



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Co je důstojnost? Pohled sester na lidskou důstojnost
v ošetrovatelské praxi**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Julie Čamrová

Vedoucí práce: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Co je důstojnost? Pohled sester na lidskou důstojnost v ošetrovatelské praxi“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 6. 2020

.....

Julie Čamrová

Poděkování

Děkuji svému vedoucímu práce doc. MUDr. Jirímu Šimkovi, CSc., za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytl při zpracování diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a díky nimž mohl být výzkum zrealizován. V neposlední řadě i své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Co je důstojnost? Pohled sester na lidskou důstojnost v ošetrovatelské praxi

Abstrakt

Diplomová práce se týká problematiky lidské důstojnosti v ošetrovatelské praxi a pohledu sester na ni. Skládá se z teoretické a empirické části. Cílem práce bylo zmapovat představy sester o pojmu lidská důstojnost a jeho aplikaci v každodenní praxi. Dále chtěla přiblížit možnosti vzdělávání pro sestry v etické oblasti a pozorovat, jaký mají sestry přístup k seniorům v ošetrovatelské praxi. Na tyto cíle bylo následně vymezeno šest výzkumných otázek: Jaké jsou představy českých sester o pojmu lidská důstojnost? Jaké jsou představy německých sester o pojmu lidská důstojnost? Jakou možnost mají české sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti? Jakou možnost mají německé sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti? Jaký mají přístup české sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení? Jaký mají přístup německé sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení?

Pro práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření s technikou polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování. Výzkumný soubor tvoří 10 sester z českého a 10 sester z německého prostředí, které pracují se seniory na Oddělení následné péče v kraji Vysočina a Geriatrické klinice v Mnichově. Výběr sester byl záměrný.

Z výsledků vyšlo najevo, že sestry z českého a německého prostředí mají vypracovány v praxi použitelné představy o pojmu lidská důstojnost, dokáží říct, jaký je správný přístup k seniorům, co je limituje během práce, jaké situace považují za nedůstojné, a navrhnout jejich nápravu. Následné vzdělávání v etické oblasti během zaměstnání ve zdravotnickém zařízení mají sestry v obou prostředích a využívají těchto možností. Přístup sester z obou prostředí k seniorům v ošetrovatelské praxi je na dobré úrovni. Domnívám se, že tato problematika je velmi aktuální a sestry by měly být v těchto oblastech dostatečně informovány, aby jejich péče byla optimální ve všech ohledech. Diplomová práce může sloužit jako studijní podklad pro studenty a sestry pracující se seniory. Také se nabízí prostor pro větší rozpracování problematiky lidské důstojnosti a pohledu sester na ni v ošetrovatelské praxi.

Klíčová slova

Lidská důstojnost; sestra; přístup sester k seniorům; vzdělávání v etické oblasti.

What is dignity? View of Nurses on the Human Dignity in Nursing Practice

Abstract

The thesis deals with the problematic of human dignity in nursing practice and view of nurses on it. It consists of theoretical and empirical part. The objective of the thesis was to map the ideas of nurses about the term human dignity and its application in everyday practice. Further it wants to clarify the possibilities of education for nurses in the ethical field. And then to observe the approach of nurses to the elderly in nursing practice. For these objectives six research question was then defined: What are the ideas of Czech nurses about the term human dignity? What are the ideas of German nurses about the term human dignity? What possibility do Czech nurses in medical facility have to take part in education in ethical field? What possibility do German nurses in medical facility have to take part in education in ethical field? How is the approach of Czech nurses to elderly in medical facilities? How is the approach of German nurses to elderly in medical facilities?

For the thesis qualitative research with technique of semi-structured interview and hidden observation was chosen. The research file is made up of 10 nurses from Czech and 10 nurses from German environment, working with elderly at Long-Term Care Department in the Vysočina Region and Clinic in Geriatric Medicine in Munich. The selection of nurses was intentional.

The results shown that nurses from both Czech and German environment have usable ideas about the term human dignity developed in practice, they can tell which is the right approach to elderly, what limits them during their job, which situations they consider undignified and suggest how to fix them. Following education in ethical field during their work in medical facility have nurses in both environments and they take advantage of these opportunities. The approach of nurses from both environments to elderly in nursing practice is on a good level. I think that this problematic is truly relevant, and nurses should be sufficiently informed in these fields so their care can be optimal in all respects. The thesis can serve as learning materials for students and nurses working with elderly. It also offers space for greater elaboration of the problematic of human dignity and view of the nurses on it in nursing practice.

Key words

Human dignity; nurse; approach of nurses to elderly; education in ethical field

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Etika a morálka	12
1.2 Lékařská a ošetrovatelská etika	13
1.3 Charakteristika ošetrovatelské etiky.....	14
1.4 Etické principy v ošetrovatelství.....	15
1.4.1 Historický vývoj.....	15
1.4.2 Etické principy prvního řádu	16
1.4.3 Etické principy druhého řádu.....	18
1.4.4 Zásady podmiňující etické chování sestry.....	19
1.5 Péče a etika ctnosti v ošetrovatelství.....	19
1.5.1 Pojetí péče.....	19
1.5.2 Význam etiky ctnosti v ošetrovatelství	20
1.5.3 Sesterské mravní ideály.....	21
1.5.4 Ošetrovatelský model založený na ctnostech	21
1.6 Etický kodex sester.....	22
1.7 Etický kodex práva pacientů.....	24
1.8 Člověk a lidská důstojnost.....	25
1.8.1 Formy lidské důstojnosti	26
1.8.2 Zdroje lidské důstojnosti	27
1.8.3 Historický výklad lidské důstojnosti.....	29
1.8.3.1 Důstojnost a filozofové	29
1.8.3.2 Důstojnost a náboženství.....	32
1.9 Udržování a narušování lidské důstojnosti v práci sestry	33
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	36
2.1 Cíl práce.....	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
2.3 Operacionalizace pojmů	36
3 Metodika.....	38
3.1 Metodika výzkumu.....	38
3.2 Výzkumný soubor	39
4 Výsledky výzkumného šetření.....	44

4.1	Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování.....	44
4.2	Výsledky polostrukturovaných rozhovorů	45
4.3	Výsledky skrytého pozorování	67
5	Diskuze	76
	Závěr.....	88
	Seznam použité literatury	91
	Seznam tabulek	97
	Seznam příloh	98
	Seznam zkratk	104

Úvod

Diplomová práce se zabývá tématem, které je v dnešní době z mého pohledu stále více aktuální a řešené. Tím je lidská důstojnost na nemocničním lůžku a náhled sester na ni. Lidská důstojnost je považována za jednu ze základních životních hodnot člověka a v nemocnici za nepostradatelnou součást péče o klienty. Sestra v tomto ohledu zastává velmi důležitou roli. Stává se pečující osobou a obvykle nejbližším partnerem pacienta na nemocničním lůžku.

Zdravotnictví je v dnešní době na velmi vyspělé úrovni a nové léčebné technologie a přístupy se často staví do popředí před osobní kontakt s pacientem. Práce sester je náročná jak po fyzické, tak po psychické stránce. Musí mít teoretické vědomosti, které dokáží uplatnit v praxi. Využívají díky tomu nepřehledná množství dokumentací. V tuto chvíli pak vzniká riziko, že člověk, který se dostal na nemocniční lůžko, není ta lidská bytost, která má své hodnoty, představy o péči, přesvědčení a v neposlední řadě, že může prožívat strach a úzkost, nýbrž je pouze souhrnem orgánů, který má momentálně nějaký problém. Je proto bezpochyby důležité, aby sestry měly stále povědomí o tom, co je lidská důstojnost, aby dokázaly vystupovat a jednat s pacienty tak, aby byla jejich důstojnost zachována co nejdéle, a zároveň se vyhnout jejímu znehodnocení, a to i přes dnešní moderní techniky ve zdravotnictví.

Práce je rozdělena do dvou částí. První je teoretická, která je členěna do několika kapitol a podkapitol. Je zmíněno, co se skrývá pod pojmy etika a morálka. Dále je popsána lékařská a ošetrovatelská etika. Vzhledem k mému studiu ošetrovatelství je dále v práci rozvinuta ošetrovatelská etika a její charakteristika. Jsou zde také zmíněny etické principy a jejich vývoj. V práci je také pojednáno o etice ctnosti. Není opomenut ani etický kodex sester a práva pacientů. V neposlední řadě je popsána lidská důstojnost, její formy, zdroje a historický výklad. Druhá část je empirická, v ní pomocí rozhovorů a skrytého pozorování zjišťujeme odpovědi na naše cíle a výzkumné otázky. Pro tuto práci je zvoleno hned několik cílů, které nás zajímají. Prvním cílem práce je zmapovat představy sester o lidské důstojnosti. Další zjišťuje, zda mají sestry možnost se během práce vzdělávat v etické oblasti. Poslední cíl se zaměří na pozorování, zda se poskytovaná péče ze strany sester shoduje s etickými požadavky. V práci jsou pozorovány dva výzkumné soubory. První soubor tvoří sestry z českého zdravotnictví a druhý sestry z německého zdravotnictví.

Důvod, který mě motivoval zvolit toto téma, byl podpořen dosavadními zkušenostmi během mého působení během praxe v nemocnici, kde jsem se i já jako student měla možnost setkat se situacemi, o kterých jsem sama přemýšlela, zda by se mi jako pacientovi líbily, nebo by mi byly naopak nepříjemné. Zajímám se proto o oblast lidské důstojnosti, což považuji za stěžejní při práci sestry. V rámci studia interního modulu se mi toto téma hodí, protože ve většině případů se jedná o klienty staršího věku, kde je lidská důstojnost velmi ohrožená. Mnohokrát jsem byla svědkem rozhovorů, kde byly zmiňovány německé sestry. Zajímalo mě tedy, jak se k této problematice staví. Proto byl výzkum uskutečněn i v německém prostředí.

1 Současný stav

Na personál, který pečuje o klienty ve zdravotnictví, se kladou vysoké nároky v oblasti důstojné péče. Co je lidská důstojnost? Lidská důstojnost tvoří substanci péče o klienta a zároveň klade důraz na respekt jednotnosti člověka a jeho názorů. V etice, která zkoumá tento koncept, má významné místo, avšak definice pojmu jsou rozmanité. Z etického hlediska lze konstatovat, že zachování lidské důstojnosti u klientů je jeden z hlavních cílů dnešní péče (Kadivar et al., 2018).

1.1 Etika a morálka

Etika je filosofickou disciplínou a součástí filosofie praktické (Kutnohorská, 2007). Jankovský (2018) ve své publikaci uvádí, že pojem etika pochází z řeckého slova „ethos“, které v českém jazyce znamená „zvyk, mrav a také obyčej“ (Jankovský, 2018). Pojem „etika“ se datuje již od Aristotela 384–322 před Kristem (Vácha, 2012a). Sám ji definoval jako učení o dobrých charakterových vlastnostech (Kutnohorská, 2007).

Aristoteles rozděluje etiku v lidském konání na první činnost, a to teoretickou neboli poznání. Dále je činnost tvořivá (zhotovování). Zde není podstatné, jak je toho dosaženo, nýbrž pouze sám konečný produkt. Výsledkem práce je například věc, architektura či díla umělců. Poslední, třetí neopomenutelná činnost je praktická neboli jednání (Vácha, 2012a).

Etika se také považuje za vědecký obor, kde je v hlavní roli zkoumaná morálka (Kutnohorská, 2007), jež je definovaná jako souhrn pravidel a norem, které nám ukazují a dávají návod, jak se k lidem chovat a jak s nimi jednat. Rozlišuje dobro od zla v lidském jednání v opozici s lidským svědomím (Jankovský, 2018). Dle Kutnohorské (2007) jsou to psané i nepsané normy, které jsou společností vyžadované. Každý obor má svou morálku, tedy i ošetrovatelství. Každý obor má své vymezené povinnosti, které by se měly dodržovat. V ošetrovatelství je to o něco složitější, zde se klade důraz i na to, co je pro pacienta prospěšnější a jak se chovat, aby nebyla porušena důstojnost, autonomie, a v poslední řadě nedovolit, aby pacient ztratil naději (Kutnohorská, 2007).

V dnešní době se očekává, že jsme rozumově nadané, chytré bytosti a za své veškeré činy bychom měli mít morální odpovědnost. Otázkou však je, kdo nám udává, co je dobré, co je naopak špatné. Po dlouhou dobu se správnost konání hledala v náboženské víře. To přetrvává i do dnešní doby, kdy se ještě přidružují ideologické a morální tradice. Do popředí se v moderní etice dostává i myšlenka morální relativity (Kutnohorská, 2007).

1.2 Lékařská a ošetrovatelská etika

Zdravotnictví do sebe zahrnuje několik podoborů, z nichž každý má svou morální koncepci. Nejstarší a také nejvíce probádaná je právě lékařská etika, která má své kořeny již ve starověku (Šimek, 2016). Typickým příkladem je Hippokratova přísaha, která dohlížela na mravnost lékařů (Bartůněk, 2011). Lékařská etika se dále vyvíjela a apelovala na to, aby i další nástupci měli dobrou pověst, a proto začala být vyučována na lékařských fakultách. Velký rozvoj medicíny nastal v sedmdesátých letech dvacátého století. Nové metody léčby s sebou přinesly i spousty morálních problémů. Proto se lékařská etika stala hlavním pilířem pro morálku v teorii i praxi ve zdravotnictví (Šimek, 2016).

V polovině dvacátého století došlo k velkému rozvoji i ke vzniku nových profesí ve zdravotnictví. Každé z nich jsou definovány kompetence. Stávají se tak plnoprávními a samostatně pracujícími profesemi v péči o člověka (Šimek, 2016).

Ošetrovatelství také prošlo několika důležitými změnami, kdy se měnily i požadavky na sestry. Své počátky má již v dávné historii. V devatenáctém století se začalo rozvíjet moderní ošetrovatelství. S rozvojem medicíny se zvyšovaly nároky na sestry a bylo zapotřebí i jejich vyšší vzdělání. Následně bylo ve druhé polovině dvacátého století rozvinuto i studium ošetrovatelství na vysokých školách a ošetrovatelství se stalo akademickým oborem pro výuku (Kutnohorská, 2010). Sestry už nejsou považovány pouze za pomocnou ruku lékaře, které by neměly možnost vlastního rozhodnutí (Špirudová, 2015). Jak na lékaře, tak i na sestry byly od samého počátku kladeny vysoké nároky v oblasti morálky (Šimek, 2016). Etiku v ošetrovatelství velmi ovlivnila Florence Nightingalová (Bužgová, 2011). Byla i první osobou, která se snažila povznést ošetrovatelství na samostatné a nezávislé povolání (Kutnohorská, 2007).

Mezi lékařskou a ošetrovatelskou etikou je v dnešní době interaktivní vztah, neboť ošetrovatelská etika čerpá z etiky lékařské. V dnešní době se dostává povolání sestry ve společnosti na lepší pozici a díky změně sesterského postavení nabývá i ošetrovatelská etika na významu (Kutnohorská, 2007). Jsou vypracovány koncepty, které umravňují sesterské profese. Lékaři i sestry mají společný zájem a tím je pacient. Rozdíly v etické oblasti nejsou příliš zásadní. Jde spíše o různé pohledy, které jsou ovlivněny zvláštnostmi oborů (Šimek, 2016). Etika usměrňující sestry vychází z cílů nynějšího ošetrovatelství a z profesionálních rolí sester. Cíle jsou popsány v programu „Zdraví pro všechny do 21. století“ (Kutnohorská, 2007).

1.3 Charakteristika ošetrovatelské etiky

V zahraničí se setkáme s pojmem „nursing ethics“. U nás jsou používány dva výrazy, které mají stejný význam, a těmi jsou „etika v ošetrovatelství“ a „ošetrovatelská etika“ (Kutnohorská, 2007). Etika se zabývá podmínkami a příčinami ošetrovatelsky žádaného a nevhodného jednání. Z toho pak vyplývá předmět, úkoly i cíle ošetrovatelské etiky (Bužgová, 2011).

Dle Kutnohorské (2007) je předmětem ošetrovatelské etiky zkoumání vztahů a postojů sestry k pacientovi. Sleduje etické chování, slovní i neverbální komunikaci ve všech úkonech. Bužgová (2011) se s ní shoduje a dodává, že tímto se projevují pozitivní i negativní emoce – zájem, sympatie, laskavost, ale i lhostejnost či nezájem (Bužgová, 2011). Dále udává kolegiální vztahy mezi sestrami a dalšími spolupracovníky, například lékařem, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem. Vztahy na pracovišti velmi působí na každého jedince v oblasti výkonu, motivace a v neposlední řadě i spokojenosti (Kutnohorská, 2007). V ošetrovatelství se dostáváme do řady sporných situací, na které neexistuje jednotný morální názor, proto je okruh problémů v oboru velmi rozmanitý (Bužgová, 2011).

Úkolem ošetrovatelské etiky je posuzovat kvalitu vztahů mezi kolegy, sestrami a pacienty; stanovit si žádoucí mezilidské vztahy; definovat povinnosti a odpovědnost sester; vymezit mravní normy povolání; vyhledávat eticky komplikované případy a u nich stanovit hodnoty a čeho chceme dosáhnout. Posledním cílem je i vzdělávat se v pravidlech mezilidských vztahů (Kutnohorská, 2007; Bužgová, 2011).

Kutnohorská (2007) se ztotožňuje s tvrzením Bužgové (2011), že cílem ošetrovatelské etiky je humanizovat interpersonální vztahy na pracovišti mezi sestrou, pacientem a dalším personálem. Pochopit pacienta, jeho tíživou situaci a podle možností mu poskytnout pomoc. Zvolit správný způsob a usilovat o saturaci léčebných, psychických, sociálních, kulturních a spirituálních potřeb pacientů. Úkolem je také pomáhat objevovat smysl svého bytí (Kutnohorská, 2007; Bužgová, 2011).

1.4 Etické principy v ošetrovatelství

Každý odborník ve své profesi využívá teoretické znalosti, ale i dovednosti. Je proto bezpochyby důležité, aby se řídil také podle etických principů. To mu poskytne jistotu, že bude vykonávat takzvaně „dobrou praxi“ (Venglářová, 2013). Pro každou profesi, včetně sesterské, je důležité rozvinout kladný vztah s tím, komu je péče poskytována. Hlavními prvky tohoto vztahu by měla být důvěra a porozumění (Kutnohorská et al., 2011). Kubek (2014) dodává, že nelze tuto skutečnost redukovat pouze na vztah, kde jeden péči dává a druhý ji přijímá.

1.4.1 Historický vývoj

Kutnohorská (2007) ve své publikaci uvádí, že první dokument, který se zmiňuje o etických principech v lékařské etice a etice ošetrování, je Chammurapiho zákoník. Je považován za nejstarší souhrn pravidel. Jsou v něm uvedeny postihy za nesprávnou péči a léčbu (Kutnohorská, 2007). Nynější lékařská a zdravotnická etika čerpá hned z několika hlavních významných zdrojů (Bužgová, 2011). Základem je Hippokratova přísaha, Křesťansko-židovská tradice a Novodobé filozofické směry (Kutnohorská, 2007). Zásady, které vycházejí z těchto zdrojů, byly ustanoveny pro lékaře. Nicméně jsou i etickou základnou pro nelékařské profese ve zdravotnictví, čímž je i ošetrovatelská etika (Bužgová, 2011).

Etika ve společnosti se postupně rozvíjela a stejně se vyvíjí i morálka ve zdravotnictví. Etika ošetrovatelství musí odpovídat na problémy, které se vyskytují a ovlivňují postoj ke zdraví a nemoci. Proto je důležitá znalost filozofických zaměření, která nám poskytnou pomoc při řešení problematických okolností v ošetrovatelské praxi (Kutnohorská, 2007).

Jak již bylo výše uvedeno, stojí za zmínku Hippokratova přísaha. Obsah Hippokratovy přísahy je nejdůležitějším pramenem pro lékaře. Hippokrates pocházel z řeckého ostrova Kos a byl synem Herakleida, který ho přivedl do světa lékařů (Kutnohorská, 2007). Nikdo neví, zda veškeré náležitosti, které jsou psány v Hippokratově přísaze, jsou přímo od Hippokrata, nebo zda je to jeho společná práce s jeho žáky. I přesto je vše spojováno pouze s jeho jménem. Velká část popisuje dohodu mezi lékařem a klientem. Rozdělena je do tří částí, kdy první oblast se zaměřuje na chování lékařů, druhá na terapii, třetí, konečná část pojednává o posvátnosti přísahy, klade na ni velký důraz. Popisuje také odměnu za dobře odvedenou práci lékaře, ale i tresty za nedodržení pravidel. Neopomíná ani důstojnost (Bužgová, 2011). Vyzdvihuje také pojem poslání, kdy každý lékař by měl takto brát své povolání (Kelnarová a Matějková, 2014). Ačkoliv je Hippokratova přísaha základem pro zdravotnickou etiku, není v dnešní době možné naplnit všechny principy v ní zmíněné (Bužgová, 2011).

Bužgová (2011) uvádí, že morální zásady, které ovlivňují Evropu a oblast Severní Ameriky, jsou ovlivněny křesťanstvím, jehož rozvoj je do určité míry spojován i s judaizmem. Veškeré etické jednání je zde podřízeno autoritě, kterou je Bůh. Etické zásady jsou vyvozeny z Bible a dalších učeních. Hned několik etických zásad vychází právě z těchto tradic, jsou jimi například principy posvátnosti a nedotknutelnosti lidského bytí, dalším neopomenutelným principem je například svoboda a odpovědnost. Dle těchto principů se neřídí pouze lékaři, nýbrž celé zdravotnictví.

Dále jsou významné směry, které ovlivňují v nynější době zdravotnictví a působí jak na lékaře, tak i na sestry. Jsou jimi existencialismus, fenomenologie a svůj podíl má i hermeneutika (Kutnohorská, 2007).

Pro zdravotní sestry je důležité zmínit i přístup, který je v dnešní době zastáván, a tím je holismus. Je to filozofie celistvosti a staví do popředí myšlenku, aby každý pacient byl chápán jako celek, který má své bio-psycho-socio-spirituální potřeby, na něž nelze pohlížet odděleně (Kutnohorská, 2007).

1.4.2 Etické principy prvního řádu

Beauchamp a Childress ve druhé polovině dvacátého století zformulovali čtyři zásady etiky pro lékaře (autonomie, spravedlnost, dobřečinění a neškození). Principy byly považovány za velmi zdařilé a začaly se okamžitě propagovat. Nyní je najdeme snad

v každé učebnici etiky a měly by být zmiňovány i v předmětech etiky. Principy jsou vytvořeny na volné bázi, aby se s nimi ztotožňovali všichni (Beauchamp a Childress, 2013). Bužgová (2011) dodává, že principy platí i pro ošetrovatelskou etiku. Autonomie a spravedlnost vznikaly postupně v nynější době z důvodu liberalizmu. Vácha (2012b) ve své publikaci uvádí, že principy neškození a dobřechinění jsou již zmíněny v dobách Hippokrata.

První princip je neškození neboli nonmaleficence, který primárně vyžaduje vyloučení záměrného nebo nezáměrného ranění klienta (Šoltés et al, 2008). Ať již při léčbě nebo při stanovování diagnózy (Kořenek, 2004). Princip nonmaleficence je také velmi zdůrazňován při výzkumu (Bahbouh, 2011). Tento princip je často řazen i před princip beneficence neboli dobřechinění. Plyne z něj i restrikce autonomie kohokoli vzhledem k blahu jiných. Někdy však může dojít k nezáměrnému ranění klienta a nebude to považováno za nedodržení principu. Je proto důležité znát možnosti, kdy můžeme nějaké riziko připouštět (Munzarová, 2005).

Druhým principem je beneficence též dobrodiní/ dobřechinění. Tento princip je závazkem, kdy by každý měl konat dobro a stranit se způsobení újmy. Sestry by toto rozhodně neměly opomínat. Někdy není ani špatné, když zůstaneme nečinní (Kutnohorská, 2007). Veškeré kroky při hospitalizaci by měly být ve prospěch klienta i při dosahování jejich osobních zájmů. Mohou zde nastat i restrikce, například kdy by došlo k poškození zdravotnického personálu. To je důležité vždy předem posoudit (Munzarová, 2005).

Honzák (2011) ve své publikaci popisuje další princip a tím je autonomie neboli svébytnost. Také uvádí, že autonomie se považuje za jeden z nejdůležitějších etických principů (Honzák, 2011). Princip nám ukazuje na to, že každý má moc se chovat a jednat dle svého přesvědčení neboli osobních zásad. Pokud někdo ctí autonomii druhého, znamená to, že přijímá jeho volby jednání (Kutnohorská, 2007). Šoltés a kolektiv (2008) dodávají, že ctít autonomii druhého je chápat člověka jako lidskou bytost, která má tělesné, psychické, sociální a spirituální oblasti (Šoltés et al., 2008). Také je třeba zdůraznit, že pokud zdravotníci budou respektovat autonomii klienta, není jejich povinností se podřítit všemu, co si pacient přeje a vysloví (Kořenek, 2004).

Etický princip spravedlnosti staví do popředí rovné jednání s druhými, kteří se nacházejí v obdobné situaci, a rozdílné jednání s lidmi, kteří jsou v diferencovaných situacích. V ošetrovatelské praxi tento pojem vyjadřuje stav, že pokud mají klienti identické potřeby ve věci zdraví, měly by být saturovány totožně (Kutnohorská, 2007).

Do principů prvního řádu se řadí i informovaný souhlas. Je zde podstatné, aby se veškeré výkony, ať už diagnostické, či léčebné, prováděly pouze se souhlasem klienta. U klientů, kteří nejsou svéprávní, se souhlas získává od zákonných zástupců. U akutních stavů, které omezí člověka v udání souhlasu, se postupuje bez nich (Šoltés et al., 2008).

1.4.3 Etické principy druhého řádu

Principy, které se sdružují v druhém řádu, souvisí s etikou všedního dne (Bužgová, 2011).

Princip pravdomluvnosti vyžaduje říkat pacientům pravdu a neuvádět je v nevědomost/mylnost. Pravdomluvnost neboli veracita je důležitým principem i ve vztahu k sobě samému (Kutnohorská, 2007). Několik kultur považuje tento princip za jeden z nejdůležitějších v rámci důvěry. Každý má právo na to, aby mu nebylo lháno. V nemocnici nabírá tento princip novou koncepci v souvislosti s vyjadřováním diagnózy. Mluvíme o takzvaném faktu na nemocničním lůžku (Bužgová, 2011).

Princip důvěryhodnosti se odvolává na dodržování závazků a nutnost být jim věrný. Zakotven je i v etickém kodexu sester (Kutnohorská, 2007). Bužgová (2011) popisuje nutnost aplikace kvalitní komunikace. V ošetrovatelství by se jednalo o dodržování slibů a vstřícnost. Autorka Kutnohorská (2007) obohacuje důvěryhodnost o uchování soukromých citlivých dat a podávání pravdivých informací (Kutnohorská, 2007). V tomto principu se za samozřejmé pokládá i využívání slov jakož jsou – děkuji, dobrý den a další (Bužgová, 2011).

Věrnost a poctivost je princip, kde je podstatné být věrný závazkům, které jsme si vytyčili. Sestra by si měla uvědomit, že může dávat jen takové sliby, které je schopna následně vzít na svou osobu a vyplnit je (Bužgová, 2011).

1.4.4 Zásady podmiňující etické chování sestry

To, jak sestra přistupuje k pacientům, je ovlivněno také filozofickými směry a náboženskými názory. Svůj podíl na jejím přístupu má rozvoj etiky a teorie v ošetrovatelství. Je všeobecně známo, že z historických událostí se poučujeme v současnosti. V dřívější době bylo hlavní dokázat správně aplikovat injekci či ošetřit ránu. Nyní se do popředí dostává i psychosociální stránka, která je podstatnou součástí péče. Etika má velice intimní vztah s právním řádem, proto se chováme dle toho, co je zákonem povoleno, a naopak neděláme to, co je zakázáno. Také to, jak sestra jedná, má příčinu i v personálním vybavení a dostatku či nedostatku materiálu. V neposlední řadě ovlivňují etické jednání i osobní rysy a mezilidské vztahy na pracovišti. Toto je ovšem obtížně pochopitelné. Nelze vyvozovat závěry dle jednoho aktu, musíme brát zřetel na souvislosti (Kutnohorská, 2007).

1.5 Péče a etika ctnosti v ošetrovatelství

1.5.1 Pojetí péče

Pečování a péče o druhé je nenuceným chováním lidského bytí. Péče se spojuje i s potřebami člověka, jako jsou například potřeba lásky, potřeba být ochraňován nebo někoho chránit (Kutnohorská, 2007). Belgičtí autoři Vanlaere a Gastmans pojmenovali svoje dílo „To be is to care“, v českém znění „být je pečovat“. Péči chápou jako podstatný element v lidském životě. Dle nich má své kořeny jak v biologických mechanismech, tak i v mravních výzvách. Na péči lze nahlížet z několika hledisek. Je to postoj, kdy každý na něčem tkví. Také je to činnost, kdy někdo o někoho pečuje. Dle nich může člověk v péči nacházet i smysl života (Vanlaere a Gastmans, 2011).

Péči pokládáme za mravní konání sester, kdy mají za úkol ochraňovat a napomáhat klientům k udržení jejich důstojnosti. Za nejdůležitější morální atribut během péče je považováno rozvinutí kladného vztahu mezi sestrou a klientem. Základ péče je stavěn na mravním ideálu lidské důstojnosti, který je ukotven v představách a přáních každého z nás (Kutnohorská, 2007).

Sestra by měla během péče zastávat hned několik podstatných typů péče. Ať už je to jakýkoliv typ, vždy jsou velmi podstatné pro navázání se na druhé. Také by měla dokázat respektovat klienta, být zde pro něj v každé situaci, která to bude vyžadovat, cítit s ním a být mu nablízku (Kutnohorská, 2007).

1.5.2 Význam etiky ctnosti v ošetrovatelství

„Před nástupem do služby se podívejte do zrcadla a po službě si položte otázku: Vypadám a chovala jsem se tak, že kdybych byla pacientem, měla bych k této sestře důvěru?“ (Škubová a Chvátalová, 2004, s. 55).

V dnešním ošetrovatelství nám nezáleží pouze na tom, zdali sestra dokáže dle správných postupů provádět výkony, nýbrž mnohem více nás zajímá to, jaká je. Z tohoto faktu nelze opomenout ani etiku ctnosti. Etika ctnosti má již základy dávno v historii, kdy se jí zabýval Aristoteles. Soudobým autorem, který se věnuje etice ctnosti, je například australský filozof Stan van Hooff (Šimek, 2016).

Definovat pojem ctnost je obtížné, jedná se o velmi složitý jev (Šimek, 2016). Sokol (2019) ve své publikaci vysvětluje ctnost jako stálou morální kvalitu osobnosti, jež mu dává možnost správného konání, aniž by musel o všem, co dělá, rozjímat. Za ctnosti považuje například být spravedlivý a odvážný.

Olšovský (2018) definuje pojem ctnost jako moudrou rozumnost, pravdivý názor na realitu, dále také skutečný intelekt a znalost. Směřuje k rozmyšlením nad sebou samotným.

Brugger (2006) nahlíží na koncepci ctnosti opět nepatrně z jiného pohledu. Ctnost dle něj znamená určitou schopnost k uskutečnění konání přiměřeného bytosti. Také sděluje, že ctnost není vrozenou schopností, ale musí se k ní dospět během života vytrvalým cvičením. Není celoživotní, pokud ji nebudeme posilovat, může poklesnout nebo se úplně vytratit. Jako antonymum k pojmu ctnost je neřest. To je náklonnost k nevhodnému chování.

1.5.3 Sesterské mravní ideály

Práce sester je nesnadná a vyžaduje i určité předpoklady, které by sestry při výkonu tohoto povolání měly mít. Povolání sester se spíše přisuzuje ženám. Ženy dokáží spojit myšlenku, emoce a význam života. Během směn se sestra setkává někdy s nelehkými situacemi, které musí dokázat řešit jak odborně, tak lidsky. Níže zmiňuji pro představu několik ctností, které sestry motivují a jsou zároveň i ctnostmi profesními (Kutnohorská, 2007).

Kutnohorská (2007) uvádí, že láska k nemocnému je ctnostní, která by se v každém vztahu mezi sestrou a klientem měla objevit. Spadá do ní, že sestra dokáže porozumět pacientovým obtížím a je pro něj nadějí. Také by měla být optimistická a cílevědomá. Její kroky by měly jasně směřovat k vytčenému cíli. Tato ctnost souvisí s tvořivostí, kdy je to motivace, aby sestry hledaly i jiné způsoby řešení problémů. Nelze opomenout ani diskrétnost, ta je v povolání sester velmi důležitá, protože sestra musí umět naslouchat a zároveň mlčet (Kutnohorská, 2007). Šoltés (2008) a spol. obohacují sesterské ctnosti o otužilost. To je vysvětleno jako schopnost zvládnout psychickou a fyzickou námahu, která s povoláním vzniká. Další ctností je ohleduplnost, kde jde o to, aby sestra dokázala přijmout klienta takový, jaký je. Jeho návyky, kulturu, postižení (Šoltés et al., 2008). Sebeovládání je další podstatou u sester. Měly by dokázat umět v klidu řešit emotivně vystupňované situace. Respektování lidské důstojnosti spadá do sociálního citění. Nelze nezmínit kolegiální, ta je také jednou z velmi podstatných ctností práce sester. Každá sestra by si měla vážit druhé a respektovat její osobnost i schopnosti (Kutnohorská, 2007).

1.5.4 Ošetřovatelský model založený na ctnostech

V kapitole Etika ctností se Heřmanová (2012) zmiňuje o ošetřovatelském modelu. Janie Butts a Karen Rich vytvořily model a spojily myšlenku Aristotela a buddhismu. Model nese název *Moral Ground Model*. Při tvorbě tohoto modelu přišly se zajímavou koncepcí ctností. Spojily myšlenku Aristotela a buddhismu, kdy oba se shodují na tom, že výsledkem našeho jednání by vždy měla být pohoda. Aby každá sestra vlastnila stálou půdu pod nohama (*Moral Ground*), je nutné, aby se posouvala po cestě intelektových a mravních ctností (Heřmanová, 2012).

Dle autorek je na začátku každého konání stav, který činí sestru nespokojenou. Dle nich nemá povědomí, že její úsilí má hlubokou mravní povahu. Toto popisují jako mravní utrpení. S pojmem utrpení pracuje již zmíněný buddhismus, ze kterého autorky čerpaly. Začátečním činem k dosažení cíle by měl být vhléd. Sestra by si v této chvíli měla uvědomit, že to, co dělá, je správné, a utrpení, kterým prochází, je možné přetvořit. Následující stopa je praktická moudrost. Ta dává schopnost činit správná rozhodnutí. Moudrost a vhléd se řadí do intelektových ctností (Heřmanová, 2012).

Do mravních hodnot řadíme hned několik ctností, které sestře pomohou udržovat pevnou půdu pod nohama. Pravdomluvnost má zde své opodstatněné místo. Dále jemnost, kterou se rozumí správná komunikace, bez urážení, soucit a laskavost. Spravedlivá štědrost je ctnost, kdy je důležité dávat všem stejně. Patří sem i statečnost, kdy sestra musí potlačit obavu a směřovat k cíli. Poslední neopomenutelnou mravní ctností je vyrovnanost (Heřmanová, 2012).

1.6 Etický kodex sester

Morální předpisy hrají u u sester důležitou úlohu. Obsahují pokyny doporučeného jednání a chování, které jsou vyžadovány a považují se i za profesionální závazek. Organizace, u nás to může být například Česká asociace sester (ČAS), udávají cíle, kterých má být dosaženo. Kroky k cíli jsou usměrňovány právě morálními předpisy. Shrnutí předpisů, jež jsou vždy v souladu se zákonem, se označuje jako etický kodex (Bužgová, 2011).

Malíková (2011) ve své publikaci uvádí, že v roce 1953 byl akceptován etický kodex Mezinárodní radou sester (ICN), ve kterém jsou stanoveny hlavní etické zásady pro sestry na celém světě. Během své existence byl opětovaně přezkoumáván a přijímán. Autorka Jurásková (2011) dodává, že v České republice byl uznán Českou asociací sester 29. března v roce 2003.

Sestry zastávají několik důležitých posláních během své praxe. Do jejich úkolů patří péče o zdraví, prevence nemocí, restituce zdraví a tlumení utrpení (Kelnarová a Matějková, 2014). Důležitou součástí péče o pacienty je právo na zachování jejich důstojnosti, přístupování k nim s úctou a dále nárok na respektování lidského bytí. Péče poskytovaná ve zdravotnictví je stejná pro všechny klienty, nezávisí na jejich věku, barvě pleti ani zdravotním stavu a neovlivní ji ani národnost či společenské postavení

a kultura (Adib-Hajbaghery a Aghajani, 2015). Malíková (2011) dodává, že péče je poskytována jedincům, rodinám, skupinám a spolupracuje i s jinými obory.

Etický kodex pro sestry, který vytvořilo ICN, je rozčleněn do 4 hlavních částí. Každý článek udává předpisy mravního chování pro sestry (Ferri et al., 2015).

První článek nese název „Sestry a lidé/občané“. Zde je zmíněna zodpovědnost za klienty, kterým sestra poskytuje péči. V souvislosti s touto péčí má sestra za úkol vytvořit prostředí, kde se budou brát v potaz lidská práva, vyznání jedinců, rodin a komunit, dále jejich spirituální přesvědčení a návyky. Sestra má také za úkol podávat uspokojivé informace každému jedinci, z nichž pak může plynout souhlas s léčbou (ČAS, © 2017). Vondráček a Wirthová (2009) se shodují na tom, že sestra musí dokázat uchránit informace od klientů a rozhodnutí, jak a s kým tyto informace sdílet, může učinit až po svědomité úvaze (Vondráček a Wirthová, 2009). Sestra má svou odpovědnost i za posilování aktivit, které vedou k ukojení zdravotních i sociálních nároků jedinců (ČAS, © 2017).

V druhém článku, který nese název „Sestry a jejich práce/praxe“, najedeme povinnost sester se kontinuálně vzdělávat a nést zodpovědnost za poskytovanou péči. Sestra musí dbát o svůj zdravotní stav, aby nebyla limitována v poskytování péče. Musí také dokázat zvážit své schopnosti a vzdělání při plnění zadaného úkolu. Totéž musí dokázat i u jiných osob, kterým předává své povinnosti. Měla by působit důvěryhodně, dodržovat zásady dobrého chování (ČAS, © 2017). Malíková (2011) v této části popisuje i důležitost toho, že i přes veškeré využívání moderních přístrojů či nových postupů musí sestra respektovat lidskou důstojnost a práva jedinců (Malíková, 2011).

Třetí článek má název „Sestry a jejich povolání“. V této části Malíková uvádí, že sestra by se měla dobrovolně podílet na vývoji nových, vědecky podložených odborností. Díky profesním sdružením by měla sestra rozvíjet a zachovávat poctivé sociální a pracovní poměry v ošetrovatelství. Má také roli rozhodovací, při které rozhoduje o ošetrovatelských činnostech, bádání a vzdělávání (Malíková, 2011).

Poslední, čtvrtý článek „Sestry a jejich spolupracovníci“ se týká toho, že by si sestra měla zakládat na kladných vztazích na pracovišti. Pokud si bude vědoma, že jiný spolupracovník ohrožuje jedince na péči jím poskytované, měla by ho správnými kroky ochránit (ČAS, © 2017).

1.7 Etický kodex práva pacientů

Práva pacientů jsou nelehko uchopitelnou látkou v postkomunistických státech. Jsou poutavá v ohledu teoretické etiky. Je zde zohledněn vztah mezi morálkou a právními zásadami (Šimek, 2015). Dříve z důvodu paternalistického přístupu mezi lékařem a klientem nebylo potřeba vypracovávat práva pacientů. Klient byl příjemce péče. První etický kodex byl vytvořen lékárníkem Andersonem z Virginie v roce 1971. Během následujících let byly postupně vytvářeny diferencované řady etických kodexů (Haškovcová, 2007).

Je důležité zmínit, že i přestože mají pacienti svá práva, mají také své povinnosti. Každý člověk by měl dbát na svůj zdravotní stav, respektovat léčebný a stravovací rozvrh. Klient by také měl vždy říkat ošetřujícímu personálu pravdu (Haškovcová, 2007).

V České republice byl etický kodex práv pacientů navrhován podle příkladu práv publikovaných v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod. Byly vzaty v úvahu i české zvláštnosti a návrhy odborného obecního. Konečná česká verze byla vydána Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR 25. února v roce 1992 a následně s ní byla obeznámena celá společnost (Haškovcová, 2007).

„Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud

existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral“ (MPSV, © 2019). Následující práva pacientů jsou uvedena, viz příloha č. 3.

1.8 Člověk a lidská důstojnost

Dbát na ochranu a respekt bazálních práv člověka, konkrétně na lidskou důstojnost, je základní povinností sester v ošetrovatelské praxi (Avestan et al., 2019). Pokud se povinnost chránit lidskou důstojnost dostane do střetu s jinými hodnotami a ustanoveními v právu, nastane eticky dilematický stav. Ve zdravotnictví je na lidskou důstojnost kladena obrovská emfáze (Kutnohorská, 2007). Zdravotnictví je v dnešní době velmi vyspělé. Rozvoj moderních technologií přinesl ale i častější etická rozhodování. Pacienti jsou někdy vystaveni obrovské zátěži v ohledu na jejich lidskou důstojnost. Jsou situace, kdy nemají šanci na zlepšení svého zdravotního stavu, ale v dnešní medicíně jsme i tak schopni prodlužovat jejich bytí o dny, měsíce i třeba roky. Zde se do popředí staví otázka, zda nemá přednost kvalita života nad kvantitou, aby byla zachována lidská důstojnost (Šimek a Svobodová, 2008).

Vehementně se o lidské důstojnosti začalo hovořit po skončení druhé světové války a její vymezování se začalo objevovat stále více (Kutnohorská, 2013). Byla stanovena v několika legislativních dokumentech, které se pojí se zdravotní péčí (Šimek et al., 2012). „Název *Bioetické konvence je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Lidská důstojnost je zmiňována ve Všeobecné deklaraci lidských práv (1948), na níž se odvolávají mnohé předpisy a kodexy v oblasti medicíny dodnes (Amsterodamská deklarace – Deklarace práv pacientů v Evropě, Deklarace práv onkologických pacientů, Dokument Rady*

Evropy k péči o smrtelně nemocné – Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících z roku 1999, Etický kodex České lékařské komory, Kodexy pracovníků ve zdravotnictví“ (Šimek et al., 2012, s. 23).

Je obtížné definovat koncept lidské důstojnosti. Máme k dispozici spousty odborných textů, které se i tak liší v jejím vymezení a chápání (Avestan et al., 2019). Avšak i přesto pracujeme s pojmem lidská důstojnost jako se známým (Šimek et al., 2012). Svobodová (2012) v publikaci vymezuje lidskou důstojnost jako koncept, který je odvozen z latiny, kde dignus nebo dignita znamená nutnost respektu, být poslušný úcty a pocty. Dále uvádí, že v anglickém výkladovém slovníku objevíme důstojnost pod pojmem dignity, která vyjadřuje váženost nebo úctyhodnost. Už v tomto vymezení není jasná shoda a významů je více. Některé jsou neurčité, vícevýznamové nebo i sporné. Můžeme ale říci, že lidská důstojnost náleží každé osobě jako příslušníku svého rodu (Svobodová, 2012). Nelze ji proto připisovat pouze zdravým, silným osobám. Na důstojnost mají nárok i slabí, nezdraví a starší lidé (Šimek a Svobodová, 2008).

Je i složité vymezit, co znamená, pokud je ctěna lidská důstojnost, a kdy se naopak jedná o situace jejího narušení (Milfait, 2012). Pro dnešní populaci je lehčí říci – to není důstojné. Co je ale důstojné se vymezuje složitěji. Kde je ona hranice? Hranice ve skutečnosti žádná není. Důstojnost odvozujeme pouze z morálních zásad, kulturních zvyklostí, postojů k životu nebo jen na podkladě empatického jednání. Představu o lidské důstojnosti má také každý jinou. Každý člověk má možnost o sobě rozjít, určovat si své chování, jednání a řídit svůj život. Tyto vlastnosti také formují důstojnost. Základ důstojnosti během života spočívá v tom, že nikdo nemá právo nám do života zasahovat (Kutnohorská, 2013).

1.8.1 Formy lidské důstojnosti

Jak již bylo výše zmíněno, koncept lidské důstojnosti není jednoznačně definován a je na něj pohlíženo z několika pohledů. V roce 2003 byl uskutečněn projekt, který se nazývá „Důstojnost a starší Evropané“. Ten v rámci důstojnosti určil čtyři formy, které celý koncept popisují. Jsou jimi důstojnost zásluh, mravní síly, dále osobní identity a poslední čtvrtá forma Menschenwürde (Kalvach, 2011).

První forma je důstojnost zásluh. Tento druh důstojnosti je lidem přisuzován na základě jejich rolí nebo pozicí ve společnosti. Také ho můžou nabýt díky svým skutkům, kterých dosáhli. V tomto druhu důstojnosti se odráží i ekonomické a společenské postavení (Šimek a Svobodová, 2008). Pokud člověk ztratí pozici, kterou zastával během svého života, může i důstojnost zásluh poklesnout (Kalvach, 2011).

Druhá forma se nazývá důstojnost mravní síly. Pokud jsou lidé morální a dokáží jednat dle svých morálních podstat, dostává se jim uznání od okolí, pak se mluví o důstojnosti mravní síly (Šimek a Svobodová, 2008). Nelze říci, že by tento druh měl opět každý a není ani stálý. Mění se zároveň s jednáním osoby v nestejných situacích a pod odlišnými podobami nátlaku (Kalvach, 2011).

Důstojnost osobní identity je třetí forma, která nabývá důležitosti především u starší populace (Šimek a Svobodová, 2008). Je spjata s dlouholetou a celoživotní totožností člověka. Je v kontextu s odpovědností, sebehodnocením a sebeúctou. Hlavními součástmi je také uvědomění svého já, socializace, nalezení a saturování smysluplnosti našeho bytí (Kalvach, 2011).

Menschenwürde neboli důstojnost lidské bytosti je nejdůležitějším pojetím ve zdravotnictví. Především tři koncepty jsou pacientům připisovány nerovnoměrně. Menschenwürde lze chápat jako lidství. Je to něco, co náleží každé osobě ve stejné míře bez ohledu na chování, zásluhy a další. Nelze ji ztratit po celou dobu bytí (Svobodová, 2012). Nemohou ji ztratit ani ti, kteří si nemusí z jakéhokoliv důvodu uvědomovat etickou souvislost dění. Jsou to osoby v bezvědomí nebo s těžkým mentálním opožděním (Kalvach, 2011).

1.8.2 Zdroje lidské důstojnosti

Svoboda rozhodování je důležitým prvkem pro zachování lidské důstojnosti. I pro ty, kteří již nemohou činit z jakéhokoliv důvodu svá rozhodnutí, platí princip důstojnosti. Každé osobní chtění se ale nerovná lidské důstojnosti. Je to pouze tehdy, když v něm lidé objevují uskutečnění a naplnění smyslu. Sebeurčující volnost je myšlenka, která sděluje, že za svobodného se lze považovat, jestliže nejsem ovlivňován okolím a jednám dle svého uvážení (Kutnohorská, 2013).

Participace je dalším zdrojem lidské důstojnosti. Participaci lze definovat jako zapojení se do životních aktivit kolem sebe. Má důvěrný vztah s lidskou důstojností. Aby došlo k pocitu naplnění lidské důstojnosti, měl by se klient zapojovat do rozhodování o svém bytí a i péči, která je mu poskytována. Pokud participaci nelze uskutečňovat, je zde riziko, že se to dotkne lidské důstojnosti (Kutnohorská, 2013).

Špaček (2010) definuje etiketu jako souhrn zásad sociálního chování. Etiketa se velmi pojí k morálce, která také bádá v oblastech sociálních vztahů, v oblasti respektování hodnot ostatních jedinců i kultur. Nelze etiketu považovat za vědu, ale pouze za soubor předpisů (Špaček, 2010). Pokud u některých osob chybí morální způsob jednání, může se to opět dotknout lidské důstojnosti. Tu lze oslabit nevhodnou komunikací, kam se řadí i neverbální forma. Dalším oslabujícím faktorem v nemocnicích je nevhodné oslovení a pozdravy, také nenaslouchání a výpadek empatie (Kutnohorská, 2013).

Sýkorová (2007) ve své publikaci popisuje, že koncept autonomie je probírán v několika oborech a využívá se v mnoha významech. Je podstatné zmínit, že ačkoliv je na autonomii nahlíženo z více perspektiv, důležitým a společným rysem je uznání autonomie a chtěné kvality člověka (Sýkorová, 2007). Kutnohorská (2013) uvádí, že autonomie pochází z řečtiny, kde *autos* je samo a *normos* jsou pravidla. Znamená to tedy jednat dle vlastních zásad. Také je možné říci, že autonomie je definována jako nezávislost, samostatnost či schopnost volby. Je to možnost vést a usměrňovat svou každodenní existenci podle svých představ a zásad. Pokud má pacient tuto možnost, dostává se u něj do popředí pocit zachování samostatnosti, která je důležitým zdrojem pro lidskou důstojnost (Kutnohorská, 2013). Ve zdravotnictví se autonomie stává neoddělitelným elementem péče co nejdéle a v největší míře. Nikdy nesmí sestra opomenout přání klienta (Bužgová, 2015). Pokud již není ve stavu, že může být zcela samostatný, je důležité jeho autonomii posilovat. Sestra má od klienta vyžadovat spoluúčast na ošetrovatelských činnostech počínaje hygienickými úkony až po stravování (Östlund et al., 2019). Pokud bude sestra brát v potaz právo na autonomii, je to jedna ze schopností, jak klientovi projevit úctu a uznávat jeho lidskou důstojnost (Kutnohorská, 2013).

Pokud chceme akceptovat důstojnost klientů, je důležité k nim přistupovat s úctou, to je další zdroj lidské důstojnosti. Úctu lze pojímat jako ocenění nebo uznání druhého člověka, ať už se jedná o ocenění za jeho postavení či jeho kvality aj. Lze ji prokázat

slovně nebo gesty. Tím, že dokážeme přistupovat k pacientům s úctou, ukážeme jim, jakou v nich spatřujeme hodnotu. Albert Schweitzer pokládal úctu k bytí za nejvyšší etický princip. Řadí do něj lásku, věrnost a smilování (Kutnohorská, 2013).

Dalším zdrojem lidské důstojnosti je potřeba uznání. Lidé testují svou hodnotu zejména tehdy, když na ně okolí kladně nahlíží. Pokud vidíme, že je nám okolí nakloněno, jsme poté přesvědčeni o smyslu svého bytí (Kutnohorská, 2013).

1.8.3 Historický výklad lidské důstojnosti

Již v historii neexistoval jednotný náhled na koncept lidské důstojnosti. Je několik různorodých interpretací a objasnění. V historii se rozvíjela spousta filozofických zaměření a škol a každá z nich pohlíží na lidskou důstojnost v jiném rozměru (Svobodová, 2012).

Nejednoznačnost v definici pojmu lidské důstojnosti spočívá také v její nejasné obsahové charakteristice. Důstojnost lze rozdělit na dvě základní části. Důstojnost inherentní a kontingentní (Svobodová, 2012). Inherentní nebo také ontologická důstojnost si přivlastňuje respekt morálního zřetele komplexně pro všechny osoby. Plyne ze samotného základu lidského života. Přisuzujeme ji každé osobě již od jejího narození. Neformuje se na základně okolností (Rodríguez-Prat et al., 2016). Kontingentní neboli sociální důstojnost má poněkud jiné vysvětlení. Člověk se s ní nenarodí, přisuzuje se na základě kvalit člověka, postu v sociálním světě, výkonu a celkově je brán v potaz způsob bytí. S tímto faktem se ztotožňují antičtí filozofové. Staví do popředí otroctví a tvrdí, že lidská důstojnost nemůže být přisuzována každému (Svobodová, 2012).

1.8.3.1 Důstojnost a filozofové

Giovanni Pico della Mirandola

Renesanční filozof, který žil v době 1469–1494 (Šimek et al., 2012), spojuje lidskou důstojnost s možností zvolit si postup svého bytí a odpovědnost za svůj osud (Munzarová, 2011b). Ostatní stvoření mají svoji podstatu přirknutou. Například veškeré rostliny jsou charakteristické neinteligentností a nic nepocítující podstatou.

Podstata u zvířecích tvorů je na základě nerozumnosti a smyslech podřízené duši. Miranda připouští, že člověk má během své existence možnost mít podstatu rostlin i zvířete, ale také vlastní potenciálnost žít tak, aby jeho bytí mělo smysl (Šimek et al., 2012).

„Nakonec se mi zdálo, že jsem pochopil, proč právě člověk je tím nejbláženějším, a tedy i nejobdivuhodnějším mezi živými tvory, a jaké je to postavení, které mu připadlo v uspořádání veškerenstva a které mu mohou závidět nejenom nerozumná stvoření, ale i hvězdy a myslí prodlévající nad tímto světem. Je to věc neuvěřitelná a podivuhodná. A jak by také nebyla? Vždyť právě ona je tím důvodem, proč se o člověku oprávněně nejenom říká, ale i skutečně soudí, že je to velký div a živá bytost hodná pravého obdivu“ (Šimek et al., 2012, s. 24).

Svobodová (2012) dodává, že výklad Mirandoly je chápán jako vzdělávání lidí a možnost vystupovat na kvalitativním žebříčku výše a nesnižovat se na stupeň zvířete.

Marcus Tullius Cicero

Koncept lidské důstojnosti obohatil Marcus Tullius Cicero (106–43 před Kristem). Důstojnost vysvětluje jako autoritu člověka, kdy by každý měl mít určitou všímavost a uznání od ostatních. Pozice a pověst lidské důstojnosti by měly být spjaty s nejlepšími atributy konkrétního člověka (Munzarová, 2011a). Svobodová (2012) ve své publikaci dodává, že Cicero považuje lidskou důstojnost za přirozenost lidí a staví osoby před jiné živé organismy.

Thomas Hobbes

Anglický filozof Thomas Hobbes žil v letech 1588–1679 a lidskou důstojnost posuzuje u osob na základě jejich chování během existence. Připisuje jí hodnotu dle postu ve společnosti, moci, majetku, ale i na bázi určitého talentu, který člověk vlastní. Také pokud člověk disponuje dobrými vlastnostmi, měl by právo na důstojnost. To, zda má člověk právo na lidskou důstojnost a bude mu přiřazena, posuzuje okolní společnost (Munzarová, 2011a).

Jan Patočka

Za zmínku stojí i Jan Patočka (1907–1977), který je českým představitelem filozofie. Jeho náhled na lidskou důstojnost je opět jiný než u ostatních uvedených filozofů. Podstatu lidské důstojnosti pozoruje ve skutečnosti, že člověk je individuálním autorem smyslu ve vesmíru a tím „osmysluje svět“, který by jinak neměl smysl. Spolu s Martinem Heideggerem pozoruje v souvislosti i smysl osobní morality, která vzrůstá z uvědomění si smrtelnosti a nutnosti své závěrečné bytí zaplnit jakýmkoliv významem (Šimek et al., 2012).

Immanuel Kant

Považujeme ho za jednoho z nejpopulárnějších zástupců západní filozofie (Popovičová, 2009). Byl to německý filozof 18. století (Svobodová, 2012). Konceptem lidské důstojnosti se zabíral například v díle „Metafyzika mravů“, které rozdělil na dva celky – „nauku o právu a nauku o ctnosti“ (Popovičová, 2009).

V prvním celku Kant popisoval úkoly osob k sobě samým. Podstatu viděl v tom, že člověk má dvě strany. Na první je člověk jako smyslová postava a na druhé intelektuální postava, která prosperuje morální volností. Úkoly k sobě vysvětlil, že morálně volný člověk sobě udává zákony jako bytosti. Druhý celek popisuje závazky k ostatním bytostem. Do popředí stavil nutnost lásky a úcty. Také zde zmínil, že pokud jsme lidé, znamená to samo o sobě lidskou důstojnost. Co narušuje nutnost úcty, vidí v pýše a potupě (Popovičová, 2009).

Kant se neztotožňoval v souvislosti s lidskou důstojností s přesvědčením o Bohovi a náboženstvím. Dle něj je podstatou naší lidské důstojnosti náš rozum, jinak řečeno, možnost si určovat vlastní morální chování, jednání a autonomii. Jakožto mravní autonomní jedinci si sami sobě určujeme morální pravidla. Nelze jedince považovat pouze za element v systému přírodně příčinných podmínek, ale vymezuje sám sebe jako smysl sám o sobě. Vždy je proto důležité tento smysl brát v potaz a nedovolit, aby se jedinec stal holým předmětem pro saturaci jiných smyslů (Svobodová, 2012).

Tato idea je vyslovena ve stylizaci důrazného imperativu: „*Jednej tak, abys použil lidství nejen ve své osobě, jako i v osobě někoho jiného, pokaždé jako cíl, nikde jen jako prostředek*“ (Svobodová, 2012, s. 74).

Peter Singer

Popovičová (2009) ve svém článku uvádí, že lidské důstojnosti je v celém právu přisuzována kladná právní povaha. Avšak bylo i zmíněno, že na koncept lidské důstojnosti není vždy nahlíženo stejně. Pro příklad proto zmiňují i australského filozofa Petera Singera, který je jedním z těch, kdo nahlíží na význam lidské důstojnosti z negativního pohledu. Dle něj je to pramen rasizmu – speciecizmu. Nelze přiřknout lidskou důstojnost někomu, ale dalšímu nikoliv na základě nějakých mravně zcela irelevantních charakteristik. Napsal dílo „Praktická etika“, kde staví své argumenty proti všem dosud známým lidsko-právním spisům. Dle něj je konverzace o lidské důstojnosti nebo mravní ceně nedostačující. Neztotožňuje se ani s názorem, že lidská důstojnost přísluší osobám nebo jim poskytuje privilegovanou pozici vůči dalším žijícím tvorům. Vysvětlení konceptu lidské důstojnosti od Singera se dočkalo obrovské kritiky (Popovičová, 2009).

1.8.3.2 Důstojnost a náboženství

Pro větší a objektivnější názor ohledně lidské důstojnosti stojí za zmínku i teologický výklad (Popovičová, 2009). Monoteistická náboženství, kam řadíme judaismus, křesťanství a islám, kladou na lidskou důstojnost velký důraz. Podstatu vidí v tom, že lidé jsou stvořeni k obrazu Božímu (Munzarová, 2011a). „*Bůh řekl: Učiňme člověka, aby byl naším obrazem podle naší podoby*“ (Munzarová, 2011a, s. 53). Svobodová (2012) uvádí, že křesťanská tradice vyzdvihuje nedotknutelnost člověka. Lidská důstojnost neurčuje závěrečný cíl, ale předpoklad pro možnost ušlechtilého bytí. Pokud se bude člověk chovat dle Božího přikázání, nemůže být důstojnost narušena (Svobodová, 2012). Na koncept lidské důstojnosti je zde nahlíženo v inherentním smyslu (Munzarová, 2011a). Jako příklad ze zdravotnictví lze uvést mínění, že už i lidské embryo má nárok na svou důstojnost, potrat se v křesťanské tradici považuje za významný přestupek (Svobodová, 2012). Významně se katolická církev začala zaobírat lidskou důstojností až v posledním desetiletí. V medicínských slibech a kodexech ze zóny islámu je lidská důstojnost připodobňována do dnešních dnů (Munzarová, 2011a). „... *při vykonávání své profese budu mít v úctě Boha; budu mít respekt k lidskému životu ve všech jeho stádiích a za všech okolností a budu dělat vše pro to, abych jej zachraňoval od smrti, nemoci, bolesti a úzkosti; budu podporovat důstojnost lidí ...*“ (Munzarová, 2011a, s. 54).

1.9 Udržování a narušování lidské důstojnosti v práci sestry

Ochrana lidské důstojnosti náleží každému z nás, jak zdravým, tak i nemocným. Ti, kdo se nacházejí v nemocničním prostředí jako příjemci péče, jsou vystaveni riziku ztráty důstojnosti ve větší míře. Jsou momentálně závislí na péči a sebemenší chybný krok ze strany personálu může vést k narušení klientovy úcty a důstojnosti (Raee et al., 2017).

Zachovat lidskou důstojnost a úctu je jedním z nejdůležitějších etických komponentů práce sestry v péči o klienty. Dá se to považovat za příslib, který by sestra měla mít na mysli při každém úkonu, který vykonává. Vždy by měla brát v potaz hodnoty klienta a jeho zájmy, měla by ho nechat rozhodovat o činnostech s ním spojených, vyloučeno by mělo být ponižování pacienta či lhostejnost k jeho zdraví, životu (Bužgová, 2011). Měla by sdělovat klientům pravdu, neměla by je uvádět v omyl a měla by respektovat jejich práva (Kadivar et al., 2018).

Povolání sester je náročné jak po psychické, tak fyzické stránce, ale nikdy by neměl být opomenut fakt, že středem péče je člověk. Je nutné umět porozumět jeho emocím, obavám, ale i studu, věnovat klientovi čas a nechat ho zapojit se do ošetrovatelských činností (Bužgová, 2011).

Nedílnou součástí přístupu ke klientům při zachování jejich lidské důstojnosti je mít na zřeteli jejich autonomii. Autonomie, jak bylo již výše zmíněno, vystihuje možnost být pánem svého způsobu života. Ve zdravotnictví by se také jednalo například o zachování vlastní identity a možnost nežít pouze pacientskou roli. Proto bereme v potaz jeho přání, hodnoty, názory, ale i dřívější zkušenosti, které již mohl mít z předchozích hospitalizací. Klientovi, který není fyzicky autonomní, to znamená, že se nemůže aktivně podílet na ošetrovatelských činnostech, avšak může zůstat alespoň psychicky autonomní, dáváme alespoň prostor v plánování činností, které u něj mají být uskutečněny (Šamánková, 2011). K pacientovi jevícímu známky demence, jenž se nemůže plně zapojit do rozhodování o své péči a léčbě, musí sestra přistupovat s úctou, musí mu zajistit kvalitní a důstojnou péči, zvolit adekvátní komunikaci, vhodnou stimulaci a v neposlední řadě zajistit, aby klient nebyl izolován od denního režimu (Bužgová, 2011).

Další neopomenutelnou podstatou pro zachování lidské důstojnosti je vhodná, profesionální a efektivní komunikace (Borhani et al., 2016). Pro dnešní dobu je příznačná nedostatečná komunikace ze strany profesionálů ve zdravotnictví. Čím dál více se ukazuje, že není dostatek časového prostoru a ochoty pro komunikaci (Pavlovič et al., 2008). Klienti se pak často dostávají do úzkostných stavů z důvodu, že jim nikdo není schopen podat kvalitní a pro ně uchopitelné informace (Borhani et al., 2016). Už jen tím, že si sestra na klienta dokáže udělat čas a probere s ním vše, co ho zajímá, vyjádří mu respekt a úctu (Bužgová, 2011). Neopomenutelnou součástí je správné oslovování klientů. Nikdy, pokud si to klient sám nevyžádá, by ho sestra neměla oslovovat křestním jménem, neměla by mu tykat či používat zdrobněliny. Dále by sestra neměla dávat najevo, že někam spěchá. Komunikaci je vhodné nepřerušovat a neskákat do řeči. Důležité je projevit zde empatii, sestra by měla klientovi dát najevo, že soucítí s jeho stavem a problémem, který se jí snaží klient sdělit. Dále by měla sestra vždy volit slovník odpovídající klientovu vzdělání a chápání, tedy nepoužívat odborné termíny. Pokud už ho sestra použije, vždy by měla objasnit, co znamená, a vyžadovat zpětnou vazbu pro ujištění, že klient vše pochopil (Holmerová, 2011). Pokud sestra nebude s klientem dostatečně komunikovat, vystavuje se situaci, že dojde ke vzájemnému nepochopení a následné nespolupráci (Šamánková, 2011).

Sestra by nikdy neměla dávat najevo nezáměr. Ten většinou pramení z důvodu časového omezení nebo i syndromu vyhoření, který zdravotnické povolání může postihnout. Nezáměr je značným pochybením při péči o klienty. Proto je zásadní se toho vyvarovat. U klienta takový přístup vzbuzuje despekt a má pocit, že je na obtíž. I to může narušit lidskou důstojnost (Bužgová, 2011).

Sestra by se také měla vyhnout tzv. diferencovanému přístupu. Každý klient by měl dostat péči adekvátní jeho stavu, nikdy by sestra neměla nikoho upřednostňovat před druhými na základě sympatií či rasy. Další chybou také je, pokud si všímá pouze biologických potřeb a neuznává holistický přístup. Opomíná, že klient má i sociální a spirituální potřeby. Klienti mohou v souvislosti s hospitalizací, léčbou i péčí pociťovat strach nebo mohou být i smutní, že již delší dobu nebyli navštíveni rodinnými příslušníky (Bužgová, 2011).

Etický přístup, který vzbuzuje úctu ke klientovi, je aktivní ošetrovatelská péče. Sestra by měla aktivně vyhledávat i ty potřeby, které jí klient sám nesdělil, a to z jakéhokoliv důvodu, jímž může být například stud. Tento problém je často u seniorů, kteří jsou většinou pouze příjemci péče a nechtějí se vystavovat pocitům, že by byli personálu na obtíž (Bužgová, 2011).

Do práce sester patří i správné jednání s rodinou. I to je projev úcty (Šamánková, 2011). Sestra musí projevit náklonnost jak ke klientovi, tak k jeho rodině. Nevhodné chování a komunikace s blízkými je považováno za stejný přestupek, jako by se jednalo o klienta samého (Bužgová, 2011).

Pokud bude sestra dbát na správný přístup ke klientům, bude také v péči zohledňovat lidskou důstojnost a úctu, zajistí tím kladnou odezvu z klientovy strany. Klient bude mít pocit, že je součástí péče, ne pouze pasivní příjemce. Jeho sebevědomí a důvěra k personálu budou na vyšší úrovni. Také se pak dokáže lépe vyrovnat s problémy a bude mít pocit smysluplnosti. Bude mít objektivnější náhled na budoucnost a nebude jednat ukvapeně. Pokud ale bude narušena lidská důstojnost a zdravotnický personál nebude klást důraz na správný přístup, může to mít i negativní dopad na klienta. Může to vést až ke spirituálnímu a psychickému strádání, deficitu vůle se podílet na péči a snažit se s problémy bojovat (Kadivar et al., 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

C1: Zmapovat představy sester o pojmu lidská důstojnost a jeho aplikaci v každodenní praxi.

C2: Zmapovat možnosti vzdělávání pro sestry v etické oblasti.

C3: Pozorovat, jaký mají sestry přístup k seniorům v ošetrovatelské praxi.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jaké jsou představy českých sester o pojmu lidská důstojnost?

VO2: Jaké jsou představy německých sester o pojmu lidská důstojnost?

VO3: Jakou možnost mají české sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti?

VO4: Jakou možnost mají německé sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti?

VO5: Jaký mají přístup české sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení?

VO6: Jaký mají přístup německé sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení?

2.3 Operacionalizace pojmů

Tato podkapitola je věnována pojmům, které se vyskytují v cílech a výzkumných otázkách této práce a nejsou prozatím více definovány a rozebrány v teoretické části.

Pojem lidská důstojnost je podrobně rozebrána v teoretické části práce. Nyní bych ráda definovala pojem senior. Výzkum se orientuje právě na tuto věkovou kategorii, kdy se lidská důstojnost stává zranitelnější.

Definovat pojem senior není vůbec snadné. Má mnoho možností označení, např. geront, důchodce a jiné. I přesto si každý dokáže vybavit reprezentanta této skupiny. Můžeme pod termínem senior vidět člověka, který má typické fyziologické změny, ztrátu autonomie nebo odchod do důchodu. Avšak jediným ukazatelem, který se stal všeobecně uznávaným, je kalendářní věk (Janiš a Skopalová, 2016). Haškovcová (2012)

uvádí, že za platné se považuje rozdělení věku dle WHO. Zralý/ střední věk je vymezen od 45 do 59 let. Další několikaleté rozmezí se nazývá rané stáří, někdy také vyšší věk (60–74 let). Od 75–89 let se jedná o senium, také nazývané vlastní stáří. Věk nad 90 let je označován jako dlouhověkost (Haškovcová, 2012).

3 Metodika

V této kapitole je popsána zvolená metoda i techniky sběru dat, jež byly v práci využity. Také bude zmíněno, kdo tvoří výzkumný vzorek.

3.1 Metodika výzkumu

V práci bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření z důvodu jeho předností, které se pro mou práci jeví jako vhodné. Ve své publikaci Hendl (2008) uvádí, že je kvalitativní výzkum velmi oblíben v sociálních vědách. Jeho přednostmi jsou především možnost okamžité reakce při sběru dat a kontaktu s respondentem. Umožňuje najít ve zkoumaném jevu souvislosti. Díky kvalitativnímu přístupu můžeme získat detailní charakteristiky, a to ať již jednotlivců, či skupin. Jednou z výhod pro zkoumané také je, že výzkum probíhá v prostředí, jež je pro ně přirozené a příjemné (Hendl, 2008).

V této práci byly zvoleny dvě techniky sběru dat, a to polostrukturovaný rozhovor a skryté pozorování. Hendl a Remr (2017) uvádí, že rozhovor se řadí k nejčastěji využívané technice v kvalitativním výzkumu. Spočívá v kladení otázek respondentovi, který se zúčastnil výzkumného šetření, a následně v získávání informací o zkoumané oblasti. Pozorování je pro jedince známou metodou, protože patří mezi denní činnosti lidí. Badatelé mají předem vymezený jev, o kterém chtějí získat potřebné informace. Je to vhodná doplňující metoda například právě k rozhovorům, kdy potřebuje badatel zjistit skutečnost. Při rozhovoru nemusí každý respondent říkat pravdivé informace o svém působení. Mnohdy nekonají to, co tvrdí, a konají to, co netvrdí (Hendl a Remr, 2017).

Rozhovory byly vedeny se sestrami pracujícími se seniory jak v českém, tak německém prostředí. Každá sestra byla informována o důvodech, proč je s ní veden rozhovor, také o jeho anonymitě a zároveň byla nabídnuta i možnost rozhovor kdykoliv ukončit. Veškeré výpovědi byly poznamenávány tak, aby nenarušovaly průběh rozhovoru. V některých případech bylo využito nahrávací zařízení. Všechny rozhovory byly uskutečněny od prosince 2019 do února 2020. Otázky pro vedení polostrukturovaných rozhovorů jsou uvedeny v přílohách této práce. V českém prostředí byly rozhovory prováděny na sesterně, kde bylo vždy umožněno naprosté soukromí. V německém prostředí byly rozhovory prováděny na lékařském pokoji, kde bylo též zajištěno soukromí. Veškeré otázky v rozhovoru byly kladeny tak, aby byly pochopitelné pro

každou zdravotní sestru, která se pohybuje ve zdravotnictví. Všechny rozhovory trvaly okolo 50–70 minut a byly následně transkribovány do programu Microsoft Word. Poté byly zpracovány metodou tužka – papír a kategorizovány. Rozhovory nebyly vázány na pozorování. U některých sester bylo pozorování prováděno po rozhovoru, u některých naopak. Dopředu byl vytvořen pozorovací arch, který je uveden v přílohách této práce. Jednalo se o skryté pozorování, kdy sestry pracovaly, aniž by byly ovlivněny mou přítomností. Po jeho ukončení byly sestry o tomto faktu informovány, žádná z nich neprojevila nesouhlas s následným zpracováním. Během pozorování se neobjevil problém či situace, kterou by nebylo možné zaznamenat. Pozorování bylo prováděno v termínu jako rozhovory, a to od prosince 2019 do února 2020.

3.2 Výzkumný soubor

V empirické části jsou vedeny rozhovory s 20 sestrami pracujícími se seniory a dále bylo uskutečněno skryté pozorování týchž sester. První výzkumný vzorek tvoří 10 českých sester, které pracují na oddělení dlouhodobě nemocných v okresní nemocnici na Vysočině. Druhý soubor tvoří 10 německých sester, působících na nestátní geriatrické klinice v Mnichově. Oddělení, kde sestry působí, byla vybrána především z důvodu stejné škály klientů. Níže jsou uvedeny identifikační tabulky sester, kde je uveden jejich věk, pohlaví, délka praxe a také jejich nejvyšší dosažené vzdělání.

Tab. 1 Identifikační tabulka českých sester

Identifikační tabulka českých sester				
Sestra – označení	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání
Sestra 1 – ČS1	muž	24 let	3 roky	SZŠ
Sestra 2 – ČS2	žena	22 let	1 rok	Bc
Sestra 3 – ČS3	žena	60 let	40 let	SZŠ
Sestra 4 – ČS4	žena	45 let	27 let	SZŠ
Sestra 5 – ČS5	žena	28 let	5 let	Bc
Sestra 6 – ČS6	žena	40 let	20 let	SZŠ
Sestra 7 – ČS7	žena	45 let	20 let	SZŠ
Sestra 8 – ČS8	žena	36 let	17 let	SZŠ + specializace
Sestra 9 – ČS9	žena	34 let	10 let	SZŠ
Sestra 10 – ČS10	žena	35 let	17 let	SZŠ

Zdroj: Vlastní zpracování

Sestra 1 (dále uváděna pod zkratkou ČS1) je 24letý muž. V praxi je nyní 3 roky, jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola s maturitou. Sestra 2 (dále uváděna pod zkratkou ČS2) je 22letá žena pohybující se v praxi necelý rok. Její nejvyšší dosažené vzdělání je absolvování bakalářského studia se zaměřením na ošetrovatelství. Sestra 3 (dále uváděna pod zkratkou ČS3) je žena ve věku 60 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu a nyní je v praxi již 40 let. Sestra 4 (dále uváděna pod zkratkou ČS4) je žena 45 let stará. Její praxe je dlouhá 27 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. Sestra 5 (dále uváděna pod zkratkou ČS5), věk 28 let, pohlaví žena. Absolvovala bakalářské studium na vysoké škole se zaměřením na ošetrovatelství, nyní pracuje 5 let. Sestra 6 (dále uváděna pod zkratkou ČS6) je žena ve věku 40 let. Pracuje 20 let

a absolvovala střední zdravotnickou školu. Sestra 7 (dále uváděna pod zkratkou ČS7), věk 45 let, pohlaví žena. Jako sestra působí 20 let a její nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola. Sestra 8 (dále uváděna pod zkratkou ČS8), je žena ve věku 36 let. Po střední zdravotnické škole absolvovala specializaci v Brně – Gerontologie, v praxi je 17 let. Sestra 9 (dále uváděna pod zkratkou ČS9) je žena ve věku 34 let. Praxi má již 10 let a vystudovala střední zdravotnickou školu. Sestra 10 (dále uváděna pod zkratkou ČS10) věku 35 let, pohlaví ženské. Její praxe momentálně trvá 17 let a nejvyšší dosažené vzdělání je střední zdravotnická škola s maturitou.

Tab. 2 Identifikační tabulka německých sester

Identifikační tabulka německých sester				
Sestra – označení	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Nejvyšší dosažené vzdělání
Sestra 1 – NS1	žena	33 let	6 let	SZŠ
Sestra 2 – NS2	žena	43 let	18 let	SZŠ
Sestra 3 – NS3	žena	52 let	32 let	SZŠ
Sestra 4 – NS4	žena	28 let	7,5 roku	SZŠ
Sestra 5 – NS5	žena	31 let	9 let	SZŠ
Sestra 6 – NS6	žena	30 let	5 let	SZŠ
Sestra 7 – NS7	žena	40 let	18 let	SZŠ + specializace
Sestra 8 – NS8	žena	35 let	15 let	SZŠ
Sestra 9 – NS9	žena	33 let	10 let	SZŠ
Sestra 10 – NS10	žena	30 let	3 roky	Mgr

Zdroj: Vlastní zpracování

Sestra 1 (dále uváděna pod zkratkou NS1) ve věku 33 let, pohlaví žena. Vystudovala střední zdravotnickou školu a v praxi se pohybuje 6 let. Sestra 2 (dále uváděna pod zkratkou NS2) je 43letá žena, která vystudovala střední školu zdravotnickou s maturitou a v praxi je nyní 18 let. Sestra 3 (dále uváděna pod zkratkou NS3) ve věku 52 let, pohlaví ženské. Její praxe činí již 32 let a ukončila střední zdravotnickou školu s maturitou. Sestra 4 (dále uváděna pod zkratkou NS4), pohlaví žena, věk 28 let. V praxi se pohybuje 7,5 let a dokončila střední zdravotnickou školu s maturitou. Sestra 5 (dále uváděna pod zkratkou NS5) je žena ve věku 31 let. Jako sestra již pracuje 9 let a absolvovala střední zdravotnickou školu. Sestra 6 (dále uváděna pod zkratkou NS6) je žena ve věku 30 let. Dosáhla středního zdravotnického vzdělání a v praxi působí 5 let. Sestra 7 (dále uváděna pod zkratkou NS7) je žena ve věku 40 let. Praxi má 18 let

a vystudovala střední zdravotnickou školu, následně si udělala specializaci v oblasti paliativní péče. Sestra 8 (dále uváděna pod zkratkou NS8) je 35letá žena. Studium absolvovala na střední zdravotnické škole a nyní je v praxi 15 let. Sestra 9 (dále uváděna pod zkratkou NS9) je žena ve věku 33 let. V praxi je nyní 10 let a ukončila střední zdravotnickou školu. Sestra 10 (dále uváděna pod zkratkou NS10), pohlaví žena, věk 30 let. Své studium ukončila magisterským titulem a v praxi působí 3 roky.

4 Výsledky výzkumného šetření

V této kapitole budou zveřejněna data získaná během polostrukturovaných rozhovorů a skrytého pozorování.

4.1 Kategorizace polostrukturovaného rozhovoru a skrytého pozorování

Výsledky, které byly získány v rámci sběru dat, jsou v této kapitole rozčleněny do kategorií a podkategorií. Sestry, které se zúčastnily výzkumného šetření, budou uváděny pod zkratkami. Pokud se bude jednat o výpověď českých sester, pak budou označovány pod zkratkami ČS1 – ČS10. Odpovědi německých sester budou uváděny pod označením NS1 – NS10.

Tab. 3 Rozdělení kategorií a podkategorií

Rozdělení kategorií a podkategorií
Kategorie 1 – Rozhodnutí sester pro práci se seniory
Kategorie 2 – Sestra a lidská důstojnost
<i>Podkategorie 1</i> – Povědomí sester o lidské důstojnosti
<i>Podkategorie 2</i> – Přístup respektující lidskou důstojnost
<i>Podkategorie 3</i> – Situace / případy, které limitují sestry ve správném přístupu
Kategorie 3 – Sestra a praxe
<i>Podkategorie 1</i> – Nedůstojné zážitky z pohledu sester
<i>Podkategorie 2</i> – Návrhy / opatření sester proti nedůstojným situacím
Kategorie 4 – Vzdělanost sester v etické oblasti
<i>Podkategorie 1</i> – Před nástupem do zaměstnání
<i>Podkategorie 2</i> – Možnost dalšího vzdělávání během zaměstnání
Kategorie 5 – Přístup sester k seniorům v praxi

Zdroj: Vlastní zpracování

4.2 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů

Kategorie 1 – Rozhodnutí sester pro práci se seniory

V této kategorii byla sestrám položena otázka: „*Rozhodl/a jste se dobrovolně pracovat na tomto oddělení? Proč?*“ Povolání sester je fyzicky, ale i psychicky velmi náročné, proto aby mohly vykonávat svou praxi dobře a kvalitně, měly by pracovat na odděleních pro ně inspirujících a měly by si ho vybrat samy.

Výzkumné šetření, které proběhlo u českých sester, ukázalo s převahou, že sestry si oddělení vybraly z vlastní vůle, pouze dvě sestry z deseti nikoliv. Jedné sestře byla z důvodu nedostatečného personálního obsazení nabídnuta práce na oddělení následné péče. ČS6: „*Jak se to vezme. Na tomto oddělení pracuji již tři roky, ale dříve jsem pracovala na chirurgickém oddělení ve stejné nemocnici. V dnešní době z důvodu nedostatku sester snad na každém oddělení, mi byla nabídnuta výpomoc práce zde u seniorů. Takže to byla taková dobrovolná nedobrovolnost.*“ Sestra ČS5 zde dobrovolně pracovat nechtěla. ČS5: „*Dobrovolně jsme zde pracovat nechtěla. Chtěla jsem na akutní lůžka, ale tehdy měli plný stav a nebylo volné místo. Je tu ale dobrý kolektiv. Jediné, co mě mrzí, že na těchto odděleních se člověk nikam neposune.*“ Sestra ČS9, se ztotožňuje s výpovědí o dobrém kolektivu se sestrou ČS5, ale nastoupila na oddělení dobrovolně. ČS9: „*Ano, byl zde dobrý kolektiv a hlavně jsem tu byla na praxi, proto to vím.*“ Pět sester (ČS1, ČS3, ČS7, ČS8, ČS10) měly o výběru svého budoucího povolání jasno od svého začátku. Pro příklad uvádím dvě z nich. ČS7: „*Ano, vždy pro mě byli senioři na prvním místě. Také mi to přijde jako zásluha pomáhat lidem, kteří mají před sebou poslední etapu svého života.*“ ČS8: „*Nikdy jsem neviděla uspokojení v intenzivní péči, proto jsem si vybrala sama, že bych ráda pracovala se seniory a následně bylo i místo na tomto oddělení. Takže ano, šla jsem dobrovolně.*“ Dvě ze sester (ČS2 a ČS4) uvedly, že si oddělení vybraly dobrovolně, a dodaly, že na těchto odděleních z důvodu fyzické a psychické náročnosti nemůže pracovat každý. Například ČS2: „*Na tomto oddělení jsem se rozhodla pracovat proto, že mám ráda seniory. Podle mého názoru nemůže na tomto oddělení pracovat každý, protože ne všichni zvládnou psychickou zátěž, které je na tomto oddělení velmi mnoho.*“

Výzkumné šetření u německých sester ukázalo, že si také dvě z deseti sester oddělení nezvolily dobrovolně (NS1 a NS4). NS1: „*Ne, na tomto oddělení jsem primárně pracovat nechtěla. Stále si hledám něco jiného v blízkosti bydliště. Není to pro mě*

rozvíjející oddělení.“ Druhá sestra se ztotožňuje s výpovědí o nedobrovolnosti, nicméně si již na oddělení zvykla a neví, zdali by se zapracovala na jiném. NS4: *„Abych byla upřímná, neměla jsem oddělení na přání. Po ukončení vzdělání jsem se ucházela o různé pozice na různých odděleních. Nyní jsem si už zvykla na tento režim a styl práce a nevím, jestli bych se zapracovala na jiném oddělení.*“ Dvě sestry (NS8 a NS10) v rozhovoru uvedly, že neplánovaly předem, kde by rády pracovaly. Jejich hlavní požadavek byl, aby měly zaměstnání blízko bydliště. NS10: *„Já jsem především chtěla mít pracoviště blízko svého bydliště. Nikdy jsem neměla vybráno dopředu, kde bych chtěla pracovat, proto mi nevadilo přijmout práci se seniory.*“ Opět dvě sestry (NS5 a NS9) si toto zařízení zvolily kvůli dobrým směnám a dobrému finančnímu ohodnocení. Jsou to matky, které zůstaly samy s dětmi, a jevílo se jim to jako vhodné místo pro práci. NS9: *„Mám dvě děti a zůstala jsem s nimi sama. Toto oddělení jsem si vybrala dobrovolně, jelikož mi bylo nabídnuto dobré ohodnocení. Také mi vyhovují směny.*“ Ostatní sestry (NS2, NS3, NS6, NS7) měly oddělení dle svých představ. NS6: *„Ano, já jsem si toto oddělení vybrala. Nejsem pro akutní péči.*“ Jedna sestra šla na toto oddělení z důvodu zlepšení stavu klientů. Dříve pracovala v Domově pro seniory a tvrdí, že kdyby se na geriatrických odděleních dostalo seniorům lepší péče, nemuseli by poté do domovů pro seniory, ale domů. NS7: *„Ano, opravdu jsem chtěla k seniorům. Pracovala jsem dříve v domově důchodců a často jsem zjišťovala, že kdyby se pacienti stali v nemocnici trochu „zdatnější“, byli by ušetřeni domova pro seniory. Je to místo, kam mnozí nechtějí.*“ Jedna ze sester sdělila, že šla dobrovolně, ale je to fyzicky náročné oddělení. NS2: *„Ano přijmula jsem tuto nabídku dobrovolně. Musím říct, že to tu máme více fyzicky náročné než například na dětském oddělení, ale prozatím to tu zvládám.*“

Kategorie 2 – Sestra a lidská důstojnost

Tato kategorie je členěna do tří podkategorií z důvodu lepší orientace a přehlednosti. První podkategorie se zaměřuje na oblast lidské důstojnosti, co pod tímto pojmem vnímají české a německé sestry. Druhá podkategorie se zabývá oblastí, co vidí sestry jako správný přístup, který apeluje na zachování lidské důstojnosti a v poslední podkategorii nás zajímalo, co limituje sestry během péče.

Podkategorie 1 – Povědomí sester o lidské důstojnosti

Zde byla sestřám položena otázka „*Co vnímáte pod pojmem lidská důstojnost? Co to pro Vás znamená?*“ Během získávání informací byla pro některé sestry tato otázka poměrně těžko uchopitelná. Podvědomě cítí, co se pod pojmem lidská důstojnost skrývá, avšak vyjádřit se pro ně nebylo snadné.

České sestry se ve svých výpovědích poměrně shodovaly. Nejčastější odpověď byla, že pod pojmem lidská důstojnost vidí, že to je nezczitelná hodnota, konkrétně čtyři sestry (ČS6, ČS7, ČS8, ČS10) a náleží každému, zde také odpověděly čtyři sestry (ČS4, ČS7, ČS8, ČS10). ČS7: „*Lidská důstojnost náleží každému, akorát pokud je člověk zdravý a fit, není důvod, že by si ji měl uvědomovat. Většinou si ji každý začne uvědomovat, až když mu není nejlépe či potřebuje pomoc. Řekla bych, že to je hodnota člověka, která by neměla být za žádných okolností narušena.*“ Sestra ČS8 a ČS4 k tomu dodaly, že je to pro ně obtížně definovatelné. ČS8: „*Co vnímám? No, upřímně, podvědomě si myslím, že vím, co je, když dojde k poškození lidské důstojnosti, ale nevím, jak bych měla správně definovat. Podle mě je to hodnota člověka, kterou má každý, ať už za svůj život dokázal cokoli, a nemůže a neměl by se nikdo pokusit o její narušení.*“ Výpověď sestry ČS4: „*Nedovedu si pod tímto pojmem představit moc věcí. Jen že se to týká každého, ale víc asi to definovat nedokážu.*“ Dále se tři sestry (ČS1, ČS5, ČS6) shodly, že do toho spadají práva člověka. ČS1 výpověď obohatil ještě o to, že jde o čest lidí. ČS1: „*Pod lidskou důstojností si představím, že jsou zachovány práva člověka a jeho čest.*“ ČS5 o právech se shoduje a dodala, že si pod tím ještě představí autonomii. S autonomií se ztotožňuje i sestra ČS10. ČS5: „*Určitě bych si pod tím představila nějaká práva pacienta. Například, že pacient má právo rozhodovat o sobě, mluvit do léčby, být uznávám personálem.*“ A výpověď sestry ČS10: „*Já si pod lidskou důstojností představím možnost rozhodování sám o sobě. Znamená to pro mě mnoho, když si představím situace, kdy lidi jsou například zaintubováni a nemohou si říct, co chtějí, a nějak je s nimi nakládáno, musí to být hrozný pocit. Ale to se nejedná pouze o lidi, kteří jsou v tomto stavu. Myslím, že mohu říct, že toho se nikdo nechce dožít, aby nevěděl, co dělá.*“ Dále tři sestry (ČS2, ČS3, ČS6) chápou význam lidské důstojnosti jako respektování člověka. ČS6: „*Já pod tím vidím hlavně respekt a úctu k člověku.*“ ČS2: „*Pod pojmem lidská důstojnost si představuji vše, co se týká morálního respektování člověka jako takového. Myslím, že každý má právo na citlivý přístup jak k jeho fyzické, tak psychické stránce, tudíž na to, aby se s ním zacházelo důstojně.*“ Dále

dvě sestry (ČS9 a ČS5) chápou pod pojmem lidská důstojnost satureované veškeré potřeby, aby u klientů nedocházelo k strádání ať po fyzické, či psychické stránce. ČS9: *„Lidská důstojnost pro mě znamená, že jsou zachovány všechny mé základní potřeby, které v danou chvíli potřebuji, abych se cítila dobře jak psychicky, tak fyzicky.“* A ČS5: *„Být opečovávaný tak, aby byly naplněny veškeré potřeby.“* Jedna ze sester vypověděla, že je důležité naučit sestry, aby si vážily samy sebe, jakmile to dokážou, budou si pak umět vážit i seniorů. ČS7: *„Myslím, že důležitým faktem pro to, abych mohla poskytovat kvalitní péči, která ctí lidskou důstojnost, je vážit si sám sebe. To málokdo dokáže. Když to ale člověk, u nás sestra umí, poté si dokáže dle mě vážit i ostatních.“* Také pouze jedna sestra vysvětlila lidskou důstojnost jako pocit bezpečí, ačkoliv to dle ní není od rodin někdy pochopeno. ČS3: *„Při poskytování péče by neměla být potlučena u jakéhokoliv pacienta lidská důstojnost – poté by mělo být vysvětleno, že jde o jeho bezpečí. Měla jsem na mysli používání kurtů, postranic atd. Kdy Vám poté rodiny chodí na sesternu hlásit, že se jim to nelíbí, že jsou tam jak v kleci. Musíte jim pak vysvětlit, že to je pro pacienta bezpečí, jinak by byl vystaven pádu a poté dlouhodobé rekonvalescenci.“*

Povědomí německých sester o lidské důstojnosti bylo více rozmanité, nejvíce se sestry shodly, že je to nezcizitelná hodnota člověka, konkrétně čtyři sestry (NS5, NS7, NS8, NS9), a respekt k člověku, konkrétně tři sestry (NS3, NS6, NS9). Pro příklad uvádím některé z nich. Sestra NS6 vypověděla: *„Pod lidskou důstojností si představím to, že každý jako živá bytost by měl být brán okolím a respektován jeho osobou a soukromí. Ve zdravotnictví je tato oblast hodně ohrožená, proto bychom si tu měli dávat o to větší pozor na úkony, které s klienty provádíme.“* Sestra NS9 sděluje, že vidí pod lidskou důstojností jak respekt, tak to, že je to nezcizitelná hodnota a neměl by se jí nikdo dotknout: *„Myslím, že nikdo z personálu, kdo pracuje ve zdravotnictví, by se neměl dotknout pacientovy důstojnosti. Každý pacient je jiný, někdo nám může být i nepříjemný, ale i tak k němu musíme přistupovat s respektem.“* To, že je lidská důstojnost nezcizitelná, souhlasí i sestra NS8: *„Jedna z věcí, která by vždy měla zůstat s pacientem.“* I sestry NS5 a NS7 řekly, že to berou jako něco neoddelitelného od člověka a dodaly, že je to nejvyšší lidská hodnota, právně vymahatelná. NS5: *„Jak uvádí zákon, lidská důstojnost je nedotknutelná. Je to naše největší hodnota.“* A NS7: *„Samotná lidská důstojnost by měla být nedotknutelná, bohužel je však dle mě často porušována. Je to největší lidská hodnota vůbec. Každý na ni má i dle zákona právo.“*

Se slovem soběstačnost si lidskou důstojnost spojily dvě sestry (NS1 a NS4). Dle NS1: *„Asi bych to viděla jako jednotný přístup ke všem. Nikoho bychom neměli ponížít, naopak bychom měli u klientů navyšovat sebeobsahu, u seniorů především.“* Výpověď NS4 se shoduje a obohacuje o úctu k člověku. NS4: *„Lidská důstojnost pro mě znamená mnoho. Nikdo nechce spoléhat na pomoc druhých a pro mnohé je velmi ostudné být závislý na pomoci s každodenními úkoly. Při práci byste si měli být toho vědomi, a proto s pacientem vždy zacházet důstojně a s úctou.“* I sestra NS3, souhlasí, že tento termín je spojen s úctou. NS3: *„Tak to je jednoznačně respekt a úcta ke druhým, v našem případě k seniorům. Ti si to hodně zaslouží, jsou bezmocní a starý.“* Dvě z německých sester (NS8 a NS10) se shodly na pojmu autonomie. NS8: *„Je s tímto spjatá i autonomie, kdy má člověk možnost se rozhodovat sám o sobě. Pokud poté nemůžete a uvědomujete si to, naruší to lidskou důstojnost.“* NS10: *„Pro mě to znamená, že se mohu rozhodovat o všech věcech, které se vztahují k mému životu – například: Co jím, co si obleču. Také, že mohu také odmítnout pomoc v souvislosti s potřebou péče, pokud by se mi to nelíbilo. Shrnula bych to asi pod pojem autonomie, kdy se svévolně rozhoduji o svém životě. Co chci a co nikoliv.“* Dvě sestry (NS2 a NS8) popsaly situace, že dle nich je narušena lidská důstojnost, pokud nejsou uspokojovány klientovy potřeby, poté se cítí nekomfortně a frustrován. NS2: *„Já bych si pod tímto pojmem představila především to, jak se člověk cítí při všem. Ve společnosti, při stravování, hygieně a dalších. Pokud neuspokojujeme tyto potřeby správně, může mít člověk narušenou lidskou důstojnost, a pak se cítí špatně/ nekomfortně. Každý má někde své hranice, co mu je a není příjemné, a myslím, že již každý zažil i u sebe něco málo nedůstojného.“* Sestra NS7 uvedla, že jestli se personál chová důstojně, či nikoliv, poznáme z chování. NS7: *„Projevuje se člověkem k člověku, jejich chováním.“* Dvě ze sester (NS5 a NS9) se shodly, že bez zachování lidské důstojnosti by nemohla být poskytována péče klientům. NS5: *„Myslím, že u dětí a seniorů je tento pojem nejdůležitější, často se nedokáží bránit. Je to pro mě důležitá součást péče.“* NS9: *„Je to dle mě plná a ohleduplná podpora pacientům ve všech oblastech. Je to podstatný element péče.“*

Podkategorie 2 – Přístup respektující lidskou důstojnost

V této podkategorii byla sestřám položena otázka: „*Co podle Vás spadá do přístupu, který ctí lidskou důstojnost?*“

V této podkategorii se nejvíce českých sester shodovalo především v tom, že správný přístup ke klientovi musí být s úctou a respektem. To vypovědělo pět sester (ČS2, ČS3, ČS6, ČS8, ČS9). Dle sestry ČS9: „*Když klient něco odmítne a je za sebe sám zodpovědný, budu respektovat jeho vůli, ale budu se snažit mu vysvětlit podstatu a důležitost.*“ Dále sestra ČS2: „*Do přístupů, které ctí lidskou důstojnost, bych zařadila vše, co se týká úcty a respektu k člověku.*“ Sestra ČS8, také říká, že do přístupu spadá úcta, ale také dodala, že každou sestru, jež toto povolání vykonává, by měla práce bavit. ČS8: „*Dle mě je podstatné, aby sestra přistupovala s úctou a úsměvem, i když zrovna nemá stejný názor na situaci jako klient, nebo nebude mít jen svůj den. Dále by ji toto povolání mělo bavit, aby veškerou práci s tím spojenou vykonávala, jak nejlépe umí.*“ S tím, že sestry by práce měla naplňovat, souhlasí i ČS7. Další dvě větší oblasti představuje vhodná a profesionální komunikace a chovat se tak, aby se člověka přístup nedotkl či ho nijak nepoškodil. Na tomto se shodlo vždy pět sester. Komunikace byla podstatná pro sestru (ČS1, ČS5, ČS7, ČS9, ČS10). ČS7: „*Je hodně věcí, které jsou důležité. Můžu začít například komunikací, ta je u seniorů jedna z hodně podstatných. Seniori mají poruchy sluchu, zraku, proto je důležité zvolit adekvátní hlasitost mluvy, mluvit klidně, srozumitelně a především být trpělivý. Asi každý známe, že mluvit se seniory chce někdy hodně času, aby vše pochopili. Také u nich vidím, že doslova čekají na to, až přijde sestra a vše jim vysvětlí, ať jde i o banální výkon.*“ Sestra ČS9: „*Teď mě to navádí ještě na správnou komunikaci. Umět správnou komunikaci vysvětlit a zároveň uklidnit.*“ Sestra ČS10: „*Taky je podle mě důležité, dokázat komunikovat a být přesvědčivá.*“ Dle sester ČS5 a ČS1 je také důležitá komunikace, ale dodávají, že také musí být přístup takový, aby se to klientů nedotklo, či je to neurazilo. S tím se ztotožňují i se sestrami (ČS2, ČS6, ČS8). Výpověď ČS5: „*Ve zdravotnictví je na prvním místě potřeba komunikace. Můžu se zeptat, co je pacientovi příjemné a co ne. V případě, že pacient komunikovat nemůže, tak dělám vše, abych ho neurazila a nepoškodila.*“ Dle sestry ČS6: „*Já si vždycky řeknu „Líbilo by se mi, kdyby se někdo ke mně choval tak, jako já se chovám ke svým pacientům?“ A dle toho jedním. Asi bych pod přístupem, který ctí lidskou důstojnost viděla – úctu k člověku, který potřebuje naši pomoc, nikomu neublížovat, ať již záměrně, či ne. Respektovat člověka, jaký je, nikoho*

neupřednostňovat. Nesmát se, pokud je nějaká situace k tomu nevhodná.“ Sestra ČS8 řekla, že je důležité klienta neponížit a rozvinula to, že je také důležité si na klienty udělat čas. ČS8: *„Určitě je důležité nikoho neponížit. Také bych v tom viděla dokázat si udělat na klienty čas.*“ S tímto se ztotožňuje i sestra ČS7. Další odpověď, kde bylo větší zastoupení sester, je, že by se vždy měly, pokud to je možné, brát ohledy na přání klientů a vycházet jim vstříc. To je důležité pro (ČS1, ČS4, ČS5, ČS6, ČS9). ČS6: *„Konat pouze to, co pacient chce, vycházet jim vstříc, když to čas umožní.*“ Dále i ČS1: *„No, snažil bych se asi vyjít všem vstříc, když to jen málo půjde.*“ I sestra ČS9: *„Budu respektovat přání a nebudu činit kroky proti nim. Dále vyhovovat potřebám, které klient postrádá.*“ Sestra ČS4 také souhlasí a dodala, že je podstatné na lidech nešetřit v oblasti materiálů, i to by některý ze seniorů mohl pociťovat jako negativní přístup k němu. ČS4: *„Další by se jich mohlo dotknout, pokud by pociťovali, že je o ně málo postaráno, nebo nějakým způsobem šetřeno, například materiálem. Proto se snažím vše dávat podle potřeby. Také se snažit, pokud je to v rámci našich kompetencí a možností, jim vycházet vstříc.*“ Další přístup, který české sestry vidí jako důležitý pro zachování lidské důstojnosti, je být empatický (ČS2, ČS7, ČS10). Například výpověď sestry ČS7: *„Taky se hodně ukáže, zdali je sestra empatická, či ne, a zda dokáže poznat, jaký člověk je, a na základě toho zvolit správný přístup.*“ Sestra ČS10 obohacuje ještě o individuální přístup a s tím se ztotožňuje i sestra ČS3. ČS10: *„Na tak především individuální přístup, to je asi nejdůležitější pro mě. Vždycky by sestra měla dokázat seniora poznat a na základě toho mu poskytnout péči. Takže z toho vyplývá, že musí být empatická.*“ Dvě sestry viděly přínos v tom, že pokud budou seniora chválit za jeho posuny k pozitivu, je to přístup, který ctí lidskou důstojnost. To tvrdí sestry ČS7 a ČS10. ČS10: *„Dokázat seniory, ale i jiné klienty chválit za jejich snahu či pokroky, to každému z nich dodá sílu ve snažení. Je třeba hezké, když vidíte seniora, jak chodí po chodbě v chodítku a vy ho před všemi pochválíte, to byste viděla pak jejich úsměv od ucha k uchu a to jejich ego jak jim najednou vzroste. Pak už je nevidíte jen jako bezmocné lidi v bílých košilkách přikryté až po bradu.*“ Nevidět pouze v klientech jejich nemoc a bezmoc souhlasí i sestra ČS3: *„Nevidět v pacientovi pouze jeho nemoc a jeho bezvládnost, ale i to, že je to inteligentní bytost, která něco zažila.*“ Důležitost ve správném oslovování vidí sestry (ČS4, ČS5). ČS4: *„Co se týká u starších lidí nebo našich klientů, především jim netykat a neoslovovat „babi, dědo“.* Asi jen jednou mě za svou praxi o to jedna pacientka požádala, poté jsem jí tak tedy říkala. Jinak bych si to nedovolila.“ ČS5: *„Přeje-li si to, tak oslovovat titulem a v žádném případě neříkat babi,*

dědo a podobně. Bohužel někteří spolupracovníci to tak dělávají.“ Sestra ČS5 dále svou odpověď rozšířila o nutnost dodržování osobní zóny a dotýkat se jen tam kde je potřeba. Také vypověděla, že podstatné je při jakýchkoliv výkonech dbát na intimitu a soukromí. Na tomto se shodly i sestry ČS1 a ČS9. ČS9: *„Ve zdravotnictví především zachování soukromí při intimních situacích člověka.“*

Při zpracování výsledků od německých sester došlo ke zjištění, že nejdůležitějším prvkem v přístupu pro sestry podporující lidskou důstojnost u klientů je úcta, tolerance a respekt. Na tomto se shodlo celkem šest sester z deseti (NS5, NS6, NS7, NS8, NS9, NS10). Pro příklad uvádím některé z výpovědí. Sestra NS5 jako jediná dodala i výpověď, že nikdy bychom neměli u klientů využívat agonizující opatření. NS5: *„Zacházet vždy zdvořile a s úctou. Žádný z personálu by nikdy neměl k lidem přistupovat zbytečným agonizujícím opatřením.“* I pro sestru NS10 je úcta důležitá. NS10: *„Asi empatie především a úcta ke druhým.“* NS9: *„Já bych preferovala především respektující a empatický přístup.“* Sestry NS7 a NS6 se ztotožňují s respektem a úctou a doplňují výpověď o individuálnost. NS6: *„Přistupovat ke každému osobně a s úctou. Pokud se vyskytne nějaký problém, co nejrychleji, empaticky a individuálně vyřešit. Každý pacient je individuální, proto nemůžeme ke každému přistupovat stejně. Jednomu se líbí něco, ale druhému nemusí.“* Výpověď NS7: *„První věc, kterou je třeba udělat, je léčit každého pacienta s naprostou úctou, když je na prvním místě lidská důstojnost. My sestry jsme někdy nuceny pracovat pod tlakem, ale i tak musíme přistupovat ke každému individuálně s respektem a nedat znát naše omezení a nátlaky z okolí.“* Také se tu často vyskytuje empatie. Na empatii se shodly čtyři sestry (NS4, NS6, NS9, NS10). NS4: *„Projevovat klientovi porozumění a empatii bez ohledu na situaci.“* Další odpovědi, kde se shodovaly čtyři sestry, je správná komunikace (NS1, NS3, NS4, NS6). NS3: *„Vše je to o správné komunikaci se seniorem.“* NS1: *„I na malých věcech hodně záleží. Například mluvit nahlas a jasně s pacienty se sluchovým postižením. Využívat možnosti tlumočnicka.“* Pro sestru NS4 je také podstatná komunikace a jako jediná zmínila i životopisné práce o seniorovi, které kdyby podle ní byly vypracovávány, pomohly by poté v lepším a individuálním přístupu. NS4: *„Výhodou je dobrá životopisná práce o seniorovi. Také je velmi důležitá komunikace. Důkladně mluvím s pacientem a vysvětluji, co dělám, nebo co plánuji dělat. Bez ohledu na to, zda může pacient odpovědět, nebo ne.“* Sestra NS6 také vidí důležitost ve správné komunikaci, ale i oslovování. S tímto se shodují i sestry

(NS2 a NS8). NS6: „*Také je důležité důkladně oslovit, navázat kontakt a vysvětlit postup, co se bude dít.*“ NS2: „*Co si myslím, že je podstatné zde v nemocnici, tak je to především správné oslovování seniorů. Dávám si na tom hodně záležet.*“ Na vyplňování přání seniorů se ztotožňují sestry (NS3, NS8, NS9). NS3: „*Pokud zjistíme přání klienta a vyhovíme mu, je to ideální stav.*“ NS9: „*Mně přijde hezké a i respektující důstojnost, když seniorovi vyhovím v jeho přání.*“ Soukromí a udržování intimity je podstatné pro sestry (NS2, NS4, NS5, NS6). Uvádím některé jejich výpovědi. NS2: „*Také při každém výkonu dbát na jeho soukromí, nikdy ho nevystavit situaci, kdy by musel být někde bez oblečení před jinými lidmi. To by nebylo příjemné nikomu.*“ I sestra NS4 se pečlivě stará o soukromí klienta. NS4: „*Starám se o soukromí, když dělám osobní hygienu pacienta. Zavírám dveře, a pokud nějakou část těla zrovna nemyji, zakrývám ji ručníkem.*“ Tři sestry (NS1, NS4, NS10) zmínily, že se snaží s klienty spolupracovat a navyšovat tím jejich soběstačnost. Například NS1: „*Dle mě je důležité u klienta navyšovat soběstačnost. Když potřebuje na záchod, umožnit mu co nejlepším způsobem potřebu vykonat.*“ NS10: „*Musím zmínit i možnost nechat pacientovi se mnou spolupracovat a pouze sama nevykonávat určité povinnosti.*“ Zmínka je i o tom, že by se nemělo na seniory chvátat, naopak by se jim měl poskytnout přiměřený čas na určité činnosti. Na tomto se shodly tři sestry (NS1, NS3, NS7). Pro příklad uvádím dvě z nich. NS1: „*Pokud krmím, či dělám jiné činnosti, neměla bych se při tom stále dívat na hodiny, to by mohlo seniora rozhodit a není to nikomu příjemné, připadal by si na obtíž.*“ Sestra NS3 k dostatku času ještě dodala, aby jim byl stále někdo nablízku. NS3: „*Nechat si prsto pro pacienta, hlavně nechvátat! Být mu nablízku v případě nejistoty.*“ Dvě sestry se ztotožňují s výpovědí o autonomii a vůli klienta (NS4 a NS8). NS4: „*Pacientova vůle je pro mě prvořadá! V první řadě je třeba brát vážně potřeby a obavy pacienta, i když pacient je dementní a jeho prohlášení zní zmateně.*“ Sestra NS8 souhlasí a doplňuje o nutnost nevystavovat klienta zesměšňujícím situacím. NS8: „*Také mu nechat svobodnou vůli a možnost se rozhodnout. Také bych viděla, že by pacient neměl být vystaven stresujícím situacím, ani zesměšňujícím.*“ K tomuto se přiklání i sestra NS1: „*Nikoho bychom neměli ponížít. Také záměrně či nezáměrně pacienty trápit, zesměšňovat a povyšovat se nad nimi.*“ V neposlední řadě, kde se také shodly dvě sestry (NS1 a NS9), je důležitost správné medikace. NS1: „*Při manipulaci věnovat pozornost bolesti a dýchání. V případě potřeby podat léky.*“ NS9: „*Také se nesmí opomenout předcházení a zmírnění utrpení bolesti, které lidé mají, když umírají.*“

Podkategorie 3 – Situace / případy, které limitují sestry ve správném přístupu

V této podkategorii jsme sestřím pokládaly otázku „*Co podle Vás limituje, že nemůžete respektovat u klientů lidskou důstojnost?*“

V prostředí českých sester byla jednoznačná odpověď. Devět sester z deseti se shodlo, že aby mohly poskytovat péči dle všech pravidel a v ohledu na lidskou důstojnost, chybí jim dostatek času (ČS1, ČS2, ČS3, ČS4, ČS5, ČS6, ČS7, ČS9, ČS10). Pro ukázkou uvedu několik náhodně vybraných odpovědí. ČS6: „*Je to jednoznačně málo sester a čas. Vzhledem k tomu, že na dvanáctihodinové směně jsem sama sestra na 28 lidí, to je hrozně málo.*“ Také souhlasí i sestra ČS7: „*Nevím, jak to je jinde, ale u nás je to málo času a málo personálu. Není to jen u sester, ale je tu i málo sanitářů. Nejhorší je, že lidská důstojnost, se dotýká právě základních potřeb, které jsou pak často z těchto důvodů plněny jiným stylem, než bychom si každý přál.*“ Sestra ČS3 moc limitů neuvedla, pouze bojuje občas s časem. ČS3: „*Snažím se k lidem přistupovat správně. Nevím ani, co by mě mělo limitovat, abych se nemohla chovat dle pravidel. Možná akorát někdy tu bojuji s časem.*“ Poslední příklad je od sestry ČS9: „*Čas, někdy máte problém si sama dojít na WC či oběd.*“ Již i v těchto výpovědích u několika bylo zmíněno, že chybí dle nich dostatečné zajištění personálu. To také limituje sestry, aby přistupovaly dle pravidel. Na nedostatku personálu se shodly sestry (ČS1, ČS2, ČS6, ČS7, ČS8, ČS10). ČS1: „*No, já bych viděl, aby nás bylo více. Mohu to porovnat s praxí například na kardiologickém oddělení, kde je na 12 pacientů 4 sestry. My jsme tu v týdnu 2 na 30 seniorů. Takže je to nespravedlivé, my tu máme mnohem větší fyzickou práci, jelikož půlka klientů má omezenou soběstačnost a pohyblivost.*“ Sestra ČS5: „*Asi obecně se to dá shrnout pod nedostatek personálu a čas.*“ Sestra ČS8 souhlasí a dodala, že by na oddělení měl být personál, co práci chce vykonávat. Bez toho se pořád budou dopouštět chyb, které si dotyčný nebude uvědomovat, že je dělá. ČS8: „*Je to samozřejmě to, že je málo personálu, a hlavně mi přijde, že jsou to lidé, kteří tuto práci ani dělat nechtějí.*“ Sestra ČS5 se s tímto ztotožňuje, dodala, že dnešní personál se nechce učit novým věcem. ČS5: „*Řekla bych, že je to čas a neochota personálu se něčemu novému učit. Personál má zažitý určitý rituál, který uplatňuje u všech nemocných. Například jednomu klientovi to vyhovovalo, tak to dělají u všech.*“ Dvě sestry se shodly, že mají problém udržet lidskou důstojnost, když mají velké pokoje například i se sedmi klienty. To vypověděla sestra (ČS8 a ČS9). ČS8: „*Vím, že u nás ta lidská důstojnost někdy není, ale je to taky tím, že podle mě oddělení ani nesplňuje*

požadavky. Máme pokoje, kde je sedm pacientů.“ Čtyři sestry (ČS1, ČS2, ČS4, ČS8), vidí problém a limit ze strany vedení, od kterého jim bylo nařízeno šetřit na pomůckách, nebo je nastaven určitý chod oddělení, který je pro sestry nevyhovující a moc hektický. ČS4: „*Jak už jsem říkala, máme hodně věcí, které nám vedení nařídilo, například neplýtvat materiálem a měnit, až když je to hodně znečištěné. Myslím, že by nikdo nechtěl ležet i v mírně znečištěném lůžku.*“ Výpověď sestry ČS2: „*Bohužel musím říci, že i vedení nás tlačí k tomu, abychom péči vykonali co nejrychleji, například kvůli brzké ranní vizitě, kvůli které se musí pracovat velice rychle, aby se stihly všechny úkony, na které by bylo potřeba mnohem více času. Pak právě dochází k porušování pravidel, které mají co dočinění s dodržením intimity pacienta, a tak s jeho důstojností.*“ Dále třem sestrám (ČS2, ČS8, ČS10) chybí pomůcky a vybavení oddělení. Sestře ČS10 i ČS8 chybí pomůcky k polohování. Sestrám ČS2 a ČS8 chybí především plenty na odděleních mezi klienty. ČS2: „*Kupříkladu při vykonávání hygienické péče u částečně soběstačných či imobilních pacientů není dostatek času a pomůcek na to, aby byl každý pacient při hygieně na lůžku oddělen plentou od okolních spolupacientů tak, aby na něho nebylo vůbec vidět.*“ Sestra ČS8: „*No třeba ty plenty mezi postelemi, ale ani ty přenosné tu nemáme. Nevím, jestli se to řadí i k tomu, že není poskytnuta důstojná péče, ale nemáme tu ani dostatek polohovacích pomůcek, tudíž se nám občas stane, že klienti nejsou dobře napolohováni.*“ Jedné sestře (ČS9) chybí sociální zařízení na každém pokoji a zároveň by uvítala, aby měli místnost pro umírající. ČS9: „*Problém také je, že na některých pokojích stále chybí sociální zařízení. Největší problém ale vidím v tom, když pacienti umírají. Nemají svůj klid a soukromí, to vidí i rodiny.*“ Tři sestry (ČS3, ČS4, ČS10) ačkoliv i ony zmínily, co je limituje, nakonec dodaly, že je to vše také o osobnosti sestry, zdali vůbec chce jednat správně, či ne. ČS4: „*Dále si nejsou vědoma dalších věcí, je to také podle mě o tom, jaká sestra chce být a jak chce pracovat.*“ ČS10: „*Jinak si myslím, že to není o nějakých limitech, ale o osobnostech personálu.*“

Výpovědi německých sester se nejvíce shodovaly na nedostatku času. Nebylo zde takové zastoupení jako u českých sester, nicméně je to také jedna z nejčastějších odpovědí z německého prostředí. Na nedostatku času se shodlo šest sester (NS1, NS4, NS5, NS6, NS8, NS10). Pro příklad uvádím pár z nich. NS4: „*Nemáte dost čas na tomto oddělení. Není čas intenzivně se zabývat potřebami a například i biografií pacientů. To mě velmi mrzí, protože mám zkušenosti, že se dá dobře a kvalitně biografie u pacientů využívat.*“ I sestra NS6 se shoduje a dodala, že by ocenila větší zastoupení

personálu: „*Máte svůj harmonogram práce a vše Vám jde, poté se něco přihodí a je vše jinak, poté svou sesterskou práci nestiháte. To bych ocenila, aby nás bylo více v těchto situacích.*“ Sestra NS10: „*Limituje mě možná trochu čas, máme tu dost klientů.*“ Sestra NS1 také řekla, že má nedostatek času a obohatila výpověď o příbuzné, kteří jí občas také narušují práci. NS1: „*Za mě je to tlakový čas a příbuzní, kteří situaci špatně posoudili a stále dělají, co chtějí. Prochází se s rodiči po chodbě odhalení, nosí mu jídlo, po kterém má poté pacient časté stolice v lůžku.*“ Tři německé sestry se shodly, že občas mají příkaz od lékaře, který musí být vyplněn ihned, a ony nemají čas postupovat v klidu a s ohledem na lidskou důstojnost. Konkrétně se jednalo o sestry (NS5, NS7, NS9). NS5: „*Také mě někdy limitují lékaři, kdy spěchají a já nemohu vždy pracovat s ohledem na lidskou důstojnost.*“ NS7 rozšířila výpověď o nespolupráci a ztotožňuje s i s NS1. NS7: „*Malá spolupráce mezi personálem. Pokud já se budu snažit přistupovat správně a ostatní nikoliv, nebude péče dobrá. Také mě limituje občas nátlak od lékařů, kdy vše musí být hned.*“ NS1: „*Také mě občas mrzí, když lékaři oznámím, že pacient má bolesti či dušnost, že se za ním nejde ani podívat, kolikrát nedá ani žádný lék.*“ Dvě ze sester zmínily, že jim chybí samostatné pokoje (NS2, NS5). NS5: „*Podle mě je tu málo prostoru pro manipulaci s lůžkem, také tu nejsou soukromé pokoje, ačkoliv by v nějakých situacích si pacient zasloužil být sám. Například pokud umírá, není vhodné, aby byl na pokoji s dalšími klienty.*“ NS2 se shoduje a přidává, že jí sice chybí pokoje po jednom, ale i ty velké pokoje nejsou dostatečně vybavené proto, aby byla respektována lidská důstojnost. NS2: „*Mě limituje především to, že pokoje nejsou tomu, aby se respektovala lidská důstojnost uzpůsobeny. I když se snažíte, druhý na dalšího může vidět při výkonech, či hygieně. Nemáme pokoje po jednom.*“ Dvě sestry se shodly, že občas jim v tom brání i sám klientův stav (NS8 a NS10). NS10: „*Když mají lidé velmi náročné chování, například v průběhu kognitivního poškození, může být někdy obtížné jednat 100% důstojně.*“ A NS8: „*Někdy je složité správně vyjít s pacientem, který je dementní.*“ Jedna ze sester N6 uvedla jako časově omezující příliš mnoho administrativy. NS6: „*Také bych řekla, že tu máme dost administrativy.*“

Jako u českých sester, tři německé sestry vypověděly, že ačkoliv je limituje čas, administrativní práce a jiné, vždy také jde o osobnost člověka, který se seniory pracuje. Toto zmínila sestra NS3, NS6, NS9. NS9: „*Jinak nevidím nic jiného, co by mě mohlo v tomto limitovat. Máme dle mě stejné možnosti jako jinde. Záleží na lidech a na jejich morálce, kterou mají. Někdo, i když bude mít možnost poskytovat tu nejlepší péči, ale nebude se*

umět chovat ke druhým, nikdy péče nebude dobrá.“ Pouze jedna sestra NS3 neuvedla žádný jiný limitující případ, co by ji omezoval ve správném přístupu. NS3: „Nikdy nikoho nic nelimituje, vše je to o lidech a jejich přístupu.“

Kategorie 3 – Sestra a praxe

Kategorie 3 nazvaná sestra a praxe bude dále rozčleněna do dvou podkategorií, vzhledem k její rozsáhlosti. Stěžejní zde bude zjistit, co považují sestry za nedůstojné situace v rámci jejich zařízení. Také bude zjištěno, jaké by si představovaly návrhy na opatření, aby se již dále těmito situacím vyhýbaly.

Podkategorie 1 – Nedůstojné zážitky z pohledu sester

Zde byla sestram položená otázka „Zažil/a jste někdy situaci, kdy byla narušena lidská důstojnost klienta? O jakou situaci se jednalo?“

V prostředí českých sester dvě z deseti vypověděly, že za svou dobu praxe se prozatím neseťkaly s nedůstojným chováním ze strany personálu směrem k seniorům. ČS3: *„Žádnou situaci, kdy byla narušena lidská důstojnost, jsem při své praxi nezažila. Snažím se k lidem přistupovat správně.“* A ČS4: *„Mám pocit, že si nejsem žádné takovéto situace vědoma. Žádný ze seniorů si na nic nestěžoval.“* Jako nejčastější situaci, kdy byla narušena lidská důstojnost, pět sester (ČS2, ČS5, ČS6, ČS8, ČS10) uvedlo oblast soukromí a intimity. Problém především nastává, když nemají pokoje se sociálním zařízením, dále jsou pokoje po více klientech nedostatečně vybavené například plentami. Pro příklad uvádím některé z výpovědí. ČS6: *„Také, ale nemám ani možnost se správně chovat u hygieny. Jsou na pokoji klienti, kteří nejsou ve stejném stavu a máte tam například plně vnímavého klienta a klienta, který potřebuje 24 hod péči. Když potřebujete vyměnit plenu? Ano, mělo by být respektováno soukromí, ale jak to udělat? Nemáme tu na to vybavení. Snažím se alespoň stoupnout vždy tak, že svým tělem klienta zakryji.“* ČS5: *„Setkala jsem se se situací při ranní hygieně, kdy kolegyně nechala klientku odkrytou a šla pro čisté prádlo, které u sebe neměla, a do toho nebyly zavřené dveře. Naštěstí nebyly na oddělení žádné návštěvy, pouze personál.“* I sestra ČS8 zmínila její nedůstojný zážitek. ČS8: *„Taky jsem se setkala se situací, která teda pro mě je nepřijatelná, a to že klientovi byla dána podložní mísa, dveře dokořán, kde chodili návštěvy a jiní klienti a zároveň nebyl senior ani přikryt dekou.“* Další čtenější oblastí, na které se shodovaly tři sestry (ČS7, ČS8, ČS10), je z oblasti nevhodné nebo

žádné komunikace. Uvádím jeden příklad. ČS10: „*Taky mě občas mrzí, že když je člověk už ve fázi umírání, či personálu přijde, že již nevnímá jako dřív. Tak se s ním automaticky přestává komunikovat a začnou se výkony provádět beze slov. Ale nikdo přece neřekl, zdali vnímá nebo ne, proto bychom to měli okomentovat pořád, co se děje a ba naopak možná o to víc mluvit. Myslím, že v těchto stavech člověk vnímá o to víc tyto podněty a hlavně nechce být sám.*“ Poté se vynořily tři oblasti, kde se vždy shodly dvě sestry, že se jim tyto situace jeví jako nedůstojné. Jsou to oblasti umírání, degradace soběstačnosti a také slovní napadení. V umírání sestry vidí především problém v chybějících místnostech na oddělení, kde by lidé byli v těchto fázích sami bez ostatních. ČS1: „*Co mi ale hodně vadí, jsou situace spojené s umíráním. Měl by ten člověk být sám a v klidu. Neměl by mít na pokoji další obecnost.*“ Sestra ČS9 se shoduje. ČS9: „*Ano, právě třeba při tom umírání. Já vím, že už je to finální část seniora, ale kolikrát se při tom dějí nehezké věci. Pacient vydává různé zvuky, sténá, odtéká z něj stolice, někdy i zvrací. Poté Vás sledují ostatní klienti na pokoji, to je pro mě hrozné. Také je to ale nedůstojné i pro ty další seniory na pokoji, musí na to koukat a to není hezké, když se pak začnou sami bát o sebe, jak asi dopadnou.*“ Slovní napadení zažily též dvě sestry (ČS2, ČS8). Pro příklad uvádím jednu z výpovědí. ČS8: „*Jednalo se o urážky pacienta, použití sprostých slov i gest při vykonávání hygieny imobilního pacienta. Pacient byl také zmatený, tudíž si jedna osoba ze zdravotnického personálu myslela, že se k němu může chovat jako k nějaké věci. Naštěstí osoba, o které mluvím, dala brzy sama výpověď a od té doby jsem podobné situace svědkem nebyla.*“ Pod slovy „degradace soběstačnosti“ jsou myšleny situace, kdy není plně využita soběstačnost a snaživost seniorů. Zde se shodly sestry (ČS6, ČS8). ČS6: „*Ano, nebo nevím, jestli to lze pod to řadit, ale u jiného personálu jsem viděla několik věcí, co jsem si říkala, že by šlo vyřešit jinak. Například když pacient zvoní a žádá podložní mísu, je mu řečeno, že má pleny a může snad tam, že personál nemá čas.*“ Již vždy po jedné sestře byly zmíněny tyto situace: S pacientem se zacházelo jako s věcí, nikoliv jako s osobou. Také zde bylo nevhodné oslovení klienta. Jedna z nich vyjmenovala rovnou dvě situace. Léčba klienta v terminálním stádiu a pak problém ze strany rodiny, kdy rodina odmítala si vzít seniora domů. ČS7: „*Ano, zažila a nebylo jich málo. Uvedu asi jen pár, na který si momentálně vzpomenu. Například nedávno jsme tu měli klientku, stará paní v terminálním stádiu. Ačkoliv stav byl neslučitelný se životem, lékaři i tak podávali morfium a zároveň i antibiotika, kdy stále klientku léčili. To mi přijde jako nedůstojné. Další, co je dle mě nedůstojné pro klienty, že se snad u každého druhého,*

který má možnost jít domů, nastane situace, že ho jeho rodina nechce. To mají vždy spoustu výmluv, proč se nemohou doma o své rodiče postarat.“ Výpověď sestry, kdy se s klientem zacházelo jako s věcí. ČS6: „Také jsem byla svědkem, že se jiný z kolegů choval ke klientovi jak k věci. Kdy ho vzal do náruče a chtěl při koupání posadit klienta na pojízdnou židli. Bohužel se klient neudržel a sesouval se. Vzal ho zpět a doslova jak pytel brambor hodil na postel, kde již nebylo ani prostěradlo. Tohle jsou takové situace, které se ale člověka dotknou.“

Při rozhovorech s německými sestrami vyšlo najevo, že všech deset sester se během své praxe setkalo s nedůstojným zážitkem. Zde došlo k rozmanitým výsledkům. Sestry se nejvíce shodly v oblasti intimity a soukromí, většinou při hygieně u klientů, konkrétně se shodly čtyři sestry (NS6, NS8, NS9, NS10). NS9: *„Já se sama za sebe snažím přistupovat k pacientům, co nejlépe umím. Ostatní to ale nemusí vidět stejně. Co mě mrzí u mých kolegů, je například obnažování u hygieny, kdy na pokoji je více klientů. Myslím, že to klientovi nemůže být příjemné, ani mně by nebylo.“* Sestra NS6 se shodla a dodala ještě jednu situaci, kdy bylo podle ní narušeno soukromí klienta. NS6: *„Mně se jednou stalo, že se pacientovi na pokoji přitížilo, byl zavolán lékař. Zároveň na tom pokoji byla rodina u druhého pacienta, která momentálně se starala o svého seniora. Byli napomenuti, že musí opustit okamžitě pokoj, ale než seniora dali do lůžka, viděli dost. Ale tuto situaci nikdo nemohl předpokládat. Také jsou ale nedůstojné situace v rámci hygieny, nebo při převlékání.“* Sestře NS10 připadá, že jsou senioři často převáženi na toaletu nedostatečně oblečení a tím se narušuje jejich intimita. NS10: *„Například jsou pacienti odvázeni na toaletu nedostatečně oblékáni.“* Čeho si německé sestry všímají, je nedostatečné tlumení bolesti a zmatenost u seniorů. Na tomto faktu se shodly tři sestry (NS1, NS3, NS5). NS5: *„Také není dle mě občas dostatečné tlumení bolesti. Jeden z lékařů nerespektoval tým, který přišel na konzultaci a dál si jednal dle svého uvážení, ačkoli dle mě to nebylo dobré chování. Jeho bolest mohla být tišena lepším způsobem.“* Dále se jednalo například o situaci nevhodné komunikace, také co německé sestry uvedly, jako nedůstojné jsou situace spojené s vizitou, kdy se probírá zdravotní stav před jinými klienty. Zde se v těchto oblastech vždy shodly dvě sestry. Probírání stavu před ostatními se nelíbí sestře NS6 a NS2. NS6: *„Co mi je hodně cizí, jsou vizity a komentování stavu seniorů před ostatními.“* Oblast komunikace popsaly sestry NS1 a NS9. NS9 uvedla: *„Také mi občas přijde, že komunikace není na nejlepší úrovni. Není pacientům dostatečně vysvětlováno, co se s nimi bude dít a poté může dojít*

k nedorozumění. “ Poté se již sestry neshodovaly. Léčba v terminálním stádiu byla sdělena jednou sestrou. Uvádím její výpověď, NS5: „Ano, například když jsou lidé ve fázi umírání a lékaři jim stále předepisují léčbu. “ Co dalšího přijde německým sestřám nedůstojné? Jako u českých sester je to degradace soběstačnosti. Jedné sestře připadala nevhodná situace s umíráním. NS4: „Byla jsem zodpovědná za velký počet pacientů na noční směně. Jedna pacientka umírala a myslím, že každý nechce být sám, protože se toho velmi bojí. Když jsem seděla u postele, držela pacientku za ruku, zklidnila se a uvolnila. Jakmile jsem se postavila, byla neklidná, otevřela oči a začala hekticky křičet. Ostatní pacienti během noci hodně zvonili, takže jsem mohla s pacientkou zůstat jen na krátkou dobu. Pacientka zemřela tu noc, když jsem nebyla v místnosti. Cítila jsem se velmi špatně, i když jsem věděla, že jsem se snažila velmi tvrdě a trávila každou volnou minutu v jejím pokoji. Nikdo si nezaslouží zemřít sám. “ Jako nedůstojné považuje sestra NS10 nevhodné oslovování. NS10: „S dementními pacienty se občas zachází jako s dětmi a jsou oslovovány „TY“. “ Jedna ze sester uvedla, že se jí zdál nevhodně zvolený postup péče o pacienta, jednalo se o sestru NS7. Jako poslední nedůstojnou situaci vidí sestra NS2 tu, kdy došlo k záměně jmen a na základě toho byl výkon proveden u jiného klienta. NS2: „Došlo k záměně jmen seniorů, protože byli velmi podobné a výkon se uskutečnil u jiného klienta. “

Podkategorie 2 – Návrhy / opatření sester proti nedůstojným situacím

V této podkategorii jsme sestřám pokládali otázku „*Pokud ano, co by mělo být uděláno jinak, aby byla lidská důstojnost zachována?*“ Otázka byla zaměřená především na zamyšlení se sester, aby se již situace neopakovaly. Odpovědi sester byly i zde pestré, vzhledem k podkategorii, která se zaměřovala na výše zmíněné nedůstojné zážitky.

U českých sester tři (ČS7, ČS8, ČS10) vypověděly, že by uvítaly lepší vybavení pokojů a celkově oddělení. Jsou nespokojeny i s velikostmi pokojů. ČS7: „*Také nemáme vhodné pokoje, je na pokoji sedm lidí a nejsou mezi nimi plenty.*“ Také tři sestry (ČS5, ČS7, ČS10) se shodují na zlepšení komunikace obecně. Konkrétně ČS5 by ráda, aby se seniori neoslovovali křestními jmény či jinými přezdívkami. ČS5: „*Zprvė, pokud mě nikdo o to výslovně nepožádá, tak neoslovovat jmény křestními, či „babi, dědo“.*“ Další sestra by viděla vylepšení komunikace, pokud by byly povinné kurzy pro všechny z personálu. ČS7: „*Jak tyto situace vyřešit? Lékaři i sestry by dle mě měli chodit na povinné kurzy komunikace.*“ Dvě sestry z deseti odpověděly, že každý, kdo pečuje

o klienty v nemocnicích, by se měl zamyslet nad svou péčí a chováním, zda by se jim samotným líbil přístup, jaký mají, a bylo k nim takto přistupováno. ČS2: „*Kdyby si každý z těch, který právo důstojnosti nerespektuje, uvědomil, že kdyby byl na místě pacienta, také by se mu takové jednání nelíbilo, byla by důstojnost respektována lépe.*“ Sestra ČS6 se ztotožňuje, plus přidala, že by nebylo od věci, aby personál, který pracuje s lidmi, procházel povinně psychologickými testy, které by odhalily, zdali se pro toto povolání hodí, či nikoliv. ČS6: „*Za další, každý by si měl sáhnout do svého svědomí, zdali by se jim samotným tento přístup líbil a chtěli by místo podložní mísy vykonat potřebu do plen. Tohle je dle mě dobrá poučka, vždy si to vztáhnout na sebe, pak člověk by jednal myslím vždy trochu jinak a hlavně lépe. Také by každý mohl projít psychologickým vyšetřením, zdali se na to povolání vůbec hodí. Když jsou tu pak lidé, co to dělat nechtějí, je jasné, že ta péče od nich nebude s ohledem na lidskou důstojnost.*“ Další návrh byl, aby personál byl motivovaný. Samozřejmě velký kámen úrazu dle ČS7 představuje nedostatek personálu. ČS7: „*Tady u nás by bylo asi vhodné zajistit personál.*“ Tím pak navazuje i ČS2, která by uvítala, aby personál nebyl přetěžován a dostatečně vzdělaný. ČS2: „*Myslím si, že těmito situacím by bylo zamezeno, kdyby nebyli zdravotníci přetěžováni a byli dostatečně proškolení v právě v oblasti péče o důstojnost pacienta a dodržování jeho práv.*“ Sestra ČS8 měla obdobnou odpověď. ČS8: „*Co by mělo být jinak? Pokud to vezmu od počátku, tak především tu mít personál, který to chce vykonávat dobrovolně a s chutí. Také by měl být vzdělaný, protože jak jsem říkala, máme tu i ty, kteří bohužel to dělat nechtějí, a pak to vypadá takto.*“ Odpovědi, které se zaměřily na návrhy v oblasti zlepšení nedůstojných situací při umírání, sdělily sestry ČS1 a ČS9. ČS9 by především plus viděla v tom, kdyby na oddělení byl soukromý a oddělený pokoj právě pro tyto situace. ČS9: „*No, chybí tu pokoj, kam by se senioři odváželi. Vím, že v hospicích existují i místnosti, které jsou o samotě, a senior tam může v klidu zemřít. Proč by se jeden pokoj nemohl zde udělat.*“ Sestra ČS1 viděla vyřešení nedůstojných situací v tom, že by na oddělení mohla pracovat osoba, která by se volala jen na tyto situace. ČS1: „*No, samostatný pokoj tu bohužel nemáme a odvést seniora na koupelnu to je možná ještě horší, protože jsou všude kachličky. No a vzhledem k tomu, že se to tu děje snad každý týden, tak proč by tu nemohla pracovat nějaká sestra třeba i v důchodu, která by v těchto situacích přijela a starala se o něj s plnou péčí, držela za ruku, mluvila na něj a vše, co by bylo potřeba. To za mě by bylo úplně ideální.*“ Poté již po jedné sestře byly návrhy na zvýšení platu kvůli motivaci a druhý návrh byl, že by se každý měl zamyslet

sám nad sebou, ačkoliv vybavení dostatečné nemají, musí i tak dbát na soukromí při intimních výkonech a dávat si pozor na maličkosti. ČS5: „*Dále co se týká u hygieny, jsou to maličkosti, které si ale musí uvědomit každý sám (přikrývat, zajistit si všechny pomůcky a neodcházet).*“ ČS6: „*Já říkám, měla by nemocnice pochopit, že prostě plat je důležitý, a navýšit ho, pak možná jim nějaké sestry na oddělení půjdou.*“

Jaké vidí návrhy a opatření německé sestry? Odpovědi byly též rozmanité a většina z dotazovaných sester navrhla i více opatření. Konkrétně se dvě sestry shodly na tom, aby byla lépe zachována důstojnost klientů, ocenily by více personálu. S tímto se ztotožňují NS4 a NS8. NS8: „*Akorát více obsazení na pracovišti.*“ NS4 se rozpovídala o nedůstojné situaci, kdy pacientka zemřela osamocena, i ona by zde viděla opatření ve více obsazení a pracovišti. NS4: „*V tomto případě bych potřebovala více personálu, aby umírající pacientka nebyla sama na tuto situaci.*“ Dvou sester se odpovědi také shodovaly. Mělo by se dle NS1 a NS5 dbát na respektování přání klientů. NS5: „*Vždy hlavně respektovat přání klientů, pokud jsou ve stadiu, kdy jsou o sobě schopni rozhodovat.*“ Také sestry NS3 a NS5 navrhly svá opatření, a to především v lepší medikamentózní léčbě. NS5: „*Také zajistit dostatečné léky proti bolesti a spolupracovat s konzultačními týmy.*“

Problematicky se jeví i oblast nedostatečného vybavení oddělení. Se sestrami NS2 a NS6 se shodují i české sestry. NS2: „*Za mě jsou to pokoje, které budou vybaveny plentami, či nějaké zástěny, které bychom využily.*“ NS6 uvádí totéž, plus by ještě viděla v samostatných pokojích a místnostech určených pouze pro vizity. NS6: „*Určitě by pomohly samostatné pokoje, ale to je asi v rámci zařízení nemožné. Také by bylo fajn mít místnost pro lékaře, kde by probíhala vizita. Tímto by se ale vyřešilo hodně situací. Poté samozřejmě zástěny při hygieně.*“ Sestra NS10 vidí problém pouze v osobnostech pečovatelů. NS10: „*Často to selže kvůli základnímu přístupu pečovatelů. Jednoduše by se mělo jednat rafinovanějším způsobem. To ale záleží na každém, jak se bude chovat.*“ NS1 odpověď rozšiřuje o oblast zachování soukromí a intimity a také by jako pozitivní viděla zlepšení spolupráce mezi kolegy. NS1: „*Také mluvit s lékaři a spolupracovat jako tým. Dávat si především pozor u základních potřeb na maličkosti. Seniory dostatečně oblékat, neobnažovat při vykonávání hygieny.*“ K lepší spolupráci se hlásí i sestra NS7, která by ocenila, kdyby se více komunikovalo a spolupracovalo s rodinou. Sestra NS9 vypověděla, že je potřeba více času na komunikaci se seniory. NS9: „*Vyčlenit si na každý úkon čas a vše pacientovi vysvětlit.*“ Sestra NS2 uvedla, že by měl

veškerý personál dodržovat povinnost mlčenlivosti. NS2: „*Také by si každý měl z personálu uvědomit, že se nemá bavit mimo pokoje, natož i cestou domů. Každý máme povinnost mlčenlivosti.*“

Kategorie 4 – Vzdělanost sester v etické oblasti

Tato oblast je členěna do dvou podkategorií. Důvodem je zjistit, jak jsou sestry vzdělané před nástupem do zaměstnání v etické oblasti, a druhá podkategorie se zaměřuje na možnosti vzdělávání v etické oblasti, které mají sestry během zaměstnání, konkrétně se jedná o lidskou důstojnost, práva klientů a další.

Podkategorie 1 – Před nástupem do zaměstnání

V této podkategorii jsem sestrám položila otázku „*Máte dojem, že před nástupem do zaměstnání, jste byl/a dostatečně vzdělán/a v oblasti etiky – lidské důstojnosti? Popřípadě jak byste tento fakt změnil/a?*“

V prostředí u českých sester pouze tři z deseti vypověděly, že si myslí, že je studium před zaměstnáním připravilo dostatečně. Konkrétně se jedná o sestry (ČS1, ČS2, ČS8). Uvádím pro příklad některé výpovědi. ČS1: „*Já jsem na střední měl těchto informací hodně. Když je člověk vnímavý, slyší to pak ze všeho, jak se správně chovat.*“ Sestra ČS8 uvedla, že o lidské důstojnosti byla při studiu informována, ale spíše se probírala témata jako – paliativní péče, práva klientů, eutanazie. ČS8: „*Co se týká zdravotní školy, tam jsme lidskou důstojnost probrali, ale většinou to bylo s něčím spojené, nikdy nebyla samostatná hodina o lidské důstojnosti. Mám nástavbu v Brně, tam jsme probírali spíše práva klientů, paliace, eutanazie a podobně. Myslím ale, že pokud je člověk alespoň trochu morální, má to prostě v sobě, že se chová správně ke druhým a nenapadlo by ho činit kroky, které by zraňovaly druhé. Myslím tedy, že jsem vzdělaná byla.*“ Ostatních sedm sester (ČS3, ČS4, ČS5, ČS6, ČS7, ČS9, ČS10) v etické oblasti, konkrétně o lidské důstojnosti, dostatečně vzděláno nebylo. Uvádím některé z výpovědí. ČS3: „*Před nástupem jsem vzdělaná v této oblasti nebyla nijak výrazně. Věděla jsem to pouze podvědomě, co si mohu dovolit, a co ne.*“ Sestra ČS6 vypověděla, že ačkoliv něco při studiu zaslechla, i tak se jí to zdá nedostatečné. ČS6: „*No, vzhledem k tomu, že já mám pouze středoškolské vzdělání, na zdravotní škole jsme oblast etiky prošli letem světem. Úplně nemám pocit, že bych se v tomto orientovala.*“ Výpověď sestry ČS7: „*Na zdrávce? Ne, tam jsme snad ani etiku neměli. Jediné, z čeho člověk mohl čerpat, bylo od*

učitelek, které byly z praxe a vyprávěly nám jejich zkušenosti.“ V této podkategorii také bylo stěžejní zjistit, jak by to sestry napravily, aby byl člověk dostatečně vzdělán. Co by pro ně přicházelo v úvahu jako nejlepší řešení? Zde bylo pět odpovědí. První odpovědí, na které se shodlo celkem šest sester (ČS2, ČS4, ČS6, ČS7, ČS8, ČS10) bylo, aby se začlenila lidská důstojnost do učebního plánu buďto na středních, vyšších odborných školách, či na univerzitách. ČS8: *„Určitě není od věci pár alespoň těch základních informací o lidské důstojnosti zmínit. Ať už se jedná o střední či vysoké školy.*“ Sestra ČS2 vypovídá stejně. ČS2: *„Podle mého názoru by se tomuto tématu mělo věnovat více času, a to nejen na vysoké, ale už na střední škole, a to nejen na té zdravotní, ale i na všech ostatních, protože je to velmi důležité.*“ Sestra ČS7 také souhlasí s výukou na školách, plus přidala, že by uvítala studium dalších etnických skupin, jelikož když přijde klient jiné národnosti a chybí znalost jeho kulturních odlišností a zvyklostí, lze se dopustit chyb, které se mohou dotknout lidské důstojnosti. ČS7: *„Jak toto změnit? Určitě etiku zapojit do kurikula. Co je ale dle mě podstatné, je znát i jiná etnika. Já totiž zažila ortodoxního žida a nebylo to úplně jednoduché mu vyjít vstříc, když neznáte jejich pravidla.*“ Další častou odpovědí, na které se shodly čtyři sestry (ČS3, ČS5, ČS6, ČS10), je, že se nejvíce sestry učí praxí. Během zaměstnání zažijí spousty případů, že poté už vědí, jak se chovat správně. ČS3: *„Jak toto změnit? Dle mě vše se každá sestra naučí praxí, chce to čas. Pokud to ale sestry baví, myslím, že se automaticky chovají správně a bez vědomých chyb.*“ ČS6: *„Spíš mi dávají v tomto odvětví odpovědi, věci z praxe a začínám si uvědomovat, co je lidská důstojnost.*“ Sestra ČS5 by viděla jako přínosné, kdyby sestry měly svoje praktická cvičení, kde by si také říkaly, co jim bylo příjemné, ale co nikoliv. ČS5: *„Myslím si, že kdyby mohla být určitá praktická cvičení, kde by si na sobě studenti mohli zkoušet situace ze zdravotnictví a následně sdělovat pocity, tak by to taky mohlo přispět k lepšímu.*“ Jedna sestra sdělila, že se učí sama. ČS9: *„O etice jsem málo věděla, ale musela jsem se více vzdělávat sama.*“

Přibližně polovina sester z německého výzkumného vzorku vypověděla, že jsou dostatečně vzdělané v oblasti etiky (NS4, NS7, NS8, NS10). Uvádím některé z výpovědí. NS4: *„Teoreticky jsem byla velmi dobře proškolená. Počínaje definicí etiky po její implementaci do praxe, péče o tělo a jiné. Bohužel v praxi to vypadá úplně jinak, protože jste často sami.*“ NS7: *„Domnívám se, že oblast etiky je velmi potřebná, ale zanedbávaná část v práci. Já v oblasti etiky vzdělaná jsem, ale při studiu vám říkají věci, které by bylo sice hezké dělat dle pravidel, ale někdy se stane, že to časově*

nestihnete.“ Šest sester z deseti vypovědělo, že považuje vzdělání v etické oblasti před zaměstnáním nedostatečné. Následně budou uvedeny i jejich návrhy na zlepšení takových situací. Konkrétně se jednalo o sestry (NS1, NS2, NS3, NS5, NS6, NS9). Uvádím jejich výpovědi. NS9: *„Na zdravotní škole nám moc zmíněno o tomto nebylo. Spíše nic.“* NS5: *„Co se týká vzdělání před nástupem do zaměstnání, tak na střední škole je tato oblast probírána málo.“* Jaké vidí jako nejvhodnější návrhy na opatření? Nejvíce se sestry shodovaly, že je vše naučí praxe, konkrétně čtyři sestry (NS3, NS6, NS7, NS9). NS7: *„Hodně podle mě přidá všem sestrám praxe, kterou prožijí. Tak hurá do toho.“* NS9: *„Chce to praxi, praxi a praxi. Teorie je vždy většinou jiná než praxe.“* Sestra NS3 se s ní shoduje, že se sestry učí praxí, ale dodala, že by nebylo od věci zařadit tato témata více do učebního plánu. S tím se pak shoduje i sestra NS5. NS3: *„Dle mě ne, ale to se vše získá praxí, jak úcta, tak empatie. Klidně by bylo vhodné toto zařadit do studia, ale praxe je mnohdy jiná.“* Sestra NS2 zmínila, že si nepřijde dostatečně vzdělaná, ale vidí plus v tom, že se může každý samostatně vzdělávat v těchto oblastech. NS2: *„Samozřejmě pokud někoho tato oblast více zajímá, může se vzdělávat i sám, ale to v tomto věku si studenti neuvědomují, že to je potřeba.“* S tím souhlasí i NS1 a dodává, že když nebyl člověk dostatečně vzdělán předtím, mělo by o to více na něj teď apelovat vedení, aby si informace doplnil. NS1: *„Spíše to bylo v rámci školy jako samostudium pro ty, které to zajímalo. Myslím, že by bylo dobré více na nový personál apelovat v této oblasti.“*

Podkategorie 2 – Možnost dalšího vzdělávání během zaměstnání

V této podkategorii byla položena otázka *„Je u Vás v zařízení, ve kterém pracujete, možnost se dále vzdělávat v oblasti etiky? Konkrétně o lidské důstojnosti, právech klientů, apod.“*

V prostředí českých sester všechny odpověděly, že mají možnost se dále vzdělávat, ať již formou seminářů, kurzů či přednášek. Také je jim nabízeno i nastavbové studium v Brně, obor gerontologie. Dále jsem se sester ptala, jaké kurzy či semináře jsou jim nabízeny. Vždy po pěti sestrách se shodlo na komunikaci (ČS1, ČS2, ČS4, ČS5, ČS9) a oblasti paliativní péče (ČS2, ČS5, ČS6, ČS8, ČS10). ČS1: *„Ano, možnosti tu jsou. Není to nazvané přímo lidská důstojnost, ale jak říkám, když vnímáte i například přednášku o komunikaci, uslyšíte i o důstojnosti, avšak ne přímo.“* Sestra ČS4 také sdělila komunikaci a jako jediná přidala, že si vyslechla přednášku o hojení ran. ČS4:

„Už je to déle, ale bylo to například na hojení ran, i komunikace byla zmíněna. Většinou si to připravují sestry mezi odděleními a poté informují ostatní sestry.“ ČS5: *„Možnosti dalšího vzdělávání určité jsou. I když to zrovna není tady v nemocnici. Jsou to různé kurzy, školení, přednášky. Já jsem tu sice chvíli, já jich moc neměla, ale byla tu přednáška o komunikaci.“* Ještě uvádím jednu výpověď. ČS9: *„Máme možnost různých seminářů, ale spíše zaměřenou na komunikaci, mi přijde, než na důstojnost.“* O paliativní péči se zmínila sestra ČS8: *„Nikdy jsem nedostala nabídku „pojdte, bude seminář o lidské důstojnosti u klientů“. O právech tu pár zmínek bylo. Nicméně u nás se teď rozjíždí paliativní péče v rámci nemocnice, kde se angažují i naši lékaři, no a ti nám přednášky dávají. Oni doslova neřeknou „lidská důstojnost“, ale když si tak uvědomím, tak vše, o čem mluví, tak to spadá pod lidskou důstojnost, protože kdybychom to nedělali, tak bychom se jí mohli dotknout. Například tišení bolesti, co dělat a další postupy. Takže vlastně asi ano, ale není to tak pojmenováno.“* Sestra ČS6: *„Ano, nemocnice pořádá semináře, a i se nyní v rámci našeho oddělení otevřela paliativní péče, kde působí naši lékaři.“* Dále čtyři sestry zmínily, že je jim nabízeno od vedení jít dále studovat nastavbový obor gerontologie do Brna. Jedna sestra ČS8 tuto specializaci již má. Na této zmínce se shodly konkrétně ČS2, ČS3, ČS4, ČS5. ČS4: *„Také je nám nabízeno dál studovat při práci navazující specializaci v oblasti gerontologie.“* ČS2: *„Co se týká osobního rozvoje v oblasti etiky v rámci našeho oddělení, je možné se dále vzdělávat ve specializačních programech v gerontologii, ale toto vzdělání se netýká pouze etiky, ale celkově všeho, co se týká oddělení dlouhodobě nemocných.“* Také čtyři sestry zmínily i práva pacientů (ČS1, ČS3, ČS8, ČS10). Výpověď sestry ČS3: *„Na každém oddělení jsou práva pacientů. Sestra se s nimi seznamuje při příchodu na určité oddělení.“* Jediná sestra zmínila i jiné možnosti, jež jim v rámci obohacení nemocnice poskytuje. ČS7: *„Jsou nám nabízeny různé semináře, kterých se můžeme dobrovolně zúčastnit. Většinou si nějaké téma připravují ostatní sestry z jiných oddělení. Měli jsme třeba možnost se zúčastnit školení o úmrtí. Musím ale nemocnici pochválit, že vypracovala například „informace pro pozůstalé“ – Většinou když rodině někdo zemře, tak v tu chvíli je nenapadají žádné otázky. Jsou proto sepsány hlavní kroky, co je poté důležité zajistit, kde a jakým stylem. Také například po nás nemocnice vyžaduje znát rozdíly mezi duchovnem a spiritualitou. Poté jsou audity na toto téma.“*

Co se týká německých sester, všechny mají možnost se dále v něčem rozvíjet. Jediná sestra NS7 řekla, že by uvítala, kdyby zaměstnavatel pro svůj personál toho udělal více. NS7: „*Myslím, že vždy by toho náš dům mohl pro zaměstnance udělat více. Ale ano, máme tu možnost. Posílají nás na kurzy a semináře z etické oblasti.*“ Dále se všech deset německých sester shodlo, že v zařízení mají možnost využívat paliativní tým a i chodit na jejich přednášky. NS7: „*Máme tu i paliativní tým, ten často využíváme a chodíme i na jejich přednášky, kde nám vypráví jejich úspěchy a jejich cíle. Kolikrát mi ale přijde, že naši lékaři plně nesouhlasí s týmem a léčí dle své rozvahy.*“ Sestra NS10: „*Je to víceméně o dobrovolnosti. Nikdo vás do ničeho nenutí, ale možnosti samozřejmě máme. Je tu i poradní tým v oblasti paliativní léčby, ten se využívá poměrně často a mají i vysokou návštěvnost přednášek.*“ Sestra NS3 přidala, že byla i možnost si vyposlechnout téma o léčbě bolesti. NS3: „*Ano, to podle mě dělá každé zařízení, pro své zaměstnance, musí jen sestra chtít! Máme tu hodně možností v oblasti paliace a léčby bolesti.*“ Sestry NS2 a NS5 obohacují možnost paliativní péče i návštěvou přednášky o ochraně osobních údajů. NS2: „*Ano, můžeme se zúčastňovat přednášek a školení na různá témata. Třeba dost se tu propaguje paliativní péče. Momentálně co bude novinka, tak přednáška o ochraně osobních údajů.*“ A sestra NS5: „*Pouze z vlastní iniciativy, nikdo Vám nic nenařizuje. V areálu je paliativní „klub“, který nabízí kurzy paliativní péče. Nikdo nás nenutí studovat a dál se vzdělávat, ale já vidím, že to potřebné je, aby péče byla správná a hlavně kvalitní. Ale nabídky tu máme, myslím, že nově se chystá seminář o ochraně osobních údajů.*“ Tři sestry (NS6, NS8, NS9) se zmínily o právech pacientů. NS6: „*O právech klientů se dočtete na každém oddělení, nebo můžete kontaktovat i právní oblast v zařízení.*“ NS8: „*Ano, máme tu možnost, zařízení nám poskytuje a nabízí. Na každém oddělení máme i práva klientů. Může si ale každá sestra sama zajistit kurz, který ji zajímá i mimo zařízení.*“ Sestra NS4 uvedla, že mají etickou komisi a také proběhlo interní školení na důstojné umírání. Také můžou nadnést téma a zabývá se jím etická komise.

4.3 Výsledky skrytého pozorování

Kategorie 5 - Přístup sester k seniorům v praxi

V rámci pozorování byl zjišťován přístup sester k seniorům během směny. Celkem bylo pozorováno dvacet sester. Deset sester bylo z českého a deset sester z německého prostředí. Se všemi pozorovanými sestrami byl také veden rozhovor. Pozorování nebylo

vázáno na rozhovory ani na konkrétní klienty. Byly předem vybrány tři nejčastější výkony, kdy sestra tráví s klientem více času. Při výkonech bylo sledováno, zdali sestra přistupuje k seniorovi s ohledem na lidskou důstojnost, či nikoliv. První sledovaný výkon byla ranní hygiena, dále podávání stravy a převazy. V první řadě byl vytvořen pozorovací arch s předem definovanými jedenácti oblastmi, které se u sester hodnotily.

První oblastí je klepání na dveře. Zda sestra před vstupem na pokoj zaklepalala na dveře, či nikoliv. Nikdo bychom nikomu neměli narušovat soukromí, proto právě tato oblast. Dále jsme se zaměřili na oslovení klienta, zda sestra oslovila klienta správně, či nikoliv. Do správného oslovení jsme řadili, pokud sestra pozdravila a oslovila klienta příjmením. Bylo zjištěno, že žádný ze seniorů, u kterého byl prováděný výkon pozorován, neměl požádáno o to, aby byl osloven jménem či jinou přezdívkou, také žádný ze seniorů nebyl titulovaný. Třetí oblast se zaměřila na pozorování, zda sestra dopředu klientovi oznámila, co se bude dít, či nikoliv. Zde bylo hodnoceno, buďto mu vysvětlila výkon srozumitelně, nebo nejasně. Čtvrtá oblast si všímala, zda sestra dokáže efektivně odpovídat na klientovy dotazy. Byly tři možnosti vyhodnocení: buďto ano, dokázala, dále nedokázala nebo klient nepokládal sestře žádné otázky. Pokud se klient dotazoval, byly otázky zaměřeny převážně na dietní opatření, léčbu aj.

Co je efektivní komunikace?

Komunikace zastává důležitou roli při saturaci společenských potřeb jednotlivců či skupin. Kde má své neopomenutelné zastoupení, je pracovní proces. Zde se využívá jako možnost především k předávání důležitých informací, kdy má podpořit, motivovat a zároveň dokázat vysvětlit. Také hledá nejlepší možnosti řešení problémů a využijeme ji také při zpětné vazbě. Ať již každý zvolí jiný způsob komunikace, vždy by měl mít na paměti několik požadavků, které ji učiní efektivní. Jedná se o zřetelnost, výstižnost, vhodnost, kompletnost a nelze opomenout ani zdvořilost (Vymětal, 2008).

Pátou pozorovanou oblastí je, zda sestra před výkonem zjišťuje klientovu možnost se zapojit do výkonu. Zde bylo pouze vyhodnocení ano, či ne. Šestá oblast sleduje, zda sestra využije klientovi možnosti spolupráce, nebo nikoliv. Zaznamenaná odpověď byla ano, využije nebo nevyžije. Také se vyskytla situace, kdy klient nebyl schopen se zapojit. Sedmá oblast se týká komunikace, avšak ne pouze odpovídání na klientovy dotazy například o stravě, následné léčbě a dalších. Hodnoceno bylo především to, jestli sestra při výkonu mlčí, či je schopna s klientem rozvést nezávaznou konverzaci. Zde

bylo opět hodnoceno pouze dvěma možnostmi, a to ano, či ne. Osmá oblast je zaměřená na soukromí a dodržování intimity u klienta. Pokud sestra dbá na tyto zásady a klient nebyl vystaven nepříjemné situaci, byla zaznamenána odpověď ano. Pokud bylo zaznamenáno, že nikoliv, sestra se dopustila chyby například obnažením klienta či zanecháním otevřených dveří. Devátá oblast byla zaměřena na poskytování množství času klientovi, tedy zda byl výkon proveden v klidu, nebo na sestře byl znát časový nátlak. Buďto sestra poskytuje dostatek času, nebo omezeně, kdy chvátá, a je to na pohled znatelné. Předposlední oblast byla zaměřená na informovanost/ poučení seniora. Především bylo hodnoceno, zda sestra po výkonu a před odchodem z pokoje klientovi oznámí například jeho následnou péči, co se dále bude dít, či využití signalizace v případě potřeby, nebo pouze po provedeném výkonu odchází. Poslední, jedenáctá sledovaná oblast byla zaměřená na využití pomůcek, které by sestře mohly usnadnit práci, a nebylo s klientem zacházeno nevhodně, bez ohledu na jeho lidskou důstojnost. Při některých výkonech je vhodné využívat například vybavení lůžka (polohovací zařízení, hrazdička, postranice) nebo i ložní prádlo či využití přítomnosti kolegy. Odpovědí bylo pouze, že sestra využila tyto možnosti, nebo nikoliv.

U českých sester bylo celkem zaznamenáno 27 pozorovaných výkonů. Z toho 10 výkonů se týkalo ranní hygieny, dále 9 sester bylo zastiženo při podávání stravy klientům a 8 sester při převazech. Podávání stravy se jedna ze sledovaných sester nezúčastňuje po celou dobu své praxe. Převazy nebylo možné zaznamenat u všech sester, jelikož z jejich spektra klientů neměl nikdo převaz naordinován, nepotřeboval ho.

Nyní budou uvedeny výsledky pozorování z prostředí českých sester. Celkem 21krát z 27 výkonů zaklepaly sestry na dveře před vstupem do pokoje, 6krát nikoliv. Pokud sestry vstupovaly na pokoj kvůli převazu, zaklepala každá z 8 sledovaných, během podávání stravy zaklepalo pouze 5 sester z 9, a pokud se jednalo o hygienu, zde zaklepalo 8 sester z 10. Co se týká správného oslovení, celkem 22krát z 27 výkonů sestry správně klienty oslovily, kdežto 5krát nikoliv. Například byli osloveni jako „beruško, dědo“. Při převazu 6 sester z 8 správně oslovilo, při podávání stravy 7 sester z 9 a u hygieny 9 sester z 10. Další sledovanou oblastí bylo, zda sestra oznámí klientovi dopředu, co se bude dít, nebo začne výkon provádět bez upozornění. Celkem 21krát z 27 pozorovaných výkonů sestry srozumitelně klientovi vysvětlily, co se bude dít, 6krát bylo vysvětlení nejasné. Konkrétně u převazu 7 sester z 8 vysvětlilo, co bude

klienty čekat, srozumitelně, pouze 1 nikoliv. Během podávání stravy také pouze 1 sestra z 9 klientovi jasně nesdělila, co se bude dít. U hygieny už byl rozdíl větší, celkem 6 sester z 10 pouze dopředu oznámilo, co bude s klientem prováděno. Další sledovanou oblastí je, zda sestra dokáže efektivně odpovídat na klientovy otázky. Zde jsou možné tři odpovědi. Celkem 20krát se klienti na nic nedotazovali, 7krát ano, z toho 6krát sestry dokázaly efektivně odpovědět a 1krát nikoliv. Na převaz, kde bylo sledováno 8 sester, se nedotazovalo 5 klientů, pouze 3 ano a sestry dokázaly správně odpovědět. Při podávání stravy z 9 sester, se 6 klientů nedotazovalo, 3 ano a u těchto 2 sestry dokázaly efektivně odpovědět a 1 nikoliv. Co se týká ranní hygieny, z 10 sester se celkem 9 klientů na nic nedotázalo, pouze 1 ano a tomu byla podána efektivní odpověď. Pátá sledovaná oblast je, zda sestra dopředu zjišťuje, jak je klient schopen pomoci. Celkem 15krát z 27 pozorovaných výkonů sestry zjišťují možnosti, 12krát nikoliv. U převazu se na jejich spolupráci dotázaly pouze 2 sestry z 8. U podávání stravy se dotázalo 6 sester z 9 a u hygieny celkem 7 z 10 sester. V šesté oblasti bylo sledováno, zda sestra zapojí klienta do prováděného výkonu. Celkem 13krát z 27 sledovaných výkonů sestra využila klienta ke spolupráci, 11krát nikoliv a 3krát klient nebyl schopen pomoci. Konkrétně při převazu 1 sestra z 8 využila klienta ke spolupráci, 6 sester nikoliv a 1 pacient nebyl schopen pomoci. Během ranní hygieny celkem 7 sester z 10 využilo možností klienta, 2 ne, jeden klient nebyl schopen. Při podávání stravy využilo soběstačnost klienta 5 sester z 9, 3 nikoliv a 1 pacient nebyl zapojení schopen. Sedmou sledovanou oblastí je komunikace. Celkem 21krát z 27 pozorovaných výkonů sestry rozvíjely s klienty rozhovor, a to konkrétně u převazu komunikovalo všech 8 sester z 8 sledovaných. Při podávání stravy rozvíjelo komunikaci celkem 6 sester z 9. Co se týká ranní hygieny, zde komunikovalo s klienty pouze 7 sester z 10. Zda sestra dbá na intimitu a soukromí, je další pozorovanou oblastí. Celkem 23krát z 27 sledovaných výkonů si sestry tuto oblast velmi hlídaly a nedopustily se chyb. U převazu pouze 1 sestra z 8 se dopustila obnažení klienta. Při podávání stravy dbaly na soukromí a intimitu všechny sestry z 9 sledovaných a při ranní hygieně 7 sester z 10 také. Zda sestra poskytuje dostatek času, či omezeně, je další sledovanou oblastí. Celkem 18krát z 27 pozorovaných výkonů věnovaly sestry klientovi při výkonu dostatek času, 9krát z 27 výkonů omezeně. U převazu pouze 3 sestry z 8 jednaly rychleji. Při hygieně 7 sester z 10 věnovalo dostatek času klientovi. Během podávání stravy také převažovala kladnější část, kde 6 sester z 9 poskytlo dostatek času. Předposlední oblast byla oblast informovanosti a poučení. Ukázalo se, že celkem 21krát z 27 výkonů sestry při odchodu z pokoje

klientovi nic nesdělily. Při převazu 3 sestry z 8 informovaly, u hygieny 3 sestry z 10 také a při podávání stravy nepodala žádnou informaci ani jedna z 9 pozorovaných sester. Poslední, jedenáctá oblast je zaměřena na to, jestli sestra využívá pomůcky, které by jí mohly usnadnit práci. Z celkového počtu 27 pozorovaných výkonů 14krát nebylo nic využito, kdežto 13krát ano. Při převazech využila tuto možnost pouze 1 sestra z 8 pozorovaných. U hygieny již 6 sester z 10 a při podávání stravy 6 sester z 9 také využilo nějaké pomůcky.

U sester v německém prostředí bylo také sledováno 27 výkonů u 10 sester. Jednalo se o 10 záznamů z podávání stravy, 9 z ranní hygieny a 8 převazů. Opět nebylo možné u každé zaznamenat každý výkon, jelikož při směně sestra tento výkon neměla v popisu práce.

Nyní budou uvedeny výsledky pozorování. V první oblasti se jednalo o zaklepání na dveře. Zde celkem 24krát z 27 pozorovaných výkonů sestry na dveře před vstupem zakleply a 3krát nikoliv. Jednalo se o 2 sestry z 9 při ranní hygieně, u podávání stravy 1 sestra z 10 sester. Všech 8 sester zaklevalo na dveře před převazy. Co se týká správného oslovení klienta, bylo příjemně překvapující, že všechny sestry u každého výkonu, kdy byly sledované, správně klienta oslovily. V třetí oblasti jsme se zajímali, zda sestra dopředu oznámí, jaký výkon bude u klienta prováděn. Celkem 22krát z 27 pozorovaných výkonů sestry dokázaly srozumitelně vysvětlit, co se bude dít, 5krát bylo vysvětlení nejasné. Pouze 1 z 8 sester u převazů opomenula vysvětlení, dále 1 sestra z 9 u ranní hygieny a 3 sestry z 10 při podávání stravy klientovi. Čtvrtá oblast je zaměřená na efektivní komunikaci ze strany sester. Celkem 22krát z 27 pozorovaných výkonů se klient během výkonu na nic sestry nedotazoval, zatímco 5krát klienti otázky měli a sestry na ně dokázaly efektivně odpovědět. Efektivní odpověď musely sestry udávat u podávání stravy, kdy 2 klienti z 10 měli otázku a 3 z 8 klientů u převazu. Pátou oblastí bylo zjistit, zda sestra před výkonem zjistí, s čím jí může klient pomoci. Celkem 22krát z 27 pozorovaných výkonů sestra dopředu zjišťovala, s čím jí může klient pomoci, 5krát nikoliv. Konkrétně při převazu 6 sester z 8 se dotázalo, při hygieně 6 sester z 9 a při stravování všech 10 sester. V šesté oblasti bylo zjišťováno, jestli sestra využije výpomoc klienta ke spolupráci, či nikoliv. Celkem 15krát z 27 pozorovaných výkonů sestra využila klienta ke spolupráci, 2krát nikoliv a 10 klientů nebylo schopno výpomoci. Konkrétně u převazů 2 z 8 sester nevyužily klienta ke spolupráci, 5 ano a 1 klient nebyl schopen výpomoci. Během ranní hygieny celkem 3 z 9 sestry využily

ke spolupráci klienta, 6 klientů nebylo schopno. Při podávání stravy využilo pomoc 7 sester z 10 a 3 klienti nebyli schopni. Sedmou sledovanou oblastí byla komunikace mezi klientem a sestrou. Celkem 22krát z 27 sledovaných výkonů sestra během výkonu s klientem komunikovala, 5krát nikoliv. Konkrétně při hygieně komunikovalo všech 9 pozorovaných sester. Během převazu nekomunikovala pouze 1 sestra z 8, při podávání stravy 6 sester z 10 komunikovalo a 4 nikoliv. Dále bylo pozorováno, zda sestra u klienta respektuje při výkonech intimitu a soukromí. Celkem 26krát z 27 sledovaných výkonů sestra dbá na intimitu a soukromí, 1krát nikoliv. Při hygieně a podávání stravy bylo vše v pořádku, u převazu jedna sestra z 8 opomenula dodržení intimity a soukromí. Devátou oblastí bylo pozorování, kolik sestra věnuje klientovi při výkonu času. Celkem 19krát z 27 sledovaných výkonů sestra věnovala klientovi dostatek času, 8krát omezeně. Konkrétně při převazu 6 sester při výkonu netlačil čas, 2 z 8 sester ano. U hygieny to bylo na pomezí, celkem 5 sester věnovalo času dostatek, 4 sestry z 9 nikoliv. Při podávání stravy celkem 8 sester z 10 věnovalo klientům dostatek času. Předposlední, desátá oblast byla zaměřena na pozorování, zda sestry při odchodu z pokoje klienta poučí či informují. Celkem 20krát z 27 pozorovaných výkonů sestra nepodala klientovi žádné následující informace, 7krát ano. Při převazu se jednalo o 5 sester z 8, které poučí klienta, u ranní hygieny pouze 2 z 9 sester a při podávání stravy nebyla odezva od žádné sestry z 10 pozorovaných. Jedenáctá oblast se zaměřila na pozorování, zda sestra využije ke své práci jakékoliv pomůcky, které by jí usnadnily práci. Celkem 20krát z 27 pozorovaných výkonů sestry těchto možností využily, 7krát nikoliv. Konkrétně u převazu 3 z 8 sester možnost využily, 5 z 8 sester nikoliv. Během ranní hygieny pouze 2 sestry z 9 nic nepoužily, ostatní ano. Při podávání stravy klientům každá z 10 sester využila pomůcku, jež jí usnadnila manipulaci s klientem.

Tab. 4 Pozorovací arch 1/3

		Klepání na dveře	Oslovení P/K	S. oznámila, co se bude dít	S. odpovídání p/k na otázky	S. zjišťuje, čím P/K pomůže	S. využila P/K možností	S. komunikuje při výkonu	S. dbá na intimitu/soukromí	Kolik sestra poskytuje času	S. Při odchodu P/K informuje	S. využila pomůcky usnad. práci
ČS1	Podávání stravy	Ne	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ne	Ne	Ano	Ne	Omezeně	Ano	Ne
ČS2	Podávání stravy	Ano	Ne	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Hygiena	Ne	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ne	Ne	Omezeně	Ano	Ne
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
ČS3	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
ČS4	Podávání stravy	Ne	Ano	Srozumitelně	Ne	Ne	Ne	Ne	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ne	Nejasně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ne	Dostatečně	Ano	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ne
ČS5	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Převaz	X										
ČS6	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
	Převaz	Ano	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ne
ČS7	Podávání stravy	Ne	Ne	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ne	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ne	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ne

Zdroj: Vlastní zpracování

Tab. 5 Pozorovací arch 2/3

		Klepání na dveře	Oslovení P/K	S. oznámila, co se bude dít	S. odpovídání P/K na otázky	S. zjišťuje, čím P/K pomůže	S. využila P/K možností	S. komunikuje při výkonu	S. dbá na intimitu/soukromí	Kolik sestra poskytuje času	S. při odchodu P/K informuje	S. využila pomůcky usnad.práci
ČS8	Podávání stravy	Sestra se nezapojuje do podávání stravy P/K										
	Hygiena	Ano	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Omezeně	Ne	Ne
	Převaz	Ano	Ne	Srozumitelně	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ne
ČS9	Podávání stravy	Ne	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
	Hygiena	Ano	Ano	Nejasně	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ano
	Převaz	X										
ČS10	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ne	Dostatečně	Ne	Ne
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
NS1	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ne
NS2	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Převaz	X										
NS3	Podávání stravy	Ano	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ne
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
NS4	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ne	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ano	Ne

Zdroj: Vlastní zpracování

Tab. 6 Pozorovací arch 3/3

		Klepání na dveře	Oslovení P/K	S. oznámila, co se bude dít	S. odpovídání P/K na otázky	S. zjišťuje, čím P/K pomůže	S. využila P/K možností	S. komunikuje při výkonu	S. dbá na intimitu/soukromí	Kolik sestra poskytuje času	S. při odchodu P/K informuje	S. využila pomůcky usnad. práci
NS5	Podávání stravy	Ne	Ano	Nejasně	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ne	Omezeně	Ano	Ano
NS6	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	X										
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ne
NS7	Podávání stravy	Ano	Ano	Nejasně	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Není schopen	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Převaz	X										
NS8	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ne	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Není schopen	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Ne	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ne
NS9	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ne	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ne	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Nejasně	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ne
NS10	Podávání stravy	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Omezeně	Ne	Ano
	Hygiena	Ano	Ano	Nejasně	Nedotazoval	Ne	Není schopen	Ano	Ano	Dostatečně	Ne	Ano
	Převaz	Ano	Ano	Srozumitelně	Nedotazoval	Ano	Ano	Ano	Ano	Dostatečně	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní zpracování

5 Diskuze

V diplomové práci jsou stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jaké představy mají sestry pracující v českém a německém prostředí o lidské důstojnosti, co pro ně tento pojem znamená a jaká je jeho aplikace v každodenní praxi. Druhým cílem této práce bylo zmapovat vzdělávání sester v etické oblasti během zaměstnání. Především nás zajímalo, zda jejich zařízení pro své zaměstnance pořádá semináře, přednášky či jiné aktivity, které by poté uplatnily ve své praxi. Třetím cílem, který byl stanoven v rámci pozorování, jsme chtěli zjistit, jaký přístup mají sestry k seniorům během své směny. Pro tyto účely jsme si zvolili výzkumný soubor, který se skládá z dvaceti sester pracujících se seniory. Deset sester je z německého prostředí a deset sester z českého prostředí. Všem dvaceti sestřím byly položeny otázky, které jsou uvedeny v příloze, a všech dvacet sester bylo pozorováno během jejich práce (příloha č. 1 a č. 2).

Úvodem nás zajímalo, jakého jsou sestry pohlaví, věku, jaká je délka jejich praxe a jejich momentálně nejvyšší dosažené vzdělání. Z českého prostředí byl z celkového počtu deseti sester pouze jeden muž. Z německého prostředí jsou všechny sestry, které se zapojily do výzkumu, ženského pohlaví. V našem výzkumném šetření vidíme na první pohled převahu žen jak u nás, tak v Německu. Dle údajů ČSÚ pracuje jako zdravotní sestra či porodní asistentka pouze 2,5 % mužů v českém prostředí (Ženy a muži v datech, 2017). Bundesagentur für Arbeit Statistik uvádí, že celkový počet mužů v ošetrovatelství je 20 % (Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, 2019). Německý výzkumný soubor, kde máme zastoupeny pouze ženy, se liší od celkové německé populace sester. Peterková (2013) zkoumala problematiku zachování lidské důstojnosti na JIP a ARO oddělení. Její výzkumný vzorek činil 133 sester, z toho se jednalo o 15 sester mužského pohlaví. Gračko (2012) ve svém článku uvádí, že povolání zdravotní sestry se přisuzuje spíše ženám z důvodu jejich genderových rolí. Žena je empatická, citově založená a svůj život věnuje rodině. Oproti tomu muže charakterizuje bojovnost, větší míra agresivity a vedoucí funkce. I přes veškeré tyto charakteristické rysy popisuje, že již v dřívějších dobách muži působili jako zdravotní sestry, poté jim tato možnost byla odňata a připsána spíše ženám. Je ale spousta mužských jmen, které se spojují s ošetrovatelstvím. Nyní ale vidí, že počet mužů má opět vzrůstající tendenci v ošetrovatelství (Gračko, 2012). Dle mého názoru, ačkoliv každý vidí pod pojmem zdravotní/ všeobecná sestra většinou ženu, myslím, že muži tu

mají své neopomenutelné místo. Není to pouze díky jejich fyzické síle, kterou mají. Především mají jiné náhledy na situace, které se ve zdravotnictví vyskytují, a jejich razantnější řešení, které občas tyto situace vyžadují.

Dalším údajem, který jsme od sester zjišťovali, byl jejich věk. V českém prostředí to bylo v rozmezí od 22 do 60 let, což je v průměru 41 let. V německém prostředí se věk sester pohyboval od 28 až do 52 let, průměrný věk se liší pouze o jeden rok. Velké rozdíly mezi výzkumnými vzorky nejsou zaznamenány. Na odděleních, která jsou zaměřena pro seniory, může pracovat sestra každé věkové kategorie, když to její fyzická možnost dovolí. Peterková (2013) ve své práci uvádí, že s rostoucím věkem sester klesá zaměstnanost na odděleních intenzivní péče. Z celkového počtu 133 sester na těchto odděleních dle ní pracuje pouze 5 sester ve věku 50 a více let (Peterková, 2013).

Dalším údajem, který jsme zjišťovali, je délka praxe sester. Ve výzkumných vzorcích opět nejsou velké rozdíly. Délka praxe u českých sester se pohybuje od pouhého 1 roku do 40 let a v německém prostředí od 3 do 32 let. Délka praxe je v našem souboru závislá na věku sester, které se výzkumu zúčastnily. Posledním údajem, který jsme zjišťovali, bylo nejvyšší dosažené vzdělání sester. V prostředí německých sester má ve výzkumném souboru 9 z 10 sester ukončené střední zdravotnické vzdělání s maturitou a jedna z nich ukončila studium specializace. Pouze jedna sestra z německého prostředí má vzdělání vysokoškolské, i když to jejich vzdělávací systém sester nevyžaduje. V českém prostředí ve výzkumném souboru má 8 sester z 10 ukončené střední zdravotnické vzdělání s maturitou a jedna z nich navíc specializaci, dvě sestry mají vysokoškolské. Vzhledem k tomu, že ČS1 pracuje jako praktická sestra, zvolil možnost následného bakalářského studia a práce zároveň. Ostatní sestry v českém výzkumném vzorku jsou všeobecné sestry.

Protože se domnívám, že sestru více naplňuje její práce, když si ji sama zvolí, ptala jsem se ve druhé otázce, zda současná práce byla jejím osobním rozhodnutím. Ukázalo se, že v českém i v německém prostředí z celkem deseti sester, si dvě nezvolily oddělení zcela dobrovolně. ČS6 byla přesunuta z jiného oddělení kvůli personálnímu stavu. ČS5 se ucházela o místo na oddělení akutní péče, ale byl zde plný personální stav, proto nastoupila na toto oddělení. V německém prostředí si NS1 hledá jinou práci, NS4 vypověděla, že si zvykla a neví, zdali by se zapracovala na jiném oddělení.

Dalších několik otázek již bylo zaměřeno na první stanovený cíl diplomové práce: „*Zmapovat představy sester o pojmu lidská důstojnost a jeho aplikaci v každodenní praxi.*“ Jako první byla sestřám položena otázka, co si myslí o pojmu lidská důstojnost a jaký pro ně má význam? Tato otázka byla jmenována jako první záměrně, aby sestry zapřemýšlely, co si o tomto pojmu myslí a následně se jim lépe odpovídalo na následující otázky: Jaký přístup je dle nich správný, aby se zachovala lidská důstojnost co nejlépe? Dále co vnímají jako limity, které jim zasahují do práce, a poté nelze ctít lidskou důstojnost? Také se měly zamyslet, zda se jim přihodila nedůstojná situace v rámci jejich celoživotní praxe, a pokud ano, jaké by viděly nejvhodnější opatření, aby se situace již neopakovala?

Jak uvádí Kutnohorská (2013), pojem důstojnost je velmi složitá substance. Každý většinou dokáže říci, co je nedůstojná situace, ale definovat tento pojem v kladném slova smyslu není snadné. Co je tedy lidská důstojnost? Znamená to úcta k hodnotě lidské osoby jako takové. Pohled na tento pojem je individuální a pojetí lidské důstojnosti se může lišit. Nicméně existují určité předpisy, které dbají na to, aby byl naplněn respekt k důstojnosti (Kutnohorská, 2013). Z mého výzkumného šetření vyplývá, že sestry z českého prostředí tento pojem vnímají rozmanitě. Celkem zaznělo devět názorů v různém zastoupení. Největší počet sester, a to čtyři, se shodl, že lidská důstojnost je nezcizitelná hodnota a náleží každému. Druhou nejčastější odpovědí byl respekt k člověku a také to, že lidská důstojnost spadá do práv člověka, tyto odpovědi byly vždy zaznamenány třikrát. Sestry z německého prostředí tento pojem vnímaly jen trochu jinak. Zde zaznělo celkem jedenáct možností. V největším zastoupení, vždy po čtyřech sestřích, byl zmíněn respekt k člověku a lidská důstojnost jakožto nezcizitelná hodnota. Podobné výsledky přinášejí i jiné studie. V bakalářské práci Benešové (2017) vypovědělo celkem 91 z celkového počtu 191 nelékařských zdravotníků, že pod lidskou důstojností vidí respekt a úctu k člověku. I v diplomové práci Peterkové (2013) sestry pracující na odděleních intenzivní péče vidí pod lidskou důstojností respekt a úctu. Tyto výzkumné práce jsou v souladu především s mým německým výzkumným vzorkem.

Názory českých sester se nejvíce podobají výroků sester v práci Závíškové (2014), která svůj výzkum uskutečnila na více než osmi typech oddělení, od intenzivních po doléčovací jednotky. V jejím souboru 132 zdravotníků z celkového počtu 172 vidí pod lidskou důstojností vnitřní hodnotu člověka a 90 z nich zařadilo pod tento pojem lidské právo. Během výzkumného šetření mě překvapilo, že některé z českých sester měly problém tento pojem vysvětlit. Oproti tomu v německém prostředí, ačkoliv i jednovýznamově, vždy sestry dokázaly odpovědět.

Druhou otázkou bylo, co dle sester spadá do přístupu, který ctí lidskou důstojnost. Zde to byly české sestry, které se dokázaly více rozpovídat a každá vždy jmenovala několik zásad a i se ve větší míře v odpovědích shodovaly. V německém prostředí zaznělo celkem šestnáct zásad, které je vhodné dodržovat, nicméně u některých je zastoupena pouze jedna sestra. Dle Bužgové (2008) je hlavní zásadou ve správném přístupu, který bude uznávat etické aspekty, především přistupovat ke klientům s respektem a zachovat jejich úctu. S tím se sestry v mém výzkumném souboru ztotožňují. Na přístupu, který ctí lidskou důstojnost, se české sestry vždy po pěti shodly, že je důležité přistupovat s úctou a respektem, dále nikdy nikoho neurazit a nepoškodit, správně komunikovat s klientem, plnit jeho přání a vycházet mu vstříc. Německé sestry v nejhojnějším zastoupení se shodly na tom, že je podstatné, aby bylo k člověku přistupováno s úctou a respektem (celkem šest sester). Čtyři sestry zdůraznily komunikaci. Dále zmínily čtyři sestry i empatický přístup. Ten zazněl u českých sester třikrát. Ghaedi a kolektiv (2020) popisují empatii jako dovednost vcítit se do pocitů druhé osoby. V důsledku vcítění se do druhých bude sestra schopna lépe pochopit klientův stav a díky tomu zvolit nejvhodnější individuální péči. Čím více bude sestra empatická, tím méně bude docházet k nedorozumění a klient bude spokojenější (Ghaedi et al., 2020). Čtyři německé sestry považují za důležité i ochranu soukromí a intimity, tento výrok u českých sester zazněl třikrát. V bakalářské práci Reimerové (2012) sestry z DPS, následné péče a interních oddělení vidí jako hlavní zásady být empatický (40 sester z 57) a úctu k člověku (31 sester z 57). Dále byla zmíněna i vhodná komunikace, konkrétně se jedná o pět sester z českého a čtyři sestry z německého prostředí. Reimerová (2012) má vhodnou komunikaci zaznamenanou pouze u 25 sester z 57. Petrovicová a Trešlová (2016) popisují hlavní komponenty, udržující lidskou důstojnost. Jejich výzkumná část probíhala u sester z chirurgického oddělení a následné péče. Co si zde sestry myslí o správném přístupu? Sestry z chirurgického oddělení vidí

zásadu v laskavém a vnímavém přístupu, sestry z následné péče taktéž a doplňují o slušný přístup. Tyto výroky jsou v souladu s výpověďmi českých sester, kdy podstatou je pro ně vstřícnost.

Cílem třetí otázky bylo zodpovědět, co sestry vidí jako limitující faktory, kdy jim není vždy umožněno jednat s ohledem na lidskou důstojnost. V českém prostředí se sestry shodly v počtu 9 na nedostatku času. Jako problém viděly i nedostatečné personální obsazení, konkrétně 6 sester. Některé sestry z německého prostředí se u této otázky více zamýšlely a jejich odpovědi byly stručné. Shodly se pouze v nedostatku času (5 sester). Následné odpovědi byly rozmanité a zastoupené nanejvýš ve dvou případech. Naše výsledky se ztotožňují i s výzkumem od Petrovicové a Trešlové (2016), kde uvádí, že sestry z chirurgického oddělení a následné péče vidí problém v nedostatku času a personálu. Sestry z následné péče také dodaly i nevyhovující prostory. Toto omezení bylo uvedeno v českém i německém prostředí, avšak nebyl řazen na první místa. S výrokem o nedostatku času se ztotožňují i sestry ve výzkumném šetření Reimerové (2012), kde byl uveden 50 sestrami z celkového počtu 57. V diplomové práci od Peterkové (2013) sestrám chybí empatie (52 sester ze 133). Analýzou výsledků vyšlo najevo, že největším limitem je nedostatek času. Domnívám se, že tento výrok je zastoupen na prvních příčkách zcela oprávněně. Nedostatek personálu nemálo souvisí s nedostatkem času a má následně velký vliv na časovou tíseň. Pokud by bylo zajištěno více personálu na oddělení, poskytovatelé péče by mohli věnovat více času jednotlivým úkonům a tím by nemuselo mnohdy docházet k odosobnění péče. Personál se poté zabývá uspokojením nejnutnějších potřeb vzhledem k množství klientů na těchto odděleních. Také si ale myslím, že ačkoliv nějaký čas sestra během své směny postrádá, maličkosti typu – zavírání dveří, klepání, vhodná komunikace, neobnažování klientů – ty by měly být její denní rutinou bez ohledu na čas, jaký má k dispozici. V německém prostředí mají dle mého názoru částečně lepší systém práce a na oddělení je i více personálu. Z tohoto důvodu je i možné, že při položení této otázky se německé sestry musely více zamyslet. Jsou určitých výkonů zbaveny a mají možnost se více věnovat klientům u jiných úkonů. Například ranní odběry krve nebo periferní žilní kanylaci mají za úkol lékaři, nikoliv sestry, ačkoliv jsou na to také vzdělány.

Následovala otázka, zda se sestrám přihodila situace, kdy došlo k narušení důstojnosti u klienta. U českých sester se pouze dvě z deseti za svou praxi nesetkaly s nedůstojným zážitkem, kdežto v německém prostředí všech deset sester ano. Domnívám se, že dvě

sestry z českého prostředí se během praxe s nedůstojnou situací setkaly, jelikož jejich délka praxe je dlouhá, avšak si neuvědomují, že by mohlo dojít k narušení lidské důstojnosti. Ony samy za sebe uvádí, že jednají správně a dle pravidel. Nejčastější nedůstojnou situací, se kterou se setkalo 5 českých a 4 německé sestry, je v oblasti zachování intimity a soukromí. Druhou nejčastější odpovědí v českém prostředí, a to od 3 sester, je nevhodná komunikace. V německém prostředí se potýkají tři sestry s nevhodnou medikací od lékařů (bolest, zmatenost). Závíšková (2014) uvádí, že z celkového počtu 172 respondentů se 101 sester setkalo s nedůstojnou situací. Benešová (2017) uvádí jako hlavní situaci, kdy dochází k narušení důstojnosti, chyby v oblasti intimity (113 sester ze 191) a nevhodné komunikace (108 sester ze 191). Dle Bužgové (2008) je komunikace jednou z možností, jak můžeme klientovi ukázat, že na něj nahlížíme s úctou a respektem. Každý zdravotník by si měl dokázat vyčlenit čas pro rozvíjení komunikace a dokázat klientům naslouchat. Velmi zásadní roli hraje oslovení klientů, vždy by měl být osloven příjmením, nikoliv jakoukoliv zdrobnělinou. Pokud zdravotníci nedokáží komunikovat, může se to klientům jevit jako nezájem (Bužgová, 2008). Nejvíce se objevují nedůstojné situace v rámci nedodržení soukromí a intimity. Při mém pobytu na obou odděleních jsem měla možnost pozorovat, že ani jedno z oddělení nedisponuje správným a dostatečným vybavením. Jsou zde velké pokoje bez možnosti oddělení jednotlivých klientů závěsy. Tímto pak velmi snadno dochází k narušení této oblasti. Co jsem shledala u sester jako pozitivní, je skutečnost, že si tento fakt uvědomují a snaží se jednat, jak nejlépe umí. Klienty zakrývají, zavírají dveře a podobně.

Šabatová, která s dalšími lékaři a sestrami navštívila osm oddělení následné péče v České republice, také zaznamenala, že oblast soukromí a intimity je často narušována. Pocítily, že šestilůžkové pokoje nejsou vhodné pro zachování soukromí klienta. Mnohdy mezi lůžky není ani místo pro pohyb personálu. Neodpovídá ani vybavení koupelen. Toalety nejsou rozčleněné pro muže a ženy, chybí zámek (který lze otevřít zvenčí), chybí plenty. Klienti jsou odhaleni převáženi do koupelen nebo leží obnaženi na lůžku. Také zaznamenali nevhodný přístup, kdy klientovi je podána strava při současně vykonávané potřebě na toaletním křesle. Popisují zjištění, že vizity probíhají před ostatními klienty (Léčebny pro dlouhodobě nemocné, 2017). Poznatek o vizitách a probírání zdravotního stavu před ostatními uvedly i dvě sestry z mého německého výzkumného vzorku.

Poslední otázkou prvního cíle bylo zjistit, jaká opatření proti nevhodným situacím se jeví sestřím jako nejvhodnější. Zde nelze zevšeobecnit získané informace, záleželo na tom, jakou nedůstojnou situaci sestra uvedla, a na jejím základě poté aplikovala opatření. Mohu říci, že během rozhovorů sestry neuvedly nic, co by nebylo možné alespoň zčásti vylepšit. Názory bych mohla rozdělit do dvou skupin. První skupina by zahrnovala vylepšení „osobnosti sestry“. Vhodnější komunikace, dosáhnout vyššího vzdělání, být motivovaný, více dbát na intimitu, respektovat přání klientů, častější konzultace s rodinnými příslušníky a dále například dodržovat mlčenlivost. Všechny zmíněné odpovědi a další zazněly jako opatření od sester z českého a německého prostředí. Druhá skupina by zahrnovala požadavky na vedení, které by sestřím upravilo podmínky pro jejich práci. Zde by bylo především lepší vybavení – plenty, zástěny mezi klienty, polohovací pomůcky. Vyčlenění pokojů pro umírající klienty a vizity, zajistit personál, který bude přítomen pouze po dobu umírajícího klienta a také apelovat na sestry, aby pracovaly právě na těchto odděleních, například i finanční motivací. Jaké jsou i přesto nejčastěji zmíněné odpovědi z obou prostředí? Z prostředí českých sester se čtyři zmínily o zlepšení komunikace a čtyři o lepším vybavení. V německém prostředí dvě sestry zmínily více personálu, vhodnější medikaci, lepší vybavení a také respektování přání seniorů.

Dvě otázky, které následovaly, odpovídají na druhý cíl diplomové práce „**Zmapovat možnosti vzdělávání pro sestry v etické oblasti.**“

Prvotně nás zajímalo, zdali jsou sestry dostatečně vzdělány v etické oblasti před nástupem do zaměstnání. Ptali jsme se, zda si myslí, že vzdělání bylo dostatečné, a pokud ne, jak by tento fakt změnily. U českých sester byla jednoznačná převaha v počtu sedmi sester s názorem na nedostatečné vzdělání. Šest sester v německém prostředí bylo se studiem také nespokojeno. Závišková (2014) také uvádí, že ze 172 sester je se studiem spokojeno pouze 22 sester, které uvedly výpověď „určitě ano“, dalších 80 sester „spíše ano“. Peterková (2013) uvádí, že sestry v 70 případech ze 133 jsou nedostatečně vzdělané. V našem výzkumném souboru se většinou jedná o sestry se středoškolským vzděláním. Sama za sebe mohu říci, že po absolvování střední zdravotnické školy jsem také nebyla v etické oblasti dostatečně vzdělána. Etická témata se probírala minimálně. V otázce také zaznělo, jakou by sestry viděly nejvhodnější nápravu tohoto faktu. V českém prostředí zaznělo od sester pět možností vylepšení. Nejvíce sester, a to v počtu 6, se shodlo, že by bylo vhodné etická témata

zařadit do vzdělávacích osnov. V německém prostředí byla navržena čtyři opatření. Nejvíce sester se shodlo, že jejich délka praxe jim dává informace v těchto oblastech, konkrétně 4 z 10 sester. Domnívám se, že tento výrok je v německém prostředí na prvním místě zastoupen především z důvodu jejich studia. Kvůli tříletému studiu jsou poté vybízeni učit se více věcí během praxe. Závašková (2014) ve své bakalářské práci také položila sestřím otázku, zda má délka praxe vliv na respektování lidské důstojnosti. Její respondenti zaznamenali ve 33 případech ze 172, že určitě ano, 62 spíše ano. Oproti tomu 16 z nich sdělilo, že to určitě vliv nemá.

Poslední otázka byla, zda v zařízení, kde pracují, mají možnost se dále vzdělávat v oblasti etické péče. V českém prostředí všech 10 sester odpovědělo, že možnosti jim jejich zaměstnavatel nabízí. Jaké to jsou? Celkem vyšlo najevo deset možností. Nejvíce sester se shodlo na oblasti paliativní péče a jak správně komunikovat, vždy 5 sester. Jako druhé zastoupení uvedly čtyři sestry i práva pacientů a možnost specializačního vzdělávání v Brně – gerontologie. Všech 10 německých sester má také možnosti se dále rozvíjet. Sestra NS7 ale dodala, že by uvítala více možností. NS7: *„Myslím, že vždy by toho náš dům mohl pro zaměstnance udělat více. Ale ano, máme tu možnost.“* Na geriatrické klinice radí do popředí paliativní péči a mají možnost se v ní dále rozvíjet, na té se shodlo všech 10 sester. Druhou nejčastější odpovědí v počtu 4 sester byla práva klientů. Z českého i německého prostředí sestry uváděly, že se většinou jedná o přednášky či semináře. V bakalářské práci se Reimerová (2012) také dotazovala, jaké mají možnosti se dále vzdělávat v etické oblasti. Nebylo zde uvedeno, v jakých tématech, ale jakými možnostmi. Na tuto otázku jí odpovědělo 56 respondentů. Nejčastěji zmiňována byla možnost se dále vzdělávat díky seminářům. To uvedlo celkem 48 z uvedeného počtu, druhou možností bylo díky čtení časopisů. S tímto nemohu plně souhlasit, jelikož tuto možnost neuvedl nikdo z mého výzkumného souboru. Z výpovědí sester se domnívám, že nejsou dostatečně o všech možnostech rozvoje informovány, neboť u některých možností bylo zastoupeno málo sester. Velmi mě potěšilo a jsem ráda, že i po studiu se mohou sestry při zaměstnání dále vzdělávat v těchto oblastech. Zdravotnictví je neustále se vyvíjející obor, který je nutné modernizovat a hledat nejlepší možné varianty jak v léčbě, tak v přístupu ke klientům, proto je studium etických oblastí důležité.

Třetí cíl této diplomové práce je zaměřen na chování sester během směny – „*Pozorovat, jaký mají sestry přístup k seniorům v ošetrovatelské praxi.*“ Jak již bylo zmíněno, na začátku jsme si vytvořili pozorovací arch na předem stanovené pozorované výkony u sester, jimiž bylo – podávání stravy, hygiena, převazy. Bylo předem stanoveno 11 pozorovacích oblastí. Bylo sledováno 10 sester z českého prostředí a 10 sester z německého prostředí. Celkem bylo pozorováno 54 výkonů – 27 u českých sester a 27 u německých sester. První oblastí je klepání na dveře před vstupem na pokoj. Německé sestry zaklepaly z 27 výkonů 24krát a české sestry 21krát. Tyto výsledky lze porovnat s diplomovou prací od Peterkové (2013), kde ze všech 133 respondentů klepe před vstupem na dveře pouze 81 sester, 52 nikoliv. Druhá sledovaná oblast je oslovení seniorů. U českých sester toto nepodcenily sestry 22krát a v německém prostředí 27krát. Na první pohled je vidět, že z těchto dvou pozorovaných oblastí jsou na tom lépe sestry z německého prostředí. Když jsem měla možnost zúčastnit se skrytého pozorování, domnívám se, že je to ovlivněno především charakteristikou českých a německých seniorů. Čeští seniori obvykle neřeknou, že jim je nepříjemné oslovení „babi, dědo“, nebo že sestry nezaklepují na dveře. V německém prostředí jsem byla přítomna u situace, kdy německý senior napomenul sestru, že nezaklepala na dveře před vstupem na pokoj. Z tohoto důvodu sestry nechtějí přicházet do konfliktních situací, a proto si poté více uvědomují své jednání. Sejkorová (2013) se dotazovala sta pacientů na oslovování od sester. Vyšlo najevo, že k familiárnímu oslovení dochází poměrně často (27 pacientů), dále 20 z nich zmínilo, že občas se to stane, Sejkorová (2013). Třetí oblast pozorování byla zaměřena na fakt, zda sestry dopředu seniorovi oznámí, co se bude provádět za výkon. U českých sester vyšlo najevo, že 21krát bylo dopředu srozumitelně oznámeno, co se bude vykonávat, v prostředí německých sester to takto bylo 22krát. Domnívám se, že styl práce a oznámení výkonu dopředu sestry přijaly za své a považují je za vhodné v obou prostředích. V ojedinělých případech se stalo, že sestra přišla k lůžku a začala se seniorem manipulovat bez upozornění. Závišková (2014) ve své práci došla k výsledkům, že 142 sester ze 172 vždy dopředu klientům oznamuje, co se bude dít. Ve čtvrté oblasti nás zajímalo, zdali sestra dokáže efektivně odpovídat na seniorovy otázky. V českém prostředí vznesli seniori dotaz pouze 7krát, z toho 6krát sestra zvládla podat vhodnou efektivní odpověď. V Německu seniori vznesli otázku pouze 5krát a vždy německá sestra vhodně reagovala. Dle mého názoru by každá sestra měla být schopná podat klientům vhodnou, uspokojující a odbornou odpověď na jejich otázky. Pátá oblast byla zaměřená na sledování, zdali sestra zjišťuje,

s čím jí může klient pomoci. České sestry toto neopomenuly 15krát z 27 sledovaných výkonů, oproti tomu německé sestry toto neopomenuly 22krát. Šestou sledovanou oblastí u sester bylo zmapovat, zdali využívají klientovi soběstačnosti. Vyšlo najevo, že české sestry 13krát využily soběstačnosti klienta a německé sestry 15krát. V této oblasti byla také možnost, že senior, ať už z jakéhokoliv důvodu, nebyl schopen zapojení se (většinou se jednalo o to, že jeho zdravotní stav nebo fyzická síla mu to vždy neumožnily). Tato situace v českém prostředí byla zastoupena 3krát a v německém prostředí 10krát. Vychází zde najevo, že 11krát české sestry nezapojily seniora do výkonu a jednaly samy za sebe, v německém prostředí pouze 2krát. Dle mého názoru sestry z německého prostředí více dbají na motivaci seniorovy soběstačnosti a především to vnímají jako usnadnění práce. Oproti tomu v českém prostředí byly sestry velmi obětavé a také mám dojem, že jsou zvyklé vše mít včas hotové, proto častokrát klienta nezapojují do péče. Role zde určitě také může hrát menší počet personálu v českém prostředí, kde na jedné směně jsou pouze dvě sestry, v německém prostředí tři, a to na stejný počet klientů. V diplomové práci od Peterkové (2013) vyšlo najevo, že ze 133 sester zapojí klienta do hygieny i přes časovou prodlevu pouze 99 z nich.

Jak jsem v úvodu zmínila, jedním sledovaným úkonem u sester bylo podávání stravy. Šabatová a spol. se také zaměřili na tuto oblast v rámci prozkoumávání LDN v České republice. Šabatová a spol. uvádí, že stravování v léčebnách pro dlouhodobě nemocné je nevyhovující. Je podceňováno sledování příjmu potravy a hydratace u seniorů. Vytrácí se vhodné stolování a podávání stravy není vždy s ohledem na lidskou důstojnost. Zaznamenali například polévky v hrníčcích nebo nevhodně objednanou stravu. Pokud pacient není soběstačný, personál klienta nakrmí bez jeho snahy o aktivizaci a často nedůstojně. Personál dbá především spíše na rychlost než kvalitu. Zmínili, že jeden oběd trval u krmeného seniora 3–5 minut. Pokud klient naznačí, že je to příliš rychlé, zdravotníci to neberou v potaz. Také si všimli, že dochází ke smíšení více druhů jídel – polévka a hlavní chod (Léčebny pro dlouhodobě nemocné, 2017). Tyto výsledky uvádím z důvodů větší informovanosti o problematice lidské důstojnosti u seniorů. Z mého pohledu si myslím, že sestry z mého vzorku občas jednaly rychleji v rámci svých možností, ale podávání stravy trvalo delší dobu a snaha o důstojné stolování proběhlo, nebylo ani mixováno více jídel dohromady. Ztotožňuji se pouze s tím, že seniori nejsou dostatečně motivováni k soběstačnosti.

Sedmá oblast se zaměřovala na komunikaci sester s klienty. Zde jsme pozorovali, zda sestra při výkonu se seniory komunikuje, či nikoliv. Dle Špatenkové (2013) je komunikace ve zdravotnictví nejslabším článkem ze strany personálu. Zdravotní sestra by měla být schopná při výkonu svého povolání dokázat vhodně s klienty komunikovat. Poté se mezi nimi rozvine partnerský vztah a následná spolupráce bude snadnější. Nezávládnutá komunikace představuje riziko nelibosti, problémů a sporů. Komunikace je neodmyslitelným a základním článkem ve zdravotnictví (Špatenková, 2013). V českém prostředí celkem 21krát sestry dostatečně komunikovaly, v německém prostředí 22krát. Osmou oblastí jsme se zaměřili na posouzení, zdali sestra dbá na intimitu a soukromí seniora. České sestry 23krát ano a německé sestry 26krát. Peterková (2013) uvedla, že všech 133 respondentů na odděleních ARO/JIP používají v každé situaci zástěny, aby ochránily soukromí pacienta. Sejkorová (2013) se dotazovala klientů, zda u nich sestry dbají na oblast intimity a soukromí. Celkem 43 klientů ze 100 odpovědělo, že se necítí být vystaveni nevhodným situacím, které by zasahovaly do jejich soukromí či intimity. Z mého pohledu, ačkoliv je problém nevyhovující oddělení, musím velice pochválit, že téměř u všech výkonů se sestry jak z českého, tak německého prostředí snažily jednat s ohledem na lidskou důstojnost. Devátou sledovanou oblastí bylo posoudit, zda sestra věnuje seniorovi dostatek času, nebo zda je čas na výkon omezen. V českém prostředí vyšlo najevo, že 18krát a v německém prostředí 19krát byl seniorovi věnován dostatek času. Desátá sledovaná oblast byla zaměřená na informovanost a poučení. Podává sestra informace například o následující péči nebo možnosti využití signalizačního zařízení? V českém prostředí při odchodu od klienta pouze 6krát ano, v německém 7krát. V publikaci Vybrané kapitoly z medicínskej etiky v kapitole „Etika v ošetrovatel'stve“ Pavlovič a kolektiv (2008) uvádí, že klienti ve zdravotnických zařízeních často trpí a pocít'ují úzkostlivé stavy pouze proto, že personál neklade důraz na vysvětlování budoucích úkonů v průběhu jejich hospitalizace (Pavlovič et al., 2008). Domnívám se, že tato oblast je velmi opomíjena a je to chyba. Dle mého názoru by bylo vhodné, aby sestra průběžně klientům oznamovala, co se bude dít, co je nyní na programu dne a vývoj jejich stavu v rámci jejich kompetencí, tedy zda se zlepšují, a co by mohli udělat v rámci lůžka pro své zdraví – například jim předat základní prvky rehabilitace. Jsou to maličkosti, které klienti často očekávají. V poslední oblasti nás zajímalo, zda sestra využívá možnosti, které nabízí jejich zařízení, aby si usnadnila práci, například postranice u lůžka, hrazdičky, lůžkoviny nebo i požádat další personál o pomoc. V českém prostředí 13krát, v německém prostředí 20krát využily sestry nějaké

pomůcky. Zde je na první pohled vidět převaha z německého prostředí. I sama za sebe vím, že české sestry si většinou neuvědomují, že manipulovat s klientem je fyzicky náročné a může to mít dopad na jejich zdravotní stav. Mnohokrát jsem byla svědkem, že se vše snažily zvládnout samy. Při shrnutí pozorování lze říci, že přístup sester z obou prostředí je na dobré úrovni.

Závěr

Zachování lidské důstojnosti na nemocničním lůžku se považuje za základní element při poskytování péče. Sestra v tomto zastává velmi důležitou roli, neboť je často ona tím nejbližším člověkem při hospitalizaci. Měla by nahlížet na člověka v celém jeho kontextu a neopomenout žádnou složku z jeho bytí. Proto je bezpochyby důležité, aby každá sestra měla vědomosti o lidské důstojnosti, jak ji co nejlépe zachovat, popřípadě jakým se vyhnout situacím, aby nebyla dotčena. Senioři jsou náchylnou skupinou a často u nich dochází k narušení lidské důstojnosti. Z toho důvodu byl výzkum uskutečněn právě u sester pracujících se seniory. Diplomová práce se skládá z teoretické a empirické části. V začátcích teoretické části jsme zmínili, jaký je rozdíl mezi etikou a morálkou a jak spolu souvisí. Následně je detailněji popsána ošetrovatelská etika, která se sester nejvíce dotýká, a etické principy v ošetrovatelství. Další část se zabývá péčí a etikou ctnosti, na tyto informace navazují etické kodexy. V konečné části je popsána lidská důstojnost, její formy, zdroje a také historický výklad. Dále je zmínka o tom, jakým způsobem sestra udržuje lidskou důstojnost a jak může dojít k jejímu narušení. Na teoretickou část navazuje část empirická. V té byly stanoveny tři cíle, ve kterých bylo cílem zmapovat představy českých a německých sester o pojmu lidské důstojnosti a jeho aplikaci v každodenní praxi. Úmyslem bylo rovněž zmapovat, jaké mají sestry možnosti se vzdělávat v etické oblasti v jejich zařízeních. Třetí cíl se zaměřil na pozorování, jaký přístup mají sestry k seniorům během jejich směny. Na tyto cíle jsou stanoveny výzkumné otázky: Jaké jsou představy českých sester o pojmu lidská důstojnost? Jaké jsou představy německých sester o pojmu lidská důstojnost? Jakou možnost mají české sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti? Jakou možnost mají německé sestry ve zdravotnickém zařízení účastnit se vzdělávání v etické oblasti? Jaký mají přístup české sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení? Jaký mají přístup německé sestry k seniorům ve zdravotnickém zařízení? Byly vytvořeny otázky, které jsme sestřám pokládaly, abychom získali odpovědi na cíle této práce. Ty jsou k nahlédnutí v seznamu příloh této diplomové práce (Příloha č. 1 a č. 2).

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že představy o pojmu lidská důstojnost jsou v obou prostředích správné, i když rozmanité. Některé sestry z českého prostředí měly problém tento pojem vysvětlit, v německém prostředí nikoliv, zde vždy dokázaly vysvětlit, co pojem lidská důstojnost znamená. České sestry v počtu čtyř se nejvíce shodly na

nezcizitelné hodnotě a také na tom, že lidská důstojnost náleží každému, druhá nejčastější odpověď (tři sestry) byl respekt k člověku a lidská důstojnost jako právo každého. Německé sestry, konkrétně čtyři se shodly, že se jedná o respekt k člověku a nezcizitelnou hodnotu. Výsledky dále ukazují, že pět českých sester se shodlo na důležitosti v přístupu ke klientům na těchto záležitostech: přistupovat s úctou a respektem, nikoho neurazit a nepoškodit, správně komunikovat, plnit přání a vycházet jim vstříc. Německé sestry v počtu šesti se shodly na přístupu, který bude založen na respektu a úctě. Druhým důležitým přístupem je pro ně být empatický a vhodně komunikovat, toto sdělily čtyři německé sestry. Výzkumné šetření také ukázalo, že limity, které omezují sestry v jejich práci, jsou v českém prostředí primárně v nedostatku času, na tom se shodlo devět sester, šest z nich dodalo i nedostatečné personální obsazení. V německém prostředí odpovědi byly stručné. Zde se ve větší míře sestry shodly pouze na nedostatku času v počtu pěti. Dvě české sestry se za svou praxi nasetkaly s nedůstojným zážitkem u klientů. Pět českých sester zmínilo nedůstojnou situaci v oblasti nedodržování pravidel v oblasti intimity a soukromí, tento fakt zmínily v nejvyšším počtu i čtyři německé sestry. Druhou nejčastější odpovědí u českých sester byla v počtu tři zmíněná nevhodná komunikace, německé sestry v počtu tří se shodly na nevhodné medikaci od lékařů. Jako následná opatření proti těmto situacím celkem čtyři české sestry zmínily zlepšení komunikace a lepší vybavení oddělení. Německé sestry v počtu dvou zmínily více personálu, vhodnější medikaci, lepší vybavení a více respektovat přání klientů. Druhým cílem v této práci bylo zmapovat možnosti vzdělávání u sester v etické oblasti. Jejich studium před nástupem do zaměstnání v etické oblasti vyhovovalo pouze třem českým sestrám a čtyřem německým sestrám. Z výzkumného šetření také vyplývá, že všechny sestry v českém i německém prostředí mají možnost v jejich zařízení se dále vzdělávat v etické oblasti. V českém prostředí se primárně shodly v počtu pěti sester na tématu paliativní péče a komunikaci. Druhé zastoupení v počtu čtyř sester získalo téma práva pacientů a specializační vzdělávání v Brně. Všechny německé sestry mají možnost se vzdělávat v oblasti paliativní péče, druhou odpovědí v počtu čtyř sester byla práva pacientů. Třetím cílem v práci bylo pozorovat, jaký mají sestry přístup k seniorům během jejich směny.

Z výsledků vyšlo najevo, že přístup českých a německých sester je na dobré úrovni. Na zaklepání na dveře a oslovení seniorů se více zaměřují sestry z německého prostředí. Také více zjišťují, zda je jim senior schopen pomoci při výkonu a více využívají jejich

možností soběstačnosti. Sestry z německého prostředí více využívají možností, které sestře mohou usnadnit práci (technické možnosti lůžka, polohovací pomůcky aj.). V ostatních šesti sledovaných oblastech sestry z českého i německého prostředí jednají obdobně.

Jak jsem již zmínila, udržování lidské důstojnosti na nemocničním lůžku se považuje za neopomenutelnou součást při poskytování péče. Senioři jsou náchylnou skupinou, u které by mohlo dojít snadno k poškození lidské důstojnosti. Z důvodu jejich zdravotního stavu se častěji dostávají do zdravotnických zařízení, kde jsou vystavováni ne vždy důstojným situacím. Je důležité dbát na správný přístup a udržení lidské důstojnosti u nich co nejdéle a nejlepším možným způsobem. V tomto je významným článkem právě sestra. Osobně se domnívám, že by bylo vhodné sestry více informovat již při jejich studiu v oblasti etiky, která je součástí jejich profesního života. Také si myslím, že vyšší finanční odměna na oddělení následné péče by sestry motivovala, aby přijaly práci právě zde. Bylo by také vhodné sestřám poskytnout lepší vybavení a podmínky pro práci. Věřím a doufám, že tato práce může sloužit sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům jako náhled na problematiku lidské důstojnosti. Je zde i prostor pro uskutečnění rozsáhlejšího výzkumu na toto téma na více odděleních zdravotnických zařízení.

Seznam použité literatury

1. ADIB-HAJBAGHERY, M., AGHAJANI, M., 2015. Patients dignity in nursing. *Nursing and midwifery studies*. 4(1), 1–2, doi: 10.17795/nmsjournal22809.
2. *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*, 2019. [online]. Bundesagentur für Arbeit Statistik. [cit. 2020-03-31]. Dostupné z: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?fbclid=IwAR1hrk7AtNFnWtOlhegKmhL4SruyU6FppnQylx0cx64ZEUx3GXH4J4Ic>
3. AVESTAN, Z. et al., 2019. The Correlation between Respecting the Dignity of Cancer Patients and the Quality of Nurse-Patient Communication. *Indian J Palliat Care*. 25(2), 190–196, doi:10.4103/IJPC.IJPC_46_18.
4. BAHBOUH, R., 2011. Základní etické principy psychologického výzkumu. In: WEISS, P. et al. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, s. 141–148. ISBN 978-80-7367-845-6.
5. BARTŮNĚK, P., 2011. Komunikace a etika v oboru vnitřního lékařství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 89–93. ISBN 978-80-247-3976-2.
6. BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J., F., 2013. *Principles of biomedical ethics*. 7th edition. New York: Oxford University Press. 480 s. ISBN 978-0-19-992458-5.
7. BENEŠOVÁ, A., 2017. *Lidská důstojnost a umírání*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
8. BORHANI, F. et al., 2016. Facilitators and Threats to the Patient Dignity in Hospitalized Patients with Heart Diseases: A Qualitative Study. *International journal of community based nursing and midwifery*. 4(1), 36–46. PMID: 26793729.
9. BRUGGER, W., 2006. *Filosofický slovník*. Praha: Naše vojsko. 639 s. ISBN 80-206-0820-6.
10. BUŽGOVÁ, R., 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
11. BUŽGOVÁ, R., 2011. Etika v ošetrovatelství. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, s. 69–87. ISBN 978-80-247-3558-0.
12. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

13. ČAS, © 2017. *ICN-Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. Praha: ČAS [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/icn-etickykodex/>
14. FERRI, P. et al., 2015. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. *BMC health services research*. 15(41), 1–8, doi: 10.1186/s12913-015-0704-8.
15. GHAEDI, F. et al., 2020. Nurses' Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 25(2), 117–121, doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_84_19.
16. GRAČKO, M., 2012. *Muž v profesi sestry* [online]. Zdravotnictví a medicína, Mladá fronta [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/muz-v-profesi-sestra-463095>
17. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
18. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
19. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., přepracované a aktualizované vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
20. HENDL, J., REMR, J., 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. 464 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
21. HEŘMANOVÁ, J., 2012. Etika ctností. In: HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 40–58. ISBN 978-80-247-3469-9.
22. HOLMEROVÁ, I., 2011. Komunikace a etika v oboru vnitřního lékařství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 193–198. ISBN 978-80-247-3976-2.
23. HONZÁK, R., 2011. Některé základní otázky psychologické etiky. In: WEISS, P. et al. *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál, s. 53–73. ISBN 978-80-7367-845-6.
24. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
25. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profesie*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. 304 s. ISBN 978-80-7553-414-9.

26. JURÁSKOVÁ, D., 2011. Etika a komunikace v ošetrovatelství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 239–246. ISBN 978-80-247-3976-2.
27. KADIVAR, M. et al., 2018. Concept analysis of human dignity in patient care: Rodgers' evolutionary approach. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 11(4), 1–11. PMID: 30258554.
28. KALVACH, Z., 2011. Důstojnost. In: KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, s. 52–56. ISBN 978-80-247-4026-3.
29. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: Pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
30. KOŘENEK, J., 2004. *Lékařská etika. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Triton. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.
31. KUBEK, M., 2014. Základní etické principy lékařského povolání platí stále a budou platit dál. In: PTÁČEK, R. et al. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 19–20. ISBN 978-80-247-5471-0.
32. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
33. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
34. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
35. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
36. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné*, 2017. [online]. Veřejný ochránce práv, Ombudsman. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka_zarizeni/LDN_2017-web.pdf
37. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
38. MILFAIT, R., 2012. *Teologická etika v kontextu sociální a pastorační práce*. Středokluky: Zdeněk Susa. 539 s. ISBN 978-80-86057-78-1.
39. MPSV, © 2019. *Práva pacientů ČR* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2019-11-26]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/prava-pacientu-cr>
40. MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.

41. MUNZAROVÁ, M., 2011a. Důstojnost člověka v kontextu lékařství. In: PTÁČEK, R. et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 51–58. ISBN 978-80-247-3976-2.
42. MUNZAROVÁ, M., 2011b. Důstojnost člověka a lékařská etika. *Časopis Lékařů českých*. 150(9), 499–501. ISSN 1803-6597.
43. OLŠOVSKÝ, J., 2018. *Slovník filosofických pojmů současnosti*. 4., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Vyšehrad. 549 s. ISBN 978-80-7601-001-7.
44. ÖSTLUND, U. et al., 2019. How to conserve dignity in palliative care: suggestions from older patients, significant others, and healthcare professionals in Swedish municipal care. *BMC palliative care*. 18(1), 1–12, doi:10.1186/s12904-019-0393-x.
45. PAVLOVIČ, M. et al., 2008. Etika v ošetrovatelství. In: ŠOLTĚS, L. et al. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Osveta, spol. s.r.o., s. 169–170. ISBN 978-80-8063-287-8.
46. PETERKOVÁ, J., 2013. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
47. PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ, M., 2016. Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti. *Ošetrovatelstvo*. 6(1), 19–25. ISSN 1338-6263.
48. POPOVIČOVÁ, D., 2009. Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. *Časopis pro právní vědu a praxi*. 17(3), 225–230. ISSN 1210-9126.
49. RAEE, Z. et al., 2017. Nurses' commitment to respecting patient dignity. *Journal of education and health promotion*. 6(16), 1–18, doi: 10.4103/2277-9531.204743.
50. REIMEROVÁ, K., 2012. *Důstojnost seniora z pohledu všeobecné sestry*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
51. RODRÍGUEZ-PRAT, A. et al., 2016. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PloS one*. 11(3), 1–18, doi:10.1371/journal.pone.0151435.
52. SEJKOROVÁ, N., 2013. *Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
53. SOKOL, J., 2019. *Malá filosofie člověka a Slovník filosofických pojmů*. 7. vydání. Praha: Vyšehrad. 368 s. ISBN 978-80-7601-190-8.
54. SVOBODOVÁ, H., 2012. Důstojnost. In: HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 71–84. ISBN 978-80-247-3469-9.

55. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
56. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
57. ŠIMEK, J. et al., 2012. *Etika klinického výzkumu a role etických komisí v jeho regulaci*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3397-5.
58. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
59. ŠIMEK, J., 2016. Specifika ošetrovatelské etiky. *Kontakt*. 18(2), 64–65, doi: 10.1016/j.kontakt.2016.05.006 64-68.
60. ŠIMEK, J., SVOBODOVÁ, H., 2008. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. In: DOLISTA, J. et al. *Studie z bioetiky III*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 175–180. ISBN 978-80-7394-004-1.
61. ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H., 2004. *Sestra: o životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 141 s. ISBN 80-7013-407-0.
62. ŠOLTÉS, L. et al., 2008. Základné pojmy a princípy medicínskej etiky. In: ŠOLTÉS, L. et al. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. Bratislava: Osveta, spol. s.r.o., s. 13–25. ISBN 978-80-8063-287-8.
63. ŠPAČEK, L., 2010. *Malá kniha etikety pro každý den*. Praha: Mladá fronta. 176 s. ISBN 978-80-204-2251-4.
64. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. Komunikace ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 65–76. ISBN 978-80-247-4732-3.
65. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
66. VÁCHA, M., 2012a. Základní etické pojmy a teorie. In: HEŘMANOVÁ, J. et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 9–39. ISBN 978-80-247-3469-9.
67. VÁCHA, M., 2012b. Čtyři princípy lékařské etiky. In: VÁCHA, M. et al. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, s. 55–61. ISBN 978-80-7367-780-0.
68. VANLAERE, L., GASTMANS, CH., 2011. To be is to care: a philosophical – ethical analysis of care with a view from nursing. In: LEGET, C. et al. *Care*,

- Compassion and Recognition: An Ethical Discussion*. London: Peeters Publishers Leuven, s. 15–32. ISBN 978-9042924598.
69. VENGLÁŘOVÁ, M., 2013. Etika v supervizi a supervize etických témat ve zdravotnictví. In: VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, s. 82–90. ISBN 978-80-247-4082-9.
70. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2009. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
71. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
72. ZÁVIŠKOVÁ, L., 2014. *Lidská důstojnost a etika péče o nemocné*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
73. *Ženy a muži v datech*, 2017. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/45709986/30000417.pdf/1fa799cb-c008-4271-a09c-9035e22923cc?version=1.2>

Seznam tabulek

Tab. 1 Identifikační tabulka českých sester	40
Tab. 2 Identifikační tabulka německých sester	42
Tab. 3 Rozdělení kategorií a podkategorií	44
Tab. 4 Pozorovací arch 1/3	73
Tab. 5 Pozorovací arch 2/3	74
Tab. 6 Pozorovací arch 3/3	75

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru pro české sestry	99
Příloha č. 2 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru pro německé sestry	100
Příloha č. 3 – Práva pacientů České republiky	101
Příloha č. 4 – Pozorovací arch	103

Příloha č. 1 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru pro české sestry

- 1) Věk, pohlaví, délka praxe, nejvyšší dosažené vzdělání?
- 2) Rozhodl/ a jste se dobrovolně pracovat na tomto oddělení? Proč?
- 3) Co vnímáte pod pojmem lidská důstojnost? Co to pro Vás znamená?
- 4) Co podle Vás spadá do přístupu, který ctí lidskou důstojnost?
- 5) Co podle Vás limituje, že nemůžete respektovat u klientů lidskou důstojnost?
- 6) Zažil/ a jste někdy situaci, kdy byla narušena lidská důstojnost klienta? O jakou situaci se jednalo?
- 7) Pokud ano, co mělo být uděláno jinak, aby byla lidská důstojnost zachována?
- 8) Máte dojem, že před nástupem do zaměstnání, jste byl/a dostatečně vzdělán/a v oblasti etiky – lidské důstojnosti? Popřípadě jak byste tento fakt změnil/a?
- 9) Je u Vás v zařízení, ve kterém pracujete, možnost se dále vzdělávat v oblasti etiky? Konkrétně o lidské důstojnosti, právech klientů, apod.?

Příloha č. 2 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru pro německé sestry

- 1) Alter, Geschlecht, Praxisdauer, höchste Ausbildung?
- 2) Wollten Sie in dieser Abteilung arbeiten? Warum?
- 3) Was denken Sie über die Menschenwürde? Was bedeutet dies für Sie?
- 4) Was denken Sie, wie man sich gegenüber Patienten mit Respekt vor der Menschenwürde verhalten sollte?
- 5) Was schränkt Sie ein, dass Sie die Würde des Patienten nicht respektieren können?
- 6) Haben Sie jemals eine Situation erlebt, in der die Patientenwürde beeinträchtigt wurde? Können Sie diese Situation beschreiben?
- 7) Wenn ja, was hätte anders gemacht werden sollen, um die Würde der Patienten zu wahren?
- 8) Haben Sie den Eindruck, dass Sie in diesem Bereich der Ethik - Menschenwürde - gut ausgebildet waren, bevor Sie mit der Arbeit begannen? Wenn nicht, wie würden Sie es verbessern?
- 9) Haben Sie in Ihrer Arbeit Möglichkeiten, sich auf diesem Gebiet der Ethik weiterzubilden? Insbesondere in Bezug auf die Menschenwürde, die Rechte der Kunden, die Palliativversorgung usw.?

Příloha č. 3 – Práva pacientů České republiky

Práva pacientů ČR

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen (MPSV, © 2019).

Příloha č. 4 – Pozorovací arch

Sestra zaklepała na dveře před vstupem na pokoj	Ano X Ne
Sestra správně oslovila P/K? (Pane, paní....)	Ano X Ne
Sestra P/K dopředu oznámila, co se bude dít	Srozumitelně X Nejasně
Sestra efektivně dokázala odpovídat na P/K otázky/ dotazy	Ano X Ne X Klient se nedotazoval
Sestra zjišťuje, čím je P/K schopen pomoci	Ano X Ne
Při výkonu, do kterého se P/K mohl/a zapojit, sestra možnosti využila	Ano X Ne X Klient není schopen
Sestra během výkonu s P/K komunikuje	Ano X Ne
Během výkonu sestra dbá na intimitu/ soukromí P/K	Ano X Ne
Kolik času sestra poskytuje? (bere ohled na stav P/K, nechvátá aj.)	Dostatečně X omezeně
Při odchodu informuje/ poučuje (o rizikách, následné péči aj.) P/K	Ano X Ne
Během výkonu sestra použila pomůcky usnadňující práci (postranice, podložka aj.)	Ano x Ne

P/K = pacient / klient

Seznam zkratek

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ČSÚ – Český statistický úřad

DPS – Domov pro seniory

JIP – Jedinotka intenzivní péče

ODN/ LDN – Oddělení dlouhodobě nemocných / Léčebna dlouhodobě nemocných