

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lucie Temrová

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Etika v ošetrovatelské péči o seniory

Lucie Temrová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Temrová**
Osobní číslo: **Z11179**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Etika v ošetřovatelské péči o seniory**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

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

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. GOLDMANN, Radoslav a Martina Cichá. Etika zdravotní a sociální práce. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
3. KALVACH, Zdeněk et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
4. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2067-2.
5. MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.


Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Králová

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Čermáková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2014

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o využití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 3. 2014

Lucie Temrová

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Králové za cenné podněty, připomínky a rady při vypracování bakalářské práce a Mgr. Haně Ochtinské za konzultace k bakalářské práci. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi byli nápomocni při empirickém šetření. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za podporu.

ANOTACE

Práce se zabývá etikou v ošetrovatelské péči o seniory. K přiblížení tématu je první, teoretická část, věnována základním pojmům bakalářské práce, vývojem etiky a péče o seniory. Ve druhé části se předložená práce zabývá zpracováním výsledků ze samotného empirického šetření. K šetření byla použita výzkumná metoda pozorování a dotazníku.

KLÍČOVÁ SLOVA

etika, morálka, důstojnost, autonomie, právo, ošetrovatelství, senior

ANNOTATION

This work deals with ethics in nursing care for the elderly. To approach the topic is the first, theoretical part, which deals with basic concepts of the thesis, the development of ethics and care for the elderly. In the second part this thesis deals with the processing of the results of an empirical investigation itself. As the survey research method was used observation and questionnaire.

KEYWORDS

ethics, morality, dignity, autonomy, law, nursing, senior

OBSAH

| | |
|--|----|
| OBSAH | 8 |
| Seznam ilustrací a tabulek..... | 9 |
| Seznam zkratk a značek | 10 |
| Úvod | 10 |
| Cíl práce | 11 |
| I Teoretická část..... | 12 |
| 1 Základní pojmy tématu | 12 |
| 1.1 Etika | 12 |
| 1.2 Důstojnost | 12 |
| 1.3 Autonomie..... | 13 |
| 1.4 Právo | 13 |
| 1.5 Senior | 13 |
| 2 Vývoj ošetrovatelství..... | 14 |
| 2.1 Pohled do historie ošetrování nemocných | 14 |
| 2.1.1 Antické civilizace..... | 14 |
| 2.1.2 Křesťanská civilizace..... | 15 |
| 2.2 Rozdělení ošetrovatelské péče současnosti | 19 |
| 3 Stáří | 20 |
| 3.1 Rané stáří | 20 |
| 3.2 Pravé stáří | 21 |
| 3.3 Stárnutí české populace..... | 22 |
| 4 Etiky v ošetrovatelské péči o seniory..... | 23 |
| 4.1 Etický kodex sester | 24 |
| 4.2 Etický kodex práv pacientů..... | 25 |
| 4.3 Etický přístup k seniorům..... | 25 |
| 4.4 Centrální etická komise MZČR..... | 26 |
| 5 Pochybení při ošetrovatelské péči o seniory | 27 |
| 5.1 Výhled do budoucna | 27 |
| II Empirická část | 28 |
| 6 Metodika výzkumu..... | 28 |
| 7 Pozorování - první část výzkumu..... | 29 |
| 8 Dotazník - druhá část výzkumu..... | 30 |
| 8.1 Charakter výzkumného vzorku | 30 |
| 8.1.1 Pohlaví a věk respondentů | 30 |
| 8.1.3 Důvod zaměstnání na oddělení zaměřeném na péči o seniory | 32 |
| 8.1.4 Délka praxe | 32 |
| 8.2 Interpretace výzkumu dotazníkového šetření | 33 |
| 9 Diskuze..... | 43 |
| 10 Závěr..... | 47 |
| POUŽITÁ LITERATURA | 48 |
| Tištěné zdroje | 48 |
| Internetové zdroje | 49 |
| PŘÍLOHY..... | 51 |

Seznam ilustrací a tabulek

| | |
|---|----|
| Obrázek 1 Výzkumné pozorování – lékaři, sestry | 29 |
| Obrázek 3 Věk respondentů výzkumu | 31 |
| Obrázek 4 Vzdělání respondentů výzkumu | 31 |
| Obrázek 5 Důvod zaměstnání na oddělení se zaměřením na seniory..... | 32 |
| Obrázek 6 Délka praxe respondentů | 32 |
| | |
| Tabulka 1 Navázání vhodného vztahu se seniory | 33 |
| Tabulka 2 Vzdělávání zdravotnického personálu | 34 |
| Tabulka 3 Přístup zdravotnického personálu k pacientům | 34 |
| Tabulka 4 Informování pacientů | 35 |
| Tabulka 5 Oslovování pacientů..... | 35 |
| Tabulka 6 Návštěvní hodiny..... | 36 |
| Tabulka 7 Postup při dodržování intimity | 37 |
| Tabulka 8 Pacient při opuštění pokoje | 38 |
| Tabulka 9 Dostupnost signalizačního zařízení..... | 38 |
| Tabulka 10 Duchovní podpora | 39 |
| Tabulka 11 Akceptace osobních věcí pacientů..... | 39 |
| Tabulka 12 Možnost vzdělávacího materiálu..... | 40 |
| Tabulka 13 Způsob podávání informací pacientům..... | 40 |
| Tabulka 14 Dveře na pokojích pacientů..... | 41 |
| Tabulka 15 Způsob edukace pacientů | 41 |
| Tabulka 16 Zpětná vazba edukace | 42 |
| Tabulka 17 Vizitka oddělení – 1.str..... | 55 |
| Tabulka 18 Vizitka oddělení – 2.str..... | 55 |

Seznam zkratk a značek

| | | |
|------|---|------------------------------------|
| ČAS | – | Česká asociace sester |
| CEK | – | Centrální etická komise |
| ICN | – | Mezinárodní rada sester |
| ISBN | – | International Standart Book Number |
| OSN | – | Organizace spojených národů |
| WHO | – | Světová zdravotní organizace |

Úvod

V dnešní době jsme svědky velkého rozvoje a rozšiřování v oblasti ošetrovatelství, ale i jiných zdravotnických oborů. S tímto faktem jde ruku v ruce otázka etiky ve zdravotnictví. Etika ve zdravotnictví může mít mnoho podob. Etika lékařů, etika umírání, etika spojená s podáváním některých léků, etické postupy atd. To je jeden z důvodů, proč se téma etického přístupu zdravotníků nejen k pacientům stává významné pro celou zdravotnickou sféru (Munzarová, 2005).

Kultura každé společnosti ovlivňuje její myšlení, jednání a rozhodování. A právě ochota pomáhat druhým a pečovat o ně v každém věku ukazuje na vyspělost dané kultury, společnosti.

Populace dnešní doby stárne a počet seniorů se zvyšuje. Seniorů dlouhověkých pak zvlášť. Senioři jsou z velké části polymorbidní a častěji dochází k jejich hospitalizaci. Jsou to právě senioři, kteří bývají závislí na pomoci druhých, na přístupu rodiny a společnosti. To je jeden z důvodů, proč je nutno věnovat se otázkám vyplývajících z této problematiky. Především pak financování zdravotní péče, chápání a respektování potřeb seniorů, etický přístup k seniorům a předcházení jejich sociální izolaci.

Je třeba věnovat pozornost tomu, aby ve zdravotnických a sociálních zařízeních bylo k seniorům přístupováno s respektem k zvláštnostem vyplývajících z jejich věku, s úctou k jejich lidské důstojnosti, jejich autonomii a ke všem jejich potřebám. Jak všichni víme, vždy a všude tomu tak není.

Protože pracuji ve zdravotnickém zařízení kde je péče zaměřena na seniory, tato problematika je mi velmi blízká. Každý den jsem ve styku s lidmi, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých a na jejich pochopení. Na morální hodnoty zdravotníků a jejich lidské přesvědčení. Etická témata v oblasti péče o seniory jsou široká. Pro svou práci jsem si vybrala etický přístup k seniorům samým.

Cíl práce

Cílem teoretické části bakalářské práce je:

1. seznámení se základními pojmy tématu,
2. nastínění problematiky etického přístupu zdravotníků v ošetrovatelské péči dnes a v minulosti,
3. připomenutí historie a významné osobnosti historie, které se zasloužily o rozvoj ošetrovatelství nebo byli jejich průkopníky.

Cílem empirické části bakalářské práce je:

1. nastínit situaci přístupu k seniorům na oddělení LDN při běžných činnostech,
2. získat odpovědi na výzkumné otázky,
3. otevřít řadu otázek i námětů, které by mohly přispět jak k zvýšenému zájmu o tuto problematiku, tak ke snaze zaměřit se v ošetrovatelské praxi i na tuto, někdy dosud opomíjenou oblast.

I Teoretická část

1 Základní pojmy tématu

K základním pojmům tématu bakalářské práce patří etika, morálka, důstojnost, autonomie, právo, ošetrovatelství, senior. Tyto pojmy prolínají celou jak teoretickou, tak i praktickou (empirickou) část práce. Jsou to pojmy, jejichž význam by měl být znám všem, kteří pracují se seniory.

1.1 Etika

Význam slova etika můžeme přiblížit na základě tří slov:

1. slovo „ethos“, označující způsob jednání, postoj a myšlení;
2. slovo „mos“, od něhož jazykově odvozujeme slovo „morálka“, označující pravidla chování;
3. slovo „nрав“, které ve staročestíně znamená to, co se líbí, později mrav, něco, co je vhodné (Kutnohorská, 2007).

Munzarová (2005) uvádí, že etika se pokouší určovat hodnoty správného a špatného chování. Zatímco morálka předkládá normy, etika řeší, zda a za jakých podmínek jsou požadavky oprávněné, spravedlivé a ospravedlnitelné.

1.2 Důstojnost

Důstojnost definujeme jako úctu náležící lidské bytosti od početí až po jeho přirozený konec. Listina základních práv a svobod, hlava druhá, článek 10 ods.1. přímo uvádí: „ *Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno*“ (PSP ČR, 1992).

Dnešní společnost si však často plete důstojnost člověka s jeho užitečností. Etický princip vzájemné pomoci a odpovědnosti byl historicky základním pilířem kultury Evropy. Avšak pomalu a plíživě se základním měřítkem stává to, co je užitečné a významné pro společnost, a kvalita je významným pojmem v hodnocení života. Je to však hlavně pohled hédonistický (požitkářský). Pohled posuzovaný zvenčí, někým jiným než člověkem samotným, člověkem, o nějž jde. Považuje-li společnost za nejvyšší hodnotu života tento pohled, pak je evidentní, že některý život bude vnímán za neužitečný či nelidský. Tato mentalita, smýšlení utilitaristické (hodnocení jevů z hlediska jejich užitečnosti, tj. možnosti sloužit jako

prostředek k dosažení zvoleného cíle), ohrožuje nejen lidi postižené, ale i lidstvo celé (Munzarová, 2005).

1.3 Autonomie

Autonomie je schopnost o sobě rozhodovat. Na základě autonomie člověk může: přemýšlet, co má udělat; zvážit výhody a nevýhody tohoto počínání; dospět k závěrům o tom, co považuje za vhodné; formulovat určité záměry; rozhodnout se; provést rozhodnutí; směřovat k vytýčeným cílům. Jedná-li se s člověkem jako s věcí, předmětem, nedáváme mu možnost dělat všechny výše jmenované věci. Nemá-li možnost rozhodovat za sebe, za skutky co dělá, nemůžeme chtít, aby měl morální zodpovědnost. Proč? Protože mnoho lidí považuje respektování zralého člověka za součást morálky. Jednat ze svobodné vůle dává člověku lidskou důstojnost (Frýdecká, 1997).

1.4 Právo

Právo máme objektivní a subjektivní. K objektivnímu právu řadíme všechna platná právní pravidla obecně závazná pro právní subjekty. Právo subjektivní definuje náležitost určitého práva konkrétnímu člověku. Jeho nárok na něco. Listina základních práv a svobod v čl. 2 odstavci 3 stanovuje: „ *Každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá.*“ Stát tedy garantuje každému subjektivní právo dělat vše, co není zákonem zakázané (Právo a terénní sociální práce).

1.5 Senior

Senior je z demografického hlediska osoba starší 65 let. Z této definice plyne, že mezi seniory patří osoby velkého věkového rozpětí a že toto je poslední etapa života. U těchto lidí zpravidla postupně narůstá fyzická, sociální a mentální závislost na druhých (tento fakt však nevyvrací, že závislá na druhých může být i osoba mladšího věku). Na druhé straně bývá senior také osobou, která díky své sociální a psychické zralosti a díky svým zkušenostem plynoucích z autentických prožitků svého života společnost obohacuje (Diderot, 1999).

2 Vývoj ošetřovatelství

Péče o seniory, zvláště ústavní, jak ji známe dnes, se postupně profilovala v posledních staletích. Dříve se lidé dožívali podstatně nižšího věku, závěrečná část jejich života probíhala většinou v rodinném kruhu a péče o seniory nebyla vyčleňována do zvláštních zařízení, kromě starobinců pro opuštěné. Proto, chceme-li získat nějaký obrázek o péči o seniory v minulosti, musíme se podívat na vývoj ošetřovatelské péče jako takové.

2.1 Pohled do historie ošetřování nemocných

Ošetřovatelská péče o seniory se začíná jako svébytná oblast profilovat až ve 2. polovině 20. století. Důvodem je zejména pokrok lékařské péče, která podporuje dlouhověkost. Na druhé straně roste počet i dlouhodobě nemocných seniorů, a sociální změny ve společnosti i v rodině, kdy stárnoucí lidé nejsou často dostatečně nebo vůbec zachyceni sociální sítí vlastní rodiny a péče o ně se přesouvá na sociální a zdravotní zařízení. I před tím samozřejmě senioři byli, ale protože v celkové populaci tvořili menší část a protože se nedoživali tak vysokého věku, nebyla péče o ně zvláštním problémem; často dožívali ve vlastní rodině a do ošetřovatelské ústavní péče se dostávali pouze při vážnějším akutním onemocnění podobně jako lidé jiných věkových kategorií. Proto, s výjimkou starobinců, což byly spíše předchůdci dnešních sociálních ústavů pro seniory, nevznikaly zařízení či iniciativy zaměřené výhradně na seniory. Z tohoto důvodu pohled do historie se týká obecně ošetřovatelské péče, v jejímž rámci měli své místo i senioři (Messina, 2005).

2.1.1 Antické civilizace

Egyptská civilizace znala náboženská sanatoria se světnicemi pro krátký pobyt nemocných, kteří si slibovali úlevu od dobrého ovzduší, ale ještě více od božské ochrany. U **Židů** vykonávali lékařství kněží. Jejich zdravotnická politika se vyznačovala bojem proti nakažlivým chorobám. Odsuzovali pomoc amuletů a čarodějů, utíkání se k modlám a fetišům. V **Indii** vznikly první nemocnice kolem roku 400 př. n. l. a Buddhovo náboženství stanoví pravidla pro ošetřovatele nemocných: „*Ošetřovatel musí být dobrotivý a obětavý vůči pacientovi, musí být čistý myslí i tělem, schopný každé služby, kterou nemocný potřebuje. Musí být ochotný a trpělivý*“ (Messina, 2005). V **Číně** se již v roce 2800 př. n. l. používala akupunktura a přibližně sto léků. V **Egejské** civilizaci chybí jakýkoliv pojem ošetřovatelské péče. Nemocný byl osobou společensky neužitečnou a bezcennou. Ale v nástupnické **řecké** civilizaci nalézáme organizované formy zdravotní péče. Jednou z nejvýznamnějších postav

antické péče o nemocné byl Hippokrates žijící v 5. století př. n. l. Z jeho spisů si zachovala bez pochyby dodnes platnost a aktuálnost „lékařské přísahy“, která představovala po staletí nejvyšší výraz eticko-profesionálních povinností lékaře. Uznávaní odborníci prohlásili, že kdybychom se důsledně řídili mravními, etickými a profesionálními zásadami této přísahy, nebylo by tolik strachu z lékařské vědy, která chce dnes, jak se zdá, napadat i nezměnitelné zákony života a smrti. U **Římanů** nacházíme stejné výrazy zdravotní péče jako u Řeků: chrámy, léčivé prostředky a útulky (Messina, 2005).

2.1.2 Křesťanská civilizace

S příchodem našeho letopočtu je ošetrovatelská péče v Evropě spojena s křesťanstvím a instituce zabývající se péčí o nemocné (a také nemocné seniory) je úzce spjata s církví. V tomto kontextu nyní alespoň letmo nahlédneme do některých kapitol těchto „dějin ošetrovatelství“.

Křesťanský starověk a první tři staletí. V tomto období bylo křesťanství v Římské říši pronásledované. To, že křesťané žili ve skrytu, mělo samozřejmě vliv na formy jejich charitativní činnosti, nikoli však na činnost samotnou, která se od počátku křesťanství čile rozvíjela, neboť patřila k podstatě křesťanského života, jak dosvědčují např. spisy nejstarších církevních otců. Např. Řehoř z Nyssy ve 3. století píše: *„Kéž mnoho chudých a chřadnoucích nalezne útočiště u tebe, křesťane. I když se musí pomáhat všem chudým, je obzvláště zapotřebí postarat se o nemocné.“* V době pronásledování nebylo možné zřizovat pro nemocné nějaké útulky, veškerá péče se konala v soukromých domech. Péče o nemocné v křesťanském císařství je datována do **4. - 5. století**. Počínaje Konstantinem začalo křesťanství postupně ovlivňovat strukturu institucí a samotného života římského světa. Charitativní činnost se stala veřejnou funkcí. Pokud jde o nemocné, staří a bezmocní lidé měli být svěřeni dobročinným osobám. Každá veřejná dobročinná iniciativa podléhala pravomoci biskupů. Basil, biskup Cézereje Kapadocké, zřídil rozsáhlý špitální komplex, považovaný za nejvelkolepější charitativní dílo křesťanského starověku. Obsahovalo různá oddělení, z nichž některá byla vyhrazena nakažlivým nemocem. Lékaři a ošetrovatelé přijímali a ošetřovali malomocné, kteří byli odevšad vyháněni a byli nuceni potulovat se bez stálého příbytku. V této době se začíná rozvíjet mnišský život. Mniši se nasazovali v péči o nemocné, čímž získali velké zásluhy v rozvoji lékařství. Mnozí mniši byli totiž lékaři, ošetrovateli, odbornými bylinkáři. Kláštery se tak stávaly středisky zdravotnické kultury a péče. Také císařové a šlechtici zakládali nemocnice a útulky, starobince, ústavy pro sirotky. Hostit pocestné, ošetřovat opuštěné nemocné a pomáhat chudým se stalo dobrovolnou činností šlechtických rodin,

včetně císařské. Např. šlechtična Fabiola zřídila pro ošetřování nemocných první špitál v Římě (Messina, 2005).

Raný středověk (druhá polovina 1. tisíciletí). I když toto období je dobou rozkladu římské říše, nájezdů barbarských germánských národů a velkých sociálních změn, dobročinnost, včetně péče o nemocné, se rozvíjí a reaguje na nové potřeby a aktuální situace (ranění, bezdomovci, postižení morem). V celém raném středověku byla církev hlavní ručitelkou spravedlnosti, míru a pořádku, rozdávání almužen a péče o chudé a nemocné. V této době měla církev velké bohatství. Ale podle různých situací a míst byla nejméně čtvrtina prostředků určena pro chudé, nemocné, sirotky, vdovy a malomocné. Pro nemocné byly papeži i biskupy zřizovány především špitály a tzv. xenodochia, místnosti pro ošetřování nemocných v soukromých domech. Všechna zařízení pro péči o nemocné spravovaná církví měla při sobě kostel, klášter jako obydlí pro příslušníky diakonie a veřejnou budovu pro ukládání prostředků a rozdávání almužen. Chudí měli postaráno kromě stravy a oděvu také o veřejnou lázeň. V raném středověku byly v kláštrech zachovávány a rozvíjeny starověké lékařské tradice. Např. bylo mnichům ošetřovatelům doporučováno, aby studovali Dioskoridův Herbář (aby se seznámili s léčivou mocí rostlin) a spisy Hippokratovy, Galenovy a Aurelia Celia. Benediktinská opatství měla kromě knihovny lékárnu a nemocničku pro potřeby komunity. V případě nemoci však byl kterémukoli chudému k dispozici mnich – ošetřovatel (Messina, 2005).

Během posledních dvou století 1. tisíciletí se množí subjekty pečující o chudé a nemocné – nejen biskupství, ale i kláštery a hrady pánů se stávají středisky sociální pomoci. **Od 9. století** se stávají také hrady místy, kde hledají pomoc žebráci a poutníci. Často se u hradů vytvořily fronty podobné těm, které se vinuly kolem biskupských rezidencí. V této souvislosti můžeme připomenout Zdislavu z Lemberka (třebaže ta žila až ve 12. st.), která jako hradní paní žila sama velmi skromným životem a kromě péče o vlastní rodinu se horlivě věnovala péči o nemocné a chudé ve svém okolí. Ti u ní nacházeli podporu a pochopení. (Kutnohorská, 2010).

Vrcholný středověk (11. – 14. století) přinesl větší politickou stabilitu, v níž se mohla mimo jiné rozvíjet i nová díla ve prospěch nemocných a potřebných. Ve 12. století přestává být praxe péče o nemocné a potřebné výsadou biskupů a mnichů. Lidé z různých společenských vrstev se sdružují, aby založili nebo udržovali nejrůznější zařízení, od sirotčinců až k útulkům pro prostitutky, od ústavů pro malomocné po nemocnice (Messina, 2005).

Po prvním tisíciletí se přičiněním církve v Evropě a ve Středomoří značně rozvíjí špitální

hnutí. Špitály se stále více mění z útočišť, kam se chodilo zemřít, na střediska ošetrovatelské péče. Hygiena a stravování se začínají zlepšovat. V této době vznikají v celé Evropě špitální řády, jejichž hlavní vnější službou je ošetřování nemocných. První skutečně nemocniční hnutí je spojeno s iniciativou Řádu Svatého Ducha, založeného ve Francii na přelomu 12. a 13. st. Papež Inocenc III. dal vybudovat v Římě nemocnici nazvanou Svatý Duch in Sassia o kapacitě 300 lůžek. Později vzniklo přes 1200 obdobných zařízení v Anglii, Skandinávii a v ostatních evropských zemích a všechna se chtěla přidružit k nemocnici Svatého Ducha, dokonale jí být podřízena a převzít její pravidla, stanovy a uspořádání (Messina, 2005).

U nás má na rozvoji ošetrovatelství velký podíl **Anežka Přemyslovna** (1211-1282) nejmladší dcera krále Přemysla Otakara I., která po odmítnutí několika významných nabídek k sňatku založila klášter klarisek a sama do něj vstoupila. Pro péči o nemocné založila špitální řád křížovníků a špitál Na Františku. Podle historiků byla průkopnicí, která poskytla první kodex ošetrovatelství v péči o nemocné a nemohoucí v raném středověku (Kutnohorská, 2010).

15. – 16. století - období humanismu. V tomto období se začíná společnost odklánět od vlivů církve a to se odráží i v péči o nemocné, protože vznikají státní iniciativy bez podílu církve. To s sebou přineslo jistě i některé klady, např. organizační, ale na druhé straně se měnilo klima této péče. Je to doba velkých nemocnic, zřízených v ovzduší panství a moci. Nemocnice jsou umělecká a přepychová díla, projektovaná význačnými staviteli a umělci s úmyslem učinit nesmrtelným jméno knížete, vévody, markýze. Privilegovanou formou nemocnic byly dva dlouhé sály, překřížené tak, že tvořily čtyři křídla. Uprostřed stál oltář. Sály byly tak široké, že pojaly 200 nebo 300 lůžek umístěných podél zdí a ve dvojité řadě uprostřed. Ošetřování už nebylo považováno za věc lásky, ale za úkol a povinnost státu. Nemocný je občanem a je subjektem práv. V péči o něj začíná nad láskou převažovat hmotný zájem a zisk. Tyto negativní tendence se někde odrážejí i uvnitř církevních zařízení. Některé řády upadly do té míry, že zanikly nebo byly zrušeny. První, kdo tím trpěl, byl nemocný člověk. Péče o nemocné už nebyla na výši velkolepých nemocnic. Z tehdejších svědectví nás až zamrazí: zástupy nevléčitelně nemocných ponechané sobě samým, těžce nemocní propuštění z nemocnice předčasně. Péče je absolutně špatná a hanebná, nemocnice je ubohá komora plná zavšivených těl, ležících ve smetí a v špíně (Messina, 2005).

Proti úpadku v církvi zasahuje mocně v **16. století** Tridentský koncil, který v souvislosti péčí o nemocné a potřebné zdůrazňuje nezadatelnou povinnost biskupů být otci chudých a všech trpících. Mají dohlížet nad přesnou správou charitativních zařízení a vytrvale navštěvovat nemocnice. Po tomto impulsu vznikají nové řády věnující se péči o nemocné. Z mnoha postav

zmiňme např. Kamila de Lellis (16. století), který se z vlastního pobytu v nemocnici jako pacient přesvědčil o dramatických podmínkách nemocných. Hledal muže, ochotné sloužit nemocným s láskou. Skupina rostla a dala vznik řádku kamiliánů. Sv. Kamil napsal „Pravidla pro dobrou službu chudým nemocným“, která jsou stále velmi aktuální. Byl předchůdcem Mezinárodního červeného kříže. Pořádal pomocné akce v případech epidemií. Zdůrazňoval jednotu člověka, proto se mu má pomáhat tělesně i duchovně. Hájil svobodu svědomí nemocného (Messina, 2005).

17. – 19. století, společnost se stále více osamostatňuje a odděluje od církve. Náboženství je stále častěji považováno za soukromou věc jednotlivců. Proto i v této době máme nemocnice a podobná zařízení „světská“, tedy státní a vedle toho církevní. Nicméně toto rozdělení nelze chápat mechanicky, protože všude sloužili nemocným lidé a záleželo i na nich, jak bude péče vypadat. Bez ohledu na podnět daný tridentským koncilem a na příspěvek řádů se všeobecná situace evropských nemocnic ve století osvěcenství příliš nezměnila. Důvody jsou různé: války, jež zuřily po dlouhá období; okolnost, že správa nemocnic byla svěřena obcím, kterým šlo více o zisk než o nemocného; velké epidemie; pozvolný přechod od epoch zaostalých vědecky, ale bohatých lidskostí, k novým obzorům rozumu a vědy, jež ovšem zapomínaly na pravé potřeby člověka (Messina, 2005).

Mezi světlé postavy, které se snažily zlepšit podmínky v nemocnicích a kvalitu péče o nemocné patří **Florence Nightingalová** (1820-1910), která se stala průkopnicí státního ošetrovatelského vzdělávání. Florenc projevovala neustálý zájem o nemocnice, o veřejné zdravotnictví a hygienická zařízení. To ji nasměrovalo do školy pátera Theodora Fliednera a roku 1851 začala na této škole studovat ošetrovatelství. Velkým mezníkem v životě této ženy byla Krymská válka. Florence Nightingalová dokázala dát řád a systematickosti ošetrovatelské péči o zraněné a nemocné v Krymské válce. Dokázala změnit hygienické podmínky nemocných, vybudovat toalety, prádelnu, stravování dle potřeby nemocných. Návrat z Krymské války byl až s posledním pacientem (Kutnohorská, 2010).

Po návratu Florence Nightingalová vypsala národní sbírku, která vynesla 45 tisíc liber. Z vybraných peněz založila ošetrovatelskou školu. Škola nesla jméno „Škola Florence Nightingalové pro zdravotní sestry“ a byla otevřena 15. 6. 1860 při nemocnici sv. Tomáše v Londýně (archiv ošetrovatelství NCO NZO).

Také činnost církve byla ve všech evropských zemích velice bohatá na iniciativy a díla. V Itálii vzniká ústav, v němž nachází útočiště víc než 10 000 nemocných, neduživých, starých

a choromyslných. K jejich službě je zde víc než 1000 řeholních osob a dvě stě kněží.

20. století - pokud jde o první polovinu 20. století, můžeme říci, že ošetrovatelská péče se stále více rozvíjí a v závislosti na pokroku lékařské vědy, populačních a sociálních změn se rozvíjí a institucionalizuje zdravotnické vzdělávání pro nelékaře a sama ošetrovatelská péče se postupně diferencuje a specializuje. Tak se dostáváme až k současnosti.

2.2 Rozdělení ošetrovatelské péče současnosti

Postupným získáváním praktických zkušeností s ošetrováním nemocných, dodržováním hygienických postupů a pravidel se ošetrovatelství rozvinulo do tří základních linií v péči o nemocné. **Laická péče** – péče poskytována rodinou či sebou samým; **charitativní péče** – tato péče o nemocné byla poskytována hlavně církevními řády; **organizovaná léčebná péče** – datujeme kolem konce 19. stol. S válkami a rozvíjející se medicínou se ošetrovatelské péči dávají určitá pravidla, řád a začíná se klást velký význam na hygienická opatření (Kutnohorská, 2010).

V dnešní moderní době se na péči o seniory zaměřuje lékařský obor geriatric. Dále k léčbě či doléčení z akutního onemocnění je péče poskytována seniorům v léčebnách dlouhodobě nemocných a léčebnách následné péče. Mezi další zařízení lze uvést domácí péči, která je z velké části využívána právě seniory a v neposlední řadě domovy seniorů, které řadíme do oblasti sociální a ne zdravotnické.

3 Stáří

V průběhu celého lidského života se odehrává proces stárnutí. Začíná narozením dítěte, pokračuje pohlavním dozráváním v pubertě a adolescentním období života a neúprosně míří až k samému konci, ke smrti. Stárnutí je komplexní proces s endogenními a exogenními faktory (Šimíčková- Čížková, 2008).

3.1 Rané stáří

Rané stáří, 60- 74let, přináší evidentní změny dané stárnutím organismu. Změny nemusí být však tak velké, aby člověku znemožnily aktivní a nezávislý život (Vágnerová, 2008). Rané stáří je doba, kdy dochází k ukončení produktivního věku, odchod do starobního důchodu. Pro mnohé to znamená radikální změnu života. Přichází každodenní stereotyp, který však umožňuje i čas na zájmy a koníčky. Se stářím jdou ruku v ruce i změny tělesné, psychické a sociální (Nakonečný, 2011).

V tělesných změnách zde dochází k zhoršení somatického i psychického stavu, avšak úpadek bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Genetická dispozice je jednou z příčin rozdílů stárnutí mezi jednotlivci – primární stárnutí. Sekundárním stárnutím lze nazvat vnější faktory, které ovlivňují člověka, jak se přiblíží k přepokládané maximální délce života. Základním znakem nemoci ve stáří je polymorbilita člověka. Velký význam má subjektivní postoj k vlastním potížím, které jsou ve stáří běžné. Člověk se musí naučit přizpůsobit svým možnostem a akceptovat omezení. Proces stárnutí mění u člověka různé funkce, ale dochází i ke změně vzhledu. Člověk ztloustne, zhubne, shrbí se, objeví se vrásky, šedivé vlasy, kůže ztrácí elasticitu, mění se barva kůže aj. Míra a rychlost tělesných změn bývá u každého jedince individuální a proto každý stárne jinak (Vágnerová, 2008).

Psychické změny se mění odlišným způsobem. Charakteristickým rysem stárnutí je pokles duševních funkcí. Biologicky podmíněné změny prožívání, uvažování a chování seniorů v období raného stáří mohou být pouhým projevem stárnutí a lze ho označit za normální. Jde např. o celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavování, snížená frustrační tolerance atd. Následkem procesu stárnutí jsou strukturální i funkční změny mozku. Dochází k atrofii – úbytku mozkové tkáně díky zmenšování neuronů. Významná je i redukce sympatických spojení, což vede ke zhoršení kvality přenosu jednotlivých impulsů. Díky změnám daným stárnutím lidský mozek zpracovává informace jinak než dřív a funguje spíše komplexněji.

Člověk dokáže změny kompenzovat a jako jediný živý tvor je schopen vnímat, že stárne a na stáří se připravit (Šimíčková -Čížková, 2008).

O sociálních změnách Vágnerová (2008) uvádí, že dochází k redukci sociálních dovedností. Tento proces desocializace je individuálně specifický. Starší lidé jsou po odchodu do důchodu více izolováni od společenského dění. Nakonečný (2011) charakterizuje rané stáří dobou, kdy dochází k ukončení produktivního věku, odchod do starobního důchodu. Pro mnohé to znamená radikální změnu života. Přichází každodenní stereotyp, který však umožňuje čas na zájmy a koníčky. Problémem mimo jiné bývají i finanční prostředky, které se výrazně sníží a to bývá i jeden z důvodů, že jejich život probíhá převážně v soukromí rodiny, bytu, nejbližšího okolí. Dost často jde o přijetí pasivní a submisivní role člověka závislého na okolí. Nadbytečnost starého člověka, od kterého se již neočekává vlastní názor. Senior nejčastěji prožívá své stáří v sociálních skupinách: v rodině – nejvýznamnější sociální složka, skupina známých a přátel a společenství obyvatel určitého institutu – léčebny dlouhodobě nemocných, domovy seniorů, domovy s pečovatelskou službou (Vágnerová, 2008).

3.2 Pravé stáří

Období po 75. roce života je označováno jako fáze pravého stáří. Po 80. roce života dosáhne senior čtvrtého období věku, označující se jako dlouhověkost. Kvalita života ve stáří je individuálně rozdílná. Obecně však platí, že kvalita života postupně klesá. Důležitým úkolem pozdního stáří, je udržení přijatelného životního stylu. Toho lze dosáhnout: udržením nezbytné autonomie a soběstačnosti, udržením či znovuvytvořením potřebných sociálních kontaktů a vztahů, udržení si přijatelného osobního významu a sebeúcty (Vágnerová, 2008).

Tělesné změny se projevují hlavně zhoršením zdravotního stavu, úbytek kompetencí. Polymorbidita se prohlubuje více než v období raného stáří. Průběh chorob má sklon k chronicitě. Léčení bývá provázeno větším počtem komplikací a funkčním postižením. Nejčastějším onemocněním je chronické onemocnění oběhové soustavy. Dalším velmi častým onemocněním je cévní mozková příhoda projevující se až na úrovni psychické vaskulární demence. Samotná přítomnost nějaké nemoci není rozhodující. Rozhodující pro starého člověka je stupeň postižení funkčního. Člověk není schopen v tomto věku vykonávat běžné činnosti, adekvátně se postarat o sebe a svou domácnost. Snížení soběstačnosti může seniora dostat až k bezmocnosti a závislosti na pomoci druhých či k umístění do instituce. (Vágnerová, 2008).

V oblasti psychických změn pokračuje proces zpomalování. Adekvátnímu příjmu podnětů

brání zhoršování zrakových a sluchových funkcí. Tím je ztížena orientace v prostředí a kvalita mezilidských vztahů. Jednotlivé složky inteligence se mění různě. Do 80 let se udržují relativně na dobré úrovni, ale pak rychle klesají. Mezi další negativní projevy pozdního stáří patří úbytek komplexity uvažování, zhoršení časového odhadu. V tomto období dochází k proměně emočního prožívání. Senioři v období pravého stáří často redukují či zkrslují některé podněty. Upřednostňují pocit bezpečí či pohody a eliminují negativní pocity (Vágnerová, 2008).

Významný problém pozdního stáří v oblasti **sociálních změn je osamělost**. Teritorium, ve kterém se odehrává život starého člověka, se postupně zmenšuje. Není nic výjimečného, že se život nakonec odehrává v rámci jedné místnosti nebo v rámci instituce. Pocit osamělosti může nastat izolací od společnosti či proměnou okolního světa. To zvyšuje u starých lidí strach z opuštěnosti. Mění se úroveň komunikace starých lidí, která je ovlivněna zhoršením sluchu, paměti, kognitivních a jiných funkcí. Problém se objevuje jak v porozumění, tak ve vyjadřování. Což je další prvek vedoucí k izolaci. Dále je třeba zmínit změnu sociální role. Právě se změnami doprovázejícími pravé stáří se mění role starého člověka. Za významnou změnu lze uvést změnu role manžela, manželky na roli vdovec, vdova. Často dochází i k nepřijetí nově vzniklých sociálních rolí (Vágnerová, 2008).

3.3 Stárnutí české populace

Rychlost stárnutí populace nabírá na tempu. Snižuje se úmrtnost a současně se prodlužuje střední délka života. Když k těmto údajům přidáme snižování porodnosti, zjistíme, jaké složení obyvatelstva bude v příštích desetiletích u nás i ve světě. Ale jaká je hranice demografického stáří? Tato hranice vychází z biologických kritérií normálního individuálního stárnutí většiny populace. Kritéria bývají ovlivněna společenskými faktory. Nyní se bere za spodní hranici demografického stáří věk 60 nebo 65 let. Historicky se věk lidské populace posouvá. Je to důsledek příznivých socioekonomických podmínek a vědeckotechnického rozvoje. Může se stát, že koncem první poloviny 21. století bude dolní hranice demografického věku populace postupně zvýšena, snad i na 70 let života (Hegyí, 2010).

Stáří je považováno za poslední etapu života člověka. Etapu, kterou lze pojmenovat jako postvývojovou. Stáří přináší moudrost a nadhled, pocit naplnění, ale na druhou stranu úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující ke konci života (Vágnerová, 2008).

4 Etika v ošetrovatelské péči o seniory

Výše zmiňovaný fakt o stárnutí populace, staví celou společnost, nejen naši, ale i světovou, před problematiku péče o seniory. Bude společnost schopna se o své spoluobčany postarat? Tím ovšem není myšlena jen ekonomická a odborná stránka problematiky. V dnešní uspěchané době je to hlavně přístup lidský a důstojný. Ponechat seniorským pacientům jejich důstojnost, autonomii a úctu i v době,

kdy jejich zdravotní stav nedovoluje, aby sami požadovali tyto základní lidské přístupy od ošetrovatelů nebo sobe samých. Na sestry jsou a budou kladeny nároky komplexních dovedností. Kromě odbornosti a manuální zručnosti by sestra měla být všímavá, umět jednat s pacienty a jejich rodinnými příslušníky i se svými kolegy. Empatie, pochopení, snaha pomáhat a vykonávat dobro ke zdravotní sestře jednoduše patří. Často však může dojít k situaci, kdy cíl bývá odlišný od představ sestry a představ pacienta.

A jaké je to, být seniorem? Staří lidé často hovoří o smyslu života, o zbytečnosti a nechtěnosti. O chudobě finanční, tak i sociální. Dokáže-li sestra vnímat pacienta komplexně, dochází ke vzniku vazby sestra – pacient. Generace mladších dospělých to ve svých názorech nepřímou potvrzuje. Zeptáme-li se na jejich postoj ke stáří, je silně negativní. Většinou zaznívají odkazy na neschopnost starších lidí přizpůsobit se novým požadavkům a technologiím, pracovnímu tempu. Dalším velkým fenoménem, který má vliv na pochopení stáří je dnešní kult „krásy“ a „mládí“. A co pak přicházející smrt. Smrt dnešní společnost vnímá jako velkou negaci. Všichni vědí, že je, ale vidět ji tváří v tvář dnešní lidé vědomě odmítají. Důležitým tématem je i ztráta nezávislosti. Podle seniorů jde o pouhý alibismus odborné i laické veřejnosti. Ve snaze minimalizovat všechna rizika uzavírají se starší osoby do izolace a omezují se jejich autonomie. Přitom starší lidé si přejí udržet kontrolu nad rozhodováním o svém životě i o způsobu péče. Ale ne vždy je jim to umožněno, povoleno. Mezi seniory je také velká obava, že se stanou břemenem pro druhé či pro stát a že u nich propukne demence (Cesta domů, 2004).

V deníku Právo lze dohledat článek „*Jen dva Češi z deseti zemřou doma*“. V tomto článku autor konstatuje, že přes 90% starých lidí si přeje zemřít doma. Opravdu se to povede jen pětině z nich (Právo, ročník 23/ č. 226). V roce 2012 zemřelo podle informací UZIS jen 21% lidí doma (Zemřelí, 2012).

Stát řeší péči o staré spoluobčany budováním různých typů zařízení: léčebny dlouhodobě nemocných, sociální ústavy atd., ve kterých staří lidé dostávají profesionální péči. I přes to je

pobyt pro seniory v těchto institucích často velmi traumatizující (Právo, ročník 23/ č. 226).

Senior je vytržen z domácího prostředí a musí se vyrovnat např. s pobytem na vícelůžkovém pokoji, s denním režimem oddělení, zvyklostmi oddělení aj. Pro usnadnění adaptace a zachování důstojnosti péče očima seniorů, jsou důležité projevy zájmu o klienta jako o jednotlivce. Projevy zdvořilosti, vlídnosti, naslouchání a respektu k soukromí. Častým příkladem nedůstojné péče je špatná komunikace – oslovování klienta, zacházení s klientem jako s věcí a ne jako s člověkem, ponižující obnažování a nedostatek úcty při činnostech týkající se intimity klienta – oblékání, hygiena, vyměšování (Cesta domů, 2004).

4.1 Etický kodex sester

Etický kodex je dokument, který stanovuje základní principy etického chování (ABZ slovník cizích slov).

Dnešní pohled na ošetrovatelskou péči nabízí tolik otázek a otazníků. Nejen stát, ale i organizace zabývající se ošetrovatelstvím se snaží vnést pravidla do ošetrovatelské péče a do práce zdravotníků a ošetrovatelů. Příkladem lze uvést Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester (ICN). První byl vypracován již v roce 1953. Od té doby prošel několika revizemi a úpravami a znovu schvalováním. Poslední verze je z roku 2000.

Sestry České republiky se prostřednictvím své organizace ČAS k Etickému kodexu sester hlásí. Tento kodex byl 29. března 2003 projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS a vešel v platnost. Sestry mají čtyři základní povinnosti: pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení (ČAS).

Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv. Lidských práv jako je právo na život, na důstojnost a na zacházení s úctou. Ošetrovatelská péče není omezena barvou pleti, věkem, vyznáním, kulturou, postižením nebo nemocí, pohlavím, politickým přesvědčením, rasou nebo společenským postavením. Zdravotní sestra poskytuje pomoc jednotlivcům, rodinám a komunitám a služby sestry jsou v součinnosti se službami jiných oborů (ČAS).

Kodex ICN má čtyři hlavní články etického kodexu sester, vymezující normy etického chování. První článek je zaměřen na téma „Sestra a spoluobčan“, druhý článek etického kodexu se věnuje ošetrovatelské praxi – „Sestry a jejich ošetrovatelská praxe“. Ve třetím článku je pojednání „Sestra a profese“ a článek poslední, čtvrtý se nazývá „Sestry a jejich spolupracovníci“ (ČAS).

Mezinárodní rada sester (INC) výše zmiňovaným etickým kodexem (příloha A) nabízí návod

k aktivitám vycházejících ze společenských hodnot a potřeb. Smysl kodexu se naplní jen tehdy, pokud bude vycházet a bude aplikován ze skutečné ošetrovatelské a zdravotnické péče v měnící se společnosti. K tomu je zapotřebí pochopení a osvojení kodexu sestrami a přenesení do života v praxi (ČAS).

Články kodexu poskytují rámec pro normy chování. Díky níže popsaným postupům mohou sestry a studenti ošetrovatelství přenést etický kodex do praxe.

Sestry a studenti ošetrovatelství mohou:

- studovat dané normy, které spadají pod každý článek kodexu;
- zamyslet se nad jednotlivými normami, jak uplatnit, využít etiku ve své oblasti ošetrovatelství: v praxi, vzdělání, výzkumu nebo řízení;
- diskutovat se svými spolupracovníky a s dalšími lidmi o Kodexu;
- z vlastní zkušenosti použít příklady k určení etických problémů a norem chování stanovené v Kodexu a sdělovat si vzájemně, jak by měli sestry a studenti dané situace řešit;
- pracovat ve skupinách na objasňování etických rozhodnutí a dospět ke společné shodě, pokud jde o normy etického chování;
- dále by měli sestry a studenti spolupracovat s Českou asociací sester, spolupracovníky a dalšími lidmi při kontinuální aplikaci etických norem v ošetrovatelské praxi, vzdělání, řízení a výzkumu.

4.2 Etický kodex práv pacientů

Etický kodex práv pacientů (příloha B) se skládá z 11 bodů a byl prohlášen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platnou, dne 25. 2. 1992 (Svaz pacientů ČR). V dnešní době má k dispozici, každé zařízení poskytující péči nemocným či starým lidem etické kodexy pacientů, přístupné tak, aby si je mohl pacient kdykoliv pročit.

4.3 Etický přístup k seniorům

Etický a důstojný přístup zdravotníků k seniorům lze podpořit mnoha způsoby. V publikaci Respektování lidské důstojnosti vydané společností Cesta domů uvádějí přístupy jak toho dosáhnout. Jednoznačně se jedná o zachování individuálního přístupu ke starému člověku a jeho podpoře. Mezi další lze zařadit ponechání seniorovi jeho společenské postavení a ujištění sociální role při jeho duševní či tělesné zchátralosti. Dávat starému člověku najevo jeho hodnotu a nepoukazovat na nedostatky či nemohoucnost ve skupině. Zachovávat autonomii,

respektovat zvyky a hodnoty, soukromí a životní prostor. Získávat souhlas k nezbytným úkonům při ošetrovatelské péči a povzbuzovat seniora v jeho vlastní volbě a rozhodování. Je důležité podporovat začleňování starých lidí, aby dbali na osobní hygienu a vzhled. Utrvzovat je, že jsou důležití a na jejich názoru záleží. A udělat absolutní maximum pro starého člověka, i když mu nezbývá již moc času. Prvořadým úkolem v ošetrovatelské péči o seniory je nastolení vzájemné důvěry. Sestra by měla k pacientovi přistupovat s úctou a s lidským porozuměním (Cesta domů, 2004).

4.4 Centrální etická komise MZČR

Etická komise je subjekt dohlízející na zachování a dodržování etických zásad a norem v léčebné péči a výzkumu. U nás na podnět MUDr. Zdeňka Modra a Kruhu katolických lékařů navrhl v r. 1990 předseda vědecké rady MZ ČR zřízení Centrální etické komise. Ministr zdravotnictví Martin Bojar akceptoval návrh a přijal členy CEK, přičemž jejím předsedou byl MUDr. Jaroslav Šedka, nástupce Milan Kmed a od roku 1995 je Jan Payer. CEK má 25 členů, kteří jsou voleni na 4. roky a jejich práce v komisi nepodléhá honoráři. Skládá se z odborníků, ale i laiků. Etická komise nepodléhá České lékařské komoře, Ministerstvu zdravotnictví ani ředitelství zařízení, kde pracují. Členové komise mají dohlížet na dodržování deontologických pravidel a řeší chování v medicíně (Můj školní sešit, 2006).

5 Pochybení při ošetrovatelské péči o seniory

Pochybení při ošetrování seniorů se i přes velkou propagaci správného přístupu děje. Je smutné, že vyspělé kultury a společnosti se potýkají s negativním přístupem k seniorům a to u rodinných příslušníků, známých, cizích lidí, ale i zdravotníků. Projevy nedostatku úcty, zacházení s lidmi jako s věcí, nevšímavost a projev lhostejnosti můžeme zařadit mezi takovéto negativní a neprofesionální chování. Dále se lze setkat s přezíravostí, projevem slovní či fyzické hrubosti, s vystavováním starého člověka situaci, kterou již nezvládne, zabýváním se pouze materiální stránkou péče, nezajištěním soukromí při poskytování intimní péče. K negativním projevům dále patří i neinformovanost seniora o tom, co s ním bude, nezdvořilé vyjadřování a neúcta ke smrti. Hovory o seniorovi v jeho přítomnosti jako by nebyl, nekomunikování s pacientem při výkonu zdravotnické činnosti, toto se děje dnes a denně (Cesta domů, 2004).

5.1 Výhled do budoucna

Ondřej Mátl a Milena Jabůrková ve své publikaci Kvalita péče o seniory informují o řízení kvality dlouhodobé péče ČR, a kde hodnotí změny kvality péče o seniory. Mimo jiné uvádí, že péče o staré lidi má tendence být paternalistická – nadřazená. Existují zařízení s velmi dobrou péčí, ale i zařízení problematická. Pro seniory v rezidenčních institucích je problematické uplatnění vlastní vůle, což je ovšem dáno řádem zařízení. Např. čas určující vstávání, hygienu. Na druhou stranu se objevují pozitiva a to obzvlášť v právech pacientů a jejich dodržování. Zdravotníci a lidé pečující o seniory si začínají uvědomovat, že starý člověk má právo sám o sobě rozhodovat. Monitorování spokojenosti s péčí také již není nic neznámého (Mátl, 2007).

Velký důraz musí společnost klást na výchovu mladé nastupující generace – studenty zdravotnických oborů, sociálních oborů a budoucích lékařů. Aktivně pracovat na změně nejen přístupu, ale i myšlení lidí, kteří se starými lidmi pracují. Působit na celou společnost pomocí osvěty, zdůraznit, že důstojné jednání a etický přístup je normální.

II Empirická část

6 Metodika výzkumu

Empirická část bakalářské práce je složena ze dvou částí. První část výzkumu byla provedena nezávislým pozorováním lékařů a zdravotních sester a druhá část, prováděna dotazníkovou metodou, určena zdravotnickému personálu nelékařské profese: zdravotní sestry a všeobecní sanitáři.

V první části byly pozorovaným subjektem tři stanice LDN v nemocnici ve Středočeském kraji. Během jednoho měsíce bylo uskutečněno 24 pozorování lékařů a 24 pozorování sester. Forma pozorování byla skrytá, standardizovaná. Byly předem určeny pozorovací kategorie (činnosti) a pozorovaný subjekt nebyl informován o prováděném výzkumu.

Lékař byl pozorován u ranní vizity a to s cílem zjistit, zda zaklepe na dveře při vstupu do pokoje pacientů, zda pozdraví při vstupu do pokoje. Třetím cílem pozorování bylo oslovení pacienta a čtvrté pozorování se týkalo dodržování intimity při vyšetření.

Sestra byla pozorována při ranní hygieně pacientů. Pozorování bylo stejné jako u lékaře, jen dodržování intimity bylo sledované při ranní hygieně.

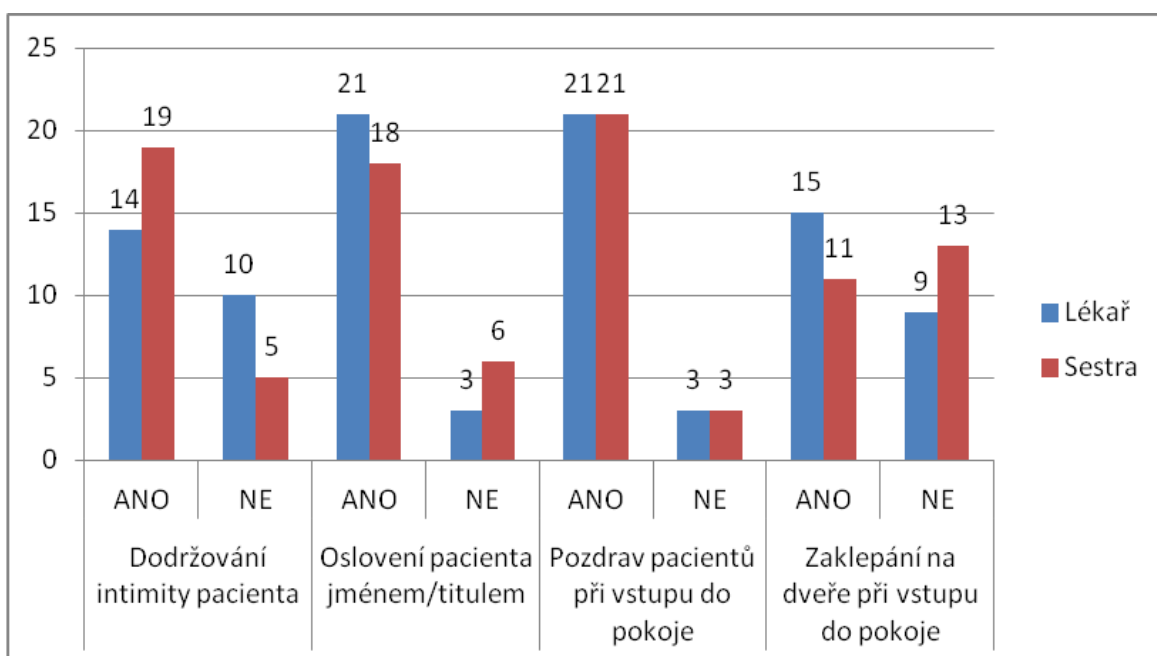
Druhá část výzkumu byla provedena formou dotazníku, přičemž zaměstnancům byl rozdán dotazník, který obsahoval 16 výzkumných otázek. Respondenti anonymně odpověděli a dotazník vložili do obálky. Odpovědi získané z dotazníkového šetření spolu s výsledky pozorování by měly přinést odpovědi na výzkumné otázky práce.

Výzkumné otázky:

1. Jsou vyšší potřeby pacientů v současnosti upřednostněny před základními režimovými zvyklostmi oddělení?
2. Domnívá se zdravotnický personál, že pacient dostává informace tak, aby vždy pochopil, co je mu sdělováno?
3. Potřebuje práce se seniory osobnější a individuální péči, vztah?
4. Zajišťuje zdravotnický personál dostatečně intimitu pacientů na odděleních?
5. Mají zdravotníci možnost a chuť do dalšího vzdělávání?

7 Pozorování - první část výzkumu

Průzkumné šetření metodou pozorování bylo prováděno u lékařů a zdravotních sester pečujících o seniory na třech jednotlivých stanicích LDN. Při hodnocení jsme vycházeli z celkových výsledků pozorování a nehodnotili jsme jednotlivá oddělení. Výsledky pozorování máme shrnuté v grafu (obr. č. 1). První hodnocená oblast, dodržování intimity, ukazuje, že sestry z 24 pozorování intimitu dodržovaly 19x (79%) a 5x (21%) ne. Lékaři intimitu pacientů dodržovali jen 14x (58%), 10x (42%) nebylo na intimitu pacientů hleděno. Druhým zájmem pozorování bylo oslovení pacienta. Zde můžeme konstatovat, že lékaři oslovovali pacienty častěji příjmením či titulem než sestry. Z obr. č. 1 vyčteme 21x (88%) lékař oslovil pacienta příjmením či titulem a 3x (13%) ne a zdravotní sestry 18x (75%) oslovila pacienta příjmením či titulem a 6x (25%) ne. Pozdravení pacientů při prvním kontaktu na pokoji bylo lékařem učiněno 21x (88%) a 3x (13%) lékař nepozdravil. U sester byl výsledek stejný jako u pozorování lékařů. Poslední pozorování, zaklepání na dveře při vstupu na pokoj pacientů bylo zhodnoceno takto: lékaři při vstupu na pokoj zakleпали 15x (63%) a 9x (38%) vešli, aniž by zakleпали. Sestry zakleपालy 11x (46%) a 13x (54%) ne.



Obrázek 1 Výzkumné pozorování – lékaři, sestry

8 Dotazník - druhá část výzkumu

Druhá výzkumná část bakalářské práce byla prováděna dotazníkovou formou, kdy úvod dotazníku je zaměřený na faktografické údaje respondentů. Zjišťuje: pohlaví, věk, vzdělání, důvod jejich práce u seniorů a délku praxe ve zdravotnictví. Poté dotazník pokračuje šestnácti otázkami. "Dotazníkový formulář" (příloha D) obsahuje 14 otázek uzavřených – výběrových. Zde respondenti vždy vybrali jednu odpověď nejvíce se blížící jejich osobnímu názoru. Dvě otázky byly dichotomické, výběr z odpovědi ano/ ne.

8.1 Charakter výzkumného vzorku

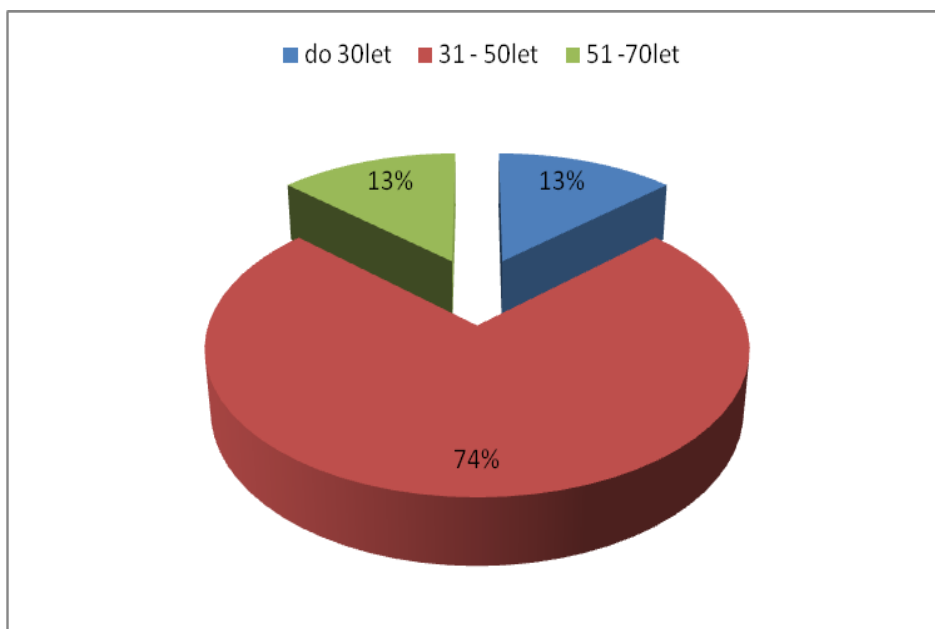
Druhé průzkumné šetření bylo prováděno u skupiny zaměstnanců nemocnice nelékařské profese, tj. zdravotní sestry a všeobecní sanitáři. Zaměstnanci anonymně a dobrovolně odpověděli na výzkumné otázky v dotazníku.

Bylo rozdáno 50 kusů dotazníků. Vráceno bylo 48 vyplněných a z toho 10 dotazníků bylo vyřazeno pro nesprávné vyplnění. Pro vyhodnocení zbylo 38 dotazníků. Ty poskytly data k výzkumu. Data výzkumu jsou vyhodnocovány absolutní a relativní četností výskytu. Relativní četnost je uváděna v %, přičemž hodnoty jsou zaokrouhleny na celá čísla.

8.1.1 Pohlaví a věk respondentů

Pohlaví respondentů je dáno charakterem práce. Výzkumná metoda pozorování měla výzkumný vzorek pohlaví ženského (100%). Dotazníková metoda přinesla poznatek, že všech 38 (100%) respondentů uvedlo pohlaví ženské.

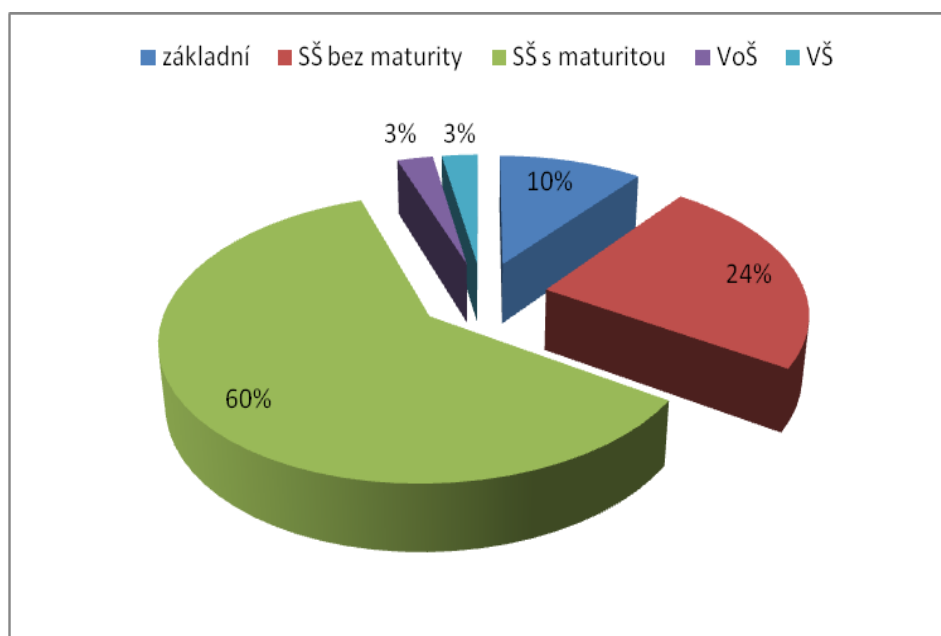
Věk v metodě pozorování nebyl určen. Věkové rozdělení bylo u dotazníku. Zde byli tři skupiny respondentů. Dělili se do skupin do 30 let, 31- 50 let a 51- 70 let. Nejčetnější skupinu tvořili pracovníci ve věku 31- 50 let 28 dotazovaných (74%). Druhá skupina 51-70 let spolu se skupinou respondentů do 30 let, byly zastoupeny stejným počtem, tj. 5 dotazovaných (13 %) obrázek č. 3.



Obrázek 2 Věk respondentů výzkumu

8.1.2 Vzdělání respondentů

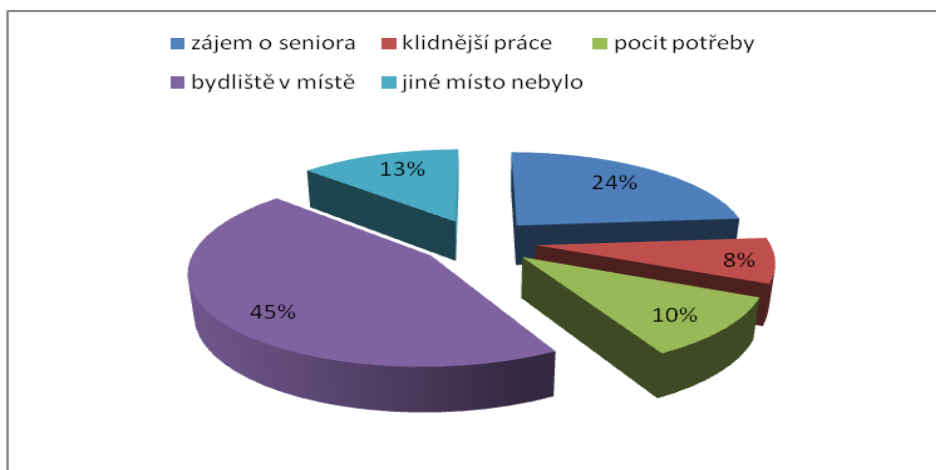
Z celkového počtu dotazovaných respondentů mělo největší zastoupení vzdělání středoškolské s maturitou, obr. č. 4. Celkem 23 respondentů mělo ukončené středoškolské vzdělání (60%). Druhá nejčetnější skupina byla tvořena respondenty se středoškolským vzděláním bez maturity. Čísly vyjádřeno - 9 respondentů (24%). Základního vzdělání dosáhli 4 účastníci výzkumného šetření (10%), 1 (3%) respondent měl vzdělání vyšší odborné a 1 vysokoškolské.



Obrázek 3 Vzdělání respondentů výzkumu

8.1.3 Důvod zaměstnání na oddělení zaměřeném na péči o seniory

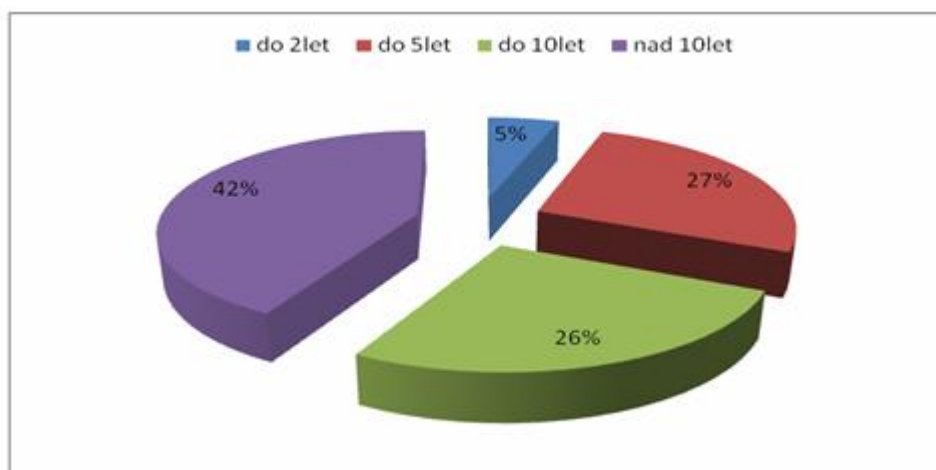
Obrázek č. 5 ukazuje důvod, proč pracují zdravotníci na oddělení zaměřené na péči o seniory. Největší skupina je tvořena 17 (45%) zaměstnanci, kteří mají pracovní místo v místě bydliště. Druhý nejčastější důvod byl zájem o seniora, vyjádřilo se 9 respondentů (24%). Následuje důvod, jiné místo nebylo k dispozici, uvedlo 5 (13%) respondentů. Poslední skupina tvořena 3 (8%) respondenty, dává přednost klidnějšímu typu práce.



Obrázek 4 Důvod zaměstnání na oddělení se zaměřením na seniory

8.1.4 Délka praxe

Délka praxe rozděluje zaměstnance do čtyř skupin. Skupinu s praxí do 2 let tvořili dva (5%) respondenti, s délkou praxí do 5 let se vytvořila skupina deseti (26%) respondentů. Stejný počet měli respondenti s praxí nad 10 let. Nejčetnější skupinou byli zaměstnanci s praxí nad 10 let. Zde podle výsledků bylo šestnáct (42%) respondentů, obr. č. 6.



Obrázek 5 Délka praxe respondentů

8.2 Interpretace výzkumu dotazníkového šetření

Otázka č. 1: K navázání vhodného vztahu se seniory preferujete:

Tabulka 1 Navázání vhodného vztahu se seniory

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|---|-------------------|---------------------|
| Navození pocitu důvěry a jistoty | 23 | 61% |
| Vytvoření kultivovaného prostředí, ve kterém pacient zvládne průběh léčebného procesu | 11 | 29% |
| Povědomí o všech reálných potřebách pacienta | 4 | 11% |
| Celkem | 38 | 100% |

Tabulka č. 1 ukazuje, že 23 (61%) respondentů zakládá vztah se seniory na důvěře a jistotě. 11 (29%) respondentům je nejbližší odpověď, kde je upřednostňováno kulturní prostředí. Poslední skupina oslovených zdravotníků, složená ze 4 respondentů (11%), preferuje znalost reálných potřeb pacienta.

Otázka č. 2: Další vzdělávání zdravotnického personálu:

Tabulka 2 Vzdělávání zdravotnického personálu

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|---|-------------------|---------------------|
| Je nutnost, dáno legislativou o celoživotním vzdělávání | 3 | 8% |
| Největší vliv na znalostech a dovednostech má praxe | 9 | 24% |
| Každý zdravotník by měl mít zájem se dále vzdělávat | 26 | 68% |
| Celkem | 38 | 100% |

Zájem o vzdělání by měl mít každý zdravotník. Tento názor v dotazníku uvedlo 26 respondentů (68%). Praxi, jako největší přínos, preferuje devět (24%) dotazovaných a tři respondenti (8%) považují vzdělávání za nutnost, která je dána legislativou.

Otázka č. 3: Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu u Vás na oddělení k pacientům?

Tabulka 3 Přístup zdravotnického personálu k pacientům

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|-------------------------|-------------------|---------------------|
| Vstřícný | 22 | 58% |
| Profesionální | 9 | 24% |
| Je třeba dost zlepšovat | 7 | 18% |
| Jiný..... | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

U této otázky více jak polovina respondentů, přesně řečeno čísla, dvacet dva (58%) považují přístup k seniorům na jejich oddělení za vstřícný. Profesionální přístup vidí devět (24%) dotazovaných a sedm (18%) odpovídajících zdravotníků v dotazníku uvedlo, že je potřeba zlepšovat přístup k seniorům. Nikdo z dotazovaných (0%) neuvedl jiný pohled na tuto otázku.

Otázka č. 4: Jakou formou informujete pacienty?

Tabulka 4 Informování pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Ústně v soukromí | 4 | 11% |
| Ústně na pokoji | 17 | 45% |
| V soukromí, formou nejsrozumitelnější pro pacienta (psaná forma, nákres, atd.) | 1 | 3% |
| Na pokoji, formou nejsrozumitelnější pro pacienta (psaná forma, nákres, atd.) | 16 | 42% |
| Celkem | 38 | 100% |

V tabulce č. 4 vidíme dvě velké skupiny respondentů. První skupina, která informuje pacienty na pokoji ústně, byla složena ze 17 (45%) odpovídajících. Druhá skupina, šestnáct (42%) respondentů, informuje pacienty formou nejsrozumitelnější pacientovi na jeho pokoji. Ústně v soukromí informují jen čtyři (11%) respondenti a jeden dotazovaný 3% informuje pacienty formou nejsrozumitelnější, ale v soukromí.

Otázka č. 5: Jak nejčastěji oslovujete pacienty?

Tabulka 5 Oslovování pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|-------------------|-------------------|---------------------|
| Příjmením | 38 | 100% |
| Křestním jménem | 0 | 0% |
| Babičko / dědečku | 0 | 0% |
| Titulem | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

Otázka č. 5 byla zodpovězena 100%. Všech třicet osm respondentů shodně vybralo odpověď, že oslovují pacienty jejich příjmením, tabulka č. 5.

Otázka č. 6: Jak jsou u Vás na oddělení návštěvní hodiny?

Tabulka 6 Návštěvní hodiny

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Celý den | 32 | 84% |
| V určitou odpolední hodinu | 2 | 5% |
| Neomezeně | 3 | 8% |
| Jinak..... | 1 | 3% |
| Celkem | 38 | 100% |

Ač ve výzkumném šetření šlo o jedno nemocniční zařízení, respondenti odpovídali různě. Nejčastěji bylo uváděno, že návštěvní hodiny jsou na oddělení celý den. Tuto odpověď vybralo 32 respondentů (84%). Tři (8%) dotazovaní uvedli návštěvní hodiny neomezeně, dva (5%) dotazovaní zdravotníci zvolili odpověď – v určitou odpolední dobu a jeden (3%) se domnívá, že návštěvní hodiny jsou zcela jinak.

Otázka č. 7: Při výkonech, kdy je pacient zcela odhalen.

Tabulka 7 Postup při dodržování intimity

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|---|-------------------|---------------------|
| Vždy zavřu dveře na chodbu, je-li to možné, požádám chodící pacienty a návštěvu, aby počkali na chodbě či denní místnosti | 19 | 50% |
| Vždy zavřu dveře a návštěvy požádám, aby opustili pokoj | 19 | 50% |
| Použiji zástěnu | 0 | 0% |
| Neřeším to, na pokoji jsou vždy ženy nebo muži | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

Zajímavý výsledek výzkumného šetření přinesla otázka č. 7, tabulka č. 7. Zde respondenti byli v odpovědi rozděleni na dvě poloviny. Obě dvě poloviny zavřou dveře. První polovina 19 (50%) dotazovaných však uvedla, že požádá návštěvu i ostatní pacienty, aby počkali na chodbě. Druhá polovina 19 (50%) požádá jen návštěvu, aby opustila pokoj.

Otázka č. 8: Opouštíte-li s pacientem pokoj (vyšetření, nácvik chůze,..):

Tabulka 8 Pacient při opuštění pokoje

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|---|-------------------|---------------------|
| Obléknu pacientovi župan, ponožky. | 24 | 63% |
| Snažím se zakrýt odhalené části těla | 14 | 37% |
| Neřeším to, na oddělení je teplo | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

Další dotazníková otázka ukázala, 24 (63%) respondentů pacientům obléká župan či jiné prádlo než opustí pacient pokoj. 14 (37%) dotazovaných zahálí odhalené části těla. Mezi dotazovanými nebyl nikdo (0%), kdo by pacienty a jejich oblečení neřešil.

Otázka č. 9: Má každý pacient funkční a dosažitelné signalizační zařízení?

Tabulka 9 Dostupnost signalizačního zařízení

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------|-------------------|---------------------|
| Ano | 14 | 37% |
| Ne | 24 | 63% |
| Celkem | 38 | 100% |

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 14 (37%) respondentů se domnívá, že každý pacient má signalizační zařízení. 24 (63%) respondentů uvedlo odpověď NE.

Otázka č. 10: Lze na Vašem oddělení poskytnout pacientům duchovní podporu?

Tabulka 10 Duchovní podpora

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------|-------------------|---------------------|
| Ano | 37 | 97% |
| Ne | 1 | 3% |
| Celkem | 38 | 100% |

Duchovní podporu vnímá na oddělení 37 (97%) dotazovaných a jeden (3%) uvedl odpověď NE.

Otázka č. 11: Do jaké míry akceptujete osobní věci pacienta, které chce mít na pokoji (postel, příbor, deku, adt.)?

Tabulka 11 Akceptace osobních věcí pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Plně | 19 | 50% |
| Částečně | 5 | 13% |
| Jen po dohodě a určité věci | 14 | 37% |
| Výjimečně | 0 | 0% |
| Ne, na našem oddělení nelze mít vlastní věci | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

Plná akceptace osobních věcí je u 19 (50%) dotazovaných, 14 (37%) respondentů osobní věci akceptuje, ale jen po dohodě a 5 (13%) účastníků výzkumného šetření osobní věci akceptuje částečně.

Otázka č. 12: Jaký máte na oddělení k dispozici vzdělávací materiál pro zdravotníky?

Tabulka 12 Možnost vzdělávacího materiálu

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--------------------------|-------------------|---------------------|
| Odborné knihy a časopisy | 12 | 32% |
| Odborné časopisy | 23 | 61% |
| Odborné knihy | 1 | 3% |
| Žádné | 2 | 5% |
| Celkem | 38 | 100% |

Tabulka č. 12 ukazuje vyhodnocení otázky, která je zaměřena na vzdělání. 23 (61%) dotazovaných má k dispozici odborné časopisy, 12 (32%) k časopisům má knihy a 1 (3%) respondent uvádí, že k dispozici má knihy. 2 z 38 dotazovaných odpověděli, že nemají žádné vzdělávací materiály na oddělení k dispozici.

Otázka č. 13: Z Vaší praxe, při podávání informací pacientovi, upřednostňujete:

Tabulka 13 Způsob podávání informací pacientům

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Informace opakovat | 9 | 24% |
| Chránit pacienta před časovým stresem, nenaléhat | 2 | 5% |
| Být v zorném poli pacienta, mluvit srozumitelně a pomalu a udržet oční kontakt | 27 | 71% |
| Používání názorných pomůcek či nákresů | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

Být v zorném poli a srozumitelně mluvit s očním kontaktem. 27 (71%) dotazovaných takto podávají informace pacientům. Dalších 9 (24%) respondentů informace opakuje a dva respondenti 5% preferují - nespěchat a nenaléhat.

Otázka č. 14: Dveře na pokoj pacientů během denní služby

Tabulka 14 Dveře na pokojích pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Pravidelně zavírám | 5 | 13% |
| Zavírám při hygieně či jiných výkonech | 33 | 87% |
| Nechávám otevřené pro lepší přehled o pacientech | 0 | 0% |
| Celkem | 38 | 100% |

V nemocničním zařízení, kde bylo prováděno výzkumné šetření 5 (13%) dotazovaných přes den dveře pacientům zavírá a 33 (87%) dveře zavírá jen při výkonech u pacienta.

Otázka č. 15: Edukaci (poučení) pacienta před vyšetřením, ošetrovatelským výkonem provádíte:

Tabulka 15 Způsob edukace pacientů

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Hned po naordinování ve zdravotní dokumentaci | 8 | 21% |
| Po objednání vyšetření | 7 | 18% |
| Těsně před samotným vyšetřením | 8 | 21% |
| Po naordinování vyšetření a následně opakovaně podle potřeby | 15 | 39% |
| Celkem | 38 | 100% |

V tabulce č. 15 lze vyčíst výsledky na otázku č. 15. Respondentů, kteří edukují pacienty hned při naordinování vyšetření a dále dle potřeby bylo 15 (39%). 8 (21%) dotazovaných odpovědělo, že edukují pacienty hned po naordinování výkonu a stejný počet respondentů, tedy 8 před samotným vyšetřením. Nejdříve vyšetření objednájí a poté edukují pacienty – tuto variantu odpovědi zvolilo 7 (18%) dotazovaných.

Otázka č. 16: Zjišťujete zpětnou vazbu Vaší edukace?

Tabulka 16 Zpětná vazba edukace

| | Absolutní četnost | Relativní četnost % |
|--|-------------------|---------------------|
| Ano, vždy po vyšetření, rozhovorem s pacientem | 25 | 66% |
| Náhodně, jen u pacientů, kteří těžce chápali edukaci | 7 | 18% |
| Ne, nezjišťuji | 6 | 16% |
| Celkem | 38 | 100% |

Poslední otázka dotazníkového šetření byla zaměřena na zpětnou vazbu edukace (tab. č. 16) 25 (66%) dotazovaných má zpětnou vazbu edukace po vyšetření. Náhodně zjišťuje zpětnou vazbu 7 (18%) respondentů a 6 (16%) zdravotníků odpovědělo, že nezjišťují zpětnou vazbu edukace.

9 Diskuze

Jsou vyšší potřeby pacientů v současnosti upřednostněny před základními režimovými zvyklostmi oddělení?

V publikaci Občanského sdružení Cesta domů je uváděn krásný příklad „uspokojení vyšších potřeb člověka v ústavním zařízení“. Jsou citovány vzpomínky jisté účastnice výzkumu, kdy ji personál ošetrovatelského zařízení požádal, aby svému otci přinesla tepláky, neboť mu to usnadní používání toalety a jeho boj s inkontinencí. Její otec však vždy chodil perfektně upraven a oblečen. Představa, že si bude oblékat tepláky, jí přišla zcela nemístná a nevhodná. Pohledem zdravotníků byla tato situace vnímána zcela jinak. Zdravotník viděl usnadnění sebeobsluhy pacienta a cestu k třeba možnému návratu k zvyklostem pacienta v oblékání. Zde lze vést diskusi o edukaci dcery, o přístupu zdravotníků, o možnostech podmínek v ošetrovatelském zařízení atd.

Uspokojení vyšších potřeb nemocných je dnes poměrně časté téma. Ve výzkumném šetření se na potřeby pacientů zaměřily otázky: přístup zdravotnického personálu k pacientům, oslovování pacientů, uspokojování duchovních potřeb pacientů, návštěvní hodiny na oddělení a respektování osobních věcí. Z tabulky č. 3 je zřejmé, že více jak polovina dotazovaných má názor, že jejich přístup je vstřícný a 24% má přístup profesionální. Z tohoto výsledku se můžeme domnívat, že zdravotníci se vstřícným přístupem by u výše citované zkušenosti pacientovi oblékali oblek s kravatou. Jak by se zachovala část respondentů s profesionálním přístupem? Ti by se na pacienta dívali biomedicínským pohledem a upřednostnili by pohodlné oblečení. Z dotazovaného personálu 50% plně respektuje osobní věci pacienta (viz tab. č. 11) a žádný respondent se k této otázce nevyjádřil negativně. Pro staré lidi je často velmi důležité mít u sebe drobnosti běžného života, které je provází řadu let. A chceme-li říci, že dochází k uspokojování vyšších potřeb pacientů, nesmíme tento fakt opomíjet. I oslovování pacientů můžeme zařadit do této skupiny. Nejen v dotazníku, ale i při pozorování, jsme zjišťovali jak je to s oslovováním pacientů. V dotazníku 100% respondentů uvedlo, že pacienty oslovují příjmením (viz. tab. č. 5), což lze hodnotit pozitivně. Avšak při pozorování (obrázek č. 1) je vidět, že sestry oslovovaly pacienty jen z 75%. Zde se výsledky výzkumného šetření pozorováním a dotazníkem rozcházejí. V dotazníku, měli respondenti odpovědět na otázku „Jak nejčastěji oslovujete pacienta?“ a v metodě pozorování byl pozorovací subjekt pozorován při oslovení pacientů.

Další nezbytnou součástí potřeb života seniorů je uspokojení duchovních potřeb. Generace

dnešních seniorů častěji než mladí tíhnou k víře, ve které byli vychováváni. A není to jen o víře samotné, ale o smíření se se sebou samým, se svou nemocí, bolestí, problémy. Dnešní doba našťastí přeje a myslí na tyto potřeby pacientů. Přítomnost kněze, kaplana či jiného představitele duchovní pomoci v nemocnicích vídáme častěji než před 10- 15 lety. I v zařízení, kde bylo prováděno výzkumné šetření, 97% respondentů odpovědělo na možnost duchovní podpory pozitivně. Při rozhovoru s panem kaplanem, který do nemocnice dochází, zazněly zajímavé názory. Popisoval, že „jeho“ pacienti nejsou jen věřící, které víra provázela celý život, ale dost často se stává, že jeho přítomnost požadují i ti, kteří se s vírou setkávají úplně poprvé. Dá se říci, že pan kaplan pracuje i jako „psycholog“. Starost sdělená, starost poloviční. A přesně v tomto smyslu pomáhá přítomnost pana kaplana, ale i nejbližších.

Domnívá se zdravotnický personál, že pacient dostává informace tak, aby vždy pochopil, co je mu sdělováno?

Učili jste někdy seniora pracovat s počítačem? Já ano. Pochopení základních postupů trvalo týdny. A to dotyčný měl možnost vše vidět, osahat si, ptát se kdykoliv a na cokoliv. Byl zdravý, v psychické pohodě a v domácím prostředí. Teď si vezmeme seniora, který je v neznámém prostředí, vytržen od rodiny, není mu dobře, může mít bolesti, strach. Přejde zdravotní sestra a začne vysvětlovat, že zítra půjde na ECHO a vyšetří mu to srdce. Co to asi se seniorem udělá? Informovanost, způsob podávání informací, zpětná vazba - to je velké téma, které se zdravotník učí po celou dobu své praxe. Jak sdělují informace naši respondenti? Ústně na pokoji (45%) a na pokoji, formou nejsrozumitelnější pro pacienta (psaná forma, nákres) 42% (tab. č. 4). Přidáte-li názorné pomůcky, edukační obrázky a hlavně čas a trpělivost jste na správné cestě. K tomuto postupu se přiklání i Barbora Dostalíková (2013) ve své práci. V kapitole „Výkladové techniky“ uvádí, že lektor (edukátor) by měl při výkladu mít jasné cíle, říci hlavní myšlenku (podstatu sdělovaného), využívat audiovizuální pomůcky, používat časté opakování a udělat závěrečné shrnutí. V dotazníku respondenti nejčastěji uvádějí na prvním místě být při edukaci v zorném poli a mluvit srozumitelně, pomalu a udržet oční kontakt, ale žádný respondent, podle odpovědí na otázku č. 13 v dotazníku, neuvedl odpověď - používání názorných pomůcek. Z výsledků výzkumu vyplývá, že zdravotníci mají vědomosti o správné edukaci seniorů. Rozdílnost odpovědí u otázek č. 4 a č. 13 jsou pravděpodobně způsobeny prioritou při výběru z možností edukace, které byly uvedeny v otázce č. 13. Dostalíková (2013) ve své práci uvádí důležitost častého opakování sděleného, k tomu mohu dodat důležitost i zpětné vazby v edukaci, která říká zdravotníkovi, jak pacient

edukaci pochopil. Z tab. č. 16 vyčteme, že 66% dotazovaných zpětnou vazbu zjišťuje. Často slyšíme, že na názorné pomůcky nejsou peníze, ale trocha vlastního času a úsilí tolik nestojí. V zařízení, kde byl prováděn výzkum, je pro pacienty a rodinné příbuzné jednoduchá vizitka (příloha C), která poskytne základní informace při příjmu pacienta. Informace slouží jak pacientovi, tak rodině.

Potřebuje práce se seniory osobnější a individuální péči, vztah?

Ano, práce se seniory vyžaduje osobnější a individuální péči a vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Tento vztah může posílit nebo naopak plně zničit i obyčejný přístup k nemocnému a jeho oslovení. V tabulce č. 5 nikdo z dotazovaných nevedl, že by seniora oslovoval titulem. I tento výsledek lze přičíst výběru odpovědí. Ale i přes to nesmíme zapomínat, že titul získaný během života seniora se věkem neztrácí. Proč ho nepoužít? Lékař, právník, vědec, inženýr. Člověk jím zůstává i ve věku, kdy profesi již nevykonává. Ve výše zmiňované publikaci Občanského sdružení Cesta domů je popisováno vyjádření jedné účastnice studie, která uváděla neosobní oslovení „pane, paní“, bez použití příjmení pacienta, popřípadě „dědo, babi“ jako nesprávné oslovení. Účastnice dále uvádí, že kdo takto oslovuje osobu, měl by ji znát jistou dobu a ne hned první den v nemocnici začít říkat: „*Maruško, babičko, drahoušku*“. Zmiňovaná účastnice se domnívá, a lze s ní jen souhlasit, že podstatná část populace by se cítila uražena, byla by oslovována familiérně jménem nebo zdrobnělinou. A stěžovat si? Staří lidé se dost často bojí, jsou velmi zranitelní a nechtějí obtěžovat. Zde se odhaluje obrovská křehkost a zranitelnost těchto lidí. Lidí, kteří v nemocnicích či jiných zařízeních spočívají v rukou zdravotníků. Zde, v těchto okamžicích, lze ukázat velký projev úcty a pochopení starých lidí, profesionální, ale i lidský přístup k nim.

Zajišťuje zdravotnický personál dostatečně intimitu pacientů na odděleních?

Velkým tématem v péči o seniory v nemocničním zařízení a jiných ústavech sociálních služeb zaměřené na jejich péči, je otázka dodržování dostatečné intimity pacientů na oddělení. Štěpánková (2013) ve své bakalářské práci rozděluje intimitu pacienta na tělesnou a intimitu citovou. Má práce je zaměřena hlavně na intimitu tělesnou, neboť ta je velmi často přehlížena a ignorována zdravotníky obecně. Z publikace Občanského sdružení Cesta domů kde citují odborníky, kteří se účastnili jejich výzkumu, vyplývá, že to co otupuje, je rutina a zvyk na prostředí i na vykonávanou práci: „*Víte přesně, co dělat. Vyměníte pleny a umyjete toho*

starého člověka. A je to jen otázka rutiny. Děláte to a vlastně zapomenete, že před vámi leží člověk.“ Ve výzkumném vzorku na otázku tělesné intimity pacientů (tab. č. 7), každý z respondentů odpověděl pozitivně. Vždy se snaží chránit intimitu pacientů. Ale právě rutina a zvyk mohou vytvořit „slepotu“ zdravotníků vůči běžným činnostem. To částečně potvrzují výsledky pozorování respondentů s výsledky v dotazníku. Při pozorování sester 79%, intimitu dodržovalo, ale 21% jí v běžných činnostech opomíjelo. Přitom v dotazníku uvedlo 100% dotazovaných, že na intimitu dbají.

Z výše jmenované publikace uvedu další příklad následků rutiny. Účastník výzkumu popisuje svůj nástup na nové pracoviště, kde personál má svou určitou rutinu v běžných činnostech ošetrovatelské péče. Svou práci dělal každý zaměstnanec víceméně stejně. A právě pohled nového zaměstnance vidí nastolenou rutinu svých nových spolupracovníků. Respondent začal klepat na dveře před vstupem do pokoje pacientů a původním zaměstnancům se to zdálo nemístné. Z našeho pozorování v otázce zaklepání na dveře před vstupem na pokoj, obrázek č. 1, vyplývá poznatek lepšího přístupu lékařů než sester v otázce zaklepání na dveře před vstupem na pokoj. Proč tomu tak je? Domnívám se, že to může být častější přítomností sester na pokojích než lékařů a právě rutiny v této oblasti.

Nemyslím si, že částečně negativní výsledky vycházející z výzkumu, který ukázal na chyby v dodržování intimity seniorů, by byl odstrašující. Je však na vedoucích pracovnících, aby neustálým připomínáním důležitosti, individuality a jedinečnosti každého pacienta, vedli zdravotníky k postupům, které by odstraňovaly chyby, aby naslouchali svým pacientům a hlavně je respektovali jako lidské bytosti.

Mají zdravotníci možnost a chuť dalšího vzdělávání?

Legislativa (Zákon č. 96/2004 Sb.) ukládá střednímu zdravotnickému personálu celoživotní vzdělávání. Ale jaký je názor či postoj samotných zdravotníků? 68% dotazovaných uvádí, že by mělo být zájmem zdravotníků samotných o další vzdělání. Tento názor je shodný i s výsledky Zdenky Poučinské (2011), která uvádí ve své bakalářské práci, zaměřené na celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických profesí, že sestry nemají pochyb o nutnosti a potřebách se vzdělávat.

10 Závěr

„*Starý člověk je podruhé dítětem*“ (William Shakespeare). Tak jako každé dítě potřebuje lásku, jistotu, důvěru a bezpečí, tak je tomu i u starých lidí. Od malých dětí se liší tím, že nejsou tak krásní, voňaví, pohybliví. Plenky mají také, ale jiné velikosti a není to tak atraktivní přebalovat starého člověka. Krmíme je stejně jako malé děti, ale už jim neříkáme: „Papej, papej“. Bryndáky nekupujeme s pěknými obrázky, ale na jedno použití, abychom je mohli hned vyhodit. A hlídání? Malé dítě babička s dědečkem rádi pohlídají, ale jestli pak dospělé děti pohlídají své staré rodiče. Jestli pak jsou ochotni obětovat svůj čas a energii v péči o ně? Ano i toto je stáří. A ne každý ho chce vidět.

Tito pacienti jsou velmi zranitelní. Je povinností každého zdravotníka pomáhat těmto lidem. Přístupovat k nim s respektem, trpělivostí a úctou. Vždy si uvědomit, že čas je měřen každému stejně a jednoho dne každý z nás ke stáří dojde. Je třeba, abychom my zdravotníci byli nápomocni jak pacientům, tak jejich rodinám.

Ráda bych, kdyby má práce alespoň částečně ukázala přístup k pacientům, kteří se řadí do skupiny senior. Poukázala na věci, které je třeba zlepšit, jaké oblasti se více věnovat. Ráda bych probudila diskuzi o těchto pacientech, o jejich problémech a pocitech.

Snažme se, aby starý člověk byl se svými limity, potřebami, riziky, chmury a nemocemi brán jako rovnocenný člen týmu, který pracuje na usnadnění a zpříjemnění podzimu svého života. Nestavme ho do role starého a nemohoucího. Snažme se, my zdravotníci, být k těmto pacientům zvláště vnímaví a tolerantní. Zastavme se chvíli v každodenním shonu na oddělení a promluvme s našimi pacienty, pošleme úsměv, pohlázení nebo se podívejme na fotku vnoučat, kterou má náš pacient na stolku. Jednoduše, zajímejme se.

Položeným otázkám, se dostaly odpovědi. Víím, že by se dalo v tomto tématu nacházet spousty dalších otázek a odpovědí, které zde nezazněly, ale snad i tato trocha bude nápomocna ke zlepšování přístupu ke starým lidem.

POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje

1. ABRHÁMOVÁ, Jitka et al. Velký slovník naučný. Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902723-1-2
2. FRÝDECKÁ, Helena et al. Lemon 3- text pro sestry a porodní asistentky. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-2444-2.
3. GOLDMANN, Radoslav a Martina CICHÁ. Etika zdravotní a sociální práce. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2004. ISBN 80-244-0907-0.
4. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
5. HEGYI, Ladislav et al. Geriatria. Bratislava: Herba, 2010.
6. JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.
7. KALVACH, Zdeněk et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika ošetrovatelství. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. Historie ošetrovatelství. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3224.
10. MESSINA, Rosario. Dějiny charitativní činnosti. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005, ISBN 80-7192-859-3
11. MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2
12. NAKONEČNÝ, Milan. Psychologie. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-443-8
13. O'CONNOR, Margaret a Sanchia Aranda. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada, 2005, ISBN 80-247-1295-4.
14. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka et al. Přehled vývojové psychologie. 2. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2008. ISBN 978-80-244-2141-4
15. VAVROŇ, Jiří. Právo, Jen dva Češi z deseti zemřou doma, str. 1. Praha: Borgis, 2013

Internetové zdroje

1. ABZ SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. *Pojem etický kodex* [online]. 2005 - 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/eticky-kodex>
2. CITATY-SLAVNYCH.CZ. *Citáty slavných osobností: Citáty o stáří* [online]. 2010 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://citaty-slavnych.cz/kategorie/o-stari/14>
3. ČAS. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester: Česká asociace sester* [online]. 2012 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf
4. DOSTALÍKOVÁ, Barbora. *Edukace seniorů a geragog*. Olomouc, 2013. Dostupné z: <http://theses.cz/id/1351gh/00176711-618723526.pdf>. Bakalářská diplomová práce. UP Olomouc. Vedoucí práce Naděžda Špatenková.
5. EVANGELICKÁ AKADEMIE. *Etika a morálka - úvod* [online]. 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.eapraha.cz/beran/docs/kr3s/etikauvod.pdf>
6. HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně - sociálních oborů* [online]. Praha, 2004 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>
7. JABŮRKOVÁ, Milena a MÁTL, Ondřej. *Kvalita péče o seniory, Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR, vydání první*, Praha Galén 2007, ISBN 978- 80-7262- 499-7, [online]. 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000206.pdf>
8. NCO+NZO. *Historie ošetrovatelství* [online]. 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/home;jsessionid=E69136A134355FBC25D88D039BE3AB41>
9. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČESKÉ REPUBLIKY. *Listina základních práv a svobod* [online]. 1992 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
10. POUČINSKÁ, Zdenka. *Celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*. Olomouc, 2011. Dostupné z: <http://theses.cz/id/pqo9jb/00150996-314811059.pdf>. Bakalářská práce. UP Olomouc. Vedoucí práce Zdeňka Mikšová.
11. PRÁVO A TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE. *Právo a terénní sociální práce: Význam slova právo* [online]. 2014 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.clovekvpravu.cz/data/manual.pdf?ts=1398133983>

12. SVAZ PACIENTŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *Etický kodex práv pacientů: Plné znění Etického kodexu práv pacientů* [online]. 1998 - 2013 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>
13. ŠTĚPÁNKOVÁ, Žaneta. *Zachování důstojnosti seniorů ve zdravotnickém zařízení*. Zlín, 2013. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Zuzana Sousedíková. Dostupné z: http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20365/%C5%A1%C4%9Bp%C3%A1nkov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1.
14. ÚSTAVNÍ SOUD. *Listina základních práv a svobod* [online]. 1992 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: <http://www.usoud.cz/listina-zakladnich-prav-a-svobod/>
15. ÚZIS. *Zemřelí 2012* [online]. 2012 [cit. 2014-04-22]. ISBN 978-80-7472-043-7. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2012>
16. VLN.FX.CZ. *Zápisky zdravotní sestřičky: Ošetřovatelství - Etické komise* [online]. 2006 [cit. 2014-04-22]. Dostupné z: http://vnl.xf.cz/ose/ose-eticke_komise.php

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A *Etický kodex sester*

Sestra a spoluobčan

- Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří jí potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.
- Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může jejich souhlas s péčí a související terapií.
- Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.
- Sestra se podílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.
- Sestra je také spoluodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečištěním, úpadkem a ničením.

Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

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

Sestra a profese

- Sestra hraje rozhodující roli při určování, vytváření a realizaci norem ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání.

- Sestra se aktivně podílí na rozvoji základní soustavy odborných znalostí vycházející z vědeckého poznání.
- Sestra se prostřednictvím profesní, odborné nebo jiné organizace podílí na vytváření a zachování spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

Sestry a jejich spolupracovníci.

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

PŘÍLOHA B *Etický kodex práv pacientů*

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož to i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má právo, v rozsahu, který povoluje zákon, odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, kdy mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo na to, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k

dispozici. Po propuštění má právo očekávat určitý postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen (<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>).

Tabulka 17 Vizitka oddělení – 1.str

| |
|--|
| <p><u>Oddělení LDN - tel.: 3** *** **</u></p> <p>staniční sestra: <u>Jméno a příjmení</u></p> <p>Adresa: ulice+ č.popisné město PSC</p> <p>e-mail: <u>na staniční sestru</u></p> <p>POKLADNA: 3** *** **</p> <p>SOC. PRACOVNICE: 3** *** **, 7** *** **</p> <p>NÁVŠTĚVNÍ HODINY: 9 – 18 HOD</p> <p>a dle dohody</p> |
|--|

Tabulka 18 Vizitka oddělení – 2.str

| |
|--|
| <p>Primář oddělení LDN</p> <p>Jméno a příjmení</p> <p>tel.:3** *** **</p> <p>GSM:7** *** **</p> <p>E-mail: <u>na primáře oddělení</u></p> <p>Vrchní sestra: Jméno a příjmení</p> <p>tel.: 3** *** **</p> <p>GSM:7** *** **</p> <p>E-mail: <u>na vrchní s. oddělení</u></p> |
|--|

ETIKA V OŠETŘOVATELSKÉ PÉČI O SENIORY

FAKTOGRAFICKÉ ÚDAJE

Pohlaví

muž

žena

Věk

do 30let

31-50

51-70

Vzdělání

základní

středoškolské

vysokoškolské

středoškolské s maturitou

vyšší odborné

Proč pracuji na oddělení zaměřené na péči o seniory?

vždy jsem se zajímal(a) o potřeby seniorů

klidnější charakter práce

cítím se potřebný(á)

zaměstnání v místě bydliště

na jiném oddělení nebylo volné místo

jiný důvod – napiš

.....

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví ?

do 2 let

do 10 let

do 5 let

nad 10 let

U každé otázky vždy vyberte jednu odpověď. Pojem pacient, je v dotazníku myšlen pacient, ve věku 55 let a více.

1. K navázání vhodného vztahu se seniory preferujete?

- navození pocitu důvěry a jistoty
- vytvoření kultivovaného prostředí, ve kterém pacient zvládne průběh léčebného procesu
- povědomí o všech reálných potřebách pacienta

2. Další vzdělávání zdravotnického personálu ?

- je nutnost, dáno legislativou o celoživotním vzdělávání
- největší vliv na znalostech a dovednostech má praxe
- každý zdravotník by měl mít zájem se dále vzdělávat

3. Jak hodnotíte přístup zdravotnického personálu u Vás na oddělení k pacientům?

- 1 = vstřícný
- 2 = profesionální
- 3 = je třeba dost zlepšovat
- 4 = jiný.....

4. Jakou formou informujete pacienty?

- ústně v soukromí
- ústně na pokoji
- v soukromí, formou nejsrozumitelnější pro pacienta (psaná forma, nákres..)
- na pokoji, formou nejsrozumitelnější pro pacienta (psaná forma, nákres..)

5. Jak nejčastěji oslovujete pacienty?

- příjmením
- křestním jménem
- babičko / dědečku
- titulem

6. Jsou u Vás na oddělení návštěvní hodiny?

- celý den
- v určitou odpolední hodinu
- neomezeně
- jinak.....

7. Při výkonech, kdy je pacient zcela odhalen?

- vždy zavřu dveře na chodbu, je-li to možné požádám chodící pacienty a návštěvu, aby počkali na chodbě či denní místnosti
- vždy zavřu dveře a návštěvy požádám, aby opustili pokoj
- použiji zástěnu
- neřeším to, na pokoji jsou vždy ženy nebo muži

8. Opouštíte-li s pacientem pokoj (vyšetření, nácvik chůze..)?

- obléknu pacientovi župan, ponožky..
- snažím se zakrýt odhalené části těla
- neřeším to, na oddělení je teplo

9. Má každý pacient funkční a dosažitelné signalizační zařízení?

- ano
- ne

10. Lze na Vašem oddělení poskytnout pacientům duchovní podporu?

- ano
- ne

U odpovědi ano napište jak:.....

11. Do jaké míry akceptujete osobní věci pacienta, které chce mít na pokoji (postel, příbor, deku..)?

- 1 = plně
- 2 = částečně
- 3 = jen po dohodě a určité věci
- 4 = výjimečně
- 5 = ne, na našem oddělení nelze mít vlastní věci

12. Jaký máte na oddělení k dispozici vzdělávací materiál pro zdravotníky?

- odborné knihy a časopisy
- odborný časopis
- odborné knihy
- žádný

13. Z Vaší praxe, při podávání informací pacientovi upřednostňujete?

- informace opakovat
- chránit pacienta před časovým stresem, nenaléhat
- být v zorném poli pacienta, mluvit srozumitelně a pomalu a udržet oční kontakt
- používání názorných pomůcek či nákrešů

14. Dveře na pokoj pacientů během denní služby?

- pravidelně zavírám
- zavírám při hygieně či jiných výkonech
- nechávám otevřené pro lepší přehled o pacientech

15. Edukaci (poučení) pacienta před vyšetřením, ošetrovatelským výkonem provádíte?

- hned po naordinování ve zdravotní dokumentaci
- po objednání vyšetření
- těsně před samotným vyšetřením
- po naordinování vyšetření a následně opakovaně podle potřeby

16. Zjišťujete zpětnou vazbu Vaší edukace?

- ano, vždy po vyšetření rozhovorem s pacientem
- náhodně, jen u pacientů, kteří těžce chápali edukaci
- ne, nezjišťuji