

**UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2008**

**Bc. Adriana PROROKOVÁ**

**Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií**

**Přístupy zachovávající důstojnost v péči o seniory**

**Bc. Adriana Proroková**

**Diplomová práce  
2008**

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Katedra ošetrovatelství  
Akademický rok: 2007/2008

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Adriana PROROKOVÁ**  
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**  
  
Název tématu: **Přístupy zachovávající důstojnost v péči o seniory**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium poznatků, práce s literaturou, charakteristika dané problematiky.
2. Konzultace dané problematiky s vedoucím práce.
3. Stanovení podmínek, metod, cílů a hypotéz.
4. Výběr vhodné metodiky a vytvoření dotazníků.
5. Sbíráání dat od respondentů.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení výsledků výzkumu.
8. Doporučení výsledků pro praxi


Rozsah grafických prací:  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

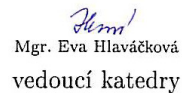
1. BASTABLE, Susan B. Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 2nd ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers, 2003. ISBN 0-7637-1441-0.
2. BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. Základy klinické psychologie. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
3. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
4. KALVACH, Z. Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně – sociálních oborů. Cesta domů, 2004.
5. KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetřovatelství. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
6. MUNZAROVÁ, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů. Brno: Vydavatelství MU, 2000. ISBN 80-210-2416-X.
7. MUNZAROVÁ, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy z lékařské etiky a jiná etická doporučení. Brno: Vydavatelství MU, 2000. ISBN 80-210-2417-8.
8. PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. Soužití se staršími lidmi. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

Vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc.  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: 30. listopadu 2007  
Termín odevzdání diplomové práce: 18. dubna 2008

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Eva Hlaváčková  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. ledna 2008

## **SOUHRN**

Hlavním předmětem předkládané diplomové práce je úvaha nad kolizí dvou ústavně garantovaných hodnot - důstojnosti a ochrany osobnosti seniorů při péči v praxi. V úvodu práce je podrobněji interpretován pojem důstojnost, jeho definice a koncepty. Dále je testováno vymezení pojmů důstojnost na vlivných českých i mezinárodně lidskoprávních dokumentech s obecnou působností, metodou interpretace právních textů, zejména předpisů, která nastínila některé nejasnosti v používání pojmu důstojnost. V rámci komplexnosti další kapitoly a podkapitoly upozorňují na rozdílnosti jednotlivých přístupů v péči, ať už pocházejí z teorie či praxe. Zhodnocení výzkumné části umožňuje poukázat, upozornit a odhalit některé problémy, se kterými se seniorská populace potýká, a které lze včasným zásahem zmírnit nebo jim předcházet. Snahou práce je proto upozornit na tyto nedostatky a zvýšit zájem o danou čistě humánní problematiku.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Lidská důstojnost – důstojná a nedůstojná péče – etika – stárnutí – stáří – senioři – osobnost – ochrana osobnosti – práva a svobody – úcta – participace – autonomie – empatie – spokojenost – mezilidské vztahy – etická dilemata – holistický přístup – stereotypy stáří – ageismus – ústavní zařízení – ošetrovatelství – pomáhající profese syndrom vyhoření – standardy – edukace – kvalita života – demence – restrikce v psychiatrii – svědomí – umírání a smrt – hospicová a paliativní péče – euthanasie – religiozita – náboženství – spiritualita.

## **TITLE**

The Approach Maintaining the Dignity in the Senior Care

## **KEYWORDS**

Human dignity – dignity and infradig care – ethics – aging – age – seniors – personality – protection of personality – laws and freedoms – respect – participate – autonomy – empathy – human relations – ethics dilemma – holistic access – stereotype age – ageismus –institutional arrangement – nursing – helping profession – burnout – standards – education – quality of life – aphrenia – restriction in psychiatry – conscience – dying and death – hospice and palliative care – euthanasie – religious – religion – spiritualism.

## **ABSTRACT**

The main importance of translated diploma work is the collision of thought of two particularly constitutional guaranteed virtues – dignity and protection of personal rights of senior individuals, while taking care of them in experience at the beginning of a shift, where dignity as a meaning is closely interpreted, its definitions and concepts. Further, tested is the limitation of understanding dignity in the influential Czech or international documents of human rights in general activity, by method of interpretation of legal text, especially by-laws, which shadow some obscurities in application of the definition dignity. Within the complexity of the next chapter and subheading it refers to the differences of individual attitudes in devotion of seniors, whether it derives from theory or experience. Estimation of the research part allows to point, to warn and to reveal some problems with which the senior population has to deal with, and which can be reduced in time or anticipated. Therefore, with work experience and work ethic it is important to refer to these obscurities and to increase the interest to deal with a clear humane dilemmas.

## **Poděkování**

Chtěla bych na tomto místě poděkovat mnoha lidem za pomoc a podporu při zpracovávání výsledné diplomové práce. Mé dík patří vedoucímu panu docentu MUDr. Jaroslavovi Vaňáskovi, CSc. za připomínky, odborné vedení a čas, který závěrečnému dílu věnoval.

Současně bych zde ráda vyjádřila své poděkování paní MUDr. Marii Blažkové, která mi byla po dobu studií velkou oporou. Děkuji jí také za čas, mnoho podnětných myšlenek a návrhů k danému tématu. Konzultace s paní Marií byly v příjemném přátelské duchu.

Za projevenou podporu patří mé díky paní Mgr. Monice Markové, i dalším milým a trpělivým lidem z Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích, za mnoho inspirujících návrhů. Cítím se velice obdarována.

Dále děkuji všem těm, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na vzniku této závěrečné práce, zvláště pak mým spolužákům, kteří byli ochotni věnovat mi svůj čas a své myšlenky při realizaci výzkumu, dále jmenovitě Alžbětě Černé a Jaroslavě Prorokové za pomoc a podporu.

# OBSAH

ÚVOD .....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	16
<b>1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....</b>	<b>17</b>
1.1 ETIKA .....	17
1.2 LEGALITA .....	17
1.3 MORÁLKA .....	17
1.4 ETIKETA .....	17
1.5 BIOETIKA .....	18
1.6 LÉKAŘSKÁ ETIKA .....	18
1.7 ZDRAVOTNICKÁ ETIKA.....	18
1.8 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA.....	18
1.9 PASTORÁLNÍ ETIKA.....	19
<b>2 DEFINICE POJMU DŮSTOJNOST.....</b>	<b>20</b>
2.1 SLOVNÍKOVÉ HESLO DŮSTOJNOST: ENCYKLOPEDIE DIDEROT .....	20
2.2 SLOVNÍKOVÉ HESLO DŮSTOJNOST V OTTOVĚ NAUČNÉM SLOVNÍKU .....	20
<b>3 KONCEPT DŮSTOJNOSTI .....</b>	<b>22</b>
3.1 KONCEPT DŮSTOJNOSTI V PODÁNÍ OSCARA SCHACHTERA .....	22
3.2 KONCEPT DŮSTOJNOSTI V RÁMCI PROJEKTU „DŮSTOJNOST A STARŠÍ EVROPANÉ“ .....	22
3.2.1 DŮSTOJNOST ZÁSLUH .....	22
3.2.2 DŮSTOJNOST MRAVNÍ SÍLY .....	23
3.2.3 DŮSTOJNOST OSOBNÍ IDENTITY .....	23
3.2.4 MENSCHENWÜRDE .....	24
<b>4 DŮSTOJNOST A POJETÍ ČLOVĚKA .....</b>	<b>29</b>
4.1 HUMANISTICKÁ TRADICE .....	29
4.2 KŘESŤANSKÉ POJETÍ.....	29
4.3 NATURALISMUS.....	30
<b>5 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>31</b>
5.1 STÁRNUTÍ.....	31
5.2 STÁŘÍ .....	31
5.2.1 FORMOVÁNÍ VZTAHU KE STÁŘÍ.....	31
5.3 CO ZNAMENÁ BÝT SENIOREM V ČESKÉ REPUBLICE.....	32
<b>6 STEREOTYPIZACE STÁŘÍ.....</b>	<b>34</b>
<b>7 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR .....</b>	<b>35</b>
7.1 PŘÍSTUPY GARANTUJÍCÍ DŮSTOJNOST PŘI PÉČI O SENIORY .....	36
7.2 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K SENIORŮM .....	36
7.3 VŽDY MOŽNOST VOLBY .....	37
7.4 VLIV SYSTÉMŮ NA PÉČI O SENIORY.....	37
7.4.1 NOVÝ SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K SENIORŮM .....	38
7.5 VLIV ÚSTAVNÍHO PROSTŘEDÍ NA SENIORY .....	38
<b>8 POMÁHAJÍCÍ PROFESE .....</b>	<b>40</b>
8.1 OSOBNOST ČLOVĚKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH .....	40
8.1.1 SEBEPOZNÁNÍ JAKO PŘEDPOKLAD ÚSPĚŠNOSTI.....	41
8.1.2 TOUHA PO MOCI.....	42
8.1.3 CÍTIT SE DŮLEŽITÝM V POMÁHÁNÍ DRUHÉMU.....	42
8.1.4 MÍT SE STARÝMI A NEMOCNÝMI LIDMI SOUCIT .....	43
8.2 DALŠÍ MOTIVY OVLIVŇUJÍCÍ POMÁHÁNÍ DRUHÝM .....	43
8.2.1 POMÁHÁNÍ JAKO VÝCHODISKO Z OSAMĚLOSTI .....	43
8.2.2 OSOBNÍ NEŠTĚSTÍ .....	44
8.2.3 SKUTKÁŘSTVÍ.....	44
8.2.4 ZVĚDAVOST.....	44

8.3	PRÁCE SPOJENÁ S EMOCEMI .....	45
8.4	POMÁHAJÍCÍ PROFESE A JEJICH ÚSKALÍ .....	46
8.5	PÉČE O PROFESIONÁLNÍHO PEČUJÍCÍHO .....	46
8.6	BURN-OUT, VYHOŘENÍ PRACOVNÍKŮ V PROFESI SE STARÝMI LIDMI .....	46
8.7	PROBLÉMY, OMYLY A POCHYBENÍ .....	48
<b>9</b>	<b>SYSTÉMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>49</b>
9.1	PŘÍPADOVÁ METODA .....	49
9.2	FUNKČNÍ SYSTÉM .....	49
9.3	TÝMOVÉ OŠETŘOVATELSTVÍ .....	50
9.4	PRIMÁRNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....	50
9.5	CASE MANAGEMENT .....	51
9.6	SESTRY VE VEDENÍ, ANEB NOVÝ SYSTÉM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	51
<b>10</b>	<b>STANDARDY KVALITY PÉČE .....</b>	<b>54</b>
10.1	STANDARDY .....	54
10.1.1	FORMY STANDARDŮ .....	54
10.1.1.1	STRUKTURÁLNÍ STANDARDY .....	54
10.1.1.2	PROCESNÍ STANDARDY .....	55
10.1.1.3	STANDARDY VÝSLEDKŮ .....	55
<b>11</b>	<b>MEZILIDSKÉ VZTAHY .....</b>	<b>56</b>
11.1	NEANGAŽOVANÝ PROFESIONÁLNÍ PEČUJÍCÍ .....	56
11.2	ANGAŽOVANÝ PROFESIONÁLNÍ PEČUJÍCÍ .....	56
11.3	NADBYTEČNÁ KONTROLA NAD SENIORY .....	56
11.4	OBĚTOVÁNÍ SE PRO SENIORY .....	57
11.5	MÍT PRO KAŽDÉHO SENIORA POCHOPENÍ .....	57
<b>12</b>	<b>ETICKÁ DILEMATA .....</b>	<b>59</b>
12.1	BARIÉRY PŘI ETICKÉM ROZHODOVÁNÍ .....	59
12.2	ROZHODOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI .....	60
12.3	ETICKÉ DILEMA VZTAHU ZAMĚSTNAVATELE A ZAMĚSTNANCE .....	60
12.4	ETICKÉ DILEMA VZTAHU MEZI KOLEGY .....	61
12.5	ETICKÉ DILEMA VZTAHU SESTRA – KLIENT .....	61
12.6	ETICKÉ DILEMA VZTAHU VEDOUcí SESTRY VZHLEDEM K INSTITUCI .....	61
<b>13</b>	<b>OCHRANA OSOBNOST .....</b>	<b>62</b>
13.1	ČLOVĚK A JEHO OSOBNOST .....	62
13.2	POJEM DŮSTOJNOST V MEZINÁRODNÍM PRÁVU LIDSKÝCH PRÁV .....	62
13.3	UNIVERZÁLNÍ DOKUMENTY S OBECNOU PŮSOBNOSTÍ .....	63
13.3.1	CHARTA SPOJENÝCH NÁRODŮ (CHARTA) .....	63
13.3.1.1	VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV (VDLP) .....	63
13.3.1.2	MEZINÁRODNÍ PAKT O OBČANSKÝCH A POLITICKÝCH PRÁVECH (MPOPP) A MEZINÁRODNÍ PAKT O HOSPODÁŘSKÝCH, POLITICKÝCH A KULTURNÍCH PRÁVECH (MPHSK) .....	65
13.4	REGIONÁLNÍ DOKUMENTY .....	65
13.4.1	EVROPSKÁ ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH (EÚLP) .....	66
13.4.2	ÚMLUVA NA OCHRANU LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI LIDSKÉ BYTOSTI V SOUVISLOSTI S APLIKACÍ BIOLOGIE A MEDICÍNY: ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH O BIOMEDICÍNĚ (ÚLPB) .....	66
13.4.3	CHARTA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE (LPEU) .....	67
13.5	PRÁVO NA OCHRANU OSOBNOSTI V ČESKÉM ÚSTAVNÍM PRÁVU .....	67
13.5.1	ÚSTAVA ČESKÉ REPUBLIKY (ÚSTAVA) .....	68
13.5.2	LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD (LISTINA) .....	68
13.6	POJEM LIDSKÁ DŮSTOJNOST V ČESKÉM PRÁVU OBČANSKÉM .....	69
13.7	SENIORŮ A JEJICH LIDSKÁ PRÁVA .....	70
13.7.1	PRÁVA SENIORŮ V ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍCH .....	70
<b>14</b>	<b>PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA Z HLEDISKA DŮSTOJNOSTI .....</b>	<b>72</b>
14.1	STIGMA PSYCHICKÉ NEMOCI .....	72
14.2	DŮSTOJNOST A DEMENCE .....	72
14.3	Vliv RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ NA DŮSTOJNOST ČLOVĚKA .....	74

14.4	ETICKÝ A PRÁVNÍ POHLED .....	75
14.5	OCHRANA PRÁV DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V ČR .....	76
<b>15</b>	<b>DŮSTOJNÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO.....</b>	<b>77</b>
15.1	VYTĚSNĚNÍ SMRTI .....	77
15.2	ZÁKLADNÍ FAKTA O UMÍRÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICE .....	77
15.3	DŮSTOJNOST PŘI UMÍRÁNÍ A SMRTI V ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍCH .....	78
15.4	HOSPICOVÁ PÉČE S OHLEDEM NA DŮSTOJNOST SENIORŮ V ČR.....	79
<b>16</b>	<b>EUTHANASIE .....</b>	<b>81</b>
16.1	EUTHANASIE JAKO PRÁVNÍ PROBLÉM .....	81
16.2	OBEČNÝ POHLED NA EUTHANASII.....	81
16.2.1	POJEM EUTHANASIE .....	81
16.3	FORMY EUTHANASIE .....	82
16.4	VYJÁDŘENÍ SE K EUTHANASII.....	83
16.5	NÁBOŽENSTVÍ A EUTHANASIE .....	83
16.6	POSTOJ LAICKÉ VEŘEJNOSTI K EUTHANASII.....	84
<b>17</b>	<b>OTÁZKA NAŠEHO SVĚDOMÍ PŘI PÉČI O SENIORY .....</b>	<b>85</b>
17.1	ETICKÉ DOKUMENTY A MÍSTO SVĚDOMÍ V NICH .....	85
17.1.1	KODEX PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY .....	85
17.1.2	KODEX SESTER .....	86
17.1.3	ETICKÝ KODEX VYSOKOŠKOLÁKŮ NELÉKAŘŮ .....	86
<b>18</b>	<b>RELIGIÓZNÍ POHLED .....</b>	<b>88</b>
18.1	VLIV NÁBOŽENSTVÍ NA DŮSTOJNOST PŘI PÉČI O SENIORY .....	89
18.2	DŮSTOJNOST A SPIRITUALITA .....	90
18.3	NEPLĚST SI POJEM SPIRITUALITA A NÁBOŽENSTVÍ .....	90
<b>19</b>	<b>VÝHLED DO BUDOUCNA.....</b>	<b>93</b>
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>94</b>
<b>20</b>	<b>KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>95</b>
<b>21</b>	<b>VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU.....</b>	<b>98</b>
21.1	ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY RESPONDENTŮ .....	98
21.2	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	100
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>129</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>133</b>
	<b>ZJIŠTĚNÉ PROBLÉMY A MOŽNÁ DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>138</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>141</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>146</b>
	PŘÍLOHA A.....	147

## ÚVOD

Tématem předkládané diplomové práce je „Přístupy zachovávající důstojnost v péči o seniory“. Dané téma jsem si zvolila zcela záměrně s vědomím malé pozornosti, jenž se dané problematice u nás věnuje, v porovnání se zahraničím, především USA, ale i západní Evropou. Od samého počátku jsem byla přesvědčena, že zabývat se otázkou důstojnosti při péči o seniory v ústavních zařízeních představuje oblast, kterou má hluboký smysl se zabývat, a to právě pro přesah, který má směrem k člověku. Jde o skutečné hodnoty. To, jak k nim nejen zdravotní sestra přistupuje, se bezprostředně projevuje v přístupu ke klientovi.

Začneme-li se zabývat problémy souvisejícími se stářím, záhy zjistíme, že jde o téma dosti široké. Od osobního světového názoru, přes koncepce, standardy až ke každodenním činnostem v oblasti důstojné péče. Nárůstem stárnoucí populace a způsob její bytí s nemocí a celkovou křehkostí v poměrně dlouhém úseku, na sklonku života, přináší společné závažné výzvy odborné, právní, sociálně ekonomické i etické. Právě tyto výzvy by měly být nedílnou součástí všech rozhodnutí a postupů týkajících se seniorů i jako společenské skupiny.

Jako jeden z klíčových pojmů v přístupu k seniorům, zvláště pak k křehkým, se ukázal pojem fenomén důstojnosti starého člověka. Význam fenoménu jen posiluje, že se týká nejen jedné věkové etapy, ale že svou podstatou je univerzální a bezprostředně souvisí s humanizací zdravotní a sociální péče i společenských služeb jako takových. Zamyšlení se nad posilováním či zraňováním lidské důstojnosti může prospět nejen mezilidským vztahům, ale i ke kultivaci soudobé společnosti. Stejně jako lidská důstojnost je i její respektování univerzální společenskou záležitostí.

Nejen pro tuto práci, ale i pro můj velký zájem, jsem navštívila během bakalářského a navazujícího magisterského studia mnoho zařízení, poskytujících různé služby starým lidem. Měla jsem možnost procházet domovy pro seniory, domy s pečovatelskou službou v kraji Ústeckém (Děčín), Středočeském (Mladá Boleslav, Luštěnice a Benátky nad Jizerou) i Východočeském (Přelouč, Pardubice). V Krajské nemocnici Pardubice a.s. jsem se v rámci praxe aktivně zapojila do péče o seniory na oddělení interním, geriatrickém, psychiatrickém a onkologickém. Přínosnou mi byla zkušenost s terénní domácí péčí v Pardubicích. Vzácných zkušeností jsem nabyla při čtrnáctidenní stáži v Hospici Sv. Štěpána v Litoměřicích. Procházkou těchto ústavních zařízení jsem se setkávala s různými pohledy a přístupy pečujícího personálu k seniorům a s některými zajímavými bych se v této práci s Vámi čtenáři chtěla podělit.

V zavedeném demokratickém právním státě mají jeho občané tendenci své svobody a práva považovat za něco samozřejmého. K hlubšímu zamyšlení se nad kořeny hodnotového systému, z nichž tyto svobody a práva vycházejí, je přimějí často teprve až situace, kdy se tyto svobody a práva dostanou do konfliktu s jinými hodnotovými systémy. Lidská práva a svobody předpokládají základní princip lidské morálky a přirozenosti. Jsou absolutními a univerzálními hodnotami pro celé lidstvo. Jejich původ je datován se vznikem společnosti jako takové. Lidská práva je třeba hájit, ochraňovat, a to jak ve vnitrostátním tak mezinárodním měřítku.

Co se týká pracovních postupů a metod, provedla jsem nejdříve shromáždění relevantních pramenů a dat v podobě odborných knižních publikací, odborné časopisecké literatury, novinových a časopiseckých článků i různých článků a dat z internetové sítě. Sběr informací byl doplněn i příjmem obecných informací z médií a odbornými konzultacemi. Na základě techniky sběru těchto pramenů, dat, informací a metody konzultací jsem provedla určitou komparaci, myšlenkovou analýzu a syntézu a upozornila na jisté rozpory nebo rozdílnosti jednotlivých přístupů, ať už pocházejících z oblasti teorie či praxe. To se projevuje ve výkladu jednotlivých kapitol a podkapitol diplomové práce a odráží se to samozřejmě i na celkovém pojetí konceptu tohoto díla. Z těchto uvedených pramenů používám citace, které jsem pro přehlednost vyznačila v textu kurzívou, vyjadřující mé vlastní formulace a myšlenky tak, aby bylo zcela zřejmé, kdy se jedná o formulace převzaté. V textu se objevuje poměrně značný počet poznámek pod čarou, kde uvádím nejen citované prameny, ale i určité informace a myšlenky pro dokreslení. V práci se snažím především předložit nejvýstižnější informace a předestlat nejdůležitější aspekty důstojné péče a ochrany osobnosti v dnešních institucích.

Při psaní této práce jsem musela hledat vhodné označení pro pomáhajícího pracovníka, ať už je jím sestra, ošetřovatelka, sociální pracovník, psycholog, lékař, teolog atp. – i pro jeho protějšek, ať už se nazývá pacient, obyvatel nebo klient. Nakonec jsem převzala řešení Ivana Úlehly a mluvím zde o „*pomáhajícím pracovníkovi*“ a „*klientovi*“, neboť v angloamerické literatuře termín „uživatel služeb“ je poněkud odlidštěným výrazivem.

Zadané téma je značně širokého rozsahu, proto jsem se snažila zejména postihnout jádro tématu, spočívající v konkrétním výkladovém střetu hodnot důstojnosti a ochrany osobnosti. Přesto je třeba věnovat i určitou pozornost problémům souvisejícím. Při popisu těchto souvisejících aspektů některé problémy s ohledem na rozsah práce spíše jen nastiňuji pro představu čtenáře, s kolika různými okruhy otázek se pojem důstojnost, ochrana osobnosti

a zejména samotný střet těchto dvou hodnot může pojit. Právo na lidskou důstojnost a ochranu osobnosti je stěžejním tématem tohoto díla.

Předkládaná práce nechce ani nemůže přinést vyčerpávající informaci o problémech seniorů v ústavních zařízeních, chce však na základě mnohých pohledů upozornit, že důstojné péči a lidským hodnotám je třeba věnovat více pozornosti, než ji bylo věnováno doposud. Velmi bych si přála, aby tato práce svým, byť i stručným obsahem přispěla k pochopení pojmu důstojnost. Také trochu doufám, že řádky této práce malou měrou napomůžou, aby v ústavních zařízeních, kde se dá setkat se seniory nebyl starý člověk se svými limity, potřebami, či riziky obtěžující nežádoucí přítěží a aby vždy byla respektována jeho důstojnost.

Velice si vážím všech těch pečujících, kteří mají na paměti, že jejich společným cílem je pomáhat lidem, pacientům, klientům žít podle svých maximálních možností, s ohledem na jejich důstojnost a bez ohledu na stupeň funkčnosti. Zdravé a naplněné stáří může být stejně krásné jako předchozí vývojová období. Posláním každého zařízení pro seniory by mělo být jim takovéto stáří umožnit.

Moje práce je v tomto duchu zamýšlena nejen jako úvaha a analýza, ale i jako výzva a povzbuzení.

## **CÍL PRÁCE**

- Cíl diplomové práce je významný zejména v tom ohledu, že umožní ověřit a formulovat ty změny, které bude muset pracoviště přijmout a realizovat, proto aby mohlo poskytovat důstojnou péči v souladu s právy seniorů.

### **Cílem teoretické části je:**

- Přiblížit komplexněji problematiku důstojné a nedůstojné péče v obecné i praktické rovině.
- Cílem je zdůraznit úlohu etiky v ošetrovatelství, obecných etických principů a práva a poukázat na provázanost etiky a práva v rovině teoretické i praktické. Vztah etiky a práva je jednotícím kritériem této práce a vysvětluje, proč se právními a etickými otázkami zabývám v tak širokém kontextu.
- Záměrem je podat stručný, ne však vyčerpávající, přehled právních norem upravující ochranu osobnosti v ústavních zařízeních a poukázat na mezery v české právní úpravě. Chtěla bych i přispět k celospolečenské diskuzi o dané problematice.

### **Cílem praktické části je:**

- Zachytit myšlenky, názory a postoje profesionálních pečujících na důstojnou, či naopak nedůstojnou péči o seniory v různých typech ústavních zařízeních.
- Vystihnout aktuální situaci, určit směry podpory, pomoci a péče zaměřené na problémové oblasti, vyplývající z výzkumného šetření, navrhnout některá řešení vedoucí ke zlepšení péče starých lidí.
- Výsledky výzkumu využít jako zdroj případných podnětů směrem k širší veřejnosti a lidem pracujícím se seniory.

## **Dílčími cíli praktické části jsou:**

1. Zjistit, jak je to s povědomím o důstojné péči na jednotlivých odděleních i pracovištích.
2. Zjistit, co je pro pečující nejdůležitější z hlediska zachování důstojnosti klienta.
3. Kdy je nejdůležitější myslet na důstojnost seniorů?
4. Jaká je zásadní příčina ztráty důstojnosti seniora?
5. Objasnit vynucený odchod seniora do ústavního zařízení, zda má či nemá vliv na důstojnost.
6. Lze ovlivnit přístup ke starým lidem výchovou?
7. Mají emoce pečujících vliv na důstojnost seniorů?
8. Odhalit názory respondentů na současný systém ošetrovatelské péče?
9. Úcta a důstojnost k seniorům jsou v profesi pečujících nejdůležitější?
10. Jak často se přihodilo pečujícím, že se jeden klient vyprazdňoval na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti obědvali?
11. Přiznají někteří respondenti, že dali oběd klientovi, který současně vykonával svou potřebu na gramofonové židli?
12. Jakých omezení se užívá při zvládnání mimořádných událostí v péči o klienty?
13. Myslí si dotazovaní, že náboženská víra sestry má vliv na zachování důstojnosti při péči o seniory?
14. Dozvědět se, jestli nedostatek pečujícího personálu, má negativní vliv na péči o klienty?
15. Může mít přetíženost pečujících vliv na despekt důstojnosti seniora?

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

První kapitola zasluhuje vymezit pojmy, které jsou stěžejní z hlediska celé práce. V dnešní době, v souvislosti s označením etických problémů ve zdravotnictví, sociální oblasti, psychologii, sociologii, teologii a filozofii se používá řada termínů, jejichž pojmová čistota je nezbytně důležitá, nemá-li v diskuzích docházet ke zbytečným nedorozuměním. Záměrem této diplomové práce není podrobné seznámení se s etikou v její nekonečné bohatosti, tudíž definice jednotlivých pojmů uvádím ve stručnosti.

## 1.1 ETIKA

**Etika** (ethika, řec. ethos – mrav) je vědou o mravnosti, dřívější užívaný název byl **mravověda**, častěji též **praktickou filozofií** (např. T. G. Masaryk). Etika jako filozofická disciplína pochází od Aristotela, který rozlišuje v lidské činnosti, etiku teoretickou (poznání), praktickou (jednání) a tvořivou (dělání). V odborném písemnictví lze najít i další označení etiky v pojetí českého filozofa Františka Klácela, který doporučoval termín **dobrověda**. Etika je jako pojem nadřazena morálce. Předmětem etiky je zkoumání zákonitostí mravního chování jednotlivých osob a celé společnosti. Mravními zásadami, jimiž se lidé řídí, neboť je uznávají, se v průběhu času mění.<sup>1</sup>

Obecně lze konstatovat, že etika „ustanovuje, co jest právem mravné a co jest nemravné.

## 1.2 LEGALITA

**Legalitou** rozumíme shodu mravní normy a legislativní zákonné úpravy.<sup>2</sup>

## 1.3 MORÁLKA

**Morálka** (z lat. mos – mrav, moralit – mravní) vystihuje popisnou a předpisovou stránku mravnosti, nebo-li soubor pravidel uznávané mravnosti.<sup>3</sup>

## 1.4 ETIKETA

**Etiketa** je souhrn pravidel přijatelné a uznávané formy společenského chování. Své postavení má především v diplomacii. Vzhledem k tomu, že určité formy chování mezi

---

<sup>1</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská Etika*. s. 11–14.

<sup>2</sup> Tamtéž.

<sup>3</sup> Tamtéž.

lékařem a klientem (v zásadě platí i pro zdravotní sestry) i mezi lékaři vzájemně jsou ritualizované, můžeme hovořit i zde o *etiketě v lékařství*.<sup>4</sup>

## **1.5 BIOETIKA**

**Bioetika** (bios – život, etika – mravnost) je pojmem nejširším, neboť je nadřazen pojmu lékařská etika či jeho synonymům. Tento termín byl poprvé použitý v názvu knihy amerického kancerologa V.R. Pottera („Bioethics: A Bridge to the future“ – *bioetika: most k budoucnosti*, 1971). Je definován jako „*systematické studium lidského jednání v oblasti věd o životě a v péči o zdraví. Toto jednání je pak zkoumáno ve světle morálních hodnot a principů.*“<sup>5</sup> V širším významu slova, se pojem užívá též pro označení etické problematiky veškerého života na zemi.

## **1.6 LÉKAŘSKÁ ETIKA**

**Lékařská etika** je pojem, který souhrnně označuje etické problémy v lékařství. Dále termín *klinická etika* v českém písemnictví, který používá např. Jan Payne na Univerzitě Karlově v Praze a zdůrazňuje tím etické problémy vážící se výhradně ke klinické praxi (kliné = lůžko). Pojem lékařská etika je dosud neustálený, přesto že má majoritní charakter. Konkuruje mu další pojmy, jako například **medicínská etika**, která je výrazem obsahově shodným, ale méně libozvučným. Sporný je pojem **zdravotní etika**, který bývá užíván ve stejném významu, ačkoliv fakticky uvozuje problémy týkající se etiky ve zdraví.

## **1.7 ZDRAVOTNICKÁ ETIKA**

Zdravotnická etika označuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví, zejména zdravotnických systémů. Zaměňovat výrazy lékařská etika a zdravotnická etika je podle profesorky Haškovcové věcně nesprávné.<sup>6</sup>

## **1.8 OŠETŘOVATELSKÁ ETIKA**

Ve zdravotnictví pracují nejen lékaři, ale v hojném počtu i zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál, na které soustřeďují svou pozornost. Všichni tito pracovníci, co by členové ošetřujícího týmu, se setkávají s různými etickými problémy. V českém písemnictví pro toto užíváme názvu **etika v ošetřovatelství** a **etika v práci sestry**. V zahraničí je

---

<sup>4</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská Etika*. s. 11–14.

<sup>5</sup> LADD, J. The task of ethics. In REICH, WT. (Ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. p. 400-407.

<sup>6</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská Etika*. s. 11–14.

zakotven pojem **nursing ethics**, tedy *sesterská etika*, jehož překlad je zavádějící, neboť označení *nursing* se věcně nekryje pouze s názvem zdravotní sestra, ale zahrnuje také ošetřovatelku. Na druhé straně termín *nursing ethics* je vsutku výstižný, protože v sobě zahrnuje všechny problémy ošetřovatelské aktivity, aniž by vylučoval určitý typ nižšího, či středního, popřípadě vysokoškolského pracovníka.

Ošetřovatelská etika<sup>7</sup> je ústředním tématem této práce.

## **1.9 PASTORÁLNÍ ETIKA**

V neposlední řadě je třeba zmínit důležitost duchovního, jakožto dalšího člena pečujícího týmu. Péče o duševní komfort klientů je součástí tzv. *pastorální péče*. O **pastorální etice** tedy můžeme hovořit, pakliže je uplatňována ve vztahu k nemocnému a trpícímu náboženská, popřípadě teologická dimenze.<sup>8</sup>

Konec první kapitoly věnuji zásadám, ze kterých lze stavět moderní etiku.

Mezi nejdůležitější již ukotvené zásady, ze kterých lze stavět moderní etiku patří:

8. Člověk má svou inherentní důstojnost proto, že je člověkem, a nemůže ji ztratit kvůli nemoci.
8. Lidská bytost je vždy cílem a ne pouze prostředkem k cíli jinému.
8. Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti či vědy.
8. Člověka je nutno vždy respektovat v jeho celistvosti, a to ve všech provázaných dimenzích.

---

<sup>7</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*.

<sup>8</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská Etika*. s. 11–14.

## 2 DEFINICE POJMU DŮSTOJNOST

Důstojnost člověka je jeden z termínů, které jsou v poslední době často využívány, ale prakticky mnoho lidí neví, co doopravdy znamenají. Pro lepší orientaci budou použita a zhodnocena dvě slovníková hesla, v kapitole následující budou zmíněny dva koncepty důstojnosti. Tato část není ani úplným ani koherentním rozbohem pojmu, záměrem je pouze naznačit rozmanitost přístupů k této problematice.

### 2.1 SLOVNÍKOVÉ HESLO DŮSTOJNOST: ENCYKLOPEDIE DIDEROT

*„Důstojnost je etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a o významu jeho práv ve společnosti.“*<sup>9</sup> Uvedené heslo není vyčerpávající ani přesné, proto bude zhodnoceno kriticky: pojem „důstojnost“ jistě není oborově omezen pouze na etiku, nebudu však nad tímto dále polemizovat. Dále pak složenina slov „zdůrazňující vědomí člověka“ ani zde to není vyčerpávající, neboť ani v etice či jiné společenskovední disciplíně nejde pouze o vědomí, ale jde i o svědomí<sup>10</sup>. Otázka svědomí bude rozebrána v následujících kapitolách. Dalším je „...o významu člověka...“, kdy tato část slovníkového hesla proklamuje zejména spolu s Kantem: Být člověkem znamená samo o sobě důstojnost, neboť člověk nemůže být nikým použit jako pouhý prostředek, nýbrž musí být vždy zároveň jako cíl. V tom tkví důstojnost osobnosti, která ho pozdvihuje nad ostatní bytosti.<sup>11</sup>

Pojem důstojnost lze snadno zaměnit za výrazy jako jsou hodnota člověka či lidská hodnota, avšak ne vše, co má nějakou hodnotu, má zároveň důstojnost. Myslím, že nemusím dále uvádět příklady, neboť poslední odstavec hovoří za vše.

### 2.2 SLOVNÍKOVÉ HESLO DŮSTOJNOST V OTTOVĚ NAUČNÉM SLOVNÍKU

*„[Důstojnost] jest tolik, jako zasloužilost, hodnost, cena osobní, vážnost (v chování), ve smyslu konkrétním i úřad čestný. Vaše [Důstojnost]-i vyskytuje se jako titul praelátův, opatův, představených katedrálních a kollegiatních kapitol. [Důstojný] tolik jako stálý, věrný (kdo dostojí svému slovu), dále vážný, zasloužilý, hodný něčeho vůbec a cti zvláště. Odtud vyskytuje se [Důstojnost] (reverendus) jako titul nižšího duchovenstva. Vele důstojný (admodum reverendu), titul kanovníkův katedrálních atd., vysoce důstojný (amplissimus), titul praelátův, opatův, nejvýše důstojný, nejdůstojnější (reverendissimus) titul biskupů atd.“*<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. s. 313.

<sup>10</sup> TELEČ, I. *Rozum a cit*. s. 317–322.

<sup>11</sup> STORIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. s. 323.

<sup>12</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Ottův slovník naučný*. s. 229.

Druhé heslo je již na první pohled odlišné od hesla prvního. Jazyk Ottova slovníku je pro dnešní dobu poněkud archaický. Pokud rozebereme první větu: „*Důstojnost jest tolik, jako zasloužilost...*“ je patrné, že význam pojmu důstojnost je pojímán na základě formálního či neformálního postavení člověka ve společnosti. Dalším je: „*Důstojný tolik jako stálý, věrný, vážný, zasloužilý...*“ zde je význam člověku přisuzován na základě jeho osobní a zvláště morální integrity. Zbylou část slovníkového hesla dále nerozvíjím. Samotný fakt, že slovo důstojnost bylo takto užíváno, podtrhuje významy, které byly podkryty heslem z Ottova naučného slovníku.

### 3 KONCEPT DŮSTOJNOSTI

#### 3.1 KONCEPT DŮSTOJNOSTI V PODÁNÍ OSCARA SCHACHTERA

Oscar Schachter předkládá v článku (1983) *Human dignity as normative concept*<sup>13</sup> jakési teze o důstojnosti, ty jsou ale kusé a zdá se, že pro dnešní vnímání nedostačující.

Teze Oskara Schachtera:

- „*Důstojnost zahrnuje osobnostní identitu, osobní autonomii a odpovědnost.*“<sup>14</sup>
- Schachter zmiňuje 12 příkladů, které jsou neslučitelné s humánní důstojností (např. diskriminace či některá zacházení ve zdravotnických a jiných zařízeních).
- Skutečný význam („*intrinsic meaning*“<sup>15</sup> neboli vnitřní smysl) důstojnosti je ponechán intuitivnímu pochopení, podmíněném kulturními faktory v široké míře.

#### 3.2 KONCEPT DŮSTOJNOSTI V RÁMCI PROJEKTU „DŮSTOJNOST A STARŠÍ EVROPANÉ“

Z analýzy výsledků studie DOE<sup>16</sup> (Dignity and Older Europeans), ze kterého v této práci vycházím, bylo zjištěno, že lidská důstojnost není homogenní pojem. V pojmu se vyskytují čtyři úhly pohledu. Co se člověku vybaví, když se hovoří o lidské důstojnosti. Mluvili o nich zdravotníci i laičtí účastníci výzkumu.

##### 3.2.1 DŮSTOJNOST ZÁSLUH

Zde je lidská důstojnost chápána jako společenský statut, kterého člověk dosáhl během života. Jde o finance, majetek, společenské uznání a čest. Mladý člověk si čest přeje vydobýt a senior se snaží o zachování toho, čeho dosáhl. Jedná se o takové pojetí lidské důstojnosti, ve kterém druzí projevují úctu vůči někomu za to, co v životě dokázal. Takovéto pojetí s sebou přináší celou řadu komplikací. Jednou je i to, že v době změny sociálního statutu seniora ho okolí přestane brát vážně. Jeho důstojnost, která pramenila ze společenského postavení, se začne pomalu rozplývat dle toho, jak rychle lidé zapomínají a nevnímají to, kým byl a co v životě dokázal. Z tohoto je zřejmé, že se nejedná o základní složku lidské důstojnosti, neboť je poměrně nestabilní. Zde je potřeba kriticky říci, že při lékařské nebo

---

<sup>13</sup> SCHACHTER, O. *Human dignity as a normative concept*. p. 848–854.

<sup>14</sup> Human dignity includes recognition of a distinct personal identity, reflecting individual autonomy and responsibility.

<sup>15</sup> Its intrinsic meaning has been left to intuitive understanding, conditioned in large measure by cultural factors.

<sup>16</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

ošetřovatelské péči by mělo hodnocení klientů podle jejich sociálního statutu jít zcela stranou. Právo na kvalitní, odbornou a humánní péči má každý člověk bez ohledu na své společenské postavení.

Lze konstatovat, že důstojnost zásluh nesmí zakládat rozdíl v přístupu při péči o seniory. Měla by být jakousi motivací pro obecně vysoké nároky na humánnost poskytované péče starým lidem.

### **3.2.2 DŮSTOJNOST MRAVNÍ SÍLY**

Důstojnost mravní síly je druhou, neméně důležitou složkou lidské důstojnosti. Soustřeďuje se na osobnost člověka. Spočívá ve svobodě myšlení, názorů jedince, jeho víry a mravních norem. Senioři, kteří jsou chronicky nemocní a jsou tak odkázáni na pomoc druhých, si zachovávají svobodu myšlení a přesvědčení i v podmínkách nemoci, bolesti, utrpení či umírání. Mravní síla, neboli víra, přesvědčení, mravní statut, zásady a normy, je ta striktní část lidské důstojnosti, která má být také akcentována ve zdravotnických a sociálních zařízeních. I tímto způsobem se člověku vzdává respekt a úcta.

### **3.2.3 DŮSTOJNOST OSOBNÍ IDENTITY**

Z výzkumné studie DOE je zřejmé, že staří lidé vyhodnotili tuto složku lidské důstojnosti jako nejdůležitější, neboť jde o celistvý odraz člověka s celou jeho minulostí, přítomností i budoucností. Jde o projev sebeúcty a úcty k druhým lidem. Osobní identita je uvědomění si sebe sama, svého ega, fyzická identita a schopnost nalézat ve svém životě určitý smysl.

Narušení této identity bylo patrné ve všech mnou navštěvovaných v době vysokoškolského studia. Obecně bylo pronikáno do soukromí seniorů, narušování jejich studu samovolným vnikáním do jejich diskrétní zóny při intimní hygieně, vyprazdňování atp. Personál ne vždy respektoval základní pravidla intimního vztahu k člověku, buďto z důvodu rutiny, otupělosti, osobnostní charakteristiky či z důvodů vyhoření. Právě tato otupělost a rutina pečujících je závažným zdrojem poškození pacientovy psychiky. V jednom mnou navštíveném sociálním zařízení mi bylo pečujícím sděleno, že zaběhnutá rutina na jejich pracovišti je odrazem toho, že personál již nemá vnější kritické zhodnocení jejich postupů.

Bohužel takovéto chování ze strany pečujících vůči klientům dlouhodobě zatěžuje, deprimuje a tak působí na jejich degradaci a znehodnocení sebeúcty. Zároveň je zpochybněna zodpovědnost sama za sebe a autonomie. Pacient tak představuje pasivní článek v péči, který nemůže být pánem své situace. Závěrečným bodem integrity osobnosti člověka je schopnost vytvářet smysluplný obraz své existence, a to před sebou samým i ostatními lidmi. K tomuto

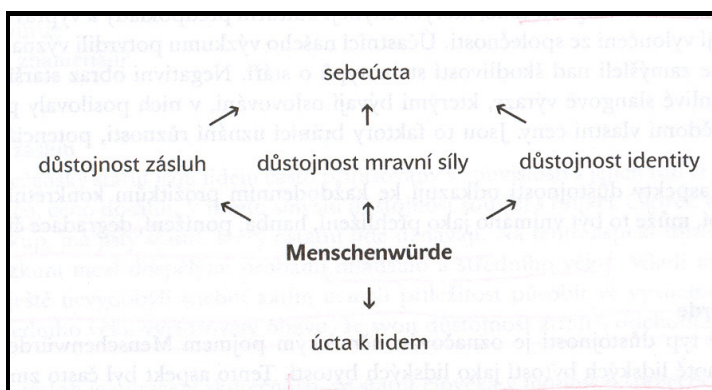
aspektu se odkazuje, když se říká, že nemoc, ne-schopnost či stárnutí a stáří někoho připravily o důstojnost, například senioři s demencí či lidé se stigmaty jsou vystaveni nejen změnám vzhledu, pro který jsou bráni jinak než zdraví nebo mladí lidé. Smysluplný obraz existence patří mezi lidské existenciály nejčastěji v podobě líčení životního příběhu.

Tyto tři výše uvedené aspekty důstojnosti odkazují ke každodenním prožitkům konkrétních osob, a pokud některý z nich chybí, může to být vnímáno jako přehlížení, hanba, ponížení, degradace nebo trapnost.<sup>17</sup>

### 3.2.4 MENSCHENWÜRDE

Čtvrtý a poslední německý pojem *Menschenwürde*<sup>18</sup> označuje základní pojetí humánnosti. „Být člověkem“ je podstata našeho lidství, je to něco, co člověk nezíská časem, ale ani neztratí nemohoucností, chudobou, postižením či nemocí. „Být člověkem“ je také kruciálním termínem při diskuzích na téma kvalita života člověka a právě v hodnotě života jedince hraje *Menschenwürde* podstatnou roli. Díky němuž lze podat koncepci humánnosti na základě nezczitelnosti a nedotknutelnosti. Je to univerzální hodnota, která k životu právem patří a nelze ji tudíž nikomu odepřít. Právě pomocí této charakteristiky lze pochopit význam vlastní autonomie.

Na tyto čtyři aspekty lidské důstojnosti se přišlo při analýze projektu „Důstojnost a starší Evropané“. Souhrnně jde o úzký vztah mezi jednotlivými složkami, kde *Menschenwürde* dává modelu základnu, což je nejlépe patrné na následujícím obrázku 1 s názvem Model důstojnosti.<sup>19</sup>



Obr. 1 Model důstojnosti

<sup>17</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

<sup>18</sup> BIRNBACHER, D. Ambiguities in the Concept of *Menschenwürde*. In BAYERTZ, K. (Ed.) *Sanctity of Life and Human Dignity*.

<sup>19</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

Z této perspektivy, že lidskost nelze nikomu odepřít, vychází úcta k ostatním lidem. To je základní presumpce vztahu a komunikace mezi pečujícími a klienty. Jinými slovy úcta ke všem lidem, která vyplývá z obecného lidství. Samozřejmě toto je pouze teoretický model a dosahovat ho plně ve skutečnosti je dosti obtížné. Názorně však ukazuje na vnitřní propojenost pojmů a psychických pochodů v nitru člověka, co vše má úzký vztah a souvislost s lidskou důstojností.

Z výzkumu DOE vyplynuly tři nejdůležitější osobnostní charakteristiky:<sup>20</sup>

- a) Zaprvé, **lidské bytosti jsou tělesné** a v průběhu svého vývoje nabývají kontrolu nad svými tělesnými funkcemi. Ztráta této kontroly (např. inkontinencí) je příčinou ztráty důstojnosti například neschopností pečujících vycítit a minimalizovat průvodní pocit zahanbení. Myslím si, že stejně jako nikomu nepřipadne divné, aby se staral o malé dítě, aby ho přebaloval, krmil, dbal o to, aby se mu dobře žilo, tak by nemělo nikomu připadat zvláštní, že by se staral stejným způsobem o člověka starého. Vždyť takto rozložená péče v průběhu života je zcela autentickou záležitostí. Zásadní rozdíl mezi dítětem a seniorem nebo člověkem umírajícím je pouze ten, že zatímco dítě své schopnosti nemá, ale nabývá je, tak senioři své fyzické dovednosti měli a dobře znají situaci, kdy mohli všechno řídit a ovládat, ale teď své schopnosti a dovednosti ztrácejí. Domnívám se tedy, že je možné ztrátu kontroly na děním (participace) chápat jako ztrátu části lidské důstojnosti.
- b) Zadruhé, **lidské bytosti inklinují k příběhům**, z čehož plyne, že na podstatě lidského bytí se podílí i schopnost budovat a tvarovat svou osobní identitu, jakož i rozumět sobě samému. V těchto příbězích je zabudována naše existence (důstojnost zásluh) i schopnost rozvíjet a ospravedlňovat své jednání co do mravní hodnoty (důstojnost mravní síly). Nemoci, stigmata, stárnutí a stáří mohou ohrozit schopnost konstruovat příběhy i schopnost rozhodování a ohrozit tak autonomii jednotlivce. Tyto hrozby umocňuje odpor ke stáří (ageismus) v naší společnosti, která vytváří vesměs negativní předsudky starších lidí (důstojnost osobní identity).

---

<sup>20</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

- c) Zatřetí, **lidské bytosti jsou společenší tvorové** a potřebují, aby jim druzí přiznali určitý respekt a tím jim dodali oprávnění k sebeúctě. Opadnutí respektu u seniora ochromuje jeho autonomii. Ve výrazné ageistické společnosti je pro stárnoucí a staré osoby stále více obtížnější udržet si sebeúctu, neboť bývají izolovaní, osamocení a odříznutí od životadárných plodů veřejného života. V ústavním zařízení jsou kontaktem klientů s okolím „návštěvy“ pečujícího personálu, který ale za klientem nepřichází primárně z důvodu lidské blízkosti, nýbrž z „povinnosti“. Pochopitelně takovýto vztah není bez následků dlouhodobě udržitelný. Proto je třeba v zájmu každého klienta intervenovat do širších rodinných vztahů a vyzývat rodinu, blízké, příbuzné či přátele klienta, aby zvýšili frekvenci návštěv, případně aby popřemýšleli a zvážili i možnost přechodných domácích pobytů.<sup>21</sup>

V rámci projektu „Důstojnost a starší Evropané“ se z výpovědí respondentů vyvodilo, že lidská důstojnost byla dávána do souvislosti se třemi hlavními okruhy – **úcta**, a to jak k sobě samému, tak i k druhým, **participace**, neboli zapojení do dění a **autonomie**.<sup>22</sup>

Nyní se pokusím podrobněji rozebrat tyto tři hlavní okruhy.

**Úcta**,<sup>23</sup> neboli respekt může být jak už jsem uvedla výše dvojí. Jednak úcta k sobě samému a v druhém případě úcta k ostatním lidem. To, jakou má kdo úctu k druhým či k sobě samému, se odhalí nejlépe v tom, jakým způsobem o druhých nebo o sobě samém hovoří. Například profesionální pečující o klientovi hovoří jinak v jeho bezprostřední blízkosti a jinak když je klientovi vzdálen. To, jakým způsobem o klientovi hovoří z povzdálí, když on nemůže na toto reflektovat, ukazuje na úctu jakou k němu pečující chová. Dovolila bych si zde uvést příklad z mé praxe, který by mohl posloužit všem pečujícím jako odstrašující případ nedůstojného chování.

*Při mé běžné denní ošetrovatelské intervenci u klientky X.Y. jsme společně otevřely diskusi se sociální tematikou. Výpověď klientky: „Dokonce měsíce března 2008 bych chtěla na městském úřadě zařídit navrácení mnou pronajatého městského bytu, neboť po zaplacení hospicové péče mi nezbývají další finanční prostředky“. Ještě téhož dne jsem o této záležitosti informovala sestru, která měla daný den směnu. Zmiňovaná sestra problém v nepřítomnosti klientky okomentovala takto: „...vrácení bytu se stejně klientka nedožije“. V tu chvíli jsem zůstala paralyzovaně stát, aniž bych na nelidský a hrubý komentář sestry zareagovala...První co mě napadlo, jak si vůbec může člověk pracující s nevyčísitelně nemocnými dovolit něco takového říci... A to nemluvě o tom, že jakékoliv nedůstojné chování ke klientům považuji za nehumánní, neprofesionální a neslučitelné se základní filozofií nejen hospice.*

<sup>21</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

<sup>22</sup> Tamtéž.

<sup>23</sup> Tamtéž.

*Klientka je lidská bytost se svou individualitou a nikdo nesmí s její důstojností zacházet tak, jako tato pečující. Toto byly jedny z mála myšlenek, které mi proběhly během krátkého dialogu hlavou...*

S úctou k člověku významně souvisí jeden ze základních prvků filozofické etiky, a sice dílo filozofa I. Kanta, který mluvil o vztahu mezi lidmi podobnými slovy – neužívat člověka jako prostředek, ale vždy jako účel, čili cíl sám o sobě a v sobě. To je opravdová úcta k člověku, který není zneužíván zdravotním či sociálním systémem k něčemu, co by nebylo k prvořadému prospěchu konkrétního klienta.

Na závěr tohoto odstavce lze napsat, že zničit sebeúctu seniora je velice snadné, ale umět s druhým člověkem zacházet s respektem může být v praxi mnohem obtížnější, než se na první pohled zdá.

**Participace**<sup>24</sup> neboli účast na dění kolem své osoby je druhou složkou důstojnosti. Senioři se cítí být odstrčeni ze společnosti i z menší komunity například v sociálních zařízeních, kde je toto velmi patrné. Tito lidé jsou odstrčeni od spolurozhodování o věcech, které se jich přímo dotýkají. Žádoucí je partnersky zapojit klienta do péče, umožnit mu spolurozhodovat o věcech, které se ho nějakým způsobem týkají, a on sám bude cítit, že na jeho názor je brán zřetel. To vše umožní klientovi zakusit smysluplnost současného života a tím i jeho kvalitu.<sup>25</sup>

Problém ovšem nastává tehdy, když například umírající klient neví o své diagnóze ani prognóze. Zde považují participaci za falešnou, neupřímnou a nedůstojnou.

**Autonomie**<sup>26</sup> nebo-li zachování nezávislosti. Opět se setkáváme s často diskutovaným termínem, který je potřeba uvést na pravou míru. Proč je tak důležité respektovat autonomii klienta? Jednoduše proto, že jde o individuální lidskou bytost, se svým jedinečným a nezaměnitelným osobním posláním. Každý člověk, tedy i nemocní senioři jsou bytostí originální. Nikdo z nás není klonovaná či jinak reprodukována kopie. Teprve až si tuto úžasnou skutečnost plně uvědomíme, naše sebevědomí zdravě stoupne. Budeme-li takto chápat sebe samé i druhé okolo nás, nemůžeme se k sobě navzájem chovat jinak než s respektem a s úctou. Uznání a respektování práva starého člověka na autonomii je významným způsobem, jak mu můžeme projevit úctu.

Z již zmiňované výzkumné studie „Důstojnost a starší Evropané“ je zřejmé, že zachování autonomie pro mnoho seniorů má zásadní vliv na udržení důstojnosti.

Zde si dovoluji citovat některé z jejich názorů:

---

<sup>24</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

<sup>25</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*.

<sup>26</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

*„Důstojnost především znamená, že moje rozhodnutí jsou moje. Že se mohu sám rozhodnout, že budu respektován, že je všechno čistě jen na mě. A že svoje rozhodnutí mohu realizovat“. „A já myslím, že dělat rozhodnutí sám za sebe, to je to podstatné. Ne mít jiné lidi, kteří za mě rozhodnou, protože všichni chceme něco jiného.“<sup>27</sup>*

Paul Paillat říká: *„Svoboda má své místo i ve společenství více lidí. Nejvýznamnějším ukazatelem kvality života je pak skutečnost, jak velkou část autonomie v osobním životě sociální zařízení člověku ponechá.“<sup>28</sup>* Toto není pouze otázkou čtverečních metrů či vyhrazeného prostoru, který má člověk k dispozici. Je to možnost utvářet si svůj vlastní svět.

Potřeba uznání, potřeba pocitu užitečnosti, potřeba někomu nebo něčemu sloužit je součástí potřeby autonomie. Všechny tyto potřeby dávají člověku důstojnost a člověk si dokáže vážit sám sebe a svého života. Tuto autonomii člověk získává procesem osobního zrání. Tento proces je ale provázen i pády, a to v duchovním slova smyslu. Právě tyto pády a neúspěchy napomáhají zrání osobnosti. Jedná se o celoživotní proces, který se zcela jistě vyplatí.

Péče o seniory v jakémkoliv zařízení je tedy morálně obhajitelná jen tehdy, jestliže se děje s nejhlubším respektem vůči autonomii příjemce. Porušit autonomii starých lidí znamená zranit jejich důstojnost. Neznamená to však, že staršímu člověku, který byl zbavený nebo omezený ve způsobilosti k právním úkonům, se děje bezpráví. Autonomie člověka se tímto v žádném případě nezpochybňuje.

Důstojnost je tedy udělena všem lidem stejně. Jinak je to však s autonomií, která je rozdělena z nejrůznějších důvodů (psychické onemocnění, mentální postižení, stařecká demence apod.) nerovnoměrně. Na základě výše uvedeného můžeme tedy konstatovat, že nepřítomnost schopnosti faktické autonomie neznamená ztrátu či nepřítomnost lidské důstojnosti.

---

<sup>27</sup> KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti*. s. 12–14.

<sup>28</sup> PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. s. 37.

## 4 DŮSTOJNOST A POJETÍ ČLOVĚKA

Když hovoříme o nedotknutelné důstojnosti člověka, nemáme na mysli hodnotu, ale důstojnost a respekt, na který má člověk právo a který je důvodem, že by nikdo neměl být nucen k čemukoli, co odporuje jeho svědomí nebo přesvědčení.

Třebaže v naší společnosti existuje široká škála pojetí člověka, je možno načrtnout dvě hlavní skupiny. Hlavní protiklad v pohledu na člověka se zdá být mezi křesťansko-humanistickým pojetím na straně jedné a naturalistickým pojetím na straně druhé.

### 4.1 HUMANISTICKÁ TRADICE

V humanistické tradici je ústředním bodem schopnost člověka používat rozum pro utváření vlastního života. Za zakladatele tohoto myšlenkového směru je pokládán Sokrates. Právě víra ve schopnost jedince rozhodnout se a aktivně nastoupit cestu dobra je důvodem proč se humanistické pojetí<sup>29</sup> člověka označuje jako optimistické.

Moderní humanismus už na vzdělávání neklade tak velký význam. Podtrhuje však dva jiné faktory, a sice kritiku tradic a důstojnost člověka. V humanistické tradici se uchovává silná motivace principiální svobody člověka, ze které vyplývá povinnost převzít odpovědnost za svůj život. Toto humanistické pojetí je někdy ateisticky, jindy zase teisticky zbarveno.

### 4.2 KŘESŤANSKÉ POJETÍ

Křesťanské pojetí<sup>30</sup> se může shodovat s existencialismem v pojetí motivu svobody a v kritice nedůstojných společenských poměrů. Přesvědčení, že člověk je stvořen k obrazu Božímu, sdílí křesťanství s humanismem. Křesťanská tradice má svůj původ v příbězích evangelia. Ježíš se setkával s lidmi tak, že jim zprostředkoval novou odvalu do života, uznával jejich důstojnost, přestože neměli ekonomické, společenské nebo náboženské postavení. Starostlivost o slabé a ty, kteří se dostali na samý okraj společnosti, založená na takovém přesvědčení, že tito jsou stejně Božími dětmi jako všichni ostatní lidé, byla a je centrálním motivem křesťanského pojetí člověka. Prokazovat milosrdenství může znamenat totéž jako prokazovat respekt důstojnosti člověka.

---

<sup>29</sup> HENRIKSEN, J. O.; VETLESEN, A. J. *Blízké a vzdálené (Etické teorie a principy práce s lidmi)*.

<sup>30</sup> Tamtéž.

Pokud humanistický názor je někdy označován za optimistický, potom křesťanské pojetí je považováno za pesimistické. Hlavní důvod spočívá v tom, že člověk je charakterizován také jako bytost hříšná. Hřích znamená odtržení člověka od soužití s Bohem. Jeho morálním důsledkem je sebestřednost, jinými slovy, že člověk ostatní lidi považuje za pouhé prostředky k vyplnění vlastních přání. Člověk nemusí být za každou cenu křesťanem, aby sdílel vědomí napětí mezi sebestředností a zaměřením na druhé v péči a lásce. Takovéto pojetí člověka je pak spíše realistické, než-li pesimistické. Pesimistickým pojetím<sup>31</sup> se stává v okamžiku, kdy hříšnost člověku zabrání mít podíl na dobru.

Křesťanství se ale netočí pouze a výhradně kolem „nesmrtelné duše“, jak si mnozí lidé myslí. Důkazem je kladení důrazu na holistní pojetí lidské bytosti, v níž všechny dimenze (tělesná, duševní, psychologická, duchovní a náboženská) spolu úzce souvisejí.

*„Uznat důstojnost člověka znamená tedy zajistit člověku volnost a možnost vést takový život, v němž by sám sebe prožíval jako cenný a oceňovaný. Křesťanské-humanistická tradice ztělesňuje nejvýraznější faktor ideálu rovnoprávnosti, ochrany lidské důstojnosti a lidských práv, jaký dnes ve veřejném životě známe.“<sup>32</sup>*

#### **4.3 NATURALISMUS**

Naturalistické pojetí člověka tvoří možná nejzřetelnější protiklad ke křesťansko-humanistické tradici. Naturalistické pojetí vychází z Darwinovy teorie, a opírá se o Freudovy objevy. Člověk je pojímán ve svých přírodou daných kořenech a řídí se hlasem přírody.

Nejradikálnější názor z hlediska naturalismu má B. F. Skinner, který odpírá člověku jak svobodu, tak lidskou důstojnost. Domnívá se, že veškeré jednání člověka se dá vysvětlit z přírodních zákonů. Směry naturalismu, které jsou v opozici k Skinnerovi uznávají, že člověk má svou svobodu, která spočívá v následování daných přirozených vloh, nikoli v jejich překračování či utváření něčeho nového mimo jejich hranice. V tomto pohledu zaujímá důstojnost menší roli. Respektovat lidskou důstojnost znamená respektovat a uznat právo na rozvoj přirozených vloh. Člověk je oceňován a hodnocen podle toho, co vykonává a podle toho, zda žije v souhlasu s autenticky danými podmínkami. *„Důstojnost není to, co člověk má, nýbrž spíše to, čeho dosahuje, etablováním sebe sama v poměru k ostatním.“<sup>33</sup>*

---

<sup>31</sup> HENRIKSEN, J. O.; VETLESEN, A. J. *Blízké a vzdálené (Etické teorie a principy práce s lidmi)* s 105-106.

<sup>32</sup> Tamtéž, s. 105.

<sup>33</sup> Tamtéž, s. 106.

## 5 PROBLEMATIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Pojmy stárnutí a stáří nelze zaměňovat. Stárnutí je proces, kdežto stáří je stav.

### 5.1 STÁRNUTÍ

Stárnutí<sup>34</sup> je procesem zcela individuálním. Probíhá svým vlastním tempem a jinou měrou. Nelze tedy říci, že existují dva jedinci „stejně staří“, neboť toto je dáno genetickými dispozicemi a životním stylem jedince. Všeobecně se uznává, že stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.

Stárnutí jako proces přitom nelze vnímat jako negativní nebo jako pozitivní, dle Atchleyho (2004) je pro některé jedince převážně pozitivní a pro jiné převážně negativní a další ho nevnímají ani pozitivně ani negativně.

### 5.2 STÁŘÍ

V souvislosti se stářím často skloňujeme pojem „vývoj“. Vývoj obvykle znamená růst, znamená změny, které jsou spojené se zráním osobnosti a se zkušenostmi. Tak například Švancara chápe vývoj jako „*dialektický proces kvantitativních a kvalitativních změn organismu v čase*“. Kalvach zase definuje stáří takto: „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory a je spojeno s řadou významných sociálních změn...*“.

Experti světové zdravotnické organizace navrhli dělení stáří: 45 – 60 střední věk; 60 – 75 let rané stáří; 75 – 90 let pokročilý věk, vlastní stáří; 90 a více let vysoký věk či dlouhověkost.

#### 5.2.1 FORMOVÁNÍ VZTAHU KE STÁŘÍ

Vztah ke stáří si každý člověk utváří na základě postojů, názorů, se kterými se setkává ve své vlastní rodině a ve společnosti. V rodině se učí vztahu ke stáří a starým lidem napodobováním způsobů chování mladších ke starším. Od svých rodičů přebírá i hodnocení osobnostních vlastností a změn, které vidí u svých prarodičů. Z jedné rodiny si pak dospívající odnáší úctu ke stáří a starým lidem, a z rodiny druhé mladý člověk odchází

---

<sup>34</sup> STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. s. 320.

s přesvědčením, že starý člověk nemá žádnou významnou hodnotu, neboť má již vše odžito, je stár a dle tohoto se ke starým lidem i chová. Svůj obraz stáří si obvykle vytváříme přes konkrétního starého člověka, například příbuzného. Díky těmto osobním zkušenostem z rodiny a okolí si každý z nás vytvořil svou vlastní představu o stárnutí a stáří. Pro někoho je senior symbolem jistoty, klidu, moudrostí a jiný má stáří spojeno s mrzutostí, nespokojeností, samotou, nemocemi a úmrtím.

Je známou skutečností, že úroveň a morální vyspělost určité sociální skupiny se pozná podle kvality péče o děti a staré lidi. Tedy o ty členy, kteří jsou některak „závislí“ na pomoci druhých. Cena stáří je pro určitou společnost dána i tím, jaké hodnoty společnost preferuje. Pokud společnost upřednostňuje vnitřní hodnoty nebo si cení spíše vnějších produktů. Jinými slovy zda společnost vyznává duchovní, ale skutečné hodnoty, či posuzuje člověka podle povrchních hodnot, které vytvořil.

### **5.3 CO ZNAMENÁ BÝT SENIOREM V ČESKÉ REPUBLICCE**

Senioři představují v naší společnosti velkou sociální skupinu. V současnosti žije na území České republiky dle Českého statistického úřadu přibližně 2,1 milionu seniorů starších 60 let, což je 19,9% obyvatel ČR a 1,4 milionu obyvatel starších 65 let, což je přibližně 14,3 % obyvatel. Stárnutí české populace nastoupilo oproti západoevropským zemím se zpožděním a probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické transformace.

Celosvětově je patrný vzestup průměrného věku, kdy jen v naší republice se v budoucnu okolo roku 2050 předpokládá dožití mužů 82 let a 88 let u žen. Nejde přitom o prodloužení délky nesoběstačnosti, ale naopak. Příčinou zvyšujícího se průměrného věku, tedy pravděpodobné délky dožití, je signifikantní pokrok v medicíně, celková životní úroveň euroamerických zemí i prosazující se koncept zdravého životního stylu.

Fenomén stáří<sup>35</sup> nebyl v dějinách konstantním prvkem. Mezigenerační vnímání seniorů ve společnosti se v průběhu dějin dosti měnilo. Staří lidé byli stejně ctěni a milováni, jako jimi bylo opovrhováno. Dnešní statut seniorů je poněkud konfliktní i bez přihlédnutí k současnému populačnímu problému. Moderní společnost změnila vnímání stáří a starých lidí. Z nositelů tradic, vědomostí a moudrosti se stali lidé se svým vysokým věkem. Přitom přechod do nejvyššího věkového stupně v tradiční kultuře představoval vrchol toho, čeho mohl člověk dosáhnout.

---

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*.

V duchu humanitních ideálů bychom období stárnutí a samotného stáří měli brát s tolerancí, porozuměním, vděkem a úctou podle názoru sociologa Ivo Možného: „*Stáří akumuluje vědomosti, konexe a sociální distinkce a to je činí společensky nepřehlédnutelným.*“ Na druhé straně může být pro některé aktivní lidi dobou obávanou, zatracovanou, nepříjemnou a připomínající svou vlastní perspektivu, které se obávají. Nechtějí o stáří mluvit, je pro ně příliš vzdáleno, aby přemýšleli o jeho důstojném a klidném prožití, využití své pozdní svobody ke kvalitnímu životu.

Profesorka Haškovcová uvádí, že stáří se v našich představách stalo obecně obávaným, neboť si jej většinou spojujeme s úbytkem tělesných i duševních schopností, se ztrátou vlastní soběstačnosti a nutnou závislostí na druhých lidech či instituci. Přitom je tomu právě naopak a z výzkumů Vohralíkové a Rabušiče<sup>36</sup> dokonce vyplývá, že mnoho lidí starších 65 let se těší výbornému zdraví a naprosté soběstačnosti, že celé tři čtvrtiny osob starších šedesáti let v České republice jsou zcela autonomní a soběstační a okolo 5 % je bezmocných, odkázaných na pomoc jiných.

Chápání stáří jako neproduktivního a neaktivního věku přestalo být vyhovující. Senioři rozhodně nejsou pasivní skupinou obyvatel. Kvůli narůstajícímu počtu starých lidí už jejich zájmy nemohou být odsunuty na okraj, ale stávají se naopak ústředními zájmy celé společnosti. Nejde přitom zdaleka pouze o dostupnost zdravotní či sociální péče, ale i o další aspekty potřebné pro „důstojné stáří“.

Starší lidé jsou ovlivněni celou svou životní dráhou. Atchley poukazuje na to, že populace starších osob je více diversifikovaná než mladá populace. Tím, jak lidé stárnou, akumulují stále více rozhodnutí o své životní dráze, a tím se rozdíl mezi jedinci značně navyšují.

Výsledky výzkumu Population Policy Acceptance II (PPA II), který proběhl v ČR v roce 2001, ukazují, že česká veřejnost vnímá lidi jako staré především z jejich fyzického stavu, věku, ztráty duševní svěžesti a ztráty autonomie.

---

<sup>36</sup> RABUŠIČ, L. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?*  
Dostupný z WWW: <[http://www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf)>

## 6 STEREOTYPIZACE STÁŘÍ

V každé společnosti se vyskytují teorie a mýty o stáří. Bumbálek uvádí: „*Stáří v současné době představuje jedno z neprávem opomíjených a marginalizovaných životních období, s nímž je spojena řada předsudků a stereotypních očekávání*“ Moody<sup>37</sup> chápe stereotypy o stáří jako stavební kámen ageismu, který definuje jako stereotypizaci a diskriminaci na základě věku. Podle Vágnerové<sup>38</sup> vychází ageismus z přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří, projevuje se podceňováním, odmítáním až odporem ke starým lidem.

Sociálním indikátorem stáří je stanovený věk odchodu do důchodu. Zároveň s tím, je společností starým lidem přidělena nálepka chudého, slabého, politicky bezmocného a potřebného pomoci. Což se mnohým seniorům zákonitě nelíbí a proti takovému pohledu se brání. Nálepkování je určitá forma *ageismu*.<sup>39</sup> Za morálně nepřijatelnou formu ageismu lze považovat psychické či fyzické týrání seniorů. Právě proto je důležité, aby se senioři sdružovali a představovali tak sílu, která může mnohem důrazněji vystupovat proti věkové diskriminaci a zřetelněji odmítat přiřknuté stereotypní role.

Důsledkem ageismu je diskriminace, která nebere ohled na individualitu a heterogenitu stáří. Negativní postoje k seniorům mohou být živeny i vlastními nevyřešenými postoji ke stáří. Palmore<sup>40</sup> podává shrnutí nejčastěji šířících se předsudků o stáří – starý člověk je podle nich nemocný, impotentní, ošklivý, neschopný se učit a zapamatovat si, postižený duševně, zbytečný a neproduktivní, osamělý a izolovaný, chudý, pesimistický a depresivní, bez vlivu a politické moci.

Domnívám se, že mezi problémy týkající se seniorů v České republice patří skutečnost, že tato sociální skupina nevytváří obraz skupiny sebevědomé a vitální. Pro značnou část populace platí, že pokud se vysloví slovo „stáří“ či „senior“, vybaví se nám termíny jako nemoc, osamělost, nemohoucnost, závislost.

K překonání stereotypů je potřeba uznat variabilitu stáří a vidět dnešní seniory v souvislostech individuálních životních historií.

---

<sup>37</sup> MOODY, H. R. *Aging. Concepts and Controversies.*

<sup>38</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie.*

<sup>39</sup> TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří.*

<sup>40</sup> PALMORE, E. B. *Ageism: Negative and Positive.*

## 7 SOUČASNÝ SYSTÉM PÉČE O SENIORY V ČR

Systém péče o seniory zaznamenal nemalé změny po roce 1989. Došlo k částečným změnám struktury poskytované péče a také se začal měnit postoj k člověku jako k individuální bytosti. Co se týče institucionální péče, snahou je zlepšit kvalitu života v těchto zařízeních především humanizací.

Důraz je podle H. Janečkové kladen na tyto aspekty:

- individuální přístup ke každému člověku,
- poznání jeho potřeb a pomoc při jejich uspokojení, zajištění jistoty a bezpečí,
- poznání celého člověka, jeho osobní historie, zájmů, schopností, podporu všech jeho lidských kvalit, z nichž čerpá svoji důstojnost, sebeurčení a sebejistotu,
- podporu autonomie a soběstačnosti, minimum péče, pomoc pouze v tom, co člověk už sám nezvládne a kde pomoc žádá,
- úctu k soukromí a intimitě,
- podporu individuálního rozhodování, zodpovědnosti a kontroly nad svým životem,
- prohlubování důvěrných mezilidských vztahů a spolupráci s rodinou.

K častým formám nerespektování, ponižování důstojnosti seniorů patří:

- nerespektování vůle, nepřiměřené odnímání kompetencí a kontroly nad děním,
- despekt pacientova soukromí a jeho autonomie,
- despekt pacientova studu (nepřiměřené obnažování atp.),
- vybízení seniorů k močení do absorpčních plen, odmítání pomoci k použití toalety,
- ponižující a paralyzující krmení a mytí namísto dopomoci k sebeobsluze,
- anonymizace seniora, odnímání jeho osobitosti,
- infantilizace starých lidí včetně nevhodného oslovování („babi“, „dědo“, tykání, bez titulu atp.),
- minimální komunikace až zvěcnění starého člověka,
- přehnané a neúměrné přeceňování výskytu a závažnosti kognitivního deficitu (falešně pozitivní diagnostikování syndromu demence),
- podceňování schopností seniora aj.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. STÁŘÍ. *Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. s. 34.

Největší výzvou pro stávající společnost je spíše rozvoj patřičné zdravotní, sociální a ekonomické politiky, služeb a strategií, nikoli samotný akt stárnutí populace. Odborníci všech rezortních zařízení pro seniory patří k prvním, kdo se s touto skutečností musí vyrovnat.

## **7.1 PŘÍSTUPY GARANTUJÍCÍ DŮSTOJNOST PŘI PÉČI O SENIORY**

Přístupy definuji jako jakékoliv zásahy do života seniorů, ať už v rovině zdravotní, duševní, sociální, či spirituální. Z této mé definice je patrný holistický přístup s ohledem na individualitu každého seniora. Tyto přístupy neboli úkony, postupy či zásahy do života seniorů vycházejí ze základních lidských práv a svobod. Ze strany pečujících je mnohdy viděn při péči o jejich klienty despekt k těmto právům.

Domnívám se, že často je lidská důstojnost nejen v pomáhajících profesích, ale obecně opomíjena. V profesích pomáhajících starým lidem je to často ze spěchu na daném pracovišti, jindy nedostupností pomůcek usnadňujících péči, služeb či nedostatečného počtu pečujícího personálu. Jindy zase vyčerpaností, přepětím, nadbytečným stresem pečujících. Právě nedostatek personálu v poměru ke klientům má dle mého názoru zcela zásadní vliv na péči o klienta, která je proto ne vždy důstojná.

## **7.2 HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K SENIORŮM**

J. Ch. Smuts (1870 – 1950), autor pojmu holismus, nahradil zákon o zachování hmoty teorií o holistickém procesu. Celostnost<sup>42</sup> je považována někdy za hnací sílu vývoje, někdy za jeho cíl. Sestry pro svou kvalitní ošetrovatelskou činnost potřebují vědět, co znamená celostní neboli holistický přístup<sup>43</sup> ke zdraví a k péči o seniora, pak jsou na správné cestě v péči o druhé.

Americká asociace holistických zdravotních sester (AHNA) vydala pro profesionální chování zdravotních sester následující normu, ve které vystižně uvádí, že neodmyslitelnou součástí ošetrovatelství je úcta k životu, důstojnosti a právům. Ošetrovatelská péče je poskytována s ohledem na holistickou podstatu lidí, rozumí tělu, duši a duchu“.

V zásadě péče zdůrazňující holistickou podstatu lidí, že rozumí tělu, mysli a duchu. Tyto složky jsou niterně propojené a měla by se jim v průběhu péče věnovat značná pozornost.

---

<sup>42</sup> BAŠTECKÁ, B.; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*.

<sup>43</sup> MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*.

### **7.3 VŽDY MOŽNOST VOLBY**

Klíček k lidské důstojnosti je autonomie a svoboda volby každého seniora. Ale jaký je praktický význam? Je zcela zřejmé, že většina lidí se při ztrátě své soběstačnosti bude obávat ztráty autonomie a s ní úzce spjatou svobodou volby při péči. Rostoucí závislost však apriori nemusí znamenat ztrátu autonomie. Autonomii lze zachovat vždy, když seniora zapojíme do centra dění. Z tohoto pohledu jde o mezilidský partnerský vztah mezi pečujícím a starým člověkem. Nicméně svoboda rozhodování patří k hlavním zdrojům lidské důstojnosti, ba dokonce k demokratické společnosti.

Do osobní péče nemocného klienta lze řadit jídlo, pití, koupel, holení, péče o kůži, přemístění z lůžka, vyprazdňování atp. V běžném životě se toto považuje za naprosto samozřejmé, dokud slabost či neschopnost nezpůsobí, že již sám není schopen zastat tyto dříve běžné úkony. Klient se v tuto chvíli stává „závislý“ na péči druhou osobou, což vyžaduje, aby měl vždy možnost volby.

Profesionální pečující rozhodně nemají lehké povolání, ale na druhou stranu si jej oni sami zvolili, a proto by za všech okolností měli respektovat důstojnost starých lidí a opatrně zvažovat své zásahy (přístupy). Zde si myslím, že je nutná edukace pečujících k takovým přístupům péče, které stavějí na silných stránkách každého staršího člověka a vedou k udržení byť malého množství nezávislosti v době nemoci či umírání.

### **7.4 VLIV SYSTÉMŮ NA PÉČI O SENIORY**

Nemůže-li být z nějakého důvodu seniora zajištěna péče v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných institucemi k tomu určenými. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky. V posledních letech došlo k velké fragmentaci zdravotních a sociálních služeb a výsledkem toho je jakýsi nepřehledný labyrint. Zkracuje se délka hospitalizace, omezují se dlouhodobé a trvalé pobyty v ústavních zařízeních a rozvíjí se nové netradiční formy péče o seniory. Při koncipování zdravotně sociální péče je třeba akceptovat velkou heterogenitu této populace. Z tohoto je zřejmý individuální přístup k potřebám starých lidí.

Primární odpovědnost za dostupnost služeb pro občana má stát. Zdravotní i sociální péče nejsou zvláštním typem péče. Jsou to oblasti péče nacházející se v průniku dvou rezortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Toto pojetí komplexní péče

v ČR zatím v uspokojivé podobě neexistuje vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím příslušných rezortů.<sup>44</sup>

#### **7.4.1 NOVÝ SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K SENIORŮM**

Potřeba zavedení nového systému sociálních služeb, respektive upřesnění a uzákonění nových typů služeb, byla dlouho známá a všemi očekávaná. Do loňského roku neexistoval ucelený zákon o sociálních službách. Nový sociální zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, nabyl platnost 1. 1. 2007 (dostupný z [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)). Jeho hlavním předmětem je podpora fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvků na péči. Hlavní prioritou je individuální určení potřeb osob a zachování lidské důstojnosti prostřednictvím sociálních služeb. Sociální službou se myslí činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění či jako prevence sociálního vyloučení.

Nepříznivou sociální situaci pak zákon definuje jako oslabení nebo ztrátu schopností z důvodů dosaženého věku, nepříznivého zdravotního stavu, dále pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností.

Přirozeným sociálním prostředím se chápe rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším lidem, se kterými sdílí domácnost a veškerá místa, kde se realizují běžné sociální aktivity.

#### **7.5 VLIV ÚSTAVNÍHO PROSTŘEDÍ NA SENIORY**

Jedná se o interakci mezi osobou a prostředím. Tato interakce vede k určitému chování, jednání a reakcím organismu. Podle výzkumů pracovníků v gerontologii je pro seniory institucionální prostředí ponuré, nehezke až odstrašující. Denní rutina, monotónnost, převládání funkčního modelu péče a špatného povědomí pečujících, je pro seniory samo osobě velice stresující. Tento výčet důvodů nelze považovat za vyčerpávající, ale berme tyto důvody za nejdůležitější. Na seniory je mnohdy pohlíženo jako na invalidy.

Zajímá se někdo o to, jak prostředí na klienty působí? My všichni zapomínáme, že krása je v očích toho, kdo se dívá.

Být plně orientován ve svém prostoru, a to nejen fyzicky, ale především citově je uloženo hluboko v lidském podvědomí. Je-li senior dezorientován, dostane od nás jakousi „nálepku“, že je psychotický a trpící ztrátou reality. Pokud bychom zašli více do hloubky, možná bychom

---

<sup>44</sup> ŠPATENKOVÁ, N. *Sociologie očima seniorů a senioři očima sociologie*. s. 23.

přišli na to, že často nejde o senilitu, demenci a jiná onemocnění, ale jedná se pouze o reakce vznikající na ochuzené prostředí a pasivní účast pečovateli. Toto chování považují v dnešní společnosti za trestní čin, neboť ranit něčí důstojnost znamená zničit jeho nitro!

Senioři se potom snaží nějak bránit, ale není to pro ně nikterak jednoduché. Jako obranný mechanismus tito lidé používají únik do sebe a do své vlastní fantazie, která může stavy zmatenosti připomínat. Teď mi někdo možná namítne, že jako studentka vzhlížím k této problematice pouze kriticky, ale i přes tento názor si stojím za svým rčením, že nemusíme mít bůhví jaké technologie, finance, pomůcky k tomu, abychom byli v péči o seniory lidští!

Jak to, že v některém i nemoderním zařízení je v první řadě úcta ke stáří, důstojnosti i právům a v jiném, třeba moderním ne, tak bohužel tj. vizitkou samých pečujících.

Negativní a ponuré prostředí může v nitru starého člověka vzbuzovat pocity nudy, nadbytečnosti, osamělosti, úzkosti i depresí. Pokud chceme pomýšlet na potřeby seniorů, bylo by zapotřebí více specializovaných institucí, které by dokázaly plně pokrýt potřeby různých skupin seniorů.

Na závěr této kapitoly lze říci, že v mnohých mnou navštívených sociálních zařízeních byly přehlíženy základní lidské potřeby, jako je potřeba soukromí, svobody výběru a dostačujícího osobního prostoru.

## 8 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Domnívám se, že lidé, kteří pracují se seniory zastávají práci, která je náročnější, než mnohé jiné profese. Práce se starými lidmi v zařízeních zdravotní nebo sociální péče prochází mnoha změnami. Mění se jednak tradiční pojetí rolí pečujících a rovněž se hledají nové cesty s cílem větší autonomie klientů. Na profesionální pomáhající je tak kladen velký nárok, neboť poskytují péči rozmanité skupině seniorů.

Značnou část své existence prožívá mnoho lidí v organizacích, pod jejich vlivem a nebo v interakci s nimi. Senioři jsou začleněni do struktury takových profesí a funkcí, kde jsou často vymezena pravidla kooperace mezi klientem a pečovatelem. Často si pokládám otázku: „Proč někteří lidé vykovávají tak náročnou profesi, jako je práce profesionálních pečujících starých lidí, když je kontakt se seniory viditelně obtěžuje?“ Málokdo z těchto pečujících by si asi odpověděl, že by mohlo jít o psychické vyčerpání, tedy o syndrom vyhoření, který má těsnou souvislost nedůstojným přístupem k seniorům.

### 8.1 OSOBNOST ČLOVĚKA V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Vlastností, které může mít osobnost člověka je mnoho, ale dají se vybrat ty nezákladnější, které pečují prostě pro svou profesi potřebuje. Pomáhající profese činí na pečujícího velké nároky, mimo znalostí a dovedností je potřeba hlubokého zájmu a motivace. Každý klient potřebuje věřit svému pečujícímu a cítit jeho lidský zájem. Toto tvrzení zdůvodňuje, že hlavním nástrojem pečujícího je jeho osobnost.

Profesionální pečující se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení. Tito lidé, klienti potřebují více než pouhou slušnost. Potřebují přijetí, spoluúčast, partnerský přístup, pocit, že pomáhajícímu nejsou na obtíž, že je respektována jejich důstojnost. Klienti potřebují důvěřovat, cítit se bezpečně a příjemně. Bez toho výše zmíněného se práce pomáhajícího stává pouze výkonem svěřených pravomocí.<sup>45</sup>

Pečující musí být empatický, spravedlivý, vnímavý vůči potřebám klienta, čestný, měl by mít v sobě lásku, pokoru a smysl pro morálku. Měl by být dobrým komunikátorem, tzn. nejen umět hovořit, ale především umět aktivně naslouchat. Těmito a dalšími vlastnostmi, dispozicemi vytváří pomáhající důvěrnou atmosféru, která je protkaná vřelostí a autentičností. Za důležité považuji i to, aby pečující znal své hodnoty a kdy se s nimi dostává do konfliktu.

---

<sup>45</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese.*

Mimo tohoto by měl znát svou motivaci k pomáhaní a rozumět jí, vědět a uznat hranice svých reálných možností a psychických i fyzických sil a svou činnost sebereflektovat.

Nestačí, abychom tyto a další důležité vlastnosti a schopnosti měli. Je třeba je neustále rozvíjet a pracovat s nimi. U profesionálního pečujícího by měla být znatelná citová účast při pomoci nebo jinak: na co se člověk zaměřuje, by mělo být centrem jeho citů. Neměl by se pouštět do ničeho, na co není naprosto připravený. Úsměv, pohlazení, či milé slůvko by měly doprovázet každou činnost lidí starajících se o seniory. Položme si otázku, co stojí milé slůvko, vřelý dotek, teplý hlas a milující pohled? Někoho z nás to nestojí nic, jiného třeba přetvářku.

### **8.1.1 SEBEPOZNÁNÍ JAKO PŘEDPOKLAD ÚSPĚŠNOSTI**

Mnoho pečujících přichází do svého povolání s nadšením a entuziasmem. Mají určité plány, cíle, vize, které budou chtít postupně naplnit. Záhy ale zjistí, že se jim práce nedaří tak, jak by si představovali, jak si stanovili na počátku. Dochází k pocitům zklamání a nejistoty. Myslím, že k tomuto dochází častěji, než si dovedeme představit. Máme potřebné znalosti a dovednosti z dob studií, ale nemusí to ještě předurčovat to, že budeme ve své profesi úspěšní. Proto zcela záměrně uvádím tuto kapitolu. Chceme-li úspěšně pomáhat druhým, musíme nejprve porozumět sami sobě. Cesta sebepoznání není jednoduchá, nýbrž strmá a dlouhá. Překážkou v poznávání sebe sama bývá člověk sám. Jeho falešná představa o sobě samém. Základním momentem v poznání sebe sama je uvědomění si svých slabých i silných míst. Jedině jedinec který je vyrovnaný a smířený sám se sebou se může v praxi snáze orientovat či rozhodovat, pakliže nežije v záhubě své neurózy.<sup>46</sup>

Teprve tehdy, když porozumíme sami sobě, můžeme porozumět druhým lidem a lze zjistit, jak se tito lidé cítí, jaká jsou jejich přání a skryté touhy. Je nutné znát své mechanismy fungování například v tvorbě osobních předsudků, postojů, hodnot, které ovlivňují naše jednání.

*„Sebepoznávání je „nekonečný vývoj“ s „cílem“ nepředsouvat nic, co by brzdilo realizaci poslání podstaty existence člověka. Kdo respektuje, že jsou pouze dvě cesty, dopředu – dozadu, k SOBĚ – od SEBE, ven a dovnitř, uvědomuje si smysl sebepoznávání. Je to „cesta“ směrem dopředu, „dovnitř“, tedy k SOBĚ. Cesta, která vede k jistotě, je umět objevit „stoprocentní“ informace o sobě, o „světě kolem sebe“ a umět je včas a na pravém místě použít.“<sup>47</sup>*

<sup>46</sup> HORNEYOVÁ, K. *Neuróza a lidský růst*.

<sup>47</sup> Filozofiesebeznavani.cz: Akademie sebepoznavani [online]. [cit. 2006-17-7]. Dostupné z WWW: <<http://www.filozofiesebeznavani.cz/akademie.htm>>

### 8.1.2 TOUHA PO MOCI

V pomáhajících profesích se mnohdy objevuje přání, touha mít nad druhými moc, nadvládu. Schmidbauer například uvádí v knize s názvem *Psychická úskalí pomáhajících profesí*, že toto přání většinou pramení z nenaplněných raně dětských potřeb.<sup>48</sup>

Autoři Kopřiva, Schmidbauer, Hawkins, Říčan i jiní se shodují na základním motivu, proč chce člověk pomáhat. Je jím touha po moci. Velmi pěkně a výstižně tento motiv vyjadřuje Říčan:<sup>49</sup> „*Neplést si sám u sebe touhu pomoci s touhou po moci*“. Kopřiva<sup>50</sup> uvádí, že moc ovlivňuje pomáhání – „*člověk, kterému je pomáháno je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje a pomáhající do jisté míry mocný už tím, že pomáhá nebo pomoc slibuje*.“

Zacházení s mocí v pomáhajících profesích je tak citlivé téma, že by zasluhovalo samostatné vypracování..

### 8.1.3 CÍTIT SE DŮLEŽITÝM V POMÁHÁNÍ DRUHÉMU

Mnoho osob v pomáhajících profesích si libuje v pocitu vlastní důležitosti. V osobním životě mohou pociťovat nedostatek důležitosti své osoby a tak si ho kompenzují v pomáhání druhým. Toto se občas může vyvinout v „spasitelský komplex“, který poskytuje dojem, že je člověk nepostradatelný, že nesmí nikoho odmítnout. „*Jsou lidé, kteří se dovedou ve službě doslova uštvat a trpí tím jak kvalita jejich práce, tak jejich duševní i tělesná kondice*.“<sup>51</sup>

S pocitem osobní důležitosti souvisí především nedostatek sebeúcty. Jedinec má nízké sebehodnocení, které vyplývá ze souhrnu myšlenek a názorů, které pečující srovnává s jinými lidmi a shledává v nich nedostatky. Na světě je komplex méněcennosti.<sup>52</sup> Tito lidé se pak neadekvátně rmoutí nad výtkami druhých, jsou sami v sobě nejistí, cítí se nedokonalí oproti ostatním a dychtí po oceňování. Takovýto pečující se setkává s lidmi, kteří jsou staří, křehcí, nemocní a mají své osobní problémy a právě nad nimi se může cítit povýšen. Svým nedůstojným jednáním a chováním může dokonce, více či méně vědomě, otevřeně jimi pohrdat, což mu může přinášet příjemný pocit. Tento nezdravý přístup pečujícího vůči klientovi se bohužel neslučuje s vlastnostmi osoby, která chce lidem pomáhat. Toto nesprávné a nedůstojné chování je důležité u pečujícího včas rozpoznat a začít ho řešit.

---

<sup>48</sup> SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*.

<sup>49</sup> ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě*. [online]. i DNES. [cit. 27. dubna 2006]. Dostupný z WWW : <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429>>

<sup>50</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. s. 40.

<sup>51</sup> ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě*. [online]. i DNES. [cit. 27. dubna 2006]. Dostupný z WWW : <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429>>

<sup>52</sup> DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. s. 43–46.

#### **8.1.4 MÍT SE STARÝMI A NEMOCNÝMI LIDMI SOUCIT**

Mít soucit s druhými lze vymezit jako ctnost, která motivuje k tomu, aby člověk nebyl egoista a byl užitečným pro druhé. Mnoho pečujících o staré a nemocné jsou velmi soucitní. Soucit je považován za ušlechtilý cit, ovšem pouze tehdy, když vede k činům. Jsou situace, kdy může být nebezpečný a je další překážkou v pomáhání. Říčan hovoří o tom, že „*soucit, který nejedná, rychle degeneruje v sebeuspokojující sentimentalitu – to je obecný poznatek jak teologický, tak psychologický, jednání nebo nejednání mění – někdy velmi rychle – naše myšlení i cítění, naši povahu i charakter.*“<sup>53</sup> Někdy může být falešný soucit projevem sobeckosti a neupřímnosti. To je zvláště viditelné u přehnaně soucitných pečujících, u kterých je třeba zamyslet se, zda-li o klienta vůbec stojí. Neměl by s klientem přehnaně soucítit a sám se při tom hroutit, to by celou situaci jen zhoršilo.

Každý uvědomělý pečující by měl vycítit, co pro seniora může udělat a na co již sám nestačí. Někdy méně znamená více.

#### **8.2 DALŠÍ MOTIVY OVLIVŇUJÍCÍ POMÁHÁNÍ DRUHÝM**

Existují i další motivy, které vyvstávají při pomáhání druhým lidem. Říčan<sup>54</sup> je doplňuje o tyto motivy:

##### **8.2.1 POMÁHÁNÍ JAKO VÝCHODISKO Z OSAMĚLOSTI**

Častým důvodem k pomáhání se stane osamělost. Ten kdo se cítí sociálně izolovanější ve svém osobním životě, má v pomáhání velkou příležitost, jak najít nové vztahy. Mohou to být vztahy mezi kolegy, ale i klienty. Zde hrozí riziko, že pomáhající se klientovi „nabízí“ za přítele. Tento přístup ať zdá se správný, je nebezpečný, neboť pečující nesmí zneužívat závislosti klienta pro své potřeby. Tak jako je tomu u motivu osobního neštěstí, „*není nic špatného na tom, když osamělý člověk hledá lidskou blízkost u těch, kterým pomáhá, i když je to pro někoho trpké, že je osamělý, opuštěný.*“<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě.*[online].i DNES.[cit. 27. dubna 2005]. Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429>>

<sup>54</sup> ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě.*[online].i DNES.[cit. 27. dubna 2005]. Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429>>

<sup>55</sup> Tamtéž.

### **8.2.2 OSOBNÍ NEŠTĚSTÍ**

Člověk se najednoukrát v životě může ocitnout v situaci, ze které nevidí reálné východisko. Neví si se svými problémy rady a často hledá pomoc v tom, že se obětuje druhým. Za takovéto situace může člověk v pomáhání nalézt harmonii, kterou ztratil či nikdy neměl. Takovýto člověk přichází na to, že jsou na tom někteří lidé ještě hůře než on a má velké pochopení pro druhé, protože on sám si hotové peklo prožil na vlastní kůži. Pokud si toto člověk uvědomí a nebude si nic nalhávat, tak uchýlení se k pomoci druhým z důvodu osobního neštěstí není škodlivé, v případě opačném ovšem ano.

### **8.2.3 SKUTKÁŘSTVÍ**

Skutkář si mnohdy myslí, že si svými dobrými činy něco zaslouží. Jak se praví: „Něco za něco“. S tímto jevem se bohužel setkáváme neustále a nejen v pomáhajících profesích. Lidé, kteří udělají něco pro druhého a odvedou to tak, jak má být, je v pořádku. Pokud tuto pomoc cítí jinak než člověk, kterému je pomoc posláním, pak je tento postoj nesprávný. Tito lidé jsou většinou na svou dobrotu pyšní. Je dobré, aby si pečující tento moment uvědomil a přemýšlel o něm, jako o něčem, co není v souladu s pomáháním.

### **8.2.4 ZVĚDAVOST**

Zvědavost je pro práci člověka nesmírně důležitá. Kdybychom nebyli zvědaví a nejevili o nic zájem, jen těžko bychom se něco hlubšího dozvěděli a někam se dostali. Tato vlastnost má i svá úskalí. Většinou je pravda, že co člověka zajímá, s velkým nasazením se tomu i věnuje. A právě v tomto tkví určité riziko zvědavosti. Lidé, kterým člověk pomáhá, jsou pro něj zajímaví svými životními osudy, které jsou pestré, lákavé, ale i tragické či tajemné. Pečující sám takové příhody nikdy nezažil a zvědavost je silnější než on sám.

Může ale nastat taková situace, kdy se začne vyptávat i na takové informace, které ho zajímají, myslí si, že jsou to ty nejdůležitější, ale opak je pravdou. Dochází ke klamání sama sebe a ke zbytečnému verbálnímu obnažování klienta, což je nedůstojné.

Tyto i jiné nežádoucí motivy mohou být pro práci nebezpečné, a to především v těch případech, kdy si je pomáhající sám neuvědomuje. Je nutné, aby každý pomáhající pracovník nad sebou samým neustále přemýšlel a své konání reflektoval. Toto nemusí být snadné, ale za předpokladu, že má někoho, s kým se může radit, otevřeně i kriticky mluvit o svých problémech, je na správné cestě. Myslím si, že v tomto ohledu je vhodná metoda ať už individuální či skupinová supervize. Sama jsem se v roli stážistky účastnila skupinové

supervize a nyní s odstupem času vím, že ke skutečnému profesnímu posunu dojde tehdy, když se sami začneme zabývat svými reakcemi na nemocné či umírající klienty.

Je zřejmé, že negativní motivy v pomáhání existují a existovat budou, ale ve společnosti lidí stále platí, že ochota pomáhat druhým neztrácí nic ze své hodnoty.

### **8.3 PRÁCE SPOJENÁ S EMOCEMI**

Lidé, kteří vykonávají náročnou profesi, jako je pomáhání druhým lidem, jsou vystaveni náročným emočním situacím. Klienti se jim svěřují se svými útrapami a problémy.

Mezi pečujícími a klientem vyvstávají různé emoční vztahy. Někdy je patrný obdiv, lítost, jindy je to zloba či lhostejnost. Tyto a další emoce není dobré potlačovat. Pečující by se měl snažit těmto citlivým projevům porozumět. Některé pocity jsou natolik silné že zaplavují tělo i mysl, a některé jsou méně výrazné a nevědomé. „*I v každodenních klidnějších situacích se v našem těle něco děje, něco si myslíme, něco si představujeme a nějak jednáme. Nemáme však proč se takovému prožívání věnovat.*“<sup>56</sup>

Pokud si pečující povšimne svých emocí, zváží je, může volit mezi nejrůznějšími strategiemi jednání a ochrání se tak před krátkodobými, ale i dlouhodobějšími důsledky nevládnutých emočně náročných stavů.

Profesionální pečující musí umět čelit takovým situacím, kdy mu lidé vypráví svá trápení. Pokud by neuspěl a trápení klientů se něj přenáší, aniž by si toho byl vědom, většinou to povede k syndromu vyhoření. Důležitým momentem zde je, aby pečující dokázal emoci zachytit v počátku a porozuměl ji. Pokud to zvládne pak tyto emoce ztrácí svou moc a přestanou pečujícího ovládat. Důležitou a také základní metodou pro pozorování jevů a procesů v těle a mysli je introspekce, jinými slovy pozorování sám sebe vnitřním zrakem. Konkrétní technikou tohoto vnitřního pozorování je focusing. Při focusingu jde o nácvik specifické dovednosti, kdy se člověk učí plně vnímat zážitek a pak jej následně pojmenovat. „*Umět focusing znamená znát cestu, jak sám sebe reflektovat ... pomáhající může mimo jiné zpracovávat právě zážitky s konkrétními lidmi, kterým pomáhá.*“<sup>57</sup>

Je zřejmé, že pocity jsou nedílnou součástí života každého z nás. Záleží ale na mnoha okolnostech zda-li se necháme emocemi ovládat nebo se rozhodneme je udržovat pod kontrolou. K tomuto je zapotřebí stálé ochoty sebepoznávání a odhalování nových stránek vlastní osobnosti.

---

<sup>56</sup> HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. s. 9.

<sup>57</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. s. 134.

#### **8.4 POMÁHAJÍCÍ PROFESE A JEJICH ÚSKALÍ**

Pomáhající profese představují náročnou činnost. Někteří, zvláště pak mladí pečující si kladou velké cíle, které nejsou naplněny. Vyhořet ovšem může personál s letitými zkušenostmi, kdy jeho práce představuje rutinu a také jej nenaplnuje. Striktně je důležité oddělit profesní život od toho soukromého a naopak. Pracovníci v ústavních zařízeních pro seniory mají společný „úkol“. Musí k seniorům zachovávat úctu a chránit jejich lehce zranitelnou důstojnost.

Dobrý vztah je nutné navázat u všech klientů a to i tehdy, když nám někdo není sympatický. To může být někdy emočně náročné, neboť musíme zapojit profesionalitu, vůli a překonávat všechna úskalí, aby vztah pečujícího s klientem dobře fungoval. U umírajících seniorů se toto může na počátku jevit jako nemožné, protože můžeme být při péči odmítáni, verbálně, brachiálně napadáni, což je velmi psychicky náročné, přesto musíme umět profesionálně tato úskalí zvládat.

#### **8.5 PÉČE O PROFESIONÁLNÍHO PEČUJÍCÍHO**

Domnívám se, že každý, kdo pečuje o starší a nemocné lidi, mívá smíšené pocity. Může být těžké akceptovat ten fakt, že osoba, o kterou pečujete, slábne a schází. Tyto emoce budou záviset na předešlých vztazích s klienty, na osobním pojetí nemoci, stáří a umírání. Důležité bude to, jak vnímá pečující svou vlastní důstojnost, co považuje za důstojné a co nikoliv. V neposlední řadě bude záležet na každodenních aktivitách pečovatele. Osobní konflikty emocí mohou vyvolávat pocity viny a stresu. Proto je důležité dbát o své zdraví, a to nejen fyzické, ale zejména duševní, jako nedílná součást prevence syndromu vyhoření.

Každý pracující se starými lidmi by měl umět po práci relaxovat a dát tak možnost svému tělu i duši odpočinout a načerpat nové síly a energii.

#### **8.6 BURN-OUT, VYHOŘENÍ PRACOVNÍKŮ V PROFESI SE STARÝMI LIDMI**

Z hlediska důstojnosti při péči o seniory věnuji pár řádků i této známé, přesto někdy podceňované problematice.

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se u lidí, jejichž profese je závislá na mezilidské komunikaci. Tento stav ohlašuje celá řada příznaků: mnozí pečovatelé u sebe pozorují stresové reakce, v podobě dlouhodobější únavy, podrážděnosti, otupělosti či negativního přístupu k sobě, k druhým a k práci. Mohou mít pocity bezmoci a beznaděje, nemají chuť do práce ani radost ze života.

Chronicky vyčerpaní pečující velmi špatně přiznávají sobě i druhým své obtíže. Je jim obtížné dát najevo, že si neví rady sami se sebou. Tímto neadekvátním chováním „vyhořelého“ pečovatele trpí oni samotní, jejich kolegové, ale především samotní klienti různých zařízení. Někdy k vyčerpání dochází také proto, že pečující není schopen slevit ze svých požadavků, nedokáže říci ne, nebo se snaží dosáhnout příliš mnoho jím stanovených cílů po dlouhou dobu.

Syndrom vyhoření je vždy spojován s otázkou smyslu života. Když se pomáhajícímu daří, vidí ve své práci smysl. Ale pokud je tomu naopak, začne o své práci pochybovat. „Z nepřehledné řady studií případů lidí, kteří psychicky vyhořeli, se ukazuje, že otázka uspokojení či neuspokojení tzv. základní existenciální potřeby – smysluplnosti bytí – je jedním z hlavních faktorů jak při vzniku, tak při zvládnutí jevu bucnout“<sup>58</sup>

Smysl života se také vztahuje ke smyslu práce, který je jednou z důležitých složek smysluplnosti bytí. Fenoménu smysluplnosti je v soudobé psychologii věnována dostatečná pozornost. Nejvýznamnějším autorem, který o tomto fenoménu pojednává, je V. E. Frankl, který je zakladatelem směru logoterapie. Je neustálou inspirací pro všechny ty, kteří pátrají po smyslu života. Frankl považuje smysl života za nejzákladnější lidskou motivaci. Poukazuje na motivační síly smysluplnosti toho, co děláme, o čem se snažíme a co si přejeme.

Pokud se řeší otázka smysluplnosti, pak se vždy dostaneme také k otázce hodnot. Každý z nás má vybudován svůj žebříček hodnot, které jsou pro nás nejdůležitější. Za těmito vlastními hodnotami směřujeme a snažíme se k nim co nejbližší přiblížit.

Pomáhající pracovník by se měl orientovat na budoucnost, na nějaký cíl v budoucnu, na nějaký smysl, který bude potřeba naplnit. Ty hodnoty, které uznává a jsou pro něj zásadní, těmi by měl skutečně žít, ne jen o nich hovořit. Vždy záleží na rozhodnutí, které v životě nebo v určité situaci učiní, a také jaký postoj k nim zaujme.

Vymezení pojmu můžeme zakončit definicí Pinese a kol., kterou uvádí autoři Hawkins a Shohet<sup>59</sup> ve své knize, kdy syndrom vyhoření definují jako:

*„Výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Taková intenzivní účast je obvyklá zejména ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je „náplní práce“ zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je bolestné zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že již v sobě nemají nic, z čeho by mohli rozdávat“.*

---

<sup>58</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. s. 75.

<sup>59</sup> HAWKINS, P., SHOHEIT, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. s. 33.

## **8.7 PROBLÉMY, OMYLY A POCHYBENÍ**

Ústavní zařízení představují komplexní systémy. Tyto systémy se dají označit za stabilní (spolehlivé, bezpečné) či nestabilní (nespolehlivé a rizikové). V těchto zařízeních je většina procesů realizována lidmi, ne stroji, proto je zde i vysoký potenciál k pochybení. Navíc jsou ústavní zařízení složena z jednotlivých oddělení, která mají často svá vlastní pravidla, procedury atp. Není tedy snadné vidět cíle celého zařízení a dohodnout se, jak takového cíle dosáhnout.<sup>60</sup>

Zajistit poskytování bezpečné a důstojné péče o seniory představuje samou podstatu a smysl této práce. Obavy o bezpečnost ošetrovatelské péče získávají čím dále větší pozornost nejen zdravotníků, sdělovacích prostředků, ale především široké veřejnosti. Lze tedy očekávat, jako je tomu i v jiných zemích, kdy lidé, coby potenciální pacienti na základě negativních informací ze sdělovacích prostředků, začnou klást českým pomáhajícím pracovníkům provokující otázky. A prostřednictvím právníků se někteří z nich budou domáhat kompenzací za ublížení či pochybení pečujících

Aby se všichni členové multidisciplinárního týmu mohli s větším zaujetím věnovat vytváření bezpečné, důstojné ošetrovatelské, zdravotní i sociální péče, musí být naprosto přesvědčeni o závažnosti současné situace. Léčebná i ošetrovatelská péče se snad v žádné zemi, tedy i v ČR nemůže posunout správným směrem, pokud si všichni profesionální pečující sami nepřiznají, že s převzetím diplomu za studia, či obléknutím uniformy se z nich automaticky nestávají „superlidé v bílém“, druzí po bohu, lidé se zlatýma rukama či počítačovou pamětí. Každý zdravotník by si měl pokorně přiznat, že bez ohledu na své vzdělání či pozici je především člověkem s velkým potenciálem pro pochybení. Jsme lidé jako ostatní, nejsme bezchybní a neomylní. Ale důstojnost lze zachovat vždy!

---

<sup>60</sup> ŠKRLA, P. *Především neublížit.*

## 9 SYSTÉMY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Když pohledneme do minulosti ošetrovatelství, zjistíme, že se systémy poskytování ošetrovatelské péče odvozovaly od společenského a profesionálního prostředí. Tyto systémy mají výhody i nevýhody spojené s kvalitou péče, využitím zdrojů a růstem zaměstnanců.

Záměrně uvádím tyto systémy v chronologickém pořadí, a ačkoliv se liší mají společný jedinečný pohled na management ošetrovatelství, který kombinuje zájem o kvalitu s co nejlepším využitím dostupných prostředků.

### 9.1 PŘÍPADOVÁ METODA

Případová metoda<sup>61</sup> se užívala již za doby Florence Nightingalové. Začala v samém počátku ošetrovatelské profese a tehdy byla pohodlným a správným způsobem řízení péče. Celková péče o každého pacienta, byla přidělována jednotlivcům. Sestry se zodpovídaly své nadřízené, kterou byla vrchní sestra. Negativem toho systému péče bylo, že ne všechen personál měl potřebnou, odpovídající kvalifikaci k poskytování všech aspektů péče. Druhou nevýhodou bylo také to, že vrchní sestře se zodpovídalo příliš mnoho lidí.

### 9.2 FUNKČNÍ SYSTÉM

Na úvod bych si dovolila malé ohlédnutí do mé praxe po dobu vysokoškolského studia. Velmi mě překvapilo a zaskočilo, že v zařízeních garantujících sociální péči v Domovech pro seniory funguje tento zastaralý funkční systém péče<sup>62</sup>, kde lidé, kteří platí za tyto služby nejsou vždy v roli pacienta, nýbrž klienta či obyvatele.

V nemocnicích na běžných odděleních mě fungování tohoto systému nemůže zaskočit, neboť si moc dobře uvědomuji, v jakém asi nátlaku pracují pečující ošetrovatelských profesí, aby bylo vše podle přání nadřízených, nejčastěji lékařů. Například rychlá ranní hygiena u všech pacientů, proto, aby byli připraveni na vizitu lékařů a mnoho dalších, které není potřeba podrobněji zmiňovat, jsou výsledkem práce uspěchaných lidí, kteří více zastávají jiné hodnoty než morální.

Funkční systém vznikl jako způsob, jak co nejrychleji vyřešit otázku různé úrovně pečovatелů. Dominantou péče bylo spíše přidělování úkolů, než pacientů. Každý pečující vykonával jeden úkol, který vypovídal jeho vzdělání a praxi. Ošetrovatelky koupaly a krmily a měřili u pacientů fyziologické funkce. Profesionální sestry s kvalifikací byly zodpovědné

<sup>61</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.163.

<sup>62</sup> Tamtéž, s.164.

za podávání léků, léčebné intervence a jiné procedury. Vrchní sestra plnila úlohu kontrolorky za celkové řízení, dohled a vzdělávání pracovníků. Rigidní u tohoto systému byla fragmentace péče, což komplikovalo koordinační proces a následně to vedlo ke snížení kvality péče a k velké nespokojenosti mezi pečujícími.

### **9.3 TÝMOVÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

K dramatické změně došlo v období po druhé světové válce. Úroveň a počet pomocného personálu se postupně začal zvyšovat a profesionální sestry přebíraly stále více řídicích funkcí. Z důvodu variability pracovních skupin a dramatického společenského převratu byla zadána studie, která měla nalézt lepší způsob poskytování péče. Autory systému známého jako týmové ošetřovatelství<sup>63</sup> byly dr. Eleanor Lambertsonová a Francies Perkins. Tento systém měl vyřešit velký příliv poválečných pracovníků a nadměrný rozsah kontroly vrchních sester, které byly pracovním přetížené. Tuto situaci bylo možné řešit vytvořením týmů. Do roku 1950 se týmové ošetřovatelství stalo velice populárním způsobem strukturování ošetřovatelské péče. Bylo typem péče o pacienty, který zahrnoval organizační a strukturální změny ošetřovatelské jednotky. Tato metoda představovala týmový koncept směřující k danému cíli při využití všech úrovní personálu. Při tomto konceptu bylo především dbáno na kvalitní péči o pacienty v maximální možné míře.

Jako každý jiný systém, tak i tento měl své přednosti i výhrady. Základní výhradou toho modelu byla nepřítomnost sestry u lůžka nemocného, neboť ta řídila péči ostatních. Výhrady s tímto systémem se staly podnětem vzniku systému nového.

### **9.4 PRIMÁRNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Primární ošetřovatelství<sup>64</sup> zajistilo kvalitní komplexní péči o pacienty a prostředí pro rozvoj profesionální praxe ošetřovatelského personálu. V kontextu historického vývoje bylo logicky dalším krokem. Jedná se o filozofii, která zodpovědnost za plánování, poskytování, sdělování a hodnocení péče o skupinu pacientů ukládá do rukou primární sestry. Záměrem bylo doplnit výhrady týmového ošetřovatelství a navrátit tak sestru k lůžku nemocného.

Cílem bylo zlepšit kvalitu péče a zvýšit spokojenost ošetřovatelského personálu. Primární sestrou se rozumí registrovaná sestra, které jsou přidělováni konkrétní pacienti, jimž během jejich pobytu na jednotce bude poskytovat primární ošetřovatelskou péči. Od této sestry

---

<sup>63</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. s. 164–165.

<sup>64</sup> Tamtéž.

se očekává poskytování celkové péče, zapojení pacienta do péče, navazování terapeutických vztahů, plánování 24hodinové kontinuity formou vypracování písemného plánu ošetrovatelské péče. Dále je očekávána přímá komunikace s ostatními členy týmu a plánování propuštění pacienta z nemocnice.

Asi největším přínosem u tohoto typu péče je zlepšení komunikace v důsledku individuálního vztahu mezi sestrou a pacientem. V případě nepřítomnosti primární sestry se o pacienty starají sestry sekundární, které mají povinnost pokračovat v již započaté péči primární sestrou. Není překvapením, že primární sestra jedné skupiny pacientů může být i sekundární sestrou druhých.

Potřeba vysokého počtu ošetrovatelského týmu si vyžádala další úpravy tohoto systému, jednou z nich je např. modulární ošetrovatelství, které není reakcí na nedostatky primárního ošetrovatelství. Je to spíše praktický způsob, jak kombinovat primární a týmové ošetrovatelství. Řeší se tímto problémem nedostatkem pracovníků v primárním ošetrovatelství.

## **9.5 CASE MANAGEMENT**

Relativně mladá, nedávno vyvinutá metoda poskytování ošetrovatelské péče známá jako case management<sup>65</sup>. Americká asociace sester (ANA) definuje case management jako systém hodnocení zdravotního stavu, plánování, zajišťování a poskytování služeb, koordinace a monitoring, jehož cílem je naplnit četné potřeby klientů.

Tento systém již řadu let funguje ve sféře veřejného zdravotnictví a byl zaveden v institucích akutní péče. Předností této koncepce je to, že se staví na modelu primárního ošetrovatelství a zvyšuje tak jeho efektivitu.

## **9.6 SESTRY VE VEDENÍ, ANEB NOVÝ SYSTÉM OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

Prostředí, kde je poskytována ošetrovatelská péče, je dnes velmi složité, nejisté i bouřlivé. Došlo totiž ke značnému posunu paradigmatu. Kvalifikované sestry tvoří ve zdravotnictví největší profesní skupinu a mají tak značný vliv na všechny aspekty systému zdravotní péče. Sestry s vysokoškolským vzděláním (bakalářky, magistry) musí být ještě jako nikdy předtím, připraveny přebrat vedení a rozhodování. Doba radikálních změn, jako je tato, s sebou přináší nutnou potřebu umět vést a rozhodovat. Řízení je na odpovědnosti všech sester<sup>66</sup>, které ovšem musí umět formulovat hodnotu služeb, které poskytují. Nové prostředí

---

<sup>65</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.167–168.

<sup>66</sup> ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. s. 183.

s sebou přináší jiné profesionální dovednosti a další spoustu změn. I přes tento fakt, musí být ponechány některé prvky z minulosti, aby se zachoval charakter holistické péče, která je centrem filozofie ošetřovatelství.

Příprava kvalifikovaných vedoucích sester by měla zahrnovat analytickou schopnost identifikovat problémy a schopnost efektivně vést a řídit lidi ve složitém, stále se měnícím prostředí. Sestry by měly být schopny mimo klinických znalostí, dokázat posoudit vztahy v komunitě a rodině/skupině. Mimo to potřebují dovednosti pro edukaci a poskytování preventivní a primární péče. Také se musí naučit zapojit pacienty do spolurozhodování a vyhodnocovat účinnost léčby.

Hlavním požadavkem nového systému ošetřovatelství bude vyžadovat celoživotní vzdělávání. Ošetřovatelství jako nedílná součást zdravotní péče, je ovlivňována systémem, ale má i schopnost samo systém ovlivňovat. Má-li se kvalifikovaná sestra stát manažerkou v nestálém prostředí, bude se od ní v budoucnu očekávat, že při řešení problémů, dilemat využije kreativní postupy a interpersonální techniky, jako je kooperace a vyjednávání.<sup>67</sup>

Vedoucí osobnosti ošetřovatelství<sup>68</sup> provázely celou historii. Ze zahraničních předních osobností mezi zdravotními sestrami, které přispěly ke vzdělávání sester, rozvoji ošetřovatelské literatury a profesionálních organizací jmenuji mimo F. Nightingalové ještě alespoň Lavinu Dockovou, Isabel Hampton Robbovou aj. Dle studií tyto a další dámy přispěly k rozvoji profese – ošetřovatelství.<sup>69</sup>

Ošetřovatelství má reálnou příležitost pomoci přebudovat systém poskytování zdravotní péče i změnu zdravotní politiky, a to tehdy, když sestry budou správně využívat svou roli a budou mít předpoklady a dovednosti pro vedení a řízení lidí. Toto může být uskutečněno díky zavedení koncepcí zdravotní politiky a jejich realizace, koncepcí vedení a řízení a teorie výzkumu do osnov bakalářského, nově i magisterského studia ošetřovatelství. Díky tomu mohou sestry maximalizovat své služby společnosti.

Domnívám se, že i studenti s určitou vizí jsou ti, kteří mohou přispívat ošetřovatelství tím, že budou přemýšlet a jednat jako vedoucí. Pro inspiraci našťestí máme odkazy vůdčích osobností z minulosti. Je už na každém z nás, jak k tomuto ve své budoucí ošetřovatelské profesi bude přistupovat.

---

<sup>67</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetřovatelské péče*. s.21-36.

<sup>68</sup> CHRISTY, TE. *Leadership in Nursing. Research on the profession of Nursing*.

<sup>69</sup> Několik studií zkoumalo vlastnosti a přínos Laviny Dockové, Annie Warbuton Goodrichové, M. Adelaide Nuttingové, Sophie F. Palmerové, Isabel Hampton Robbové, Isabel Maitland Stewartové a Lillian Waldové (T.E. Christy, 1987).

Dnešní ústavní zařízení pro seniory a ztřežší problémy poskytují příležitost těm, kteří nechtějí být pasivní. Role vedoucí sestry manažerky je a bude jednou z nejobtížnějších pozic v jakémkoliv odvětví. Dobré mezilidské vztahy se musí rozvíjet mezi klienty, jejich rodinami, přáteli, spolupracovníky. Za vším úsilím stojí lidé...

Na závěr této kapitoly lze dodat, že ve všech výše uvedených systémech poskytování ošetrovatelské péče zůstává základní motivací sestry manažerky kvalita péče a správné využití prostředků. V centru modelu jsou na prvním místě potřeby seniorů, na jejichž základě byly vypracovány standardy péče a ošetrovatelské praxe.

## 10 STANDARDY KVALITY PÉČE

Ošetrovatelská činnost podléhá určitým pravidlům a nařízením. Etické zásady ukotvené v profesních, organizačních a osobních hodnotách dávají omezením ošetrovatelské praxe další rozměr. Profesionální sestry jsou nositelky zodpovědnosti za své činy. To žádá vytvoření standardů, postupů, aby bylo možné posoudit, v čem spočívá ošetrovatelská profese. Standard představuje dohodnutou úroveň kvality<sup>70</sup> čili zavedenou normu. Aby standardy mohly být měřitelné, je k tomu nutné stanovit kritéria hodnocení, která jsou zpětným ukazatelem, jak byl standard dodržen. Ukazatel je aspekt procesu nebo výsledek signalizující, zda byly zvoleny správné intervence.

Ošetrovatelské standardy<sup>71</sup> bývají obvykle klasifikovány jedním ze tří způsobů: strukturální standardy, procesní standardy a standardy výsledku.

### 10.1 STANDARDY

Otázkou je existence standardů a jejich aplikace do praxe? Rozsah práce různých zdravotnických, ale i sociálních pečujících je ovlivněn spletným rámcem profesních, společenských, etických, vládních, právních a organizačních faktorů.

Vedoucí sestry se zabývají poskytováním komplexní péče o klienty. Tyto sestry musí vědět, čím může každý pečující pracovník, který přijde do styku s klienty, k této péči přispět i to, jak je ve své profesi limitován kvalifikací.

#### 10.1.1 FORMY STANDARDŮ

##### 10.1.1.1 STRUKTURÁLNÍ STANDARDY

Strukturální standardy<sup>72</sup> se týkají především prostředí, materiálního vybavení, kvalifikace personálu, kategorie zdravotníku, počtem zaměstnanců a strukturou komisí. Proces ovlivňují vládní, legislativní a profesní orgány. Strukturální standardy neboli směrnice by se měly odvozovat od péče, kterou pacient potřebuje

Společná komise pro akreditaci zdravotnických organizací (JCAHO) má komplexní soubor standardů, které musí být splněny, chce-li organizace získat akreditaci. Akreditace je dobrovolnou záležitostí každé organizace, je zaměřená spíše na standardy a otázky kvality než

---

<sup>70</sup> RICHARDSONOVÁ, CH. *Tajemství kvalitního života*. s. 256.

<sup>71</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.185–189.

<sup>72</sup> Tamtéž.

na fiskální a administrativní záležitosti. Posláním JCAHO je zlepšit kvalitu péče poskytované veřejnosti. Dalším příkladem strukturálního standardu je certifikace. Certifikace odráží spíše kvalifikaci jedince samotného než agentury.<sup>73</sup>

#### **10.1.1.2 PROCESNÍ STANDARDY**

Procesní standardy<sup>74</sup> se týkají ošetrovatelských výkonů, které vykonávají sestry. Do těchto standardů patří posouzení stavu, stanovení ošetrovatelské diagnózy, intervence a hodnocení.

#### **10.1.1.3 STANDARDY VÝSLEDKŮ**

Standardy výsledků<sup>75</sup> a cílů se týkají závěrečného zhodnocení výsledků přístupů v péči o seniory. Jsou orientované na pacienta a obvykle se určují spolu s procesními standardy.

Budeme-li postupovat modelem vzhůru, dojdeme k závěru, že cíle oddělení ošetrovatelské péče jsou považovány za standardy výsledku. Naproti tomu účel, teorie ošetrovatelství a filozofie jsou považovány za standardy strukturální.

Tento model a definice zde popsané uvádím, abych poukázala, že veškeré odlišné termíny, které používá většina organizací, jsou ve skutečnosti variantami standardů.

Management kvality a výsledků jsou v nynějším zdravotnictví a sociální sféře striktně důležitými aktivitami. Plátcí, tedy pacienty, klienty, či obyvatelé různých institucí požadují údaje, které prokazují vysoce kvalitní, především důstojnou péči.

---

<sup>73</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.185–189.

<sup>74</sup> Tamtéž.

<sup>75</sup> Tamtéž.

## **11 MEZILIDSKÉ VZTAHY**

Zde otevírám opět značně rozsáhlé téma, ale pro potřeby této práce uvedu jen formy vztahů, které snižují důstojnost seniorů. To, jak komunikujeme se seniory, má zásadní význam v respektu a uznání důstojnosti. Chtěla bych poukázat na okruh střetů ve vztahu pečující – klient.

### **11.1 NEANGAŽOVANÝ PROFESIONÁLNÍ PEČUJÍCÍ**

Pojímat svou profesi jako výkon svěřených pravomocí bez hlubšího osobního zájmu o klienta není v pomáhajících profesích nijak zvláštním fenoménem.

Všichni známe sestry, ošetřovatelky, i jiné pracovníky, kteří neaspírají na to, aby byli účinným spojencem svého klienta. U těchto pracovníků je již na první pohled patrná rutina v jejich práci. Několikrát si sama sobě pokládám otázku, zdali je to opravdu rutina, nebo osobnost pečujícího, či syndrom vyhoření? Někdy je toto těžké posoudit.

### **11.2 ANGAŽOVANÝ PROFESIONÁLNÍ PEČUJÍCÍ**

Pouze angažovaní pracovníci<sup>76</sup> mohou být nositeli změny nepsaných pravidel. Důležité zde zůstává, když pečující tuto práci považuje a míní za činnost smysluplnou. Pomáhající je k dispozici problémům konkrétních lidí, což je klíčové.

Další zisky, které může angažovaný pracovník získávat od své profese, jsou současně potenciálním zdrojem problémů. Jde o to, že pomáhání druhým lidem s sebou přináší příležitost k překonání pocitu osamělosti a nejisté sebeúcty pomocí kontaktu s klienty. Pojednává se o intrapsychickou operaci, kdy dochází k rozšíření hranic vlastního já i na druhé lidi. Tyto tendence ovšem nejsou zdravé. Na jedné straně je problémem tendence přebírat kontrolu nad klientem, na straně druhé pak obětovat se pro klienta, na úkor sám sebe.

### **11.3 NADBYTEČNÁ KONTROLA NAD SENIORY**

Uvnitř jakéhokoliv společenství je kontrola, která je nezbytně nutná pro udržení žádoucího chování členů v rámci stanoveného řádu v duchu demokratickém. Přehnaná kontrola brání rozvoji autonomie.

---

<sup>76</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. s. 18.

Pečující, který je do své práce zainteresovaný, ji používá v dobré víře, že jde přeci o zájem klientů. Snadno tuto reakci využije v časové tísní, jako nejrychlejší způsob řešení. Stupeň kontroly profesionálních pečujících nad seniory je logickým pokračováním stupně kontroly vyšších hierarchických úrovní organizace nad nižšími. Stojí zde zmínit i ten fakt, že pomáhající organizace se často silně opírají o princip moci a dominance nad podřízenými.

Toto je snad nejvýraznější ve zdravotnictví, zejména pro odstup mezi lékaři a sestrami. Těžko bychom hledali analogie v jiných civilních resortech. Existují různé povahy lidí a někteří z nich mají k nadměrné kontrole blízko. Tito lidé pak zachází s klientem jako s dítětem namísto toho, aby i naopak v dítěti dovedli vidět a respektovat autonomního jedince a partnera v dialogu.

#### **11.4 OBĚTOVÁNÍ SE PRO SENIORY**

Obětování se je opačný způsob, jak může být narušena hranice mezi pracovníkem a klientem. Pečující nevidí ve svém klientovi autonomního partnera. Považuje ho za osobu, která je na jeho péči závislá a doslova potřebuje, aby za něj pracovník téměř dýchal. Biblický normativ lásky k bližnímu: „Miluj svého bližního jako sebe sama!“, ale sebe rád nemá. Výstižně tuto situaci cituje Schmidbauer (1992): „*Má rád svého bližního místo sebe samého*“.

Paradoxně se může stát, že nadměrná péče o klienta spíše oslabuje, než aby mu prospívala. Někdo mi zde může namítnout, že obětaví pracovníci dávají svým klientům maximum potřebné péče a že jediný, kdo zde trápí, je sám pracovník. Přesto se domnívám, že uspěchaný člověk, který se soustřeďuje na úkony a pomocné práce, současně je pod velkým časovým tlakem, nemůže vnímat nitro lidí, což se odrazí v důstojném přístupu v péči o seniory.

Schmidbauer (1992) ze svých zkušeností skupinové terapie mnoha pomáhajících pracovníků uvádí, že k tendenci se obětovat přispívá mimo jiné zážitek nepřijetí vlastními rodiči v dětství.

#### **11.5 MÍT PRO KAŽDÉHO SENIORA POCHOPENÍ**

Úkolem v jádru dobrého pečujícího je snaha každého klienta pochopit, zajímat se o něho, vcítit se do něj,<sup>77</sup> přijímat ho se všemi jeho klady, ale i zápory, držet mu palce, umět ho pochválit, nespěchat v rozhovorech s ním, naslouchat mu, být k němu uctivý, chránit jeho důstojnost, prostě mít ho rád!

---

<sup>77</sup> PREKOP, J. *Empatie: Vcítění v každodenním životě*.

Vůbec nejtěžší je právě slůvko „každého“. Vždyť někdo z klientů nám je více, některý méně sympatický. Tak jak po pečujících může někdo chtít, aby se přátelil s každým seniorem?

Američtí výzkumníci přišli na to, že psychologové upřednostňují klienty mladé, atraktivní, inteligentní a úspěšné před klienty starými, nehezkými, méně inteligentními a neúspěšnými.<sup>78</sup> Myslím si, že nepochybíme, když platnost tohoto zjištění rozšíříme i na další pomáhající profese.

Dosti ironicky zní skutečnost, že pečující pracovníci nejraději pomáhají těm, kteří to nejméně potřebují, a to z mnoha důvodů. Jedním z důvodů může být například to, že chtějí pomáhat lidem sobě podobným nebo se nechtějí, nepotřebují vžívat do vnitřního života seniorů, do světa demenčního člověka či terminálně nemocného. Při práci se starými lidmi, demenčními či terminálně nemocnými seniory vůbec hodně záleží na životní filozofii pečujícího.

Pacienti nebo klienti, obyvatelé domovů a ústavů mohou vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu. Není lehké obstarat starého pacienta, který se k nám chová arogantně a bezdůvodně nás napadá a uráží, čímž nedbá naší důstojnosti. Nebo když v domově pro seniory zlá paní šikanuje svou hodnou spolubydlící, a přesto patří mezi klienty. Stále musí přesto platit, že není na nás pomáhajících, abychom nad klienty vynášeli mravní soudy.

---

<sup>78</sup> KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. s. 21.

## 12 ETICKÁ DILEMATA

Problémy etické povahy byly a budou existovat stále. A budou mít bohužel dopad na klientův život. Dovolím si na úvod citovat: „*Kdykoliv se setkají zdravotní sestry, vyjadřují obavy ohledně množství a složitosti etických dilemat, kterým čelí, a jejich dopadu na kvalitu a kvantitu poskytované péče.*“<sup>79</sup>

Zastávám takový názor, že ošetrovatelská péče je zejména péče týmová. Jelikož věřím tomu, že ošetrovatelství se bude v budoucnu ubírat dobrým směrem a bude brát v úvahu skutečné hodnoty, tedy samotné klienty, následující řádky věnuji etické odpovědnosti vedoucích sester.

Položme si otázku: „Kolik dalších dilemat nastává s blížícím se 21. stoletím pro vedoucí sestry“? V důsledku rychle se měnícího systému zdravotnictví sestry navíc čelí takovým dilematům, jako jsou: rozdělování omezených prostředků a zachování kvalitní i důstojné péče. Z výzkumů Schanka a Weise u studentek a absolventek ošetrovatelství bylo zjištěno, že respondenty „nemají plně rozvinutou orientaci na hodnoty profese obsažené v Kodexu sestry“.<sup>80</sup>

Profesionální hodnoty řídí jednání a chování sester. Motivují je, aby pokračovaly v rámci stanovených standardů a kodexů. Tyto hodnoty si lze osvojit vzděláním nebo pozorováním modelových rolí a mentorů.<sup>81</sup>

### 12.1 BARIÉRY PŘI ETICKÉM ROZHODOVÁNÍ

Překážkami ve zdravém etickém rozhodování může být hned několik. Některé jsou důsledkem současných společenských podmínek, jimž pečující nemůže uniknout.

Nynější sociální postoje kladou důraz zejména na jednotlivá práva než na zodpovědnost, čímž se zvyšuje tendence obracet se na soudy, aby tato práva potvrdily. Ve zdravotnictví pak tato tendence přispívá k potenciálním žalobám. Zodpovědnost sester se překrývá se zodpovědností ostatních zdravotníků, v důsledku čehož je matoucí, kde přesně zodpovědnost končí, a chyby se hledají a napravují jen těžko.

---

<sup>79</sup> FLAHERTY, MJ. *Ethical Decision Making in an Interdisciplinary Setting*. p 3.

<sup>80</sup> SCHANK, M., WEIS, D. *A Study of Values of Baccalaureate Nursing Students and Graduate Nurses from a Secular and a Nonsecular Program*. p. 17-22.

<sup>81</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.105-116.

Za důležitou bariéru považuji nedostatek pečujícího personálu, kde se pracovníci rychle střídají. Mohou vědět co je pro klienta důležité, dobré, ale „nemohou“ to splnit z nedostatku času, kvůli malému počtu pečujících na klienty.

## **12.2 ROZHODOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI**

Jedním z aspektů etického rozhodování, nad nímž mají sestry kontrolu, je jejich vlastní morální vývoj a pohled na profesionální povinnosti. Sestry mohou učinit taková rozhodnutí, která zvýší nebo sníží riziko „syndromu vyhoření“ (burnout syndrome). Mohou také pochopit jak „vyhoření“ může ztížit jejich schopnost plnit profesionální etickou zodpovědnost stanovenou Kodexem sestry.

Myslím si, že pečující na pracovištích zdravotnických i sociálních musí uznat, že bez potřebného vzdělání etiky budou jejich závěry ohledně správného jednání v etických dilematech většinou odrazem toho, co jim „připadá dobré“. Zde je ale otazník, neboť co jednomu člověku připadá dobré, nemusí být pro jiného to nejlepší.

## **12.3 ETICKÉ DILEMA VZTAHU ZAMĚSTNAVATELE A ZAMĚSTNANCE**

Vztahy na úrovni zaměstnavatel – zaměstnanec existují mezi oddělením ošetrovatelské péče, sestrami manažerkami a odborným ošetřujícím personálem. Profesionální sestry by měly znát filozofii a cíle jejich pracoviště a práce. Pokud se filozofie pracoviště a hodnoty a etika sester shodují, jednání sestry v případných dilematických situacích<sup>82</sup> bude jistě probíhat s větší jistotou. Sestra má jednak povinnost řídit se etickou filozofií a cílem instituce, ale má také možnost jednat částečně autonomně podle své kvalifikace a povinností.

K poctivému zacházení se svými zaměstnanci znamená respektování jejich práva na řádný proces, spravedlivé jednání a osobní růst, naplnění, lidskou důstojnost a emocionální zdraví.<sup>83</sup>

Loajalita ano či ne? Sestry zachovávají loajalitu vůči klientům, ale i k ostatním členům personálu. V rozporu je to tehdy, když např. sestra ví o zanedbání péče klienta druhým kolegou, kolegyní a rozhodne se o incidentu mlčet. Proč tomu tak je? Nechtějí ohrozit svého kolegu? Mají také nevhodné přístupy ke klientům? Zhodnoťte sami, zda-li je správné řešení na prvním místě informovat klienta nebo celou situaci ohlásit nadřízeným autoritám. Já si osobně myslím, že loajalita vůči klientovi je prvořadá záležitost, i když sestru může postavit do zranitelné pozice. Pokud sestra bude jednat podle loajality ke klientovi a rozhodne

---

<sup>82</sup> GROHAR-MURRAY, M. E.; DICROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. s.105-116.

<sup>83</sup> DRAKE, B.; DRAKE, E. *Ethical and Legal Aspects of Managing Corporate Cultures*. p. 107-123.

se incident oznámit, měla by alespoň dle mého přesvědčení vyčerpat všechny možné pokusy vyřešit nedostatky v péči o klienty, například v roli supervizorky, otevřenou komunikací a konfrontací s těmi aktéry, kterých se to týká.

#### **12.4 ETICKÉ DILEMA VZTAHU MEZI KOLEGY**

Nejběžnějším dilematem, se kterým se sestry setkávají je bohužel neprofesionální jednání kolegů. Chování zaměstnanců mimo jiné řídí směrnice. Při nerespektování těchto směrnic vyžaduje zásah vedoucí sestry, která by měla být výbornou komunikátorkou.

Psychologové připisují nepoctivost zaměstnanců k emočnímu vyčerpání a depresi. Fenomén syndromu vyhoření může být zapříčiněn také tím, že sestry mezi kolegy nemohou projednávat své problémy. Nemají příležitost, čas při směnném provozu své problémy ventilovat. Někteří kolegové mohou bagatelizovat pocity svěřujícího, nebo neumí či nechtějí aktivně naslouchat ohledně složitých situací v péči o klienty. Možná si jen říkají, že každý má nějaké problémy, ale nic víc...

#### **12.5 ETICKÉ DILEMA VZTAHU SESTRA – KLIENT**

Vztah sestry a klienta je centrem celé profesionální ošetrovatelské činnosti. Závazky sester vůči klientům vždy tvořily součást profesního Kodexu sestry, ale postupem času nabývají většího významu. Etický Kodex sestry slouží jako veřejné prohlášení povinností sester vůči pacientům a společnosti. Ke stěžejním povinnostem vůči klientům stanoveným v kodexu patří hájit jejich zájmy před svými vlastními, respektovat právo člověka na osobní autonomii, respektovat důstojnost a soukromí, udržovat profesionální schopnosti a dovednosti a vykonávat takové úkony, které zaručují kvalitní a důstojnou péči.

#### **12.6 ETICKÉ DILEMA VZTAHU VEDOUcí SESTRY VZHLEDEM K INSTITUCI**

Sestry mají mimo jiných povinností i povinnost vůči instituci, které se někdy zdají jakoby v rozporu se sliby nebo loajalitou vůči pacientům. Například při náročné finanční reformě zdravotnictví může být v nemocnici na sestru vyvíjen značný tlak, aby snížila počet personálu na oddělení pod úroveň takovým způsobem, aby byl pro péči o seniory ještě adekvátní.

Úkolem vedoucí pracovnice s vysokoškolským vzděláním by pak mělo být celou dilematickou situaci řádně zdokumentovat, sdělit potřeby péče o seniory vedení instituce a obhajovat důstojnou péči, která bude dostupná všem klientům.

## 13 OCHRANA OSOBNOST

### 13.1 ČLOVĚK A JEHO OSOBNOST

Osobnost, jako jediné slovo, skládající se z několika slabik, a přesto je schopno vyvolat celou řadu otázek, pochybností a zcela odlišných názorů. Osobnost je jedinečná, neopakovatelná duchovní výbava člověka; tělo, tělesnost je jedinečná unikátní tělesná a materiální výbava člověka. Dohromady nerozdílně tvoří určitého konkrétního člověka.

Osoba je kategorie ještě mnohem problematičtější. Je to termín mnohovýznamový. Pojem osobnost se svou důstojností prostupuje celou prací a samozřejmě v ní zaujímá své nezastupitelné místo. Pokusím se z mého pohledu coby neprávnicka, definovat nutnost potřeby chránit lidskou osobnost, neboť se ve společnostech lidí najdou tací, kteří do osobnosti jiných protiprávně zasahují. Bude to pouze letmý exkurz do dané problematiky, neboť je to oblast rozsáhlá a zasluhovala by spíše samostatné zpracování, ale to již přísluší studentům jiných fakult, například fakulty právnické.

Za nejvýstižnější pojetí osobnosti považuji - pojetí osobnosti podle Viktora E. Frankla. Frankl<sup>84</sup> představuje teorii osobnosti, která je ve svém základě holistická, s plně integrovanou pojmovou strukturou. Zabývá se člověkem jako celkem.

Na tomto místě bych ráda citovala názor od Paula Tourniera, který napsal že: „...osobnost je rozlehlá oblast, celá země. Vstupujeme do ní a jak jdeme dál, neustále objevujeme nové rozhledy. Je však příliš široká a složitá, neúnavně živá, a tak ji nikdy nemůžeme plně poznat a pochopit“.<sup>85</sup>

### 13.2 POJEM DŮSTOJNOST V MEZINÁRODNÍM PRÁVU LIDSKÝCH PRÁV

Odborná veřejnost se dnes a denně zabývá otázkami o podstatě, zdroji a koncepci lidských práv. Postulát společný lidskoprávním smlouvám je, že se jimi jednotlivé státy zavazují vůči ostatním státům, někteří autoři hovoří *o státu lidských práv*, který zahrnuje vedle vymezení *autonomního prostoru jednotlivce chráněného před zásahy státní moci (liberální stát)*, *možnost jednotlivce podílet se na správě věcí veřejných (demokratický stát, popř. i úkoly státu poskytovat jednotlivci nějaká plnění (sociální stát)*.<sup>86</sup>

V následujících řádcích bude testováno vymezení pojmů důstojnost na vlivných lidskoprávních univerzálních instrumentech s obecnou působností, tedy v *Chartě spojených*

<sup>84</sup> FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*.

<sup>85</sup> TOURNIER, P. *Osoba a osobnost*. s. 107.

<sup>86</sup> FILIP, J.; SVATONĚ, J.; ZIMEK, J. *Základy státovědy*. s. 126.

národů a v *Mezinárodní chartě lidských práv*. Mezinárodní charta lidských práv zahrnuje tři mezinárodní smlouvy: *Všeobecnou deklaraci lidských práv*, *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech* a *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech*.

Dále budou popsány regionální instrumenty a v neposlední řadě věnuji pozornost dokumentům týkajících se samotných seniorů. Instrumenty se speciální působností, které jsou svou povahou antidiskriminační, neuvádím, neboť pro svou rozsáhlost by mohly být samostatnou prací.

### **13.3 UNIVERZÁLNÍ DOKUMENTY S OBECNOU PŮSOBNOSTÍ**

#### **13.3.1 CHARTA SPOJENÝCH NÁRODŮ (CHARTA)**

Charta spojených národů<sup>87</sup> není lidskoprávním dokumentem, ale vedle Mezinárodní charty lidských práv je jedním z mála instrumentů, který má skutečně univerzální působnost a je ideovým zdrojem mnoha dokumentů.

Pozornost bude v následujících řádcích věnována tomuto zdroji, který je uveden v preambuli:

*„... prohlásiti znova svou víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti, v rovná práva mužů i žen a národů velikých i malých, vytvořiti poměry, za nichž mohou býti zachovány spravedlnost ... podporovati sociální pokrok a zlepšovati životní úroveň ve větší svobodě...“.*

Z hlediska lidskoprávního tento výše citovaný text z preambule považuji za nejnosnější pasáž a není jej třeba dále komentovat.

#### **13.3.1.1 VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV (VDLP)**

I přestože VDLP<sup>88</sup> nedává záruky ochrany lidských práv a usnesení, kterým byla deklarace přijata, má pouze doporučující charakter. Historický význam Všeobecné deklarace je nepopíratelný. Její morální autorita není vyčerpána ani po bezmála šedesáti letech.

Následuje rozbor preambule a několika důležitých článku Všeobecné deklarace:

*„Uvědomění toho, že uznání přirozené důstojnosti a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě, že neuznání lidských práv a pohrdání jimi vedlo k barbarským činům, urážejícím svědomí lidstva, a že vybudování světa, ve kterém lidé, zbaveni strachu a nouze, budou se těšit svobodě projevu a přesvědčení, bylo prohlášeno za nejvyšší cíl lidu, že je nutné, aby lidská práva byla chráněna zákonem, nemá-li být člověk donucen uchýlovat se, když vše ostatní selhalo, k odboji proti tyranii a útlaku, že lid Spojených národů zdůraznil v Chartě znovu svou*

---

<sup>87</sup> Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 30/1947 Sb., o chartě Spojených národů a statutu Mezinárodního soudního dvora, sjednaných dne 26. června 1945 na konferenci Spojených národů o mezinárodní organizaci, konané v San Franciscu.

<sup>88</sup> Usnesení Valného shromáždění OSN č. DE01/48, Všeobecná deklarace lidských práv.

víru v základní lidská práva, v důstojnost a hodnotu lidské osobnosti; v rovná práva mužů i žen a rozhodl se podporovat sociální pokrok a vytvořit lepší životní podmínky ve větší svobodě, že je nutné podporovat rozvoj přátelských vztahů mezi národy, že členské státy převzaly závazek zajistit ve spolupráci s Organizací spojených národů všeobecné uznání a zachování lidských práv a základních svobod a že stejné chápání těchto práv a svobod má nesmírný význam pro dokonalé splnění tohoto závazku...“.

Interpretace preambule tak, aby byl odhalen význam pojmu důstojnost:

„Uvědomění toho, že uznání přirozené důstojnosti a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě...“, na této větě je zrcadlově vůči chartě OSN vyjádřeno přesvědčení o tom, že pokud má být dosaženo míru ve světě, je podmínkou uznání přirozené důstojnosti (inherent dignity<sup>89</sup>) a rovných nezcizitelných práv.

Z výše rozebrané Charty OSN, je patrná jistá roztržitost a nejednotnost (existuje například rozdíl mezi přirozenou důstojností a důstojností?), kterou nelze autentickým způsobem interpretací překonat.

Čl. 1 „Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní v důstojnosti i právech. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“ Dle čl. 1 se lidé rodí svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Tato svoboda však jistě bude odlišná od svobody ve větě první preambule. První svoboda vychází z lidské přirozenosti (lidé se svobodni rodí) a druhá svoboda je způsob státního zřízení, ke kterému se státy přihlašují a zavazují. Z článku 1a prvních dvou vět preambule Všeobecné deklarace lze jako základní hodnotu vyvodit lidskou přirozenost (čl.1: „lidé se tak rodí“, tzn. že důstojnost člověka je přirozená; dále z preambule: práva jsou nezcizitelná, a člověk je nezcizil pro sebe, nýbrž vždycky je měl), která obsahuje tři prvky: *svobodu, důstojnost* (a rovnost v důstojnosti) a *nezcizitelná práva* (a rovnost v těchto právech).

Čl. 22 „Každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a svobodnému rozvoji osobnosti.“

Ve 22. článku je vymezena (lidská) důstojnost, která je nominálně odlišná od pojmu (přirozená) důstojnost v čl. 1a v preambuli. Hlavní podstata článku nemíří totiž k samotnému člověku, ale k podmínkám jeho života. Přirozená důstojnost je přiřazena každému člověku a je tedy svou povahou lidská.

---

<sup>89</sup> Dostupný z WWW: <http://www.ohchr.org/english/>

Na závěr lze shrnout, že přirozená důstojnost vyplývající z lidské přirozenosti je jednou z nejvyšších hodnot chránících člověka. Z důstojnosti životních podmínek vyplývají státu zcela konkrétní historicky a kulturně podmíněné úkoly.

### **13.3.1.2 MEZINÁRODNÍ PAKT O OBČANSKÝCH A POLITICKÝCH PRÁVECH (MPOPP) A MEZINÁRODNÍ PAKT O HOSPODÁŘSKÝCH, POLITICKÝCH A KULTURNÍCH PRÁVECH (MPHSK)**

Tyto dva pakty (MPOPP a MPHSK) je nutné vnímat jako systém, který má svůj kontrolní orgán Výbor pro lidská práva, ke kterému lze na základě Opčního protokolu<sup>90</sup> podávat individuální stížnosti pro porušení občanských a politických práv, a který hodnotí státy zpracované zprávy o dodržování sociálních, hospodářských a kulturních práv. Obě preambule těchto paktů jsou téměř totožné.

V paktu MPOPP<sup>91</sup> je zajímavý příkaz lidské povinnosti rozpoznáný v poslední větě preambule, jejíž obsah je: „...povinnost k jiným (všem konkrétním lidem), povinnost ke společenství jako celku.“ Náplní těchto povinností je péče o lidská práva. Z věty je patrná ještě jedna lidská povinnost, a sice povinnost, kterou má člověk vůči sobě samému, tj. požadavek, aby každý pěstoval cit pro tato práva.<sup>92</sup>

V MPHSK<sup>93</sup> lze nalézt příkaz státům vychovávat budoucí generace k hodnotám obsažených v obou paktech a Chartě, tedy i k (přirozené) důstojnosti.

## **13.4 REGIONÁLNÍ DOKUMENTY**

Z regionálních dokumentů jsou vybrány tyto tři: *Evropská úmluva o lidských právech* vzhledem ke způsobu a míře jakým ovlivňuje český právní řád; *Úmluva o lidských právech a biomedicíně* vzhledem k obsažené problematice, která je s důstojností bytostně spjata a *Charta základních práv EU* vzhledem k tomu, že v budoucnu zřejmě nabude takového významu jako je EÚLP.

---

<sup>90</sup> Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 169/1991 Sb., Federální ministerstvo zahraničních věcí sděluje, že dne 16. prosince 1966 byl v New Yorku přijat Opční protokol k Mezinárodnímu paktu o občanských a politických právech.

<sup>91</sup> Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

<sup>92</sup> TELEC, I. *Rozum a cit*. s. 317 – 322.

<sup>93</sup> Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

#### **13.4.1 EVROPSKÁ ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH (EÚLP)<sup>94</sup>**

Podstatou *Úmluvy je lidská důstojnost a svoboda*<sup>95</sup> (Ch. Goodwinová proti spojenému království) a *Úmluva musí být chápána jako celek. Lidská práva tvoří integrovaný systém, jehož účelem je chránit lidskou důstojnost lidské bytosti; demokracie a výsadní postavení práva mají v tomto postavení klíčovou roli.*<sup>96</sup> EÚLP zakládá evropský soud pro lidská práva (ESLP) jako kontrolní orgán soudního typu, který sleduje a kontroluje dodržování těchto práv jednotlivými členskými státy.

#### **13.4.2 ÚMLUVA NA OCHRANU LIDSKÝCH PRÁV A DŮSTOJNOSTI LIDSKÉ BYTOSTI V SOUVISLOSTI S APLIKACÍ BIOLOGIE A MEDICÍNY: ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH O BIOMEDICÍNĚ (ÚLPB)**

V roce 2001 ratifikoval Parlament České republiky mimořádně významnou mezinárodní smlouvu, která se jmenuje *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*.<sup>97</sup> Stručně se této Úmluvě říká *Konvence o biomedicíně*.<sup>98</sup> Dokument je v této chvíli nejvyšším zdravotnickým zákonem země a jeho jednotlivá ustanovení značně ovlivní českého lékaře i každého českého pacienta.

Tato regionální Úmluva se svou specifickou působností se zabývá poměrně moderním tématem. Ostatní výše zmiňované dokumenty měly povahu antidiskriminační a mířily tedy k odstranění nerovnosti v důstojnosti, která existovala po celá staletí. Účelem ÚLPB je překonat oborovou specializaci přírodních věd na straně jedné a filozofie a etiky na straně druhé.

V polovině 20. století věda dospěla do takového stadia vývoje, kdy se začala dotýkat samotné podstaty člověka. Otázky euthanasie a schopnost moderní medicíny dlouze udržovat vitální funkce člověka za pomoci přístrojů a nových technik nastolují otázku, čím je lidský život (a potažmo důstojnost) ohraničen. V preambuli se ÚLPB odvolává prakticky na všechny již vše popsané mezinárodní instrumenty. Nelze ovšem přehlédnout, že mimo toho je v preambuli a v čl. 1 rozlišováno zajištění důstojnosti lidské bytosti (dignity of human being), tedy to, co bylo dříve označeno jako důstojnost životních podmínek. Lidská důstojnost je zřejmě přirozená důstojnost, která vede k lidské autenticitě. Například otázka genové

<sup>94</sup> Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., jímž se přijímá Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8.

<sup>95</sup> Rozsudek ESLP. Christine Goodwinová proti Spojenému království. Přehled rozsudků ESLP, 2002, č.5, s.221.

<sup>96</sup> Rozsudek ESLP. Refah Partisi (Strana prosperity), Erbakan, Kazan A Tedkal proti Tuercku. Přehled rozsudků ESLP, 2002, č.3, s. 129.

<sup>97</sup> Sdělení Ministerstva zahraničních věcí 96/2001 Sb.m.s. o vyhlášení Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

<sup>98</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*.

manipulace a klonování lidí totiž skutečně může vést a vedlo by k ohrožení lidské přirozenosti.

### **13.4.3 CHARTA ZÁKLADNÍCH PRÁV EVROPSKÉ UNIE (LPEU)**

LPEU<sup>99</sup> v preambuli deklaruje hodnoty na kterých stojí: „*Unie vědoma si svého duchovního a morálního bohatství, se zakládá na nedílných a všeobecně platných hodnotách lidské důstojnosti, svobody, rovnosti a solidarity; opírá se o principy demokracie a právního státu.*“

Překvapivé je členění LPEU do kapitol, kdy I. kapitola s názvem *Důstojnost* obsahuje pět článků:

- *Čl.1 Lidská důstojnost je nedotknutelná. Musí být respektována a chráněna.*
- *Čl.2 Právo na život.*
- *Čl.3 Právo na integritu osobnosti (fyzickou i duševní; zejména v biomedicíně).*
- *Čl.4 Zákaz mučení a nelidského či ponižujícího zacházení a trestů.*
- *Čl.5 Zákaz otroctví a nucených prací.*

Kapitola II nese název *Svobody* a odpovídá ostatním lidským právům, která jsou obsažena v EÚLP. Kapitola III *Rovnost* je antidiskriminační, kapitola IV *Solidarita* obsahuje sociální práva. V. kapitola *Občanství* shrnuje politická práva a VI. kapitola *Spravedlnost* deklaruje právo na spravedlivý proces.

Výhodou také je, že státy Evropské unie mají společnou historii, podobnou zkušenost a podobný hodnotový systém.

### **13.5 PRÁVO NA OCHRANU OSOBNOSTI V ČESKÉM ÚSTAVNÍM PRÁVU**

Klíčovou problematikou každého právního státu je ukotvení základních práv a svobod. Úprava základních práv a svobod vymezuje jednak vztah státní moci k jedinci obecně, jednak autonomní prostory jednotlivce chráněné před zásahy státní moci, dále možnosti jednotlivce podílet se na správě veřejných věcí, i úkoly státu poskytovat jedinci nějaká plnění. Často taková úprava vede k tomu, že se pak státu dává přídomek „stát základních práv a svobod“.<sup>100</sup>

Po rozpadu Československa na Českou a Slovenskou republiku se po pádu komunismu ČR zařadila do společenství demokratických států a tím navázala na prvorepublikovou tradici.

V následujícím výkladu bude opět interpretován text těchto dvou dokumentů: *Ústava*<sup>101</sup> *České republiky* (Ústava) a *Listina základních práv a svobod*<sup>102</sup> (Listina). Jejich pochopení a přijetí jejich hodnot je primárním předpokladem pro orientaci v českém právním řádu. V souladu s těmito dokumenty musí být zákony, celý právní řád i činnost státních

<sup>99</sup> Charta základních práv Evropské unie, vyhlášena v Nice 7.12.2000.

<sup>100</sup> FILIP, J. *Vybrané kapitoly ke studiu ústavního práva.* s. 42.

<sup>101</sup> Dostupný z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>>

<sup>102</sup> Čl. 34 odst. 1 Listiny „*Práva k výsledkům tvůrčí duševní činnosti jsou chráněna zákonem*“.

činitelů a všech občanů. Mezi jejich vlivné vzory patří výše probrané lidskoprávní dokumenty, které jsou rovněž součástí závazků, které České republice plynou z mezinárodního práva ve smyslu čl. 1 odst. 2 Ústavy.

Pojetí důstojnosti rovněž spadá mezi závazky, které naší republice plynou z mezinárodního práva. Ochranu ústavnosti zajišťuje ústavní soud. K dispozici je také ochránce lidských práv neboli ombudsman a vládní zmocněnec pro lidská práva.

### **13.5.1 ÚSTAVA ČESKÉ REPUBLIKY (ÚSTAVA)**

Ústava<sup>103</sup> je právní předpis s nejvyšší silou. Myslím, že právě v ní musíme hledat základy práva na ochranu osobnosti. Z hlediska pojmu důstojnost jsou v Ústavě popsány hodnoty, na kterých je ČR postavena. Naše republika je tedy s úctou ke své tradici právním státem uznávajícím své mezinárodní závazky a je postavena na hodnotách a tradici demokracie, na úctě k lidským právům a na občanské odpovědnosti.

### **13.5.2 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD (LISTINA)**

Pro účely této diplomové práce má Listina klíčový význam. Stanoví základní principy našeho právního řádu, přičemž zdůrazňuje svobodu, rovnost a důstojnost lidských bytostí. Je součástí ústavního pořádku, proto těmto principům má odpovídat celý právní řád.

Listina<sup>104</sup> tvoří ústavněprávní základ pro jednotlivé zákony, které chrání každou lidskou osobnost. V nejužším vztahu k zákonu č.40/1964 Sb., občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů (dále jen občanský zákoník) mají především ustanovení článku 1 („*Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech*“).

*Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“), článku 3 odst. 1 („*Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní či etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.*“), 5 („*Každý je způsobilý mít práva.*“), 6 („*Každý má právo na život.*“), 7 („*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“), 8 (*Osobní svoboda je zaručena.*“) a dále čl. 10 („*Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.*“).<sup>105</sup>

Ústavu je vždy třeba interpretovat zároveň s Listinou a Listinu je vždy třeba posuzovat zároveň s Ústavou.

---

<sup>103</sup> Ústava České republiky 1/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

<sup>104</sup> Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>105</sup> Dostupný z WWW: <<http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>>

### **13.6 POJEM LIDSKÁ DŮSTOJNOST V ČESKÉM PRÁVU OBČANSKÉM**

Pojem lidská důstojnost je obsažen v § 11 Občanského zákoníku (OZ)<sup>106</sup>, který je generální klauzulí pro osobnostní práva. Ochrana osobnosti podle §11 občanského zákoníku se vztahuje pouze na fyzickou osobu, a to z dikce zákona a z povahy věci jednotlivých osobnostních práv, která jsou těmito ustanoveními chráněna. §11 praví: *Fyzická osoba má právo na ochranu své osobnosti, zejména života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy.*

*Právo na čest a lidskou důstojnost* v §11 OZ zahrnuje ochranu občanské cti a lidské důstojnosti. Občanská čest je veličinou, která se v průběhu života fyzické osoby mění a je zcela závislá na chování a postojích dané osoby. Lze zde hovořit o tzv. *osobní cti*. Oproti občanské cti je lidská důstojnost během života neměnná a má stejný obsah pro všechny fyzické osoby, a to bez ohledu na jejich postoje či společenské postavení. Ochrana tohoto práva se poskytuje pouze proti takovým jednáním, která jsou objektivně způsobilá přivodit újmu na osobnosti fyzické osoby tím, že snižují jeho čest či důstojnost u jiných lidí, a tím ohrožují vážnost jejího postavení a uplatnění ve společnosti. K ohrožení, nebo přímo k porušení, tohoto práva může dojít písmem, slovem, obrazem i jiným jednáním difamující povahy, např. grimasami. K zásahu do občanské cti může dojít tvrzeními nepravdivými i pravdivými.

Způsobilost být subjektem osobnostních práv vzniká narozením<sup>107</sup> a obecně zaniká smrtí popř. prohlášením za mrtvého. Občanský zákoník tuto hranici u osobnostních práv prolamuje, když zaručuje tzv. postmortální ochranu,<sup>108</sup> jejímž účelem je chránit památku, vzpomínku nebo dobré jméno osoby zemřelé.

Závěr této kapitoly věnuji tomu, abych čtenáře upozornila na existenci některých neprávnických norem. Patří k nim různé kodexy, prohlášení či deklaráce vznikající jako produkt činnosti odborných konferencí, občanských sdružení nebo dokonce z iniciativy samotných ústavních zařízení. Nemám zde bohužel prostor pro podrobný rozbor, proto bych chtěla pouze vyjmenovat ty nejdůležitější pro tuto práci: *Etický kodex práv pacienta*<sup>109</sup> a *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*<sup>110</sup> aj.

<sup>106</sup> Zákon č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>107</sup> KNAP, K.; ŠVESTKA, J.; JEHLIČKA, O.; et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. s. 72-75.

<sup>108</sup> Tamtéž s. 81.

<sup>109</sup> Dostupný z WWW: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/005/000660.rtf?seek=1107644302>>

<sup>110</sup> Dostupný z WWW: <<http://www.capz.cz/dokumenty/deklarace/deklarace4.htm>> [stav k 23. březnu 2006].

## **13.7 SENIOŘI A JEJICH LIDSKÁ PRÁVA**

Český právní řád nezná pojem senior. Právní předpisy z rezortu sociálního zabezpečení sice denně užívají termín „starý občan“, nikde jej však nevysvětlují. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení v ust. § 72 říká, že „...*domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči...*“ Podle občanského zákoníku jsou senioři „*zletilé fyzické osoby s plnou způsobilostí vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti*“, což je důležité z pohledu trestního práva, dojde-li špatným zacházením konkrétní osobou k trestnému činu. Způsobí-li profesionální nebo rodinný pečující staršímu člověku úmyslně ublížení na zdraví z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví, tento bude potrestán dle příslušných ustanovení trestního zákona. Jestliže se senior rozhodne tuto událost na svého pečovatele oznámit a dále jej řešit, bude se na pečujícího vztahovat ustanovení § 163a trestního řádu.<sup>111</sup>

### **13.7.1 PRÁVA SENIORŮ V ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍCH**

Ochrana práv seniorů se stává rok od roku závažnějším problémem. V porovnání se západními zeměmi nemáme uspokojivý stav jak v péči o seniory (v rodinách i institucích), tak v zachování jejich lidských práv. Práva seniorů jsou zakotvena v Evropské chartě pacientů seniorů, v Evropské chartě pacientů postižených demencí, či v chartě práv a svobod starších občanů. Mimo toho se na seniory vztahují i všechna ostatní práva obsažená v Ústavě ČR a v Listině základních práv a svobod, taktéž v přijatých mezinárodních úmluvách.

Pochopit co znamená pojem důstojnost a jak je pro klienta důležitá, je velice zásadní, ale ještě důležitější je, jak se toto pochopení projeví v praktické činnosti všech profesionálních pečujících s klienty.

Závažným etickým problémem stále zůstává ten fakt, že čekací lhůty na ubytování v rezidentních zařízeních pro staré lidi jsou neadekvátně dlouhé. Pokračuje korupční chování k seniorům ze strany některých úředníků, ale i neuctivé, mnohdy hrubé chování pečujícího a ošetrovatelského personálu. Nemorální, v dnešní době často diskutabilní, je problém vymáhání tzv. sponzorských darů od starých lidí například za upřednostněný pobyt v instituci.

---

<sup>111</sup> KNAP, K. et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. s. 72-75.

Budeme-li hovořit o problematice špatného zacházení se staršími lidmi očima právníka, budeme muset předem stanovit, že špatným zacházením rozumíme úmyslné neuspokojování základních potřeb seniora, či takové vědomé jednání, které má za cíl starší osobě psychicky či fyzicky ublížit.<sup>112</sup> Osoby špatně zacházející se staršími lidmi mohou být členové rodiny, profesionální pečující, dále pak přátelé nebo i zcela neznámí lidé. V naší zemi není tento problém dostatečně sledován a zveřejňován. O tomto jsem se mohla přesvědčit při psaní mé bakalářské práce na téma *Zneužívání a týrání seniorů*, kdy jsem došla k závěru, že v naší zemi neexistuje organizace, jež by systematicky monitorovala porušování lidských práv seniorů.

Ohledneme-li se do západních evropských, demokratických zemí zjistíme, že existuje monitoring pomocí nejrůznějších výzkumů a jejich sekundární analýza případů syndromu špatného zacházení se starými lidmi (Elder Abuse and Neglect, neboli EAN). Studie ve státě Wisconsin, USA ukázaly, že velkou roli špatného zacházení se starými lidmi hraje chronická únava a přepracovanost pečujícího, což ne nejčastěji.<sup>113</sup> V souvislosti s tímto tvrzením jsem se ve své výzkumné části této práce zaměřila v ústavních zařízeních na zodpovězení otázky pečujícími, zda-li si myslí, že přetíženost pečujícího má vliv na nerespektování důstojnosti seniora. Výsledky jsou uvedeny ve výzkumné části práce.

Přístup k právnickým a sociálním službám by měli mít všichni lidé, tedy i občané staršího věku. Tyto služby by měly podpořit a posílit autonomii a zlepšit jejich ochranu a péči, dle mého je tomu naopak. Poradenské i jiné služby pro seniory jsou neucelené, roztržité a nepružné, nezajišťující trvalost péče, a to nemluvě o službách, které zcela chybějí.

Proces prosazování práv seniorů v konkrétním zařízení začíná dle mého definováním těchto práv a pokračuje edukováním pečujících. Samotní klienti jsou informováni o tom, jaká mají práva a jak se jich mohou dožadovat.

---

<sup>112</sup> KNAP, K. et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. s. 72-75.

<sup>113</sup> STOLÍN, M. *Týrání a zneužívání seniorů*. s. 13.

## **14 PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA Z HLEDISKA DŮSTOJNOSTI**

### **14.1 STIGMA PSYCHICKÉ NEMOCI**

Často si pokládám otázku, jak se žije starému člověku s jakýmkoli stigmatem? Jak se mu asi žije s označením on / ona je „blázen“ ? Toto je otázka, na kterou se i pokusím odpovědět. Odpověď bude pravděpodobně nejednoznačná, protože záleží na mnohých okolnostech. Každý člověk bude prožívat svou chorobu zcela odlišně. Nikdy není lehlé, především pro klienta, ale i pro jeho rodinu, pečující i okolí přijmout tu skutečnost, že jsem duševně nemocný. Pakliže se s touto skutečností bližní smíří, nastává druhá fáze, a sice naučit se s duševní nemocí žít a pokud možno plnohodnotně.

Co vnitřně prožívá duševně nemocný lze jen těžko popsat. Můžeme se pouze domýšlet, že se zmítá mezi pocity viny, strachu, bezmoci či se potýká s existenciálními problémy. V podstatě se dá říci, že sama psychiatrická diagnóza i do dnešní doby funguje jako silné sociální stigma. Jestliže se člověk nedokáže zadaptovat sociálním požadavkům společnosti, tak to většinou vede k sociální izolovanosti jedince. Společnost a nejen ta naše má tendence k manipulovatelnosti a k ochrannému postoji, z čehož plyne, že je nutné nemocné na jedné straně chránit před sebou samým a na straně druhé společnost chránit před ním samotným.

### **14.2 DŮSTOJNOST A DEMENCE**

Závažným problémem u některých klientů je zachovat si důstojnost i v případech, kdy je jim odňata racionální kontrola svých fyzicko-psychických funkcí z důvodu onemocnění demencí. Nebudu se zde zabývat etiologií, patofyziologií, případně členěním demence atd., protože o tomto jsou jasná data, která nejsou příliš potěšující. Demence roste exponenciálně po 60. roce věku.<sup>114</sup> Z čehož plyne velká pravděpodobnost toho, že se budeme setkávat se seniory s demencí častěji. Být starý ovšem ještě neznamená být dementní.<sup>115</sup> Vystává zde otázka zachovávání lidské důstojnosti při péči o klienty trpící demencí. Většina dotazovaných, kteří se účastnili projektu „Důstojnost a staří Evropané“, jak již bylo v předcházejících kapitolách zmíněno, a to bez ohledu na věk, odpovídali, že by raději zemřeli, než se dožili své demence.

---

<sup>114</sup> JIRÁK, R.; KOUKOLNÍK, F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie.*

<sup>115</sup> MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče.* s. 190.

Syndrom demence shrnuje tyto charakteristiky: postižení kognitivních – poznávacích funkcí, jako paměť, intelekt, pozornost, dále poruchy myšlení, emotivity, vnímání, chování, poruchy orientace, je narušen rytmus spánek – bdění a může dojít až k těžké degradaci osobnosti, což má za následek úplnou ztrátu soběstačnosti a neschopnost vykonávat běžnou denní rutinu, čili plnou závislost seniora na okolí.<sup>116</sup>

Kontakt s klientem, který vnímá realitu zkresleně, je dosti obtížný, ale nikdy bychom neměli sklouznout k tomu, že vyslovíme souhlas s jeho nesprávnými percepcemi. Zde musí být péče prováděna opravdovými profesionály a ani ti to nemají snadné. Důležitá je jejich každodenní podpora seniora. Přijatelné chování klienta musí pečující umět oceňovat a nežádoucí nekomentovat. Klient může v důsledku kognitivních poruch a poruch chování reagovat agresivně. Agrese může být zaměřena vůči sobě samému, vůči ostatním klientům, rodině či pečujícím. Poruchy, které představují ohrožení bezpečnosti, lze korigovat podáním psychofarmak dle ordinací lékaře. S postupnou progresí onemocnění dochází i k problémům v komunikaci i chápavosti, což je pro klienta opět zdrojem agrese, ale i frustrace. Zde je důležitý přístup personálu, který by měl klienta povzbuzovat v komunikaci, hovořit pomalu, zřetelně, jednoduše a přiměřeně hlasitě. Při rozhovoru by pečující měl udržovat oční kontakt.

Důležité je si všimnout neverbálních signálů nemocného. Nikdy o něm nemluvit s druhou osobou, jako by ani nebyl přítomen, protože takový přístup je devalvující a nedůstojný. Povzbuzovat klientovo úsilí při komunikaci nebo oceňovat jeho dílčí úspěchy vede k posilování jeho sebeúcty (důstojnosti). V případě nemožnosti komunikace klientem trpícím demencí musí pečující využívat nonverbálních technik – mimiky, gest, dotyků atp., ovšem s velkou opatrností, neboť klienti s demencí jsou velice citliví i na neverbální signály.

Úkolem rodiny klienta by zde mělo být to, aby zajistila kontinuitu dodržování a naplňování hodnot života člověka s demencí. Rodinní příslušníci by se měli zasazovat o to, co jejich blízký měl rád, co by si nejspíš přál. Měli by hájit jeho důstojnost s ohledem na vnímání a prožívání své vlastní vize o důstojné péči.

Demence je nemoc, která představuje nesmírnou zátěž nejenom pro seniora samotného, ale i pro jeho okolí, rodinu a v neposlední řadě i pro ošetřující personál. Zátěž fyzickou, emoční, ale i ekonomickou. Důležitá je edukace rodiny klienta i pečujících o péči pro takovéto klienty. Zde má velký význam např. Alzheimerovská společnost, která mimo edukace poskytuje i respitní péči, částečně suplující péči laických pečujících v jejich domácím prostředí.

---

<sup>116</sup> MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 190.

Na závěr je možno podotknout, že jednat s respektem a podporovat sebeúctu klienta by měl každý pečující, a to ať už senior trpí demencí či nikoliv.

### **14.3 VLIV RESTRIKTIVNÍCH POSTUPŮ NA DŮSTOJNOST ČLOVĚKA**

Cílem každého zařízení je nepoužívat restrikcí<sup>117</sup> u klientů vůbec, či alespoň jejich použití minimalizovat. Pokud dané zařízení i po vyčerpání alternativních způsobů k omezení přistoupí, musí mít pro toto vypracovaný standardizovaný postup, který bude v první řadě respektovat a chránit práva klientů.

Důležité před přijetím klienta do péče je, aby byly zhodnoceny jeho reálné potřeby, zda nadále může zařízení uspokojovat tyto potřeby bez delšího použití restriktivních prostředků. Použití restrikcí musí vycházet z potřeb samotného klienta, a to po vyčerpání všech možných alternativ. Vše musí být řádně dokumentováno, písemně indikováno lékařem. Důležitý je neustálý monitoring klientů, u nichž byly použity jakékoliv omezující prostředky. Součástí péče je edukace klienta a jeho rodiny o způsobu omezení a jeho alternativách.

V situacích, kdy je senior neklidný, agitovaný, agresivní či hrubý, může dojít k ohrožení okolí nebo poškození samotného klienta, tak v těchto případech, nelze-li zvládnout situaci jinak, to znamená vhodným terapeutickým přístupem, je možné přistoupit k restriktivním opatřením. Jelikož se ale jedná o takové metody, které zasahují do osobní svobody klienta, je nutné dodržovat některé zásady, které slouží k minimalizaci rizika celé řady komplikací (somatických, psychických i právních). Indikací pro aplikaci restrikcí je vždy chování seniora bezprostředně ohrožující jeho samotného nebo jeho okolí.<sup>118</sup>

V souvislosti s přímou péčí ke klientům pečující řeší mimo jiné například problematiku bezpečí. Zcela záměrně otevírá tuto otázku, neboť je velmi eticky a právně závažná. Přístup k aktivní bezpečnosti klientů je nepostradatelnou součástí kvalitní péče o seniory. Kozierová definuje restriktivní prostředky jako ochranné, které se používají za účelem omezení aktivity nemocného nebo pohybu určité části jeho těla. Tošnerová jej definuje jako jakýkoli způsob tělesně omezující svobodu pohybu, fyzické aktivity nebo normální přístup k tělu osoby.

---

<sup>117</sup> Vlastní používání restrikcí v ČR nebylo dlouho speciálně ošetřeno, nebyly vymezeny omezovací prostředky ani indikace k jejich používání. Tento stav se však v lednu 2005 změnil vydáním Věstníků MZ ČR č. 1/2005, jehož obsahem je metodické opatření k používání restrikcí. Detailněji je pak jejich aplikace řešena vnitřními předpisy každé instituce.

Dostupné z: MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 113-118.

<sup>118</sup> MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. et al. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. s. 113-118.

Hendersonová se vyjadřuje k použití restrikcí, které neodmítá, ale zřetelně zdůrazňuje, že „čím je lepší ošetrovatelská péče, která je nemocnému poskytována, tím menší je pravděpodobnost, že se u takového nemocného bude muset použít fyzické omezení. Omezujících prostředků je třeba se pokud možno vyvarovat.“

V Metodickém opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v Psychiatrických zařízeních České republiky z roku 2005 se:

„omezovací prostředky rozumí pobyt na uzavřeném oddělení, umístění pacienta v ochranném (síťovém) lůžku, umístění pacienta v izolační místnosti, omezení pacienta v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka), parenterální podání psychofarmak.“<sup>119</sup>

#### **14.4 ETICKÝ A PRÁVNÍ POHLED**

Otázka paternalismu versus omezení autonomie klienta se jeví jako zásadní etické dilema při používání restriktivních prostředků. Je důležité zmínit, že právní postih hrozí zdravotnickým pracovníkům v případě, že včas nepoužijí omezovací prostředky, ale často i v situaci, kdy je použijí bez souhlasu klienta či rodiny. A proto je v praxi nezbytně nutné před použitím jakýchkoliv omezovacích prostředků provést veškerá preventivní opatření, zajistit dostatečnou edukaci klientů a aktivně vyhledávat rizikové faktory.

Omezujícími prostředky v psychiatrii se rozumí:

- opatření omezující volný pohyb a jednání klienta (izolace, kurty aj.),
- opatření uplatňovaná bez souhlasu klienta (podání medikace).<sup>120</sup>

Za výraznou restrikcí<sup>121</sup> se považuje hospitalizace klienta proti jeho vůli, tzn. bez jeho písemného souhlasu. V širším pojetí jsou za omezující opatření považována též aplikace léku proti vůli klienta, postranice v lůžku či pobyt na uzavřeném oddělení. Ze zkušeností z mé dosavadní studijní praxe mohu říct, že postranice v lůžku byly často užívány ve všech mnou navštívených zařízeních, v různých situacích, a to i v neopodstatněných případech. Myslím si, že restrikce v psychiatrii, pakliže selhaly všechny předchozí intervence, mají svůj patřičný význam, na druhé straně časté omezení postranicemi v lůžku v Domově pro seniory, zcela nechápu?

---

<sup>119</sup> HEŘMANOVÁ, J.; ZVONÍČKOVÁ, M. *Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry*. s.167-169.

<sup>120</sup> Tamtéž.

<sup>121</sup> Tamtéž.

Rozhodnutí o aplikaci restriktivních postupů spadá výhradně do kompetence lékaře, který použití posuzuje a ordinuje. Ve výjimečných či naléhavých případech může o omezení klienta rozhodnout sestra. Důležité je, že veškeré okolnosti související s užitím restrikcí musejí být přehledně a jasně zdokumentovány. V sociálních službách o použití například postranic rozhoduje sám klient, pakliže je schopen vlastního rozhodování a neohrožuje sebe ani okolí.

Na závěr lze říci, že pečující personál starých duševně nemocných lidí by měl mít možnost ventilovat své osobní zkušenosti a prožitky z práce například formou bálintovské skupiny či supervizního setkávání.

#### **14.5 OCHRANA PRÁV DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V ČR**

Problém ochrany práv duševně nemocných se nedotýká pouze naší republiky, nýbrž je problémem celosvětovým. Psychiatři a všichni pečující v oblasti psychiatrie, se dostávají mnohem častěji do kontaktu s právními předpisy, než pečující jiných oborů. V podstatě neexistuje samostatná psychiatrická legislativa. Právní principy a pravidla jsou roztroušena v řadě legislativních norem.<sup>122</sup>

I přestože duševně nemocní lidé mají stejná práva jako jiní občané, nejsou schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a především hájit. Spolu se špatnou a nedostatečnou legislativou pak dochází k tomu, že tito nemocní jsou ve společnosti v souvislosti s přístupem k veřejným službám diskriminováni. Během hospitalizací jsou jejich práva nejrůznějšími způsoby obcházena či v nejhorším případě přímo porušována, což není neobvyklým jevem. Z těchto a dalších závažných důvodů je nutné vytvářet specifické mechanismy ochrany práv těchto nemocných. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním. Důležité jsou i otázky vzdělávání se v této oblasti, a to všech zúčastněných v systému péče, včetně laické veřejnosti o dodržování práv duševně nemocných starých lidí.

---

<sup>122</sup> BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. s. 60.

## 15 DŮSTOJNÁ PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO

### 15.1 VYTĚSNĚNÍ SMRTI

Stejně jako si utváříme vztah ke stáří a starým lidem, se vytváří i vztah k nevyhléditelnému onemocnění a smrti. Nemyslet v mládí nakonec života patří zřejmě k lidské přirozenosti a také k člověku se zdravou psychikou. Pokud jsem si ale zvolili pomáhající profesi, neměli bychom vytěsňovat smrt ze svého života, když s umírajícími přicházíme denně do styku. Každý profesionální pečující by se měl zamýšlet nad psychologickou, ale i nad filozofickou problematikou umírání a smrti. Bez této přípravy a smířenosti se svou vlastní smrtelností nebude schopen dobře pečovat o vážně nemocné a umírající seniory.

### 15.2 ZÁKLADNÍ FAKTA O UMÍRÁNÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

Nejvíce informací o umírání lze najít ve zprávě *Umírání a paliativní péče (situace, reflexe, vyhlídky) v České republice*, která je projektem financovaným *Open Society Fund Praha*, jehož nositelem je hospicové občanské sdružení *Cesta domů*. Projekt byl vydán v roce 2004, je tedy aktuální a je cenným výchozím zdrojem pro posouzení stávající situace. Ze zprávy je patrné, že péče o terminálně nemocné a umírající se potýká se závažnými nedostatky. Toto přesvědčení vychází nejen ze zkušeností zdravotníků, ale především klientů a jejich blízkých. Snaha o systémovou reformu v oblasti poskytování péče o umírající předpokládá co možná nejpřesnější popis současného stavu této péče. Jedná se o v mnoha ohledech neprobádanou oblast, ve které nejsou ani zdravotníky ani společností sdílena základní hodnotová východiska a modely.

Pokud jde o úmrtnost v České republice, tak podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) zemřelo v roce 2000 v ČR celkem 109 000 lidí, což je o 767 méně než v předchozím roce. Podle místa úmrtí, byť tento údaj nic neříká o časovém údobí, které na tomto místě ve skutečnosti strávili, zemřelo 24,5 % v domácím prostředí, 59,1 % v nemocnici, 9,3 % v léčebném ústavu, 1,3 % na ulici, veřejném místě, 0,6 % při převozu, 4,5 % v sociálním zařízení, 0,7 % ostatní. Více než dvě třetiny úmrtí (68 %) tedy nastávají ve zdravotnických zařízeních, více než 4,5 % v sociálních zařízeních. To znamená, že téměř tři čtvrtiny úmrtí se odehrávají v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a domovech pro seniory. Méně než jedna čtvrtina úmrtí nastává doma, což je k vážnému zamyšlení. ČR se v tomto ohledu výrazně neliší od vyspělých států západní Evropy a Spojených států amerických.

Ve zprávě se uvádí, že péče o umírající pacienty je natolik komplexní problém, že jej nelze posuzovat pouze z jednoho pohledu.

### **15.3 DŮSTOJNOST PŘI UMÍRÁNÍ A SMRTI V ÚSTAVNÍCH ZAŘÍZENÍCH**

Umírání není proces, který by apriorně připravoval člověka o jeho důstojnost. Odchod ze života se v posledních desetiletích odehrává většinou ve vysokém věku. Proto se prohlubuje smysl debat o kvalitní a důstojné péči o seniory v posledních etapách života. Šíří se snaha rozvíjet paliativní medicínu, rozvíjí se hospicové hnutí a hledají se racionální cesty, jak pečovat o umírající seniory v rodinách, ale zároveň jak rodiny na tento nelehký úkol připravit. Stále hlasitěji se ozývá volání po autonomii pacienta, po jeho právu na důstojné umírání a smrt.

Za terminální fázi, akt umírání označujeme poslední dny a hodiny života, kdy dochází k ireverzibilnímu selhávání lidského organismu. „*Umírání není pouze fyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi.*“<sup>123</sup>

V současném pojetí odsunu umírajících starých osob do různých typů ústavních zařízení ztrácí umírání charakter přirozeného sociálního aktu.

Svou pozornost soustřeďuji na to, co je spojováno v konkrétních případech s lidskou důstojností při umírání. Umírající člověk se v první řadě nejvíce obává blížícího se konce života, který je spojen se zhoršováním celkového tělesného stavu, ztrátou kontroly nad vlastním tělem, postupnou bezmocností a závislostí, ztrátou úcty, autonomie, participace a důstojnosti. Hlavní obavou spojenou s umíráním jsou pro mnohé seniory bolesti. Bagatelizace symptomů provázejících terminální fázi nemoci je hrubou chybou nejen lékařskou, ale zejména lidskou.

Důležitou částí důstojného jednání pečujícího je manipulace se zemřelým člověkem. Na tuto problematiku jsou opět velmi odlišné názory, a to jak odborné, filozofické, tak i náboženské. Protože jakákoliv kapitola by mohla být samostatnou prací, nebudu hlouběji toto nelehké, značně rozsáhlé téma otevírat. Chtěla bych pouze nastínit, že člověk je integrálním spojením těla a duše a jako takový má právo na to, aby s jeho mrtvým tělem bylo zacházeno s patřičnou úctou. Toto je důležité i vzhledem k příbuzným. Nepietní zacházení s tělem zemřelého, případně neprofesionální chování zdravotníků a jiných služeb, může příbuzné psychicky zraňovat.

---

<sup>123</sup> SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. s. 301.

Téma smrti a umírání není naštěstí už tématem tabuizovaným. O této problematice se stále častěji diskutuje, a snad i více přemýšlí, a to celosvětově. Jen málo autorů se problematice smrti a umírání věnuje komplexně nejen z hlediska potřeb umírajícího, ale také z hlediska potřeb jeho blízkých. E.K. Ross je jednou vůdčí osobností ve světě, která ve svých dílech oslovuje nejen nemocné, ale i zdravé lidi.

Je důležité akceptovat umírajícího s jeho dobrými, ale i špatnými dny, které jsou ve své intenzitě znásobeny traumatizujícím stavem projevujícím se střídáním nálad a fází dle klasifikace E. K. Rossové. Důležité je vnímat, že fázemi dle Rossové mohou procházet i rodinní příslušníci. Úlohou doprovázejícího tedy je i adekvátní péče o jeho rodinu a blízké.

Naléhavě se vynořuje otázka výchovy ke smrti celé společnosti, neboť kdokoliv se může ocitnout v situaci, kdy je jeho pomoc druhému nutná, a stejně tak, jak píše MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí u nás, že *„všichni jsme na stejné lodi a že i my jednou můžeme být těmi terminálními pacienty, o které tu jde“*

Společnost čeká těžké období. Musí začít smrt akceptovat jako přirozenou část života. Zdravotníci se musí naučit vidět smrt i z jiného úhlu, nejen jako důsledek svého profesionálního selhání, jak v reálném životě děje. Sestry, ošetřovatelé i jiní pečující musí zase počítat s tím, že jejich klienty budou převážně starší lidé, jejichž věk se bude pravděpodobně stále zvyšovat. Měli by mít proto ujasněn vztah ke stáří, vztah ke starému člověku jako takovému a stanovisko ke své vlastní lidské omezenosti. Laická veřejnost by měla pochopit, v čem je hodnota smrti, protože bez tohoto poznání nelze najít smysl života.

V závěru této kapitoly lze opět shrnout a shodnout se na tom, že doprovázení v posledních dnech seniora je čistě humánní záležitostí. Záleží především na lidskosti, empatii, jemnosti, vnímavosti a na lásce bližních či pečujících a na osobnosti odcházejícího.

#### **15.4 HOSPICOVÁ PÉČE S OHLEDEM NA DŮSTOJNOST SENIORŮ V ČR**

Nemohu jinak, než v souvislosti s důstojnou péčí zmínit i základní filozofii hospicového hnutí. Jako studentka navazujícího magisterského oboru se zaměřením na dlouhodobou a hospicovou péči jsem stážovala v Hospici Sv. Štěpána v Litoměřicích a mohu s jistotou konstatovat, že následující řádky vypovídají o pravdivosti.

Hospicová péče je založena nejen na paliativní medicíně, ale také na úctě k životu a úctě k člověku jako jedinečné lidské bytosti. I umírající starý člověk zůstává mravně odpovědný. Kdo se doprovázení umírajících věnuje, ten moc dobře ví, že nemocný člověk, který leží bezmocně na lůžku, ve skutečnosti nezahálí. Z nepřímých známek lze naopak soudit, že právě řeší spoustu velmi důležitých věcí. Někde v nitru, kam nikdo nemáme

přístup. „Viditelným výsledkem takové pacientovy „práce na sobě“, a pro nás oknem do jeho duše, bývá lehounký, nesmírně důstojný úsměv, klid a mír a nezaměnitelná krása tváře člověka, který své poslání právě splnil a v nejplnějším slova smyslu dobře zemřel.“<sup>124</sup>  
Z těchto tváří lze vyčíst mnohé, co zcela jistě nelze vyčíst nikde jinde a co je přitom pro nás, dosud žijící, vlastně životně důležité.<sup>125</sup>

Doprovázení umírajících je multidisciplinární záležitostí, kde by vedle klienta a jeho rodiny, zdravotníků, ošetřovatelů neměl chybět zkušený psycholog, sociální pracovník, duchovní, ale i dobrovolníci.

---

<sup>124</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Neinvazivita není neobornost.*

<sup>125</sup> Tamtéž.

## **16 EUTHANASIE**

Cílem této kapitoly je podat alespoň rámcový přehled na otázku euthanasie. Prakticky v celém vyspělém světě se na pořad dne dostaly otázky zakotvení práv nemocných a zejména otázka práva na důstojnou smrt. Nemocný je velmi zranitelný a dobře manipulovatelný, což je stěžejní námitka odpůrců euthanasie.

Z okruhů medicíny se stále častěji objevují názory, že nemocnému je potřeba zajistit na prvním místě kvalitní péči, než mu nabízet možnost brzké smrti. Otázky zdravotního stavu jsou tedy jedny z nejvíce citlivých a komplikovaných oblastí lidského života. Stane-li se člověk pacientem v péči zdravotníka, či zdravotnického zařízení, vzniká mezi uvedenými subjekty soustava právních vztahů.

### **16.1 EUTHANASIE JAKO PRÁVNÍ PROBLÉM**

Důvodů, proč je euthanasie v současné době aktuální, je mnoho a jsou zjevné. Pokrok medicíny za poslední dobu zaznamenal nebyvalý úspěch. Životy jsou prodlužovány, a to za každou cenu. I za cenu nejdražší, a to nedůstojného prodlužovaného umírání, kdy převládá medicínská péče nad péčí paliativní. Díky pokroku v medicíně se nejen prodlužuje průměrná doba dožití, ale díky němuž je možné „udržovat naživu“ i osoby, které by bez ekonomicky nákladných přístrojů a technik nepřežily. Tento pokrok ovšem nastolil i jinou otázku. Je takový život nemocného kvalitní a důstojný?

V České republice je v současnosti euthanasie kvalifikována jako trestný čin vraždy podle § 219 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon,<sup>126</sup> v platném znění, kde skutková podstata předpokládá jednání, které je způsobilé vyvolat v jiné osobě rozhodnutí sáhnout si na život.

Z pohledu právního je tedy euthanasie naprosto ilegální jednání. Z lékařského pohledu jde o porušení Hippokratovy přísahy, neboť jde o podání smrtící látky. A z pohledu etiky zde nelze vůbec hovořit o právu na důstojnou smrt.

### **16.2 OBECNÝ POHLED NA EUTHANASII**

#### **16.2.1 POJEM EUTHANASIE**

Pro snadnější orientaci je nutné nejprve definovat pojem euthanasie. Definic k tomuto tématu je nepřehledné množství, proto je nutné pokusit se objasnit alespoň základní významy.

---

<sup>126</sup> Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Řecký termín „euthanasia“ pochází ze slovního spojení slov eu – dobře a thanatos – smrt<sup>127</sup>. Tento pojem původně znamenal všestrannou pomoc umírajícímu člověku, směřující na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí. V současnosti tento termín vystihuje úmyslné urychlení smrti na přání pacienta nebo jeho rodiny.

Slovenský autor Jozef Vozár<sup>128</sup> ve své práci „*Eutanázia, právne aspekty*“ zdůrazňuje, že ne všechny situace, které společnost standardně jako euthanasii označuje, skutečně euthanasii jsou. Samotný autor definuje euthanasii jako: „*Vědomé ukončení života nevyléčitelně smrtelně nemocného člověka, plně způsobilého k právním úkonům na jeho žádost například vpíchnutím smrtelné dávky jedu nebo jiným způsobem.*“

Podle M. Munzarové<sup>129</sup> by měla definice zahrnout i úmysl zabít tím, že odborník nezasáhne.

### **16.3 FORMY EUTHANASIE**

Podle D. Hauttové<sup>130</sup> lze rozdělit euthanasii na aktivní a pasivní formu. Aktivní euthanasie, neboli „*strategie přeplněné stříkačky*“, je ve většině států světa odmítána. Pasivní formu, „*strategie odkloněné stříkačky*“, definuje Hauttová jako zastavení umělého a neúčelného prodlužování umírání moderními lékařskými technikami (např. umělou výživou, hydratací anebo podáváním léků, které zmírňují utrpení, ale současně mohou zkrátit život). Tato pasivní forma bývá tolerována nikoliv jen v rovině morální, ale i právní.

Mimo klasického dělení lze pomyslet i na další formy euthanasie jako jsou *dobrovolná, nevyžádaná a nedobrovolná*.<sup>131</sup> Dobrovolná euthanasie je prováděna na přání nemocného, který chce být usmrcen a proto se moc neliší od asistované sebevraždy. Nevyžádaná forma je variantou aktivní euthanasie, kde však chybí souhlas pacienta, který ho pro svůj závažný zdravotní stav nemůže dát. Nedobrovolná, jak už z názvu vyplývá, je nechtěná euthanasie.

Dostí často se objevuje pojem „*dysthanasie*“,<sup>132</sup> neboli „*zadržaná smrt*“. Pojem označuje situaci prodlužování života nevyléčitelně nemocného s jeho velkým utrpením. Stejně jako se společnost není schopna vyrovnat s mnoha dalšími problémy, není připravena čelit a najít kvalitní řešení pro tento problém, který paradoxně úzce souvisí s euthanasií už proto,

---

<sup>127</sup> VOZÁR, J. *Eutanázia, právne aspekty*. s. 21.

<sup>128</sup> VOZÁR, J. *Eutanázia, právne aspekty*. s. 32

<sup>129</sup> MUNZAROVÁ, M. *Eutanázia, nebo paliatívni péče?* s. 49

<sup>130</sup> HAUFTOVÁ, D. *Eutanázia v súčasnom svete*. s. 4.

<sup>131</sup> PACNER, V. *Praktická etika* (Practical Ethics) Peter Singer.

Dostupný z WWW: <<http://www.phil.muni.cz/fil/etika/texty/studenti/pacner3.html>> [cit.12.10.2005].

<sup>132</sup> RYBOVÁ, Z. *Eutanázia – nejčastejšie otázky a odpovedi*.

Dostupný z WWW: <<http://prolife.cz/eutanazie/?id=623&search=dystanazie>> [cit. 26.1.2006].

že je obtížné najít hranici mezi podporou ohroženého života technickými prostředky a dysthanasií, která je jeho umělým prodlužováním.

#### **16.4 VYJÁDRĚNÍ SE K EUTHANASII**

V roce 1999 se k problematice euthanasie vyjádřilo i Parlamentní shromáždění Rady Evropy. Ve svém doporučení 1418 s titulem *Ochrana práv člověka a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících* upozorňuje na problematický přístup lékaře k nemocnému a žádá, aby se do centra pozornosti všech lékařů dostala léčba bolesti. Rada Evropy též upozornila, že v členských zemích hrozí poškozování nemocných, zejména nedostatečně rozvinutá paliativní péče a léčení bolesti, dysthanasie, nedostatečně kvalifikovaný personál a sociální diskriminace umírajících.<sup>133</sup>

#### **16.5 NÁBOŽENSTVÍ A EUTHANASIE**

Nemohu zde opomenout názory náboženských společností, neboť i ty významnou měrou ovlivňují postoje společnosti k milosrdné smrti – euthanasii.

Po prostudování tří světových náboženství – islámu, judaismu a křesťanství lze konstatovat, že tato náboženství považují euthanasii jako dosti komplikovaný jev.

Křesťanství stojí na pevných základech písma Starého a Nového zákona. Smrt tedy považují za součást existence člověka. Projevem křesťanů je potom jednání osoby v souladu s vírou, láskou a nadějí.

Židovské náboženství klade největší důraz na dodržování tradic a stylu života. Mezi nejcharakterističtější znaky judaismu patří orientace na pozemský život a jiné formy existence jsou odsunuty do pozadí. Judaisté považují lidský život za absolutní hodnotu, neboť lidský život je dar od Boha. Jinými slovy léčba nemocného má prvořadý význam proto, aby nemocný mohl opět sloužit Bohu. Všichni mají tu povinnost, podniknout vše, co by mohlo utišit lidské bolesti a vrátit člověka zpět do života.

Muslimské náboženství vychází z textů Koránu. Islámské právo však čerpá z práva „šaría“. Muslimové mají dvě kategorie práva: jedna se zabývá vztahem mezi Bohem a lidmi a druhá vztahy mezi lidmi v komunitě. Podle islámu není nikomu dovoleno vzít sobě nebo jinému život. Nikdo mimo Boha nesmí smrt lidského organismu oddalovat, ani urychlovat.

---

<sup>133</sup> Doporučení Rady Evropy 1418.

Dostupný z WWW: <<http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta99/erec1418.htm>> [cit. 1.11.2005].

Lze podotknout, že všechny tři světová náboženství se shodují na potřebě potlačení praktikování euthanasie a snaží se prosazovat péči paliativní. Stejně shody lze nalézt i v tom, že akt euthanasie je naprosto nepřijatelný a lze ho považovat za neospravedlnitelnou vraždu.

## **16.6 POSTOJ LAICKÉ VEŘEJNOSTI K EUTHANASII**

Naše česká veřejnost zaujímá k problematice euthanasie celkem liberální postoj. Většina obyvatel by možnost milosrdné smrti uvítala, vyplývá to z několika výzkumů. Z výzkumů Ústavu lékařské etiky, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně plyne, že euthanasii by uvítali zvláště ti, jichž se problém osobně nedotýká. Odborníci si toto vysvětlují tím, že nabídka euthanasie je další možností volby nemocného, trpícího člověka. Na druhou stranu však lidé, kterých by se euthanasie potenciálně týkat mohla, jsou ve své většině proti tomuto. Průzkum provedený agenturou Median pro Mladou frontu Dnes došel k závěru, že pro povolení euthanasie z více než pětiset oslovených je 69% a zbylých 31% bylo proti.<sup>134</sup>

Závažným faktem odpůrců euthanasie je nedotknutelnost lidského bytí a možnost zneužití. Naproti tomu zastánci euthanasie jsou přesvědčeni, že hodnotit kvalitu života může člověk pouze sám. Euthanasie pak znamená jakousi svobodu, na kterou má přece člověk právo.

Rozhodnutí, které nemocný člověk ve stáří učiní, může být ovlivněno jeho momentálním zdravotním stavem a mohlo by se velmi lišit od jeho skutečné vůle. O euthanasii často žádají ti lidé, kteří chtějí ušetřit své rodiny od utrpení a pohledu na ně, přesto jejich vnitřní touha je zcela odlišná.

Tuto kapitolu lze uzavřít tímto: povědomí veřejnosti v oblasti „umírání na žádost“ je velmi plytké a bude jistě delší dobu trvat, než bude naše společnost připravena a schopna se k dané problematice postavit tváří v tvář a erudovaně o ní diskutovat. Domnívám se, že zavedením euthanasie by se citelně dotklo nejdražších hodnot celé společnosti. Takže řešení problému musí začít u důstojného žití, bytí i umírání, které patří k vývojovým etapám každého jedince.

---

<sup>134</sup> VYLITOVÁ, L. *Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích*. Dostupný z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/004/000486.doc?seek=1122893787>> [cit. 20.3.2006].

## 17 OTÁZKA NAŠEHO SVĚDOMÍ PŘI PÉČI O SENIORY

Uvědomuji si, že téma svědomí je velmi obsáhlé, neboť se v něm setkávají všechny roviny člověka. Shrnout systematicky a synteticky pojem svědomí ve filozofii, psychologii, sociologii, teologii, ošetřovatelství, medicíně či beletrii není v této práci možné. Přesto bych tuto kapitolu nechtěla opomenout, neboť se domnívám, že otázka našeho svědomí úzce souvisí se zachováním lidské důstojnosti. Pokusím se vystihnout otázku svědomí v konkrétních dokumentech.

Chtěla bych též poukázat, že otázka svědomí je pro zdravotní sestry těžištěm jejich jednání v důstojné péči o seniory. Myslím si, že jedná-li zdravotní sestra podle svého svědomí, tak roste, stává se opravdovým člověkem. Ovšem na druhé straně rozhoduje-li se proti vlastnímu svědomí, je zasaženo něco, co jí je velmi blízké, vlastně on sama, její autenticita.

### 17.1 ETICKÉ DOKUMENTY A MÍSTO SVĚDOMÍ V NICH

Lze předeslat, že pojetí svědomí vychází z určitých tradic a hraje vždy jednu z ústředních rolí. Prostor zde věnuji především Kodexu pro zdravotní sestry<sup>135</sup> (ICN), Kodexu sester a Etickému kodexu vysokoškoláků nelékařů.

#### 17.1.1 KODEX PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY

*„Zdravotní sestra chrání informace o osobních poměrech pacienta, považuje je za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto důvěrné informace předat.“<sup>136</sup>* Je samozřejmé, že na „oficiální rovině“ platí i pro sestry tzv. lékařské tajemství. To znamená, že nikomu mimo zainteresovaný okruh zdravotníků nebudou informace o pacientovi sdělovány. O tom není pochyb a každá ze sester s tímto požadavkem samozřejmě souhlasí. Pak je ovšem i rovina „neoficiální“. Rovina „zaručených“ či „polozaručených“ informací o okolí pacienta, o něm samém a o jeho rodině. S každou informací tohoto druhu je dodáno patřičné „morální ohodnocení“. Je jisté, že předností práce zdravotní sestry je mnohem osobnější kontakt s pacientem. To, co odděluje rovinu „oficiální“ od „neoficiální“, je určitá diskrétnost vůči pacientovi. Zde, v konkrétních situacích, samozřejmě rozhoduje ono svědomí.

Zprvu se zdálo jako okrajové uvedení slova „svědomitě“ v souvislosti s předáváním informací. Jeho uvedení v tomto kontextu však poukazuje také na to, že pacient jako člověk je

<sup>135</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. s. 75.

<sup>136</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. s. 86.

samozřejmě chybující, že mnohé v jeho životě nebylo úplně správně. Tedy ani předání informací pravdivých není vždy správné a pacienta může zcela jistě poškodit.

### **17.1.2 KODEX SESTER**

*„Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péčí, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.“*<sup>137</sup> Obdobně jako v Etickém kodexu České lékařské komory je i v Kodexu sester<sup>138</sup> důležitá zmínka o tzv. výhradě svědomí. Má-li být mezi nemocným a zdravotníkem rovnocenný vztah, nelze samozřejmě nemocného nutit do něčeho, s čím on sám nesouhlasí (to je již běžně přijímané), ale ani zdravotník nemusí vyhovět jakémukoliv přání nemocného. Také zdravotník má své svědomí, kterým se v první řadě musí řídit. Konkrétněji se svědomí věnuji ve výzkumné části práce.

*„Vnitřní zakotvení morálky, tento vnitřní hlas člověka, jeho svědomí, společně s láskou k lidem jsou skutečně jediným a opravdovým zdrojem morálky.“*<sup>139</sup> Na tomto odstavci, který například v Etickém kodexu České lékařské komory zcela chybí, je zajímavé, že považuje svědomí za zdroj morálky konkrétního člověka a že měřítkem opravdovosti je vztah ke konkrétnímu nemocnému. S tím nelze jinak, než do značné míry souhlasit.

Rozhodujícím je obsah pojmu „lásky“. Zde bychom mohli být kritičtí, poněvadž co všechno lze pro druhého člověka udělat z lásky?

### **17.1.3 ETICKÝ KODEX VYSOKOŠKOLÁKŮ NELEKAŘŮ**

Na Chartu pracovníků ve zdravotnictví<sup>140</sup> upozorňuje profesorka Helena Haškovcová a uvádí, že kulturní prostředí, ve kterém žijeme, je křesťanstvím významně ovlivněno a že i nevěřící by se měli s obsahem dokumentu seznámit.

Text dokumentu je formulován ekumenicky a hned v úvodu je Fiorenzem Angelinim zdůrazněno, že činnost zdravotníků je formou „křesťanského svědectví“. Nebo civilní formou řečeno: je to vždy taková služba člověku, který se nachází ve stavu nouze, nejčastěji v nemoci.<sup>141</sup> Dokument pojednává o těchto tematických celcích: Plození, Život a Umírání.

Dnešní ústavní zařízení pro seniory a ztřežší problémy poskytují příležitost těm, kteří nechtějí být pasivní. Role vedoucí sestry manažerky je a bude jednou z nejobtížnějších pozic

---

<sup>137</sup> HAŠKOVCOVÁ, H., *Lékařská etika*. s. 78.

<sup>138</sup> Tamtéž. s. 77.

<sup>139</sup> Tamtéž. s. 79.

<sup>140</sup> Tamtéž. s. 83.

<sup>141</sup> Tamtéž. s. 84.

v jakémkoliv odvětví. Dobré mezilidské vztahy se musí rozvíjet mezi klienty, jejich rodinami, přáteli, spolupracovníky. Za vším úsilí stojí lidé...

## 18 RELIGIÓZNÍ POHLED

Vzhledem k tomu, že nedílnou součástí spirituality některých seniorů, je i religiózní náboženská složka, tak bych se jí zde v krátkosti chtěla věnovat. Minimálně proto, že jsem již v předchozích kapitolách zdůraznila nutnost holistního přístupu v péči, ale především pro můj bližší zájem. Svou pozornost soustřeďuji na problematické body ve spirituální službě u klientů, kteří se hlásí k nějakému náboženskému směru. Náboženský přístup k odpovědím na spirituální otázky je velmi roztržštěný a má svá specifika, která je třeba respektovat, jestliže takovému člověku chceme lépe porozumět.

Přestože je religiozita úzce spojena s pojmem náboženství, nejde v žádném případě o synonyma. Religiozitou rozumíme „náboženské postoje zastávané jednotlivci ale i skupinami“, které na rozdíl od náboženství nemusí být formalizované a institucionalizované. Často jde o velmi niterné prožitky a postoje, které nejsou nutně spojeny s deklarací víry nebo členstvím v určité náboženské skupině, přestože tyto vnější projevy s religiozitou často úzce souvisí.

Religiózní lidé jsou obecně více otevřeni v náboženských otázkách a na tato otázky se nezdráhají otevřeně hovořit. Ve své praxi jsem se u nábožensky založených seniorů setkala z valné většiny s křesťanstvím. Při stáži v Hospici Sv. Štěpána jsem si uvědomila, jak složitá je otázka, jestli je klient věřící či nikoliv, neboť věřící je ve své podstatě každý člověk. Například materialisté věří ve hmotnou podstatu světa a člověk, který věří v existenci Boha, uznává nejvyšší duchovní princip. Oba dva uvedené názory jsou v rámci jednoho lidského života nedokazatelné a proto jsou postavené na přesvědčení a důvěře, tedy víře v základní principy fungování světa. Je to tedy otázka, na kterou není jednoznačná odpověď. A v neposlední řadě jsem se setkala i s takovými staršími lidmi, kteří byli nevyhraněné povahy a domnívali se, že „něco, cosi“ nad nimi asi nejspíš bude. Tato poslední skupina lidí s nevyhraněnými představami a názory je vůbec nejproblematictější, neboť oni sami nevědí a těžko se jejich představy a názory slovně uchopují.

Ptát se seniora, zda-li je pokřtěný nebo ne, je opět zavádějící otázka, neboť v naší zemi je spousta starých lidí, kteří jsou pokřtěni jednoduše proto, že se to tak dříve dělávalo. Když budu vycházet opět z praxe, tak se domnívám, že při otázkách pečujícího jestli chce pacient zavolat kněze či pastoračního pracovníka je opět nic neříkající. Myslím si, že v pozadí těchto myšlenek je zdravotní stav a kněz je spojován se stavem, kdy je pacientům nejhůře. Nevím,

možná samotné označení kněz vyvolá celou řadu emočních reakcí. V tomto případě by bylo vhodné zvážit, jak tohoto duchovního nazývat, aby se předešlo primárnímu úleku pacienta.

Personál, který informuje o možnostech a duchovních nabídkách by měl tyto komunikační body zohlednit při podávání základních informací klientovi, zejména je-li těžce nemocen a jeho psychika je citlivá na každé slovo, které od lidí kolem uslyší.<sup>142</sup>

Tradičně nejsilnějším náboženstvím je křesťanství, zejména Římsko katolická církev. Na druhém místě je Československá církev evangelická a pak Církev československá husitská, to jsou tři nejsilnější denominace na české náboženské scéně. V rámci jednotlivých náboženství existují jisté odlišnosti, což je důležité z hlediska navázání kvalitního vztahu s nemocným seniorem na základě hlubokého myšlenkového porozumění.

### **18.1 Vliv náboženství na důstojnost při péči o seniory**

Jak už jsem předsevzala v předchozích kapitolách, lidé v této společnosti jsou více zaměřeni na konzum a perfekcionalismus než na jiné hodnoty. Viditelný je odklon od víry. V různých předpovědích bylo řečeno, že „náboženství je anachronismus, jenž zanikne s rozvojem vědy a techniky v rozvinuté společnosti.“<sup>143</sup> Mimo tradičních proudů náboženství vznikají proudy nové. Věřící lidé si nachází způsoby, jak přizpůsobit víru modernímu životu, která určuje jejich životní směr. Náboženská víra vyjadřuje postoj člověka k transcendentnu – k tomu, co ho přesahuje, tedy k Bohu.

Ve výzkumné části této práce jsem od pečujících získávala odpovědi na otázku, zda-li má náboženská víra vliv na důstojnou péči či nikoliv. Osobně se domnívám, že za určitých okolností ano. Blížeji ve výzkumné části práce.

Víra dává lidem naději, poskytuje útěchu v těžkých životních okamžicích. Mnoho pomáhajících i těch, kterým se dostává pomoci, vyznávají nějakou víru, která jim umožňuje nové nazírání na realitu, pohled na sebe sama a své jednání. Prostřednictvím víry přicházejí k novým poznáním. Věřící žijí z myšlenek, které jim ukládá víra. Kromě smyslu života jim také poskytuje mravní vedení. Pomáhající pak vykonává práci s láskou a čistotou v domnění, že skrze něj koná Bůh. Tato cesta pro věřícího, ale i nevěřícího není důležitá. Nikdo, ani věřící člověk není dokonalý. Může se stejně jako nevěřící dopustit mnohých chyb, ze kterých je třeba se poučit a skrz jejich uvědomění se stále rozvíjet. I když pečující nevyznává žádnou víru, neměl by k tomuto zaujímat pouze negativní postoj. Naopak by mohl být aktivní

---

<sup>142</sup> PROKOP, J. *Informovanost pacienta a role spirituality*.

<sup>143</sup> JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. s. 166

a o principech náboženství se něco dozvědět. To by mu umožnilo více pochopit věřící kolegy či klienty a lépe se zorientovat v jejich životních počínáních.

Existuje mnoho náboženství, ze kterých se dají pro pomáhající činnost čerpat přínosné myšlenky a každý si z nich může odnést pouze to, co je pro něj v danou chvíli nejdůležitější.

Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že náboženská výchova sester naprosto chybí, a to jednak u pečujících v různých institucích, ale i v náplni studia vysokoškolsky vzdělaných sester, kdy tyto sestry mnohdy netuší, že je dosti podstatný rozdíl mezi hodnotami spirituálními a náboženskými. Otázky existenciální mohu reflektovat až ve víru skutečného života, ve své praxi s těžce nemocnými či umírajícími lidmi. Jisté je, že náboženství se stává významným prvkem pro pomoc druhým lidem.

## **18.2 DŮSTOJNOST A SPIRITUALITA**

Lidská důstojnost je niterním prožitkem. Souvisí nejen s psychickým prožíváním, ale také se spirituální dimenzí. U umírajících pacientů má zachování lidské důstojnosti při péči hlubokou spojitost s jejich spirituálním životem, neboť se jedná o rozhodující moment života. Vzhledem k tomu, že většina lidí se snaží prožít svůj život důstojně, hraje lidská důstojnost klíčovou úlohu v péči terminální. Vztah mezi důstojností a spiritualitou je tímto objasněn.

Obraz, který si starý člověk chce zachovat o sobě samém, je vždy zarámován do úcty a respektu a je zakořeněn ve spirituální dimenzi. Spirituální<sup>144</sup> pohled se odráží v sebeuctě člověka a při vypravování životního příběhu, prostřednictvím něhož se senior snaží vyjádřit své životní cíle a pravidla. Pochopitelně vztah mezi důstojností a spiritualitou se odráží v důstojnosti mravní síly, o které jsem se zmiňovala v předešlých kapitolách. Právě důstojnost mravní síly, v níž se člověk snaží o dosahování ideálů k sobě samému a v jednání s druhými osobami, je praktickým vyjádřením prožívané spirituality.

## **18.3 NEPLÉST SI POJEM SPIRITUALITA A NÁBOŽENSTVÍ**

Spiritualita<sup>145</sup> a náboženství jsou v zásadě oddělené entity. Ve spiritualitě je smyslem hledání něčeho, co nás přesahuje, například otázka pravdy nebo hledání smyslu života. Naproti tomu náboženství je vírou, která je vztažena na konkrétní náboženskou tradici s jasně organizovaným systémem vztaženým k Bohu. Jednodušeji - náboženství je ztotožňováno s institucí a organizovaným duchovním životem a spiritualita je pojmem nadřazeným, protože zahrnuje všechny ty, kteří své duchovní prožitky praktikují ve svém systému religiózních

---

<sup>144</sup> VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR.*

<sup>145</sup> Tamtéž.

představ. Ani mě, co by ateistce, není cizí myšlenka na život a existenci duše. Stejně jako já, tak i mnozí nevěřící lidé mohou mít svou víru ve formě filozofie života.

Zde musí zaznít otázka, jakým způsobem se ošetřující personál dozví o spirituálních potřebách svých klientů a zda je to vůbec v jeho kompetenci? Spirituální potřeby jsou těžce odhadnutelné, neboť je nesnadné je měřit. Navíc tyto spirituální potřeby stojí mimo náboženský systém a personál se tak na ně cíleně neptá, alespoň takto jsem to viděla v mnohých mnou navštěvovaných některých ústavních zařízeních. Personál se zpravidla orientoval na to, zda se senior hlásí k nějaké církvi, a na základě toho si utvářel představu o spiritualitě klienta. Faktem je, že personál se zdráhá mluvit se svými klienty o jejich duchovních potřebách. Důvodů může být mnoho. Mohou se například domnívat, že víra je intimní záležitostí seniorů. Další bariérou může být i to, že pečující nikdy nepřišli do styku s náboženským prostředím, o víře vědět nic nechtějí, nechtějí sdílet klientovu víru atp.

Pečující personál nemusí suplovat roli psychologa či samotného duchovního, úplně postačí, když si zachová svou přirozenost a lidskost. Základním kamenem laické spirituální péče je schopnost a umění aktivně klientovi naslouchat. Předpokládám, že mimo seniorovy rodiny je právě zdravotní sestra schopna odhadnout spirituální potřeby klienta. Na základě aktivního naslouchání a rozhovoru pomáhá ujasnit klientovi životní situaci, dodává mu naději a může mu pomoci zprostředkovat další pomoc zajištěnou například pastoračním pracovníkem. Mnohdy stačí vybídnout klienta k vyprávění příběhu o svém životě a on se již sám rozpovídá a nastíní své cíle a přání. Důležité je, aby pečující personál byl ochoten tolerovat spiritualitu a náboženskou příslušnost starého člověka.

Abyste duchovní péče byla zajištěna tak, jak má, a aby dobře fungovala je v prvním případě potřeba, aby se vedoucí pracovníci ústavních zařízení ztotožnili s cílem zajistit svým klientům péči nejen v bio-psycho-sociální rovině, ale i v rovině spirituální. Například umožněním pravidelné ekumenické bohoslužby v důstojných prostorách těchto zařízení. Líbilo se mi, jak bylo dbáno o duchovní potřeby v Hospici Sv. Štěpána v Litoměřicích, kde jsem se sama jako pozorovatel účastnila bohoslužby v jejich moc hezky situované kapliče. Svátosti byly prováděny dle individuální potřeby klientů. Pozitivní zkušenost jsem měla i v sociálním zařízení, v Domově pro seniory U Kostelíčka v Pardubicích, kde jsou bohoslužby rovněž prováděny dle zájmu jednotlivých klientů.

Profesní sesterská organizace známá pod zkratkou NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) definuje v rámci ošetřovatelské diagnózy pojem „*spirituální nepohoda*, nebo *spirituální tíseň*“. Spirituální tíseň vede k dezintegraci osoby, komplikuje

akceptaci nemoci a utrpení a vede k separaci od náboženské komunity a k sociální izolovanosti.<sup>146</sup>

I pro tuto kapitolu stojí za to v závěru shrnout, že oblast spirituality spadá do kompetence pečujícího pracovníka, který by měl za všech okolností respektovat holistický pohled na starého člověka.

---

<sup>146</sup> VANÍČKOVÁ, K. *Spirituální potřeby seniorské populace v ČR.*

## 19 VÝHLED DO BUDOUCNA

Důstojnost člověka a její garance není něco, co by šlo do zdravotnického či sociálního rezortu implantovat během několika týdnů nebo měsíců, je to celospolečenský problém, který je třeba řešit systematicky a to již od základního školství. Mohou sice být doporučené postupy a návody, jak se chovat ke klientům seniorům, ale pokud to nebude zakořeněno v hlubší podstatě člověka – pečujícího, bude to pouze další „ožehavé místo“, kde mohou profesionální pečovatelé pociťovat vlastní frustraci a klienti přetvářku.

Obdobně nastavené by mělo být i státní zřízení, aby starším občanům nenaznačovalo nepotřebnost např. nuceným odchodem do důchodu. Takovým jednáním stát přímo záměrně ukazuje seniorům jejich nepotřebnost vyplývající z jejich dosaženého věku a odsuzuje je do submisivní pozice a finanční tísně, což i ze strany nejvyšší, tedy státu považují za nedůstojné.

Pochopitelně negativní nastavení společenského vnímání starých lidí vede k ageismu.<sup>147</sup> Mladší generace tak vnímá stáří ve smyslu mínus a nevidí hodnotu toho, co jim senioři mohou nabídnout.

Relativizuje se mezigenerační solidarita, která je zcela patrná. Mladá populace nevidí, jak jejich prarodiče obývají dnes a denně sociální zařízení, která jim slouží jako „domov“, ale skutečným domovem jim nikdy nejsou. Oni také nevidí, jak jejich prarodiče umírají v domácím prostředí, neboť nemají vzory chování ve svých rodičích atp. Z tohoto je zřejmé, že z hlediska mladší generace není patrná využitelnost seniorů, nemocných či umírajících.

Co říci na závěr teoretické části: K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti každého člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k lidské důstojnosti osobnosti seniora, respekt k jeho autonomii, k právu na sebeurčení, k právu na soukromí a k právu na vlastní volbu. Vzhledem ke stárnutí populace a zvýšenému počtu stárnoucích a starých lidí ve společnosti je nutné vytvořit podmínky, pro rovnoprávný a aktivní život seniorů, soustavně se zabývat problematikou stárnutí a problematikou seniorů ve všech aspektech jejich života a rozvíjet mezigenerační vztahy a solidaritu, prosazovat toleranci a porozumění.

---

<sup>147</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství: 10. Manuálek sociální gerontologie.*

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 20 KVANTITATIVNÍ PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Vzhledem ke stanoveným cílům v úvodu práce a k jejich naplnění byly vytvořeny tyto hypotézy:

### HYPOTÉZY

1. Domnívám se, že povědomí o důstojné péči o seniory bude odlišné dle oddělení i zařízení.
2. Pro zachování důstojnosti klienta je nejdůležitější holistický přístup pečujících, který respektuje individualitu člověka.
3. Předpokládám, že více jak polovina dotazovaných souhlasí s tvrzením, že nejdůležitější, je myslet na důstojnost seniorů vždy při péči.
4. Zásadní příčinou ztráty důstojnosti seniora je despekt jeho autonomie.
5. Vynucený odchod seniora do jakéhokoliv ústavního zařízení patří k příčinám ztráty důstojnosti.
6. Důstojný přístup ke starým lidem lze ovlivnit výchovou.
7. Emoce pečujícího mají vliv na nedůstojnou péči.
8. S otázkou, že současný systém ošetrovatelské péče v bio-psycho-sociální-spirituální rovině nedbá na zachování lidské důstojnosti budou v převážné většině souhlasit studenti.
9. Více jak polovina dotazovaných bude souhlasit s tím, že úcta a důstojný přístup k seniorům jsou v jejich profesi nejdůležitější.
10. Myslím si, že 1/2 respondentů byli přítomni té situaci, kdy se klient vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti právě obědvají.
11. Předpokládám, že nejméně 3/4 oslovených nepřizná, že dali oběd klientovi, který právě vykonával svou potřebu na gramofonové židli.
12. Při zvládání mimořádných situací se nejčastěji užívají léky na zklidnění a na druhém místě zábrany v lůžku.
13. Předpokládám, že dotazovaní nesouhlasí s tím, že náboženská víra sestry má vliv na zachování důstojnosti v péči o seniory.
14. Nedostatek personálu má vliv na péči o klienty.
15. Polovina dotazovaných souhlasí, že jejich přetíženost má vliv na despekt důstojnosti seniora.

## METODIKA

K výzkumnému projektu diplomované práce byly použity následující metody: procedura monografická a sociologické metody kvalitativní (přímé pozorování, rozhovory pečujících a seniorů) a kvantitativní (dotazník).

Pro ověření vytyčených hypotéz této diplomové práce byla záměrně realizována metoda anonymního dotazníkového šetření. Touto metodou jsem předpokládala, že respondenti budou odpovídat pravdivě a bez větších zábrán. Za hlavní výhodu této metody jsem považovala tu, že lze potřebné informace získat od většího počtu dotazovaných, v relativně krátkém časovém období. Negativní stránkou bylo, že ne všichni respondenti měli stejné podmínky k vyplňování, z čehož vyplývalo potenciální zkreslení výsledků. Za překvapivou, bohužel smutnou považuji neochotu ke kooperaci ze strany některých oddělení. Neochota byla patrná již při prvním oslovení zástupců některých oddělení a přetrvávala i v závěru dotazníkové akce. Je třeba si položit otázku, jestli má do budoucna takováto metoda vůbec význam, když z některých pečujících vyzařoval pasivní přístup a nechuť podílet se na výzkumné akci.

Při samotné tvorbě dotazníku jsem vycházela z osobních i praktických zkušeností, získaných v průběhu studií od středoškolského po vysokoškolské, za současného využití dostupných materiálů, vztahujících se k dané problematice. Dotazníky se skládaly z otázek uzavřených, otevřených, dále pak z otázek faktografických a doplňujících, výjimkou byla nultá neoznačená otázka s názvem „Co si představíte pod pojmem lidská důstojnost“, která umožňovala respondentovi vyjádřit osobitý názor k danému tématu. Pro samotný průzkum je však tato otázka pouze doplňující, nikoliv stěžejní a rovněž jsem dopředu předpokládala, že většina respondentů této možnosti vyjádření se nevyužije, proto při zhodnocení jsem vybrala zajímavé či nejčastěji se vyskytující neboli většinové názory na pojem důstojnost.

Anonymní dotazníky pro profesionální pečující jsem distribuovala v Pardubické krajské nemocnici a.s., osobně u zástupců těchto pracovišť: interna, geriatric, lůžkové rehabilitační, psychiatrické a onkologické oddělení, kde na každém z těchto pracovišť bylo zanecháno 10 dotazníků, takže zde rozdáno celkem 50 dotazníků. Dále jsem oslovila Domov pro seniory U kostelíčka v Pardubicích, kde jsem vedoucímu pracoviště připravila 30 dotazníků. Poštovní distribuce 30 ti dotazníků pro pečující proběhla v Hospici Sv. Štěpána, na základě předchozí domluvy s vrchní sestrou, ale jelikož dotazníky nenašly přes déle než měsíc cestu nazpět, byly z výzkumné akce vyřazeny, což mě z osobních důvodů velmi mrzelo. V neposlední řadě jsem oslovila i své spolužáky z Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice, ze dvou

studijních oborů, a sice oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, se zaměřením na dlouhodobou a hospicovou péči, což také studuji a oboru Ošetrovatelství, se zaměřením všeobecným. Těmto jsem dala k dispozici 25 dotazníků. Výběr těchto pracovišť byl logicky zcela záměrný vzhledem k cílům a hypotézám diplomové práce.

Pilotní šetření jsem provedla na skupině nezávislých respondentů mimo vybraná oddělení, kdy jsem zjišťovala možné nedostatky z hlediska jazykového a obsahového. Vlastní šetření probíhalo v průběhu měsíců únor - březen 2008.

Na počátku výzkumného šetření bylo rozdáno 135 dotazníků, z čehož bylo vráceno 105 dotazníků, z kterých bylo pro neúplnost odpovědí vyřazeno 17. Celkem tedy bylo použito a následně pracováno s 88 dotazníky.

Výsledky daného výzkumu byly zpracovány s pomocí počítačového softwaru Microsoft Office Excel 2005.

Vysvětlivky k výzkumným tabulkám:

**Tab. 1 Jednotlivá oddělení, pracoviště a studenti**

INT	Interní oddělení lůžka, Pardubická krajská nemocnice a.s.
GERI	Geriatrické centrum, lůžkové oddělení Pardubická krajská nemocnice a.s.
RHB	Rehabilitační lůžkové oddělení, Pardubická krajská nemocnice a.s.
PSY	Psychiatrické lůžkové oddělení, Pardubická krajská nemocnice a.s.
ONKO	Onkologické lůžkové oddělení, Pardubická krajská nemocnice a.s.
DPS PCE	Domov pro seniory U kostelíčka v Pardubicích
STUDENTI	Studenti Fakulty zdravotnických studií, Univerzita Pardubice
ODPOVĚDI	Odpovědi z dotazníku, který je součástí práce v příloze A
CELKEM	Odpovědi za všechna pracoviště, zařízení a studenty

## 21 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

### 21.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY RESPONDENTŮ

Výzkumný vzorek tvořili profesionální pečující starých lidí a studenti Východočeského kraje. Celkový počet respondentů byl 88, z toho 87 žen a pouze 1 muž. Zastoupení těchto osob představuje Tab. 2. Průměrný věk je zobrazen v Tab. 3. a v Grafu 1.

#### A. Pohlaví respondentů

Tab. 2 Zastoupení žena a muž

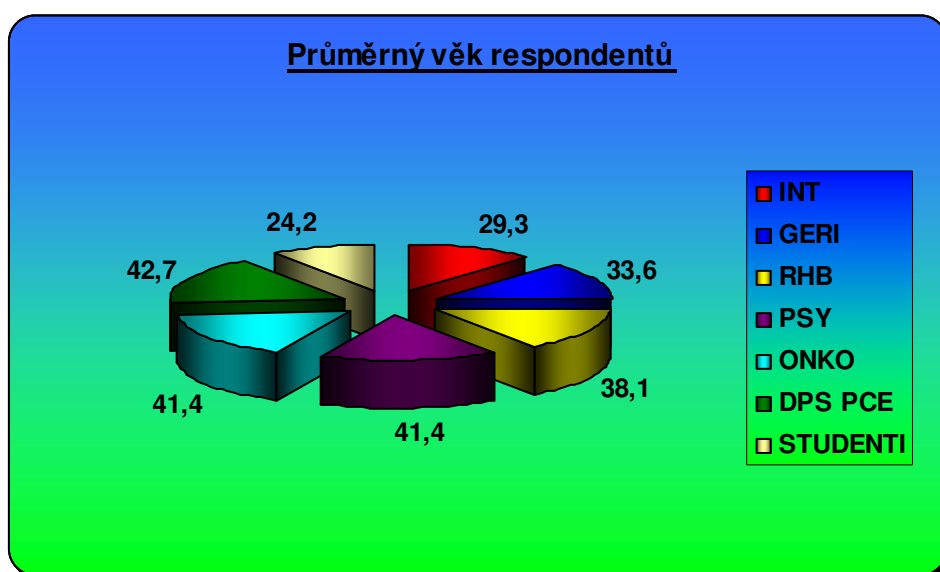
Pohlaví	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	součet
žena	9	8	9	8	8	25	20	87
muž	0	0	0	1	0	0	0	1

#### B. Věk pečujících a studentů

Věk všech dotazovaných se pohybuje v rozmezí 24 – 43 let. Průměrný věk všech pečujících je 31,3 roků. Průměr věků za jednotlivá pracoviště a studenty je znázorněn v grafu č. 1.

Tab. 3 Průměrný věk respondentů

INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	celkový průměr	MIN	MAX
29,3	33,6	38,1	41,4	41,4	42,7	24,2	31,3	24,2	42,7



Graf 1 Průměrný věk respondentů

### C. Délka praxe v oboru

Délka praxe za jednotlivá pracoviště je znázorněna v tabulce 4. Studenti v tabulce 4 záměrně nejsou, protože vycházeli pouze z praktických zkušeností čerpaných během magisterského studia.

Tab. 4 Délka praxe v oboru

	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE
do 5 let	4	4	5	2	4	10
do 10 let	1	1	1	3	1	4
více než 10 let	4	3	3	4	3	11

### D. Vzdělání sester

Z tabulky 5 je zřejmé, že z 68 pečujících je 7 z nich vyučeno, středoškolské vzdělání má 53 osob a vysokoškolsky vzdělaných je 5 osob, ke kterým lze započítat i 20 dotazovaných studentů, kteří již mají titul bakalář.

Tab. 5 Vzdělání sester

	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI
vyučen/a	0	0	0	0	0	8	0
středoškolské	6	8	8	8	6	17	0
vysokoškolské	1	0	1	1	2	0	20
jiné	2	0	0	0	0	0	0

Tabulka 5 uvádí, že 7 pečujících je vyučeno, středoškolské vzdělání má 52 osob a lidé vysokoškolsky vzdělaní jsou v počtu 25. Jiné vzdělání je vyšší odborné u dvou zastoupených.

## 21.2 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

- *Hypotéza 1: Domnívám se, že povědomí o důstojné péči o seniory bude odlišné dle oddělení i zařízení.*

### Co si představíte pod pojmem lidská důstojnost?

Zde mi šlo o formální uvedení do problematiky pomocí nenáročného brainstormingu. Odpovědi na tuto nečíslovanou otázku byly některé pestré, jiné zajímavé a v celku se opakující. Výpovědi pečujících jsem se pokusila shrnout do jednoho celku, kdy jsem vycházela z osobních citací respondentů za jednotlivá pracoviště, zařízení a studenty.

Na **interním oddělení** bylo pracováno s devíti dotazníky. Na pojem lidská důstojnost nezodpověděli tři respondenti. Zbylé a opakující se názory respondentů doslovně odcituji:

- „Zachování intimity při hygieně, respekt zvyků a potřeb člověka“.
- Odpovězeno: „Viz. otázka č. 1“. Tento odkaz byl použit u dvou respondentů.
- „Respekt“.
- „Soubor lidských práv“.

Kritické zhodnocení: Myslím si, že pro pečující, kteří jsou v denním kontaktu s rizikovou skupinou seniorů, tedy nemocnými, by měli, alespoň dle mého přesvědčení o pojmu lidská důstojnost vědět více, neboť se týká i jich samých. Nepřesvědčili mne o znalostech na pojem důstojnost také z toho důvodu, že u dvou respondentů bylo zodpovězeno, že „viz. otázka č. 1“. Nemají svůj vlastní názor. Jejich odpovědi považuji za irelevantní.

Z osmi pečujících z **geriatrického oddělení** na tuto dobrovolnou otázku, vystihující, čeho se dotazník týkal, nezodpověděli dva dotazovaní. Jejich odpovědi byly tyto:

- „Neponižovat okolí, taktní přístup“.
- „Zachování lidských práv a potřeb“.
- „Ve vztahu k nemocnému zachování všech bio-sociálních potřeb, na takové úrovni, kdy je zajištěna jedinečnost člověka a váženost“.
- „Respekt intimity“.
- „Úcta k sobě samému stejná jako k nemocnému“.
- „Hrdost a individualita“.

Kritické zhodnocení: Zde u pečujících z geriatrického oddělení, mě zaskočila odpověď, že „...bio-sociálních potřeb...“ Otázka důstojnosti jistě nespadá pouze do těchto dvou pojetí, ale má i stejně důležitou složku psychickou a spirituální. Pakliže nad tímto personál automaticky nesmýšlí, nemůže být poskytována péče v celostním duchu.

**Rehabilitační oddělení:** Z devíti oslovených neodpověděl na pojem jeden pečující.

Jejich představy na pojem lidská důstojnost:

- „Pohlížet na člověka jako na bio-psycho-somatickou jednotku, nebrat ho pouze jako diagnózu“.
- „Vidět člověka jako jedinečnou bytost“.
- „Individuální přístup“.
- „Vzájemná lidskost mezi lidmi, umět naslouchat, práce s pochopením a láskou“.
- „Nejednat s člověkem jako se zvířetem“.

Kritické zhodnocení: Zde se znovu opakuje tatáž situace, kdy respondent z rehabilitačního oddělení vidí člověka pouze ve třech rovinách, na dnešní dobu je toto nedostačující.

Zde mě zaskočila výpověď: „Nejednat s člověkem jako se zvířetem“.

**Na psychiatrickém oddělení** nezodpověděli pojem lidská důstojnost dva z devíti oslovených. Respondenti měly tyto odpovědi:

- „Respekt individuality“. Tato odpověď byla ve stejném znění použita celkem čtyřikrát.
- „Respekt člověka“
- „Viz. otázka č. 1“.
- „Respekt sebe i okolí“.

Kritické zhodnocení: Zde nemusí být komentář, výpovědi hovoří za vše...

**Na oddělení onkologickém** zodpovědělo tento pojem všech osm dotazovaných.

Jejich odpovědi:

- „Právo na soukromí, citlivé zacházení, pochopení, vlídné slovo“.
- „Vřelost, citlivost, empatie, vztah k lidské křehkosti“
- „Osobní přístup, lidskost“.
- „Každý člověk je osobnost“.
- „Respekt intimity, nárok na slušné jednání, chápat potřeby druhých“.
- „Úcta k člověku, ohled na jeho práva“.
- „Nemít před sebou diagnózu, ale lidskou bytost, s právem na soukromí a celistvý přístup“.
- „Osobní přístup a lidskost“.

Kritické zhodnocení: Odpovědi pečujících z onkologického oddělení mě přesvědčili, že klienta vidí v celostním pojetí, s ohledem na jeho osobnost, křehkost, potřeby a práva. Tito pečující vědí, a prakticky prokazují, co znamená pojem lidská důstojnost.

**Domov pro seniory**, kde bylo pracováno s 25 dotazníky, vzneslo svůj názor na pojem lidská důstojnost 22 dotazovaných.

Jejich názory byly obdobné a proto jsem opakující se vynechala.

- „Respekt a úcta k sobě navzájem, bez ohledu na barvu pleti, věku, náboženství, společenského postavení atp.)“.
- „Chovat se k lidem tak, jako já bych si přála, aby se chovali oni ke mně“.
- „Respekt zvyků a hodnot“. Tato odpověď se několikrát opakovala.
- „Je nutné vážit si osobnosti nemocného“.
- „Zachování základních lidských práv a potřeb klienta“.
- „Trpělivost, ochota a úcta“.
- „Jakékoliv ponížení znamená ztrátu důstojnosti“.
- „Ctění člověka jako bytosti se životem v minulosti, přítomnosti, i po ztrátě jeho zažitých dovedností a možností“.

Kritické zhodnocení: K tomuto není co dodat. Pečujícími je znám pojem lidská důstojnost v teorii i praxi, nezapomínají na důležitost své vlastní důstojnosti, vědí o základních lidských právech, dbají o respekt zvyků a hodnot a jednoduše uvádějí, že jakékoli ponížení klienta znamená ztrátu jeho důstojnosti.

**Studenti** odpověděli v plném počtu, zodpovědělo 20 dotazovaných.. Některé jejich odpovědi byly obdobné a zněly takto:

- „Respektování přání, svobody, názorů, soukromí, pocitů a reakcí“. Tato odpověď se mnohokrát opakovala.
- „Pohlížení na člověka jako na jedince se svými spirituálními, fyzickými i psychickými potřebami“.
- „Úcta, podpora, slušnost k člověku“.
- „Je to těžké vyjádřit. S člověkem by se mělo jednat tak, aby nebyl degradován, aby byla zachována jeho důstojnost ať je zdravý či nemocný, mladý či senior. Bez rozdílu národnosti, pohlaví, rasy, náboženského přesvědčení či jeho společenského postavení.“
- „Respekt k druhým, lidské chování k druhým, neponižování sebe ani druhých“.
- „Soukromí, intimitu, hrdost“ Tato odpověď zazněla od třech respondentů.
- „Je to určitá hodnota, něco čeho si každý člověk váží a co když poruší má pocit méněcennosti a poníženosti“.
- „Stav tělesné, duševní a fyzické pohody“. Takto zodpověděli dva studenti.
- „Člověk (senior) cítí, že je plnohodnotným členem rodiny, kolektivu, společnosti. Necítí se být ponižován a odsouván na vedlejší kolej“.
- „Dodržování lidských práv, cti, studu; možnost se vyjádřit a spolupracovat při péči o sebe samém“.

Kritické zhodnocení: Odpovědi studentů jsou velmi pestré a zároveň vystihující. Snad jim tyto názory v podobě praktické zůstanou i v budoucí profesi.

**Závěr: HYPOTÉZA 1 BYLA POTVRZENA.**

- *Hypotéza 2: Pro zachování důstojnosti klienta je nejdůležitější holistický přístup pečujících, který respektuje individualitu člověka.*

### 1. Co je z Vašeho pohledu nejvíce důležité pro zachování důstojnosti klienta?

Tab. 6 Pohled respondentů na důstojnou péči za jednotlivá oddělení i studenty

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	1	4	1	2	2	9	0	19
b	4	2	0	4	1	5	3	19
c	1	1	1	0	1	2	2	8
d	0	0	0	0	0	1	0	1
e	3	1	7	3	4	8	15	41

Středem zájmu bylo potvrdit či vyvrátit domněnku, že pro zachování klientovi důstojnosti je nejdůležitější holistický přístup pečujících, jenž respektuje lidskou individualitu. Záměrně jsem uvedla u této otázky č. 1 ty možnosti, které jsou svou povahou všechny důležité, neboť jsem chtěla zjistit, zda-li pečující vnímají seniora v jeho celistvosti, jinými slovy, zda klienta vidí v bio-psycho-sociální-spirituální rovině. Tímto je vysvětleno, že odpovědi a, b, c a d jsou nezbytné důležité pro důstojnou péči, ale odpověď e shrnuje všechny nad níž uvedené.



Graf 2 Pohled všech pečujících na důstojnou péči

Závěr: **HYPOTÉZA 2 SE POTVRDILA.** V tabulce 6 a grafu 2 jsou přehledně vypsány výsledky dotazovaných.

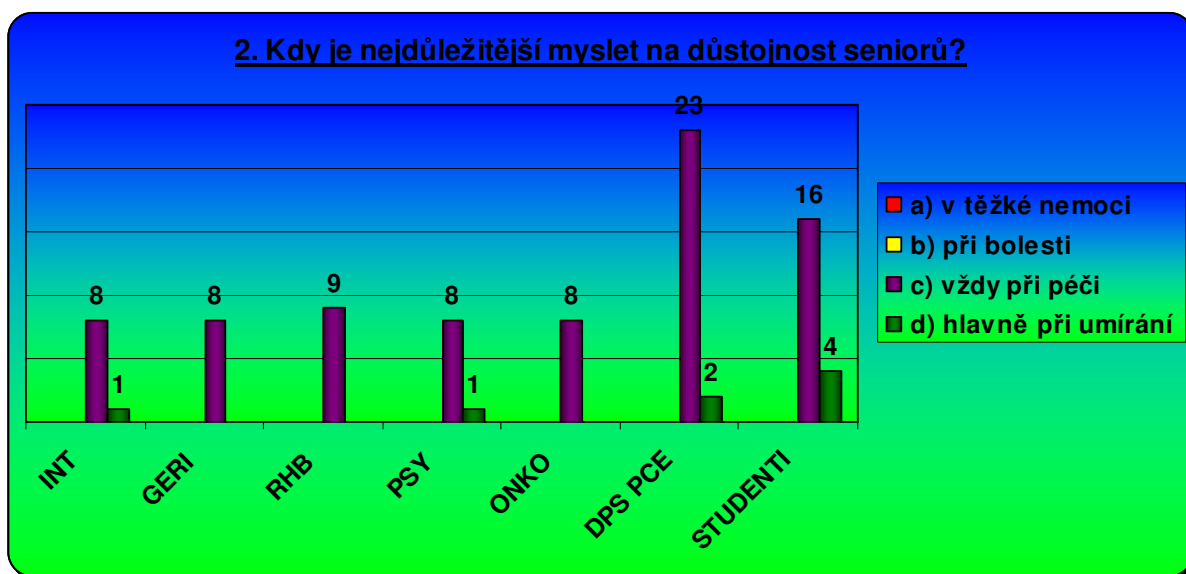
- *Hypotéza 3: Předpokládám, že více jak polovina dotazovaných souhlasí s tvrzením, že nejdůležitější, je myslet na důstojnost seniorů vždy při péči.*

## 2. Kdy je nejdůležitější myslet na důstojnost seniorů?

Tab. 7 Kdy se myslí na důstojnost seniorů v institucích

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	0	0	0	0	0	0	0	0
b	0	0	0	0	0	0	0	0
c	8	8	9	8	8	23	16	80
d	1	0	0	1	0	2	4	8

U sledovaného souboru profesionálních pečujících a studentů, je zřejmá většinová odpověď, která je názorně vyobrazena v Tab. 7 a Grafu 3, že se na důstojnost má myslet vždy při péči. Odpověď je v rozporu s tím, jakou jsem měla praktickou zkušenost s pohledem na některé pečující při péči, kteří vykonávali svou činnost rutinním způsobem.



Graf 3 Za jakých situací pečující a studenti myslí na důstojnost seniorů

Závěr: **HYPOTÉZA 3 TÍMTO POTVRZENA.**

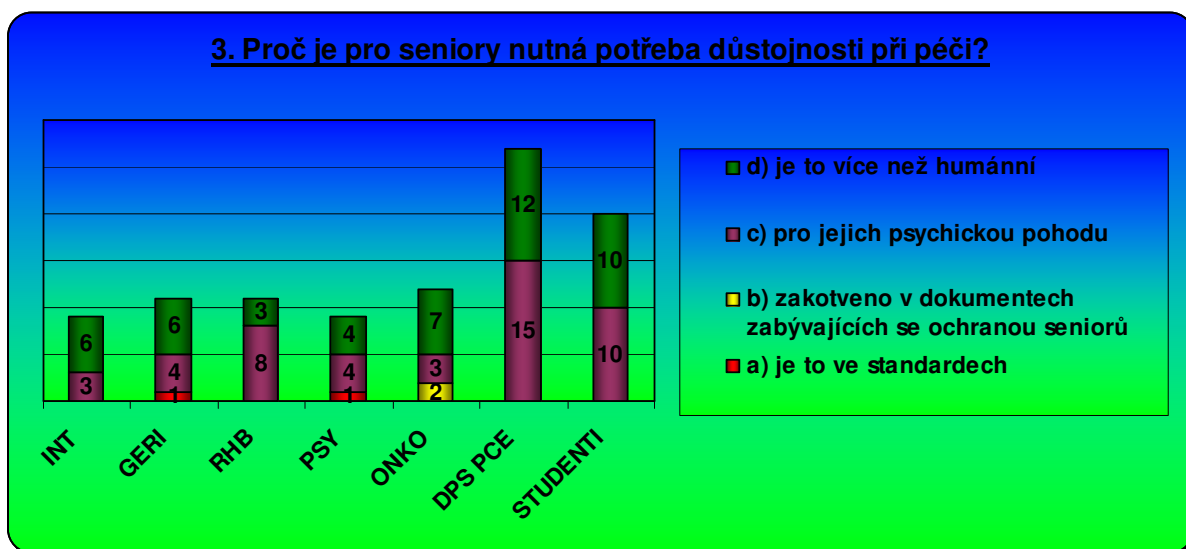
### 3. Proč je pro seniory nutná potřeba důstojnosti při péči?

Tab. 8 Důstojnost seniorů při péči

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	0	1	0	1	0	0	0	2
b	0	0	0	0	2	0	0	2
c	3	4	8	4	3	15	1	38
d	6	6	3	4	7	12	1	39

Z dotazníkové otázky č. 3 vidíme, že potřeba důstojnosti seniorů je čistě humánní záležitostí v prvním případě a pro psychickou pohodu v případě druhém. Zajímavé je, že dotazovaní mohli uvést u této otázky více možných odpovědí, přesto z nějakého důvodu neuváděli, že lidská důstojnost je zakotvena v dokumentech (odpověď b) zabývajících se ochranou seniorů, a že důstojný přístup vychází ze standardů, které představují dohodnutou úroveň kvality, neboť ošetrovatelská činnost podléhá určitým pravidlům a nařízením.

Myslím, že tato otázka nepotřebuje další komentář, neboť jednotlivé odpovědi vyobrazuje za jednotlivá pracoviště a studenty Tab. č. 8 a Graf č. 4.



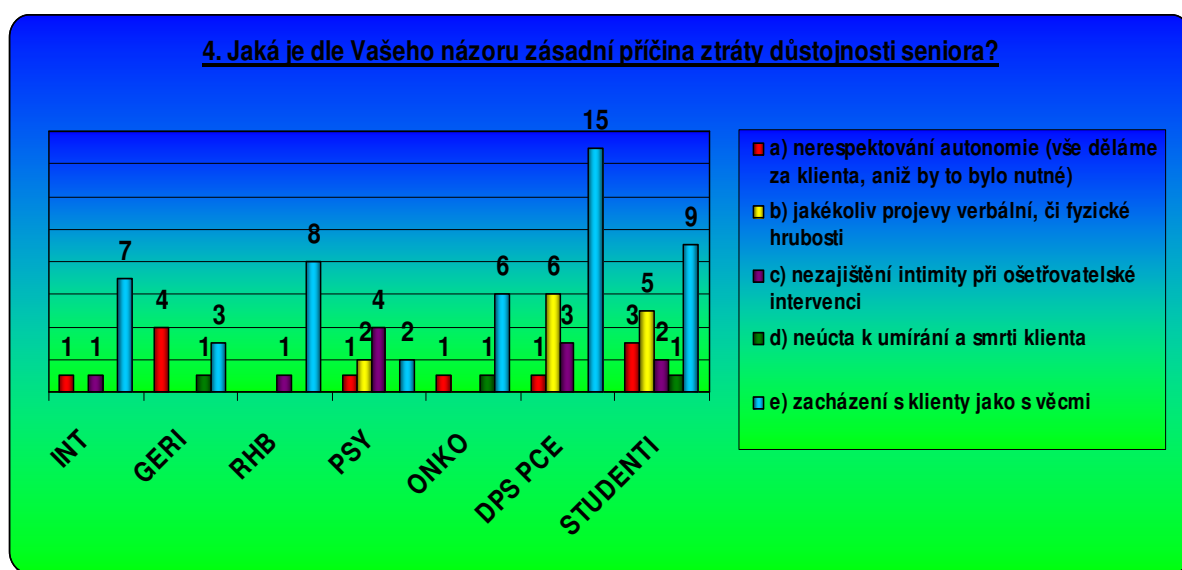
Graf 4 Odpovědi respondentů na otázku důstojnosti při péči

- *Hypotéza 4: Zásadní příčinou ztráty důstojnosti seniora je despekt jeho autonomie.*

#### 4. Jaká je dle Vašeho názoru zásadní příčina ztráty důstojnosti seniora?

Tab. 9 Příčina ztráty důstojnosti

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	1	4	0	1	1	1	3	11
b	0	0	0	2	0	6	5	13
c	1	0	1	4	0	3	2	11
d	0	1	0	0	1	0	1	3
e	7	3	8	2	6	15	9	50



Graf 5 Příčina ztráty důstojnosti za jednotlivá pracoviště a studenty

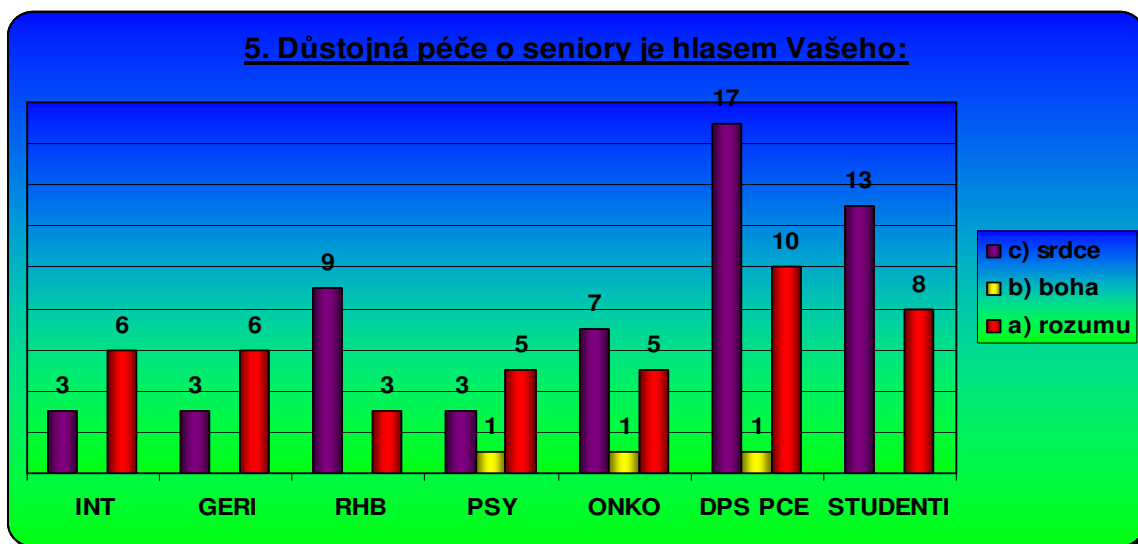
Při 4. otázce mohli respondenti označit pouze 1 položku, která jimi samými vystihuje nejzásadnější příčinu ztráty důstojnosti seniora. Nejčastější odpovědí za všechny kategorie oslovených je odpověď 4e – zacházení s klienty jako věcmi. Na místě druhém jsou jakékoliv verbální, či fyzické hrubosti. Další výsledky jsou vyobrazeny v Tab. č.9 a Grafu 5.

Závěr: **HYPOTÉZA 4 NEPOTVRZENA.**

## 5. Důstojná péče o seniory je hlasem Vašeho:

Tab. 10 Jakým hlasem je důstojná péče

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	6	6	3	5	5	10	8	43
b	0	0	0	1	1	1	0	3
c	3	3	9	3	7	17	13	55



Graf 6 Důstojná péče za jednotlivá pracoviště a studenty

V případě otázky č. 5 jde o jednu z problematických, neboť zde byl prostor označit a odůvodnit více možných variant, popřípadě stručně uvést z jakého konkrétního důvodu. Z tabulky stojí za povšimnutí, že pouze tři respondenti z celkového počtu 88 oslovených označili tu variantu, že důstojná péče o seniory je hlasem Božím. Za těmito výpovědi lze chápat biblický význam, ale bylo by nutné jej ověřit.

Za onkologické oddělení si dovoluji citovat respondenta: „Důstojná péče je hlasem mého rozumu (mělo by to tak být), boha (není co dodat) a srdce (chtěla bych, aby se mi také dostalo důstojnosti ve stáří).“

Za rehabilitační oddělení mě nemile zaskočil názor respondentky, že důstojná péče je hlasem jejího srdce, neboť je důležitý soucit se seniory. Jedna dotazovaná tuto otázku pojala takto: „Chtěla bych, aby se o mě staral člověk, který bude také myslet srdcem.“

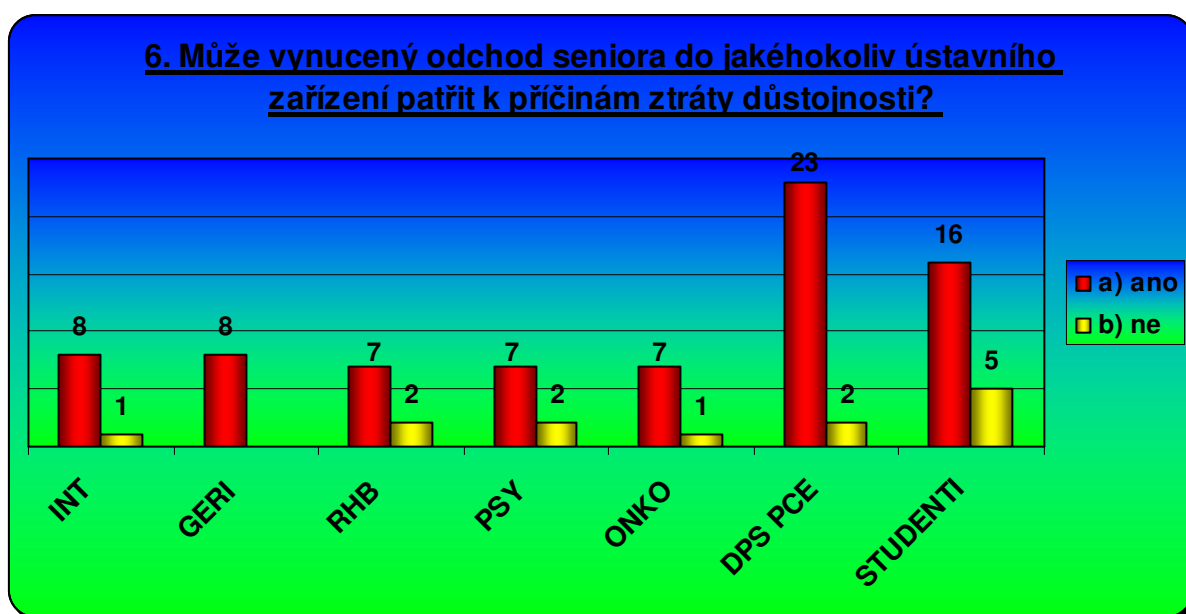
Další odpovědi se v zásadě opakovaly. Byly jimi: hlasem srdce, protože jsem k úctě lidské bytosti byla vychována, dále hlas Boží, neboť služba lidem je smyslem života, dále, že jakákoliv profese, zvláště pak se seniory musí být dělána s láskou, jinak by nás nemohla naplňovat, hlas zdravého rozumu.

- *Hypotéza 5: Vynucený odchod seniora do jakéhokoliv ústavního zařízení patří k příčinám ztráty důstojnosti.*

**6. Může vynucený odchod seniora do jakéhokoliv ústavního zařízení patřit k příčinám ztráty důstojnosti?**

Tab.11 Vynucený odchod seniora

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	8	8	7	7	7	23	16	76
b	1	0	2	2	1	2	4	12



Graf 7 Souhlas či nesouhlas respondentů

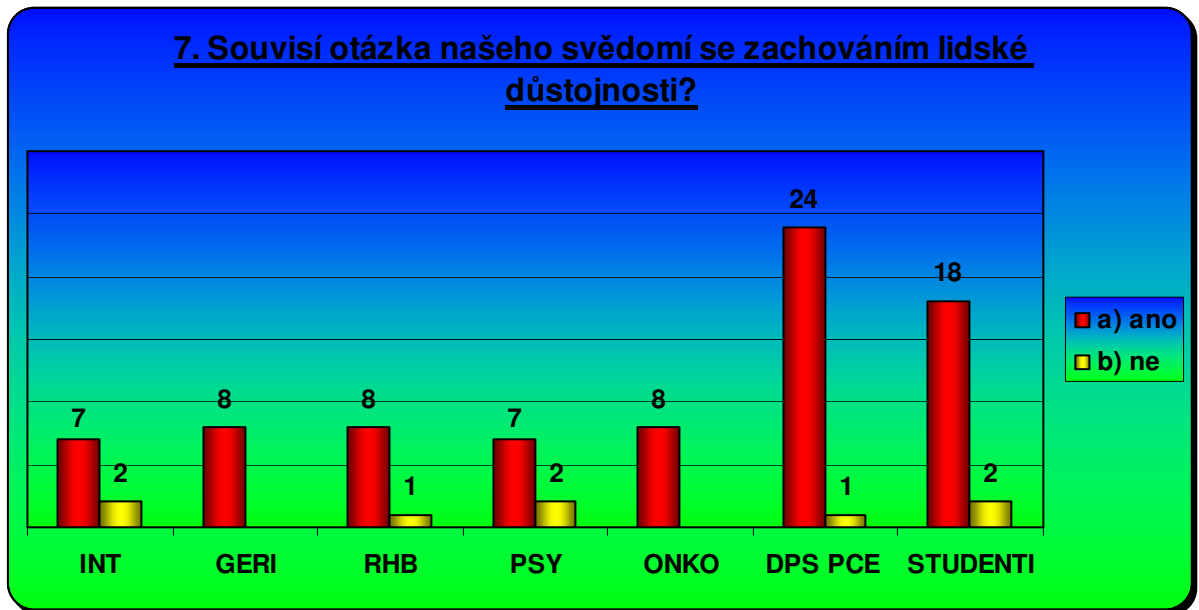
Předpokládala jsem, že nucený odchod seniora do jakékoliv instituce znamená ztrátu jeho důstojnosti. S tímto názorem se ztotožnilo 76 oslovených z počtu 88. Zajímavý je pohled na Graf č. 7, zvláště pak na skupinu DPS (Domov pro seniory), kde byli proti ztrátě důstojnosti nuceným odchodem pouze dva pečující z počtu 23 jejich zaměstnanců.

Závěr: **HYPOTÉZA 5 POTVRZENA.**

## 7. Souvisí otázka našeho svědomí se zachováním lidské důstojnosti?

Tab. 12 Otázka svědomí při péči

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	7	8	8	7	8	24	18	80
b	2	0	1	2	0	1	2	8



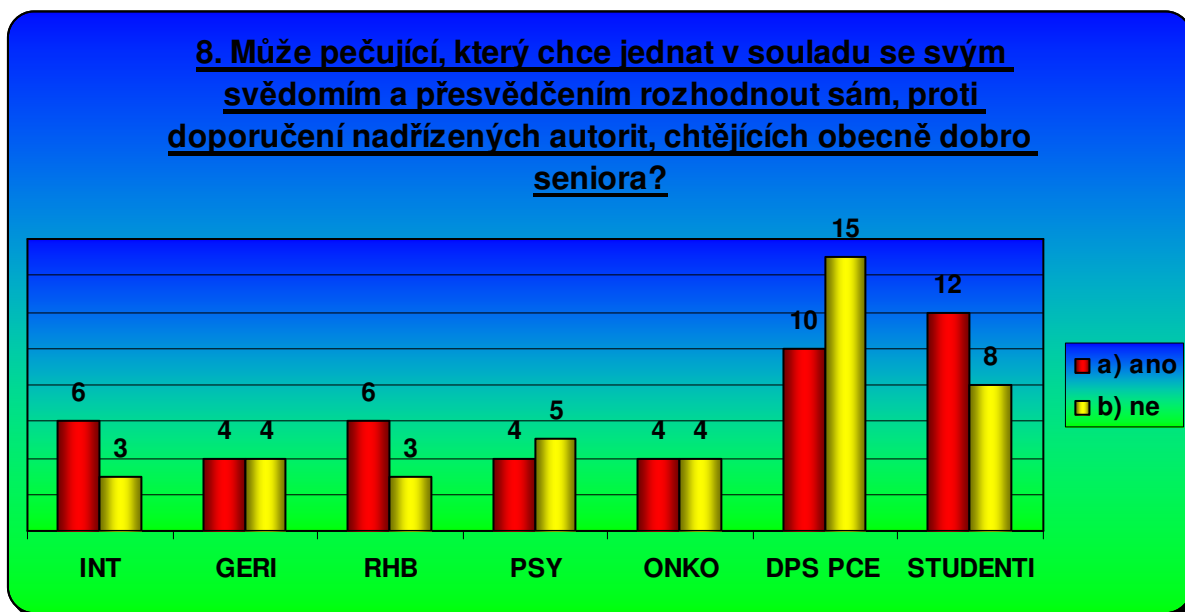
Graf 8 Svědomí pečujících a studentů

Z tabulky č.12 a ještě lépe na grafu č. 8 je patrné, že otázka svědomí pečujících a studentů souvisí se zachováním lidské důstojnosti při péči o seniory.

8. Může pečující, který chce jednat v souladu se svým svědomím a přesvědčením rozhodnout sám, proti doporučení nadřízených autorit, chtějících obecně dobro seniora?

Tab. 13 Jednání v souladu se svědomím a přesvědčením

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	6	4	6	4	4	10	12	46
b	3	4	3	5	4	15	8	42



Graf 9 Rozhodnutí dotazovaných v souladu s jejich svědomím a přesvědčením

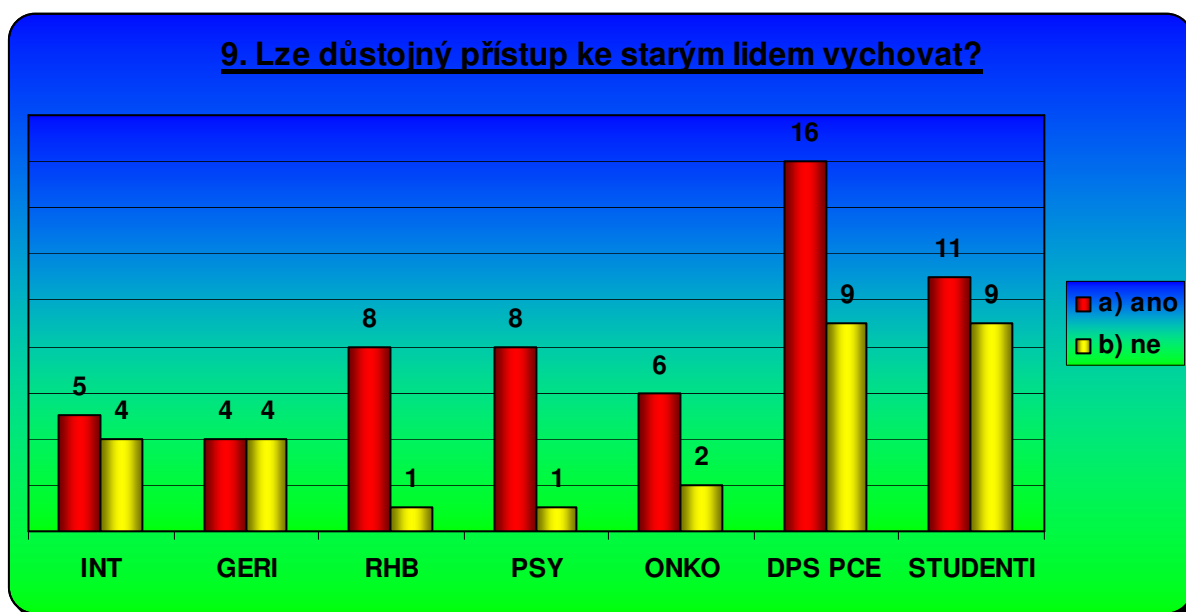
O svědomí pojednává samostatná kapitola v teoretické části práce. Z tabulky 13 a grafu č. 9 vyplývají spíše neutrální postoje pečujících, nežli jednoznačná fakta, jak tomu bylo v některých předchozích otázkách. Nutné je hlouběji zvážit proč tomu tak skutečně je. Další otázkou by například mohla být ta, zda-li pečující vědí, v jakých profesních dokumentech je o svědomí zmínka. Tuto otázku by potom stálo za to v budoucnu prozkoumat, neboť klient je vždy na prvním místě, pakliže jde o skutečného potřeby, které vyplývají z přístupů a povinností pečujících.

- *Hypotéza 6: Důstojný přístup ke starým lidem lze ovlivnit výchovou.*

### 9. Lze důstojný přístup ke starým lidem vychovat?

Tab. 14 Výchova jako předpoklad přístupu ke starým lidem

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	5	4	8	8	6	16	11	58
b	4	4	1	1	2	9	9	30



Graf 10 Názory oslovených respondentů na výchovu k důstojnému přístupu k lidem

Domnívám se, že úctu ke stáří a starým lidem jde skutečně vychovat, a to již od nejmladších let. Z tabulky 14a grafu 10 je tato skutečnost zcela zřejmá. Jestliže z jedné rodiny odchází člověk s úctou, tolerancí a respektem ke stáří, neboť to v jeho rodině bylo zcela samozřejmé, pak druhý povahou zcela opačný může mít k seniorům přivyknuté hrubé a nedůstojné prvky chování, které si mnohdy nemusí plně uvědomit, neboť je má již zafixované.

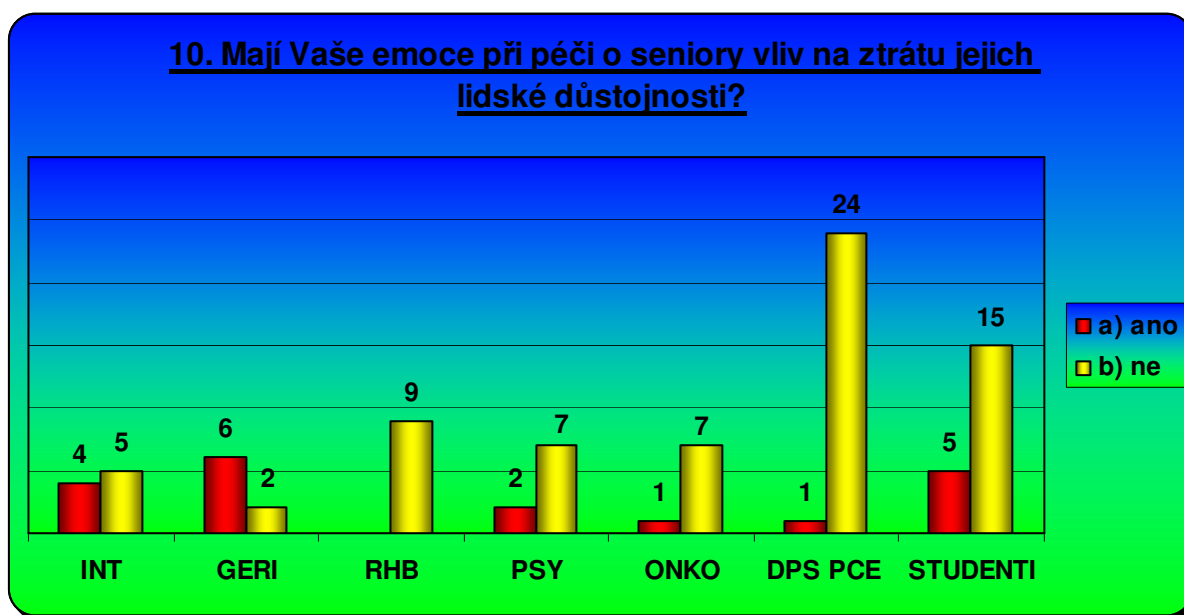
Závěr: **HYPOTÉZA 6 POTVRZENA.**

- *Hypotéza 7: Emoce pečujícího mají vliv na nedůstojnou péči.*

### 10. Mají Vaše emoce při péči o seniory vliv na ztrátu jejich lidské důstojnosti?

Tab.15 Emoce při péči o seniory

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	4	6	0	2	1	1	5	19
b	5	2	9	7	7	24	15	69



Graf 11 Názory na péči o seniory provázenou emocemi

Myslím si, že profese, kde se střetávají nehlubší hodnoty člověka, je sama o sobě vysoce emočně náročná. Emoce mohou být ve smyslu pozitivním přínosné v péči, ale ne vždy jsou senioři obklopeni láskyplnými a emočně stabilními pečujícími. Zvláště řeší-li pečující své nevyřešené problémy v profesním prostředí, tedy v přímé blízkosti klientů.

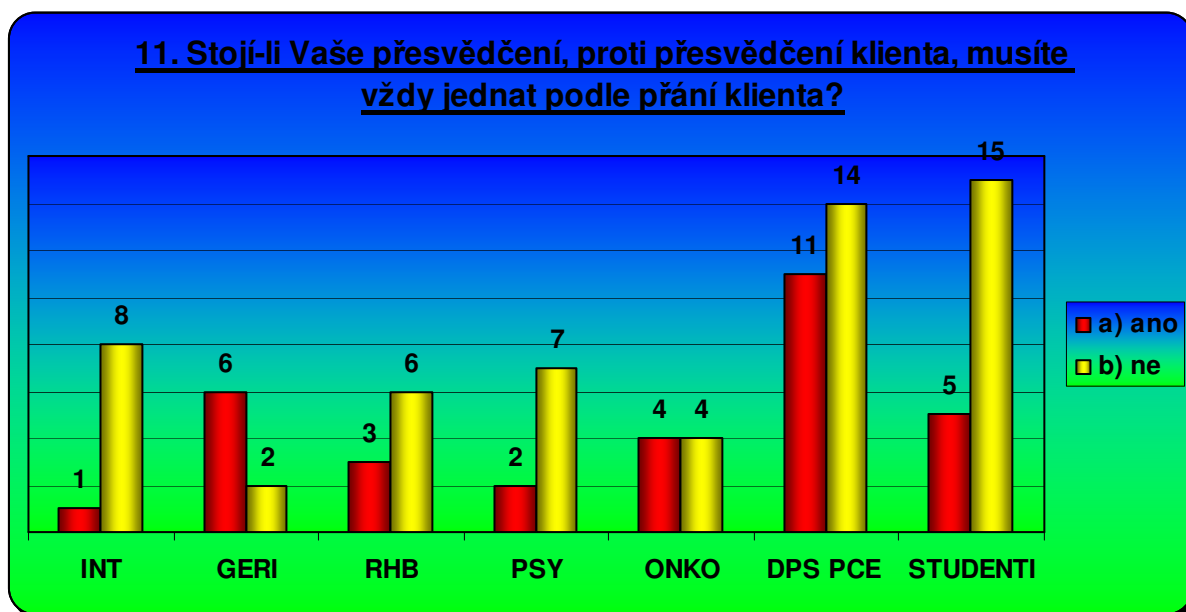
Několikrát za svou praxi jsem byla přítomna těm situacím, kdy zvláště zdravotní sestry pečovali o klienty s nadřazeností, když zrovna neměly svůj báječný den, mám na mysli, že si s sebou do směny přinesli špatnou náladu, která je provázela celou dvanáctihodinovou směnou. Řešily tak pouze problémy a útrapy své, nikoliv ty seniorů, o které v pomáhajících profesích především jde. Názory pečujících a studentů jsou vyobrazeny v tabulce 15 a grafu 11.

Závěr: **HYPOTÉZA 7 NEPOTVRZENA.**

**11. Stojí-li Vaše přesvědčení, proti přesvědčení klienta, musíte vždy jednat podle přání klienta?**

Tab. 16 Přesvědčení pečujícího v opozici proti klientovi

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	1	6	3	2	4	11	5	32
b	8	2	6	7	4	14	15	56



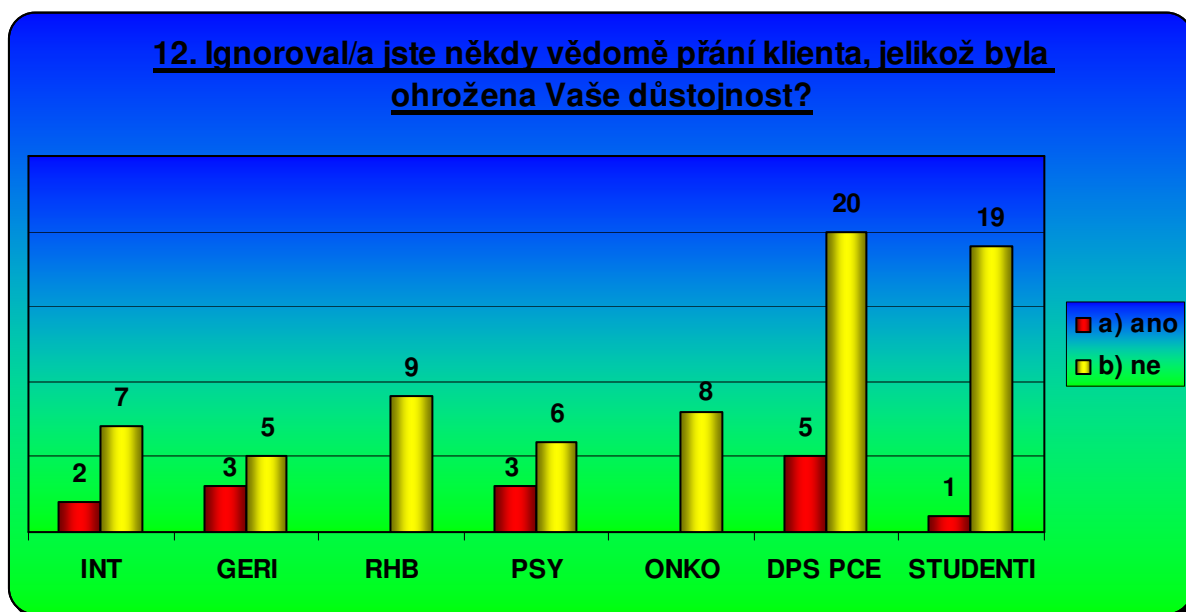
Graf 12 Přesvědčení dotazovaných

Tuto otázku není třeba blížeji komentovat, neboť tabulka 16 a graf 12 znázorňuje výpovědi pečujících za jednotlivá pracoviště. Ze dvou třetin souhlasí studenti s odpovědí 11b, tedy že nemusí vždy a za každou cenu jednat podle přání klienta.

## 12. Ignoroval/a jste někdy vědomě přání klienta, jelikož byla ohrožena Vaše důstojnost?

Tab. 17 Ignorace potřeb klientů

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	2	3	0	3		5	1	14
b	7	5	9	6	8	2	19	56



Graf 13 Ignorace přání klienta z důvodu ohrožení vlastní důstojnosti

Tabulka 17 a graf 13 nastiňují, že 56 z 88 oslovených nikdy neignorovalo přání klienta, i když byla ohrožena jejich důstojnost. Tato otázka je další, kterou je velmi obtížné hodnotit, protože se znovu rozchází se zkušenostmi z praxe. Pokládám si otázku, jak mohou být pečující vůči klientovi opravdoví, když svou důstojnost popírají či nevnímají? Kdo z pečujících neslýchával od seniorů projevy hrubosti vůči vlastní osobě? Myslím si, že mnozí mají nejméně jednu negativní zkušenost, kdy byla při péči o klienta narušena vlastní důstojnost

Například v sociální sféře je toto dosti patrné. Klientelu tvoří lidé, kteří nemají svá bydlení, tudíž jsou příjemci některé ze sociálních služeb, nejsou ale pacienti, aby jim pečující museli vždy za každou cenu vyhovět, zvláště není-li vztah mezi klientem a pečujícím rovnocenný.

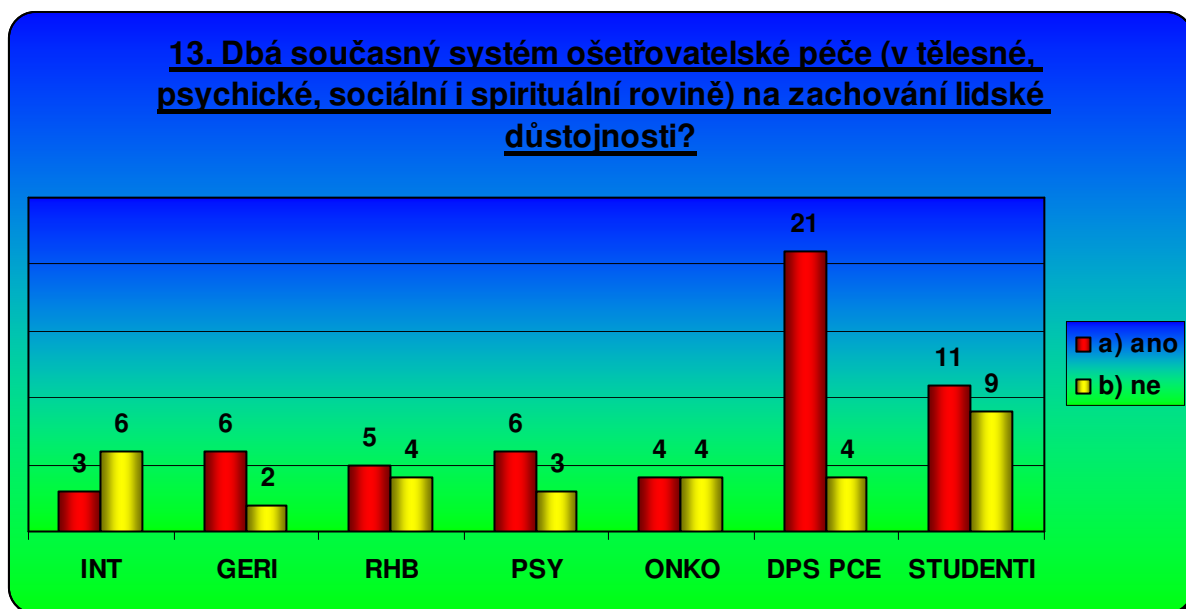
Zajímavou byla odpověď pečujících z geriatry, která uvedla, že ignorovala přání klienta, neboť to pojala jako učení soběstačnosti. Druhá respondentka téhož oddělení uvedla tuto příhodu: Klient: „Hele, podej mi ten kapesník“. Ona jako pečující ho nepodala, protože byla ohrožena její důstojnost a pacient si ho mohl podat sám, nebyl nemohoucí.

- **Hypotéza 8:** S otázkou, že současný systém ošetrovatelské péče v bio-psycho-sociální-spirituální rovině nedbá na zachování lidské důstojnosti budou v převážné většině souhlasit studenti.

**13. Dbá současný systém ošetrovatelské péče (v tělesné, psychické, sociální i spirituální rovině) na zachování lidské důstojnosti?**

Tab. 18. Současný systém ošetrovatelství

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	3	6	5	6	4	21	11	56
b	6	2	4	3	4	4	9	32



Graf 14 Názory respondentů na současný systém ošetrovatelství

Otázku výstižně komentuje tabulka 18 a graf 14.

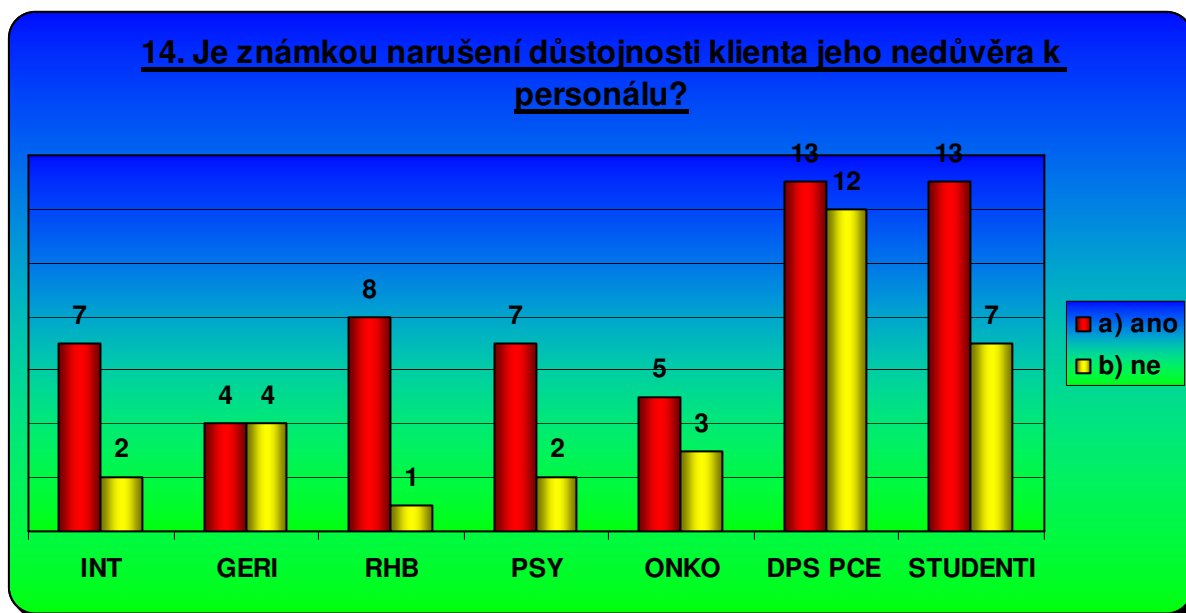
Osobně si myslím, že současný systém ústavní péče v zdravotní i sociální oblasti není právně ani eticky bezpečný. Položila jsem na praxi klientce v sociálním zařízení otázku, zda-li ji nevadí, že se denně vyprazdňuje na gramofonové židli třílůžkového pokoje sociálního, kde jsou mnohdy přítomni cizí příbuzní? Klientka odpověděla doslovně takto: „Sestřičko, co můžu jiného dělat... Jsem spokojená, musím být. Z nemocnice jsem měla naději, že půjdu domů, zde ji již nemám...“

Závěr: **HYPOTÉZA 8 NEPOTVRZENA.**

#### 14. Je známkou narušení důstojnosti klienta jeho nedůvěra k personálu?

Tab. 19 Nedůvěra k personálu

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	7	4	8	7	5	13	13	57
b	2	4	1	2	3	12	7	31



Graf 15 Odpovědi respondentů na klientovu nedůstojnost

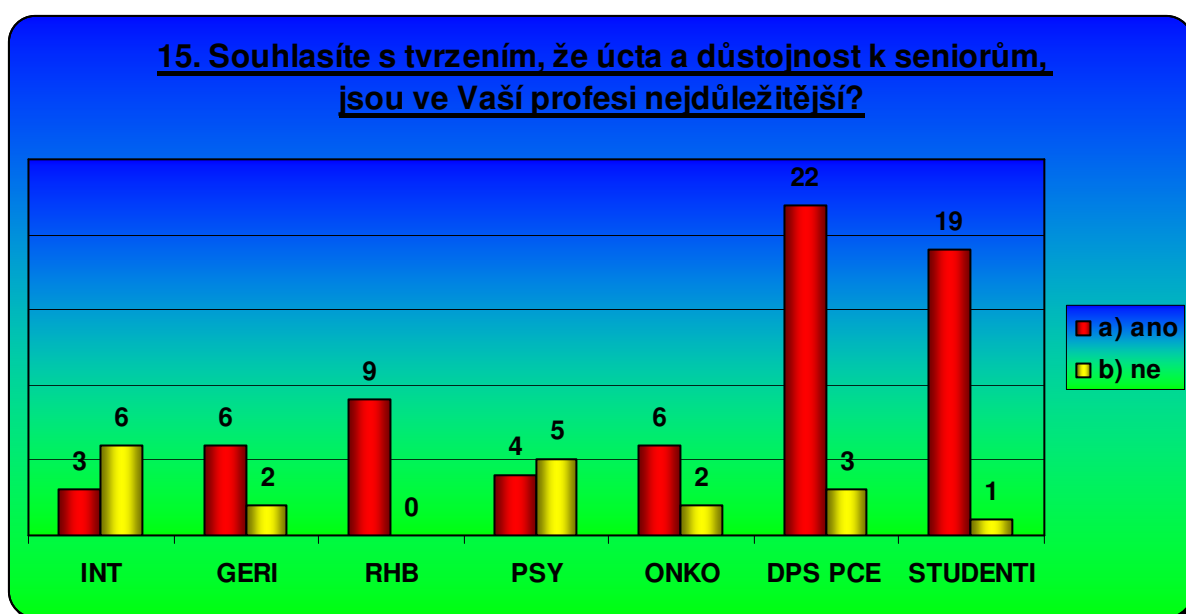
Z výsledků, které znázorňují tabulka 19 a graf. 15 je patrné, že pakliže je narušena důstojnost klienta pečujícími, tak klient k těmto zaujme nedůvěrný postoj.

- *Hypotéza 9: Více jak polovina dotazovaných bude souhlasit s tím, že úcta a důstojný přístup k seniorům jsou v jejich profesi nejdůležitější.*

**15. Souhlasíte s tvrzením, že úcta a důstojnost k seniorům, jsou ve Vaší profesi nejdůležitější?**

Tab. 20 Nejdůležitější je úcta a důstojnost

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	3	6	9	4	6	22	19	69
b	6	2	0	5	2	3	1	19



Graf 16 Úcta a důstojnost, názory pečujících na tyto hodnoty

Jak už sama tabulka 20 a graf 16 napovídá, převážná většina oslovených uvádí, že úcta a důstojnost k seniorům jsou stěžejními v jejich profesi. Mile příjemným je, že mimo jedné studentky, uvedla s tímto názorem zbylá většina studentů svůj souhlas.

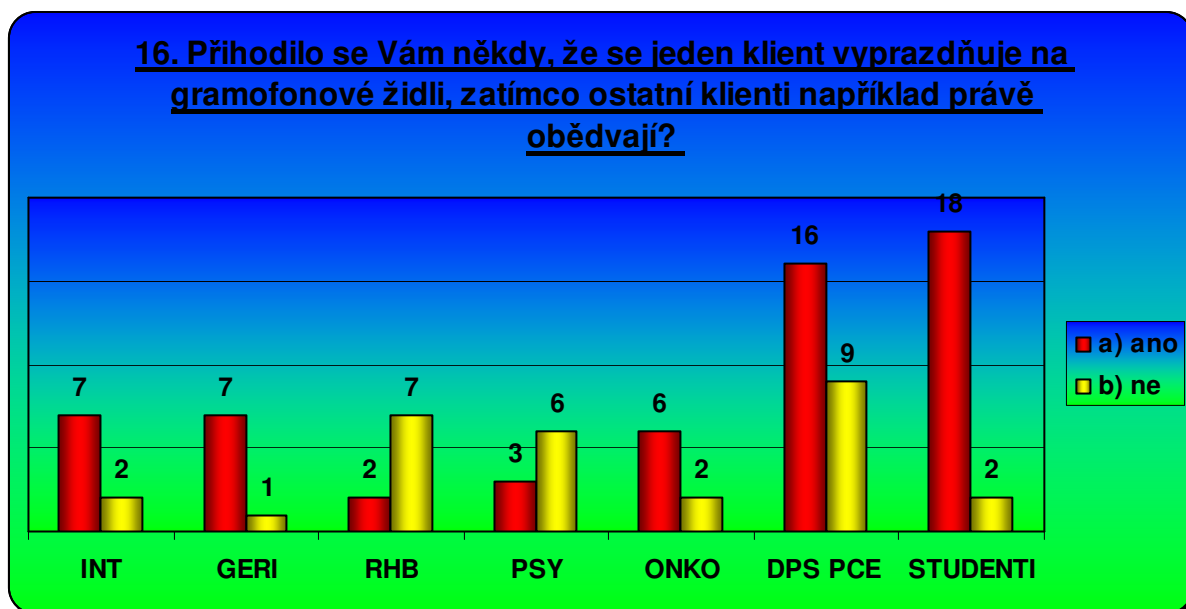
Závěr: **HYPOTÉZA 9 TÍMTO POTVRZENA.**

- *Hypotéza 10: Myslím si, že 1/2 respondentů z celkového počtu byli přítomni té situaci, kdy se klient vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti právě obědvají.*

**16. Přihodilo se Vám někdy, že se jeden klient na více lůžkovém pokoji vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti například právě obědvají?**

Tab. 21 Klient na gramofonové židli

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	7	7	2	3	6	16	18	59
b	2	1	7	6	2	9	2	29



Graf 17 Názory na intimní situaci

Tato a následující 17. otázka jsou velice zajímavě zodpovězené. Čí vizitkou je, když se jeden klient vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti například obědvají? Abych předešla zbytečným konfrontacím, tak uvedu, že je to jednak vizitkou samého klienta, který se tak mohl svobodně rozhodnout, či na druhé straně, a to častěji vizitkou pečujících, kteří pro rutinu a spěch na jejich pracovišti, nejsou schopni pokrýt individuální potřeby klientů s ohledem na jejich důstojnost.

Tabulka 21a graf 17 uvádí, že 59 oslovených se někdy setkalo s touto situací.

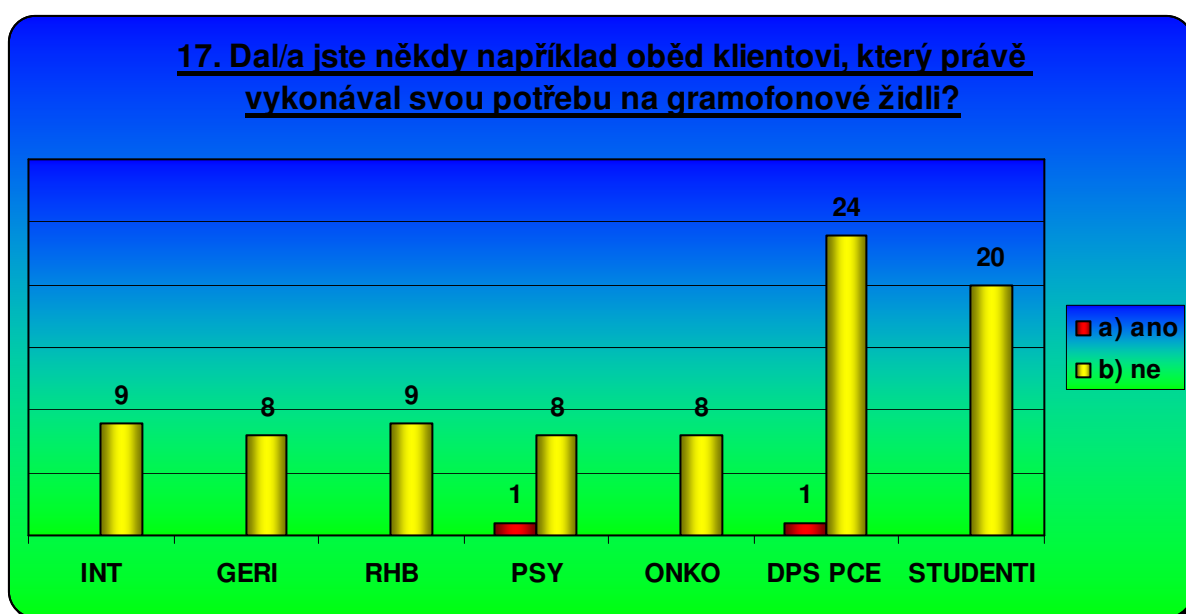
Závěr: **HYPOTÉZA 10 POTVRZENA.**

- *Hypotéza 11: Předpokládám, že nejméně 3/4 oslovených nepřizná, že dali oběd klientovi, který právě vykonával svou potřebu na gramofonové židli.*

**17. Dal/a jste někdy například oběd klientovi, který právě vykonával svou potřebu na gramofonové židli?**

Tab. 22 Pečující a jejich klienti v intimních situacích

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	0	0	0	1	0	1	0	2
b	9	8	9	8	8	24	20	86



Graf 18 Toaleta současně s obědem, názory pečujících

Tabulka 22 a graf č.18 uvádí, že 59 oslovených se někdy setkalo s touto situací, že zatímco se jeden klient vyprazdňoval na gramofonové židli, tak například druzí právě obědvali. Právě zde spatřuji významný střet těchto dvou otázek č. 16 a 17, protože zde u 17. otázky pouze dva respondenti přiznali, že dali oběd klientovi, který právě seděl na gramofonové židli. V mnou některých navštívených zařízeních, které uvádím v úvodu práce se tak dělo téměř denně. A to nemluvě o otázkách souvisejících, že během 5ti let praxe v rámci magisterského studia nikdo z pečujících v mé přítomnosti aktivně nenabídl špatně mobilnímu či imobilnímu klientovi po toaletě hygienu rukou nejen v čase oběda.

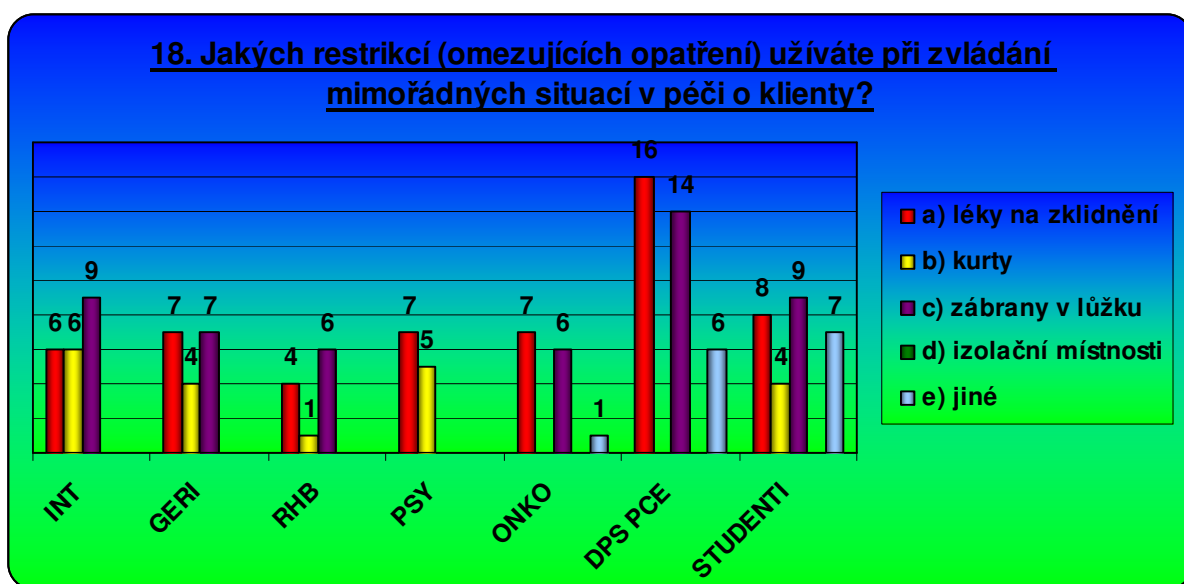
Závěr: **HYPOTÉZA 11 TÍMTO ZCELA ZŘETELNĚ OBJASNĚNA.**

- *Hypotéza 12: Při zvládnání mimořádných situací se nejčastěji užívají léky na zklidnění a na druhém místě zábrany v lůžku.*

**18. Jakých restrikcí (omezujících opatření) užíváte při zvládnání mimořádných situací v péči o klienty?**

Tab. 23 Restrikce při zvládnání mimořádných událostí

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	6	7	4	7	7	16	8	55
b	6	4	1	5	0	0	4	20
c	9	7	6	0	6	14	9	51
d	0	0	0	0	0	0	0	0
e	0	0	0	0	1	6	7	14



Graf 19 Nejčastější restrikce, které užívají pečující

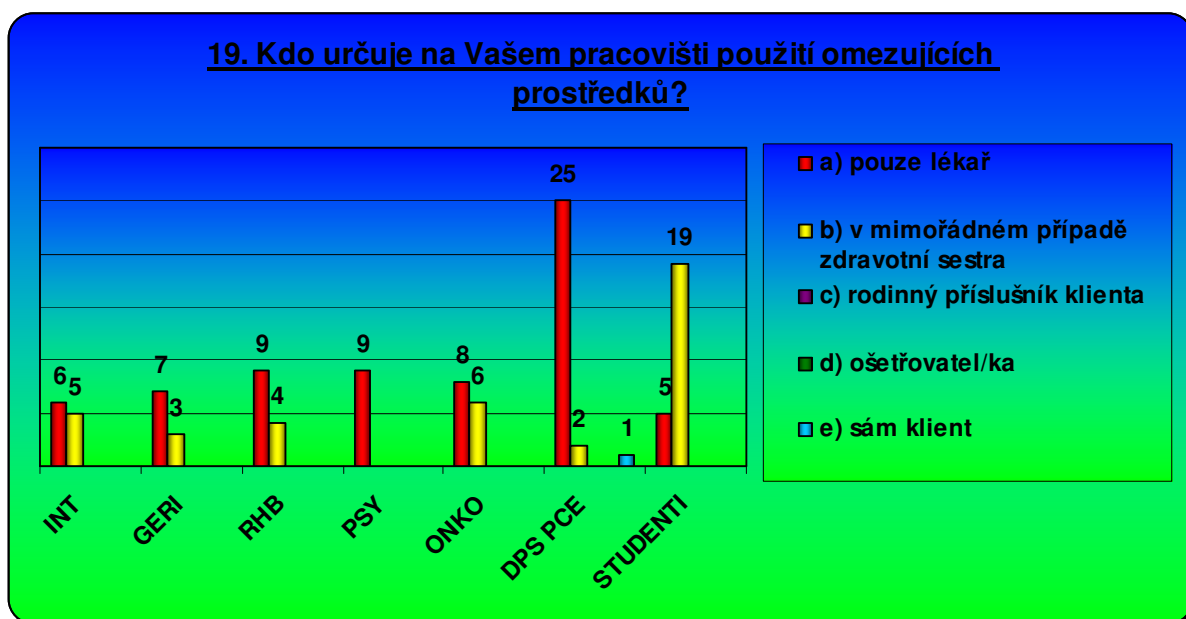
Dotazovaní u této otázky mohli zaškrtnout více možných odpovědí. Došla jsem pomocí zpracování výsledků do tabulky 23 a grafu 19 k těmto závěrům: Nejčastější restrikce jsou medikace a na druhém místě zábrany v lůžku. Tyto restrikce jsou užívány všemi zařízeními.

Závěr: **HYPOTÉZA 12 JEDNOZNAČNĚ POTVRZENA.**

## 19. Kdo určuje na Vašem pracovišti použití omezujících prostředků?

Tab. 24 Kdo určuje restrikce

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	6	7	9	9	8	25	5	69
b	5	3	4	0	6	2	19	39
c	0	0	0	0	0	0	0	0
d	0	0	0	0	0	0	0	0
e	0	0	0	0	0	1	0	1



Graf 20 Kdo je zodpovědný na pracovišti za restriktivní prostředky

Je zajímavé povšimnout si, jak u předešlé otázky č. 18 Domov pro seniory, respektive jeho pečující ve 14 případech z možných 25 uvedli, že užívají jako restrikce zábrany v lůžku. Za mé přítomnosti byly tyto zábrany poměrně s častostí využívány, což bylo pečujícími odůvodněno například tím, že jsou preventivními opatřeními např. před možným pádem klienta z lůžka

Zde u této otázky č. 19 tito pečující uvádí v převážné většině, že na jejich pracovišti indikuje tyto restrikce pouze lékař, ve dvou případech uvedli, že v mimořádném případě sestra.

Mrzí mě, a to velmi, že pouze 1 jediná odpověď profesionálních pečujících je, že s restrikcemi musí souhlasit především sám klient, za předpokladu, že nepoškozuje sebe či neohrožuje okolí sám rozhoduje o restrikcích. Tuto skutečnost je třeba si plně uvědomit.

Ostatní odpovědi znázorňuje tabulka 24 a graf 20.

**20. V jakých konkrétních případech užíváte omezující prostředky (např. zábrany v lůžku, kurty, léky ke zklidnění atp.)?**

Tato otázka nenabízela žádné odpovědi, avšak navazovala na otázku č. 19, jakých restrikcí na pracovišti užívají. Tato otázka chce zjistit, v jakých konkrétních případech se tyto restrikce užívají. Opět si dovoluji shrnout jednotlivé odpovědi respondentů, ale tentokrát do celku za všechna zařízení.

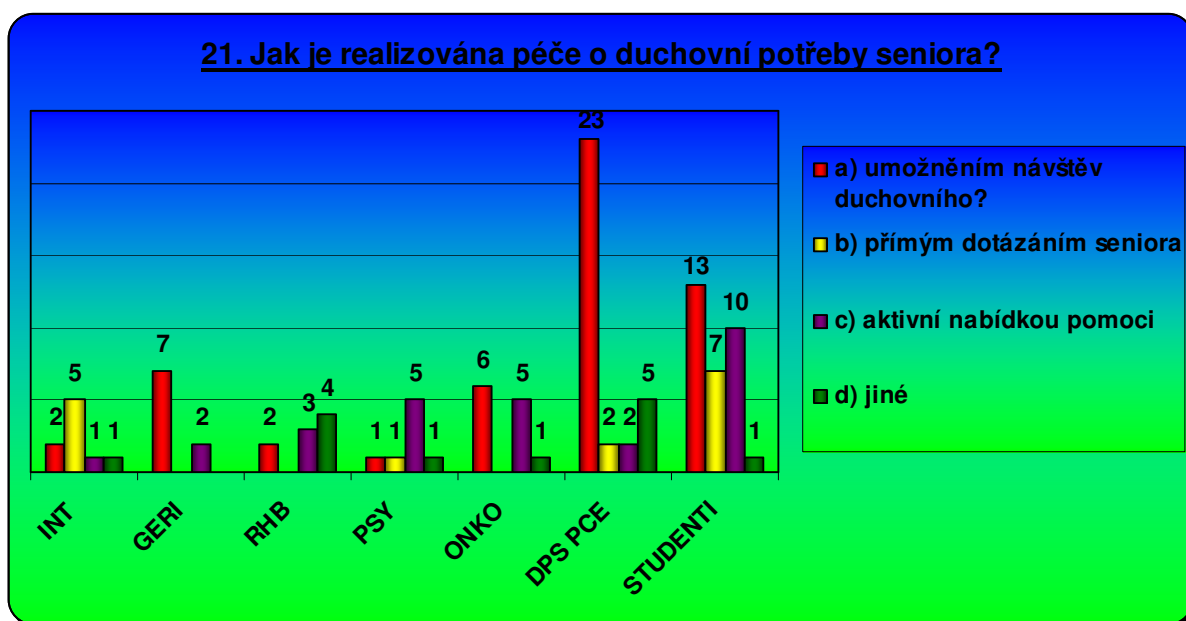
Respondenti uváděli tyto případy užití restrikcí:

„Záchvaty zmatenosti a agrese“. „Tělesný neklid“. „V případě ohrožení pacienta a zdravotníka“. „Pro bezpečnost klienta, kurty nikdy“. „Prevence pádu z lůžka“. „Sebepoškození pacienta, agrese pacienta vůči ostatním“. „Pokud je uživatel nemocný nebo po úraze, tak se užívají zábrany v lůžku“. „Léky dle ordinace lékaře“. Léky na úzkosti pacientů“. Pokud nelze neklid, agresi zvládnout jinými způsoby“. „Delirium tremens“. „Narkomani“.

## 21. Jak je realizována péče o duchovní potřeby seniora?

Tab. 25 Duchovní potřeby

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	2	7	2	1	6	23	13	54
b	5	0	0	1	0	2	7	15
c	1	2	3	5	5	2	10	28
d	1	0	4	1	1	5	1	13



Graf 21 Jak je realizována péče o duchovní potřeby

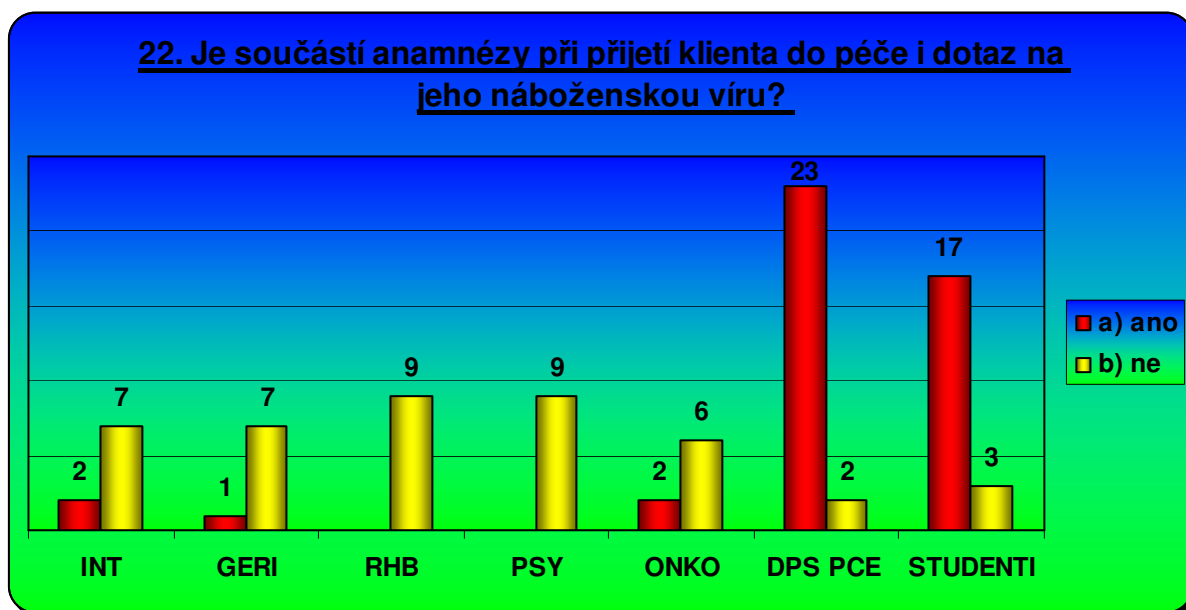
Výsledky otázky č. 21 jsou přehledně znázorněny v tabulce 25a grafu 21. Zajímavě odpovědělo DPS zařízení, kdy 23 jejich pečujících uvedlo, že péče o duchovní potřeby je realizována umožněním návštěv duchovního, odpověďmi jinými byly pravidelné návštěvy kaple.

V případě pečujících z rehabilitačního oddělení byli v názorech nejednotní. Například bylo uvedeno, že duchovní potřeby jsou zajištěny umožněním návštěv duchovního či aktivní nabídkou pomoci, ale našli se i tací, kteří uvedli možnost jiné, kde připsali, že se s tímto nesetkali, přesto, že uvedli, že v tomto zařízení pracují do 10 let. Tři odpovědi v bodě 21d uvedli, že na přání klienta. Respondentka z interního oddělení uvedla možnost 21d, kdy připsala, že péče o duchovní potřeby u nich není realizována, její praxe v zařízení je přes deset let.

## 22. Je součástí anamnézy při přijetí klienta do péče i dotaz na jeho náboženskou víru?

Tab. 26 Dotaz na náboženskou víru

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	2	1	0	0	2	23	17	45
b	7	7	9	9	6	2	3	43



Graf 22 Dotazy pečujících na náboženskou víru klienta

V tabulce 26 a grafu 22 je znázorněno, zda součástí jednotlivých pracovišť, oddělení, je při příjmu klienta dotaz i na jeho náboženskou víru. DPS zařízení má duchovní potřeby velmi dobře ošetřeny. Během praxe jsem byla nesčetněkrát přítomna, kdy měli samotní klienti na vlastní žádost, či přání zajištěnou službu duchovní.

Z grafu 22 a tabulky 26 je dosti patrné, že na psychiatrickém a rehabilitačním oddělení není součástí jejich anamnézy při přijetí klienta do péče dotaz na náboženskou víru. Názor studentů není v tomto smyslu hodnotitelný, neboť každý student vycházel z jiných zkušeností na různých pracovištích.

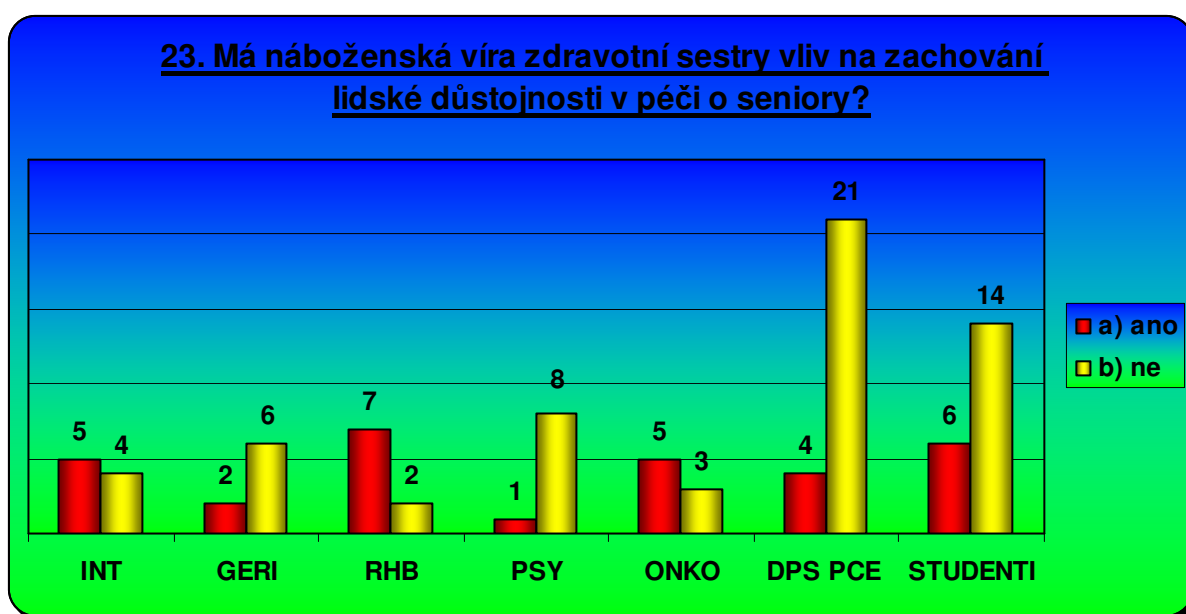
Pečující z oddělení interního, geriatrického a onkologického byli ve svých výpovědích nejednotní, což je velmi zajímavé.

- *Hypotéza 13: Předpokládám, že dotazovaní nesouhlasí s tím, že náboženská víra sestry má vliv na zachování důstojnosti v péči o seniory.*

**23. Má náboženská víra zdravotní sestry vliv na zachování lidské důstojnosti v péči o seniory?**

Tab. 27 Náboženská víra pečujících

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	5	2	7	1	5	4	6	30
b	4	6	2	8	3	21	14	58



Graf 23 Rozdílnosti v názorech na víru

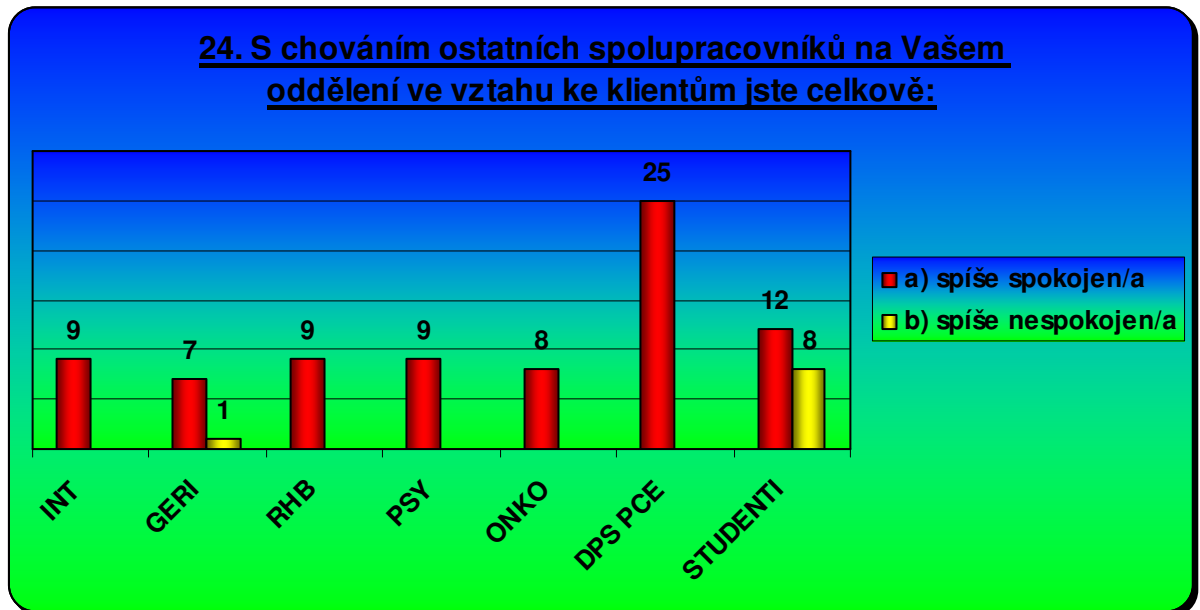
Přehledné znázornění odpovědí od respondentů uvádím v tabulce 27 a grafu 23.

Závěr: **HYPOTÉZA 13 SE POTVRDILA.**

**24. S chováním ostatních spolupracovníků na Vašem oddělení ve vztahu ke klientům jste celkově:**

Tab. 28 Mezilidské vztahy

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	9	7	9	9	8	25	12	79
b	0	1	0	0	0	0	8	9



Graf 24 Spokojenost dotazovaných se vztahy na pracovišti

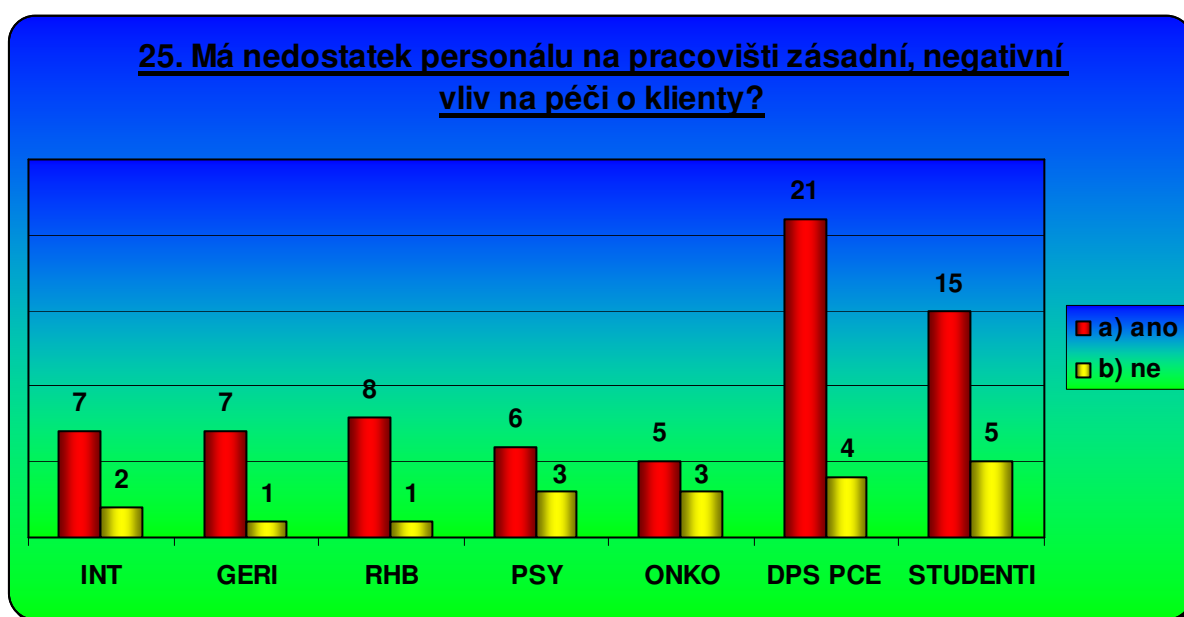
Z tabulky 27 a grafu s číslem 24 vyplývá, že téměř většina pečujících je s chováním ostatních kolegů vůči klientům na pracovišti spíše spokojena.

*Hypotéza 14: Nedostatek personálu má vliv na péči o klienty.*

**25. Má nedostatek personálu na pracovišti zásadní, negativní vliv na péči o klienty?**

Tab. 29 Nedostatek personálu

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	7	7	8	6	5	21	15	69
b	2	1	1	3	3	4	5	19



Graf 25 Nedostatek pečující mají za následek negativní dopad na péči

Nedostatek personálu má, jak vyplývá z výzkumu zásadní, negativní dopad na péči o klienty. Domnívám se, že právě tento problém je velice svazující, neboť zjištěný objev není novinkou, avšak realitou. Nejsou zdroje, nemohou být lidé. Je málo pečujících, kteří musí zastat péči o mnoho klientů, a tak se mnohdy není čemu divit, že jejich síla, energie, zápal a motivace mnohdy vyprchávají. Tímto ale nepotvrzuji, že s malým počtem personálu nejde zajistit důstojný přístup ke klientům ze strany pečujících

Každá péče je v prvním případě o lidech samých, nežli pouze o hmotných zdrojích. Výsledky znázorňuje tabulka 29 a graf 25.

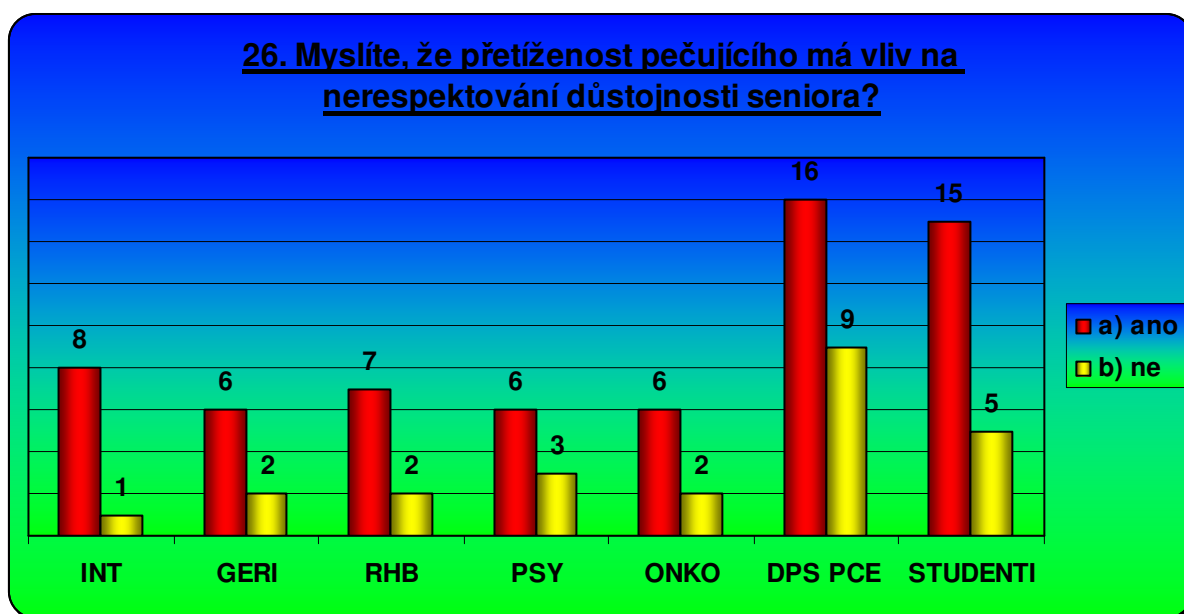
Závěr: **HYPOTÉZA 14 POTVRZENA.**

- *Hypotéza 15: Polovina dotazovaných souhlasí, že jejich přetíženost má vliv na despekt důstojnosti seniora.*

**26. Myslíte, že přetíženost pečujícího má vliv na nerespektování důstojnosti seniora?**

Tab. 30 Přetíženost pečujících

ODPOVĚDI	INT	GERI	RHB	PSY	ONKO	DPS PCE	STUDENTI	CELKEM
a	8	6	7	6	6	16	15	64
b	1	2	2	3	2	9	5	24



Graf 26 Názory pečujících a studentů na přetíženost

Výsledky uvedené tabulky 30 a grafu 26 toto jen podtrhují, neboť sami pečující uvádí v 64 případech, že přetíženost pečujícího má vliv na důstojnost seniora.

Závěr: **HYPOTÉZA 15 POTVRZENA.**

## DISKUZE

I když počet respondentů v mém dotazníkovém šetření, je relativně malý a závěry zřejmě nelze tak úplně zevšeobecnit pro použití v široké ošetrovatelské praxi, přece jen jsou výsledky velice zajímavé, zároveň alarmující.

Vzhledem k tomu, že jednotlivé otázky a hypotézy jsou podrobněji zhodnoceny přímo ve výzkumné části práce, dovolím si zde provést analýzu výsledků v rámci jednotlivých hypotéz.

Lze říci, že má práce je významná v tom ohledu že i její teoretická část byla jakýmsi výzkumem, který předcházel výzkumu kvantitativnímu.

Jako obohacující přínos této práce, považuji mnou vytvořený edukační plán na téma „Přístupy zachovávající důstojnost v péči o seniory“, který by mohl posloužit mnohým pečujícím a být tak praxí využitelný.

### Zhodnocení hypotéz:

- **Hypotéza 1:** *„Domnívám se, že povědomí o důstojné péči o seniory bude odlišné dle oddělení i zařízení“.*  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
- **Hypotéza 2:** *„Pro zachování důstojnosti klienta je nejdůležitější holistický přístup pečujících, který respektuje individualitu člověka“.*  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
- **Hypotéza 3:** *„Předpokládám, že více jak polovina dotazovaných souhlasí s tvrzením, že nejdůležitější, je myslet na důstojnost seniorů vždy při péči“.*  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
- **Hypotéza 4:** *„Zásadní příčinou ztráty důstojnosti seniora je despekt jeho autonomie“.*  
Závěr: **HYPOTÉZA NEPOTVRZENA.**
- **Hypotéza 5:** *„Vynucený odchod seniora do jakéhokoliv ústavního zařízení patří k příčinám ztráty důstojnosti“.*  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**

- **Hypotéza 6:** „*Důstojný přístup ke starým lidem lze ovlivnit výchovou*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 7:** „*Emoce pečujícího mají vliv na nedůstojnou péči*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA NEPOTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 8:** „*S otázkou, že současný systém ošetrovatelské péče v bio-psycho-sociální-spirituální rovině nedbá na zachování lidské důstojnosti budou v převážné většině souhlasit studenti*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA NEPOTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 9:** „*Více jak polovina dotazovaných bude souhlasit s tím, že úcta a důstojný přístup k seniorům jsou v jejich profesi nejdůležitější*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 10:** „*Myslím si, že 1/2 respondentů byli přítomni té situaci, kdy se klient vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti právě obědvají*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 11:** „*Předpokládám, že nejméně 3/4 oslovených nepřizná, že dali oběd klientovi, který právě vykonával svou potřebu na gramofonové židli*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 12:** „*Při zvládnutí mimořádných situací se nejčastěji užívají léky na zklidnění a na druhém místě zábrany v lůžku*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 13:** „*Předpokládám, že dotazovaní nesouhlasí s tím, že náboženská víra sestry má vliv na zachování důstojnosti v péči o seniory*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**
  
- **Hypotéza 14:** „*Nedostatek personálu má vliv na péči o klienty*“.  
Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**

- **Hypotéza 15:** „Polovina dotazovaných souhlasí, že jejich přetíženost má vliv na despekt důstojnosti seniora“.

Závěr: **HYPOTÉZA POTVRZENA.**

**Z výsledků zjištěných kvantitativním výzkumem lze shrnout tyto závěry:**

- Oslovenými bylo 87 žen a pouze 1 muž.
- Průměrný věk všech oslovených byl 31,3 let.
- V 52 případech byly pečující středoškolsky vzdělaní, 7 pečujících bylo vyučeno, dva dotazovaní měli vyšší odborné vzdělání a 25 oslovených má vysokoškolské vzdělání.
- Znalosti pečujících z různých oddělení i zařízení a studentů na pojem lidská důstojnost se liší.
- V péči o seniory je nejdůležitější holistický přístup.
- Na důstojnost seniorů se myslí vždy při péči
- Potřeba důstojnosti seniora vychází z humánnosti.
- Zásadní příčinou ztráty důstojnosti seniora, je když se s ním zachází jako s věcí..
- Důstojná péče je pro pečující hlasem srdce.
- Emoce mají vliv na nedůstojnou péči.
- Vynucený odchod seniora do jakékoli instituce znamená ztrátu jeho důstojnosti.
- Svědomí souvisí, neboť je rozumovým úsudkem se zachování lidské důstojnosti při péči o seniory.
- Pečující, který chce jednat v souladu se svým svědomím a přesvědčením může rozhodnout sám proti doporučení nadřízených autorit. Toto vychází z jeho kvalifikace.
- Důstojný přístup ke starým lidem lze ovlivnit výchovou.
- Emoce pečujících nemají vliv na ztrátu lidské důstojnosti seniorů.
- Pečující nemusí vždy jednat podle přání klienta.
- Pečující neignorují přání klientů, a to i za cenu ztráty vlastní důstojnosti..
- Současný systém ošetrovatelské péče respektuje lidskou důstojnost.
- Nedůvěra klienta k pečujícím je známkou narušení jeho důstojnosti.
- V profesi pečujících je nejdůležitější úcta a důstojnost k seniorům.
- Intimní situace vyprazdňování klienta na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti například obědvají existuje poměrně často.
- Pečující nepřiznají svůj nedůstojný přístup k seniorům, když mu dávají oběd, zatímco právě vykonává svou potřebu na gramofonové židli.

- Nejčastějšími restrikcemi ve všech oslovených zařízeních jsou na prvním místě zábrany v lůžku a těsně za nimi léky.
- Restrikce určuje lékař, v mimořádném případě sestra a klient o tomto nerozhoduje.
- Restrikce se nejčastěji užívají při neklidu klientů, dále při agresivitě a jako prevence pádů z lůžka.
- Péče o duchovní potřeby klientů je zajišťována umožněním návštěv duchovního.
- Mimo oddělení rehabilitačního a psychiatrického je součástí anamnézy na ostatních odděleních i dotaz na náboženskou víru.
- Náboženská víra zdravotní sestry nemá vliv na zachování důstojnosti v péči o seniory.
- Pečující jsou s chováním svých kolegů ke klientům na jejich pracovišti spíše spokojeni.
- Nedostatek personálu na pracovišti má zásadní, negativní vliv na péči o klienty.
- Přetíženost pečujícího má vliv na nerespektování důstojnosti seniora.

Na závěr lze říci, že pouze tři hypotézy z 25 možných nebyly potvrzeny.

## ZÁVĚR

Při čtení této práce neberte nic direktivně. Slova a věty v ní nejsou jistě novým objevem, jsou pouze mou pravdou a směrem k Vám milým čtenářům pouze nabídkou. Není třeba polemizovat o pravdivosti, ale je dobré popřemýšlet o tom, kde vidíte věci v zajímavých souvislostech a co Vás rezonuje. Je dobré pracovat na modelaci vlastních, nových postupů a přístupů v důstojné péči o křehkou skupinu obyvatel, tedy seniorů.

Problematika lidské důstojnosti v oblastech péče v ústavních zařízeních je téma svým rozsahem velmi široké. Při jakékoli snaze o komplexní uchopení jsem narážela nutně na stále nové a nové otázky. Svým multidisciplinárním rozměrem jde o oblast jistě zajímavou, ale zároveň i velmi závažnou. Dokazuje to význam působení práva ve všech oblastech lidského počínání.

Tato práce se v zásadě zabývá otázkami ošetrovatelské etiky, z hlediska jejího postavení v rámci postavení normativních systémů a dalších společenských mechanismů a vlivů. Není možné přesně a jasně popsat vše, co je pro ni určující. Snažila jsem se však zachytit jak podstatný neměnný základ ošetrovatelské etiky, tak její dynamický charakter, formování a adaptování, to vše vztažené k účelu, kterým je dobro člověka a snaha nahlížet ho v jeho holistní komplexnosti.

Nesmírné technické vymoženosti moderní doby, mohou být využity pro dobro stárnoucího a starého člověka, jen pokud budou zachovány hodnoty, na kterých nejen ošetrovatelská, ale i lékařská etika spočívá. To vše vyžaduje značné vědomé a soustředné úsilí mnoha jednotlivců žádoucím směrem.

Ošetrovatelská etika začíná a končí zdravotní sestrou, byť sestra není jediným subjektem, který se podílí na její úrovni a na jejím formování. Sestra řeší etické otázky a na základě svých osobních, konkrétních zkušeností utváří své vlastní postoje. Nároky kladené společností na sestru se samozřejmě liší podle profesního zaměření, druhu instituce či oddělení. Nemá smysl předstírat, že všechny zdravotní sestry jednají eticky ve všech situacích. Velmi často tomu tak není. Podstatné je, že existuje ideál, k němuž má etické chování sestry směřovat. Podle něj je také sestra posuzována či hodnocena samým klientem a veřejností.

Otázky etiky v ošetrovatelství spočívají v tom, zda sestra umí vidět klienta ve všech úhlech pohledu, v jeho jedinečnosti, jakým způsobem s ním komunikuje, zda respektuje jeho důstojnost a zda například promýšlí své jednání, chování či skluz do stereotypu a rutiny. Právě proto má tak velký význam odborné vzdělávání, ale i širší záběr zaměřený na obecně humánní otázky v oblasti ošetrovatelské etiky. Právě celoživotní vzdělávání, promyšlení

etických otázek, sledování literatury etického zaměření, ne pouze honba za kredity má pro pečující zásadní význam a vytváří presumpce pro správná rozhodnutí. Nicméně postoj k etickým otázkám musí sestra zaujmout sama za sebe a jednat ve shodě se svým vnitřním svědomím.

Prvořadý úkol je v oblasti dodržování etických zásad svěřen České asociaci sester, jako profesní organizaci.

Odborné vzdělávání v oblasti ošetrovatelské etiky na fakultách zdravotního či sociálního zaměření je základem formování etického chování pečujícího. Nesmírně důležité je, aby ošetrovatelskou etiku na univerzitě vedl skutečný odborník se schopností soustředit kolem sebe tým, který je schopen zaujímat interdisciplinární přístup.

Velkým pozitivem v ČR spatřuji činnost dobrovolníků v různých institucích. V zahraničí jsou tyto formy pomoci hojně rozšířené. Jsou velmi užitečné pro seniory a poskytují nedocenitelnou zkušenost a pocit naplnění těm, kdo jsou schopni tuto činnost zastávat. Naše společnost by se měla kladně stavět k těmto činnostem a umožňovat je ve všech ústavních zařízeních.

Nechtěla bych opomenout zdůraznění role a významu práva pro ošetrovatelskou etiku a její prosazování. Pečující by neměly právo vnímat jako hrozbu, ale také jako pravidla, která jim pomáhají nastolit správný z hlediska práva stav a odstraňují nejistotu.

Za žádoucí a do budoucna důležité, považuji držet krok se zahraničním vývojem ošetrovatelské etiky a inspirovat se podnětným, co již významnými osobnostmi bylo vytvořeno. Chtěla bych také upozornit na to, že jakékoliv byť dokonalé systémy nemohou nadělat nic s tím, že vše vychází od konkrétního člověka. V první řadě by každý jedinec měl nakládat se životem tak, aby jej nepoškozoval a alespoň ve smyslu antického ideálu se snažil o své zdraví. Ve vztahu k nejbližším je potom nejzákladnější povinností člověka vychovat děti a postarat se o rodiče. Vše ostatní může být též důležité, nicméně odvozené.

Domnívám se, že význam ochrany osobnosti v budoucnu bude stále sílit. Přála bych si ovšem, aby k neoprávněným zásahům do práv seniorů docházelo co nejméně. K tomu by mohlo dopomoci také důsledné uplatňování a používání všech dostupných prostředků ochrany, jako odstrašujících příkladů pro všechny další případné narušitele.

Myslím si, že cíle, které byly stanovené v úvodu práce, jsou tímto naplněny. A to i s vědomím, že téma nelze plně vyčerpat. Smyslem je, zajímat se o další jiné způsoby uvažování, být otevřený jiným názorům, způsobům a zvykům.

K tématu diplomové práce jsem našla bohatý rozsah českých i zahraničních pramenů. V českých podmínkách byly vydány v poměrně nedávné době významné publikace, jež se dotýkají velkou měrou tématu této práce.

Pro tuto práci jsem se pokusila vytvořit edukační plán na stejné téma jako je diplomová práce, který by mohl posloužit profesionálním pečujícím, kteří by jej aktivně chtěli prezentovat a uplatňovat v praxi..

Poznatky, které o jevech nedůstojné péče seniorů v práci uvádím, považuji za dosti alarmující a očekávám, že s nastíněným bude dále pracováno. Starší lidé by měli mít stejná lidská práva, jako mají ostatní členové společnosti, a to bez ohledu v jakém prostředí se právě ocitají.

Závěrem je nutné položit si otázku, jaký význam vlastně v dnešní době lidská práva a svobody mají? A to nejen v rovině obecné, ale též v podobě, jak dopadají na každého z nás.

Smyslem práce samotné bylo především se blíže seznámit s postavením základních lidských práv a svobod v demokratickém právním státě. Snahou bylo zhodnotit stav současné právní úpravy a zauvažovat nad možností poškozeného klienta domoci se svých práv.

Předkládaná práce by mohla posloužit nejen profesionálním pečovatelům o nemocné staré lidi, ale též rodinným příslušníkům, a to proto, aby si lépe uvědomili problémy, situace, s nimiž se profesionální pečující dnes a denně setkávají.

Pro práci jsem vytvořila edukační materiál se shodným názvem, jako je tato práce. Materiál by mohl posloužit všem pečujícím prostřednictvím nashromážděných informací, dat s cílem podnítit je k zamyšlení a k úvaze nad svou dosavadní péčí ke starým lidem. Cílem je, aby tito pečující získali představu o základech edukace v současných společenských podmínkách. Poznají metody výchovy a výuky v míře, která jim umožní projektovat a realizovat důstojný přístup k seniorům v jejich praxi. Autentický, vnitřně integrovaný pečující, jehož činy stojí na pevné představě o smyslu života, na jasném hodnotovém systému, dále pak vnitřně svobodná osobnost pečujícího, přiznávající totéž právo seniorům a se schopností empatie. Posílit povědomí pečujících o lidské důstojnosti v kontextu poskytování péče seniorům na úrovni zdravotní i sociální. Připravit osoby, které pečují o seniory pro přístupy zachovávající důstojnost a na druhé straně se snažit zabránit neprofesionálnímu, mnohdy neuvědomovanému chování pečujících, které důstojnost seniora snižuje. Cílem edukačních lekcí je zlepšení kvality poskytované péče a tím kvality života starších osob. Bohužel pro velký rozsah tohoto edukačního materiálu ho nemohu uvést do této práce, ale pakliže by měl někdo zájem může mě zkontaktovat na WWW: [A.Prorokova@seznam.cz](mailto:A.Prorokova@seznam.cz)

**Diplomovou práci zakončuji formulací několika výstižných tezí, které jsou konečným shrnutím podstatných myšlenek výsledné práce:**

1. Správný stav věcí či jejich náprava se odvíjí z formulování idejí či ideální představy, jak by věci správně měly být. Proto má zcela zásadní postavení morální filozofie a etika. Na tomto základě musí stát právo a ošetřovatelství, aby mohly působit žádoucím způsobem v oblastech společnosti, kde se jejich činnost očekává.
2. Ošetřovatelská etika je neoddělitelná od etiky a hodnotového systému. Etické přístupy zdravotní sestry se odvíjejí od jejího celkového hodnotového systému.
3. Ošetřovatelství je potřebné humanizovat. Převést jej z asistentského povolání na povolání kreativní, jehož prioritou budou lidské potřeby všech ošetřovaných starých lidí.
4. Současné období krize hodnot a kultur by mělo vést ke shodě o minimálních etických hodnotách. Role jednotlivců při získávání ostatních pro tuto shodu je nezastupitelná.
5. Každé společenství (např. nemocnice, domovy pro seniory, hospice, léčebny pro dlouhodobě nemocné atp.) by mělo být ovládáno duchem toho, k čemu je předurčeno, a spravovat své jednání na základě etických a spravedlivých zásad.
6. Staří lidé přirozeně pociťují jaké jednání či chování ze strany pečujících je nedůstojné či nespravedlivé a toto kritérium hodnocení by nemělo být společností opomíjeno. Je třeba připomínat orgánům i jednotlivcům odpovědnost za svěřené úkoly v oblasti zdravotnictví i sociální sféry, pokud ji sami nepociťují.
7. Ověřit skutečnost, zda jsou vůbec instituce schopny zajistit důstojnou péči seniorům.
8. Doporučit zpracování srozumitelných postupů a pokynů, které pokryjí všechny hlavní aspekty poskytování důstojné péče.
9. Problematizovat otázku člověka na všech vzdělávacích úrovních, otevírat odbornou diskusi na toto téma nejen ve specializovaných fórech, ale i mezi laickou veřejností, snažit se o celkovou změnu pohledu na humanitní podstatu ošetřovatelství u odborné zdravotnické veřejnosti a získat potřebnou váhu pro takové úvahy.
10. Kvalita života je v našich podmínkách novým pojmem v sociálním rezortu a zdravotnictví, který by měl být brán v úvahu v programových koncepcích.
11. Zásadním faktem, na který by měl být brán zřetel, je možnost starších lidí využívat výhod, které zahrnuje rodinná péče v přirozeném prostředí. Situace v ČR je poněkud paradoxní v tom, že neexistuje komplexní ucelený systém, který by se podrobněji

zabýval podporou pečujících rodin. Nedostatečná je i legislativa, která by přesně a závazně vymezovala povinnosti a pravomoci pro zajištění služeb pro seniory.

12. Optimálním teoretickým základem myšlenky lidských práv je koncepce, která přiznává existenci obecně platných norem, na druhé straně však nevytváří jejich uzavřený a vyčerpávající katalog, který by mohl být vtělen do pozitivního práva jednou provždy. Uznává nezrušitelnost rozporu mezi „je“ a „má být“, aniž ovšem samotný termín „má být“ zpochybňuje. Jakékoli institucionální zabezpečení lidských práv ani jejich zakotvení v sebestřednější teoretické koncepci nemohou být dostatečnou zárukou jejich uplatňování v pomáhající praxi. Demokracie jako forma vlády ještě sama o sobě nemusí znamenat rozvoj lidských práv a svobod.
13. Vlády České republiky by se měly zavázat, že budou práva seniorů usilovně promítat do sociální politiky tak, aby nebyla jen prázdnou a bezobsažnou deklarací bez reálného obsahu.
14. Je neustále třeba pokládat si otázku smyslu, jako základní otázku lidské existence, správnosti svého jednání a důstojného chování ke starým lidem. Franklova vůle ke smyslu by měla být opětně připomenuta a aktualizována pro současné sestry.
15. Každý jednotlivec může ovlivnit stav věcí, kterým se věnuji v této práci, v mnoha směrech, i pokud není zdravotní sestra. Třeba jen tím, že se stará o své zdraví nebo se věnuje prospěšným aktivitám v rámci občanské společnosti.

Své teze jsem se snažila podpořit i vhodným výběrem judikatury. Jistě, máme určité mezery v právní úpravě, větší problém však spatřuji v uplatňování osobnostních práv seniorů v praxi. Měla by se zlepšit informovanost starých lidí o svých právech. Získali by tak potřebné sebevědomí k uplatňování svých nejzákladnějších práv. Úcta k právům seniorů by měla jít ruku v ruce s medicínským pokrokem a zlepšováním zdravotní a ošetrovatelské péče.

Protože se toto téma může dotýkat každého z nás, snažila jsem se svou práci psát tak, ať je srozumitelná nejen profesionálům. Doufám proto, že bude nejen přínosem akademické obci, ale přispěje i k celospolečenské diskusi.

## ZJIŠTĚNÉ PROBLÉMY A MOŽNÁ DOPORUČENÍ PRO PRAXI

- ✓ Je třeba překonat a změnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonat předsudky o životě, postavení a významu starých lidí ve společnosti.
- ✓ Usilovat o to, aby masmédia, výchovné instituce, nevládní i vládní instituce zařazovaly do svých programů témata podporující překonávání stereotypních předsudků o starších lidech
- ✓ Přítomnost seniorů v rodině, v sousedství a ve všech formách společenského života, je stále nenahraditelnou lekcí humanity.
- ✓ Mladá generace musí přijmout princip nediskriminace a solidarity a uznat, že starší lidé přinášejí do života celé společnosti nezastupitelné kvality. Nutné jej zdůrazňovat pohled na stárnutí a stáří jako na přirozený proces, jako na symbol zkušenosti a moudrosti.
- ✓ Důležité je poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě ve společnosti a jejím rozvoji. Zároveň se však samotní senioři musí naučit využívat všech nabízených možností k dosažení bezpečného stárnutí a k plnému a rovnoprávnému zapojení.
- ✓ Odstraňovat příčiny nepřijatelného omezování základních práv a svobod z důvodu věku.
- ✓ Dbát a zvyšovat úroveň právního vědomí a etických přístupů v oblasti rovného zacházení se seniory
- ✓ Využívat poznatky z oblasti lidských práv k odstraňování případného nedůstojného chování profesionálních pečujících vůči seniorům.
- ✓ Podporovat vznik a rozšiřování právních, etických, psychologických, sociálních, zdravotních a jiných odborných materiálů proti nepřijatelnému omezování práv a svobod starých lidí.
- ✓ Podporovat výzkum, projekty a monitoring takových jevů, jako je špatné zacházení se starými lidmi
- ✓ Zajistit, aby studenti oborů zahrnujících péči o člověka byli dostatečně vyškoleni ve znalostech a dovednostech v důležitých okruzích péče o seniory.
- ✓ Podporovat zapojení mladých lidí do poskytování služeb a péče seniorům, do činností pro seniory, do dobrovolných aktivit, dobrovolnické služby a tím podporovat mezigenerační vazby.
- ✓ Možnost žít v přirozeném sociálním prostředí je předpokladem pro udržení, popřípadě i rozvoj společenského postavení seniorů. Rodina jako základní článek společnosti vytváří bezpečný a důstojný prostor pro život seniorů, pomáhá těmto starým lidem

udržet si autonomii, samostatnost, je prostorem mezigenerační solidarity a brání jejich sociální separaci.

- ✓ Soustavně vytvářet a zlepšovat důstojné podmínky pro život starých lidí a podporovat veškeré aktivity, které směřují ke zlepšení mezigeneračních vztahů.
- ✓ Rozvíjet systémy zdravotní a sociální péče tak, aby se dokázaly vyrovnat s demografickou situací.
- ✓ Systematicky řešit péči o chronicky nemocné, ošetřovatelsky náročné, podporovat rozvoj a kompetence kvalifikovaného ošetřovatelství a rehabilitace seniorů včetně rozšiřování služeb domácí péče.
- ✓ Podporovat rozvoj hospicové lůžkové i domácí péče.
- ✓ Zvyšovat informovanost občanů v oblasti péče o zdraví a prevence nepříznivým důsledkům nemocí, zdůrazňovat spoluodpovědnost každého seniora za svůj zdravotní stav.
- ✓ Podporovat vznik standardů zdravotní a sociální péče o seniory.
- ✓ Nárůst počtu starých lidí a rostoucí potřeba sociální péče a sociálních služeb musí vést k rozvoji takových systémů, aby reflektovaly různorodost sociální situace starých lidí a minimalizovaly riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.
- ✓ Vytvořit takový systém komplexních sociálních služeb, dotýkající se všech oblastí života a respektující práva a individuální potřeby seniorů.
- ✓ Nový systém musí umožnit seniorům setrvat v jejich přirozeném domácím prostředí co možná nejdéle, zároveň podpoří udržení jejich autonomie a důstojného prožití této fáze života a současně zajistí pomoc rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory.
- ✓ Podpořit změnu modelu péče o závislé, nesoběstačné seniory z převážně zdravotní péče na sociální. Odstranit funkční systém péče a převést jej na týmové ošetřovatelství či case management.
- ✓ Vytváření takových pracovních míst, kde je jasně definována role, přesně vymezena kompetence a odpovědnost za poskytovanou péči.
- ✓ V rámci kvalifikačních požadavků na pomáhající pracovníky zakotvit požadavek jejich celoživotního vzdělávání.
- ✓ Zajištění dostatečného množství středního zdravotnického personálu, aby nebyly sestry zbytečně přetěžovány. Zvýšení počtu ošetřovatelského personálu umožní sestrám věnovat více času svým klientům a omezit činnosti, které jsou v kompetenci ošetřovatelek.
- ✓ Míra spokojenosti s prací je do značné míry přímo úměrná uznání, kterého se dostane tomu, kdo pracuje. Proto je nezbytné motivující finanční a jiné ohodnocení pečujících , lze ohodnocovat individuální i týmové úspěchy.

- ✓ K pravidelné korekci profesionálního chování a prevenci syndromu vyhoření slouží velmi dobře supervize jako systematická pomoc při řešení profesionálních dilemat, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému.
- ✓ Vyhořelým pracovníkům poskytnout dostatečný čas na dostatečný odpočinek.

Možností a návrhů změn by mohla být celá řada, protože za každých podmínek je stále co zlepšovat. V současné a dovolím si říci kritické situaci jsou však výše zmíněné návrhy jen částí z těch základních, které je nutno bezpodmínečně a co nejdříve prosadit, jinak se situace nejenže neobrátil k lepšímu, ale každý zadržovaný a neuskutečněný krok kupředu v této oblasti je zároveň krokem zpět, který stále víc a víc brzdí možný rozvoj oboru a demotivuje skupinu pečujících, kteří se v současné komplikované situaci stále snaží principy a postupy důstojné péče prosazovat.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### BIBLIOGRAFICKÉ CITACE

1. BALTES, P.B.; LACKMAN, M.E. Psychological aging in lifespan perspective. In RUTTER, M.; HAY, D. *Development through life*. Oxford: Blackwell Science, 1994, p. 583 – 606.
2. BASTABLE, S. B. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Toronto: Jones and Bartlett Publishers, 2003. ISBN 0-7637-1441-0.
3. BAŠTECKÁ, B. ; GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-550-4.
4. BAUDIŠ, P.; LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.
5. BIRNBACHER, D. Ambiguities in the Concept of Menschenwürde. In BAYERTZ, K. *Sanctity of Life and Human Dignity*. Kluwer academic Publisher, Dordrecht, Boston, London, 1996.
6. DRAKE, B.; DRAKE, E. *Ethical and Legal Aspects of Managing Corporate Cultures*. California Management Review, 30:2, 1988, p. 107-123.
7. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-134-7.
8. DRUCKER, P. F. *Výzvy managementu pro 21. století*. 1.vyd. Praha: Management Press, 2000. ISBN 80-7261-021-X.
9. FARSKÝ, I.; ŽIAKOVÁ, K.; ONDREJKA, I. Determinanty kvality života v senu. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005. s. 292-295. ISBN 80-88866-32-4.
10. FLAHERTY, M. J. Ethical Decision Making in an Interdisciplinary Setting. In SWARD, K. *Ethics Nursing Practice and Education*. Kansas City, MO: American Nurse's Association, 1980, p. 3.
11. FILIP, J. *Vybrané kapitoly ke studiu ústavního práva*. 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. s. 458. ISBN 80-210-2592-1.
12. FILIP, J.; SVATONĚ, J.; ZIMEK, J. *Základy státovědy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN: 80-210-3023-2.
13. FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-4-X.
14. GROHAR-MURRAY, M. E.; DiCROCE, H. R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0267-3.
15. HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: Tělesně zakotvené prožívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-107-7.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
19. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 10*. manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
20. HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985.

21. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
22. HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
23. HENNEZEL, M. *Smrt zblízka – umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8.
24. HENRIKSEN, J.O.; VETLESEN, A.J. *Blízké a vzdálené. Etické teorie a principy práce s lidmi*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2000. ISBN 80-85834-85-5.
25. HEŘMANOVÁ, J.; ZVONÍČKOVÁ, M. Zajištění bezpečnosti nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1, č. 4, s.167-170.
26. HORNEYOVÁ, K. *Neuróza a lidský růst*. 1. vyd. Praha: Triton; Pragma, 2000. ISBN 80-7205-715-4.
27. CHARVÁTOVÁ, P.; JURÁSKOVÁ, D. Pád pacienta jako indikátor kvality péče. *Lékařské listy*, 2004, roč. 53, č. 41, s.21-25.
28. CHRISTY, TE. *Leadership in Nursing*. Research on the profession of Nursing. New York: Springer Publishing, 1987, 8:230.
29. IVANOVÁ, K. Péče o zdraví seniorů v etických a právních normách. In IVANOVÁ, K.; KRÁLOVÁ, J. *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví a nemoci*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0696-9.
30. IVANOVÁ, K.; JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 1. vyd. Olomouc: LF UP, 2005. ISBN 80-244-0992-5.
31. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton. 2003. ISBN 80-7254-329-6.
32. JIRÁK, R.; KOUKOLNÍK, F. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-268-4.
33. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6.
34. KALVACH, Z. a kol. *Respektování lidské důstojnosti : příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů* Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
35. KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi., Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
36. KNAP, K.; ŠVESTKA, J.; JEHLIČKA, O.; et al. *Ochrana osobnosti podle občanského práva*. 4. vyd. Praha: Linde, 2004. ISBN 80-7201-484-6.
37. KOLEKTIV AUTORŮ. *Ottův slovník naučný : ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí*. 8. díl. Praha: Paseka, 1997. ISBN 80-7185-105-1.
38. KOLEKTIV AUTORŮ. *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích*. 2, cff. Vyd.1. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-4-X.
39. KOMÍNKOVÁ, H. Právo na důstojné umírání. *Sestra* 2002, roč. 12, č. 1, s.20-21.
40. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese. Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-492-X.
41. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
42. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. ISBN 80-85495-33-3.
43. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
44. LADD, J. The task of ethics. In REICH, WT. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, 1978. p. 400-407.

45. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1151-6.
46. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-277-9.
47. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
48. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky II. Aktuální etická problematika některých lékařských oborů*. Brno: Vydavatelství MU, 2000. ISBN 80-210-2416-X.
49. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy z lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Vydavatelství MU, 2000. ISBN 80-210-2417-8.
50. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005. ISBN 80-247-1024-2.
51. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
52. MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0650-4.
53. NIES, MA.; McEWEN, M. *Communityhealth nursing*. Philadelphia: Saunders Company, 2001. ISBN 0-7216-9161-7.
54. O'CONNOR, M.; ARANDA, S. et al. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.
55. PACOVSKÝ, P. *Člověk a čas. Time management IV. generace*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1701-8.
56. PECK, M. SCOTT. *Dále nevyšlapanou cestou*. Praha: Votobia, 1994. ISBN 80-85885-12-3.
57. PECK, M. SCOTT. *Nevyšlapaná cesta nekončí*. Praha: Argo, 2001. ISBN 80-85885-12-3.
58. PERA, HEINRICH et al. *Nemocným na blízku*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.
59. PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
60. PREKOP, J. *Empatie: Vcítění v každodenním životě*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 80-247-0672-5.
61. RABUŠIC, L. *Česká společnost a senioři*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-210-1729-5.
62. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
63. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5.
64. RICHARDSONOVÁ, CH. *Tajemství kvalitního života*. 1. vyd. Praha : Euromedia Group, 2003. 256s. ISBN 80-249-0284-2.
65. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.
66. ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-547-4.
67. ROTTER, H. *Důstojnost lidského života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-302-7.
68. SCHACHTER, O. Human dignity as a normative concept. *American Journal of International law*, 1983, no. 77, p. 848 – 854.

69. SCHANK, M.; WEIS, D. *A Study of Values of Baccalaureate Nursing Students and Graduate Nurses from a Secular and a Nonsecular Program*. J. Profess Nurs., 5:1, 1989, p. 17-22.
70. SHELS, W. *Lidské tváře a jejich tajemství*. 1.vyd. Brno: Barrister & Principal, 1998. ISBN 85947-33-1.
71. SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.
72. SCHMITZ-SCHERZER, R. Thanatologie. In: JENSEN, B. et al. *Spezielle Gerontologie*. Weinheim: Juventa, 1999, p. 383 – 396.
73. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. et al. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5.
74. SOKOL, J. *Člověk a náboženství: Proměny vztahu člověka k posvátnému*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-886-4.
75. STOLÍN, M. Týrání a zneužívání seniorů. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. *Ročníková práce*: 2003.
76. STORIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN 80-7192-500-4.
77. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN 978-80-902049-2-9.
78. SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: ECCE HOMO, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
79. STUART – HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
80. ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1 vyd. Praha: Advent – orion s. r. o., 2003. ISBN 80-7172-841-1.
81. ŠKRLA, P. *Především neublížit*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.
82. ŠPATENKOVÁ, N. *Sociologie očima seniorů a senioři očima sociologie*. Péče o seniory. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004.
83. TELEC, I. Rozum a cit. *Právní rozhledy*, 2003, č. 7, s. 317–322.
84. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus – Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti a Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
85. TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pro pečovatele*. 2.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti a Ústav lékařské etiky 3. LF UK, 2002. ISBN 80-238-8541-3.
86. TOURNIER, P. *Osoba a osobnost*. Praha: Návrat domů, 1998, ISBN: 80-85495-78-3.
87. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
88. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
89. WORKMAN, B. A.; BENNET, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. ISBN 80-247-1714-X.
90. ZVONÍČKOVÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; HEŘMANOVÁ, J. Pomoc nemocnému při ochraně před nebezpečím z okolí a pomoc ostatním v ochraně před nebezpečím pocházejícím od nemocného (úrazy, násilím, nákazami) podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1, č. 4, s.187-188.

## ELEKTRONICKÉ ZDROJE

1. Aktuální otázky ochrany lidských práv v České republice: Školení pro pracovníky a dobrovolníky neziskových organizací. Praha: Český helsinský výbor, 2002. 98 s.  
Dostupný z WWW: <<http://www.helcom.cz/index.php?p=2&rid=11&cid=77>>
2. Etický kodex "Práva pacientů". [online]. [cit. 2006-03-16]. Dostupné na  
Dostupný z WWW:  
<<http://www.cestadomu.cz/res/data/005/000660.rtf?seek=1107644302>>
3. Filozofiesebezpoznavani.cz: [online]. Akademie sebezpoznavani [cit. 2006-17-7].  
Dostupný z WWW: <<http://www.filozofiesebezpoznavani.cz/akademie.htm>>
4. PACNER, V. *Praktická etika*. [cit. 12.10.2005].  
Dostupný z WWW: <<http://www.phil.muni.cz/fil/etika/texty/studenti/pacner3.html>>
5. RABUŠIČ, L. Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva? [online].  
Praha: VÚPSV, 2002.  
Dostupný z WWW: <[http://www.vupsv.cz/Starnuti\\_populace.pdf](http://www.vupsv.cz/Starnuti_populace.pdf)>
6. ŘÍČAN, P. *Kdo chce pomáhat druhým, měl by rozumět sám sobě*. [online]. i DNES. [cit. 27. dubna 2006].  
Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=429>>
7. RYBOVÁ, Z. Eutanázie – nejčastější otázky a odpovědi. [cit. 26.1.2006].  
Dostupný z WWW: <<http://prolife.cz/eutanazie/?id=623&search=dystanazie>>
8. VYLITOVÁ, L. Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. [20.3.2006].  
Dostupný z WWW:  
<<http://www.umirani.cz/res/data/004/000486.doc?seek=1122893787>>
9. SLÁMA, Ondřej. Koncepce paliativní péče v ČR. [online]. 12. 5. 2005 [cit. 2006-04-02]. Dostupné na  
WWW: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/006/000760.ppt?seek=1108490030>>
10. SVATOŠOVÁ, M. Neinvazivita není neodbornost. Lékařské listy, příloha  
Zdravotnických novin č. 26, ročník XLIX.  
Dostupný z WWW: <<http://hospice.cz/dokumenty/neinvazivita.rtf>>
11. SVATOŠOVÁ, Marie. Šance na větší kompetence pro hospicové sestry. [online]. 29. 5. 2005 [cit. 2006-04-20].  
Dostupné na WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=396>>

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha A** Dotazník zaměřený na problematiku „Přístupy zachovávající důstojnost při péči o seniory“

## PŘÍLOHA A

### Dotazník pro pečující, zaměřený na „PŘÍSTUPY ZACHOVÁVAJÍCÍ DŮSTOJNOST PŘI PÉČI O SENIORY“

#### Vážení,

Jmenuji se Adriana Proroková a jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech, Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Prosím Vás tímto o pečlivé vyplnění dotazníku, na základě kterého budu zpracovávat data pro svou diplomovou práci. Z nabízených možností pod otázkou zaškrtněte  tu nebo ty varianty, která/é se během Vaší praxe v souvislosti s danou problematikou vyskytuje/í nejčastěji. Veškeré informace, které mi prostřednictvím tohoto dotazníku poskytnete, budou zcela anonymní a budou použity jen pro potřeby mé diplomové práce.

V případě vyplňování dotazníku studenty, prosím, aby vycházeli ze zkušeností jejich praxe v ústavních zařízeních.

---

#### **Co si představíte pod pojmem lidská důstojnost?**

.....  
.....

#### **1. Co je z Vašeho pohledu nejvíce důležité pro zachování důstojnosti klienta?**

*Zaškrtněte pouze jednu z možných variant.*

- a)  respektovat individuální zvyky a hodnoty seniora
- b)  intimita při ošetřovatelských procedurách
- c)  podpora a zachování autonomie u každého klienta
- d)  klienta oslovovat jeho příjmením (pokud má titul, tak i s titulem)
- e)  holistický přístup v péči, který respektuje individualitu klienta

#### **2. Kdy je nejdůležitější myslet na důstojnost seniorů?**

*Zaškrtněte pouze jednu z možných variant.*

- a)  v těžké nemoci
- b)  při bolesti
- c)  vždy při péči
- d)  hlavně při umírání

#### **3. Proč je pro seniory nutná potřeba důstojnosti při péči?**

- a)  je to ve standardech
- b)  zakotveno v dokumentech zabývajících se ochranou seniorů
- c)  pro jejich psychickou pohodu
- d)  je to více než humánní

**4. Jaká je dle Vašeho názoru zásadní příčina ztráty důstojnosti seniora?**

*Vyberte pouze jednu položku.*

- a)  nerespektování autonomie (vše děláme za klienta, aniž by to bylo nutné)
- b)  jakékoliv projevy verbální, či fyzické hrubosti
- c)  nezajištění intimity při ošetrovatelské intervenci
- d)  neúcta k umírání a smrti klienta
- e)  zacházení s klienty jako s věcmi

**5. Důstojná péče o seniory je hlasem Vašeho:**

- a)  rozumu
- b)  boha
- c)  srdce

*Stručně uveďte, proč jste zaškrtnli dané políčko.*

.....  
.....

**6. Může vynucený odchod seniora do jakéhokoliv ústavního zařízení patřit k příčinám ztráty důstojnosti?**

- a)  ano
- b)  ne

**7. Souvisí otázka našeho svědomí se zachováním lidské důstojnosti?**

- a)  ano
- b)  ne

**8. Může pečující, který chce jednat v souladu se svým svědomím a přesvědčením rozhodnout sám, proti doporučení nadřízených autorit, chtějících obecně dobro seniora?**

- a)  ano
- b)  ne

**9. Lze důstojný přístup ke starým lidem vychovat?**

- a)  ano
- b)  ne

**10. Mají Vaše emoce při péči o seniory vliv na ztrátu jejich lidské důstojnosti?**

- a)  ano
- b)  ne

**11. Stojí-li Vaše přesvědčení, proti přesvědčení klienta, musíte vždy jednat podle přání klienta?**

- a)  ano
- b)  ne

**12. Ignoroval/a jste někdy vědomě přání klienta, jelikož byla ohrožena Vaše důstojnost?**

a)  ano

b)  ne

*Pokud odpovíte ano, uveďte příklad z praxe.*

.....

**13. Dbá současný systém ošetrovatelské péče (v tělesné, psychické, sociální i spirituální rovině) na zachování lidské důstojnosti?**

a)  ano

b)  ne

**14. Je známkou narušení důstojnosti klienta jeho nedůvěra k personálu?**

a)  ano

b)  ne

**15. Souhlasíte s tvrzením, že úcta a důstojnost k seniorům, jsou ve Vaší profesi nejdůležitější?**

a)  ano

b)  ne

**16. Přihodilo se Vám někdy, že se jeden klient na více lůžkovém pokoji vyprazdňuje na gramofonové židli, zatímco ostatní klienti například právě obědvají?**

a)  ano

b)  ne

**17. Dal/a jste někdy například oběd klientovi, který právě vykonával svou potřebu na gramofonové židli?**

a)  ano

b)  ne

**18. Jakých restrikcí (omezujících opatření) užíváte při zvládnání mimořádných situací v péči o klienty?**

a)  léky na zklidnění

b)  kurty

c)  zábrany v lůžku

d)  izolační místnosti

e)  jiné.....

**19. Kdo určuje na Vašem pracovišti použití omezujících prostředků?**

- a)  pouze lékař
- b)  v mimořádném případě zdravotní sestra
- c)  rodinný příslušník klienta
- d)  ošetřovatel/ka
- e)  sám klient

**20. V jakých konkrétních případech užíváte omezující prostředky (např. zábrany v lůžku, kurty, léky ke zklidnění atp.)?**

.....  
.....

**21. Jak je realizována péče o duchovní potřeby seniora?**

- a)  umožněním návštěv duchovního?
- b)  přímým dotázaním seniora
- c)  aktivní nabídkou pomoci
- d)  jiné.....

**22. Je součástí anamnézy při přijetí klienta do péče i dotaz na jeho náboženskou víru?**

- a)  ano
- b)  ne

**23. Má náboženská víra zdravotní sestry vliv na zachování lidské důstojnosti v péči o seniory?**

- a)  ano
- b)  ne

**24. S chováním ostatních spolupracovníků na Vašem oddělení ve vztahu ke klientům jste celkově:**

- a)  spíše spokojen/a
- b)  spíše nespokojen/a

**25. Má nedostatek personálu na pracovišti zásadní, negativní vliv na péči o klienty?**

- a)  ano
- b)  ne

**26. Myslíte, že přetíženost pečujícího má vliv na nerespektování důstojnosti seniora?**

- a)  ano
- b)  ne

**Délka Vaší praxe v současném zařízení ?**

- a)  do 5 let  
b)  do 10 let  
c)  více než 10 let (uved'te).....

**Pohlaví:**

- a)  žena b)  muž

**Váš věk:** .....

**Název Vašeho zařízení:**.....

**Váš obor, zaměření:**.....

**Vaše dosažené vzdělání?**

- a)  vyučen/a b)  středoškolské c)  vysokoškolské d)  jiné

Díky Vám všem, kteří jste mi zodpověděli na dotazované otázky, které pro mě budou cennou zkušeností. Jen společnými silami můžeme v této problematice něco změnit.

Máte nějaký nápad, či návrh na zlepšení? Budu ráda za každou Vaši myšlenku, kterou mi můžete zasílat na mou e-mailovou adresu. [A.Prorokova@seznam.cz](mailto:A.Prorokova@seznam.cz)