



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Potřeba intimity pacientek žen 65+

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Pavlína Nováková

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Prokopiusová

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Potřeba intimity pacientek žen 65+* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 23.4.2024


.....
Pavlína Nováková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Dagmar Prokopiusové za trpělivost, cenné rady a lidský přístup při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji „svým“ klientkám, kolegyním a kolegům, kteří byli ochotni se mnou hovořit o intimních tématech. Svým nejbližším děkuji za podporu po celou dobu studia.

Potřeba intimity patientek žen 65+

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit stav potřeby intimity a soukromí seniorek 65+ v pobytovém zařízení péče o seniory. Seniorky vstupem do kolektivního zařízení ztrácejí část svého soukromí. Podle stupně jejich závislosti na péči dochází při ošetřovatelských úkonech k narušování jejich intimní zóny. Ke zjištění stavu, jak se seniorky v takových situacích cítí a jak se s tím vyrovnávají, jsem použila metodu nestandardizovaných rozhovorů a přímého skrytého zúčastněného pozorování. Údaje jsem získala od 10 klientek a 4 členů ošetřovatelského personálu Domova pro seniory Stachy-Kůsov. Skupina klientek byla vybrána záměrně, aby reprezentovala seniorky různých stupňů sebeobsluhy, mobility a závislosti na péči. Z personálu byly zastoupeny všechny ošetřovatelské profese. V rozhovorech jsem zjišťovala, jak se klientky v situacích ztráty soukromí a intimity cítí, jak se s těmito pocity vyrovnávají, ptala jsem se na ochotu a schopnost o tomto tématu komunikovat. Zjišťovala jsem, jak tyto skutečnosti vnímá ošetřovatelský personál, schopnost jejich empatie a neverbální komunikace s ošetřovanými seniorkami. Ze získaných údajů jsem vyvodila závěry týkající se saturace potřeby intimity seniorek. Pro zlepšení pocitů příjemkyň péče je důležitý individuální přístup s vlídností a ohleduplností. Vždy je nutné jednat v zájmu zachování důstojnosti klientek, ponechat jim právo rozhodování o sobě samých, nesnižovat jejich schopnost sebeobsluhy a nabídnout možnost odreagování prostřednictvím pozitivních zážitků či aktivit. V mém výzkumu se ukázal jako limitující nedostatečný počet osob přímé obslužné péče k naplňování individuálních potřeb klientek a s tím související nedostatek času, který je možno každé klientce věnovat.

Klíčová slova

Intimita; soukromí; potřeby; staré ženy; domov pro seniory

Need of intimacy of patients women 65+

Abstract

The aim of this bachelor's thesis was to determine the status of the needs for intimacy and privacy of elderly women aged 65+ in a nursing home. Elderly women lose part of their privacy by entering such a facility. According to their degree of dependence on care, their intimate zone is violated during nursing care. I used the method of non-standardized interviews and direct covert participant observation to find out how the elderly women feel and cope in such situations. I collected data from 10 female clients and 4 members of the nursing staff of the Stachy-Kusov Nursing Home. The group of female clients was deliberately selected to represent seniors of different levels of self-care, mobility and care dependency. All nursing professions were represented among the staff. In the interviews, I explored how the clients felt in situations where they had to surrender some of their privacy and intimacy, how they coped with these feelings, and asked about their willingness and ability to communicate these topics. I investigated how nursing staff perceived these facts, their ability to empathize and communicate non-verbally with the elderly women in their care. From the data obtained, I drew conclusions regarding the saturation of the seniors' need for intimacy. It shows that individual approach with kindness and consideration is important to improve the feelings of care recipients. It is always necessary to act in the interest of preserving the dignity of the clients, to leave them the right to make decisions for themselves, not to reduce their capacity for self-care and to offer the possibility of relaxation through positive experiences or activities. In my research, the insufficient number of direct care workers to meet the individual needs of clients and the related lack of time that can be devoted to each client proved to be the limiting factor.

Key words

Intimacy; privacy; needs; erderly women; nursing home

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	10
1.1 Potřeby	10
1.2 Soukromí, intimita.....	12
1.2.1 Pojmy soukromí a intimita	12
1.2.2 Průsečík potřeb a intimity.....	13
1.3 Stud	14
1.4 Ošetrovatelská etika	15
1.4.1 Etické principy v ošetrovatelství	15
1.4.2 Etické normy v ošetrovatelství	15
1.4.3 Etické kodexy v ošetrovatelství.....	16
1.5 Stáří, stárnutí	18
1.5.1 Periodizace stáří.....	19
1.5.2 Reakce na stáří.....	20
1.5.3 Průsečík potřeby intimity a stáří.....	21
1.6 Péče o seniory	21
1.6.1 Gerontologie.....	21
1.6.2 Geriatrie.....	22
1.7 Zařízení péče o seniory	22
1.7.1 Domov pro seniory	23
1.7.2 Domovy se zvláštním režimem	23
1.7.3 Počty pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory v ČR.....	23
2 Cíl práce a výzkumné otázky	25
2.1 Cíle práce	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3 Metodická část	26
3.1 Metodika výzkumu.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
4 Výsledky výzkumu	29
4.1 Rozhovory s klientkami	29
4.2 Rozhovory s členy ošetrovatelského personálu	34
4.3 Pozorování.....	37

5 Diskuze	41
6 Závěr	43
Seznam literatury	45
Seznam použitých zkratek	49
Příloha: Etický kodex zaměstnanců Domova pro seniory Stachy-Kůsov	50

Úvod

Intimita je slovo mnohoznačné.

Pod tímto pojmem si můžeme představit jak soukromí, své niterné pocity, tak vztahy s nejbližšími lidmi v životě. Nazvala bych ji také blízkostí – blízkostí v prostoru i ve vztazích.

Moje práce je o potřebě intimity žen starších 65 let. Pracuji v domově pro seniory, moje práce se tudíž bude věnovat potřebě intimity žen-seniorek, příjemkyň ošetrovatelské péče v tomto zařízení. Jedná se často o ženy, které už přišly o všechny své nejbližší. Jejich intimní vztahy skončily, jejich lásky pohasly. Intimní prostor, který sdílely se svou nejbližší osobou, je najednou až moc prázdný, zůstávají pouze vzpomínky – na blízkost duší i těl, na souznění i láskyplné doteky. Se stářím potom také přicházejí nemoci, bezmoc a samota.

A do této situace vstupujeme my, ošetrovatelský personál, abychom je ošetrovali a pečovali o ně. Tyto ženy byly dříve soběstačné a společností uznávané, žily plnohodnotný, s námi srovnatelný život. Jak už to u žen bývá, samy pečovaly a staraly se, a nyní se ocitají v pozici opačné, přijímající. Pro některé je to doslova obratem, ale i ty ostatní vnímají svůj dosavadní život jako něco velmi nedávného. A dostáváme se opravdu až do intimní zóny starých žen. Jakým způsobem se s touto skutečností seniorky vyrovnávají? Jak je můžeme podpořit? Jak jim jejich osamění ulehčit? Každá z nich je jiná, jejich potřeba intimity je také různá. Je náš přístup opravdu individuální? Jakým způsobem staré ženy na naši péči reagují? Jaké jednání a chování ošetroujícího personálu je jim příjemné? Které nepříjemné? Co bychom pro jejich lepší pocit mohli udělat? A jak je to s naší společnou komunikací? Pokud se k nim někdy (nebo často!?) chováme tak, že se jim to nelíbí, nemají zábrany nám to říci? (Možná právě proto, že už nemají nikoho, komu by své obavy, ale i přání a touhy, mohly s důvěrou sdělit.)

Myslím, že právě této oblasti – potřebě intimity, vztahu, blízkosti, úcty ošetrovatelského personálu ke klientkám a klientům i podpory jejich sebeúcty – není v institucionální péči věnována patřičná pozornost. Jsou tu rezervy a možnosti, jak klientkám/klientům i s jejich přispěním pomoci.

Budu se zajímat všeobecně o potřebu intimity u seniorek, o její vnímání, o její naplňování, o možném posunu vnímání intimity v seniorském věku a v pozici příjemkyň

ošetřovatelské péče. Seniorek se budu ptát na jejich zkušenost s námi, ošetřovatelským personálem, na jejich názor na náš přístup k nim. Jsme vnímaví? Jsme empatičtí? Umíme jim naslouchat, umíme se aktivně zeptat na jejich problémy? A co jejich stud? Dovoluje jim vůbec o tom s námi mluvit? Nepodvolují se naší péči raději trpně a mlčky, protože toto téma je pro ně k hovoru nepřijatelné nebo ze strachu, že by si nás zneprátelily?

Aby výpověď nebyla jednostranná, oslovím také své kolegyně/kolegy poskytující přímou péči u lůžek seniorek. Jak ony/oni vnímají narušování intimity klientek, jejich reakce, individuální potřeby. Jakým způsobem s klientkami o tomto tématu hovoří?

Pokud pomohu svou prací ke zlepšení pocitu ošetřovaných seniorek v oblasti intimity nebo k prolomení komunikačních bariér o tomto tématu, bude mít moje práce smysl.

1 Teoretická část

1.1 Potřeby

„Potřeby, nejednoznačně definovaný pojem, který označuje stav, kdy se organismu, jedinci nebo skupině něčeho nedostává, a to objektivně (strádá skutečným nedostatkem něčeho), nebo subjektivně (domnívá se, že se nedostává něčeho, na co má nárok, nebo něčeho, o čem se domnívá, že na to má nárok)“, takto definuje potřeby Sociologická encyklopedie (2020). Pokud potřeba není saturována, dochází k frustraci, dlouhodobá frustrace způsobuje deprivaci.

V životě každého jedince dochází k neustálé saturaci potřeb, které se v čase mění a také jsou uspokojovány různým způsobem, například v závislosti na životních a sociálních podmínkách. V této práci se budu zabývat potřebami žen starších 65 let žijících v domově pro seniory, budu tudíž věnovat pozornost působení stáří a ošetřování na vznik a uspokojování potřeb. V této souvislosti je také třeba si uvědomit, že některé potřeby jsou těmito podmínkami zasaženy více a některé méně nebo vůbec, některé za těchto podmínek teprve vznikají, uspokojování některých je ztíženo. Potřeba intimity, o které pojednává tato práce, je rolí klientky domova pro seniory silně ovlivněna, některé druhy saturace potřeb v souvislosti s potřebou intimity mohou být v životě žen starších 65 let žijících v domově pro seniory naprosto nové.

Abraham Harold Maslow (1908–1970), americký humanistický psycholog, v roce 1943 definoval hierarchické uspořádání lidských potřeb založené na teorii motivací člověka. Nejdříve je třeba uspokojit základní (nižší) potřeby, než budou uspokojeny potřeby vyšší. Pro grafické znázornění své teorie použil Maslow model pyramidy.

Na její základně jsou potřeby základní, tělesné, **fyzilogické**, nutné k přežití, k udržení homeostázy organismu. Patří sem potřeby dýchání, přijímání výživy, tekutin, vylučování, rozmnožování, spánku, pohybu, přiměřeného tepelného komfortu, smyslové stimulace či odstraňování bolesti. Pokud tyto fyziologické potřeby nejsou uspokojovány, člověk je ohrožen přímo ztrátou života nebo těžkým strádáním, které život dříve nebo později ukončí. Bez kyslíku se dá žít v rámci minut, bez tekutin jsou to dny, bez potravy týdny, bez přiměřené smyslové stimulace život možný je, ale jde spíše o přežívání než žití.

Na vyšším stupni pyramidy jsou potřeby **bezpečí a jistoty**, sem náleží například nerizikové chování, vyhýbání se nebezpečí, udržování stabilního prostředí, jak životního, tak rodinného či pracovního. Je to potřeba „někam“ patřit, cítit se zabezpečen, spokojený, klidný, to znamená pozitivní rodinné zázemí, bezpečný domov, stálou a přiměřeně ohodnocenou práci, životní prostředí neohrožující zdraví. Odepření této potřeby způsobuje obrannou nebo bojovou reakci, dlouhodobě může přinášet nezdravý stres. Zachování soukromí a intimity k uspokojení potřeby bezpečí a jistoty také patří.

Uprostřed pyramidy jsou potřeby **sounáležitosti a lásky**, které se týkají především vztahů partnerských, rodinných i přátelských. Zde jde o potřebu „k někomu“ patřit, k jinému člověku či skupině, být druhým/i přijat bez výhrad k tomu, jaký jsem. Začlenění jedince do společnosti, sounáležitost s lidmi se společnou vírou, hodnotami, zájmy je první složkou, druhou potom vztah k nejbližším, láska partnerská, milenecká, manželská, rodičovská. O intimitě mluvíme především u lásky partnerské, neboť to je osoba, kterou si necháme do intimní zóny vstupovat nejčastěji (kromě doby raného dětství a raného rodičovství). Je zvykem se domnívat, že stárí s sebou přináší odklon od intimní sféry sexuální ke sféře duševní, ale tato potřeba je velmi individuální. Potřeba intimity není jen potřeba lásky jako nejužšího vztahu, ale i doteků, intimních kontaktů a sexuálního uspokojení.

Dalším stupněm Maslowovy pyramidy potřeb jsou potřeby uznání a **sebeúcty**, a to v oblasti osobní, společenské nebo profesionální. Zde chceme být druhými uznáváni za to, čeho jsme dosáhli svými schopnostmi. Zvládání těžkých životních situací, kam patří i nemoc nebo důstojné přizpůsobování se vlastnímu stárnutí, k pocitu sebeúcty přispívá. Ale právě sebeúcta může být snižována porušováním práva na soukromí nebo narušováním intimní zóny.

Na vrcholu pyramidy je potřeba **seberealizace**, která většinou v období nemoci ustupuje, ve stárí ale může být u některých jedinců neustále důležitá, i když už není chápána jako potřeba sebezdokonalování, ale spíše dávání se druhým.

Především spodními čtyřmi patry Maslowovy pyramidy prostupuje téma intimity.

1.2 Soukromí, intimita

1.2.1 Pojmy soukromí a intimita

Soukromí je osobní oblast člověka, může být rozděleno na tělesnou část, fyzický prostor, intimní zónu jedince, ale má také část psychickou, myšlenkovou. Oba tyto prostory si člověk chrání před ostatními lidmi nebo je ochoten je sdílet jen s nejbližšími, jejich narušení může být prožíváno velice nepříjemně, až bolestně (Haškovcová, 1996).

„Intimita je slovo mnohoznačné, původem z latinského intimus = nejvnitřnější, nejtajnější, nejdůvěrnější, představuje nejvyšší stupeň soukromí, atmosféru maximální sociální uzavřenosti a zároveň nejtěsnější, nejdůvěrnější sociální spojení“ (Sociologická encyklopedie, 2020). Jejímu definování se věnoval např. Výrost (2008) *„Intimitu můžeme chápat jako překročení určité hranice, za kterou se nacházejí už výsostné a privátní zóny jedince.“* *„Intimita je vlastně sebeodhalování, ale taky vyjádření nejhlubších citů k jiné osobě a synonymum blízkosti dvou lidí.“*

Soukromí je potřebou každého člověka a každý má na ochranu svého soukromí také nepopíratelné právo. Ochrana soukromí pacientů/pacientek se věnuje mnoho dokumentů, zákonem na ochranu osobních údajů počínaje a etickým kodexem sester konče. Žádný zákon ale není přítomen přímému styku pacientky/pacienta s ošetřovatelským personálem, i když by ho měl vždy ovlivňovat. Pak nastupují důvěra a respekt.

Základním dokumentem zaručujícím soukromí je Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata v roce 1948 Valným shromážděním Organizace spojených národů a členské země musí plnit závazky z ní vyplývající. Konkrétně článek 12 říká: *„Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, ani útokům na svou čest a pověst. Každý má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.“*

V České republice je základním právním předpisem Listina základních práv a svobod, článek 7, citují: *„Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.“* a článek 10, citují: *„Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.“*

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách stanoví podmínky ve zdravotnických zařízeních, citují: *„Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu,*

důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb. “

S pojmem soukromí pak souvisí rozdělení prostoru kolem jedince do vrstev odpovídajících míře soukromí, která je v nich vyžadována, a které mají samozřejmě u každého jiné parametry.

Vrstvy jsou řazeny od nejširší k nejužší:

1. Veřejná vrstva v okruhu 3,5–9 m, ve které se mohou pohybovat cizí lidé, tuto vzdálenost se podvědomě snažíme na veřejnosti dodržet.
2. Společenská vrstva v okruhu 1,2–3,5 m, používaná při formálním styku, jako je rozhovor lékaře s pacientem/pacientkou či pracovní pohovor.
3. Osobní vrstva o šířce 0,45–1,2 m kolem člověka, do té vstupují blízcí lidé, přátelé, příslušníci blízké rodiny.
4. Intimní zóna je nejnějnější vrstvou do vzdálenosti 0,45 m od člověka, ve které je nejhroženější, do té má přístup jen intimní partner či dítě (u dítěte rodič) (Jankovský, 2003).

A právě do intimní zóny pečující personál vstupuje, tyto situace jsou z velké míry předmětem mé bakalářské práce.

1.2.2 Průsečík potřeb a intimity

Z uvedených definic intimity je patrné, že intimita se dotýká potřeb fyziologických, potřeb bezpečí a jistoty, potřeb sounáležitosti a lásky až po potřeby uznání a sebeúcty.

Při uspokojování potřeb fyziologických, nižších, je vyžadováno soukromí, ať už se jedná například o potřebu vyměšování nebo sexuality. Při nedostatečném soukromí při uspokojování fyziologických potřeb dochází k narušení pocitu bezpečí a jistoty, tedy potřeb po fyziologických potřebách v hierarchii následujících.

Z definice pojmu intimita jako „nejdůvěrnější sociální spojení“ vyplývá spojení s potřebou lásky a sounáležitosti. Intimitě v tomto kontextu, její potřebě ve věkové skupině lidí starých, nemocných a umírajících, se věnují ve své knize Chrastina a Špatenková (2018).

Nerespektováním intimity člověka a narušováním intimní zóny bude ponižována potřeba sebeúcty jedince.

1.3 Stud

Reakcí člověka na narušení intimity je pocit studu. V širším kontextu je stud prožívání nesouladu našeho chování s naším vnitřním ideálem, nepříjemný pocit či obava z reakce jiných lidí, která může být posměšná, opovrhující nebo povznešená (Schmidbauer, 1994). Je příznačné, že stud je pociťován i v představách. Jedná se často o situace ponižování, pokoření či zahanbování před někým cizím, odhalování těla, ale i odhalování psychické, niterné.

Typicky se stud projevuje například při obnažení těla, ale také odhalení nějaké intimní informace, zbabělosti, nevhodného chování, nečestného myšlení, které může vést k posměchu či pohrdání, a to i pohrdání sebou samým. Projevení poct a chvály může vyvolat pocit studu, zvláště v případě, když si dotyčný myslí, že si to nezaslouží. O zástupném studu se dá mluvit, pokud se stydíme za někoho jiného, za jeho nečestné jednání (Gulášová, 2014; Tarková, 2018).

Dále se dá rozlišit stud pociťovaný preventivně předem, ostych, a stud následný, hanba (Gulášová, 2014).

Stud má i vnější projevy, jako je zčervenání nebo náhlá neschopnost se vyjádřit. Subjektivně je vnímán jako nepříjemná emoce, dyskomfort, trapnost, může dojít ke ztrátě důstojnosti až k psychické újmě. Sám pocit studu je dán vnitřními postoji jedince, jeho mravními vlastnostmi, ale také výchovou. Projevy studu jsou individuální a výchovou a sebereflexí mohou být usměrňovány a potlačovány, ale také záměrně vyvolávány. Stud a jeho projevy mohou mít za následek rozladění dotyčného, jeho neochotu nebo neschopnost v takové situaci spolupracovat.

Míra studu je ve svém vzniku a projevech individuální, někdo nemá s odhalováním problém, jiný je velmi stydlivý. Ani pocit, že jsme viděni, není pro vznik studu rozhodující, v situaci při vyšetření lékařem, kdy se dotyčný vnímá neosobně, jako „případ“, se stud nemusí vůbec dostavit i u velmi stydlivého člověka. Tak jako je stud subjektivně různě prožíván, tak je individuálně vnímán i zvenčí. Stud při ošetřovatelských výkonech často není ošetřujícím personálem vůbec vnímán, eventuálně je bagatelizován.

Proto je právo na respektování studu, soukromí a důstojnosti dáno nejen výše zmíněným zákonem o zdravotních službách, ale i dokumenty týkajícími se etiky zdravotnického povolání.

1.4 Ošetřovatelská etika

Etika je věda o morálce, teorie o správném a nesprávném jednání. Ošetřovatelská etika se zabývá chováním a jednáním zdravotnických a ošetřovatelských povolání. Snaží se rozlišovat správné a nesprávné, rozlišovat, co je pro pacienta dobré a co zlé. Pomáhá zdravotníkům orientovat se v morálních problémech jejich povolání, aby nedocházelo k nespravedlnosti, aby se vždy jednalo ve prospěch pacienta a jeho zdraví, aby byla zachována jeho důstojnost a autonomie, aby nebyla porušována jeho práva, včetně práva na naději.

Podle Haškovcové (2002) je při rozhodování o morálním jednání zásadní vnitřní chtění, svědomí, zakotvení morálky člověka a jeho kladný vztah k lidem.

1.4.1 Etické principy v ošetřovatelství

První ošetřovatelské etické principy formulovala již v 19. století Florence Nightingale. Podle ní má být ošetřovatelka důvěryhodná, spolehlivá, svědomitá, počestná, střídá a zbožná (Nightingale, 1874). Základy zdravotnické etiky byly ovšem formulovány již mnohem dříve, příkladem je Hippokratova přísaha.

Základními etickými principy vycházejícími z hipokratovské tradice jsou nonmaleficence (nepoškození), beneficence (prospěšnost, dobřechinění), autonomie (nezávislost) a spravedlnost.

Znamená to činit vše ve prospěch pacienta, pro jeho dobro, zdraví, duševní pohodu, s respektem k jeho vlastním rozhodnutím, bez ohledu na jeho postavení a majetek, stejně všem bez rozdílu.

1.4.2 Etické normy v ošetřovatelství

Norma č. 1: *Sestra si váží jedince jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.* Odpovídá principům autonomie a spravedlnosti.

Norma č. 2: *Sestra pomáhá jednotlivcům, rodinám i jiným skupinám a také společenstvím dosahovat a udržovat optimální zdraví.* Odpovídá principu beneficience.

Norma č. 3: *Sestra podporuje prostředí bez nebezpečí, aby bylo možné dosáhnout vysoké úrovně celkové spokojenosti, zdraví, resp. uzdravení z nemoci.* Odpovídá principu nonmaleficience.

Norma č. 4: *Sestra využívá vědecké poznatky jako základ pro rozhodování v ošetrovatelské praxi.* Odpovídá principům nonmaleficience a beneficience.

Norma č. 5: *Sestra vykonává vhodné zákroky a léčebné úkony, aby ulehčila přežití období nemoci, zotavení z onemocnění, nebo přispěla k důstojnému umírání.* Odpovídá principu beneficience.

Norma č. 6: *Sestra hodnotí účinnost poskytnuté péče na základě subjektivního a objektivního stavu pacienta a výsledků ošetrovatelského procesu.* Odpovídá principům autonomie a beneficience.

Norma č. 7: *Sestra pomáhá klientům dosahovat a udržovat si rovnováhu mezi potřebami osobního růstu a optimálními funkcemi.* Odpovídá principům autonomie a beneficience.

Norma č. 8: *Sestra odhaluje změny zdravotního stavu a odchylky od optimálního vývoje.* Odpovídá principům autonomie, nonmaleficience a beneficience.

Norma č. 9: *Sestra je povinna soustavně se vzdělávat, zvyšovat svoji profesionální úroveň a přispívat k profesionálnímu růstu jiných.* Odpovídá principům nonmaleficience a beneficience.

Etickými principy by se ve zdravotnictví měl řídit nejen vztah zdravotní sestra – pacient/pacientka, ale také kolegiální vztahy na pracovišti s lékaři a ostatními nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Etické principy se promítají do povinností a odpovědnosti zdravotnického personálu (Kutnohorská, 2007).

1.4.3 Etické kodexy v ošetrovatelství

Principy ošetrovatelské etiky byly přeformulovány do norem, takto byl vytvořen etický kodex sesterní profese, **Etický kodex Mezinárodní rady sester** (ČAS, © 2017).

První verze tohoto dokumentu byla schválena v roce 1953 a od té doby byl několikrát revidován, naposled v roce 2005. Tento kodex přijala za svůj i Česká asociace sester a je v ČR platný od roku 2012.

Tento dokument má čtyři části:

Sestry a spoluobčan

První část se věnuje vztahu sestry-pacient a sestry-veřejnost. Týká se mlčenlivosti, podávání informací, spolupráce s pacientem a jeho rodinou, respektu a zodpovědnosti.

Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Druhá část se týká osobnosti sestry, její schopnosti kvalitně vykonávat ošetrovatelskou praxi, včetně sebevzdělávání.

Sestry a profese

Třetí část je zaměřena na sesterskou profesi obecně, na její zkvalitňování, řízení, výzkum a vzdělávání.

Sestry a jejich spolupracovníci

Čtvrtá část upravuje kooperativní vztahy mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi, aby byla zaručena co nejlepší péče o pacienta, ale i pohoda jednotlivých členů týmu.

V druhé polovině 20. století s odklonem paternalistického lékařského přístupu k přístupu partnerskému vznikl etický kodex **Práva pacientů**. Každý člověk v demokratické společnosti na základě dostatečných informací o sobě svobodně rozhoduje a přebírá odpovědnost nebo ji podle svého přání někomu předává.

V roce 1985 byl první vzorový dokument vytvořen Americkým svazem občanských svobod a upravená česká verze byla přijata Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví v roce 1992 (CEK MZd, 1992).

Z pohledu pacientů/pacientek se zde pojednává o shodných etických principech jako ve výše popsaném dokumentu. Tak jako má zdravotník/zdravotnice svou profesi vykonávat empaticky a kvalitně, pacientka/pacient má právo na ohleduplnou a kvalifikovanou péči. Klade se důraz na respektování osobní svobody pacienta/pacientky, přístup k informacím, spolupráci při stanovení postupu či odmítnutí léčby. Pacientka/pacient má právo stýkat se

se svými blízkými, má právo na diskretnost a ochranu svého soukromí a studu. Má právo, ale i povinnost znát a dodržovat platný řád zdravotnického zařízení, v němž se léčí.

V ošetrovatelství je samozřejmě nutné dodržovat zásady vyšších mravních kodexů, jako jsou například „Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Ženevská deklarace (1948), Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod (1950), Helsinská deklarace (1964)“ (Kutnohorská, 2007).

1.5 Stáří, stárnutí

Stárnutí je časem determinovaná existence, v biologickém chápání jde o stagnaci a postupné opotřebování, degeneraci, involuční změny projevující se úbytkem funkčnosti i energie. V organismu převažuje odumírání tělesných buněk, event. jejich nahrazování buňkami horší kvality. Stárnutí je tedy proces neodvratitelný a nevratný. Stáří člověka však nemá jen negativní znaky, v sociální sféře přibývá zkušeností, moudrosti, rozvahy, dochází ke stabilizaci pozitivních hodnotových vzorců.

Žádné dva organismy, ani lidé, nestárnou stejně rychle. Chronologické, kalendářní stáří (věk) je jen jedním z aspektů celkového stárnutí. Funkční stáří, opotřebenost organismu, je dalším z nich, přičemž roli hraje celoživotní přístup jedince ke zdraví. Přirozené stárnutí je fyziologické, čím větší je rozdíl mezi kalendářním a funkčním věkem, tím více patologické stáří přináší (Malíková, 2018).

Člověka je potřeba vždy vnímat v dimenzích biologických, psychických a sociálních a takto je třeba vnímat i stáří. Žádná ze složek osobnosti nestárne izolovaně, nástup změn je individuální, vše se vzájemně ovlivňuje, nejčastěji na biologické změny navazují změny psychické, a to obojí způsobuje změny chování a sociálního postavení stárnoucího člověka.

Tělesné změny jsou nejviditelnější (úbytek svalové hmoty, snížení hydratace kůže, ubývání pigmentu ve vlasech), stářím změněný vzhled je nazýván jako fenotyp stáří. Dále dochází k involučním změnám ve všech orgánových systémech, zhoršování kognitivních funkcí, zhoršení řízení tělesné teploty apod. (Venglářová, 2007).

Změny vzhledu, tělesných funkcí a schopností jedince spolu s involučními změnami nervové soustavy přinášejí i změny psychické. To přináší změny v chování seniora/seniorky. Stárnutí je spojeno i se změnou osobnosti související se zhoršením paměťových

funkcí (převládá vstřípivost nad výbavností), citovou labilitou, nedůvěřivostí, sníženou adaptabilitou, nedůvěrou až strachem z nových věcí a neznámých situací. Zvýrazňují se negativní povahové rysy (Venglářová, 2007).

Nejsilněji pocíťovanou je ale právě změna v sociální oblasti. Změna sociální role při odchodu ze zaměstnání a vstupu do starobního důchodu je často nejen velmi rychlá, ale i nad očekávání těžká. Přestože je snaha se na tuto situaci připravit po celý předchozí život, s vidinou odchodu do důchodu vytvořit plán, jak s volným časem naložit, právě tato změna je považována za veskrze negativní. Hrozící sociální izolace, strach ze samoty, ztráta životního partnera a ostatních blízkých osob, ekonomické změny, velké množství volného času a tím změna životního stylu jsou seniorkami/seniory vnímány negativně (Venglářová, 2007).

Spojením změn v biologické, psychické a sociální oblasti dochází u seniora/seniorky k situacím, kdy jeho/její chování a jednání nestačí pokrýt všechny jeho potřeby, dochází k úbytku nebo ztrátě soběstačnosti. Nejvýznamnějším důsledkem toho je potom nástup do zařízení ústavní péče, další velká změna, na kterou starý člověk není nebo nemusí být připraven (Dvořáčková, 2012). Snížená schopnost adaptace má za následek problémy v orientaci, komunikaci, zmatenost, spánkovou inverzi, ztrátu energie, sníženou chuť k jídlu a další (Venglářová, 2007).

Je nutno si uvědomit, že stáří není nemoc, je přirozeným obdobím lidského života, *„přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku“* (Haškovcová, 2010).

1.5.1 Periodizace stáří

V současné době se nejčastěji používá rozdělení stáří do tří fází.

První fáze (senioři/seniorky ve věku 60–74 let) je označována jako vyšší věk neboli rané stáří, druhá fáze (75–89 let) je nazvaná sénium či stařecký věk, třetí fáze (nad 90 let) je dlouhověkost (Haškovcová, 2010). Klasifikací a rozdělení stáří lze nalézt v literatuře více, stejně jako nová označení a pojmenování jejich fází. Přesto klasifikace fází závěrečné etapy života má smysl, a to hlavně v souvislosti s prodlužováním střední délky života.

Stáří není však závislé jen na čase, na věku člověka. Je třeba hodnotit nejen věk, ale také biologické opotřebením organismu, stav psychických, smyslových a kognitivních funkcí a sociální roli dané/ho seniorky/seniora (Matoušek, 2013).

Jinou než věkem (časem) definovanou klasifikaci fází stáří nabízí Kalvach (2011), volí rozdělení podle schopností a funkční zdatnosti, soběstačnosti, samostatnosti, sebeobsluhy, aktivity, závislosti rozvíjející se až úplné závislosti, kdy je třeba péče a ochrana ve všech aktivitách denního života. Seniorsy/seniorky dělí na elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé, zcela závislé a umírající.

1.5.2 Reakce na stáří

Přestože je každý člověk neopakovatelné individuum, v roce 1966 byla americkým humanitním psychologem Bromleym vytvořena škála 5 základních reakcí na stáří. Záleží na povahových rysech, vlastnostech, charakteru, ale i životním stylu. Určitou roli hraje i dosavadní způsob života a životní styl. Následují krátké charakteristiky jednotlivých přístupů, jak je uvádí Jarošová (2006). V domovech pro seniory jsou jistě zastoupeni klienti/klientky všech uvedených skupin.

Konstruktivní přístup – člověk aktivní, společenský, respektující, přiměřeně fyzicky zdatný, psychicky vyrovnaný, pozitivní. Ideální reakce. V domovech pro seniory by představoval/a vítaného/vítanou klienta/klientku, který/která by ostatním zvedal/a náladu, vyskytuje se tam však řidčeji než ostatní, protože se snaží být do poslední chvíle soběstačný/soběstačná. I v případě choroby je schopen/schopna bojovat, příbuzní a okruh přátel mu/jí do poslední možné chvíle pomohou. Nechce být druhým lidem na obtíž a s překvapením zjišťuje, že oni péči o něj/o ni za přítěž nepovažují.

Strategie závislosti – člověk neaktivní, nespolečenský, vyžadující péči a pozornost druhých osob, zaměřený na zajištění vlastního pohodlí. Často přichází do zařízení institucionální péče, protože blízcí péči o něj nezvládnou, především psychicky. Také jako klient/klientka je náročný/á, vyžadující pozornost ostatních. Na rozdíl od předchozího typu chce být ostatními opečován/a a uznáván/a pro svou nemohoucnost.

Obranná strategie – člověk negativní, neschopný přijmout přechod k nečinnosti, pasivitě a závislosti, reaguje obranným postojem. Okatě dává najevo, že nechce být na obtíž, že nechce ostatním zabírat místo na výsluní. Uchýlení do ústraní zahrnuje i odchod do domova pro seniory, kde se však chová podezřívavě, péči snáší s roztrpčením.

Nepřátelský postoj – člověk izolovaný, nespolečenský, podezřivý, mrzutý a dávající to svým chováním jasně najevo. Jeho uzavřenost ho izoluje i od možnosti stát se klientem/klientkou zařízení péče, pokud to není nezbytně nutné, vyhýbá se jakýmkoli sociálním kontaktům. Při podvolení se péči je problematická/ý klientka/klient, dává najevo, že nechce obtěžovat, ale nic jí/mu není uděláno správně podle jejích/jeho představ.

Strategie sebenenávisti – člověk sebeobviňující, izolovaný, nespolečenský, osamělý, není chopen přijmout své stáří. Takto se chová i jako příjemce ošetrovatelské péče, je pasivní, neschopný vyjádřit své potřeby.

1.5.3 Průsečík potřeby intimacy a stáří

Přístup žen starších 65 let k potřebě intimacy bude jistě dán i jejich převládající reakcí na vlastní stáří a schopností ho přijmout, stejně jako přijmout pečující osoby kolem sebe.

Roli budou hrát i další okolnosti, od výchovy, prostředí, v němž žily, životních principů, které si během života osvojily, přes temperament a charakterové vlastnosti, po nemoci a stařecké syndromy. Tak jako všude jinde se budou tyto ženy různit a projevovat individuálně. Přístup ošetřujícího personálu musí být v každém případě profesionální a nesmí mezi nimi být dělány rozdíly.

V domovech pro seniory se ocitají ženy, které byly dle jejich mínění donedávna soběstačné, pečující a starající se, a nyní se ocitají v pozici přijímající, opečovávané. Pro mnohé z nich je těžké zvyknout si na tuto společenskou roli a přináší jim to psychické problémy (Apesoa-Varano, 2019).

Ne všichni senioři jsou schopní se doma o sebe postarat, navíc jejich děti se dostávají také do seniorského věku a samy mohou mít zdravotní problémy. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí garantuje poskytování služeb v sociální oblasti, seniorkám/seniorům jsou poskytovány především k zachování jejich soběstačnosti a aktivnímu rozvíjení jejich schopností, při zachování lidské důstojnosti a kvality individuálně poskytovaných služeb.

1.6 Péče o seniory

1.6.1 Gerontologie

Gerontologie je interdisciplinární vědní obor o stárnutí a stáří, zabývá se diagnostikou, managementem a změnami ve stáří. Gerontologie má tři směry:

- experimentální, zkoumající proces stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů;
- sociální, zabývající se vztahem stárnutí a rolí starého člověka ve společnosti;
- klinická, která se věnuje zvláštnostem chorob ve stáří, též geriatrie (Holmerová a kol., 2007).

1.6.2 Geriatrie

Geriatrie je klinická lékařská disciplína, zabývá se chorobami ve stáří a jejich odlišnostmi závislými na věku jedince. Jejím cílem je především zachování co nejdelší soběstačnosti seniorů/seniorek, tzv. „úspěšné stárnutí“. O to se snaží jak léčebnými, tak preventivními cestami (Holmerová a kol., 2007).

1.7 Zařízení péče o seniory

Historie péče o staré, nemocné a opuštěné lidi na našem území je známá od středověku. Jednalo se o charitativní péči, která v péči o tyto skupiny obyvatelstva pokračuje až do dnešní doby. Byly zakládány špitály, chudobince a starobince, nejdříve při kláštorech, ale prostorové i hmotné možnosti těchto zařízení byly značně omezené. V roce 1868 vydal Josef II. zákon o chudinském právu, kdy obce již měly povinnost postarat se o své staré, zchudlé a opuštěné občany. Za jeho vlády byla v Praze založena Všeobecná nemocnice, jejíž součástí byl i chudobinec, nalezinec a zaopatřovací ústav (Kutnohorská, 2010). Problematikou péče o staré lidi se zabývala také první vláda samostatné Československé republiky, která ustanovila Správu pro otázky sociální péče. V roce 1929 v Praze vznikl zaopatřovací ústav Masarykovy domovy s 250 (z dnešního pohledu) sociálními lůžky, zahrnoval jak starobinec, tak chudobinec (Haškovcová, 2010).

V současné době v péči o staré lidi existuje několik forem služeb, od nejjednodušších, kdy senior zůstává v domácím prostředí až po rezidenční zařízení. Jedná se o terénní či ambulantní pečovatelské služby, osobní asistenci, průvodcovské a předčitatelské služby, centra denních služeb, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory (MPSV, 2020).

Pro staré lidi nejlepší a vzhledem k narůstajícímu počtu seniorské populace také nejefektivnější řešení je co nejdelší setrvání seniora v domácím prostředí, kde se cítí bezpečně a má podporu rodinných příslušníků. I pro ně je ovšem péče o seniorku/seniora

ve zhoršujícím se stavu fyzická, psychická a sociální zátěž, a to i v případě, že využívají terénních sociálních služeb.

Pokud je nutný nástup seniora/seniorky do rezidenčního zařízení, důležité je, aby vše proběhlo co nejcitlivěji. Důležitý je dostatek informací, vzájemná diskuze a pomoc při přizpůsobování se novému prostředí.

1.7.1 Domov pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje za úhradu (MPSV, 2020).

Pro stáří je typická zvýšená nemocnost, proto rezidenční zařízení typu domova pro seniory poskytuje jak sociální, tak zdravotní služby. Tyto pobytové služby jsou nazývány též institucionální péče, rezidenční péče nebo stacionární péče.

1.7.2 Domovy se zvláštním režimem

Klienti domovů se zvláštním režimem jsou osoby vyžadující specifickou péči z důvodu duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo pokročilých fázích demence (Dvořáčková, 2012). Z velké většiny jde právě o demenční seniory/seniorky, dříve byli/y často umístěni/y na ošetrovatelských lůžkách či odděleních domovů důchodců. U některých statistických dat proto v příští kapitole uvedu i tato zařízení. V souvislosti s tímto typem zařízení a služby proběhla diskuze o respektování základních práv a svobod. Poptávka i nabídka tohoto typu služby také neustále roste.

1.7.3 Počty pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory v ČR

Podle údajů ČSÚ (2023b) bylo v naší republice k 31.12.2022 celkem 525 domovů pro seniory s počtem 35 869 lůžek, domovů se zvláštním režimem 396 s 24 822 lůžky. Co se potřeby intimity týká, zajímavé je číslo představující počet jednolůžkových pokojů – 12 469 v domovech pro seniory, tedy pouze třetina ubytovaných seniorů má takto zajištěno soukromí (pro srovnání v domovech se zvláštním režimem je to pouze 14 %).

Právě na nedostatek soukromí na vícelůžkových pokojích upozorňovaly i Bužgová a Ivanová (2008).

V ČR bylo v domovech pro seniory na konci roku 2022 umístěno 33 731 osob, z toho bylo 9 408 trvale upoutaných na lůžko a 18 321 částečně mobilních, pouze 18 % ubytovaných seniorek/seniorů je mobilních, méně závislých na pomoci druhých osob. Zajímavé je také číslo hovořící o personálním zabezpečení domovů pro seniory – 34 391 pracovníků.

Zřizovateli domovů pro seniory jsou nejčastěji obce (168 zařízení), krajské úřady (166 zařízení), nestátní neziskové organizace, církve a ostatní, např. soukromé firmy. Financovány jsou z plateb a příspěvků na péči uživatelů, z dotací ze státního rozpočtu, z veřejného zdravotního pojištění, event. z grantů a darů. Některá zařízení produkují i vlastní vedlejší hospodářskou činnost. Poptávka po lůžkách v pobytových sociálních zařízeních ještě stále překračuje nabídku. V České republice to ke konci roku 2022 bylo 51 548 neuspokojených žádostí o vstup do domovů pro seniory a 26 381 do domovů se zvláštním režimem. Pro představu – celková poptávka více než dvakrát převyšuje kapacitu stávajících zařízení.

1.7.4 Demografické údaje o ženách 65+

Dle údajů Českého statistického úřadu (2023a) k 31.12.2022 žilo v České republice 10 827 529 obyvatel, z toho více žen než mužů, a to 51 % populace všech věkových kategorií. Seniorek/seniorů nad 65 let bylo 2 207 849 (více než 20 %).

V Jihočeském kraji žilo na konci roku 2022 celkem 138 659 osob nad 65 let, v domovech pro seniory to bylo 2 939 osob, z toho 2 171 žen (74 %) a 768 mužů. V seniorských kategoriích je takto viditelné, že ženy se statisticky dožívají vyššího věku.

Ve věku 90 a více let žije v ČR třikrát více žen než mužů (ČSÚ, 2021). Z toho důvodu je mnohem více starých pacientek než pacientů (více klientek než klientů – příjemkyň/příjemců péče).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Zjistit, jak ženy 65+ v domově pro seniory vnímají potřebu intimity a narušení intimní zóny a jak je možné jejich pocity vylepšit.

Zjistit, jakou mají seniorky 65+ potřebu intimity.

Zjistit, jak je možné potřebu intimity seniorek 65+ saturovat.

Zjistit, jak klientky domova pro seniory vnímají narušení intimní zóny při ošetrovatelských výkonech.

Zjistit, zda ošetrovatelský personál vnímá narušení intimní zóny klientek.

Zjistit, jakým způsobem probíhá komunikace mezi klientkami 65+ a zdravotnickým/ošetrovatelským personálem v otázkách intimity a narušení intimní zóny.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak vnímají seniorky 65+ potřebu intimity?
2. Jakým způsobem se osamělé seniorky 65+ žijící v domově pro seniory vyrovnávají s potřebou intimity?
3. Jak seniorky 65+ vnímají narušení intimní zóny při ošetrovatelských výkonech?
4. Jak vnímá zdravotnický/ošetrovatelský personál narušení intimní zóny klientek 65+?
5. Jsou klientky ochotny/schopny své pocity při ošetrovatelských výkonech narušujících intimní zónu sdělit ošetroujícímu personálu?
6. Jakým způsobem probíhá komunikace ze strany zdravotnického/ošetrovatelského personálu s klientkami 65+ na téma intimity a narušení intimní zóny?

3 Metodická část

3.1 Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem vybrala kvalitativní metodu, a to techniky rozhovoru a pozorování. Rozhovory i pozorování byly použity jak u skupiny respondentek/klientek, tak u skupiny ošetřovatelského personálu.

K provedení výzkumu jsem si vybrala své pracoviště, Domov pro seniory Stachy-Kůsov (dále jen domov). Výzkumné šetření probíhalo v lednu až únoru 2024.

Vzhledem k intimnímu tématu výzkumu a věku respondentek/klientek se jednalo o rozhovory nestrukturalizované, abych se mohla přizpůsobovat reakcím klientek, a to jak jejich přáním, tak neverbálním vyjádřením. Všechny rozhovory byly pořízeny v průběhu února 2024, se souhlasem respondentek/respondentů zaznamenávány na záznamník mobilního telefonu a poté přepsány k dalšímu zpracování. V případě nesouhlasu se zvukovým záznamem byly odpovědi zaznamenávány písemně. Poté byla data z rozhovorů rozklíčována, kódována a dále zpracována.

Jelikož se jednalo o nestrukturalizované rozhovory, otázky jsem neměla předem připraveny. Přípravou k rozhovorům mi byl vypracovaný dokument, ve kterém jsem si shrnula témata, která chci s respondenty/respondentkami probrat, situace, o kterých od nich chci slyšet, a názory, které chci znát. Vzhledem k citlivému tématu jsem se snažila nejdříve klientkám vysvětlit význam rozhovoru a získat jejich důvěru. Byly seznámeny s tím, že pokud se rozhovor bude ubírat směrem, který je pro ně nepřijatelný, mohou ho kdykoliv ukončit nebo na některou otázku neodpovědět. Také jsem jim v úvodu rozhovoru objasnila slovo „intimita“, v jakém kontextu je použito v tomto výzkumu. Úvod rozhovorů s respondenty/respondentkami z řad personálu byl obdobný, s tématem mé bakalářské práce byli seznámeni už dříve.

Pozorování bylo přímé, zúčastněné a skryté. Probíhalo v průběhu ledna až února 2024 při mých pracovních směnách a výsledky zaznamenávány písemně. Pozorování probíhalo i u jiných klientek než u výzkumného vzorku. Sledovala jsem vzájemné interakce personálu přímé péče a klientek, kdy docházelo k narušování soukromí či intimní zóny klientek, především při vstupu personálu do pokojů klientek a při provádění hygienických úkonů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Klientkami domova jsou ženy starší 50 let, pro výzkum jsem si zvolila ženy starší 65 let, jak vyžadovalo zadání bakalářské práce. Těchto klientek je v domově většina.

Tabulka č. 1: Údaje o klientkách, se kterými byly vedeny výzkumné rozhovory

	Věk	Délka pobytu v DpS Stachy-Kůsov	Mobilita/Soběstačnost
K1	82	11 měsíců	imobilní, s dopomocí lůžko/polohovací křeslo/WC, dopomoc při hygieně, oblékání, přemisťování pomocí invalidního vozíku, sama ho nepoužívá, jí v malé jídelně na patře
K2	71	2 roky a 5 měsíců	imobilní, s dopomocí lůžko/polohovací křeslo, jí na pokoji, dopomoc při hygieně, oblékání, inkontinentní
K3	79	5 let a 9 měsíců	mobilní, zvládá kompletní samoobslužnou péči, jí v centrální jídelně
K4	75	10 let a 3 měsíce	imobilní, s dopomocí lůžko/polohovací křeslo/toaletní židle, inkontinence moči, dopomoc při hygieně, oblékání
K5	75	1 rok a 4 měsíce	částečně mobilní, chůze o dvou francouzských holích, sebepéče kompletní, jí v centrální jídelně
K6	69	9 let a 3 měsíce	imobilní, pohyb pomocí invalidního vozíku, sama se přesune lůžko/vozik/WC, kompletní sebepéče, jí v centrální jídelně
K7	85	1 rok a 6 měsíců	imobilní, s dopomocí lůžko/polohovací křeslo/WC, inkontinence moči, dopomoc při hygieně, oblékání, jí v malé jídelně na patře
K8	99	10 dnů	mobilní, pohybuje se s pomocí dvou hůlek, soběstačná, částečná močová inkontinence, jí v malé jídelně na patře
K9	72	8 let	imobilní, pohybuje se pomocí invalidního vozíku, s dopomocí lůžko/vozik/toaletní židle, močová inkontinence, dopomoc při hygieně, oblékání, jí v centrální jídelně
K10	68	3 týdny	imobilní, s dopomocí lůžko/polohovací křeslo/toaletní židle, PMK, dopomoc při hygieně, oblékání, jí na pokoji

V tabulce č. 1 se nacházejí údaje o klientkách/respondentkách výzkumu. Klientky jsou seřazeny náhodně, označeny K1–K10, dále je uveden jejich věk, délka pobytu v domově a informace o jejich mobilitě a samoobslužné péči.

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru tak, aby rozsah klientek reprezentoval jak ty, kterých se narušování intimní zóny týká rutinně, tak ty, které se s tímto problémem (zatím?) potýkají v menším rozsahu. Také jsem záměrně vybrala klientky, které jsou v zařízení různě dlouhou dobu, s různými lékařskými diagnózami a různým stupněm sebepéče a mobility.

Z personálu byli vybráni zástupci všech kategorií zaměstnanců, kteří při svém povolání vstupují do intimní zóny klientek – pracovník/pracovnice přímé obslužné péče, ošetřovatel/ka a všeobecná sestra. Do této skupiny jsem vybrala zaměstnance, kteří v domově pracují minimálně rok, abych měla jistotu, že práci kompletně ovládají, s klientkami mají vytvořený vztah a tím pádem se dokáží vyjádřit i o tom, jak vnímají reakce a pocity klientek.

Tabulka č. 2: Údaje o členech ošetřovatelského personálu, se kterými byly vedeny rozhovory

	Věk	Délka zaměstnání v DpS Stachy-Kůsov	Pracovní pozice
R1	38	5 let	pracovník/pracovnice přímé obslužné péče
R2	58	12 let	všeobecná sestra
R3	33	7 let	pracovník/pracovnice přímé obslužné péče
R4	67	20 let	ošetřovatel/ka

V tabulce č. 2 se nacházejí údaje o respondentkách/respondentech výzkumu z řad ošetřovatelského personálu. Respondenti/respondentky jsou seřazeni/y náhodně a označeni/y R1–R4, dále je uveden jejich věk, délka zaměstnaneckého poměru v domově a pracovní zařazení.

Výzkum probíhal se souhlasem vedení domova i jednotlivých klientek a respondentek/respondentů.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Rozhovory s klientkami

Zpracování jednotlivých rozhovorů probíhalo tak, že jsem jejich jednotlivé části přiřadila k tématům výzkumných otázek. Žádná z výzkumných otázek nebyla přímo součástí rozhovoru. Ne všechny dotazované klientky jsou na péči závislé. Všechny dotazované klientky, které na péči závislé jsou, přešly od kompletní sebepečce k závislosti na péči druhých.

Tabulka č. 3: Přehled témat při rozhovorech se seniorkami

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10
pokoj, zachování soukromého prostoru	-	+	+	-	+	+	+	+	+	
zavřené dveře, zachování soukromí		+	+		+	+	+	+	+	
osobní věci, prádlo		+	+			+			+	
přizpůsobení se režimu	+	+	+	-		-			+	-
péče na lůžku		+		-			+			-
dopomoc při přesunu na wc, toaletní křeslo	-			-	-			+	+	-
pomoc při hygieně – koupání	+	+		+				-	+	-
výměna inkontinenčních pomůcek + hygiena	-	+		-					-	-
komunikace s personálem	+	+	+	+	+	+			+	-
ochota sdělovat pocity	-	-	-	+	-	-	+	-	-	

V tabulce č. 3 je přehled témat rozhovorů týkajících se intimity a soukromí klientek a jejich komunikace na toto téma s personálem. Pokud klientka vyjádřila kladný pocit z dané situace, je zaznamenáno plus +, pokud nepříjemný pocit mínus -. Prázdná buňka vyjadřuje situaci, které jsme se při rozhovoru nedotkli.

Jako narušení soukromí a intimity berou klientky pobyt na dvoulůžkovém pokoji v případě, že každá ze spolubydlících má jiné zvyklosti a potřeby v této oblasti (např. zavírání/nezavírání dveří).

Koupání je také situací narušení intimní zóny, ale je hodnoceno převážně jako příjemné.

U klientek, které jsou ještě alespoň částečně soběstačné, nedochází k tak nepříjemným pocitům jako u klientek zcela závislých, např. s asistencí při přemístění na toaletní židli je větší spokojenost než při výměně inkontinenčních pomůcek.

Minimum klientek je ochotno o své intimitě s personálem hovořit, ale komunikaci na toto téma považují za dostatečnou.

Při vstupu do domova každá klientka přichází o část svého soukromí. Ale i zde každá klientka potřebuje mít vlastní prostor, rozhodovat v co nejvyšší možné míře o sobě a svém čase. Klientky, u kterých dochází k narušení intimity v tomto kontextu se vyjadřovaly nejčastěji právě k tomuto: „...po smrti manžela jsem zažádala o jednolůžkový pokoj, nejsem zvyklá spát s cizíma lidma.“ (K5) „Jsem zvyklá na své soukromí, v tomhle věku už si nechci zvykat jinak.“ (K3) „Nikdy bych nechtěla být s nikým cizím na pokoji.“ (K8) „Bola som aj s pani na pokoji, bolo to pre mňa dost obmedzovanie, teraz som veľmi spokojná.“ (K6)

V některých případech sdílejí dva sousední pokoje jedno sociální zázemí (koupelnu s umyvadlem, sprchou a WC). I to je zásah do soukromí, potenciální možnost choulostivé situace, protože dveře z vedlejšího pokoje do koupelny nejdou zevnitř zamknout. Klientky to řeší vzájemnou domluvou: „Dohodly jsme se, že si navzájem nebudeme dělat nějaké překážky, na všem jsme se dohodly a zatím nám to vychází. Já jsem tolerantní osoba a paní už má určité věk.“ (K3) „Vyjdeme si vstříc, nepřekážíme si.“ (K8)

Všechny klientky, které upřednostňovaly samostatné bydlení, byly mobilní nebo částečně mobilní, měly možnost sociálního kontaktu kdykoliv.

Naproti tomu imobilní klientky upřednostňovaly pobyt na dvoulůžkovém pokoji. „Sama bych nechtěla bydlet.“ (K4) „S paní H. si vyhovujeme, jsem s tím takto... tak nějak zvyklá.“ (K2) „Doma jsem byla sama, došla si, kam jsem potřebovala. Teď tady..., když tu byla paní P., vycházely jsme dobře, tahle paní si myslí, že si může všechno dovolit, někdy jako když tu nejsem. Ale já vyjdu s každým.“ (K1) Imobilní klientka je běžně na pokoji spolu s jinou imobilní klientkou. Sdílejí stejné pocity, stejnou dopomoc při péči. To pravděpodobně pocity studu snižuje.

Narušení tohoto privátního prostoru, tedy vlastního pokoje, vstupy personálu domova žádná z klientek nepovažovala za negativní. Uváděly, že vstupující vždy zaklepe, vždy má k příchodu důvod a chová se tak, že to klientky za újmu nepovažují. Klientka, která je v domově krátkou dobu to hodnotí takto: „Nepřesahuje to hranice, aspoň prohodíme slovo, poznávám je.“ (K8) Jedna z klientek, která žije na pokoji sama, má dokonce část dne otevřené dveře na chodbu, aby věděla o dění na oddělení, vyhovuje jí to.

Za součást soukromí považovaly klientky i rozhodování o sobě a svém trávení času, nenechat si vnutit péči nebo režim, o který v danou chvíli nestojí: „Někdy mi jdou až na nervy. Někdy chci ležet a ne sedět, někdy chci spát dýl a vstávat pozdějc.“ (K4) „Nenechám si vnutit nic (péči), co zvládnou sama.“ (K8) Nerespektování vlastních rozhodnutí považují klientky také za zásah do soukromí. Možná někdy máme pocit, že klientce pomůžeme, když nabízíme péči, kterou provedeme rychleji a z našeho pohledu důkladněji, ale ne každá chce být opečovávána, samostatnost je u některých seniorek důležitou součástí života a každé její omezení je zásah do jejího soukromí.

Největším problémem klientek imobilních a závislých na péči je inkontinence, výměna inkontinenčních pomůcek a následná hygiena. Nejde jen o narušení intimní zóny, ale i doprovodné pocity provinění a méněcennosti.

Klientky, které narušování intimní zóny zažívají kratší dobu, jsou evidentně více vyvedené z míry, zažívají silnější pocity studu a méněcennosti. Klientka, která byla na péči závislá nejkratší dobu (v rámci měsíců) se vyjádřila takto: „Cítím se hrozně, to si nedovedete představit...“ (K10). Další, která se stala závislou asi před rokem, nebyla schopna na toto téma hovořit, její reakcí bylo „výmluvné mlčení“ nebo se vyhýbala přímé odpovědi „... ony mě posadí na záchod a odejdou a pak mě zas to... to co musí bejt, no...“ (K1). Jedna z klientek je na péči závislá jen občas při zhoršení jejích problémů. „... no je to nepříjemný, to si říkáte, že už nejste k ničemu, ale pak se to zase zlepší a je líp...“ (K5).

Čas má nezanedbatelný vliv na změnu pocitů. Určitě ne na všechny stejně, ale ženy déle přijímající péči mluvily o zvyku: „Ze začátku mně to bylo jako blbý a teďkon už to беру jako normálně.“ (K2) „Než si na to zvyknete.“ (K4) I přes zvyk jistě nedochází k úplnému vymizení nepříjemných pocitů: „Musím to brát, jak to je... to víte, příjemné to není.“ (K9)

Klientky uváděly, že personál se při péči (zasahující do intimní zóny klientek, výměna inkontinenčních pomůcek a následná hygiena) chová vhodně, neuváděly žádné slovní ani jiné excesy. „Udělají, co musí.“ (K1) „Je to jejich práce.“ (K1) Také humor může u některých klientek nepříjemnou situaci odlehčit. „...to je lepší, když je i sranda.“ (K4) Naproti tomu jedna klientka uvedla, že v jiném zařízení zažila i nepřijatelné zacházení: „Jednou jsem od jednoho ošetřovatele v nemocnici dostala i facku, tam jsem zažila kruté chování, schovávali mi mobil, nabíječku.“ (K7)

Klientky se vyjadřovaly nejen k přístupu ošetřujícího personálu, ale také mluvily o svém vztahu k nim, v podstatě až pochopení a soucitu příjemkyň péče s pečujícími osobami: „Nepříjemné pro mě? To spíš pro ty sestry.“ (K3) „Já myslím, že snad je to i baví, když to dělají, ne?“ (K1)

Výhodou pro klientky beze sporu je stálost personálu. V průběhu posledního půl roku v domově došlo po dlouhé době k velkému odlivu téměř třetiny zaměstnanců přímé péče, na některých odděleních to byla i více než polovina personálu, část klientek z toho byla rozrušená: „Už jsem si na ně zvykla, a teď každou chvíli někdo nový.“ (K2)

Dalším tématem souvisejícím s narušením intimní zóny klientek byla účast mužů v přímé obslužné péči. Od kladného přijetí: „...ten je nejlepší, ten si dělá i srandu“ (K4), přes neutrální postoj: „...ti jsou dobrý, mně nevadí, mají to jako práci“ (K1), až po odmítavý postoj: „Vadí mně, když přijde chlap. Mám radši, když mně pomáhají ženské, ale někdy je tu jenom chlap.“ (K9)

Zajímavý je fakt, že součást hygienické péče, koupání, také zahrnuje narušení intimní zóny, a přesto je vnímáno velmi pozitivně. „...já se na něj (koupání) vždycky těším, to je dobrý.“ (K1) „...to (koupání) mám ráda, to si užívám.“ (K9)

Nejen koupání, ale i jiné pozitivní zážitky považují klientky za protiváhu jejich stavu a dodávají jim energii do dalšího života: „Když je hezky, tak nás vyvezou ven na sluníčko, to je příjemný.“ (K2) I to je pravděpodobně způsob kompenzace ztráty soukromí a intimity.

Co jsem při rozhovorech s klientkami dále pozorovala, to byl způsob komunikace o intimních tématech. Přestože všechny souhlasily se mnou o předem avizovaném tématu mluvit, každý rozhovor byl jiný. Rozdílné bylo vyjadřování, ochota vyslovit některá slova nebo své pocity. Striktní, téměř citově nezúčastněné vyjadřování bývalé vysokoškolské

pedagožky, výmluvné mlčení člověka vnitřně odmítajícího vyslovit některé pocity, hodinový monolog nereagující na mé otázky, ze kterého jsem mohla použít jen několik mimochodem uvedených skutečností, pár slzavých vět ženy nesmířené se svým osudem. Tento poslední případ nebyl v podstatě ani rozhovor, skončil ve chvíli, kdy jsem se na jeho uskutečnění dotázala, přesto ho ve své práci uvádím, protože představuje právě širokou škálu reakcí klientek na ztrátu možnosti sebeobsluhy, ztrátu soukromí a intimity. „Cítím se hrozně, to si nedovedete představit, udělejte, ať můžu zase chodit.“ (K10) Hodinu trvající rozhovor, nebo spíše monolog, ve kterém mi dotyčná klientka popsala své peripetie, které vedly k jejímu omezení sebepečce, sice nepřinesl do výzkumu potřebné informace, ale ukázal na problém jiný, a tím je osamělost mnohých zdejších klientek, jejich potřebu sdílení, a to často i intimních informací, a tedy jejich intimity ve smyslu blízkosti jiného člověka a jeho zájmu o jejich osobu.

I když klientky věděly, o čem budeme mluvit, stejně některá slova nebyly schopné vyslovit. Délku rozhovoru i hloubku probíraných témat jsem vždycky přizpůsobovala reakcím klientek, abych je zbytečně netraumatizovala. Když jsem viděla, že klientka se přímé odpovědi vyhýbá, zeptala jsem se na něco jiného, odvedla rozhovor jinam a nevymáhala další odpověď. Nechtěla jsem od klientek ani konkrétní hodnocení jednotlivých členů personálu domova nebo informace o jiných klientech/klientkách, přesto se tak v několika případech stalo. Jména jsem do zápisu rozhovoru neuvedla ani ve zkratce, aby nebyla dotyčná osoba identifikovatelná. Například mužů pracuje v domově poměrně málo, a i zkratka jména by byla návodná ke zjištění, o koho se jedná. Tomu jsem se při mém výzkumu chtěla vyhnout.

Rozhovory byly s klientkami domluvené předem. Zajímal mě ale i jejich názor a zkušenost s komunikací s ošetrovatelským personálem. Jak už název zařízení říká, jedná se pro klienty o domov. Doma žijeme se svými nejbližšími, v domově se jimi pro klienty/klientky stáváme my.

Při rozhovorech jsem mohla vyzorovat, jak jsou jednotlivé klientky schopné o tomto tématu hovořit, představovalo to pro mě část výzkumu týkající se komunikace mezi klientkami a personálem. Opravdu ty, které uváděly, že nemají problém ošetrujícímu personálu říct, pokud mají problém, pokud ošetrovatelská péče neprobíhá podle jejich představ, ty také dokázaly o choulostivém tématu hovořit více s nadhledem a bez projevů emocí. Samozřejmě každý člověk je jiný, prošel jiným životním příběhem a má jinou

povahu, někdo je od přírody sdílnější, jiný plachý nebo bojácný. I když jsem je opakovaně ujišťovala, že nechci jejich hodnocení ošetřujících pracovníků, pouze vyslovit pocity, které při ošetřování zažívají, v jednom případě byla odpověď pouze: „Já si nestěžuju.“ (K1) Nemohu určit, jestli je to vnitřním nastavením osoby nebo prožitou zkušeností.

V opačných případech klientky bez zábran hovořily o svých oblíbených či neoblíbených členech personálu. V těchto chvílích jsem přerušila záznam hovoru.

Z rozhovorů bylo patrné, že klientky nejsou zvyklé o svých pocitech hovořit. Je to určité dáno jak dobou, ve které prožily svůj život, tak jejich současným postavením. Osamělost a ztráta osob, se kterými v životě svou intimitu sdílely, je činí nedůvěřivými k vyslovování svých pocitů nahlas. Proto je nutné, abychom my, ošetřovatelský personál, ovládali i neverbální komunikaci, abychom byli lépe připraveni klientkám porozumět.

4.2 Rozhovory s členy ošetřovatelského personálu

Druhou skupinou respondentů/respondentek výzkumu byli zaměstnanci/zaměstnankyně domova, podílející se na přímé péči o klientky. Dodržování etických norem je samozřejmou součástí ošetřovatelských povolání, respekt k soukromí a intimitě uživatelů/uživatelék domova je zakotven i v Etickém kodexu zaměstnanců Domova pro seniory Stachy-Kůsov. Tento dokument je přílohou č. 1 mé bakalářské práce.

Tabulka č. 4: Přehled témat rozhovorů se členy ošetřovatelského personálu

	R1	R2	R3	R4
sdělení od klientky – nedodržení soukromí (pokoj, dveře, osobní věci)		+	-	
sdělení klientky – koupání	+		+	+
sdělení od klientky – dopomoc WC/toaletní židle			+	
sdělení klientky – výměna inkontinenčních pomůcek		-	-	-
ústní komunikace na téma intimity	-	-	-	-
mimoslovní sdílení pocitů ze strany klientek	-	+	+	+

V tabulce č. 4 je přehled témat rozhovorů týkajících se intimity a soukromí klientek a jejich komunikace na toto téma s personálem. V části tabulky č. 4 nad čarou jsou uvedena sdělení klientek dotazovanému členu ošetrovatelského personálu. Pokud klientka vyjádřila kladný pocit z dané situace, je zaznamenáno plus +, pokud nepříjemný pocit mínus -. Prázdná buňka vyjadřuje situaci, která v rozhovoru nebyla zmíněna. V dolní části tabulky č. 4 pod čarou jsou zaznamenány zkušenosti dotazovaného člena personálu s verbální a neverbální komunikací s klientkami.

Rozhovory byly zaměřeny na schopnost komunikace s klientkami o jejich pocitech a schopnost vnímat pocity klientek i tehdy, když nebyly vysloveny. Pro naši práci je důležitá empatie, dovedeme si tudíž představit, jak se klientky při různých výkonech cítí, ale to není totéž jako vnímat jejich opravdové pocity. Nikdo z dotázaných se nevyjádřil ve smyslu, že ošetrovatelské úkony, při kterých personál vstupuje do intimní zóny klientek, mohou být příjemné. Je tedy jen otázkou, jak učinit tyto výkony co nejméně nepříjemné. Máme různé strategie, jak toho dosáhnout. Samozřejmě, co funguje u jedné klientky, nebude nutně fungovat u jiné. „Mluvíme o čemkoli, snažím se je rozptýlit, třeba i rozesmát.“ (R3) „Já myslím, co nejrychleji, každá je ráda, když to netrvá věčnost a neokecává se to.“ (R4) „...přece nebudu říkat, je to zase nadělení.“ (R3)

Z rozhovorů vyplynulo, že klientky o svých pocitech nehovoří: „Nemluví o tom. Možná by některá řekla, že je jí to nepříjemné, ale co já s tím. Udělat to musím.“ (R2) V jednom rozhovoru bylo zmíněno, že než si klientky na péči zvyknou, někdy své pocity vyjádří: „Někdo, kdo je tu krátce, řekne, že je mu to blbý nebo trapný. Já to taky nemám ráda, tyhle hovory. Taky nemůžu nic jiného dělat.“ (R1)

Zaměstnanci se většinou zmiňovali o rutině, že při péči, kterou u klientek provádějí opakovaně, několikrát denně, není nutné každý krok komentovat: „Dělám všechno pořád stejně, nepotřebuju jim říkat, kde je teď otřu nebo kam sáhnu.“ (R3) „Je potřeba se o ně postarat, aby byly v čistém, neproležené, umyté, ne uvažovat, jestli se jich dotkneme.“ (R4) „Řeknu, co bude a jdeme na věc, není čas o tom debatovat.“ (R1) „...jako že se nebavíme o tom, co zrovna dělám.“ (R3) „Vždyť se navzájem všichni známe, jsme u těch lidí pořád... každý s každým si udělá tichou dohodu, jak to bude fungovat.“ (R2)

S rutinou souvisí i zvyk. Ošetřující se o něm zmiňovali v souvislosti s vytvořením vzájemných vztahů, jak je uvedeno výše, a také s délkou pobytu v domově. „Každá si

zvykne, co může jiného...“ (R2) Respondent/ka se domnívá, že na narušování intimní zóny si klientky zvyknou a po určité době je to zatěžuje méně.

Dalším tématem hovoru byla neverbální komunikace, jak ji pečující vnímají: „Třeba koupání si užívá každá, i ty, co už nemluví, je vidět, že je jim příjemně.“ (R4) Dobrý pocit se přenáší vzájemně, personál cítí zadostiučinění a klientky pohodu: „Když je pak vidím čisté, v čisté posteli, je to dobrý... a myslím, že se tak cítí i ony.“ (R4)

Jiným tématem je ale situace, kdy chtějí klientky něco změnit, nelíbí se jim, jak péče probíhá nebo nutnost přizpůsobovat se. Všichni dotázaní odpověděli, že se s tím u klientek setkali. Samozřejmě ne u všech, jak je zmíněno výše, je to závislé na prožitých zkušenostech, povaze a možná i odvaze klientek. Některé se ohradí přímo: „Některé se hádají kvůli prkotinám...“ (R4) Někdy se klientky zmíní o problému s některým členem ošetrovatelského personálu jiné klientce/klientovi, jinému členu ošetrovatelského personálu nebo svým příbuzným: „Pokud tu nejsou spokojené, občas se to dovíme, mluví s nimi (klienty/klientkami) sociálky, ředitelka...“ (R2)

Mluvili jsme také o konkrétních situacích, při kterých dochází k narušení intimní zóny klientek. Všechny/všichni respondentky/respondenti jmenovali hygienickou péči při výměně inkontinenčních pomůcek nebo dopomoc při přesunu na WC nebo toaletní křeslo. Dále jde o momenty obnažování jiných částí těla než zevních genitálií a okolí konečníku, tedy převlékání osobního prádla a koupání. Dalšími zmíněnými činnostmi byl vstup ne do intimní zóny, ale do prostoru, který klientky považují za svůj soukromý, většinou vstup do pokoje a přístup do nočního stolku a skříní s osobními věcmi klientek. V domově platí pravidla klepání při vstupu do pokoje a souhlasu klientky s přístupem k osobním věcem. Samozřejmě i tady existují výjimky: „Kde bydlí hluchá klientka, tam opravdu na vyzvání nečekám.“ (R4) Objevil se i problém se vstupem do pokoje v noci: „Kontroly klientů/klientek na pokojích i v noci jsou tady povinnost, kdybychom tam nesměli vstupovat bez vyzvání, to by byl problém.“ (R2)

Při hovoru o tom, co by se pro klientky mohlo udělat, aby se cítily lépe, vyplynul jeden společný výsledek: „My děláme, co můžeme, aby se cítily dobře, ale je nás málo, to je největší problém.“ (R2) „Víc lidí, víc času... k těm, co jsou jenom na pokojích, kolikrát nikdo, než my nepříjde... ale to není v našich silách vyřešit.“ (R4) „Někde ve městech chodí do domovů dobrovolníci, klientům čtou, povídají si s nimi...“ (R4) Možnost

pozitivní změny vidí v kompenzaci negativních zážitků pozitivními, i z jiné oblasti, které klientky potěší a dají jim alespoň dočasně na jejich trápení zapomenout.

I samotné klientky zmiňovaly kladné zážitky jako protiváhu nedostatků v potřebě intimity. „Chodím na všechny akce, co se tu pořádají, ...někdy přijede zahrát kapela nebo nám pustí hezký film.“ (K5) Dále to byly návštěvy blízkých, pobyt na terase za hezkého počasí nebo již zmiňované koupání.

Jak je uvedeno výše v teoretické části mé práce, intimita je slovo mnohoznačné. Všichni pečující vnímají potřebu intimity klientek ve více smyslech toho slova. Vnímají jejich pocit narušení intimity jako narušování intimní zóny, jako ztrátu soukromí, jako osamělost a život bez blízké osoby. A protože naše povolání je profese pomáhající, snažíme se klientky povzbudit a potěšit nejen předpokládanou profesionalitou, také vlídným přístupem, úsměvem, podporou.

4.3 Pozorování

Pozorování bylo přímé, zúčastněné a skryté. Probíhalo v průběhu ledna až února 2024 při mých pracovních směnách a výsledky zaznamenávány písemně do záznamového archu. Sledovaných jevů bylo šest:

1. vstup do pokoje klientů/klientek – zda personál klepe na dveře;
2. vstup do pokoje klientů/klientek – zda personál čeká na vyzvání ke vstupu;
3. vstup do pokoje klientů/klientek – zda personál vstupuje do pokoje i v nepřítomnosti jeho obyvatele/obyvatelky;
4. vstup do pokoje klientů/klientek – zda personál při odchodu zavírá dveře pokoje;
5. pomoc při hygieně a vyprazdňování – zda personál provádí hygienickou péči v přítomnosti jiných osob na pokoji;
6. pomoc při hygieně a vyprazdňování – zda personál používá nějakou optickou bariéru při přítomnosti jiné osoby na pokoji (spolubydlící).

Sledované jevy jsem do záznamového archu zapisovala různě dlouhou dobu do celkového počtu pozorování 10.

Výsledky pozorování jsou uvedeny v tabulkách č. 5 a 6. Pokud si některý jev vyžádal upřesnění, uvedla jsem ho do zvláštní části tabulky. Jevy v tabulce č. 5 se týkají

narušování soukromí klientek (výše uvedené body 1.–4.), v tabulce č. 6 vstupu do intimní zóny (výše uvedené body 5.–6.).

Tabulka č. 5: Výsledky pozorování v oblasti dodržování soukromí klientek

počet pozorování	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
klepání na dveře	ano	ano	ne	ne	ano	ne	ano	ano	ano	ano
čekání na výzvu	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ano
vstup v nepřítomnosti obyvatele	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ne
zavírání dveří	ano	ano	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
poznámka k zavírání dveří						jednalo se o klientku, která vyžaduje otevřené dveře do chodby	jednalo se o klientku, která vyžaduje otevřené dveře do chodby			

Zaklepání na dveře při vstupu do pokoje klientek je základní podmínkou dodržení soukromí, přesto ve třech případech z deseti personál nezaklepal a v dalších třech případech nepočkal na výzvu ke vstupu. Pokud obyvatelekou pokoje je hluchá klientka, klientka apalická, klientka, která má během dne nasazena sluchátka a sleduje televizi, je chování personálu pochopitelné a myslím, že i omluvitelné. Přece jenom personál ví, kam vstupuje a kdy je klepání na dveře zbytečné.

Větším prohřeškem je vstup do pokoje bez přítomnosti obyvatele/obytelky. I tady ovšem v domově platí ústní domluvy mezi klientkami/klienty a personálem, vládne tady vzájemná důvěra. Při dlouhodobém pobytu se některé klientky s personálem domluvíly,

že dveře od pokoje zůstávají odemčené a pokud například přijde čisté osobní prádlo z prádelny, personál ho klientce nechá na pokoji i bez její přítomnosti.

Zavírání dveří od pokojů je v domově vyžadováno, ale také není striktně dodržováno, a to především na přání některých imobilních klientek. Pokud samy nemohou z pokoje odejít, je některým příjemné sledovat dění na chodbě a například zavolat na osobu procházející kolem a dát se s ní do řeči.

Tyto jevy byly probírány i při rozhovorech s klientkami a porušení pravidel vstupu do pokoje či zavírání dveří samy obhajovaly.

Tabulka č. 6: Výsledky pozorování v oblasti dodržování intimity klientek

počet pozorování	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hygienická péče za přítomnosti jiných osob	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano	ano	ano
o jakou osobu se jednalo	pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči, návštěva počkala za dveřmi			pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči	pouze imobilní spolubydliči
použití optické bariéry	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ano	ne	ano	ano
jaký typ optické bariéry byl použit	před zraký spolubydliči bylo tělo klientsky kryto tělem ošetřujícího		před zraký spolubydliči bylo tělo klientsky kryto tělem ošetřujícího			před zraký spolubydliči bylo tělo klientsky kryto tělem ošetřujícího	před zraký spolubydliči bylo tělo klientsky kryto tělem ošetřujícího		před zraký spolubydliči bylo tělo klientsky kryto tělem ošetřujícího	příkrývka klientky přehozena přes opěradlo křesla uprostřed pokoje

Zásahem do soukromí klientek je bezesporu i provádění hygienické péče na pokojích za přítomnosti jiné osoby, tomu se nelze na dvoulůžkových pokojích vyhnout. Pokud je v pokoji návštěva, běžně je požádána, aby z pokoje odešla a vyčkala na chodbě. Přítomnost spolubydlící je naprosto běžná.

Jako optické bariéry nejčastěji personál používá krytí těla obnažené klientky vlastním tělem, především v případě, že hygienická či ošetrovatelská péče probíhá na lůžku. Pokud je omývána klientka stojící u toaletní židle, používá se metoda, kdy přes křeslo uprostřed pokoje je přehozena deka. Paravány v domově používány nejsou pro jejich neskladnost a nutnost přemísťovat je z pokoje do pokoje. Paravány jsou používány pouze při úmrtích. Optická bariéra není používána, když spolubydlící klientka je apalická nebo napolohovaná na boku na opačnou stranu. Dvoulůžkové pokoje jinou praxi ani nedovolují.

I tyto jevy byly součástí rozhovorů s klientkami i personálem. Z rozhovorů byla znatelná snaha o co největší dodržení soukromí a intimity klientek. Dovolím si tady poznamenat, že k porušení pravidel dodržení soukromí a intimity samozřejmě může dojít, především pro velké zatížení personálu, kterého je neustále nedostatek, i v případě, že „tabulkové“ počty zaměstnanců jsou v pořádku.

5 Diskuze

Jak bylo řečeno v úvodu, intimita je slovo mnohoznačné.

Jak dokazují jiné výzkumy, o část svého soukromí přicházejí všechny/všichni seniorky/senioři, které/kteří do pobytového zařízení nastoupí. Jde o přizpůsobení se kolektivnímu způsobu života (Bužgová a Ivanová, 2008). Dojde k omezení jejich životního prostoru, svobody, projevů vlastní vůle, což vede ke ztrátě důstojnosti (Hasegawa et Ota, 2019). Seedhouse a Gallagher (2002), rozlišují u seniorů/seniorek v pobytových zařízeních různé stupně ztráty důstojnosti vzhledem k jejich stupni přizpůsobení se režimu zařízení. Musím podotknout, že zde záleží i na jejich schopnosti a odvaze se případnému porušení etických pravidel ze strany zařízení, režimu a jednání personálu postavit. Z výzkumu Bužgové a Ivanové (2008), vyplývá, že seniorkám/seniorům nejvíce vadí omezení jejich svobody, narušování soukromí a snižování jejich důstojnosti infantilizací. Posledně jmenovanému se dá předejít např. klientskou volbou oslovení při nástupu do zařízení. Pokud si klientka přeje být oslovována titulem a příjmením, domnívám se, že k infantilizaci dochází méně často než při volbě oslovení zdvořilou křestního jména. Nakolik se která z klientek cítí být při těchto druhích oslovení v domově „doma“, je už otázka jiná.

S nástupem do pobytového zařízení klienti/klientky odcházejí ze svého dlouholetého bydliště. I když vstupují do zařízení „kolektivního typu“, jak bylo zmíněno výše, hrozí jim sociální izolace. Zanikají často vazby na přátele a známé, které nejsou dostatečně nahrazeny docházkou návštěv do zařízení, sociálně blízká skupina přicházejících klientek/klientů je většinou ve stejné věkové kategorii, dá se to tedy očekávat. Přizpůsobení se novému režimu a především novému kolektivu je velmi individuální, přitom sociální izolace zhoršuje kvalitu života starších osob, jak dokládá výzkum Moreno-Tamayo et al. (2020). Nepříliš častým bonusem je, pokud klientky/klienti v novém bydlišti najdou přátele a dokáží s nimi sdílet svou intimitu. Kolodzieczak et al. (2019), ve svém výzkumu prokázali, že s věkem klesá potřeba sexuální aktivity, ale potřeba intimity zůstává. Sdílení intimity vede samozřejmě ke snížení pocitu osamělosti. I slovní sdílení intimity v přátelských vztazích, například společné vzpomínání dvou seniorek na období jejich mládí nebo na životní partnery, vede ke snížení osamělosti starších žen (Martina et al., 2018). Ovšem s narůstajícím věkem o své intimitě a sexualitě jsou lidé ochotni mluvit méně a méně (March, 2018).

Klientky z mého výzkumného šetření také vyjadřovaly původní obavu z nástupu do domova. Mluvily o ztrátě jistoty v podobě svého dlouhodobého domova, tak blízkých osob ze sousedství. O své nejbližší, případně pečující osoby už přišly, právě to je k nástupu do domova přimělo. Přizpůsobení se režimu zařízení je také náročné, ale tady kupodivu dojde k návyku asi nejdříve, vzhledem ke každodenní opakující se rutině. Ztrátu části soukromí klientky výzkumu také braly jako samozřejmost, s tím se při nástupu do domova prostě počítá.

Vstupem do pobytového zařízení seniorky část svého soukromí tedy ztrácejí, a to i v případě, že jejich intimní zóna narušována není. Pokud je soukromí narušováno právě až do té míry, že jde o péči tzv. „na tělo“, vyjadřovaly se klientky k této péči s vděkem, ale vnitřní spokojenost ani ze strany klientek, ani ze strany personálu vyjádřena nebyla. Je to část života klientek, kterou, jak se samy vyjadřovaly, musí „přetrpět“. Ke zlepšení jejich pocitů vede u každé z nich jiná cesta, proto ošetrovatelská péče musí být vždy individualizovaná a především vlídná. Pro obecně lepší pocit klientek v domově platí, jako v mnoha jiných životních situacích, Konfuciovo „Co nechci, aby jiní činili mně, ani já nečiním jiným.“

Jednou z možností pro lepší pocit ošetřovaných osob se jeví zapojení nejbližších příbuzných do péče, zvláště v případě právě narušení intimní zóny. V různých kulturách dokonce pouze tito nejbližší mohou ošetřovanou osobu vidět nahou (Fuseini et al., 2023). Toto ovšem v našich podmínkách obvyklé bohužel není, z vlastní zkušenosti vím, že i nejbližší příbuzní, potomci klientek, dobrovolně a s úlevou odchází z domova třeba jenom při podávání jídla, o hygienické péči nemluvě. V tomto směru byla ze strany klientek kladně hodnocena stálost personálu, v takovém případě vznikají dlouhodobé vztahy svým způsobem imitující vztahy v rodině.

Protiváhou k životu v závislosti na druhých může být pro klientky vlídné chování personálu, příjemné prostředí a pozitivní zážitky, ze kterých čerpají sílu. Také jakákoliv smysluplná činnost, především taková, při které mohou být prospěšné, je dokáže pozitivně naladit. K tomu slouží různé ergoterapeutické a arteterapeutické programy.

6 Závěr

Ve své práci jsem se zabývala potřebou intimity seniorek v Domově pro seniory Stachy-Kůsov. Snažila jsem se zmapovat situace, kdy je jejich intimita a soukromí narušené, a jak se v těchto situacích cítí. Samozřejmě jejich intimitu narušujeme my, ošetrovatelský personál. Jak ony samy vidí naši péči? Co můžeme dělat nebo co je zapotřebí změnit, aby se cítily lépe?

Pobytové zařízení, domov, jak ve své práci uvádím, je místem, kde často lidské životy končí. Ačkoliv si všichni přejeme dlouhý život, neuvědomujeme si, že jde vlastně o dlouhé stáří. Málokdo si pod tím představuje život právě v pobytovém zařízení, v domově. Kdo chce žít nemalou část svého života v zařízení, které mu vezme část soukromí a důstojnosti? Kde se bude cítit nepotřebný a méněcenný?

S tím, jak roste délka života, narůstá také potřeba pečovat o stále větší počet starých lidí. Aby jim péče nepřinášela negativní pocity, je třeba každého člověka brát individuálně a komplexně. Naše péče není jen péčí o tělo, ale o celého člověka, ať už v jakémkoliv stupni fyzického chátrání či demence. Vždy je třeba zachovat důstojnost ošetrované lidské bytosti.

Co je třeba udělat, aby se seniorky/senioři cítili při naší péči co nejlépe? Netvrdím, že následující výčet nezahrnuje současnou péči, jsou to doporučení vyplývající z odpovědí v rámci mého výzkumu.

Při ošetrování se dotýkat klientů/klientek ohleduplně. Je samozřejmostí při péči neubližovat, vykonávat ji spolehlivě, ale je bonusem pracovat s úsměvem a chovat se mile.

Brát ohledy na to, co si klientky/klienti přejí, nechat je rozhodovat o sobě. Jde nejen o dodržení privátního prostoru v podobě soukromí na pokoji, ale také rozhodování o trávení času. Přizpůsobení režimu klientům/klientkám, ne přizpůsobení klientek/klientů režimu zařízení.

Nevnucovat péči, kterou je klientka/klient schopna/schopen provést sama/sám. Podporovat v tomto smyslu změny, nespolehat na to, že zasetý režim funguje a nikdo „v podstatě“ neprotestuje a že práce personálu je rychlejší.

Nabídnout klientům/klientkám aktivity nebo zážitky, které jim jejich dny ve stáří prosvětlí, udělají jim radost, dají jim zapomenout na osamělost, závislost a bolest.

To všechno může zabezpečit pouze vlídný, dobře placený personál, a hlavně jeho dostatečný počet.

Seznam literatury

1. APESOA-VARANO, E.C., 2019. From Shame to Dignity: Elderly Women, Depression, and the Feminine Self. *Sociological Perspectives* 62, 200–219. doi: 10.1177/0731121417753372
2. BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, R., 2008. Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Kontakt* 10, suppl. 1, 28–33. ISSN 1212–4117
3. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
4. FUSEINI, A.G., RAWSON, H., LEY, L., KERR, D., 2023. Patient dignity and dignified care: A qualitative description of hospitalised older adults perspectives. *J. Clin. Nurs.* 32, 1286–1302. doi: 10.1111/jocn.16286
5. HASEGAWA, N., OTA, K., 2019. Concept synthesis of dignity in care for elderly facility residents. *Nursing Ethics* 26, 2016–2034. doi: 10.1177/0969733018824763
6. HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů*. 2. vydání. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. 176 s. ISBN 80-902-1630-7
7. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-132-7.
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
9. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
10. CHRASTINA, J., ŠPATENKOVÁ, N., a kol., 2018. *Sexualita a intimita v závěru života*. Olomouc: Univerzita Palackého. 224 s. ISBN: 978-80-244-5304-0
11. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
12. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. 96 s. ISBN 80-736-8110-2.

13. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-802-4740-263.
14. KOLODZIECZAK, K., ROSADA, A., DREWELIES, J., DUZEL, S., EIBICH, P., TEGELER, C., WAGNER, G.G., BEIER, K.M., RAM, N., DEMUTH, I., STEINHAGEN-THIESSEN, E., GERSTORF, D., 2019. Sexual Activity, Sexual Thoughts, and Intimacy Among Older Adults: Links With Physical Health and Psychosocial Resources for Successful Aging. *Psychol. Aging*. 34, 389–404. doi: 10.1037/pag0000347
15. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
16. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
17. MALÍKOVÁ, E., 2018. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-483.
18. MARCH, A.L., 2018. Sexuality and Intimacy in the Older Adult Woman. *Nurs. Clin. North Am.* 53, 279. doi: 10.1016/j.cnur.2018.01.005
19. MARTINA, C.M.S., STEVENS, N.L., WESTERHOF, G.J., 2017. Change and stability in loneliness and friendship after an intervention for older women. *Ageing Soc.* 38, 435–454. doi: 10.1017/S0144686X16001008
20. MATOUŠEK, O., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
21. MORENO-TAMAYO, K., MANRIQUE-ESPINOZA, B., RAMIREZ-GARCIA, E., SANCHEZ-GARCIA, S., 2020. Social isolation undermines quality of life in older adults. *Int. Psychogeriatr.* 32, 1283–1292. doi: 10.1017/S1041610219000310
22. NIGHTINGALE, F., 1875. *Kniha o ošetrování nemocných*. Praha: Nakladatel J. Otto. 187 s.
23. SEEDHOUSE, D., GALLAGHER, A., 2002. Undignifying institutions. *J. Med. Ethics* 28, 368–372. doi: 10.1136/jme.28.6.368

24. SCHMIDBAUER, W., 1994. *Psychologie. Lexikon základních pojmů*. Praha: Naše vojsko. 203 s. ISBN 80-206-0459-6
25. TARKOVÁ, E., 2018. *Respektování intimity pacienta při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Praha. Bakalářská práce. 3. LF UK.
26. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-802-4721-705.
27. VÝROST, J., 2008. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Elektronické zdroje:

28. *Demografická ročenka České republiky – 2022, 2023a*. [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2022>
29. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*, 2017 [online]. Česká asociace sester. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
30. GULÁŠOVÁ, I., et al., 2014. *Lékař a multidisciplinární tým. Halový systém ošetrovatelské péče a stud pacienta*. [on-line]. Linkos, Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. [cit. 2023-09-12]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/halovy-system-osevovatelske-pece-a-stud-pacienta/>
31. *Práva pacientů*, 1992 [online]. Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
32. *Sociální služby. Domovy pro seniory*, 2020. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. [cit. 2023-12-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
33. *Sociologická encyklopedie*, 2020. [online]. Sociologický ústav Akademie věd ČR. [cit. 2023-09-14]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz>

34. *Vybrané údaje o sociálním zabezpečení – 2022, 2023b.* [online]. Český statistický úřad. [cit. 2023-11-19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni>
35. *Zaostřeno na ženy a muže – 2021.* 2021 [on-line]. Český statistický úřad. [cit. 2023-09-14]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/zaostreno-na-zeny-a-muze-s9uoog5djz>
36. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2023-12-05]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131/2011, s. 4730–4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu>

Seznam použitých zkratek

CEK MZd – Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví

ČAS – Česká asociace sester

ČR – Česká republika

DpS (DPS) – Domov pro seniory

K1–K10 – označení respondentek výzkumu z řad klientek DpS

MZd – Ministerstvo zdravotnictví

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

R1–R4 – označení respondentek/respondentů výzkumu z řad personálu DpS

Příloha: Etický kodex zaměstnanců Domova pro seniory Stachy-Kůsov

Účelem kodexu je stanovit žádoucí standardy chování zaměstnanců Domova pro seniory Stachy-Kůsov (dále DPS) a informovat uživatele i veřejnost o chování, jež je oprávněno od zaměstnanců DPS, jako veřejné instituce, očekávat.

Etický kodex je souborem norem sociální a zdravotní péče, pravidel a hodnot, které zaručují postupné zavádění a naplňování Standardů kvality sociálních služeb v DPS. V tomto smyslu je základním dokumentem principů morálky a pracovního chování, zaměstnanecké kultury zaměstnance, který dotváří pozitivní obraz DPS, poskytováním svých služeb uživatelům a veřejnosti. Poslání zařízení je stanoveno zákonem.

1. Etické zásady

- Zaměstnanec je při výkonu služby povinen dodržovat práva skupin a jednotlivců, zakotvených v Chartě lidských práv Spojených národů, Všeobecné deklaraci lidských práv a svobod, Základní listině práv a svobod a dalších.
- Zaměstnanec respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, věk, zdravotní stav, ekonomickou situaci, náboženské či politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- Zaměstnanec respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby nedocházelo současně k omezení takového práva druhých osob.
- Zaměstnanec pomáhá uživatelům svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.
- Zaměstnanec musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování pracovníka

2.1. Ve vztahu k uživateli

- Zaměstnanec vede uživatele k vědomí odpovědnosti sám za sebe.
- Zaměstnanec jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva uživatelů.

- Zaměstnanec pomáhá se stejným úsilím bez jakékoliv formy diskriminace všem uživatelům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a neúčastní se jí.
- Chrání uživatelské právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb poskytovaných uživateli. Žádnou informaci o uživateli neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům, nebo jestliže jsou ohroženy další osoby.
- Zaměstnanec dbá, aby uživatelé obdrželi potřebné informace a pomoc v jejich současné životní situaci včetně služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok. Poučí uživatele o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek.
- Zaměstnanec hledá možnosti, jak zapojit uživatele do procesu řešení jejich problémů.
- Pomoc zaměstnance spočívá především v poskytnutí podpory uživateli a v jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení jeho problému a naplnění vlastních aspirací.
- Uživatelé a jejich opatrovníci mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musejí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách.
- S uživateli zaměstnanec zachází s taktem a pochopením a respektuje jejich soukromí a intimitu.

2.2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

- Zaměstnanec odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli, podílí se na vytváření dobrých pracovních vztahů v organizaci.
- Zaměstnanec se v maximální míře snaží zabránit jakékoliv činnosti či jednání, jež by poškozovaly dobré jméno DPS. Tato zásada se vztahuje i na záležitosti, které se přímo netýkají výkonu pracovní činnosti zaměstnance.
- Zaměstnanec se snaží ovlivňovat pracovní postupy a jejich praktické uplatňování s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných uživatelům.
- Zaměstnanec má právo vyžadovat na zaměstnavateli, aby vytvářel podmínky, které zaměstnancům umožní přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
- Povinností zaměstnance je vyhnout se konfliktům soukromého zájmu s jeho postavením jako zaměstnance a předcházet takovým jednáním, která mohou podezření z konfliktů

zájmů vyvolat. Zejména nesmí uvádět v omyl uživatele, spoluzaměstnance ani veřejnost. Informace, které poskytuje uživatelům, jejich zástupcům či oprávněným institucím v zákonném rozsahu, jsou úplné, nezkrácené, pravdivé a srozumitelné.

- Ve veřejném vystupování dbá zaměstnanec zájmů zařízení. Pokud k tomu není oprávněn z titulu své funkce, podává jakékoliv informace, které se týkají DPS veřejným sdělovacím prostředkům a veřejnosti prostřednictvím k tomu určených a kompetentních osob, v případě našeho zařízení je touto osobou ředitel zařízení.
- Zaměstnanec nevyžaduje, ani nepřijímá dary, služby, laskavosti, ani žádná jiná zvýhodnění, která by mohla ovlivnit nebo zdánlivě ovlivnit rozhodování či poskytování služby v oprávněných zájmech uživatelů, narušit profesionální přístup ke svěřeným povinnostem, tj. zvýhodnění, jež by mohla být považována za odměnu za práci, která je jeho povinností, nebo za pokus ovlivnit, či získat jeho přednostní pozornost.
- Zaměstnanec jedná tak, aby se v souvislosti se svým zaměstnáním v zařízení DPS nedostal do vztahu, ve kterém by byl zavázán oplatit prokázanou laskavost, nebo které by ho činilo potřebným/poplatným nepatřičnému vlivu jiných osob.

2.3. Ve vztahu ke svým spolupracovníkům

- Zaměstnanec respektuje znalosti a zkušenosti svých spoluzaměstnanců a ostatních odborných pracovníků. Spolupracuje s nimi, což přispívá ke zvyšování kvality poskytovaných služeb.
- Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem po dohodě s kolektivem.

2.4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

- Zaměstnanec dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
- Snaží se o udržení a zvyšování odborné úrovně své práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Je zodpovědný za svůj celoživotní výcvik a vzdělávání, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema.

- Pracuje jako člen týmu s právem vyžadovat podporu a poskytovat podporu druhým.

2.5. Ve vztahu ke společnosti

- Zaměstnanec má právo a povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, které společnost vytváří nebo kterými přispívá k obtížím a problémům lidí.
- Zasaduje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální pomoci v místě, kde působí tím, že informuje a ovlivňuje příslušné orgány místní správy a samosprávy.
- Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny lidi a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným jedincům a zdravotně postiženým osobám a skupinám. Podporuje jedince a jeho rodinu v jejich přirozených podmínkách.
- Zaměstnanec přispívá k zajištění plnohodnotné účasti uživatelů v sociálním, kulturním a politickém životě a dění ve společnosti.

3. Závaznost etického kodexu

- Zaměstnanci se ve svých svěřených kompetencích řídí příslušným etickým kodexem a právy uživatelů, které jsou stanoveny uvedenými dokumenty: Etický kodex sociálních pracovníků ČR, Etický kodex sester, Práva pacientů, Práva tělesně postižených, Práva duševně postižených, Práva lidí ve stáří, Evropská charta práv a svobod pro staré občany.
- Kodex jako součást vnitřních norem zařízení DPS je pro všechny zaměstnance závazný.
- Vydáním etického kodexu vzniká všem vedoucím zaměstnancům DPS povinnost prokazatelně seznámit své podřízené zaměstnance s tímto etickým kodexem a dále umožnit těmto zaměstnancům do etického kodexu kdykoliv nahlédnout.