

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči
u pacientů léčených dlouhodobě nemocných**

Bakalářská práce

Autor práce: Veronika Řádová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

2010

CHARLES UNIVERSITY OF PRAQUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**Respecting human dignity in nursing care for
patients in long stay hospitals**

Bachelor's thesis

Author: Veronika Řádová

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská

2010

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů léčených dlouhodobě nemocných“ vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové.....

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou děkuji za cenné rady a připomínky při vedení mé práce doc. PhDr. Janě Kutnohorské. Děkuji všem vyučujícím Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové za vstřícný přístup po dobu mého studia. Nelékařskému zdravotnickému personálu Léčebny dlouhodobě nemocných v Hradci Králové a Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví děkuji za čas věnovaný vyplnění dotazníku.

V Lázních Bohdaneč dne 1. dubna 2010

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická část	8
1 Stáří, změny ve stáří.....	9
1.1 Gerontologie, geriatrie	9
1.2 Stáří.....	10
1.2.1 Historický vývoj.....	10
1.2.2 Charakteristika etap stáří.....	10
1.2.3 Charakteristika období raného stáří.....	10
1.2.4 Charakteristika období pravého stáří.....	13
1.2.5 Změny v oblasti socializace ve vývojovém období raného stáří.....	15
1.2.6 Změny v oblasti socializace ve vývojovém období pravého stáří....	18
2 Ageismus	21
2.1 Zdroje ageizmu	21
3 Involuční změny organismu ve stáří.....	23
3.1 Involuční geriatrická deteriorace	23
3.1.1 Fáze geriatrické deteriorace.....	23
3.2 Geriatrická křehkost.....	25
3.3 Involuční změny organismu ve stáří.....	26
4 Etické aspekty a ošetřovatelství.....	29
4.1 Etika a morálka	29
4.2 Etika v ošetřovatelství.....	29
4.2.1 Základní etické principy sestry.....	30
5 Lidská důstojnost	32
5.1 Historie pojetí lidské důstojnosti, legislativa.....	32
5.1.1 Pojetí lidské důstojnosti.....	33
5.2 Projekt Důstojnost a starší Evropané	34
5.2.1 Pojetí důstojnosti v rámci projektu Důstojnost a starší Evropané....	35
5.2.2 Model důstojnosti	36
5.2.3 Důstojnost v péči	38
5.2.4 Ponižování geriatrických pacientů	39
5.2.5 Vliv systému.....	40
Empirická část.....	41

6	Metodika výzkumu	42
6.1	Použitá metoda výzkumu.....	42
6.2	Popis vzorku respondentů.....	42
6.3	Analýza výsledků.....	43
6.3.1	Demografické údaje o respondentech	43
6.3.2	Soubor otázek týkajících se informovanosti pacientů.....	46
6.3.3	Respektování teritoria, soukromí, studu pacienta	52
6.3.4	Odosobnění, anonymizace pacienta	57
6.3.5	Respekt osobnosti pacienta, jeho autonomie.....	60
6.3.6	Kultivovanost prostředí při příjmu potravy.....	65
6.3.7	Interpersonální reakce na nedůstojné chování k pacientovi.....	69
6.3.8	Škála důležitosti pojmů	72
7	Diskuze	80
	Závěr	85
	Anotace	87
	Synopsis	88
	Literatura a prameny	89
	Seznam grafů	92
	Seznam tabulek	93
	Seznam příloh	95
	Přílohy.....	96

Úvod

Ve své práci se zabývám problematikou respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů léčených dlouhodobě nemocných. Velmi mě zajímá právě tato otázka, protože si myslím, že etická stránka poskytování ošetrovatelské péče v oboru geriatrie patří k jednomu z hlavních kritérií pro poskytování kvalitní péče.

Péče o staré lidi je velmi náročná nejen po stránce lékařské, ošetrovatelské a psychologické. Velmi mě mrzí, když je na starého člověka pohlíženo pouze jako na pacienta, který je se svými chorobami objektem léčení a ošetrování. Za každým pacientem vidím člověka, který má svůj životní příběh, zkušenosti, prošel v životě okamžiky radosti i smutku. Zajímá mě pohled nelékařského personálu, který jako multidisciplinární tým péči poskytuje. Zabývají se i oni touto problematikou? Není pro ně péče o pacienty pouze denní rutinou? Chtějí pacientům poskytnout péči individuální, přizpůsobenou potřebám jedince? Není pro ně nahota, omezená soběstačnost pacientů, inkontinence pouze realitou?

Pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných více jak deset let. Setkala jsem se s pacienty, kteří dokázali své potřeby a názory vyjádřit a také si je prosadit, ale i s těmi, kterým nemoc vzala možnost adekvátní komunikace i myšlenkových pochodů. Některým pacientům stud nebo zloba na své postižení vzali vůli se o svá nezadatelná práva hlásit. Setkala jsem se s kolegy, kteří respektovali lidskou důstojnost v jakékoli poloze problému, ale bohužel i s těmi, kterým tento pojem byl vzdálený.

Myslím si, že téma respektování lidské důstojnosti je aktuálním neustále a principy jeho naplňování jsou také odrazem úrovně morálních zásad a vyzrálosti osobnosti jednotlivce. Nechci ve své práci kritizovat práci nelékařských pracovníků. Pouze touto prací udělat malou sondu do otázek kolem etických aspektů poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Teoretická část

Cíle teoretické části

Cíl č. 1) Charakterizovat pojmy gerontologie, geriatrie

Cíl č. 2) Charakterizovat období stáří z hlediska vývojové psychologie

Cíl č. 3) Charakterizovat socializační změny v období raného stáří

Cíl č. 4) Charakterizovat socializační změny v období pravého stáří

Cíl č. 5) Charakterizovat involuční změny organismu člověka spojené se stářím

Cíl č. 6) Charakterizovat etické aspekty v ošetrovatelství

Cíl č. 7) Charakterizovat pojetí lidské důstojnosti

1 Stáří, změny ve stáří

1.1 Gerontologie, geriatrie

Gerontologie (řecky gerón – stařec, starý člověk, logos – nauka, slovo) je nauka o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.

Rozdělení gerontologie:

Gerontologie experimentální – zabývá se příčinami stárnutí živého organismu. Její poznatky vycházejí z poznatků o buněčném, molekulárním a neuropsychologickém stárnutí.

Gerontologie sociální – zabývá se vztahem starého člověka a společnosti, jejich vzájemnými interakcemi. Prolíná se s vědními obory, jakými jsou psychologie, sociologie, antropologie, pedagogika, ekonomie, právo, urbanistika, politologie.

Gerontologie klinická – geriatrie, zabývá se změnami funkčního a zdravotního stavu organismu starého člověka. Význam těchto změn dává do kontextu specifických požadavků na diagnostiku, léčbu a uspokojování potřeb geriatrického pacienta.

(Kalvach et al., 2004)

1.2 Stáří

1.2.1 Historický vývoj

„Problém stárnutí zajímal lékaře a filozofy všech dob. Vzpomeňte na Ciceronův spis De senectute – O stáří, nebo na moudrost Konfuciovu. Pravěcí předchůdci gerontologie řešili otázky stárnutí z filozofického hlediska. Jejich úvahy vedly ke srovnání života člověka s přírodními jevy. Goethe mluví o „ročních obdobích života“. Právě tak jako v přírodě se život rodí na jaře, pokračuje svým létem – dospělostí, podzim je stárnutí a smrt je zima. Každý živý tvor se od svého vzniku až do smrti ustavičně mění“ (Tvaroh, 1983, s.30).

1.2.2 Charakteristika etap stáří

Vývojová psychologie rozděluje období stáří do dvou etap.

Období raného stáří: 60 – 75 let

Období pravého stáří: 75 a více let

1.2.3 Charakteristika období raného stáří

Vývojovým úkolem tohoto věkového období je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Člověk v tomto období svůj život přijímá jako dokončené dílo, nelituje toho, čeho nedosáhl, smiřuje se svými nedostatky.

Principy k dosažení integrity v tomto vývojovém období:

► Pravdivost k sobě samému

„Ve stáří už nemá smysl nic předstírat, uplynulý život je třeba vidět takový jaký byl, a stejně je nutné nepředstírat si nic ani ve vztahu k vlastnímu stárnutí. Pravdivost znamená obrat ke skutečným hodnotám a autentickým potřebám.“

► Smíření

„Vlastní život je třeba přijmout, jiné řešení by nemělo smysl, protože zásadní změna už není možná. Starší člověk se musí mířit s realitou a přijmout ji jako kompromis, který plně neodpovídá jeho dřívějším ideálům“.

► Stabilizace a generalizace postoje k životu

„Prožitá zkušenost mění vztah k životu zcela obecně, umožňuje nadhled. V rámci dosažení integrity je starý člověk schopen chápat život šířeji, ve všech jeho souvislostech“.

► Kontinuita

„Dosažení integrity vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti. V její rámci je možné uvažovat o vlastním životě jako o součásti většího celku ve vztahu k minulosti, přítomnosti i budoucnosti“.

(Vágnerová, 2007, s. 299 – 300).

Vývojové období raného stáří přináší změny v oblastech sebepojetí a identity.

► Změny v sebepojetí

„Sebepojetí staršího člověka se pod tlakem okolností mění, někdy velmi zásadním způsobem. Děje se tak individuálně variabilním způsobem, v různém období stáří, v 60 letech spíše vyjíměčně“ (Vágnerová, 2007, s. 306).

Osobně významné minulé role a kompetence zůstávají součástí identity staršího člověka, pouze už jen na symbolické úrovni. Jako součást sebepojetí přetrvávají zejména ty, které potvrzovaly jeho kvality. Starý člověk rád připomíná, kým byl, popřípadě jak vypadal, když byl mladší, čeho dosáhl apod. Minulost se stává oporou sebeúcty a vylepšuje si jejím prostřednictvím své aktuální sebepojetí.

V pojetí identity je kladen důraz na zachované kompetence. Starší člověk se musí vyrovnávat se ztrátami a s negativní proměnou své osobnosti. Jednou z forem přijatelného sebepojetí je důraz na své pozitivní vlastnosti a relativně dobré kompetence, které zatím nejsou nijak narušeny. Zdůrazňování relativních kvalit v oblasti zevnějšku, tělesných i duševních kompetencí, sociální pozice signalizuje, že tyto vlastnosti jsou subjektivně důležitou součástí sebepojetí (Vágnerová, 2007).

Sebepojetí staršího člověka velice významně ovlivňuje jeho zdravotní stav. Jedinec, který trpí závažnějším onemocněním postupně přijímá změnu jako trvalou součást vlastní osobnosti. Přijal roli nemocného, která ovlivňuje i jeho sebepojetí. Většina onemocnění

nemá jen tělesné symptomy, ale projeví se narušením či úbytkem psychických funkcí (Vágnerová, 2007).

► Změny v identitě

Identita je důležitou součástí osobnosti staršího člověka. Je vázaná na příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu.

„Velmi důležitou složkou identity je rodina. V tomto věku je ještě o něco významnější, než byla dřív. Starší člověk se definuje příslušností k partnerovi, dětem, vnukům, ale i místem, kde žije tj. domovem. I v této oblasti dochází k postupné proměně. Úmrtí partnera je spojeno se ztrátou určité role, která byla součástí identity staršího člověka. Vztah k dětem a vnukům mívá až charakter identifikace. Lidé tohoto věku si své sebepojetí dost často vylepšují pozitivními vlastnostmi a úspěchy svých potomků, jejichž vznik považují, přinejmenším do určité míry, za svou zásluhu, protože děti jsou součástí jejich života, oni je zplodili a vychovali.“ (Vágnerová, 2007, s. 307).

Součástí identity starého člověka je i jeho teritorium a příslušnost ke společenské skupině. Tuto součást identity starší člověk ztrácí např. umístěním do domova důchodců. (Vágnerová, 2007).

„Očekávaná smrt je chápána i jako ztráta vlastní identity“ (Vágnerová, 2007, s. 308).

Po smrti přestává člověk reálně existovat, zůstává zachován jen v symbolické podobě. Ve vzpomínkách blízkých lidí, fotografiích, dopisech, osobních věcech je naplněna symbolická identita (Vágnerová, 2007).

1.2.4 Charakteristika období pravého stáří

Životní fáze od 75. roku života je nazývána pravým stářím. Toto období je pro člověka spojené s nárůstem problémů pramenících z úbytku mentálních a fyzických funkcí. Kumulují se i zátěžové situace a tak stoupají i nároky na adaptaci jedince, které se stávají subjektivně těžko zvládnutelné. Míra odolnosti jedince se odvíjí od jeho osobnosti, zkušeností a hodnotového systému. Značný vliv má i aktuální psychický a somatický stav. Tyto faktory přinášejí značné individuální rozdíly mezi lidmi v tomto věkovém období. Existují jedinci, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled. Početnější skupinou jsou ti, kteří jsou poznamenáni úpadkem v oblasti fyzických a psychických schopností. Tento úpadek není pouze důsledkem vysokého věku, ale podílí se na něm i projevy různých onemocnění.

Pro udržení kvality života ve stáří a s ní úzce související pohody je udržení přijatelného životního stylu (Vágnerová, 2007).

K základním podmínkám pro udržení přijatelného životního stylu patří:

- ▶ *„Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti proti narůstající bezmocnosti a s ní související závislosti.“*
- ▶ *„Udržení či znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů a vztahů proti sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti.“*
- ▶ *„Udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty proti pocitu vlastní nedostačivosti a nepotřebnosti“ (Vágnerová, 2007, s. 399).*

Pocit subjektivní pohody v tomto věkovém období závisí od zvládnutí různých ztrát a zátěží.

Nejčastější zátěžové situace, které jsou typické pro pravé stáří:

- ▶ *„Nemoc a úmrtí partnera, event. dalších blízkých lidí, především vrstevníků, vede k postupné redukci sociální sítě, k větší sociální izolovanosti a z ní vyplývajícího pocitu osamělosti.“*
- ▶ *„Zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických kompetencí, vede k postupné ztrátě soběstačnosti a s ní související autonomie.“*

- *„Ztráta jistoty soukromí a vynucená změna životního stylu, která je spojena s častou hospitalizací či přemístěním do ústavní péče“ (Vágnerová, 2007, s. 400).*

Člověk v této etapě života již nemá potřebu cokoli předstírat, je upřímný sám k sobě i k okolí.

Do popředí vystupují rizika ztrát dříve dosažených stupňů osobnostního vývoje:

„Základní nedůvěra ve svět může v pozdním stáří narůstat, z hlediska starého člověka se okolní svět leckdy jeví cizí a zlý, může se mu zdát, že ho neakceptuje, přehlíží či dokonce zavrhuje.

Autonomie se někdy udržuje jen těžko a starý člověk si ji nakonec může uchovat pouze symbolicky či formálně. Negativismus starých lidí je reakcí na fakt, že už o sobě a o svém životě nemohou rozhodovat tak jako dřív.

Iniciativa a potřeba prokázat své kompetence se redukuje na stále užší oblast života, ubývá soběstačnosti i v běžných sebeobslužných činnostech. Už nejde o prosazení a získání něčeho nového, úspěchem je udržení stávajících kompetencí.

Identita. V pozdním stáří může senior díky dosažení moudrosti a vědomí blízkého konce cítit potřebu upravit a doladit svou identitu. Může svou osobnost chápat jinak než dřív a akcentovat jiné složky identity, které pro něho nebyly tak důležité“ (Vágnerová, 2007, s. 400 - 401).

Senioři se musejí v tomto životním období vyrovnávat se ztrátami v oblasti sociálních kontaktů, kompetencí, se změnami teritoria vlastní fyzické existence a smrt jejich vrstevníků jim přináší i uvědomování si blízkosti svého vlastního konce. Tyto okolnosti přispívají k stále obtížnějšímu zvládnutí vlastního života.

1.2.5 Změny v oblasti socializace ve vývojovém období raného stáří

V období stáří dochází k proměně i redukci sociálních dovedností. Tento proces má individuální postup a k jeho vyvrcholení dochází v pozdním stáří. Pramení ze zákonitých změn, které období stáří přináší. Zlomovým okamžikem se pro seniora stává odchod do důchodu, ztráta jeho profesní role.

Dochází k tomu, že většinu času tráví člověk v soukromí domácího prostředí a rodiny. Ubývá kontaktů v rámci styku s ostatními osobami. Tato „izolovanost“ přináší snížení nároků na sociální orientaci a společenské chování. Rizikem této situace je stagnace či dokonce úpadek sociálních dovedností a návyků. Nelze ale tento problém paušalizovat, jde o problematiku zcela individuální. Pro skupinu seniorů se odchod do důchodu stává momentem, kdy mají dostatek času na své koníčky, společenské aktivity se svými vrstevníky, věnují se vnoučatům.

Odchod do důchodu je zásahem do finanční stránky života. „*Samostatnost a nezávislost na druhých v této oblasti života představují pro seniory významnou hodnotu*“ (Sýkorová, 2007, s. 126). Snížení finančního příjmu se manifestuje tendencí seniorů šetřit, vyhledávat úsporné aktivity mnohdy na úkor kvality stravování a uspokojování potřeb v oblasti kultury, úpravy svého zevnějšku. Objevuje se tendence dopřávat vnoučatům to, co jim nemohou poskytnout rodiče (Sýkorová, 2007).

Manželské soužití také zaznamenává významné změny. Partnerský vztah je ovlivněn dlouholetým soužitím a lidé se více zamýšlejí nad hodnotami života, významem přítomnosti partnera, sdílejí stejné hodnoty. „*Za desítky let soužití se partneři dobře znají, rozumějí si, navzájem se dokonale přizpůsobili. Sdílejí své radosti i starosti, rozumějí si na půl slova*“ (Říčan, 2006. s. 351). Reakce v případě manželských neshod mají charakter kompromisů, shovívavosti, někdy rezignace. Prodlužuje se doba společného trávení času. To někdy působí jako zátěž, zejména pokud lidé spolu nemají pro zbývající volný čas program. Zvyšuje se vzájemná přecitlivělost partnerů a tím se zvyšuje riziko malicherných konfliktů. K vyloučení těchto problémů přispěje vytvoření nového životního programu. Někdy manželské soužití zhorší přítomnost závažné nemoci nebo úbytek psychických kompetencí partnera, který s sebou nese změny osobnosti (Vágnerová, 2007). Jde vždy o náročnou životní situaci prožívanou jako vlastní ohrožení v základních životních jistotách.

Smrt partnera je další náročnou životní situací, se kterou se člověk v této etapě života setkává. Stres, který úmrtí partnera přináší, stoupá přímo úměrně s věkem. Ztráta partnera je pro starého člověka děsivou skutečností a ztrácí tak jeden z nejdůležitějších smyslů života, mnohdy i motivaci proč žít dále. Pocity osamění a prázdnoty vedou ke zhroucení struktury denního režimu. Objevují se i přání vlastní smrti jako následování ztráty partnera. Vztah k partnerovi přetrvává v symbolické podobě, která má pro ovdovělého jedince značný význam.

Ovdovělí starší lidé většinou nehledají náhradu za ztraceného partnera v novém vztahu. Spíše se orientují na posílení a oživení kontaktů v rámci rodiny či přátel. Ovdovělí mohou vyhledávat společnost lidí se stejnou životní zkušeností. Ženy mají častěji širší sociální síť příbuzných a přátel, což jim umožňuje snadnějším způsobem překonat pocity ze ztráty partnera. Muži v tomto směru spíše používají sociální kontakty, které navázala jejich zesnulá manželka, pokud je neodmítají vyhledávat vůbec.

Navázání nového partnerského vztahu v tomto věkovém období není vyloučeno. Motivem k takovému kroku je strach ze samoty, potřeba mít někoho na blízku a vyhnout se tak pocitům úzkosti. Do určité míry má tento krok i stimulační charakter, protože posouvá člověka k novým aktivitám a prožitkům (Vágnerová, 2007).

„Mnoho starších lidí po novém partnerství, či dokonce společném soužití, netouží. Zejména starší ženy si chtějí zachovat svou nezávislost a nerady by se znovu vystavily zátěži péče o partnera, zejména pokud by onemocněl. Tato zkušenost byla pro ně natolik traumatická, že si jí nechtějí zopakovat ani za cenu osamělosti“ (Davidson in Vágnerová, 2007, s. 381).

Velký význam má v období stáří vztah k dětem a vnukům. *„Zlatá doba babičkovství a dědečkovství nastává po padesátce“* (Říčan, 2006, s. 323). Vztah starého člověka a jeho potomků vychází z emoční vazby, která se formovala v průběhu celého života. Četnost kontaktů je podmíněna mírou názorové a postojevé shody a zní vyplývající očekávání. Neshoda v této kognitivní složce vztahů je vlastně konfliktem rolí, které období stáří přináší. Velký význam v četnosti vztahů má teritoriální vzdálenost a tím pádem vzájemná dostupnost. Děti a vnuci přinášejí do životního stylu seniora nové podněty a zkušenosti, přispívají k uspokojení potřeby citové jistoty. Ve vztazích senior a jeho potomci zůstává důležitá potřeba udržet si autonomii a své soukromí. Pro seniora je významná i potřeba seberealizace. Chce být prospěšným pro své potomky, pomáhat, ochraňovat je bez ohledu na jejich věk a dosažené schopnosti. Někdy tato snaha může

působit i jako druh manipulativního a dominantního chování seniora, které značně komplikuje generační soužití (Vágnerová, 2007).

Vztah k sourozencům je jedním z důležitých sociálních kontaktů seniora. Má význam v oblasti citové. Představují jednu z forem citového zázemí, spíše již v podobě symbolické. Jsou spojováni společnými zážitky z dětství a dospívání, z doby soužití se svými rodiči. Vzpomínky na uplynulý život mají ve stáří zvláštní význam. Důležitý zlom v oblasti sourozeneckých vztahů může přinést nutnost zajištění péče o nemocné rodiče. Sdílení péče o rodiče může posílit vzájemné porozumění, ale může se stát zdrojem sourozeneckých konfliktů ve vyšším věku. Častým zdrojem konfliktů se stává i vyřešení finančních a majetkových záležitostí spojených s vypořádáním pozůstalosti po rodičích. Vztahy se sourozenci nabývají v některých případech charakteru hlubokého přátelství, ale mohou pro sourozence pozbývat jakéhokoli významu (Vágnerová, 2007).

1.2.6 Změny v oblasti socializace ve vývojovém období pravého stáří

Pro toto období je charakteristické ubývání životního teritoria a zužování sociální sítě, ve které se člověk pohybuje. Z těchto faktorů vyplývá osamělost a izolace od společnosti, svět kolem starého člověka se mění, připadá mu neznámý.

Riziko samoty a izolace starých lidí mohou ovlivnit různé faktory, které se obvykle kumulují:

► Sociální situace

„Ve stáří se zvyšuje pravděpodobnost ztráty sourozenců, přátel a partnera, ovdovělí lidé žijí často sami. V České republice žije osaměle víc než třetina lidí starších 75 let“ (Zavázalová, et al, in Vágnerová, 2007, s. 415). Životní styl osamělých lidí se musí podřídit vlastním schopnostem jedince. Dochází k snížení frekvence sociálních kontaktů, to přináší různé způsoby zvládání samoty. Pro seniory mají značný význam lidé v sousedství, kteří jsou součástí jejich sociální sítě. Proto je změna bydliště pro seniory významným stresorem.

► Fyzický stav

Sociální kontakt limituje snížená pohyblivost, smyslové postižení i jakákoliv závažnější nemoc.

► Psychický stav

Úbytek paměti a změna způsobu uvažování ztěžují nebo vylučují realizaci přijatelného sociálního kontaktu, dochází ke změnám osobnosti. *„Člověk se stává karikaturou sebe samého, projeví se nepěkné vlastnosti a sklony, které v mládí a středním věku dokázal tlumit“* (Říčan, 2006, s. 340).

► Komunikace

Je poznamenána zhoršováním funkce smyslových orgánů, úbytkem kognitivních funkcí a zhoršenou koordinací mluvidel. Kvalitu verbální komunikace ovlivňuje zhoršení jazykové vybavenosti. Klesá schopnost využití slovní zásoby, plynulost řeči, zhoršeně se vybavují potřebná slova. Slovní sdělení se postupně zkracují a stávají se jednoduššími (Vágnerová, 2007).

V pozdním stáří dochází k další změně v sociálních rolích. Ta je vyvolána úbytkem psychických a fyzických schopností jedince a s kumulací ztrát v předchozí životní etapě. Starý člověk se stává osamělým, sociálně izolovaným a vlivem nemocí se dostává do pozice závislého a nesoběstačného. Závislost a nesoběstačnost jsou výrazným narušením autonomie jedince. *„Základ interpretace osobní autonomie seniory tvoří fyzická soběstačnost, kterou doplňuje soběstačnost finanční. Být soběstační pro seniory znamená neobtěžovat a nezatěžovat druhé nároky na jejich pomoc a nemuset se cítit být za pomoc zavázání“* (Sýkorová, 2007, s. 90).

Nejmenší formou porušení autonomie starého člověka v rámci sítě sociálních a zdravotních služeb je pečovatelská služba a agentury domácí péče. Příjemce této formy pomoci není vytržen ze svého přirozeného sociálního prostředí, intervaly přítomnosti pečovateli napomáhají starému člověku udržet pravidelný denní režim.

Vztah starého člověka k pečovateli může nabýt podoby nadměrné závislosti, či podoby nedůvěry a odmítání pečovatele. *„Přes všechny problémy a výhrady považuje většina seniorů pečovatelskou službu za významnou pomoc a uvědomuje si, že jim umožňuje udržet si soukromí i navykly styl života“* (Vágnerová, 2007, s. 418).

Velkým zásahem do autonomie starého člověka je jeho umístění do péče zdravotnického či sociálního zařízení.

Hospitalizaci v nemocnici starý člověk chápe jako přechodnou záležitost, doufá, že se v budoucnosti jeho stav zlepší a vrátí se do svého přirozeného prostředí. Ovšem i tato forma péče staví člověka do role příjemce pomoci, do role pacienta. Je spojena se změnou emočního ladění a se změnou životního stylu jedince.

Umístění do domova důchodců se stává významným mezníkem v životě starého člověka. Dochází ke ztrátě osobního zázemí, soukromí a zcela je změněno teritorium člověka. Člověk zažívá pocity úzkosti, v neznámém prostředí ztrácí jistotu orientace a pocit bezpečí. Ztráta autonomie nabývá reálnou podobu.

„Starší lidé si uvědomují, že život v domově důchodců, a ještě jednoznačněji v léčebně dlouhodobě nemocných, je poslední fází, po níž může následovat jen smrt. Také proto je tato změna stresující, senioři ji často vnímají jako „poslední štaci“, která navíc mívá, vzhledem k nakumulování mnoha potíží a redukcí příjemných podnětů, často spíše negativní charakter“ (Vágnerová, 2007, s. 419).

Taková změna životní situace přináší i nároky na adaptaci. Ta probíhá ve formě projevů separační úzkosti.

► Fáze odporu

Objevují se projevy negativismu, nepřátelství až agrese v komunikaci a chování. Starý člověk může hledat náhradního viníka, který způsobil současnou situaci.

► Fáze zoufalství a apatie

Dojde k vyčerpání jedince a člověk zjistí, že odpor nepřinesl očekávaný výsledek. Rezignace, zoufalství, pasivita se stávají projevy této adaptační fáze. Ztráta vůle k životu mnohdy vede k úmrtí jedince, je označována jako „smrt z maladaptace“.

► Fáze vytvoření nové pozitivní vazby

Dochází k vytvoření vztahu k personálu, ostatním osobám v okolí. Člověk postupně zvládá režim dne a snaží se spolupracovat s okolím.

Pro člověka, který není ve své sociálním prostředí je důležité nepřerušit vazby s jeho rodinou. Význam pro něho má vztah k dětem a vnukům. Starý člověk už není součástí každodenních prožitků v rodině. Cítí se o tyto kontakty ochuzený a potřebuje se ujišťovat o pevnosti vztahu dětí a vnuků k jeho osobě. Proto se pod různými záminkami dožaduje pozornosti své rodiny. Tyto aktivity mohou být rodinou hodnoceny jako obtěžující a zbytečné. Idealizace vlastností potomků, bez ohledu na reálný stav, přispívá k zachování pozitivního sebehodnocení.

K této fázi vývoje osobnosti patří i skutečnost blížící se smrti. Staří lidé nemají potřebu smrt popírat, narůstá potřeba o smrti hovořit a téma se pro ně stává aktuální. Nemají strach ze smrti jako takové, obavy mají z umírání a z utrpení s ním spojeným. Objevují se přání, která mají blízcí splnit v souvislosti s odchodem starého člověka z reálného světa.

Skutečné biologické smrti může předcházet smrt sociální. V této situaci člověk ztrácí své společenské role a kontakty. Po sociální a psychické stránce zemře dříve, než dojde k jeho smrti ztrátou fyzických funkcí organismu.

Specifické změny jedinců ve vývojovém období stáří nejsou vždy společností plně akceptovány. Jako reakce na tento problém se ve způsobu chování a interpretace pohledu na seniory objevuje pojem ageismus.

2 Ageismus

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní, odmítavý, podceňující. Hodnotový systém současné společnosti je nastavený na úspěch, atraktivitu, dokonalý vzhled a výkon. Z tohoto hlediska není starý člověk ničím přínosný. Společnost za těchto okolností od starých lidí nic pozitivního neočekává, nejsou pro ni osobami imponujícími a plně kompetentními, je na ně pohlíženo s despektem, objevují se tendence k izolování seniorů. Tyto negativní postoje vedou k symbolické či faktické diskriminaci seniorů a to pouze z jediného důvodu – stáří. Díky způsobu současného života se z povědomí mladých generací vytrácí samozřejmost kontinuity soužití generací, zejména v rámci rodiny. To vyvolává oslabení sociálních vazeb a posílení egoistických trendů k dosažení vlastního prospěchu. Z těchto hodnotových pozic vychází společenský předsudek vůči stáří zvaný ageismus.

Ageismus má své historické kořeny. O stereotypu stáří se zmiňuje Cicero (106 – 43 př. n. l.). V jeho fiktivním rozhovoru s Catonem hovoří o slabostech stáří. *„Cicero se pokusil popřít čtyři základní dobové představy o nesnesitelnosti a nešťastnosti stáří, které se odvrací od veřejné činnosti, oslabuje tělo a paměť, odnímá tělesné radosti a rozkoše a není příliš daleko od smrti. Cato tyto domnělé chyby a nedostatky popírá nebo se aspoň pokouší vysvětlit, že ztráta (tělesné rozkoše, smyslnosti) spíše prospívá růstu rozvážnosti a konání dobrých skutků“* (Nodl in Tošnerová, s. 11, 2002).

2.1 Zdroje ageizmu

► Strach ze smrti

V pojetí moderní společnosti a možností medicíny je smrt chápána jako selhání a neúspěch léčby, tolerována jako přirozený jev je pouze v případě starých lidí. Není chápána jako součást lidského života. Hovořit o vlastní smrtelnosti nám není blízké, smrt je něco, co patří stáří.

► Důraz na mládí a fyzickou krásu

Dokonalost vzhledu, fyzická síla a výkonnost. Bez nich není úspěch a kariéra. To jsou hodnoty prezentované v médiích. Starý člověk těmito „nezbytnostmi“ již nedisponuje.

Jeho obraz je vnímán jako negativní výsledek, dokonce i starý člověk, právě pod vlivem tendencí dokonalosti a síly, může získat negativní postoje sám k sobě.

► Produktivita, ekonomický potenciál

Pro střední věk existují dvě skupiny, které mají díky své existenci ekonomický dopad na společnost. Malé děti se svými nároky jsou chápány jako investice do budoucnosti. Starý člověk, který pobírá důchod, je již neproduktivní, stává se závazkem a dluhem, což ho devaluje.

► Způsob jak je zjišťován stav společnosti vedoucí k ageizmu

Jde o to, jak se sami senioři ve společnosti prezentují, dokáží být aktivní a činorodí. Výsledky jejich činnosti jsou společností hodnoceny a tím se utváří obraz o této věkové kategorii. Pozitivní vliv pro společenské vnímání a hodnocení starých lidí, ale i starým lidem samotným, přinášejí mezigenerační aktivity.

(Tošnerová, 2002).

Model soužití generací, jejich spolupráce a předávání zkušeností je chápán jako možnost zmírnění ageistických tendencí ve společnosti. Obraz stáří jako plnohodnotné součásti životního cyklu jedince, je nutné podporovat zejména v rodině, školách a aktivitách směřujících k mezigenerační komunikaci.

„*Finální důsledek ageimu je znehodnocení jednoho ze zásadních lidských zdrojů – starší generace*“ (Tošnerová, s. 16, 2002).

3 Involuční změny organismu ve stáří

Tělesné systémy ve stáří procházejí specifickými změnami, které mají vliv na funkčnost a výkonnost jedince. Tento soubor změn je označován jako involuční geriatrická deteriorace.

3.1 Involuční geriatrická deteriorace

Proces geriatrické deteriorace je charakteristický:

- ▶ rozvojem fenotypu stáří
- ▶ ubýváním potenciálu zdraví – zhoršení adaptability, výkonnosti a úbytek funkčních rezerv organismu
- ▶ přibýváním zdravotních problémů a funkčních deficitů – rozvíjí se specifické soubory příznaků – geriatrické syndromy

Proces geriatrické deteriorace je způsobený:

- ▶ genetickými dispozicemi jedince
- ▶ involučními biologickými procesy
- ▶ projevy a důsledky chorob a úrazů
- ▶ nutričním stavem organismu
- ▶ účinky alkoholu, návykových látek a léčiv
- ▶ vlivy zevního prostředí
- ▶ psychickou kondicí jedince

(Kalvach et al., 2008).

3.1.1 Fáze geriatrické deteriorace

Geriatrická deteriorace probíhá v několika fázích:

- ▶ fáze asymptomatická – involuční změny se neprojevují klinickými příznaky, subjektivně nepůsobí jedinci obtíže a nenarušují jeho životní aktivity
- ▶ fáze klinické manifestace – involuční změny v kombinaci s přítomnými chorobami přinášejí již obraz snížené výkonnosti, adaptability, objevují se funkční deficity

- ▶ fáze disability – objevuje se narušení soběstačnosti jedince, je výsledkem vzájemného působení chorob a involučních změn organismu ve stáří.
- ▶ fáze terminální – dojde k úplné ztrátě soběstačnosti jedince a stává se tak závislým v oblasti uspokojování svých potřeb na druhé osobě, adaptace organismu jedince na běžné stresory je minimální (Kalvach et al., 2008).

3.2 Geriatrická křehkost

Ve spojitosti se specifickými změnami organismu ve stáří se objevuje pojem geriatrická křehkost – frailty.

„Geriatrická křehkost (frailty) se v posledních letech stala jedním z nejpodstatnějších geriatrických témat koncepčně, klinicky i významně“ (Kalvach et al, 2008, s. 117).

Problémem je pojmová nejasnost a Kalvach uvádí jednu z možných definic tohoto pojmu:

„S involucí související multikauzálně podmíněná a progresivně se zhoršující (deteriorující) nízká úroveň potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, a adaptability organismu) s přibývajícím typickými multisystémovými funkčními deficity, celkovým zhoršováním stavu a s narůstající disabilitou (interferující s nezávislostí, sociálními rolemi a zdravím podmíněnou kvalitou života daného pacienta), s narůstajícím rizikem opakovaných dekompenzací zdravotního a/nebo funkčního stavu, typických geriatrických komplikací, potřeby zdravotní péče a její geriatrické modifikace, ztráty soběstačnosti, institucionalizace a úmrtí“ (Kalvach et al, 2008, s. 118).

3.3 Involuční změny organismu ve stáří

První známky stárnutí probíhají nepozorovaně a jsou spojené se sníženou látkovou výměnou, spotřebou kyslíku, syntézou bílkovin. S tím je spojen úbytek tkání a struktur.

- ▶ **kůže:** ztrácí elasticitu a objevují se vrásky, je suchá. Příčinou těchto změn je ztráta vody, podkožního tuku, pojivové přestavby. Hmotnost se snižuje, ale není to pravidlem, protože ve stáří příjem potravy významně ovlivňuje tělesnou hmotnost. Objevují se pigmentové skvrny, kožní kapiláry mají křehkou stěnu, často se tvoří drobné hematomy. Zlepšuje se vstřebávání látek kůží a sliznicemi.
- ▶ **vlasý:** oslabení, řidnutí a šedivění vlasového porostu je jedním z průvodních znaků stárnutí. Tento jev je ale individuální, existují jedinci, kteří mají bohaté vlasy i ve vysokém věku. Důvodem individuálních rozdílů je genetická výbava jedince. Ztráta vlasového porostu a šedivění se ale objevuje i v nižších věkových kategoriích.
- ▶ **svalstvo:** ubývá kontraktilních svalových vláken, ztrácí se svalová pružnost a pevnost, ubývá svalová síla. Zhoršuje se i cévní a nervové zásobení svalstva. Tyto změny přinášejí i zpomalení svalových reakcí. Zhoršuje se regenerační schopnost svalstva a dochází ke zmnožení vaziva ve svalové hmotě.
- ▶ **kosti a klouby:** ubývá kostních trámců a kostní buňky zpomalují svou činnost. Kost se tak stává křehčí a méně pružnou. Meziobratlové ploténky a chrupavčitý aparát ubývá pružnosti, snižuje se výška chrupavek a plotének. V důsledku těchto změn se snižuje výška jedince.
- ▶ **nervový systém:** dochází k úbytku mozkových buněk, ztrácí se pružnost mozkových cév a snižuje celková hmotnost mozku. Objektivně se tyto změny projevují v poklesu paměťových funkcí a prodloužení doby reakcí.
- ▶ **smyslové orgány**

Hmat: ubývá schopností hmatových vjemů, nejdříve na nohou a později i na rukou. Zvyšuje se práh pro citění bolesti a proto je bolest pociťována později a méně v pozměněné formě. Tím se mění i bolest jako signalizační mechanismus. Toto má význam pro symptomatologii a diagnostiku onemocnění.

Zrak: k projevům stárnutí v oblasti zrakového aparátu patří snížení schopnosti akomodace čočky, adaptace na tmu. Zhoršení zrakové ostrosti způsobené věkem je označováno presbyopie. Objevují se i změny na rohovce způsobené ukládáním tukových látek – arcus senilis. Změny zrakového ústrojí přinášejí starému člověku změny v orientaci v prostoru, mají vliv na jeho jistotu a suverenitu.

Sluch: změny sluchového ústrojí mají pro starého člověka zásadní význam, s jejich úbytkem dochází k omezení komunikačních schopností jedince. Nejdříve se mění schopnost vnímat tóny o vyšších frekvencích např. zvonění telefonu. Postupně ubývá schopnost slyšet i tóny o nižších frekvencích a to se stává jedním z faktorů, který přispívá k izolaci starých lidí.

Rovnovážný aparát: nastupují degenerativní procesy ve středním uchu a poruchy prokrvení mozku. To ovlivňuje schopnost udržení rovnováhy při změnách polohy. Toto je jedním z mechanismů vzniku pádů ve stáří.

Chut' a čich: ubývá chuťových pohárků a čichových buněk a tím dochází k změněnému vnímání chutí a vůní.

- ▶ **kardiovaskulární systém:** s úbytkem srdeční svaloviny klesá i výkonnost srdce jako pumpy. Přitom s rozvojem aterosklerotického procesu na cévách stoupají nároky na srdce, které musí pracovat proti zvýšenému odporu danému zúženým průsvitem cév. Srdce starého člověka je velmi citlivé na jakoukoli změnu a požadavky na zvýšení své práce. K projevům srdečního selhání u starého člověka může dojít velmi snadno. Klesají i kompenzační mechanismy cévního řečiště, objevuje se posturální hypotenze.
- ▶ **respirační systém:** pružnost respiračního systému ovlivňují změny hrudního koše. Dochází ke ztrátě pružnosti hrudního koše. Tyto změny souvisejí se změnami pohybového aparátu. Dále se mění i vlastní struktura plicní tkáně. Klesá elasticita plicního parenchymu, dochází ke ztluštění membrán alveolů. Tím se omezuje vlastní výměna plynů na alveolární úrovni. Rozvíjí se senilní emfyzém.
- ▶ **zažívací trakt:** změny v zažívacím traktu počínají úbytkem chrupu. Atrofují sliznice i svalovina zažívací trubice, klesá motilita žaludku a peristaltika střev. Mění se i produkce a struktura trávicích enzymů, mění se i resorpční schopnost sliznic. Tím se mění i výživa organismu, mohou se objevovat i projevy nedostatečné výživy.

- ▶ **játra:** přibývá mezibuněčné vazivo na úkor funkční jaterní tkáně. Snižuje se průtok krve játry a tímto mechanismem se snižuje výkonnost jater jako hlavního metabolického a detoxikačního orgánu těla. Tyto změny mají zásadní význam pro specifické vylučování léků zažívacím traktem.
- ▶ **pankreas:** prochází stejně jako játra vazivovou přestavbou, snižuje se citlivost beta buněk, tím se porušují regulační mechanismy hladiny glukózy v krvi. Objevuje se tak stařecký diabetes.
- ▶ **ledviny:** snižuje se průtok krve ledvinami, ubývají funkční nefrony a tak se snižuje filtrační schopnost ledvin. Tyto involuční změny mají zásadní význam pro vylučování léků ledvinami.
- ▶ **krevní systém:** zde se objevují změny ve smyslu anémií z různých příčin.
- ▶ **endokrinní systém:** involuční změny souvisejí s úbytkem hormonální produkce hypofýzy a štítné žlázy. Funkčně se snižuje bazální metabolismus, úbytkem humorálních funkcí klesají schopnosti nervové a imunitní soustavy (Jedlička et al., 1991).

Péče o jedince, který prochází fázemi geriatrické deteriorace, přináší nejen nároky v oblasti medicíny a ošetrovatelství, klade nároky na organizaci a financování péče sociální. Otázkou zůstává tendence striktně oddělovat problematiku zdravotní a sociální péče.

Specifické změny organismu ve stáří vyžadují i specifickou péči léčebnou a ošetrovatelskou. Tyto speciální nároky nesou s sebou i nároky na etické aspekty poskytování péče o geriatrické pacienty.

4 Etické aspekty a ošetřovatelství

4.1 Etika a morálka

Etika (řecky ethos – způsob jednání, postoj, původně místo bydlení) je věda o morálce. Zabývá se příčinami lidského chování, správným způsobem života, snaží se nalézat a zdůvodňovat základy, na kterých stojí morálka. *„Etika je základ pro morálku, je teorií morálky. Etika a morálka jsou tedy vzájemně propojené celky obsahující hodnotící parametry, autorizované úrovní společenského poznání a mínění. Mravnost spíše akcentuje ty hodnotící parametry, které kotví v osobnosti člověka, v jeho svědomí“* (Kořenek, 2002, s. 31).

Morálka určuje co je společensky žádoucí a nežádoucí jednání. Jde o přesně určené přesvědčení o tom co je správné, a které věci jsou nesprávné. Tyto definované skutečnosti ovlivňují chování člověka ve společnosti. Morálku lze také definovat jako schopnost rozlišit dobré a zlé v porovnání s lidským svědomím. *„Svědomí dává člověku schopnost morálně hodnotit své jednání“* (Jankovský, 2003, s. 31).

„Morálka v ošetřovatelství je to, co se dotýká dobra a prospěchu nebo škody a ublížení nemocnému. Všechny ošetřovatelské úkony mají morální dopad. Morálka jsou reálné mravní vztahy lidí, jsou to vztahy mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou a také vztahy k sobě samému“ (Kutnohorská, 2007, s. 12).

4.2 Etika v ošetřovatelství

Etika v ošetřovatelství vychází z tradic lékařské etiky. Lékařská a ošetřovatelské etika by měly mít interaktivní charakter. Sestra se ve své činnosti dostává do kontaktu s lidmi, podílí se na řešení otázek kolem základních lidských hodnot: zdraví, důvěry, mlčenlivosti a života. Etika v ošetřovatelství vychází z cílů tohoto oboru, definovaných programem Zdraví pro všechny do 21. století.

Etické chování sestry je podmíněno:

- ▶ filozofickými, ideovými, náboženskými postoji
- ▶ teorií ošetřovatelství a ošetřovatelskou etikou – v této oblasti je patrný rozdíl v současném holistickém přístupu k člověku a dřívějším pojetí ošetřovatelské péče soustředěné na bezchybné vykonání ošetřovatelského postupu, zvládnutí techniky bez zohlednění psychosociálního působení na pacienta.
- ▶ právním systémem a zákonnými normami, jimiž se řídí zdravotní péče – nelze podcenit souvislost etiky a práva
- ▶ vědecko – technickou úrovní, materiální a personální vybaveností pracovišť
- ▶ postavením sestry, vymezením povinností a odpovědností
- ▶ osobními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti

(Kutnohorská, 2007, s. 37).

4.2.1 Základní etické principy sestry

Pečování – pečovatelská činnost je základem ošetřovatelské profese. „*Pokud se hodnotí etický význam péče z hlediska ošetřovatelství, jsou v něm obsaženy dvě stejně hodnotné etické povinnosti sestry, a to ochrana lidské důstojnosti a udržování zdraví lidí*“ (Ivanová, 2006, s. 47).

Obhajoba – v právnickém vyjádření tento pojem znamená hájení lidských práv těch, kteří nemohou sami za sebe mluvit. Tento termín se používá i ve vztahu pacient sestra, vztah je postaven na třech úrovních.

- ▶ model ochrany práv – sestra seznamuje pacienta s jeho právy a dohlíží na jejich dodržování, předchází porušování práv pacienta
- ▶ model rozhodnutí založený na hodnotách – sestra je osobou, která pacienta podporuje v jeho zájmech, potřebách a rozhodnutích, které jsou v souladu s pacientovým hodnotovým systémem
- ▶ model respektu vůči lidem – tento model vychází z předcházejících dvou úrovní, sestra musí být obeznámena se základními lidskými hodnotami pacienta a pacient je respektován jako člověk, sestra jedná ve prospěch ochrany lidské důstojnosti, soukromí a svobody rozhodnutí pacienta. Pokud není pacient schopen vlastních rozhodnutí, sestra se stává obhájcem jeho pohody tak, jak se s jejím pojetím seznámila v předcházejících kontaktech s pacientem či jeho blízkými. Pokud nelze žádným způsobem definovat pohodu pacienta, vykonává

sestra obhajobu pacientovy pohody podle svých ošetrovatelských schopností a svědomí (Kutnohorská, 2007).

- ▶ **Odpovědnost** – principem odpovědnosti v ošetrovatelství je schopnost nést odpovědnost za to, jak člověk splnil své povinnosti – ošetrovatelskou péči
- ▶ **Povinnost** – tento pojem je propojen s odpovědností. „V ošetrovatelství je odpovědnost spojena s plněním povinnosti vůči pacientovi“ (Kutnohorská, 2007, s. 39).

Mezinárodní rada sester definovala čtyři základní povinnosti sestry: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví, mírnit utrpení (Ženeva, 2000).

- ▶ **Spolupráce** – princip vychází z nezbytnosti spolupráce členů multidisciplinárního ošetrovatelského týmu. „Spolupráce ve zdravotní péči je základem pro pacientovu pohodu a sestra je často primárním odborníkem při vytváření spolupráce mezi různými členy zdravotnického týmu, který program péče pacienta plánuje a implementuje“ (Kutnohorská, 2007, s. 40).

Koncepce ošetrovatelské péče vychází z etických principů oboru ošetrovatelství. Za morální je považováno takové jednání sestry, která chrání a podporuje lidskou důstojnost (Ivanová, 2006).

5 Lidská důstojnost

5.1 Historie pojetí lidské důstojnosti, legislativa

Diskuze na téma lidská důstojnost a dodržování lidských práv se rozvinula po 2. světové válce. Jejím výsledkem byla Všeobecná deklarace lidských práv, kterou vyhlásilo Valné shromáždění Organizace spojených národů v roce 1948. Článek 1 Všeobecné deklarace lidských práv říká: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství*“ (Všeobecná deklarace lidských práv, 2010, on – line).

Prvotním dokumentem, který se zabývá právy pacientů, i když v obecné podobě byla Lisabonská deklarace přijatá v roce 1981.

Významným dokumentem, který se zabývá lidskou důstojností, právy pacientů je Deklarace práv pacientů v Evropě přijata na konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1994 v Amsterdamu. Dokument je známý pod názvem Amsterodamská deklarace.

V České republice byla prohlášena Práva pacientů Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 1992.

K etickým problémům a mravním dilematům, která vznikají s rozvojem medicíny a týkají se lidské bytosti, se vztahuje Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy (dohodnutý termín pro používání oficiálního názvu) byla vyhlášena ve Štrasburku v roce 1997. Česká republika podepsala úmluvu v roce 1998 a v roce 2001 ji ratifikoval Parlament České republiky. O ochraně důstojnosti hovoří článek 1: „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, bez diskriminace, respektování jeho integrity, ostatních práv a svobod. Každá smluvní strana zařadí do svého právního řádu potřebná opatření k realizaci ustanovení této konvence*“ (Kořenek, 2002, s. 89).

Lidská práva jsou vyjádřením hodnot lidství. Jsou nezadatelná, nezcizitelná, nepromlčitelná, nezrušitelná. Ochrana a respektování lidských práv a důstojnosti patří k etickým povinnostem sestry. „*Důraz na důstojnost lidské osoby je ve zdravotnictví mimořádný a jedinečný. V rovině lidské důstojnosti jsme si všichni absolutně rovni*“ (Kutnohorská, 2007, s. 51).

5.1.1 Pojetí lidské důstojnosti

Pojem lidská důstojnost je zdůrazňován v mnoha dokumentech zabývajících se hodnotou člověka. Důstojnost je definována schopností vykonávat činnost jako integrovaná osoba (Kozierová et al, 1995).

Rotter hovoří o lidské důstojnosti takto: „*Člověk je jako jediná živá bytost schopná o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost, není proto přípustné disponovat jiným člověkem jako nějakou věcí a používat ho jako prostředku pro cizí cíle. On sám má právo o sobě rozhodovat*“ (Rotter, 1999, s. 25). Rotter vidí v lásce moment k uvědomování si své vlastní hodnoty: „*Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když se cítí milován. Pokud ví, že je druhému milý a drahý, je také sám přesvědčen o smyslu a hodnotě své existence. Láska dává poznat vlastní hodnotu*“ (Rotter, 1999, s. 26). Pro křesťany je láska k Bohu nejhlubším zdůvodněním hodnoty lidského života, věčný život je nadřazený zážitkům z pozemského života a materiálním hodnotám (Rotter, 1999).

Etika a morálka jsou postaveny na principu dobra a zla. Pojem hodnota se objevuje v souvislosti s úsilím dosáhnout něčeho. Míra hodnoty je spojená s mírou vynaloženého úsilí. Hodnotou kladnou je snaha, která směřuje k rozvoji jedince. Hodnotou zápornou označujeme jev, který škodí vynakládané snaze k dosažení cíle. Hodnoty, které směřují k rozvoji jedince, jsou nazývány mravním dobrem (Jankovský, 2003). „*Mravní dobro definujeme ve vztahu k člověku jako to, co je důstojné pro člověka*“ (Kořenek, 2002, s. 27).

„*Člověk nemůže ztratit svou důstojnost dlouhodobou nemocí. Na dlouhodobě nemocné nebo na nevléčitelně nemocné se nemůžeme dívat jako na lidi, pro které už život nemá žádnou hodnotu*“ (Kořenek, 2002, s. 148).

„*Člověka nečiní skutečně nešťastným bolest a utrpení jako takové, nýbrž pochybnost o smysluplnosti dění. Skutečně zlé je pro člověka teprve to, když už neví, proč má bolest a utrpení snášet. Pak se zdá, že už nic nemá smysl. Člověk rezignuje, zahořkne, cítí se být nešťastný. Člověk může snášet neuvěřitelně mnoho bolesti a utrpení, dokud ví, proč a k čemu. Když ale tento smysl nevidí, když ztratí naději, pak dochází na jeho vlastní podstatu. Cítí se zasažen ve svém nejhlubším nitru*“ (Rotter, 1999, s. 73).

Ztráta naděje doprovází ztrátu smyslu života a člověk získává pocit, že ani on sám nezasluhuje úctu a respekt od okolí. „*Mnohá poškození pacienta souvisejí s terapií a ošetřovatelskou péčí*“ (Mareš at al., s. 17, 2002). Právě od zdravotnických pracovníků se

očekává, že budou o tyto nemocné pečovat podle etických principů a podle toho jak jim káže profesionální a vlastní svědomí.

5.2 Projekt Důstojnost a starší Evropané

Projekt Důstojnost a starší Evropané (Dignity and older Europeans) probíhal v rozmezí roků 2002 – 2004 za podpory Evropské komise. Koordinátorem mezinárodního projektu byl Dr. Winn Tadd, University of Wales College of Medicine, Cardiff. Účastníky projektu byla Velká Británie, Francie, Irsko, Španělsko, Švédsko a Slovensko. Slovensko v projektu zastupoval MUDr. Štefan Krajčík, který přizval k projektovému semináři do Bratislavy i českého zástupce. Poznatky získané v rámci projektu Důstojnost a starší Evropané byly vydány ve sborníku Respektování lidské důstojnosti, odborným spolupracovníkem při vydávání sborníku byl MUDr. Zdeněk Kalvach.

Předmětem zkoumání byl význam a prožívání důstojnosti u starších osob, zejména těch, kteří jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu závislí na službách zdravotní a sociální péče. Respondenty byli starší lidé, odborníci, mladší dospělí. V cílech projektu bylo posílit povědomí o významu lidské důstojnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče starším osobám, zvýšit vnímavost zdravotnických a sociálních pracovníků tak, aby dokázali pečovat o pacienty či příjemce služeb v atmosféře vzájemné úcty a respektu, pozitivně ovlivnit pohled a názory populace na starší osoby ve společnosti, posílit vytrácející se mezigenerační solidaritu.

Výstupy z projektu byly shrnuty do čtyř nejvíce diskutovaných témat:

- ▶ názory na význam pojmu důstojnost
- ▶ postřehy o tom co znamená být seniorem
- ▶ důstojnost ve zdravotní a sociální péči
- ▶ význam systémů

(Kalvach, 2004).

5.2.1 Pojetí důstojnosti v rámci projektu Důstojnost a starší Evropané

Ústředními pojmy v diskuzi o důstojnosti se staly výrazy úcta, autonomie, zachování nezávislosti, participace.

► Úcta

Úctu k sobě samému (sebeúcta), úctu i projevy uznání od druhých osob nejvíce preferovali senioři. „Zničit sebeúctu starší osoby je snadné. Přijmeme – li předpoklad, že každý člověk si zaslouží úctu, bereme tím na sebe závazek, že při svých činech budeme mít na zřeteli jeho zájmy“ (Kalvach, 2004, s. 19).

► Participace

Pojem participace, podílení se, zapojenost do dění kolem sebe jsou důležitými pro prožívání pocitu důstojnosti. Starší lidé vyjádřili pocity vyčlenění ze společnosti a cítili se zbavení možnosti účastnit se rozhodování o záležitostech, které se týkají přímo jejich osoby.

► Autonomie, zachování nezávislosti

Důstojnost starších lidí viděli právě v možnosti rozhodovat sám a sobě. Mladší lidé viděli důstojnost jako proces, který je nutné si získat a zasloužit. Autonomie je schopnost rozhodovat a řídit způsob každodenního dění podle svých vlastních představ.

5.2.2 Model důstojnosti

Pro pojetí důstojnosti byl zpracován model, který rozlišuje čtyři typy důstojnosti:

- ▶ důstojnost zásluh
- ▶ důstojnost mravní síly
- ▶ důstojnost osobní identity
- ▶ Menschenwürde

▶ Důstojnost zásluh

Společenské postavení a důstojnost jsou lidem připisovány v kontextu jejich společenské role, pracovního postavení či podle toho, čeho v průběhu života dosáhli. Takto hodnotili důstojnost mladší účastníci projektu. Starší účastníci projektu vyjádřili obavy, aby právě odchodem do důchodu, o takto získaný typ důstojnosti nebyli připraveni.

„Důstojnost zásluh je odrazem skutečnosti, že statut člověka v mnohých společnostech závisí na jeho ekonomickém a sociálním postavení. Senioři mohou být po odchodu do důchodu vyřazeni jak z ekonomického, tak i širšího začlenění do společnosti, a mohou proto prožívat ztrátu důstojnosti“ (Kalvach, 2004, s. 12).

▶ Důstojnost mravní síly

Tento typ důstojnosti souvisí s morálkou a svědomím jedince. Člověk, který je schopný žít a konat podle svých mravních zásad, pociťuje určitou míru důstojnosti. Ten, kdo se chová zbaběle, krutě může ztratit sebeúctu, vystavuje se zavržení svým okolím a ztrátě úcty ostatních lidí. Důstojnost mravní síly je proměnlivá, souvisí s chováním dané osoby.

S tímto typem důstojnosti jako dilematem se v rámci projektu nejvíce potýkali odborní pracovníci. Pocity frustrace, kterou vyvolával nedostatek zdrojů v péči o člověka, byl v rozporu s jejich mravním imperativem o poskytování péče. *„Byli přesvědčeni, že jako lékaři, sestry či sociální pracovníci by měli být schopni poskytovat péči na jisté úrovni. Když jim v tom nedostatek prostředků bránil, velice silně to ovlivnilo jejich důstojnost mravní síly“ (Kalvach, 2004, s. 12).*

▶ Důstojnost osobní identity

Důstojnost osobní identity je pro starší osoby nejvýznamnější. Je spojena s pojmy integrita, pocit vlastního já, nalézání smyslu ve vlastním životě. Tento typ důstojnosti může být porušován pronikáním do soukromí jedince, fyzickým zraňováním, omezováním

kontaktů s jinými lidmi, bezohledným obnažováním při provádění ošetrovatelské péče. Oběť takového jednání je v pozici pasivního objektu, cítí se bezmocně a bezcenně.

„Důstojnost osobní identity souvisí také se schopností člověka vytvářet smysluplný obraz svého života i sebe samého“ (Kalvach, 2004, s. 13).

Důstojnost osobní identity narušují i ageistické tendence ve společnosti.

► **Menschenwürde**

Pod tímto pojmem nalézáme typ důstojnosti, který odkazuje k nezcizitelné hodnotě lidských bytostí jako takových. Souvisí s určitou univerzální hodnotou člověka a s lidskými právy. Ve smyslu náboženském vidí člověka jako tvora stvořeného k obrazu Božímu. Tento obraz důstojnosti je mravním základem úcty vůči všem lidským bytostem bez hodnocení jejich duševního, fyzického i sociálního stavu.

„V jádru Menschenwürde leží koncept lidství jako něčeho, oč nelze přijít ani být připraven“ (Kalvach, 2004, s. 13).

5.2.3 Důstojnost v péči

Důstojnost v péči byla zkoumána v rámci projektu Důstojnost a starší Evropané. O důstojnosti v péči se hovoří i ve Zprávě z léčeben dlouhodobě nemocných, která byla vydána Kanceláří veřejného ochránce práv České republiky v roce 2006.

Důstojnost v péči – projekt Důstojnost a starší Evropané

Hlavním tématem diskuze se stala otázka ztráty nezávislosti. Senioři hodnotili ochranné tendence pečujících osob spíše negativně, chtěli nést určitou míru rizika ve svém rozhodování a konání. Největší obavy vyjádřili senioři ze ztráty soběstačnosti, ať by její příčinou byly důvody fyzické, nebo psychické – rozvoj demence. Zájem o vlastní osobu, respekt k soukromí, vlídnou komunikaci a zdvořilost od ošetrovatelského personálu senioři hodnotili jako důležité faktory pro zachování jejich důstojnosti. Jako nejvíce potupné viděli familiérní oslovování od personálu, zacházení s lidskou bytostí jako s věcí, ponižující obnažování při intimních úkonech.

Odborníci s oblasti zdravotní a sociální péče na problematiku důstojnosti v péči nahlíželi velmi podobně jako senioři. Jako největší problém viděli odosobněnost péče, ignoraci, přehlížení.

Mladší dospělí nemohli výraznou měrou do názorové diskuze přispět, ve většině jim chyběla zkušenost s pečováním o seniory. Pozitivem bylo, že někteří z respondentů projeví zájem do problematiky péče o seniory proniknout.

Etickou problematiku péče o seniory je nutné vidět ve dvou rovinách, v oblasti ošetrovatelské péče a v oblasti péče o umírající. Projekt nebyl zaměřen na terminální péči, nicméně senioři se dotkli i této problematiky. „*Absence úcty byla spojována s bolestí*“ (Kalvach, 2004, s. 38).

Důstojnost v péči – Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných

Ze zprávy vyplynula mnohá zjištění, která se dotýkají modelů důstojnosti, tak jak jsou popisovány Kalvachem.

Doporučení Kanceláře veřejného ochránce práv se týkala požadavků na snížení počtu osob, které spolu sdílejí nemocniční pokoj, respektování a zajištění soukromí při intimních úkonech, odstranění bariér volného pohybu, používání omezovacích prostředků v nutných a odůvodněných případech, respektování soukromí pacientů při vstupu

personálu na pokoje a vzdělávání personálu v oblasti komunikace a jejích alternativních forem.

Další doporučení se týkala problematiky informovaného souhlasu, hospitalizace osoby, která není schopna vyjádřit souhlas, pravidel pro podávání stížností a správy pacientova majetku (Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných, 2010, on – line).

5.2.4 Ponižování geriatrických pacientů

K nejčastějším způsobům ponižování důstojnosti geriatrických pacientů patří:

- ▶ nerespektování pacientovy vůle
- ▶ nerespektování pacientova soukromí a autonomie
- ▶ nerespektování pacientova studu (obnažování, používání zvedáků, nedostatečné oblečení – košile s odkrytými zády)
- ▶ vybízení pacientů k vyprazdňování do absorpčních pomůcek, odmítání pomoci při použití toalety, podání podložní mísy nebo láhve pacientovi
- ▶ ponižující, až paralyzující krmení a mytí, absence nácviku soběstačnosti a dopomoci při těchto úkonech
- ▶ anonymizace pacienta, odnímání jeho osobitosti
- ▶ infantilizace starých lidí, nevhodné oslovování
- ▶ nedostatečné komunikování, zvěcnění a depersonalizace pacienta
- ▶ přeceňování přítomnosti deficitu kognitivních funkcí
- ▶ obecné podceňování schopností starého člověka

(Kalvach, Onderková, 2006).

5.2.5 Vliv systému

Největším problémem je roztržštěnost zdravotních a sociálních služeb, z ní vyplývá i ztížená komunikace mezi jednotlivými složkami péče. Pro seniory se zdravotní a sociální služby stávají zmateným labyrintem. Svou úlohu hraje i financování těchto služeb z veřejných zdrojů a podíl financování péče ze zdrojů seniora. Kalvach uvádí, že by se neměl podceňovat systém péče ve vlastních domácnostech seniorů, který bude podporován uvolněním financí z veřejných zdrojů (Kalvach, 2004).

Uceleností koncepce péče o seniory, novými možnostmi péče o křehké seniory v návaznosti na hospodářskou a kulturní vyspělost států Evropské unie se zabývala Evropská konference o péči a ochraně starších lidí (Praha, květen 2009). Se svými zjištěními a návrhy se prostřednictvím deklarace organizátoři obrátili na Evropskou komisi a národní vlády (Deklarace Evropské konference, 2010, on – line).

„Když si společnost nebude vážit starých lidí a nechá je kamsi propadnout, ať už se to týká společenského statusu nebo péče o ně, je to precedens. A když se to naopak zlepší, odrazí se to ve všech aspektech kultury společnosti“ (Holmerová in Chvátalová, s. 7, 2009).

Empirická část

Byly stanoveny výzkumné otázky:

- 1) Otázka č. 1 – Je respektování důstojnosti osobní identity zohledňováno v ošetrovatelské péči?
- 2) Otázka č. 2 – Jak personál hodnotí souvislost důstojnosti zásluh s poskytováním ošetrovatelské péče?
- 3) Otázka č. 3 – Zareaguje zdravotník na nedůstojné chování kolegy k pacientům? Jakým způsobem?
- 4) Otázka č. 4 – Jaké pořadí důležitosti mají aspekty lidské důstojnosti pro nelékařský zdravotnický personál?

6 Metodika výzkumu

6.1 Použitá metoda výzkumu

Jako metodu výzkumu jsem použila dotazník. Obsahoval 24 otázek. Jeho vyplnění bylo anonymní a dobrovolné. V dotazníku jsem pokládala uzavřené otázky a doplňovací otázky tam, kde jsem zkoumala důvod dotazovaného jevu. Jednu otázku jsem formulovala jako škálu. Celkem jsem rozdala 90 dotazníků, zpět se mi jich vrátilo 69 (77 %). Šest dotazníků jsem z výzkumu vyřadila pro neúplnost nebo nejednoznačnost vyplnění. K vlastnímu výzkumu jsem použila 63 dotazníků. Dotazník je v Příloze č. 1.

Při provádění výzkumu jsem respektovala Zákon 101/2000 Sb.

Jednotlivé oblasti otázek byly tématicky zaměřené na tyto jevy:

- ▶ demografické údaje o respondentech (otázky č. 1, 2, 3)
- ▶ informovanost pacientů z pohledu ošetřujícího personálu (otázky 4, 5, 6, 9)
- ▶ respektování teritoria, soukromí, studu pacienta (otázky č. 10, 14, 15, 16)
- ▶ odosobnění, anonymizace pacienta (otázky č. 11, 12, 13)
- ▶ respekt osobnosti pacienta, jeho autonomie (otázky č. 7, 8, 21, 22)
- ▶ kultivovanost prostředí při příjmu potravy (otázky č. 17, 18, 19, 20)
- ▶ škála důležitosti uvedených pojmů (otázka č. 23)
- ▶ interpersonální reakce na nedůstojné chování k pacientovi (otázka č. 24)

K formulaci obsahu a zaměření otázek mě vedly kromě teoretické roviny problematiky i osobní zkušenosti z praxe.

6.2 Popis vzorku respondentů

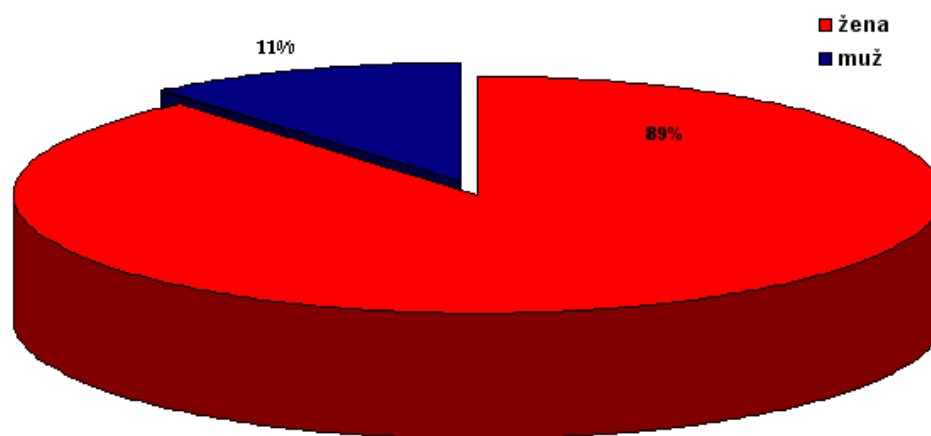
Výzkum proběhl u vzorku 63 respondentů. Jejich výběr byl podmíněn tím, aby to byli nelékařští zdravotničtí pracovníci, pracovali v léčebně dlouhodobě nemocných a ochotou vyplnit dotazník. Výzkum probíhal v měsíci březnu v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví a v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hradci Králové.

6.3 Analýza výsledků

6.3.1 Demografické údaje o respondentech (otázky č. 1, 2, 3).

Graf č. 1 – pohlaví respondentů

Otázka č. 1 – Vaše pohlaví?



Tabulka č. 1 - pohlaví respondentů

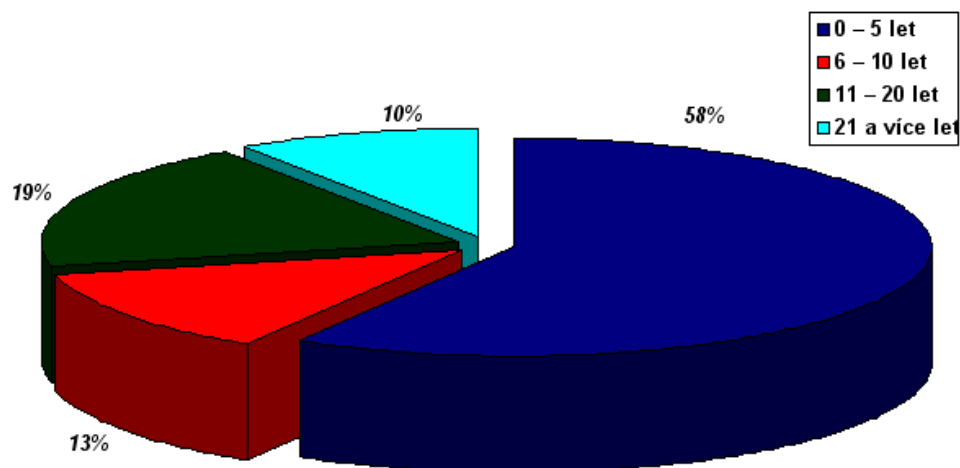
Pohlaví respondentů	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
žena	56	89 %
muž	7	11 %

Skupinu dotazovaných tvořily z 89 % ženy a z 11 % muži.

Přehled délky praxe jednotlivých kategorií nelékařských zdravotnických pracovníků v léčebně dlouhodobě nemocných zobrazuje graf č. 2.

Graf č. 2 – délka praxe v LDN

Otázka č. 2 – Jak dlouho pracujete v léčebně dlouhodobě nemocných?



Tabulka č. 2 – délka praxe v LDN

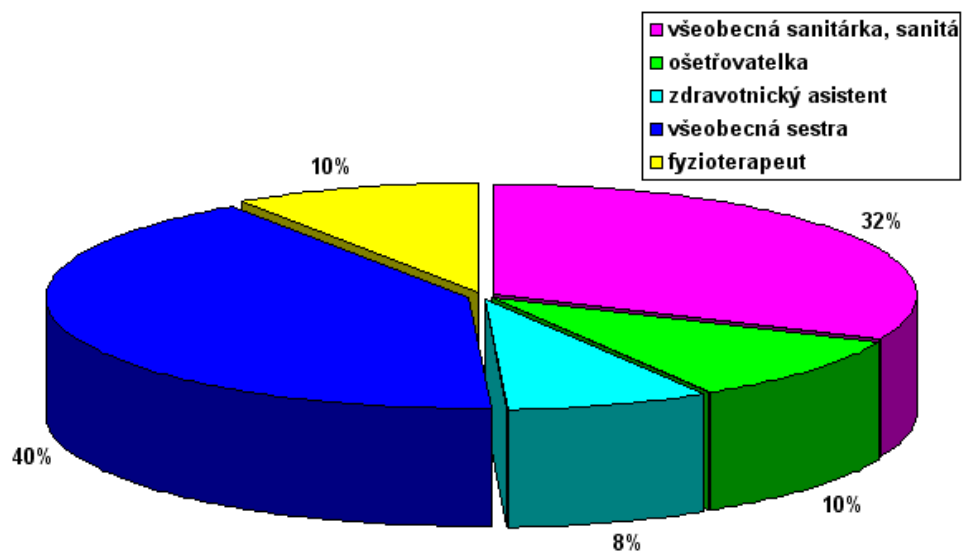
Délka praxe v LDN	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
0 – 5 let	37	58 %
6 – 10 let	8	13 %
11 – 20 let	12	19 %
21 a více let	6	10 %

Zajímavé je, že více jak polovina respondentů, tedy 37 osob má délku praxe v LDN do 5 let.

Zastoupení pracovních kategorií členů multidisciplinárního týmu ve zkoumaném souboru je zobrazeno v grafu č. 3.

Graf č. 3 – pracovní pozice respondentů

Otázka č. 3 – Jaké je Vaše zařazení v pracovním týmu?



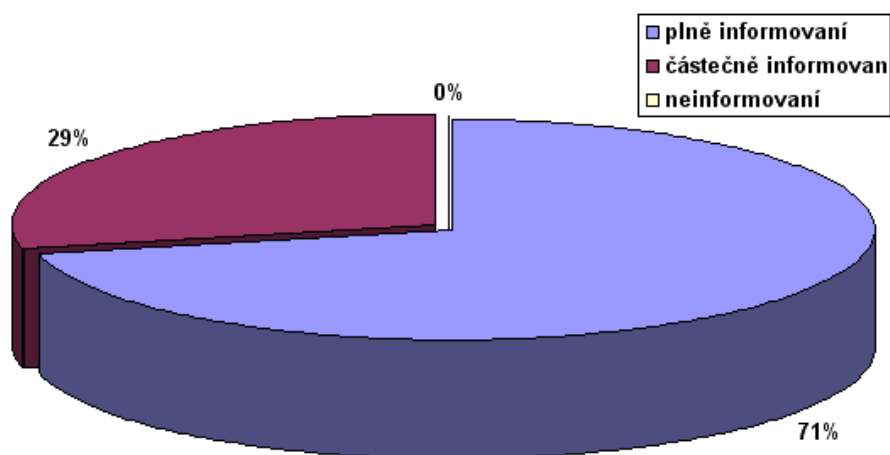
Tabulka č. 3 – pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
všeobecná sanitárka, sanitář	20	32 %
ošetřovatelka	6	10 %
zdravotnický asistent	5	8 %
všeobecná sestra	26	40 %
fyzioterapeut	6	10 %

6.3.2 Soubor otázek týkajících se informovanosti pacientů (otázky č. 4, 5, 6)

Graf č. 4 - srozumitelnost informací o důvodu hospitalizace v LDN

Otázka č. 4 – Domníváte se, že jsou pacienti srozumitelně informováni o důvodu hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných?



Tabulka č. 4 – srozumitelnost informací

Srozumitelnost informací	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
úplně	45	71 %
částečně	18	29 %
ne	0	0

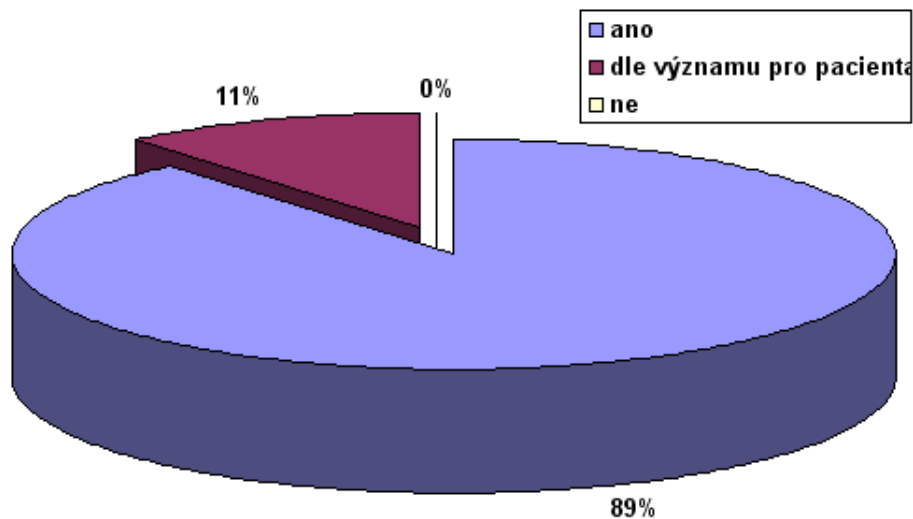
Pokud respondenti zvolili variantu částečně nebo ne, požadovala jsem ještě doplňující odpověď. Variantu částečné informovanosti zvolilo 18 respondentů. Důvody částečné informovanosti jsou uvedené v tabulce č. 4.1.

Tabulka č. 4.1 – důvod částečné informovanosti pacientů

Důvod částečné informovanosti	Počet respondentů
závažný zdravotní stav pacienta	8
změny v oblasti psychických funkcí	5
neúplnost informací o zdravotním stavu z překládajícího zdravotnického zařízení	3
nepravdivost informací o zdravotním stavu z překládajícího zdravotnického zařízení	2

Graf č. 5 – individualizace způsobu podávání informací pacientovi

Otázka č. 5 – Když podáváte jakékoli informace, přizpůsobíte způsob podání informací individuálním potřebám pacienta?



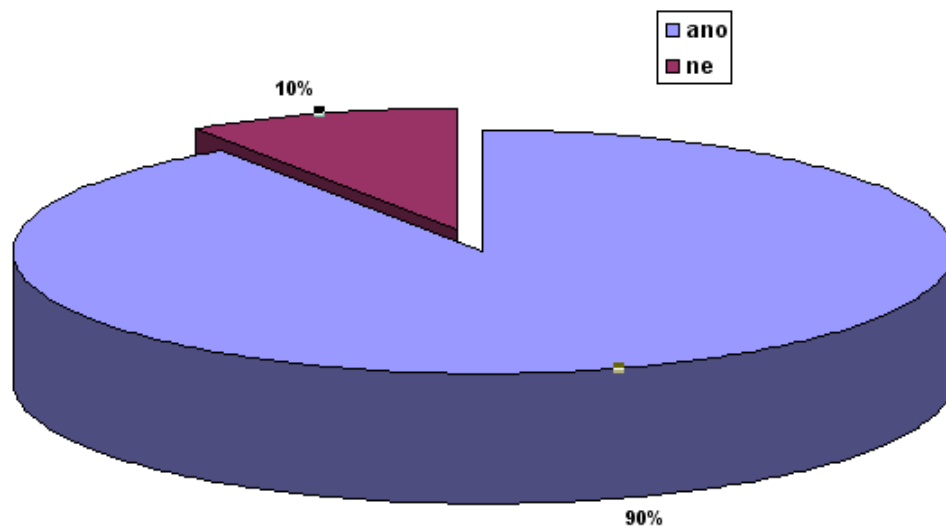
Tabulka č. 5 – individualizace způsobu podávání informací pacientovi

Individualizace způsobu podávání informací	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano vždy	56	89 %
někdy, dle důležitosti informace pro pacienta	7	11 %
ne	0	0

Vlastní vyhodnocení závažnosti informace pro pacienta uvedlo 11 % respondentů.

Graf č. 6 – informovanost pacientů (Práva pacientů, domácí řád, prostory na oddělení)

Otázka č. 6 – Seznamujete pacienty s Právy pacientů, domácím řádem a prostory na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných?



Tabulka č. 6 – informovanost pacientů (Práva pacientů, domácí řád, prostory na oddělení)

Informovanost pacientů	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	57	90 %
ne	6	10 %

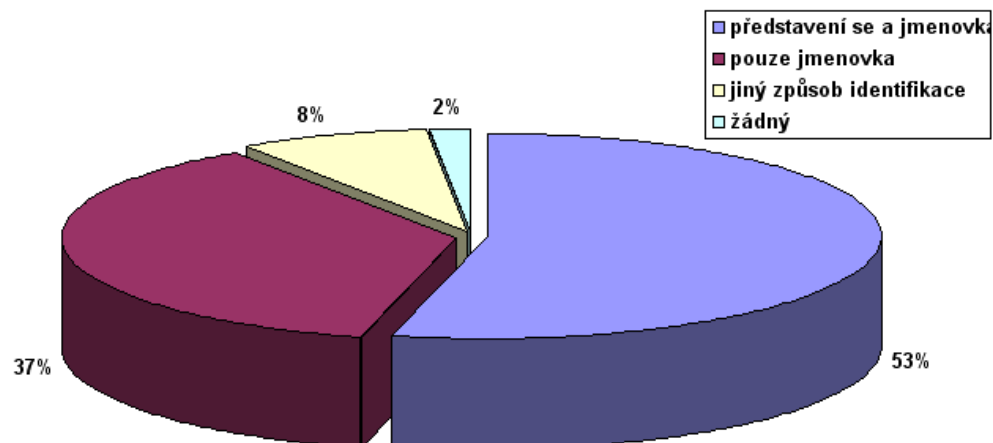
Respondenti uvedli 6x variantu ne, požadovala jsem v doplňující odpovědi uvedení důvodu. Důvody jsou prezentovány v tabulce č. 6.1.

Tabulka č. 6.1 – důvody neinformování pacientů

Důvod	Počet respondentů	Poznámka / pracovní zařazení respondenta
tyto informace nepovažuje respondent za svou kompetenci	2	fyzioterapeut
každý člověk zná svá práva a ví, jak se má chovat v nemocnici	1	všeobecný sanitář
zohlednění psychického a fyzického stavu pacienta	3	2x všeobecná sestra, 1x zdravotnický asistent

Graf č. 7 – způsob identifikace personálu

Otázka č. 9 – Jaký způsob identifikace Vaší osoby pro pacienty používáte?



Tabulka č. 7 – způsob identifikace personálu

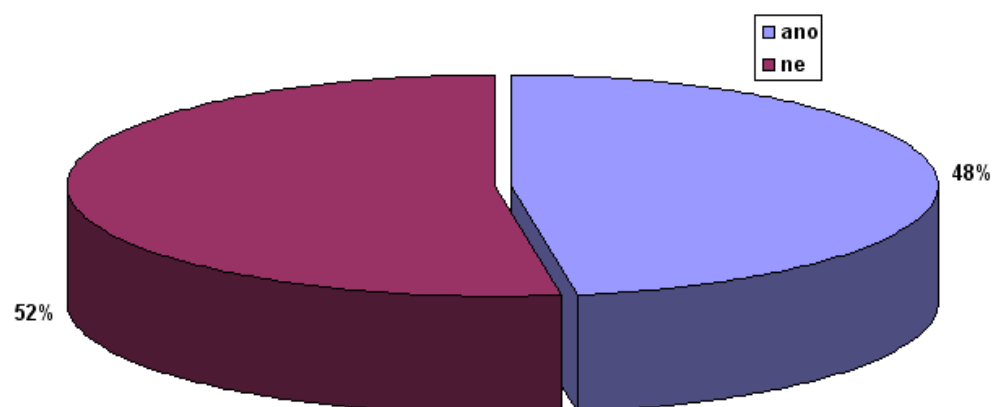
Identifikace personálu	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
představení se a jmenovka	34	53 %
pouze jmenovka	23	37 %
jiný z uvedených	5	8 %
žádný	1	2 %

Žádný způsob identifikace své osoby uvedl pouze jeden respondent, jiný způsob identifikace než je nošení jmenovky či představení se uvedlo 5 respondentů. Všechny pět respondentů uvedlo jako jiný způsob identifikace informační tabuli se jmény osob sloužících směnu.

6.3.3 Respektování teritoria, soukromí, studu pacienta (otázky č. 10, 14, 15, 16)

Graf č. 8 – zaklepání na dveře před vstupem

Otázka č. 10 – Klepete na dveře před vstupem na pokoje pacientů?



Tabulka č. 8 – zaklepání na dveře před vstupem

Zaklepání před vstupem	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	30	48 %
ne	33	52 %

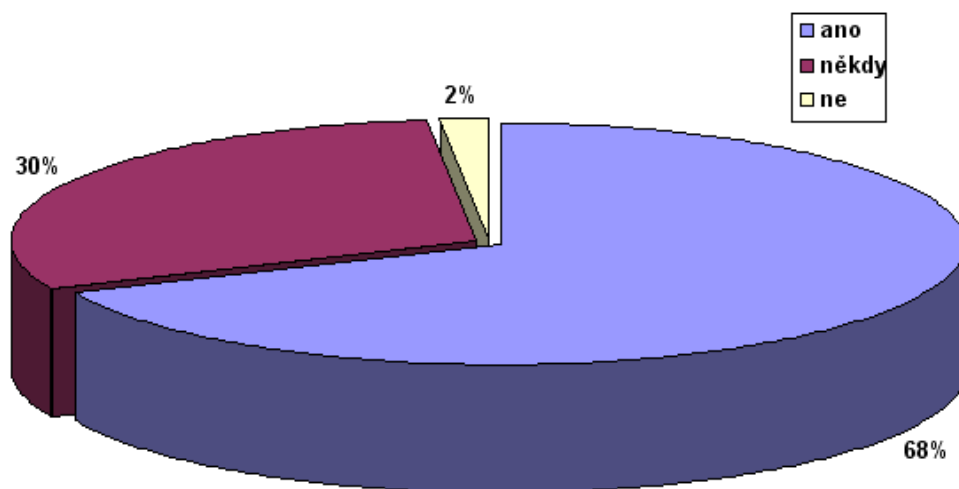
Před vstupem na pokoje pacientů neoznámí svůj vstup na pokoj 33 respondentů. Jejich důvody jsou uvedené v tabulce č. 8.1.

Tabulka č. 8.1 – důvod neoznámení vstupu na pokoj

Důvod	Počet respondentů
dveře na pokoj jsou otevřené	25
zapomenu	3
nepovažuji to za důležité	5

Graf č. 9 – zavření dveří pokojů při intimních úkonech

Otázka č. 14 – Při provádění úkonů spojených s obnažováním pacientů zavíráte dveře na pokojích?



Tabulka č. 9 – zavření dveří pokojů při intimních úkonech

Zavírání dveří pokoje při péči	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	43	68 %
někdy	19	30 %
ne	1	2 %

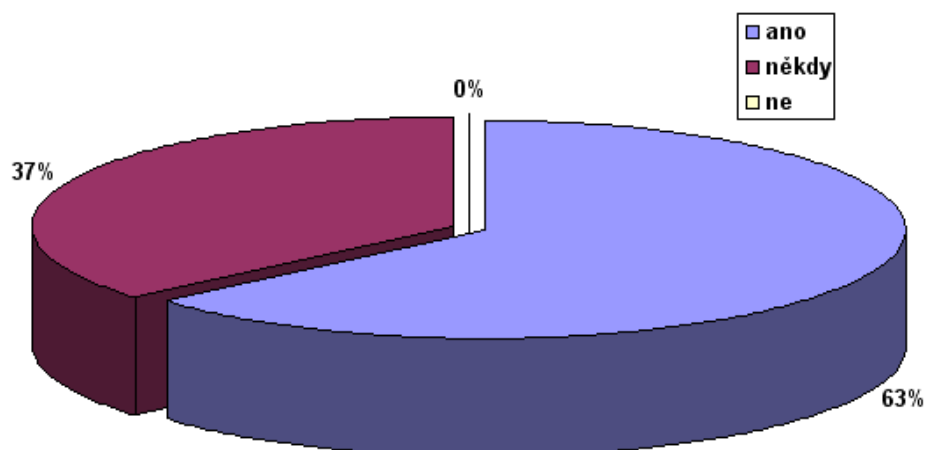
Dveře na pokojích při provádění péče spojené s obnažováním pacientů uvedlo, že zavírá někdy 19 respondentů, ne uvedl jeden respondent (všeobecný sanitář).

Tabulka č. 9.1 – složení respondentů, kteří v otázce č. 14 volili variantu někdy

Zařazení v pracovním týmu	Počet respondentů
všeobecný sanitář/sanitárka	5
ošetřovatelka	2
zdravotnický asistent	3
všeobecná sestra	7
fyzioterapeut	2

Graf č. 10 – zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování

Otázka č. 15 – Snažíte se zajistit soukromí pacientů při vyprazdňování?



Zajištění soukromí při vyprazdňování uvedlo 40 respondentů. Z této skupiny ale konkrétní způsob zajištění soukromí uvedlo pouze 28 respondentů. Variantu někdy zvolilo 23 respondentů. Zajímavé byly i dvě odpovědi s variantou někdy. Tito respondenti uvedli poznámku. V jednom případě respondent uvedl, že soukromí při vyprazdňování nelze v praxi důkladně zajistit, druhý respondent uvedl, že musí brát i ohledy na bezpečí pacienta, protože některé pacienty nelze nechat při vyprazdňování vsedě bez dozoru. Oba respondenti byli z kategorie všeobecných sester.

Tabulka č. 10 – zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování

Zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	40	63 %
někdy	23	37 %
ne	0	0 %

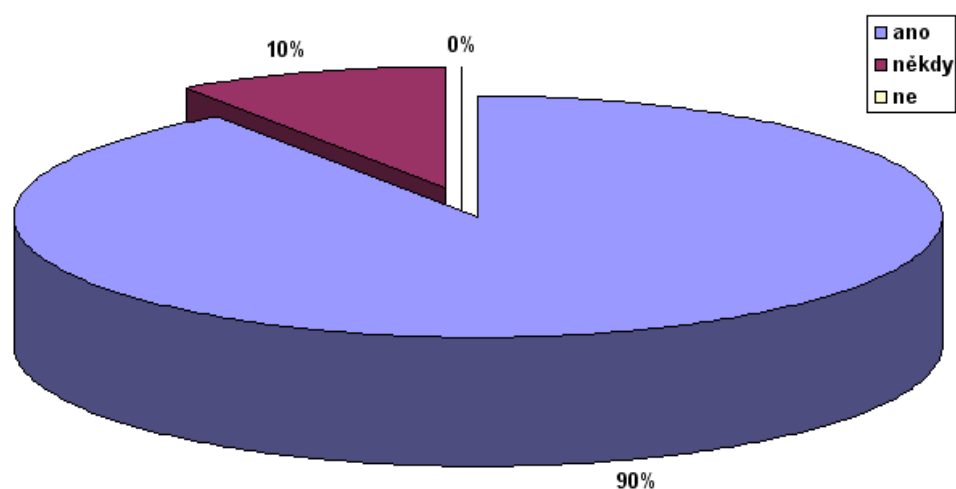
Tabulka č. 10.1 uvádí způsoby k zajištění soukromí, tak jak je popsali respondenti.

Tabulka č. 10.1 – způsob zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování

Způsob zajištění soukromí	Počet respondentů
zavření dveří pokoje	13
opuštění pokoje personálem	3
zakrytí pacienta dekou	6
použití zástěn, závěsů	3
odvedení, odvezení pacienta na toaletu	3

Graf č. 11 – zahalení nahoty pacientů

Otázka č. 16 – Dbáte o zahalení nahoty pacientů používáním vhodného oblečení, příkrývek atp.?



Tabulka č. 11 – zahalení nahoty pacientů

Zahalení nahoty pacientů	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	57	90 %
někdy	6	10 %
ne	0	

Variantu někdy uvedlo 6 respondentů, pracovní zařazení respondentů viz tabulka č. 11.1

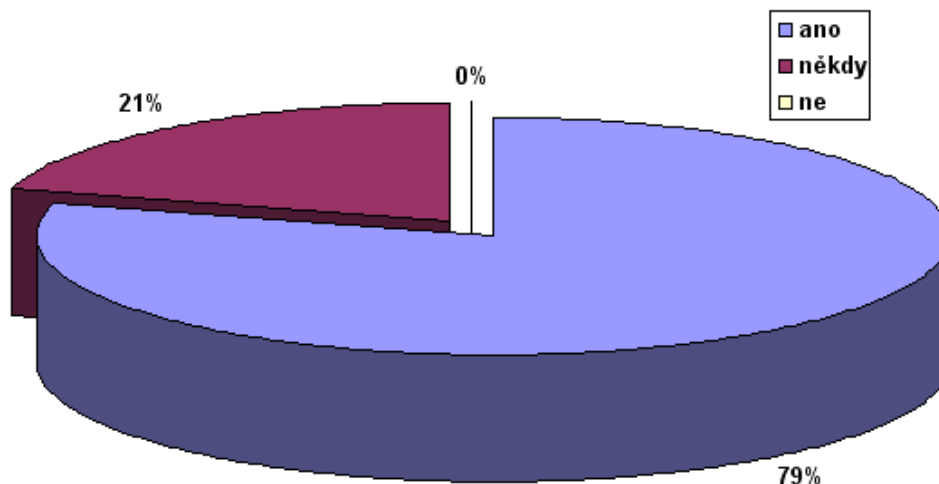
Tabulka č. 11.1 – složení respondentů, kteří uvedli variantu někdy v otázce č. 16

Zařazení v pracovním týmu	Počet respondentů
všeobecný sanitář/sanitárka	1
ošetřovatelka	1
zdravotnický asistent	1
všeobecná sestra	2
fyzioterapeut	1

6.3.4 Odosobnění, anonymizace pacienta (otázky č. 11, 12, 13)

Graf č. 12 – komentování průběhu úkonů péče

Otázka č. 11 – Během provádění úkonů péče komentujete jejich průběh a posloupnost, abyste získal/a pacienta pro spolupráci?



Tabulka č. 12 – komentování průběhu úkonů péče

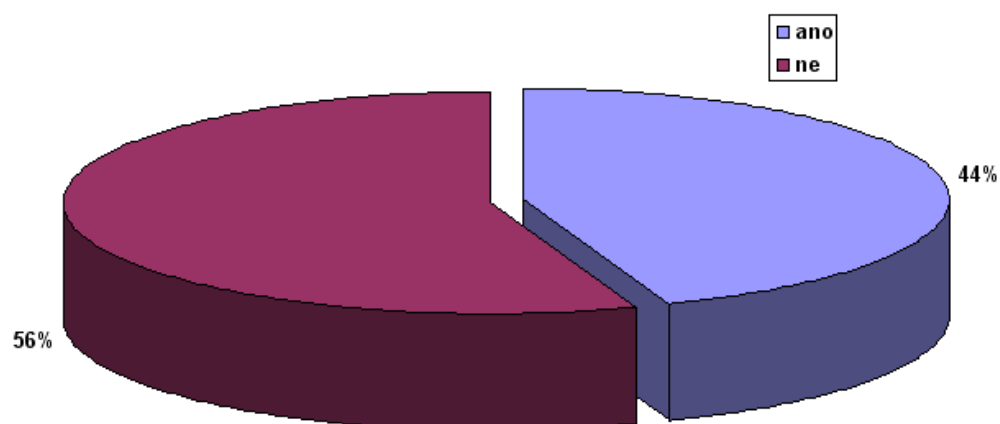
Komentování průběhu péče	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	50	79 %
někdy	13	21 %
ne	0	0

Tabulka 12.1 - složení respondentů, kteří uvedli variantu někdy v otázce č. 11

Zařazení v pracovním týmu	Počet respondentů
všeobecný sanitář/sanitárka	4
ošetřovatelka	4
zdravotnický asistent	3
všeobecná sestra	2

Graf č. 13 – interpersonální konverzace osobního charakteru při péči o pacienty

Otázka č. 12 – Bavíte se s ostatními kolegy o osobních záležitostech a zážitcích při ošetřování pacientů?



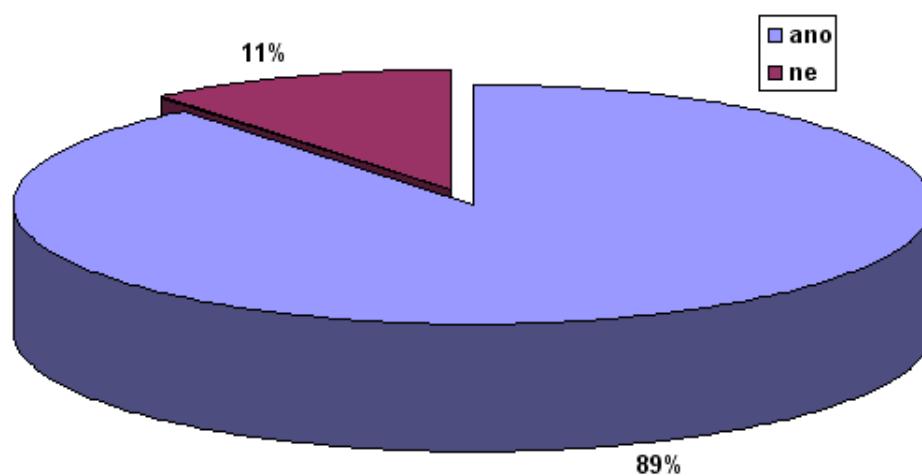
Tabulka č. 13 – interpersonální konverzace osobního charakteru při péči o pacienty

Konverzace osobního charakteru při provádění péče	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	28	44 %
ne	35	56 %

Variantu ano v této otázce zvolilo 28 respondentů. V další otázce se dotazují právě těchto respondentů.

Graf č. 14 – názor personálu na dopad osobní konverzace na pacienty

Otázka č. 13 – Pokud ano, myslíte si, že toto pacienti hodnotí jako pozitivní zážitek?



Tabulka č. 14 – názor personálu na dopad osobní konverzace na pacienty

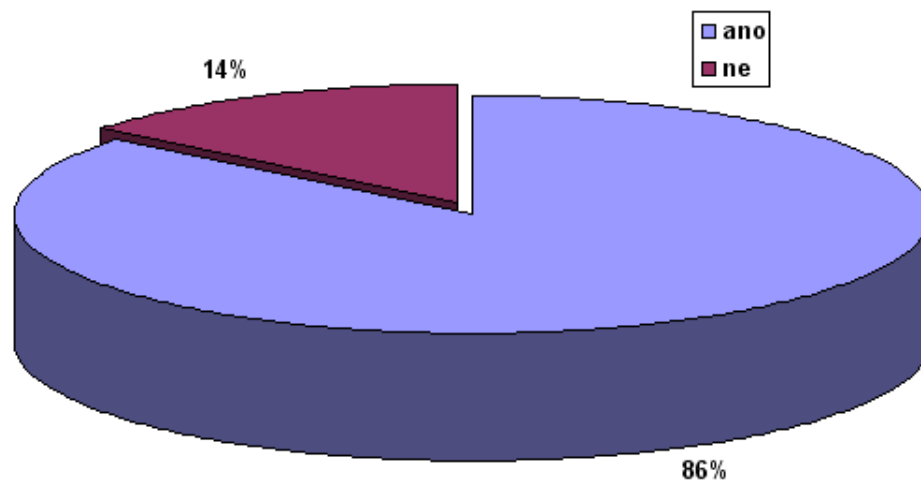
Pacienti tento jev hodnotí pozitivně	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	25	89 %
ne	3	11 %

Tři respondenti hodnotí dopad osobní konverzace na pacienty jako negativní, i když v předchozí otázce zvolili, že tento druh konverzace provádějí. Všichni respondenti mají praxi v LDN do 5 let.

6.3.5 Respekt osobnosti pacienta, jeho autonomie (otázky č. 7, 8, 21, 22)

Graf č. 15 – oslovení pacientů pane, paní

Otázka č. 7 – Oslovujete pacienty vždy paní, pane?

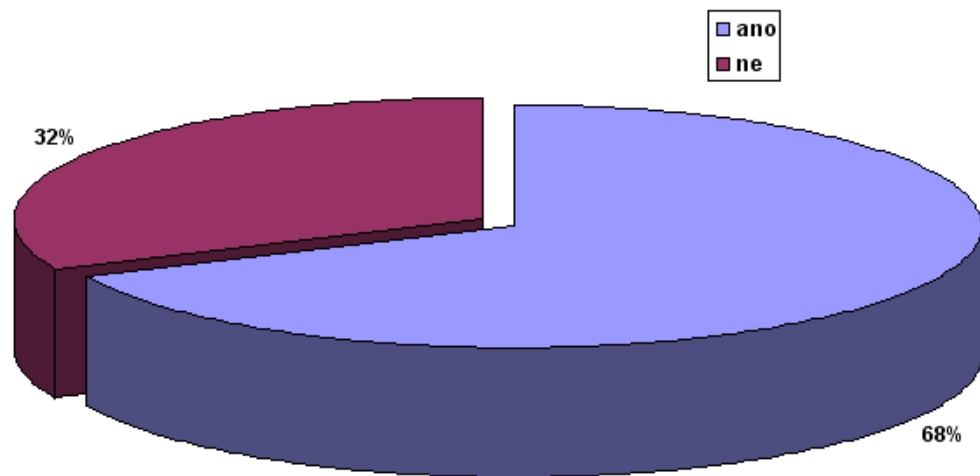


Tabulka č. 15 – oslovení pacientů pane, paní

Oslovení pacientů	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	54	86 %
ne	9	14 %

Graf č. 16 – používání akademického titulu při oslovování pacientů

Otázka č. 8 – Pokud má pacient akademický titul, používáte ho při oslovování?



Tabulka č. 16 – používání akademického titulu při oslovování

Používání titulu	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	43	68 %
ne	20	32 %

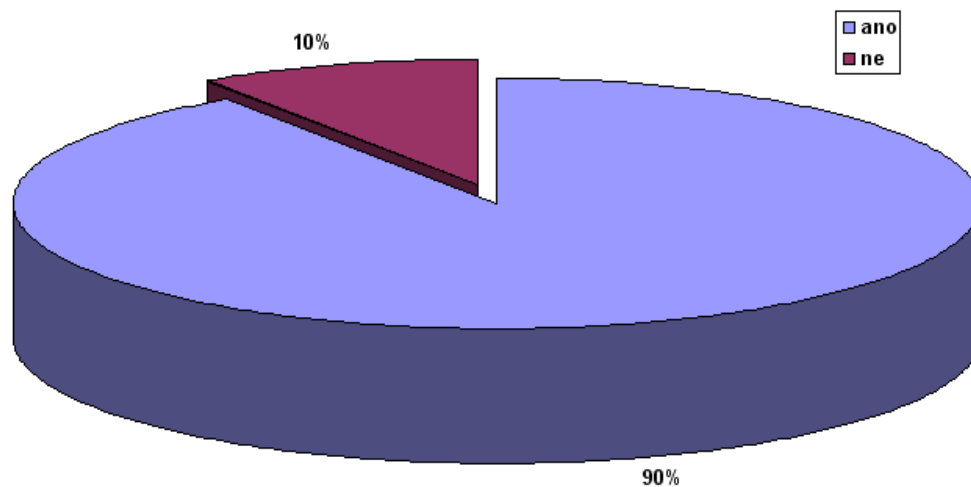
Akademický titul při oslovování pacientů nepoužívá, jak uvedlo, 20 respondentů. Z nich dva nevedli důvod. Důvody, které je k tomu vedou, uvádím v tabulce č. 16.1.

Tabulka č. 16.1 – důvod nepoužívání titulu v oslovení

Důvod	Počet respondentů
podle rozmluvy s pacientem volím dohodnutý způsob oslovování	5
oslovování titulem vzhledem k porušení psychických funkcí pacienta mi připadá jako způsob, kterým pacienta ponižuji	7
všichni lidé jsou si rovni, jsou pán a paní	4
takový způsob oslovování pacienta povyšuje nad ostatní	2
neodpovědělo	2

Graf č. 17 – dostupnost signalizačního zařízení

Otázka č. 21 – Mají pacienti vždy na dosah signalizační zařízení?



Tabulka č. 17 – dostupnost signalizačního zařízení

Dostupnost signalizačního zařízení	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	57	90 %
ne	6	10 %

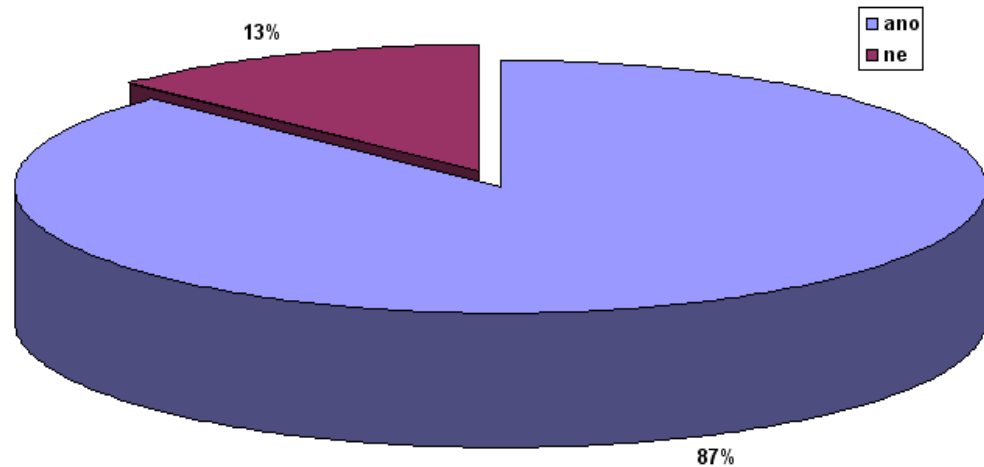
Negativní odpověď na dostupnost signalizačního zařízení uvedlo 6 respondentů. V doplňující odpovědi uvedli důvody, viz tabulka č. 17.1.

Tabulka č. 17.1 – důvod nedostupnosti signalizačního zařízení

Důvod	Počet respondentů
dementní a zmatený pacient, který zvoní a nemá objektivní důvod	5
imobilní, kteří neumí a neví, jak mají zvonit	1

Graf č. 18 – význam znalosti pacientova životního příběhu

Otázka č. 22 – Myslíte si, že znát pacientův životní příběh, zvyklosti, rituály, zkušenosti, životní postoje, společenské postavení a role souvisí s vykonáváním ošetrovatelské péče?



Tabulka č. 18 – význam znalosti pacientova životního příběhu

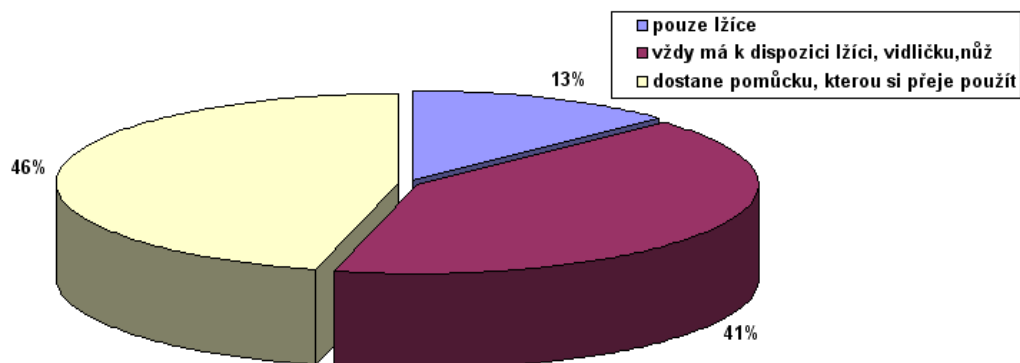
Znalost pacientova životního příběhu	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	55	87 %
ne	8	13 %

Počet respondentů, kteří zvolili odpověď ne, byl 8. Všichni tito respondenti z kategorie všeobecný sanitář/sanitárka.

6.3.6 Kultivovanost prostředí při příjmu potravy (otázky č. 17, 18, 19, 20)

Graf č. 19 – pomůcky k příjmu potravy

Otázka č. 17 – Pacienti mají při podávání stravy k dispozici pouze lžíce, vždy lžíce, vidličku i nůž, dostanou pomůcku, kterou si přejí k jídlu použít.



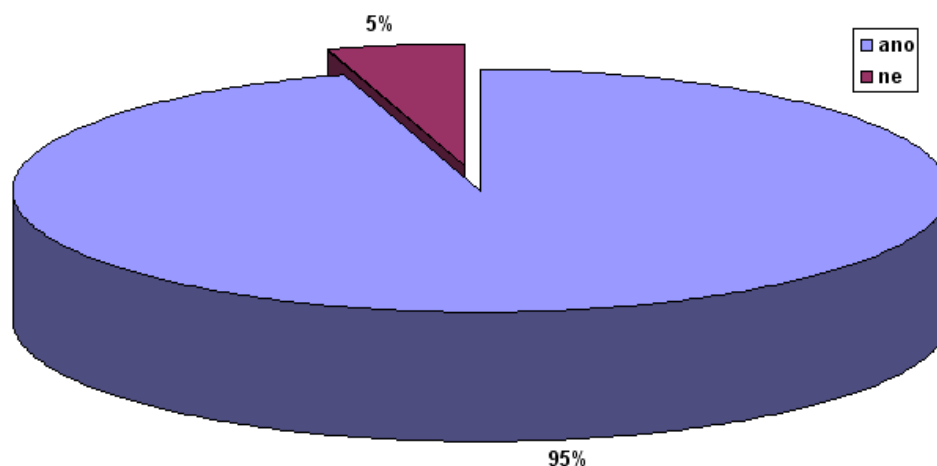
Tabulka č. 19 – pomůcky k příjmu potravy

Pomůcky k příjmu potravy	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
lžíce	8	13 %
vždy lžíce, vidlička, nůž	26	41 %
pomůcka dle přání pacienta	29	46 %

K příjmu potravy dává pacientů pouze lžíce 8 respondentů, kompletní příbor mají k dispozici pacienti od 26 respondentů, pomůcku k jídlu podle přání pacienta volí 29 respondentů.

Graf č. 20 – doprovod pacientů k podávání stravy mimo lůžko

Otázka č. 18 – Dbáte na to, aby i méně mobilní pacienti jedli mimo lůžko?



Tabulka č. 20 – doprovod pacientů k podávání stravy mimo lůžko

Příjem stravy mimo lůžko	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	60	95 %
někdy	3	5 %

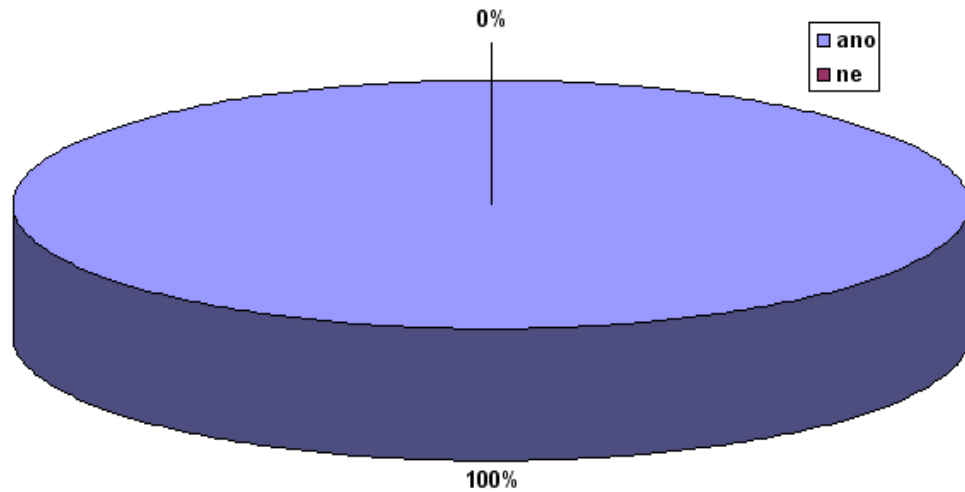
Pouze 3 respondenti uvedli odpověď ne. Důvody, které je k tomu vedly, jsou uvedeny v tabulce č. 20.1.

Tabulka č. 20.1 – důvody neodvádění pacientů k jídlu mimo lůžko

Důvod	Počet respondentů, pracovní zařazení
dovedu pacienta, když si řekne	1, všeobecný sanitář
nelze zajistit bezpečí pacienta při sezení u stolu, nelze ohlídat každý	1, všeobecná sanitárka
nedostatek místa pro sezení, nedostatek personálu	1, všeobecná sestra

Graf č. 21 – úprava pacienta v lůžku před podáváním stravy

Otázka č. 19 – Pokud musí pacient jíst v lůžku, je vždy upraven do vhodné polohy (dle jeho individuálních potřeb) k příjmu potravy?

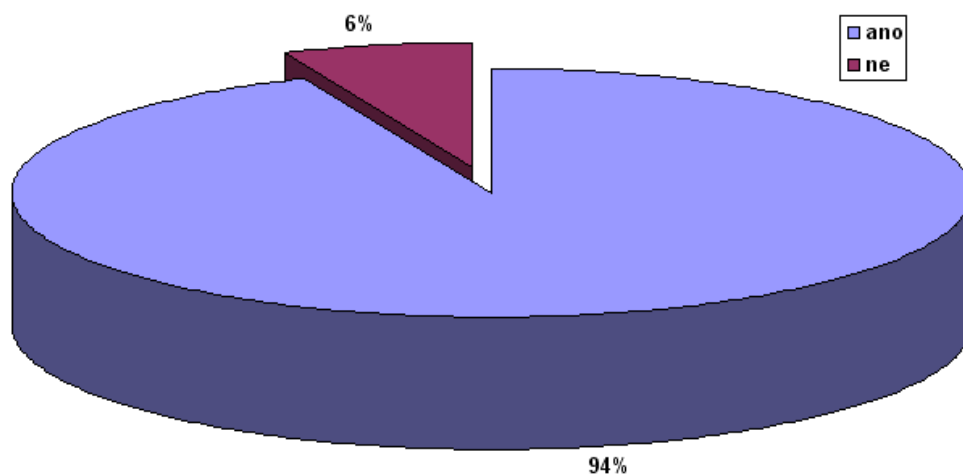


Všech 63 respondentů uvedlo, že upraví pacienty k příjmu stravy podle jejich individuálních potřeb.

Související otázkou č. 19 je otázka č. 20.

Graf č. 22 – úprava pacientů po podání stravy

Otázka č. 20 – Je pacient, který jedl v lůžku ihned upraven (osobní úprava pacienta po jídle) a uložen do vhodné polohy (dle jeho individuálních potřeb)?



Tabulka č. 22 – úprava pacientů po podání stravy

Úprava pacienta po jídle	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano	59	94 %
ne	4	6 %

Všichni 4 respondenti, kteří uvedli ne v doplňující odpovědi, uvedli jako důvod nedostatek personálu a nutnost po nakrmení či dohlížení nad pacienty jít rychle k dalším, kteří tuto péči potřebují také.

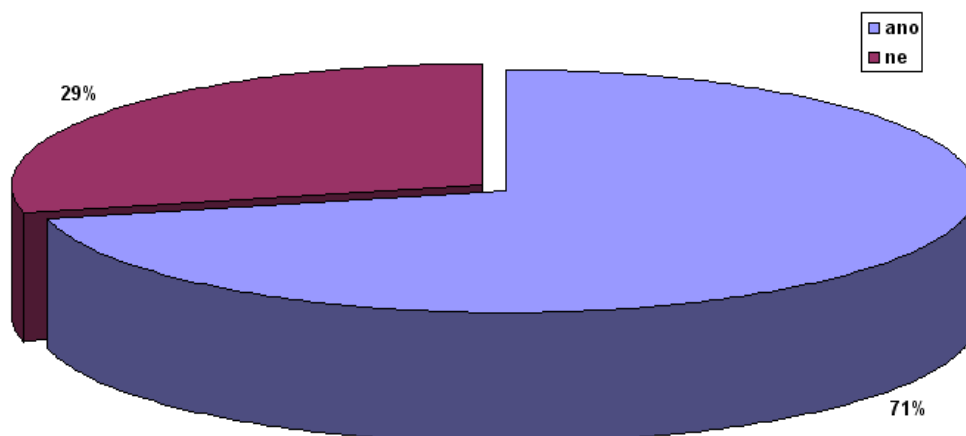
Tabulka č. 22.1 – složení respondentů, kteří zvolili ne v otázce č. 20

Zařazení v pracovním týmu	Počet respondentů
všeobecný sanitář/sanitárka	1
ošetřovatelka	1
všeobecná sestra	2

6.3.7 Interpersonální reakce na nedůstojné chování k pacientovi

Graf č. 23 – upozornění kolegy na nedůstojnost jeho chování

Otázka č. 24 – Pokud jste svědkem, že se některý z Vašich kolegů chová nedůstojným způsobem k pacientům, upozorníte ho na nevhodnost jeho chování?



Tabulka č. 23 – upozornění kolegy na nedůstojnost jeho chování

Reakce	Počet dotazovaných	Vyjádřeno v procentech
ano, upozorním	45	71 %
ne	18	29 %

Variantu odpovědi ano v této otázce zvolilo 45 dotazovaných. Způsoby upozornění a reagování v situaci popisuje tabulka č. 23.1.

Na nedůstojné chování kolegů k pacientům nezareaguje 18 respondentů. Důvody, proč nezareagují, shrnuje tabulka č. 23.2.

Tabulka č. 23.1 – způsoby upozornění kolegy na jeho nedůstojné chování k pacientům

Způsob upozornění	Počet respondentů	Zastoupení v pracovní kategorii
rozhovor s kolegou mimo pokoj pacientů	35	sanitář, sanitárka – 7x ošetřovatelka – 3x zdravotnický asistent – 2x fyzioterapeut – 3x všeobecná sestra – 20x
vysvětlím mu, že není nikde napsáno, že nesoběstačným a závislým na druhé osobě se nemůže stát někdo blízký, apeluji na city kolegy	4	všeobecná sanitárka – 2x ošetřovatelka – 1x všeobecná sestra – 1x v tomto druhu odpovědi je zajímavá délka praxe respondentů, viz komentář.
s kolegou o problému promluvím a proberu s ním jednotlivé negativní momenty jeho chování k pacientovi a pokusím se ho poučit, jak se má chovat	6	všeobecná sanitárka, sanitář – 2x všeobecná sestra - 4 x

Rozhovor s kolegou mimo pokoj pacientů uvedlo 35 respondentů. Nejvíce si s kolegou promluví všeobecných sester (20), třikrát tuto možnost řešení situace uvedli fyzioterapeuti a ošetřovatelky, všeobecní sanitáři/sanitárky volí osobní rozhovor v sedmi případech, zdravotničtí asistenti ve dvou.

Formu apelování na empatii a city kolegů zvolily dvě pracovnice z kategorie všeobecná sanitárka s délkou praxe v LDN v rozmezí 11 – 20 let, jedna ošetřovatelka s praxí 21 let a více a jedna všeobecná sestra s praxí v rozpětí 11 – 20 let.

Konkrétní negativní momenty v chování s kolegou proberou a dají radu, jak se k pacientům chovat dvě všeobecné sanitárky/sanitáři a čtyři všeobecné sestry.

Tabulka č. 23.2 – důvody proč neupozorní kolegu na nedůstojné chování k pacientům

Důvod	Počet respondentů	Zařazení respondenta v týmu/ počet
nejsem kompetentní cokoli vytýkat	15	všeobecná sanitárka, sanitář – 7x ošetřovatelka – 1x zdravotnický asistent – 3x všeobecná sestra – 1x fyzioterapeut – 3x
každý je zodpovědný za své chování	2	ošetřovatelka – 1x všeobecná sanitárka - 1x
dělám, že to nevidím, nechci mít v práci problémy	1	všeobecný sanitář – 1x

Počet respondentů, kteří svého kolegu neupozorní na nevhodnost jeho chování k pacientům je 18. Důvodem (15 odpovědí) je fakt, že se necítí kompetentní k takovému kroku. Nejméně kompetentní se cítí pracovníci z kategorie všeobecný sanitář/sanitárka (7 odpovědí), fyzioterapeuti ve třech případech, všeobecné sestry a zdravotničtí asistenti svou nekompetentnost uvedli celkem ve čtyřech případech, ošetřovatelka v jednom.

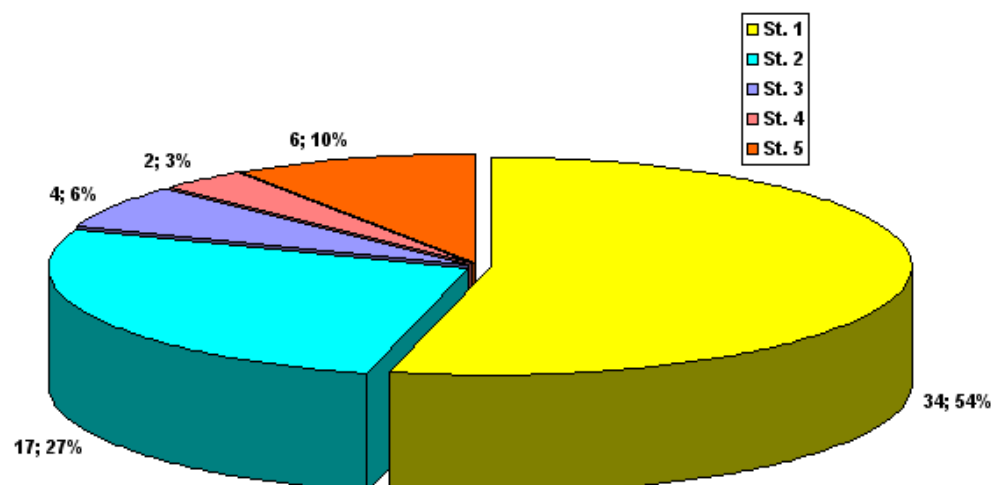
Variantu individuální odpovědnosti za chování jednotlivce uvedla jedna ošetřovatelka a jedna všeobecná sanitárka. Jeden všeobecný sanitář uvedl jako odpověď, proč neupozorní kolegu na nevhodné chování k pacientům, fakt, že raději dělá, že to nevidí, nechce mít problémy v práci.

6.3.8 Škála důležitosti pojmů

V otázce č. 23 nedokázali respondenti jednoznačně stanovit pořadí důležitosti. Některým pojmům přiřadili rovnocennou důležitost. Proto v grafech a tabulkách pracuji s přiděleným pořadím pro daný pojem (stupeň 1 – nejvíce důležité - stupeň 5 – nejméně důležité), nikoli s počtem respondentů, který odpovídal.

Graf č. 24 – autonomie pacienta

Otázka 23.1 – Respektování pacientovy vůle, možnost rozhodovat sám o sobě, mít kontrolu nad děním týkajícím se osoby pacienta



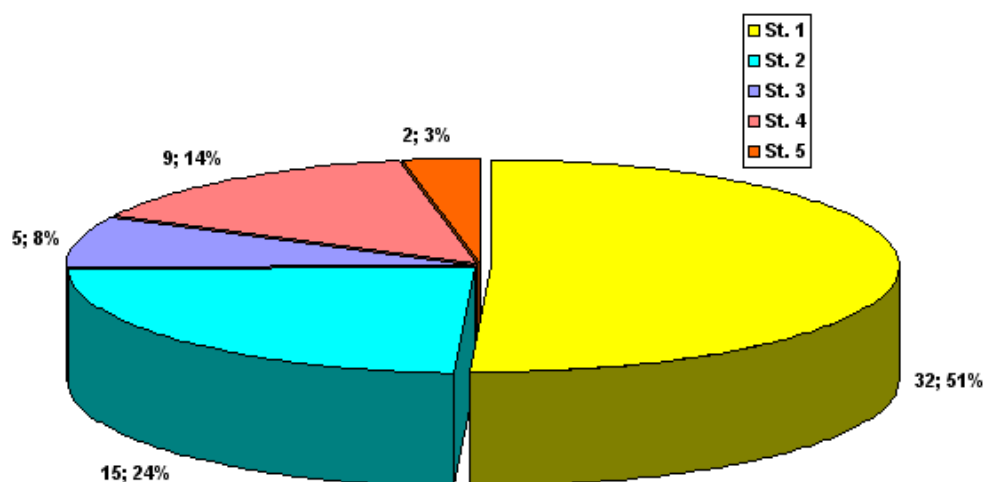
Tabulka č. 24 – autonomie pacienta

Pořadí důležitosti	Stupeň důležitosti – počet odpovědí	Procenta
st. 1	34	54 %
st. 2	17	27 %
st. 3	4	6 %
st. 4	2	3 %
st. 5	6	10 %

V problematice autonomie pacienta stupeň důležitosti 1 zvolili respondenti ve třiceti čtyřech odpovědích (54 %), stupeň 2 v sedmnácti odpovědích (27 %), stupeň 3 čtyřikrát (6 %). Stupeň důležitosti 5 zvolili respondenti šestkrát (10 %).

Graf č. 25 – komunikace s pacientem podle individuálních potřeb pacienta

Otázka 23.2 – komunikace přizpůsobená individuálním schopnostem pacienta



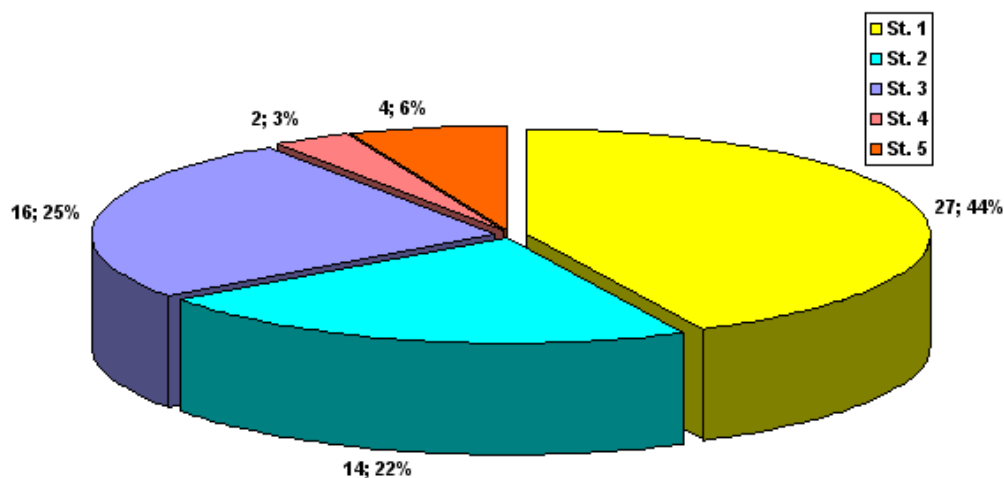
Tabulka č. 25 – komunikace s pacientem podle individuálních potřeb

Pořadí důležitosti	Stupeň důležitosti – počet odpovědí	Procenta
st. 1	32	51 %
st. 2	15	24 %
st. 3	5	8 %
st. 4	9	14 %
st. 5	2	3 %

Oblast komunikace přizpůsobenou individuálním potřebám pacienta preferují stupněm 1 respondenti ve 32 odpovědích (51 %). Stupeň 2 v této problematice přidělili respondenti v patnácti odpovědích (24 %). Pět odpovědí respondentů (8 %) komunikaci řadí na střed škály, ohodnotilo ji stupněm 3. Stupeň 4 přidělili respondenti devětkrát (14 %). Dvě odpovědi respondentů (3 %) řadí komunikaci s pacientem přizpůsobenou individuálním potřebám pacienta na stupeň důležitosti č. 5.

Graf č. 26 – respektování soukromí a studu pacienta

Otázka 23.3 – Respektování soukromí a studu pacienta při ošetrovatelských úkonech



Tabulka č. 26 – respektování soukromí a studu pacienta

Pořadí důležitosti	Stupeň důležitosti – počet odpovědí	Procenta
St. 1	27	44 %
St. 2	14	22 %
St. 3	16	25 %
St. 4	2	3 %
St. 5	4	6 %

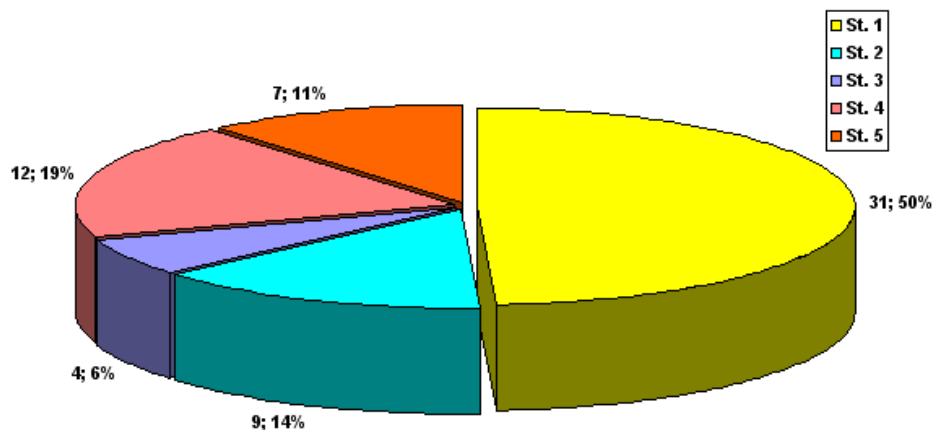
Respektování studu a soukromí při ošetrovatelské péči přidělili ve dvaceti sedmi odpovědích (44 %) respondenti stupeň 1. Počet odpovědí 14 (22 %) hodnotí respektování soukromí a studu stupněm 2.

V šestnácti odpovědích (25 %) je pořadí důležitosti v této problematice na stupni 3.

Stupeň 4 je zvolen ve dvou odpovědích (3 %). Čtyři odpovědi (6 %) jsou volbou pro stupeň 5.

Graf č. 27 – nepodceňování mentálních schopností pacienta

Otázka 23.4 – Nepodceňování mentálních schopností pacienta



Tabulka č. 27 – nepodceňování mentálních schopností pacienta

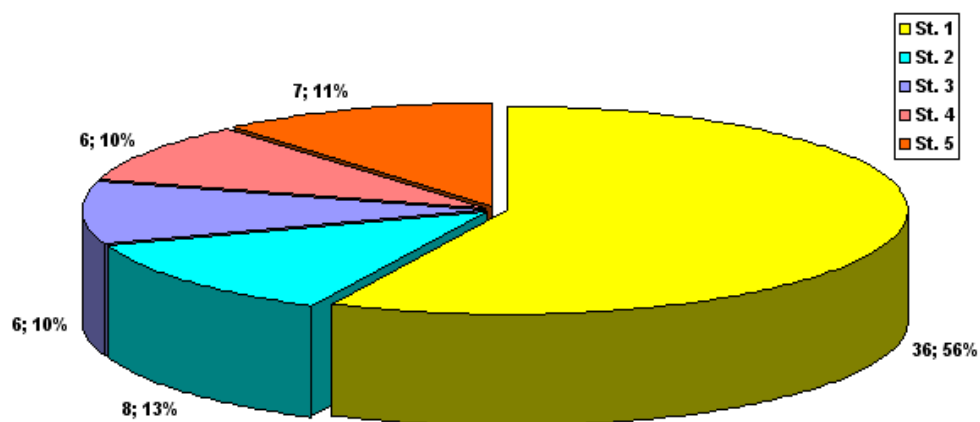
Pořadí důležitosti	Stupeň důležitosti – počet odpovědí	Procenta
St. 1	31	50 %
St. 2	9	14 %
St. 3	4	6 %
St. 4	12	19 %
St. 5	7	11 %

Stupeň 1 zvolili respondenti ve třiceti jedné odpovědích (50 %). Devět preferencí (14 %) dali respondenti stupni 2 v hodnocení této otázky. Čtyři odpovědi (6 %) přidělili respondenti stupni 3 na škále důležitosti. Dvanáctkrát (19 %) zvolili respondenti stupeň 4.

Nejmenší důležitost stupeň 5 přikládají respondenti v sedmi odpovědích (11 %).

Graf č. 28 – vhodné oslovování pacienta

Otázka č. 23.5 – Vhodné oslovování pacienta



Tabulka č. 28 – vhodné oslovování pacienta

Pořadí důležitosti	Stupeň důležitosti – počet odpovědí	Procenta
St. 1	36	56 %
St. 2	8	13 %
St. 3	6	10 %
St. 4	6	10 %
St. 5	7	11 %

Stupeň 1 zvolili respondenti v třiceti šesti odpovědích (56 %), stupeň 2 v osmi odpovědích (13 %). Stupeň důležitosti 2 a 3 přidělili respondenti frekvencí volby šestkrát (10 %) v obou případech. Sedmkrát (11 %) zvolili respondenti preferenci pro stupeň 5.

Tabulka č. 29 – škála pořadí důležitosti jednotlivých pojmů

(podle preferencí v předcházejícím výzkumu otázky č. 23)

Stupeň na škále důležitosti	Stupeň 1 Počet (%)	Stupeň 2 Počet (%)	Stupeň 3 Počet (%)	Stupeň 4 Počet (%)	Stupeň 5 Počet (%)
Pojem					
autonomie pacienta	34 (54 %)	17 (27 %)	4 (6 %)	2 (3 %)	6 (10 %)
komunikace dle individuálních potřeb pacienta	32 (51 %)	15 (24 %)	5 (8 %)	9 (14 %)	2 (3 %)
respektování soukromí a studu pacienta	27 (44 %)	14 (22 %)	16 (25 %)	2 (3 %)	4 (6 %)
nepodceňování mentálních schopností pacienta	31 (50 %)	9 (14 %)	4 (6 %)	12 (19 %)	7 (11 %)
vhodné oslovování pacienta	36 (56 %)	8 (13 %)	6 (10 %)	6 (10 %)	7 (11 %)

Tabulka č. 29 shrnuje pořadí důležitosti v jednotlivých oblastech týkajících se důstojnosti pacienta. Vyhodnocení výsledků na pozicích důležitosti pojmů jsem prováděla sestupně.

Pořadí pojmů, kterým respondenti přidělili **stupeň 1 (považují je za nejdůležitější)** je na základě jejich odpovědí stanoveno takto: 1. vhodné oslovování pacienta (56 %), 2. autonomie pacienta (54 %), 3. komunikace přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (51 %), 4. nepodceňování mentálních schopností pacienta (50 %), 5. respektování soukromí a studu pacienta při úkonech ošetrovatelské péče (44 %).

Pořadí pojmů, kterým respondenti přidělili **stupeň 2 (považují je za hodně důležité)** si stanovili respondenti takto: 1. autonomie pacienta (27 %), 2. komunikace přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (24 %), 3. respektování soukromí a studu pacienta (22 %), 4. nepodceňování mentálních schopností pacienta (14 %), 5. vhodné oslovování pacienta (13 %).

Pořadí pojmů, kterým byl respondenty přidělen **stupeň 3 (důležité)**, je respondenty stanoveno takto: 1. respektování soukromí a studu pacienta (25 %), 2. vhodné oslovování pacienta (10 %), 3. komunikace přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (8 %). Shodným počtem preferencí (6 %) postavili respondenti na 4. pořadí nepodceňování mentálních schopností pacienta a autonomii pacienta.

Pořadí pojmů ve **stupni 4 (málo důležité)** bylo respondenty stanoveno takto: 1. nepodceňování mentálních schopností pacienta (19 %), 2. komunikace přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (14 %), 3. vhodné oslovování pacienta (10 %), 4. autonomie pacienta, respektování soukromí a studu pacienta při úkonech ošetrovatelské péče (shodně 3 %).

Pořadí pojmů na **stupni 5 (nedůležité)** bylo respondenty stanoveno takto: 1. vhodné oslovování pacienta (11 %) a nepodceňování mentálních schopností pacienta (11 %), 2. autonomie pacienta (10 %), 3. respektování soukromí a studu při úkonech ošetrovatelské péče (6 %), 4. komunikace přizpůsobená individuálním potřebám pacienta (3 %).

7 Diskuze

Ve své empirické části jsem si stanovila několik výzkumných otázek. Ráda bych se vyjádřila ke každé z nich.

První výzkumná otázka zněla: Je respektování důstojnosti osobní identity zohledňováno v ošetrovatelské péči?

Rutinní obnažování pacientů při péči, nevhodné způsoby zahalení nahoty pacientů, činnosti spojené s obnažováním pacientů, které jsou prováděny při otevřených dveřích na pokoje, to jsou jevy, které jsem zkoumala otázkami č. 14, 16. Zjistila jsem, že většina respondentů (68 %) péči intimního charakteru vykonává při zavřených dveřích pokojů. Dveře na pokoje zavírá pouze **někdy** 30 % respondentů. Zahalení nahoty pacientů uvedlo 90 % respondentů. Variantu **někdy** v této otázce uvedlo 10 % respondentů. Většina respondentů, kteří uvedli variantu **někdy**, v obou otázkách byla ze skupiny všeobecných sester, zdravotnických asistentů a fyzioterapeutů. Na respekt k soukromí a teritoria, intimní proxemické zóny pacienta jsem ve výzkumu zaměřila otázku č. 10. Klepání na dveře před vstupem na pokoj pacientů provádí 48 % respondentů. Většina respondentů (52 %) uvedlo, že před vstupem na pokoj nezaklepe. Nejčastějším důvodem byly otevřené dveře na pokoj pacientů.

Zvláštní oblastí v péči o starého člověka, kde zachování důstojnosti osobní identity je často kritizovanou oblastí, je problematika nezajištění a neumožnění soukromí při vyprazdňování. Na tyto problémy jsem zaměřila otázku č. 15. Ze zkoumání tohoto jevu mi vyplynulo, že sice 40 respondentů (63 %) soukromí zajistí, ale 12 z nich neuvedlo konkrétní způsob zajištění soukromí. Zajímavé jsou i způsoby zajištění soukromí pacientů, které respondenti uvedli. Za nejčastější způsob považují zavření dveří pokoje, pak je dalším uvedeným způsobem zakrytí pacienta dekou. Způsoby jako opuštění pokoje personálem, použití zástěn, doprovod pacienta na toaletu volí personál ve stejné míře. Způsoby zajištění soukromí jsou prezentovány v tabulce č. 10.1. Zajímavé byly i dvě poznámky od respondentů, kteří zvolili v odpovědi variantu někdy. V jednom případě respondent uvedl, že soukromí při vyprazdňování v praxi nelze důkladně zajistit. Druhý respondent uvedl, že musí brát i ohledy na bezpečí pacienta, protože někoho nelze nechat při vyprazdňování vsedě bez dozoru druhé osoby. Obě respondentky byly kategorie všeobecných sester.

Důstojnost osobní identity může být porušována i při podávání stravy pacientům. Ve výzkumu jsem se zaměřila na kultivovanost prostředí při podávání stravy pacientům, na možnost nesamostatně mobilních lidí jíst i mimo lůžko. Na výzkum v této oblasti jsem se zaměřila otázkami č. 17, 18, 19, 20. Většina respondentů (95 %) dbá na skutečnost, aby i méně mobilní pacienti jedli mimo lůžko. Ležící pacienti, jejichž stav nedovoluje posazení k jídlu, jsou ve 100 % upravováni do polohy, která zohledňuje jejich individuální potřeby. Nezbytnou součástí kultivovanosti péče při podávání stravy je i osobní úprava pacienta po jídle. Zjistila jsem, že bezprostředně po jídle osobní úpravu pacienta provádí 94 % respondentů. Jako důvody, které brání upravit pacienta ihned, uvedlo 6 % respondentů nutnost jít dohlížet, či dopomoci ostatním pacientům. Ke kultivovanému způsobu příjmu potravy se v mém výzkumu vztahovala i možnost pacientů použít různé části jídelních pomůcek (lžíce, vidlička, nůž). V této oblasti jsem zjistila, že pacienti mají k dispozici v 41 % kompletní příbor nebo možnost si sami zvolit pomůcku, která jim vyhovuje (46 %). Ve 13 % mají k dispozici pacienti pouze lžíci. Tuto skutečnost lze ale přičíst tomu, že někdo vzhledem k postižení nemůže použít jinou pomůcku. Používání pomůcek k příjmu potravy zobrazuje graf č. 19. Z něho vyplývá, že většinou mají pacienti k dispozici adekvátní pomůcky k příjmu potravy, je preferováno individuální přání pacienta.

Způsob komunikace a podávání informací starému člověku má zásadní význam pro jeho sebeúctu a tím i jeho plnohodnotné začlenění do komunity, která se pro něho při hospitalizaci stává novou skutečností. Je potřeba, aby se na ni adaptoval. Na míru informovanosti pacientů, tak jak jim informace podává ošetřující personál, byly zaměřené otázky č. 4, 5, 6, 9. Srozumitelně podaná informace starému člověku o důvodu hospitalizace je jedním z faktorů, který ovlivňuje další spolupráci s ním v průběhu hospitalizace. Ve výzkumu mezi nelékařskými pracovníky žádný nevedl úplnou neinformovanost pacienta o důvodu hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných. Částečnou informovanost pacienta uvedlo 29 % respondentů. Důvodů částečně podaných srozumitelných informací, které respondenti uvedli, bylo několik. Jsou spojovány se závažností postižení pacientových psychických a fyzických funkcí. Jako další důvody uvedli zdravotníci neúplně podané informace z překládajícího zdravotnického zařízení. Největším prohřeškem na důstojnosti osobní identity je nepravdivost o důvodu hospitalizace. I tuto skutečnost jsem ve výzkumu zaznamenala. Pro starého člověka má srozumitelně a individualizovaně podaná informace zcela zásadní význam. Pomůže mu

s procesem adaptace na změněné prostředí, je i základním kamenem pro navázání spolupráce s pacientem. Jednou z možností k navázání, ale i udržení spolupráce s pacientem považují i to, aby pacient znal osoby, které se podílejí na péči o něho. Jako způsob seznámení pacienta s ošetřujícími osobami volí personál formu představení se pacientovi a nošení jmenovky (53 %), pouhé nošení jmenovky (37 %). Za další způsob identifikace respondenti uvedli informační tabuli se jmény osob sloužících směnu.

Individuální způsob podávání informací (otázka č. 5), který zohledňuje specifické potřeby pacienta ve způsobu komunikace, provádí 89 % respondentů. Určitou selekci informací, podle závažnosti informací pro pacienta, na základě vlastního vyhodnocení ošetřujícím personálem odhalil výzkum v 11 %. Informovanost pacientů o Právech pacientů, domácím řádu a prostředím na oddělení je 90 %.

Důstojnost osobní identity zachovává i způsob oslovování pacientů. Na oblast oslovování pacientů se zaměřily ve výzkumu otázky č. 7 a 8. Standardní oslovení „paní, pane“ výzkum dokladuje v 86 %. Oněch 14 %, která vyjadřují nepoužívání standardního oslovení je důkazem neúcty k pacientovi, infantilizace a degradace osobnosti pacienta (viz teoretická část, podkapitola 5.2.4). Otázka č. 8 souvisí bezesporu s oslovováním pacientů, podrobněji se jejím vyhodnocením zabývám v souvislosti s respektováním důstojnosti zásluh.

Otázku č. 21 jsem zaměřila na přeceňování deficitu kognitivních funkcí, podceňování schopností starých lidí. Ve výzkumu tento jev potvrzuje nedostupnost signalizace na ošetřující personál pro 10 % pacientů. Důvody nedostupnosti signalizačního zařízení, které respondenti uvedli, bohužel teoretickou myšlenku potvrzují. Signalizační zařízení nedostávají pacienti demenční a zmatení, kteří zvoní bez objektivní příčiny nebo ti, kteří jsou imobilní, neumí, nevědí jak zvonit. Těmito způsoby je i pacientovi odnímána osobní autonomie, možnost kontaktu.

Otázku respektování autonomie člověka, možnosti být zapojen do dění kolem sebe zkoumala otázka č. 11. Seznámení pacienta s průběhem a posloupností jednotlivých kroků péče provádí 79 % respondentů. Respondenti ve 21 % uvedli, že průběh péče komentují jen někdy. Většina jich byla z kategorie pracovníků pod odborným dohledem bez maturity. S odosobněním člověka v péči souvisely otázky č. 12 a 13. Respondenti uvedli, že v 56 % z nich rozhovory osobního charakteru při poskytování péče neprovádí. Ti respondenti, kteří hovoří o osobních záležitostech při péči o pacienty (44 %), to většinou považují za pozitivní přínos pro pacienty. Dokonce v poznámce spontánně uváděli, že se pacienti velmi

rádi zapojují do hovoru a pomáhá to ke zlepšení nálady pacientů. Tři respondenti z této skupiny sice konverzaci osobního charakteru provádějí, ale hodnotí ji jako negativní přínos pro pacienty. Tito respondenti mají praxi v léčebně dlouhodobě nemocných do pěti let.

Druhá výzkumná otázka zněla: Jak personál hodnotí souvislost důstojnosti zásluh s poskytováním ošetrovatelské péče?

Důstojnost zásluh je v teoretické pojetí spojována se společenskou prestiží jednotlivce, se znalostí životního příběhu jedince. Na tuto problematiku jsem zaměřila otázku č. 8. Oslovování akademickým titulem provádí 68 % dotazovaných. Zajímavé zjištění přinesly důvody 32 % respondentů, kteří nepreferují používání titulu v oslovování pacientů. Zásadní je pro ně psychický stav pacienta, protože při porušení mentálních funkcí, jim takový způsob oslovení připadá již degradující. V globálním shrnutí důvodů respondentů jsem zjistila, že jim používání titulu připadá jako způsob, jakým povyšují pacienta nad druhé. Důvody uvádím v tabulce 16.1.

Otázka č. 22 byla zaměřena na komplexní pohled na osobnost pacienta v souvislosti s důstojností zásluh. Souvislost s vykonáváním ošetrovatelské péče a důstojností zásluh potvrdilo 87 % respondentů. Z této části výzkumu mi tedy vyplynulo, že respondenti respektují pacienta v ošetrovatelské péči jako individualitu v kontextu se znalostí jeho životního příběhu, respektování důstojnosti zásluh je značné.

Třetí výzkumná otázka zněla: Zareaguje zdravotník na nedůstojné chování kolegy k pacientům? Jakým způsobem?

Podle odpovědí v otázce č. 24, kterou jsem zkoumala tento jev, svého kolegu na nedůstojné chování upozorní 71 % respondentů. Nejčastěji volí formu rozhovoru mimo pokoj pacientů. Zjistila jsem, že formu apelování na empatii a city kolegů volí respondenti s dlouhodobou praxí v léčebně. Množství respondentů, kteří žádným způsobem kolegovi nedají najevo nevhodnost způsobu jeho chování je 29 %. Jako důvod uvedli svou nekompetentnost někomu cokoli vytýkat. V interpersonální reakci jsem zjistila značnou zainteresovanost na omezení způsobů nedůstojného chování k pacientům právě personálem samotným.

Čtvrtá výzkumná otázka zněla: Jaké pořadí důležitosti mají aspekty lidské důstojnosti pro nelékařský zdravotnický personál?

Stala se nejtěžší výzkumnou otázkou, respondenti měli stanovit pořadí důležitosti jednotlivých aspektů lidské důstojnosti. Tímto zkoumáním jsem se zabývala v otázce č. 23.

Respondenti nedokázali přiřadit jednotlivým pojmům jednoznačné pořadí. Stanovit význam důležitosti bylo pro většinu respondentů **nemožné**, myslím tím, že **přikládali stejnou váhu více pojmům**. Na základě zpracovaných informací od respondentů jsem pořadí důležitosti stanovovala pouze z počtu preferencí ve stupni 1 (označení pojmu, který připadá respondentovi nejvíce důležitý) takto: oslovování pacienta 56 %, respektování autonomie pacienta 54 %, komunikace s pacientem podle jeho individuálních potřeb 51 %, nepodceňování mentálních schopností pacienta 50 %, respektování soukromí a studu pacienta 44 %. Ve stanoveném pořadí důležitosti vybraných pojmů spojených s lidskou důstojností lze najít souvislost právě i ve zkoumání zachovávání některých aspektů důstojnosti osobní identity, kterými se zabývala výzkumná otázka č. 1.

Cíle práce byly splněny. Výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Závěr

Moje práce je sondou do diskutovaných etických aspektů péče spojovaných právě s léčebnami dlouhodobě nemocných. Velmi mi vadí negativní názory veřejnosti, bohužel nejen laické, které přisuzují léčebnám dlouhodobě nemocných pozici pacientovy „poslední štace“. Pro mnohé pacienty a jejich rodiny jsou léčebny dlouhodobě nemocných stále strašákem, kde se člověk v roli pacienta stává obtěžujícím předmětem neochotné péče, kde personál má za cíl odpracovat „jen svou směnu“. Mrzí mě tento pohled na záslužnou práci ošetřujícího personálu. Právě v tomto druhu zařízení jsou kladeny nároky nejen na odbornou, ale i na morální a etickou vyspělost personálu. Pozitivnímu hodnocení etické úrovně personálu neprospěla ani kauza „falešného sanitáře“ v pražské léčebně dlouhodobě nemocných.

Svou práci jsem chtěla zjistit, jak právě ti, kteří péči poskytují, pohlížejí na lidskou důstojnost.

Výsledky výzkumu ukázaly, že situace v problematice respektování lidské důstojnosti pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných, není ze strany personálu tak neprofesionální, jak se traduje. Výzkum na vzorku zkoumaných respondentů toto potvrzuje. Validitě údajů by určitě prospěl i větší zkoumaný vzorek a případná komparace s dalšími léčebnami dlouhodobě nemocných. Dané problematice bych se ráda věnovala dále a v dalším zkoumání bych chtěla zjistit, jak vnímají pacienti poskytovanou péči v léčebnách dlouhodobě nemocných v kontextu respektování jejich lidské důstojnosti. Tak by se pohled již objektivizoval. Tuto myšlenku lze chápat, jako doporučení pro další možná zkoumání. Pro výzkum se otevírají možnosti zabývat se jednotlivými druhy lidské důstojnosti odděleně a tím pádem i podrobněji.

S důstojností osobní identity pacientů v ošetrovatelské péči nakládají zdravotníci každodenně. Jde o činnosti konané pro uspokojování potřeb pacientů. Citlivost, kultivovanost v chování a poskytování péče přispívají k podpoření důstojnosti osobní identity. K péči o starého člověka patří i zajištění úkonů osobní hygieny a vyprazdňování. Soběstačnost pacientů je často limitována mírou jejich postižení. Vykonávání ošetrovatelské péče v oblasti zajištění potřeb tohoto druhu je spojeno s nezbytností obnažování pacientů, zásahy do intimity a jejich autonomie. Citlivým tématem se tak stává respektování studu, soukromí a teritoria pacientů.

Myslím si, že výzkumná činnost v této oblasti by se mohla stát i nástrojem pro výchovu a vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti etiky a komunikace v ošetrovatelské péči. Sama tuto potřebu cítím, protože se podílím ve své praxi i na zapracování absolventů nelékařských zdravotnických profesí. Nechci zpochybňovat jejich odbornou přípravu na vykonávání profese, ale v oblasti respektování lidské důstojnosti, zejména ke starým lidem, se s deficitem těchto znalostí a setkávám.

Zcela úmyslně jsem se ve své práci nezmínila o důstojnosti v umírání. Myslím si, že jde o zcela specifickou problematiku, která je i více prozkoumanou. Samozřejmě nelze ale tyto pojmy striktně oddělovat.

S výsledky výzkumu bych chtěla seznámit širokou veřejnost v odborných časopisech a prezentovat výstupy z výzkumu na odborné konferenci Hradecké ošetrovatelské dny spolu s vedoucí práce.

Anotace

Autor: Veronika Řádová

Instituce: Univerzita Karlova v Praze

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Oddělení ošetrovatelství

Název práce: Respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů léčených dlouhodobě nemocných

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Kutnohorská; CSc.

Počet stran: 102

Počet příloh: 3

Rok obhajoby: 2010

Klíčová slova: geriatric, lidská důstojnost, respektování pacienta, ošetrovatelská péče, etika oboru ošetrovatelství

Bakalářská práce pojednává o respektování lidské důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče. Lidská důstojnost je pojem, který nabývá na významu s délkou lidského života. Ošetrování geriatrických pacientů má svá specifika, vzhledem ke změnám, kterými organismus ve stáří prochází. Na ošetroující personál jsou kladeny vysoké nároky nejen na odbornou, ale lidskou i etickou stránku poskytování ošetrovatelské péče.

Výzkum se zabývá vybranými typy lidské důstojnosti, tak jak se s nimi při realizaci ošetrovatelské péče setkává personál. Šetření je zaměřeno na kvantitativní vyjádření respektu k jednotlivým typům lidské důstojnosti v ošetrovatelské praxi z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků.

Ve výzkumu byly položeny i otázky týkající se interpersonální reakce na nedůstojné chování, zdravotníci měli podle svého uvážení vytvořit hodnotovou stupnici pojmů souvisejících s lidskou důstojností. Zkoumaným vzorkem byli nelékařští zdravotničtí pracovníci ve dvou východočeských léčebnách dlouhodobě nemocných.

Synopsis

Author: Veronika Řádová

Institutions: Charles University in Prague

Faculty of Medicine in Hradec Králové

Institute of Social Medicine

Department of Nursing

Title: Respecting human dignity in nursing care for patients in long stay hospitals

Supervisor: doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

Number of pages: 102

Number of attachments: 3

Year of viva voice: 2010

Keywords: geriatrics, human dignity, respect for the patient, nursing care, nursing ethics

The thesis deals with respect for human dignity in nursing care. The human dignity is a fact that becomes increasingly important with the length of human life. The care of geriatric patients has its own characteristics, due to changes, which pass through the body in old age. High demands are placed on the nursing staff not only on technical but also on human and ethical aspects of nursing care. The research tasks deal with specific types of human dignity, as the nursing staff encounters them during their work. The investigation is focused on the quantitative expression of respect for various types of human dignity in nursing practice from the perspective of the nursing staff. During the research, the staffs were also asked questions about the interpersonal response to the undignified behaviour, interviewees using their discretion were supposed to create a value scale of terms associated with the human dignity.

Literatura a prameny

1. EGONSSON, D. *Dimensions of dignity: the moral importance of being human*. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 1998. 256 s. ISBN 0-7923-5068-5
2. CHVÁTALOVÁ, H. Vztah ke starým lidem ukazuje na stav společnosti. *Florence. Porozumění*. Praha: Ambit Media. ISSN 1801-464X. 2009. roč.5, č.3, s.7.
3. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-247-0548-6
4. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329
5. JEDLIČKA, V a kol. *Praktická gerontologie*. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. 182 s. ISBN 80-7013-109-8
6. KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. 63 s. ISBN 80-239-4334-0
7. KALVACH, Z., JIRÁK, R. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 861 s. ISBN 80-247-0548-6
8. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336s. ISBN 978-80-247-2490-4

10. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4
11. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
13. MAREŠ, J. a kol. *Iatropatogenie a sororigenie aneb jak lze poškozovat člověka*. 2.vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, s.r.o., 2002. 59 s. ISBN 80-86723-00-3
14. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života. Základní otázky lékařské etiky*. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. 107 s. ISBN 80-7021-302-7
15. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7
16. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontopsychologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5
17. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0
18. TVAROH, F. *Všichni stárneme*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 252 s. ISBN 08-010-83
19. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5

Internetové zdroje

1. NĚMČEKOVÁ, M. *Can the world order be created without the order in man? (On the issue of power and human dignity)* [online] In: Human Affairs, 6, 1996, 1, 3-8, ISSN 1210-3055 [cit.2010-01-20]. Dostupné na WWW < <http://humanaffairs.sk/full/hum196a.pdf> >
2. *Deklarace Evropské konference o péči a ochraně starších lidí*, [online] 2010 [cit. 2010-03-29]. Dostupné na WWW <<http://seniorum.cz/eu-seniorum/1141-deklarace-evropske-konference-o-peci-a-ochrane-starsich-lidi-dustojnost-a-ohrozenost-starsich-lidi>>
3. *Všeobecná deklarace lidských práv*, [online] 2010 [cit.2010-03-29]. Dostupné na WWW<http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/lidska_prava/vseobecna_deklarace_lidskych_prav/index.html>
4. *Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných*, [online] 2009 [cit.2009-11-05]. Dostupné na WWW<<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/lecebny-dlouhodobem-nemocnych/>>

Seznam grafů

Graf č. 1 – pohlaví respondentů.....	43
Graf č. 2 – délka praxe v LDN.....	44
Graf č. 3 – pracovní pozice respondentů	45
Graf č. 4 - srozumitelnost informací o důvodu hospitalizace v LDN.....	46
Graf č. 5 – individualizace způsobu podávání informací pacientovi.....	48
Graf č. 6 – informovanost pacientů (Práva pacientů, domácí řád, prostory na oddělení) ...	49
Graf č. 7 – způsob identifikace personálu.....	51
Graf č. 8 – zaklepaní na dveře před vstupem.....	52
Graf č. 9 – zavření dveří pokojů při intimních úkonech.....	53
Graf č. 10 – zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování	54
Graf č. 11 – zahalení nahoty pacientů.....	56
Graf č. 12 – komentování průběhu úkonů péče	57
Graf č. 13 – interpersonální konverzace osobního charakteru při péči o pacienty.....	58
Graf č. 14 – názor personálu na dopad osobní konverzace na pacienty	59
Graf č. 15 – oslovování pacientů pane, paní.....	60
Graf č. 16 – používání akademického titulu při oslovování pacientů	61
Graf č. 17 – dostupnost signalizačního zařízení	63
Graf č. 18 – význam znalosti pacientova životního příběhu.....	64
Graf č. 19 – pomůcky k příjmu potravy.....	65
Graf č. 20 – doprovod pacientů k podávání stravy mimo lůžko.....	66
Graf č. 21 – úprava pacienta v lůžku před podáváním stravy.....	67
Graf č. 22 – úprava pacientů po podání stravy	68
Graf č. 23 – upozornění kolegy na nedůstojnost jeho chování.....	69
Graf č. 24 – autonomie pacienta	72
Graf č. 25 – komunikace s pacientem podle individuálních potřeb pacienta	74
Graf č. 26 – respektování soukromí a studu pacienta.....	75
Graf č. 27 – nepodceňování mentálních schopností pacienta.....	76
Graf č. 28 – vhodné oslovování pacienta.....	77

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - pohlaví respondentů.....	43
Tabulka č. 2 – délka praxe v LDN.....	44
Tabulka č. 3 – pracovní pozice respondentů.....	45
Tabulka č. 4 – srozumitelnost informací	46
Tabulka č. 4.1 – důvod částečné informovanosti pacientů	47
Tabulka č. 5 – individualizace způsobu podávání informací pacientovi.....	48
Tabulka č. 6 – informovanost pacientů.....	49
Tabulka č. 6.1 – důvody neinformování pacientů	50
Tabulka č. 7 – způsob identifikace personálu.....	51
Tabulka č. 8 – zaklepaní na dveře před vstupem.....	52
Tabulka č. 8.1 – důvod neoznámení vstupu na pokoj.....	52
Tabulka č. 9 – zavření dveří pokojů při intimních úkonech	53
Tabulka č. 9.1 – složení respondentů, kteří v otázce č. 14 volili variantu někdy	53
Tabulka č. 10 – zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování	54
Tabulka č. 10.1 – způsob zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování	55
Tabulka č. 11 – zahalení nahoty pacientů.....	56
Tabulka č. 11.1 – složení respondentů, kteří uvedli variantu někdy v otázce č. 16....	56
Tabulka č. 12 – komentování průběhu úkonů péče	57
Tabulka 12.1 - složení respondentů, kteří uvedli variantu někdy v otázce č. 11	57
Tabulka č. 13 – interpersonální konverzace osobního charakteru při péči o pacienty	58
Tabulka č. 14 – názor personálu na dopad osobní konverzace na pacienty	59
Tabulka č. 15 – oslovování pacientů pane, paní.....	60
Tabulka č. 16 – používání akademického titulu při oslovování	61
Tabulka č. 16.1 – důvod nepoužívání titulu v oslovení.....	62
Tabulka č. 17 – dostupnost signalizačního zařízení	63
Tabulka č. 17.1 – důvod nedostupnosti signalizačního zařízení.....	63
Tabulka č. 18 – význam znalosti pacientova životního příběhu.....	64
Tabulka č. 19 – pomůcky k příjmu potravy.....	65
Tabulka č. 20 – doprovod pacientů k podávání stravy mimo lůžko	66
Tabulka č. 20.1 – důvody neodvádění pacientů k jídlu mimo lůžko	66

Tabulka č. 22 – úprava pacientů po podání stravy	68
Tabulka č. 22.1 – složení respondentů, kteří zvolili ne v otázce č. 20	68
Tabulka č. 23 – upozornění kolegy na nedůstojnost jeho chování	69
Tabulka č. 23.1 – způsoby upozornění kolegy na jeho nedůstojné chování k pacientům.....	70
Tabulka č. 23.2 – důvody proč neupozorní kolegu na nedůstojné chování k pacientům.....	71
Tabulka č. 24 – autonomie pacienta	72
Tabulka č. 25 – komunikace s pacientem podle individuálních potřeb.....	74
Tabulka č. 26 – respektování soukromí a studu pacienta	75
Tabulka č. 27 – nepodceňování mentálních schopností pacienta	76
Tabulka č. 28 – vhodné oslovování pacienta	77
Tabulka č. 29 – škála pořadí důležitosti jednotlivých pojmů	78

Seznam příloh

1. Příloha č. 1 – Dotazník pro nelékařský zdravotnický personál
2. Příloha č. 2 – Žádost o výzkumné šetření v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví
3. Příloha č. 3 – Žádost o výzkumné šetření v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hradci Králové

Přílohy

Příloha č. 1

Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Vážená kolegyně, kolego

Dovolte mi požádat Vás o spolupráci vyplněním tohoto dotazníku. Údaje budou využity pro zpracování mé bakalářské práce s názvem „Respektování lidské důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů léčených dlouhodobě nemocných“. Dotazník je anonymní a odpovědi budou sloužit pouze výše uvedenému účelu. Žádám o uvážlivé a pravdivé odpovědi, protože bych ráda znala Vaše skutečné názory. U každé odpovědi označte pouze jednu z možností, která je nejbližší Vašemu názoru. Tam, kde je požadována ještě doplňující odpověď, prosím vyplňte i tuto. Volbu odpovědi z daných možností označte prosím křížkem do příslušného rámečku. Vyplněný dotazník odevzdejte určené osobě.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci.

Veronika Řádová,
studentka bakalářského studijního
programu „Ošetrovatelství“,
LF UK, Hradec Králové

1) Vaše pohlaví

- žena
- muž

2) Jak dlouho pracujete ve léčebně dlouhodobě nemocných?

- 0 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 20 let
- 21 a více let

- 3) Jaké je Vaše zařazení v pracovním týmu?
- všeobecná sanitárka, všeobecný sanitář
 - ošetřovatelka
 - zdravotnický asistent
 - všeobecná sestra
 - fyzioterapeut
- 4) Domníváte se, že jsou pacienti srozumitelně informováni o důvodu hospitalizace v léčebně dlouhodobě nemocných?
- ano, plně
 - částečně, uveďte proč.....
 - ne pokud ne, uveďte proč.....
- 5) Když pacientům podáváte jakékoli informace, přizpůsobíte způsob podání informací individuálním potřebám pacienta?
- ano, vždy se o to snažím
 - někdy, záleží na závažnosti informace pro pacienta, tak jak ji vyhodnotím já
 - ne
 - pokud ne, uveďte proč
- 6) Seznamujete pacienty s Právy pacientů, Domácím řádem a prostorami na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných?
- ano
 - ne
 - pokud ne, uveďte proč
- 7) Oslovujete pacienty vždy paní, pane?
- ano
 - ne
- 8) Pokud má pacient akademický titul používáte ho při oslovování?
- ano
 - ne

- 9) Jaký způsob identifikace Vaší osoby pro pacienty používáte?
- představím se při prvním kontaktu, jmenovku nosím stále
 - pouze jmenovky, nepředstavuji se
 - jiný, jaký.....
 - žádný
- 10) Klepete na dveře před vstupem na pokoje pacientů?
- ano, vždy
 - ne
- pokud ne, uveďte proč
- 11) Během provádění úkonů péče komentujete jejich průběh a posloupnost, abyste získal/a pacienta pro spolupráci?
- ano
 - někdy
 - ne, není to nutné
- 12) Bavíte se s ostatními kolegy o osobních záležitostech a zážitcích při ošetřování pacientů?
- ano
 - ne
- Na otázku č.13 odpovídá pouze ten, kdo zvolil ANO v otázce č.12
- 13) Pokud ano, myslíte si, že toto pacienti hodnotí jako pozitivní zážitek?
- ano
 - ne
- 14) Při provádění úkonů spojených s obnažováním pacientů zavíráte dveře na pokojích
- vždy
 - někdy
 - ne

15) Snažíte se zajistit soukromí pacientů při vyprazdňování?

ano

pokud ano, jak?.....

někdy

ne

16) Dbáte o zahalení nahoty pacientů používáním vhodného oblečení, přikrývek atp.?

ano

někdy

ne

17) Pacienti mají při podávání stravy k dispozici

pouze lžíci

lžíci, vidličku i nůž vždy

podle svého přání dostanou lžíci, vidličku nebo nůž

18) Dbáte na to, aby i méně mobilní pacienti jedli mimo lůžko?

(doprovod ke stolům v jídelně, na pokojích...)

ano

ne

pokud ne, uveďte proč

19) Pokud musí pacient jíst v lůžku, je vždy upraven před jídlem do vhodné polohy (dle jeho individuálních potřeb) k příjmu potravy?

ano

ne

20) Je pacient, který jedl v lůžku ihned upraven (osobní úprava pacienta po jídle) a uložen do vhodné polohy (dle jeho individuálních potřeb)?

ano

ne

pokud ne, uveďte proč

21) Mají pacienti vždy na dosah signalizační zařízení na personál?

ano

ne

pokud ne, uveďte proč.....

22) Myslíte si, že znát pacientův životní příběh, zvyklosti, rituály, zkušenosti, životní postoje, společenské postavení a role souvisí s vykonáváním ošetrovatelské péče?

ano

ne

23) Přiřaďte k pojmům v tabulce pořadí (podle důležitosti) od 1 do 5

(1 – nejdůležitější, 2 – hodně důležité, 3 – důležité, 4 – málo důležité, 5 – nedůležité)

Popis skutečnosti	Pořadí důležitosti dle Vašeho názoru
Respektování pacientovy vůle, možnost rozhodovat o sobě, mít kontrolu nad děním týkajícím se osoby pacienta	
Komunikace přizpůsobená individuálním schopnostem pacienta	
Respektování soukromí a studu pacienta při ošetrovatelských úkonech	
Nepodceňování mentálních schopností pacienta	
Vhodné oslovování pacienta	

24) Pokud jste svědkem, že se některý z Vašich kolegů, chová nedůstojným způsobem k pacientům, upozorníte ho na nevhodnost jeho chování?

ano

jak?.....

ne

proč?.....

Příloha č. 2

Paní
Bc. Jana Tomšů
ředitelka
Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

V Lázních Bohdaneč 2.3.2010

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní ředitelko,

V rámci výzkumného šetření se zabývám respektováním lidské důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů léčených dlouhodobě nemocných. Výzkumné šetření je prováděno v rámci závěrečné bakalářské práce studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF Univerzity Karlovy v Hradci Králové.


Cílem této práce je zjistit stav této problematiky z pohledu nelékařského personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči a názory pacientů na respektování jejich důstojnosti v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazník pro personál a rozhovor s pacienty. Chtěla bych Vás touto formou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumného šetření na výše uvedeném pracovišti. Vzor dotazníku a otázky pro rozhovor příkládám k této žádosti.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se v případě zájmu s nimi seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem


Veronika Řádová,
studentka bakalářského studijního
programu „Ošetrovatelství“
LF UK v Hradci Králové

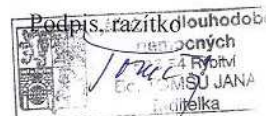
Kontaktní adresa:
Veronika Řádová
Sádka 546
Lázně Bohdaneč
533 41
e-mail: kokinaradova@seznam.cz
tel: 603 346 422

Vyjádření:
 souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:

Datum: 2.3.2010

*Zalovani prosim o zpracovani
vysledku vaseho vyzkumu.*
Tomšů



Příloha č. 3

Paní
Mgr. Zdeňka Václavíková
hlavní sestra
Léčebna pro dlouhodobě nemocné v Hradci Králové
Pospíšilova 351
Hradec Králové
530 03

V Lázních Bohdaneč, 2.3.2010

Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážená paní magistro,

V rámci výzkumného šetření se zabývám respektováním lidské důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů léčených dlouhodobě nemocných. Výzkumné šetření je prováděno v rámci závěrečné bakalářské práce studijního programu Ošetrovatelství, kombinované formy, LF Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit stav této problematiky z pohledu nelékařského personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči a názory pacientů na respektování jejich důstojnosti v rámci poskytování ošetrovatelské péče.

Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazník pro personál a rozhovor s pacienty. Chtěla bych Vás touto formou požádat o souhlas k provedení tohoto výzkumného šetření na výše uvedeném pracovišti. Vzor dotazníku a otázky pro rozhovor příkládám k této žádosti.

Výsledky budou zpracovány anonymně a můžete se v případě zájmu s nimi seznámit.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Veronika Řádová,
studentka bakalářského studijního
programu „Ošetrovatelství“
LF UK v Hradci Králové

Kontaktní adresa:
Veronika Řádová
Sádka 546
Lázně Bohdaneč
533 41
e-mail: [kokinaradova@seznam.cz](mailto:kokinaraдова@seznam.cz)
tel: 603 346 422

Vyjádření:
 souhlasím
 nesouhlasím

Odůvodnění:



Václavíková Zdeňka Mgr.

Podpis, razítko

Datum: 2.3.2010

61	Léčebna pro dlouhodobě nemocné
358	Pospíšilova 351
000	500 03 Hradec Králové