

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Markéta Davidová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných
léčebných ústavech
Markéta Davidová

Bakalářská práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Markéta Davidová
Osobní číslo: Z11120
Studijní program: B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor: Zdravotně-sociální pracovník
Název tématu: Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory
a odborných léčebných ústavech
Zadávající katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
2. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
3. KALVACH, Zdeněk. Křehký pacient a primární péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
4. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
6. VIDOVIČOVÁ, Lucie, Jan LORMAN a Libuše ČELEDVÁ. Život v domovech pro seniory 2007: problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory: zpráva z výzkumu. 1. vyd. Praha: Úřad vlády ČR, 2008, 24 s. ISBN 978-80-87041-62-8.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 14. července 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 17. března 2014

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 14. 7. 2014

Markéta Davidová

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování této bakalářské práce. Poděkování patří také mému blízkému okolí za podporu při mém studiu.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se primárně zabývá člověkem v období stáří, stárnutí a specifickými potřebami, které v této vývojové fázi života nabývají na důležitosti. Zaměřením této práce je především dodržování soukromí, zachování intimity, význam sexuality a respektování lidské důstojnosti v rezidenčních sociálních zařízeních, tedy domovech pro seniory a zdravotnických zařízeních a to léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Druhá výzkumná část je zaměřena na dodržování soukromí a intimity u klientů - pacientů ve vybraných sociálních a zdravotních rezidenčních zařízeních s cílem zjistit rozsah a kvalitu uspokojování těchto vybraných potřeb.

KLÍČOVÁ SLOVA

Soukromí, intimita, senior, potřeby, domovy pro seniory, léčebny pro dlouhodobě nemocné

ANNOTATION

This bachelor thesis is primarily concerned with human in period of age, process of aging and specific needs which become very important in this developmental stage of life. Focus of this work is respect for privacy, maintaining intimacy, the importance of sexuality and respecting human dignity in residential social institutions, nursing homes and health care facilities and hospitals for the chronically ill.

The second research part is focused on respect for privacy and intimacy of clients - patients in selected social and health residential facilities in order to determine the extent and quality of meeting these selected needs.

KEYWORDS

Privacy, intimacy, senior, needs, retirement homes, hospitals for the chronically ill

OBSAH

ÚVOD	11
Cíle práce	12
I. Teoretická část	13
1 Potřeby člověka	13
1.1 Pojem lidská potřeba	13
1.2 Teorie potřeb podle A. H. Maslowa	14
1.3 Důstojnost	16
1.4 Soukromí	18
1.5 Intimita a stud	20
1.6 Sexualita	21
2 Klient / pacient - senior	24
2.1 Stárnutí a stáří	24
2.1.1 Projevy stáří	24
2.1.2 Periodizace stáří	26
2.1.3 Reakce na stáří	27
3 Rezidenční zařízení poskytující zdravotní a sociální služby	29
3.1 Rezidenční sociální zařízení	29
3.1.1 Domov pro seniory	31
3.1.2 Domovy se zvláštním režimem	32
3.1.3 Odlehčovací služby	33
3.1.4 Domy s pečovatelskou službou	33
3.1.5 Sociální služby a lůžka ve zdravotnických zařízeních	34
3.2 Rezidenční zdravotní zařízení	34
3.2.1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné	34
3.2.2 Hospic	36
II. Výzkumná část	37

4	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
5	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	38
6	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	39
7	DISKUZE	65
8	ZÁVĚR.....	72
9	POUŽITÁ LITERATURA	73
10	PŘÍLOHY	76

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 <i>Graf znázorňující rozložení respondentů dle pohlaví</i>	39
Obrázek 2 <i>Graf znázorňující rozložení respondentů podle věku</i>	40
Obrázek 3 <i>Graf znázorňující rozložení respondentů podle stupně soběstačnosti</i>	41
Obrázek 4 <i>Graf znázorňující rozložení dle typu zařízení</i>	42
Obrázek 5 <i>Graf znázorňující délku pobytu v zařízeních</i>	43
Obrázek 6 <i>Graf znázorňující dodržování soukromí a intimity</i>	44
Obrázek 7 <i>Graf znázorňující spokojenost se zajištěním soukromí a intimity</i>	45
Obrázek 8 <i>Graf znázorňující vztah mobility, soukromí a intimity</i>	46
Tabulka 1 <i>Odpovědi respondentů</i>	47
Obrázek 9 <i>Graf znázorňující zajištění podmínek soukromí a intimity při vyprazdňování</i>	48
Obrázek 10 <i>Graf znázorňující nedostatky v DpS</i>	49
Obrázek 11 <i>Graf znázorňující nedostatky v LDN</i>	49
Obrázek 12 <i>Graf znázorňující podmínky k výkonu hygienické péče</i>	51
Obrázek 13 <i>Graf znázorňující vztah představ respondenta s chováním personálu</i>	52
Obrázek 14 <i>Graf znázorňující podávání citlivých informací</i>	53
Obrázek 15 <i>Graf znázorňující používání zástěn v DpS</i>	54
Obrázek 16 <i>Graf znázorňující používání zástěn v LDN</i>	54
Obrázek 17 <i>Graf znázorňující existenci zázemí k zajištění soukromí a intimity</i>	56
Obrázek 18 <i>Graf znázorňující návštěvnost zázemí k zajištění soukromí a intimity</i>	57
Obrázek 19 <i>Graf znázorňující frekvenci klepání na dveře</i>	58
Obrázek 20 <i>Graf znázorňující míru narušování soukromí a intimity u jednotlivých úkonů</i>	59
Tabulka 2 <i>Seřazení potřeb dle důležitosti v DpS a LDN</i>	61
Obrázek 21 <i>Graf znázorňující přístup personál k sexuálním potřebám</i>	63
Obrázek 22 <i>Graf znázorňující dostatek soukromí k projevům sexuality</i>	64

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DpS – Domov pro seniory

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

WHO – World Health Organization

ÚVOD

Hlavním posláním této bakalářské práce je přiblížení potřeb soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech. Jelikož převážnou část uživatelů těchto sociálních a zdravotních rezidenčních zařízení tvoří osoby v seniorském věku, tak se i tato práce primárně zabývá stářím a procesem stárnutí, jakožto i specifickými potřebami, které se v tomto období života stávají významnějšími. V oblasti stáří se především prodlužuje střední délka života a tím dochází k rostoucímu počtu seniorů. Ke dni 31. 12. 2011 věková skupina osob starších 65 let je v České republice zastoupena 15,5 %. Největší podíl této populace má Německo, Itálie, Řecko či Švédsko (20,6 – 18,5 %). (Senioři v mezinárodním srovnání 2012, Český statistický úřad). S touto hodnotou jsme umístěny v průřezovém středu. Do budoucnosti lze ovšem počítat i s nadále klesající porodností i úmrtností a tím i ke zvyšování hodnoty indexu stáří. Lze předpokládat, že v roce 2050 by na 100 dětí do 14 let připadalo zhruba 250 tisíc osob starších 65 let. Tento vývoj pravděpodobně povede ke zdvojnásobení počtu žen seniorek a dokonce více než zdvojnásobení počtu mužů seniorů starších 65 let. Tato prognóza není zcela adekvátní především ve vztahu k produktivní populaci. (Senioři v České republice, Český statistický úřad, 2010)

Rostoucí počet osob v seniorském věku svým způsobem nutí společnost přizpůsobit nabídku a rozvoj poskytovaných služeb. Senioři jsou v současné době skupinou, která je nejvýraznějším příjemcem služeb sociálních i zdravotních. V domovech pro seniory bylo k 1. 1. 2009 evidováno 35 640 osob, přičemž většina jich byla starší 75 let. Celkově v zařízeních sociálních služeb byl ke dni 31. 12. 2009 byl počet klientů 73 503. Počet odmítnutých žádostí do zařízení sociálních služeb ke stejnému dni byl 94 949. Z těchto údajů můžeme usuzovat výraznou poptávku ze strany seniorů po těchto službách, ale i nedostatečnou kapacitu zařízení. Podle mého názoru by současná společnost měla dbát a poskytovat podporu a pomoc seniorům, aby zůstali ve svém přirozeném prostředí za podpory především terénních služeb, jako je pečovatelská služba či domácí péče. Nezbytnou součástí je samozřejmě podpora a účast rodiny a blízkého okolí seniory. (Sociální služby pro seniory, Český statistický úřad, 2010)

Tato bakalářská práce je členěna na část teoretickou, která se zabývá stářím, stárnutím, osobností seniora, ale také specifickými potřebami a to soukromím, intimitou, sexualitou a důstojností. Druhá výzkumná část zkoumá význam těchto potřeb v rezidenčních sociálních a zdravotních zařízeních a obsahuje též vyhodnocení a závěry celého výzkumného šetření.

Cíle práce

Cílem teoretické části je vytvořit přehledný souhrn o člověku v období stáří, o specifických potřebách, kterými jsou primárně soukromí, intimita, sexualita a lidská důstojnost. Součástí je též přehled o možnostech rezidenčních sociálních a zdravotních zařízeních.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit v jakém rozsahu a v kvalitě jsou zmíněné potřeby uspokojovány v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jak respondenti hodnotí dodržování soukromí a zachování intimity v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech.
- Zjistit, jakým způsobem je dle respondentů zajištěno dodržování soukromí a zachování intimity v sociálních a zdravotnických rezidenčních zařízeních.
- Zjistit nejčastější nedostatky z pohledu respondentů vyskytující se při poskytování péče personálem zařízení v oblasti fyziologických potřeb s ohledem na soukromí a intimitu.
- Zjistit, jaké další prvky či zázemí sloužící k zajištění soukromí a intimity nabízejí respondentům domovy pro seniory a odborné léčebné ústavy.

I. Teoretická část

1 Potřeby člověka

1.1 Pojem lidská potřeba

Lidské potřeby jsou velmi důležitou nedílnou součástí naší osobnosti. Prvním krokem k poznání a pochopení potřeb osob potřebující naší pomoc, je důležité, abychom si sami byli vědomi našich vlastních potřeb. Šamánková definuje lidskou potřebu jako: „stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“. (Šamánková, 2011, s. 12)

Slovník sociální práce poukazuje na potřebu jako na „motiv k jednání“. Z čehož můžeme usoudit, že potřeba nás motivuje k výkonu činnosti, která uspokojí danou potřebu. Pokud nedojde k uspokojení, objeví se deprivace či strádání. (Matoušek, 2008, s. 147)

Absolutní lidská potřeba je označení pro potřebu, stav či smysl, který je pro člověka nejpodstatnější a nejdůležitější v jeho životě. M. R. Leary ji definoval jako: „univerzální potřebu být „někým“ – být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí. (Kalvach, 2011, s. 33)

Dle Trachtové je potřeba určitým příznakem nějakého nedostatku, kdy tento nedostatek musí být odstraněn. Kdo prožívá určitý nedostatek, je ovlivněn jak po fyzické stránce, tak i po psychické stránce – jsou tedy ovlivněny všechny psychické procesy, přes myšlení, pozornost až po emoce a prožívání. Každý člověk jako bytost individuální prožívá neuspokojení potřeby jiným způsobem, stejně tak i uspokojuje potřeby způsobem, který sám preferuje. (Trachtová, 2013, s. 10) Šamánková ovšem poukazuje i na to, že potřeba může vzniknout i na základě pocitu nadbytku. Uvádí příklad: „nadbytek lásky může přinášet pocit spoutání druhým člověkem, pocit jakéhosi okupování“. (Šamánková, 2011, s. 12)

Způsoby uspokojování můžeme objektivně rozdělit na žádoucí a nežádoucí. Způsob uspokojování, který je v souladu s našimi hodnotami i hodnotami jiných lidí, nezpůsobují škody a shodují s platnými společenskými i zákonnými normami označujeme jako žádoucí. Způsob nežádoucího uspokojování vykazuje znaky opačné: škodí či porušují normy, nejsou v souladu s našimi ani jinými hodnotami. (Trachtová, 2013, s. 10)

Pokud nejsou potřeby dlouhodobě saturovány, mohou se objevit určité psychické či tělesné symptomy, které signalizují stav neuspokojení. Mezi zmíněné psychické symptomy řadíme poruchy koncentrace, pozornosti, neklid či napětí a do druhé skupiny somatických symptomů se nejčastěji řadí problémy při vyprazdňování, poruchy spánku či tachykardie. Pokud nedojde k uspokojení nenaplněné potřeby a budou přítomny některé zmíněné příznaky, může tento stav vyústit ve stresovou zátěž nebo k frustraci, která pokud bude trvat delší dobu, povede k deprivaci neboli k pocitu strádání. Už tento stav organismu se označuje jako závažný, jelikož může negativně ovlivnit vývoj člověka. Poslední fází je deprese neboli také dlouhodobá silná frustrace, ve které hrozí již selhání organismu. (Šamánková, 2011, s. 15-16)

Mlýnková upozorňuje, že v každém vývojovém období člověka existují specifické potřeby, které se mění. Volně tak navazuje na teorii Trachtové, kdy můžeme zhodnotit, že jiné potřeby se budou vyskytovat u dětí školního věku, jiné u adolescentů a nejspecifičtější potřeby můžeme vidět u dospělých a gerontů. Vždy je tedy nutné, dodržovat zásady individuálního a holistického přístupu. (Mlýnková, 2011, s. 48)

1.2 Teorie potřeb podle A. H. Maslowa

Mezi nejznámější a nejvyužívanější teorii z oblasti potřeb člověka je možné zařadit hierarchickou teorii potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa. Tento americký psycholog je považován za jednoho z tvůrců humanistické sféry v oblasti psychologie. Maslow se velmi důkladně zabýval lidskými potřebami a možnostmi jejich a v jejich rámci vytvořil motivační teorii. Základní myšlenkou této teorie je důležitost pořadí v jakém základní potřeby projeví své neuspokojení a na míře naléhavosti daných potřeb. (Dvořáčková, 2012, s. 40)

Maslow sám zdůrazňoval význam motivace a právě jí se zabývají i další autoři např. Šamánková, která ji definuje jako nejdůležitější část, která hýbe naším jednáním a chováním. Motivace ovlivňuje náš přístup k dosažení cílů, což je v tomto kontextu právě naplnění neuspokojené potřeby, což vede přes určité překážky. Dle Šamánkové je lidské chování téměř ve většině situací motivováno určitými aspekty. V základní teorii o motivaci se můžeme dozvědět, že z motivace vznikají motivy. Za základní formu motivů jsou pokládány potřeby a jejich ostatní druhy se vyvíjejí z potřeb. Motivы můžeme definovat jako příčiny určitého chování člověka. (Šamánková, 2011, s. 16 - 17)

Trachtová označuje motivaci „*jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání.*“ Na základě této definice dále motivaci rozdělujeme na vědomou a nevědomou. Hranice mezi oběma uvedenými druhy motivace není přesně vymezená

a dochází často k vzájemnému prolínání. Výsledkem je, že většina motivů je tvořena jak z vědomých, tak i nevědomých aspektů. (Trachtová, 2013, s. 11)

Maslow ve své teorii zdůrazňuje důležitost soustředění se spíše na cíle v procesu uspokojování potřeb nikoliv na prostředky, kterými dosahujeme uspokojení. Předpokládá, že k uspokojení vyšších potřeb dochází až po uspokojení nižších potřeb. Ovšem žádná potřeba není přesně ohraničená, ale dochází k různému prolínání uspokojených i neuspokojených potřeb. Maslowova teorie je nejčastěji znázorněna jako pyramida, kdy na spodu pyramidy jsou potřeby nejnižší a to biologické či fyziologické, příčku nad nimi tvoří potřeba jistoty a bezpečí, nad nimi je potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti, druhou nejvyšší příčku tvoří potřeba uznání, úcty a respektu a na nejvyšší příčku, na vrchol pyramidy Maslow zařadil potřebu seberealizace.

Maslow uvádí: *„Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá. Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje“* (Maslow in Trachtová, 2013, s. 14)

Z této teorie můžeme usoudit, že v případě dlouhodobého neuspokojení určité potřeby či skupiny potřeb může dojít k frustraci, která pokud se vyskytuje často, zejména v dětství může nepříznivě ovlivňovat vývoj osobnosti daného jedince. (Trachtová, 2013, s. 14) Za sporné ovšem Maslow považoval situaci, kdy bude člověk frustrován ve dvou potřebách. Podle teorie by měl člověk nejprve uspokojit potřebu „nižší“, ale pro některé jedince může být ale potřeba „vyšší“ důležitější než potřeba „nižší“. V tomto případě se tak daná teorie uplatňuje v rámci dvou skupin. Skupinu alfa můžeme definovat jako potřeby důležité pro přežití. Skupinu beta jako potřeby rozvojové, které se nikdy plně nenaplní, ale obohacují náš život. (Dvořáčková, 2012, s. 41)

Mezi další autory, kteří se zabývali potřebami patří Manfred Max – Neef . Tento ekonom z Chile se zabýval otázkami týkající se hlavně chudoby. Na rozdíl od Maslowa v této teorii mimo dvou základních potřeb bytí a přežití nejsou potřeby hierarchizovány, ale stejně jako v motivační teorii jsou vzájemně propojené a ovlivňující se. Základní potřeby můžeme rozdělit do čtyř základních kategorií: bytí, vlastnictví, interakce a děláni - každá tato kategorie má své formy uspokojení. (Dvořáčková, 2012, s. 43)

Další teorii potřeb zformuloval Henry Alexander Murray, ovšem na principu souhry alfa a beta tlaku. K teorii uvádí: „*celek je tvořený potřebou a tlakem*“. Objektivně je tlak něco, co od člověka vyžaduje jeho okolí. Alfa tlak jde směrem z okolí k jedinci a beta tlak je subjektivní a aktivuje dané jednání. V tomto pojetí je potřeba chápána jako objekt jedincovi snahy. (Šamánková, 2011, s. 29)

Vzhledem k zadání bakalářské práce se již nebudeme zabývat potřebami jako komplexním tématem v celkovém pojetí, ale zaměříme se na konkrétní potřebu soukromí a intimity. S těmito dvěma stěžejními potřebami velmi úzce souvisí další hodnoty člověka jako důstojnost, stud a nedílnou součástí je také sexualita člověka.

1.3 Důstojnost

„*Důstojnost člověka je absolutní hodnota lidské bytosti*“ (Matoušek a kol., 2013, s. 204) Důstojnost je považována za nejvyšší hodnotu související se zdravotní dysabilitou, s kvalitou života, která může být změněná v důsledku onemocnění, změněného zdravotního stavu či úrazem. Patří k základním pilířům lidského bytí, proto je nutné za každé situace její respektování. (Kalvach, 2011, s. 52)

„*Důstojnost je základní hodnota, která náleží všem lidem bez rozdílu*“. Jelikož je důstojnost běžnou součástí našeho života, málokdy nad ní přemýšlíme a tudíž se můžeme velmi často dopustit chování, které důstojnost nerespektuje. (Nordenfelt in Havrdová a kol., 2010, s. 126) Podobný názor uvádí i Štěpánek: „*Důstojnost je morální a etická kategorie, zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a významu jeho práv ve společnosti*“. (Štěpánek in Havrdová a kol., 2010, str. 127)

V Evropské chartě pacientů seniorů se uvádí: „*starý občan může jako pacient očekávat, že bude zdravotníky považován za partnera a bude se podílet na všech rozhodnutích, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně*“. Čím je vlastně řečeno, že každý senior má právo být rovnocenným protějškem personálu, který o něj pečuje a bude zachována jeho důstojnost. Samotná důstojnost může být zachována, pokud se budeme k seniorovi chovat v rámci slušného chování, což znamená správné oslovení, respektování jeho přání, názorů a představ, pamatování na jeho stud a dodržování soukromí a intimity. Na tyto faktory pamatuje i právě rozvíjející se program „*Důstojnost ve stáří*“, který bude přinášet konkrétní poznatky o tomto tématu. (Haškovcová, 2010, s. 271)

Důstojnost je úzce spojena s autonomií člověka, soukromím a intimitou. Samotné pojetí důstojnosti není celistvé, lze na ni nahlížet z různých úhlů pohledu. Evropská komise ve svém projektu „*Důstojnost a starší Evropané*“ z roku 2003 definuje 4 formy důstojnosti:

- důstojnost zásluh – má spojitost se sociálním postavením člověka, s vykonávanými funkcemi;
- důstojnost mravní síly – forma důstojnosti, která souvisí s respektováním společenských, mravních a zákonných pravidel;
- důstojnost osobní identity – každý jedinec má svoji identitu, která je nezcizitelná a s ní souvisí i tato forma důstojnosti;
- důstojnost lidské bytosti – každá lidská bytost má svoji důstojnost, kterou mu nemůže nikdo vzít. Je spojena s lidstvím každého člověka. (Kalvach, 2011, s. 53).

Právní pojetí důstojnosti je zakotveno v právních dokumentech jako je „*Listina základních práv a svobod* či *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v občanském zákoníku č. 40/1964 Sb.*“. Důstojnost má i své významnější etické pojetí, které je zakotveno především v etických kodexech a chartách jak ze strany seniorů, tak i pracovníků. Patří sem např. *Etický kodex sociálních pracovníků, Etický kodex České lékařské komory, Práva seniorů, Charta seniorů*, již zmiňovaná *Evropská charta pacientů seniorů* či *Práva pacientů*. (Holmerová, Rohanová in Havrdová, 2010, s. 128 – 129)

Ochrana důstojnosti je dle současných poznatků nejdůležitější u nejbezbrannějších klientů, což mohou být klienti nekomunikující či nesoběstační. Její respektování má současně i vliv na rodinu daného klienta, na ošetřující personál popř. má dopad na celou společnost. (Kalvach, 2011, s. 53) Haškovcová uvádí projev jednoho svého pacienta: „*Kdo nemůže sám na záchod, ztrácí lidskou důstojnost. Není nic, co by pokořilo člověka víc, než skutečnost, že vlastní dítě musíte požádat o mísu*“. Z tohoto tvrzení můžeme usoudit neschopnost sám sebe obsloužit i v těch nejbanálnějších věcech člověka právě nejvíce devaluje a snižuje jeho vlastní důstojnost. (Haškovcová, 2010, s. 294)

Šamánková ve své knize poukazuje na pohled společnosti, která ctí mladost, aktivitu, sebekontrolu a i těmto hodnotám přisuzuje i důstojnost. Z toho tvrzení nám vyplývá, že pokud u člověka dojde ke ztrátě funkční zdatnosti a nezávislosti, okamžitě je tento stav považován za nedůstojný. (Šamánková, 2011, s. 36) Stejný názor sdílí i Munzarová: „*Dnešní společnost*

považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a plete si důstojnost člověka s jeho užitečností“. (Munzarová in Havrdová, 2010, s. 126)

Pokud častěji dochází k nerespektování lidské důstojnosti a s tím souvisejících potřeb může to mít pro člověka fatální následky. Zprvu pocity smutku, beznaděje mohou vést ke ztrátě respektu, autonomie, sebedůvěry a dále mohou vyústit ke ztrátě smyslu života, osobní identity a k sebevraždě. (Kalvach, 2011, s. 56)

1.4 Soukromí

Z poznatků získaných v rámci mého studia mohu usoudit, že nejčastěji k narušení soukromí a intimity dochází právě v rezidenčních zařízeních a to hlavně u nesoběstačných či nekomunikujících klientů. Tito klienti nejsou schopni či nemají možnost jiným speciálním způsobem vyjádřit svá přání a potřeby, tudíž velice snadno dochází k tomu, že pracovníci v přímé obslužné péči rozhodují a mají vůdčí postavení v provádění péče u těchto klientů. Tato péče nemusí být vždy adekvátní z mnoha důvodů, nejčastěji z nedostatečného počtu pracovníků či časového tlaku. Pokud bude člověk v situaci, kdy nebude mít dostatečné soukromí v situacích, lehce dojde k narušení důstojnosti nebo ke ztrátě intimity, ke studu či k pocitu ponížení. Slovník sociální práce definuje soukromí *jako „potřeba a právo každého člověka chránit si vlastní území, vlastní čas, vlastní tělo, vlastní prožitky, informace.“* (Matoušek, 2008, s. 208)

Pokud se budeme zabývat soukromím pouze v našich rezidenčních, je nutné, aby každý zřizovatel této sociální služby se pokusil plně vyhovět přání klienta např. při výběru pokoje. Respektování soukromí se vyznačuje znaky jako je klepání na dveře před vstupem do klientova prostoru, vizitky na dveřích, nevstupování do klientova prostoru a manipulace s jeho věcmi bez klientova souhlasu. Do klientova soukromí lze zařadit i to, že si klient může svůj pokoj vybavit dle svého vkusu a přání. (Matoušek, 2008, s. 208)

Haškovcová uvádí, že jedním z projevů násilí vůči seniorům v institucionální péči patří mimo zanedbávání povinné péče, usilovné podávání medikace, odepření práva rozhodovat se také hrubé porušování soukromí. Jako hlavním problémem uvádí ztrátu nejběžnějších projevů slušnosti jak ze strany personálu, spolubydlících i rodiny. Zároveň dodává výsledky z kontroly dvaceti sedmi rezidenčních zařízení, kterou v letech 2006 – 2007 realizoval ombudsman. K nejčastějším porušovaným právům seniorů patřilo právo na svobodu či právo na soukromí doprovázené službami, které byly vedeny nekvalitní způsobem a v závěru nebyla respektována seniorova autonomie a důstojnost. (Haškovcová, 2010, s. 310)

Kalvach dodává: „*K závažným formám psychického týrání patří nepřiměřené omezování autonomie, soukromí a rozhodovacích kompetencí*“. (Kalvach, 2008, s. 251)

Jako nejdůležitější zásadou v péči o seniory se nejčastěji uvádí: „*zachování úcty a respektování lidské důstojnosti*.“ Ovšem k tomuto tvrzení je vzápětí přidán i respekt ke klientovu soukromí a to především v ústavní péči. Stejně jako lidem žijícím ve svém přirozeném prostředí si nedovolíme narušovat jejich soukromí a chovat se neomaleně, tak musíme pamatovat, že pokoj v domově pro seniory je také klientovým domovem. (Bužgová, 2008, s. 69) Kalvach též upozorňuje při přemístění seniora do ústavní péče na několik úskalí, kdy jedním z nich je „*ztráta či vážné ohrožení autonomie a soukromí*“. (Kalvach, 2008, s. 295) Poukazuje na podřadnost soukromí v ústavní péči, jelikož obecné soužití v kolektivním stylu ztěžuje dodržování soukromí a intimity u každého klienta. „*Omezování soukromí je v povaze každého organizovaného kolektivu a žádná materiální, kulturní ani zdravotní výhodnost domova důchodců nemůže tyto ztráty nahradit*“. (Příhoda in Kalvach, 2008, s. 296)

Haškovcová ovšem pamatuje i na situaci, která může nastat ve chvíli, kdy senior již není schopen samostatného žití a jako první nastupuje péče ze strany rodiny. Tato ve většině případů nejlepší varianta řešení je ovšem doprovázena ztrátou soukromí ze strany rodiny, jelikož musí své zázemí přizpůsobit seniorovým požadavkům a přáním. Přesto že senior získává intimitu svého prostoru, stále může nabýt pocitu nadbytečnosti při užívání prostorů, které jsou společné. (Haškovcová, 2010, s. 291)

Minibergová a Dušek vyzdvihují důležitost chování personálu v rámci psychologického přístupu ke klientovi/pacientovi. „*Tento přístup zahrnuje lidsky slušné chování zdravotníků, jejich schopnost respektovat soukromí, chránit intimitu pacientů a klientů, schopnost akceptovat jejich stud*“. (Minibergová, Dušek, 2006, s. 33)

Patrně nejvýznamnější úlohu hraje soukromí při fyziologických potřebách, které tvoří základnu Maslowovy pyramidy. Soukromí při vyprazdňování či hygienické péči velmi výrazně ovlivňuje duševní stav člověka a jeho pocity. Při nedostatečném soukromí může dojít k pocíťování studu, ke ztrátě intimity, úzkosti a k navození negativních psychických reakcí. Trachtová zdůrazňuje důležitost informací o poznání zvláště u každého pacienta, aby se zamezilo ke ztrátě soukromí, intimity či pocitu nedůstojnosti tzn. vždy bychom měli znát zvyklosti, návyky klienta, abychom mu byli nápomocni v adekvátním uspokojení potřeb. Zdůrazňuje také odlišný přístup ke klientům upoutaným na lůžko, kde je velmi důležité

dodržovat správné zásady v péči o tyto potřeby, což může být ztíženo právě např. velkým počtem pacientů na pokojích – nedostatkem soukromí. „*S potřebou vyprazdňování souvisí potřeba respektování potřeby intimity a soukromí*“. (Trachtová, 2013, s. 98) Jejich nerespektování může vést ke studu, který je pro člověka silně nepříjemný a často vyúsťuje k pocitu hanby a méněcennosti. Trachtová upozorňuje na dlouhodobé, opakované nedodržování soukromí a intimity determinuje v koncové fázi složku sebeúcty rovněž i sebepojetí. Především u imobilních klientů dochází často k nepříjemnému pocitu studu při vyprazdňování, kdy společně s nedostatečným soukromím to vede k „*potlačení nucení na stolici a k oddálení defekace*“. (Trachtová, 2013, s. 95 – 99)

I Zdravotnická etika konstatuje: „*Nutná je i ochrana soukromí. Hygienu či vyprazdňování s otevřenými dveřmi nebo za přítomnosti někoho dalšího může být velice ponižující.*“ (Bužgová, 2008, s. 40 - 41)

1.5 Intimita a stud

Slovo intimita, intimní je odvozeno z latinského slova intimus, což znamená nitro, niterný. Intimitu dle Schmidbauera můžeme definovat jako: „*Duševní blízkost, schopnost navazovat lidské vztahy, které zúčastněným zprostředkují pocit intimity, je důležitou součástí zdravého duševního vývoje.*“ (Schmidbauer, 1994, s. 68 - 69)

S intimitou souvisí také rozdělení prostoru, který má každý člověk kolem sebe vymezen a který se dělí na čtyři vrstvy. Každý člověk má na tyto vrstvy jiné parametry. Obecně se však uvádí první vrstva veřejná (3,5 – 9 m), která se uplatňuje např. při přednáškách. Druhá vrstva je společenská (1,2 – 3,5 m) používána při formálním kontaktu, třetí vrstva je osobní (0,45 – 1,2 m) do které vstupuje naše blízké okolí jako rodina. Poslední vrstvou je intimní zóna (0 – 0,45 m), která je hodnocena jako nejdůležitější. V této zóně je člověk nejohroženější a sám si ji chrání jako svůj majetek. Proto by si vždy pečující personál měl uvědomit, že právě do této zóny často vstupují bez vyzvání, což se může projevit negativně v psychické stránce seniora. (Minibergová, Dušek, 2006, s. 42) Podobné rozdělení uvádí také Jankovský, který intimní zónu charakterizuje jako místo, kde má dovoleno vstoupit pouze omezený počet osob. Společenská zóna je také nazývána zónou sociální. (Jankovský, 2003, s. 76)

Jako intimní sféru můžeme definovat: „*společensky určenou oblast chování, o které jedinec mluví jen s málo jinými, k nimž má úzký vztah.*“ Je to definice, která se soustřeďuje

především na oblast sexuálního chování, jako formu nejintimnějšího vztahu jaký může mezi lidmi existovat. (Schmidbauer, 1994, s. 69)

Haškovcová ve své knize Fenomén stáří poukazuje ale také na tzv. „*zmeškanou životní intimitu*.“ Tato intimita vzniká u osob, které v průběhu svého života nevytvořily žádný partnerský vztah, neměly děti nebo se rozvedli a již zůstali osamoceni a izolováni. Dále podotýká, že vyřešení či náprava této situace bývá velmi nepravděpodobná. Dalším významem intimity může být často v literatuře zmiňovaná tzv. „*intimita na dálku*.“ Myslí se tím především vztahy mezi dvěma generacemi, které jsou ve většině případů srdečné a láskyplné. Vnoučata se ke svým prarodičům chovají uctivě s respektem a panuje mezi nimi silné a obohacující emoční spojení. Vyjádřením na dálku se myslí, že toto pouto existuje i přes oddělená bydlení. Tím však není v žádném případě ohrožena kvalita těchto vztahů. (Haškovcová, 2010, s. 78, 153)

Schmidbauer definuje: „*V pocitu studu prožíváme chybějící shodu nějakého způsobu chování s naším vlastním vnitřním ideálem, což si uvědomujeme prostřednictvím postoje jiných lidí, pocitovaného jako posměšný, opovrhující nebo povznesený.*“ (Schmidbauer, 1994, s. 152)

Stud velmi úzce souvisí s potřebou soukromí a intimity, stejně tak jako s důstojností či autonomií klienta. Stud vzniká, pokud nastane situace, v níž si pocítujeme ponížení, pokoření či hanbu. Velmi často pocítujeme stud, pokud se musím odhalit před někým cizím či pokud se k nám chová někdo způsobem, který nás před ostatními ponižuje. Základním znakem studu je jeho přítomnost i tehdy, pokud si danou situace pouze představíme. Např. vyprazdňování před cizími lidmi v jednom pokoji. (Schmidbauer, 1994, s. 152)

1.6 Sexualita

Sexualita velice úzce souvisí s potřebou intimity. Pokud budeme mluvit o sexualitě vzhledem k seniorskému věku, určitě dojde ke střetu různých názorů. Dvořáčková uvádí, že sexuální chování je „*doménou pouze lidí v produktivním věku*.“ Sexualita seniorů je tudíž považována jako něco nepřijatelného a neobvyklého. Jako důvod se poukazuje na stárnutí, kterému je často přisuzováno neaktivita, duševní zaostalost a asexuální projevy. I nadále je sdílen názor, že senioři ztratili a tudíž nemají potřebu intimity a tím i sexuality. (Dvořáčková, 2012, s. 49)

Minibergová a Dušek ovšem zdůrazňují existenci opravdových zábran, které brání sexuálnímu životu seniorů a které současně nejsou fyziologického původu. První překážkou je demografický aspekt, který informuje o dožívání populace nad 80 let, kterou tvoří mnohem více žen než mužů. Druhá překážka vychází ze sociologie, kdy sexuální život seniorů je obecně ve společnosti zakázaným tématem. Poslední zábranou je psychologický pohled seniorů, kteří se sami odkazují na názor nepotřebnosti těchto potřeb, přičemž to může být pouze skrývaný strach z ponížení. (Minibergová, Dušek, 2006, s. 12)

Jak zdůrazňuje Dvořáčková, obecně sexuální chování nevyjadřuje pouze pohlavní styk. I když většinová společnost má opačný názor a pod významem sexuality si představí pouze zmíněný pohlavní styk. Už neuvažují nad tím, jaké jsou další projevy oné sexuality. Právě u seniorů můžeme tyto projevy vidět nejčastěji např. pohlazení, objetí, mazlení, uznání intimity. Již jen vzájemná blízkost druhého člověka může být projev sexuality. Z těchto aktů vyvstávají důležité pocity, které ve člověku vyvolají pocit lásky, sounáležitosti, tepla a pro tento psychický stav není důležité, ve které vývojové etapě se člověk nachází. (Dvořáčková, 2012, s. 50 – 51)

Obecně sexuální zdraví podle Venglářové můžeme definovat: *„souhrn tělesných, citových, rozumových i společenských stránek člověka jako sexuální bytosti, které obohacují osobnost, zlepšují její vztahy k lidem a rozvíjí schopnost lásky.* (Venglářová, 2007, s. 65) Z tohoto tvrzení jasně vyplývá, že každý člověk, tedy i člověk v seniorském věku, má právo vést sexuální život, který jej bude uspokojovat. Vždy záleží na individualitě daného jedince a na jeho potřebách. Není nutné toto téma tabuizovat, jako něco špatného či nemravného. Za základ sexuálního vztahu mezi dvěma seniory by měl být založen na vzájemné úctě, respektu, touhy, oboustranné ochotě a samozřejmě na souhlasu obou partnerů. *„Sexualita je velmi intimní záležitost a měla by být prováděna s radostí.“* (Venglářová, 2007, s. 68)

S postupným rozvojem sociálních i zdravotních služeb začala být předmětem diskuze také zmiňovaná sexualita seniorů. Ovšem s ohledem na ústavní péči se většina intimních záležitostí společně se sexuálním chováním stává také součástí náplně práce personálu jak v domovech pro seniory, ale i odborných léčebných ústavech. Pracovník by měl být seznámen se všemi potřebami svého klienta, tedy i s těmi intimními, pokud si jich je klient stále vědom a chtěl by je adekvátně saturovat. Samozřejmě není tím myšleno, aby sám pracovník měl sexuální kontakt s klientem. Přístup pracovníků v oblasti sexuality u svých klientů je velmi ovlivněn jejich osobnostmi, kulturou, výchovou, zkušenostmi i názorem na tuto oblast.

Jako nejvýznamnější problém v oblasti sexuality v ústavní péči je hodnocen nedostatek soukromí. Klienti nemají dostatečný prostor k vyjadřování sexuálního chování, kterým není myšlen samozřejmě jen pohlavní styk. Je to nejčastěji z důvodu vícelůžkových pokojů. Lidé žijící v ústavní péči ve většině případů dosáhli ztráty intimity. Rovněž je dokázána neschopnost zařízení zajistit dostatečné soukromí při kontaktu dvou partnerů. Cílem je dosáhnout adekvátní intimní důstojnosti.

Následky nedostatku soukromí jsou výrazné, avšak stále podceňované. Mezi nejčastější patří úbytek sexuálního apetitu, nástup psychických obtíží v oblasti sexuality, jiné, méně vhodné uspokojování sexuálních potřeb, nespolečenské až nepřipustné sexuální chování či obtěžování, sexuální nabídky směřující k ošetřujícímu personálu. Abychom předešli vzniku těchto následků a tím i deprivace z neuspokojených sexuálních potřeb jsou vždy nutná preventivní opatření. Zahrnují především dostatečné zajištění soukromí a respektování intimity klienta. Dále adekvátní a profesionální přístup ze strany personálu i v oblasti komunikace s klientem. Nevhodnému sexuálnímu chování můžeme také předejít správnými a vhodnými aktivitami. (Venglářová, 2007, s. 69 – 73)

Haškovcová v souvislosti se sexualitou seniorů výrazně propaguje vliv a důležitost působení lásky. *„Láska, je to souhrnný pojem pro celou řadu kladných interpersonálních vztahů a dokonce i vztahů k vysokým lidským hodnotám i k individuálně ceněným věcem.“* Jak uvádí, všichni lidé mají vrozenou povahu lásky, být někým milován a někoho milovat a prožívat s ním všechny radosti, ale i strasti v průběhu lidského života. Ve stáří již může člověk vše prožívat s životním partnerem, stejně tak si v tomto období může najít nového přijatelného partnera, s kterým bude trávit čas. (Haškovcová, 2010, s. 160 – 161)

2 Klient / pacient - senior

Jelikož naše bakalářská práce nese název Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech, proto budeme v následující kapitole charakterizovat nejčastějšího uživatele služeb jako je domov pro seniory a léčebny pro dlouhodobě nemocné, kterým je senior.

2.1 Stárnutí a stáří

„Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinována a pro každý druh specifická“. (Topinková, Neuwirth in Malíková, 2011, s. 15) Langmeier, Krejčířová popisují stárnutí jako *„souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností a výkonnosti jedince, které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti“.* (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 184)

Stárnutí obecně můžeme rozdělit na fyziologické a patologické. Významným rozdílem mezi oběma typy stárnutí je, že fyziologické stárnutí je přirozené, ničím nenarušené oproti patologickému, kde je nejčastěji viděn projev nepoměru mezi kalendářním a funkčním věkem. (Malíková, 2011, s. 14)

Kalvach uvádí: *„stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, v nichž se nápadněji projevuje souhrn involučních změn se zhoršováním odolnosti organismu“.* (Kalvach in Dvořáčková, 2012, s. 10)

Další významnou definicí uvádí Haškovcová: *„stáří je přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si však uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku“.* (Haškovcová in Jarošová, 2006, s. 8)

Pacovský dodává: *„senior je občan dříve narozený, pojem senior se nemusí vázat pouze k věku, nýbrž může vyjadřovat také váženou funkci bez ohledu na věk“.* (Pacovský in Jarošová, 2006 s. 8)

2.1.1 Projevy stáří

Obecně projevy stáří můžeme rozdělit na tělesné, psychické a sociální. Vždy musíme pamatovat, že tyto oblasti jsou za všech okolností propojené systémy. Mezi nejviditelnější

změny, kterými se liší mladý a starý člověk jsou patrně tělesné změny, často označované také jako fenotyp stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 12) Malíková označuje tyto změny jako biologické aspekty stárnutí, které označují prioritní tělesné změny probíhající v organismu v období stáří. (Malíková, 2011, s. 19)

Nástup těchto změn je individuální, stejně jako rychlost jejich progresu. Nesmíme zapomenout, že současně s těmito změnami nejčastěji ve vzhledu, ale i v tělesných funkcích a schopnostech, se objevují i změny psychické. Dochází k vzájemnému ovlivňování, což má za následek chování a jednání seniora v určitých situacích, ale i aktivitách běžného života či v soběstačnosti. (Dvořáčková, 2012, s. 12) Mezi tělesné změny objevující se ve stáří řadíme především změny fyzického zevnějšku, postupné ochabování svalstva, změny v kompletním systému lidského organismu (kardiovaskulární, trávicí, dýchací, vylučovací, nervový systém). Postupná progresu změn v kostech a kloubech, změny v sexuální oblasti, postupné zhoršování funkce všech smyslů a změny v řízení tělesné teploty (Venglářová, 2007, s. 12)

Dvořáčková uvádí, že: „*stárnutí bývá spojeno se změnou osobnosti.*“ V období stáří dochází k tomu, že se v osobnosti seniora probíhají změny, jejichž důsledkem je nastoupení negativních povahových rysů, které byly dříve potlačovány nebo nebyly natolik výrazné. Proto u většiny seniorů můžeme vidět zesílení negativních vlastností, kterých jsme si předtím nebyli vědomi. (Dvořáčková, 2012, s. 12 – 13) Mezi nejčastěji uváděné psychické změny patří postupné zhoršování paměťových funkcí, zvýšená nedůvěřivost a nechuť vůči novým věcem, jinému prostředí. Nastupující citová labilita, změny ve vnímavosti a všípivosti. Dochází k celkovému poklesu psychické a intelektuální výkonnosti provázené sníženou adaptabilitou. (Venglářová, 2007, s. 12)

Sociální změny patrně nejvíce ovlivňují dosavadní statut člověka v seniorském věku. Mezi nejradikálnější změny patří odchod ze zaměstnání a tím vstup do důchodu, změna sociální role, nastupující sociální izolace, strach ze samoty, ztráta životního partnera a blízkého okolí, ekonomické změny, velké množství volného času a tím změna stylu života. (Venglářová, 2007, s. 12) Z tohoto pohledu bychom mohli usoudit, že sociální změny jsou především negativního rázu. Pro ozřejmění mezi pozitivní sociální změny Jarošová řadí dostatek času potřebný pro saturování všech potřeb seniora, prostor pro rodinné fungování a aktivaci pevných rodinných vazeb či realizaci nesplněných přání a tužeb. (Jarošová in Malíková, 2011, s. 22)

Samostatnou kapitolu můžou tvořit také projevy stáří, které nastupují u seniora po příchodu do ústavní péče neboli rezidenčního zařízení. Významně se tak mění životní situace seniora a mohou nastupovat fyziologické změny jako spánková inverze, která je velice častá. Dále nečekané snížení energie, což je neadekvátní vzhledem ke zdravotnímu stavu seniora. I snížená chuť k jídlu vedoucí k malnutrici. Mezi nejčastější kognitivní změny nastupující po vstupu do ústavní péče patří zhoršená orientace, komunikace, kdy si senior nemůže vybavit potřebná slova, věty a celkově dochází k zhoršenému chápání především nových situací. (Venglářová, 2007, s. 16)

2.1.2 Periodizace stáří

Světová zdravotnická organizace definuje: „*stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (WHO in Haškovcová, 2010, s. 20) Jak k této definici udává Haškovcová, není zrovna nejlepším vymezením starého člověka. Jako největší úskalí této definice vidí v její aplikovatelnosti pouze na jedince, na nichž jsou již projevy stáří výrazné a viditelné.

V současné době je nejvíce používanou periodizací stáří uváděno členění ve formě tří fází. První fázi tvoří senioři ve věku 60 - 74 let označované jako vyšší věk neboli rané stáří, druhá fáze 75 - 89 let je označovaná jako stařecký věk či sénium, třetí fáze nad 90 let je již udávána jako dlouhověkost. (Haškovcová, 2010, s. 20)

Téměř totožné rozdělení uvádí také Matoušek a udává, že periodizace stáří se obvykle uvádí ve formě tří etap. První etapu tvoří tzv. mladí senioři, kteří tvoří skupinu osob dosahující 74 let, druhou etapu v rozmezí 75 - 84 let tvoří staří senioři a poslední etapu neboli období lidského stáří tvoří velmi staří senioři nad 85 let. Spolu s tímto rozdělením se často tyto etapy označují také jako stáří, vysoké stáří a kmetský věk. Vše záleží na úhlu pohledu a na daném autorovi.

V literatuře najdeme nespočet klasifikací a rozdělení této závěrečné etapy našeho života. Stejně tak přibývají nová označení a pojmenování. Samotná periodizace stáří má velmi úzkou spojitost se současným prodlužováním střední délky života. Jak uvádí Matoušek, je to z důvodu, pokud adekvátně rozlišíme etapy lidského života a zároveň dojde k jejich vymezení, poskytne nám to informace o neustále měnících se potřebách osob po dosažení 60 - 65 let. (Matoušek, 2013, s. 369)

Samotné stáří, jak jsme si mohli všimnout, se nejčastěji klasifikuje podle věku. I přes to, že věk není ukazujícím činitelem a nepodává nám žádné informace o samotném průběhu stáří. Vidovičová uvádí, „*samotné vnímání věku je složitý psychologický a sociální fenomén a je ovlivněno věkově definovanými očekáváním.*“ (Vidovičová, Markman in Matoušek, 2013, s. 370 – 371)

Věk se nejčastěji rozlišuje na kalendářní věk, který se udává ve formě roků uplynulých od narození daného člověka, biologický věk, který se hodnotí dle stavu tělesných fragmentů a sociální věk, který souvisí se sociálními funkcemi a rolemi daného člověka ve společnosti (Matoušek, 2013, s. 370)

Kalvach upřednostňuje rozdělení na základě schopností, funkční zdatnosti na seniory elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé, zcela závislé a umírající. Toto rozdělení jde od seniorů, kteří jsou naprosto soběstační, samostatní a aktivní přes postupný úbytek schopností v oblasti soběstačnosti, sebeobsluhy, participace a společně se rozvíjí závislost na druhé osobě až do stádia naprosté závislosti, kde senioři potřebují péči a ochranu ve všech aktivitách denního života. (Kalvach, 2011, s. 80 - 81)

2.1.3 Reakce na stáří

V téměř každé literatuře zabývající se vývojovou etapou stáří a jeho průběhem je interpretováno 5 základních reakcí na stáří. Toto rozdělení vytvořil Bromley v roce 1966. Základním principem pro zařazení do jednotlivých reakcí závisí především na individuální osobnosti každého z nás, na našich povahových rysech, vlastnostech a charakteru. Určitou roli hraje i dosavadní způsob života a životní styl. Jednoznačně můžeme říci, že každý člověk se svým stárnutím a nastupujícím stářím vyrovnává jiným způsobem a s jinými projevy ve svém chování.

- Konstruktivní přístup – první a patrně nejbezpečnější reakce člověka na stáří. Člověk je psychicky připravený na stáří, snaží se vytvářet příznivé prostředí pro své plány a cíle, kterých chce dosáhnout. Je společensky aktivní, otevřený, respektuje druhé osoby. Je spokojený, fyzicky i funkčně zdatný.
- Strategie závislosti – tento člověk je spíše pasivním příjemcem péče od druhých osob, kterou sám vyžaduje. Jeho prioritou je získání pomoci a pozornosti od druhých osob. Spíše inaktivní, kdy kontakt se společností je mu nepříjemný. Jeho potřeby jsou zaměřeny na zajištění domácího pohodlí, bezpečí a jistoty.

- Obranná strategie – člověk reaguje na nástup stáří odmítavým či obranným postojem. Není schopen respektovat nastupující pro něj pasivitu, závislost. Stáří vnímá jako přechod do období nečinnosti. Tato reakce se nejvíce vyskytuje u vysoce postavených, prospěšných osob, kteří měli určitý prestižní sociální status.
- nepřátelský postoj – tato reakce je velmi nebezpečná jak pro samotného člověka, ale i pro jeho okolí. Člověk je velmi nepřátelský, mrzutý, podezřivý, nespolečenský a svým chováním tyto projevy dává velmi jasně najevo. Často dochází k sociálnímu vyloučení až k izolaci člověka.
- Strategie sebe nenávisť – člověk primárně nenávidí sám sebe, není schopen akceptovat svůj život v komplexní formě. Všechnu vinu za své neúspěchy připisuje pouze sobě. Je nespolečenský, často izolovaný, osamělý. (Jarošová, 2006, s. 28 – 29)

3 Rezidenční zařízení poskytující zdravotní a sociální služby

Každý člověk se může dostat do nepříznivé situace, která může být charakteristická svými zdravotními či sociálními důsledky či jinými změnami. Podstatou je jejich vzájemné prolínání, proto není možné je od sebe oddělit ani v případě zařízení, které oba typy těchto služeb poskytují. Zdravotní a sociální péče by měla tvořit jednotnou koncepci pomoci. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60)

3.1 Rezidenční sociální zařízení

Pobytové služby sociální péče často označované jako institucionální péče, rezidenční péče či stacionární péče jsou definovány jako „*služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a které lze rozdělit na služby prevence a péče.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění)

Sociální služby neměly zásadní význam jako v současnosti a byly přijímány spíše s negativním významem. Už samotný název „*domov důchodců*“ evokoval představu stárnutí a umírání v samotě a izolaci. Kalvach zmiňuje „*umístění rodinného příslušníka do takového zařízení se chápalo jako selhání rodinné péče.*“ (Kalvach, 2011, s. 215 - 217) Nutno podotknout, že některá zařízení se tímto názvem prokazují dodnes i přes stanovení názvu domov pro seniory v legislativě. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění)

Negativní vnímání celého sociálního trvala do roku 1989. Po událostech ve zmíněném roce započala postupná transformace sociálních služeb, která byla završena přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, který byl přijat a následně vešel v platnost 1. ledna 2007. Tento zákon vymezil nová pravidla poskytování sociálních služeb, ve kterém základním cílem byla deinstitucionalizace a integrace zdravotně postižených jedinců do společnosti. Můžeme usoudit, že nabytím účinnosti tohoto zákona došlo k výraznému přenesení pozornosti na uživatele sociálních služeb, jedince v nepříznivé sociální situaci a další klienty využívající sociální služby. (Malíková, 2011, s. 30)

Dvořáčková uvádí: „*Hlavním posláním tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečné podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 86)

Základním obsahem Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění je definování tří druhů služeb, což je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zároveň definuje zařízení sociálních služeb a činnosti, které jsou důležité pro jejich provozování, účel a náplň jednotlivých služeb a zařízení. (Malíková, 2011, s. 42 - 43)

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění nejen definuje cíle, průběh, poskytování a jiné podmínky pro poskytování sociálních služeb ale zaručuje také určitou formu kvality. Ta je zajišťována prostřednictvím předdefinovaných standardů kvality služeb, která jsou brána jako měřítko ke zhodnocení kvality sociálních služeb. Dodržování standardů kvality péče je zakotveno v legislativě. Je důležité, aby každý registrovaný poskytovatel sociální služby tyto standardy modifikoval a vypracoval pro své podmínky a dle cílové skupiny, které jsou služby určeny. Malíková je definuje jako „*soubor kritérií stanovených jako norma kvality poskytované sociální služby*“. (Malíková, 2011, s. 70)

To, jakou formou nebo zda vůbec jsou standardy naplňovány, pravidelně kontroluje inspekce kvality sociálních služeb u všech registrovaných poskytovatelů. Inspekce je realizována vždy v místě poskytování služby a to dle harmonogramu, který vytváří příslušný krajský úřad. Samotné provádění inspekce má své specifické zákonitosti a řídí se dle platných legislativních norem a metodických pokynů. Tým inspekce je tvořen vedoucím inspekce a dalšími členy, což jsou kvalifikovaní odborníci znalí správných a vhodných postupů, komunikačních dovedností a vždy se řídí dle platného Etického kodexu inspektorů sociálních služeb. (Malíková, 2011, s. 135 – 138) Cílem inspekce sociálních služeb je odhalit případné chyby v plnění standardů kvality péče nebo poukázat na nedostatky v péči. Jedna z možností, jak mohou zařízení neustále zvyšovat kvalitu svých služeb je, že se mohou podrobit certifikaci od Asociace poskytovatelů v sociálních službách. (Matoušek, 2013, s. 436)

I přes neustálé zkvalitňování služeb pro seniory je stále považováno za nejlepší řešení v jejich péči setrvání seniora v domácím prostředí za pomoci rodiny. Pro seniora je nejdůležitější jistota a bezpečnost rodinného zázemí. Vstup do cizího prostředí je pro seniora velký stres a zátěž pro jeho psychickou stránku. Ovšem i pro rodinného příslušníka představuje péče o seniora velkou zátěž, jak po stránce fyzické, psychické i sociální. Je tedy nutné vždy vhodně zvážit možnosti ústavní péče a setrvání seniora v domácí péči např. za podpory terénní služby. (Dvořáčková, 2012, s. 55)

Pokud je umístění seniora do pobytové služby nevyhnutelné, je nutné, aby tento přechod z domácího prostředí do zařízení, co nejcitlivější a plynulý. Hlavním úkolem zařízení

je vytvořit pro nového klienta vhodné podmínky, kterému usnadní přizpůsobení se novému prostředí a způsobu života. Nejdůležitější je poskytnout klientovi před nástupem do zařízení dostatek informací o chodu a životě v zařízení. Na základě těchto informací má klient volbu. Malíková uvádí: „*péče o klienty a poskytování sociální služby v zařízení je značně ovlivněno třemi hlavními okolnostmi – individuálními požadavky klienta, harmonogramy práce pracovníků a domácím a návštěvním řádem.*“ (Malíková, 2011, s. 79)

3.1.1 Domov pro seniory

Patrně nejvýznamnější pobytovou sociální službou je zařízení domov pro seniory. V České republice je ke dni 31. 12. 2011 registrováno 488 domovů pro seniory. Nejčastějším zřizovatelem těchto zařízení jsou krajské úřady a obce (74 %), na druhém místě jsou zřizovateli nestátní neziskové organizace (21 %), a na posledním místě jsou církve či soukromé firmy. V současnosti na jedno lůžko v domově pro seniory připadá 35 obyvatel ve věku 65 let a celková kapacita lůžek činí přes 46 000. I přes toto číslo je stále počet lůžek nedostačující a velká část klientů je odmítnuta nebo setrvává na čekací listině do typu tohoto zařízení. (Matoušek, 2013, s. 434)

Tyto zařízení fungují celoročně a svým klientům poskytují plnou péči v oblasti péče o vlastní osobu a úkonů s tím spojených. Dále zajišťují nepřetržitou zdravotní péči, stravování, ubytování, poskytnutí informací, zajištění kontaktu se společenským prostředím, pomoc s chodem domácností a zajištění dalších úkonů v rámci péče o klienta. Služba je určena především pro klienty, kteří mají sníženou soběstačnost v důsledku svého zhoršeného zdravotního stavu a již nadále nemohou pobývat ve svém přirozeném prostředí. (Dvořáčková, 2012, s. 85 - 86)

Se vstupem platnosti Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění došlo k zániku penzionů pro seniory. Jejich provozovatelé mohli volit mezi přeměnou na domy s pečovatelskou službou nebo domovy pro seniory. Obecně můžeme konstatovat, že druhá varianta byla pro zřizovatele přijatelnější z ekonomického hlediska i z pohledu zvyšující se poptávky po této službě. Ovšem při porovnání skladby klientů v minulých penzionech a současných domovech pro seniory, můžeme vidět opačný efekt. Klienti v penzionech pro seniory byly převážně soběstačnější a samostatnější, kdežto do domovů pro seniory jsou v současnosti převážně přijímáni klienti v horším zdravotním stavu, s nižším stupněm soběstačnosti a s vyšším příspěvkem na péči. (Kalvach, 2011, s. 215)

Domovy pro seniory mohou dle Matouška projeviti svoji kvalitu v nabídce poskytovaných služeb. Kvalitní zařízení se vymezuje především schopností vytvořit vhodné prostředí pro své klienty a v rámci péče je schopno poskytovat dlouhodobou, komplexní péči, která zahrnuje ošetrovatelskou, zdravotní, sociální i hospicovou péči. Zároveň upřednostňuje pobyt v domově pro seniory než hospitalizaci v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Matoušek definuje: „*Domovy pro seniory jsou typickými institucemi s jasně vymezenou organizační strukturou, organizačním řádem, kompetencemi, posláním a cílem*“ (Matoušek, 2013, s. 435 - 436)

Nedílnou součástí poskytování sociálních služeb je její financování. Mezi hlavní zdroje financí v rezidenčních zařízeních patří platby a příspěvky na péči uživatelů, dále dotace se státního rozpočtu a finance pocházející z veřejného zdravotního pojištění. Dále se pouze okrajově na financování může podílet vedlejší hospodářská činnost zařízení či granty a dary. Herman dále specifikuje, že výše všech zmíněných zdrojů není jednotná a může se výrazně lišit. Závisí především na skladbě klientů v zařízeních a to především z hlediska stupně příspěvku na péči, druhu zřizovatele, na kvalitě poskytovaných služeb, lokalitě či dalších okolnostech. Stejně financování platí také pro domovy se zvláštním režimem. (Herman a kol., in Malíková, 2011, s. 60 - 61)

3.1.2 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem jsou také pobytovou sociální službou, které poskytují svým klientům celoroční komplexní péči. Od klasických domovů pro seniory se liší specifickými podmínkami, které vytváří pro své klienty. Jsou to klienti, kteří vyžadují zvláštní uspokojování svých potřeb z důvodu svého duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo pokročilých fázích demence. (Dvořáčková, 2012, s. 85)

Kalvach uvádí, že tento typ pobytové služby existoval i před rokem 2007. Rozdílem však bylo, že se tato služba poskytovala v klasických domovech důchodců ovšem formou ošetrovatelských lůžek. Jediným stanoveným kritériem bylo, že pokud klient potřeboval zvýšenou zdravotní péči, mohl být přesunut na takto vyčleněné lůžko či oddělení. Počet lůžek i organizace byla plně v rukou zařízení. (Kalvach, 2011, s. 216) V současnosti ke dni 31. 12. 2011 bylo registrováno 205 domovů se zvláštním režimem, přičemž specifikací této služby je, že je převážně provozována stejným zřizovatelem v totožném objektu jako domov pro seniory. (Matoušek, 2013, s. 434)

Péče o klienty v těchto zařízeních se specifickými podmínkami je v současnosti aktuálním tématem. Nejvíce kritiky se dle Kalvacha snáší na označení se zvláštním režimem, kdy převážně u rodiny klienta toto označení evokuje negativní význam. Probíhá také diskuze kolem přesného vymezení cílové skupiny klientů, ale také otázky týkající se dodržování základních práv a svobod člověka a jejich respektování. (Kalvach, 2011, s. 216)

3.1.3 Odlehčovací služby

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v platném znění definuje odlehčovací služby jako: „*terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění)

Doba pobytu se pohybuje mezi 1 až 3 měsíci v průměru. Ovšem stanovení doby pobytu je na vždy na rozhodnutí zřizovatele zařízení. Tato služba se v současnosti využívá především za účelem odpočinku, znovu nabití sil pečující osoby či rodiny – tuto formu definuje i zmíněný zákon. Druhý způsob je tzv. přechodný pobyt, který nastává v situaci, kdy se klientův zdravotní stav zhorší a vyžaduje hospitalizaci a následně ze zdravotnického zařízení již není možné klienta navrátit do jeho původního sociálního prostředí. Tento způsob je obdobný funkci odlehčovací služby před nabitím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění, kdy se využívalo označení tzv. přechodné ubytování. (Kalvach, 2011, s. 216) V registru poskytovatelů sociálních služeb je ke dni 1. 6. 2014 registrováno 279 poskytovatelů této služby. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014)

3.1.4 Domy s pečovatelskou službou

Domy s pečovatelskou službou jsou charakteristickým prvkem v rámci péče o seniory. Tato služba je i hojně využívána osobami se zdravotním postižením. Nesprávné je myslet si, že dům s pečovatelskou službou je pobytová služba. Jedná se o „*byty v domech zvláštního určení*“ ve kterých bydlí senioři nebo osoby se zdravotním postižením, kteří jsou schopni vést samostatný život ovšem s podporou pečovatelské služby v smlouvou stanovených úkonech. Velkým přínosem je setrvání klientů v jejich přirozeném sociálním prostředí a tím i dodržení soukromí a intimity klientů.

Můžeme konstatovat, že osoby bydlící v domě s pečovatelskou službou tvoří komunitu, která si je blízká svými vlastnostmi, věkem, zájmy i potřebami. I z tohoto důvodu má

většina těchto zařízení společnou jídelnu či další prostory jako společenskou místnost nebo studovnu, což přirozeně podporuje soudržnost této komunity. (Kalvach, 2011, s. 217)

3.1.5 Sociální služby a lůžka ve zdravotnických zařízeních

Dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění se mohou poskytovat sociální služby také ve zdravotnickém zařízení. Sociální lůžka jsou určena klientům, kteří jsou hospitalizováni, avšak nevyžadují přímou zdravotní ústavní péči, jejich hospitalizace je pouze sociální. Tito klienti nejsou schopni samostatného života a k uspokojování svých potřeb potřebují pomoc druhé fyzické osoby, tudíž jejich propuštění ze zdravotnického zařízení je nemožné. Klienti mohou pobývat na sociálních lůžkách do té doby, než je zabezpečeno jejich další žití ve vhodném zařízení či pod dohledem jiné osoby. (Kalvach, 2011, s. 217) Ke dni 31. 12. 2012 bylo registrováno 102 zařízení ústavní péče s 1 795 sociálními lůžky. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012)

3.2 Rezidenční zdravotní zařízení

Rezidenční neboli pobytová zdravotnická zařízení jsou důležitým článkem v celé soustavě zdravotnických zařízení. Název mé bakalářské práce obsahuje název odborný léčebný ústav, což je zařízení, které společně s nemocnicemi řadíme mezi instituce poskytující lůžkovou péči. Odborné léčebné ústavy jsou specializované svoji péčí a mimo léčeben pro dlouhodobě nemocné sem patří také psychiatrické léčebny, léčebné rehabilitační ústavy či různá sanatoria. (Vurm a kol., 2007, s. 31 – 32)

3.2.1 Léčebny pro dlouhodobě nemocné

Kalvach označuje léčebny pro dlouhodobě nemocné společně s nemocnicemi následně péče jako „nejčastější označení zdravotnických zařízení, která se zabývají péčí o pacienty se stanovenou diagnózou i léčbou, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, nevyžaduje akutní nemocniční péči, ale současně neumožňuje ani propuštění do péče domácí. (Kalvach a kol., 2011, s. 220)

Současně také poukazuje na dlouhodobou problematiku dosud nefungující zdravotně sociální péče. Je to spíše formální, ovšem důležitý a dlouhodobě neřešený problém. Prvotní příčina se objevila v roce 1992, kdy došlo k rozdělení dvou sektorů – zdravotního a sociálního. Od tohoto mezníku tyto dva sektory nejsou propojené, provázané a každý se soustředí pouze na svoji péči. Kalvach uvádí, že rozpor vznikl v situaci, kdy došlo k vymezení kompetencí jednotlivých ministerstev a tím došlo k oddělení zdravotní a sociální péče.

Je chybou, že tyto dvě oblasti nejsou spjaty dohromady a to hlavně z důvodu, že klienti sociálních i zdravotnických zařízení a služeb mají vždy zdravotní i sociální potřeby. Na základě těchto jevů dochází k snižování péče, destabilizaci odpovědnosti a ke konfliktům, ale i k problémům v oblasti sociální péče ve zdravotnickém zařízení a jejich následnému financování. (Kalvach a kol., 2011, s. 221)

V bakalářské práci jsem se zaměřila na klienty v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech – tedy v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Matoušek poukazuje na nesprávnou funkci léčeben pro dlouhodobě nemocné, které se z důvodu nedostatečné návaznosti na další služby, stávají zařízením kumulující především geriatrické pacienty, jejichž hospitalizace trvá spíše ze sociálních důvodů než ze zdravotních. Tito neumístitelní pacienti – klienti nejenže blokují lůžko dalším osobám, ale vykazují výraznější financování pro zařízení. Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou zdravotnické zařízení, tudíž nemají kompetence ani prostředky k řešení sociálních problémů svých pacientů – klientů. (Matoušek a kol., 2011, s. 100) Ke dni 31. 12. 2012 bylo v České republice registrováno celkem 158 odborných léčebných ústavů, z toho 73 léčeben pro dlouhodobě nemocné. V jihomoravském kraji se nachází celkem 9 odborných léčebných ústavů, z toho jsou 2 léčebny pro dlouhodobě nemocné, ve kterých proběhlo dotazníkové šetření v rámci výzkumné části této bakalářské práce. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012)

Dle Kalvacha skladba klientů – pacientů v obou těchto zařízeních je shodná. Klienti vykazují známky zhoršujícího se funkčního i zdravotního stavu, sníženou soběstačností i sebeobsluhou. Mají i stejné potřeby v oblasti zdravotní, sociální a ošetrovatelské péče. Primární i formální cílovou skupinou pro léčebny dlouhodobě nemocné tvoří geriatrickí pacienti, ovšem ve většině případů nevhodné koordinace systému dochází k tomu, že se v těchto zařízeních hospitalizují i lidé mladšího věku nebo lidé umírající. V současné době můžeme dle ústavních standardů rozdělit léčebny dlouhodobě nemocných rozdělit na zařízení dle typu režimu na léčebný režim, který je zaměřen na stabilizaci zdravotního stavu u osob, kteří mají opakovanou dekompenzaci onemocnění. Druhým typem je ošetrovatelský režim s cílem provádění kvalitní ošetrovatelské péče u imobilních osob a výkonů s tím spojených. Rehabilitační režim je zaměřen na rehabilitaci, nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti, ale i na nácvik používání kompenzačních a protetických pomůcek a posledním typem je paliativní režim. (Kalvach a kol., 2011, s. 220 - 221)

3.2.2 Hospic

„Hospic je lůžkové zdravotně – sociální zařízení pro paliativní péči o pacienty se závažným, kauzálně neléčitelným utrpením, především při neléčitelném, život ohrožujícím onemocnění, v užším slova smyslu péči o umírající pacienty“. (Matoušek, 2013, s. 438)

Prioritním posláním hospiců je v současné době pomoc umírajícím lidem, poskytnutí doprovodu v jejich závěrečné etapě života spolu s kontinuálním respektováním lidské individuality a etických principů. Jako nejdůležitějším cílem u umírajících klientů je uváděno jejich smíření se smrtí, urovnání všech záležitostí, zhodnocení a pochopení smyslu prožitého života a důstojný odchod. V hospicích je primárně poskytovaná hospicová a paliativní péče a v některých případech dochází k jejich záměně. Hospicovou péčí můžeme charakterizovat dle Matouška jako péči o umírající klienty v terminálních stádiích a s předpokládanou smrtí do šesti měsíců. Hospicová péče zohledňuje duševní, psychosociální stránku člověka. Paliativní péče zahrnuje především léčebné úkony, jako např. tlumení bolesti, která se poskytuje trpícím klientům bez ohledu na předpověď rozvoje onemocnění do budoucnosti. (Matoušek, 2013, s. 438 – 439) Ke dni 31. 12. 2012 bylo v České republice registrováno 16 hospiců, v jihomoravském kraji se z celkového počtu nacházejí 2 hospice. (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012)

Z dostupné historie můžeme vyvodit, že první hospic v zemích mimo rozvojové byl hospic St. Christopher neboli Svatého Kryštofa v Londýně. Tento hospic byl založen roku 1967 Cicely Saundersovou a tento popud začaly vznikat další hospicová zařízení v řadě dalších zemí. V České republice mezi nejstarší a zároveň u nás jako první založený byl v roce 1996 hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který založila Marie Svatošová. Tato uznávaná osobnost paliativní a hospicové péče ovlivnila další průběh a vývoj této péče. (Matoušek, 2013, s. 438 – 439)

II. Výzkumná část

Ve výzkumné části bakalářské práce na téma Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech je představeno zpracování metodické stránky a vyhodnocení dat zjištěných z dotazníkového šetření.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jak hodnotí respondenti dodržování soukromí a zachování intimity v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech?
2. Jakým způsobem je z pohledu respondentů zajištěno dodržování soukromí a zachována intimita v sociálních a zdravotnických rezidenčních zařízeních?
3. Jaké nejčastější nedostatky spatřují respondenti při poskytování péče personálem zařízení v oblasti fyziologických potřeb s ohledem na soukromí a intimitu?
4. Jaké další zázemí či prvky sloužící k zajištění soukromí a intimity jsou nabízeny respondentům v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech?

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

V rámci této bakalářské práce byl proveden kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, které probíhalo v rámci čtyř zařízení. Pro výzkum byly vybrány 2 zařízení sociální – domovy pro seniory a 2 zařízení zdravotní – odborné léčebné ústavy konkrétně léčebny pro dlouhodobě nemocné. Dotazníkové šetření probíhalo v období listopadu 2013 až února 2014. Všechna zařízení mají působnost v Jihomoravském kraji a jejich prioritou je péče o seniory. Výzkumný nástroj představovalo dotazníkové šetření, jehož respondenty byli právě senioři v jednotlivých zařízeních. Dotazník byl konstruován vzhledem k charakteristickým rysům cílové skupiny. Celkem dotazník obsahoval 21 otázek zaměřující se na různé oblasti soukromí a intimity. V dotazníku se objevují otázky identifikační zjišťující pohlaví, věk, míru soběstačnosti dle Barthelova testu, v jakém typu zařízení se klient nachází a jaká je délka jeho pobytu či hospitalizace v zařízení. Tyto otázky byly zařazeny na začátek dotazníku. Následují otázky uzavřené (6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21), polootevřené (8, 10) a otázky škálového charakteru (18, 19). Data byla vyhodnocována deskriptivní statistikou v programu Microsoft Excel 2010 a s jeho využitím u popisu každé dotazníkové otázky byla stanovena absolutní četnost (ni) a relativní četnost v % (fi).

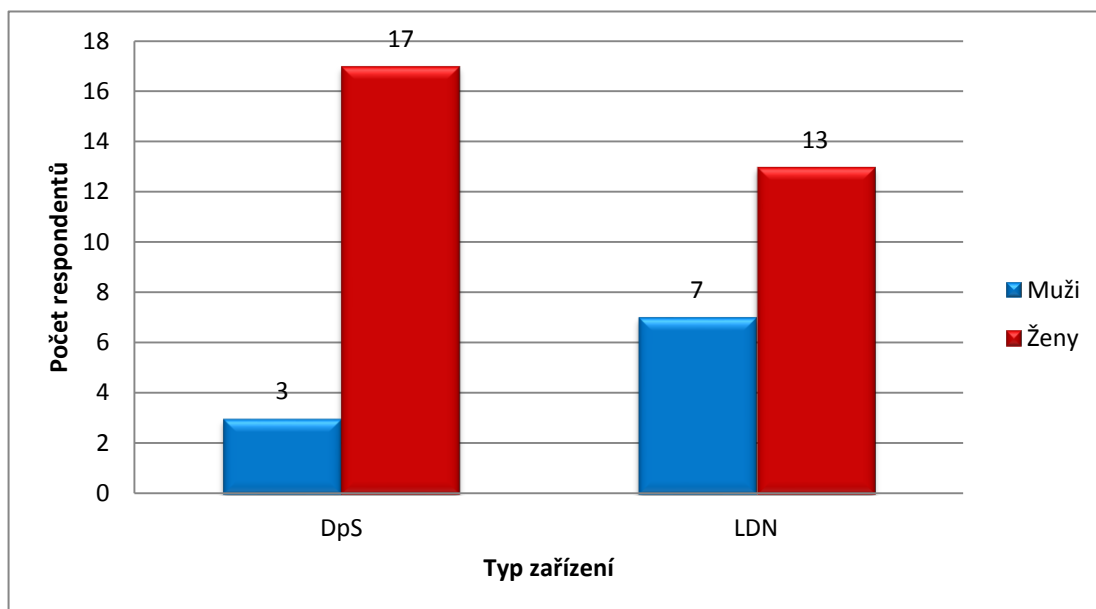
Výzkumným vzorkem dotazníkového šetření byli pacienti – klienti v obou typech zařízení. Celkový počet dotazníků činil 40, tudíž na každé zařízení připadlo 10 dotazníků. Dotazníkové šetření bylo anonymní a každý respondent byl poučen o anonymitě, o důležitosti podání pravdivých informací a o účelu jejich sběru. Výzkum byl organizován a proveden mojí osobou. Každé zařízení mi umožnilo vstup a volný pohyb po zařízení a doporučilo mi určité klienty. Výběr klientů byl tedy záměrný. Z důvodu mého neutrálního postavení vůči všem čtyřem zúčastněným zařízením a správné edukaci respondentů jsem se snažila zamezit přítomnost úmyslného zamlčování či strachem ovlivněných odpovědí ze strany respondentů. Jelikož jsem dotazníky s klienty vyplňovala osobně, byla návratnost 100 %. Celkově výzkum tvořilo 10 mužů a 30 žen.

6 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka č. 1: Vaše pohlaví

a) Muž

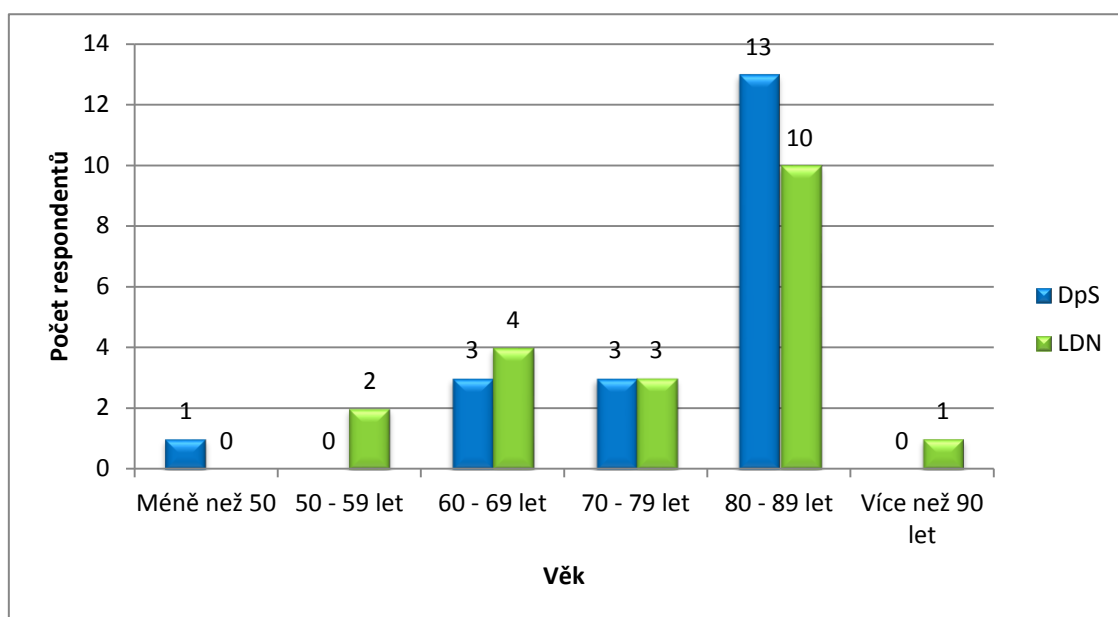
b) Žena



Obrázek 1 Graf znázorňující rozložení respondentů dle pohlaví

Otázka č. 1 byla zaměřena na rozložení mužů a žen v dotazníkovém šetření. V obou typech zařízení převažovaly ženy. V domovech pro seniory se dotazníkového šetření zúčastnilo 17 (85 %) žen a 3 (15 %) mužů. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné to bylo 13 (65 %) žen a 7 (35 %) mužů viz Obrázek 1.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



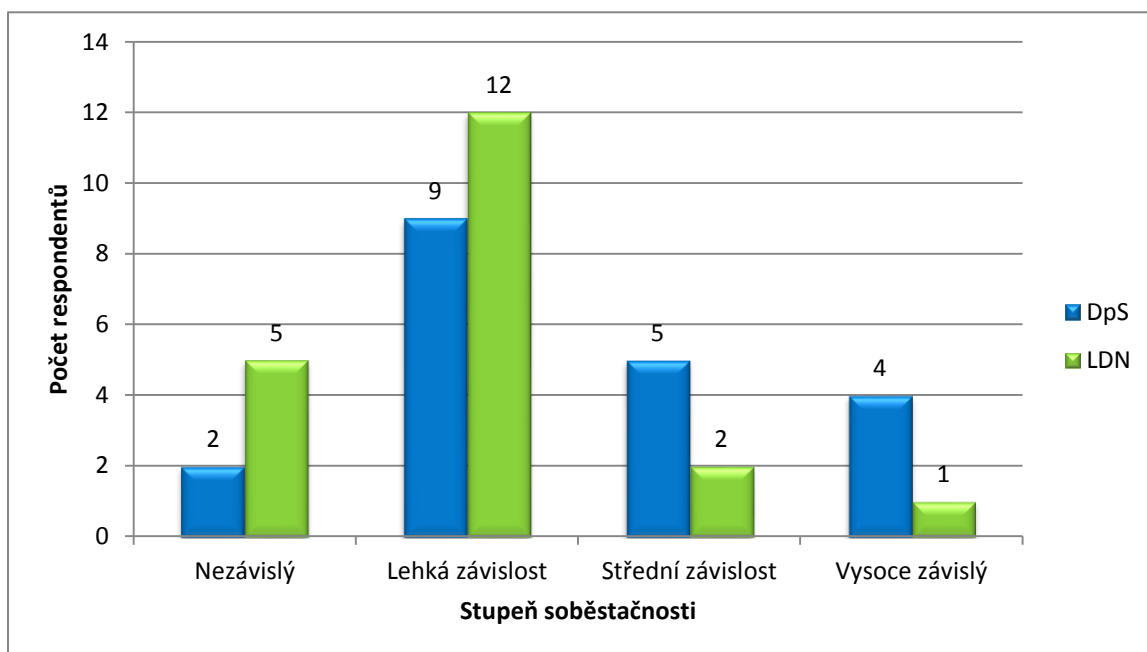
Obrázek 2 Graf znázorňující rozložení respondentů podle věku

Otázka č. 2 zjišťovala věkové rozložení respondentů v obou typech zařízení. V domovech pro seniory byl 1 (5 %) respondent mladší 50 let. V skupině 50 – 59 let zde nebyl žádný respondent. 3 (15 %) byli ve věku 60 – 69 let, 3 (15 %) ve věku 70 – 79 let, patrně nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 80 – 89 let 13 (65 %) a ve skupině nad 90 let nebyl žádný respondent. Průměrný věk respondentů v domovech pro seniory byl 78,7 let.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné ve skupině méně než 50 let nebyl žádný respondent, ve věku 50 – 59 let byli 2 (10 %), ve věku 60 – 69 let byli 4 (20 %) respondenti. Ve skupině 70 – 79 let se účastnili 3 (15 %), 80 – 89 let byl největší počet respondentů a to 10 (50 %) a nad 90 let byl 1 (5 %) respondent viz Obrázek 2. Průměrný věk v léčebnách pro dlouhodobě nemocné byl 75,7 let.

Otázka č. 3: Hodnocení soběstačnosti dle Barthelova testu základních všedních činností

- a) 96 – 100 = nezávislý klient
- b) 65 – 95 = lehká závislost
- c) 45 – 60 = střední stupeň závislosti
- d) 0 – 40 = vysoce závislý klient



Obrázek 3 Graf znázorňující rozložení respondentů podle stupně soběstačnosti

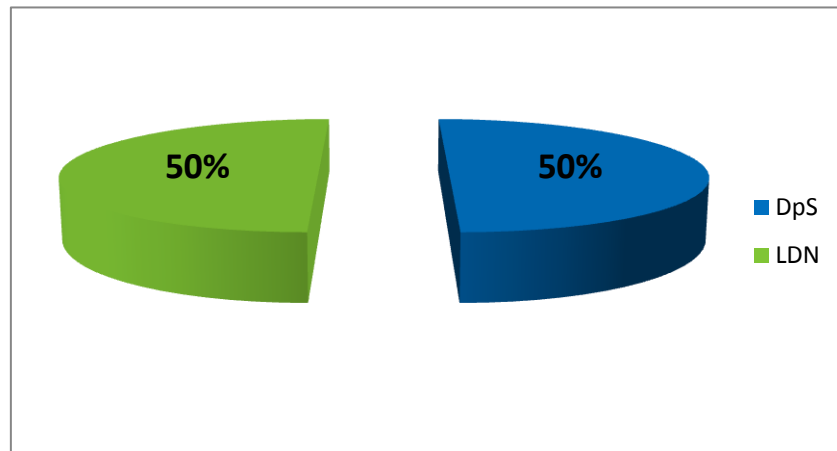
Otázka č. 3 zjišťovala stupeň soběstačnosti u respondentů v obou typech zařízení. Stupeň soběstačnosti byl hodnocen podle Barthelova testu základních všedních činností podle aktuálního zdravotního stavu respondenta. V domovech pro seniory se výzkumu zúčastnili pouze 2 (10 %) respondenti nezávislý, nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s lehkou závislostí a to 9 (45 %), 5 (25 %) byli se středním stupněm závislosti a 4 (20 %) byli respondenti s vysokým stupněm závislosti.

Naopak v léčebnách pro dlouhodobě nemocné bylo 5 (25 %) respondentů nezávislých, 12 (60 %) s lehkým stupněm závislosti, 2 (10 %) se středním stupněm závislosti a 1 (5 %) respondent byl hodnocen jako vysoce závislý, jak můžeme vidět na Obrázku 3.

Otázka č. 4: Typ zařízení

a) Domov pro seniory

b) Odborný léčebný ústav

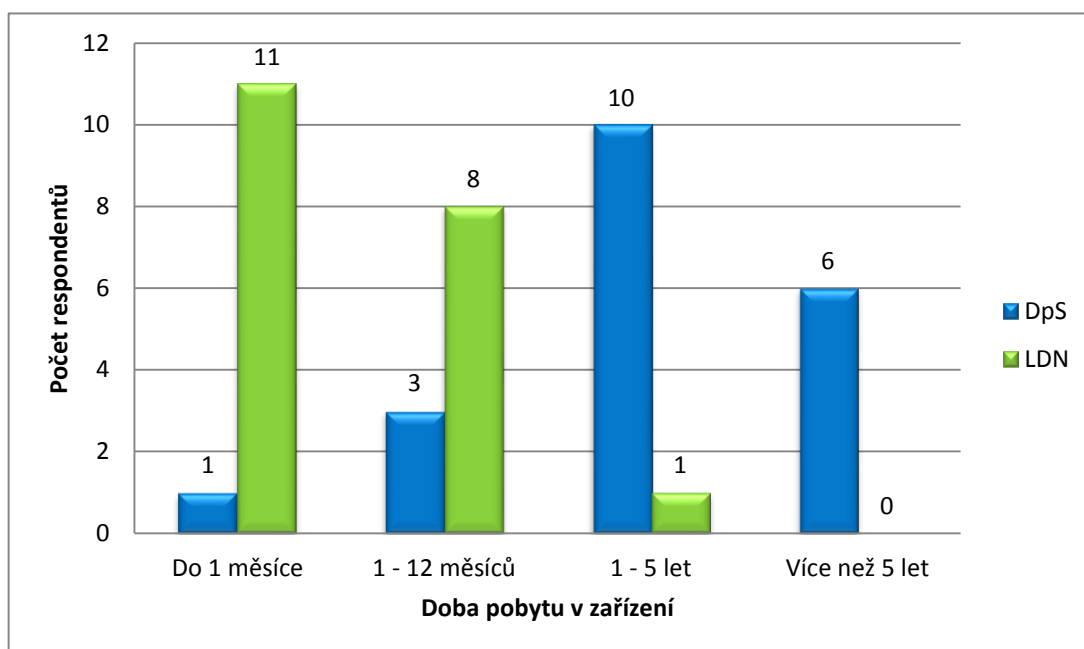


Obrázek 4 Graf znázorňující rozložení dle typu zařízení

Otázka č. 4 se vztahovala k typu zařízení, ve kterém se respondenti aktuálně nachází. Vzhledem k rovnoměrnému rozložení dotazníků do všech zařízení a k osobnímu vedení při vyplňování byla návratnost 100 %. Z každého zařízení byla návratnost 10 dotazníků.

Na Obrázku 4 můžeme vidět, že 20 respondentů (50 %) se nacházelo v domovech pro seniory a 20 respondentů (50 %) bylo hospitalizováno v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Otázka č. 5: Jak dlouho jste nyní v tomto zařízení?



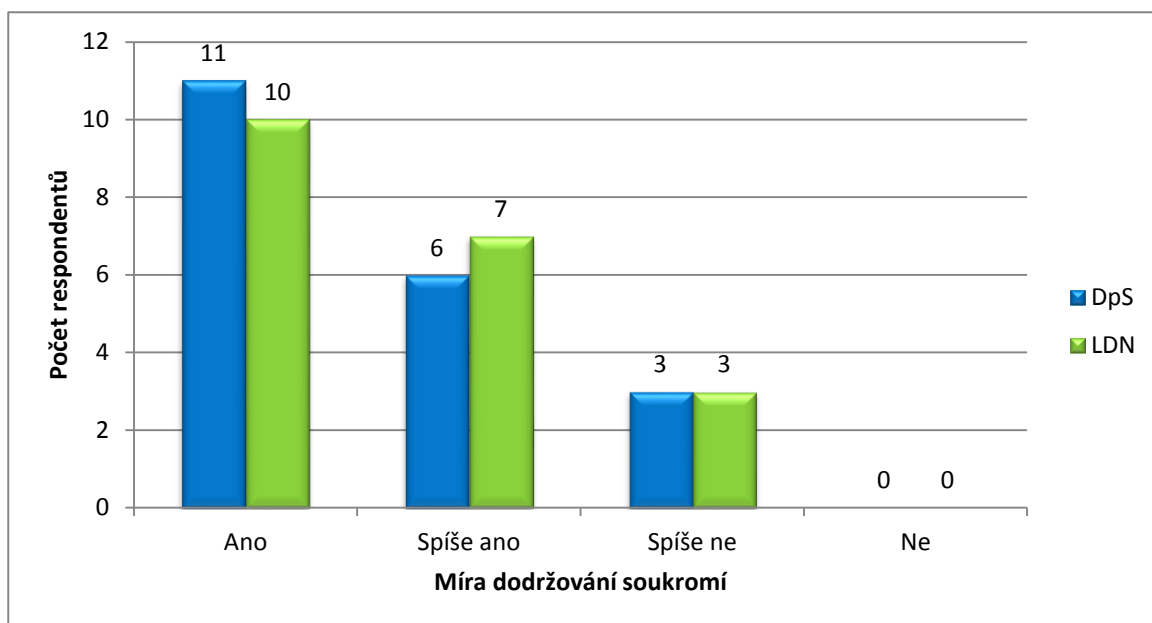
Obrázek 5 Graf znázorňující délku pobytu v zařízeních

Otázka č. 5 zjišťovala délku pobytu v obou typech zařízení. Výsledky byly rozdílné ovšem typické pro oba typy zařízení. V domovech pro seniory byli respondenti ve většině případů mnohem déle než v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Pouze 1 (5 %) respondent byl v domovech pro seniory po dobu kratší než 1 měsíc. 3 (15 %) respondenti zvolili možnost 1 – 12 měsíců. Nejvíce respondentů a to 10 (50 %) obývá domov pro seniory v době od 1 – 5 let a více než 5 let zvolilo 6 (30 %) respondentů.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné vidíme opačnou sestupnou tendenci než v domovech pro seniory. Do 1 měsíce bylo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 11 (55 %) respondentů, 8 (40 %) v době 1 – 12 měsíců a pouze 1 (5 %) respondent zvolil možnost 1 – 5 let. Více než 5 let nezvolil žádný respondent. Výsledky jsou uvedeny na Obrázku 5.

Otázka č. 6: Je, dle Vašeho názoru, v tomto zařízení adekvátně dodržováno soukromí a zachována intimita?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



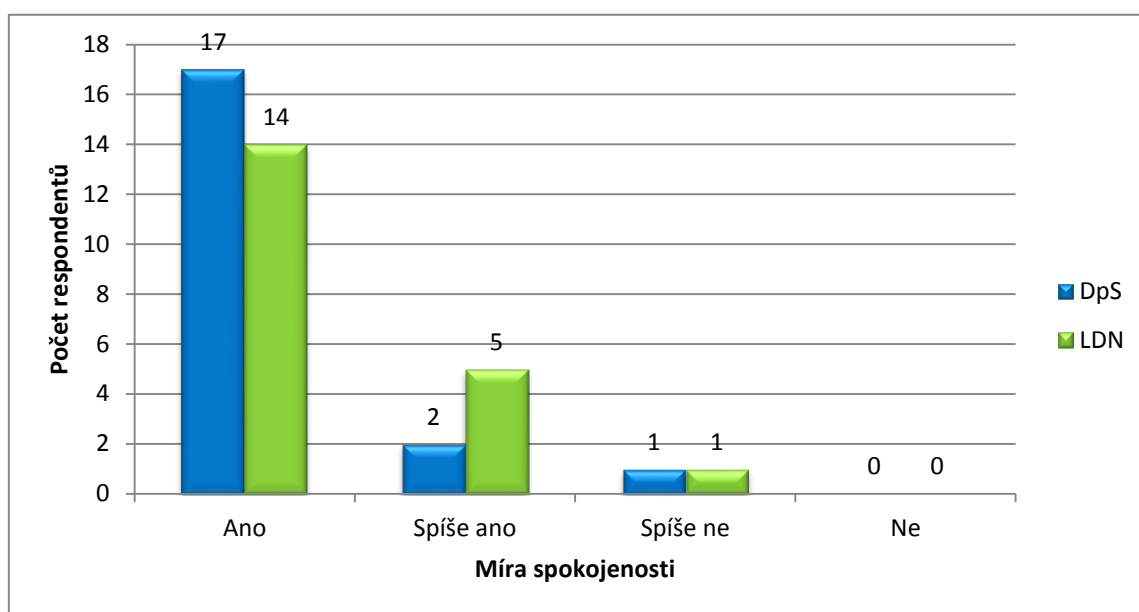
Obrázek 6 Graf znázorňující dodržování soukromí a intimity

Otázka č. 6 zjišťovala, zda je podle respondentů v daném zařízení adekvátně dodržováno soukromí a intimita. Tato otázka byla ryze subjektivní. V domovech pro seniory 11 (55 %) respondentů uvedlo, že soukromí a intimita jsou adekvátně dodržovány. 6 (30 %) respondentů si myslí, že spíše ano a 3 (15 %) spíše ne.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné byly výsledky obdobné. 10 (50 %) uvedlo ano, 7 (35 %) spíše ano a 3 (15 %) spíše ne v otázce zajištění soukromí a intimity. V obou typech zařízení žádný respondent neuvedl možnost ne, čímž by dal najevo, že v zařízení není adekvátně dodržováno soukromí a intimita, jak vidíme na Obrázku 6.

Otázka č. 7: Jste spokojen/a s chováním personálu, co se týče zajišťování soukromí a intimity?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



Obrázek 7 Graf znázorňující spokojenost se zajištěním soukromí a intimity

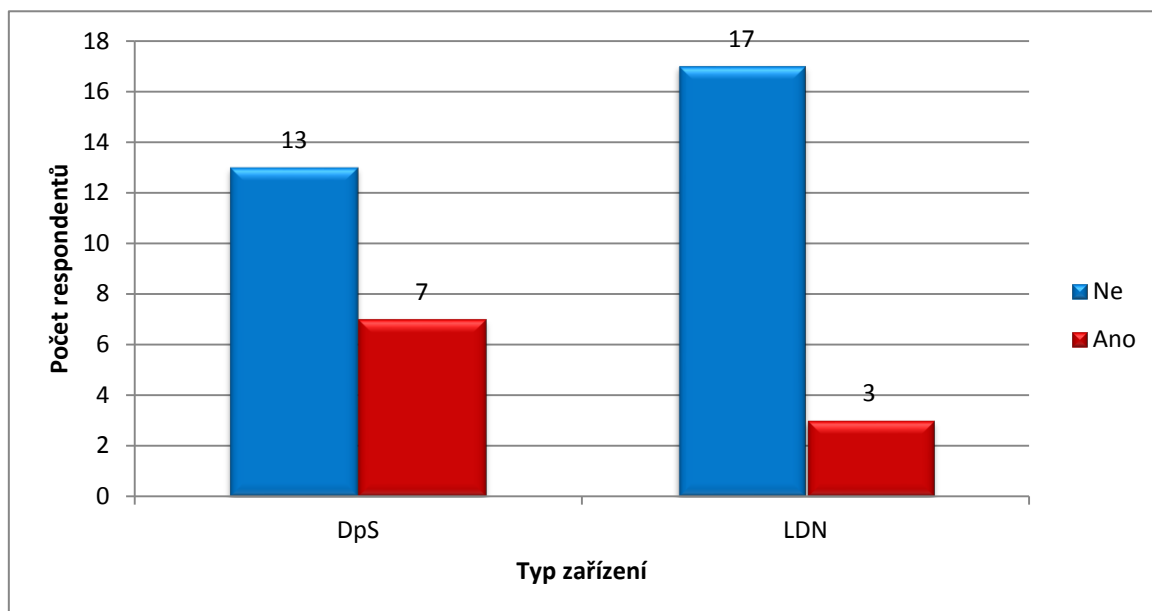
Otázka č. 7 zjišťovala spokojenost respondentů s chováním personálu v oblasti dodržování a respektování soukromí a intimity. Výsledky jsou podobné. V domovech pro seniory převážná část respondentů celkem 17 (85 %) udává ano, že jsou spokojeni s dodržování soukromí a intimity ze strany personálu. 2 (10 %) udává spíše ano a 1 (5 %) respondent hodnotí, že spíše není spokojen se zajištěním dodržování těchto potřeb.

Obdobné jsou výsledky i v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, kde 14 (70 %) respondentů je spokojena s chováním personálu, 5 (25 %) respondentů udává spíše ano a pouze 1 (5 %) respondent spíše není spokojen s chováním personálu, co se týče zajištění soukromí a intimity. Žádný respondent nevedl nespokojenost s chováním personálu. Zobrazení na Obrázku 7.

Otázka č. 8: Myslíte si, že Vaše soběstačnost v rámci mobility ovlivňuje to, jak pracovníci tohoto zařízení dodržují Vaše soukromí a intimitu?

a) Ne

b) Ano – Proč?



Obrázek 8 Graf znázorňující vztah mobility, soukromí a intimity

Otázka č. 8 měla za úkol zjistit názor respondentů, zda jejich soběstačnost je faktorem, který ovlivňuje péči ze strany personálu v oblasti soukromí a intimity. 13 (65 %) respondentů v domovech pro seniory odpovědělo ne a 7 (35 %) odpovědělo ano.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné 17 (85 %) respondentů odpovědělo ne a pouze 3 (15 %) udali možnost ano, že soběstačnost v rámci mobility ovlivňuje přístup personálu v oblasti zajištění soukromí a intimity viz Obrázku 8.

Tabulka 1 Odpovědi respondentů

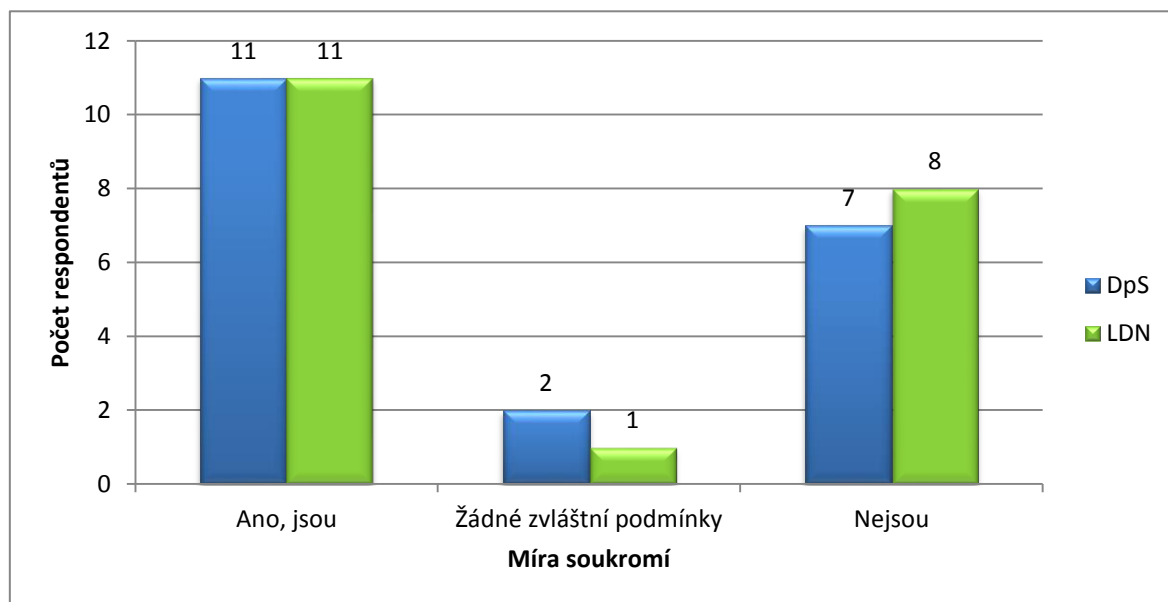
Odpověď	DpS		LDN	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Slovní odpověď neuvedena	2	20	1	10
Horší zdravotní stav - těžší práce	3	30	1	10
Raději se nespolehat na personál	0	0	1	10
Nejsem schopen posoudit	2	20	0	0

Celkem 10 respondentů označilo možnost ano, a tudíž měli možnost se slovně vyjádřit proč. 2 (20 %) respondenti v domovech pro seniory a 1 (10 %) respondent v léčebně pro dlouhodobě nemocné nevyužili možnost slovně se vyjádřit. 3 (30 %) respondenti v domovech pro seniory a 1 (10 %) respondent v léčebnách pro dlouhodobě nemocné slovně vyjádřili názor čím horší zdravotní stav, tím má ošetřující personál více práce. 1 (10 %) respondent v léčebnách pro dlouhodobě nemocné napsal, že se raději nemá spolehat na pomoc personálu a spíše preferovat vlastní síly. 2 (20 %) respondenti v domovech pro seniory uvedli svoji neschopnost posouzení. Slovní odpovědi jsou uvedeny v Tabulce 1.

Otázka č. 9: Jsou Vám zajištěny patřičné podmínky soukromí při vyprazdňování?

- a) Ano, jsou
- b) Nevyžadují žádné zvláštní podmínky
- c) Nejsou

Pokud jste odpověděli na otázku č. 9 ANO, pokračujte na otázku č. 11.



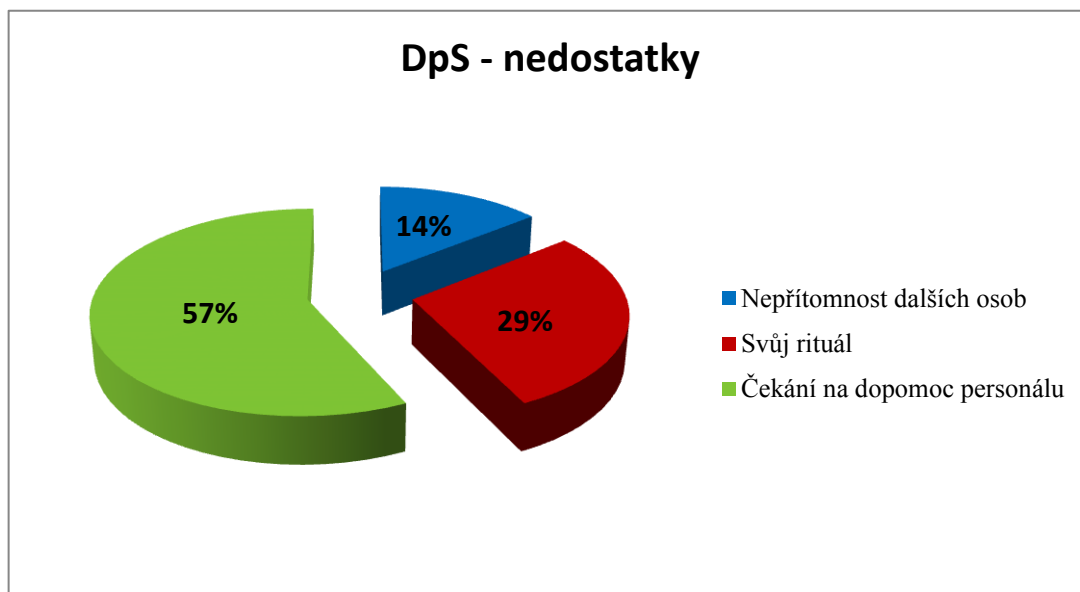
Obrázek 9 Graf znázorňující zajištění podmínek soukromí a intimity při vyprazdňování

Otázka č. 9 zjišťovala, zda jsou klientům v obou typech zařízení zajištěny adekvátní podmínky k vyprazdňování. Nejčastěji totiž dochází k porušování soukromí a intimity právě v oblasti výkonu fyziologických potřeb. Výsledky jsou podobné. V domovech pro seniory 11 (55 %) respondentů uvedlo, že jim jsou zajištěny patřičné podmínky soukromí při vyprazdňování. 2 (10 %) respondenti nevyžadují žádné zvláštní podmínky a 7 (35 %) respondentů uvedlo, že jim nejsou zajištěny patřičné podmínky soukromí.

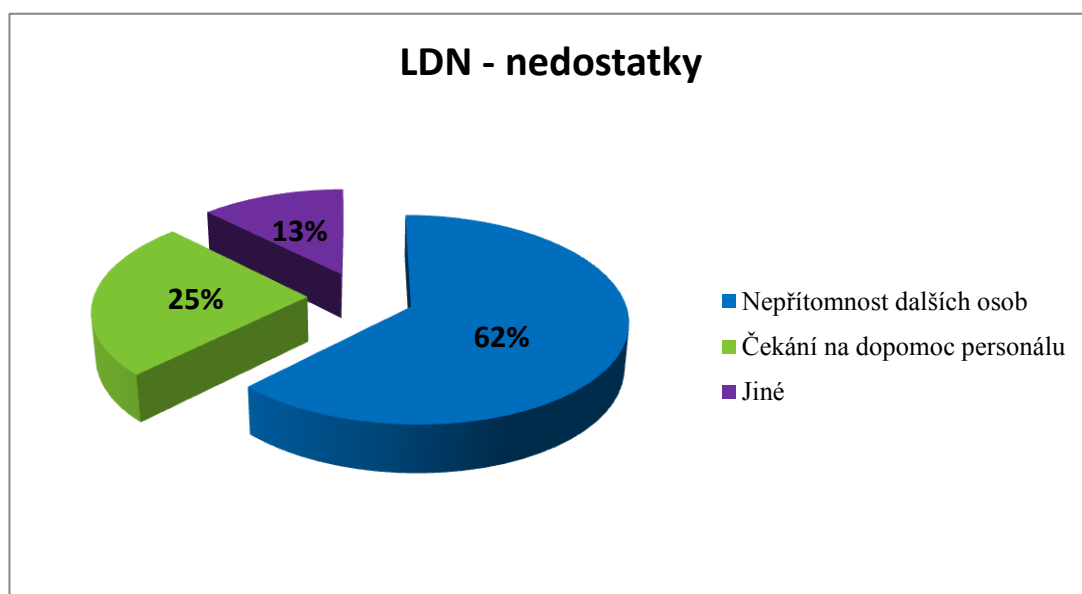
V léčebnách pro dlouhodobě nemocné stejně jako v domovech pro seniory 11 (55 %) respondentů má zajištěné podmínky soukromí, 1 (5 %) respondent nevyžaduje žádné zvláštní podmínky a 8 (40 %) respondentů nemá zajištěny patřičné podmínky soukromí při vyprazdňování. Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 9. Na tuto otázku volně navazuje otázka č. 10, která byla určena pro respondenty označující možnost c) nejsou.

Otázka č. 10: Odpověď/a jste, že Vám nejsou v zařízení zajištěny patřičné podmínky při vyprazdňování. Nyní prosím označte či dopište, co postrádáte při vyprazdňování?

- a) Ticho, klid
- b) Nepřítomnost dalších osob – soukromí
- c) Svůj rituál
- d) Čekání na dopomoc personálu
- e) Jiné -



Obrázek 10 Graf znázorňující nedostatky v DpS



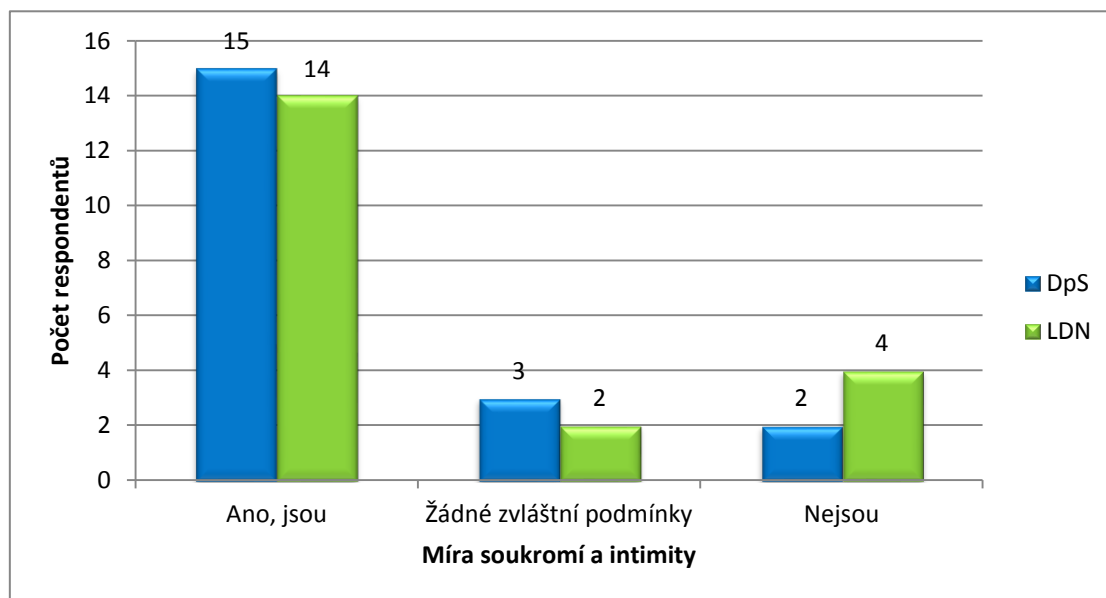
Obrázek 11 Graf znázorňující nedostatky v LDN

Otázka č. 10 byla navazující na otázku č. 9 pro 15 respondentů, kteří v ní uvedli nedostatečné zajištění patřičných podmínek při vyprazdňování. Úkolem otázky č. 10 bylo zjistit, co nejčastěji respondenti postrádají při vyprazdňování případně, jaké nedostatky dané zařízení v této oblasti vykazuje. V domovech pro seniory respondenti jako nejčastější nedostatek v oblasti vyprazdňování uváděli čekání na pomoc personálu 4 (57 %) po ukončení vyprazdňování. 2 (29 %) respondenti postrádali možnost provést svůj rituál, který napomáhá vyprazdňování a 1 (14 %) respondent uvedl nepřítomnost cizích osob, neboli soukromí viz Obrázku 10.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné byly výsledky odlišné. Celkem 5 (62 %) respondentů uvedlo nedostatečné soukromí při vyprazdňování, 2 (25 %) uvedli shodně možnost čekání na pomoc personálu a 1 (13 %) respondent uvedl možnost jiné. Využil i prostor pro vyjádření a k této možnosti uvedl nedostatečné technické zázemí koupelny jako ulomená madla, absence cedulek obsazeno/volno a celkové zhodnocení tohoto prostoru jako neudržované. Výsledky zobrazující nedostatky v léčebnách pro dlouhodobě nemocné viz Obrázek 11. Žádný respondent neoznačil možnost ticha a klidu jako nedostatku při vyprazdňování.

Otázka č. 11: Jsou Vám zajišťovány patřičné podmínky soukromí a intimity při provádění hygienické péče?

- a) Ano, jsou
- b) Nevyžadují žádné zvláštní podmínky
- c) Nejsou



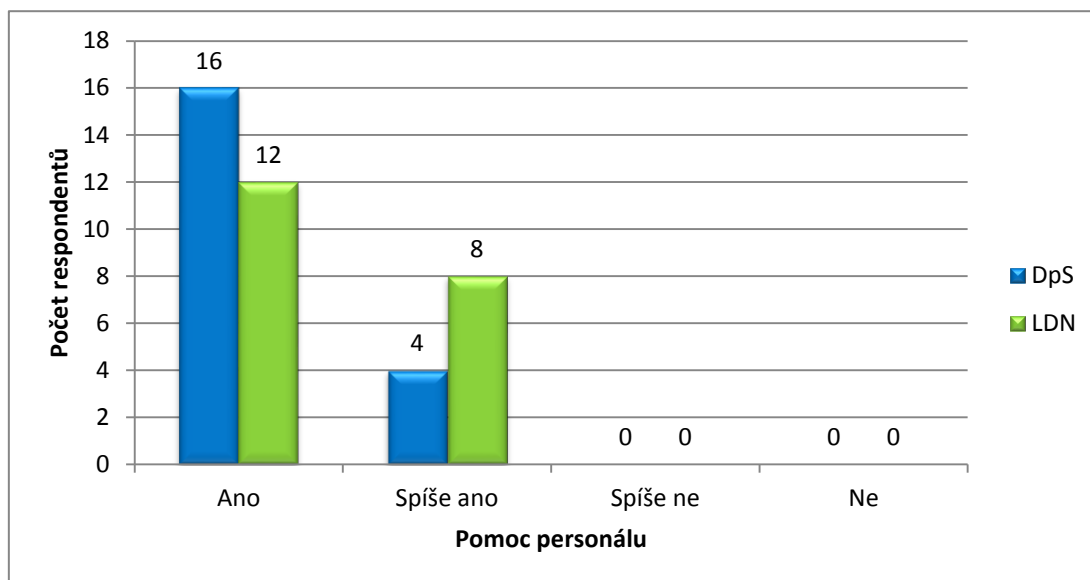
Obrázek 12 Graf znázorňující podmínky k výkonu hygienické péče

Tato otázka byla zaměřena opět na zajištění patřičných podmínek soukromí a intimity ovšem při provádění hygienické péče. V obou typech zařízení byly výsledky podobné. V domovech pro seniory nejvíce respondentů 15 (75 %) uvedlo, že mají zajištěné vhodné podmínky k provádění hygienické péče. 3 (15 %) respondenti nevyžadovali žádné zvláštní podmínky a 2 (10 %) respondenti nemají zajištěny patřičné podmínky.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné nejvíce respondentů 14 (70 %) zvolilo možnost a), tedy že ano, jsou jim zajištěny patřičné podmínky. 2 (10 %) respondenti nevyžadují žádné zvláštní podmínky a celkem 4 (20 %) respondenti nemají, zajištěny vhodné podmínky k výkonu hygienické péče viz Obrázek 12. Převážná část nespokojených respondentů, poukazovala na nedostatečné podmínky soukromí při hygienické péči na lůžku.

Otázka č. 12: Představte si situaci, že za Vámi přijde pracovník tohoto zařízení, že Vám provede či dopomůže v hygienické péči. Je tato péče poskytovaná v souladu s Vašimi představami?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



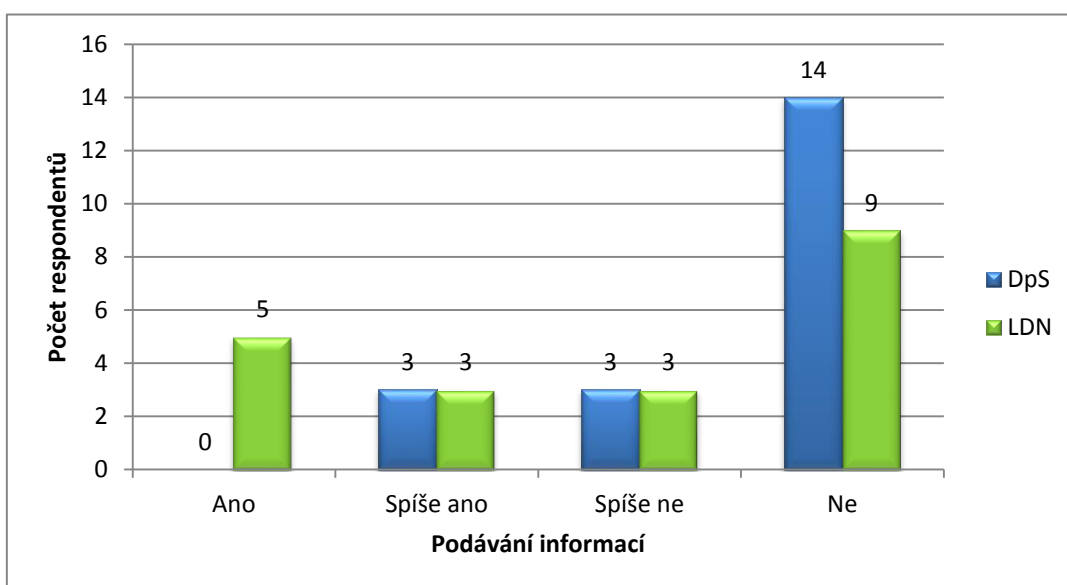
Obrázek 13 Graf znázorňující vztah představ respondenta s chováním personálu

Otázka č. 12 měla za úkol zjistit názor respondentů v oblasti chování personálu v rámci celkové péče v daných typech zařízení. Výsledky byly jednoznačné. V domovech pro seniory 16 (80 %), což je nadpoloviční většina zvolila možnost ano, tedy soulad poskytované péče s představami respondenta. 4 (20 %) uvedla možnost spíše ano. Žádný respondent neoznačil možnost spíše ne a ne.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné též většina 12 (60 %) respondentů uvedla naprostý soulad celkové péče s představami respondenta. 8 (40 %) respondentů uvedli možnost spíše ano. Stejně jako v domovech pro seniory žádný respondent nevedl možnost spíše ne a ne viz Obrázek 13.

Otázka č. 13: Jsou Vám sdělovány citlivé informace v přítomnosti jiných klientů či osob?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne



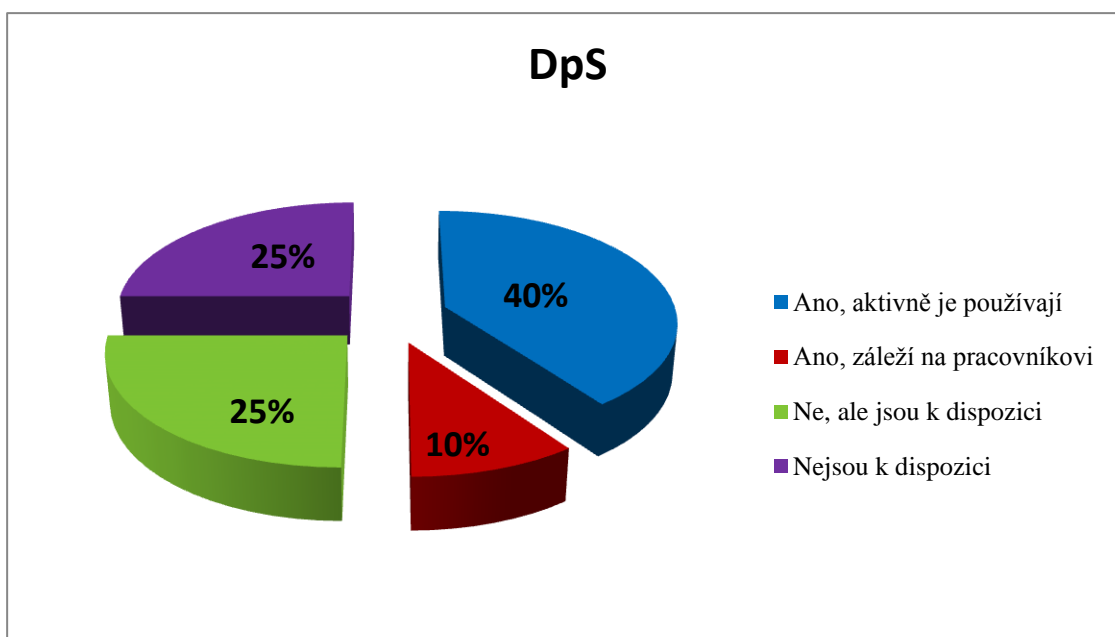
Obrázek 14 Graf znázorňující podávání citlivých informací

Otázka č. 13 se zabývala sdělováním informací ze strany personálu v přítomnosti jiných klientů/pacientů či externích osob. V domovech pro seniory žádný respondent neuvedl možnost ano, 3 (15 %) respondentů uvedlo spíše ano, což znamená, že byli svědkem této situace, ovšem není to rutinní záležitostí. 3 (15 %) respondentů uvedlo možnost spíše ne a nejvíce respondentů 14 (70 %) zvolili možnost ne.

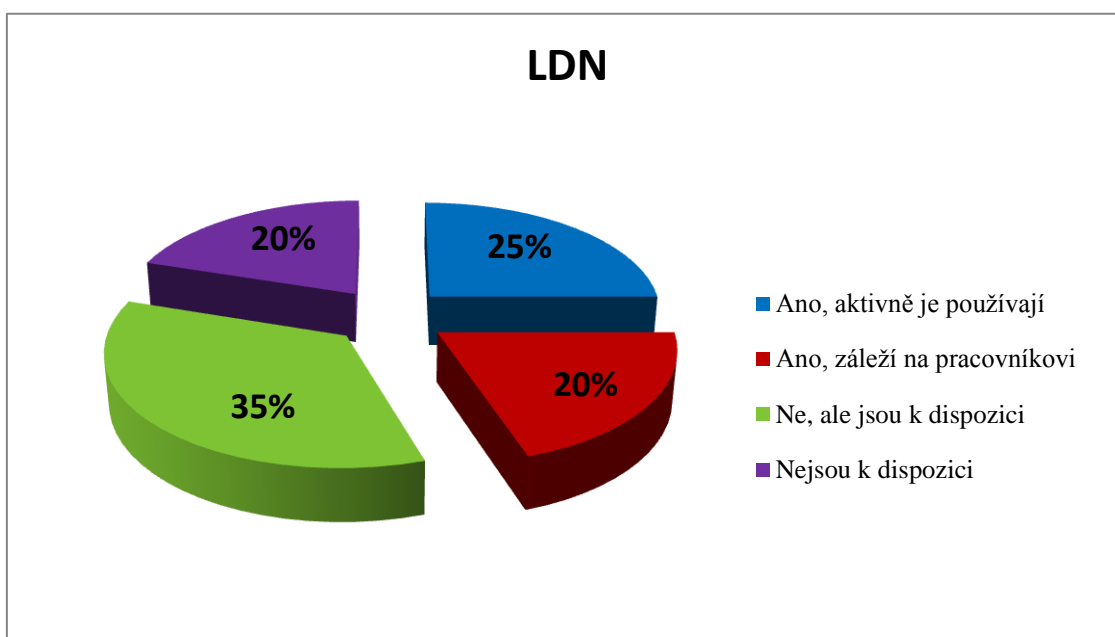
V léčebnách pro dlouhodobě nemocné 5 (25 %) respondentů uvedlo, že jim byly sdělovány informace v přítomnosti cizích osob, 3 (15 %) respondenti uvedli možnost spíše ano stejně jako 3 (15 %) označili možnost spíše ne. Celkem 9 (45 %) respondentů odpovědělo ne, nebyli svědkem sdělování citlivých informací v přítomnosti cizích osob. Vše je uvedeno na Obrázku 14.

Otázka č. 14: Používají pracovníci tohoto zařízení při poskytování péče u lůžek zástěny neboli plenty?

- a) Ano, aktivně je používají
- b) Ano, záleží na pracovníkovi
- c) Ne, ale jsou k dispozici
- d) Nejsou k dispozici



Obrázek 15 Graf znázorňující používání zástěn v DpS



Obrázek 16 Graf znázorňující používání zástěn v LDN

Otázka č. 14 zjišťovala, zda jsou přítomny a používány zástěny u lůžek neboli pleny, které dostatečným způsobem zajišťují soukromí a intimitu pacienta/klienta. V domovech pro seniory byla nejvíce respondenty zvolena možnost, kdy pracovníci zástěny neboli pleny aktivně používají a jsou k dispozici. Tuto možnost zvolilo 8 (40 %) respondentů. 5 (25 %) respondentů zvolilo možnost, že se pleny nepoužívají, ale jsou k dispozici a stejný počet respondentů 5 (25 %) zvolilo možnost nepřítomnost zástěn tudíž i jejich nepoužívání. 2 (10 %) respondenti uvedli, použití zástěn v závislosti na konkrétním pracovníkovi viz Obrázek 15.

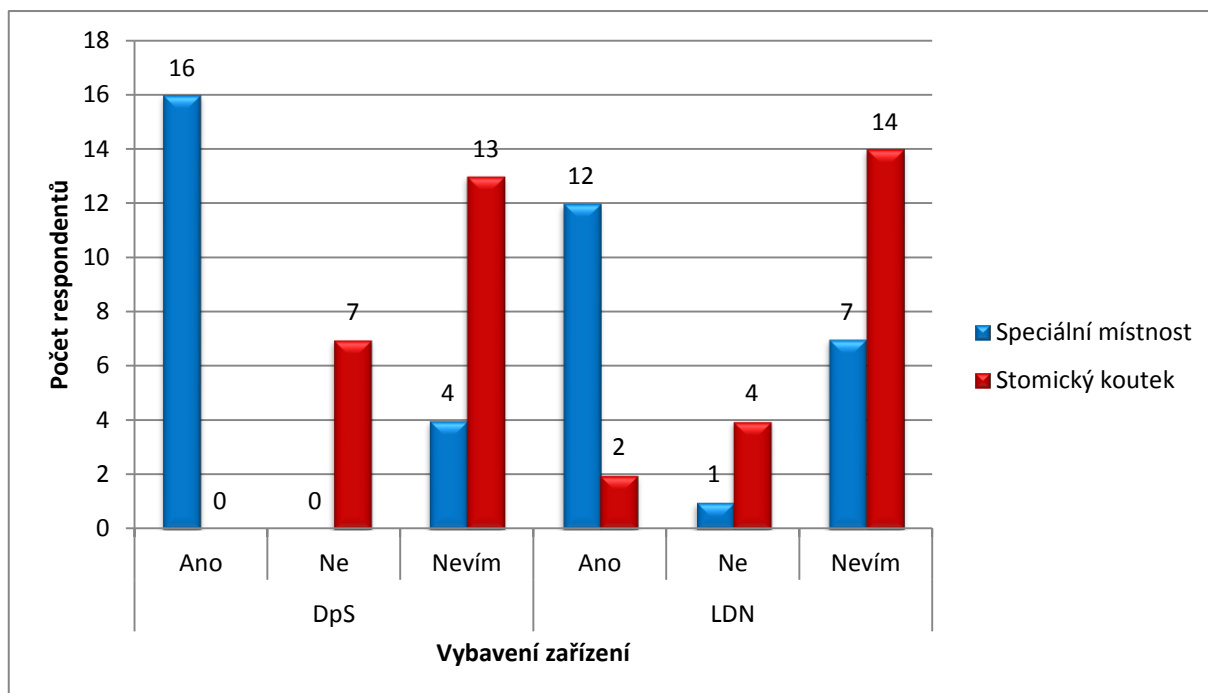
V léčebnách pro dlouhodobě nemocné 7 (35 %) respondentů uvedlo nepoužívání zástěn i přes jejich přítomnost. 5 (25 %) respondentů uvedlo aktivní používání zástěn na pokojích, 4 (20 %) respondenti zvolili možnost používání zástěn opět v závislosti na konkrétním pracovníkovi a stejný počet respondentů 4 (20 %) zvolilo možnost nepřítomnosti zástěn a jejich následné nepoužívání viz Obrázek 16.

Otázka č. 15 Je přítomna v tomto zařízení speciální místnost k zajištění soukromí a zachování intimity při vyprazdňování nebo hygienické péči či stomický koutek?

Speciální místnost a) Ano b) Ne c) Nevím

Stomický koutek a) Ano b) Ne c) Nevím

Pokud jste odpověděli NE/NEVÍM, pokračujte prosím na otázku č. 17.



Obrázek 17 Graf znázorňující existenci zázemí k zajištění soukromí a intimity

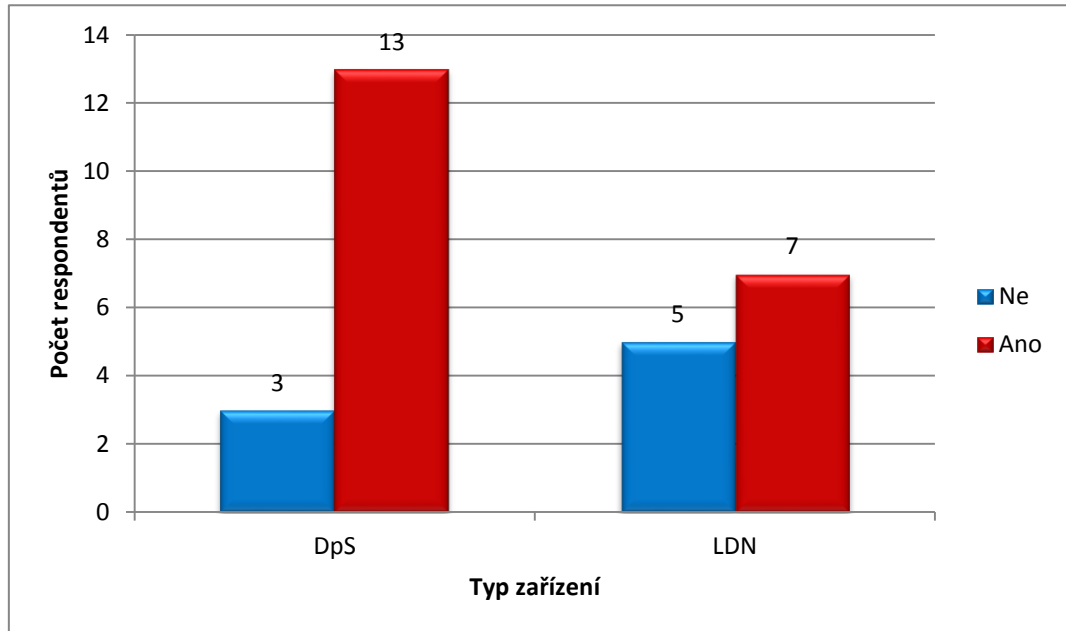
Otázka č. 15 zjišťovala existenci speciálních místností či stomických koutků v obou typech zařízení k zajištění soukromí pacientů/klientů. V domovech pro seniory 16 (80 %) respondentů zvolilo možnost ano, což znamená přítomnost speciální místnosti v zařízení a 4 (20 %) respondenti o této místnosti neví. Možnost ne, nebyla zvolena. Stomický koutek 7 (35 %) respondentů uvedlo, že není k dispozici a 13 (65 %) o jeho existenci neví. Možnost ano nebyla zvolena.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné 12 (60 %) zvolilo možnost ano, 1 (5 %) respondent zvolil možnost ne a 7 (35 %) respondentů neví, zda je v zařízení speciální místnost k zajištění soukromí. 2 (10 %) respondenti vědí o existenci stomického koutku, 4 (20 %) respondenti naopak zvolili možnost ne a celkem 14 (70 %) respondentů neví, zda je přítomen v zařízení stomický koutek. Výsledky jsou zobrazeny na Obrázku 17.

Otázka č. 16: Na otázku č. 15 jste odpověděl/a ANO. Nyní prosím uveďte, zda tuto speciální místnost nebo stomický koutek využíváte?

a) Ano

b) Ne



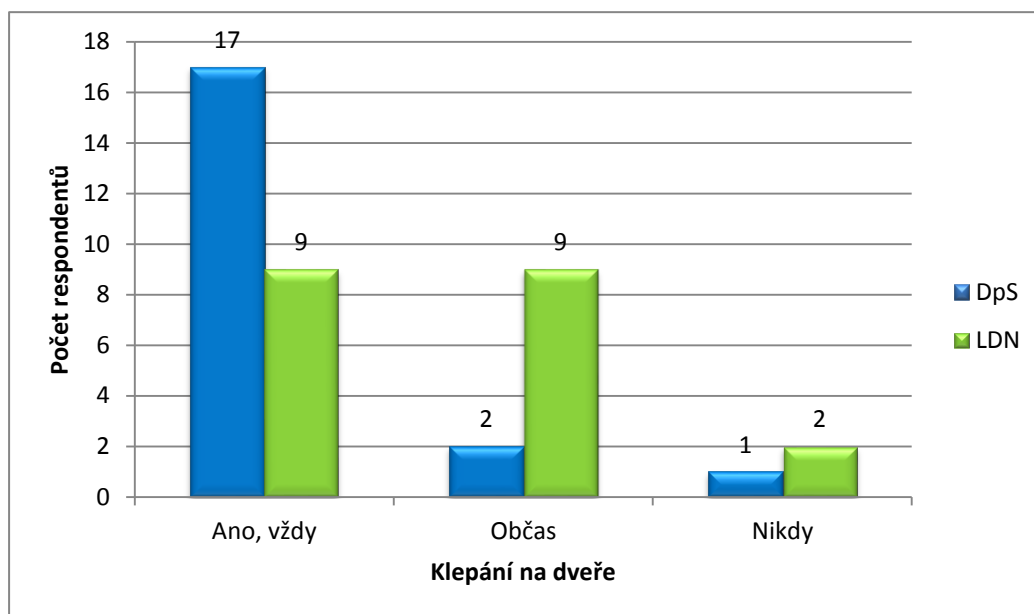
Obrázek 18 Graf znázorňující návštěvnost zázemí k zajištění soukromí a intimity

Otázka č. 16 navazovala na otázku č. 15, kde pokud označili respondenti odpověď ano, v následující otázce se zjišťovalo, zda tuto speciální místnost či stomický koutek navštěvují či využívají. V domovech pro seniory 3 (19 %) respondenti odpověděli ne a 13 (81 %) respondentů uvedlo ano.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné 5 (42 %) respondentů toto zázemí nevyužívá a 7 (58 %) respondentů uvedlo, že tyto prostory využívají, viz Obrázek 18.

Otázka č. 17: Klepají pracovníci tohoto zařízení na dveře Vašeho pokoje dříve, než vejdou?

- a) Ano, vždy
- b) Občas
- c) Nikdy



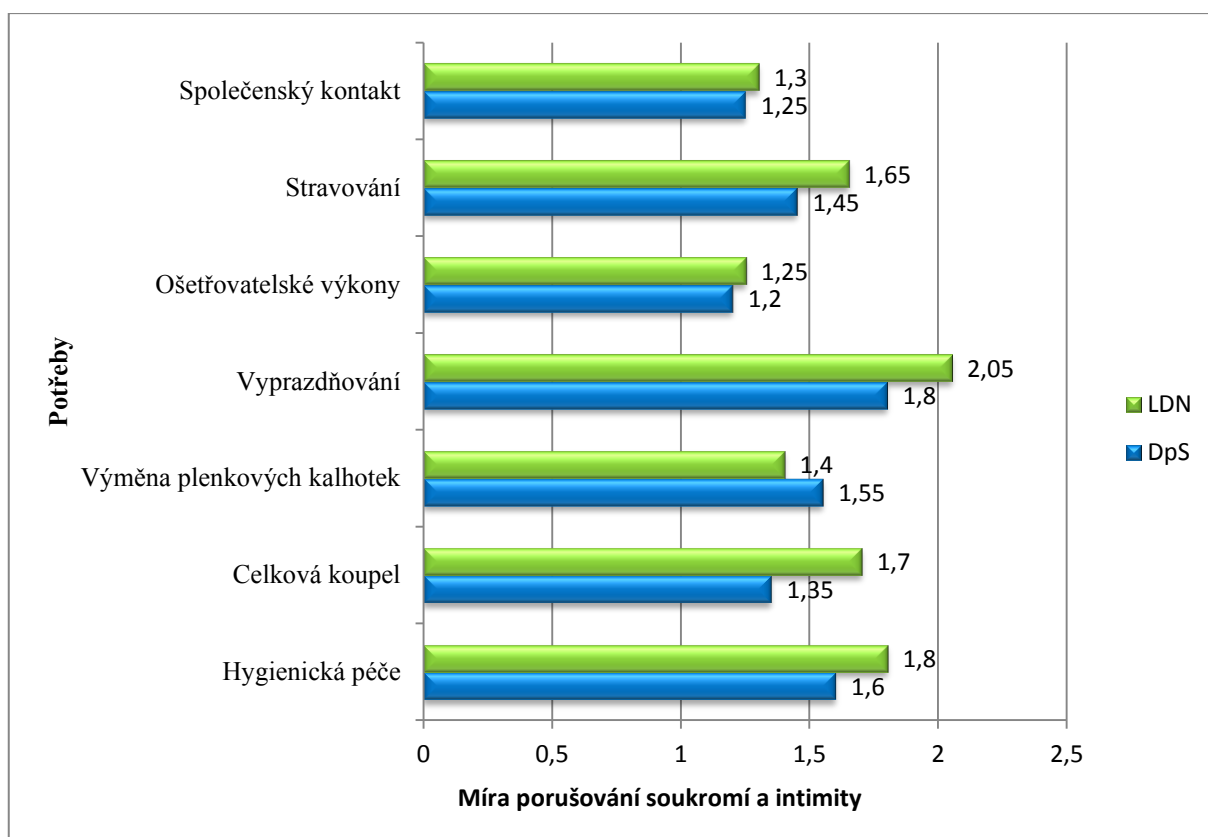
Obrázek 19 Graf znázorňující frekvenci klepání na dveře

Klepání na dveře je jedním z projevů respektování soukromí. A právě na klepání byla zaměřena otázka č. 17, která zjišťovala jaká frekvence klepání je v obou typech zařízení ze strany personálu. V domovech pro seniory 17 (85 %) respondentů uvedlo, že personál klepe na dveře vždy za každých okolností. 2 (10 %) respondenti uvedli možnost občas a 1 (5 %) respondent uvedl, že personál nikdy neklepe na dveře.

V léčebnách dlouhodobě nemocných byly výsledky rozdílné. Pouze 9 (45 %) respondentů uvedlo klepání ze strany personálu vždy, zatímco stejný počet 9 (45 %) respondentů uvedl frekvenci občas a 2 (10 %) uvedli odpověď ne, nikdy. Rozložení odpovědí je na Obrázku 19.

Otázka č. 18: Označte prosím u každé činnosti číslo, které vyjadřuje míru narušování Vašeho soukromí a intimity ze strany pracovníků tohoto zařízení, byť z nedbalosti, nevědomosti či úmyslně. (1 – nenarušeno, 5 – nejvíce narušeno)

a) Hygienická péče	1	2	3	4	5
b) Celková koupel	1	2	3	4	5
c) Výměna plenkových kalhotek	1	2	3	4	5
d) Vyprazdňování	1	2	3	4	5
e) Ošetřovatelské výkony	1	2	3	4	5
f) Stravování	1	2	3	4	5
g) Společenský kontakt (např. návštěva rodiny)	1	2	3	4	5



Obrázek 20 Graf znázorňující míru narušování soukromí a intimity u jednotlivých úkonů

Otázka č. 18 byla jednou ze dvou nejrozsáhlejších otázek dotazníku. Respondenti měli za úkol u každého úkonu označit míru narušování soukromí a intimity při provádění daného úkonu za asistence personálu. Číslo 1 označovalo nenarušení soukromí a intimity a číslo 5 maximální narušení soukromí a intimity při úkonu. Dosažené výsledky můžeme vidět na Obrázku 20, které jsou udávány jako průměrné hodnoty. Při vyhodnocení této otázky musíme přihlídnout k faktu, že ne všichni respondenti používali plenkové kalhotky. V domovech pro seniory 3 (15 %) respondenti a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 4 (20 %) respondenti

uvedli možnost 0, což signalizovalo nepoužívání plenkových kalhotek. Tudiž průměrná hodnota u úkonu výměna plenkových kalhotek je tvořena nikoliv z odpovědí od 20 respondentů, ale ze 17 (85 %) respondentů v domovech pro seniory a 16 (80 %) respondentů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Otázka č. 19: Napište prosím ke každé dané potřebě číslo (1 – 10), které vyjadřuje důležitost potřeby pro Vás v tomto zařízení? (1 – nejvíce důležitá, 10 – nejméně důležitá)

- a) Výživa -
- b) Spánek, odpočinek -
- c) Pohybová aktivita -
- d) Vyprazdňování -
- e) Soukromí a intimita -
- f) Jistota, bezpečí -
- g) Sexualita -
- h) Láska, přijetí, spolupatříčnost -
- i) Uznání, úcta, respekt -
- j) Důstojnost -

Tabulka 2 Seřazení potřeb dle důležitosti v DpS a LDN

DpS		LDN	
	Absolutní četnost		Absolutní četnost
1. Důstojnost	153	1. Pohybová aktivita	155
2. Jistota, bezpečí	148	2. Spánek, odpočinek	147
3. Uznání, úcta, respekt	143	3. Důstojnost	135
4. Vyprazdňování	128	4. Vyprazdňování	133
5. Pohybová aktivita	120	5. Jistota, bezpečí	121
6. Spánek, odpočinek	119	5. Uznání, úcta, respekt	121
7. Výživa	104	6. Výživa	111
8. Láska, přijetí, spolupatříčnost	82	7. Soukromí, intimita	82
9. Soukromí, intimita	71	8. Láska, přijetí, spolupatříčnost	69
10. Sexualita	36	9. Sexualita	33

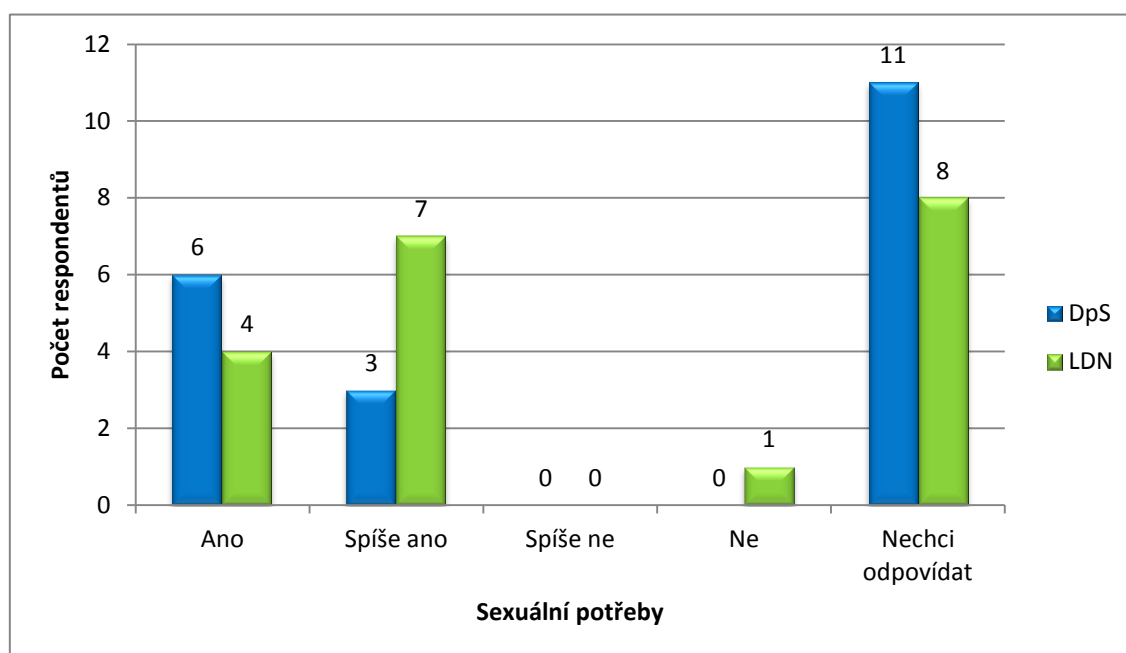
Otázka č. 19 byla pro respondenty náročnější. V této otázce měli respondenti seřadit předem stanovené potřeby v z hlediska důležitosti. Číslo 1 vyjadřuje maximální míru důležitosti a číslo 10 minimální míru důležitosti. Cílem bylo zjistit, na jakém místě se umístí potřeba soukromí a intimity tzn. jakou důležitost má v kontextu ostatních potřeb. V domovech pro seniory v Tabulce 2 můžeme vidět, že nejvíce důležitou potřebou pro respondenty zde pobývajících je důstojnost ohodnocena 153 body. Na druhém místě se umístila potřeba jistoty a bezpečí se 148 body, třetí místo obsadila potřeba uznání, úcty a respektu 143 bodů. Čtvrté místo obsadila jako první potřeba fyziologická – vyprazdňování 128 bodů, následována potřebou pohybové aktivity 120 bodů. Na šestém místě je potřeba spánku a odpočinku

se 119 body. Zde poprvé můžeme vidět nastupující větší bodový rozdíl než u předchozích pěti potřeb. Potřeba výživy se umístila na sedmém místě se 104 body, osmou příčku obsadila potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti 82 bodů. Zkoumaná potřeba soukromí a intimity se u klientů v domovech pro seniory umístila až na devátém místě se 71 body. Nejméně důležitá je pro klienty potřeba sexuality, která dosáhla pouze 36 bodů.

V Tabulce 2 můžeme vidět seřazené potřeby podle důležitosti u klientů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Výsledky jsou rozdílné. Nejdůležitější potřebou byla vyhodnocena potřeba pohybové aktivity, která dosáhla 155 bodů, na druhém místě se umístila potřeba spánku a odpočinku se 147 body. Třetí místo jako první obsadila psychická potřeba důstojnosti se 135 body, na čtvrtém místě je potřeba vyprazdňování, která dosáhla 133 bodů, pátou příčku obsadila potřeba jistoty a bezpečí společně s potřebou uznání, úctou a respektem. Obě dosáhli 121 bodů. Na šestém místě se umístila potřeba výživy se 111 body. Zde opět nastupuje radikální bodový propad. Sedmé místo obsadila zkoumaná potřeba soukromí a intimity s 82 body. Lásky, přijetí a spolupatričnost obsadili osmé místo se 69 body. Nejméně důležitá potřeba je opět potřeba sexuality, která získala pouhých 33 bodů.

Otázka č. 20: Do oblasti zachování intimity můžeme zahrnout také sexualitu, která s ní úzce souvisí stejně tak i s potřebou soukromí. Vychází Vám vstříc pracovníci tohoto zařízení v oblasti uspokojování sexuálních potřeb?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nechci odpovídat



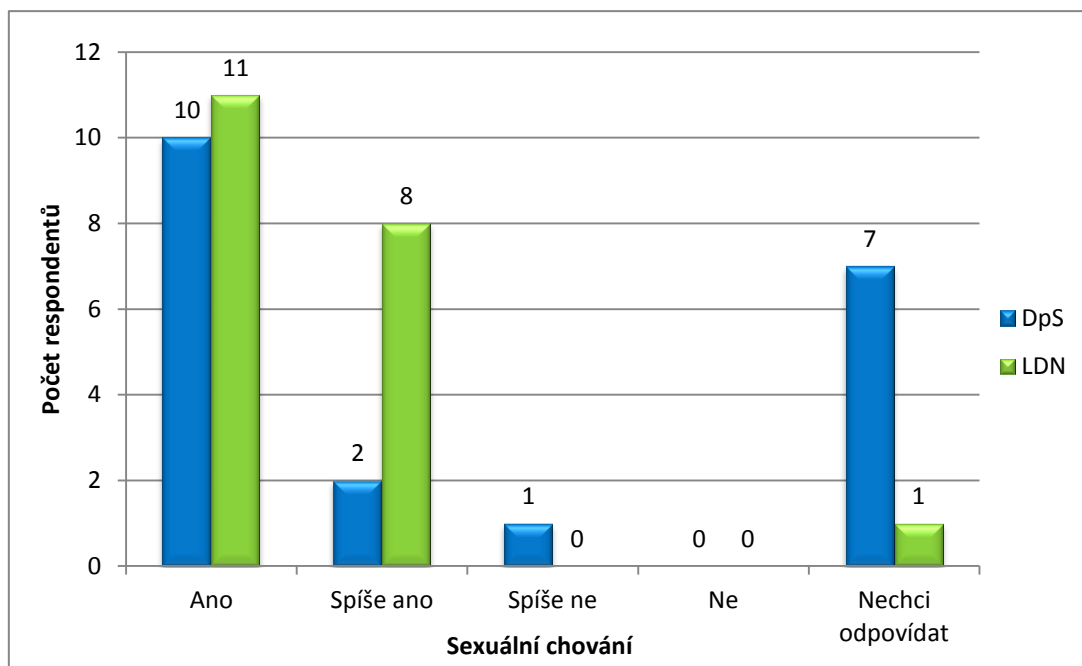
Obrázek 21 Graf znázorňující přístup personál k sexuálním potřebám

Otázka č. 20 zjišťovala přístup personálu k oblasti sexuality a sexuálních potřeb u pacientů/klientů v obou typech zařízení. Konkrétně, zda jim personál vychází vstříc v oblasti jejich uspokojování. V této otázce v domovech pro seniory 6 (30 %) respondentů uvedlo, že jim personál vychází vstříc v této oblasti, 3 (15 %) uvedli spíše ano a nejvíce respondentů 11 (55 %) se k této oblasti nechtělo vyjadřovat a zvolilo možnost, že nechce odpovídat. Možnost spíše ne a ne nezvolil žádný respondent.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné výsledky obdobné. 4 (20 %) respondenti uvedli možnost ano, 7 (35 %) možnost spíše ano, 1 (5 %) respondent uvedl možnost ne a nejvíce respondentů 8 (40 %) stejně jako v domovech pro seniory uvedlo možnost, nechci odpovídat. Výsledky jsou uvedeny na Obrázku 21.

Otázka č. 21: Máte dostatek soukromí pro kontakt s partnerkou či partnerem v rámci tohoto zařízení v oblasti sexuálního chování? (důvěrný rozhovor, doteky, objetí, sex...)

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nechci odpovídat



Obrázek 22 Graf znázorňující dostatek soukromí k projevům sexuality

Poslední otázka č. 21 pokračovala v oblasti sexuality a zaměřila se na soukromí při uspokojování těchto potřeb a to na všechny její projevy. Je zajímavé, že odpovědět na tuto otázku připadalo respondentům přijatelnější než na otázku č. 20. V domovech pro seniory 10 (50 %) respondentů odpovědělo, že mají dostatek soukromí v oblasti sexuálního chování, 2 (10 %) uvedli možnost spíše ano, 1 (5 %) zvolil spíše ne a celkem 7 (35 %) respondentů se k této otázce odmítlo vyjádřit.

V léčebnách pro dlouhodobě nemocné nejvíce respondentů 11 (55 %) má dostatek soukromí k projevům sexuality, 8 (40 %) uvedlo možnost spíše ano a 1 (5 %) respondent se odmítl vyjádřit. Žádný respondent nezvolil možnost spíše ne. V obou typech zařízení nebyla zvolena možnost ne. Grafické vyjádření na Obrázku 22.

7 DISKUZE

V této části bychom rádi zodpověděli výzkumné otázky, které byly stanoveny před zahájením dotazníkové šetření v obou typech zařízení. Výzkumné otázky se shodují s cíli této bakalářské práce. Odpovědi na výzkumné otázky mají základ ve vyhodnocených datech z dotazníkového šetření.

Výzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí respondenti dodržování soukromí a zachování intimity v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech?

Tato výzkumná otázka byla stěžejní prioritou celého dotazníkového šetření. Odpověď na tuto otázku můžeme zodpovědět pomocí otázek č. 6, 7, 8, 13, 20, 21. Otázka č. 6 se zabývala, zda je v daném zařízení adekvátně dodržováno soukromí. Tato otázka byla ryze subjektivní. Výsledky u obou typů zařízení byly podobné. V domovech pro seniory 11 (55 %) respondentů a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 10 (50 %) respondentů uvedlo možnost ano znamenající, že v zařízení je vhodně dodržováno soukromí a intimita. Otázka č. 7 zjišťovala spokojenost s dodržováním soukromí a intimity ze strany poskytování péče personálem. I zde byly odpovědi respondentů velmi podobné. Celkem 17 (85 %) respondentů v domovech pro seniory a 14 (70 %) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné jsou spokojeni s dodržováním soukromí a intimity. V obou zmíněných otázkách lepší výsledky vykazují domovy pro seniory, ovšem s těsným rozdílem, proto nelze jednoznačně z těchto otázek určit, jaký typ zařízení kvalitněji dodržuje potřebu soukromí a intimity.

Dle výzkumu Život v domovech pro seniory z roku 2007 její autoři poukazují na nedodržování soukromí při návštěvách. Přičemž 85 % respondentů byly spokojeni se soukromím, 13 % poukázali na možnost občasného soukromí při návštěvách a 2 % respondentů tvrdí, že soukromí nemá nikdy. Tyto výsledky jsou nejvíce ovlivněné počtem klientů na pokoji. Čím je jich více, tím méně má klient právo na soukromí, pokud jsou přítomny i další faktory jako např. snížená soběstačnost nebo zhoršený zdravotní stav. (Vidovičová, Lorman, 2008, s. 11)

Otázka č. 8 byla zaměřena na zjištění, jak respondenti hodnotí vztah mezi svojí soběstačností a dodržováním soukromí a intimity ze strany personálu. Celkem 13 (65 %) respondentů v domovech pro seniory uvedlo, že nezáleží na zdravotním stavu v oblasti uspokojování těchto potřeb, v léčebnách pro dlouhodobě nemocné stejný názor mělo 17 (85 %) respondentů. Tyto výsledky jsou překvapivé, jelikož obecněji je známo, že dodržování soukromí a intimity díky zakotvení v standardech kvality péče je více uznáváno

v zařízeních sociálních. Z této otázky vyplývá, že tyto potřeby jsou lépe uspokojovány v léčebnách pro dlouhodobě nemocné i v případech nesoběstačnosti či imobility respondenta. Odpověď ne zvolilo 7 (35 %) respondentů v domovech pro seniory a 3 (15 %) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Slovní hodnocení k této otázce využilo 7 respondentů, přičemž nejvyšší četnost měla odpověď „*čím horší zdravotní stav, tím těžší práce*“.

Výzkum v rámci diplomové práce Hany Ryšánkové uvádí, že množství ošetrovatelské péče v minutách na 1 pacienta/klienta je mnohem vyšší u respondentů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a to 50 minut než v domovech pro seniory, což je pouhých 19,6 minut. (Červenková, 2006, s. 34)

Otázka č. 12 zjišťovala, jak respondenti hodnotí průběh výkonu či dopomoci v oblasti hygienické péče ze strany personálu zařízení. 16 (80 %) respondentů v domovech pro seniory zhodnotilo, že poskytovaná péče je v souladu s jejich představami, ovšem v léčebnách pro dlouhodobě nemocné zmíněnou možnost zvolilo pouze 12 (60%) respondentů. 4 (20 %) respondenti v domovech pro seniory zvolili možnost spíše ano, ovšem v porovnání s léčebnami pro dlouhodobě nemocné tuto možnost zvolilo 8 (40 %) respondentů. Z odpovědí respondentů lze usuzovat, že poskytovaná hygienická péče je více v souladu s představami respondentů v domovech pro seniory než v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

V rámci výzkumu *Život v domovech pro seniory* z roku 2007 autoři poukazují na podobné výsledky. V tomto šetření naprostá většina respondentů uvedla, že má možnost provádět hygienickou péči v různých formách podle svých schopností a v případě dopomoci je tento úkon prováděn v soukromí a podle představ respondenta. Ovšem celkem 8 % respondentů nemá zajištěno vhodné soukromí a tím i soulad se svými představami v rámci poskytování hygienické péče. Tento jev lze opět vysvětlit převládajícím počtem vícelůžkových pokojů v rámci daných zařízení. ((Vidovičová, Lorman, 2008, s. 12)

Pokud se zaměříme na dodržování soukromí v oblasti poskytování citlivých informací ze strany personálu zařízení, čímž se zabývala otázka č. 13, můžeme konstatovat, že v domovech pro seniory žádný respondent (0 %) neuvedl, že by mu někdy byly poskytnuty citlivé informace před jinými osobami. Naopak v léčebnách pro dlouhodobě nemocné celkem 5 (25 %) respondentů uvedlo, že jim byly sděleny informace před cizími osobami. Z těchto získaných dat lze konstatovat, že domovy pro seniory dodržují soukromí v oblasti poskytování citlivých informací více než léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Tyto výsledky potvrzuje i výzkum v rámci bakalářské práce Jany Červenkové. 40 (80 %) respondentů z 50 (100 %) uvedlo, že jim vadí, pokud s nimi personál ve

zdravotnickém zařízení mluví před jinými osobami o jejich citlivých záležitostech. (Červenková, 2010, s. 69)

Otázky č. 20 a 21 byly zaměřeny na nedílnou součást soukromí a intimity každého člověka a to oblasti sexuální. Pokud pomineme, že 11 (55 %) respondentů v domovech pro seniory a 8 (40 %) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné odmítlo odpovědět na otázku č. 20. Ze zbývajících odpovědí, kde respondenti zvolili možnost ano či spíše ano lze usoudit, že pracovníci v obou typech zařízení vycházejí vstříc respondentům v oblasti sexuálních potřeb. U otázky č. 21, která se zabývala dostatkem soukromí v oblasti sexuálního chování překvapivě celkem 10 (50 %) respondentů v domovech pro seniory a 11 (55 %) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné odpovědělo, že mají dostatek soukromí. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné můžeme tento jev vysvětlit tím, že v těchto zařízeních jsou hospitalizováni i věkově mladší osoby než v domovech pro seniory, proto si soukromí dokáží více zajistit. Z těchto poznatků můžeme vyvodit zájem respondentů o sexualitu, ale pouze ve vhodných podmínkách, což znamená dostatek především soukromí. Pokud by měli do této záležitosti vstoupit pracovníci popřípadě jiní lidé, potom respondentům není zcela příjemné tyto záležitosti s nimi probírat, tudíž raději své potřeby potlačí či odmítnou připustit.

Dle výzkumu Kateřiny Bodanské zveřejněného na internetových stránkách na otázku „*Myslíte si, že dochází k projevům sexuálního chování u seniorů v institucionální péči (domovy důchodců atd.)?*“ odpovědělo 62 (54,39 %) respondentů ano, 34 (29,82 %) neví a pouhých 18 (15,79 %) zvolilo možnost ano. Celkový počet respondentů byl 114. Nejvíce respondentů a to 42 (36,84 %) si myslí, že personál v pracující se seniory mají nejasný postoj k projevům sexuality s tím související 53 (46,49 %) respondentů si myslí, že zařízení nejsou připravena řešit otázky týkající se sexuality v ústavní péči. (<http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/pohled-verejnosti-na-sexuali/>)

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem je z pohledu respondentů zajištěno dodržování soukromí a zachována intimita v sociálních a zdravotnických rezidenčních zařízeních?

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jakým způsobem je zajištěno dodržování soukromí a zachování intimity v obou typech zařízení prostřednictvím otázek č. 14, 17. Otázka č. 14 zjišťovala používání zástěn neboli plent mezi lůžky na vícelůžkových pokojích, což je jeden z projevů respektování soukromí a intimní zóny pacienta – klienta. V domovech pro seniory nejvíce respondentů 8 (40 %) uvedlo, že jim jsou k dispozici a jsou aktivně užívány zástěny, naproti tomu v léčebnách pro dlouhodobě nemocné z 20 respondentů tuto možnost zvolilo pouze 5 (25 %) respondentů. Překvapivým faktem je, že 5 (25 %)

respondentů v domovech pro seniory uvedlo, že ve svém pokoji zástěny nejsou přítomny vůbec. Může to být způsobeno faktem, že převážná většina pokojů v moderních domovech pro seniory jsou jednolůžková. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné tuto možnost zvolili 4 (20 %) respondenti. Jak mohu, sama konstatovat na některých vícelůžkových pokojích v léčebnách pro dlouhodobě nemocné opravdu zástěny nebyly přítomny, přičemž zástěny mezi lůžky tvoří alespoň minimální bariéru, která odděluje intimní prostor každého člověka v jakémkoliv zařízení. Z odpovědí respondentů lze konstatovat, pokud nejsou pokoje jednolůžkové, používají zástěny více domovy pro seniory než léčebny pro dlouhodobě nemocné.

Výzkum Lenky Markové v rámci její bakalářské práce poukazuje, že celkem 39 respondentů ve zdravotnickém zařízení uvedlo používání zástěn vždy. 53 respondentů zvolilo možnost občas a 8 respondentů nikdy nevidělo používat zástěny mezi lůžky. (Marková, 2013, s. 39)

Otázka č. 17 se zaměřovala na jeden ze základních projevů slušného chování a respektování soukromí a jejím klepání na dveře. V této otázce panoval velký rozdíl. Celkem 17 (85 %) respondentů uvedlo, že personál klepe vždy, ale v léčebnách pro dlouhodobě nemocné to bylo pouze 9 (45 %) respondentů. Stejný počet zvolil i možnost frekvenci klepání občas, i přestože tuto možnost v domovech pro seniory zvolili pouze 2 (10 %) respondenti. Z tohoto tvrzení můžeme usoudit, že ve zdravotnickém zařízení, tedy léčebně pro dlouhodobě nemocné není klepání na dveře faktorem pro dodržování soukromí pacienta.

Podobné výsledky můžeme vidět v oblasti klepání na dveře ve výzkumu Život v domovech pro seniory 2007. Nejenže je klepání jedním z prvků respektování soukromí zároveň je to i prvek ze zásad slušného chování. V tomto výzkumu celkem 79 % personálu klepe vždy, 16 % někdy ano a někdy ne a 3 % respondentů si nejsou jistí z důvodu poruchy sluchu. Výraznější rozdíl je v oblasti klepání na dveře u respondentů s větším omezením pohybu. Personál klepe pouze u 66 % ležících respondentů. Tyto výsledky se však vztahují pouze k zařízení domov pro seniory. (Vidovičová, Lorman, 2008, s. 11)

Výzkumná otázka č. 3: Jaké nejčastější nedostatky spatřují respondenti při poskytování péče personálem zařízení v oblasti fyziologických potřeb s ohledem na soukromí a intimitu?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 9, 10, 11, 18 a), b), c), d). Z otázky č. 9, která zjišťuje vhodné podmínky k vyprazdňování. V obou typech zařízení shodně 11 (55 %) respondentů má zajištěno adekvátní podmínky k vyprazdňování a 7 (35 %) v domovech pro seniory a 8 (40 %) respondentů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nemá zajištěny vhodné

podmínky k vyprazdňování. Mezi nejčastější nedostatky v domovech pro seniory patří dlouhé čekání na dopomoc personálu především při očištění 4 (57 %), oproti léčebnám pro dlouhodobě nemocné, kde nejvíce respondentů a to 5 (62 %) zvolilo možnost nepřítomnost dalších osob. U této otázky se poprvé zviditelňuje problematika nedostatku soukromí v ústavní péči. Obecně lze usoudit, že soukromí je nejdůležitější právě při výkonu fyziologických potřeb, pokud je nedostatečné soukromí a uznávání intimity může se tento stav negativně odrazit na psychické stránce člověka.

Se zajištěním vhodných podmínek v oblasti hygienické péče je spokojeno celkem 15 respondentů v domovech pro seniory (75 %) a 14 (70 %) v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Pouze 2 (10 %) a 4 (20 %) respondenti nejsou spokojeni s podmínkami v oblasti zajištění hygienické péče. Lze konstatovat, že forma hygienické péče není pro respondenty tak stresujícím úkonem jako vyprazdňování.

Výzkum v domovech pro seniory 2007 uznává, že je hygiena „jedním z indikátorů pohodlí a zároveň oblastí nejvyšší intimity“. (Nešporová, Svobodová, Vidovičová in Vidovičová, Lorman, 2008, s. 11) Z jejich výzkumu vyplývá 63 % respondentů má možnost provádět intimní hygienu podle své vlastní volby a v soukromí a zbývajících 37 % se musí přizpůsobit chodu zařízení z toho je tento jev častější opět u osob s omezením pohybu. Je nutné podotknout, že celkem 8 % respondentů nemá zajištěno dostatečné soukromí k hygienické péči, což je především z důvodu vícelůžkových pokojů. (Vidovičová, Lorman, 2008, s. 11 – 12)

Doplňující otázkou k této výzkumné otázce byla škála, kde měli respondenti označit míru narušení soukromí a intimity ve vybraných úkonech, což byla hygienická péče, celková koupel, výměna plenkových kalhotek a vyprazdňování. Poslední úkon dopadl nejhůře, co se týče zajištění soukromí a intimity. Průměrná hodnota vyprazdňování v léčebnách pro dlouhodobě nemocné byla 2,05 a v domovech pro seniory 1,8, což podporuje tvrzení uvedené v prvním odstavci této výzkumné otázky. Vyprazdňování na lůžku či na pokoji se jeví u tohoto vzorku respondentů jako nejproblémovější. Druhým nejhůře hodnoceným úkonem byla hygienická péče s hodnotami 1,6 v domovech pro seniory a 1,8 v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Celková koupel byla hodnocena 1,7 v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a 1,35 v domovech pro seniory. U výměny plenkových kalhotek byla průměrná hodnota získána pouze z 33 odpovědí respondentů, jelikož 7 zvolilo možnost 0, tudíž nepoužívání plenkových kalhotek. Hodnoty byly 1,4 v domovech pro seniory a 1,55 v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Oblast fyziologických potřeb se v obou typech zařízení jeví jako riziková a nedostatečně zajištěná. V léčebnách dlouhodobě nemocných

zmíněné úkony mimo výměny plenkových kalhotek dopadli hůře než v domovech pro seniory. Ovšem výsledky lze vztáhnout pouze na tento soubor respondentů nikoliv na celou populaci.

Prezentovat zde můžeme i výsledky dotazníkového šetření, které bylo provedeno u studentů oboru Všeobecná sestra a u pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na důstojnost a její respektování. Významným ukazatelem vztahu důstojnosti, soukromí a intimity byla otázka týkající se projevů nerespektování důstojnosti v praxi. Ve třech kategoriích měla významnou pozici v oblasti chování a jednání, porušování intimity, kdy tuto odpověď zvolilo nejvíce respondentů v obou skupinách a to 25 (36 %) respondentů ze strany studentů a 21 (27 %) pracovníků z celkových 159 respondentů. Mezi nejčastější slovní odpovědi patřilo: „...*když pacienta nechá svlečeného uprostřed spousty cizích lidí...*“ nebo „...*otevřené dveře na pokoj, kde sestra provádí hygienu...*“ Závěrem tohoto šetření bylo nedostatečné respektování důstojnosti v oblasti soukromí a intimity člověka v praxi i přes uvědomění respondentů. (Rohanová in Havrdová, 2010, s. 132 – 137)

Výzkumná otázka č. 4: Jaké další zázemí či prvky sloužící k zajištění soukromí a intimity jsou nabízeny respondentům v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech?

Jaké další možnosti k zajištění soukromí a intimity nabízejí svým pacientům/klientům domovy pro seniory a odborné léčebné ústavy nám přibližuje otázka č. 15, 16. Přítomnost speciální místnosti či stomického koutku by mělo být standardním vybavením každého zařízení. Jak ovšem ukazují výsledky našeho dotazníkového šetření v domovech pro seniory je 16 (80 %) respondentů informováno o speciální místnosti k zajištění soukromí a 4 (20 %) respondenti neví, což signalizuje nedostatečnou informovanost respondentů ze strany personálu. Nejčastěji klienti domovů pro seniory udávali společenskou místnost nebo centrální koupelnu. 7 (35%) respondentů udává neexistenci stomického koutku v zařízení a 13 (65 %) uvedlo možnost nevím. Jelikož jsem dotazníkové šetření prováděla s klienty osobně, mohu potvrdit, že stomický koutek opravdu v zařízeních nebyl. Oproti v léčebně dlouhodobě nemocných pouhých 12 (60 %) respondentů ví o přítomnosti speciální místnosti, 1 (5 %) zvolil možnost ne a 7 respondentů (35 %) neví. Pacienti v tomto zařízení jako speciální místnost nejčastěji uváděli jídelnu jako prostor k zajištění soukromí při návštěvách nebo koupelnu. S ohledem na stomický koutek 2 (10 %) zvolili možnost ano, 4 (20 %) ne a

14 (70 %) respondentů neví. Jak mohu, opět potvrdit pouze v 1 léčebně pro dlouhodobě nemocné byl přítomen stomický koutek.

Pro upřesnění otázka č. 16 zjišťovala, zda klienti/pacienti tato zázemí využívají. V domovech pro seniory 3 (19 %) respondenti uvedli možnost ne, ale celkem 13 (81 %) zvolilo možnost ano. Oproti v léčebně dlouhodobě nemocných pouhých 7 (58 %) navštěvuje tyto prostory a 5 (42 %) respondentů ne. Z těchto výsledků lze usoudit určitou neinformovanost klientů/pacientů o možnostech zařízení, co nabízí a co je respondentům k dispozici. V léčebnách dlouhodobě nemocných větší část respondentů tato zázemí neužívá, což může znamenat neinformovanost o tomto zázemí, ale také dostatečné zajištění potřeb na pokoji.

8 ZÁVĚR

Téma bakalářské práce znělo Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech. Teoretická část obsahuje shrnutí o stáří, stárnutí, osobnosti seniorů a o specifických potřebách, kterými jsme se zabývali i ve výzkumné části. Získávání dat proběhlo prostřednictvím dotazníkové šetření ve 2 zařízeních sociálních a 2 zařízeních zdravotních. Z každého zařízení bylo získáno 10 dotazníků, celkem 40 dotazníků. Na začátku byly stanoveny cíle práce, které po vyhodnocení dat a formulaci z nich vyplývajících závěrů lze hodnotit jako splněné.

Přínosem této práce pro praxi může být její obsah, čímž jsou myšleny výsledky dotazníkového šetření. Každé zařízení, které se zúčastnilo tohoto dotazníkového šetření, může zjistit k jakým oblastem soukromí či intimity mají pacienti – klienti největší výhrady či jaké nedostatky v těchto oblastech jsou nejčastější. Přínosem poté může být jejich zlepšení či odstranění, popřípadě jim může být věnována větší pozornost. Jelikož potřeby soukromí a intimity nejsou zcela prvořadými v jednotlivých zařízeních, o to více z lidského hlediska by se jim měli pracovníci věnovat. Dostatečné zajištění soukromí v současnosti poukazuje také na kvalitu poskytovaných služeb a správné zachování intimity především ve fyziologických záležitostech též.

Zpracování této bakalářské práce mě jako jedné z autorek přineslo určité množství nových informací a především mi umožnilo nahlédnout a pečlivě prostudovat jednotlivá zařízení, co se týče jejich organizace, požadavků, fungování, ale i poskytované péče. Komunikace s pacienty – klienty pro mne byla cennou zkušeností a umožnila mi vcítit se do role uživatele a příjemce péče.

9 POUŽITÁ LITERATURA

Tištěné zdroje:

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Etika ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
2. ČERVENKOVÁ, Anna, Daniela BRUTHANSOVÁ a Marie PECHANOVÁ. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2006, 85 s., [2] s., 8 s. ISBN 80-870-0735-2.
3. ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
6. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2010, 207 s. ISBN 978-808-7398-067.
7. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 191 s. ISBN 978-802-4741-390.
8. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 96, 12 s. ISBN 80-736-8110-2.
10. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
11. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
12. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998, 343 s., obr. ISBN 80-716-9195-X.
13. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-483.

14. MARKOVÁ, Lenka. *Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče na standartním oddělení*. Jihlava, 2013. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Editor Alois Křišťan. Praha: Portál, 2013, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
17. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-802-6200-413.
18. MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, 67 s. ISBN 80-701-3436-4.
19. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
20. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
21. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2013, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
22. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
23. VIDOVIČOVÁ, Lucie a Jan LORMAN. *Život v domovech pro seniory 2007: problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory: zpráva z výzkumu*. [Praha: Úřad vlády ČR, 2008, 24, 24 s. ISBN 978-80-87041-62-8.
24. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-807-2549-979.

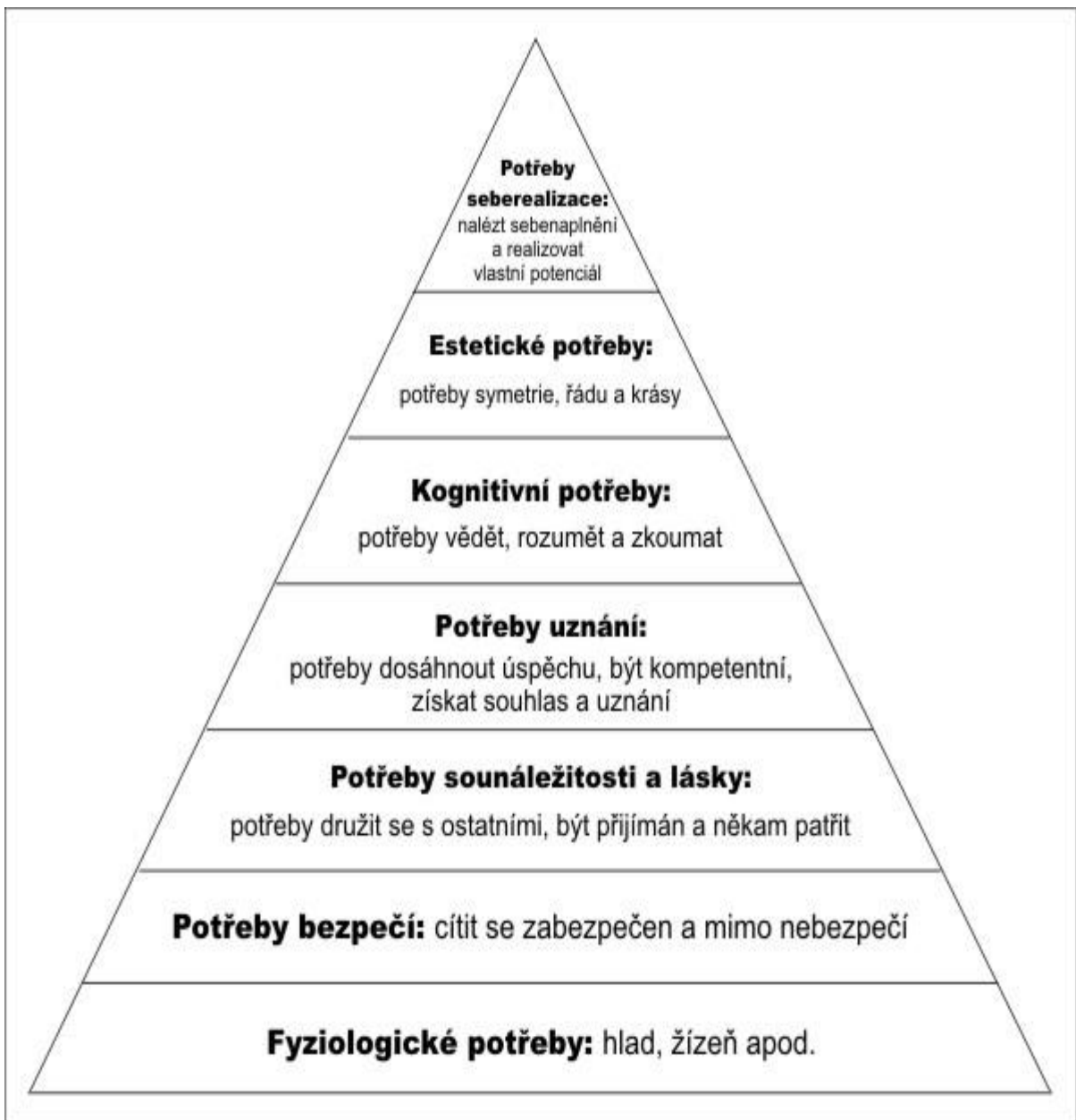
Elektronické zdroje:

1. BODANSKÁ, Kateřina. Pohled veřejnosti na sexualitu seniorů. 2012 [cit. 2014-06-08]. Dostupné z: <http://www.vyplnto.cz/realizovane-pruzkumy/pohled-verejnosti-na-sexuali/>
2. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v platném znění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37. Dostupný také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v mezinárodním srovnání 2012*. 2012. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/FE0041432A/\\$File/e-1417-12_De.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/FE0041432A/$File/e-1417-12_De.pdf)
4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v České republice*. 2010. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC0/\\$File/1417-10k01.1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC0/$File/1417-10k01.1.pdf)
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Sociální služby pro seniory*. 2010. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC8/\\$File/1417-10k07.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/1100338FC8/$File/1417-10k07.pdf)
6. FRANĚK, Petr. Filozofie úspěchu. *Filozofie úspěchu* [online]. 2011 - 2014 [cit. 2014-06-08]. Dostupné z: <http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>
7. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2014 [cit. 2014-05-21]. Dostupné z: www.mpsv.cz
8. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-083-3
9. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *Zdravotnická ročenka Jihomoravského kraje 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013. ISBN 978-80-7472-078-9.

10 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Maslowova pyramida potřeb</i>	77
Příloha B <i>Dotazník</i>	78
Příloha C <i>Barthelův test</i>	82
Příloha D <i>CD – ROM</i>	83

Příloha A Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

Příloha B *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Davidová a jsem studentkou 3. ročníku, obor zdravotně-sociální pracovník na Univerzitě v Pardubicích. Tímto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Potřeba soukromí a intimity u klientů v domovech pro seniory a odborných léčebných ústavech. Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou zveřejněny pouze v mé práci. Vybrané odpovědi prosím zakroužkujte. Děkuji

1. Vaše pohlaví

- a) Muž b) Žena

2. Kolik je Vám let? let

3. Hodnocení soběstačnosti dle Barthelova testu základních všedních činností

0 - 40 bodů = vysoce závislý

45 - 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 - 95 bodů = lehká závislost

96 - 100 bodů = nezávislý

Celkem:

Vyhodnocení:

4. Typ zařízení

- a) Domov pro seniory b) Odborný léčebný ústav

5. Jak dlouho jste nyní v tomto zařízení?

6. Je, dle Vašeho názoru, v tomto zařízení adekvátně dodržováno soukromí a zachovávána intimita?

- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

7. Jste spokojen/a s chováním personálu, co se týče zajišťování soukromí a intimity?

- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne

8. Myslíte si, že Vaše soběstačnost v rámci mobility ovlivňuje to, jak pracovníci tohoto zařízení dodržují Vaše soukromí a intimitu?

- a) Ne
- b) Ano – Proč?.....

9. Jsou Vám zajištěny patřičné podmínky soukromí při vyprazdňování?

- a) Ano, jsou
- b) Nevyžadují žádné zvláštní podmínky
- c) Nejsou

Pokud jste odpověděli na otázku č. 10 ANO, pokračujte na otázku č. 11.

10. Odpověď/a jste, že Vám nejsou v zařízení zajištěny patřičné podmínky při vyprazdňování. Nyní prosím označte či dopište, co postrádáte při vyprazdňování?

- a) Ticho, klid
- b) Nepřítomnost dalších osob – soukromí
- c) Svůj rituál
- d) Čekání na dopomoc personálu
- e) Jiné -

11. Jsou Vám zajištěny patřičné podmínky soukromí a intimity při provádění hygienické péče?

- a) Ano, jsou
- b) Nevyžadují žádné zvláštní podmínky
- c) Nejsou

12. Představte si situaci, že za Vámi přijde pracovník tohoto zařízení, že Vám provede či dopomůže v hygienické péči. Je tato péče poskytovaná v souladu s Vašimi představami?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

13. Jsou Vám sdělovány citlivé informace v přítomnosti jiných klientů či osob?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

14. Používají pracovníci tohoto zařízení při poskytování péče u lůžek zástěny nebo-li plenty?

- a) Ano, aktivně je používají
- b) Ano, záleží na pracovníkovi
- c) Ne, ale jsou k dispozici
- d) Nejsou k dispozici

15. Je přítomna v tomto zařízení speciální místnost k zajištění soukromí a zachování intimity při vyprazdňování nebo hygienické péči či stomický koutek?

- Speciální místnost a) Ano b) Ne c) Nevím
Stomický koutek a) Ano b) Ne c) Nevím

Pokud jste odpověděl/a NE/NEVÍM, pokračujte prosím na otázku č. 17.

16. Na otázku č. 16 jste odpověděl/a ANO. Nyní prosím uveďte, zda tuto speciální místnost nebo stomický koutek využíváte?

- a) Ano b) Ne

17. Klepají pracovníci tohoto zařízení na dveře Vašeho pokoje dříve, než vejdou?

- a) Ano, vždy
- b) Občas
- c) Nikdy

18. Označte prosím u každé činnosti číslo, které vyjadřuje míru narušování Vašeho soukromí a intimity ze strany pracovníků tohoto zařízení, byť z nedbalosti, nevědomosti či úmyslně.

(1 – nenarušeno, 5 – nejvíce narušeno)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| a) Hygienická péče | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b) Celková koupel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c) Výměna plenkových kalhotek | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d) Vyprazdňování | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e) Ošetřovatelské výkony | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f) Stravování | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g) Společenský kontakt (např. návštěva rodiny) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Napište prosím ke každé dané potřebě číslo (1 – 10), které vyjadřuje důležitost potřeby pro Vás v tomto zařízení? (1 – nejvíce důležitá, 10 – nejméně důležitá)

- k) Výživa -
- l) Spánek, odpočinek -
- m) Pohybová aktivita -
- n) Vyprazdňování -
- o) Soukromí a intimita -
- p) Jistota, bezpečí -
- q) Sexualita -
- r) Láska, přijetí, spolupatříčnost -
- s) Uznání, úcta, respekt -
- t) Důstojnost -

20. Do oblastí zachování intimity můžeme zahrnout také sexualitu, která s ní úzce souvisí stejně tak i s potřebou soukromí. Vychází Vám vstříc pracovníci tohoto zařízení v oblasti uspokojování sexuálních potřeb?

- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne e) Nechci odpovídat

21. Máte dostatek soukromí pro kontakt s partnerkou či partnerem v rámci tohoto zařízení v oblasti sexuálního chování? (důvěrný rozhovor, doteky, objetí, sex...)

- a) Ano b) Spíše ano c) Spíše ne d) Ne e) Nechci odpovídat

Příloha C *Barthelův test*

**Barthelův test základních všedních činností
(ADL – activity daily, living)**

1.	Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	Kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale inkontinentní	0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

CELKEM:

VYHODNOCENÍ:

0 – 40 bodů = vysoce závislý

45 – 60 bodů = střední stupeň závislosti

65 – 95 bodů = lehká závislost

96 – 100 bodů = nezávislý

Příloha D *CD – ROM*

Na zadní straně desek je k dispozici CD – ROM se zdrojovými daty k výzkumné části této bakalářské práce.