

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Alena Henzlová

Důstojnost života u seniorů

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Olomouc 2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen
uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. dubna 2016

podpis

Poděkování:

Děkuji PhDr. Mgr. Heleně Kisvetrové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce a cenné náměty a rady při jejím zpracování a paní Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat z dotazníkového šetření.

Mé poděkování patří i vrchní sestře Bc. Věře Pražákové z Hospice sv. Lukáše, ale také respondentům za ochotu zúčastnit se dotazníkového šetření.

Velké díky patří i mé rodině, která mě během studia podporovala.

Prohlášení o dedikaci k projektu

Diplomová práce byla finančně podpořena v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2015. Je dedikována projektu FZV_2015_002.

Spoluřešitelka projektu Bc. Alena Henzlová se v rámci řešení projektu podílela na distribuci dotazníků a na přípravě podkladů pro zpracování dat.

Výše uvedené skutečnosti o vymezení rozsahu činnosti Bc. Aleny Henzlové dokládá *Závěrečná zpráva o řešení projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (2016)*.

V Olomouci, 6. 5. 2015

PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

řešitelka projektu FZV_2015_002

.....

prof. MUDr. David Školoudík, Ph.D., FESO

spoluřešitel projektu

.....

Mgr. Lukáš Merz

spoluřešitel projektu

.....

Mgr. Eva Joanovič

spoluřešitelka projektu

.....

Bc. Alena Henzlová

spoluřešitelka projektu

.....

Bc. Jana Kubištová

spoluřešitelka projektu

.....

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Důstojnost života u seniorů

Název práce: Důstojnost života u seniorů

Název práce v AJ: Dignity of senior's life

Datum zadání: 2015-01-01

Datum odevzdání: 2016-13-05

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

Autor práce: Bc. Alena Henzlová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Helena Kisvetrová, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá důstojností života seniorů. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí oblasti definované v dotazníku „Patient Dignity Inventory“, které mohou ohrožovat jejich osobní důstojnost. Pro získání dat byla použita v rámci pre-testu česká verze tohoto dotazníku (Dotazník důstojnosti pacientů, PDI-CZ). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 239 seniorů z domácího a institucionálního prostředí (domov pro seniory, LDN, hospic, ordinace praktického lékaře a onkologické oddělení). Teoretická část práce se zaměřuje na definování pojmu důstojnost a možnosti jejího ohrožení v různých typech institucionální péče. Dále v základním přehledu seznamuje s Chochinovým modelem důstojnosti nevyléčitelně nemocných, ze kterého vychází dotazník

„Patient Dignity Inventory“. Praktická část prezentuje výsledky výzkumného šetření. Většina seniorů uvedla, že oblast „Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu“ nevnímají jako problém. Naopak největší problém vnímali seniori v oblasti „Pocitování fyzicky nepříjemných příznaků“. Prokázal se vztah mezi věkem seniorů a hodnocením problémů spojených se sebedpěčí, pocitem neužitečnosti, ztrátou kontroly a nedostatkem respektu okolí. Muži vnímali oblasti související s neschopností sebedpěče jako menší problém než ženy. Závislost na vzdělání seniorů byla prokázána u obav z budoucnosti a pocitu nedostatku respektu. Dále se potvrdilo, že sociální situace seniorů významně ovlivňovala hodnocení u oblastí spojených se sebedpěčí, pocitem užitečnosti, schopností zastávat důležité role a bojovat s nemocí.

Abstrakt v AJ:

The thesis deals with the dignity of life of seniors. The main objective was to determine how seniors evaluate the areas defined in the questidignity. The pre-test of Czech version of the questionnaire (Questionnaire dignity of patients, PDI-CZ) was used to obtain the data. The questionnaire survey was attended by 239 seniors from domestic and institutional environment (home for elderly, hospice, hospice, GP surgery and oncology department). The theoretical part focuses on defining the concept of dignity and its possible threat in different types of institutional care. Furthermore, the basic overview introduces Chochinov's dignity model of terminally ill, from which a questionnaire "Patient Dignity Inventory" was formed. The practical part presents the results of research. The majority of seniors said that the area "I don't feel support from the medical staff" does not represent a problem for them. Other way around, the biggest problem perceived by seniors was "Feeling physically unpleasant symptoms." It was proven a relationship between age and seniors evaluating problems associated with self-care, a sense of uselessness, loss of control and a lack of respect of neighborhood. Men perceived areas related to the inability of self-care as less of a problem than women. Coherency on the education of seniors has been demonstrated in fear of the future and a sense of lack of respect. It was further confirmed that the social situation of the elderly was significantly influenced by the assessment of areas associated with self-care, a sense of usefulness, ability to hold an important role and fight disease.

Klíčová slova v ČJ: důstojnost, senior, důstojnost ve stáří, lidská důstojnost, stáří, hodnocení

Klíčová slova v AJ: dignity, senior, dignity in old age, human dignity, age, ratings

Rozsah: 89 s. / 3 přílohy

OBSAH

ÚVOD	11
1 REŠERŽNÍ ČINNOST	12
2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	14
2.2 Definice důstojnosti.....	16
2.3 Poškození lidské důstojnosti	20
2.4 Lidská důstojnost a právo na důstojnost.....	22
2.5 Spiritualita a důstojnost.....	24
2.6 Důstojná péče u seniorů	26
2.6.1 Důstojnost v paliativní péči.....	28
2.6.2 Důstojnost u onkologických pacientů	30
2.6.3 Důstojnost života u seniorů v ošetrovatelských domech.....	31
2.7 Důstojnost v pojetí profesora Chochinova a Modelu důstojnosti	33
2.8 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy.....	35
3 METODIKA VÝZKUMU	38
3.1 Výzkumné cíle a hypotézy	38
3.2 Charakteristika souboru.....	40
3.3 Metoda sběru dat	40
3.4 Realizace výzkumu	42
3.5 Metody zpracování dat.....	42
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	43
4.1 Demografické údaje	43
4.2 Popisná statistika položek dotazníku PDI	44
4.3 Ověřování platnosti hypotéz.....	46
DISKUZE.....	66
ZÁVĚR	69
REFERENČNÍ SEZNAM.....	70
INTERNETOVÉ ZDROJE	76

SEZNAM ZKRATEK.....	78
SEZNAM TABULEK.....	79
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	80
SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

„Veškerá naše důstojnost je v naší myšlence.“

Blaise Pascal

Pod pojmem důstojnost si každý představí něco jiného. Někteří filozofové jej chápou jako hodnotu přisuzovanou člověku zvenčí, a to na základě vlastností a schopností. Vnitřní schopnosti jsou chápány jako vrozená hodnota, která je lidské bytosti vlastní (Munzarová, 2011, s. 59). Je velice obtížné stanovit obecně platnou definici důstojnosti, neboť se jedná o složitou konstrukci, která postrádá definiční specifičnost (Thompson, Chochinov, 2008, s. 49 - 53).

V péči o nemocné seniory a pro zachování jejich důstojnosti jde především o setkání dvou lidí a jedinečnosti vztahu. V praxi to probíhá tak, že jeden je v roli trpícího, který očekává pomoc, a ten druhý je v roli pomáhajícího. Člověk v době nemoci či nemohoucnosti odhaluje své tělo, ale i duši. Zdravotníci by proto měli hájit nemocnému jeho důstojnost, a to do posledního dechu (Munzarová, 2011, s. 59).

Důstojnost patří mezi základní hodnotu lidského života, která je podmíněna kvalitou života (Östlund, 2012, s. 353). To, jak každý člověk vnímá svoji důstojnost je individuální a zahrnuje hierarchii různých priorit a oblastí (Enes, 2003, s. 263). Důstojnost má ale své faktory a společná témata, které ovlivňují vnímání důstojnosti jedince. Důstojnost může být determinována i dalšími aspekty, a to třeba osobním postojem jednotlivce (Gennip, 2013, s. 616). Důstojnost můžeme rozdělit na základní a osobní. Základní důstojnost je brána jako hodnota, která je vlastní celému lidstvu, naproti tomu je důstojnost osobní považována za více individuální s návazností na osobní cíle a sociální podmínky. V závěru života při poskytování péče je osobní důstojnost nejdůležitější (Leung, 2007, s. 170 - 174).

Důstojnost seniorů bývá často narušena zejména v oblasti komunikace, nerespektování soukromí, ale často se u starších lidí setkáváme i s ponižováním, které se odehrává nejen v nemocničních zařízeních, domovech pro seniory, ale i v okruhu rodinných příslušníků, kteří o seniora pečují (Papastavrou, 2014, s. 93).

1 REŠERŽNÍ ČINNOST

Pro orientaci v problematice a tvorbu diplomové práce byla prostudována následující vstupní literatura.

V českém jazyce:

1. HOLMEROVÁ, Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena, LIKMUNDOVÁ, Květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
2. KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2713-4.
4. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. V Praze: Univerzita Karlova, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
5. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

V anglickém jazyce:

1. CHOCHINOV, Harvey Max. *Dignity therapy: final words for final days*. New York: Oxford University Press, c2012. ISBN 0195176219.

Rešeršní strategie

Algoritmus rešeršní činnosti



Stanovená vyhledávací kritéria:

Klíčová slova v ČJ: důstojnost, senior, důstojnost ve stáří, lidská důstojnost, stáří, hodnocení

Klíčová slova v AJ: dignity, senior, dignity in old age, human dignity, age, ratings

Vyhledávací období: 2005-2015 (10 let)

Jazyk: český, anglický

Další vyhledávací kritéria:

- Abstrakt v anglickém jazyce
- Články týkající se dané problematiky
- Odborná periodika

Databáze:

- PubMed,
- EBSCO



Celkem dohledáno 183 článků.



Vyřazovací kritéria:

- duplicitní články
- články zaměřené úzce medicínsky
- články s odlišnou tematikou



Databáze Pub Med
EBSCO



Pro tvorbu diplomové práce bylo použito 77 článků.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2.1 Stáří a důstojnost

Stárnutí lidí se týká celého světa, vývojové demografie ukazují, že světová populace rychle stárne. Prodlužuje se délka života a klesá porodnost. Nejohroženější skupinou jsou lidé kolem osmdesáti let, kteří jsou zranitelní a mají malou hodnotu ve společnosti. Tím, jak se zvyšuje počet seniorů, není společnost schopna zajistit ekonomické, sociální a kulturní blaho. A to zejména v rozvojových zemích (United Nations, 2013, online). Výpočty Světové zdravotnické organizace (WHO) poukazují, že do roku 2050 budou 2 miliardy obyvatel světa tvořit lidé ve věku 60 let a více. V roce 2000, jich bylo 600 miliónů (Matthé et al., 2015, s. 159).

Každý starý člověk by měl mít přístup k sociálním a právním službám, aby mohl udržovat optimální úroveň fyzické, duševní a emocionální pohody. Měly by být zajištěny kulturní a duševní prostředky. V neposlední řadě by starší osoby měly žít důstojně bezpečně, a bez vykořisťování a bez fyzického či duševního zneužívání. S těmito lidmi by mělo být zacházeno spravedlivě bez ohledu na věk, pohlaví, rasu nebo etnický původ (Lange, 2009, 212).

Důstojnost je důležitá v každodenním životě zejména u starších lidí a měla by být podporována. Den důstojnosti v Anglii připadá na prvního února, a je to příležitost pro pracovníky ve zdravotnictví a sociální péči, aby připomněli společnosti, že důstojnost v péči je v zájmu všech lidí (Makaza, 2014, s. 29). Studie, která byla provedena v šesti evropských zemích, zkoumala význam důstojnosti právě u starých lidí, kdy bylo zjištěno, že důstojnost je vnímána jako důležitá hodnota, která vede k posílení sebevědomí, pocitu vlastní hodnoty a blahobytu (Jacelon et al., 2014, s. 2151). Důstojnost u seniorů je často spojena s pocitem zranitelnosti a ztráty vlastní identity. Senioři mají dlouholeté životní zkušenosti a zaslouží si respekt. Z tohoto důvodu je zachování důstojnosti považováno za důležitý koncept v péči o staré lidi (Anderberg, 2007, s. 636). Důstojností se také zabývá mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, který byl přijat na druhém světovém shromáždění „Důstojné Stáří“ z roku 2002. Tento plán pojednává o lidských právech starších lidí a vyzývá, aby lidé na základě věku nebyli diskriminováni. Cílem je podpořit důstojnost starších osob a eliminovat všechny formy opomíjení a zneužívání (Lange, 2009, s. 212). Opomíjení seniorů může být

i v rámci sociální politiky, kdy velké procento seniorů rozvojových zemí musí pracovat, neboť odcházejí do penze bez finančních rezerv. Mnoho seniorů, je také závislých na finanční podpoře rodinných příslušníků, kteří častokrát žijí v chudobě. Z důvodu nedostatku příjmu nebo osobních úspor dochází ze stran seniorů k ekonomickému strádání a jsou schopni plnit jen základní potřeby (bydlení, strava). Jsou tedy nuceni pracovat i přes nedostatečnou fyzickou zdatnost, aby mohli uspokojit své základní potřeby, a takové podmínky jsou neslučitelné s důstojností lidí. Výzkum, který byl prováděn ve Velké Británii, Irsku, Španělsku, Francii, Slovensku a Švédsku ukazuje, že starší lidé v těchto zemích jsou podhodnoceni a je na ně nahlíženo jako na lidi, jež fyzicky a duševně chátrají, jsou chudí a závislí na jiných osobách. Studie také poukazuje na fakt, že důstojnost je pro seniory důležitá, a to zejména pro posílení sebevědomí. V domácích zákonech mnoha zemí mají tyto lidé nárok na sociální pomoc, aby vedli život bez utrpení a ponížení. Sociální zabezpečení je uznáváno jako lidské právo ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v níž se uvádí, že každý člen společnosti má právo na sociální zabezpečení, a to v případě nezaměstnanosti, nemoci, invalidity, vdovství, stáří nebo při ztrátě existenčních prostředků (Shahid, 2014, s. 457 - 458).

Stárnutí obyvatelstva v České republice je diskutovaným tématem, neboť kvalitní život u seniorů je důležitou součástí stáří. Stejně jako péče o staré lidi je v našich podmínkách důležité zajistit zdravotní a sociální péči, a to s ohledem na zachování důstojnosti u těchto seniorů. Za seniora je považována osoba starší 65 let, kdy starší lidi můžeme členit, a to dle věku:

- Mladý senior – senior ve věku 65 až 74 let
- Starý senior – senior ve věku 75 až 84 let
- Velmi starý senior – senior 85 let a více (Wildmannová, 2014, s. 115).

Na důstojnost seniora má vliv i funkční zdraví, tedy dobrá tělesná i duševní kondice každého jedince. Dle Spirdusové se staří lidé mohou hodnotit na základě potřeb a problémů - funkční klasifikace seniorů:

- *Elitní senioři*, kteří si zachovávají svůj výkon.
- *Zdatní (fit) senioři*, vykazují velmi dobrou tělesnou a duševní kondici.
- *Nezávislí (independentní) senioři*, žijí sedavým způsobem života, mají omezený rozsah kloubních pohybů a nižší svalovou sílu.

- *Křehčí (frail) senioři*, kteří balancují na hranici soběstačnosti, většinou vyhledávají chráněné prostředí, jako jsou třeba domy s pečovatelskou službou nebo domovy pro seniory.
- *Závislí (dependentní) senioři*, jsou lidé se závažnou distabilitou, potřebují trvalou péči nebo profesionální služby.
- *Zcela závislí (total dependentní) senioři*, jsou upoutáni na lůžko, nezvládají základní sebeobsluhu (Šnejdrová, Kalvach, 2008, s. 158 – 159).

Jedním z faktorů, který má vliv na důstojný život seniorů, je také finanční příjem, neboť výše finančních zdrojů je důležitá pro zajištění sociální péče. Ženy na rozdíl od mužů musejí v důchodovém věku mnohdy čelit nedostatku financí a jsou tak ekonomicky znevýhodněny. Aby si zajistily důstojné stáří, musí být i v důchodovém věku pracovně aktivní (Kuchyňková, 2015, s. 30). Finanční podpora zvyšuje sebeúctu a důstojnost u seniorů a zajišťuje samostatnost (Shahid, 2014, s. 456).

Mezi další faktory, které ovlivňují důstojnost člověka, patří:

- Související nemoc, jsou to obavy z nemoci, které se vztahují k problémům, vznikajícím z nemoci a jsou potencionální hrozbou pro ohrožení důstojnosti, kam se řadí například bolest nebo nevolnost. Proces stárnutí má také vliv na důstojnost u seniorů. Jestliže budou senioři vybaveni kompenzačními pomůckami jako jsou brýle, zubní protézy nebo naslouchadla, dojde ke zlepšení komunikace u starých pacientů a tím bude částečně důstojnost starých lidí zachována.
- Důstojnost zachování péče se vztahuje na každého individuálního člověka, který v době nemoci či stáří nesmí ztratit hrdost a naději.
- Sociální důstojnost, poskytuje příležitost k řešení sociálních problémů, které ovlivňují důstojnost člověka. Prostředí hraje důležitou roli pro zachování důstojnosti (Birrell, 2006, s. 45).

2.2 Definice důstojnosti

Termín důstojnost pochází z latiny dignitas/dignus, a znamená úctyhodný. Důstojnost je propojena se slovem decent, což znamená decentní nebo pasující. Jde o inherentní vlastnost

zakořeněnou v sebeúctě a seberespektu a ve vnitřní rovnováze. Důstojnost může být také zvyklost a způsob chování u aristokratických rodin. Důstojnost, je také spjata s vysokým postavením u důležité pozice, jako třeba u vladaře nebo učitele. Dále může být také identifikována jako důvěryhodnost nebo prestiž ve společnosti (Anderberg, 2007, s. 637).

O důstojnosti se mluví hodně. Toto ožehavé téma je často předmětem diskusí jak v médiích, tak i na půdě zdravotnických škol a lékařských fakult. Důstojnost pacientů je zakotvena v etickém kodexu lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků, ale i v právech pacientů. Každá generace pohlíží na důstojnost rozdílně, neboť je ovlivněna výchovou, prostředím i zkušenostmi, a tak je možné rozdělit důstojnost na externí, kterou člověku přisuzuje okolí, nebo interní, vyplývající z hodnot, jež vyznává sama osobnost člověka (Wichsová, 2012, s. 8). Důstojnost je považována za hlavní rys lidského života a je ovlivňována řadou vnějších faktorů (Rodríguez-Prat et al., 2016, online).

Pojetí důstojnosti vzniklo ve starověkém Řecku, kde bylo diskutováno téma „člověk versus zvíře“. Platón stál za názorem, že člověk dokáže racionálně myslet, což je hlavním rozdílem mezi člověkem a zvířetem. Koncept lidské důstojnosti je vyjádřen jako *dignitas hominis* z latiny. Ve starověkém Římě se filozof a státník Cicero, pokusil popsat důstojnost a zjistit, odkud se bere a pochází. Je to společenská myšlenka založena na rolích ve společnosti. Během středověku byla důstojnost spjata s pojmem osobnosti, nebo-li *persony*. *Persona* odlišovala lidskou osobnost a individualitu. Být člověkem znamenalo unikátní vnitřní podstatu, která je nenahraditelná (Anderberg, 2007, s. 637).

Důstojnosti člověka se také věnuje dokument „*Dignitatis humane*“, jenž lidskou důstojnost chápe jako právo na svobodné jednání člověka v oblasti víry a náboženství (Franc, 2013, s. 73).

Ve 13. století se důstojností zabýval Tomáš Akvinský. Učil, že Bůh nemůže být pochopen, neboť naše znalosti, kdo je Bůh, pochází z jevů, které Bůh přivádí do života, z tohoto důvodu také nemůžeme pochopit lidskou důstojnost (Kaczor, 2015, s. 769 – 770).

Během renesance, roku 1488, vznikl text „O lidské důstojnosti“, jehož autorem byl humanista Picodellem Mirandolou, který rozebíral neomezenost lidské bytosti. Neomezeností myslel schopnost vytvářet a ovlivňovat vlastní život, buď v dobrém, nebo špatném smyslu.

Descartes později rozdělil lidskou bytost na tělo a duši. 17. století zaznamenalo změnu v náhledu na důstojnost, a to v závislosti na identitě dané osoby (Anderberg, 2007, s. 637).

Globální etika stárnutí se může rozrůstat kolem myšlenky respektu k důstojnosti starších lidí. Globalizace umožňuje propojenost a připravuje nadcházející generace na změnu v hodnotách a v praktikách při péči a podpoře starších lidí (Lange, 2009, s. 220).

Pojem důstojnost je chápán a vysvětlován vždy trochu jinak, a to v závislosti na filozofickém směru daného představitele:

- Podle filozofa Marca Tallia Cicera je důstojnost osoby důležitá součást života, která si zaslouží úctu a pozornost, a je hodna respektu. Pojem důstojnost ve svých dílech používá ve smyslu hodnota, postavení a zasloužilost. Předpokládá určitou důstojnost každého člověka (Munzarová, 2011, s. 499).
- Tomas Hobbes propojuje důstojnost člověka s možností vybrat si způsob své existence a tvrdí, že člověk je odpovědný za svůj osud (Munzarová, 2011, s. 499 - 501).
- Pico della Mirando byl filozof a hrabě, který ve své knize „O důstojnosti člověka“ vyjádřil myšlenku, že důstojnost člověka tkví ve schopnosti vybrat si místo, které by mohl obsadit ve Vesmíru. Dle jeho mínění není nic krásnějšího, než umění ovládat přírodní síly a využít své schopnosti (Svobodová, 2011, s. 48).
- Korpa vidí základ lidské důstojnosti v jeho přirozenosti. Sem řadí rozum, svobodu, lásku a vůli. Člověk si uvědomuje, že existuje, ale ví také o své smrti. Lidská důstojnost je dána a může být ztotožňována s úctou, kterou věnuje člověk člověku. Pokud se člověku dostává dostatek úcty během života, vnímá svůj život jako hodnotný, ale pokud necítí nebo postrádá projevy úcty, ztrácí pocit hodnoty ve svém životě. Dle autora může každý člověk prožívat svou důstojnost jinak, a to v závislosti na výchově, vlivu společnosti či působením lidí kolem něho (Kopra, 2008, s. 10).
- Pullman rozlišuje etiku důstojnosti a etiku autonomie ve vztahu k dlouhodobé péči, poukazuje na to, že autonomie má zásadní význam pro některé aspekty důstojnosti. Podle něho má každý občan určitou paternalistickou odpovědnost, a to chránit důstojnost ostatních, kteří již nejsou schopni se o sebe starat. Pullman uznává význam

autonomie, klade důraz na její omezení jako na hodnotu a poukazuje na důležitost důstojnosti, zejména pokud autonomie chybí (Gallagher, 2008, s. 3).

- Svobodová popisuje důstojnost osobní identity, mravní síly nebo důstojnost zásluh, a také říká, že existuje lidská důstojnost, která je odvozena od důstojnosti těch ostatních. Tento typ důstojnosti by měl mít každý, kdo náleží k lidskému rodu (Svobodová, 2006, s. 115 - 117).
- Toombs uvádí, že důstojnost v každodenním životě se rovná osobní hodnotě. Pokud je tedy někdo léčen důstojně, může být považován za cenného a respektovaného.
- Chochinov definuje důstojnost jako kvalitu nebo stav být ceněn a respektován. Poukazuje na to, že vědecká literatura se odkazuje na základní důstojnost (Eniko, 2010, s. 141).
- Edlund popisuje důstojnost jako hodnoty, které se v průběhu času mohou měnit a které souvisí s kulturou, prostředím a společností (Franklin et al., 2006, s. 131).

Historie lidské důstojnosti se dá rozdělit na tři parametry:

První je důstojnost jako hodnota lidské bytosti, která je úzce spojena s filozofií a křesťanstvím. Křesťané si myslí, že každá lidská bytost, bez ohledu na jeho nebo její sociální postavení, má stejnou hodnotu jako stvoření Boží, protože on nebo ona sdílí v Boží panství. Stoická filozofie ale tvrdí, že každý člověk je stejný jako účastník ve světě racionality, jak bylo zdůrazněno Immanuelem Kantem. Nicméně široce nebo úzce může být chápán tak, že se s nimi zachází podle něčí lidské důstojnosti. Znamená to mít rovné příležitosti, a ne diskriminaci. V tomhle rozumu, ageismus porušuje důstojnost starších lidí. (Lange, 2009, s. 210).

Za druhé: starší lidé rozlišují „behaviorální důstojnost“, to znamená, že ve společenském životě mají přisouzené role po celý svůj život a popisují tyto sociální role jako důležitý zdroj důstojnosti. Senioři pokládají podle studií v Americe umírání s úctou jako sociální korektní chování. V projektu Důstojnost a staří Evropané se setkáváme se smyslem důstojnosti, která podporuje sociální výhody a morální postoje. Historicky je tento význam spjat s Cicerem, který definuje důstojnost jako to, co si zaslouží respektovat.

Za třetí: důchodci mluví o důstojnosti jako o vlastním atributu, který je spojen se sebeúctou a cti. Nordenfelt v evropském výzkumu mluví o důstojnosti identity a považuje ji za nejdůležitější v kontextu konce života. A říká: „Je to důstojnost, ke které se vážeme jako začlenění a samostatní lidé, lidé s historií a budoucností všech našich vztahů k dalším lidským bytostem.“ (Lange, 2009, s. 218).

2.3 Poškození lidské důstojnosti

Mezi faktory, které ovlivňují lidskou důstojnost, patří demografické faktory, související nemoc, léčba, péče o nemocné a komunikace. Důstojnost může být dále ovlivňována úzkostí, bolestí, změnou vzhledu a péčí (Guo, 2014, s. 931).

Mezi oblasti, které jsou ohroženy při nemoci a ve stáří je:

- *Individuální já*, kdy starší lidé uvádějí, že už nemají své dřívější já, než nastoupila nemoc.
- *Vztažné já*, je hrozba individuálního já, kde patří nemoci spojené s kondicí pacienta; právě kondice ohrožuje i vztažné já. Například nutnost být závislý na ostatních a na jejich péči.
- *Sociální já* patří do třetí oblasti, která je napadená nemocí, a to je sociální já. Zvláště ženy si myslí, že jejich vzhled byl důležitý k zachování lidské důstojnosti, nejen ve vlastních očích, ale i v očích ostatních (Osterveld-Vlug, 2014, s. 101 - 102).

Často dochází k narušení lidské důstojnosti i v rámci zajištění péče, která mnohdy probíhá bez empatie a náklonnosti. Tím může dojít právě k narušení lidské důstojnosti. Dalším problémem je komunikace, která je nedílnou součástí v péči o nemocné. Špatně nebo nevhodně vedená komunikace může vést k pochybnostem a to má negativní vliv na důstojnost. Komunikace je základním předpokladem fungování mezilidských vztahů a ošetrovatelská praxe vyžaduje od sestry schopnost komunikovat. U starého člověka, není vůbec jednoduchá, neboť vyžaduje trpělivost, empatii a schopnost naslouchat. Vedle toho, že má sestra příležitost nemocnému něco oznámit, věnuje mu tím svůj čas, důvěru, úctu a respekt (Zacharová, 2008, s. 588).

Z výsledků studie, která byla provedena v Moravskoslezském kraji bylo zjištěno, že zaměstnanci pracující v sociálních službách se nepřímo podílí na zneužívání seniorů nebo se

stávají svědky nevhodného chování jiného zaměstnance. Mezi nejčastější formy týrání patřilo psychické a fyzické. Tím tedy dochází u seniorů k porušení principu úcty k osobě v rámci důstojnosti a autonomie (Bužgová, Ivanová, 2011, s. 66 – 73). Lidská důstojnost může být znevážena i drobnými činy. K ponížení člověka může docházet i tak, že jej ignorujeme, přehlížíme nebo s ním komunikujeme bez očního kontaktu. Aby nedocházelo k zneužívání lidské důstojnosti, měl by člověk žít podle morálních principů, které přispívají ke smyslu důstojnosti (Svobodová, 2010, s. 66).

Faktory, které ovlivňují osobní důstojnost, byly zkoumány i v některých studiích a odhalily ohrožení lidské důstojnosti. Tato ohrožení jsou způsobena eticky obtížnými situacemi a morálními konflikty zapříčiněné nedostatkem času a neochotou personálu v domovech pro seniory, nemocnicích nebo domovech s pečovatelskou službou. Mezi faktory, které mnohdy přispívají ke ztrátě důstojnosti v těchto zařízeních, je nedostatek personálu, prostoru, minimum osobních věcí, času a pozornosti. K porušení důstojnosti dochází velice často v situacích, kdy člověk čeká na pomoc (náhlá potřeba jít na toaletu, pomoc s převlékáním) a není ji schopen sám ovlivnit, cítí se méněcenný a nerespektovaný (Oosterveld-Vlug, 2013, s. 4). Nedostatek zdrojů a špatná organizace práce, týmová práce včetně nedostatku času a personálu může narušit nemocnému člověku nebo umírajícímu jeho důstojnost. Mezi další atribut, který souvisí s poškozením důstojnosti, je bezpečné prostředí, klid a soukromí (Guo, 2014, s. 936). Jedním ze základních prvků důstojné péče je tedy respekt. Péče o staršího člověka by proto měla probíhat v soukromí, které se rozděluje do tří typů:

1. *Soukromé prostředí* - klepání na dveře před vstupem do místnosti.
2. *Soukromí fyzické* - zahalení pacienta předtím, než vstoupí do místnosti jiné osoby.
3. *Soukromí důvěrnosti* - nesdělování informací o zdravotním stavu v přítomnosti cizích lidí (Oosterveld-Vlug, 2013, s. 4).

Nordenfelt a jeho komplexní analýza rozděluje důstojnost do čtyř typů: důstojnost zásluh, morálního stavu, osobní identity a univerzální lidskou důstojnost. První tři typy (zásluhy, morální stav, a osobní identita) jsou subjektivní a závisí na vnějších vlivech. Důstojnost zásluh se týká role a postavení jedince ve společnosti, ve kterých jej ostatní uznávají, respektují, a to díky úspěchům nebo pozici. Důstojnost morálního postavení se týká

pocitu sebeúcty, jež je založený na osobním pocitu integrity. Důstojnost identity je nejvíce relativní pro diskusi v oblasti důstojnosti a stárnutí. Tento druh důstojnosti může být odňat jednotlivcům externí událostí, akty jiných lidí, ale také i z důvodu nemoci, úrazu a stárnutím (Nordenfelt, 2004, s. 69-81).

K poškození lidské důstojnosti dle Kopra, dochází také v důsledku fyzických zásahů, kam patří stomie nebo amputace. Patří sem i nevhodné oslovování, ponižování nebo je se seniory zacházeno jako s dětmi. K narušení důstojnosti osobní identity může docházet na úrovni fyzické, emoční, mezi něž se řadí vulgární slova nebo omezování autonomie. V oblasti sociální může být důstojnost porušována, a to v rámci bránění kontaktů s cizími lidmi, ale také v oblasti rozumové a duchovní. U seniorů poté dochází ke snížení sebedůvěry a vlastní ceny. Vyvolává to pocit ponížení, méněcennosti a pocit nemohoucnosti (Kopra, 2008, s. 10).

Dle Svobodové mohou senioři prožívat ztrátu důstojnosti v důsledku odchodu do důchodu (Svobodová, 2006, s. 115 - 117).

Důstojnost starých lidí je ohrožena nejen jednou či více nemocí a setkáním s novým a neznámým prostředím, ale také spoléháním se na personál. Tímto jsou senioři vystaveni ohrožujícímu faktoru, jenž poškozují jejich důstojnost. Mezi další faktory, které ohrožují pacientovu důstojnost, patří nedostatek finančních nebo lidských zdrojů. Aby se uchránila osobní důstojnost, je nutné pochopit podstatu pojmu důstojnost z pohledu každého jednotlivého seniora (Osterveld-Vlug, 2014, s. 98).

2.4 Lidská důstojnost a právo na důstojnost

Právo na důstojnost je dnes považováno za nejvyšší lidské právo, zdroj práv. Důstojnost byla často neoddělitelná od práva na důstojnost, neboť právo samo o sobě není rozlišeno podle kapacity a subjektivního práva. Důstojnost je spojena s kulturní lidskou činností. Nejistota pojmu důstojnosti a právo na důstojnost a její aplikace v praxi je mnohem obtížnější. Pojem lidská důstojnost z právního hlediska má své povinnosti. Toto právo je poskytováno státem, a to bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost nebo životní styl. Kořeny důstojnosti pochází z křesťanské tradice, která zavedla koncept pasivní důstojnosti. Podle tradice není důstojnost výtvozem společnosti ani osoby samotné. Předpokladem je, že člověk

jako bytost byl zrozen v návaznosti na obraz Boha, dle této úvahy má člověk nesmrtelnou duši, která dává hodnotu důstojnosti každé lidské bytosti. Pokud tedy není důstojnost poskytována, nemůže být ani odebrána. Dle mezinárodní deklarace a úmluvy jsou si všichni lidé sobě rovni, co se důstojnosti a práv týče. Důstojnost lidské hodnoty stoupá se schopností jedince správně žít ve společnosti (Vaišvila, 2009, s. 111 - 113). Pojem důstojnost je zakotvena i v řadě deklarací a etických kodexů, mezi které patří:

- Deklarace práv pacientů v Evropě
- Etický kodex České lékařské komory
- Kodexy pracovníků ve zdravotnictví
- Mezinárodní kodex zdravotní sestry
- Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Svobodová, 2010, s. 66).

Důstojnost je také již delší dobu probírána v oblasti zdraví a lidských práv. Zde je důstojnost klíčovým pojmem, a to v oblasti jako paliativní a dlouhodobá péče. O důstojnosti se také hojně hovoří v oblastech zdravotnických služeb a reforem. Důstojnost a lidská práva jsou historicky a koncepčně spojeny ve Všeobecné deklaraci lidských práv. Opatření, která byla přijata, je respektovat, chránit a plnit lidská práva, prosazovat důstojnost. Ti, kteří porušují lidská práva, porušují i důstojnost (Jacobson, 2009, s. 1). Senioři mají právo na důstojnost, která tkví v respektování osobní integrity, zneužívání – fyzického či duševního týrání a dodržování zásad slušného chování. Pokud se porušují tyto zásady, dochází k porušování základních lidských práv a důstojnosti. U seniorů, jež žijí v domovech pro seniory, dochází často k nerespektování důstojnosti, a to zejména v rámci infantilizace, kdy se se seniory jedná jako s dětmi (Tomsin, 2006, s. 6). Často také dochází ke zneužívání seniorů, a to buď jejich rodinnými příslušníky, nebo zdravotníky, kteří nejednají v souladu se základními etickými principy v péči o staré lidi. Nedodržování těchto etických zásad vede k institucionálnímu násilí. Zneužívání starých lidí bylo definováno Světovou zdravotnickou organizací (WHO), jako jednorázové nebo opakované úkony, které poškozují bezmocné staré lidi. Takové neetické jednání patří mezi závažné činy, neboť senioři jsou v bezmocné pozici (Bužgová, Ivanová, 2011, s. 65 – 66).

Úrovně lidské hodnoty:

- Pasivní hodnota

- tato hodnota pochází z uznání každého člověka, jakožto právního subjektu, je stejná pro všechny, neboť je získaná od společnosti bez úsilí

- Aktivní hodnota

- neboli hodnota individuální, je vytvářena osobou, a to prostřednictvím plnění závazků (Vaišvila, 2009, s. 116).

Dle profesora Chochinova, je ztráta důstojnosti nejčastějším důvodem, proč si nemocní přejí smrt. S důstojností jsou spojeny i některé fyzické příznaky jako je bolest. Mezi další potřebu péče, kde dochází ke ztrátě důstojnosti je „intimní“ péče, která vyvolává u nemocného stud. Do této „intimní“ péče patří oblékání, hygienická péče nebo použití toalety. Profesor Chochinov také poukazuje na péči, která podporuje důstojnost člověka, jako lidské bytosti a individuality. Z jeho vědecky zjištěných důkazů vyplývá, že pocit nedostatečného respektu nejvíce narušuje pacientovu důstojnost (Holmerová, 2010, s. 6).

2.5 Spiritualita a důstojnost

Spiritualita je součástí lidské bytosti. Je zjištěno, že spiritualita má velký význam pro podporu zdraví a pohody ve stáří, zejména v období konce života. Ústředním prvkem v důstojnosti pacienta je vnitřní hodnota jakožto lidská bytost. Ignorování duchovního přesvědčení zbavuje pacienty jejich důstojnosti jako lidské bytosti. Duchovní péče by měla být zahrnuta v péči o nemocné, pokud si to sám přeje. Náboženské přesvědčení nesmí být vnucováno ostatním. Respekt, soucit, náboženské rituály jsou vnímány jako důležitá součást důstojného života (Rykkje, 2013, s. 275). Mnozí psychologové a teologové poukazují na to, že silné náboženské přesvědčení je spojeno s nižší úzkostí ze smrti. Staří lidé si mnohdy uvědomují, že se blíží své smrti a mohou tedy pociťovat určitou úzkost. Spiritualita tak pomáhá překonat strach z neznáma, zbavuje pocitu úzkosti a bezmocnosti (Kisvetrová et al., 2014, s. 44 – 45).

Spiritualita vyjadřuje duchovní dimenze lidského života, která je nepostradatelná a důležitá, zejména v oblasti zdravotnictví. Některé studie uvádějí, že spiritualita pomohla starým lidem v době nemoci, a také tyto studie poukazují na to, že se staří lidé díky víře dožívají vyššího věku. Spiritualita poskytuje sílu a oporu v době nemoci, a seniorům umožňuje životní filozofii. Mezi nejčastější náboženskou strategií patří modlitba (Hackolová et al., 2014, s. 122 – 131).

Duchovní péče znamená péči o celého člověka a musí být zahrnuta do péče, pokud si to nemocný přeje. Důstojnost v rámci spirituality spočívá také v toleranci, rovnosti a respektu, včetně úcty k jiným náboženským přesvědčením. Všem lidem musí být umožněno, aby mohli vyznávat svou víru. Kromě toho, respekt, soucit, přítomnost a náboženské rituály jsou vnímány jako důležité části důstojného konce života. Spiritualita je důležitou součástí péče o celou lidskou bytost. Duchovní péče a náboženská podpora nemocných může podporovat zdraví a chránit lidskou důstojnost (Rykkje, 2013, s. 276). Je důležité, aby člověku byla umožněna duchovní péče, zvláště pak, když na ni nemocný spoléhá. Tato duchovní péče se týká:

- pocitu naděje,
- zachování místa ve společnosti,
- pocitu jedinečnosti a individuality,
- důstojnosti,
- pocitu ocenění,
- hledání smyslu života (Callahan, 2015, s. 50).

Mnoho seniorů vyznává určité náboženství a právě víra jim dodává pocit podpory ve chvílích nejistoty. Také jim pomáhá přijmout jejich zdravotní stav, utišit bolest, ale i zmírnit tělesné, duševní, sociální strádání. Spiritualita respektuje a chrání důstojnost starých lidí (Osterveld-Vlug, 2014, s. 101 - 102). Náboženství je nedílnou součástí života seniorů v České republice, jak vyplývá z informací, které byly získány při sčítání lidu v roce 2011. Seniori nad 60 let věku představují, dle tohoto sčítání, dvě pětiny všech věřících hlásících se k církvi (Český statistický úřad, 2014, online).

2.6 Důstojná péče u seniorů

I přesto, že jsou mezinárodními i místními zákony ustanovena pravidla zdůrazňující nutnost poskytnout důstojnou péči starým a umírajícím lidem, je mnoho empirických důkazů, z nichž lze vyvodit, že tato péče je stále nedostačující. I když existují přesné informace, co si starší lidé a jejich příbuzní představují pod pojmem důstojná péče, mají zdravotníci jen malé ponětí, jak tento termín vnímají samotní senioři či nemocní pacienti. Dle výsledků, které byly zjištěny ve výzkumu zabývajícím se důstojností a péčí, bylo zjištěno, že zdravotníci definují důstojnou péči jako pocit bezpečí. Důstojnost je vnímána jako přístup k lidem, a ne jako obyčejná péče. Tato interpretace může být důvodem, proč je péče u některých závažněji diagnostikovaných pacientů zanedbaná (Kinnear, 2014, s. 1).

Důstojná péče u seniorů musí být prováděna s respektem a empatií, neboť každý člověk důstojnost vnímá jinak, a to je dáno člověkem, historickým a kulturním prostředím (Brown et al., 2011, s. 11).

Veškerá péče, která je poskytována by měla respektovat důstojnost staršího, nemocného člověka, a to v oblasti:

1. Postoje a chování.
2. Osobní svět a osobní identita.
3. Osobní hranice a prostor.
4. Komunikace s personálem a pacienty.
5. Ochrana osobních údajů, informací o pacientech.
6. Ochrana soukromí, důstojnost a skromnost.
7. Dostupnost prostoru pro úplné soukromí (Webster, 2009, s. 1784 - 1792).

Mnoho seniorů se necítí být důstojnými po nástupu do pečovatelských domů, příčinou je fakt, že museli opustit své domovy, věci, příbuzné, a někdy i životního partnera, často trpí onemocněním, kdy dochází ke změně osobnosti (Osterveld – Vlug, 2014, s. 101 – 102). Důstojnost u seniorů je spojena s pocitem zranitelnosti, ztráty vlastní identity. Senioři mají dlouholeté životní zkušenosti a zaslouží si respekt. Z toho důvodu je zachování důstojnosti považováno za důležitý koncept v péči o staré lidi (Anderberg, 2007, s. 636). Být schopen stále komunikovat je považováno za faktor, jak si zachovat důstojnost. Udržování kontaktů s jinými seniory a poznávat je, je pro seniory žádoucí.

Některé studie poukazují na zapomnětlivost starých lidí, která je vůbec neznepokojovala a měli ji za následek stárnutí (Osterveld-Vlug, 2014, s. 101 - 102).

Narůstají důkazy, které potvrzují, že důstojná péče o staré lidi dosud není na dostatečné úrovni. Byly zaznamenány případy, kdy pacienti zemřeli krátce poté, co byli přijati do nemocniční péče, protože jim nebyla poskytnuta základní péče jako v domácích podmínkách, například přísun potravin a tekutin. Senioři byli mnohdy nalezeni ve vlastních výkalech nebo leželi na podlaze poté, co upadli. I když víme hodně o důstojnosti, stále jde o složitý koncept nabízející široké interpretace. Starý člověk umístěný v nemocnici by měl mít stejný druh péče jako pacient mladý, jelikož mají všichni stejná práva. Udržet u seniorů jejich důstojnost v nemocničním prostředí je velice důležité a chovat se k člověku důstojně může mít pozitivní účinky. Existuje celá řada výzkumů potvrzujících, že důstojnost člověka je zachována, pokud se pečovatelé nebo zdravotníci při péči o tyto seniory soustředí na respektování soukromí, komunikaci, uctivé a vlídné jednání s pacienty jako s unikátními jedinci. Velký důraz se proto klade na základní životní aspekty, jako je strava a osobní hygiena (Kinnear, 2014, s. 3). Strava ovlivňuje zdraví, a pro seniory může být i určitým problémem, často se můžeme setkat, že lidem jsou podávány nevhodné potraviny (př. pizza), které senioři nejsou schopni pozřít, a dochází tím k narušení jejich důstojnosti (Pirhonen, 2014, s. 32).

Důstojná péče o staré lidi je stále v ohrožení, neboť ani v nemocnicích a domovech pro seniory není důstojnost u těchto lidí zachována. Důstojná péče podporuje autonomii, nezávislost, respekt, udržuje individuální identitu, povzbuzuje účast, přijímá účinné komunikační praktiky a je zaměřená na člověka jako celek. Mnoho seniorů je vystaveno riziku ztráty důstojnosti, a to v rámci hospitalizace v nemocnici. Z výsledků studie, kterou prováděli Ariño-Blasco, Tadd a Boix-Ferrer, vyplývá, že je důstojnost páteří péče. Důstojnost v péči totiž zahrnuje více faktorů:

- zajistit u pacienta léčbu takovou, aby byly uspokojeny potřeby nejdůstojnějším možným způsobem;
- naslouchání nemocnému
- zajištění soukromí;
- pocit, že je nemocný ceněn, jako jedinec;

- respekt k nemocnému.

Páteři péče o nemocné by mělo být respektování jejich důstojnosti. Měla by zahrnovat navození pocitu bezpečí, soukromí a pohodlí nemocného. Respektování důstojnosti při poskytování ošetrovatelské péče by mělo být součástí kodexu chování ošetřujícího personálu (Kinnear, 2014, s. 10).

2.6.1 Důstojnost v paliativní péči

Paliativní péče je aktivní péče, jež je poskytována pacientům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním, a to buď v pokročilém, nebo konečném stádiu nemoci. Cílem této péče je nejen utišení bolesti, ale i zmírnění tělesného, duševního a sociálního strádání. Paliativní péče respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných pacientů (Kabelka, 2008, s. 67). Tato péče zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, jež čelí problémům, které jsou spojeny s život ohrožujícím onemocněním. Paliativní péče se zaměřuje na zachování důstojnosti a kvalitu života nemocných. Důstojnost je u těchto pacientů vnímána individuálně, neboť někteří nemocní považují důstojnost za ochranu osobních údajů, pocit respektu, sociální podporu nebo duchovní postoj (Franklin, 2006, s. 130 - 131). Personál, který, pracuje s těmito nemocnými, se snaží o zachování lidské důstojnosti, a to i přes složitou sociální situaci (Kala, 2012, s. 53). V České republice potřebuje paliativní péči ročně zhruba 70.000 lidí, ale v systému sociální a zdravotní péče nejsou podmínky, aby byla všem dostupná. Tuto odbornou péči poskytují hospice nebo oddělení paliativní péče s průměrnou dobou hospitalizace 30 dní. Tato péče umožňuje důstojnou péči pro nemocné lidi v období umírání (Zacharová, 2008, online).

Lidská důstojnost se stala důležitým aspektem zdravotní a sociální péče. Při definování důstojnosti je respekt často hlavním rysem v pohledech pacientů, rodiny a zdravotníků. Důstojné umírání je umírání uctivé a to je důležité v péči o umírajícího člověka, až do posledního momentu. Zásadní význam pro důstojnost umírajícího pacienta je být člověkem, což znamená být viděn a léčen jako člověk, který je hoden úcty a má hodnotu a svá práva. Pacient nechce být viděn skrze svou nemoc nebo jen jako objekt (Guo, 2014, s. 931 - 940). Podstatným rysem ošetrovatelské paliativní péče je vzájemné poznání; pacient je umírající a sestra je člověk bez závažného onemocnění, tudíž vztah sestry a nemocného by se

měl zaměřit na zachování životního stylu pacienta tak, jak si to sám přeje, pokud je to možné, aby byla zachována důstojnost nemocného (Birrell, 2006, s. 44).

Panuje všeobecná shoda, že zachování důstojnosti je důležitým prvkem při ukončení života. V rámci péče, která se poskytuje lidem na konci života, je nutné, aby bylo na důstojnost nahlíženo individuálně a s ohledem na sociální prostředí. Důstojnost může být ovlivněna okolnostmi nebo činy druhých lidí (Oosterveld-Vlug, 2013, s. 1 - 9). Ztráta důstojnosti u lidí, kteří jsou na sklonku života, je spojena s duchovní nouzí a ztrátou vůle žít. Hrdost, sebeúcta, kvalita života, blaho jsou spojeny s důstojností. Pro mnohé pacienty je pocit blížící se smrti spojen se ztrátou důstojnosti (Goddard, 2013, s. 123). Donedávna výzkumy, které se prováděly na téma důstojnost, se soustředily na poslední stádium života. Například profesor Chochinov vyvinul empirický model důstojnosti založený na rozhovorech se smrtelně nemocnými pacienty trpícími rakovinou. Ve výzkumu, který byl proveden v období května 2010 až do června 2011, bylo zjištěno, že nemoc dokáže ovlivnit osobní důstojnost a to prostřednictvím jedné nebo až tří oblastí: individuální, vztahovou a společenskou. Osobní důstojnost lze ochránit kvalitní odbornou péčí a podporou ze strany příbuzných a společnosti (Oosterveld-Vlug, 2014, s. 100). Ze studie, která se zabývala důstojností u pacientů s nevléčitelnou nemocí, vyplynulo, že nemocní mají nejvíce obavy ze situace, kdy nebudou váženi a nebude jim projevována úcta a obávali se, že budou přítěží pro ostatní a tím bude ohrožena jejich důstojnost. Někteří nevléčitelně nemocní poukazovali na to, že jejich život postrádá smysl nebo význam. Věřící pacienti lépe přijímali situaci, že odcházejí. Životní zkušenosti mají vliv na vnímání důstojnosti (Chochinov et al., 2006, s. 670 – 671).

Důstojnost je předmětem vztahů v péči. Vztahy pacientů s rodinami, poskytovatelů zdravotní péče ovlivňuje u nemocných jejich smysl pro důstojnost, tedy ve vztahu - být slyšen. Některé studie uvádějí, že je nedůstojné, aby byli pacienti marně léčeni, a vystaveni utrpení při umírání. Léčba těchto nemocných by měla směřovat k ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Hlavním atributem důstojnosti v péči o paliativní pacienty je projevení empatie. Důstojná péče tedy vyžaduje adekvátní péči ze strany zdravotnického personálu, který má odborné znalosti a je důvěryhodný pro pacienty a jejich rodiny. Velice obtížné je definovat adekvátní paliativní péči. Mnohé studie ukázaly, že zvýšená péče představuje významnou hrozbu pro důstojnost. Kromě toho se důstojná péče vztahuje také na rodinu, přátele a komunitu (Guo, 2014, s. 931 - 940). Ze studií vyplývá, že mnoho pacientů s nevléčitelnou

nemocí si přeje zemřít doma, ale jejich zdravotní stav jim to neumožňuje. Staří lidé zejména v době nemoci jsou slabí a nevýkonní a chápou nebo akceptují stav, že musí být přijati k paliativní péči, aby ulehčili situaci rodině (Foreman et al., 2006, s. 451).

Potřeba pochopit a identifikovat ohrožení důstojnosti a úzkost u pacientů je prvořadá pro tyto nemocné, neboť jsou to právě oni, kdo čelí blížícímu se konci svého života (Hall et al., 2014, s. 1125).

2.6.2 Důstojnost u onkologických pacientů

V posledním desetiletí bylo vynaloženo značné úsilí pro pochopení psychické pohody u pacientů trpících onkologickým onemocněním. Tito pacienti velice často trpí nejen bolestí, ale i ztrátou důstojnosti, a to následkem nejistoty, ztráty kontroly, pocitem přítěže a změnou v osobní orientaci. Mnoho těchto existenčních obav vstupuje do empirického Modelu důstojnosti od profesora Chochinova. Řada studií uvádí, že obavy, které pacienti uvádějí, mají vliv na osobní důstojnost. Tyto obavy se rozdělují do tří oblastí:

- *nemoc*
 - obavy odkazují na fyzické a psychické stresory spojené s onemocněním, jako jsou příznaky nemoci, lékařská nejistota;
- *sociální důstojnost*
 - obavy vznikají ze sociálních interakcí, jako je například pocit přítěže nebo ztráta soukromí;
- *ztráta důstojnosti*
 - je spojena s obavami (Vehling, 2014, s. 283 – 284).

V období, kdy je nemocnému diagnostikováno onkologické onemocnění, dochází k tělesným změnám, kdy trpí pocitem strachu, úzkosti a beznaděje. Mnozí pacienti jsou citliví a zranitelní a tím dochází ke ztrátě důstojnosti, jež je zapříčiněna radioterapií, která má

nežádoucí účinky, jako je nevolnost, zvracení a v některých případech je nutná ošetrovatelská péče zdravotníků v oblasti hygienické péče v rámci zachování pacientovy důstojnosti. Pro nemocné znamená bezpečné prostředí stav, kdy se cítí příjemně a je u nich zachována důstojnost (Naden et al., 2006, s. 226 – 227). Tito onkologičtí pacienti bojují s psychosociálními, existencionálními a duchovními překážkami, které způsobují úzkost a tím dochází k narušení pacientovy důstojnosti (Chochinov et al, 2012, s. 998). Hospitalizace u těchto nemocných může ohrozit pacientovu důstojnost, která je ovlivněna prostředím, pracovníky onkologického oddělení, ale i rodinou. Mnohdy stačí jen málo, aby se pacient cítil důstojně, stačí ho oslovovat titulem a jménem, dbát na čistotu lůžka, ve kterém leží, jednat s ním vlídně, zajistit soukromí při toaletě a hygienické péči. U nemocných, kteří nejsou schopni se sami najíst, nenechat jim stravu položenou na stolečku, ale zajistit pomoc. Při svlékání bude nemocnému věnován čas a soukromí, aby měl pocit, že je důstojný a vážený. Pacienti jsou často ohroženi ztrátou důstojnosti zejména v době, kdy je na pracovišti málo personálu, a tak se mnohdy stává, že se nemocný omlouvá za žádost o péči, protože ví, že na oddělení je mnoho práce. Málokdo se cítí pohodlně, když si třeba nevyčistí zuby před spaním a tito onkologičtí nemocní jsou odkázáni pouze na ochotu personálu (Birrell et al, 2006, 41 – 44). Důstojnost je tedy nedílnou součástí života, která je poskytována v péči o umírající pacienty a jejich rodiny (Hemati, 2016, s. 667).

2.6.3 Důstojnost života u seniorů v ošetrovatelských domech

Vzrůstající délka života zapříčinila, že je kladen velký důraz na rozvoj zařízení, jako jsou domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou, kde mohou lidé dožít svůj život. Hlavním cílem a zájmem v péči o tyto lidi je zachování důstojnosti a zajištění ošetrovatelské péče. Důstojnost života je složena z vnitřního aspektu, tedy vnímání sebe sama a vnějšího aspektu, tedy vnímání ostatními lidmi, které je důležité pro zajištění důstojné péče u seniorů, neboť u starých lidí je důstojný život ovlivněn depresí, bezmocností a touhou po smrti. Pro zachování důstojnosti u seniorů je důležitý vztah seniora a ošetrovatelského personálu. (Oosterveld-Vlug, 2014, s. 98). Důstojnost se tedy stala důležitou součástí v péči o staré lidi. Senioři, kteří pobývají v těchto zařízeních, jsou mnohdy závislí na zdravotnickém personálu, což vede u těchto lidí k narušení jejich důstojnosti, tedy ztrátě osobní důstojnosti (Oosterveld-Vlug, 2013, s. 98).

Domovy se stávají stále častějším místem, kde jsou senioři umisťováni a kde je o ně postaráno až do smrti. Senioři, kteří pobývají v těchto domech, jsou zranitelnou skupinou, a to v ohledu ztráty důstojnosti. Dochází k tomu nejen proto, že jsou funkčně neschopni a vyžadují péči, ale také proto, že stále chybí sociální sítě (Seymour, 2011, s. 125-138). V péči o pacienty, jež žijí v domovech pro seniory, se klade velký důraz na vedení ošetrovatelské dokumentace, která napomáhá zajištění kvalitní péče, ale i zachování důstojnosti. Zejména u klientů, kteří často trpí demencí, jež může vést ke ztrátě důstojnosti seniora (Rohanová, 2012, s. 102-104).

Některé studie poukazují, že obyvatelé hlásili, že jejich důstojnost je ovlivněna z menší či větší části. Senioři byli přijati do opatrovnického zařízení v důsledku změny zdravotního stavu a ztrátou soběstačnosti. Několik obyvatel dokonce uvedlo, že i když by raději zůstali doma, neměli jinou možnost, ale jsou vděční za existenci opatrovnického domu. Být nemocen nebo cítit se slabší není důvodem, proč by se člověk měl cítit méně důstojný než předtím (Oosterveld-Vlug, 2014, s. 101). Panuje všeobecná shoda, že udržení pacientovy důstojnosti je důležitým prvkem péče v domovech pro seniory. V těchto zařízeních jsou senioři zranitelnou skupinou, a to s ohledem na ztrátu důstojnosti, nejen proto, že jsou funkčně neschopni a potřebují péči, ale také proto, že stále chybí sociální sítě, které by se o tyto staré lidi postaraly v domácích podmínkách. Mezi nejdůležitější prvky v důstojné péči o seniory v domovech pro seniory je ochrana soukromí a podpora osobní integrity (Oosterveld-Vlug et al., 2013, s. 2).

2.6.4 Důstojnost seniorů v domácím prostředí

Domov je místo, kde se staří lidé cítí dobře a bezpečně (Holmberg et al., 2012, s. 705). Mnoho seniorů se snaží setrvávat v období stáří v domácích podmínkách, nechtějí se stěhovat do domovů pro seniory, ale chtějí dožít život v prostředí, které je dle jejich slov bezpečné a důstojné a kde jsou obklopeni přáteli. Hlavními důvody, proč tedy lidé zůstávají doma, je soukromí a pocit důstojnosti. Mnoho seniorů se snaží být užitečnými (třeba v oblasti zahradničení) a chtějí si zachovat smysl života a žít normální život (Lustader, 2013_2014, s. 17 – 18). Důstojnost seniorů v domácích podmínkách, kam je chodí navštěvovat terénní pracovník, vyžaduje specifický přístup zdravotníků, neboť senioři jsou zranitelnou skupinou lidí, a to z důvodu zhoršené pohyblivosti a změn zdravotního stavu v důsledku stáří (Shaw et al., 2015, s. 1). V mnoha západních zemích se péče o seniory přesouvá z nemocniční péče do

domácích podmínek. Domácí péče zahrnuje setkání sestry a seniora v jeho soukromé sféře, a senioři tak očekávají kvalitní ošetrovatelskou péči. Tato péče je vnímána jako intimní, což znamená být sám sebou, uchovat si pocit bezpečí, soukromí, identity, sebevědomí a respektu. Tyto hodnoty znamenají důstojnost. Aby sestra udržela důstojnost seniorů, musí poznat a pochopit nemocného (Holmberg et al., 2012, s. 706). Role sestry v péči o staré lidi je mnohostranná a složitá, důležitým předpokladem pro úspěšnou domácí péči je dobrý vztah sestry se seniorem a jeho rodinnými příslušníky. Čas je rozhodující faktor pro vytvoření takového vztahu. Každý starý člověk by měl žít, trpět a umírat důstojně, nikdy neztrácet naději. Důstojnost je základem péče (Karlsson et al., 2011, s. 374 – 385).

Některé studie poukazují, že pacienti s nádorovým onemocněním, kteří žijí sami, uvádějí pocit tísně a úzkosti. Je zde i větší pravděpodobnost vzniku potíží ze základní diagnózy. Lidé, jež pobývají s terminálním onemocněním v domácím prostředí, jsou častěji hospitalizováni v nemocnicích a je zde i menší pravděpodobnost, že zemřou doma. Mnoho nemocných chce raději zemřít doma, důstojně než někde v cizím prostředí. Péče, která je poskytována v domácích podmínkách, udržuje nemocného ve stavu, že je hoden a umožňuje mu se cítit „normálně“ a důstojně (Aoun et al., 2012, s. 599 – 605).

2.7 Důstojnost v pojetí profesora Chochinova a Modelu důstojnosti

Důstojností se zabývá také profesor Chochinov, který sestavil Model důstojnosti. Tento model obsahuje tři základní oblasti, které ovlivňují vnímání osobní důstojnosti pacientů (Chochinov, 2012, s. 199).

První oblastí jsou **„obavy spojené s onemocněním“**, které zahrnují faktory vyplývající přímo z nemoci. Jsou to především fyzické a psychické reakce, ta obsahují dvě témata, která jsou členěná do podtémat:

1. Téma: stupeň soběstačnosti

Podtéma: kognitivní výkonnost a funkční kapacita

2. Téma: příznak utrpení

Podtéma: fyzické utrpení a duševní utrpení, mezi které se dále řadí nejistota související se zdravotním stavem a úzkost ze smrti.

Druhá oblast „**repertoár zachování důstojnosti**“ zahrnuje duchovní nebo duševní faktory, které jsou v psychologickém profilu pacienta pevně zakotveny. Tyto faktory jsou spjaty se získanými životními zkušenostmi, ale i s prostředím, ze kterého pacient pochází. Tato kategorie obsahuje:

3. Téma: perspektivy zachování důstojnosti

Podtéma: kontinuita vlastního já, zachování role, zachování hrdosti, autonomie/rozhodování, zachování naděje, generativita/generační odkaz, přijetí a nezdolnost.

4. Téma: postupy zachovávající důstojnost

Podtéma: Žít přítomností, udržování normálního stavu a hledání duchovní útěchy.

Mezi oblast třetí patří „**souhrn sociální důstojnosti**“, zahrnující vnější faktory, které ovlivňují důstojnost a to v rámci sociálního prostředí. Zde patří:

5. Téma: sociální podpora, charakter péče, obavy z následků, přítěž pro druhé a hranice soukromí.

Chochinův Model důstojnosti, obsahuje široké spektrum psychosociálních, fyzických, duchovních problémů, které ovlivňují pocit důstojnosti pacienta. Z modelu Chochinov vycházel, když tvořil dotazník pro hodnocení důstojnosti pacienta, Patient Dignity Inventory (PDI). V prvotní fázi obsahoval dotazník 22 otázek (Chochinov, 2006, s. 666). Dotazník byl později revidován a navýšen na 25 otázek s 5bodovou Likertovou škálou (1 - není problém, 2 - mírný problém, 3 - problém, 4 - velký problém, 5 - nepřekonatelný problém). Otázky se zaměřují na pět oblastí, které ovlivňují důstojnost pacienta, a to na: příznak utrpení, existenciální tíseň, závislost, duševní klid a sociální podpora. Při vyplňování dotazníku označí pacient, do jaké míry je pro něj uvedená skutečnost problém nebo důvod k obavám (Chochinov, 2008, s. 564).

PDI slouží jako screeningový nástroj k posouzení důstojnosti. Zdravotníkům poskytuje snadný způsob, jak odhalit řadu problémů, které jsou mnohdy způsobeny z obav a úzkosti pacientů, souvisejícími s důstojností (Chochinov, 2008, s. 570). Cílem dotazníku je identifikovat různé zdroje úzkosti (fyzické, funkční, psychosociální, existencionální

a duchovní), které se často vyskytují u pacientů trpících nevyléčitelnou chorobou. PDI byl navržen s cílem pomoci lékařům v jejich práci s pacienty (Chochinov, 2008, s. 561).

Bylo prokázáno, že dotazník PDI se může používat nejen v praxi u pacientů s onkologickým onemocněním v terminální fázi, ale může se využívat také pro obecnou populaci k získávání informací a to, jak vnímají důstojnost v kontextu závěru svého života (Albers et al., 2011, online).

Profesor Chochinov se zabývá paliativní medicínou, kam se řadí deprese, touha po smrti (eutanazii) a přání pocitu důstojnosti na konci života (University of Manitoba, ©2015). Jeho práce zkoumají důstojnost v oblasti paliativní péče, které byly publikovány v časopisech, jako The Lancet, Journal of American Medical Association a British Medical Journal. Je rovněž členem Královské společnosti Kanady a kanadské Akademie věd zdraví (CanadianVirtual Hospice, © 2003 - 2015).

2.8 Shrnutí teoretických východisek a formulace hypotézy

Z použitých zdrojů teoretické části této diplomové práce bylo zjištěno, že důstojnost je nedílnou součástí života u seniorů. Důstojnost patří mezi vrozenou hodnotu, která je lidské bytosti vlastní (Munzarová, 2011, s. 59). Důstojnost náleží mezi základní hodnoty lidského života a je podmíněna kvalitou života (Ostlund, 2012, s. 353). Důstojnost se také rozděluje na externí, kterou člověku přisuzuje okolí, nebo interní, která vyplývá z hodnot, jež vyznává sama osobnost člověka (Wichsová, 2012, s. 8). Termín důstojnost pochází z latiny a znamená úctyhodný, být hoden pocty. Může to být také zvyklost a způsob chování u aristokratických rodin a je spjata s vysokým postavením (Andenberg, 2007, s. 637). Důstojnost má své faktory a společná témata, která ovlivňují vnímání důstojnosti jedince a může být předurčena i dalšími aspekty nebo osobním postojem každého člověka (Gennip, 2013, s. 616 – 624). Důstojnost je chápána a vysvětlována vždy trochu jinak, a to v závislosti na filozofickém směru daného představitele, mezi nejznámější patří filozof Marcus Tullius Cicero, Thomas Hobbes (Munzarová, 2011, s. 499 – 501) nebo Tomáš Akvinský (Kaczor, 2015, s. 769 – 770).

Stárnutí obyvatelstva v České republice je diskutovaným tématem, neboť kvalitní a důstojný život je důležitou součástí stáří (Wildmannová, 2014, s. 115). Výpočty Světové zdravotnické organizace (WHO) poukazují, že do roku 2050 budou tvořit 2 miliardy obyvatel

světa lidé ve věku 60 let a více (Matthé et al., 2015, s. 159). Zachování důstojnosti je tedy důležité v každodenním životě, zejména u starších lidí (Makaza, 2014, s. 29). Důstojnost u seniorů je spojena s pocitem zranitelnosti a ztráty vlastní identity. Z tohoto hlediska je zachování důstojnosti považováno za důležitý koncept v péči o staré lidi (Anderberg, 2007, s. 636), kdy může docházet k poškození lidské důstojnosti, která je ovlivněna demografickými faktory, související nemocí, léčbou, komunikací a péčí o nemocné (Guo, 2014, s. 931). Mnohdy dochází i k týrání seniorů, a to k psychickému a fyzickému, které způsobují rodinní příslušníci nebo zdravotnický personál (Bužgová, Ivanová, 2011, s. 65 – 73). Seniori mají právo na důstojnost, která tkví v respektování osobní integrity a dodržováním zásad slušného chování (Tomsin, 2006, s. 6).

Součástí důstojnosti a důstojnosti péče u starých lidí je i spiritualita, která je pro seniory nepostradatelná a důležitá. Věřící pacienti lépe přijímají fakt, že odcházejí ze života. V době nemoci jim přináší oporu a sílu (Hackolová et al., 2014, s. 122 – 131). Důstojná péče u seniorů by měla být prováděna s respektem a empatií, neboť každý člověk důstojnost vnímá jinak (Browne et al., 2011, s. 11) a měla by být zahrnuta v péči o staré lidi, pokud si to sám přeje. Náboženské přesvědčení nesmí být vnucováno (Rykkje, 2013, s. 275).

V lidském životě je právo na důstojnost považováno za nejvyšší lidské právo, které je zakotveno v řadě deklarací a etických kodexů, mezi nejznámější patří: Etický kodex České lékařské komory, Mezinárodní kodex zdravotní sestry nebo Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících (Svobodová, 2010, s. 66). Pokud tedy dochází k porušování lidských práv, dochází tím k porušení důstojnosti člověka (Jacobson, 2009, s. 1).

Důstojnost je využívána nejen v paliativní péči, ale i u onkologických pacientů a starých lidí v domovech pro seniory. Důstojnost v paliativní péči je poskytována pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí. Cílem této péče je tišení bolesti, ale i zmírnění tělesného, duševního a sociálního strádání (Kabelka, 2008, s. 67). Panuje všeobecná shoda, že zachování důstojnosti je důležitým prvkem při ukončení života (Oosterveld – Vlug, 2013, s. 1 – 9). Pro mnohé pacienty je pocit blížící se smrti spojen se ztrátou důstojnosti (Goddard, 2013, s. 123). Nemocní, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí, mají největší obavy ze ztráty důstojnosti, a to následkem nemohoucnosti, kdy budou přítěží pro ostatní (Chochinov et al., 2006, s. 670 – 671). Některé studie uvádějí, že je nedůstojné, aby byli pacienti marně léčeni a vystaveni utrpení při umírání. Léčba těchto nemocných by měla směřovat k ošetrovatelské péči, která by

byla vedena s empatií a důstojností (Gou, 2014, s. 931 – 940). U onkologických pacientů dochází k tělesným změnám v rámci léčby a jsou velice zranitelní, z tohoto důvodu je nutné zajistit nemocným bezpečné prostředí, aby se cítili komfortně a byla jim zachována důstojnost (Naden et al., 2006, s. 226 – 227). U seniorů, jež dožívají svůj život v domovech pro seniory, je důstojnost důležitou součástí (Oosterveld - Vlug, 2013, s. 98). Tito senioři jsou zranitelnou skupinou v rámci ztráty důstojnosti, neboť jsou mnohdy funkčně neschopni a vyžadují ošetrovatelskou péči (Seymour, 2011, s. 125 – 138).

Důstojností se zabývá také profesor Chochinov, který se věnuje paliativní medicíně, ale také i důstojnosti na konci života (University of Manitoba, ©2015). Díky němu došlo k vytvoření Modelu důstojnosti, jenž obsahuje tři základní oblasti, které ovlivňují osobní důstojnost pacientů (Chochinov, 2012, s. 199), mezi které patří obavy spojené s onemocněním, repertoár zachování důstojnosti a souhrn sociální důstojnosti. Tento Model důstojnosti zahrnuje psychosociální, fyzické, duchovní problémy, jež ovlivňují pocit důstojnosti pacienta a slouží jako hodnoticí nástroj pro nemocné v oblasti důstojnosti, pod názvem (PDI) Patient Dignity Inventory (Chochinov, 2006, s. 666). Cílem dotazníku je identifikovat různé zdroje úzkosti (fyzické, funkční, psychosociální, existencionální a duchovní), které se často vyskytují u pacientů trpících nevyléčitelnou chorobou. PDI byl navržen s cílem pomoci lékařům v jejich práci s pacienty (Chochinov, 2008, s. 561).

Vzhledem ke stanovenému cíli výzkumu byla hypotéza formulována následovně: hodnocení seniora v oblastech, které mohou ohrozit jeho důstojnost, jsou ovlivněny věkem, pohlavím, dosaženým vzděláním a sociální situací seniora.

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část prezentuje poznatky získané z dotazníkového šetření, které bylo provedeno v ordinaci praktického lékaře v Ostravě, na onkologickém oddělení v Liberci, v LDN Radvanicích, v hospici sv. Lukáše a v mobilním hospici Ondráš v Ostravě a v Domově pro seniory v Ostravě. Pro šetření byl použit dotazník (PDI) Patient Dignity Inventory, kterého se zúčastnilo celkem 239 respondentů. Výzkumné šetření bylo součástí IGA UP projektu Transformace anglické verze dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI) do českého jazyka (Projekt č. IGA-FZV-2015_002) a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

3.1 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavní cíl:

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí oblasti definované v dotazníku „Patient Dignity Inventory“, které mohou ohrožovat jejich osobní důstojnost. Ze stanoveného hlavního cíle vychází definování čtyř dílčích cílů, jež se zaměřují na zjištění závislosti mezi hodnocením seniorů v těchto oblastech spojených s důstojností a jejich věkem, pohlavím, vzděláním a sociální situací.

Cíl 1: Cílem bylo zjistit, zda hodnocení oblastí souvisejících s ohrožením důstojnosti je vázané na věk seniora.

Statistické hypotézy k cíli 1:

1 H_0 : Neexistuje závislost mezi věkem seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

1 H_A : Existuje závislost mezi věkem seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Cíl 2: Cílem bylo zjistit, zda hodnocení oblastí souvisejících s ohrožením důstojnosti je vázané na pohlaví seniora.

Statistické hypotézy k cíli 2:

2 H_0 : Neexistuje závislost mezi pohlavím seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

2 H_A : Existuje závislost mezi pohlavím seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Cíl 3: Cílem bylo zjistit, zda hodnocení oblastí souvisejících s ohrožením důstojnosti je vázané na vzdělání seniora.

Statistické hypotézy k cíli 3:

3 H_0 : Neexistuje závislost mezi vzděláním seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

3 H_A : Existuje závislost mezi vzděláním seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Cíl 4: Cílem bylo zjistit, zda hodnocení oblastí souvisejících s ohrožením důstojnosti je vázané na sociální situaci seniora.

Statistické hypotézy k cíli 4:

4 H_0 : Neexistuje závislost mezi sociální situací seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

4 H_A : Existuje závislost mezi sociální situací seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili senioři v hospici, v domově pro seniory, na onkologickém oddělení, v LDN a v ordinaci praktického lékaře. Pro dotazníkové šetření bylo osloveno celkem 253 respondentů, z toho 9 z nich odmítlo účast, 3 respondenti nedokončili dotazníkové šetření a 2 respondenti, než došlo k možnosti provést dotazníkové šetření, zemřeli. Celkově se účastnilo 239 respondentů, přičemž kritéria pro jejich výběr byla následující:

- věk nad 60 let;
- možnost verbální komunikace;
- osoby, které souhlasí se zapojením do dotazníkového šetření;
- osoby netrpící pokročilou demencí (MMSE pod 20 bodů);
- bez rozdílu pohlaví.

3.3 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník, s názvem (PDI) Patient Dignity Inventory. Výzkumné šetření bylo součástí IGA UP projektu „Transformace anglické verze dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI) do českého jazyka (Projekt č. IGA-FZV-2015_002) a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Dotazník byl použit a přeložen do českého jazyka, a to se souhlasem jeho autora pana Dr. Harvey Max Chochinova, PhD. Realizován byl od května 2015 až září 2015.

Pro překlad dotazníku (PDI) Patient Dignity Inventory z anglické verze do českého jazyka byl použit pětifázový postup, a to dle doporučení Benton et al. a Guillemin et al. Ten vychází z potřeb psychologického, lékařského a sociologického výzkumu metody tvorby hodnoticích nástrojů pro koncept HRQOL (health-related quality of life) (Bottomley, 2002, s. 120 - 125).

Doktor Chochinov byl osloven prostřednictvím e-mailu, zda by se mohla provést transformace anglické verze dotazníku Patient Dignity Inventory (PDI) do českého jazyka.

Pan doktor Chochinov souhlasil se slovy: „I would be very pleased for you to translate this into Czech; I don't believe such a translation has been done yet.“ „Byl bych potěšen českým překladem dotazníku. Jak je mi známo, takový překlad ještě nebyl vyhotoven.“ Na základě této zprávy byl proveden překlad dotazníku, který prošel níže popsány pěti kroky.

Metoda byla sestavena do fází A-E, tedy:

Fáze A: překlad do mateřského jazyka, tedy do jazyka českého;

Fáze B: syntéza překladů;

Fáze C: překlad zpět, a to z českého jazyka do původního anglického jazyka;

Fáze D: recenze překladu komisí a odborníků z dané oblasti;

Fáze E: takzvaný pre-test dotazníku.

V první fázi A byl proveden překlad klinickým a profesionálními překladateli, jejichž rodnými jazyky je čeština. Poté byla provedena fáze B, kdy došlo ke spojení překladů s překladem třetího překladatele. V následující fázi C se překlad z českého jazyka přeložil do původní anglické verze, která byla provedena dalšími dvěma překladateli, a to klinickým a profesionálním překladatelem, jejichž rodným jazykem je angličtina. Fázi D provedla komise odborníků, kteří provedli zhodnocení, tato komise byla tvořena zdravotnickými profesionály a profesionálními překladateli. Ve fázi E byl proveden pre-test, který tvořilo 40 respondentů s věkovou hranicí nad 18 let; byli obeznámeni s výzkumem a dobrovolně vyplnili dotazník. Zkoumaný vzorek byl z pěti různých zdravotnických zařízení: LDN, hospic, domov důchodců, ordinace praktického lékaře a onkologické lůžkové oddělení. Na základě výsledku pre-testu byla komisí odborníků upravena finální česká verze dotazníku PDI, která byla odeslána panu profesoru Chochinovi společně s protokolem o postupu v jednotlivých fázích transformace. Finální verze byla použita pro výzkumné šetření v rámci této diplomové práce.

Cílem překladu dotazníku (PDI) Patient Dignity Inventory do českého jazyka, je umožnit lékařům a sestrám zachytit a identifikovat problémy a obavy, které souvisí s ohrožením důstojnosti v podmínkách českého kulturního prostředí.

3.4 Realizace výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo na podkladě stanovení minimálního celkového počtu respondentů, tedy 40 respondentů na vybrané pracoviště. Všichni zúčastnění potvrdili srozumitelnost jednotlivých otázek, na které odpovídali. Dotazník byl popisován jako srozumitelný.

Distribuce dotazníku proběhla v květnu až září 2015 a osloveno bylo 5 zdravotnických zařízení. Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti z hospice, onkologického oddělení, LDN, domova pro seniory a ordinace praktického lékaře. Před zahájením výzkumného šetření byly osloveny vrchní sestry určené vedoucími úseku ošetrovatelské péče, které souhlasily s konáním dotazníkového šetření. Celkově bylo vyplněno 239 dotazníků. Dotazníky byly vyplněny společně s respondenty.

3.5 Metody zpracování dat

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics 23.

Dotazník obsahoval 25 otázek, které se týkaly důstojnosti pacientů. Respondenti na otázky odpovídali pomocí pětibodové Likertovy škály od 1 (není problém) do 5 (nepřekonatelný problém). Škálu jsme považovali za intervalovou a jednotlivé otázky popsali pomocí mediánu, modusu, průměru a směrodatné odchylky. Byly počítány i absolutní a relativní četnosti. Výsledky jsou shrnuty v tabulce Popisná statistika č. 6.

Dotazník obsahoval také šest demografických otázek. Tyto položky byly popsány pomocí absolutních a relativních četností. Věk je popsán pomocí průměru, směrodatné odchylky, mediánu, minimální a maximální hodnoty.

Pro ověření hypotéz byly vzhledem k charakteru dat použity neparametrické statistické metody. Pro porovnání dvou skupin byl použit neparametrický Mann-Whitney U -test. Pro porovnání více skupin Kruskal-Wallisův test. Pro ověření vzájemné korelace dvou kvantitativních veličin byly počítány Spearmanovy korelační koeficienty. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05. Statisticky významné p -hodnoty jsou v tabulkách zvýrazněny barevně. Symbol n v tabulkách označuje počet.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato část prezentuje demografické údaje týkající se vzorku respondentů, kteří se účastnili dotazníkového šetření.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 239 respondentů, 144 (60,3 %) žen a 95 (39,7 %) mužů. Věkové rozmezí respondentů bylo 60 až 96 let. Průměrná hodnota věku se směrodatnou odchylkou byla $72,2 \pm 11,5$ let, hodnota mediánu 72 let. Nejvíce respondentů 99 (41,4 %) bylo vyučených, pouze základní vzdělání mělo 39 (16,3 %) respondentů, středoškolské 79 (33,1 %) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 (9,2 %) respondentů.

4.1 Demografické údaje

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

	Celý soubor	Muži	Ženy
Počet respondentů	239	95 (39,7 %)	144 (60,3 %)

Komentář k tabulce 1:

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 239 respondentů, převážnou část tvořily ženy, a to 144 (60,7 %) a pouze 95 (39,7 %) mužů.

Tabulka 2: Vzdělání respondentů

Vzdělání	
ZŠ	39 (16,3 %)
Vyučen	99 (41,4 %)
SŠ	79 (33,1 %)
VŠ	22 (9,2 %)

Komentář k tabulce 2:

Nejvíce respondentů 99 (41,4 %), kteří se účastnili šetření, uvedlo, že jejich nejvýše dosažené vzdělání je vyučen, dále 79 (33,1 %) respondentů uvedlo, že absolvovalo SŠ, skoro necelá pětina respondentů 39 (16,3 %) uvedla základní vzdělání a vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo 22 (9,2 %).

Tabulka 3: Sociální situace respondentů

Sociální situace	
Žije s partnerem	93 (38,9 %)
Žije s dalšími příbuznými	26 (10,9 %)
Žije sám	80 (33,5 %)
Žije v domově pro seniory	40 (16,7 %)

Komentář k tabulce 3:

Z výsledků vyplývá, že nejvíce 93 (38,9 %) respondentů žije s partnerem, další část respondentů 80 (33,5 %) uvedlo, že žije samo. Předposlední skupina žije v domově pro seniory 40 (16,7 %). Zbývající skupina pobývá s příbuznými ve společné domácnosti 26 (10,9 %).

Tabulka 4: Pracoviště

Pracoviště	
LDN	40 (16,7 %)
Hospic	40 (16,7 %)
PL	40 (16,7 %)
DD	40 (16,7 %)
Onkologie	79 (33,1 %)

Komentář k tabulce 4:

Z tabulky vyplývá, že nejvíce pacientů podrobujících se výzkumu pocházelo z onkologického oddělení a bylo jich 79 (33,1 %). Zbylá část pracovišť (LDN, hospic, PL, DD) měla stejný počet respondentů, a to 40 (16,7 %).

4.2 Popisná statistika položek dotazníku PDI

PDI je sebehodnoticí nástroj pro oblast důstojnosti pacienta, který obsahuje 25 otázek s možnostmi odpovědí na 5bodové Likertové škále. Otázky jsou zaměřeny na pět faktorů: příznak utrpení, existencionalní tíseň, závislost, duševní klid a sociální podporu.

Tabulka 5: Popisná statistika položek dotazníku PDI

	Medián	Modus	Průměr	SD	1 (není problém)	2 (menší problém)	3 (problém)	4 (vážený problém)	5 (nepřekonatelný problém)
1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života	1	1	1,93	1,12	124 51,9%	39 16,3%	49 20,5%	23 9,6%	4 1,7%
2. Neschopnost obsloužit samostatně mé tělesné funkce	1	1	1,92	1,11	121 50,6%	49 20,5%	42 17,6%	22 9,2%	5 2,1%
3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků	2	2	2,23	0,99	66 27,7%	78 32,8%	70 29,4%	21 8,8%	3 1,3%
4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní	1	1	1,46	0,74	161 67,4%	51 21,3%	23 9,6%	4 1,7%	
5. Pocit deprese	1	1	1,52	0,87	162 67,8%	40 16,7%	27 11,3%	9 3,8%	1 0,4%
6. Pocit úzkosti	1	1	1,75	0,89	120 50,4%	67 28,2%	41 17,2%	10 4,2%	
7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby	1	1	1,60	0,81	138 57,7%	63 26,4%	34 14,2%	3 1,3%	1 0,4%
8. Obavy o mou budoucnost	1	1	1,62	0,89	148 61,9%	45 18,8%	36 15,1%	10 4,2%	
9. Neschopnost jasně myslet	1	1	1,07	0,29	224 93,7%	13 5,4%	2 0,8%		
10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách	2	2	2,16	1,03	75 31,4%	83 34,7%	51 21,3%	27 11,3%	3 1,3%
11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)	1	1	1,67	0,96	144 60,3%	46 19,2%	33 13,8%	15 6,3%	1 0,4%
12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený	1	1	1,44	0,81	171 71,5%	44 18,4%	12 5,0%	12 5,0%	
13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležitou roli	1	1	1,41	0,78	176 73,6%	35 14,6%	20 8,4%	8 3,3%	
14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl	1	1	1,20	0,59	208 87,0%	19 7,9%	7 2,9%	5 2,1%	
15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým	1	1	1,29	0,65	191 79,9%	30 12,6%	14 5,9%	4 1,7%	
16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“	1	1	1,36	0,71	180 75,3%	36 15,1%	18 7,5%	5 2,1%	
17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl	1	1	1,10	0,38	222 92,9%	12 5,0%	4 1,7%	1 0,4%	
18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní	1	1	1,38	0,67	172 72,0%	47 19,7%	17 7,1%	3 1,3%	
19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem	1	1	1,43	0,78	169 70,7%	47 19,7%	13 5,4%	10 4,2%	
20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily mé soukromí	2	1	2,04	1,03	97 40,6%	59 24,7%	61 25,5%	21 8,8%	1 0,4%
21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny	1	1	1,15	0,45	211 88,3%	21 8,8%	6 2,5%	1 0,4%	
22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu	1	1	1,01	0,11	236 98,7%	3 1,3%			
23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší	1	1	1,36	0,60	165 69,0%	63 26,4%	9 3,8%	2 0,8%	
24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou	1	1	1,28	0,59	185 77,4%	45 18,8%	6 2,5%	2 0,8%	1 0,4%
25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých	1	1	1,10	0,33	216 90,4%	21 8,8%	2 0,8%		

Komentář k tabulce 5:

Nejlepší hodnocení bylo u otázky č. 22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu (průměrná hodnota 1,01; 236 respondentů uvedlo odpověď „není problém“ a pouze 3 respondenti odpověděli „menší problém“). Naopak nejhůře hodnotí pacienti otázku č. 3 - Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (průměrná hodnota 2,23)

4.3 Ověřování platnosti hypotéz

Hypotéza H₀₁:

- 1 H₀: Neexistuje závislost mezi věkem seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.
- 1 H_A: Existuje závislost mezi věkem seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Hypotéza byla ověřena výpočtem Spearmanových korelačních koeficientů. Korelační analýza prokázala statisticky významnou slabou pozitivní korelaci mezi otázkami č. 1.: Neschopnost vykonávat úkony každodenního života ($r = 0,200, p = 0,002$), č. 2.: Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce ($r = 0,190, p = 0,003$), č. 12.: Pocit, že nejsem užitečný ani vážený ($r = 0,180, p = 0,005$), č. 19.: Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem ($r = 0,127, p = 0,049$), č. 23.: Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší ($r = 0,172, p = 0,008$) a č. 25.: Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých ($r = 0,138, p = 0,032$). U těchto otázek bylo prokázáno, že starší senioři hodnotí svou důstojnost hůře než mladší pacienti. U ostatních otázek statisticky významná závislost prokázána nebyla.

Nulovou hypotézu H₀₁ můžeme zamítnout. V tabulce jsou uvedeny přesné hodnoty korelačních koeficientů a příslušné hodnoty statistické významnosti (p).

Tabulka 6: Tabulka korelačních koeficientů. Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na věku.

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života	Korelační koeficient	0,200
	p	0,002
2. Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce	Korelační koeficient	0,190
	p	0,003
3. Pocitování fyzicky nepříjemných příznaků	Korelační koeficient	0,008
	p	0,908
4. Pocit, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní	Korelační koeficient	0,094
	p	0,146
5. Pocit deprese	Korelační koeficient	-0,121
	p	0,061
6. Pocit úzkosti	Korelační koeficient	-0,016

	<i>p</i>	0,806
7. Pocit nejistoty ohledně mé nemoci a léčby	Korelační koeficient	-0,008
	<i>p</i>	0,900
8. Obavy o mou budoucnost	Korelační koeficient	-0,114
	<i>p</i>	0,079
9. Neschopnost jasně myslet	Korelační koeficient	0,023
	<i>p</i>	0,719
10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách	Korelační koeficient	-0,050
	<i>p</i>	0,442
11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval/a	Korelační koeficient	-0,041
	<i>p</i>	0,531
12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený	Korelační koeficient	0,180
	<i>p</i>	0,005
13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role	Korelační koeficient	0,074
	<i>p</i>	0,257
14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl	Korelační koeficient	-0,036
	<i>p</i>	0,583
15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým	Korelační koeficient	0,075
	<i>p</i>	0,249
16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“	Korelační koeficient	-0,012
	<i>p</i>	0,858
17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl	Korelační koeficient	-0,008
	<i>p</i>	0,901
18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní	Korelační koeficient	0,092
	<i>p</i>	0,154
19. Pocit, že nemám kontrolu nad svým životem	Korelační koeficient	0,127
	<i>p</i>	0,049
20. Pocit, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí	Korelační koeficient	0,045
	<i>p</i>	0,485
21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny	Korelační koeficient	0,091
	<i>p</i>	0,159
22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu	Korelační koeficient	0,106
	<i>p</i>	0,101
23. Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší	Korelační koeficient	0,172
	<i>p</i>	0,008
24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou	Korelační koeficient	0,092
	<i>p</i>	0,157
25. Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých	Korelační koeficient	0,138
	<i>p</i>	0,032

Hypotéza H₀₂:

2 H₀: Neexistuje závislost mezi pohlavím seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

2 H_A: Existuje závislost mezi pohlavím seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Hypotéza byla ověřena porovnáním hodnocení jednotlivých otázek u mužů a žen pomocí Mann-Whitney *U*-testu. Tímto testem bylo prokázáno, že muži statisticky významně lépe hodnotí svou důstojnost u otázky č. 1.: Neschopnost vykonávat úkony každodenního života ($p = 0,003$) a č. 2.: Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce ($p = 0,009$). U obou otázek byla průměrná hodnota u mužů 1,7 a u žen 2,1. U ostatních otázek statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami pozorovány nebyly.

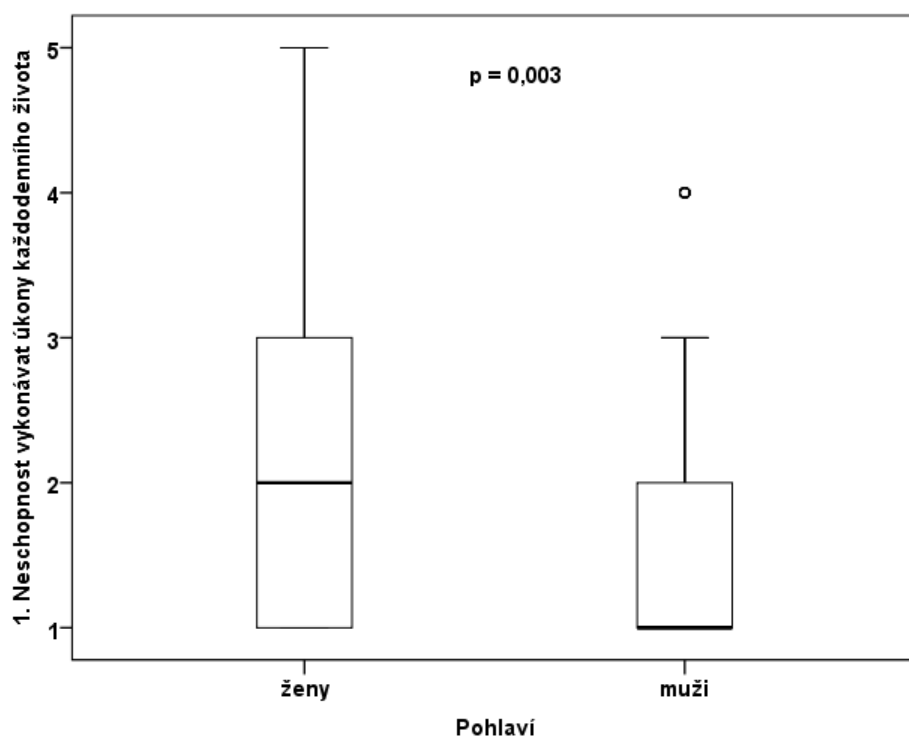
Nulovou hypotézu H₀₂ můžeme zamítnout. (Nulovou hypotézu H₀₂ můžeme zamítnout pro položky 1 a 2. U ostatních otázek hypotézu nezamítáme.)

Výsledky jsou shrnuty do tabulky 8, ve které je uvedena průměrná hodnota se směrodatnou odchylkou a hodnota mediánu hodnocení dané otázky u žen a mužů. Rozložení hodnocení otázek, u nichž byly pozorovány významné rozdíly mezi muži a ženami, bylo znázorněno krabicovými grafy (Obrázek 5). Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Anténky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud byly v souboru nalezeny odlehlé a extrémní hodnoty jsou zakresleny kroužky a hvězdičkami.

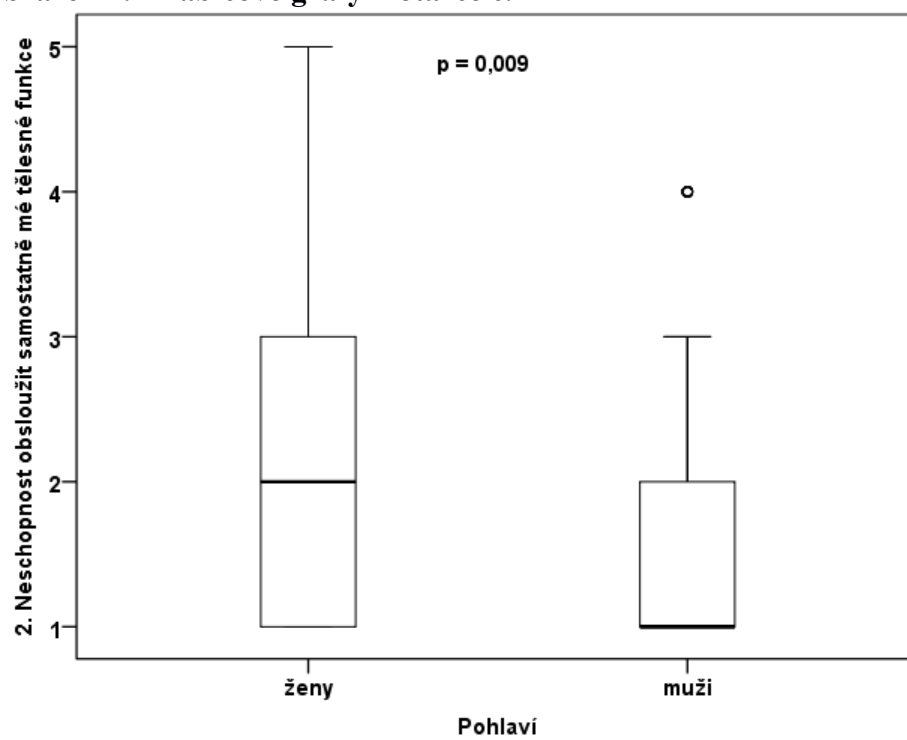
Tabulka 7: Průměrná hodnota se směrodatnou odchylkou a hodnota mediánu. Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na pohlaví.

	Pohlaví						<i>p</i> (Mann-Whitney <i>U</i> -test)
	ženy (<i>n</i> = 144)			muži (<i>n</i> = 95)			
	Průměr	SD	Medián	Průměr	SD	Medián	
Otázka 1	2,1	1,1	2	1,7	1,0	1	0,003
Otázka 2	2,1	1,1	2	1,7	1,0	1	0,009
Otázka 3	2,3	1,0	2	2,1	1,0	2	0,272
Otázka 4	1,5	0,8	1	1,4	0,7	1	0,121
Otázka 5	1,5	0,9	1	1,5	0,8	1	0,903
Otázka 6	1,8	0,9	2	1,6	0,8	1	0,070
Otázka 7	1,6	0,8	1	1,6	0,8	1	0,473
Otázka 8	1,7	0,9	1	1,5	0,9	1	0,154
Otázka 9	1,1	0,2	1	1,1	0,4	1	0,548
Otázka 10	2,2	1,0	2	2,1	1,1	2	0,618
Otázka 11	1,7	0,9	1	1,6	1,0	1	0,179
Otázka 12	1,5	0,8	1	1,4	0,8	1	0,552
Otázka 13	1,4	0,8	1	1,4	0,8	1	0,173
Otázka 14	1,2	0,6	1	1,2	0,6	1	0,381
Otázka 15	1,3	0,6	1	1,3	0,7	1	0,689
Otázka 16	1,3	0,6	1	1,5	0,9	1	0,399
Otázka 17	1,1	0,4	1	1,1	0,3	1	0,933
Otázka 18	1,4	0,7	1	1,4	0,7	1	0,716
Otázka 19	1,4	0,7	1	1,4	0,9	1	0,290
Otázka 20	2,1	1,0	2	2,0	1,0	2	0,354
Otázka 21	1,1	0,3	1	1,2	0,6	1	0,368
Otázka 22	1,0	0,1	1	1,0	0,0	1	0,158
Otázka 23	1,4	0,6	1	1,3	0,6	1	0,300
Otázka 24	1,3	0,5	1	1,3	0,7	1	0,694
Otázka 25	1,1	0,3	1	1,1	0,4	1	0,991

Obrázek 1: Krabicové grafy k otázce č. 1



Obrázek 2: Krabicové grafy k otázce č. 2



Hypotéza H₀₃:

3 H₀: Neexistuje závislost mezi vzděláním seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

3 H_A: Existuje závislost mezi vzděláním seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Hypotéza byla ověřena porovnáním hodnocení jednotlivých otázek u respondentů se základním vzděláním, vyučených, se středoškolským a vysokoškolským vzděláním pomocí Kruskal-Wallisova testu. Pokud byl výsledek statisticky významný, byly následně provedeny post hoc testy mnohonásobného porovnání pomocí Mann-Whitney *U*-testů s Bonferroniho korekcí. Rozložení hodnocení otázek, u kterých byly pozorovány významné rozdíly, bylo znázorněno krabicovými grafy. Pod grafy jsou uvedeny výsledky post hoc testů. Žlutě označené hodnoty signifikance jsou významné na hladině 0,05, oranžově označené jsou významné na hladině 0,01.

Kruskal-Wallisovým testem byla prokázána souvislost mezi vzděláním a hodnocením důstojnosti u otázek č. 5.: Pocit deprese, č. 8.: Obavy o mou budoucnost, č. 16.: Pocit, že mám „nedokončenou práci“ a č. 25.: Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých. U ostatních otázek významné rozdíly prokázány nebyly.

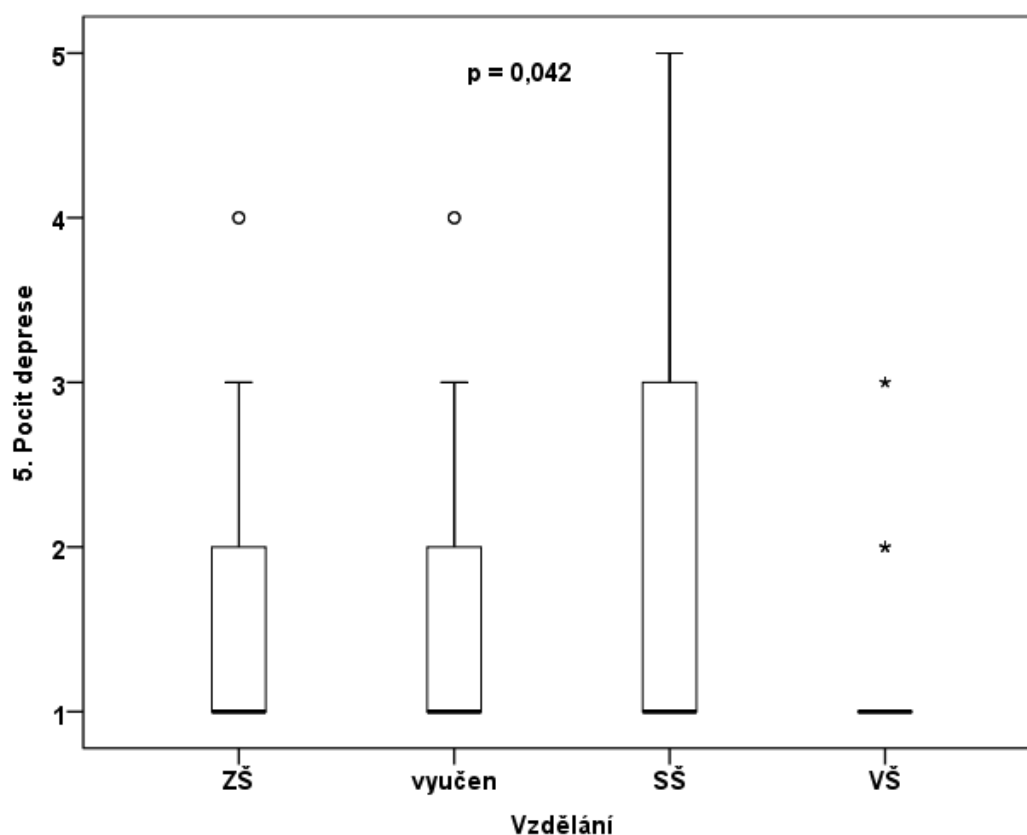
Nulovou hypotézu H₀₃ můžeme zamítnout.

Výsledky jsou shrnuty do tabulky, ve které je uvedena průměrná hodnota se směrodatnou odchylkou dané otázky u skupin pacientů rozdělených dle vzdělání.

Tabulka 8: Vzdělání respondentů. Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na vzdělání.

	Vzdělání				<i>p</i> (Kruskal-Wallis test)				
	ZŠ (<i>n</i> = 39)		vyučen (<i>n</i> = 99)		SŠ (<i>n</i> = 79)		VŠ (<i>n</i> = 22)		
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD	
Otázka 1	1,9	1,2	1,9	1,1	2,0	1,2	1,7	1,0	0,845
Otázka 2	1,9	1,1	1,9	1,1	2,0	1,1	1,8	1,0	0,951
Otázka 3	2,2	0,8	2,1	1,0	2,4	1,1	2,3	1,1	0,559
Otázka 4	1,5	0,8	1,3	0,7	1,6	0,8	1,5	0,8	0,080
Otázka 5	1,5	0,9	1,4	0,7	1,8	1,1	1,3	0,6	0,042
Otázka 6	1,7	1,0	1,7	0,9	1,9	0,9	1,7	0,8	0,501
Otázka 7	1,7	0,9	1,5	0,7	1,7	0,9	1,4	0,7	0,292
Otázka 8	1,6	0,9	1,5	0,7	1,9	1,0	1,4	0,7	0,026
Otázka 9	1,1	0,4	1,0	0,2	1,1	0,3	1,1	0,3	0,675
Otázka 10	2,2	1,0	2,1	0,9	2,3	1,2	1,9	0,9	0,420
Otázka 11	1,8	1,0	1,5	0,8	1,8	1,1	1,5	0,9	0,122
Otázka 12	1,6	0,8	1,3	0,7	1,5	0,9	1,5	1,0	0,180
Otázka 13	1,5	0,9	1,3	0,7	1,5	0,9	1,3	0,6	0,568
Otázka 14	1,3	0,8	1,2	0,5	1,2	0,7	1,1	0,4	0,973
Otázka 15	1,3	0,7	1,2	0,5	1,4	0,8	1,3	0,8	0,335
Otázka 16	1,2	0,5	1,3	0,6	1,6	0,9	1,2	0,5	0,029
Otázka 17	1,1	0,3	1,1	0,3	1,2	0,5	1,0	0,0	0,382
Otázka 18	1,5	0,8	1,3	0,6	1,4	0,7	1,2	0,5	0,332
Otázka 19	1,6	0,9	1,4	0,7	1,5	0,9	1,1	0,3	0,117
Otázka 20	2,3	1,1	1,9	1,0	2,1	1,1	1,9	0,9	0,293
Otázka 21	1,3	0,6	1,2	0,5	1,1	0,3	1,0	0,2	0,048
Otázka 22	1,1	0,2	1,0	0,1	1,0	0,0	1,0	0,0	0,110
Otázka 23	1,6	0,8	1,3	0,5	1,4	0,6	1,3	0,7	0,156
Otázka 24	1,4	0,6	1,3	0,6	1,3	0,7	1,1	0,4	0,249
Otázka 25	1,2	0,4	1,1	0,4	1,0	0,2	1,0	0,0	0,001

Obrázek 3: Krabicové grafy k otázce č. 5



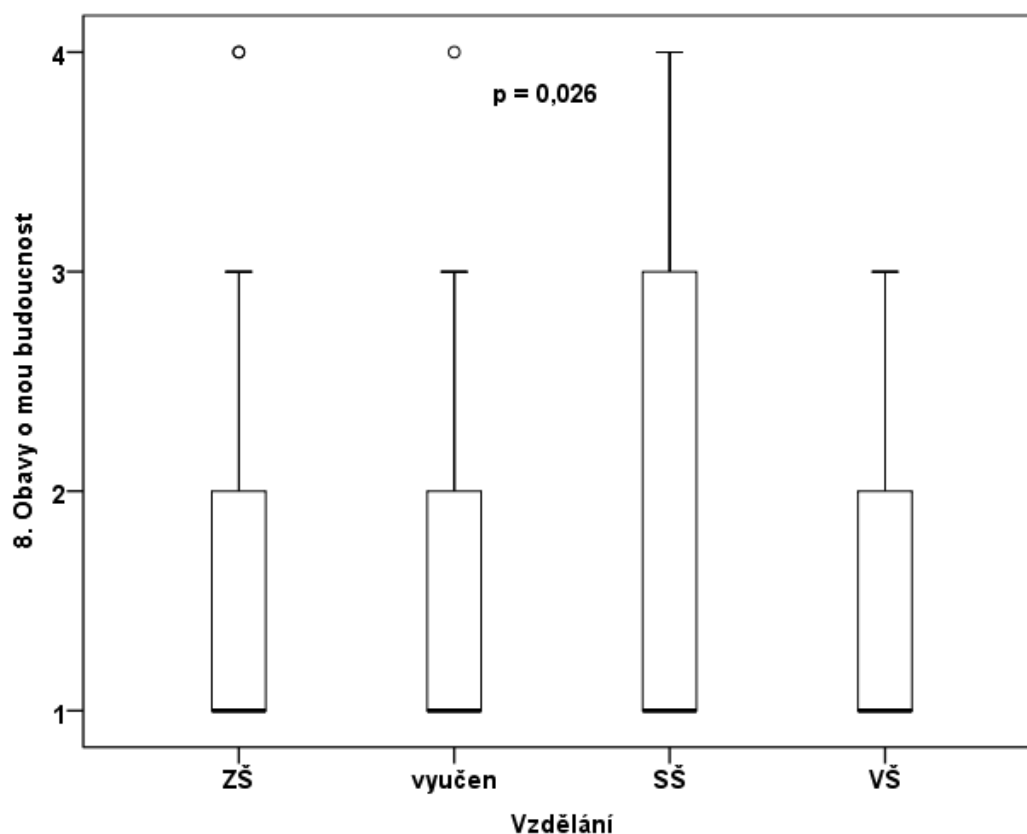
Tabulka 9: Tabulka k otázce č. 5

		KW Post Hoc Statistics
		U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
vzdělání	ZŠ:vyučen	1
	ZŠ:SŠ	1
	ZŠ:VŠ	1
	vyučen:SŠ	,053
	vyučen:VŠ	1
	SŠ:VŠ	,395

Podrobnější analýzou pomocí testů mnohonásobného porovnání nebyla prokázána závislost hodnocení otázky č. 5 na vzdělání (hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu byla hraniční – $p = 0,042$). Pouze mezi vyučenými respondenty a respondenty se střední

školou byl pozorován rozdíl, jehož signifikance je blízka hranici 0,05 ($p = 0,053$). Respondenti se střední školou hodnotí pocit deprese hůře (průměrná hodnota 1,8) než vyučení (průměrná hodnota 1,4).

Obrázek 4: Krabicové grafy k otázce č. 8

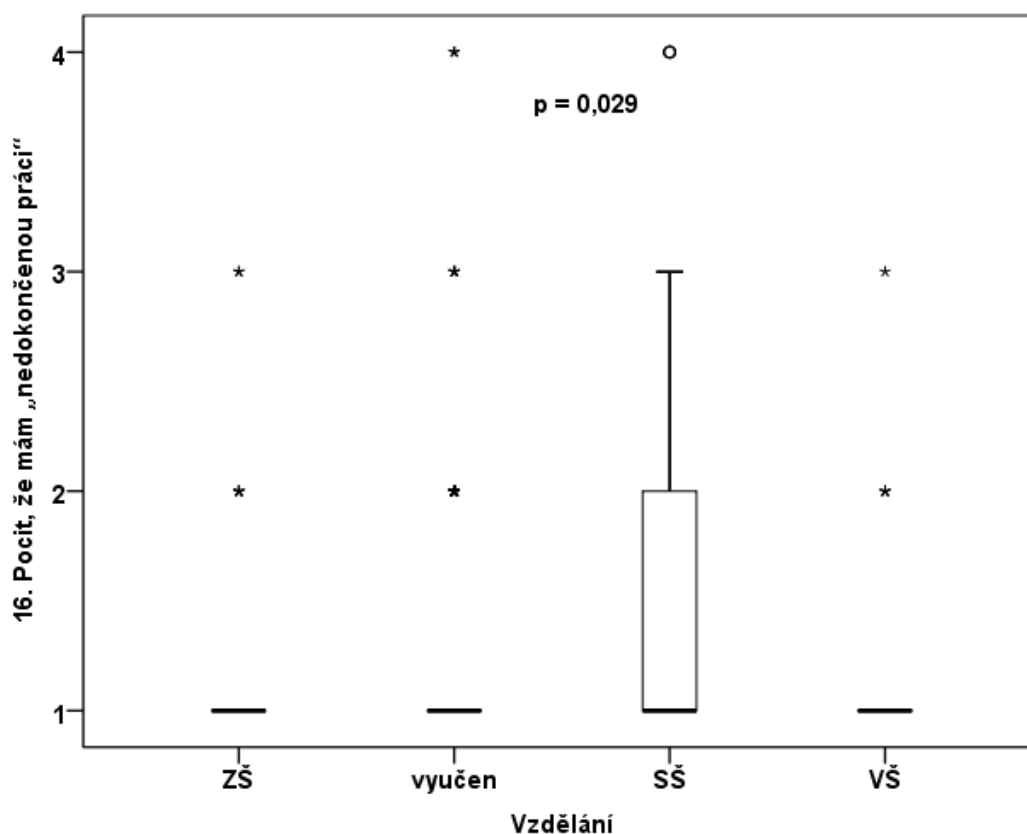


Tabulka 10: Tabulka k otázce č. 8

vzdělání	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
ZŠ:vyučen	1
ZŠ:SŠ	1
ZŠ:VŠ	1
vyučen:SŠ	,037
vyučen:VŠ	1
SŠ:VŠ	,253

Testy mnohonásobného porovnání prokázaly, že senioři se středoškolským vzděláním hodnotí obavy o budoucnost hůře (průměrná hodnota 1,9) než senioři vyučení (průměrná hodnota 1,5), $p = 0,037$. Mezi ostatními skupinami statisticky významné rozdíly pozorovány nebyly.

Obrázek 5 : Krabicové grafy k otázce č. 16

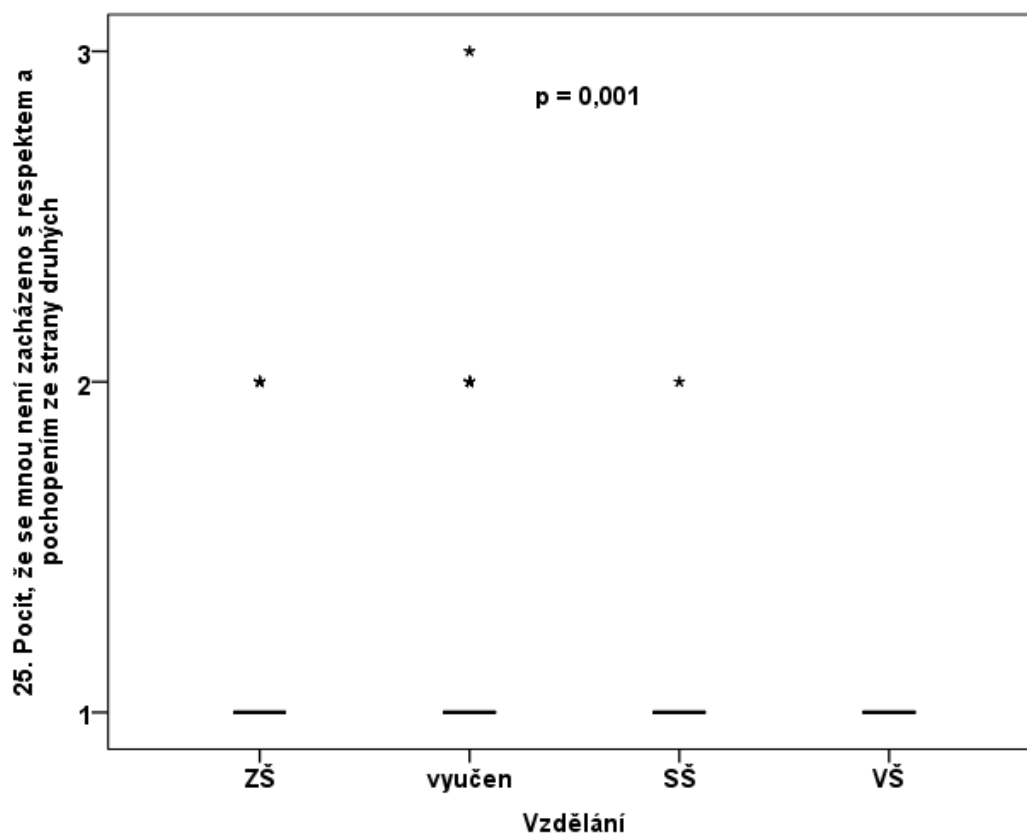


Tabulka 11: Tabulka k otázce č. 16

vzdělání	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
ZŠ:vyučen	1
ZŠ:SŠ	,115
ZŠ:VŠ	1
vyučen:SŠ	,130
vyučen:VŠ	1
SŠ:VŠ	,584

Podrobnější analýzou pomocí testů mnohonásobného porovnání nebyla prokázána závislost hodnocení otázky č. 16 na vzdělání (hodnota signifikance Kruskal-Wallisova testu byla hraniční $p = 0,029$).

Obrázek 6: Krabicové grafy k otázce č. 25



Tabulka 12: Tabulka k otázce č. 25

	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
vzdělání	
ZŠ:vyučen	,745
ZŠ:SŠ	,002
ZŠ:VŠ	,093
vyučen:SŠ	,108
vyučen:VŠ	,521
SŠ:VŠ	1

Mnohonásobné porovnání prokázalo významný rozdíl jen mezi respondenty se středoškolským a základním vzděláním ($p = 0,002$). Středoškoláci uvádějí lepší hodnocení (průměrná hodnota 1,0) než pacienti se základním vzděláním (průměrná hodnota 1,2).

Hypotéza H₀₄:

4 H₀: Neexistuje závislost mezi sociální situací seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

4 H_A: Existuje závislost mezi sociální situací seniora a jeho hodnocením oblastí souvisejících s důstojností.

Hypotéza byla ověřena obdobným způsobem jako hypotéza H₀₃. Porovnáním hodnocení jednotlivých otázek u respondentů, kteří žijí s partnerem, s dalšími příbuznými, sami, nebo kteří žijí v domovech pro seniory, bylo opět provedeno pomocí Kruskal-Wallisova testu. Pokud byl výsledek statisticky významný, byly následně provedeny post hoc testy mnohonásobného porovnání pomocí Mann-WhitneyU-testů s Bonferroniho korekcí. Rozložení hodnocení otázek, u kterých byly pozorovány významné rozdíly, bylo znázorněno krabicovými grafy. Pod grafy jsou uvedeny výsledky post hoc testů. Kruskal-Wallisovým testem byla prokázána závislost hodnocení otázek č. 1.: Neschopnost vykonávat úkony každodenního života, č. 2.: Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce, č. 12.: Pocit, že nejsem užitečný ani vážený, č. 13.: Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role, č. 23.: Pocit, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší a č. 25.: Pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých na vzdělání pacientů. U ostatních otázek významné rozdíly prokázány nebyly.

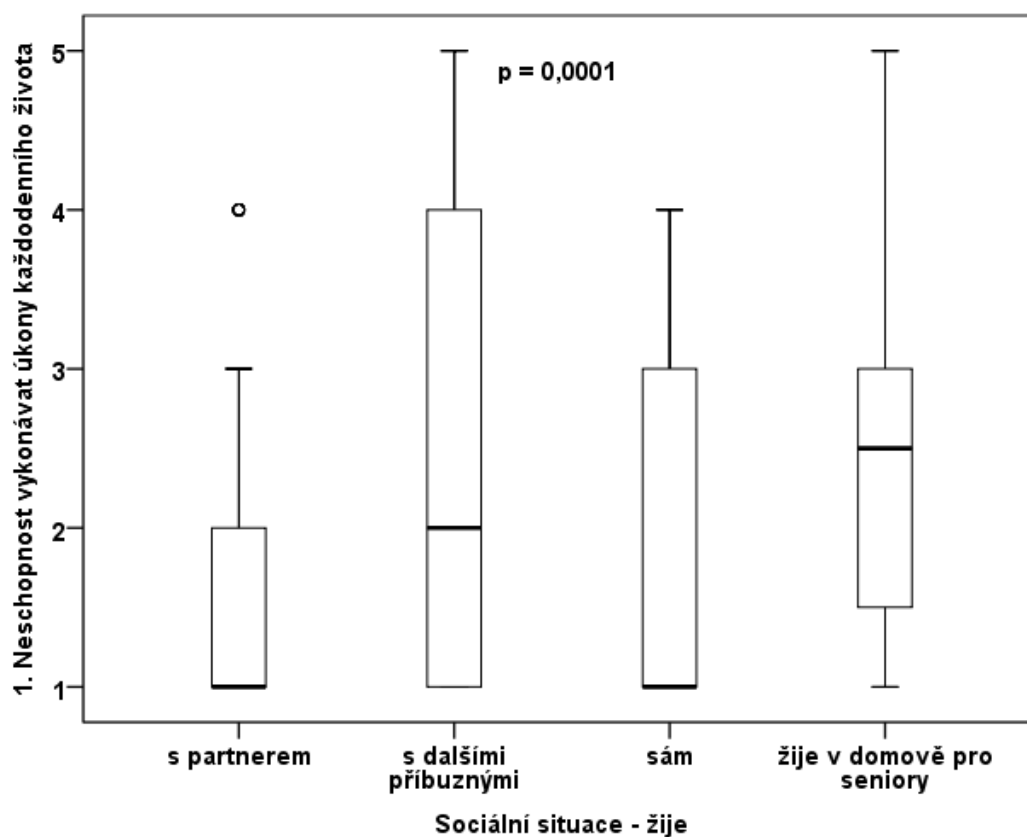
Nulovou hypotézu H₀₄ můžeme zamítnout.

Výsledky jsou shrnuty do tabulky, ve které je uvedena průměrná hodnota se směrodatnou odchylkou dané otázky u skupin pacientů rozdělených dle sociální situace.

Tabulka 13: Sociální situace. Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na sociální situaci

	Sociální situace								p (Kruskal-Wallis test)
	žije s partnerem (n = 93)		žije s dalšími příbuznými (n = 26)		žije sám (n = 80)		žije v domově pro seniory (n = 40)		
	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD	Průměr	SD	
Otázka 1	1,6	1,0	2,5	1,4	2,0	1,1	2,3	0,9	0,0001
Otázka 2	1,6	1,0	2,5	1,5	1,9	1,1	2,3	0,9	<0,0001
Otázka 3	2,1	1,0	2,4	1,2	2,3	1,0	2,3	0,9	0,487
Otázka 4	1,4	0,6	1,4	0,8	1,5	0,8	1,7	0,7	0,110
Otázka 5	1,6	1,0	1,5	0,8	1,6	0,9	1,3	0,5	0,692
Otázka 6	1,8	0,9	1,8	0,9	1,6	0,9	1,8	0,8	0,317
Otázka 7	1,5	0,8	1,8	1,1	1,6	0,8	1,7	0,7	0,508
Otázka 8	1,6	0,9	1,8	1,0	1,6	0,9	1,5	0,7	0,723
Otázka 9	1,1	0,4	1,2	0,4	1,0	0,2	1,0	0,0	0,046
Otázka 10	2,1	1,1	2,5	1,3	2,2	1,0	2,1	0,7	0,337
Otázka 11	1,7	1,1	1,9	1,0	1,6	0,9	1,6	0,7	0,389
Otázka 12	1,3	0,7	1,6	1,0	1,3	0,7	1,8	0,8	<0,0001
Otázka 13	1,3	0,7	1,5	1,0	1,3	0,7	1,8	0,8	0,0002
Otázka 14	1,2	0,6	1,2	0,6	1,2	0,6	1,2	0,5	0,745
Otázka 15	1,2	0,6	1,3	0,7	1,3	0,7	1,5	0,6	0,031
Otázka 16	1,4	0,8	1,2	0,5	1,3	0,6	1,5	0,7	0,057
Otázka 17	1,1	0,3	1,0	0,2	1,2	0,5	1,0	0,2	0,129
Otázka 18	1,3	0,7	1,4	0,7	1,4	0,7	1,5	0,6	0,163
Otázka 19	1,4	0,8	1,6	0,9	1,4	0,8	1,5	0,6	0,100
Otázka 20	1,9	1,1	2,1	1,0	2,2	1,0	2,1	0,9	0,257
Otázka 21	1,1	0,3	1,1	0,3	1,3	0,6	1,2	0,4	0,045
Otázka 22	1,0	0,0	1,0	0,0	1,0	0,0	1,1	0,3	0,002
Otázka 23	1,2	0,5	1,3	0,5	1,4	0,6	1,7	0,6	0,0001
Otázka 24	1,3	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	1,5	0,6	0,006
Otázka 25	1,0	0,1	1,1	0,3	1,1	0,3	1,4	0,5	<0,0001

Obrázek 7: Krabicový graf k otázce č. 1

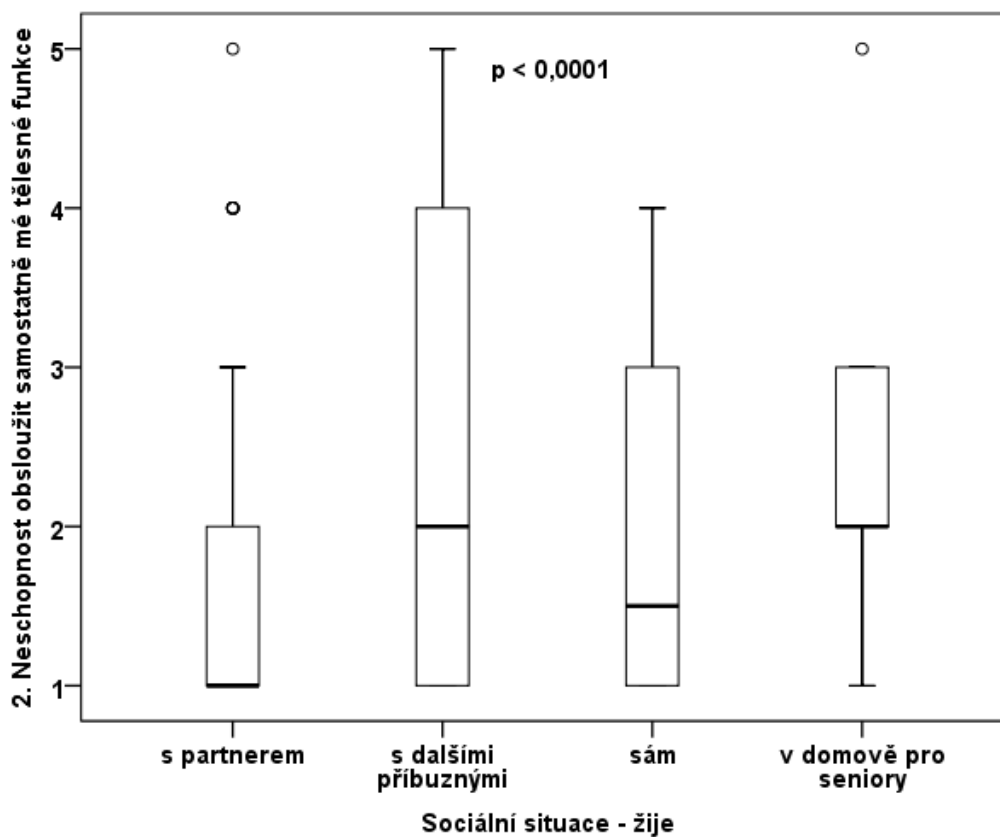


Tabulka 14: Tabulka k otázce č. 1

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	,004
žije s partnerem:žije sám	,118
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	,0002
žije s dalšími příbuznými:žije sám	,447
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	1
žije sám:žije v domově pro seniory	,298

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící s partnerem mají významně lepší hodnocení (průměrná hodnota 1,6) než senioři žijící s dalšími příbuznými (průměrná hodnota 2,5; $p = 0,004$) nebo senioři žijící v domově pro seniory (průměrná hodnota 2,3; $p = 0,0002$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

Obrázek 8: Krabicový graf k otázce č. 2



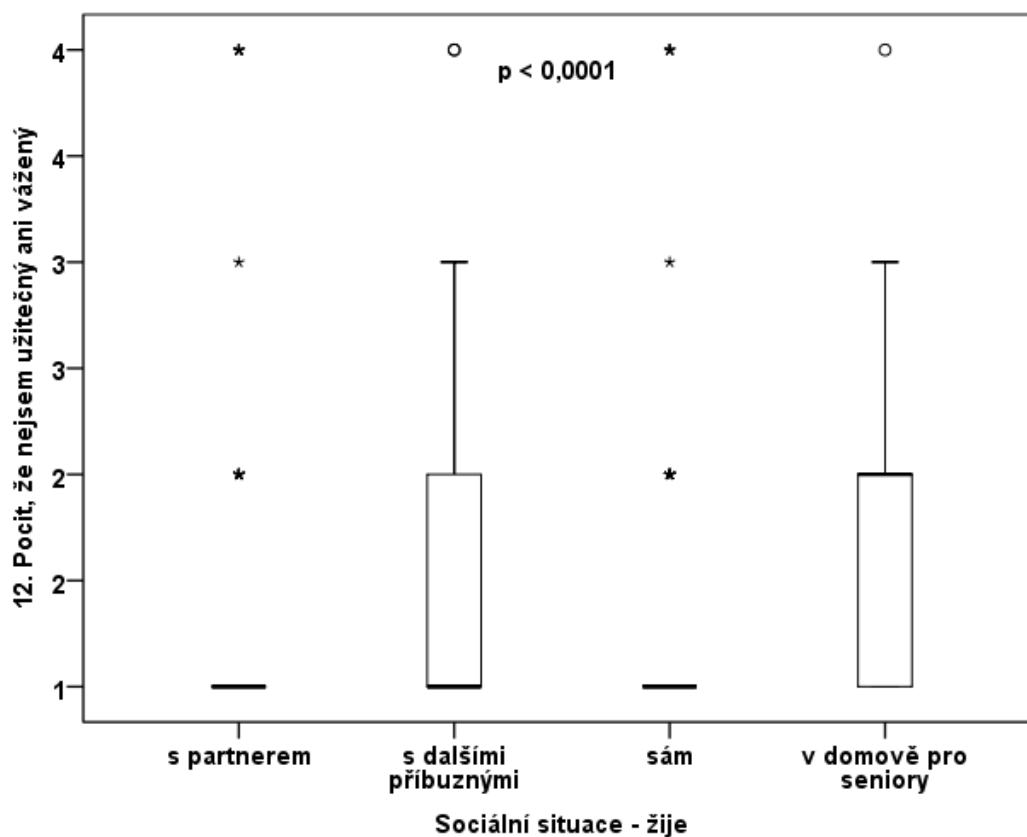
Tabulka 15: Tabulka k otázce č. 2

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	,008
žije s partnerem:žije sám	,103
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	<0,0001
žije s dalšími příbuznými:žije sám	,564
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	1
žije sám:žije v domově pro seniory	,189

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící s partnerem mají významně lepší hodnocení (průměrná hodnota 1,6) než senioři žijící s dalšími příbuznými (průměrná hodnota

2,5; $p = 0,008$) nebo senioři žijící v domově pro seniory (průměrná hodnota 2,3; $p < 0,0001$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

Obrázek 9: Krabicový graf k otázce č. 12



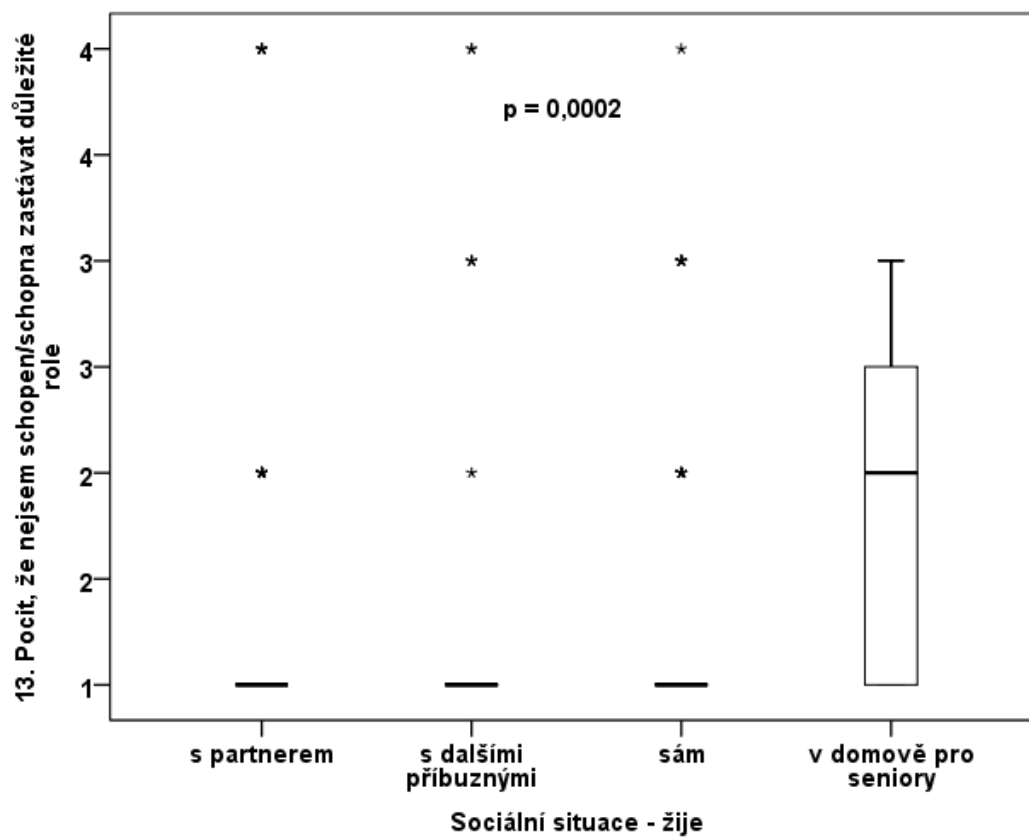
Tabulka 16: Tabulka k otázce č. 12

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	,758
žije s partnerem:žije sám	1
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	<0,0001
žije s dalšími příbuznými:žije sám	1
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	,620
žije sám:žije v domově pro seniory	,0002

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící v domově pro seniory mají významně horší hodnocení (průměrná hodnota 1,8) než senioři žijící s partnerem (průměrné

hodnocení 1,3; $p < 0,0001$) nebo senioři, kteří žijí sami (průměrné hodnocení 1,3; $p = 0,0002$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

Obrázek 10 : Krabicový graf k otázce č. 13

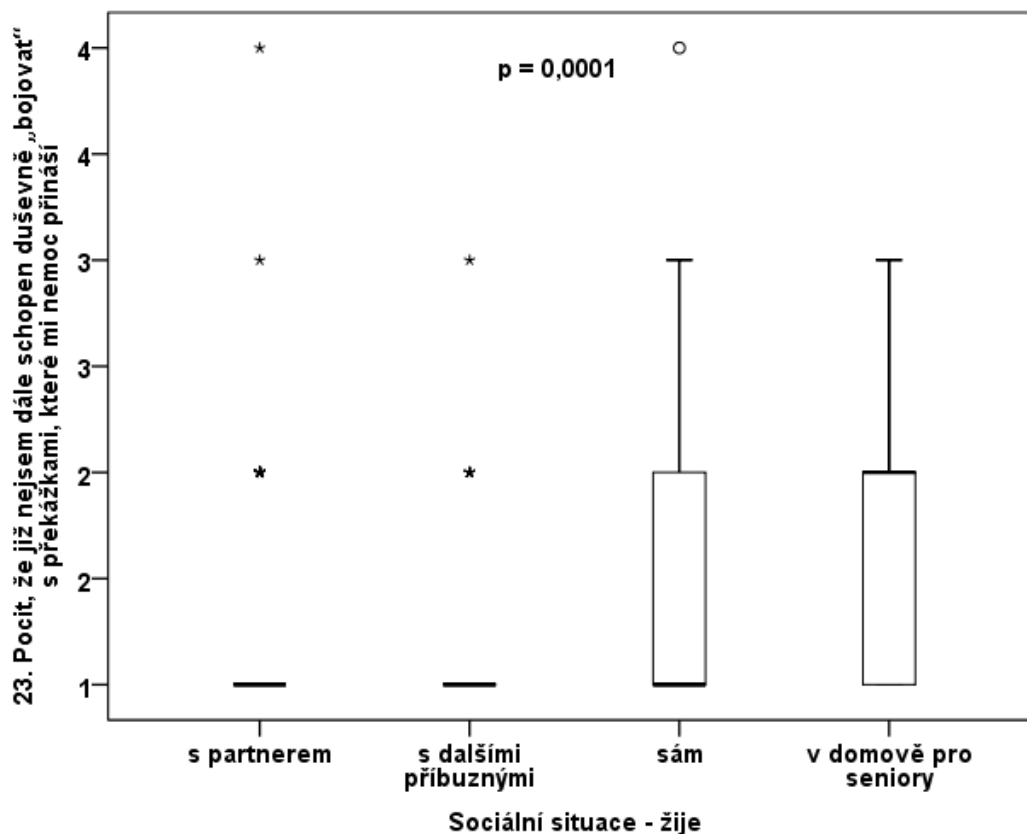


Tabulka 17: Tabulka k otázce č. 13

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	1
žije s partnerem:žije sám	1
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	,0001
žije s dalšími příbuznými:žije sám	1
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	,322
žije sám:žije v domově pro seniory	,003

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící v domově pro seniory mají významně horší hodnocení (průměrná hodnota 1,8) než senioři žijící s partnerem (průměrné hodnocení 1,3; $p = 0,0001$) nebo senioři, kteří žijí sami (průměrné hodnocení 1,3; $p = 0,003$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

Obrázek 11: Krabicový graf k otázce č. 23

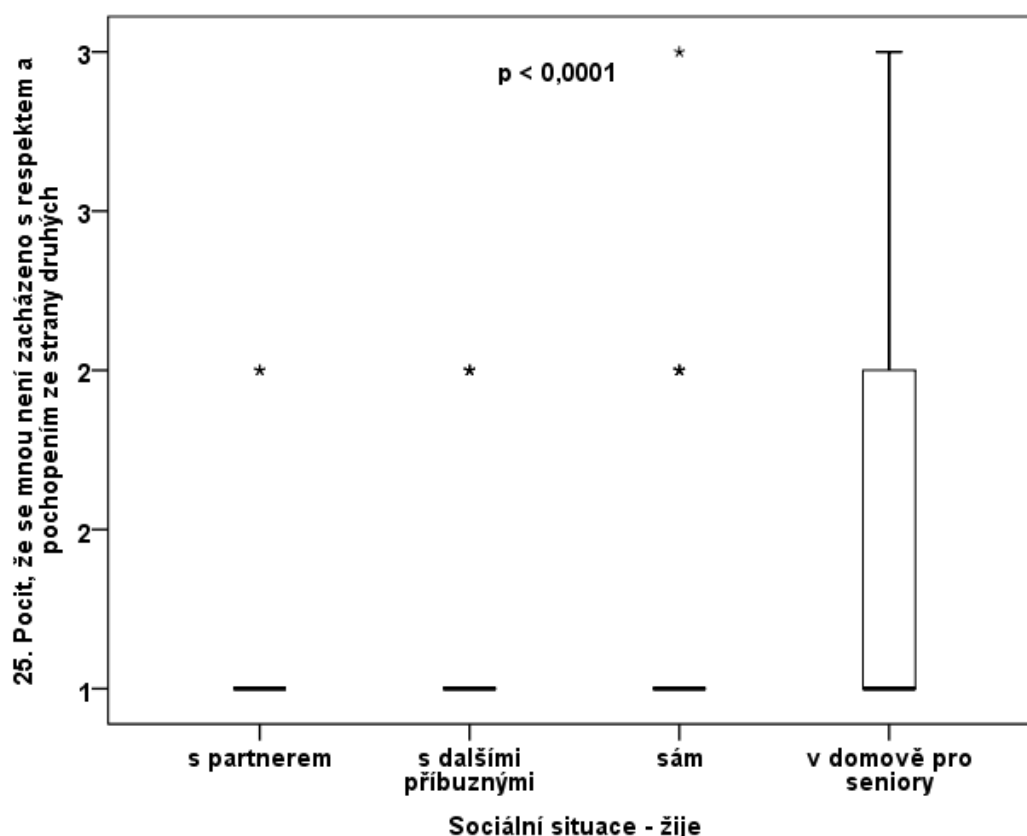


Tabulka 18: Tabulka k otázce č. 23

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	1
žije s partnerem:žije sám	1
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	<0,0001
žije s dalšími příbuznými:žije sám	1
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	,026
žije sám:žije v domově pro seniory	,012

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící v domově pro seniory mají významně horší hodnocení (průměrná hodnota 1,7) než senioři žijící s partnerem (průměrná hodnota 1,2; $p < 0,0001$), s dalšími příbuznými (průměrná hodnota 1,3; $p = 0,026$) nebo senioři, kteří žijí sami (průměrná hodnota 1,4; $p = 0,012$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

Obrázek 12: Krabicový graf k otázce č. 25



Tabulka 19: Tabulka k otázce č.25

soc.situace	KW Post Hoc Statistics
	U Test Asymp. Sig (Bonferroni)
žije s partnerem:žije s dalšími příbuznými	,214
žije s partnerem:žije sám	1
žije s partnerem:žije v domově pro seniory	<0,0001
žije s dalšími příbuznými:žije sám	1
žije s dalšími příbuznými:žije v domově pro seniory	,308
žije sám:žije v domově pro seniory	,001

Mnohonásobné porovnání prokázalo, že senioři žijící v domově pro seniory mají významně horší hodnocení (průměrná hodnota 1,4) než senioři žijící s partnerem (průměrná hodnota 1,0; $p < 0,0001$) nebo senioři, kteří žijí sami (průměrná hodnota 1,1; $p = 0,001$). Mezi ostatními skupinami významné rozdíly prokázány nebyly.

DISKUSE

Diplomová práce se věnuje důstojnosti života u seniorů s využitím dotazníku PDI od profesora Chochinova. Teoretická část je zaměřena na poznatky týkající se důstojnosti, která definuje důstojnost jako pojem, jenž má svůj vývoj a historii v každé době. Zaměřuje se na faktory, které mohou lidskou důstojnost poškodit nebo narušit, a to ve studiích, které informují, jak je důstojnost u starých lidí podceňována a narušena v různých typech institucionální péče.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 239 respondentů, 144 (60,3 %) žen a 95 (39,7 %) mužů. Věkové rozmezí respondentů bylo 60 až 96 let. Průměrná hodnota věku byla 72 let. Nejvíce respondentů 99 (41,4 %) bylo vyučených, pouze základní vzdělání mělo 39 (16,3 %) respondentů, středoškolské 79 (33,1 %) a vysokoškolského vzdělání dosáhlo 22 (9,2 %) respondentů. Celkem 93 (38,9 %) respondentů žije s partnerem, 26 (10,9 %) žije s dalšími příbuznými, 80 (33,5 %) respondentů žije samo a 40 (16,7 %) respondentů žije v domově pro seniory. Více jak polovina respondentů 136 (56,9 %) měla onkologické onemocnění.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí oblasti definované v dotazníku PDI, které mohou ohrožovat jejich osobní důstojnost. Bylo zjištěno, že tyto oblasti jsou ovlivňovány, věkem, pohlavím, dosaženým vzděláním a sociální situací seniorů.

První hypotézou týkající se zachování důstojnosti ve vztahu k věku seniora, bylo zjištěno, že čím starší je člověk, tím hůře hodnotí svou důstojnost. A to zejména v oblastech *neschopnost vykonávat úkony každodenního života, neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce, pocit že nemám kontrolu nad svým životem, pocit že již nejsem dále schopen duševně bojovat s překážkami, které mi nemoc přináší a také pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých*. Zahraniční studie také uvádějí, že starší lidé jsou podhodnoceni a je na ně nahlíženo jako na lidi s fyzickým a duševním úpadkem, chudobou a závislostí na jiných osobách. Příčinou je nedostatek finančních zdrojů u starších lidí, kteří jsou často podporováni rodinnými příslušníky, anebo jsou nuceni pracovat i přes nepřízeň zdravotního stavu, aby byly schopni zajistit základní potřeby jako je strava, bydlení pro zachování základních potřeb lidské důstojnosti (Shahid, 2014, s. 455 - 471). Ve studii, která proběhla v letech 2009 – 2012 v Kanadě a do výzkumného vzorku byli zařazeni křehcí senioři, bylo zjištěno, že ztráta důstojnost u seniorů je způsobená z obav z budoucnosti a také tím, že necítí podporu rodinných příslušníků (Chochinov, 2016, s. 9 – 10). Někteří

senioři se cítí bezvýznamní a mají pocit zatěžování společnosti a s přibývajícím věkem se stávají méně schopni se o sebe postarat (Oosterveld – Vlug, 2014, s. 103). Příčinou tedy může být, že lidé, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí a senioři se cítí bezcenní, a to v důsledku snížení fyzické zdatnosti.

Druhá hypotéza zkoumala, závislost mezi důstojností a pohlavím respondentů. Statistické zpracování ukázalo, že muži statisticky lépe hodnotí svou důstojnost a to zejména v otázkách *neschopnost vykonávat úkony každodenního života a neschopnost obsloužit mé tělesné funkce*. Lze tedy předpokládat, že skupina mužů, která se účastnila dotazníkového šetření, netrpěla onemocněním, které by je omezovalo v každodenních aktivitách, nebo se můžeme také přiklonit k myšlence, že ženy, které obvykle celoživotně pečují o své děti či partnera, vnímají ztrátu sebeobslužnosti a závislost na pomoci druhé osoby mnohem citlivěji než muži. Studie, která proběhla v USA, bylo zjištěno, že jsou muži často upřednostňováni v mnoha ohledech, trpí zdravotními obtížemi, nedostatkem sebeúcty a důstojnosti. V mnoha případech odmítají odbornou pomoc, což je jejich typické „mužské“ chování (Shafer et al., 2015, s. 105). O významnější závislosti mezi pohlavím respondentů a hodnocením důstojnosti nebyly dohledány další české a zahraniční studie.

U třetí hypotézy bylo zjištěno, že zachování důstojnosti je závislé na vzdělání seniora v otázkách *pocitu deprese, obavy z budoucnosti a pocitu, že se mnou není zacházeno s respektem pochopením ze strany druhých*. Z výzkumného šetření, které proběhlo v Jihomoravském kraji v roce 2012, bylo zjištěno, že péči v rezidenčních zařízeních využívají senioři, jejichž důchody se pohybují pod hranicí průměrného důchodu v ČR. Senioři, jejichž důchody se pohybují nad průměrem důchodu v ČR, zůstávají v domácím prostředí a využívají zejména terénních služeb (Wildmannová, 2014, s. 114 - 126). Senioři vysokoškolsky vzdělaní, setrvávají v pracovním procesu déle než jinak vzdělaní senioři (Manfredis, Vickers, 2013, s. 291). Do penze odcházejí poté, kdy jim již síly nestačí pro vykonávání profese, nebo když se od nich očekává, že se vzdají své práce ve prospěch nástupu mladšího pracovníka (Manfredis, Vickers, 2013, s. 310). Sociální důchodový systém ve stáří závisí na mnoha faktorech (vzdělání, počet odpracovaných let). Starobní důchody zlepšují blaho příjemců, tedy seniorů. Vazby mezi právem na sociální zabezpečení, uznání lidské důstojnosti a sociální spravedlnosti umožňuje důstojný život s respektem (Shahid, 2014, s. 466 – 469). Lze tedy předpokládat, že středoškolsky vzdělaní lidé jsou na pomyslné hranici, kdy se necítí být dostatečně oceňováni. Studie, která byla provedena v Jihomoravském kraji v roce 2012, uvádí, že mnoho seniorů nemělo velké možnosti ke studiu, jak je to v dnešní době možné

a museli nastoupit do práce. Bylo také zjištěno, že 45% seniorů má důchod do 10 000 Kč, 41% seniorů pobírá důchod do 12 000 Kč a 11% osob uvedlo výši důchodu do 8 000 Kč, 3% seniorů uvedla, že mají důchod v jiné výši. Jednalo se především o seniory s vysokoškolským vzděláním (Wildmannová, 2014, s. 119 - 121).

V oblasti důstojnosti v závislosti na sociální situaci, bylo prokázáno, že důstojnost je závislá na sociální situaci seniorů, zejména v oblasti týkajících se *neschopnosti vykonávat úkony každodenního života, neschopnost obsloužit mé tělesné funkce, pocit že nejsem užitečný ani vážený, pocit že nejsem schopen zastávat důležité role, pocit že již nejsem dále schopen duševně bojovat s překážkami, které mi nemoc přináší*. Důstojná péče o staré lidi je stále v ohrožení neboť ani v nemocnicích a domovech pro seniory není důstojnost u těchto lidí zachována, jak poukazuje studie od Kinneara. Důstojná péče podporuje autonomii, nezávislost, respekt, udržuje individuální identitu, povzbuzuje účast, přijímá účinné komunikační praktiky a je zaměřená na člověka, jako celek. Mnoho seniorů je vystaveno riziku ztráty důstojnosti a to v rámci hospitalizace v nemocnici. Z výsledků studie, kterou prováděli Ariño-Blasco, Tadd a Boix-Ferrer, bylo zjištěno, že je důstojnost páteří péče. Důstojnost v péči totiž zahrnuje více faktorů, mezi které patří naslouchání nemocnému, zajištění soukromí, respekt (Kinneare, 2014 s. 1 – 17). Domovy jsou stále častějším místem, kde jsou senioři umisťováni a kde je o ně postaráno až do smrti. Senioři, kteří pobývají v těchto domech, jsou zranitelnou skupinou a to v ohledu ztráty důstojnosti a to nejen proto, že jsou funkčně neschopni a vyžadují péči, ale také proto, že stále chybí sociální síť (Oosterveld-Vlug, 2013, s. 1 - 9). Lze se tedy domnívat, že vzdělání pacientů může souviset s důstojností, v rámci větších finančních příjmů a tím i dosažení kvalitních služeb, které zajišťují možnost důstojné péče. Porušení důstojnosti udávají také senioři z domova pro seniory, kteří popisovali, že ztráta tělesné zdatnosti a respektu vede k narušení jejich důstojnosti (Franklin, 2006, s. 141). Dle Pacovského, narůstá s vyšším věkem nemocnost a potřeba různých forem sociální péče i péče zdravotní (Wildmannová, 2014, s. 115).

Výsledky tohoto výzkumu mohou být limitovány aktuálním zdravotním stavem seniorů, zejména únavou. Je známo, že senioři jsou unavitelní jak po stránce fyzické, tak i psychické. Dalším limitem této studie je fakt, že dotazník byl s některými seniory vyplňován z důvodu zrakového či motorického deficitu. To mohlo mít vliv na odpovědi těchto pacientů.

Diplomová práce poukázala na potřebu zachování osobní důstojnosti u seniorů neboť důstojnost má pozitivní vliv na životní pohodu a spokojenost v životě seniorů.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jak senioři hodnotí oblasti definované v dotazníku PDI, které mohou ohrožovat jejich osobní důstojnost. K získání informací byl použit pre-test dotazníku (PDI) Patient Dignity Inventory v českém jazyce, na který odpovědělo celkem 239 respondentů.

Analýza výsledků získaných ze statistického zpracování ukázala, že zachování důstojnosti seniora je závislé na věku, pohlaví, vzdělání a sociální situaci, kdy starší pacienti hodnotí svou důstojnost hůře než mladší pacienti, a to zejména *neschopnost vykonávat úkony každodenního života, neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce, pocit že nemám kontrolu nad svým životem, pocit že již nejsem dále schopen duševně bojovat s překážkami, které mi nemoc přináší* a také *pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých*.

Statistické zpracování ukázalo, že muži statisticky lépe hodnotí svou důstojnost, a to zejména v otázkách *neschopnost vykonávat úkony každodenního života a neschopnost obsloužit své tělesné funkce*. Hypotézou týkající se vzdělanosti bylo zjištěno, že zachování důstojnosti seniora je závislé na jeho vzdělání v otázkách *pocitu deprese, obavy z budoucnosti a pocitu, že nemám dokončenou práci*. V oblasti důstojnosti v závislosti na sociální situaci bylo prokázáno, že důstojnost je závislá na sociální situaci seniorů, zejména v oblasti týkajících se *neschopnosti vykonávat úkony každodenního života, neschopnost obsloužit své tělesné funkce, pocitu, že nejsem užitečný ani vážený, pocitu, že nejsem schopen zastávat důležité role, pocitu, že již nejsem dále schopen duševně bojovat s překážkami, které mi nemoc přináší* a *pocit, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých*.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že důstojnost vnímá každý senior jinak. Dotazník (PDI) Patient Dignity Inventory tak může sloužit rodinám či zdravotníkům k zachycení a identifikování problémů a obav u seniorů, které souvisí s ohrožením důstojnosti v podmínkách českého kulturního prostředí.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDERBERG P., LEPP M., BERGLUND A.-L. & SEGESTEN K. 2007. Preserving dignity in caring for older adults: a koncept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007. 59 (6), s. 635–643, ISSN 0309-2402.

AOUN, S., OCONNER, M., SKETT, K., DEAS, K., SMITH, J. 2012. Do models of care designed for terminally ill 'home alone' people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health & Social Care in the Community*. 2012, Vol. 20 Issue 6, s. 599 - 606. ISSN 0966 – 0410.

BIRRELL, J., THOMAS, D., JONES, C. 2006. Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. (cover story). *Nursing Standard*. 2006, Vol. 20 Issue 18, s. 41 - 46. ISSN 0029-6570.

BOTTOMLEY, A. The Cancer Patient and Quality of Life. 2002 *The Oncologist*. 2002, 7(2): s. 120-125. ISSN 1083 – 7159.

BROWN, H., JOHNSTON, B., OSTLUND, U. 2011. Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. 2011, Vol. 16 Issue 5, s. 238-245. ISSN 1462-4753.

BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. 2011. Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*. 2011, s. 64-78. ISSN 0969 – 7330.

CALLAHAN, A. 2015. Key Concepts in Spiritual Care for Hospice Social Workers: How an Interdisciplinary Perspective Can Inform Spiritual Competence. *Social Work & Christianity*. 2015, Vol. 42 Issue 1, s. 43-62. 20. ISSN 0737-5778.

ENES, S. 2003. An exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*. 2003, s. 263-269. ISSN 0269-2163.

ENIKO, Š. 2010. A dignity centered multidimensional and dynamic model of quality of death with terminal state. *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Psychologia-Paedagogia*. 2010, Vol. 1, s. 137-163. ISSN 1221-8111.

FOREMAN, L., HUNT, T., LUKE, C., RODER, D. 2006. Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. *Palliative Medicine*. 2006, s. 447-453. ISSN 0269-2163.

FRANKLIN, L. TERNESTEDT, B. NORDENFELT, L. 2006. Views on Dignity of Elderly Nursing Home Residents. *Nursing Ethics*. 2006, s. 130-146. ISSN 1472-6963

GALLAGHER, A. 2008. Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nurs*. 2008, s. 1-12. ISSN 1472-6955.

GENNIP, I., PASHMAN, H., KASPERS, P. et al. 2013. Death with dignity from the perspective of the surviving family: a survey study among family care givers of deceased older adults. *Palliative Medicine*. 2013, s. 616 – 624. ISSN 0269 – 2163.

GODDARD, C., SPECK, P., MARTIN, P. & HALL, S. 2013. Dignity Therapy for older people in care homes: a qualitative study of the views of residents and recipients of 'generativity' documents. *Journal of Advanced Nursing*. 2013. s. 122–132. ISSN 0309 – 2402.

GUO, Q., JACELON, S. 2014. An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliative Medicine*. 2014, s. 931–940. ISSN 0269 – 2163.

HACKLOVÁ, R., KEBZA, V. 2014. Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá Psychologie*. 2014, s. 120 – 140. ISSN 0009-062X.

HALL, S., DAVES, J., GAO, W., HIGGINSON, I. 2014. Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliative Medicine*. 2014, s. 1118-1125. ISSN 0269-2163.

HEMATI, Z. et al. 2016. Dying with dignity: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2016, s. 667-672. ISSN 0962-1067.

HOLMBERG, M., GUDRUN, V., SOLVEIG, M. 2012. Patients experiences of homecare nursing:balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012, Vol. 26 Issue 4, s. 705-712. ISSN 0283-9318.

CHOCHINOV, M., KRISJANSON, L., HACK, T., HASSARD, T., MCCLEMENT, S., HARLOS, M. 2006. Dignity in the Terminally Ill: Revisited. *Journal of Palliative Medicine*. 2006. ISSN 1096-6218.

CHOCHINOV, H.M., HASSARD, T., MCCLEMENT, S. et al. 2008. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2008, s. 559-71. ISSN 0885 - 3924.

CHOCHINOV, M. The Patient Dignity Inventory: Applications in the Oncology Setting. 2012. *Journal of Palliative Care*. 2012, s. 998-1005 199. ISSN 1096 - 6218.

CHOCHINOV, M. 2016. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PLoS ONE* . 2016. s. 1-13. ISSN 1932 - 6203.

CHOCHINOV, H., KRISTJANSON, J., JACK, T. et al. 2006. Dignity in the Terminally ill: revised. *Journal of palliative medicine*. 2006, s. 666 - 672. ISSN 1096 - 6218.

JACOBSON, N. 2009. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009. s. 1 - 9. ISSN 1472 - 698X.

JACELON, S . & CHOI, J. 2014. Evaluating the psychometric properties of the Jacelon Attributed Dignity Scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2014, s. 2149 – 2161. ISSN 0309 - 2402.

KACZOR, CH. Philosophy and theology. *National Catholic Bioethics Quarterly*. 2015. s. 769 - 774. ISSN 1532 - 5490.

KABELKA, L. 2008. Principy neonkologické paliativní péče- pohled geriatra. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. 2008, č. 2, s. 67 - 70. ISSN 1337 - 6896.

KALA, M. Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče. *Interní medicína pro praxi*. 2012, roč. 14(12), s. 52 - 53. ISSN 1212 – 7299.

KARLSSON, CH., BERGGREN, I. 2011. Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing_Ethics*. 2011, Vol. 18 Issue 3, s. 374 - 385. ISSN 0969 - 7330.

KINNEAR, D., et al., 2014. The Meaning of dignified care: an exploration of health and social care professionals' perspectives working with older people. *BioMedCentral*. 2014, s. 1. - 18. ISSN 1756 -0500.

KISVETROVÁ, H., KRÁLOVÁ, J. 2014. Základní faktory ovlivňující úzkost ze smrti. *Československá Psychologie*. 2014, s. 41 - 51. ISSN 0009 - 062X.

KOPRA, P. Lidská důstojnost. *Facultas Nostra: Zpravodaj Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni*. 2008, č. 66, s. 10. ISSN 0567 - 8250.

KUCHYŇKOVÁ, A., EZZEDDINE, P., 2015. Ještě nepatřím do starého železa aneb paradoxy migrace péče z ČR do Rakouska. *Gender, rovně příležitosti*. 2015, s. 30 - 41. ISSN 1213 - 0028.

LANGE, F., 2009. The Dignity of the Old: Towards the Global Ethic of Ageing. *International Journal of Public Theology*. 2009, s. 203 - 220. ISSN 1872-5171.

LEUNG, D. 2007. Granting death with dignity: patient, family and professional perspectives. *International Journal of Palliative Nursing*. 2007, s. 170 – 174. ISSN 1357 – 6321.

LUSTADER, W. It All Depends on What You Mean by Home. *Generations*. 2013/2014, s. 17 - 23. ISSN 0738 - 7806.

MATTHÉ, A., ROBERTSON JR, D., NETZ, Y. 2015. The relationship between cognitive and physical function among residents of a Czech senior home. *Acta Gymnica*. 2015, s. 159-165. ISSN 2336 - 4912.

MAKAZA-MUZAVAZI, B. 2014. Dignity in care is important every day. *Nursing standard*. 2014. s. 29. ISSN 0029 - 6570.

MANFREDIS, S., VICKERS, L., 2013. Pensioning off the mandatory retirement age: implications for the higher education sector. *Legal Studies*. 2013, s. 289 - 311. ISSN: 0261 - 3875.

MUNZAROVÁ, Marta. 2011. Co je to vlastně důstojnost? (Slovo úvodem). *Interní medicína pro praxi*, Březsko: Solen, 2011, roč. 13, č. 2, s. 59. ISSN 1212 - 7299.

MUNZAROVÁ, Marta. 2011. Důstojnost člověka a lékařská etika. *Časopis lékařů českých*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2011, roč. 150, č. 9, s. 499 - 501. ISSN 0008 - 7335.

NADEN, D., SAETEREN, B. 2006. Cancer Patients Perceptions of Being or Not Being Confirmed. *Nursing Ethics*. 2006, s. 222 - 235. ISSN 0969-7330.

NORDENFELT, L. 2004. The varieties of dignity. *Health Care Analysis*. 2004, s. 69 – 81. ISSN 1065-3058.

ÖSTLUND, U., BROWN, H., JOHNSTON, B. 2012. Dignity conserving care at end-of-life: A narrative review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012, s. 353–367. ISSN 1462-3889.

OOSTERVELD-VLUG M.G., PASMAN H.R.W. , VAN GENNIP I. E., MULLER M. T., WILLEMS D. L. & ONWUTEAKA-PHILIPSEN B. D. 2014. Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*. 2014. s. 97 – 106. ISSN 0309 - 2402.

OOSTERVELD-VLUG M. G., PASMAN, H., GENNIP, E., WILLEMS, D., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B. 2013. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*. 2013. s. 1 – 9. ISSN 1472-6963.

OOSTERVELD-VLUG, M. 2013. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*. 2013, s. 1 – 9. ISSN: 1472-6963.

PACHEO, M. 2013. Dignity Therapy. Final words for final days. 2013. s. 813-813. ISSN: 1096 – 6218.

PAPASTAVROU, E. 2016. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics*. 2016, s. 92 - 103. ISSN 0969 - 7330.

PIRHONEN, J. 2015. Dignity and the capabilities approach in long-term care for older people. 2015. s. 29-39. ISSN 1466-7681.

SHAFER, K. et al. 2015. Men's Mental Health: A call to social workers. *Social Work*. 2015, Vol. 60 Issue 2, s. 105 – 112. ISSN 0037 – 8046.

SHAHID, A. 2014. Ageing with. Dignity: Old-Age Pension Schemes from the Perspective of the Right to Social Security Under ICESCR. *Springer Science + Business Media Dordrecht*. 2014. s. 455 -471. ISSN 1524-8879.

SHAW, M., RYPIEN, C., DRUMMOND, N., HARASYM, P., NIXON, L. 2015. Seniors' perspectives on care: a case study of the Alex Seniors health clinic, Calgary. *BMC Research Notes*. 2015. s. 1 - 8. ISSN 1756-0500.

SNOW, T. 2006. Summit on older peoples dignity puts paid to deasignated role. *Nursing Standard*. 2006. s. 6. ISSN 0029 - 6570.

SVOBODOVÁ, H. 2006. Důstojnost lidské existence v péči o nemocného. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 3, s. 115 - 117. ISSN 1801-1349.

SVOBODOVÁ, H. 2010. Jak učit respektu k důstojnosti člověka? *Vita Nostra Revue*. 2010. s. 65 – 69. ISSN 1212 – 5083.

SVOBODOVÁ, H. 2011. Umíme říct, co je důstojné? *Vita Nostra Revue*. 2011. s. 47 – 49. ISSN 1212 – 5083.

ŠNEJDRLOVÁ, M., KALVACH, Z. 2008. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicína pro praxi*. 2008, roč. 5(4). s. 157 - 159. ISSN 1214 - 8687.

THOMPSON, G., CHOCHINOV, H. 2008. Dignity – based approaches in the care of terminally ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2008, s. 49 – 53. ISSN 1751 – 4258.

VAIŠVILA, A. 2009. Human dignity and theright to dignity in terms of legal personalism (from conceptions of static dignity to conception of dynamic dignity). *Jurisprudencija*. 2009, s. 111 - 127. ISSN 1392 – 6195.

VEHLING, S. MENHERT, A. 2014. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patiens with cancer: a meditation model. *Psycho-Oncology*. 2014. s. 283 - 290. ISSN 1057 - 9249.

WEBSTER, C. 2009. Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospitál environment. *Joursal of Clinical Nursing*. 2009. s. 1784 – 1792. ISSN 0962 – 1067.

WICHSOVÁ, Jana. 2012. O důstojnosti pacienta. *Ošetrovatelství*. 2012, s. 7-13. ISSN 1804 - 7122.

WILDMANNOVÁ, M. Podmínky života seniorů v rezidenční péči. *Scientific Papers of the University of Pardubice. Series D, Faculty of Economics & Administration*. 2014. s. 114 - 126. ISSN 1804 - 9095.

ZACHAROVÁ, E. 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína*. 2008. roč. 10(12), s. 588 - 589. ISSN 1212 - 7299.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ALBERS, G., PASMAN, R., RURUP, M. et al. 2011 Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*. [online]. 2011. ISSN 1477-7525. [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141372/>

CANADIAN VIRTUAL HOSPICE. Winnipeg: Canadian Virtual Hospice, [online] © 2003-2015 [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: http://www.virtualhospice.ca/en_US/Main+Site+Navigation/Home/Support/Support/Meet+the+Team/Exchange+Contributors/Harvey+Max+Chochinov+OMD+MD+PhD+FRCPC+FRSC.aspx

FRANC, J. 2013. Jak se z konfliktní náboženské skupiny stává normální náboženství: Teologické poznámky k procesu. *Proceedings of the Conference on Qualitative Approach and Methods in Human Sciences*. [online] 2013, s. 66-75. [cit. 2016-05-07] Dostupný z: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7a65d182-ab14-4c42-b7ee-6881cae8d812%40sessionmgr120&vid=10&hid=124>

MYSLIVCOVÁ, N. 2013. Základní paliativní péče patří k základním lidským právům. *Medical Tribune. Tribunál lékařů a zdravotníků*. [online] 2013. [vid. 2016-03-02] Dostupný z: <http://www.tribune.cz/clanek/30146-dostupna-paliativni-pece-patri-k-zakladnim-lidskym-pravum>

Náboženská víra podle výsledku sčítání lidu 2011. Praha: 2014. *Český statistický úřad*. [online] [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/nabozenska-vira-obyvatel-podle-vysledku-scitani-lidu-2011-61wegp46fl>

UNIVERSITY OF MANITOBA. Faculty of Health Sciences, College of Medicine. [online]. Winnipeg: University of Manitoba, © 2015 [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/psychiatry/research/about_harvey_chochinov.html

Department of Economic and Social Affairs. 2013. Population Division World Population Ageing 2013, 2013, [online] *United Nations*, [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

HOLMEROVÁ, I. Podporovat důstojnost seniorů. 2010 [online] *Mladá Fronta a.s.*, [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/podporovat-dustojnost-senioru-455164>

RODRIGUEZ-PRAT, A. P. 2016. Patient Perspectives of Dignity, Autonomy and Control at the End of Life: Systematic Review and Meta-Ethnography. *PLoS One*. [online] 2016, Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806874/>

ROHANOVÁ, E. 2012. Ošetrovateľská dokumentace jako součást ošetrovateľského procesu a podpory dôstojnosti človeka s demenci. *Geriatric a gerontologie*, [online] 2012, č. 2, s. 102-104. [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.prolekare.cz/geriatric-gerontologie-clanek/osetrovatelska-dokumentace-jako-soucast-osetrovatelskeho-procesu-a-podpory-dustojnosti-cloveka-s-demenci-39256>

SEYMOUR, J. KUMAR, A. 2011. Do nursing homes for older people have the support they need to provide end-of-life care? A mixed methods enquiry in England. *Palliative Medicine*. [online] 2011. s. 125 – 138. doi: 10.1177/0269216310387964. [vid. 2016-03-02]. Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057627/>

SEZNAM ZKRATEK

DD	Domov pro seniory
HRQL	Health-related quality of life
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PDI	Patient Dignity Inventory
PL	Praktický lékař
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 2: Vzdělání respondentů

Tabulka 3: Sociální situace respondentů

Tabulka 4: Pracoviště

Tabulka 5: Popisná statistika položek dotazníku PDI

Tabulka 6: Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na věku

Tabulka 7: Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na pohlaví

Tabulka 8: Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na vzdělání

Tabulka 9: Tabulka k otázce č. 5

Tabulka 10: Tabulka k otázce č. 8

Tabulka 11: Tabulka k otázce č. 16

Tabulka 12: Tabulka k otázce č. 25

Tabulka 13: Zda hodnocení 1 – 5 záleželo u jednotlivých otázek na sociální situaci

Tabulka 14: Tabulka k otázce č. 1

Tabulka 15: Tabulka k otázce č. 2

Tabulka 16: Tabulka k otázce č. 12

Tabulka 17: Tabulka k otázce č. 13

Tabulka 18: Tabulka k otázce č. 23

Tabulka 19: Tabulka k otázce č. 25

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Krabicové grafy k otázce č. 1

Obrázek 2: Krabicové grafy k otázce č. 2

Obrázek 3: Krabicové grafy k otázce č. 5

Obrázek 4: Krabicové grafy k otázce č. 8

Obrázek 5: Krabicové grafy k otázce č. 16

Obrázek 6: Krabicové grafy k otázce č. 25

Obrázek 7: Krabicové grafy k otázce č. 1

Obrázek 8: Krabicové grafy k otázce č. 2

Obrázek 9: Krabicové grafy k otázce č. 12

Obrázek 10: Krabicové grafy k otázce č. 13

Obrázek 11: Krabicové grafy k otázce č. 23

Obrázek 12: Krabicové grafy k otázce č. 25

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník
- Příloha 2 Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření
- Příloha 3 E-mailová komunikace s dr. Chohinovem

PŘÍLOHA 1: Dotazník

Dotazník důstojnosti pacientů (PDI-CZ) (pre-test)

U všech položek prosím označte, do jaké míry jsou pro Vás v posledních několika dnech problémem nebo důvodem k obavám.

U každé položky také prosím uveďte, jak otázce rozumíte (např: Je/není pro mne srozumitelná; Je tam výraz, kterému nerozumím (.....); Nejsem si jistý, na co přesně se otázka ptá; ...)

1. Neschopnost vykonávat úkony každodenního života (např. umýt se, obléknout se)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

2. Neschopnost obsloužit samostatně své tělesné funkce (např. nutná pomoc při použití toalety)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

3. Pociťování fyzicky nepříjemných příznaků (např. bolest, dušnost, nevolnost)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

4. Pociť, že se výrazně změnilo, jak mě vidí ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

5. Pociť deprese

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

6. Pocit úzkosti

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

7. Pocit nejistoty ohledně *mé* nemoci a léčby

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

8. Obavy o mou budoucnost

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

9. Neschopnost jasně myslet

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

10. Neschopnost pokračovat v mých obvyklých aktivitách

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

11. Pocit, že nejsem, kým jsem býval(a)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

12. Pocit, že nejsem užitečný ani vážený

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

není problém	menší problém	problém	vážný problém	nepřekonatelný problém
--------------	---------------	---------	---------------	------------------------

Jak této otázce rozumíte?

13. Pocit, že nejsem schopen/schopna zastávat důležité role (např. manžel/ka, rodič)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

14. Pocit, že život nemá žádný význam ani smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

15. Pocit, že již životu nepřispívám ničím smysluplným a/nebo trvalým

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

16. Pocit, že mám „nedokončenou práci“ (např. věci, které jsem chtěl/a říct nebo udělat nebo nejsou uzavřené)

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

17. Obavy, že můj duchovní život nemá smysl

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

18. Pocit, že jsem přítěží pro ostatní

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

19. Pociť, že nemám kontrolu nad svým životem

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

20. Pociť, že mé onemocnění a související péče omezily moje soukromí

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

21. Necítím podporu od přátel nebo rodiny

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

22. Necítím podporu ze strany zdravotnického personálu

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

23. Pociť, že již nejsem dále schopen duševně „bojovat“ s překážkami, které mi nemoc přináší

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

24. Neschopnost přijímat věci tak, jak jsou

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

25. Pociť, že se mnou není zacházeno s respektem a pochopením ze strany druhých

1 není problém	2 menší problém	3 problém	4 vážný problém	5 nepřekonatelný problém
-------------------	--------------------	--------------	--------------------	-----------------------------

Jak této otázce rozumíte?

Demografické údaje

Věk

..... let

Pohlaví

1 žena

2 muž

Vzdělání

1 základní

3 středoškolské

2 vyučen

4 vysokoškolské

Sociální situace

1 žije jen s partnerem/partnerkou

2 žije s dalšími příbuznými

3 žije sám

4 žije v domově pro seniory

Pracoviště, které zajišťuje péči

1. lůžkový hospic
2. léčebna pro dlouhodobě nemocné
3. ADP/praktický lékař
4. domov pro seniory
5. onkologické oddělení

Typ onemocnění

Onkologické (doplň diagnózu)

1

2

Neonkologické (doplň diagnózu)

1

2

3

4

DĚKUJEME VÁM ZA SPOLUPRÁCI

PŘÍLOHA 2: Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Městská nemocnice Ostrava
Úsek náměstka ředitele pro ošetrovatelskou
Mgr. Miloslava Sachová
Nemocniční 20
702 00 Ostrava

**Věc: Žádost o udělení souhlasu s provedením průzkumného šetření v LDN Ostrava
Radvanice**

Žádám tímto laskavě o udělení souhlasu s provedením průzkumného šetření v LDN Radvanice v rámci přípravy diplomové práce k završení magisterského studia na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Šetření budu provádět osobně, a to metodou dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 25 jednoduchých otázek, na které klienti ústně odpovídají – vzor dotazníku přikládám.

Plánovaný počet oslovených respondentů je 40. Předpokládaná doba trvání průzkumného šetření je cca 16 hodin (2 dny po 8 hodinách).

Děkuji

Bc. Alena Henzlová

studentka dálkového studia Ošetrovatelství, UP Olomouc

bytem: Karla Pokorného 1371/37, 708 00 Ostrava

telefon.: 604 348 124

email: alena.henzlova@seznam.cz

Ostrava 25.08.2015

Alena Henzlová

Souhlas s provedením průzkumu.

Miloslav Sachová

Univerzita Palackého
v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
studijní oddělení

PŘÍLOHA 3: E-mailová korespondence s Dr. Chochinovem

From: Alena Henzlová

Date: Sunday, October 26, 2014 at 3:04 PM

To: Harvey Chochinov

Subject: student Palacky University Olomouc in Czech Republic

Dear Dr. Harvey Max Chochinov,

I am a student at faculty of Health Sciences, department of Nursing at Palacky University Olomouc in Czech Republic.

I got your contact information from my thesis supervisor PhD. Mgr. Helena Kisvetrová, PhD. I would like to ask you if I could use your questionnaire in my thesis, which I would translate into Czech language.

Thesis name is: Mental life of aging population in Czech Republic.

Thank you in advance for your response,

Kind regards,

Alena Henzlová

From: Harvey Chochinov

Subject: Re: student Palacky University Olomouc in Czech Republic

Date: 26. 10. 2014, 23:05:33

Komu: Alena Henzlová

Hello Alena

I take you are referring to the Patient Dignity Inventory. I would be very pleased for you to translate this into Czech; I don't believe such a translation has been done yet.

Once it is completed, please send me a copy – we are keeping multiple translation on file, should anyone be requesting it.

Kind regards

Harvey Chochinov