

Etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester

Aneta Šestáková

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Aneta Šestáková
Osobní číslo:	H20213
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Etické aspekty ošetřovatelské péče u seniorů z pohledu sester

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti etiky, etických aspektů, ošetřovatelské péče u seniorů.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

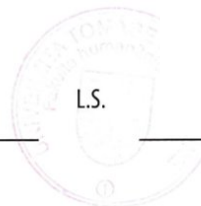
Seznam doporučené literatury:

- HEŘMANOVÁ, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 8073681102.
KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
MEZEY, M. D. et al. *Ethical patient care: a casebook for geriatric health care teams*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002. 354 p. ISBN 0801867703.
MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
PLEVOVÁ, I. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0888-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 24.4.2023

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zaměřuje na etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů. Cílem práce bylo zjistit, jak sestry nahlíží na etiku v ošetrovatelství, jaké dodržují zásady v poskytování péče u seniorů a co vnímají ve své praxi jako etické problémy. V teoretické části jsou popsána teoretická východiska etiky, význam etických principů v ošetrovatelství a charakteristika péče o seniory. Empirická část je postavena na kvalitativním výzkumu prostřednictvím zakotvené teorie v rovině otevřeného kódování. Bakalářská práce je uzavřena analýzou získaných dat.

Klíčová slova: Etika v ošetrovatelství, etické aspekty, senior, komunikace, sestra

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the ethical aspects of nursing care for the elderly. The aim of the thesis was to find out how nurses view ethics in nursing, what principles they follow in providing care to the elderly and what they perceive as ethical issues in their practice. The theoretical background of ethics, the importance of ethical principles in nursing and the characteristics of elderly care are described in the theoretical section. The empirical part is based on qualitative research through grounded theory in an open coding framework. The thesis concludes with an analysis of the data collected.

Keywords: Ethics in nursing, ethical aspects, senior, communication, nurse

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí práce, Mgr. Sylvii Chvatíkové za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup. Poděkování patří také Domovu seniorů za spolupráci ve výzkumu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ	13
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	13
1.1.1 Etické teorie	15
1.2 HISTORIE OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY	16
1.3 SPECIFIKA ETIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	17
1.3.1 Etické hodnoty.....	17
1.3.2 Etické principy v ošetřovatelství.....	18
1.4 CHOVÁNÍ A JEDNÁNÍ SESTER.....	19
1.4.1 Etický kodex sester.....	20
1.4.2 Etika cností.....	20
1.4.3 Důstojnost	21
1.4.4 Vztah sestry a pacienta	22
1.5 KOMUNIKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	23
1.5.1 Zásady komunikace	23
1.6 ETIKA UMÍRÁNÍ.....	25
1.6.1 Péče o umírající.....	26
1.6.2 Komunikace s umírajícím člověkem.....	26
2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORŮ	27
2.1 OŠETŘOVATELSTVÍ.....	27
2.1.1 Holistický přístup	27
2.2 CHARAKTERISTIKA SKUPINY.....	28
2.2.1 Periodizace stáří	29
2.2.2 Změny ve stáří.....	29

2.2.3	Geriatrická křehkost.....	30
2.3	POTŘEBY SENIORŮ	31
2.3.1	Význam autonomie u seniorů.....	32
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
3	EMPIRICKÁ ČÁST.....	34
3.1	KVALITATIVNÍ VÝZKUM	34
3.1.1	Cíl výzkumu	34
3.1.2	Metoda sběru dat	35
3.1.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	37
3.2	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	37
3.2.1	Otevřené kódování.....	37
3.2.2	Kategorie.....	38
3.2.3	Interpretace dat.....	59
4	DISKUZE	65
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM PŘÍLOH	73

ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester. Osobně vnímám etiku jako podstatnou součást ošetrovatelství. Jsem toho názoru, že by při poskytování péče pacientům/klientům měla být vždy, a v první řadě, zachována a respektována jejich vlastní důstojnost. To je pro mě prioritou. Myslím, že od začátku studia jsem na praxích byla vnímavá k chování mezi personálem a pacientem/klientem. Byly situace, které jsem nepovažovala za adekvátní, co se týkalo přístupu k pacientů.

Myslím, že pokud sestra přistupuje k pacientům/klientům slušně a s respektem, může ve velké míře očekávat, že i oni budou spolupracovat s ní při poskytování péče. Zejména u seniorů, které vnímám za velmi křehkou skupinu. Stáří, které sebou přináší řadu degenerativních změn na lidském organismu rozhodně nestaví seniora do silné pozice. Právě naopak. Navíc v průběhu života prožijí mnoho situací, které mohou značně formovat jejich charakterové vlastnosti a psychické zdraví. Mohou být oslabeni a často dochází k tomu, že musí být odkázáni na pomoc druhých. Někteří mohou mít pocit méněcennosti až zbytečnosti. Je důležité abychom je jako sestry podporovaly v rozvoji soběstačnosti a zároveň zhodnotili, kdy se soběstačnost ztrácí. Co jim v těchto situacích rozhodně nepomůže je to, když narušíme jejich důstojnost. Může se jednat o situace, kdy už tak prožívají těžké stavy, například následky nemoci nebo poúrazové stavy, a naše jednání se jich může dotknout a výrazně poškodit je ve psychické i somatické rovině. Proto bychom měli umět jako profesionálové jednat na etické úrovni. To byl hlavní motiv, proč jsem si toto téma vybrala.

Tato práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část obsahuje základní pojmy, etické teorie, specifika ošetrovatelské etiky, její principy a další aspekty, které jsou součástí etického ošetrovatelství. Malá část je věnována etice umírání. Rozsáhlé téma, které by si rozhodně zasloužilo větší pozornost. Nechci ale, aby umírání bylo přímo konfrontováno s péčí o seniory. Stáří neznamená smrt, je její součástí jako v každém věku. Nicméně smrt ve stáří je očekávána častěji. Dále je charakterizována ošetrovatelská péče o seniory a chápání holistického významu péče. Charakteristika skupiny, periodizace stáří a faktory, které stárnutí ovlivňují, geriatrickou křehkost a potřeby seniorů.

Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření formou rozhovoru, pomocí zakotvené teorie, v rovině otevřeného kódování. Vedla jsem rozhovory se třemi všeobecnými sestrami, které pracují v domově pro seniory. Zajišťují tak ošetrovatelskou

péči ve zdravotně-sociálním zařízení. Sdělily, co si představují pod ošetrovatelskou etikou, jaké mají zásady v péči o seniory, ale také jaké úskalí vnímají v oblasti ošetrovatelské etiky.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ETIKA V OŠETŘOVATELSTVÍ

„Etika je vědecká disciplína, jejímž objektem je mravnost. Morálka je představována systémem pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí.“ (Kutnohorská, 2007, str. 11).

1.1 Vymezení pojmů

Etymologie slova etika pochází z řeckého éthos, vyjadřuje povahový rys, zvyk či obyčej. (Ondriová, 2021). Slovo znamenalo stáj či místo pro pastvu. Pro lidské společenství pak přeneseno na místo bydlení. Z tohoto základu pak získalo slovo význam pro způsob, jak lidé jednají, smýšlí a jaký mají postoj v lidském společenství. Lidské jednání, které může být dobré či špatné, svědomité či nesvědomité má mravní hodnotu (Opatrná, 2008).

Jako nauku o dobrých vlastnostech či lidských cnostech poprvé popsal etiku významný starořecký filozof Aristoteles ze Stageiry (Kutnohorská, 2007). Lidské činnosti rozdělil na činnost teoretickou, tedy poznání, činnost praktickou, jednání, které má svou hodnotu a tím je jednání mravní, a nakonec činnost tvořivou. Nad prvními otázkami o cnostech a o tom, jestli se jim dá naučit a jak se zabýval ještě před Aristotelem již Sokrates (Opatrná, 2008).

Etika je praktickou filozofickou disciplínou, vědou o morálce, která zkoumá příčinu určitého chování lidí, správný způsob života, charakterizuje základy morálky. Každá společnost má svou kulturu a součástí kultury je etika. Ve skupinách lidí se sdílejí normy, hodnoty, tradice a názory tyto prvky ovlivňují lidské jednání, rozhodování a myšlení. Lze tedy předpokládat že na základě tohoto smýšlení byli lidé schopni pečovat a pomáhat druhým v každém věku, prostředí a za různých okolností k přežití v různých dobách (Kutnohorská, 2007).

Etika jako nositelka lidských vlastností je založena na kladných hodnotách, aby zabránila negativnímu chování. Hledá, co je v životě správné a jak žít co nejlépe. Nenařizuje mravní normy, ale naznačuje předpoklady jednání, chování lidí a také jejich důsledky. Z morálního pohledu pomáhá lidem pochopit důležité morální hodnoty (Ondriová, 2021).

Metaetika a normativní etika jsou dva podobory předmětu etiky. Problémy, které normativní etika nastoluje, úzce souvisejí s normami a kritérii toho, co je správné a nesprávné jednání, a také s obecnými otázkami morálního chování. Naproti tomu metaetika je druhořadým zkoumáním základních charakteristik etického diskurzu. Zatímco metaetika nám nabízí teorie o tom, co etika vlastně je, normativní etika nám nabízí teorie, jak bychom měli jednat (Munzarová, 2005).

Morálka. Vznik tohoto slova je z latinského *mos*, znamená mrav ve smyslu zvyk nebo také obyčej. Dříve nauka o povinnostech. Je to souhrn ideí o tom, jaké by mělo být jednání člověka, smýšlení a osobní způsob života. Rozděluje, jaké chování by mělo a nemělo být žádoucí ve společnosti a tím ho také usměrňuje. Schopnost, kdy rozeznáváme správné a nesprávné tvoří mravní vztahy. Jedinec má tak postoj k sobě i k okolí. Pozitivní morální stav tvoří mravnost, ta podporuje rozvoj humanity v člověku (Kutnohorská, 2007).

Pravidla lidského chování jsou prezentována morálkou. Vychází z hierarchie hodnot a tyto hodnoty jsou ovlivněny tím odkud člověk pochází, jaký má člověk vztah k sobě a k ostatním lidem a jak vnímá smysl života. Napomáhá, aby se lidé rozhodovali jasně a spravedlivě a tvoří profesionalitu rozhodování (Ondriová, 2021).

Cílem moderní etiky není stanovit pravidla, jejichž ospravedlnění lze nalézt pouze ve společenské dohodě dosažené jako poslední možnost, ale spíše osvětlit morální stanoviska, které jsou v současnosti zastávány, a jejich ospravedlnění, posílit argumenty pro postoje podporující lidskost a život, který je schopen se smysluplně naplnit, a tím podpořit i utlumit společenský diskurz. Jediným základem pro formulaci etických nebo právních norem mohou být výsledky diskuse. Etik nevytváří morálku. Je spíše pozorovatelem společenských procesů, které odhalují původ nutnosti svobodné vůle, jež je základem etiky. Tyto procesy jsou často nejasné a obtížně identifikovatelné (Šimek a Špalek, 2003).

Morální problém. Tam kde se rozcházejí názory vzniká problém, tedy námět k řešení. To, jak přistupujeme k řešení problémů je odrazem naší lidskosti (Ondriová, 2021).

1.1.1 Etické teorie

Existuje řada etických teorií a dílčích teorií. V této studii se zaměříme pouze na jednu z nich, protože je pro naše účely v lékařské praxi více než vhodná. Zaměříme se jednak na důsledky určitého jednání, na jednání samotné, nebo na aktéra (Heřmanová a kol., 2012).

Hédonismus. Slovo potěšení nebo radost lze odvodit z řeckého slova hédon. Všichni v životě zažíváme potěšení i bolest a klíčem k úspěšnému životu je maximalizovat to první, a naopak minimalizovat to druhé. Jediným smyslem lidského chování je snaha o dosažení potěšení. Naopak bolest je pro každého vždy špatná, a to v jakémkoli stavu. Epikúros tvrdí, že nejdůležitější je dlouhodobé užívání si v klidu, tj. pozitivně laděný život bez otřesů a překážek, a nikoli co největší počet aktuálních zážitků (Heřmanová a kol., 2012).

Utilitarismus. Otázku preferencí nastoluje utilitaristická etika. Na rozdíl od hédonismu, který je zcela sobecký, utilitarismus již zohledňuje prostředí. Pro vysvětlení utilitarismu v jeho klasické podobě lze spojit čtyři principy – princip důsledků, princip užitečnosti, princip hédonismu a sociální principy (Heřmanová a kol., 2012).

Deontologie. Řecké slovo deonte, které znamená povinnost, nás seznamuje s filosofickým směrem odlišným od utilitární kalkulace, který se nazývá deontologie. Protože lež je pro Kanta nemožná, soustřeďuje veškerou pozornost na samotný čin, nikoli na jeho následky. Skutečnost, že se všichni snažíme modifikovat své projevy chování tak, abychom posílili libost a minimalizovali nelibost, Kantovi neuniká. Abychom se vyhnuli hladu, žízni nebo zimě, pravidelně jíme, pijeme hodně tekutin a oblékáme se přiměřeně teplotě. Kantova etika je krásná mimo jiné proto, že je založena na lidských pravidlech. V heteronomní situaci se řídím zákonem, ale jen ze strachu, že budu chycen a uvězněn. V důsledku toho jsou mi zákony vnuceny shora, nebo spíše zvenčí. Avšak i když se zdá, že jedním morálně a řídím se zákonem, mou motivací je ve skutečnosti strach. Jsem tedy spíše zbabělec než morální bytost. Na druhou stranu, když mám autonomii, jsem to já, kdo určuje zákony (Heřmanová a kol., 2012).

Jednou ze zásad neškodného jednání je nezpůsobit škodu. Ve zdravotnické etice není sporu o tom, že je důležité předcházet poškozování pacientů, odborníků a společnosti. Spor však vzniká, když analyzujeme definici slova "škoda". Zde jsou významné následující etické teorie. Základním pravidlem etiky je újma definována jako vše, co narušuje nebo omezuje naši schopnost logicky se rozhodovat. Podle konsekvencialisty je škoda čehokoli, co zastaví dobro nebo vede k menšímu dobru či užitku než jiné možnosti.

Podle deontologa je újmou vše, co nám brání v plnění našich povinností nebo je v rozporu s formálními požadavky morálního zákona. Etik ctnosti, člověk praktické moudrosti, by zjistil, že škoda je to, co je nadměrné a brání nám v realizaci našich přiměřených lidských cílů. Etický egoista by za škodu označil vše, co je v rozporu s jeho vlastním zájmem (Summers, 2019).

1.2 Historie ošetřovatelské etiky

Florence Nightingaleová, která rovněž rozvinula etické zásady ošetřovatelství při léčbě nemocných, je považována za zakladatelku současného ošetřovatelství. Jako první se snažila, aby se ošetřovatelství stalo samostatnou profesí. Ve své knize *Notes on Nursing* (Poznámky o ošetřovatelství), vydané v roce 1860, Florence Nightingaleová tvrdí, že zdravotní sestra musí být člověk, kterému lze plně důvěřovat, který je v každém ohledu loajální a svědomitý, šetrný a čestný a také zbožný. Protože má občas úplnou kontrolu nad neocenitelným darem života, musí si vážit sama sebe a svého oboru. Nightingaleová ve své knize nejen nabádá sestry ke zdravému životu, ale také zdůrazňuje, že sestra musí (Kutnohorská, 2007, str. 24).:

- *„být především u nemocného, doslova píše, že starostlivá ošetřovatelka musí ustavičně střežit svého nemocného, pozorovat nemocného,*
- *dbát, aby nemocný měl v pokoji dostatek čerstvého vzduchu, přiměřené teplo, dostatek světla,*
- *dbát na dobrý spánek nemocného, na jeho stravu, na posilňující nápoje,*
- *musí dbát, aby neměl myšlenky „znepokojující jeho mysl“,*
- *jednat s nemocným tak, aby nedávala najevo nepokoj, má naslouchat pozorně a pokud si nemocný přeje, má vyslovit své mínění,*
- *být rozhodná, neboť nerozhodným, váhavým chováním trpí nemocní,*
- *být dobrý pozorovatel.“* (Kutnohorská, 2007, str. 24-25)

Koncem 19. století se poprvé objevila ošetřovatelská etika. V té době se věřilo, že součástí etiky jsou ctnosti jako poslušnost, silný morální charakter a lékařská loajalita. Od té doby se ošetřovatelství vyvíjelo a dnešní sestry jsou obhájkyněmi pacientů i členkami zdravotnického týmu (Haddad, Geiger, 2022).

Česká ošetrovatelská etika má dlouhou historii. Uvedme např. Alici Masarykovou jako jednu z mnoha osobností, které zanechaly trvalou stopu v dějinách Československé republiky po jejím vzniku. Usilovně se snažila o zlepšení morálního postavení českých sester tím, že se usilovně angažovala v ošetrovatelském vzdělávání. Poskytla základy tvorby mnoha významným osobnostem českého ošetrovatelství (Kutnohorská, 2007).

1.3 Specifika etiky v ošetrovatelství

Ošetrovatelská etika se zabývá morálními otázkami v ošetrovatelské praxi a sociální etikou. Zahrnuje přijetí pacienta takového, jaký je, přijetí pacienta se všemi změnami, které nemoc přináší. Nebagatelizuje pacientovy obtíže, je důležité vyslechnutí pacientova pohledu na nemoc, respektování sdělení předchozích zkušeností pacienta. Vnímání pacienta jako partnera, zejména respektování jeho individuality, pochopení, že pacient má právo na vysvětlení léčby, a další. Zajistit, aby byl pacient dobře informován o svém stavu a pokud může, vyjádřil souhlas či nesouhlas s doporučeným postupem (Šamánková, 2006).

Pro pochopení etiky v ošetrovatelství je zásadní porozumět široké definici etiky a kulturním normám, kterými se řídí etické rozhodování. Mezi hlavní povinnosti sestry patří poskytování ošetrovatelské péče nemocným, zdravotně postiženým a starým lidem. Rozhodnout se pracovat jako sestra, znamená svobodně se rozhodnout, pomáhat někomu jinému se zachováním a obnovením jeho zdraví. Sestra se při výkonu své práce zapojuje do široké škály mezilidských kontaktů, přičemž vztah s pacientem je nejzásadnější. Protože se zároveň zabývá otázkami základních lidských hodnot a tyto interakce jsou významnou etickou složkou (Kutnohorská, 2007).

1.3.1 Etické hodnoty

Etika a teorie hodnot jdou ruku v ruce. Etika neomezuje to, co smíme dělat. Etika nám umožňuje hledat, identifikovat a jednat v souladu s tím, co je morální a nemorální ve všech situacích. Etika nám pomáhá rozlišovat mezi tím, co je dobré a co není dobré, protože z etického hlediska je dobro považováno za nejvyšší hodnotu (Kutnohorská, 2007).

Každý zdravotník musí dodržovat etické zásady. Etika je univerzální norma chování, která slouží jako užitečné vodítko pro určení chování, důvodů a záměrů, které jsou oceňovány. Etika jsou morální principy, kterými se řídí chování a jednání člověka nebo skupiny. Součástí je také rozhodovací proces pro hodnocení konečných důsledků těchto jednání. Důraz je kladen na správnost a nesprávnost jednání.

Každý člověk má jedinečný soubor osobních etických a morálních zásad. Vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci musí rozpoznávat etické problémy a činit morální rozhodnutí a zároveň dodržovat předpisy, které je kontrolují, je etika v tomto odvětví klíčová (Haddad, Geiger, 2022).

1.3.2 Etické principy v ošetrovatelství

Autonomie. Etický princip, který zdůrazňuje, že každý by měl mít svobodu zvolit si vlastní jedinečné etické normy, jimiž se bude řídit při svém chování a činnosti. Respektování autonomie jednotlivce znamená, že lidé mohou jednat v souladu se svými vlastními hodnotami a představami. Sociokulturní rámec autonomie jednotlivce navíc zahrnuje náboženství. V ošetrovatelské péči mají autonomní pacienti/klienti možnost převést rozhodování na jinou osobu, například na zdravotní sestru, podle svého výběru (Kutnohorská, 2007). Nejlepším znalcem záměrů a zájmů člověka je on sám. Jedná se o typ neomezené činnosti, kdy si člověk volí cestu jednání v souladu se svými vlastními plány a podle svých vlastních rozhodnutí, preferencí, přání, hodnot a ideálů. Autonomie vyžaduje schopnost analýzy a rozboru možností i realizaci vlastních plánů (Munzarová, 2005). Pokud zdravotnický pracovník učiní rozhodnutí pro pacienta z pohledu "především neškodit, pouze prospívat", aniž by pacienta do rozhodování zapojil, porušil tím jeho autonomii. I když je jediným cílem odborníka upřednostnit potřeby pacienta před svými vlastními, vyloučení pacienta z rozhodování je porušením jeho práv. Ačkoli v této činnosti může být obsažena benevolence, postižený ji nemusí vnímat jako projev laskavosti nebo soucitu. Pochopení pojmu autonomie a jeho využití v klinickém a administrativním rozhodování je nezbytné pro přijetí správných opatření pro rozhodování pacienta (Summers, 2019).

Prospěšnost. Závazek jednat spravedlivě a zdržet se poškozování nebo ubližování. Sestry mají povinnost jednat v nejlepším zájmu pacienta. To se může týkat také zachování aktivity (Kutnohorská, 2007). Koncept beneficence přesahuje pouhé předcházení škodám. Znamená určitý stupeň velkorysosti. Máme morální odpovědnost pomáhat druhým pozitivním a přímým způsobem v souladu s etickým principem, který vyžaduje, abychom se věnovali dobročinným činnostem. Egoismus totiž nemá racionální vztah ke zdravotní péči, protože beneficence je základním kamenem etiky zdravotní péče. To je přesné, protože pomoc lidem je hlavní hnací silou touhy většiny lidí, kteří chtějí pracovat ve zdravotnictví (Summers, 2019).

Důvěryhodnost. Respektování a dodržování slibů. Tyto povinnosti, jako je dodržování slibů a ochrana důvěrnosti citlivých informací, vyplývají ze vztahu důvěry mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Podle moderní teorie ošetrovatelství by se sestra měla zasazovat o práva pacienta. Etický kodex ošetrovatelství také zakotvuje spolehlivost (Kutnohorská, 2007).

Spravedlnost. Pravidlo, které vyžaduje, aby se s lidmi ve srovnatelných situacích zacházelo stejně a s lidmi v odlišných situacích individuálně. To znamená, že pacienti by měli být léčeni a opečováváni podobně, pokud mají stejnou zdravotní potřebu (Kutnohorská, 2007). Obecně řečeno, vědět o něčem, že je to nespravedlivé, znamená mít pádné důvody k tomu, abychom to považovali za nemorální. Musíme však být schopni posoudit, zda je takové jednání skutečně nemorální. Když se s někým zachází nespravedlivě, používá se k tomu slovo "nespravedlnost". Když se pacientům ve srovnatelné situaci nedostane stejného zacházení, stává se to aktem nespravedlnosti. Podle Aristotela se mnoho lidí domnívá, že zdravotníci musí v rámci formálního principu spravedlnosti zacházet se situacemi podobně, pokud mezi nimi není nějaký důležitý nebo významný rozdíl (Summers, 2019).

Pravdomluvnost. Odhodlání být k druhým upřímný a zdržet se lži. Dalo by se říci, že v některých ohledech být pravdivý sám k sobě. Mnoho kultur a jejich tradiční víra klade na upřímnost velký důraz. Je to něco, co druhým lidem dlužíme, co si zaslouží (Kutnohorská, 2007).

Rámec pro hledání a pochopení etických dilemat poskytují etické pojmy a principy, které zároveň slouží jako normy pro institucionální, profesní a individuální chování (Mezey, Cassel a kol, 2002).

1.4 Chování a jednání sester

Morálka je založena na touze jednat svědomitě a odpovědně. Pracovní prostředí, které umožňuje důstojnou úroveň péče, je zásadním požadavkem pro ošetrovatelskou péči. Vedoucí pracovníci musí upřednostňovat soucit před přímočarými úkoly a vyčlenit na to dostatek času a zdrojů. Pacienti mají v důsledku výsledků ošetrovatelské péče prospěch z lepší fyzické a duševní pohody. Z hlediska spokojenosti, duchovního růstu a osobního rozvoje sestry hovoří o lepší duševní pohodě (Šimek, 2016).

1.4.1 Etický kodex sester

Mezinárodní rada sester (ICN) původně schválila Mezinárodní etický kodex sester v roce 1953. Od té doby byl několikrát aktualizován a potvrzen, přičemž k poslední aktualizaci došlo v roce 2000. Čtyři základní povinnosti sestry jsou péče o zdraví, prevence nemocí, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. Ošetrovatelskou péči potřebuje každý. Ošetrovatelská péče musí zahrnovat respektování lidských práv, včetně práva na život, práva na důstojnost a práva na respektující zacházení. Při poskytování ošetrovatelské péče nesmí existovat žádná omezení týkající se věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, zdravotního postižení, nemoci, pohlaví, národnosti, politického smýšlení, rasy nebo sociálního postavení. Sestry poskytují zdravotní péči lidem, rodinám a komunitám a zároveň koordinují své úsilí s úsilím ostatních odborníků (ICN – Etický kodex sester..., 2017).

Etický kodex sester ICN tvoří čtyři základní články, které popisují etické normy:

1. Sestry a lidé/občané
2. Sestry a jejich práce/praxe
3. Sestry a jejich povolání
4. Sestry a jejich spolupracovníci (ICN – Etický kodex sester..., 2017).

Vzhledem k tomu, že zdravotničtí pracovníci musí rozpoznat etické problémy a činit morální rozhodnutí a zároveň dodržovat předpisy, které je kontrolují, je etika v tomto odvětví klíčová. Zdravotní sestry, stejně jako všichni zdravotničtí pracovníci, potřebují předpisy a vedení v rámci profese, aby mohly vykonávat svou činnost řádně a čestně (Haddad, Geiger, 2022).

1.4.2 Etika cností

Ctnost označuje schopnost provádění určité činnosti, která je pro člověka vhodná. Ctnost není vrozená, je to spíše sklon, který má, a lze ji získat pouze nejdůslednějším úsilím. Ctnost je sice trvalá vlastnost, ale nečinností a nedůsledným jednáním ji lze oslabit nebo zcela ztratit. Sklon k nerozumnému chování je jejím opakem. Cílem sestry by měla být pomoc při zachování života, zdraví a pohody pacienta, protože může být pacientovi nejbližším zdravotnickým pracovníkem.

Místo toho, aby plnila funkci lékaře, by toho měla dosáhnout tím, že bude podporovat pacientovy ctnosti, tj. pomáhat mu v udržení jeho schopnosti dobře se starat o vlastní zdraví a život. Pokud budeme uvažovat o ctnostech pacientů, jako je zdraví a chování podporující zdraví, pak se úloha zdravotní péče a činnosti zdravotníků, jako jsou zdravotní sestry, musí zaměřit na podporu těchto ctností. Cílem sestry je podpořit a vyzdvihnout pacientovy ctnosti tím, že za pacienta vykoná to, co by udělal, kdyby toho byl vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu schopen. Pro rozvoj ctností u sester je zásadní zdůrazňovat nejen postoje a obecnou schopnost dodržovat normy a základní etické zásady, ale také jasně určit, jak může sestra konkrétně pomáhat. Dobrá znalost profese nepředstavuje jen teoretické znalosti získané ve škole nebo prostřednictvím jiných druhů vzdělávání. Zahrnuje také jasně definované kompetence v podobě praktických činností a znalostí, které jsou potřebné k tomu, aby sestra mohla poskytovat vynikající péči o pacienty v konkrétním prostředí (Heřmanová a kol., 2012).

Postoj pomáhajícího pracovníka k osobě, která mu byla svěřena, je patrná trvalá snaha pracovníka o zachování důstojnosti této osoby, lze považovat za vzorec postoje, který si pracovník vlastně neuvědomuje, ale který je součástí jeho způsobu poskytování péče. Tyto konkrétní vlastnosti pak pomáhají popsat étos domova, který je místem pobytu dané osoby (Fischer, 2021).

Je stále jasnější, že péče není jen o tom, co sestra dělá, ale také o tom, kým je, protože se snažíme pochopit péči jako jeden ze základních principů ošetřovatelství. Nemůžeme přehlížet sestru jako lidskou bytost a její postojové rysy, jestliže poskytování péče vyžaduje také interpersonální citlivost, profesionální zralost a morální zakotvení. Oblast etiky ctností je oblastí, kde se v důsledku toho nacházíme. Pro myšlenku ctnosti v dnešním světě existují podobné problémy jako pro myšlenku ctnostné péče (Šimek, 2016).

1.4.3 Důstojnost

Slovo dignita či dignus má latinskou etymologii, znamená důstojnost. Odkazuje na potřebu být hoden úcty a respektu. Důstojnost je vlastnost společná všem lidem. Je často zmiňována v současných filozofických, morálních a právních debatách, zakotvuje mnoho světónázorů a v závislosti na kontextu, v němž je použita, má různý stupeň významu. Je ovšem samozřejmé, že skutečně chápeme, co je to lidská důstojnost, až když je ohrožena, porušena nebo diskutována při úvahách o morálnosti určitého jednání. Každý člověk má proto jako příslušník své rasy nárok na lidskou důstojnost v nejširším slova smyslu.

Důstojnost slabých a postižených závisí na důstojnosti ostatních. I přesto však existuje kolem pojmu lidské důstojnosti určitá nejasnost. Z různých hledisek definujeme, co je úctyhodné a kdo si zaslouží úctu druhých. Koncept lidské důstojnosti je patrný v mnoha dokumentech týkajících se poskytování zdravotní péče, neboť se jeví jako zásadní součást práv nemocných a povinností zdravotníků. Jedná se o univerzální myšlenku, kterou se musí řídit všichni lidé, a představuje jeden z nejvyšších ideálů lidské existence. Přestože existuje mnoho představ a výkladů zásady lidské důstojnosti v teorii i praxi, její zařazení do všech normativních dokumentů naznačuje, že existuje něco univerzálního, co stojí za to zachovat, i když neexistuje shoda na její definici. (Heřmanová a kol., 2012).

Jedinečnost a důstojnost lidského života tvoří základní kámen etiky. Jednou z etických povinností sestry je hájit a prosazovat základní lidská práva, zejména lidskou důstojnost. Kvalitou lidské bytosti je její schopnost svobodné vůle a způsob, jakým se rozhodne ji používat. Pojem, který vyjadřuje naše pojetí hodnoty lidského jedince jako rovnocenné, svobodné a nezávislé entity, je důstojnost (Ondriová, 2021).

Někteří známí odborníci v oboru se dnes spíše zaměřují na kvalitu života a na to, zda se vůbec vyplatí žít bez určitých vlastností než na základní otázky, co je to dobrý život a co je třeba udělat pro to, aby byl vynikající. Často se jedná pouze o popis problémů, vkusu, emocí a postojů bez snahy rozlišit, co je správné a co špatné. Mnoho lidí ani neuvažuje o možnosti univerzální morální normy, která by byla velmi žádoucí pro blaho celého lidstva (Munzarová, 2005).

1.4.4 Vztah sestry a pacienta

Sestra a pacient navazují velmi silné etické pouto. Touha získat zpět stav moci na straně pacienta utváří toto spojení. Pocit ztráty moci může být děsivý a může zahrnovat určitý stupeň ztráty pacientova sebeobrazu. Pacient se v důsledku toho stává závislým na druhých. Interakce sestry s pacientem utváří jejich vztah. Měl by být utvářen spíše její emocionální nesnášenlivostí vůči pacientovu utrpení než tím, jakou hodnotu přikládá pacientově závislosti na ní. To je způsob myšlení, který vede většinu lidí k práci ve zdravotnictví. Současně by sestra měla mít odvahu nenechat se ovládnout svými pocity a kontrolovat své chování. Musí se bránit tomu, aby ji její pocity vyčerpávaly, a zároveň, aby v sobě chovala odpor k pacientovu postižení. Kdyby došlo k vyčerpání na obou stranách, důsledek by byl fatální. Součástí dobře uspořádaného vztahu mezi sestrou a pacientem jsou navržená očekávání a povinnosti, které obě strany uznávají a souhlasí s nimi.

Povinnosti a očekávání se v každé situaci liší. Tyto rozdíly určují četné kontextové faktory. Na prvním místě je to stav pacienta a to, jak se etické charakterové struktury sestry a pacienta v jejich vztahu propojují nebo nepropojují. Povaha jejich vztahu určuje, jak se budou angažovat (Husted a Husted, 2008).

1.5 Komunikace v ošetrovatelství

„Je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů. Zároveň je podmínkou existence každého sociálního systému. Bez ní nemůže existovat žádná sociální skupina. Přispívá k uspokojování potřeby sociálního styku, je prostředkem sociálního začlenění jednotlivce do skupiny“ (Zacharová, 2016, str. 8).

Schopnost komunikovat s ostatními lidmi bývá považována za samozřejmost, protože jsme si ji neformálně osvojili už v dětství. Tuto samozřejmost se učíme napravovat až díky nedorozuměním různého druhu v průběhu života a praxe. Spojení laiků a dalších profesí je ztíženo nedostatkem samozřejmé správné komunikace. Vztah v komunikaci s nemocnými je pro práci sestry zásadní. Sestra tak získává informace potřebné pro péči o pacienta prostřednictvím rozhovoru. Tyto údaje získává prostřednictvím strukturovaného rozhovoru, který je v ošetrovatelském procesu znám jako ošetrovatelská anamnéza a v českých zdravotnických zařízeních je obvykle standardizován. Kromě informací o fyzickém zdraví pacienta obsahuje i údaje o jeho sociálním postavení, rodině a zaměstnání. Nejdůležitější jsou informace, které poskytování ošetrovatelské péče přímo ovlivňují. Stravovací návyky, spánkový režim, nepohodlí, psychický stav, spirituální potřeby, stereotypy v životě lidí a další věci. V průběhu celé péče o pacienta sestra tyto údaje využívá (Ptáček, Bartůněk a kol, 2011).

1.5.1 Zásady komunikace

Jednou z technik používaných v profesní práci zdravotníků je verbální komunikace. Každý zdravotník si musí osvojit správné techniky verbální komunikace, protože jsou důležitou součástí procesu zaměřeného na podporu, udržení a prevenci zdraví. Dosažení spokojenosti pacienta by mělo být ve všech aspektech péče: somatických, psychologických a sociálních. To by mělo být společným cílem všech poskytovatelů péče. Ošetrovatelství vyžaduje efektivní komunikaci. Prostřednictvím komunikace mezi poskytovatelem péče a pacientem by mělo být vytvořeno uspokojivé prostředí důvěry, bez obav a strachu. Dodržování určitých podmínek je nezbytné pro rozvoj vzájemně kvalitní komunikace (Zacharová, 2016).

Individuální přístup. Je to jedna ze základních podmínek efektivní komunikace. Zahrnuje přizpůsobení našich činností jedinečným vlastnostem pacienta. Co může jeden pacient považovat za nepřijatelné, může jiný považovat za normální. Když mluvíme s jedním pacientem nějakým způsobem, druhého může náš projev urazit nebo zneprátnit. Za všech okolností je třeba zdůrazňovat potřebu zaujmout ohleduplný a diplomatický postoj. Je nezbytné dozvědět se vše, co by mohlo pacientovi uškodit, a vše, co by mu mohlo prospět.

Úcta k pacientovi. To znamená, že s ním budeme vždy a za všech okolností jednat jako s osobou, poskytujeme mu určitou autonomii a zachováváme jistou váženost. Pacient může vyjadřovat své vlastní názory, aniž by se obával jejich nerespektování, a to i v případě, že se liší od názorů poskytovatele péče.

Pozitivní vztah k pacientovi. Mění se v důsledku interakce. Vše, co sestra udělá nebo neudělá, má vliv na psychický stav pacienta. Každé slovo, které sestra řekne, a každý výraz obličeje, oční kontakt a pohyb těla, který sestra při rozhovoru s pacientem udělá, naznačuje její postoj k pacientovi. Obecně lze říci, že i když se to sestra snaží skrývat, verbálně i neverbálně sděluje svůj postoj k pacientovi.

Empatie. Zahrnuje schopnost porozumět pocitům pacienta, vztahu k jeho zdravotnímu stavu, hodnocení světa a sebe v něm. Jde o setkání dvou témat: světa pacienta a světa sestry. (Zacharová, 2016). Skutečná empatie, která je schopností pochopit vnitřní svět druhého a vnímat vnější svět z jeho perspektivy, se projevuje v umění naslouchat. A právě bez něj se zdravotníci neobejdou. Každý člověk má touhu po tom, aby mu pečující osoba naslouchala. Být soucitný je pro sestry nutností. Jedním z klíčových předpokladů dobré komunikace je empatie. Znamená schopnost pochopit emocionální stav pacienta a následně jej zohlednit. Rozlišujeme mezi soucitem a empatií. Pokud jsme empatictí, dokážeme pochopit pocity a prožitky druhého člověka, i když neprožíváme stejné věci. Laskavost a souhlas jsou pouze dva aspekty empatie. Pokud jsme schopni dokončit výpověď, kterou pacient začal, je to další známka empatie. Projev sestry by měl být jistý a důvěryhodný (Kutnohorská, 2007).

1.6 Etika umírání

Péče a starost o dobrou smrt, o to, jak a s jakou pomocí budou lidé umírat, byly tématem jak ve starověké společnosti, tak i v těch následujících. V dobách válek docházelo k vzestupům i pádům, ale masové zabíjení a pohrdání lidským životem nikdy neztvrdilo nad humanismem a úctou k životu (Opatrná, 2008).

V reálném světě se sestra setkává s opravdu obtížnými situacemi, které musí řešit jak profesionálně, tak lidsky. Jednou z nejtěžších je zkušenost se smrtí a umíráním. Jedinou realitou, která je člověku předložena při narození, je smrt. Smrt a umírání jsou údělem člověka a čekají na každého. Tuto jistotu zastírají pochybnosti. Nikdo nedokáže předpovědět, jak a kdy přijde. Jak lze sdělit, že život člověka končí nebo již byl vzat? Mezi nejobtížnější na profesionální i lidské úrovni patří otázky týkající se etiky smrti a umírání. Smrt je závěrečnou fází života bez ohledu na to, jak dlouho trvá, a neměli bychom se jí vyhýbat (Kutnohorská, 2007).

Lze pozorovat poměrně značné rozdíly v pojetí odchodů, pokud jde o umírání a smrt dospělého a mladého člověka. Smrt dítěte, které má vlastně celý život před sebou, se hodnotí jinak než smrt na konci prožitého, naplněného života. Je to pocit neuskutečněného a nerealizovaného příslibu (Slaný, Javorová, 2011).

Elisabeth Kubler-Rossová je považována za významnou osobnost, která přispěla ke zvýšení životní úrovně umírajících. Během své psychiatrické praxe se setkala s pacienty, kteří byli na sklonku života, což ji přivedlo k revoluční práci s umírajícími pacienty. Pacienti byli ponecháni sami sobě, jejich pokoj byl nejdále od sesterny a návštěvy je směly navštěvovat pouze ve stanovených návštěvních hodinách. Byla přítomna v jejich blízkosti několik hodin, poslouchala, co jí říkají, a pozorovala, jak se s tím vyrovnávají. V těchto situacích viděla různé reakce pacientů, které nakonec rozdělila do pěti fází (Heřmanová, 2012). První fází je popírání – pacient odmítá myslet na svou smrt. Druhá fáze je zlost – dostává vztek a projevuje vzpouru. Třetí fází je vyjednávání – nemocný hledá možnosti, jak se smrti vyhnout. Čtvrtá fáze – deprese, která je projevována smutkem. Poslední fází je akceptace – nemocný přijímá/souhlasí se svým stavem (Ondriová, 2021).

1.6.1 Péče o umírající

Sestra musí být především empatická a musí si být vědoma požadavků pacienta. Tyto pokyny nemají sloužit jako návod, ale spíše mají upozornit na to, že umírající člověk potřebuje především lidský kontakt. Sestry by neměly imitovat strach nebo utrpení, naopak by měly působit upřímně. Neměly by nic přehánět a měly by projevovat ohleduplnost a respekt k žádostem nemocného. V závislosti na okolnostech udržujte buď blízkost, nebo odstup. Umírající člověk pozná, kolik času jsme mu ochotni poskytnout. S nadějí věnujte pozornost, chápejte, mluvte nebo mlčte, zatímco necháte promlouvat symboly (Kutnohorská, 2007).

Přestože péče o pacienty s život ohrožujícími nemocemi může sestřám obohatit život, může být také zdrojem psychického utrpení a morálního strádání. To může být způsobeno nedůsledným chápáním utrpení pacienta ze strany zdravotnického týmu i pocitem sestry, že není schopna plně uspokojit potřeby umírajícího pacienta (Heřmanová a kol., 2012).

Pacient při každé manipulaci trpí bolestí a prosí nás, abychom ho nechali na pokoji, ale princip dobrodiní nám přikazuje, abychom nehybného pacienta každé dvě hodiny polohovali, abychom zabránili poškození kůže. Zvítězí tedy princip autonomie? Co se stane, když se objeví proleženiny a pacientova rodina bude kritizovat péči? Jaké máme možnosti obrany? Co je horší: skutečné nepohodlí a utrpení, nebo možné poškození kůže, které by mohlo vést k dalším zdravotním problémům pacienta? (Heřmanová a kol., 2012).

1.6.2 Komunikace s umírajícím člověkem

Vzhledem k tomu, že se jedná o vnější projev morální péče, nelze etickou péči o umírající oddělit od komunikace s umírajícím. Umírajícímu musí být věnována pozornost, musí být zachována jeho důstojnost i v posledních chvílích života a musí být respektována jeho poslední přání. Umírající je stále živá bytost, která potřebuje komunikovat s každým, i kdyby to mělo být jen gesty a očním kontaktem. Každý má právo vědět, jak se mu daří, včetně těch, kteří jsou blízko smrti. Musí se to však provádět s taktem a zdravým rozumem. Aby se mohl vyrovnat se svou tíživou situací, potřebuje vyjádření psychické podpory založené na empatii. K tomu, abychom mohli pečlivě vykonávat všechny každodenní úkoly, včetně biologických nároků, pomáhá pocit pohody, podpory a sounáležitosti. Utěšující slova, doteky a stisky rukou mohou pomoci uklidnit úzkost a usnadnit navození spánku. Naděje je nutností pro přežití každého člověka a je třeba ji udržovat (Kutnohorská, 2007).

2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U SENIORŮ

„Nárůst počtu starých osob v populaci s sebou přináší zvyšující se nároky na poskytování zdravotní péče. Dochází k novému jevu – geriatrizaci medicíny kdy se zvyšují počty geriatrických pacientů ve všech medicínských oborech. Současně stoupají požadavky na kvalitu zdravotnických služeb pro seniory a výrazně roste jejich finanční nákladnost.“ (Jarošová, 2006, str. 20)

2.1 Ošetřovatelství

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.“ (Plevová, 2018, str. 59)

Hlavními cíli ošetřovatelství je zachování a podpora zdraví, navrácení zdraví a vytvoření soběstačnosti, jakož i zmírnění utrpení nevléčitelně nemocných a zajištění klidné smrti. Ošetřovatelství hraje zásadní roli v terapii, diagnostice, prevenci a rehabilitaci. Ošetřovatelský tým pomáhá lidem samostatně uspokojovat jejich fyzické, psychické a duchovní potřeby. Pacientům pomáhá při nácviku sebeobsluhy a jejich blízké poučuje o poskytování laické ošetřovatelské péče (Plevová, 2018).

Z anglických sloves "To cure" znamená "uzdravovat" a "to care" znamená "ošetřovat". Primárním cílem lékaře je léčit pacienty, což zahrnuje stanovení diagnózy nemoci. Tím, že sestra poskytuje nemocným lékařskou péči, vyvažuje lékařovo úsilí. I když přijmeme toto základní rozlišení za pravdivé, nelze popřít, že obě profese mají mnoho společného. Práce lékaře spočívá v poskytování péče a sestry poskytují péči a zároveň se podílejí na diagnostických a terapeutických postupech a vypracovávají vlastní diagnostická schémata, například kategorizují potřeby pacientů (Šimek, 2016).

2.1.1 Holistický přístup

Idealistická filozofie holismu klade důraz na celistvost. Podle idealistického pohledu existují v přírodě pouze hmotné celky, jako jsou organismy, protože celek jako souhrn svých složek získává nové vyšší vlastnosti nezávisle na svých částech. Podstatu našeho světa podle východních filozofů nelze zúžit na několik základních idejí. Chápou, jak složité jsou všechny prvky přírody provázány, včetně toho, jak je s nimi spojena naše mysl. Tato strategie se označuje jako holistická neboli celostní (Kutnohorská, 2007).

Pokud je filozofií současného ošetrovatelství holismus, je výraznou odpovědností sestry na všech úrovních péče řešit fyzické, psychické a sociální požadavky pacienta. Slouží jako základ pro ošetrovatelské teorie, modely a etické zásady a stanovuje základní hodnoty oboru (Plevová, 2018).

Holistické ošetrovatelské paradigma, které se zaměřuje na aktivity a existenční skupiny postižených osob, staví sestry a pečovatele při péči o geriatrické pacienty k celkovému přístupu. Složení ošetrovatelského a léčebného týmu se mění v závislosti na tom, zda se jedná o nemocnici, rehabilitační centrum, domov seniorů nebo ambulantní službu. Tato pozice zahrnuje poskytování základní péče v oblastech, které pacient již není schopen zvládnout sám, lékařskou péči, každodenní individuální aktivizaci, včasnou mobilizaci pacienta a psychosociální péči (Schuler a Oster, 2008).

2.2 Charakteristika skupiny

„Stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický proces.“ (Haškovcová, 2004, str. 5).

Stárnutí a stáří jsou definovány mnoha způsoby, ale žádná definice není absolutní ani jednoznačná. Věk a fyzický stav spolu souvisejí a fyzický stav se často používá jako ukazatel stáří. Člověk, který prožívá stáří, dostává mnoho různých označení. Pojem "geront" používaný v literatuře vyvolává představu člověka, který je spíše závislý na druhých. Stejně tak je nesprávné označení "důchodce", protože se vztahuje pouze na osoby, které pobírají důchod. Dále je nesprávné používat archaický termín "senescent". Nejméně přijatelným termínem je nyní "senior", který nemá žádný citový význam a označuje kohokoli v celém věkovém rozmezí senility. Z hlediska několika vědních oborů jde o výraz, který nahrazuje specifické zařazení starého člověka a nemá žádné důsledky. Použití kalendářního věku jako definičního znaku je však často problematické (Jarošová, 2006). Předčasné stárnutí může totiž výrazně ovlivnit tento přirozený děj (Haškovcová, 2004).

2.2.1 Periodizace stáří

Názory na nástup stáří se různí. Je všeobecně známo, že stáří a stárnutí jsou osobní zkušenosti a že jejich průběh ovlivňuje celá řada faktorů. Jedním ze základních znaků člověka je jeho věk, a i když každý člověk zraje jinak, chronologicky vzato stárneme všichni stejně rychle. Je však možné, že ne u každého se projeví stejné ukazatele stárnutí a stáří. Zatímco někteří lidé mohou být fyzicky a duševně aktivní až do konce svého života, u jiných se mohou mnohem dříve začít projevovat příznaky, které jim znemožní energickou aktivitu (Jarošová, 2006).

Věk se obvykle určuje chronologicky. Světová zdravotnická organizace stanovila následující základní kategorie pro starší věk:

45–59 let: střední nebo též zralý věk

60–74 let: vyšší věk nebo také ranné stáří

75–89 let: stařecký věk

90 let a více je považováno za dlouhověkost

Pro praktické účely se používá kalendářní věk, který se odvozuje ode dne narození. Neodráží však úroveň nezávislosti nebo zdraví starší osoby (Dvořáčková, 2012).

2.2.2 Změny ve stáří

Biologické aspekty stárnutí. Biologický proces stárnutí se u každého člověka projevuje jinak a je ovlivněn genetickou výbavou, životním stylem a dalšími faktory. Slovo "biologický věk", které označuje celkový stav lidského těla, souvisí s pojmem biologické stárnutí. Toto slovní spojení, je-li použito konkrétněji, se vztahuje na všechny vývojové změny na organické úrovni, ke kterým v lidském organismu dochází. Degradace orgánů, snížení metabolismu a ztráta biologických adaptačních mechanismů tvoří základ fyzických změn ve stáří (Jarošová, 2006).

Psychické aspekty stárnutí. Kromě fyzických změn se stárnutím dochází také ke změnám psychickým. Tyto dvě stránky člověka jsou vzájemně propojené a mají na sebe vliv. Psychologické stárnutí tedy označuje všechny psychické změny, které se s přibývajícím věkem stávají častějšími. V příznacích a změnách psychologického stárnutí existují individuální rozdíly, které jsou ovlivněny probíhajícím biologickým vývojem.

V psychice staršího člověka se obvykle odráží celá řada faktorů, které se začaly formovat a působit na něj již v dětství a v průběhu jeho života se dále utvářely, proplétaly a vzájemně ovlivňovaly. Osobnost člověka je ovlivněna všemi těmito událostmi a faktory v jeho životě, ale konkrétní generace to chápe ve stejné společenské struktuře (Jarošová, 2006).

Sociální aspekty stárnutí. Stárnutí společnosti přináší četné změny. Na prvním místě je přechod z aktivního pracovního života k důchodu. Tento přechod je spojen s některými změnami, které mohou mít velký vliv na to, jak se člověk cítí. Sociální role starších lidí se po odchodu do důchodu různí. Role v zaměstnání a v rodině se mění. Starší člověk je společností často vnímán jako méněcenný, méně důležitý a v tomto smyslu zbytečný (Jarošová, 2006).

2.2.3 Geriatrická křehkost

„Geriatrická křehkost (frailty) je klinickou manifestací, symptomatickou formou nízké úrovně potenciálu zdraví, která negativně interferuje se subjektivní pohodou, obvyklými sociálními rolami, běžnými aktivitami denního života, souhrnně s kvalitou života, svébytností a soběstačností daného člověka.“ (Kalvach a kol., 2014, str. 31).

S přibývajícím věkem, obvykle po 80. roce života a později, roste počet osob s poněkud sníženou funkční schopností, které potřebují alespoň nějakou pomoc při různých pracích spojených s údržbou domácnosti nebo péčí o sebe. Protože změna funkčního stavu je téměř vždy spojena se syndromem křehkosti, který je nejvýznamnějším geriatrickým syndromem, hovoříme v tomto případě o starých lidech, kteří jsou křehcí. Téměř při jakémkoli stresu, jako je probíhající nemoc, změna prostředí, ztráta blízké osoby nebo sociální opory atd. Těmto seniorům hrozí zhoršení stavu nebo ztráta schopnosti se o sebe postarat (Holmerová, Vaňková a kol., 2014).

Péče se musí zaměřit na podporu zdraví, prevenci nemocí a kontrolu následků nemocí, které zhoršují nezávislé fungování, protože se očekává, že lidé budou po 65. roce života žít dalších dvacet let nebo více. Na druhé straně starší osoby s výraznou funkční a duševní křehkostí, chronickým onemocněním, které se opakuje a progreduje a s akutními onemocněními budou stále potřebovat péči, nejlépe doma nebo v komunitním prostředí, ale také v zařízeních akutní a dlouhodobé péče.

Mnoho lůžek v lékařských a chirurgických nemocnicích je obsazeno staršími pacienty s chronickým onemocněním, kteří mají trvalé problémy nebo se jejich stav náhle zhoršil. Do nemocnic je přijímáno přibližně třikrát více starších dospělých než v běžné populaci (Mezey, Cassel a kol, 2002).

Rozhovor se seniorem vyžaduje naslouchání jeho slovům, vnímání toho, co se snaží říci, a následné sdělení potřebných informací způsobem, který je pro něj vhodný. Starší pacient potřebuje a očekává, že mu lékař bude pozorně a aktivně naslouchat. Musí se také cítit příjemně, když se svěřuje se svými problémy a starostmi. Starší lidé se obvykle zajímají o kvalitu svého života a s tím spojené často velmi přesné a praktické rady, ale většina lékařů se soustředí na problematiku konkrétních nemocí a diagnóz (Ptáček, Bartůněk a kol, 2011).

2.3 Potřeby seniorů

Potřeba je příznakem nedostatku, absence něčeho, co by mělo být naplněno. Něčeho, co živá bytost musí mít, aby přežila a rostla. Způsobuje, že člověk vyhledává nebo se vyhýbá určitým podmínkám, které jsou pro přežití nezbytné. Právě hodnocení a uspokojování potřeb je charakteristickým rysem moderního ošetřovatelství (Jarošová, 2006).

Stejně jako každý jiný člověk mají i senioři své životní potřeby, které je třeba uspokojit, a bohužel často jsou závislí na pomoci druhých. Nároky na péči však primárně nesouvisí se stárnutím, ale spíše se snížením funkčních schopností a soběstačnosti, které ovlivňují schopnost člověka uspokojovat základní potřeby. Senioři zdůrazňují potřeby a hodnoty, kterými jsou podle jejich názoru ohroženi, přičemž je pravděpodobné, že tyto hodnoty budou záviset na životních podmínkách, zdravotním stavu, sociální podpoře a dalších proměnných. Senioři se smiřují s určitou mírou závislosti na druhých, cítí se stále více ohroženi takovými věcmi, jako jsou důsledky nemoci nebo ovdovění, a jejich potřeba podpory a jistoty se zvyšuje. Tuto potřebu může uspokojit fungující rodina, pečovatel nebo jiná osoba. Kritériem pro hodnocení kvality poskytované péče musí být sám starší člověk, jeho potěšení a jeho prospěch. Tyto požadavky musí splnit buď sám, nebo se spolehnout na pomoc druhých (Dvořáčková, 2012).

2.3.1 Význam autonomie u seniorů

Autonomie starších osob může být ovlivněna procesem stárnutí, nárůstem chronických onemocnění, společenskými změnami a změnami životního prostředí. Nemoci související s věkem mohou vést k omezení nebo ztrátě nezávislosti. Soběstačnost je schopnost dostatečně se postarat o sebe a svou domácnost. Skládá se z fyzických, psychologických, sociálních a materiálních prvků. Závislost na pomoci druhých je důsledkem omezení nebo ztráty soběstačnosti. Přijímání péče druhých může být pro některé starší lidi, kteří ztratili svobodu, tou nejsmutnější částí života. Proto musí osoby poskytující pomoc postupovat taktně. Nezávislost i závislost na pomoci mohou existovat současně. Senioři jsou schopni být zcela nezávislí a zároveň fyzicky závislí. Nezávislost tedy není vždy protikladem samostatnosti. Pokud se klient aktivně účastní činností a má možnost volby, může být samostatnost zachována. Zachování a rozvíjení autonomie starých lidí a vytvoření podmínek nezbytných pro to, aby mohli tuto autonomii v případě potřeby uplatňovat, jsou zásadními úkoly poskytovatelů zdravotní a sociální péče. Odborník by měl být schopen posoudit a zohlednit míru péče, kterou klient skutečně vyžaduje. Zanedbání péče a nedbalost představují závažné etické porušení. Stejně tak může být škodlivé věnovat klientovi příliš mnoho pozornosti, protože ho to omezuje a nutí hrát pasivní roli. (Bužgová, 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Teoretická část byla především zaměřena na vysvětlení daných pojmů a nastínění problematiky, která je součástí tématu této práce. Tato část, tedy empirická, je cílena na metodu a způsob, kterým byla data získávána a následně vyhodnocena. Obsahuje interpretaci cílů a závěr výzkumu.

3.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je podstatou výzkumné části této práce. Jelikož se kvalitativní výzkum zabývá především chováním, životem lidí, jejich příběhů či vzájemných vztahů, proto bylo vhodné využít tento výzkumný přístup k tématu etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester. Tento přístup analyzuje zkoumané jevy, charakterizuje celostní strukturu, odhaluje závislosti a spojení mezi jevy. Jev je tedy zkoumán více do hloubky a zároveň vyhodnocován komplexně (Kutnohorská, 2009).

3.1.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, co si sestry představují pod pojmem etické aspekty a jestli si myslí, že jsou podstatnou součástí ošetrovatelské péče u seniorů a jestli jsou tyto aspekty dodržovány. V návaznosti na tento cíl, byly stanoveny také tři doplňující cíle, které by měly tuto problematiku dále rozvést.

Výzkum by měl přispět k zodpovězení následujících otázek:

- Jaké etické zásady dodržují sestry v péči o seniory?
- S jakým neetickým chováním se sestry setkávají u personálu v péči o seniory?
- Co vnímají sestry za etický problém/dilema v péči o seniory?

3.1.2 Metoda sběru dat

Sběr dat byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů, jelikož rozhovor je nejčastější metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Téma etické aspekty ošetrovatelské péče bylo potřeba rozvést více do hloubky. Proto byl využit narativní rozhovor, který povzbuzuje respondenty k volnému vyprávění a tento výzkum rozvíjí (Švaříček, Šedřová, 2007).

Před začátkem rozhovoru jsem se respondentům představila, seznámila je, za jakým účelem probíhá toto setkání. Dotázala jsem se, jestli může probíhat nahrávání rozhovoru a respondenti následně souhlasili.

Určila jsem si okruhy otázek, na které jsem se chtěla zaměřit, abych respondenty navedla do dané problematiky. Zároveň jsem do rozhovorů co nejméně zasahovala a snažila jsem samotného respondenta, aby rozvedl otázku. Případně jsem otázku rozšířila dotazem. Dále měli možnost doplnit, co nezaznělo ode mě.

Zvolené okruhy otázek:

- Když se řekne ošetrovatelská etika, co si pod tímto pojmem představíte?
- Co víte o etickém kodexu sester?
- Jaké etické principy uplatňujete?
- Byl/a jste někdy v situaci, která byla podle Vás v rozporu s etickými principy?
- Zažil/a jste někdy situaci, kdy jste pokládala chování ke klientovi ze strany personálu za morálně nepřijatelné? Reagoval/a jste na tuto situaci? Jak?
- Co považujete v ošetrovatelské praxi za největší morální dilemata?
- Jaké si myslíte, že jsou determinanty, které negativně ovlivňují etické jednání u pomáhajících profesí.
- Jaký dopad může mít na seniory nedodržení etického chování?
- Má podle Vás veřejnost předsudky vůči seniorům? Jaké?
- Setkal/a jste někdy s ageismem?
- Jaké vlastnosti by měla mít sestra, která pečuje o seniory?
- Jaký máte vztah k seniorům Vy osobně? Změnil se váš postoj k seniorům během vaší praxe?
- Jaké rozdíly pociťujete v ošetrovatelské péči o seniory, na rozdíl od pacientů jiných věkových skupin?
- Jste něčím limitováni v poskytování kvalitní péče?
- Pokud pomineme základní fyziologické potřeby, jaké potřeby seniorů vnímáte za nejdůležitější?
- Setkáváte se se zpětnými vazbami od seniorů? Hodnotí Váš přístup v ošetrovatelské péči?
- Jaké jsou Vaše osobní zásady v komunikaci s klientem?
- Jak hodnotíte komunikaci a spolupráci s rodinami klientů?
- Jaké máte zásady v péči o umírajícího klienta?
- Pokud jsou klienti na konci jejich života, kde nejčastěji umírají? V nemocnici, nebo se jim snažíte zajistit důstojný odchod ve vašem zařízení, kde se cítili jako doma?

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány, trvání každého z nich trvalo kolem 1 hodiny a následně proběhl jejich doslovný přepis.

3.1.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty tohoto výzkumu byly všeobecné sestry, které pracují v domově seniorů. I když se se seniory setkávají sestry na téměř všech nemocničních oddělení a senioři tak tvoří velkou část věkové skupiny, které je poskytována ošetrovatelská péče, musíme souhlasit, že nejbliž by k seniorům měly mít právě sestry, které pečují o tyto klienty v domovech pro seniory. A právě pokud bychom se měli zdokonalit v poskytování péče seniorům, měly bychom se učit od těch, které s nimi pracují nejvíce. Zároveň upozornit na nedostatky, které by mohly tuto péči ještě zkvalitnit.

Kritéria pro výběr respondentů byly pouze vzdělání všeobecná sestra a minimálně 1 rok praxe v domově.

Před začátkem rozhovoru, jsem seznámila sestry s tím, že tento rozhovor bude určen pouze pro účely praktické části bakalářské práce a je zcela anonymní. Aby byla patřičná anonymita zachována budou dále uváděny pouze zkratky jmen.

Rozhovory byly provedeny s následujícími 3 respondenty:

Sestra 1 (S1) – všeobecná sestra s maturitou, délka praxe je 36 let, z toho 28 let v domově

Sestra 2 (S2) – všeobecná sestra s maturitou, dále vysokoškolské vzdělání (Mgr.), délka praxe 20 let z toho v domově 3 roky

Sestra 3 (S3) – všeobecná sestra s maturitou, délka praxe 30 let, z toho 10 let v domově

3.2 Analýza získaných dat

3.2.1 Otevřené kódování

Data, která byla získána pomocí rozhovorů byly následně analyzována v rovině otevřeného kódování. Abychom mohli získaná data analyzovat, musíme je pečlivě studovat. Z textů se tvoří kategorie na základě jevů, u kterých shromažďujeme pojmy. Kategorii pojmenovaného jevu pak přiřadíme název a hledáme vlastnosti, které tuto kategorii tvoří. Následně k jednotlivým vlastnostem přiřazujeme dimenze, které charakterizují škálu, na které se vlastnost nachází. Následně po analýze těchto dat došlo k interpretaci (Strauss, Corbinová, 1999).

3.2.2 Kategorie

Po provedení analýzy z rozhovorů vyplynuly tyto kategorie:

- ETIKA OČIMA SESTER aneb „každý člověk má právo na svou veškerou důstojnost“
- PRÁCE SE SENIOREM aneb „mám pozitivní vztah k seniorům“
- SENIOŘI VNÍMÁNÍ VEŘEJNOSTÍ aneb „jako by nebyli součástí společnosti“
- NEETICKÉ JEDNÁNÍ U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ aneb „často se objevuje, že je to v jakémsi rozporu s etikou“
- ETICKÝ PROBLÉM aneb „zdravotníci mají svázané ruce“
- ETIKA UMÍRÁNÍ aneb „člověk má právo připravit se“

Kategorie č. 1: ETIKA OČIMA SESTER aneb „každý člověk má právo na svou veškerou důstojnost“

Vlastnost	Dimenze
Důstojnost	Velmi důležitá
Slušnost	Důležitá
Bezpečnost	Nutná
Empatie	Přínosná
Vlídlost	Přínosná

Jako první se setkáváme v této kategorii s vlastností **důstojnost** s dimenzionálním rozsahem velmi důležitá. Je zřejmé, že respondenti si uvědomují, jak důležité je zachovat důstojný přístup v ošetrovatelské péči s klientem. Přístupovat k nim s respektem a úctou.

„To je pro mě prioritou, znamená to, že v jakémkoliv stavu, vždycky má nějakou důstojnost a hodnotu a já se musím podle toho chovat, přizpůsobit a nemůžu se povýšit nad to.“ (S2)

„Já si myslím, že to je vztah k tomu klientovi, aby tam byla zachována ta jeho diskretnost, soukromí.“ (S1)

„Potom tam souběžně patří úcta k lidskému životu, to znamená láska, úcta, způsob zacházení s člověkem, nejen v životě ale i při zacházení při umírání a s tělem zemřelého.“ (S2)

„Potřeba úcty, důstojnosti. To si myslím že je jako priorita, pokud tohle dostanou, tak si myslím že to jsou pak lidi schopni leckteré chyby jako přehlédnout. Já neříkám, že je to nezbytné, ale tohle jako potřebují pocítit, najít hodnotu.“ (S2)

Další vlastností je **slušnost**, které je přiřazena vlastnost důležitá. Nepochybně je dalším prvkem, se kterým musí sestry přistupovat ke klientům i ke svým kolegům. Je odrazem morálního chování člověka, a tedy i sestry. Toho, jak zvládneme taktně reagovat na různé situace.

„Slušné chování a zacházení s tím klientem. Žádné hrubé zacházení.“ (S3)

„Obsahuje, jak já se mám chovat k druhým, a i ke kolegům.“ (S2)

„sestra by měla být vstřícná ke klientům, dodržuje intimitu, chová se k nim slušně“ (S1)

„kdyby to byla jejich matka, otec, babička, tak se tak nebudou chovat.“ (S3)

Bezpečnost je nutná. Také v ošetrovatelské péči je potřebný soubor opatření, kterým se tak eliminují rizika a hrozby, které mohou poškodit klienta. A je zde velké riziko zneužití. Ať už po zdravotní, psychické či sociální stránce. Respondenti vnímají, že je důležité chránit klientovo soukromí. Zároveň by ale neměli zapomínat i na své bezpečí.

„Přístup ke klientovi, chránění jeho osobních údajů, nezveřejňovat věci které se odehrají při práci s nimi, chránit to jejich bezpečí.“ (S3)

„Zároveň dodržujeme práci s dokumentací, protože to patří taky do toho etického aspektu a komunikace.“ (S2)

„dodržuje pracovní postupy, a to si myslím, že všechno zahrnuje ten kodex.“ (S1)

„Chovat se k nim profesionálně, ale zároveň dbát na tu jejich ochranu.“ (S3)

Jednou z vlastností je také **empatie**, kterou můžeme považovat za přínosnou. I když se nikdo z nás nemůže plně vcítit do člověka, měli bychom se snažit alespoň částečně pochopit jejich trápení a potřeby. Je zřejmé, že tento přístup má pozitivní vliv na celou péči.

„Empatie, vcítit se do toho člověka, co on jako požaduje, oni to nedokážou vyjádřit, co chtějí, víceméně.“ (S3)

„Člověk, který je oslabený, a já mám být na jeho straně, hledat cesty přístupu a ne ponížení.“ (S2)

„Zajímat se o ty klienty individuálně, všechno u těch klientů individuálně posuzovat, nebrat to jako předpis, ale každého klienta brát individuálně a v každé situaci se mu snažit pomoci.“

(S1)

„Prostě jo oni se nedokážou do toho člověka vcítit, že včera mohl, včera se oblekl a dneska se neobleče.“

(S3)

„Ale viděla jsem ba i naopak, i opačné chování, kde byl veliký respekt k tomu člověku a hledání cest, jak mu pomoci v jeho obtížných situacích, kdy bylo těžké s tím pacientem vyjít.“

(S2)

Vlídlost se může jevit taktéž jako přínosná. Pokud sestry přistupují ke klientovi s jistou laskavostí, mohou očekávat, že se jim více otevrou a o to jednodušší je spolupráce s nimi bude. Zároveň je ukazatelem, že je práce baví a naplňuje.

„A tím věkem se to zlepšuje, si myslím, nezhoršuje se to. Čím dýl je ten člověk v praxi, tak k tím klientům má blíž.“

(S1)

„A mít jasno sama se sebou, vyrovnaná sama se sebou. A musí vědět, že to opravdu chce dělat. A umí se sama k sobě chovat s láskou a důstojností. Protože pak se dokáže chovat i k druhým. Myslím si, že tohle jsou pro mě takové ty zásady etické.“

(S2)

„Možná mám daleko větší úctu, tohle roste, protože i já stárnu a daleko víc si uvědomuju, že ty potíže, které musí snášet na svém těle, které jim ty nemoci přináší a že to mají těžké.“

(S2)

Kategorie č. 2: PRÁCE SE SENIOREM aneb „mám pozitivní vztah k seniorům“

Vlastnost	Dimenze
Vděčnost	Častá
Aktivizační činnost	Přínosná
Trpělivost	Potřebná
Předvídavost	Velmi potřebná
Kolegialita	Nutná
Zranitelnost	Velmi častá

Ve druhé kategorii můžeme najít jako vlastnost **vděčnost** a v dimenzi je charakterizována jako častá. Podle respondentů senioři dávají ve velké míře najevo svou vděčnost a umí ocenit, když pro ně člověk udělá cokoliv navíc. Pro sestru to může být velká motivace, hnací motor, který ji žene kupředu.

„A na nich to vidíte, když přijdete na ten pokoj, že jsou šťastní, že vás vidí.“ (S1)

„Já myslím že zpětné vazby už jenom v tom, že se na vás třeba usmějí. Že to na nich vidíte jsou uzavření, otevření. Jestli s vámi chtějí komunikovat, nebo ne. Tak to беру pozitivně, že chtějí komunikovat a jsou otevření, že jim zle není s vámi.“ (S2)

„Stále mluvit. Komunikace. O čemkoliv. Oni jsou zvyklý stále tu rodinu ochraňovat a pečovat o ty děti. A teď mají pocit, že jsou takový nepotřební. Že nic nemůžou udělat. Tak alespoň nějak jako radit. Udělá jim to, jakože dobře.“ (S3)

„Určitě ano, když jsou spokojeni tak pochválí. A jsou spokojení, když mají to, co chtějí.“ (S1)

„Člověk udělá něco navíc. Namaže jim nohy, záda. Jéé no to je fajn. Jsou to drobnosti, ale oni to hrozně ocení.“ (S3)

Aktivizační činnost je další vlastností, kterou můžeme v dimenzionálním rozsahu hodnotit jako přínosnou. Pro seniory má velmi pozitivní vliv. Díky aktivizaci můžeme udržovat seniory co nejdéle vitální, zahnat pocit osamělosti nebo nepotřebnosti, navodit chuť do života. Zároveň respektovat, co klient chce a pokud si přeje mít svůj klid, akceptovat to.

„Individuální aktivizace, každému klientovi se věnovat individuálně, co potřebuje. Někdo má třeba rád dílnu, tam chodí klienti plést a háčkovat, různé výtvary dělají. Někdo má rád zase tu společnost, někdo chce být raději sám, aby se mu četlo na pokoji, rozhovor vedl, nebo jenom televizi.“ (S1)

„Zjišťovat u těch klientů čím by se přes ten den mohli bavit. Ne že bude jenom celý den na tom pokoji sedět, nebo ležet a nebude žádná aktivizace. A někteří klienti chtějí mít zase úplný klid, nechtějí nic. A tak by se k tomu mělo přistupovat, respektovat, co ten klient chce.“ (S1)

„Nenechávat je v tom lůžku, to neznamena, že když nevstala včera, tak nevstane dneska. Prostě pokládat jim ty otázky, trošku jinak, pojd'te půjdeme ven, dneska je tam hezky. Pojd'te půjdeme si něco zahrát.“ (S3)

Jednou z vlastností je také **trpělivost**. Dimenze této vlastnosti je potřebná. Respondenti v této oblasti uvádí, jak důležité je, při práci se seniory být trpělivý, na rozdíl od jiných věkových skupin. Jak v komunikaci, tak ve spolupráci.

„Protože když něco chcete po tom mladším pacientovi, tak spolupracuje s vámi. Ale vlastně když děláte s těmi staršími lidmi, kteří mají demenci, Alzheimeru, tak ti s vámi tak nespolupracují. Tam musí člověk hodně naslouchat. Aby k nějakému závěru došel. Musí být trpělivý. Musí poslouchat.“ (S1)

„To vím že když nám třeba přišly pomoci sestřičky na to naše seniorské oddělení, tak byly z toho daleko víc unavené, anebo nebyly tak trpělivé a nebyly tak nastavené, protože to nepotřebovaly.“ (S2)

„Je to práce s klienty, kde je potřeba individuální přístup. Každý je jiný, každý má své určité vlastnosti ten klient a věkem to ještě víc graduje.“ (S1)

„...ten senior už to tak rychle nepochopí, že se musí pomalu, ale někdy nepochopí ani obsah, že je to třeba následek té jeho nemoci a že za to nemůže. A ten personál to nepochopí. Že je to pochopení, té jeho nemoci.“ (S2)

„A když řekne něco doktor, tak většina z nich tomu nerozumí, takže potom se ptají nás a je na nás abychom to tomu klientovi vysvětlili.“ (S1)

„A ta spolupráce je daleko víc zhoršena, jak u těch mladších lidí. Ale to všechno tou praxí jde se naučit.“ (S1)

Jako další se objevuje **předvídavost**, která je svým dimenzionálním rozsahem velmi potřebná. Z rozhovorů vyplývá, že degenerativní změny, které přichází společně se stářím, značně ovlivní péči o klienta. Sestra by měla být tedy o to víc vnímavá a předvídavá, aby mohla včas zakročit.

„Někteří klienti tam je ta demence, třeba už ve čtvrtém stádiu, tak oni ani neřeknou, jestli ho něco bolí, nebo jaké mají potíže, co mu je. Je to strašně složité, zjišťovat. Sledovat toho pacienta i po té vizuální stránce a snažit se zjistit co vlastně a potom když se vám nějak nezdá, poměřit ho. Tlak mu změříme, teplotu, glykémii, saturaci. Abychom věděli, čeho se máme chytit u toho klienta. Protože když jsme s nimi v kontaktu pořád, tak známe, jací ti klienti jsou a teď tam nastane změna nějaká, která se nám nezdá.“ (S1)

„Ten klient to neví. Nedokážou se tak správně vyjádřit. Ta práce je náročnější, furt musí člověk sledovat to klienta celého, jestli na něm nevidí nějakou změnu. Aby správně a rychle zareagoval, že si myslím, že v tomto je to takové náročnější.“ (S3)

„Protože oni někdy nevyjádří ani tu bolest, neumí vyjádřit ty potřeby co mají. Podle té grimasy toho člověka dokážeme rozpoznat, jak to, jakože on cítí. A oni nedokážou říct bolí mě to a to, až při té manipulaci, tak nějak i při podávání toho jídla, oni pak jakože reagují jinak. Tak nějak člověk musí odhadnout, jak s nima pracovat. Kdy volat lékaře.“ (S3)

Jednou z vlastností je také **kolegialita**, která se jeví jako nutná. Úzce souvisí s předchozí vlastností, tedy předvídavostí. Pokud je v péči o seniora kvalitní týmová spolupráce, pak i senior dostane kvalitní péči a zamezí se tak vzniku dalších komplikací. Jak uvádějí respondenti, je nutné, aby sestry i pečovatelky spolu komunikovaly a spolupracovaly v ošetrovatelské péči.

„Můžu třeba já tady ocenit, když jsem přišla do tohoto kolektivu, to jsem měla pocit, že jsem někde na rozkvetlé louce. To jsem si říkala, že už tady ty všechny sestry jako ví, co chtějí a kam směřují a velice hezky jako přistupují k těm lidem, že jsou zralé a váží si tady života.“ (S2)

„A my třeba připomínáme i těm ošetrovatelkám, aby ten pitný režim byl dostatečný, protože když není dostatečný tak i ti klienti jsou horší. Takže na toto si dávat pozor. A hlavně ta týmová práce je důležitá.“ (S1)

„Protože ošetrovatelky jsou často s těmi klienty více v kontaktu jak my. A je důležité, že někdo přijde a řekne, no mně se ten klient dneska nezdá, pojď se prosím tě podívat. A naopak když nám tu informaci někdo nedá, tak taky nevíme.“ (S1)

„Chybí mi tady asi větší spolupráce s ošetřujícím personálem, taková ta hodně týmová práce, to je v nemocnici, taky jinak nastavené než tady. Tady je ta zdravotní péče jinak nastavená, hodně samostatně. V té nemocnici je to činnost zdravotně-ošetrovatelská a tady je to jinak.“ (S2)

„Někdy ta spolupráce tady s těma pečovatelkama je poruč a udělej si sám. Když se jim to nelíbí.“ (S3)

„Jako není to se všema ideální ta týmová spolupráce, jsme různí lidé, každý jiný. Ale když jsou tu dobré ošetrovatelky, tak všechno to potom jde.“ (S1)

Poslední vlastností této kategorie je **zranitelnost** v dimenzionálním rozsahu velmi častá. Sestry se v rozhovorech shodují na tom, že geriatrické křehkost může významně ovlivnit klientův jak fyzický, tak psychický stav. Může k tomu dojít velmi jednoduše a stává se to velmi často.

„Toto je pro zdravého člověka dost co dělat, i zdravý senior má co dělat. Natož tady ti nemocní, ti jsou úplně křehcí, a to je pro ně prostě špatné.“ (S2)

„Tak rozhodně ten člověk je slabý. Je ohrožený, to znamená, že jednoznačně přijde strach. Strach, uzavřenost, deprese. To mi přijde jako takový základ, co to pro něho přinese. Nespolutráce.“ (S2)

„A oni se jich bojí ti lidi, oni říkají: Bojím se zazvonit. Já sestřičky to jsem ráda, že jste došla, přetočíte mě na druhou stranu? Říkám proč si nezazvoníte, máte zvoneček. No ta by mně dala. Že prostě v některých těch lidech je prostě strach.“ (S3)

„No tak na ty seniory to má hlavně po té psychické stránce špatný dopad, protože i když si myslíme, že někteří klienti jsou dementní, nebo tak ale vnímají tyto situace a prostě oni potom taky se tak chovají, oni se brání vlastně. A taky on pak někdo řekne že se špatně chovají k personálu, ale to je odezva toho, jak se vlastně ti pracovníci chovají k nim.“ (S1)

„Po té psychické stránce může mít hlášky, že už nechce vlastně žít, že nemá důvod žít, protože už tady o něj vlastně nikdo nestojí. Není to jako z důvodu jako jenom rodiny, ale taky chování i toho okolí.“ (S2)

„Ono, když jsou třeba i diabetici, tak i z toho stresu, stoupne hladina glykemie. Nebo mají vysoký tlak. Takže ano někteří se horší i po té zdravotní stránce.“ (S1)

„A potom ty fyzické, jak se to může projevit na těle, ty důsledky: Nechce se mi vstát z postele. Já vlastně vůbec nemůžu. Mám velké problémy, nemůžu dýchat. Nemůžu chodit. Takže si myslím že se to může i takhle projevovat, že je ten člověk nešťastný.“ (S2)

„Protože ti lidi nevidí nikoho jiného než nás a ošetřovatele. Takže tak jak se k nim chováte, tak mají i oni svůj den. A to všechno se odráží na celkovém stavu toho klienta.“ (S1)

Kategorie č. 3: SENIOŘI VNÍMÁNÍ VEŘEJNOSTÍ aneb „jako by nebyli součástí společnosti“

Vlastnost	Dimenze
Strach ze stárnutí	Velký
Pocit zbytečnosti	Častý
Nepřijatelnost stárnutí	Vysoká
Pokora	Nutná

První vlastností čtvrté kategorie je **strach ze stárnutí**, u které je dimenzionální rozsah velký. Podle respondentů je patrné, že velká část společnosti není připravená na stárnutí a bojí se toho, co je v této životní etapě čeká. Dále jaké předsudky ke stáří mají.

„Ten stres na ty mladé lidi tak strašně působí a že mají strach, že se nedožijí vůbec takového věku, jak ti senioři.“ (S3)

„Zaprvé dneska společnost už moc nechce být stará, protože má strach z toho, co bude na stáří.“ (S2)

„Prostě řeknou: No my jsme mladí, my musíme chodit do práce, a to my se nedožijeme takového klidu a tolik roků abychom byli v důchodě jako jste vy. My asi nebudeme.“ (S3)

„A že vlastně už je nečeká nic jiného než utrpení a smrt. To je takový předsudek, co vidím.“ (S2)

Další vlastností je **pocit zbytečnosti** je v dimenzi častý. Respondenti v rozhovorech uvádějí, že senioři mohou být celkem běžně společností vnímáni jako neužiteční nebo berou seniory negativně. Negativní dopad mají tyto předsudky na seniora, který může ztratit svou hodnotu.

„Někdy je to z toho, že už nebudou užiteční.“ (S2)

„U některých to tak bývá, že si myslí že ti senioři už jsou nervózní a špatní, že je někteří hážou do jednoho pytle. Nerozlišují to člověk od člověka, individuálně.“ (S1)

„A diskriminující si myslím, že asi nějaká část společnost je, které vadí jako senioři.“ (S2)

„A co ještě vidím, tak že pro některé lidi jsou staří lidé vlastně obtěžující. Že musí kvůli nim omezit sami sebe. Že je musí poslouchat, že říkají furt ty samé věci dokola. A že jsou neužiteční a tak dál. Takhle si myslím že to ve veřejnosti i je.“ (S2)

„V té společnosti jako jo. Že řeknou: Co by chtěli. Oni mají bolesti, my je máme taky.“ (S3)

„...a řeknou: no neřnukej. Co tobě je, když mně je taky zle? Tak trošinku jako by s nima opovrhovali s téma seniorama.“ (S3)

„Třeba i ta demence je na začátcích těžko uchopitelná, i pro členy rodiny. Když tam nastupují ty začátky té demence a umím si představit, že to umí být pro ty lidi obtěžující a vadí jim to, že se tím musí zabývat.“ (S2)

Nepřijatelnost stárnutí s vysokým dimenzionálním rozsahem se objevuje jak u společnosti, tak u rodinných příslušníků seniorů. Sestry v rozhovorech uvádějí, jak se v hojné míře setkávají s tím, že si laická veřejnost neuvědomuje vliv stárnutí na lidský organismus. Přičemž se setkávají s názory, že pro klienta nedělají dost.

„Anebo si myslí, že ho sem dají toho rodiče a nebude se horšit, myslí si, že bude jen lepší a lepší. A potom vznikají konflikty, že ho dali sem a tatínek lehl. Jak kdyby nechtěli pochopit, že ten zdravotní stav bude zhoršovat. Myslí si, že ten klient nedostává takovou péči tak jak by měl.“ (S1)

„Proč s ním nic neděláte. Jak to, že ulehl? Oni si nedokážou představit, že sem toho člověka dá chodícího, ale že taky jednou dojde na návštěvu a on bude ležící. Že prostě ta rodina, taky jako furt se tak nějak nedokáže sžít s tím, že opravdu sem dala toho člověka a on někdy zemře.“ (S3)

„Oni to jako nechápou, že ten stav se jako bude zhoršovat. A budou ti lidi umírat. Budou dementní, že neví, co jim minule vykládala.“ (S3)

„Dřív ti lidi umírali doma, ta rodina to viděla a toho člověka, jak pomaličku schází, že už pak jenom pospává, neví. Takže to by furt tady chtěli ti lidi zachraňovat jakože dál.“ (S3)

Poslední vlastností je **pokora**, u které je uvedena dimenze nutná. A i když není možná podle rozhovorů častá, je ale rozhodně potřebná. A to stejné platí pro ošetrovatelskou péči, protože by i sestry měly přistupovat k pacientovi s pokorou.

„Ale zas si myslím, že bude i víc procent, té staré populace. Že jsou i lidé, kteří mají ba naopak staré lidi v úctě a váží si toho co pro tu společnost udělali a snaží se jim do poslední chvíle dát nějakou hodnotu a něco pro ně dělat.“ (S2)

Kategorie č. 4: NEETICKÉ JEDNÁNÍ U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ aneb „často se objevuje, že je to v jakémisi rozporu s tou etikou“

Vlastnost	Dimenze
Mocnost	Nebezpečná
Nepříjemnost	Častá
Narušení intimity	Negativní
Nepřízpůsobivost	Častá
Diskriminace	Silná
Odpovědnost	Důležitá
Ovlivnitelnost	Alarmující

Ve čtvrté kategorii je vlastností **mocnost** v dimenzionálním rozsahu nebezpečná. Podle respondentů se čas od času v praxi setkali mocností nad pacientem. Což je velmi nebezpečné obzvláště, pokud je už klient odkázán na pomoc druhých. A emociálně může seniorovi velmi uškodit.

„Ale myslím, když se sestra, jako povolání, pojme, že má nad tím pacientem moc.“ (S2)

„Tím si myslím, že člověk jako nemocný, a protože je ne-mocný tak to slovo vystihuje že nemá právě nad sebou moc. A je tady obrovské riziko zneužití toho, že ta sestra může mít tu moc a může toho zneužít podle svého.“ (S2)

„Oni řeknou: Oblečte se, vy to dokážete! A oni se tam lomcují, klátí se tam, padají. A vy to ještě nemáte? Nebudete jíst, že? Sbalí oběd. Oni se nezeptají. Pojd'te vysadíme Vás do křesla, půjdeme na vycházku. Chcete jít ven? Nechci. A když jim řeknu vysad'te ho na půl hodiny. Ne, 3 hodiny sedí v křesle. Oni nešťastní, pomoc křičí. Ne, řekla jsem sedět.“ (S3)

Nepříjemnost je další vlastností s dimenzí častá. Sestry v rozhovorech uvedly nepříjemné okamžiky, se kterými se v praxi setkaly, obzvláště pokud se jednalo o chování zdravotnického personálu ke klientovi. V seniorech to pak vzbuzovalo strach, nedůvěru, nebo ztrátu sebevědomí.

„Nebo třeba ošetrovatelsky se baví, když už ten klient je v tom terminálním stádiu, tak se baví pře ním, že umírá. Nevhodně se baví o tom klientovi, nebo rozebírají tam svoje soukromý před ním, nebo rozebírají ostatní klienty před klientem. To taky není pěkné.“ (S1)

„Lidi se bojí zazvonit. Člověk řekne, já nebudu dneska jíst, protože budu mít zase průjem, zase půjdu dvakrát. Sestřička mi zase bude nadávat. Nemám plínky. Jako oni mají 3 plínky na den, ale máme prostě erár. Dá se dokoupit, ty pleny.“ (S3)

„Když se třeba setkají s nevhodným chováním personálu, tak se nám většinou svěří. A řeknou, že my se vám nechceme stěžovat, ale nelíbilo se nám to a to. Někteří se třeba bojí a nechtějí, aby bylo ještě hůř.“ (S1)

„Když přijdou na pokoj a řeknou: Jejda tady je smrad. Anebo rodina došla a říká: Jejda to je hrozné, proč je tady takový smrad. A pečovatelka: No, pánovi vedle hnije noha.“ (S3)

„Paní potřebovala mísu a zvonila si velmi dlouho a ta sestra nedošla a pak když přišla a paní chtěla tu mísu, tak ji sestra neskutečně seřvala. A ona tak plakala, že se stejně pročůrala a já jsem opravdu šla za ní, zavřela jsem dveře a ptala jsem se jí co to měla znamenat, protože to skutečně takhle nejde, že to není možné, aby takhle na ni křičela, paní prostě je nemocná. Za prvé byla nemocná ale za to si ta sestra mohla sama. A chtěla jsem si to vyřešit jenom s ní sama, natož ona to slyšela rodina a ta rodina si šla taky stěžovat. Protože nejdřív nevěděla že jde o jejich maminku, v zápětí se to dozvěděla. Rodina si šla stěžovat lékaři a ta sestřička to otočila proti té pacientce. A na tom sezení, kde byl ten personál, lékaři, primář, kde se to řešilo, že tam je nějaký problém tady s tou paní, s tou rodinou, tak nakonec se to otočilo tak, že vlastně máme velice konfliktní rodinu a bylo by nejlepší se jí zbavit.“ (S2)

Další vlastností je **narušení intimity** s dimenzí negativní. V rozhovoru je uvedeno, jak jednoduše lze porušit intimitu pacienta. Ať už se jednalo o profesionální zapomnění, úmyslné zacházení či nedostatky, které je potřeba zlepšit.

„Když řvu na člověka, může to být i v otázkách hygieny. To jsem nezažila, ale slyšela jsem, že nechávali klienta bez plen. Přímo u toho jsem nestála, ale vím že jsem byla na pracovištích, kde se to dělo.“ (S2)

„V čem ještě vidím tak jako nedostatek, tak klozety na pokojích, a teď je tam třeba více těch lidí. A ten člověk se musí před tím druhým vyprázdnit. Já bych to nedokázala. A my se třeba někdy divíme, že se nemůže ten člověk vyprázdnit, ale já mám strach, že bych to taky nedokázala. Protože si představte, ti lidi už musí být hodně jako posunutí tady v té stařecké demenci, nebo už hodně musí pak spolknout, nebo právě toto tak nevnímat to prostředí, aby běžně si tam sedly a vyprázdnili se, před těma druhýma. I když jako ten závěs, tam je tak alespoň malinko vám to navodí tu intimitu, protože nemáte jinou šanci. Ale když je to i bez závěsu, a ještě jsou do toho pootevřené dveře, tak to je strašně ponižující.“ (S2)

„Ale zažila jsem to i na příjmu, kde jsou vnitřní dveře, kde jsou ambulance poskládané vedle sebe a mají vnitřní průchody. A taky vyšetřovaná, nahá, EKG a vevnitř jakýkoliv personál se procházel se podíval, kdo tam leží a člověk se cítí skutečně v tu chvíli jako ponížený, protože jste zaměstnanec toho pracoviště. Strašně nepříjemná věc. Ale člověk si to zakusí, aspoň ví, jaké to je, když tam musí člověk ležet a je to nepříjemné. A přitom stačí jenom zatáhnout závěs, a to je teď naše intimita a já si vás vyšetřím. Jakože je to řešitelné, ale právě profesionálně jako zapomeneme, si to neuvědomíme, že třeba něčemu takovému toho pacienta vystavíme.“ (S2)

Nepřízpůsobivost je další kategorií, která je v dimenzionálním rozsahu častá. Respondenti uvedli, že často vidí nedostatky v tom, že se nepřístupuje dostatečně individuálně, nebo se nerespektuje klientův zdravotní stav.

„Ale ono prvotní je nemocný ten člověk, on je v té pozici. Vy jste v té silné, vy se musíte naučit chovat, jak tu situaci zvládnout toho člověka, a nejen že on se musí přizpůsobovat mně. To jako vidím jako základní, a to jako dokud se toho jako sestry nenaučíme, tak jako já si myslím, že to není práce pro nás.“ (S2)

„Ony třeba řeknou, že ten člověk sem došel chodící, a jako bude furt chodící, že prostě musí se oblékat, musí se umývat a všechno.“ (S3)

„A říkají nám vy je přepečováváte, ale oni vůbec nedokážou rozlišit, kdy ten člověk, jakože potřebuje dneska přepečovat a zítra ne.“ (S3)

„Prostě není jim dobře, tak jak my někdy nemůžeme vstát z postele, tak i oni.“ (S3)

V této kategorii se objevuje také **diskriminace** s dimenzí silná. I když jsme se v rozhovorech dozvěděli, že respondenti nebyli svědkem, nebo se diskriminace téměř nevyskytuje. Občasné případy se ale nachází a můžeme mluvit o tzv. ageismu.

„Setkala jsem se i se zdravotníkem, který za dveřmi liskal, bil ty staré lidi. My jsme to dlouho nevěděli, že to byl kolega. Až jednou zapomněl zavřít dveře a měl je pootevřené. A zrovna sestřička šla z vedlejšího pokoje a akorát on před ní zrovna máchl rukou po pacientovi. Takže tím ho poprvé viděla, tak zírala a hned se to řešilo a byl okamžitě vyhozen, ten člověk. Takže asi jo, neměl rád staré lidi, vadilo mu to, že smrdí, odmítají, nedělají, co chce.“ (S2)

„Ta diskriminace, to si myslím, že už se tak nestává. Občas, když třeba ten klient přijde jako bezdomovec, tak ho berou...chovají se k němu jinak, odsuzují ho.“ (S1)

Odpovědnost je další vlastností a je důležitá. V rozhovorech sestry totiž popisují i to, jak v nepříjemných okamžicích reagují na události, kterými byly svědky. Můžeme tedy tuto vlastnost brát pozitivně, jelikož sestry vnímají, co je špatné a snaží se o nápravu. Bohužel i tady někdy vidí nedostatky, jelikož závisí na vedení personálu.

„Vždycky se snažíme, když něco takového vidíme, nebo slyšíme, jim říct, že něco takového se nehodí, že by se měli jinak chovat.“ (S1)

„To už pak komunikujeme přes koordinárku, přes vedení, ale neradi žalujeme. Že radši jdeme a uděláme si to sami.“ (S3)

„Řekla bych, že se někdy nevyplácí něco jako říct. Je to smutné, to mi nejvíc vadí.“ (S2)

„Takže tohle jsem zažila, že jsem se zastala člověka, to mně jako přijde i normální a nevyplatilo se to, ale stejně bych to zase udělala, protože mi tohle nepřišlo v pořádku.“ (S2)

„Ale když je to opravdu něco podstatného, došlo k nějakému konfliktu třeba, tak to řešíme přes tu koordinátorku, ale řekneme jí, že klient to nechtěl říkat, aby to nějak citlivě řešila, aby nebyli nazlobeni ještě na nás, že jsme to řekli.“ (S1)

„Takže řeší se to, neměli by těm rodinám vůbec nic říkat o cizích klientech. Pravdu měla, ale není možné to takhle říct.“ (S3)

„A zažila jsem i jiné chování, kdy proběhla nějaká domluva, bylo to jenom mezi 4 očima a byl třeba na nějakou dobu klid. Ale velice často se to stočí na to, že se to má řešit přes vedoucího pracovníka a vedoucí pracovník velice často uvěří vlastnímu personálu a takovým stylem že se to otočí proti té rodině a pacientovi.“ (S2)

Poslední kategorií je **ovlivnitelnost**, kde je přiřazena dimenze alarmující. Respondenti popisují, co podle nich ovlivní zdravotníky v tom, aby se chovali neeticky či nemorálně. Rozsah poškození je ale velký. Ovlivní jak křehké seniory, kolegy anebo třeba studenty. Kteří jsou v zařízení na odborné praxi a bohužel jsou svědky i takových situací, na základě, kterého přemýšlí, jestli toto povolání chtějí stále vykonávat.

„Syndrom vyhoření, to u některých taky může ovlivnit.“ (S1)

„Jsou vyhořelý. Jsou tady dlouho, nenaplňuje jich ta práce.“ (S3)

„Protože fakt je lidí hodně vyhořelých, a přitom taky rádi nastupovali do té práce a tenkrát s nadšením. Já to vidím, mám dvě dcery, obě na zdravotce. A když chodí na praxe, tak slyším, co se děje. A ony už nechcous být sestrama. Protože tam vnímají přesně tady tu negativní atmosféru, tak jsem si říkala, je toho obrovská škoda, protože ta práce je svým způsobem i hezká, protože máte co dát.“ (S2)

„Zažila jsem svoji kolegyni, jak likvidovala novou příchozí, já jsem to nechápala. Já to do dneška nechápu. Já chci tam mít novou kolegyni, aby se naučila dobře pracovat, abychom mohli být tým.“ (S2)

„Já si myslím že to vždy závisí od zájmu vedení. Jako co chce a na kolik má pevné osoby v tom vedení a které se jako prosadí a prosadí si ten přístup, který chtějí a důslednost. Důslednost v tom, co chceme, protože tohle já chci, tak hledám ty lidi, kteří to budou takhle dělat a když je nemám, tak je i hlídám a vedu k tomu, že tohle chování je to, které tady chceme. A musí to jít celkově i z vrchu a celkově to musí být takhle chtěné a nastavené.“ (S2)

„Neříkám, že to dělají všechny pečovatelky. Ale vždycky se jakoby vezou, jedna to udělá a ta druhá jako by se jí bála, tak řekne nebudu to dělat.“ (S3)

„Pokud je vedou špatně, nebo pokud jsou nedůslední, tak se to potom stejně odráží i na nás a na chování toho člověka. Potom se to začíná ztrácet za více lidmi, začíná se to stávat obecným problémem, a nakonec to vlastně problém není stává se to samozřejmě chováním, a to si myslím že si musí vedoucí pracovník hodně hlídat.“ (S2)

„Tak u některých, když přijdou z domu se špatnou náladou, mají nějaké potíže v soukromí, nebo tady se s někým pohádají. U některých to je, že jsou to takové typy.“ (S1)

„Tady totiž ta práce není špatně placená, ani u těch pečovateli, takže si myslím, že proto tady jsou, i když se jim ta práce nelíbí. Že si řeknou, kde bych ty prachy měla, tak to nějak přetřpím. Ale takové to nadšení. To si myslím že se jako někdy stává, že někdo dojde a je to jenom: Sehnala jsem práci za dobré peníze, a tak to nějak dopadne a nějak to odsloužím.“ (S3)

Kategorie č. 5: ETICKÝ PROBLÉM aneb „zdravotníci mají svázané ruce“

Vlastnost	Dimenze
Rozhodnost	Velmi vysoká
Nerozvážnost	Častá
Neporozumění	Časté
Nedostatečnost	Negativní

První vlastností této kategorie je **rozhodnost** s dimenzionálním rozsahem velmi vysoká. V této kategorii popisují sestry, co v jejich zařízení vnímají jako etický problém. V čem vidí nedostatky a jak obrovská zodpovědnost na nich leží. Aby pomohly klientovi. A s tím je velmi spojena rozhodnost v jejich práci.

„Je to trošku jiná práce jak v nemocnici. Tam ten člověk dojde, jako nemocný, má nějaký problém, který se vyřeší a je. Kdežto tady se na toho klienta musíme dívat celkově. Furt je tak nějak pozorovat, kdy se zhoršuje, kdy mu pomoci.“ (S3)

„protože my tu máme lékaře jen dvakrát do týdne. A vlastně zdravotní sestra rozhoduje o jejich zdravotním stavu a když se ten klient fakt zhorší, my prostě nemůže to nechat jen tak a musíme zavolat.“ (S1)

„My jako sestry nemůžeme informovat, takže pokud lékař neinformuje a neřeší, tak my stejně musíme, když se zhorší člověkův stav, volat záchranku, která ho veze většinou do nemocnice. A často se stává že rozhodují, že nám ho tady nechají, protože už vidí, že je to poslední fáze.“ (S2)

„Takže pak je to všechno na sestře, a i ta spolupráce s tou nemocnicí je horší.“ (S3)

„Ano, ten lékař je tady dvakrát týdně, prostě kdy ho zavolat, kdy volat tu rychlou.“ (S3)

„Konkrétně všechny jsme toho názoru, že by bylo dobré posílit noční služby, pak se stane situace, že se začne horšit více klientů najednou a my musíme zhodnotit, ke kterému klientovi dříve, poskytnout tu pomoc, tu péči.“ (S1)

„Aby nás to trošku chránilo. Když se něco stane, řekne se, proč jste ho neposlali, že abysme byli trošku právně chráněni, že prostě abychom měli černé na bílém, tak jako dobře, u každého individuálně, tak nějak jako je to hodně je ještě toto neprobádané.“ (S3)

„Někteří opakují pořád dokola, ať je pan doktor přijde vyšetřit. Rozpoznat to a vidět, kdy už se ten stav horší.“ (S3)

Častá je také **nerozvážnost**. Respondenti v rozhovorech uvedli situace, kterým jsou vystavováni. Kdy se snažili o to, aby nepodcenili zdravotní stav klienta, a tak ho nepoškodili, ale místo toho se setkali s ukvapeností, že o nic nejde.

„S tím lékařem záchranné služby, že jsem volala ke klientovi záhranku, protože měl potíže a ten lékař se zachoval, že řekl, že ten klient stejně zemře a proč chceme, aby se převážel do nemocnice. A stalo se to před ním, před tím klientem to řekl narovinu, a to se mi nelíbilo. Jenomže ti klienti, když mají nějaké potíže, my si nemůžeme dovolit říct, že neposkytneme první pomoc, nezavoláme rychlou.“ (S1)

„Hypoglykémie.

RZP: Proč nepíchnete glukózu.

Sestra: Já nemůžu píchnout glukózu tady bez lékaře i když vím že 40 % glukóza by pomohla.

Takže opravdu člověk zavolá tu rychlou.“ (S3)

„Má teplotu.

RZP: Vy neumíte dát zábal?

Sestra: No umím dát zábal, ale ten klient už teplotuje delší dobu, tak prostě krom toho paralenu a zábalu já nic nemám. Novalgin že.

Co jiného chcete dát, ten klient je schvácený, jde to strašně rychle, u těch starších lidí to je jak u dětí. Dehydratování, i když pije. Potí se.“ (S3)

„Paní si vytáhla sondu.

RZP: No zaveďte ji sama.

Sestra: Já ji umím zavést, ale nemám lékaře u sebe. Co když se něco stane.

RZP: Tak ji přikurtujte.

Sestra: Ale já ji nesmím kurtovat. Já nejsem v nemocnici a musím mít schválení rodiny, schválení lékaře a byl to víkend.

RZP: To nemyslíte vážně, že ji budete vozit dvakrát denně.

Sestra: Něco vymyslete, do pondělka to musíme nějak vydržet, než nám to posvěti lékař a posvěti nám to rodina. Vždyť oni to musí podepsat, já nemůžu toho člověka přikurtovat.

Tady není v nemocnici, tady je doma.“ (S3)

Další vlastností je **neporozumění** v dimenzi časté. Sestry uvedly, jak často se setkávají s tímto problémem, když musí klientovi přivolat rychlou zdravotnickou pomoc.

„Někdy i ta spolupráce s tou rychlou: Ježíš zas volá domov...“ (S3)

„Často míváme tyto potíže s tou záchrannou službou, že nechtějí, jsou neochotní, nebo nám dokonce nadají, že to neumíme vyřešit tady. Ale my to nemůžeme vyřešit tady, nemáme tu možnost takové léčby jako v nemocnici. A toto je tady dlouhodobý problém.“ (S1)

„Doma když člověk je, tak taky jde na pohotovost, když se necítí dvakrát dobře. Nečeká si na svého lékaře. Na jednu stranu, vy to neumíte vyřešit, na druhou stranu, no jo vy jste domov vy to tak nemáte. Ta legislativa v tom taky trochu vážne.“ (S3)

„A toto my často slyšíme, že se jim to nelíbí, že oni ty klienty do té nemocnice od určitého věku už asi moc nechtějí převážet“ (S1)

Poslední vlastností této kategorie je **nedostatečnost**, v dimenzionálním rozsahu negativní. Podle sester je zřejmé, že jsou si vědomy kompetencí, které jako sestry mají. Jsou ale toho názoru, že pokud by měly po ruce lékaře častěji, nemusely by ani ony ani klienti být vystavovány etickým problémům, zejména v rozhodování, jestli přivolat RZP nebo ne. Péče o seniory by pak byla ještě více kvalitní, než je teď.

„Aby ta péče byla co nejkvalitnější, tak si myslím, to si myslíme všechny ty sestry, že ten lékař je málo dvakrát do týdne na pár hodin. Máme tu 200 lidí a jsou to nemocní lidé s těžkými diagnózami, tak si myslíme, že ta lékařská péče by tu měla být častěji. A ta péče jak lékařská, tak té sestry je tu opravdu nutná.“ (S1)

„Já jsem limitována v tom, že jsem tady sestrou. To je moje práce. A jsem tady jako sestra.“ (S2)

„Jako my nemůžeme žádné léky podat.“ (S3)

„Antibiotika nasadit nemůžu, nemůžu ani nic udělat, nemůžu udělat CRP, nemůžu udělat nic. Takže prostě nemá se člověk od čeho odrazit.“ (S3)

„Kdyby ten lékař tady byl. On je tu dvakrát týdně celý den, ale my bychom potřebovali, aby tu byl denně 2 hodiny. Hodiny by byly stejné, pokryté. Ale aby denně jsme se s ním mohli poradit. Kdežto on, když tu není od čtvrtka do úterka, to je tak strašně dlouhá doba, že prostě co mamá dělat.“ (S3)

Kategorie č. 6: ETIKA UMÍRÁNÍ aneb „člověk má právo připravit se“

Vlastnost	Dimenze
Zachování hodnot	Velmi důležité
Komunikační schopnost	Přínosná
Obtížnost	Velká
Otevřenost	Potřebná
Zájem rozvíjet znalosti	Přínosný

První vlastností poslední kategorie je **zachování hodnot** v dimenzi velmi důležité. Sestry jsou konfrontovány s umíráním velmi často a je důležité, aby zachovávaly důstojnost až do poslední chvíle. Aby v jistém smyslu bylo umírání pro klienty příjemné.

„Tím že mám terminální onemocnění, na které zemřu, neznamená, že ještě nemůžu žít kvalitní život nějak jinak než jenom v nemocnici.“ (S2)

„Jako prostě ano, ať nemá bolesti, je čistý, v pohodě, bez bolesti, ale už bude třeba jen tak pospávat a pomaličku odcházet.“ (S3)

„A toto připomínáme pořád i těm ošetřovatelkám, aby se před ním nepřerekli, neřekli něco nevhodného ohledně toho umírání. Snažíme se k nim chovat, jak kdyby byli při plném vědomí, i když víme že ten klient umírá. oslovujeme ho. Informujeme ho o těch úkonech, které jdeme dělat.“ (S1)

„Když už vidíme, že je to terminální stádium. Nutíme toho lékaře, aby to rodině zavolał. Že můžou přijít kdykoliv. Pokud tady chtějí být s tím klientem. Tak můžou. Umožníme jim, aby tady klidně byli celou noc. Kolikrát jsme měli pocit, že klient čeká. Má tři děti, dvě tu byly a čeká na toho posledního až dojde a pak zemřel. Že si říkám to není možné. Tak dlouho se drží a až přijde ten poslední, tak v klidu odejde.“ (S3)

„Takže respektujeme přání klientů a těch rodin.“ (S1)

„Člověk vidí, když už jsou v těch stádiích. Ty ostatní klienty jako oddělit je. Alespoň tou plentou.“ (S3)

„Zaklepeme, i když víme, že nám neřekne pojdte dál.“ (S1)

Další vlastností je **komunikační schopnost** v rozsahu přínosná. Komunikaci můžeme považovat za jeden z vůbec nejdůležitějších etických aspektů. Zejména pokud se jedná o komunikaci s umírajícím. Respondenti v rozhovoru popisují, jaké mají zásady v komunikaci s umírajícím klientem.

„Ale myslím, že pracovat s dětmi a lidmi, kteří brzo odejdou je úplně jiná v komunikaci. To jsem o tom přesvědčená.“ (S2)

„Já si myslím, že se snažím abych se s úctou vždycky s těma lidma bavila. Snažím se na to dávat pozor. A někdy abych je rozesmála a přinesla nějakou dobrou náladu. Aby pocítili, že jdu přímo za nimi.“ (S2)

„Říct mu budu se snažit abyste neměla bolesti. Budu se snažit ty bolesti zmírnit, najdu vám něco. Uděláme pro to všechno. Buďte ráda, že jste tady, však i ležet můžete, na vozíčku pojedete ven. Říct to jinou cestou, a ne že to bude dobré, když víme že nebude.“ (S3)

„Ale když už má klient nějakou diagnózu a víme, že už dlouho tu nebude, je to terminální stav, tak komunikujeme s tou rodinou, jestli klient zůstane tady nebo bude převezen do nemocnice. A většinou chtějí, aby zemřeli tady, v domácím prostředí, málokdo chce, aby byli převezeni do nemocnice.“ (S1)

„Komunikace u něj i v bezvědomí, že na toho klienta mluvím, když je apatický, stále s ním mluvím, co u něj dělám, protože jsem přesvědčena o tom, že ti lidé nějakým způsobem vnímají. No a komunikuji, pokud to jde tak i s tou rodinou.“ (S2)

„Komunikujeme s rodinami klientů, pokud mají zájem a mají mezi sebou dobré vztahy, aby se přišli rozloučit.“ (S1)

Obtížnost je další vlastností, které je přiřazena dimenze velká. Tady sestry v rozhovorech uvedly, co považují za nedostatky, které vidí při práci s umírajícím klientem. Co by se mělo více rozvíjet.

„Tady morální dilema by bylo spíš při rozhodování ve vážných situacích, jeho zdravotních. Kdy zatím jsme ještě vystaveni, takovým rolem, jak poskytnout klientovi informaci o tom, že člověk umírá, když já jako sestra napřímo nemůžu.“ (S2)

„Ale vidím že to jako chybí, protože já jako sestra mohu poskytnout mnoho informací rodině, ale neznamena to, že musím sdělit diagnózu. Já můžu v tom ošetrovatelském procesu mluvit a provázet toho člověka taky dost. A to je dilema, kdy to tady stojí, kdy já tady stojím jako zdravotní sestra a kdy tady stojím a mohu ty informace poskytovat a kdy nemohu a musím se spolehnout jenom na informace lékaře o jak komunikuje s rodinou a tak dál.“ (S2)

„Já bych řekla že i ti lékaři, že prostě málo informují. Nebo nedokážou říct, že už je to terminální stádium, už ho nebudeme zachraňovat.“ (S3)

„Nemyslím to ve špatném duchu, ale je to v těch otaznicích, kdy nevíme, jak v takových situacích stát, protože víme, že to my nemůžeme, že to musí lékař a lékař tady běžně není. Takže je to taková past i pro ty rodiny, i pro nás, že je to to dilema kde ještě stojíme, a ještě se to musí tady dopilovat.“ (S2)

Další vlastností je **otevřenost**, která je potřebná. Respondenti jsou toho názoru, že by se o smrti mluvit mělo a mělo by se toto téma detabuizovat. A pokud se nebudou bát mluvit sestry o smrti, pak by mohli být umírající výrazněji vyrovnáni s jejich prognózou a mohli tak krátký čas strávit o to kvalitněji.

„Já si myslím, že by se to klientům říkat mělo, že umírají, akorát musíte vědět kdy a udělat si na to ten čas, pokud chcete o tomto mluvit musíte mít ten prostor. Protože vždycky každý zareaguje emotivně, je to přirozená reakce člověka, je to tak nastavené v nás, to znamená, že když si chci říct s tím člověkem, jak se věci mají, musím umět pracovat s emocema a nebát se toho.“ (S2)

„Už mu neříkám bude to dobrý. Bude Vám líp. Ten klient už to cítí na sobě. Cítí, že se blíží ten konec. Takže si myslím, že je to prostě takové lhaní, mu do očí.“ (S3)

„Toto je takové všechno prostě: Kdy to říct? Kdy to neříct? Komu to říct? Kdo to unese?“ (S3)

„To je ta bolest té medicíny, že jsme tu smrt vyloučili ze života a že nejsme schopni, a pořád léčíme, léčíme a za každou cenu. Že překračujeme ty hranice a mluvit o smrti je pro nás strašně těžké. Ale tak nějak postupně podávat ty informace si myslím že by bylo daleko lepší, dřív začít. Takže tady to ještě takhle není. Myslím si, že máme velké rezervy.“
(S2)

Úplně poslední vlastností je **zájem rozvíjet znalosti** s dimenzionálním rozsahem přínosná. Sestry jsou si vědomy toho, že ohledně etiky umírání jsou stále velké rezervy a samy se chtějí v oblasti komunikace, paliativy a umírání dále rozvíjet. Což je velké pozitivum.

„...o paliativě se musíme učit. Protože zaprvé jsou to nové poznatky a za druhé se pořád k těm lidem potřebuje člověk nějak dostávat, chápat je, proč jsou takové věci, proč se dějí. A i ta medicína se v tomto směru rozvíjí a potřebujeme se naučit komunikovat s rodinou.“
(S2)

„A ta paliativní péče už se tady taky začíná rozvíjet.“ (S1)

„Je to teď ten rozkvět, kdy začíná ta paliativa.“ (S2)

„My budeme mít seminář o té paliativě, ale třeba když už někdo z těch lékařů z té paliativní péče by chodil sem a mluvil. I s náma, s těma pečovatelkama. I po telefonu. Je jich málo a nemají čas na to.“ (S3)

„Anebo už tady máme vedené některé pacienty jako paliativní, kdy víme že v této situaci, že už v této situaci si přejí nejezdit do nemocnice a chtěly by zůstat tady. Tak tady vidím tu cestu, že člověk už daleko dopředu rozhodl, jak by to chtěl, a to si myslím, že má pak smysl. Protože to tak chce on a nevystavuje tak ani nás, nikoho, aby za něj rozhodoval v takových okamžicích. Ale zároveň si myslím, že jsme povinni mu poskytnout důstojný odchod bez bolesti a opravdu to utrpení jsme snížili na minimum.“ (S2)

3.2.3 Interpretace dat

Nyní se dostáváme k interpretaci výzkumné analýzy. Na začátku empirické části jsme uvedly otázky, které budou v této části zodpovězeny.

- **Jaké etické zásady dodržují sestry v péči o seniory?**

To, že by sestra měla dodržovat etické zásady v ošetrovatelské péči jsme si již řekli v části teoretické. Mě ale zajímalo, jak se k této otázce staví respondenti. Dodržují některé z etických principů? Jak se staví k lidské důstojnosti? Jsou sestry důsledné a pečlivé pouze ošetrovatelských výkonech, nebo přistupují v péči komplexně a nezapomínají na klientovu důstojnost a psychické pohodlí ve všech situacích? Snaží se zachovat klientovu hodnotu až do poslední chvíle? Myslím, že během rozhovorů jsme na tuto otázku dokázali zodpovědět.

Hned v první kategorii se ukázalo, že sestry opravdu vnímají důstojnost jako velmi důležitý aspekt péče. Jsou si vědomy, že zdravotní stav, který může seniora omezit, je pro něj hlavně přítěží. A proto je důležité připomenout, že je tu pro něj stále někdo, kdo k němu bude přistupovat s úctou a respektem, kdo bude zachovávat jeho diskrétnost a intimitu. Jsou též toho názoru, že pokud je s nimi jednáno eticky a slušně, dokážou některé drobné chyby přehlédnout. Uvědomují si, jak velké je tu riziko zneužití, když jsou senioři ve slabší pozici, a proto mají na paměti i jejich bezpečnost. Nejen po fyzické stránce, kdy můžeme seniory spojovat s vyšším rizikem pádů na základě jejich onemocnění či komorbidit. Chrání také jejich osobní údaje, které by je mohly poškodit. Zajišťují soukromí, které může být v sociálních službách značně omezeno, pokud je třeba více klientů na jednom pokoji. Když zazněla otázka, jaké etické principy sestry uplatňují, sestry nedokázaly přesně odpovědět. Znamená to, že je ale nedodržují? Neuvědomují si je? Rozhodně ne. Pokud bychom zmínili etické principy jako prospěšnost důvěryhodnost či bezpečnost, myslím že sestry jsou si vědomy, jaké etické principy mají využívat. Možná je v daný moment nedokázaly přesně charakterizovat, rozhodně si ale uvědomují důležitost dodržování těchto zásad. A věřím, že v praxi i využívají.

Každá respondentka charakterizovala sestru jako empatickou. To by alespoň měla být její povahová vlastnost. Empatie rozhodně v péči o seniory na místě je. Možná se nedokážeme zcela přesně vcítit do člověka, i když takhle empatie bývá charakterizována v mnoha definicích. Nikdy nezažijeme jeho bolest, jeho trápení a obavy. Je ale na místě abychom hledali porozumění. Snažili se najít podstatu, proč se daný člověk

tak chová, proč tak jedná. Neustále se setkáváme s individuálním přístupem u pacientů a klientů, pokud by ale sestra měla přistupovat individuálně měla by mít také empatii, která ji pomůže určit, jak k danému seniorovi přistupovat. To by dle mého názoru mělo být další zásadou etické péče.

S individuálním přístupem rozhodně souvisí i individuální aktivizace seniorů, která má pozitivní vliv na psychiku seniorů a mohou tak zahnat pocit nepotřebnosti. Alespoň jim můžeme dalším způsobem pomoci si uvědomit, že jejich život má hodnotu a mohou čas prožívat efektivněji. A tím že je to individuální aktivizace, sestry akceptují i to, kdy klient chce být sám. Zde se nám ale odráží další z principů a tím je autonomie.

Další zásadou při práci se seniorem je rozhodně trpělivost. Zejména v komunikaci a spolupráci při poskytování ošetrovatelské péče. Uvědomují si, že s věkem se spolupráce zhoršuje. Zejména pokud pečujete o klienty, kteří mají degenerativní změny na mozkové tkáni, jako je například stařecká demence, či Alzheimerova nemoc. Je důležité, aby sestra zachovala svoji profesionalitu, trpělivý přístup a pomalu, opakovaně informaci sdělila, aby klient obsah sdělení pochopil. Také to chce předvídavost, která nám o klientovu zdravotním stavu hodně napoví, a sestra může obratem na danou situaci reagovat

Co ale sestry nabíjí? Pokud je práce se seniory tak náročná, proč se rozhodly s nimi pracovat? Nevybraly si jinou věkovou skupinu? Často uváděly právě vděčnost. Senioři, samozřejmě na výjimky, jsou rozhodně skupinou pacientů/klientů, kteří umí dát najevo, jak moc si vaší práce váží. Ať už verbálními projevy, kdy Vás pochválí, když jsou spojeni ale také už jenom to, že se usmějí jim stačí. A vědí že jejich práce je naplňuje. Sestry popisují, jak je pro nich pozitivní, pokud chtějí komunikovat ať už je to o čemkoliv.

Nezapomínejme ale ani na kolegiální, kterou bych taky považovala za etickou zásadu v péči o seniory. Pokud nefunguje skvěle a sehraně tým, který pečuje o seniora, nemůže být pak ani péče plně a kvalitně poskytována. Navíc zde se taky odráží komunikace jako důležitý aspekt. Efektivní komunikace by měla být i mezi kolegy. Navíc podle toho, jak je nastavený kolektiv, tak se bude odrážet i etický přístup ke klientům.

- **S jakým neetickým chováním se sestry setkávají u personálu v péči o seniory?**

V předchozí otázce jsme si zodpověděli, jaké mají sestry zásady a co by měly dodržovat. Bohužel se budeme muset seznámit i s otázkou celkem negativní. Je možné, aby se v dnešní době setkávaly sestry s neetickým chováním personálu k seniorům? Za mě ano. Několikrát jsem se za svou praxi setkala s chováním personálu k pacientům, které se mi nelíbilo. Zajímalo mě, jak na to nahlíží respondenti. Setkali se s něčím podobným?

Ano, každá ze sester uvedla, že se setkala nebo dokonce setkává s jednáním, které považovala za neetické. Jako velmi závažné vidí to, pokud se zdravotnický pracovník staví do pozice, kdy dává najevo svou moc nad oslabeným jedincem. Seniori pak ztrácí důvěru, bojí se. Potlačují svoje potřeby, aby nemuseli žádat o pomoc někoho, kdo se nad ním povyšuje.

Sestry taktéž vnímají nepříjemné chování personálu, kdy považují za nevhodné, jak přistupují k seniorovi. Nelíbí se jim, pokud využívají nevhodné výrazy, které by se jich mohlo dotknout. Může se jednat také o situace, kdy je klient v terminálním stádiu a umírá, ale pečující personál hovoří před ním osobně o nevhodných věcech, které by klient rozhodně slyšet neměl, ale myslí si, že v tomto stavu už nevnímá. Je to opravdu tak? I když klient už nemusí být schopen komunikace, neznamená že nevnímá okolí. Proto a za všech podmínek, by se měla dodržovat důstojnost.

Dalším je rozhodně narušení intimity. Ať už vědomé či nevědomé. V obou případech se rozhodně jedná o porušení soukromí člověka. Může být na vinně profesní deprivace, kdy se dá se říct, že se profesionálně zapomeneme. Jelikož péče o lidské tělo pro nás není nic nevšedního a často si nemusíme uvědomit, například v otázkách hygieny, do jaké situace člověka vystavíme. Nicméně opět bychom se měli zastavit a říct si: Líbilo by se to nám? Během provádění rozhovoru jedna ze sester dokonce uvedla příklad, kdy se jednalo o narušení intimity přímo u ní osobně. I když to byla v ten moment negativní zkušenost, nakonec to popsala, že je to vlastně dobře. Že člověk si zkusí, do jaké pozice, může pacienta/klienta vystavit. Špatné je, pokud se jedná o vědomé narušení intimity, kdy k tomu někdo přistupuje se záměrem, aby pacienta/klienta zostudil. K tomuto už by se dalo jen říct, proč vůbec vykonávají tuto práci...

Často se může objevit také nepřizpůsobivost. Pokud bychom hovořili o laické veřejnosti, je zřejmé, že si často nedokáží představit, kolik degenerativních změn musí na svém těle senior snášet. Jak je to ale v zařízeních, které o seniora pečují? Musí si být vědomi toho, že schopnost sebepéče klesá. Nejednou ale respondenti uvedli, že se setkávají s nepřizpůsobivostí personálu k seniorům a nedokáží pochopit, že včera člověk mohl a dnes nemůže. I tady bychom měli ale přistupovat individuálně k seniorům a jejich potřeby zvládat hodnotit.

Spravedlnost je rozhodně je dalším z etických principů, které sestry dodržují. Během rozhovorů respondentky reflektovaly, že pokud se senior dostane do nepříjemné situace. Snaží se o nápravu. A to je podle mě velmi pozitivní. Vždy se najde někdo, kdo bude jednat nemorálně, ale důležité abychom byli schopni na tyto nedostatky poukázat. Nicméně je to také odrazem naší lidskosti.

Zajímalo mě tedy proč? Proč pokud někdo chce pracovat s lidmi se dokáže chovat tak nehumánně? Zeptala se jsem se tedy respondentů, co vidí oni během své praxe za determinanty, které dokáží ovlivnit chování a jednání zdravotníka. Všechny tři sestry nezávisle na sobě uvedly, že největší přínos má rozhodně syndrom vyhoření. Že i když jednou sestry nastupovaly do práce s nadšením, teď je práce nenaplňuje. Toto je velmi široké téma a nezabíhala bych do podrobností, nicméně ukazují to jako příklad, kdy není poškozena jen sestra, ale i okolí. Dále je na místě rozhodně kolektiv, pokud se najde jedinec, který dokáže skupinu devastovat, je pak těžké, aby se jeden člověk z kolektivu snažil o nápravu. Proto by měl i management být nastavený tímto směrem a říct, kdy se zachází za hranice a chtěl, aby péče o seniora byla kvalitní. Dále sestry uváděly, že už se jedná o takové typy lidí. Práce je nenaplňuje, ale jsou rádi, že nějakou sehnali, a tak tam chodí spíše rutině. Je to ale dobře? Pokud se neustále snažíme o kvalitní a holistickou péči, jde pak velmi lehce narušit.

- **Co vnímají sestry za etický problém/dilema v péči o seniory?**

Dostáváme se k poslední otázce a tou je, co je pro sestru vlastně etický problém či dilema. Po celou dobu rozhovorů, jsem poukazovala na to, že nechci žádné definice, ale jejich příběhy, s čím se ony osobně jako sestry setkaly. A jelikož všechny tři respondentky mají za sebou mnoho let praxe, zajímalo mě, co je pro ně osobně etický problém. Zejména v domově pro seniory.

V čem vidí nedostatky a jak obrovská zodpovědnost na nich leží? Je s tím je spojena obrovská rozhodnost v jejich práci, aby pomohly klientovi. Rozhodně se liší nemocniční péče od zdravotně-sociálního zařízení. Problémem je totiž lékař. Dochází do domova dvakrát týdně, ale co ty ostatní dny? Pokud dojde ke zhoršení stavu u klientů je tu sestra, která musí zakročit. Je si ale vědoma svých kompetencí, které má jako sestra. I když ví, co by mohlo pacientovi v dané chvíli pomoci, nemůže bez indikace lékaře daný úkol provést. Navíc je omezena i nedostatkem vybavení a další. Pokud ale sestra vidí, že klientův stav není příznivý, nemůže situaci neřešit. Jednalo by se tak o závažné poškození. Proto pokud vyčerpala všechny možnosti, které jsou jí povoleny, ale ani to nestačí, musí přivolat rychlou záchrannou pomoc. A zde už se dostáváme do situace, kdy často nastane konflikt mezi sestrou a rychlou záchrannou pomocí. Ukvapeně zhodnotí situaci, že o nic nejde a proč vlastně volali. Proč to neumí vyřešit sami. A často je zde velké nepochopení.

Dokážu asi vnímat obě strany. Chápu rychlou záchrannou pomoc, pokud je přivolána třikrát za víkend a daný klientův problém, je nejspíš pro ně banální. Není však ale takový, že by ho nemohl časem ohrozit na životě. A zde se dostáváme na velmi tenkou hranici, jakému náporu je sestra vystavena. Přebírá zodpovědnost za seniory, za jejich život a při zhoršení stavu musí jednat. A právě to je přeci dalším z etických principů. Neškodit. Sestry se mi tak svěřily, že toto je jejich dlouhodobý problém, se kterým se potýkají.

Další dilema, se kterým se sestry setkávají, je rozhodně etika umírání. Samy respondentky uvedly, že je to velké téma, na kterém je potřeba ještě více pracovat. Zejména v oblasti komunikace.

„Toto je takové všechno prostě: Kdy to říct? Kdy to neříct? Komu to říct? Kdo to unese?“ (S3)

A já s tím nemůžu jinak než souhlasit. Neustále se učíme o prevenci a zachování zdraví, ale součástí naší profese je také doprovázení člověka při umírání.

„To je ta bolest té medicíny, že jsme tu smrt vyloučili ze života a že nejsme schopni, a pořád léčíme, léčíme a za každou cenu. Že překračujeme ty hranice a mluvit o smrti je pro nás strašně těžké.“ (S2)

Co se týká paliativní péče, opět do toho nebudu zacházet dopodrobna. Není tématem mojí práce. Samy respondentky, ale v rozhovorech uvedly, že jsou rády, jakým směrem se koncept paliativní péče ubírá. I když nestudují nějakou dobu, jsou rády, že budou mít v nejbližší době v domově semináře k paliativní péči a budou se moci více dozvědět o této problematice. A tak zlepšit etiku umírání.

4 DISKUZE

Tato část práce je věnována ke shrnutí jednotlivých cílů, které byly stanoveny v praktické části. Cíle se vztahovaly se na to, jaký pohled mají sestry na etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů. Výzkumu se zúčastnily 3 respondentky, všeobecné sestry pracující v domově seniorů. Výzkum se uskutečnil formou rozhovoru a výsledky byly následně analyzovány. Byly vytvořeny kategorie a následně vlastnosti s dimenzionálním rozsahem. Tyto data byly interpretovány, a tak byly zodpovězeny doplňující otázky výzkumu.

Ve výzkumné části práce bylo cílem analyzovat pohled sester na etiku v ošetrovatelství u seniorů, jejich zkušenosti a nedostatky které zaznamenávají. Z interpretovaných výsledků bylo možné zodpovědět na formulované otázky.

Utvdili jsme se tak, že jsou etické principy a zásady v ošetrovatelství dodržovány. I když sestry přesně nespecifikovaly, jaké principy využívají, neznamenalo to, že by etické principy neznaly. Ony je znají, uvědomují si je, využívají je všechny v každodenní praxi, aniž by si byly vědomy toho, jak se nazývají. Což je velmi důležité, vidět, že se někdo v péči o seniora chová podle etických principů a zásad. **Autonomie:** „Zjišťovat u těch klientů čím by se přes ten den mohli bavit. Ne že bude jenom celý den na tom pokoji sedět, nebo ležet a nebude žádná aktivizace. A někteří klienti chtějí mít zase úplný klid, nechtějí nic. A tak by se k tomu mělo přistupovat, respektovat, co ten klient chce.“ (S1). **Prospěšnost:** „Tím že mám terminální onemocnění, na které zemřu, neznamená, že ještě nemůžu žít kvalitní život nějak jinak než jenom v nemocnici.“ (S2). **Důvěryhodnost:** „Přístup ke klientovi, chránění jeho osobních údajů, nezveřejňovat věci které se odehrají při práci s nimi, chránit to jejich bezpečí.“ (S3). **Pravdomluvnost:** „Já si myslím, že by se to klientům říkat mělo, že umírají, akorát musíte vědět kdy a udělat si na to ten čas, pokud chcete o tomto mluvit musíte mít ten prostor. Protože vždycky každý zareaguje emotivně, je to přirozená reakce člověka, je to tak nastavené v nás, to znamená, že když si chci říct s tím člověkem, jak se věci mají, musím umět pracovat s emocema a nebát se toho.“ (S2).

V praktické části není mezi kategoriemi zařazena zásada komunikace. Můžeme ji pokládat za velmi důležitý aspekt etiky v ošetrovatelství. Proč jsem ji ale nevytvořili jako samostatnou kategorii? Jednoduše. Komunikace je tak podstatnou součástí, toho, jak máme přistupovat eticky k seniorům, takže komunikaci nešlo vyčlenit do samostatné kategorie, jelikož se prolíná všemi odvětvími.

Stejným či podobným tématem se zabývají i jiné bakalářské práce. Uvedme například práci na téma „*Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči*“. Výzkum probíhal kvantitativní metodou, formou nestandardizovaného dotazníku a respondenti byli všeobecné sestry. Popisuje zde jaké aspekty sestry preferují, respektování intimity pacienta či zajištění práva pacienta na klidnou a důstojnou smrt. (Heroldová, 2020)

Můžeme upozornit na další témata, na které jsme během rozhovorů narazili. Nekorespondují zcela s obsahem této práce, nicméně můžeme poukázat na danou problematiku, která by mohla být podnětem dalšího zkoumání. Sestry jsou toho názoru, že jejich práce v sociálních službách je dost podceňována. Potencionální badatel by se mohl zabývat faktory, které ovlivňují to, proč jsou sestry v jejich práci podceňovány. Proč jsou jinak platově ohodnoceny než v nemocničních zařízeních. Pokud se liší náplň práce, jak se ale liší náročnost?

„Obecně si myslíme, že ta práce sestry v sociálních službách je stále hodně podceňována. I eticky, i vůči té sestře, že je to práce s klienty, kde je potřeba individuální přístup. Každý je jiný, každý má své určité vlastnosti ten klient a věkem to ještě víc graduje. A pořád s nimi pracovat, protože ti lidi nevidí nikoho jiného než nás a ošetřovatele. Takže tak jak se k nim chováte, tak mají i oni svůj den. A to všechno se odráží na celkovém stavu toho klienta.“ (S1)

Jako další můžeme přidat výrok jedné ze sester, který by mohl být opět podnětem k řešení problematiky.

„Já to vidím, mám dvě dcery, obě na zdravotce. A když chodí na praxe, tak slyším, co se děje. A ony už nechcou být sestrama. Protože tam vnímají přesně tady tu negativní atmosféru, tak jsem si říkala, je toho obrovská škoda, protože ta práce je svým způsobem i hezká, protože máte co dát.“ (S2)

Chování a jednání zdravotnických pracovníků, nebo to co se odehrává, na pracovišti výrazně ovlivňuje pacienty/klienty. Nezapomínejme ale, že na pracovištích zdravotnických či zdravotně-sociálních služeb se objevují studenti zdravotnických oborů, kteří dochází na praxe. Ať už se jedná o chování k pacientovi, kolegům, či právě studentům. Nelíbilo se mi to a považovala jsem to za nemorální. Proč ale tohle všechno dělat? Neustále se mluví o nedostatku zdravotníků, tak proč je odrazovat? Myslím, že by to mohlo být tématem pro tvorbu dalšího a detailnějšího výzkumu.

ZÁVĚR

Etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů jsou stále aktuálním tématem a podstatnou součástí ošetrovatelství. Sestry si jsou vědomy toho, za jakých etických podmínek přistupovat k seniorům. Jsou si vědomy, že zhoršený stav, který může seniora omezit, je pro něj hlavně přítěží. A proto je důležité připomenout mu, že stále hodnotu jeho život má. Že je tu pro něj stále někdo, kdo k němu bude přistupovat s úctou a respektem, kdo bude zachovávat jeho diskrétnost a intimitu. Neměli bychom tento přístup upozadovat, i když tím lidský život neprodloužíme, rozhodně ho můžeme výrazně zpříjemnit. A i když je práce se seniory více náročná, než s jinými věkovými skupiny je svým způsobem i hezká. V praktické části jsme ale upozornili i na nedostatky, které se v péči o seniory mohou objevovat. I když se chyby budou odehrávat vždy, je důležité znát faktory a umět s touto situací pracovat.

Výzkum nám zodpověděl na otázky, které byly určeny na začátku praktické části. Můžeme si je tedy ve zkratce zrekapitulovat:

Jaké etické zásady dodržují sestry v péči o seniory?

Jak už jsme uvedli v diskuzi, bylo potvrzeno, že sestry dodržují etické principy, za důležité aspekty péče vnímají také důstojnost, empatii a další cnosti profese. Uvědomují si chránění intimity. Za důležitou považují taktéž zásadu komunikace, kde může dojít k mnoha pochybnostem. A samozřejmě respektovat pacientovi potřeby.

S jakým neetickým chováním se sestry setkávají u personálu v péči o seniory?

S etickým chováním se sestry setkávají. Ať už se jedná o nevhodná slova až po vystavení seniora do situace, kdy ošetřující personál může projevit moc nad nesoběstačným či částečně soběstačným klientem. A může dojít k velkému riziku zneužití.

Co vnímají sestry za etický problém/dilema v péči o seniory?

Jako příklad bych uvedla výrok jedné ze sester.

„Tady morální dilema by bylo spíš při rozhodování ve vážných situacích, jeho zdravotních. Kdy zatím jsme ještě vystaveni, takovým rolem, jak poskytnout klientovi informaci o tom, že člověk umírá, když já jako sestra napřímo nemůžu.“ (S2)

„Konat dobro a vyhybat se zlu, je primum principium celé etiky.“ (Pellegrino)

Doporučení pro praxi

- Opětovně si nastudovat Etický kodex sester
- Zlepšení komunikačních schopností například účastí na seminářích
- Začít se více zajímat nejen o fyziologické potřeby, ale také o potřeby spirituální
- Častější aktivizace seniora během dne
- Rozvíjet se ve znalostech paliativní péče, účast na seminářích, konferencích
- Požádat vedení domova o častější přítomnost lékaře

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BUŽGOVÁ, R., 2007. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory. *Kontakt*. 2007, 9 (1), 65-69. ISSN 1212-4117. DOI: 10.32725/kont.2007.008.
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HADDAD, L.M. and R.A. GEIGER, 2022. Nursing Ethical Considerations. In: StatPearls [Online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [cit. 2023-04-16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526054/?report=classic>
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. České ošetrovatelství. ISBN 80-7013-363-5
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6
- HEROLDOVÁ, M., 2020. *Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné také z: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/55976/thema/8319>. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.
- HEŘMANOVÁ, J. a kol., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HOLMEROVÁ, I., H. Vaňková a kol., 2014. Pohled na geriatrického pacienta, demence a některé další geriatrické syndromy. In: GEORGI, Hana, Cyril HÖSCHL a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Gerontologie: současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
- HUSTED, J. H. a G. L. HUSTED, 2008. *Ethical decision making in nursing and health care: the symphonological approach*. 4th ed. New York: Springer. ISBN 9780826115126.
- ICN – Etický kodex sestř vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2017. *Česká asociace sester* [Online]. [cit. 2023-06-05]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
- JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 8073681102.

- KALVACH, Z. a kol., 2014. Stáří, zdraví a životní koncept. In: ČEVELA, R. a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MEZEY, M. D. et al., 2002. *Ethical patient care: a casebook for geriatric health care teams*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. ISBN 0801867703.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- ONDŘIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-271-1696-6.
- OPATRŇÁ, M., 2008. *Etické problémy v onkologii*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-1876-0.
- PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2. přepracované a doplněné vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.
- PTÁČEK, R. a P. BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 9788024739762.
- SCHULER, M. a P. OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 9788024730134.
- SLANÝ, J. a L. JAVOROVÁ, 2011. *Etika ve zdravotnictví*. Žilina: Georg. ISBN 9788089401567.
- STRAUSS, A. L. a J. CORBIN. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-x.
- SUMMERS J., 2019. Theory of Healthcare Ethics. In: MORRISON, E. E. a E. FURLONG, et al. *Health care ethics: critical issues for the 21st century*. Fourth edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 9781284124910.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2006 *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠIMEK, J., 2016. Specifics of nursing ethics. *Kontakt*. 18, 2, 64–68. ISSN 1212-4117. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.05.006

ŠIMEK, J. a V. ŠPALEK, 2003. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0440-4.

ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-271-0156-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

RZP Rychlá záchranná pomoc

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P II: Přepis rozhovoru č. 1 (S1)

Příloha P III: Přepis rozhovor č. 2 (S2)

Příloha P IV: Přepis rozhovor č. 3 (S3)

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 **Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecné ošetrovatelství (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Aneta Šestáková
Téma bakalářské práce	Etické aspekty ošetrovatelské péče u seniorů z pohledu sester
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Sylvie Chvatíková
 podpis
Metoda výzkumu	Kvalitativní výzkum technikou rozhovoru
Skupina respondentů	Všeobecné sestry
Pracoviště	Domov seniorů Břeclav, příspěvková organizace Podpis
	<input checked="" type="radio"/> Souhlasím <input type="radio"/> Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne ...1.6.-03-2023

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P II: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 1 (S1)

- Když se řekne ošetrovatelská etika, co si pod tímto pojmem představíte?
 - *Já si myslím, že to je vztah k tomu klientovi, aby tam byla zachována ta jeho diskrétnost, soukromí*
- Co víte o etickém kodexu sester?
 - Sestra přemýšlí, doplňuje otázkou, jestli se o tom učili na střední škole.
 - *U nás ve škole si myslím, že tenkrát ještě ne. O tom jsme se ještě neučili o tom etickém kodexu. Ale tak sestra by měla být vstřícná ke klientům, dodržuje intimitu, chová se k nim slušně, dodržuje pracovní postupy, a to si myslím, že všechno zahrnuje ten kodex.*
- Jaké etické principy uplatňujete?
 - Jmenuji, co patří do etických principů
 - *Myslím, že spravedlnost, ta je v první řadě a důvěra to taky*
- Byl/a jste někdy v situaci, která byla podle Vás v rozporu s etickými principy?
 - *Jo, stává se to i u ošetrovatelek a stalo se to i u lékaře záchranné služby. Myslím dvakrát se mi to tak stalo, a bylo to v jakémsi rozporu s tou etikou. Nelíbilo se mi to.*
 - Dokázala byste mi nějak tu situaci popsat?
 - *S tím lékařem záchranné služby, že jsem volala ke klientovi záchranku, protože měl potíže a ten lékař se zachoval, že řekl, že ten klient stejně zemře a proč chceme, aby se převážel do nemocnice. A stalo se to před ním, před tím klientem to řekl narovinu, a to se mi nelíbilo. Jenomže ti klienti, když mají nějaké potíže, my si nemůžeme dovolit říct, že neposkytneme první pomoc, nezavoláme rychlou. Takže to se mi nelíbí, když něco takového řeknou před tím klientem. Nebo třeba ošetrovatelsky se baví, když už ten klient je v tom terminálním stádiu, tak se baví pře ním, že umírá. Nevhodně se baví o tom klientovi, nebo rozebírají tam svoje soukromý před ním, nebo rozebírají ostatní klienty před klientem. To taky není pěkné. A různé takové situace jsou.*
- Zažil/a jste někdy situaci, kdy jste pokládala chování ke klientovi ze strany personálu za morálně nepřijatelné? Reagoval/a jste na tuto situaci? Jak?
 - Navazujeme na předchozí otázku
 - *Vždycky se snažíme, když něco takového vidíme, nebo slyšíme, jim říct, že něco takového se nehodí, že by se měli jinak chovat. Ale lékaři ze záchranné*

služby, to víte, tam si nemůžeme jaksi dovolit kritizovat ho, že by se to nemělo, i když on sám by to měl vědět. Snažíme se to vždycky vyřešit tu situaci, když je to pomocný zdravotní personál, tak se chová nebo někdo, tak snažíme se s nimi promluvit, že by to takhle nemělo být.

- Co považujete v ošetrovatelské praxi za největší morální dilemata?
 - *No, my máme často potíže s tou záchrannou službou, protože my tu máme lékaře jen dvakrát do týdne. A vlastně zdravotní sestra rozhoduje o jejich zdravotním stavu a když se ten klient fakt zhorší, my prostě nemůžeme to nechat jen tak a musíme zavolat. A toto my často slyšíme, že se jim to nelíbí, že oni ty klienty do té nemocnice od určitého věku už asi moc nechtějí převážet. Takže toto je takové morální dilemma, to často míváme tyto potíže s tou záchrannou službou, že nechtějí, jsou neochotní, nebo nám dokonce nadají, že to neumíme vyřešit tady. Ale my to nemůžeme vyřešit tady, nemáme tu možnost takové léčby jako v nemocnici. A toto je tady dlouhodobý problém.*
- Jaké si myslíte, že jsou determinanty, které negativně ovlivňují etické jednání u pomáhajících profesí.
 - *Tak u některých, když přijdou z domu se špatnou náladou, mají nějaké potíže v soukromí, nebo tady se s někým pohádají. U některých to je, že jsou to takové typy. Syndrom vyhoření, to u některých taky může ovlivnit.*
- Jaký dopad může mít na seniory nedodržení etického chování?
 - *No tak na ty seniory to má hlavně po té psychické stránce špatný dopad, protože i když si myslíme, že někteří klienti jsou dementní, nebo tak ale vnímají tyto situace a prostě oni potom taky se tak chovají, oni se brání vlastně. A taky on pak někdo řekne že se špatně chovají k personálu, ale to je odezva toho, jak se vlastně ti pracovníci chovají k nim. Když jsou hodné sestřičky a pěkně se chovají, mají pěkný přístup, tak i oni jsou hodní. Ale jak už vidí, že už jsou ty sestřičky nervózní, ta jsou i ti klienti takový podráždění. A to je vlastně všechno ta odezva. Že hlavně ta psychická stránka je zasažena.*
- Doplňuji otázkou, jestli sestra zažila, že se klienti i se zdravotním stavem zhoršili.
 - *Ono, když jsou třeba i diabetici, tak i z toho stresu, stoupne hladina glykemie. Nebo mají vysoký tlak. Takže ano někteří se horší i po té zdravotní stránce.*
- Má podle Vás veřejnost předsudky vůči seniorům? Jaké?

- *U některých jo, u některých to tak bývá, že si myslí že ti senioři už jsou nervózní a špatní, že je někteří hážou do jednoho pytle. Nerozlišují to člověk od člověka, individuálně. Takže najdou se i takový.*
- Setkal/a jste někdy s ageismem?
 - *Ta diskriminace, to si myslím, že už se tak nestává. Občas, když třeba ten klient přijde jako bezdomovec, tak ho berou, chovají se k němu jinak, odsuzují ho. Ale už se to moc nestává.*
- Jaké vlastnosti by měla mít sestra, která pečuje o seniory?
 - *Měla by být empatická, vstřícná, spravedlivá, hodná. Zajímat se o ty klienty individuálně, všechno u těch klientů individuálně posuzovat, nebrat to jako předpis, ale každého klienta brát individuálně a v každé situaci se mu snažit pomoci. I trpělivá by měla být, trpělivost, to hodně.*
- Jaký máte vztah k seniorům Vy osobně? Změnil se váš postoj k seniorům během vaší praxe?
 - *Tak člověk, když je mladší tak to bere jinak a když stárne a dělá tu práci už několik let, tak se snaží být víc k těm klientům empatictější a pozornější a diskrétní. A tím věkem se to zlepšuje, si myslím, nezhoršuje se to. Čím dýl je ten člověk v praxi, tak k těm klientům má bliž. Že tu práci dělá radši, jde to k lepšímu.*
- Jaké rozdíly pocítujete v ošetrovatelské péči o seniory, na rozdíl od pacientů jiných věkových skupin?
 - *Určitě. Protože když něco chcete po tom mladším pacientovi, tak spolupracuje s vámi. Ale vlastně když děláte s těmi staršími lidmi, kteří mají demenci, Alzheimeru, tak ti s vámi tak nespolupracují. Tam musí člověk hodně naslouchat. Aby k nějakému závěru došel. Musí být trpělivý. Musí poslouchat. Když k tomu klientovi jde musí mu to vysvětlit jaký úkon jde dělat. Nesmí tam dojít a začít něco dělat a klient ani neví co se děje. A zeptat se, jestli to pochopil, protože někteří to ani nepochopí. Musí být hlavně ten trpělivý přístup. Je to strašně náročné. Někteří klienti tam je ta demence, třeba už ve čtvrtém stádiu, tak oni ani neřeknou, jestli ho něco bolí, nebo jaké mají potíže, co mu je. Je to strašně složité, zjišťovat. Sledovat toho pacienta i po té vizuální stránce a snažit se zjistit co vlastně a potom když se vám nějak nezdá, poměřit ho. Tlak mu změříme, teplotu, glykémii, saturaci. Abychom*

věděli, čeho se máme chytit u toho klienta. Protože když jsme s nimi v kontaktu pořád, tak známe, jací ti klienti jsou a teď tam nastane změna nějaká, která se nám nezdá. Sledovat celkově ten zdravotní stav a vyšetřit si toho klienta. A ta spolupráce je daleko víc zhoršena, jak u těch mladších lidí. Ale to všechno tou praxí jde se naučit. A u některých klientů to tak bývá, že jeden den jsou lepší a potom ten další den už si ani neseďnou. A my třeba připomínáme i těm ošetřovatelkám, aby ten pitný režim byl dostatečný, protože když není dostatečný tak i ti klienti jsou horší. Takže na toto si dávat pozor. A hlavně ta týmová práce je důležitá.

- Právě v tento moment vchází do místnosti ošetřovatelka, která informuje sestru a tom, že se jí nezdá moč v permanentním močovém katétru u jedné z klientek a jestli by se na to mohla jít sestra podívat. Zhodnocuji tedy, že týmová spolupráce na tomto pracovišti opravdu funguje.
- *A tady to vidíte tu týmovou spolupráci. Protože ošetřovatelky jsou často s těmi klienty více v kontaktu jak my. A je důležité, že někdo přijde a řekne, no mně se ten klient dneska nezdá, pojd' se prosím tě podívat. A naopak když nám tu informaci někdo nedá, tak taky nevíme. A v této práci je to opravdu to nejdůležitější ta týmová spolupráce. Jako není to se všema ideální ta týmová spolupráce, jsme různí lidé, každý jiný. Ale když jsou tu dobré ošetřovatelky, tak všechno to potom jde.*
- **Jste něčím limitováni v poskytování kvalitní péče?**
 - *Aby ta péče byla co nejkvalitnější, tak si myslím, to si myslíme všechny ty sestry, že ten lékař je málo dvakrát do týdne na pár hodin. Máme tu 200 lidí a jsou to nemocní lidé s těžkými diagnózami, tak si myslíme, že ta lékařská péče by tu měla být častěji. A ta péče jak lékařská, tak té sestry je tu opravdu nutná. Jsou staří, nemocní a ta pomoc je tu potřeba opravdu často. Konkrétně všechny jsme toho názoru, že by bylo dobré posílit noční služby, pak se stane situace, že se začne horšit více klientů najednou a my musíme zhodnotit, ke kterému klientovi dříve, poskytnout tu pomoc, tu péči. Pak i ti klienti jsou nervózní, že museli čekat, ale my to neovlivníme. A za to my se tady vlastně zlobíme, jak to tady je. Obecně si myslíme, že ta práce sestry v sociálních službách je stále hodně podceňována. I eticky, i vůči té sestře, že je to práce s klienty, kde je potřeba individuální přístup. Každý je jiný, každý má své určité vlastnosti ten klient a věkem to ještě víc graduje. A pořád s nimi*

pracovat, protože ti lidi nevidí nikoho jiného než nás a ošetřovatele. Takže tak jak se k nim chováte, tak mají i oni svůj den. A to všechno se odráží na celkovém stavu toho klienta.

- Pokud pomineme základní fyziologické potřeby, jaké potřeby seniorů vnímáte za nejdůležitější?
 - *Individuální aktivizace, každému klientovi se věnovat individuálně, co potřebuje. Někdo má třeba rád dílnu, tam chodí klienti plést a háčkovat, různé výtvary dělají. Někdo má rád zase tu společnost, někdo chce být raději sám, aby se mu četlo na pokoji, rozhovor vedl, nebo jenom televizi. Zjišťovat u těch klientů čím by se přes ten den mohli bavit. Ne že bude jenom celý den na tom pokoji sedět, nebo ležet a nebude žádná aktivizace. A někteří klienti chtějí mít zase úplný klid, nechtějí nic. A tak by se k tomu mělo přistupovat, respektovat, co ten klient chce. Zjišťovat jaké má ten klient volnočasové potřeby. A na základě toho mu nabídneme, jaké má ten klient možnosti tady v domově. Aby ty klientovi potřeby byly uspokojeny dle přání.*
- Setkáváte se se zpětnými vazbami od seniorů? Hodnotí Váš přístup v ošetrovatelské péči?
 - *Určitě ano, když jsou spokojeni tak pochválí. A jsou spokojeni, když mají to, co chtějí. A když zase někdo něco neudělá, tak jak oni by chtěli, tak zas je zpětná vazba, třeba včera jsem to chtěla a nebylo mi to dopřáno. Takže opravdu ta zpětná vazba je. Takže jak pozitivní, tak negativní oni dokážou prezentovat, jak to bylo. A na nich to vidíte, když přijdete na ten pokoj, že jsou šťastní, že vás vidí. Když se třeba setkají s nevhodným chováním personálu, tak se nám většinou svěří. A říknou, že my se vám nechceme stěžovat, ale nelíbilo se nám to a to. Některí se třeba bojí a nechtějí, aby bylo ještě hůř. A když nastane nějaký problém, tak mi komunikujeme s koordinátorkou pečovatelek, která už si potom tu situaci řeší individuálně s pečovatelkami. A někteří klienti se svěří, ale říknou prosím Vás nikomu to hlavně neříkejte, my z toho nechceme mít další problémy.*
 - *Jak k takové situaci přistupujete, když si klient nepřeje, abyste to někomu řekla?*
 - *Podle toho, jaká je ta situace. Když je to opravdu jenom nějaká nepodstatná věc, a někteří klienti můžou být víc konfliktní a pořád si na někoho stěžují, tak si to nechám pro sebe. Ale když je to opravdu něco podstatného, došlo*

k nějakému konfliktu třeba, tak to řešíme přes tu koordinátorku, ale řekneme jí, že klient to nechtěl říkat, aby to nějak citlivě řešila, aby nebyli nazlobeni ještě na nás, že jsme to řekli.

- Jaké jsou Vaše osobní zásady v komunikaci s klientem?
 - *Držet si odstup, když si klient začne stěžovat v konverzaci na jiného klienta, o tom, jaký je, tak se snažím neposuzovat toho druhého klienta. Řeknu, že je to jejich osobní konflikt, který nemůžu posuzovat a je to jejich soukromá věc. Vysvětlím mu, že nemůžu mezi ně vstupovat. A nevykládat před klienty své osobní problémy. A pak ten klient třeba řekne no víte mně se ten lékař nějak nezdá, takže nehodnotit žádného z pracovníků, před tím klientem. Být milý k tomu klientovi, ale nehodnotit. A když řekne něco doktor, tak většina z nich tomu nerozumí, takže potom se ptají nás a je na nás abychom to tomu klientovi vysvětlili.*
- Jak hodnotíte komunikaci a spolupráci s rodinami klientů?
 - *Jo tak to je taky různé. S některými rodinami je velice dobrá spolupráce, všechno chápou to, rozumí tomu. A s některými, jsou konfliktní i ty rodiny. Někdo si myslí, že ten klient bude mít tu sestru 24 hodin pro sebe. Anebo si myslí, že ho sem dají toho rodiče a nebude se horšit, myslí si, že bude jen lepší a lepší. A potom vznikají konflikty, že ho dali sem a tatínek lehl. Jak kdyby nechtěli pochopit, že ten zdravotní stav bude zhoršovat. Myslí si, že ten klient nedostává takovou péči tak jak by měl. Občas se stane že nás i slovně napadají a jsou vulgární ty rodiny. Takže setkáváme se i s těmi negativy, ale většinou je s těmi rodinami dobrá spolupráce.*
- Jaké máte zásady v péči o umírajícího klienta?
 - *Tak to už jak jsem říkala na začátku, jak jsem říkala, že se ten lékař z té záchranky zachoval. Nemluvit před klientem i když umírá o jeho zdravotním stavu. A toto připomínáme pořád i těm ošetřovatelkám, aby se před ním nepřerekli, neřekli něco nevhodného ohledně toho umírání. Snažíme se k nim chovat, jak kdyby byli při plném vědomí, i když víme že ten klient umírá. oslovujeme ho. Informujeme ho o těch úkonech, které jdeme dělat. Neděláme v tom rozdíly. Zaklepeme, i když víme, že nám neřekne pojd'te dál.*
- Pokud jsou klienti na konci jejich života, kde nejčastěji umírají? V nemocnici, nebo se jim snažíte zajistit důstojný odchod ve vašem zařízení, kde se cítili jako doma?

- *My se snažíme komunikovat s těmi rodinami, když už je ten klient v terminálním stádiu, co si přejí. Podle toho, jaké jsou i diagnózy, když je klient zdravý a zhorší se, tak ho pošleme do nemocnice a tam zemře, tak je to tak. Ale když už má klient nějakou diagnózu a víme, že už dlouho tu nebude, je to terminální stav, tak komunikujeme s tou rodinou, jestli klient zůstane tady nebo bude převezen do nemocnice. A většinou chtějí, aby zemřeli tady, v domácím prostředí, málokdo chce, aby byli převezeni do nemocnice. Takže respektujeme přání klientů a těch rodin. A ta paliativní péče už se tady taky začíná rozvíjet. Komunikujeme s rodinami klientů, pokud mají zájem a mají mezi sebou dobré vztahy, aby se přišli rozloučit.*
- *Chcete doplnit něco co dnes nezaznělo k tomuto tématu*
- *Já myslím, že to bylo dost obsáhlé a že jsme všechno shrnuli*

PŘÍLOHA P III: PŘEPIS ROZHOVOR Č. 2 (S2)

- Když se řekne ošetrovatelská etika, co si pod tímto pojmem představíte?
 - *Představuju si různé i etické problémy, to znamená zásada komunikace. Jako zásadní etický problém. Potom tam souběžně patří úcta k lidskému životu, to znamená láska, úcta, způsob zacházení s člověkem, nejen v životě ale i při zacházení při umírání a s tělem zemřelého. To je pro mě asi takové základní vystižení té etiky*
- Co víte o etickém kodexu sester?
 - *Že je. Jsou tam pravidla, chováme se s láskou, úctou a respektem. Zároveň dodržujeme práci s dokumentací, protože to patří taky do toho etického aspektu a komunikace. Obsahuje, jak já se mám chovat k druhým a i ke kolegům. Když to shrnu, nedokázala bych ho vyjmenovat, už jsem do něj dlouho nenahlížela, ale co si tak vybavuju, tak jak má stát vůči druhým lidem a ke své profesi.*
- Jaké etické principy uplatňujete?
 - *Já to mám tak, že lidský život je jedinečný a každý člověk má právo na svou veškerou důstojnost. To je pro mě priorita, znamená ať je v jakémkoliv stavu, vždycky má nějakou důstojnost a hodnotu a já se musím podle toho chovat, přizpůsobit a nemůžu se povýšit nad to. Vždycky je ten člověk. Tak to mám alespoň já nastavené.*
- Byl/a jste někdy v situaci, která byla podle Vás v rozporu s etickými principy?
 - *V situaci jsem byla. Tak jako když se třeba kolegyně, nebo nižší personál povyšuje nad pacientem a když si myslí že je důležitější než ten člověk. A v podstatě místo toho, aby se vžili do toho člověka, tak si myslí ony, co je nejdůležitější. A to jako vidívám. A neříkám, že přímo tady v domově, to vidívám všeobecně s čím jsem se setkala. Ale myslím, když se sestra, jako povolání, pojme, že má nad tím pacientem moc. Tím si myslím že člověk jako nemocný, a protože je ne-mocný tak to slovo vystihuje že nemá právě nad sebou moc. A je tady obrovské riziko zneužití toho, že ta sestra může mít tu moc a může toho zneužít podle svého. Někdy vědomě, někdy nevědomě. Záleží, jak je uzpůsobena i povahově, ale tohle já tak jako vidím v praxi. Ale viděla jsem ba i naopak, i opačné chování, kde byl veliký respekt k tomu člověku a hledání cest, jak mu pomoci v jeho obtížných situacích, kdy bylo*

těžké s tím pacientem vyjít. A tam bylo důležité vidět obě dvě ty strany, nejen ty špatné ale i ty dobré. Takže byla jsem svědkem takových situací. Křičení na pacienta, to k tomu patří, ale to jsem vystihla tou mocí. Když řvu na člověka, může to být i v otázkách hygieny. To jsem nezažila, ale slyšela jsem, že nechávali klienta bez plen. Přímo u toho jsem nestála, ale vím že jsem byla na pracovištích, kde se to dělo. Pak je ještě rozdíl pacient x klient. Pokud jsem tady v domově, tady už nastoupila ta , kdy my se snažíme maximálně udělat to, aby ten člověk soukromý měl. Při těch hygienách jsou nějaké chyby že se člověk zapomene, že třeba nemá paraván aby zakryl to tělo, může se tak stát, když jsou to velké pokoje, že jim to třeba v tu chvíli nedojde. Tady si myslím, že se docela dost dělá pro to, aby každý měl tu intimitu. Že se zavírají dveře, sleduje se aby nějaká návštěva, nebo někdo další jiný člověk tam nevstupoval, při té hygieně, což jako smekám. V nemocnicích jsem ještě zažila kdy se tohle nerespektovalo, kdy se neklepalo na dveře, kdy se při hygieně prostě běžně nechávaly otevřené dveře. Záviselo to na tom vedení jak se k tomu postaví. A zažila jsem právě i tu změnu, kdy i té nemocnici začalo na tomto záviset a kdy citelně dávala fakt paravany na pokoj, na otevřené jipky. Kde skutečně nejen že tam byly, ale se i používaly, při těch hygienách. Takže to jsem ráda a je to o tom vychovávat hodně ten personál a trvat na tom a pořád to zdůrazňovat. A ještě je to daleko důležitější, než v nemocnici třeba ťukat na ten pokoj, protože to je člověka soukromí a je to pro něho upozornění, někdo ke mně jde. Takže to si myslím že je taky docela důležité. V nemocnici je to jinak, tam člověk vtrhne, je to, myslím si že v tom se dá udělat taky ještě nějaký pokrok, v tom co se tam podle mě samozřejmě tak neděje. A můžu třeba na gynekologii, taková typická situace, když máte nohy na stole a kolem vás prochází spousta lidí. To je hrozné. A i třeba u porodu, jsem to zažila, že přišla skupina mediků. A to si myslím že se člověk cítí strašně ponížený, protože první věc je, jak chci odrodit dítě, že by se mě mohl alespoň někdo zeptat. To je intimita, tak narušená, že chápu, že se učí a že je to těm lidem v uvozovkách jedno kam se dívají, pro ně je to zdroj informací, ale v tu chvíli, je tam pro toho člověka to ponížení. Ale zažila jsem to i na příjmu, kde jsou vnitřní dveře, kde jsou ambulance poskládané vedle sebe a mají vnitřní průchody. A taky vyšetřovaná, nahá, EKG a vevnitř jakýkoliv personál se procházel se podíval, kdo tam leží a člověk se cítí skutečně v tu

chvilí jako ponížený, protože jste zaměstnanec toho pracoviště. Strašně nepříjemná věc. Ale člověk si to zakusí, aspoň ví, jaké to je, když tam musí člověk ležet a je to nepříjemné. A přitom stačí jenom zatáhnout závěs a to je teď naše intimita a já si vás vyšetřím. Jakože je to řešitelné, ale právě profesionálně jako zapomeneme, si to neuvědomíme, že třeba něčemu takovému toho pacienta vystavíme. V čem ještě vidím tak jako nedostatek, tak klozety na pokojích, a teď je tam třeba více těch lidí. A ten člověk se musí před tím druhým vyprázdnit. Já bych to nedokázala. A my se třeba někdy divíme, že se nemůže ten člověk vyprázdnit, ale já mám strach že bych to taky nedokázala. Protože si představte, ti lidi už musí být hodně jako posunutí tady v té stařecké demenci, nebo už hodně musí pak spolknout, nebo právě toto tak nevnímat to prostředí, aby běžně si tam sedly a vyprázdnili se, před těma druhýma. I když jako ten závěs, tam je tak alespoň malinko vám to navodí tu intimitu, protože nemáte jinou šanci. Ale když je to i bez závěsu a ještě jsou do toho pootevřené dveře, tak to je strašně ponižující. Takže to jsou věci které tak jako vidívám a které mně vadí, ale zase nevím na kolik to vadí těm pacientům. Protože jak říkám, oni už jsou často ti lidé, v té situaci že už se musí vyprázdnit u toho lůžka, tak často to není jenom o tom postižení toho těla, ale třeba i jako hlavy. Že už je tam snižená ta schopnost, třeba i toho sebeuvědomění, ale není to jako vždycky.

- Zažil/a jste někdy situaci, kdy jste pokládala chování ke klientovi ze strany personálu za morálně nepřijatelné? Reagoval/a jste na tuto situaci? Jak?
 - Jo. Já jsem to zažila v minulosti. A zažila jsem, zkoušela jsem reagovat různě. Protože, zažila jsem to i tady a tady to máme trošku jinak nastavené. Ale dříve v nemocnici, protože nejsem jenom zdravotní sestra ale jsem i nemocniční kaplan, takže jsem to řešila i z jiné pozice. Řekla bych, že se někdy nevyplácí něco jako říct. Je to smutné, to mi nejvíc vadí, protože sestra skutečně řvala, křičela na pacienta tak, že se pročůral. A ta paní potřebovala mísu a zvonila si velmi dlouho a ta sestra nedošla a pak když přišla a paní chtěla tu mísu, tak ji sestra neskutečně seřvala. A ona tak plakala, že se stejně pročůrala a já jsem opravdu šla za ní, zavřela jsem dveře a ptala jsem se jí co to měla znamenat, protože to skutečně takhle nejde, že to není možné aby takhle na ni křičela, paní prostě je nemocná. Za prvé byla nemocná ale za to si ta sestra mohla sama. A chtěla jsem si to vyřešit jenom s ní sama, natož ona to slyšela

rodina a ta rodina si šla taky stěžovat. Protože nejdřív nevěděla že jde o jejich maminku, v zápětí se to dozvěděla. Rodina si šla stěžovat lékaři a ta sestřička to otočila proti té pacientce. A na tom sezení, kde byl ten personál, lékaři, primář, kde se to řešilo, že tam je nějaký problém tady s tou paní, s tou rodinou, tak nakonec se to otočilo tak, že vlastně máme velice konfliktní rodinu a bylo by nejlepší se jí zbavit. Tak tohle mě jako hodně namíchlo v tom zdravotnictví, že je to neřešitelné. Jako já jsem to v tu chvíli zastavila a ozvala jsem se, protože jsem si říkala, vyříkala jsem si to s tou sestrou, tak že to nebudu nikde rozmazávat a říkala jsem si jednou to stačí, ano člověk prostě, ona byla vždycky taková afektovaná, ano třeba jí to dojde a dá si pozor, protože ona si ani nevšimla že tam jsem. Že jí to ani přede mnou nezastavilo tenkrát. A tak jsem to začala vykládat a tím že jsem to řekla na tom sezení, tak z toho byl pak docela průšvih, ale vymstilo se to jak té paní tak i mně. Já jsem pak těžce měla s ní problém, docela dlouhodobě a říkala jsem si úplně zbytečně. A tyto konflikty se opakovaly a chvíli se to vždycky vyřeší a pak zase se to zamete, a ten člověk zase pokračuje dál a dál. A pokud opravdu neí personál, to vedení důsledné, v tom co chce tam dělat, tak nemáte šanci. A tohle mně vadí jako, protože pokud se tyhle problémy jako zakrývají, tak nemají řešení. Takže tohle jsem zažila, že jsem se zastala člověka, to mně jako přijde i normální a nevyplatilo se to, ale stejně bych to zase udělala, protože mi tohle nepřišlo v pořádku. A zažila jsem i jiné chování, kdy proběhla nějaká domluva, bylo to jenom mezi 4 očima a byl třeba na nějakou dobu klid. Ale velice často se to stočí na to, že se to má řešit přes vedoucího pracovníka a vedoucí pracovník velice často uvěří vlastnímu personálu a takovým stylem že se to otočí proti té rodině a pacientovi. To jsem tam opravdu jako zakoušela. V té nemocnici a říkala jsem si, že je to hrozná škoda, že se do toho nejde hlouběji, protože kolikrát to dělají jenom jedinci na oddělení, ale díky tomuto, oni postaví ten zbytek personálu do situace, že začnou někdy jednat podobně, protože vlastně nemají ani jiné východisko. Takže vždycky se vědomě našla konfliktní rodina a vždycky máme s tou rodinou problém, ale když jsem já jako kaplan, měla jiný přístup k těm lidem, takže tím pádem jsem zjistila, že ten začátek je ještě jinde, je dál a bylo zatím ten konflikt co té sestře se nelíbilo. A ona to potom hodila jako na tu rodinu. Nebo na toho pacienta, že je strašně konfliktní a že se s ním nedá vyjít, že má furt problémy. Ale ono

prvotní je nemocný ten člověk, on je v té pozici. Vy jste v té silné, vy se musíte naučit chovat, jak tu situaci zvládnout toho člověka, a nejen že on se musí přizpůsobovat mně. To jako vidím jako základní, a to jako dokud se toho jako sestry nenaučíme, tak jako já si myslím, že to není práce pro nás. Jako dokonalé to nikdo nebude, a to ani nečekám, ale myslím si že je to základ pro tu práci s člověkem. Že člověk který je oslabený, a já mám být na jeho straně, hledat cesty přístupu a ne ponížení.

- Co považujete v ošetrovatelské praxi za největší morální dilemata?
 - *To je asi práce s informacemi, si myslím. A to nemůžu zase jenom tady v tom domově, tady to zas až tolik neřešíme. Protože přece jenom tady jsou víc doma ti lidi, tady jako, máme to od začátku nastavené, že skutečně jednáme s klientem doma, že on má tady ta práva a my jenom pro něho něco děláme. Takže je to jiný trochu přístup. Tady morální dilema by bylo spíš při rozhodování ve vážných situacích, jeho zdravotních. Kdy zatím jsme ještě vystaveni, takovým rolem, jak poskytnout klientovi informaci o tom, že člověk umírá, když já jako sestra napřímo nemůžu. Ale je to v podstatě o tom paliativním přístupu, že jsou tady ty dilemata, které já můžu a nemůžu. A my tady zatím tady ty hranice jako nemáme ještě. Ale vidím že to jako chybí, protože já jako sestra mohu poskytnout mnoho informací rodině, ale neznamená to, že musím sdělit diagnózu. Já můžu v tom ošetrovatelském procesu mluvit a provázet toho člověka taky dost. A to je dilema, kdy to tady stojí, kdy já tady stojím jako zdravotní sestra a kdy tady stojím a mohu ty informace poskytovat a kdy nemohu a musím se spolehnout jenom na informace lékaře o jak komunikuje s rodinou a tak dál. Je to tady velká provázanost, ta spolupráce. Ale protože my jsme tímto ještě neprošli, tak se začínáme dostávat do takových situací, kdy jako mám pocit, že si to přehazujeme jako horkou bramboru. Ale nemyslím to ve špatném duchu, ale je to v těch otaznících, kdy nevíme, jak v takových situacích stát, protože víme, že to my nemůžeme, že to musí lékař a lékař tady běžně není. Takže je to taková past i pro ty rodiny, i pro nás, že je to to dilema kde ještě stojíme a ještě se to musí tady dopilovat. Jako informačně i postupem. To je můj pohled.*
- Jaké si myslíte, že jsou determinanty, které negativně ovlivňují etické jednání u pomáhajících profesí.

- *Já si myslím že to vždy závisí od zájmu vedení. Jako co chce a na kolik má pevné osoby v tom vedení a které se jako prosadí a prosadí si ten přístup, který chtějí a důslednost. Důslednost v tom, co chceme, protože tohle já chci, tak hledám ty lidi, kteří to budou takhle dělat a když je nemám, tak je i hlídám a vedu k tomu, že tohle chování je to, které tady chceme. A musí to jít celkově i z vrchu a celkově to musí být takhle chtěné a nastavené. Nejde to že to tady jenom jeden člověk takhle chce. Vždycky závisí s jakým materiálem jako pracuje, ale nemyslím si že se hodně dá jako formovat, to zase ano. Každý máme právo nejenom na chyby ale na to být právě i formování a záleží kdo vedle nás stojí. Můžu třeba já tady ocenit, když jsem přišla do tohoto kolektivu, to jsem měla pocit, že jsem někde na rozkvetlé louce. To jsem si říkala, že už tady ty všechny sestry jako ví co chtějí a kam směřují a velice hezky jako přistupují k těm lidem, že jsou zralé a váží si tady života. Toto je hrozně hezký a když přijdete někde jinde, tak cítíte už nějakou i jako vyhořelost, ale už i nezáměr to změnit. A to si myslím, že zase to musí jít odněkud. To znamená od toho vrchu. Chceme tady vyhořele sestry? Co budeme dělat, aby je ta práce bavila? A toto si myslím že tak jako hodně ovlivňuje. Protože i k té zralosti, člověk něco potřebuje. Než dozrajete jako ze školy, protože to chcete dělat a budete to dělat jako s láskou pořád, to není žádná legrace. Když budete potom v týmu, který bude hodně unavený, tak se jim zachvilku začnete podobat. Pokud fakt na tom vědomě nebudete pracovat. A to si člověk fakt musí přeskládat, když tam jde, chcete vědomě na tom pracovat, aby se vám tohle nestalo? Anebo můžete takhle skončit, když máte zase to hezké okolí, tak myslím že je to obrovská příležitost. Umím si představit co se děje jinde, že ta úcta k tomu starému člověku, jako bývá daleko nižší. Od aktivizace po hygieny a po všechno. To jako je leckde co pilovat. I práce s dementními lidmi, s Alzheimerem, to si prostě myslím že, někde ještě není a na tom se pracuje. Ale tady je to docela dost dobře posunuté a zase to závisí potom od těch vedoucích pracovníků, od vrchu až dolů, kolik jsou všímaví a na kolik jsou důslední v tom co po těch svých zaměstnancích chtějí a jak je vedou. Toto je jako základ. Pokud je vedou špatně, nebo pokud jsou nedůslední, tak se to potom stejně odráží i na nás a na chování toho člověka. Potom se to začíná ztrácet za více lidmi, začíná se to stávat obecným problémem a nakonec to vlastně problém není stává se to*

samozřejmě chováním, a to si myslím že si musí vedoucí pracovník hodně hlídat. A myslím že to je o těch vedoucích lidech, jak dokáží s tímto pracovat, je to hrozně těžké, protože jsme všichni jenom lidi a je to těžká profese, ale jak dokážou motivovat ty své lidi, aby se něco změnilo. Protože fakt je lidí hodně vyhořelých a přitom taky rádi nastupovali do té práce a tenkrát s nadšením. Já to vidím, mám dvě dcery, obě na zdravotce a když chodí na praxe, tak slyším co se děje. A ony už nechcou být sestrama. Protože tam vnímají přesně tady tu negativní atmosféru, tak jsem si říkala, je toho obrovská škoda, protože ta práce je svým způsobem i hezká, protože máte co dát. Já nevím co to vlastně ničí, co je tím ničitелеm, toho kolektivu. Protože tady tím že už jsou ty děvčata zralý, tak si myslím že už tak nějak víme, že přeci si tady nebudeme kazit ještě mezi sebou ten kolektiv. A tam jak ty holky jsou mezi sebou na sebe škaredé kolikrát, tak pak i na ty lidi. A já si říkám čím by se tomu dalo tak pomoci. Ale už jenom tím, že mi přijde někdo nový do kolektivu a já vím že mi někdo chybí, tak jsem za to ráda. A já jsem i v té nemocnici zažívala, že je někdo nový tak jsem na něj hodná, ale pak je teda pěkně likviduju. Zažila jsem svoji kolegyni, jak likvidovala novou příchozí, já jsem to nechápala. Já to do dneška nechápu. Já chci tam mít novou kolegyni, aby se naučila dobře pracovat, abychom mohli být tým. A ona to, co dělala, to já do dneška si neumím vysvětlit, proč vedoucí pracovnice ji pověřila zaučením nových pracovníků. To já nechápu. To byla vyloženě šikana.

- Jaký dopad může mít na seniory nedodržení etického chování?
 - *Tak rozhodně ten člověk je slabý. Je ohrožený, to znamená, že jednoznačně přijde strach. Strach, uzavřenost, deprese. To mi přijde jako takový základ co to pro něho přinese. Nespolupráce. Toto je pro zdravého člověka dost co dělat, i zdravý senior má co dělat. Natož tady ti nemocní, ti jsou úplně křehcí a to je pro ně prostě špatné. Někteří začnou být i agresivní, což jako je jejich přirozená obrana, akorát pak to můžou popsat i jinak. Po té psychické stránce může mít hlášky, že už nechce vlastně žít, že nemá důvod žít, protože už tady o něj vlastně nikdo nestojí. Není to jako z důvodu jako jenom rodiny, ale taky chování i toho okolí. A potom ty fyzické, jak se to může projevit na těle, ty důsledky: Nechce se mi vstát z postele. Já vlastně vůbec nemůžu. Mám velké problémy, nemůžu dýchat. Nemůžu chodit. Takže si myslím že se to může i*

takhle projevovat, že je ten člověk nešťastný. A na ten personál může být jak agresivní, tak nespolupracující.

- Má podle Vás veřejnost předsudky vůči seniorům? Jaké?
 - *Asi jo. Já si myslím, že jo. Zaprvé dneska společnost už moc nechce být stará, protože má strach z toho, co bude na stáří. Někdy je to z toho že už nebudou užiteční. A že vlastně už je nečeká nic jiného než utrpení a smrt. To je takový předsudek, co vidím. A co ještě vidím, tak že pro některé lidi jsou staří lidé vlastně obtěžující. Že musí kvůli nim omezit sami sebe. Že je musí poslouchat, že říkají furt ty samé věci dokola. A že jsou neužiteční a tak dál. Takhle si myslím že to ve veřejnosti i je.*
- Setkal/a jste někdy s ageismem?
 - *Setkala jsem se i se zdravotníkem, který za dveřmi liskal, bil ty staré lidi. My jsme to dlouho nevěděli, že to byl kolega. Až jednou zapomněl zavřít dveře a měl je pootevřené. A zrovna sestřička šla z vedlejšího pokoje a akorát on před ní zrovna máchl rukou po pacientovi. Takže tím ho poprvé viděla, tak zírала a hned se to řešilo a byl okamžitě vyhozen, ten člověk. Takže asi jo, neměl rád staré lidi, vadilo mu to, že smrdí, odmítají, nedělají, co chce. A myslím si že už u takového člověka je ten intelekt snížený a už neumí pochopit, že ten senior už to tak rychle nepochopí, že se musí pomalu, ale někdy nepochopí ani obsah, že je to třeba následek té jeho nemoci a že za to nemůže. A ten personál to nepochopí. Že je to pochopení, té jeho nemoci. Třeba i ta demence je na začátcích těžko uchopitelná, i pro členy rodiny. Když tam nastupují ty začátky té demence a umím si představit, že to umí být pro ty lidi obtěžující a vadí jim to, že se tím musí zabývat. A diskriminující si myslím, že asi nějaká část společnost je, které vadí jako senioři. Ale zas si myslím, že bude i víc procent, té staré populace. Že jsou i lidé, kteří mají ba naopak staré lidi v úctě a váží si toho co pro tu společnost udělali a snaží se jim do poslední chvíle dát nějakou hodnotu a něco pro ně dělat. Že jako je obojího.*
- Jaké vlastnosti by měla mít sestra, která pečuje o seniory?
 - *Zralost, úctu a schopnost pořád se učit od těch nemocech a pracovat s nimi. Protože kdybychom o té demenci nevěděli, o Alzheimeru, o paliativě se musíme učit. Protože zaprvé jsou to nové poznatky a za druhé se pořád k těm lidem potřebuje člověk nějak dostávat, chápat je, proč jsou takové věci, proč se dějí. A i ta medicína se v tomto směru rozvíjí a potřebujeme se naučit*

komunikovat s rodinou. Takže si myslím že pořád ta schopnost učit sestra mít musí. A mít jasno sama se sebou, vyrovnaná sama se sebou. A musí vědět, že to opravdu chce dělat. A umí se sama k sobě chovat s láskou a důstojností. Protože pak se dokáže chovat i k druhým. Myslím si že tohle jsou pro mě takové ty zásady etické. A samozřejmě musí mít odbornost, takže i vzdělání v tomto směru.

- Jaký máte vztah k seniorům Vy osobně? Změnil se váš postoj k seniorům během vaší praxe?
 - *Tohle asi nedokážu sama posoudit. Já si myslím, že mám pozitivní vztah k seniorům, že je mám poměrně ráda, jako skupinu. Ale nedokážu to posoudit v čase. Já jsem odjakživa, podle své babičky mám ten vztah pozitivní a mamka mě od mala vedla ke starým lidem. Takže myslím že ho mám pozitivní stále. Možná mám daleko větší úctu, tohle roste, protože i já stárnu a daleko víc si uvědomuju, že ty potíže, které musí snášet na svém těle, které jim ty nemoci přináší a že to mají těžké.*
- Jaké rozdíly pocítujete v ošetrovatelské péči o seniory, na rozdíl od pacientů jiných věkových skupin?
 - *Já asi moc ne, protože pro mě je to častá cílová skupina od mládí. Ale myslím že pracovat s dětmi a lidmi, kteří brzo odejdou je úplně jiná v komunikaci. To jsem o tom přesvědčená. To vím že když nám třeba přišly pomoci sestřičky na to naše seniorské oddělení, tak byly z toho daleko víc unavené, anebo nebyly tak trpělivé a nebyly tak nastavené, protože to nepotřebovaly. Že u těch mladých lidí se to odehrávalo, nějaký zákrok, chirurgický, takže ošetřit ránu, vysprchovat, úcta tak jako ta byla, ale najednou přišly k tomu geriatrickému pacientovi a tam to vyžadovalo opravdu jiný přístup, a to bylo pro ně hodně překvapující. Asi jo, asi je to jako jiné.*
- Jste něčím limitováni v poskytování kvalitní péče?
 - *Já jsem limitována v tom, že jsem tady sestrou. To je moje práce. A jsem tady jako sestra. Já mám ještě i jiné věci, ale nemůžu je tady uplatnit. A tím jsem tady limitována. A jinak jsme tady limitovány, že toto je opravdu sociální zařízení. Takže tohle je priorita sociálních služeb a ne zdravotních. Takže my jsme tu sestřičky opravdu na to abychom vykonaly nějaký odborný výkon. To je limit. Protože v nemocnici to je tvoje starost, to je tvoje doména a tady je to sociální. Chybí mi tady asi větší spolupráce s ošetrujícím personálem,*

taková ta hodně týmová práce, to je v nemocnici, taky jinak nastavené než tady. Tady je ta zdravotní péče jinak nastavená, hodně samostatně. V té nemocnici je to činnost zdravotně-ošetrovatelská a tady je to jinak.

- Pokud pomineme základní fyziologické potřeby, jaké potřeby seniorů vnímáte za nejdůležitější?
 - *Potřeba úcty, důstojnosti. To si myslím že je jako priorita, pokud tohle dostanou, tak si myslím že to jsou pak lidi schopni leckteré chyby jako přehlédnout. Já neříkám, že je to nezbytné, ale tohle jako potřebují pocítit, najít hodnotu.*
- Setkáváte se se zpětnými vazbami od seniorů? Hodnotí Váš přístup v ošetrovatelské péči?
 - *Já myslím že zpětné vazby už jenom v tom, že se na vás třeba usmějí. Že to na nich vidíte jsou uzavření, otevření. Jestli s vámi chtějí komunikovat, nebo ne. Tak to beru pozitivně že chtějí komunikovat a jsou otevření, že jim zle není s vámi.*
- Jaké jsou Vaše osobní zásady v komunikaci s klientem?
 - *Já si myslím že se snažím abych se s úctou vždycky s těma lidma bavila. Snažím se na to dávat pozor. A někdy abych je rozesmála a přinesla nějakou dobrou náladu. Aby pocítili že jdu přímo za nimi.*
- Jak hodnotíte komunikaci a spolupráci s rodinami klientů?
 - *Já si zas tak nemůžu jako stěžovat. Já si myslím, že když se jako opravdu komunikuje, tak že s těma rodinama se dá taky komunikovat. Ale že je to o té dobré komunikaci a ne jenom že si myslíme. Když se chceme opravdu jako domluvit tak jo. Samozřejmě, vždycky jsou pak rodiny, které jsou příliš třeba náročné a mají velké představy, ale taky se stává, že sem chodí třeba jenom jednou za rok. Takže to má své tváře, ale jsou rodiny, které mají opravdu zájem a snaží se. A Já si myslím že je to pak opravdu o té dobré komunikaci. Vysvětlit si všechno vzájemně a říct si jak, pak to má i pozitivní efekt.*
- Jaké máte zásady v péči o umírajícího klienta?
 - *Opět péče s úctou a zachování, pokud možno jeho hodnoty. Zase péče i o to tělo, aby byla řádná. Komunikace u něj i v bezvědomí, že na toho klienta mluvím, když je apatický, stále s ním mluvím, co u něj dělám, protože jsem přesvědčena o tom, že ti lidé nějakým způsobem vnímají. No a komunikují,*

pokud to jde tak i s tou rodinou. Úcta k člověku i k tomu tělu. Já si myslím že by se to klientům říkat mělo, že umírají, akorát musíte vědět kdy a udělat si na to ten čas, pokud chcete o tomto mluvit musíte mít ten prostor. Protože vždycky každý zareaguje emotivně, je to přirozená reakce člověka, je to tak nastavené v nás, to znamená, že když si chci říct s tím člověkem, jak se věci mají, musím umět pracovat s emocema a nebát se toho. To je jednoznačné a pak to jde. Protože smrt je pro mě přirozená součást, a i ten člověk má právo nejenom vědět, ale připravit se. Tady v domově to má tak, že tady ta paliativa teprve začíná, je úplně na začátku. Když je někdo ve vážné situaci, snažíme se říct lékaři, aby oslovil rodinu a řekl. Nemyslím si, že by přišel a řekl to pacientovi a nemyslím si že úplně už v terminální fázi je to ideální. To je ta bolest té medicíny, že jsme tu smrt vyloučili ze života a že nejsme schopni, a pořád léčíme, léčíme a za každou cenu. Že překračujeme ty hranice a mluvit o smrti je pro nás strašně těžké. Ale tak nějak postupně podávat ty informace si myslím že by bylo daleko lepší, dřív začít. Takže tady to ještě takhle není. Myslím si, že máme veliké rezervy. Nechci odepsat člověka, ale... Tím že mám terminální onemocnění, na které zemřu, neznámá že ještě nemůžu žít kvalitní život nějak jinak než jenom v nemocnici.

- Pokud jsou klienti na konci jejich života, kde nejčastěji umírají? V nemocnici, nebo se jim snažíte zajistit důstojný odchod ve vašem zařízení, kde se cítili jako doma?
 - *Je to teď ten rozkvět, kdy začíná ta paliativa. My jako sestry nemůžeme informovat, takže pokud lékař neinformuje a neřeší, tak my stejně musíme, když se zhorší člověkův stav volat záchranku, která ho veze většinou do nemocnice. A často se stává že rozhodují, že nám ho tady nechají, protože už vidí že je to poslední fáze. Anebo už tady máme vedené některé pacienty jako paliativní, kdy víme že v této situaci, že už v této situaci si přejí nejezdit do nemocnice a chtěly by zůstat tady. Tak tady vidím tu cestu, že člověk už daleko dopředu rozhodl, jak by to chtěl a to si myslím, že má pak smysl. Protože to tak chce on a nevystavuje tak ani nás, nikoho, aby za něj rozhodoval v takových okamžicích. Ale zároveň si myslím, že jsme povinni mu poskytnout důstojný odchod bez bolesti a opravdu to utrpení jsme snížili na minimum.*

PŘÍLOHA P IV: PŘEPIS ROZHOVOR Č. 3 (S3)

- Když se řekne ošetrovatelská etika, co si pod tímto pojmem představíte?
 - *Přístup ke klientovi, chránění jeho osobních údajů, nezveřejňovat věci které se odehrávají při práci s nimi, chránit to jejich bezpečí. Chovat se k nim profesionálně, ale zároveň dbát na tu jejich ochranu.*
- Co víte o etickém kodexu sester?
 - *Nedokázala bych ho popsat, ale tak jak se má ta sestra chovat. Slušné chování a zacházení s tím klientem. Žádné hrubé zacházení. Prostě to stáří toho klienta to jsou víceméně jako děti, takže zacházet s nima tak jakože slušně.*
- Jaké etické principy uplatňujete?
 - *Empatie, vcítit se do toho člověka, co on jako požaduje, oni to nedokážou vyjádřit, co chtějí, víceméně. Takže tak nějak odhadnout, jak s nima spolupracovat. Protože oni někdy nevyjádří ani tu bolest, neumí vyjádřit ty potřeby co mají. Podle té grimasy toho člověka dokážeme rozpoznat, jak to jakože on cítí. A oni nedokážou říct bolí mě to a to, až při té manipulaci, tak nějak i při podávání toho jídla, oni pak jakože reagují jinak. Tak nějak člověk musí odhadnout, jak s nima pracovat. Kdy volat lékaře. Někteří opakují pořád dokola, ať je pan doktor přijde vyšetřit. Rozpoznat to a vidět, kdy už se ten stav horší. Spolupráce s tou rodinou, ta je taky důležitá. Přístupovat k těm klientům stejně, nerozlišovat je.*
- Byl/a jste někdy v situaci, která byla podle Vás v rozporu s etickými principy?
 - *Téměř denně. Víceméně jako ne od nás zdravotníků, ale od pečovatelek. Jakože sedněte si, jezte! Dokážete to! Prostě jo oni se nedokáží do toho člověka vcítit, že včera mohl, včera se oblekl a dneska se neobleče. Zvyšují na ně hlas. A nemají, aby dlouho udrželi ty klienty, aby byli soběstační, takže to jim oni pořád vtloukají. A říkají nám vy je přepečováváte, ale oni vůbec nedokážou rozlišit, kdy ten člověk jakože potřebuje dneska přepečovat a zítra ne. Oni řeknou: Oblečte se, vy to dokážete! A oni se tam lomcují, klátí se tam, padají. A vy to ještě nemáte? Nebudete jíst, že? Sbalí oběd. Oni se nezeptají. Pojďte vysadíme Vás do křesla, půjdeme na vycházku. Chcete jít ven? Nechci. A když jim řeknu vysadte ho na půl hodiny. Ne, 3 hodiny sedí v křesle. Oni nešťastní, pomoc křičí. Ne, řekla*

jsem sedět. Prostě taková ta spolupráce, že člověk jde a udělá si to sám. Někdy ta spolupráce tady s těma pečovatelkama je poruč a udělej si sám. Když se jim to nelíbí. Ony třeba řeknou, že ten člověk sem došel chodící, a jako bude furt chodící, že prostě musí se oblékat, musí se umývat a všechno. A oni se jich bojí ti lidi, oni řeknou: bojím se zazvonit. Já sestři to jsem ráda, že jste došla, přetočíte mě na druhou stranu? Říkám proč si nezazvoníte, máte zvoneček. No ta by mně dala. Že prostě v některých těch lidech je prostě strach. Neříkám, že to dělají všechny pečovatelky. Ale vždycky se jakoby vezou, jedna to udělá a ta druhá jako by se jí bála, tak řekne nebudu to dělat. Takže někdy některé ty dny se staví taková sestava, ze tří pečovatelek, které nejsou ochotné, tomu klientovi pomoci, tak je to masakr. Nebo...on pije krásně. Ano on pije krásně, pokud mu tu flašku dáš do ruky a stojíš u něho a čekáš na ty tři hlty. Pokud ta flaška stojí na stolíku, nebude pít. A ona pije krásně, proč bych ho měla hlídat. No musíš mu to dát do ruky a říct, p. XXX napijte se, pokud mu to neřekne, tak ten klient se nenapije, ale umí pít, ale nemají potřebu, nemají pocit žízně, takže nenapijí se. To je pak začarovaný kruh. Nechci jako říkat, že jsou špatné, že jsou hloupé, ale ony nechcú přemýšlet o tom. A pak vidíme u těch lidí, že sedí, nešťastní, já nebudu jíst, já se bojím, já jsem měla včera průjem a já se bojím že bych dostala. No jak že byste dostala, vy musíte do sebe něco do toho žaludku dostat, Takže to je někdy začarovaný kruh. Pak říkají a vidíš dnes je dobrá, já neříkám že není dobrá, já tomu věřím, že zítra budou dobří. Prostě není jim dobře, tak jak my někdy nemůžeme vstát z postele, tak i oni. Anebo když ulehnout, tak je nechají ležet a už je nechtějí rozcvičit. Nenechávat je v tom lůžku, to neznamena, že když nevstala včera, tak nevstane dneska. Prostě pokládat jim ty otázky, trošku jinak, pojd'te půjdeme ven, dneska je tam hezky. Pojd'te půjdeme si něco zahrát.

- *Proč myslíte, že to ty pečovatelky dělají? Chtějí si usnadnit tu práci?*
 - *Ano, usnadnit tu práci. Rychle, rychle udělat. Takové to rychle ráno na ně, oni řeknou, rychle pojd'te, tohle tak, zachvilku už mám snídani. Ano, tlačí jich čas. Ale individuálně k nim přistupovat, neumí přistupovat individuálně ke každému klientovi. Buď všechny do jednoho pytle, jako že musí být všichni chodící a nebo všichni ležící.*

- Zažil/a jste někdy situaci, kdy jste pokládala chování ke klientovi ze strany personálu za morálně nepřijatelné? Reagoval/a jste na tuto situaci? Jak?
 - *To už pak komunikujeme přes koordinárku, přes vedení, ale neradi žalujeme. Že radši jdeme a uděláme si to sami. Což taky není dobře, my jsme jedna sestra na 30 lidí a jich je pět. A ani nechnou to přijmout od nás. Pak říkají a vidíš dnes je dobrá, já neříkám že není dobrá, já tomu věřím, že zítra budou dobří. Prostě není jim dobře, tak jak my někdy nemůžeme vstát z postele, tak i oni.*
- Co považujete v ošetrovatelské praxi za největší morální dilemata?
 - *Když přijdou na pokoj a řeknou: jejda tady je smrad. Anebo rodina došla a říká: jejda to je hrozné, proč je tady takový smrad. A pečovatelka: no pánovi vedle hnije noha. Ale jakože dostala důtku. Takže řeší se to, neměli by těm rodinám vůbec nic říkat o cizích klientech. Pravdu měla, ale není možné to takhle říct. Takže to vyjadřování.*
- Jaké si myslíte, že jsou determinanty, které negativně ovlivňují etické jednání u pomáhajících profesí.
 - *Jsou vyhořelý. Jsou tady dlouho, nenaplňuje jich ta práce, i když si nemyslím, že by měli nějak moc služeb, že by byli přetíženi. Že by ji bylo málo. Já vždycky říkám že mám pocit, že chodíte do práce k pokladně a jenom pípáte. Abych to rychle udělala, 12 hodin nazdar. No uf ještě hodinu a jdeme dom. Jakože, takové, já nevím ani z donucení. Tady totiž ta práce není špatně placená, ani u těch pečovatelů, takže si myslím, že proto tady jsou, i když se jim ta práce nelíbí. Že si řeknou, kde bych ty prachy měla, tak to nějak přetřpím. Ale takové to nadšení. To si myslím že se jako někdy stává, že někdo dojde a je to jenom: Sehnala jsem práci za dobré peníze a tak to nějak dopadne a nějak to odsloužim.*
- Jaký dopad může mít na seniory nedodržení etického chování?
 - *No tak jakože špatný. Negativní. Lidí se bojí zazvonit. Člověk řekne, já nebudu dneska jíst, protože budu mít zase průjem, zase půjdu dvakrát. Sestřička mi zase bude nadávat. Nemám plínky. Jako oni mají 3 plínky na den, ale máme prostě erár. Dá se dokoupit, ty pleny. A takové to vcítění do toho klienta, že kdyby to byla jejich matka, otec, babička, tak se tak nebudou chovat.*

- Má podle Vás veřejnost předsudky vůči seniorům? Jaké?
 - *V té společnosti jako jo. Že říknou: co by chtěli. Oni mají bolesti, my je máme taky. Ten stres na ty mladé lidi tak strašně působí a že mají strach, že se nedožijí vůbec takového věku, jak ti senioři. Jo, my tady máme stoleté seniory a jakože víceméně zdravé. Nejsou už schopni to doma zvládnout, nebo rodina není schopná se o ně postarat, jsou to třeba ležící, i ta demence tam je. A přijdou za nimi děti, kterým už je tady třeba 70 a říknou no neřnukej, co tobě je, když mně je taky zle. Tak trošinku jakoby s nima opovrhovali s těma seniorama. Prostě říknou: No my jsme mladí, my musíme chodit do práce, a to my se nedožijeme takového klidu a tolik roků abychom byli v důchodě jako jste vy. My asi nebudeme. A nebo naopak takové přehnané zachrňování. Proč s ním nic neděláte. Jak to, že ulehli? Oni si nedokážou představit, že sem toho člověka dá chodícího, ale že taky jednou dojde na návštěvu a on bude ležící. Že prostě ta rodina, taky jako furt se tak nějak nedokáže sžít s tím, že opravdu sem dala toho člověka a on někdy zemře. Takové to vnímání, co to je vlastně to stárí, jako by nebylo v té společnosti. Oni to jako nechápou, že ten stav se jako bude zhoršovat. A budou ti lidi umírat. Budou dementní, že neví, co jim minule vykládala. Já bych řekla že i ti lékaři, že prostě málo informují. Nebo nedokážou říct, že už je to terminální stádium, už ho nebudeme zachraňovat. Jako prostě ano, ať nemá bolesti, je čistý, v pohodě, bez bolesti, ale už bude třeba jen tak pospávat a pomaličku odcházet. Dřív ti lidi umírali doma, ta rodina to viděla a toho člověka, jak pomaličku schází, že už pak jenom pospává, nejl. Takže to by furt tady chtěli ti lidi zachraňovat jakože dál.*
 - *Takže také se přikláníte k paliativní péči?*
 - *Jako ano, některé klienty už tady máme na paliativní péči, ale ta rodina to jako nepřijme. Furt není schopná tak nějak přijat. Máme tady třeba jednoho klienta, tady na naší budově a on je ještě takový jako schopný a žije s manželkou na pokoji a té to vůbec nechce říct, doted' se o ni staral, a už prostě nemůže a ona je na něho taková agresivní: Vstaň a podej mně! Takže musíme my jí to tak nějak usměrňovat. Máte tady zvoneček, zazvoňte si na nás nebo na pečovatelky, nemůžete to po manželovi chtít, těžko se mu dýchá, ale on je s tím prostě srozuměný, že už jako mu nemají co nabídnout. Takže toto je ještě takové složité, neprobádané. Třeba v nemocnici řekli:*

Převeďte paní na paliativní péči, že tam je hyposaturace, takže když poklesne pod 80, dát jí kyslík. No snad ji pošleš. Nepošlu, dám jí kyslík a uvidíme. Že prostě, já jí to nemůžu říct, že prostě v nemocnici rozhodli neposílat, dát kyslík. Ale s tou rodinou to stále ještě nikdo neprobral. Jenom doporučené z interny, neposílat. Ona se vždycky správi když se jí ten kyslík dá. Jeden dva dny je na kyslíku a dobry, pak se zase správi. Jako myslím si, že ta rodina to neví, pečovatelky vůbec. A i my toho víme málo o té paliativě, jak jim to říct, jak nějak tu rodinu na to navést, jak komunikovat s pečovatelkama, že prostě takový stav nastal.

- *Co si myslíte že by vám jako sestřám více pomohlo, aby se ta paliativa rozvíjela?*
- *My budeme mít seminář o té paliativě, ale třeba když už někdo z těch lékařů z té paliativní péče by chodil sem a mluvil. I s náma, s těma pečovatelkama. I po telefonu. Je jich málo a nemají čas na to. Abychom věděli, kdy toho klienta odeslat a kdy si ho tady nechat. Takže fakt nějak nevíme. A když se ten stav zhorší, tak nenecháme ho tady udusit. Ten klient má jakože metastáze v plicích, tam je Ca prostaty a metastázemi do plic, a ta léčba už se všechna vyčerpala. A on je na dýchacích a on jakž takž poučen asi je. Jo sestři to bude dobrý, já si dýchnu, já si lehnu a bude to dobrý. Takže s ním se spolupracuje dobře. Nikdo jsme nemluvili s tou rodinou. A víme, že ta manželka to neví. Ano to chápu, že ji nechce tím zatěžovat, protože ona je po mrtvičce, ležící. Takže on jí doted' všechno dělal, ale tak jako prostě, nevím, jestli je to správně. Ona nic nevěděla, že kdyby aspoň náznak věděla. Jestli kolik by toho ona unesla. Kdyby se jí to řeklo, ale jestli by se k němu nechovala líp. Kdyby věděla, že on je teda fakt vážně nemocný, jak jestli by prostě ho nežadávala těma úkolama. A ona chce jenom podat polštář, podat pití, ale pro něho je strašně namáhavé už z toho lůžka jenom vstát a podat, udělat ty tři kroky a podat jí to pití. Toto je takové všechno prostě: Kdy to říct? Kdy to neříct? Komu to říct? Kdo to unese?*
- *Celkově myslím, že v té etice umírání se máme ještě co učit. Že nějaké povědomí jako zdravotníci máme, ale pořád je tam taková otázka, co je opravdu dobré. Co je dobré pro toho klienta, co je dobré pro nás...*
 - *Aby nás to trošku chránilo. Když se něco stane, řekne se proč jste ho neposlali, že abysme byli trošku právně chráněni, že prostě abychom měli*

černé na bílém, tak jako dobře, u každého individuálně, tak nějak jako je to hodně je ještě toto neprobádané.

- Setkal/a jste někdy s ageismem?
 - *Ne to ne.*
- Jaké vlastnosti by měla mít sestra, která pečuje o seniory?
 - *Empatická, slušná. Je to trošku jiná práce jak v nemocnici. Tam ten člověk dojde, jako nemocný, má nějaký problém, který se vyřeší a je. Kdežto tady se na toho klienta musíme dívat celkově. Furt je tak nějak pozorovat, kdy se zhoršuje, kdy mu pomoci.*
 - *Ono je to tady vlastně hodně na vás, na sestřích, protože v nemocnici je neustále lékař na službě, ale tady vy sestry rozhodujete, jestli ten stav...*
 - *Ano, ten lékař je tady dvakrát týdně, prostě kdy ho zavolat, kdy volat tu rychlou. Někdy i ta spolupráce s tou rychlou: Ježíš zas volá domov. Oni si to neuvědomují, jakože my jsme i rodina, pečovatelky, a ten klient. Jako my nemůžeme žádné léky podat. Hypoglykémie. Proč nepíchnete glukózu. Já nemůžu píchnout glukózu tady bez lékaře i když vím že 40 % glukóza by pomohla. Takže opravdu člověk zavolá tu rychlou. Kdyby ten lékař tady byl. On je tu dvakrát týdně celý den, ale my bychom potřebovali, aby tu byl denně 2 hodiny. Hodiny by byly stejné, pokryté. Ale aby denně jsme se s ním mohli poradit. Kdežto on, když tu není od čtvrtka do úterka, to je tak strašně dlouhá doba, že prostě co mamá dělat. Takže pak je to všechno na sestře, a i ta spolupráce s tou nemocnicí je horší. Má teplotu. Vy neumíte dát zábal? No umím dát zábal, ale ten klient už teplotuje delší dobu, tak prostě krom toho paralenu a zábalu já nic nemám. Novalgin že. Co jiného chcete dát, ten klient je schvácený, jde to strašně rychle, u těch starších lidí to je jak u dětí. Dehydratování, i když pije. Potí se. Antibiotika nasadit nemůžu, nemůžu ani nic udělat, nemůžu udělat CRP, nemůžu udělat nic. Takže prostě nemá se člověk od čeho odrazit. Doma když člověk je, tak taky jde na pohotovost, když se necítí dvakrát dobře. Nečeká si na svého lékaře. Na jednu stranu, vy to neumíte vyřešit, na druhou stranu no jo vy jste domov vy to tak nemáte. Ta legislativa v tom taky trošku vážne. Víte jsou tu zdravotníci ale mají svázané ruce. Jsou ti lidi také čím dál horší. Spíš tady byli ti klienti, jakože dobří, soběstační si jakž takž. Jen ten klient nemohl být sám doma, že prostě zapomněl. Jestli si píchl inzulin. Ale jako když tady ho*

trošku člověk navedl, tak to bylo jako v pořádku. Ale teď prostě chodí ti klienti v horším stavu, takže prostě opravdu ten lékař by tady byl potřeba. Mám někdy pocit, že jsme jako LDN. Ne jako domov. A v té LDN toho lékaře za sebou člověk má 24 hodin. Máme tady PEG, máme sondu, měli jsme tu trachču. Prostě to všechno, co je na lékaře. Paní si vytáhla sondu, no zaveďte ji sama. Já ji umím zavést, ale nemám lékaře u sebe. Co když se něco stane. Tak ji přikurtujte. Ale já ji nesmím kurtovat. Já nejsem v nemocnici a musím mít schválení rodiny, schválení lékaře a byl to víkend. To nemyslíte vážně, že ji budete vozit dvakrát denně. To nemyslíte vážně, že ji budete vozit dvakrát denně. Něco vymyslete, do pondělka to musíme nějak vydržet, než nám to posvětlí lékař a posvětlí nám to rodina. Vždyť oni to musí podepsat, já nemůžu toho člověka přikurtovat. Tady není v nemocnici, tady je doma.

- Jaké rozdíly pociťujete v ošetrovatelské péči o seniory, na rozdíl od pacientů jiných věkových skupin?
 - *Liší se v péči o toho klienta, co tomu klientovi je. Takové to jejich bolesti břicha, je složitější poznat. Oni mají všechno a nedokážou to popsat, kdybych to srovnala s těma malýma dětma, které nedokážou vyjádřit co jich bolí. Kdežto ta skupina těch dospělých lidí, už vám přesně řeknou: bolí mě pravá ruka, když ji zvednu nahoru. Ten klient to neví. Nedokážou se tak správně vyjádřit. Ta práce je náročnější, furt musí člověk sledovat to klienta celého, jestli na něm nevidí nějakou změnu. Aby správně a rychle zareagoval, že si myslím, že v tomto je to takové náročnější. To trávení, ten metabolismus, tak nefunguje. Kdy rozhodnout, kdy jakou dietu, zase člověk je nechce“ To nesmíš. To nesmíš. To nesmíš. Když vlastně jsou na sklonku života. A teď ještě v poslední chvíli jim všechno zakázat, to co měli rádi. Taky je to někdy složité. Do jaké míry to odhadnout. Člověk se jim to snaží vymluvit, ale na druhou stranu si říkám, co s toho života mají? Diabetik, když si řekne zákusek. Tady je kantýna, tam jsou krásné zákusky. Nesmíte, je to sladké. Ale tak taky jdu ještě, změřím glykémii, no dobře já vám pichnu inzulin a ten zákusek si jeden dejte. Normálně by člověk v nemocnici řekl ne, jste na dietě. Pak si doma udělejte, co chcete, ale tady tím že jsou doma. Tak prostě usnadnit jim to, ulehčit jim ten závěr toho života, aby si zas ještě trošku užili, dopřáli.*

- Pokud pomineme základní fyziologické potřeby, jaké potřeby seniorů vnímáte za nejdůležitější?
 - *Stále mluvit. Komunikace. O čemkoliv.*
 - *Proč myslíte, že mají potřebu stále komunikovat?*
 - *Oni jsou zvyklí stále tu rodinu ochraňovat a pečovat o ty děti. A teď mají pocit, že jsou takový nepotřební. Že nic nemůžou udělat. Tak alespoň nějak jako radit. Udělá jim to jakože dobře. Někdo chce být sám, nechce společnost. Ale to je taky že to tak asi celý život měli. Že třeba brzo byla vdova, byla zvyklá si všechno dělat sama. Nikomu se nesvěřovat. Neměla kamarádky. Někteří jsou uzavření a neřeknou nic. Ti co tady třeba nechtěli být, tak se uzavřou až tady.*
- Setkáváte se se zpětnými vazbami od seniorů? Hodnotí Váš přístup v ošetrovatelské péči?
 - *Určitě. Oni nás znají jménama velká většina. Mají nás tak nějak rozlišené. Člověk udělá něco navíc. Namaže jim nohy, záda. Jéé no to je fajn. Jdou to drobnosti, ale oni to hrozně ocení. Že mě dneska sestři zase namažete. No včera jsem to nemohla říct, ale dneska Vám to můžu. To na nich vidíte. Děkuji za všechno. Že vidí, že jsou odkázáni jenom na nás.*
- Jaké jsou Vaše osobní zásady v komunikaci s klientem?
 - *Spíš tak jako už známe ty klienty, jak k nim přistupovat. U každého vím, jestli ráno probudit, nebo teda ho nechat spát. A dojít si s ním povídat až později. Vidím, že dneska nemá náladu, dobré vím že už mám jít pryč. Víceméně člověk už si to tak jako vytipuje, každého toho klienta, jak k němu přistupovat. Co od něho očekávat.*
- Jak hodnotíte komunikaci a spolupráci s rodinami klientů?
 - *Jsou rozdílné rodiny a z toho zas to jako chápou a vědí že děláme všechno aby to bylo dobré.*
- Jaké máte zásady v péči o umírajícího klienta?
 - *Už mu neříkám bude to dobrý. Bude Vám líp. Ten klient už to cítí na sobě. Cítí, že se blíží ten konec. Takže si myslím, že je to prostě takové lhaní, mu do očí. Říct mu budu se snažit abyste neměla bolesti. Budu se snažit ty bolesti zmírnit, najdu vám něco. Uděláme pro to všechno.. Buďte ráda že jste tady, však i ležet můžete, na vozičku pojedete ven. Říct to jinou cestou a*

ne že to bude dobré, když víme že nebude. Člověk vidí, když už jsou v těch stádiích. Ty ostatní klienty jako oddělit je. Alespoň tou plentou. A těm druhým jako říct, není mu dobře. Horší je když jsou takový vnímavý na těch čtyřlůžkových pokojích. I oni to vnímají. Že se něco děje. Pravděpodobně je konec. Takže většinou víc komunikovat s těma ostatníma, jak s tím umírajícím.

- Pokud jsou klienti na konci jejich života, kde nejčastěji umírají? V nemocnici, nebo se jim snažíte zajistit důstojný odchod ve vašem zařízení, kde se cítili jako doma?
 - *Snažíme se i tady. Když už vidíme, že je to terminální stádium. Nutíme toho lékaře, aby to rodině zavolal. Že můžou přijít kdykoliv. Pokud tady chtějí být s tím klientem. Tak můžou. Umožníme jim, aby tady klidně byli celou noc. Kolikrát jsme měli pocit, že klient čeká. Má tři děti, dvě tu byly a čeká na toho posledního až dojde a pak zemřel. Že si říkám to není možné. Tak dlouho se drží a až přijde ten poslední, tak v klidu odejde.*