

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Jitka Švarcová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**PROBLEMATIKA PŘÍSTUPU ZDRAVOTNÍKŮ KE
KLIENTŮM ZBAVENÝCH ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM
ÚKONŮM VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

PLZEŇ 2014

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 6.3.2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Veronice Muchlové Mühlsteinové, DiS. za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a podnětů. Dále děkuji rodině a partnerovi za podporu během celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Jitka Švarcová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika přístupu zdravotníků ke klientům zbavených způsobilosti k právním úkonům ve zdravotnickém zařízení

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Počet stran: číslované 104, nečíslované 40

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 58

Klíčová slova: Klient- Lidská práva- Profesionální ošetrovatelská péče- Psychiatrický pacient- Způsobilost k právním úkonům

Teoretická část obsahuje výklad starého a nového občanského zákoníku vztahující se na způsobilost k právním úkonům, lidská práva obecně a práva duševně postižených, legislativní specifika péče o klienty s upravenou způsobilostí ve zdravotnickém zařízení, charakteristiku vybraných duševních poruch a psychologii duševně nemocných. Pro získání poznatků byla použita odborná literatura.

Informace v praktické části byly získávány pomocí kvalitativně-quantitativního výzkumu. Pomocí rozhovorů bylo zjištěno, že klienti s upravenou způsobilostí k právním úkonům mají dostatek informací, které souvisejí s jejich právní způsobilostí. Jako největší úskalí z toho pramenící vidí v nedostatku finančních prostředků. Negativní zkušenost se zdravotníky měla nadpolovina respondentů.

Z dotazníků vyplývá, že sestry nejsou svázány předsudky, které by pramenily z nedostatečné informovanosti o dané problematice. Sestry pracující na psychiatrických odděleních mají rozsáhlejší odborné vědomosti než sestry pracující na jiných odděleních. Obě dvě skupiny se neobávají kontaktu s klientem s upravenou způsobilostí a mají zájem o další vzdělávání v této problematice.

Annotation

Name: Jitka Švarcová

Department: Nursing and Midwifer

Title: The issue of access of medic to persons deprived of their legal capacity in a medical institution

Leader: Mgr. Veronika Muchlová Mühlsteinová, DiS.

Number of pages: numbered 104, no numbered 40

Number of attachments: 5

Number of titles of references: 58

Keywords: Client- Human Rights- Professional nursing care- Psychiatric patient- The legal capacity

The theoretical part provides an interpretation of the old and the new Civil Code relating to legal capacity, the human rights of disabled persons , legislative specifics of care for clients with customized competences in a health care facility , the characteristics of selected mental disorders and psychology mentally ill. Specialized literature was used to obtain the knowledges.

The information in the practical part were obtained using qualitative and quantitative research. Using interviews, it was found that clients with customized legal capacity have sufficient information relating to their legal capacity . As the biggest pitfalls of the resulting sees a lack of funds. Negative experiences with health professionals should nadpolovina respondents.

The questionnaires show that nurses are not bound prejudices that would stem from a lack of awareness about the issue . Nurses working in psychiatric departments have extensive technical knowledge than nurses working in other departments. The two groups are not afraid of contact with the client with a modified capacity and are interested in learning more about this issue.

OBSAH

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD..... | 10 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM | 12 |
| 1.1 Řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům..... | 13 |
| 1.1.1 Rozsudek | 15 |
| 1.1.2 Navrácení způsobilosti | 15 |
| 1.2 Právní a faktické důsledky | 15 |
| 1.2.1 Omezení způsobilosti k právním úkonům | 15 |
| 1.2.2 Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům | 16 |
| 1.3 Nový občanský zákoník..... | 16 |
| 1.3.1 Omezení svéprávnosti..... | 17 |
| 1.3.2 Podpůrná opatření..... | 17 |
| 1.3.3 Opatrovnická rada..... | 18 |
| 2 LIDSKÁ PRÁVA | 20 |
| 2.1 Mezinárodní systém..... | 20 |
| 2.2 Evropský systém | 21 |
| 2.3 Práva zdravotně postižených a lidská práva ve zdravotnictví | 22 |
| 3 LEGISLATIVNÍ SPECIFIKA PÉČE O OSOBY OMEZENÉ NEBO NEZPŮSOBILÉ K PRÁVNÍM ÚKONŮM VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | 26 |
| 3.1 Zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami..... | 26 |
| 3.2 Informovaný souhlas..... | 27 |
| 3.3 Hospitalizace osob s omezenou nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům | 28 |
| 3.4 Omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb..... | 29 |
| 4 NEJČASTĚJŠÍ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY | 31 |
| 4.1 Organické a symptomatické duševní poruchy | 31 |
| 4.2 Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek..... | 33 |
| 4.2.1 Abúzus alkoholu | 33 |
| 4.2.2 Abúzus nealkoholových drog | 34 |
| 4.3 Schizofrenie | 35 |
| 4.4 Mentální retardace | 36 |
| 5 PSYCHOLOGIE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH | 39 |
| 5.1 Pojetí normy..... | 39 |
| 5.2 Role nemocného | 40 |
| 5.3 Postoj rodiny k mentálně postiženému | 41 |
| 5.4 Přístup zdravotníků | 42 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 44 |

| | | |
|----|----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6 | METODOLOGIE VÝZKUMU | 44 |
| 7 | ROZHOVORY | 48 |
| 8 | PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ ZÍSKANÝCH KVALITATIVNÍM ŠETŘENÍM | 75 |
| 9 | PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ ZÍSKANÝCH KVANTITATIVNÍM ŠETŘENÍM | 82 |
| 10 | DISKUZE | 102 |
| | ZÁVĚR..... | 112 |
| | LITERATURA A PRAMENY..... | 114 |
| | SEZNAM TABULEK | 119 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 123 |
| | SEZNAM ZKRATEK | 123 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 124 |

ÚVOD

Způsobilost k právním úkonům nebo dle nového občanského zákoníku, který vstoupil v platnost 1. ledna 2014 svéprávnost, představuje obrovský zásah do života člověka. Aniž bychom si to uvědomili, každý běžný den je zaplněn právními úkony, jelikož například i nákup potravin je právním úkonem. Doslova by tedy lidé s upravenou způsobilostí nesměli téměř nic. V praxi to samozřejmě striktně aplikovatelné není možné, ale přesto omezení nebo úplné zbavení způsobilosti k právním úkonům ovlivňuje jedince výrazně každý den. Problematika způsobilosti k právním úkonům je velice citlivé téma, primární cílem je ochrana člověka před zneužitím druhých a před sebou samým. Bohužel někdy to má opačný účinek, jelikož tyto lidé jsou často odkázáni na milost nebo nemilost opatrovníka či různých institucí. Soudy mají povinnost přezkoumávat jejich činnost, bohužel jak sami přiznávají, nemají na to dostatek času. Jak už bylo řečeno, od ledna letošního roku platí nový občanský zákoník, který výrazně upravuje tuto problematiku. Především si dává za cíl lepší právní ochranu lidem, kterým je přezkoumávána způsobilost nebo dnes již svéprávnost nebo už mají způsobilost upravenou. Téma své diplomové práce jsem si vybrala ještě v době platnosti starého občanského zákoníku, proto v celé diplomové práci včetně názvu používám nyní už neplatné označení způsobilost k právním úkonům. V teoretické části jsem zahrнула legislativu jak starého tak nového občanského zákoníku, aby bylo jasné, že jsem vzala na vědomí změnu a zároveň to slouží i k porovnání starého a nového občanského zákoníku. Domnívám se, že validitu výzkumné části to nesnížilo, jelikož respondenti s upravenou způsobilostí při rozhovoru popisovali své zkušenosti se zdravotníky z minulosti a dotazníkové šetření pro všeobecné sestry bylo zaměřeno na předsudky, znalosti specifík při poskytování péče klientům s upravenou způsobilostí a pocity z kontaktu s nimi.

Cílem diplomové práce bylo zjistit znalosti zdravotníků o problematice, zjistit jejich zkušenosti a pocity při poskytování ošetrovatelské péče a pomocí rozhovorů s klienty s omezenou nebo úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům zjistit jejich zkušenosti a pocity při pobytu nebo návštěvě zdravotnického zařízení.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož v mém blízkém okolí je člověk, který pracuje v chráněném bydlení jako sociální pracovnice a každý den je v kontaktu s lidmi s upravenou způsobilostí. Když mi vyprávěla, jaké mají problémy s přístupem zdravotníků

ať už při hospitalizaci nebo návštěvě ambulance, zastyděla jsem se za všechny zdravotníky a rozhodla jsem se, že diplomovou práci budu vést tímto směrem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM

Způsobilost k právním úkonům je jedním ze základních občanských práv. Tato práva vznikají narozením a plného rozsahu dosahují ve věku osmnácti let člověka, kdy osoba nabývá zletilosti. Nezletilí mají způsobilost k úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům patří mezi nejzávažnější zásahy do právních a společenských poměrů člověka. V současné době žije na území České republiky přibližně 24 000 osob zbavených a 4 000 osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům. Omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům v žádném případě neznamená zbavení práv. To je stanoveno přímo v Základní listině práv a svobod, v článku 5., kde stojí, že každý je způsobilý mít svá práva. Konkrétní úpravu způsobilosti k právním úkonům upravuje občanský zákoník z roku 1964. Vzhledem ke stáří vzniku je připravován nový občanský zákoník, který by měl vstoupit v platnost v lednu 2014. Původním cílem a záměrem bylo chránit osobu s duševním onemocněním před případnými důsledky jejího chování, které není schopna vzhledem ke stupni své rozumové vyspělosti adekvátně chápat. (1; 2, s. 16; 3, s. 67; 4, s. 20; 5)

Právní úkon definuje § 34 Občanského zákoníku, který uvádí, že jde o takový projev vůle, kterým daná osoba zakládá, ruší nebo mění svá práva či povinnosti. Vůli můžeme definovat jako vědomé úsilí dosáhnout vytyčeného cíle. Právním úkonem vstupuje osoba do právního vztahu s druhou osobou. Za právní úkon je považována nejen ústní dohoda či písemná smlouva, ale také činnosti každodenního života jako je např. zakoupení lístku do kina či divadla, nákup potravin v obchodě. (6, s. 156; 7)

Podle občanského zákoníku §10 rozlišujeme čtyři stupně způsobilosti k právním úkonům. Úplná způsobilost, omezená způsobilost, nezpůsobilost a speciální ad hoc nezpůsobilost ke konkrétnímu právnímu úkonu, kdy se jedná se o fyzické osoby, které nebyly zbaveny způsobilosti, činí však konkrétní právní úkon ve stavu duševní poruchy, která je činí nezpůsobilými v dané situaci k danému právnímu úkonu. (3, s. 69)

Opatrovník

Dle občanského zákoníku §26 určí soud fyzické osobě, která byla omezena nebo zbavena způsobilosti k právním úkonům, zákonného zástupce. Opatrovníkem neboli zákonným zástupcem soud přednostně ustanovuje rodiče či jinou blízkou osobu, pokud tomu nebrání zvláštní důvody, zejména protichůdné záměry. Když soud nenalezne osobu vhodnou pro výkon opatrovnictví z okolí nesvéprávného, ustanoví opatrovníkem orgán místní správy. Úlohou opatrovníka je činit ty právní úkony, k nimž zastoupený není podle soudu způsobilý. Osoba, která má vykonávat funkci opatrovníka, musí souhlasit a skládá slib do rukou předsedy senátu soudu. Opatrovnictví ale neznamená absolutní moc nad člověkem. Neznamená to převzetí odpovědnosti za život, zdraví nebo jednání zastoupeného. Například opatrovník nesmí zastoupenému zakazovat kouřit cigarety. (3, s. 76-77; 8, s. 129)

1.1 Řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům

O omezení či zbavení způsobilosti rozhoduje dle zákona č. 99/1963 Sb. okresní soud nebo místně příslušný obecný soud v občanskoprávním řízení upraveném občanským soudním řádem. Soudní výlohy hradí stát. Řízení ve věci způsobilosti je zahájeno buď na základě návrhu, podnětu, ale i bez návrhu. Rozdíl mezi podáním návrhu a podnětu je ten, že navrhovatel se stává účastníkem soudního řízení, kdežto osoba, která podala podnět, není. Návrhem se soud musí zabývat vždy, u podnětu záleží na zvážení soudce. Návrh může podat i zdravotnické zařízení. Nepodá-li návrh státní orgán nebo zdravotnické zařízení, může soud uložit navrhovateli, aby do určité lhůty předložil lékařské posudky o duševním stavu osoby, o jejíž způsobilosti se jedná. Není-li tento požadavek splněn, soud ukončí řízení. Jedná se o jistou obranu práv jedince před neoprávněnými návrhy. (3, s. 69-70; 7; 9, s. 31)

Návrh obsahuje dvě části, obecnou část a zvláštní náležitosti. Mezi obecné náležitosti patří určení, kterému soudu je návrh podáván, kdo ho činí, které věci se týká, čeho se dotýčný domáhá, musí být datován a podepsán. Mezi zvláštní náležitosti patří jméno a příjmení účastníků řízení (navrhovatele a osoby, jejíž způsobilost má být přezkoumána), bydliště účastníků, datum narození či rodná čísla účastníků, vylíčení situace vyšetřovaného. (7)

Řízení je zahájeno v momentě, kdy byl soudu doručen návrh na zahájení nebo kdy bylo vydáno usnesení, podle něhož se řízení zahajuje bez návrhu nebo na základě podnětu. Na začátku řízení soud zašle vyšetřovanému usnesení, ve kterém mu sdělí, že si může zvolit svého zástupce. Zástupcem může být buď osoba, kterou si zvolí sám vyšetřovaný, nebo rodiče či jiná blízká osoba, nebrání-li tomu zvláštní důvody, ve většině případů se jedná o protichůdné záměry, nelze-li zvolit žádnou z uvedených osob, stanoví soud advokáta. Jmenování advokáta často není přínosné pro vyšetřovaného. Advokáti obvykle nejsou v kontaktu s vyšetřovanými osobami, v soudním řízení nevystupují aktivně ve prospěch vyšetřovaných osob, nenavrhují důkazy, nevyslovují nesouhlas k prováděným důkazům, nepodávají opravné prostředky. Pokud dochází k průtahům v průběhu řízení a soud je nečinný, může účastník podat stížnost k předsedovi soudu. Stížnost by měla být do jednoho měsíce vyřízena. (1; 3, s. 70; 7)

Znalecký posudek je v tomto soudním řízení jedním z nejdůležitějších důkazů pořizovaných soudem, proto je role soudních znalců pro rozsudek klíčová. Za účelem zjištění zdravotního stavu vyšetřovaného určí soud před samotným jednáním znalce z oboru psychiatrie nebo psychologie. Znalec obešle vyšetřovaného pozvánkou a domluví si s ním schůzku. Soudní znalec má k dispozici soudní spis a soud může znalci stanovit několik otázek, které má zodpovědět. Jedná se například o následující otázky: zda jsou dány podmínky pro omezení způsobilosti a v jakém rozsahu, zda je vyšetřovaný schopen zvládnout běžné činnosti spojené s chodem domácnosti, jaká je prognóza vyšetřované osoby, zda je potřeba vyslechnout vyšetřovaného a zda znalec doporučuje účast vyšetřovaného při ústním jednání a doručení rozsudku. Zpracovaný posudek znalec odevzdá soudu a poté je zahájeno vlastní soudní řízení. Zákonem není definována lhůta mezi posudkem a zahájením, tudíž mezi podáním návrhu a zahájením soudního řízení může být prodleva až několik měsíců. (1; 3, s. 70-71)

Po doručení znaleckého posudku a seznámení s ním účastníky řízení je stanoveno soudní jednání. Soudce nemusí vyšetřovaného v průběhu soudního líčení vyslechnout, pokud ale tak učiní, musí uvést své důvody pro toto rozhodnutí v rozsudku. Požádá-li vyšetřovaný o své vyslechnutí, je soud povinen vyhovět. Soudní znalec musí být vždy vyslechnut. V průběhu soudního jednání jsou vyslechnuti účastníci řízení, popřípadě i svědci, které navrhnou účastníci řízení. V případě, že má soud při ústním jednání k dispozici znalecký posudek a vyslechne účastníky řízení, může rozhodnout. (7)

1.1.1 Rozsudek

V rozsudku soudu je uvedena míra omezení a důvod. Každý z účastníků má právo se proti rozsudku odvolat. Problém spočívá v tom, že soud může upustit od doručení rozhodnutí o způsobilosti dané osobě, jestliže dle závěru znalce není schopen pochopit význam sdělení. Což znamená, že existuje v českém právním řádu možnost, aby byl člověk zbaven způsobilosti, aniž by se účastnil řízení, dokonce nemusí dostat rozhodnutí o vlastní (ne)způsobilosti. V rozsudku o omezení či zbavení způsobilosti není zároveň jmenován opatrovník. Jmenování je samostatný proces, což znamená, že může vzniknout časová prodleva trvající i několik měsíců. V praxi to funguje, že i bez rozhodnutí soudu rozhoduje buď člověk z nejbližšího okolí, nebo ústavní zařízení. (7)

1.1.2 Navrácení způsobilosti

V rozsudku soudu, kde se upravuje způsobilost k právním úkonům, nebo v rozsudku návrhu na přezkoumání způsobilosti může soud určit lhůtu nejdéle jeden rok, kdy nemůže být podán opětovný návrh na přezkoumání způsobilosti. Návrh na přezkoumání může podat v průběhu času opatrovník nebo sama osoba. Soud vydaný rozsudek zruší, jestliže došlo ke zlepšení schopností opatrovance. Výsledkem návrhu na vrácení způsobilosti k právním úkonům může být vrácení, změna z nezpůsobilosti k omezení nebo ponechání původního stavu. (1; 3, s. 71)

1.2 Právní a faktické důsledky

V praxi je důležité rozdělovat pojem omezení a zbavení způsobilosti k právním úkonům.

1.2.1 Omezení způsobilosti k právním úkonům

Soud má možnost určit omezení negativním výčtem, k čemu osoba není způsobilá, nebo pozitivním výčtem, k čemu je osoba naopak způsobilá. Při omezení způsobilosti k právním úkonům soud vymezí oblasti, ve kterých člověk není schopen činit právní úkony. V těchto oblastech nemůže člověk jednat samostatně a rozhoduje za něj opatrovník určený soudem. Oblasti omezení by měly být formulovány srozumitelně, jednoznačně a co

nejkonkrétněji, aby omezení nebylo nepřiměřené a nevztahovalo se i na oblasti, ve kterých je člověk způsobilý. Pro všechny zbylé oblasti platí, že člověk je plně způsobilý činit právní úkony. Ve výroku omezení je nejčastějším omezením způsobilosti v nakládání s nemovitým a movitým majetkem od určité hodnoty. Osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům může například uzavřít sňatek jen se souhlasem soudu, nemá rodičovskou odpovědnost a nemůže být osvojitelem dítěte. Oproti osobě zbavené způsobilosti nemůže být jedinec umístěn do sociálního zařízení bez jeho souhlasu. (3, s. 73 -74; 8, s. 36)

1.2.2 Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům

Za člověka zbaveného způsobilosti činí právní úkony jeho opatrovník. Právní úkony, které by učinila osoba, která k tomu není způsobilá, jsou neplatné. Podobně jako osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům nemá rodičovskou odpovědnost, nemůže být osvojitelem a uzavření manželství není možné. Donedávna rovněž ztráceli tito lidé volební právo, které je jedním ze základních práv člověka. Až v roce 2010 Ústavní soud České republiky vynesl nálezn, kterým uložil soudům povinnost individuálně zkoumat schopnost člověka porozumět smyslu, účelu a důsledku voleb. (3, s. 73-77)

Občanský průkaz člověka plně zbaveného způsobilosti je vydán jeho opatrovníkovi na rozdíl u osob omezených, ty si občanský průkaz přebírají sami. V novele z ledna roku 2012 O občanských průkazech není uvedení způsobilosti povinný údaj a již se nevyznačuje na občanský průkaz. To představuje velký problém, jelikož chránil osoby před uzavíráním například úvěrů v bance. Jak už bylo řečeno výše, jakékoliv právní úkony u osob zbavených způsobilosti jsou neplatné, problém je v praxi, jelikož smlouva například na úvěr je sice zrušená, ale půjčenou částku, která už velice často není, musí vrátit. (1)

1.3 Nový občanský zákoník

Z důvodu pro dnešní dobu nevyhovující občanského zákoníku je od ledna roku 2014 plánován nový občanský zákoník, který by měl vyřešit problém nedostatečné úrovně právní pomoci vyšetřovaného při soudním řízení, nepřiměřeně široké možnosti soudu upustit od výslechu vyšetřovaného, nedostatečné kontroly kompetencí opatrovníka, převládající nedostatečné kvality znaleckých posudků z oborů psychiatrie, rutina soudních

posudků, nedostatečné úpravy řešení možných konfliktů zájmů opatrovance a opatrovníka, nedostatečné úrovně právní pomoci vyšetřovaného v té části řízení, v níž se rozhoduje o určení osoby, která má být ustanovena opatrovníkem, časové prodlevy mezi rozhodnutím o způsobilosti a jmenováním opatrovníka. (10; 11)

1.3.1 Omezení svéprávnosti

Základní změnou v novém občanském zákoníku je úprava názvu. Od ledna 2014 se nebude jednat o lidi s omezenou nebo úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům, ale nahradí ho pojem omezení svéprávnosti. Omezení svéprávnosti řeší § 55 až 64. Dle zákona již nebude možné člověka úplně zbavit způsobilosti k právním úkonům, pouze pomocí negativního výčtu určit ty činnosti, které nemůže vykonávat. Omezení svéprávnosti bude možné nejdéle na tři roky, poté musí dojít k opětovnému přezkoumání duševního stavu člověka. Pokud se v této době zahájí řízení o prodloužení doby omezení svéprávnosti, trvají právní účinky omezení až do doby vydání nového rozhodnutí, nejdéle však jeden rok. To představuje velký přínos, jelikož v minulosti nedocházelo k pravidelnému přezkoumání způsobilosti k právním úkonům u lidí zbavených či omezených v této způsobilosti i řádově několik let, přestože mohlo dojít k vývoji jejich schopností a dovedností. Oproti minulému občanskému zákoníku, soud musí zjistit názor člověka, o jehož svéprávnosti rozhoduje. To znamená, že již nebude možné, aby celé soudní jednání proběhlo bez přítomnosti vyšetřovaného. Další výraznou změnou je, že soud ustanoví v rámci rozsudku o omezení svéprávnosti rovnou opatrovníka, což vyřeší problém prodlevy mezi rozhodnutím o způsobilosti a určením opatrovníka. Stejně tak důležité je znění § 64, který říká, že omezení svéprávnosti nezabavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života, jako jsou například koupě běžných potravin, zaplacení nájemného. Lidé, kteří jsou v současné době zbaveni nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům, budou od účinnosti nového občanského zákoníku považováni za osoby omezené ve svéprávnosti. Tito lidé nabudou do tří let od účinnosti nového občanského zákoníku svéprávnost, pokud soud nerozhodne jinak. (10)

1.3.2 Podpůrná opatření

Nový občanský zákoník oproti minulému obsahuje mírnější a méně omezující opatření, než je omezení svéprávnosti. Mezi tato opatření patří předběžné prohlášení,

nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti a opatrovnictví bez omezení svéprávnosti. Dle § 38 nového občanského zákoníku může osoba, která očekává změnu svéprávnosti, sepsat předběžné prohlášení, ve kterém projeví vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem. Prohlášení musí mít písemnou formu, musí být opatřeno datem a potvrzeno dvěma svědky, kteří na prohlášení nemají vlastní zájem. Soud na toto přání musí brát zřetel. Dále § 45,46,47,48 řeší nápomoc při rozhodování bez omezení svéprávnosti. Pro tuto nápomoc je nutné sepsat smlouvu mezi osobou a podpůrcem, která musí být schválena soudem. Podpůrce nesmí ohrozit zájmy podporovaného nevhodným ovlivňováním. Soud může podpůrce odvolat buď na základě návrhu, nebo v případě, že podpůrce závažně poruší své povinnosti. § 49 řeší zastoupení člověka, kterému duševní porucha brání samostatně jednat, může ho zastupovat jeho potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner či osoba, která žila ve společné domácnosti alespoň tři roky. Stejně jako v případě smlouvy o poskytnutí nápomoci, i zastoupení musí schválit soud. Pokud jsou výše uvedené metody nedostačující, přejde soud k omezení svéprávnosti. (10)

1.3.3 Opatrovnická rada

Opatrovnická rada je nový termín obsažený v občanském zákoníku v § 472 až 485. Funkce rady je dohlížení nad opatrovnictvím. Rada se skládá z nejbližších přátel opatrovance a osob jemu blízkých a tvoří ji nejméně tři členové. Členem může být jen osoba, která prokáže opravdový zájem o opatrovance a nedochází ke střetu zájmů. Opatrovník určený soudem nemůže být členem rady. O volbě členů musí být vyhotoven zápis, který se doručí příslušnému soudu i opatrovníkovi nesvéprávného. Člen rady je volen na dobu neurčitou nebo může být odvolán soudem v případě, že opakovaně porušil své povinnosti, ztratil o opatrovance zájem nebo mezi ním a opatrovancem dochází ke střetu zájmů. Rada se schází minimálně jednou ročně, jejich schůzí se účastní jak člověk s upravenou svéprávností, tak opatrovník. Bez souhlasu opatrovnické rady nemůže opatrovník rozhodnout o určitých záležitostech člověka s upravenou svéprávností a o správě jeho majetku. Mezi tyto záležitosti patří například změna bydliště, umístění opatrovance do ústavu, pokud to jeho zdravotní stav zjevně nevyžaduje, nebo přijetí či poskytnutí zápůjčky. Pokud nebude opatrovník či osoba s upravenou svéprávností souhlasit s rozhodnutím opatrovnické rady, může podat návrh k soudu, aby bylo toto rozhodnutí rady zrušeno, popřípadě nahrazeno rozhodnutím soudu. (10)

Změny v novém občanském zákoníku mají za cíl zvýšit kvalitu života lidí s duševní poruchou, zvýšit jejich sociální status ve společnosti a omezit a chránit je před omezováním jejich lidských práv, která jsou zaručena mezinárodními smlouvami a úmluvami ratifikovanými Českou republikou. (10)

2 LIDSKÁ PRÁVA

Lidská práva lze pokládat za jistou humanistickou ideu, která se zformovala v určitém stádiu civilizačního vývoje, tudíž lidská práva nejsou přirozeně znakem lidské bytosti. Vlastní idea se zrodila v evropském osvícenství, mluvíme tedy o 18. století, do té doby byly snahy o formulaci práv, nelze ale mluvit o univerzálních právech pro všechny. Lidská práva nevznikla z důvodu přežití, ale z důvodu potřeby důstojného života, tudíž lidská práva nejsou propojena jen zákony, ale i morálkou dané společnosti. Současné pojetí lidských práv je ve společnosti chápáno jako vrozené, nezczitelné, univerzální a konkrétní. Lze tedy říci, že lidská práva jsou programem a strategií opírající se o humanistickou filosofii. V literatuře můžeme nalézt mnoho definic lidských práv. Švarcová (2006, s. 16) definuje lidská práva jako „*ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby.*“ (12, s. 143- 162)

Lidská práva se stala pro občana samozřejmostí, uvědomovat si je začne až v momentě jejich porušení. Lidská práva náleží každému jedinci bez ohledu na barvu pleti, vyznání, politické smýšlení, pohlaví a duševní zdraví a jsou pokládána za jeden z pilířů moderní západní společnosti. Formulace a dodržování lidských práv zaručuje jak mezinárodní systém úmluv, tak i systém regionální. (13; 14, s. 9)

2.1 Mezinárodní systém

Se zvýšenou snahou zformulovat lidská práva se setkáváme v období po první světové válce, kdy vznikl jeden z prvních důležitých lidsko-právních dokumentů, který upravoval práva dětí. Najdeme je pod názvem Ženevská deklarace, která byla podepsána v roce 1924. (15, s. 16)

Během druhé světové války vznikla Deklarace spojených národů (v roce 1942) a po hrůzách a šoku z druhé světové války vyvstala potřeba přijmout dokument, který by zabránil opakování genocidy. Vznikla Americká deklarace práv a povinností člověka, Charta Organizace spojených národů (dále OSN) a Úmluva o zabránění a trestání zločinu

genocida. A nakonec 10. prosince 1948 v Paříži byla představena Všeobecná deklarace lidských práv. (12, s. 24; 16, s. 16-17)

Všeobecná deklarace lidských práv sdružuje přibližně 80 práv, na něž má člověk nárok bez ohledu na rasu, barvu pleti, pohlaví, jazyk, náboženství, politické smýšlení, národnostní původ, majetek, rod nebo jiné postavení. Deklarace je postavena na čtyřech pilířích a to jsou důstojnost, svoboda, rovnost a bratrství. Nemá charakter závazného dokumentu, je rezolucí Valného shromáždění OSN a jako taková má pouze doporučující charakter. Všeobecná deklarace lidských práv je považována za jádro mezinárodní listiny lidských práv, kterou tvoří soubor dokumentů. Nejdůležitější dva dokumenty jsou Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Tyto pakty obsahují právo na sebeurčení, včetně práva svobodně disponovat přírodními zdroji a zákazu diskriminace. Na dodržování práv dohlíží Rada OSN pro lidská práva a Mezinárodní soud, který řeší případy proti lidskosti, například genocidu. (12, s. 24-36)

2.2 Evropský systém

V roce 1950 přijala Rada Evropy Úmluvu o ochraně lidských práv a svobod, která vstoupila v platnost v roce 1955. Na základě Úmluvy byl vytvořen Evropský soud pro lidská práva působící při Radě Evropy. Stížnosti může podávat jak stát, tak i jednotlivec. V rámci Úmluvy vznikla Evropská úmluva o zdravotnictví. Smluvními stranami jsou všechny členské státy Rady Evropy. Zabývá se problematikou interrupce, očkování, euthanasie a psychiatrie. Kvalifikuje podmínky nucené psychiatrické léčby a právo na soukromí pacienta. (12, s. 37; 17, s. 26)

V roce 1989 byla ustanovena Evropská úmluva o prevenci mučení a nelidského nebo ponižujícího zacházení či trestů. Tato úmluva vychází z 3. článku Evropské úmluvy o lidských právech, jež stanovuje, že nikdo nebude vystaven mučení nebo nelidskému ponižujícímu zacházení nebo trestu. Na základě Úmluvy vznikl Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále CPT).

CPT organizuje návštěvy zařízení, kde jsou umístěné osoby zbavené svobody a kontroluje, jak jsou dodržována jejich práva. Mezi tato místa patří například věznice, nápravná zařízení pro mladistvé, policejní stanice, záchytná střediska pro přistěhovalce,

psychiatrické léčebny, ústavy sociální péče. Po každé návštěvě zašle CPT dotyčnému státu podrobnou zprávu, která obsahuje zjištěné skutečnosti a také doporučení, komentáře a požadavky na informace, a vyžaduje podrobnou reakci na problémy, na které zpráva upozorňuje. (18)

Rada Evropy v roce 1999 vytvořila funkci Komisaře pro lidská práva. Komisař funguje jako nezávislá instituce a podporuje vzdělání a povědomí o lidských právech v členských zemích, vyhledává nedostatky v právních předpisech a pomáhá členským státům při zavádění standardů na ochranu lidských práv. V rámci Evropské unie (dále EU) vešla v roce 2000 v platnost Listina základních práv Evropské unie. (12, s. 37-39)

Česká republika (dále ČR) je součástí mezinárodního systému úmluv a deklarácí. Jako základní dokument, který je zakotven v desátém článku Ústavy ČR a v mezinárodních smlouvách, je Základní listina práv a svobod. Listina vychází především z Všeobecné deklarace lidských práv, Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, Mezinárodního paktu o ekonomických, sociálních a kulturních právech a z Evropské sociální charty. Tato práva člověk nabývá narozením a těmito právy získává člověk práva a povinnost vyvarovat se jednání, které by zasahovalo do práv druhého člověka. Výjimky, kdy lze zasáhnout do základních práv a svobod, musí být stanoveny zákonem. V České republice dohlíží na dodržování práv Ústavní soud a ombudsman, občan může využít i Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku nebo podat stížnost k Výboru pro lidská práva při OSN. Listina základních práv a svobod tvoří šest hlav a mezi základní práva patří právo na život, právo na osobní svobodu a svobodu v pohybu (omezení pouze v rámci zdravotnického zařízení, nedobrovolná hospitalizace), právo na ochranu soukromí, právo na ochranu osobního a rodinného života, právo na důstojné zacházení, právo na práci a na odměnu, právo na vzdělání, právo vlastnit majetek a právo na léčbu se souhlasem. (5; 13; 14, s. 9-53)

2.3 Práva zdravotně postižených a lidská práva ve zdravotnictví

Kromě výše zmíněných úmluv, deklarácí a orgánů se v oblasti práv osob s postižením setkáváme s dalšími dokumenty. Ještě v šedesátých letech byla jako jediná smlouva zabývající se práv člověka s postižením Evropská sociální charta z roku 1961. V ní nacházíme medicínský model péče o osoby s postižením, který vnímá postiženého jako oběť a zdůrazňuje zejména nutnost intervence většinové společnosti. Za základní

dokument na ochranu duševně nemocných je pokládána Deklarace práv duševně postižených, která byla přijata Valným shromážděním OSN dne 20. 12. 1972. Zde se ustanovuje, že postižený, pokud je to možné, má stejná práva jako ostatní, měl by být chráněn před zneužíváním, měla by mu být poskytnuta kvalifikovaná péče a umožněno vyrůstat v přirozeném prostředí, atd. (viz příloha) V roce 2003 proběhl v Madridu Evropský kongres o osobách se zdravotním postižením a výsledkem bylo vydání Madridské deklarace, kde se zdůrazňuje nepopiratelnost lidských práv zdravotně postižených, zákaz diskriminace a podpora společnosti v inkluzi zdravotně postižených. A v roce 2006 přijala OSN Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva je nadřazena všem starším mezinárodním smlouvám. Cílem Úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Úmluva stanovuje, co je diskriminace postižených, vymezuje úpravy veřejných budov, dopravních prostředků apod. Osoby s postižením jsou zde brány z širšího pohledu, ne pouze z medicínského. Česká republika úmluvu podepsala v roce 2007. V rámci České republiky vznikl v roce 1991 Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Má poradenskou funkci a prostupuje všemi resorty. Cílem výboru je snaha o vytvoření rovnoprávných příležitostí pro občany se zdravotním postižením a to ve všech oblastech lidského života. Předsedou výboru je předseda vlády, výkonným místopředsedou je ministr vlády. Místopředsedy jsou ministr práce a sociálních věcí, ministr školství, mládeže a tělovýchovy a ministr zdravotnictví. Hlavním poradním orgánem Výboru je Národní rada zdravotně postižených České republiky. (8, s. 48-49; 19; 20, s. 111; 21)

V oblasti zdravotnictví a medicíny přijala Světová lékařská asociace v roce 1981 Lisabonskou deklaraci o právech pacientů a zabývá se právy pacientů v obecné rovině. V roce 1992 přijala Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky „Práva pacientů“ (viz příloha). V tomto dokumentu se odrážejí cíle plné realizace pojetí úcty k člověku a rovné dostupné péče. Lékař musí brát v potaz stupeň duševního onemocnění a rozumové schopnosti, ale pokud to lze, mělo by zdravotnické zařízení tato práva dodržovat i u nezpůsobilých pacientů ve spolupráci s opatrovníkem. Omezení těchto práv je uvedeno obvykle v zákoně a omezení slouží k ochraně veřejného pořádku, veřejného zdraví nebo k ochraně lidských práv. Další dokument související s poskytováním péče pacientovi je etický kodex sester (viz příloha). Mezinárodní etický kodex byl přijat Mezinárodní radou sester (dále ICN) v roce 1953. Během let byl

několikrát revidován a znovu schvalován, nejaktuálnější verze je z roku 2000. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester hlásí k Etickému kodexu ICN. Kodex se skládá z pěti částí a řeší vztah sestra a spoluobčan, sestra a praxe, sestra a společnost, sestra a spolupracovníci, sestra a profese. To znamená, že sestra by měla být zaměřena na člověka, respektovat jeho hodnoty, zachovávat intimitu a důvěru, poskytovat péči bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické smýšlení nebo sociální postavení. Spolupracovat s kolegy, vzdělávat se, zavádět nové poznatky do praxe a být aktivní členkou v profesní asociaci. Aby kodex dosáhl svého účely, musí sestry ho sestry pochopit a přijmout za vlastní. (22, s. 56-58; 23, s. 84; 24, s. 83-84)

Díky pokroku ve vědě a medicíně vydala Rada Evropy v roce 1997 dokument zvaný Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Tato Úmluva byla podepsána za ČR v roce 1998 ve Štrasburku a je zahrnuta pod vyhláškou č. 96/2001 Sb. m. z., dále je zahrnuta do Úmluvy o lidských právech a základních svobodách v čl. 10 Ústavy ČR. Cílem Úmluvy je ochrana základních práv a svobod jedince při zdravotnických činnostech, uvědomění si rizik, jež pokrok v medicíně a biologii přináší, podpora veřejné diskuze nad touto problematikou a spolupráce nejen mezi odborníky, ale i neodbornou veřejností. Řeší oblasti výzkumu a vědy, etickou problematiku transplantace, ochranu soukromí a právo na informace, souhlas s léčbou, kdy se uvádí, že v případě dospělé osoby, která není schopna dle práva dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem zákonného zástupce, příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem a zákrok musí sloužit výhradně k jeho prospěchu. Dle možností se osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu. Tento dokument platí pro všechny členské země EU. Úmluva navazuje na předchozí významné dokumenty a úmluvy jako je Všeobecná deklarace lidských práv a svobod. Mezi další dokumenty v oblasti zdravotnictví patří Charta práv hospitalizovaných dětí, Helsinská deklarace Světové lékařské asociace, Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné, Práva kriticky nemocného, Deklarace práv onkologicky nemocného a další. (23, s. 86-91; 25, s. 92-98; 26, s. 371-376)

Lidé s postižením jsou z hlediska možného porušování práv extrémně riziková skupina. To je dáno tím, že ne vždy správně dokážou vyhodnotit situaci a různým druhům porušování jejich práv se dokáží velmi obtížně bránit. Dále k tomu napomáhá obtížná komunikace a jejich tendence podřizovat se druhým. Lidé zbavení způsobilosti

k právním úkonům nejsou zbavení svých lidských práv. Cílem je naopak ochrana člověka a jeho práv před případným zneužitím. Existují výjimky, kdy základní lidské právo je zároveň právním úkonem např. uzavření manželství. Je nutné, abychom s lidmi s duševním onemocněním jednali jako se sobě rovnými, informovali je o jejich právech, respektovali je a pomáhali je chránit. (14, s. 13, 55, 65)

3 LEGISLATIVNÍ SPECIFIKA PÉČE O OSOBY OMEZENÉ NEBO NEZPŮSOBILÉ K PRÁVNÍM ÚKONŮM VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Zdravotnickou legislativu upravuje mnoho zákonů. Nejvýznamnější je zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, které upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče. Práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie. Do tohoto zákona patří i povinnost mlčenlivosti a informovaný souhlas. (27)

3.1 Zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami

Spadá pod zákon č. 372/2011 Sb. § 51. Dle zákona má každý zdravotnický pracovník, včetně studentů, ale i nezdravotnický pracovník povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v průběhu výkonu profese. Mlčenlivost se vztahuje i v době, kdy již nevykonává zdravotnické povolání. Mlčenlivost napomáhá budování vzájemné důvěry mezi příjemcem a poskytovatelem péče a jejím cílem je zajištění ochrany osobních údajů, soukromí, ochrana před diskriminací a zajišťuje nedotknutelnost fyzických osob. V současné době se porušení mlčenlivost posuzuje jako trestný čin a může mít dopad jak na jedince, tak na celou organizaci, ve které pracuje. (28, s. 24; 29, s. 10-12)

Zákonem jsou definovány výjimky, kdy lze prolomit mlčenlivost a je možné zpřístupnit informace k legálnímu využití. Mezi takové výjimky v první řadě patří, jestliže sám pacient určí osobu, které mají být poskytovány informace a v jakém rozsahu. Tato osoba je zaznamenána do dokumentace. Mezi zvláštní výjimky patří oznámení údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení. V případě oznámení chystaného nebo provedeného trestného činu se také uplatňuje oznamovací povinnost, nejčastěji se jedná o pohlavní zneužívání, týrání, úplatky. Za porušení povinné mlčenlivosti se dále

nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv, je-li poskytovatel v trestním řízení, občanskoprávním řízení, rozhodčím řízení a ve správním řízení. Sdělování skutečností soudu nebo jinému orgánu, je-li předmětem řízení před soudem nebo jiným orgánem spor mezi poskytovatelem, popřípadě jeho zaměstnancem, a pacientem nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. V této situaci je poskytovatel oprávněn předat soudnímu znalci, znaleckému ústavu, komoře nebo odborníkovi kopii zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi za účelem vypracování znaleckého nebo odborného posudku vyžádaného obhajobou nebo účastníkem v občanském soudním řízení. (27; 30, s. 232)

3.2 Informovaný souhlas

Problematiku informovaného souhlasu řeší zákon č 372/2011 Sb. O zdravotnických službách, ale také Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená dodatkovým protokolem pod č. 96/2001 Sb. m. z., která byla parlamentem ČR zahrnuta do Lidských práv a základních svobod čl. 5 Ústavy ČR. Tato úmluva stanovuje míru informovanosti, provedení zákroku pouze se souhlasem, informace o zákroku a možnost souhlas kdykoliv odvolat. (31, s. 378)

Pojem informovaný souhlas je v dnešní době každodenní součástí výkonu zdravotnického povolání. Vyjadřuje smluvní povahu vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem služeb. Je to doklad o upřednostňování individuálních zájmů před zájmy kolektivními na základě principu autonomie jednotlivce. Informovaný souhlas pobíhá ve dvou fázích, nejdříve kvalifikovaný zdravotnický pracovník (u většiny výkonů je to lékař) poskytne pacientovi veškeré informace o výkonu, léčbě, na základě těchto informací a vlastních hodnot a priorit se pacient rozhodne, zda udělí informovaný souhlas. Odmítá-li pacient přes náležité a srozumitelné vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si lékař jeho písemné prohlášení, tzv. negativní revers, kde je uvedeno vysvětlení a rozsah následků z důvodu neposkytnutí péče, kdy a kde došlo k odmítnutí. Pokud i ten odmítne podepsat, podepíše ho svědek, který byl poučen přítomen. Bez souhlasu nelze provádět vyšetřovací a léčebné výkony. Informovaný souhlas nemusí mít vždy písemnou formu, zákonem jsou definovány úkony, u kterých se požaduje písemná forma, případně se zdravotnické zařízení nad rámec zákona rozhodne pro písemnou formu u některých úkonů. Nemůže-li se pacient

podepsat, opatří se písemný souhlas jménem, popřípadě jménem a podpisem svědka, napíše se důvod a jakým jiným způsobem dal pacient najevo svou vůli. (31, s. 378-379; 32, s. 75-86)

Právní řád ČR umožňuje několik výjimek, které jsou definovány zákonem č. 372/2011 Sb. Jedná se o ochranné léčení uložené soudem, nařízenou izolaci, karanténu podle zákona o ochraně veřejného zdraví. Ohrožení pacientova zdraví nebo jeho okolí závažným způsobem. Jeho zdravotní stav vyžaduje neodkladnou péči pro záchranu života nebo zdraví a osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, kdy souhlas dává opatrovník a kdy tato péče musí být v přímém prospěchu pacienta. Dle některých platných mezinárodních úmluv a doporučení by i tak měla být léčba poskytována s jejich informovaným souhlasem, pokud je to možné. Tuto myšlenku podporuje Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně, Rada Evropy a Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidského zacházení nebo trestání. (8, s. 103; 31, s. 379)

Přijetí nemocného bez jeho souhlasu do ústavní péče z výše zmíněných důvodů musí zařízení do 24 hodin nahlásit soudu, v jehož obvodu má sídlo. Soud o přípustnosti převzetí do ústavní péče rozhodne do sedmi dnů a dále zkoumá přípustnost dalšího držení v zařízení. Do tří měsíců rozhodne soud o jeho délce, maximální délka je jeden rok. Po uplynutí jednoho roku nařízení zaniká, pokud zařízení chce prodloužit pobyt v ústavním zařízení, musí proběhnout nové soudní řízení. Soud se rozhoduje na základě posudku, který vypracovává znalec v daném oboru. Pokud během lhůty, kterou uznal soud, dojde ke zlepšení stavu, může zařízení klienta propustit dříve, nevztahuje se na ochranné léčení nařízené soudem. (31, s. 379-380)

3.3 Hospitalizace osob s omezenou nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům

Při podezření na způsobilost pacienta si lékař může ověřit způsobilost buď dotazem přímo na pacienta, občanským průkazem (od roku 2012 to nepatří mezi povinné údaje), dotazem na obecní úřad nebo se obrátit na okresní soud. (33, s. 11-12)

Veškeré zákroky musí být prováděny v nejlepším zájmu pacienta. Toto posouzení provádí lékař, opatrovník nebo soud na základě návrhu zdravotnického zařízení o přezkoumání opatrovníka. Nejlepší zájem znamená, že zákrok bude proveden lege artis,

převažují klady nad zápory, jedná se o zájem konkrétního pacienta a zákrok je pouze v zájmu pacienta a ne jiných osob. V minulosti docházelo například u osob s mentální retardací, že i nevratné lékařské zákroky jako sterilizace nebo kastrace byly bez ohledu na vůli osoby prováděny pouze z rozhodnutí opatrovníka, kterým mohlo být i zařízení, kde bydleli. Bohužel i dnes je v české praxi pacient omezený nebo zbavený způsobilosti vyřazen z procesu rozhodování o péči. Velký problém je, že se často neodlišuje informovaný souhlas související se zákrokem (nedobrovolná léčba) a převzetí do zdravotnického zařízení (nedobrovolná hospitalizace). Následkem může být medikace proti vůli pacienta, který je navíc nedobrovolně hospitalizován. Tento plošný přístup může vést k ponižujícímu nebo nelidskému zacházení a popřípadě k mučení. Jestliže udělí opatrovník svolení k zákroku, který není podle lékaře v nejlepším zájmu pacienta, nemusí rozhodnutí opatrovníka respektovat. Lékař má povinnost jednat v zájmu pacienta, nikoliv opatrovníka. Obdobně je to v případě, kdy opatrovník odmítá zákrok, který je neodkladný a nezbytný k záchraně života. Opatrovník v takovém případě musí uvést závažný důvod svého rozhodnutí, pokud nedá, zdravotnické zařízení dá podnět k soudu o přezkum opatrovníka. Opatrovník může odvolat svůj souhlas. Pokud lékař nebude odvolání brát jako v nejlepším zájmu pacienta, může výkon provést, ale vystavuje se riziku předvolání k soudu, zda odvolání bylo platné či nikoliv. Nedodržení zákonů a porušení základních lidských práv může vést k poškození pacienta, ale i celé ČR, jelikož poškozený může podat stížnost až Štrasburskému soudu, který mu může přiznat finanční odškodné. (8, s. 102; 33, s. 33-38; 34, s. 32; 35)

3.4 Omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb

Dle zákona č. 372/2011 Sb. § 39 lze v určitých případech použít omezovací prostředky. Tyto prostředky zdravotníci použijí pouze tehdy, je-li účelem zabránění bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a pouze po dobu nezbytně nutnou. Patří mezi ně úchop pacienta zdravotnickými pracovníky, omezení pohybu pomocí kurtů nebo pásů, ochranný kabátek nebo vesta, umístění pacienta do místnosti určené k bezpečnému pohybu, psychofarmaka a kombinace výše uvedených prostředků. Zvláštní místo zaujímají síťová lůžka. Síťová lůžka jsou zahrnuta ve výše uvedeném zákoně, ale stále silněji jsou kritizována nejen veřejnou

populací, ale i Výborem OSN proti mučení a Ligou lidských práv. Psychiatrická společnost se shoduje, že celoplošné zakázání používání síťových lůžek by nemuselo být prospěšné a mohlo by zvýšit riziko komplikací u některých pacientů. Psychiatrická společnost se shoduje, že používání síťových lůžek by mělo být spojeno s přísnou metodikou a nikdy by nemělo znamenat usnadnění práce zdravotníkům. (27; 36, s. 295-296; 37; 38)

Pokud dojde k použití omezovacích prostředků, zdravotník je povinen zajistit, aby pacient s ohledem na jeho zdravotní stav byl srozumitelně informován o důvodech použití. Po dobu použití omezovacích prostředků musí být pod dohledem zdravotnického personálu. Pokud se jedná o pacienta s upravenou způsobilostí nebo o dítě, musí být o použití informován zákonný zástupce. Použití omezovacích prostředků indikuje lékař, pouze ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení může omezovací prostředky indikovat i nelékařský zdravotnický pracovník. Lékař musí být o takovém použití omezovacího prostředku neprodleně informován a musí potvrdit odůvodněnost omezení a zaznamenat jej do dokumentace. (36, s. 296)

4 NEJČASTĚJŠÍ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY

Jako nejčastější poruchy vedoucí ke zbavení způsobilosti k právním úkonům uvádí literatura schizofrenii, bludy, pokročilé demence, duševní poruchy chování vyvolané psychoaktivními látkami ve stadiu pokročilé závislosti, středně těžkou mentální retardací, těžkou mentální retardací a hlubokou mentální retardací. Mezi poruchy, které vedou k omezení způsobilosti k právním úkonům, lze zařadit například lehkou mentální retardaci a abúzus alkoholu či drog. (39)

4.1 Organické a symptomatické duševní poruchy

Organické duševní poruchy vznikají na podkladě poškození mozku způsobeného chorobným procesem nejčastěji z důvodu degenerativního postižení centrální nervové soustavy (dále CNS). Symptomatické poruchy jsou podmíněny procesem, který primárně postihuje jinou soustavu než CNS, ale sekundárně ovlivňuje mozkovou funkci. Příkladem může být selhání jater, které nám vyplaví do krevního oběhu toxické látky, které následně poškodí i CNS. Proto Mezinárodní klasifikace nemocí obě skupiny slučuje dohromady. (40, s. 92)

Tato skupina duševních nemocí převážně zahrnuje různé typy demence, dále poruchy osobnosti a chování vyvolané poškozením mozku a poruchy z důvodu ischemie CNS. (41, s. 12)

Demence

Demence jsou poruchy, u kterých dochází k postupnému snížení úrovně paměti a zhoršení kognitivních funkcí, následkem toho dochází ke zhoršení aktivit denního života a k emoční labilitě. Demence sama o sobě představuje syndrom, určitý soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Nejčastějším typem demence je Alzheimerova choroba. (42, s. 11-12)

U Alzheimerovy demence (dále AD) v mozkové tkáni dochází k ukládání patologické bílkoviny beta-amyloid a jsou sníženy funkce acetylcholinu jako

neurotransmitterů. Z medicínského hlediska se rozlišují dvě formy - s časným a pozdním začátkem. (42, s. 29)

AD s časným začátkem může začít ve středním věku, vždy před 65. rokem života. Průběh je většinou rychlý. Projevuje se zpočátku hlavně poruchou řeči, buď expresivní či senzorická afázie, a poruchami praxe neboli apraxie. Porucha řeči se postupně prohlubuje až do stádia, kdy osoba vydává pouze neartikulovatelné zvuky. Ze začátku si osoba onemocnění uvědomuje a mohou nastat depresivní stavy. V terminálním stádiu osoba leží na lůžku, není schopna zachovat osobní čistotu a je plně odkázána na pomoc druhých. (42, s. 30-33)

AD s pozdním začátkem se naopak vyskytuje většinou okolo 80. roku života. Progrese je pomalá a hlavním příznakem je porucha paměti. Postihuje všechny složky intelektu, později dochází k dezintegraci osobnosti, která se projevuje ztrátou etických citů, ztrátou zájmů a postupnou dezorientací. Nemocný si velmi často neuvědomuje svůj zdravotní stav. Postupně dochází k neschopnosti sebeobsluhy a sebepečce. (42, s. 30-33)

Léčba demence neexistuje, podávají se léky, které zmírňují příznaky jako nootropika, antidepresiva, blokátory Ca kanálu, neuroleptika, sedativa na zklidnění. Příčinou úmrtí je zpravidla bronchopneumonie, úrazy a jejich následky. (41, s. 12; 42, s. 29-33)

Péče o člověka s demencí je náročná po všech stránkách a je velice obtížné pro rodinu vyrovnat se s ireverzibilními změnami osobnosti. Lidé trpící demencí nedokáží splňovat své sociální role, standardní nároky se pro ně stávají příliš náročné. Postupně nepoznávají ani své nejbližší a svět se pro ně stává nepochopitelný. To pro ně představuje velké riziko nejenom z hlediska sociálního, ale i právního. U lidí s pokročilou demencí je velké riziko zneužití druhou osobou, proto je u těchto lidí často využíváno omezení způsobilosti k právním úkonům a mělo by mít ochranný charakter. (43, s. 143-145; 44 s. 15)

Přístup zdravotníků

Lidská důstojnost u člověka s demencí musí být respektována. Ošetřující osoba ujišťuje pacienta o tom, že mu přichází pomoci a záleží mu na něm. Je vhodné se přizpůsobit jeho individuálním možnostem a potřebám. Cenným zdrojem informací o tom, co má rád, co ho baví, je rodina. Je nutné trénovat paměť pomocí různých pomůcek. V péči o člověka s demencí by měly být samozřejmostí respekt a vzájemná úcta. Při komunikaci

bychom měli být struční, vyhýbat se nedorozuměním pomocí krátkých sdělení, mluvit pomalu, odstranit hluk a sladění verbální a neverbální složky. Nepospíchat na ně, poskytnout jim dostatek času při vykonávání činností. (42, s. 108-115)

4.2 Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek

Za psychoaktivní látku považujeme každou látku, u které po určité době užívání vzniká závislost neboli abúzus. Rozlišují se dva typy závislosti, psychická a fyzická. Jako fyzická závislost se označuje výskyt nepříjemných tělesných příznaků po vysazení nebo po snížení dávky návykové látky. Psychická závislost znamená touhu po látce a navození příjemných duševních stavů, po vysazení dochází k emočním změnám, změnám v chování, bažení, halucinacím. Dlouhodobé užívání návykové látky může zapříčinit duševní poruchy, jako jsou příznaky organického poškození mozku, deprese, různé fobie, rozvoj schizofrenie, amnézie, halucinace. Mezi tělesné onemocnění patří vředová choroba, jaterní cirhóza, poruchy pankreatu a ledvin.

Motivace k užití se různí, může se jednat o potřebu vyřešit nějaký problém, dosáhnout uspokojení, uniknout stereotypu a u adolescentů velmi často potřeba sociální konformity. (45, s. 51-52; 46)

4.2.1 Abúzus alkoholu

Závislost na alkoholu představuje velký sociální problém, jelikož alkohol je ve společnosti tolerován a většina společenských událostí je spojena právě s konzumací alkoholu. Alkohol nás provází, aniž bychom chtěli, celý život. (43, s. 290)

Závislost na alkoholu je postupný proces, kdy jedinec prochází čtyřmi fázemi. Nejdříve je počáteční stádium, kdy alkohol funguje k potlačení špatných nálad a navození dobré nálady. Stádium prodromální či varovné je fáze, ve které stoupá tolerance alkoholu, jedinec ztrácí kontrolu nad pitím, nepije už pro zábavu, ale často pije i sám, potají. Ve třetím rozhodném stadiu stoupá tolerance a potřeba alkoholu, začíná se objevovat alkoholová amnézie. V této fázi člověk ztrácí kontrolu nad svým pitím. Dochází ke změnám v hodnotovém systému, oploštění zájmů i vztahů k lidem, ztráta zaměstnání. Poslední fází je stadium konečné, kdy dochází k obratu, tolerance alkoholu se začíná snižovat. Člověk pije prakticky nepřetržitě. Je zde typická bezmocnost, kdy si alkoholik

uvědomuje svou neschopnost přestat pít. Postupně dochází k tělesnému a psychickému chátrání a úpadku v sociální oblasti a jediný jeho zájem je pití alkoholu. (43, s. 291)

4.2.2 Abúzus nealkoholových drog

Na vzniku každé závislosti se podílí osobnost člověka a jeho osobnostní vlastnosti, vlivy vnějšího prostředí a aktuální psychický stav. Dalším rizikovým faktorem je věk, nejvyšší riziko je u mladých lidí. Drogová závislost vzniká za mnohem kratší dobu než u alkoholu. Proces vzniku závislosti lze rozdělit do čtyř stádií. Stádium experimentování, kdy prvotním impulzem může být nuda nebo zvědavost, v této fázi někteří končí s užíváním. Další fází je příležitostní užívání, kdy droga představuje spouštěč zábavy, útěk z nudy a stereotypu. Postupně se člověk dostává do třetí fáze, pravidelné užívání návykové látky, v tento moment člověk závislost popírá. Poslední fáze je návykové užívání, člověk je lhostejný ke všemu, co se netýká drogy, ztrácí motivaci, jediné, o co se zajímá, je, jak sehnat drogu. Neskryvá svou závislost, jelikož na to nemá energii, a přestává se zajímat, co si myslí druzí. Stává se nespolehlivým a bezohledným, ztrácí kontakt s lidmi, rodinou a udržuje vztahy pouze s narkomany. (43, s. 296-300)

S abúzem alkoholu či drog je spojen nejen rozvrat osobnosti jedince a zdravotní komplikace, ale i patologické chování v důsledku snahy získat potřebnou látku. Půjčování peněz, provádění trestné činnosti, nejčastěji krádeže, výroba drog a následně jejich prodej, podvody. Z toho vyplývá, že abúzus představuje velký sociální, ekonomický a společenský problém a omezení způsobilosti k právním úkonům se snaží minimalizovat škody, které závislý člověk může napáchat. Závislý člověk nikdy nebude vyléčený, pouze abstinující. Fyzická závislost odezní zpravidla do několika týdnů, ale s psychickou závislostí musí člověk žít celý život. Velmi často závislosti končí smrtí člověka. (2, str. 17; 43, s. 288-308)

Přístup zdravotníků

Člověk se závislostí má možnost navštěvovat komunity, ambulance nebo nastoupit na lůžkové psychiatrické oddělení. Absolutní abstinence je jediné řešení stavu. Velký problém představuje alkohol u narkomanů, jelikož funguje často jako spouštěč chutě na drogu. Z toho vyplývá, že se velice často musí vyhýbat i alkoholu. Člověk se závislostí na drogách se musí naučit řádu, povinnostem, musí se naučit jak fungovat v běžném životě. Musí zpřetrhat veškeré kontakty s narkomany a najít si nové přátele. Velmi

důležitou roli zde hraje rodina a její absolutní podpora. Pro zdravotníka je důležité abstinujícího člověka podporovat, umožnit mu kontakt s rodinou a nevystavovat ho pokušení. Ještě před ukončením hospitalizace ho informovat o ambulantních poradnách, kam může dále docházet. (43, s. 305-208)

4.3 Schizofrenie

Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Jedná se o jednu z nejzávažnějších duševních poruch a to především z důvodu možného dlouhého trvání a rizika ztráty soběstačnosti a sociální izolace. Nejčastější výskyt je okolo 16-18 roku a později kolem 25-30 roku života. (45, s. 58; 47)

Schizofrenie se může projevovat pozitivními nebo negativními příznaky. Mezi pozitivní psychotické příznaky patří bludné představy a myšlenky o svých schopnostech, pocit pronásledování, bludy nadlidské síly. Halucinace nejčastěji sluchové, které komentují jeho chování nebo myšlení. Dezorganizace řeči a dezorganizované chování nebo katatonní chování (ztuhlost, mutismus, stupor). Mezi negativní příznaky patří otupění a oploštění emocí. Úpadek vůle a iniciativy, celková chudost řeči, ztráta zájmů, bezcílnost. Ztráta vztahů a sociální izolace. (45, s. 59)

Schizofrenie může mít několik podob a forem. Od onemocnění chronického až po úplnou remisi. Zpravidla bývá čím prudší akutní fáze tím lepší prognóza. Riziko po ústupu akutní fáze je, že dojde k útlumu, ztrátě motivace, aktivity, obávají se recidivy, uvědomují si rozdíl, co bylo předtím a teď. Mezi formy schizofrenie patří paranoidní, hebefrenií, katatonní a simplexní. Paranoidní schizofrenie je nejčastější. Lidé trpící touto formou mají bludy, halucinace, slyší hlasy, které mohou být imperativního charakteru. Mohou se vyskytnout i halucinace čichové, chuťové a sexuální. Zrakové halucinace nejsou časté. Schizofrenie hebefrenií připomíná vystupňované adolescentní chování. Různé pošklebování, grimasy, nálada je povrchní, výrazné porušení efektivity a vůle. Katatonní schizofrenie je charakteristická funkční poruchou motoriky. Vyskytuje se katatonní stupor, mutismus, negativismus, rigidita, zaujímání bizarních poloh a bezúčelná motorická aktivita. Je zde riziko impulzivního jednání. Poslední formou je simplexní schizofrenie, kdy dochází ke změně osobnosti, poklesu výkonnosti, nečinnosti, tuposti a emoční vyhaslosti. Člověk zanedbává osobní hygienu, není schopen fungovat ve společnosti či v práci. Je zde velké riziko sociální izolace. (45, s. 60; 48, s. 44)

Léčba vychází z předpokladu, že onemocnění vzniká na podkladě hyperaktivity dopaminergního systému v mozku. Základ farmakoterapie tvoří skupina neuroleptik. Elektrokonvulzivní terapie není metodou první volby, výjimkou je katatonní schizofrenie. Velmi důležitá kromě medikamentů je také psychoterapie a socioterapie. (45, s. 60-61)

Lidé se schizofrenií se bojí okolního světa a ostatní lidé se bojí jich. Člověk s tímto onemocněním se pro ně chová „divně“ a často je obětí předsudků, kdy společnost vidí nemocného se schizofrenií jako šíleného násilníka. Jsou umísťováni do léčeben pro ně naprosto nevhodných a péče v tomto zařízení je nedostatečná. Bohužel trendu umísťovat tyto lidi do ústavního zařízení napomáhá problematika dodržování léčebného režimu a nezvládnutí péče rodiny v domácím prostředí. Názor, že by se měl léčit, přichází ze světa, který mu připadá nepřátelský a cizí, a on sám si není jistý, co je skutečnost a co halucinace. S umístěním do léčebného zařízení a dodržováním léčebného režimu v případě plné způsobilosti musí souhlasit, z těchto důvodů rodina často žádá o upravení svéprávnosti. (43, s. 187; 49)

Přístup zdravotníků

Zdravotník by neměl pacienta nutit násilím užívat léky, měl by mu trpělivě vysvětlit, k čemu dané léky jsou. Nejdůležitější v přístupu je důvěra, pacient se cítí zmatený a sám, chybí mu pocit bezpečí a jistoty. Měli bychom ho ujistit, že jsme tady pro něj a že mu věříme. Neříkat mu, že nic neslyšíme nebo nevidíme, na dotaz, zda to také slyšíme, je vhodná odpověď: „Já nic neslyším, ale věřím, že vy to slyšíte, věřím ti.“ (43, s. 188; 49)

4.4 Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha rozumových schopností propagující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností, které oslabují adaptační schopnosti jedince. Mentální retardace ovlivňuje život především v běžných činnostech, sociálních a praktických dovednostech, v samostatnosti. Postižení zpravidla nepostihuje všechny oblasti schopností, mohou mít hudební nadání, tělesné nadání, nadání řešit problémy. Postižení je trvalé, ale v závislosti na etiologii a terapeutické vlivy je možné dosáhnout určitého zlepšení. (43, s. 146; 50, s. 56)

Etiologie je různorodá, někdy nejasná. Onemocnění může být na podkladě genetické mutace, např. trizomie chromozomu 21 u Downova syndromu, významný je výskyt teratogenních vlivů v prenatalním věku a v neposlední řadě postnatální poškození mozku. (43, s. 147)

Rozdělení

Stupeň mentální retardace se určuje na základě inteligenčního kvocientu a míry adaptability. Rozlišujeme čtyři stupně dle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN). Lehká mentální retardace v pásmu inteligenčního kvocientu (dále IQ) 50-69, středně těžká v pásmu IQ 35-49, těžká v pásmu IQ 20-34 a hluboká, kdy IQ je v pásmu 0-19. (3, s. 31)

Lidé s lehkou mentální retardací dosahují maximálně úrovně dětí středního školního věku. Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně. Při správném vedení se zvládnou vyučit nějakému řemeslu. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, ale potřebují dohled a oporu. U středně těžké mentální retardace je myšlení na úrovni předškoláka. Verbální projev bývá chudý, agramatický. Učení je praktické, jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti, např. základní sebeobsluhu. U těžké mentální retardace je myšlení na úrovni batolete. Většinou se jedná o kombinované postižení motoriky, zraku, atd. Řeč se skládá ze špatně artikulovatelných slovních výrazů nebo nemluví vůbec. Lidé s hlubokou mentální retardací nemají téměř rozvinuty poznávací procesy. V nejlepším případě dokážou odlišit známé a neznámé, příjemné, nepříjemné. Komunikace je na primitivní úrovni. Toto rozdělení je dle kvantitativních znaků a jde pouze o orientační dělení, jelikož nemůže zachytit celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností jedince. (43, s. 302)

Lehká mentální je retardace z právního hlediska problematická. Pro zvýšenou emoční labilitu snadno podlehnou buď návodu druhé osoby, nebo vlastní negativní emoci a dopustí se trestné činnosti. Mohou také snadněji podléhat sexuálnímu pudům, ale na druhé straně se mohou sami stát obětí zneužívání. Z hlediska posuzování odpovědnosti za trestní čin neznamena diagnostika lehké mentální retardace automaticky snížení nebo vymizení odpovědnosti za trestnou činnost, musí se provést znalecký posudek. Z hlediska občanskoprávního vztahu posuzujeme způsobilost k právním úkonům. U těžké, střední a hluboké mentální retardace se svéprávnost odebírá většinou úplně a u lehké mentální retardace částečně. (4, s. 99-100)

Přístup zdravotníků

Základní psychické i fyzické potřeby mají i mentálně retardovaní s tím, že jsou daným postižením modifikovány. Při pocitu potřeby mají tendenci uspokojit ji neodkladně a bez zábran. Přisun podnětů je pro psychický vývoj nezbytný. Mentálně postižení dávají přednost stereotypnější, jednodušší stimulaci. Důležitá je srozumitelnost, nesrozumitelné stimuly představují zátěž a může dojít k obranné reakci až k afektu. Potřeba jistoty a bezpečí je posílená. Citová jistota často slouží jako zdroj rovnováhy v pro něj nesrozumitelném světě. Tito lidé jsou závislí různým stupněm na svém okolí, nemají potřebu seberealizace a často se podřizují autoritám. Proto je důležité je chránit před využitím ze strany druhých lidí. (43, s. 154-159)

5 PSYCHOLOGIE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

V psychologii duševně nemocných se setkáváme s pojmy norma, předsudek, stigma, ale také empatie, asimilace, pochopení, tolerance.

Vážná duševní porucha funguje ve společnosti jako stigma. A jak lidé v dané kultuře vyrůstají, přenáší stigma na další generace. Jakmile jedinec vybočuje z normy, je odmítán a vyloučen ze společnosti. Při prvním setkání s duševně nemocným se osoba orientuje především pomocí emocí, tedy pomocí pocitů a iracionálních předsudků. Předsudek obsahuje morální hodnocení a je směsí příznivého nebo nepříznivého postoje, který zaujímá předem bez osobní zkušenosti. Již pouhá přítomnost duševně nemocného osobu znervózňuje a raději se kontaktu straní. Tento názor většinou nevyplývá z osobní zkušenosti, ale je zafixován ze stereotypního postoje dané společnosti. (43, s. 19; 52, s. 62–63; 51, s. 38)

5.1 Pojetí normy

Rozlišení, co je normální a co už odchylkou, je velmi obtížné. Normu nelze přesně určit, jelikož se mění v čase a v závislosti na sociokulturním kontextu. Existuje několik pojetí normality -statistické, funkční a sociokulturní. Ale ani jeden přístup nedává jednoznačnou odpověď, co je norma a co odchylka.

Statistické pojetí normality pracuje s předpokladem, že dokážeme daný psychický jev kvantifikovat, jsme schopni rozlišit hodnoty průměrné a od toho hodnoty pod či nadprůměrné. O průměru lze mluvit pouze tehdy, kdy existuje statistický soubor a variabilita. Předností statistického pojetí je relativní objektivnost a exaktnost, ale ani tak není ušetřeno nepřesností. Například výsledek IQ bude ovlivněn druhem použitého testu. Funkční pojetí normality bere za normální optimální fungování jedince. S tímto pojetím je úzce spojen pragmatický přístup, jenž považuje za normu úspěšné dosažení vytyčeného cíle bez ohledu na způsob, jakým bylo cíle dosaženo. A sociokulturní pojetí normality považuje za normální to, co je v dané společnosti obvyklé, obyčejně ve vztahu k tradicím. Značný vliv v dnešní době mají média, která představují vzor toho, co je žádoucí, a to prezentují atraktivním způsobem.

Dalo by se tedy říct, že hranice mezi normou a odchylkou je tenká a závisí na dané společnosti, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost. (43, s. 19-23; 53, s. 23, 26)

5.2 Role nemocného

Nemoc nelze považovat za odchylku biologickou nebo dušení, je to i určitý druh sociální odchylky neboli deviace. Nemocný je v každé společnosti přijímán rozdílně. V některých zemích je vyloučen ze společnosti a umístěn do ústavní péče nebo naopak do poslední chvíle je v domácím prostředí. Nemocnému člověku se mění sociální role, získává roli nemocného. S touto rolí se může identifikovat nebo ji odmítnout a následkem toho určitým způsobem jedná.

Sociální role nemocného je charakterizována několika základními rysy. Nemocný nebývá považován za viníka svého stavu, má určitá privilegia a očekává se od něj spolupráce při léčbě. Jiná situace je u závislostí. Ty jsou nejen společensky hodnoceny velice negativně, ale nemocný je odmítán veřejností a pohybuje se na jejím okraji. Je označen jako jasný viník svého onemocnění.

Jakékoliv závažné onemocnění ovlivňuje i rodinu. Mění se role a vztahy, styl života, hodnoty a normy. Na rozdíl od duševního onemocnění je somatické onemocnění sociálně tolerováno. Je to dáno tím, že si každý uvědomuje vlastní zranitelnost a obává se, že se mu to může také stát. Závažné onemocnění vyvolává strach, úzkost, ale také hněv až agresivitu. Smutek může přecházet až v depresi. Mohou se objevit i suicidální tendence. U duševního onemocnění jsou všechny emoce vystupňovanější, jelikož se neorientují ve své nemoci. Například schizofrenik nerozumí tomu, co se děje, okolní svět se mu jeví jinak než dřív, má strach, co je skutečné a co už ne. Duševně nemocní jsou navíc limitováni předsudky a sociálními stigmaty. Současné pojetí duševně a zdravotně postižených upouští od medicinizace postižení a od sociální role nemocného. Jelikož postižení nelze vždy ztotožnit s nemocí a ne vždy se postižený člověk nachází v nežádoucím stavu, který je potřeba napravit, vyléčit. Například člověk s mentálním postižením momentálně v dobrém fyzickém stavu, bez příznaku jakékoliv nemoci, v dobrém psychickém rozpoložení a má okolo sebe lidi, kterým věří, splňuje definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace (dále WHO): Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, tudíž nemůže být pokládán za nemocného. (26, s. 115; 43, s. 30-42; 54, s. 29)

5.3 Postoj rodiny k mentálně postiženému

Velkou roli při přijetí mentálně postiženého člověka hraje, zda se jedná o vrozenou nebo získanou poruchu. Lidé v okolí mentálně postiženého mají často pocit viny. Potvrzení diagnózy působí na rodinu jako velká zátěž, se kterou se musí vyrovnat. Reakce rodiny na duševní onemocnění má svou dynamiku a několik fází. Rodina nemusí projít všemi fázemi a v tomto pořadí. (43, s. 57-59)

První fáze nastává bezprostředně po sdělení diagnózy. Objevuje se pocit zděšení, brání se, že něco takového nemůže být pravda, popírají realitu. O problému nemluví, odmítají ho řešit. Rodina se za svého příbuzného může i stydět. V druhé fázi dochází k částečnému přijetí skutečnosti. Rodina hledá příčinu, respektive viníka. Hledá vinu u sebe, u postiženého, ale i u zdravotnického personálu. Rodina chápe duševní onemocnění jako slabost, selhání. Ve třetí fázi dojde k určité úrovni zpracování problému, z čehož vyplývá, že začínají hledat pomoc. Rodina se snaží o úplně uzdravení, pokud jsou pokusy marné, dochází postupem času k rezignaci a únavě, potom mluvíme o čtvrté fázi. Poslední, pátá fáze, nastává v momentě, kdy rodina překoná všechny překážky, může dosáhnout realistického postoje, který je předpokladem ke vzájemné spolupráci a podpoře mentálně postiženého.

Výskyt duševního onemocnění naruší dosavadní rovnováhu a dochází k novému uspořádání rodinných vztahů. Zde se můžeme setkat se dvěma extrémy. Buď se nemocný stává středem veškeré pozornosti, nebo je postižený pro rodinu nepřijatelný, zůstává izolován a často je umístěn do ústavní péče.

Proto je důležitá podpora rodiny. A to nejen ze strany zdravotníků, která rodinu edukuje o onemocnění, prognóze a léčbě. Péče musí být multioborová, spolupráce od všeobecných sester, psychiatrů, psychologů až po sociální pracovníce. Postižený by neměl opouštět zdravotnické zařízení, aniž by rodinu někdo edukoval, nabídnul jí psychologickou pomoc a kontakt na sociální pracovníci. (43, s. 63-70)

5.4 Přístup zdravotníků

Předpokladem pro kvalitní a profesionální péči o postižené je angažovaný pracovník. Angažovaný pracovník znamená, že si uvědomuje, důležitost a význam svého povolání, aktivně se rozvíjí a především aktivně se zajímá o potřeby pacienta nebo klienta. Role nemocného předpokládá, že budou pasivně plněny pokyny zdravotníků a pokud to tak není, nastává střet zájmů. Buď dochází ke konfliktu, nebo se pacient poddá pasivitě, což může jeho problémy dále prohlubovat. (55, s. 43; 56, s. 14)

Zdravotník se může chovat k nemocnému jako k nebezpečnému a nevypočitatelnému člověku, většinou pod obrazem předsudků. Tímto chováním prohlubuje úzkost a podezřavost postiženého. Opakem je postoj, kdy se zdravotník chová k postiženému jako k dítěti a svojí nadřazeností snižuje jeho sebevědomí. Nemocný buď reaguje úzkostně, nebo přístup přijme a začne se opravdu chovat jako nerozumné dítě. Mezi další postoje patří autoritářský postoj, kdy zdravotník nad postiženým demonstruje svou moc a nadvládu nebo naopak zdravotník se může chovat příliš ochranně a benevolentně. Profesionální zdravotník by měl najít zlatou střední cestu. Dodržovat práva pacienta, být tolerantní, empatický, aktivně se zapojovat, ale na druhou stranu práva znamenají i povinnosti a ty chtít, aby byly dle míry postižení dodržovány. (55, s. 28-29)

Profesionál by měl umět rozpoznat, kdy má sdělení pacienta skutečný komunikativní smysl a kdy nikoliv. Například člověka s paranoou nepřesvědčovat o absurditě strachu nebo jít do konfliktu s manickým člověkem. Neměl by však brát každé sdělení jako nesmyslné, mohl by ztratit důvěru postiženého a v nejhorším případě by mohlo dojít k zanedbání péče. (55, s. 63)

Nereálné postoje, přání a nenaplněné osobní potřeby mohou ovlivňovat postoj zdravotníků k duševně nemocným. Z důvodu vlastní nejistoty či osobních problémů může dojít k agresivní reakci ze strany zdravotníka, který si žádá tvrdé vyžadování autority a podporuje závislost nemocného. Těmito postoji si zdravotník kompenzuje vlastní duševní stav a zpravidla končí hněvem a zoufalstvím na jedné či druhé straně. (55, s. 50-52)

Stejně jako u somatického onemocnění i zde se setkáváme s pojmem hospitalismus. Hospitalismus je negativní vliv nemocničního prostředí a režimu na nemocného a ovlivňuje jak somatickou, tak psychickou stránku člověka. Změna sociální role, změny

vztahů v rodině, ztráta zaměstnání, sociální izolace. To vše jsou dopady hospitalizace. U duševně nemocného to navíc znamená ztrátu pocitu bezpečí, cizí prostředí a lidé, ztrátu zažitých stereotypů, status psychiatrického pacienta ve společnosti. (55, s. 41)

Lidé s duševním onemocněním vnímají svět rozdílně než my. Neznačená to, že ten pohled je chybný, špatný, jen je rozdílný. Profesionální zdravotník by se měl umět odprostit od předsudků a stigmat a přistupovat k postiženému s úctou a respektem a dodržovat jeho základní lidská práva jako je práva. Od duševně postiženého člověka se můžeme mnohé naučit - toleranci, otevřenou mysl, empatii. A takový by měl být vztah mezi zdravotníkem a duševně nemocným. Vztah založený na pocitu bezpečí, empatii, toleranci a velké profesionalitě. (55, s. 60-70; 57)

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkumný problém

Lidé s duševní poruchou navštěvují zdravotnická zařízení stejně jako každý jiný člověk. Zdravotníci velmi často nevědí, jak se k těmto lidem chovat a jaké mají možnosti o sobě rozhodovat. Člověk se změněnou způsobilostí není člověkem ležícím, nemluvicím a nemyslicím. Je nutné, aby si toto zdravotníci při poskytování péče uvědomili. Mezi odbornou veřejností stále existují stigmata a předsudky a toto téma je tabuizováno. Zbavení či omezení člověka způsobilosti k právním úkonům je velmi zásadní zásah do jeho života, ale nesmí to nikdy znamenat snížení jeho statusu jako člověka takového.

Metoda výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativně-quantitativní výzkum. Kombinaci těchto metod jsem použila z důvodu komplexnějšího náhledu na problematiku, kdy člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům představuje příjemce péče a všeobecná sestra ve spolupráci s multioborovým týmem představuje poskytovatele zdravotní péče. Výpovědi respondentů v rámci kvalitativního výzkumu poskytují hluboký náhled do pocitů, zážitků a prožitků při interakci se zdravotníky nebo při pobytu ve zdravotnickém zařízení a jedná se o subjektivní výpovědi. Kvantitativním výzkumem získávaná data jsou povrchnější, nejdou do hloubky daného problému, ale jsou od většího vzorku respondentů, tím jsem usilovala o objektivizaci mně sdělených informací při kvalitativním výzkumu.

Kvantitativní výzkum byl uskutečněn pomocí anonymních dotazníků určených všeobecným sestrám pracujícím na somatických a psychiatrických odděleních, aby bylo možno porovnat jejich vědomosti a zkušenosti. Dotazník obsahoval 18 otázek, z toho 14 otázek bylo uzavřených, čtyři otázky polouzavřené (viz příloha). Údaje získané dotazníkovým šetřením byly zpracovány v programu Microsoft Office Excel a data byla zobrazena pomocí tabulek a grafů.

Před vlastním výzkumem byla provedena pilotáž, které se zúčastnilo dvacet všeobecných sester, které již nebyly zařazené do dalšího šetření. Výběr byl záměrný a oslovení byli moji kolegové z práce. Pilotáž byla provedena face to face metodou a sloužila k ověření srozumitelnosti dotazníku a ke korekci chyb.

Kvalitativní výzkum byl realizován pomocí polostandardizovaného rozhovoru o rozsahu třinácti otázek, na které dotazované osoby odpovídaly spontánně, a bylo umožněno plné vyjádření pocitů a názorů. Anonymita byla zaručena. Informace mi sdělené jsem zaznamenávala na audiozáznam a poté byly přepsány pouze v minimální úpravě do diplomové práce.

Výzkumné cíle kvalitativního výzkumu

Pro kvalitativní výzkum jsem si vymezila jeden hlavní a dva dílčí cíle.

Hlavní cíl:

1. Prostřednictvím rozhovorů s klienty omezenými či zbavenými způsobilosti identifikovat jejich zkušenosti s pobytem či návštěvou zdravotnického zařízení.

Dílčí cíle:

2. Zjistit, zda má klient dostatek informací souvisejících s jeho právní způsobilostí.
3. Zjistit, jaká úskalí přináší klientovi změna právní způsobilosti a jeho pocity ze změny.

Výzkumné otázky

1. Jaké má klient subjektivní pocity při pobytu či návštěvě zdravotnického zařízení?
2. Má klient dostatek informací souvisejících s jeho omezením nebo zbavením způsobilosti k právním úkonům?
3. Jaká životní úskalí přináší klientovi změna právní způsobilosti?

Výzkumné cíle kvantitativního výzkumu

Cíle:

1. Zjistit rozsah vědomostí všeobecných sester o problematice způsobilosti k právním úkonům.
2. Zjistit, zda mají všeobecné sestry zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče klientům s omezenou nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům.
3. Zjistit, zda všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání týkající se způsobilosti k právním úkonům.

Hypotézy:

Cíl 1

H 1: Všeobecné sestry jsou svázány předsudky vůči klientům omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům vycházející z nedostatečné informovanosti.

Kritériem pro potvrzení hypotézy číslo 1 bylo, že všeobecné sestry odpoví správně pouze na jednu otázku ze tří a to u otázek v dotazníku číslo 5 až 7.

H 2: Všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních mají rozsáhlejší odborné vědomosti než všeobecné sestry pracující na jiných odděleních.

Kritériem pro potvrzení hypotézy číslo 2 bylo, že všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních budou mít procentuálně větší úspěšnost u otázek číslo 8 až 10 než sestry pracující na somatických odděleních.

Cíl 2:

H 3: Všeobecné sestry se obávají kontaktu s klienty, kteří mají omezenou či zbavenou způsobilost.

Cíl 3

H 4: Všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v oblasti této problematiky.

Kritériem pro potvrzení hypotézy číslo 4 bylo, že více jak polovina respondentů u otázky číslo 18 v dotazníku zaškrtně možnost vzdělání, o které by měla zájem.

Výzkumný vzorek

Během kvantitativního šetření bylo rozdáno 200 dotazníků. Sto dotazníků všeobecným sestřám pracujícím na somatických odděleních a sto dotazníků všeobecným sestřám pracujícím na psychiatriích. Návratnost dotazníků byla 80 % u sester pracujících na somatických odděleních a 85 % u sester pracujících na psychiatriích, ale z důvodu neúplného vyplnění jsem 5 % dotazníků vyřadila, tudíž bylo 80 % dotazníků od obou skupin. Kritériem pro výběr respondentů byla ochota ke spolupráci jak ze strany všeobecných sester, tak i ze strany zdravotnického zařízení, kde činnost vykonávají, dosažené vzdělání všeobecné sestry a práce na pracovišti určeném pro zletilé pacienty.

Pro kvalitativní šetření bylo osloveno osm respondentů v různém věku, aby šetření obsáhlo specifika problematiky způsobilosti k právním úkonům v různém věkovém období. Kritériem pro výběr respondentů byla upravená způsobilost dotazovaných, kognitivní funkce na takové úrovni, aby byl možný rozhovor, a posledním neméně důležitým kritériem byla ochota respondentů s poskytnutím rozhovoru. Lékařská diagnóza mi byla známá jen v některých případech, proto ne u všech rozhovorů je uvedena. Všichni oslovení respondenti ochotně spolupracovali při výzkumném šetření.

Organizace práce

Dotazníkové šetření probíhalo od prosince 2013 do ledna 2014 ve Fakultní nemocnici Plzeň a v psychiatrické nemocnici Dobřany.

Rozhovory probíhaly v listopadu roku 2013 v Praze. Kontakty na respondenty jsem získala od organizace, které poskytuje chráněné bydlení, a od lidí v mém okolí, kteří osobně znají lidi s upravenou způsobilostí. Tato organizace souhlasila s šetřením, poskytla mi kontakty na respondenty, ale nepřála být si v diplomové práci uváděna.

Písemné souhlasy jak od zdravotnických zařízení, tak od respondentů kteří poskytli interview, jsou uvedeny v příloze.

7 ROZHOVORY

Respondent 1

Paní Eva, které je 60 let, žije v chráněném bydlení již pátým rokem a domácnost sdílí ještě s jednou klientkou. Dle svých slov je toto soužití bezproblémové a chráněné bydlení jí naprosto vyhovuje. Pobírá plný invalidní důchod a je omezena ve způsobilosti k právním úkonům. Pravidelně dochází do chráněné dílny s keramikou. Po úmrtí její matky byl ustanoven soudem jejím opatrovníkem dlouholetý rodinný přítel.

Je orientovaná všemi směry, myšlení je zabíhavé, postižení řeči je minimální a to převážně v podobě dysatrie, emocionálně nekritická, dobře naladěná, důvěřivá až přecitlivělá. Nemá žádné pohybové omezení. Rozhovor probíhal bez komplikací, v uvolněné náladě a paní Eva byla po celou dobu rozhovoru velmi milá a ochotná. Rozhovor trval 40 minut, ale ne všechny informace mně sdělené se daly využít k diplomové práci a to z důvodu zabíhavého myšlení.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Letošního roku to mám už poněkolkáté upravené kvůli penězům, ale kdy poprvé si už nepamatuji.“

- „Máte alespoň nějakou představu, jak je to dlouho, co vám upravili způsobilost?“

„Vím, že jsem nebyla vždycky, ale jak dlouho, to opravdu nevím, ale určitě takových dvacet let, možná třicet.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Nejdříve jsem byla zbavena úplně, ale potom mi to změnili na částečnou.“

- **„Vyhovuje Vám změna z úplného omezení na částečnou?“**

„O to ještě zažádala maminka, ale nevím, kdy to bylo. Myslím, že ta částečná je lepší, mám větší svobodu, ale zároveň jsem chráněná. Mám od soudu určeno, v čem jsem omezena, a jinak si můžu dělat, co chci. Vyhovuje mi to.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena nebo zbavena způsobilost?“

„Já vím proč, vysvětlili mi to u soudu a i maminka mi to vysvětlila. Kdybych byla plně způsobilá, mohli by mě okrást zlí lidi a tímto způsobem jsem chráněná.“

4. „Jakým způsobem Vám omezení nebo zbavení způsobilosti změnilo život?“

„Přijde mi to všechno v pořádku, jsem spokojená. Akorát jsem nebyla spokojená ohledně peněz, proto jsem letos zažádala u soudu o navýšení. Můj opatrovník se ke mně chová moc hezky a všechno mi povolí.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pocítujete?“

„Akorát v těch penězích, ale to už se teď vyřešilo. Všechno, co potřebuji, mám a vím, že je to pro moje dobro.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Je to všechno v pořádku, chrání mě to. Víím, že jsem důvěřivá a mohla bych nalétnout různým lidem.“

- **„Už se Vám to někdy v minulosti stalo?“**

„Ano, bohužel, několikrát jsem půjčila peníze cizím lidem a už mi je nikdy nevrátili. Nebo v době, kdy jsem ještě bydlela u mamky, jsem koupila strašně drahý hrnce, chtěla jsem jí udělat radost. Maminka se hrozně zlobila, protože jsem podepsala nějakou smlouvu, nevěděla jsem, že to nemůžu. Od té doby si dávám opravdu velký pozor, i kdybych měla peníze, už je nikomu nepůjčím. I v obchodě si dávám pozor, co kupuji, a nikomu cizímu už dveře neotevírám.“

- **„Jaké tyto zkušenosti ve Vás zanechaly pocity?“**

„Asi zklamání, nechápu, jak někdo takhle může využívat lidi. Místo toho, abychom na sebe byli všichni hodní, tak takhle podvádíme. Proto jsem i ráda, že mám upravenou tu způsobilost, míň se bojím, že mě někdo chce zneužít. Naštěstí mám

okolo sebe samé hodné lidi, kteří mi pomáhají a chrání mě. Ať už můj opatrovník nebo tady v chráněném bydlení. Je to tady moc fajn.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Ano, chodím k obvodnímu lékaři.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Jsou tam na mě moc hodní, sestřička mi vždycky se vším pomůže a doktor je taky fajn.“

9. „Ležela jste někdy v nemocnici?“

„Ano, několikrát.“

- **„Z jakého důvodu?“**

„Jako dítě s břichem a potom s úrazem. Spadla jsem ze schodů a měla jsem zlomenou nohu. A asi před dvěma lety mi bylo blbě, tak mě odvezli do nemocnice a zjistili, že mám nemocné srdíčko. Dostala jsem prášky a za pár dní mě pustili domů.“

- **„Léky, co užíváte pravidelně, si kupujete a dávkujete sama?“**

„U obvod'áka dostanu recept a vyzvednu si je. Ale připravuje je sestřička, která mi sem chodí jednou týdně měřit tlak. Vždycky mi je připraví do mističek na celý týden a já si je už jenom беру.“

10. „Jaké jste měla pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Bála jsem se o sebe a o svoje zdravíčko, aby všechno bylo v pořádku, ale naštěstí to všechno dobře dopadlo.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Vždy na mě byli všichni hodní. Moc se mi líbí práce sestřiček, ale já bych to dělat nemohla, bojím se krve.“

12. „Setkala jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Ne, nikdy.“

- **Kdyby ano, jak si myslíte, že byste reagovala?“**

„Nevím, asi bych byla překvapená a zklamaná. Práce sestřiček se mi vždycky líbila, jak pomáháte nemocným lidem. Nevím, jak bych se zachovala, kdyby na mě v nemocnici nebo u doktora byl někdo ošklivý.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Jak už jsem řekla, všichni vždycky na mě byli hodný.“

Respondent 2

Paní Jana ve věku 53 let žije v chráněném bydlení druhým rokem a domácnost sdílí ještě s jednou klientkou. Dle svých slov je soužití bezproblémové a chráněné bydlení jí vyhovuje. Paní Jana je omezena ve způsobilosti k právním úkonům a opatrovníka jí dělá osoba, se kterou není v příbuzenském ani jinak blízkém vztahu. Pobírá plný invalidní důchod a do žádného zaměstnání nedochází.

Je orientovaná všemi směry, myšlení je roztržité, postižení v oblasti řeči je rozsáhlejší, převažuje výrazná dysartrie. Emocionálně je spíše negativistická, kritická k sobě i ke svému okolí. Nemá žádné tělesné postižení. Rozhovor zpočátku probíhal v obezřetné náladě, postupem času se ale začala otevírat a na konci rozhovoru mě zvala na další návštěvu. Komunikace z důvodu dysartrie byla obtížnější, ale bylo to zvládnutelné. Rozhovor trval 40 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Nevím od kdy, už je to dlouho.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Jsem částečně zbavena způsobilosti.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena způsobilost?“

„Žila jsem v jednom zařízení a nějaká pracovnice řekla, aby to přezkoumali. Nikdo mi nic nevysvětlil. Pak mě pozvali k soudu a oznámili mi rozhodnutí a to bylo všechno.“

- **„Jaký z toho máte pocit?“**

„Příšerný, jako kdybych ani nebyla člověk, nezáleželo na mém názoru, na mých pocitech. Jen si to zkuste představit, jeden den jste člověk a druhý den mentál, který nemůže nic. Asi by mi to tolik nevadilo, kdyby se se mnou o tom předtím bavili a ne, že se to všechno odehrálo za mými zády. Nejhorší byl ten pocit zmatenosti, nevěděla jsem, jestli jsem třeba něco neprovedla.“

4. „Jakým způsobem Vám omezení způsobilosti změnilo život?“

„To víte, že mi to život změnilo, najednou nemůžu o sobě rozhodovat, ale musím na to někoho mít. Můj opatrovník se mnou moc nemluví a obtížně se shání, takže ho kolikrát musím uhánět, když něco potřebuji.“

- **„Přemýšlela jste o změně opatrovníka?“**

„Párkrát jo, ale nevím koho. Nikoho z rodiny nemám, buď už nežijí, nebo se ke mně nehlásí. A vzít si někoho cizího, co když bude ještě horší. Sice to déle trvá, než se něco vyřídí, ale moc věcí mi nezakazuje.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťujete?“

„Kdyby opatrovník byl dobrý, tak by mi to tak nevadilo, ale takhle je to špatný, všechno dlouho trvá, než se vyřídí. Nejvíce mě to omezuje finančně, mam na měsíc soudem určeno hrozně málo peněz a sotva s tím vyjdu. Nemůžu si nic pořádně koupit.“

- **„Máte představu, kolik pobíráte invalidní důchod?“**

„Přesnou částku nevím. Vím, že si zařízení bere peníze na bydlení, jídlo a léky, ale kolik mi zbude, jestli něco, nevím.“

- **„Neuvažovala jste někdy, že byste si podala žádost k soudu o navýšení peněz?“**

„Už se stalo, minulý týden jsem ji za pomoci sociální pracovnice, co pracuje u nás v organizaci, sepsala a spolu jsme ji poslali, zatím čekám, až mi odepíšíou.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Špatně, protože nikdo mi nic nevysvětlil.“

- **„Řešila jste to někdy s někým?“**

„Až donedávna ne, ale teď do chráněného bydlení nastoupila nová sociální pracovnice a ta je hrozně fajn. Spoustu věcí mi vysvětlila, řekla mi, co můžu a co ne, sepsala se mnou tu žádost na peníze a vždycky, když se nemůžu dovolat opatrovníkovi, volá mu taky. Od té doby, co tu je, už se necítím tak špatně z toho všeho. Škoda jen, že se takhle ostatní lidi nechovali na začátku.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Ano, k obvodnímu lékaři a k zubaři.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Dříve jsem chodila k obvodnímu lékaři v rámci zařízení, který mi nevyhovoval. Byl nepřijemný a neměl na nás čas. Sestřička taky byla nepřijemná. Když jsem šla do chráněného bydlení, našla jsem si nového doktora. Ten je moc dobrý a hodný, sestřička je také moc milá.“

- **„Řešila jste v rámci zařízení nějakým způsobem přístup lékaře a sestry?“**

„Řekla jsem to mé klíčové asistentce, že jsou tam zlí, ale asi se nic nezměnilo, jelikož tam pořád je. Když jsem nemusela, nešla jsem tam. Teď už to naštěstí řešit nemusím, jelikož mam nového a tam jsou všichni hodný.“

9. „Ležela jste někdy v nemocnici?“

„Ano, ležela.“

- **„Z jakého důvodu?“**

„Jednou jako dítě, ale s čím už nevím. A v dospělosti jsem tam ležela s ledvinami a potom ještě mi zjistili cukrovku.“

- **„Pícháte si injekce nebo užíváte prášky?“**

„Naštěstí jenom prášky, asi bych se nepíchla. Připravuje mi je asistentka na celý týden a já vím, že si je musím vzít před jídlem.“

- **„Informoval Vás někdo o dietním omezení? Pokud ano, dodržujete je?“**

„V nemocnici mi nikdo nic neřekl, až sestřička a doktor na obvodě. Nesla jsem jim tam nějaký papíry z nemocnice a tam se mě zeptali, jestli všechno vím. Já jim řekla, že mi nikdo nic neřekl, že vím akorát, že mám cukrovku. Všechno mi tam vysvětlili, co je to za nemoc, proč beru léky a jak, co můžu jíst a co ne. Dietu se snažím dodržovat, ale občas si tu čokoládu dám. Jsem strašně na sladký.“

10. „Jaké jste měla pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Bála jsem se, nikoho jsem tam neznala a taky jsem se bála o sebe, abych byla v pořádku.“

- **„Byl někdo v nemocnici, kdo Vám poskytoval pocit bezpečí?“**

„Ne, sestřičky byly na mě zlí a pacienti, co jsem s nimi byla na pokoji, se na mě zvláště tvářili. Asi proto, že díky tomu, jak mluvím, je poznat, že jsem postižená.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Špatné, v nemocnici na mě byli zlí, nevšímalí si mě a byli hodně nepříjemní. Nikdo mi nic nevysvětlil a já ani nevěděla, co se mnou bude.“

- **„Snažila jste se jich zeptat na nějaké informace o vašem zdravotním stavu?“**

„Snažila a sestřičky mi řekly, ať se zeptám doktora. A když jsem se zeptala doktora, tak ten mi řekl, že je všechno v pořádku a že můj opatrovník mi to vysvětlí, že s ním mluvil. Ale já se opatrovníkovi nemohla dovolat. Pak už jsem to nezkoušela se ptát.“

12. „Setkala jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Nevím, jestli to bylo kvůli tomu, že mám upravenou tu způsobilost nebo protože jsem postižená, ale všimla jsem si, že se ke mně chovají jinak než k ostatním pacientům. Asi protože jsem postižená. Ale něco, že by mi řekli ošklivého, to zase ne, prostě byli neochotný a téměř na mě nemluvili.“

- **„Jaké to ve Vás zanechalo pocity?“**

„Špatné, nevěřím moc lidem a stydím se za to, jak mluvím, a tohle všechno to zhoršilo. Jsem postižená, to ano, ale přece by se sestry a doktoři měli chovat ke všem stejně. Doufám, že dlouho v žádné nemocnici nebudu.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Jsem spokojená se svým novým obvodním lékařem, tam je sestřička moc milá. Jinak ne.“

Respondent 3

Pan Jiří ve věku 24 let žije v chráněném bydlení dva roky a domácnost sdílí ještě s jedním klientem. Soužití je problémové a velmi často musí zařízení, které spravuje chráněné bydlení, řešit konflikty. Jinak systém chráněného bydlení panu Jiřímu vyhovuje. Pobírá plný invalidní důchod a je plně zbaven způsobilosti k právním úkonům. Dochází každý den do zaměstnání, jedná se o pražírnu kávy. Opatrovníkem je jeho matka, se kterou žil do svých dvaceti let ve společné domácnosti, poté došlo k rodinným problémům, které nechce rozebírat.

Je orientován všemi směry, myšlení je překotné, postižení v oblasti řeči není žádné, emocionálně je spíše realistický, vůči své osobě zaujímá sebekritický postoj. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře, nejdříve jsme se bavili o hudbě a o nadcházejících svátcích, kdy mi sdělil, že už se těší na matku, potom jsme přešli k rozhovoru samotnému. Na některé dotazy odmítl odpovědět z důvodu, že se sám za sebe stydí. Rozhovor probíhal 35 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Nevím, ale nějaký čas už to bude.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Jsem od začátku úplně zbaven způsobilosti k právním úkonům“

3. „Z jakého důvodu Vám byla zbavena způsobilost?“

„Soud mi sice nic nevysvětlil, ale já to vím proč, jelikož jsem hrozně utrácel máminy peníze a dělal jsem průšvihy. Chytl jsem se špatných lidí, který mě využívali. Víc se o tom nechci bavit“

4. „Jakým způsobem Vám zbavení způsobilosti změnilo život?“

„Hodně, najednou se se mnou z bývalé party už nikdo nebavil, byl jsem pro ně mentál, kterého k ničemu nepotřebují. S mámou jsme se dohodli, že bude nejlepší, abych se osamostatnil, proto jsem v chráněném bydlení. Už toho na ni bylo moc a průšvihů bylo taky hodně. To víte, v jednu chvíli člověk může všechno a najednou na všechno potřebuje souhlas od opatrovníka a papír.“

- **„Jaké jste měl pocity z odloučení od matky?“**

„Nejdříve mi to bylo líto, měl jsem pocit, že už mě máma nemá ráda. Teď už vím, že to tak není, jenom toho na ni bylo moc. Jezdím za ní a ona za mnou. Je to, jako kdybych byl dospělý a jezdil za mamkou na návštěvu. Ví, že v chráněném bydlení je o mě postaráno. Ale začátky byly těžký, měl jsem strach, že už se s mamkou neuvidím, že mě odložila do ústavu, ale nakonec to tak nebylo.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťuje?“

„Nejvíce to pociťuji, když si chci něco koupit. Na všechno musím mít paragon. Bez paragonu můžu utratit akorát dvě stovky měsíčně, takže jít na pivo je problém. Ještě k tomu kouřím, takže většinou ty dvě stovky jdou do cigaret. Jinak mi to nevadí, vím, že jsem průšvihář.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Nejdřív to bylo divný, ale teď už jsem si zvyknul.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Ano, k obvodnímu lékaři a občas k psychiatrovi.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„U obvod'áka je všechno v pohodě, doktor i sestřička jsou milí. Psychiatr nic moc, většinou tam přijdu, řeknu, co je nového, on mi napíše léky a zase jdu domů.“

- **„Neuvažoval jste nad změnou psychiatra?“**

„Nějak vážně ne, je blízko mého bydlení, takže nemusím nikam daleko dojíždět.“

- **„Připravujete si léky sám?“**

„Ano, nikdo mi je nepřipravuje. Víím, že se musí užívat pravidelně a tak to dodržuji. Dřív, než jsem je začal brát, měl jsem stavy depresí a takový divný strach. Teď je mi po nich mnohem líp.“

9. „Ležel jste někdy v nemocnici?“

„Ano, ležel.“

- **„Z jakého důvodu?“**

„Jako dítě se slepákem a potom na psychiatrii.“

10. „Jaké jste měl pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„No nic moc, byl jsem zavřený na psychiatrii kvůli alkoholu a měl jsem hrozný stavy. Jinak v normální nemocnici jsem ležel se slepákem jako dítě, bál jsem se a stýskalo se mi po mamince.“

- **„Jak se stavy, o kterých mluvíte, projevovaly?“**

„Měl jsem hroznou chuť na alkohol, nemohl jsem na nic jiného myslet. Pořád jsem přemýšlel, jak uteču. Víím, že jsem měl halucinace a asi jsem byl agresivní, protože si pomatuji, že jsem měl přivázaný ruce a nohy k posteli. Chápu to, asi jsem byl hodně vzteklý. Po pár dnech už mi bylo líp a odpoutali mě. Po pár týdnech mě pustili domů s tím, že bych neměl pít. Já si ale občas pivko koupím, ale jelikož mám málo peněz, tak jen občas a jedno.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Vždycky na mě byli hodní, ale na moji přítelkyni byli zlí. Nechtěli jí dovolit, aby mě navštívila, když jsem ležel na psychiatrii. Prý aby mi nepřinesla alkohol. To mně bylo moc líto.“

- **„Myslíte si, že tyto obavy byly odůvodněné?“**

„Ne, přítelkyně alkohol nepila a hlavně věděla, že se potřebuju z toho dostat. To ona mě přemlouvala, ať nastoupím na léčbu, ještě s mojí mamkou. Doteď mi to přijde divný. Ale nakonec ji za mnou pustili.“

12. „Setkal jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Ne, nesetkal. Ale na moji přítelkyni se koukali dost divně. Asi kvůli tomu, že je normální a já jsem postižený. Nikdo jí nic neřekl, to já bych jen tak nenechal, ale přišlo mi, že se na ni divně koukali.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Myslím si, že většinou se ke mně vždycky všichni chovali hezky. Nemůžu říct, že nějaká sestřička nebo doktor by byli na mě zlí.“

Respondent 4

Pan Michal ve věku 45 let žije ve společné domácnosti s dcerou, která je zároveň opatrovníkem. Je plně zbaven způsobilosti k právním úkonům z důvodu alkoholismu a pobírá plný invalidní důchod, který přebírá dcera. Dceři pomáhá v malém rodinném obchodě s textilem.

Je orientován všemi směry, kognitivní funkce jsou mírně narušené a to především v oblasti koncentrace a dlouhodobé paměti. Je přítomno lehké postižení v oblasti řeči v podobě koktavosti. Tělesné postižení nemá žádné. Emocionálně negativně naladěný. Rozhovor probíhal v neutrální náladě, s poskytnutím rozhovoru souhlasil, jelikož jeho dcera je má přítelkyně a on jí chtěl udělat radost. Rozhovor trval 40 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Zbavená způsobilost, to bylo před pěti, nebo šesti lety. To když mě dcera nechala zbavit práv, kvůli alkoholu.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Ano, jsem úplně zbaven způsobilosti.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla zbavena způsobilost?“

„To se moc dobře neříká. Měl jsem problém s alkoholem, bral jsem peníze dceři, moc dobře jsem se nechoval a dcera to zařídila.“

• **„Jak to ovlivnilo Váš vztah s dcerou?“**

„Nejdříve jsem byl hrozně naštvaný a bral jsem to jako velkou nespravedlnost. Hlavně jsem měl i soudně nařízenou léčbu a to jsem vůbec nechápal, pořád jsem si nalhával, že nemám žádný problém s alkoholem, že to mám pod kontrolou. Až v průběhu léčby mi došlo, že pod kontrolou nemám nic. Prvních pár měsíců jsem byl naštvaný, ale pak jsem si postupně začal uvědomovat, jak jsem se choval. Jen doufám, že to nebude navždy. Chtěl bych v budoucnu zažádat o navrácení způsobilosti.“

4. „Jakým způsobem Vám zbavení způsobilosti změnilo život?“

„No moc toho sám nemůžu. Mám pár stovek na měsíc, jinak všechno kupuje dcera. Peníze nevidím a všechno musí řešit ona. Takže jsem hodně nesamostatný. Ale asi je to takhle lepší, hlavně pro děti.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťuje?“

„Hlavně ty peníze jsou dost nepříjemný. Co můžu, si koupím sám, a co je dražší, o to poprosím dceru, jelikož jí pomáhám v krámě, většinou mi na to dá. Pít nesmím, ale kouřit ano.“

- **„Jaký máte pocit z toho, že nemůžete nakládat se svými penězi dle svého uvážení?“**

„No popravdě připadám si trochu blbě, jako neschopný a zlobivý dítě. Hlavně v obchodě si připadám hloupě. Ještě teď občas mam vztek na to všechno, ale pak si vzpomenu na všechno, co jsem dělal, jak jsem málem všechno prodal a všechny zadlužil, protože jsem potřeboval peníze na chlást. V ten moment mě vztek přejde. Jen doufám, že to není navždy.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Ze začátku jsem byl naštvaný, že si dcera dělá s mým životem, co chce. Před cizími lidmi ze mě dělá alkoholika, to mi vadilo. Teď vím, že jsem se choval špatně, a nevadí mi to. Chráním tak hlavně ostatní. Protože mít peníze jdu asi do hospody.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Chodím pravidelně k obvodnímu lékaři a občas k psychologovi a jednou jsem byl u psychiatra.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Teď už je to u obvodáka dobrý. Dřív to bylo těžký. Doktor byl dobrý, docela hodný, ale sestra nepříjemná. Pro ni jsem byl jenom alkoholik. Teď se to zlepšilo.“

- **„Jakým způsobem Vám to zdravotní sestra dávala najevo?“**

„Sotva mě pozdravila, bylo vidět, jak si mě prohlíží, neusmála se na mě, téměř na mě nemluvila. To člověk pozná, když by vás někdo nejradši vyhodil. Tak se ke mě chovala. Zná moji dceru, tak jí to na jednu stranu nezalívám, asi slyšela od ní, co jsem dělal. Ale teď už je to dobrý, trvalo to pár měsíců, pak už to zase zapadlo do starých kolejí a všechno bylo v pořádku.“

- **„Takže předtím, než jste začal mít problém s alkoholem, jste se zdravotní sestrou neměl problém?“**

„Ne, předtím bylo všechno v pořádku, ale teď už je to taky dobrý.“

9. „Ležel jste někdy v nemocnici?“

„Ano, párkrát jsem v nemocnici byl. Hlavně, když jsme hodně pil. Policie nevěděla, co se mnou, tak mě několikrát dali do nemocnice. Jednou jsem byl na operaci se žlučníkem.“

- **„A na jakém oddělení jste ležel, když Vás policie odvezla do nemocnice?“**

„To bylo různé, když jsem měl sedřenou hlavu, tak na chirurgii, když jsem byl jenom opilý, tak na psychiatrii. Nebo občas mě odvezli taky na záchytku. Vyspal jsem se a ráno jsem šel zase domů. Na záchytku jsem nechtěl, jelikož je hodně drahá, pokud to šlo, tak jsem sám řekl, že chci do nemocnice.“

10. „Jaké jste měl pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Byla to hrůza. Sestry se mi snažily vyhýbat a moc se mnou nemluvily. Bylo to nepříjemný, bylo mi jasné, že jim vadím. Byli rádi, když jsem šel pryč.“

- **„Myslíte si, že to mělo souvislost s alkoholismem?“**

„Určitě ano, protože když jsem byl před lety na operaci žlučníku, tak to jsem ještě nepil a všichni byli v pohodě. Sestřičky i doktoři. Na jednu stranu se jim nedivím, dost jsem jim tam vyváděl, jednou jsem tam musel ležet týden, jelikož jsem měl otřes mozku a musel jsem být přivázaný. Moc si toho z té doby nepamatuji, ale co si vybavuji, já bych se asi nechoval líp, kdybych byl sestra a měl takového pacienta.“

- **„Jak jste na jejich chování reagoval?“**

„Vadilo mi to, ale víc mi vadilo, že nemám přístup k alkoholu. V té době jsem si ještě nedokázal přiznat, že mám problém. Nechápal jsem, proč se ke mně chovají jako k nějakému ochlastovi a špíně. Uráželo mě to. Reagoval jsem na to agresivně, co si pamatuji, byl jsem slovně i fyzicky agresivní. Teď se za to moc stydím.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Jak jsem řekl, nebylo to dobrý. Teda bylo to dost špatný, ale teď už je to dobrý. Jsem už slušný člověk.“

12. „Setkal jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Z důvodu toho, že mám tu upravenou způsobilost, ne, ale jinak kvůli alkoholu hodně.“

- **„S jakými předsudky jste se setkal?“**
„Jak už jsem říkal, když jsem ležel v nemocnici ještě v dobách, když jsem pil, nikdo na mě nemluvil, vyhýbali se mi, nic mi nevysvětlili. Ale jak říkám, teď už to docela chápu.“
- **„Setkáváte se ještě s předsudky ze strany zdravotníků nyní, když abstinujete?“**
„Akorát tu u toho obvodáka, ale to se taky už spravilo. Od odvykací léčby jsem neležel v nemocnici, takže nevím, jak se ke mně budou chovat, jestli divně kvůli tomu, že mám upravenou způsobilost, nebo to bude v pohodě.“
- **„A jak se k Vám chovali na psychiatrii, kde jste podstoupil soudem nařízenou odvykací léčbu?“**
„Tam to bylo dobré, jsou asi na lidi jako já zvyklí. Sestřičky i doktoři byli hrozně moc fajn. Ani se divně netvářili na to, že mám upravenou způsobilost. Všechno bylo fajn.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Je tam teplo, vaří tam, umyjí vás. I když se jim nelíbíte, starají se o vás.“

- **„Myslíte si, že je to dostačující?“**
„Určitě není. Nikdo není rád v nemocnici, protože má strach, co se bude dít, a bylo by fajn, kdyby personál vás uměl uklidnit. Ale na druhou stranu ležel jsem v nemocnici v době, kdy si toho moc nepamatuji, a z toho, co si pamatuji, chápu, proč se ke mně chovali špatně.“

Respondent 5

Pan Jan ve věku 26 let bydlí v chráněném městečku, kde pracuje jako pomocná síla v kuchyni. Pobírá plný invalidní důchod a je omezen ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu lehké mentální retardace. Opatrovníkem je soudem určena jeho matka.

Orientace časem je zhoršená, na dotaz, jaký je rok a roční období, odpovídá správně, ale přesný měsíc a den neví. Myšlení je zabíhavé. Komunikace je značně ztížena z důvodu výrazné dysartrie. Má hemiparetickou levou horní končetinu, omezení z důvodu

tělesného postižení neudává. Emocionálně je pozitivně naladěný, v chování roztěkaný až hyperaktivní. Rozhovor probíhal s panem Janem za přítomnosti jeho matky, která fungovala jako opora jak duševní, tak i komunikační. Rozhovor trval 40 minut, ale ne všechny informace mně sdělené se daly využít k diplomové práci a to z důvodu zabíhavého myšlení.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Když jsem byl už dospělý. Maminka to zařídila, když jsem už nebyl dítě.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Ne, nevím, vím jenom, že jsem, ale jak moc nevím.“

- **„Vadí Vám, že neznáte rozsah svého omezení?“**

„Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel, ani nevím, jaký jsou druhy a jaký je mezi tím rozdíl. Jelikož jsem zatím nenarazil na nějaký problém, tak asi nevádí.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena nebo zbavena způsobilost?“

„Protože se o sebe nepostarám a dělám problémy a všechno je dost složitý a máma říkala, že kdybych byl sám, tak bych mohl něco pokazit. Špatný lidi by mi mohli chtít vzít peníze nebo dům nebo tak.“

- **„Stalo se Vám někdy v minulosti, že vás někdo chtěl využít?“**

„Jednou mě na ulici oslovil pán z banky, jestli si nechci vzít půjčku. Ale já jim řekl, že nemůžu, že mám upravenou způsobilost, a oni, že je to v pořádku, že stejně můžu. Ale já vím, že žádný smlouvy nemůžu uzavírat, tak jsem rychle utekl. Mamka mě potom pochválila. Vždycky, když mě někdo osloví, tak jim řeknu, že mam upravenou způsobilost, a je to. Nechají mě být.“

4. „Jakým způsobem Vám omezení nebo zbavení způsobilosti změnilo život?“

„Nevadí mi to. Máma má moje peníze a můžu si říct, co chci, a lidi v městečku jsou hodný a rád tam bydlím a máma za mnou jezdí hodně.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťuje?“

„Nemůžu si koupit úplně všechno, co chci. Máma mi to musí koupit, protože nechce, abych měl peníze. A sám nemůžu nikam jít. Chtěl bych jet třeba na výlet, ale ošetřovatelé mě pustí jenom, když jdu s nimi, nebo máma, když mě vezme.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Je to fajn. Nevadí mi to. Nemusím se moc starat a tak.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Jo, chodím. Ke svému doktorovi. Tam chodím často. A někdy tady k nám jezdí pan doktor, psycholog, a tam chodím taky. Ale to není tak často.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Na mě jsou všichni moc hodný. Mam je rád, od sestřičky dostávám bonbony, ale mámě to nesmím říkat.“

9. „Ležel jste někdy v nemocnici?“

„Jednou, to jsem byl hodně malý.“

- **„S čím jste ležel v nemocnici?“**

„To si bohužel nepamatuji, vím akorát, že jsem byl hodně malý.“

10. „Jaké jste měl pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Moc si to nepamatuju. Báł jsem se, bylo to jiný místo, neznal jsem to tam a nikdo tam se mnou nebyl.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Pamatuju si, že na mě byli hodní všichni. Jedna sestřička byla moc hodná a říkala mi broučku. To si pamatuji, ta byla hodná.“

12. „Setkal jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Ne, nikdy.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Mám jenom samé dobré zkušenosti“

Respondent 6

Paní Jarmila ve věku 65 žije v chráněném bydlení třetím rokem a domácnost sdílí ještě s jednou klientkou. Chráněné bydlení si pochvaluje, dle svých slov je to mnohem lepší než ústav. Soužití se spolubydlící je bezproblémové. Pobírá plný invalidní důchod a je omezena ve způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníkem je dcera.

Lehká porucha orientace v čase, na otázku, co je za rok, odpovídá chybně, měsíc a roční období ví. Postižení v oblasti řeči mírné v podobě dysartrie. Dlouhodobá paměť mírně narušena, nepamatuje si rok, kdy prodělala úraz, kdy jí upravily způsobilost, ani v kterém roce se vdávala či kolik je dceří. Krátkodobá paměť bez poruchy, myšlení rozbíhavé. Pohybové omezení je lehké, chůze pomocí francouzských holí. Dle slov paní Jarmily ji tělesné postižení nejvíce omezuje, když si chce jít nakoupit. Emocionálně velmi negativistická, kritická, hlavně k okolí. Rozhovor trval 35 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Nevím, kdy přesně, je to už dlouho.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Ano, vím, že jsem omezena ve způsobilosti.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena způsobilost?“

„Nevím, nikdo mi nic nevysvětlil. Měla jsem úraz v práci, to mi způsobilo retardaci. V nemocnici někdo všechno vyřídil, dcera souhlasila a já k tomu neměla co říct. U soudu mi řekli, že nejsem svéprávná a poslali mě domů. Dcera mi říkala, že je to pro mé dobro, ale já tomu nevěřím. Já jsem v pořádku.“

- **„Zažádala jste soud v průběhu let o přezkoumání Vaší způsobilosti?“**
„Ne, nezažádala, ale přemýšlím o tom. Víím, že v chráněném bydlení pracuje sociální pracovnice a ta tyhle žádosti vyřizuje. Je moc hodná a všichni si ji chválí. Dřív tady byla jiná, ale ta naštěstí šla do důchodu.“
- **„Jaký máte vztah s dcerou po tom, co soud upravil Vaší způsobilost?“**
„Už to není jako dřív a nikdy nebude. Beru to jako zradu. Chtěla se dostat k mému majetku, tak toho konečně dosáhla. Je to strašný, člověk ji nosil v břiše, vychoval ji a ona provede tohle. Ona se snaží, to jo. Pořád mi vysvětluje, že je to dobře, ale já tomu nevěřím. Doteď jsem se s tím nesmířila a asi nikdy nesmířím.“
- **„Stýkáte se s dcerou pravidelně?“**
„Ona hodně cestuje kvůli práci. Ale když je tady, tak to se ozve a navštíví mě. To zase ona se snaží, aby ty vztahy byly lepší, ale to už bohužel nepůjde.“

4. „Jakým způsobem Vám omezení způsobilosti změnilo život?“

„Změnilo mi to život hodně. Nemůžu nic dělat, nemůžu nic rozhodnout. Všechno se musí volat mé dceři, která to vyřídí, a mně jenom řeknou, co se bude dělat, jako bych neměla vlastní hlavu. Dcera je často mimo zemi, takže všechno trvá dlouho.“

- **„Neuvažovala jste nad změnou opatrovníka?“**
„Ne, to zase ne. Dcera je moje jediná rodina a mít zase někoho cizího, to bych nechtěla. Nakonec se jí člověk dovolá a ona to vyřídí.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťuje?“

„Při nákupu, protože nemám moc peněz. I když dostávám z důchodu peníze, není to moc, jelikož stojí hodně ubytování a jídlo a taky mám soudem určený peníze, kolik můžu mít jen pro sebe. Já ale nic nechci, protože musím za někým jít a žebrot o peníze a to se mi nelíbí.“

- **„Neuvažovala jste o podání žádosti k soudu o navýšení peněz pro Vaši potřebu?“**

„Zatím neuvažovala, ale asi máte pravdu. Měla bych zažádat, protože mít na měsíc tisíc korun je hodně málo. Víím, kolik mám důchod, tak bych mohla dostat víc peněz.“

- **„Mluvila jste s dcerou o tom, že pocít'uje nedostatek peněz?“**

„Ano, mluvila a to mi řekla, že jídlo, ubytování a léky jsou zaplacený a tím pádem tisícovka mi musí stačit jen pro moji potřebu. Když jsem jí řekla, že mam peněz dost, tak mi ukázala složenky na můj důchod a tvrdila mi, že akorát ta tisícovka zbude. Ale mně se tomu nechce věřit, myslím si, že si zbytek peněz nechává.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Vadí mi to, ale dcera mi řekla, že je to tak dobře, a doktoři si to taky myslí a tady mi nikdo nepomůže. Každý říká, že je to tak lepší. Ale já si myslím, že není, protože já bych se o sebe postarala.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Chodím k doktorovi v rámci zařízení. Každou chvíli tu je a něco mi říká o prášcích, ale já žádný prášky nechci, jsem zdravá a nepotřebuju je. Někdy je tam i jiný doktor, psycholog, ale já s ním nechci mluvit, je to divný muž.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Mně je to jedno. Doktor mě stejně neposlouchá, já jsem zdravá, ale on říká, že ne, a tak se s ním nechci bavit. Pořád musím někoho poslouchat.“

- **„Neuvažovala jste nad změnou praktického lékaře nebo psychologa?“**

„Ne, to bych musela shánět někoho mimo chráněné bydlení a to se mi zase nechce. Já tam jednou za čas jdu, něco mi tam řeknou, já je stejně neposlouchám a zase jdu pryč. Na těch mých pár návštěv mi to stačí.“

9. „Ležela jste někdy v nemocnici?“

„Ano, ležela jsem.“

- **„S čím jste ležela v nemocnici?“**

„Jako dítě jednou, ale to už si nepamatuji. A pak po tom úraze. To jsem byla v nemocnici dlouho. Když jsem se uzdravila, odvezli mě na psychiatrii.“

10. „Jaké jste měla pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Bála jsem se o své věci, protože všechno mi někam dali a já nevěděla kam a taky mi nikdo nic neřekl a sestry byly divný a myslely si, že jsem hloupá nebo něco. Pořád na mě křičely a tahaly mě někam.“

- **„Jak jste reagovala na jejich chování?“**

Nelíbilo se mi to, křičela jsem na ně, ať mi vrátí moje věci, že chci vědět, kde jsou. Asi jsem nebyla moc hodná, ale vadilo mi, jak se ke mně chovali, tak jsem se k nim taky slušně nechovala. Jak oni, tak já taky.“

- **„Řekla jste to někomu, že se sestřičky takhle k Vám chovaly?“**

„Ano, říkala jsem to doktorům, ale ty mě taky neposlouchali. Těm to bylo jedno.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Špatné. Pořád křičeli, když jsem chtěla něco vědět, tak mě jen odbyli a nic mi neřekli. Nestarali se o mě.“

- **„Jaké to ve Vás zanechalo pocity?“**

„Strašný. Hrozně se bojím nemocnice a doufám, že už tam nikdy nebudu muset. Celou dobu v nemocnici po tom úraze jsem se bála, jestli budu v pořádku, ale taky jestli se budu moct o sebe postarat. Nikdo tam pro mě nebyl.“

12. „Setkala jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Ano, setkala jsem se. Chovali se ke mně v nemocnici jinak. Na nikoho nekřičeli, jen na mě, a byli na mě divní. Kdybych tam umřela, určitě by si toho ani nevšimli. A ještě u toho mého obvodáka, ten mi pořád říká, že nejsem schopná se o sebe postarat po tom úraze a jednou měl dovolenou a byl tam někdo jiný, nějaká doktorka. Ta mě vyhodila, že sama k doktorovi nemůžu chodit a musím přijít s opatrovníkem. Taková blbost.“

- **„Jaký jste z chování obvodní lékařky měla pocit?“**
„Byla jsem naštvaná, bylo vidět, že o tom nic neví. Když se vrátil můj doktor, řekla jsem mu to a ten na to, že je čerstvě po škole, takže neví. Ale já si myslím, že by to vědět měla. Sestřička se jí to snažila vysvětlit, že tam chodím sama a v pohodě, ale ona, že ne, ať přijdu jindy.“
- **„Když jste ležela v nemocnici a měla jste problémy s přístupem zdravotníků, jak na to reagovali spolupacienti na pokoji?“**
„To už si nepamatuji, ale myslím, že nijak. Moc se nevyspali, protože jsem se pořád hádala se sestrami, takže si myslím, že jim to bylo jedno.“

13 „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Ne.“

Respondent 7

Paní Kateřina ve věku 37 let žije v chráněném bydlení šestým rokem a domácnost sdílí ještě s jednou klientkou. Chráněné bydlení se jí líbí, dle svých slov si tam připadá jako v opravdovém domově. Soužití se spolubydlící je bezproblémové. Pobírá plný invalidní důchod a je omezena ve způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníkem je její matka.

Je orientovaná všemi směry, dlouhodobá paměť je zhoršena, krátkodobá bez známek poškození. Myšlení je zabíhavé a postižení v oblasti řeči není žádné. Nemá žádné tělesné postižení. Emocionálně je mírně labilní, přecitlivělá, celkové ale dobře optimisticky naladěná. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře za přítomnosti matky a trval 30 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Nepamatuji se přesně, kdy to bylo, řekla bych tak před 7 lety.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Ano, vím, že jsem omezena ve způsobilosti.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena způsobilost?“

„Mamka se mi snažila všechno vysvětlit, vím o sobě, že jsem hodně důvěřivá a mohla bych někomu naletět. Takhle jsem chráněná já i moje maminka.“

- **„Stalo se Vám někdy v minulosti, že vás někdo chtěl využít?“**

„Ano, stalo. Pár lidem jsem půjčila peníze a pak už mi je nikdy nevrátili. A taky jsem jednou podepsala nějakou smlouvu na hodně peněz a byl problém to zrušit. Naštěstí se to nakonec zrušilo. Chtěla jsem mamince a mně koupit hezkou dovolenou a ten pán, co to se mnou sepisoval, byl hrozně hodný. Nenapadlo mě, že je to podvod. Takže teď jsem klidnější“

4. „Jakým způsobem Vám omezení způsobilosti změnilo život?“

„Nemůžu si pořídit všechno, co chci. Ale taky třeba už nikomu nenaletím.“

- **„A co byste chtěla a nemůžete si to koupit?“**

„Tak různě, vždycky když jdu do krámu, tak se mi něco hrozně líbí, ale nemám na to. Nejradaši mám sladkosti a hezký oblečení. Ráda se hezky oblékám.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťuje?“

„Hlavně, když jsem někde v obchodě, nemám moc peněz, které můžu utratit.“

- **„Kolik peněz máte na měsíc a kolik byste si ideálně představovala?“**

„Mám tisícovku jen pro sebe. Bydlení, jídlo a takové věci platí mamka. Líbilo by se mi mít dva tisíce pro sebe, abych si mohla kupovat hezké oblečení, ale vím, že moc peněz mamce nezbude a že víc mi dávat nemůže.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Nevadí mi to, s mámou se vždycky v pohodě domluvíme.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Jen k obvodnímu, k zubaři a na gyndu.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Všichni jsou na mě velmi milí. Jak sestřičky, tak i doktoři.“

9. „Ležela jste někdy v nemocnici?“

„Ano, ležela jsem.“

- **„Z jakého důvodu?“**

„Jako dítě jsem měla nehodu, přejelo mě auto. Ale za to jsem mohla sama, běžela jsem přes silnici a nerozhlédla jsem se. Pán byl moc hodný, ještě mě odvezl do nemocnice. Ale to si nepamatuji, protože jsem byla v bezvědomí. A před nedávnem jsem ležela v nemocnici, jelikož jsem měla nemocné ledviny.“

10. „Jaké jste měla pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„To, když jsem byla v nemocnici, jak mě přejelo auto, si už nepamatuji. Ale teď, jak se byla s těma ledvinami, vím, že jsem se bála, protože jsem nevěděla, co se bude dít, a chtěla jsem u sebe maminku. Naštěstí sestřičky i doktoři byli hrozně hodní a všechno mi vysvětlili a maminku pouštěli na návštěvu kdykoliv.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Velmi dobré.“

12. „Setkala jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Ne, nevšimla jsem si, že by se ke mně chovali jinak.“

13 „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost?“

„Nemám špatné zkušenosti“

Respondent 8

Paní Anna ve věku 72 let žije v rodinném domě s rodinou, péči zajišťuje její dcera, která je současně jejím opatrovníkem a pracuje na zkrácený úvazek. Paní Anna je omezena

ve způsobilosti k právním úkonům a pobírá plný starobní důchod. Soužití je dle slov paní Anny i její dcery občas konfliktní z důvodu zhoršující se vaskulární demence paní Anny.

Orientace je zhoršená, uvědomuje si, jaký je rok, ale na otázku roční období, měsíc a den odpovídá chybně. Dlouhodobá paměť se zdá být v pořádku, krátkodobá však nese znaky poškození. Myšlení je zpomalené, rozbíhavé. Mobilita je ztížená z důvodu prodělané cévní mozkové příhody před šesti lety, od té se pohybuje za pomoci chodítka. Emocionálně je výrazně labilní, stavy euforie střídají stavy úzkosti. Rozhovor trval 40 minut.

Rozhovor

1. „Ve kterém roce vám byla omezena nebo zbavena způsobilost k právním úkonům?“

„Myslím, že to bylo zhruba někdy před pěti lety.“

2. „Znáte rozsah svého omezení?“

„Nevím, vím jen, že to všechno teď zařizuje dcera.“

- **„Vadí Vám, že neznáte rozsah svého omezení?“**

„Já popravdě ani nevím, že jsou nějaké druhy. Musím se na to zeptat dcery, ale asi nevdá.“

3. „Z jakého důvodu Vám byla omezena nebo zbavena způsobilost?“

„No postupně jsem začala zapomínat víc a víc, tak dcera to zařídila, abych jednou něco neprovedla.“

4. „Jakým způsobem Vám omezení nebo zbavení způsobilosti změnilo život?“

„No ani moc nezměnilo, už předtím jsem bydlela s dcerou a už tehdy všechno vyřizovala ona.“

5. „V jakých situacích to nejvíce pociťujete?“

„Spíše než způsobilost mě trápí, jak rychle zapomínám věci a i lidi kolem sebe.“

6. „Jaké pocity máte ze své změny způsobilosti?“

„Nevadí mi to, vím, že dcera má pravdu, za chvíli nebudu vědět už nic a pak bych třeba barák mohla napsat na někoho jiného.“

7. „Chodíte k nějakému lékaři pravidelně?“

„Ano.“

- **„K jakému lékaři docházíte?“**

„K obvodnímu, k neurologovi a na internu.“

8. „Pokud ano, jaké máte pocity z jejich přístupu k Vám?“

„Jak kde, někde jsou milí, někde méně. Občas mi přijde, že mi neříkají moc informací, protože ví, že to hned zapomenou.“

- **„Jaký to ve Vás zanechává pocit?“**

„Mam pak problém jim věřit, že jo. Hlavně ten neurolog to dělá a kolikrát se stalo, jelikož mě doprovází dcera, že chtěl mluvit s ní a mě nechal za dveřmi. To se mi vůbec nelíbilo, dcera mi to sice potom přetlumočila, ale co když mi neřekla úplně všechno?“

9. „Ležela jste někdy v nemocnici?“

„Ano, ležela jsem.“

- **„Z jakého důvodu?“**

„To víte, jsem stará bába, takže mam spousty nemocí. Ležela jsem se žlučníkem, s ledvinovými kameny a naposledy, jak jsem prodělala tu mrtvici. Ale jak je to dlouho, co mě ranila, to nevím, takových sedm let to nejspíš bude.“

10. „Jaké jste měla pocity při pobytu ve zdravotnickém zařízení?“

„Nikdo mi nic pořádně neřekl a tak jsem se bála. Nerozumím lékařským pojmům a vadí mi, že mi to lékaři nedokážou vysvětlit. Když jsem se ptala sestřiček, tak jediný, co mi řekly, že se musím zeptat lékaře, že oni nic říkat nemůžou. Víím, že se ze mě pomalu stává bláznivá bába a bojím se, že jednou umřu v nemocnici nebo v blázninci.“

- **„Byl někdo, kdo by Vám v nemocnici poskytoval pocit bezpečí?“**
„Akorát návštěvy rodiny, ale tam mi zase vadilo, že když mluvili s doktorem, tak si je vzal stranou na chodbu. Jako kdybych to nesměla slyšet. Jinak, že by mě tam někdo vyslechnul a byl mi oporou, to ne.“

11. „Jaké máte zkušenosti s přístupem zdravotníků k Vám?“

„Opět jak kdy, někteří jsou hodný a někteří ne. Vadí mi, když mě oslovují babičko nebo na mě mluví jak na dítě. Víím, že za chvíli tak dopadnu, ale zatím se ještě o sebe jak takž zvládnou postarat sama.“

- **„Upozornila jste na to, že se Vám takový přístup nelíbí?“**
„Jak kdy. Záleželo, jestli ta sestřička byla hodná nebo ne. Ale většinou jsem řekla, že nejsem žádná jejich babička nebo že nejsem malé dítě. Oni se vždycky zarazili, omluvili se a už na mě tak nemluvili.“

12. „Setkala jste se s nějakými předsudky z důvodu Vaší upravené způsobilosti ze strany zdravotníků?“

„Z důvodu toho, že jsem nesvéprávná, asi ne. Ale jednou jsem zaslechla, když jsem ležela v nemocnici, jak sestřička říká kolegyni, že ta bláznivá babka na druhém pokoji zase něco chce.“

- **„Jaké tato zkušenost ve Vás zanechala pocity?“**
„Bylo mi to dost líto, nikdy nemůžou vědět, jestli jednou sami nebudou nemocný. Je to strašný, jak člověk pomalu ztrácím kontrolu sám nad sebou, bojím se, že za chvíli už si tu nemoc nebudu ani uvědomovat. Mám strach, že v budoucnu dera nezvládne péči a skončím v ústavu.“
- **„Sdělila jste někomu své obavy?“**
„Ano, dceři. Jednou jsme se bavily o tom, co bude, dcera mě neustále uklidňuje, že se to zvládne, že když tak přestane chodit do práce. Ale to zase člověk nechce, nechce být někomu na obtíž. Ale tohle asi řeší každý starý nemocný člověk.“

13. „Máte naopak nějakou dobrou zkušenost se zdravotníky?“

„Většinou jsou zkušenosti dobré, jediný, co mi vadí, že mi někdy neříkají pravdu nebo to říkají mé dceři.“

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ ZÍSKANÝCH KVALITATIVNÍM ŠETŘENÍM

Výzkumného šetření se zúčastnilo osm respondentů v různém věkovém rozmezí. Rozhovor probíhal bez přítomnosti třetí osoby, tedy individuálně, pouze ve dvou případech si respondenti přáli přítomnost matky jako emocionální a komunikační podpory.

Rozhovor se skládal ze tří částí, v první části jsem zjišťovala informovanost respondentů o jejich způsobilosti k právním úkonům, druhá část sloužila k analyzování prožitků související s upravenou způsobilostí a pocitů z upravené způsobilosti, v jakých situacích to nejvíce pociťují a jaká úskalí jim to přináší. Ve třetí části jsem zjišťovala jejich zkušenosti se zdravotníky jak u ambulantních lékařů či při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Respondent č. 1

Rozhovor s paní Evou se uskutečnil v domácím prostředí v rámci chráněného bydlení a trval 40 minut. Setkání proběhlo v příjemné atmosféře bez přítomnosti třetí osoby. Lékařská diagnóza mi nebyla známa.

Paní Eva na otázku, kdy jí byla upravena způsobilost, odpověděla, že neví v kterém roce, pouze uvedla, že už je to dlouho. Rozsah svého omezení zná a jako důvod uvedla ochranu před zlými lidmi a jejich zneužitím. Negativní zkušenost se zneužitím má. Jednou půjčila hotovost, která jí již nebyla vrácena, a jednou se stala obětí podomního prodeje. Zanechalo to v ní pocit zklamání z lidí. Jako jediné negativum upravené způsobilosti uvádí nedostatek finančních prostředků, ale již v roce 2013 zažádala soud o navýšení a její žádosti bylo vyhověno. Jak sama uvádí, nyní je plně spokojená se situací. Opatrovníkem je soudem určen dlouholetý rodinný přítel a spolupráci s ním si velmi pochvaluje.

Pravidelně navštěvuje praktického lékaře a s jeho přístupem je velmi spokojená. Hospitalizovaná byla dle slov paní Evy celkem třikrát. Naposledy zhruba před dvěma lety, kdy jí diagnostikovali blíže nespecifikované onemocnění kardiovaskulárního systému. Pravidelně užívané léky jí připravuje všeobecná sestra, která k ní domů dochází jednou

týdně. S přístupem zdravotníků při hospitalizaci byla spokojená, všichni k ní byli vstřícní a dle svých slov nemá se zdravotníky žádnou negativní zkušenost.

Respondent č. 2

Rozhovor s paní Janou proběhl v domácím prostředí v rámci chráněného bydlení bez přítomnosti třetí osoby. Lékařská diagnóza mi nebyla známa. Zpočátku rozhovoru byla znát nedůvěra k mé osobě, ale postupem času se začala paní Jana otevírat a na konci setkání mě zvala na další návštěvu. Rozhovor trval 40 minut.

Paní Jana nezná přesný rok, kdy jí byla upravena způsobilost k právním úkonům, udává pouze, že je to už delší čas. Rozsah upravení způsobilosti zná, ale přesný důvod pro omezení způsobilosti jí znám není. Na otázku, z jakého důvodu jí byla omezena způsobilost, odpovídá, že žila pouze v jednom zařízení, které zažádalo o přezkoumání její způsobilosti a jí pouze oznámili rozsudek. Tato zkušenost v ní zanechala pocit zmatenosti a méněcennosti. Dále dodává, že by jí upravená způsobilost tolik nevadila, kdyby jí dostatečně informovali o důvodu žádosti a spolupracovali s ní. Jako největší problém vidí ve spolupráci se svým opatrovníkem, udává, že je těžko dostižitelný a spolupráce s ním je obtížná, ale o změně opatrovníka neuvažovala, jelikož neví koho, a obává se, aby situace s novým opatrovníkem nebyla ještě horší. Další problém vidí v nedostatku finančních prostředků. Na otázku, zda ví, kolik pobírá invalidní důchod a jestli jí z něj něco po zaplacení poplatků zbyde, odpovídá, že neví. Momentálně do organizace, která zřizuje chráněné bydlení, nastoupila nová sociální pracovnice, která jí poprvé vysvětlila princip částečného omezení způsobilosti, usnadňuje jí spolupráci s opatrovníkem a pomohla jí sepsat žádost k soudu o navýšení finančních prostředků.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři mimo organizaci chráněného bydlení, jelikož byla nespokojená s přístupem jak lékaře, tak všeobecné sestry. Udává, že byli velmi nepříjemní a neochotní. Hospitalizovaná byla třikrát, naposledy z důvodu prvozáhytu diabetes mellitus, nyní je na dietoterapii a perorálních antidiabetikách. Dle slov paní Jany jí v nemocnici nikdo needukoval o onemocnění, terapii ani o dietním opatření. Informace jí poskytl až praktický lékař, když k němu nesla propouštěcí zprávu z nemocnice. Na otázku, jaké pocity měla při pobytu ve zdravotnickém zařízení, udává, že se bála, jestli bude v pořádku, a nikdo její pocity strachu nezmírnil. Popisuje, že na ní všeobecné sestry

byly zlé, ignorovaly ji a nic jí nevysvětlily. Když se snažila získat informace o svém zdravotním stavu, bylo jí řečeno, ať se zeptá svého opatrovníka. Neví, jestli jejich chování souviselo s její upravenou způsobilostí nebo s duševním postižením, ale tato zkušenost v ní prohloubila strach z lidí a z nemocničního prostředí.

Respondent č. 3

Rozhovor s panem Jiřím proběhl v domácím prostředí v rámci chráněného bydlení bez přítomnosti třetí osoby. Atmosféra byla přátelská, ale na některé dotazy odmítl odpovídat z důvodu studu za své chování v minulosti. Lékařská diagnóza mi nebyla známa.

Pan Jiří ví, že je plně zbaven způsobilosti k právním úkonům, ale neví od kdy, pouze dodává, že nějaký čas už to bude. Důvod úpravy způsobilosti mu soud nevysvětlil, ale on ví proč. Jako důvod sdělil utrácení matčiných peněz a průšvihy. Změna způsobilosti mu změnila život výrazně. Přátelé, kteří ho využívali, se s ním přestali bavit a po domluvě s matkou se odstěhoval do bytu v rámci chráněného bydlení. Při dotazu, jaký měl pocit z odloučení od matky, popisuje pocit lítosti a strachu, že už ho matka nemá ráda a odložila ho do ústavu, nyní je v chráněném bydlení spokojen a s matkou se pravidelně navštěvují. Jejich vztah je dle slov pana Jiřího naprosto v pořádku. Nejvíce upravenou způsobilost pociťuje v otázce finančních prostředků, na druhou stranu dodává, že je nyní spokojen.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři a k psychiatrovi. S péčí psychiatra není příliš spokojen, ale nad změnou neuvažuje. Léky, které mu předepisuje psychiatr, ví, že musí užívat pravidelně. Hospitalizován byl jako dítě a v dospělosti na psychiatrii z důvodu abúzu alkoholu. Při pobytu v psychiatrické léčebně byly použity omezovací prostředky z důvodu agresivity. Při dotazu, jaký měl pocit z toho, udává, že nejdříve mu to bylo jedno, jelikož myslel akorát na alkohol, ale později to chápal, protože nespolupracoval se zdravotníky. S přístupem zdravotníků k jeho osobě má dobré zkušenosti, problém byl s jeho přítelkyní. Nechtěli jí dovolit návštěvy, jelikož se obávali, aby mu nedonesla alkohol, tato obava byla dle pana Jiřího neopodstatněná. Doteď má z této zkušenosti pocit zmatenosti. Jinak on sám negativní zkušenost se zdravotníky nemá.

Respondent č. 4

Rozhovor s panem Michalem proběhl v domácím prostředí bez přítomnosti třetí osoby. Způsobilost mu byla upravena z důvodu abúzu alkoholu. Setkání proběhlo v neutrální náladě a trvalo 40 minut.

Na otázku, kdy mu byla upravena způsobilost k právním úkonům, odpovídá, že zhruba před pěti nebo šesti lety a to na základě podání žádosti k soudu ze strany jeho dcery. Jeho vztah s dcerou popisuje jako komplikovaný, nejdříve byl na ni našťvaný, později si uvědomil, jak se choval, nyní s dcerou žije ve společné domácnosti a vycházejí dobře. Rozsah a důvod je mu znám. Jako důvod udává, že bral dceři peníze, aby měl na nákup alkoholu. Pocity z upravené způsobilosti má smíšené. Popisuje, že se cítí jako malé zlobivé dítě, které nemůže o ničem rozhodovat, na druhou stranu dodává, že kdyby měl k dispozici finanční prostředky, nejspíše by je utratil za alkohol. V budoucnu doufá v navrácení způsobilosti.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři, kde před abúzem alkoholu neměl žádné problémy. V období abúzu alkoholu a těsně po protialkoholní léčbě popisuje, že všeobecná sestra pracující u praktického lékaře zaujala negativní postoj k jeho osobě, chovala se k němu nepříjemně, jako důvod udává přátelství jeho dcery se zdravotní sestrou. Nyní už je zase všechno jako dřív a je to v pořádku. Hospitalizován byl několikrát především v době abúzu. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení se k němu zdravotníci chovali nepříjemně a bylo na jejich chování znát, že je tam nechtěný. Sám ale dodává, že se jim nediví, jelikož byl verbálně i fyzicky agresivní a jediné na co myslel, byl alkohol.

Respondent č. 5

Rozhovor s panem Janem probíhal v domácím prostředí za přítomnosti jeho matky, která je současně jeho opatrovníkem. Matka byla přítomna na žádost pana Jana a fungovala jako komunikační a duševní opora. Setkání probíhalo v příjemné atmosféře a trvalo 40 minut.

Kdy mu byla soudem upravena způsobilost k právním úkonům, neví, ví, že to zařídila jeho matka, když už nebyl dítě. Rozsah svého omezení nezná, a jelikož nenarazil z důvodu nevědomosti na nějaký problém, tak mu to nevadí. Jako důvod uvádí ochranu

před zneužitím a neschopnost se o sebe sám postarat. Negativní zkušenost se zneužitím má, jednou se ho snažili přemluvit k uzavření smlouvy na půjčku, on ale ví, že žádné smlouvy uzavírat nesmí, takže ke zneužití nedošlo. Upravenou způsobilost vnímá pozitivně.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři a k psychologovi, dle svých slov je spolupráce bezproblémová. Hospitalizován byl jednou jako dítě a uvádí, že na něj byli všichni hodní a hezky se o něj starali. Negativní zkušenost se zdravotníky nemá.

Respondent č. 6

Rozhovor s paní Jarmilou proběhl v domácím prostředí bez přítomnosti třetí osoby. Emocionálně je velmi negativistická, kritická k sobě i ke svému okolí a setkání proběhlo v neutrální náladě, kdy na některé otázky odpovídala velmi emotivně. Způsobilost jí byla upravena z důvodu úrazu, který jí způsobil mozkové poškození. Rozhovor trval 35 minut.

Kdy jí byla upravena způsobilost, neví, dle jejich slov je to už dlouho. Rozsah omezení je jí znám. Žádost o přezkoumání její způsobilosti podala dcera. Ona sama je přesvědčená, že je v pořádku, a nesouhlasí s rozsudkem. Momentálně uvažuje nad podáním žádosti k soudu o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Vztah s dcerou to narušilo významně, ztratila k ní důvěru a bere to jako zradu. S dcerou jako s opatrovníkem je nespokojená vzhledem k její pracovní vytíženosti, ale o změně neuvažuje. Jako největší omezení popisuje nedostatek finančních prostředků, nevěří dceři, že jí z důchodu víc peněz nezbyde. Momentálně zvažuje možnost zažádat o navýšení finančních prostředků. Celkově pociťuje nespokojenost s upravenou způsobilostí a vnímá tuto skutečnost jako neopodstatněnou.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři a k psychologovi. Spokojená není, jelikož je přesvědčená, že je zdravotně v pořádku a oni jí tvrdí opak. Medikaci odmítá užívat. Nad změnou jak praktického lékaře, tak psychologa, neuvažuje. Hospitalizovaná byla dvakrát, jednou jako dítě a potom po úraze. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení popisuje strach o své osobní věci, jelikož nevěděla, kde jsou, a sestry ji ignorovaly nebo na ni křičely. Když informovala o jejich chování lékaře, uvádí, že ji taky neposlouchali a bylo jim to jedno. Pobyt v nemocnici v ní zanechal strach z další hospitalizace. S předsudky se setkala při návštěvě praktického lékaře, kdy měl za sebe zástup a lékařka paní Jarmilu

vyhodila z ordinace se slovy, že sama chodit k lékaři nemůže. Když o tom informovala svého praktického lékaře při další návštěvě, sdělil jí, že je to čerstvá absolventka, tudíž nemá dostatečné zkušenosti. Na otázku, zda má dobrou zkušenost se zdravotníky, odpověděla, že ne.

Respondent č. 7

Rozhovor s paní Kateřinou proběhl v domácím prostředí v rámci chráněného bydlení za přítomnosti její matky, která fungovala jako emocionální podpora. Setkání proběhlo v přátelské atmosféře a trvalo 30 minut.

Na otázku, kdy jí byla upravena způsobilost, odpověděla, že si přesný datum nepamatuje, ale bylo to zhruba před sedmi lety. Rozsah svého omezení zná. Jako důvod uvádí, že ji to chrání před zneužitím. Negativní zkušenost se zneužitím má. Půjčila peníze, které se jí nevrátily, a jednou podepsala smlouvu na zájezd, kdy se nakonec ukázalo, že se jedná o podvod. S upravenou způsobilostí je spokojená, má pocit ochrany. Jediný problém vidí v nedostatku finančních prostředků. Na druhou stranu dodává, že matce po zaplacení poplatků příliš peněz nezbyde.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři a na gynekologii. Pocit z jejich přístupu k její osobě má velmi dobrý. Hospitalizovaná byla dvakrát. Jednou v dětském věku z důvodu autonehody a podruhé v nedávné době s onemocněním ledvin. V nemocnici se bála o své zdraví a stýskalo se jí po matce, ale dodává, že sestřičky i doktoři byli hrozně hodní a vše jí vysvětlili a umožnili matce neomezené návštěvy. Negativní zkušenost se zdravotníky nemá.

Respondent č. 8

Rozhovor s paní Annou proběhl v domácím prostředí bez přítomnosti třetí osoby. Upravenou způsobilost k právním úkonům má z důvodu zhoršující se vaskulární demence. Setkání proběhlo v přátelské atmosféře, jelikož jsem blízká přítelkyně její vnučky, a trvalo 40. minut.

Na otázku, kdy jí byla upravena způsobilost, odpovídá, že zhruba před pěti lety. Rozsah omezení nezná, pouze ví, že teď vše zařizuje dcera. Jako důvod uvedla zhoršující se paměť a ochranu před tím, aby něco neprovedla. Upravená způsobilost jí nevadí, chápe to jako svou ochranu a i ochranu rodiny. Jediné, co ji trápí, je, jak rychle zapomíná.

Pravidelně dochází k praktickému lékaři, k neurologovi a k internímu lékaři. Při návštěvě má pocit, že jí nesdělují všechny informace o jejím zdravotním stavu, tento pocit má především u neurologa, který několikrát během návštěvy samostatně mluvil s dcerou a ji nepozval do ordinace. Vyvolává to v ní pocit nedůvěry. Hospitalizovaná byla několikrát. V nemocnici měla strach z důvodu nedostatečné informovanosti, na dotaz, zda jí někdo v nemocnici poskytl oporu, tak odpověděla, že ne. Jako negativní zkušenost s přístupem zdravotníků udává familiární oslovení, infantilní jednání s její osobou, neinformovanost nebo když informují její dceru místo ní. Jednou zaslechla, jak jí všeobecná sestra pomlouvá před svojí kolegyní. Tato zkušenost v ní zanechala pocit lítosti. Během rozhovoru několikrát uvedla, že se nejvíce ze všeho bojí, že všechno zapomene a už nebude poznávat ani vlastní rodinu.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ ZÍSKANÝCH KVANTITATIVNÍM ŠETŘENÍM

Délka praxe respondentů ve zdravotnictví

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 1

| Délka praxe respondentů | | | | |
|-------------------------|----------------|----------|-----------|---------------|
| méně jak 1 rok | méně jak 5 let | 5-10 let | 11-20 let | 21 let a více |
| 6 | 7 | 15 | 20 | 32 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo nejvíce dotázaných v počtu 32 (40 %) praxi 21 let a více, praxi 11-20 let označilo 20 (25 %) respondentů, praxi 5-10 let označilo 15 (19 %) respondentů, méně jak 5 let 7 (9 %) dotázaných a praxi méně jak 1 rok 6 (7 %) respondentů.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 2

| Délka praxe respondentů | | | | |
|-------------------------|----------------|-----------|-----------|---------------|
| méně jak 1 rok | méně jak 5 let | 5- 10 let | 11-20 let | 21 let a více |
| 2 | 23 | 20 | 15 | 20 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů uvedlo nejvíce dotázaných v počtu 23 (29 %) praxi méně jak 5 let, praxi 21 let a více označilo 20 (25 %) respondentů, praxi 11-20 let označilo 15 (19 %) respondentů, 5-10 let 20 (25 %) dotázaných a praxi méně jak 1 rok 2 (2 %) respondentů.

Vzdělání respondentů

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 3

| Nejvyšší dosažené vzdělání | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| Středoškolské | Vyšší odborné | Vysokoškolské |
| 47 | 17 | 16 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich 47 (59 %) označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, vyšší odborné vzdělání 17 (21 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání označilo 16 (20 %) dotázaných.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 4

| Nejvyšší dosažené vzdělání | | |
|-----------------------------------|---------------|---------------|
| Středoškolské | Vyšší odborné | Vysokoškolské |
| 35 | 20 | 25 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich 35 (44 %) označilo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, vyšší odborné vzdělání 20 (25 %) respondentů a vysokoškolské vzdělání označilo 25 (31 %) dotázaných.

Seznámení s legislativní problematikou zabývající se způsobilostí k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 5

| Znalost legislativní problematiky | |
|------------------------------------------|----|
| Ano | Ne |
| 50 | 30 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se někde seznámili s legislativní problematikou způsobilosti k právním úkonům, jich 50 (63 %) odpovědělo, že ano, a 30 (37 %) respondentů, že ne.

Na doplňující otázku, kde se seznámili s problematikou, jich z celkového počtu 50 (100 %) odpovědělo 43 (86 %) respondentů v zaměstnání, 3 (6 %) respondenti na internetu a čtyři (8 %) v rámci specializace „Psychiatrická sestra“.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 6

| Znalost legislativní problematiky | |
|------------------------------------------|----|
| Ano | Ne |
| 24 | 56 |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se někde seznámili s legislativní problematikou způsobilosti k právním úkonům, jich 24 (30 %) odpovědělo, že ano, a 56 (70 %) respondentů, že ne.

Na doplňující otázku, kde se seznámili s problematikou, jich z celkového počtu 24 (100 %) odpovědělo 18 (76 %) v zaměstnání, 2 (8 %) respondenti na internetu, ve školním prostředí označili 2 (8 %) respondenti a 2 (8 %) respondenti se seznámili s problematikou v rámci specializace „Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče“ (ARIP).

Lidská práva a způsobilost k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 7

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 13 | 16 % |
| Ne | 60 | 75 % |
| Nevím | 7 | 9 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům ztrácí svá lidská práva, odpovědělo 13 (16 %) dotázaných ano, 60 (75 %) ne a 17 (9 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 8

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 9 | 11 % |
| Ne | 56 | 70 % |
| Nevím | 15 | 19 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům ztrácí svá lidská práva, odpovědělo 9 (11 %) dotázaných ano, 56 (70 %) ne a 15 (19 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím.

Sebepéče a způsobilost k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 9

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 70 | 87 % |
| Ne | 3 | 4 % |
| Nevím | 7 | 9 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může být schopen samostatné sebepéče, odpovědělo 70 (87 %) dotázaných ano, 3 (4 %) ne a 7 (9 %) respondentů zaškrtnulo odpověď nevím.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 10

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 56 | 70 % |
| Ne | 14 | 17 % |
| Nevím | 10 | 13 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může být schopen samostatné sebepéče, odpovědělo 56 (70 %) dotázaných ano, 14 (17 %) ne a 10 (13 %) respondentů zaškrtnulo odpověď nevím.

Zaměstnání a způsobilost k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 11

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 48 | 60 % |
| Ne | 10 | 13 % |
| Nevím | 22 | 27 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může docházet do zaměstnání, odpovědělo 48 (60 %) dotázaných ano, 10 (13 %) ne a 22 (27 %) respondentů zaškrtnulo možnost nevím.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 12

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 60 | 75 % |
| Ne | 9 | 11 % |
| Nevím | 11 | 14 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může docházet do zaměstnání, odpovědělo 60 (75 %) dotázaných ano, 9 (11 %) ne a 11 (14 %) respondentů zaškrtnulo možnost nevím.

Informovaný souhlas a způsobilost k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 13

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 22 | 27 % |
| Ne | 58 | 73 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda je dostačující pro zdravotnické zařízení podepsaný informovaný souhlas od pacienta s omezenou způsobilostí v oblasti zdraví, odpovědělo 22 (27 %) dotázaných ano a 58 (73 %) ne.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 14

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 31 | 39 % |
| Ne | 49 | 61 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů jich na otázku, zda je dostačující pro zdravotnické zařízení podepsaný informovaný souhlas od pacienta s omezenou způsobilostí v oblasti zdraví, odpovědělo 31 (39 %) dotázaných ano a 49 (61 %) ne.

Rozhodnutí lékaře při nesouladu názorů s poskytováním péče mezi opatrovníkem a pacientem s úplně zbavenou způsobilostí

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 15

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ve prospěch opatrovníka | 14 | 18 % |
| Ve prospěch pacienta | 17 | 21 % |
| Dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta | 49 | 61 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, že v případě, kdy opatrovník souhlasí s léčbou a pacient s úplně zbavenou způsobilostí ne, rozhodne lékař, ve prospěch opatrovníka odpovědělo 14 (18 %) respondentů, ve prospěch pacienta 17 (21 %) a dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta zaškrtnulo 49 (61 %) respondentů.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 16

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ve prospěch opatrovníka | 29 | 36 % |
| Ve prospěch pacienta | 8 | 10 % |
| Dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta | 43 | 54 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, že v případě, kdy opatrovník souhlasí s léčbou a pacient s úplně zbavenou způsobilostí ne, rozhodne lékař, ve prospěch opatrovníka odpovědělo 29 (36 %) respondentů, ve prospěch pacienta 8 (10 %) a dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta zaškrtnulo 43 (54 %) respondentů.

Poskytování informací o zdravotním stavu pacientovi s upravenou způsobilostí

Odovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 17

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 69 | 86 % |
| Ne | 2 | 3 % |
| Nevím | 9 | 11 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda lékař může poskytovat pacientovi s upravenou způsobilostí k právním úkonům informace o jeho zdravotním stavu, odpovědělo 69 (86 %) respondentů ano, 2 (3 %) respondenti ne a nevím odpovědělo 9 (11 %) dotázaných.

Odovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 18

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 65 | 81 % |
| Ne | 3 | 4 % |
| Nevím | 12 | 15 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda lékař může poskytovat pacientovi s upravenou způsobilostí k právním úkonům informace o jeho zdravotním stavu, odpovědělo 65 (81 %) respondentů ano, 3 (4 %) respondenti ne a nevím odpovědělo 12 (15 %) dotázaných.

Zkušenosti sester s poskytováním péče pacientovi s upravenou způsobilostí

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 19

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 66 | 83 % |
| Ne | 13 | 16 % |
| Nevím | 1 | 1 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se během své praxe setkali s pacientem s upravenou způsobilostí, odpovědělo 66 (83 %) respondentů ano, 13 (16 %) ne a možnost nevím zaškrtl 1 (1 %) respondent.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 20

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 44 | 55 % |
| Ne | 35 | 44 % |
| Nevím | 1 | 1 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se během své praxe setkali s pacientem s upravenou způsobilostí, odpovědělo 44 (55 %) respondentů ano, 35 (44 %) ne a možnost nevím zaškrtl 1 (1 %) respondent.

Úskalí při kontaktu s pacienty s upravenou způsobilostí

Odovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 21

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 17 | 26 % |
| Ne | 49 | 74 % |
| Celkem | 66 | 100 % |

Graf č. 1



Z celkového počtu 66 (100 %) respondentů, kteří kladně odpověděli na předchozí otázku, se respondenti setkali při poskytování péče s úskalími v 17 (26 %) případech. Jako nejčastější úskalí vidí v nespolupráci, problémy s opatrovníkem a agresivitu pacienta, 3 respondenti uvedli jako největší problém odmítání medikace, dále 1 respondent napsal jako problém při poskytování péče iracionalitu pacienta a 1 respondent obtížnou komunikaci.

Odovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 22

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 19 | 43 % |
| Ne | 25 | 57 % |
| Celkem | 44 | 100 % |

Graf č. 2



Z celkového počtu 44 (100 %) respondentů, kteří kladně odpověděli na předchozí otázku, se respondenti setkali při poskytování péče s úskalími v 19 (26 %) případech. Jako nejčastější úskalí označili iracionalitu pacienta, po 4 respondentech získala agresivita pacienta a informované souhlasy, 3 respondenti označili jako největší problém obtížnou komunikaci, 2 respondenti napsali snížený intelekt jako zdroj problémů a 1 dotázaný se setkal s problémem s opatrovníkem.

Obavy z kontaktu s pacientem s upravenou způsobilostí k právním úkonům

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 23

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 10 | 13 % |
| Ne | 70 | 87 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se obávají kontaktu s pacientem s upravenou způsobilostí, odpovědělo 10 (13 %) respondentů ano a 70 (87 %) ne.

Jednalo se o položavřenou otázku, kdy v případě kladné odpovědi měli respondenti možnost dále se vyjádřit a specifikovat svou odpověď. Jako nejčastější důvod k obavám uvedlo 5 respondentů agresivitu pacienta, 3 uvedli obavy z administrativní chyby a 2 respondenti se obávají spolupráce s opatrovníkem.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 24

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 12 | 15 % |
| Ne | 68 | 85 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda se obávají kontaktu s pacientem s upravenou způsobilostí, odpovědělo 12 (15 %) respondentů ano a 68 (85 %) ne.

Jednalo se o položavřenou otázku, kdy v případě kladné odpovědi měli respondenti možnost dále se vyjádřit a specifikovat svou odpověď. Jako nejčastější důvod k obavám uvedlo 7 respondentů agresivitu pacienta, 3 uvedli obavy z administrativní chyby a 2 respondenti se obávají nespolečné práce pacienta.

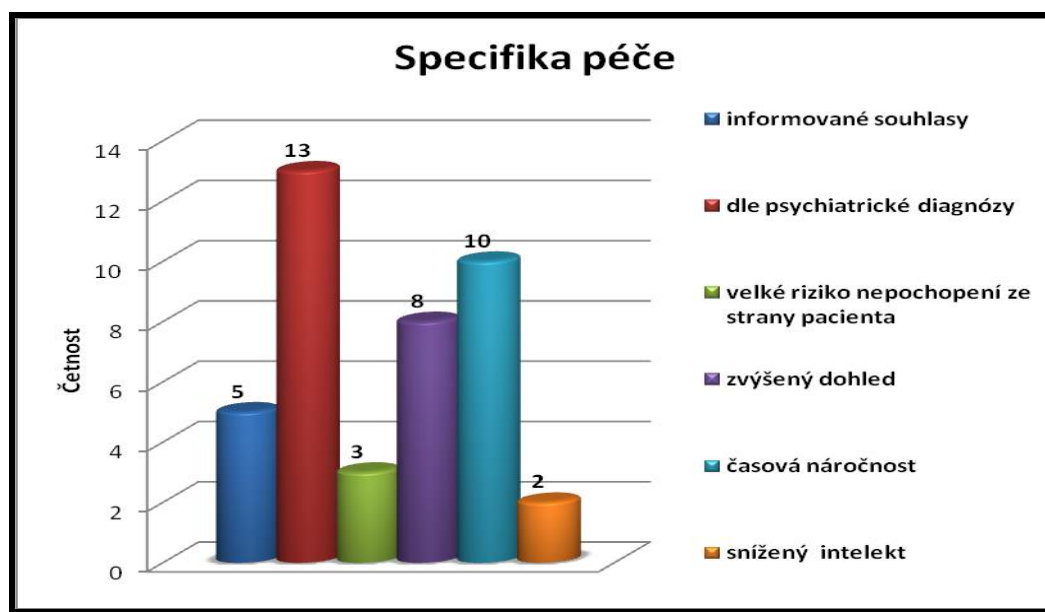
Specifika péče o pacienta s upravenou způsobilostí k právním úkonům

Odovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 25

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 46 | 58 % |
| Ne | 34 | 42 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Graf č. 3



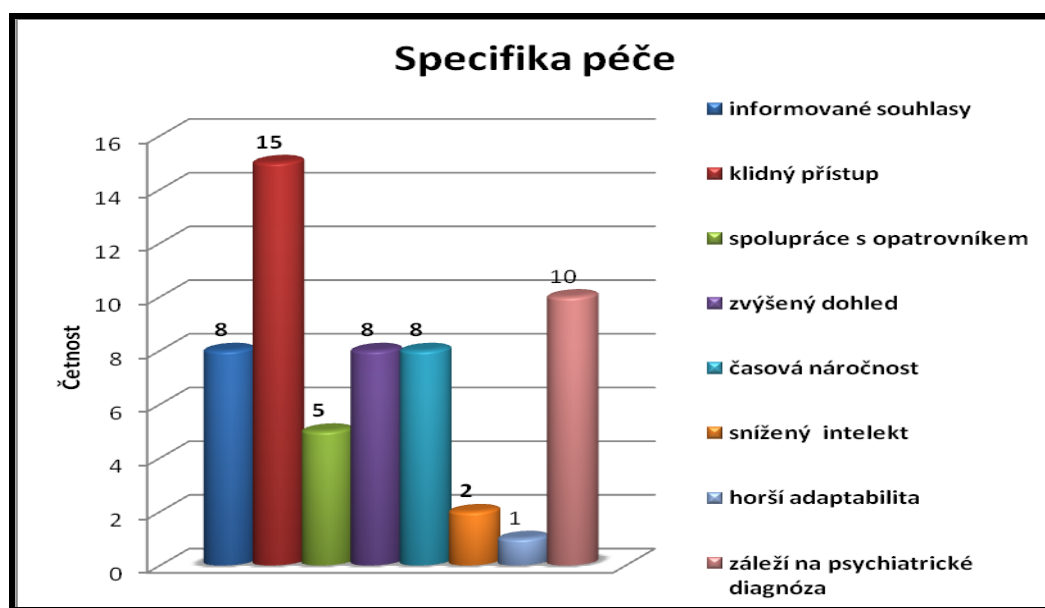
Z celkového počtu 46 (100 %) respondentů na otázku, zda poskytování péče pacientům, kteří mají upravenou způsobilost, má svá specifika, kladně odpovědělo 46 (58 %) respondentů, ne odpovědělo 34 (42 %). Z celkového počtu 46 respondentů, kteří označili možnost ano, jich 13 uvedlo, že péče musí být specifická dle psychiatrické diagnózy, 10 respondentů uvedlo časovou náročnost, 8 respondentů zvýšený dohled nad pacientem, 5 respondentů vidí jako největší specifikum v problematice informovaných souhlasů, velké riziko nepochopení uvedli 3 respondenti a 2 respondenti uvedli, že péče je specifická z důvodu sníženého intelektu. Respondenti měli možnost dalšího vyjádření i v případě označení možnosti ne. Z 34 respondentů pouze 5 uvedlo důvod a to, že se ke všem chováme stejně bez rozdílů.

Odovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 26

| Odověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| Ano | 57 | 71 % |
| Ne | 23 | 29 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Graf č. 4



Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda poskytování péče pacientům, kteří mají upravenou způsobilost, má svá specifika, kladně odpovědělo 57 (71 %) respondentů, ne odpovědělo 23 (29 %). Z počtu 57 respondentů, kteří označili možnost ano, jich 15 uvedlo jako největší specifikum klidný a empatický přístup, 10 uvedlo, že péče musí být specifická dle psychiatrické diagnózy, shodně po 8 respondentech problematika informovaných souhlasů, nutnost zvýšeného dohledu a časovou náročnost, 5 respondentů vidí specifikum ve spolupráci s opatrovníkem, 2 respondenti uvedli snížený intelekt a 1 horší adaptabilitu pacienta. Respondenti měli možnost dalšího vyjádření i v případě označení možnosti ne. Z 23 pouze 3 uvedli důvod a to, že je to člověk jako každý jiný, stejná péče pro všechny a ke každému pacientovi se chováme s úctou.

Sebereflexe sester v oblasti znalosti problematiky

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 27

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 40 | 50 % |
| Ne | 40 | 50 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda si myslí, že jsou jejich znalosti dostatečné, odpovědělo 40 (50 %) respondentů ano a 40 (50 %) ne.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 28

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 20 | 25 % |
| Ne | 60 | 75 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda si myslí, že jsou jejich znalosti dostatečné, odpovědělo 20 (25 %) respondentů ano a 60 (75 %) ne.

Vzdělávání sester v rámci zaměstnání

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 29

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 15 | 19 % |
| Ne | 57 | 71 % |
| Nevím | 8 | 10 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku, zda nabízí jejich pracoviště vzdělávání v oblasti této problematiky, odpovědělo 15 (19 %) respondentů ano, 57 (71 %) ne a nevím 8 (10 %) respondentů.

Odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 30

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Ano | 18 | 23 % |
| Ne | 60 | 74 % |
| Nevím | 2 | 3 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů odpovědělo na otázku, zda nabízí jejich pracoviště vzdělávání v oblasti této problematiky, odpovědělo 18 (23 %) respondentů ano, 60 (74 %) ne a nevím (3 %) respondenti.

Zájem o další vzdělávání

Odpovědi sester pracujících na psychiatriích

Tabulka č. 31

| Odpověď respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| E- learning | 14 | 17 % |
| Certifikovaný kurz | 10 | 13 % |
| Seminář | 39 | 49 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Nemám zájem | 17 | 21 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda by měli zájem o vzdělávání a pokud ano, jakým způsobem, odpovědělo 14 (17 %) respondentů, že by mělo zájem o vzdělávání prostřednictvím E- learningu, 10 (13 %) by mělo zájem o certifikovaný kurz, 39 (49%) o seminář a nezájem o vzdělávání v oblasti této problematiky uvedlo 17 (21 %) respondentů. Jiný druh vzdělávání nikdo neuvedl.

Odpoředi sester pracujících na somatických odděleních

Tabulka č. 32

| Odpořed' respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| E- leasing | 16 | 20 % |
| Certifikovaný kurz | 12 | 15 % |
| Seminář | 38 | 48 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Nemám zájem | 14 | 17 % |
| Celkem | 80 | 100 % |

Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů na otázku, zda by měli zájem o vzdělávání a pokud ano, jakým způsobem, odpovědělo 16 (20 %) respondentů že by mělo zájem o vzdělávání prostřednictvím E-learningu, 12 (15 %) by mělo zájem o certifikovaný kurz, 38 (48 %) o seminář a nezájem o vzdělávání v oblasti této problematiky uvedlo 14 (17 %) respondentů. Jiný druh vzdělávání nikdo neuvedl.

Odpoředi obou skupin

Tabulka č. 33

| Odpořed' respondentů | Absolutní četnost (n) | Relativní četnost (%) |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| E- leasing | 30 | 19 % |
| Certifikovaný kurz | 22 | 14 % |
| Seminář | 77 | 48 % |
| Jiné | 0 | 0 % |
| Nemám zájem | 31 | 19 % |
| Celkem | 160 | 100 % |

Z celkového počtu 160 (100 %) respondentů na otázku, zda by měli zájem o vzdělávání a pokud ano, jakým způsobem, odpovědělo 30 (19 %) respondentů, že by měli zájem o vzdělávání prostřednictvím E-learning, 22 (14 %) by preferovalo certifikovaný kurz,

seminář označilo 77 (48 %) respondentů a nezájem o vzdělávání v oblasti této problematiky uvedlo dohromady 31 (19 %) respondentů.

10 DISKUZE

Kvalitativní výzkumné šetření

Pro kvalitativní výzkum byl vymezen jeden hlavní a dva dílčí cíle. Hlavním cílem bylo prostřednictvím rozhovorů s respondenty omezenými či zbavenými způsobilosti identifikovat jejich zkušenosti a pocity spojené s pobytem či návštěvou zdravotnického zařízení. Dílčími cíli bylo zjistit, zda mají respondenti dostatek informací, které souvisejí s jejich právní způsobilostí, a jaká úskalí jim přináší změna právní způsobilosti a jejich subjektivní pocity z této změny. Na tyto cíle navazovaly tři výzkumné otázky. K naplnění výzkumných cílů byl užit polostandardizovaný rozhovor, kterého se zúčastnilo osm respondentů různého věku. Otázky byly pokládány co nejtaktněji a byla zaručena anonymita.

Výhoda kvalitativního výzkumu spočívá v hloubkovém porozumění pocitů a situaci respondenta. Nevýhoda spočívá v subjektivitě odpovědí a v malém vzorku respondentů. Proto nelze dané výsledky paušalizovat a vyvozovat z nich obecné závěry.

Rozhovor byl rozdělen dle výzkumných otázek na tři části. V první části rozhovoru jsem se zaměřila na informovanost respondentů v oblasti jejich způsobilosti k právním úkonům. **Má klient dostatek informací souvisejících s jeho omezením nebo zbavením způsobilosti k právním úkonům?**

Z osmi respondentů na otázku, kdy jim byla upravena způsobilost k právním úkonům, pouze tři respondenti z osmi odpověděli přibližný čas. Neudali však ani přesný termín, ale zvolili období v rozmezí jednoho až dvou let. Zbýlých pět respondentů odpovědělo, že neví kdy, ale už je to dlouho. Ani u jednoho z respondentů jsem neměla pocit, že by jim to nějakým způsobem vadilo a ani je samotné nezarazilo, že si tento údaj nepamatují. Rozsah omezení z osmi respondentů šest vědělo, zbylí dva respondenti rozsah neznají, ale na otázku, zda jim to vadí, odpověděli, že jelikož nenarazili zatím na žádný problém, který by s tím souvisel, tak ne. Jako důvod upravení způsobilosti tři respondenti uvedli ochranu před zneužitím druhých. Na doplňující otázku, zda mají tuto negativní zkušenost, všichni tři respondenti odpověděli kladně. Jednalo se o půjčení peněz, které se již nevrátily, koupě výrobků od podomního prodejce a přemlouvání k uzavření smlouvy. U všech třech respondentů to zanechalo pocit zklamání z lidí a jistou nedůvěru. Všichni tři

respondenti vědí, že žádné smlouvy nemohou podepisovat a ani by to neudělali. Bohužel zneužití těchto lidí napomáhá novela zákona o základních registrech, která vstoupila v platnost 1. ledna 2012 a upravuje skutečnost, že v občanském průkaze není uveden rozsah způsobilosti. Jako důvod změny byla uvedena devalvace těchto lidí a znevýhodnění ve společnosti. Tento názor je poněkud sporný, jelikož občanský průkaz patří mezi osobní doklad. I oficiální stránky České advokátní komory informují o tomto problému a radí advokátům, aby si každý podpis, kterým si nejsou jistí, nechali ověřit pomocí Czech pointu, kde je možné tento údaj nalézt. Všichni tři respondenti věděli, že žádné smlouvy nesmějí podepisovat, a i díky negativní zkušenosti jsou nyní obezřetní. Naštěstí se nejednalo o negativní zkušenost velkých rozměrů, kvůli které by museli několik let splácet velký finanční dluh, ale příště už někdo tolik štěstí a obezřetnosti mít nemusí. Je otázka, zda banky a jiné společnosti vzali v potaz změnu legislativy a ověřují si způsobilost i jiným způsobem než jen pomocí občanského průkazu. U dalších respondentů se důvody upravení způsobilosti různily. Jako důvod uvedl respondent číslo tři průšvihy a utrácení peněz, respondent číslo čtyři uvedl alkoholismus a respondent číslo osm uvedl zhoršující se paměť. Respondentka číslo šest uvedla, že důvod zná, ale nesouhlasí s omezením, jelikož si myslí, že je naprosto v pořádku. Během rozhovoru jsem měla pocit, že respondentka ztratila důvěru ve své nejbližší okolí z důvodu upravení způsobilosti a uzavřela se do sebe. Bohužel jsem neměla možnost zjistit, na jaké úrovni funguje komunikace v rodině, sama klientka přiznává, že dcera se snaží s ní navázat kontakt, ale ona nemá zájem. Já sama jsem z klientky měla pocit, že se stále nevyrovnala s úrazem z práce, který jí způsobil mozkové poškození, a viní celý svět včetně svých nejbližších a sama sebe za své postižení. Bohužel s psychiatrem i psychologem odmítá spolupracovat. Velký šok a nepříjemné překvapení na mě čekal u respondentky číslo dvě, která na otázku, z jakého důvodu vám byla upravena způsobilost, odpověděla, že o důvodu změny způsobilosti ji nikdo neinformoval, ale pouze byla předvolána k soudu, kde jí byl oznámen rozsudek. Tento postup v ní zanechal pocit zmatenosti a méněcennosti. Sama říká, že by jí upravená způsobilost ani nevadila, kdyby s ní jednali jako s rovnocenným člověkem. Na tento přístup poukazuje i zpráva z roku 2012 O současném stavu ČR o politice péče o duševní zdraví vydaná Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, která jako jednu z největších legislativních problémů vidí v tom, že soudce velmi snadno může upustit od výsledku vyšetřovaného a rozhoduje pouze na základě znaleckého posudku. V podstatě se jedná o proces „o nás bez nás“, který je v rozporu se Základní listinou práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR. Z výše uvedeného vyplývá, že respondenti mají dostatečné informace související s jejich

upravenou způsobilostí a informace, které neznají, je nějakým zásadním způsobem neomezují v běžném životě. Pouze jeden respondent nesouhlasil s upravenou způsobilostí a jednomu respondentovi bylo upřeno právo vyjádřit se u soudu, který jednal o jeho způsobilosti. Je otázka, zda se v tomto případě hodí slovíčko pouze dva z osmi. Jelikož se jedná o tak závažné téma, tak i jeden případ ze sta by měl mít alarmující charakter pro společnost.

Ve druhé části rozhovoru jsem se snažila zjistit úskalí klienta pramenící z jeho upravené způsobilosti. **Jaká životní úskalí přináší klientovi změna právní způsobilosti?**

Pět respondentů z osmi uvedlo jako největší úskalí finanční omezení. Dva respondenti z pěti tento problém již řeší a jeden respondent uvažuje nad žádostí o navýšení. Nejvíce mě překvapilo, že respondentka číslo dvě neví, kolik pobírá invalidní důchod a kolik jí z něj zbude po zaplacení služby chráněné bydlení. Upravená způsobilost neznamená, že člověk nebude mít přehled o svých finančních prostředcích. Tato nevědomost napomáhá zneužití opatrovníka nebo organizace, v rámci které pobývá. Jako další úskalí dva respondenti označili změnu sociální role. Jeden respondent z těchto dvou dokonce popsal, jak přišel o všechny přátele, jelikož byl pro ně jen mentálně postiženým a nesvéprávným člověkem. Tento respondent se na vlastní kůži setkal s předsudky a stigmaty, kterými je způsobilost k právním úkonům opředena. Druhý respondent vysloveně použil slova, že si občas připadá jak malé dítě. Ale na druhou stranu dodává, že chápe, proč je mu způsobilost upravena. Celý život máme určité sociální role, role dítěte, adolescenta, studenta, rodiče, zaměstnance, a tak dále, to vše jsou sociální role, které jsou ve společnosti přijímány automaticky a kladně. Na druhou stranu sociální role postiženého člověka je na okraji společnosti a tento člověk je z ní vyčleňován. Díky předsudkům si lidé stále myslí, že člověk s upravenou způsobilostí je někdo velmi vážně a těžce postižený. Tento fakt potvrzuje i výzkum pí Sedláčkové prováděný v rámci bakalářské práce s tématem Duševní nemoc jako sociální stigma, kdy se šetření zúčastnili čtyři respondenti a všichni čtyři se setkali se stigmatizací a předsudky ve svém okolí z důvodu duševního onemocnění. Tyto předsudky jim vážně narušovaly sebevědomí a jejich obraz sebe sama. Za stigmatizací jistě mohou i doby minulé, kdy duševně postižení lidé byli z naší společnosti vyčleňováni a v podstatě ukrýváni do ústavní péče. Tato doba ale minula již více než před dvaceti lety a je jen na nás, kdy se i v mysli posuneme dál a přestaneme na tyto lidi nahlížet jako na něco divného a nenormálního. Dva respondenti vidí největší

problém ve spolupráci s opatrovníkem a to z důvodu těžké dostižitelnosti opatrovníka. Nad změnou oba respondenti neuvažují, jelikož nevědí, kdo jiný by byl vybrán, a bojí se, aby situace nebyla ještě horší. Zbylí respondenti byli se spoluprací s opatrovníkem spokojeni. Zbylí dva respondenti odpověděli, že jim změna způsobilosti žádná úskalí nepřináší a vnímají ji pozitivně.

V poslední části jsem se zaměřila na zkušenosti respondentů se zdravotníky. **Jaké má klient subjektivní pocity při pobytu či návštěvě zdravotnického zařízení?**

Pobyt či návštěva nemocničního zařízení vyvolává v každém z nás pocit nejistoty a strach z případné změny svého zdravotního stavu. Ani jinak to není u lidí s upravenou způsobilostí, ba naopak, v některých případech může u nich být posílena potřeba jistoty a bezpečí, kterou by jim měl poskytnout zdravotnický personál. Proto mě velmi nemile překvapilo, že pět respondentů z osmi má negativní zkušenost se zdravotníky. Ať už se jedná o propuštění ze zdravotnického zařízení do domácího prostředí, aniž by člověk byl edukován o režimních opatření při diabetes mellitus, kdy tato chyba mohla mít fatální následky a informace se respondent dozvěděl až od praktického lékaře, nebo omezování návštěv, ignorace ze strany zdravotního personálu, používání křiku jako komunikačního prostředku, používání familiárního oslovení, neposkytnutí informací o jeho zdravotním stavu s odkazem na opatrovníka a jeden respondent se dokonce setkal s tím, že vyslechnul, jak ho všeobecná sestra pomlouvá mezi svými kolegy. S tímto chováním se nesetkalo všech pět respondentů najednou, ale alespoň s jedním z tohoto výčtu se jeden respondent vždy setkal. U těchto lidí to pouze prohloubilo strach a nedůvěru ve zdravotnický personál a sami přiznávají, že se potom k nim chovali také nepříjemně a odmítali spolupracovat. Protože když na někoho budete křičet, anebo si ho nebudete všimát, nemůžete očekávat motivovaného pacienta, který s vámi bude ochotně spolupracovat. Agrese plodí opět jen agresi. Sestra by měla být vzdělaná a umět jednat s agresivním pacientem, s pacientem s tělesným handicapem, s pacientem s mentálním postižením a tak dále. Profesionální péče je založena na asertivitě, empatii a poskytování péče bez předsudků.

Kvantitativní výzkumné šetření

V rámci objektivizace výsledků získaných prostřednictvím rozhovorů jsem jako druhou metodu použila kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. Pro dotazníkové šetření byly osloveny všeobecné sestry pracující na somatických a psychiatrických odděleních

z důvodu porovnání výsledků mezi těmito dvěma skupinami. Dohromady bylo rozdáno dvěstě dotazníků, sto dotazníků všeobecným sestrám pracujícím na somatických odděleních a sto dotazníků všeobecným sestrám pracujícím na psychiatriích. Návratnost dotazníků byla 80 % u obou skupin.

Cílem kvantitativního šetření bylo zjistit rozsah vědomostí všeobecných sester o problematice způsobilosti k právním úkonům a dále zjistit, zda mají všeobecné sestry zkušenosti s poskytováním ošetrovatelské péče klientům s omezenou nebo zbavenou způsobilostí k právním úkonům, jako třetí cíl jsem si určila zjistit, zda mají všeobecné sestry zájem o vzdělávání týkající se způsobilosti k právním úkonům. Na tyto tři cíle navozovaly čtyři hypotézy, kdy jsem si u každé hypotézy předem určila kritérium pro vyvrácení nebo potvrzení hypotézy.

Úvodní čtyři otázky v dotazníku měly identifikační charakter. Na otázku délka praxe ve zdravotnictví vyšlo z dotazníků, že na psychiatrických oddělení pracuje nejvíce sester s délkou praxe 21 let a více, na druhém místě se umístily sestry s délkou praxe 5-10 let (tabulka č. 1). Oproti tomu na somatických oddělení jsou nejvíce zastoupeny sestry s praxí méně jak 5 let (tabulka č. 2). Tento údaj mě zaujal, jelikož se jedná o tak rozdílné výsledky. Z mé osobní zkušenosti během praktické výuky na psychiatrické klinice mohu říci, že jako mladá dívka jsem mezi pacienty neměla žádnou autoritu a i sama vrchní sestra mi potvrdila, že nerada přijímá mladé sestry, jelikož takto náročnou práci velmi často psychicky nezvládají a brzo se stanou obětí syndromu vyhoření, dále mi potvrdila, že pacienti věk vnímají jako jeden z aspektů přirozené autority. Na otázku nejvyššího dosaženého vzdělání odpovědělo 47 respondentů (59 %) pracujících na psychiatrických odděleních jako nejvyšší středoškolské (tabulka č. 3), na somatických bylo středoškolské vzdělání zastoupeno 35 respondenty (44 %) a jednalo se u obou skupin o nejvíce zastoupenou skupinu (tabulka č. 4). V otázce číslo čtyři jsem se zajímala o to, zda se někdy v minulosti seznámili nebo slyšeli o problematice způsobilosti k právním úkonům. Sestry pracující na psychiatrických odděleních odpověděly v 50 případech (63 %) že ano a jako nejčastější místo seznámení uvedly zaměstnání a to v 86 %. Zbýlých 30 respondentů (37 %) uvedlo (tabulka č. 5), že se s legislativní problematikou nikde neseznámili, což u sester, které vykonávají profesi na pracovišti, kde se tito lidé běžně vyskytují, je poněkud zvláštní a vypovídá to o jejich vlastní angažovanosti, jelikož v dnešní době internetu a médií není problém si tuto problematiku vyhledat a nastudovat. Somatické sestry ve 24 případech (30 %) odpověděly ano a v 56 (70 %) ne (tabulka č. 6). Z těchto 24 sester jako

nejčastější zdroj uvedly zaměstnání. Je překvapivé, že z celkového počtu 74 sester, které kladně odpověděly, že se v minulosti seznámily s problematikou, pouze dva respondenti jako zdroj informací uvedli školu.

V dalších otázkách jsem se již zaměřila na zodpovězení mně určených hypotéz. Otázky číslo 5 až 7 se snažili nalézt odpověď na hypotézu č. 1: **Všeobecné sestry jsou svázány předsudky vůči klientům omezeným či zbaveným způsobilostí k právním úkonům vycházející z nedostatečné informovanosti.** Jako kritérium pro potvrzení hypotézy jsem si určila, že všeobecné sestry odpoví správně pouze na jednu otázku ze tří a to u otázek v dotazníku číslo 5 až 7. Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů pracujících na psychiatrických odděleních jich na otázku číslo 5, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům ztrácí svá lidská práva, odpovědělo 13 (16 %) dotázaných ano, 60 (75 %) ne a 17 (9 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím (tabulka č. 7). Sestry pracující na somatických odděleních odpověděly v 9 případech (11 %) ano, 56 (70 %) ne a 15 (19 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím (tabulka č. 8). Většina sester z obou skupin odpověděla správně a to, že v žádném případě pacient s upravenou způsobilostí neztrácí svá základní lidská práva. Bohužel sice menšina, ale dohromady 22 respondentů se domnívá, že svá lidská práva ztrácejí, je otázkou, jak se tito zdravotníci mohou starat o pacienta, když se domnívají, že ztrácí právo na život, což je jedním ze základních lidských práv. Otázka číslo šest se zaměřila na názor všeobecných sester, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může být schopen samostatné sebek péče. Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů pracujících na psychiatrických odděleních jich odpovědělo 70 (87 %) dotázaných ano, 3 (4 %) ne a 7 (9 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím (tabulka č. 9). Sestry pracující na somatických odděleních odpověděly v 56 (70 %) případech ano, 14 (17 %) ne a 10 (13 %) respondentů zaškrtno odpověď nevím (tabulka č. 10). V poslední otázce pro potvrzení nebo vyvrácení hypotézy jsem se dotazovala, zda člověk s upravenou způsobilostí může docházet do zaměstnání. Z celkového počtu 80 (100 %) respondentů pracujících na psychiatrických odděleních jich na otázku, zda člověk s upravenou způsobilostí k právním úkonům může docházet do zaměstnání, odpovědělo 48 (60 %) dotázaných ano, 10 (13 %) ne a 22 (27 %) respondentů zaškrtno možnost nevím (tabulka č. 11). Sestry pracující na somatických odděleních odpověděly v 60 (75 %) případech ano, 9 (11 %) ne a 11 (14 %) respondentů zaškrtno možnost nevím (tabulka č. 12). Jedna respondentka mi do dotazníku připsala rukou k odpovědi ano, že může, ale nesežene ji. Tento fakt potvrzuje i výzkum pí Sedláčkové, která se zaměřila

ve své bakalářské práci na stigmata a zaměstnávání duševně nemocných. Šetření se zúčastnili čtyři respondenti a všichni čtyři uvedli, že před zaměstnavatelem své duševní postižení velice často skrývají, jelikož mají strach, že nebudou přijmutí. Upravená způsobilost k právním úkonům se však zatajit před zaměstnavatelem nedá. Z výše uvedených výsledků vyplývá, že hypotéza byla vyvrácena, jelikož obě dvě skupiny ve většině případů odpověděly na všechny otázky správně. Je důležité si ale uvědomit, že rozdíl mezi správnými a chybnými odpověďmi nebyl propastný.

Výsledky z tabulek 13, 14, 15, 16, 17, 18 hovoří o tom, že sestry pracující na psychiatrických či somatických odděleních se orientují v legislativní problematice způsobilosti k právním úkonům ve zdravotnickém zařízení. Ale jak vyplývá z tabulek, procentuálně větší úspěšnost u všech třech otázek měly sestry pracující na psychiatrických odděleních. Tudíž se mi potvrdila hypotéza č. 2: **Všeobecné sestry pracující na psychiatrických odděleních mají rozsáhlejší odborné vědomosti než všeobecné sestry pracující na jiných odděleních.** Co mě velmi překvapilo, byla procentuální vyrovnanost u sester pracujících na somatických odděleních u dotazu, zda pacient s omezením způsobilosti v oblasti zdraví může podepsat jakýkoliv informovaný souhlas. 31 respondentů (39 %) uvedlo, že pacient s upravenou způsobilostí v oblasti zdraví může podepsat jakýkoliv informovaný souhlas. Tento závěr mě překvapil, jelikož v dnešním zdravotnictví je každý výkon, vyšetření, hospitalizace, podání transfuzí atd. zajištěn informovaným souhlasem a sestry se s ním setkávají při výkonu své profese dnes a denně. Další překvapení mě čekalo u odpovědi somatických sester na otázku, jak se rozhodne lékař, pokud opatrovník souhlasí s léčbou a pacient s úplně zbavenou způsobilostí ne. 29 (36 %) respondentů zaškrtnulo možnost, že se lékař rozhodne na základě přání opatrovníka, ve prospěch pacienta označilo 8 (10 %) respondentů a dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta zaškrtnulo 43 (54 %) respondentů. Je zarážející, že 29 respondentů se domnívá, že lékař provede výkon i v případě, kdy nezpůsobilý nesouhlasí a on se rozhodne pouze na základě přání opatrovníka. Opatrovník není pánem nad životem a smrtí opatrovance. Zajímavostí je, že většina z těchto 29 respondentů zaškrtnula chybně odpověď u otázky na lidská práva. Díky těmto sestrám získává pacient s upravenou způsobilostí negativní zkušenost se zdravotníky a ztrácí důvěru v celé zdravotnictví.

V další části dotazníku jsem se zaměřila na zkušenosti sester s poskytováním péče pacientům s upravenou způsobilostí. Sestry pracující na psychiatrických odděleních mají

tuto zkušenost v 66 (83 %) případech z 80 (tabulka č. 19), z tohoto počtu se s úskalími setkala pouze 17 (26 %) respondentů (tabulka č. 21). Jako nejčastější problém při poskytování péče vidí v nespolupráci pacienta, nespolupráci s opatrovníkem, agresivitě pacienta, odmítání medikace, iracionalitě pacienta a obtížné komunikaci (graf č. 1). Sestry pracující na somatických odděleních se setkaly s pacientem, který měl upravenou způsobilost ve 44 (55 %) případech z 80 (tabulka č. 20), z tohoto počtu se s úskalím při poskytování péče setkalo 19 (26 %) respondentů (tabulka č. 22). Jako nejčastější úskalí sestry uvedly iracionalitu pacienta, agresivitu pacienta a informované souhlasy, obtížnou komunikaci, snížený intelekt jako zdroj problémů a jeden dotázaný se setkal s problémem s opatrovníkem. Z předchozího kvalitativního šetření si pokládám otázku, zda obtížná komunikace, nespolupráce a popřípadě agresivita není zapříčena v některých případech nechybnou komunikací, ale absencí komunikace. V rozhovorech s klienty s upravenou způsobilostí jsem se v pěti případech z osmi setkala s negativní zkušeností se zdravotníky a to převážně z důvodu ignorace a nulové komunikace. Jejich potřeba jistoty a bezpečí byla naprosto neuspokojená a tato nejistota byla přiživována jednáním personálu.

Obavu z kontaktu s klienty, kteří mají upravenou způsobilost, vyjádřilo pouze 10 (13 %) sester pracujících na psychiatrických odděleních (tabulka č. 23) a 12 (15 %) sester pracujících na somatických odděleních (tabulka č. 24). Jednalo se o polozevřenou otázku, kdy v případě kladné odpovědi měli respondenti možnost dále se vyjádřit a specifikovat, proč se kontaktu obávají. Sestry pracující na psychiatrických odděleních uvedly jako nejčastější důvod agresivitu pacienta, dále obavu z administrativní chyby a obavu ze spolupráce s opatrovníkem. Somatické sestry se nejčastěji obávají agresivity pacienta, jako další důvod uvedly strach z administrativní chyby a obavu z nespolupráce pacienta.

Zajímalo mě, zda se sestry domnívají, že péče o pacienta s upravenou způsobilostí má nějaká svá specifika. Sestry měly možnost zaškrtnout ano nebo ne a blíže se vyjádřit ke své odpovědi. 46 (58 %) respondentů pracujících na psychiatrických odděleních uvedlo, že péče o klienta s upravenou způsobilostí má svá specifika (tabulka č. 25) a to většinou na základě jeho psychiatrické diagnózy. Mezi další specifika péče zahrnuli časovou náročnost, zvýšený dohled nad pacientem, informované souhlasy, velké riziko nepochopení a snížený intelekt pacienta (graf č. 3). Respondenti měli možnost dalšího vyjádření i v případě označení možnosti ne. Z 34 (42 %) respondentů, kteří označili možnost ne, pouze pět uvedlo důvod a to, že se ke všem chováme stejně bez rozdílů

(tabulka č. 25). To naopak u sester pracujících na somatických odděleních byl rozdíl mezi odpověďmi ano a ne větší. Kladně odpovědělo 57 (71 %) a záporně 23 (29 %) respondentů (tabulka č. 26). Jako největší specifikum uvedli klidný a empatický přístup, dále, že péče musí být specifická dle psychiatrické diagnózy, problematika informovaných souhlasů, nutnost zvýšeného dohledu a časovou náročnost, spolupráce s opatrovníkem, snížený intelekt a zhoršená adaptabilita pacienta (graf č. 4). Tato otázka neměla žádnou správnou ani chybnou odpověď. Sloužila k tomu, aby se sestry zamyslely nad otázkou a díky tomu si mohla udělat obrázek o tom, jak nahlíží na tuto problematiku. Pokud sestra zaškrtnula možnost ne, ale jako důvod uvedla, že ke každému pacientovi se chováme s úctou a dle diagnózy a zdravotního stavu, nemohu této odpovědi nic vytknout. Naopak odpověď, že se ke všem pacientům chováme stejně, mi přišla poněkud zvláštní. K určitým skupinám pacientů, ať už se jedná například o nevidomé, tělesně handicapované nebo o příslušníka jiné kultury, by zdravotník měl uplatňovat individuální přístup, respektovat odlišnosti a snažit se minimalizovat případné konflikty. Stejně je to i u pacientů s upravenou způsobilostí k právním úkonům, ať už je mu způsobilost upravena z jakéhokoliv důvodu, vždy pacienta ošetřujeme individuálně a bereme v potaz všechny jeho potřeby, zvláštnosti a odlišnosti. Z odpovědí jsem měla pocit, že sestry něco napsaly, ale příliš nad svou odpovědí nepřemýšlely. Z výše uvedených informací vyplývá, že se nepotvrdila hypotéza č. 3: **Všeobecné sestry se obávají kontaktu s klienty, kteří mají omezenou či zbavenou způsobilost.**

Jak už vyplynulo z výsledků, sestry se během výkonu své profese často setkávají s klientem s upravenou způsobilostí, tudíž se jedná o aktuální téma, a i když mi z výsledků dotazníkového šetření vyšlo, že více jak polovina sester má základní informace o této problematice, i tak si myslím, že je stále co zlepšovat a jen další vzdělávání může zkvalitnit ošetrovatelskou péči. Proto mě překvapilo, že pracoviště u obou skupin respondentů a především psychiatrická pracoviště jen v minimální míře nabízejí vzdělávání v oblasti této problematiky, konkrétně 15 (19 %) sester pracujících na psychiatrických oddělení odpovědělo, že jejich pracoviště nabízí možnost vzdělávání v této problematice (tabulka č. 29), a somatické sestry odpověděly kladně v 18 (23 %) případech. (tabulka č. 30). Velmi mě potěšilo, že většina sester má zájem o další vzdělávání a to především prostřednictvím semináře, jak ukazují tabulky č. 31, 32. Tato odpověď se shodovala u obou skupin. Jen 31 respondentů z celkového počtu 160 odpovědělo, že zájem nemají (tabulka

č. 33). Tím se potvrdila hypotéza číslo 4 a to: **Všeobecné sestry mají zájem o vzdělávání v oblasti této problematiky.**

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo poskytnout stručný výklad starého a nového občanského zákoníku vztahující se na problematiku způsobilosti k právním úkonům, stručný přehled lidských práv zdravotně postižených, informace o legislativních specifikách péče o klienty s upravenou způsobilostí ve zdravotnickém zařízení, charakteristiku vybraných duševních poruch a základy psychologie duševně nemocných. Všechny cíle teoretické části byly splněny.

Hlavními cíli praktické části bylo zjistit zkušenosti a pocity klientů s upravenou způsobilostí k právním úkonům při pobytu či návštěvě zdravotnického zařízení a zároveň zjistit znalosti a zkušenosti sester při poskytování péče klientům s upravenou způsobilostí k právním úkonům a jejich zájem o dané téma. Dílčími cíly kvalitativního šetření bylo zjistit, jaká úskalí přináší klientovi změna způsobilosti a pocity z této změny a zda mají respondenti dostatek informací, které souvisejí s jejich právní způsobilostí. Všechny uvedené cíle byly splněny, byly získány informace o zkušenostech respondentů s pobytem ve zdravotnickém zařízení, bylo zjištěno jejich míra informovanosti a jaké úskalí a životní problémy jim změna přináší. Pomocí dotazníků bylo zjištěno úroveň znalostí, ovlivnění názorů předsudky a zkušenosti s poskytováním péče klientům s upravenou způsobilostí.

I když ne ve všech bodech spolu výsledky kvalitativního a kvantitativního výzkumu korespondují, vzájemně spolu souvisejí. Klient nebo pacient s upravenou způsobilostí je příjemcem péče a zdravotník jejím poskytovatelem. V rozhovorech už mnohokrát zaznělo, že jako největší problém je vnímána komunikace. Respondenti sdělili, že komunikace se zdravotníky je občas velmi obtížná nebo úplně chybí. Zdravotníci naopak jako jedno z největších úskalí a příčinu obav při poskytování péče uvedli komunikaci. Co je příčinou chybné komunikace? Jsou to předsudky, stigmata, časový stres, nedostatečné vzdělání zdravotníků nebo prostře nezájem sester o pacienta a jeho potřeby? Myslím, že je to kousek od všeho a záleží na každé sestře zvlášť. Je důležité se odprostit od předsudků a stigmat a naučit se nahlížet na duševně postižené jako na plnohodnotné lidi. Při rozdávání dotazníků vrchním sestřám na somatických odděleních jsem měla při sdělení tématu pocit, že dané téma neberou jako aktuální, což, jak se ukázalo, dotazník vyvrátil, jelikož z 80 respondentů 44 (55 %) respondentů pracujících na somatických odděleních uvedlo, že se setkali během výkonu profese s pacientem s upravenou způsobilostí

k právním úkonům. Naopak vrchní sestry na psychiatrických odděleních byli nadšené, sami ústně potvrdili problémy při hospitalizaci některého z jejich klientů na somatickém oddělení.

Přínosem této práce je upozornění na problematiku způsobilosti k právním úkonům, nebo dnes již svéprávnost. Tito lidé jsou mezi námi a nemají na sobě viditelné označení. A přesto se k nim někdy takhle chováme, jako k lidem, kteří mají určitý cejch. Dle výsledků z dotazníkového šetření, kdy 48 % respondentů z obou skupin uvedlo, že mají zájem o další vzdělávání a to prostřednictvím semináře, je výstupem diplomové práce seminář pro všeobecné sestry v rámci Fakultní nemocnice Plzeň.

LITERATURA A PRAMENY

1. HANOUSKOVÁ, Jana. *Výkon opatrovnické funkce u osob zbavených či omezených ve způsobilosti k právním úkonům a jeho kontrola*. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta filosofická. Vedoucí práce Mgr. Monika LEGNEROVÁ.
2. ONDRÁČEK, Lubomír a WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-3132-2.
3. VALENTA, Milan a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3829-1.
4. PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2618-2.
5. Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ve znění pozdějších předpisů
6. HOLUB, Milan. *Občanský zákoník: komentář*. Praha: Paido, 2002. ISBN 80-720-1328-9.
7. Zákon č. 99/1963 Sb., Občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů
8. MAREČKOVÁ, Jana a MATIAŠKO, Maroš. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka. ISBN 978-80-7201-801-7.
9. MAREČKOVÁ, Jana a MATIAŠKO, Maroš. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům: komentář*. Brno: Liga lidských práv, 2002. Manuály. ISBN 978-80-903473-6-6.
10. ELIÁŠ, Karel a kol. *Nový občanský zákoník s aktualizovanou důvodovou zprávou a rejstříkem*. 1. vyd. Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-922-2.
11. CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. *POLITIKA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČR: Zpráva o současném stavu*. Praha, 2010. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf

12. KREJČÍ, Oskar. *Lidská práva*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-056-0.
13. KUBŮ, Jana. *Ochrana práv klientů s duševním onemocněním ve vybrané organizaci poskytující sociální služby*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Zdeňka DOHNALOVÁ.
14. SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. 1. vyd. Praha, 2007. ISBN 80-239-9400-X.
15. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
16. BARTOŇOVÁ, Miroslava a BAZALOVÁ, Barbora. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Paido, 2007. ISBN 80-731-5144-8.
17. KŘEPELKA, Filip. *Evropské zdravotnické právo*. Vyd. 1. Praha: LexisNexis CZ, 2004. Knihovnička Orac. ISBN 80-86199-82-7.
18. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *CPT ve zkratce* [online]. [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.cpt.coe.int/czech.htm>
19. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY: Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY* [online]. 2010 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/aktuality/informace-o-vladnim-vyboru-pro-zdravotne-postizene-obcany-69544/>
20. GRINC, Jaroslav. *Právo pro politology*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Politologie. ISBN 978-80-247-2921-3.
21. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [online]. 2010 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/>
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-80-247-2069-2.
23. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

24. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3558-0.
25. MUNZAROVÁ, Marta. *Lékařský výzkum a etika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0924-4.
26. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
27. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
28. MACH, Jan. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-802-4736-839.
29. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků: komplexní rozbor aktuální právní úpravy : výjimky a právní odpovědnost : řešení sporných či komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů : publikace poradí i pacientům, osobám blízkým či studentům středních a vysokých škol*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4726-588.
30. STOLÍNOVÁ, Jitka a MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně: komplexní rozbor aktuální právní úpravy : výjimky a právní odpovědnost : řešení sporných či komplikovaných případů z praxe: praktickou součástí jsou zpracované vzory formulářů : publikace poradí i pacientům, osobám blízkým či studentům středních a vysokých škol*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-807-2626-861.
31. ŠTEFAN, Jiří a HLADÍK, Jiří. *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4735-948.
32. POLICAR, Radek a HLADÍK, Jiří. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
33. KOPALOVÁ, Michaela a CHOLENSKÝ, Robert. *Manuál Jak získávat informovaný souhlas pacientů v praxi*. 2. vyd. Praha: Liga lidských práv, 2007. Dostupné z: http://ferovanemocnice.cz/data/Informovany%20souhlas%20pacienta_manual.pdf

34. ZAHUMENSKÝ D. *Legislativní ochrana práv pacientů- Analýza vybraných témat zdravotnického práva*. Brno: Liga lidských práv, 2008. Dostupné z: file:///C:/Users/Jituska/Downloads/Legislativni_ochrana_prav_pacientu.pdf
35. MATIAŠKO, Maroš. *Štrasburský soud: I člověk pod opatrovnictvím může nesouhlasit se svou hospitalizací*. Liga lidských práv [online]. 2012 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://llp.cz/2012/11/strasbursky-soud-i-clovek-pod-opatrovnictvim-muze-nesouhlasit-se-svou-hospitalizaci/>
36. ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4737-249.
37. ŠKODOVÁ, Hana. Klecová lůžka jsou v Česku čtyři roky zakázána. *Zdravotnické noviny: Zdravotnictví a medicína* [online]. 2008 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/klecova-luzka-jsou-v-cesku-ctyri-roky-zakazana-339248?category=z-domova>
38. NEKVASILOVÁ, Lucie. OSN kritizuje českou psychiatrii. Chybějí peníze, opáčil šéf Bohnic. *Liga lidských práv* [online]. 2012 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://llp.cz/2012/06/osn-kritizuje-ceskou-psychiatrii-chybeji-penize-opacil-sef-bohnic/>
39. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-45-0.
40. OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
41. LAISOVÁ, Ivana, MICHÁLKOVÁ, Věra a HOSÁK, Ladislav. *Ošetřovatelství v psychiatrii: pro bakalářské studium*. [Hradec Králové]: Nucleus HK, ©2004. 91 s. ISBN 80-86225-51-8.
42. JIRÁK, Roman a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
43. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

44. ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9.
45. MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
46. SLANÝ, Radim. *Psychické poruchy a onemocnění vyvolané užíváním návykových látek*. Brno, 2010. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce RNDr. Mgr. Alice PROKOPOVÁ Ph.D.
47. NEUBAUER, David. Schizofrenie. In: *Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod* [online]. 2012 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/schizofrenie>
48. MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.
49. HAVLOVÁ, Květa. Velká Británie: Odborníci upozorňují na nedostatečnou péči o schizofreniky. *Zdravotnické noviny: Zdravotnictví a medicína* [online]. 2012 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/velka-britanie-odbornici-upozornuji-na-nedostatecnou-peci-o-schizofreniky-468066>
50. PEŠOVÁ, Ilona a ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1216-4.
51. ALLPORT, Gordon a KENNETH, Clark. *O povaze předsudků*. Praha: Prostor, 2001. ISBN 80-726-0125-3.
52. WHITWELL, David. *Recovery beyond psychiatry: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. London: Free Association Books, 2005, Pedagogika (Grada). ISBN 18-534-3923-1.
53. FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.

54. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333. ?
55. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
56. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.
57. VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. *Sbírka mezinárodních smluv: Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením* [online]. 2010 [cit. 2014-03-05]. Dostupné z: file:///C:/Users/Jituska/Downloads/sb004-10m.pdf
58. FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. 1. vyd. V Plzni: Západočeská univerzita, 2013. ISBN 978-802-6101-673.

SEZNAM TABULEK

1. Délka praxe sester pracujících na psychiatrických odděleních
2. Délka praxe sester pracujících na somatických odděleních
3. Nejvyšší dosažené vzdělání sester pracujících na psychiatrických odděleních
4. Nejvyšší dosažené vzdělání sester pracujících na somatických odděleních
5. Znalost legislativní problematiky sester pracujících na psychiatrických odděleních
6. Znalost legislativní problematiky sester pracujících na somatických odděleních
7. Lidská práva a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
8. Lidská práva a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
9. Sebepečce a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
10. Sebepečce a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
11. Zaměstnání a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
12. Zaměstnání a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
13. Informovaný souhlas a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
14. Informovaný souhlas a způsobilost k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

15. Rozhodnutí lékaře při nesouladu názorů s poskytováním péče mezi opatrovníkem a pacientem s úplně zbavenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
16. Rozhodnutí lékaře při nesouladu názorů s poskytováním péče mezi opatrovníkem a pacientem s úplně zbavenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
17. Poskytování informací o zdravotním stavu pacientovi s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
18. Poskytování informací o zdravotním stavu pacientovi s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
19. Zkušenosti sester s poskytováním péče pacientovi s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
20. Zkušenosti sester s poskytováním péče pacientovi s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
21. Úskalí při kontaktu s pacienty s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
22. Úskalí při kontaktu s pacienty s upravenou způsobilostí, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
23. Obavy z kontaktu s pacientem s upravenou způsobilostí k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
24. Obavy z kontaktu s pacientem s upravenou způsobilostí k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
25. Specifika péče o pacienta s upravenou způsobilostí k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
26. Specifika péče o pacienta s upravenou způsobilostí k právním úkonům, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
27. Sebereflexe sester v oblasti znalosti problematiky, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních

28. Sebereflexe sester v oblasti znalosti problematiky, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
29. Vzdělávání sester v rámci zaměstnání, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
30. Vzdělávání sester v rámci zaměstnání, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
31. Zájem o další vzdělávání, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
32. Zájem o další vzdělávání, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
33. Zájem o další vzdělávání, odpovědi od obou skupin

SEZNAM GRAFŮ

1. Nejčastější úskalí, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
2. Nejčastější úskalí, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních
3. Specifika péče, odpovědi sester pracujících na psychiatrických odděleních
4. Specifika péče, odpovědi sester pracujících na somatických odděleních

SEZNAM ZKRATEK

| | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| AD | Alzheimerova choroba |
| CNS | Centrální nervová soustava |
| CPT..... | Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání |
| ČR..... | Česká republika |
| EU..... | Evropská unie |
| ICN..... | Mezinárodní rada sester |
| IQ..... | Intelligenční kvocient |
| MKN..... | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| OSN..... | Organizace spojených národů |
| WHO..... | Světová zdravotnická organizace |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1- Dotazník pro respondenty

Příloha 2- Deklarace práv duševně nemocných

Příloha 3- Práva pacientů

Příloha 4- Etický kodex sester

Příloha 5- Písemné souhlasy od zdravotnických zařízení a od účastníků interview

PŘÍLOHA 1- Dotazník pro sestry

Vážené kolegyně/ Vážení kolegové,

jmenuji se Jitka Švarcová a jsem studentka II. ročníku Ošetřovatelství v klinických oborech na Fakultě zdravotnických studií při Západočeské univerzitě v Plzni.

V rámci své závěrečné diplomové práce zpracovávám téma „Problematika přístupu zdravotníků ke klientům zbavených způsobilosti k právním úkonům ve zdravotnickém zařízení“.

Obracím se na Vás touto cestou s žádostí o pomoc při vyplnění následujícího dotazníku.

Dotazník je zcela anonymní a výsledky tohoto dotazníkového šetření poslouží k novým poznatkům z praxe.

Vybírejte z nabízených možností jednu nebo více odpovědí podle toho, která nejvíce odpovídá skutečnosti. Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte pouze jednu odpověď. V případě doplňujících otázek je Vám poskytnut prostor pro odpověď.

Bc. Jitka Švarcová

1. Na jakém oddělení pracujete?

- psychiatrické oddělení
- somatické oddělení

2. Jak dlouhá je vaše praxe ve zdravotnictví?

- méně jak 1 rok
- méně jak 5 let
- 11-20 let
- 21 let a více

5- 10 let

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

středoškolské

vyšší odborné

vysokoškolské

4. Setkala jste se s legislativní problematikou zabývající se nezpůsobilostí či omezením k právním úkonům?

ano, kde.....

ne

5. Domníváte se, že člověk s omezenou nebo úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům ztrácí svá lidská práva?

ano

ne

nevím

6. Domníváte se, že člověk s omezenou nebo úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům může být schopen samostatné sebezpečí?

ano

ne

nevím

7. Domníváte se, že člověk s omezenou nebo úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům může docházet do zaměstnání?

- ano
- ne
- nevím

8. Je dostačující pro zdravotnické zařízení pro poskytování péče podepsaný jakýkoliv informovaný souhlas od pacienta s omezenou způsobilostí v oblasti zdraví?

- ano
- ne

9. Pokud opatrovník souhlasí s léčbou a pacient s úplně zbavenou způsobilostí k právním úkonům ne, rozhodne lékař:

- ve prospěch opatrovníka
- ve prospěch pacienta
- dle svého uvážení v nejlepším zájmu pacienta

10. Může lékař poskytovat pacientovi s upravenou způsobilostí k právním úkonům informace o jeho zdravotním stavu?

- ano
- ne
- nevím

11. Setkala jste se během své praxe s pacientem s upravenou způsobilostí k právním úkonům?

- ano
- ne
- nevím

Pokud jste odpověděl (a) na otázku č. 11 ne, přejděte na otázku č. 13.

12. Setkal (a) jste se s nějakým úskalím při kontaktu s těmito pacienty?

- ano, jaké.....
.....
.....
- ne

13. Obáváte se kontaktu?

- ano, z jakého důvodu.....
.....
.....
- ne

14. Myslíte si, že práce s těmito pacienty vyžaduje nějaké zvláštní zacházení či jiné odlišnosti?

- ano, z jakého důvodu.....
.....

.....
 ne, z jakého důvodu.....
.....
.....

16. Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o dané problematice?

ano

ne

17. Nabízí Vaše pracoviště vzdělávání zabývající se touto problematikou?

ano

ne

18. O jaký druh vzdělávání byste měl (a) zájem? (můžete zaškrtnout i více možností)

E- learning

certifikovaný kurz

seminář

jiné.....

nemám zájem

Děkuji za strávený čas vyplněním dotazníku.

Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHA 2- Deklarace práv duševně nemocných

1. Duševně nemocný má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce pomohou rozvinout jeho možný potenciál schopnosti.
3. Duševně nemocný má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně nemocný žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně nemocný člověk není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití.

Zdroj: MAREČKOVÁ, Jana – MATIAŠKO, Maroš. Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých

PŘÍLOHA 3- Práva pacientů

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

a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

- 8.** Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- 9.** Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- 10.** Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- 11.** Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>

PŘÍLOHA 4- Etický kodex sester

Články Kodexu

1. Sestry a lidé

Sestra má primární profesní povinnosti vůči lidem, kteří potřebují ošetrovatelskou péči. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity. Sestra zajišťuje, aby jednotlivým osobám byly poskytnuty dostatečné informace, na jejichž základě mohou tyto osoby poskytnout souhlas s péčí a se související léčbou. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti o osobních údajích pacienta a posuzuje nutnost sdílet tyto informace. Sestra a společnost mají povinnost zahájit a podporovat aktivity zaměřené na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb veřejnosti, a zejména občanů patřících do ohrožených skupin. Sestra se také podílí na zachování životního prostředí a jeho ochraně před nadměrným spotřebováním, znečišťováním, zhoršováním a ničením.

2. Sestry a ošetrovatelská praxe

Sestra nese osobní odpovědnost za ošetrovatelskou praxi a za udržování svých znalostí a dovedností na potřebné výši kontinuálním vzděláváním. Sestra pečuje o své vlastní zdraví, aby nebyla narušena její schopnost poskytovat péči. Sestra posuzuje individuální dovednosti a znalosti, když přijímá a deleguje konkrétní povinnosti. Sestra za všech okolností dodržuje pravidla slušného chování, což přispívá k dobré pověsti profese a zvyšuje důvěru občanů. Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.

3. Sestry a profese

Sestra zaujímá rozhodující roli při vytváření a implementaci standardů klinické ošetrovatelské praxe, řízení, výzkumu a vzdělávání. Sestra se aktivně podílí na rozvoji odborných znalostí oboru vycházejících z vědeckých poznatků. Sestra se prostřednictvím

profesní organizace podílí na vytváření a zachování bezpečných a spravedlivých sociálních a ekonomických pracovních podmínek v ošetrovatelství.

4. Sestry a spolupracovníci

Sestra udržuje kooperativní vztah s kolegy z oboru ošetrovatelství i s kolegy z dalších oborů. Sestra zvolí vhodný postup k ochraně jednotlivců, rodin a komunity, pokud je jejich zdraví ohroženo spolupracovníkem či jinou osobou.

Zdroj: Česká asociace sester

PŘÍLOHA 5 - Písemné souhlasy od zdravotnických zařízení a od účastníků interview

Vážená paní

Jitka Švarcová

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Západočeská univerzita v Plzni,
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku, určeného všeobecným sestram, na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *I. a II. Interní klinika, Chirurgická a Psychiatrická klinika*
- *Chirurgické oddělení*

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Problematika přístupu zdravotníků ke klientům zbavených způsobilosti k právním úkonům ve zdravotnickém zařízení*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestry oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně povedete..
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu (na níže uvedený e-mail).

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění jejich pracovních povinností či pokud by narušovala jejich soukromí. Spolupráce respondentů s Vámi je dobrovolná a je vyjádřením ochoty oslovených zaměstnanců FN Plzeň podílet se na Vašem šetření.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

5. 12. 2013

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od Psychiatrické nemocnice Dobřany

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 1

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 2

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 3

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 4

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 5

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 6

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 7

Místo tohoto listu bude vložen písemný souhlas od respondenta č. 8