

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči

Bakalářská práce

Autor práce: Martina Heroldová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kusínová

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Martina Heroldová, DiS.**
Studijní program: Ošetrovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Etické aspekty péče o seniory v ošetrovateľskej péči**
Cíl práce: 1. Zjistit, který etický aspekt je z pohledu všeobecných sester v péči o seniory nejdůležitější. 2. Zmapovat dodržování etických zásad v péči o seniory.

Mgr. Veronika Kusínová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči se zabývá dodržováním etických zásad v péči o seniory z pohledu všeobecných sester v nemocničním zařízení.

Teoretická část se zabývá pojmy etika, etické aspekty v ošetrovatelské péči, charakteristika seniorského věku, změny ve stáří, specifické potřeby seniorů, geriatrické syndromy a komunikace se seniory a dementními osobami. Ve výzkumné části jsou zpracovány výsledky výzkumu, který byl prováděn formou dotazníku. Dotazník zpracovávaly výhradně všeobecné sestry. Vyplňován byl v Nemocnici Znojmo, příspěvkové organizaci. Výsledky jsou vyhodnoceny pomocí grafů. Prvním cílem této práce bylo zmapovat dodržování etických zásad v péči o seniory. Druhým cílem práce bylo zjistit, který etický aspekt je z pohledu všeobecných sester v péči o seniory nejdůležitější.

Klíčová slova

Etický kodex sester, etika, geriatric, změny ve stáří, sesterská, etika, práva pacientů, senior.

Abstract

Bachelor work on Ethical aspects of care for the elderly in compliance with ethical principles in caring for the elderly in a hospital on the internal, neurological and long-term ward

The theoretical part of the work is dealing with the terms of ethics, ethical aspects in nursing care, the senior age, changes in age, the specific needs of the elderly geriatric syndromes demenčními and communication with the elderly and persons. In research are processed the results of research carried out by observation and a questionnaire. The questionnaire was processed by the nurses. It was fill out in the Hospital in Znojmo, contributory organization. Results are evaluated using graphs. The first aim of this work was the observance of ethical principles in caring for the elderly. The second was to find out which is the ethical aspect of nurses in caring for the elderly.

Keywords

A code of ethics, care for the elderly, ethics, geriatrics, law, senior, sister ethics

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně.

Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 21. července 2020

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych touto cestou velmi poděkovala vedoucí práce Mgr. Veronice Kusínové za cenné rady, trpělivost a shovívavost při zpracovávání mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině za podporu a trpělivost během celého mého studia. Všem respondentům děkuji za spolupráci při vyplňování dotazníku.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace.....	10
Cíl práce.....	10
1 Současný stav problematiky.....	11
1.1 Senilita.....	11
1.1.2 Projevy lidského stáří.....	11
1.1.3 Rozdělení stáří do skupin.....	13
1.2 Historie péče o seniory.....	15
1.3 Geriatrie.....	17
1.3.1 Cíl geriatrie.....	17
1.3.2 Charakter nemocnosti ve stáří.....	17
1.3.3 Nejčastější nemoci seniorského věku.....	17
1.3.4 Geriatrické syndromy.....	17
1.4 Sociální změny ve stáří.....	20
1.5 Potřeby hospitalizovaných seniorů.....	21
1.6 Specifické aspekty péče o seniory.....	22
1.7 Způsoby péče u seniorů.....	22
1.8 Komunikace se seniory.....	23
1.8.1 Pravidla rozhovoru se seniorem.....	23
1.8.2 Komunikační potíže u seniorů.....	23
1.9 Patologické chování v péči o seniory.....	24
1.9.1 Věkově podmíněná diskriminace-ageismus.....	24
1.10 Etika.....	26

1.10.1 Lékařská etika.....	27
1.10.2 Sesterská a ošetrovatelská etika.....	27
1.10.3 Důstojnost jako etický aspekt v péči o seniory.....	28
1.10.4 Etický kodex sester	28
1.11. Fáze vyrovnání se se smrtelnou nemocí	30
1.11.1 Paliativní a hospicová péče.....	31
2 Výzkumná-empirická část.....	32
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	32
2.2 Metodika výzkumného šetření.....	32
2.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	33
2.4 Průběh výzkumu.....	33
2.5 Zpracování výzkumných dat.....	33
2.6 Výsledky výzkumu.....	34
2.6.1 Výsledky zjišťující složení vzorku respondentů.....	34
2.6.2 Výsledky vztahující se k první a druhé výzkumné otázce.....	38
2.6.3 Výsledky vztahující se ke třetí výzkumné otázce.....	44
2.6.4 Výsledky vztahující se ke čtvrté výzkumné otázce.....	47
2.6.5 Výsledky vztahující se k páté výzkumné otázce.....	51
2.7 Diskuse.....	56
2.8 Návrh řešení pro praxi.....	62
Závěr.....	63
Seznam použitých zdrojů.....	64
Seznam grafů.....	67
Seznam příloh.....	68

Úvod

Stáří je etapa lidského života stejně jako dětství či dospělost. V poslední době se mu věnuje daleko více pozornosti než v minulosti. Geriatrie jako obor se neustále rozvíjí. Ve své bakalářské práci bych se chtěla věnovat zmapování dodržování etických zásad v péči o seniory. Druhým cílem mé práce je zjistit, který etický aspekt je z pohledu všeobecných sester pro jejich práci nejdůležitější. V dnešní společnosti se objevují pojmy ageismus, paternalismus, které se snažím ve své práci objasnit. Senior má svá specifická onemocnění, syndromy, a své specifické aspekty péče. Zdravotnický personál pečující o staré lidi musí být vzdělaný po stránce odborné a hlavně po stránce psychologické. Péče o seniory je náročná, vysoce profesionální, trpělivá a laskavá v neposlední řadě. Haškovcová svými publikacemi velmi přispěla k rozvoji geriatrické péče, jak z pohledu lékařů, tak z pohledu všeobecných sester a nižšího nelékařského personálu. Společnost všeobecně stárne, souvisí to zřejmě s prodloužením průměrné (střední) délky života. Zajištění péče o seniora v domácí péči bývá problémem, který je obvykle řešen pomocí hospitalizace seniora. Společnost právem předpokládá profesionální a důstojnou nemocniční péči. V dnešní době kritického nedostatku zdravotnického personálu je právě zajištění kvalitní ošetrovatelské a lékařské péče někdy problémem. Senior potřebuje dostatek času k pochopení, porozumění, potřebuje se účastnit své léčby, ač některým toto právě často uniká. Přetížená, nevyspalá, unavená sestra často ve snaze mít tzv. výkon za sebou se seniorem nekomunikuje, needukuje ho o výkonu či činnosti, kterou bude provádět. Senior má tedy pocit zbytečnosti, nízkého sebevědomí, strachu a úzkosti. Vznikají velmi často depresivní stavy z nemocničního prostředí vedoucí až k hospitalismu. Senior se v nemocnici stává bezbranným a velmi zranitelným. Mnohdy se cítí zcela v područí zdravotnického personálu, obzvláště zůstal-li zcela bez rodiny. Křehcí senioři jsou vůbec nejrizikovější skupinou. Dodržování etických zásad ve zdravotnictví by mělo být základním pilířem péče o seniory. Jejich práva by měla být respektována a měl by je znát jak zdravotník, tak hlavně senior. Důležitá je vzdělanost všeobecných sester v oblasti etiky, která je nyní již zařazena do povinných předmětů škol se zdravotnickým zaměřením.

Motivace

Pracuji jako všeobecná sestra ve zdravotnictví 28 let, z toho 8 let výhradně se seniory. Bylo mi tudíž nabízené téma blízké a zároveň inspirující v mé další práci. Problematika mě zajímá delší dobu. Chtěla jsem zjistit, jak probíhá dodržování etických zásad na jiných odděleních znojenské nemocnice. Velmi mě trápí dodržování a respektování intimity a studu seniorů. Zajímala mě míra edukace seniorů o právech pacientů a míra srozumitelnosti této edukace pro seniory samotné. Péče o seniory má mnoho různých etických aspektů. Zaměřila jsem se na zjištění toho, který je z pohledu všeobecných sester v ošetrovatelské péči o seniory nejdůležitější. Sama z vlastní praxe cítím v některých oblastech péče o seniory ještě rezervu. Mým výzkumným šetřením jsem chtěla najít trhliny v dodržování etických zásad v péči o seniory a najít nějaké schůdné řešení a doporučit vhodné řešení pro praxi a tím přispět ke zlepšení ošetrovatelské péče o seniory.

Cíl práce

Pro svou bakalářskou práci jsem si stanovila dva výzkumné cíle. Prvním cílem je zjistit, který etický aspekt je z pohledu všeobecných sester v ošetrovatelské péči o seniory nejdůležitější. Ke splnění tohoto cíle jsem si stanovila 2 výzkumné otázky. Druhým cílem mé práce je zmapovat dodržování etických zásad v péči o seniory. K tomuto cíli jsem si stanovila 3 výzkumné otázky.

1 Současný stav problematiky

1.1 Senilita

Stárnutí je z hlediska biologického výsledku postupná molekulární a buněčná degradace organismu v průběhu jeho života. V důsledku těchto změn dochází k postupnému poklesu fyzických a duševních schopností člověka, společně s nárůstem nemocí a nakonec s příchodem smrti. (World Health Organization, 2017)

Stáří je velice specifickou etapou našeho života. Velmi záleží na úhlu pohledu, důležitá je doba a kultura, ve které člověk žije. Dvě generace před námi byli považováni za staré už padesátníci. V dnešní době jsou padesátníci lidé žijící aktivním životem, mají životní elán a plno koníčků. Mnoho z nás si své stáří vůbec nedokáže představit. A přibývá i lidí, kteří se svého stáří dokonce bojí. Důsledkem těchto okolností je postoj většiny ke stáří spíše konfliktní. (Haškovcová, 2010)

Proces stáří a stárnutí vždy obsahuje určité jevy a fenomény. Metodu fenomenologie popsal, jako vůbec první Edmund Husserle, který se snažil o zavedení jednotné filosofie, která by mohla být pevným základem pro další vědecké zkoumání dané problematiky. Z hlediska filosofického jev fenomenologie čtení o jevech a jejich přesném zkoumání. Tento termín poprvé použil v 18. století J. H. Lambert. Tvrdil, že základ empirického poznání z hlediska toho, co je v nich skutečně obsaženo a co je jen pouhé zdání. (Haškovcová, 2010)

1.1.2 Projevy lidského stáří

Proces stárnutí je individuální a závisí na mnoha faktorech. Velkou roli hrají faktory dědičné, vliv má prostředí, v němž člověk žije, životní styl a celková psychická pohoda člověka. Příčinami fyzického stáří se zabývají teorie opotřebování a buněčná teorie. Biologické změny se v organismu projeví zpomalením a oslabením většiny regulačních funkcí, omezením rezerv, snížením adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, poklesem imunity, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením smyslového vnímání, úbytkem kostní hmoty, snížením průtoku krve důležitými orgány a omezenou kapacitou a rychlostí energeticky náročných metabolických dějů. (Pacovský, 1994)

Mimo tyto popsané změny popisuje Venglářová biologické změny, které mají přímý vliv na chování seniora. Jsou to především změny spánkového rytmu, spánková inverze, která vede k pospávání během dne a následného neklidu v noci. Toto způsobuje dehydrataci, malnutrici a nechutenství. Dále je možné pozorovat změny koncentrace. Senior se nemůže soustředit, zhoršuje se mu paměť. Prožívání těchto fyziologických změn má přímý vliv na jeho spirituální potřeby. K pochopení starého člověka je nutné znát a pochopit jeho životní příběh. Znat jeho hodnoty a cíle. (Venglářová, 2007)

V konkrétní podobě se stáří zrcadlí se zážitky z dětství a životními zkušenostmi. Spolu s kvalitativními změnami u seniorů dochází ke změnám psychickým. Dozrání člověka by mělo vyvrcholit v přetvoření citů a celkově by se měla obnovit duševní podstata. Emoční a hodnotová proměna ve stáří se projeví také změnami kognitivními a behaviorálními. Proces stárnutí ovlivní také koníčky, zájmy seniora. Vliv má tělesná kondice jako taková. Chování seniora ovlivňuje to, co dobrého nebo zlého zažil, jaké má dotýčný zkušenosti. Vady charakteru nelze přiřazovat k vadám stáří. (Haškovcová, 2010)

Typické vlastnosti každého člověka se zvýrazní v období stáří. Znamená to, že stáří mění, karikuje povahu. Klidný člověk se stává popudlivým, šetrným, rozdavačným, milým, hádavým. Ženy neschopné se vyrovnat samy se svým stářím se stávají nerudnými, závistivými stařenami. (Haškovcová, 2010)

Pro období stáří je v této oblasti patrné zpomalené psychomotorické tempo. Jsou přítomny změny kognitivních funkcí v zátěžových situacích. Integrita osobnosti bývá zachována, mění se pouze dílčí funkční schopnosti, jako jsou vnímání, paměť, představivost, myšlení. Senior mívá jen krátkodobější cíle, je spokojen při uspokojení a naplnění běžných potřeb a skromnější představy. V citovém prožívání se odráží aktuální spokojenost v oblasti zdraví, osobních vztahů a hodnot. (Pacovský, 2010)

Psychické změny ve stáří způsobují problémy zejména v komunikaci. Nejčastější příčinou v oblasti komunikace se seniorem z psychologického hlediska jsou stereotypy, lpění na zažitých rituálech při řešení nových problémových situací, projevuje se pokles paměti, senior má nechuť učit se novým věcem, projevuje se negativismus a nadměrná úzkost, někdy strach. Komunikace je ve velké míře ovlivněna stařeckou demencí, depresí nebo schizofrenií. Dalším faktorem ovlivňujícím komunikaci je zejména neúplný chrup či umělý chrup, dýchací obtíže, stavy po mozkových příhodách s poruchami řeči nebo

u nádorových onemocnění. Pozornost je nejčastěji zaměřena na minulost. Paměť seniora je typická tím, že si vybavuje barvitě zážitky z dětství a zároveň neví, co snídal, nepoznává své děti, neví, kde se nachází. (Hamilton, 1999)

Komplexní péče o seniory vyžaduje znalost v oblasti geriatrie, psychologie a sociální gerontologie. Aby byl splněn etický aspekt této péče, měla by tato péče obsahovat všechny výše popsané fenomény. Sociální jádro každého člověka tvoří rodina, starý člověk stále touží po domově, po vazbách se sousedy, vrstevníky, náboženským společenstvím. Tyto aspekty posilují lidské hodnoty, je to potřeba sounáležitosti, lásky a bezpečí.

Jednou z nejvýznamnějších sociálních změn je odchod do starobního důchodu. Člověk ztrácí profesní roli, ale paradoxně u některých lidí dochází k úlevě a životní spokojenosti a odchod do důchodu berou pozitivně. Mění se mezigenerační vztahy. Jen funkční rodina uznávající základní hodnoty solidarity a emoční soudržnosti může starému člověku zajistit pocit jistoty a bezpečí. Zanedbatelná není ani materiální pomoc. Je-li však materiální pomoc vymáhána, je společností chápána jako amorální. Nejvíce vyhledává senior kontakt s dětmi, vnoučaty, má rád vzájemné soucítění a sdílení. Má rád zájem o svou osobu. (Pacovský, 2010)

1.1.3 Rozdělení stáří do skupin

Seniory můžeme rozdělit do těchto 3 skupin. Mladí senioři (65 - 74 let): skupina je typická odchodem do starobního důchodu a adaptací na něj, seberealizací a využití volného času zájmy, koníčky, sportem, aktivním způsobem života. Staří senioři ve věku 75 - 84 let. Velmi staří senioři (85 a více let) u nichž bývá největší změnou ztráta soběstačnosti (Muhlbachr, 2004)

Seniory můžeme rozdělit i dle funkčnosti na seniory elitní, zdatné, nezávislé a křehké. Elitní senioři jsou i ve vysokém věku v dobré psychické fyzické kondici. Zdatní senioři mají plno koníčků, jsou soběstační, aktivně se věnují rodině, vypadají dobře na svůj věk, stáří si vůbec nepřipouští. Nezávislí senioři jsou za normálních podmínek soběstační, rizikem se stávají operace, vyšetření, stres, a to může vyvolat vznik nesoběstačnosti. Křehcí senioři jsou soběstační senioři, ale potřebují k některým úkonům pomoc druhé osoby, ať už rodiny či pečovatelské služby (Kalvach a spol. 2008).

Stárnutí v poslední době přestalo být privilegiem pro pár šťastných lidí. Nikdy v historii se nedožilo tolik lidí svého vlastního stáří. Vše je zřejmě dáno prodloužením střední délky života. Navzdory tomu se zvyšuje nemocnost, polymorbidita, zhoršuje se soběstačnost a fyzická zdatnost. (Topinková, 2010)

1.2 Historie péče o seniory

Prvotní péči vždy zajišťovala rodina. K dobrému zajištění seniora mohla však posloužit pouze funkční rodina, která měla prostředky. Bez rodiny a prostředků byl starý člověk vyhnán na periferii a byl nucen žebrot. Lidé umírali na podvýživu, podchlazení. Osud těchto lidí byl tristní. V okolí budili tyto lidé převážně odpor. Péče o staré osoby vycházela z principu křesťanské lásky a byla charitativní. Péči poskytovali církevní představitelé a bohatí lidé. Cílem bylo zajištění základní péče nesoběstačným lidem. Péče byla limitována ekonomickými a politickými poměry dané země. Během 14. a 15. století se v bývalé Jugoslávii začínají objevovat tzv. domovy pro staré osoby. V Holandsku začaly vznikat tzv. hofjes-domy s vnitřním atriem s pokojíky pro staré a chudé. Na území staré Anglie vstoupil v roce 1504 v platnost zákon, který řešil sociální problémy starých lidí. V době vlády královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo. Toto právo platilo po dobu dalších 200 let. První zmínky o vzniku starobinců spadají do konce 18. století. Starobince vznikaly v Anglii. Po celé Evropě byly zakládány v 15. a 16. století obecní ústavy pro staré a chudé občany. Pro majetné jedince byly v Anglii penziony pro staré dámy a staré pány. V Čechách byl osud starých lidí řešen podobně. Existovaly tři druhy ústavní péče, pro staré lidi a nemocné a chudé. Jako první byly středověké špitály. Zde se ošetřovali tuláci, pocestní, chudí. Bohatí lidé si zde kupovali doživotní péči. Dalším ústavním typem péče byly nemocnice klášterní. Byly určené pro řeholní osoby a bohatou šlechtu. Třetím typem byly nemocnice pro malomocné. Jejich hlavním úkolem byla izolace infekčních lidí od okolí. (Bláha, 1960)

1.3 Geriatrie

Geriatrie je samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku. Vyšší věk je charakterizován věkem nad 65 let. V České republice spíše věkem 70 - 75 let. Geriatrie vychází z poznatku, že důkladná znalost zvláštností v diagnostice a léčbě stařeckých chorob a včasné rozpoznání geriatrických rizik včetně omezené funkční rezervy a důraz na co největší udržení soběstačnosti a fyzické zdatnosti seniora výrazně a významně zlepšuje celkovou prognózu v případě onemocnění, a tím i výsledky zdravotní péče. (Topinková, 2010)

Stárnutí v poslední době přestalo být privilegiem pro pár šťastných lidí. Nikdy v historii se nedožilo tolik lidí svého vlastního stáří. Vše je zřejmě dáno prodloužením střední délky života. Navzdory tomu se zvyšuje nemocnost, polymorbidita, zhoršuje se soběstačnost a fyzická zdatnost. (Topinková, 2010)

Geriatrii nazýváme interdisciplinární postoj k léčbě nemocí a invalidity ve stáří. Gerontologie zkoumá změny při obvyklém procesu stárnutí, ale nezávisle na účinku onemocnění. Výzkum a studium stárnutí jako takového je nesmírně obtížný, neboť s postupem věku se stále hůře hledají zdraví jedinci. Je velmi důležité se důkladně zaměřit a seznámit s osobní anamnézou a vyšetřit pacientův psychický stav. První příznaky somatického onemocnění jsou obvykle psychické. (Strejček et al., 1996)

1.3.1 Cíl geriatrie

Cílem geriatrie je znásobit šance seniora uchovat si dobré zdraví a kondici včasným rozpoznáním akutních chorob a efektivní léčbou jejich zvládnutí a monitorování chronických chorob. Zde se uplatňuje primární a sekundární druh preventivní péče. Dosáhnout maximální možné aktivity, funkční zdatnosti, nezávislosti a maximální soběstačnosti v prostředí pro seniora obvyklém a známém. Přispívat maximálně k udržení kvality života v souvislosti se zdravotním stavem seniora. Moderní geriatrie má především intervenční a preventivní charakter. Od ostatních medicínských oborů se odlišuje hlavně komplexním přístupem a velikou šíří a potřebou týmové péče, která je koordinovaná pomocí interdisciplinárního lékařského, ošetrovatelského a rehabilitačního týmu. Samozřejmostí je akceptování zdravotně-sociální povahy nemoci ve stáří. (Topinková, 2010)

Geriatricie se zabývá převážně křehkými seniory. Křehkost je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak hlavně celkovým úbytkem svalové hmoty v důsledku zhoršení mobility, koordinace, svalové síly, poruchou imunity a kognitivních funkcí. Nemocní jsou ohroženi častými pády, zlomeninami, infekcí, inkontinencí, nesoběstačností jako takovou. (Topinková, 2010)

1.3.2 Charakter nemocnosti ve stáří

Ve stáří všeobecně narůstá prevalence. Zvyšuje se počet chronických degenerativních chorob a senior bývá častěji hospitalizován. Rizikem bývá přechod nemoci do chronicity. Významná bývá sociální komponenta. Nejdůležitější charakteristikou nemocí v seniorském věku je tendence popírat potíže, příznaky onemocnění, které lze úspěšně léčit. Fenomén mnohočetných poruch ve stáří komplikuje jak diagnostiku onemocnění, tak jeho léčbu. Poruchy se manifestují atypicky. (Topinková, 2010)

1.3.3 Nejčastější nemoci seniorského věku

K nejčastějším chorobám ve stáří patří kardiovaskulární choroby například hypertenze, ischemická choroba srdeční, ikty. Dalšími častými chorobami stařeckého věku jsou nemoci pohybového aparátu. Častá bývá osteoporóza, revma, artróza. Ve stáří můžeme pozorovat také metabolické poruchy. K nejčastějším metabolickým poruchám patří diabetes mellitus. Můžeme pozorovat i nemoci gastrointestinální spojené s nechutenstvím a poruchami trávení. Senioři jsou častěji postiženi nemocemi respiračními například astmatem, alergiemi, pneumoniemi. (Topinková, 2010)

1.3.4 Geriatrické syndromy

Geriatrické syndromy jsou velmi často přehlíženy a považovány za důsledek věku pacienta, a tudíž podceňovány a mnohdy zlehčovány. Geriatrické syndromy najdeme v oblasti somatické, psychické a samozřejmě i v oblasti sociální. Z hlediska výskytu je nejčastější porucha mobility a chůze. Jako další nejčastější syndrom následuje demence. U obou je riziko dlouhodobé ústavní péče. (Topinková, 2010)

Mezi somatické geriatrické syndromy patří porucha chůze a pohyblivosti, někdy nazývaný imobilizační syndrom. Často je možno u seniorů pozorovat závratě, nestabilitu, senior častěji padá a objevuje se tudíž i více úrazů. Senior trpí inkontinencí moči i stolice.

Mívá poruchy termoregulace. Velice často se vyskytuje nechutenství nebo porucha příjmu tekutin. Vznikají často dekubity.(Topinková, 2010)

Nejčastějším psychiatrickým syndromům geriatrického věku patří deprese. Deprese postihuje 7 - 15 % osob nad 65 let žijících v komunitě. Vyšší výskyt je u seniorů hospitalizovaných a nejvyšší počet je u seniorů v dlouhodobé ošetrovatelské péči (20 - 30 %). Téměř 60 - 90 % suicidálních pokusů ve stáří je právě v důsledku nerozpoznané a neléčené deprese. Deprese je stav patologického afektu. Převažuje smutná nálada. Tato nálada působí na vnímání, poznávání a emoční zkušenost. Příznaky jsou psychické, behaviorální a somatické. Deprese zvyšuje mortalitu i morbiditu a zhoršuje průběh chronických onemocnění. Zhoršuje se malnutrice a soběstačnost seniora. K příznakům „velké“ deprese patří smutek, tíseň, ztráta radosti a potěšení, nechutenství, změna hmotnosti, poruchy spánku, poruchy psychomotorického tempa, pocity viny, pocity bezcennosti, poruchy koncentrace, ztráta energie, celková únava, vyčerpání, poruchy myšlení, podrážděnost, zácpa, vyhýbání se sociálnímu kontaktu, poruchy paměti. Zvláště nebezpečné jsou myšlenky na smrt a sebevraždu.(Topinková, 2010)

Depresi je možné zhodnotit pomocí Škály deprese pro geriatrické pacienty - Confusion Assessment Method. Poruchy kognice hodnotíme pomocí Krátké škály mentálního stavu - Mini-Mental State Examination - MMSE test kognitivních funkcí (Příloha 2)

Dalším geriatrickým psychiatrickým syndromem je fobie. Fobie je strach či obavy ze situace, která však není reálná. U některých seniorů vede až k sociální izolaci v bytě. Nechtějí vycházet ven. (Dienstbier, 2012)

U seniorů lze též pozorovat úzkost. Úzkost může být samostatným příznakem mnoha onemocnění. Můžeme ji pozorovat u infarktu myokardu, bronchiálního astmatu. Druhotné úzkostné stavy patří mezi nejčastější psychické poruchy u seniorů vůbec. (Dienstbier, 2012)

Ke specifickým psychiatrickým syndromům ve stáří řadíme demence. Demence není samostatné onemocnění, ale je vždy syndromem. Má až 100 příčin. Mezi nejčastější příčiny patří Alzheimerova nemoc, která tvoří asi 50 - 60 % všech stařeckých demencí. Vaskulární demence projevuje parézami, afázií, instabilitou, inkontinencí. Demence u Parkinsonovy choroby postihuje hlavně pozornost, jsou přítomny zrakové halucinace, bludy, extrapyramidové symptomy; Frontotemporální demence (3 - 5 %) - často vznikají

před 65. rokem a to až v 15%, projeví se změny osobnosti, poruchy chování, vtipkování, hrubost, poruchy řeči, inkontinence, ztráta náhledu, paměť porušena jen mírně. Sekundární demence (2 - 5 %) bývá ethylická, poléková, po infekcích CNS, po subdurálním hematomu, při hypothyreozě, při nedostatku vitamínu B a jiné. Vždy je přítomna porucha kognice různého stupně. Při lehké demenci je mírná porucha orientace ve smyslu data, porucha výbavnosti, zhoršený náhled, omezení sociálních aktivit, apatie, deprese, vznětlivost, poruchy řeči, špatné užívání léků, nezvládání nakládání s penězi. U středně těžkých demencí se projeví dezorientace místem a časem, poruchy řeči, poruchy paměti, nezvládání domácích prací, zanedbávání zevnějšku a hygieny, úplná ztráta náhledu. Při těžké demenci je typická těžká dezorientace, těžká porucha staropaměti i novopaměti, smíšená fatická porucha, nedodržování hygieny, porucha motorických stereotypů, chůze, inkontinence. (Topinková, 2010)

Dementní pacienti by neměli být umístováni na jednolůžkové a tmavé pokoje. Sluneční svit má na jejich náladu pozitivní vliv. Noční světlo, zapnutý televizor nebo rádio jim velice usnadňuje orientaci a pomáhají udržet pozornost. Pozor je třeba dávat na televizní program. Agrese v televizi naopak dementního seniora rozruší, není schopen toto zpracovat. Na oddělení by neměl být zbytečný ruch. Velice prospěšné pro seniora jsou návštěvy známých lidí a rodiny. V léčbě se vyhýbáme zbytečným vyšetřením, která jsou pro dementní lidi hodně stresující. S nemocným hovoříme srozumitelně, snažíme se o jednoduchou a věcnou komunikaci. Orientaci v čase je možné podpořit velkými kalendáři a hodinami. Ošetřující personál by se neměl pokud možno moc měnit. Dobrou službu udělají jmenovky personálu. Jako vůbec nejdůležitější se jeví spolupráce s rodinou a její vtažení do péče o jejich dementního člena rodiny. (Strejček et al., 1996)

U seniorů lze pozorovat i paranoidní syndrom. Paranoidní syndrom je odvozen z řeckého slova *paranoia*, které znamená šílenství. Paranoidní osoby bývají zlostné, podezřívavé, bez smyslu pro humor, se sklonem k sebeobviňování, vztahovačné, se sklonem k agresi. Paranoidní osoby trpí pocitem pronásledování, halucinacemi až bludy. (Dienstbier, 2012)

Paranoidní osobnosti jsou charakteristické projekcí vlastních konfliktů a nepřátelství na druhé osoby. Tito seniori bývají velmi citliví v mezilidských vztazích a jsou velice podezřívaví a vyhledávají problémy ve zcela běžných věcech. Toto často vede k agresi. Seniori nejsou schopni zhodnotit svůj podíl na tomto vývoji. Jejich chování pramení často z potřeby potvrdit si svou hodnotu. Jedná se o osoby žárlivé a nepřizpůsobivé ke svému

okolí. Smyslové poruchy - hluchota, slepota mají také podíl na paranoidním chování. Špatně tito lidé posoudí totiž reakce okolí. (Strejček et al., 1996)

1.4 Sociální změny ve stáří

Pro seniory je důležitý sociální kontakt. Tento kontakt je významně omezen při hospitalizaci seniora v nemocnici, při pobytu v domově důchodců. Zcela jasně je největší sociální změnou pro seniora odchod do starobního důchodu. Ztrácí svou pracovní roli. Nastává pocit nepotřebnosti. Je důležité mít koníčky, zájmy a na odchod do důchodu se dobře připravit.

Za další sociální změnu můžeme považovat pokles finančních prostředků v souvislosti s odchodem do důchodu. Další významnou sociální změnou ve stáří může být smrt partnera. Senior zůstává sám na činnosti, které předtím zastával jeho partner - vaření, pochůzky po úřadech, péče o domácnost, vedení financí jako takových. Přichází většinou pocit osamělosti vystupňovaný mnohokrát až k psychickým poruchám. Velkou sociální změnou je odchod dětí z domova, a to zejména pro ženy. Střety mezi partnery vyvolávají mnohdy až manželskou krizi. Ženy bývají úzkostné a popudlivé, často propadají depresi. V dnešní době je nabídka seniorských klubů, univerzity třetího věku. (Ulrychová, 2011)

K sociálním geriatrickým syndromům řadíme ztrátu soběstačnosti, závislost na pomoci druhých, sociální izolaci, dysfunkci rodiny, týrání a zneužívání. (Pacovský, 1990)

1.5 Potřeby hospitalizovaných seniorů

Potřeba je pocit nadbytku nebo nedostatku něčeho. Senioři mají potřeby převážně orientované na zdraví, bezpečí, klid, spokojenost. Podle Maslowovy pyramidy potřeb (příloha č. 3) se senioři dostávají zpět do spodních pater pyramidy. Ubývá potřeby seberealizace. Potřeba lásky, jistoty však stoupá.

Potřeby nemocného seniora je nutné uspokojovat v určitém sledu. Potřeby nelze uspokojit najednou. Je potřeba nejprve plnit základní potřeby - spánek, jídlo, osobní hygiena, odpočinek, vyprazdňování, úprava prostředí, kde se senior nachází. V nemocnicích uspokojujeme samozřejmě i potřeby psychosociální. Pro seniory je důležitá potřeba pocitu lásky, důvěry, sounáležitosti. Pro seniora v závěrečné fázi života jsou důležité duchovní potřeby. V tomto období totiž senioři hodnotí svůj život. (Haškovcová, 2010)

Spirituální potřeby bývají často opomíjené, ale pro seniory jsou často nejdůležitější. Zvláště věřící lidé staví tyto potřeby na první místo. Nemožnost přijmout svaté přijímání, zúčastnit se nedělní mše, mít možnost zpovědi či přítomnosti kněze u lůžka je pro ně frustrující. (Haškovcová, 2010)

V nemocničním prostředí je bohužel i dnes kladen největší důraz na plnění fyziologických potřeb seniorů. Prioritní potřeba je výživa. Řeší se pitný režim a příjem potravy. Mezi další potřeby patří zajištění osobní hygieny, potřeba tepla, vyprazdňování moči a stolice, čistota prostředí. Mezi potřeby patří i potřeba tlumení bolesti a potřeba spánku. (Mlýnková, 2011)

Potřeba lásky, bezpečí je často v nemocničním zařízení upozaděna. Důležitá pro seniory je potřeba informovanosti o zdravotním stavu, podpora soběstačnosti a podpora vyslechnutí a důvěry. Důležitá je správná komunikace a edukace. V neposlední řadě potřeba bezpečí. (Mlýnková, 2011)

Nejdůležitější je často potřeba někam patřit a mít se kam vrátit. Sociální situace se neřeší lehce. Pomoci nám může sociálně zdravotnický pracovník dané nemocnice, který má příslušné vzdělání. (Mlýnková, 2011)

1.6 Specifické aspekty péče o seniory

Je velmi důležité si uvědomit změny funkcí tělesných, psychických, kognitivních a smyslových, které ve stáří probíhají. Důležitost klademe zejména na komunikaci. Řeč musí být jasná a plynulá, nepoužíváme odborné výrazy, kterým starý člověk nerozumí, respektujeme jeho osobnost, oslovujeme titulem, příjmením, netykáme. Jsme trpěliví při přemísťování seniora do křesla, dát mu čas a podporovat jeho soběstačnost, zapínání knoflíků, příjem stravy; Neustále opakujeme informace, edukujeme, využíváme zpětnou vazbu. Chválíme každý úspěch. Umožníme návštěvy rodiny a rodinu zapojíme do péče o seniora. Respektujeme intimitu a soukromí seniora. Maximálně ho podporujeme v sebepéči. Respektujeme jeho právo na klidnou a důstojnou smrt. (Haškovcová, 2010)

1.7 Způsoby péče u seniorů

Pro starého člověka je potřeba autonomie velmi důležitá. Autonomie je ovlivněna biologickými a psychologickými změnami ve stáří. Autonomie je vlastně pocíťovaná či objektivní schopnost člověka realizovat životní cíle za pomoci svých vlastních zdrojů. Ve stáří však často dochází ke změnám, které tuto autonomii ovlivňují.

Z hlediska etiky nemůže být diskuse o tom, že všichni si mohou rozhodovat o svých potřebách a mohou uskutečňovat své plány, přání a cíle. Ovšem senioři ve velkém množství případů tuto schopnost nemají. Například dementní, duševně nemocní senioři, jsou zcela bez náhledu na své zdraví. Neodhadnou stav svých schopností. Cílem autonomie je zachovat soběstačnost seniora v co největší míře. (Haškovcová, 2010)

Paternalistický model chování je vlastně model ochránářský. Tento model nerespektuje pacienta jako rovnocenného partnera a neumožňuje mu spolupodílet se na péči o své zdraví. Bývalý komunistický režim v nás potlačoval autonomii a podporoval právě tento systém. Z tohoto důvodu se řada seniorů ani zdravotníků neumí chovat autonomně. Často je však vidět v ošetrovatelské péči o seniory paternalistický přístup sester. Většinou k tomuto dochází u dementních a bezradných dezorientovaných pacientů. Kvalitně vzdělaná sestra poskytuje svou pomoc, jak lidskou, tak odbornou člověku, který je v nouzi. Nezákladnější podmínkou tohoto vztahu je důvěra. (Haškovcová, 2010)

1.8 Komunikace se seniory

1.8.1 Pravidla rozhovoru se seniorem

Hlavní zásadou je na rozhovor se předem dobře připravit. Musíme vědět, za jakým účelem rozhovor povedeme. Rozlišujeme několik druhů rozhovorů. Rozhovor za účelem získávání informací do ošetrovatelské anamnézy. Motivační rozhovor používáme za účelem motivace seniora k dodržování léčebného režimu. Naslouchání používáme tehdy, pokud se senior potřebuje tzv. vypovídat. Podporující rozhovor používáme k podpoře a povzbuzení seniora např. při rehabilitaci. Vzdělávací nebo také edukační rozhovor vedeme se seniorem během hospitalizace opakovaně, před vyšetřením, před operací, při propuštění o možnosti domácí péče, edukujeme i rodinu např. o rizicích pádu, léčebné dietě, pooperačním režimu, rehabilitaci, aplikaci inzulínu, péči o stomii, péči o močový katetr. Při všech druzích rozhovorů oslovujeme seniora příjmením. Pokud má senior akademický titul, je vhodné ho užít. Oslovování seniorů např. babi, dědo, broučku, beruško, kočička je zcela neetické, nepřijatelné a neprofesionální. Avšak právě často takto oslovuje seniory zejména nižší zdravotnický personál. Nejdůležitější je získat si seniorovu důvěru. Sestra se dostává do role důvěrnice. Sestra naslouchá, nekritizuje, nehodnotí. Sestra musí umět dobře zhodnotit typ agrese či zlosti. Senior je bezradný ze své momentální situace, nemoci a prvním terčem úlevy bývá právě sestra. (Mlýnková, 2011)

1.8.2 Komunikační potíže u seniorů

Komunikační problémy či bariéry ze strany pacienta mohou být způsobeny únavou, nedoslýchavostí, poruchou řeči, demencí, horečkou, bolestí. Tyto bariéry nazýváme somatické. Tyto bariéry nazýváme somatické.

Komunikace vážne často také z psychických příčin. Mezi tyto příčiny řadíme úzkost, pocity strachu, fobie. U seniorů panuje neochota povídat komukoliv z personálu o svých intimních problémech, neochota sdělovat personálu cokoliv o své rodině a soukromí, je to celková nedůvěra k personálu. Bývají samozřejmě i komunikační bariéry na straně zdravotníků. Je to hlavně nedostatek personálu, a tím i méně času na rozhovor s pacientem, větší únava personálu, bohužel někdy i syndrom vyhoření. (Mlýnková, 2011)

1.9 Patologické chování v péči o seniory

1.9.1 Věkově podmíněná diskriminace -ageismus

Věkově podmíněná diskriminace neboli ageismus je bohužel v naší společnosti stále více a častěji rozšířenější. Nečastější příčinou ageismu jsou podle Haškovcové stále přetrvávající mýty a stereotypy o stáří. Staří lidé se z pohledu společnosti často zdají být nepotřebnými, línými. Často se zdravotní problémy starých lidí bagatelizují. Senioři projevující na veřejnosti lásku vzbuzují často posměch až pohrdání. Společnost je často až pohoršena takovými projevy starých lidí. (Haškovcová, 2010)

V ošetrovatelské péči se ageismus objevuje bohužel velice často. Zdravotníci plošně všechny problémy, stesky, potíže přičítají stáří jako takovému. Nevěnují často pozornost varovným příznakům nemocí. Podceňují u seniorů mnohdy i stesky na bolest, nevěří jim.

Ageismus z pohledu ošetrovatelské péče může mít mnoho podobností. Ageistické postoje se u personálu projevují nerespektováním etických a právních norem, zdětinšťováním a vyvoláváním falešného pocitu závislosti.

Bohužel je ageistické chování patrné i v systémové podobě. Projevuje se například omezováním výdajů na nákladnou léčbu z důvodu věku pacienta. Dochází ke zneužívání seniorů a ke špatnému zacházení se seniory. Senior je často bezbranný a plně vydaný napospas péči zdravotnického personálu. (Haškovcová, 2010)

Největším problémem je strach ze smrti. Senioři nedbají na hygienu a svůj vzhled, tím mají nižší sebevědomí a degradují se na okraj společnosti. Ekonomický přínos a produktivita je nízká. Toto odsuzuje společnost a bere seniory, jako líné, neproduktivní. V médiích jsou často senioři prezentováni jako nepotřební klienti léčeben dlouhodobě nemocných a domovů pro seniory či jiných sociálních zařízení. Péče o ně se bohužel mnohým zdá drahá a zbytečná. Neustálá diskuse v televizních pořadech o výši penze vyvolává ve společnosti dojem, že starý člověk je jen potíživý, kterého platí pracující lidé ze svých daní. (Pacovský, 2010)

Dobrá příprava na stáří je vůbec nejlepší prevencí ageismu. Člověk by se na stáří měl předem připravit už po 45. roce života. Je nutné pěstovat zdravý životní styl, věnovat se rodině, pěstovat koníčky, zájmy a dobré mezilidské vztahy. Těsně před odchodem

do důchodu je třeba zaměřit se na bydlení. Přestěhovat se do menšího bytu se sprchovým koutem bez schodů, do domu s výtahem apod. (Haškovcová, 2010)

1.10 Etika

Etika je nauka o mravnosti. Vznikla jako součást a později jako samostatný obor filosofie. Pojem etika pochází z řecké filosofie a její počátek se pojí s Xenokratem, který byl Platonovým žákem. Také Sokrates se zabýval studiem mravního jednání. Aristoteles ustanovil etiku jako vědní obor. Etikou označoval ctnosti mající původ v povaze a srdci člověka. Nazval ji podle řeckého slova étos. Toto slovo znamená zvyk, mrav, obyčej, ale i myšlení a povahu. Na toto navázal Cicero a vytvořil slovo moralis, které znamenalo mravnost. U nás se dříve užívalo označení morálka a praktická filosofie.

Etika má jako každá vědní disciplína svoji metodu. Má svůj předmět, kterým je mravnost, především je to pojem abstraktní. Jako každá věda i etika vyslovuje soudy, a to existenciální i hodnotící. Hlavním úkolem etiky je prozkoumat skutečné činy, svědomí, mravní dobro a zlo, mravní zákon, jednotlivé normy mravního zákona, mravní jednání, popisuje mravní život lidí. Etiku můžeme rozdělit na náboženskou a filosofickou. Tradiční etika vymezovala povinnosti vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. Autonomní etika se řídí zásadou, že společnost nebo člověk si vytvoří určité zásady a těmi se řídí.

Každá civilizace měla svou etiku. Existují různé etické koncepce. V dnešní době převažují dva směry: Pozitivismus znamená, že etické je všechno, na čem se lidé dohodnou. Naturalismus tvrdí, že existuje přirozený mravní zákon, který musí lidé respektovat.

Většina z nás si pod pojmem etika vybaví nějaký ucelený soubor pravidel, předpisů, nařízení, vyhlášek a směrnic, které je nutno dodržovat. Každá civilizace měla svůj druh etiky.

Kromě těchto směrů můžeme najít příklady genitivní etiky. Jedná se například o etiku zdravotnickou, sociální práce, pedagogickou, pomáhajících profesí aj.

Morálkou rozumíme souhrn ustálených a nepsaných pravidel chování.

Bioetika je nauka o mravnosti v medicíně a i v lékařském výzkumu. (Haškovcová, 1994)

1.10.1 Lékařská etika

V České republice se v roce 1991 stala lékařská etika samostatnou vědní disciplínou. V návaznosti na tento fakt se zahájila její výuka na všech lékařských fakultách v naší zemi. Na zdravotnických školách byla v roce 1998 zavedena nejprve fakultativní a později povinná výuka zdravotnické etiky. V současnosti je zdravotnická etika povinným předmětem, který musí absolvovat všichni studenti vyšších zdravotnických škol a studenti bakalářských, magisterských programů zdravotnického typu.

Metoda způsobu výuky zdravotnické etiky není ustálena nikde ve světě. Každá profese či skupina tedy může mít vlastní etický kodex. (Haškovcová, 2001)

1.10.2 Sesterská a ošetrovatelská etika

Ošetrovatelskou etiku lze definovat, jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání.

Předmětem sesterské etiky je vztah, postoje sestry k pacientovi a to slovní, dotykový a mimoslovní výraz, gesta, posunky při všech odborných výkonech. Dále pak vztah jedné sestry k druhé, vztah k lékaři a dalším spolupracovníkům např. dobrá atmosféra na oddělení. V neposlední řadě morální přístup není tak jednoznačný, protože blaho pacienta se nemusí shodovat s blahem rodiny.

Sesterská etika zatím není uznána, jako vědní disciplína. Etickými otázkami v ošetrovatelství se v minulosti zabývaly např. Florence Nightingalová, Estrid Rodeová.

Také někteří čeští lékaři např. F. Slabihoudek, J. Charvát, V. Pacovský se věnovali etickým, sociálním a psychologickým otázkám sesterské práce. (Fišerová, 1995)

Profesionální péče o seniory je založená na tom, že pečující personál je schopen reflektovat a objasnit své jednání a také tomu odpovídající morální východiska. Je nutné uvědomění si, že našimi pacienty jsou lidé odkázaní na naši pomoc, podporu a pochopení. Je potřeba mít odvahu analyzovat a odstranit určité zaběhnuté stereotypy a ke každému pacientovi přistupovat jako k jedinečné bytosti, důstojně a s pochopením pro jeho problémy. Vyrovnávání se s etickými zásadami při naší práci je součástí profesionality. (Fišerová, 1995)

1.10.3 Důstojnost jako etický aspekt v péči o seniory

První poloha důstojného chování je zcela závislá na sebeúctě, sebehodnocení a sebeuvědomění. Někdy je uvědomění vlastní důstojnosti falešné, a to hlavně když je člověk motivován zlem. Sebeúcta absolutně nesouvisí s pýchou. Druhá podoba důstojnosti je sociálním fenoménem, který je podmíněn uvědoměním si existence důstojného. Sociální důstojnost je neovlivnitelná naší vůlí. Sestra má velký podíl na důstojnosti svého pacienta. Jinak řečeno, důstojné chování sestry se zcela promítá do důstojného chování pacienta. Evropská charta pacientů seniorů se zmiňuje o tom, že senior má být považován za partnera a má se spolupodílet na veškerém rozhodování, které se týká jeho osoby, jeho zdraví a celkové péče o něj. Důstojnou péči musí mít všichni senioři včetně seniorů dementních. (Kalvach, 2004)

S péčí o seniory se úzce pojí velká řada dilemat a problémů. Nalezení nějakého univerzálního řešení je složitá záležitost. Jedná se totiž vždy o konkrétní situace, osoby, faktory. Často se nedá problém vyřešit. Problémy bývají zpravidla vyvolány složitou osobností nebo chováním seniora, přehnanými požadavky jeho rodiny a mnohdy neprofesionálním jednáním a chováním pečující osoby. Většinou jde o pochybení na obou stranách, řešení tudíž musí proběhnout také na obou stranách. (Fišerová, 1995)

1.10.4 Etický kodex sester

Mezinárodní rada sester vydala v roce 1953 tento kodex. Ten byl ovšem několikrát přezkoumán a schválen byl v roce 2000. Pro české sestry je platný Etický kodex Mezinárodní rady sester (ICN), který platí od roku 2013.

Kodex zahrnuje základní povinnosti sester, které musí dodržovat během své sesterské práce. Zabývá se péčí o zdraví, prevencí a návratu ke zdraví a zmírnění utrpení nemocného.

Sestra musí respektovat lidská práva, a to zejména právo na důstojnost, úctu a právo na život. Péče sestry by neměla být ovlivněna věkem, vyznáním, rasou, postižením, národností, barvou pleti, nemocí, pohlavím, politickým přesvědčením, společenským postavením, kulturními tradicemi. Sestry pracují a poskytují péči v rodinách, komunitách. (Česká asociace sester, 2000)

Velkým přínosem byla práce prof. PhDr. RNDr. Hany Haškovcové CSc., která využila své bohaté praxe a teoretických vědomostí. Významně se zasloužila o vypracování, přijetí a zveřejnění Etického kodexu práv pacientů.

Etický kodex práv pacientů je zaměřen na práva pacientů během hospitalizace v nemocnici. Je to právo na zdravotní péči, právo být i nebýt informován, právo na určení si svého lékaře, právo volby zdravotní pojišťovny, právo odmítnout určitý zdravotní výkon a právo na ochranu soukromí. Tato práva mají být součástí vstupní edukace při příjmu pacienta k hospitalizaci. (Haškovcová, 2010, Fišerová 1995)

Česká geriatrická a gerontologická společnost v roce 1998 vydala Evropskou chartu práv pacientů seniorů. Tato charta určena pro pacienty v seniorském věku s postižením sluchu, zraku apod. má za účel chránit pacienta v očích zdravotníků, a brát seniora jako partnera podílejícího se na veškerém rozhodování, týkajícím se jeho zdravotního stavu a péči o něj.

Jedním z vůbec nejdůležitějších práv, které by mělo být respektováno, je právo na odmítnutí léčby. Nemocný sám si může dobrovolně určit a rozhodovat o tom, jak chce žít při svém umírání. Měl by být brán ohled na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může už své přání vyslovit. (Munzarová, 2005)

1.11 Fáze vyrovnání se se smrtelnou nemocí

Elisabeth Kübler-Rossová popsala vyrovnání se se smrtelnou nemocí v 5 fázích-popírání (šok), hněv (agrese), smlouvání, deprese, smíření.

Těmito fázemi prochází jak nemocný, tak samozřejmě i jeho nejbližší rodina. Situace, kdy nemocný je již v páté fázi smíření a rodina teprve ve fázi hněvu, je poměrně častá. Zloba a hněv pečujících se může obracet nejen proti zdravotníkům, ale bohužel také proti tomu, na kom jim nejvíce záleží. Mohou se pak zlobit, že už nechce zkusit další léčbu, že nechce na další kontrolu, že jen stále leží v posteli a nechce si dojít ani na WC, jíst, ani pít. Když se nemocný smíří s vlastní smrtí, je pro něj velmi traumatizující, když vidí své milované, kteří se vyrovnat nemohou, nedokáží. Nemocný může prožívat depresivní stavy, že on je někde v další fázi a rodina stále stagnuje ve fázi první. Ležící a málo komunikující pacient vnímá a uvědomuje si téměř vše. Ale samozřejmě, že někdo skutečně vědět nechce, nechce o vážnosti své situace mluvit. To je samozřejmě také potřeba zcela respektovat. Proto terminálně nemocné spíše vyslechneme, necháme vypovídat a nenutíme je k rozhovoru vždy za každou cenu, respektujeme plně přání seniora. (Munzarová, 2005)

1.11.1 Paliativní a hospicová péče

Paliativní a hospicová péče si klade za cíl zmenšit utrpení nemocného i jeho nejbližších, a to jak na úrovni fyzické (bolesti, dušnost, nevolnosti), tak na úrovni sociální, psychické (jaký je smysl mého života) a spirituální. A k tomu patří i rozhovory v jednotlivých fázích nemoci a o neúprosně blížící se vlastní smrti. Pro lékaře je tedy skutečně velmi důležité, aby se příbuzní i nemocný sám vyrovnávali se situací, protože vědí, že je to důležité pro zmírnění utrpení všech, jichž se to týká. (Munzarová, 2005)

Pacient má právo v terminálním stadiu nemoci na úlevu a zmírnění bolestí, které odpovídá současným vědomostem a možnostem. Má právo na lidskou terminální a paliativní péči. Pacient má právo na důstojnou smrt a má právo být doprovázen v posledních chvílích života osobou dle svého přání. Pacient má nárok na důsledné respektování písemného prohlášení o ukončení života, nebo jeho žádosti v případě vážného onemocnění nevykonávat radikální léčbu či resuscitaci. (Munzarová, 2005)

2 Výzkumná- empirická část

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Ve své bakalářské práci jsem si vytyčila 2 cíle a k nim sestavila 5 výzkumných otázek.

1. cíl: *Zjistit, který etický aspekt je z pohledu všeobecných sester v péči o seniory nejdůležitější?*

2. cíl: *Zmapovat dodržování etických zásad v péči o seniory.*

Ke splnění těchto cílů jsem si stanovila 5 výzkumných otázek.

VO 1: Do jaké míry jsou všeobecné sestry seznamovány s etickými normami platnými ve zdravotnictví?

VO 2: Preferují všeobecné sestry při péči určitý etický aspekt?

VO 3: Jak zajišťují sestry při péči respektování studu a intimity pacienta?

VO 4: Jak zajišťují sestry při péči právo pacienta na klidnou a důstojnou smrt?

VO 5: Do jaké míry zajímají všeobecné sestry spirituální potřeby seniorů?

2.2 Metodika výzkumného šetření

Pro získávání a zpracování dat ve své bakalářské práci jsem použila kvantitativní metodu formou nestandarizovaného dotazníku. (viz Příloha č. 1)

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek, 19 uzavřených a 3 (6,7,22) polootevřené. K jeho vyplnění jsem oslovila všeobecné sestry Nemocnice Znojmo příspěvkové organizace. Valnou část respondentů tvořily sestry Oddělení dlouhodobě nemocných, které má 6 ošetrovacích jednotek a celkem 115 lůžek pro seniory. Dalšími respondenty byly sestry interního, plicního, neurologického, onkologického a kožního oddělení. Oslovila jsem také sestry septické chirurgické jednotky.

Rozdáno bylo 100 kusů dotazníků na různých lůžkových jednotkách dané nemocnice. Dotazník obsahoval v úvodu mé jméno, účel a způsob vyplnění otázek. Respondenti

byli ujištěni o naprosté anonymitě při jeho vyplňování. Respondentům byla nabídnuta možnost kontaktu na mou osobu v případě nejasností při jeho vyplňování. Distribuce dotazníků byla zajištěna vrchními a staničními sestrami daných oddělení a mnou osobně. První část dotazníku obsahuje demografická data, která posloužila k upřesnění charakteristiky vzorku respondentů. Další část dotazníkových otázek byla použita ke zpracování výzkumných otázek a splnění vytyčených cílů bakalářské práce. Výzkumné šetření bylo schváleno a povoleno hlavní sestrou Nemocnice Znojmo PhDr. Janou Vackovou, MBA (viz. Příloha 4)

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Ze 100 kusů distribuovaných dotazníků bylo správně vyplněno a odevzdáno 90 (90%) dotazníků.

Na výzkumu se podílely výhradně všeobecné sestry nemocnice ve Znojmě. Výzkumné šetření probíhalo na interním, kožním, plicním, neurologickém, onkologickém, chirurgickém oddělení a na Oddělení dlouhodobě nemocných. Sestry byly pouze z lůžkových jednotek. Délka praxe se u respondentů pohybovala od 0 do 36 a více let. Z analýzy vyplynulo, že dotazník vyplnilo 86 žen a 4 muži. Celkem 63 sester mělo středoškolské vzdělání, vyšší odborné vzdělání uvedlo 16 respondentů a dále odpovídalo 11 vysokoškolsky vzdělaných sester.

2.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal od 2. 1. 2019 do 30. 5. 2019 po předchozím oslovení hlavní sestry emailem, jelikož hlavní sestra Nemocnice Znojmo v případě podávání žádostí preferuje kontakt emailovou cestou. Nemocnice Znojmo nemá vypracovanou žádost určenou k tomuto účelu. Vyplněné dotazníky jsem osobně sesbírala od vrchních a staničních sester a přislíbila jim následné sdělení výsledků svého výzkumu.

2.5 Zpracování výzkumných dat

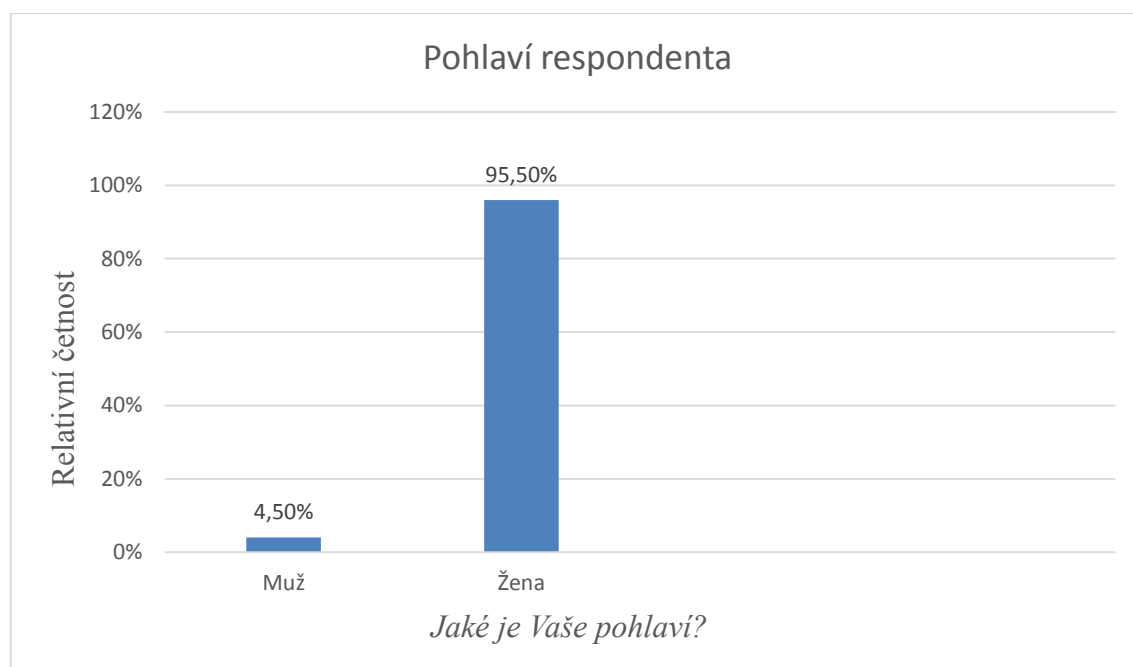
Získaná data jsem zpracovávala pomocí programu Microsoft Office Word 2007 určeného pro psaní textu a stejný program pro zpracování grafů a statistických údajů. Data jsou vyhodnoceny pomocí sloupcových grafů.

2.6 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu dotazníkového šetření jsou zpracovány k jednotlivým otázkám pomocí sloupcových grafů. Pod každým grafem je stručný textový popis výsledků. Výsledky jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

2.6.1 Výsledky zjišťující složení vzorku respondentů

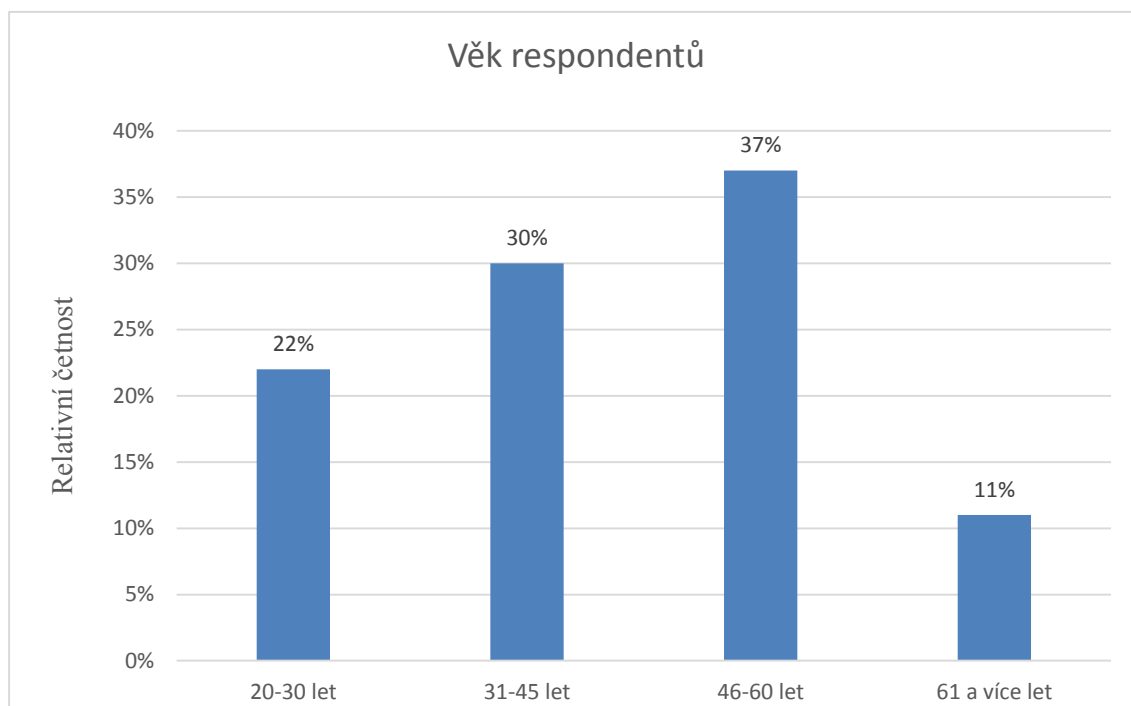
Graf 1 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 1:



Dotazník vyplnilo 90(100%) respondentů, z toho byli 4 (4,50%) muži a 86(95,50%) žen.

Graf 2 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 2:

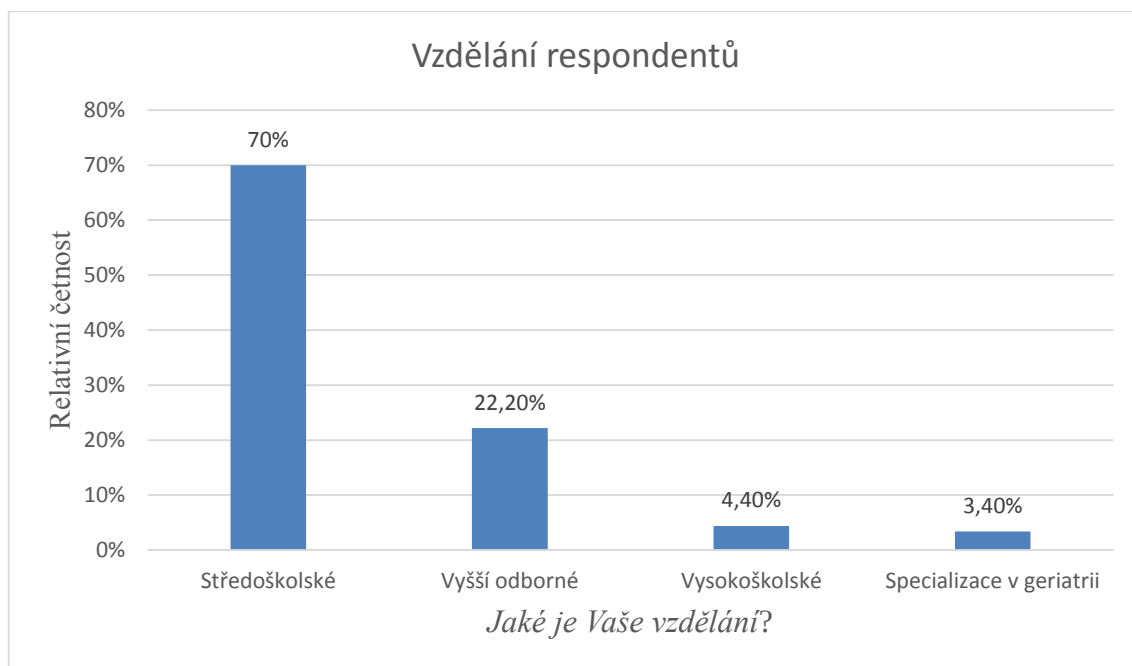
”



..

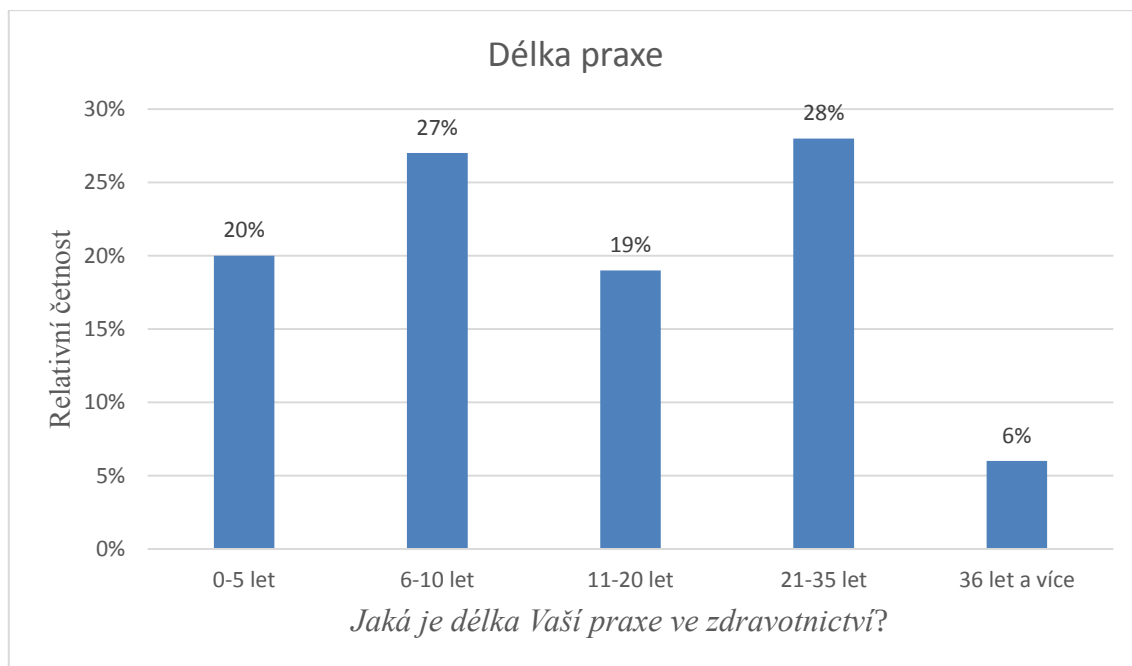
Z grafu vyplývá, že 20(22%) respondentů bylo ve věku od 20 do 30 let, dalších 27(30%) respondentů mělo 31-45let, celkem 33(37%) respondentů bylo ve věku od 46 do 60 let a 10(11%) respondentů bylo starší 61 let.

Graf 3 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 3:



Z grafu 3 vyplývá, že 63(70%) respondentů má středoškolské vzdělání, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 20(22,2%) dotazovaných, vysokoškolsky vzdělání byli 4(4,4%) respondentů a specializační vzdělání v geriatrii mají 3(3,4%) respondenti.

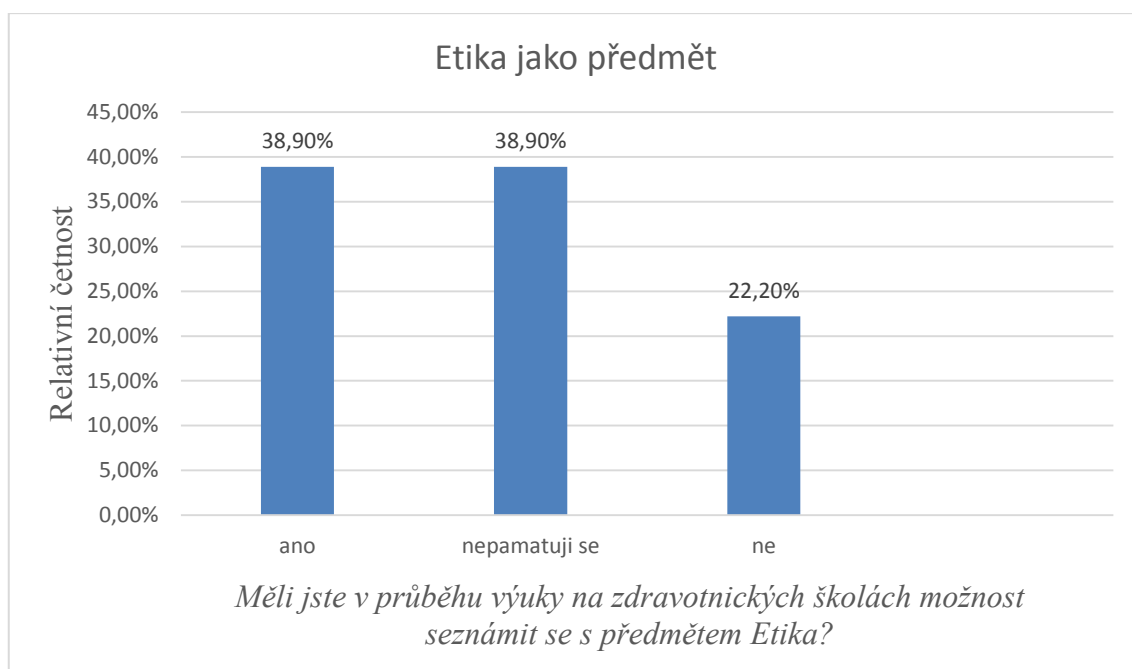
Graf 4 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 4:



Mého výzkumného šetření se zúčastnilo 18(20%) respondentů pracujících ve zdravotnictví méně než 5 let, celkem 25(27%) respondentů pracuje ve zdravotnictví od 6 do 10 let, praxi od 11 do 20 let mělo 17(19%), 25(28%) sester pracuje 21 až 35 let a praxi delší jak 36 let uvedlo 5(6%) respondentů.

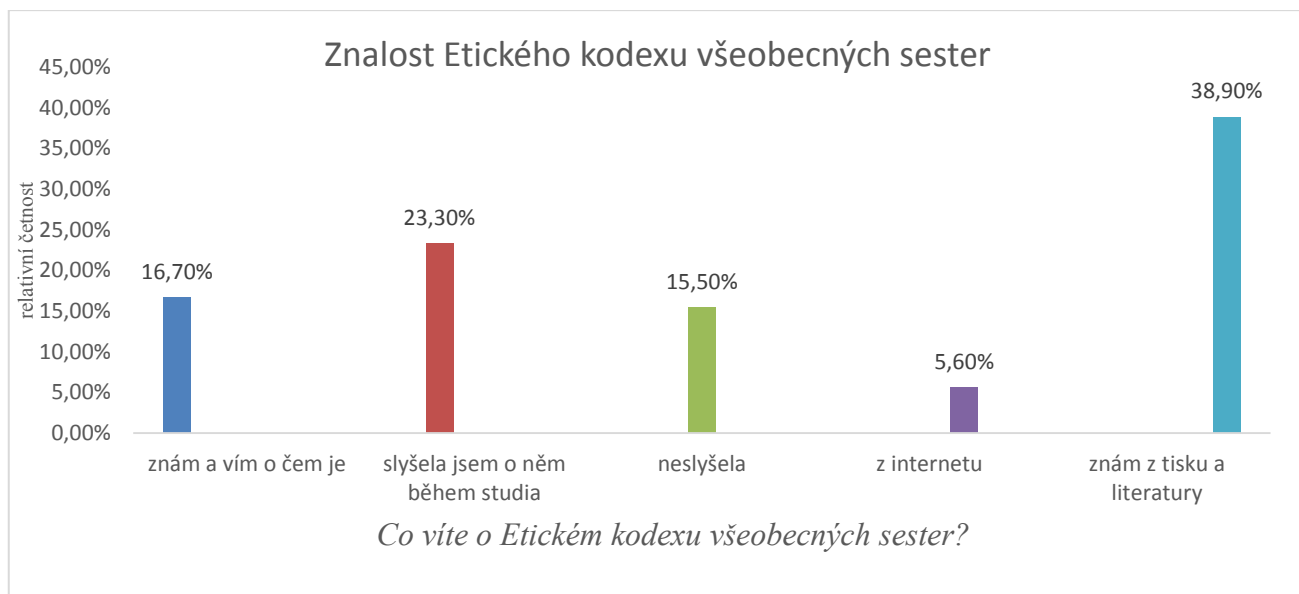
2.6.2 Výsledky vztahující k první a druhé výzkumné otázce

Graf 5 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 5:



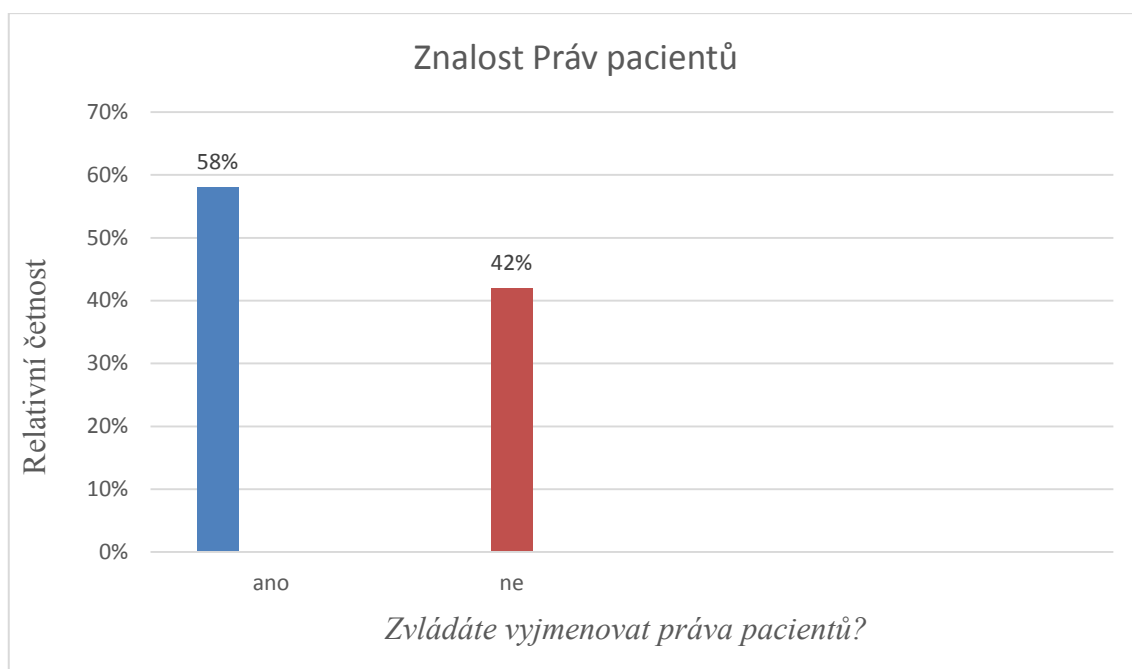
Z výzkumného šetření vyplnilo, že s předmětem Etika se v rámci vzdělávání na zdravotnických školách setkalo 35 (38,90%) sester. Stejný počet respondentů si na předmět Etika během svého studia vůbec nepamatuje. S předmětem Etika se nesetkalo při studiu vůbec 20 (22,20%) všeobecných sester.

Graf 6 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 6



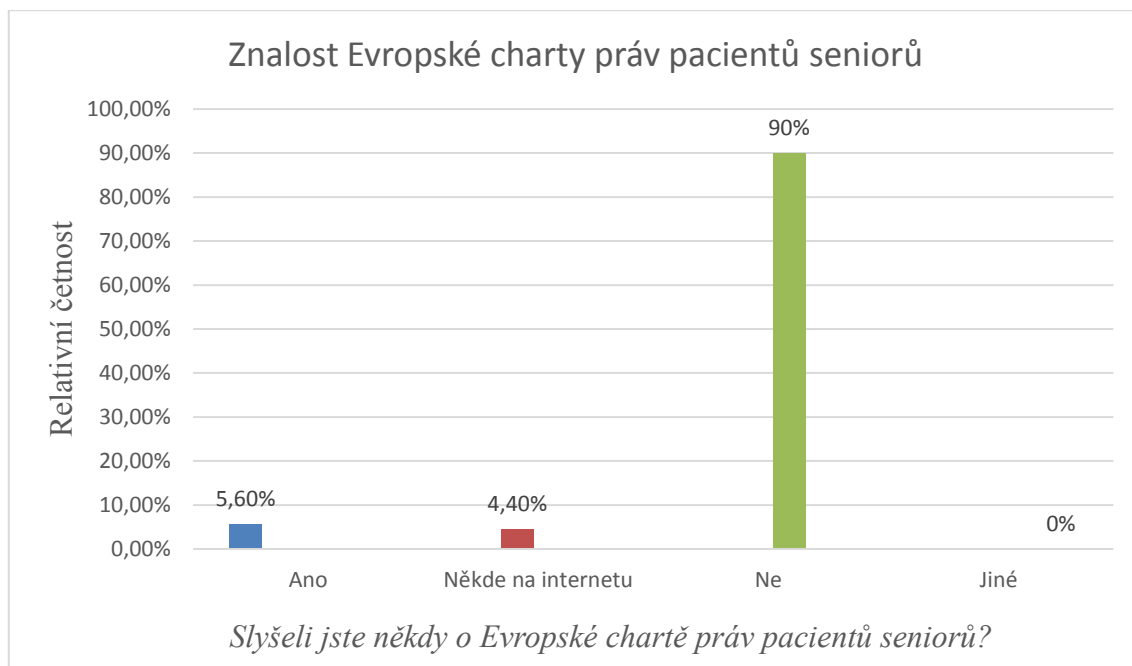
Výzkum potvrdil, že Etický kodex všeobecných sester zná 35(38,90%) sester převážně z tisku a literatury, Během studia o něm slyšelo 21(23,30%)respondentů. Na internetu se s ním seznámilo 5(5,60%)sester. Etický kodex všeobecných sester zná a ví, o čem je 15(16,70%) dotazovaných, naproti tomu 14(15,50%) sester o něm nikdy neslyšelo. Možnost „jiné“ nezvolil žádný respondent.

Graf 7 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 15



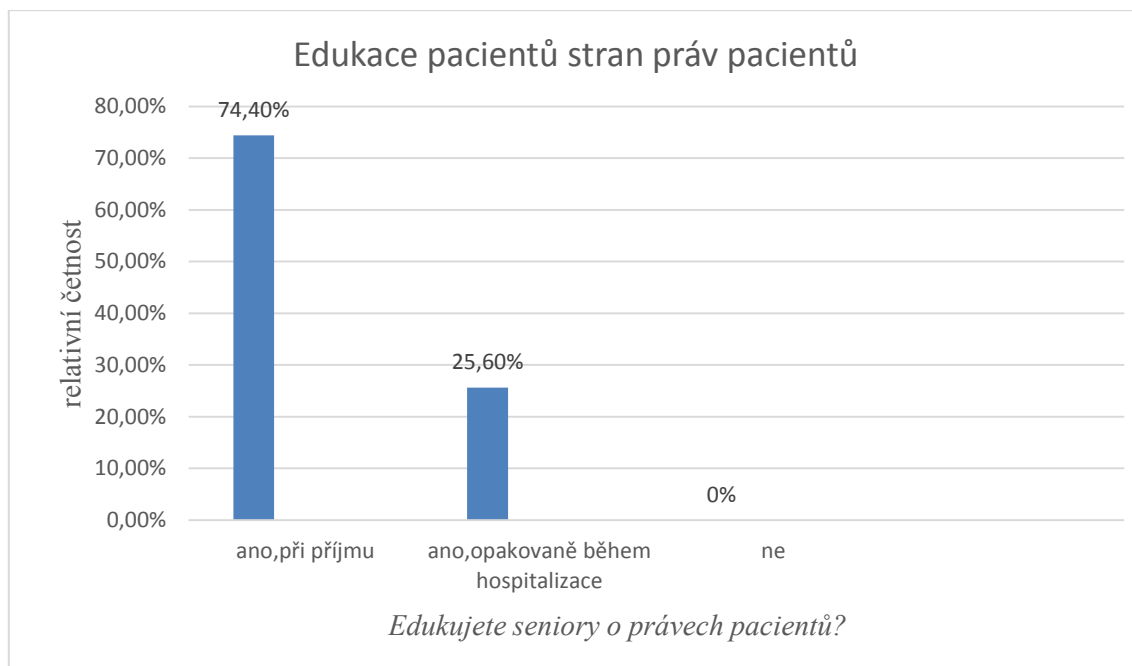
Vyjmenovat práva pacientů zvládá 52(58%) všeobecných sester. Práva pacientů nedokáže vyjmenovat 38(42%) dotazovaných sester.

Graf 8 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č.7



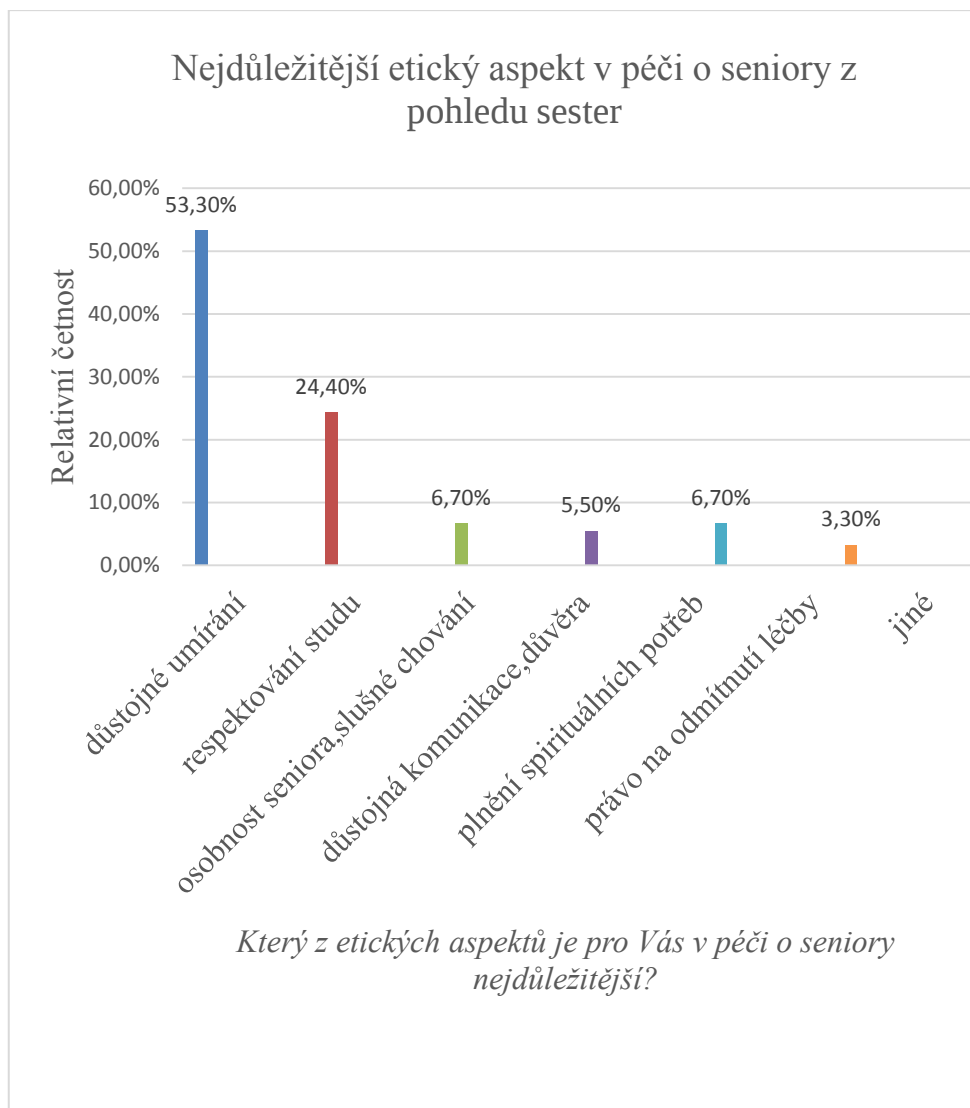
Evropskou chartu práv pacientů seniorů vůbec nezná 81(90%)sester. Někde na internetu se o ní dočetly 4(4,40)sester. Chartu zná 5(5,60%) dotazovaných. Možnost „jiné“ nezvolil žádný respondent.

Graf 9 odpovědi na dotazníkovou otázku č.14:



Své pacienty o právech pacientů edukuje jen při příjmu 67(74,40%) sester. Během hospitalizace provádí opakovaně edukaci stran práv pacientů 23(25,60%) sester. Odpověď ne nezvolil žádný respondent.

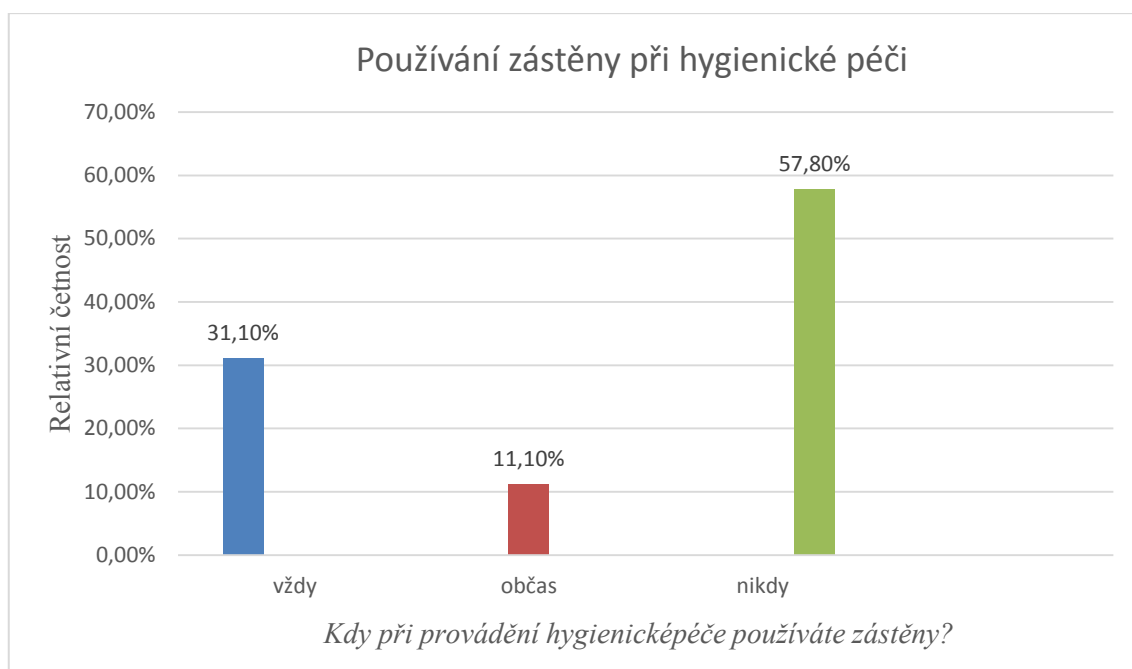
Graf 10 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 22:



Z výzkumu vyplynulo, že nejméně všeobecné sestry řeší, jako etický aspekt, přání pacienta na odmítnutí léčby 2(3,30%). Respektování a zajištění plnění spirituálních potřeb seniorů uvedlo, jako odpověď 6(6,70%) sester. Stejně jsou výsledky možnosti odpovědi respektování osobnosti seniora. Důvěra a dobrá komunikace je důležitá pro 5(5,50 %) respondentů. Druhým nejdůležitějším etickým aspektem z pohledu sester je respektování studu, intimity a soukromí seniora 22(24,40%). Výzkumem bylo zjištěno, že nejdůležitějším etickým aspektem v ošetrovatelské péči o seniory je z pohledu všeobecných sester zajištění důstojného umírání 48(53,30%). Jinou odpověď nezvolil žádný respondent.

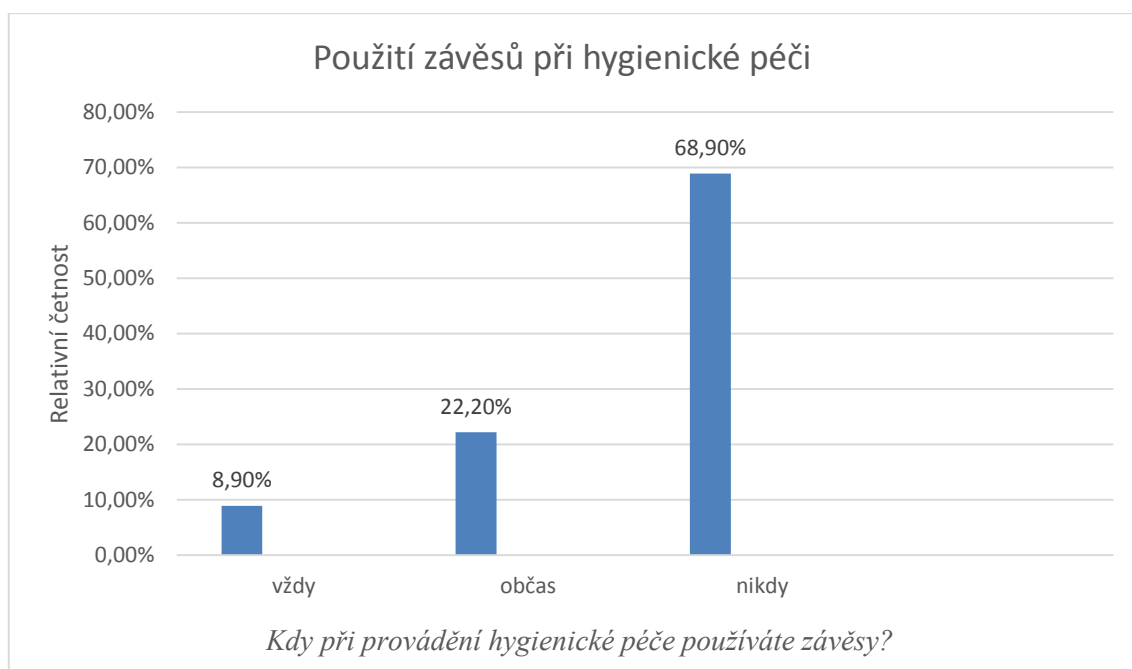
2.6.3 Výsledky vztahující se ke třetí výzkumné otázce

Graf 11 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 8



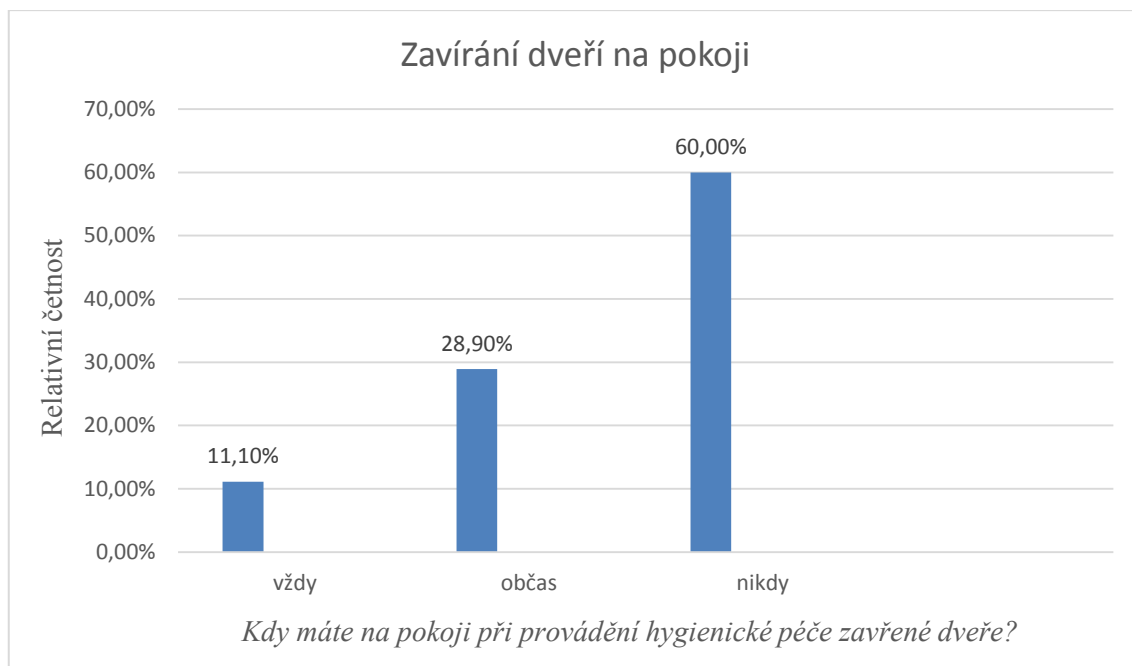
Z výsledků výzkumu je zřejmé, že zástěnu při provádění hygienické péče používá pouze 28(31,10%) sester. Občas ji při hygienické péči použije 10(11,1%) dotazovaných sester. Tristní je výsledek, že 52(57,80%) respondentů zástěnu nepoužívá vůbec.

Graf 12 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 9



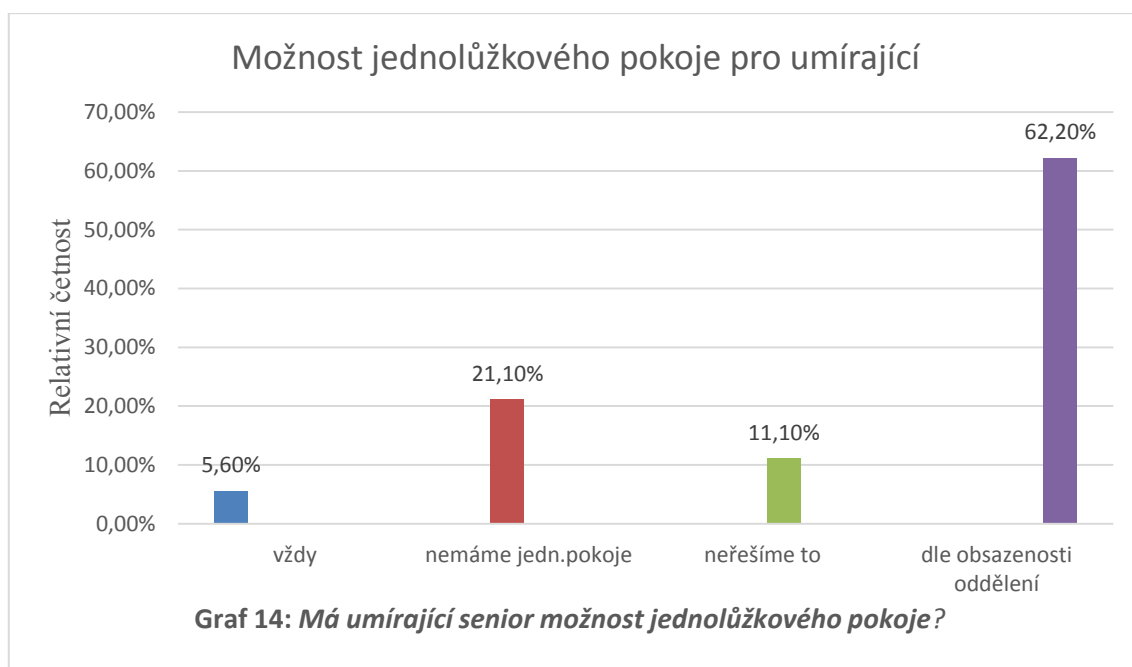
Vždycky při provádění hygieny u seniorů používá závěs 8(8,90%) sester. Občas ji použije 20(22,20%) respondentů. Tristní je výsledek, že závěsy vůbec nepoužívá 62(68,90%) všeobecných sester.

Graf 13 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 10:



Na pokojích při provádění hygienické péče zavírá dveře 10(11,10%)sester. Občas dveře zavře 26(28,90%)dotazovaných. Dveře při hygienické péči nechává otevřené 54(60%)sester.

2.6.4 Výsledky vztahující se ke čtvrté výzkumné otázce



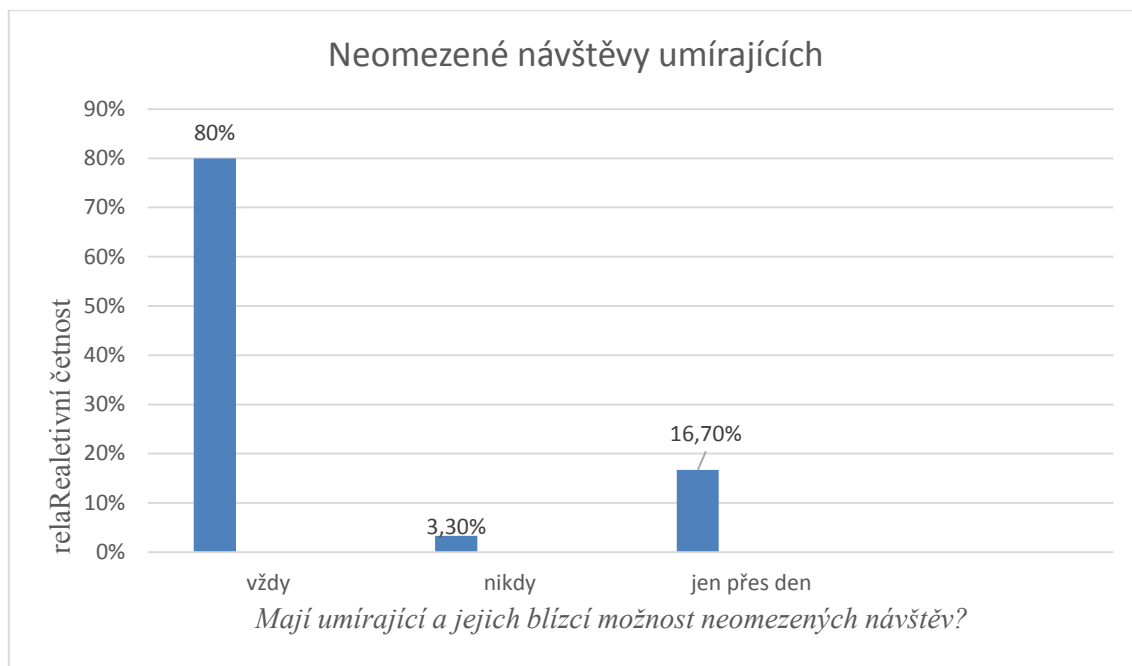
Možnost umístění na jednolůžkový pokoj umírajícím vždy nabízí 5(5,6%) sester.

Celkem 19(21,10%) dotazovaných sester nemá na oddělení vůbec jednolůžkové pokoje.

Variantu umístit umírajícího na jednolůžkový pokoj vůbec neřeší 10(11,10%) sester.

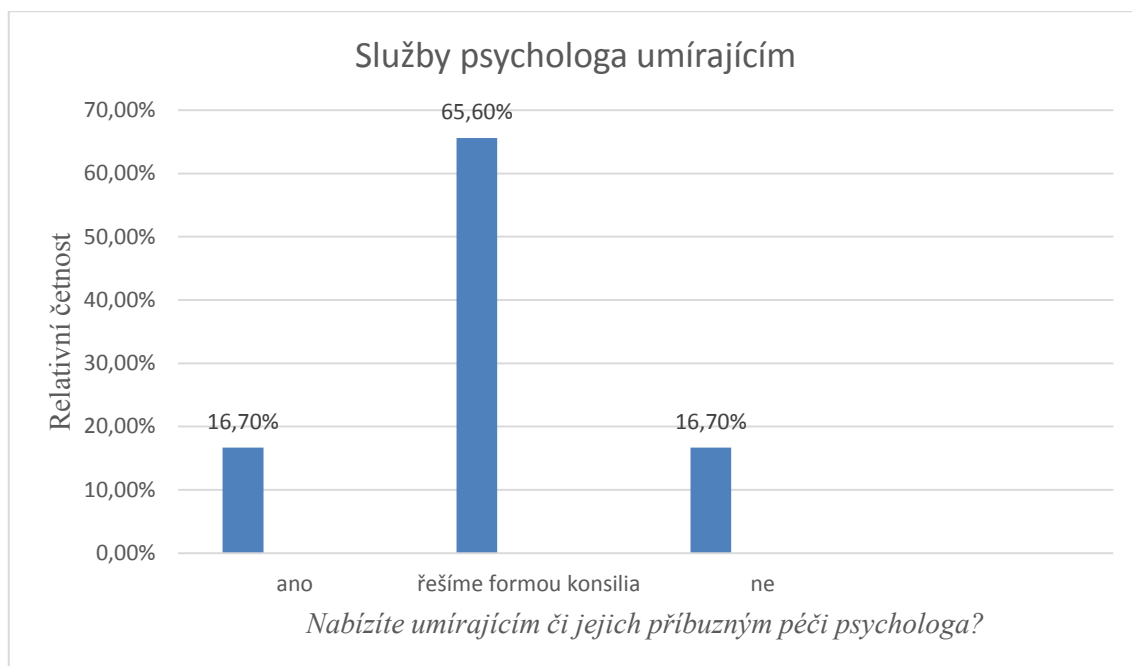
Nejčastěji sestry řeší tento problém podle obsazenosti oddělení 56(62,30%).

Graf 15 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č.12:



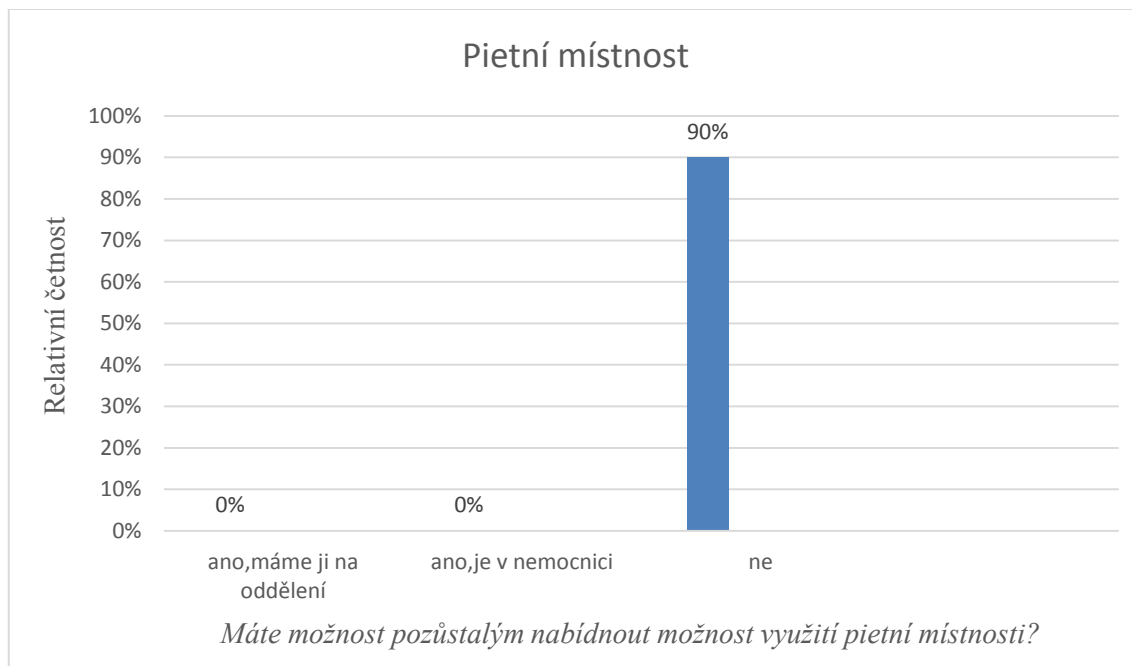
Celkem 72(80%)sester uvedlo, že mají na oddělení možnost neomezených návštěv umírajících. Odpověď „jen přes“ den zvolilo 15(16,70%). Pouze 3 (3,30%)sestry uvedly, že možnost mít neomezené návštěvy umírající na oddělení nemají.

Graf 16 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 13



Z výzkumu vyplynulo, že službu psychologa nabízí umírajícím a jejich rodinám či blízkým 15(16,70%) sester. Na oddělení nemá psychologa a problém řeší formou konsilia 60(65,60%) sester., Psychologa umírajícím a jejich blízkým vůbec nenabízí 15(16,70%) respondentů.

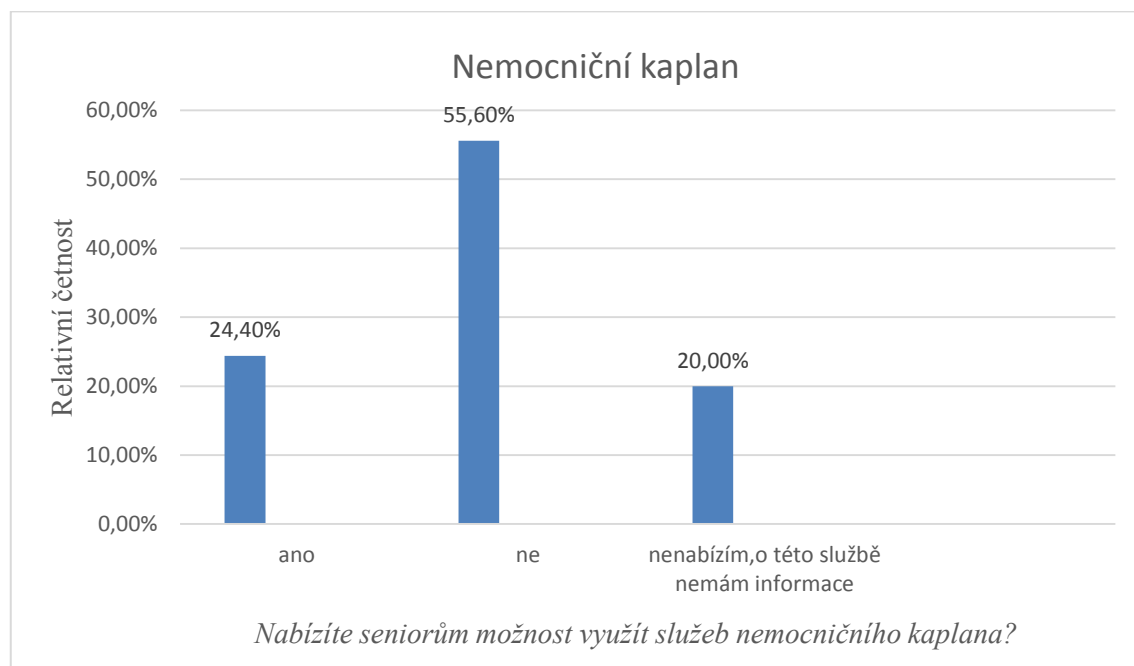
Graf 17 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 16:



Z výsledků výzkumu vyplývá, že pietní místnost v Nemocnici Znojmo není k dispozici.

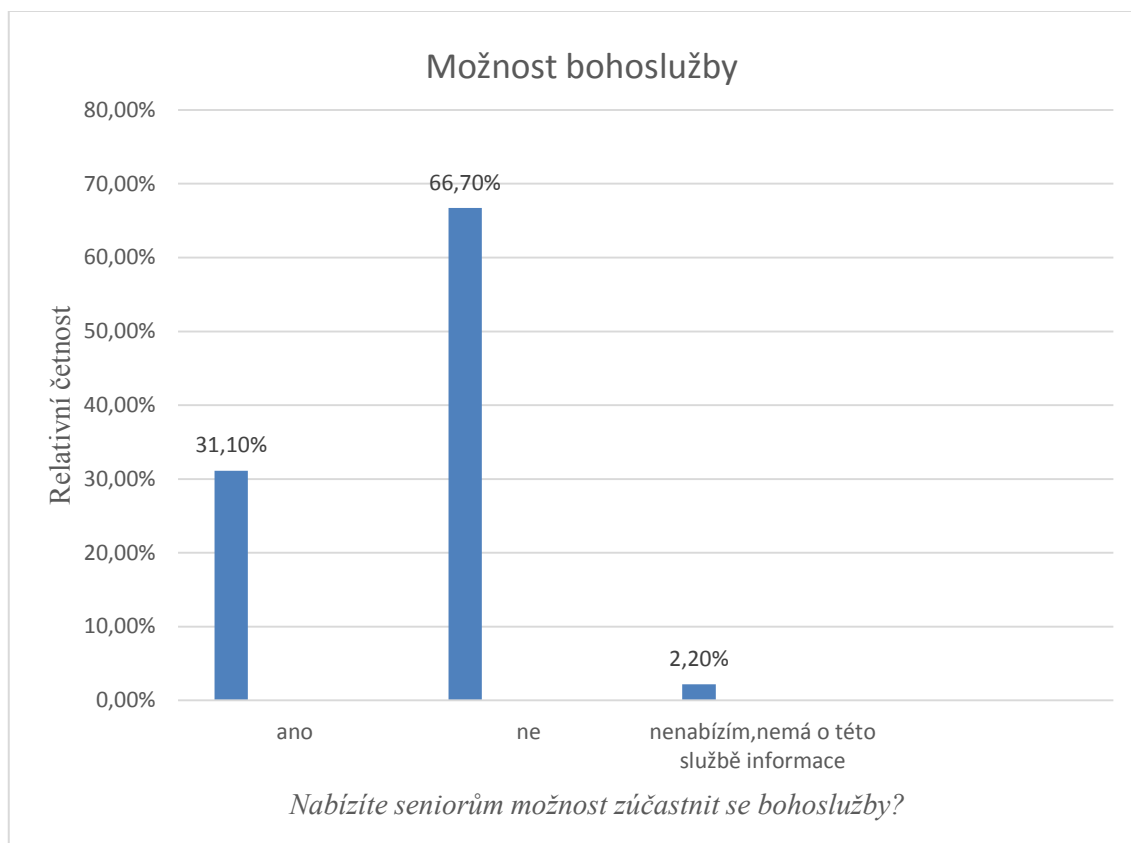
2.6.5 Výsledky vztahující se k páté výzkumné otázce

Graf 18 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 17:



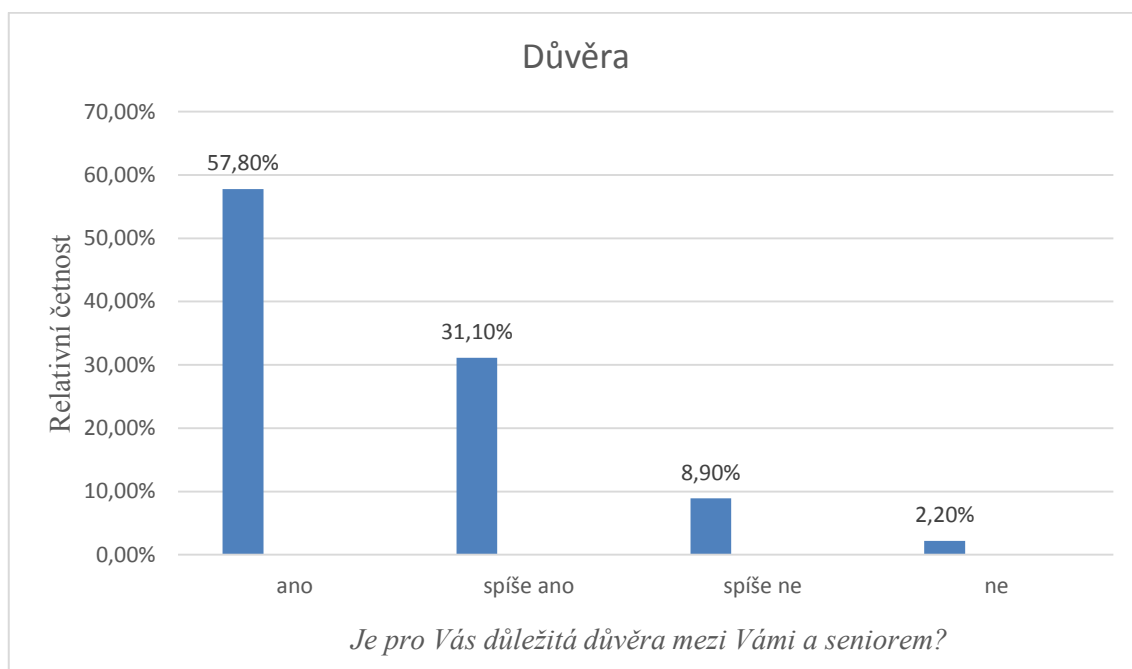
Dle výsledků šetření je jasné, že 50(55,60%)respondentů služby kaplana seniorům nenabízí. Celkem 18(20%) je nenabízí a nemá o této službě žádné informace. Z výzkumu vyplnulo, že pouhých 22(24,40%) nabízí využití nemocničního kaplana.

Graf 19 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 18



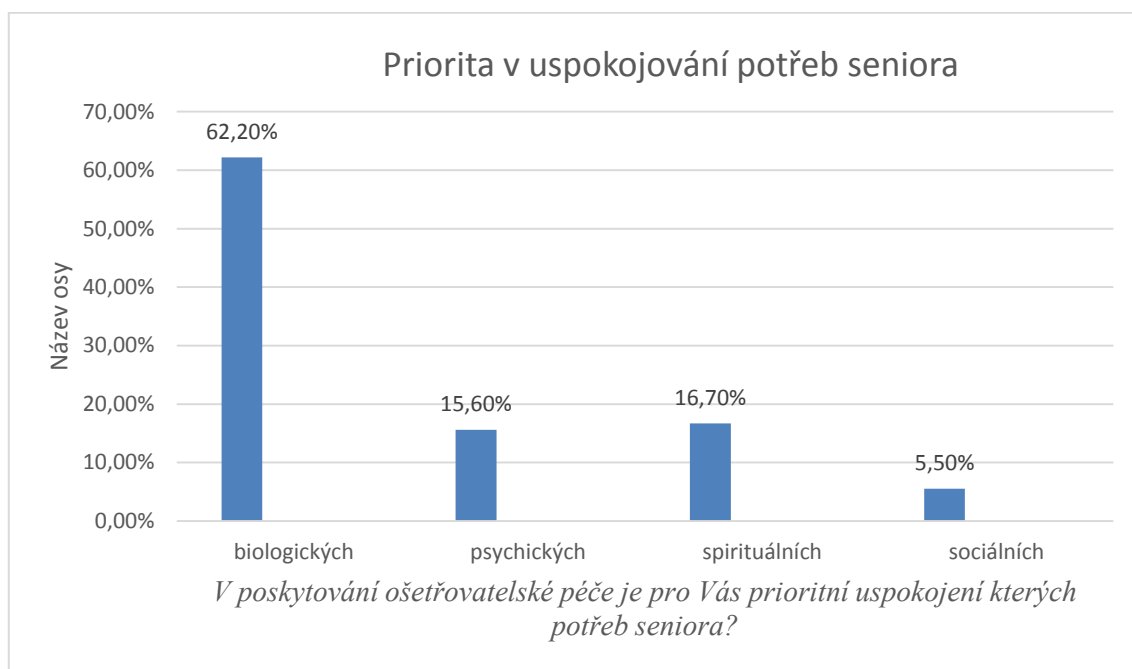
Celkem 60(66,70%)sester vůbec nenabídne seniorovi možnost zúčastnit se bohoslužby. Naopak možnost jít na bohoslužbu v nemocnici nabízí 28(31,10%) sester. O této službě nemají žádné informace, a proto ji nenabízí 2(2,20%) sester.

Graf 20 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 19:



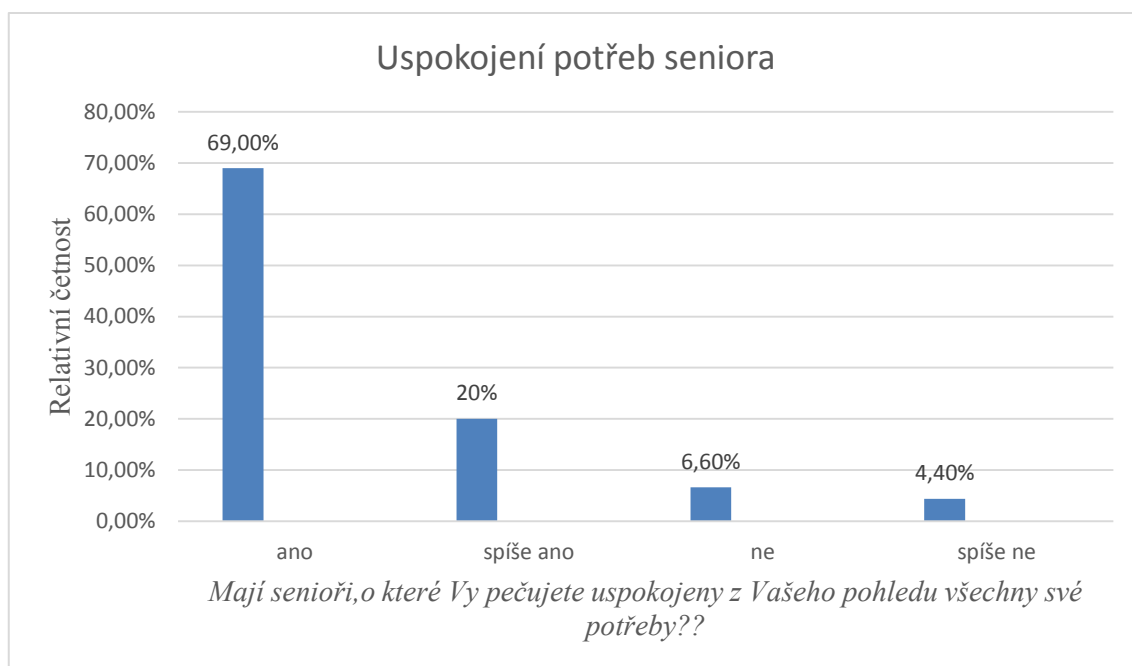
Důvěra mezi seniorem a sestrou je důležitá pro 52(57,80%) sester. Možnost odpovědi „spíše ano“ volilo 28(31,10%) dotazovaných. Důvěru jako nedůležitou vidí 2(2,20%) sestry a odpověď „spíše ne“ zvolil 8(8,90%) sester.

Graf 21 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 20:



V ošetrovatelské péči řeší prioritně biologické potřeby 56(62,20%)sester. Psychické potřeby upřednostňuje 14(15,60%)dotazovaných.Uspokojováníspirituálních potřeb preferuje 15(16,70%) sester. Nejméně prioritní se tedy jeví potřeby sociální, které upřednostňuje 5(5,50%)respondentů.

Graf 22 znázorňuje odpovědi na dotazníkovou otázku č. 21



Z výsledků zcela jasně vyplynulo, že 62 (69%) sester si myslí, že potřeby seniorů jsou uspokojovány. Odpověď „spíše ano“ volilo 18 (20%) respondentů. To, že potřeby uspokojovány spíše nejsou si myslí 6 (6,60%) sester. Celkem 4 (4,40%) sester si myslí, že senioři v nemocnici nemají uspokojeny všechny potřeby.

2.7 Diskuse

Pro vypracování své bakalářské práce jsem si stanovila dva cíle. Zajímalo mě, který etický aspekt je pro všeobecné sestry v ošetrovatelské péči o seniory z jejich pohledu nejdůležitější. Druhým cílem mojí bakalářské práce bylo zmapovat dodržování etických zásad v ošetrovatelské péči o seniory. Ke splnění těchto cílů mi posloužilo celkem 5 výzkumných otázek.

Výzkumu se zúčastnilo 90 respondentů, převážně žen 86(95,50%). V diskusi jsou rozebrány a zhodnoceny jednotlivé výzkumné otázky. K porovnání výsledků výzkumu byly použity bakalářské práce: „*Spirituální potřeby seniorů ve zdravotnickém zařízení a v zařízení sociální péče*“ (Hejdová, 2016) a „*Etika v ošetrovatelské péči o seniory* (Tremrová, 2013)“. Dále jsem k porovnání výsledků výzkumu využila bakalářskou práci: „*Etické aspekty práce v Charitě ČR* (Burešová, 2015)“. Jako další pro srovnání výsledků jsem použila bakalářskou práci: „*Senior v roli pacienta* (Pazderová, 2017)“ a bakalářskou práci: „*Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?*“ (Červenková, 2010).

VO 1: Do jaké míry jsou všeobecné sestry seznamovány s etickými normami ve zdravotnictví?

K první výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 5,6,7,14,15.

Na otázku, zda se všeobecné sestry během svého studia na zdravotnických školách setkaly s předmětem Etika, odpovědělo kladně 35(39%) respondentů, na výuku Etiky si již nepamatuje rovněž 35(39%) všeobecných sester. S předmětem Etika se během studia nesetkalo 20(22%) respondentů.

Předmět Etika byl zařazen do vzdělávání na středních zdravotnických školách až po roce 1998, a proto se ve výsledcích odráží fakt, že 70% respondentů má pouze středoškolské vzdělání a 33% respondentů je starších 46 let respektive 10% je starší 61 let.

Etický kodex všeobecných sester zná a ví o čem je celkem 15(16%) sester. Během studia o něm slyšelo 21(24%) dotazovaných, z internetu o něm má získané informace

5(5,5%) sester a z literatury 35(39%). Etický kodex dle výsledků výzkumu vůbec nezná 14(15,50%) všeobecných sester. S Evropskou chartou práv pacientů seniorů je celkově seznámeno 5(5,60%) sester, během studia se s ní setkaly 4(4,40%) sestry a vůbec ji nezná 81(90%) dotazovaných.

Sestry edukují seniory v oblasti práv pacienta většinou jen u příjmu, v průběhu hospitalizace už jim práva pacientů neopakují. Domnívám se tedy, že zpětná vazba používána není. Edukace jen při příjmu je pro seniora hektická a často není schopen zpracovat takový velký počet informací.

O informovanosti seniorů i sester o právech pacientů a o Evropské chartě práv pacientů seniorů se zmiňuje ve svém výzkumu i Pazderová (2017), ta uvádí, že 38% všeobecných sester se domnívá, že jsou senioři o svých právech dobře informováni (87%).

Evropskou chartu práv dle Pazderové zná a má o ní povědomí 7% seniorů.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že všeobecné sestry nejsou v oblasti etiky a etických norem dostatečně vzdělávány či informovány. O etické normy se příliš nezajímají. Bylo by tedy vhodné v rámci celoživotního vzdělávání všeobecné sestry informovat o této problematice, ať už formou kurzů, seminářů, nebo prostřednictvím přednášek na daném oddělení.

VO 2: Preferují všeobecné sestry při péči určitý etický aspekt?

Ke druhé výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky 5,6,7,14,15,16,1,22.

V péči o seniora můžeme z pohledu všeobecných sester najít nepřehledné množství etických problémů aspektů. Záleží na pohledu každé sestry na slovo etika nebo morálka. Burešová (2015) ve své bakalářské práci srovnává pohled na etické aspekty z pohledu všeobecných a řádových sester. Z jejích výzkumných rozhovorů vyplývá, že řádové sestry mají jasný pohled na etiku, mají jasně dané etické normy. Všeobecné sestry mají na etiku rozdílné pohledy a názory, nejsou totiž ortodoxně svázané vírou.

V nemocničním prostředí je v současné době nejvíce zmiňován etický aspekt důstojného umírání a práva na důstojnou a klidnou smrt. Z výzkumu vyplynulo, že tento aspekt je prioritní pro 48(43,20%) sester.

Dalším etickým problémem bývá získání důvěry mezi seniorem a sestrou. Sestra se dostává do role důvěrníka. Důvěra je důležitá pro 5(5,60 %) dotazovaných. Podporou důvěry je samozřejmě dobrá komunikace se seniory.

Jedním ze základních etických aspektů v ošetrovatelské péči je respektování studu a intimity či soukromí pacienta. V této oblasti výzkum zjistil největší rezervy.

Respektování studu a intimity je prioritní pro 22(24,40%) sester. Z výzkumu vyplynulo, že k zajištění soukromí a intimity má nemocnice ve Znojmě dostatek pomůcek, které však personál nepoužívá.

Slušné chování a respektování osobnosti seniora preferuje ve své péči 6(7%) sester.

Uspokojování spirituálních potřeb v ošetrovatelské péči preferuje 6(6,70%) dotazovaných.

Dle výsledků výzkumu respektování přání pacienta na odmítnutí léčby preferují pouze 3(3,30 %) respondentů.

Pro 56(62,20%) sester je prioritní uspokojit seniorovi biologické potřeby. Spirituální potřeby přednostně uspokojuje 15(16,70%) dotazovaných, psychické potřeby primárně řeší 14(15,60 %) sester a celkem 5(5,60%) respondentů preferuje uspokojení sociálních potřeb seniorů.

Všeobecné sestry si ve většině myslí, že senioři mají uspokojeny všechny své potřeby 56(62,20%).

Z výsledků výzkumu tedy jasně vyplývá, že největší prioritou v ošetrovatelské péči o seniory je z pohledu sester zajištění klidného s důstojného umírání. Nejméně sestry v péči preferují právo pacienta na odmítnutí léčby.

VO 3: Jak zajišťují sestry při péči respektování studu a intimity pacienta?

Ke třetí výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 8,9,10,22.

Při provádění hygienické péče na vícelůžkovém pokoji používá zástěnu 28(31%) sester. Občas ji použije 10(11,10%) dotazovaných. Ovšem celkem 52(58%) nepoužívá zástěnu vůbec. Tento výsledek výzkumu je docela tristní.

Závěsy při hygienické péči používá vždy 8(8,909) sester, občas je použije 20(22,20 %) respondentů a nepoužívá je vůbec 62(68,9%) dotazovaných. Výsledky šetření jsou alarmující.

Při provádění jakékoliv péče na pokoji za sebou zavírá dveře pouze 10(11,10%) sester. Celkem 26(28,9%) sester je za sebou zavře občas a 54(60%) sester je nezavírá vůbec. Tremrová (2013) ve své bakalářské práci uvedla, že 79% všeobecných sester intimitu respektuje a dodržuje etické zásady respektování studu seniorů. Zástěnu při hygienické péči nepoužívá však žádná ze sester. Dveře dle výsledku výzkumu Tremrové zavírá pouze 50% sester.

Červenková (2010) ve své práci uvádí, že dle pacientů je právo na respektování intimity a soukromí dodržováno v 24%. Sestry v jejím výzkumu uvedly, že dodržují intimitu a soukromí pacientů v 76%. Sestry dále vidí problémy v množství pacientů na pokoji, nedostatku pomůcek (závěsy, zástěny) a v nedostatku personálu. Dále uvádí, že pacienti vidí jako největší narušení soukromí provádění hygienické péče na pokoji a na druhém místě je lékařská vizita. S narušením soukromí a porušením práva na intimitu se dle jejího výzkumu setkalo 46% pacientů. Celkem 87,80% sester dle jejího výzkumu vidí problém intimity a soukromí respektovat dodržením standardního pracovního postupu.

Po analýze výsledků dotazníkového šetření si troufám konstatovat, že právo na respektování studu a intimity seniora v Nemocnici Znojmo respektováno není. Sestry nevyužívají pomůcky při hygienické péči a nedodržují tak standardní pracovní postup Nemocnice Znojmo.

VO 4: Jak zajišťují sestry při péči právo pacienta na klidnou a důstojnou smrt?

Ke čtvrté výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 11,12,13,16,17,22.

Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že 72(80,00%) umírajících má možnost neomezených návštěv svých blízkých. Odpověď jen přes den uvedlo 15(16,70%) sester. Potěšující je zjištění, že pouze 3(3%) nemají možnost neomezených návštěv. Podle Tremrové(2013) mají pacienti nemocnice Pardubice neomezené návštěvy pouze v 8%, což ve znojemské nemocnici dopadl výzkum lépe.

Všeobecné sestry udávají, že umírající pacient na jejich oddělení má možnost být umístěn na jednolůžkový pokoj vždy 5(5,50%). Podle obsazenosti oddělení tento problém řeší 56(62,50%) respondentů. Problém vůbec neřeší 10(11,10%) sester. Celkem

19(21%) respondentů uvedlo, že jednolůžkové pokoje na svých jednotkách nemají. Oddělení dlouhodobě nemocných má jednolůžkové pokoje pouze čtyři při celkové kapacitě 115 míst. Dovoluji si tvrdit, že toto je žalostně málo.

Na otázku, zda má umírající senior či jeho blízcí možnost využít psychologickou pomoc odpovědělo 15(16,70%) respondentů ano. Psychologa na odděleních znojemské nemocnice nemá 15(16,70%) dotazovaných. Formou konsilia tento problém řeší 59(65,60%) sester.

Na otázku zda má nemocnice Znojmo nemocničního kaplana odpovědělo 22(24,40%) respondentů kladně, záporně 50(55,60%) sester a 18(20%) sester se o tuto problematiku nezajímá a nemá o ní informace.

Možnost zúčastnit se bohoslužby má dle sester 28(31,10%) seniorů. Celkem 2(2,20%) dotazovaných sester nemá o této službě informace a 28(32%) respondentů uvedlo, senioři možnost zúčastnit se bohoslužby nemají. Dle Tremrové(2013) má v pardubické nemocnici duchovní podporu 93% pacientů.

Na otázku zda mají možnost využít pietní místnost v nemocnici či na svých odděleních jednoznačně sestry odpověděly, že ne 90(100%). Nemocnice Znojmo pietní místnost nemá, což vnímám, jako nedostatek. Prostoru je v nemocnici totiž spousta, management prozatím o zřízení této místnosti ani neuvažuje. Podle mého názoru, by tato místnost měla využít zejména na Oddělení dlouhodobě nemocných, které je detašovaným pracovištěm na opačném konci města a na onkologickém oddělení.

Všeobecné sestry respektování práva na klidné a důstojné umírání uvedly, jako prioritní etický aspekt ve své péči o seniory.

VO 5: Do jaké míry všeobecné sestry zajímají spirituální potřeby seniorů?

K páté výzkumné otázce se vztahují dotazníkové, otázky č. 14, 16,17,18,19,20,21,22.

Z výzkumu vyplynulo, že zajištění plnění a respektování spirituálních potřeb seniorů je nejdůležitější etický aspekt v péči pro 6 (66,70%). Prioritně uspokojuje spirituální potřeby seniorů 15(16,70%) sester.

Seniorům nabízí možnost využít služeb nemocničního kaplana pouze 22(24,40%) sester, naproti tomu dalších 18(20%) sester tuto službu seniorům nenabízí. Možnost účasti na bohoslužbě nabízí 28(31,10%) sester. Tristní je výsledek výzkumu, který poukazuje na

fakt, že 60(66,70%)sester možnost zúčastnit se bohoslužby vůbec seniorovi nenabídne. Dle sester má uspokojeny všechny své potřeby 62(68,90%)seniorů.

Výsledky výzkumu svědčí pro domněnku, že spirituální potřeby jsou stále upozaděny za potřebami biologickými a psychickými. Právě v seniorském věku však spirituální potřeby začínají vystupovat do popředí. Senior by měl sestře důvěřovat. Je vlastně jeho důvěrníkem a zpovědníkem. Důvěru a dobrou komunikaci, jako nejdůležitější etický aspekt v péči o seniory uvedlo dle výzkumu 5(5,6 0%)sester. Respektování osobnosti seniora a slušné chování uvedlo jako nejdůležitější etický aspekt v péči pouze 6(6,70%) sester. Přitom slušné chování a empatii právě senior velmi vítá a oceňuje.

Spirituální potřeby seniorů jsou podle mého názoru dobře saturovány, ale jejich plnění je opravdu z větší části na rodině či blízcích seniora.

Dle Hejdové (2016) má 93% pacientů uspokojeno spirituální potřeby. Nejčastějším uspokojením spirituálních potřeb podle jejího výzkumu je bohoslužba. A nejčastěji uspokojuje spirituální potřeby rodina, personál se na uspokojení těchto potřeb podílí v pouhých 4%, což je opravdu málo. Nejčastěji sestry nabízejí možnost účasti na bohoslužbě a to v plných 100%. V tomto ohledu se výsledky výzkumu od Hejdové (2016) velmi liší s výsledky mého výzkumu. Bohoslužbu nabízí ve Znojmě totiž pouze asi třetina sester.

Službu psychologa využívají sestry především formou konsila, neboť přímo na všech odděleních psychologa nemají.

V oblasti uspokojování spirituálních potřeb, trůfám si tvrdit, mají sestry znojemské nemocnice značné rezervy.

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Výsledky výzkumu byly pro mě v některých bodech opravdu překvapením. V oblasti etických norem ve zdravotnictví, dle výsledků výzkumu, toho všeobecné sestry mnoho nevědí. V Nemocnici Znojmo sestry nepoužívají při hygienické péči pomůcky určené k respektování studu a intimity pacienta dle standartního pracovního postupu. Ačkoliv jsou na oddělení tyto pomůcky připravené k použití.

Doporučila bych tedy managementu:

- do celoživotního vzdělávání sester v rámci nemocnice zařadit semináře s tématy etických norem v ošetrovatelství a ošetrovatelské etiky.
- důsledně kontrolovat dodržování standartního pracovního postupu při hygienické péči
- kontrolovat dostatečné množství pomůcek (zástěny, závěsy).
- zvážit možnost zřízení pietní místnosti v rámci nemocnice na vybraných odděleních (Oddělení dlouhodobě nemocných, Onkologie)
- apelovat na sestry stran většího nabízení možnosti účasti seniorů na bohoslužbě

Sestrám bych doporučila:

- více se zajímat a vzdělávat se v etických normách v ošetrovatelství
 - sestrám na geriatrii doplnit si specializační vzdělávání v tomto oboru
 - zopakovat si práva pacientů
 - více se zamýšlet nad dodržováním respektování intimity seniorů při všech činnostech ošetrovatelské péče
 - více se zajímat o duchovní potřeby svých pacientů a neřešit jen potřeby biologické
- Dále bych požádala sestry o chvilku zamyšlení se nad svou vlastní komunikační dovedností a popřemýšlení, zda opravdu v komunikaci se seniory používají zpětnou vazbu, využívají tabulek u afatických či hluchých seniorů a zda dělají vše, aby byl senior pochopen a zahrnut láskou, empatií a trpělivostí., kterou si bezesporu zaslouží.

Závěr

.Ve své bakalářské práci jsem se chtěla zaměřit na zmapování dodržování etických zásad v ošetrovatelské péči o seniory. Snažila jsem se zjistit, který etický aspekt je

z pohledu všeobecných sester v péči o seniory nejdůležitější. Zcela jasně z výzkumu vyplynulo, že nejvíce se sestry zaměřují na aspekt klidného a důstojného umírání. Slova morálka a etika mají pro každého z nás jiný význam a důležitost a každý z nás na tyto dvě věci může mít jiný úhel pohledu. Jiný úhel pohledu má ortodoxně věřící sestra jiný má sestra ateistka. Každý z nás má určité morální zásady, které se mohou lišit. Práce odhalila, že v oblasti etických norem mají všeobecné sestry značné rezervy v celoživotním vzdělávání. Zde se opět ukázala potřeba mít vzdělané sestry a neustále se učit novým poznatkům. Při běžných ošetrovatelských úkonech sestry příliš nedbají na zachování intimity seniora. Nejčastěji je to podle nich z důvodu nedostatku personálu a z důvodu jakési profesní rutiny. Spirituální potřeby seniorů jsou v žebříčku uspokojování potřeb dle sester až třetí v pořadí. Pořád tedy přetrvává v nemocniční péči trend prvotně uspokojit biologické potřeby a další potřeby upozadit. Senior však mívá často spirituální potřeby na žebříčku potřeb na prvním místě. Potřebuje být respektován, pochopen, vyslyšen a potřebuje pečujícímu důvěřovat. Časté komunikační bariéry u seniorů vedou právě k nepochopení a někdy i zbytečné agresi seniorů.

Psaní této práce mě přinutilo se sama zastavit a zamyslet se nad svým vlastním pohledem na etiku a morálku. Často při své práci spěchám, nedávám seniorovi moc času na zpracování informací, jaký úkon ho nyní čeká. Právě dnešní uspěchaná doba a nedostatek personálu nás nutí provést péči rychle. Seniorovi se nedává prostor velký k nácviku sebe péče. Málo se podle výzkumu respektuje důstojnost a soukromí seniorů. V dnešní době přibývá hospitalizovaných seniorů, často vysokého věku, kteří jsou zcela závislí na péči personálu. Je tedy potřeba jim porozumět, respektovat je, podporovat v sebepéči a především umět naslouchat jejich problémům a strastem. Právě proto je důležitý profesionální vztah sestry k seniorovi založený na důvěře.

Dovolím si vzhledem k délce své praxe ve zdravotnictví tvrdit, že etické problémy se snaží řešit každá sestra, avšak každá dle svého svědomí, vyznání, víry a přesvědčení. Myslím si, že cíle mé práce byly splněny.

Seznam použitých zdrojů

BLÁHA, F., 1960. *Prodloužení lidského věku*. 1.vyd.Praha:Orbis. ISBN neuvedeno.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K. 2013. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. 1.vyd.Praha:Karolinum.ISBN978-80-246-2296-5

BUREŠOVÁ, B., 2015. *Etické aspekty práce v Charitě ČR*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

BYSTRICKÁ, J., 2011. *Odlišnosti v komunikaci a v přístupu k seniorům*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

CICERO, M. T., 1975. *Cato starší o stáří*. Praha:Lyra Pragensia. ISBN 80-207-0149-4.

ČERVENKOVÁ, J., 2010. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.

DIENSTBIER, Z, *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha:Radix, 2012. ISBN 978-80-87573-01-3.

DOHNAL, K., 1985. *Problematika léčby v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, Praktický lékař*. Praha, roč. 65, č. 12 ISSN 1212-6739-1805-4544.

FÍŠEROVÁ, J., 1995. *Etika v ošetrovatelství*, Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ISBN neuvedeno.

HAMILTON, I. S. 1999, *Psychologie stárnutí*. 1.vyd.Praha:Portál. ISBN 80-7178-274-2.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2010, *Fenomén stáří*. Praha:Havlíček Brain team. ISBN 978-80-87109-19-9

HAŠKOVCOVÁ, H, 2000, *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1.vyd.,Brno:IDV PZ, ISBN 80-7013-310-4.

HAŠKOVCOVÁ, H, 2000, *Thanalogie . Nauka o umírání*. 1.vyd.Praha:Karolinum, ISBN 80-726-2034-7.

HAVRDLÍKOVÁ,M., 2010, *Dodržování práv pacientů seniorů na lůžkách dlouhodobé péče*, bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta

HEJDOVÁ, M 2016. *Spirituální potřeby seniorů ve zdravotnickém zařízení a v zařízení sociální péče*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká polytechnická škola Jihlava. Katedra zdravotnických studií.

HOGENOVÁ ,A., 2008. *Proč nerozumíme důstojnému? In: Jak pečujeme o svou duši_?*. Praha: Pedagogická fakulta UK. ISBN 978-80-7290-349-8.

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L., 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.

CHLOUBOVÁ, H., 2005. *Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení*, s 22, ISBN 1801-8718.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: TRITON, ISBN 80-7254-329-6.

JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: ZSF OU v Ostravě, 1.vyd. ISBN 80-7368-11

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. A KOL., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Z., A KOL. 2004. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4334-0.

KŘIVOHLAVÝ J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Grada. ISBN 978-80-247-3604-4

KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-147-2069-2.

KVASNIČKOVÁ, V., 2016. *Uspokojování spirituálních potřeb z pohledu pacienta*. Florence. 12. ISSN: 1801-464X.

MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARŠÁLKOVÁ, K., SCHMIEDLER, K., 2016. *Ageismus hrozba sociální izolace ve stáří*, Praha: Geri Gero, ISBN neuvedeno

MORRISON, EILEEN, E. *Health Care Ethics*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, 2009, ISBN 978-0-7637-4526-4.

MUHLPACHR, P., 2005. *Schola gerotologica*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3838-1.

MUNZAROVÁ, M., 1997. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I. Smrt a umírání*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3017-8.

MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1024-2.

- MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha:Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- PACOVSKÝ, V., 1990. *O stárnutí a stáří*. 1.vyd.Praha:Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
- PAZDEROVÁ, M., 2017. *Senior v roli pacienta*. Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.
- POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- REICHERTOVÁ, S., 2012. *Informovanost pacienta a spolurozhodování v průběhu hospitalizace na interním oddělení*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- ROTTER, H., 1997. *Osoba a etika*. 1.vyd.Brno:CDK.ISBN 80-85959-18-6.
- ŘÍČAN, P., 2014. *Cesta životem*3.vyd.Praha:Portál. ISBN 978-80-262-0772-6.
- SOUČKOVÁ, I, 2018. *Etické aspekty péče o seniory*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra filozofie a regionistiky
- SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly gerontologie*. 1.vyv.Praha:Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5.
- STREJČEK J. HAVLÍK J., 1996. *Kompendum klinické medicíny*. Praha:X-Egem.ISBN 80-85395-98-3
- TREMROVÁ, L-2013Etika v ošetrovatelské péči o seniory, bakalářská práce, Pardubice, Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
- TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-365-5

Seznam grafů

Graf 1 Pohlaví respondentů.....	34
Graf 2 Věk respondentů.....	35
Graf 3 Vzdělání respondentů.....	36
Graf 4 Délka praxe.....	37
Graf 5 Etika jako předmět.....	38
Graf 6 Znalost Etického kodexu všeobecných sester.....	39
Graf 7 Znalost práv pacientů.....	40
Graf 8 Znalost Evropské charty práv pacientů seniorů.....	41
Graf 9 Edukace pacientů stran Práv pacientů.....	42
Graf 10 Nejdůležitější etický aspekt v péči o seniory z pohledu sester.....	43
Graf 11 Používání zástěny při hygienické péči.....	44
Graf 12 Použití závěsů při hygienické péči.....	45
Graf 13 Zavírání dveří na pokoji.....	46
Graf 14 Možnost jednolůžkového pokoje pro umírající.....	47
Graf 15 Neomezené návštěvy umírajících.....	48
Graf 16 Služba psychologa umírajícím.....	49
Graf 17 Pietní místnost.....	50
Graf 18 Nemocniční kaplan.....	51
Graf 19 Možnost bohoslužby.....	52
Graf 20 Důvěra.....	53
Graf 21 Priorita v uspokojování potřeb seniora.....	54
Graf 22 Uspokojení potřeb seniora.....	55

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 MMSE test kognitivních funkcí

Příloha 3 Maslowova pyramida potřeb

Příloha 4 Souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha 1:Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Heroldová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor všeobecná sestra.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který bude sloužit výhradně jen k vypracování mé bakalářské práce. Téma mé bakalářské práce zní „*Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči*“. Poslouží ke zmapování dodržování etických zásad v ošetrovatelské péči z pohledu sester. Dotazník je zcela anonymní. Výsledky výzkumu osobně předám vrchním sestrám a budou k nahlédnutí.

Své odpovědi prosím zakroužkujte.

V případě nejasností mě neváhejte kontaktovat na tel. čísle 607 951 487.

Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas. Přeji příjemný zbytek dne.

1. Jaké je Vaše pohlaví_?

a)žena

b)muž

2. Jaký je Váš věk?

a)20-30 let

b)31-45 let

c)46-60 let

d)61a více let

3. Jaké je Vaše vzdělání?

a)středoškolské

b)vyšší odborné (DiS)

c)vysokoškolské (Bc. Mgr.)

d)specializace v geriatrii

4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví

a)0-5 let

b)6-10let

c)11-20 let

d)21-35 let

e)36 a více let

5. Měli jste v průběhu výuky na zdravotnických školách možnost seznámit se s předmětem Etika?

a)ano

b)nepamatuji se

c)ne

6. Co víte o Etickém kodexu sester?

a)znám ho a vím o čem je

b)slyšela jsem o něm během studia

c)neznám ho

d)četla jsem o něm na internetu

e)četla jsem o něm v tisku, literatuře

f)jiné.....(prosím doplňte)

7. Slyšeli jste někdy o Evropské chartě práv pacientů seniorů?

a)ano

b)během studia

c)ne

d)četla jsem o něm na internetu

e)jiné.....(prosím doplňte)

8. Kdy při provádění hygienické péče používáte zástěnu?

a)vždy

b>občas

c>nikdy

9. Kdy při provádění hygienické péče používáte závěsy?

a)vždy

b>občas

c>nikdy

10. Kdy máte na pokoji při provádění hygienické péče zavřené dveře?

- a) vždy
- b) občas
- c) nikdy

11. Má umírající senior na Vašem oddělení možnost být uložen na jednolůžkovém pokoji?

- a) vždy
- b) nemáme jednolůžkové pokoje
- c) neřešíme to
- d) podle obsazenosti oddělení

12. Má umírající senior na Vašem oddělení možnost neomezených návštěv?

- a) vždy
- b) nikdy
- c) jen přes den

13. Nabízíte umírajícím či jejich blízkým využití služeb psychologa?

- a) ano
- b) nemáme psychologa na oddělení, řešíme tuto službu formou konsilia
- c) ne

14. Edukujete seniory o právech pacienta?

- a) ano, ale jen při příjmu na oddělení
- b) v průběhu hospitalizace, opakovaně
- c) ne

15. Zvládnete vyjmenovat práva pacientů

- a) ano
- b) ne

16. Máte možnost nabídnout pozůstalým využití pietním místností?

- a) ano, máme ji na oddělení
- b) ano, máme ji v nemocnici
- c) ne

17. Nabízíte seniorům možnost využití služby nemocničního kaplana?

- a)ano
- b)ne
- c)nenabízím, o této službě nemám informace

18. Nabízíte seniorům možnost zúčastnit se bohoslužby?

- a)ano
- b)ne
- c)nenabízím, nemám o této službě informace

19. Je pro Vás důležitá vzájemná důvěra mezi Vámi a seniorem?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)spíše ne
- d)ne

20. V poskytování ošetrovatelské péče je pro Vás prioritní uspokojení, kterých potřeb seniora?

- a)biologických (bolest, výživa,vyprazdňování,spánek atd.)
- b)psychických (obavy, úzkost, strach atd.)
- c)spirituálních (náboženské, potřeba lásky, důvěry, bezpečí, dobrá komunikace)
- d)sociálních (potřeba někam patřit, mít se kam vrátit, atd.)

21. Mají senioři, o které Vy pečujete uspokojeny z Vašeho pohledu všechny své potřeby?

- a)ano
- b)spíše ano
- c)spíše ne
- d)ne

22. Který z etických aspektů je pro Vás při péči o seniory nejdůležitější?

- a)zajištění klidného a důstojného umírání
- b)respektování studu, intimity a soukromí seniora

- c)respektování osobnosti seniora, slušné chování, důstojnost
- d)důvěra a dobrá komunikace
- e)respektování práva pacienta na odmítnutí léčby
- f)jiné.....(doplňte)

Znovu děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Příloha 1: MMSE test kognitivních funkcí

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 	2 1 3 1 1 1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

Zdroj: Topinková, 2010

Příloha 3 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Topinkova, 2010

Příloha 4 Souhlas s dotazníkovým šetřením

Jana Vacková, PhDr. jana.vackova@nemzn.cz

Komu:

M.Heroldova@seznam.cz

1.1 RE: Žádost o povolení dotazníkové šetření k bakalářské práci

[Souhlasím.](#)

PhDr. Jana Vacková, MBA

Hlavní sestra Nemocnice Znojmo

MUDr. Jana Janského 11

669 02 Znojmo

tel.: 515215251, mobil: 724186771

e-mail: jana.vackova@nemzn.cz

From: Martina Heroldová [<mailto:M.Heroldova@seznam.cz>]

Sent: Monday, February 4, 2019 8:36 PM

To: Jana Vacková, PhDr.

Subject: Žádost o povolení dotazníkové šetření k bakalářské práci

Vážená paní doktorko,

Jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor všeobecná sestra, kombinovaná forma studia.

Obracím se na Vás se žádostí o provedení dotazníkového šetření pro svou bakalářskou práci. Tématem bakalářské práce jsou Etické aspekty v ošetrovatelské péči o seniory. Dotazník je určen pro všeobecné sestry.

Ráda bych oslovila sestry na Oddělení dlouhodobě nemocných, neurologickém oddělení a interním, plicním a kožním oddělení.

Hlavním cílem mé práce je zjistit stav edukace seniorů v oblasti práv pacienta a zjistit, který etický aspekt je v práci všeobecných sester nejdůležitější. V práci se zabývám také etickým kodexem všeobecných sester

Předem děkuji za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne

Martina Heroldová,

DiS

