

Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení

Žaneta Štěpánková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Žaneta ŠTĚPÁNKOVÁ**

Osobní číslo: **H10483**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení**

Zásady pro vypracování:

Prostudovat odbornou literaturu k dané problematice.

Definovat základní pojmy.

Formulovat cíle a hypotézy bakalářské práce.

Sestavit dotazník k dané problematice.

Realizovat dotazníkovou metodu, zpracovat a vyhodnotit získaná data.

Vyhodnotit stanovené cíle a hypotézy bakalářské práce.

Navrhnout řešení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

ISBN 978-80-87109-19-9.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada publishing, 2010.

ISBN 978-80-247-3271-8.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada

Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

PACOVSKÝ, Vladimír. Úvod do medicíny: učebnice pro bakalářské a magisterské

studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů. Praha: Karolinum, 2002.

ISBN 80-246-0414-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další

vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Zuzana Sousedíková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

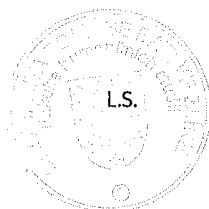
7. února 2013

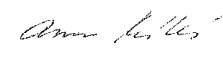
Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


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 obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ 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 7.3.13

..... Štěpánková

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 nevydělečně 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, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či 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).*

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

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

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků 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 přihlíží k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda je zachovaná důstojnost seniorů ve zdravotnickém zařízení.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má čtyři kapitoly. První kapitola je zaměřena na důstojnost seniorů, autonomii, intimitu, ageismus a etiku. Druhá kapitola je zaměřena na stáří. Třetí část je zaměřena na komunikaci. Čtvrtá část je zaměřena na zdravotnická zařízení.

V praktické části zjišťuji pomocí dotazníku nejčastější příčiny porušení důstojnosti u geriatrických klientů žijících v domovech pro seniory a na odděleních geriatric.

Klíčová slova: důstojnost, senior, zdravotnická zařízení

ABSTRACT

The aim of my bachelor thesis is to find whether dignity of old people is maintained in health care facilities.

Bachelor thesis is divided into the theoretical and practical part. There are four chapters in theoretical part. The first chapter concentrates on dignity of older people, autonomy, intimacy, ageism and ethics. The second chapter concentrates on old age. The third part is focused on communication. The fourth chapter concentrates on health facilities.

In the practical part I find out (with the aid of the questionnaire) common causes of dignity violation of geriatric clients living in homes for the elderly and in the geriatric wards.

Keywords: dignity, older people, health care facilities

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Zuzaně Sousedíkové. Cením si jejich rad a informací nepostradatelných pro tuto práci. Děkuji také ředitelům nemocnice a domova pro seniory za svolení provést výzkumné šetření na jejich pracovišti a samozřejmě nelékařským zdravotním pracovníkům.

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

Motto

„Starší lidé se obvykle necítí starými, dokud nejsou konfrontováni se skutečností, že je za staré považuje jejich okolí.“

Autor: T. Tošnerová

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	12
1.1 DŮSTOJNOST	12
1.2 AUTONOMIE	12
1.3 INTIMITA	14
1.4 AGEISMUS	14
1.5 ETIKA	15
1.5.1 Etika v ošetrovatelství	15
1.5.1.1 Předmět ošetrovatelské etiky	16
1.5.1.2 Úkoly ošetrovatelské etiky.....	16
1.5.1.3 Cíle ošetrovatelské etiky	16
2 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN	17
2.1 STÁRNUTÍ.....	17
2.2 STÁŘÍ	18
2.2.1 Projevy stáří	18
2.2.1.1 Tělesné projevy stáří.....	18
2.2.1.2 Psychické změny.....	19
2.2.1.3 Sociální změny.....	21
3 FAKTORY RESPEKTUJÍCÍ DŮSTOJNOST	23
3.1 SESTERSKÉ STAVOVSKÉ CTNOSTI	23
3.2 KOMUNIKACE.....	25
3.2.1 Verbální komunikace	26
3.2.1.1 Úspěšnost verbální komunikace	27
3.2.2 Nonverbální komunikace	28
3.2.2.1 Funkce nonverbální komunikace	28
3.2.2.2 Členění nonverbální komunikace	28
4 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	30
4.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	30
4.2 SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY.....	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	35
5.1 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	35
5.2 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY	35
5.3 METODA PRÁCE.....	35
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	36
6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA	37
6.1 DISKUZE.....	59
ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65

SEZNAM GRAFŮ	66
SEZNAM TABULEK.....	67
SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá zachováním důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení. Toto téma jsem si vybrala proto, že je mi velmi blízké a přišlo mi aktuální a zajímavé.

Spousta lidí si přeje žít co možná nejdéle, ale jen málo z nich chce být starý. Stáří je ale jedna z fází života a neodmyslitelně k němu patří. Žít znamená měnit se a stárnout. Být starým nemusí nutně znamenat spousta problémů, těžkostí a starostí s onemocněním a strachem z umírání. Toto období lze prožít i radostně a co možná nejvíce si ho užít, pokud mu to zdraví dovolí. Spousta seniorů žije aktivní život, ale někteří z nich jsou nuceni přistoupit na péči ve zdravotnickém zařízení.

Zachování lidské důstojnosti je důležité v každém období života. Lidem, kteří jsou odkázaní na péči, nebo jedincům s demencí důstojnost přísluší stejně jako všem ostatním. Je velmi důležité, aby byly respektovány odlišné potřeby každého z nás a snažit se zachovat co největší míru autonomie. Aby byl senior spokojený, tak je důležité nejen jeho zdraví, ale i kvalita poskytované péče v rámci zařízení. Je důležité, aby starý člověk nebyl považován jen za předmět péče, ale za aktivního jedince, který o sobě sám rozhoduje.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda je zachovaná důstojnost seniorů ve zdravotnickém zařízení.

V první kapitole je vysvětlen pojem důstojnost seniorů, autonomie, intimita, ageismus a etika v ošetřovatelství. Dále zde objasňuji co je předmětem etiky, jaké jsou její úkoly a cíle. Druhou část jsem nazvala- Stáří jako společenský fenomén a zabývá se pojmy stárnutí a stáří. Dále zde objasňuji projevy stáří, které jsem rozdělila na tělesné, psychické a sociální. Třetí část je zaměřena na faktory respektující důstojnost- na sesterské stavovské ctnosti a na verbální a neverbální komunikaci. Čtvrtá kapitola je zaměřena na zdravotní a sociální péči o seniory.

Ve výzkumné části zjišťuji pomocí dotazníku nejčastější příčiny porušení důstojnosti u geriatrických klientů žijících v domovech pro seniory a hospitalizovaných jedinců na geriatrickém či interním oddělení. V závěru této kapitoly uvedu výsledky šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1 Důstojnost

Důstojnost, nebo také váženost, velebnost. V této době je zdůrazňováno, že každý jedinec má svou důstojnost, a proto je žádoucí ke každému člověku přistupovat s respektem. S pojmem důstojnost se setkáváme často, ale jen málokdy je konkrétně naplňována. V ošetrovatelské praxi je ale možné tento pojem naplňovat spoustu zdánlivě drobných činností, např. společenským taktem, precizní péčí o hygienu, pitný režim, uctivým oslovením těch, o které pečujeme a všeho co vytváří pocit bezpečí a vztahové i materiální jistoty. (Haškovcová, 2012, s. 76)

Jestliže někdo přijde o svoji důstojnost, tak to většinou cítí jako velké utrpení. Vitalita, mládí a sebeovládání jsou vlastnosti, kterým naše společnost vyhrazuje nejvyšší úctu a přisuzuje jim důstojnost. Za nedůstojné považuje jejich nedostatek. Dokud je člověk aktivní a zdravý, odvozuje si svou důstojnost z věcí, kterých si nejvíc cení a které dělá dobře. Je jedno, z čeho důstojnost čerpáme, doprovází ji úcta k sobě samému, ale i úcta v očích druhých lidí. (Dvořáčková, 2012, s. 36)

Lidé, kteří jsou pyšní na to, že jsou ve svém životě aktivní, a jsou zvyklí dávat, zjišťují, že závislost na okolí a nemoc je něco, na co nejsou připraveni. Většinou protestují a kladou odpor. Pro ležícího pacienta s nepříznivou prognózou a vzrůstající závislostí na druhých, může mít komunikace o smyslu důstojnosti velký význam. (Dvořáčková, 2012, s. 37)

1.2 Autonomie

Autonomie neboli svébytnost, nezávislost, funkční samostatnost. V poslední době je zdůrazňována v souvislosti s lidskými právy. Každý z nás by měl mít možnost o sobě rozhodovat ve zdraví, ale i v nemoci. Přestože mají někteří senioři v praxi sníženou schopnost tak činit, měla by být jejich vůle brána vždy v úvahu. Senioři hospitalizovaní v nemocnici by měli náležitě využívat možnosti informovaného souhlasu. Uživatelé sociálních služeb by měli sami vyjádřit, co si přejí dělat nebo s kým se chtějí stýkat. Autonomie souvisí s individuálním plánem a respektem. (Haškovcová, 2012, s. 56)

Kutnohorská uvádí, že autonomie je etický princip, který poukazuje na to, že každý z nás by měl mít právo určovat své jednání a chování podle svých etických zásad. Lidská autonomie má také sociokulturní kontext včetně náboženství. Klienti/pacienti ošetrovatelské

péče podle svého uvážení mají právo přesunout odpovědnost za rozhodování na někoho jiného- např. sestru- ošetřovatelku. (Kutnohorská, 2007, s. 18)

Lidská autonomie se považuje jako významná životní hodnota. Ve stáří má však tato hodnota jiný rozměr, protože dochází k tomu, že se senior stává „závislý“ na svém okolí. Je nutné podotknout, že se závislost a autonomie na pomoci druhých nevylučují. Pojem autonomie v sobě zahrnuje nezávislost, svobodu, sebeurčení a kontrolu rozhodování. (Dvořáčková, 2012, s. 47)

Z pohledu seniorů autonomie znamená především fyzickou soběstačnost. Zásadní význam ale senioři připisují zdraví. Význam také přikládají samostatnosti v jednání, rozhodování a v názorech. Dále pak autonomii berou jako určitou svobodu od nepřejících si sociálních kontaktů a povinností. Senioři také nechtějí a odmítají být pro druhé „břemenem“. Nebýt závislí na druhých, tak rozumějí pojmu osobní autonomie. (Sýkorová, 2007, s. 116- 117)

Schopnost vést život podle svých vlastních pravidel, tak autonomii definují Pichaud a Thareauová. Podle této definice se pojem autonomie přibližuje slovu svoboda. Svobodně se rozhodovat o sobě a o svém způsobu života znamená ve stáří být autonomní. Aby mohl být senior opravdu autonomní, měl by mít schopnost volby, sebeurčení a schopnost svobodně se rozhodovat a jednat podle svých představ. Je k tomu nutné však být dostatečně fyzicky, sociálně a rozumově vybaven. K rozhodování o svém životě je nutné, aby byl senior dostatečně motivovaný, aby měl potřebu své schopnosti uplatnit. Potřebuje také vhodné prostředí, aby senior mohl autonomii realizovat. (Dvořáčková, 2012, s. 47- 48)

Když mluvíme o autonomii seniorů, nelze vynechat zmínku o soběstačnosti a závislosti seniorů na péči druhých lidí. Soběstačnost můžeme definovat jako schopnost postarat se adekvátním způsobem o svoji domácnost a o sebe sama. Tvoří ji hmotná, sociální, psychická a fyzická složka. O dysaptibilitě hovoříme tehdy, jestliže u osob ve vyšším věku v některých oblastech soběstačnosti dochází k poruchám. (Dvořáčková, 2012, s. 48)

Pichaud a Thareauová (1998, s. 44) uvádějí, že se senior stává závislým, jestliže je při výkonu běžných denních činností odkázán na pomoc druhých lidí. Lidská autonomie (vnitřní autonomie) může být zachována, přesto že je člověk závislý na pomoci druhých.

Autonomie tedy znamená mít vlastní názory a prosazovat je, řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí asistence. Senioři zdůrazňují sociální vztahy s užší rodinou a přáteli. Osobní autonomii chápou, že nebudou závislí na druhých a mít k ostatním ohled (respekt

k autonomii druhých). Autonomii ve stáří charakterizujeme tedy jako autonomii uvnitř sociálních vztahů. (Dvořáčková, 2012, s. 48)

1.3 Intimita

Intimita- soukromí, důvěra, ale i citová blízkost k ostatním lidem. Odlišujeme různé druhy intimity: tělesnou (osobní), citovou ke svým rodičům, dětem, partnerovi, přátelům apod. Každý z nás si svou intimitu chrání. I starší lidé potřebují mít svou intimitu, a proto se snažme při všech ošetrovatelských výkonech, aby jejich intimita byla zachovaná. Musíme být citliví i při rozhovoru se seniorem o intimních a soukromých záležitostech. Je důležité pomáhat při udržování intimních vztahů, a pokud je to možné, tak je i rozvíjet. (Haškovcová, 2012, s. 98)

1.4 Ageismus

Ageismus označuje projevy nesnášenlivosti vůči seniorům a všemu, co stáří připomíná. Častým projevem ageismu je věková diskriminace. (Haškovcová, 2012, s. 48)

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 107) uvádějí, že ageismus je označení pro diskriminaci věku, zejména stáří. Tento pojem rozpracoval a zavedl známý gerontolog R. Butler v roce 1968. Ageismus má dvě podoby.

Otevřenou diskriminací je vyloučení jedince na základě věku, např. z nějaké služby- ve zdravotnictví jde o věkem vymezenou hranici určitého výkonu, a to ne z důvodů odborných, ale úhradových či kapacitních (např. zápis do dialyzačního programu jen do věku 60 let při nedostatku hemodialýz). Další a častější podoba ageismu je diskriminace na základě funkčního stavu s podceněním účelnost, účinnosti a oprávněnosti nechtěné služby (například zdravotnického výkonu)- můžeme mluvit o diskriminaci křehkých lidí na základě frailtizmu (křehkosti). Na rozdíl od národnostní, rasové nebo náboženské diskriminace se některá věková omezení považují oprávněná, např. o poskytnutí úvěru, žádost o bankovní půjčku nebo při nuceném penzionování. Jiná věková omezení jsou ale diskutabilní např. při konkurzech na pracovní místa. Věková diskriminace souvisí s nesnášenlivostí seniorů až gerontofobií, typickým příkladem je odmítání výstavby domovů pro seniory lidmi v okolí. Senioři jsou prezentováni jako pohoršující, nevhlední, nebezpeční svým vystupováním, hygienou, zdravotním stavem a infekčním onemocněním. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 107- 108)

1.5 Etika

Etika je nauka o mravnosti. V praktickém životě se spíše mluví o etickém chování. Každý z nás si přeje, aby s ním ostatní mluvili a jednali ohleduplně, vlídně, s respektem a citem. Prohřešky proti takovému očekávanému chování jsou snášeny špatně, hlavně od seniorů. V etickém chování se nemůžeme spolehnout jen na cit, který nám někdy říká správně a jindy špatně, co je dobré a naopak co není, ale je žádoucí, abychom své chování cílevědomě kultivovaly. (Haškovcová, 2012, s. 77)

Pacovský a Sucharda (2002, s. 30) etiku definují, jako vědu o mravnosti. Etika se zabývá zkoumáním zákonitostí mravního chování společnosti i jedince. V průběhu času se mravní zásady mění. Etika zdůvodňuje a ustanovuje, co je mravné a co naopak mravné není a vymezuje rozsah platnosti etických zákonů.

Dle Kutnohorské (2007, s. 11) se etika používá pro vědecké zkoumání morálních obsahů. Hlavní problém etiky je to, zda víme co je špatné a co ne. Většinou jsme našli odpověď ve svém náboženství a morální tradici. V současné době je také spousta náboženských, morálních nebo ideologických tradic, které je nutné respektovat.

1.5.1 Etika v ošetrovatelství

Etika ošetrovatelství a lékařská etika jsou navzájem propojené. Práce sestry spočívá v ošetřování postižených nebo nemocných, v péči o nemohoucí a staré. Zvolit si povolání zdravotní sestry znamená dobrovolně a svobodně se rozhodnout pro službu ostatním lidem, která spočívá v poskytování pomoci při navrácení zdraví a ochraně. Při vykonávání své profese sestry vstupuje do různých mezilidských vztahů, z kterých je nejdůležitější vztah k pacientovi. Tyto vztahy jsou eticky důležité, protože zároveň řeší otázky, které se týkají základních lidských hodnot: důvěry, mlčenlivosti, zdraví, života atd. (Kutnohorská, 2007, s. 21)

1.5.1.1 Předmět ošetřovatelské etiky

Je důležité, aby na pracovišti byl dobrý kolegiální vztah sester, ale také dobrý vztah k lékaři a ostatním pracovníkům. Dále je důležitý postoj a vztah sestry- ošetřovatelky k pacientovi. Projevuje se komunikací neverbální i verbální a etickým chováním. (Kutnohorská, 2007, s. 22)

1.5.1.2 Úkoly ošetřovatelské etiky

Úkolem je studování pravidel vztahů mezi všemi zaměstnanci na pracovišti, hodnocení eticky složitých situací a stanovit hodnoty a cíle určité situace, formulovat odpovědnost a povinnosti ošetřovatelek, stanovit mravní normy povolání sestry. Úkolem ošetřovatelské etiky je také zkoumání kvality postojů a vztahů mezi pacientem a sestrou. A také je důležité definovat mezilidské vztahy, které jsou žádoucí. (Kutnohorská, 2007, s. 22)

1.5.1.3 Cíle ošetřovatelské etiky

Cílem ošetřovatelské etiky je humanizace vztahů mezi pacientem a sestrou, mezi sestrami a lékaři apod. Dále pak umírnění jednání a chování při profesionálních činnostech ošetřovatelství se záměrem porozumět člověku, pochopit nelehkou situaci člověka a snažit se mu pomoci. Vhodným způsobem usilovat o uspokojení duchovních, kulturních, sociálních, psychických a terapeutických potřeb pacientů je také cílem ošetřovatelské etiky. (Kutnohorská, 2007, s. 22)

2 STÁŘÍ JAKO SPOLEČENSKÝ FENOMÉN

Hodnocení a sledování kvality lidského života je možné pojmout jako subjektivní náhled pacienta na průběh svého života. Existuje několik faktorů, které ovlivňují uchování vitality ve vysokém věku. K nejdůležitějším patří vrozená a genetická dispozice, jakým životním stylem žil v minulosti a v současné době, opotřebením organismu, stravování, prostředí, ve kterém konkrétní osoba žije, zda prodělal nějaké degenerativní choroby, ale i takové faktory, jako je nezdolnost, jak vládá stres, převládající psychické obranné mechanismy atd. Věkové faktory změnit nelze, ale některé jiné vlivy ano. (Dvořáčková, 2012, s. 9)

Otázky, které se týkají tajemství lidského života a smrti, stárnutí a stáří doprovázely lidstvo od nepaměti. Fenomén stáří byl v minulosti vnímán různými úhly pohledu, ale také s rozdílnou intenzitou. Počet seniorů v populaci stále roste a nacházejí se mezi nimi jak zdraví, tak i nemocní jedinci. Všichni však mají stejné právo na profesionální sociální i zdravotní péči, která nebude omezovat jejich důstojnost ani ve vysokém věku. (Dvořáčková, 2012, s. 9)

2.1 Stárnutí

Se stárnutím se setká každý z nás, je to důležitá osobní zkušenost. Stárnutí a stáří není jen proces degradace a úbytek sil, je to období v našem životě, které má stejně jako předchozí etapy své radosti, ale i smutky, hodnoty i trápení, naděje i zklamání. Na postojích a přístupu ke stárnutí každého z nás záleží, jaká bude kvalita života a jeho smysl ve stáří. (Ondrušová, 2011, s. 13)

Dle Ondrušové (2011, s. 13) je stárnutí neodvratný celoživotní biologický proces, na jehož konci je stáří. Není to pouhé plynutí času, ale je to projev biologických dějů, které nastávají a po určitou dobu trvají.

Dvořáčková (2012, s. 9) uvádí, že stárnutí je souhrn změn, které probíhají ve strukturách a funkcích organismu, jejichž projevem je pokles výkonnosti člověka a jeho zvýšená zranitelnost. Během stárnutí dochází k určitým změnám v organismu jedince. Tyto změny však nenastávají u každého jedince stejně za sebou, ale je to individuální proces. Stárnutí můžeme považovat za přechodnou vývojovou etapu mezi dospělostí a stářím.

2.2 Stáří

Stáří je pozdní fáze ontogeneze, ve které se projevují involuční změny se zhoršením odolnosti organismu. Ve stáří je také snížena adaptační schopnost v oblasti biologické i psychosociální. (Kalvach a Onderková, 2006, s. 7)

Ondrušová (2011, s. 16) uvádí, že stáří patří do poslední vývojové etapy, kterou končí lidský život. Je to důsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů, ovlivněnými spoustu externími faktory, z nichž zvláště důležité jsou životní podmínky, nemoci a způsob života.

Stáří je etapa člověka, kdy se výrazně mění jeho způsob života. Do období stárnutí a stáří produktivní člověk přechází pomalu. Osamostatnění dětí a narození vnoučat- „syndrom prázdného hnízda“, když přijde tohle období, tak si nejdříve obvykle uvědomíme, že stárneme. Odchod do starobního důchodu je dalším mezníkem. Postupně dochází ke zpomalování životního tempa, k úbytku sil a zhoršování zdravotního stavu. Často dochází i ke zhoršování ekonomické situace. Může nastat i k další velké životní změně a to je úmrtí partnera a blízkých. Senioři mají mnohdy psychologické potíže, protože se cítí pro okolí zbyteční. Ohroženo je také udržování sociálních kontaktů, což může vést až k sociální izolaci. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 82)

2.2.1 Projevy stáří

Během stárnutí dochází k sociálním, psychickým a biologickým změnám. Některé příčiny můžeme méně či více ovlivnit- např. léčbou onemocnění, životním stylem) a jiné změnit neumíme- genetickou dispozici. (Ondrušová, 2011, s. 26)

2.2.1.1 Tělesné projevy stáří

Fenotyp stáří, tak označujeme tělesné projevy stáří, kterými se odlišují staří lidé od mladých. S věkem se naše tělesná výška snižuje a tělesná hmotnost obvykle stoupá. Dochází k úbytku svalové hmoty a síly, dochází také ke změnám postoje a chůze. Nápadné a významné jsou i změny smyslového vnímání. Významně klesá čich i chuť (více u kuřáků), dále je stoupajícím věkem ovlivněn zrak a sluch, kdy jedinec není schopen rozpoznat vysoké tóny. (Kalvach. 2004, s. 99- 101)

Během stárnutí dochází ke změnám anatomických i fyziologických. Některé z nich probíhají pomaleji a jiné rychleji. Mezi nejvýznamnější změny ve stáří můžeme zařadit: vitální

kapacitu, sexuální aktivitu u mužů, srdeční kapacitu, rychlost reflexů na jednoduché vizuální a akustické podněty, váhu mozku, svalovou sílu, rychlost vedení vzruchu nervovými vlákny a bazální metabolismus. (Dvořáčková, 2012, s. 12)

Se stoupajícím věkem dochází ke dvěma problematikám. První problematikou jsou zvláštnosti chorob ve stáří, ze kterých převahuje polymorbidita, chronicita nemocí, průběh nemoci je atypický, jiné léčebné postupy, než u mladších pacientů a specifické komplikace u seniorů. Druhým okruhem jsou typické choroby ve stáří: cévní mozkové příhody, katarakta, ischemická choroba srdeční, artróza, osteoporóza, Alzheimerova nemoc a další. Zdravotní stav u seniorů ovlivňují také funkčně závažné involuční změny, geriatrická křehkost (rizikovost a zranitelnost seniorů) a důsledky životního stylu. (Ondrušová, 2011, s. 27)

Některé zdravotní problémy u seniorů se vyskytují opakovaně, často a nesouvisí s určitým onemocněním. Většinou jsou tyto obtíže přehlíženy a považovány za důsledek stárnutí. Geriatrické syndromy, tak vznikl koncept, který vychází ze zkušenosti, že důležité symptomy mají mnoho a různě kombinované příčiny, chronický průběh a vedou k omezení klientovi nezávislosti. Patří mezi ně: inkontinence, poruchy příjmu potravy, poruchy termoregulace, imobilizační syndrom, hypomobilita, svalová slabost a dekonidice, instabilita s úrazy a pády. (Ondrušová, 2011, s. 29)

Všechny funkční a morfologické změny během stárnutí mají velký vliv na vzhled a chování jedince. Objevují se pocity nejistoty a nedůvěry. Senior se čím dál častěji zaměřuje na sebe, jak pracují jeho orgány. S těmito tělesnými změnami blízce souvisí i psychické změny ve vývoji člověka. (Dvořáčková, 2012, s. 12)

2.2.1.2 Psychické změny

Během stárnutí může dojít ke změně osobnosti, dochází k psychické involuci. Do popředí se ve stáří dostávají negativní rysy osobnosti a často je doprovází negativní vlastnosti jedince. (Říčan, 2004, s. 337- 338)

Vystihnout důležité osobnostní rysy seniora je komplikované, protože kolem každého z nás jsou jiné sociální a společenské podmínky. Normální fyziologické stárnutí probíhá v odlišných psychických složkách různě: u každého jedince nastupuje v jiný čas, postupuje nestejnou rychlostí a může být kompenzováno různými prostředky s odlišným úspěchem. (Štílec, 2004, s. 15)

Venglářová (2007, s. 16) uvádí, že během stárnutí mohou psychické změny zároveň se sociálními ztěžovat jedincům adaptaci na nové prostředí. Proto je vždy důležité rozeznat problematické chování, které nastává ve stáří od tělesných či duševních poruch. Můžeme uvést charakteristický obraz psychického stavu ve stáří:

- Psychické změny sestupné povahy- pokles vitality, chutě do života, zpomalení psychomotorického tempa, snížení všípivosti, výbavnosti a pozornosti, menší schopnost udržovat si vztahy a navazovat sociální kontakty.
- Psychické změny vzestupné povahy- větší trpělivost, vytrvalost a tolerance k ostatním.
- Psychické funkce, které se stoupajícím věkem zůstávají stejné- intelekt, slovní zásoba, jazykové znalosti atd.

Dle Štilce (2004, s. 15- 16) lze za charakteristické znaky ve stáří považovat **zpomalení psychické činnosti**. Proto pro seniory nejsou vhodné činnosti, u kterých se musí rychle rozhodnout, nebo činnosti pod tlakem. Ve stáří jsou časté **emoční problémy**, které mohou vyvolat nedostatky ve smyslovém vnímání. Nejčastějším emočním problémem jsou deprese, úzkost, ale i výbušnost staršího člověka. V kontaktu s ostatními lidmi se nejhůře snáší nedoslýchavost, zhoršení zraku, někdy i čichu- senior pak ztrácí kontrolu nad vlastní hygienou. Příčiny některých potíží stárnoucích lidí si ostatní v jeho blízkosti všimají (např. potíže v komunikaci při úbytku sluchu), ale jiné chápou hůře (při nedoslýchavosti bývá jedině podezřívavý, že s ním ostatní nechtějí komunikovat, že se mu dokonce vysmívají apod.), potom je senior podrážděný. Na život mají negativní dopad i **změny v pohybových schopnostech**- jako je zhoršená pružnost svalů, dochází k úbytku síly, periferního vnímání i centrální kontroly, zajišťované centry v mozkové kůře. Dalším charakteristickým znakem stáří jsou **změny v oblasti učení a paměti**.

Během stárnutí dochází k úbytku spousty duševních funkcí, ale to je biologické. K úbytku nastává pomalu, v některých oblastech začínají již ve středním věku. Jsou to důsledky změn, které nastávají v nervové soustavě, v pohybové ústrojí, ve smyslových orgánech, v látkové přeměně a v činnosti žláz. (Dvořáčková, 2012, s. 13)

Během stárnutí a ve stáří dochází k mnoha negativum, ale jsou tu i pozitiva, která lze ve stáří spatřit. Díky vyzrálosti a zkušenostem často dochází ke zklidnění a zmoudření staršího člověka. Senior bývá trpělivější a zvyšuje se i přesnost v některých činnostech. Pozitivem je i větší pochopení pro potíže ostatních lidí, stálost ve vztazích ve svém okolí a

v názorech. Rozvaha při vystupování a jednání se zvětšuje včetně osobního projevu. Starší lidé dávají větší pozor v přístupu k nějakým úkolům a mají schopnost odlišovat důležité věci od nedůležitých. (Štilec, 2004, s. 16)

2.2.1.3 Sociální změny

Každá společnost má určitou sociální strukturu a ta je spojena se společenskými vztahy. To jak se společnost dívá na stáří, se stále mění a vyvíjí. S tím souvisí společenský status seniorů a jejich společenská role. Společnost v dnešní době vede člověka po celý jeho život k samostatnosti a nezávislosti. Ve chvíli, kdy jedinec odchází do starobního důchodu, jeho společenská role se mění a označuje se jako „nemít roli“. Při statusu „nemít roli“ se jedinec stává závislým na druhé osobě. Odchodem do důchodu je v dnešní době senior postaven před problém- musí vhodně změnit svůj životní styl, neboť pracovní rutina, která doteď tvořila jeho náplň dne, přestává fungovat a místo práce má teď nadbytek volného času. S odchodem do penze se mění chování, prožívání i vnímání. Jestliže stárnoucí člověk, který odejde do penze, nenajde vhodnou náhradu dosavadního stylu života bez programu a perspektivy, hrozí velké riziko. (Dvořáčková, 2012, s. 13- 14)

Vlivem biologických, psychologických a sociálních změn dochází často k tomu, že společnost vyčleňuje starší jedince. Nastávají problémy s vytvářením nových partnerských a přátelských vztahů. Ve stáří se umocňuje strach z opuštěnosti a osamělosti. (Hojda, Prahla a Ottlová, 2009, s. 207)

Odchod dětí z domova je další velkou událostí, která nechá stopy na rodinném životě. Když děti odejdou, tak se manželé doma ocitají sami, pouze jeden s druhým. Musí najít jiný způsob života bez dětí. Tato velká změna může partnery ještě více sblížit, nebo naopak oddálit. Jde o tzv. „syndrom prázdného hnízda“. Role rodiče je náhle ztracena, ale většinou bývá nahrazena jinou rolí- rolí prarodiče. (Pichaud a Thareauová, 1998, s. 27- 28)

Smrt neodmyslitelně patří do poslední fáze života, tedy ke stáří, smrt jedince ukončuje jeho život, ale také znamená konec života v manželství. Jedinec se vyrovnává s odchodem svých vrstevníků, tak i se smrtí svého životního druha. (Hojda, Prahla a Ottlová, 2009, s. 207)

Vyrovnat se s ovdověním znamená, že si jedinec vytvoří nové cíle a přeorganizuje si svůj dosavadní způsob života. (Říčan, 2004, s. 389)

Během stárnutí nastávají u jedince potíže s orientací a snižuje se jeho manuální zručnost. Začíná trpět tzv. handicapem sociální integrace, kterým se rozumí neschopnost účastnit se obvyklých sociálních vztahů. (Dvořáčková, 2012, s. 15)

Mezi seniory jsou jisté rozdíly v plánování budoucnosti. Mezi těmi, kteří žijí doma s rodinou, žijí relativně šťastně a mají více plánů do budoucnosti. Na rozdíl tomu lidé žijící v domovech pro seniory upadají často do nezájmu, letargie a sociální izolace. (Křivohlavý, 2002, s. 143)

3 FAKTORY RESPEKTUJÍCÍ DŮSTOJNOST

3.1 Sesterské stavovské ctnosti

Ošetřovatelská péče patří mezi velmi náročné povolání, ke kterému jsou nutné určité osobnostní předpoklady. Na celém světě je toto povolání převážně záležitostí žen. U ženy totiž existuje propojení mezi citem, smyslovým životem a myšlenkou. Nejsou to jen ctnosti občanské, které inspirují a oslovují ošetřovatelky- zdravotní sestry, ale také spoustu profesních ctností. (Kutnohorská, 2007, s. 44)

Setra jako:

- Žena- má přirozeně sklon k harmonii a jednotě,
- Matka- projevuje pochopení, spoluúčast, soucit, je pečovatelkou a oporou,
- Spolupracovnice- má přirozený cit pro pořadí úkolů, pro hodnoty, které jsou v životě důležité,
- Odbornice- využívá svoje zkušenosti, zručnosti a vědomosti. (Kutnohorská, 2007, s. 44)

V praxi je spousta náročných situací, do kterých se sestra dostává a které musí zvládnout lidsky a odborně. Sesterské stavovské ctnosti mají hlubší rozměr, lze definovat následovně.

Diskrétnost: Jedná se o umění mlčet a poslouchat.

Cílevědomost: Jde o přesně definovaný cíl a kroky, které jsou nutné k jeho zrealizování.

Kolegialita: Společensky- pracovní ctnost, která respektuje schopnosti, úroveň a osobnost jiného člověka.

Důvěryhodnost: Je podmíněna poskytováním pravdivých informací klientovi a znalostmi daného problému.

Nezištnost: Jde o dar dávat bez čekání na odměnu, je to opak sobectví.

Láska k nemocnému: Pramení z etické odpovědnosti vůči pacientovi, je nadějí pro jeho očekávání i pro pochopení pro jeho bolest.

Obětavost: Každý den kdy sestra pracuje, nastanou menší či větší oběti z její strany.

Odpovědnost: Sestra je odpovědná vůči všem podobám identity a kvality klientova života. Také má spoluodpovědnost za zdraví člověka a jeho život.

Ohleduplnost: Sestra respektuje ostatní lidi v jejich identitách, respektuje jejich kulturu, postižení, náboženství, nemoc a věk.

Ochota: Díky ní je sestra vnímavá pro všechny klientovi potřeby v biologické, psychologické i sociální oblasti osobnosti a také v závislosti na vnímání útrap a bolesti, které jsou součástí pacientova onemocnění.

Otužilost: Můžeme definovat jako určitou odolnost snášet do jisté míry duševní i tělesnou zátěž.

Optimismus: Víra, že budoucnost bude pozitivní

Radost: Je to emoce, která je výsledkem mnoha vlivů. Vnitřní radost je pramenem harmonické a vyrovnané osobnosti, která plyne z nekončící sebevýchovy. Ve vztazích s lidmi přináší úspěchy. Radost z jedince vyzařuje, stejně jako optimismus.

Sociální cítění: Sestra respektuje důstojnost člověka a jeho základní životní potřeby, respektuje základní lidské práva.

Sebeovládání: Je schopnost sestry zachovat si svou vlastní důstojnost a projevit rozvážnost v konfliktních situacích.

Spolehlivost: Seriózní jednání, které sestra provádí na základě vysoce odborných znalostí a třídění nových informací. Je nutné ji pěstovat s poctivostí, důsledností, čestností a důkladností.

Trpělivost: Jde o statečné chování v boji s nemocí a vytrvalé chápání problémů pacienta.

Taktnost: Na základě empatie a pochopení situace, ve které se klient nachází, sestra ovládá své slova, city, gesta a celkové vystupování.

Vlídlost: Jednání sestry s ochotou, trpělivostí, taktností, otevřeností, vždy s rozvahou a klidem.

Tvořivost: Je nápomocná v objevování nových přístupů k řešení odborných problémů a v kultivaci vlastní osoby.

Velkorysost: sestra je schopna odpouštět, vidět správně své schopnosti. (Kutnohorská, 2007, s. 44- 45)

3.2 Komunikace

Komunikace je chápána jako proces, při kterém dochází k výměně informací mezi dvěma nebo více komunikujícími jedinci. Je to prakticky základ všech vztahů mezi lidmi. Jde o proces přenosu, sdělování, výměny hodnot a významů zahrnující oblast informací, ale také další výsledky a projevy aktivity lidí, jako jsou formy chování, umělecké výtvoř, zboží atd. (Pokorná, 2010, s. 11)

Haškovcová (2012, s. 103- 104) uvádí, že komunikací rozumíme dorozumívání se mezi lidmi. V dnešní době je na komunikaci kladen velký význam a profesionální pečovatelé chodí na nejrůznější kurzy, jejichž náplň tvoří právě komunikace.

Pod pojmem komunikace si můžeme představit výměnu všech informací a signálů mezi dvěma nebo více lidmi. Komunikace mezi klientem a jedincem pracujícím ve zdravotnictví, někdy může začít dříve, než se obě tyto osoby setkají. Komunikace se mezi nimi může vytvářet na základě věcných, nebo na základě mylných informací. (Šamánková, 2006, s. 42)

Zejména při komunikaci se staršími lidmi, je nutné přihlídnout na aktuální stav kognitivních schopností a aktuální psychický stav v dané situaci s ohledem na důsledek v jednání a chování seniora. (Pokorná, 2010, s. 15)

Kdykoliv hovoříme s jinými osobami, tak se v naší vzájemné komunikaci vyskytuje 6 poselství:

- Co jsme chtěli druhému jedinci sdělit.
- Co bylo opravdu řečeno.
- Co ostatní skutečně slyšeli.
- Co si ostatní jedinci myslí, že slyšeli.
- Co ostatní říkají na to, co jsme si mysleli, že slyšeli.
- Jak vnímáme to, co ostatní jedinci řekli o tom, co jsme si mysleli, že slyšeli. (Pokorná, 2010, s. 16)

Zdravotní sestra využívá dovednosti komunikace s klientem jako součást profesionálního vybavení. Dovednost komunikovat slouží k rozvíjení a navázání kontaktu s klientem. Jsou názory, že jde o dovednost, kterou je někdo má a druhý jí obdařen nebyl. To je ale omyl. Komunikace je schopnost, kterou jedinec může po celý svůj život stále rozvíjet. V komunikaci se může každý zdokonalit, pokud je ale splněna základní podmínka a tou je, že člo-

věk sám chce. Sestra navíc pomáhá pacientům rozšířit jejich sociální kompetence. Příčinou zhoršení se pacientovi komunikačních schopností může být onemocnění, odloučení od rodiny, nebo neschopnost pracovat. V takové situaci pak nastupuje sestra, aby mohla zdokonalit pacientovi komunikační dovednosti. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 11)

Rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, každý druh má svůj význam i zákonitosti. První z nich je **sociální komunikace**. Jde o hovor, který je běžný při kontaktu s pacientem. Díky sociální komunikaci se vytváří vztah mezi pacientem a osobou, která o něj pečuje. U jedince hospitalizovaného v nemocnici či v domácím ošetřování, je omezena možnost jeho sociálních kontaktů. V takové situaci pozitivně přijímá možnost hovoru s ostatními lidmi. Lidé, kteří pracují ve zdravotnictví, navázání vztahu s pacienty usnadní další komunikaci v rámci ošetřování. Mezi situace které jsou vhodné pro rozvoj sociální komunikace patří: hygienická péče, úprava lůžka, krmení pacienta, rozhovor na pokoji pacienta či na denní místnosti. Další druh profesionální komunikace nazýváme- **Strukturovaná (specifická)**. Tímto druhem komunikace sdělujeme důležité informace, motivujeme pacienta k dalšímu léčebnému postupu, edukujeme atd. Jsou zde vysoké nároky na přijatelnou formu a srozumitelnost sdělení vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta. Na závěr je důležitá zpětná vazba a ověřit si, zda pacient všemu rozuměl a akceptuje to, co jsme mu sdělili. U jedinců, kteří mají sníženou schopnost komunikovat (včetně porozumění obsahu sdělení) je tento druh komunikace problematický. Témata specifické komunikace: informace o komplikacích, dietě, postupu vyšetření atd. Formou rozhovoru s pacientem se často odehrává tzv. **terapeutická komunikace**. Při denním kontaktu s klientem sestra poskytuje pomoc a oporu v těžkých okamžicích rozhodování, pomoc při adaptaci na změnu, přijímání nepříjemných nebo nepříznivých skutečností. Terapeutický rozhovor s klientem má za úkol zvýšit účinnost další léčebné metody u psychosomaticky nemocných. (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 12- 13)

3.2.1 Verbální komunikace

Jestliže sdělujeme informace pomocí slov, tak jde o verbální komunikaci. Dorozumívání můžeme definovat jako vyjadřování myšlenek artikulovanou řečí daným jazykem. Řeč je schopnost nějakého společenství dorozumívát se konkrétním jazykem a patří k důležitým formám sociální komunikace. Naše řeč se skládá ze slov a tato slova odpovídají určitým významům. Abychom dosáhli toho, že nám ostatní porozumí, nejdříve si musíme upřesnit svou motivaci- oč nám jde, a potom vhodně zvolit význam použitých vět a slov. Ten, komu

sdělujeme nějaké informace, slyší to, co mu sdělujeme, ale může si význam slov vyložit podle svého. Proto je nutné se ujistit, jestli bylo naše sdělení dobře pochopeno a jestli je akceptováno. (Janáčková a Weiss, 2008, s. 15- 16)

3.2.1.1 Úspěšnost verbální komunikace

K ovládnání dobré komunikace je zapotřebí zvládnout i složky verbálního projevu, kterými jsou:

- **Rovnocennost partnerů při komunikaci:** je důležitým signálem o kvalitě naší komunikaci. Může se stát, že se např. při přednášce část posluchačů zvedne a odejde. Je proto důležité pozorovat i neverbální komunikaci posluchačů, pacientů- projev nudy, spí, baví se navzájem mezi sebou apod.
- **Tempo řeči:** Lidé, kteří chtějí mít projev rychle za sebou a jsou nejistí, hovoří často rychle. Mohou to být ale i lidé, kteří toho hodně znají a mají málo času na hodně informací, které chtějí předat. Rychle může mluvit i ten, kdo se bojí, že ho druhý nenechá domluvit.
- **Hlasitost:** je rozdílná podle toho, komu a co chceme říci. Jestliže budeme mít projev na konferenci, hlas můžeme zvýšit, ale ne zase tak, abychom vyvolali dojem, že potřebujeme získat nadvládu nad posluchači. Jestliže mluvíme s pacientem o intimních věcech, pak budeme mluvit tak, aby nás klient slyšel, ale tišším hlasem.
- **Pomlky:** zdravotní sestra jimi může dát pacientovi prostor na odpočinek, přemýšlení. Když mlčíme, tak to nemusí znamenat, že nemáme co říci.
- **Výška hlasu:** Každý z nás má určitou výšku hlasu. Jestliže máme strach, pak se to ve výšce hlasu může projevit.
- **Parazitní slova (embolická):** při komunikaci mohou působit rušivým dojmem. (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 17)

Efektivní a dobrou komunikaci můžeme dále charakterizovat:

- **Srozumitelnost:** je důležité, abychom při komunikaci s klientem sdělili to důležité.
- **Stručnost:** informace, která je stručná působí srozumitelněji a je profesionální.
- **Jednoduchost:** komunikujeme srozumitelně a jasně. Ověříme si, zda všemu klient rozuměl. Komunikace bude jinak vypadat s dítětem, dospělým, seniorem nebo handicapovaným jedincem.
- **Vhodná doba:** je hlavně důležitá, když chceme sdělit závažnou informaci.

- **Adaptabilita:** styl rozhovoru a zdravotnickou terminologii je nutné přizpůsobit reakcím klienta. Jestliže rozhovor pacienta rozruší, pak mu dáme čas na odpočinek. (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 17- 18)

3.2.2 Nonverbální komunikace

Během nonverbální komunikace (neverbální) sdělujeme dotekem, výrazem v obličeji, přiblížením nebo oddálením, pohyby, postojem, gesty, tónem řeči, pohledem, úpravou našeho zevnějšku atd. V širším smyslu můžeme nonverbální chování rozdělit na vlastní nonverbální chování, do kterého řadíme mimiku, gesta, pantomimiku, a na paraverbální projevy, kam řadíme způsoby, jak je verbální informace řečena- řadíme sem intonaci řeči, hlasitost a rychlost řeči, tón hlasu a pauzy v řeči. Mezi nonverbální komunikační schopnosti patří naslouchání, pozorování, empatie, respekt a projev zájmu. (Janáčková a Weiss, 2008, s. 17)

3.2.2.1 Funkce nonverbální komunikace

Pomocí nonverbální komunikace sdělujeme emoce- nálady, pocity a afekty. Neverbální komunikace podporuje nebo úplně nahrazuje řeč. Další funkcí nonverbální komunikace je, že se díky ní snažíme cíleně ovlivnit postoj komunikačního partnera, používáme k sebe prezentaci a tím vytváříme dojem o tom, kdo jsme. Díky ní si sdělujeme zájem o navázání intimnějšího styku, sblížení a také vyjadřujeme interpersonální postoje. (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 18)

3.2.2.2 Členění nonverbální komunikace

- **Haptika-** dotyk. Nejčastější místa dotyku při neverbální komunikaci jsou ramena, ruka, hlava. (např. při podání ruky jako leklá ryba).
- **Proxemika-** oddálení a přiblížení. Rozlišujeme 4 proxemické zóny: veřejná- 3,60- 7,60 m, sociální- 1,20- 3,60 m, osobní- 45- 120 cm, intimní- 0- 45 cm.
- **Mimika-** výraz obličeje. Pomocí mimiky sdělujeme emoce (smutek, radost, štěstí, neštěstí), kulturně tradovaná gesta, instrumentální pohyby.
- **Posturologie-** řeč pomocí držení těla, postojů. (poloha vstaje, vleže, vsedě, vzpřímení, schoulení)
- **Gesta-** např. když bouchneme rukou do stolu.
- **Kinezika-** nonverbální řeč pohybů.

- **Řeč pomocí očí-** pohledy nepříjemné nebo naopak příjemné.
- **Paralingvistické projevy-** svrchní tóny našeho hovoření. (pozor při komunikaci na zadrhávání, nosové a hrdelní zvuky, rychlou řeč, mluvíme přirozeně, klidně).
- **Úprava zevnějšku-** upravené vlasy, líčení, oblečení apod.
- **Chronemika-** zacházení s časem (např. časté pozdní příchody do zaměstnání).
- **Zacházení s předměty-** např. jak jezdíme autem.
- **Vůně těla-** mohou být nepříjemné a příjemné.
- **Úprava prostředí-** prostředí, ve kterém jedinec žije, pracuje (např. úprava kolem rodinného domu, uklizený stůl v pracovně apod.). (Kelnarová a Matějková, 2009, s. 19)

4 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY

Model poskytování péče členům rodiny, kteří jsou nesoběstační, se opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že je rodina zodpovědná za zajištění potřeb těchto jedinců. Státní služby nastupují v situacích, kde se rodina o seniora nezávládně postarat. (Dvořáčková, 2012, s. 80)

Nešporová, Svobodová a Vidovičová (2008, s. 20) zdůrazňují, že je důležité, aby byly nabízeny dostatečné nabídky služeb, které mohou rodinu doplnit, nebo nahradit a tak podporovat seniorův život v jeho přirozeném prostředí. Pobytové zařízení mohou využít starší lidé, kteří se o sebe sami nedokážou postarat a tak nemohou žít ve svém původním prostředí a péče ze strany jejich rodiny chybí nebo je nedostatečná.

4.1 Zdravotní péče o seniory

Primární péče je základ, který poskytuje obvodní lékař pro dospělé. Obvodní lékař uplatňuje ve své práci primární, sekundární a terciární prevenci. V péči o starší jedince spolupracuje s rodinou, tak i s ostatními složkami primární péče, např. pečovatelskou službou, domácí ošetrovatelskou péčí a jinými neziskovými organizacemi. Na doporučení praktického lékaře, je poskytována domácí ošetrovatelská péče a hradí ji zdravotní pojišťovna. Tato péče je zajištěna různými agenturami soukromými, charitativními, městskými nebo státními. Při poskytování domácí péče je důležité, aby byl zdravotní stav seniora stabilizovaný a aby domácí prostředí umožňovalo zapojení rodiny nebo laického pečovatele. K úkolům domácí péče (home care) patří například aplikace injekcí, infuzí, odběry krve, měření krevního tlaku, podání léků, ošetření a prevence proleženin a opruzenin, masáže zad, hýždí končetin prokrvující emulzí, cvičení na lůžku, procvičení velkých kloubů, nácvik chůze s holí berlemi, či chodítkem, dechová cvičení, prevence dekubitů zjm. pravidelné polohování, péče o hydrataci, ošetření a převazy pooperačních ran, bércových vředů a proleženin, fyzická a zjm. psychická aktivace, péče o permanentní močové katétry, kolostomie, klysmata, jednorázové cévkování, pravidelná kontrola zdravotního stavu, celkové poradenství, psychická podpora, spolupráce s rodinou, začlenění rodiny do péče o pacienta. Pro ty, kdo poskytuje tuto péči je významná možnost zapůjčení rehabilitačních, kompenzačních, ošetrovatelských pomůcek včetně polohovacích lůžek. Zdravotní péči v případě potřeby poskytují ambulance- stomatologie, gynekologie, ortopedie, neurologie aj. (Dvořáčková, 2012, s. 80- 81)

4.2 Sociální péče o seniory

Sociální služby jsou v širším pojetí poskytovány jedincům, kteří jsou společensky znevýhodněni, s cílem začlenit je do společnosti a zlepšit jejich kvalitu života. Sociální služby zohledňují uživatele i jeho rodinu. Služby mají za cíl podporovat rozvoj nebo alespoň zachovat nynější soběstačnost klienta, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, zachování nebo obnovení původního životního stylu, snížení zdravotních a sociálních rizik souvisejících se způsobem života klientů. Základní činnosti při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí denních výkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, poskytnutí stravy, nebo pomoc při stravování, pomoc při zajištění bydlení, nebo poskytnutí ubytování, pomoc v domácnosti, vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti, poradenství a pomoc při prosazování zájmů a práv. (Dvořáčková, 2012, s. 81- 82)

Dvořáčková (2012, s. 82) uvádí, že během poskytování sociálních služeb musí být zachována lidská důstojnost. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu klientů a v určité kvalitě takovým způsobem, aby byly vždy důsledně dodrženy lidská práva a svoboda jedinců.

Sociální služby lze poskytovat jako terénní, ambulantní či pobytové. Pobytové jsou spojené s bydlením v zařízeních sociálních služeb. Jestliže jedinec dochází nebo je doprovázen či dopravován do zařízení, hovoříme o ambulantní službě. U ambulantních ubytování není součástí. Terénní služby jsou poskytovány jedincům v jejich přirozeném sociálním prostředí. Mezi zařízení sociálních služeb patří např. domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, denní stacionáře a centra denních služeb. Pomocí sociální péče lze seniorům pomoci zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost. Cílem je umožnit jim v co největší míře zapojení do běžného života, a v případech kdy toto nedovoluje jejich zdravotní stav, zajistit jim alespoň důstojné zacházení a prostředí. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 156- 157)

Jestliže u staršího člověka dojde ke ztrátě soběstačnosti a ke zhoršení jeho zdravotního stavu, je nutné, abychom mu zajistili dlouhodobou péči, což ale v jeho rodině může vyvolat rozruch. V některých situacích lze tyto případy řešit pomocí terénních sociálních služeb, ale jindy je k řešení takových situací potřebná institucionální forma péče. Konkrétní služba nebo forma se vybírá podle míry soběstačnosti staršího člověka a závisí na jeho nynějším zdravotním stavu. (Dvořáčková, 2012, s. 82- 83)

Osobní asistence patří mezi terénní službu, která je poskytována jedincům, kteří jsou částečně soběstační nebo nesoběstační z důvodu vysokého věku, zdravotního postižení či chronické choroby. Osoby, které se nachází v této situaci, potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba osobní asistence je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osob, bez časového omezení a při činnostech, které jedinec sám bez pomoci nezvládá. **Pečovatelská služba** je ambulantní nebo terénní služba, která se poskytuje rodinám s dětmi, jedincům, kteří trpí chronickou nemocí nebo mají zdravotní postižení, a kteří jsou částečně soběstační či nesoběstační z důvodu vysokého věku. Lidé, kteří jsou v takové situaci, potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelská služba je poskytována v domácnostech jedinců ve vymezeném čase a v zařízeních sociálních služeb. Mezi terénní služby také patří **tísňová péče**, která je poskytována nepřerušovaně elektronickou komunikací s jedinci, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení života či zdraví v situaci náhlého zhoršení jejich schopností či zdravotního stavu. **Předčitatelské a průvodcovské služby** patří mezi ambulantní nebo terénní služby, které jsou poskytovány jedincům, kteří mají sníženou schopnost z důvodu stáří či zdravotního postižení v oblasti dorozumívání nebo orientace, a pomáhají jim vyřídit si různé záležitosti. Předčitatelská a průvodcovská služba může být poskytována také jako součást jiných služeb. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 157)

Matoušek a Koldinská (2007, s. 89- 92) uvádí, že **odlehčovací službu (respitní péči)** můžeme zařadit mezi pobytové, ambulantní či terénní služby, které jsou poskytovány jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu nějakého zdravotního postižení, jestliže trpí chronickou chorobou, nebo dosáhli vysokého věku. O tyto osoby je pečováno v jejich sociálním prostředí, na které jsou zvyklí. Cílem odlehčovací služby je umožnění fyzické osobě, která se o klienta stará nezbytný odpočinek.

Mezi ambulantní službu patří **centra denních služeb**, které pomáhají osobám, které jsou částečně soběstačné či nesoběstačné z důvodu stáří, zdravotního postižení, nebo osobám, které trpí chronickou chorobou. Jedinci, kteří jsou v takové situaci, potřebují pomoc jiné osoby. **Týdenní a denní stacionáře** řadíme mezi pobytové a ambulantní služby. Týdenní a denní stacionáře jsou určeny jedincům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo stáří, a jedincům, kteří trpí chronickou duševní chorobou, jejichž nynější situace vyžaduje druhou fyzickou osobu, která jim poskytne pravidelnou pomoc. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 157)

Osobám, které mají sníženou soběstačnost hlavně z důvodu vysokého věku a potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby, jsou určeny **domovy pro seniory** poskytující pobytovou

službu. Mezi pobytové služby patří **domovy se zvláštním režimem**. V těchto zařízeních jsou sociální služby individuálně přizpůsobeny potřebám jedincům, kteří zde žijí. Domovy se zvláštním režimem jsou určeny osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu závislosti na návykových látkách nebo lidem trpícím chronickou duševní chorobou a jedincům s různými typy demencí. Kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu uvedených onemocnění a osobám které potřebují pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby. (Dvořáčková, 2012, s. 85)

Sociálně aktivizační služby řadíme mezi ambulantní, někdy i terénní služby, které jsou poskytované seniorům či jedincům, kteří mají nějaké zdravotní postižení a jsou ohroženi sociálním vyloučením. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 158)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

5.1 Charakteristika respondentů

Zkoumaným vzorkem jsou geriatričtí klienti, žijící v domovech pro seniory v Hodoníně a hospitalizovaní na geriatrickém nebo interním oddělení ve Zlíně. Pomocí dotazníku jsem zjišťovala, zda je zachovaná důstojnost seniorů ve zdravotnickém zařízení a jaké jsou nejčastější příčiny jejího porušení. Všechny dotazníky jsem rozdala osobně a klientům je pomáhala vyplnit.

5.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Cíl č. 1: Zjistit, zda je rozdíl v zachování důstojnosti seniorů hospitalizovaných na geriatrických odděleních nebo v domovech pro seniory.

H₁: Předpokládám, že důstojnost u seniorů žijících v domovech pro seniory je zachována ve větší míře, než u hospitalizovaných jedinců na geriatrickém oddělení.

Cíl č. 2: Zjistit nejčastější příčiny porušení důstojnosti u seniorů.

H₂: Domnívám se, že nejčastější příčinou narušení důstojnosti u seniorů je nedostatek času zdravotnického personálu na ošetrovatelskou péči.

Cíl č. 3: Zjistit, v jaké situaci ve zdravotnickém zařízení senioři cítí omezení své důstojnosti.

H₃: Domnívám se, že nejčastěji je důstojnost seniorů omezena při vykonávání hygienické péče.

5.3 Metoda práce

K výzkumnému projektu bakalářské práce jsem použila kvantitativní metodu- dotazník.

Pro ověření vytyčených hypotéz této bakalářské práce jsem použila metodu anonymního dotazníkového šetření. Výhodou této metody je, že potřebné informace lze získat od většího počtu dotazovaných, v relativně krátkém časovém období. Podle mě je další výhodou to, že budou respondenti odpovídat bez větších zábran a pravdivě.

Dotazník (viz příloha č. 1) se skládal z uzavřených i otevřených otázek a byl sestaven z několika částí, a to z úvodu, identifikační části a z otázek vztahujících se k hypotézám.

Anonymní dotazníky jsem distribuovala v Krajské nemocnici Tomáše Bati, a.s., ve Zlíně na geriatrickém a interním oddělení. Pro každé z těchto pracovišť bylo určeno 20 dotazníků, takže zde rozdáno celkem 40 dotazníků. Dále jsem oslovila Domov pro seniory Bažantnice, příspěvková organizace, v Hodoníně, kde jsem pro pracoviště připravila také 40 dotazníků.

Dotazníky jsem klientům osobně rozdala a pomáhala vyplnit. Zvolila jsem osobní kontakt a přímou komunikaci s respondenty, protože jsem se chtěla vyvarovat nevýhody písemného dotazování, kdy je její návratnost nízká. Díky osobnímu rozdáni dotazníků seniorům, byla jeho návratnost 100%.

Po konzultaci dotazníku s vedoucí práce jsem provedla pilotní studii. Pilotní studie proběhla u 5 seniorů z mého okolí. S respondenty jsem dotazník vyplňovala osobně. Dotazník se ukázal jako srozumitelný, odpovědi byly očekávané, proto jsem ho již neměnila a byl připraven k distribuci.

Na počátku výzkumného šetření bylo rozdáno 80 dotazníků, z čehož se vrátily všechny. Celkem tedy bylo použito a následně pracováno s 80 dotazníky.

Výsledky daného výzkumu byly zpracovány s pomocí počítačového softwaru Microsoft Office Excel 2007.

5.4 Zpracování získaných dat

Získané informace jsou statisticky zpracovány do tabulek a výsečových diagramů. Každá otázka obsahuje interpretaci výsledků a data jsou vyhodnocena pomocí četností.

Absolutní četnost (N) v tabulce udává počet respondentů, kteří odpovídali v položce stejnou odpovědí z nabídnutých možností.

Relativní četnost (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

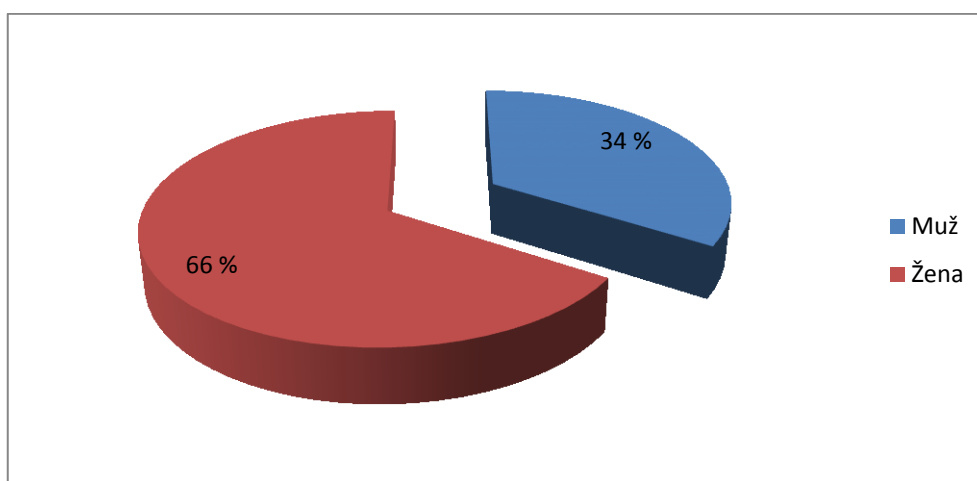
6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA

Výsledky dotazníkového šetření jsou zpracovány do tabulek a grafů pro lepší přehlednost.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Muž	27	34 %
Žena	53	66 %
Celkem	80	100 %



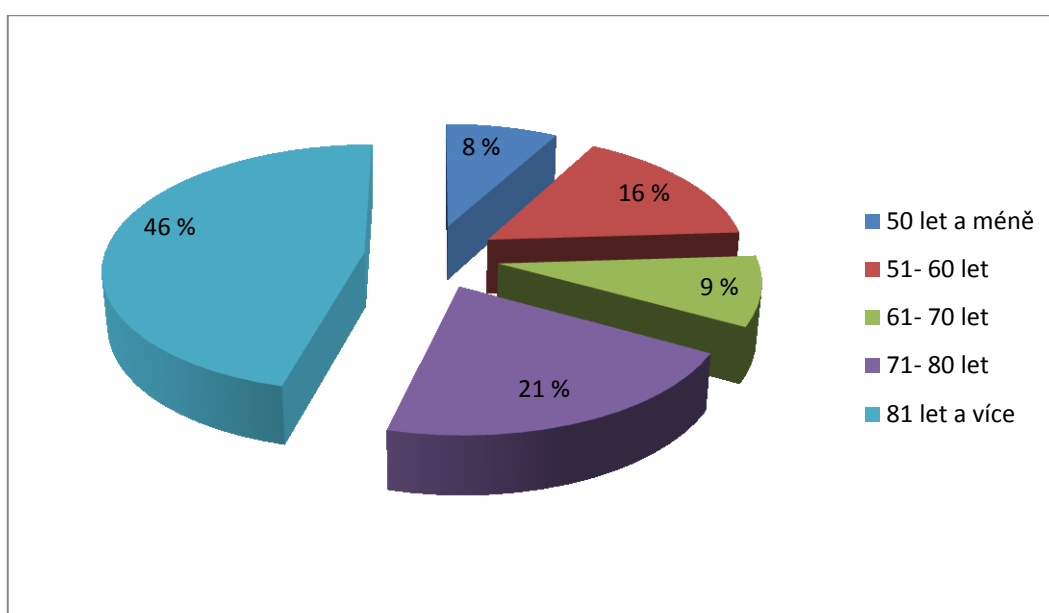
Graf č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

Interpretace výsledků:

Z grafu vyplývá, že průzkumu se zúčastnilo 66 % žen a 34 % mužů. Výběr respondentů byl vzhledem k pohlaví náhodný.

Otázka č. 2: Kolik Vám je let?*Tabulka č. 2: Kolik Vám je let?*

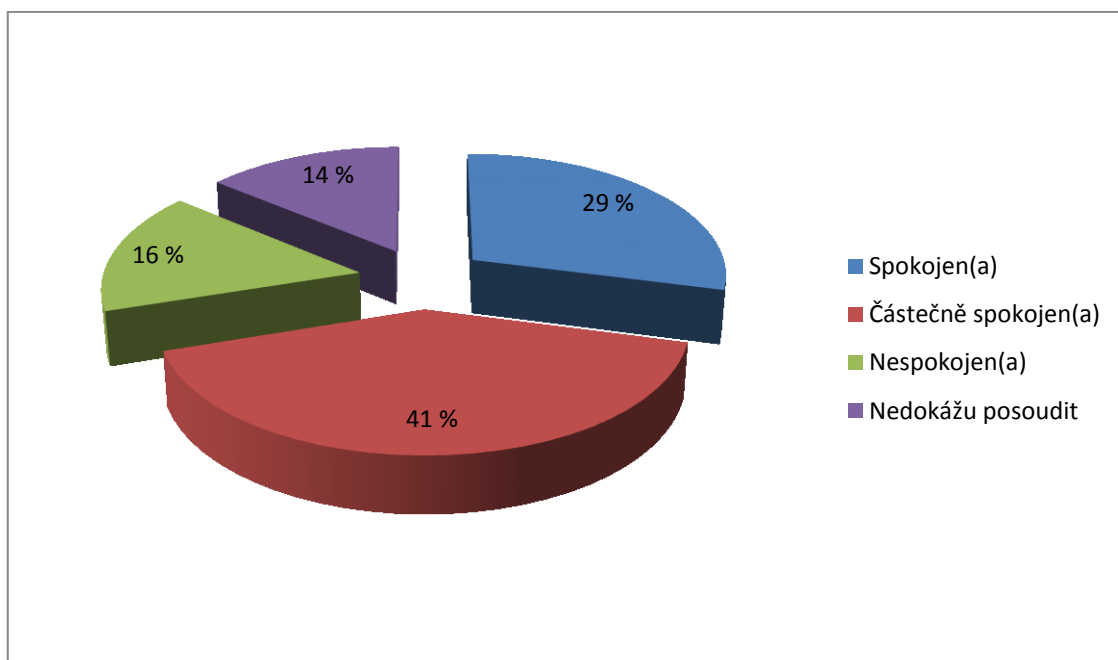
Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
50 let a méně	6	8 %
51- 60 let	14	16 %
61- 70 let	6	9 %
71- 80 let	17	21 %
81 let a více	37	46 %
Celkem	80	100 %

*Graf č. 2: Kolik Vám je let?***Interpretace výsledků:**

Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů mělo 81 let a více v procentuální zastoupení 46 %, dále klienti ve věku 71- 80 let 21 %, jedinci ve věku 51- 60 let 16 %, 61-70 let 9 % a nejméně vyplnilo dotazník osob, kteří měli 50 let a méně, což činilo 8 %.

Otázka č. 3: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?*Tabulka č. 3: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Spokojen(a)	23	29 %
Částečně spokojen(a)	33	41 %
Nespokojen(a)	13	16 %
Nedokážu posoudit	11	14 %
Celkem	80	100 %

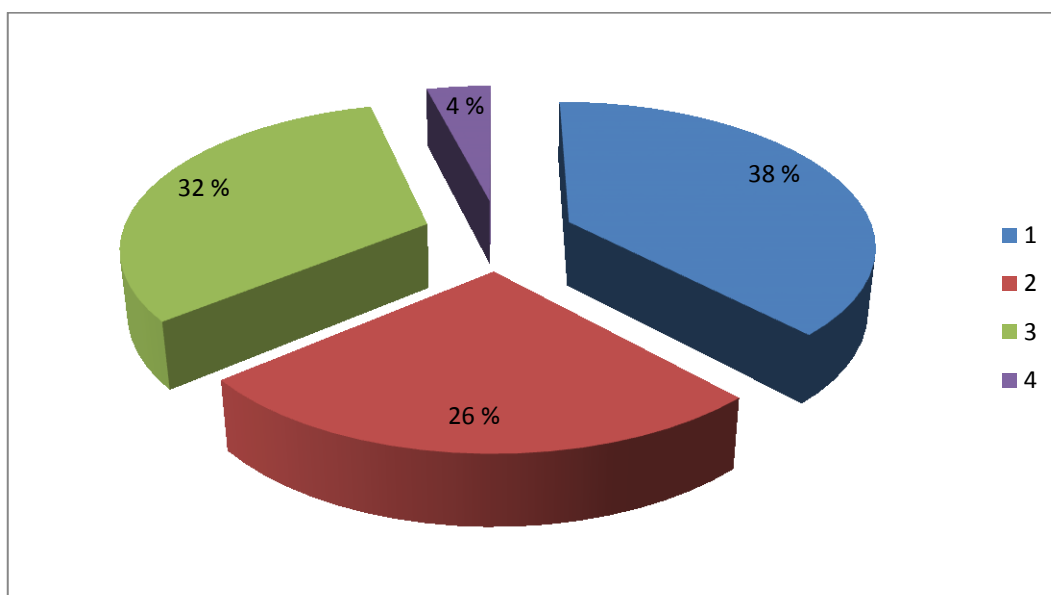
*Graf č. 3: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?***Interpretace výsledků:**

Z tohoto grafu jasně vyplývá, že z celkového počtu 80 respondentů (100 %) 33 dotazovaných (41 %) odpovědělo, že jsou částečně spokojeni s poskytováním ošetrovatelské péče. 23 klientů (29 %) odpovědělo, že jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí, 13 respondentů (16 %) je nespokojeno a 11 dotazovaných (14 %) kvalitu ošetrovatelské péče nedokáže posoudit.

Otázka č. 4: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost?

Tabulka č. 4: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
1	30	38 %
2	21	26 %
3	26	32 %
4	3	4 %
5	0	0 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 4: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost?

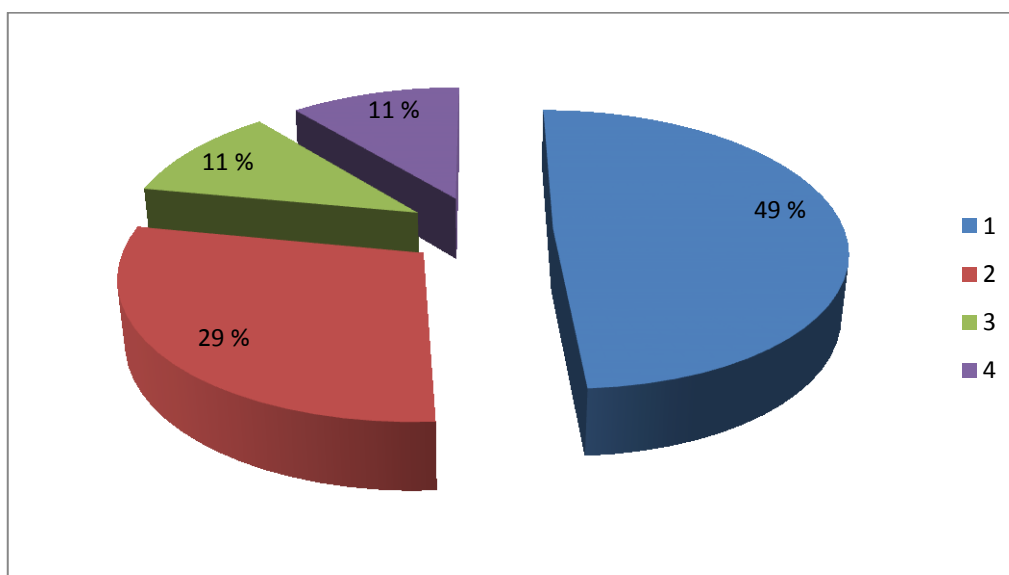
Interpretace výsledků:

Z grafu je zřejmé, že nejvíce respondentů- 38 %, ohodnotilo personál zdravotnického zařízení za jeho vlídnost a zdvořilost známkou 1- tedy nejlepší. 32 % dotazovaných by personál ohodnotil známkou 3, 26 % respondentů by personálu dalo 2 a 4 % dotazovaných by personál ohodnotil známkou 4. Známkou 5 by personál nikdo z dotazovaných neohodnotil.

Otázka č. 5: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi?

Tabulka č. 5: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
1	39	49 %
2	23	29 %
3	9	11 %
4	9	11 %
5	0	0 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 5: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi?

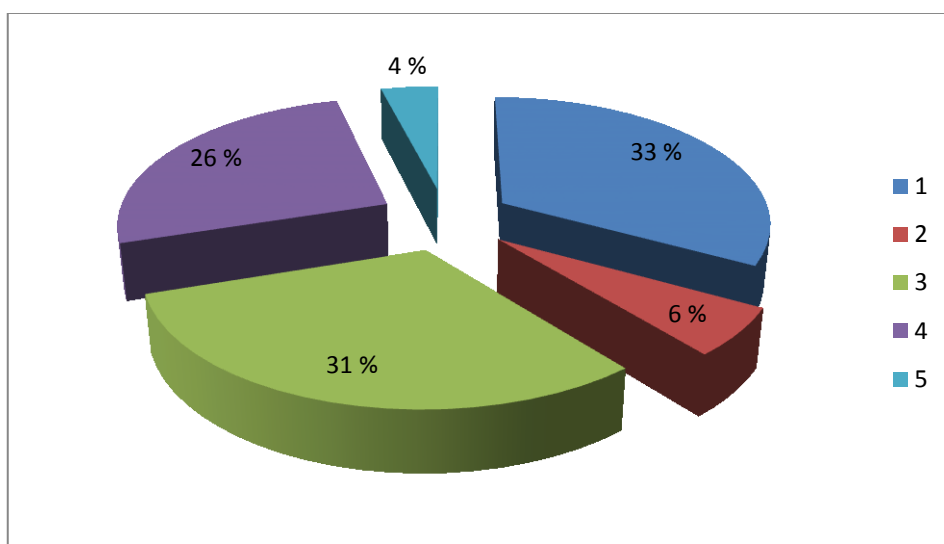
Interpretace výsledků:

Z tohoto grafu vyplývá, že většina respondentů tedy 49 % odpovědělo, že by personál ohodnotil známkou 1. 29 % dotazovaných by personálu dalo známkou 2, známkou 3 a 4 by personálu dalo po 11 % dotazovaných a nikdo by personálu za komunikaci nedalo známkou 5.

Otázka č. 6: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí?

Tabulka č. 6: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
1	26	33 %
2	5	6 %
3	25	31 %
4	21	26 %
5	3	4 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 6: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí?

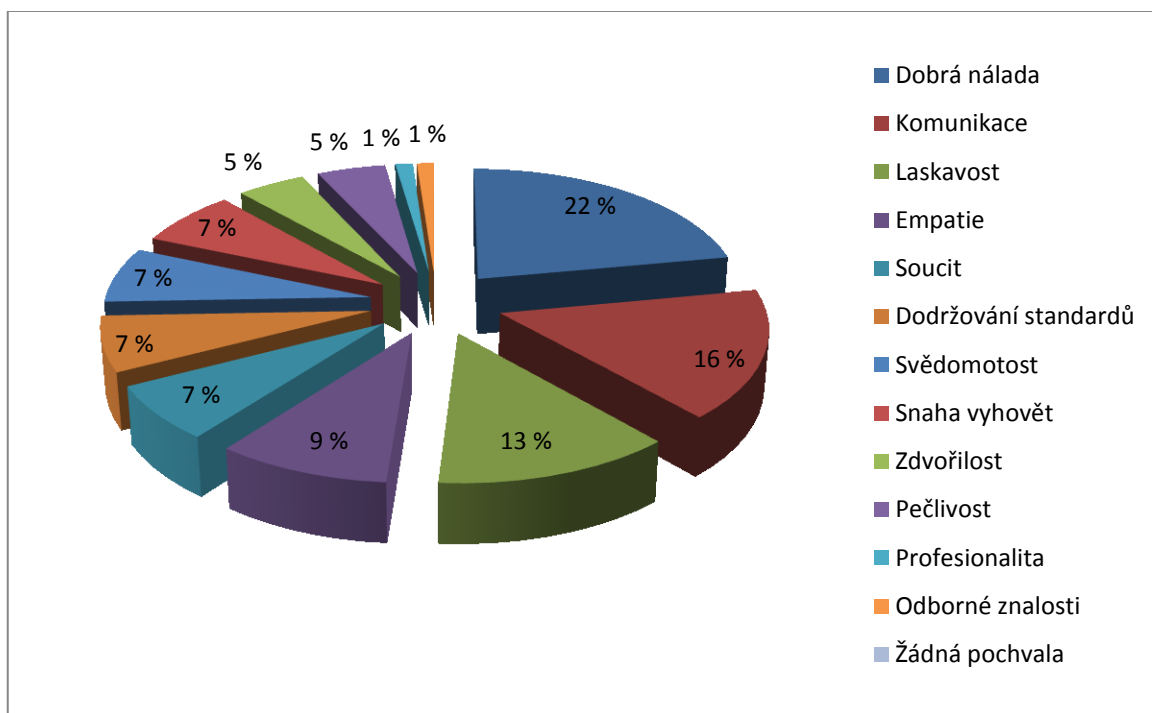
Interpretace výsledků:

Z grafu jasně vyplývá, že většina respondentů tedy 33 % odpovědělo, že by personálu zdravotnického zařízení za respektování soukromí dalo známku 1. 31 % dotazovaných by personál ohodnotil známkou 3. Známkou 4 by personál ohodnotilo 26 % respondentů, 6 % dotazovaných si vybralo známku 2 a nejméně, tedy 4 % respondentů by personál ohodnotil známkou 5.

Otázka č. 7: Za co byste pracovníky pochválil(a)?

Tabulka č. 7: Za co byste pracovníky pochválil(a)?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Dobrá nálada	15	19 %
Komunikace	11	14 %
Laskavost	9	11 %
Empatie	6	8 %
Soucit	5	6 %
Dodržování standardů	5	6 %
Svědomitost	5	6 %
Snaha vyhovět	5	6 %
Zdvořilost	3	4 %
Pečlivost	3	4 %
Profesionalita	1	1 %
Odborné znalosti	1	1 %
Žádná pochvala	11	14 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 7: Za co byste pracovníky pochválil(a)?

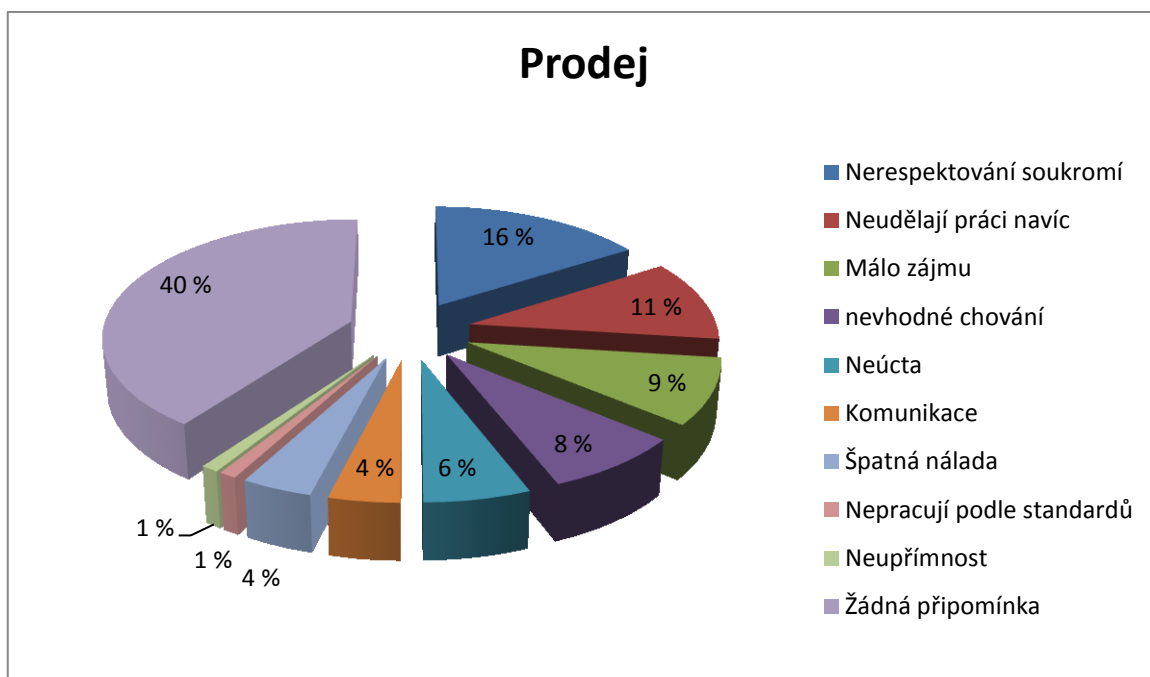
Interpretace výsledků:

Tabulka a graf č. 7 zobrazují odpovědi respondentů na otevřenou otázku. Nejčastěji dotazovaní chválí personál za jejich dobrou náladu, což činí 19 % z celkového počtu odpovědí. 14 % klientů personál chválí za jejich komunikaci. Z této odpovědi vyplývá, že vlídné slovo od personálu je pro klienty velmi důležitým psychologickým aspektem. 11 % respondentů personál chválí za laskavost. Jedna z odpovědí byla „Sestry jsou milé a laskavé. Když se usmějí, tak je to pro mě pohlazení na duši. Nepřipadám si zbytečná“. 8 % dotazovaných personál chválí za empatii. Za soucit by personál pochválilo 6 % respondentů. 6 % respondentů uvedlo, že by personál pochválil za dodržování standardů. Za svědomitost by personál pochválilo 6 % dotazovaných. 6 % respondentů by personál zdravotnického zařízení pochválilo za jejich snahu vyhovět jakémukoliv přání klientů. Respondenti personál také chválí za jejich zdvořilost ke klientům, což činí 4 %. Za pečlivost by personál zdravotnického zařízení pochválilo 4 % dotazovaných. Za profesionální jednání by personál pochválilo 1 %. Za odborné znalosti by personál zdravotnického zařízení pochválilo 1 % dotazovaných. 14 % respondentů by personál za nic nepochválilo.

Otázka č. 8: Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?

Tabulka č. 8: Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nerespektování soukromí	13	16 %
Neudělají práci navíc	9	11 %
Málo zájmu	7	9 %
Nevhodné chování	6	8 %
Neúcta	5	6 %
Komunikace	3	4 %
Špatná nálada	3	4 %
Nepracují podle standardů	1	1 %
Neupřímnost	1	1 %
Žádná připomínka	32	40 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 8: Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?

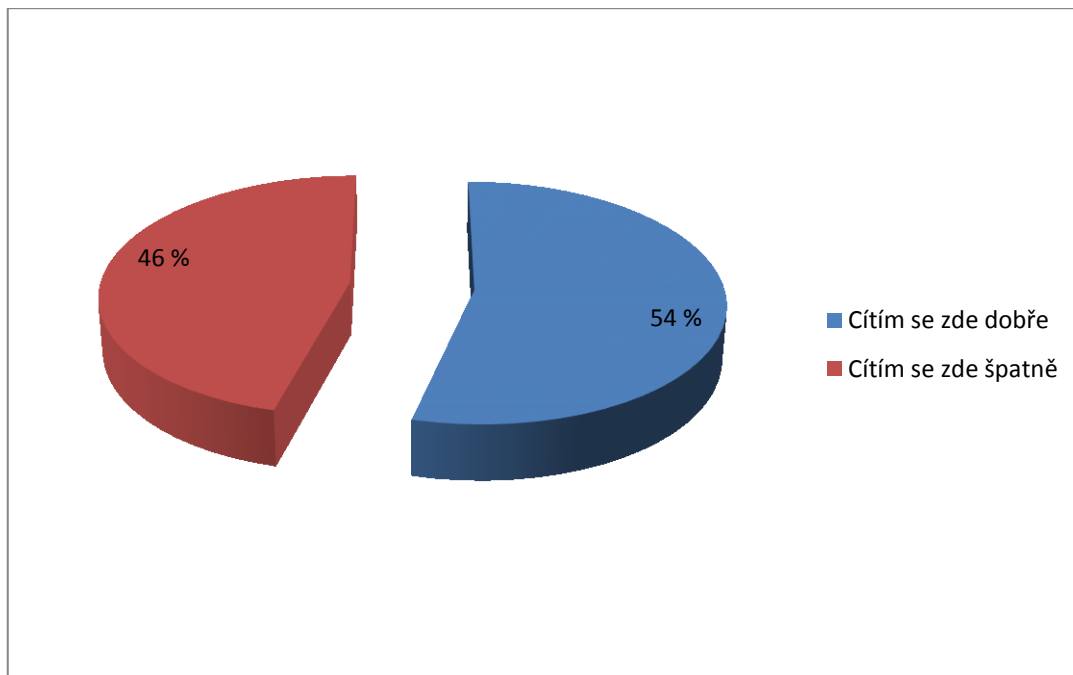
Interpretace výsledků:

Tabulka a graf č. 8 zobrazují odpovědi respondentů na otevřenou otázku. Nejčastěji dotazovaní na práci zaměstnanců vytýkají, že dostatečně nerespektují soukromí klientů., což činí 16 % z celkového počtu odpovědí. 11 % respondentů na práci zaměstnanců vytýká, že neudělají práci navíc. Udělají jen to, co musí. Respondenti na práci zaměstnanců také vy-

tkli málo zájmu o klienty, což činí 9 % z celkového počtu odpovědí. 8 % dotazovaných uvedlo, že na práci zaměstnanců zdravotnického zařízení vytýkají jejich nevhodné chování ke klientům, kdy personál používal familiární oslovení a dokonce i vulgarismy, což mě velmi překvapilo. Respondenti (6 %) také jako odpověď uvedli neúctu ze strany zaměstnanců. 4 % dotazovaných na práci zaměstnanců vytklo nedostatek komunikace s klienty. 4 % respondentů na práci zaměstnanců vytklo jejich špatnou náladu. 1 % dotazovaných by personálu vytklo, že nepracují podle standardů a 1 % respondentů personálu vytklo, že jsou ke klientům neupřímní. 40 % dotazovaných nemělo žádnou připomínku na práci personálu.

Otázka č. 9: Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?*Tabulka č. 9: Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?*

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Cítím se zde dobře	43	54 %
Cítím se zde špatně	37	46 %
Celkem	80	100 %

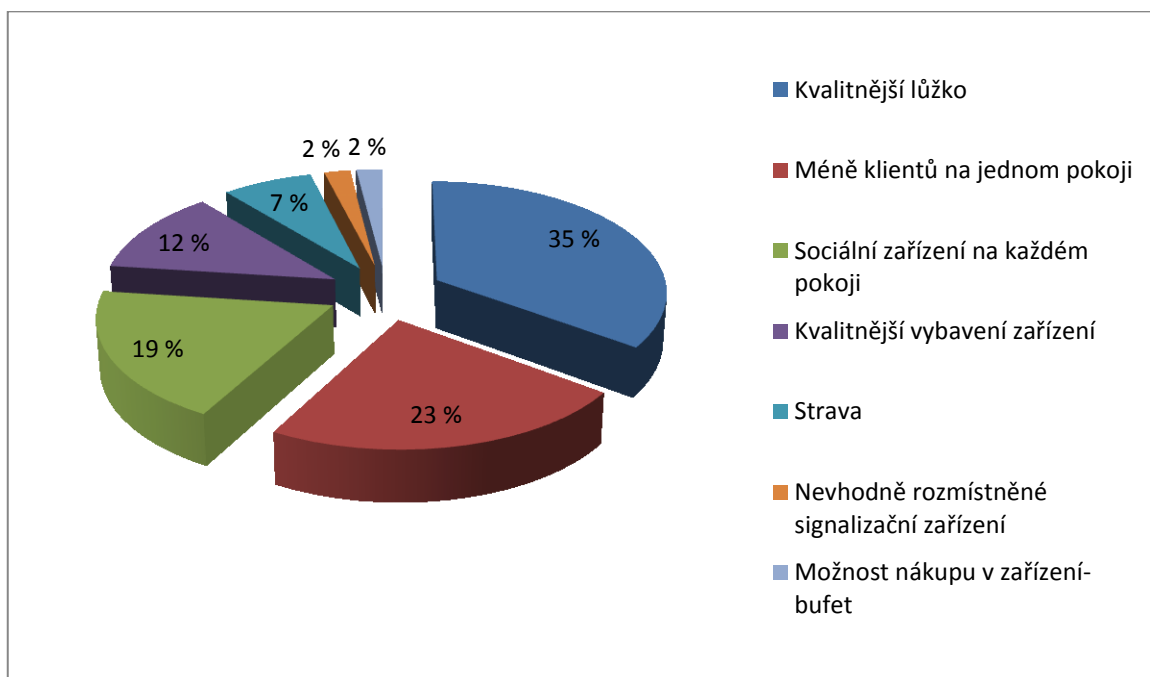
*Graf č. 9: Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?***Interpretace výsledků:**

Tato otázka je velmi vyrovnaná, 54 % respondentů uvedlo, že se ve zdravotnickém zařízení cítí dobře a 46 % v dotazníku uvedlo, že se v zařízení cítí špatně.

Otázka č. 10: Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?

Tabulka č. 10: Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Kvalitnější lůžko	15	35 %
Méně klientů na jednom pokoji	10	23 %
Sociální zařízení na každém pokoji	8	19 %
Kvalitnější vybavení zařízení	5	12 %
Strava	3	7 %
Nevhodně rozmístněné signalizační zařízení	1	2 %
Možnost nákupu v zařízení- bufet	1	2 %
Celkem	43	100 %



Graf č. 10: Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?

Interpretace výsledků:

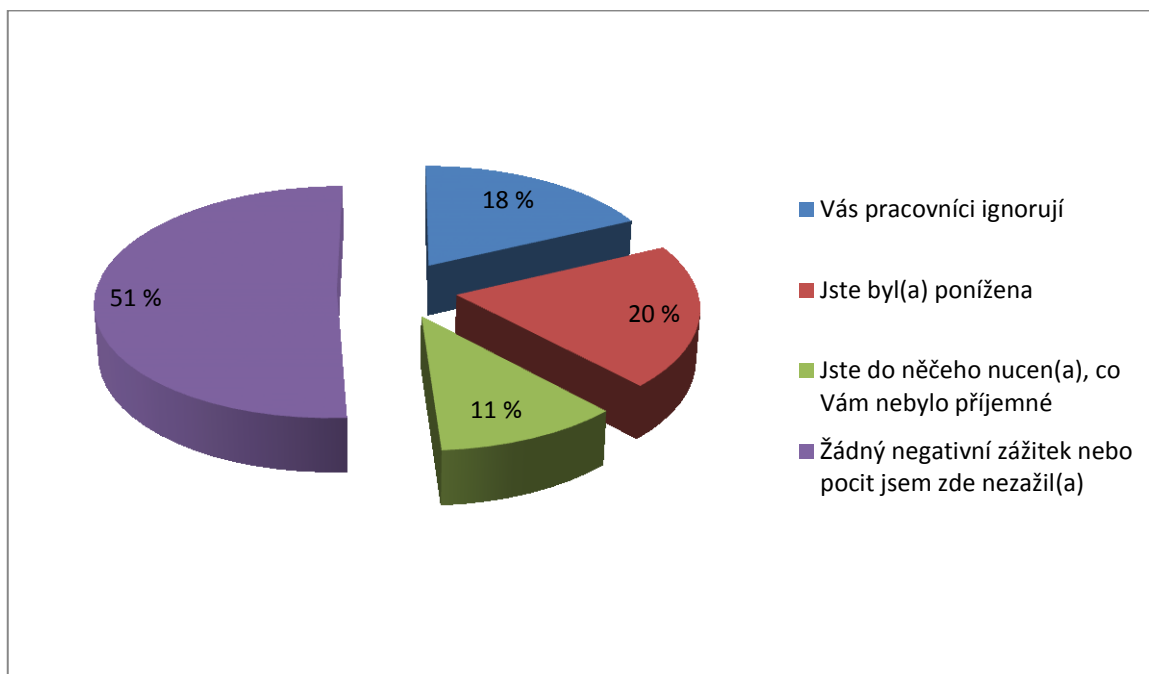
Tato otázka navazuje na předchozí, kdy jsem se respondentů ptala, jak na ně působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení. Respondenti, kteří odpověděli, že se ve zdravotnickém zařízení cítí dobře, na tuto otázku neodpovídali- což znamená, že 43 respondentů je 100 %. Z grafu je zřejmé, že 35 % respondentů by se v zařízení cítilo lépe, kdyby měli

kvalitnější lůžko. 23 % dotazovaných by se v zařízení cítilo lépe, kdyby bylo na jednom pokoji méně klientů. 19 % dotazovaných chybí ve zdravotnickém zařízení na každém pokoji vlastní sociální zařízení. 12 % respondentů by uvítalo kvalitnější vybavení zařízení. Stravu by upravilo 7 % klientů ve zdravotnických zařízeních. 2 % dotazovaných by jinak řešilo rozmístění signalizačního zařízení a 2 % respondentů by se v zařízení cítilo lépe, kdyby měli možnost nákupu či bufetu přímo v budově zařízení.

Otázka č. 11: Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:

Tabulka č. 11: Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Vás pracovníci ignorují	16	18 %
Jste byl(a) ponižena	18	20 %
Jste do něčeho nucen(a), co Vám nebylo příjemné	10	11 %
Zažil(a) jsem jiné nepříjemné pocity	0	0 %
Žádný negativní zážitek nebo pocit jsem zde nezažil(a)	45	51 %
Celkem	89	100 %



Graf č. 11: Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:

Interpretace výsledků:

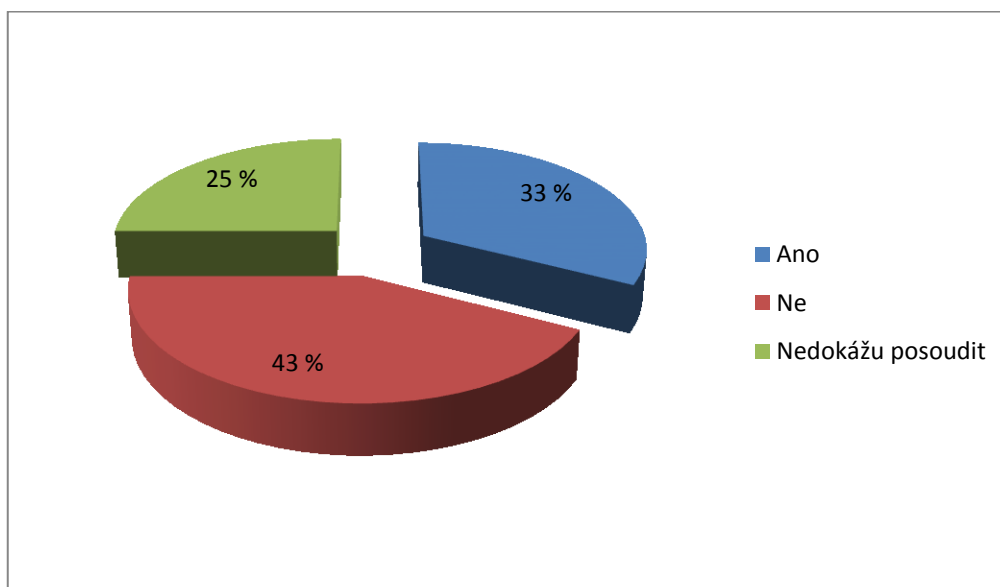
U této otázky mohli respondenti označit i více odpovědí. Odpovědi se celkem sešlo 89, což je tedy 100 %. Nejvíce volenou možností byla odpověď, že respondenti žádný negativní zážitek nebo pocit v zařízení nezažili, možnost byla zaškrtnuta 45x (51 %). Druhou nejčastější možností byla odpověď, že respondenti měli pocit, že byli ve zdravotnickém zařízení poniženi, možnost si vybrali 18x (20 %). 16 (18 %) dotazovaných odpovědělo, že mělo

pocit, že byli do něčeho nuceni, co jim bylo nepříjemné. Jiné nepříjemné pocity ve zdravotnickém zařízení nikdo z respondentů nezažil.

Otázka č. 12: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována?

Tabulka č. 12: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována?

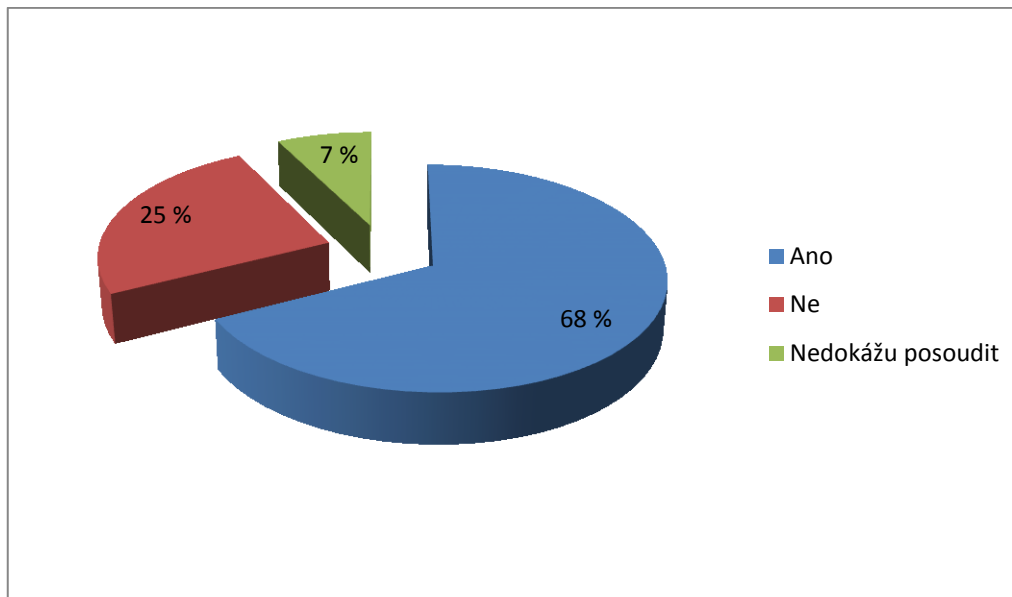
Odpověď	Klienti domova pro seniory		Senioři hospitalizovaní v nemocnici	
	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	13	32%	27	67 %
Ne	17	43%	10	25 %
Nedokážu posoudit	10	25%	3	8 %
Celkem	40	100%	40	100 %



Graf č. 12: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována? (odpovědi respondentů z domova pro seniory).

Interpretace výsledků:

Z grafu je zřejmé, že 43 % respondentů, kteří žijí v domově pro seniory, nezažili pocit, že by jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována. 32 % dotazovaných uvedlo, že již měli pocit, že byla jejich důstojnost nedostatečně respektovaná v domově pro seniory. 25 % respondentů tento pocit nedokáže posoudit.



Graf č. 13: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována? (odpovědi respondentů hospitalizovaných v nemocnici).

Interpretace výsledků:

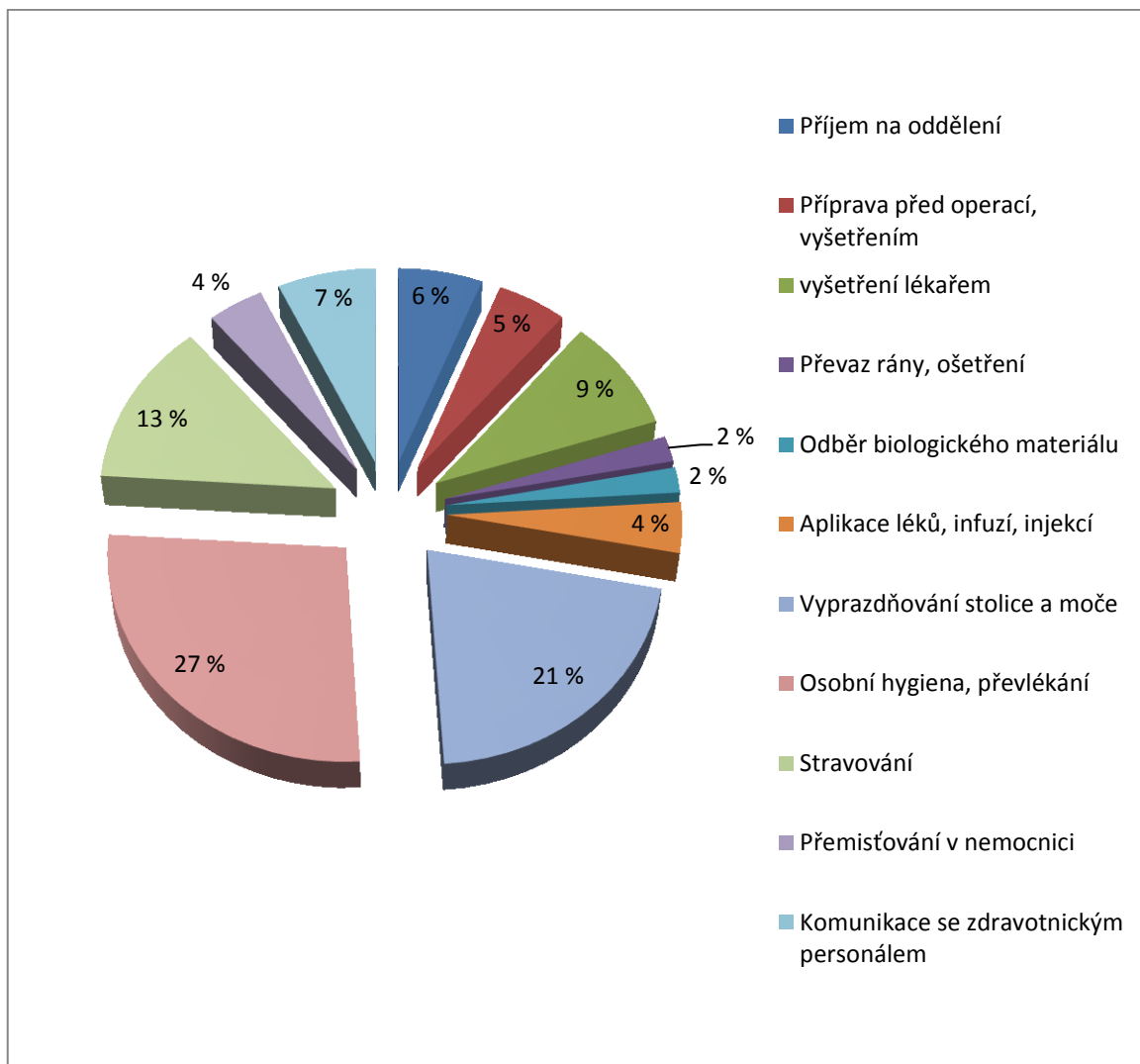
Z tohoto grafu jasně vyplývá, že 67 % dotazovaných, kteří byli hospitalizováni v nemocnici, se již setkali s pocitem, že byla jejich důstojnost nedostatečně respektována. 25 % respondentů během pobytu ve zdravotnickém zařízení nezažilo pocit, že by jejich důstojnost nebyla dostatečně respektována. 8 % dotazovaných tento pocit nedokáže posoudit.

Je tedy zřejmé, že důstojnost u seniorů žijících v domovech pro seniory je zachována ve větší míře, než u hospitalizovaných jedinců na geriatrickém či interním oddělení.

Otázka č. 13: Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.

Tabulka č. 13: Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Příjem na oddělení	5	6 %
Příprava před operací, vyšetřením	4	5 %
Vyšetření lékařem	7	9 %
Převaz rány, ošetření	2	2 %
Odběr biologického materiálu	2	2 %
Aplikace léků, infuzí, injekcí	3	4 %
Vyprazdňování stolice a moče	17	21 %
Osobní hygiena, převlékání	22	27 %
Vizita	0	0 %
Stravování	11	13 %
Přemístování v nemocnici	3	4 %
Komunikace se zdravotnickým personálem	6	7 %
Při návštěvě svého rodinného příslušníka	0	0 %
Jiná odpověď	0	0 %
Celkem	82	100 %



Graf č. 14: Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.

Interpretace výsledků:

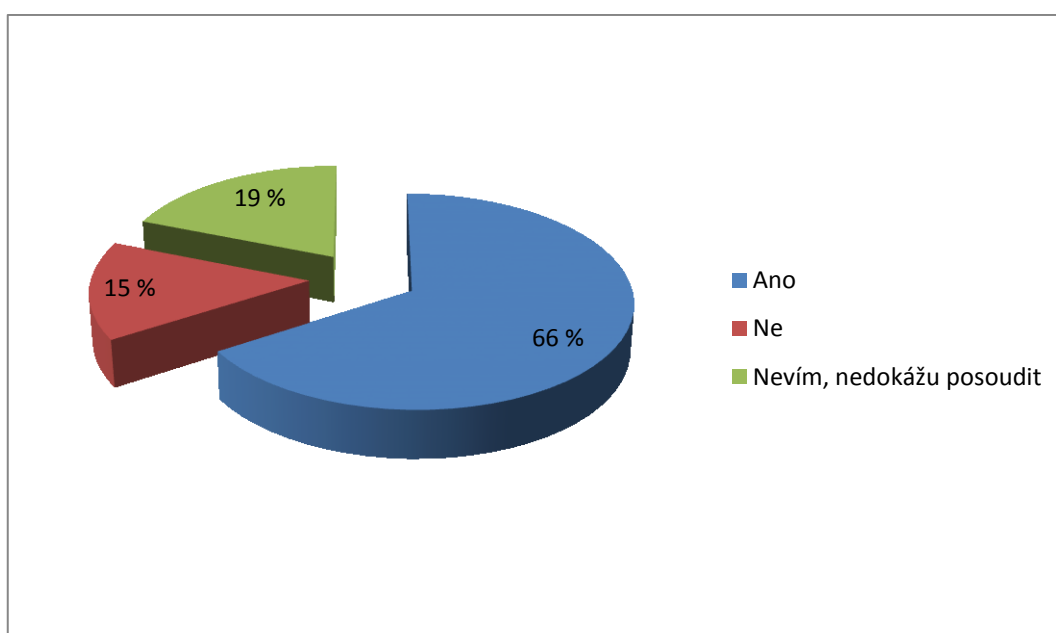
Tato otázka navazuje na otázku č. 12, respondenti mohli označit i více odpovědí. Odpovědí se celkem sešlo 82, což je tedy 100 %. Z grafu je zřejmé, že respondenti nejvíce pocítli nedůstojné chování při osobní hygieně a převlékání (27 %). Při vyprazdňování stolice a moče se nedůstojně cítilo 21 % dotazovaných. 13 % klientů uvedlo, že při stravování měli pocit, že byla jejich důstojnost nedostatečně respektována. Při vyšetření lékařem mělo pocit 9 % dotazovaných, že jejich důstojnost nebo soukromí bylo nedostatečně respektováno. 7 % respondentů pocítlo nedůstojné chování při komunikaci se zdravotnickým personálem. Při příjmu na oddělení mělo pocit 6 % dotazovaných, že jejich soukromí nebo důstojnost byla nedostatečně respektována. 5 % respondentů uvedlo, že při přípravě před operací

nebo vyšetřením měli pocit, že jejich soukromí či důstojnost nedostatečně respektována. Aplikaci léků, infuzí a injekcí uvedli 4 % respondentů. Během přemístování v nemocnici se nedůstojně cítili také 4 % dotazovaných. 2 % klientů uvedli převaz rány nebo ošetření. Při odběru biologického materiálu se nedůstojně cítili 2 % respondentů. Vizitu, návštěvu svého rodinného příslušníka a jinou odpověď si nikdo z respondentů nevybral.

Otázka č. 14: Myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče?

Tabulka č. 14: Myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče?

Odpoověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	53	66 %
Ne	12	15 %
Nevím, nedokážu posoudit	15	19 %
Celkem	80	100 %



Graf č. 15: myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek personálu při poskytování ošetrovatelské péče?

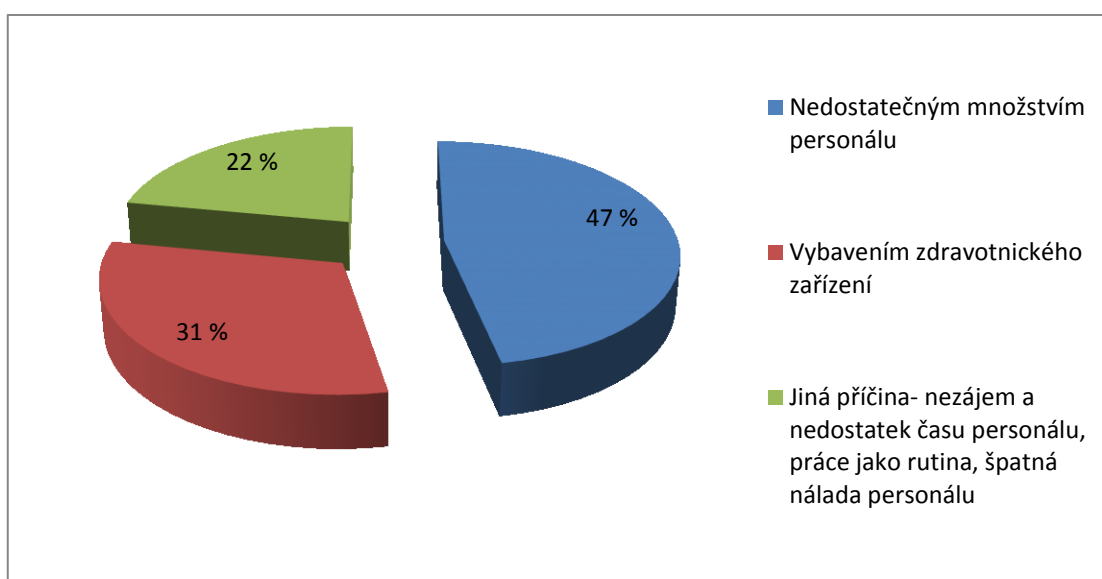
Interpretace výsledků:

Z grafu jasně vyplývá že, většina (66 %) respondentů si myslí, že na poskytování ošetrovatelské péče má velký vliv nedostatek času personálu. 19 % dotazovaných toto nedokáže posoudit a 15 % si myslí, že nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče nehraje roli.

Otázka č. 15: Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnosti?

Tabulka č. 15: Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnosti?

Odpověď	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Nedostatečným množstvím personálu	48	47 %
Vybavením zdravotnického zařízení	32	31 %
Jiná příčina	23	22 %
Celkem	103	100 %



Graf č. 16: Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnost?

Interpretace výsledků:

Z grafu je zřejmé, že většina, (47 %) respondentů si myslí, že příčinou nerespektování důstojnosti je nedostatek personálu. 31 % dotazovaných jako příčinu uvedlo vybavení zdravotnického zařízení. Jinou příčinu zaškrtilo 22 % respondentů a uvedli- nezáměr a nedostatek času personálu, práce jako rutina, špatná nálada personálu, která se odráží na jejich práci.

6.1 Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala zachováním důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení. Hlavními cíly bylo zjistit rozdíly v zachování důstojnosti seniorů zvláště v domově pro seniory a u jedinců hospitalizovaných na geriatrickém či interním oddělení. Nejčastější příčiny porušení důstojnosti u seniorů a v jaké situaci ve zdravotnickém zařízení senioři cítí omezení své důstojnosti.

Cíl č. 1 zněl: Zjistit, zda je rozdíl v zachování důstojnosti seniorů hospitalizovaných na geriatrických odděleních nebo v domovech pro seniory.

Tabulka č. 16: Odpověď všech respondentů- vztahující se k cíli č. 1

Odpověď	Klienti domova pro seniory		Senioři hospitalizovaní v nemocnici	
	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (N)	Relativní četnost (%)
Ano	13	32 %	27	67 %
Ne	17	43 %	10	25 %
Nedokážu posoudit	10	25 %	3	8 %
Celkem	40	100 %	40	100 %

K tomuto cíli byla určena otázka č. 12: „Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována?“. 67 % seniorů hospitalizovaných v nemocnici na otázku odpovědělo, že se již ve zdravotnickém zařízení setkali s porušením své důstojnosti. Procentuální zastoupení klientů domova seniorů bylo 32 %. Myslím si, že tomu tak je proto, že zdravotní sestry, které pracují v nemocnici, trpí častěji syndromem vyhoření, než sestry v domovech pro seniory. V nemocnici sestry většinou zastanou práci nejen svou, ale i ošetřovatelek, zatímco je práce v domovech pro seniory rozdělená na sesterskou a práci sanitářek či ošetřovatelek. Náročná psychická a fyzická práce sestry rychle vyčerpá a tím i postupně mizí radost a nadšení z vykonávané práce. Postupně se dostavuje chladný a cynický přístup ke klientům, který může, až vyvrcholit v nedůstojné jednání s pacienty. Je důležité, aby si sestry našli chvílku pro sebe, aby se nepřetěžovaly a naučily se relaxovat. Dle mého názoru záleží také na osobnosti sestry, jak je vnímavá k této problematice.

Potvrdila se tak hypotéza H_1 , tedy že důstojnost u seniorů žijících v domovech pro seniory je zachována ve větší míře, než u hospitalizovaných jedinců na geriatrickém oddělení. Cíl č. 1 byl splněn.

Cíl č. 2 zněl: Zjistit nejčastější příčiny porušení důstojnosti u seniorů.

Abych si ověřila tento cíl, aplikovala jsem do dotazníku otázku č. 14: „Myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče?“. Číslo 15: „Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnosti?“. Na otázku č. 14 odpovědělo 53 respondentů (66 %), že nedostatek času personálu je významným faktorem při poskytování ošetrovatelské péče a to vede k nedostatečnému respektování lidské důstojnosti. Na otázku č. 15 odpovědělo 47 %, že nedostatečné respektování důstojnosti je zapříčiněno nedostatečným množstvím personálu. Z výsledků je tedy patrné, že 66 % dotazovaných si myslí, že nedostatek času personálu je hlavní příčinou porušení lidské důstojnosti. Myslím si, že vše záleží na osobnosti sestry. Důvodem nedostatku času personálu je i pohodlnost a rutinní jednání některých sester. Během povinné praxe jsem se setkala s několika sestrami, které ve zdravotnictví pracovaly více než 10 let a i přesto pracovaly podle standardů. Zatímco některé moje spolužačky ze střední školy braly standard jako zbytečnost a ideály, kterých nelze v praxi dosáhnout. Časový stres je velmi značný, ale k dodržování důstojnosti či soukromí klientů stačí jen málo. Personál by se měl tedy zamyslet co je důležitější, jestli pracovat podle standardů a u klienta strávit o několik minut déle a tím mít spokojeného pacienta se zachovanou důstojností, nebo pracovat rychleji, rutinně a bez zájmu a tím mít klienta nespokojeného s porušenou důstojností.

Mohu tedy potvrdit hypotézu H₂: Domnívám se, že nejčastější příčinou narušení důstojnosti u seniorů je nedostatek času zdravotnického personálu na ošetrovatelskou péči. Cíl č. 2 byl splněn.

Cíl č. 3 zněl: Zjistit, v jaké situaci ve zdravotnickém zařízení senioři cítí omezení své důstojnosti.

Ke zjištění tohoto cíle, odpovídali respondenti v otázce č. 13, které zněla: „Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.“ Nejvíce respondentů (27 %) odpovědělo, že narušení soukromí a důstojnosti pocítili při osobní hygieně a převlékání. Personál zdravotnického zařízení se často pohybuje v intimní oblasti klienta a zdravotníci vědí, že bez této blízkosti nelze provést některé výkony. Proto si již neuvědomují, že narušují klientovu důstojnost. Ošetrovatelská péče v oblasti hygieny zejména u nepohyblivých pacientů může snižovat lidskou důstojnost hospitalizovaného klienta a způsobuje tak, že je plný úzkosti a strachu. Je tedy nutné,

aby personál zdravotnického zařízení přistupoval ke každému klientovi tak, jak by si přál, aby tak bylo v nemocnici zacházeno s ním.

Souhlasí tedy hypotéza H₃: Domnívám se, že nejčastěji je důstojnost seniorů omezena při vykonávání hygienické péče. Cíl č. 3 byl splněn.

Jako výstup z bakalářské práce plánuji zveřejnit poznatky v odborném časopise a výsledky výzkumného šetření nabídnu managementu zařízení, kterých se toto šetření týkalo. Doufám, že tato problematika umožní personálu zdravotnických zařízení nový pohled na toto téma. Ráda se o poznatky získané ve výzkumu podělím s ostatními, hlavně pokud to povede ke zlepšení ošetrovatelské péče a dodržování důstojnosti klientů. Myslím, že po poskytnutí výsledků výzkumného šetření se personál zdravotnického zařízení zamyslí nad svým jednáním ke klientům. Změnu v zachování důstojnosti může udělat každý z nás a spokojenost bude jistě na obou stranách. Sama jsem si díky této práci vyjasnila, co je pro klienty důležité.

ZÁVĚR

Když je člověk ještě mladý, tak věří ve svůj dlouhý a šťastný život, ale když zestárneme, tak doufáme v důstojné stáří. Postupným stárnutím populace je bezstarostnost a spokojenost života hojně ohrožena. Problematika zvětšující se potřeby sociální a zdravotní péče, nutnost převzetí odpovědnosti ze státu na sebe a hrozba zhroucení penzijního systému, evokuje negativní pohled na seniora, který může vyústit až v ageismus. Tomu je nutné zabránit a změnit tak přístup společnosti ke stárnoucím lidem. Je třeba dát najevo lásku, úctu a podporu, která spouště seniorům chybí.

Senior vnímá probíhající fyzické změny na svém těle. Kromě mládí a krásy, ztrácí i vitalitu, sílu a řadu dalších schopností. Stává se méně odolný k onemocněním. S nárůstem obtíží klesá soběstačnost, která je pro každého jedince velmi důležitá. Strach a úzkost pramení z obav o její ztrátu, závislost a nemožnost jsou pro ně synonymem neštěstí. Pro spokojené a důstojné stáří je nesporně stejně důležité udržení si autonomie a zachování vlastní identity.

O způsobu života seniora rozhoduje jeho míra samostatnosti a zdravotní stav. Pokud se jeho kvalita rapidně zhoršuje a nemá nikoho, kdo by se o něj postaral, nastupuje na řadu ústavní péče. Zde se začal v posledních letech klást velký význam na kvalitu života seniora, na úroveň poskytované péče a na materiální vybavení.

Stáří se nikdo z nás nevyhne. Spousta lidí se bojí bolesti, utrpení a smrti v osamění. V minulosti starý člověk umíral převážně doma, důstojně dožil v kruhu rodiny, mezi všemi svými blízkými. V současnosti ve snaze vytěsnit smrt z našeho vědomí je i péče o umírající většinou odsunuta do ústavu zdravotní či sociální péče.

Myslím si, že cíle, které jsem si v úvodu práce stanovila, jsou tímto naplněny. A to i s vědomím, že téma, kterým jsem se v práci zabývala nelze plně vyčerpat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- I. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. *Sociální gerontologie- Úvod do problematiky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 3901- 4.
- II. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 4138- 3.
- III. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978- 80- 7262- 900- 8.
- IV. HOJDA Zdeněk, PRAHL, Roman a OTTLOVÁ, Marta, 2009. *Vetché stáří, nebo zralý věk moudrosti?* Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1691-1.
- V. JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr, 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál. ISBN 978- 80- 7367- 477- 9.
- VI. KALVACH, Zdeněk, 2004. *Tělesné projevy stáří*. In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80- 247- 0548- 6.
- VII. KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice, 2006. *Stáří- pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80- 7262- 455- 5.
- VIII. KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva, 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty- 4. ročník*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 2831- 5.
- IX. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 2069- 2.
- X. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80- 247- 0179-0.
- XI. MATOUŠEK, Oldřich a KOLDINSKÁ, Kristina, 2007. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978- 80- 7367- 310- 9.
- XII. NEŠPOROVÁ, Olga, SVOBODOVÁ, Kamila a VODOVIČOVÁ, Lucie, 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. ISBN 978- 80- 87007- 96- 9.
- XIII. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. ISBN 978- 80- 246- 1997- 2.

- XIV. PACOVSKÝ, Vladimír a SUCHARDA, Petr, 2002. *Úvod do medicíny: učebnice pro bakalářské a magisterské studium zdravotnických, paramedicínských a sociálních oborů*. Praha: Karolinum. ISBN 80- 246- 0414- 0.
- XV. PICHAUD, Clément a THAREAUOVÁ, Isabelle, 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál. ISBN 80- 7178- 184- 3.
- XVI. POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 3271- 8.
- XVII. ŘÍČAN, P, 2004. *Cesta životem- vývojová psychologie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7367-124-7.
- XVIII. SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontologie*. Praha: Slon. ISBN 978- 80- 86429- 62- 5.
- XIX. ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80- 246- 1091- 4.
- XX. ŠTILEC, Miroslav, 2004. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha: Portál. ISBN 80- 7178- 920- 8.
- XXI. VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80- 247- 2170- 5.
- XXII. VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1262-8.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

apod. a podobně

č. číslo

H hypotéza

s. strana

zjm. zejména

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?</i>	37
<i>Graf č. 2: Kolik Vám je let?</i>	38
<i>Graf č. 3: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?</i>	39
<i>Graf č. 4: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost?</i>	40
<i>Graf č. 5: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi?</i>	41
<i>Graf č. 6: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí?</i>	42
<i>Graf č. 7: Za co byste pracovníky pochválil(a)?</i>	43
<i>Graf č. 8: Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?</i>	45
<i>Graf č. 9: Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?</i>	47
<i>Graf č. 10: Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?</i>	48
<i>Graf č. 11: Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:</i>	50
<i>Graf č. 12: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována? (odpovědi respondentů z domova pro seniory).</i>	52
<i>Graf č. 13: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována? (odpovědi respondentů hospitalizovaných v nemocnici).</i>	53
<i>Graf č. 15: Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.</i>	55
<i>Graf č. 16: myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek personálu při poskytování ošetrovatelské péče?</i>	57
<i>Graf č. 17: Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnost?</i>	58

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?</i>	37
<i>Tabulka č. 2: Kolik Vám je let?</i>	38
<i>Tabulka č. 3: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetrovatelské péče?</i>	39
<i>Tabulka č. 4: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost?</i>	40
<i>Tabulka č. 5: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi?</i>	41
<i>Tabulka č. 6: Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí?</i>	42
<i>Tabulka č. 7: Za co byste pracovníky pochválil(a)?</i>	43
<i>Tabulka č. 8: Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?</i>	45
<i>Tabulka č. 9: Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?</i>	47
<i>Tabulka č. 10: Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?</i>	48
<i>Tabulka č. 11: Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:</i>	50
<i>Tabulka č. 12: Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována?</i>	52
<i>Tabulka č. 13: Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány.</i>	54
<i>Tabulka č. 14: Myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče?</i>	57
<i>Tabulka č. 15: Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnosti?</i>	58
<i>Tabulka č. 16: Odpověď všech respondentů- vztahující se k cíli č. 1</i>	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Dobrý den,

Jmenuji se Žaneta Štěpánková, studuji na Fakultě humanitních studií UTB ve Zlíně studijní program Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra. V rámci ukončení studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení.“

Tohle pracoviště jsem si vybrala k získání informací k danému tématu, a proto Vás chci požádat o jeho vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a uvedené odpovědi budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce.

Zodpovězte, prosím, všechny otázky. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte jen jednu odpověď, která nejvíce vyhovuje Vašemu názoru.

Předem děkuji za spolupráci a čas, který jste mi věnovali.

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Kolik Vám je let?
 - a) 50 let a méně
 - b) 51- 60 let
 - c) 61- 70 let
 - d) 71- 80 let
 - e) 81 let a více

- 3) Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytování ošetřovatelské péče?
 - a) Spokojen(a)
 - b) Částečně spokojen(a)
 - c) Nespokojen(a)
 - d) Nedokážu posoudit

4) Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za vlídnost a zdvořilost? (číslo 1 je nejlepší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

5) Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za komunikaci s Vámi? (číslo 1 je nejlepší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

6) Jakou známkou byste ohodnotil(a) personál zdravotnického zařízení za respektování soukromí? (číslo 1 je nejlepší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

7) Za co byste pracovníky pochválil(a)?

8) Co byste vytkl(a) na práci zaměstnanců?

9) Jak na Vás působí vybavení a atmosféra zdravotnického zařízení?

- a) Cítím se zde dobře
- b) Cítím se zde špatně

Pokud jste odpověděl(a) za a) pokračujte otázkou číslo 11.

10) Co byste na zdravotnickém zařízení změnil(a), abyste se zde cítil(a) dobře?

11) Měl(a) jste během pobytu ve zdravotnickém zařízení pocit že:

(Můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) Vás pracovníci ignorují
- b) Jste byl(a) ponížen(a)
- c) Jste do něčeho nucen(a), co Vám nebylo příjemné
- d) Zažil(a) jsem jiné nepříjemné pocity, uveďte jaké:

e) Žádný negativní zážitek nebo pocit jsem zde nezažil(a)

12) Měl(a) jste někdy pocit, že Vaše důstojnost nebyla během pobytu ve zdravotnickém zařízení dostatečně respektována?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nedokážu posoudit

Pokud jste odpověděl(a) ne, nebo pokud nedokážete tento pocit posoudit, pokračujte otázkou číslo 14.

13) Vyberte z možností situace, u kterých jste měl(a) pocit, že Vaše soukromí nebo důstojnost nebyly dostatečně respektovány. (Můžete vybrat více možností).

- a) Příjem na oddělení
- b) Příprava před operací, vyšetřením
- c) Vyšetření lékařem
- d) Převaz rány, ošetření

- e) Odběr biologického materiálu (odběr krve, stolice, moče apod.)
- f) Aplikace léků, infuzí, injekcí
- g) Vyprazdňování stolice a moče
- h) Osobní hygiena, převlékání
- i) Vizita
- j) Stravování
- k) Přemísťování v nemocnici (na operační sál, vyšetření, jiné oddělení apod.)
- l) Komunikace se zdravotnickým personálem (nevhodné oslovení, odpovídání apod.)
- m) Při návštěvě svého rodinného příslušníka
- n) Jiná situace, uveďte jaká:

14) Myslíte si, že významnou roli hraje i nedostatek času personálu při poskytování ošetrovatelské péče?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím, nedokážu posoudit

15) Dle Vašeho názoru, čím si myslíte, že je zapříčiněno nedostatečné respektování důstojnosti?

(Můžete zakroužkovat více odpovědí).

- a) Nedostatečným množstvím personálu
- b) Vybavením zdravotnického zařízení (společné sociální zařízení, malé pokoje pro více pacientů apod.)
- c) Jiná příčina, uveďte jaká:
