomii* (pojem kvality vůle, která není ničím podmíněná, vzniká sama ze sebe sama a není ničím a nikým ovlivněna) s pojmem *důstojnost* (jako respekt k jednotlivé rozumné bytosti), protože má-li rozumná bytost autonomní vůli, je hodna důstojnosti. V díle *Nauka o ctnostech* používá pojem *nezadatelná důstojnost*, kterou nelze nikomu půjčit ani svěřit, je spojena s člověkem a působí do jeho nitra. Jeho myšlenky se staly hlavní inspirací pro vyjádření důstojnosti v Chartě lidských práv OSN (Rosenkranzová, 2019, s. 129–130).

Původ slova důstojnost můžeme hledat v latinském jazyce – *dignitas, dignity*. Je definován jako být hoden úcty a hodnoty, být respektován (Heřmanová, 2012, s. 242). Každý člověk má právo na život a tím i na důstojnost, a to bezvýhradně. Každé jednání, které je proti životu, uráží podstatu lidského života, je tak nedůstojné. Důstojnost byla v ošetrovatelství definována v roce 2008, a to Královskou ošetrovatelskou společností. Podle definice důstojnost vyjadřuje pocity lidí, co si myslí a jejich chování ke svému „já“ a ke svému okolí (Kutnohorská a Kudlová, 2018, s. 45–46). Právo na lidskou důstojnost se týká také těch, kteří se doposud nenarodili (plod, embryo), z důvodu možnosti se plně rozvinout do plnohodnotného člověka. Těm, kteří již tuto funkci nejsou schopni vykonávat (duševně nemocní, starší lidé s pokročilou demencí, tělo mrtvého), náleží respekt k jejich důstojnosti na základě toho, že plnohodnotným člověkem byli. Obecně je tedy přisuzována všem bez sociálního rozdílu nebo duševního či tělesného stavu (Heřmanová, 2012, s. 263).

Člověk se odlišuje zejména schopností přemýšlet o sobě, svých myšlenkách a chování. To tvoří spolu se svobodou a sebeurčením lidskou důstojnost. Milníkem diskuze o lidské důstojnosti byla 2. světová válka, po které se celé téma začalo promítat do Všeobecné deklarace lidských práv a jiných listin (Kutnohorská, Plisková, 2017, s. 44).



Vymezení pojmu lidské důstojnosti zajišťuje v právních dokumentech především Ústava české republiky. Je součástí Listiny základních práv a svobod, která nám říká, že lidé jsou si rovni v důstojnosti i v právech. Dalšími dokumenty, ve kterých vystupuje důstojnost člověka, a zejména pacienta, jsou kodexy jako Etický kodex České lékařské komory, Etický kodex sester, Deklarace práv onkologických pacientů, Úmluva o lidských právech a biomedicině, která vymezuje etické mantinely při aplikaci moderních lékařských technologií a výzkumu. Další vymezení najdeme v Chartě práv pacientů seniorů (více v kapitole 5.1), Chartě práv umírajících či Chartě práv tělesně postižených (Heřmanová, 2012, s. 267–268).

### 3.1 Formy lidské důstojnosti

Lidskou důstojnost jako věc nelze uchopit, je abstraktní, a tak ji my sami musíme dát formu. Bývá popisována jako charakteristika lidského bytí, projevujeme ji naším chováním respektujícím nás samotné i druhé. Rozděluje se do dvou forem. První formou je *lidská* (základní) důstojnost, která je založena na faktu existence člověka, tudíž náleží každé lidské bytosti. Vychází ze spirituálního pojetí (víra v privilegované místo Božího stvoření) a z přesvědčení racionálně morálního jednání jedince. Tuto formu nelze měřit ani zničit. Druhou formou je *sociální* (osobní) důstojnost, kterou tvoří interakce s jednotlivci, kolektivy a společnostmi. Rozděluje se na důstojnost, kterou si přiznáváme sami (sebeúctu a hrdost) a na tu, kterou nám přiznávají druzí (hodnota a respekt) na základě našeho chování. Tuto formu lze měřit, porušovat a zlepšovat (Kisvetrová, 2019, s. 1–2).

Další rozdělení je do čtyř forem podle projektu Důstojnost a starší Evropané konané Evropskou komisí v roce 2003.

- **Důstojnost zásluh** ovlivňuje naše pracovní funkce nebo postavení, které je společensky uznávané. Při odchodu do penze může senior prožívat ztrátu důstojnosti na základě ekonomického a společenského útlumu.
- **Důstojnost mravní síly** je ovlivněna chováním jedince, který žije v souladu se svými osobními mravními zásadami či desateru. Je proměnná a lze ji ztratit nebo být souzen svým okolím.
- **Důstojnost osobní identity** vychází z celoživotního příběhu jedince. Je formována uvědoměním si vlastních pocitů, sebeúctou, využitím svého talentu, a především smysluplným naplněním života. Patří k nejvýznamnějším ve spojitosti se seniory,

kdy se může narušit urážkami a špatným zacházením. Přímo souvisí s pevným vědomím vlastního já.

- **Menschenwürde** tento německý pojem se překládá jako důstojnost lidské bytosti, která je nezcizitelná a nepozbyitelná vážící se k obecnému lidství, lidské duši a k náboženskému pojetí člověka. Tato forma by se měla promítat do ochrany důstojnosti jedinců, kteří jsou např. v bezvědomí nebo trpí demencí, mentální retardací (Kalvach, 2011, s. 192–193).

### 3.2 Ohrožení lidské důstojnosti ve zdravotnickém zařízení

Ze zákona má pacient právo při poskytování zdravotních služeb na úctu, důstojné zacházení, respektování soukromí a ohleduplnost (Česko, 2011, BS). Hodnotu lidské důstojnosti si začínáme uvědomovat, když dochází k jejímu porušení či omezení. Je tedy pro nás snazší rozlišovat situace, kdy k tomuto jednání dochází. John Mann vytvořil čtyři kategorie porušování důstojnosti. K první kategorii *Nebýt viděn* dochází při ignoraci, přehlížení a neuznání jedince, např. při snaze geriatrického pacienta navázat oční kontakt, ale sestra se mu snaží vyhnout a raději ignoruje tuto potřebu. K druhé kategorii *Být viděn pouze jako člen skupiny* dochází často při vnímání, že senioři jsou jen členové určité skupiny (důchodci, dementní, nesoběstační). K třetí kategorii *Narušení osobního prostoru* může dojít při nerespektování intimity a nezajištění dostatečného soukromí seniora při hygieně. K poslední čtvrté kategorii *Ponížení* dochází při vyřazení, odloučení a odlišení od skupiny nebo společnosti a tím se stávají terčem posměchu a kritiky (Kisvetrová, 2019, s. 1–2).

Kalvach (2011, s. 196–198) shrnuje pět okruhů, kvůli kterým se narušuje důstojnost osobní identity. První okruh popisuje *ztrátu kontroly nad vlastním fungováním* (ztráta soběstačnosti, ochrnutí, závažný smyslový a komunikační deficit, inkontinence nebo porucha soudnosti). V ošetrovatelské praxi se setkáváme s řešením inkontinence plenami z důvodu usnadnění práce personálu, ne z důvodu potřeby pacienta. Druhý okruh popisuje *poruchy paměti a ztrátu části identity* (pokročilý stav demence, Capgrasův syndrom). Třetí okruh se věnuje *ztrátě kontroly nad vnějším děním* (umístění do zařízení, omezení pohybu, kurtace, použití tlumicích psychofarmak, nerespektování autonomie a intimity). K nerespektování studu dochází zejména při obnažování během prováděné hygieny nebo zdravotnických úkonů v přítomnosti jiných osob, užití nevhodného polonahého oblečení, převážení polonahých pacientů přes společné prostory. Čtvrtý okruh se zabývá *ztrátou*

*respektu* na základě ponižování, nešetrného manipulování, nevhodného oslovování a *elderspeak* (nevhodný způsob mluvení se starými lidmi jako s malými dětmi). Pátý okruh řeší *narušení tělesného schématu* (amputace, znetvořující zdravotnické výkony). Závažným ohrožením je *despekt*, kdy má personál již nízká očekávání a podceňuje staršího pacienta. To v něm vyvolává nízkou motivaci, výkon, apatii, dokonce i hněv a vede k neúspěchu, což utvrzuje personál v předsudcích a vytváří podmínky pro nevhodné zacházení a syndrom vyhoření u personálu. Podle Příbyla (2015, s. 30) se nerespektování lidské důstojnosti ve zdravotnickém zařízení projevuje urážkami a nadávkami ze strany personálu, nerespektováním soukromí, např. vstup do pokoje bez klepání, bezdůvodné předávání citlivých informací třetím osobám nebo domácké oslovování.

Při poskytování ošetrovatelské péče můžeme důstojnost podporovat, a tím podpořit pocit cennosti nebo snižovat, a to prostředím, organizační kulturou, postoji a chováním ošetrovatelského týmu zejména způsobem, jakým provádějí jednotlivé činnosti. To naopak vyvolává pocity nadbytečnosti, ponížení, nepohody, studu a nedůvěry v personál. Zejména důležité je respektování důstojnosti pacienta při umírání a péči o mrtvé tělo. Umírající a jeho blízcí potřebují mít pocit ohleduplného, citlivého zacházení a důstojného odchodu. Takové zacházení projevujeme vlídností, zdvořilostí, nasloucháním a vhodnou komunikací (Kutnohorská a Kudlová, 2018, s. 2–3). Pokud má zdravotnický personál lidem poskytovat důstojné zacházení, je třeba si uvědomit, že je potřeba s nimi důstojně zacházet a dopřát jim potřebné zázemí (Heřmanová, 2012, s. 283).

## 4 KOMUNIKACE SE SENIORY

Haškovcová (2012, s. 103) nazývá komunikaci formu lidského dorozumívání. Dělí ji na verbální (mluvená řeč) a neverbální (bezeslovná), u které sledujeme řeč těla nebo úpravu vzhledu (Ondriová, 2020, BS). Podle Pokorné (2010, s. 11) je chápána „*jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty*“ a vytváří tak základ všech lidských vztahů.

Komunikace poskytuje nespočet informací o citovém stavu člověka a na jejím základě byly podle Marshallovy metodiky stanoveny čtyři základní body empatického chování: Pozorování pacienta (řeč těla prozrazuje jeho duševní stav). Uvědomění si jeho pocitů (strach, osamělost, ponížení, stud). Sebereflexe vlastního citového prožitku, kdy jsme schopni určit, co bychom sami potřebovali, kdybychom se takto cítili. Rozpoznání potřeby pacienta a zamyšlení se nad jejím uspokojením (Kutnohorská a Kudlová, 2018, s. 1–2).

V ošetrovatelské péči se zdůrazňuje zejména nutnost zdravotníka být přesný, výstižný a korektní při verbálním sdělení a také dovednost a obratnost při neverbálním sdělení se specifickou skupinou pacientů, kam se senioři bezesporu řadí. Obecně kdykoli hovoříme s jinou osobou, objevuje se v komunikaci šest bodů: Co jsme chtěli říct. Co bylo skutečně řečeno. Co druhé osoby slyšely. Co si druhé osoby myslí, že slyšely. Co druhé osoby říkají na to, co jsme si mysleli, že slyšely a konečně jak vnímáme to, co druhé osoby řekly o tom, co si myslí, že slyšely (Pokorná, 2010, s. 15–16).

Při komunikaci se seniorem je třeba si uvědomit, že reaguje pomaleji, vybavení paměti je zhoršené, může opakovat již sdělené, nemusí porozumět na základě problémů se sluchem. Snaží se na sebe upoutat pozornost upozorněním na své tělesné obtíže. Velký problém tvoří strach se znovu dotázat v důsledku zhoršených podmínek (šum, hluk) (Kutnohorská, 2017, BS). Ve zdravotnickém zařízení se můžeme setkávat také s projevy *elderspeaku*, který vychází ze stereotypů a představ o starších lidech, kteří vyžadují jednodušší komunikaci se změnou tónu hlasu, častějším opakováním a výraznějšími tělními gesty. Mezi časté projevy v ošetrovatelské péči patří např. nevhodné oslovení (babi, dědo), neosobní jednání nebo jednání s despektem, užívání zdvořilých, užívání pojmů z „dětského jazyka“ (papat, hačat, kakat) nebo užitím množného čísla v případě, kdy je vhodné použít jednotné („Půjdeme se umýt“). Takový způsob komunikace vede seniora k ponížení, snížení sebehodnocení a depresím (Pokorná, 2010, s. 62–63).

## 4.1 Verbální komunikace

K předání informací zde využíváme slova nebo jiné znakové symboly. Příjem informací ovlivňují faktory jako kultura, přirozený jazyk a prostředí, pohlaví, ale také tempo řeči, tón hlasu, pauzy a pomlky (Pokorná, 2010, s. 16–17). Doktorka Ondriová (2020, BS) ve svém článku vyzdvihuje důležitost znát osobní biografii seniora při komunikaci, protože prvky jako věk, prostředí, vzdělání, životní příběh seniora ji zásadně ovlivňují. Díky biografii také můžeme rychleji odhalit jeho potřeby a lze za její pomoci podpořit kognitivní schopnosti seniora, jako jsou koncentrace, komunikace, představitost, zjišťujeme také, jak chce být oslovován a jak byl oslovován během života.

Dodržujeme-li pět kritérií: jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a přizpůsobivost, je to základ úspěšné verbální komunikace.

*„Základní komunikační schopností je aktivní poslech. Aktivní naslouchání je považováno za nejdůležitější prvek rozhovoru“ (Ondriová, 2020, BS).*

**Aktivní poslech a význam ticha** se považuje za nejdůležitější komunikační schopnost. Je nezbytné, aby se seniorovi dal prostor na odpověď a vyjádření. Komunikaci vedeme důstojně, trpělivě a respektujeme seniorovu individualitu (Ondriová, 2020, BS).

Obecná doporučení pro verbální komunikaci, kterých bychom se měli držet, uvádí Pokorná (2010, s. 24–25): Připravit klidné prostředí (ztišený telefon). Vždy se řádně představit s možností podání ruky. Komunikovat primárně s osobou, o kterou pečujeme, nikoli s doprovodem. Mělo by být jasné, ke komu směřuje naše sdělení. Mít na paměti cíl, kterého chceme dosáhnout, a podle toho postupovat. Přizpůsobení stylu komunikace věku, vzdělání a slovníku naslouchající osoby. Měli bychom eliminovat nežádoucí prvky, jako *elderspeak*, přílišnou odbornost jazyka či slova, u kterých si nejsme jisti významem a zásadně se vyhnout „skákání do řeči“. Naopak využít zjemnění výrazu pro vyjádření něčeho nepříjemného nebo drsné skutečnosti. K dalším doporučením řadíme plynulé tempo řeči a přiměřenou hlasitost. Při zjišťování zpětné vazby je třeba se zaměřit na to, co osoba pochopila, ne jestli nám rozumí, nebát se požádat o opakované vysvětlení, nesnažit se domýšlet vlastní obsah sdělení. V neposlední řadě je důležité sjednotit verbální a neverbální projevy.

## 4.2 Neverbální komunikace

Jedná se o tzv. mimoslovní, viděnou komunikaci, která se řadí k vývojově nejstarší dorozumívající technice, existující dávno před vývojem řeči. Přenos informací je přímo ovlivněn mimoslovní komunikací a je emocionálně významný. Při situaci, kdy verbální sdělení je sice kvalitní, ale není v souladu s neverbálním projevem, může dojít k narušení vztahu a ke ztrátě důvěry mezi zdravotníkem a pacientem (Pokorná, 2010, s. 26–27).

*„Mimoslovní komunikace se odehrává na nevědomé úrovni, a proto člověk zpravidla neverbálně nelže“* (Ondriová, 2020), proto je často nazývána pravdivou řečí těla (*body talking*), kterou tvoří:

- **Mimika.** Má-li senior narušený sluch, obličej je pro něj v komunikaci velmi důležitý. Vyjádření pomocí úsměvu a očního kontaktu seniora pozitivně naladí a uklidní.
- **Proxemika** neboli vzdálenost mezi lidmi při komunikaci. Volíme ze čtyř zón: osobní, společenskou, intimní a veřejnou.
- **Haptika: dotykový kontakt.** Nejběžnějším projevem je podání ruky, kterým zahajujeme komunikaci, dále využíváme pohlazení, popřípadě položení ruky na rameno nebo vzetí rukou do svých.
- **Posturika: řeč fyzických postojů, polohy, držení těla a končetin.** Zaměřujeme se na polohu seniora, způsob sezení, charakter pohybů a polohy končetin. Pro komunikujícího se doporučuje zaujmout rohovou pozici.
- **Gestikulace** (spontánní pohyb těla během řeči), jíž doplňuje senior své myšlenky a emoce (Ondriová, 2020).
- **Vizika** se zaměřuje na oční kontakt, zaměření pohledu, jeho délku a vytváření tzv. terčů. Může nám prozrazovat zájem nebo nezájem o komunikaci (Pokorná, 2010).
- **Paralingvistika**, která se zabývá silou, intenzitou a zbarvením hlasu, rychlostí a plynulostí řeči (Pokorná, 2010, s. 29–30).
- **Jiné znaky**, mezi které můžeme řadit oblečení, vůni, celkovou upravenost, jednání a skutky, které podtrhnou celkové působení na člověka (Pokorná, 2010, s. 30).

Obecně je doporučeno si efektivně zhodnotit potřeby neverbální komunikaci jedince (respektování osobního prostoru, potřeba dotyku) a na tomto základě odhadnout míru použití neverbálních projevů během komunikace (Pokorná, 2010, s. 31).

### 4.3 Bariéry komunikace se seniorem

Při zhodnocování seniora, musíme mít na paměti jeho individualitu, a to zejména rozdílnost kalendářního a biologického stáří. Podle Pokorné (2010, s. 52–53) lze obecně rozdělit bariéry na základě sociálních změn spojených se stárnutím a stereotypizací spolu se změnami fyzickými a psychickými na *Interní* a *Externí* bariéry. Schopnosti a dovednosti člověka, jeho prožívání (strach, zlost) a zdravotní stav (fyzické nepohodlí, nemoc) ovlivňují interní bariéry. Zevní prostředí, zejména jeho uspořádání, další osoba, hluk, šum, nebo neschopnost naslouchat ovlivňují externí bariéry. Dalšími aspekty, které mohou nepříznivě ovlivňovat situaci při sdělení informací, jsou např. demence nebo se může jednat o neoblíbeného pacienta, zmatenost a smyslové poruchy.

Nezvládnutou či chybnou komunikací může dojít k poškození pacienta, slova dokáží působit jako lék, dopustíme-li se ale fatálních chyb, působí jako jed. Jak již bylo naznačeno, největšími problémy jsou smyslové poruchy.

- **Senior s problémy sluchu** – hovoříme pomalu, zřetelně, volíme vhodnou vzdálenost, která nenarušuje jeho intimní zónu.
- **Senior s problémy zraku** – vždy mu musíme o nás dát vědět, vysvětlujeme naše pohyby a činnost.
- **Senior s poruchou řeči** – musíme být trpěliví a hledat jiné možnosti domluvy.

Chyby může dělat i zdravotník, a to zejména výběrem nevhodného času, nepozorností, nenasloucháním, netrpělivostí, skákáním do řeči, nedostatkem empatie a další. Ve sdělování se dopouštíme často chyb nepřesným vyjadřováním, chaoticky se snažíme sdělit příliš mnoho informací a nevšímáme si reakcí pacienta (Kutnohorská, 2017, BS).

## 5 PÉČE O SENIORY

Myšlenka WHO „*zdraví je více než nepřítomnost nemoci*“ (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 49) je ve stáří obzvláště pravdivá. Zdravotnictví má za úkol nejen prevenci, diagnostiku a léčení chorob, ale také by mělo podporovat zdraví a funkční stav zejména u lidí, kterým jejich onemocnění značně ovlivňuje aktivity denního života (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 105–106).

Souhrnnou péčí o seniory rozvíjí především geriatrická péče a ošetrovatelství. V ošetrovatelském posouzení je třeba respektovat zvláštnosti seniora a orientovat se na jeho specifické potřeby, kdy cílem je udržení optimálního zdravotního stavu seniora a poskytnutí nejvhodnější péče, která je v souladu s etickými principy i právy pacienta (Příbyl, 2015, s. 17–18).

### 5.1 Evropská charta práv pacientů-seniorů

Listina shrnuje důležité body zdravotní a sociální péče, které lze očekávat, a které by měly být dodrženy za každých okolností pro všechny starší občany (seniory). Byla schválena v roce 1998 výbory České gerontologické a geriatrické společnosti a České Alzheimerovy společnosti. Je rozdělena do 13 bodů, které shrnují např. obecné zásady vymezující právo na péči, komunikaci a informace, které lze očekávat od zdravotníků a členů ošetrovatelského týmu, informace o podpoře zdraví, léků a transportu. Popisuje problematiku zdravotních problémů (porucha paměti, pády a zhoršující se hybnost, inkontinenci), nemoci, zotavení a rehabilitace. Informuje o žádoucích a nutných postupech při propouštění z nemocnice, dále informuje o změně domova, možnostech denních center, respitní péče, komunitních a sociálních služeb. Je přiložena v Příloze 2. (Evropská charta práv pacientů seniorů, 1998, s. 1–6).

### 5.2 Zdravotní péče

Podle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (Česko, 2011, BS) se zdravotní péčí rozumí soubor činností a opatření, které předcházejí, odhalují a odstraňují nemoc nebo vadu. Posuzuje, udržuje, obnovuje nebo zlepšuje zdravotní stav. Dále může pomáhat při reprodukci nebo porodu. Dále se jí rozumí rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotnické výkony, které provádí zdravotnický pracovník.



Zdravotní péči dělíme podle časové naléhavost na:

**Neodkladnou péči**, která zamezuje vzniku náhlých stavů ohrožujících život, stavu způsobujícímu náhlou či intenzivní bolest, nezvratnému poškození organismu nebo náhlé změně chování pacienta, který je nebezpečný pro sebe a své okolí. Tuto péči poskytují např. zdravotnická záchranná služba, lékaři a ostatní zdravotníci na urgentních příjmech lůžkových zdravotnických zařízení, na ARO, na JIP. Úkolem **akutní péče** je včasné rozpoznání zhoršení zdravotního stavu a zamezení vážného ohrožení základních životních funkcí. Tato péče je zajišťována lůžkovými poskytovateli zdravotních služeb, např. nemocnice na svých akutních odděleních a v centrech vysoce specializované péče.

**Nezbytná péče** se vztahuje na pacienty, kteří jsou zahraničními pojištěnci. O plánovanou péči se jedná v případě dohody pacienta s ošetřujícím lékařem, např. na zdravotním výkonu (operační zákrok, ošetření, vyšetření), považuje se za odložitelnou tzv. elektivní.

Podle účelu poskytnutí je dělíme na:

**Preventivní péči**, která včasně vyhledává faktory související se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, předchází jim nebo je minimalizuje. **Diagnostická péče** zjišťuje zdravotní stav pacienta a informace k určení diagnózy nemoci a následné léčby. **Dispenzární péče** aktivně a dlouhodobě sleduje zdravotní stav pacienta, u kterého včasné zjištění změn ovlivňuje další léčbu a vývoj nemoci. Realizaci individuálního léčebného postupu má za úkol **léčebná péče**. **Posudková péče** má za úkol zjistit způsobilost k výkonu povolání nebo jiné činnosti. Maximální možné obnovení tělesných, kognitivních, řečových, smyslových a psychických funkcí se zabývá **léčebně rehabilitační péče**. **Ošetřovatelská péče** má za úkol udržet, podpořit a navrátit zdraví, soběstačnost a uspokojovat všechny potřeby vzniklé s poruchou zdravotního stavu. Zajišťuje také klidné umírání a důstojně přirozenou smrt. **Paliativní péče** zmírňuje utrpení a zajišťuje kvalitu života nevléčitelného pacienta. **Lékárenská péče** vydává především léčiva, prodává zdravotnické prostředky na podporu zdraví (Česko, 2011, BS).

**Hospicová péče** se věnuje „*nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta*“ (Česko, 2011, BS). Vychází z úcty k životu a nemocnému zaručuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude za každé situace respektována jeho lidská důstojnost a že nezůstane sám v posledních chvílích svého života. Doprovází

nemocného i jeho blízké, kteří mají k dispozici multiprofesní tým. Hospicová péče může mít tři formy: mobilní (domácí) hospic, denní hospicový stacionář a lůžkový hospic (Jankovský, 2018, s. 159–160).

Za formu zdravotní péče považujeme: **ambulantní péči**, která se poskytuje jako primární (praktický, zubní lékař), specializovaná (v rámci jednotlivých oborů) a stacionární (opakované denní poskytování). Každý pacient má právo na svobodný výběr svého registrujícího lékaře nebo ambulantního specialisty. **Jednodenní péči**, která nevyžaduje hospitalizace. **Lůžkovou péči**, kdy má pacient nárok si zvolit poskytovatele (nemocnici), nemá však nárok na výběr nemocnice, do které je zavezen záchrannou službou. Poslední formou je **péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí** pacienta (jedná se o návštěvní službu nebo domácí péči poskytující ošetrovatelskou, léčebně rehabilitační a paliativní péči). Jsou hrazeny převážně zdravotní pojišťovnou (Česko, 2011, BS).

Podle zákona č. 372/2011 lze jakoukoli zdravotnickou službu poskytovat jen se svobodným a informovaným souhlasem pacienta, bez souhlasu ji lze poskytovat např. jestliže „*zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit*“ (Česko, 2011, BS).

**Prostředky omezující pohyb** lze podle § 39 zákona 372/2011 ve **zdravotnickém zařízení** použít „*pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob,*“ a to „*pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití ... poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu, přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.*“ Poskytovatel si musí vést podrobné záznamy o použití omezovacích prostředků a není-li do 24 hodin dostatečným způsobem vysloven souhlas, je povinen to oznámit soudu. (Česko, 2011, BS). Zatímco podle § 89 zákona 108/2006 při poskytování **sociálních služeb** „*nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob,*“ a to pouze tehdy „*pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro*

*zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.*“ Poskytovatel by měl služby poskytovat, tak aby těmto situacím předcházel a volit první vždy mírnější opatření (Česko, 2006, BS).

### 5.3 Sociální péče

Dříve častým řešením sociální situace, nízké až nulové soběstačnosti seniorů bylo umístění do státních domovů důchodců. Při čekání na umístění se senioři často zbytečně, dlouhodobě a bez indikace hospitalizovali na oddělení LDN. Občasná návštěva rodiny sloužila k vyzvednutí důchodu a náklady za zdravotní péči seniora odváděl stát. Tato situace se odrážela v chování personálu, a to především zdravotních sester, které dříve podléhaly syndromu vyhoření a profesní deformaci. Závěrečnou část života pak senioři trávili v ústavní péči, často bez souhlasu a možnosti výběru, na vícelůžkových pokojích, kde se pro svou imobilitu stávali brzy zbytečně inkontinentní. Domovy byly dotovány státem, návštěvy seniorů tak byly časté v době dnů výplaty důchodu a senioři neměli prostor pro pokračování svého předchozího života, svých návyků a oblíbené činnosti. Práva seniorů zde byla často porušována a jejich psychická stránka byla plná deprese, ponížení a hněvu. Změny v roce 1989 přinesly do sociálních služeb pokrok a vývoj (Malíková, 2020, s. 26–27).

Proměny zdravotní a sociální péče můžeme zaznamenat hlavně po uvedení zákona č. 108/2006 Sb. (zákon o sociálních službách) a zákona č. 372/2011 Sb. (zákon o zdravotních službách) do praxe. Nový sociální zákon ovlivnil řadu uživatelů sociálních služeb, osob v nepříznivé sociální situaci a osob s různým postižením. Za sociální služby nyní zodpovídají hlavně jednotlivci (péče o sebe, své příbuzné), obce/komunity (posuzují potřeby jednotlivců a komunity podporují rozvoj a poskytování nových služeb), kraje (spolupracují s obcemi a příslušnými ministerstvy) a stát (spolupracuje s neziskovými organizacemi, určuje národní standardy, vytváří systém inspekce, rozhoduje o nakládání se zdroji na rozvoj a poskytování sociálních služeb) (Malíková, 2020, s. 27–28).

Sociální služby mohou být poskytovány jako **pobytové**, **ambulantní** nebo **terénní**. Široký výběr ze zařízení sociálních služeb nabízí stacionáře, domovy pro seniory nebo osoby se zdravotním postižením, azylové domy, noclehárny, chráněné bydlení a další. Služby sociální péče, osobní asistence a pečovatelská služba napomáhají osobám zajistit jejich soběstačnost v pro ně přirozeném prostředí. Mezi základní povinnosti poskytovatele

sociálních služeb patří: uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby, plánovat poskytnutí služby, dodržovat standardy kvality sociálních služeb a další (Česko, 2006, BS).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část bakalářské práce se zabývá výzkumem, získanými daty a jejich vyhodnocením. Byla zvolena kvantitativní metoda – dotazník.

### 6.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem práce je zjistit, zdali je z pohledu seniora respektována ve zdravotnickém zařízení jeho důstojnost. K tomu slouží v dotazníku část A, otázky 4–9.

Hypotéza k hlavnímu cíli: Důstojnost seniora ve zdravotnickém zařízení není respektována v dostatečné míře.

K tomuto hlavnímu cíli se řadí dílčí cíl, kterým je zjistit, v případě nerespektování důstojnosti seniora, za jakých okolností z jeho pohledu je jeho důstojnost nejčastěji porušena. K tomu slouží v dotazníku část B, otázky 1–9.

Hypotéza k dílčímu cíli: Důstojnost seniora ve zdravotnickém zařízení je nejčastěji porušována při osobní hygieně.

### 6.2 Charakteristika výzkumné metody

Výzkumnou metodu kvantitativního šetření byla zvolena technika pomocí anonymního dotazníku. Podle Plevové (2018, s. 229) je „*dotazník nejrozšířenější výzkumnou technikou získávání dat ... je ze všech technik nejméně časově náročný a obsáhne velký počet zkoumaných osob,*“ dále uvádí, že „*cílem kvantitativního výzkumu je testování předem vytvořených hypotéz.*“

Dotazník (viz Příloha 3) se skládala z části A a B. Část A obsahovala devět otázek s možností jedné odpovědi, kromě otázky č. 8, která obsahovala otevřenou podotázku, kde mohl respondent dobrovolně odpovědět. Otázky č. 1–3 se dotazovaly na demografické údaje respondenta. V otázkách č. 4–9 byla využita Likertova škála s pěti pevně danými odpověďmi, ze kterých mohl respondent zakroužkovat jednu. V části B mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí.

### 6.3 Charakteristika respondentů a organizace šetření

Anonymní dotazník byl určen seniorům od 60 let a více. Byl rozdán na třech odděleních interního typu v Uherskohradištské nemocnici, a. s. Dotazníky byly distribuovány se souhlasem managementu nemocnice, žádost je u zpracovatelky práce. V úvodu dotazníku

byl respondent informován, že účast je anonymní a dobrovolná a dále výsledné odpovědi budou použity k výzkumu realizovaného v rámci dané bakalářské práce.

Šetření probíhalo v průběhu února a března roku 2021. Celkem bylo rozdáno staničním sestrám 105 dotazníků, které zajistily distribuci mezi pacienty oddělení. S vyplněním dotazníků pomáhali také studenti středních škol, konající praxi na odděleních, kteří seniorům nabídli možnost pomoci s přečtením a kroužkováním dotazníku. Jejich pomoc neovlivňovala odpovědi seniorů. Z celkového počtu rozdaných dotazníků bylo dosaženo návratnosti 75 %, tedy 79 dotazníků.

Získaná data z šetření byla zpracována v programu Microsoft Office Excel a dále byly vytvořeny tabulky a grafy k jednotlivým otázkám pro lepší přehlednost.

## 7 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A JEJICH ANALÝZA

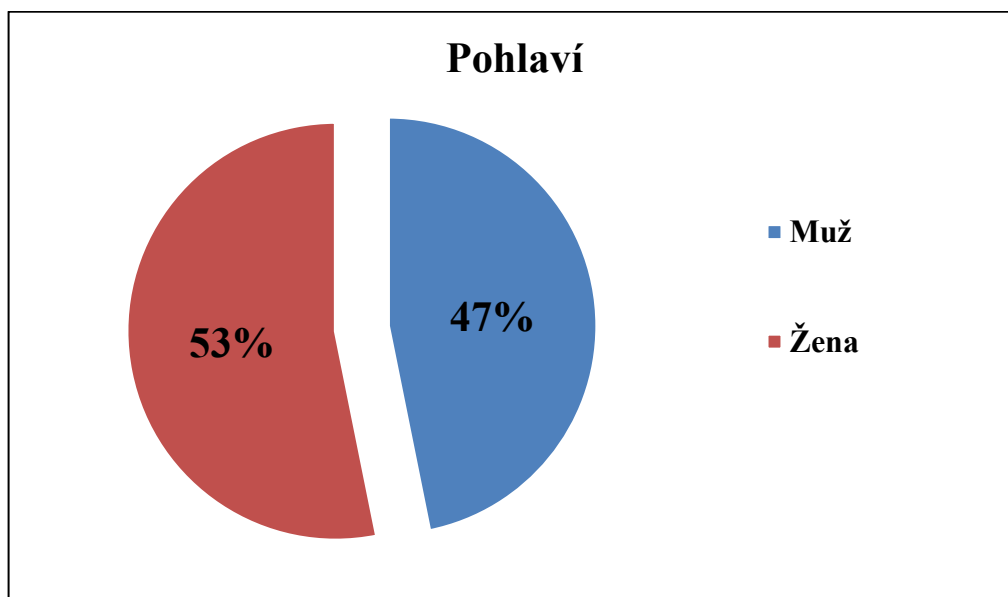
### 7.1 Dotazníková část A

Zde mohli respondenti zakroužkovat pouze jednu správnou/nejvhodnější odpověď. Absolutní četnost zde představuje počet respondentů volících danou odpověď. Relativní četnost představuje stejnou hodnotu převedenou na procenta. Počet odpovídajících respondentů byl vždy 79.

**Otázka č. 1:** Jaké je vaše pohlaví?

*Tabulka 1: Pohlaví*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Muž	37	47 %
Žena	42	53 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



*Graf 1: Pohlaví*

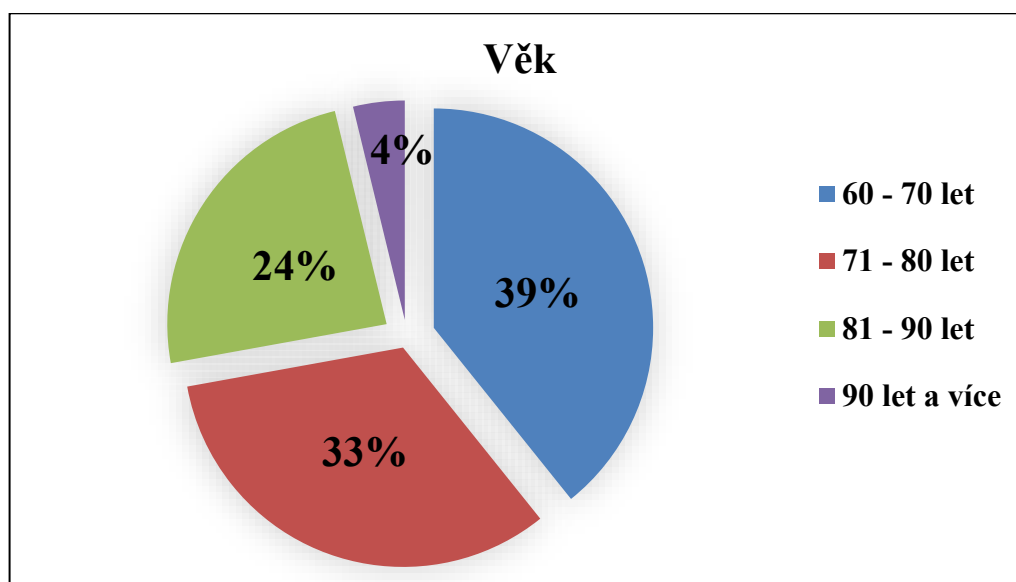
**Komentář:** První otázka se zaměřila na pohlaví respondentů, kdy těsně převažovaly ženy, kterých se zapojilo do průzkumu 42, tedy 53 %.



Otázka č. 2: Kolik je vám let?

Tabulka 2: Věk

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
60–70 let	31	39 %
71–80 let	26	33 %
81–90 let	19	24 %
90 let a více	3	4 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



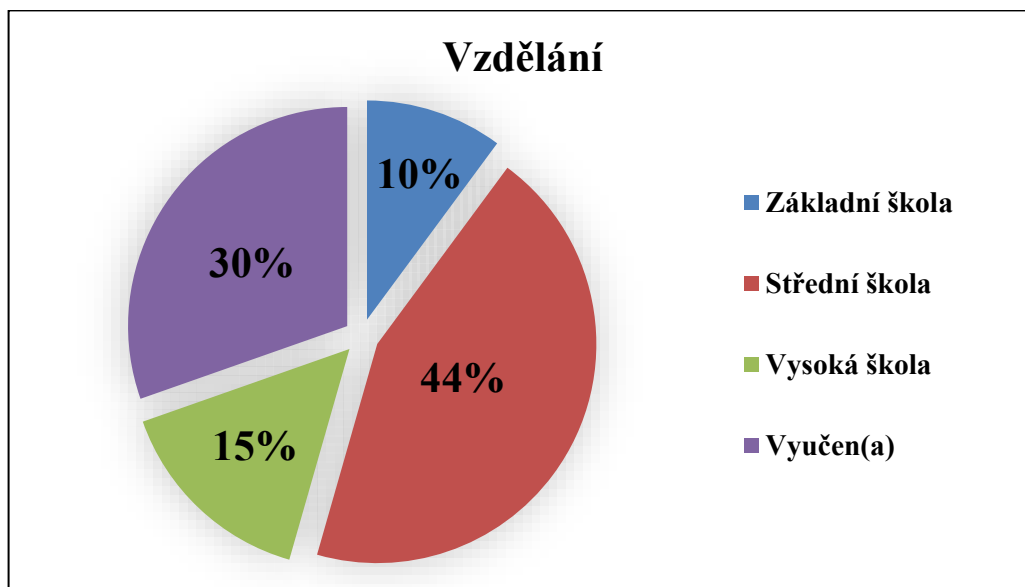
Graf 2: Věk

**Komentář:** Druhá otázka se dotazuje na věk respondenta. Nejvíce respondentů, a to 31 (39 %) se nacházelo ve věkové skupině 60–70 let. Druhou početnou skupinu tvořilo 26 respondentů (33 %) ve věku 71–80 let. Skupinu od 81–90 let tvořilo 19 respondentů (24 %). Nejmenší skupinou byla skupina 90 let a více, kdy odpověděli pouze tři respondenti (4 %).

**Otázka č. 3:** Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

*Tabulka 3: Vzdělání*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Základní škola	8	10 %
Střední škola	35	44 %
Vysoká škola	12	15 %
Vyučen(a)	24	30 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



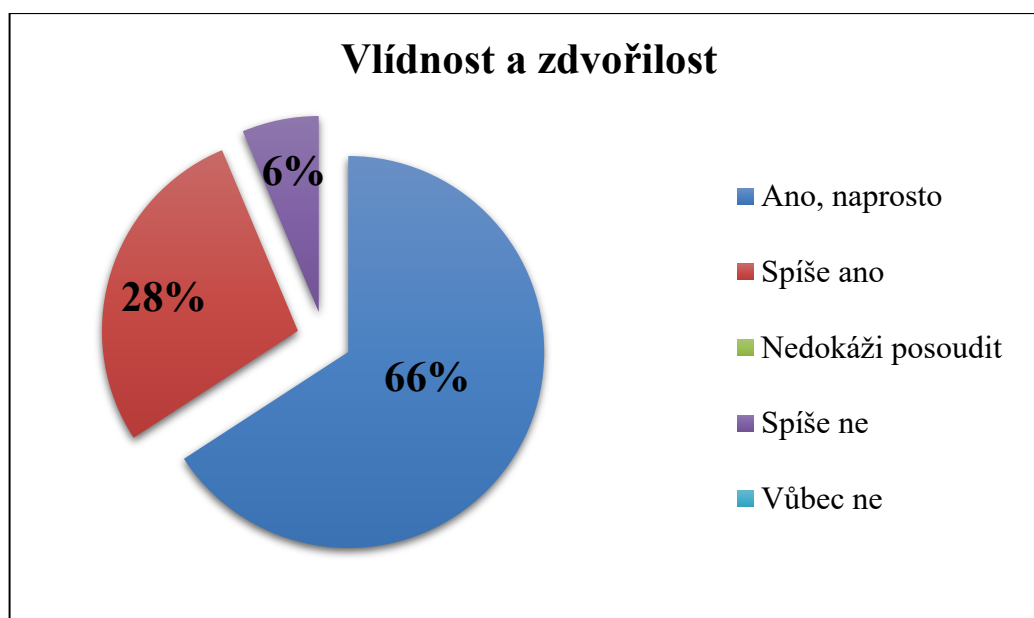
*Graf 3: Vzdělání*

**Komentář:** Třetí otázka se zaměřovala na vzdělání respondenta. V největším zastoupením zde byli respondenti se středoškolským vzděláním v počtu 35 (44 %). Naopak v nejmenším zastoupení byli respondenti se základním vzděláním v počtu osm (10 %). Druhou největší skupinu tvořili vyučení respondenti v počtu 24 (30 %). Nejvyšší vzdělání, tedy vysokoškolské mělo jen 12 respondentů (15 %).

**Otázka č. 4:** Jste spokojen(a) s vlídností a zdvořilostí personálu?

*Tabulka 4: Vlídnot a zdvořilost*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, naprosto	52	66 %
Spíše ano	22	28 %
Nedokáži posoudit	0	0 %
Spíše ne	5	6 %
Vůbec ne	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



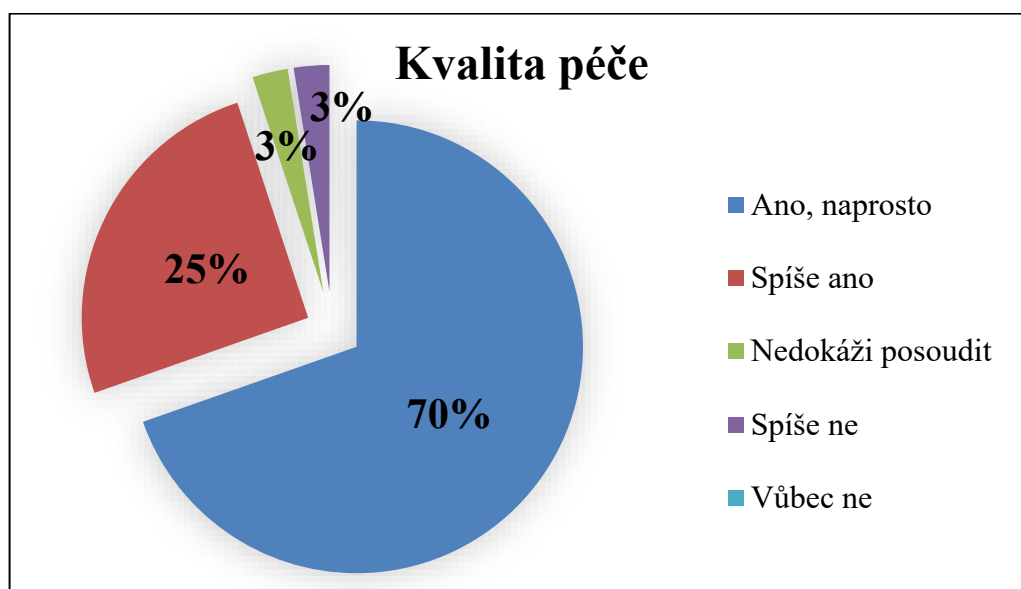
*Graf 4: Vlídnot a zdvořilost*

**Komentář:** Čtvrtá otázka se dotazovala, zdali je respondent spokojen s vlídností a zdvořilostí personálu. Z celkového počtu odpovědí (79) bylo 74 (94 %) kladných, tedy že jsou naprosto spokojeni nebo spíše ano. Jen pět respondentů (6 %) uvedlo negativní odpověď spíše ne. Žádný z respondentů neuvedl možnost odpovědi nedokáži posoudit a vůbec ne.

**Otázka č. 5:** Jste spokojen(a) s celkovou kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?

*Tabulka 5: Kvalita péče*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, naprosto	55	70 %
Spíše ano	20	25 %
Nedokáži posoudit	2	3 %
Spíše ne	2	3 %
Vůbec ne	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



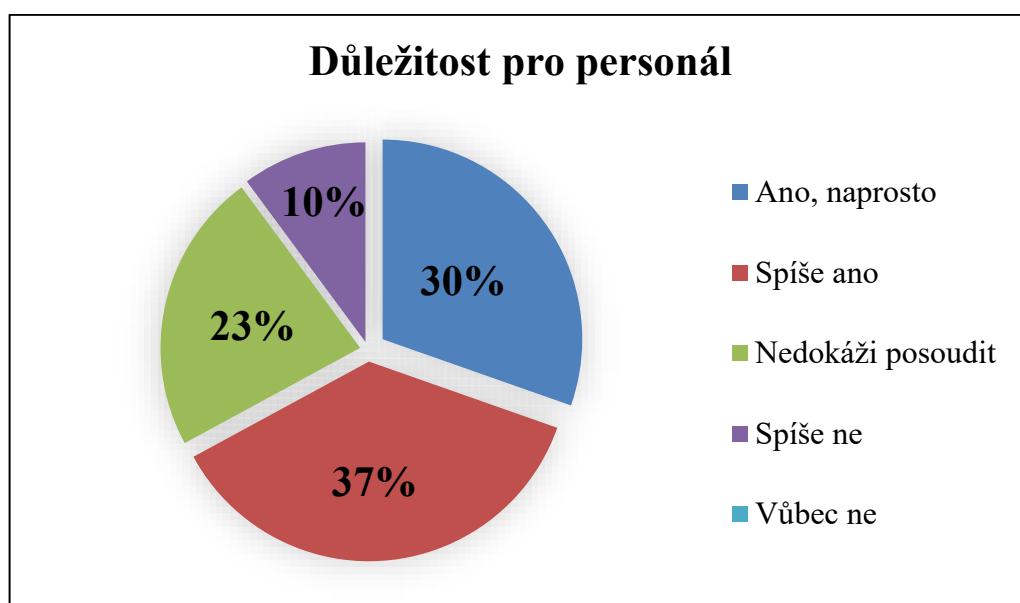
*Graf 5: Kvalita péče*

**Komentář:** Pátá otázka se dotazovala na celkovou kvalitu péče, která jim byla poskytována. Většina z celkového počtu 79 respondentů odpověděla ano, naprosto, tedy 55 respondentů (70 %). Druhá nejčastější odpověď spíše ano byla zvolena 20 respondenty (25 %). Odpovědi nedokáži posoudit a spíše ne měly stejný počet hlasů tedy dva (3 %). Žádný z respondentů nezvolil odpověď vůbec ne.

**Otázka č. 6:** Cítíte, že jste pro zdravotnický personál důležitý(á)?

*Tabulka 6: Důležitost pro personál*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, naprosto	24	30 %
Spíše ano	29	37 %
Nedokáži posoudit	18	23 %
Spíše ne	8	10 %
Vůbec ne	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



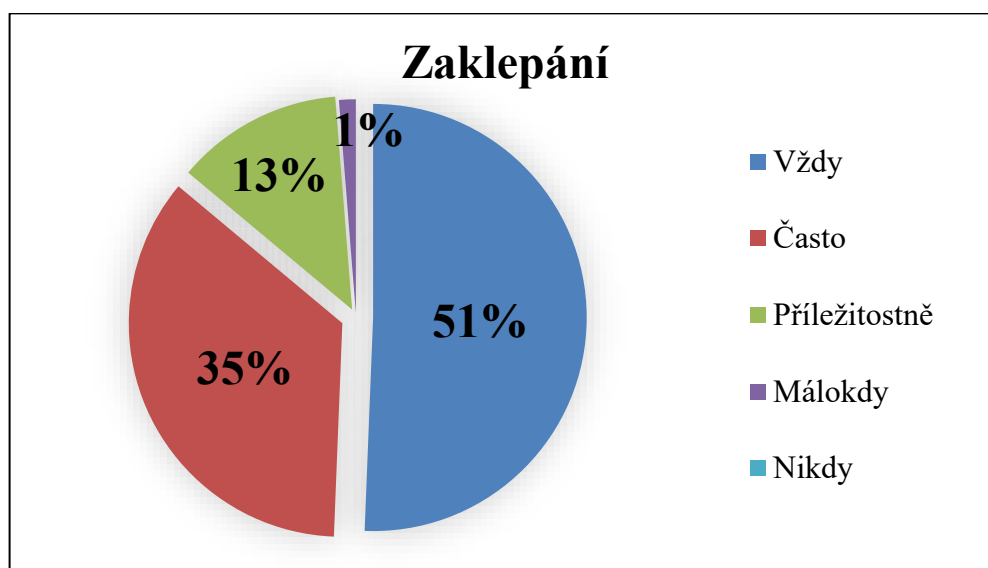
*Graf 6: Důležitost pro personál*

**Komentář:** Šestá otázka se dotazovala na to, jestli se respondent cítí být důležitý pro personál. Nejvíce respondentů, tedy 29 (37 %), se cítilo být spíše důležitým pro personál. Dále 24 (30 %) respondentů se cítí být naprosto důležitými a jen osm (10 %) respondentů se spíše necítí být důležitými a 18 (23 %) respondentů nedokázalo posoudit svou důležitost pro personál. Žádný z respondentů ne zvolil poslední možnost vůbec ne.

**Otázka č. 7:** Zaklepe personál před vstupem na pokoj?

*Tabulka 7: Zaklepání*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Vždy	40	51 %
Často	28	35 %
Příležitostně	10	13 %
Málokdy	1	1 %
Nikdy	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



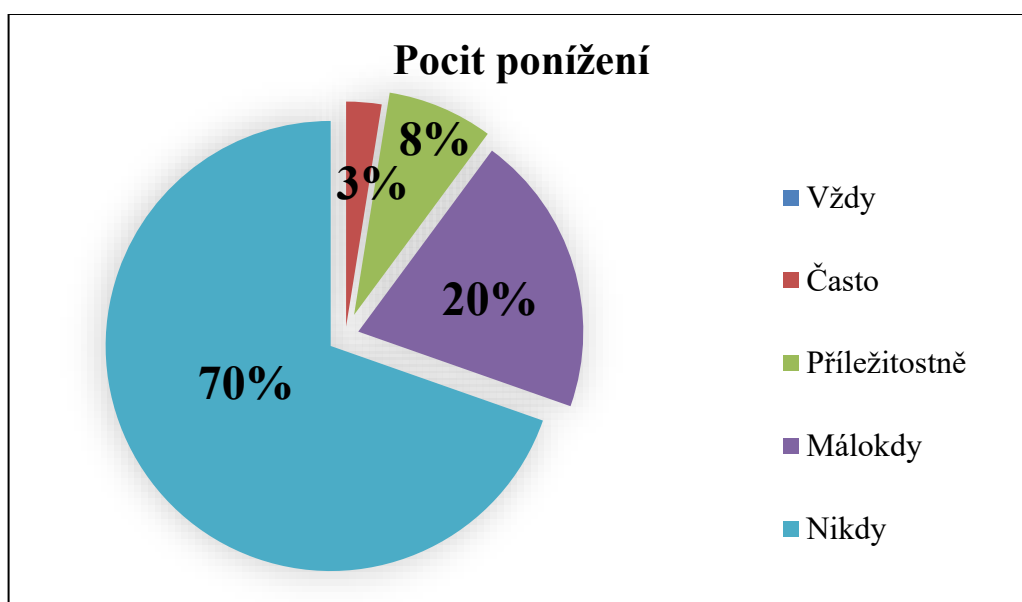
*Graf 7: Zaklepání*

**Komentář:** Sedmá otázka se dotazovala, zdali personál zaklepe před vstupem na pokoj. Polovina respondentů (51 %) uvedla, že personál vždy zaklepe, 28 (35 %) respondentů zakroužkovalo časté zaklepání. Příležitostné zaklepání zvolilo 10 (13 %) respondentů. Jen jeden respondent uvedl, že personál málokdy zaklepe. Poslední odpověď nebyla zvolena žádným respondentem.

**Otázka č. 8:** Měl(a) jste někdy pocit ponížení?

*Tabulka 8: Pocit ponížení*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Vždy	0	0 %
Často	2	3 %
Příležitostně	6	8 %
Málokdy	16	20 %
Nikdy	55	70 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



*Graf 8: Pocit ponížení*

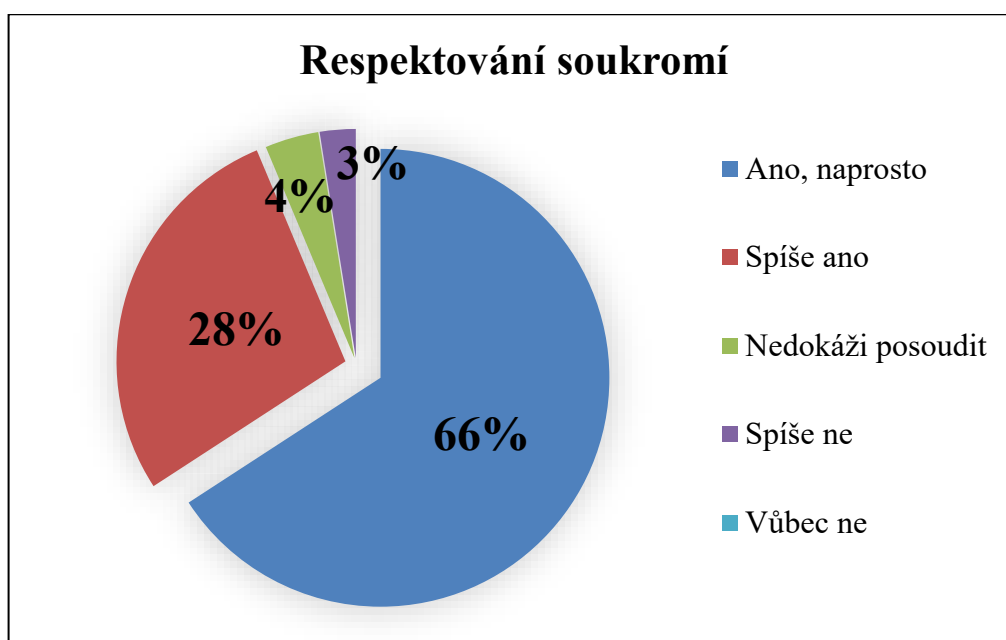
**Komentář:** Osmá otázka se dotazovala na pocit ponížení. Zde 55 (70 %) respondentů uvedlo, že ho nikdy neměli, 16 (20 %) respondentů uvedlo, že tento pocit měli málokdy. Šest (8 %) respondentů příležitostně zažilo pocit ponížení a jen dva (3 %) ho měli často. Žádný z respondentů ne zvolil možnost odpovědi vždy.

Otázka obsahovala otevřenou podotázku, kde mohli respondenti uvádět, za jakých okolností k tomu došlo. Pouze dva respondenti z celkového počtu 79 (100 %) uvedli okolnosti: „Ráno při umývání“ a „Vizita.“

**Otázka č. 9:** Máte pocit, že personál dostatečně respektuje vaše soukromí?

*Tabulka 9: Respektování soukromí*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano, naprosto	52	66 %
Spíše ano	22	28 %
Nedokáží posoudit	3	4 %
Spíše ne	2	3 %
Vůbec ne	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



*Graf 9: Respektování soukromí*

**Komentář:** Devátá otázka a tím i poslední otázka části A se dotazovala na respektování soukromí. Na tento dotaz 52 (66 %) tedy nejvíce respondentů odpovědělo, že personál naprosto respektuje jejich soukromí, 22 (28 %) z nich uvedlo, že spíše ano. Jen dva (3 %) uvedli, že jejich soukromí spíše není respektováno. Tři (4 %) respondenti nedokázali tuto situaci posoudit. Možnost vůbec ne nebyla vybrána žádným respondentem.



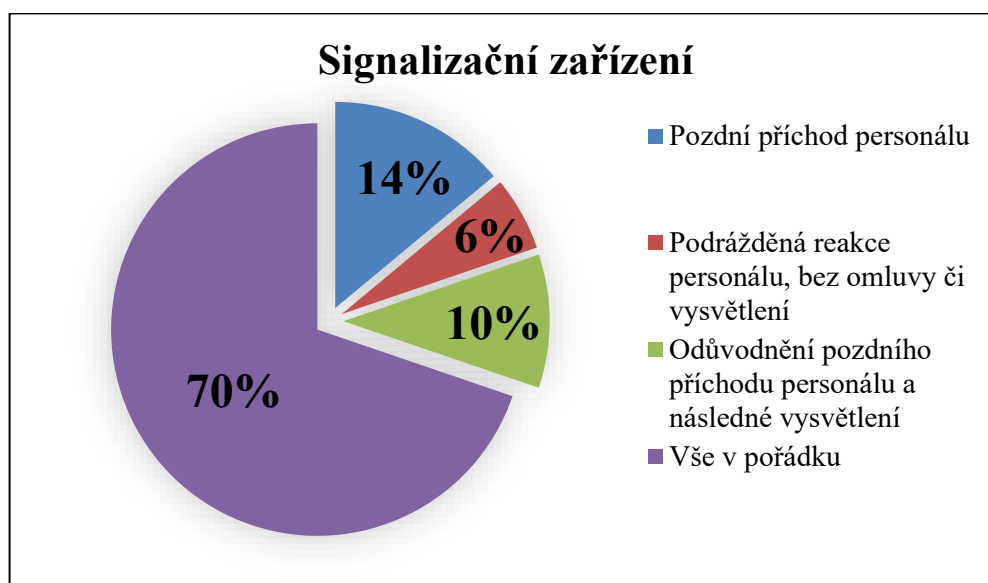
## 7.2 Dotazníková část B

Zde mohli respondenti zakroužkovat více odpovědí a otázky, které se jich netýkaly, mohli vynechat. Počet zvolených odpovědí (Absolutní četnost) se u každé otázky liší, ale počet odpovídajících respondentů je stále 79. Relativní četnost představuje stejnou hodnotu převedenou na procenta.

**Otázka č. 1:** Reakce personálu na signalizační zařízení.

Tabulka 10: Signalizační zařízení

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Pozdní příchod personálu	12	14 %
Podrážděná reakce personálu, bez omluvy či vysvětlení	5	6 %
Odůvodnění pozdního příchodu personálu a následné vysvětlení	9	10 %
Vše v pořádku	60	70 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>



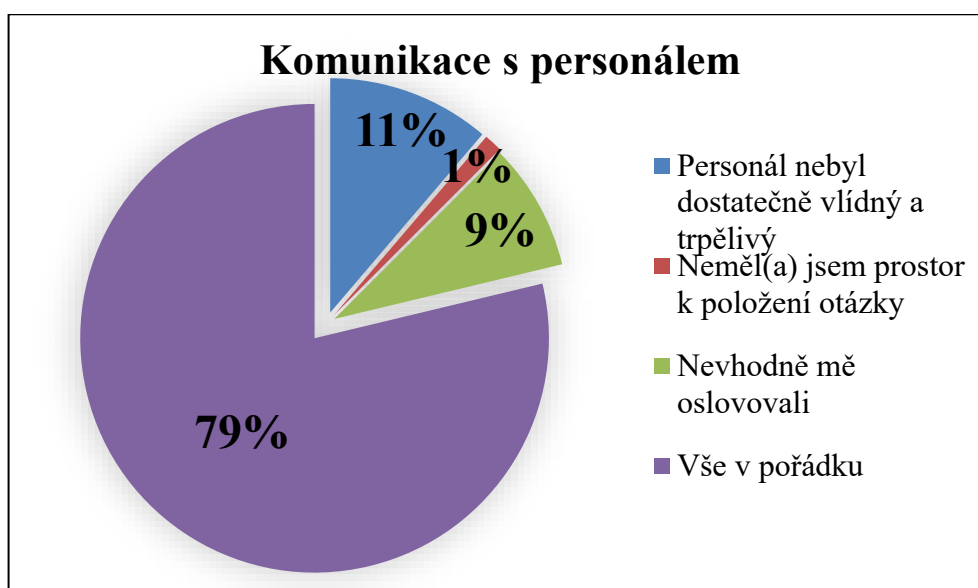
Graf 10: Signalizační zařízení

**Komentář:** V této otázce, která se dotazuje na signalizační zařízení, byla uvedena jako nejčastější odpověď vše v pořádku, byla zvolena 60krát, tedy 70 %. Dále 12krát byla zvolena možnost, že personál přichází pozdě. Odpověď Personál reagující podrážděně bez omluvy či vysvětlení zvolilo pět (6 %) respondentů. Odůvodnění a vysvětlení pozdního příchodu tvořilo devět odpovědí (10 %). Celkový počet odpovědí na tuto otázku byl 86.

Otázka č. 2: Komunikace s personálem.

Tabulka 11: Komunikace s personálem

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Personál nebyl dostatečně vlídný a trpělivý	9	11 %
Neměl(a) jsem prostor k položení otázky	1	1 %
Nevhodně mě oslovovali	7	9 %
Vše v pořádku	63	79 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



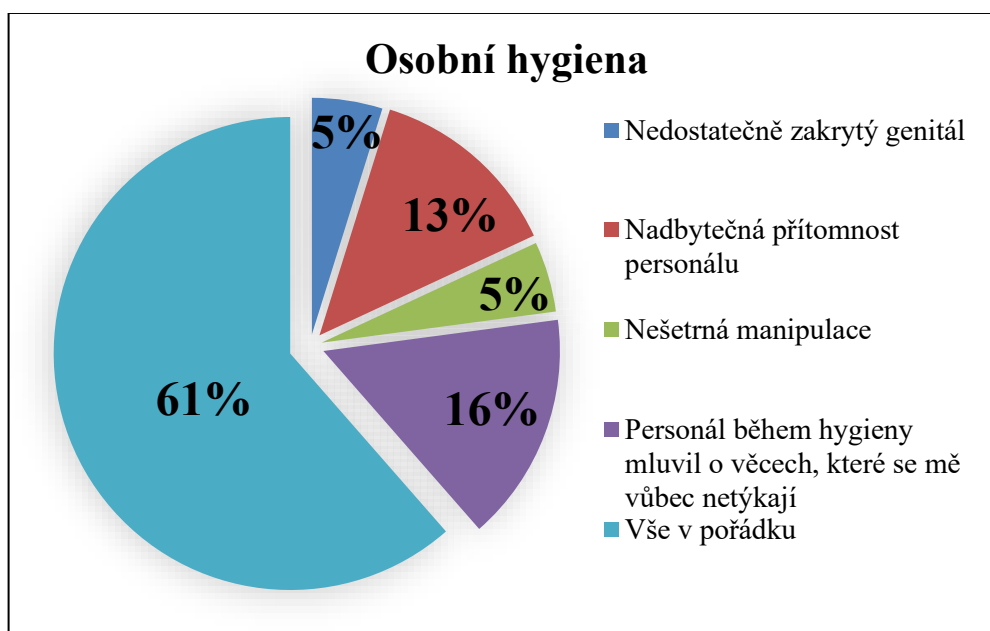
Graf 11: Komunikace s personálem

**Komentář:** V druhé otázce, která se zaměřovala na komunikaci s personálem, uvedli téměř všichni respondenti (79 %), že je vše v pořádku. Z celkového počtu 80 odpovědí bylo zvoleno devět (11 %) odpovědí personál nebyl dostatečně vlídný a trpělivý a pouze 7krát (9 %) bylo zvoleno nevhodné oslovování. Jen 1krát byla zakroužkována odpověď nedostatečný prostor k položení otázky.

**Otázka č. 3:** Provedení osobní hygieny.

*Tabulka 12: Osobní hygiena*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nedostatečně zakrytý genitál	4	5 %
Nadbytečná přítomnost personálu	11	13 %
Nešetrná manipulace	4	5 %
Personál během hygieny mluvil o věcech, které se mě vůbec netýkají	13	16 %
Vše v pořádku	51	61 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>



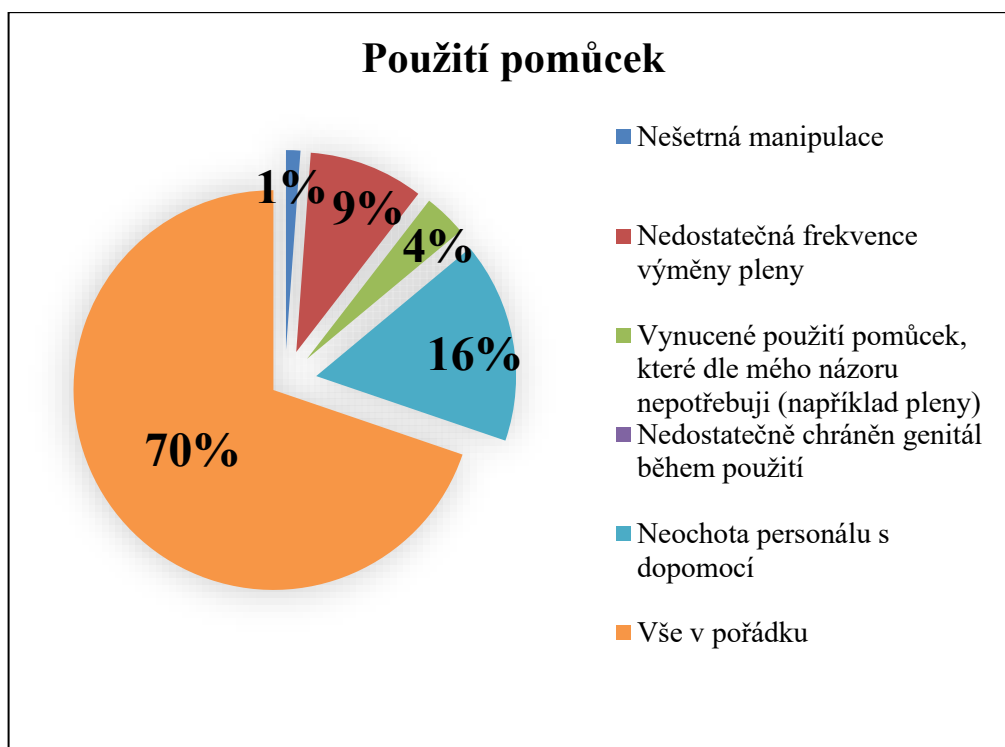
*Graf 12: Osobní hygiena*

**Komentář:** Třetí otázka zaměřená na oblast osobní hygieny ukázala, že v této oblasti bylo procentuálně nespokojeno nejvíce respondentů (celková nespokojenost činila až 39 %). Z celku 83 odpovědí, převládala odpověď vše v pořádku (51 odpovědí). Další častá odpověď byla, že personál během hygieny mluvil o věcech, které se ho vůbec netýkají (13 odpovědí). Se stejným počtem čtyř odpovědí se řadí nedostatečně zakrytý genitál a nešetrná manipulace a 11krát byla označena odpověď nadbytečné přítomnosti personálu.

**Otázka č. 4:** Použití pomůcek při vyprazdňování moče a stolice (pleny, podložní mísa, pojízdné WC).

Tabulka 13: Použití pomůcek

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nešetrná manipulace	1	1 %
Nedostatečná frekvence výměny pleny	8	9 %
Vynucené použití pomůcek, které dle mého názoru nepotřebuji (například pleny)	3	4 %
Nedostatečně chráněn genitál během použití	0	0 %
Neochota personálu s dopomocí	14	16 %
Vše v pořádku	60	70 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>



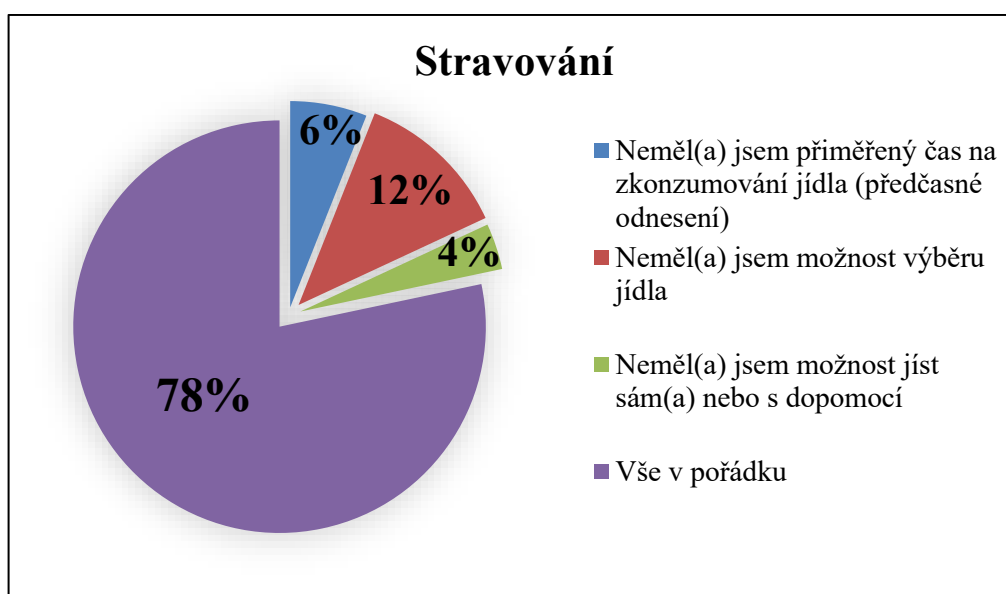
Graf 13: Použití pomůcek

**Komentář:** U čtvrté otázky, která se dotazovala na použití pomůcek při vyprazdňování moče a stolice, dominovala odpověď vše v pořádku, z celkového počtu 86 odpovědí byla zvolena 60krát. Druhou nejčastější odpovědí (16 %) byla zvolena 14krát neochota personálu s dopomocí, dále 8krát (9 %) byla vybrána možnost nedostatečné frekvence výměny pleny a 3krát (4 %) byla zakroužkována odpověď vnucení pomůcek, i když je nepotřebovali. Jen 1krát byla zvolena nešetrná manipulace při používání pomůcek.

## Otázka č. 5: Stravování.

Tabulka 14: Stravování

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Neměl(a) jsem přiměřený čas na zkonzumování jídla (předčasné odnesení)	5	6 %
Neměl(a) jsem možnost výběru jídla	10	12 %
Neměl(a) jsem možnost jíst sám(a) nebo s dopomocí	3	4 %
Vše v pořádku	65	78 %
<b>Celkem</b>	<b>83</b>	<b>100 %</b>



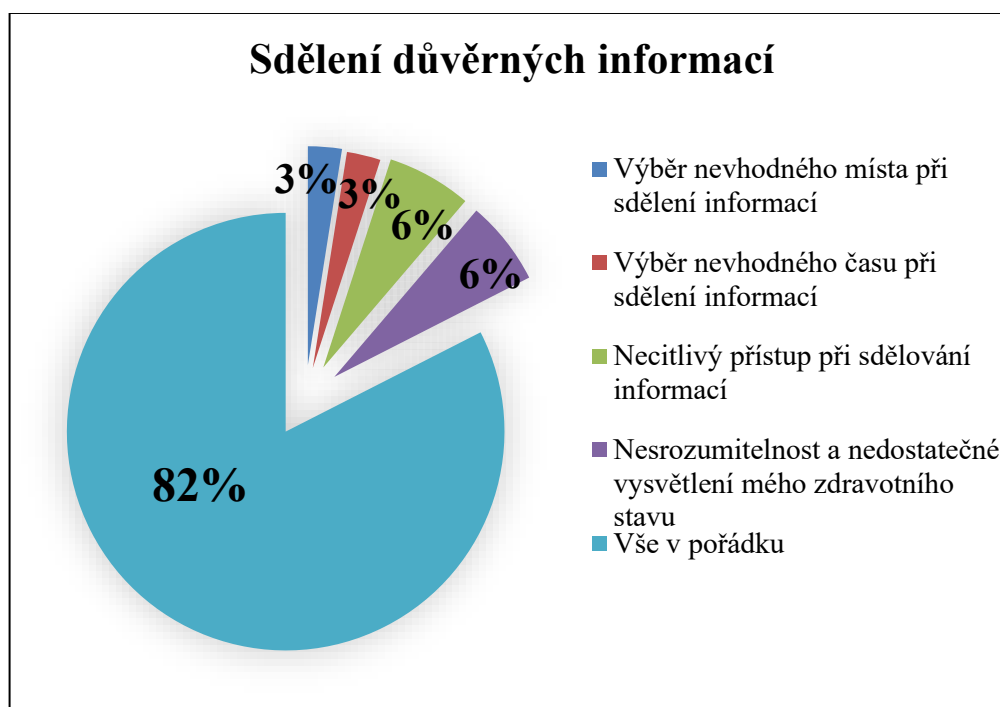
Graf 14: Stravování

**Komentář:** Pátá otázka z oblasti stravování ukázala, že z celkového počtu 83 odpovědí byla nejčastěji zvolena vše v pořádku (78 %). Další častá odpověď byla nemožnost výběru jídla zvolená 10krát, předčasné odnesení jídla (5krát) a jen tři odpovědi (4 %) nemožnost jíst sám či s dopomocí.

**Otázka č. 6:** Sdělování důvěrných informací o zdravotním stavu.

*Tabulka 15: Sdělení důvěrných informací*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Výběr nevhodného místa při sdělení informací	2	3 %
Výběr nevhodného času při sdělení informací	2	3 %
Necitlivý přístup při sdělování informací	5	6 %
Nesrozumitelnost a nedostatečné vysvětlení mého zdravotního stavu	5	6 %
Vše v pořádku	66	82 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



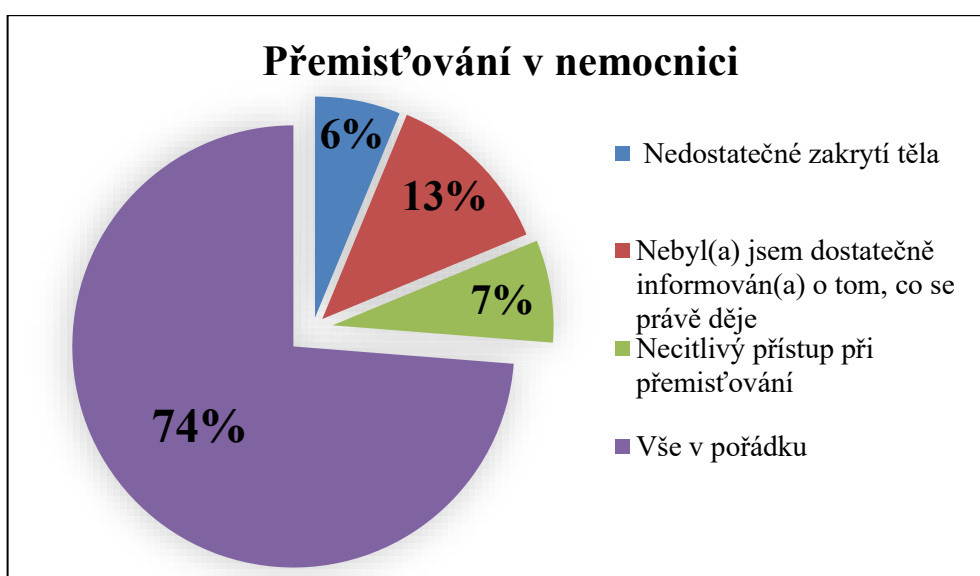
*Graf 15: Sdělení důvěrných informací*

**Komentář:** Šestá otázka, která zjišťovala okolnosti sdělení důvěrných informací, ukázala vyrovnanost mezi možnostmi výběr nevhodného místa při sdělení informací a výběrem nevhodného času při sdělení informací, kdy obě možnosti měly dvě odpovědi, dále necitlivý přístup při sdělování informací a nesrozumitelnost a nedostatečné vysvětlení mého zdravotního stavu měly také stejný počet pět odpovědí. Z celkového počtu 80 odpovědí bylo nejčastěji, a to 66krát zvoleno, že je vše v pořádku.

**Otázka č. 7:** Přemístování v nemocnici (na operační sál, vyšetření, jiné oddělení apod.).

Tabulka 16: Přemístování v nemocnici

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nedostatečné zakrytí těla	5	6 %
Nebyl(a) jsem dostatečně informován(a) o tom, co se právě děje	10	13 %
Necitlivý přístup při přemístování	6	7 %
Vše v pořádku	59	74 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



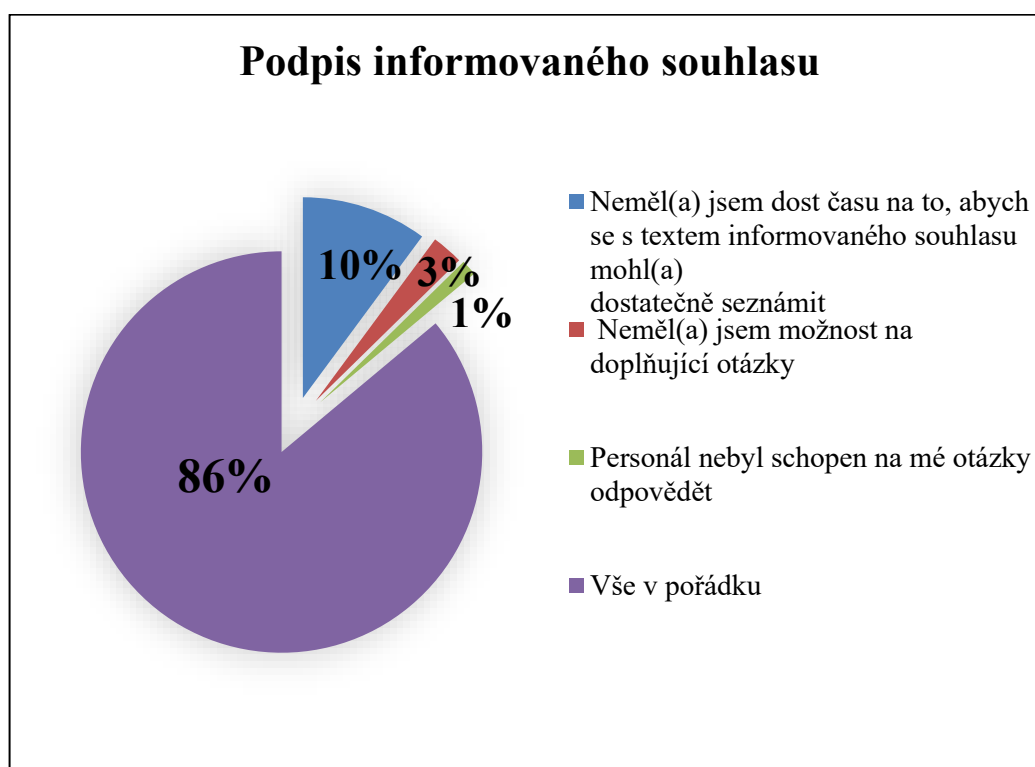
Graf 16: Přemístování v nemocnici

**Komentář:** Sedmá otázka se dotazovala na přemístování v nemocnici. S počtem 59 odpovědí (74 %) z celku 80 odpovědí převládala možnost, že je vše v pořádku. Jako druhou početnou skupinu odpovědí (13 %) vybrali respondenti 10krát nedostatečné informování o situaci. Méně často bylo zvoleno nedostatečné zakrytí těla (5krát) a necitlivý přístup při přemístování – 6 odpovědí.

**Otázka č. 8:** Podpis informovaného souhlasu.

*Tabulka 17: Podpis informovaného souhlasu*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Neměl(a) jsem dost času na to, abych se s textem informovaného souhlasu mohl(a) dostatečně seznámit	8	10 %
Neměl(a) jsem možnost na doplňující otázky	2	3 %
Personál nebyl schopen na mé otázky odpovědět	1	1 %
Vše v pořádku	68	86 %
<b>Celkem</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



*Graf 17: Podpis informovaného souhlasu*

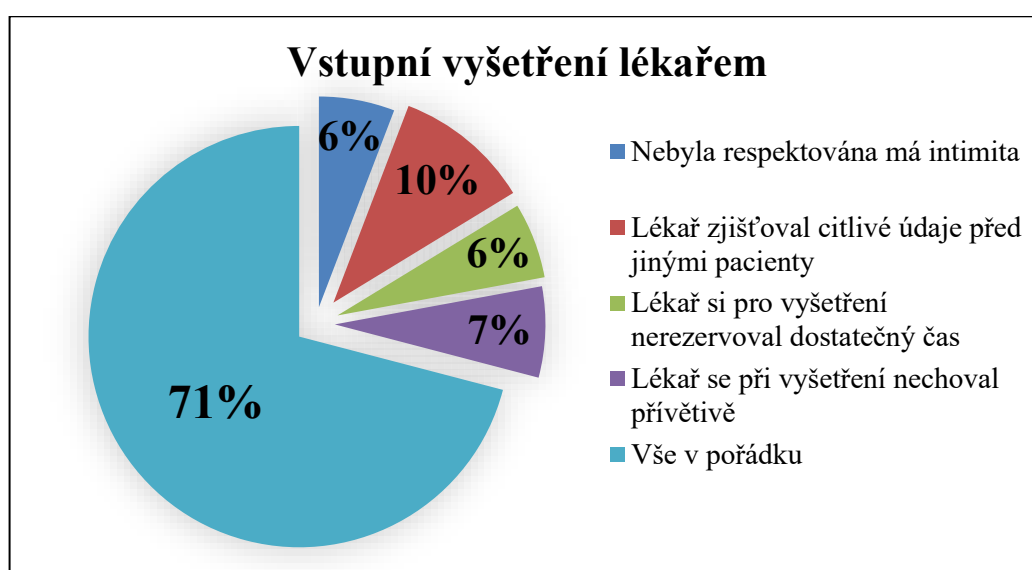
**Komentář:** U osmé otázky, dotazující se na informovaný souhlas, je patrné že 68 odpovědí (86 %) z celku 79 odpovědí bylo vše v pořádku. Jen jeden respondent zvolil možnost, že personál nebyl schopen na jeho otázky odpovědět. Větší skupinou byla zvolená odpověď nedostatku času na seznámení s textem souhlasu v zastoupení 10 % (8 odpovědí) a jen 2krát neměli možnost, pro doplňující otázky.



Otázka č. 9: Vstupní vyšetření lékařem.

Tabulka 18: Vstupní vyšetření lékařem

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nebyla respektována má intimita	5	6 %
Lékař zjišťoval citlivé údaje před jinými pacienty	9	10 %
Lékař si pro vyšetření nerezervoval dostatečný čas	5	6 %
Lékař se při vyšetření nechoval přívětivě	6	7 %
Vše v pořádku	61	71 %
<b>Celkem</b>	<b>86</b>	<b>100 %</b>



Graf 18: Vstupní vyšetření lékařem

**Komentář:** Devátá otázka dotazující se na vstupní vyšetření lékařem ukázala, že z celkového počtu 86 odpovědí bylo 61krát zvoleno vše v pořádku. Dále pak byla častá odpověď zjišťování citlivých údajů před jinými pacienty (9 odpovědí), lékař se při vyšetření nechoval přívětivě (6 odpovědí). Se stejným počtem pěti odpovědí se umístily možnosti nerespektování intimity a nedostatek času pro vyšetření.

## 8 DISKUZE

Z výsledků dotazníkového šetření jsou patrné následující výsledky a závěry týkající se hlavního a dílčího cíle, které v této kapitole budou shrnuty. Celkem se tohoto šetření zúčastnilo 79 respondentů, kterým byly dotazníky rozdány na odděleních interního typu Uherskohradištské nemocnice.

Z demografické části dotazníku (otázky 1–3) výsledky ukazují, že v pohlaví respondentů velmi těsně převažovaly ženy (42), dále nejpočetnější věkovou kategorií seniorů tvořila skupina od 60 do 70 let a nejčastěji měli respondenti ukončené středoškolské vzdělání (44 %).

Dotazník se dělil na část A, která se vztahovala k hlavnímu cíli: Zjistit, zdali je z pohledu seniora respektována ve zdravotnickém zařízení jeho důstojnost. K tomu sloužily otázky 4–9.

Zde 94 % respondentů bylo spokojeno (odpovědi Ano, naprosto a Spíše ano) s vlídností a zdvořilostí personálu, 95 % jich bylo spokojeno (odpovědi Ano, naprosto a Spíše ano) s kvalitou poskytované péče. Dále pozitivní odpovědi převažovaly u otázky č. 6, kdy se celkem 67 % respondentů cítilo naprosto nebo spíše ano důležitých pro personál. V oblasti soukromí (otázka č. 9) a zaklepání před vstupem na pokoj (otázka č. 7) převažovaly také kladné odpovědi (94 % a 86 %), kdy je získaly možnosti, že personál naprosto nebo spíše ano respektuje jejich soukromí a vždy nebo často zaklepe před vstupem na pokoj. Otázka č. 8, která se dotazovala na pocit ponížení, ukázala, že nejvíce respondentů (71) tento pocit nikdy nezažilo nebo zažilo jen málokdy (dohromady 90 %), jen dva respondenti uvedli, že ho měli často a také v podotázce, kde mohli respondenti dobrovolně napsat, za jakých okolností, uvedli jen dva respondenti, že se tak stalo „*Ráno při umývání*“ a při „*Vizitě*.“

K hlavnímu cíli se vázala hypotéza, která předpokládala, že důstojnost seniora ve zdravotnickém zařízení není respektována v dostatečné míře, kdy jsme dostatečnou míru respektování důstojnosti stanovili procentuálně alespoň 75 %. Hypotéza byla vytvořena autorkou práce na základě zkušeností z praxe, kdy jako studentka byla začleněna do provozu jednotlivých oddělení a mohla porovnávat přístup pracovníků, náročnost práce a poskytovanou kvalitu péče. Lze říci, že překonání hranice 75 % kladných odpovědí by bylo možné považovat za důkaz, že hypotéza nebyla potvrzena. Tato hranice byla překročena ve všech otázkách (4–9), kromě jedné otázky č. 6, kdy hranice nebylo

dosaženo. Vzhledem k tomu, že vytyčené hranice nebylo dosaženo ve všech otázkách, není možné říct, že důstojnost seniora ve zdravotnickém zařízení je respektována v dostatečné míře. Hlavní cíl byl tedy splněn a hypotéza se potvrdila.

Část B se vztahovala k dílčímu cíli, kterým bylo zjistit, v případě nerespektování důstojnosti seniora, za jakých okolností je z jeho pohledu důstojnost nejčastěji porušena. Tento cíl byl vyhodnocen na základě porovnání procentuálního zastoupení negativních odpovědí vyjadřujících nerespektování důstojnosti s celkovým počtem odpovědí v jednotlivých otázkách. Otázka s největším procentuálním zastoupením negativních odpovědí byla považována za oblast, ve které dochází z pohledu seniora nejčastěji k porušování důstojnosti. Respondenti zde mohli zvolit i více odpovědí. Ve všech otázkách výrazně převažovaly odpovědi Vše v pořádku (více než 70 %), kromě otázky č. 3 (Osobní hygiena). Zde bylo největší procentuální zastoupení negativních odpovědí (39 %), tedy 32 odpovědí z celku 83 odpovědí. I přes vysokou míru spokojenosti lze tedy stanovit nejčastěji volenou okolnost porušování důstojnosti, kterou je oblast osobní hygieny.

K dílčímu cíli se pojila hypotéza, že důstojnost seniora ve zdravotnickém zařízení je nejčastěji porušována při osobní hygieně. Hypotéza byla vytvořena autorkou práce na základě praktických zkušeností ve zdravotnických zařízeních, dále pozorováním a srovnáváním reality a teoreticky předepsaných standardů. U zkoumaného vzorku respondentů lze z výsledků říci, že nejčastěji volenou okolností porušování důstojnosti, je oblast osobní hygieny. Hypotéza byla podpořena i odpovědí otevřené podotázky otázky č. 8 části A, která se dotazovala, za jakých okolností došlo k pocitu ponížení, kdy jedna ze dvou odpovědí byla „Ráno při umývání,“ která se řadí do oblasti osobní hygieny. Cíl byl tedy splněn a hypotéza se potvrdila.

Při průzkumu literatury byla objevena bakalářská práce na téma Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení od autorky Žanety Štěpánkové z roku 2013. Štěpánková zjišťovala rozdíly v zachování důstojnosti seniorů, zvláště v domově pro seniory a u jedinců hospitalizovaných na geriatrickém či interním oddělení. Zde zjistila, že v domově pro seniory je jejich důstojnost zachována ve větší míře nežli na geriatrickém oddělení (Štěpánková, 2013, s. 59). Autorka Mikulová také zjistila, že ve zdravotnickém zařízení důstojnost seniorů není respektována v dostatečné míře. Lze porovnat i cíl č. 3, který u Štěpánkové zněl: Zjistit, v jaké situaci ve zdravotnickém zařízení seniori cítí omezení své důstojnosti. Štěpánková zjistila, že nejčastěji je důstojnost seniorů omezena při vykonávání

hygienické péče (Štěpánková, 2013, s. 61). Autorka Mikulová zde také zjistila, že senioři cítí, že jejich důstojnost je nejčastěji porušena v oblasti osobní hygieny.

Stanovení hranice 75 % pro posouzení míry důstojnosti bylo pro výzkum důležité pro potvrzení nebo vyvrácení hlavní hypotézy, je otázkou, jestli je tento limit postaven dostatečně vysoko a neměl by být stanoven výše vzhledem k rozvinutosti země a zdravotního systému. Obecně může pomoci zlepšit respektování důstojnosti např. navýšení personálu na zatížených odděleních, zajištění edukace pracovníků o této problematice, zajistit dobré pracovní a psychické zázemí pro zdravotnický personál, včasné upozorňovat a předcházet syndromu vyhoření, pravidelně čerpat dovolenou a také správné platové ohodnocení může ovlivnit přístup zaměstnanců. Dále by si měl personál dávat pozor i na projev vlastních pocitů při odpovědi na signalizační zařízení, kdy by měl vysvětlit svůj pozdní příchod, v komunikaci být dostatečně trpělivý a dávat si pozor na správné oslovení. Při provedení osobní hygieny by měl vždy dbát na respektování intimity pacienta, zejména v oblasti genitálu, být šetrný a věnovat se pacientovi. Při používání vyprazdňovacích pomůcek by měl myslet, jak to pro pacienta může být ponižující, a tak se snažit dostatečně chránit jeho genitál, být ochotný s pomocí a nevyhýbat se výměně vyprazdňovacích pomůcek. U stravování by se měl snažit zachovat jeho soběstačnost a dopřát mu dostatek času. Při přemísťování v nemocnici by neměl být pacient odhalen a vždy by měl být informován, o tom, co se s ním právě děje. Kdykoli má pacient podepsat informovaný souhlas, dát mu možnost si ho pročíst a dát prostor pro položení otázky. Také lékaři by měli mít na paměti, že zvolení vhodného místa a času může ovlivnit reakci pacienta, nezapomínat na ohleduplnost, citlivý přístup a srozumitelnost sdělovaných informací.

### **Doporučení pro praxi**

Ze šetření bylo mile překvapující, kolik respondentů bylo spokojeno s přístupem zaměstnanců a nemělo pocit nerespektování jejich důstojnosti, ale i na malé procento pacientů, kteří byli nespokojeni a tento pocit měli, by se nemělo zapomenout a snížit toto procento na minimum. O výsledky šetření projevil zájem management Uherskohradišťské nemocnice.

## ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce, jak již bylo zmíněno, bylo zjistit, zdali je z pohledu seniora respektována ve zdravotnickém zařízení jeho důstojnost. Dílčím cílem bylo zjistit, v případě nerespektování důstojnosti seniora, za jakých okolností z jeho pohledu je jeho důstojnost nejčastěji porušena.

Dělila se na dvě části. Teoretická část dávala oporu pro tvorbu praktické části, informovala o pojmech stáří a stárnutí, autonomii a ageismu. Dále se zabývala etickými přístupy, komunikací a péčí o seniory. Dále se snažila poskytnout informace o lidské důstojnosti. Praktická část obsahovala výsledky šetření.

Dotazníkové šetření bylo cíleno na všechny pacienty (seniory), kteří se nacházeli na oddělení, proto výsledky šetření jsou v některých částech velmi obecné. Pro jejich větší konkretizaci by bylo třeba skupinu seniorů dále diferencovat, např. jen na nesamostatné ležící pacienty, na pacienty využívající vyprazdňovací pomůcky a jiné, u nichž je vyšší riziko ohrožení jejich důstojnosti nežli u pacientů, kteří jsou samostatní a nevyžadují tolik ošetrovatelské péče.

Hranice, kdy je naše důstojnost nerespektována a porušena, je velmi individuální a každý ji má nastavenou jinak. Je ovlivněna mnoha faktory, ve zdravotnickém zařízení zejména nesoběstačností pacienta, náročností péče, ale také např. mírou vyhoření personálu. V dnešní době se zdravotnictví potýká s personální krizí a vzhledem k demografickému vývoji a s ním spojeným stárnutím populace můžeme v budoucnu očekávat zvyšování množství seniorů vyžadujících hospitalizaci a tím i vyšší náročnost ošetrovatelské péče. Lze tedy očekávat, že udržení dostatečné míry důstojnosti hospitalizovaného seniora bude i v budoucnosti nadále velkou výzvou.

Ze získaných dat vyplynulo, že ve zdravotnickém zařízení není z pohledu seniora dostatečně respektována jeho důstojnost. Dále jako častá okolnost jejího porušení se ukázala oblast osobní hygieny. Nelze opomenout, že další častá okolnost byla problematika reakce na signalizační zařízení nebo použití pomůcek při vyprazdňování moče a stolice.

Toto téma je velmi zajímavé a jsem si jistá, že bude stále poskytovat podněty k dalšímu zkoumání. Problematika nerespektování lidské důstojnosti, nejen u seniorů, by neměla být nikdy zlehčována nebo umístěna do pozadí, stále se jedná o jednu z nejdůležitějších charakteristik lidského bytí.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BAUEROVÁ, V., 2018. *Lidská důstojnost jako základ života*. Ústav práva a právní vědy [online]. Beze stran. [cit. 2020-12-29]. Dostupné z: <https://www.ustavprava.cz/blog/2018/09/lidska-dustojnost-jako-zaklad-zivota/>
- BLATNÝ, M., ed., 2016. *Psychologie celoživotního vývoje*. 292 s. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.
- ČAS, 2012. Česká asociace sester: *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 6 s. [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: [https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn\\_2012.pdf](https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf)
- ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Beze stran. In: Sbíрка zákonů. Česká republika, ročník 2006, číslo 108. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Beze stran. In: Sbíрка zákonů, ročník 2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- Evropská charta práv pacientů seniorů, 1998. [online]. [cit. 2021-03-02]. 6 s. Dostupné z: [https://www.homolka.cz/data/upload/files/charta\\_prav\\_senioru.PDF](https://www.homolka.cz/data/upload/files/charta_prav_senioru.PDF)
- JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN isbn:978-80-247-4026-3.
- KISVETROVÁ, H., 2019. *Důstojnost ve stáří*. Profese online [online]. Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, 12(2), 2 s. [cit. 2021-01-01]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: <https://www.profeseonline.upol.cz/pdfs/pol/2019/02/02.pdf>
- KUTNOHORSKÁ, J., 2017. Senior zone. Senior zone: *Bariéry komunikace se seniory* [online]. Beze stran. Verlag Dashöfer [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/bariery-komunikace-se-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGK9d-8qNljgAE/?query=Verb%E1ln%ED%20a%20neverb%E1ln%ED%20komunikace%20se%20seniorem&serp=1](https://www.seniorzone.cz/33/bariery-komunikace-se-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK9d-8qNljgAE/?query=Verb%E1ln%ED%20a%20neverb%E1ln%ED%20komunikace%20se%20seniorem&serp=1)

KUTNOHORSKÁ, J., a PLISKOVÁ, B., 2017. *Komunikace a etické aspekty péče o seniory: studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, online. 92 s. ISBN 9788074546945. Dostupné také z: <http://digilib.k.utb.cz/handle/10563/41578>

KUTNOHORSKÁ, J., KUDLOVÁ, P., 2018. Důstojnost člověka v závěru života, fenomén naděje a empatie. *Paliativna medicína a liečba bolesti* [online]. (11). 3 s. [cit. 2021-02-25]. Dostupné z: [https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED\\_1-2\\_2018\\_final%20%E2%80%93%20Kutnohorska.pdf](https://www.solen.sk/storage/file/article/PALMED_1-2_2018_final%20%E2%80%93%20Kutnohorska.pdf)

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 304 s. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

ONDŘIOVÁ, I., 2020. Senior zone: *Verbální a neverbální komunikace se seniorem* [online]. Beze stran. Verlag Dashöfer. [cit. 2020-12-16]. Dostupné z: [https://www.seniorzone.cz/33/verbalni-a-neverbalni-komunikace-se-seniorem-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4\\_CGKSt-uHEFRxuk/?uri\\_view\\_type=44&uid=1sac1uAheK1Dor\\_cJvGDFFA&e=1JSkI5A\\_1J5acALYoIw6pyh2KLuqMiVap](https://www.seniorzone.cz/33/verbalni-a-neverbalni-komunikace-se-seniorem-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGKSt-uHEFRxuk/?uri_view_type=44&uid=1sac1uAheK1Dor_cJvGDFFA&e=1JSkI5A_1J5acALYoIw6pyh2KLuqMiVap)

ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. 370 s. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. 288 s. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.

POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. 160 s. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. 96 s. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

ŘÍČAN, P., 2014. *Cesta životem: vývojová psychologie*. Přepracované vydání. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 9788026207726.

SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠIMEK, J., 2016. Specifics of nursing ethics. *Kontakt* [online]. 18(2), 73–77 s. [cit. 2020-12-13]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2016/02/03.pdf>

ŠTĚPÁNKOVÁ, Ž., 2013. *Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení*. 72 s. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Zuzana Sousedíková.

WIJA P., Ageismus. Mýty a stereotypy o stáří a stárnutí. *Metodický portál: Články* [online]. 2018, [cit.2020-12-12]. Beze stran. ISSN 1802-4785. Dostupný z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/g/21662/AGEISMUS-MYTY-A-STEREOTYPY-O-STARI-A-STARNUTI.html>.



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Např. Například

WHO Světová zdravotnická organizace

ARO Anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP Jednotka intenzivní péče

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

TZV Takzvaně

ČAS Česká asociace sester

BS Beze stran

Č. Číslo

% Procento

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1: Pohlaví</i> .....	40
<i>Tabulka 2: Věk</i> .....	41
<i>Tabulka 3: Vzdělání</i> .....	42
<i>Tabulka 4: Vlídlost a zdvořilost</i> .....	43
<i>Tabulka 5: Kvalita péče</i> .....	44
<i>Tabulka 6: Důležitost pro personál</i> .....	45
<i>Tabulka 7: Zaklepání</i> .....	46
<i>Tabulka 8: Pocit ponížení</i> .....	47
<i>Tabulka 9: Respektování soukromí</i> .....	48
<i>Tabulka 10: Signalizační zařízení</i> .....	49
<i>Tabulka 11: Komunikace s personálem</i> .....	50
<i>Tabulka 12: Osobní hygiena</i> .....	51
<i>Tabulka 13: Použití pomůcek</i> .....	52
<i>Tabulka 14: Stravování</i> .....	53
<i>Tabulka 15: Sdělení důvěrných informací</i> .....	54
<i>Tabulka 16: Přemístování v nemocnici</i> .....	55
<i>Tabulka 17: Podpis informovaného souhlasu</i> .....	56
<i>Tabulka 18: Vstupní vyšetření lékařem</i> .....	57

**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1: Pohlaví</i> .....	40
<i>Graf 2: Věk</i> .....	41
<i>Graf 3: Vzdělání</i> .....	42
<i>Graf 4: Vlídlost a zdvořilost</i> .....	43
<i>Graf 5: Kvalita péče</i> .....	44
<i>Graf 6: Důležitost pro personál</i> .....	45
<i>Graf 7: Zaklepání</i> .....	46
<i>Graf 8: Pocit ponížení</i> .....	47
<i>Graf 9: Respektování soukromí</i> .....	48
<i>Graf 10: Signalizační zařízení</i> .....	49
<i>Graf 11: Komunikace s personálem</i> .....	50
<i>Graf 12: Osobní hygiena</i> .....	51
<i>Graf 13: Použití pomůcek</i> .....	52
<i>Graf 14: Stravování</i> .....	53
<i>Graf 15: Sdělení důvěrných informací</i> .....	54
<i>Graf 16: Přemísťování v nemocnici</i> .....	55
<i>Graf 17: Podpis informovaného souhlasu</i> .....	56
<i>Graf 18: Vstupní vyšetření lékařem</i> .....	57

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Etický kodex sester

Příloha 2: Evropská charta práv pacientů seniorů

Příloha 3: Dotazník

# **PŘÍLOHA P 1: ETICKÝ KODEX SESTER**

## **PŘEDMLUVA**

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, tato poslední revize byla provedena v roce 2005.

Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 11. února 2012.

## **ÚVOD**

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu.

Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta / klienta respektuje.

Sestry poskytují zdravotnické služby jednotlivcům, rodinám a komunitám a koordinují svoje služby se službami jiných skupin.

## **KODEX ICN**

Etický kodex sester ICN má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování.

### **Články Kodexu**

#### **1. Sestry a lidé**

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči.

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

Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace.

Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

## **2. Sestry a ošetrovatelská praxe**

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním.

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

Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů.

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

## **3. Sestry a profese**

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků.

Sestra se prostřednictvím profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

## **4. Sestry a spolupracovníci**

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů.

Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

Zdroj: Česká asociace sester, 2012

## **PŘÍLOHA P 2: EVROPSKÁ CHARTA PRÁV PACIENTŮ SENIORŮ**

### **1. Obecné zásady**

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředí, ze kterého pocházejí či s ohledem na životní styl. Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice

### **2. Komunikace a informace**

Starší občan může jako pacient očekávat: že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně, že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným, že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí, že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu, že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech, že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát, že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejích možných rizik, že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama, že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost, že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a že obdrží rychlou písemnou odpověď, že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci, že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

### **3. Podpora zdraví**

Starší občan může očekávat, že bude informován: o zdravém způsobu života, o zdravé výživě, o pohybovém režimu a cvičení, a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let, eventuálně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.



#### **4. Léky**

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci. Dále je žádoucí: aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné, aby se lékovky daly bez obtíží otevírat, aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

#### **5. Transport**

Starší občan může očekávat: že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení, že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem, že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější.

#### **6. Zdravotní problémy**

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

#### ***Poruchy paměti***

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje: je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti. V těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého.

#### ***Pády a zhoršující se hybnost***

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů může starší pacient očekávat: vyšetření specializovaným týmem odborníků, že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání, že budou učiněna

taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích – např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

### ***Inkontinence***

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat: specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení, v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

### **7. Nemoc**

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař. V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat: že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu, že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů, že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy, že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta, že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení, že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouho bude vyžadovat jeho zdravotní stav.

### **8. Zotavení a rehabilitace**

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení jejich původního funkčního stavu. Proto je důležité: aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů nebo než bude nalezeno jiné vyhovující řešení, v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů, aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života, aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

## **9. Propuštění z nemocnice**

Je žádoucí a nutné: aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí, aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak má dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci. Umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby a přeje si setrvat doma, domácí péči dle jeho potřeb objektivizovaných komplexním odborným posouzením.

## **10. Denní centra**

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici či byl-li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí: aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci, aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým, aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám.

## **11. Respitní péče**

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost. Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař nebo tým domácí péče, na dva až tři týdny respitní péče – pobytu v domově důchodců, ošetřovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

## **12. Komunitní a sociální služby**

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem a pracovníky domácí péče i sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby: pobyt v denním centru, domácí péče, noční „hlídání“ a večerní návštěvy (ukládání ke spánku), pomůcky pro inkontinentní, přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech, praní prádla, fyzioterapie, hygienické služby (vykoupání),

péče o nohy, systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů. Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

### **13. Změna domova**

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat: že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám, že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti, že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv. Pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče, že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování.

Zdroj: Evropská charta práv pacientů seniorů, 1998

## **PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Monika Mikulová, jsem studentka třetího ročníku bakalářského studia, oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. V současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma „Respektování důstojnosti seniorů v zařízení poskytujícím zdravotní péči“. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při vyplňování dotazníku.

Dotazník obsahuje celkem 18 otázek. Je rozdělen na dvě části. Vyberte prosím nejvýstižnější odpověď a zakroužkujte ji. Účast na výzkumu je **anonymní** a **dobrovolná**.

Vyplněním dotazníku dáváte kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči jejich zneužití.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Monika Mikulová

### **DOTAZNÍK**

**ČÁST A** V této části, prosím, zakroužkujte jednu správnou/nejvhodnější odpověď.

**1. Jaké je vaše pohlaví?**

- a) Muž
- b) Žena

**2. Kolik je vám let?**

- a) 60 – 70 let
- b) 71 – 80 let
- c) 81 – 90 let
- d) 91 let a více

**3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní škola
- b) Střední škola
- c) Vysoká škola
- d) Vyučen(a)

**4. Jste spokojen(a) s vlídností a zdvořilostí personálu?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Nedokáži posoudit
- d) Spíše ne
- e) Vůbec ne

**5. Jste spokojen(a) s celkovou kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Nedokáži posoudit
- d) Spíše ne
- e) Vůbec ne

**6. Cítíte, že jste pro zdravotnický personál důležitý(á)?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Nedokáži posoudit
- d) Spíše ne
- e) Vůbec ne

**7. Zaklepe personál před vstupem na pokoj?**

- a) Vždy
- b) Často
- c) Příležitostně
- d) Málokdy
- e) Nikdy

**8. Měl(a) jste někdy pocit ponížení?**

- a) Vždy
- b) Často
- c) Příležitostně
- d) Málokdy
- e) Nikdy

**Uved'te, za jakých okolností k tomu došlo: .....**

**9. Máte pocit, že personál dostatečně respektuje vaše soukromí?**

- a) Ano, naprosto
- b) Spíše ano
- c) Nedokáži posoudit
- d) Spíše ne
- e) Vůbec ne

**ČÁST B.** V této části dotazníku můžete zakroužkovat více odpovědí. Otázky, které se Vás netýkají, vynechte.

**1. Reakce personálu na signalizační zařízení:**

- a) Pozdní příchod personálu
- b) Podrážděná reakce personálu, bez omluvy či vysvětlení
- c) Odůvodnění pozdního příchodu personálu a následné vysvětlení
- d) Vše v pořádku

**2. Komunikace s personálem:**

- a) Personál nebyl dostatečně vlídný a trpělivý
- b) Neměl(a) jsem prostor k položení otázky
- c) Nevhodně mě oslovovali
- d) Vše v pořádku

**3. Provedení osobní hygieny:**

- a) Nedostatečně zakrytý genitál
- b) Nadbytečná přítomnost personálu
- c) Nešetrná manipulace
- d) Personál během hygieny mluvil o věcech, které se mě vůbec netýkají
- e) Vše v pořádku

**4. Použití pomůcek při vyprazdňování moče a stolice (pleny, podložní mísa, pojízdné WC):**

- a) Nešetrná manipulace
- b) Nedostatečná frekvence výměny pleny
- c) Vynucené použití pomůcek, které dle mého názoru nepotřebuji (například pleny)
- d) Nedostatečně chráněn genitál během použití
- e) Neochota personálu s dopomocí
- f) Vše v pořádku

**5. Stravování:**

- a) Neměl(a) jsem přiměřený čas na zkonsumování jídla (předčasné odnesení)
- b) Neměl(a) jsem možnost výběru jídla
- c) Neměl(a) jsem možnost jíst sám(a) nebo s dopomocí
- d) Vše v pořádku

**6. Sdělování důvěrných informací o zdravotním stavu:**

- a) Výběr nevhodného místa při sdělení informací
- b) Výběr nevhodného času při sdělení informací
- c) Necitlivý přístup při sdělování informací
- d) Nesrozumitelnost a nedostatečné vysvětlení mého zdravotního stavu
- e) Vše v pořádku

**7. Přemístování v nemocnici (na operační sál, vyšetření, jiné oddělení apod.):**

- a) Nedostatečné zakrytí těla
- b) Nebyl(a) jsem dostatečně informován(a) o tom, co se právě děje
- c) Necitlivý přístup při přemístování
- d) Vše v pořádku

**8. Podpis informovaného souhlasu:**

- a) Neměl(a) jsem dost času na to, abych se s textem informovaného souhlasu mohl(a) dostatečně seznámit
- b) Neměl(a) jsem možnost na doplňující otázky
- c) Personál nebyl schopen na mé otázky odpovědět
- d) Vše v pořádku

**9. Vstupní vyšetření lékařem:**

- a) Nebyla respektována má intimita
- b) Lékař zjišťoval citlivé údaje před jinými pacienty
- c) Lékař si pro vyšetření nerezervoval dostatečný čas
- d) Lékař se při vyšetření nechoval přívětivě
- e) Vše v pořádku