

Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry

Kateřina Reimerová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina REIMEROVÁ**
Osobní číslo: **H09253**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části popsat stáří, etické aspekty v péči o seniory a důstojnost lidského života.

V praktické části pomocí dotazníku zmapovat úroveň vnímání seniorovy důstojnosti všeobecnými sestrami; aspekty, jimiž je důstojnost seniora nejčastěji pošlapávána a proč nejsou dodržovány etické aspekty při péči o seniora.

Analyzovat data průzkumného šetření a interpretovat zjištěné poznatky. Připravit brožuru pro všeobecné sestry o etickém přístupu k seniorům.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přepracované a doplněné Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

KALVACH, Zdeněk. 2004. Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů – projekt Paliativní péče v ČR.

KUTNOHORSKÁ, Jana. 2007. Etika v ošetrovatelství. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

POLEDNÍKOVÁ, L'ubica. 2006. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-208-1.

ROTTER, Hans. 1999. Důstojnost lidského života. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021-302-7

Vedoucí bakalářské práce: **doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.**
Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 1.3.2012

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část se zabývá pojmy stáří, stárnutí, klasifikace stáří, změny ve stáří, specifika komunikace, demografie a důstojnost lidského života.

Praktická část analyzuje problematiku vnímání seniorovi důstojnosti. Respondenty jsou všeobecné sestry pracující ve zdravotnickém a sociálním prostředí. Pro tento výzkum je použit dotazník, rozhovor a pozorování. Cílem této práce je zachytit příčiny degradace důstojnosti seniorů a zjistit jak všeobecné sestry vnímají důstojnost starších osob.

Klíčová slova:

Důstojnost, etika, senior, stáří

ABSTRACT

The thesis “Maintaining seniors' dignity from nursing perspective“ is divided in two parts, theoretical and practical.

The theoretical part deals with the old age, aging, dividing of old age, changes during old age, specifications of communication, demography and dignity of human life.

The practical part analyses the problems of maintaining seniors' dignity. Nurses who work in health and social environment are respondents. Questionnaire, interview and observation are used for this research. The aim of this work is to identify the causes of degradation of elderly people's dignity and determine how the nurses perceive the dignity of older persons.

Keywords:

Dignity, ethics, senior, old age

Motto:

„Člověk zakouší svou hodnotu především tehdy, když je milován.“

Hans Rotter

Poděkování:

Děkuji Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení mé bakalářské práce, trpělivost, ochotu, cenné připomínky a vstřícnost během jejího zpracování. Také děkuji všem všeobecným sestřám, které s ochotou věnovaly svůj čas vyplněním dotazníku. Dále bych chtěla poděkovat svým nejbližším za podporu během mého studia a všem, kteří mi byli v průběhu zpracování jakkoliv nápomocní.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	14
1.1 STÁŘÍ	14
1.2 STÁRNUTÍ.....	14
1.2.1 Tělesná involuce.....	15
1.2.2 Duševní involuce.....	16
1.2.3 Sociální involuce.....	17
1.3 DŮSTOJNÉ OZNAČENÍ STARÉHO ČLOVĚKA	18
1.4 DĚLENÍ STÁŘÍ	18
1.5 AGEISMUS	19
2 STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA	23
3 KOMUNIKACE	25
3.1 JEDNÁNÍ S PACIENTY	25
3.2 NASLOUCHÁNÍ	26
3.3 EMPATIE.....	26
3.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	27
3.5 KOMUNIKAČNÍ BARIÉRY	32
3.6 SPECIFICKÉ OBTÍŽE SENIORŮ NARUŠUJÍCÍ KOMUNIKACI	34
3.7 CHYBY V KOMUNIKACI SE SENIOREM	35
4 ETICKÉ PRINCIPY OŠETŘOVATELSTVÍ	37
4.1 PRIORITYNÍ PRINCIPY V PÉČI O SENIORY	38
5 DŮSTOJNOST LIDSKÉHO ŽIVOTA	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
6 VÝZKUMNÁ ČÁST	42
6.1 CÍLE VÝZKUMU	42
6.2 HYPOTÉZY.....	42
6.3 METODIKA	42
6.4 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	43
6.4.1 Kvantitativní výzkumné šetření	43
6.4.1.1 Charakteristika položek	43
6.4.2 Kvalitativní výzkumné šetření	43
6.5 CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ	43
6.5.1 Charakteristika souboru respondentů DPS.....	44
6.5.2 Charakteristika souboru respondentů LDN.....	44
6.5.3 Charakteristika souboru respondentů interních oddělení	45
6.6 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	45
6.7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	46
7 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	47

7.1	VYHODNOCENÍ IDENTIFIKAČNÍCH OTÁZEK	47
7.2	VYHODNOCENÍ PRŮZKUMNÝCH OTÁZEK	51
8	DISKUSE	78
	ZÁVĚR	81
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	83
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
	SEZNAM TABULEK.....	87
	SEZNAM OBRÁZKŮ	88
	SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

Důstojnost člověka hraje v průběhu ošetrovatelského procesu základní roli. To, že člověk stárne a pod tíhou času dospěje do stádia stáří, kdy již nemá tolik schopností a dovedností, neopravňuje nikoho degradovat jeho důstojnost. Této skutečnosti jsem byla několikrát svědkem, spolu s mnoha dalšími všeobecnými sestrami – což vyplývá i z praktické části této práce. A právě mé osobní zkušenosti s touto problematikou mě přivedly k tomuto tématu.

V ošetrovatelství je důležitý pojem kvalita. V dnešní době je velmi těžké udržet jakési minimum kvalitní péče vzhledem k rozsáhlé konkurenci. Kvalita by se ale neměla opírat o technické vybavení, zakořeněna by měla být především v samotném zdravotníkovi. To, že zařízení bude mít nejmodernější vybavení, nemusí nutně znamenat, že zde bude senior respektován a ctěn. Ba naopak. Technologie často brání v kontaktu s druhými. Nerespektováním důstojnosti způsobujeme seniorovi negativní stres, který je pro léčbu naprosto nežádoucí. Také klesá jeho důvěra ve zdravotníka či i v dané zařízení.

Teoretická část této práce je především zaměřena, dle mého názoru, na nejdůležitější oblast respektování seniora – komunikaci, která se dotýká oblastí verbálních i neverbálních aspektů. Velká část je také věnována stáří a stárnutí, protože vědomosti této problematiky jsou základem pro efektivní a etický přístup a umožní nám tak nahlédnout do prožívání seniorových problémů. Pochopit jeho chování, které se odvíjí od involučních změn. Poukázat jsem chtěla taktéž na fakt, že populace stárne a tím mimo jiné vyzvednout důležitost této problematiky. Dle statistik bude populace i nadále stárnout, což znamená, že největší skupinou, jež bude hospitalizována, bude právě skupina obyvatel starších 65 let.

Jak všeobecné sestry vnímají seniorovu důstojnost? Čím nejčastěji degradují seniorovu důstojnost? Jak degradaci eliminovat? Na tyto otázky jsem hledala odpověď v praktické části především. Jestliže pochopíme, jak všeobecné sestry vnímají pojem důstojnost, můžeme tak podchytit vlastní příčinu degradace seniorovy důstojnosti. Správné a vhodné vnímání pojmu důstojnost totiž ovlivňuje další jednání všeobecných sester a vede nás k zamyšlení - čím přesněji degradují důstojnost? Degradovat důstojnost mohou velkou škálou aspektů. Na nejčastější zástupce jsem se snažila zaměřit pomocí dotazníkového šetření, o němž se praktická část opírá především. Metodu anonymního dotazníku jsem zvolila proto, poněvadž si myslím, že při aplikaci jiné metody by konečné výsledky mohly být

zkresleny přítomností mé osoby – tedy studentky. Řešení tohoto problému, což je nejpodstatnější část, se nachází v závěrečné části práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

1.1 Stáří

Jednotná a všeobecně uznávaná definice stáří neexistuje, lze říci, že je to očekávaná, přirozená a konečná etapa každého lidského života, poslední etapa involuce člověka, jenž je důsledkem stárnutí.

Dle Wieveghe přesnému vymezení pojmu stáří brání individuální rozdíly - stáří probíhá odlišně u jedinců totožného kalendářního věku, rozdíly u téhož jedince - nesoulad mezi projevy fyzickými a duševními a prodlužující se věk - stárnutí populace (1972, s. 14).

Gruberová označuje stáří jako poslední etapou ontogenetického vývoje, nevratnou a konečnou etapou člověka, završenou smrtí jedince. Také udává, že životospráva, zejména ve středním věku, se odráží na stavu organismu ve stáří (1998, s. 5).

Tošnerová ve své publikaci uvádí, že slovo stáří ve většině lidí vyvolává negativní pocity, často si ho spojují s nemocemi, sociální izolací a smrtí, proto je stáří vytlačováno až na pokraj naší společnosti (2002, s. 5).

Kalvach stáří vnímá jako souhrn involučních změn, pokles zdatnosti a odolnosti organismu (2006, s. 7).

1.2 Stárnutí

Stárnutí je děj, odehrávající se u všech organismů od narození. Tento proces je závislý jednak na genetických faktorech, které určují nástup a intenzitu stárnutí, tak i na podmínkách vnějšího prostředí, které organismus člověka obklopuje a ovlivňuje ho po celý život. Na těchto dvou faktorech je závislá délka života (Pacovský, 1994, s. 22; Topinková 1995, s. 17).

V současné době je diagnostikováno stále více onemocnění, geneticky podmíněných a výrazně ovlivňujících stárnutí organismu. Fyzikální i chemické faktory prostředí nepříznivě ovlivňují již naprogramované genetické vlastnosti organismu – tím způsobují předčasné stárnutí. Negativně mohou také působit sociálně-psychologické faktory. Dalo by se tedy říci, že předcházející život seniora, a jaké prostředí na něj v minulosti působilo, se odráží na jeho duševním i tělesném stavu, který poté může dále působit i na sféru sociální. Vě-

domosti ohledně těchto znaků přispívají k tomu, že dokážeme rozpoznat fyziologické, normální příznaky stárnutí od patologických (Pacovský, 1994, s. 22; Poledníková, 2006, s. 9; Topinková, 1995, s. 17).

1.2.1 Tělesná involuce

Změny na kůži

Tyto změny můžeme viditelně pozorovat ve všech strukturách kožní tkáně, kůže atrofuje a mění se i přídatné kožní orgány.

Důležité je povšimnout si snížené schopnosti kůže zadržet vodu. Kůže je dehydratovaná, svědí, loupe se a je suchá. Kůže ve stáří je na rozdíl od předchozích etap života bledší a vyskytují se stařecké skvrny. V této etapě jsou rovněž znatelné rozmanité eflorescence. Vlasy ztrácí pevnost, lesk a více vypadávají, pigmentace melanocytem se snižuje a dochází k šedivění vlasů. V důsledku úbytku tukové a svalové tkáně dochází ke snížení elasticity, kůže povoluje a nemá již takovou schopnost vracet se do původní polohy – vznikají vrásky (Poledníková, 2006, s. 9).

Nervové a svalové změny

Ve stáří dochází ke zpomalení pohybu a omezení rozsahu pohybu vlivem úbytku centrálních a autonomních nervových buněk, látek - neurotransmitery, které přestup mezi těmito nervy zprostředkovávají a také úbytkem či atrofií samotných svalových vláken. Proto je zřejmé, že starší člověk bude díky nejistotě ve vlastní tělo vykonávat pohyb pomaleji - což vyžaduje od personálu trpělivost a taktnost (Poledníková, 2006, s. 10).

Změny gastrointestinálního traktu

Změny se týkají především atrofie sliznice trávicí trubice a snižování činnosti žláz trávicího traktu. V důsledku těchto změn dochází k poruchám motility, trávení a vstřebávání nejen potravy samotné, ale i medikament. Tyto změny rovněž vedou k zácpě, která dává vznik dalším jevům, které senior pociťuje negativně (Poledníková, 2006, s. 10).

Změny vylučovacího ústrojí

Močový měchýř atrofuje a jeho kapacita klesá na 250-400 ml. Vhodné je také zmínit, že dochází k poruchám močení, jako je časté močení, retence či naopak inkontinence. Spojitostí je oslabené pánevní dno u žen a hyperplazie prostaty u mužů. Roli zde nepochybně odehrává polypragmázie (Poledníková, 2006, s. 10).

Změny imunitního systému

U starých lidí je celkově oslaben imunitní systém vlivem změn jeho mechanismu. Snižuje se tvorba protilátek, zvyšuje se tvorba autoprotilátek a snižuje se očistná funkce organismu, např. odstraňování hlenu řasinkovým epitelem z průdušek (Pacovský, 1994, s. 23; Poledníková, 2006, s. 10).

Změny v tělesné teplotě

Pro poruchu kompenzačních reakcí organismu na pokles tvorby tepla staří lidé špatně tolerují delší působení chladu. Pro oslabenou schopnost potit se a oslabené cirkulační mechanismy se organismus starších osob nedokáže přizpůsobit ani horečce. Proto je vhodné, aby prostředí, v němž se nachází, mělo trvalou, vyhovující teplotu (Poledníková, 2006, s. 11).

Změny ve smyslovém vnímání

Tyto změny se týkají především zraku, klesá schopnost akomodace, hůře senior zpracovává podněty v dálce či naopak nablízko. Schopnost vidění je znatelně zhoršena i v šeru. Přizpůsobení se ztrátě sluchu je u starších osob náročnější, než u mladých, pro které není náročné sledovat pohyby rtů. Chuť a čich jsou oslabeny v důsledku snížení receptorů jazyku, kde se vyskytují chuťové buňky, tzv. papily či ve sliznici nosu, kde se nacházejí buňky čichu. Z toho také vycházejí pravidla pro komunikaci se staršími osobami (Poledníková, 2006, s. 11).

„Věkové změny postihující kůži a její orgány ovlivňují kvalitu hmatových vjemů. Pocit bolesti se těžko posuzuje, ale všeobecně se uznává, že ve věku okolo 70 let, se citlivost na bolest snižuje“ (Poledníková, 2006, s. 11).

1.2.2 Duševní involuce

Přirozenou součástí stárnutí je také přítomnost psychických změn. Za nepřirozené, patologické jsou označovány pouze tehdy, překročí-li danou hranici, intenzitu (Poledníková, 2006, s. 11).

Psychologické projevy stárnutí jsou u každého zcela individuální, závisí především na typu osobnosti, jeho zkušenostech a vůbec individuálním osudu. Osobnost jako taková bez přítomnosti závažné choroby se nemění, mění se pouze určité schopnosti jako je myšlení, učení či paměť. Avšak typické rysy dané osobnosti mohou být utlumeny nebo naopak, což bývá častější, mohou mít vyšší intenzitu. Starší člověk je daleko tolerantní, trpělivější, rozvážnější, stálejší ve svých názorech a vztazích (Kalvach, 2006, 13; Pacovský, 1994, s. 24).

U seniorů často může docházet i k přehodnocení a ke změně hierarchie žebříčku potřeb. Některé potřeby může opouštět s domněním, že už je starý a že by to už nemělo cenu, zde je na místě vhodná motivace, kterou starší lidé mnohdy ztrácí; naopak se může vracet k dřívějším potřebám, aktivitám, na které třeba dříve neměl čas. Motivace není jediné, co starší spoluobčany mnohdy opouští, do změn spadá také emotivní stránka osobnosti, která mnohdy ztrácí na intenzitě (Pacovský, 1994, s. 24).

Obecně se zpomaluje psychomotorické tempo i kognitivní funkce, což můžeme pozorovat i během rozhovoru, když je senior na něco dotázán a nucen k urychlené odpovědi, což může vyvolat bezradnost (Pacovský, 1994, s. 24).

Paměť a učení nových poznatků je obtížné. Senior si dobře vybavuje události, informace, které se učil dávno. Naopak udržení informace v krátkodobé paměti je s vyšším věkem obtížné, možná právě i proto, že starší lidé neudrží svou pozornost tak jako tomu bývalo dříve (Pacovský, 1994, s. 24).

1.2.3 Sociální involuce

Sociální stránka v tomto věku s sebou nese určité nejistoty, člověk si celý život plánuje budoucnost, co a jak bude dělat, když bude starší a hlavně, s kým tyto chvíle bude prožívat. Častou bolestnou stránkou této oblasti je ztráta životního partnera, sourozenců či přátel, jenž vede k pocitům osamělosti a prázdnoty (Poledníková, 2006, s. 36-37).

Dalším faktem v této oblasti je, že dochází k zúžení okruhu sociálních vztahů. Příčiny mohou být různé a mohou na sebe navzájem působit. Často je to dáno nemocí, která seniorovi zamezí v plnění sociálních rolí. Neplnění sociálních rolí, zejména v rodině, je pro seniora velmi frustrující a vede k pocitům méněcennosti, viny atd. Naopak starý člověk může obviňovat lidi kolem sebe za to, že on pro ně dělal vše, když byli malí, ale když potřebuje pomoc on, tak nemohou. Toto obviňování mnohdy doprovázené naříkáním a nadáváním, nemusí vždy znamenat, že trpí demencí, vždy je nejdůležitější se první zamyslet i nad svými postoji k seniorovi a uvědomit si, jestli za to nejsem opravdu zodpovědná já (Poledníková, 2006, s. 36-37).

Jedna z obtížnějších opatření v této oblasti je pro seniora adaptace na odchod do důchodu. Je to změna, která zasahuje nejen do sociální sféry, ale také do sféry ekonomické. Senior má najednou dost času na svoje potřeby, kterým se dříve pro časovou tíseň nemohl věnovat, nebo naopak také může mít i nové zájmy. Dbát na sociální interakci a věnovat jí čas je

velmi důležité, protože právě tyto aspekty mohou předcházet pocitům, že je na tomto světě zbytečný. Tento pocit však může být pozitivně ovlivněn, jak již bylo napsáno, vhodnou informovaností o různých aktivitách a o možnostech strávení času. Díky správné informovanosti eliminujeme strach (Poledníková, 2006, s. 36-37).

1.3 Důstojné označení starého člověka

Používá se mnoho termínů, kterými je starý člověk označován. Často se ale neví, které z těchto označení je důstojné a oprávněné.

Jarošová uvádí: „*Odborná literatura často pracuje s pojmem geront, který však evokuje spíše nesoběstačného člověka*“ (2006, s. 9). Ani pojem důchodce nemůže být tolerován, protože nám poukazuje pouze na to, že jedinec pobírá důchod. Označení senescent, čímž rozumíme stárnoucí osobu, je také nevhodný, protože je již zastaralý. Jako nejvhodnější se ustálil pojem senior, jelikož není postaven na určité vlastnosti a označuje osobu v celém období sénia (Jarošová, 2006, s. 9).

„*Ve zdravotnictví může také docházet k záměně pojmů hospitalizovaný senior a geriatrický pacient, byť jsou to dva odlišné termíny. Překročení hranice stáří (např. dosažení 65 či 75 let věku) neznamená automaticky, že se člověk stává geriatrickým pacientem*“ (Kalvach, 2006, s. 15). Ukazatelem by tedy neměl být věk, ale celkový stav jedince. Za hospitalizovaného seniora můžeme označit kteréhokoliv jedince v období sénia, který je jinak zdravý. Geriatrický pacient je taktéž osoba prožívající etapu v období sénia, ale mající onemocnění, vycházející z jeho zvyšujícího se věku.

1.4 Dělení stáří

Jak již bylo napsáno - jednotná a všeobecně uznávaná definice stáří neexistuje. I jeho periodizace je velmi obtížná, ale můžeme jej zařadit do několika věkových etap z různých hledisek (Pacovský, 1994, s. 12).

Existují různá rozdělení stáří, zde popíši nejvýznamnější.

Dělení dle WHO vychází z patnáctiletých etap lidského života:

- 45-59 let: střední věk
- 60-74 let: vyšší věk, rané stáří
- 75-89 let: stařecký věk, pravé stáří
- 90 let a výše: dlouhověkost (Pacovský, 1994 s. 13).

Periodizace stáří dle OSN určuje základ pro stáří věk 65 let, kdy se začnou projevovat příznaky stárnutí organismu, které jsou popsány dále v práci; k maximálnímu nárůstu klinických příznaků však dochází po 75. roce, neboli pravém stáří (Pacovský, 1994, s. 13).

Zajímavé je také dělení stáří dle Topinkové a Neurwitha, kteří zdůrazňují, že stáří je často rozdělováno po desetiletých úsecích, ve kterých dochází k důležitým bio-psycho-sociálním změnám. Senioři jsou dle nich děleni na:

- mladí senioři jsou ve věku 65-74 let, nejvýraznější změny se týkají odchodu do důchodu, problémy s využitím volného času a aktivit,
- staří senioři jsou ve věku 75-84 let a dochází k nim k výrazným změnám v oblasti průběhu nemocí, objevují se specifické zdravotní problémy a dochází k úbytku funkční zdatnosti,
- velmi staří senioři jsou starší jak 85 let a nejvýraznější změny se týkají soběstačnosti (Jarošová, 2006, s. 12).

Mühlpachr ve své publikaci rozděluje stárnutí jedince do čtyř etap; vychází ze změn v sociálních rolích:

- Jako první věk je období mládí, kdy dochází k růstu vzdělávání, získávání zkušeností a znalostí. Tento věk označuje jako předproduktivní.
- Druhý věk označuje jako období produktivní – období dospělosti. Dochází k produktivitě v oblasti sociální – založení rodiny a nástup do práce.
- Třetí věk je obdobím stárím a nese myšlenku poklesu zdatnosti a produktivity. Je to tedy období postproduktivity.
- Čtvrtý věk je mnohdy označován, jako období závislosti. Toto označení je však zcela nevhodné (2004, s. 19-20).

1.5 Ageismus

Pochází z anglického slova věk, *age*, a znamená diskriminace seniorů. Staří lidé, kterým ubývá psychických i fyzických schopností, jsou ve svém vysokém věku ohroženi diskriminací ze strany mladších spoluobčanů. Může se jednat o jakoukoliv formu diskriminace, počínající překvapivě i předsudky, mýty o stáří. Dále to může být odebírání rozhodování, odepírání léčby z důvodu vysokého věku, podceňování jejich schopností, ale i infantilizace, zdětinšťování seniora, což pochopitelně degraduje jeho důstojnost. Zdravotník by měl

neustále aktivně vyhodnocovat svůj postoj k seniorům a v případě odhalení nesprávných postojů je začít ihned řešit (Kalvach, 2006, s. 10).

V souvislosti s diskriminací, byl v roce 2009 vydán i zákon 198/2009 Sb., tzv. antidiskriminační zákon, který vychází z Listiny základních práv a svobod. Zákon definuje pojem diskriminace a upravuje podmínky, kde se postižení lidé mohou obracet. Ve zdravotnictví velmi často dochází k diskriminaci, aniž by si toho někteří, byť i pozorovatelé, mohli být vědomi. Jako diskriminaci tento zákon označuje takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s osobou zachází hůře, než by se zacházelo s osobou jinou v podobné situaci z důvodu věku či zdravotního postižení (ČESKO, 2009, s. 2822).

„Vystupňovaná diskriminace může vyústit až v týrání. Závažné formy nevhodného zacházení se starými lidmi, různé formy domácího i ústavního násilí či zanedbávání péče se shrnují pod anglickým označením elder abuse and neglect – EAN“ (Kalvach, 2006, s.30).

Do hlavních rizikových faktorů EAN nepochybně spadá syndrom vyhoření a negativní osobnostní rysy jako je agresivita či závislost na drogách zdravotníka; ze strany seniora to je snížená pohyblivost a demence. EAN může probíhat v různých oblastech. Znamější formou je tělesné či psychické týrání, dále pak i ekonomické - vydírání, nucené převody financí; sexuální zneužívání, a také zanedbávání péče a nepřípustné zacházení se seniorem (Kalvach, 2006, s. 30-31).

Indikátory nevhodného zacházení se seniorem (elder abuse - EAN):

Indikátory zjišťované u týraného starého člověka				Indikátory u pečovatele
Tělesné	Emoční a behaviorální	Sexuální	Finanční	
Stesky na týrání	Změna příjmu potravy či poruchy spánku	Stesky na sexuální obtěžování či zneužívání	Neobvyklé, či pro daného člověka atypické výdaje peněz	Nepřiměřeně nezúčastněný či naopak angažovaný
Nejasné pády a úrazy	Strach, rezignace, zmatenost	Nejasné změny chování (agrese, stažení do sebe,	Výdaje peněz v rozporu s názory dané-	Kritizuje za prohřešky, jako je inkontinence

		sebepoškozování)	ho člověka	
Podlitiny a popáleniny nezvyklé typem či umístěním	Pasivita, stahování se do sebe, narůstající deprese	Opakované stesky na bolesti břicha či nejasné krvácení z dělohy či z konečníku	Změny závěti či vlastnictví ve prospěch nových přátel či příbuzných	Zachází se starým člověkem nehumánně či jako s malým dítětem
Známky omezení, stopy kurtů či prstů	Pocit beznaděje, bezmoci, úzkosti	Recidivy zánětu genitálu či podlitiny v oblasti genitálu či prsů	Mizející majetek	Chová se agresivně
Opakované chybné podání či preskripce léků	Kontraindikace a ambivalence, které neplynou ze zmatenosti	Potrhané, potřísněné či zakrvácené spodní prádlo	Ztráty šperků a osobních věcí (nemožnost tyto nálezy nalézt)	Nechce připustit rozhovor se starým člověkem bez své přítomnosti
Malnutrice či dehydratace bez vysvětlující choroby	Neochota mluvit otevřeně		Podezřelé aktivity kolem kreditní karty	Na dotazy reaguje obranně, nepřátelsky, vyhýbavě
Malhygiena či známky nedostatečné péče (dekubity, zanedbané rány)	Vyhýbání se tělesnému, slovnímu či zrakovému kontaktu s pečovatelem		Nedostatek pohodlí (komfortu), které by si mohl starý člověk dopřát	Tráví péči o starého člověka během dne neobvykle mnoho času
	Izolace, vyobcování (ostrakismus)		Neléčené zdravotní či duševní problémy	Působí unaveně či stresovaně
			Úroveň péče neodpovídá	

			majetku a pří- jmům	
--	--	--	------------------------	--

Podle: KRUG, EG., et al. World report on the violence and health. Geneva: WHO, 2002

[Kalvach, 2006, s. 31-32]

2 STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA

Ve všech hospodářsky vyspělých zemí populace stárne, to je všeobecně známé. O narůstajícím věku lidí bývá velice často hovořeno jako o problému, který má souvislost především s ekonomikou - nárůst nákladů na sociální a zdravotnickou péči.

Demografické stárnutí je proces, kdy se mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek (Hůle, © 2004-2009).

Stárnutí populace má příčinu v následujících jevech:

- klesá úmrtnost lidí ve středním věku, kteří se poté dožívají vyššího stáří - absolutní stárnutí populace
- klesá porodnost a je stále nižší podíl dětí a mladistvých - relativní stárnutí populace (Kalvach, 2006, s. 8).

Rozdíl mezi mladší a starší populací lze vyjádřit s pomocí indexu stáří, indexu závislosti a indexu ekonomického zatížení.

- Index stáří vyjadřuje, kolik se nachází v populaci obyvatel ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let. V ČR v roce 1991 tento index činil 84,4, v roce 1997 index překročil hodnotu 100, v roce 2003 byl index roven číslu 124,1.
- Index závislosti I vyjadřuje počet dětí, které se nachází ve věku 0-14 let na 100 osob ve věku 15-59 let.
- Index závislosti II udává počet osob ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15-59 let.
- Index ekonomického zatížení poukazuje na počet dětí ve věku 0-14 let a počet obyvatel ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15-59 let (Hůle, © 2004-2009).

„Zatímco index stáří dramaticky narůstá, souhrnný index závislosti se v ČR během 90.

let z ekonomického hlediska zlepšoval. Přibývání seniorů bylo kompenzováno nízkou úrovní porodnosti. To umožňuje přesunout část zdravotnických zdrojů a kapacit ze sféry pediatrické do geriatrické (obdobně v oblasti sociální či vzdělávací)“ (Kalvach, 2004, s. 53).

Pro zdravotníky je neméně důležitý fakt, že přibývá nemocných nad 85 let, což vyplývá i ze statistických údajů Zdravotnické ročenky 2011. Celkové množství hospitalizovaných seniorů činilo v roce 2011 33,3%, v počtu 744 671 osob z celkového množství hospitalizovaných, které činilo 2 231 938 osob. A ze statistik o stárnutí populace je dost zřejmé, že toto číslo bude v budoucnu narůstat (ÚZIS ČR, © 2011).

3 KOMUNIKACE

Komunikace je zásadní složkou přijímání informací, ač se to nemusí zdát, důležitější roli zde hraje složka neverbální. Protože je to právě neverbální složka komunikace, která nám sděluje ať už mimikou, posturikou či očním kontaktem pravdivost dané informace. Když je někdo, kdo umí dobře sledovat a je empatický, pozná, kdy má využít techniku mlčení, kdy se ptát nebo kdy odejít. Účinná komunikace je jen tehdy, když je sjednocená její verbální i neverbální složka, není-li tomu tak, působíme na druhou stranu nedůvěryhodně a můžeme tak i ve druhé osobě vzbudit zmatenost. Jak už bylo napsáno, každý zdravotník by měl mít jisté dobré vlohy, schopnosti, které během komunikace se seniorem uplatňuje. Není-li tomu tak, v dnešní době lze již díky kurzům a různých publikací své dovednosti rozšířit a zdokonalit (Poledníková, 2006, s 31-32; Venglářová, 2007, s 74).

3.1 Jednání s pacienty

Každý člověk je naprosto originální ve všech směrech, nevyjímaje žebříčku hodnot. To, jak člověk s druhými jedná, se odehrává na základě uspořádání těchto hodnot. Kutnohorská ve své knize popisuje tři důležité hodnoty v jednání s pacienty – laskavost, odpovědnost a spravedlnost, aby jednání však bylo efektivní, musí všechny tyto hodnoty mít harmonický vztah (2007, s. 92).

Laskavost

Laskavost je opakem netečnosti, laskavostí se rozumí být ohleduplný na druhého. Je to velice široký pojem, do kterého lze zahrnout ochotu pomoci a přátelskost ke druhé osobě bez ohledu kým je. Jednodušeji by se tato hodnota dala nazvat „mít srdce na dlani“ (Kutnohorská, 2007, s. 93).

Odpovědnost

Odpovědnost je pojem, který znázorňuje schopnost nést následky za své činy a jednání. Svědčí o tom, že člověk jedná v určitém vztahu nejen k sobě, ale i ke svému okolí a nejedná náhodně (Kutnohorská, 2007, s. 93).

Spravedlnost

Tento pojem úzce souvisí s dodržováním zákonů a norem, které jsou v dané společnosti jasně ustanovené. Spravedlnost má základ v nestrannosti, je důležité být objektivní a nemít sympatie vůči jedinci během procesu rozhodování. Opakem spravedlnosti je pohrdání tím, co je dobré a správné (Kutnohorská, 2007, s. 93).

3.2 Naslouchání

Základním pilířem pro dobrou komunikaci není ani tak schopnost, jako ochota naslouchat. Starší lidé jsou častěji osamocení a někdy jen potřebují se vyprávět, někoho mít na blízku, někoho, kdo jim bude ochoten naslouchat. Pokud má senior dojem, že neposloucháme, ztratíme nejen jeho důvěru, ale už nemusí mít ani chuť vést další podobný rozhovor na dané téma s někým jiným. Venglářová ve své publikaci popisuje: *„Naslouchání se projeví v rovině neverbální, a to mírným náklonem směrem k vypravěči, nabídkou očního kontaktu, klidným postojem či posazením“* (2007, s. 77). Verbálně se naslouchání projeví parafrázováním jeho projevu a dotazy k tématu sdělení (Venglářová, 2007, s 77-78).

3.3 Empatie

„Empatie je velice silný nástroj. Pokaždé když ji použijete k tomu, abyste dali najevo, že chápete napětí nebo protichůdný postoj, posouváte tím rovnováhu. Z konfliktní a problematické výměny názorů se stane spolupráce založená na vzájemném porozumění. Když toho dosáhnete, zlepšíte svoji schopnosti přiblížit se k výsledku, který bude uspokojivý pro všechny zainteresované osoby. Nikdo vám koneckonců neposkytne to, co si přejete“ (Wilding, 2010, s. 155).

„Jedná se o schopnost pochopit pocity, potřeby a perspektivy druhých a podle toho s nimi vhodně komunikovat, umění vcítit se do pocitů druhého a citlivě reagovat a ovlivňovat emoce druhých“ (Vymětal, 2008, s. 96). Jedná se o schopnost, kterou se člověk může naučit (Wilding, 2010, s. 30).

„Empatie je stále více při komunikaci s pacientem vyžadována, protože projevit empatii není snadné v době, v níž se obecně prosazuje spíše svět věcí a peněz než citlivost k věcem“ (Linhartová, 2007, s. 109).

Empatie jako celek spočívá v následujících krocích:

1. vstup do subjektivního prožívání jedince,
2. prožívání emocí a myšlenek daného jedince,
3. porozumění a pochopení těchto emocí.

Tyto kroky nám dávají celostní obraz o prožívaných emocích pacienta (Kristová, 2004, s. 105-106).

Ovlivňující faktory empatie

Empatie je odlišná nejen u jedince od jedince, ale mění se také v průběhu let, v průběhu získávání zkušeností. Empatie může být ovlivněna jak pozitivně, tak i negativně. Mezi faktory negativně ovlivňující empatii patří nemoc, závist, frustrace, neurotické stavy, stresové situace, nadměrná zodpovědnost, záporné emoce a faktory narušující komunikaci. Mezi faktory pozitivně ovlivňující empatii patří jednoznačně dobrovolný výběr profese, pozitivní zkušenosti a zážitky, pozitivní pracovní atmosféra, pozitivní rodinná výchova a úzké mezilidské vztahy s pozitivním naladěním (Kristová, 2004, s. 108).

3.4 Neverbální komunikace

Při zamyšlení na komunikaci nejednoho napadne slovo; ať už psané nebo mluvené. Podstatnou část komunikace však tvoří právě slova, ale neverbální projevy. To, co říkáme, mnohdy není tak podstatné jako to, jak to říkáme. Ale jak můžeme na druhé působit, aniž bychom komunikovali? Vyjadřovat své emoce a působit na druhé můžeme za použití haptiky, posturiky, proxemiky, chronemiky či paralingvistiky. Je naprosto nevhodné spoléhat během komunikace se seniorem na jeho možné smyslové dysfunkce, které jsou popsány výše. Tak jak se učí již na středních zdravotních školách – chovejte se k člověku v bezvědomí tak, jako by vás opravdu vnímal, protože nikdy nevíte jaká je jeho úroveň vědomí. Stejně tak bychom měli přistupovat i k starému člověku – to že nosí naslouchadlo, nemusí znamenat, že je úplně hluchý, nebo to, že nosí brýle, neznamená to, že je slepý. Proto bych zde chtěla uvést složky neverbální komunikace, kterou s efektivním využitím můžeme docílit pocitu důvěryhodnosti, můžeme docílit mnohem lepší spolupráce, ale na co nesmíme zapomenout - posilujeme tím důstojnost seniora.

Znalost těchto charakteristik můžeme navíc uplatnit nejen, abychom na druhé působili dobrým dojmem, znalost můžeme i my zdravotníci využít během sběru dat pozorováním.

Mezi základní složky neverbální komunikace tedy patří:

Vizika

Vizika, nebo-li oční kontakt, je velmi významná, působí na nás délkou očního kontaktu, přímostí a četností kontaktu, pohyby očí, ale i víček a obočí (Vymětal, 2008, s. 64-65).

Tabulka 1 - Překlad signálů očí

Popis signálu	Význam
---------------	--------

Dívají se upřeně a neuhnou	Pozitivní dojem, zamilovanost
Dívají se z boku, úkradkem	Snaha o utajený pohled, nepřízeň, nepřátelskost, kritičnost
Ignorování, přehlížení	Soustředování se, arogance, nejistota
Nepřítomný výraz	Přemýšlení
Uhnou po pár sekundách	Vyrovnaná osobnost
Uhnou vzhůru	Pohrdání, rozhořčení
Uhnou dolů	Podřízenost, ústupnost
Uhnou vpravo vzhůru	Mlžení
Uhnou vlevo vzhůru	Lovení v paměti
Zavřené	Nechce se dívat, nepříjemná situace
Těkající pohled	Rozpaky, únava
Obočí je hodně povytažené nahoru	Nedůvěra, překvapení
Obočí je svráštělé	Úzkost, znepokojení

(Vymětal, 2008, s. 64-65)

Kinezika

Kinezika se zabývá pohyby a podává informace o emočním a fyzickém stavu pozorovaného a o jeho charakteristice. Řadíme zde řeč pohybu, stání a chůze. Ze způsobu stání můžeme v kombinaci s jinými neverbálními složky odhadnout momentální rozpoložení jedince (Vymětal, 2008, s. 57).

Posturika

Posturika se zabývá řečí těla - držením, uvolněním, náklony, natočením a polohou, přičemž jsou hodnoceny všechny části těla (Vymětal, 2008, s. 70-71).

Tabulka 2 - Popis signálů řeči těla

Popis signálu	Význam
----------------------	---------------

Postoj s váhou přenesenou na jednu končetinu	Nejistota
Tělo zakloněné dozadu	Odmítání
Tělo předkloněné	Naslouchání, soustředění se
Natočení bokem k hovořícímu	Menší zájem, menší respektování
Otočení zády	Nezdvořilost, ignorace
Neklidné sezení	Nervozita
Houpání na židli	Vysoká sebedůvěra

(Vymětal, 2008, s. 71)

Gesta

Gesta jsou neverbální složkou komunikace, řadí se zde pohyby rukou, prstů, nohou i hlavy, které jsou doprovázené verbální komunikací. Ať už je jedinec používá ve své komunikaci vědomě či nevědomě, vždy nám udávají určitý význam. Hranice těchto gest je odvozována od konvencí a etikety dané komunity (Vymětal, 2008, s. 58-61).

Tabulka - Popis významů gest

Popis gesta	Význam
Doteky vlastního nosu nebo úst prstem	Vysoká soustředěnost, zamyšlenost
Palec podepírá bradu	Odmítavý postoj
Píchání ukazovákem do stolu	Trvání na něčem
Zvedání, vztyčování ukazováčku	Poučování
Ukazování ukazováku na druhého	Jedno z nejagresivnějších gest
Ukazováček se dotýká čela	Už jsem to pochopil
Ťukání ukazováku na spánek	Jsi praštěný, duševně nemocný
Bubnování prsty o stůl	Nervozita, spěchání
Ruce za hlavou s propletenými prsty	Nadřazenost
Zakrývání obličeje rukou	Pocit studu

Zkřížené ruce na prsou	Nesouhlas, nedůvěra
Ruce jsou připaženy s lokty do stran	Agresivita
Ruce v kapsách	Nezdvořilost
Palce v kapsách	Nadřazenost, erotická výzva
Ruce předpažené s dlaněmi nahoru	Vlídne přivítání
Zaťaté pěsti	Agresivita
Ruka si mne čelo	Upřímný projev trapasu
Zrcadlení gest	Souhlas, pokud jsou přeháněna - posměch

(Vymětal, 2008, s. 59-61)

Mimika

Je snad nejpodstatnější složkou neverbální komunikace, podstatou jsou proměny vzhledu v obličejí způsobené mimickým svalstvem a napínáním pokožky s výjimkou očí. Člověk jimi vyjadřuje své emoce. Mezi základní emoce, které z obličejí lze identifikovat patří: radost - smutek, spokojenost - nespokojenost, zájem - nezájem, štěstí - neštěstí, strach - jistota, klid - rozčilení a překvapení - naplněné očekávání (Vymětal, 2008, s. 61-62).

„V odborné literatuře se uvádí, že v 79 % stačí vidět čelo osoby a obočí, abychom identifikovali překvapení, v 67 % rozeznáme strach a smutek pouze z očí, v 98 % případů stačí vidět dolní část obličejí, abychom rozeznali štěstí“ (Vymětal, 2008, s. 62).

Vymětal také uvádí, že základním mimickým signálem a komunikační zbraní je úsměv: *„Jedná se o neverbální prostředek mimiky, jenž navozuje přátelskou atmosféru, odstraňuje chyby i nedorozumění. Je skutečností, že zejména v Česku se tímto základním pozitivním signálem, ve srovnání s jinými zeměmi, nadměrně šetří a nevyužívá se dostatečně jak při konverzaci, tak při neverbální komunikaci, setkávání a setkávání lidí i při trvalém navozování dobré a optimistické nálady“* (2008, s. 62).

Tabulka 3 - Popis mimických charakteristik

Popis mimiky	Význam
Svraštělé čelo	Rozhořčení
Ústa pootvřená, ote-	Nedostatek sebeovládání, snaha přerušit mluvícího, organická

vřená	porucha
Koutky úst směřují dolů	Infantilita, deprese, vztek
Koutky úst směřují nahoru	Bolest, nespokojenost
Úsměv výrazný	Upřímnost, poctivost
Úsměv jemný	Nejistota, nesmělost
Křečovitý úsměv, smích	Ironie

(Vymětal, 2008, s. 62)

Haptika

Haptika se v oblasti neverbální komunikace zabývá dotyky. Nejvíce dotyků je pozorováno u ženského pohlaví. Ženy se dotýkají jak žen, tak i mužů, kdežto muži se dotýkají spíše opačného pohlaví. Na lidském těle existují také části, kterých se dotýkáme na druhých nejčastěji, nejčastěji jsou to oblasti horní končetiny. Tyto části můžeme rozdělit do 3 oblastí:

1. Oblast společenská - zde patří ruce a paže,
2. Oblast přátelská - paže, ramena, obličej, vlasy,
3. Oblast intimní - kterákoliv část (Vymětal, 2008, s. 66).

Nejčastěji společensky přijatelným dotekem je podání ruky, u kterého se hodnotí především síla stisku, délka stisku a natočení dlaně dále také frekvence potřesu a místa uchopení. Škoda jen, že z řad všeobecných sester nejde o časté gesto (Vymětal, 2008, s. 66).

Tabulka 4 - Popis významů dotyků

Podání ruky	Význam
Střední síla a délka stisku, jeden až dva potřesy	Harmonie, partnerství
Malá síla stisku	Lhostejnost, někdy povýšenost, nedostatek nadšení
Velká síla stisku	Snížené sebevědomí, agresivita nebo velká radost ze setkání

Podání ruky dlaní dolů	Povýšenost
Podání ruky dlaní vzhůru	Podřízenost
Prodloužená doba stisku	Pozitivní signál, negativní signál - neschopnost uniknout
Kratší doba stisku	Lhostejnost

(Vymětal, 2008, s. 66)

Proxemika

Základem proxemiky je posuzování vzdálenosti mezi komunikujícími. Každý jedinec potřebuje určitou vzdálenost, určitý prostor, aby se cítil bezpečně. V naší kultuře udává proxemika vztah mezi komunikujícími. Čím jsou si blíže, tím je zřejmý jejich intimnější vztah. Existují čtyři základní zóny:

1. Veřejná zóna je vzdálenost nad 3,6 m. Lidé v této vzdálenosti se obvykle neznají.
2. Společenská zóna je vzdálenost od 1,2 m --10 m. Lidé v této zóně se obvykle znají. Jedná se např. o zónu, která je dodržována mezi přednášejícím a studentem.
3. Osobní zóna je vzdáleností od 30 cm - 2 m. Tato zóna je typická pro pracovní a osobní jednání. Volba vzdáleností se odvíjí od faktorů prostředí.
4. Intimní zóna je zónou od úplného dotyku do vzdálenosti 60 cm. Povolení do této zóny mají zpravidla jen nejbližší osoby, výjimkou bývá zdvořilostní políbení p (Vymětal, 2008, s. 70).

3.5 Komunikační bariéry

Než začneme konverzovat se starým člověkem, měli bychom si uvědomit, že žil v odlišnější době. Bylo běžné to, co se nyní nám může zdát směšné; a to, co bylo pro něj tabu, to je během dnešní komunikace zcela normální. Například dříve během komunikace nebylo běžné používání vulgárních slov, naopak bylo běžné vykání rodičům, což si s dnešní dobou protirečí (Venglářová, 2007, s. 74).

Komunikační bariéry často mohou budít dojem, že senior vlastně ani nechce komunikovat. Všeobecná sestra by měla tyto bariéry aktivně vyhledávat a účinnými způsoby je eliminovat.

Bariéry ze strany všeobecné sestry

Nejčastějšími bariéry ze strany zdravotníka je na prvním místě nedostatek času. Mnohdy je pod časovým stresem, kdy ve své pracovní době musí zvládnout udělat vše dle harmonogramu, na klidnou komunikaci pro pomalejšího seniora tak už nezbyvá čas. Další možnou bariérou je špatná předchozí zkušenost se seniorem s podobným problémem či potřebou, tato všeobecná sestra se bojí situace, která se může opakovat. Mnohdy v takových situacích seniři degradují její důstojnost posměšky či nadávkami. Stres je také značně pocíťován během komunikace o tématech, jako je umírání, smrt pro někoho snad i bolest. A v neposlední řadě je důležité zmínit bariéru, kterou je samotný obsah komunikace – hovor se sexuálním obsahem. Toto téma je velice citlivé a zdravotník musí zvolit vhodný přístup kladení otázek, položí-li nevhodnou otázku, může se, ač nechtěně, pohybovat na hraně sexuálního obtěžování (Venglářová, 2007, s. 75).

Bariéry ze strany seniora

Bariéra ze strany seniora často vychází z oblasti důvěry ke zdravotníkovi. Jestliže si získáme klientovu důvěrnost, můžeme s ním diskutovat i na citlivé téma, která pro něj mohou být tabu – jedná se především o oblast sexuality, ale pro někoho to může být i oblast rodinných či ekonomických problémů. Během rozhovoru na důvěrné téma je prospěšné jak pro zdravotníka tak především pro seniora respektovat tyto zásady: Ujistěte klienta, že se jedná o důvěrné informace, s kterými bude tak i zacházeno a uvědomte jej, jak s nimi bude dále nakládáno. Nechte jej, aby si určil dobu, kdy si bude chtít o této oblasti popovídat a také to, co bude chtít rozebírat (Venglářová, 2007, s. 75).

Bariéry prostředí

Prostředí musí být klidné a především musí poskytovat soukromí. Mezi bariéry mající příčinu v prostředí často patří hluk, rozhovor s časovou tísní, kdy je senior tlačěn do odpovědi, nedostačující osvětlení a především nedostatek soukromí (Venglářová, 2007, s. 75).

Příprava vhodného prostředí by měla přímo vycházet z biologických a psychologických aspektů stárnutí. Např. používá-li senior naslouchadlo, zvolíme takové intervence, které eliminují hluk.

3.6 Specifické obtíže seniorů narušující komunikaci

„Aspekty narušující komunikaci vycházejí z biologických změn způsobené stárnutím. Nejčastěji se jedná o poruchy smyslů – zraku a sluchu. Říká se, že zrak je brána k věcem a sluch k lidem“ (Venglářová, 2007, s. 76).

Komunikace s nedoslýchavým

Během komunikace s nedoslýchavým dodržujeme oční kontakt, jsme ve stejné úrovni, jako je senior – umožníme mu tak i odezírání ze rtů, snažíme se spíše artikulovat normálně – přehnaná artikulace může spíše dorozumění znemožnit a dodržujeme od něj vhodnou vzdálenost, která umožní lepší podmínky pro dorozumění – nejvhodnější je vzdálenost 40 cm od klienta (Venglářová, 2007, s. 76).

Během komunikace s nedoslýchavým klientem si musíme dávat větší pozor na rušivé elementy prostředí, jako je zejména pohyb, který odvrací pozornost. Je-li možné, informujeme a motivujeme klienta k nošení naslouchadla a učíme jej jak o něj pečovat (Venglářová, 2007, s. 76).

Komunikace s nevidomým

U seniora mající špatný zrak se snažíme vyvarovat překvapujících rozhovorů. Jestliže vejde do místnosti, pozdravíme – dáme tím najevo, že jsme v místnosti. Protože zrakem člověk přijímá nejvíce informací, snažíme se nevidomému co nejvíce popsat dané prostředí (Venglářová, 2007, s. 76).

Během komunikace se snažíme formulovat stručně a jasně. Odcházíme-li z místnosti, rovněž dáme najevo ukončení rozhovoru (Venglářová, 2007, s. 76).

Komunikace se seniorem s poruchou řeči

Další obtíží, specifickou pro seniory, je porucha řeči. Velká část seniorů ve svém životě prodělala nějaké neurologické onemocnění, které ovlivnilo buď to jejich řeč, anebo schopnost porozumět řeči. Neschopnost domluvit se, ať už ze strany seniora či ze strany zdravotníka, často vede k negativním reakcím. Ze strany seniora je to často hněv, pláč až může ztratit motivaci a přestat verbálně komunikovat. Jestliže dojde k situaci, kdy nám senior nerozuměl, je vhodné mu předmět, o němž mluvíme, ukázat či jej napsat. Nepokládáme mu složité otázky, volíme spíše jednoznačné a konkrétní otázky (Venglářová, 2007, s. 76-77).

3.7 Chyby v komunikaci se seniorem

Existují různá pravidla komunikace pro odlišné typy sociálních skupin. Jiné pravidla budou platit například pro komunikaci se sociálně slabším jedincem, jiné pravidla jsou zase uznávaná pro komunikaci se seniorem, avšak hlavní myšlenka důstojné komunikace je pořád stejná. Přesto často dochází k chybám. Každý chybujeme a někteří z nás starším lidem prostě nerozumí, je ale důležité přijmout fakt, že jsme chybovali a s ochotou se to snažit napravit (Pokorná, 2006, s. 81).

Chyby, které jsou v textu uvedené, nevystihují všechny chyby, ale jsou popsány to ty nejfrektovanější.

Manipulace během komunikace

Je velmi častá a ze stran zdravotníků mnohdy neuvědomovaná chyba, která představuje používání odborné terminologie. Dopouštíme se tedy manipulace kognitivní a emoční. Jako příklad dávám slovní spojení solidní nádor – senior si pod tímto slovem představí výraz slušný a přitom význam tohoto spojení je zcela jiný. Předcházet této kontraproduktivě můžeme předcházet vysvětlením těchto pojmů (Pokorná, 2006, s.78).

Devalvace seniora

Ignorace, neochota, zpochybňování, ironizace, familiární oslovení, ale i urážky a hrubost jsou zcela nevhodné aspekty komunikace, které v seniorovi vzbuzují pocity degradace, zbytečnosti a viny (Pokorná, 2006, s.78).

Paternalistický přístup

Tento pojem znamená autoritativní chování během komunikace se seniorem. Často je tento typ komunikace označován jako rodičovský. Jedná se o až nadbytečné poučování a omezení, často je to kvůli neoprávněným domněnkám, že senior nemůže vědět, co mu prospívá (Pokorná, 2006, s.79). Etický kodex České lékařské komory nabádá, aby byl tento přístup odmítán, a aby vztah s pacientem byl na úrovni rovnocennosti, tedy respektování jeho občanských práv a povinností včetně jeho zodpovědnosti za své zdraví (Okresní sdružení České lékařské komory v Děčíně, 2002-2005).

Předpoklad omezení

Chybou rovněž je, začínáme-li komunikovat se seniorem už s jistým předpokladem o jeho omezených schopnostech. Jedná se o předpoklady o smyslovém vnímání a snížení intelek-

ových funkcí. Často vzniká potřeba hovořit se seniorem jako s osobou nesoběstačnou, za každou cenu potřebující naši pomoc (Pokorná, 2006, s.90).

Chybějící autenticita

Jedná se o nesoulad mezi neverbální a verbální složkou. Často si myslíme, že to, co říkáme, druhý pochopil. Nemusí tomu vždy být. Jestliže nejsme o názoru přesvědčeni, dochází k rozdílu mezi verbální a neverbální složkou. Je zde tedy rozdíl, který nemocného mate (Pokorná, 2006, s.78).

Jednosměrná komunikace

Tato chyba má souvislost s nedostatkem času pro komunikaci se seniorem. Všeobecná sestra si před komunikací musí uvědomit možné zpomalení různých schopností seniora a měla by si vytyčit více času. Jednosměrná komunikace vyjadřuje, že komunikuje pouze zdravotník. Ten na něj doslova vyvalí množství informací, z kterého si senior odnese pouhých 10%. Někdy se ale může jednat o chybu uvědomovanou, jestliže se zdravotník bojí negativní odpovědi seniora. V takovém případě je vhodné se zeptat adekvátní otázkou, vyjadřující vlastně parafrázi zdravotnickových slov. Vhodná je otázka typu: „Můžete mi prosím zopakovat, jak to budete dělat?“ (Pokorná, 2006, s.79).

4 ETICKÉ PRINCIPY OŠETŘOVATELSTVÍ

Obhajoba

Obhajobou rozumíme takový způsob jednání, kdy sestra společně s klientem hodnotí. Z hlediska právního obhajoba znamená ochraňovat lidská práva těch, kteří nemohou mluvit sami za sebe. V některých rozvinutějších zemích mají nemocnice i obhájce pro ty pacienty, kteří jsou těžce nemocní, ale jestliže tito obhájci nejsou k dispozici, kdo jiný by měl chránit pacientova práva a hodnoty, než všeobecná sestra? Obhajoba může být chápána i jako pomoc při rozhodování na základě pacientových hodnot a vyznání (Kutnohorská, 2007, s. 38).

Odpovědnost

Je chápána jako schopnost zodpovídat za to, jak člověk vykonal svou povinnost. Je to velmi důležitý etický princip, který je stále aktuální. Každá všeobecná sestra musí na sebe vzít zodpovědnost, nejen vůči pacientovi, ale i vůči zaměstnavateli a společnosti za poskytnutou ošetrovatelskou péči, která by měla vycházet z ošetrovatelských standardů a morálních standardů a hodnot (Kutnohorská, 2007, s. 38; Ivanová, 2006, s. 46).

Povinnost

Povinnost všeobecné sestry je úzce spjata s odpovědností, protože odpovědnost nese právě za povinnosti vůči pacientovi. Kutnohorská ve své publikaci uvádí čtyři povinnosti – podporovat zdraví, předcházet onemocnění, navracet zdraví a zmírnit utrpení. Pakliže dojde k vnitřním rozporům všeobecné sestry, což není nic výjimečného, při plnění některé z těchto povinností, měla by uplatnit znalosti etiky (Kutnohorská, 2007, s. 40).

Spolupráce

Kvalitní ošetrovatelská péče se nemůže obejít bez aktivní spolupráce. Všeobecná sestra je mnohdy hlavním článkem při vytváření spolupráce mezi různými členy zdravotnického týmu (Kutnohorská, 2007, s. 40).

4.1 Prioritní principy v péči o seniory

Priority ošetrovatelské péče u seniorů by měly vždy být takové, aby projevovaly úctu. Velmi úzce tedy souvisí s důstojností. Tyto aspekty, jestliže nejsou respektovány, velmi snadno ohrožují seniorovu důstojnost.

Autonomie

Autonomie je velice široký jev, který se dotýká všech oblastí lidského života a existence - spirituální, fyzické, psychické, politické, ekonomické i sociální. Jedná se o zachování kompetencí, které jedinci umožňují o sobě rozhodovat, dalo by se tedy říci, že je to zachování svobodné vůle. Ctít autonomii jedince tedy znamená, připustit jeho volbu, uplatnit jeho právo nejen na osobní svobodu, ale uplatnit všechny jeho základní práva, na které jakožto člověk právo má (Kalvach, 2006, s. 12; Kutnohorská, 2007, s. 18, 52).

Autonomie v definici samotných seniorů v sobě velice často zahrnuje pojmy, které souvisí právě s udržení soběstačnosti, jejíž stupeň se odvíjí od zdraví. Další senioři pojem autonomie přímo popisovali jako absenci pomoci od druhých, svobodu a osobní zodpovědnost (Sýkorová, 2007, s.85-87).

Důstojnost

Jedná se o respektování osobnosti, soukromí, vyloučení takové péče, která by byla seniorem vnímána jako ponížení (Kalvach, 2006, s. 12).

Smysluplnost

Senior v ústavní péči často ztrácí svůj smysl životní náplně, protože každý člověk vnímá smysl jinak, když je zdravý a úplně jinak vnímá smysluplnost v období nemoci. Smysluplnost můžeme vhodně podporovat např. zcivilněním dlouhodobé péče (Kalvach, 2006, s. 12).

Participace

Nechat seniora podílet se na rozhodování, zapojit ho do života komunity a sdílet jeho problémy, to v sobě zahrnuje pojem participace v ošetrovatelské péči. Pro člověka v nemoci, kdy velice často bývá společně s fyzickou složkou postižena také psychická složka, je velmi obtížné udržet si svou participaci (Kalvach, 2006, s. 12).

5 DŮSTOJNOST LIDSKÉHO ŽIVOTA

„Důstojnost“ je složitá entita. Velmi často je u mnohých představována jako nějaké pouto, spojení s úctou či autonomií. *„Chceme-li poskytovat péči a služby, které zachovávají a posilují důstojnost, je třeba věnovat čas k pochopení toho, co to důstojnost vlastně je“* (Kalvach, 2004, s.12). V rámci studie Důstojnost a starší Evropané byl zpracován užitečný model, který rozlišuje čtyři typy důstojností:

Důstojnost zásluh

Jedná se o důstojnost, která je spojená s funkcí určitého člověka. Takový člověk má jistý statut, který je lidmi uznáván. Nebo-li, jedinec si vypracoval, vybudoval svou hodnotu díky činům, a za to si zaslouží respekt. Odráží se v ní postavení jedince sociální, tak i ekonomické. Senioři spolu s odchodem do důchodu mohou ztrácet toto postavení a důsledkem toho pociťovat ztrátu důstojnosti (Kalvach, 2004, s.12).

Důstojnost osobní identity

Kalvach ve své publikaci tvrdí: *„Tento typ ve spojitosti se staršími osobami nejdůležitější“* (2004, s. 13). Jedná se o velmi úzký vztah se sebeúctou. Socializace, autonomie a fyzické ztotožnění jsou hlavními komponenty tohoto pojmu. Jakékoliv úkony, které nejsou v souladu s těmito pojmy, způsobují zpochybňování vědomí a snižování ceny sebe sama. Důstojnost je tedy přítomna tehdy, když člověk dokáže respektovat sám sebe se svou vlastní charakterností a dobrými vztahy. *„Právě k tomuto aspektu odkazujeme, když říkáme, že nemoc, ne-schopnost či stáří někoho připravily o důstojnost“* (Kalvach, 2004, s. 13). Senioři jsou přece jen více ohrožení narušením tohoto aspektu důstojnosti, protože identita bývá narušena změnami v biologické, psychologické i sociální sféře (Kalvach, 2004, s. 13).

Důstojnost mravní síly

Tento typ důstojnosti je závislý na chování jedince vůči ostatním a je dočasným. Dočasným je tehdy, když se daný jedinec přestane chovat dle mravních zásad – tím i ztrácí jakýsi pocit důstojnosti, sebeúcty. Důstojnost mravní síly může docela zřetelně pociťovat i zdravotník, a to v tu chvíli, když mu není z jakéhokoliv důvodu dovoleno poskytovat péči na úrovni, kterou by například při dostatku prostředků poskytoval (Kalvach, 2004, s. 13).

Menschenwürde

Německé slovo Menschenwürde pojednává o důstojnosti tak, že my všichni jako lidé ji máme, neboť vychází z lidství. Jedná se tedy o lidskou hodnotu a lidství je něco, co od nikoho nemůžeme odejmout, ani odejmuto být nemůže. My všichni máme tuto hodnotu na stejné úrovni, to znamená, že jsme si rovni (Kalvach, 2004, s. 13).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 VÝZKUMNÁ ČÁST

6.1 Cíle výzkumu

Pro mou bakalářskou práci jsem si stanovila tyto cíle:

1. Zmapovat úroveň vnímání všeobecných sester seniorovy důstojnosti.
2. Objasnit aspekty, jimiž je důstojnost seniora nejčastěji degradována.
3. Zjistit hierarchii principů respektů důstojnosti seniora využívané všeobecnými sestrami.
4. Zjistit, jak eliminovat nedůstojný přístup.

6.2 Hypotézy

1. Domnívám se, že většinou bývá důstojnost všeobecnými sestrami vnímána jako respektování jedince.
2. Myslím si, že všeobecné sestry nejčastěji degradaci důstojnosti seniora vnímají jako nerespektování studu a soukromí.
3. Domnívám se, že příčinou nevyužívání etických aspektů je nejčastěji nedostatek času.
4. Předpokládám, že ze strany přístupu všeobecných sester nedochází k pošlapání seniorovy důstojnosti.
5. Domnívám se, že nejčastěji bývá důstojnost respektována aspektem empatie.
6. Myslím si, že se především nevyužívá princip neverbální komunikace.

6.3 Metodika

Výzkumná část byla realizována na základě především kvantitativního a dále i kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum jsem si zvolila z toho důvodu, protože se domnívám, že při použití pouze kvalitativních metod by výsledky mohly být ovlivněny přítomností mé osoby – studentky. Chtěla bych také zmínit, že výsledky mého dotazníkového šetření budou dále použity pro zpracování standardů pro DPS, kde jsem průzkum prováděla.

6.4 Použité metody a techniky

6.4.1 Kvantitativní výzkumné šetření

Pro kvantitativní výzkum jsem si zvolila metodu dotazníku. Dotazník byl anonymní, skládal se z 16 položek. Nebylo-li uvedeno jinak, respondenti mohli uvést více odpovědí.

6.4.1.1 Charakteristika položek

V úvodu dotazníku jsou identifikační otázky 1, 2, 3, 4, 5, které měly zmapovat údaje: pohlaví, délky praxe, typy pracovišť, nejvyšší dosažené vzdělání a pozice v ošetrovatelském týmu. Otázky 6 a 7 se zabývají informací této problematiky. Otázky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16 byly otázky meritorní.

Mezi typy otázek převažoval typ uzavřených, jedná se o otázky číslo 1, 2, 3, 4, 6, 9 a 14. Dále byly použity otázky polouzavřené, které respondentovi umožnily uvést případné dodatky nebo jiné odpovědi; jedná se o otázky číslo 5, 7, 8, 11, 12 a 15. Otázky 10 a 16 byly otevřené a respondentovi poskytovaly svobodu ve vyjadřování.

6.4.2 Kvalitativní výzkumné šetření

Pro kvalitativní výzkum jsem si zvolila metodu rozhovoru (příloha PII) a pozorování.

Tyto metody jsem si zvolila spíše pro doplnění, protože se domnívám, že by výzkum mohl být zkreslen přítomností mé osoby na pracovišti, jako studentky.

Metoda rozhovoru byla typu polostrukturovaného rozhovoru a byla prováděna individuálně, s jednou všeobecnou sestrou. Tato všeobecná sestra se nezúčastnila dotazníkového šetření.

6.5 Charakteristika souboru respondentů

Zkoumaný vzorek pro dotazníkové šetření tvořilo celkem 57 respondentů, z toho 3 muži a 10 manažerek. Všichni tito respondenti splňovali hlavní podmínku - tedy že pracují v zařízení či oddělení, kde přichází do kontaktu se seniory více, než v jiných zařízeních, odděleních. Výzkumný vzorek tedy tvořily všeobecné sestry pracující v léčebně dlouhodobě nemocných, domově pro seniory a ve třech interních odděleních.

Získávání dat probíhalo od 7.11.2011 do 15.12.2011.

6.5.1 Charakteristika souboru respondentů DPS

Tento zkoumaný vzorek byl tvořen 8 všeobecnými sestrami. Návratnost dotazníků byla 100%.

Z identifikačních otázek vyplývají tyto fakta:

- Z hlediska pohlaví:
 - 8 žen
- Z hlediska manažerské pozice:
 - 1 vrchní sestra
- Z hlediska délky praxe:
 - 3 všeobecné sestry 0-9 let
 - 4 všeobecné sestry 20-29 let
 - 1 všeobecná sestra 30-39 let
- Z hlediska dosaženého vzdělání:
 - 8 všeobecných sester se SŠ

6.5.2 Charakteristika souboru respondentů LDN

Zkoumaná skupina byla tvořena 28 všeobecnými sestrami. Dotazníků bylo rozdáno celkem 42, z toho navráčeno mi bylo 28, tj. 67% návratnost.

Z identifikačních otázek vyplývají tyto fakta:

- Z hlediska pohlaví:
 - 28 žen
- Z hlediska manažerské pozice:
 - 4 staniční sestry
 - 1 vrchní sestra
- Z hlediska délky praxe:
 - 9 všeobecných sester 0-9 let
 - 5 všeobecných sester 10-19 let
 - 9 všeobecných sester 20-29 let
 - 5 všeobecných sester 30-39 let
- Z hlediska dosaženého vzdělání:
 - 24 všeobecných sester se SŠ a z toho 4 všeobecné sestry mají specializaci
 - 1 všeobecná sestra s VŠ - bakalářské studium

- 3 všeobecné sestry s VŠ – magisterské studium

6.5.3 Charakteristika souboru respondentů interních oddělení

Zkoumaná skupina pro dotazníkové šetření interního oddělení se skládala z 20 všeobecných sester. Návratnost dotazníků byla 100%.

Z identifikačních otázek vyplývají tyto fakta:

- Z hlediska pohlaví:
 - 3 muži
 - 17 žen
- Z hlediska manažerské pozice:
 - 3 staniční sestry
 - 1 vrchní sestra
- Z hlediska délky praxe:
 - 12 všeobecných sester 0-9 let
 - 5 všeobecných sester 10-19 let
 - 1 všeobecná sestra 20-29 let
 - všeobecné sestry 30-39 let
- Z hlediska dosaženého vzdělání:
 - 14 všeobecných sester se SŠ a z toho 1 se specializací
 - 1 všeobecná sestra s VOŠ
 - 1 všeobecná sestra s VŠ – bakalářským vzděláním
 - 3 všeobecné sestry s VŠ – magisterským vzděláním

6.6 Organizace šetření

Před samotným výzkumným šetřením bylo provedeno pilotní šetření ve dvou domovech pro seniory. Úkolem bylo odhalit nedostatky a chyby v dotazníku.

Pro výzkumné šetření bylo sestaveno a následně rozdáno 70 dotazníků a navrátilo se 81% dotazníků, tedy 57. Šetření probíhalo od 7.11. do 15.12.2011. Metoda rozhovoru byla prováděna dne 17.11.2011 na interním oddělení s všeobecnou sestrou. Rozhovor byl nahrán a následně přepsán. Metoda pozorování probíhala po dobu tří týdenní praxe na interním oddělení ve 3. ročníku. Pozorované jevy, které neodpovídaly důstojnému přístupu, jsem si písemně zaznamenala a následně je přepsala do počítače.

6.7 Zpracování získaných dat

Data dotazníkového šetření byla pro lepší přehlednost zpracována v tabulkách programu Microsoft Word a pro lepší znázornění byly vypracovány grafy v programu Microsoft Excel. Graf č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 13 a 19 jsou grafy koláčové. Zbylé grafy jsou pro lepší přehlednost vypracovány jako grafy sloupcové. Všechny hodnoty v grafech jsou uvedeny v absolutní četnosti. Pro otázky č. 10 a 16 byly zpracovány kategorie.

Data z rozhovoru byla nahrávána a následně přepsána do tabulky. Data z pozorování jsem si v průběhu praxe psala na papír a následně je přepsala do elektronické podoby; tato data jsou uvedena v diskusi.

Není-li uvedeno jinak, pak platí, že:

Absolutní četnost poskytuje informace o počtu respondentů, odpovídajících na danou otázku stejnou odpovědí.

Relativní četnost poskytuje informace o velikosti části z celkového počtu hodnot připadající na danou dílčí hodnotu.

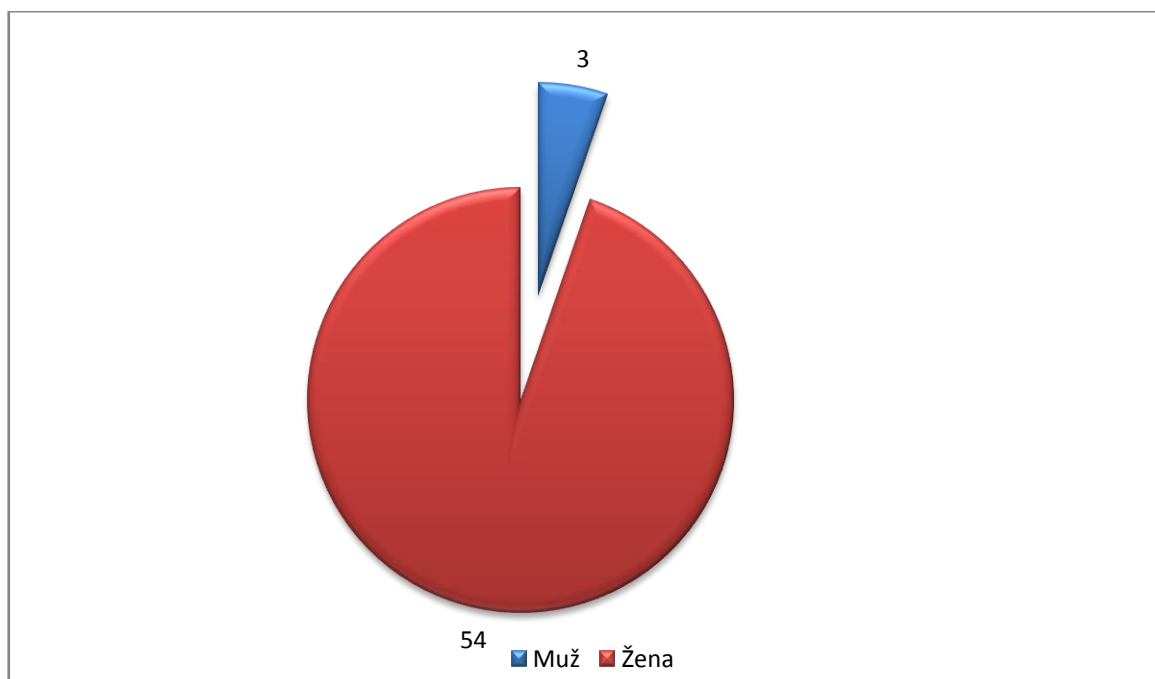
7 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

7.1 Vyhodnocení identifikačních otázek

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka 5 - Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	3	5,30%
Žena	54	94,70%
CELKEM	57	100,00%



Graf 1 - Pohlaví

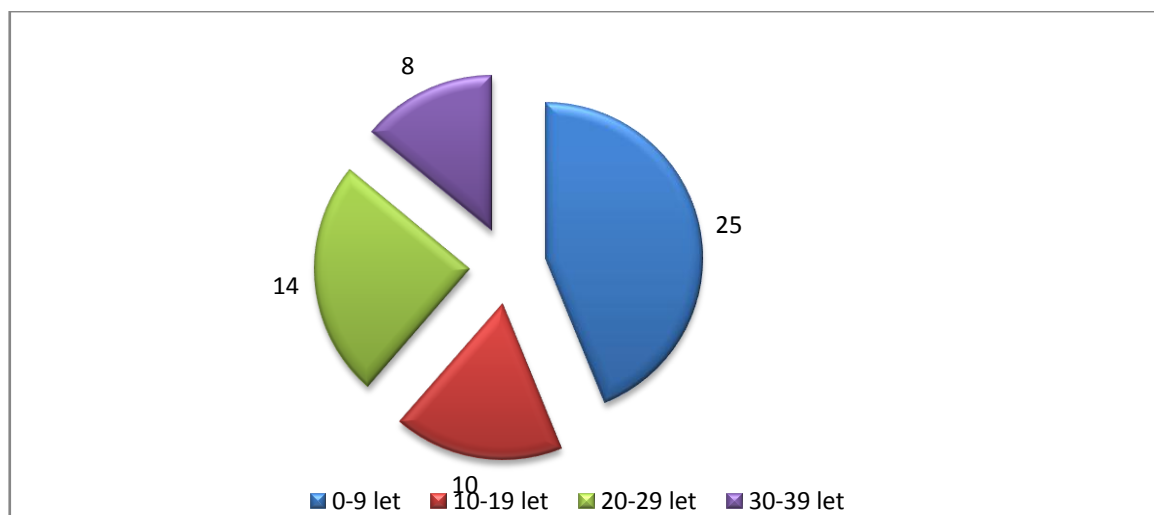
Komentář

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 žen a 3 muži.

Otázka č. 2: Jak dlouhá je Vaše praxe?

Tabulka 6 - Délka praxe

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0-9 let	25	43,86%
10-19 let	10	17,54 %
20-29 let	14	25,00%
30-39 let	8	14,04%
CELKEM	57	100,00%



Graf 2 - Délka praxe

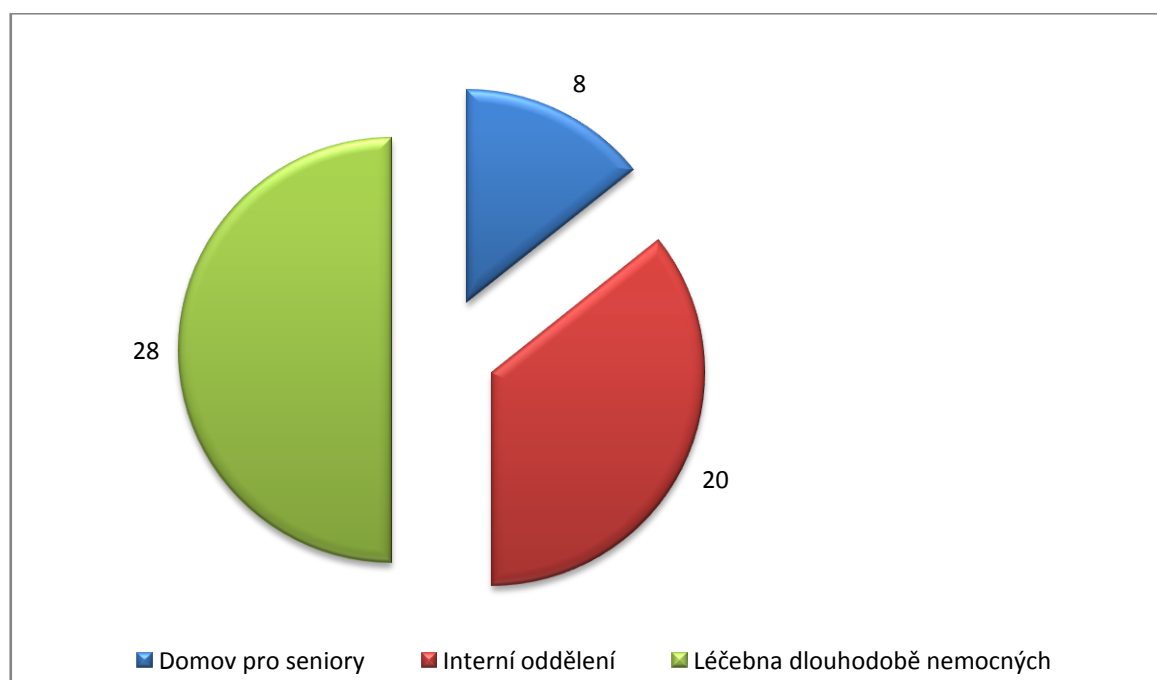
Komentář

Největší část tvořili respondenti s délkou praxe 0-9 let v počtu 25, s délkou praxe 20-29 se zúčastnilo 14 respondentů. Menší skupina byla tvořena 10 respondenty s délkou praxe 10-19 let a 8 respondenty vykonávající praxi 30-39 let.

Otázka č. 3: Kde pracujete?

Tabulka 7 - Místo praxe

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
DPS	8	14,29%
Interní oddělení	20	35,71%
LDN	28	50,00%
CELKEM	56	100,00%



Graf 3 - Místo praxe

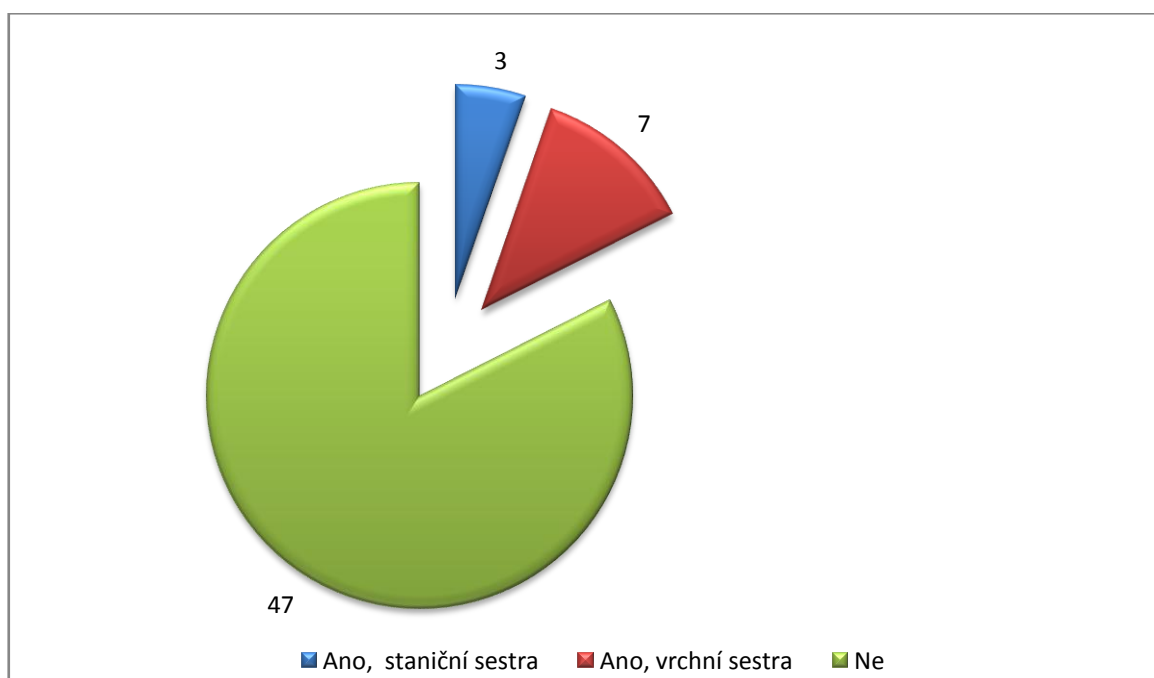
Komentář

Na tuto otázku odpovědělo 56 dotazovaných. Největší skupinou byli zaměstnanci LDN v počtu 28. 20 respondentů jako místo práce uvedlo interní oddělení a 8 respondentů označilo CPS.

Otázka č. 4: Nacházíte se v manažerské pozici?

Tabulka 8 - Manažerská pozice

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, staniční sestra	3	5,26%
Ano, vrchní sestra	7	12,28%
Ne	47	82,46%
CELKEM	57	100,00%



Graf 4 - Manažerská pozice

Komentář

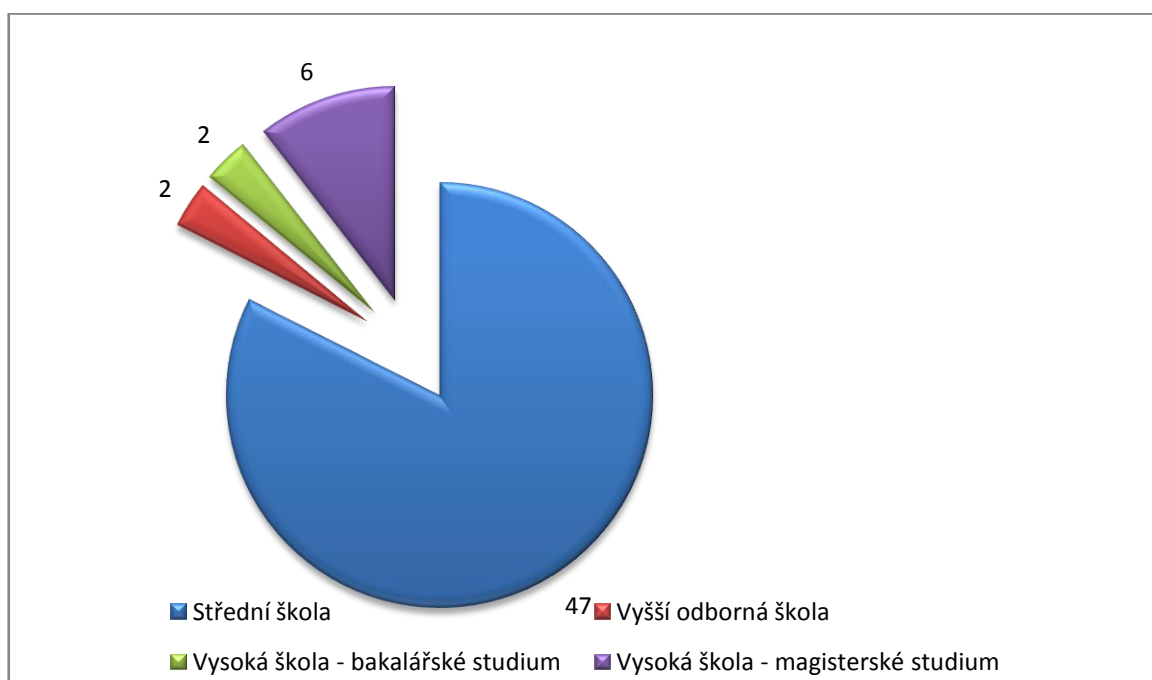
Ti dotazovaní, kteří označili, že se nenachází v manažerské pozici, tvořili skupinu o 47 respondentech. Pozici staniční sestry uvedlo 7 respondentů a pozici vrchní sestry 3 respondenti.

7.2 Vyhodnocení průzkumných otázek

Otázka č. 5: Jaké je Vaše vzdělání?

Tabulka 9 - Vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední škola	47	82,46%
Vyšší odborná škola	2	3,51%
Vysoká škola – bakalářské studium	2	3,51%
Vysoká škola – magisterské studium	6	10,53%
CELKEM	57	100,00%



Graf 5 – Vzdělání

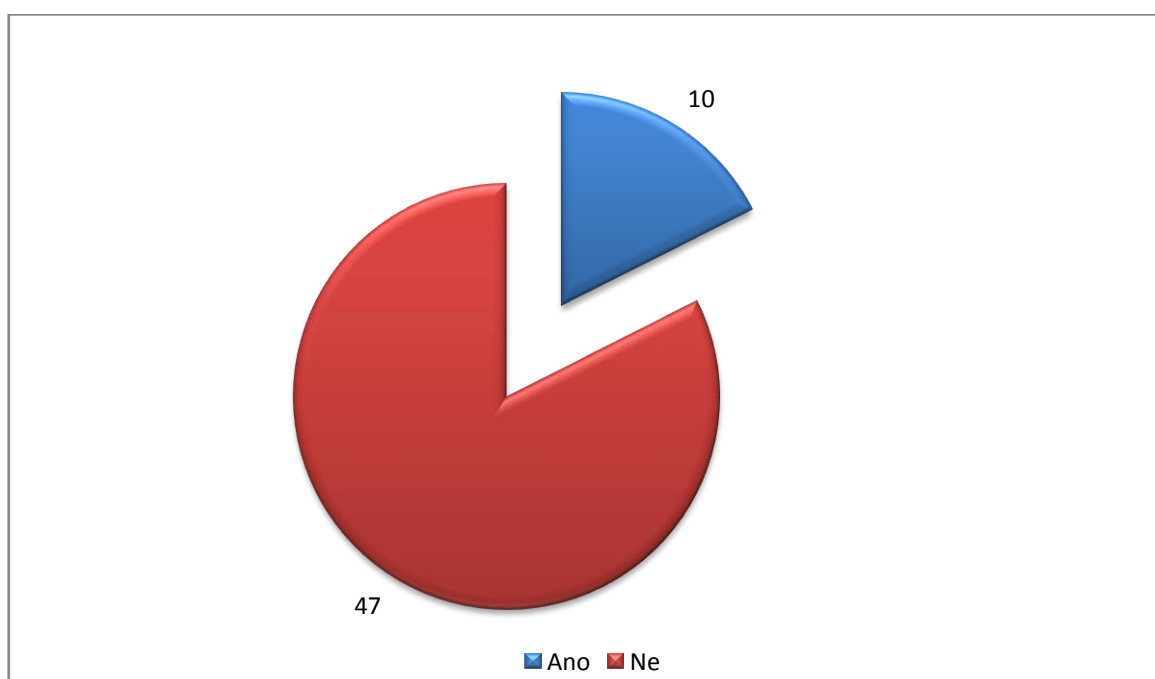
Komentář

Největší část byla tvořena 47 respondenty, kteří jako své nejvyšší vzdělání určili střední školu. Magisterské studium absolvovalo 6 z dotázaných. Bakalářské studium, jako své nejvyšší vzdělání určili 2 respondenti a rovněž 2 respondenti určili vyšší odbornou školu.

Otázka č. 5.1.: Máte specializaci?

Tabulka 10 - Specializace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	17,54%
Ne	47	82,46%
CELKEM	57	100,00%



Graf 6 – Specializace

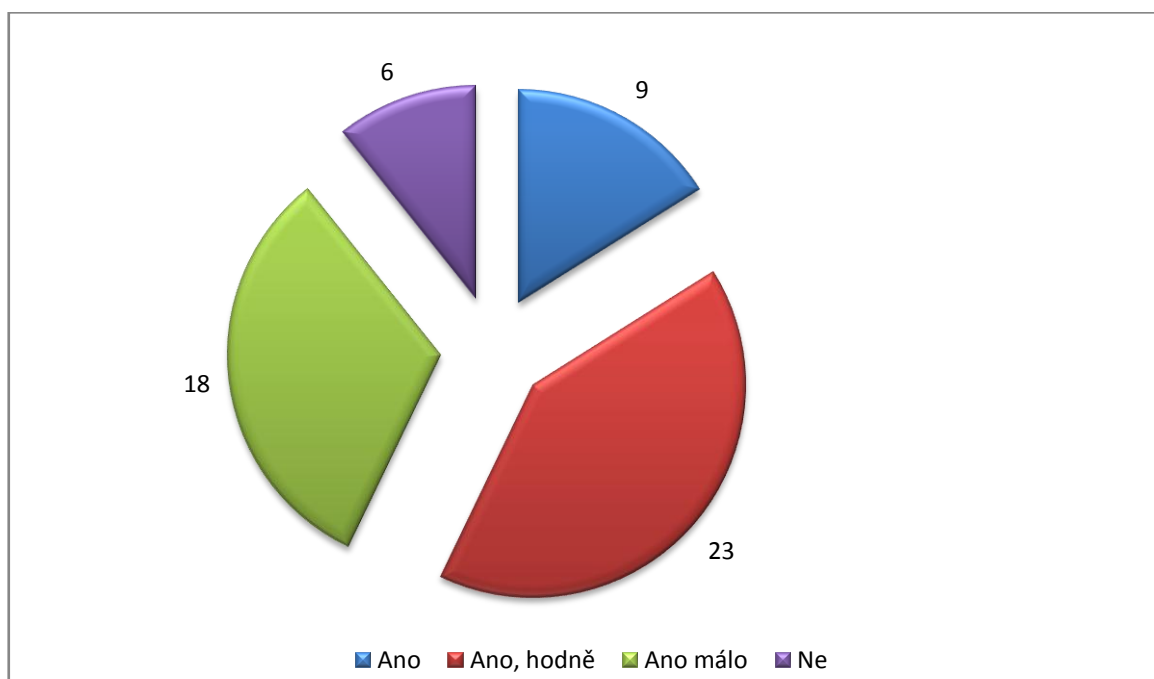
Komentář

47 z dotazovaných uvedlo, že specializaci nemá. Specializaci si doplnilo celkem 10 z dotazovaných; jednalo se především o specializace v geriatrici a interním ošetrovatelství.

Otázka č. 6: Shledáváte, že Vám toto studium poskytlo kvalitní informace v problematice důstojnosti klienta/pacienta?

Tabulka 11 - Kvalita informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	16,07%
Ano, hodně	23	41,07%
Ano, málo	18	32,14%
Ne	6	10,71%
CELKEM	56	100,00%



Graf 7 – Kvalita informací

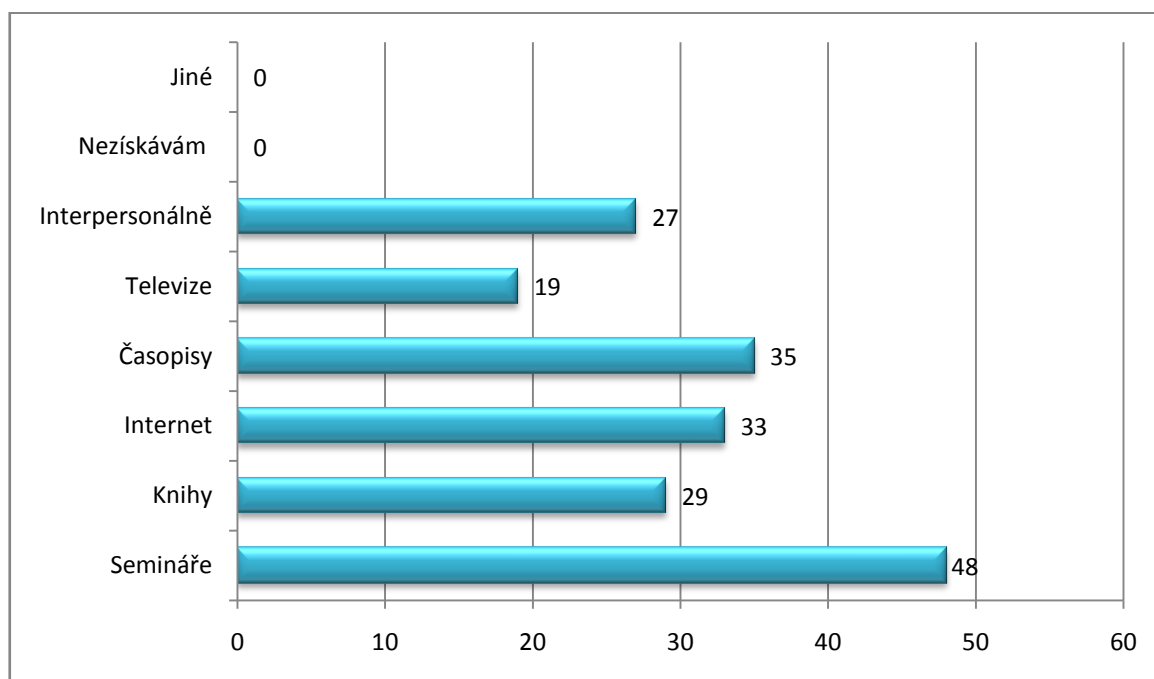
Komentář

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda-li studium poskytuje dostatek informací o této problematice. Celkem 23 respondentů uvedlo, že jim studium poskytlo hodně informací. Odpověď „ano, málo“ zvolilo 18 respondentů a 9 respondentů zvolilo odpověď „ano“.

Otázka č. 7: Jak získáváte (další) informace v této problematice?

Tabulka 12 - Získávání dalších informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Semináře	48	25,13%
Knihy	29	15,18%
Internet	33	17,28%
Časopisy	35	18,32%
Televize	19	9,95%
Interpersonálně	27	14,14%
Nezískávám	0	0,00%
Jiné	0	0,00%
CELKEM	191	100,00%



Graf 8 - Získávání dalších informací

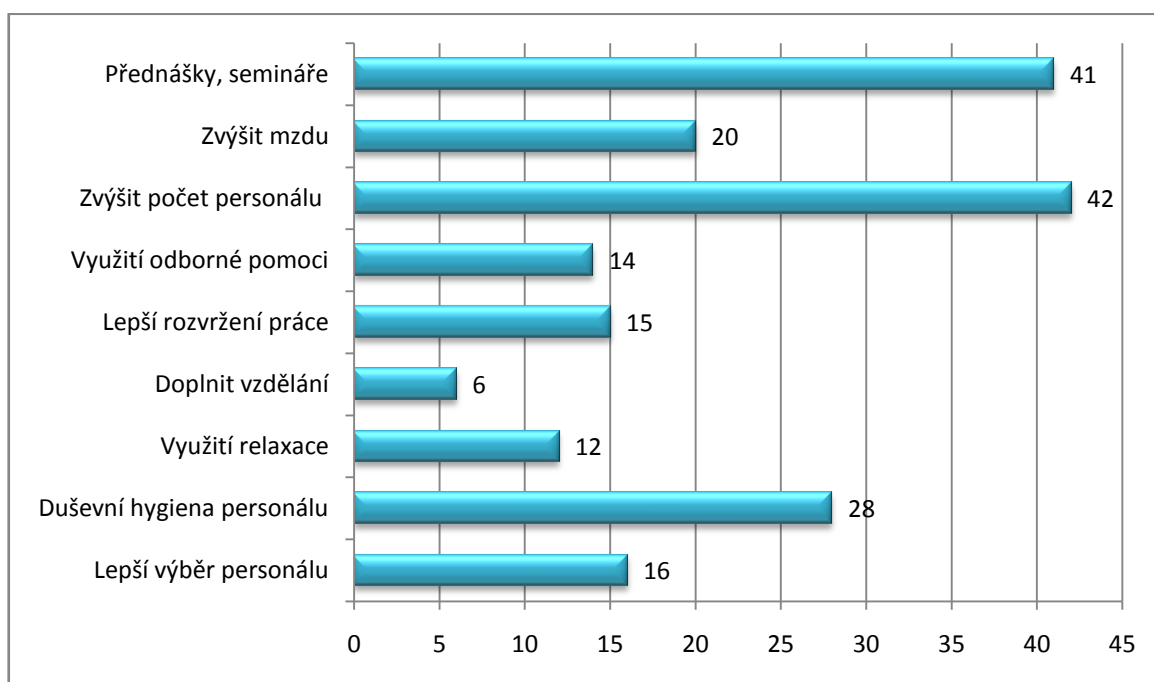
Komentář

Na tuto otázku odpovědělo celkem 56 respondentů. Z uvedeného grafu vyplývá, že se všem 56 respondentům po ukončení studia dostávají informace z nejrůznějších zdrojů. Nejvíce informací získávají na seminářích, což uvedlo 48 respondentů. Čtením časopisů získává informace 35 z dotázaných, za pomoci internetu 33 z dotázaných. 29 respondentů uvedlo jako zdroj informací knížky a 27 respondentů získává informace interpersonálně. Televizi uvedlo pouhých 19 respondentů.

Otázka č. 8: Jak si myslíte, že lze dosáhnout ještě lepšího důstojného přístupu k seniorům?

Tabulka 13 - Docílení lepšího důstojného přístupu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lepší výběr personálu	16	8,25%
Duševní hygiena personálu	28	14,43%
Využití relaxačních technik pro personál	12	6,19%
Doplnit vzdělání	6	3,09%
Lepší rozvržení práce	15	7,73%
Využití odborné pomoci – psycholog	14	7,22%
Zvýšit počet personálu	42	21,65%
Zvýšit mzdu	20	10,31%
Přednášky, semináře	41	21,13%
CELKEM	194	100,00%



Graf 9 – Docílení lepšího důstojného přístupu

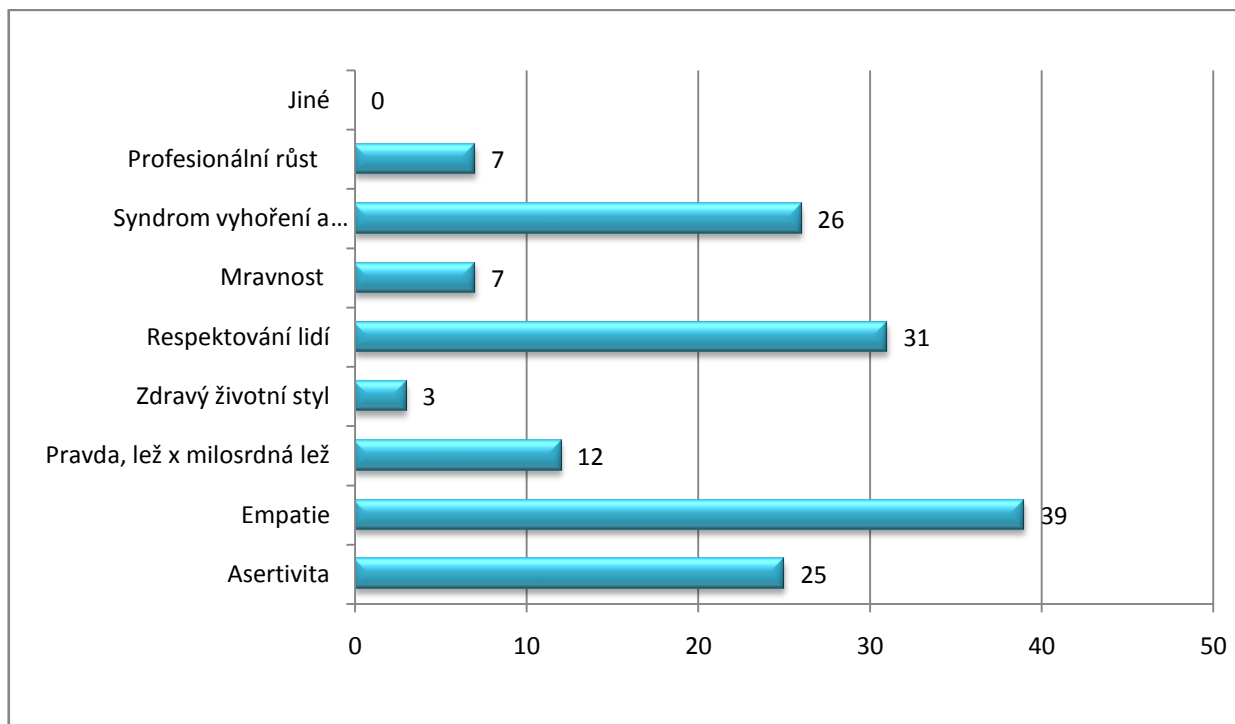
Komentář

Z uvedeného grafu je zřejmé, že si 42 z dotazovaných myslí, že by se situace mohla zlepšit zvýšením počtu personálu. 41 respondentů by etický přístup podpořilo větším počtem seminářů a přednášek, které jsou dále uvedeny v Grafu 10. Dále byly respondenty zvoleny tyto položky: duševní hygiena (28 respondentů), zvýšení mzdy (20 respondentů), lepší výběr pracovníků (16 respondentů), lepší rozvržení práce (15 respondentů), využití odborné pomoci (14 respondentů), možnost využití relaxace (12 respondentů) a doplnění vzdělání (zvolilo 6 respondentů).

Otázka č. 8.1: Jestliže jste zvolil/a v předchozí otázce položku „Přednášky, semináře“ – jaké téma byste navrhoval/a?

Tabulka 14 – Téma přednášek

Odpověď	Absolutní čet- nost	Relativní čet- nost
Asertivita	25	16,67%
Empatie, základ porozumění	39	26,00%
Pravda, lež x milosrdná lež	12	8,00%
Zdravý životní styl	3	2,00%
Respektování lidí	31	20,67%
Mravnost	7	4,67%
Relaxační techniky (Prevence stresu a syndromu vyhoření)	26	17,33%
Možnosti profesionálního růstu	7	4,67%
Jiné	0	0,00%
CELKEM	150	100,00%



Graf 10 – Téma přednášek

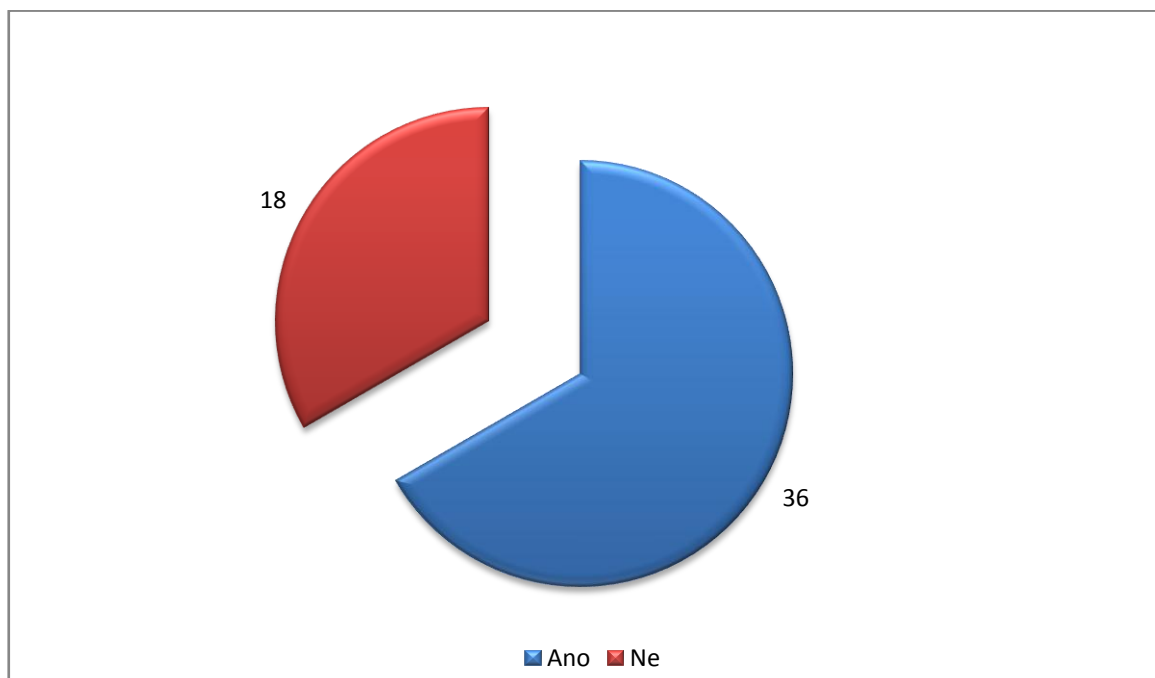
Komentář

Přednášky a semináře, jako možnost zlepšení etického přístupu, zvolilo 41 respondentů. Nejvíce, celkem 39x, bylo zvoleno téma empatie. Méně již bylo voleno téma respektování lidí (celkem 31x). Dále byla volena tyto témata: syndrom vyhoření a relaxace (26x), asertivita (25x), pravda, lež x milosrdná lež (12x), profesionální růst (7x), mravnost (7x) a zdravý životní styl byl zvolen 3x.

Otázka č. 9: Setkal/a jste se někdy, že by došlo, ať už Vámi či někým druhým, k pošlapání seniorovi důstojnosti?

Tabulka 15 - Zkušenost s degradací seniorovy důstojnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	36	66,67%
Ne	18	33,33%
CELKEM	57	100,00%



Graf 11 - Zkušenost s degradací seniorovy důstojnosti

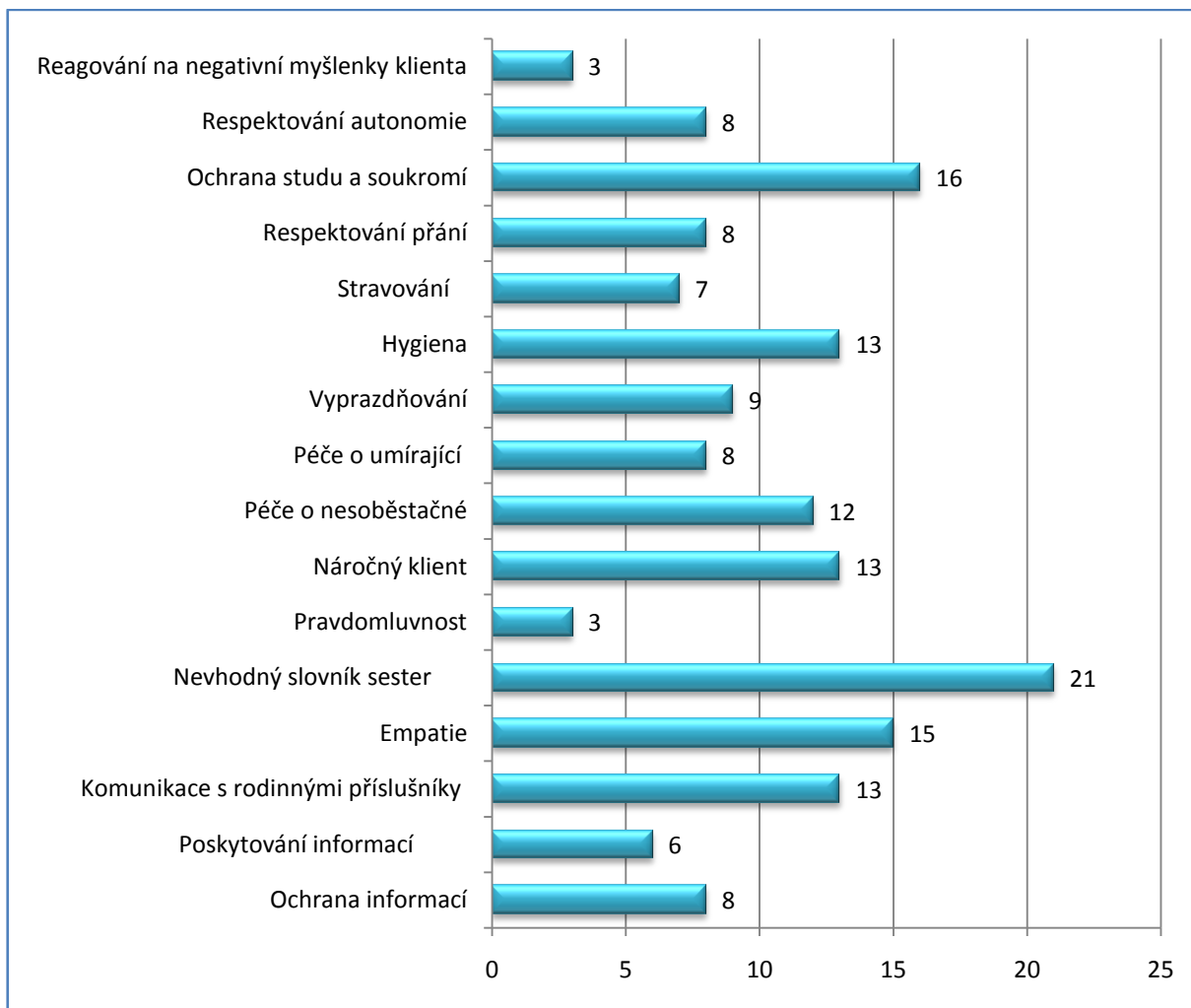
Komentář

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik respondentů vnímá porušování etických zásad. Na tuto otázku odpovědělo celkem 54 respondentů. Celkem 36 dotázaných uvedlo, že se setkalo s neetickým přístupem ve vztahu k seniorovi, ti poté odpovídali na otázku č. 9.1. S porušením etického přístupu se nesetkalo 18 respondentů, přitom se jednalo o respondenty s různou délkou praxe.

Otázka č. 9.1.: Jestliže ano – v jaké oblasti ošetrovatelství došlo k pošlapání důstojnosti?

Tabulka 16 - Oblasti degradované důstojnosti během zkušenosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ochrana informací	8	4,91%
Poskytování informací	6	3,68%
Komunikace s rodinnými příslušníky	13	7,98%
Empatie	15	9,20%
Nevhodný slovník sester	21	12,88%
Pravdomluvnost	3	1,84%
Náročný klient	13	7,98%
Péče o nesoběstačné	12	7,36%
Péče o umírající	8	4,91%
Vyprazdňování	9	5,52%
Hygiena	13	7,98%
Stravování	7	4,29%
Respektování přání	8	4,91%
Ochrana studu a soukromí	16	9,82%
Nerespektování autonomie	8	4,91%
Reagování na negativní myšlenky klienta	3	1,84%
CELKEM	160	100,00%



Graf 12 - Oblasti degradované důstojnosti během zkušenosti

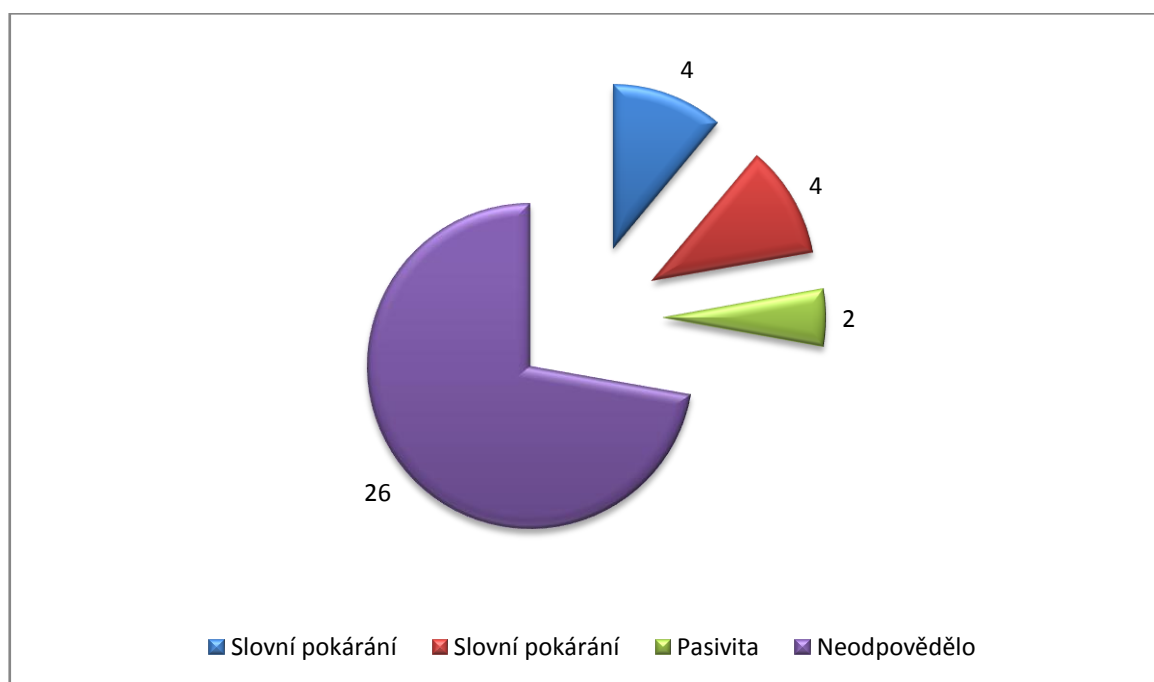
Komentář

Na tuto otázku odpovědělo celkem 33 respondentů z těch, kteří odpověděli, že se s neetickým přístupem setkali. Nejčastěji byli respondenti svědky nevhodného slovníku sester (21x), nerespektování soukromí (16x) a nevyužití principů empatie (15x). 13 respondentů se setkalo s neetickým přístupem během hygienické péče seniora, 13 respondentů bylo svědky neetického přístupu, jestliže byl senior náročnější na péči, 13 z dotázaných se setkalo i s nevhodnou komunikací s rodinnými příslušníky a 12 uvedlo, že byli svědky pošlapání důstojnosti u nesoběstačného pacienta. Méně se respondenti setkali s neetickým přístupem v těchto situacích: během vyprazdňování seniora (9x), respektování autonomie (8x), respektování přání (8x), během péče o umírající (8x), ochrana informací (8x), během stravování (7x), poskytování informací (6x). Nejméně se setkávali s neetickým přístupem v oblasti pravdomlupnosti (3x) a během reakce na negativní myšlenky seniora (3x).

Otázka č. 10: Napište jak jste zareagoval(a), jestliže došlo k incidentu od druhé osoby

Tabulka 17 - Reakce na nedůstojný přístup

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Slovní pokárání	4	11,11%
Strach něco udělat	4	11,11%
Pasivita	2	5,55%
Neodpovědělo	26	72,23%
CELKEM	36	100%



Graf 13 - Reakce na nedůstojný přístup

Komentář

Na tuto otázku odpovědělo celkem 10 respondentů z těch, kteří uvedli, že se s neetickým přístupem setkali. Pro lepší přehlednost jsme si zvolila 3 kategorie, které vystihují nejčastější odpovědi:

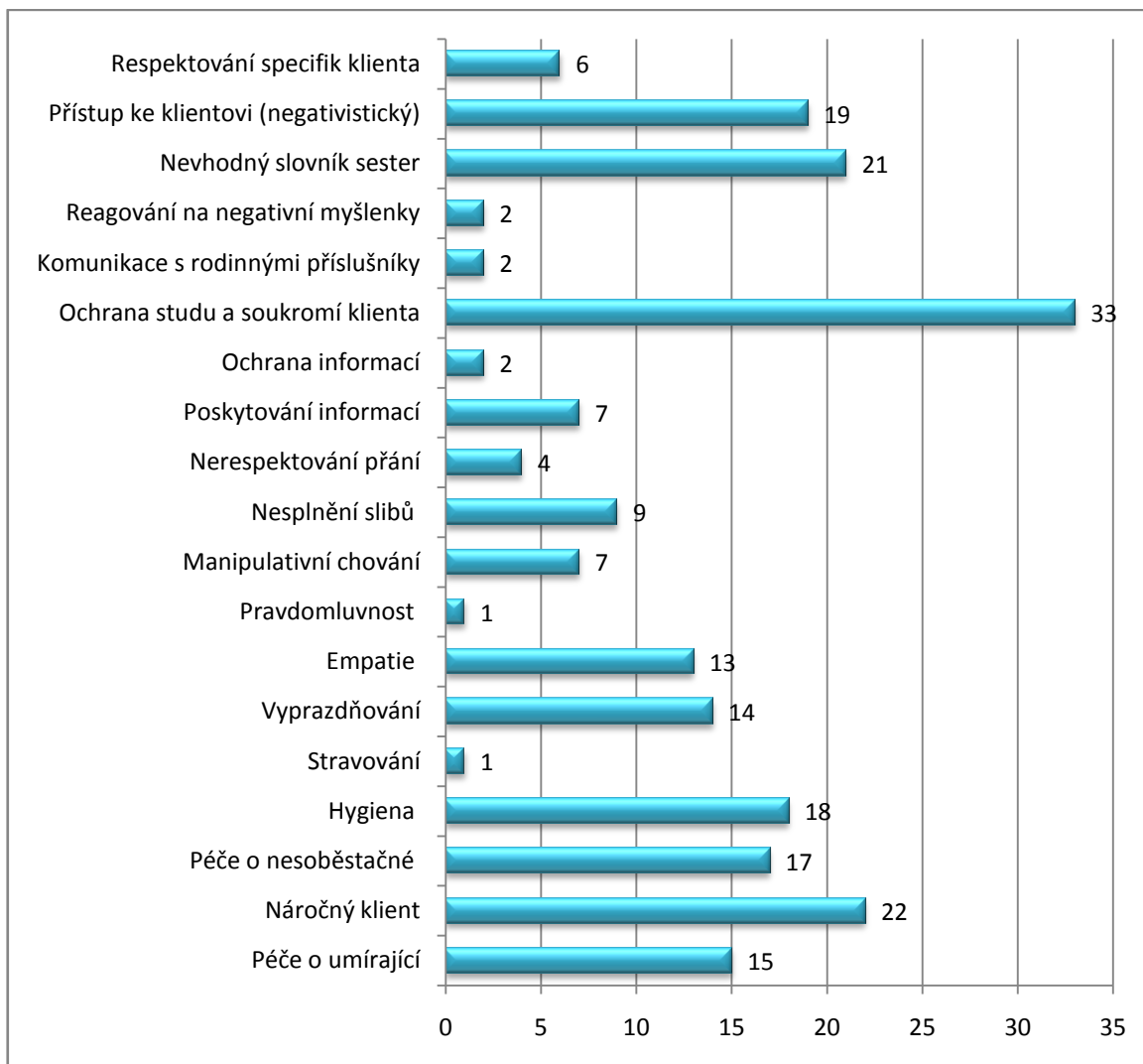
1. „Slovní pokárání“ uvedli 4 respondenti jako reakci na nedůstojný přístup vůči seni-
orovi. Cituji nejzajímavější: „Důrazné pokárání personálu, omluva pacientovi, zvý-
šená péče o pac. potřeby a přání.“
2. „Strach něco udělat“ zde spadají 4 respondenti. Především se jednalo o studenty,
kteří byli v nemocnici na praxi, cituji: „Nebylo to v zaměstnání ale při praxi během
studia – proto bylo těžké nějak reagovat, člověk mohl jen říct, že se mu takové
chování nelíbí, a že by to mělo být jinak.“
3. „Pasivita“ zde spadají 2 respondenti, kteří popisují, že na danou situaci nijak neza-
reagovali.

Otázka č. 11: V jaké oblasti ošetrovatelství seniorů často dochází k porušování etických zásad?

Tabulka 18 – Často degradované oblasti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Péče o umírající	15	7,04%
Náročný klient	22	10,33%
Péče o nesoběstačné	17	7,98%
Hygiena	18	8,45%
Stravování	1	0,47%
Vyprazdňování	14	6,57%
Empatie	13	6,10%

Pravdomlupnost	1	0,47%
Manipulativní chování	7	3,29%
Nesplnění slibů	9	4,23%
Nerespektování přání	4	1,88%
Poskytování informací	7	3,29%
Ochrana informací	2	0,94%
Ochrana soukromí a studu	33	15,49%
Komunikace s rodinnými příslušníky	2	0,94%
Reagování na negativní myšlenky	2	0,94%
Nevhodný slovník sester	21	9,86%
Přístup ke klientovi (negativistický)	19	8,92%
Respektování specifík klienta	6	2,82%
CELKEM	213	100,00%



Graf 14 – Často degradované oblasti

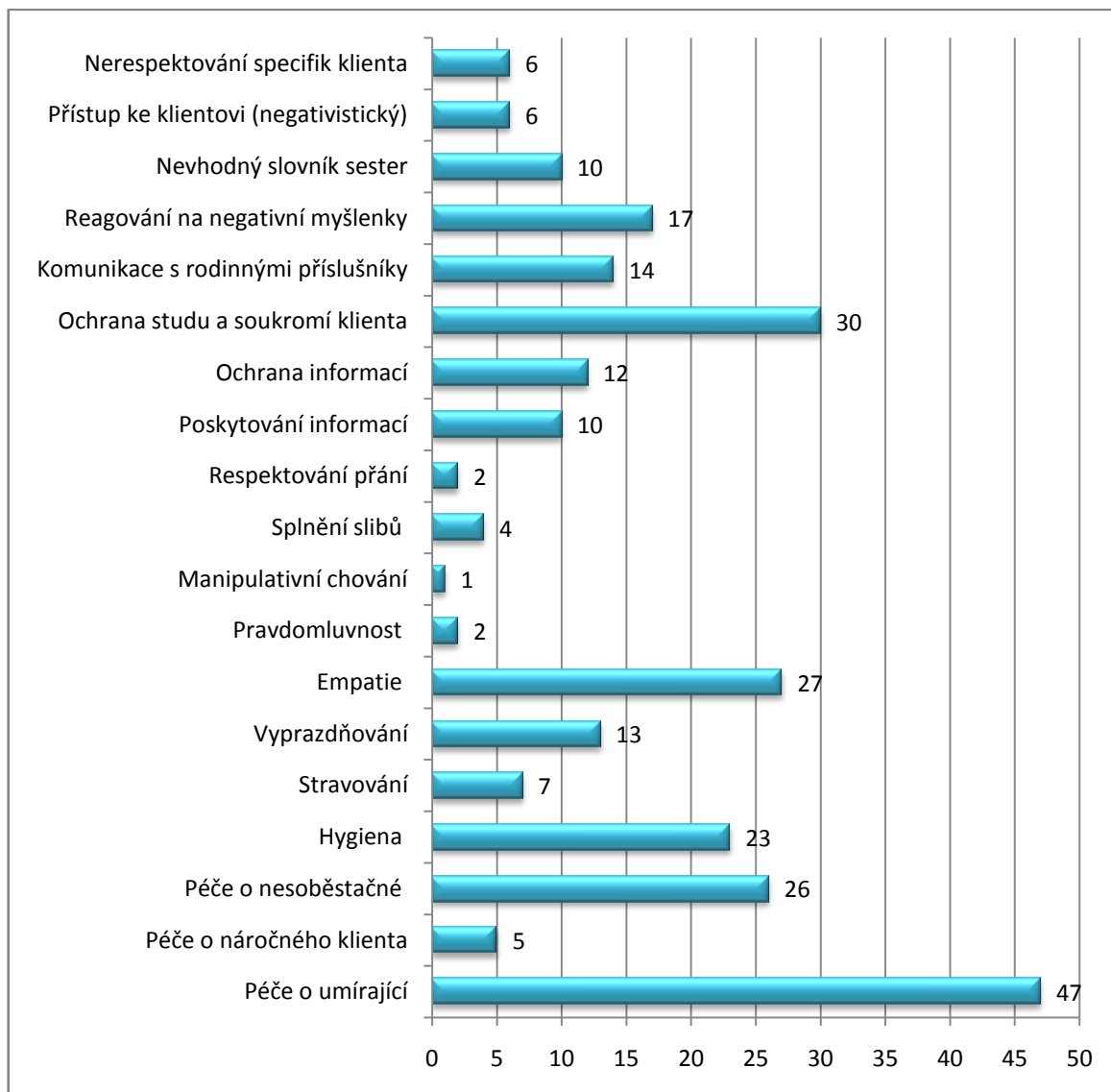
Komentář

Na tuto otázku měli respondenti reagovat označením čtyř oblastí, ve kterých nejčastěji dochází k porušování etických aspektů, jako nejčastější byla 33 respondenty označena oblast ochrana studu a soukromí. Celkem 22x byla označena oblast náročný klient, položka nevhodný slovník sester byla označena 21x. Méně již byly označeny položky: přístup ke klientovi – negativistický (19x), hygiena (18x), péče o nesoběstačné (17x), péče o umírající (15x), vyprazdňování (14x), empatie (13x), nesplnění slibů (9x), poskytování informací (7x), manipulativní chování (7x), respektování specifík klienta (6x), nerespektování přání (4x). Nejméně dochází k porušování etických aspektů během reagování na negativní myšlenky seniora (2x), komunikace s rodinnými příslušníky (2x), ochrana informací (2x), pravdomluvnost (1x) a stravování (1x).

Otázka č. 12: V jakých oblastech ošetrovatelství seniorů se především snažíte dodržovat etické zásady?

Tabulka 19 - Respektované oblasti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Péče o umírající	47	17,94%
Náročný klient	5	1,91%
Péče o nesoběstačné	26	9,92%
Hygiena	23	8,78%
Stravování	7	2,67%
Vyprazdňování	13	4,96%
Empatie	27	10,31%
Pravdomluvnost	2	0,76%
Manipulativní chování	1	0,38%
Nesplnění slibů	4	1,53%
Nerespektování přání	2	0,76%
Poskytování informací	10	3,82%
Ochrana informací	12	4,58%
Ochrana soukromí a studu	30	11,45%
Komunikace s rodinnými příslušníky	14	5,34%
Reagování na negativní myšlenky	17	6,49%
Nevhodný slovník sester	10	3,82%
Přístup ke klientovi (negativistický)	6	2,29%
Respektování specifík klienta	6	2,29%
CELKEM	262	100,00%



Graf 15 – Respektované oblasti

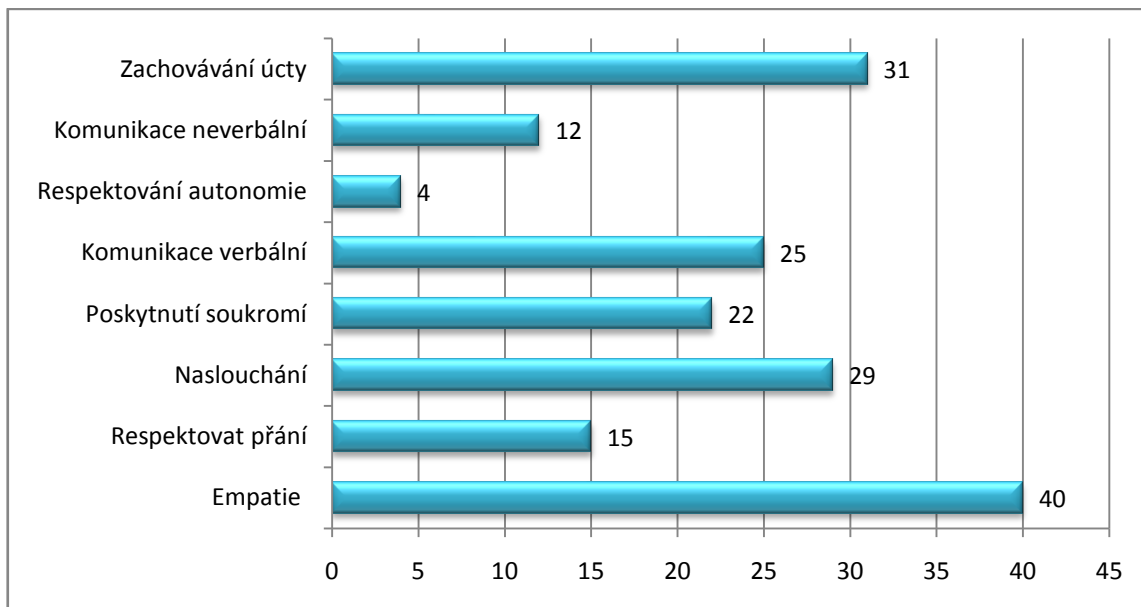
Komentář

Každý respondent měl určit 4 oblasti, kterými se vyhýbá pošlapání seniorovy důstojnosti. Nejvícekrát byla zvolena oblast péče o umírající (47x), oblast ochrana soukromí a studu (30x), oblast empatie (27x), oblast péče o nesoběstačné (26x) a oblast hygiena (23x). Méně respondentů se již soustředilo na tyto oblasti: reagování na negativní myšlenky (17x), komunikace s rodinou (14x), vyprazdňování (13x), ochrana informací (12x), nevhodný slovník sester (10x), poskytování informací (10x), stravování (7x), nerespektování specifík (6x), negativistický přístup (6x) a péče o náročného klienta (5x), splnění slibů (4x). Respektování přání (2x), pravdomluvnost (2x) a manipulativní chování (1x) již respondenti nepovažovali za nejdůležitější etické zásady.

Otázka č. 13: Které etické prvky v přístupu k seniorům upřednostňujete?

Tabulka 19 - Upřednostňované etické prvky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Empatie	40	22,47%
Respektovat přání	15	8,43%
Naslouchání	29	16,29%
Poskytnutí soukromí	22	12,36%
Komunikace verbální	25	14,04%
Respektování autonomie	4	2,25%
Komunikace neverbální	12	6,74%
Zachování úcty	31	17,42%
CELKEM	178	100,00%



Graf 16 - Upřednostňované etické prvky

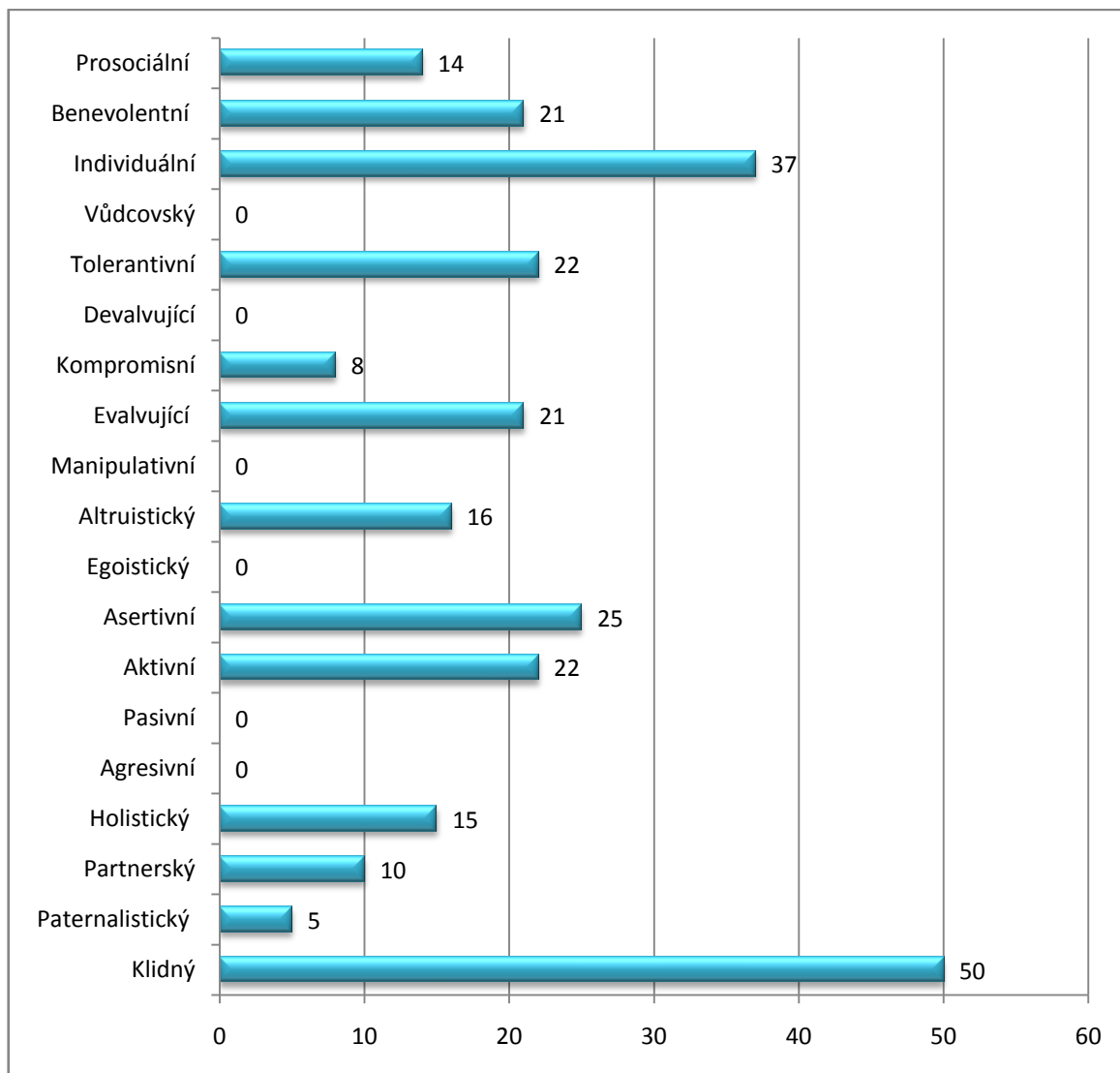
Komentář

Touto otázkou jsem si chtěla ověřit, které etické prvky v péči o seniory jsou respondenty nejčastěji voleny. Každý respondent měl určit 3 prvky. Zjistila jsem, že empatii upřednostňuje 40 z dotázaných, zachování úcty 31 z dotázaných, princip naslouchání 29 z dotázaných, verbální komunikaci 25 z dotázaných, poskytnutí soukromí 22 z dotázaných. Méně respondentů označilo prvky respektování přání (15x), komunikace neverbální (12x) a respektování autonomie (4x), čímž mi podali informace o upřednostňování těchto prvků.

Otázka č. 14: Jaký přístup k seniorovi nejčastěji volíte?

Tabulka 20 - Nejčastěji volené přístupy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Klidný	50	18,80%
Paternalistický	5	1,88%
Partnerský	10	3,76%
Holistický	15	5,64%
Agresivní	0	0,00%
Pasivní	0	0,00%
Aktivní	22	8,27%
Asertivní	25	9,40%
Egoistický	0	0,00%
Altruistický	16	6,02%
Manipulativní	0	0,00%
Evaluuující	21	7,89%
Kompromisní	8	3,01%
Devaluující	0	0,00%
Tolerantivní	22	8,27%
Vůdcovský	0	0,00%
Individuální	37	13,91%
Benevolentní	21	7,89%
Prosociální	14	5,26%
CELKEM	266	100,00%



Graf 17 - Nejčastěji volené přístupy

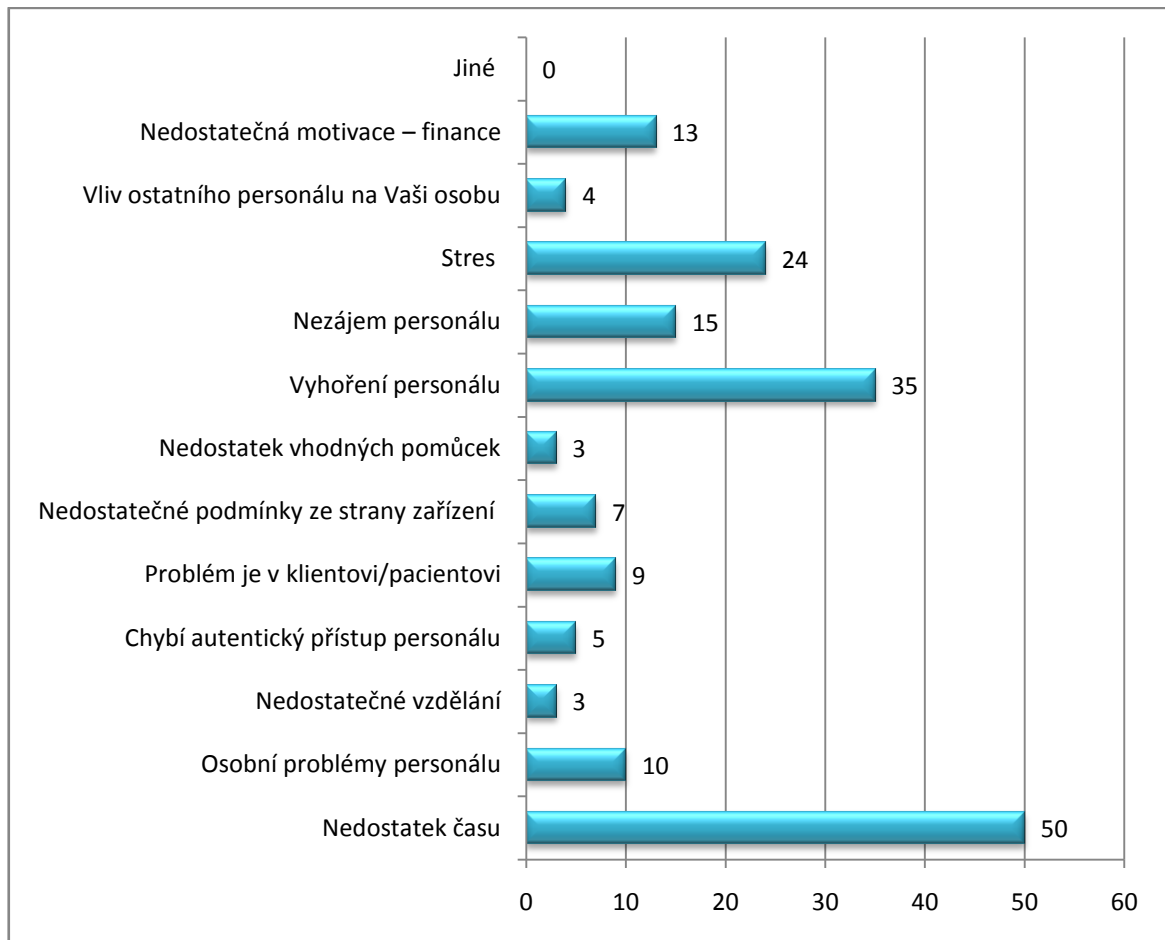
Komentář

Otázkou měli respondenti reagovat označením 5 přístupů, které nejčastěji v přístupu k seniorovi uplatňují. Z grafu je zřejmé, že převládaly produktivní přístupy. Klidný přístup bývá uplatňován u 50 respondentů, individuální přístup bývá uplatňován 37 respondenty a asertivní přístup je využíván 25 respondenty. 22 z dotázaných uplatňuje metody tolerance, 22 z dotázaných přistupuje k seniorovi aktivně, 21 respondentů uplatňuje zásady benevolence a taktéž 21 respondentů uplatňuje metody evalvace. Méně byly voleny následující přístupy: altruistický (16x), holistický (15x), partnerský (10x), kompromisní (8x), paternalistický (5x) a prosociální (1x). Kromě paternalistického přístupu, již nebyl označen žádný neproduktivní přístup.

Otázka č. 15: Jaké jsou často důvody nevyužití etických prvků ve spolupráci se seniorem?

Tabulka 21 - Možné důvody nevyužití etických prvků

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času	50	28,09%
Osobní problémy personálu	10	5,62%
Nedostatečné vzdělání	3	1,69%
Chybí autentický přístup personálu	5	2,81%
Problém je v klientovi/pacientovi	9	5,06%
Nedostatečné podmínky ze strany zařízení	7	3,93%
Nedostatek vhodných pomůcek	3	1,69%
Vyhoření personálu	35	19,69%
Nezájem personálu	15	8,43%
Stres	24	13,48%
Vliv ostatního personálu na Vaši osobu	4	2,25%
Nedostatečná motivace – finance	13	7,30%
Jiné	0	0,00%
CELKEM	178	100,00%



Graf 18 - Možné důvody nevyužití etických prvků

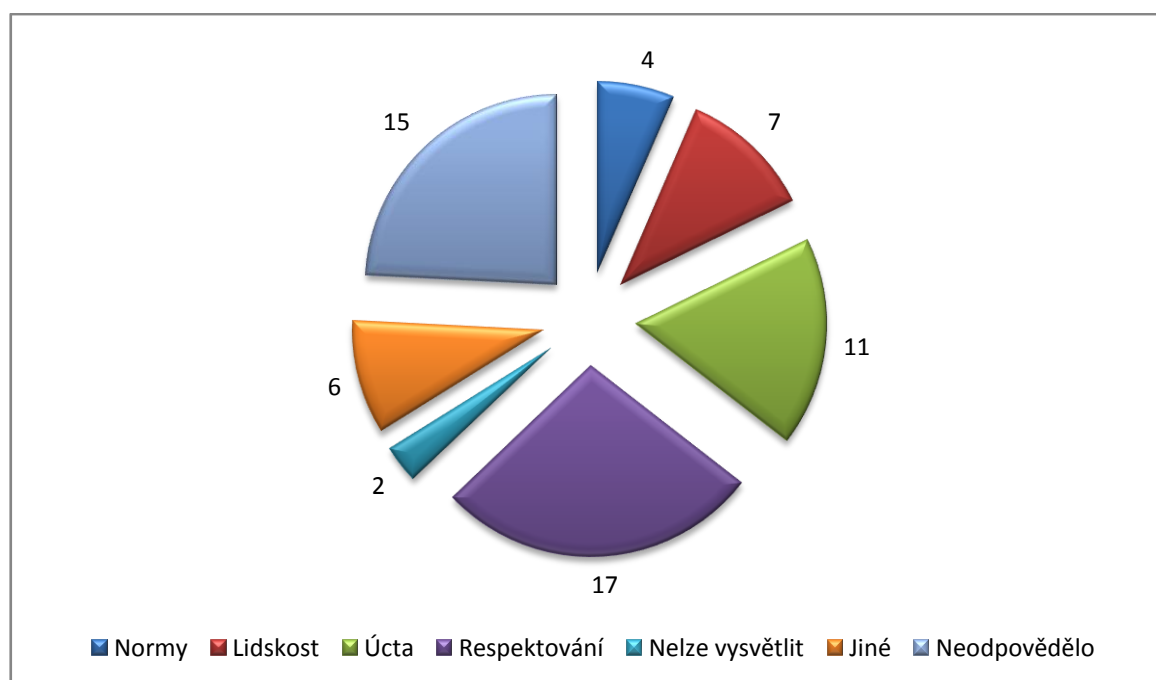
Komentář

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kde jsou příčiny nevyužití etického přístupu k seniorům. 50 z dotázaných udává, že příčinou je nedostatek času, 35 respondentů označilo jako příčinu vyhoření personálu, dle 24 respondentů je příčinou stres. Nezájem personálu byl označen 15 respondenty, nedostatečné finanční ohodnocení označilo 13 respondentů, osobní problémy personálu označilo 10 respondentů. Nejméně byly jako příčiny určeny tyto položky: problém je v klientovi/pacientovi (9x), nedostatečné podmínky ze strany zařízení (7x), chybí autentický přístup personálu (5x), vliv ostatního personálu (4x), nedostatečné vzdělání (3x) a nedostatek vhodných pomůcek (3x).

Otázka č. 16: Co pro Vás znamená slovo důstojnost?

Tabulka 22 – Kategorie důstojnosti

Název kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Normy	4	7,01%
Lidskost	7	12,28%
Úcta	11	19,29%
Respektování	17	29,82%
Nelze vysvětlit	2	3,50%
Jiné	6	10,52%
Neodpovědělo	15	26,31%
CELKEM	57	100%



Graf 19 - Kategorie důstojnosti

Komentář

Na tuto otázku odpovědělo celkem 42 respondentů, jejichž odpovědi byly rozděleny do 6 kategorií:

1. **„Normy“** - do této kategorie jsem zařadila 4 respondenty, kteří důstojnost popisovali tak, že svůj základ má v určitých normách. Budu citovat nejzajímavější výroky:

„Důstojnost – jedinečnost každého člověka, který byl stvořen k Božímu obrazu.

Člověk se má řídit mravním zákonem, který ho vede k tomu „aby druhé miloval a konal dobro a vyhýbal se zlu,..“

„Základní právo a zároveň potřeba každé lidské bytosti. Uplatňování mravních, etických a kulturních norem – tím zajistíme důstojnost sobě i druhým.“

2. **„Lidskost“** – do této kategorie jsem zařadila 7 respondentů, kteří slovo důstojnost popisovali jako něco, co se týká jen člověka. Cituji zde nejvýznamnější:

„Slovo důstojnost – znamená zachování lidské podstaty.“

3. **„Úcta“** – zde jsem zařadila 11 respondentů, kteří slovo důstojnost dávali do souvislosti s pojmem úcta, cituji nejvýznamnější:

„Zachování úcty k člověku.“

4. **„Respektování“** – do této kategorie jsem přiřadila 17 respondentů. Slovo důstojnost popisovali jako respektování druhého bez ohledu. Cituji nejvýznamnější:

„Respektování, slušné etické chování k druhému, aby se cítil uznáván, přijímán.“

„Respekt v oblasti fyzické i emociální, každý jedinec má právo na život, své potřeby – ztrátou soběstačnosti nekončí důstojnost člověka.“

5. **„Nelze vysvětlit“** – do této kategorie jsem zařadila 2 respondenty, kteří uznali, že slovo důstojnost nemohou popsat.

6. **„Jiné“** – do této kategorie jsem zařadila 6 odpovědí. Jsou to ty odpovědi, které nelze zařadit do jiné kategorie. Cituji nejzajímavější:

„Důstojnost je pro mě nepostradatelnou součástí každé etapy života, zejména pak ve stáří.“

„Sebevědomí.“

8 DISKUSE

Cíl č. 1 Zmapovat úroveň vnímání všeobecných sester seniorovy důstojnosti.

Na tento cíl se vztahovaly otázky č. 11 a 16. Otázka č. 11 podává informace o oblastech ošetrovatelství, kde všeobecné sestry především vnímají důstojnost seniora, nebo-li ve které oblasti by vnímaly degradaci seniorovy důstojnosti, jestliže by došlo k neetickému přístupu. Kdežto otázka č. 16 popisuje, jak všeobecné sestry vnímají pojem důstojnost – co pro ně znamená.

Hypotéza ad 1: Domnívám se, že většinou bývá důstojnost všeobecnými sestrami vnímána jako respektování jedince.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 16. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že největší část (17 respondentů) z dotázaných pojem důstojnost vnímá jako respektování jedince.

Hypotéza ad 1: Myslím si, že všeobecné sestry nejčastěji degradaci důstojnosti seniora vnímají jako nerespektování studu a soukromí.

Otázka č. 11 měla ověřit tuto hypotézu. Tuto hypotézu mi svou odpovědí potvrdilo 33 respondentů. Je však důležité podotknout, že stejná část respondentů se snaží dodržovat etický přístup v této oblasti; což potvrzuje Graf 14. Navzdory tomu zde k porušování etických zásad dochází. Je tedy diskutabilní, zda-li dochází k porušování zásad ze strany personálu nebo ze strany zařízení, které neposkytuje např. dostatek vhodných pomůcek.

Cíl č. 2 Objasnit aspekty, jimiž je důstojnost seniora nejčastěji degradována.

Na tento cíl se vztahovaly otázky č. 9, 10, 14 a 15. Otázka č. 9 poukazuje na fakt, že nejčastěji se všeobecné sestry setkávají s neetickým přístupem v oblasti komunikace, což uvedlo 21 respondentů – tedy v komunikaci se seniorem. Co mě překvapilo je, že 13 všeobecných sester vnímají narušování seniorovy důstojnosti skrze jeho příbuzné, kdy s nimi bylo nedůstojně zacházeno. Následky tohoto chování jsou pro všeobecné sestry minimální, což vyjadřují odpovědi na otázku č. 10. Většinou se jedná o slovní pokárání dotyčného. Tyto následky jsou však diskutabilní, jelikož převážná část respondentů, která se s neetickým přístupem v péči o seniora setkala, na tuto otázku neodpověděla. Další otázka č. 14 poukazuje na nejčastěji používané přístupy k seniorům a otázka č. 15 podává informace o nejčastějších důvodech nevyužití etických prvků při spolupráci se seniorem.

Z pozorování na oddělení jsem se s nevhodnou komunikací ze strany všeobecných sester nesetkala. Co ale bylo velice časté, bylo nerespektování soukromí a studu seniora, kdy při hygieně všeobecné sestry nezavíraly dveře. Nebo se nerespektovalo soukromí seniora tím, že se na dveře neklepalo. Často se stává, že pacientům/klientům neklepání na dveře nikterak neschází, a však nikde a ani nikdy jsem se nesetkala s tím, že by se v rámci respektování studu o toto některá všeobecná sestra zajímala. Časté také bylo nerespektování autonomie a infantilizace typu: „Ale prosím vás, to vydržíte!“

Častokrát jsem se setkala s neetickým přístupem, když se jednalo o seniora trpícího bolestí. Pro příklad – všeobecné sestře jsem během předávání hlášení mimo jiné oznámila, že pacient trpí bolestmi a má otok, ta ale degradovala tohoto seniora tím, že si vymýšlí - nevyužila princip empatie.

Hypotéza ad 2: Domnívám se, že příčinou nevyužívání etických aspektů je nejčastěji nedostatek času.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 15. V počtu 50 respondentů určilo tuto položku. Tato informace udává, že nedostatek času má důležitý vliv na dodržování etických aspektů.

Hypotéza ad 2: Předpokládám, že ze strany přístupu všeobecných sester nedochází k pošlapání seniorovy důstojnosti.

Tuto hypotézu jsem si mohla ověřit otázkou č. 14. Zde se potvrdilo, že všeobecné sestry v přístupu k seniorům častěji volí pozitivní přístupy. Klidný, individuální a asertivní přístup se snaží dodržovat převážná část všeobecných sester, což ukazuje Graf 16. Z negativních přístupů byl volen pouze přístup paternalistický, na což odpovědělo 5 respondentů – 1 respondent s magisterským vzděláním a 4 se středoškolským. Vzhledem k tomu, že dotazník obsahoval i synonyma těchto odborných výrazů, nelze diskutovat o tom, že tento výraz volili, aniž by nevěděli o jeho významu.

Cíl č. 3 Zjistit hierarchii principů respektů důstojnosti seniora využívané všeobecnými sestrami.

K tomuto cíli byly přiřazeny otázky č. 12 a 13.

Hypotéza ad 3: Domnívám se, že nejčastěji bývá důstojnost respektována aspektem empatie.

Otázky č. 12 a 13 měly ověřit tuto hypotézu. Tuto hypotézu mi potvrdilo 40 respondentů, kteří v otázce č. 13 označili jako nejčastěji používaný princip právě empatii. V Grafu 14 si

můžeme potvrdit jejich výpověď, neboť nejčastěji byly voleny možnosti „Péče o umírající“ a „Respektování studu a soukromí“. Pro projev respektu důstojnosti v těchto oblastech je právě empatie stěžejní. O důležitosti empatie podává informace také otázka č. 8.1, v níž je zjišťováno, které témata přednášek by měly být všeobecnými sestrami častěji voleny, aby došlo ke zlepšení situace v etickém přístupu k seniorům; tuto možnost zvolilo 39 z dotázaných.

Hypotéza ad 3: Myslím si, že se především nevyužívá princip neverbální komunikace.

Tuto hypotézu měla ověřit otázka č. 13. Tato hypotéza respondenty potvrzena nebyla. Neverbální složka komunikace hraje důležitou roli pro respektování seniorovy důstojnosti u 12 respondentů. Nejníže v žebříčku principů respektů důstojnosti seniora se umístila autonomie. Důležitost tomuto principu přikládá pouhých 5 respondentů.

Cíl č. 4 Zjistit, jak eliminovat nedůstojný přístup.

Otázky č. 5, 6, 7 a 8 byly přiřazeny k tomuto cíli. Otázka č. 5 podává informace o vzdělání respondentů pro toto dotazníkové šetření. Velká část (47) respondentů jako své nejvyšší dosažené vzdělání určilo střední školu. Důležité je podotknout, že tyto předměty na SZŠ nejsou. Specializaci mělo celkem 10 respondentů, z toho 7 respondentů po střední škole a 3 respondenti po magisterském studiu; jednalo se především o specializace v geriatrici a interním ošetřovatelství. S touto otázkou souvisí otázka č. 6, v níž respondenti hodnotili kvalitu získaných informací během tohoto studia. Je zajímavé, že celkem 5 respondentů označilo, že jim studium dostatek informací neposkytlo. Z hlediska vzdělání se jednalo o 2 respondenty s magisterským vzděláním; z hlediska manažerského měly nedostatek informací 2 staniční sestry. Z toho vyplývá, že v oblasti vzdělávání jsou stále velké rezervy – což potvrzuje i otázka č. 8, na níž velká část respondentů odpovědělo označením položky „semináře či přednášky“. V otázce č. 8.1 respondenti označovali, ve které oblasti vzdělání, by si doplnili vhodné informace k tomu, aby se etický přístup zlepšil. Nejvícekrát byla označena položka „Empatie“ (39x). Na tento fakt jsem zareagovala vytvořením brožury na dané téma. Otázkou č. 7 respondenti označovali nejčastější způsob, jakýmž se v této problematice vzdělávají. Znovu se potvrdilo, že odborné semináře, označené 48x, mají podstatnou roli při získávání informací v této problematice. Hodně jsou také pro tyto účely voleny časopisy (35x), internet (33x) a knihy (29x).

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala vnímáním seniorovy důstojnosti všeobecnými sestrami, konkrétně všeobecnými sestrami pracující v sociálním i zdravotnickém zařízení. Práce pro mě byla velmi zajímavá a přínosná.

Cíle této práce se týkaly úrovně vnímání seniorovy důstojnosti všeobecnými sestrami, příčin degradací seniorovy důstojnosti, určení hierarchie principů respektů seniorovy důstojnosti všeobecnými sestrami a nalezení možného řešení nedůstojného přístupu. Myslím si, že cíle byly splněny.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nedůstojný přístup lze z velké části minimalizovat vhodně zvoleným vzděláváním v této problematice. Při rozhovoru s jednou nejmenovanou všeobecnou sestrou jsem se dozvěděla, že VŠ jí po stránce odborné nedala nic víc než SZŠ, ale naopak více dospěla v problematice respektování pacientů. Je tedy znatelné, že vzdělávání na středních školách je v tomto směru nedostačující. Velkou roli zde hraje, že toto téma není na odborných přednáškách či seminářích tak frekventované. Bylo by tedy vhodné uskutečnit přednášky na téma etického přístupu k pacientům seniorům, např.: „Respektování pacientů seniorů“ nebo „Empatie ve vztahu k seniorům“ a jiné. Na tento fakt jsem také zareagovala vytvořením brožury na téma empatie, která stručně, ale výstižně informuje o efektivním empatickém přístupu. Brožura umožňuje také zhodnotit úroveň empatie, obsahuje rady jak postupovat když empatie zmizí či jednoduchá cvičení pro posilování empatických schopností.

Dalším problémem je neefektivní, ale častěji až přímo neetická komunikace všeobecných sester. Nejen mezi sestrami v přítomnosti seniora, ale také vůči seniorovi samotnému či vůči jeho příbuzenstvu. Z tohoto je ovšem nechci omlouvat. Ohled by měl být brán na to, že senior vyrůstal v jiné době, kdy se možná vykaldovali rodičům a kdy nebyly až tolik využívány vulgarismy. Kdežto v dnešní době se i některým vulgárním slovem mladí oslovují.

Návrhy pro praxi:

- Dodržovat etické normy - Etický kodex sester a Práva pacientů.
- Podávat kvalitní informace pro studenty SZŠ.
- Zvýšit dohled všeobecných sester s manažerskou funkcí při poskytování soukromí, respektování autonomie a během komunikace - a to jak mezi všeobecnou sestrou a seniorem, tak i mezi rodinnými příslušníky.

- Průběžně si úroveň respektování seniorů ověřovat u pacientů seniorů anonymním dotazníkem či rozhovorem.
- Rozšířit akreditované semináře a televizní materiály, které se budou zabírat respektováním seniorů.

Tímto bych chtěla oslovit zejména ty všeobecné sestry, které se nachází v manažerské pozici, aby opravdu vnímaly neefektivní chování všeobecných sester vůči seniorům, aby nedůstojný přístup ihned a především dostatečně řešily, aby byly správným vzorem a aby své spolupracovnice efektivně motivovaly k tomu nebát se zakročit v situaci, kdy jsou svědky nedůstojného přístupu - protože kvalitní péče je to, na co mají pacienti/klienti nárok.

V neposlední řadě bych chtěla zmínit, že výsledky dotazníkového šetření DPS v Kroměříži byly dále využity pro zpracování standardů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] GRUBEROVÁ, Božena. 1998. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-286-5.
- [2] JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Repronis. ISBN 80-7368-110-2.
- [3] KALVACH, Zdeněk. 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
- [4] KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
- [5] KALVACH, Zdeněk. 2004. *Respektování lidské důstojnosti*. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů – projekt Paliativní péče v ČR.
- [6] KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. 2006. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. CARE. ISBN 80-7262-455-5.
- [7] KRISTOVÁ, Jarmila. 2004. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-160-3.
- [8] LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: Pro lékaře, lékárníky a ošetrovatelský personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [9] MÜHLPACHR, Pavel. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: MU. ISBN: 80-210-3345-2.
- [20] PACOVSKÝ, Vladimír. 1994. *Geriatricie: Geriatrická diagnostika*. Praha: ScientiaMedica. ISBN 80-85526-32-8.
- [31] POKORNÁ, Andrea. 2006. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO. ISBN 80-7013-440-2.
- [42] POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniorem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

- [53] SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [64] TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ústav lékařské etiky UK. ISBN 80-238-9506-0.
- [75] VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [86] VIEWEGH, Josef. 1972. *Psychologie stáří*. Brno: IDVPZ.
- [97] VYMĚTAL, Jan. 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.
- [108] WILDING, Christine. 2010. *Emoční inteligence, vliv emocí na osobní a profesní úspěch*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2754-7.

Elektronické a jiné zdroje:

[119] ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA - OKRESNÍ SDRUŽENÍ LÉKAŘŮ DĚČÍN. *Etický kodex České lékařské komory* [online]. 1996 [cit. 2012-03-7]. Dostupné z: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>

[20] ČESKO. Zákon č. 198 ze dne 23. dubna 2008 o rovném zacházení a právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2009. Dostupné také z: http://www.mvcr.cz/soubor/sb058-09-pdf.aspx&sa=U&ei=I0N4T8nFB9KYhQe-nd2YDQ&ved=0CAQQFjAA&client=internal-uds-cse&usg=AFQjCNFdGWBGLRfJ_3iWhuBZ8vO-JLwQOg

[212] HŮLE, Daniel. Stárnutí: Vývoj. In: *Demografické informační* [online]. © 2004-2009 [cit. 2012-05-02]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_demstarnutivyvoj

[22] *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [online]. Praha: ÚZIS ČR, © 2011 [cit. 2012-03-6]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2010.pdf>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Č.	Číslo
Čr	Česká republika
DPS	Domov pro seniory
EAN	Elder abuse and neglect
Např.	Například
OSN	Organizace spojených národů
SZŠ	Střední zdravotnická škola
SŠ	Střední škola
Tj.	To je
VŠ	Vysoká škola
VOŠ	Vyšší odborná škola
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK**1. TEORETICKÁ ČÁST**

Tabulka 1 - Překlad signálů očí	27
Tabulka 2 - Popis signálů řeči těla	28
Tabulka 3 - Popis mimických charakteristik	30
Tabulka 4 - Popis významů dotyků	31

2. PRAKTICKÁ ČÁST

Tabulka 5 - Pohlaví.....	47
Tabulka 6 - Délka praxe.....	48
Tabulka 7 - Místo praxe.....	49
Tabulka 8 - Manažerská pozice	50
Tabulka 9 - Vzdělání.....	51
Tabulka 10 - Specializace	52
Tabulka 11 - Kvalita informací.....	53
Tabulka 12 - Získávání dalších informací	54
Tabulka 13 - Docílení lepšího důstojného přístupu	56
Tabulka 14 – Téma přednášek	58
Tabulka 15 - Zkušenost s degradací seniorovy důstojnosti	60
Tabulka 16 - Oblasti degradované důstojnosti během zkušenosti	61
Tabulka 17 - Reakce na nedůstojný přístup.....	63
Tabulka 18 – Často degradované oblasti	65
Tabulka 19 - Upřednostňované etické prvky	70
Tabulka 20 - Nejčastěji volené přístupy	72
Tabulka 21 - Možné důvody nevyužití etických prvků	74
Tabulka 22 – Kategorie důstojnosti	76

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 - Pohlaví.....	47
Graf 2 - Délka praxe	48
Graf 3 - Místo praxe.....	49
Graf 4 - Manažerská pozice	50
Graf 5 – Vzdělání.....	51
Graf 6 – Specializace	52
Graf 7 – Kvalita informací.....	53
Graf 8 - Získávání dalších informací	54
Graf 9 – Docílení lepšího důstojného přístupu	56
Graf 10 – Téma přednášek.....	59
Graf 11 - Zkušenost s degradací seniorovy důstojnosti	60
Graf 12 - Oblasti degradované důstojnosti během zkušenosti.....	62
Graf 13 - Reakce na nedůstojný přístup.....	63
Graf 14 – Často degradované oblasti	67
Graf 15 – Respektované oblasti	69
Graf 16 - Upřednostňované etické prvky.....	70
Graf 17 - Nejčastěji volené přístupy	73
Graf 18 - Možné důvody nevyužití etických prvků	75
Graf 19 - Kategorie důstojnosti	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I	Dotazník
Příloha P II	Rozhovor
Příloha P III	Etický kodex
Příloha P IV	Hospitalizování dle věku

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den Vážená kolegyně/Vážený kolego,

jmenuji se Kateřina Reimerová a jsem studentkou oboru Všeobecná sestra, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který slouží k vypracování mé bakalářské práce na téma Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry. Vaše názory budou použity pouze pro potřeby mého výzkumu.

Mnohokrát Vám děkuji za pomoc a čas strávený vyplněním tohoto dotazníku.

Kateřina Reimerová

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Žena Muž

2. Jak dlouhá je Vaše praxe:

0-9 let 10-19let 20-29 let 30-39 let

3. Kde pracujete:

Domov pro seniory Interní oddělení LDN

4. Nacházíte se v manažerské pozici?

Ano - v pozici: Vrchní sestra Staniční sestra

Ne

5. Jaké je Vaše vzdělání? (Zatrhněte nejvyšší dosažené vzdělání a vypište specializaci)

Střední škola Vyšší odborná škola

Vysoká škola – bakalářské studium Vysoká škola – magisterské studiu

Jiné – i specializace

5.1 Jestliže jste v předchozí otázce zvolil/a možnost „ Jiné – i specializace“, uveďte prosím o jaké vzdělání se jednalo.

.....
.....
.....

6. Shledáváte, že Vám toto studium poskytlo kvalitní informace v problematice důstojnosti klienta/pacienta?

Ano – hodně málo

Ne

7. Jak získáváte (další) informace v této problematice?

Semináře

Knihy

Internet

Časopisy

Televize

Interpersonálně

Nezískávám

Jiné – uveďte:

.....
.....
.....

8. Jak si myslíte, že lze dosáhnout ještě lepšího důstojného přístupu k seniorům?

Lepší výběr personálu

Duševní hygiena personálu

Využití relaxačních technik pro personál

Doplnit vzdělání

Lepší rozvržení práce

Využití odborné pomoci – psycholog

Zvýšit počet personálu

Zvýšit mzdu

Přednášky či vzdělávací semináře

8.1 Jestliže jste zvolil/a v předchozí otázce položku „Přednášky či semináře“ – jaké téma byste navrhoval/a?

Asertivita

Empatie, základ porozumění

Pravda, lež x milosrdná lež

Zdravý životní styl

Respektování lidí

Mravnost

Relaxační techniky (Prevence stresu a syndromu vyhoření)

Možnosti profesionálního růstu

Jiné

možnosti

–

uveďte

.....
.....
.....

9. Setkal/a jste se někdy, že by došlo, ať už Vámi či někým druhým, k pošlapání seniorovy důstojnosti?

Ano

Ne, nesetkala jsem se s pošlapáním seniorovi důstojnosti (přejděte na **otázku č. 10**)

9.1 Jestliže ano – v jaké oblasti došlo k pošlapání důstojnosti?

- Ochrana informací Poskytování informací Komunikace s rodinnými příslušníky
 Empatie Nevhodný slovník sester Pravdomluvnost
 Náročný klient Péče o nesoběstačné Péče o umírající
 Vyprazdňování Hygiena Stravování
 Respektování přání Ochrana studu a soukromí Nerespektování autonomi
 Reagování na negativní myšlenky klienta (smrt, bolest)

10. Napište jak jste zareagoval/a, jestliže došlo k incidentu od druhé osoby

.....
.....
.....

11. V jaké oblasti ošetřovatelství seniorů často dochází k porušování etických zásad? (Označte 4 nejdůležitější)

- Péče o umírající Náročný klient Péče o nesoběstačné
 Hygiena Stravování Vyprazdňování
 Empatie Pravdomluvnost Manipulativní chování
 Nesplnění slibů Nerespektování přání
 Poskytování informací Ochrana informací
 Ochrana studu a soukromí klienta Komunikace s rodinnými příslušníky
 Reagování na negativní myšlenky klienta (bolest, strach)
 Nevhodný slovník sester (vulgárnost)
 Přístup ke klientovi (negativistický) Nerespektování specifik klienta (etnika, víra)

12. V jakých oblastech ošetrovatelství seniorů se především snažíte dodržovat etické zásady? (vyberte 4 nejdůležitější)

- Péče o umírající Náročný klient Péče o nesoběstačné
- Hygiena Stravování Vyprazdňování
- Empatie Pravdomluvnost Manipulativní chování
- Nesplnění slibů Nerespektování přání
- Poskytování informací Ochrana informací
- Ochrana studu a soukromí klienta Komunikace s rodinnými příslušníky
- Reagování na negativní myšlenky klienta (bolest, strach)
- Nevhodný slovník sester (vulgárnost)
- Přístup ke klientovi (negativistický) Nerespektování specifik klienta (etnika, víra)

13. Které etické prvky v přístupu k seniorům upřednostňujete? (Označte 3 nejdůležitější)

- Empatie Respektovat přání Naslouchání
- Poskytnutí soukromí Komunikace verbální Respektování autonomie
- Komunikace neverbální Zachovávání úcty

14. Jaký přístup k seniorovi nejčastěji volíte? (Vyberte 5 nejčastějších)

- Klidný Paternalistický (ochraňující autoritativní)
- Partnerský Holistický (celostní)
- Agresivní Pasivní
- Aktivní Asertivní
- Egoistický (sobecký) Altruistický (dobročinný, nesobecký)
- Manipulativní Evalvující (pochvalující)
- Kompromisní Devalvující (ponižovací)
- Tolerantivní Vůdcovský
- Individuální Benevolentní (laskavý, shovívavý)

Prosociální (skutky ve prospěch druhých bez očekávané protislužby)

15. Jaké jsou dle Vás důvody nevyužití etických prvků ve spolupráci se seniorem?

Nedostatek času

Osobní problémy personálu

Nedostatečné vzdělání

Chybí autentický přístup personálu

Problém je v klientovi/pacientovi Nedostatečné podmínky ze strany zařízení

Nedostatek vhodných pomůcek Vyhoření personálu

Nezájem personálu

Stres

Vliv ostatního personálu na Vaši osobu

Nedostatečná motivace - finance

Jiné

–

uved'te:

.....
.....
.....

16. Co pro Vás znamená slovo důstojnost?

.....
.....
.....

Zde je prostor pro Vaše postřehy a připomínky v oblasti respektování seniorů:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR

Jméno a příjmení:	X.Y.
Pohlaví:	Žena
Délka praxe:	1,5 let
Název oddělení, zařízení:	Interní oddělení
Titul:	DiS (Nutriční terapeut), Bc (Technologie potravin)
Manažerská pozice:	Ne
Vzdělání (specializace):	Neuvádí
Další vzdělávání ve zdravotnické etice:	Zatím jsem v této problematice své vědomosti dále nerozšiřovala, ale chtěla bych se více vzdělat v oblasti prevence syndromu vyhoření, zde ej to totiž potřeba.
Názor na dnešní postoje sester k seniorům:	<p>Myslím si, že největší problém je v tom, když dotyčný senior potřebuje neustálou pozornost nebo když zatajuje nějaký problém, anebo když je otravný, je to totiž velká zátěž na psychiku, jsme pořád ve stresu a za to, jak se chová, vlastně kolikrát ani nemůže.</p> <p>Největší problém je v komunikaci, hodně se stává, že sestry nemají čas na popovídání si se seniorem, protože ti si chtějí hlavně vykládat, v dnešní době hodně vážne komunikace mezi sestrou a vůbec pacienty.</p>
Jaký přístup k seniorovi nejčastěji volí	<p>Myslím, že kladně a co nejvíce jim vyhovět, je-li to v mých silách tak vyhovím.</p> <p>Nejvíce se snažím zachovat soukromí během hygieny a dávat jim dostatek informací.</p>

<p>Jak předcházet pošlapávání seniorovi důstojnosti:</p>	<p>Určitě je to respektováním soukromí, používání plent a zavíráním dveří během hygieny nebo zatáhlé okna.</p> <p>V komunikaci, bych navrhla častější návštěvy rodin.</p> <p>Vůbec bych celkově změnila kompetence a ocenění, abychom nedělaly to, k čemu vlastně ani ty kompetence nemáme jako je aplikování i.v. léků, tím hodně ztrácíme čas.</p> <p>Nebo vezměte si takového zdravotnického asistenta, kdyby měl harmonogram opravdu dle svých kompetencí tak by nám to ulehčilo práci a určitě by se našlo více času právě pro komunikaci. A také například studenti, kteří jsou zde na praxi, by mohli více komunikovat.</p>
<p>Osobní zkušenost s pošlapáním seniorovi důstojnosti:</p>	<p>Ano, bylo to ve fakultní nemocnici během mé praxe nutričního terapeuta. Bylo to smíšené oddělení a jedné staré, asi nesoběstačné paní dělali hygienu na chodbě a navíc v době, kdy pacienti chodili na oběd. Úplně ji obnažili a šlo vidět, že se stydí, plakala.</p>
<p>Reakce na tuto zkušenost:</p>	<p>Já jsem na tom oddělení tehdy byla jako nutriční specialista a nemohla jsem jim nic říct, protože to je jiný obor oni mě nenechali zasahovat do jiných věcí než je jídlo a diety.</p> <p>Mně nebo rodině se něco takového stát, tak si hodně dupnu na ten personál.</p>
<p>Kde vnímá, že nejčastěji dochází k pošlapání seniorovi důstojnosti:</p>	<p>Dle mého názoru je to během komunikace, problém je v tom, že je nedostačující.</p> <p>Dále je to také během hygieny, nejen nerespektováním soukromí, ale i toho, když například ženu umývá muž. A také nerespektováním autonomie, řekla bych, že hodně nesoběstačných lidí, si připadá, že jsou na obtíž a přitom by stačilo více je zapojit do procesu.</p>
<p>Příčiny nevyužití etických prvků v praxi:</p>	<p>Nedostatek času a personálu.</p> <p>A také málo přednášek a seminářů na toto téma za kredity,</p>

	a hlavně v blízkosti nemocnice. Takové přednášky bývají většinou ve velkých městech, což pro mne znamená další výdaje navíc. Raději si vyberu přednášku na jiné téma, která se koná v blízkosti.
Co si představí pod pojmem stáří:	Inkontinence, imobilita. Ale stáří je i pěkné, například odchod do důchodu, mít více času na aktivity.
Co si představí pod pojmem důstojnost:	Mít právo na soukromí. Právo být dostatečně a včas informován.
Využití etických prvků v praxi	Tady na oddělení se je snažíme dodržovat. Hlavní problém je jak už jsem říkala to soukromí a komunikace.
Návrh na zlepšení situace	Semináře na téma komunikace, upravení kompetencí a ocenění, aby se i seniorům třeba více četlo a aby se nemocniční prostředí co nejlíže přiblížilo k tomu domácímu.
Rozhovor vedl/a:	Kateřina Reimerová
Den:	17.11.2011
Hodina:	16:00
Místo:	Holešov
Popište, kde a jak rozhovor probíhal:	Rozhovor probíhal v pokoji a celý jsem si nahrávala na diktafon a zapisovala. Paní XY působila během rozhovoru klidně, udržovala oční kontakt, mluvila zřetelně. Problém měla s parafrázováním termínu důstojnost. Kdy nedokázala přesně vysvětlit, co si pod tímto pojmem představit.

PŘÍLOHA P III: ETICKÝ KODEX

Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

PŘEDMLUVA

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a znovu schvalován, tato zatím poslední revize byla provedena v roce 2000. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu Mezinárodní rady sester (ICN), který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003.

ÚVOD

Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je všeobecná.

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou.

Ošetrovatelská péče není omezena, pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, kulturní zvyklosti, postižení nebo nemoc, pohlaví, národnost, politické přesvědčení, rasu nebo společenské postavení pacienta.

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

KODEX ICN

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

Články Kodexu

1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

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

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

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

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

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

2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelské činnosti a za udržování své kvalifikace na potřebné výši průběžným celoživotním studiem. Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň poskytované péče. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Sestra pečlivě posuzuje svou kvalifikaci a své schopnosti při přijímání určité povinnosti a stejně tak posuzuje kvalifikaci a schopnosti osob, které pověřuje plněním určité povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, vytváří profesionální image a prestižní postavení sester ve společnosti, což přispívá k budování dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů. Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

3. Sestry a profese

Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání. Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházejících z vědeckého poznání. Sestra se prostřednictvím profesní, odborové nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a jejich spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi spolupracovníky oboru ošetrovatelství a dalších oborů. Sestra je povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou.

NÁVRHY NA VYUŽÍVÁNÍ ETICKÉHO KODEXU MEZINÁRODNÍ RADY SESTER (ICN)

Etický kodex pro sestry připravený ICN poskytuje návod k aktivitám vycházejícím ze společenských hodnot a potřeb. Bude mít smysl jedině tehdy, pokud to bude živý dokument a bude aplikován na skutečnosti ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti. Aby Kodex splnil svůj účel, je třeba, aby jej sestry pochopily, osvojily si jej a používaly jej při všech aspektech své práce. Musí být k dispozici studentům v průběhu jejich studia a sestrám v průběhu jejich pracovního života.

Využívání jednotlivých článků Etického kodexu ICN

Články Etického kodexu pro sestry připraveného ICN poskytují rámec pro normy chování.

Následující tabulka by měla sestřám pomoci převést tyto normy do praxe. Sestry a studentky ošetrovatelství tak mohou:

- Studovat normy spadající pod každý článek Kodexu.
- Přemýšlet o tom, co pro ně každá norma znamená a jak uplatnit etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení.
- Diskutovat o Kodexu se svými spolupracovníci a dalšími lidmi.
- Použít specifický příklad ze zkušenosti k určení etických problémů a norem chování, které jsou stanoveny v Kodexu. Sdělovat si navzájem, jak by sestry a studentky dané situace řešily.
- Pracovat ve skupinách na objasnění etického rozhodování a dospět ke shodě, pokud jde o normy etického chování.
- Spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

Článek Kodexu č. 1: Sestry a spoluobčan

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Poskytovat péči, která respektuje lidská práva a citlivě přistupuje k hodnotám, zvykům a přesvědčení občanů.	Do osnov zařadit informace o tom, že poskytování péče vychází z respektování lidských práv a zásad rovnosti, spravedlnosti a solidarity.	Vytvořit programy a směrnice, které podporují lidská práva a etické normy.
Zajistit kontinuální vzdělávání v etických otázkách.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami etiky a rozhodování.	Lobovat za zapojení sester do výborů zabývajících se otázkami

		etiky.
Zajistit dostatek informací, které by umožňovaly informovaný souhlas pacienta a uplatnění práva souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout.	Při výuce a studiu zajistit možnost zabývat se otázkami týkajícími se informovaného souhlasu.	Vytvořit směrnice zabývající se otázkami informovaného souhlasu a zajistit kontinuální vzdělávání v této problematice.
Používat takové systémy dokumentace a zpracování informací, které zajišťují diskretnost.	Do osnov zavést poučení o pojmech soukromí a důvěrnost informací.	Začlenit otázky soukromí a důvěrnosti informací do národního etického kodexu pro sestry.
Zajišťovat a sledovat bezpečnost prostředí na pracovišti	Poučit studenty, aby dokázali vnímat význam sociálních aktivit v aktuálních problémech.	Podporovat zdravé a bezpečné prostředí

Článek kodexu č. 2: Sestry a ošetrovatelská praxe

Pracovníci a řídící pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Vytvořit normy péče a také pracovní prostředí, které podporují poskytování kvalitní	Při výuce a studiu vytvořit možnosti, které podporují touhu po celoživotním vzdělávání a	Zajistit možnost kontinuálního vzdělávání prostřednictvím časopisů, konferencí, distančního

péče.	zvyšování kvalifikace pro praxi	studia apod
Zavést do praxe systémy pracovního hodnocení, kontinuálního vzdělávání a registraci sester.	Provádět výzkum, který ukazuje spojitost mezi kontinuálním vzděláváním a náležitou kvalifikací pro praxi, a šířit jeho výsledky.	Lobovat za zajištění příležitostí ke kontinuálnímu vzdělávání a vytvoření norem kvalitní péče
Sledovat a podporovat osobní zdraví ošetřovatelského personálu ve vztahu k jejich schopnosti pracovat.	Propagovat význam osobního zdraví, předávat informace a ilustrovat jeho vztah k ostatním hodnotám.	Propagovat mezi ošetřovatelským personálem zdravý životní styl. Lobovat za zdravé pracovní prostředí a za dodržování Zákoníku práce.

Článek Kodexu č. 3: Sestry a profese

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Stanovit normy (standardy) pro ošetřovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Při výuce a studiu zajistit příležitost zabývat se vytvářením norem pro ošetřovatelskou praxi, výzkum, vzdělávání a management.	Spolupracovat s ostatními institucemi na vytváření norem pro ošetřovatelské vzdělávání, praxi, výzkum a management.

Podporovat na pracovišti provádění výzkumu souvisejícího s ošetřovatelstvím a zdravím. Šířit a využívat výsledků výzkumu v praxi.	Provádět výzkum směřující k rozvoji ošetřovatelské profese, šířit a využívat jeho výsledky.	Připravovat a vydávat prohlášení, dokumenty a normy vztahující se k ošetřovatelskému výzkumu.
Podporovat členství v celostátních asociacích sester, za účelem vytvořit příznivé socioekonomické podmínky.	Studující sestry vést k důležitosti členství a účast v profesních sesterských asociacích.	Lobovat za spravedlivé sociální a ekonomické pracovní podmínky v ošetřovatelství. Připravit směrnice týkající se otázek pracovního prostředí.

Prvek Kodexu č. 4: Sestry a spolupracovníci

Pracovníci a řídicí pracovníci	Pedagogičtí a výzkumní pracovníci	Česká asociace sester
Budovat povědomí o specifických a překrývajících se funkcích a o možnosti vzniku napětí mezi jednotlivými obory.	Rozvíjet pochopení pro role ostatních pracovníků.	Stimulovat spolupráci s ostatními spřízněnými obory.
Vytvořit pracovní prostředí, které podporuje společné profesní	Informovat o zásadách ošetřovatelské etiky sestry i ostatní zdravotnické pra-	Vytvořit povědomí o etických otázkách jiných profesí.

etické hodnoty a chování.	covníky.	
Vytvořit mechanismy k ochraně jednotlivců, rodin i komunit, je-li jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem	Ve studentech vychovat potřebu ochraňovat jednotlivce, rodiny nebo komunity, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.	Zajistit směrnice a diskusní fóra související se zabezpečením lidí, když je jejich péče ohrožena zdravotnickým personálem.

Šíření etického kodexu pro sestry vytvořeného Mezinárodní radou sester

Aby Etický kodex pro sestry mohl být používán, musí jej sestry znát. Vyzýváme vás, abyste pomohli šířit tento Kodex na školách, kde se vzdělávají budoucí sestry, v tisku pro sestry a dalších hromadných sdělovacích prostředcích. S Kodexem by se měli seznámit také ostatní zdravotničtí pracovníci a zaměstnavatelé sester, skupiny pacientů/klientů, organizace lidských práv a skupiny tvořící politiku, i veřejnost

(*Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2012-04-1]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)

PŘÍLOHA P IV: HOSPITALIZOVANÍ DLE VĚKU

Věková skupina	Počet případů hospitalizace - absolutně		
	Celkem	Muži	Ženy
0-4	209 704	114 576	95 128
5-9	50 778	29 076	21 702
10-14	40 214	21 220	18 994
15-19	68 675	28 824	39 851
20-24	80 209	25 485	54 724
25-29	119 306	27 422	91 884
30-34	155 961	36 286	119 675
35-39	115 978	38 760	77 218
40-44	85 012	36 275	48 737
45-49	92 744	42 772	49 972
50-54	117 863	58 619	59 244
55-59	159 015	87 180	71 835
60-64	191 808	105 284	86 524
65-69	182 179	95 413	86 766
70-74	157 741	76 256	81 485
75-79	166 263	72 114	94 149
80-84	136 977	52 104	84 873
85-89	80 506	25 342	55 164
90-94	16 506	4 523	11 983
95+	4 499	1 105	3 394

(Zdravotnická ročenka České republiky 2010 [online]. Praha, 2011 [cit. 2012-03-6]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2010.pdf>)