



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Důstojnost a etika ve vybraných aspektech
ošetřovatelství v domovech pro seniory**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Hlinšťáková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph. D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Důstojnost a etika ve vybraných aspektech ošetrovatelství v domovech pro seniory* 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 6. 5. 2024

.....

podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala celé mojí rodině za trpělivost, rady a podporu, kterou mi během psaní práce poskytovali. Také bych ráda poděkovala paní Mgr. Jitce Doležalové, Ph. D. za její rady a trpělivost.

Důstojnost a etika ve vybraných aspektech ošetrovatelství v domovech pro seniory

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá důstojnými a etickými aspekty v oblastech komunikace se seniory, důstojného přístupu ke klientovi při hygienické péči a způsobech důstojného podávání stravy seniorům v konkrétním domově pro seniory.

Pro bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, u kterého byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci komunikace se seniory, druhým cílem pak bylo zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci hygienické péče o seniory a třetím a posledním cílem bylo zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci nutriční u seniorů.

Pro splnění cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. První z nich zní: „Jaké prvky důstojné komunikace jsou využívány sestrami v komunikaci se seniory?“ Druhou výzkumnou otázkou je: „Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami u seniorů při hygienické péči?“ A jako třetí otázka: „Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami při zajišťování tekutin a správné výživy u seniorů?“

Práce se skládá ze dvou částí teoretické a praktické. V teoretické části je definováno, co je to důstojnost, etika a tři zkoumané oblasti, které se zabývají komunikací se seniory, hygienické péči a vhodné podávání výživy a pitného režimu.

Pro sběr dat empirické části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření s použitím technik skrytého a zjevného pozorování a následných polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo pět sester, které byly vybrány ředitelkou domova pro seniory.

Ukázalo se, že sestry ne vždy přistupují ke klientům důstojně. Skryté a zjevné pozorování bylo zvoleno s cílem zjistit, zda si své chování uvědomují. Výsledky empirické části ukázaly, že sestry, které se chovají nedůstojně a neeticky ke klientům si své chování uvědomují.

Výstupem diplomové práce je připravovaný článek, který popisuje danou problematiku a výsledky výzkumu práce.

Klíčová slova

Klient; domov pro seniory; důstojnost; etika; komunikace se seniory; hygienická péče; podávání stravy; podávání pitného režimu.

Dignity and ethics in the designated aspects of nursing applied in care homes for the elderly

Abstract

This thesis deals with the dignity and ethical aspects in the areas of communication with the elderly; dignified approach towards the clients during the hygienic care; and dignified approach towards the clients when serving meals and drinks in a specific care home with nursing.

There were three objectives chosen for the purpose of the qualitative research of this thesis. The first objective focuses on mapping (monitoring) how the dignity is maintained in communication with the elderly; the second objective focuses on mapping (monitoring) how the dignity is maintained when providing hygienic (personal) care for the elderly; and the final objective focuses on mapping (monitoring) how the dignity is maintained when providing the nutrition and drink scheme care for the elderly.

There were three research questions established to meet the objectives of the qualitative research of this thesis. The first research question: “What elements of dignified communication are used by nurses during communication with the elderly?” The second research question: “What elements of dignified care are used by nurses (caring for the elderly) when providing hygienic (personal) care?” The final third question: “What elements of dignified care are used by nurses when providing nutrition care for the elderly?”

The thesis consists of two parts: theoretical and practical. The theoretical part defines the basis of dignity and ethics; as well as three other areas, such as the communication with the elderly, hygienic (personal) care and appropriate application of nourishment and drinking scheme.

Data collected for the empirical part are based on the qualitative research using techniques of covert and overt observation followed by semi-structured interviews. Research respondent group consisted of five nurses previously chosen by the director of the care home with nursing.

The research showed that the approach of nurses towards the clients was not always with dignity. The aim of the covert and overt observation was to determine (understand)

whether the nurses were aware of their behaviour. The outcome of the empirical part show that nurses who did not treat the clients with dignity and ethically (with respect), were aware of their behaviour.

The output of the diploma thesis is a forthcoming article describing particular issues and findings of the research in this thesis.

Key words

Client; care home with nursing; dignity; ethics; communication; the elderly; hygienic care; nourishment; nutritional care.

Obsah

1	Současný stav	12
1.1	Důstojnost	12
1.1.1	Vymezení pojmu důstojnost	12
1.2	Důstojnost v ošetrovatelství	13
1.3	Etika	15
1.3.1	Vymezení pojmu etika	15
1.3.2	Morálka, mravnost	17
1.3.3	Etika v ošetrovatelství.....	18
1.3.3.1	Etické principy.....	18
1.3.3.2	Etický kodex sester.....	19
1.4	Domovy pro seniory.....	21
1.4.1	Specifická péče v Domovech pro seniory.....	23
1.4.1.1	Komunikace se seniory.....	25
1.4.1.2	Hygienická péče seniorů.....	31
1.4.1.3	Nutrice u seniorů	33
1.4.2	Role všeobecných sester v DPS.....	36
1.4.3	Kompetence sester v DPS.....	38
2	Cíl práce a výzkumné otázky	39
3	Metodika.....	40
3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	40
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	41
4	Výsledky.....	42
4.1	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	43
4.1.1	Výsledky výzkumného šetření – Kategorie skryté pozorování	43
4.1.1.1	Podkategorie Důstojná komunikace	43

4.1.1.2	Podkategorie Důstojnost při hygienické péči	45
4.1.1.3	Podkategorie Důstojnost při podávání stravy a zajišťování pitného režimu	46
4.1.2	Výsledky výzkumného šetření - Kategorie Zjevné pozorování.....	47
4.1.2.1	Podkategorie Důstojná komunikace	47
4.1.2.2	Podkategorie Důstojnost při hygienické péči	48
4.1.2.3	Podkategorie Důstojnost při podávání stravy a zajišťování pitného režimu	49
4.1.3	Výsledky výzkumného šetření – Kategorie Polostrukturované rozhovory	50
4.1.3.1	Podkategorie Důstojné prvky při komunikaci sester se seniory.....	50
4.1.3.2	Podkategorie Důstojné prvky při zajišťování hygienické péče u seniorů	53
4.1.3.3	Podkategorie Důstojné podávání stravy a zajišťování pitného režimu	56
5	Diskuze	61
6	Závěr.....	73
7	Použité zdroje	75
8	Seznam příloh a obrázků	81
9	Seznam zkratk.....	94

Úvod

Stárnutí populace je v současné době stále častějším společenským tématem. Tento fyziologický jev společně se zvyšujícím se věkem populace způsobuje, že se zvyšuje poptávka po péči a službách poskytovaných v domovech seniorů. Tím se dostává do popředí otázka týkající se důstojnosti starších osob v těchto zařízeních a stává se stále aktuálnější a důležitější. Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. §2 odstavec 2 má každý poskytovatel těchto služeb povinnost rozsahem a formou pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob. V každém sociálním zařízení také zpravidla nalezneme etický kodex, kterým by se personál měl řídit. Tato etická pravidla vycházejí z etického kodexu sester zpracovaného Mezinárodní radou sester. Dodržují se takto stanovené zásady v praxi?

Ve své práci jsem se pokusila zmapovat, jaké prvky důstojné péče jsou používány v domově pro seniory a zda si sestry uvědomují, že v praxi často jednají v rozporu s jedním ze základních lidských práv, a to právem na důstojnost. V první části práce budou vymezeny základní pojmy z dotčených oblastí důstojnosti, etiky, komunikace se seniory, provádění hygienické péče a nutričních aspektů. Ve výzkumné části skrytého a zjevného pozorování bylo zjišťováno, jaké prvky důstojné péče sestry využívají v praxi. Následnými polostrukturovanými rozhovory budou zmapovány poznatky, zda sestry vědí, jak se správně ke klientům chovat a zda si uvědomují, že se podle těchto pravidel nechovají. V rámci komplexního pohledu na danou problematiku budou v této práci propojeny získané poznatky z jednotlivých pozorování a následných rozhovorů.

Je nutné si uvědomit, že každý klient je individuální bytost a důstojný přístup by se měl využívat u veškeré péče ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Každý klient vnímá péči sester různě, proto je také nutné vnímat klienta jako holistickou bytost a dbát na jeho potřeby.

Tato práce přináší nejen teoretické poznatky, ale také praktické doporučení a doplnění pro pracovníky v oblasti sociální péče, domovů pro seniory a jejich vedoucích a příslušných sester.

Ve výzkumném vzorku bylo vybráno 5 sester ředitelkou příslušného domova pro seniory. Výběr sester byl veden snahou ředitelky domova pro seniory o zkvalitnění poskytovaných služeb v rámci tohoto pracoviště.

Věřím, že výsledky této práce přispějí ke zlepšení důstojné a etické péče seniorů v domovech pro seniory a tím dojde k posílení pocitu důstojnosti v této životní fázi.

I Současný stav

1.1 Důstojnost

1.1.1 Vymezení pojmu důstojnost

Lidská důstojnost je pojem, který je ve společnosti diskutován od nepaměti. Jedna z nejstarších knih Bible například hovoří o důstojnosti hned v několika citacích. Uveďme si například citát Galatským 3:28 na straně 1473: „*Nejde už o to, kdo je Žid nebo Řek, otrok nebo svobodný, muž nebo žena, neboť vy všichni jste jeden v Kristu Ježíši.*”

O důstojnosti v ošetrovatelství jako takové se začalo mluvit po ukončení 2. světové války. Promítla se do Všeobecné deklarace lidských práv a řady dalších dokumentů. V roce 1953 byl vypracován Mezinárodní radou sester etický kodex sester, kde je sebeúcta a důstojnost pevně zapracována. Důstojnost je často spojována s autonomií, úctou a ovládním. Pokud chceme poskytovat péči na určité úrovni a klást důraz na důstojnost, je před tím třeba pochopit, co tento pojem znamená. Často pouze tušíme, kde jsou hranice lidské důstojnosti a to na základě kulturních tradic, mravních principů, postojů k životu nebo na základě empirického chování. Co tedy ta důstojnost vlastně je? „*Je to úcta k hodnotě lidské bytosti.*“ (Kutnohorská, 2013, str. 56). Přesto má každý člověk individuální představu o důstojnosti. Ale i tak existují pravidla, která se podílejí na respektování lidské důstojnosti. Důstojnost tvoří schopnost přemýšlet o sobě samém. Její definice je obsažena v definici mravního dobra, což je nejvyšší morální kategorií a odvíjí se od toho obsah etiky (Kutnohorská, 2013).

O důstojnosti lze mluvit z několika úhlů pohledu. Přírozená důstojnost patří lidské bytosti a představuje vnitřní, skutečnou a nezcizitelnou hodnotu (Bartůněk, Ptáček, 2022).

K hlavním zdrojům lidské důstojnosti patří svoboda rozhodování, která se vztahuje i na jedince, kteří nejsou schopni se samostatně rozhodovat. Sebeurčující svoboda je idea, která říká, že člověk je svobodný, pokud o tom, co se ho týká, rozhoduje svévolně a není ovlivněn okolím (Kutnohorská, 2013).

Cíl důstojnosti uvádí ve své knize Důstojnost v medicíně Bartůněk, Ptáček (2022), str. 5 - Immanuel Kant, který říká: „*Jednej tak, abys používal lidství ve své osobě, tak i v osobě každého člověka.*“

Chceme-li člověku projevit důstojnost, musíme mu projevit úctu. Úcta znamená ocenění, uznání, obdiv ke kvalitám druhého (nadřazené postavení můžeme projevit slovy nebo gesty). Lze tedy říci, že druhému člověku projevujeme úctu v takovém rozsahu, ve kterém vidíme jeho hodnotu. Ne vždy je jednoduchý důstojný přístup v ošetrovatelské praxi, ale i přesto bychom neměli člověka vystavovat zbytečnému riziku, nebo se k němu chovat lhostejně či nadřazeně. Podle Alberta Schweitzera zahrnuje úcta k životu lásku, touhu, soucit, oddanost a spoluprožitou radost (Kutnohorská, 2013).

Důstojnost má dvě základní formy. První formou je důstojnost inherentní neboli ontologická. To znamená, že každý člověk má důstojnost, protože je člověkem a nemůže mu ji nikdo odebrat. Druhou formou důstojnosti je kontingentní, kterou člověk může mít, ale také nemusí. Je to důstojnost spojená s vyšším, mimořádným nebo speciálním vzděláním, nebo také na obdivovanou morální integritu konkrétního a výjimečného člověka (Bartůněk, Ptáček, 2022). Kisvertová (2019) uvádí dvě základní formy a to lidskou a sociální důstojnost. Lidská důstojnost se podle Kisvertové (2019) shoduje s inherentní, kterou popisuje Bartůněk a Ptáček (2022). Sociální důstojnost Kisvertová (2019) dělí na důstojnost, kterou přiděluje člověk sám sobě (sebeúcta, hrdost) a důstojnost, kterou člověku přiděluje okolí (hodnota, respekt).

Sociální důstojnost udává přístup k sobě samému a v sociálních vztazích. Vychází z lidské důstojnosti, lze ji měřit, porovnávat, získat, ohrožit, narušit a ztratit (Bartůněk, Ptáček, 2022).

S důstojností je úzce spjata participace. Abychom důstojnost dokázali prožívat, je důležité zapojit klienta do rozhodování o vlastním životě či péče a nabytí smysluplnosti. Participace vnější udává, jak respektujeme člověka ve vlastním rozhodování a participace vnitřní zase stanovuje, do jaké míry je jedinec schopen si něco prosadit. Pokud participace upadá, dochází k riziku úpadku také lidské důstojnosti (Kutnohorská, 2013).

1.2 Důstojnost v ošetrovatelství

Jedním z cílů ošetrovatelství je zajistit člověku důstojné umírání a smrt (Burda, Šolcová, 2016).

Podle Mezinárodního etického kodexu sester (ICN) je úcta k životu a respektování důstojnosti jednotlivce nedílnou součástí ošetrovatelské profese. Není omezena věkem,

barvou pleti, vyznáním, kulturou, pohlavím, národností, rasou, sociálním postavením nebo zdravotním stavem. Důstojnost je základem blaha každého jednotlivce ve všech společnostech. Je to základní lidské právo pro všechny a zdravotnické organizace by měly této univerzální potřebě věnovat zvláštní pozornost. Význam důstojnosti zůstává složitý a nejasný, protože se jedná o vícerozměrný pojem (Adib-Hajbaghery, Aghajani, 2015).

O důstojnosti mluvíme především u seniorů, protože zde je toto téma nejpálčivější. S přibývajícím věkem je většina lidí hospitalizována s vážnou a nevléčitelnou nemocí, upoutána na lůžko nebo postižena se ztrátou soběstačnosti. V tu chvíli mohou senioři pobývat ve zdravotnických zařízeních dlouhé měsíce, někdy po pobytu ve zdravotnickém zařízení následuje přesun do sociálního zařízení, kde stráví zbytek života odkázáni na pomoc druhých.. Problém je, že důstojnost posuzují další fyzické osoby např. ošetřující personál, který do celé situace vnáší lidský faktor. Dlouhodobě se prosazuje názor, že důstojnost člověka může zhodnotit a posoudit pouze člověk sám. I když je senior dlouhodobě a vážně nemocen, má zhoršenou soběstačnost a jeho stav je diskutabilní, nikdy neztrácí inherentní důstojnost. Péče o takovéto neperspektivní, nesoběstačné a kachektické seniory je jak fyzicky tak psychicky náročná a tak důstojnost není vždy důstojností, jak bychom si představovali (Ptáček, Bartůněk, 2022).

Sociální důstojnost je ve stáří při ošetrovatelských činnostech jednoduše pozitivně či negativně ovlivněna (Kisvertová, 2019). Model důstojnosti v nemoci, který popisuje Oosterveld-Vlug, ovlivňuje osobní důstojnost klienta. Podle tohoto dvoustupňového modelu zjišťujeme, že nemoc neovlivňuje důstojnost člověka přímo, ale působí nepřímo. A to jakým způsobem je klient vnímán formou tří složek sebepojetí, mezi něž spadá individuální já, relační já a společenské já (Kisvertová, 2019).

Je nutno zmínit i tzv. abstraktní důstojnost, která má být nekompromisní, vrozená, nepodmíněná, společná všem lidem, mít hodnotu, ve které jsou si všichni rovni (Ptáček, Bartůněk, 2022).

Váverková, Tomanová a Kisvertová (2020) se v dotazníku důstojnosti dotazovaly na faktory, které spadají pod problematiku důstojnosti, jako je ztráta autonomie, jistoty, sociální opory, ztráta smyslu života. V roce 2018 se konal Kongres primární péče, kde všeobecné sestry diskutovaly o problému plenkových kalhotek. Všechny přítomné všeobecné sestry konstatovaly, že seniorům ve zdravotnických a sociálních zařízeních jsou poskytovány plenkové kalhotky bez ohledu na to, zda je vůbec potřebují. Důsledkem

tohoto je snižená lidská důstojnost (Ptáček, Bartůněk, 2022). Na základě rozhovorů se seniory bylo vypracováno desatero důstojnosti při poskytování plenkových kalhotek, viz příloha č. 1.

Kisvertová (2019) dává ohrožení či ztrátu důstojnosti u seniorů do souvislosti s ošetrovatelskou péčí druhých fyzických osob, špatnou komunikací a odosobnění péče. Tomuto problému je potřeba, aby sám zdravotník porozuměl a předešel ohrožení ztráty sociální i osobní důstojnosti u seniorů. Jsou na to vhodné nástroje pro hodnocení důstojnosti ve stáří a tím je „Dotazník důstojnosti pacientů“ dle Chochinova modelu důstojnosti nebo dle Jacelenové „Sebeposuzovací škála důstojnosti.“ Podle seniorů je důstojnost zachována formou respektu k jeho autonomii a osobní identitě. Aby toto bylo zachováno, je potřeba na seniora nahlížet jako na celistvou lidskou bytost a i jako na integrovaného a respektovaného člena společnosti (Kisvertová, 2019). Ochrana lidské důstojnosti přísluší jak zdravým, tak nemocným jedincům. Lidé, kteří se nacházejí ve zdravotnickém nebo sociálním prostředí, jsou vystaveni riziku ztráty důstojnosti. Jsou závislí na péči druhých fyzických osob a sebemenší chybný krok ze strany personálu může podněcovat k narušení klientovy úcty a důstojnosti (Raee et al., 2017).

Adib-Hajbaghery a Aghajani (2015) uvádějí, že dodržování důstojnosti klientů je důležitým aspektem etiky a etické péče.

1.3 Etika

1.3.1 Vymezení pojmu etika

Slovo etika má svůj původ v řeckém slově „ethos“, což znamená zvyk, mrav, obyčej, zvláštnost. Tento pojem lze tedy definovat jako nauku, která se zabývá správným jednáním člověka ve společenství (Jankovský, 2018). Vývoj etiky je spojen s vývojem filosofií a je nedílnou součástí ošetrovatelství (Burda, Šolcová, 2016). Z historického hlediska má zásluhu na vytvoření etiky jako vědy řecký filosof Aristoteles. Vytvořil dílo Etika Nikomachova, které svému synovi částečně věnoval a některé části doplnil z Aristotelových svitků. Dílo mělo významný vliv na Evropu ve středověku (Jankovský, 2018).

O etice jako vědě lze hovořit pouze, pokud má etika daný předmět. Předmětem etiky je morálka. Morálka hodnotí lidské jednání ze stran dobra a zla spolu s jeho vlastním svědomím (Jankovský, 2018). Etiku lze tedy definovat jako, že „je filosofickou vědou

o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž morálka stojí.“ (Jankovský, 2018, str. 27.).

Z pohledu filosofické etiky by se tedy dalo říci, že etika se snaží morálku zdůvodnit. Vychází z různých směrů filosofie, které se objevují v průběhu dějin a zkoumá morální chování člověka a jeho normy. Jako příklad uvádí tzv. stoickou etiku, která je založena na odříkání a dosažení mravní čistoty. Naopak např. hédonismus propaguje smyslové prožitky v duchu rčení, což bývá přeloženo jako „užij den“ (Jankovský, 2018).

Náboženská etika je odlišná od filosofické etiky. Její podstata spočívá ve vděčnosti k Bohu a právě tato vděčnost ovlivňuje chování člověka. V rámci křesťanské etiky (křesťanské tradici) je vyžadováno, aby člověk žil v míru s ostatními lidmi, soucítit s trpícími lidmi, miloval nejen své bližní, ale i nepřátele, bez toho aniž by z tohoto měl nějaký prospěch. Toto jednání je pak odvozeno z řeckého slova „charis“, tzn. nežité lásky (Jankovský, 2018).

Etika má mnoho druhů a lze ji také rozdělit dle jiných hledisek na autonomní etiku, kdy si člověk sám vymezí etické zásady, a heteronomní, která je opakem autonomní etiky, kdy samotné etické zásady mohou být stanovené například společenskou autoritou. S touto etikou se můžeme setkat například v dětství, které se pojí s našimi přáními, přáními našich rodičů nebo se pojí s lidmi, kteří nás vychovávali či formovali. Tyto zvyklosti či standardy, které na nás rodiče přenášeli, se často stávají jako úplná součást autonomní etiky. Autonomní osobností by se člověk měl stát právě v období pubescence a adolescence, ale někteří lidé například vlivem nátlaku na jedince, ustrnou a nedospějí do autonomní osobnosti (Jankovský, 2018).

Jako další druh etiky je individuální etika, která se zabývá morálními otázkami jedince, která uplatňuje tzv. etický kodex na profesionální úrovni. Například etika sester, lékařů, učitelů, soudců atp. (Jankovský, 2018). Můžeme také hovořit o aplikované etice, která se zabývá řešením praktických morálních problémů souvisejících se životem vůbec. Dále máme tzv. ekologickou etiku (environmentální etika), zkoumá problém stále udržitelného rozvoje. Jako poslední je etika žurnalistická, která je součástí dnešního života (Jankovský, 2018).

Ondriová (2021) uvádí ošetrovatelskou etiku, která tvoří teorii o příčinách a podmínkách žádoucího a nežádoucího jednání a konání v ošetrovatelství. Do 20. století se řídila principy lékařské etiky a dodnes je ve vzájemné souvislosti s lékařskou etikou. Předmětem ošetrovatelské etiky jsou problémy ošetrovatelské praxe, které souvisí s morálním přístupem. Jde o vztahy mezi sestrou a pacientem, sestry k sestře, sestry k lékaři a dalším spolupracovníkům. Nejdůležitější je vztah k pacientovi (Ondriová, 2021).

Burda a Šolcová (2016) uvádějí také zdravotnickou etiku, která zakazuje ublížit, poškodit či dokonce usmrtit klienta. Je také zaměřena na principy spravedlnosti, autonomie. Také má za úkol předcházet poškození a podporuje dobro před zlem (Burda, Šolcová, 2016). Etika zdravotnického pracovníka má vést k moudrosti, zodpovědnosti a lidskosti. Zdravotnická etika se řídí čtyřmi zásadami, které se vztahují jak na klienta, tak na zdravotnického pracovníka. První zásada zní, že člověk nemůže ztratit důstojnost v nemoci, druhá zásada tvrdí, že člověk, jako lidská bytost, je vždy cílem, nikdy není prostředkem k jinému cíli. Třetí říká, že blaho a zájmy člověka jsou vždy nadřazené zájmům vědy a společnosti. Čtvrtá zásada zní, že člověka je potřeba vždy respektovat jako celek. Cílem zdravotnické etiky v praxi je humanizace mezilidských vztahů mezi zdravotnickým pracovníkem a nemocnými, mezi pracovníkem a rodinou nemocného a mezi zdravotnickými pracovníky navzájem (Ondriová, 2021).

1.3.2 Morálka, mravnost

Jak je uvedeno výše, předmětem etiky je morálka. Proto je potřeba se zdržet i u tohoto termínu. Morálka je možno odvodit z latinského slova „mores“, česky „mravy, zvyky, obyčeje“, ale znamená také vůli, která je v člověku uložena automaticky. Morálka je tedy dle Jankovského (2018) na str. 29 „soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot, z jejich povahy a hierarchie.“ Podléhá jak vnitřní jakožto svědomí, tak vnější jakožto sociální kontrole. Morálka jako souhrn hodnotících soudů, pravidel, zvyků a ideálů je řídicí jednotkou člověka a je kulturně a historicky podmíněna (Jankovský, 2018). Jak jsem již uváděla, morálka hodnotí chování dobra a zla v porovnání s lidským svědomím. Dobré chování je to, co je v souladu se svědomím člověka, tomuto se již říká „mravnost.“ Tento pojem vysvětlím dále. Funkce morálky jsou tzv. poznávací, což jsou interpersonální vztahy a vztahy ke společnosti, druhou funkcí morálky je regulativní funkce, což je chování člověka a třetí funkcí morálky je

humanizační funkce, což je lidskost. Morálka může být také stejně jako etika autonomní (vlastní) a heteronomní (přejatá) (Jankovský, 2018).

Mravnost je svědomí v souladu s lidským chováním. Souvisí s charakterem, což je trvalý rys či rámec osobnosti člověka projevující se v jeho chování. Má také podstatnou vazbu na emocionální stránku člověka (Jankovský, 2018).

1.3.3 Etika v ošetrovatelství

Z etického hlediska je jeden z hlavních cílů dnešní péče zachování lidské důstojnosti klientů (Kadivar et al., 2018).

Ošetrovatelská profese a ošetrovatelská etika zahrnuje jak léčbu, tak i proces rozhodování a ošetrovatelství. Při ošetrování klienta není v praxi jednoduché naplnit všechny zmíněné etické nároky (Šimek, 2016).

Podmínkami poskytování péče je odborná vyspělost a etický základ. Profesionální vyspělost zahrnuje odbornou způsobilost a schopnost zvládat psychickou a fyzickou náročnost profese. Etický základ zahrnuje snahu jednat svědomitě a zodpovědně v zájmu léčených. Podle Fingfeld-Connetta je nezbytnou podmínkou dodržování podmínek pro zdravotníky, které by umožňovalo kvalitní péči (ocenili poskytovanou péči a dbali na dostatek materiálních zdrojů a času). Výsledkem poté bude duševní a tělesný klid klientů. Fingfeld-Connett zjistila, že dobré ošetrování může u sester vést také k duševnímu klidu, spokojenosti a pocitu duševní obnovy a osobního růstu (Šimek, 2016).

Jeden z důležitých základů ošetrovatelství není jen to, co sestry dělají, ale také jaké jsou. Dosáhli jsme tedy etiky ctností, jejímž základem je vědomý čin zaměřený na dobrou věc, neprováděný náhodně nebo jen občas (Šimek, 2016). Sestra by měla respektovat práva klientů, napřímo s nimi komunikovat a mluvit pravdu. Neměla by je uvádět v omyl (Kadivar et al., 2018).

1.3.3.1 Etické principy

Etické hodnoty jsou zásadní pro všechny zdravotnické pracovníky. Etická praxe je základem pro sestry, které se denně zabývají etickými problémy. Etická dilemata vznikají, když sestry pečují o jednotlivé pacienty. Tato dilemata mohou být občas v rozporu s etickým kodexem nebo s etickými hodnotami sestry. Sestry jsou zastánkyněmi klientů a musí najít rovnováhu při poskytování péče o pacienty (Haddad,

Geiger, 2023). Píše-li se o sociálních službách, je zde rozebíráno vzdělání, náplň zákona o sociálních službách atp. Pouze hrstka článků se věnuje etickým dilematům. Z dotazníkového šetření v domovech pro seniory roku 1994 vyšlo, že je zdravotníky domovů pro seniory nejvíce hodnoceno kritérium náklonnosti, jako je vlídnost, ochota, láska atp. (Hauke, 2014).

Existují čtyři hlavní principy etiky: autonomie, dobročinnost, spravedlnost a neškodlivost (Haddad, Geiger, 2023). Každý zdravotnický pracovník využívá své teoretické znalosti, ale i dovednosti. Je proto důležité, aby se řídil podle etických principů. Etické principy mu dodávají jistotu, že bude vykonávat kvalitní péči (Venglářová, 2013).

Potřeba autonomie klienta může být v rozporu s pokyny pro péči nebo návrhy, které sestry nebo jiní zdravotničtí pracovníci považují za nejlepší. Člověk má právo odmítnout léky, léčbu či operaci bez ohledu na to, jaký prospěch z toho může plynout. V rámci dobročinnosti mají zdravotničtí pracovníci povinnost zdržet se špatného zacházení, minimalizovat škody a podporovat dobro vůči klientům. Tato povinnost zvláštního zacházení popisující dobrodiní. Zdravotničtí pracovníci to demonstrují tím, že poskytují rovnováhu mezi přínosy a riziky pro klienta. Všichni klienti také mají právo na spravedlivé a stejné zacházení. Spravedlnost znamená to, jak se s lidmi zachází, když jejich zájmy konkurují zájmům ostatních. Nepoškodit klienta je pravděpodobně nejobtížnější dodržet. V případě, kdy jsou pacienti odpojeni od přístrojů nebo se klienti rozhodli přestat užívat léky, které jim mohou zachránit život, je sestra postavena do morálně náročné pozice (Haddad, Geiger, 2023).

Sestry na všech úrovních praxe by měly být zapojeny do etického přezkumu ve své cílové specializační oblasti. Je důležité hájit péči o pacienty, práva pacientů a etické zvažování praxe. Etické začleňování by mělo začít na ošetřovatelské škole a pokračovat tak dlouho, dokud sestra vykonává praxi (Haddad, Geiger, 2023).

1.3.3.2 Etický kodex sester

Potřeba ošetřovatelské péče je chápána jako všeobecná. Etický kodex sester, vypracovaný Mezinárodní radou sester, je definovaný od roku 1953, je pravidelně revidován a znovu schvalován. Poslední schválená revize byla v roce 2000 (Malíková, 2020, ČAS, 2017). Svatoňová (2019) udává, že poslední revize proběhla v roce 2005 a etický kodex v České

republiky vychází z tohoto dokumentu. Byl přijat etickou komisí ČAS (česká asociace sester), prezidentem ČAS a je platný od února 2012 (Svatoňová, 2019).

Etický kodex obsahuje úvod a čtyři články. Úvod klade důraz na lidská práva, která jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Je zaměřen na čtyři základní povinnosti sestry (Malíková, 2020). Jako první z nich je pečovat o zdraví, druhá povinnost je předcházení nemocem, třetí navracet zdraví a čtvrtá povinnost je zmírňování utrpení (Malíková, 2020 a Svatoňová, 2019). Mezi lidská práva spadá právo na život, důstojnost a zacházení s úctou ke člověku (Malíková, 2020, ČAS, 2017).

Každý článek v etickém kodexu stanovuje etické normy chování, které jsou upřesněny. Články kodexu obsahují čtyři části. První z nich je článek „Sestry a spoluobčan“, druhý „Sestry a jejich ošetrovatelská praxe“, třetí „Sestry a profese“ a čtvrtý, poslední „Sestry a jejich spolupracovníci“ (Malíková, 2020, Svatoňová, 2019). Svatoňová (2019) uvádí první článek jako „Sestry a lidé“, kdy se sestra má zaměřovat na člověka, úctu k němu a také má dodržovat povinnou mlčenlivost. Další povinností je poskytovat ošetrovatelskou péči stejně u všech klientů a nedělat mezi nimi rozdíly. Jako druhý článek uvádí „Sestry a ošetrovatelská praxe“, který stanovuje, že je sestra povinna se vzdělávat v oboru a její pracoviště by jí mělo motivovat a podporovat v dalším vzdělávání. Jako třetí článek Svatoňová (2019) uvádí „Sestry a profese“, který říká, že by se sestra měla zapojovat do profesní organizace (ČAS) a do rozvoje odborných znalostí, které vycházejí z vědeckých poznatků. Jako čtvrtý článek uvádí „Sestry a spolupracovníci“, kdy sestra a další zdravotnický pracovníci musí udržovat kolegiální vztahy a vážit si jejich práce (Svatoňová, 2019).

Kromě dodržování etického kodexu sester, je také důležitý holistický přístup ke klientovi. Jen takto můžeme uspokojit potřeby klienta ve všech jeho rovinách a zajistit bio-psycho-sociální a spirituální pohodu.

Holismus je nejvíce spojovaný s ošetrovatelstvím, protože je základem ošetrovatelských modelů, teorií a etických zásad (Plevová et al, 2018). Tento směr je datován od 2. poloviny 20. století (Knapová, 2019) a je odvozen od řeckého slova „holos“, což znamená v českém jazyce „celek, úplný.“ Znamená vnímání člověka jako bio-psycho-sociální a spirituální bytosti (Jankovský, 2018). První použil slovo „Holismus“ Jan Christiaan Smuts, které zmínil ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 (Šubrt, 2015).

„Cílem holismu je zajistit somatickou a psychickou rovnováhu, uspokojit biologické, psychosociální a spirituální potřeby jedince.“ uvádí Knapová (2019) v I. Kapitole Holismus. Plevová et al (2018) uvádí definici holistické teorie jako „celky složené z mnoha částí, které jsou ve vzájemné interakci, kde porucha jedné části vyvolá poruchu celého systému.“ Jedinec je individuální bytost, která má jedinečnou a individuální charakteristiku, má svou minulost, přítomnost a budoucnost. V nemoci hrají důležitou roli nejen vnější a vnitřní faktory, ale i objektivní a subjektivní vnímání člověka. Nejen v nemoci je důležité u člověka uspokojovat biologické, tělesné a spirituální potřeby člověka (Knapová, 2019, Plevová et al, 2018).

Existuje několik teorií holismu, například Smutsova holistická teorie. Smuts tvrdí, že buňky, které tvoří celky, jsou zodpovědné za všechny činnosti a funkce jednotlivých živých organismů. Dále Tvrdí, že lidská osobnost je nejsložitějším celkem, který je schopný vytvářet stále nové věci (Šubrt, 2015).

Za zakladatelku holistického ošetrovatelství je zodpovědná Florence Nightingalová. Její činnosti byly zaměřené v souvislosti lidství vs. prostředí, které v té době bylo ovlivňované Bohem, vírou a duchovností. Poznatky, které Florence Nightingalová poskytla všeobecným sestřám, byly založené na principech holismu. Také je graficky znázornila v teorii Florence Nightingale (Knapová, 2019).

1.4 Domovy pro seniory

Domov pro seniory, dříve nazýván jako „domov důchodců“, je určen seniorům, kteří vyžadují částečnou nebo komplexní pomoc v pobytových celoročních službách. Toto zařízení spadá do sociálních služeb (Malíková, 2020). Zde se poskytuje péče seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či onemocnění vyžadující nepřetržitou pomoc jiné fyzické osoby (Dvořáčková, Hrozenská, 2013). Podmínkami přijetí seniora do DPS (domov pro seniory) podle Malíkové, 2020 „*Žadatel je osoba se sníženou soběstačností, odpovídajícím věkem, jehož situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ Žadatel musí splňovat podmínky podle § 49 zákona o sociálních službách (Malíková, 2020). V zákoně č. 108/2006 § 49 Zákon o sociálních službách na internetové stránce www.zakonyprolidi.cz udávají, že „*V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“

V roce 2018 bylo v České republice registrováno 2154 poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují 5675 služeb. Nejvíce vytižené byly právě domovy pro seniory, kterých bylo celkem 539 a jejich kapacita naplňuje cca 36 tisíc lůžek. Na financování sociálních služeb, do kterých spadá domov pro seniory, se podílí více zdrojů. Jsou to dotace MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí), úhrady klientů, příspěvky na péči, kraje, obce, zdravotní pojišťovny, evropské zdroje a ostatní. Sociální služby získávají více než polovinu z rozpočtu MPSV (59 %). Druhou největší finanční podporou pro sociální služby jsou dotace (29 %) na jejich realizaci. V roce 2018 nebyl dostatek zdrojů na pokrytí služeb pro všechny občany, kteří potřebovali pomoc sociálních služeb. Bylo stanoveno, že ideální stav dostupnosti péče v sociálních službách pro rok 2025 by se měl navýšit o 36 % (MPSV, 2019). V roce 2024 by mělo MPSV ČR pojednávat o velké reformě financování sociálních služeb. Jednalo by se o změnu financování v souvislosti s využitím sociálních služeb. Plné příspěvky na péči by tak mohli využít jen ti, kteří si za část příspěvku koupí konkrétní službu. Tzn. denní stacionář, pečovatelské služby, osobní asistence a podobně (MPSV, 2023).

Výhodou je možnost přijetí manželského páru do domova pro seniory, pokud to dovoluje jejich stav (Malíková, 2020). Zrubáková a Krajčík (2016) dodávají, že lidé, kteří jsou umístěni v domovech pro seniory, musí dovršit důchodového věku.

Domov pro seniory by měl být seniorům indikován až po vyčerpání všech možností v rámci domácího prostředí. Pokud již není jiná možnost, jak se o seniora postarat, přistupuje se tedy k přesunutí seniora do domova pro seniory (Burda, Šolcová, 2016).

V domovech pro seniory se specializují hlavně na aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti (Burda, Šolcová, 2016, Dvořáčková, Hrozenková, 2013).

Další možností jsou domovy se zvláštním režimem, které bývají součástí domovů pro seniory. Jsou jedním ze specializovaných zařízení pro osoby se specifickými potřebami. Žadatel musí splňovat podmínky podle § 50 zákona o sociálních službách (Burda, Šolcová, 2016). Personál, režim i prostředí musí být přizpůsobeno individuálním potřebám klienta. Jsou to osoby například s určitým typem onemocnění, jako například psychiatrické onemocnění nebo demence, například Alzheimerova nemoc, což má největší počet uživatelů těchto služeb (Burda, Šolcová, 2016).

1.4.1 Specifická péče v Domovech pro seniory

V zákoně č. 108/2006 § 49 Zákon o sociálních službách udávají, že „*Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“*

Každé pobytové zařízení je zaměřeno na konkrétní skupinu, o níž pečuje. V každém pobytovém zařízení je nutno dodržovat stanovený rámcový režim pro správný chod zařízení (Malíková, 2020).

Během dne jsou u klientů poskytovány služby v předem dohodnutém rozsahu, jež jsou dány písemnou smlouvou. Při realizaci činností, jsou další faktory, které je mohou ovlivňovat. Je to například návštěvní řád či harmonogram pracovníků uspokojující potřeby klientů. Personál v pobytových zařízeních pomáhá klientům při běžných denních činnostech a zároveň sleduje projevy a reakce jedince. Klientovi jsou prováděny ošetrovatelské výkony nelékařskými pracovníky, dle platných ošetrovatelských standardů. Dle zvyklosti zařízení se realizují porady multidisciplinárního týmu (vrchní sestra, všeobecná sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, aktivizační pracovník a další pracovníci v sociálních službách), kdy se diskutují a řeší aktuální problémy v péči o klienty. Tyto porady obvykle probíhají ve všední dny. V dopoledních hodinách se většinou konají aktivizační činnosti, ergoterapie či muzikoterapie, aromaterapie aj. Naopak v odpoledních hodinách se většinou konají kulturní akce, které jsou fyzicky méně náročné. Fyzioterapeuti během dne tématicky cvičí s klienty, ať už pasivně či aktivně.

Cvičení probíhá dopoledne i odpoledne. Večer se klienti navečeří, podají se jim léky a personál je připraví ke spánku. Mimo jiné mají klienti také právo využívat služby jako kadeřnictví či pedikúru nebo jiné služby, které jsou v zařízení k dispozici. Během nočních služeb dohlíží na klienty personál vykonávající noční službu. Personál se postará také o výměnu inkontinentních pomůcek podle stanoveného harmonogramu a potřeby klientů (Malíková, 2020).

Dle zvyklosti zařízení, v určitých dnech, vykonává docházející lékař vizitu u ubytovaných klientů. Následně naordinuje ošetrovatelské činnosti, které vrchní či všeobecná sestra musí splnit (Malíková, 2020). Pokud si personál všimne jakéhokoli zhoršení stavu, je přivolán praktický lékař či RZS (rychlá záchranná služba). Při nutnosti hospitalizace ve zdravotnickém zařízení jsou ihned telefonicky informováni příbuzní klienta (Malíková, 2020).

Při poskytování péče v sociálních službách je také povinné vést dokumentaci o osobách, kterým je poskytována péče, která vyplývá z přílohy č. 2 č. 505/2006, kde je uvedena formou sociálního standardu č. 6 – Vedení dokumentace o poskytování sociálních služeb. Dokumentace je každý písemný, obrazový, zvukový či elektronický záznam, které vznikl z činnosti původce. Kromě tohoto má za úkol také působit jako přehled poskytovaných služeb a jeho činnosti, uchovává a zaznamenává důležité informace o klientovi, poskytované službě a zároveň slouží jako doklad o poskytnuté sociální péči. Dokumentaci lze rozdělit do tří oblastí a to sociální dokumentace klienta, zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace a ekonomická dokumentace (Malíková, 2020).

Je nutné, aby se s informacemi nakládalo tak, jak udává nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů, GDPR (General Data Protection Regulation). Zpracovaný popis postupů musí být popsán v dokumentu Vnitřní pravidla pro klienta a je zapotřebí, aby s ním byli všichni pracovníci seznámeni a dodržovali jej (Malíková, 2020).

Mezi zásady vedení dokumentace patří potřebnost a oprávněnost, kdy se ukládají jen nezbytné informace o zdravotním stavu, které jsou nutné pro kvalitní péči o jedince. Mezi další zásady spadá přiměřenost informací ve zdravotnické dokumentaci, další je efektivita, diskretnost, adresná odpovědnost, transparentnost (vedení dokumentace se řídí konkrétními pravidly), pravdivost a vyváženost (Malíková, 2020). Dokumentace musí mít pravidelný zápis v časové posloupnosti, který musí být čitelný a přehledný, objektivní

a pravdivý, faktický a srozumitelný. Zápisy v dokumentaci by neměly obsahovat slangové výrazy a musí být psány v českém jazyce. Pokud se zapíše chybný zápis, nepřepisuje se, nepřelepjuje, ale škrtně se rovnou čarou. Chybný zápis podloží podpisem pracovník, který opravu provedl. Každý zápis musí obsahovat podpis pracovníka, který ho provedl. Zároveň je zodpovědný za jeho správnost, věrohodnost a objektivitu (Malíková, 2020).

Existují doporučené standardy vytvořené APSSCR (Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky) v roce 2015, které by měli pracovníci těchto zařízení dodržovat. Zde se uvádí, že je pro klienty v sociálních službách zapotřebí vhodně zvolit pomůcky v sociálních zařízeních jako je například sociální zařízení, kterého je součástí koupelna a sprcha, madlo, která budou nápomocná klientům při snížené soběstačnosti. Dále také přípojka na telefon a možnost přístupu k internetu či televizi. Důležité je signalizační zařízení, které umožňuje přivolat si pracovníka sociálních služeb při náhlém zhoršeném stavu anebo při dopomoci při určité činnosti a dopomoci s vybavením pokoje (křeslo, stůl, postel, noční stolek, skříň). Ohledně stravování APSSCR doporučuje výběr z více jídel, nabídka nápojů, zajištění nutriční péče, pestrost stravy, místa podávání stravy, časová flexibilita výdeje jídel. V rámci kultury a volného času, APSSCR doporučuje realizovat kulturní a společenské akce odpovídající cílové skupině klientů. Je nutná informovanost klientů o kulturních a společenských akcích, realizaci výletů, přednáškách či diskuzích, individuálních skupinových sportech a nabídce pravidelných bohoslužeb, jsou-li tyto akce pro klienty v zařízení pořádány. V rámci poskytování sociální péče doporučuje sociální vyšetření v místě pobytu dostatečný počet pracovníků v přímé péči o klienty, také je doporučeno vytvořit plán kontrol přímé péče, plán komunikace při ošetřovatelském procesu, plán komplexní ošetřovatelské péče o klienta a plán pomoci při každodenních činnostech. Dále je doporučena přítomnost fyzioterapeuta v zařízení, zpracování systému prevence dekubitů, prevence pádů a zajištění zdravotní péče – přítomnost lékaře (APSSCR, 2015).

1.4.1.1 Komunikace se seniory

Komunikací se rozumí předávání informací mezi dvěma jedinci. Formy předávání informací jsou mluvené, psané, obrazové a činnostní. Je to tzv. univerzální jev lidské společnosti a je nezbytná k efektivnímu sebe vyjadřování (Zacharová, 2016). Efektivní komunikace může pomoci v budování dobrých vztahů mezi zdravotníky a seniory. To

umožňuje péči o seniory co nejlépe zvládat, předcházet vzniku konfliktů nebo problémových situací či chování (NIH, 2023; Hauke, 2014).

Komunikace v sociálních službách vyžaduje nedirektivní partnerský a rovnocenný přístup. Zdravotník si musí uvědomit, že senioři v sociálních zařízeních jsou osoby s ohrožením sociálního vyloučení. Cílem komunikace v domovech pro seniory je zájem o seniory a jeho potřeby, schopnosti, přání, možnosti, osobní cíle a zajistit seniorům důstojný přístup. Se seniory je nutné komunikovat otevřeně, pravdivě a také zajišťovat bezpečné prostředí jak pro seniora, tak pro zdravotníka (Hauke, 2014).

V komunikaci je důležité zmínit dva pojmy, kterým je „komunikant“ a „komunikátor.“ Komunikátor je osoba, která vysílá nějakou zprávu jiné osobě. Předpokládá, že ten komu vysílá informace má podobný souhrn poznatků umožňující porozumět sdělení. Naopak komunikant je osoba, které jsou informace určeny a který přijímá vyslanou zprávu. Následně ji dekoduje. Vnímání je ovlivněno osobnostní rovnici, vlastními zkušenostmi, prožitky, záměry a cíli (Zacharová, 2016, Jankovský, 2018).

Komunikace probíhá dvěma formami: verbální a neverbální (Zacharová, 2016). Ve výzkumu nelze zjistit, zda vnímáme více verbální či neverbální komunikaci (Kabelka, 2020). Zacharová, 2016 uvádí, že verbální komunikace je úmyslná, za to naopak neverbální komunikace je neúmyslná.

Neverbální komunikace je souhrn všech komunikačních technik, jako je právě mimoslovní sdělení (Kabelka, 2020). Cca 70 % informací získáváme díky neverbální komunikaci (Jankovský, 2018). Sdělení mohou být vědomě i nevědomě předávána jiným osobám (Kabelka, 2020). V nemocnicích, zdravotnických a sociálních zařízeních nám neverbální komunikace dává zprávy o pocitech a postojích klientů. Potřeba dorozumění se pomocí neverbální komunikace ve zdravotnictví je důležitá pro navázání vztahu a důvěry s klientem. Zdravotníci si musí být vědomi, že se klienti často vyskytnou v nelehkých situacích, které má zvládnout a tak je potřeba zachovat profesionální přístup ke klientovi a jeho rodině. V některých případech je i nemožné dodržet zásady správné komunikaci, například podat ruku zraněnému klientovi atp. (Zacharová, 2016). Ruce, paže, nohy a výraz ve tváři nám mnohdy nahrazují slova. Gestikulaci téměř vždy vnímáme více než slovní projev člověka. Senioři jsou více vnímaví než člověk mladšího věku. Je tedy potřeba vědět, jak se senior cítí, zároveň pochopit jeho emoce a dát mu co nejlepší zpětnou vazbu. Senioři potřebují hlavně naslouchat jejich životním příběhům. Od

zdravotníků se očekává, že budou mít zájem a budou pozorně poslouchat klientovy prožitky a že budou dávat prostor jeho steskům (Kleветová, 2017).

Je nezbytnou a důležitou dovedností sestry naučit se ovládat své neverbální projevy, ale také věnovat pozornost neverbálních projevů klientů (Zacharová, 2016, Kleветová, 2017).

V neverbální komunikaci komunikuje pohled očí, řeč těla, tempo hlasu, intonace hlasu, emoce, sezení, kde má jedinec nohy, jak gestikuluje rukama (Kabelka, 2020). Zacharová (2016) dodává, že neverbální komunikace nám utváří první dojem, náklonnost nebo odmítání.

Neverbální komunikace se mění i dle toho, kde se odehrává (lůžkové či ambulantní oddělení), kdo s kým komunikuje (sestra-pacient, pacient-lékař), v jakém čase se odehrává (při propuštění, při přijetí, před operací, po operaci), jak dlouho trvá (plánovaný rozhovor, vizita) a také v jakém vzájemném vztahu jsou (autorita, nadřazenost, kolegiálnost) (Zacharová, 2016).

Neverbální projevy členíme do různých skupin. Skupinami neverbální komunikace jsou podle Kabelky (2020) haptika, kinezika, gestika, mimika, oční kontakt, posturika, proxemika a chronetika (Kabelka, 2020). V další části jsou tyto pojmy vysvětleny.

Proxemika je míra fyzické a prostorové vzdálenosti mezi lidmi, která je chápána na dvou rovinách – horizontální a vertikální. Horizontální rovina je vzdálenost přiblížením či odstoupením od jedince. Vertikální rovina určuje výškovou úroveň vztahu k jiné osobě. Pohled „nad“ se osoba jeví dominantně, pohled „pod“ se osoba jeví submisivně (Zacharová, 2016).

Existují čtyři typy komunikačních vzdáleností (proxemiky) (Kabelka, 2020, Zacharová 2016, Pražský, 2014, Jankovský, 2018). První z nich je tzv. intimní zóna, která představuje cca 15-30 cm od jedince. Splývá s tělesným hmatovým dotykem, proto je tato zóna hlavně u manželů, rodiny a blízkých přátel. Pokud do této zóny vstoupí neznámý člověk, vyvolá to v nás nepříjemné pocity a máme tendenci se odtáhnout a prostor v zóně navýšit. Protože sestra vstupuje do intimní zóny klientů, je třeba, aby s klienty mluvila, vysvětlila vše potřebné a odpovídala na jejich dotazy (Zacharová, 2016). Sestry často narušují intimní zónu klientů. K takovému narušení intimní zóny by mělo docházet pouze v situacích, ke kterým má nezbytně dojít (Pražský, 2014). Jako druhá zóna je tzv. osobní,

kteřá je cca 45 – 120 cm prostorově velká. Je to setkání se s člověkem například na úředním jednání a diskuzi, hlavně v našem případě mezi sestrou a klientem v přímém kontaktu v rámci podání ruky, položení ruky na rameno nebo předání léků u vizity. Třetí zóna je tzv. společenská zóna, kdy máme prostorovou vzdálenost okolo 120 – 360 cm. Je to spíše formální zóna, která obnáší hlasitější rozhovor a prohlubování očního kontaktu. Není zde možný fyzický dotyk ani výměna pocitů. Tato zóna je ve zdravotnictví špatně využívána, kdy sestra hovoří s klientem přes celý pokoj a neuvědomuje si, že ji klient může vnímat jako sociální odstup a nezáměr o něho. Jako poslední, čtvrtá zóna je veřejná zóna, který odstup je více než 360 m. Tuto zónu zdravotníci využívají na různých přednáškách nebo seminářích (Zacharová, 2016). Jankovský (2018) dodává, že veřejná zóna je uplatňována hlavně na veřejnosti.

Haptika je komunikace prostřednictvím dotyků (Jankovský, 2018). Dotyk patří mezi první kontakt s osobami, jako je podání ruky. Podání ruky je důležitým faktorem při prvním setkání. Způsob podání ruky sestře může naznačit pár faktorů, které o sobě klient nepřímo sdělí, například, zda je ruka vlhká (stres), zda podá celou ruku, pevné stisknutí, ochablé stisknutí atp. Haptika se ve zdravotnictví využívá téměř vždy, protože k ošetrovatelské činnosti je jí potřeba. Když se sestra chce dotknout klienta, je důležitá schopnost empatie. Sestra může pohládit, chytit za ruku, obejmout, zda to situace a klient dovoluje (Zacharová, 2016).

Posturologie je řeč těla a postojů (Zacharová, 2016). Podle Jankovského (2018) je to analyzování tělesné polohy těla, resp. jeho držení (Jankovský, 2018). Klient může ležet, sedět, stát. Vyznačuje to, co zrovna klient dělá, dělal nebo bude dělat a jak na tom fyzicky je. Pokud chceme klientovi sdělit nějaké informace, vždy je dobré přizpůsobit tomu také rovnocennou polohu. Pokud klient sedí, sedne si také sestra, aby byla vidět rovnováha mezi nimi. Není výjimkou i situace, kdy klient leží a sestra stojí. Tato situace nemusí vždy vyzářovat dominanci sestry. Mimo jiné spadá do posturologie také například naklonění hlavy, těla (aby lépe rozuměl). Také je třeba zmínit termíny, jako jsou kongruence (soulad mezi sestrou a klientem) a nekongruence (nesoulad, kdy sestra tělem naznačuje klientovi, že musí odejít) (Zacharová, 2016).

Kinetika se zabývá dynamikou a rytmikou pohybů. Ve zdravotnictví tento jev může mít důležitý vliv na léčbu. Rychlé pohyby mohou znamenat jak zlepšení, ale také zhoršení, podle toho o jakou situaci jde. Jak už bylo zmíněno, mohou to být tedy rychlé pohyby,

pomalé pohyby, pohybová plynulost a neuspořádané pohyby. Rytмикou pohybů mohou odhalit například hyperaktivitu u dětí (Zacharová, 2016).

Dorozumívání svaly tváře se nazývá mimika. Ekman a Friesen v pokusech zjistili, že člověk může vyčíst z mimiky až sedm základních druhů emocí. Štěstí – neštěstí, radost – smutek, klid – rozčilení, zájem – nezájem, spokojenost – nespokojenost, neočekávané překvapení – splněné očekávání a pocit jistoty – strach. Nejúčinnějším prostředkem komunikace je úsměv, na který by sestra rozhodně neměla zapomínat. Úsměv je symbolem přátelství. Zdravotník by se měl naučit své mimické projevy, aby nepoškodil nebo nějakým způsobem neurazil klienta (Zacharová, 2016). Mimika jako taková je nejvýznamnější skupinou v neverbální komunikaci (Jankovský, 2018).

Nauka o pohybové činnosti člověka je gestika. Gesta většinou doplňují a zesilují verbální projevy. Základní gesta jsou pohyby ramen, rukou a hlavy. Je dáno, že pokud člověk má nižší IQ, pak hodně gestikuluje rukama a snaží se tím nahradit některá slova. Pokud má člověk vyšší IQ, tolik negestikuluje. Mezi nejznámější gesta patří pohyb hlavy „ANO“, „NE“, ruce vyjadřují volání, prosbu. Zdravotník by měl správně odhadnout klientova gesta a spojit si je s verbální komunikací a celkovým stavem klienta. Nejcitlivějším receptorem přijímání informací jsou oči. Ukazují nejen momentální emoce, ale také zda došlo k porozumění informacím. Sestra si musí všimnout zaměření pohledu (terče pohledů), délky pohledu, četnosti pohledu, zornice, zda je pohled z očí do očí a pokud například klient nadměrně nemrká (Zacharová, 2016).

Druhá forma komunikace je verbální komunikace. Ta je nejdůležitějším nástrojem pro předávání informací. Ve zdravotnictví je důležité udržovat s klientem slovní kontakt. Díky komunikaci můžeme uspokojovat jeho bio-psycho-sociální a spirituální pohodu. Sestra může pomocí slov vysvětlovat, získávat, přesvědčovat, motivovat, povzbuzovat a informovat klienta při udržování, podpoře a obnově zdraví. Se slovy je zapotřebí pracovat, jako například předvídat důsledky špatně zvolených slov a místo nich použít dobře zvolená slova, která klienta neraní či jinak neublíží. Slova mohou povzbudit, potěšit, navodit pocit důvěry, ale také mohou urazit nebo ublížit. Aby byla komunikace mezi sestrou a klientem efektivní, je potřeba, aby se dodržovala řada prvků. Jedná se o rychlost řeči, kterou sestra mluví, hlasitost (mluvíme-li o nepříjemném tématu), pomlky (prostor pro přemýšlení), výšku hlasu, která bývá odrazem emocí (radost), délku projevu a intonaci (Zacharová, 2016). Hadrabová a Neumanová (2013) dodávají také přítomnost

slovních parazitů (zvuky v rozhovoru) (Hadrabová, Neumanová, 2013). Mimo jiné sestra také nesmí přehlížet reakce a zpětnou vazbu od klienta, zda všemu rozumí nebo potřebuje více času. Při projevu je třeba, aby sestra zvolila jednoduché, jasné, stručné věty, dodržovala pauzy v řeči, vysvětlovala nejasné pojmy a ověřovala, zda klient správně porozuměl. Při sdělování závažných informací je zapotřebí dobré načasování, například aby byl sám na pokoji či v jiné místnosti, kterou sestra vybere. Nezbytným prvkem je také adaptabilita. Znamená přizpůsobivost zejména schopnost pozměnit podávané informace podle reakcí klienta (Zacharová, 2016, Hadrabová, Neumanová, 2013). Také je potřeba, aby sestra věděla, jak pokládat otázky. Máme mnoho druhů otázek, které se dělí na úvodní, otevřené, uzavřené, polouzavřené, přímé, nepřímé, hlavní, podněcující, sugestivní, alternativní a kontrolní. Sestra by díky pokládání těchto otázek měla zjistit informace od klienta (Zacharová, 2016).

Komunikace se musí také přizpůsobit klientům v jednotlivých životních obdobích. Je rozdíl, zda budeme komunikovat s dítětem či dospělým člověkem (Zacharová, 2016). Jelikož je má práce zaměřená na seniory, budeme se tedy věnovat tomuto životnímu období.

Komunikace se seniory není jednoduchá. Vyžaduje profesionalitu, trpělivost a kvalitní přípravu (Pelech, 2015). Cílem komunikace se seniory je v první řadě zachování důstojnosti. Komunikace se seniory má několik specifik. Je důležité si uvědomovat, že starý člověk reaguje pomaleji. Při neustálém opakování, pro nás jasných věcí, si senioři v důsledku problému se sluchem sdělované informace mohou přeslechnout nebo v důsledku poruch paměti mohou zapomenout (čísla, jména, některé situace) či neporozumět situaci a tak reagovat nepřiměřeně (Kutnohorská, 2017). Článek NIH 2023, dodává, že veškerá verbální komunikace musí probíhat tváří v tvář. Je také potřeba se seniory mluvit jako s dospělým i přes jejich tělesné, smyslové nebo kognitivní postižení. Seniory oslovovat „paní“ či „pane.“ Mezi další komunikační zásady patří nutnost pohodlí například při čekání na vyšetření seniorů. Je nutné sledovat seniora, vzhledem k jeho postižení a dotazovat se, zda je pro něj situace komfortní (NIH, 2023). Pro správnou komunikaci je vytvořeno desatero správné komunikace se seniory, které popsal Pelech, 2015 ve svém dokumentu Efektivní komunikace s klientem seniorem, viz příloha č. 2. Podle Klevetové (2017) je zapotřebí si u komunikace se seniory uvědomit, jaký rozhovor budeme provádět, například zda bude podporující, edukační, motivující, naslouchající či zjišťující. Dále je zapotřebí, abychom si zodpověděli všechny podrobné otázky, zda

senior vyhledává pomoc, jak se cítí, nebo zda chce pouze vyslechnout či popovídat si atp. Při prvním oslovení je nutné vědět, jak seniora oslovovat, jak chce, abychom ho oslovovali a jak byl dříve oslovován. Senioři se nechtějí stát zdravotníkovou součástí rodiny, a tak je potřeba udržovat profesionální vztah mezi seniorem a ošetřujícím pracovníkem a vytvořit jasné hranice (Klevetová, 2017). Pro správnou komunikaci se seniory patří také aktivní naslouchání. Je to projev respektu a úcty k danému jedinci. Senioři musí vědět, že je také personál vyslechne (Hauke, 2014).

Kutnohorská (2017) uvádí, že se zdravotníci mohou dopustit v komunikaci několika chyb. Jednou z nich je například nedostatek péče a pozornosti, styl jednání (příkazování, kázání, obviňování, podceňování, povyšování se), rychlé a chaotické podávání informací nebo příliš velký obsah informací, netrpělivost, odsuzování jeho způsobu chování, odmítání seniora neverbálně či verbálně. Klevetová, 2017 udává, že zdravotníci mají určité zlovyky, které se týkají komunikace se seniory. Například odsuzují chování seniora slovy „co to zase děláte“, „už jste se zase polil“, také radí či hledají řešení v okamžiku, kdy ho senior zrovna nepotřebuje. Neustále seniora napomínáme „neplačte, nekřičte, nedělejte, udělejte.“ Moralizujeme „já jsem Vám to říkala, že to tak dopadne“, atp.

Komunikace je mnohdy přerušena při zbytečné kritice pracovníků, kteří nevlídně hodnotí jednání a chování seniorů při ošetrovatelské péči. Pokud personál v zařízeních při ošetrovatelské péči ohodnotí seniora jako neschopného a neposlušného, komunikace zanikne a senior se uzavře do sebe nebo se stane agresivním (Klevetová, 2017).

1.4.1.2 Hygienická péče seniorů

Dle výzkumu Fuseini et al (2023), je důležité, aby sestry zacházely se seniory s respektem a zahrnuly je do rozhodování o péči a identifikovaly jejich preference ohledně zajištění hygienických potřeb, s ohledem na náboženské a kulturní přesvědčení spolu s rodinnými příslušníky.

Hygiena patří mezi základní ošetrovatelské aspekty. Významem hygienické péče je podpora čistoty, odstranění mikrobů, sekretů a exkretů z těla. Hygiena také brání vzniku infekce či podporuje dobrý stav kůže (Doležalová, 2022). Mlýnková (2016) rozděluje význam hygienické péče do čtyř oblastí, jimiž jsou zdravotní aspekty hygienické péče (prevence nozokomiálních nákaz a komplikace spojené s dekubitami), psychosociální

aspekty hygienické péče (zlepšení subjektivní pocity klientů – sebevědomí, pocit pohody), estetické aspekty hygienické péče (odstranění zápachu potu, moči, stolice) a výchovné aspekty hygienické péče (hygienické návyky dětí i dospělých) (Mlýnková, 2016).

Je mnoho faktorů, které hygienu ovlivňují. Mezi faktory patří fyziologicko-biologické (věk, pohlaví, pohyblivost), psychické a duchovní (emoce, sebepojetí, stav pohody), kulturní a sociální faktory (výchova, návyky, móda) a faktory životního prostředí (teplota, vlhkost) (Doležalová, 2022).

U klientů je nutné pozorovat změny na kůži (Doležalová, 2022, Mlýnková, 2016). Na kůži může dojít ke zčervenání či bledosti kůže, cyanóze, subikteru, ikteru, hyperpigmentace, vitiliga a albinismu (Doležalová, 2022).

Hygienickou péči dělíme na ranní a večerní, celkovou koupel ve sprše, celkovou koupel na pojízdném křesle ve sprše, celkovou koupel na koupacím křesle, celkovou koupel na pojízdné vaně nebo lůžku a celkovou koupel na lůžku (Doležalová, 2022).

Celková koupel na lůžku se provádí u klientů se sníženou soběstačností, kdy není možné umýt klienta jiným způsobem. Pro tento druh hygienické péče je potřeba si připravit tyto pomůcky – ochranné rukavice, vozík na znečištěné prádlo, vozík s pomůckami pro hygienickou péči, umyvadlo, přípravky pro péči na kůži, přípravky pro péči o dutinu ústní, jednorázový zubní kartáček, zubní pastu, ústní vodu, pagavitové tyčinky, nůžky na nehty, hřeben, vatové štětičky, emitní misku a ručníky (Doležalová, 2022).

K tomu, aby hygienická péče proběhla v pořádku, bez psychické újmy klienta, je potřeba ho předem informovat a seznámit s výkonem hygienické péče, popřípadě s ním promluvit, zda má nějaké zvyklosti při provádění hygieny či momentální bolesti (Doležalová, 2022, Mlýnková, 2016). Burda, Šolcová (2016) dodávají, že se nemá hygienická péče klienta přizpůsobovat zařízení, ale mělo by se podřídít zařízení potřebám seniorů. Je také důležité zajistit soukromí klienta a vhodné prostředí, kde bude hygiena prováděna (Doležalová, 2022). Po komunikaci a přípravě prostředí je na řadě zajistit pomůcky do dostatečné blízkosti, kde bude prováděna hygiena. Poté se přistupuje k jednotlivým krokům hygienické péče (Doležalová, 2022).

Jako první je potřeba, aby si zdravotník vydezinfikoval ruce a oblékl ochranné pomůcky. Z lůžka odstraníme polštář a deky. Svlékneme klienta, ale zároveň dbáme na intimitu

a odkrýváme pouze ty části těla, které momentálně myjeme (Doležalová, 2022). Burda a Šolcová (2016) dodávají, že může při celém svlečení klienta, dojít k prochladnutí, pokud nebude dostatečně zajištěna jeho intimita. Hygienu zahájíme mytím obličeje pouze žínkou bez mýdla a osušíme. Po umytí obličeje pokračujeme na horní polovinu těla, kterou omyjeme, osušíme a záda promasírujeme emulzí, následně oblékneme klienta. Po horní polovině těla přecházíme k dolní polovině těla, na kterou si vyměníme vodu a žínku. Genitálie omýváme vodou s mýdlem. U žen je nutné provádět hygienu od genitálu ke konečníku k zamezení vniknutí infekce či bakterií do genitálu. U mužů je nutné stáhnout předkožku a omýt i pod ní, osušit a přetáhnout zpět. Kontrola defektů, popřípadě ošetření nesmí chybět. Následně provedeme hygienu ústní, úpravu vlasů, vyčištění uší, kontrolu a popřípadě stříhání nehtů a převlečení lůžka. Nakonec uvedeme klienta do vhodné polohy a uklidíme pomůcky (Doležalová, 2022). Ohledně postupu při celkové koupeli na lůžku se Doležalová (2022) a Mlýnková (2016) shodují.

Mlýnková (2016) udává, že při hygienické péči u chodícího klienta není potřeba žádné péče, pouze kontrola kvality hygieny a popřípadě dopomoci při přípravě pomůcek. Při hygienické péči u částečně soběstačného klienta je určitě potřeba jiných fyzických osob. Musíme brát v úvahu klientův celkový stav, jeho možnosti, schopnosti, co není/je schopen zajistit sám. Při pomoci druhé fyzické osoby jde především například o doprovod do koupelny, pomoc při sprchování, utírání zad ručníkem apod. I u částečně soběstačných klientů je nutné nezapomínat na kontrolu změn kůže či kožních defektů (Mlýnková, 2016).

Při dopomoci u hygienické péče, je nutné nezapomínat na pochvaly klienta a motivovat ho k dalším výkonům (Mlýnková, 2016). Při provádění osobní hygieny bez zajištění soukromí klienta, může docházet k narušení osobního prostoru. Aby se toto nestávalo, je zapotřebí, aby sestra kladla důraz na soukromí a intimitu klienta (Kisvertová 2019).

1.4.1.3 Nutrice u seniorů

Výživa hraje důležitou roli v oblasti ošetrovatelské péče. Příjem tekutin a potravy patří k nezbytným potřebám jedinců (Plevová, Kachlová, 2023). Toumová (2022) dodává, že příjem potravy má největší vliv na naše zdraví a správné fungování organismu.

Přijímání potravin můžeme dělit na enterální či parenterální výživu. Enterální výživa je podávání bilancovaných roztoků obsahující cukry, tuky, bílkoviny, ionty, vitamíny,

a vodu do trávicího traktu pomocí sippingu (popíjení), NGS (nasogastrická sonda), PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie), gastrostomie či jejunostomie (Plevová, Kachlová, 2023).

Mezi důležité aspekty spadá stav výživy. Trávicí trakt nám slouží k přirozenému přijímání, trávení a vstřebávání živin do organismu. K tomu, aby se klientům dostávala správná strava, je potřeba nutričního týmu. Nutriční tým je ve zdravotnických a sociálních zařízeních nedílnou součástí. V týmu je také nutriční terapeut, který poskytuje specifickou péči při zabezpečování nutričních potřeb klientů v oblasti preventivní a léčebné výživy. Bez odborného dohledu či indikace může zpracovávat a vyhodnocovat anamnézu klientů, provádět vyšetření, která jsou nutná ke zjištění stavu výživy klientů, kontrolovat a organizovat přípravu stravy, sestavovat jídelní plán, provádět edukaci jedinců, rodin a skupin. Další součástí nutričního týmu je nutriční asistent, který může zabezpečovat nutriční potřeby pod dohledem nutričního terapeuta. A poté nutriční terapeut se specializovanou způsobilostí (Plevová, Kachlová, 2023).

Stav výživy je také důležitý proto, že nám špatně vyvážená strava přispívá k mnoha onemocněním. Například k obezitě, podvýživě či malnutrice anebo je to naopak důsledek nějakého onemocnění (Plevová, Kachlová, 2023). Pokud je větší energetický výdej organismu než příjem stravy, jedná se o tzv. negativní energetickou bilanci. V ideálním případě je tzv. vyrovnaná energetická bilance, kdy je vyvážený energetický výdej organismu v souvislosti s příjmem stravy. Plnohodnotná strava by měla obsahovat všechny základní složky a mít dostatečnou energetickou hodnotu. Mezi základní složky stravy patří cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny, minerální látky, stopové prvky a voda. Znázornění potravin nám ukazuje potravinová pyramida (Toumová, 2022). Potravinová pyramida viz obrázek č. 1.

Holmerová et al (2014) dodává, že při obezitě je zvýšené riziko kardiovaskulárních onemocnění a objevuje se spíše u mladších lidí. U starších lidí se objevuje spíše malnutrice, která ovlivňuje celkovou kondici organismu. Ani jako příčina či důsledek není dobrá pro dospělé, děti nebo seniory (Plevová, Kachlová, 2023). Stejně tak je tomu u sarkopenie. Jak uvádí Coelho-Junior et al. (2022) v systematickém přezkoumání se sarkopenie vyskytuje u seniorů, kteří konzumovali snížené množství bílkovin. Proto je třeba klást důraz na složení stravy seniorů a hlídat jejich denní energetický příjem. (Coelho-Junior et al., 2022).

Zejména senioři jsou ohroženi podvýživou či dehydratací. Ve stáří se mění chuť k jídlu a často se objevuje nechutenství. V oblasti hydratace se u seniorů objevuje ztráta pocitu žízně, ale nejen u hydratace také problémy s polykáním. U seniorů je potřeba stravu naservírovat tak, aby byl jedinec schopen se najíst či napít. Pokud senior není schopen jíst či pít sám, je na místě ho dokrmit. Pravidelně mu nabízet pít a jíst po malých dávkách. Zdravotnický personál a pracovníci přímé obslužné péče by měli motivovat klienta k jídlu a pití, řádně ho edukovat, proč je pití a strava důležitá pro jeho stav. Nutné je řádně vyplňovat záznam o pitném režimu. Na hodnocení nutričního stavu klienta se podílí nutriční terapeut (Burda, Šolcová, 2016).

Pro zjištění úrovně výživy u seniorů je možný sběr anamnézy, fyzikální a laboratorní vyšetření a nutriční škál (Kuckir et al., 2017). U seniorů je zapotřebí znát jejich aktuální a přidružené onemocnění, alergie, léky a jejich množství, které pravidelně užívají, zda jsou hydratovaní a zda dodržují dietní návyky (například u DM - diabetes mellitus). U fyzikálního vyšetření by nutriční terapeut měl rozpoznat, zda je stav kůže a břicha v normě, nebo zda je zapotřebí něco řešit (Vágnerová, 2020). Klevetová (2017) dodává, že se také hodnotí výška, váha a BMI (body mass index). U seniorů, kteří se nedají zvážit, můžeme váhu odhadnout dle objemu paže, lýtka a tloušťky kožní rasy.

Úroveň malnutrice u seniorů zjišťujeme pomocí standardizovaného testu MNA-SF, viz příloha č. 3. nedostatečná výživa. U 20 % seniorů, a 5-8 % seniorů ve věku nad 65 let se vyskytuje malnutrice. V nemocnicích je procento okolo 40. Malnutrice je často špatně rozpoznávána a tak není léčena. Ukazatelem malnutrice je úbytek váhy o 10 % za 6 měsíců. Senioři často trpí nechutenstvím a sníženým pocitem žízně. Proto je potřeba, aby personál sledoval jejich stravovací návyky a pitný režim. Malnutrice se provádí podle ukazatele $BMI = \text{hmotnost} / (\text{tělesná výška})^2$ v kg m^2 . Závažnost se určuje podle výsledného čísla. Menší než výsledek 16 naznačuje těžkou malnutrici, 16-18 naznačuje středně závažnou malnutrici a větší než 18-20 naznačuje klinicky nevýznamnou malnutrici (Klevetová, 2017).

Pro dobře zvolenou stravu je dietní systém ve zdravotnických a sociálních zařízeních. Pojem dieta je podle Plevové a Kachlové (2023) „*Soubor výživových opatření, řízený příjmem pokrmů za účelem zlepšení kompenzace onemocnění, zmírnění nebo odstranění obtíží nemocného.*“ Diety můžeme rozdělit do pěti skupin. Jsou to základní (běžně ve zdravotnických a sociálních zařízeních), speciální (lze je podávat neomezenou dobu, jsou

substrátově neplnohodnotné), standardizované dietní postupy (zvláštní individuální použití), diety individuálně připravované (u lidí s malnutricí, onkologicky nemocní) a diety diagnostické (ojedinělé). Diety jsou číselně či písemně označeny (Plevová, Kachlová, 2023). Základních diet je 15 a jsou označeny číslem. Jelikož byly pozměněny, nejnovější přehled poskytují Plevová a Kachlová (2023) ve své knize Postupy v ošetrovatelské péči 3. Stejně diety udává Toumová (2022) viz příloha č. 4.

Správné složení stravy pro seniory jsou bílkoviny (15-20 %), tuky (25 %), sacharidy (55 %), vlákniny, vitamíny a minerály (Klevetová, 2017).

V případě paliativní péče, se přistupuje k nutrici individuálně a na základě lékaře lze přistoupit na individuální plán klienta. Nemusí se dodržovat přesné složení stravy, ale může jíst dle svého výběru či dle možností, které lékař doporučí. Klientovi může individuální stravování při prožívání terminálního stádia přitížit, ale také stav zlepšit (Sláma et al., 2013).

V případě, že senior nemůže jíst a nemá plnohodnotnou stravu, můžeme dle konzultace s lékařem doplnit stravu o sipping (Vytejšková, 2019). Sipping je dle Vytejškové (2019) tzv. popíjení či usrkávání. Volkert (2015) dodává, že sipping je jednoduchý a účinný příjem energie, která chybí seniorovi ve stravě. Sipping se podává dle přidružených onemocnění, kdy senior není schopen doplnit energii fyziologickou cestou. Vychlazením a pomalým popíjením sippingu můžeme zamezit nauze, zvracení, průjmu a bolestmi břicha (Volkert, 2015).

1.4.2 Role všeobecných sester v DPS

Všeobecné sestry v sociálních zařízeních jako jsou domovy pro seniory, jsou ve kvalifikační kategorii sestra. Sestra musí mít buď ukončené střední zdravotnické studium s maturitou, vysokoškolské vzdělání Bc. nebo Mgr. zaměřené na ošetrovatelskou péči ukončené státní závěrečnou zkouškou, pomaturitní specializační studium zaměřené na ošetrovatelskou péči nebo úspěšné absolvování vyššího odborného studia (Dis.) v oboru Všeobecná sestra. Předpokladem pro výkon všeobecné sestry v domovech pro seniory je bezúhonnost, beztrestnost, zdravotní způsobilost, odborná způsobilost a způsobilost k právním úkonům (Malíková, 2020).

Dle Plevové et al., 2018, vplynuly čtyři rolové znaky z rozborů sociologů. První z nich je funkční specifita, což vyjadřuje nutnost formální a praktické odborné kompetence pro

výkon povolání. Příkladem je, zda sestra dělá na interním, chirurgickém či v sociálním zařízení a zda je na pozici například vrchní, staniční či primární sestry. Jako druhý znak je sociocentrismus, který znázorňuje, že sestra nevychází ze svých potřeb, ale z potřeb klienta. Pro ošetřovatelství je tento znak nezbytný. Třetí znak je univerzalizmus, který ukazuje, že sestra je schopna vyjít se všemi klienty i spolupracovníky. Nikdy nelze vyloučit sympatie a antipatie vůči ošetřovanému klientovi. Sestra by tak měla být univerzální. Čtvrtým, posledním rolovým znakem je emocionální neutralita. Umožňuje výkon profese bez vnitřních i vnějších konfliktů. Vyjadřuje jakási očekávání, že je sestra schopna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole (Plevová et al., 2018).

Povolání sestry jako takové tvoří celý systém společenských rolí v oblasti ošetřovatelsko-pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenské, podpory a výchovy ke zdraví, organizace a administrativy (Plevová et al., 2018).

Role sestry se při výkonu profese prolínají. Plevová et al. (2018) definovala jako roli sestry – pečovatelka. Sestra poskytuje základní ošetřovatelskou péči, pečuje o nemocného ve zdravotnických a sociálních zařízeních, uspokojuje jejich potřeby a podílí se na plánování péče o nemocného. Další role je sestra – edukátorka nemocného a jeho rodiny, kdy se sestra podílí na upevňování zdraví a prevenci jeho poruch, rozvoj soběstačnosti u nemocných, na pomoci dlouhodobě nemocným a jejich rodinám při plnění ošetřovatelských výkonů a péči o ně. V roli sestry - obhájkyň nemocného je tehdy, kdy klient není schopen projevit své přání, problémy či potřeby, sestra se tak stává jeho mluvčím. Sestra - koordinátorka plánuje a realizuje ošetřovatelskou péči a úzce spolupracuje s ostatními členy zdravotnického týmu. Získává také aktivní spoluúčast rodinných příslušníků na péči o nemocného. Sestra - asistentka připravuje klienta na vyšetření, asistuje při něm a zajišťuje různé terapeutické činnosti ordinované lékařem apod. Jako poslední roli Plevová et al. (2018) uvádí sestru - výzkumnici, která se podílí na využívání nových poznatků oboru ošetřovatelství, získává nové informace a podílí se na tvorbě standardů (Plevová et al, 2018).

Surovcová (2021) ve svém článku uvádí, že sestra v DPS musí mít odborné znalosti, být týmovým hráčem s respektem k ostatním profesím. Mezi klíčové schopnosti sester pracujících v domovech pro seniory patří samostatnost, schopnost vyhodnotit situaci, rozhodovat se a za svá rozhodnutí brát zodpovědnost. Jako další schopnost sestry řadí

schopnost komunikačních dovedností a umění budovat vztahy a důvěru mezi ostatními příslušníky.

1.4.3 Kompetence sester v DPS

Práce všeobecných sester v domovech pro seniory je náročnější a zodpovědnější při porovnání práce všeobecných sester v nemocničních zařízeních. Důvodem je částečná přítomnost lékaře v domovech pro seniory. Všeobecná sestra tak může vykonávat jednotlivé úkony bez odborného dohledu na základě indikace lékaře, při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. V nemocničních zařízeních jsou naopak lékaři stále přítomni a v případě jakékoliv změny zdravotního stavu k dispozici (Burgetová, 2013).

Mezi kompetence všeobecných sester spadá práce se zdravotnickou dokumentací, sledování a orientační hodnocení fyziologických funkcí klientů, včetně saturace kyslíkem a srdečního rytmu, orientační hodnocení sociální situace klienta a přejímání, kontrolování, ukládání léčivých přípravků, manipulování s nimi a zajišťování jejich dostatečné zásoby. Dále do kompetencí sester spadá péče o zavedení močové katétry, včetně výplachů močového měchýře, hodnocení a ošetření poruch celistvosti kůže a chronické rány a ošetření stomie, sbírání rodinné, pracovní a sociální anamnézy, pozorování, hodnocení a zaznamenávání fyzického a psychického stavu klienta. Dále sem řadíme vyhodnocování potřeb a úroveň soběstačnosti klientů, projevy jejich onemocnění, rizikových faktorů, hodnocení za použití testů soběstačnosti, rizika vzniku dekubitů, bolest, vědomí, kognitivní funkce a stavu výživy, zajišťování a provádění vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve, provádění výměny močových katétrů u žen (vyhláška 55/2011 sb.). Surovcová (2021) ve svém článku popisuje odpovědi vedoucí sestry v domově pro seniory, kde uvádí, že by se sestry v DPS měly orientovat v problematice klientů ve vysokém věku. Také, že by sestra měla balancovat péči ve všech oblastech a zohledňovat specifika, aby zajistila kvalitní a důstojný život. Dále je důležité, aby sestra v nepřítomnosti vedoucích týmů zastala chod oddělení.

Konkrétní harmonogram práce je uveden v příloze č. 5 (denní směna) a č. 6 (noční směna). Tento harmonogram práce je uplatňován přímo v DPS, kde byl vykonáváno i výzkumné šetření.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cíle práce:

1. Zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci komunikace se seniory.
2. Zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci hygienické péče o seniory.
3. Zmapovat, jakým způsobem je zachována důstojnost v rámci nutrice u seniorů.

Výzkumné otázky:

1. Jaké prvky důstojné komunikace jsou využívány sestrami v komunikaci se seniory?
2. Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami u seniorů při hygienické péči?
3. Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami při zajišťování tekutin a správné výživy u seniorů?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro výzkumné šetření byl použit kvalitativní výzkum, u kterého byly využity techniky skrytého pozorování, zjevného pozorování a polostrukturovaného rozhovoru. Jednotlivé formy kvalitativního šetření byly provedeny se sestrami, které pracují v nejmenovaném domově pro seniory. Výzkumné šetření proběhlo v prosinci 2023 a lednu 2024 po schválení ředitelky ústavu.

Pro objektivnost dat jsem jako první využila formu skrytého pozorování sester, se kterým byla seznámena pouze ředitelka a vrchní sestra daného domova pro seniory. Výzkumné šetření probíhalo u každé sestry jednu celou pracovní směnu - denní či noční. Každá směna začínala hygienickou péčí ranní či večerní, podáváním léků a podáváním stravy. Následně péče o klienty pokračovala dle standardů domova pro seniory. Během skrytého výzkumu bylo pozorováno, jakým způsobem sestry komunikují s klienty, jak je oslovují, v jaké míře uspokojují potřeby klientů, jakým způsobem provádí hygienickou péči a jakým způsobem podávají stravu a zajišťují pitný režim. Ve všech těchto vyjmenovaných oblastech bylo pozorováno, jak sestry dodržují důstojné jednání s klienty při daných úkonech.

Zjevné pozorování bylo realizováno po skrytém výzkumném šetření. Sestry byly s tímto faktem obeznámeny. Zjevné pozorování probíhalo v jedné celé denní či noční pracovní směně v rozsahu důstojné komunikace se seniory, důstojného chování a manipulování s klienty při hygienické péči a důstojné podávání stravy a pitného režimu. Sestry byly doprovázeny při jejich každodenní činnosti a bylo zjišťováno, jakým způsobem vykonávají uvedené činnosti.

Skryté a zjevné pozorování bylo zaznamenáváno psanou formou.

Polostrukturovaný rozhovor byl prováděn po skrytém a zjevném pozorování a týkal se tří oblastí - důstojná komunikace, důstojnost při hygienické péči a důstojné podávání stravy a zajišťování pitného režimu. První oblast důstojná komunikace tvořilo 11 otázek, (viz příloha č. 7), u kterých měly sestry definovat, zda je komunikace důležitá a proč, poté sestry sdělily, jakým způsobem oslovují klienty, jakou roli hraje empatie při komunikaci se seniory a zda je nutné se seniory komunikovat. Druhá část rozhovoru se týkala

individuálních potřeb v komunikaci se seniory. Druhou oblastí je důstojnost hygienické péče, kterou tvořilo 10 otázek (viz příloha č. 8). Sestry měly možnost uvést konkrétní situaci, zda musely přizpůsobit hygienickou péči podle přání klienta a jaké obtíže zažily při poskytování hygienické péče a jak se v dané situaci zachovaly. Následně byly tázány, jak zajišťují bezpečnost a intimitu při poskytování hygienické péče u klientů v domově pro seniory. V poslední řadě sestry uváděly, jaké by navrhovaly změny či inovace při poskytování hygienické péče, které by zajistily důstojnější přístup ke klientům a jaké etické problémy mohou vzniknout při poskytování hygienické péče. Třetí oblastí je důstojné podávání stravy a zajišťování pitného režimu, tvořená 11 otázkami (viz příloha č. 9). Tato oblast se týkala otázek, které se pojí s nutricí klienta. Sestry uváděly, zda je důležitá sociální interakce, jak často váží klienty, aby nedocházelo k podvýživě. Jakým způsobem řeší stravovací návyky klientů a jaké by sestry navrhovaly inovace nebo změny v prostředí péče, které by zlepšily stravování klientů. V dalším kroku sestry uváděly, zda mají přístup k novým informacím a zda mají možnost nutriční stav konzultovat s nutričním specialistou.

Sestry byly před výzkumným šetřením tázány, zda se zjevným pozorováním a rozhovorem souhlasí a zda jsou ochotny podstoupit výzkumné šetření. Před zjevným pozorováním a polostrukturovaným rozhovorem byly sestry poučeny o ochraně osobních dat a anonymitě zjištěných výsledků.

Výsledky výzkumného šetření byly zpracovány formou otevřeného kódování.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výběr informantů byl záměrný. Vybrány byly sestry pracující v nejmenovaném domově pro seniory, což bylo jediným kritériem výběru. Celkem bylo vybráno 5 sester, u kterých nerozhodoval věk, vzdělání ani praxe. Pro zachování anonymity sester bylo zvoleno označení S1-S5.

4 Výsledky

Výsledky výzkumného šetření jsou rozpracovány na jednotlivé kategorie a následně na podkategorie. Pro lepší přehled jsou výsledky výzkumného šetření rozděleny na dvě hlavní kategorie. Kategorie jsou následně rozděleny na tři podkategorie. První skupina tvoří výsledky výzkumného šetření pomocí techniky pozorování, druhá skupina tvoří výsledky výzkumného šetření pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Pro lepší přehled, jsou kategorie a podkategorie znázorněny v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Kategorizační skupiny

Pozorování	Skryté pozorování	Důstojná komunikace
		Důstojnost při hygienické péči
	Zjevné pozorování	Důstojnost při podávání stravy a zajišťování pitného režimu
Polostrukturované rozhovory	Důstojné prvky při komunikaci sester se seniory	
	Důstojné prvky při zajišťování hygienické péče u seniorů	
	Důstojné podávání stravy a zajišťování pitného režimu	

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje sester

	Věk	Vzdělání	Délka praxe v DPS	Pozice
S1	63	SZŠ	5 let	Všeobecná sestra
S2	58	SZŠ	4 roky	Specializace geriatric
S3	44	Dis.	4 roky	Specializace geriatric
S4	58	SZŠ	4 roky	Všeobecná sestra
S5	64	SZŠ	1 rok	Všeobecná sestra

Výzkumný soubor je tvořen 5 sestrami ve věku 44, 58, 63, 64. Délka pracovní praxe v domově pro seniory je od 1 roku do 5 let. Čtyři sestry absolvovaly střední odborné studium ukončené maturitní zkouškou, jedna dosáhla vyššího odborného vzdělávání – diplomovaný specialista. Jelikož sestry se středním odborným vzděláním ukončily studium před rokem 2002, jsou na pozici všeobecné sestry. 2 z 5 sester mají ukončenou geriatrickou specializaci. Tyto informace byly poskytnuty od vrchní sestry daného DPS.

4.1.1 Výsledky výzkumného šetření – Kategorie skryté pozorování

4.1.1.1 Podkategorie Důstojná komunikace

Sestra S1:

Sestra S1 využívá důstojné prvky komunikace pouze u některých klientů v DPS. Se soběstačnými klienty komunikuje klidným hlasem, vše jim vysvětlí. S většinou ležících klientů téměř nekomunikuje, vyskytují se hanlivé výrazy. Některé klienty oslovuje jménem a tyká jim například „Čau Maruš.“ Někde při vchodu do pokoje. Neupozorňuje klienty na dané výkony, například převaz. Je hrubá na klienty, kteří mají pomalejší reakce, je netrpělivá. Když danou činnost klient neudělá hned po tom, co dostane rozkaz, zakřičí na něj, například: „Zuby!!!“ Vidí, že klient je ležící a těžko zvedne hlavu, tak mu vynadá, že tu hlavu musí zvednout, jinak ten polštář neposune. Mluví o klientech negativně přímo před nimi a je jí jedno, že jí slyší. U agresivních klientů oplácí agresivitu, než aby danou věc klidným hlasem vysvětlila. Například klientka, která je agresivní, v situaci, kdy s ní

sestra S1 nekomunikuje a nevysvětluje dané úkony reaguje štípáním a nadávkami. Klientce začala sestra S1 štípání oplácet.

Sestra S2:

Sestra S2 využívala u některých klientů důstojné prvky komunikace, u vybraných klientů byla rázná a netrpělivá. Klepe při vstupu do pokoje, oslovuje občas křestními jmény, ale vyká všem klientům. Například: „*Dobrý den Alenko.*“ Před určitými klienty mluví přímo o nich. Například: „*No jo, on se tenhle pán furt někde šťourá, že jo pane XX, no jo to je hrozný.*“ Sestra S2 byla netrpělivá v situaci, kdy nenechala klienta ani domluvit, protože mu nerozuměla a odešla. Sestra S2 také používá hanlivé výrazy.

Sestra S3:

Sestra S3 využívala prvky důstojné komunikace. Vždy klepala při vstupu do pokoje, většinou před výkonem vysvětlila klientovi, co ho čeká. Dále ale u konkrétních výkonů neupozorňovala (např. otočení, dotknutí, aj.). Vykala klientům, oslovovala je příjmením. Občas byla ke klientům chladná a komunikovala spíše gesty, například rázně přisunula talířek ke klientovi a řekla: „*Jezte, nebo to odnesu.*“ Pokud měla sestra S3 hodně práce, vyskytovala se u ní netrpělivost a neochota. To mělo za následek omezení komunikace s klienty a konala pouze jednotlivé výkony.

Sestra S4:

Sestra S4 využívala prvky důstojné komunikace. Místy chybělo komentování jednotlivých výkonů. Při vstupu do pokoje klepala, klientům vykala a oslovovala je příjmením. Byla trpělivá, před konkrétními výkony vše vysvětlila. Záleželo jí na úpravě polohy a ptala se: „*Leží se Vám dobře?*“ Pokud byl nějaký konflikt nebo si chtěl klient povídat, povídala si s ním. Při podávání léků vysvětlovala, jak je polknout, hned neodcházela a stále připomínala: „*Ted' polkněte, ted' se ještě napijeme.*“ Ptala se klientů na jejich potřeby.

Sestra S5:

Sestra využívala prvky důstojné komunikace u většiny klientů. Byla rázná, ale záleželo jí na klientech. Ráda si s nimi povídala. Pokud klienti nechtěli na ergoterapii, udala jim povel. Sestra S5 komunikovala s klienty. Klepala při vchodu do pokoje. Oslovovala

příjmením a vykala. Upozorňovala klienty na úkony, které momentálně prováděla. Byla trpělivá.

4.1.1.2 Podkategorie Důstojnost při hygienické péči

Sestra S1:

Sestra S1 vykonávala večerní hygienu. Pracovala hrubě, bez ohledu na to, jak reagují klienti, neupozorňovala před sundáním pleny. Špinavé prádlo házela na zem, utírala klienty podložkou, pokud byla znečištěna. Znečištěné pleny házela na zem do lavoru. Pokud měl klient v plenkových kalhotkách stolici, byla našťvaná a řekla klientovi: „*No hovno tam je.*“ Večerní hygienu prováděla v rozsahu pouze vyměnění plenkových kalhotek a vyndání zubní protézy.

Sestra S2:

Při hygienické péči byla ráznější. Dávala špinavé prádlo na zem a plenkové kalhotky do lavoru. Při provádění úkonů neupozorňovala klienty na dané výkony například před nastříkáním pěny. Měla vybrané klienty, ke kterým se chovala hezky, ale na určité klienty byla ráznější. Výrazy jako: „*No on se furt posrává.*“ mi sdělovala přímo před klientem, kterého se to týkalo. Sestra S2 obecně působila netrpělivě. Nejvíce patrná byla její netrpělivost právě při hygienické péči. Hygienickou péči vykonávala v rozsahu výměny plenkových kalhotek. Některé vybrané klienty učesala. Bohužel většinu ne.

Sestra S3:

Sestra S3 byla při hygienické péči chladná, nemluvila, téměř nikdy neupozornila klienta na otáčení či nastříkání čistící pěny. Seznámila klienta s úkonem, poté napolohovala podle potřeb klienta. Mluvila před klienty o jejich problémech: „*No jo on to tenhle klient nemá jednoduché.*“ Hygienickou péči vykonávala v rozsahu výměny plenkových kalhotek. Plenkové kalhotky házela do lavoru. Zubní protézy ukládala na noc do kalíšku s tabletou. Beze slov otáčela s klienty, rázně s nimi pootočila a pustila.

Sestra S4:

Sestra S4 při vykonávání hygienické péče dbala na intimitu klientů. Vysvětlila daný úkon před hygienou. Během hygieny občas neupozorňovala na nastříkání pěny. Znečištěné plenkové kalhotky házela do pytle či lavoru. Mluvila před klienty potichu o nich samých.

Dbala na hygienu, používala pěnu a při umývání byla trpělivá a nesnažila se urychlit celý tento proces.

Sestra S5:

Sestra S5 byla trpělivá, ale radikální. U hygieny dbala na důstojné prvky, jako je intimita, komunikace, upozorňovala na dané úkony. Nepoužívala lavor, ale rovnou použité plenky odhazovala do infekčního odpadu. Hygienickou péči během dne vykonávala v rozsahu plenkových kalhotek. Dbala na čistotu prostředí klientova pokoje.

4.1.1.3 Podkategorie Důstojnost při podávání stravy a zajišťování pitného režimu

Sestra S1:

Sestra S1 dávala napít klientům při podávání večerních léků. Jinak pitný režim nezajišťovala. Při podávání pití ležícím klientům dávala hrubě do úst. Při zajišťování pitného režimu byla i zde poměrně netrpělivá.

Sestra S2:

Zajišťovala pitný režim při obcházení pokojů celkem 4krát tedy při podávání léků, při ranní hygieně, po ranní hygieně a při rehabilitaci. Přitahovala stolečky k posteli, aby klienti měli pití na dosah ruky a mohli se popřípadě napít sami. Při podávání stravy byla netrpělivá. Subjektivně působila tak, že by si přála klienty nejrychlejší fyzicky možnou konzumaci jídla.

Sestra S3:

Sestra S3 zajišťovala pitný režim pouze při podávání léků, občas dala napít klientům po hygieně. Před napitím rozkázala klientům „*Napíte se!*“ a vložila pítka do úst. Nezeptala se, zda nechtějí ještě napít. Při podávání stravy byla netrpělivá. Neprojevovovala se, chladně klientovi řekla: „*No jezte.*“ I když klient nezačal jíst, beze slov odcházela a nechávala jídlo před klientem, které následně odnesla.

Sestra S4:

Sestra S4 obcházela klienty za účelem pitného režimu celkem 3krát a to při podávání ranních a poledních léků a po hygieně. Některým klientům poskytla tekutiny v průběhu rehabilitací. Seznámila klienta s úkonem a empaticky mu dala napít. Poté se ujistila, zda

klient nechce napít znovu. Při podávání stravy, klienty upravila v lůžku či pomohla ošetřovatelce přesunout klienty na křeslo, připravila stoleček a sdělila klientům, že je to jejich oběd/snídaně, že můžou začít jíst. Pokud klient nechtěl jíst, vyloženě ho nenutila. Pouze se ujistila, zda ještě bude jíst a jestli to může odnést.

Sestra S5:

Sestra S5 zajišťovala pitný režim při podávání léků, při rehabilitaci. Doptávala se, zda mají ještě žízeň. Při podávání stravy sestra S5 dbala na úpravu prostředí. K dispozici většinou připravila pití na dosah klientovi ruky. Do křesla nevysazovala, protože má zdravotní problémy.

4.1.2 Výsledky výzkumného šetření - Kategorie Zjevné pozorování

4.1.2.1 Podkategorie Důstojná komunikace

Sestra S1:

Sestra S1 komunikovala s klientem, ptala se na jeho potřeby, zda se mu leží dobře, občas neupozorňovala klienty na dané výkony. Klepala při vchodu do pokoje. Klienty oslovovala příjmením a vykala. Sestra nepoužívala hanlivé výrazy před klienty. O klientech mluvila o jejich problémech přímo před nimi. Byla netrpělivá, při pomalejších pohybech klientů ihned zrychlila, anebo se naštvála, že to klientům trvá déle. Klientům dávala najevo gesty, že jim to trvá delší dobu.

Sestra S2:

Sestra S2 byla netrpělivá. Při vchodu do pokoje klepala pouze u některých klientů. Oslovovala příjmením, občas oslovila klienta křestním jménem. Vykala při komunikaci s klienty. Klientům vynadala, že se umazali od jídla. Velmi dobře si uvědomovala, že se nejedná o vhodné chování, ale dle jejích slov to prostě nelze ovládnout. Vynadala paní XX, že se celá ušpinila od špaget, že jí bude muset kompletně převléct. Vyloženě paní XX vynadala, že jí přiděluje práci a hrubě gestikulovala a manipulovala s paní XX. (Paní XX je imobilní a po amputaci obou nohou.)

Sestra S3:

Sestra S3 byla chladná, ale nepoužívala hanlivé výrazy, klepala před vstupem do pokoje. Místo vysvětlení používala spíše gesty pokyn, že má jíst. S klienty nekomunikovala, když to nebylo úplně nutné. Pokud vykonávala určité činnosti, u některých klientů prováděla seznámení s činností, při jednotlivých úkonech občas neupozornila. Všem klientům vykala a oslovovala je příjmením.

Sestra S4:

Sestra S4 byla při zjevném pozorování viditelně nervózní. Byla zde zaznamenána evidentní změna přístupu ke klientům během zjevného pozorování. Když sestra S4 nevěděla, že je sledována, byla ráznější. Upozorňovala klienty na dané výkony, komunikovala s klienty, oslovovala klienty příjmením a vykala. Zajímala se o potřeby klientů, doptávala se, zda se klientům leží dobře, nebo zda chtějí napít či s něčím pomoci.

Sestra S5:

Sestra S5 působila nekompromisním dojmem. Byla trpělivá, pomáhala klientům při splnění jejich potřeb. S klienty komunikovala. Pokud klient něco nechtěl, příliš to neřešila a dala mu rozkaz. Na základě jejího přístupu vzbuzovala u klientů respekt. Zajímala se o potřeby klientů formou dotazů.

4.1.2.2 Podkategorie Důstojnost při hygienické péči

Sestra S1:

Při vchodu do pokoje ve většině případů klepala. Oslovovala klienty příjmením. Pracovala hrubě bez ohledu na to, jak reagovali klienti, neupozorňovala na dané úkony. Znečištěné prádlo házela na zem, utírala klienty podložkou, pokud byla znečištěna. Znečištěné pleny házela na zem do lavoru. Pokud měl klient v plenkových kalhotkách stolici, řekla mu to. Hygienu v poledne prováděla v rozsahu výměny plenkových kalhotek.

Sestra S2:

Sestra S2 z většiny neupozorňovala na dané úkony, které u klientů prováděla. Při hygienické péči byla ráznější. Dávala špinavé prádlo na zem a plenkové kalhotky do lavoru. Měla vybrané klienty, ke kterým se chovala hezky, ale na určité klienty byla

ráznější. Používala hanlivé výrazy přímo před klientem. Byla netrpělivá zejména při hygienické péči. Hygienickou péči vykonávala v rozsahu výměny plenkových kalhotek. Některé vybrané klienty učesala. Bohužel většinu ne.

Sestra S3:

Sestra S3 byla chladná a s klienty při hygienické péči nemluvila. Před hygienickou péčí seznámila klienta s daným úkonem, ale na konkrétní výkony téměř nikdy neupozornila, například otáčení či nastříkání čisticí pěny. Sdělovala intimní informace o klientech přímo před nimi. Hygienickou péči vykonávala v rozsahu výměny plenkových kalhotek. Plenkové kalhotky házela do lavoru.

Sestra S4:

Sestra S4 byla při zjevném pozorování viditelně nervózní. Hygienickou péči vykonávala v rozsahu polední výměny inkontinentních pomůcek. Seznámila klientku s výkonem. Při otáčení s klientkou nemluvila, ale upozorňovala: „*Že už to bude hotové.*“ Použila čisticí pěnu a vlhčené ubrousky.

Sestra S5:

Sestra S5 byla trpělivá, ale radikální. U hygieny dbala na intimitu klienta, většinou upozorňovala klienty na dané úkony, které budou s klientem prováděny. Pokud klientka nechtěla být myta, sestra S5 dala příkaz a šla se umýt.

4.1.2.3 Podkategorie Důstojnost při podávání stravy a zajišťování pitného režimu

Sestra S1:

Sestra S1 dávala napít klientům průběžně během dne, kdy roznášela léky nebo podávala obědy. Na pitný režim intenzivně nedbala. U ležících klientů byla netrpělivá při zajišťování pitného režimu. Protože dle jejích slov: „*Jim to dlouho trvalo.*“ Při podávání stravy klienta dala do potřebné polohy a připravila vše, co klienti potřebují – přisunula pítí blíže, nastavila talíř, lžice atp.

Sestra S2:

Zajišťovala pitný režim při obcházení pokojů. Na pitný režim sestra S2 dbala. Obcházela pokoje při podávání léků nebo rehabilitaci. Přitahovala stolečky k posteli, aby klienti měli

pití na dosah ruky a mohli se popřípadě napít sami. Při podávání tekutin klientovi byla trpělivá, naopak při podávání stravy byla netrpělivá. Nerada čekala na částečně soběstačné klienty, kteří jí pomalu. Hrubě jim dávala najevo: „*Ať už to mají sakra snědený.*“

Sestra S3:

Sestra S3 zajišťovala pitný režim pouze při podávání léků, občas dala napít klientům po hygieně. Před napitím hodně stručně seznámila klienty s daným úkonem a vložila jim pitko do úst. Po napití nebo stravě se nedoptávala, zda chtějí/nechtějí přidat. Při podávání stravy byla netrpělivá. Když klient nejedl, nepřemlouvala ho, ale ani nenabízela jídlo. Pokud klient nejedl, jídlo odnesla se slovy, že už asi jíst nebude, bez toho aniž by se ho zeptala.

Sestra S4:

Sestra S4 pití poskytla při podávání ranních a poledních léků a po hygieně. Některým klientům dávala napít při rehabilitaci. Byla trpělivá, čekala, až klient dopije, nebo si sám dosáhne pro pití. Před podáváním pití nebo stravy seznámila klienta s úkonem. Ptala se, zda klienti nechtějí přidat stravu nebo dolít pití. Její chování se během zjevného pozorování téměř nelišilo ve srovnání s výsledky pozorování skrytého.

Sestra S5:

Sestra S5 zajišťovala pitný režim při daných výkonech jako při podávání léků nebo při rehabilitaci. Doptávala se klientů, zda mají stále žízeň. Při podávání stravy klienty dala do vhodné polohy a připravila věci blíže na stoleček, aby na ně klient mohl lépe dosáhnout. Stravu klientům upravila, tak aby byli schopní jí pohodlně konzumovat.

4.1.3 Výsledky výzkumného šetření – Kategorie Polostrukturované rozhovory

4.1.3.1 Podkategorie Důstojné prvky při komunikaci sester se seniory

První otázka byla zaměřena na způsob oslovování seniorů. Čtyři (S2, S3, S4, S5) z pěti sester uvádějí, že seniorům vykají a oslovují klienty příjmením, například odpověď sestry S3: „*No, určitě vykám a příjmením.*“ Sestry S4 a S3 dodávají, že pokud nemají v papírech přímo napsané, že se jim má/může tykat, tak pouze vykají. Například odpověď sestry S4: „*Já vykám a oslovuju příjmením. Musel by to ten člověk mít v papírech, že někdo vyloženě*

chce oslovovat jménem. Ale mně to stejně nejde.“ Pouze S1 uvádí, že vykává, ale někdy použije příjmení, někdy křestní jména.

Odpověď na otázku jaké klíčové dovednosti sestry jsou potřebné pro efektivní komunikaci se seniory, mi všech pět sester odpovědělo, že nejdůležitější dovedností při komunikaci se seniory je empatie a citlivost. Například sestra S5: *„Já si myslím, že určitě musí být empatická, ohleduplná a znát ty komunikační techniky.*“ Sestry S2 a S4 dodávají, že je potřeba, aby klienta sestry znaly a věděly, jaké má potřeby a jak mu pomoci je uspokojit, například odpověď sestry S4: *„Znát toho klienta a jeho zvyklosti, co na něj platí a už víš jak na něj a tím mu vlastně uspokojíš i jeho potřeby.“*

Další otázka zněla, jak se mění přístup sester v komunikaci v závislosti na jejich zdravotním stavu a individuálních potřebách. Všechny dotazované sestry odpověděly, že se samozřejmě musí všechno přizpůsobit klientovi za každých podmínek ale i změn klientova stavu. Například odpověď sestry S2: *„Každý má nějaké individuální přístupy a s každým je třeba jednat podle jeho potřeb. Někdo se umí vyjádřit a rozumíš mu a u někoho musíš na to přijít sama, co chce.“* Sestra S1 dodává, že když klient *„Mele kraviny“*, tak je potřeba mu na tu „hru“ přistoupit, aby udělal to, co chceme my. Sestra S5 dodává: *„No hlavně jim nebudu říkat, miláčku, zlatíčko, jak tady někteří říkají.“*

Na dotaz, zda je komunikace se seniory důležitá a proč, všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5) odpovědělo, že určitě důležitá je. Tři ze sester (S3, S4, S5) odpověděly, že je to důležité, protože nikoho nemají, když za nimi rodina nejedí na návštěvy. Příkladem je odpověď sestry S3: *„No mluvit s nimi se musí, vždyť mají jen nás. Rodina je nenavštíví některý, jak je rok dlouhý, že jo.“*

Čtyři (S1, S2, S3, S4) z pěti sester na otázku, zda používají verbální i neverbální komunikaci odpověděly, že používají obě formy komunikace. Například sestra S4: *„Používám obojí. Haptika je u někoho dobrá, ale někdo ten dotek zase nesnáší, na někoho se podíváš a už víš, že na něj radši dnes šahat nebudeš.“* Jedna sestra (S5) uvádí odpověď: *„... hlavně žádné hlazení, objímání.“*

Na otázku, jaký význam sestra přikládá empatii v komunikaci se seniory, odpovědělo všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5), že je to opravdu důležitá součást péče o seniory. Poté byly dotazovány, zda by mohly uvést příklad, kde empatie hrála klíčovou roli v péči o seniora. Dvě (S2, S5) z pěti sester odpověděly, že je nenapadá žádný příklad. Příklad

uvádí sestra S4: „*No tak musím se tomu přizpůsobit, když je na mě celý den agresivní, tak si s ním tolik povídat nebudu. Ale paní XX mě vyloženě bije, ale jak jí znám dlouho, tak mi to tolik nevadí... Prostě víme, známe a třeba štípání od určitých lidí, o kterých víte, že jsou hodný, nevadí.*“

Mezi další otázky spadá: „*Proč je nutné se seniory komunikovat?*“ Všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5) odpovědělo, že senioři nikoho nemají a že je potřeba s nimi strávit chvilku času, popovídat si s nimi, aby se také cítili chtění a středem pozornosti.

Na otázku, zda sestry mají nějaké zkušenosti, kdy musely svůj komunikační styl přizpůsobit kvůli individuálním preferencím jednotlivých seniorů, příklady uvedly všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5). Sestra S1 uvádí svou odpověď „*Při panu XX třeba neříkám a nesnažím se ho nějak napomenout, ale řeknu mu, ať mě chytí radši za zadek, než aby mě mlátil.*“ Sestry S4 a S5 uvádí, že je každý klient jiný, ale že je potřeba přizpůsobit komunikační styl hlavně při agresivitě. Sestry S2 a S3 uvedly své odpovědi ohledně oslovování klientů. Příklad odpověď sestry S3: „*No jasně, to je kus od kusu. Někteří mají v papírech, že se jim má říkat jménem, ale mě to prostě nejde.*“

Další otázka zněla „*Jak využíváte zpětnou vazbu od seniorů, aby se Vaše komunikační dovednosti neustále zlepšovaly? Existuje konkrétní případ, kdy zpětná vazba vedla k významnému zlepšení vaší komunikace?*“ Na tuto otázku všechny dotazované sestry (S1, S2, S3, S4, S5) uvedly, že zpětná vazba je vidět na klientech. Odpověď sestry S2: „*Třeba, když tě někdo pochválí, že to děláš dobře, hned se to zlepší. A ta komunikace je pak více bohatší.*“ S touto odpovědí se přímo ztotožňuje odpověď sestry S1. Sestra S5 uvádí, že je zpětná vazba velmi důležitá, protože může i ukázat, že konkrétní klient poté nechce ošetřit od konkrétního zdravotnického pracovníka. Odpověď sestry S3 zní: „*Ne, my konflikty vždycky vyřešíme hned. Zpětná vazba je vidět. Když vím, že všechny ty věci, co potřebují klienti, udělám, tak například pan XX bude hodný. Ale vím, že když něco z jeho požadavků neudělám, tak bude zuřit.*“

Jako z nástroj pro podporu komunikace mezi seniory a sestrami, považují internet a školení zprostředkované zařízením. Odpověď sestry S4: „*Jo, tak školení je furt nějaký, ale vzděláváš se i sama na internetu.*“ Sestra S5 uvádí opak „*Jo, tak jedině školení, ale to se tady nedělá.*“ Sestra S3 naopak odpověděla, že největším přínosem komunikačních technik u seniorů v jejich zařízení je předávání si zkušenosti a vychytávky komunikací mezi personálem.

Sestry byly dotazovány, zda by navrhovaly změny nebo vylepšení prostředí, nebo v postupech péče, které by podpořily efektivnější komunikaci mezi seniory. Dvě (S1, S5) z pěti sester odpověděly, že by udělaly změnu v personálu. Příklad odpovědi sestry S1: *„To nám asi nijak nepomůže. Jestli prostředí to má nějak změnit, tak nezmění, jde hodně o ty lidi, kteří tady pracují.“* Sestra S5 přímo udává: *„Především lidi, který na to nemají, ať to ani nedělali, jinak asi nic.“* Sestra S4 uvádí, že by chtěla více času na klienty, aby si s nimi mohla i více popovídat. Sestry S2 a S3 nic změnit nechtějí.

4.1.3.2 Podkategorie Důstojné prvky při zajišťování hygienické péče u seniorů

„Jak se liší potřeby hygienické péče mezi různými seniory a jakým způsobem přistupujete k jejich individuálním potřebám?“ Na tuto otázku odpovědělo všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5), že je k tomuto potřeba u klientů dodržovat individuální přístup. Odpověď na tuto otázku vystihuje sestra S3: *„No hlavně je to u každého individuální, že jo. Třeba někdo má zvláštní potřebu, tak třeba po té hygieně, si chtějí třeba namazat krémem. Máme tady paní, která si furt něco kupuje a opečovává se a po té hygieně vyžaduje, abychom jí těmi krémy namazali.“* Sestra S2 dodává: *„Někdo preferuje lavůrek, někdo si chodí k umyvadlu, tak musíme přizpůsobit vše danému klientovi.“* Jedna sestra (S1) uvádí, že toto je spíš otázka na pracovníky přímé obslužné péče, protože je v přímé hygienické péči méně, než pracovnice přímé obslužné péče. Také uvádí, že se šetří materiálem a tak občas musí omezit klientovo potřeby pro zachování množství materiálu.

Všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5) muselo přizpůsobit svůj přístup k hygienické péči, z důvodu zvláštních potřeb klienta. Sestra S1 uvádí: *„Musí se s nimi opatrně, protože jsou křehký, tak aby se jim neublížilo. Takže když budu mít klientku, která má bolavou nohu, tak jí za ní nebudu rvát a prostě si pomůžu tak, aby jí to co nejméně bolelo.“* Sestry S2, S3 a S5 uvádějí příklad na agresivním pacientovi. Odpověď sestry S2 zní: *„Třeba při agresivním chování. Snažím se být milejší a pořádně mu vysvětluji, co s ním zrovna budu dělat.“* Sestra S3 dodává, že ta agresivita je občas vyvolána neuspokojením klientovo požadavků a potřeb. Sestra S3 uvádí: *„Tak většinou se přizpůsobujeme, když přijdou a jsou nový, tak než je naučíme na ten náš režim, tak jim musíme přizpůsobovat úplně vše.“*

S obtížemi při poskytování hygienické péči se setkalo všech pět sester (S1, S2, S3, S4, S5). S obtížemi si také všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) věděly rady. Sestra S1 uvádí: *„Když se vzpouzí a je agresivní, přemlouváš ho, i u blbého stříhání nehtů, tak musíš dávat*

pozor, aby nepoškrabali oni nás, ale my ho nestříhli, že jo. Takže na něj musíš mluvit, pokud to není prd platný.“ Čtyři sestry (S2, S3, S4, S5) uvádějí jako příklad agresivního klienta. Názorná odpověď sestry S3, která doplňuje také potíže při manipulaci a nedostatek fyzických sil: „Potíže máš, že toho člověka třeba neunesíš, tak si přivoláš někoho na pomoc, ale když je agresivní, tak nemámě být agresivní na něj taky, ale snažit se mu to vysvětlit, jako panu XX.“

Pro udržení efektivní komunikace při poskytování hygienické péče sestry uvádějí, že je potřeba komentovat jednotlivé úkony. Odpověď sestry S5 demonstruje její ráznost: „Napomínám ho, ale zároveň se u něj snažím vzbudit zájem.“ Naopak odpovědi sester S1, S2, S3, S4 uvádějí, že je potřeba říkat co se bude s daným klientem momentálně dělat. Například odpověď sestry S4: „Tak budeš mu říkat, co budeš dělat a postupně popisovat, co konkrétně budeš dělat, aby prostě věděl a nelekl se.“ Sestra S3 dodává konkrétní příklad: „Musíš upozornit, že jim jdeš sundat plenu, nemůžeš za nimi přijít a tu plenu z nich beze slov servat. Nejlépe ani neříkat, že je to plena a neponižovat je.“

K zajištění bezpečnosti a zároveň pohodlí seniorů během hygienické péče tři z pěti sester (S1, S2, S3) uvádějí, že používají zvedák, postranice. Sestra S1 dodává, že pojízdnou vanu nemají a nikdy jí nedostanou, tak musí poradit jinak. Sestra S2 dodává, že musí být zajištěné maximální pohodlí klienta při hygienické péči a sestra S3 doplňuje, že používá také různé podložky a postranice u lůžka. Dvě (S4, S5) z pěti sester uvádějí, že je potřeba u klienta stát a používat postranice. Například odpověď sestry S3: „Tak snažím se tam stát, aby nespádl, že jo. A pokud jsou lehčí, tak se zapřeš, aby nespádl, a máš možnost si ho na sebe více navalit, aby ta druhá měla více prostoru. Potom používám postranice, u těch těžších.“

Na otázku, jak sestry zajišťují intimitu seniorů, Byly odpovědi všech dotazovaných sester (S1, S2, S3, S4 a S5) prakticky shodné. Sestra S1 odpověděla, že používá paravany a odkrývá klienta pouze na dobu nutnou a ručníkem zakrývá intimní místa. Uvádí, že plenty v zařízení nejsou. Odpověď sestry S2 zní: „V koupelně, zavřené dveře, zatáhneme zástěnu.“ Sestra S3 uvádí, že při zajištění intimity klientů používá paravány a zavírá dveře. Sestra S4 u odpovědi klade důraz i na psychickou stránku klienta: „...Nemluvíš o něm a děláš úkon za úkonem a snažíš se to zrychlit, protože jim je to nepříjemné. Ty ženský taky ty kluky moc nemusí, takže když tu máme nějakého „bratra“, tak musíme

koukat, ke komu ho můžeme pustit.“ Sestra S5 uvádí: „Paravány. A měli by být na každém pokoji bez ohledu na klientech, zakrývat na dobu neurčitou.“

Inovace nebo změny, které by mohly zlepšit poskytování hygienické péče seniorům v zařízení je mnoho. Sestry uvádějí konkrétní nápady. Sestra S1 uvádí *„Tak chybí nám tu vany a klidně bych koupila další zvedák.“* Sestra S2 také uvádí koupací vanu, pojízdné křeslo a vybudování velké koupelny. Odpověď sestry S3 je rozsáhlejší: *„Tady bychom chtěli to koupací lůžko, ale máme malý dveře a malý koupelny. Takže se nikam nevejde. Tudíž bych ráda velkou koupelnu a pojízdnou vanu.“* Sestra S5 uvádí také koupací vanu, další zvedák a větší koupelnu. Sestra S4 uvádí, že teď dostali nový „převazák“ a že na změny a inovace teď nebude rozpočet.

Sestra S5 uvádí, jako etické problémy, které mohou nastat při hygienické péči tyto: *„Problémy třeba když neberu ohled na klienta, otevírám okno, mluvím před ním a vystavuju ho na obdiv. Tohle by se nemělo dít. Proto na toto vše kladu důraz.“* Sestra S1 uvádí, že je každý člověk individuální, ale že byly časy, kdy některé klientky nechtěly ošetřit od pracovníka přímé obslužné péče mužského pohlaví. Sestry S2, S3, S4 uvádějí, že je potřeba před klienty nemluvit o jejich problémech a nerozebírat jejich problémy co se týká hygienické péče přede všemi a před nimi osobně. Sestra S2 doplňuje, že klienti při hygieně pociťují stud: *„Senioři pociťují stud, tak se to snažím zmírnit, zbytečně je neodhalovat, když to není potřeba.“* Odpověď sestry S3 uvádí: *„Třeba je neponižovat, neříkat jim, že jsou pokaděni, i když to tak je.“* Sestra S4 uvádí vulgární odpověď: *„Neříkat před nimi třeba „Ježiši, vy jste se zase posral.“ Bohužel i s tímto jsem se zde setkala.*

Pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester uvádějí, že při zajišťování hygienické péče jsou velmi důležité vztahy a důvěra mezi poskytovateli zdravotní a ošetrovatelské péče a personálem v daném zařízení. To přímo vyplývá z odpovědi sestry S2 *„Ta důvěra musí být velká, protože, když je přendáváš, tak ti musí věřit, že je neupustíš, ty to zároveň musíš udělat dobře, ale oni ti věří, že je nezraníš.“* Sestry S3 a S5 uvádějí obdobnou odpověď, příkladem je odpověď sestry S3: *„No hodně důležitý, protože ty lidi se pak ve finále od tebe nenechají ošetřit, když ti jakoby nevěří.“* Sestry S1 a S4 dodávají, že je důležitá i důvěra mezi personálem, protože se také na sebe musí vzájemně spolehnout a proto si musí věřit a nepomlouvat se a nedělat si naschvály. Sestra S1 uvádí *„No, je to důležité i mezi personálem. Proto, když chodí někdo jenom na denní a myslí si, že je to všechno udělaný a ono není, tak si nemůžeme pak věřit ani mezi sebou. Ti klienti se této sestry,*

o které se bavím, také hodně bojí a mají z ní respekt, nevěří jí. Nic jí neřeknou a nejsou rádi, když ona zrovna slouží.“

Na otázku jaká je role týmové spolupráce při poskytování hygienické péče seniorům se pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester shodují, že je týmová spolupráce důležitá, avšak dvě (S1 a S5) z pěti sester uvádějí, že se to málokdy dodržuje. Například odpověď sestry S1: *„Je důležitá (spolupráce pozn. autora), ale tady docela dost si hrají sestry sólo no. Moc se to tu nedaří. V důležitých věcech to tu funguje, ale někdy se žádné informace prostě nedostaneš.“* Tři (S2, S3, S4) z pěti sester se shodují, že je potřeba si také vypomáhat. Například odpověď sestry S4: *„Je potřeba si prostě vypomáhat. Vyjít vstříc, nevybírat si práci a prostě dělat co kdo má anebo si navzájem vypomoct.“*

4.1.3.3 Podkategorie Důstojné podávání stravy a zajišťování pitného režimu

Sestry byly dotazovány, jak se liší potřeba výživy mezi různými seniory a jaké strategie používají k poskytování individuálního přístupu ke klientovo stravovacím potřebám. Tři (S2, S3, S4) z pěti sester odpověděly, že v zařízení nemají vegetariány, ale pouze diabetiky a nepotvrzenou klientku s celiakií. Sestra S2 udává: *„I když je nebo není diabetik, snažíme se vyhovět jejím chutím, mají na výběr ze dvou jídel, když někdo nejí, tak se to vyvažuje nutridrinkama.“* Sestra S3 dodává, že si někdo dá rád ráno kávu a někdo čaj. Sestra S4 doplňuje odpověď: *„No tak i těm diabetikům občas dovolíš, ať si zamlsají. Jednou za čas jim to určitě neuškodí. Taky jsou pak pod naší kontrolou. Ale aby si přímo říkali, co chtějí uvařit, tak to tu moc není.“* Sestra S5 se k této otázce vyjádřila odpovědí: *„Tak někdo má rád rohlíky, někdo chleba, tak se snažíme přizpůsobit tu stravu, co chtějí, ale samozřejmě musíme brát ohled na omezení.“* Podobně odpověděla i sestra S1 *„Jsou lidi, kteří by sežrali všechno a všem a lidi, kteří nechtějí jíst. Kupují se jim věci na podpory chuti, individuálně se jim to nabízelo, zkoušely se nutridrinky, pudinky, u někoho jsme se zase snažili, aby tolik nejedl, protože pak se nemůžou ani hnout.“*

Při zajišťování stravy mohou nastat některé potíže a je potřeba jim čelit. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) se shodují v odpovědi, pokud je člověk obézní, tak je potřeba redukovat jídlo anebo upravit jídelníček a při podvýživě je potřeba podpořit stravu nebo ke stravě zahrnout doplňky stravy, jako například sipping. Nejlépe to vystihuje odpověď sestry S4: *„No, tak zase jak to vyjde no. Někomu nechutná, ale zase se snažíme prostě mu to nějak vykompenzovat nabídkou jiného jídla. Někteří nechtějí jíst, tak zkusíme nabídnout něco jiného, ale tohle většinou skončí nabídkou nutridrinku.“* Sestra S3

doplňuje „U seniorů je i blbý, že blbě polykají, takže tu máme různé prášky na zahušťování, aby to nevdechli, ale polykali.“

Na zajištění pitného režimu se shoduje pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester. Příkladem je odpověď sestry S2: „Je to důležitý, ráno se vaří čaj a je potřeba dolívat, připomínat pít. Je tu možnost dokoupit vodu. Pokud nechtějí čaj, je možnost se domluvit s pracovníky přímé obslužné péče, že jim klidně dojdou nakoupit.“ Nebo odpověď sestry S4 „Je potřeba jim stále nabízet pít. Máš prostě typy, který se sami nenapijou, když jim to nenabídneš. Takže je potřeba stále obcházet a stále jim to pít připomínat.“ Pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester uvádí, že významem správného pitného režimu u seniorů je zamezení dehydratace. Příklad odpověď sestry S1: „Chodím a dávám jim napít, aby nebyli dehydratováni.“

Další otázkou v rámci nutrice byly sestry dotazovány, zda mají seniori nějaké typické stravovací návyky a jakým způsobem je zohledňují v jídelníčku. Odpověď sestry S5: „No tak většinou se snažím jim prostě dávat to, co jim chutná. Když mají rádi rohlík, dostanou k večeři rohlík. Většinou tady mají na výběr.“ Sestra S1 udává, že je těžké prosadit si u diabetiků diabetickou dietu. Sestra S1 odpovídá: „Asi zase podle lidí, co komu chutná. Největší problém je prosadit si, aby diabetici nic sladkého nedostávali, je složité. Mají třeba chuť na buchtu, tak ji rodina donese.“ Dvě (S2 a S4) z pěti sester se na své odpovědi shodují. Odpověď sestry S2: „Hlavně se snažíme jim dávat, co jim chutná, snažíme se jim vždycky vyhovět, i když to vždycky nejde. Ale mají se tu dobře.“ Odpověď sestry S3 se ale výrazně liší od ostatních sester: „Jsou hrozně mlsný a vybíravý. Když někdo něco nechce, tak se snažíme o obměnu. Ale třeba nejvíce si stěžují, že k večeři mají chleba, ale to všichni mají chleba. I já. Jsou rozmazlený. Jednou za čas je tu obměna, že je třeba smažák. A ten samozřejmě všichni zblajznou.“

Mezi zdravotní omezení, které může ovlivňovat stravovací návyky podle všech pěti sester (S1, S2, S3, S4, S5) odpovědělo, že jsou v zařízení pouze diabetici. Sestra S1 dodává, že jsou někteří bezzubí a někteří špatně polykají. Odpověď sestry S1: „Máme tu hlavně ty cukrovkáře, pak tu máme i jako lidi, kteří špatně polykají a pak jsou tady bez zubů, takže i nekoušou.“ Úpravu stravy u diabetiků se pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester snaží kontinuálně sledovat a případně upravovat. Například odpověď sestry S3: „Diabetici. Snažíme se redukovat cukroví a máme tu i paní, která nemá potvrzenou intoleranci lepku. Ke snídani má tedy bezlepkovej chleba.“ Nebo odpověď sestry S4: „Lidi s DM. Problém

u paní XX, kdy rodina přinesla haldu sladkého a ona to pak všechno snědla. A je to diabetička. Takže jsme to musely nějak odebírat a zpětně dávkovat. To bylo šílený.“

Následující otázka byla zaměřena na roli edukace při podpoře správné nutriční a pitného režimu. Pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester uvádí, že se snaží klienty informovat slovně. Odpověď sestry S1: *„Slovně. Ale u nich je to zbytečný, protože většina, co jim říkáš, tak si k srdci nevezmou.“* Stejně tak odpověděly sestry S2, S4 a S5. Odpověď sestry S2: *„Edukuju je pohovorem s nimi a připomínám správné dietní opatření.“* Sestra S3 dodává, že je potřeba klientům říkat, že pokud to nesní, půjdou do nemocnice.

Význam sociální interakce hraje důležitou roli u podávání stravy. Čtyři (S1, S2, S3, S5) z pěti sester odpovědělo, že pokud více klientů jí stravu najednou, sní toho více. Například odpověď sestry S3: *„Je dobrý ty lidi namíchat. Ty lidi co jí špatně posadit k těm, co jí dobře, aby je to trošku popudilo k tomu jíst, když vidí ostatní.“* Sestra S4 uvádí: *„Já si myslím, že je to jedno, každý jí rád nějak jinak. Někdo jí rád na jídelně, někdo zase sám na pokoji.“*

Dvě (S2 a S4) z pěti sester uvádí, že žádné inovace nebo změny v zařízení nejsou potřeba pro zlepšení stravování a zajišťování pitného režimu seniorů. Naopak tři ze sester (S1, S3, S5) by rády nějaké změny v zařízení udělaly. Například odpověď sestry S1: *„Bylo by fajn se snažit kupovat takové ty různé druhy hrnečků, aby se jim lépe držely. A upravit servírování v kuchyni, aby je to zlávalo jíst.“* Podobnou odpověď měla sestra S3: *„Inovace by byly, ale musely by být lepší prostory a prostředí. Je třeba hezký, že nějaké DPS, jim to nazdobí a vypadá to hezky a i to jako myslím, že to i lepší sní.“* Odpověď sestry S5: *„Já bych přizpůsobila tu stravu těm lidem tzv. na míru. Aby třeba se pro ležící nedělali špagety, které oni stejně nenaberou, aby se jim udělali třeba kolínka například.“*

Pět (S1, S2, S3, S4, S5) z pěti sester uvádí, že mají přístup k novým informacím ohledně výživy. Tři (S1, S2, S5) z pěti sester uvádí jako zdroj informací nejen internet. Například odpověď sestry S2: *„Brožurky, internet, občas nám něco přinese vrchní.“* Dvě (S3, S4) z pěti sester neuvádějí žádný příklad zdrojů. Například odpověď sestry S4: *„No, myslím, že máme přístup k informacím. Každý kdo chce si ty informace prostě najde.“*

Možnost konzultace výživy se specialistou všech pět (S1, S2, S3, S4, S5) uvedlo, že mají možnost konzultovat dietní opatření a stravu s vrchní sestrou, se kterou spolupracuje praktický lékař.

Aby byly výsledky výzkumného šetření srozumitelnější, byly vytvořeny tři přehledné tabulky, které porovnávají dané činnosti sester a jak se změnily při skrytém a zjevném pozorování a jak sestry v rozhovoru odpověděly. Empirická část „S“ značí skryté pozorování, „Z“ značí zjevné pozorování a „R“ značí rozhovory se sestrami. Znak „✓“ značí „ANO“, kdy sestry danou činnost dle tabulky prováděly ve všech případech. Pokud sestry většinou tuto činnost vykonávaly (ale ne v každém případě), označila jsem symbolem „↑“, což znamená „spíše ano.“ Pokud danou činnost dle tabulky vůbec neprováděly, použila jsem symbol „×“, který značí „NE.“ Pokud sestry spíše neprováděly, použila jsem pro to symbol „↓“, který značí „spíše ne.“ U rozhovoru jsem použila „U“, který značí, zda si sestry „uvědomují“ důstojný přístup nebo „N“, kdy si sestry „neuvědomují“ jejich chování.

Tabulka č. 3 – Popis výzkumného šetření při komunikaci se seniory

Důstojné prvky v komunikaci se seniory															
Formy výzkumného šetření	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R
Sestry	S1			S2			S3			S4			S5		
Oslovuje klienta příjmením	↓	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	✓	✓	U	✓	✓	U
Vyká klientům	↑	↑	U	✓	↑	U	✓	✓	U	✓	✓	U	✓	✓	U
Slušné vyjadřování	×	↓	N	×	↓	U	↑	✓	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Trpělivá při komunikaci	×	↓	U	↓	↓	U	×	↓	N	✓	✓	U	↑	✓	U
Milá, přívětivá	↓	↓	N	↑	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Upozornění na daný úkon	↓	↑	U	↑	↑	U	↓	↓	U	↑	✓	U	↑	✓	U
Poptává se na pohodlí klienta	×	×	N	↑	↑	N	↑	↑	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Nechává klienta domluvit	×	↓	U	↓	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	↑	U
Snaží se klienta vyslechnout	↓	↓	U	↓	↑	U	↑	↑	U	↑	✓	U	↓	↑	U
Mluví přiměřeným hlasem	×	×	N	×	×	U	↓	↑	U	↑	✓	U	↑	↓	U
Přístupuje vlídně ke klientovi	×	↓	U	↓	↑	U	↓	↓	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Verbální komunikace	↑	↑	U	↑	↑	U	↓	↓	U	✓	✓	U	↑	↑	U
Komunikace gesty	×	×	N	×	×	N	↑	↑	N	×	×	N	×	×	N
Neponižuje klienty	×	↓	N	×	×	N	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	✓	U

Zdroj: vlastní (2024)

Tabulka č. 4 – Popis výzkumného šetření při hygienické péči

Důstojnost při hygienické péči o seniory															
Formy výzkumného šetření	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R
Sestry	S1			S2			S3			S4			S5		
Ohleduplná při manipulaci	*	↓	U	*	↓	U	↓	↑	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Trpělivá při hygienické péči	*	↓	U	*	↓	U	↓	↓	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Zajišťuje intimitu klienta	↓	↑	U	↓	↓	U	↓	↓	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Upozorňuje klienty na hygienickou péči	↓	↑	U	↑	↑	U	↓	↓	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Důsledná při hygienické péči	✓	✓	U	✓	✓	U	↓	↓	U	↑	↑	U	↓	*	U
Hygienu provádí v celém rozsahu	↓	↑	N	↑	↓	N	↑	↑	N	↑	✓	U	↑	↑	N
Nekomentuje stav plenkových kalhotek	*	*	N	*	*	N	*	*	U	↑	✓	U	*	↑	U
Okamžitě vymění znečištěné pleny	↑	↑	U	↑	↑	U	↓	↑	U	✓	✓	U	✓	✓	U
Důsledná při převlékání	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Aktivizuje klienta při hygienické péči	↓	↓	U	↑	✓	U	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	↑	U
Vymezi si dostatek času při hygieně	*	*	N	↓	↓	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Zajištění bezpečnosti	↓	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	↑	U
Správný postup hygienické péče	↑	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	✓	✓	U	↑	✓	U
Dodržuje soukromí	↓	↑	U	↓	↑	U	↑	↑	U	↑	✓	U	↑	✓	U

Zdroj: vlastní (2024)

Tabulka č. 5 – Popis výzkumného šetření při podávání výživy

Důstojnost při podávání výživy															
Formy výzkumného šetření	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R	S	Z	R
Sestry	S1			S2			S3			S4			S5		
Ohleduplně, slušně podává pítí/stravu klientovi	↓	↑	U	↓	↓	N	↓	↑	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Vymezuje klientovi dostatek času při stravování	↓	↓	N	↓	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Respektuje tempo podávání stravy	↓	↑	U	↑	↓	U	↓	↓	U	↑	✓	U	↑	↑	U
Respektuje klientovo chutě	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Podává přiměřeně teplé/studené jídlo	✓	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	✓	✓	U	↑	↑	U
Dbá na dodržování pitného režimu	↓	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Podpora pitného režimu	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Snaží se motivovat klienta k nutričně vyvážené stravě	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Úprava prostředí	↑	↑	U	✓	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U
Aktivizace klienta u stravování	↑	↑	U	✓	✓	U	↓	↓	U	✓	✓	U	✓	✓	U
Zajímá se o potřeby klientů v rámci nutriční	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U	↑	↑	U

Zdroj: vlastní (2024)

5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda se sestry chovají důstojně a eticky k seniorům a zda jsou si sestry samy vědomy toho, jak přistupují ke klientovi.

Pro výzkumné šetření byly zvoleny tři výzkumné otázky. První z nich měla zjistit, jaké prvky důstojné komunikace jsou využívány sestrami v komunikaci se seniory, druhá otázka byla zaměřena na důstojné prvky, které jsou využívány sestrami u seniorů při hygienické péči, a třetí výzkumná otázka zněla, jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami při zajišťování tekutin a správné výživy u seniorů.

Sběr dat proběhl formou skrytého a zjevného pozorování a pomocí polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými sestrami. Výzkumnou skupinu tvořilo pět sester pracujících v daném domově pro seniory, z nichž byly tři všeobecné sestry a dvě všeobecné sestry s geriatrickou specializací.

Pravidla chování sester a pracovníků přímé obslužné péče vymezuje desatero nejmenovaného DPS, kde bylo prováděno výzkumné šetření (viz příloha č. 10).

Důstojné a etické zásady, které by měly být součástí ošetrovatelské péče, sestry občas opomíjejí. Jak uvádím ve výsledcích výzkumného šetření, je zřejmé, že sestry při konkrétních úkonech nepřistupují důstojně a eticky ke klientům v domovech pro seniory. V rámci diskuze budou zmapovány tři zvolené oblasti ošetrovatelské péče, které mohou být nejen rutinní prací, ale také jsou velmi důležitou složkou o péči o klienta. Diskuze je pro větší přehlednost rozdělena do tří částí podle stanovených výzkumných otázek.

První část diskuze je věnována výzkumné otázce: „Jaké prvky důstojné komunikace jsou využívány sestrami v komunikaci se seniory?.“

V rámci důstojného přístupu k seniorům je součástí komunikace a projevem úcty ke klientům. Zaklepání na dveře při vstupu do pokoje v zařízení. Klienti mají své pokoje v zařízení jako své domovy a je potřeba zachovávat jejich soukromí. Čtyři (S2, S3, S4, S5) z pěti sester toto plně respektují a před vstoupením do pokoje zaklepují na dveře. Jedna (S1) z pěti sester u ležících klientů občas zaklepání na dveře opomíná. Čamrová (2020) ve své práci uvádí, že sestry zaklepání na dveře nepodcenily 21 krát z 27 případů u 10 pozorovaných sester. To ukazuje, že ve výzkumném šetření této práce počet sester, které nezaklepaly, vzrostl. Musíme však zohlednit i počet zúčastněných sester, který byl

v tomto případě nižší. Vstup do osobního prostoru klienta můžeme vnímat jako začátek komunikace mezi klientem a sestrou nebo pracovníkem v přímé obslužné péči.

Dle Pelecha (2015) patří komunikace mezi nejdůležitější prvky důstojné péče. Obecně komunikace vyžaduje především trpělivost, empatii, profesionalitu a respekt ke klientům.

Při pozorování se trpělivost v komunikaci projevila u jedné (S4) z pěti sester. Čtyři z pěti sester (S1, S2, S3, S5) byly většinou netrpělivé a neprofesionální. Například sestry S1 a S5 podávaly rozkazy klientům. Pokud klient neporozuměl nebo sestry nerozuměly klientovi, odešly a klient tedy nemohl nic říct ani chtít. Díky polostrukturovanému rozhovoru je zřejmé, že si sestry většinou své chování a vyjadřování ke klientům uvědomují, ale v praxi se těmito zásadami neřídí. Konkrétně sestra S2 při rozhovoru uvedla, že je třeba být empatický a mít pro klienty pochopení. Následně ostře vynadala klientce, že se znečistila od oběda.

Do komunikace se začleňuje i trpělivé vyslechnutí klienta, jeho obav a potřeb. Výzkumné šetření ukázalo, že tři (S1, S2, S5) z pěti sester se klienta nesnaží vyslechnout. Při porovnání skrytého a zjevného pozorování a následných rozhovorů se ukázalo, že si sestry uvědomují, že by klientům měli věnovat více času bez ohledu na jejich soběstačnost a osobní sympatie. Je třeba si uvědomit, že každý člověk je holistická bytost a ke všem klientům je nutné přistupovat stejně ale dbát na jejich individuální potřeby. Rozdílný přístup se projevila především u sestry S2, která se k vybraným klientům chovala mile a přívětivě, ale k nesoběstačným klientům se chovala hrubě a netrpělivě. Sestra S3, když klientovi nerozuměla, odešla. Což je v rozporu s důstojným přístupem ke klientům i z výše uvedeným desaterem (viz příloha č. 10).

Tomová a Křivková (2016) uvádí, že mezi základní zásady komunikace s klientem je mimo jiné důležité nejdříve naslouchat, až poté mluvit. Z důvodu špatné komunikace může dojít k velké spoustě nepříjemných situací nebo komplikací. I proto je potřeba v komunikaci klást důraz na klientova přání, emoce, potřeby aj. Kelnarová a Matějková (2014) udávají, že jedním z projevů evalvace je najít si čas na druhého člověka. Bohužel toto se v praxi zanedbává. Z mého pohledu je to ne vždy způsobené vytížeností oddělení či zařízení. Zaměříme-li se na dotazování na pohodlí klientů, můžeme říct, že je na tom výzkumný vzorek lépe. Pouze jedna (S1) z pěti sester se neptá na pohodlí klienta po konkrétním úkonu, jako například při polohování.

Jak zmiňuje Špatenková (2013) je nejslabším článkem zdravotnického personálu komunikace. Přitom schopnost komunikovat spadá mezi základní dovednosti sestry. Bez komunikace nelze pracovat s klienty. Dle Špatenkové (2013) je komunikace základní součástí práce ve zdravotnictví. Se špatnou nebo žádnou komunikací je vysoké riziko problémů, sporů až agresivní jednání ze stran klientů.

Myslím si, že komunikace s klienty je bezprostředně nejdůležitějším prvkem při péči o ně a to v rovině verbální i neverbální. Jak se ukázalo ve výzkumném šetření, jedna (S3) z pěti pozorovaných sester komunikuje s klienty spíše gesty. Díky výsledkům polostrukturovanému rozhovoru je zřejmé, že si sestra S3 uvědomuje, že by se s klienty nemělo komunikovat pouze gestikulací, ale hlavně verbální formou. Sestry a pracovníci přímé obslužné péče by měly dbát na soulad mezi verbální a neverbální částí komunikace s klientem.

Tři (S1, S2, S5) z pěti sester jsou na klienty v rámci komunikace hrubé, rázné a zvyšují hlas. Kutnohorská (2017) a Klevetová (2017) uvádí chyby v komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, mezi něž patří příkazování, kárání, obviňování, odsuzování, ponižování a moralizování. Všechny tyto vyjmenované chyby v komunikaci se při skrytém a zjevném pozorování objevily u čtyř (S1, S2, S3, S5) z pěti sester. Pouze jedna (S4) z pěti sester se chovala mile, vlídně, byla trpělivá a na klienty nespěchala. Kelnarová a Matějková (2014) tyto projevy zařadily mezi neproduktivní chování zdravotnického personálu ke klientovi. I když klienti pomaleji vnímají verbální komunikaci je nutné jim informaci několikrát zopakovat. I tak ale dokáží rozlišovat, zda sestra používá nepatřičné výrazy.

Další chybou v komunikaci je tedy používání hanlivých výrazů. Toto vyjadřování nespadá mezi důstojné prvky při komunikaci s klienty v zařízeních. Hanlivé výrazy se objevovaly při skrytém i zjevném pozorování u sester S1 a S2, které je používaly velmi často. Občas se hanlivé obraty vyskytly u sester S3 a S5. Sestry S1 a S2 (občas S3 a S5) se takto vyjadřovaly ve velkém množství. Klientům například bylo sděleno, zda v plenkových kalhotkách něco mají a jaký to má charakter. Následně s klienty rázně a hrubě zacházely. Tím klienta sestry ponižovaly. Toto koresponduje s tím, co uvádí Tomová, Křivková et al. (2016), kdy zejména geriatričtí pacienti jsou nálepkováni často hanlivými výrazy a tím jsou zesměšňováni a je narušována jejich sebeúcta a důstojnost. Správná komunikace upravuje vztah mezi sestrou a klientem, kdy klient je přirozeně

v podřízené pozici. Při nevhodné komunikaci lze v některých případech hovořit o násilném jednání sestry vůči klientovi. Takto lze klasifikovat i manipulaci s klientem bez upozornění na jednotlivé úkony, což může vyústit v agresivitu.

Tři (S2, S4, S5) z pěti sester dodržují základní pravidlo a upozorňují na dané úkony, které s klienty provádí (ne však pokaždé). Z pozorování vyplývá, že sester, které upozorňují na dané úkony je málo. Pouze dvě (S4, S5) z pěti sester při jednom ze dvou pozorování, důsledně upozorňovaly na každý úkon, který s klienty prováděly. Zbytek sester buď neinstruoval klienty vůbec, nebo jen občas. Tato skutečnost většinou vede k agresivitě klientů, jejíž příčinou je strach a nejistota z činností, které jsou s nimi vykonávány. Toto koresponduje se Špatenkovou (2013). V rámci výzkumného šetření v praxi, dvě (S1, S2) z pěti sester způsobily agresivní chování konkrétní klientky. Z důvodu neúplné komunikace a neupozornění na dané úkony. Tato situace se vyhrotila, když sestra S1 následně klientce agresivitu oplácela. Tento jev by se v praxi neměl vůbec objevovat. Je nepřijatelné, aby sestra agresivní chování oplácela. Kelnarová a Matějková (2014) uvádějí, že k agresivnímu klientovi bychom měli přistupovat pomalu, klidně, nechat ho domluvit, naslouchat mu, dávat si pozor na neverbální projevy a udržovat oční kontakt. To je v přímém rozporu s chováním sestry S1, která se situaci nesnažila vyřešit, ale naopak celou situaci zhoršovala.

Čamrová (2020) ve své práci uvádí, že v 21 z 27 případů sestry dopředu seniorovi oznámily, jaký výkon bude následovat. V porovnání s výsledným vzorkem je na první pohled vidět nárůst sester, které neupozorňují klienty na konkrétní úkony u nich prováděné. Počet sester se ovšem výrazně liší. Již výše bylo zmiňováno nepatřičné chování ke klientům mezi které bezesporu patří i nevhodné oslovování klienta.

Pouze tři (S3, S4, S5) z pěti sester důsledně vykají všem klientům v zařízení. Dvě (S1, S2) z pěti sester vybraným klientům tykají nebo je oslovují jménem. Příkladem je nevhodné oslovení sestry S1 „čau Maruš.“ V dokumentacích u konkrétních klientů se ale neuvádí nic o způsobu jejich oslovení. O zásadách komunikace a oslovování klientů hovoří ve své bakalářské práci Kovářová (2018), která uvádí, že oslovovat uživatele křestním jménem nebo zdvořilou verzí jeho jména nebo familiárními výrazy či přezdívkami, které mohou být často hanlivé, je ponižující a devalvující. Devalvace znamená snižování hodnoty seniora. Nerespektujeme-li lidskou důstojnost, projevujeme neúctu (Mlýnková, 2011).

Sejkorová (2013) se ve své práci dotazovala sta sester, jakým způsobem sestry oslovují klienty. K familiárnímu oslovení došlo u 27 pacientů ze 100. Ve výzkumném šetření ve srovnání se Sejkorovou (2013) došlo k nárůstu počtu sester, které seniory oslovují familiárním způsobem. Je však také potřeba zohlednit i mnohem menší vzorek výzkumného souboru. Lze tedy říct, že zjištění koresponduje se zjištěním Sejkorové (2013). Po rozhovoru se sestrami je zřejmé že si jasně uvědomují, že by klienty měly oslovovat příjmením a vykat jim. Sestra S3 uvádí, že pokud by klient chtěl oslovovat křestním jménem, tak by to mělo být zapsané v dokumentaci klienta. I tak, ale sdělila, že všechny bude oslovovat příjmením, což souhlasí s její praxí. Z mého pohledu je důležité respektovat přání klienta, pokud si přeje být oslovován křestním jménem, měli bychom to respektovat. Musí to být ovšem zapsáno v dokumentaci. V tomto případě je tedy zcela legitimní oslovování klienta křestním jménem. Oslovování klientů s demencí jménem mnohdy přínosnější. Navodíte přátelštější atmosféru, budujete i větší důvěru a myslím si, že klient vás pak nevnímá jako cizí. Mé tvrzení koresponduje s výsledky bakalářské práce Mahdalové (2015), která uvádí, že některým klientům v DPS zdravotnický personál vykal a oslovoval ho příjemně. Jeden klient uvedl, že vykání je podle něho odcizující a lepší by bylo tykání. Další klientka naopak uvedla, že jí vykání vyhovuje. V diplomové práci Bokůvková (2015) uvádí, že by si klient měl způsob oslovování vybrat, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. Ostatním klientům je nutné vykat.

Jak konstatuje NIH (2023) v odborném článku Talking With Your Older Patients, je pro zachování důstojnosti nutné klienty oslovovat „pane“ či „paní.“ Klientům je samozřejmostí vykat.

Následující část diskuze náleží výzkumné otázce „Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami u seniorů při hygienické péči?“

Hygienická péče byla v mém šetření zkoumaná v rozsahu všech jejích typů. Mezi ně patří i celková hygiena, která by měla být prováděna alespoň 1x týdně nebo dle individuální domluvy s klientem. Další typ hygienické péče je ranní či večerní hygiena, která je zaměřena na denní osobní hygienu, péči o dutinu ústní, o kůži, holení, péči o vlasy a výměnu osobního a ložního prádla. Jako třetí poslední typ spadající do hygienické péče je denní úprava. Ta je provozována v případě potřeby jako například při znečištění klienta od exkretů či sekretů, při výměně ložního prádla či úpravy lůžka (Kachlová, Plevová, 2023). Ve výzkumném šetření bylo dbáno na prvky důstojnosti u konkrétního typu

hygieny klienta. Výzkum byl zaměřován na způsob provádění hygienické péče, v jakém rozsahu byla poskytnuta, zda souhlasí s poskytovanou hygienickou péčí, manipulací s klientem, zajištění intimity a další.

V rámci výzkumného šetření vyšlo najevo, že sestry vykonávající ranní či večerní hygienu, ne vždy ji plnily v celém rozsahu. Jak uvádím výše, Plevová, Kachlová (2032) charakterizují 3 typy hygienické péče. V rámci ranní hygienické péče sestry opomíjeli péči o dutinu ústní a to celkem pět z pěti sester. Domnívám se, že to může být způsobené tím, že péči o dutinu ústní provádějí po snídání, a ranní hygienu před snídání. Tudíž péče o dutinu ústní spadá spíše k povinnostem pracovníků přímé obslužné péče. Také bylo opomíjeno česání klienta a jeho úprava, ale to pouze u sestry S1. Při večerní hygieně sestra S1 pečovala pouze o zubní náhrady a vyměnila plenkové kalhotky a následné převlečení. Sestry S3 a S5 prováděly večerní či ranní hygienu pouze v rozsahu výměny plenkových kalhotek a výměny čistého oblečení nebo oblečení na spaní (pyžama noční košile). I při hygienické péči je nutné dbát na klientovu osobnost, proto je zapotřebí u klienta posilovat jeho sebeúctu vhodně zvoleným způsobem. Ignorování požadavků nevhodným oslovováním případně násilnou manipulací bez upozornění dochází k jeho ponižování a degradaci.

Ponižování klientů při hygienické péči nevhodným způsobem se dopustily čtyři (S1, S2, S3, S5) z pěti sester, z toho dvě (S1, S2) toto činily u většiny prováděné péče. Nejvíce však při péči hygienické. Jak bylo uvedeno i v podkapitole u komunikace, ponižování nepatří mezi důstojné prvky a už vůbec nepatří do hygienické péče ani komunikace. V ideálním případě bych na tento jev nemusela upozorňovat. Mikulová (2021) uvádí, že 8 ze 79 respondentů zažilo pocit ponížení. 2 ze 79 respondentů odpovědělo, že ho zažili právě při hygienické péči a při vizitě. To koresponduje s výsledky výzkumného šetření, kdy sestry verbálně i neverbálně ponižovali klienty během péče.

Role sestry při hygienické péči je samozřejmou a důležitou součástí ošetrovatelské péče o klienty. Nejen při komunikaci, ale také při provádění hygienické péče je nutná trpělivost a ochota. Při pozorování se trpělivost a ochota u hygienické péče projeví ve stejném množství jako u komunikace, tudíž u jedné (S4) z pěti sester. Například sestra S1 požadovala po klientovi, který nebyl plně soběstačný, aby zvedl hlavu a posunul se v lůžku výš. Pokud klient nezvládl „rozkaz“ sám, sestra mu slovně vynadala a hrubě ho vytáhla nahoru. Netrpělivost s následnou hrubostí se také projevila u sestry S2

(u nesoběstačných klientů je sestra S2 rázná, netrpělivá) a sestra S5. Díky více formám výzkumného šetření je zřejmé, že si sestry většinou své chování ke klientům uvědomují, ale v praxi vyjmenované důstojné prvky neprovádí.

Jedním z důležitých prvků pro zachování důstojnosti klienta je respektování jeho soukromí a proto v rámci hygienické péče je další důležitou podmínkou zajišťovat intimitu klientů. Intimitu klientů sestry zajišťují zavřenými dveřmi při mytí, používáním paravanů či zajištění nepřítomnosti druhé osoby na sdíleném pokoji. Tři (S1, S4, S5) z pěti sester ve většině případů intimitu klientů zajistily. V porovnání s výsledku rozhovoru se sestrami je zřejmé, že dvě z pěti sester uvádějí, že je potřeba dbát na intimitu, ale v praxi toto občas opomínají. Pouze jedna (S4) z pěti sester zajišťuje intimitu ve všech případech hygienické péče. Sejkorová (2013) ve své práci říká, že 30 respondentů ze 100 uvedlo, že sestry opomínají zavírat dveře při hygienické péči. 25 respondentů ze 100 uvádějí, že sestry nepoužívají paravany mezi jednotlivými lůžky. Pocit studu v Sejkorové (2013) práci uvedli 2 respondenti ze 100. To znamená, že výsledky práce Sejkorové (2013) a výsledky mého zjištění jsou téměř shodné.

O soukromí klientů hovoří také Fuseini et al (2023) ve své studii, kdy doporučuje při budoucím plánování zdravotnické infrastruktury, vzít v úvahu důležitost soukromých pokojů s vlastní koupelnou, bezbariérovým přístupem pro pohodlí a soukromí klientů. Protože je velký tlak na kapacitu domovů pro seniory, jsou jednolůžkové pokoje téměř nemožné. Pokud by se jednalo o dvoulůžkové pokoje, je zapotřebí mít mezi lůžky zastěnu, se kterou dle potřeby manipulovat. Například při soukromí či zachování intimity klienta musíme používat vhodné pomůcky (paravan).

Při hygienické péči o klienty je nutné dbát na přípravu a používání vhodných pomůcek vzhledem k provádění péči. Pět z pěti sester si před výkonem připravilo vhodné a individuální pomůcky pro potřeby klientů. To koresponduje s jejich odpověďmi v polostrukturovaném rozhovoru. Je tedy zřejmé, že vhodné využívání pomůcek při hygienické péči v daném DPS, není problém. Problémem však zůstává vyřazený čas pro jednotlivé úkony hygienické péče.

Zaměříme-li se na rychlost při hygienické péči, tři (S3, S4, S5) z pěti sester si spíše vyhradily čas na klienta. Naopak dvě (S1, S2) z pěti sester se snažily spíše tuto činnost urychlit i když následkem byla nedostatečná hygiena nebo příliš rychlý postup. V rozporu je odpověď sestry S2, která v rozhovoru uvádí, že na klienta je potřeba si vyhradit tolik

času, kolik potřebuje. Ve výzkumném šetření diplomové práce Čamrové (2020) věnovalo hygieně dostatek času celkem 5 sester, 4 sestry z 9 si dostatek času nevyhradily. Při nedostatku vyhrazeného času se zvyšuje rychlost na úkor bezpečnosti.

Zajištění bezpečnosti při hygienické péči je nejdůležitějším aspektem při provádění tohoto výkonu. Jedna (S1) z pěti sester ve všech případech nedbala na bezpečnost klientů při hygienické péči. Čtyři (S2, S3, S4, S5) z pěti sester, s malými výjimkami, na bezpečnost klientů při hygienické péči dbaly. Při manipulaci sestry s klienty zacházely hrubě a bezohledně, což se projevilo nedodržováním zásad bezpečnosti při manipulaci s klientem. V polostrukturovaném rozhovoru pět z pěti sester sdělilo, že je důležité dbát na bezpečnost a intimitu. Což v praxi tyto sestry nezajišťovaly. Z mého pohledu je příčinou tohoto rozporu přepracovanost sester v důsledku přetíženosti zařízení nebo délkou praxe. Tím dochází tak k syndromu vyhoření, což může způsobovat toto neetické a nedůstojné jednání. Druhým možným problémem jsou osobní problémy, které sestra nedokáže ovládat v pracovním prostředí.

Shrneme-li zásady manipulace při hygienické péče s klienty je z výzkumného šetření zřejmé, že tři (S1, S2, S3) z pěti sester postupovaly hrubě a bezohledně. Sestry S1 a S2 při polohování s imobilními klienty „házely“ a bezohledně s nimi manipulovaly. V polostrukturovaném rozhovoru uváděly, že je potřeba s nimi jednat šetrně. To nesouhlasí s jejich jednáním v praxi. Landecká (2008) uvádí ve svém výzkumném šetření bakalářské práce, že náročnost hygienické péče je až na třetím místě (po polohování a rehabilitaci). Domnívám se, že fyzická náročnost není důvodem hrubého chování sester ke klientům.

Dle Burdy a Šolcové (2015) je hlavním úkolem sestry dodržovat pravidla hygieny a zároveň respektovat individuální požadavky klientů. Nedostatečná hygiena může způsobovat možné komplikace, jako jsou například dekubity, opruzeniny, infekce v dutině ústní a močových cestách. Proto by sestra měla sledovat změny na kůži, celkový stav klienta a zhodnotit jeho stav (Dingová Šliková et al., 2018). Výsledek výzkumného šetření ukázal, že pět z pěti sester neponechávalo klientům znečištěné plenkové kalhotky. Sestra S1 a S2 však v některých případech „oddálily“ jejich výměnu cca o čtvrt hodiny.

Jak uvádí Boušková (2019) je zapotřebí ponechávat určité činnosti na seniorovi, aby došlo k uchování jejich dovedností. Ve výzkumném šetření se snažily aktivizovat klienta při hygienické péči čtyři (S2, S3, S4, S5) z pěti sester. Ve všech případech aktivizovala

klienty během péče pouze jedna (S4) z pěti sester. Čamrová (2020) ve své diplomové práci uvádí, že během ranní hygieny 7 z 10 sester využilo možností klienta. To souhlasí s diplomovou prací Peterkové (2013), kde vyšlo najevo, že 99 ze 133 sester zapojilo klienta do hygienické péče i přes časovou prodlevu.

Zaměříme-li se na rehabilitaci, zjistíme, že tuto činnost prováděly ve výsledku výzkumného šetření tři (S2, S4, S5) z pěti sester. Ty během chvilky volna v rámci své směny chodily s klienty po chodbě a snažily se tak o nácvik chůze a rozvíjet hrubou motoriku.

Důslednost při výměně znečištěného oblečení prokázalo ve většině případů pět z pěti sester. To plně souhlasí s odpověďmi při polostrukturovaném rozhovoru. Je tedy prokazatelné, že sestry tuto povinnost nejen znají, ale také ji i v praxi dodržují.

Jak jsem již uvedla v diskuzi u výzkumné otázky, jaké důstojné prvky jsou využívány sestrami v komunikaci se seniorem, ne vždy sestry upozornily na daný úkon. V rámci hygienické péče tři (S1, S2, S5) z pěti sester upozornily občasně tedy spíše ano. Sestry S1 a S3 ve skrytém pozorování nedostatečně seznamovaly klienta s postupem a úkony hygienické péče. Jedna sestra (S4) upozorňovala na výkony ve všech případech a to jak ve skrytém, tak i ve zjevném pozorování. Následné polostrukturované rozhovory opět prokázaly, že si sestry uvědomovaly, že mají klienty upozorňovat předem na hygienickou péči. Čamrová (2020) ve své práci uvádí, že na hygienickou péči předem upozornilo pouze 6 z 10 sester, což koresponduje i s mými závěry.

Poslední výzkumná otázka zní „Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami při zajišťování tekutin a správné výživy u seniorů?“

Při podávání stravy pět z pěti sester sdělilo klientovi, že bude oběd či večeře. Poté připravily prostředí vhodné pro klienta, aby mohl pohodlně jíst. Čamrová (2020) ve svém výzkumném šetření zjistila, že 1 z 9 sester klienta neseznámila s konkrétní činností, co bude následovat. Konkrétně, že klient bude jíst na pokoji nebo půjde do jídelny.

S tím souvisí příprava prostředí, jako je polohování, dostatek místa u stravování či podání pití ke stravě. Všech pět sester dbalo na to, aby klienti měli vše potřebné na dosah ruky. To souhlasí s bakalářskou prací Amblerové (2016). Některé sestry se snažily méně (S1, S5), ale všechny sestry klienta při podávání stravy zajistily. Všechny tyto prvky se u sester nezměnily ani ve skrytém či zjevném pozorování i souhlasí s polostrukturovaným

rozhovorem. V rámci prostředí, kde se klient stravuje, všech pět sester individuálně přistupovalo ke klientovi a uspokojily jejich potřeby v rámci prostředí při stravování. Klientům, kteří chtěli jíst v jídelně, byla nabídnuta pomoc anebo jim sestry dopomohly, pokud to bylo možné. V bakalářské práci Kahounové (2021) vyšlo najevo, že 6 z 10 sester uvedlo, že důvod nedostatečného stravování je nesprávné prostředí, ve kterém se klient stravuje. Ale 9 z 10 sester uvedlo, že je časově přijatelnější nechat klienta stravovat se na pokoji. To koresponduje s mými polostrukturovanými rozhovory, kdy sestra S3 uvádí, že pokud je to velká komplikace klienta dostat do jídelny, tak ho nechají se stravovat na pokoji.

To ovšem neplatí při aktivizaci klienta. Aktivizace klienta při stravování je důležitým prvkem pro sebeobsluhu. Pokud nerozvíjíme klienta v pohybu sebeobsluhy, jeho rozsah pohybu zaniká (Boušková, 2019). Sestra by měla klienta motivovat k sebeobsluze v rámci stravování. Ve výzkumném šetření vyšlo najevo, že čtyři (S1, S2, S4, S5) z pěti sester podporují klienta v sebeobsluze při stravování. Sestry se snažily, jak ve skrytém či zjevném pozorování podpořit klienta v tom, aby se snažil sám najíst, v rámci jeho rozsahu pohybu. Pouze jedna (S3) z pěti sester se dle skrytého pozorování se spíše nesnaží klienta podporovat v jeho sebeobsluze. Nekomunikuje s ním, nepomůže mu. Z rozhovorů vyplývá, že jedna z pěti sester si uvědomuje, že je potřeba klienta podporovat v jeho sebeobsluze, ale sama v praxi toto neprovádí.

Množství přijaté stravy seniora je nutnou podmínkou pro zachování nebo zlepšení jeho fyzické kondice. Způsob a rychlost podávání stravy můžeme říci, že udává množství jídla, který klient sní. Pokud se na klienta bude spěchat a přistupovat hrubě, klient nebude chtít dál jíst. To se objevilo při zjevném výzkumném šetření, kdy čtyři (S1, S3, S4, S5) z pěti sester podávaly stravu přívětivě a udržovaly přiměřenou rychlost danou klientem. Při porovnání ve skrytém a zjevném pozorování se počet sester lišil. Ve skrytém pozorování hrubě podávalo stravu či pití tři (S1, S2, S3) z pěti sester. V rámci polostrukturovaného rozhovoru je zřejmé, že své jednání si sestry uvědomují.

V práci Amblerové (2016) 1 ze 7 probandů uvedlo, že při přípravě klienta před stravováním se na klienta nesmí spěchat. Tuto odpověď uvedlo pět z pěti sester. Ovšem v praxi sestry vykonávaly přípravu různými způsoby.

Pět z pěti sester spíše respektuje klientovo chutě během stravování. Pokud klient odmítne stravu, protože jim nechutná, sestry se ve většině případů snaží najít vhodné alternativy,

kteřé vynahradí konkrétní jídlo dne. Ať jde o návrh jiného jídla, změna prostředí anebo dle konzultace doplňkem stravy. Pokud senior jíst nemůže nebo nechce, dvě sestry (S3, S4) rozhovorech uvedly jako náhradu části stravy například sipping. To koresponduje s Volkertem (2015), který uvádí, že sipping je rychlé doplnění energie a správným složením enterální cestou.

Na dodržování pitného režimu během skrytého pozorování dbaly čtyři (S2, S3, S4, S5) z pěti sester. Tyto sestry soustavně dávaly napít několikrát denně, nejvíce při ranní či večerní hygieně, při podávání léků, převazů. Rozdíl byl pouze v sestře S1, která se při zjevném pozorování snažila více nabízet pití a dbát na pitný režim klientů v zařízení.

Dodržování pitného režimu je důležitou součástí plnohodnotné stravy, protože pokud u klienta dojde k dehydrataci, zvyšuje se tím riziko dekubitů aj.

Aby klienti měli plnohodnotnou stravu, je občas zapotřebí klienty k jídlu motivovat. V praxi se ukázalo, že pět z pěti sester ve většině případů motivují klienty ke stravě. Zároveň provádí edukaci o správné výživě a pitného režimu. Edukaci provádí slovně a následně provedou zpětnou vazbu, zda klient všemu rozumí a zda nepotřebuje něco dovysvětlit. Dle mého názoru je toto správným krokem, jak zamezit komplikacím jako malnutrice, dehydratace aj.

Je velmi důležité sledovat a přizpůsobovat složení stravy potřebám vyplývajícím z kondice seniora. Pět z pěti sester se zajímá o potřeby klientů v rámci výživy a pitného režimu. Z rozhovoru dotazovaných sester vyplývá, že diety a nutriční stav klientů konzultují s vrchní sestrou. Vrchní sestra následně konzultuje stravu, typ diety a potřebu vyvážené stravy s praktickou doktorkou konkrétního zařízení. Všechny sestry mají povinnost jednou za měsíc udělat tzv. nutriční screening, dle kterého se pozná, zda se klientovi musí či nemusí upravit strava, aby dobře prospíval. Pro příjem stravy hraje důležitou roli hraje také teplota pití a stravy.

Při podávání stravy všech pět dotazovaných sester ve většině případů dodržuje přiměřenost teploty pití či stravy. Při podávání například čajů je zapotřebí dávat pozor, aby si klient nezpůsobil zdravotní komplikaci (opaření). Na horké nápoje by měly sestry upozorňovat anebo daný nápoj vychladit. Pokud klient není soběstačný anebo nedokáže odhadnout teplotu nápoje, je lepší, aby klientům sestry dávaly pití na jiný stoleček, aby předešly opařením a následným vylitím nápoje.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že sester chovajících se důstojně a eticky je menší množství než sester, které opomíjejí důstojný přístup ke klientům v domovech pro seniory a to jak v oblasti komunikace tak hygienické péče. V oblasti komunikace se objevovaly hanlivé výrazy, hrubé vyjadřování, nezáměr si s klientem popovídat aj. V druhé oblasti hygienické péče se objevoval nedůstojný přístup v rámci zachování intimity. V rámci výzkumného šetření v oblasti důstojného podávání stravy vyšlo najevo, že sestry většinou dbají na pitný režim klientů a na úpravu prostředí při podávání stravy. Tím se klienty aktivizují k sebeobsluze při stravování. Všechny tři sledované oblasti vedou k podpoře sebeúcty, soběstačnosti a kvality života seniorů v daném zařízení. Je potřeba si uvědomit že každý člověk je holistická bytost, kterou je potřeba vnímat ze všech úhlů pohledu. Je tedy důležité uspokojovat všechny jeho bio-psycho-soc-spirituální potřeby, což je možné zajistit správným dodržováním zásad v oblasti komunikace, hygienické péče a nutriční.

6 Závěr

Diplomová práce shrnuje problematiku důstojnosti ve vybraných třech aspektech v domovech pro seniory. Mezi aspekty jsem zařadila komunikaci se seniory, hygienickou péči a výživu. Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry během komunikace většinou nevyužívají důstojné prvky při komunikaci a přístupu k seniorům. Objevují se zde hanlivé výrazy, ponižování klienta, hrubost, zvyšování hlasu, agresivita, netrpělivost a neschopnost klienta vyslechnout. Tyto poznatky, které vyšly ze skrytého a zjevného pozorování nejsou v souladu s uskutečněnými polostrukturovanými rozhovory. Výsledky ukazují, že sestry, které se nedůstojně chovají k seniorům, si své jednání uvědomují. V rozhovorech sestry uvádějí důstojný přístup, který by se měl používat hlavně v praxi. Bohužel musím říct, že pouze jedna z pěti sester komunikovala v rámci důstojnosti jako takové.

Na základě výsledků výzkumu související s problematikou důstojnosti u hygienické péče je zřejmé, že ani tady nejsou sestry plně důstojné a nevyužívají důstojné prvky při této péči. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry během hygienické péče, ne vždy dbají na soukromí a intimitu klienta. To je dle mého názoru důležitým prvkem při této péči. Nedůstojné zacházení může způsobit psychickou újmu klienta. Bohužel v rámci komunikace při hygienické péči většina sester také nevyužívá důstojných prvků. Sestry se snaží svou práci ulehčit a zrychlit. To způsobuje hrubé zacházení při manipulaci s klientem a nedůstojné jednání v rámci komunikace. Některé sestry daly najevo klientovi, že je zdržuje. V polostrukturovaných rozhovorech ale většina sester uvedla postupy správného a důstojného zacházení s klienty. Opět se tedy setkáváme se situací, kdy sestry vykonávají určitou činnost v praxi nedůstojně, ale jsou si vědomy toho, že přístup k seniorům nemají takový, jaký by měly být.

Musím ale zmínit i fakt, že všechny sestry dbají na čistotu klienta, v rámci výměny plenkových kalhotek či výměny oděvu během dne. Dbají na prevenci dekubitů a opruzenin. Klienti jsou tedy v suchém a čistém oděvu.

V rámci nutriční péče, sestry většinou důstojné prvky zachovávají. Dbají na aktivizaci klienta při stravování a jejich preferencích prostředí. Pokud se chtějí klienti stravovat na pokoji, sestry je většinou nenutí jít do jídelny. Pouze jedna sestra toto netoleruje. S ohledem na podávání stravy je většina sester ochotná klientovi podávat stravu po dobu nutnou. Naopak se ale vyskytují i výsledky, které ukazují, že dvě sestry s klienty nemluví a při

stravování daným klientům nepomůžou. Na úpravu prostředí a lůžka také většina sester neupozorňuje a pouze některé sestry se doptávají na pohodlí klienta u stravování.

Při podávání stravy nebo podávání pití nesoběstačným klientům v některých případech sestry netrpělivě a hrubě vkládaly klientovi do úst, což znamenalo odmítnutí stravy klienta. Pokud se klient nechce stravovat, sestry se snaží situaci řešit s vrchní sestrou či praktickým lékařem. Dle situace podávají sipping.

Uvědomuji si, že příčin tohoto nedůstojného chování může být několik. Jedním z nich je přetrvávající nedostatek personálního zabezpečení provozu v domovech pro seniory. V praxi chybí kvalifikované sestry a pracovníci přímé obslužné péče. Nedostatek personálu způsobuje, že péče o klienty musí být rychlá a efektivní. Je patrné, že zde jde kvantita na úkor kvality. Jednou z příčin je jistě i finanční podhodnocení personálu.

V dalším kroku můžeme poukázat také na nedostatečnou kontrolu pečujících osob. Řízení provozu v domově pro seniory vyžaduje zejména manažerské dovednosti vrchních sester, mezi které patří i kontrola zadaných úkolů. Vrchní sestra je povinna dbát na dodržování ošetrovatelských postupů ve svém zařízení.

Práce s klienty v domovech pro seniory je práce fyzicky i psychicky náročná. Vykonávali sestra tuto práci dlouhou dobu s nedostatečnou podporou rodiny a zaměstnavatele, často dochází k emočnímu vyhoření. To může být příčinou nedůstojného a neetického chování vůči klientovi.

Ke zlepšení této problematiky v domovech pro seniory by jistě přispělo navýšení počtu sester a pracovníků přímé obslužné péče, což by jim umožnilo věnovat více času důstojné a etické péči o jednotlivé klienty. Stejně tak je důležitá kontrola svěřených úkolů a zejména rozvíjení manažerských schopností vrchních nebo staničních sester. Nesmíme zapomenout také na podporu sester ze strany zaměstnavatele a snahu o psychohygienu. Také by jistě prospěly pravidelné supervize, které by prováděl externí pracovník.

Ideální sestra neexistuje, ale z mého pohledu je důstojnost prvkem, který by neměl v žádném případě chybět.

7 Použité zdroje

1. Bible [online], 2009. Praha [cit. 2024-4-26]. 1584 s. Dostupné z: <https://www.gmct.cz/media/files/library/PDF/1.%20Bible.pdf>
2. ADIB-HAJBAGHERY, M., AGHAJANI, M., 2015. Patients dignity in nursing. *Nursing and midwifery studies*. 4(1), 1–2, doi: 10.17795/nmsjournal22809
3. AMBLEROVÁ, M., 2016. *Péče o výživu imobilního klienta na standardním oddělení interního typu*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JČU
4. APSSCR, 2015. Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR [online]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [cit. 2023-10-19]. 26 s. ISBN 978-80-904668-8-3.
Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(2).pdf)
5. BARTŮNĚK, P., PTÁČEK, R., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.
6. BOKŮVKOVÁ, M., 2015. *Změny ve způsobu poskytování pobytové služby sociální péče osobám s mentálním postižením* [online]. Zlín [cit. 2024-4-21]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/jnvft/Diplom_prace_Bokuvkova_409_546.pdf. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
7. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl. Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
8. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2016. *Ošetrovatelstvá péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada. 234 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
9. BURGETOVÁ, Marie a Hana Pinkavová, 2013. Postavení registrovaných sester
10. COELHO-JUNIOR HJ, et al. Protein Intake and Sarcopenia in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 18;19(14):8718. doi: 10.3390/ijerph19148718. PMID: 35886571; PMCID: PMC9320473.
11. ČAMROVÁ, J., 2020. Co je důstojnost? Pohled sester na lidskou důstojnost v ošetrovatelské praxi [online]. České Budějovice [cit. 2024-4-1]. Dostupné z: https://theses.cz/id/flz2jx/DP_Camrova_final.pdf. Diplomová práce. ZSF JČU. Vedoucí práce Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

12. ČAS, © 2017. *ICN-Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. Praha: ČAS [cit. 2023-8-16]. Dostupné z: <http://www.cna.cz/icnetickykodex/>
13. BOUŠKOVÁ, M., 2019. *Péče o pacienta s demencí – osobní hygiena*. In: WHO [online]. s. 273 [cit. 2024-4-2]. ISBN 978-92-4-151586-3. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1285-demence-pecujici-osobni-hygiena>
14. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., et al., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů*. Pro obor ošetřovatel. Praha: Grada. 316 s. ISBN 978-80-271-0717-9.
15. DOLEŽALOVÁ, J., TOUMOVÁ, K., et al., 2022. *Ošetřovatelské postupy*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. 241 s. ISBN 978-80-7394-953-2.
16. DVOŘÁČKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
17. FUSEINI, A. G., et al., 2023. Patient dignity and dignified care: A qualitative description of hospitalised older adults perspectives. *J Clin Nurs*. 32(7-8), 1286-1302. DOI: 10.1111/jocn.16286.
18. HADDAD LM, GEIGER RA. *Nursing Ethical Considerations*. 2023 Aug 14. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 30252310.
19. HADRABOVÁ, D., NEUMANOVÁ, R., 2013. *Verbální komunikace mezi sestrou, pacientem a rodinou* [online]. In: 2013 [cit. 2023-8-28]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/verbalni-komunikace-mezi-sestrou-pacientem-a-rodinou/>
20. HASEGAWA, N., OTA, K., 2019. Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents. *Nurs Ethics* [online]. 26(7-8), 2016-2034 [cit. 2024-4-30]. DOI: 10.1177/0969733018824763. Epub 2019 Feb 24. PMID: 30799707. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30799707/>
21. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7. hodnocení. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.
22. HOLMEROVÁ, I., et al., 2014. *Dlouhodobá péče: Geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

23. HYNKOVÁ, M., 2013. *Postavení a funkce všeobecných sester v domovech pro seniory* [online]. České Budějovice [cit. 2023-7-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9iuspb/BP-Hynkov.pdf>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Alena Polanová.
24. JANKOVSKÝ, J., 2018. *Etika pro pomáhající profese. 2.*, doplněné a podstatně přepracované vydání. Praha: TRITON. 302 s. ISBN 978-80-7553-414-9.
25. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevyléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-1688-1.
26. 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.
27. KAHOUNOVÁ, D., 2021. *Saturace potřeby výživy u seniorů v domovech pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JČU.
28. KACHLOVÁ, M., PLEVOVÁ, I., 2023. *Postupy v ošetrovatelské péči 4. Hygienická péče, péče o lůžko, polohování pacienta*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-1244-9.
29. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
30. KISVETROVÁ, H., 2019. *Důstojnost ve stáří*. Profese Online [online]. 12(2), 10-11 [cit. 2024-1-22]. DOI: 10.5507. Dostupné z: https://www.profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201902-0002_dustojnost_ve_stari.php
31. KISVETROVÁ, H., 2019. *Důstojnost ve stáří*. Profese Online. 12(2), 10-11. DOI: 10.5507/pol.2019.006.
32. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0102-3.
33. KNAPOVÁ, J., 2019. *Ošetrovatelský proces a potřeby člověka*. Praha: ČVUT. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/499/page00.html>
34. KOVÁŘOVÁ, N., 2018. *Péče o umírající v domovech pro seniory*. České Budějovice. Bakalářská. Teologická fakulta Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích.

35. KUCKIR, M., et al., 2017. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: GradaPublishing. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5
36. KUTNOHORSKÁ, J., 1997 - 2023. Bariéry komunikace se seniory. *Senior zone* [online]. Praha: Copyright © by Dashöfer Holding [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/bariery-komunikace-se-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK9d-8qNljgAE/
37. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetřovatelství: pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4413-1.
38. LANDECKÁ, I., 2008. *Zátěž sester v souvislosti s imobilním klientem*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
39. MAHDALOVÁ, B., 2015. *Spokojenost seniorů v pobytových zařízeních v sociálních služeb* [online]. Zlín [cit. 2024-4-21]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31803/mahdalov%C3%A1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
40. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
41. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
42. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelsví 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. 260 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
43. MPSV, 2019. [online]. In: s. 1-94 [cit. 2023-8-7]. *Analýza financování sociálních služeb*. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Anal%C3%BDza+financov%C3%A1n%C3%AD+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEBeb_2019.pdf/3c8c3bf8-c747-09b0-9308-3838a646c465
44. MPSV, 2023. *Informace č.: 36 – 2023 (Prohlášení RV NRZP ČR k financování sociálních služeb)* [online]. In: [cit. 2023-8-7]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2023/04/27/informace-c-36-2023-prohlaseni-rv-nrzp-cr-k-financovani-socialnich-sluzeb/4MPSV>, [online]. In: . s. 1-94 [cit. 2023-8-7].
45. NIH, 2023. *Talking With Your Older Patients*. [online]. National institute on aging. USA [cit. 2023-8-7]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/talking-your-older-patients#tips>

46. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-271-1696-6.
47. PELECH, L., 2015. *Efektivní komunikace s klientem seniorem* [online]. [cit. 2023-10-7]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/2747858-Efektivni-komunikace-s-klientem-seniorem.html>
48. PESTRÝ JÍDELNÍČEK, *Potravinová pyramida*. [online]. *Pestrý jídelníček*. [cit. 2023-8-9]. Dostupné z: <https://www.pestryjidelnicek.cz/potravinova-pyramida/>
49. PETERKOVÁ, J., 2013. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta
50. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetrovateľství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
51. PLEVOVÁ, I., KACHLOVÁ, M., 2023. *Postupy v ošetrovateľskej péči 3: Enterální výživa*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-3033-7.
52. 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.
53. SEJKOROVÁ, N., 2013. *Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
54. SLÁMA, O., et al., 2013. Standardy paliativní péče. *Česká společnost paliativní medicíny*. Dostupné z: https://www.centrum-pahop.cz/wp-content/uploads/2016/05/spp_2013_def.pdf
55. SUROVCOVÁ, L., 2021. *Rozhovor s Kateřinou Crhovou, vedoucí sestrou v domově pro seniory Sue Ryder: Superhrdinky i nedostatkové "zboží"!*. Sue Ryde [online]. [cit. 2024-4-7]. Dostupné z: <https://www.sue-ryder.cz/clanky/rozhovor-s-katerinou-crhovou-vedouci-sestrou-v-domove-pro-seniory-sue-ryder-superhrdinky-i-nedostatkove-quot-zbozi-quot>
56. SVATOŇOVÁ, B., 2019. *Etika ve zdravotnictví* [online]. Praha [cit. 2023-8-16]. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/081/page00.html>
57. ŠIMEK, J., 2018. Specifics of nursing ethics. *Kontakt*. 18(2), e64-e68. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.05.006.
58. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Komunikace ve zdravotnictví*. In: VÉVODA, J. et al. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 160. ISBN 978-80-247-4732-3.

59. ŠUBRT, J., 2015. *Individualismus a holismus v sociologii. Jak překonat teoretické dilema?*. In: Praha: SLON. 154 s. ISBN 978-80-7419-170-1.
60. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
61. VÁGNEROVÁ, T., 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. 200 s. ISBN 978-80-246-4620-6.
62. VÁVERVKOVÁ, R., et al., 2020. Vliv vybraných faktorů na hodnocení důstojnosti seniorů. *Prolékaře.cz* [online]. 9(2), 81-84 [cit. 2024-4-12]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2020-2-28/vliv-vybranych-faktoru-na-hodnoceni-dustojnosti-senioru-123621>
63. 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.
64. VOLKERT, D. et al., 2015. *ESPEN guidelines on nutrition in dementia*. *Clinical Nutrition* [online], [cit. 2024-04-6]. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S026156141500237X>
65. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2019. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II. Speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
66. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
67. ZÁKONY PRO LIDI, 2023. *Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.
68. ZÁKONY PRO LIDI, 2023. *Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách*. [online]. *Zákony pro lidi*. © AION CS, 1. 2. 2023 [cit. 2023-7-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch#cast3>
69. ZRUBÁKOVÁ, K., KRAJČÍK, Š., et al., 2016. *Farmakoterapie v geriatрии*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5229-7.

8 Seznam příloh a obrázků

8.1	Příloha č. 1 – Desatero plenkových kalhotek.....	82
8.2	Příloha č. 2 - Desatero komunikace se seniorem	83
8.3	Příloha č. 3 – Škála pro hodnocení stavu výživy – MNA-SF	84
8.4	Příloha č. 4 – Přehled základních diet.....	85
8.5	Příloha č. 5 – Harmonogram práce sester daného DPS – denní směna	86
8.6	Příloha č. 6 – Harmonogram práce sester daného DPS – noční směna	87
8.7	Příloha č. 7 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru – důstojná komunikace se seniory	88
8.8	Příloha č. 8 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru – důstojnost při hygienické péči.....	89
8.9	Příloha č. 9 – Otázky polostrukt. rozhovoru – důstojné podávání stravy	90
8.10	Příloha č. 10 – Desatero příkázání DPS, kde byl prováděn výzkum	91
8.11	Příloha č. 11 – Souhlas zařízení s vykonáváním výzkumného šetření v daném DPS	92
8.12	Obrázek č. 1 – Potravinová pyramida	93

8.1 Příloha č. 1 – Desatero plenkových kalhotek

1. Řádně oslovujte klienty, i když špatně vnímají, nebo hůře slyší
2. Pokud nás neslyší klient, může nás slyšet spoluklienti nebo návštěvy. Vyvarujte se kompromitujících komentářů.
3. Mluvte o imobilním klientovi jako o panu či paní XY.
4. Aktivizujte klienta a zlepšujte jejich sebeobsluhu.
5. Chvalte klienty i za malé výkony nebo zlepšení.
6. Pokud to není nezbytně nutné, nedávejte klientovi plenkové kalhotky. Klienta aktivizujte a doprovázejte na toaletu.
7. Pokud je klient znečištěn a nemá plenkové kalhotky, nenadávejte. Klienti potřebují utěšit, že se to stává.
8. Buďte empatický, ohleduplný a taktní.
9. Myslete na to, že zdravotnický pracovníci mohou být později také na straně imobilního klienta.
10. Dodržujte etický kodex!

Zdroj: Ptáček, Bartůněk (2022)

8.2 Příloha č. 2 - Desatero komunikace se seniorem

1. Seniory oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem. Ponižující jsou nevyžádaná familiární oslovení jako například babi, dědo.
2. Se seniory nehovoříme formou, jakou hovoříme s dětmi. Respektujeme jeho identitu.
3. Při komunikaci a ošetřování seniorů vědomě chráníme jeho důstojnost, snažíme se vyloučit přisuzování závažných funkčních deficitů.
4. Respektujeme zpomalení psychomotorického tempa seniora a zhoršenou pohyblivost. Chráníme tím seniory před časovým stresem.
5. Informace, které jsou složitější nebo důležité několikrát zopakujeme či pro jistotu napíšeme na papír.
6. Komunikaci přizpůsobíme možným komunikačním bariérám, jako jsou například poruchy sluchu, zraku aj.
7. Při komunikaci mluvíme srozumitelně, udržujeme oční kontakt a zdržujeme se v zorném poli. Případně zkontrolujeme a nebo dopomůžeme použít kompenzační pomůcku.
8. Při nedoslýchavosti nezesilujeme hlas; v hlučném prostředí se porozumění řeči ve stáří zhoršuje, proto nepřekřikujeme zdroj hluku, ale snažíme se ho odstranit.
9. Dopomoc při pohybu umožňujeme pomocí používání opěrných pomůcek, jako jsou hole či chodítka. Odkládání oděvu či při uléhání na lůžko nabízíme pomoc také, ale nikdy ji nevnucujeme.
10. Při ošetřování v zařízeních by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cíleně směřovat k podpoře a nebo obnově či udržení míry soběstačnosti seniora, nikoli předčasně vést k imobilizaci.

Zdroj: Pelech (2015)

8.3 Příloha č. 3 – Škála pro hodnocení stavu výživy – MNA-SF

Příloha 11: Škála pro hodnocení stavu výživy – krátká verze (MNA-SF)

Položky		Bodové skóre
Došlo v posledních 3 měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ano, výrazně ▪ jen mírně ▪ ne 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ více než 3 kg ▪ není přesný údaj ▪ 1–3 kg ▪ nebyl úbytek hmotnosti 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3</p>
Pohyblivost/mobilita:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ upoután na lůžko/vozik ▪ pohyb jen po místnosti ▪ vychází z bytu 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ano ▪ ne 	<p style="text-align: right;">0 2</p>
Psychický stav:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ těžká demence nebo deprese ▪ mírná demence nebo deprese ▪ normální stav, bez psychické poruchy 	<p style="text-align: right;">0 1 2</p>
BMI*: hmotnost (kg) ... tělesná výška (m) ...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 19 ▪ 19 až < 21 ▪ 21 až < 23 ▪ ≥ 23 	<p style="text-align: right;">0 1 2 3</p>
*BMI (Body Mass Index) = hmotnost/(tělesná výška) ² v kg/m ²		
Celkové skóre		
<p>Celkové hodnocení 12–14 bodů: stav výživy dobrý, normální nález, není nutné další vyšetření 11 bodů a méně: možná porucha výživy/podvýživa, nutné doplnit další vyšetření ke zhodnocení stavu výživy</p> <p><i>Podle: Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salva, A. et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001, 56 (6): 366–372.</i></p>		

Zdroj: Klevelandová (2017), str. 215

8.4 Příloha č. 4 – Přehled základních diet

OŠETŘOVATELSKÉ POSTUPY

5.2.1 Dietní systém

Pro snadnější orientaci v dietách si nemocnice vytvářejí nemocniční dietní systém, kde jsou jednotlivé diety specifikovány, včetně energetické hodnoty, indikovaných nemocí a dalších charakteristik.

Dietní systém je tedy specifický pro každé pracoviště. Jeho vydání je garantováno ředitelem zařízení a obsah musí být zpracován odborně kvalifikovanými pracovníky (nutričními terapeuti, dietology). Určuje způsob značení diet, nutriční složení stravy i postupy při přípravě stravy.

Skládá se ze **základních diet**, které jsou společné pro všechna pracoviště (tab. 5.2). Dále pak ze **speciálních diet**, které jsou většinou neplnohodnotné a jsou podávány pouze kratší dobu (tab. 5.3). Poté jsou **standardizované dietní postupy**, které mají individuální použití (např. bezlep-

Tabulka 5.2 – Základní diety

Dieta	Označení	Charakteristika	Indikace
Tekutá	0	Neplnohodnotná dieta, upravená do tekutého stavu	Po operacích GIT, postižení zažívacího traktu
Kašovitá	1	Energeticky i nutričně plnohodnotná strava, upravená do kašovitě konzistence	Po operacích GIT, při poruchách polykání, postižení v oblasti dutiny ústní
Šetřící	2	Strava upravená k lehké stravitelnosti	Poruchy zažívání
Racionální	3	Běžná strava	Bez nutnosti zvláštních opatření
S omezením tuku	4	Vyšší obsah bílkovin, nižší zastoupení tuku	Onemocnění pankreatu, žlučníku
Bílkovinná, bezzbytková	5	Vyšší obsah bílkovin a nižší obsah tuku	Po operacích na GIT, zánětlivé onemocnění střev
Nízkobílkovinná	6	Redukováno množství bílkovin	Při onemocnění ledvin
Nízkocholesterolová	7	Bohatá na vitamíny, mastné kyseliny	Kardiovaskulární onemocnění
Redukční	8	Nižší obsah sacharidů a tuků	Obezita
Diabetická	9	Snížené množství sacharidů a tuků	Diabetes mellitus
Neslaná, šetřící	10	S nižším obsahem sodíku	Onemocnění srdce, cév, hypertenze
Výživná	11	Zvýšená energetická hodnota	Pro nemocné, kteří co nejdříve potřebují nabýt fyzických sil
Strava batolat	12	Měkká, lehce stravitelná jídla	Děti od 1,5 roku do 3 let
Strava větších dětí	13	Běžná strava s dostatkem energie a živin	Děti od 3 do 15 let

Tabulka 5.3 – Speciální diety

Dieta	Označení	Charakteristika	Indikace
Čajová	05	Čaj slazený, neslazený	Časně po operačních výkonech
Tekutá, výživná	15	Strava upravená do tekutého stavu	Při neschopnosti přijímat stravu jinak než v tekuté formě
S přísným omezením tuků	45	Neplnohodnotná sacharidová dieta s omezením bílkovin a minimálním množstvím tuku	Infekční hepatitida, cholecystitida, pankreatitida
Diabetická šetřící	95	Diabetická dieta zaměřená na šetření GIT	Pro diabetiky s onemocněním zažívacího traktu

8.5 Příloha č. 5 – Harmonogram práce sester daného DPS – denní směna

HARMOGRAM PRÁCE DENNÍ SZP

5:45 – 06:00	NÁSTUP DO SLUŽBY , PŘEVZETÍ HLÁŠENÍ
6:00 - 7:30	BANDÁŽE DK, ODBĚRY BIOL. MATERIÁLU, PŘÍPRAVA A APLIKACE INZULÍNŮ, POLOHOVÁNÍ
7:30 – 9:30	PODÁVÁNÍ LÉKŮ, OČNÍ A KOŽNÍ ORDINACE, PŘEVAZY, PŘÍPRAVA A ODESLÁNÍ KLIENTŮ K VYŠETŘENÍM
9:30 - 10:30	VYŘIZOVÁNÍ POŽADAVKŮ KLIENTŮ A PODÁVÁNÍ INFORMACÍ RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKŮM, POLOHOVÁNÍ
10:30 –12:00	PŘÍPRAVA A APLIKACE INZULÍNU, ODBĚR ORD. GLYKÉMII ,AKTIVIZAČNÍ CVIČENÍ
12:00 – 12:30	POLEDNÍ PŘESTÁVKA
12:30 - 13:30	PODÁVÁNÍ LÉKŮ, OČNÍ A KOŽNÍ ORDINACE
13:30 -15:30	ZPRACOVÁNÍ ZPRÁV A ORDINACI KLIENTŮ PO NÁVRATŮ Z VYŠETŘENÍ AKTIVIZAČNÍ CVIČENÍ ,POLOHOVÁNÍ PÉČE O MOČOVÉ KATÉTRY A STOMIE
15:30 – 16:30	KONTROLA POJIŠŤOVNY ZA PŘEDEŠLÝ DEN PŘÍPRAVA A APLIKACE INZULÍNU, ODBĚR ORD. GLYKÉMII
16:30 - 18:00	PODÁVÁNÍ LÉKŮ, OČNÍ A KOŽNÍ ORDINACE ZÁZNAMY V DOKUMENTACI, PŘEDÁNÍ SLUŽBY

Další úkoly jsou napsané v hlášení na daný den

Zdroj: DPS, kde bylo prováděno výzkumné šetření (2024)

8.6 Příloha č. 6 – Harmonogram práce sester daného DPS – noční směna

HARMONOGRAM PRÁCE- NOČNÍ SZP

- 17:45 - 18:00 PŘEVZETÍ SLUŽBY
- 18:00 -20:00 VEČERNÍ HYGIENA , POLOHOVÁNÍ
- 20:00- 21:00 NOČNÍ MEDIKACE,APLIKACE INZULÍNU, INFORMOVÁNÍ O
PLÁNOVANÝCH VÝKONECH , KONTROLA ZDRAVOT. STAVU
- 21:00 - 23:30 PŘÍPRAVA LÉKŮ NA PŘÍŠTÍ DEN DOPLNĚNÍ ZÁSOB
- 23:30 - 00:00 OSOBNÍ PŘESTÁVKA
- 00:00 - 01:00 ZÁZNAMY V DOKUMENTACI, PŘÍPRAVA ŽÁDANEK NA ODBĚRY A VYŠETŘENÍ NA
NÁSLEDUJÍCÍ DEN,TISK NOVÝCH TISKOPISŮ POTŘEBNÝCH PRO VYKAZOVÁNÍ V
DOKUMENTACI
- 01:00 - 02:00 KONTROLA KLIENTU, VÝMĚNA INKO POMŮCEK, POLOHOVÁNÍ
- 02:00 - 04:00 VYKAZOVÁNÍ POJIŠŤOVNY, PŘÍPRAVA OŠETŘOVATELSKÝCH PLÁNŮ,
MIMOŘADNÉ ÚKOLY NAPSANÉ V HLÁŠENÍ NA DANÝ DEN
- 04:00- 05:00 KONTROLA KLIENTŮ, VÝMĚNA INKO POMŮCEK, POLOHOVÁNÍ
- 05:00- 05:45 ÚKLID SESTERNY, DEZINFEKCE PRACOVNÍCH PLOCH, DOKONČENÍ ZÁZNAMŮ V HLÁŠ.
- 05:45 - 06:00 PŘEDÁNÍ SLUŽBY

Další úkoly pro daný den napsané v hlášení

Zdroj: DPS, kde bylo prováděno výzkumné šetření (2024)

8.7 Příloha č. 7 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru – důstojná komunikace se seniory

- a) Jak oslovujete seniory?
- b) Jaké jsou klíčové dovednosti potřebné pro efektivní a citlivou komunikaci se seniory?
- c) Jak se mění váš přístup v komunikaci se seniory v závislosti na jejich zdravotním stavu a individuálních potřebách?
- d) Myslíte si, že je komunikace se seniory důležitá? Proč?
- e) Využíváte při verbální komunikaci i neverbální komunikaci? Pokud ano, jakou?
- f) Jaký význam přikládáte empatii při komunikaci se seniory? Můžete uvést příklad, kdy empatie hrála klíčovou roli ve vaší interakci se seniorem?
- g) Proč je nutné se seniory komunikovat?
- h) Máte nějaké zkušenosti, kdy jste museli přizpůsobit svůj komunikační styl kvůli individuálním preferencím jednotlivých seniorů?
- i) Jak využíváte zpětnou vazbu od seniorů, aby se vaše komunikační dovednosti neustále zlepšovaly? Existuje nějaký konkrétní případ, kde zpětná vazba vedla k významnému zlepšení vaší komunikace?
- j) Jakou podporu nebo zdroje považujete za užitečné při zlepšování komunikace mezi sestrami a seniory?
- k) Jaké byste navrhovali změny nebo vylepšení v prostředí nebo v postupech péče, které by podpořily efektivnější komunikaci sestry se seniory?

Zdroj: vlastní (2024)

8.8 Příloha č. 8 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru – důstojnost při hygienické péči

- a) Jak se liší potřeby hygienické péče mezi různými seniory a jakým způsobem přistupujete k jejich individuálním potřebám?
- b) Můžete uvést situaci, kdy jste museli přizpůsobit svůj přístup k hygienické péči z důvodu zvláštních potřeb některého seniora?
- c) Jaké obtíže jste zažili při poskytování hygienické péče seniorům a jak jste tyto situace řešili?
- d) Jaká je role komunikace v poskytování hygienické péče seniorům? Jak se snažíte udržet efektivní komunikaci při poskytování hygienické péče?
- e) Jaké opatření používáte k zajištění bezpečnosti a zároveň pohodlí seniorů během hygienické péče?
- f) Jakým způsobem zajišťujete intimitu seniora při poskytování hygienické péče?
- g) Máte nějaké nápady na inovace nebo změny, které by mohly zlepšit poskytování hygienické péče seniorům v zařízení?
- h) Jaké etické problémy mohou vzniknout při poskytování hygienické péče seniorům a jakým způsobem je řešíte?
- i) Jak důležité jsou vztahy a důvěra mezi poskytovateli péče a seniory při poskytování hygienické péče?
- j) Jaká je role týmové spolupráce při poskytování hygienické péče seniorům?

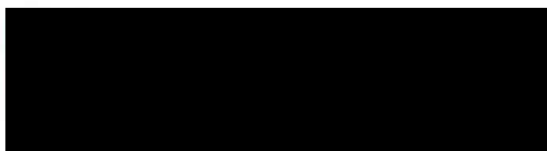
Zdroj: vlastní (2024)

8.9 Příloha č. 9 – Otázky polostrukturovaného rozhovoru – důstojné podávání stravy

- a) Jak se liší potřeby výživy mezi různými seniory a jaké strategie používáte k poskytování individuálního přístupu k jejich stravovacím potřebám?
- b) Jaké obtíže často nastávají při zajišťování správné výživy u seniorů a jak se snažíte těmto výzvám čelit?
- c) Jaký je význam správného pitného režimu u seniorů a jak se podílíte na zajištění dostatečné hydratace?
- d) Jaké jsou typické stravovací návyky seniorů a jakým způsobem zohledňujete jejich preference a potřeby v jídelníčku?
- e) Jaké zdravotní omezení často ovlivňují stravovací zvyklosti seniorů a jakým způsobem se snažíte přizpůsobit jejich stravování těmto omezením?
- f) Jakou roli hraje edukace při podpoře správné nutriční a pitného režimu u seniorů? Jak se snažíte informovat seniory o důležitosti správné výživy?
- g) Jaký význam má sociální interakce během jídla pro seniory a jak ji podporujete v prostředí péče?
- h) Jaké byste navrhovali změny nebo inovace v prostředí péče, které by mohly zlepšit stravování a pitný režim seniorů?
- i) Máte přístup k novým informacím o nutriční péči seniorů?
- j) Máte možnost konzultovat nutriční péči seniorů s odborníkem nutriční péče?
- k) Jakým způsobem a jak často sledujete stav výživy jednotlivých klientů?

Zdroj: vlastní (2024)

8.10 Příloha č. 10 – Desatero přikázání DPS, kde byl prováděn výzkum



1. V [redacted] neexistuje „nemohu – protože“, tady platí „mohu – ačkoliv“.
2. Žádné přání klienta není pošetilé. Vždy se pokusíme mu v mezích jeho a našich možností vyhovět.
3. S klienty jsme na stejné úrovni, jednáme s nimi jako rovný s rovným. Nikomu nedává jeho postavení či stejnokroj právo jednat nadřazeně.
4. Úsměv, dobré slovo a pohazení často léčí lépe než pilulka.
5. Úsměv klienta a jeho důvěra je Vaším největším pracovním úspěchem.
6. Informujte klienta úplně o všem, co s ním děláte, i když máte pocit, že Vám nerozumí. Opakujte, vysvětľujte, buďte trpěliví, výsledky jsou ohromující.
7. Jedině práce dělaná s láskou a naplno přináší pravé uspokojení.
8. Klient má právo si stěžovat na Vaše chování a vystupování. Vy se snažte jeho chování pochopit a akceptovat, protože jiný už nebude. Nejsme výchovný ústav, pracujeme s dospělými lidmi. Vy máte povinnost zvládnout a „ukočírovat“ takovou situaci jako profesionálové s úctou, notnou dávkou asertivity, láskou a pochopením.
9. Je-li Vám něco vytýkáno kvůli klientovi, nikdy mu to nedáte znát ani mrknutím oka natož slovem!!!
10. Rozmazlujme klienty, dělejme jim radost, a to i za cenu, že ze sebe občas uděláme šaška. Zbývá jim strašně málo času. Kolikrát se ještě budou moci cítit šťastně a důležitě, kolikrát budou mít možnost se zasmát? Vy máte obrovský časový náskok, nesrovnávejte a nehádejte se s nimi. Oni mohou, Vy MUSÍTE!

Chtějte to pochopit a práce Vás bude daleko více bavit, a především, dostane ten správný smysl. Děkujte za příležitost, že můžete dělat práci, která Vás učí lásce, úctě, odpuštění a pokoře. Služba člověku je nejlepší škola života. Kdo to pochopí a pozná pravé utrpení, přestane se trápit malichernostmi a jeho život se stane daleko krásnějším. Dostali jste obrovský DAR, využijte ho!

Platnost od 1. 11. 1999, aktualizováno 6. 4. 2011

Zdroj: DPS, kde byl prováděn výzkum

8.11 Příloha č. 11 – Souhlas zařízení s vykonáváním výzkumného šetření v daném domově pro seniory

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování diplomové práce

Fakulta: ZSF JCU

Studijní program/obor: Specializace v ošetrovatelství / Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

Jméno a příjmení studenta/studentky: Lucie Hliněšáková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): [REDACTED]

Název instituce: [REDACTED]

Název práce: Důstojnost a etika ve vybraných aspektech ošetrovatelství v domovech pro seniory

Hypotézy, výzkumné otázky:

1. Jaké prvky důstojné komunikace jsou využívány sestrami v komunikaci se seniory?
2. Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami u seniorů při hygienické péči?
3. Jaké prvky důstojné péče jsou využívány sestrami při zajišťování tekutin a správné výživy u seniorů?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku: Pro svou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum formou skrytého a zjevného pozorování a následně polo strukturovaný rozhovor se sestrami, které budou do výzkumu zahrnuty. Identifikační údaje sester a zařízení budou zcela anonymní. V diplomové práci bude zmíněn pouze druh zařízení a počet sester ve výzkumném souboru (předběžně cca 4 sestry). Pro objektivnost dat nebudou sestry seznámeny se skrytým pozorováním. O skrytém pozorování bude seznámena pouze ředitelka a vrchní sestra [REDACTED]

Předpokládané výstupy:

Výsledky mé diplomové práce budou zpracovány v rámci odborného článku, který poslouží jako studijní materiál.

Vyjádření vedoucí/ho diplomové práce:

Jméno: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

Podpis:



Vyjádření kompetentní osoby instituce:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno: [REDACTED]

Podpis: [REDACTED]



8.12 Obrázek č. 1 – Potravinová pyramida



Zdroj: © Pestrý jídelníček (2023)

9 Seznam zkratek

APSSCR – Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

BMI – Body mass index

ČAS – Česká asociace sester

DM – Diabetes mellitus

DPS – Domov pro seniory

GDPR – General Data Protection Regulation

ICN – International Council of Nurses – Mezinárodní sesterská organizace

IQ – Inteligenční kvocient

MNA-SF – Mini Nutritional Assessment – Short Form – Škála pro hodnocení stavu výživy – krátká verze

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NIH - National Institute on Aging

RZS – Rychlá záchranná služba