

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Mgr. Šárka Šaňáková

DŮSTOJNOST SENIORŮ V KONTEXTU OŠETŘOVATELSTVÍ

Disertační práce

Školitel: Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Olomouc 2019

ANOTACE DISERTAČNÍ PRÁCE

Název práce: Důstojnost seniorů v kontextu ošetrovatelství

Název práce v AJ: Dignity of older people in the context of nursing

Datum zadání: 2016-03-07

Datum odevzdání: 2018-04-26

Vysoká škola, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Mgr. Šárka Šaňáková

Školitel: Mgr. Juraj Čáp, PhD.

Oponenti:

Rozsah práce: 138 stran, 10 příloh

Abstrakt v ČJ:

Zachovávat důstojnost pacienta, jako základní lidskou hodnotu, řadíme k primárním etickým povinnostem sester. K nejvíce ohroženým skupinám pacientů ve ztrátě důstojnosti patří senioři. Cílem disertační práce bylo prostřednictvím identifikace a analýzy témat popsat zkušenost všeobecných sester a institucionalizovaných seniorů s důstojností v ošetrovatelské péči a obě perspektivy porovnat. Byl využit deskriptivní kvalitativní design studie s použitím individuálních hloubkových rozhovorů a tematické analýzy. Výzkumný soubor tvořilo 10 všeobecných sester a 8 pacientů seniorů ze zdravotnických a sociálně zdravotnických institucí Olomouckého regionu. Sestry interpretovaly důstojnost u seniorů v kontextu ošetrovatelské péče v tématech: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost; Intimita a stud; Kvalita vztahů; Komunikace; Kvalita péče; Prostředí*. Senioři popsali

důstojnost v ošetrovatelské péči v tématech: *Být člověkem; Komunikace; Kvalita péče; Slušnost a Zůstat sám sebou*. Komparace výsledků ukazuje shodu v tématech: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem; Komunikace a Kvalita péče*. Jako odlišná témata byla identifikována *Intimita a stud; Kvalita vztahů; Prostředí* u sester a témata *Slušnost a Zůstat sám sebou* u seniorů. Výsledky studie poukazují na to, že sestry i senioři vnímají důstojnost v ošetrovatelské péči v multidimenzionální struktuře. Na základě analýzy identifikovaných témat důstojnost seniorů ovlivňuje především zachování autonomie, intimity a přirozených vztahů seniorů, dále povaha komunikace s personálem a kvalita péče a prostředí instituce. Z rozdílných témat vyplývá, že by sestry měly více reflektovat potřebu zachování identity a integrity seniorů v institucionalizovaném prostředí a v rámci komunikace dávat větší důraz na slušnost v interakci s nimi. Výsledky práce mohou být použity při reflexi praxe v institucích a v pedagogickém procesu pro konkretizaci specifik důstojnosti v péči o seniory. Ve výzkumu se ukazuje potřeba realizace kvalitativního systematického přehledu a většího zaměření na téma důstojnosti seniorů v našem sociokulturním kontextu a to vzhledem ke stárnoucí populaci.

Abstrakt v AJ:

A respect of patient's dignity as a basic human value is considered a primary ethical duty for nurses. Older people belong to the most affected group for a losing of dignity. The aim of the dissertation was to describe an experience of general nurses and older people with the dignity in the nursing care by thematic analysis and to compare both perspectives. A descriptive qualitative design with individual in-depth interviews was used for the study. Study sample consisted of 10 general nurses and 8 older patients from healthcare and social institutions of the Olomouc region. Nurses interpreted the dignity of older patients in the context of nursing care in the themes: *Seeing a patient as unique human being; Intimacy and timidity; Quality of relationships; Communication; Quality of care; Environment*. Older people described the dignity in the nursing care as following: *Being human; Communication; Quality of care; Politeness and Being oneself*. Comparison of results shows an agreement in the themes: *Seeing a patient as unique human being / Being a human; Communication and Quality of care. Intimacy and timidity; Quality of relationships; Environment* were identified as the different themes in nurse's perspective and the themes *Politeness* and *Being oneself* in perspective of older people. The results of study showed that both nurses and older people see the dignity in nursing care as a multidimensional phenomenon. Based on the results of

analysis of themes, the dignity affects mainly the keeping of autonomy, intimacy and natural relationships of older people followed with a character of communication with personal and quality of care and conditions of the institution. Based on themes comparison, nurses should reflect more a need of the identity and integrity of older people in the institutions and emphasize more the politeness in the interaction with them. The results can be used in the reflection of practice in institutions and in the educational process for the assessment of dignity aspects in the care for older patients. The ongoing research indicates the need of a qualitative systematic review with and research greater focused on the theme of dignity in older people in our socio-economic context due to our population that grows older.

Klíčová slova v ČJ:

Důstojnost, senioři, sestry, institucionální péče, kvalitativní výzkum, rozhovor, tematická analýza, komparace perspektiv

Klíčová slova v AJ:

Dignity, older people, nurses, institutional care, qualitative research, interview, thematic analysis, comparison of perspectives

Prohlášení

Disertační práce je duševním vlastnictvím Mgr. Šárky Šaňákové a podléhá právní ochraně podle § 2 zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon).

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně pod vedením školitele Mgr. Juraje Čápa, PhD., a všechny literární i odborné zdroje, které jsem použila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Olomouci 25. 4. 2019

.....

podpis

Poděkování

Děkuji především svému školiteli Mgr. Juraji Čápovi, PhD. za inspiraci, odborné a cenné rady, za lidský přístup a také za neústupnost při vedení mé disertační práce. Dále děkuji sestřám a seniorům, kteří se účastily rozhovorů a našli odvahu otevřeně hovořit o důstojnosti. Bylo mi ctí se s nimi setkat.

Velké díky patří mé rodině za pomoc, podporu a trpělivost po celou dobu mého studia.

Dedikace k projektu

Disertační práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci v roce 2016. Je dedikována projektu IGA_FZV_2016_001 *Důstojnost seniorů z perspektivy sester.*

Obsah

Seznam ilustrací.....	10
Seznam tabulek.....	11
Seznam zkratk.....	12
Úvod.....	13
1 Teoretická východiska.....	15
1.1. Lidská důstojnost.....	15
1.2. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči.....	19
1.2.1. Důstojnost seniorů v ošetrovatelské péči.....	22
1.3. Důstojnost seniorů v institucionální péči: současný stav problematiky.....	30
1.3.1. Výsledky tematické syntézy důstojnosti u pacientů seniorů v ošetrovatelské péči z perspektivy sester.....	33
1.3.2. Výsledky tematické syntézy důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů seniorů z jejich vlastní perspektivy.....	38
1.3.3. Komparace výsledků perspektivy seniorů a sester.....	43
1.4. Souhrn.....	43
2 Metodika.....	46
2.1. Design studie.....	46
2.2. Cíle a výzkumné otázky.....	47
2.3. Výzkumný soubor.....	48
2.4. Etické aspekty výzkumu.....	50
2.5. Metoda sběru empirických údajů.....	51
2.6. Metoda vyhodnocení empirických údajů.....	52
2.7. Metoda komparace obou perspektiv.....	56
2.8. Důvěryhodnost a rigor práce.....	56
3 Výsledky.....	58

3.1.	Zkušenosti všeobecných sester s důstojností u seniorů v institucionalizované ošetrovatelské péči	58
3.2.	Zkušenosti pacientů seniorů s důstojností v institucionalizované ošetrovatelské péči.....	72
3.3.	Komparace výsledků obou perspektiv	83
4	Diskuse	88
4.1.	Diskuse ke shodným tématům důstojnosti seniorů z pohledu sester a seniorů....	88
4.2.	Diskuse k rozdílným tématům důstojnosti seniorů z pohledu sester	92
5	Limity studie	97
	Závěr.....	98
	Seznam příloh.....	102
	Bibliografické citace.....	128

Seznam ilustrací

Ilustrace 1 PRISMA diagram	32
Ilustrace 2 Modelová struktura důstojnosti pacientů seniorů a ovlivňujících faktorů z perspektivy sester	33
Ilustrace 3 Modelová struktura důstojnosti pacientů seniorů a ovlivňujících faktorů z jejich vlastní perspektivy	38
Ilustrace 4 Ukázka tematické analýzy u výzkumné skupiny seniorů	55
Ilustrace 5 Tematická struktura důstojnosti institucionalizovaných seniorů z perspektivy všeobecných sester	59
Ilustrace 6 Tematická struktura důstojnosti institucionalizovaných seniorů	73

Seznam tabulek

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru č. 1 všeobecných sester	49
Tabulka 2 Charakteristika výzkumného souboru č. 2 pacientů seniorů	50
Tabulka 3 Komparace témat sester a seniorů: shodná témata	84
Tabulka 4 Výskyt témat u sester: specifická témata	86
Tabulka 5 Výskyt témat u seniorů: specifická témata	87

Seznam zkratek

OSN	Organizace spojených národů
WMA	World Medical Assotiation
PDI	Patient Dignity Inventory
pPDI	Dignity card – sort tool
NIC	Nursing Intevention Calassification
CASP	Critical Appraisal Skills Program
DpS	Domov pro seniory
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini Mental State Exam
CCM	Constant Comparative Method
M	muž
Ž	žena
SOU	Střední odborné učiliště
FZV	Fakulta zdravotnických věd
SŠ	Střední škola
VŠ	Vysoká škola
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
PCC	Pacient centred care

„Abych mohl říci, co je důstojnost, je třeba popsat základní smysl lidského bytí.“

Meeks, M. D. (1984)

Úvod

Co je to důstojnost? Na jedné straně je vnímána jako nezcizitelná hodnota, která je daná samotným zrozením člověka. Na druhé straně vyjadřuje do jisté míry proměnlivou sebehodnotu (sebeúctu) a míru respektu od druhých osob. Důstojnost je „něco“, o co bychom nechtěli přinejmenším v životě přijít, naopak bychom svou důstojnost chtěli maximálně posílit, případně udržet. Problematiku vlastní důstojnosti si nejvíce uvědomíme tehdy, když ji ztrácíme.

Takto nejčastěji naše západní civilizace důstojnost vnímá. Ve chvílích, kdy se člověk ocitá ve zlomových etapách svého života, v kritických a vyhrocených situacích, lpí na své vlastní důstojnosti, jako na tom posledním, co ještě má... I v dobách největších lidských strádání např. v koncentračních táborech za 2. světové války, přestože některým zbýval jen holý život v zuboženém těle, pocit vlastní důstojnosti byl tím posledním, co jim ještě zbylo.

V prostředí ošetrovatelské péče je důstojnost nadmíru podstatná. Přestože je základním pilířem ošetrovatelské etiky, není vždy exaktně vyjádřena. V této práci nás bude zajímat specifický a v současné době palčivý problém lidské důstojnosti v kontextu stárnoucí populace. Jak vnímají svou důstojnost staří lidé, kteří vzhledem k pokročilému věku, často již spojenému s nemocí a ztrátou soběstačnosti, jsou nuceni svůj čas trávit v institucionálních zařízeních? Liší se jejich pojetí důstojnosti od toho, jak ji vnímají sestry, které se o ně v nemocnicích a v Domovech pro seniory starají? Právě tyto otázky byly na počátku této disertační práce.

Předkládaná disertační práce je specificky zaměřena na důstojnost seniorů v kontextu ošetrovatelské péče. Přestože je důstojnost zakotvena v Etickém kodexu sester, není zcela jasné, jak pro sestry, tak pro příjemce péče – pacienty, co přesně se pod tímto slovem skrývá.

Cílem této práce je proto popsat, co přesně představuje důstojnost v ošetrovatelské péči pro všeobecné sestry a pro pacienty seniory a srovnat tyto dva pohledy. Disertační práce je členěna do dvou částí. V první části jsou shrnuta teoretická východiska. Cílem je definovat základní pojmy *lidská důstojnost* a *důstojnost člověka v ošetrovatelské péči*. Na základě výsledků literárního přehledu je zde předložen současný stav problematiky důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče: důstojnost seniorů z jejich vlastní perspektivy, důstojnost seniorů z perspektivy sester, následná komparace obou perspektiv a shrnutí. Druhá část je věnována již vlastnímu kvalitativnímu výzkumu. Vzhledem k charakteristice tématu disertační práce byla pro identifikaci důstojnosti a faktorů, které ji evalvují a devalvují, zvolena metoda kvalitativního výzkumu, která lépe a plastičtěji popisuje konkrétní zkušenost samotných účastníků výzkumu. V této části jsou představeny cíle a výzkumné otázky, design výzkumu, výběr výzkumného souboru, etické aspekty výzkumu, metodologie, důvěryhodnost výzkumu, výsledky, diskuse, limity studie a závěry. Výsledky jsou, v souladu se strukturou výzkumu, opět rozděleny na důstojnost z perspektivy sester a důstojnost z perspektivy seniorů a na následnou komparaci výsledků obou perspektiv.

1 Teoretická východiska

První kapitola je věnována výkladu lidské důstojnosti z různých úhlů pohledů. V první řadě je představena důstojnost v jejím základním filozofickém a bioetickém zakotvení. Následný text nahlíží na důstojnost již v kontextu ošetrovatelské péče. Tato podkapitola je dále rozdělena na nejzranitelnější skupiny pacientů seniorů, které jsou ohroženy ve ztrátě důstojnosti. Jádrem teoretického vhledu do současné problematiky důstojnosti seniorů v ošetrovatelské péči je literární přehled kvalitativních studií, který je zaměřen na důstojnost v institucionální péči z perspektivy seniorů a následně na tutéž problematiku z perspektivy sester. Obě perspektivy doplňují schémata, jež odrážejí výsledky zpracované tematické syntézy literárního přehledu a která konkrétně ilustrují oba pohledy na důstojnost.

1.1. Lidská důstojnost

Samotný termín důstojnost pochází z latinského slova *dignitas*, které můžeme vyložit jako hodnotu, zásluhu nebo také jako ušlechtilost (Allmark, 2002, s. 255). Ottův slovník naučný vykládá důstojnost jako zaslouženost, hodnost, postavení člověka, i jako titul: „*Důstojnost jest tolik, jako zasloužilost, hodnost, cena osobní, vážnost (v chování), ve smyslu konkrétním i úřad čestný.*“ – kráceno (Kolektiv autorů, 1997, s. 229). Encyklopedie Diderot uvádí důstojnost jako etickou kategorii zdůrazňující vědomí člověka o jeho vlastním významu a významu jeho práv ve společnosti (Kolektiv autorů, 1993, 313).

Pojem důstojnosti je “složitý, dvojznačný a multivalentní” (Moody, 1998, s. 14). Jak je patrné z předchozího výkladu slova, explicitní definice důstojnosti je často vágní. Wainwright a Gallagher (2008) upozorňují na problematiku obtížného posouzení důstojnosti. Podle nich jde o abstraktní podstatné jméno, jehož obsah je obtížně měřitelný, a tudíž nelze ani nastavit pro potřeby minimálního standardu. Pokud tento standart není stanoven, není možné jasně stanovit, podle kterých indikátorů došlo k porušení důstojnosti

Právě z důvodu nejednoznačného, vnitřně rozporuplného výkladu pojmu se objevily i kritické argumenty. Někteří z těchto kritiků dokonce navrhovali vyloučit důstojnost jako pojem z bioetického diskurzu jako zbytečný¹. V rámci kritického náhledu lze tedy pojem

¹Bližší informace viz.: Čáp, Palenčár, Kurucová (2016, s. 42).

lidské důstojnosti vnímat i jako problém. Podle Singera nelze využívat nadnesené fráze jako intrinsická důstojnost² lidského druhu, a tím nadřazovat lidský druh jiným přírodním druhům (Singer, 2012). Macklin (2003) dokonce popisuje lidskou důstojnost jako nepoužitelný koncept. Samotný termín důstojnost podle Macklin neznamena nic víc než úctu k osobě, nebo její autonomii (Macklin, 2003, s. 1419). Pinker (2008) shrnuje, že nelze důstojnost zahrnout do bioetické diskuze z důvodu její relativity (mění se v podstatě v závislosti na čase a místě) a zaměnitelnosti za jiné hodnoty (za život, zdraví, bezpečnost). Je nutné brát tyto kritiky vážně a pokusit se porozumět a prozkoumat lidskou důstojnost bez ideologické platformy (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016). Proto se v následující části pokusím ukázat oprávněnost použití pojmu důstojnosti v obecné rovině a následně již v kontextu zdravotní péče.

Existují různá pojetí lidské důstojnosti vycházející z různých filozoficko – antropologických koncepcí člověka (Wichsová, 2011, s. 8). Jacobson (2007) rozděluje historický exkurz důstojnosti na tři klíčové vztahy: *Mezi lidstvem a Bohem; Mezi člověkem a společností a Mezi determinismem a svobodou.*

Mezi lidstvem a Bohem

V Bibli a během křesťanského středověku byla důstojnost vykládána jako kvalita, kterou má lidstvo pro svůj jedinečný vztah k Bohu. Lidské bytosti jsou stvořeny podle Božího obrazu, což je povyšuje nad všechny tvory, druhé místo patří pouze andělům (Jacobson, 2007, s. 293). Ježíš se přímo ztotožňoval s lidmi ubohými a nemocnými (Mt. 25, 40 „...cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mně jste učinili“). Hodnota důstojnosti je tak spojována s každým lidským životem po celou dobu jehožití.

Mezi člověkem a společností

Oproti předchozímu pojetí je klasická řecká myšlenka důstojnosti odvozená od chápání společnosti na základě pevné hierarchie. Důstojnost byla připisována určitým osobám nebo skupinám na základě svého místa nebo pozice v této struktuře (Johnson, 1971). Myšlenka na důstojnost tedy neodkazuje na absolutní a posvátné, ale relativní a sociální.

² Vnitřní pojetí důstojnosti je také nazýváno jako *intrinsické*. Jde o základní charakteristiku lidského rodu, ale také o nezaměnitelnou a jedinečnou hodnotu každého člověka. Naproti tomu existuje pojmové vymezení tzv. vnější, *extrinsické* důstojnosti – získané v průběhu života a proměnlivé místem, časem i hodnotitelem.

Anglický filosof Thomas Hobbes pojímá důstojnost jako hodnotu člověka přisuzovanou okolím (tržní cenu). Stanovuje se na základě původu, postavení, moci a síly, bohatství, talentu a dalších vlastností a schopností dotyčného jedince. Míra důstojnosti podle Hobbese závisí také na potřebě a úsudku společnosti (Ptáček, 2011, s. 51, 52).

Mezi determinismem a svobodou

V průběhu renesance italský humanista a filosof Giovanni Pico della Mirandola sepisuje slavnou řeč O důstojnosti člověka („Oratio de hominis dignitate“), kde jasně nastiňuje vizi člověka. Vyzvedá výjimečné postavení člověka a jeho možnost vzít svůj osud do svých rukou včetně možnosti volby. Přichází v té době s kacířskou myšlenkou, že člověk nebyl stvořen k obrazu božímu, ale naplňuje proces stávání se Bohem. Jeho svoboda spočívá v tom, že může dosáhnout božské velikosti: „...Ty, který nemáš žádná omezení, si je zvol sám na základě svobodné vůle, která ti byla svěřena. Umístili jsme tě do středu světa, abys mohl vše, co existuje, dobře pozorovat. Nevytvořili jsme tě nebeského ani pozemského, smrtelného ani nesmrtelného, abys ty sám jako soudce a svrchovaný strůjce mohl učinit sebe tím, čím si zvolíš. Můžeš upadnout do bytostí nižších, do zvířat, můžeš se silou svého přesvědčení znovu zrodit v bytostech vyšších, božských.“ (Flaitingrová, 2011, s. 24)

Německý filosof Immanuel Kant definoval důstojnost jako kvalitu všech vnímavých osob pro jejich schopnost racionální a morální svobody (Jacobson, 2007, s. 293). V tomto pojetí důstojnosti je dán respekt všem lidským bytostem, které Kant formuluje v tzv. kategorickém imperativu: „Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak i v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek“ (Kant, 1990, s. 91). Kant považuje důstojnost za nevyčíslitelnou vnitřní – *inherentní* hodnotu člověka. Důstojnost nesmí být nikomu upřena.

Ve 20. století se diskuse o důstojnosti přesouvají od disputací filosofických a teologických dále do sociopolitického prostředí a lidských práv, oblasti bioetiky a do zdravotnictví. Ve *Všeobecné deklaraci lidských práv a svobod* (UN General Assembly, 1948), která byla explicitně reakcí na zvěrstva, kterých se nacisté dopustili v předchozím válečném období, je úvodní preambule o důstojnosti: „...uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti a míru ve světě...“ Následně je v článku 1 zdůrazněna rovnost všech osob v důstojnosti a právech. Tuto důstojnost lze označit v duchu Kantovského odkazu jako nezcizitelnou, vnitřní, inherentní: „Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv.

Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství.“ (OSN, 1948) Přestože důstojnost byla základem pro tvorbu všech 30 článků deklarace, spíše se zdá, že byla přijata jako základní koncepce intuitivně srozumitelná a univerzální (Becker, 2001). Jazyková konotace lidských práv naznačuje, že důstojnost a práva jsou jako dvojčata. Důstojnost i lidská práva jsou vykládána jako nezczizitelná, se kterými se již člověk narodí. Stejně tak je člověku do vínku dán dar rozumu a svědomí. Od nich je odvozena individuální povinnost „jednat k sobě navzájem v duchu bratrství“ a kolektivního dosažení „svobody, spravedlnosti a míru“ stejně jako soudní postih proti diskriminaci a špatnému zacházení (Jacobson, 2007, s. 295).

Do oblasti bioetiky proniká koncept lidské důstojnosti hlouběji v druhé půli 20. století v návaznosti na sociopolitický vývoj ve světě, vznik právních deklarací s akcentem na lidskou důstojnost a rozvojem vědeckotechnického pokroku i do oblasti medicíny. Od konce 2. světové války je lidská důstojnost užívána v souvislosti s lékařskou etikou. Světová lékařská asociace (WMA) v roce 1948 nabádá lékaře, aby své povolání vykonávali svědomitě a s důstojností. Následně dodává, že jsou lékaři povinni vykonávat své povolání se soucitem a respektem k lidské důstojnosti. V oblasti bioetiky se důstojnost v posledních desetiletích zaměřovala především na otázky smrti a umírání. Téma lidské důstojnosti v kontextu smrti, stejně jako problematika eutanazie a asistované sebevraždy našly své zastánce i odpůrce (Pullman, 1996). Posledních třicet let se bioetika zabývá také dilematy spojenými s problematikou genetických biotechnologií. Dne 4. dubna 1997 byla v Oviedu přijata *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*.³ Cílem bylo zabránit zneužití člověka a jeho identity vlivem výzkumů a vědeckého bádání. Velká pozornost je zde věnována respektu k autonomii jedince – respektu k jeho svobodnému a informovanému souhlasu se vším děním. „*Článek 1: Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.*“ Zatímco tradiční bioetika, zastávaná především severoamerickými představiteli, zdůrazňuje individuální autonomii, bioetika na evropském kontinentě vnímá důstojnost prismatem kolektivistické koncepce pevně spojené se solidaritou (Jacobson, 2007, s. 297).

³ Úmluva vstoupila v platnost na základě svého článku 33 odst. 3 dne 1. prosince 1999. Pro Českou republiku vstoupila v platnost podle odstavce 4 téhož článku dne 1. října 2001.

Švédský bioetik Lennart Nordefelt (2004) na základě rozsáhlé kvalitativní studie v šesti evropských zemích rozděluje důstojnost na 4 typy: důstojnost zásluh, důstojnost mravní nebo existenciální úrovně, důstojnost osobní identity a univerzální důstojnost člověka (*Menschenwürde*). *Důstojnost zásluh (Dignity as merit)* může člověk nabýt i pozbyť. Existuje její *formální i neformální rovina*. Např. v případě dědičné monarchie nebo důstojnosti dané pozicí (král, ministr, biskup, lékař) se jedná o formální důstojnost. Naopak neformální důstojnost je získána na základě skutků, kterými daný člověk získává respekt a uznání (umělci, vědci, sportovci). *Důstojnost mravní úrovně* je závislá na myšlenkách a činech osoby. Někdy se mluví o důstojném charakteru, jako o osobnosti respektující morální zákon. S tím souvisí i představa, že důstojné chování je v součinnosti s mravním zákonem. *Důstojnost osobní identity*, kterou ovlivňují vnější události, činy jiných osob, ale i úraz nebo nemoc a stáří. Tvoří autonomii člověka, je spojena s historií a budoucností jeho života a se všemi vztahy s jinými lidmi. *Důstojnost člověka (Menschenwürde)* definuje lidství jako univerzální hodnotu (Nordefelt, 2009, s. 33-39). Je tedy daná, na rozdíl od zvířat, všem lidským tvorům.

V předchozím textu byla shrnuta lidská důstojnost v historickém exkurzu, základním teoretickým vymezení, ve vztahu k základním lidským právům a bioetice. Hlubšímu poznání oblasti lidské důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče je věnována následující samostatná podkapitola.

1.2. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči

V posledních desetiletích bylo na téma důstojnost v ošetrovatelské péči publikováno mnoho odborných publikací a článků, které se shodují v tom, že důstojnost představuje základní koncept pro ošetrovatelskou praxi (Matiti, Trorey, 2004; Edlund, Lindwall et al., 2013; Nāden, Eriksson, 2004). Na jedné straně je věnována pozornost teoretickému vymezení důstojnosti v ošetrovatelské péči a na druhé straně je již konkrétní cíl propojit teoretická východiska do ošetrovatelské praxe. Specifickou je dále oblast ošetrovatelské etiky, která se věnuje mimo zásadní témata jako umírání a eutanazii, také dilematickým situacím, kterým jsou ve své práci sestry každodenně vystaveny. V kontextu důstojnosti v ošetrovatelské péči (případně zdravotní péči) se pokusím nejprve načrtnout, jak přistupovali jednotliví významní autoři k problematice.

Již dříve citovaná Nora Jacobson (2009) na základě literární analýzy popsala tzv. *taxonomii důstojnosti*: dva odlišné, přesto spolu související významy důstojnosti⁴. První nazvala *lidská důstojnost (Human dignity)* jako abstraktní, univerzální hodnota, která patří člověku na základě toho, že je člověkem. Jde o bytostný, nezaměnitelný princip. Druhou je *sociální důstojnost (Social dignity)* vytvořená činností a interakcí, kterou Jacobson rozdělila na dvě varianty: *Důstojnost sebe sama (Dignity-of-self)* a *Důstojnost ve vztahu (Dignity-in-relation)*. *Důstojnost sebe sama* vyjadřuje kvalitu sebeúcty nebo sebehodnocení, která je charakterizována sebedůvěrou a integritou a důstojným chováním. *Důstojnost ve vztahu* obsahuje respekt a zásluhy přenášené prostřednictvím vyjádřeného uznání. Protože je společensky a individuálně podmíněná, je sociální důstojnost měřitelná, srovnatelná, lze ji poškodit i podpořit (Jacobson, 2009). Z chování ošetřovatelského personálu, které devaluje pacientovu důstojnost v ošetřovatelské péči identifikuje hrubost, nevšímavost, povýšenost, zamítnutí, lhostejnost, závislost, narušování soukromí, zevšeobecnování, omezování, nálepkování, pohrdání, diskriminaci, odpor a hnus, deprivaci, útok a ponížení (Jacobson, 2012, s. 21-50).

Další autorkou, která svůj výzkum zaměřila na důstojnost v ošetřovatelské péči je Milika Ruth Matiti. Ta publikovala svůj *koncept důstojnosti* na základě rozsáhlé kvalitativní fenomenologické studie. Identifikovala a definovala nejfrekventovanějších 12 kategorií, které mají významný vliv na důstojnost u pacientů: soukromí, důvěrnost, potřeba informací, volba pacienta, zapojení pacienta do péče, nezávislost, oslovení, slušnost, kontrola, respekt, sestra – pacient a komunikace. Dále zdůrazňuje, že v důstojnosti u pacientů existuje rovnováha mezi obecnými požadavky z pozice lidské bytosti a specifickými potřebami každého jedince (Matiti, Trorey, 2004).

Poslední ze zmiňovaných autorů, kteří se věnují konceptu důstojnosti, je kanadský psychiatr a specialista v oboru paliativní medicíny, Harvey M. Chochinov (2006). Přestože se Chochinov nevěnuje explicitně důstojnosti v ošetřovatelství, jeho cílený a kontinuální výzkum v oblasti důstojnosti má praktický přesah i do ošetřovatelské praxe. Na základě své dlouholeté výzkumné práce s pacienty vypracoval tzv. ABCD důstojné péče (*The ABCD of Dignity Conserving Care*), jež představuje základní koncept důstojného přístupu k pacientům. Základem Chochinova konceptu je *Attitude* – postoj, *Behaviour* – chování, *Compassion* – soucítění, *Dialogue* – komunikace. Prvním krokem v tomto přístupu je reflexe

⁴ Obdobu lze nalézt v označení *intrinsická* (vnitřní, lidská) důstojnost a *extrinsická* (vnější, sociální) důstojnost, viz. poznámka výše.

osobních postojů a předpokladů (i možných předsudků), týkajících se pacientů. Základem v chování vůči pacientům je laskavý a respektující přístup. Jakmile si uvědomíme své postoje, můžeme lépe řídit své chování vůči ostatním. Soucit je zde vnímán jako základní projev citu vůči druhému, tedy pacientovi. Je to hluboké povědomí o utrpení druhého. Soucit může personál získat, ale především jde o vrozenou dispozici, která je často motivací pro práci v oblasti zdravotnictví. Komunikace je předpokladem k pochopení pacienta. Abychom poskytli tu nejlepší péči pacientovi, je potřeba znát údaje o jeho osobě, nejen o jeho nemoci. Koncept byl vyvinut pro každého, kdo má kontakt s pacienty a pracuje s nimi. Práce s pacienty s sebou nese příležitost podporovat důstojnost osob, které hledají pomoc v systému zdravotní péče (Chochinov, 2012).

Podle Wainwright (2008) má samotná ošetrovatelská praxe morální hodnotu a vyžaduje respekt. Povinností nejen v ošetrovatelské praxi je chránit základní lidská práva, zvláště lidskou důstojnost. Také v úvodu Etického kodexu sester České republiky se uvádí právo na důstojnost a úctu spolu s respektováním lidských práv, práva na život a možnost volby (Česká asociace sester, 2012). Zachování důstojnosti pacienta je považováno za důležitou součást ošetrovatelské péče a je vysoce hodnoceno i samotnými pacienty (Walsh, Kowanko, 2002, s. 143; Wainwright, Gallagher, 2008, s. 46; Matiti, 2011, p. 3-8). V ošetrovatelské péči zahrnuje jak sociální dovednost, tak osobnostní předpoklady ošetrovatelského personálu. Důstojnost je zásadně ovlivněna osobnostní charakteristikou, intra- a inter- profesionálními vztahy, charakteristikou pracovního místa, pracovním týmem, profesionálními kompetencemi a zkušenostmi sester, společenským uznáním široké veřejnosti a profesionální autonomií (Stievano, De Marinis, Russo et al. 2012, s. 342). Matiti (2004) upozorňuje na fakt, že v ošetrovatelské praxi je ústředním bodem naplnění očekávání a pacientovy důstojnosti v každé ošetrovatelské činnosti. Je důležité, aby sestra porozuměla a pochopila jednotlivé pacienty v kategoriích a attributech spojených s důstojností. Primární je, aby měla o pacientovi vždy dostatek informací a empaticky vnímala veškeré obavy pacienta o jeho důstojnost.

Studium důstojnosti v kontextu ošetrovatelské péče se zpočátku zaměřovalo na téma paliativní péče v nemocnicích, hospicích a v domácí péči. Později bylo rozšířeno o diskusi na péči poskytovanou ve zdravotnických i sociálních zařízeních, na širokou škálu zranitelných a marginalizovaných jedinců, například na starší osoby, chudé, bezdomovce a osoby mentálně a jinak handicapované. Po celou dobu je cílem najít způsob, jak poskytovat

péči, která udržuje integritu a sebeúctu obou: příjemce péče i pečovateli (Jacobson, 2007, s. 298).

V závěru této části můžeme konstatovat, že důstojnost v ošetrovatelské péči vyžaduje reflexi pojmu důstojnost také u ošetrovatelského personálu. Přestože samotná ošetrovatelská profese v sobě zahrnuje očekávání respektující péče, je nezbytné znát základní koncepty důstojnosti, aplikované na ošetrovatelskou praxi. Ve zkratce lze shrnout, že důstojnost je nejen intrinsická, se kterou pacient již přichází do nemocničního prostředí, ale také důstojnost extrinsická, kterou lze ovlivnit právě přístupem personálu k osobě pacienta, jeho chováním, ale také prostředím samotné instituce. Pohled na důstojnost v ošetrovatelské péči u jedné z nejzranitelnějších oblastí pacientů – seniorů, je věnována pozornost v následující kapitole.

1.2.1. Důstojnost seniorů v ošetrovatelské péči

Vlivem demografických změn v lidské populaci prudce narostl počet seniorů v celosvětovém měřítku (Sander, et al, 2015), mění se skladba obyvatel ve společnosti a roste poptávka po zajištění péče o staré občany. Jde o celosvětový fenomén, který nemá v historii obdoby, s dopadem na mnoho aspektů lidského života. Stárnutí obyvatelstva se týká také České republiky. Podle očekávání Českého statistického úřadu tento proces nabral na intenzitě mezi lety 2011–2017, kdy se silné poválečné ročníky obyvatel přehouply přes hranici 65 let. V roce 2050 by se pak průměrný věk v ČR mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety. Stárnutí obyvatelstva je stěžejním rysem populačního vývoje v České republice (Český statistický úřad). Vzdůstává výrazně míra závislosti seniorské populace, rostou nároky nejen na výdaje spojené se starobními důchody, ale také na zdravotní a sociální péči.

Stárnutí a stáří je asociováno se zranitelností, bezmocností a křehkostí (Sarvimäki, 2016). Chronická onemocnění, polymorbidita, zdravotní omezení nebo ageismus vůči starým lidem způsobuje, že jsou senioři daleko zranitelnější také ve své důstojnosti než mladší osoby (Webster, 2009). V současné společnosti je kladen důraz na funkčnost, efektivitu, moderní technologie, což v medicíně představuje minimální délku pobytu v akutní lůžkové péči a prodloužení pobytu v péči následné. Tato je aplikována v doléčovacích zařízeních typu léčeben pro dlouhodobě nemocné, nebo sociálně zdravotních zařízeních jako jsou Domovy pro seniory anebo v prostředí domácí péče. Právě fakt, že jsou senioři odkázáni na péči mimo své přirozené domácí prostředí zvyšuje potřebu podpory

jejich důstojnosti a také potřebu reflexe důstojnosti ve specifickém kontextu stárnoucí populace a ošetrovatelské péče.

Na téma důstojnosti v ošetrovatelské péči u seniorů se v posledních letech v souladu se společenskou poptávkou zaměřila řada výzkumných studií. Takto zaměřený výzkum je rozšířen zejména ve Skandinávii (Franklin, Ternestedt, Nordenfelt, 2006; Jacobson, 2009; Anderberg et al., 2007; Edlund et al., 2013, Hall, E., Hoy, 2012; Stabell, Nadel, 2006), ale také ve Velké Británii (Gallagher, Baillie, 2017; Woogara, 2005) a v Kanadě (Chochinov, 2008; Jacobsen, 2009). Podle Gallagher (2017) je společným ukazatelem především obava o kvalitu poskytované péče.

Pokud se podíváme na výzkumné studie zaměřené primárně na téma důstojnosti v ošetrovatelské péči u seniorů z metodologického hlediska, jsou v převážné většině kvalitativního charakteru (Webster, Bryan, 2008; Yea-Pin Lin et al, 2010; Baillie, Galagher, 2012; Hall, E., Hoy, 2012). Vzhledem k tomu, že je u důstojnosti potřeba získat hlubší a osobní zkušenost, převažují fenomenologicko-hermeneutické výzkumy (Anderberg et al., 2007; Hall, E., Hoy, 2012; Jacelon, 2004; Stabell, Nadel, 2006). U fenomenologicko-hermeneutických výzkumů se využívá při sběru dat v první linii interview, někdy doplněno o *focus group*. Dále je přítomen etnografický přístup, který se volí v situaci, kdy je třeba zohlednit specifika nemocničního prostředí, které je pro ošetrovatelskou praxi vždy jedinečné svým klimatem, kulturou, ale i skupinovou dynamikou (Rodriquez, 2011; Woogara, 2005). Objevují se i studie narativního charakteru prostřednictvím vyprávění příběhu, které opět umožňují lepší příležitost pro popis života a zkušeností než metody, které poskytují čísla, tabulky a koncepty. Příběhy umožňují větší pochopení skutečných zážitků (Jakobsen, Sorlie, 2010). Kvantitativně zaměřené výzkumy se objevují spíše ojediněle, až na výjimku dotazníku *Patient Dignity Inventory PDI* (Chochinov et al., 2008), který se validoval v řadě dalších zemí.⁵

Při pohledu na důstojnost u seniorů v kontextu ošetrovatelské péče hraje významnou roli specifikum jak prostředí, ve kterém se senioři nachází – domácí péče, institucionální péče, ale také jejich zdravotní stav a prognóza daného onemocnění. T tohoto pohledu lze rozdělit tematicky výzkumy důstojnosti u seniorů na tři skupiny: důstojnost u seniorů na konci života *end-of-life care* (Chochinov, 2002, 2003, 2004, 2006; Van Gennip et al., 2013; Vlug et al., 2011; Kisvetrová et al., 2013, 2018); důstojnost u seniorů s demencí (Bridges,

⁵ Bližší informace dále v textu

2011; Edvardson, 2008; Helgesen, 2014; Randers, 2003; Rodriguez, 2011; Tranvag, 2013) a důstojnost u pacientů seniorů v pečovatelských (rezidenčních) domech nebo v nemocnicích (Baillie, Gallagher, 2012; Bužgová, 2009; Hall, E., Hoy, B., 2012; Hall S. et al., 2014; Jacelon, 2003; Webster, C., Bryan, 2008; Woolhead, 2006; Yea-Pin Lin et al, 2010).

V následujícím textu budou ve zkratce představeny studie zaměřené na důstojnost u seniorů v terminální fázi života a studie zaměřené na důstojnost u seniorů s demencí. Třetí tematické skupině pacientů seniorů v pečovatelských domech a v nemocnicích⁶ bude věnována podrobněji samostatná kapitola v podobě výsledků literárního review, neboť je nosným tématem dizertační práce a vytváří základní rámec pro výzkumnou část práce.

Důstojnost u seniorů na konci života (*end-of-life care*)

Závěrečná fáze života představuje nejen pro seniory náročnou etapu smíření se s životem, konečností, objevují se existenciální úvahy nad hodnotou a smyslem vlastního života. V odkazu na předchozí text především v úvodní kapitole a Nordenfeltova teoretického vymezení důstojnosti, je v tomto období u každého člověka zvýšená potřeba po důstojném doprovázení ke smrti. Důstojnost je také deklarována jako základní premisa paliativní péče (Hack et al., 2004). V této části textu se zaměřujeme na důstojnost v ošetrovatelské péči u seniorů, kteří jsou na konci svého života zejména prostřednictvím práce Chochinova a jeho spolupracovníků.

Odcházení člověka z tohoto světa je procesem dlouhým a často velice těžkým a náročným jak pro samotného umírajícího, tak pro jeho blízké a pečující. Čáp a Palenčár (2016) se ve své monografii s názvem *Ludská důstojnost v kontexte smrti a umierania* zamýšlejí nad tím, jak se dva protichůdné fenomény *důstojnost* a *smrt* mohou navzájem ovlivňovat. Přestože je důstojnost člověka daná, vrozená a inherentní, je možné ji v konečné fázi života ztratit či pozbyt na základě nedůstojné péče personálu, chování rodiny, na podkladě závažných následků nemoci? Těmto úvahám se věnuje bádání v oblasti důstojnosti od antiky po současnost, přesto však vždy s jednotnou snahou potvrdit lidskou důstojnost v konečné fázi života (Čáp, Palenčár, Kurucová, 2016, s. 7-9). Utrpení je integrujícím faktorem obou významových rovin s dopadem na lidskou důstojnost, a to ve smyslu, že

⁶ Dále bude užito označení institucionální péče, které nerozlišuje pečovatelské (rezidenční) domy – v ČR jde o Domovy pro seniory a nemocniční zařízení, které zahrnuje i Léčebny pro dlouhodobě nemocné. Společným znakem je celodenní pobyt pacientů seniorů.

utrpení způsobuje ztrátu důstojnosti, ale i ztráta důstojnosti může způsobit utrpení (Matiti, Baillie, 2011, s. 132). Ramsey (1974) upozorňuje, že i při procesu umírání je možno čelit tomuto někdy až nedůstojnému aktu důstojnou cestou, kdy je možno odkazovat na činy ze života umírajícího⁷.

Důstojnosti u pacientů v terminálním stádiu nemoci se dlouhodobě věnuje v Kanadě již výše zmíněný Harvey Max Chochinov. Počátky jeho výzkumných aktivit ve Výzkumném centru paliativní péče v Manitobě, zaměřených na důstojnost se datují od roku 1995. Chochinova zaujal výzkum lékařů v Holandsku, zaměřený na eutanazii, který si kladl otázky: Jak často využívají lidé eutanazii? Proč lidé něco takového žádají? V 56 % případů byla důvodem k eutanazii ztráta důstojnosti, přičemž bolest byla uvedena v pouhých 5 %. V roce 2002 byl týmem Chochinova proveden kvalitativní výzkum u pacientů s rakovinou, aby identifikoval různé faktory, které podporují nebo narušují pocit důstojnosti pacienta. Tyto studie vygenerovaly empiricky odvozený model důstojnosti u terminálně nemocných a směr vztahující se k zachování důstojnosti. Tým také shromáždil kvantitativní údaje, aby určil, jak různé demografické proměnné a specifické proměnné nemoci souvisejí s otázkou důstojnosti u terminálně nemocných. Na svůj výzkum konceptu důstojnosti Chochinov navazuje a popisuje protokol pro tzv. *Dignity Therapy* (Chochinov, 2005). Jedná se o částečně psychoterapeutický rozhovor s pacienty, který pomáhá prosazovat důstojnost a snižuje utrpení na konci života. Nemusí se praktikovat pouze u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, ale je vhodný například i u seniorů. Terapie se zabývá fyzickými, psychosociálními, existenčními a duchovními obavami nebo strachem. Netrvá dlouho, může být u lůžka a jeho cílem je pomoci jak pacientům, tak jejich rodinám. Rozhovor uskutečňuje vyškolený terapeut (obvykle sestra nebo jiný zdravotník). Je nahráván a následně přepsán. V upravené podobě se vrací pacientovi, který jej v případě spokojenosti může sdílet se svými blízkými. Základní osou rozhovoru je životní historie pacienta, jeho životní role, úspěchy, naděje a sny (Chochinov, 2005). V roce 2004 začal tým testovat praktické aplikace výzkumu. Byly vyvinuty a pilotovány intervence jako *Terapie důstojnosti (Dignity Therapy)* a dotazník důstojnosti pacientů *Patient Dignity Inventory (PDI)*. Dotazník PDI byl původně zaměřen na pacienty v terminální fázi onemocnění v kontextu paliativní péče. Následně byl validován pro širší uplatnění také u pacientů s rakovinou. Dotazník identifikuje různé příčiny

⁷ Zde lze nalézt paralelu s Chochinovou *Dignity Therapy (2004)*, viz. následující text.

úzkosti (fyzické, funkční, psychosociální, existenciální a duchovní), které se běžně vyskytují u terminálně nemocných pacientů (Chochinov, 2009).

V roce 2006 byly publikovány výsledky studie zaměřené na hodnocení Modelu důstojnosti u terminálně nemocných pacientů. Pacienti byli tázáni na konkrétní otázky vyplývající z modelu, s tím, jak by mohly být spojeny s jejich vnímáním důstojnosti. Vlivy, které ovlivňují důstojnost u pacientů v terminálním stadiu nemoci, rozdělují na 3 kategorie:

1) *Sociálně vnější faktory* jako jsou hranice ochrany osobních údajů, sociální podpora, tón hlasu nebo vůně pečující osoby, zátěž pro ostatní, následky nemoci.

2) *Psychologické a duchovní aspekty*, které mohou ovlivnit vlastní kontinuitu, zachování role, hrdost, naději, autonomii/kontrolu, resilienci/duševní bojovnost, zachování normálnosti a hledání duchovního komfortu.

3) *Problémy související s nemocí*, které zahrnují kognitivní schopnosti a funkční kapacitu, současně ale také příznaky úzkosti, jako jsou fyzická a psychická úzkost – nejistota ze zdravotního stavu a strach ze smrti.

Ve výsledku se ukázalo, že nejvíce ovlivňují vlastní vnímání důstojnosti tyto symptomy nebo zkušenosti: v 87,1 % „zacházení bez respektu a porozumění“ a „pocit zátěže pro ostatní“. Právě tyto symptomy mohou být signifikantní v suicidálním chování. Mezi nejčastěji uváděnými bylo „necítit podporu ve své komunitě“, „pocit nedocení a bezvýznamnosti“, „pocit ztráty vlády nad svými tělesnými funkcemi“, „pocit, že nepřispíváte ničím trvalým“, „pocit ztráty kontroly nad svým životem“, „pocit, že jsem pro ostatní zátěží“ a „nebýt ošetřován s respektem a porozuměním“. (Chochinov, 2006)

Rozsáhlá longitudinální studie na téma umírání s důstojností z pohledu rodinných pečovatelů nad 55 let byla realizována v Holandsku. Studie se zúčastnilo 168 rodinných pečovatelů, a odstup od smrti jejich blízkých byl od 0,5 do 3,5 let. Byli osloveni k vyplnění nestandardizovaného dotazníku vytvořeného odborníky na paliativní péči, částečně inspirovaném prací Chochinova a částečně se měli otevřeně vyjádřit na specifické otázky týkající se smrti s důstojností. Většina respondentů uvedla, že smrt jejich člena rodiny byla důstojná. Studie naznačuje, že pro důstojnou smrt, ve vnímání rodinných pečovatelů, je psychosociální pohoda přinejmenším stejně důležitá jako řešení fyziologických předsmrtných procesů. S ohledem na důležitost připravenosti na smrt, jak pro pacienty a jejich pečovatele, měli by zdravotníci poskytnout jasné a pravdivé informace, pokud jde o omezení délky pacientova života nebo hrozí smrt. Tak umožní, aby se pacient a jeho rodina

připravili na smrt, a přispívá tak u pacienta i jeho rodiny ke smrti v klidu a důstojnosti (Van Gennip, et al., 2013, s. 623).

Jednoduchý nástroj *dignity card-sort tool* (p-DCT), který by sloužil k identifikaci faktorů, které pacient vnímá jako klíčové pro udržení důstojnosti na konci života, vypracovala také Periyakoil (2010) v kalifornském Palo Alto. Na základě rozsáhlého kvalitativního průzkumu u multidisciplinární skupiny poskytovatelů péče vytvořili teoretický model důstojnosti v tématech a subtématech souvisejících s udržením důstojnosti. Jako hlavní témata určili vnější a vnitřní důstojnost. Vnější důstojnost byla dále rozdělena na subtémata: respekt a péče (jak demonstrují svůj postoj pečující pacientovi). Vnitřní důstojnost obsahovala témata: autonomie, sebeúcta a spiritualita. Každý respondent z komunity umírajících filipínských Američanů měl uspořádat karty (odpovídající položkám popsaného modelu důstojnosti autorů) v pořadí od nejdůležitějšího po nejméně důležitý faktor ovlivňující zachování důstojnosti na konci života. Překvapivým pro výzkumníky byl fakt, že jako nejméně důležitý faktor pro zachování důstojnosti hodnotili uspokojení fyzických potřeb (položka v subtématu péče). Naopak nejvíce si respondenti cenili sebeúcty a respektu od ostatních. Je tedy důležité znát specifický hodnotový postoj jednotlivých pacientů, aby mohl personál kvalitně a účinněji zachovat důstojnost umírajících pacientů. Efektivní a kvalitní léčba bolesti a dalších symptomů spojených s umíráním udržuje důstojnost umírajících, kteří touží především po péči respektující jejich osobnost.

V České republice se tématu důstojnosti u pacientů v závěru života věnuje Kisvetrová (2013, 2018). Prostřednictvím kvantitativní studie u souboru 468 českých sester zkoumala, které aktivity z klasifikace ošetřovatelských intervencí (NIC) *Duchovní podpora* používaných u pacientů s ošetřovatelskou diagnózou *Úzkost ze smrti* by mohly být uplatnitelné v praxi v českém prostředí. Soubor tvořilo 486 všeobecných českých sester, metodou sběru byl kvantitativní dotazník s využitím Likertovy škály. Nejčastěji využívanou aktivitou bylo *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* a nejméně využívanou aktivitou *Modlit se s pacientem*. Aktivita *Jednat s pacientem důstojně a s respektem* byla také hodnocena jako nejlépe proveditelná v prostředí české ošetřovatelské praxe. Kisvetrová shledala významné rozdíly v typu pracoviště sester a jejich náboženským přesvědčením. (Kisvetrová, 2013). Kisvetrová se svým výzkumným týmem také validovala českou verzi Chochinova dotazníku důstojnosti pacientů PDI-CZ. Zkoumala charakteristiky jednotlivých položek, faktorovou analýzu a reliabilitu české verze PDI – CZ u pacientů s onkologickým onemocněním (n = 136) a bez onkologického onemocnění (n = 103). Výsledky studie

potvrdily spolehlivost PDI – CZ a možnost budoucího využití u pacientů s onkologickým onemocněním a neonkologickým onemocněním (Kisvetrová et al., 2018).

Důstojnost v ošetrovatelské péči u seniorů v konečné fázi života výrazně ovlivňuje především respekt k vlastní osobě, ale také péče respektující individualitu každého jedince. U umírajících je přítomna ve zvýšené míře touha po nasycení spirituálních potřeb a zodpovězení existenciálních otázek s důrazem na průběh jejich života a případnou rekapitulaci, jak vyplývá z výzkumu Chochinova. V případě, že jsou dobře terapeuticky ošetřeny symptomy doprovázející umírání, primárně zejména bolest, nepředstavují pro umírající seniory fyzické potřeby takové ohrožení důstojnosti, jako ztráta autonomie a respektu.

Důstojnost u seniorů s demencí

Se stále rostoucím počtem stárnoucí populace se zvyšuje i počet starých osob s demencí. Péče o tyto osoby přináší pro zdravotnický personál řadu specifických výzev. Důstojnost je jednou z nejaktuálnějších, současně úzce souvisí s kvalitou života pacientů (Moyle et al., 2011, s. 420). Podle Manthorpe (2010) může být důstojnost indikátorem kvality dobré péče, která potenciálně zvyšuje i kvalitu života pacienta s demencí. Její definice, jak je již výše uvedeno, však není jednoznačná. Snadněji ji lze popsat v souvislosti s fyzickou péčí a léčbou než v jiných oblastech. (Manthorpe et al., 2010, s. 235) Zdravotnický personál zažívá v souvislosti s péčí o seniory s demencí každodenní eticky dilematické situace, kdy není jednoznačné, které řešení v péči zvolit. Tyto situace vedou k frustraci, vyvolávají stres a následně mohou vyústit až v syndrom vyhoření (Jakobsen et al., 2010, s. 289-290).

V americké studii Rodrigueze (2011), která se zaměřuje na to, jak pracovníci v ošetrovatelské péči využívají své emoce k podpoře důstojnosti u seniorů s demencí, podtrhuje nezbytnost etického přístupu. Tento zahrnuje empatii, porozumění, ale také znalost strategií ke zvládnutí agresivity u pacientů s demencí a značnou míru pochopení. Pracovníci se i v komplikovaných a náročných situacích snažili o autentickou emocionální vazbu s pacienty. Překvapivě vnímali někteří pracovníci navázání vztahu s náročným pacientem v odporu nebo agresi jako výzvu a snažili se k němu najít cestu i přes časovou náročnost (Rodriguez et al., 2011, s. 275-282). V péči o pacienty seniory s demencí je také nezbytné zapojení rodiny, což podporuje integritu seniora s demencí. Obzvláště důležité je zachovat sebevědomí a hodnotu každého pacienta (Tranvag et al., 2013, s. 869-872).

Jedním z faktorů důstojnosti u osob s demencí a současně problematických právě ve vyhodnocení reálnosti postupu, je podpora autonomie, nezávislosti a individuality. Norská studie Helgensen (2014) popisuje podmínky, které mají významný vliv na zapojení seniorů s demencí do ošetrovatelského procesu. Definovány byly tyto oblasti: vzdělání sester a jeho úroveň, schopnost pacientů učinit rozhodnutí a vyjádřit se a organizační podmínky (dostatek personálu a čas). Všeobecné sestry ve studii popisovaly především nezbytnost akceptovat také důsledky rozhodnutí pacientů s demencí (ohrožení sebe a jiných osob). V některých případech se však senioři s demencí vyjádřili slovně, že nechtějí rozhodovat a rozhodování svěřují personálu. Ve výjimečných případech, kdy pacientovo rozhodnutí např. nejíst a nepít mělo vážné důsledky, respektoval ošetrovatelský personál odmítavý postoj pacienta a nekrmili ho na sílu, jak bylo zvykem v minulosti. Vhodnou situací pro ponechání vlastního rozhodnutí je např. výběr oblečení. Osvědčilo se také ponechat seniorům s demencí možnost výběru rozhodnutí s jistým omezením volby. Typické pro tuto úroveň účasti bylo to, že senioři měli pocit, že mají nějakou schopnost učinit a vyjádřit své přání a vybrat si z výběru. Typickým příkladem pro tato rozhodování je narušení cirkadiálního rytmu, střídání spánku a jídla. Pacienti pospávají přes den a v noci jsou aktivní. Je nutné, aby sestra pacienta na tento fakt citlivě upozornila, a ten jej akceptoval. Další ze situací pro omezené rozhodování je oblast osobní hygieny. V případě, že pacient s demencí již týdny odmítá hygienu, je rozhodnutí dobré projednat v týmu. Donucení k hygieně je na jedné straně považováno za okamžitou urážku pacienta, ale na druhé straně i za zodpovědnou péči, neboť ponechání pacienta bez hygieny jej může ještě více ohrozit. V některých situacích je dobré uzavřít s pacientem dohodu a minimalizovat možné škody; např. u kouření na pokoji instruovat na vybraná místa ke kouření určená. Je nezbytné, aby personál postupoval vždy individuálně, podle aktuálního stavu a schopností pacientů s demencí a podle dané situace.

Edvardson (2008) uvádí v podpoře důstojnosti u osob s demencí jako zásadní přístup orientovaný na člověka. V péči o tyto pacienty jsou nezbytné znalosti z jejich života, prostředí péče (klidné, příjemné, bezpečné), organizace péče, podpora sounáležitosti, vzájemné porozumění, podpora volby a kontroly a sdílení každodenního života (Edvardson et al., s. 363-365).

Moyle (2011) svůj výzkum zaměřila na faktory života u osob s demencí a jejich vlivů na člověka. Faktory s vlivem na kvalitu života u osob s demencí rozdělila Moyle do tří kategorií: rodinné vlivy, lidské vlivy a okolnosti s dopadem na kvalitu života. V popředí všech tří kategorií je komunikace, ať už s rodinou nebo s personálem, pocit opuštěnosti,

nedostatek příležitostí zapojit se do činností a společenská izolace (Moyle et al., 2011, s. 973-975).

Důstojnost v ošetrovatelské péči u seniorů s demencí vyžaduje především znalost pacienta, individuální a klidný přístup personálu, kreativitu při zapojení pacienta v rozhodování k péči, zapojení rodiny a aktivizace. Dominantní je zde přístup orientovaný na člověka. I přes snahu poskytnout v maximální míře důstojnou péči u pacientů s demencí, přináší tento přístup eticky dilematické situace, které je nutné posuzovat individuálně.

1.3. Důstojnost seniorů v institucionální péči: současný stav problematiky

Vhled do současné problematiky je v této části kapitoly sepsán podrobněji, jak v předchozím textu, neboť se problematika zabývá již konkrétním tématem disertační práce. Text je zpracován formou literárního review, které bylo zaměřeno na vnímání důstojnosti v ošetrovatelské péči u institucionálních seniorů z perspektivy sester a pacientů seniorů⁸ a tvoří tak teoretický základ vlastního výzkumu disertační práce.

Cílem literárního review bylo identifikovat, analyzovat a syntetizovat z vybraných kvalitativních studií zaměřených na důstojnost u seniorů v kontextu ošetrovatelství faktory, které jsou pro důstojnost v ošetrovatelské péči významné. Primární výzkumné otázky na základě PICo (*Population, Interest a Context*) formátu modifikovaného pro kvalitativní výzkum byly následující:

- *Jak interpretují pacienti senioři důstojnost a faktory, které ovlivňují jejich vlastní důstojnost v kontextu ošetrovatelské péče?*
- *Jak interpretují sestry důstojnost a faktory, které ovlivňují důstojnost u pacientů seniorů v kontextu ošetrovatelské péče?*

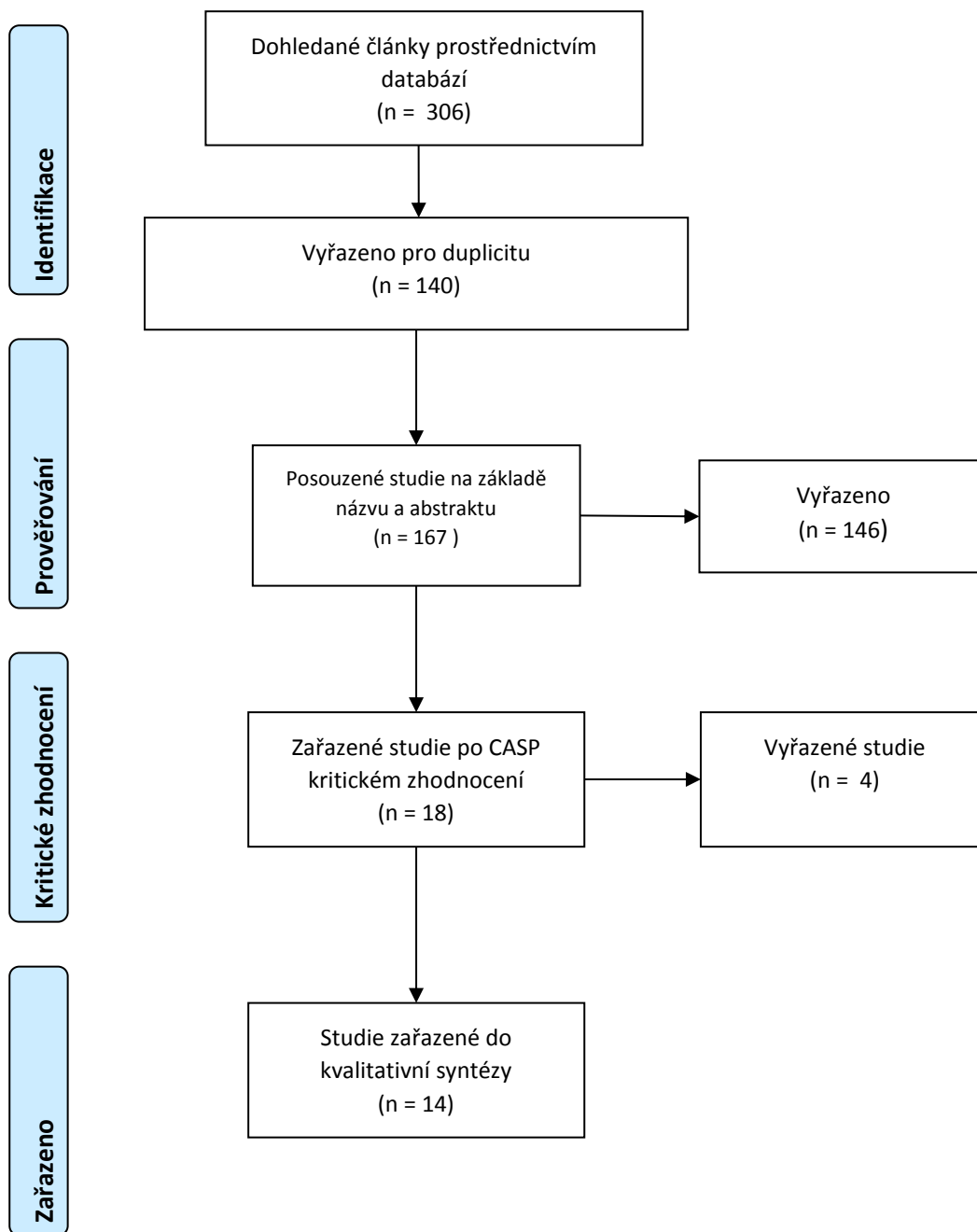
Dalším cílem bylo komparovat syntetizované výsledky důstojnosti pacientů seniorů z obou perspektiv. Vyhledávání bylo realizováno v anglickém jazyce prostřednictvím elektronických databází Academic Search Complete, CINAHL, Health Source: Nursing/Academic Edition, MEDLINE, a PROQUEST. Vyhledávací slova byla stanovená:

⁸ Tato část práce byla publikována: ŠAŇÁKOVÁ, Š, ČÁP, J. Dignity from the nurses' and older patients' perspective: A qualitative literature review. *Nursing Ethics*. 2018, Jan 1:969733017747960. doi: 10.1177/0969733017747960. [Epub ahead of print]. ISSN: 2167-1168.

patients, nurses a older pro population; *dignity, perception of dignity, meaning of dignity* pro phenomenon of interest; *nursing, nursing care of older, geriatrics, a qualitative* pro context.

Jako limitující bylo ve vyhledávání stanoveno vyhledávací období 2000-2016 s ohledem na fakt, že výzkumné aktivity v této oblasti jsou zejména v posledních dvou desetiletích. Dále byly zahrnuty pouze kvalitativní studie zaměřené na důstojnost pacientů seniorů (65 a více let) v institucionalizované ošetrovatelské péči z jejich vlastní perspektivy, nebo z perspektivy sester. Vyřazeny byly studie se zaměřením na péči v konečné fázi života (*end-of-life care*), urgentní a intenzivní péči a na psychiatrická onemocnění včetně demence. Výzkumné články byly po vyhledání v databázích tříděny na základě doporučeného postupu PRISMA (viz. Ilustrace 1), který se využívá pro tvorbu systematického review a meta-analýzy.

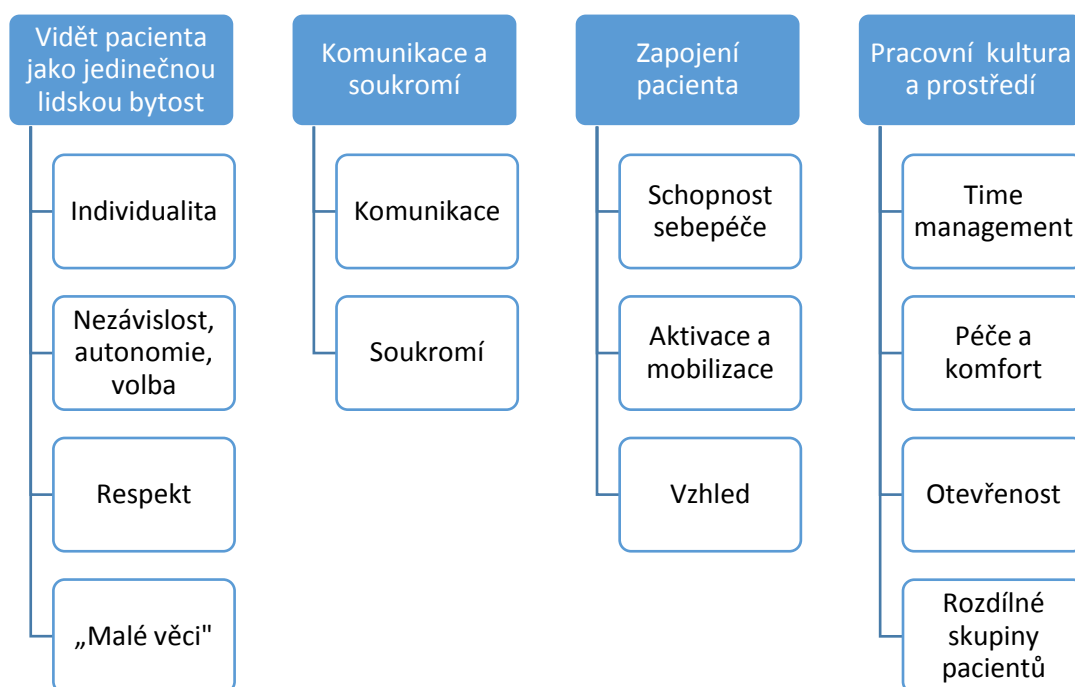
Soubor 18-ti studií byl dále hodnocen prostřednictvím hodnotícího protokolu CASP - *Critical Appraisal Skills Program* (2013). Tento 10 – bodový protokol (Příloha 1) je určen pro kritické posouzení kvalitativních studií, zejména po metodologické stránce. Na základě CASP protokolu byly 4 studie vyřazeny: 2 studie neměly dostatečný popis analýzy dat, 1 studie s úplnou absencí analýzy dat, 1 studie neodpovídala metodologií ke stanovenému cíli literárního review. Finální soubor pro tvorbu literárního (narativního) review tvoří 14 kvalitativních studií (Příloha 2). Přehled výsledků je zpracován metodou tematické syntézy. Tato metoda se využívá pro analýzu dat z primárních kvalitativních výzkumů. Tematická syntéza má tři fáze: kódování textu „řádek po řádku“, vývoj deskriptivních témat a vytváření analytických témat. Zatímco vývoj deskriptivních témat zůstává z primární studie, analytická témata představují etapu interpretace, přičemž se vychází z primárních studií a vytvářejí se nové interpretační konstrukty, vysvětlení nebo hypotézy (Thomas, Harden, 2008, s. 1).



Ilustrace 1 PRISMA diagram

1.3.1. Výsledky tematické syntézy důstojnosti u pacientů seniorů v ošetrovatelské péči z perspektivy sester

Na základě identifikovaných témat byly syntetizovány 4 hlavní témata důstojnosti z pohledu sester a to: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost*; *Komunikace a soukromí*; *Zapojení pacienta* a *Pracovní kultura a prostředí*, a 13 subtémat (viz. Ilustrace 2). V následující části budou výsledky prezentovány na úrovni těchto hlavních témat.



Ilustrace 2 Modelová struktura důstojnosti pacientů seniorů a ovlivňujících faktorů z perspektivy sester

Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost

Jako první bylo identifikováno téma *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost*, ve kterém je důstojnost chápána v podobě nenapodobitelné osobitosti každého člověka, bez ohledu na jeho zdravotní stav či vzhled. Hall E. (2012, s. 290) stejně jako Woolhead (2006, s. 368) zdůrazňují, že se každá osoba liší ve svém charakteru a vlastnostech, což dohromady tvoří její individualitu a odlišuje ji od ostatních. Hall E. podtrhuje důležitost znalosti jedinečné životní historie pacienta, osobních vlastností, osobních hodnot a přesvědčení, které mohou být ovlivněny různými kulturami. Je důležité, aby nebyl pacient vnímán jen jako „diagnóza“, ale jako jedinečná lidská bytost. Pokud je pacient oblečený do vlastního oblečení, sestra v něm snáze vidí starší paní nebo pána XY, než jen zlomenou kyčelní kost nebo „mrtvici“.

Pro podporu individuality je důležité udržet dosavadní sociální vazby mimo zdravotnickou instituci, čímž se i lépe udrží stávající sociální role pacienta seniora (Hall S., 2014, s. 56-59; Hoy et al., 2007, s. 162, 164; Woolhead et al., 2006, s. 368). Hall S. identifikuje témata nezávislosti, autonomie, volby a kontroly, která souvisí se sebeurčením. Většina pacientů seniorů v nemocničních a pečovatelských zařízeních je závislá v ADL (aktivitách všedního dne) na cizí pomoci, což může snadno vést k paternalistickým praktikám zdravotnického personálu a narušit autonomii starších pacientů. Autonomní osoba není omezena v rozhodování, není závislá na pomoci nebo podpoře druhých. Samostatná volba se může stát problémem, pokud senior učiní rozhodnutí, které je v rozporu s jeho zdravotním stavem. Sestry v těchto situacích často čelily dilematu, co je pro pacienta nejlepší a co je pro pacienta bezpečné (Hall et al., 2014, s. 56).

Jacelon (2003) rozlišuje mezi interpersonální důstojností a sebedůstojností. Senioři zahrnutí do její studie vnímali interpersonální důstojnost v míře úcty, s níž se zachází s jinou osobou. Způsob, jakým je jednotlivec opečováván jinými, přináší tomuto jednotlivci pocit hodnoty. Podle interakcí s nemocničním personálem se pacienti senioři cítili respektováni nebo ne, čímž se zvyšuje či snižuje pocit vlastní důstojnosti (Jacelon, 2003, s. 547).

Williams (2015) popisuje takzvané "malé věci", které vzájemnou interakci mezi personálem a pacienty seniory povyšují na důstojnou. Jsou to často maličkosti v každodenní péči, které ji individualizují. Např., když nemocný dostává na jazyk bonbony, které měl v minulosti rád, a přestože je již nemůže vycucát, alespoň pocítí jejich chuť nebo jsou vlasy starších žen upraveny do účesů, na které jsou zvyklé a sluší jim (Williams et al., 2015, s. 785).

Komunikace a soukromí

Druhé téma jsme identifikovali jako *Komunikace a soukromí* a propojuje dvě oblasti, které výrazně ovlivňují podle ošetřovatelského personálu důstojnost pacientů seniorů. Respektování soukromí, osobního prostoru starších osob a naslouchající komunikace, která reflektuje komunikační styl pacienta, je jednou z hlavních determinant důstojnosti v ošetřovatelské péči. Neadekvátní komunikace snižuje důstojnost seniorů. Personál by měl být neustále v interakci s pacienty, i když nejsou schopni verbální komunikace. Respektovat jejich preference, komunikační styl, při vstupu žádat o svolení. Oslovovat starší osoby ve zdvořilých, křesťanských jménem nebo používat „labelling“ je nežádoucí. Je důležité, aby při práci sestry s pacienty komunikovaly, a citlivě zdůvodnily vše, co s pacientem dělají. Tím předchází nedorozumění a nepochopení. Hall S. konstatuje, že v komunikačních strategiích pomáhá mluvit klidně a slušně, s porozuměním, naslouchat, nepřerušovat a přidat humor (Hall S. et al., 2014, s. 58). Dobrá komunikace může zklidnit obtížně zvladatelné a agresivní pacienty (Bužgová, 2009, s. 117; Woolhead, 2006, s. 367).

V konceptu důstojnosti představuje soukromí přechod mezi sebedůstojností a interpersonální důstojností (Jacelon, 2003, s. 548). V lůžkových zařízeních je soukromí „nedostatkovým zbožím“. Souvisí s nezávislostí, autonomií, volbou a kontrolou. Respektování pacientova osobního prostoru hraje hlavní roli ve vnímání soukromí, a tudíž i pacientovi důstojnosti. Soukromí poskytuje pacientovi pocit ochrany těla a tělesných funkcí, při nežádoucím pohledu je narušena cudnost a intimita. Soukromí zahrnuje klepání na dveře, používání závěsů při ošetřování nemocných, ale i to, že se nemluví o citlivých věcech před ostatními nebo se nečte osobní korespondence (Bužgová, 2009, s. 117; Hall S. et al., 2014, s. 57, 58; Jacelon, 2003, s. 548; Woolhead, 2006, s. 368).

Zapojení pacienta

Jako třetí v pořadí bylo identifikováno téma *Zapojení pacienta*, které vypovídá o potřebě ponechat seniora v co nejvyšší míře zapojeného do aktivizace vlastní osoby. Důstojnost seniorů je ovlivněna právě mírou zapojení pacienta do péče o sebe sama. V této oblasti je zásadní jak schopnost sebezpeče, tak včasná mobilizace a aktivizace, ale také vzhled pacienta.

Sestry v kvalitativní studii Hoy (2007) se shodují v tom, že samotnou hospitalizací se u starších osob snižuje jejich autonomie a schopnost pečovat sama/sám o sebe. Z perspektivy zdravotní péče vede tato skutečnost k tomu, že se starší osoby stávají křehčími (*frailty*), ztrácí důstojnost a zvyšuje se u nich stupeň závislosti na druhých osobách.

Pacientova důstojnost je tak ovlivněna mírou schopnosti pečovat sám o sebe (Hoy et al., 2007, s. 162).

Sestry zastávají názor, že „být nemocný“ vnímají starší lidé jako „být v posteli“ a trávit v ní celý čas pobytu. Dopomoc při včasném vstávání z lůžka a zapojení pacienta do mobilizace vede následně k volnějším pohybu mimo lůžko a pokoj a je důležitou součástí aktivizace, posílení sebedůvěry a sebevědomí a následně i důstojnosti (Hall, Hoy, 2012, s. 290; Hoy et al., 2007, s. 163).

U starších pacientů by sestry měly zajistit, aby jejich vzhled byl přiměřený a v souladu s tím, jak vnímají sebe sami. Důstojnost je posílána péčí o zevnějšek prostřednictvím péče o tělo, oblečení, péčí o vlasy a nehty, udržováním pacientů v čistotě a pořádku. Důležité je, co mají institucionalizovaní senioři oblečeno. Bílá nemocniční košile z nich dělá pasivní, apatické a ztrácí tak potřebu starat se o sebe a jen pasivně přijímají péči v míře větší, než skutečně potřebují. Vlastní oblečení pomáhá starším lidem vnímat lépe sami sebe, vlastní individualitu a v neposlední řadě jim umožňuje i větší pohodlí (Hoy et al., 2007, s. 162; 7; Hall E., Hoy, 2012, s. 290; Hall S. et al., 2014, s. 59).

Pracovní kultura a prostředí

Jako poslední bylo v oblasti důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů seniorů syntetizováno téma *Pracovní kultura a prostředí*. Toto téma se jako jediné ze všech čtyř identifikovaných témat zabývá vnějšími faktory pracovního prostředí, které podle sester následně ovlivňují poskytování ošetrovatelské péče s důstojností.

Ve studii Jakobsen (2009) zaměřené na eticky náročné situace sestry pracující v ošetrovatelských domech uvádí *time management* jako volbu priorit v časové tísní, jenž nutí sestry jednat rutinně a bez smyslu pro individualitu nemocných. Typické je to v době ranní a večerní hygieny a v době podávání stravy. Často jsou uváděna slova jako chaos, zaneprázdněnost, nestíhání, rutina (Jakobsen, Sorlie, 2009, s. 295).

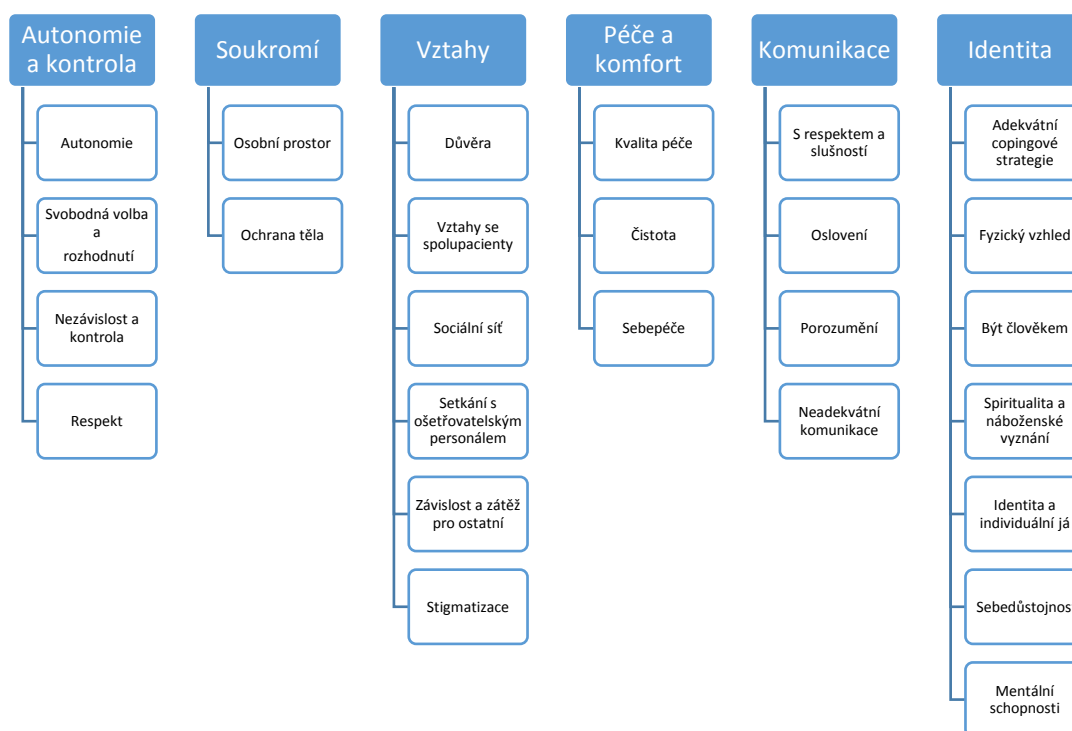
Péče a pohodlí je popisováno jako zajištění pohody a spokojenosti prostřednictvím kvalitní péče. Psychický a fyzický komfort je důležitý pro vnímání důstojnosti. Komunitní sestry ve studii Hall S. (2014) uvádí jako zdroje důstojnosti pro seniory: pečovat s láskou, být v kontaktu se starým člověkem, posedět s ním a mluvit k němu, povzbuzovat ho a dodávat mu pocit sebedůvěry, uklidnit ho a být pozorná k jeho fyzickým potřebám jako jsou čistota, teplo, nemít bolesti, nediskriminovat jej a nezneužívat.

Jakobsen a Sorlie (2009) poukazují na význam pracovní kultury. Kultura prostředí na oddělení, otevřenost, tolerance a porozumění mezi kolegy navzájem pomáhají lépe se

vyrovnat a odolat náporu denních pracovních povinností. Absence spolupráce a porozumění mezi kolegy nadřízenými zapříčiňuje pocit bezmoci a tím i zdraví sester. Dobré pracovní prostředí je základem pro kreativitu a zabraňuje frustraci. Významným faktorem je i míra otevřenosti na pracovišti pro řešení eticky závažných situací, např. užití omezovacích prostředků (Jakobsen, Sorlie, 2009, s. 294, 296). Důležité pro udržení důstojnosti v ošetrovatelské péči je také rozdílné seskupení pacientů na ošetrovatelské jednotce. Pokud jsou na jednom oddělení dohromady pacienti, kteří jsou neklidní, křičí celou noc, jsou zmatení a s nimi pacienti, kteří vyžadují klid (např. v terminální fázi nemoci), vede tato situace k frustraci zaměstnanců a je nedůstojná i pro ostatní pacienty (Jakobsen, Sorlie, 2009, s. 295).

1.3.2. Výsledky tematické syntézy důstojnosti v ošetrovatelské péči u pacientů seniorů z jejich vlastní perspektivy

Z perspektivy samotných pacientů bylo v rámci literárního přehledu na základě tematické syntézy identifikováno celkem 6 hlavních témat, která se vztahují k důstojnosti u pacientů seniorů v ošetrovatelské péči: *Autonomie a kontrola*; *Soukromí*; *Vztahy*; *Péče a komfort*; *Komunikace* a *Identita*. Schéma důstojnosti z perspektivy seniorů je celkově syceno 26 subtématy (viz. Ilustrace 3).



Ilustrace 3 Modelová struktura důstojnosti pacientů seniorů a ovlivňujících faktorů z jejich vlastní perspektivy

V prvním tématu popsaném jako *Autonomie a kontrola* je důstojnost pro pacienty seniory spojena s možností rozhodovat na základě svobodné volby a respektování rozhodnutí o vlastním způsobu života. (Bužgová, 2009, s. 116; Hall, 2014, s. 57; Jacelon, 2003, s. 547; King, 2012, s. 573; Mangset, 2008, s. 830; Oosterveld-Vlug, 2014, s. 101; Woolhead, 2006, s. 369) Přijetím do institucionální péče, podle svých slov, ztrácí starší lidé svobodu a omezují se jejich rozhodovací schopnosti. Uvádějí, že tím přicházejí o dosavadní způsob svého života. (Bužgová, 2009, s. 116; Woolhead, 2006, s. 369; Oosterveld-Vlug, 2014, s. 101). Senioři se ve studiích Bužgové (2009) i King (2012) vyjádřili v tom smyslu, že jim nezávislost umožňuje neztratit kontrolu a je zásadní pro udržení jejich důstojnosti. Pocit, že jsem „svým pánem“ a rozhoduji si o svém životě, udávala většina seniorů jako prioritní (Bužgová, 2009, s. 116; King, 2012, s. 573). Mangset (2008, s. 830) v souvislosti s autonomií odhaluje také sebeurčení pacienta seniora, kdy je důraz kladen na důležitost uznání a ocenění jeho vlastní zkušenosti, jeho dovedností a znalostí ve vztahu k jeho onemocnění a stavu. V některých případech jsou starší lidé dokonce udiveni, pokud jsou vyzváni, aby posoudili vlastní zdravotní stav. Respekt je pro seniory v souvislosti s léčbou a ošetrovatelskou péčí o člověka nezpochybnitelnou součástí důstojnosti. Prostřednictvím interakce s ostatními osobami (personálem nebo spolupacienty) je pocit respektu u pacienta seniora posilován nebo naopak oslaben, následně i jeho vlastní důstojnost (Jacelon, 2003, s. 547).

Téma *soukromí* a s ním i respektování osobního prostoru pacientů hraje významnou roli při zachování soukromí a důstojnosti. Soukromí představuje především respektování osobního prostoru, ve kterém má pacient pocit ochrany těla a tělesných funkcí. Pro institucionalizované pacienty se lůžka stávají jejich domovem. Soukromí je viděno také jako rozhraní mezi sebe-důstojností a interpersonální důstojností. Soukromí pacientů není vždy respektováno. Narušení soukromí je nejčastěji popisováno ve formě otevřených dveří do pokojů (obnažení těla, odhalení tělesných funkcí), zaměstnanci vcházejí bez klepání, závěsy se využívají neadekvátně situacím. Omezení soukromí může narušovat schopnost mít věci pod kontrolou, což je spjata s nezávislostí, samostatností, výběrem a kontrolou (Bužgová, 2009, s. 117; Hall S. et al., 2014, s. 57; Webster, 2009, s. 1787,1788, Jacelon, 2003, s. 548, 549).

Jako další z tematických celků ovlivňujících důstojnost v kontextu ošetrovatelské péče u pacientů seniorů je téma popsané jako *Vztahy*. V institucionálním prostředí je důstojnost silně podmíněna vztahy. Důvěra v nemocniční zařízení a v profesionální

kompetence zaměstnanců velice ovlivňuje celkovou spokojenost u institucionalizovaných seniorů (Mangset, 2008, s. 830). Důvěrný a mimořádný vztah s ošetřující sestrou nebo dobrovolníkem může pomoci vyrovnat se se smutkem, strachem a dalšími nepříjemnými pocity. V domovech pro seniory vznikají často menší skupinky obyvatel, které spojuje společná minulost či stejný zájem. Navzájem se navštěvují, podporují se a pomáhají si (Abma, 2012, s. 27). Pocit začlenění do sociální sítě přináší citovou i praktickou podporu pacientům. Být účasten nadále s životy svých blízkých dává životu pacientů smysl a zachovává jejich důstojnost. Většina pacientů ve studii Oosterveld – Vlug (2014) vyjádřila uspokojení s péčí v ošetřovatelských domech⁹, sestry považují za přátelské a ochotné. Dobrou profesionální péčí lze důstojnost posílit. Posilují ji pozornost, úcta a akceptace. Závislost na péči druhých osob vyvolává u pacientů pocit zátěže pro ostatní. Často udávají, že i když potřebovali asistenci a pomoc druhých, někdy ani nezavolali ze strachu, že by zatěžovali pečující. Být závislý narušuje vnímání vlastního Já. Podlomenou důstojnost vyjadřovali pacienti zejména při závislosti na péči v intimních záležitostech. Život v ústavní péči prohlubuje u pacientů seniorů pocit, že již nejsou součástí společnosti. Cítí se neužiteční, nepotřební, jako sociální zátěž pro společnost. Tento pocit posiluje celková negativní atmosféra ve společnosti vůči stáří ve formě ageismu. S postupujícím stářím a ztrátou tělesných funkcí se cítí sociálně stigmatizováni – např. když se k nim personál chová, jako by byli dementní, či slabomyslní. Vyjadřují, že nejsou bráni vážně, jsou podhodnoceni a to proto, že jsou nemocní nebo staří (Oosterveld – Vlug, 2014, s. 102-103).

Téma nazvané *Péče a komfort* se zaměřuje na kvalitu péče, čistotu a schopnost sebezpeče seniorů. Kvalitní péče přispívá ke klidu, pohodě a spokojenosti. Jako příklady důstojné péče pacienti senioři ve studiích uváděli situace, kdy mají volně k dispozici sprchu a mohou si přivolat pomoc, když potřebují, aniž by to bylo bráno jako drzost nebo obtěžování personálu. Kvalita péče je také podmíněna dostatečným počtem ošetřovatelského personálu (Hall S. et al., 2014, s. 58, 59; Oosterveld-Vlug, 2014, s. 103). Pokud není dodržována dostatečně čistota, např. při umývání rukou personálu při ošetřování více pacientů za sebou nebo při používání toalet, pacientům je trapné říkat opakovaně sestram a cítí se nedůstojně (Webster, 2009, s. 1788). Schopnost sebezpeče je řazena staršími osobami mezi hlavní životní hodnoty spolu s nezávislostí. Přestože jsou si vědomi svých zdravotních limitů a často i horšícího se zdravotního stavu, chtějí se o sebe postarat tak dlouho, jak jen to bude možné (Abma, 2012 s. 27).

⁹ V originále v anglickém jazyce „nursing home“ – ekvivalent v českém prostředí je Domov pro seniory.

V pátém tématu shrnujícím oblast *Komunikace* defiluje především smysluplný, respektující dialog, ve kterém se uplatňuje slušnost a otevřenost. Významná pro posílení důstojnosti je verbální složka komunikace – porozumění mluvenému slovu. Senioři v ústavní péči citlivě vnímají způsob oslovení, hrubost, nebo neosobní jednání. Důstojný dialog podporuje autonomii pacientů. Pacienti i jejich příbuzní oceňují v komunikaci laskavost a slušnost. Důležité je respektovat komunikační styl pacienta, přizpůsobit informace jeho potřebám. Získání souhlasu k různým vyšetřením či úkonům a informování jsou jedny z možností, jak zapojit pacienty do rozhodování, a tím udržet jejich důstojnost a respekt (Hall S. et al., 2014, s. 58; Mangset, 2008, s. 831, Woolhead, 2006, s. 368). Mnoho starších pacientů uvádí, že má na jejich důstojnost velký vliv oslovení personálem. Nesnáší oslovení zdrobnělinami, používání křestních jmen bez předchozího souhlasu, či užívání slov „drahý“, „miláčku“. Toto vnímají jako ponižující a povýšené ze strany personálu. Neuctivé je vyjadřování se o pacientech jako o diagnózách nebo „úkolech“ (Woolhead, 2006, s. 367). Najít porozumění a být pochopen je v neznámém prostředí důležité. Základem je pro pacienta verbální komunikace. V případě pacientů jiného etnika dávají tito přednost personálu stejné rasy a vyznání - např. Asiaté (Clegg, 2003, s. 286). Nedostatečná komunikace a ignorace také narušuje zachování lidské důstojnosti. Někteří pacienti se cítili přehlíženi, když se sestry jiného etnika bavily ve svém rodném jazyce, nebo když si jich personál nevšiml při překladu na jiné oddělení či převozu na vyšetření. Senioři bez kognitivní poruchy se cítili dotčeni, když byli svědky označení pacientů s demencí nebo vysokým stupněm závislosti jako „dement“ nebo „ležák“. V péči o seniory se při komunikaci v některých případech užívá nevhodně infantilizace (Bužgová, 2009, s. 117; Webster, 2009, s. 1788, 1789).

Pod označením *Identita* bylo identifikováno poslední a nejkošatější téma, které obsahuje celkem sedm subtémat zaměřených na uvědomění si "kdo jsem" a individualitu každé lidské bytosti. Mít pocit vlastní identity a místa ve společnosti je důležitým rysem důstojnosti starších lidí. Významnou roli v tomto uvědomění hrají adekvátní copingové strategie, které přispívají k ochraně osobní důstojnosti. Starší lidé, kteří se dokážou přizpůsobit změně podmínek a přijímají asistenci druhých, jsou schopni udržet si vyšší důstojnost než staří lidé, kteří měli větší potíže při přijímání změn. Důstojnost v nové životní situaci pomáhá udržet schopnost resilience, umění žít v přítomném okamžiku a zaměřit se na radostné věci v životě (Oosterveld – Vlug, 2014, s. 101). U starších lidí je důležitým projevem jejich důstojnosti a normality fyzický vzhled. Být vhodně oblečen je způsob, jak

pomoci starším lidem zachovat jejich sebehodnotu a individualitu. Pro udržování důstojnosti je speciálně u starších žen důležité dobře a upraveně vypadat, a to nejen pro sebe, ale také jako sociální objekt v očích druhých (Hall S. et al., 2014, s. 59; Oosterveld – Vlug, 2014, s. 103). Podstatou subtématu „Být člověkem“ je, aby se se starším člověkem jednalo jako s normální lidskou bytostí, ne jako s číslem nebo úkolem (např. když je brán jen jako objekt, kterého je potřeba umýt, otočit nebo napolohovat). Starší pacienti si všímají u sester zejména jejich chování, pozornosti a toho, zda při ošetřování projevují lidskost. Pocity méněcennosti ovlivňuje nedostatek personálu. Důstojnost narušuje čekání na pomoc, nedostatek času a pozornosti ze strany sester a celková atmosféra spěchu. Způsoby, jakými je možné podpořit důstojnost je ocenění jako lidské bytosti, což vzbuzuje sebeúctu a respekt u ostatních. Důležité je v daném okamžiku člověka vyslechnout, dát mu pocit jedinečnosti a věnovat mu čas (Oosterveld – Vlug, 2014, s. 103; Mangset, 2008, s. 829; Hall S. et al., 2014, s. 59; Woolhead, 2006, s. 368). Spiritualita a náboženské vyznání jsou dalším ze základních aspektů důstojnosti pro starší věřící osoby. Jejich víra jim pomáhá zachovat osobní důstojnost. Je pro ně oporou ve chvílích nejistoty a dává jim odvalu jít dál. Pomáhá také smířit se s nemocí a funkční neschopností. U starších osob je důležité, aby personál měl pro jejich víru porozumění a dokázal jejich duchovní potřeby naplnit (Clegg, 2003, s. 287; Oosterveld-Vlug, 2014, s. 102).

V oblasti individuálního já někteří starší lidé uvedli, že už se necítí být osobou, kterou byli předtím. Přestěhováním do pečovatelského domu opustili většinu svých věcí, svůj domov, přátele a někdy dokonce i svého partnera. Kromě toho u některých obyvatel došlo ke změně charakteru v důsledku nemoci a nemohou se ztotožnit sami se sebou (např. u CMP). Starší lidé jsou spokojeni, pokud k nim přistupuje ošetřovatelský personál se zaměřením na jejich individualitu (Jacelon, 2003, s. 547, King, 2012, s. 574; Mangset, 2008, s. 830; Oosterveld – Vlug, 2014, s. 101). Starší lidé vstupují do institucionální péče již s určitou mírou vlastní důstojnosti, kterou nashromáždili v průběhu celého života. Tato sebe-důstojnost rostla a posilovala se v situacích, kdy se cítili respektováni a oceněni v interakci s jinými osobami (Jacelon, 2003, s. 547).

Také mentální schopnosti mají velký význam při uvědomování si vlastní identity. Být schopen komunikovat a mít jasnou mysl je nezbytné i v kontaktu s ostatními. Mentální schopnosti jsou předpokladem pro důstojný život. Někteří starší lidé si myslí, že demence zcela jistě ovlivní jejich důstojnost, ačkoli jiní považují zapomnětlivost za součást procesu stárnutí. Jiní dokonce zmiňují „stáří“ jako omluvu za to, že ztratili funkční schopnosti nebo nejsou schopni si věci zapamatovat (Oosterveld – Vlug, 2014, s. 101).

1.3.3. Komparace výsledků perspektivy seniorů a sester

Určitou shodu lze nalézt při komparaci interpretací důstojnosti pacientů seniorů v ošetrovatelské péči u obou perspektiv. Modelové schéma důstojnosti pacientů seniorů z pohledu starších pacientů je však mnohem pestřejší a specifitější ve srovnání s modelem vytvořeným z pohledu sester.

Hlavní rozdíl spočívá v tom, že pro pacienty seniory bylo významným téma *Vztahy* včetně následné kategorizace v šesti subtématech (důvěra, vztahy s kolegy, sociální síť, setkání s ošetrovatelkami, závislost a zátěž pro ostatní, stigmatizace). Modelové schéma důstojnosti pacientů seniorů z perspektivy sester neobsahovalo žádné analogické podobnosti tématu včetně subtémat. Pouze v subtématu *Individualita* v modelu sester se tyto zmínily o zachování sociálních rolí obecným způsobem jako o dílčím aspektu individuální identity. Na základě těchto zjištění se zdá, že vztahy jsou oblast, která je pro sestry skrytá. Také téma *Identita* obsahující čtyři subtémata (adekvátní copingové strategie, spiritualita a religiozita, sebe-důstojnost, duševní schopnosti), nemá v modelovém schématu sester shodné téma.

Téma *Komunikace* je popsána mnohem detailněji z pohledu pacientů. Podrobněji je vykreslena v subtématech (pozdrav, porozumění a neadekvátní komunikace). Na druhé straně sestry zdůrazňují pro důstojnost významné téma *Pracovní kultura a prostředí*. Toto téma zahrnuje tři speciální subtémata (*time management*, otevřenost a rozdílné skupiny pacientů). Téma *Zapojení pacienta* obsahuje specifická subtémata aktivaci a mobilizaci. Také téma *Být viděn jako člověk* obsahovalo ojedinělé subtéma „Podstatné maličkosti“. Téma *Soukromí* je stejně popsáno sestrami i pacienty ve smyslu soukromého prostoru. V této oblasti zmiňují pacienti senioři zvláštní potřebu ochrany těla. Čistota, jak je popsána sestrami, je zahrnuta v subtématu „Péče a pohodlí“, nicméně u pacientů je to samostatné subtéma.

1.4. Souhrn

Témata a subtémata syntetizovaná v tomto přehledu představují oblasti, které jsou pro sestry a pacienty seniory spojovány s důstojností a jsou jimi vnímány jako významné pro posílení důstojnosti a péči o narušenou důstojnost.

V modelovém schématu důstojnosti pacientů seniorů z perspektivy sester byla identifikována témata: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost; Komunikace a soukromí; Zapojení pacienta a Pracovní kultura a prostředí*. Vidět v pacientovi především

člověka, respektovat jej, posílit jeho autonomii a nezávislost. Vnímání pacienta především jako člověka je v souladu jak s intrinsickým, tak s extrinsickým pojetím důstojnosti. Zapojení pacienta je popsáno jako spolupodílení se na rozhodování o jeho péči, a pocitu kontroly nad svou péčí (Matiti, 2008). V souladu s tím také kvalitativní studie Hoy ukazuje, že schopnost převzít kontrolu nad vlastní péčí podporuje důstojnost starších pacientů (Hoy, 2007). Schopnost sebezpěče je podmíněna včasnou mobilizací a aktivizací a péčí svůj vzhled (Hall, S. et al, 2014; Hall, E. C. 2012; Hoy, 2007). Aby bylo možné mít svou péči pod kontrolou, rozhodovat o ní a aktivně se podílet na péči, je důležitou součástí konceptu „pacient jako osoba“, ne jako objekt péče (Walsh, Kowanko, 2002). Kvalita péče je determinována technickým, personálním a finančním zabezpečením. Na druhou stranu to, co zvyšuje pouhou péčí důstojnou péči je osobní vztah: fyzický kontakt, empatie, vyslechnutí pacienta, zájem a angažovanost (Kleinman, 2012).

V modelovém schématu důstojnosti pacientů seniorů z jejich vlastní perspektivy byla identifikována témata: *Autonomie a kontrola; Soukromí; Vztahy; Péče a pohodlí; Komunikace a Identita*. Pacienti senioři v souvislosti s důstojností v ošetrovatelské péči zdůrazňují soukromí, vztahy a komunikaci. Tato témata jsou součástí sociální důstojnosti (Jacobson, N., 2012), která je generována v činnosti a interakci. Soukromí je otázka místa a prostoru a také ochrany jednotlivce před zbytečným narušením osobního prostoru (Franklin, Ternestedt, Nordenfeld, 2006). Nedostatek soukromí vede k rozpakům, hanbě a ponížení, což snižuje důstojnost starších osob. Mytí, oblékání a používání toalety byli uváděny jako příklady péče, která by měla být prováděna soukromě. Pokud je poskytnuto pacientům seniorům soukromí, cítí se komfortně s možností kontroly nad svými záležitostmi a je tak podpořena důstojnost pacienta (Lin, 2012). Komunikace je zásadní pro zachování a podporu důstojnosti, protože citlivá a efektivní komunikace má dopad na každý zmíněný atribut a faktor důstojnosti. Podobně několik studií (Webster et al., 2009a; Webster, Bryan, 2009; Nicholson et al., 2010) podporuje myšlenku, že komunikace je ústřední nebo životně důležitá pro důstojnou péči. Důstojnost seniorů nemůže být podporována bez partnerství a vzájemného vztahu mezi starší osobou a zdravotnickými pracovníky (Franklin, Ternestedt, Nordenfeld, 2006; Haddock, 1996). V kontextu každodenní péče by podpůrné vztahy s ostatními charakterizované kvalitami jako reciprocita, vzájemné porozumění, empatie a důvěra (Jacobson, N., 2009) mohly pomáhat starším osobám udržovat nebo vytvářet "novou" identitu, s jakou je přijatelné žít. Udržení vztahů se svými přáteli a rodinami bylo také velmi důležité. Senioři, kteří neměli rodinné návštěvy, zažívali osamělost a ztrátu identity (Walker, Paliadelis, 2016). Důstojnost identity je pravděpodobně nejdůležitější

v kontextu nemoci nebo stárnutí (Nordenfeld, 2009). Oosterveld – Vlug (2014) zahrnuje identitu pod individuálním já. Zdůrazňuje skutečnost, že důstojnost v nemoci ovlivňuje vlastní individualitu a osobní sebehodnocení. Důležitou součástí identity člověka je využití adekvátních osobních copingových strategií a akceptace vlastních snížených schopností.

Dílčím cílem literárního review byla komparace důstojnosti pacientů seniorů obou perspektiv: sester i pacientů seniorů. Pouze velmi málo studií se se v současné době zabývá složitějším pohledem z obou hledisek (Bužgová, Ivanová, 2009; Hall et al., 2014; Jacelon, 2003; Woolhead, Tadd, 2006) a existuje dokonce velmi malé srovnání obou perspektiv. V našem review byly identifikovány podobnosti v pohledu pacientů a sester na základě porovnání modelů. Kowanko (2002) se také zaměřila na obecný kontext důstojnosti v ošetrovatelské péči na základě rozhovorů s pacienty a sestrami. Na rozdíl od studie Kowanko náš přehled identifikoval některé rozdíly, pravděpodobně na základě specifického kontextu, tj. kontext ošetrovatelské péče pacientů seniorů. Na straně starších pacientů jsou Komunikace a Vztahy (diskutovány výše) více nasycené na základě množství subtémat. Obě tato témata jsou konkrétněji specifikována. To může být důsledkem podstatně vyššího významu, který jim pacienti připisují v souvislosti s důstojností. Na druhé straně se sestry zabývaly tématy Pracovní kultura a prostředí a Zapojení pacienta.

Na základě výsledků kritického metodologického posouzení jsme shledali, že je potřeba věnovat větší pozornost reflexivitě kvalitativního výzkumu. Ve většině studií zahrnutých do tohoto přehledu nebyla označena v sekci zaměřené na kritické posouzení role výzkumných pracovníků, potenciální bias a vliv při formulaci výzkumných otázek, sběru dat a výběru místa.

Výše zmíněné závěry literárního review zaměřeného na důstojnost u seniorů v kontextu ošetrovatelské péče lze nejlépe pro svou vrstevnatost přirovnat ke konceptuální definici Fenton a Mitchell (2002), která definuje důstojnost u seniorů jako stav fyzického, psychického, emocionálního a spirituálního komfortu. Závěry literárního review byly dále využity jako teoretické východisko vlastního výzkumu disertační práce, a to konkrétně při formulování výzkumných otázek a cílů, jako i později při interpretaci výsledků výzkumu.

2 Metodika

Ošetrovatelská péče u institucionalizovaných seniorů představuje zajištění biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb. Základním motivem péče je důstojnost, jak jsme se snažili ukázat v předchozí části disertační práce. Na základě teoretické přípravy a výsledků literárního review jsme zvolili jako cíl disertační práce popsat zkušenost všeobecných sester a institucionalizovaných seniorů s důstojností v ošetrovatelské péči. Volili jsme kvalitativní výzkumný přístup vzhledem k tomu, že se zaměřujeme na porozumění zkušenosti pacientů seniorů a sester. Dalším cílem je na základě komparace najít společná témata perspektiv důstojnosti sester a seniorů a identifikovat případné rozdíly ve vnímání důstojnosti u příjemců (pacientů seniorů) i poskytovatelů ošetrovatelské péče (všeobecných sester). V této kapitole bude představen nejprve design studie, cíle a výzkumné otázky, výzkumný soubor, etické aspekty výzkumného šetření, metoda sběru a vyhodnocení empirických dat a důvěryhodnost (*trustworthiness*) celého výzkumu.

2.1. Design studie

V projektu disertační práce byl zvolen deskriptivně – komparativní kvalitativní přístup při aplikaci hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a tematické analýzy. Za metodologické východisko bylo užito obecného kvalitativního výzkumu – *Generic qualitative research* (Caelli et al., 2003), který není řízen explicitním nebo zavedeným souborem filosofických předpokladů ve formě některé ze známých kvalitativních metodologií. Metodologická pozice je na pomezí interpretativismu a sociálního konstruktivismu. Vycházíme z názoru, že realita a její výklad je založen na interpretaci lidské zkušenosti a tato zkušenost je vždy vytvářena v interakci s jinými lidmi.

Kvalitativní výzkumy jsou spjaty s holistickým a na osobu zaměřeným přístupem (Malagon – Maldonado, 2014). Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Pro použití kvalitativního výzkumu jsou vhodné výzkumy, které odhalují podstatu zkušeností osob s určitým jevem, ale i ty, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují (Strauss, Corbin, 1990). Metody používané kvalitativními výzkumníky jsou příkladem přesvědčení, že mohou zprostředkovat „hlubší“ pochopení jevů než čistě kvantitativní data. Toto „hluboké“ porozumění vzniká na základě prohlášení kvalitativních výzkumníků, že se

dokázali vcítit a zmapovat taková teritoria, jako jsou „vnitřní prožívání“, „jazyk“, „kulturní významy“ nebo „formy společenské interakce“ (Silverman, 2005, s. 101-102). Gavora (2000) upozorňuje také na hlavní rysy kvalitativního výzkumu: dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis.

2.2. Cíle a výzkumné otázky

Na podkladě teoretické přípravy a zvoleného designu výzkumu jsme formulovali výzkumné otázky a k nim příslušné cíle:

Výzkumná otázka č. 1:

Jak interpretují všeobecné sestry důstojnost v ošetrovatelské institucionalizované péči u seniorů?

Cíl práce č. 1:

Identifikace a analýza témat, která spojují všeobecné sestry s důstojností u seniorů v institucionalizované ošetrovatelské péči.

Výzkumná otázka č. 2:

Jak interpretují pacienti senioři důstojnost v ošetrovatelské institucionalizované péči?

Cíl práce č. 2:

Identifikace a analýza témat, která spojují pacienti senioři s důstojností v institucionalizované ošetrovatelské péči.

Výzkumná otázka č. 3

V čem se shoduje a v čem je rozdílná interpretace důstojnosti v ošetrovatelské péči u všeobecných sester a pacientů seniorů?

Cíl práce č. 3:

Komparace výsledků tematické analýzy týkající se důstojnosti seniorů v institucionalizované ošetrovatelské péči z perspektivy seniorů a sester.

2.3. Výzkumný soubor

Výběr zkoumaného souboru byl záměrný (účelový) realizován přes instituce (Mioviský, 2006, s. 138). Podle Gavory (2000, s. 144) jde v případě kvalitativního výzkumu vždy o záměrný výběr. Ten je potřebný proto, aby byly vybrány pro výzkumné účely vhodné osoby, které mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Výběr je vždy „reprezentativní“, neboť osoby by měly dobře reprezentovat dané prostředí. Pro vyhledání a kontaktování účastníků výzkumného šetření bylo využito jejich vazby na zdravotní či sociálně zdravotní instituci, pečující o seniory celodenně. Samotný výzkum byl rozdělen na dvě etapy podle cílové skupiny oslovených participantů. Pro souhlas s realizací výzkumného projektu byli osloveni ředitelé čtyř zdravotních (LDN) nebo sociálně zdravotních institucí (Domovy pro seniory) Olomouckého kraje. Jednalo se konkrétně o 2 Domovy pro seniory a 2 Léčebny dlouhodobé péče. Souhlasné stanovisko vyjádřilo vedení všech institucí. Záměrně byla pro výběr instituce zvolena pouze státní zařízení, kdy byl zřizovatelem Olomoucký kraj. Odhadovaný počet participantů v každé skupině byl 10 - 15, počet byl následně upraven dle nasycení vzorku v průběhu samotného výzkumu (Čáp, 2009, s. 258). V kvalitativním výzkumu se rozsah výběru počtu osob často řídí saturací – výběr se ukončuje, když výzkumník zjistí, že jsou informace stejné a opakují se (Easton, 1997, s. 150). V případě našeho výzkumu jsme postupovali obdobně a počet dotazovaných osob výzkumného souboru u obou skupin – sester i pacientů seniorů se ukončil v situaci, kdy se odpovědi na otázky začínaly opakovat a odpovědi nepřinášely nová zjištění, ale témata byla saturována u více dotazovaných. V případě první etapy rozhovorů s všeobecnými sestrami tvořilo soubor 10 sester a v druhé etapě výzkumného šetření tvořilo soubor 8 pacientů seniorů.

V první etapě výzkumného šetření byly osloveny pro rozhovor všeobecné sestry pracující ve zdravotní či sociálně zdravotní instituci (Výzkumný soubor č. 1). Kritéria pro zařazení všeobecných sester byla osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu, současná klinická praxe v oblasti gerontologie minimálně 1 rok a informovaný souhlas s výzkumem. Výzkumný soubor č. 1 tvořilo 10 sester ve věku 38 – 58 let s průměrnou délkou ošetrovatelské praxe 22,4 let a průměrnou délkou praxe ve stávající instituci 11,7 let (Tabulka 1). Pět sester pracovalo ve dvou Léčebnách pro dlouhodobě nemocné, pět sester pracovalo ve dvou Domovech pro seniory (DpS). Rozhovory byly realizovány v květnu a v červnu 2016.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru č. 1 všeobecných sester

Rozhovor	Věk	Vzdělání	Pracovní pozice	Délka ošetř. praxe (roky)	Zařízení (délka praxe, roky)
1.	39	VŠ	Vrchní sestra	19	LDN (8)
2.	38	SŠ + MS	Staniční sestra	20	LDN (20)
3.	45	SŠ	Všeobecná sestra	20	LDN (6)
4.	41	SŠ	Všeobecná sestra	8	LDN (4)
5.	44	SŠ	Všeobecná sestra	25	LDN (25)
6.	40	VŠ	Vrchní sestra	16	DpS (12)
7.	52	VŠ	Všeobecná sestra	29	DpS (9)
8.	41	VŠ + GS	Vrchní sestra	23	DpS (16)
9.	58	SŠ + GS	Všeobecná sestra	35	DpS (19)
10.	47	SŠ	Všeobecná sestra	29	DpS (8)

Legenda: SŠ – středoškolské vzdělání, VŠ – vysokoškolské vzdělání, MS – manažerská specializace, GS – geriatrická specializace, DpS – Domov pro seniory, LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

Ve druhé etapě bylo opět vyžádáno souhlasné stanovisko s výzkumným šetřením od vedení dotčených institucí jako v 1. etapě výzkumu. Byl získán souhlas bez výjimky. Pro zařazení účastníků pacientů seniorů (Výzkumný soubor č. 2) byla zvolena tato inkluzivní kritéria: věk 65 let a více, Mini Mental test (MMSE) s minimálním score 23 bodů, které je hodnoceno v pásmu normálu, případně s lehkým kognitivním deficitem (Topinková, 2005), orientace místem a časem a informovaný souhlas s výzkumem. Realizováno bylo celkem 13 rozhovorů se seniory, z nichž 4 senioři nesplnili kritérium zařazení v nízkém score MMSE a byli vyřazení ze studie, jedna seniorka byla vyřazena pro hypoglykémii v průběhu rozhovoru. Všichni vyřazení senioři pro MMSE byli pobytem v Domově pro seniory, seniorka s hypoglykemií byla toho času v LDN. Do výzkumného souboru bylo zařazeno celkem 8 seniorů s pobytem ve zdravotních nebo sociálně zdravotních institucích

Olomouckého kraje (Tabulka 2). Rozhovory byly realizovány v listopadu 2017 až lednu 2018.

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného souboru č. 2 pacientů seniorů

Rozhovor	Věk/pohlaví	Vzdělání	Původní povolání	Délka pobytu v zařízení	Typ zařízení
1.	70/M	SOU	zámečnick	5 let	DpS
2.	88/Ž	SŠ	sekretářka	17 let	DpS
3.	85/Ž	SŠ	dělnice	3 měsíce	LDN
4.	75/Ž	SŠ	zásobovačka	2 měsíce	LDN
5.	85/Ž	SŠ	vedoucí	9 dní	LDN
6.	74/Ž	SOU	úřednice	3 týdny	LDN
7.	80/Ž	VŠ	inspektorka	2 týdny	LDN
8.	88/M	SOU	potravinář	3 dny	LDN

Legenda: M – muž, Ž – žena, SOU – střední odborné učiliště, SŠ – středoškolské vzdělání, VŠ – vysokoškolské vzdělání, DpS – Domov pro seniory, LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

2.4. Etické aspekty výzkumu

Po celou dobu výzkumu, včetně jeho přípravné fáze, byly dodrženy etické zásady, které deklaruje Helsinské deklaráce WMA.

V obou etapách výzkumného šetření byl výzkum schválen Etickou komisí fakulty zdravotnických věd 1/2016 a 6/2017 (viz. Příloha 3 a 4). Každému účastníkovi výzkumného šetření byl předem představen záměr výzkumu, jeho cíl a průběh a byl upozorněn na zachování anonymity. Každý účastník podepsal Informovaný souhlas (Příloha 5 a 6), který byl zejména u seniorů ještě shrnut ve stručnosti ústně, a byly zodpovězeny dotazy. Zdůrazněno bylo bezpodmínečné zachování anonymity účastníků. Při prezentaci výsledků výzkumu proto používáme vždy jen pořadové číslo rozhovoru.

Ve druhé etapě výzkumu, při rozhovorech s pacienty seniory, byl respektován také zdravotní stav samotného pacienta v průběhu rozhovoru. V jednom případě byl rozhovor předčasně ukončen pro náhlé zhoršení zdravotního stavu pacientky z důvodu

hypoglykémie.¹⁰ Přestože byli osloveni pacienti senioři, kteří podle ošetrovatelského personálu neměli kognitivní deficit, někteří po vyplnění MMSE nesplňovali kritérium požadovaných bodů. Z etických důvodů byl rozhovor realizován i za těchto okolností, aby nebyla narušena autonomie pacienta.

2.5. Metoda sběru empirických údajů

Sběr dat byl zajištěn technikou hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je ideální metodou v případě jednorázového rozhovoru, pokud je pro sběr dat využito více respondentů (Hendl, 2008). Tento druh rozhovoru je charakterizován tím, že výzkumník klade otevřené dotazy podle předem připraveného schématu, které obvykle specifikuje okruhy otázek. Schéma poskytuje jasný soubor pokynů pro tazatele a poskytuje tak spolehlivé a srovnatelné kvalitativní údaje. Před samotným zahájením sběru dat bylo vytvořeno schéma - protokol rozhovoru, který byl pro tazatele závazný a obsahoval otevřené výzkumné otázky vztahující se k cílům projektu. Otázky byly inspirované především ze studií (Matiti, Trorey, 2004; Walsh, Kowanko, 2002) vyhledaných v rámci přípravné fáze výzkumu formou literárního review. Otázky byly konzultovány nejdříve školitelem práce, následně je posoudil další odborník ošetrovatelství v dané oblasti. Porozumění otázkám bylo testováno u seniora i všeobecné sestry, kteří nebyli zařazeni do studie. Protokol rozhovoru byl doplněn o otázky k demografickým a doplňujícím údajům o respondentech (Příloha č. 7 a 8). U všeobecných sester byl zjišťován věk, pohlaví, pracovní zařazení, místo zaměstnání, nejvyšší dosažené vzdělání, specializace v oboru a víra nebo vyznání. U seniorů se údaje zaměřily na věk, pohlaví, původní povolání, nejvyšší dosažené vzdělání, typ instituce (ve které byl rozhovor realizován), délka současného pobytu v zařízení, víra a vyznání.

V polostrukturovaném rozhovoru je vhodné použít následné *inquiry*, tedy upřesnění a vysvětlení odpovědi účastníka (Miovský, 2006, s. 160; Cohen, Crabtree, 2006). V našem případě jsou *inquiry* – zpřesňující výzkumné otázky, uvedeny v přílohách 7 a 8. Prostředí pro rozhovor hraje významnou roli a mělo by být v souladu s cíli samotného výzkumu. Z tohoto důvodu byly rozhovory vedeny *face to face* v bezpečném, klidném prostředí vlastní instituce ve vyčleněné místnosti bez účasti jiných osob a po domluvě s vedením instituce také v denní dobu, kdy rozhovor nenarušoval chod oddělení (mezi 10:00 a 11:30 a v odpoledních hodinách mezi 13:30 a 15:00). Minimalizovány byly případné ruchy

¹⁰ Tento rozhovor byl následně vyřezan ze souboru.

a přerušení. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon a následně doslovně přepsán. V průběhu rozhovoru byly realizovány terénní poznámky - *field notes*¹¹, ve kterých byly zachyceny další aspekty situačního kontextu jako např. místo a atmosféra rozhovoru, neverbální projevy sester a seniorů. Každý zvukový záznam, terénní poznámky a doslovný přepis rozhovoru byly vedeny pod přiděleným číslem z důvodu anonymity. Bezprostředně po rozhovoru byly terénní poznámky doplněny i o sebereflexi výzkumníka.

2.6. Metoda vyhodnocení empirických údajů

Pro analýzu rozhovorů byla zvolena metoda tematické analýzy podle Braun a Clarke (2006). Tato metoda v sobě obsahuje částečně všechna teoretická východiska: *zakotvenou teorii, pozitivismus, interpretativismus a fenomenologii* v jednom metodologickém schématu (Guest, MacQueen, Namey, 2012, s. 15). Tematická analýza je typickým představitelem metody nezávislé na teorii a epistemologii a lze ji aplikovat napříč teoretickými a epistemologickými přístupy. Prostřednictvím své teoretické svobody je tematická analýza flexibilním a užitečným výzkumným nástrojem, který poskytne bohaté a detailní údaje. Dle názoru Braun and Clarke (2006) je tematická analýza samostatná metoda¹² a jako takovou jsme ji použili i v našem výzkumu.

Braun a Clark (2006) charakterizují tematickou analýzu jako metodu identifikace vzorů (témat) v datech. Jedním z benefitů tematické analýzy je její flexibilita. Tematická analýza je typem induktivní analýzy kvalitativních dat, kde je možno zapojit různé analytické techniky (Braun a Clarke, 2006). Data v textu reprezentují konverzaci, pozorování a interakci. Téma je významovou jednotkou v datech (samotném přepisu textu), jak ji vnímá čtenář výzkumník (Guest, MacQueen, Namey, 2012, s. 50). Právě tento aspekt tematické analýzy překračuje jen pouhou deskripci a přiznává jí také interpretativní rozměr.

Tematická analýza byla uskutečněna v šesti fázích:

1) Seznámení se s daty: na počátku byla doslovně přepsána data všech rozhovorů.

Analýza byla rozdělena na 1. etapu – perspektiva sester a 2. etapu – perspektiva pacientů

¹¹ „Terénní poznámky jsou v podstatě chronologický záznam toho, co se děje ve zkoumaném prostředí, co se děje s tímto prostředím, i toho, co se děje v pozorovateli.“ (Loffland a Loffland, 1984)

¹² Kriticky na samostatné užití metody tematické analýzy nahlíží Boyatzis (1998) stejně jako Ryan a Bernard (2000), kteří poukazují na to, že jde pouze o nástroj využití různých analytických metod.

seniorů. Následovalo čtení a opětovné čtení, abychom si zvykli na styl jazyka respondentů a lépe porozuměli celkovému obsahu řečeného. Zaznamenávali jsme počítačnické nápady a myšlenky do poznámek.

- 2) **Generování předběžných subtémat:** spočívá v kódování zajímavých charakteristik dat systematickým způsobem v celém rozsahu datové sady, porovnávání dat relevantních pro každý kód. Kódování je procesem, kdy kvalitativní analytik propojuje konkrétní kódy se specifickým datovým segmentem. Kódy představují popis sémantických hranic tématu nebo komponenty tématu (Braun a Clarke, 2006, s. 87). V této fázi jsme rozdělili text do významových jednotek ve formě přímých citací, které jsme zaznamenali do programu MS Excel pro lepší manipulaci s daty. Nejdříve jsme posuzovali nezávisle na sobě předběžná subtémata (kódy) studentka i školitel zvlášť – tzv. *triangulace výzkumníků* (Cohen, Crabtree, 2008, s. 333) s cílem zaškolení výzkumníka – studentku školitelem v procesu tematické analýzy. Poté prostřednictvím Skype hovoru byly ujasňovány a argumentovány společně poznámky a postřehy.

- 3) **Hledání témat:** je charakterizované sloučením kódů do potenciálních témat a shromážděním všech dat relevantních pro každé potenciální téma. Téma je významovou jednotkou, která je popsána v datech vzniklých čtením textu. Témata jsou transformována v kódech a shrnuta v tzv. knize kódů – *codebook* (Guest, MacQueen, Namey, 2012, s. 52). *Codebook* je jedním z nejdůležitějších komponent tematické analýzy. V této fázi jsme systematicky třídili významové jednotky do předběžných subtémat. Text byl znovu pročitán a analyzován po segmentech. Obecně se pracuje interaktivně, text se čte v úsecích a upravuje v *codebook* (Guest, MacQueen, Namey, 2012, s. 52). V naší studii byla *codebook* v programu MS Excel (viz. Ilustrace 4).

V našem případě jsme v 1. etapě výzkumu hledali témata nejdříve samostatně, s cílem zaškolení výzkumníka – studentku školitelem v procesu tematické analýzy. Následovalo opět hledání konsensu a vydiskutování. V 2. etapě výzkumu již analyzovala přepsané rozhovory s pacienty seniory autorka disertační práce sama s následnou kontrolou – tzv. *peer debriefing* školitelem.

- 4) **Revidování (reviewing) témat:** kontrola, zda témata odpovídají ve vztahu ke kódovaným výpisům (úroveň 1) a celý soubor dat (úroveň 2), generování tematické

„mapy“ analýzy v knize kódů. V případě naší tematické analýzy témata vznikala na základě společných diskusí.

- 5) Definování a pojmenování témat:** Průběžná analýza pro upřesnění specifik jednotlivých témat a subtémat, celková analýza řeči příběhu. Generují se jasné definice a názvy pro každé téma. V této fázi jsme společně se školitelem (*triangulace výzkumníků*) přes Skype hovor znovu revidovali výsledná témata a subtémata s cílem najít finální konsensus. Podstatné bylo v této fázi také nasycení jednotlivých subtémat dostatečným počtem citací.

- 6) Shrnutí výsledků – vytvoření zprávy (*report*):** ve finální fázi jsou identifikována nosná témata, která tematizují výpovědi respondentů doplněné o charakteristické ilustrace z jejich výpovědí. Je zde poslední příležitost k analýze. Závěrečná zpráva je v souladu s analýzou výzkumné otázky a literatury. V této fázi bylo vytvořeno tematické schéma výsledků 1. a 2. etapy výzkumu. V obou případech došlo ještě k redefinování výsledných témat (sloučení témat).

1. Ilustrace z dat	TEMA	Subtéma	Předběžné téma	Předběžné téma 2	Poznámky	Připomienky
Noo, no nějak (zamumlá), abych řekl třeba, když něco žádám a potřebuju, já si dělám všechno co jsem schopnej sám, rozumíte.	Zůstat sám sebou	Soběstačnost	Komunikace	Udělat si všechno sám Odepsaná/ žít naplno, aby se mnou počítali (?)	Nevhodné jednání	tu je ten aspekt, že sa si všetko robíť sám a keď niečo potrebuje, tak ho
Já už jsem tedy odepsaná... Já už su na poslední štaci.	Zůstat sám sebou	Brát jak to je	?		Sebehodnota	Odepsaná -
Já říkám víte, že su tady na poslední štaci. Štace, víte co je – zastávka, no tak to je poslední moje štace. Su tady spokojená. Nejsu náročná, že, musím to brát jak to je no a jinak je to tady dobrý.	Zůstat sám sebou	Brát jak to je	?	Poslední štace - nejsou náročná - brát jak to je	Sebehodnota	poslední štace
No tak, řekla bych, že hodně, ale je to těžký si tu důstojnost nějak zachovat, hlavně tady v tom věku, protože nakonec člověk se dopouští takových blbosti a teď když vidíte, jak někteří ti mladí, jak se k vám chovají, no a tak a nemáte dostatek sebevědomí, tak to je vělice zlá věc, no. Někomu, komu nechýbí	Zůstat sám sebou	Sebevědomí	Respekt (?)	Nízké sebevědomí ve stáří - těžké zachovat důstojnost	Sebehodnota, (sebevědomí) ageismus	vyznačil som každiskové
21. Sebevědomí, tak se s tím asi líp vyrovná no, ale...	Zůstat sám sebou	Sebevědomí	Respekt	Výsměch - nízké sebevědomí	Sebehodnota, (sebevědomí) ageismus	Výsměch
No, no tak asi určitě, no. Jak, jak člověk vidí nějaké výsměch nebo to, tak, to sebevědomí ne to, to sebevědomí vám klesne na nulu, no a...	Zůstat sám sebou	Sebevědomí	Respekt	Dělat co mě baví, vážit si sám sebe		vyznačil som každiskové
No, právě že nic moc. Snažím se jako tak, aby člověk, abych pořádk ještě byla nějakým způsobem, že, abych třeba četla, taky ty křížovky a to co je, abych si nepřipadala tak méně cenná no a, ale vážit, no já nevím, já něsem typ, co by si sám sebe moc vážil.	Zůstat sám sebou	Sebevědomí	Respekt/Sebeúcta			
No tak stáří, stáří určitě no a taky, teď nevím, jak prostě budu se pohybovat nebo co, jestli vůbec půjdu domů, takže když potom, třeba už jenom když jenom člověk jde a je nějak poznamenané, takže se ti lidí se na vás divně dívají no tak jsou daleko horší.	Zůstat sám sebou	Stáří jako stigma	Respekt	Stáří - nemoc (postížení) - stigma		stigma?
Tak ono to, já jsem to sebevědomí neměla vůbec, když se stalo, že chvíli jsem si nějak věřila, se to zase se to ztratilo, takže to nemůžu říct jako, kdy přesně. To tak pozvolna přicházelo, ono se to nedá časově určit no.	Zůstat sám sebou	Sebevědomí	Respekt/Sebeúcta	Mít sebevědomí	Odkdy ztráta sebevědomí?	

Ilustrace 4 Ukázka tematické analýzy u výzkumné skupiny seniorů

2.7. Metoda komparace obou perspektiv

U komparace jsme porovnávali výsledky tematické analýzy obou rozdílných skupin respondentů: sester a pacientů seniorů s cílem identifikovat společná a rozdílná (specifická) témata v důstojnosti u institucionalizovaných seniorů v kontextu ošetrovatelské péče. Metodickou inspirací byly prvky *Constant Comparative Method* - CCM (Boeije, 2002), která jako samostatná metoda vychází ze zakotvené teorie (Glaser a Strauss, 1999). Pro identifikaci shodných témat naše otázka zněla: *Které prvky jsou společné pro obě skupiny dotazovaných?* Kritériem pro společná témata byla jejich významová podobnost a minimálně poloviční výskyt v rozhovorech u obou skupin respondentů (viz. Kapitola 3.3. – Tabulka 3). Pro identifikaci rozdílného jsme si kladli otázky: *Které prvky se objevují v jedné skupině a absentují ve druhé skupině a naopak?* (viz. Kapitola 3.3. – Tabulka 4, 5).

2.8. Důvěryhodnost a rigor práce

V případě kvalitativního výzkumu je významná důvěryhodnost a autenticita výzkumu. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kde se posuzuje validita a reliabilita, v kvalitativním výzkumu se tyto pojmy nepoužívají vůbec (radikální pozice) nebo se nahrazují tyto termíny jinými kritérii, které vycházejí přímo z kvalitativního paradigmatu (umírněná pozice). Kvalitativní výzkum zkoumá spíše specifické, než typické situace, proto není často možné naplnit požadavek replikace výzkumu u reliability (Gavora, 2000, s. 146). Kvalitativní výzkum má specifická kritéria na posouzení a zabezpečení rigoróznosti (*rigor-přísnost*) a redukce zkreslení, či systematických chyb – *bias* (Koch, 2006). Důvěryhodnost - *trustworthiness* (Shenton, 2004) je zde zabezpečena dlouhodobostí výzkumu, přímým kontaktem s realitou a podrobným popisem, často s doplněním autentických citací zúčastněných osob. Dále existují kritéria pro vedení dobrého kvalitativního výzkumu, jako je sběr dat a popsání analýza (Hendl, 2008).

V našem výzkumném projektu jsme dále pro zvýšení kvality a důvěryhodnosti tematické analýzy využily metody *triangulace výzkumníků* (viz. výše v textu) a *peer debriefing* expertem na danou problematiku – školitelem (Cohen, Crabtree, 2006). Byl detailně popsán každý krok výzkumu – *chain of evidence* (Yin, 2003). Všechna identifikovaná témata byla charakterizovaná a doplněná o ilustrace z primárních dat.

Přenositelnost - *transferability* (Shenton, 2004) jsme zajistili tím, že jsme v samostatné kapitole reflektovali limitující prvky samotného výzkumu, které jsme

identifikovali v jeho průběhu. Výsledky byly dále diskutovány se stávajícími teoriemi a aktuálními dohledanými poznatky z odborné literatury.

V rámci reflexivity výzkumu je potřebné uvést, že studentka byla osobou nepodílející se na péči o zúčastněné pacienty seniory, ani v jiném vztahu vůči dotazovaným všeobecným sestrám. Ve vztahu ke kvalitativnímu výzkumu měla autorka pouze teoretické vědomosti bez zkušenosti s jeho aplikací v konkrétním výzkumu. Původním povoláním je autorka všeobecná sestra, nyní akademický pracovník Ústavu ošetřovatelství. S tematikou důstojnosti měla studentka dosavadní okrajovou zkušenost při tvorbě diplomové přehledové práce s názvem: *Práva seniorů, jejich integrace a diskriminace ve společnosti* (Johnová, 2002).

3 Výsledky

V této kapitole budou prezentovány výsledky tematické analýzy důstojnosti v ošetrovatelské péči u institucionalizovaných seniorů. Nejdříve budou v podkapitole 3.1. představeny výsledky u výzkumného souboru všeobecných sester. Následně budou v podkapitole 3.2. uvedeny výsledky u výzkumného souboru pacientů seniorů. V podkapitole 3.3 budou představeny výsledky komparace obou perspektiv – všeobecných sester i seniorů.

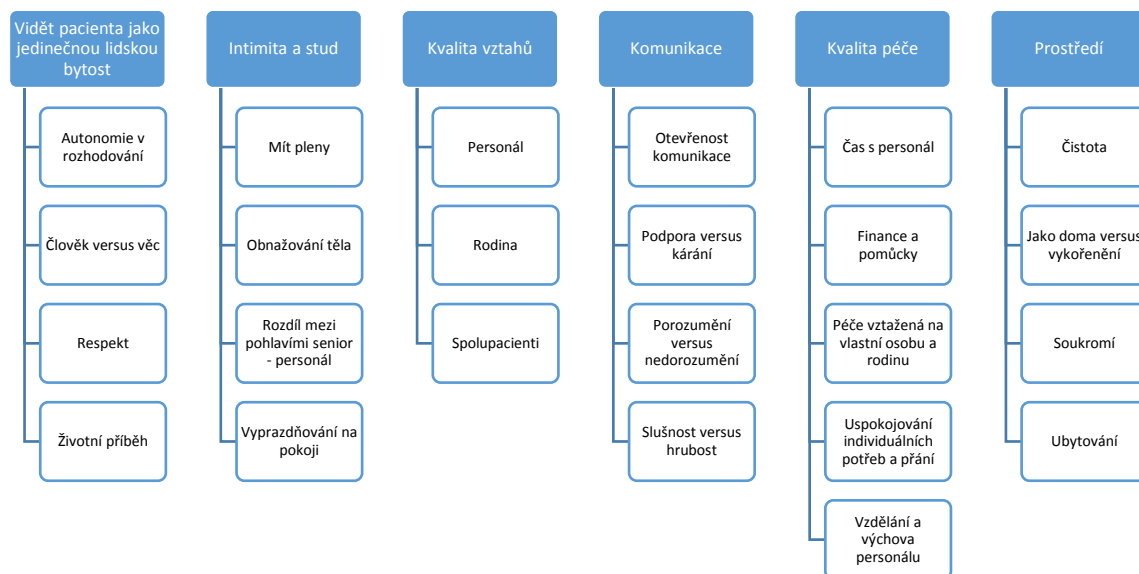
3.1. Zkušenosti všeobecných sester s důstojností u seniorů v institucionalizované ošetrovatelské péči

Na podkladě tematické analýzy jsme identifikovali důstojnost v ošetrovatelské péči u institucionalizovaných seniorů z perspektivy všeobecných sester v těchto šesti základních tématech: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost; Intimita a stud; Kvalita vztahů; Komunikace; Kvalita péče; Prostředí.*

Každé téma je složeno ze subtémat, která konkrétně vypovídají o jednotlivých aspektech daných témat. Pro ilustraci jsme vytvořili schéma (Ilustrace 5) a subtémata dále podpořili citacemi sester. Vybrali jsme takové citace, které byly pro dané subtéma nejcharakterističtější. V některých případech jsme jako subtéma označily významové sady, které nejsou podpořeny citacemi většího počtu účastníků a to z důvodu, abychom zachytili nejen společné tendence, ale i individuální odlišnosti.

Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost

Důstojnost seniorů sestry významově přirovnávaly k respektu k člověku, jeho autonomnímu rozhodování, vidění člověka jako individualitu s jeho osobním příběhem. Téma vyzdvihuje především člověka jako osobu. Tento tematický okruh jsme nazvali *Vidět seniora jako jedinečnou lidskou bytost* a je syntetizován ze subtémat: *Autonomie v rozhodování; Člověk versus věc; Respekt; Životní příběh.*



Ilustrace 5 Tematická struktura důstojnosti institucionalizovaných seniorů z perspektivy všeobecných sester

Autonomie v rozhodování

Sestry si jsou vědomy, že když je senior hospitalizován, nebo změní své bydliště na Domov pro seniory, mnohem snadněji může přijít o svou autonomii, o svou jedinečnost. Jedním z důležitých momentů v této oblasti je ponechání vlastních rozhodnutí, pokud to režim daného zařízení dovolí. Jedna z vrchních sester (40 let, rozhovor č. 6) k tomuto uvedla: „Beru to podle sebe, že jsem určitý typ člověka, možná jsem trošku víc svobodomyšlnější, že mám ráda takovou tu svoji osobní volnost. A důstojnost pro mě znamená to, že ten člověk nebude podléhat nějakým řádům, protože je v nějakém typu zařízení, ale že v rámci možností bude mít možnost, když to tak řeknu – bude chtít spát ve fraku, tak bude spát ve fraku. Tímto způsobem. Nebude mu prostě nikdo organizovat režim dne. Bude ten režim mít takový, jaký on chce. Bude se chtít do 4 do noci do rána dívat na televizi, tak se na ni dívat bude a bude vyspávat třeba do 10.“ Zachovat autonomii, ponechat seniorům možnost vlastního rozhodování v běžných denních aktivitách vidí sestry jako nezbytné. Přesto v rozhovorech uváděly, že ne vždy lze provoz přizpůsobit rozdílným potřebám. „Důstojné je, když mají naši klienti pocit rozhodovací i o té péči, jak chtějí, jakou mají představu, jak by ta péče měla vypadat. Nebo jakou by si oni přáli, nechat je rozhodovat... jak chtějí oni a ne tak, jak chceme my podle nějakých našich norem.“ (Sestra, 52 let, rozhovor č. 7)

Člověk versus věc

Sestry v souvislosti práce pod časovým stresem a tlakem na rychlý výkon hovořily o tom, že personál někdy nevnímá seniora jako člověka. Některé sestry tak vykonávají práci rutinně, automaticky, bez osobního vztahu k pacientovi. Ne vždy je na vině časová tíseň, některé sestry mohou trpět také syndromem vyhoření a cíleně si nevytváří funkční vazbu k seniorovi. „*Hlavně mít všechno v pořádku a někdy se mi ten člověk v tom začíná ztrácet.*“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) „*Není jenom, že přijdeme ke strojům, pracujete s lidma, my pracujeme s lidma.*“ (Sestra, 52 let, rozhovor č. 7) Také v případě seniorů s demencí je důležité, aby si personál našel vhodný přístup, ve kterém by posílil důstojnost těchto pacientů: „*Ten člověk nějaký byl, a i když je tam změna v rámci té demence, tak vždycky tady toto u toho člověka najdete. Vy si ho nahodíte do té noty, vy ho zklidníte, a vždycky to tam pořád objevíte a musíte se ... Je to člověk.*“ (Sestra, 44 let, rozhovor č. 5)

Respekt

Respekt byl nejčastěji spojován s úctou k člověku a celkově s důstojností bez ohledu na to, o jakého člověka se jedná: „*Pro mě to znamená úcta k tomu člověku, ten respekt. To já se vždycky snažím, nebo vždycky v celé té své praxi jsem se snažila nesnižovat toho člověka, naopak takoví ti někdy ti sociálně slabší, jako že jsem měla ke každému člověku respekt, k tomu pacientovi, k tomu nejposlednějšímu, i k tomu dementskému.*“ (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2) Respekt je potřeba projevit starému člověku i ve chvíli, kterou sám vnímá jako nedůstojnou a podpořit jej. Typická je situace například u inkontinentních pacientů: „*Někteří si uvědomují, že se třeba něco děje, že třeba jsou inkontinentní, že si to uvědomují, třeba řeknou: To je hrozné, já jsem blbá, zase jsem se po.... Snažím se jim říct, že se nic neděje, že se to prostě někdy stává, že za to nemůže, prostě podpořit je v tom, že prostě to není nic špatného, že za to nemůže.*“ (Sestra, 41 let, rozhovor č. 4). V tomto subtématu sestry poukazovaly i na to, jak by se ošetrovatelský personál neměl chovat a jak by měl důstojnost zachovat. Jedním z příkladů bylo i poukázání na respekt k umírajícímu člověku: „*Ta důstojnost je třeba zachovat. I u těch umírajících samozřejmě. Na sklonku toho života, aby ten člověk odešel důstojně a ne aby tam ležel někde sám za plentou.*“ (Vrchní sestra, 39 let, rozhovor č. 1)

Životní příběh

Důstojnost seniora naplňuje podle sester také znalost jeho životního příběhu a práce s jeho biografii. Jedna ze sester popsala, že při rozhovorech záměrně vrací seniory zpět do

jejich vzpomínek a svým zájmem tak zvyšuje i jejich sebevědomí. „Při rozhovoru se starým člověkem získávám informace, prostě co dělal v životě a tak. Vracím ho zpátky a tím, jak ho navracím zpátky, tak jemu vracím tady vlastně to jeho sebevědomí, to jeho opodstatnění a jsme zpátky v té realitě.“ (Sestra, 44 let, rozhovor č. 5) Jiná sestra má podobnou zkušenost, navíc poukazuje na nezájem o životní příběhy seniorů: „Vracet se k jejich vzpomínkám, k těm jejich zkušenostem. Víc prostě. Dnes již nestojí nikdo o jejich zážitky v této době. Já si myslím, že o ty jejich životní zkušenosti, o ty nikdo nemá zájem. (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2)

Intimita a stud

Téma intimita a stud obsahuje 4 subtémata: *Mít pleny*; *Obnažování těla*; *Rozdíl mezi pohlavími senior – personál a Vyprazdňování na pokoji*. Dotazované sestry shodně podmiňují důstojnost v zachování intimity a respektování studu seniora. Za faktory pro snížení důstojnosti u seniorů v této oblasti udávají ztrátu kontinence spojenou s inkontinenčními pomůckami, obnažování a nerespektování studu seniora, vyprazdňování se na vícelůžkovém pokoji, ale i rozdíl v pohlaví sestry a seniora.

Mít pleny

Vyprazdňování jako intimní záležitost každého jedince sestry vnímají jako rizikovou situaci pro ztrátu důstojnosti a to především ve spojitosti s plenami. Samotný fakt, že je senior odkázán mít pleny, degraduje jeho osobnost. Je třeba pacienty v této situaci podpořit a respektovat jejich intimitu. „Takové to zachování intimity při různých úkonech, tak to se snažíme samozřejmě dodržovat, protože už jenom to, že lidi jsou na plínkách snižuje jejich důstojnost jako takovou.“ (Vrchní sestra, 41 let, rozhovor č. 8)

Obnažování těla

Podle sester starý člověk po přijetí do instituce přichází o intimitu. Jako významné pro narušení důstojnosti uvádí sestry obnažování těla. Nahota představuje obecně mnohem větší zranitelnost, související i s možnou ztrátou důstojnosti. Někdy jsou situace, kdy je senior obnažen, rutinní pro personál – např. u vizity, nikoli však pro pacienta. „Uvědomila jsem si, jak jsem chodila i do toho kurzu¹³, jak ten člověk vlastně tu důstojnost, tu intimitu v tom zdravotnickém zařízení ztrácí. Protože přijdeme my s paní doktorkou, pacient se musí

¹³ Kurz Bazální stimulace – poznámka autorky

před námi vysvléct. Já si to umím představit, on ví, jak se jmenuji, on se musí obnažit, první vyšetřování toho pacienta - on se musí svléknout, najednou před námi je nahý, potom přijde někdo ...“ (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2) Dvě sestry ve vedoucích pozicích podotkly, že řeší problematiku nerespektování intimity pacientů opakovaně se svými podřízenými v přímé péči: „Zase vezla na koupání na vozíčku - tady přikryjí, ano, bezva, tady podložkou, prostěradlem, čímkoliv, ale zadek kouká, že...“ (Vrchní sestra, 41 let, rozhovor č. 8)

Rozdíl mezi pohlavími senior – personál

Toto subtéma představuje další z možných situací pro narušení důstojnosti a to zejména v oblasti intimity. Sestry pozorují, že u starých osob jsou vnímány tyto rozdíly citlivěji. Stud je přirozenou součástí člověka. Tím, že je senior odkázán na péči sester, které jsou odlišného pohlaví, vnímají sestry narušení jeho důstojnosti „Potom třeba byl problém u některých, i když jsou to senioři, pánové, že my jsme ženy. Oni jsou muži, cítím to. Samozřejmě ne všichni, ale převážná většina nás bere jako že ošetřující personál, ale najdou se i tací, kteří opravdu, tam ten stud je. Ať chceme nebo ne. Bereme je do těch koupelen. Tady toto myslím na tom pokoji, hlavně tam. Myslím si, že největší, jedna z největších rolí, je ta hygienická péče, samozřejmě. Že toho pacienta musím obnažit, musím mu sundat kalhoty, musím ho třeba převést přes to oddělení, jo, musím ho odvést do té koupelny, tady toto. Myslím si, že vlastně toto je tak zakořeněno všeobecně v těch lidech ten stud vlastně při té hygienické péči jako takové.“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6)

Vyprazdňování na pokoji

Dotazované sestry si uvědomují, že je potřeba v institucionálním prostředí zajistit důstojné prostředí pro vykonání potřeby vyprazdňování už jen tím, že opustí pokoj a umožní seniorovi pro tento akt soukromí. Uváděly, že důstojnost snižuje, když je nucen senior vykonat potřebu na vícelůžkovém pokoji před ostatními pacienty. „Teď se tam vyprazdňuje na to pokojové křeslo, teď třeba tam musí chvíli počkat, najednou ztrácí tu vlastní důstojnost tady tímhle. Musí se tam vyprazdňovat (na vícelůžkovém pokoji).“ (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2) Pro udržení důstojnosti je podle výpovědí sester nutné zajistit soukromí v případech, kdy se senior vyprazdňuje, aby se cítil „jako doma“. „Samozřejmě dodržování intimity, pokud jsou tam návštěvy, mají na dveřích napsáno, ať opustí, pokud dojde i k přebalování nebo jdou na WC židli, aby vlastně měli pocit, že se na ně nikdo nedívá, jako že jsou jako doma.“ (Sestra, 52 let, rozhovor č. 7)

Kvalita vztahů

Důstojnost v ošetrovatelské péči závisí také na kvalitě vztahů, což následně ovlivňuje, podle dotazovaných sester, klima v daném zařízení. Téma je syceno 3 subtématy: *Personál; Rodina a Spolupacienti*, podle toho, které vztahy sestry akcentovaly.

Personál

Sestry si uvědomují, že svým přístupem k seniorům a kvalitou vztahů k nim, výrazně ovlivňují důstojnost v daném zařízení. V Domovech pro seniory se na péči spolupodílí zdravotní a sociální pracovníci. V obou Domovech pro seniory sestry uvedly jako významný faktor důstojnosti nutnost spolupráce obou složek. Sociální i zdravotní služby se doplňují a v první řadě by mělo jít vždy o pacienta a jeho profit. Ne všude a ne vždy tyto složky kooperují, což se odráží ve finále nepříznivě v péči o pacienta. *„Zítřka tady máme opékání, grilování s klienty. To je hezké, ale ti lidé musí být okoupaní, učešání, přebalení, oblečení a tak, aby mohli jít. Ted' máme – vybírají se dovolené a tak, ta děvčata jsou fakt přetažená. Slouží tři na padesát lidí a ještě by měla vyvážet ty lidi, co jsou aspoň trochu schopní, vyvážet s postelemi ven na plac. Pak se griluje a ještě okolo nich skákat. Skákat venku, skákat nahoře a naše sociální je hrozně dotčená, že tam holky nechtějí jít. Říkám: Bud' to mají dovolenou, jsou před noční, jsou po noční, slouží jedna za druhou. Kdy ještě? A je vyrovnávací období, takže nesmí být přesčas, prostě ne, hodiny už tak máme stažené, abychom byly na nule, ač tam slouží tři. Normálně slouží třeba i pět, ale jsou dovolené a tak mi řekni, kde ještě by měly jít? Nic za to mít nebudou, hodiny prostě si nemohou napsat, protože to by bylo přesčas. Neexistuje, no, je vyrovnávací období, takže ... Takže i ta atmosféra je potom taková ...“* (Vrchní sestra, 41 let, rozhovor č. 8) Sestry zmiňují, že k nedůstojnému chování přispívá to, že jsou přetížené, mají osobní problémy. Jedna ze sester uvedla jako významnou schopnost sebereflexe a následné omluvy seniorovi. *„Stalo se mi, že jsem na paní byla nepříjemná. Měla jsem nějaký problémy... Já jsem se pak zklidnila a šla jsem na sesternu, protože jsem z toho byla na nervy. Ale šla jsem se pak paní omluvit. Říkám: Já jsem to tak nemyslela, ujely mi nervy, nezlobte se. Ona to vzala.“* (Sestra, 47 let, rozhovor č. 10)

Rodina

Jak všeobecné sestry, tak všechny dotázané vrchní sestry uvádí jako nezbytný faktor pro zachování důstojnosti spolupráci s rodinou a udržování původních fungujících vztahů. Zejména vrchní sestry poukázaly na případy nezájmu rodiny o starého pacienta, případně

návštěvy jen ze zjištěných důvodů. „Některé návštěvy chodí pravidelně, donesou jim, někteří si přijdou 15. pro důchod, zbytek důchodu, takže nedovolí koupit mamince minerálku, nedovolí mamince pedikúru, holiče, nic. Máme tady takové případy. Úplně odstrašující.“ (Vrchní sestra, 41 let, rozhovor č. 8). V případě nezájmu rodiny, podle výpovědí sester, staří lidé trpí, jsou zklamaní, může docházet i ke zhoršení zdravotního a zejména psychického stavu. „Ten pacient si pořád klade ty naděje ... a už vám to vlastně vykládá, oni říkali, že přijedou tehdy a tehdy. Pak neprijedou, pak vlastně dojde k tomu obrovskému zklamání, což vede k celkovému rozvratu zdravotního stavu, vyskočí mu tlak třeba, pláčou pacienti, vyžadují péči.“ (Sestra, 45 let, rozhovor č. 3) Podle slov jedné z vrchních sester vychází rodinám personál maximálně vstříc, od možnosti neomezených návštěv, tak i ve vzájemné informovanosti. „Dneska ráno třeba volala manželka od jednoho pána, co večer spadl. Byl v noci zmatený, volal jí o půlnoci na telefon, tak z toho byla jako špatná. Tak mě prosila, jestli bych mu vyřídila nějaké věci, tak jsem za ním šla, a tak. Když člověk vidí ten úsměv, tu vděčnost, že jste vyřídila něco, si myslím, že taky je to vděčný.“ (Vrchní sestra, 39 let, rozhovor č. 1)

Spolupacienti

Sestry uvádějí, že pro zachování důstojnosti je pro starého člověka důležité i to, s kým bude sdílet pokoj. Přestože se sestry snaží o to, aby vyšly seniorům vstříc z hlediska jejich požadavků na spolubydlící na pokoji, nelze jim vždy vyhovět. „Ať děláme, co děláme, někdy se nám opravdu stane, že se nám sejdou na pokoji a my nejsme schopni s tím nic dělat. Lidi, kteří se úplně nemusí, jsou každý z úplně jiného těsta, úplně z jiného světa... A logicky vznikají takové třetí plochy... A hlavně mi přijde hrozné, že bych se měla na sklonku života sžívat s někým, s kým já bych se ve svém osobním životě pozdravila, všechno, ale nějak víc bych s ním nekomunikovala a já s ním musím strávit 24 hodin denně.“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) Konfliktní situace popsaly sestry v obou typech zařízení – v Domovech pro seniory i v Léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Typickou konfliktní situaci popsala jedna ze sester (41 let, rozhovor č. 4): „A ještě teda jedna věc, že vlastně ti lidi, když se nesejdou na tom pokoji povahově, to je strašné peklo. A teď mají televize na pokoji, rádia a teď si představte, že jeden člověk si chce pustit televizi, jeden rádio a jeden chce mít klid. Jak to chcete udělat? Oni vám řeknou: „Domluvte jim!“ Jak mám domluvit, když oni tohle chtějí a já jim to mám umožnit. Oni mezi sebou se musí domluvit, ale oni se nedomluví. Takže je konflikt a docela často to tady bývá.“

Komunikace

Podle výpovědí sester představuje komunikace hlavní nástroj pro vytvoření kvalitních sociálních vazeb. Důležité místo má komunikace zejména v adaptačním procesu seniora v novém, neznámém prostředí. Komunikace by měla být otevřená, pravdivá, s prvky aktivního naslouchání, s porozuměním. Zvláště důležité je ověřit si, zda senioři skutečně porozuměli řečenému. Téma komunikace obsahuje 4 subtémata: *Otevřenost komunikace; Podpora versus kárání; Porozumění versus nedorozumění; Slušnost versus hrubost.*

Otevřenost komunikace

Otevřenost komunikace spatřují sestry v pravdivém dialogu. V několika případech sestry uvedly, že jim jako nedůstojná přijde neinformovanost pacientů seniorů o plánu jejich péče. *Kolikrát mám takovou zpětnou vazbu od toho seniora, že třeba, když je přijatý do toho zdravotnického zařízení, že pořádně třeba neví ani, co se s ním bude dít nebo ten plán péče mu není úplně – když prostě někdo ho přijme, lékař – vyšetření, ale pořádně se nepodílí na nějakém tom plánu. (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2)* V denní praxi jsou sestry vystaveny dilematickým situacím, kdy se pravdivé sdělení, většinou s ohledem na zdravotní stav seniora, zamlčí. Tyto situace vidí jako nedůstojné. *„Přijali jsme pacienta..., on si myslel, že na druhý oddělení nastoupí jeho žena. A že žena ho bude navštěvovat, ale tam se potom úplně změnila ta situace, zdravotní stav té paní se zhoršil někde, ale ta rodina, že si vyloženě nepřeje...abychom mu to sdělili. A zas: kde je ta hranice, jestli opravdu to říct nebo to neříct. Potom ta důstojnost, přesně o tom mluvím, když on se to doopravdy dozví, jak to je doopravdy a celou dobu on si říká: Tak já jsem jim to takhle vykládal a teď je to úplně jinak. Jak se ta sestřička teďka na mě dívá?“ (Sestra, 45 let, rozhovor č. 3)* Otevřenost není nutná jen v přímém kontaktu mezi personálem a seniorem, ale i v ošetrovatelském týmu, kdy se mluví o seniorech. *„V momentě kdy tady ráno sedíme, předáváme si služby, přijdou třeba i ty ošetrovatelky, nějakým způsobem si plánujeme ten den, tak o těch klientech mluvíme. Takže je to v rámci každodenní provozní porady. Nebo třeba i sedíme u oběda a z oběda se většinou stane konzultační záležitost a mluvíme o té své práci, mluvíme o těch klientech.“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6)*

Podpora versus kárání

Podpora seniora nebo naopak jeho kárání bylo zastoupeno téměř ve všech rozhovorech. Opakovaně sestry zmiňují v rámci podpory potřebu rezervovat si na starého člověka čas, uzpůsobit tempo a mluvu jeho schopnostem. *„Že ti staří lidé nemají rádi takový*

nějaký shon a nějaké rychlé zacházení s nimi. Oni spíš preferují, aby pomalu a v klidu, aby tomu porozuměli, aby jim to třeba někdo vysvětlil...“ (Sestra, 58 let, rozhovor č. 9) Jiná sestra uvedla příklad, kdy komunikace se seniorem v akutním stavu zmatenosti a navrácení se k jeho minulosti, pomáhá jeho zklidnění. „Pracuji s ním a pro mě je hrozně pěkný, když pak já přijdu a vidím toho člověka zmateného, úplně nějak jinak a teď já si s ním chvílku povídám, zklidníme se a důležité je vrátit se tam zpátky do těch let, nabudit tu atmosféru, on se vám vrátí zpátky. Teď vidíte, ten člověk se před vámi náhle změní a je tam ta důstojnost. Ten člověk se tam najde a teď on se i celkově – postoj těla a všechno – ten člověk je potom úplně jiný.“ (Sestra, 44 let, rozhovor č. 5) Identifikovali jsme, že důležitým aspektem komunikace s podporou u seniorů je vyslechnutí, pochvala a povzbuzení. „Tak tím, že se jim vždycky představím, oslovuji je příjmením, ptám se jich na jejich názor, nebo jak se měli, jak se jim daří. Nebo je pochválím, že něco zvládli, než naopak například paní řekne: Já jsem nešikovná, už jsem k ničemu...Tak já naopak ji pochválím...“ (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2). Za nedůstojné naopak v této oblasti sestry zmiňují kárání seniorů. „Když se pacient převrátil na vozíčku a sestřička potom na něho: Vždyť jsem Vám říkala, že tam nemáte jezdit...“ (Sestra, 44 let, rozhovor č. 5)

Porozumění versus nedorozumění

Významnou složkou komunikace je pro sestry porozumění, jako pochopení starého člověka a jeho specifík. Sestry si jsou vědomy toho, že starší člověk může některé informace vnímat zkresleně. „Nebo když ti staří lidi to vycítí úplně jinak, než to člověk myslí. Někteří jsou rázní a už si může ten člověk myslet, že prostě je to na něho, cíleně na jeho osobu.“ (Vrchní sestra, 39 let, rozhovor č. 1) To, že senior nerozuměl, může vyústit v neadekvátní reakce seniora, které oslabují jeho důstojnost. „Tam někdo hukne, jako že třeba nahlas mluví holky a už někdo, že proč na něho řve, že dobře slyší. A přitom už ta sestřička byla na pokoji u někoho, kdo špatně slyšel, tak zvýší hlas, ale nemyslí to špatně. Taky se s tím setkávám: „Na mě nemusíte křičet...“ A bere to osobně, i když to tak jako myšlené nebylo.“ (Vrchní sestra, 39 let, rozhovor č. 1) S porozuměním také souvisí potřeba vysvětlovat pacientovi, kde je, jaké výkony mu děláme, jaké jsou další plány... „Vysvětlovat, vysvětlovat, vysvětlovat. Aby ten pacient, jako senior, aby opravdu pochopil daný problém, protože potom dochází k tomu, že je lítostivý, plačtivý, když to třeba nedokáže tak dobře zvládnout, jako já, mladý člověk.“ (Sestra, 45let, rozhovor č. 3)

Slušnost versus hrubost

Důstojnost vnímaly sestry velmi často ve spojení se slušností. Tu podle jejich výpovědí tvoří zdvořilý přístup, oslovení seniora jeho celým jménem, případně titulem. „*Slušnost je třeba něco říct hlasitě, důrazně, ale nezvyšovat hlas.*“ (Sestra, 58 let, rozhovor č. 9) Pro sestry je součástí slušnosti a zdvořilého přístupu i vykání seniorům. „*My jim netykáme, vždycky při příjmu se zeptáme, jak chtějí, aby ten klient byl oslovován. Vždycky je to třeba, když oni: Ano, my jsme chtěli, abyste nám říkali jménem. Ale je to třeba paní Jaruška, paní Věra, nikdy netykáme, vždycky vykáme.*“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) A naopak, nelíbilo se jim, když byly svědky hanlivého oslovení seniorů. „*Nějaký ten personál je oslovoval: Babko, dědku. Takovými hanlivými slovy, což se mi třeba nelíbilo.*“ (Sestra, 44 let, rozhovor č. 5) Nedůstojné je také vysmívání se pacientům za jejich zády, nebo osobní komunikace personálu mezi sebou nad pacientem seniorem. Příklad za všechny uvedla staniční sestra (38 let, rozhovor č. 2): „*Nebo takové ty posměšky, třeba když někdo odpoví a sestřičky se tomu smějí. Nebo třeba se baví nad tím pacientem, když provádí tu hygienu. On to může vnímat, že se baví o něm, nebo že se mu smějí. Tak to je běžné.*“

Kvalita péče

Mezi respondentkami ze všech čtyř zařízení panovala shoda, že důstojnost v ošetrovatelské péči ve vysoké míře ovlivňuje kvalita, související mimo jiné i s dostatečným počtem personálu, pomůcek a financí. Opakovaně ztotožňovaly dotazované sestry důstojnost v péči o seniory k péči vztažené na vlastní osobu a rodinu. Téma je syceno 5 sub tématy: *Čas a personál; Finance a pomůcky; Péče vztažená na vlastní osobu a rodinu; Uspokojování individuálních potřeb a přání a Vzdělání a výchova personálu.*

Čas a personál

Sestry si uvědomují, že pro kvalitní, důstojnou péči o seniora je potřeba mít dostatek času a personálu. Je pro ně stresující vědomí, jak by péče vypadat měla, které je v konfliktu s tím, jakou péči v daných podmínkách poskytují. Jedna ze sester uvedla: „*Jednoznačně stres, vytíženost personálu, samozřejmě. (Factor ovlivňující důstojnost v péči – poznámka autorů) Když mám na toho pacienta čas, mám čas se mu věnovat. Když není dostatek personálu, vím, že mě tlačí čas, sama jsem potom nepříjemná.*“ (Sestra, 45 let, rozhovor č. 3) Staniční a vrchní sestry hovoří o nedostatku a přetíženosti personálu, což napomáhá k poskytování jen nezbytné základní péče. „*Toho personálu je málo, ty holky jsou fakt přetížené, ony aby stihly ten základ, to aby ten člověk byl najezený, čistý, aby byl voňavý atd., aby byl po té fyzické stránce v pořádku, tak ty holky jedou kolikrát jak roboti.* (Vrchní

sestra, 40 let, rozhovor č. 6) Jedna ze sester uvedla, že někdy se z důvodu nedostatku času nedodrží některé postupy, např. při zajištění soukromí a intimity u celkové hygieny na lůžku pacienta. „*Sem tam jsem třeba byla svědkem toho, že se itinerář nedodržel. Ale říkám, to všechno se děje v důsledku toho, že člověk spěchá a vidí, kolik práce ho ještě čeká. Víceméně není tolik času zatahovat ty zástěny nebo tak se to kolikrát nedodrží.*“ (Sestra, 58 let, rozhovor č. 9) Některé sestry uvedly, že je počet ošetřujícího personálu poddimenzován, navíc se změnila v posledních letech skladba pacientů.

Finance a pomůcky

Podle sester se na důstojné péči významně podílí i finanční zajištění seniora, které mu umožní zaplatit služby (holiče, kadeřníka, pedikúru) nebo pomůcky navíc. Přestože je zajištěno základní minimum z dané oblasti, ne vždy je to dostačující pro zajištění kvalitní péče. Příkladem je např. počet plen, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. K tomu vrchní setra (41 let, rozhovor č. 8) uvádí: „*Kdo má peníze, může si dokoupit pleny, může jich mít i víc než od pojišťovny. Když někdo fakt nemá (finance – poznámka autorů) a rodina není ochotna doplatit, už tady v tomhle je problém. Protože prostě nemá navíc, tak se to nějak plácá a tak dále. Mohou si něco dovolit i na mls nebo já nevím, co všechno, když mají nějaké ty peníze a tak.*“ Některé sestry uvedly, že pokud v zařízení není zajištěn dostatek pomůcek, může se tento fakt odrazit ve snížené kvalitě péče. „*K narušení důstojnosti třeba může přispět špatné vybavení nemocnice nebo toho ústavu, že nemají dost prostředků dodržovat tu intimitu.*“ (Sestra, 41 let, rozhovor č. 4)

Péče vztahovaná na vlastní osobu a rodinu

Důstojnou péči sestry přirovnávají k péči o vlastní rodinu a sebe samu. Pomáhá jim to k lepšímu pochopení seniora a zvyšuje se tak jejich citlivost a empatie. „*Spěchám, ale v tu chvíli si uvědomím, že ten klient, klientka, je můj táta nebo maminka. To je možná taková nejlepší pomůcka. Zastavit se, chvíli se zamyslet.*“ „*Co kdyby to byla tvoje máma. Jak bych chtěla, aby mi o ní pečoval někdo jiný? A v ten moment člověk to myšlení trošičku překlápává. Anebo, kdybych na tom lůžku byla já.*“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) Vrchní a staniční sestry personifikací vlastní rodiny formují i postoje ošetřovatelského personálu. „*Takže se snažím sestry vždycky motivovat, když už třeba toho mají dost, fakt si postěžují:* „*Tak se zamyslete, kdybyste byly na místě toho člověka, taky by vám to vadilo, že?*“ *Míváme porady, takže se tam snažím je takhle motivovat ...*“ (Vrchní sestra, 39 let, rozhovor č. 1)

Uspokojování individuálních potřeb a přání

Sestry v souvislosti s důstojností hovoří o individuálním přístupu k seniorům. Každý pacient je jiný a je třeba k němu přistupovat individuálně podle jeho potřeb: *„Že k pacientům přistupujeme vlastně individuálně, snažíme se být empatičtí. Musíme samozřejmě respektovat jejich přání na jedné straně a jejich potřeby, které samozřejmě musíme uspokojovat. Musíme to všechno dělat s ohledem na to, abychom jim nějakým způsobem neublížily, protože každý člověk je individualita. Musíme k němu vlastně přistupovat jako k jedinci a podle toho směřovat tu péči, aby mu to vyhovovalo.“* (Sestra, 35 let, rozhovor č. 9) Individuální přání může být někdy i v rozporu s léčebným režimem. Příklad, jak takové situace řeší ošetrovatelský personál v jednom z Domovů pro seniory: *„Jemu se to musí vysvětlit nebo podat tak, že je to pro něj to nejlepší. Protože pan doktor jim to napsal. Ale oni mohou odmítnout, samozřejmě, mohou, proč by nemohli. Ale holky to samozřejmě musí umět v těch dokumentacích napsat. Musí to být podepsané tím klientem, že opravdu odmítl. To samé je, když je diabetik a diabetik má vlastně diabetickou stravu. A on si tu buchtu prostě chce dát. Doma by si ji taky dal. Samozřejmě, doma zodpovídá sám za sebe. Tady jsou zdravotní sestry a prostě mají za něj zodpovědnost. „Dobře, dáte si buchtu, ale podepíšete mi, že na svou vlastní zodpovědnost.“ Prostě takhle to řešíme.“* (Sestra, 52 let, rozhovor č. 7) Je důležité respektovat individuální přání seniora, i když může být někdy v rozporu s přáním rodiny: *„My posilujeme důstojnost tím, že je necháme rozhodnout o tom svém volném čase, protože se tady o to staráme, aby se tady nenudili. A pokud klienti řeknou, že oni nechtějí, že chtějí dělat tady to, tak já je nenutím...“* (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6)

Vzdělání a výchova personálu

Některé sestry poukazují na to, že u ošetrovatelského personálu vychází schopnost důstojné péče již z výchovy v rodině a vzdělávacích institucích. *„Myslím si, že to může být právě i to, jak jsou vychováváni nebo i v rámci vzdělávání. Jak jsou vychováváni lidé, kteří o tyto lidi pečují.“* (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) Pozitivní spatřují některé sestry v dalším vzdělávání a rozšíření svých vědomostí ve specializovaných kurzech. V Domovech pro seniory si chválily sestry možnost supervize, která jim pomáhá společně promluvit o některých náročných situacích, které s pacienty seniory zažívají. Jedné z dotazovaných sester pomohl k reflexi ošetrovatelské péče kurz Bazální stimulace. *„Jak jsem začala dělat*

ten kurs, tak si myslím, že oni potřebují něco jiného než pečovat o to tělo...“ (Staniční sestra, 38 let, rozhovor č. 2)

Prostředí

Prostředí instituce, ve smyslu čistoty a prostornosti ubytování, možnost soukromí, umístění do jedno až dvoulůžkových pokojů, podle dotazovaných sester výrazně ovlivňuje důstojnost u seniorů. Prostředí silně determinuje i to, zda se v zařízení senioři cítí jako doma. Obsažená sub témata jsme pojmenovali *Jako doma versus vykořenění; Soukromí a ubytování a Čistota.*

Jako doma versus vykořenění

Některé z dotazovaných sester uvedly, že by se pro podporu důstojnosti seniorů měla posílit domácí péče a do institucionální péče měl být senior umístěn až v nezbytných případech. Někdy vidí sestry jako zbytečně předčasné umístění seniora do institucionálního zařízení. V takovém případě je oslabena jeho důstojnost. *„Takže to, že se ty lidi snaží udržet co nejdéle v tom vlastním sociálním prostředí, tak a spíš jako by dotlačit tu péči za nimi. A až když se to v tom domácím prostředí nezvládá, tak teprve ty lidi umisťovat do zařízení. Tak tohle se mně třeba líbí. Můj dědeček, který už by v podstatě byl adeptem na nějaké takové zařízení, to má taky tak, ale děláme prostě a máme tu možnost, že jsou dvě dcery a tři vnučky, že jsme schopny to zvládnout, aby ten děda doma mohl zůstat. Nedovedu si představit, jak by to s ním bylo. Ono by ho to položilo po psychické stránce. On v těch momentech, kdy je, kdy jsou ty přechodné stavy zmatenosti, tak on v těch fázích, kdyby najednou si začal uvědomovat realitu, tak prostě on by to nedal.“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6)* Sestry pracující v Domovech pro seniory hovořily o adaptaci na nové prostředí u přijatých seniorů, která je někdy velice obtížná. I když se ošetrovatelský personál snaží, aby se zde senior cítil jako doma, v některých případech se senior neadaptuje a dochází k „vykořenění“. Vrchní sestra DpS (40 let, rozhovor č. 6) vzpomínala: *„Měli jsme tu paní, 95 let, která v podstatě celý život žila tady v jedné vile... Paní první dny (po nástupu do DpS – poznámka autorů) úplně super, paráda, pohoda, bavila se s námi – všechno. Jako by potom s odstupem několika dnů došlo, že si to uvědomila, že už se nikdy nevrátí, najednou se jí začalo jakoby stýskat. Začala být zmatená a poměrně rychle zemřela... Přivolaná lékařka – psychiatr, to popsala jako vykořenění, jako když se přesadí strom.“*

Soukromí a ubytování

Jako faktor oslabení důstojnosti rezonovalo ve výpovědích sester prostředí ubytování. Zvláště v případech, kdy je senior v instituci na delší dobu, což je i v případě LDN, je potřeba více soukromí a také osobního prostoru.¹⁴ „*Ano, musíte respektovat jejich soukromí, na druhé straně třeba, když si chtějí popovídat, tak umožnit jim to nějakým způsobem. Zas nenarušovat jejich klid. Tak nějak bych to řekla.*“ (Sestra, 58 let, rozhovor č. 9) Sestry dále uváděly, že je na pokojích více lůžek, senioři nemají moc prostoru na soukromí. „*To prostředí se tady podstatně změnilo. Je to tady hezké. Ale je fakt, že jsou tady lidi, kteří by chtěli soukromí a nenajdou ho, i když je tady plno místností. Furt je někde rušno, furt se někde chodí. Ty pokoje jsou fakt jako moc zabydlené, fakt tam mají malý prostor a když si chtějí vypít tu kávu, tak jdou na tu obrovskou halu, kde zase na ně všichni hledí. Takže to třeba osobně mně by se nelíbilo, já bych chtěla to soukromí, když už teda se furt o tom mluví, tak to soukromí by tady měli mít.*“ (Sestra, 47 let, rozhovor č. 10) Zařízení jsou často ve starých budovách, nevyhovujících dispozičně aktuálním požadavkům na bydlení. „*Máme na pokoji tři lůžka plus noční a jídelní stůl, takže tam není k hnutí. Když jdete koupat, jedete tam s vanou, tak musíte prakticky všechny stolky na některých pokojích vyházet ven. Ti lidi třeba si tam na tom pokoji nemají kde sednout.*“ (Sestra, 47 let, rozhovor č. 10)

Čistota

Podle sester je důstojné, aby měli senioři zajištěné hygienické podmínky, aby byli umytí a čistě oblečení, což zvýší jejich sebedůvěru. „*Hodně je důležité, aby ten člověk byl čistý, umytý. Cítí se pak daleko lépe.*“ (Vrchní sestra, 40 let, rozhovor č. 6) Opět je zmíněn v jedné z výpovědí rozpor mezi tím, co by bylo pro důstojnost seniora dobré – mít vlastní oblečení a co pro čistotu a lepší manipulaci s pacientem v praxi sestry daného zařízení praktikují: „*I když jsou v těch andělech, ale u těch ležáků, u ochrnutých a tak to jinak nejde. Ale určitě to není úplně dobře, když jsou v nemocnici 14 dní budiž, ale tady bydlí vlastně ti lidi... Je to fajn, protože zase potom jsou čisti, nemusí se, zase to vypadá jinak.*“ (Vrchní sestra, 41 let, rozhovor č. 8) Zmíněn byl i zápach, který je přítomný i ve velkých společných prostorách a je nepříjemný a nedůstojný nejen pro pacienty seniory. Z vyjádření jedné ze sester (47 let, rozhovor č. 10): „*Ted' ta hala je neodvětratelná, že když je tam zápach, tak to hned tak nevyhodíte, protože tam není ventilace, není tam okno, takže tady ta hala je*

¹⁴ Tato skutečnost byla patrná i při realizaci rozhovorů se seniory, kdy bylo potřebné zajištění soukromí.

využívaná maximálně, ale bohužel není dostatečně odvětratelná. A pro ty lidi tady je to naprosto nedůstojný.“

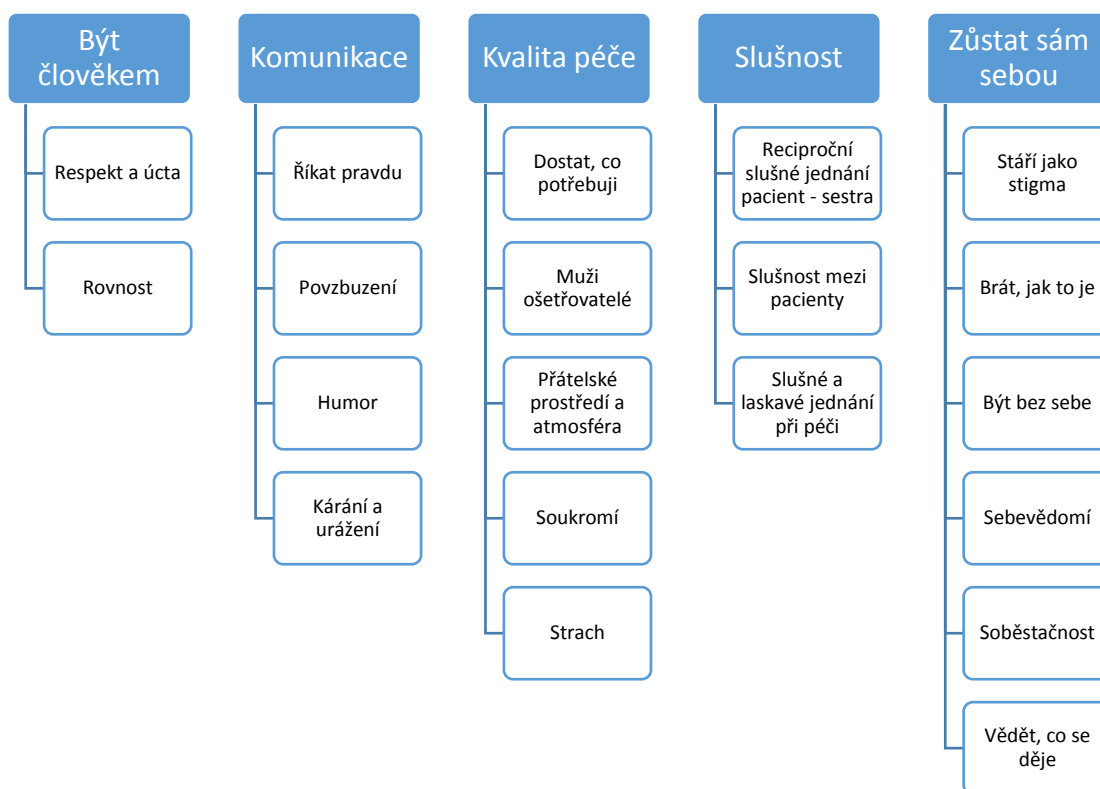
3.2. Zkušenosti pacientů seniorů s důstojností v institucionalizované ošetrovatelské péči

Na základě rozhovorů se seniory a následné tematické analýzy bylo identifikováno pět základních témat důstojnosti v ošetrovatelské péči u institucionalizovaných seniorů z jejich vlastní perspektivy¹⁵: *Být člověkem; Komunikace; Kvalita péče; Slušnost a Zůstat sám sebou*. Témata byla dále specifikována v jednotlivých subtématech a jejich vzájemných vazbách. Pro ilustraci bylo vypracováno modelové schéma (Ilustrace 6), v následném textu doplněno o konkrétní citace seniorů. Stejně jako u výsledků výzkumného souboru všeobecných sester, i zde jsme v některých případech u specifického obsahu popsali samostatné subtéma pro jeho jedinečnost, přestože je jeho nasycení citacemi nízké.

Být člověkem

V tématu Být člověkem jsou obsažena dvě subtémata: *Respekt a úcta a Rovnost*. Senioři chtějí zůstat navzdory svým zdravotním handicapům člověkem, ve smyslu necítit se méněcenný, být si rovný s ostatními, být respektován. Jedna z respondentek uvedla výstižně: *„No tak aby mě třeba někdo neponižoval, neubližoval, no prostě abych se cítila člověkem na plný pecky.“* (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 5)

¹⁵ Tato část práce byla publikována: ŠAŇÁKOVÁ, Š, ČÁP, J. Dignity of elderly adults from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, v. 9, n. 4, p. 906-914, dec. 2018. ISSN 2336-3517.



Ilustrace 6 Tematická struktura důstojnosti institucionalizovaných seniorů

Respekt a úcta

Senioři uváděli respekt a úctu jako potřebnou pro zachování pocitu důstojnosti v ústavním zařízení. Vnímají tento fakt jako automatický, personál by měl jednat vždy slušně a s úctou. Měl by zachovat maximální respekt k pacientovi jako k člověku. Z rozhovoru se seniorkou (88 let, rozhovor č. 2): „*Dycky musíte slušnost a takovou úctu k nim mět a on ten pacient pak se dobře cítí, však víte, jak to je.*“ Vzájemný respekt považují senioři za významný nejen ze strany personálu, ale i mezi spolupacienty navzájem při společném ubytování na vícelůžkových pokojích: „*No tak, noo, to se vůbec nedá říct, že by bylo nutný mít samostatný pokoj, to ne. Ale kdyby třeba lidi se navzájem respektovali a řekli: Ted' budem třeba ticho!, no, ale tady ty lidi člověk nezastaví...*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3) Respektování se vzájemně mezi spolupacienty na pokojích nebo ve společně sdílených prostorech je pro seniory důležité.

Rovnost

V subtématu Rovnost jako významný faktor důstojnosti popisovali senioři neponižování, ale i nepovyšování nad ostatními: „*No tak něco, abych se nemusela ani za sebe stydět a aby mě druhý neurážel třeba, abysme si byli tak nějak rovni. Abych byla tak nějak považovaná. Já nechci být vyšší jako, ale, já nevím, jak to říct, abych byla rovná tak nějak. Aby mě neměli za nějakýho blbečka, já nevím jak. Abych si byla rovná s normálním průměrným člověkem.*“ (Seniorka, 75 let, rozhovor č. 4) Opět se objevuje, že senioři nechtějí být nikým jiným, než „normálním, průměrným člověkem“. Rovnost vnímají senioři nejen v rovných a stejných podmínkách života v institucionálním zařízení, ale především v přístupu personálu k jejich osobě.

Komunikace

Téma Komunikace je syceno čtyřmi subtematy: *Říkat pravdu; Povzbuzení; Humor; Kárání a urážení*. Prostřednictvím komunikace navazují senioři bližší vztah s ošetrovatelským personálem. Citlivě vnímají, zda jsou slova personálu v kongruenci s realitou a plní své sliby.

Říkat pravdu

V souvislosti s důstojností uváděli senioři pravdu jako životní hodnotu, kterou se řídili ve své rodině a chtějí, aby byla i nadále v jejich životě přítomna a zachovaná, přestože jsou v nemocnici nebo v Domově pro seniory. Jedna z pacientek k tomu uvedla: „*No, tak já jsem od malička děckám říkala, měla jsem nebo mám 2 syny, a dycky jsem jim říkala: Kluci, nelžete mně, když bude, uděláte nějakou blbost, řekněte mně o tom nebo tatínkovi, uleví se vám.*“ *A já jsem nikdy, nejsem si vědoma toho, že bych jim lhala a taky kluci mně řekli vždycky pravdu, vždycky. A to si myslím, že se má říkat, jeden druhému pravdu. A my jsme si doma vždycky tak nějak vykládali, cos dělal dneska, co, jak bylo a to, my jsme měli vždycky doma pohodu. Na to jsem si vážila na tym hodně velice.*“ (Seniorka, 75 let, rozhovor č. 4). Naopak nedodržení slibu ze strany ošetrovatelského personálu, např. při výměně prádla, přebalení apod. považují senioři za nedůstojné. „*No tak, když řekla, co nedodržela... No řekla, že přijde třeba za chvíli a něco mně vymění a nepřišla vůbec.*“ (Senior, 88 let, rozhovor č. 8)

Povzbuzení

Podle seniorů je pro pocit důstojnosti důležitý v komunikaci běžný lidský dotek ze strany sester. Dotek a osobní přístup při běžném hovoru hrají velice významnou roli a jsou vnímány dle slov seniorů, jako povzbudivý element v často náročné životní etapě. „*Noo, oni tak někdy dovedou povzbudit nebo tak třeba určitou tu. Vás chytanou za rameno nebo takový a ono to opravdu pomáhá, no nebo cokoliv.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3) Jiná ze seniorek vzpomněla na situaci, kdy se rozplakala při výměně plen a sestra ji podpořila a povzbudila: „*Jo, sestřička mně řekla: „Neplačte, dyť to je normální, dyť já, já, to je normální, já to dělám ne jenom u Vás.*“ Prostě ona mě tak nějak (V: Povzbudila) No, bylo to příjemný od ní, věřte mně.“ (Seniorka, 75 let, rozhovor č. 4)

Humor

Další z nezbytných prvků pro důstojnost, definovali senioři přítomnost humoru v komunikaci. Zvláště v zařízeních dlouhodobé péče oceňovali, že sestry humorem „odlehčí“ situaci. Některé seniorky byly i rády ve skupině pacientek na pokoji žoviálně oslovovány „*Jo a oni některý ty sestry jsou třeba tak, neříkají zrovna holky nebo to, tak řeknou něco takovýho: „Babky jedny, podťe...“.* No ale pořád je to, vypadá to jako nebo působí to na ty lidi fakt dobře, no.“. Je vítána spontánní komunikace o běžných věcech, kdy se sestry zajímají zcela obyčejně, lidsky o pacienta jako o člověka. „*No tak promluví s vama, udělají nějakou legraci taky, když jsme tady zavřený. Tak to je, je to fajn, sestřička že, taky umí sama promluvit, nebo to.*“ (Seniorka, 74 let, rozhovor č. 6) Humor sestry podle seniorů používají na pravých místech v komunikaci. Dokáží už odhadnout, kdy je použití humoru vhodné a kdy ne. Důležitá je znalost pacientů seniorů a také zkušenost.

Kárání a urážení

Naopak jako negativní faktor důstojnosti zdůrazňovali senioři kárání a urážení. Jako příklady uváděli běžné denní situace např. při hygieně nebo stravování, kdy některým sestrám „*došla trpělivost*“ s pacientem. Často vnímají senioři výčitky a kárání sester jako nespravedlivé. „*No tak, když jich třeba nějak tak, lidově řečeno spěrujou, když jim dojde ta trpělivost, a třeba někdy by to nebylo oprávněný nebo to, ale tak někteří to hodí za hlavu, že, ale ...* (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3) Jiná ze seniorek vypověděla podobnou zkušenost: „*...Když přiletí jak a začne tam na vás křičet skrz něco, tak se úplně zatáhnete, stáhnete se do ulity a konec, ale když s vama pěkně mluví, a to, a to a to, tak je to bezvadný, no.*“

(*Seniorka, 75 let, rozhovor č. 4*) V rozhovorech opakovaně zaznělo, že se cítí být ve stáří více vnímaví na způsob neurvalé komunikace, kdy se poté více uzavírají do sebe. „*Aby mně něco třeba nevyčítala nebo, protože když je člověk starší, je citlivý. A ona to třeba tak nemyslí, ale ten člověk, když je starší, to vycítí, vztahuje na sebe, že, tak to jako se mi zdá, že ta situace může nastat.*“ (*Seniorka, 85 let, rozhovor č. 5*)

Kvalita péče

Téma Kvalita péče je složeno z pěti témat: *Dostat, co potřebuji; Muži ošetřovatelé; Přátelské prostředí a atmosféra; Soukromí a Strach*. Toto téma v sobě obsahuje naplnění základních lidských potřeb, ale přesahuje také do popisu atmosféry prostředí, kultury chování personálu v daném zařízení a strachu ze změny prostředí.

Dostat, co potřebuji

Toto subtéma bylo zastoupeno nejčteněji v rámci tohoto tématu, napříč všemi institucemi, ve kterých byly rozhovory realizovány. Senioři ztotožňují důstojnost v ošetřovatelské péči s faktem, že o ně bude v základních lidských potřebách postaráno, bude jim pomoheno. Přestože otázky byly formulovány obecně, několikrát zazněl dovětek seniorů, že si na péči nemohou stěžovat. „*Aji nám tady dobře vaří, nemůžu si tady naříkat, že by mi bylo zle.*“ (*Seniorka, 88 let, rozhovor č. 2*) V několika rozhovorech byla důstojnost akcentovaná právě na tyto potřeby s dodatkem, že „*Co už bychom víc chtěli, jsme tu už jen na dožití.*“ (Viz. subtéma *Brát jak to je*). Jeden ze seniorů názorně vypověděl: „*No tak, zkrátka jsou takoví, nebo většina, dostanu co potřebuji, je mi pomoheny, strava, všecko, zeptá se mě, jestli mám všecko, esi něco ještě nepotřebuji. Třeba večer, než odcházím spát: Jo, máte všecko pane...? No a víte co, zazvoňte. Nebo, já říkám: jo dobře, děkuji. Stane se jednou za čas, že pořebuju prášek, zazvoním, ano potřebuju. No tak, to je tak to hlavní, co...*“ (*Senior, 70 let, rozhovor č. 1*)

Muži ošetřovatelé

V péči byla oceňována i skutečnost, že v některých zdravotnických zařízeních působí muži. Vyzdvížena byla zejména jejich síla. Z rozhovoru se seniorkou (85 let, rozhovor č. 3): „*Třeba v Olomóci je hodně těch bratrů a oni jsou takoví fakt ochotní. Jednak ochota, jednak silní, že oni Vás chytnó, zvednó, prostě než se stačíte sama postavit na nohy, no a tak opravdu. Tady ty to mají o to těžší, protože tady je, myslím, jenom jeden ten a ten. Většinou jezdívá pak do nemocnice s pacientama, takže oni to všechno musijú dělat samy.*“ Vnímají

potřebu dostatečného počtu mužského ošetrovatelského personálu zvláště při namáhavější práci při manipulaci a zvedání pacientů. Nedůstojně senioři vnímaly, že se sestry ženy musejí silově namáhat při ošetrovatelské péči o ně.

Prátelské prostředí a atmosféra

Na kvalitu péče má vliv prostředí uvnitř samotného zařízení, jeho umístění a okolí, ale také podle seniorů atmosféra v daném zařízení. „*Žádná vojna jak se říká. Já Vám řeknu, já když jsem tam vodsád' (z Rehabilitačního ústavu – pozn. autorky) odešel po tím roku, přesně po roku, tak se mně vůbec nechtělo. Protože to je kraj, to je na konci úplně, na samotě a příroda krásná, lesy. Jo, bylo kam jít, 50 metrů ani ne od domova taková kantýna, obchůdek, kde se dalo posedět venku a donesli vám kafe, no kantýna taková.*“ (Senior, 70 let, rozhovor č. 1) Opakovaně vyzdvihovali spíše osobnější, rodinný přístup, zejména v zařízeních dlouhodobé péče. Jedna ze seniorek zaznamenala změnu k lepšímu: „*No tak oni, je to tady takový docela rodinný, víte. Tím, že oni si pamatují ty jména těch pacientů a pak a kolikrát přijdou, povykládají. A teď jsem si všimla i toho, že třeba, asi to vyšla nějaká směrnice, že prostě, neříkají babičky už, víte? To jsem si všimla, eště předtím to říkali, a teď oni přijdou a řeknou třeba holky, jde se na oběd nebo tak, víte. Takže ono to člověk aspoň pořád nevnímá, když je tady, jak je staré a pitomé, a tak. Takže oni se tak snaží, no, a tak to víte, je to personál.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)

Soukromí a strach

Toto sub téma zaznamenává postesknutí nad tím, že ve vícelůžkovém pokoji se někdy sejdou spolupacienti, kteří mají rozdílné povahy a není zde pro všechny potřebné soukromí a klid. „*No tak situace, to víte, když jsou tam tři na tom pokoji a s někým člověk výjde a s někým ne. Ted' tam máme taků paní, že prostě ona vydrží půl hodiny mluvit bez jedinýho nadechnutí a já nevím, to ona má kapacitu asi 120 slov za minutu a to je takový únavný a člověk nemůže prostě říct: „Proboha buďte chvílku potichu!“ Takový lidi nezastavíte. Takže, to se těžko snáší, no ale, nenaděláte nic, no.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3). Přesto však na cílený dotaz, zda by byly pro zachování důstojnosti lepší jednolůžkové pokoje, senioři odpovídají záporně.

Jako nedůstojný vnímají senioři strach z toho, že se při vyšetření v jiném, neznámém zdravotnickém zařízení nakazí, nebo že nestihnou vykonat potřebu v neznámém prostředí. „*Třeba jsem jela sanitkou jako na fakultku na rentgeny. Na urgent jezdím, my se bojíme.*

*Třeba tady jsou nějaký průjmy sem tam nebo tak a teď má člověk šílený strach do té nemocnice a oni Vás tam někde na té židli nechají a sami, aby sem se počural nebo tam... “
A tak já jsem z toho měla hrozný strach.“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)*

Slušnost

V tématu Slušnost jsou zastoupena tři subtémata: *Reciproční slušné jednání pacient – sestra; Slušnost mezi pacienty; Slušné a laskavé jednání při péči*. Téma je hojně syceno citacemi seniorů ze všech zařízení. Důstojnost si mnoho seniorů v institucionálních zařízeních ztotožňuje právě se slušností.

Reciproční slušné jednání pacient – sestra

Někteří z nich mají za to, že pokud se oni chovají k personálu slušně, pak se i personál slušně chová k nim: *„Tak já si vážím, když mají tady slušný jednání jako vedení a podle toho se chovám já, vážím si toho... Někteří mají chování takový bezvadný a z toho zas některý takový no všelijaký. Víte, špatný no, nebo špatnější. Tak vony jsou vcelku takový, dá se říct slušný, podporují důstojnost. Ale najdou se třeba, opravdu co já vím, z mého pohledu, třeba jedna, dvě výjimky, který mají to chování, bych řek, horší.“ (Senior, 70 let, rozhovor č. 1)* Někdy se senioři schválně nedožadují některých úkonů, protože nechtějí „být na obtíž“ a očekávají, že jako nenároční pacienti budou mít i slušnější zacházení ze strany personálu. *„No, v té nemocnici rozhodně ne a tady, no víte, já nějak moc neprotestuju nebo nedožaduju se, tak oni jsou naopak taky ke mně, jako na oplátku, že nemůžu říct, že by se ke mně chovali nějak hrubě nebo, že by mně tak něco odmítli.“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)*

Slušnost mezi pacienty

Mimo slušné chování personálu vnímají senioři i silný vliv slušného chování mezi spolupacienty na důstojnost. Pacienti jsou odkázáni na sdílení společných prostor, kde je potřeba ohleduplnosti a respektu vůči druhým. Pro dokreslení z rozhovoru se seniorkou (85 let, rozhovor č. 3): *„No, to je tady taková ponorková nemoc, tady to. No ale, já osobně si, já nevím, akorát včera. Přišel děda na televizi nějak a někteří ti chlapi jsou teda velice neurvalí. On se dožadoval, jak dlouho na to budete hledět a hrozně nevybíravý slova. Ne přímo na mě, protože já jsem vlastně tam jenom tak chvilku seděla, a tak jsem to okamžitě vnímala. Tak jsem říkala, ať teda zachová aspoň minimální slušnost, pak zmlknul, ale hodně nepříjemně to vnímám. Ale že by mi někdo nějak vynadal nebo toto, nemůžu říct, no.“* Jako

nedůstojné spatřují senioři společné sdílení pokoje s dementním pacientem, který je neklidný, má obrácený režim. Přestože se podle svých slov snaží mít pochopení pro změněný stav spolupacientů, v případech, kdy je ohroženo jejich soukromí a klid, jsou nespokojeni. Zejména když sami potřebují odpočinek vzhledem ke svému onemocnění. O své špatné zkušenosti s bývalou spolupacientkou vypověděla jedna ze senierek (74 let, rozhovor č. 6):

„ Ona byla, už taky měla přes devadesát a nevím. Ona dělala, že neslyší, přitom slyšela o čem mluvíme. Tak nevím, jak to bylo. Ona třeba viděla, že jsem si pustila televizi a ona tam na ty lidi vyplazovala jazyk, že to je jako takový a makový, furt mně do toho brblala a že jsou tam štětky a toto. Anebo v noci mně, v noci mně zpívala, až doslova zpívala. A já říkám, ať toho nechá a ona zpívala dál. Tak už jsem pak řekla, že zavolám synovi, ať jako... No tak pak chvíli přestala, ale to bylo strašný, to se nedalo. Právě toto, když člověk je tady, tak taky by měl mít trochu – (pauza, odmlka) ... “

Slušné a laskavé jednání při péči

Na důstojnost v ošetrovatelské péči má podle slov seniorů velký vliv to, jakým způsobem se při péči sestry chovají. Důstojnost podporuje slušný, laskavý přístup, který působí klidně a současně i pacienta povzbudí. „...*Mě třeba potěší aj když se usmějou, jsou milý. Já je pozdravím, oni taky. Tak taková to milý prostředí na člověka teda působí Kladně, že. Ale to víte, každý je jenom člověk a někdy tu náladu třeba zrovna nemá. Já třeba nemusím mít, když já to v sobě potlačím, ale ta sestřička teho má strašně moc, tak ona nemože ke všeckém být 100% milá, ale jsou fakt hodný.“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 5) Senioři zažívají i situace, kdy se sestry nechovají vhodně k pacientovi, odseknou, spěchají. Pokud to není opakovaně, snaží se sestry omluvit, chápou, že často musí pracovat ve spěchu. Rezervy vidí v komunikaci se seniory s demencí. „*Vypozorovala jsem, že třeba kdo má ty plenky, to já ne, tak že někdy to špatně ten pacient starší pochopí a ptá se hned kolikrát sestřičky a té sestřičce už to není vhod. No, že se jí ptá třeba několikrát. Jedna jí to řekne a ona se zas ptá druhé. Já s tem problém nemám, ale zažila jsem to, jakože. Potřebovala, už byla teda starší, měla plenky a furt jí to nebylo jasné, že. No ona si nějaký kupovala, nějaký dostane a jí to furt nebylo jasné a po každé sestřičce chtěla vysvětlení. No a sestřičky taky mají nervy jenom jedny.“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 5) Jedna ze senierek zmínila i oblast osobních problémů, které by sestry podle ní neměly přenášet do zaměstnání. „*No, hodně trpělivost těch sester, to je teda na prvním místě, no a takový solidní a příjemný jednání a pomoc si myslím, že je nejdůležitější. Tak jedině tím jednáním, tak jak jsem řekla, ta trpělivost a pozornost a pochopení. Nepřenášet problémy domácí třebaže do té práce. To***

je taky důležitý, s jakou náladou ten člověk přijde. Když vidím tady ve dveřích třeba, že, tak to všechno se potom odráží na celé té péči.“ (Seniorka, 80 let, rozhovor č. 7)

Zůstat sám sebou

Toto téma je nejbarvitěji popsáno a pro srozumitelnost je rozděleno do šesti subtémat: *Stáří jako stigma; Brát, jak to je; Být bez sebe; Sebevědomí; Soběstačnost; Vědět, co se děje*. Téma Zůstat sám sebou vypovídá o stáří jako něčem neodvratitelném, čemu nelze uniknout. Čím déle se podle výpovědí seniorů udrží orientovaní, soběstační, ve vlastním prostředí, tím déle mají pocit zachované důstojnosti.

Stáří jako stigma

Stáří je vnímáno některými seniory jako stigma. Zejména ze strany mladších osob cítí u něj někteří senioři nepochopení nebo přehlížení. Jde o stigma celospolečenské. Senioři hovořili v rovině obecné, která má další dopad na vlastní sebepojetí a následně sebevědomí seniorů. *„Je to těžký si tu důstojnost nějak zachovat, hlavně tady v tom věku, protože nakonec člověk se dopouští takových blbostí. A teď, když vidíte, jak někteří ti mladí, jak se k vám chovají a nemáte dostatek sebevědomí, tak to je velice zlá věc, no. Někomu, komu nechybí sebevědomí, tak se s tím asi líp vyrovná no, ale...(odmlka)““ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)* Situaci může zhoršovat stav, kdy je člověk nějak viditelně handicapovaný. *„No tak stářím, stářím určitě no a taky, teď nevím, jak prostě budu se pohybovat nebo co, jestli vůbec půjdu domů, takže když potom, třeba už jenom když jenom člověk ide a je nějak poznamenané, takže se ti lidi se na vás divně dívají. No tak, jsou daleko horší.“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)* Někteří senioři mají vlastní zkušenost s odsuzujícími pohledy ostatních osob ve společnosti.

Brát, jak to je

S nemocí a následnou institucionalizací se podle seniorů je třeba smířit, „brát jak to je“. Pro osobní důstojnost starých lidí je pak významný fakt, že si uvědomují vlastní konečnost a vnímají svůj pobyt často jako „poslední štaci“, při které jsou už odevzdaní a víc od života nežadají. *„Já už jsem tady odepsaná. Já už su na poslední štaci. Su tady spokojená. Nejsu náročná, musím to brát jak to je. No a jinak je to tady dobrý.“ (Seniorka, 88 let, rozhovor č. 2)*. Jedna ze seniorek vzpomněla na náročnou dobu adaptace na nové prostředí, když nastoupila do LDN a kdy se cítila ztraceně: *„No, to na mě docela působí, no, no, jako než si člověk zvykne trošku a too... Jo, že člověk se cítí, no úplně ztracenej no..“ (Seniorka,*

85 let, rozhovor č. 3) Smířit se je důležité právě ve fázi adaptace na nové prostředí v institucionální péči.

Být bez sebe

Silně na důstojnost seniorů působí situace, kdy jsou vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu neschopni komunikovat, neschopni pohybu a jsou náhle hospitalizováni. Přizpůsobení se novému prostředí a změně svého zdravotního stavu trvá ve stáří daleko déle. Jak vypověděla jedna z pacientek, délka pobytu v nemocnici a způsob adaptace na novou životní situaci má ve stáří vliv na vnímání vlastní důstojnosti. Subjektivně senioři hovořili o negativním vlivu ztráty kontroly nad vlastním tělem. Toto subtéma bylo nazváno *Být bez sebe*. „*Tak já si myslím, že se na důstojnost odráží, že je starý člověk v nemocnici. Protože já, když jsem přijela pomalu v takovém stavu chvilkové, no, prostě že jsem byla bez sebe chvilka, tak si myslím, že člověk je potom vám jak vygumovaný. A než se dostane na jakousi úroveň zpátky, jak v pohybu, tak v mysli, tak že to nějakou dobu trvá. Že když mě semka přivezli, tak mě přivezli na tom lehátku, já jsem neovládala vůbec hlavu. Takže, no, cítila jsem se hrozně. To je člověk jak z jiného světa...*“ (Seniorka, 80 let, rozhovor č. 7).

Sebevědomí

Z rozhovorů se seniory vyplývá, že na důstojnost má výrazný vliv také to, jak vysoké sebevědomí senior má. Jak vnímá sám sebe. V míře vlastního sebepojetí se následně odráží to, jak dokáže udržet vlastní důstojnost při změně prostředí, při hospitalizaci, nebo umístění do Domova pro seniory. Jedna ze seniorek popsala nízkou míru vlastního sebevědomí, o které přicházela ve stáří: „*Tak ono to, já jsem to sebevědomí neměla vůbec, když se stalo, že chvilku jsem si nějak věřila, se to zase se to ztratilo, takže to nemůžu říct jako, kdy přesně. To tak pozvolna přicházelo, ono se to nedá časově určit, no.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3) Jiná seniorka naopak hovořila o tom, že si vše na stáří zařídila podle svého a pocit vlastní svobody jí uspokojuje a následně zvyšuje sebevědomí. „*No tak, dneska už jsem ráda, že jsem sama bez muže, abych se Vám přiznala. Už jsem 30 roků rozvedená a mám takovou jakousi vnitřní, vnější svobodu a jak si udělám prostě, tak mám a cítím se velmi dobře.*“ (Seniorka, 80 let, rozhovor č. 7) Sebevědomí seniorů podporují také volnočasové aktivity a jejich podpora i v institucionálním prostředí. „*No, právě že nic moc. Snažím se jako tak, aby člověk, abych pořád ještě byla nějakým způsobem, že, abych třeba četla, taky ty křížovky a to co je, abych si nepřipadala tak méněcenná no. Ale vážít, no já nevím, já nésem typ, co by si sám sebe moc vážil.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 3)

Soběstačnost

Jako faktor, který má významný vliv na důstojnost v institucionálním prostředí, uvádí senioři soběstačnost. Dokud si udělají vše potřebné kolem sebe a „nejsou odkázaní“ na pomoc druhých, zůstávají sami sebou: „*Zásadní, abych byla, důstojně žila, nebyla na nikoho tak moc odkázaná, abych se snažila, aji tady se snažím to zvládnout co nejlíp. A dycky říkám: Musím to vydržet. Ano, protože, kdybych musela za každou drobnost nekeho požadovat, potřebovat, tak to už není ono. Něco musíme požádat, že, ale hlavní, chcu být co nejdýl soběstačná a snažit si všechno udělat podle toho, jak je potřeba.*“ (Seniorka, 85 let, rozhovor č. 5) Senioři zdůrazňovali, že se snaží udělat maximum, co mohou kolem sebe a v péči o svou osobu sami. „*Noo, no nějak (zamumlá), abych řekl třeba, když něco žádám a potřebuju, já si dělám všechno, co jsem schopnej sám, rozumíte.*“ (Senior, 70 let, rozhovor č. 1) Současně jsou toho názoru, že pacienti ležící, odkázaní na pomoc personálu, jsou daleko více ohrožení ztrátou důstojnosti. „*No tak, třebas zvýšijů taky na ně hlas a ti co jako nemůžou vůbec, ležijó, že, tak ti to odnášijó nejvíc. Že potřebujó aji to přebalování, aji to krmit, že. Jak jsem řekla, tak ti to odnášijó nejvíc a my už tak ne.*“ (Seniorka, 74 let, rozhovor č. 6)

Vědět, co se děje

Na soběstačnost pak navazuje potřeba vědět, co se děje v okolí, ve společnosti. Vědět, co se děje, mít přehled, úzce souvisí také s mírou sebevědomí. Výstižně to shrnuje ve svém sdělení jedna ze seniorek (85 let, rozhovor č. 5): „*A já su taková ukecaná, tak já se hned aji tech sousedek zeptám co a jak a vodkad jsou. I když špatně slyším, tak chcu navázat ten kontakt. Anebo každé den tam mám rád'ák, pustím si zprávy a chcu vědět, co se děje, že jo. Ano, vědět co se děje. Ano, vědět co se děje, já to chcu vědět, aji fotbal. Já to chtěla vědět, mě to ještě furt zajímá. I když syn mně říká: „Mámo, v pětaosmdesáti a ty se tady...“ Dokad žiju, já to chcu vědět.*“ S důstojností spojují senioři schopnost orientace v čase, prostoru, v okolním dění. „*No tak, já bydlím sama, rodina mně sice pomáhá, ale přece jenom jsem závislá sama na sobě, tak snažím se hodně číst, dívat se na televizi, kolem sebe všechno, co je potřeba udělat.*“ (Seniorka, 80 let, rozhovor č. 7) Mít přehled není zúženo jen na prostředí vlastní instituce, ale také na dění ve společnosti obecně. Tuto oblast ve vztahu k důstojnosti zmiňovali jen senioři, kteří pobývali v institucionální péči kratší dobu a to v LDN. Senioři s pobytem v Domovech pro seniory potřebu vědět, co se děje ve vztahu k důstojnosti nezmínili.

3.3. Komparace výsledků obou perspektiv

Při porovnání výsledků obou výzkumných skupin – sester a seniorů jsme se nejprve zaměřili na témata, která jsou v nadpoloviční většině přítomná u respondentů v obou skupinách (Tabulka 3). Jako shodná vyšla témata: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem; Komunikace a Kvalita péče*. Jak sestry, tak senioři chtějí, aby bylo na starého člověka v institucionální péči nahlíženo nejen jako na anonymního pacienta, ale především jako na člověka. Sestry si uvědomují důležitost znalosti seniorova osobního příběhu a respektu k němu. Senioři nechtějí být poníženi, touží po rovnosti v přístupu i v péči. V komunikaci se shodují v tom, že je důležité mluvit s pacienty otevřeně, nelhat, nezamlčovat některé informace. Přesto některé sestry zmiňují možné komplikace při naplnění tohoto přání s ohledem na možné dopady na psychický stav pacientů. Jsou si vědomy, že pokud přání zatajit nějakou informaci vychází od příbuzných, mělo by se respektovat přání samotného pacienta. Senioři v komunikaci zmiňovali také výrazný vliv humoru na polidštění institucionální péče a následného pocitu důstojnosti. V některých případech srovnávali komunikaci ošetrovatelského personálu několik let zpět a nyní a vnímali výrazné zlepšení v této oblasti. Kvalitu péče akcentovaly obě skupiny pro důstojnost významnou. Shodně bylo toto téma vnímáno především v oblasti uspokojení potřeb pacientů seniorů. Sestry srovnávaly ideální péči s péčí o vlastní rodinu. Navíc zmiňovaly potřebu mít dostatek finančních prostředků pro zajištění lepších pomůcek ke komfortnější péči o seniory. Senioři v péči mimo zajištění svých základních potřeb zdůrazňovali potřebu cítit se v instituci „jako doma“. Důležité je mít pocit bezpečí a jistoty, že o ně bude postaráno i v případě, že jedou na vyšetření mimo vlastní instituci.

Tabulka 3 Komparace témat sester a seniorů: shodná témata

Rozhovor	Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem	Komunikace	Kvalita péče
Sestra 1	+	+	+
Sestra 2	+	+	+
Sestra 3	+	+	+
Sestra 4	+	+	+
Sestra 5	+	+	+
Sestra 6	+	+	+
Sestra 7	+	+	+
Sestra 8	+	+	+
Sestra 9	+	+	+
Sestra 10	-	-	+
Senior 1	-	-	+
Senior 2	+	-	+
Senior 3	+	+	+
Senior 4	+	+	-
Senior 5	+	+	+
Senior 6	-	+	+
Senior 7	+	+	-
Senior 8	-	+	-

Legenda: + značí přítomné téma, - nepřítomnost tématu

Témata, která jsou specifická pouze u sester nebo u seniorů se sice v některých případech objevují v rozhovorech s druhou skupinou respondentů, nejsou ale tak silně zastoupena, aby mohla být posuzována zcela shodně. U sester jsme jako specifická identifikovali témata *Intimita a stud; Kvalita vztahů a Prostředí* (Tabulka 4). Sestry si uvědomují, že jsou často pacienti zbytečně vystaveni zrakům okolí obnažení, zranitelní ve své nahotě. Intimitu a stud vnímají jako silně ohrožující faktor důstojnosti a snaží se ve své práci zachovat tyto prvky. Seniori naopak tyto oblasti nezmiňovali. V jednom případě vypověděla seniorka, že měla pocit zahanbení, že ji sestry musí dávat podložní mísu, když

byla ochrnutá: „Pro mě třeba byla strašně shozená důstojnost, ale to mně, vím, že to nahrávají, ale, já když jsem tady ležela, byla ochrnutá a museli mě dávat na záchod na mísu, a když takový mladý sestřičky jak vy mně utíraly zadek, já jsem se naplakala. Mně to byla tak hanba za to, protože jak su stará, tak mně to nikdo nikdy nedělal, takže toto byla tak pro mě tak důstojnost shozena, ale ony nemohly za to, protože já jsem se nehýbala, takže toto je hrozný. To se mně nelíbí.“ (Seniorka, 75 let, rozhovor č. 4). Tuto ilustraci jsme zařadili do tématu *Zůstat sám sebou*, neboť se vztahuje ke ztrátě soběstačnosti. Vztahy, jak je popisují sestry, úzce souvisí s komunikací, spoluprací, otevřeností. Nejvíce byly zastoupeny vztahy s rodinami seniorů, které často sestry vidí jako nedůstojné pro seniora. Senioři v této oblasti vidí nedůstojné pouze vztahy s některými spolupacienty. V oblasti prostředí se sestry soustředily ve velké míře na čistotu a také na nevyhovující ubytovací podmínky s nedostatkem soukromí na pokojích pro pacienty. Nedostatek soukromí se objevil i v rozhovorech se seniory. Sestry navíc vnímaly jako nedůstojné umístění některých seniorů do Domova pro seniory – komplikovaná adaptace vedla ke zhoršení zdravotního stavu.

U výzkumného souboru seniorů jsme jako specifická témata vyhodnotili *Slušnost a Zůstat sám sebou* (Tabulka 5). Slušnost senioři ztotožňují s důstojností. Uváděli ji ve spojitosti se slušným jednáním, se slušným zacházením při péči. Slušnost v tomto ohledu brali recipročně – když se budu chovat slušně, bude se i ošetřovatelský personál slušně chovat ke mně. U sester se slovo slušnost neobjevovalo, obsahově by odpovídal respekt, který byl zařazen jako subtéma. Nejsilněji zastoupeným tématem bylo u seniorů téma *Zůstat sám sebou*. V tomto tématu senioři vypovídali o stigmatu stáří, které ve společnosti vůči sobě vnímají, o strachu ze ztráty soběstačnosti a ztráty vlastní identity. U některých bylo patrné smíření (*Brát, jak to je*), které jim pomáhá překonat zhoršení zdravotního stavu.

Tabulka 4 Výskyt témat u sester: specifická témata

Rozhovor	Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost	Intimita a stud	Kvalita vztahů	Komunikace	Kvalita péče	Prostředí
Sestra 1	+	+	+	+	+	+
Sestra 2	+	+	+	+	+	+
Sestra 3	+	+	+	+	+	-
Sestra 4	+	+	-	+	+	+
Sestra 5	+	-	+	+	+	-
Sestra 6	+	-	+	+	+	+
Sestra 7	+	+	+	+	+	-
Sestra 8	+	+	+	+	+	+
Sestra 9	+	+	+	+	+	+
Sestra 10	-	-	+	-	+	+

Legenda: Modře jsou označena témata, která nejsou shodná, nebo se vyskytují pouze v subtématech u druhé skupiny respondentů – seniorů.

Tabulka 5 Výskyt témat u seniorů: specifická témata

Rozhovor	Být člověkem	Komunikace	Kvalita péče	Slušnost	Zůstat sám sebou
Senior 1	-	-	+	+	+
Senior 2	+	-	+	+	+
Senior 3	+	+	+	+	+
Senior 4	+	+	-	+	+
Senior 5	+	+	+	+	+
Senior 6	-	+	+	+	+
Senior 7	+	+	-	+	+
Senior 8	-	+	-	+	-

Legenda: Modře jsou označena témata, která nejsou shodná, nebo se vyskytují pouze v subtématech u první skupiny respondentů – sester

4 Diskuse

V nadcházející kapitole budou diskutovány výsledky identifikovaných témat důstojnosti v ošetrovatelské péči u seniorů od obou skupin participantů. Nejprve budou diskutována společná témata všeobecných sester i pacientů seniorů (témata *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem; Komunikace a Kvalita péče*) a poté se bude diskuze zaměřovat na rozdílná témata jak z perspektivy všeobecných sester (témata *Intimita a stud; Kvalita vztahů a Prostředí*), tak z perspektivy samotných seniorů (témata *Slušnost a Zůstat sám sebou*).

Výsledky studie, které se v tématech vztahují jak na vlastní identitu seniorů, tak na prostředí instituce, respektující přístup a slušné chování personálu, kvalitu péče a vztahů, odpovídají komplexnímu konceptu multidimenzionální struktury lidské důstojnosti (Jacobson, 2012; Nordenfelt, 2009; Matiti a Bailie, 2011), která je centrem ošetrovatelské péče (Baillie, 2009; Baillie a Gallagher 2012). Důstojnost, v tomto kontextu, můžeme chápat jako zastřešující pojem, který pokrývá širokou škálu příbuzných, ale nikoli identických jevů, spíše než jedinou kvalitu lidského bytí. Je poměrně těžké najít vnitřní strukturu důstojnosti, protože aspekty a ovlivňující faktory se liší podle individuální prožité zkušenosti daného člověka. V souladu s tím je důstojnost spíše existenciálem než jednoduchou kategorií (Kateb, 2011, s. 10 - 17). Anebo, jak tvrdí Jacobson (2012), je důstojnost příliš mnohostranná a složitá na to, aby se jednoduše vyjádřila jediným „je“.

4.1. Diskuse ke shodným tématům důstojnosti seniorů z pohledu sester a seniorů

Důstojnost vztahující se k ošetrovatelské péči seniorů dotazované sestry i senioři popsali shodně v tématech *Vidět seniora jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem; Komunikace a Kvalita péče*). Obě dvě skupiny, sestry i senioři se shodovaly zejména v subtématu respekt, který je nezbytnou podmínkou důstojné péče. Důstojnost je přirozenou charakteristikou lidské bytosti. To, jak vnímá svou důstojnost každý jedinec, závisí na tom, jaký význam připisuje svým vlastním činům a činům ostatních. Senioři jsou v instituci v neustálé interakci se svým prostředím a interpretaci jejich vlastních hodnot a chování vůči sobě a ostatním (Jacelon, 2009). Senioři v naší studii chtějí být především respektováni

i přes své handicap, které jim stáří a nemoci přináší. Důležitým prvkem je také rovnost, ve smyslu nebyť ponižován, cítit se s personálem na stejné úrovni „jako člověk“. Tuto oblast lze přirovnat k Nordenfeldově (2009) „*důstojnosti identity*“. Ta tvoří autonomii člověka, je spojena s historií a budoucností jeho života a se všemi vztahy s jinými lidmi. Zachování autonomie spojují sestry především s možností seniora rozhodnout se sám za sebe ve vztahu k péči. Abma et al. (2012) upozorňuje na to, že v tomto pojetí vychází autonomie z tradičního konceptu jako rozhodování bez zásahu ostatních. Autonomie je však také o sebeúctě a sebevědomí, které získá senior interaktivním procesem. V konkrétním přístupu představuje péči o starého člověka s respektem, zachováním jeho autonomie a citlivým přijetím jeho osobního příběhu. Toto téma se obsahově shoduje také se studií Hall E. a Hoy (2012). Autorky zdůrazňují u pacienta jeho individualitu, na rozdíl od vnímání pacienta jen jako diagnózy. Sestry zúčastněné v naší studii poukazují na to, že se senior jako člověk se svou důstojností a individualitou ztrácí, když pracují „jako stroje“ a kladou důraz jen na množství odvedených úkonů. Ošetřovatelská péče, zahrnující často rutinní úkony, může přinášet riziko vnímat pacienta jen jako věc. Tento fakt si některé sestry uvědomují a při práci se snaží věnovat prostor jednotlivým pacientům, znát jejich životní příběh, respektovat jejich jedinečnost. Fenton a Mitchell (2002) připojují k potřebě seniorů rozhodovat sám o sobě také využít své kapacity. Institucionalizace navíc u starého člověka zvyšuje citlivost pro důstojnost (Jacelon, 2003). Z těchto důvodů může chování ošetřovatelského personálu u seniora pocít vlastní důstojnosti povýšit nebo snížit.

Další ze shodně popsaných témat pro obě skupiny, je téma *Komunikace*. Komunikace je klíčová pro zachování a prosazování důstojnosti, protože citlivá a účinná komunikace má dopad na každý zmíněný atribut a faktor důstojnosti. Podobně několik autorů ve svých studiích (Webster, 2009; Nicholson, 2010) podporuje myšlenku, že komunikace je ústřední nebo zásadní pro důstojnou péči. Tímto způsobem lze komunikaci považovat za „super faktor“, který dává hodnotu lidské bytosti (Tadd, 2011). Webster (2009) naopak ukazuje, jak špatné komunikační dovednosti ovlivňují celkové vnímání důstojnosti a podporuje u seniorů pocity méněcennosti, což způsobuje následně nedostatek jejich sebeúcty. Kvalitní, přiměřenou, otevřenou komunikací se zpětnou vazbou se může důstojnost u seniora podpořit a naopak, jak potvrzují ve svých sděleních jak senioři, tak sestry. Walsh a Kowanko (2002) zmiňují, že i když může být ošetřovatelský personál informován o tom, jak komunikovat respektujícím způsobem, v praxi to tak vždy není. Seniorovu důstojnost může dehonestovat právě způsob komunikace personálu, čehož byly některé sestry z naší studie svědky (kárání, ponižování, infantilizace). Komunikace by měla být vůči pacientovi respektujícím dialogem

a měla by být i pravdivá. V prostředí našich institucí postrádají sestry pravdivé informace, které by měl pacient o svém zdravotním stavu a průběhu hospitalizace mít. Otevřený dialog nelze aplikovat při zatajování, nebo zadržování selektovaných informací, byť někdy v dobré víře na přání rodiny. Sestry jsou tak vystaveny nepříjemným situacím, že pacient odhalí nepravdu. Podobně vnímají pravdivé informace o svém zdravotním stavu i někteří dotazovaní senioři. Jako nedůstojné vidí, mimo informovanost, také nedodržení slibu v běžných ošetrovatelských úkonech. Podle Hall S. (2014) by měly dobré komunikační strategie obsahovat milý a zdvořilý přístup, ujištění a rozptýlení případných obav, naslouchání a také humor. Právě humor v komunikaci ze strany personálu byl pro seniory v naší studii významnou součástí polidštění prostředí instituce. Humor hraje důležitou roli v odreagování od někdy stereotypních dnů v instituci a melancholie. Komunikace má také významný vliv v procesu adaptace pacienta na nové prostředí. Míra resilience se v průběhu života člověka mění a právě podpora seniora prostřednictvím komunikace přátelské, povzbuzující a pochvalné, může významně zlepšit jeho adaptaci v instituci a tím také zvýšit pocit důstojnosti. Komunikace však také představuje živnou půdu pro mnohá nedorozumění, zvláště pak u seniorů. Je proto nutné, aby si personál ověřil míru porozumění řečeného. Zejména u seniorů, kteří nedoslýchají, vznikají někdy problémové situace vyplývající ze špatné interpretace. Podle sester mají někteří senioři sklon k lítostivosti, plačtivosti a je potřeba přizpůsobit jejich stavu řeč i způsob podání informací.

Třetím shodně popsaným tématem, je *Kvalita péče*. Na jedné straně je kvalita pro ošetrovatelskou péči nezbytnou, na druhou stranu to, co povyšuje ošetrovatelskou péči na důstojnou a kvalitní, je osobní vztah: fyzický kontakt, empatie, vyslechnutí pacienta a neustálý zájem (Kleinman, 2012). Sestry vidí klíčovým v této oblasti dostatečný počet personálu, financí a pomůcek a možnost uspokojit individuální přání pacientů seniorů. Obdobně pro seniory v naší studii znamená kvalita péče „dostat, co potřebuji“, přátelské prostředí a dostatek soukromí. Sestry v oblasti kvality péče spatřují důležitým také vzdělání a výchovu personálu a srovnávají ideální stav zachování důstojnosti v ošetrovatelské péči s péčí o vlastní osobu a rodinu. Senioři vidí jako specifický faktor podporující důstojnost také přítomnost mužů pracujících v ošetrovatelské péči. Naopak nedůstojné situace senioři zažívají, když jsou vystaveni strachu a obavám.

Důstojnou péči a její kvalitu přirovnávají dotazované sestry k péči vztažené na vlastní osobu a rodinu. Péče vztažená na svou osobu ve své podstatě naplňuje poselství Evangelia podle Svatého Matouše: „*Takto vše, co chcete, aby lidé dělali vám, dělejte vy sami jim...*“ (cit. Mt 7, 12 in Jeruzalémská bible, 2009). Paralelu lze nalézt i v Kantově kategorickém

imperativu (viz. s. 12). V principu se dá vyložit, abychom se chovali tak, jak bychom si představovali chování ostatních lidí vůči naší osobě. Obdobně ve studii Oosterveld – Vlug (2013) personál uváděl, že pro zachování důstojnosti v péči pro ně znamená chovat se k pacientům tak, jak by chtěli, aby se personál choval k nim. Současně do péče zahrnují sestry i své vlastní hodnotové preference.

Velkým tématem k diskuzi je přetížení ošetrovatelského personálu. I v jiných studiích (Jakobsen, Sørli 2010; Oosterveld – Vlug, 2014; Kane, de Vries, 2017) sestry prožívají nedůstojné situace a mravní konflikty způsobené často přetížením personálu, neefektivním time managementem a zvýšením administrativy. Také někteří senioři poukazovali na to, že personál je vytížen, že „nemohou vše stíhat“ a do jisté míry tímto omlouvali některé nedůstojné „přešlapy“. Nedůstojné situace, které vyplývají ze špatného managementu práce, se vyskytují zejména o víkendech, v době dovolených apod., kdy je omezený počet ošetrovatelského personálu a sestry se často uchylují k rutinní práci. Jakobsen a Sørli (2010) jsou toho názoru, že je rutinní ošetrovatelská práce vnímaná buď s pocitem viny, že sestry nepracují s individuálním přístupem k pacientovi, nebo je volena sestrami automaticky jako jediné východisko, jak „zvládnout celý den v práci“. Podle Oosterveld – Vlug (2014) sestra, která ve svém pracovním prostředí posiluje vlastní důstojnost, je schopna následně poskytnout důstojnou péči také pacientům. Podle Kane a de Vries (2017) převažuje mezi ošetrovatelským personálem pocit bezmocnosti ve vztahu k organizační struktuře a pracovní kultuře. Mezi faktory, které brání důstojné péči patří čas, finanční omezení, vysoké pracovní zatížení a vyhoření.

Sestry v našem výzkumu spatřují perspektivu ke zlepšení morální senzitivity ošetrovatelského personálu ve výchově v rodinách a vzdělávacím systému. Jako přínosné v tomto ohledu vidí i celoživotní vzdělávání ošetrovatelského personálu. Jedna ze sester uvedla, že až kurz Bazální stimulace jí „otevřel oči na pacienta z jiného úhlu pohledu“. Také Gallagher (2008) uvádí vzdělávání sester jako podpůrný prostředek k lepšímu pochopení důstojnosti seniorů. Podle Stievana (2012) zvyšuje vzdělání a celoživotní učení i samotným sestrami pocit úcty a důstojnosti k sobě samým.

Pro seniory v naší studii znamená kvalita péče „dostat, co potřebuji“ v přátelském prostředí a dostatek soukromí. „Dostat, co potřebuji“ se dá přirovnat k naplnění základních fyziologických potřeb podle Maslowa (2014) a úzce navazují na subtéma „Brát, jak to je“. Senioři vnímají svůj status v instituci jako bezvýznamný, „na konci cesty“, odevzdaný a v tomto duchu mají i nízká očekávání. I časté dovětky typu „na nic si nemohu stěžovat“ a „jsme už na poslední štaci“ dokresluje do jisté míry jejich možnou rezignaci.

I přesto, že se pobyt v ústavním zařízení vnímá všeobecně negativně, kvalita péče a atmosféra prostředí daného zařízení může být natolik dobrá, že pacientovi vynahradí pocitu strádání mimo domov. Jeden senior dokonce uvedl, že se mu z léčebny, která byla sice mimo civilizaci, ale uprostřed přírody, vůbec nechtělo jít. Důležité je mít i možnost udělat si malé soukromé radosti, např. příprava kávy apod., jak uvedli senioři v naší studii.

Důstojnost v institucionálním prostředí může povýšit i přítomnost mužů jako ošetrovatelského personálu. Zvláště v situacích, kdy je potřeba fyzické síly, např. při zvedání nepohyblivých pacientů je pro některé seniory nepříjemné a degradující, když je zvedají subtilnější ženy. Muž přináší i jisté zpestření a jinakost v jinak přefeminizovaném nemocničním prostředí. Některé seniorky si cenily doprovodu mužského personálu na různá vyšetření, dodávali jim, mimo jiné, i pocit bezpečí. Do jisté míry jde o stereotypní náhled na muže v ošetrovatelské péči (MacWilliams, 2013), který u seniorů přetrvává.

4.2. Diskuse k rozdílným tématům důstojnosti seniorů z pohledu sester

Rozdílnými tématy, která odlišují důstojnost z perspektivy sester od seniorů, jsou témata *Intimita a stud; Kvalita vztahů a Prostředí*.

Téma *Intimita a stud* představuje zachování důstojnosti prostřednictvím respektu k seniorově osobní tělesné zóně. Poukazuje na narušení důstojnosti při úkonech, jako je hygienická péče nebo vyprazdňování, které se za běžných okolností vykonává v soukromí a bez dalších osob. V tomto případě dochází ke konfrontaci důstojnosti sebe sama (*Dignity-of-self*) s důstojností ve vztahu (*Dignity-in-relation*), jak je definuje v sociální důstojnosti Jacobson (2009). Pokud je senior mimo své původní domácí prostředí, stává se zranitelnější v situacích, které personál vnímá jako běžné. Často u ošetrujícího personálu dochází v těchto případech k „profesní slepotě“, kdy nevnímají odhaleného pacienta jako něco neobvyklého. Také jiní autoři, např. Walsh a Kowanko (2002) nebo Webster a Bryan (2009) věnují pozornost tělesnému soukromí a tělu jako objektu. Poukazují na to, že by měl být ošetrovatelský personál maximálně vnímavý v této oblasti a jak jen to je možné, používal zástěny, klepal před vchodem do pokoje, respektoval soukromí v koupelně a při převlékání. Právě o těchto situacích hovořily některé všeobecné sestry jako o nedůstojných. Oosterveld –Vlug (2013) v této souvislosti hovoří o tzv. fyzickém soukromí, jako jedné ze složek soukromí, vztahující se k ochraně těla. Hall S. (2014) zahrnuje čistotu spolu s absencí bolesti

a přístupem bez diskriminace do základních fyzických potřeb pacienta, které ovlivňují jeho důstojnost. Některé sestry zmínily také genderovou rozdílnost, jako rizikovou pro ohrožení důstojnosti, mezi pacienty seniory a ošetrovatelským personálem. Jako ženy musejí být sestry vnímavější při ošetrování intimních partií mužů seniorů a naopak, pokud jde o muže v profesi všeobecné sestry.

Téma *Kvalita vztahů* jsme diferencovali podle výpovědí sester do třech rovin: vztahy personální, rodinné a mezi spolupacienty. Obsahově je v souladu s interpretací sociální důstojnosti Nory Jacobson (2009) v rovině důstojnosti vztahů (*Dignity-in-relation*). Téma souvisí s pocitem důstojnosti jednotlivce, který vzniká v rámci vzájemných dynamických interakcí (Oosterveld –Vlug et al., 2014; Jacobson, 2012). Van Gennip (2013) poukazuje na důležitost zachování stávajících sociálních rolí seniorů, které pomáhají udržet právě vztahy s rodinou a přáteli. Podle Jarošové (2006) vystupují sociální potřeby v situaci osamělosti a projevuje se snahou být milován. Přes veškeré úsilí někdy sestry narážejí na nespolečnost a neochotu ze strany rodiny a nerespektující postoj vůči svým institucionalizovaným příbuzným. Jsou často svědky nedůstojného chování rodiny, které má v některých případech za následek až zhoršení zdravotního stavu seniora. Naopak vnímají, že fungující spolupráce ošetrovatelského personálu a rodin seniorů podněcuje důstojnost. Vztahy mezi spolupacienty především při sdílení společného pokoje, mohou také významně ovlivnit pacientovu sounáležitost s prostředím a následně i důstojnost. Sestry v naší studii, obdobně jako Jakobsen a Sørli (2013, s. 295, 296) upozorňovaly na nesoulad a konflikty mezi spolupacienty na pokoji, kteří se nesejdou povahově. Zmíněné autorky upozorňovaly na to, že důstojnost pacientů snižuje sdílení pokoje a společných prostor rozdílných skupin pacientů – např. pacienti s demencí, v terminálním stavu apod. Podle sester v naší studii je také důležitá spolupráce a otevřenost všech složek ošetrovatelského personálu – zdravotní i sociální, v zájmu zachování kvalitního a důstojného vztahu k seniorovi. Sestry poukázaly na mnohdy protichůdné individuální plány ošetrovatelské a sociální. Některé sestry pociťovaly pocit frustrace, když upozorňovaly na problémy v kooperaci týmu a vedení instituce, avšak bez odezvy. Jakobsen a Sørli (2013) ve své studii popisují obdobný problém. V instituci, kde nefunguje spolupráce zaměstnanců, a nejsou ani efektivně zpracovány stížnosti zaměstnanců u jejich vedení, se udržuje špatné pracovní prostředí.

Prostředí instituce nahrazuje seniorům v dlouhodobé péči domov. Prostředí by mělo poskytnout podle sester prostor pro čistotu, kvalitní a prostorné ubytování a především také pro soukromí. Podle Hall S. (2014) podporuje důstojnost pohodlí, péče, udržení dobrého fyzického vzhledu seniorů a respekt k individualitě. U sester v Domovech pro seniory

rezonovalo prostředí instituce s pojmem „domov“. Ve své podstatě už z názvu Domov pro seniory vyplývá, že je pro své obyvatele novým domovem. To, jestli se senior s novým domovem ztotožní a přijme ho za svůj, souvidí úzce s *důstojností sebe sama* (Jacobson, 2009) a *důstojností identity* (Nordenfelt, 2004). Jedna ze sester popsala tento stav jako „vykořenění“. Sestry se u seniorů setkávají s maladaptací a považují za nedůstojné měnit seniorům prostředí na konci života. Také Jarošová (2006) uvádí, že ve stáří je snížená schopnost adaptace na změny a nové situace. U některých seniorů, podle výpovědí sester, přemístění vede k pocitům zbytečnosti, prázdnoty, marnosti a pocitu „odložení na vedlejší kolej“. V těchto případech považují za vhodnější posílit komunitní péči v původním bydlišti seniora a podpořit rodinné počující v rámci společnosti.

4.3. Diskuse k rozdílným tématům důstojnosti seniorů z pohledu seniorů

Senioři spatřují důstojnost v ošetrovatelské péči na rozdíl od sester především v zachování a respektování jejich osobnosti, udržení stávajících funkčních dovedností a akceptaci bez známek diskriminace, spolu se vzájemnými projevy slušnosti. Tyto preference představují specifická témata *Slušnost a Žít sám sebou*. Výsledky se shodují s výsledky studie Woodhead et al. (2006), která popisuje naslouchání, respektování soukromí seniorů, slušnost a ocenění, jako významné způsoby, jak udržet sebeúctu a důstojnost seniorů (Woodhead, 2006).

Důstojnost je přirozenou charakteristikou lidské bytosti. To, jak vnímá svou důstojnost každý jedinec závisí na tom, jaký význam připisuje svým vlastním činům a činům ostatních. Senioři jsou v institucionálním prostředí v neustálé interakci se svým okolím a interpretaci jejich vlastních hodnot a chování vůči sobě a ostatním (Jacelon, 2009). Očekávají od personálu milý a trpělivý přístup. V souladu s tímto dotváří tematickou strukturu důstojnosti seniorů v ošetrovatelské péči téma *Slušnost*. Toto téma opět úzce souvisí s Jacobson (2009) důstojností ve vztahu (*Dignity-in-relation*). V porovnání s Jacobson však dotazovaní senioři podmiňovali slušné chování personálu vlastním slušným chováním. Opět lze nalézt obdoba s pohledem sester, které přirovnávaly důstojnost v ošetrovatelské péči k péči jako o sebe samu a vlastní rodinu. Dochází tak v podstatě k jakémusi paralelnímu procesu důstojnosti: senioři se k ošetrovatelskému personálu chovají slušně a s respektem s očekáváním, že se potom i ošetrovatelský personál bude chovat slušně

a s respektem k nim. Paralelně někteří z ošetrovatelského personálu péči přirovnávají k péči o sebe sama a své blízké.

Výsledky naší studie ukazují, že udržení důstojnosti seniorů spočívá především ve schopnosti seniorů *Zůstat sám sebou*, neztratit vlastní historii a integrovat se do nového prostředí instituce s tím, že zůstávají zapojeni do dění kolem sebe. V určitém pohledu je i toto téma součástí důstojnosti identity, která je společným tématem sester i seniorů. Zde však senioři kladou větší důraz na to, že chtějí být dále součástí společnosti, nechťejí kvůli stáří, nemoci a změny prostředí přijít o dosavadní nabytou vlastní důstojnost. Chtějí dál zůstat tou osobou, kterou dosud byli. Tento výsledek odpovídá výsledkům studie Hoy (2017), zaměřené na zranitelnost důstojnosti seniorů v ošetrovatelských domech. Hoy rozděluje důstojnost na tři možné formy podle podpory: zapojení člověka jako lidské bytosti; zapojení vlastní osoby a udržení svébytnosti; zapojení do společenského života. Také Bayer (2005) upozorňuje na význam zapojení seniorů do života ve společnosti, ze kterého se cítí být mnoho seniorů vyloučeno. Někteří senioři v naší studii vnímali stáří jako stigma, cítili se být mimo společnost, která dává přednost mládí a zdraví. Pro udržení vlastní důstojnosti v institucionálním prostředí je pro seniory významná míra sebevědomí a vlastní hodnoty spolu s mírou soběstačnosti v běžných denních činnostech. Podle King (2012) má důstojnost jedince spolu s pocitem zachování kontroly v aspektech každodenního života vliv na celkovou kvalitu života. Přizpůsobení se aktuální úrovni funkčnosti, pozitivní postoj, pozitivní sociální vztahy a emocionální podpora přispívají ke zvýšené kvalitě života (King, 2012), což vede zpětně i k podpoře důstojnosti člověka. Důležitou součástí vlastní identity seniorů je schopnost copingových strategií při změně prostředí. Zatímco osoby ve středním věku zažívají více stresu v oblastech souvisejících s prací, finančními prostředky, chodem domácnosti, osobním životem, rodinou a přáteli, senioři mají tendenci pociťovat stres z omezení spojených se stárnutím. Stres u mladších osob je tedy více spojen s rolemi, které zastávají, zatímco stres u seniorů je způsoben sníženými schopnostmi vyplývajícími ze stárnutí (Cavanaugh, 2013). Podle Ribeiri et al. (2017) čelí někteří lidé stáří se smutkem, odevzdaností a touhou zemřít ze strachu ze závislosti a toho, že se stanou břemenem pro příbuzné. Druhá skupina čelí stárnutí a ztrátám v akceptaci, hledání duchovní rovnováhy a sociální podpory.

Ze subtémat *Brát, jak to je* a *Sebevědomí* je patrné, že vlastní identita seniorů může být narušena jak během jejich života (např. někteří senioři vzhledem k politické situaci nemohli studovat, nuceně vykonávali dělnické profese), tak nemocemi, stářím, případně pobytem v institucionálním zařízení. Bollig (2014) je toho názoru, že si někteří senioři

nechtějí příliš stěžovat, pravděpodobně kvůli strachu z následků. Proto zaujmají smířlivý přístup a do jisté míry i rezignovaný, přestože není péče v instituci vždy důstojná a berou situaci „jak to je“. Zaujmutí postoje „Brát jak to je“ je v podstatě copingovou strategií. Senioři se vyrovnávají s potřebou pomoci v každodenním životě aktivními, adaptivními a pasivními způsoby, od aktivního zachování jejich nezávislosti, až po pasivní závislost na jiných (Dunér, Nordström, 2005). V tomto případě jde tedy spíše o pasivní postoj. Obě subtémata *Brát, jak to je* a *Sebevědomí* úzce souvisí se sebehodnocením, které odráží kvalitu adaptace, blahobytu, životní spokojenosti a zdraví. Naše výsledky jsou v souladu s Alaphilippem (2008), který tvrdí, že sebevědomí nesouvisí s chronologickým věkem, ale s kvalitou sociální integrace a adaptačních schopností lidí, kteří se vyrovnávají s životními událostmi, včetně fyzického a kognitivního poklesu. Tato perspektiva zdůrazňuje důležitost sociálního a institucionálního prostředí pro regulaci pozitivní sebehodnoty u seniorů (Alaphilippe, 2008).

5 Limity studie

Limitujícím faktorem výzkumu v rámci disertační práce byla ochota nejen instituce, ale také samotných sester a seniorů, hovořit o tématu důstojnosti. Toto se potvrdilo zejména u výzkumného souboru seniorů. Limity studie u výzkumného souboru všeobecných sester může představovat relativně nízký počet respondentek s vyšším věkovým průměrem sester a zaměření pouze na státní instituce určitého regionu. V průběhu samotného výzkumného šetření, ve fázi realizace rozhovorů se seniory, se měnila kritéria přijetí seniorů do Domovů pro seniory, kdy se přednostně začali přijímat senioři s vyšším stupněm příspěvku na péči. Z těchto důvodů se výrazně změnila skladba obyvatel DpS a zvýšil se zde podíl seniorů s nižším score MMSE. Proto převažují v souboru seniorů pacienti z oddělení dlouhodobé následné péče.

Zvolená metoda analýzy byla ovlivněna našimi výchozími zkušenostmi s kvalitativním výzkumem, vzděláním a profesními zkušenostmi.

Závěr

Hlavním cílem disertační práce bylo zjistit, jakou zkušenost mají všeobecné sestry a pacienti senioři s důstojností v ošetrovatelské péči u seniorů. Jednotlivé cíle byly zaměřeny na to, jak interpretují zvlášť všeobecné sestry a zvlášť pacienti senioři svou zkušenost s důstojností. Následně jsme po komparaci hledali společné a odlišné prvky v důstojnosti u seniorů v kontextu ošetrovatelské péče. Disertační práce představuje možnosti, jak porozumět a následně udržet a zkvalitnit důstojnost v ošetrovatelské péči.

Na základě výsledků můžeme konstatovat, že důstojnost seniorů je z pohledu sester vnímána jako respekt k jedinečnosti každého pacienta. Zkušenosti sester s důstojností v ošetrovatelské péči u seniorů reprezentují témata: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost; Intimita a stud; Kvalita vztahů; Komunikace; Kvalita péče; Prostředí*. Témata představují multidimenzionální strukturu lidské důstojnosti a konkrétní faktory, které ji výrazně ovlivňují především v interakci ošetrovatelského personálu a seniorů (komunikace, kvalita péče, kvalita vztahů). Významný je také podíl prostředí samotné instituce a její management. Vlastní důstojnost samotných sester tak odráží důstojnost v péči o staré osoby.

Analýza výsledků u výzkumného souboru seniorů ukázaly jako významnou dimenzi důstojnosti fakt, že senioři chtějí zachovat svou identitu a stávající mentální a fyzické schopnosti, navzdory svým fyzickým handicapům. Důležitým prvkem je pro ně kvalita péče, slušné jednání a komunikace. Z výpovědí seniorů jsme identifikovali následná témata: *Být člověkem; Komunikace; Kvalita péče; Slušnost a Zůstat sám sebou*. Také zde je zachována multidimenzionální struktura lidské důstojnosti, obdobně jako u sester.

V komparaci výsledných témat sester i seniorů jsme jako shodná vyhodnotili témata: *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost/ Být člověkem; Komunikace a Kvalita péče*. U sester jsme jako specifická identifikovali témata *Intimita a stud; Kvalita vztahů a Prostředí*, u seniorů pak témata *Slušnost a Zůstat sám sebou*. Komparace výsledných témat důstojnosti seniorů v ošetrovatelské péči ukazuje, že senioři si chtějí udržet svou dosavadní identitu, i když jsou odkázáni na institucionální péči. Pro posílení a podporu důstojnosti je potřebné zachovat jejich autonomii, rozhodovací schopnosti a stávající vztahy. Komunikace s personálem by měla být rovnocenná, senioři by měli být pravdivě informováni o svém zdravotním stavu a podporována by měla být také jejich součinnost se společenským děním.

Výsledky nezevšeobecňujeme na úrovni populace, ale spíše jsme se na teoretické úrovni pokusili o doplnění definice důstojnosti seniorů. Jedna z komplexních definicí, která

se zabývá důstojností seniorů je od Fenton a Mitchell (2002) a popisuje důstojnost seniorů jako stav fyzického, emocionálního a spirituálního komfortu, kdy má každý člověk svou individuální hodnotu a jedinečnost. Důstojnost je podle autorů podporována, když jsou jednotlivci schopni dělat to nejlepší v rámci svých schopností, mají nad sebou kontrolu a cítí se zapojeni do rozhodování o své péči, což potvrzují i výsledná témata *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost* a *Zůstat sám sebou*. Vymezení důstojnosti od Fenton a Mitchell (2002) se jeví jako poměrně komplexní, ale z hlediska prezentovaných výsledků by ji bylo možné rozšířit a zpřesnit. Ve srovnání s konceptuální definicí důstojnosti Fenton a Mitchell (2002) témata identifikována v naší modelové struktuře důstojnosti seniorů v ošetrovatelské péči zdůrazňují také oblast vztahů a komunikace. Tato témata jsou součástí sociální důstojnosti podle Jacobson (2012), vychází z akcí a interakcí, které jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče. V tomto směru navrhujeme aktualizovat Fenton a Mitchell definici důstojnosti a rozšířit ji o rovinu sociální. Takto rozšířená konceptuální definice důstojnosti by popsala důstojnost jako stav fyzického, sociálního, emocionálního a spirituálního komfortu, kdy má každý člověk svou individuální hodnotu a jedinečnost. Důstojnost je podporována, pokud jsou jednotlivci schopni dělat to nejlepší v rámci svých schopností, mají nad sebou kontrolu a cítí se zapojeni do rozhodování o své péči, jsou respektováni jako jedinečné lidské bytosti, mají funkční vztahy a slušnou komunikaci s rodinou a personálem.

Na základě literárního review i z našich empirických výsledků je patrné, že v oblastech, kde se zkušenosti s důstojností u sester a seniorů střetávají, nemusí vyvstávat v praxi problémy. Jsou to témata spojená s viděním pacienta jako člověka, komunikací a kvalitou péče. Z rozdílných témat vyplývá, že by sestry měly více reflektovat potřebu zachování identity a integrity seniorů v institucionalizovaném prostředí a v rámci komunikace dávat větší důraz na slušnost v interakci s nimi.

Výsledky disertační práce lze využít jak v oblasti edukace, tak v částečném přenosu do klinické praxe a managementu pracovišť následné péče a Domovů pro seniory. Taktéž přináší podněty pro realizaci dalších výzkumných šetření důstojnosti nejen u seniorů, ale i u jiných cílových skupin pacientů rizikových v oblasti důstojnosti.

V oblasti edukace mohou být výsledná schémata důstojnosti u všeobecných sester a seniorů vhodným nástrojem k diskusi v rámci předmětu Etika v ošetrovatelství, ale především v klinických předmětech, s cílem zvýšit morální citlivost pro důstojnost u studentů ošetrovatelství. Témata vycházející z našeho výzkumu, ilustrovaná výpověďmi sester a pacientů seniorů, mohou lépe vysvětlit studentům ošetrovatelství jinak abstraktní

pojem důstojnosti a přispět tak k předcházení nedůstojné péče. Pro ošetřovatelský personál ze zařízení v praxi může být disertační práce východiskem k vytvoření workshopu zaměřeného na jednotlivé prvky, které ovlivňují důstojnost seniorů v kontextu ošetřovatelské péče.

Závěry studie mohou také posloužit sestřám v geriatrické praxi a managementu zdravotnické a sociální péče k reflexi stávající péče, případně k diskuzi nad některými identifikovanými morálními tématy. Výsledky ukázaly, že je pro důstojnost seniorů v ošetřovatelské péči významná oboustranná efektivní komunikace a respektující dialog a také práce s životním příběhem seniorů. S ohledem na výsledná témata *Vidět pacienta jako jedinečnou lidskou bytost; Být člověkem a Zůstat sám sebou* mohou být doporučení do praxe ve formě zavedení biografické péče a validační terapie nejen v zařízeních registrovaných jako sociální služba. Vzhledem k tomu, o čem konkrétně hovořily sestry oslovených zařízení, vyplývají rezervy v počtu ošetřovatelského personálu na počet pacientů. Míra potřeby ošetřovatelské péče pacientů, zejména v Domovech pro seniory, se v posledních dvou letech zvyšuje. Naše výsledky potvrzují, že pro zajištění důstojnosti u seniorů v ošetřovatelské péči je zapotřebí čas, ale také motivace personálu, což je často v rozporu s realitou v zařízeních následné dlouhodobé péče o seniory. V České republice je dlouhodobá následná péče podfinancována, a je na hranici udržitelnosti její úhrada z prostředků zdravotních pojišťoven (interview s Ivou Holmerovou, archiv českého rozhlasu, 11. 4. 2019). Je potřeba systémových opatření a změn na nejvyšší úrovni resortů Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, dále pak na úrovni managerů jednotlivých zařízení.

Výsledky disertační práce podporují význam využívání ošetřovatelských diagnóz a intervencí spojených s celkovým vnímáním sebe sama, hodnocením vlastní ceny, schopností, důležitostí a úspěchu. Jako doporučující ošetřovatelské intervence z našich závěrů vycházejí aktivity spojené se zapojením pacienta do péče, s podporou pacienta v rozhodování o své osobě, projevy respektu vůči pacientovi při hygienické péči, podporou a udržením funkčních vztahů pacienta s personálem, rodinou a spolupacienty, informováním pacienta o péči, otevřenou a slušnou komunikací. Takto cílená péče je v souladu s hlavními aspekty „péče zaměřené na člověka“ - PCC (*Person-centred care*). Vychází z respektování lidských hodnot a postavení člověka do centra péče. Základní principy PCC se shodují s aspekty podmiňujícími důstojnost v ošetřovatelské péči: respektování preferencí a vyjádřených potřeb člověka, koordinace a integrace péče, práce společně na jasné a dobré

komunikaci, informovanost a vzdělávání, zajištění fyzické pohody a bezpečné emocionální podpory, zapojení rodiny a přátel, zajištění kontinuity uvnitř a mezi jednotlivými službami, zajištění náležité péče v případě potřeby (McCormack, McCance, 2017). Současně závěry disertační práce podporují také význam výzkumu v oblasti konceptu ošetrovatelské péče z perspektivy pacientů a sester (Drahošová, Jarošová, 2016).

Doporučení pro další výzkum je ve vytvoření systematického review zaměřeného na důstojnost seniorů. Další možností je rozšíření výzkumu na větší výzkumný soubor (ošetrovatelský personál, senioři a jejich příbuzní). Prohloubit poznání by bylo možné i použitím kvalitativních metod, které se zaměřují nejen na popis, ale hlavně na interpretaci fenoménu, jako např. interpretativní fenomenologické analýza (IPA). Nabízí se i využití mix method. Například by se na základě kvantitativního dotazníku důstojnosti PDI Chochinova mohly plošně odhalit rizikové prvky pro důstojnost, které by se dále staly předlohou kvalitativního výzkumu zaměřeného na prohloubení poznání o těchto faktorech v našem sociokulturním kontextu. Možností, jak dále prohloubit náhled na důstojnost u seniorů, může být více sociologicky zaměřená studie na vliv bývalého politického režimu, který přinesl značnou míru paternalismu ze zdravotní péče na důstojnost generace současných seniorů.

Na závěr je možné říci, že výsledky disertační práce lze využít k seznámení odborné i laické veřejnosti s fenoménem důstojnosti jako jedním z hlavních předpokladů a kritérií pro kvalitní přístup k člověku v kontextu ošetrovatelské péče. Popisem konkrétních oblastí, které vytvářejí a ovlivňují důstojnost v ošetrovatelské péči u rizikové skupiny hospitalizovaných seniorů, lze přispět nejen ve vlastní sebereflexi stávajících všeobecných sester v přímé péči, ale také studentů ošetrovatelských oborů, se záměrem ošetřování pacientů s úctou a důstojností. Účelem je také posílit lidský a individuální vztah, který bude součástí kvalitní ošetrovatelské péče vedle odborných ošetrovatelských intervencí.

Seznam příloh

Příloha 1 CASP protokol

Příloha 2 Souhrn kvalitativních studií pro tvorbu literárního review

Příloha 3 Vyjádření Etické komise FZV k 1. fázi výzkumu

Příloha 4 Vyjádření Etické komise FZV ke 2. fázi výzkumu

Příloha 5 Informovaný souhlas pro všeobecné sestry

Příloha 6 Informovaný souhlas pro pacienty seniory

Příloha 7 Protokol k rozhovoru s všeobecnými sestrami - 1. fáze výzkumu

Příloha 8 Protokol k rozhovoru s pacienty seniory – 2. fáze výzkumu

Příloha 9 Ukázka přepisu rozhovoru s všeobecnou sestrou

Příloha 10 Ukázka přepisu rozhovoru se seniorkou

Příloha 1 CASP protokol (volný překlad autorky)

Záznam č.

Název studie:

Zařadit na základě plnotextu: Ano Ne

Cíl:

Metodologie:

Výzkumný vzorek:

Počet:

Věk:

Kulturní kontext:

Prostředí, forma péče:

Metoda sběru dat:

Metoda analýzy dat:

1. Byl jasně deklarován cíl výzkumu?

- *Co bylo cílem výzkumu?*
- *Proč byl tak důležitý?*
- *Jak je závažný?*

2. Je vhodná kvalitativní metoda výzkumu?

- *Jestliže výzkum interpretuje nebo vysvětluje akce nebo subjektivní zkušenosti účastníků.*
- *Je kvalitativní výzkum správnou metodou pro řešení výzkumného cíle?*

3. Byl design výzkumu vhodný pro výzkumný cíl?

- *Odůvodnil výzkumník design výzkumu? (Např. zvažoval, kterou metodu použít?)*

4. Byla strategie výběru vhodná pro cíle výzkumu?

- *Byl zdůvodněn výběr účastníků?*
- *Bylo zdůvodněno, proč byli účastníci nejvhodnější pro zařazení do studie?*
- *Jsou nějaké diskuse okolo náboru? (Např. Proč někteří lidé odmítli účast?)*

5. Byla popsána forma sběru dat výzkumu?

- *Je odůvodněno nastavení pro sběr dat?*
- *Je srozumitelné, jak byla data shromážděna? (Např. focus group nebo semi-strukturované rozhovory)*
- *Jsou zdůvodněny zvolené metody? Je metoda popsána? (např. u rozhovoru je vysvětleno, jak byl rozhovor veden, zda byla předem zvolena témata?)*
- *Byly metody upravovány během studie? Pokud ano, je vysvětleno jak a proč?*
- *Je jasná forma shromáždění dat? (Např. audio nahrávka, video nahrávka, poznámky apod.)*
- *Je vysvětleno nasycení dat?*

6. Je brán dostatečně v úvahu vztah mezi výzkumníkem a účastníkem?

- *Zabýval se výzkumník kriticky svou vlastní rolí, potenciální zaujatost (bias) a vliv při:*
 - a) formulaci výzkumné otázky?*
 - b) sběru dat, včetně náboru vzorku a volby místa*
- *Jak výzkumník reagoval na události během studie, jak se vyrovnal se změnami v designu výzkumu?*

7. Jsou brány v úvahu etické otázky?

- *Vysvětluje se, jak byli s výzkumem seznámeni účastníci a je z textu možno posoudit, zda byly dodrženy etické normy.*
- *Výzkumník zvážil otázky vznesené ze studie (např. otázky okolo informovaného souhlasu nebo důvěrných údajů, nebo jak je ošetřen vliv studie na účastníky během a po studii).*
- *Výzkum byl schválen etickou komisí.*
-

8. Byla analýza dat dostatečně přesná?

- *Je popsána do hloubky analýza procesu?*
- *Je využito tématické analýzy? Jestliže ano, je jasné, jak byly kategorie/témata odvozena z údajů?*
- *Je vysvětlen výběr prezentovaných dat z originálního vzorku k prokázání analýzy procesu?*
- *Je dostatečně nasycen vzorek na podporu zjištění?*
- *Do jaké míry jsou brány v úvahu protichůdné údaje?*
- *Zkoumal výzkumník kriticky svou vlastní roli, potenciální zaujatost a vliv při analýze a výběru dat pro prezentaci?*

9. Jsou jasně popsána zjištění (výsledky)?

- *Jestliže zjištění jsou jednoznačná.*
- *Je adekvátní diskuze důkazů jak pro, tak proti výzkumníkovým argumentům*
- *Výzkumník projednal důvěryhodnost zjištění (např. triangulace, validace od respondentů, více než jeden analytik)*
- *Výsledky jsou diskutovány ve vztahu k originálu výzkumné otázky.*

10. Jak cenný je výzkum, jaký má přínos?

- *Výzkumník přispívá svou studií k dosavadnímu poznání nebo porozumění (např. zjištění ve vztahu k aktuálnímu dění nebo politice; příslušná základní literatura výzkumu).*
- *Je identifikována nová oblast, kde je výzkum nutný.*
- *V diskuzi je zmíněno, zda a jak mohou být výsledky převedeny na jiné populace a další možné využití výzkumu.*

Zdroj: CASP Qualitative Checklist. (2013). CASP [online]. [04-18.2016]. Dostupné na: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf

Příloha 2 Souhrn kvalitativních studií pro tvorbu literárního review

Study	Aim	Sample	Methodology	Data collection	Data analysis	Credibility	CASP
Abma NL 2012	Autonomy and activation	1 old men Residential home	Qualitative descriptive study	Unstructured narrative interview	Walkers' metaethical framework	Member check, triangulation of researchers	9
Buzgova CZ 2009	Lived experiences of elder abuse	26 employees 20 residents and 2 managers	Phenomenological method	Unstructured interviews; analysis of documents	Phenomenological analysis (Giorgi)	Triangulation of methods	10
Clegg UK 2003	Culturally sensitive care	4 older south Asian patients and their 3 carers	Grounded theory (Schwand)	Informal, unstructured interviews	Coding and micro-analysis	Triangulation of researcher, cross-validation	10
Hall, E. DK 2012	Nurses' experiences of caring for older patients.	29 nurses and nurse assistants	Phenomenological study	Interviews	Van Manen's hermeneutic phenomenological approach	Presenting the analysis process in detail. Examples and quotes were used as validity tools.	9
Hall, S. UK 2014	Views on dignity	33 managers, 57 employees 16 residents and 15 relatives	Qualitative descriptive study	Semi-structured interviews	Thematic framework	Triangulation of researcher, partly member check	10
Hoy DK 2007	Meaning of being an elderly patient	29 nurses and assistant care providers	Qualitative explorative design draws on principles of ethnoscience	Focus group, individual interview	Ricoeur's phenomenological hermeneutics analysis	Field observation and methods.	9
Jacelon USA 2003	Concept of dignity in an Acute Care	5 elder patients, 4 relatives, 5 nurses	Grounded theory	Interviews and participant observation	Open, axial and theoretical coding	Triangulation of data, participant checking, peer debriefing	9

Jakobsen NO 2010	The ethically difficult situations	23 staff working in nursing home	Phenomenological-hermeneutic method	Narrative interview	Ricoeur's phenomenological-hermeneutic interpretation	The authors worked closely together in this phase to validate the meaning contained in the text.	9
Mangset NO 2008	Satisfaction with rehabilitation following stroke	12 elderly stroke patients	Descriptive qualitative study	Semi-structured interviews	Giorgi's phenomenological method	Triangulation of researchers	9
Oosterveld-Vlug NL 2014	Dignity and the factors that preserve or undermine it.	30 admitted residents of nursing homes	Descriptive qualitative study	In-depth interviews	Thematic analysis	Triangulation of researchers	9
Webster UK 2009	Dignity and the factors which promote dignity.	15 patients	Descriptive phenomenological approach	Semi-structured interviews	Colaizzi's framework	Peer debriefing	9
Woolhead UK, ES, SK, FR, IE, SE 2006	Experience of communication between older people and health and social care providers.	391 older people, 424 health and social care professionals	Grounded theory	Focus groups, interviews	Constant comparison and cross-country comparative analysis	Triangulation of researchers	9
Williams UK 2016	Perspectives of dignified care and experience of providing care.	48 health-care professionals	Qualitative descriptive study	In-depth interview	NVivo10 Thematic analysis	Triangulation of researchers, audit trail of coding framework (group validation), researchers reflexivity	8

Příloha 3 Vyjádření Etické komise FZV k 1. fázi výzkumu



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-7283/1040-2016

**Vážená paní
Mgr. Šárka Šaňáková
Ústav ošetrovatelství
FZV UP**

2016-01-25


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byl Váš projekt, podaný do Studentské grantové soutěže IGA UP 2016, posouzen a po vyhodnocení všech zasláných dokumentů Vám sdělujeme, že projektu s názvem „**Důstojnost seniorů z perspektivy sester**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

S pozdravem,


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Tř. Svobody 8 | 771 11 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 4 Vyjádření Etické komise FZV ke 2. fázi výzkumu



Fakulta
zdravotnických věd

Vážená paní
Mgr. Šárka Šaňáková
Ústav ošetrovatelství
FZV UP

UPOL-84381/1040-2017

2017-06-28


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní magistro,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část dizertační práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že dizertační práci s názvem „**Důstojnost seniorů v kontextu ošetrovatelství**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc


Mgr. Petra Bastlová, Ph.D.
předsedkyně
Etická komise FZV UP

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 852
www.fzv.upol.cz

Příloha 5 Informovaný souhlas pro všeobecné sestry



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Důstojnost seniorů z perspektivy sester**

období realizace: březen – únor 2016

řešitelé projektu: Mgr. Šárka Šaňáková, Mgr. Juraj Čáp PhD., Mgr. Jana Konečná,
Mgr. Soňa Loudová

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je na základě rozhovorů se sestrami popsat faktory, které podporují a naopak snižují či narušují důstojnost v péči o pacienty seniory. Získané výsledky budou využity zpětně pro zkvalitnění důstojné péče u seniorů.

V rámci výzkumu si Vás dovoluji požádat o rozhovor, který bude nahráván na diktafon, je anonymní a potrvá cca 20 minut. Následně bude rozhovor přepsán. Získané informace budou dále zpracovány pouze řešiteli projektu a budou určeny jen pro účely výzkumu.

Vaše účast na projektu je dobrovolná, kdykoliv můžete svou účast v průběhu výzkumu přerušit bez udání důvodu. Vaše účast ve výzkumu neovlivní Vaše zaměstnání a je anonymní. Nebyla shledána rizika, která by Vás po účasti ve výzkumu ohrožovala.

Vaší účastí můžete přispět k rozšíření poznání a zkvalitnění ošetrovatelské péče v oblasti péče o seniory, kteří patří mezi nejrizikovější skupinu pro narušení důstojnosti.

Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Vyplněním tohoto dokumentu souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumném šetření.

Datum:

Podpis:



Fakulta
zdravotnických věd

Informovaný souhlas

pro výzkumný projekt: **Důstojnost seniorů v kontextu ošetrovatelství**

období realizace: září 2017 – únor 2018

řešitelé projektu: Mgr. Šárka Šaňáková, Mgr. Juraj Čáp PhD.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je na základě rozhovorů se seniory popsat faktory - činitele, které podporují a naopak snižují či narušují důstojnost v ošetrovatelské péči o pacienty seniory. Získané výsledky budou využity zpětně pro zkvalitnění důstojné péče u seniorů.

V rámci výzkumu si Vás dovoluji požádat o rozhovor, který bude nahráván na diktafon, je anonymní a potrvá cca 20 minut. Následně bude rozhovor přepsán. Získané informace budou dále zpracovány pouze řešiteli projektu a budou určeny jen pro účely výzkumu.

Vaše účast na projektu je dobrovolná, kdykoliv můžete svou účast v průběhu výzkumu přerušit bez udání důvodu. Vaše účast ve výzkumu neovlivní průběh Vaší hospitalizace nebo pobytu v sociálně zdravotním zařízení a je anonymní. Nebyla shledána rizika, která by Vás po účasti ve výzkumu ohrožovala.

Vaší účastí můžete přispět k rozšíření poznání a zkvalitnění ošetrovatelské péče v oblasti péče o seniory, kteří patří mezi nejrizikovější skupinu pro narušení důstojnosti.

Pokud s účastí na projektu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel/ka projektu mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na projektu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se řešitele/ky zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba (nebo zákonný zástupce) a druhý řešitel projektu.

Vyplněním tohoto dokumentu souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumném šetření.

Datum:

Podpis respondenta:

Rozhovor č.:

1. **Úvod rozhovoru:** seznámení se, informování respondenta, získání informovaného souhlasu, navázání vztahu.
2. **Výzkumné otázky:**
 - a) Jaký máte názor na současný koncept následné péče o seniory?
 - b) Co pro Vás osobně znamená důstojnost ve vztahu k pacientům seniorům?
 - c) Máte pocit, že některé faktory mohou důstojnost ovlivnit ve smyslu zachování a posílení?
 - d) Co děláte, abyste posílil/a důstojnost v péči o seniory?
 - e) Setkal/a jste se někdy se situací, kdy byla narušena důstojnost v péči o seniory? (Můžete ji konkrétněji popsat?)
 - f) Které faktory, podle Vás, mohou přispívat k narušení důstojnosti v péči o seniory?
 - g) Je ještě něco, co byste chtěla doplnit k našemu rozhovoru na téma důstojnost v ošetrovatelské péči u seniorů, abych lépe pochopila Vaši zkušenost?

Doplňující otázky, které umožní detailněji identifikovat zkušenost sestry:

- a) Co tím myslíte?; Můžete mi to blíže vysvětlit?; Můžete uvést příklad?; V jaké situaci se to stalo?; Jak si to vysvětlujete? Proč si to myslíte?
3. **Záznam demografických údajů:**
 - a. Věk:
 - b. Pohlaví:
 - c. Pracovní zařazení:
 - d. Místo zaměstnání:
 - e. Délka dosavadní zdravotnické praxe celkem:
 - f. Délka praxe v nynějším zaměstnání:
 - g. Nejvyšší dosažené vzdělání:
 - h. Specializace: ano / ne (pokud ano, jaká?)
 - i. Víra, vyznání:

Příloha 8 Protokol k rozhovoru s pacienty seniory – 2. fáze výzkumu

Rozhovor č.:

- 1. Úvod rozhovoru:** seznámení se, informování respondenta, získání informovaného souhlasu, navázání vztahu, MMSE.
- 2. Výzkumné otázky:**
 - a) Co pro Vás osobně znamená důstojnost? Čeho si na sobě ceníte? Čemu přikládáte hodnotu?
 - b) Jaká je Vaše zkušenost s tím, jak sestry posilují, podporují Vaši důstojnost? Můžete popsat nějakou situaci?
 - c) A naopak, čím sestry narušují (porušují) vaši důstojnost? Co je pro vás neuctivé, bez respektu k vám? Můžete opět popsat nějakou situaci?
 - d) Je ještě něco, co je třeba doplnit k našemu rozhovoru na téma důstojnost v ošetrovatelské péči u seniorů?

Doplňující otázky, které umožní detailněji identifikovat zkušenost pacienta seniora:

Co tím myslíte?; Můžete mi to blíže vysvětlit?; Můžete uvést příklad?; V jaké situaci se to stalo?; Jak si to vysvětlujete? Proč si to myslíte?

Záznam demografických údajů:

- a. Věk:
- b. Pohlaví:
- c. Původní povolání:
- d. Nejvyšší dosažené vzdělání:
- e. Typ instituce, ve které byl rozhovor realizován:
- f. Délka současného pobytu v zařízení:
- g. Víra, vyznání:
- h.

Příloha 9 Ukázka přepisu rozhovoru s všeobecnou sestrou

Délka trvání rozhovoru: 22 minut

V: Já se Vás zeptám – takovou úvodní otázkou. Jaký máte názor na současný koncept péče o seniory?

S: Současný koncept?

V: Spíš následné péče o seniory.

S: Já si myslím, že těch lůžek je strašně málo na tu populaci, co teď jakože stárne populace. Takže si myslím, že je toho strašně málo. Já tady vždycky říkám, že i kdybychom měli 50 lůžek, máme 28, tak budeme obsazený pořád. Jinak naše zařízení – my se snažíme pořád udělat pro ty lidi maximum. Mají krásný prostředí, ležící se dostanou ven, na dvůr, že vlastně nikde nemáme žádné bariéry. Každý, kdo sem přijde, tak je vždycky spokojený. Ale ne na všech těch LDN to tak funguje. Za naše oddělení, my se snažíme, aby ti lidi prostě neleželi jenom v těch postelích, vyvážíme je ven. Chodí sem dobrovolníci, takže mají každou středu, protože jsme pracoviště pro [REDAKCE], tak každou středu máme posezení. Tady máme takovou krásnou společenskou místnost, kde ti senioři si vykládají různé zážitky [REDAKCE] a tak různě. Bereme tam někdy i lidi, kteří prostě mají zájem si tam s nimi sednout, dají si kávu, takže my se tak snažíme. Ale jak je to v jiných zařízeních, to nemohu posoudit.

V: Dobře, děkuji. Já se zeptám teď již konkrétně. Co pro Vás osobně znamená důstojnost ve vztahu k pacientům seniorům?

S: No, jednat s nimi jako se všemi ostatními. Jako nevidím důvod, proč by se ke starým lidem mělo chovat nějak jinak než k mladým. Takže pro mě je tady to, vždycky se snažím na ty lidi usmívat, vyhovět jim v těch jejich požadavcích, pokud je to v našich silách.

V: Dobře. Máte pocit, že něco může ovlivnit důstojnost ve smyslu zachování nebo posílení?

S: Ovlivnit? Jako zachování čeho? Té důstojnosti člověka?

V: Jako udržet něco v té ošetrovatelské péči? Anebo ještě posílit.

S: Já to беру tak celkově prostě. Intimita toho člověka a právo na ty návštěvy těch rodinných příslušníků. Snažíme se jim vyjít vstříc i mimo návštěvní hodiny. Zvyky toho člověka – mají ledničky, takže když mají něco rádi, tak jim umožňujeme, aby jim rodiny mohly donést,

nebo když mají peníze, máme tady jednu sanitárku, která prostě chodí na nákupy, takhle. Lékařská péče, si myslím, je tady taky kvalitně zajištěná, máme internistu tady vlastně, takže ten se taky snaží vyhovět, jakmile mají nějaké problémy zdravotní, tak jim domluví konsilium nějaké.

V: A když to stáhnou k té ošetrovatelské péči, k těm sestřím?

S: To chování těch sester podle mě jako?

V: Napadá Vás něco konkrétně? Které chování?

S: No tak, aby se k nim chovali slušně, samozřejmě a ne nějak úsečně, aby s nimi mluvily. Taky někdy toho mají plné zuby, protože lidi tady leží dlouho, mají tady vlastně devadesátidenní možnost hospitalizace, takže se snažím je vždycky motivovat, že už třeba toho mají, fakt si postěžují: „Tak se zamyslete, kdybyste byly na místě toho člověka, taky by Vám to vadilo, že?“ Takže se snažím takhle je ..., míváme porady, takže si tam ...

V: Bavíte se na těch poradách o těch problémech otevřeně?

S: Jo, přesně. Kdo má nějaké problémy a snažíme se to vyřešit. Aby prostě ... Já nemám ráda, já jsem nikdy ani jako sestra. Vždycky jim říkám, když máte nějaké starosti, zavřete je ve skřínce v šatně a běžte s čistou hlavou na oddělení. Ti lidi za to nemůžou, že máte problémy. Tak to nějak řešíme jako – komunikace, no, na prvním místě asi.

V: Když jste říkala, že devadesát dní je tady ten senior, že to někdy bývá obtížné pro ty sestry, jestli to můžete říct trochu konkrétněji?

S: Jako co jim nejvíc vadí, sestřím? No tak určitě ty požadavky těch lidí, a hlavně vidí stále stejné tváře. Je to něco jiného než na akutním lůžku. A tak to je asi normální, že lidi prostě furt nějaké problémy vidí, ale to pozitivní je už potom takový upozaděný. Takže já se snažím je motivovat vždycky. Ať si taky vzpomenou na své bývalé pracoviště, myslím si, že se tady nemají špatně, máme jenom plánované příjmy, takže vždycky se ví dopředu, tak co jim vadí? To přesně nevím, co na kterém člověku, že ale tak jsou z toho unavené. Tak teď třeba máme skoro plné oddělení a vidím, že ty holky už jsou úplně vyšřavené, že jako je hodně té ošetrovatelské práce. Obejdou to celé oddělení a mohou začít znova, že? Tak, každý, no já nevím, prostě staří lidi, jasně že byli zvyklí na svoje nějaké věci, když nejsou ve svém, tak taky nemusí být spokojeni, sestra se jim taky nemusí líbit, že? A když někdo na ně nějak úsečně mluví, tak to je jasné, že se to obrátí vůči té sestře. Takže, já nevím, jestli jsem Vám odpověděla na tu otázku.

V: Jo, určitě. Co děláte Vy sama, abyste posílila důstojnost v péči o seniory?

S: Co já vím? Tak já se snažím rodinným příslušníkům i těm lidem prostě vyhovět v těch jejich požadavcích, které oni na mě mají. Jestli posiluju tím důstojnost, to nevím teda.

V: Tak určitě, to sem patří. Každý má individuální nějaké přání.

S: Já za těma lidma tolikrát nechodím jako samozřejmě personál, který je u lůžka, ale chodím 2 x denně na vizitu s panem primářem. No, oni už se vždycky přihlásí, že by třeba něco potřebovali vyřešit, ale to jsou fakt jiné věci, než ta sestřička má v kompetenci. Dneska ráno třeba volala manželka od jednoho pána, co večer spadl, byl v noci zmatený, volal ji o půlnoci na telefon, tak z toho byla jako špatná. Tak mě prosila, jestli bych mu vyřídila nějaké věci, tak jsem za ním šla, a tak, když člověk vidí ten úsměv, tu vděčnost, že jste vyřídila něco, si myslím, že taky je to vděčný.

V: Tak je to o tom osobním přístupu.

S: Určitě.

V: Setkala jste se někdy se situací, kdy byla narušena důstojnost v péči o seniory?

S: Tady u nás?

V: Ne, nemusí to být u vás. Kdekoli ve své praxi.

S: Já jsem se s tím nesetkala. Jenom na seminářích, třeba tam prezentovali. Byla jsem v Hradci minulý rok, tak tam nějaký policista z toho Hradce vykládal, jako dochází k šikaně seniorů. Tak takhle jsem, že jsem se dozvěděla.

V: Co může ještě ovlivňovat narušení té důstojnosti v péči o seniory – podle Vašeho mínění?

S: Narušení důstojnosti? Já myslím přístup toho ošetrovatelského personálu. I samozřejmě si nemusí sednout pacienti na pokoji. Já si myslím, že to k tomu taky může přispět. Ale jinak si myslím, že člověk sám sobě neuškodí. Myslím si, že ze stran těch lidí kolem.

V: A konkrétně ze strany toho personálu?

S: Tak může být nějaká šikana. Nebo když ti staří lidi to vycítí úplně jinak, než to člověk myslí. Někteří jsou rázní a už si může ten člověk myslet, že prostě je to na něho, cíleně na jeho osobu.

V: Chápu to dobře, že...

S: V té komunikaci ...

V: Chápu to dobře, že mohou být starší lidi přecitlivější? Víc vnímavější.

S: Určitě. Já si myslím, že určitě.

V: Máte i takovou zkušenost?

S: Určitě. Že třeba tam někdo hukne, jako že třeba nahlas mluví holky a už někdo, že proč na něho řve, že dobře slyší. A přitom už ta sestřička byla na pokoji u někoho, kdo špatně slyšel, tak zvýší hlas, ale nemyslí to špatně. Že to, taky se s tím setkávám, „Na mě nemusíte křičet.“ A bere to osobně, i když to tak jako myšlené nebylo.

V: Ještě něco Vás konkrétně napadá?

S: Nevím, ze strany rodiny jsem se teda až tak – sice někdy jsou tady případy, že fakt ta rodina přijde jen, když ten člověk vezme důchod. Až pak se tady objeví jen jednou za měsíc, pak ti lidi jsou z toho smutní, že? To už ale ovlivnit nemůžu, abych to rodině vykládala, kdy mají chodit na návštěvu nebo jak se mají chovat k tomu svému rodinnému příslušníkovi.

V: Odráží se to potom vůči tomu personálu nebo řeší to nějak ten personál?

S: Co? No, pokud jsou problémy, tak to řešíme třeba se sociální pracovníci. Ona si pak zve třeba ty rodiny na schůzky, a když potom se jedná o další následnou péči od nás třeba, tak že s nimi jedná, tak ona někdy diplomaticky něco nadhodí. My osobně ...

V: Tak vy samozřejmě nemáte ty kompetence.

S: Nebo pak pan primář to řeší, když už je to nějak, že už se na to nedá dívat. Ale to je málo kdy, to zas musím říct, že ty rodiny se snaží chodit furt jako za těma lidma.

V: Ještě něco, co byste chtěla doplnit v našem rozhovoru na téma důstojnosti v ošetrovatelské péči o seniory? Co Vás napadá jako důležitá poznámka třeba?

S: Tu důstojnost je třeba zachovat. I u těch umírajících samozřejmě. Na sklonku toho života, aby ten člověk odešel důstojně a ne aby tam ležel někde sám za plentou.

V: Když jste to začala, máte nějaký koncept, který tady dodržujete nebo nějakou zvyklost, která třeba ...

S: Ohledně těch umírajících, myslíte?

V: Kterou máte zavedenou, abyste tu důstojnost zachovali u nich?

S: Tak většinou, pokud jsou tam lidi ve dvou většinou, bohužel a nemáme volná místa, tak se snažíme aspoň tam dát zástěnu, chodí se tam samozřejmě v pravidelných intervalech. Někdy třeba rodina má zájem jako by s tím člověkem, když fakt vidíme, že asi je konec, tak někdy třeba pan primář zavolá té rodině a uděláme možnost té rodině, aby tam s tím člověkem byli. Ale nebývá to zas tak často, jako že by se to odehrávalo ...

V: Jde o zájem té rodiny, nebo se o tom bavíte, záleží, jak je ta rodina tomu otevřená?

S: Na té rodině. To zas jim tady to podsouvat, když sami se o to neinformují, tak to neděláme samozřejmě. Jinak asi ne. Potom až vlastně ta péče o toho zemřelého, máme na to místnost.

V: Už to, že máte na to místnost, je důstojné.

S: Neodehrává se to někde na pokoji. Máme místnost ...

V: Já Vám děkuji.

Terénní poznámky: Rozhovor poskytla [REDAKCE] sestra. Kolegyně na oddělení odmítly rozhovor s tím, že jsou časově vytížené a výzkumy v ošetrovatelství je zdržují. Sestra byla ochotná jako jediná ze zařízení rozhovor poskytnout. Několikrát jsme byly vyrušeny telefonem. Přibližně do půlky rozhovoru jsem vnímala jistý odstup ke mně jako zástupkyni akademické – teoretické sféry a sestry z praxe. Ke konci rozhovoru již nebyl odstup patrný.

Příloha 10 Ukázka přepisu rozhovoru se seniorkou

Délka trvání rozhovoru 31 min

V: Tak, my jsme v [REDACTED] a natáčíme první rozhovor. Tak, já bych se Vás chtěla zeptat, co pro Vás znamená důstojnost, to slovo důstojnost.

S: No tak, řekla bych, že hodně, ale je to těžký si tu důstojnost nějak zachovat, hlavně tady v tom věku, protože nakonec člověk se dopouští takových blbostí a teď když vidíte, jak někteří ti mladí, jak se k vám chovají, no a tak a nemáte dostatek sebevědomí, tak to je velice zlá věc, no. Někomu, komu nechybí sebevědomí, tak se s tím asi líp vyrovná no, ale...

V: Takže máte tu důstojnost spojenou se sebevědomím?

S: No, no tak asi,asi určitě, no. Jak, jak člověk vidí nějaké výsměch nebo to, tak, to sebevědomí ne to, to sebevědomí vám klesne na nulu, no a ,..

V: Čeho si třeba vážíte na sobě? Nebo čemu přikládáte hodnotu?

S: No, právě že nic moc. Snažím se jako tak, aby člověk, abych pořád ještě byla nějakým způsobem, že, abych třeba četla, taky ty křížovky, a to co je, abych si nepřipadala tak méně cenná no a, ale vážit, no já nevím, já nésem typ, co by si sám sebe moc vážil.

V: Jo, já jsem to tak pochopila, právě že to je důležitý, pro tu Vaši důstojnost, to abyste si sama sebe vážila, je to tak, chápu to dobře?

S: No ano, a je to, je to dost bída no.

V: Teď? Je to myslíte ovlivněný tím úrazem nebo tím, že jste tady, stárím nebo čím?

S: No tak stárím, stárím určitě no a taky, teď nevím, jak prostě budu se pohybovat nebo co, jestli vůbec půjdu domů, takže když potom, třeba už jenom když jenom člověk jide a je nějak poznamenané, takže se ti lidi se na vás divně dívají no tak jsou daleko horší.

V: Kdy jste, kdy jste třeba pocítila a vy to říkáte, že jste se snížila to nebo máte to sebevědomí sníženo ve spojitosti s tím stárím, kdy jste to třeba začala pocítovat?

S: Tak ono to, já jsem to sebevědomí neměla vůbec, když se stalo, že chvílku jsem si nějak věřila, se to zase se to ztratilo, takže to nemůžu říct jako, kdy přesně. To tak pozvolna přicházelo, ono se to nedá časově určit no.

V: Dobře, můžeme přejít k další otázce?

S: Ano.

V: Jaká je Vaše zkušenost s tím, jak ty sestřičky tady, zdravotní sestřičky jak podporují, posilují tu Vaši důstojnost?

S: No tak oni, je to tady takový docela rodinný víte tým, že oni si pamatují ty jména těch pacientů a pak a kolikrát přijdou, povykládají a teď jsem si všimla i toho, že třeba asi to vyšla nějaká né směrnice, že prostě, neříkají babičky už, víte? To jsem si všimla, eště předtím to říkali, a teď oni přijdou a řeknou třeba holky, jde se na oběd nebo tak, víte, takže ono to člověk aspoň pořád nevnímá, když je tady, jak je staré a pitomé, a tak, takže oni se tak snaží no, a tak to víte, je to personál, každý, kdo má prostě nějaké kaz v povaze nebo co, tak dycky bude horší, jak kdyby byl já nevím, vynikající doktor, cokoliv, tak jak má ten charakter nějaké trošku vadné, tak se to jeví, no. Ale vesměs jsou tady třeba ty sestřičky velice příjemný.

V: A kromě toho oslovení, že už vás neoslovujou jako babičky a podobně, tak ještě něco byste řekla, že třeba v té ošetrovatelské péči, že něco podporuje u těch pacientů důstojnost nebo u Vás konkrétně, co Vám dělá dobře třeba, co zvyšuje ten Vás respekt u těch sester?

S: No tak to bych přesně...

V: Nebo úctu, co, kdy se cítíte prostě dobře, po této stránce?

S: No tak, přesně Vám to nepovím, ale...

V: Když byste si vzpomněla třeba na nějakou situaci?

S: Noo, oni tak někdy dovedou povzbudit nebo tak třeba určitou tu, Vás chytanou za rameno nebo takový a ono to opravdu pomáhá, no nebo cokoliv. Třeba jsem jela sanitkou jako na fakultku na rentgeny na urgent jezdím a já jsem, my se bojíme třeba tady jsou nějaký průjmy sem tam nebo tak a teď má člověk šílené strach do té nemocnice a oni Vás tam někde na té židli nechají a sami, aby sem se počural nebo tam... a tak já jsem z toho měla hrozný strach, tak sestřička mně řekla, ale já, bude nejhodnější saniták to, ten co Vás odveze, jsem myslela, že mě utěšuje, ale to byl tak hrozně hodný člověk, ale opravdu, ten se tak staral a tak to člověk má úplně tendenci, kdyby tady těm lidem mohl trošku aspoň oplatit, protože tady těch dobrých skutků je pomálu, že, to si musíme přiznat, no a tak. Jako tady toto, no ta třeba ta vrchní sestřička je hrozně hodná, no, oni taky to nemají lehký, tak někdy jim ujedou trošku nervy, ale to se nedá, prostě se to nějak kritizovat, protože je to fakt namáhavý a oni třeba v Olomóci je hodně těch bratrů, ale oni jsou takový fakt ochotní a jednak ochotě, jednak silní,

že oni Vás chytňó, zvedňó, prostě než se stačíte sama postavit na nohy no a tak opravdu. Tady ty to mají o to těžší, protože tady je mysím jenom jeden ten a ten větinou jezdívá pak do nemocnice s pacientama, takže oni to všechno musijů dělat samy, takže...

V: Jestli to, když bych to zopakovala, vy jste na začátku říkala, když mě ta sestra třeba chytne (S: nó, nó) za to rameno nebo takhle, chápu to dobře, když je tam nějaký užší vztah s tou sestrou?

S: noo, noo (přikyvuje)

V: Dělá to ten pocit důstojnosti?

S: noo, noo. Dřív to bylo takový, se zavolalo méno, že nebo tych vizity, když bývaly, ty, dycky nejakej ten primář důstojnej, šel, s nikým nepromluvil a všichni za ním uctivě, že. Ta, ten, prostě ta horda těch...no a teďka i tak se baví ti doktoři a to, tak, jako úplně jiné ten přístup no

V: Že je to takové familiárnější, vy jste říkala, že je to tady takový rodinný

S: (Skáče do řeči: No, no) Ve fakultce jsem byla, na kardio a tam je obzvlášť ten XXXXXXXXXX

V: Jo, jo

S: Ve všech těch odděleních taky tak nejsou, já vím, že na některý si lidi dost stěžovali, ale ta je úplně senzační ta, ta kardio, no, ti se řídí opravdu tady tím.

V: Myslíte, že to chování personálu může ovlivnit, vy jste říkala – vyšla asi nějaká směrnice, že to může třeba ovlivnit i někdo shora, třeba že na to dohlíží?

S: Skáče do řeči: „Já nemám poněti.“

V: Nebo, že udržuje atmosféru v tom personálu takovou...

S: Řekla bych, že to tak najednou začalo, že to opravdu, ale odkud to vzniklo, kde, to..

V: Že jste si všimla té změny?

S: Noo, noo, to si nemůžu too...

V: Jak dlouho asi ta změna je třeba? Jak to vnímáte takhle?

S: Tady no v té nemocnici taky to bylo tak a tady mám dojem, že ze začátku říkali babičky, a tak různě a najednou jakdyby to ustálo

V: Během, ta změna během těch 3 měsíců, co jste tady?

S: Noo, já jsem byla než když jsem byla ve fakultce, taky jsem se tam snažila udržet na té LDNce, protože oni se mnou nemohli dělat až, já jsem to měla 3 měsíce tu sádru a potom ortézu, a tak jako sem tam chtěla zůstat, když to byl vlastně kousek to měli ke mně, ale ono to nešlo, protože tam se taky, se tam začalo malovat no a teď oni tam mají postavenou novou tu LDNku a vedle jak je urgent jsou už nové budovy postavený, že a takže se tam na rok budou stěhovat a oni musijů malovat no, takže to je takový komisní, ale (odkašle si)

V: Mohl třeba i to, že jste musela jít někam jinam, když už jste byla zvyklá.

S: No, to na mě docela působí no, no, jako než si člověk zvykne trošku a too...tak

V: Chápu to dobře, že i to mohlo ovlivnit ten Váš pocit důstojnosti? To, že Vás...

S: Skáče do řeči: Jo, že člověk se cítí no úplně ztracenej no..

V: Dobře, ještě Vás napadá nějaká situace?

S: No, už asi ne...

V: S tím, kdy ten personál může tu důstojnost posílit nebo podporovat nebo čím?

S: Jo a oni některý ty sestry jsou třeba tak, upravíte, neříkají zrovna holky nebo to, tak řeknou něco takovýho „Babky jedny pod'te“ nebo takový prostě nejrůznější ty, no ale pořád je to, vypadá to jako nebo působí to na ty lidi fakt dobře no.

V: Dobře a naopak teďka se zeptám, čím si myslíte, že ty sestry můžou narušovat tu důstojnost těch pacientů starých?

S: No tak, když jich třeba nějak tak, lidově řečeno „spérujou“, když jim dojde ta trpělivost, a třeba někdy by to nebylo oprávněný nebo to, ale tak někteří to hodí za hlavu, že, ale ...

V: Můžete říct třeba nějakou konkrétní situaci?

S: Ono se tady toto těžko rozebírá, protože – pomlka

V: Příklad, aniž byste jmenovala

S: No, tady byla třeba paní a ona hrozně si vymýšlela, o všem mluvila...

V: Jako pacientka?

S: Pacientka, no a ona byla nějaká zásobářka a uměla sehnat kde co všechno pro nějaké podnik a pro ten strojačině a tak jezdila po celé republice a ona dokázala prostě všechno zařídit, sehnat, ona ted si myslela, že tady to může taky, tak ona ty sestřičky jako dost, musím říct, komandovala, nevím, esi to bylo oprávněně nebo ne, a tak pak jim došla trpělivost, ale ona si zažádala, jakože půjde domů, že to přeruší, a pak oni to tak jako všichni komplet docela vítali, že ona už tady byla mockrát a dycky takhle jako komanduje, tak... To bylo, to člověk ale nedovede posoudit, na kolik to bylo oprávněný nebo ne, pak se nějak vzájemně omluvily nebo co, ale, už prostě ona odjela a ...

V: A nějakou situaci, kterou, kterou, která byla pro Vás neuctivá, která byla bez respektu k Vám, ať už tady nebo v nemocnici, jestli si vybavíte nějakou situaci?

S: No v té nemocnici rozhodně ne a tady, no víte, já nějak moc neprotestuju nebo nedožaduju se, tak oni jsou naopak taky ke mně, jako na oplátku, že nemůžu říct, že by se ke mně chovali nějak hrubě nebo, že by mně tak něco odmítli.

V: Nemusí se to týkat jenom splněných přání, která máte ze strany, na stranu toho personálu, ale už jenom to, že jste tady vlastně 24 hodin denně jste na tom pokoji a chodíte tady vlastně po tom oddělení, ten prostor Váš je zúžený, i ty vztahy jsou omezeny, tak jestli tady v tom prostředí se nějak projevuje nebo byla situace, kterou jste vnímala vůči sobě, vůči svojí osobě neuctivě, nedůstojně?

S: No, to je tady taková ponorková nemoc tady to, no ale, já osobně si, já nevím, akorát včera... Přišel děda na televizi nějakaj a někteří ti chlapi jsou teda velice neurvalí. On se dožadoval, jak dlouho na to budete hledět a hrozně nevybíravý slova, ne přímo na mě, protože já jsem vlastně tam jenom tak chvilku seděla, a tak jsem to okamžitě vnímala, tak jsem říkala, ať teda zachová aspoň minimální slušnost, pak zmlknul, ale hodně nepříjemně to vnímám, ale že by mi někdo nějak vynadal nebo toto, nemůžu říct no.

V: A na tom pokoji třeba nebo v tom prostředí tady, je tam něco nedůstojného?

S: Přemýšlí...No tak...

V: Nebo nějaké situace?

S: No tak situace, to víte, když jsou tam 3 na tom pokoji a s někým člověk výjde a někdo je a ted' tam máme taků paní, že prostě ona vydrží půl hodiny mluvit bez jedinýho nadechnutí a já nevím, to ona má kapacitu asi 120 slov za minutu, a to je takový únavný a člověk nemůže

prostě říct proboha buďte chvíli potichu, takový lidi nezastavíte. Takže, to se těžko snáší, no ale...nenačláte nic no.

V: Že byste uvítala, kdybyste měla třeba, že by bylo důstojnější pro Vás, že by jste měla třeba sama pokoj?

S: No tak, noo, to se vůbec nedá, to ne, ale kdyby třeba lidi se navzájem respektovali a řekli: „teď budem třeba ticho“, no, ale tady ty lidi člověk nezastaví, tak...

V: Máte pravdu, je to tu náročný

S: No, no, ale to je prostě kulomet ta paní, to je. To se člověk musí až smát, jenomže když je toho moc, tak ono taky to unaví člověka no.

V: To věřím. Ještě Vás něco napadá, chtěla byste k tomu tématu něco dodat?

S: No asi už, asi už né no. Teď se mně tak nic konkrétního nevybavuje.

V: Jste tu spokojená?

S: Ale jo, tak jo, nakonec, když si člověk zvykne, tak nemůžu říct, že bych, já nevím. Ráda bych byla doma, jenomže to je člověk takové rozpolcené, i když teď přijdu dom, tak mně tam budou zas ti lidi chybět, když jsem sama.

V: Že už jste zvyklá.

S: No, no, že jsem si zvykla tady na toto.

V: A manžela máte ještě?

S: No, ten je v Berouně, on byl tady právě s tím Alzheimerem a měla, já jsem byla nemocná s tím srdcem, tak jsem jakože si trošku odpočinu a prodělám veškerý to vyšetření a měla jsem ho vzít a asi dva dni předtím se mně ta ruka stala a místo toho jsem jela za ním a oni ho teď dali do Berouna momentálně, takže, on je, jako, po fyzické stránce on je tak zdravěj, že všichni jsou úplně zkoprnělí, že on nemá jednu jedinou nějakou, on nebyl nemocné celý život a všechno v pohodě a, akorát má trošku vyšší tlak, ale zas na druhýho to dopadne, teda, na druhé straně má tam, ta hlava je úplně, to je neléčitelný, že, to se dá jenom trošku ztlumit.

V: Myslíte, že to taky ovlivňuje důstojnost, když...

S: No tak on měl dost sebevědomí, na rozdíl ode mě měl, ale než se zklidnil, tak byl u té psychiatricky, ona ho napomínala v něčem, protože on si nechtěl stříhat nehty, on se nechtěl

stříhat, on se nechtěl holit a jak na něho někdo chytl, tak hrozně teda vyváděl no a ona mu domlouvala, a to on nesnášel, tak se do ní strašně pustil, dost jako, né hrubě, ale takovým tónem, že ona úplně zkoprněla, to od něho nečekala, a tak, tak jako nakonec říkala, já Vám napíšu něco na uklidnění. Napsala mně léky na uklidnění a potom jak začal brát ten Buronil nebo co to bere na to, na to zklidnění, tak teď je jako klidnej no, všechno, a tak nic nevnímá, on vůbec nevnímá, že ho stěhovali tam nějak jinam do toho Berouna, takže je situace podstatně jiná no.

V: Dobře, já to teda vypnu už, to naše nahrávání.

Terénní poznámky: Předem jsem byla varována od sester, že paní je hodně introvertní a je možné, že rozhovor odmítne. Zpočátku byla cítit nedůvěra ze strany paní. Než jsem začala nahrávat a dotazovat se na téma důstojnosti, povídaly jsme si asi 10 minut o tom, jak se paní daří, odkud je apod. Záměrně jsem hledala společné téma, abych u paní získala důvěru. Během rozhovoru se více uvolnila, přesto si paní po celou dobu hlídala, aby nebyla slyšet (rozhovor jsme měly v jídelně, ale byly jsme tam samy).

Bibliografické citace

ABMA, T, BRUJIN, A, KARDOL, T. et al. Responsibilities in elderly care: MR Powell's narrative of duty and relations. *Bioethics*. 2012, 26(1), 22–31. ISSN: 1467-8519.

ALAPHILIPPE, D. Self-esteem in the elderly. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2008 Sep; 6(3): 167. ISSN 2115-8789.

ALLMARK, P. Death with dignity. *Journal of Medical Ethics*. 2002, 28(4), 255–257. ISSN: 0306-6800.

ANDERBERG, P, LEPP, M, BERGLUND, A-L, et al. Preserving dignity in caring for older adults: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 59: 635-643. ISSN: 0309-2402.

ANDREW, M, MITNISKI, A, ROCKWOOD, K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One*. 2008; 3(5), e2232. ISSN: 1932-6203.

ATKINSON, P., COFFEY, A., DELAMONT, S. A debate about our canon. *Qualitative Research*. 2001, 1(1), 5-21. ISSN: 1443-9883.

BAILLIE, L, FORD, P, GALLAGHER, A. et al. Nurses' views on dignity in care. *Nursing Older People*. 2009, 21(8), 22–29. ISSN: 1472-0795.

BAILLIE, L, GALLAGHER, A. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*. 2012, 27(5), 44–9. ISSN: 0029-6570.

BAYER, T, TADD, W, KRAJCIK, S. "Dignity: The voice of older people". *Quality in Ageing and Older Adults*, 2005, 6 (1), s. 22-29, ISSN: 1471-7794.

BAYERTZ, K. Human Dignity: Philosophical Origin and Scientific Erosion of an Idea. In BAYERTZ, K. *Sanctity of Life and Human Dignity*. 1996. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic. s. 73–90. ISBN: 978-94-009-1590-9.

BECKER, GK. 2001. In search of humanity: Human dignity as a basic moral attitude. In: HÄYRY, M, TAKALA, T. *The future of value inquiry*. Amsterdam: Rodopi. 103 s. ISBN: 90-420-1 377-X.

BOEIJE, H.. A purposeful approach to the constant comparative method in the analysis of qualitative interviews. *Quality and quantity*, 2002, 36.4: 391-409.

- BOLLIG, G., GJENGEDAL, E., ROSLAND, JH. Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*. 2014;23(2):142–153. ISSN: 2167-1168.
- BRAUN, V, CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, 3(2), 77–101. ISSN: 1478-0895.
- BRÁZDA, R. R. Rorty: Pokus o etiku bez všeobecných povinností. *Pro – Fil. An Internet Journal of Phylosophy*. 2000, 1 (1), ISSN: 1212-9097.
- BRIDGES, J, WILKINSON, C. Achieving dignity for older people with dementia in hospital. *Nursing Standard*. 2011, 25(29), 42 – 47. ISSN: 0029-6570.
- BUŽGOVÁ, R, IVANOVÁ, K. Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*. 2009; 16: 110-126. ISSN: 2167-1168.
- CAELLI, K, RAY, L, MILL, J. 'Clear as mud': Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*. 2003, 2(2), 1–13. ISSN: 1609-4069.
- CANANAUGH JC, BLANCHARD-FIELDS F. Adult development and aging. 7^a ed. USA: Cengage Learning; 2013. ISBN-13: 978-1285444918.
- CASP Qualitative Checklist. (2013). CASP [online]. [04-18-2016]. Dostupné na: http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf
- CICERO, MT. 1970. *O povinnostech*. Praha: Svoboda. 193 s. ISBN: 25-086-70.
- CLEGG, A. Older south Asian patient and carer perceptions of culturally sensitive care in a community hospital setting. *Journal of Clinical Nursing* [serial online] 2003; 12: 283-290.
- COHEN, DJ, CRABTREE, BF. Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *The Annals of Family Medicine*. 2008, 6(4), 331-339. ISSN: 1544-1717.
- COHEN, D, CRABTREE, B. Guidelines for designing, analyzing, and reporting qualitative research. *Qualitative Research Guidelines Project*. Robert Wood Johnson Foundation; 2006. [cited 2018 Jan 10]. Available from: <http://qualres.org/HomeGuid-3868.html>
- COOPER, CM. Death with dignity. *Hastings Centrum Report*. 2002; 2 (2), 71 – 76.

- ČÁP, J. Spracovanie empirických dát – kvalitatívna analýza dát. In ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovatel'stvo teorie a vedecký výskum*. 2. přepracované vydání. Martin: Osveta. 322 s. ISBN: 978-80-8063-304-2.
- ČÁP, J, PALENČÁR, M, KURUCOVÁ, R. *Ľudská dôstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2016, s. 185. ISBN: 978-80-8063-448-3.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Průřezové Statistiky: seinoři. [online]. [cit. 5.1.2019]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>
- DIXON, J, BIGGS, S, STEVENS, M et al. Defining the "perpetrator": abuse, neglect and dignity in care. *Journal of Adult Protection* 2013; 15: 5-14. ISSN: 1466-8203.
- DRAHOŠOVÁ, L, JAROŠOVÁ, D. Concept caring in nursing. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016;7(2):453–460. ISSN 2336-3517.
- DUNÉR, A, NORSTRÖM, M. Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life, *Journal of Aging Studies*, Volume 19, Issue 4, 2005, p. 437-451, ISSN 0890-4065.
- EASTON, PA. 1997. *Sharpening our Tools. Improving Evaluation in Adult and Nonformal Education*. Hanburg: Unesco Institute of Education Studies. ISBN 92-920-1068-6.
- EDLUND, M, LINDWALL, L, von Post I, et al. Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics* 2013; 8: 851–860. ISSN: 2167-1168.
- EDVARDSON, D, WINBLAD, B, SANDMAN, PO. Person-centered care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*. 2008, 7(4), 362 -367. ISSN: 1474-4422.
- FENTON, E, & MITCHELL, T. Growing old with dignity: a concept analysis. *Nursing Older People* 2002; 14: 19-21. ISSN 0962-1067.
- FLAITINGROVÁ, M. 2011. *Giovanni Pico della Mirandola*. Praha: Nová Akropolis. 32 s. ISBN: 978–80–86038–47–6.
- GALLAGHER, A. Dignity and respect for dignity – two key health professional values: implications for nursing practice. *Nursing Ethics*. 2004, 11(6), 587–599. ISSN: 2167-1168.
- GALLAGHER A, CURTIS, K, DUNN, M, et al. Realising dignity in care home practice: an action research project. *International Journal of Older People Nursing* 2017; 12: 1-1. ISSN 0962-1067.

- GLASER, B. G., STRAUSS, A. L. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Routledge, 2017. ISBN: 0-202-30260-1.
- GUEST, G., MACQUEEN, K.M., NAMEY, E. *Applied thematic analysis*. Sage Publications, 2011.
- HACK, TF, CHOCHINOV, HM, HASSARD, T. et al. Defining dignity in terminally ill cancer patients: A factor-analytic approach. *Psycho-oncology*. 2004, 13(10), 700–708. ISSN: 1057-9249.
- HALL, EC, HØY, B. Re-establishing dignity: nurses' experiences of caring for older hospital patients. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 2012, 26(2), 287–294. ISSN: 0283-9318.
- HALL, S, DODD, RH, HIGGINSON, IJ. Maintaining dignity for residents of care homes: a qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing*. 2014, 35(1), 55-60. ISSN: 0197-4572.
- HALL, S, LONGHURST, S, HIGGINSON, I. Challenges to conducting research with older people living in nursing homes. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 38.
- HELGESEN, AK, LARSON, M, ATHLIN, E. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*. 2014, 21(1), 108-118. ISSN: 2167-1168.
- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN: 978-80-7367-485-4.
- HOLMEROVÁ, I. Rozhovor na Českém rozhlasu Dvojka. [online]. [04-14-2019]. Dostupné na: <https://dvojka.rozhlas.cz/iva-holmerova-sluzby-nasledne-pece-jsou-podfinancovane-presto-funguji-je-vlastne-7802352>.
- HØY, B, WAGNER, L & HALL, E. The older patient's dignity. The core value of health. *International Journal of Qualitative Studies On Health & Well-Being* 2007; 2: 160-168. ISSN: 1748-2631.
- HØY, B, LILLESTØ, B, SLETTEBØ, A, et all. Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*. 2016, 60, s. 91-98, ISSN 0020-7489.

- CHOCHINOV, HM, KRISJANSON, JL, HACK, FT. et al. Dignity in the Terminally Ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*. 2006, 9(3), 666-672. ISSN: 1096-6218.
- CHOCHINOV, M. H. *Dignity Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 2012. ISBN 0195176219.
- JACELON, C. S. The dignity of elders in an acute care hospital. *Qualitative Health Research*. 2003, 13(4), 543–556. ISSN: 1049-7323.
- JACELON, C. S., DIXON, J., KNAFL, K. A. Development of the attributed dignity scale. *Research in Gerontological Nursing*. 2009, 2, 202-213. ISSN: 1940-4921.
- JACOBSON, N. Dignity and Health: A Review. *Social Science & Medicine*, 64, 292-302.
- JACOBSON, N. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights* 2009, 24(9), 3. ISSN: 1472-698X.
- JACOBSON, N. 2012. *Dignity and health*. Nashville: Vanderbilt University Press. 220 s. ISBN: 978-08-265-1861-3.
- JAKOBSEN, R, SØRLIE, V. Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics*. 2010, 7(3), 289–300. ISSN: 2167-1168.
- JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JAROŠOVÁ, D., ŠINDELOVÁ, K, TOPINKOVÁ, E. Komplexní hodnocení seniorů v zařízeních dlouhodobé péče. *Praktický lékař*. 2012; 92 (7): 396 – 400. ISSN 0032-6739.
- JERUZALÉMSKÁ BIBLIE, překlad František X. a Dagmar Halasovi, 2009. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří. ISBN: 978 – 80 – 7195- 289- 3.
- JOHNOVÁ, Š. 2002. *Práva seniorů, jejich integrace a diskriminace ve společnosti*. Diplomová práce, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.
- JOHNSON, JP. (1971). *Human dignity and the nature of society*. In: GOTESKY, R,
- KANE, J, DE VRIES, K. Dignity in long-term care: The application of Nordenfelt's 'four notions of dignity'. *Nursing Ethics*. 2017, 24(6), 744–751. ISSN: 2167-1168.
- KANT, I. 1990. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda. 91 s. ISBN: 80-205.0152-5.
- KATEB, George. *Human dignity*. Harvard University Press, 2011. ISBN 9780674284173.

- KING, J, YOURMAN, L, AHALT, C, et al. Quality of life in late-life disability: "I don't feel bitter because I am in a wheelchair". *Journal of The American Geriatrics Society* 2012; 60: 569-576. ISSN: 1532-5415.
- KISVETROVÁ H, KLUGAR M, KABELKA L. Spiritual support interventions in nursing care for patients suffering death anxiety in the final phase of life. *International Journal of Palliative Nursing*. 2013, 19(12), 599-605. ISSN 1357-6321.
- KISVETROVÁ H, ŠKOLOUDÍK D, DANIELOVÁ L. et al. Czech Version of the Patient Dignity Inventory: Translation and Validation in Incurable Patients. *Journal of Pain And Symptom Management*. 2018, 55(2), 444-450. ISSN 1873-6513.
- KLEINMAN, A. Caregiving as moral experience. *The Lancet*, 2012, 380.9853: 1550-1551.
- KOCH, T. Establishing rigour in qualitative research: the decision trail. 2006, *Journal of Advanced Nursing*, 53: 91-100. ISSN 0309-2402.
- KOLEKTIV AUTORŮ. 1997. *Ottův slovník naučný: Ilustrovaná encyklopedie obecných vědomostí. 8. díl*. Praha: Paseka. s. 229.
- KOLEKTIV AUTORŮ. 1999. *Encyklopedie Diderot, všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. Sv. 2*. Praha: Diderot. s. 313.
- LASZLO, E. *Human dignity: This century and the next*. New York: London & Breach and In: *The Philosophy Forum*. 1971, 10, 213–231.
- LIN, YP, TSAI, YF, CHEN, HF. Dignity in care in hospital setting from patients perspective qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 2011, 20(5-6), 794-801. ISSN 1365-2702.
- LOFFLAND, J, LOFFLAND, L. 1984. *Analyzing Social Setting: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*. Nelmont: Wadsworth. 304 s. ISBN 978-05-3402-814-5.
- MAC WILLIAMS, B, R, SCHMIDT, B, BLEICH, B. R., Men in nursing. 2013 Jan; 113(1): 38–45. doi: 10.1097/01.NAJ.0000425746.83731.16
- MACKLIN, R. Dignity is a useless concept: it means no more than respect for persons or their autonomy. *British Medical Journal* 2003; 327: 1419-1420. ISSN 0267-0623.
- MALAGON - MALDONADO, G. Qualitative research in health design. *Health Environments Research & Design Journal*. 2014, 7(4), 120–134. ISSN: 1937-5867.

- MANGSET, M, TOR ERLING, D, FØRDE, R. et al. 'We're just sick people, nothing else': ... factors contributing to older stroke patients' satisfaction with rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 825-835. ISSN: 0269-2155.
- MANTHORPE, J, ILIFFE, JS, SAMSI, K. et al. Dementia, dignity and quality of life: nursing practice and its dilemmas. *International Journal of Older People Nursing*. 2010, 5(3), 235–244. ISSN: 1748-3735.
- MASLOW, A. H. O psychologii bytí. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MATITI, M, BAILLIE, L. *Dignity in healthcare*. London: Radcliffe Pub.; 2011. ISBN – 13: 978 184619 390 3.
- MATITI, MR, TROREY, G. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*. 2004, 41(7), 735–744. ISSN: 0020-7489.
- MCCANCE, Tanya; MCCORMACK, Brendan (ed.). *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*. John Wiley & Sons, 2017. ISBN 9781118990568
- MEEKS, MD. 1984. *Introduction*. In: MOLTSMANN, J. *On human dignity Political theology and ethics*. Philadelphia: Fortress Press. 221 s. ISBN: 978-0-8006-6244-8.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MOODY, HR. Why dignity in old age matters? *Journal of Gerontological Social Work*. 1998, 29(2–3), 13–38. ISSN: 0163-4372.
- MOSER, C, SPAGNOLI, J, SANTOS-EGGIMANN, B. Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65–70 years. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2011; 66(6): 675–680. ISSN: 1079-5014.
- MOYLE, W, BOWERS, B. Editorial: Quality of life: dementia and dignity. *International Journal of Older People Nursing*. 2010, 5, 227-227. ISSN: 1748-3735.
- NÅDEN, D, ERIKSSON, K. Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly* 2004; 17: 86-91. ISSN 0894 – 3184.

- NGUYIN, TST. 2008. Peer Debriefing. In: GIVEN, LM, editor. *The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: SAGE. s. 604. ISBN: 978-14-129-4163-1.
- NICHOLSON, Caroline, et al. Everybody matters 2: promoting dignity in acute care through effective communication. *Nursing times*, 2010, 106.21: 12-14.
- NORDENFELT, L. Dignity and the care of the older. *Med Health Care Philos* 2003; 6: 103-10. ISSN: 1386 – 7423.
- NORDENFELT, L. The varieties of dignity. *Health Care Analysis*. 2004, 12(2), 69–89. ISSN: 1065-3058.
- NORDENFELT, L. *The Concept of Dignity*. In: L Nordenfelt, ed. by. *Dignity in Care for Older People*. Oxford: Blackwell Publishing; 2009, 26-53. ISBN-10: 140518342X.
- OOSTERVELD-VLUG, MG ,et al.: Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research* 2013 13:353. ISSN 1472-6963.
- OOSTERVELD-VLUG, MG, PASMAN, HR, VAN GENNIP, IE. et al. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014, 70(1), 97–106. ISSN: 0309-2402.
- PERIYAKOIL, VS, NODA, AM, KRAEMER, HC. Assessment of factors influencing preservation of dignity at life's end: creation and the cross-cultural validation of the preservation of dignity card-sort tool. *Journal of Palliative Medicine* 2010, 13:495–500. ISSN: 1096-6218.
- PINKER, S. The Stupidity of Dignity: Conservative bioethics' latest, most dangerous ploy. *New Republic* 2008; 238: 28-31.
- POKORNÝ, P, HECKEL, U. *Úvod do Nového zákona: přehled literatury a teologie*. Vyd. 1. Praha : Vyšehrad, 2013. 840 s. ISBN 978-80-7429-186-9.
- PRISMA 2009 Checklist. Dostupné na: <http://www.prisma-statement.org>
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PULLMAN, D. Dying with dignity and the death of dignity. *Health Law Journal*. 1996, 4, 197–219. ISSN: 1192-8336.

- RANDERS, I, MATTIASON, A. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, 45(1), 63-71. ISSN: 0309-2402.
- RIBEIRO, M d S, BORGES, M d S, ARAUJO, T C C F d and SOUZA, M C d S. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2017, vol. 20, n.6 [cited 2019-04-13], s. 869-877. ISSN 1981-2256.
- RODRIGUEZ, J. 'It's a Dignity Thing': Nursing Home Care Workers' Use of Emotions. *Sociological Forum*. 2011, 26(2), 265-286. ISSN: 0884-8971.
- RYAN, G. W., BERNARD, H. R.: Data management and analysis methods. In Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S., editors, *Handbook of qualitative research*, second edition. 2000, Sage, 769 - 802. ISBN 0 761 91512 5.
- SANDER, M, OXLUND, B, JESPERSEN, A. et al. The challenges of human population ageing. *Age and Ageing*. 2015, 44(2), 185–187. ISSN: 0002-0729.
- SARVIMÄKI, A, STENBOCK-HULT, B. The meaning of vulnerability to older persons. *Nursing Ethics* 2016; 23, 372-383. ISSN: 2167-1168.
- SHENTON, A. Strategies for Ensuring Trustworthiness in Qualitative Research Projects. *Education for Information*. 2004, 22. 63-75.
- SILVERMAN, D. 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Banská Bystrica: Tlačiarne BB. 327 s. ISBN 80-551-0904-4.
- SINGER, Peter. All animals are equal. *Ethical Theory: An Anthology*, 2012, 13: 361. ISBN: 978-0-470-67160-3.
- STIEVANO, A, MARINIS, MG, RUSSO, MT. et al. Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nursing Ethics*. 2012, 19(3), 341–356. ISSN: 2167-1168.
- STRAUSS, A., CORBIN, J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Překlad Ježek S. 1. vyd. Brno: Albert, 1999. 156 s. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠAŇÁKOVÁ, Š, ČÁP, J. Dignity from the nurses' and older patients' perspective: A qualitative literature review. *Nursing Ethics*. 2018, Jan 1:969733017747960. doi: 10.1177/0969733017747960. [Epub ahead of print]. ISSN: 2167-1168.

ŠAŇÁKOVÁ, Š, ČÁP, J. Dignity of elderly adults from the perspective of nurses: a qualitative descriptive study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, v. 9, n. 4, p. 906-914, dec. 2018. ISSN 2336-3517.

TADD, Win, et al. Right place-wrong person: dignity in the acute care of older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 2011, 12.1: 33-43.

THOMAS, J, HARDEN, A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology* 2008; 8: 45. ISSN 1471-2288.

TOPINKOVÁ, E. 2005. Geriatrie pro praxi. 1.vyd. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TRANVÅG, O, PETERSEN, KA, NÅDEN, D. Dignity-preserving dementia care: metasynthesis. *Nursing Ethics*. 2013, 20(8), 861-880. ISSN: 2167-1168.

UN General Assembly. *Universal Declaration of Human Rights*. 217 (III) A. Paris; 1948.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, č. 96/2001 Sbírký mezinárodních smluv.

[online].[citováno:01.03.2012].Dostupné z:

http://genscan.com/download/umluva_o_lidskych__pravech.pdf

VAN GENNIP, IE, PASMÁN, HR, OOSTERVELD-VLUG, MG. et al. The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies*. 2013, 50(8), 1080-1089. ISSN: 0020-7489.

WAINWRIGHT, P., GALLAGHER, A. On different types of dignity in nursing care: a critique of Nordenfelt. 2008, *Nursing Philosophy*, 9: 46-54. ISSN 1466-7681.

WALSH, K, KOWANKO, I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*. 2002, 8(3), 143–151. ISSN: 1322-7114.

WEBSTER, C, BRYAN, K. Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, 18(12), 1784–1792. ISSN: 0962-1067.

WICHSOVÁ, J. O důstojnosti pacienta. *Kontakt*. 2012, 14(1), 7-13. ISSN: 1212-4117.

WILLIAMS, V, KINNEAR, D, VICTOR, CH. 'It's the little things that count': healthcare professionals' views on delivering dignified care. *Journal of Advanced Nursing*. 2016, 72(4), 782–790. ISSN: 0309-2402.

WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects (9th July 2018). Dostupné na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

WOODLHEAD, G, TADD, W, BOIX-FERRER, JA. et al. "Tu" or "Vous?" A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education And Counseling*. 2006, 61(3), 363-371. ISSN: 0738-3991.

YIN, K. 2003. *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks: SAGE Publishing. 270 s. ISBN: 978-14-522-4256-9.

ŽIAKOVÁ, K. et al. 2009. *Ošetrovatelstvo teorie a vedecký výskum*. 2. přepracované vydání. Martin: Osveta. 322 s. ISBN: 978-80-8063-304-2.