

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

## 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

*Ústav ošetřovatelství*



**Eva Tarková**

### **Respektování intimity pacienta při poskytování ošetřovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných**

*Respecting patients' intimacy when providing  
nursing care in hospitals for the chronically ill*

*bakalářská práce*

Praha, květen 2018

Autor práce: Eva Tarková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejčková**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetrovatelství 3. LF**

Odborný konzultant: **MUDr. Zdenka Danzigová**

Pracoviště odborného konzultanta: **Nemocnice Třebotov**

Předpokládaný termín obhajoby: 18. 6. 2018

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze dne 10. května 2018

Eva Tarková

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí práce Mgr. Renatě Vytečkové za odborné vedení, ochotu a trpělivost, kterou mi během zpracování mé bakalářské práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Zdence Danzigové za odborné konzultace a rady k mé bakalářské práci.

# Obsah

ÚVOD .....	7
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1. DEFINICE A VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ .....</b>	<b>8</b>
1.1 LIDSKÁ DŮSTOJNOST A DŮSTOJNOST PACIENTŮ .....	8
1.1.1 Kategorie důstojnosti podle Nordenfelta .....	9
1.1.2 Lidská důstojnost jako právní hodnota .....	10
1.2 INTIMITA .....	11
1.3 STUD .....	12
1.4 SOUKROMÍ .....	13
1.5 TEORIE OSOBNÍCH ZÓN .....	14
<b>2. DEFINICE A VYMEZENÍ POJMU DLOUHODOBÁ PÉČE .....</b>	<b>16</b>
2.1 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH .....	17
2.2 HISTORIE POSKYTOVÁNÍ PÉČE O STARÉ A NEMOCNÉ LIDI .....	18
2.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ÚROVEŇ POSKYTOVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V LDN .....	19
2.3.1 Pokoj pacientů .....	20
2.3.2 Koupelny a toalety .....	21
2.3.3 Personální zajištění .....	22
<b>3. PACIENT LDN .....</b>	<b>23</b>
3.1 SOBĚSTAČNOST A SEBEPÉČE .....	23
3.1.1 Klasifikace funkčních úrovní sebepéče podle Gordonové .....	23
3.2 LIDSKÉ POTŘEBY .....	24
3.2.1 Maslowova hierarchická teorie potřeb .....	25
3.3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE .....	26
3.4 STÁŘÍ .....	27
3.4.1 Změny způsobené stářím .....	28
<b>4. NEMOCI PACIENTŮ V LDN .....</b>	<b>30</b>
4.1 ALZHEIMEROVA CHOROBA A JINÁ ONEMOCNĚNÍ ZPŮSOBUJÍCÍ DEMENCE .....	30
4.1.1 Přehled demencí .....	31
4.1.2 Základní symptomy demence .....	31
4.1.3 Fáze demence .....	32
4.2 IMOBILITA .....	33
4.2.1 Onemocnění a stavy vedoucí k imobilizaci pacienta: .....	33
4.2.2 Stupně imobility .....	34
4.2.3 Pohyb a tělesná aktivita .....	34
4.2.4 Imobilizační syndrom .....	35
4.2.5 Psychosociální reakce na imobilitu .....	35
<b>5. MUŽI VE ZDRAVOTNICTVÍ .....</b>	<b>37</b>
<b>6. MULTIKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....</b>	<b>39</b>
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>41</b>
<b>7. VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....</b>	<b>41</b>
7.1 CÍL .....	41
7.2 HYPOTÉZY .....	41
7.3 METODIKA SBĚRU DAT .....	42
7.4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	42
7.5 METODIKA ZPRACOVÁNÍ DAT .....	43

7.6	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	43
7.7	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ.....	81
<b>DISKUZE</b>	.....	<b>86</b>
<b>ZÁVĚR</b>	.....	<b>92</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	.....	<b>94</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	.....	<b>98</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ</b>	.....	<b>99</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	.....	<b>102</b>

## Úvod

Téma své bakalářské práce Respektování intimity pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných jsem si vybrala na základě své vlastní dlouholeté zkušenosti. V průběhu mnoha let jsem byla opakovaně svědkem toho, jak lehké je v této oblasti péče o pacienta pochybit, a to jak vědomě, tak i nevědomě. Důvody můžou být různé, jako jsou třeba nedostatek personálu zajišťujícího ošetrovatelskou péči, nedostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů, rutinní přístup k práci, nedostatek času, nedostatek empatie a porozumění na straně ošetrujícího personálu a mnohé další. Je samozřejmé, že zařízení, které má dispozičně vhodně řešené pokoje pro pacienty, bezbariérové toalety a koupelny v rámci pokojů, dostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů a také dostatek personálu zajišťujícího komplexní ošetrovatelskou péči o pacienty mají výchozí pozici pro respektování intimity pacientů výhodnější než LDN, která takto vybavená není. Avšak ani dostatek pomůcek a personálu nemusí být zárukou poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Někdy i v nevhodných podmínkách a s minimem pomůcek dokáže vnímavý a tvořivý zdravotník vytvořit pro pacienta prostředí poskytující soukromí, ve kterém je respektována jeho intimita i lidská důstojnost.

S nerespektováním intimity se můžeme setkávat ve všech typech zdravotnických zařízení. Mnohdy si pacienti o svá práva umí říct sami, avšak charakteristika pacientů hospitalizovaných v LDN nám napovídá, že právě zde je velmi důležitý přístup ošetrujícího personálu. Při každé činnosti, kde je předpoklad, že by mohlo být narušeno soukromí a intimita pacienta, musíme na tento fakt myslet, a to i ve chvíli, když to pacient sám nevyžaduje.

Cílem mé práce bylo zjistit, jestli je v léčebnách dlouhodobě nemocných při poskytování ošetrovatelské péči zajišťovaná intimita pacientů.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Definice a vymezení základních pojmů

Sestry, které pracují ve zdravotnických zařízeních, se mnohdy soustředí především na to, aby své odborné a ošetrovatelské výkony prováděly rychle, bezchybně a dle ošetrovatelských standardů. Důsledkem toho zůstává pacient a jeho potřeby často v pozadí na úkor rychlosti a správnosti ošetrovatelských či terapeutických výkonů. Právo pacienta se však nevztahuje jenom na poskytnutí kvalitní péče na co nejvyšší možné úrovni, ale také na ohleduplný a citlivý přístup v oblasti jeho intimity, soukromí a vlastní individuality. Tato práva zdůrazňují etické normy, jako jsou například Práva pacienta (15).

Práva pacientů v bodě č. 5 uvádějí: „V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 139).

Pokud se chceme zabývat pojmem intimita a jejím respektováním při poskytování ošetrovatelské péče, je nejdříve nutné ujasnit si pojmy jako lidská důstojnost, co znamená intimita a také stud a soukromí.

### 1.1 Lidská důstojnost a důstojnost pacientů

Co je to lidská důstojnost? I přestože je to v dnešní době často používaný termín, neexistuje zatím jeho jednotné vymezení.

Slovo důstojnost pochází z latinského jazyka – *dignus, dinita* a znamená povinnost určitého respektu, úcty a pocty. V nejobecnějším slova smyslu můžeme lidskou důstojnost chápat jako něco, co přísluší každému člověku (5).



I když je definování lidské důstojnosti těžké, je důležité, aby byla vnímána jako součást kontextu ošetrovatelské praxe. Lidská důstojnost může být vyjádřena ve dvou rovinách, a to jako respektování důstojnosti jiných lidí, nebo jako respekt k vlastní důstojnosti jedince. Porozumění lidské důstojnosti je pro sestry v praxi nezbytným předpokladem pro to, aby mohly ošetrovatelství vnímat jako umění (34).

Pro zdravotnické pracovníky by mělo být respektování důstojnosti pacientů jednou ze základních priorit v jejich péči o nemocné. Obzvláště důležité je na to myslet při péči o staré a nemohoucí pacienty, kteří již nedokážou své právo na důstojné zacházení uplatnit.

### **1.1.1 Kategorie důstojnosti podle Nordenfelta**

**1. Důstojnost zásluh:** vychází z toho, že každý člověk dosáhne během svého života nějaké zásluhy. Ty můžou být vysoce ceněné jako třeba úspěch v politice, umění, sportu, nebo obyčejné, jako je např. výchova pěti dětí. Tento typ důstojnosti je měřitelný, srovnatelný, ale také pomíjivý.

**2. Důstojnost mravní síly:** vychází z mravních zásad jedince a společnosti a ze schopnosti jim dostát. Jedinci neposkytuje na rozdíl od důstojnosti zásad žádné výhody.

**3. Důstojnost osobní identity:** vychází z osobitosti a sebeúcty, kde jakýkoliv způsob ponižování je přestupkem proti důstojnosti osobní identity. Mezi typické porušení důstojnosti osobní identity ve zdravotnictví patří například neposkytnutí informací, omezování v pohybu, narušení soukromí.

**4. Menschenwürde:** tímto německým pojmem je označován typ důstojnosti, který vnímá osobu jako vlastníka nezcizitelné úcty, která souvisí s univerzální hodnotou danou samou podstatou lidstva. Je to důstojnost, která náleží každé lidské bytosti ve stejné míře, a to po celý jeho život (27).

### 1.1.2 Lidská důstojnost jako právní hodnota

Víme, že lidská důstojnost je vlastní každému člověku a nikdo mu ji nemůže odcizit. Pojem lidské důstojnosti je zakotven v různých dokumentech, které souvisejí s poskytováním zdravotní péče (5).

Co se týká zákonů, je pojem důstojnost uveden v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, a to konkrétně § 28, odst. č. 3, který uvádí, že: *„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“* (zákon č. 372/2011 Sb., § 28).

Další důležitý dokument, který mluví o důstojnosti člověka, je Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy. V kapitole I., článku 1 se uvádí: *„Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny“* (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001).

Pojem důstojnost se objevuje i v mnoha dokumentech, které přímo souvisí s poskytováním zdravotní péče nemocným. Jako první z těchto dokumentů bych jmenovala Etický kodex české lékařské komory. V něm se v § 1, odst. č. 1 uvádí: *„Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince“* (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 108). Dále se v § 2, odst. č. 7 uvádí, že: *„Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení“* (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 109).

Dokumentem nesmírně důležitým pro sestry je Etický kodex sester. Je základním standardem pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Etický kodex sester vypracovala Mezinárodní rada sester (ICN) poprvé v roce 1953 a naposled byl revidován v roce 2000. V něm

se mimo jiné píše: „Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva“ (ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ, 2004, s. 41). Etický kodex sester vypracovaný ICN byl východiskem pro české sestry působící v České asociaci sester (ČAS). Ty v roce 1991 vypracovaly vlastní etický kodex sester. I v něm má lidská důstojnost své místo: „sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení“ (KUTNOHORSKÁ, 2007, s. 113).

## 1.2 Intimita

Pojem intimita vychází z latinského slova *intimus*, což znamená vnitřní, skrytý před zraky jiných (25). V Slovníku cizích slov je intimita definována jako soukromí, důvěrnost, útulnost, intimnost (29).

Chápání a vnímání intimity může být individuální. Docent Přibáň ve svém článku Legitimita práva, intimita a „infikce“ uvádí, že: „Intimita je oblast lidského života, která nepočítá předem s žádným publikem“ (PŘIBÁŇ, 1997, s. 147).

Sikorová a Fillová ve svém článku citují Maiera, který: „chápe intimitu jako něco soukromého, osobního a velmi blízkého a upozorňuje na dvě dimenze intimity, a to oblast vztahů a oblast vnímání sexuality, nahoty“ (SIKOROVÁ a FILLOVÁ, 2011, s. 205).

Profesor Výrost uvádí několik typických znaků definic intimity. Píše, že: „Intimitu můžeme chápat jako překročení určité hranice, za kterou se nacházejí už výsostné a privátní zóny jedince“. Dále uvádí, že: „Intimita je vlastně sebeodhalování, ale taky vyjádření nejhlubších citů k jiné osobě a synonymum blízkosti dvou lidí“ (VÝROST, 2008, s. 243).

Pokud se pak dostaneme do přímého kontaktu s pacientem, ať už při vyšetřování nebo ošetřování, je dobré si uvědomit určité zásady. Vždy platí, že při poskytování péče, při níž je narušována intimita pacienta, by měl být přítomen jen nejnutnější počet zdravotníků potřebných k danému výkonu.

Přítomnost nezdravotníků by měla být zcela vyloučena. Co se týká dalších pacientů na pokoji ošetřovaného, kdy jejich zdravotní stav nedovoluje, aby se sami vzdálili, je vhodné použití pomůcek, jako jsou zástěny a paravány. Před samotným výkonem pacientovi srozumitelně vysvětlíme, co a jak u něj budeme dělat. Každé obnažení pacientova těla musí být funkční a nezbytné. Intimních tělesných oblastí se nedotýkáme víc, než je to nutné. Pokud přípravu pacienta a kvalitní komunikaci s ním podceníme, může pacientův strach a stud zkomplikovat námi prováděný výkon a také způsobit pacientovi psychickou újmu (24).

### 1.3 Stud

Pod pojmem stud rozumíme naši obrannou reakci, při které si chráníme a hájíme zachování vlastní intimity. Je to vlastně varování, že by ji někdo mohl narušit a tím nás zahanbit. Stud je určitý psychofyzický jev, který se může projevit zarudnutím v tváři. Jako takový není důsledkem mravní výchovy, je spíš předpokladem opravdové mravnosti. Mravní výchova může ovlivnit, jak se stud projevuje a jaký má rozsah, také ho může usměrnit, podporovat nebo potlačovat. Pojem stud nejde úplně přesně definovat. Gulášová ve svém článku píše: „*Preventivní, varující stud před něčím je ostych, následný stud za něco je hanba*“ (Gulášová, 2014, on-line).

#### **Oblasti, ve kterých je stud pro člověka typický:**

- Malé dítě se stydí před cizími lidmi. Je typické, že když dítě naváže oční kontakt s cizím dospělým, běží se schovat mamince za záda. Důvodem je obava, že by mohla být narušena jeho intimita.
- Dospělý člověk se stydí, když dojde k nečekanému odhalení jeho nahoty, ale také když se odhalí nějaké informace, jež chtěl uchovat v tajnosti. Důvodem může být obava z posměchu a pohrdání.
- Člověk se může také stydět za projevy zbabělosti, nečestnosti, podlosti a nízkosti v jeho jednání či myšlení.

- Člověk se naopak může stydět i v situaci, když mu někdo projeví chválu, poctu, úspěch. Může se však stydět i za veřejnou chválu a poctu za úspěch, který si nezaslouží.
- Můžeme se stydět nejen za sebe, ale i za někoho dalšího. V tom případě mluvíme o zástupném studu (32).

Vymětal ve své knize uvádí, že: *„Otázka studu je především záležitostí vztahu mezi vyšetřovaným a vyšetřujícím“* (VYMĚTAL, 2003, s. 174). Když se podíváme na samotné vyšetřování a ošetřování pacientů, pro zdravotníky to mnohdy bývá jen rutinní záležitost. To však často neplatí pro pacienty. Ti nezkušení přistupují k tělesnému vyšetření s určitými obavami a studem, který se nemusí týkat jenom nejintimnějších oblastí, ale také celkového vzhledu při obnažení a nahotě. Při vyšetření a ošetření pacienta musíme postupovat tak, abychom co nejvíc zmenšili obavy a odstranili či potlačili pocit studu a rozpaků (24).

## 1.4 Soukromí

Přesnou definici soukromí literatura neuvádí. Haškovcová ve své knize popisuje soukromí jako osobní oblast člověka, která má nejenom fyzický, ale i psychický rozměr. Ztrátu soukromí pak může člověk prožívat jako pocit nepříjemnosti a bolesti (4).

V právech pacientů se v bodě č. 5 píše: *„V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral“* (Odbor 22, 2005, on-line).

Při poskytování ošetrovatelské péče je soukromí pacientů narušováno velmi často. Každý pacient je individualita, a tak i hranice soukromí jsou u pacientů odlišné. To pak rozhoduje o tom, jak pacient na zásah do svého

soukromí reaguje. Někomu při ošetřování nevadí přítomnost jiných lidí, jako jsou spolupacienti, studenti zdravotnických škol, medicí, rodinní příslušníci. Jinému pacientovi však toto může překážet, a to bez ohledu na to, jestli u něj provádíme nějaké vyšetření nebo ošetření anebo sbíráme údaje do jeho ošetřovatelské anamnézy. Proto musíme k pacientům přistupovat vždy individuálně a s taktem a nadevše chránit jeho soukromí. Musíme tak konat i ve chvíli, kdy zdravotní stav pacienta nedovoluje, aby sám dostatečně projevil svou vůli, protože je nutné toto právo pacienta ochraňovat a dodržovat.

K dodržování soukromí pacientů nám může dopomáhat Desatero soukromí pacienta, které sestavila Nemocnice na Homolce a uvádí je i Šulcová ve svém článku:

#### **Desatero soukromí pacienta**

- Nezpovídajte pacienta před jinými osobami.
- Nesděľujte informace bez uvážení.
- Omezte přítomnost třetích osob při vyšetření pacienta.
- Klepejte na dveře.
- Nenechávejte zdravotnickou dokumentaci bez dohledu.
- Lékařská vizita není výslech před svědky.
- Veřejná nahota není to, proč pacient přichází do nemocnice.
- Transport, i to je součástí pobytu v nemocnici.
- Pacient má jméno a titul, užívejte ho.
- V nemocnici nejde o sběr dat, ale především o rozhovor (39).

### **1.5 Teorie osobních zón**

Osoby pracující ve zdravotnictví při diagnostice, terapii a ošetřovatelské péči často narušují tzv. intimní zónu, používají dotyky, které mohou být nepříjemné nebo bolestivé. Takové narušení by mělo být vždy jen v situacích nezbytně nutných a pokaždé se souhlasem pacienta (15, 21).

## **Rozlišujeme osobní zóny:**

**1. Intimní zóna** – její dolní hranice je shodná s tělesným hmatovým dotekem a horní hranice je 15–30 cm. Do intimní zóny patří rodina, blízcí přátelé. Ze smyslů se zde využívá nejvíc čich a hmat. Narušení intimní zóny cizím člověkem vzbudí vždy nepříjemné pocity a snahu uniknout.

**2. Osobní zóna** – její dolní hranice je 45–75 cm a horní hranice 1,20 m. V osobní zóně je ještě možnost fyzického kontaktu, ale také sledování mimiky a očí a vnímání pachu osoby, s níž mluvíme.

**3. Společenská zóna** – její dolní hranice je 1,20 m a horní hranice se pohybuje od 2,1 do 3,6 m. Je to zóna sociální, využívána v služebním styku, obchodním jednání. Při horní hranici už vidíme celou postavu stojícího partnera.

**4. veřejná zóna** – její dolní hranice je 3,6 m a horní hranice je 7,6 m, popřípadě i dále. Vnímáme už nejenom celou postavu, ale i prostředí a prostorový pohyb partnera (21).

Při každém tělesném kontaktu s pacientem musíme myslet na to, že vstupujeme do jeho intimní zóny. I pouhým dotekem například jeho ruky můžeme u něj vyvolat nepříjemný pocit. Proto musíme vždy, pokud nám to situace dovoluje, vstupovat do intimní zóny pacienta pouze po jeho svolení.

## 2. Definice a vymezení pojmu dlouhodobá péče

Dlouhodobá péče je komplex služeb, které jsou poskytovány lidem s dlouhodobě omezenou soběstačností. Pro starší osoby byla tato péče vymezená jako určité spektrum služeb, které jsou určeny lidem závislým na pomoci v některé ze základních sebeobslužných aktivit (19).

Evropská unie definuje dlouhodobou péči „jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní, tak sociální služby“ (VÁLKOVÁ, 2010, str. 22).

Národní program přípravy na stárnutí definuje dlouhodobou péči takto: „Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starých osob neoddělitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů“ (VÁLKOVÁ, 2010, str. 23).

Nesoběstačnost člověka vzniká nejčastěji z důvodu invalidity, traumatu, chronického onemocnění, ale také z důvodu vyššího věku. Potřeba dlouhodobé péče se zvyšuje po 75. roku věku. V současné době se díky medicinským pokrokům a také díky zlepšování životního stylu dožívají lidé mnohem vyššího věku než v minulosti. Důsledkem toho dochází ke stárnutí populace, přičemž narůstá i počet velmi starých lidí. Tato skutečnost vede ke zvyšující se potřebě využívat různé typy zdravotnických i sociálních zařízení pro seniory.



## 2.1 Léčebny dlouhodobě nemocných

Holmerová ve své knize uvádí, že instituce dlouhodobé péče jsou: „zařízení ošetrovatelské a pobytové péče, která poskytují ubytování a dlouhodobou péči jako komplex služeb lidem, kteří potřebují setrvalou zdravotní a ošetrovatelskou péči v důsledku chronických poruch a snížené míry soběstačnosti v aktivitách denního života“ (HOLMEROVÁ, 2014, S. 33).

Léčebny dlouhodobě nemocných nacházíme jako jednotlivá oddělení v rámci nemocnic nebo také jako samostatná zařízení. Jejich zřizovatelem může být stát, kraj, městská část, ale také se může jednat o zařízení soukromé. Od toho se pak odvíjí, zda svůj pobyt v dané LDN musí pacient hradit sám úplně, částečně, nebo zda je jeho pobyt hrazen pojišťovnou. Do LDN je klient přijímán na základě žádosti, kterou po podání vyřizuje sociální pracovnice. Délka pobytu pacienta v LDN je časově omezena na dobu 3 měsíců, avšak může být po schválení pojišťovnou opakovaně prodlužovaná, pokud zdravotní stav pacienta vyžaduje delší hospitalizaci.

LDN jsou zařízení, která formálně řadíme k oboru geriatrické, někdy se však stává, že jejími pacienty jsou i lidé mladšího věku, např. po úrazech nebo pacienti umírající v terminálním stádiu neléčitelné nemoci. Důvody hospitalizace pacienta v LDN mohou být různé, proto režim v LDN rozdělujeme na:

- *Léčebný* – využívají pacienti v nestabilizovaném dekompenzovaném stavu s množstvím diagnóz, u kterých často dochází ke změně terapie.
- *Rehabilitační* – je to režim zaměřený hlavně na rehabilitaci pacienta, nácvik a navrácení jeho soběstačnosti a také nácvik fungování s kompenzačními pomůckami.
- *Ošetrovatelský* – je zaměřen na poskytování kompletní ošetrovatelské péče imobilním pacientům a na ošetřování a léčbu chronických ran a dekubitů.
- *Paliativní* – je to léčebný režim připomínající hospicovou péči. Jedná se o kompletní ošetrovatelskou péči o umírající pacienty v terminálním

stádiu jejich nemoci, o uspokojování jejich potřeb a v neposlední řadě o tišení bolesti.

- *Sociální* – jedná se o tzv. sociální hospitalizace, kdy nemocný čeká na překlad do jiného zařízení.
- *Speciální* – je to režim zaměřený na důstojnou péči o lidi trpící pokročilým stádiem demence (9).

## 2.2 Historie poskytování péče o staré a nemocné lidi

Současný přístup k péči o staré a nemocné lidi vychází už z antropologického vývoje solidarity. Solidaritu chápeme jako výraz lidského porozumění a také vzájemné soudržnosti a pospolitosti mezi lidmi. Je to jedna z nejstarších etických hodnot, která má své kořeny už v rodové solidaritě, kdy bylo v rámci rodu přirozené starat se o své staré a nemocné lidi. Velký význam mělo v historii péče o staré a nemocné lidi křesťanství. Nejenže došlo k rozvoji solidarity díky hlásání věčného života, ale z Ježíšova učení začal vznikat základ filantropie neboli dobročinnosti zaměřené na pomoc druhým. V období mezi 15. až 18. stoletím byla povinnost starat se o staré a nemocné lidi přenesena na šlechtu a obce. V tomto období dochází k zakládání špitálů a hospiců, a to církevních i světských. V 18. století nastalo období osvícení. Staří lidé jsou považováni za bytosti moudré a zkušené. Avšak solidarita je zaměřena pouze na poskytnutí bydlení. V 19. století nastal velký rozvoj mezigenerační solidarity, což znamenalo, že rodiče dožívali u svých dětí na tzv. výminku. Umístnění rodičů do starobince bylo nepřípustné. Už v 18. století se začala utvářet koncepce institucionalizované solidarity a 19. století byl v Anglii vytvořen první koncept sociálního pojištění. V rámci institucionalizované solidarity se zakládají státní zařízení, ve kterých je poskytována sociální a zdravotní péče. Do takto nastaveného solidárního systému je každý člověk povinen přispívat (20).

Co se týká České republiky, má tady geriatric a gerontologie dlouholetou tradici. Za jejich mezníky lze považovat vznik České a později i Československé gerontologické společnosti, Kabinetu gerontologie

a geriatry v roce 1974 a v roce 1983 ustanovení geriatry jako samostatného lékařského oboru. Léčebny dlouhodobě nemocných začaly vznikat v roce 1974 z nevyhovujících interních oddělení a staly se zázemím pro tento nově vytvořený obor. V roce 1989 již měly LDN více než 8000 lůžek. V nově vzniklé politické situaci se předpokládalo, že vzhledem ke stárnutí populace bude docházet i ke změně a rozvoji péče o staré a dlouhodobě nemocné lidi. I přes skutečnost, že LDN byly vždy považovány za součást systému zdravotní péče, nebyly v začátcích devadesátých let zařazeny do systému financování z veřejného zdravotního pojištění (6).

V průběhu let se uskutečnilo mnoho diskuzí a dohadů na téma fungování a financování péče v léčebnách dlouhodobě nemocných. I přes všeobecně známou skutečnost, že populace stárne a počet nesoběstačných seniorů vyžadujících dlouhodobou zdravotní péči každým rokem narůstá, je počet těchto zařízení nedostatečný.

V současnosti je poskytování dlouhodobé péče upraveno v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). V něm se v § 9 o lůžkové péči, odst. 2, bod d) uvádí: *„dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí“* (zákon č. 372/2011 Sb., § 9).

### **2.3 Faktory ovlivňující úroveň poskytované ošetrovatelské péče v LDN**

Faktorů, které mají vliv na úroveň poskytované péče v léčebnách dlouhodobě nemocných, je více. S ohledem na zaměření mého výzkumu bych ráda v této práci uvedla z mého pohledu ty nejdůležitější faktory, a to pokoje pacientů, koupelny, toalety a personální zajištění LDN.

### 2.3.1 Pokoj pacientů

Z vyhlášky o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení vyplývá, že plocha pokoje pro pacienta musí mít minimálně 8 m<sup>2</sup>, přičemž plocha na jedno lůžko je minimálně 5 m<sup>2</sup>. Důležité je také zachovat dostatečný prostor mezi lůžky jednak proto, aby ošetřující personál při své péči mohl přistupovat k pacientovi ze všech stran, ale také z důvodu lepší manipulace s případnými pomůckami či přístroji. Protože se mnoho léčeben dlouhodobě nemocných nachází ve starých budovách, které nejsou dispozičně řešeny tak, aby vyhovovaly současným podmínkám pro poskytování kvalitní péče, můžeme se i dnes setkat s tím, že na jednom pokoji se nachází až 5–6 lůžek. I kdyby se jednalo o pokoj prostorný, který by rozlohou splňoval minimální požadavek na plochu pro jedno lůžko, nelze v takto kapacitně předimenzovaném pokoji poskytnout pacientovi takovou péči, která by zajistila respektování jeho soukromí a intimity. Ještě horší variantou jsou však pokoje, které nesplňují ani minimální požadavky na plochu pokoje v souvislosti s počtem lůžek.

Za takových podmínek nejenže není respektováno soukromí a intimita pacientů, ale není zde ani dost prostoru na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče, využití pomůcek a přístrojů a zajištění bezpečného prostředí pro pacienty. Proto je důležité nejenom snižovat kapacitu pokojů, ale přizpůsobovat potřebám kvalitní péče i jejich velikost. Co se týká vybavení pokojů v LDN, i tady je se důležité držet vyhlášky o minimálním technickém a věcném vybavení zdravotnických zařízení. U každého lůžka by se měl nacházet zdroj elektrické energie, lokální osvětlení, signalizační zařízení a noční stolek. Pokud pokoj není vybaven koupelnou a toaletou, musí mít alespoň umyvadlo. Dále by měl být každý pokoj vybaven nábytkem, jako je jídelní stůl, židle a uzamykatelné šatní skříň. Počet kusů tohoto nábytku by měl odpovídat počtu pacientů daného pokoje. Zástěny či závěsy mezi lůžky by měly být v dnešní době už také samozřejmostí. Realita je však jiná. Mnohdy na pokojích chybí i základní vybavení jako třeba židle nebo světlo u lůžka pacienta. V takovou chvíli je pak zástěna mezi lůžky opravdu vnímána jako nadstandard. Je

opravdu důležité se zamyslet nad tím, v jakém prostředí je péče o pacienty realizována, a hlavně co a jak můžeme udělat pro to, abychom dané prostředí a tím i námi poskytovanou péči co nejvíce zkvalitnili. (23)

### **2.3.2 Koupelny a toalety**

Pacienti hospitalizovaní v LDN většinou vyžadují zvýšenou péči ze strany ošetrovatelského personálu. Vzhledem k tomu, že poskytování hygienické péče patří k základním ošetrovatelským výkonům, je bezbariérový přístup a dispozičně vhodně řešená koupelna velkým přínosem pro pacienty i pro personál. Za ideálních podmínek je bezbariérová koupelna součástí každého pokoje. Tím se nejenom zvyšuje soběstačnost pacientů, ale zachovává se i jejich právo na soukromí, jejich intimita a lidská důstojnost. V situaci, kdy je společná koupelna umístěná na chodbě, je nesmírně důležité dbát na důstojný transport pacienta. Nesmí docházet k jeho odhalování a porušování jeho důstojnosti. Pokud se na oddělení nachází sprchy, které nezajišťují soukromí pacienta, je zapotřebí je vybavit třeba závěsy, nebo je využívat pro pacienty jednotlivě.

Co se týká toalet, platí v podstatě stejná pravidla jako u koupelen. Nejideálnější je umístění bezbariérových toalet zajišťujících soukromí v rámci jednotlivých pokojů. Pokud jsou toalety společné, je zapotřebí je rozdělit na ženské a mužské, což musí být srozumitelně a viditelně označeno. Součástí vybavení toalet by měl být toaletní papír, umyvadlo, tekuté mýdlo a papírové ručníky na jedno použití. Tím se dodržují nejenom hygienické normy, ale také potřeby pacientů a jejich důstojnost.

Při použití toalet a koupelen musíme vždy dbát na zajištění dostatečného soukromí pacientů, ale také na zajištění jejich bezpečí. K tomu by měly sloužit vždy čisté a suché protiskluzové podlahy, vhodně umístěná madla a dobře dostupná, viditelně umístěná signalizace (23).

### 2.3.3 Personální zajištění

Minimální počet personálu, který je potřebný pro zajištění lůžkové péče, je daný vyhláškou o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. V této vyhlášce je ale ukotvena i povinnost zdravotnického zařízení s ohledem na poskytnutí kvalitní a bezpečné péče o pacienty tento minimální počet navýšit. S problémem nedostatku personálu se setkáváme často, a to ve všech typech zdravotnických zařízení. Proto ani léčebny dlouhodobě nemocných nejsou výjimkou. Nedostatek personálu může vést k poskytování ne zcela kvalitní péče. V rámci zrychlení práce dochází k její automatizaci, čím jsou sice rámcově splněny požadavky pracoviště na provedení činností, avšak nedochází ke kvalitnímu uspokojování potřeb pacientů. Vzhledem k tomu, že se jedná o fyzicky i psychicky velmi náročnou práci, je důležité předcházet vyčerpání pracovníků, což by mohlo mít za následek chybovost jejich práce nebo odchod ze zaměstnání. Proto musí být jejich služby plánované tak, aby nedocházelo k přetížení a aby měli pracovníci i dostatek času k regeneraci. Je potřeba myslet na to, že jen spokojený pracovník odvede kvalitní práci, čímž získáme spokojené pacienty (23).

### 3. Pacient LDN

Charakteristickou skupinou pacientů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných jsou senioři. Důvody jejich hospitalizace bývají různé. Jednak je to jejich stáří, ale také přidružená onemocnění, ať už akutní, nebo chronická. Potřeba dlouhodobé péče pak vychází ze ztráty soběstačnosti a s tím spojené neschopnosti naplňovat své lidské potřeby.

#### 3.1 Soběstačnost a sebek péče

Základem moderního ošetrovatelství je vnímání nemocného holisticky jako celku, jako bytosti bio-psycho-sociální. V pojetí holismu je člověk chápán jako jednota, kde při poruše jedné části dochází k poruchám dalších, eventuálně celého systému. Každý jedinec je zároveň chápán jako jedinečný, s vlastními názory, vlastnostmi, postoji a potřebami. Aby byla nemocnému poskytnuta taková péče, která bude pro něj vhodná, přiměřená a dostačující, je potřeba si definovat pojmy, jako jsou sebek péče a soběstačnost. Trachtová ve své knize uvádí, že:

- *„Sebek péče je samostatné vykonávání denních aktivit (stravování, oblékání, umývání, vyprazdňování)“ (TRACHTOVÁ, 2001, s. 20).*
- *„Soběstačností rozumíme míru samostatnosti, popř. participace člověka při vykonávání denních aktivit“ (TRACHTOVÁ, 2001, s. 20).*

Úroveň soběstačnosti každého jedince může být různá, a to v různých aktivitách denního života. Pacient může být soběstačný, částečně soběstačný nebo zcela nesoběstačný. Jen při správném zhodnocení úrovně soběstačnosti může být vytvořen kvalitní ošetrovatelský plán a poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče (18).

##### 3.1.1 Klasifikace funkčních úrovní sebek péče podle Gordonové

Součástí každodenní práce sester v LDN je hodnocení sebek péče a soběstačnosti pacientů. Kromě hodnoticích škál, jako jsou Bártlův test základních všedních činností nebo Test ošetrovatelské zátěže podle

Svanborga, může sestřám posloužit pro sběr dat o pacientovi využití ošetrovatelských modelů, např. model Gordonové, Oremové nebo Royové. Podle Gordonové klasifikujeme funkční úroveň sebepéče do šesti skupin označených od 0 do 5:

- 0- Nemocný je nezávislý a zcela soběstačný.
- 1- Nemocný potřebuje minimální pomoc, sám vše zvládne na 70 %.
- 2- Nemocný zvládá činnosti sám na 50 %. Potřebuje menší dopomoc, dohled.
- 3- Nemocný potřebuje velkou pomoc, a to buď od druhé osoby, nebo od přístroje. Sám zvládá méně než 20 % činností.
- 4- Nemocný potřebuje úplný dohled a je zcela závislý na pomoci druhých.
- 5- Nemocný má absolutní deficit sebepéče. Chybí jakákoliv aktivní účast, pacient není vůbec schopen pomoci (18).

### 3.2 Lidské potřeby

*„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku, nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 12).*

Tim, že u nemocného dojde k naplnění a uspokojení jeho potřeb, dochází v organismu k obnovení homeostázy. Jen pokud jsou potřeby naplněny, je zachována u člověka kvalita jeho života. To, že určitou potřebu začneme vnímat, je z důvodu jejího nedostatku, přebytku, nebo z naší touhy něčeho dosáhnout. Hodnota a množství potřeb jedince se v průběhu života mění. Jiné potřeby má člověk mladý, jiné starý, jiné člověk nemocný a jiné zdravý. Potřeby můžeme dělit podle všeobecných kritérií, a to:

- *Podle podstaty člověka* – na biologické, psychické, estetické, sociální, sociálně-kulturní, sebevyjádření a duchovní.
- *Podle počtu osob, kterých se týkají* – na individuální nebo kolektivní.
- *Podle obsahu* – na materiální a nemateriální.
- *Podle ekonomického pohledu* – na ekonomické a neekonomické.



- *Podle způsobu vyvolání* – na hlavní a doplňkové.
- *Podle naléhavosti* – na nezbytné a zbytné.
- *Podle četnosti výskytu* – na trvalé, občasné a výjimečné.
- *Podle času* – na současné a budoucí.
- *Podle důležitosti pro zachování života* – na primární a sekundární (17).

### 3.2.1 Maslowova hierarchická teorie potřeb

Mezi nejznámější dělení potřeb můžeme zařadit i Maslowovu teorii potřeb. Její původní verzi vytvořil Maslow již v roce 1943, ta byla postupně obměňována a doplňována. Maslow rozděluje potřeby do dvou základních skupin, a to na D-potřeby, které fungují na principu odstranění nějakého nedostatku, a na B-potřeby, které jsou definovány dosažením hodnoty bytí. Ve svém zkoumání došel k závěru, že lidi, u kterých došlo k uspokojení základních potřeb, jsou zdravější a šťastnější než ti, u kterých k uspokojení nedošlo (17).

Maslowova pyramida potřeb má 5 základních stupňů, přičemž nejnižší stupeň obsadily potřeby fyziologické a stupeň nejvyšší potřeby seberealizace. Jednotlivé stupně jsou:

1. *Fyziologické potřeby* – objeví se, když se naruší homeostáza organismu. Je to varování organismu a slouží k přežití jedince. Patří sem potřeba kyslíku, pohybu, čistoty, spánku, výživy, vyprazdňování, ale i sexuální potřeba.
2. *Potřeba jistoty a bezpečí* – zde se jedná o vyvarování se ohrožení a nebezpečí. Jedinec se snaží získat si stabilitu, jistotu, důvěru a zbavit se úzkosti a strachu.
3. *Potřeba lásky a sounáležitosti* – je to potřeba milovat a být milován, potřeba sounáležitosti. Jedinec touží být sociálně integrován.
4. *Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty* – zahrnuje dvě potřeby, a to potřebu sebeúcty a sebehodnocení (důvěra v okolí, kompetence, nezávislost na názoru jiných) a potřebu touhy po respektu a uznání.
5. *Potřeba seberealizace, sebeaktualizace* – je to tendence prosazovat své záměry a schopnosti. Je to potřeba člověka být, kým chce, a být v tom dobrý (18).

### 3.3 Ošetrovatelská péče

Nemocní, kteří jsou hospitalizováni v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, vyžadují vzhledem ke svému zhoršenému zdravotnímu stavu a narušené soběstačnosti poskytování ošetrovatelské péče od zdravotnického personálu. Personál, který takovou péči poskytuje, by měl být nejenom dostatečně vzdělaný ve svém oboru, ale i manuálně zručný, empatický, trpělivý a profesionální. Vytejková ve své knize uvádí tuto definici ošetrovatelské péče: *„je to soubor odborných činností zaměřených na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je také péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti“* (VYTEJČKOVÁ, 2011, s. 15).

#### **Ošetrovatelskou péči rozdělujeme na 3 základní typy, a to:**

- *Základní ošetrovatelskou péči* – zdravotní stav pacientů, kterým je základní péče poskytována, je stabilní, se zachováním fyziologických funkcí, avšak z důvodů zdravotních, léčebných či diagnostických nemohou zcela soběstačně vykonávat aktivity denního života. Tato péče zahrnuje např. hygienickou péči, péči o výživu, vyprazdňování atd.
- *Specializovanou ošetrovatelskou péči* – je poskytována nemocným, u nichž hrozí reálné selhání základních fyziologických funkcí a jejichž soběstačnost v plnění aktivit denního života je výrazně omezená. Za specializovanou ošetrovatelskou péči je považována i péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci, o pacienty se závažnými poruchami imunity nebo o psychiatrické pacienty, u nichž není nutný permanentní dozor a použití omezujících prostředků.
- *Vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči* – ta je poskytována pacientům, u kterých dochází k selhávání základních životních funkcí a kteří jsou tak v přímém ohrožení života. Dále je tato péče poskytována

pacientům, u nichž dochází k použití omezujících prostředků, aby tak bylo chráněno jejich zdraví i zdraví jejich okolí (26).

Při poskytování ošetrovatelské péče dlouhodobě nemocným pacientům musíme respektovat určité zvláštnosti této péče a při jejím poskytování vycházet z určitých požadavků. Mezi ně řadíme:

- Uspokojovat základní lidské potřeby.
- Udržet nemocného co nejdéle soběstačného a zachovat určitou úroveň kvality jeho života.
- Zvýšit psychickou, fyzickou a sociální aktivitu nemocného.
- Dbát na prevenci vzniku proleženin a imobilizačního syndromu.
- Co nejvíc urychlit léčbu a zahájit včasnou rehabilitaci.
- Dodržovat práva pacientů a také komunikovat a spolupracovat s pacienty i jejich rodinou (16).

### 3.4 Stáří

Jako stáří označujeme poslední vývojovou etapu lidského života, která končí smrtí. Kalendářní stáří se počítá od data narození po dosažení určitého věku. Podle WHO rozdělujeme stáří do tří období:

- *60–74 let rané stáří.*
- *75–89 let vlastní stáří.*
- *90 a více let dlouhověkost.*

Další dělení stáří uváděné v literatuře je:

- *65–74 mladí senioři.*
- *75–84 staří senioři.*
- *85 a více let – velmi staří senioři. (14).*

Kromě stáří kalendářního známe ještě stáří biologické. Můžeme ho charakterizovat jako míru involučních změn u člověka. Biologické stáří je u každého jedince individuální. Rozlišujeme 3 základní typy změn:

- Je to úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové.

- Dále je to pokles buněčných rezerv, který se projevuje například při reakci v zátěžových situacích.
- A posledním typem změn je zpomalení většiny funkcí (14).

### 3.4.1 Změny způsobené stářím

Protože je každý člověk originální, tak i změny, které přichází ve stáří, jsou u každého člověka jiné. Změny probíhají ve třech rovinách, a to v rovině tělesné, psychické a sociální. Pro lepší představu si uvedeme několik příkladů:

- *Tělesné změny* – úbytek svalové hmoty, degenerativní změny kloubů, změna činnosti smyslů, změna trávení a vyprazdňování, změny termoregulace atd.
- *Psychické změny* – zhoršení paměti, snížená sebedůvěra, emoční labilita, zhoršení úsudku, sugestibilita atd.
- *Sociální změny* – odchod do penze, ztráta blízkých lidí, osamělost, stěhování, finanční nouze atd. (22).

Na změny, které ve stáří přichází, reaguje každý jedinec jinak. Záleží to na jeho osobnosti, okolí, ve kterém žije, a také na možnosti získat pomoc v oblastech života, kde to již sám nezvládá. A tak rozlišujeme několik modelů adaptace:

- *Konstruktivní přístup* – člověk se již během svého produktivního věku připravuje na aktivity, které pak ve stáří rozvine. Také se snaží udržet své tělesné zdraví přiměřenou a vhodnou tělesnou aktivitou a racionálním stravováním. Udržování dobrých vztahů s rodinou a přáteli může pak nemocnému člověku ve stáří zajistit důležitou podporu a péči od jeho blízkých.
- *Závislost na okolí* – a to, jak závislost na rodině a blízkých, tak i závislost na zdravotnících. Tato závislost vychází z určitých tělesných obtíží nemocného, mnohdy je však větší, než to vyžaduje objektivní skutečnost.

- *Nepřátelský postoj* – stává se, že situace, ve které se nemocný senior nachází, je pro něj velmi obtížná, neexistují pro něj mechanismy pomoci, které by byly schopny ji řešit. Nepřátelství se pak může projevat směrem k rodině, personálu, pacientům i širokému okolí (22).

## **4. Nemoci pacientů v LDN**

Nemoci, které přivádí pacienty do léčeben dlouhodobě nemocných, jsou různé. Ve stáří se projevují u pacientů různé typy demence, depresivní syndrom, poruchy pohybového systému, následky traumat, následky cévní mozkové příhody, kardiovaskulární onemocnění atd. Ze všech bych se zaměřila na ty, které z mého pohledu nejvíce ovlivňují respektování intimity pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v LDN, a to jsou různé typy demence a imobilita z různých příčin.

### **4.1 Alzheimerova choroba a jiná onemocnění způsobující demence**

Alzheimerova choroba i jiné typy demencí patří mezi onemocnění, při kterých je potřeba dlouhodobé péče velmi výrazná. Vzhledem k tomu, že jsou tato onemocnění nevléčitelná a jejich výskyt věkem narůstá, představují demence pro systém dlouhodobé péče významný problém (19). Problémem u těchto pacientů, hospitalizovaných v LDN, je i samotné poskytování ošetrovatelské péče. Při snaze o zajištění soukromí, intimity a lidské důstojnosti můžeme u pacientů trpících demencí narážet na jejich odmítání. Není neobvyklé, že tito pacienti nejenom nevyžadují respektování své intimity, ale oni sami jsou ti, kdo ji porušují. Tento fakt souvisí se změnou kognitivních funkcí nemocného. I přes danou skutečnost je však důležité intimitu těchto pacientů respektovat a zachovávat, což by mělo patřit k základním prioritám v postoji ošetroujícího personálu vůči pacientům.

Demence jsou vlastně poruchy, při kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti, ale i dalších kognitivních funkcí, jako jsou pozornost, vnímání, řeč. Úroveň kognitivních funkcí se označuje jako inteligence. K jejich postižení dochází na základě onemocnění mozku, které je chronické a postupující. S nastupující demencí dochází také k poruchám plnění aktivit denního života a k poruchám emocí, chování, spánku. Výrazné postižení ve všech oblastech vede k tomu, že se nemocný stává nesoběstačným a závislým

na rodině, nemocnici a ústavu sociální péče. Vznik demence nesouvisí jenom s Alzheimerovou nemocí, ale vede k ní dalších více než 60 nemocí (8).

#### 4.1.1 Přehled demencí

**Podle příčiny jde demence dělit do dvou skupin, a to:**

- Demence, které mají podklad v atroficko-degenerativním procesu v mozku.
- Demence symptomatické, které mají jako podklad celkové onemocnění, úrazy, intoxikace, infekce, nádory, cévní poruchy, metabolické změny a další poruchy, které postihují mozek. Symptomatické demence jde rozdělit na:
  - ◆ Demence vaskulární.
  - ◆ Ostatní symptomatické demence (8).

#### 4.1.2 Základní symptomy demence

- *Problémy s percepcí a koordinací pohybu* – pojem percepce znamená, že je člověk schopen rozumět tomu, co nás obklopuje, a je schopen to i dále interpretovat. Znamená to, že člověk chápe věci, které vnímá zrakem, sluchem, hmatem, chutí a čichem. Ztráta této schopnosti vizuálního vnímání se nazývá agnózie. Člověk trpící agnózií nepoznává známé předměty ani prostředí. Díky svým motorickým schopnostem se sice může pohybovat, ale není schopen pohybovat předměty kolem něj.
- *Problémy s rozsahem pozornosti* – jako rozsah pozornosti je uváděna doba, po kterou je člověk schopen se soustředit na nějaký úkol nebo děj v jeho okolí. Nemocný, který má problém s rozsahem pozornosti, od rozdělané práce často odchází, neuvědomuje si, že úkol ještě není hotov.
- *Problémy s řečovými schopnostmi* – Když mluvíme o řečové schopnosti, je důležité si ji rozdělit na receptivní a produktivní. Produktivní řečová schopnost znamená, že člověk je schopen předat určitou informaci druhým, a to buď písemně nebo ústně. Receptivní řečová schopnost znamená, že člověk je schopen pochopit smysl a obsah informace, kterou

dostává v ústní nebo písemné formě. Porucha, při které dochází k narušení řečových schopností, se nazývá afázie

- *Problémy s pamětí* – paměť jako taková funguje ve třech fázích. Je to uvědomování, uchovávání a vybavování. Když si člověk nedokáže něco uvědomit, není schopen si to ani zapamatovat. Pokud si to uvědomit dokáže, musí být schopen si to i v mozku uchovat a později vyhledat. Tento třífázový proces paměti se nazývá myšlení.
- *Problémy s ovládním emocí* – zdravý a vyrovnaný člověk se snaží během dne dávat najevo hlavně pozitivní emoce. Svou vůlí a sebeovládáním je schopen negativní emoce ovládat a neprojevat. Nemocný člověk trpící demencí má však s ovládním emocí problém, proto se u něj často projevuje vztek, úzkost, smutek a mnohé další negativní emoce.
- *Problémy s racionálním uvažováním a úsudkem* – schopnost, díky které je člověk schopen poskládat z jednotlivých myšlenek složitý myšlenkový celek se nazývá racionální uvažování. Pod pojmem úsudek zase rozumíme to, že člověk je schopen hodnotit a porovnávat různé myšlenky, a to s cílem dojít k nějakému závěru. Nemocní, kteří trpí demencí, mají schopnost racionálního uvažování i zdravého úsudku různě sniženu (3).

#### **4.1.3 Fáze demence**

- *Počínající mírná demence* – je to fáze, kdy demenci není snadné rozpoznat. Objevuje se zhoršení krátkodobé paměti a taky mírná afázie. Nemocný bývá občas zmatený, nepozorný a narušená bývá také jeho schopnost racionálně uvažovat. Zjevné obtíže nastávají při obsluhování strojů, přístrojů a pomůcek. Všechny změny, které se u nemocného projevují, mohou u něj vést k úzkosti, depresím a uzavřenosti před okolím.
- *Rozvinutá demence* – ve druhé fázi demence se projevují všechny příznaky z první fáze, ale začínají se objevovat i další. K těmto příznakům patří neklid, agitovanost, represivní chování, dezorientovanost na známém místě, narušené vnímání a motorika, problém s vyprazdňováním a kontinencí, zhoršení dlouhodobé paměti, ztuhlé držení těla.



- *Pokročilá terminální demence* – při třetí fázi demence je už u nemocného nutný nepřetržitý dohled a dopomoc. Ke všem předešlým příznakům se přidávají ještě bludy a halucinace, inkontinence moči a stolice, obtížné polykání s rizikem aspirace slin a potravy, hubnutí až kachexie a také neschopnost uvědomovat si okolní dění a reagovat na podněty (3).

## 4.2 Imobilita

*„Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci nebo úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností z důvodu postižení pohybového a vnitřního systému“* (KLUSOŇOVÁ, PITNEROVÁ, 2005, s. 10). Imobilitu u pacientů tedy chápeme jako poruchu jejich hybnosti, neschopnost samovolně dělat určité účelové pohyby, a tak jsou pacienti připoutáni na lůžko. Problém imobility je u pacientů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných velmi častým problémem. Příčiny imobility můžou být různé a jejím následkem může být vznik zdravotních komplikací a rozvoj imobilizačního syndromu. (10)

### 4.2.1 Onemocnění a stavy vedoucí k imobilizaci pacienta:

- *Stav po fraktuře krčku femuru.*
- *Stav po náhradě kyčelního kloubu.*
- *Poruchy hybnosti z důvodu těžké artrózy velkých kloubů.*
- *Stav po cévní mozkové příhodě.*
- *Demence.*
- *Postižení nervového systému.*
- *Onkologická onemocnění v terminálním stádiu.*
- *Diabetes mellitus.*
- *Další* – mezi další onemocnění a stavy, které můžou vést k imobilitě, patří i ztráta soběstačnosti, stavy po krvácení do mozku, stavy po úrazech s přerušáním míchy, stavy po dlouhodobé resuscitaci s rozvojem apalického syndromu.

Všechny tyto stavy a onemocnění můžou vést k rozvoji imobility a následné nesoběstačnosti nemocných (17).

#### 4.2.2 Stupně imobility

Imobilitu můžeme rozdělit do tří stupňů, a to podle základního onemocnění, podle léčebného režimu pacienta a podle jeho celkového zdravotního stavu.

- *Imobilita přechodná neboli intermitentní* – je to imobilita krátkodobá, při které nedochází v organizmu pacienta k závažným změnám. Jedná se o takzvaný vynucený klid na lůžku např. z důvodu operačního výkonu nebo horečnatého stavu pacienta.
- *Imobilita dlouhodobá* – tato imobilita vzniká v důsledku dlouhodobého závažného onemocnění nebo polytraumatu. V jejím důsledku se u pacienta můžou objevit určité komplikace a změny v organizmu, které jsou následkem nedostatku pohybu.
- *Imobilita trvalá* – je to stupeň imobility, která je trvalá a nezvratná. Vzniká následkem onemocnění a úrazů, při nichž došlo k poruše motorických funkcí a dochází při ní u pacienta k mnohým závažným komplikacím (10).

#### 4.2.3 Pohyb a tělesná aktivita

Pohyb považujeme za základní biologickou potřebu člověka. Touto aktivitou předcházíme vzniku imobility a s ní souvisejících komplikací, jako jsou svalová atrofie, osteoporóza nebo kontraktury. Za základní pohyby považujeme sed, stoj, chůzi či různé změny polohy (26).

Faktory, které ovlivňují pohyb a tělesnou aktivitu, rozdělujeme do čtyř skupin, a to:

- *Fyziologicko-biologické faktory* – sem zařazujeme funkční schopnost pohybového aparátu a funkční schopnost smyslových orgánů pacienta, jeho věk a případné nemoci.

- *Psychicko-duchovní faktory* – patří sem emocionální ladění pacienta a typ jeho osobnosti, ale také jeho sebeúcta a hierarchie hodnot.
- *Sociálně-kulturní faktory* – vychází ze způsobu života pacienta, z toho, jaké povolání vykonává, jaká je jeho životní role, ale také jeho finanční zabezpečení.
- *Faktory životního prostředí* – geografické a klimatické podmínky, ve kterých se pacient nachází (18).

#### **4.2.4 Imobilizační syndrom**

Imobilizační nebo také hypokinetický syndrom se rozvíjí jako fyziologická odpověď organismu na imobilitu. Může se jednat o krátkodobý stav, ale i o stav dlouhodobý až trvalý. Na ztrátu pohybové aktivity reagují všechny orgánové systémy lidského těla:

- Pohybový systém.
- Kardiovaskulární systém.
- Respirační systém.
- Metabolický a výživový systém.
- Močový systém.
- Kožní systém (18).

#### **4.2.5 Psychosociální reakce na imobilitu**

Rozvoj imobility ovlivňuje nejenom fyzické zdraví jedince, ale také jeho psychické rozpoložení a sociální vztahy. Velmi rizikovou skupinou jsou senioři, kteří jsou vysoce závislí na svém okolí. Jejich soběstačnost bývá výrazně snížena, což si mnohdy zcela uvědomují. To může u nich napomoci k rozvoji depresivně-anxiózního syndromu. U imobilních nemocných se také můžou objevit pocity smutku, beznaděje, bezmoci, apatie. Můžou trpět ztrátou svého partnera, odloučením, samotou (18).

Imobilní pacient se v průběhu své hospitalizace často dostává do situace, kdy je mu poskytována nějaká forma ošetrovatelské péče přímo na lůžku. Úkony, které je schopen provést mobilní a soběstačný pacient sám

proto, aby zajistil respektování své intimity, pacient s poruchou mobility mnohdy nezvládne. Tím se stává závislým na přístupu a postoji ošetřujícího personálu. Je mnoho způsobů, jak zajistit, aby při této péči byla u pacienta respektována a zajišťována jeho intimita, avšak za nejdůležitější považují právě lidský faktor.

## 5. Muži ve zdravotnictví

Kapitolu muži ve zdravotnictví jsem do své práce přidala z důvodu, že v průběhu své praxe jsem se s nimi v LDN často setkávala. Nejčastější pracovní pozice, kterou v léčebnách zastávají, je pozice ošetřovatel/sanitář, méně často pak pozice zdravotní bratr. Vzhledem k tomu, že při poskytování ošetřovatelské péče dochází často k narušování soukromí a intimity pacientů, musíme vždy myslet i na možnost, že nemocní můžou ošetřování ze strany muže odmítnout. Toto odmítnutí přichází nejčastěji ze strany nově přijatých pacientek, které jsou velmi citlivé na narušení své intimity a soukromí. Je to pro ně zcela nová situace, se kterou se musí vyrovnat. Naopak ze strany pacientů-mužů přichází již od počátku kontaktu s mužským personálem k velmi pozitivním ohlasům.

Muži v ošetřovatelství se na různých pozicích objevují už po staletí. Před dvěma tisíci lety bylo ošetřovatelství dokonce doménou mužů, nikoliv žen. Muži byli v době starověkého Řecka školeni pro výkon ošetřovatelského povolání pod vedením antického lékaře Hippokrata. Dokonce i první formální ošetřovatelská škola, která vznikla v Indii v roce 250 př. n. l., byla určena výhradně mužům. V průběhu staletí vznikala různá křesťanská společenství a mnišské řády jako například benediktýni, alexiáni nebo klerici, jejichž posláním bylo pečovat o staré a nemocné lidi (28). Na začátku 16. století nastal úpadek ošetřovatelství. Nemocnice se přesunuly ze správy církve do správy měst, a protože se do nich neinvestoval dostatek peněz, začaly chátrat. Mužů v ošetřovatelství začalo ubývat. V 19. století se o to výrazně zasloužila i průkopnice moderního ošetřovatelství Florence Nightingelová (JÍCHOVÁ, 2016, s. 1). Ta sice zaváděla reformy, které ošetřovatelství výrazně pomohly, ale také byla velkou feministkou. Muže v profesi ošetřovatelství neuznávala a prosazovala myšlenku, že tato profese je doménou žen, jelikož ty jsou citlivé, jemné a empatické (31).

V dnešní době se muži do zdravotnictví opět vracejí, i když zřejmě už nikdy nebudou v této profesi převažovat nad ženami. Dle statistik z roku 2013 pracovalo ve zdravotnictví 250 233 zaměstnanců, přičemž 1/5 z nich tvořili muži. Martina Šochmanová, prezidentka ČAS, říká, že: „nedostatek mužů – všeobecných sester může být částečně výsledkem genderových rolí a stereotypů“ (JÍCHOVÁ, 2016, s. 1). I v České republice panuje názor, že práce v ošetrovatelství je ženské povolání, jelikož ženy jsou empatické, s pečovatelskými sklony a vyšší mírou altruizmu než muži (33).

Tomáš Kamík, všeobecná sestra a předseda přípravného výboru komory nelékařských zdravotnických pracovníků říká: „Příčinou nedostatku mužů v našem oboru je podle mého názoru jednak nedostatečné finanční ohodnocení, psychická náročnost naší práce, velká zodpovědnost, přesčasy a práce na směny ... na druhou stranu jde mnohdy o fyzicky velmi náročné povolání, při němž je zapotřebí velká síla ... své uplatnění v oboru, proto muži určitě naleznou“ (JÍCHOVÁ, 2016, s. 2).

Když navštívíme zdravotnické zařízení zaměřená na dlouhodobou péči, nebývá úplně neobvyklé potkávat zde mužské pracovníky. Většinou jsou to však pracovníci na pozici sanitář/ošetrovatel, jelikož se jedná o práci fyzicky mnohdy velmi náročnou. Jejich hlavní pracovní náplní je přímá péče o pacienty, což zahrnuje také hygienickou péči a péči o vyprazdňování pacientů. Při poskytování takové péče bývá velmi výrazně narušena intimita pacienta. Proto je zapotřebí myslet vždy na to, že ne každé pacientce se zamlouvá péče ze strany muže (zdravotního bratra, ošetrovatele, sanitáře). V ideálním případě je dobré, se na tuto skutečnost informovat již při příjmu pacienta na oddělení, a v případě jeho negativního postoje toto poznačit do sesterské dokumentace. Odmítání muže jako pečujícího může mít mnoho důvodů. Může to být určitá předpojatost, která vychází ze skutečnosti, že v dnešní době je zdravotnictví považováno výhradně za ženské území. Muž může být vnímán jako nedostatečně empatický, necitlivý, neschopný. Odmítání mnohdy pramení i z přirozeného studu pacientek, což se může výrazněji projevit hlavně u starších pacientek.

## 6. Multikulturní ošetrovatelství

Kapitolu multikulturní ošetrovatelství jsem se rozhodla do své práce zařadit z důvodu potřeby si uvědomit, že i když hospitalizace pacientů pocházejících z výrazně odlišných kultur a zemí není v současné době častá, migrace a stárnutí populace nám dává tušit, že již za pár let tomu může být zcela jinak. Proto je nesmírně důležité se na takovou možnost připravit, abychom uměli reagovat na odlišné a osobité potřeby pacientů z jiné kultury. Společnost žijící v České republice už dávno není uniformní, ale je národnostně, etnicky i kulturně rozmanitá. Když budeme tvrdit, že ošetrovatelská péče o pacienta vychází z holistického pojetí, je zaměřená na kvalitu a efektivitu a je individualizovaná, musí být tato péče poskytnutá všem pacientům bez výjimky. Zdravotní péče poskytovaná cizincům a migrantům je v České republice regulována speciálními zákony, avšak ty přesně nestanovují konkrétní průběh péče o jednotlivce vzhledem k některým kulturním požadavkům či rituálním praktikám (7).

Hospitalizace pacientů pocházejících z národnostních, kulturních nebo náboženských menšin v léčebnách dlouhodobě nemocných se v současnosti týká především pacientů z romské menšiny, kteří jsou od narození občany České republiky, nebo občanů sousedních států, kteří v České republice získali povolení k pobytu a zde také pracují a platí si zdravotní pojištění. Sem patří především Slováci, Ukrajinci a Rusové, u kterých při poskytování ošetrovatelské péče k velkým rozdílům v přístupu nedochází. Některé menšiny žijící na území České republiky jsou zvyklé se o své staré a nemocné příbuzné postarat sami v rámci rodiny a komunity. Sem patří například židovská nebo vietnamská menšina.

Co se týká vztahu různých etnik k respektování intimity, můžeme pozorovat určité rozdíly. U Ukrajinců, Rusů, Slováků nebo i Romů zřejmě velké rozdíly v porovnání s českou populací neobjevíme. Jinak to však bude třeba u Vietnamců, a to hlavně u žen, které jsou velice stydlivé. Při poskytování ošetrovatelské péče musíme postupovat velmi citlivě a respektovat jejich

soukromí a intimitu. Co se týká hygieny, sprchují se nejraději samy nebo s dopomocí člena své rodiny stejného pohlaví jako jsou ony. Použití podložné mísy nebo močové láhve je opravdu krajním řešením, raději vždy využijí soukromí na toaletě. Vietnamec sám neinformuje ani o zvracení nebo zácpě, protože tyto informace jsou pro něj velmi choulostivé. Při ošetřování vietnamských seniorů v našich nemocnicích musí být často využívány služby tlumočnicků. Ti pocházejí nejčastěji z rodiny. Při kladení otázek však musíme zvážit jejich vhodnost s ohledem na věk a pohlaví tlumočnicka, protože i nevhodnou otázkou může být narušena intimita pacienta. Zvýšenou potřebu ochránit své soukromí a intimitu mají i muslimové. Při pobytu v nemocničním zařízení a při vyšetřeních doprovází ženu její manžel, případně jiná žena z rodiny. Ošetřovat a vyšetřovat ji může jenom žena lékařka, žena sestra. Obnažit se před jiným mužem, i když je to lékař, je nepřijatelné (7).

S ohledem na to, že lidi jsou různí a mají různé povahy a názory, není neobvyklé potkat člověka, který má pocit, že jenom jeho kulturní normy a obyčejy jsou pravdivé a správné. Avšak pravdou je, že každá kultura je jedinečná a důležitá pro dané etnikum (12).



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 7. Výzkumný problém

#### 7.1 Cíl

Cílem mé práce bylo zjistit, jestli je v léčebnách dlouhodobě nemocných při poskytování ošetrovatelské péči zajišťovaná intimita pacientů.

#### 7.2 Hypotézy

Na základě cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

- Hypotéza č. 1: Předpokládám, že intimita pacientů je zajišťována více u mobilních a soběstačných pacientů.
- Hypotéza č. 2: Předpokládám, že ve třech základních kategoriích – převazy ran, hygienická péče a vyprazdňování – je intimita pacientů při poskytování péče na lůžku porušována.
- Hypotéza č. 3: Předpokládám, že většina ošetřujícího personálu nevyužívá pomůcky a postupy k zajišťování intimity pacientů, které mají v rámci svého oddělení k dispozici.
- Hypotéza č. 4: Předpokládám, že v prvních dnech hospitalizace je intimita pacientů dodržována vždy důsledněji.
- Hypotéza č. 5: Předpokládám, že intimita pacientů trpících demencí není při poskytování ošetrovatelské péče ve většině případů dodržována.
- Hypotéza č. 6: Předpokládám, že subjektivní pohled ošetřujícího personálu k otázce jimi zajišťované intimity u pacientů bude pozitivní u více než poloviny respondentů.

### 7.3 Metodika sběru dat

Pro výzkumné šetření jsem zvolila metodu jednorázového kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Dotazník obsahoval 23 otázek. První čtyři se zaměřovaly na charakteristiku výzkumného vzorku a dalších 17 otázek sloužilo ke zjištění údajů potřebných pro potvrzení, nebo vyvrácení hypotéz. Dvě otázky, konkrétně otázka č. 20 a 23, sice nemají přímou souvislost s žádnou z předem stanovených hypotéz, avšak jejich výpovědní hodnotu jsem považovala za důležitou. Proto jsou výsledky těchto otázek součástí kapitoly 7.6, kde uvádím výsledky svého výzkumu. Šetření probíhalo zcela anonymně ve 12 nemocničních zařízeních, a to na základě povolení vedení nemocnice, hlavní sestry nebo vrchní sestry.

- K hypotéze 1 se vztahují otázky č. 16, 17, 21.
- K hypotéze 2 se vztahují otázky 6, 14, 15, 18, 22.
- K hypotéze 2 se vztahují otázky č. 7, 11, 14, 15, 16, 18, 22.
- K hypotéze 3 se vztahují otázky č. 9, 10.
- K hypotéze 4 se vztahují otázky č. 12, 13.
- K hypotéze 5 se vztahují otázky č. 5, 8, 19.

### 7.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr konkrétních zdravotnických zařízení vycházel z ochoty daného zařízení účastnit se mého výzkumu. Postupně jsem oslovila cca 28 zařízení, což mi umožnilo vytvořit požadovanou výzkumnou skupinu 12 různých léčeb dlouhodobě nemocných. V každé z vybraných LDN se výzkumu zúčastnili 3 zdravotničtí pracovníci, a to konkrétně staniční sestra, všeobecná sestra a ošetřovatelka/sanitářka. Výzkumný vzorek tvořilo dohromady 36 respondentů. Zařízení byla rozdělena do tří skupin, a to:

- 4 LDN ve fakultních nemocnicích v Praze.
- 4 LDN působící samostatně nebo v rámci malé nemocnice v Praze.
- 4 LDN působící mimo Prahu.

## 7.5 Metodika zpracování dat

Ke zpracování výsledků z dotazníku byly použity programy Microsoft Office Word 2013 a Microsoft Office Excel 2013. Výsledky šetření jsem pro lepší přehlednost zaznamenala do tabulek, ze kterých jsem následně vytvořila grafy. Ze statistických metod jsem použila metodu absolutní a relativní četnosti.

## 7.6 Výsledky výzkumu

### Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

	Tabulka č. 1	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
<b>a</b>	Žena	32	89 %
<b>b</b>	Muž	4	11 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 1

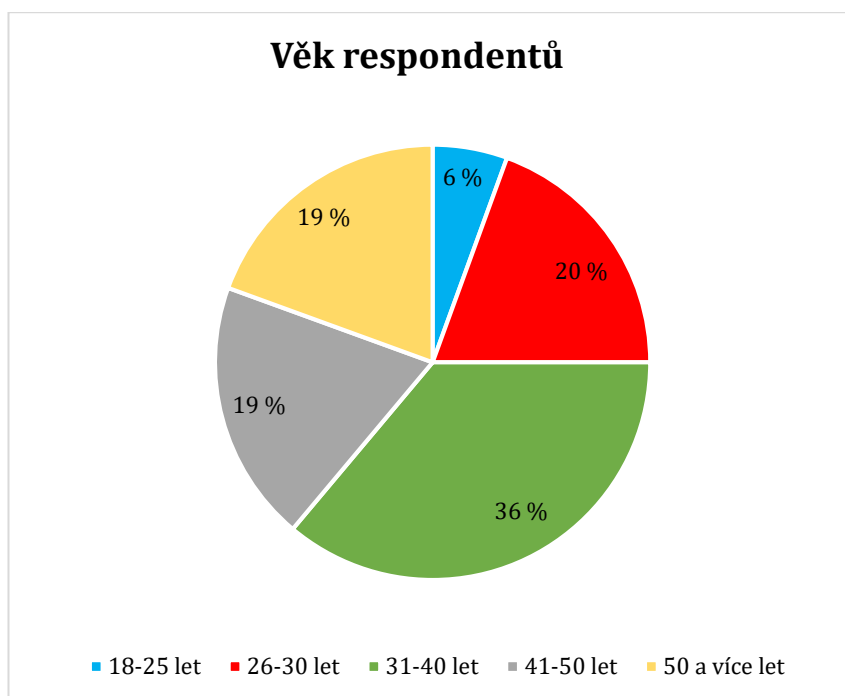


Podle tabulky a grafu č. 1 vidíme, že se výzkumu zúčastnilo 36 respondentů, z toho žen bylo 32 (89 %) a muži byli 4 (11 %). Ze 4 mužů byl 1 v pracovní pozici zdravotního bratra a 3 pracovali na pozici sanitář /ošetřovatel.

## Otázka č. 2: Kolik je vám let?

	Tabulka č. 2	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
a	18–25 let	2	5,5 %
b	26–30 let	7	19,5 %
c	31–40 let	13	36 %
d	41–50 let	7	19,5 %
e	51 a více let	7	19,5 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 2

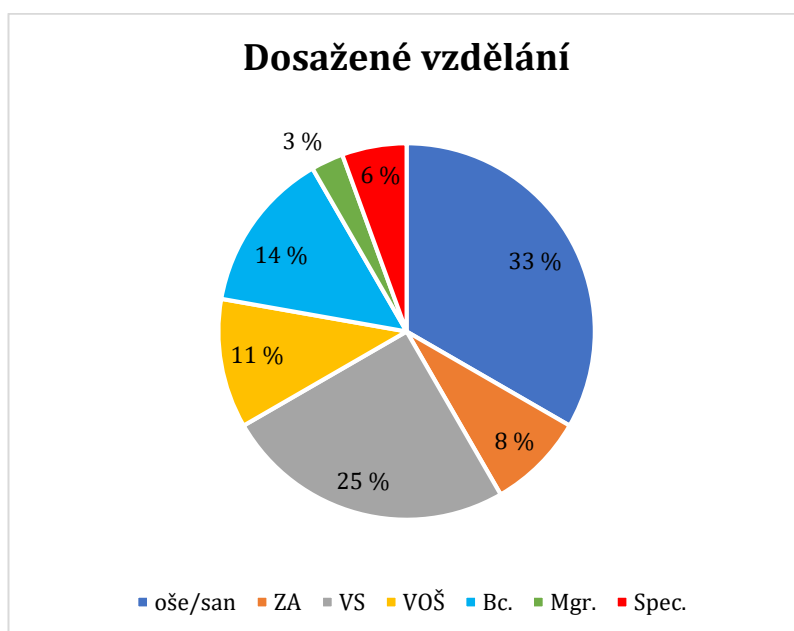


V tabulce a v grafu č. 2 můžeme vidět, že z 36 respondentů byli 2 (5,5 %) ve věku 18–25 let, 7 (19,5 %) bylo ve věku 26–30 let, 13 (36 %) bylo ve věku 31–40 let, 7 respondentů (19,5 %) bylo ve věku 41–50 let a 7 respondentů (19,5 %) patřilo do věkové kategorie 51 let a více.

**Otázka č. 3: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

	<b>Tabulka č. 3</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	Ošetřovatel/sanitář	12	33 %
<b>b</b>	SZŠ – zdravotnický asistent	3	8 %
<b>c</b>	SZŠ – všeobecná sestra	9	25 %
<b>d</b>	VOŠ	4	11 %
<b>e</b>	VŠ – Bc.	5	14 %
<b>f</b>	VŠ – Mgr.	1	3 %
<b>g</b>	Specializace	2	6 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 3**



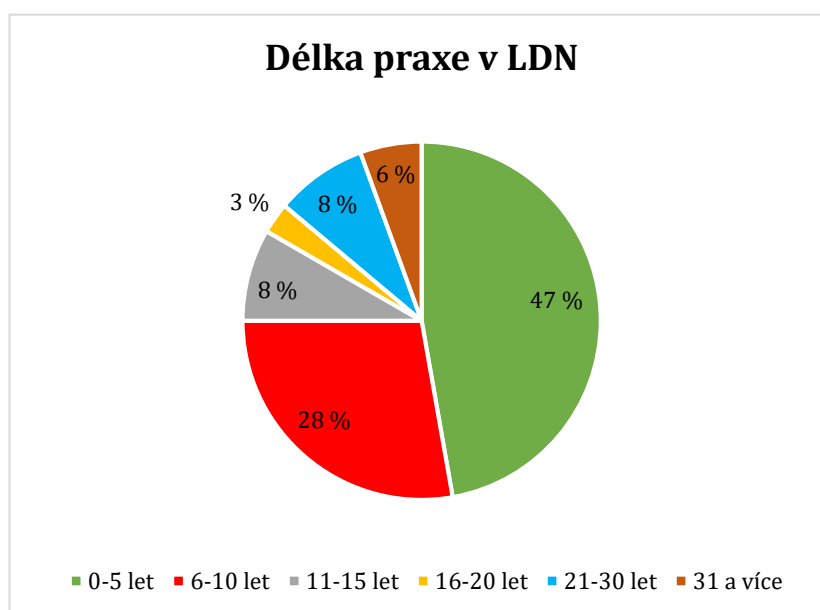
Tabulka a graf č. 3 podávají obraz úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů. Mého výzkumu se zúčastnilo 12 respondentů (33 %), kteří měli ukončené tříleté studium v oboru ošetřovatel/ošetřovatelka nebo absolvovali sanitářský kurz. Studium zdravotního asistenta absolvovali 3 respondenti (8 %) a nejvyšší dosažené vzdělání jako všeobecná sestra mělo 9 respondentů (25 %). Další 2 všeobecné sestry (6 %) získaly kromě středoškolského vzdělání i specializaci v péči o geriatrického pacienta.

Vyššího odborného vzdělání dosáhli 4 respondenti (11 %), bakalářské vzdělání má 5 respondentů (14 %) a vzdělání magisterské jenom jeden respondent (3 %).

**Otázka č. 4: Jak dlouho pracujete na oddělení pro dlouhodobě nemocné pacienty?**

	Tabulka č. 4	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
<b>a</b>	0–5 let	17	47 %
<b>b</b>	6–10 let	10	28 %
<b>c</b>	11–15 let	3	8 %
<b>d</b>	16–20 let	1	3 %
<b>e</b>	21–30 let	3	8 %
<b>f</b>	31 a více let	2	6 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 4**



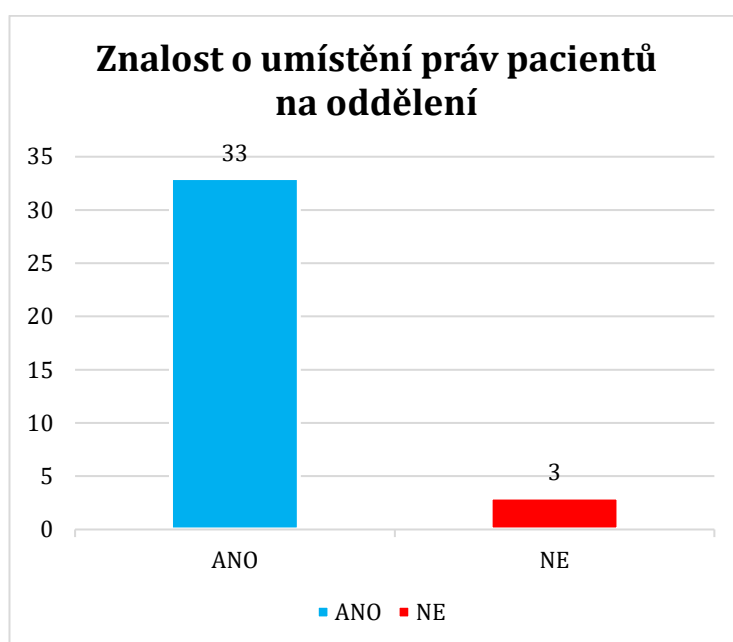
Podle tabulky a grafu č. 4 bylo v rozmezí 0–5 let 17 (48 %) respondentů pracujících v LDN, což bylo pro mě překvapivé zjištění. Důvody můžou být různé. Z mé zkušenosti je to například zvýšená fluktuace zaměstnanců LDN kvůli náročnosti práce na tomto typu oddělení, ale také ochota nově zaměstnaných respondentů spolupracovat na výzkumu. Poměrně velkou

skupinou byli i respondenti pracující v LDN 6–10 let. Tuto skupinu tvořilo 10 respondentů (28 %). Pouze 3 (8 %) respondenti pracují v LDN 11–15 let, 16–20 let tam pracuje 1 (3 %) respondent, 3 (8 %) dotázaní pracují v LDN 21–30 let a praxi více než 31 let mají v LDN 2 respondenti (6 %).

**Otázka č. 5: Víte, kde jsou k dispozici na vašem oddělení sepsaná práva pacientů?**

	Tabulka č. 5	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
<b>a</b>	ANO	33	92 %
<b>b</b>	NE	3	8 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

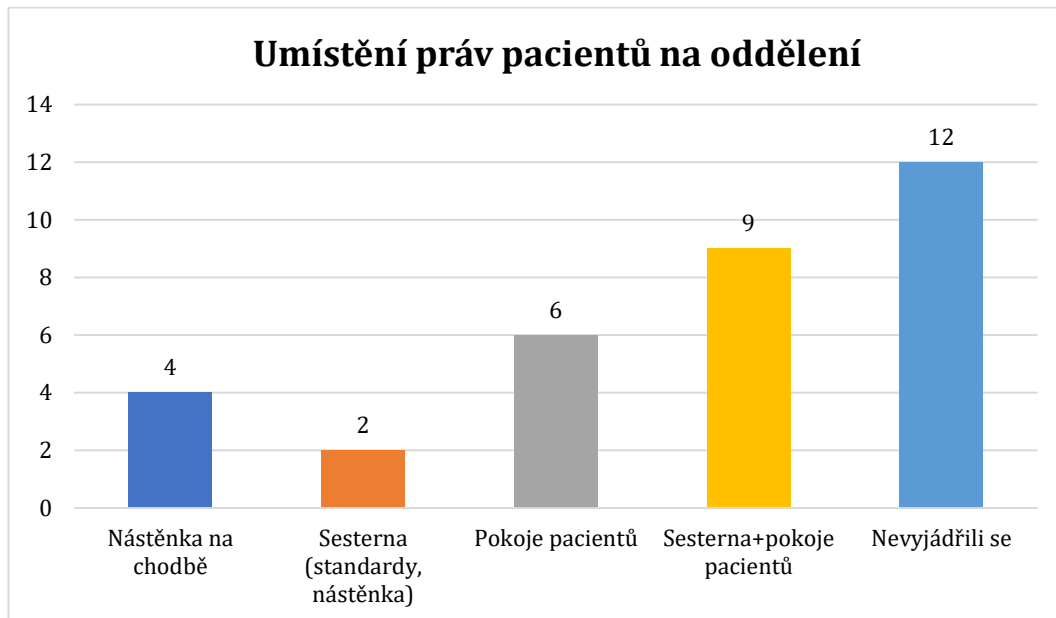
**Graf č. 5 a)**



V tabulce a v grafu č. 5 můžeme vidět, že na otázku č. 5, zda respondenti ví, kde jsou na jejich oddělení k dispozici sepsaná práva pacientů, odpovědělo 33 (92 %) kladně, ale 3 (8 %) respondenti to nevěděli. Všichni tři respondenti, kteří to nevěděli, byli zaměstnanci z jednoho pracoviště, a to v mimopražské LDN. Vzhledem k tomu, že tuto znalost neměla ani samotná staniční sestra, si myslím, že na daném pracovišti práva pacientů v tištěné formě nemají

k dispozici vůbec. Pokud respondenti odpověděli kladně, byla další část otázky směřována na konkrétní umístění daného dokumentu viz graf č. 5 b.

**Graf č. 5 b)**



V grafu číslo 5 b můžeme vidět, že se z 33 respondentů nevyjádřilo 12 (36,5 %). Důvodem toho může být, že sice o existenci dokumentu o právech pacientů na jejich oddělení věděli, ale neměli znalost o tom, kde se nachází. Další možností je, že se nechtěli zdržovat při vypisování dotazníků nebo odpověděli kladně jen z důvodu, že předpokládali, že na tuto otázku je důležité odpovědět kladně, protože se to očekává. Z respondentů, kteří uvedli konkrétní umístění práv pacientů na jejich oddělení, uvedlo 9 z nich (27,5 %) sesternu i pokoj pacientů, 6 (18 %) uvedlo jenom pokoje pacientů, 4 (12 %) nástěnku pro pacienty na chodbě a 2 (6 %) uvedli jenom sesternu.

Dostupnost dokumentu Práva pacientů by měla být samozřejmostí na každém oddělení. Její umístění na sesterně a v ošetrovatelských standardech je sice v pořádku, ale základní prioritou by pro nás jako pro zdravotníky mělo být poskytnutí plného znění dokumentu tohoto dokumentu právě našim nemocným. Za ideálních podmínek by tento dokument měl být na každém pokoji, a to zatavený v ochranné omyvatelné fólii, aby do něj mohli kdykoliv

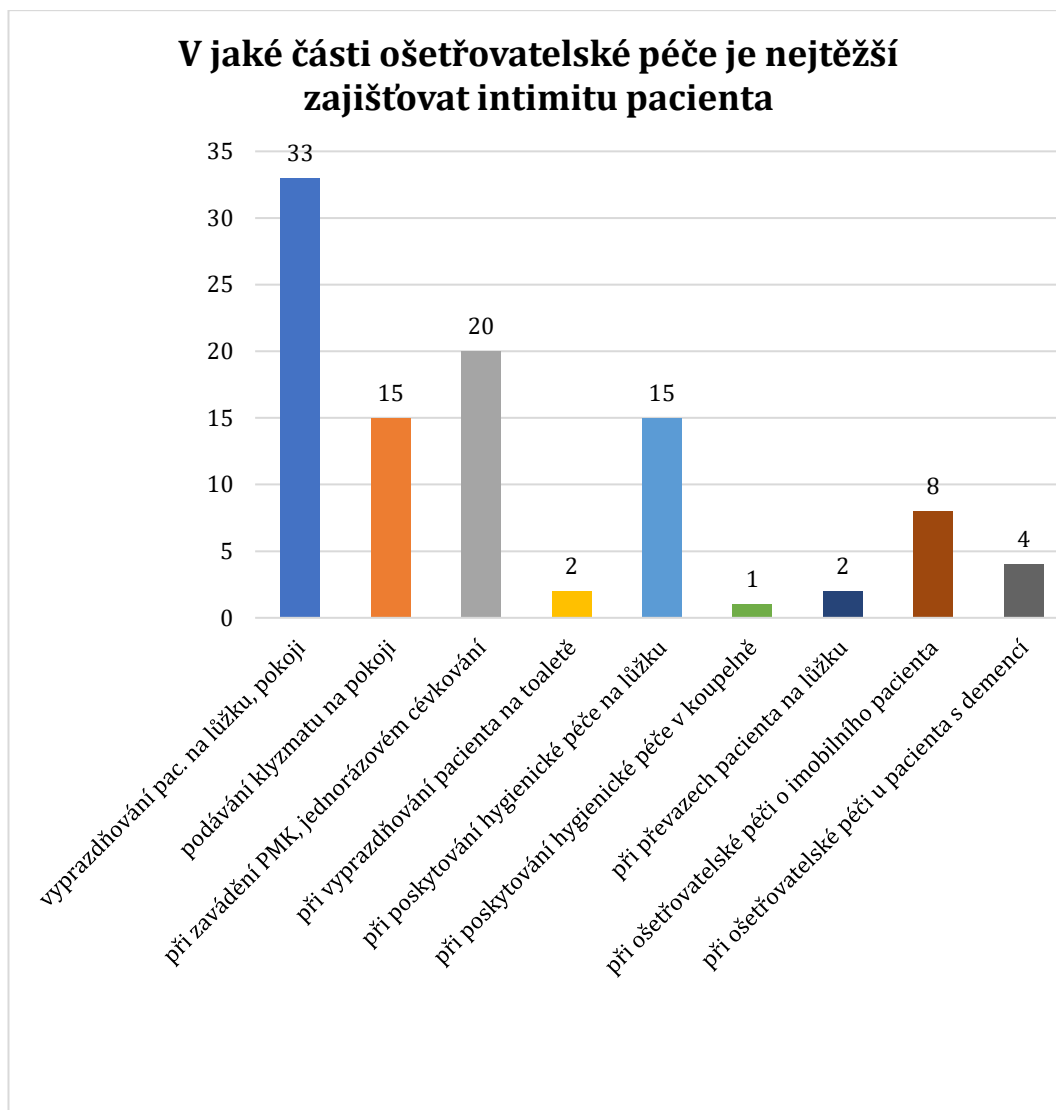


nahlížet všichni pacienti. Umístění dokumentu na chodbě na nástěnce vidím jako nedostatečné, jelikož slouží k nahlédnutí jenom pro mobilní pacienty.

**Otázka č. 6: V jaké části ošetrovatelské péče je podle vás nejvíc problematické dodržovat intimitu pacienta? (můžete označit až 3 odpovědi)**

<b>Tabulka č. 6</b>		
<b>a</b>	Při vyprazdňování pac. na lůžku, na pokoji	33
<b>b</b>	Při podávání klyzmatu	15
<b>c</b>	Při zavádění PMK, při jednorázovém cévkování	20
<b>d</b>	Při vyprazdňování pacienta na toaletě	2
<b>e</b>	Při poskytování hygienické péče na lůžku	15
<b>f</b>	Při poskytování hygienické péče v koupelně	1
<b>g</b>	Při převazech pacienta na lůžku	2
<b>h</b>	Při ošetrovatelské péči u imobilního pacienta	8
<b>ch</b>	Při ošetrovatelské péči u pacienta s demencí	4

Graf č. 6



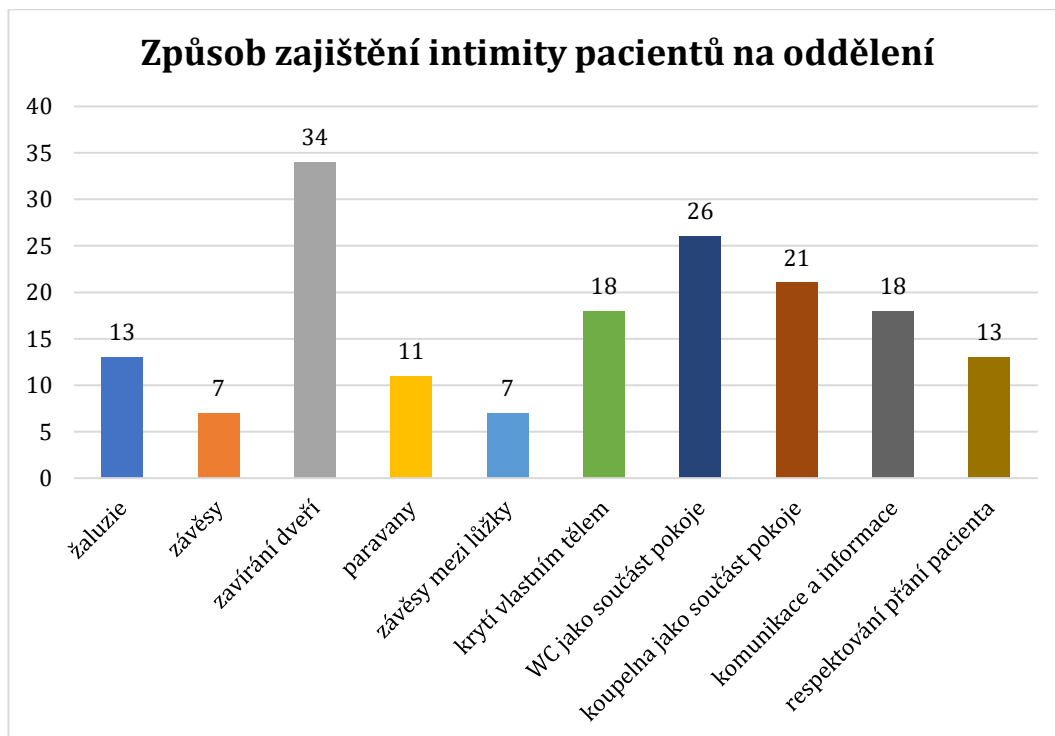
Tabulka a graf č. 6 nám znázorňují odpovědi na otázku, v jaké části ošetrovatelské péče je podle respondentů nejvíc problematické dodržovat intimitu pacientů, přičemž si mohli respondenti vybrat více možností. Jak je vidět z grafu, jako nejproblematictější hodnotili zajištění intimity pacientů při vyprazdňování na lůžku nebo celkově na pokoji pacienta. Tuto odpověď označilo až 33 respondentů, přitom v otázce č. 22 mého dotazníku použije při vyprazdňování pacienta na pokoji zástěnu, paraván nebo závěs jen 13 respondentů a 20 z nich tuto možnost na zvýšení soukromí pacientů a zajištění jejich intimity nevyužije. Důvodem může být pracovní vytíženost personálu, problematická manipulace s těmito pomůckami (starší typy

paravánu, zástěn), ale i rutinní přístup personálu v otázce vyprazdňování pacientů. Další problematické oblasti byly ty, kde se ošetřovatelským výkonem zasahovalo přímo do intimní partie pacienta. Sem patří cévkování pacientů, které označilo 20 respondentů, a podávání klyzmatu označené 15 respondenty. V obou případech se jednalo o staniční sestry a všeobecné sestry, a to s ohledem na oprávněnost provádět daný výkon. Z mého pohledu a mé zkušenosti z praxe jsou právě tyto dvě oblasti pacienty vnímané jako nejvíc problematické, a proto jsem očekávala, že tyto možnosti v otázce č. 6 označí všechny staniční sestry i všechny všeobecné sestry. Další velkou skupinu tvořila oblast poskytování hygienické péče na lůžku, kterou označilo za problematickou 15 respondentů, a poskytování ošetřovatelské péče imobilním pacientům označené 8 respondenty. V obou případech dochází k odhalování intimních částí lidského těla, tedy i k narušování jejich celkové intimity, studu a soukromí. Otázkou číslo 18 se ptám respondentů na možnost využití závěsů, zástěn a paravánů při poskytování hygienické péče u pacientů na lůžku. Tuto možnost na zvýšení soukromí a zachování intimity pacientů využívá jen 8 respondentů a až 22 ji nevyužívá vůbec, nebo jen zcela výjimečně. Jako problematickou oblast pro dodržení intimity pacientů označili 4 respondenti ošetřovatelskou péči o pacienty s demencí, 2 respondenti vyprazdňování pacienta na toaletě, 2 respondenti převazy pacienta na lůžku a 1 při poskytování hygienické péče v koupelně.

**Otázka č. 7: Jakým způsobem je zajišťována intimita pacientů na vašem oddělení? (můžete označit více odpovědí)**

Tabulka č. 7		
<b>a</b>	Žaluzie	13
<b>b</b>	Závěsy	7
<b>c</b>	Zavírání dveří	34
<b>d</b>	Paravány	11
<b>e</b>	Závěsy mezi lůžky	7
<b>f</b>	Krytí vlastním tělem	18
<b>g</b>	WC jako součást pokoje	26
<b>h</b>	Koupelna jako součást pokoje	21
<b>ch</b>	Kvalitní komunikací s pacientem, podrobnými informacemi o výkonu, který budeme provádět	18
<b>i</b>	Respektováním přání pacienta při poskytování ošetrovatelské péče	13
<b>j</b>	Jiné	0

**Graf č. 7**

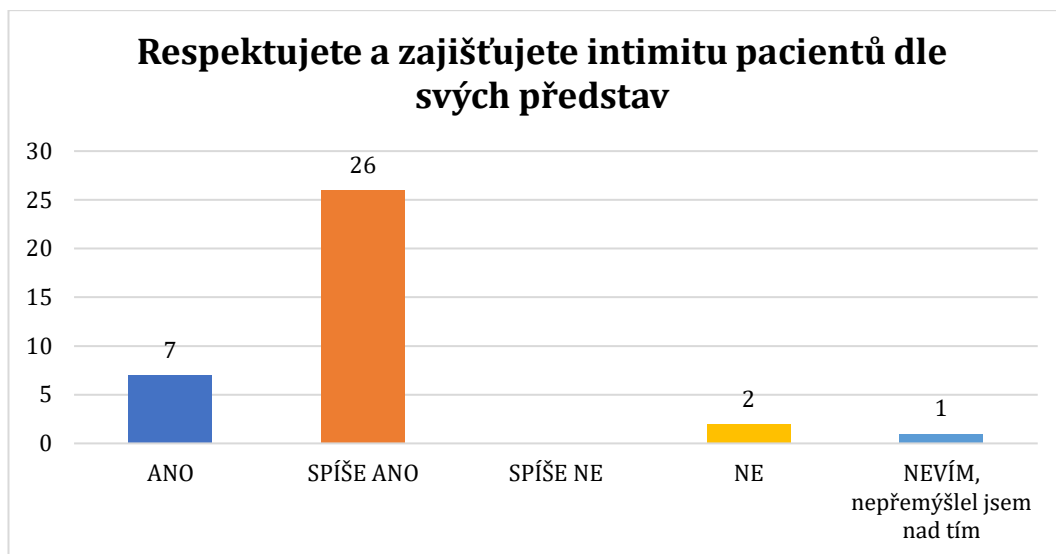


V tabulce a v grafu č. 7 můžeme vidět odpovědi na otázku č. 7, ve které jsem se ptala na způsob zajišťování intimity pacientů na daném oddělení. Zajišťování vycházelo jak z pomůcek, které byly na oddělení k dispozici (možnosti a, b, c, d, e, g, h), tak i z přístupu personálu (možnosti f, ch, i). Možnost, že zavírají dveře, uvedlo 34 respondentů a jen 2 tím přiznali, že zavírání dveří není pro ně prioritou. Zatahování žaluzií uvedlo 13 respondentů, zatahování závěsů 7 respondentů, použití paravánů 11 respondentů, zatažení závěsů mezi lůžky 7 respondentů, WC jako součást pokoje 26 respondentů a koupelnu jako součást pokoje uvedlo 21 respondentů. Krytí vlastním tělem jako způsob ochrany intimity pacienta uvedlo 18 respondentů, kvalitní komunikaci s pacientem a podrobný popis výkonu, který u něj budeme provádět, uvedlo také 18 respondentů a respektování přání pacienta při poskytování ošetrovatelské péče uvedlo jen 13 respondentů. Tyto výsledky se mi zdají až alarmující vzhledem k faktu, že ošetřující personál je povinen o všech úkonech pacienta informovat ještě před tím, než ho začne provádět, a také by se měl snažit pokaždé respektovat přání pacienta. Možnost napsat jiné způsoby a pomůcky k zajištění intimity nevyužil žádný z respondentů. Na základě prostudovaných dotazníků jsem zjistila, že každý z respondentů uvedl aspoň jednu pomůcku k zajištění intimity pacientů, kterou disponuje jejich oddělení.

**Otázka č. 8: Respektujete a zajišťujete intimitu pacientů podle svých představ?**

	<b>Tabulka č. 8</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	7	19,5 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	26	72 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	0	0 %
<b>d</b>	NE	2	5,5 %
<b>e</b>	NEVÍM, nepřemýšlel jsem nad tím	1	3 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 8**

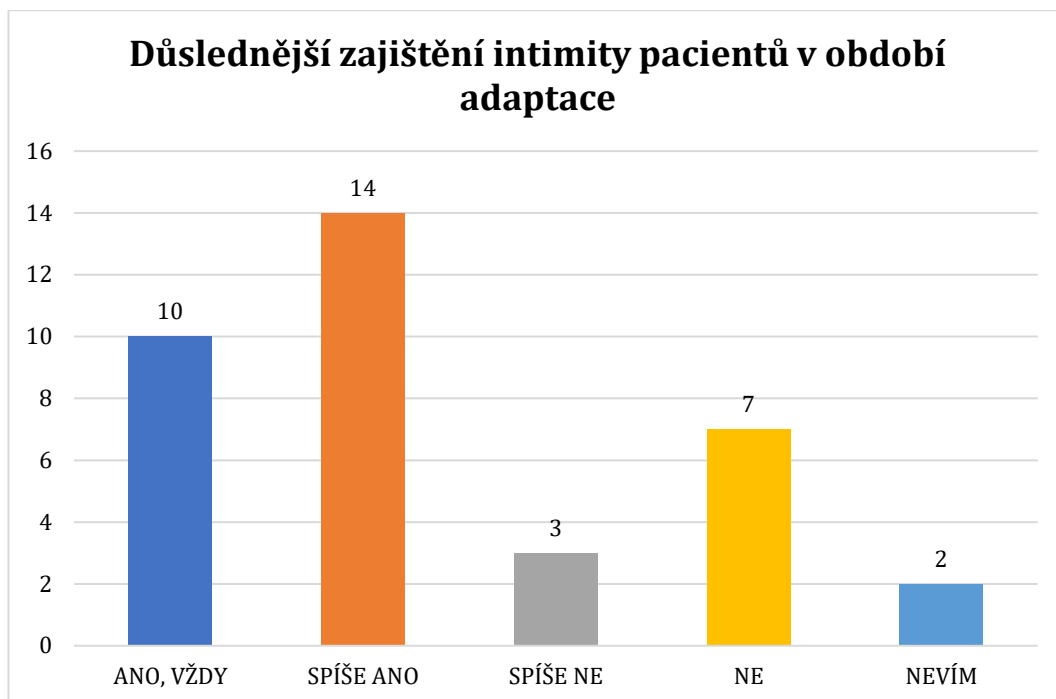


V tabulce a v grafu č. 8 vidíme odpověď na otázku č. 8, kde jsem se respondentů ptala, jestli respektují a zajišťují intimitu pacientů podle svých představ. Na otázku odpovědělo ANO 7 (19,5 %) respondentů a SPÍŠE ANO až 26 (72 %) respondentů. Z toho vyplývá, že dohromady 33 (92 %) respondentů hodnotí svůj přístup k respektování intimity pacientů jako vhodný a dostačující. Odpověď NE uvedli 2 (5,5 %) respondenti a 1 (3 %) uvedl, že neví.

**Otázka č. 9: Zajišťujete intimitu pacientů po jejich přijetí v období adaptace důsledněji?**

	<b>Tabulka č. 9</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO, vždy	10	28 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	14	39 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	3	8 %
<b>d</b>	NE, v průběhu celé hospitalizace zajišťuji intimitu stejně	7	19,5 %
<b>e</b>	NEVÍM, nepřemýšlel/a jsem nad tím	2	5,5 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 9**

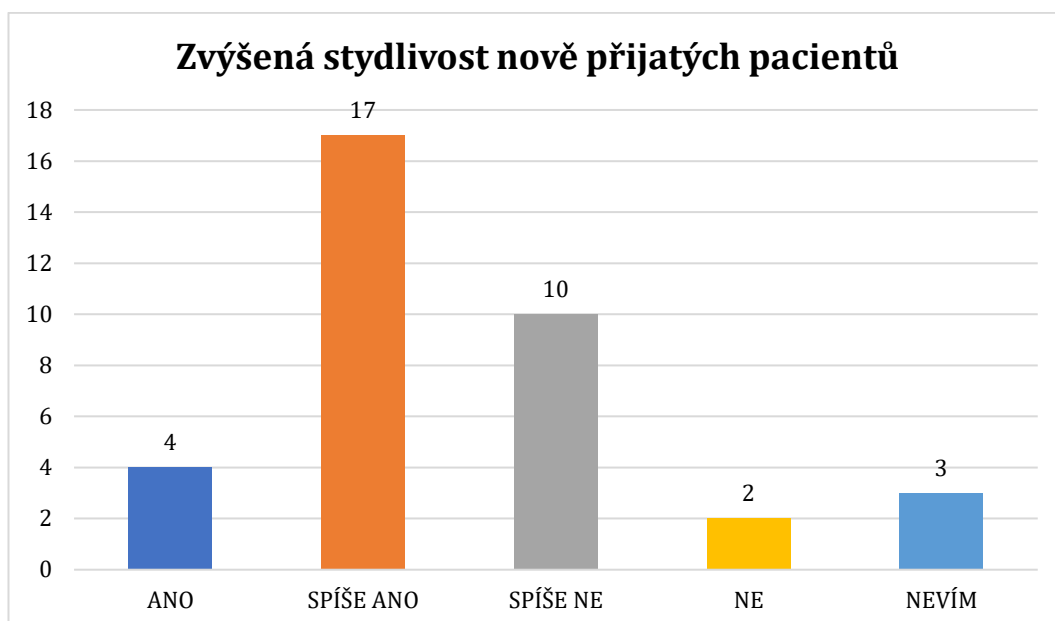


V tabulce a v grafu č. 9 vidíme odpovědi na otázku č. 9, ve které jsem se respondentů ptala, jestli v období adaptace zajišťují intimitu pacientů důsledněji než jindy. Odpověď ANO, VŽDY uvedlo 10 (28 %) respondentů a SPÍŠE ANO 14 (39 %) respondentů. Z těchto odpovědí vyplývá, že až 24 (67 %) dotazovaných se v určité míře snaží přistupovat k nově přijatým pacientům citlivěji, čímž ulehčí jejich adaptaci na nové prostředí a zkvalitní tím průběh jejich hospitalizace. Odpověď SPÍŠE NE uvedli 3 (8 %) respondenti a odpověď NE uvedlo 7 (19 %) respondentů. Z těchto odpovědí je zřejmé, že 10 (27 %) respondentů přistupuje k pacientům vždy stejně a nevidí rozdíl v potřebách u nově hospitalizovaných pacientů. Odpověď NEVÍM, nepřemýšlel/a jsem nad tím, zvolili 2 (6 %) respondenti.

**Otázka č. 10: Chovají se podle vás nově přijatí pacienti při poskytování ošetrovatelské péče stydlivěji? Jaká je vaše zkušenost?**

	<b>Tabulka č. 10</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	4	11 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	17	47 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	10	28 %
<b>d</b>	NE	2	6 %
<b>e</b>	NEVÍM, neuvědomuji si	3	8 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 10 a)**

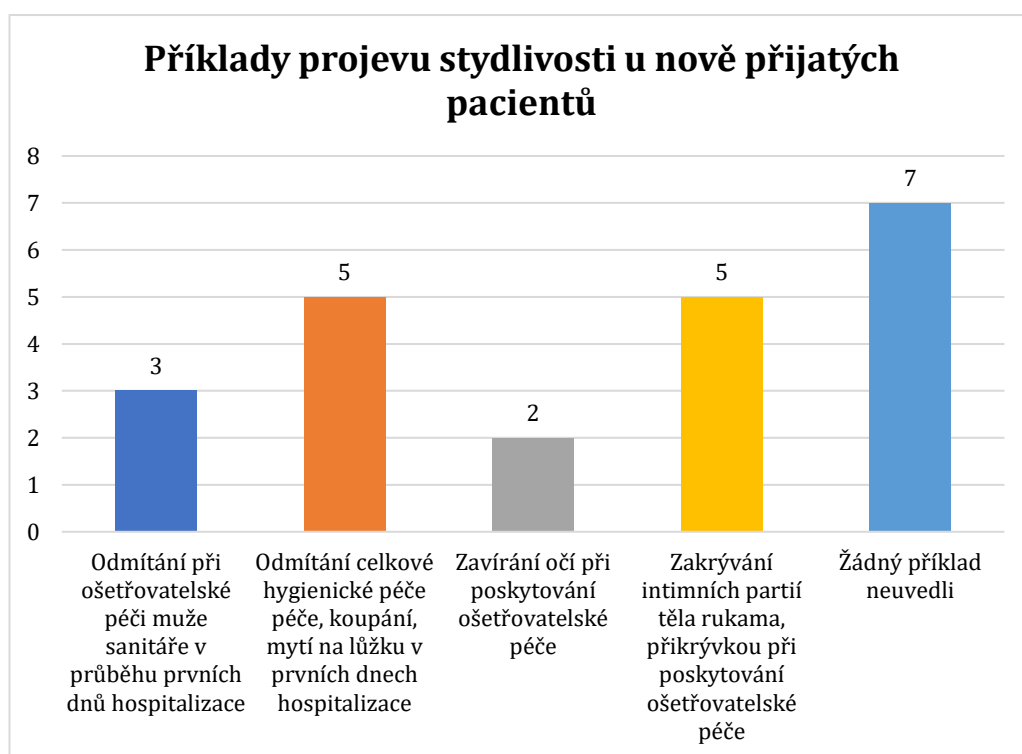


V tabulce č. 10 a v grafu č. 10 a) vidíme odpovědi na otázku č. 10, ve které se respondentů ptám, zda se podle nich chovají nově přijatí pacienti při poskytování ošetrovatelské péče stydlivěji. Na otázku odpověděli 4 (11 %) respondenti tak, že podle jejich zkušenosti ANO, a 17 (47 %) respondentů odpovědělo SPÍŠE ANO. Dohromady tedy odpovědělo 21 (58 %) respondentů na tuto otázku kladně, což přibližně koresponduje s otázkou č. 9, v níž 24 respondentů odpovědělo, že zajišťuje intimitu u nově přijatých pacientů důsledněji. Odpověď SPÍŠE NE uvedlo 10 (28 %) respondentů, 2 (6 %)



respondenti takovou zkušenost nemají vůbec a odpověděli na otázku NE, a 3 (8 %) respondenti odpověděli, že NEVÍ, tuto skutečnost si neuvědomují. Pokud respondenti odpověděli kladně, byla další část otázky směřována na konkrétní příklad toho, jak se stydlivost pacientů projevuje, viz graf č. 10 b.

**Graf č. 10 b)**

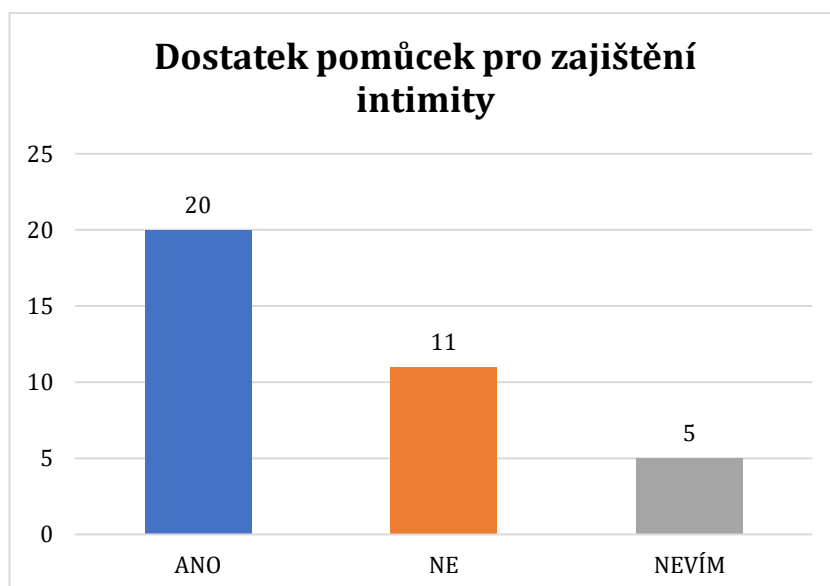


Z grafu číslo 5 b) vidíme, že 3 respondenti uvedli jako příklad stydlivosti pacientů v prvních dnech hospitalizace odmítání muže sanitáre jako ošetrujícího personálu, 5 respondentů uvedlo odmítání hygienické péče na lůžku, 2 respondenti uvedli zavírání očí pacienta při narušení jejich intimity, 5 respondentů uvedlo zakrývání intimních partií těla rukama nebo přikrývkou a 7 respondentů neuvedlo žádný příklad.

**Otázka č. 11: Je podle vás množství pomůcek pro zajištění intimity pacientů na vašem oddělení dostačující?**

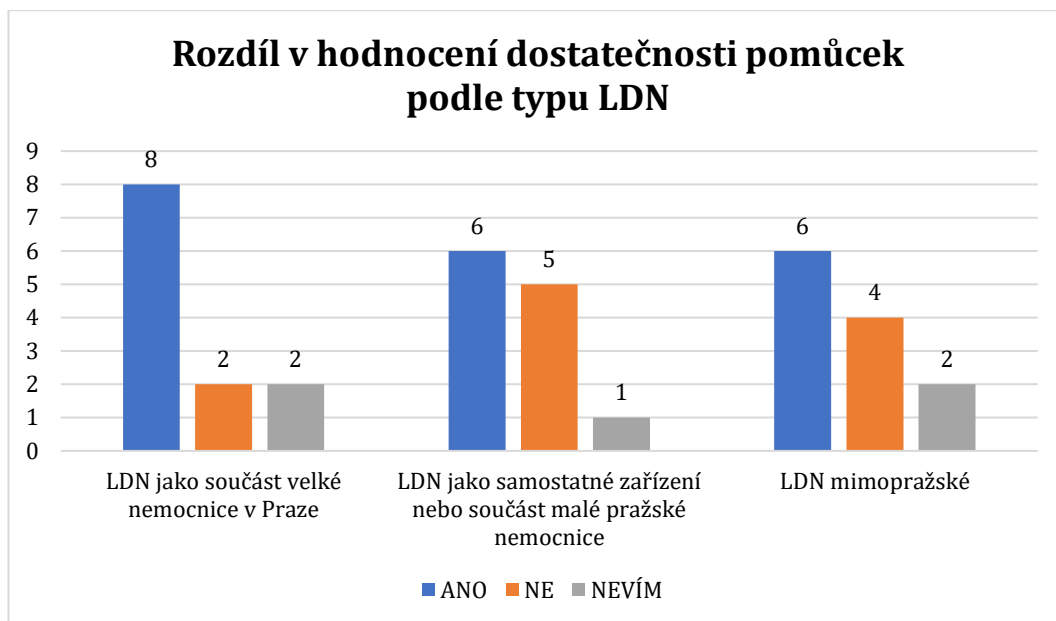
	Tabulka č. 11	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
<b>a</b>	ANO	20	55,5 %
<b>b</b>	NE	11	30,5 %
<b>c</b>	NEVÍM	5	14 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 11 a)**



V tabulce č. 11 a v grafu č. 11 a) jsou zobrazeny výsledky odpovědí na otázku č. 11, ve které jsem se respondentů ptala, zda si myslí, že je na jejich oddělení dostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů. Na otázku odpovědělo ANO 20 (55,5 %) respondentů, NE odpovědělo 11 (30,5 %) respondentů a k otázce se neumělo vyjádřit 5 (14 %) respondentů.

Graf č. 11 b)

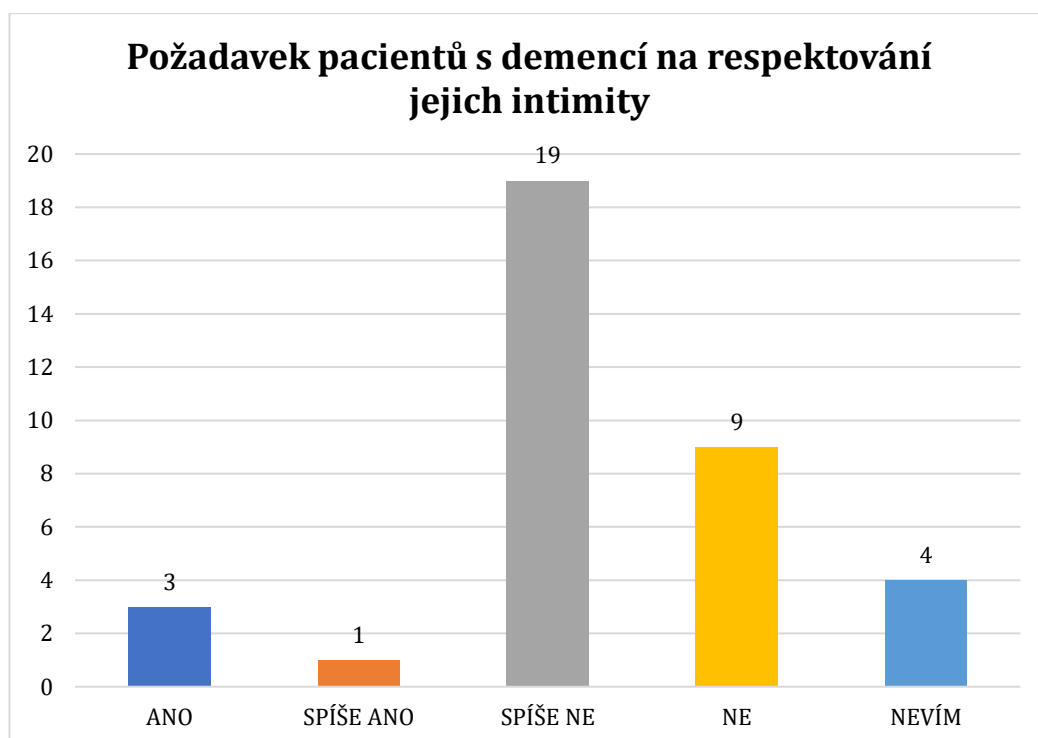


V grafu č. 11 b) můžeme vidět rozdíly v názoru na dostatečné vybavení oddělení pomůckami pro zajištění intimity. Nejlépe jsou na tom podle očekávání LDN, které působí v rámci velkých pražských nemocnic. U nich byla odpověď na otázku, jestli si myslí, že jejich oddělení disponuje dostatkem pomůcek pro zajištění intimity, 8×ANO, 2 respondenti odpověděli NE a 2 se neuměli k dané otázce vyjádřit. Nejhorše vybavená se podle mínění personálu ukázala LDN v Praze, která pracuje samostatně nebo spadá pod malé pražské nemocnice. Zde na otázku odpovědělo ANO 6 respondentů, NE až 5 respondentů, vyjádřit se neuměl 1 respondent. Podobně na tom byla i mimopražská oddělení LDN, kde respondenti uvedli odpověď 6 × ANO, 4 x NE a 2 se neuměli vyjádřit.

**Otázka č. 12: Když poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům s demencí, setkáváte se s tím, že vyžadují tito pacienti respektování své intimity?**

	<b>Tabulka č. 12</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	3	8 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	1	3 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	19	53 %
<b>d</b>	NE	9	25 %
<b>e</b>	NEVÍM, neuvědomuji si	4	11 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 12**



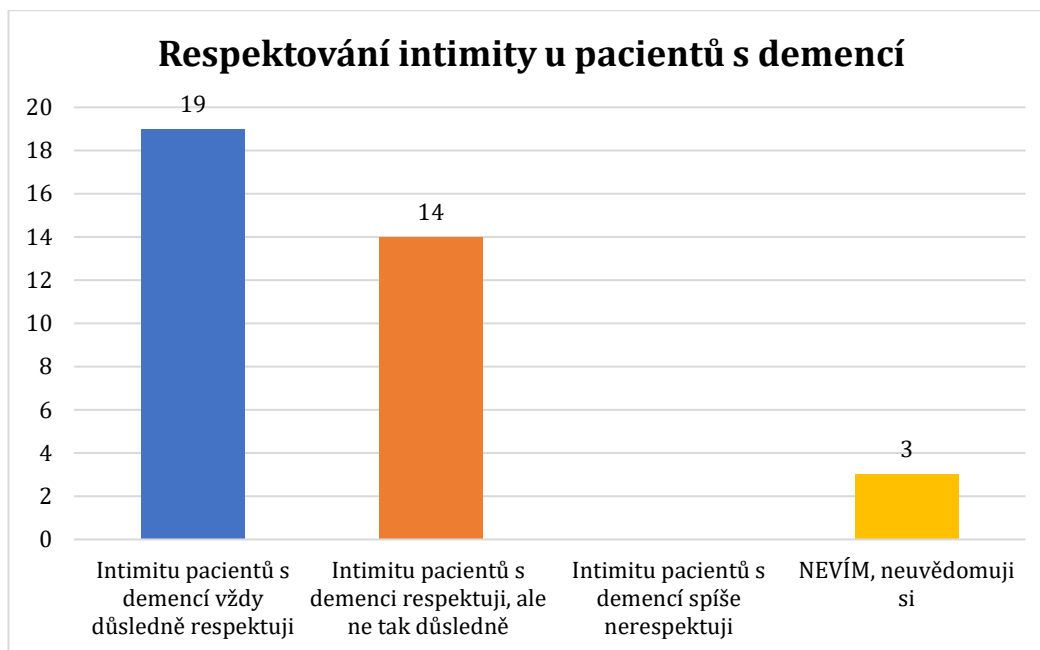
V tabulce a v grafu č. 12 jsou zobrazeny výsledky vztahující se k otázce č. 12, kde se ptám na to, zda se respondenti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s demencí setkávají s tím, že by tito pacienti přímo vyžadovali respektování své intimity. Na otázku odpověděli ANO 3 (8 %) respondenti a SPÍŠE ANO 1 (3 %) respondent. Odpověď SPÍŠE NE uvedlo 19 (53 %) respondentů, NE 9 (25 %) a NEVÍM 4 (11 %) respondentů.

respondentů a odpověď NE 9 (25 %) respondentů. Vyjádřit se k dané otázce neuměli 4 (11 %) respondenti. Z výsledků vyplývá, že převážná většina respondentů, a to 28 (78 %), ze své zkušenosti z praxe vnímá pacienty trpící demencí jako lidi, kteří ztrácejí nebo už ztratili potřebu sami si chránit svou intimitu a soukromí. Proto je velmi důležité ze strany ošetřujícího personálu tuto ochrannou roli za pacienty převzít a dělat vše pro to, aby byla při poskytování ošetrovatelské péče zachována důstojnost, soukromí a intimita těchto pacientů, i když oni sami už nemají potřebu nebo schopnost toto vyžadovat.

**Otázka č. 13: Jak postupujete, když pacienti s demencí při poskytování ošetrovatelské péče respektování své intimity nevyžadují?**

	<b>Tabulka č. 13</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	Přesto jejich intimitu vždy důsledně respektuji	19	53 %
<b>b</b>	Jejich intimitu respektuji, ale ne tak důsledně	14	39 %
<b>c</b>	Jejich intimitu spíše nerespektuji	0	0 %
<b>d</b>	Nevím, neuvědomuji si	3	8 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 13**

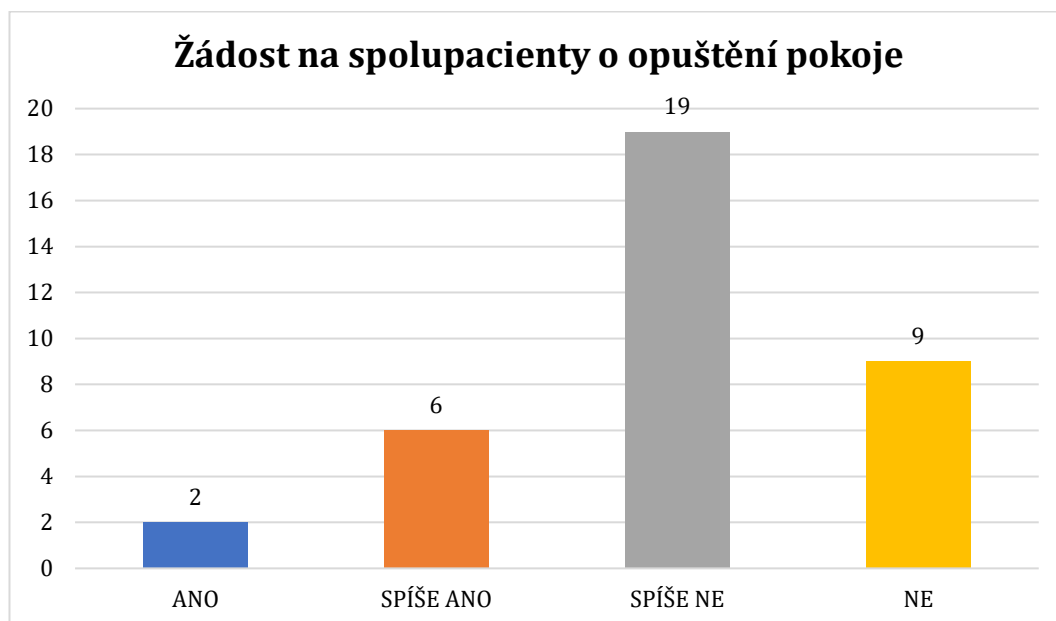


Tabulka a graf č. 13 se vztahují k otázce č. 13, která navazuje na předchozí. Ptala jsem se, jak respondent postupuje, pokud pacient s demencí respektování své intimity nevyžaduje. Na otázku odpovědělo 19 (53 %) respondentů tak, že intimitu pacientů s demencí respektují vždy, a to důsledně, 14 (39 %) respondentů odpovědělo, že intimitu těchto pacientů respektují, ale ne tak důsledně jako u pacientů, kteří to sami vyžadují. K otázce se neuměli vyjádřit 3 (8 %) respondenti a možnost, že intimitu pacientů s demencí nerespektují vůbec, nepřipustil žádný z respondentů. Výsledek této otázky hodnotím jako velmi pozitivní vzhledem k tomu, že téměř všichni respondenti uvedli, že respektují intimitu pacientů s demencí důsledně, anebo se o respektování intimity aspoň snaží, i když ne vždy tak důsledně.

**Otázka č. 14: Požádáte mobilní spolupacienty, aby při převazu, vyprazdňování nebo poskytování hygienické péče pacientovi na lůžku opustili pokoj?**

	<b>Tabulka č. 14</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	2	6 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	6	16,5 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	19	52,5 %
<b>d</b>	NE	9	25 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 14**



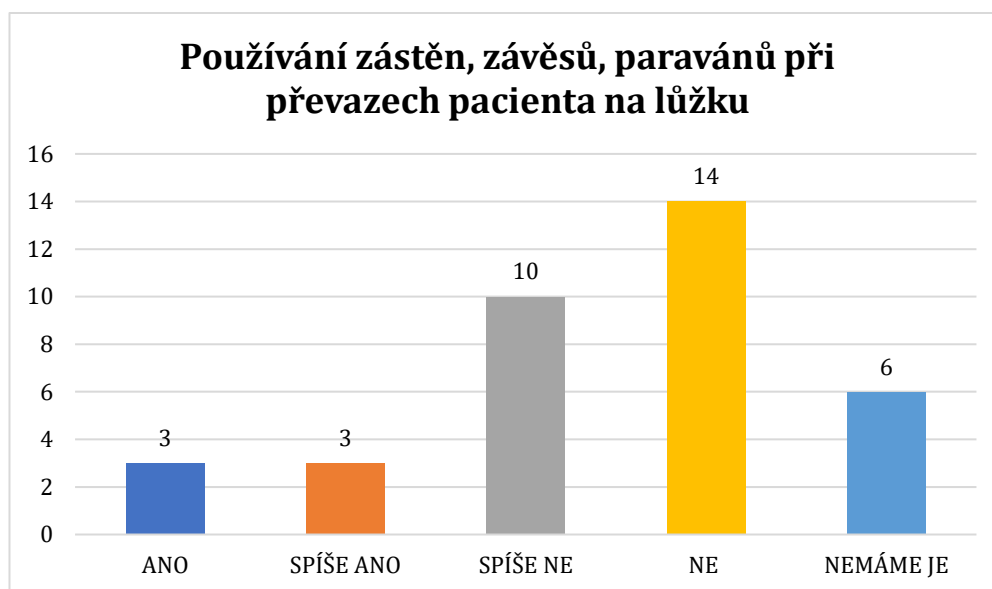
Tabulka a graf č. 14 zobrazují odpovědi na otázku č. 14, zda respondenti požádají mobilní spolupacienty o opuštění pokoje při převazu, vyprazdňování nebo při poskytování hygienické péče u pacienta na lůžku. Na otázku odpověděli ANO 2 (6 %) respondenti, SPÍŠE ANO 6 (16,5 %) respondentů, SPÍŠE NE 19 (52,5 %) respondentů a odpověď NE uvedlo 9 (25 %) respondentů. I když budeme brát na zřetel, že převážná většina pacientů LDN jsou pacienti mobilní jenom částečně nebo zcela imobilní, je zde i skupina pacientů, u kterých je mobilita zachována nebo u nichž se v rámci rehabilitace

snažíme jejich mobilitu zlepšit nebo obnovit. Požádat pak tyto pacienty o opuštění pokoje můžeme považovat nejen za jeden z nejsnadnějších způsobů, jak zajistit intimitu a soukromí pacienta v rámci pokoje, ale i jako rehabilitační trénink pro zbylé spolupacienty. Proto mě množství odpovědí SPÍŠE NE a NE, kterých bylo dohromady 28 (77, 5 %), překvapilo.

**Otázka č 15: Používáte při převazech ran u pacientů na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány atd.?**

	Tabulka č. 15	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
a	ANO	3	8 %
b	SPÍŠE ANO	3	8 %
c	SPÍŠE NE	10	28 %
d	NE	14	39 %
e	nemáme je	6	17 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 15**



Tabulka a graf č. 15 zobrazují odpovědi k otázce č. 15, kde jsem se respondentů ptala, zda využívají při převazech pacienta na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky a paravány. Na otázku odpověděli ANO 3 (8 %) respondenti

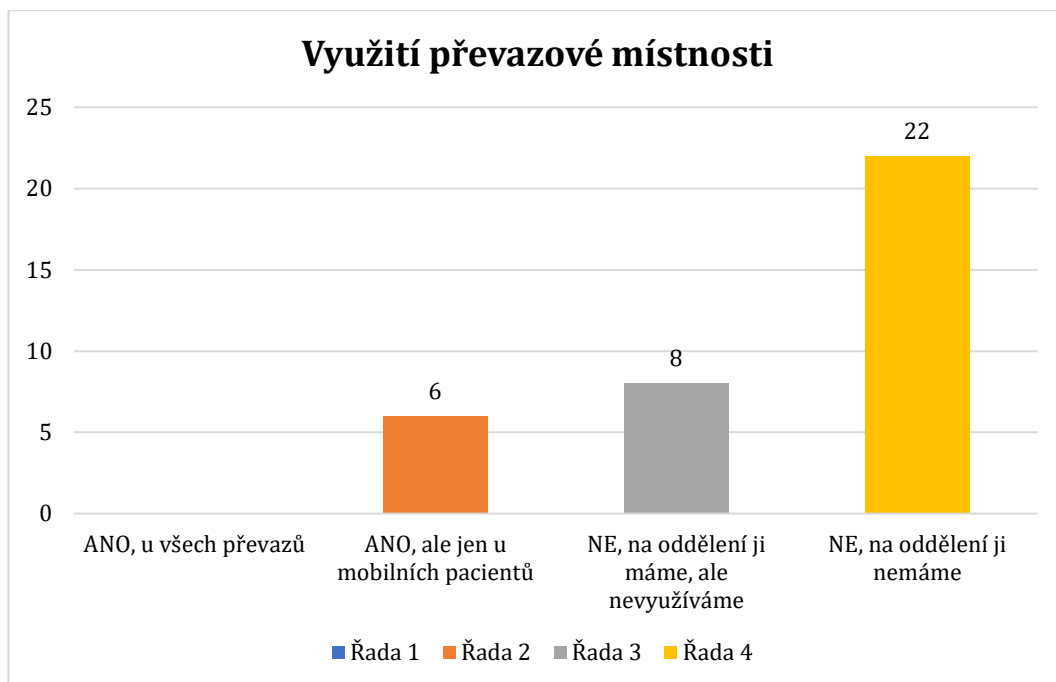


a SPÍŠE ANO také 3 (8 %) respondenti. To znamená, že jenom 6 respondentů využívalo pomůcek, které mají na oddělení k dispozici, aby zajistili intimitu pacienta a jeho soukromí. Odpověď SPÍŠE NE uvedlo 10 (28 %) respondentů a odpověď NE až 14 (39 %) respondentů. Lze to hodnotit tak, že až 24 (67 %) respondentů nevyužívá při převazech pacienta na lůžku pomůcky, které má k dispozici k tomu, aby zajistili respektování jeho intimity a soukromí. Tato skutečnost může mít různé příčiny. Ošetřující personál může mít pocit, že když se jedná třeba o převaz prstů u nohy, tak se tím nijak nezasáhne do intimity pacienta. Avšak není tomu vždy tak. I odhalení drobné rány před jinými pacienty může u nemocného vyvolat pocit studu a narušení jeho intimity. Další příčinou může být špatná manipulace s pomůckami pro zajištění intimity, jejich nedostatek, ale také neochota ošetřujícího personálu zdržovat se přípravou vhodného prostředí k zajištění intimity pacientů. Poslední skupinu tvořilo 6 (17 %) respondentů, kteří uvedli, že tento typ pomůcek na oddělení nemají.

**Otázka č. 16: Využíváte při převazech ran u pacientů převazovou místnost, vyšetřovnu?**

	<b>Tabulka č. 16</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO, u všech převazů	0	0 %
<b>b</b>	ANO, ale jen u mobilních pacientů	6	17 %
<b>c</b>	NE, převazovou místnost máme, ale nevyužíváme ji	8	22 %
<b>d</b>	NE, převazovou místnost na oddělení nemáme	22	61 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 16**

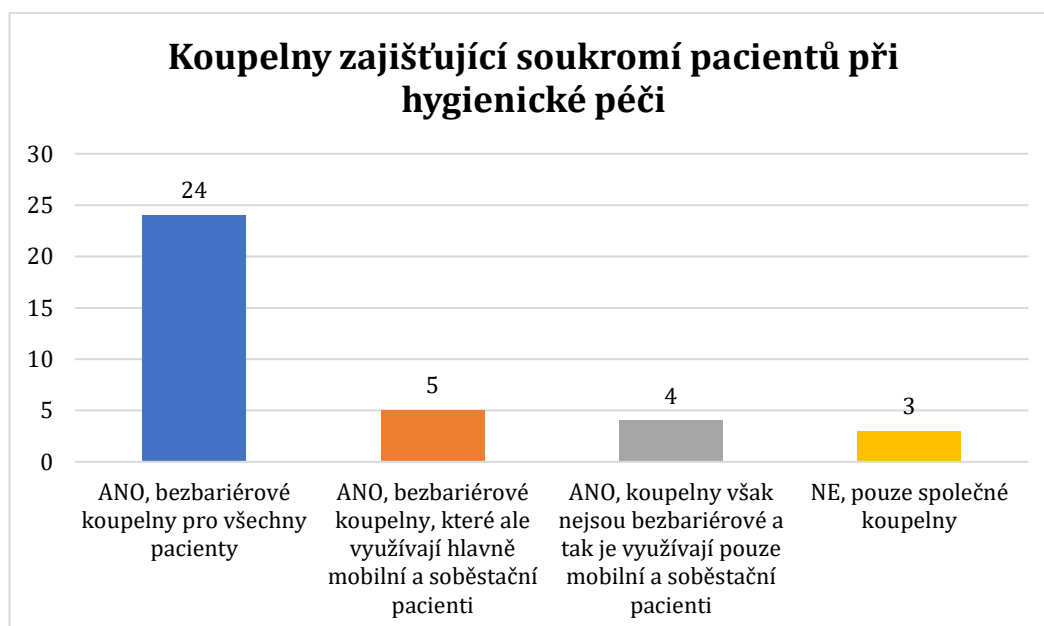


Tabulka a graf č. 16 se vztahují k otázce číslo 16, kterou se ptám, zda při převazech pacientů využívají převazovou místnost. Podle grafu vidíme, že 22 (61 %) uvedlo, že převazovou místnost na oddělení nemají, 8 (22 %) respondentů na svém oddělení sice převazovou místnost má, ale k převazům ji nevyužívají, a 6 (17 %) respondentů uvedlo, že ji využívají jenom pro mobilní pacienty. Odpověď – ANO, využíváme ji u všech pacientů – neoznačil ani jeden z respondentů. Vzhledem k charakteristice oddělení LDN, kde sice převazy ran probíhají u mnohých pacientů, ale většina z nich je omezena na mobilitě, se dalo předpokládat, že převazové místnosti nebudou patřit ke standardnímu vybavení LDN. Avšak ve chvíli, kdy se taková místnost na oddělení nachází, měla by být v co největší míře využívána, a to pro všechny pacienty. Nejenže se tím chrání intimita a soukromí pacientů, ale vzhledem k čistému prostředí vyšetřovny, v porovnání s lůžkem pacienta, se může snadněji předcházet vzniku infekcí v ráně, může se tak urychlit celý proces hojení.

**Otázka č. 17: Disponuje vaše oddělení koupelnami, které pacienti využívají jednotlivě, a tak je zajištěno jejich soukromí při hygienické péči?**

	<b>Tabulka č. 17</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO, oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami, které využívají všichni pacienti	24	67 %
<b>b</b>	ANO, oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami, ale využívají je převážně mobilní a soběstační pacienti	5	14 %
<b>c</b>	ANO, ale koupelny nejsou bezbariérové, a tak je využívají jen mobilní a soběstační pacienti	4	11 %
<b>d</b>	NE, oddělení disponuje pouze společnými koupelnami, kde soukromí pacienta nejde dostatečně zajistit	3	8 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

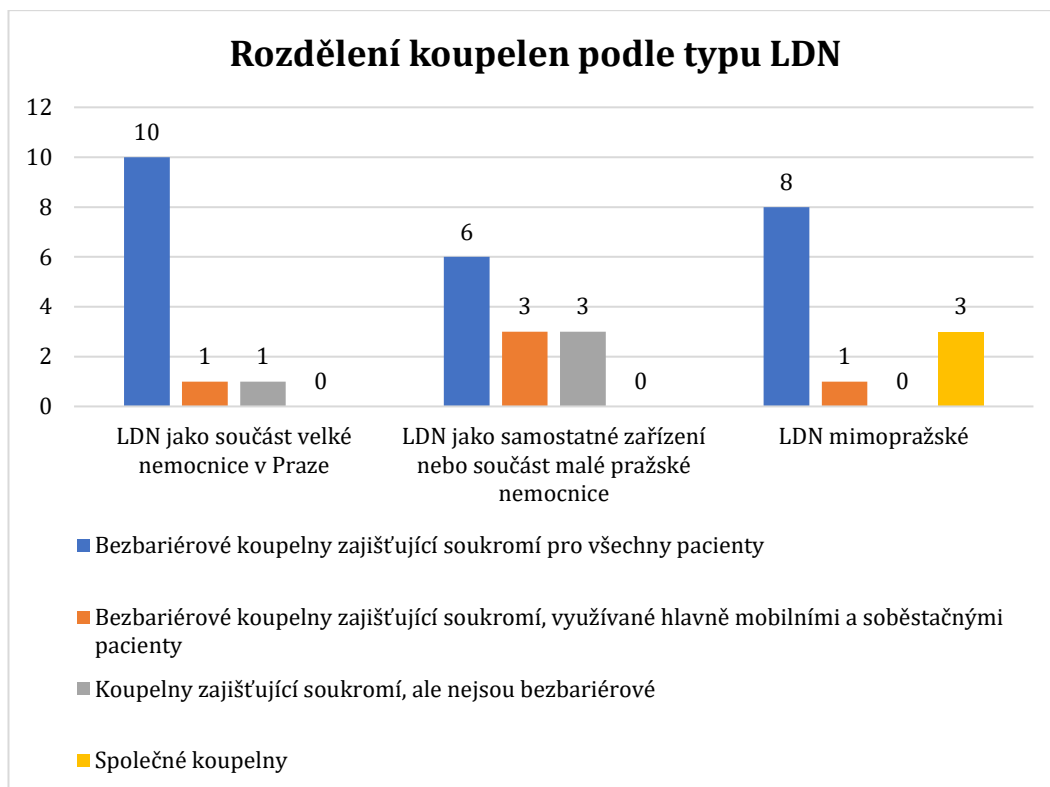
**Graf č. 17 a)**



Tabulka č. 17 a graf č. 17 a) zobrazují odpovědi vztahující se k otázce číslo 17, ve které se respondentů ptám, zda se na jejich oddělení nachází koupelny, které mohou pacienti využívat jednotlivě, takže je při poskytování hygienické péče zajištěna jejich intimita. Až 24 (67 %) respondentů uvedlo, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami, které zajišťují soukromí pacienta a jež využívají všichni pacienti. Dalších 5 (14 %) respondentů uvedlo, že jejich oddělení sice disponuje bezbariérovými koupelnami, které zajišťují soukromí pacienta, avšak využívají je převážně mobilní a soběstační pacienti. Odpověď, že na oddělení mají koupelny zajišťující soukromí, ale ty nejsou bezbariérové, označili 4 (11 %) respondenti a 3 (8 %) respondenti uvedli, že mají pouze společné koupelny. Odpovědi na tuto otázku mě velmi mile překvapily, protože jsem zjistila, že většina oddělení dlouhodobé péče, kde jsem prováděla výzkum, je koncipována jako bezbariérová a až 24 respondentů uvedlo, že tyto koupelny využívají i imobilní pacienti. Nesmírně důležité je však opakovaně upozorňovat ošetřující personál na skutečnost, že ochrana intimity pacienta musí být přítomná v průběhu celé hygienické péče, do které zahrnujeme i manipulaci s pacientem na pokoji a samotný transport pacienta do koupelny.

Bez ohledu na to, jestli je koupelna součástí pokoje, nebo se nachází na chodbě, musí být pacient vždy vhodně oblečený. Vrchní oděv i spodní prádlo mu sundáváme až v soukromí koupelny, kde pacienta po provedení hygienické péče znovu vhodně ustrojíme. V situaci, kdy je pacient zcela imobilní a není možné ho v koupelně dostatečně ustrojit, dbáme na to, aby byl při transportu do pokoje chráněn dekou nebo jinou příkrývkou. Pacienta nikdy nenecháváme čekat na chodbě před koupelnou. Při provádění hygienické péče myslíme vždy nejenom na respektování intimity pacienta, ale také na respektování jeho důstojnosti.

Graf č. 17 b)

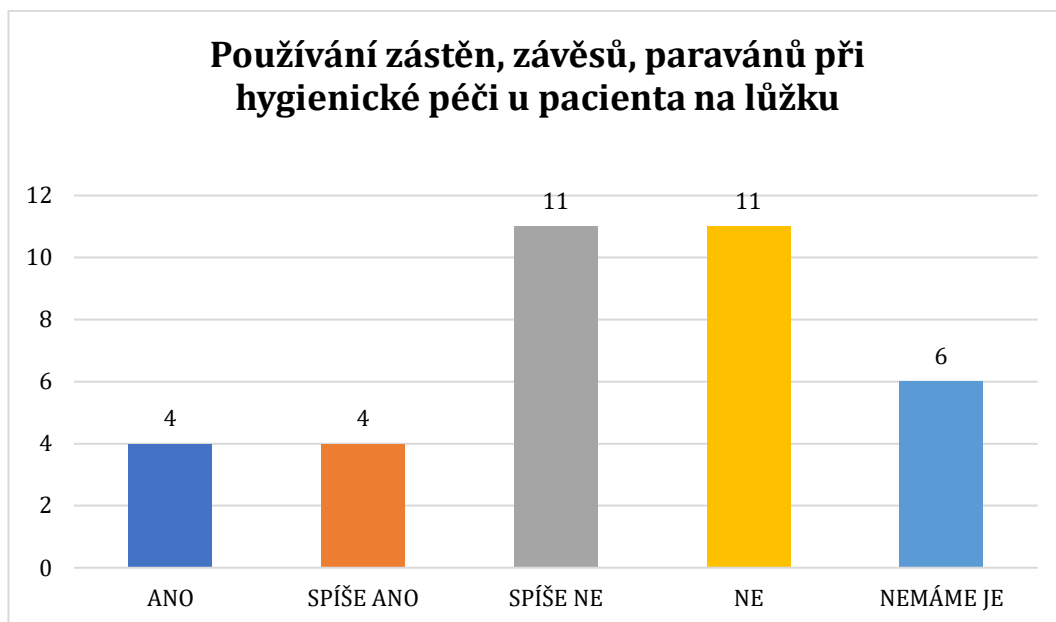


V grafu 17 b můžeme vidět, že respondenti pracující v LDN, které jsou součástí velkých pražských nemocnic, většinou odpověděli, že na jejich oddělení jsou k dispozici bezbariérové koupelny zajišťující soukromí, které využívají všichni pacienti. Jenom jedna všeobecná sestra označila, že tyto koupelny mají, ale využívají je hlavně mobilní pacienti. Jeden sanitář uvedl, že bezbariérové koupelny nemají, což na základě zjištěného považuji za mylnou odpověď. Co se týče LDN fungujících samostatně nebo pod malou pražskou nemocnicí, odpověděli respondenti ze 2 zařízení, kde všech 6 uvedlo, že bezbariérové koupelny u nich využívají všichni pacienti, 3 respondenti pracující v dalším zařízení uvedli, že bezbariérové koupelny mají, ale využívají je převážně mobilní pacienti, 3 respondenti z posledního zařízení uvedli, že bezbariérovou koupelnu nemají. Dotazované LDN působící mimo Prahu, uvedly, že až na jedno zařízení, kde jsou k dispozici jenom společné koupelny, jsou součástí oddělení bezbariérové koupelny zajišťující soukromí pacienta. Všichni s výjimkou jedné sanitářky uvedli, že je využívají všichni pacienti.

**Otázka č. 18: Používáte při poskytování hygienické péče pacientovi na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány atd.**

	<b>Tabulka č. 18</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	4	11 %
<b>b</b>	SPÍŠE ANO	4	11 %
<b>c</b>	SPÍŠE NE	11	30,5 %
<b>d</b>	NE	11	30,5 %
<b>e</b>	Nemáme je	6	17 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 18**



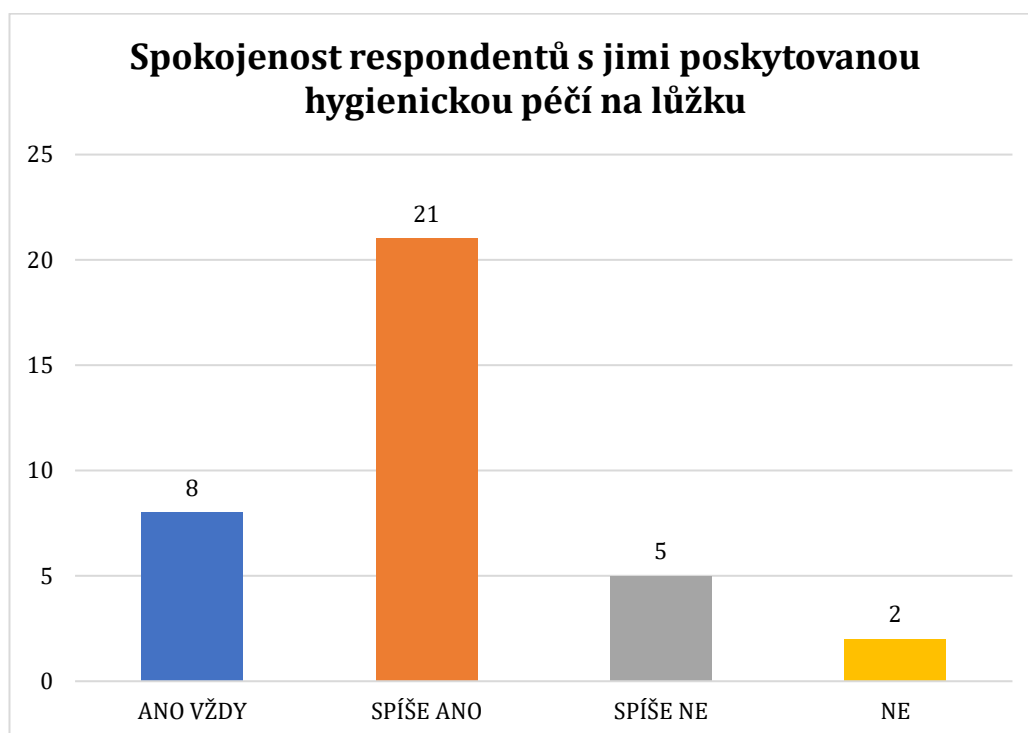
Tabulka a graf č. 18 zobrazují odpovědi na otázku č. 18, ve které jsem se respondentů ptala na využití zástěn, závěsů mezi lůžky a paravánů při poskytování hygienické péče u pacienta na lůžku. Jejich využití se v porovnání s otázkou č. 15 téměř nezměnilo, přestože mohly omezit z velké části narušování soukromí pacientů a zasahování do jejich intimity. Tyto pomůcky jsou využívány jen v malé míře, i když dle výsledků předchozí otázky můžeme předpokládat, že hygienická péče probíhá u většiny pacientů v koupelně, takže je možné se na hygienickou péči u zbylých pacientů ležících na lůžku předem

dostatečně připravit a potřebné pomůcky zajistit. V grafu č. 18 můžeme vidět, že na otázku využití zástěn, závěsů a paravánů odpověděli ANO 4 (11 %) respondenti, SPÍŠE ANO také 4 (11 %) respondenti, SPÍŠE NE odpovědělo 11 (30,5 %) respondentů a NE také 11 (30,5 %) respondentů. Stejně jako v otázce 15 i zde uvedlo 6 (17 %) respondentů, že zástěny, závěsy mezi lůžky a paravány na oddělení nemají.

**Otázka č. 19: Kdybyste byl pacientem na vašem oddělení, byl byste spokojen s průběhem vámi poskytované hygienické péče na lůžku?**

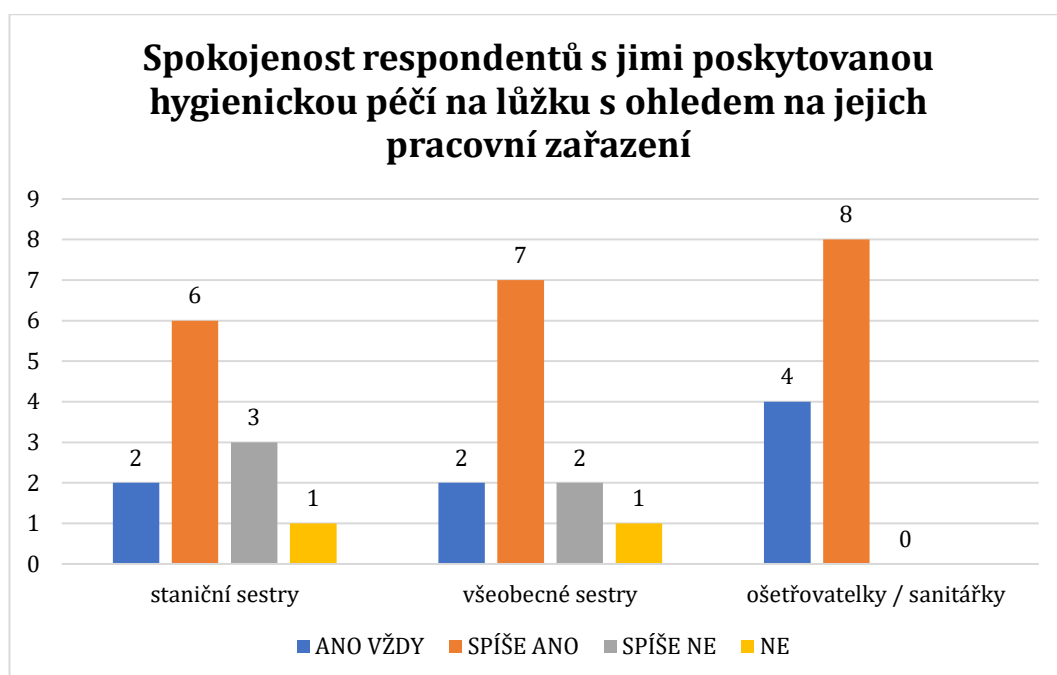
	Tabulka č. 19	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost %
a	ANO, pokaždé	8	22 %
b	SPÍŠE ANO	21	58 %
c	SPÍŠE NE	5	14 %
d	NE	2	6 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 19 a)**



Tabulka č. 19 a graf č. 19 a) zobrazují odpovědi na otázku č. 19, ve které jsem se respondentů ptala na to, zda by byli jako pacienti spokojeni s průběhem jimi poskytovanou hygienickou péčí. ANO, VŽDY odpovědělo 8 (22 %) respondentů, SPÍŠE ANO 21 (58 %) respondentů, odpověď SPÍŠE NE označilo 5 (14 %) respondentů a odpověď NE označili respondenti 2 (6 %). Z odpovědí vyplývá, že až 29 (80 %) respondentů je v podstatě spokojených s průběhem jimi poskytované hygienické péče.

**Graf č. 19 b)**



V grafu č. 19 b) můžeme vidět rozdílný náhled na poskytovanou hygienickou péči podle pracovního zařazení respondentů. Skupina ošetřovatelek a sanitářek odpověděla, že by v roli pacientek byly vždy (4), nebo téměř vždy (8) spokojeny s hygienickou péčí, kterou poskytují pacientům. Ve skupině staničních sester by s nimi poskytnutou hygienickou péčí nebyly spíše spokojené 3 staniční sestry a úplně 1 staniční sestra. Podobné výsledky se objevily i ve skupině všeobecných sester, kde by spíše nespokojené byly 2 sestry a úplně nespokojená by byla 1 sestra. Pro poskytování hygienické péče by se na každém oddělení LDN měl nacházet ošetřovatelský standard, který má být závazný pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří tento výkon provádí. Proto je nutné s ním seznámit všechny

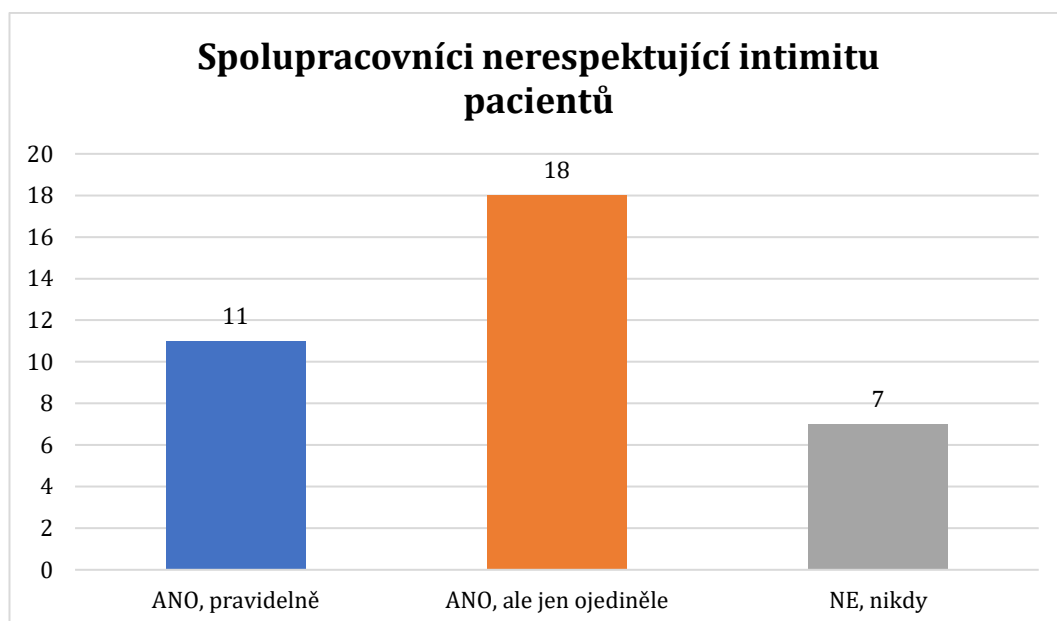


zaměstnance a průběžně dohlížet na jeho dodržování. Subjektivní názor jednotlivce na kvalitu jím poskytované péče není zárukou, že je na nejvyšší možné úrovni a že splňuje požadavky daného standardu. Jestli však budeme na výsledky této otázky nahlížet ze subjektivního hlediska, nejkvalitnější hygienickou péči poskytují pacientům ošetřovatelky/sanitářky. Tato skutečnost se může zakládat na pravdě z důvodu, že poskytování kompletní ošetřovatelské péče, jejíž součástí je i poskytování hygienické péče pacientům, patří k hlavní pracovní náplni ošetřovatelek/sanitářek, kterou denně vykonávají.

**Otázka č. 20: Viděli jste kolegyni/kolegu při nerespektování intimity pacienta?**

	<b>Tabulka č. 20</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO, pravidelně	11	30,5 %
<b>b</b>	ANO, ale jen ojediněle	18	50 %
<b>d</b>	NE, nikdy	7	19,5 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 20**



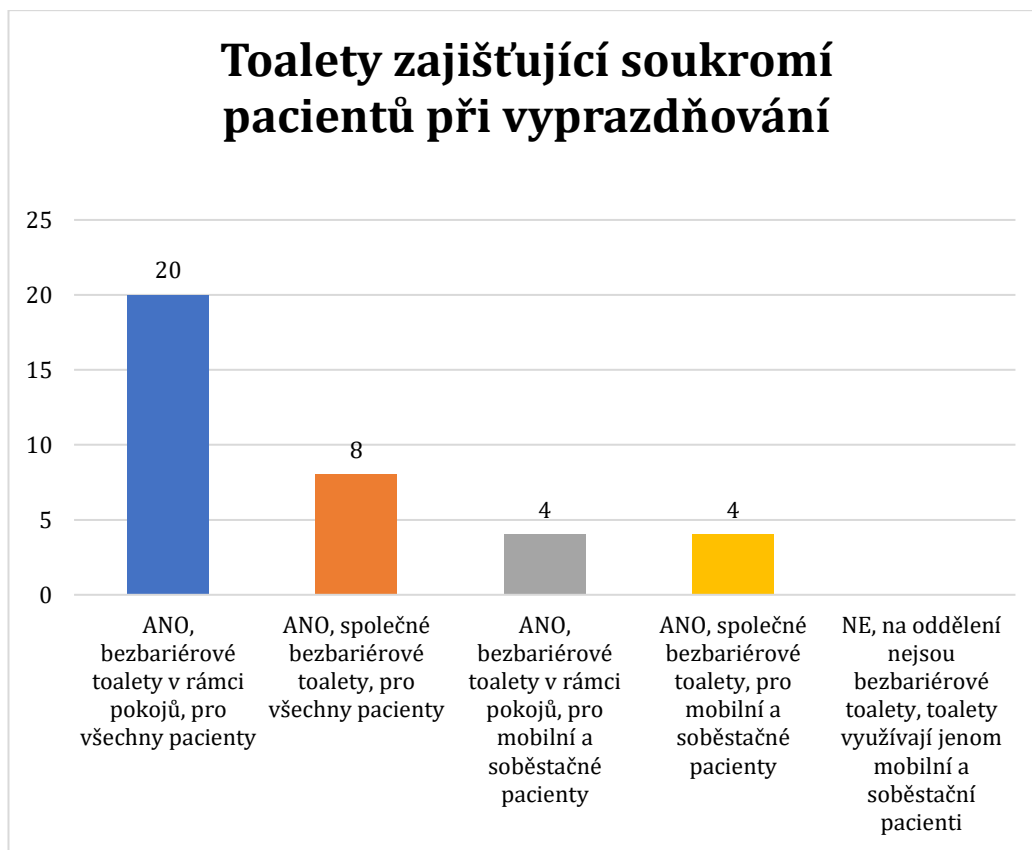
Tabulka a graf č. 20 zobrazují výsledky vztahující se k otázce č. 20, kde jsem se respondentů ptala, zda někdy viděli svého kolegu/kolegyni při nerespektování intimity pacienta. Na tuto otázku 11 (30,5 %) respondentů uvedlo, že takovéto jednání vidí u svých kolegů pravidelně, 18 (50 %) respondentů uvedlo, že jednání kolegů/kolegyň nerespektující intimitu pacientů sice vídají, ale jen ojediněle, 7 (19,5 %) respondentů uvedlo, že kolegy při nerespektování intimity pacientů neviděli nikdy. Z výsledků této otázky vyplývá, že až 29 (80,5 %) respondentů vidělo své kolegy při nerespektování intimity pacientů.

Myslím, že toto číslo je opravdu vysoké, a to vzhledem k tomu, že až 20 respondentů v otázce č. 11 uvádí, že množství pomůcek k zajištění intimity na jejich oddělení je dostačující, dále 26 respondentů přiznává svými odpověďmi na otázky č. 15, 18 a 22, že jejich oddělení disponuje zástěnami, závěsy mezi lůžky nebo paravány, dále v otázce č. 17 až 24 respondentů uvádí, že součástí jejich oddělení jsou bezbariérové koupelny zajišťující soukromí a že je využívají všichni pacienti a jako důležité vidím také to, že až 28 respondentů uvedlo v odpovědi na otázku č. 21, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které využívají všichni pacienti. Myslím si, že při důsledném využívání všech dostupných pomůcek k zajištění intimity pacientů by při poskytování ošetrovatelské péče nemělo docházet k tak vysokému výskytu jejího narušování.

**Otázka č. 21: Je umožněno pacientům při vyprazdňování použít WC, které zajišťuje jejich soukromí?**

	<b>Tabulka č. 21</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou součástí pokojů a využívají je všichni pacienti, kterým to dovoluje jejich zdravotní stav	20	56 %
<b>b</b>	ANO, oddělení disponuje společnými bezbariérovými toaletami, které využívají všichni pacienti, kterým to dovoluje jejich zdravotní stav	8	22 %
<b>c</b>	ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou součástí pokojů, ale využívají je v převážné míře mobilní a soběstační pacienti	4	11 %
<b>d</b>	ANO, oddělení disponuje společnými bezbariérovými toaletami, ale využívají je v převážné míře mobilní a soběstační pacienti	4	11 %
<b>e</b>	NE, oddělení nedisponuje bezbariérovými toaletami, proto toalety využívají jenom mobilní a soběstační pacienti	0	0 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 21



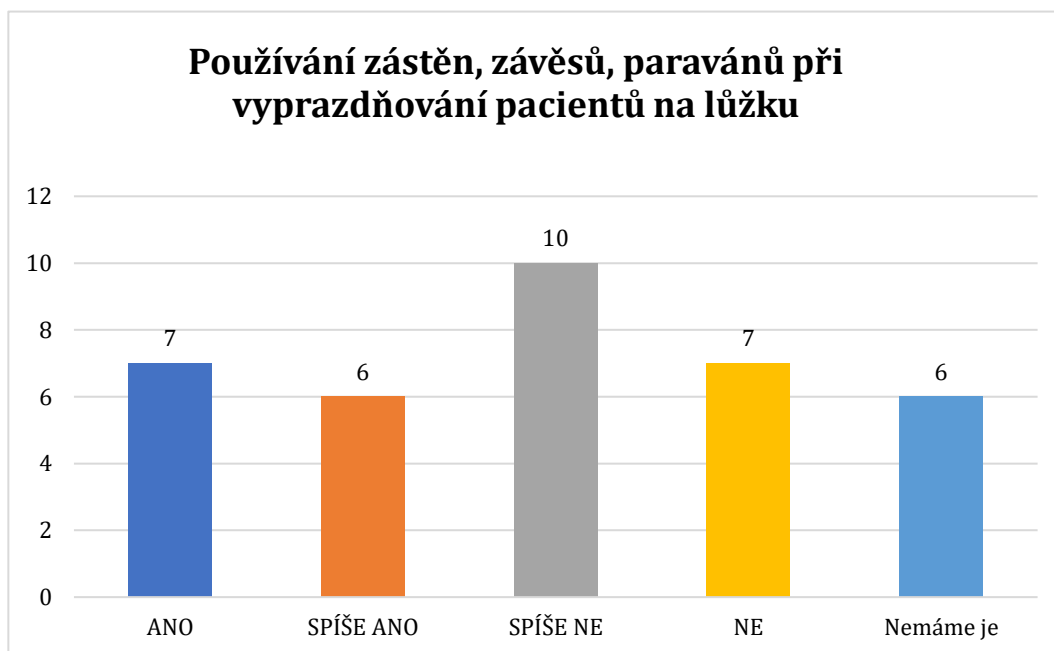
Tabulka a graf č. 21 zobrazují výsledky vztahující se k otázce č. 21, kde jsem se ptala respondentů, zda je umožněno pacientům při vyprazdňování použít WC, které zajišťuje soukromí. Na otázku odpovědělo 24 (67 %) respondentů tak, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které zajišťují soukromí pacientů a jsou součástí pokojů. Z těchto respondentů uvedlo 20 (56 %), že tyto toalety využívají všichni pacienti, a 4 (11 %) odpověděli, že je využívají převážně mobilní a soběstační pacienti. Dalších 12 (33 %) respondentů přiznalo, že jejich oddělení disponuje společnými bezbariérovými toaletami zajišťujícími soukromí pacientů. 8 (22%) respondentů uvedlo, že je využívají všichni pacienti, a 4 (11 %) respondenti odpověděli, že tyto toalety využívají převážně mobilní a soběstační pacienti. Jako velmi pozitivní výsledek vidím nejenom to, že až 28 (78 %) respondentů uvedlo, že na jejich oddělení využívají bezbariérové toalety všichni pacienti včetně imobilních, které na toaletu musí doprovázet zdravotnický personál, ale také to, že ani jedno zařízení z těch, kde jsem

prováděla svůj výzkum, už na oddělení nedisponuje toaletami, které by nebyly bezbariérové. Tuto možnost odpovědi si totiž nezvolil žádný z respondentů.

**Otázka č. 22: Používáte při vyprazdňování pacienta na lůžku (plenkové kalhoty, močová láhev, podložní mísa), na pokoji (toaletní křeslo) zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány atd.?**

	<b>Tabulka č. 22</b>	<b>Absolutní četnost (n)</b>	<b>Relativní četnost %</b>
<b>a</b>	ANO	7	19,5 %
<b>b</b>	SPÍŠE, ANO	6	16,5 %
<b>c</b>	SPÍŠE, NE	10	28 %
<b>d</b>	NE	7	19,5 %
<b>e</b>	Nemáme je	6	16,5 %
	<b>Celkem</b>	<b>36</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 22**



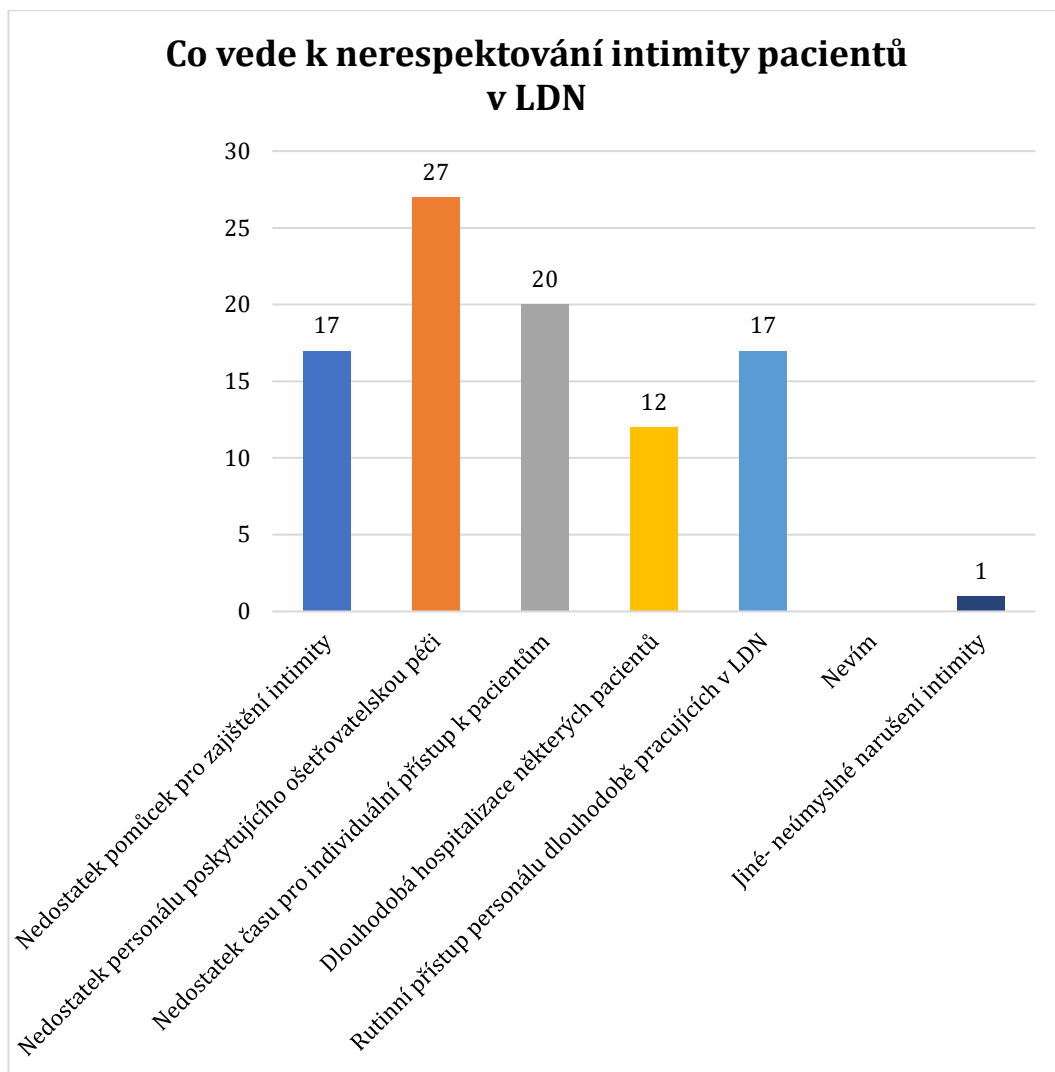
Tabulka a graf č. 22 zobrazují odpovědi na otázku č. 22, kde se respondentů ptám, zda používají při vyprazdňování pacientů na lůžku nebo na pokoji zástěnu, závěsy mezi lůžky nebo paravány. Na otázku odpovědělo ANO 7 (19,5 %) respondentů, SPÍŠE ANO 6 (16,5 %) respondentů, SPÍŠE NE 10 (28 %) respondentů, NE odpovědělo 7 (19,5 %) respondentů, a jak již víme

z otázek č. 15 a 18, uvádí 6 (16,5 %) respondentů, že zástěny, závěsy mezi lůžky a ani paravány na svém oddělení nemají. Z výsledků vyplývá, že 13 (36 %) respondentů využívá tento typ pomůcek, a to téměř pravidelně, čím přispívají k zachování soukromí a respektování intimity pacientů. I když je podle výsledků zřejmé, že využití zástěn, závěsů a paravánů je při vyprazdňování pacientů na pokoji důslednější než při provádění hygienické péče a převazů, pořád tento výsledek není uspokojivý. Až 17 (47,5 %) respondentů pomůcky k zajištění intimity pacientů při vyprazdňování nepoužívají vůbec, nebo jen zcela výjimečně, a to i přes skutečnost, že tyto pomůcky jsou u nich na oddělení k dispozici.

**Otázka č. 23: Co podle vás nejčastěji vede k nerespektování intimity pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných? (můžete označit více odpovědí)**

<b>Tabulka č. 23</b>		
<b>a</b>	nedostatek pomůcek pro zajištění intimity	17
<b>b</b>	nedostatek personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči	27
<b>c</b>	nedostatek času pro individuální přístup k pacientovi při poskytování ošetrovatelské péče	20
<b>d</b>	dlouhodobá hospitalizace některých pacientů	12
<b>e</b>	rutinní přístup personálu dlouhodobě pracujícího v LDN	17
<b>f</b>	nevím	0
<b>g</b>	Jiné – neúmyslné narušení intimity	1

Graf č. 23



Tabulka a graf č. 23 zobrazují výsledky odpovědí na otázku č. 23, kde jsem se respondentů ptala na jejich názor, co podle nich vede k nerespektování intimity pacientů v LDN. Respondenti si mohli vybrat z pěti mnou navržených důvodů, vyjádřit se, že neví, anebo napsat jakýkoliv jiný důvod, který považují za správný. Na tuto otázku bylo možno zvolit si více odpovědí. Možnost, že na otázku neví odpověď, si nezvolil žádný respondent, 1 respondent uvedl, že se může jednat o neúmyslné narušení intimity. Nejvíce respondentů, a to až 27, se vyjádřilo, že důvodem nerespektování intimity pacientů je podle nich nedostatek personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči a hned další nejčastější odpovědí byl nedostatek času pro individuální přístup k pacientům. Obě tyto odpovědi spolu úzce souvisí, jelikož vychází z personálního obsazení

daného oddělení, ale také z řízení a organizace práce. I přes skutečnost, že problém personálního zajištění je celostátní, dlouhotrvající a týká se všech typů nemocničních zařízení, není možné poskytovat pacientům péči nekvalitní, neodbornou nebo nedostačující, a to v žádné oblasti zdravotnické péče. Nedostatek personálu na oddělení by měl být vyrovnán kvalitní organizací práce prostřednictvím pracovníků ve vedoucích pozicích, dobrou komunikací a pozitivní motivací v rámci celého pracovního kolektivu.

Další dvě možné odpovědi souvisí se stereotypem a rutinou. Možnost, že za nerespektování intimity pacientů může rutinní přístup personálu, který v LDN pracuje dlouhodobě, označilo 17 respondentů, a možnost, že za narušení intimity může dlouhodobá hospitalizace některých pacientů, označilo 12 respondentů. Zdravotník, který pracuje na určitém typu pracoviště už delší dobu, může získat ve své práci určitou rutinu a začne dělat věci mechanicky, aniž by vnímal drobné jedinečnosti každého pacienta. Tato skutečnost může být ohrožující, jelikož při mechanickém stereotypním přístupu dochází často k chybám, a to jak při provádění ošetrovatelských výkonů, tak při poskytování ošetrovatelské péče. Vzhledem k psychické i fyzické náročnosti práce v léčebnách dlouhodobě nemocných je u ošetrujícího personálu důležité dbát na prevenci syndromu vyhoření. Dlouhodobá hospitalizace pacientů může vést k rozvoji důvěry a pozitivního vztahu s ošetrujícím personálem, což má za následek snížení hranice studu a snížení potřeby zachování intimity ze strany pacienta. V případě, že dojde mezi pacientem a personálem k navázání negativních vztahů, může dojít při dlouhodobé hospitalizaci pacienta k neochotě ošetrujícího personálu poskytovat mu ošetrovatelskou péči na co nejvyšší možné úrovni. Takto demotivovaný zdravotník dělá pak svoji práci rychle a nedůsledně, aby co nejvíc omezil kontakt s pacientem a vyhnul se tak konfliktním situacím. V obou případech, ať už se jedná o navázání pozitivního, či negativního vztahu s pacientem, je důležité ze strany ošetrujícího personálu zachovat si profesionální přístup.



Další možností, kterou mohli respondenti v této otázce označit, byl nedostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů. Tuto možnost zvolilo až 17 respondentů, i když v otázce č. 11, kde se ptám na to, jestli si myslí, že je množství pomůcek na jejich oddělení dostačující, odpovědělo NE jen 11 respondentů. V otázkách týkajících se využití zástěn, závěsů a paravánů při poskytování ošetrovatelské převážná většina respondentů také uvedla, že je nevyužívá. Za připomenutí stojí i fakt, že nejsnadnější úkon k zajištění intimity pacienta, a to požádat mobilní spolupacienty, aby opustili pokoj, dle odpovědí na otázku č. 14 využívá jen 8 respondentů, a to ne pokaždé. Vzhledem k tomu bych považovala za důležité, zaměřit se v rámci poskytování ošetrovatelské péče na zvýšené využívání pomůcek pro zajištění intimity pacientů, ale také na zjištění důvodů, proč některé pomůcky využívané nejsou. Je důležité si uvědomit to, že není důležité jenom množství pomůcek k zajištění intimity pacientů, ale také jejich snadná ovladatelnost, vyhovující technický stav a dostupnost v rámci oddělení.

## 7.7 Ověření hypotéz

**V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že intimita pacientů je zajišťována více u mobilních a soběstačných pacientů.**

- Na otázku č. 16 o využití převazové místnosti uvedlo 6 respondentů, že převazovou místnost využívají pouze mobilní pacienti. Její využití pro imobilní a nesoběstačné pacienty neuvedl žádný z respondentů.
- Na otázku č. 17, která se vztahuje k využití bezbariérových koupelen zajišťujících soukromí pacientů, uvedlo až 24 respondentů, že tyto koupelny na jejich oddělení využívají všichni pacienti, avšak 5 respondentů přiznává, že je využívají zejména pacienti mobilní a soběstační. Dalších 7 respondentů uvedlo, že koupelny na jejich oddělení jsou buď společné, anebo nejsou bezbariérové.
- Na otázku č. 21, zda je umožněno pacientům při vyprazdňování použít WC, které zajišťuje soukromí, odpovědělo 28 respondentů tak, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které zajišťují soukromí

pacientů, využívají je všichni pacienti. Dalších 8 respondentů uvedlo, že tyto toalety využívají převážně mobilní a soběstační pacienti.

***Na základě vyhodnocení výsledků těchto otázek jsem zjistila, že hypotéza č. 1 se potvrdila.***

**V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že ve třech základních kategoriích – převazy ran, hygienická péče a vyprazdňování – je intimita pacientů při poskytování péče na lůžku porušována.**

- Na otázku č. 6, v jaké části ošetrovatelské péče je podle respondentů nejvíce problematické dodržovat intimitu pacientů, označilo 33 respondentů jako nejproblematictější pro respektování intimity vyprazdňování pacientů na lůžku, 20 respondentů cévkování pacientů na lůžku a 15 respondentů podávání klyzmatu na lůžku. Dle těchto odpovědí je zřejmé, že ošetřující personál si sám uvědomuje, že zajištění intimity pacientů na lůžku je velmi náročné a mnohdy problematické.
- Na otázku č. 14, zda respondenti požádají mobilní spolupacienty o opuštění pokoje při převazu, vyprazdňování nebo při poskytování hygienické péče u pacienta na lůžku, odpovědělo z celkového počtu 36 respondentů kladně jen 8.
- Na otázku č. 15, zda respondenti využívají při převazech pacienta na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky a paravány, odpovědělo kladně jen 6 respondentů z 30, ti uvedli, že jejich oddělení těmito pomůckami disponuje.
- Na otázku č. 18, zda respondenti využívají zástěny, závěsy mezi lůžky a paravány při poskytování hygienické péče u pacientů na lůžku, uvedlo kladnou odpověď 8 respondentů.
- Na otázku č. 22, zda respondenti používají při vyprazdňování pacientů na lůžku nebo na pokoji zástěnu, závěsy mezi lůžky nebo paravány, odpovědělo kladně 13 respondentů.

***Na základě vyhodnocení odpovědí na tuto otázku jsem zjistila, že hypotéza č. 2 se potvrdila.***

**V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že většina ošetřujícího personálu nevyužívá pomůcky a postupy k zajišťování intimity pacientů, které mají v rámci svého oddělení k dispozici.**

- V otázce č. 7 jsem se ptala na způsob zajišťování intimity pacientů na daném oddělení. Z pomůcek, které respondenti označili, to byly nejčastěji zavřené dveře, jež označilo 34 respondentů, zatahování žaluzií označilo 13 respondentů, zatahování závěsů 7 respondentů, použití paravánů 11 respondentů, zatažení závěsů mezi lůžky 7 respondentů, WC jako součást pokoje 26 respondentů a koupelnu jako součást pokoje uvedlo 21 respondentů, krytí vlastním tělem jako způsob ochrany intimity pacienta označilo 18 respondentů, kvalitní komunikaci s pacientem a podrobný popis výkonu, který u něj budeme provádět, uvedlo také 18 respondentů, a respektování přání pacienta při poskytování ošetrovatelské péče zvolilo 13 respondentů.
- Na otázku č. 11, zda si respondenti myslí, že je na jejich oddělení dostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů, odpovědělo kladně až 20 respondentů, 5 se neumělo k této otázce vyjádřit a 11 respondentů uvedlo, že těchto pomůcek je nedostatek.
- Na otázku č. 14, zda respondenti požádají mobilní spolupacienty o opuštění pokoje při převazu, vyprazdňování nebo při poskytování hygienické péče u pacienta na lůžku, odpovědělo kladně jen 8 respondentů, z čehož vyplývá, že až 28 z dotazovaných nevyužívá tuto snadnou možnost zajistit soukromí pacientů, i když na to nepotřebují žádné další pomůcky.
- V otázce č. 15, 18 a 22 jsem se respondentů ptala na využívání zástěn, závěsů mezi lůžky a paravánů. Při převazech na lůžku tyto pomůcky využívá 6 respondentů, při poskytování hygienické péče na lůžku je využívá 8 respondentů a při vyprazdňování pacientů na lůžku/pokoji je využívá 13 respondentů. Vzhledem k tomu, že 30 respondentů uvedlo, že jejich oddělení tímto typem pomůcek disponuje, výsledky ukazují, že více než polovina respondentů tyto pomůcky z nějakého důvodu nevyužívá.

- Na otázku č. 16, zda při převazech pacientů využívají respondenti převazovou místnost, uvedlo 22 respondentů, že převazovou místnost na oddělení nemají. Zbýlých 14 respondentů uvedlo, že ji sice mají, ale buď ji vůbec nevyužívají (8 respondentů), nebo ji využívají pouze pro mobilní pacienty (6 respondentů).

*Na základě vyhodnocení výsledků těchto otázek jsem zjistila, že hypotéza č. 3 se potvrdila.*

**V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že v prvních dnech hospitalizace je intimita pacientů dodržována vždy důsledněji.**

- Na otázku č. 9, jestli v období adaptace nově přijatých pacientů zajišťují respondenti jejich intimitu důsledněji než jindy, odpovědělo kladně až 24 respondentů, avšak 10 respondentů na otázku odpovědělo záporně. 2 z respondentů se neuměli na toto téma vyjádřit.
- Na otázku č. 10, zda se chovají nově přijatí pacienti při poskytování ošetrovatelské péče stydlivěji, odpovědělo 21 respondentů kladně, 12 respondentů záporně a 3 se na dané téma neuměli vyjádřit.

*Na základě vyhodnocení výsledků těchto otázek jsem zjistila, že hypotéza č. 4 se nepotvrdila.*

**V hypotéze č. 5 jsem předpokládala, že intimita pacientů trpících demencí není při poskytování ošetrovatelské péče ve většině případů dodržována.**

- Na otázku č. 12, zda se respondenti při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s demencí setkávají s tím, že by tito pacienti přímo vyžadovali respektování své intimity, odpověděli kladně jen 4 respondenti, až 28 respondentů uvedlo, že pacienti trpící demencí podle nich respektování vůbec nebo téměř vůbec nevyžadují. Vyjádřit k dané otázce se neuměli 4 respondenti.
- Na otázku č. 13, kde se ptám, jak respondent postupuje, pokud pacient s demencí respektování své intimity nevyžaduje, odpovědělo 19

respondentů tak, že intimitu pacientů s demencí respektují vždy, a to důsledně, 14 respondentů odpovědělo, že intimitu těchto pacientů respektují, ale ne tak důsledně jako u pacientů, kteří to sami vyžadují, a 3 respondenti se k otázce neuměli vyjádřit.

***Na základě vyhodnocení výsledků těchto otázek jsem zjistila, že hypotéza č. 5 se nepotvrdila.***

**V hypotéze č. 6 jsem předpokládala, že subjektivní pohled ošetřujícího personálu k otázce jimi zajišťované intimity u pacientů bude pozitivní u více než poloviny respondentů.**

- Na otázku č. 5, zda respondenti ví, kde jsou na jejich oddělení k dispozici sepsaná práva pacientů, odpovědělo až 33 kladně a jenom 3 respondenti to nevěděli.
- Na otázku č. 8, jestli respondenti respektují a zajišťují intimitu pacientů podle svých představ, odpovědělo kladně až 33 respondentů, 2 uvedli, že intimitu dle svých představ nezajišťují, a 1 respondent se k tématu neuměl vyjádřit.
- Na otázku č. 19, zda by byli respondenti jako pacienti spokojeni s jimi poskytovanou hygienickou péčí, odpovědělo kladně až 29 respondentů. Dalších 7 respondentů uvedlo, že by spokojeno nebylo.

***Na základě vyhodnocení výsledků těchto otázek jsem zjistila, že hypotéza č. 6 se potvrdila.***

## Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala respektováním intimity pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných. Cílem této práce bylo zjistit, jestli je zde při poskytování ošetrovatelské péče zajišťovaná intimita pacientů. Na základě stanoveného cíle jsem vytvořila 6 hypotéz, ke kterým byl vytvořený dotazník obsahující 23 otázek.

V hypotéze č. 1 jsem předpokládala, že intimita pacientů je zajišťována více u mobilních a soběstačných pacientů. Na základě odpovědí na otázky č. 16, 17 a 21 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako pravdivou. Převazová místnost není standardní součástí každé LDN, dokonce až 22 respondentů uvedlo, že převazovou místnost na oddělení nemají. Avšak jenom 6 respondentů odpovědělo, že převazovou místnost využívají, a to výhradně k převazům u mobilních pacientů. V dnešní době se už stává standardem, že nemocniční zařízení bývá vybavené bezbariérovými koupelnami a toaletami. To vyplynulo i z výsledků mého výzkumu, ve kterém 29 respondentů uvedlo, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami a všech 36 respondentů uvedlo, že jejich oddělení disponuje bezbariérovými toaletami. I když se jedná o zařízení bezbariérové, tudíž s možností využití pro všechny pacienty, 5 respondentů připustilo, že tyto koupelny využívají především mobilní a soběstační pacienti, a 8 respondentů odpovědělo stejně ohledně využití bezbariérových toalet. Je zřejmé, že ve vhodně upraveném prostředí, které je dispozičně řešené tak, aby chránilo soukromí, stud a intimitu pacientů, jsou mobilní a soběstační pacienti ve výhodnějším postavení oproti pacientům imobilním.

V hypotéze č. 2 jsem předpokládala, že ve třech základních kategoriích – převazy ran, hygienická péče a vyprazdňování – je intimita pacientů při poskytování péče na lůžku porušována. Na základě odpovědí na otázky č. 6, 14, 15, 18 a 22 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako pravdivou. Již z odpovědí na otázku č. 6 je zřejmé, že i samotný ošetrující personál vnímá poskytování

ošetřovatelské péče imobilním pacientům jako velmi náročné a problematické. Až 33 respondentů uvedlo, že nejproblematictější pro respektování intimity pacientů je z jejich pohledu vyprazdňování pacientů na lůžku, 20 označilo cévkování a 15 podávání klyzmatu. Z těchto výsledků je zřejmé, že zajišťování intimity při poskytování ošetřovatelské péče pacientům na lůžku je náročné. K podobným závěrům došla i Šabacká, která ve své práci Respektování intimity pacienta v nemocničním prostředí uvádí, že intimita pacientů je více narušována při provádění choulostivých výkonů, jako je vyprazdňování, cévkování a hygienická péče (38). U všech těchto ošetřovatelských výkonů dochází totiž k odhalení a přímému kontaktu s intimními partiemi pacienta, což v situaci, kdy jsou tyto výkony prováděny na lůžku pacienta bez použití pomůcek k zajištění intimity, můžeme brát jako hrubé nerespektování pacientovy intimity a zároveň jako porušování lidské důstojnosti.

Na základě výše napsaného mě proto výsledek otázky č. 14 negativně překvapil. Jen 8 z 36 respondentů totiž odpovědělo, že při převazu, vyprazdňování nebo při poskytování hygienické péče u pacienta na lůžku požádá mobilní spolupacienty o to, aby tento pokoj opustili. Vzhledem k tomu, že se jedná o jednoduchý úkon, který však může zkvalitnit úroveň péče poskytované imobilním pacientům, měl by být u ošetřovatelského personálu považován za samozřejmost. Podobnou otázku si ve své práci Zajištění intimity pacienta při převazu pokládala i Bellová. Ve svém dotazníku se v otázce č. 13 ptala sester pracujících na pooperačním typu oddělení, jestli ve chvíli, kdy se chystá převazovat pacienta na pokoji, kde leží ještě jiní mobilní pacienti, tyto vyzve, aby opustili pokoj. Sestry na otázku odpověděly nejčastěji ne, není to nutné, a to až 19 z 50 dotázaných. Těsně následovala odpověď někdy, kterou zvolilo 18 respondentů, 8 napsalo, že by použilo zástěnu, a ano, vždy, vybralo pouze 5 sester (30). Na základě tohoto srovnání se domnívám, že problém není v typu zařízení, kde jsem výzkum realizovala, ale v přístupu samotného personálu k zajišťování intimity pacientů.

V otázkách č. 15, 18 a 22 jsem se věnovala problematice využívání zástěň, závěsů mezi lůžky a paravánů při převazech, vyprazdňování

a poskytování hygienické péče u pacientů na lůžku. Ve výsledcích byly sice drobné rozdíly, ale v souhrnu se ukázalo, že převážná většina respondentů při poskytování péče na lůžku zástěny, závěsy a paravány nepoužívá, i když je mají na oddělení k dispozici. Bellová ve své práci došla k podobnému zjištění, a to že z 28 dotázaných sester, jejichž oddělení disponuje zástěnami, jen 7 uvedlo, že je používá pravidelně (30). O něco lepší zjištění uvádí ve své práci Šabacká, kde na využití závěsů a zástěn při poskytování výkonů porušujících intimitu pacientů odpovědělo ze 100 respondentů 20 tak, že při těchto výkonech používají závěsy/zástěny vždy, 46 je používá často, zřídka 27 respondentů a jenom 7 je nepoužívá nikdy (38).

I přestože poskytování ošetrovatelské péče u pacientů imobilních nebo u pacientů s narušenou soběstačností je velmi náročné, musíme dbát nejen na dobré provedení ošetrovatelského výkonu, ale také o duševní a emoční blaho pacienta. Mnohdy stačí jen chvilka na to, abychom udělali drobný úkon, kterým však můžeme výrazně zvýšit pocit soukromí a zajistit tak respektování intimity pacienta.

V hypotéze č. 3 jsem předpokládala, že většina ošetřujícího personálu nevyužívá pomůcky a postupy k zajištění intimity pacientů, které mají v rámci svého oddělení k dispozici. Na základě odpovědí na otázky č. 7, 11, 14, 15, 16, 18 a 22 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako pravdivou. V otázce č. 7 jsem se ptala na způsob zajištění intimity pacientů na oddělení, kde respondenti pracují. Plné znění výsledků této otázky je k dispozici v kapitole 7.6 Výsledky výzkumu. Za zmínku však stojí fakt, že zavírání dveří jako způsob k zajištění intimity označilo 34 z 36 respondentů. Mé zkušenosti z praxe jsou však jiné. Mnohokrát jsem se setkala s tím, že na pokoji probíhala např. ranní toaleta a dveře pokoje byly otevřené. Pokud ale budu vycházet z předpokladu, že respondenti odpověděli pravdivě, budu tento výsledek považovat jako velmi pozitivní. Co se týče vybavení oddělení LDN pomůckami pro zajištění intimity, uvedlo až 20 respondentů, že jich mají dostatek. Možnost požádat mobilní spolupacienty o opuštění pokoje, jak jsem již psala výše, využívá jen 8 z 36 respondentů. Zástěny, závěsy mezi lůžky či paravány využívá při



převazech na lůžku jen 6 respondentů, při poskytování hygienické péče na lůžku 8 respondentů a při vyprazdňování pacienta na lůžku/pokoji je to 13 respondentů.

Na otázku č. 16, zda při převazech pacientů využívají respondenti převazovou místnost, uvedlo 22 respondentů, že převazovou místnost na oddělení nemají. Zbýlých 14 respondentů sice převazovou místnost má, ale buď ji vůbec nevyužívají (8 respondentů), nebo ji využívají pouze pro mobilní pacienty (6 respondentů). Bellová ve své práci Zajištění intimity pacienta při převazu uvádí výsledky svého zkoumání na odděleních pooperačního typu. I když se jedná o jiný typ oddělení, výsledky jejího zkoumání jsou obdobné jako v mém výzkumu. Sester, kterých se Bellová dotazovala, bylo 50 a z nich 40 uvedlo, že mají na oddělení k dispozici převazovou místnost. Proto je odpověď na další otázku týkající se místa, kde se převazy provádí, překvapivá. Až 38 sester totiž odpovědělo, že převazy provádí na pokoji pacienta (30). Stejně jako Bellová se ve své práci i já zamýšlím nad důvodem, proč tomu tak je. I samotný převaz pacienta vede přece k narušení jeho soukromí a intimity. Mnohdy se jedná o převaz pacienta dokonce v intimní oblasti, o to víc by se mělo využívat všech dostupných možností, jak intimitu pacienta zajistit. Na základě uvedených odpovědí zjišťuji, že hlavním problémem v zajišťování intimity pacientů nebude jenom nedostatek pomůcek. Mnoho oddělení tyto pomůcky má, avšak je nevyužívá v takové míře, aby to bylo ku prospěchu pacientů. Myslím, že využitím všeho, co mají zdravotníci k dispozici, je možné zajistit pacientům dostatek soukromí a v co největší možné míře respektovat jejich intimitu. Kromě využití pomůcek je však nesmírně důležitý přístup ošetřujícího personálu. Zde nezáleží na materiálním vybavení daného oddělení, ale na pochopení dané situace a empatickém přístupu personálu k pacientovi.

V hypotéze č. 4 jsem předpokládala, že v prvních dnech hospitalizace je intimita pacientů dodržována vždy důsledněji. Na základě odpovědí na otázky č. 9 a 10 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako nepravdivou. Při jejím stanovení

jsem předpokládala na základě vlastní zkušenosti, že nově přijatí pacienti se v období adaptace na nové prostředí chovají stydlivěji, což potvrdilo i 21 respondentů. Proto jsem předpokládala, že personál se bude vůči těmto pacientům chovat citlivěji a bude se vždy snažit zajišťovat jejich intimitu důsledněji, aby jim proces adaptace co nejvíc usnadnil. Dle výsledků dosažených na základě otázky č. 9 je zřejmé, že 24 respondentů zajišťuje v prvních dnech hospitalizace intimitu pacientů důsledněji, avšak dalších deset respondentů odpovědělo záporně. Samozřejmě je důležité respektovat intimitu všech pacientů, a to v průběhu celé hospitalizace, avšak musím stát za svým názorem, že v prvních dnech hospitalizace, kdy dochází k seznamování pacienta s novým prostředím, režimem na oddělení, personálem atd. je to důležité ještě o něco víc. Nesmíme zapomínat, že náš pacient může být vážně nemocný, trpící demencí, imobilní a nesoběstačný, a tak samotný proces adaptace může být velmi náročný. Od tohoto procesu se však může odvíjet celý další průběh hospitalizace. O důležitosti přístupu personálu k pacientům v období adaptace píše i Martochová ve své práci *Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)*. Ve výsledcích svého výzkumu uvádí, že zdravotnický personál je hodnocen pacienty kladně a působí pozitivně na dobrou adaptaci seniorů v nemocničním prostředí (35).

V hypotéze č. 5 jsem předpokládala, že intimita pacientů trpících demencí není při poskytování ošetrovatelské péče ve většině případů dodržována. Na základě odpovědí na otázky č. 12 a 13 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako nepravdivou. Při stanovení této hypotézy jsem vycházela ze svých zkušeností, kdy jsem se v průběhu své praxe často setkávala s tím, že pacienti trpící nějakou formou demence nejenom respektování své intimity nevyžadují, ale dokonce ji sami vůči sobě porušují, aniž by si tuto skutečnost uvědomovali. Stejnou zkušenost má dle výsledků otázky č. 12 z mého dotazníku i 28 respondentů, kteří uvedli, že podle nich pacienti trpící nějakou z forem demence respektování své intimity vůbec, nebo téměř vůbec nevyžadují. V navazující otázce č. 13 se ptám, jak respondent postupuje, pokud pacient s demencí respektování své intimity nevyžaduje, odpovědělo 19

respondentů tak, že intimitu pacientů s demencí respektují vždy, a to důsledně. I dalších 14 respondentů odpovědělo, že intimitu těchto pacientů respektují, ale už ne tak důsledně jako u pacientů, kteří to sami vyžadují. Vzhledem k výsledkům plynoucím z odpovědí na tuto otázku se má hypotéza č. 5 nepotvrdila. Beru to jako velmi pozitivní zjištění, protože ve chvíli, když se ošetrovatelský personál snaží co nejlépe zajišťovat a respektovat intimitu u pacientů, kteří to nevyžadují, dá se předpokládat, že stejně kvalitně zajistí intimitu i u plně orientovaných a své soukromí si chránících pacientů.

V hypotéze č. 6 jsem předpokládala, že subjektivní pohled ošetřujícího personálu k otázce jimi zajišťované intimity u pacientů bude pozitivní u více než poloviny respondentů. Na základě odpovědí na otázky č. 5, 8 a 19 jsem tuto hypotézu vyhodnotila jako pravdivou. Otázku č. 5 jsem brala jako informativní, a sice jestli respondenti ví, kde jsou na jejich oddělení k dispozici vyvěšena práva pacientů. 33 respondentů odpovědělo kladně a tři to nevěděli. Zajímavé by bylo zjištění, jestli jsou práva pacientů cíleně poskytnuta každému nově přijatému pacientovi, bohužel tato otázka nebyla součástí mého dotazníku. V otázce č. 8 jsem se respondentů ptala, jestli respektují a zajišťují intimitu pacientů podle svých představ. Na tuto otázku odpovědělo kladně až 33 respondentů. Vzhledem k tomu, že se jedná o čistě subjektivní názor respondentů na jejich vlastní přístup k pacientům, bylo by zajímavé tuto otázku položit v rámci dalšího výzkumu pacientům v LDN. Na otázku č. 19, zda by byli respondenti jako pacienti spokojeni s jimi poskytovanou hygienickou péčí, odpovědělo kladně až 29 respondentů. Dalších 7 respondentů uvedlo, že by spokojeno nebylo. Za velmi zajímavé považují zjištění, že většina respondentů je spokojena se zajišťováním a respektováním intimity při poskytování ošetrovatelské péče pacientům, a to i přes fakt, že většina z nich, viz výsledek hypotézy č. 3, nevyužívá při své práci pomůcky k jejímu zajištění.

## Závěr

Téma své bakalářské práce Respektování intimity pacienta při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných jsem si zvolila na základě vlastního výběru. Důvodem byla vlastní zkušenost z pracovního života a osobní zájem o danou problematiku.

Práce v léčebnách dlouhodobě nemocných je zaměřená na ošetrování převážně starých, imobilních a nesoběstačných pacientů. Právě tuto skupinu pacientů považuji za jednu z nejvíce ohrožených, jelikož se mnohdy neumí nebo nemůže bránit nepravostem a je plně odkázaná na péči a libovůli ze strany zdravotníků. Proto považuji za povinnost při pečování o tyto pacienty dbát na respektování jejich intimity, soukromí a lidské důstojnosti.

Moje práce byla rozdělená na dvě části, a to část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se zabývala definicí základních pojmů, definicí dlouhodobé péče, charakteristikou pacienta LDN a nejčastějšími nemocemi, s nimiž bývá v LDN hospitalizován. Poslední dvě kapitoly rozebírají okrajově téma mužů ve zdravotnictví a multikulturní ošetrovatelství. V empirické části jsem si stanovila cíl výzkumu, kterým bylo zjistit, jestli je v léčebnách dlouhodobě nemocných při poskytování ošetrovatelské péče zajišťovaná intimita pacientů. K danému cíli jsem si stanovila 6 hypotéz, pomocí kterých se mi podařilo cíl práce splnit. Jejich vyhodnocením jsem došla k závěru, že ze subjektivního pohledu personálu je zajišťování a respektování intimity pacientů při poskytnuté péči dostačující. Z hodnocení dotazníku však jasně vyplývá, že intimita pacientů je respektována hlavně u pacientů mobilních a soběstačných. Respektování intimity u pacientů, kterým je ošetrovatelská péče poskytována na lůžku, už tak jednoduché není. Důvodem může být i nedostatečné využití pomůcek a postupů sloužících k zajištění intimity. Jako pozitivní hodnotím zjištění, že většina respondentů u pacientů v adaptačním období a u pacientů trpících demencí zachovává intimitu vždy a důsledně, a to i v situaci, že to daný pacient nevyžaduje.

Zpracováním tohoto tématu jsem získala lepší náhled na situaci týkající se respektování intimity pacientů hospitalizovaných v léčebnách dlouhodobě nemocných. Myslím, že v této problematice je nejdůležitějším faktorem právě ošetřující personál a jeho vnímavý a empatický přístup k pacientovi. Proto dle mého názoru je nesmírně důležitá jak kvalitní příprava studentů zdravotnických oborů již v průběhu studia, tak i proškolení stávajících pracovníků LDN. V rámci dalšího výzkumu by bylo zajímavé zaměřit se na výzkumnou skupinu tvořenou studenty s absolvovanou praxí v LDN nebo samotnými pacienty LDN.

## Seznam použité literatury

1. České ošetrovatelství 2. *Praktická příručka pro sestry*. Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
2. Bártlová, S., Sadílek, P., Tóthová, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. GLENNER, J. A. et. al. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál s. r. o., 2012. 136 s. ISBN 978-80-262-0154-0.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
5. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONIČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
6. HOLMEROVÁ, I. *Dlouhodobá péče. Geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada, 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
7. IVANOVA, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
8. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., et. al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
9. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P., et. al. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
10. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. 117 s. ISBN 80-7013-423-2.
11. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní/transkulturní komunikace*. Interní medicína pro praxi, 2006, roč. 8, č. 2, s. 96-98. ISSN 1212-7299.

13. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
14. PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
15. SIKOROVÁ, L. a FILLOVÁ, A. *Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních*. Kontakt, 2011, roč. 13, č. 2, s. 204–210, ISSN 1212-4117.
16. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K., et. al. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult*. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
17. ŠAMÁNKOVÁ, M. et. al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
18. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
19. VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., et. al. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Praha: MPSV, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7421-021-1.
20. VÁLKOVÁ, M. *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. 75 s. ISBN 978-80-87023-44-0.
21. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
22. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
23. Veřejný ochránce práv. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv*. Brno, 2017. 77 s. ISBN 978-80-87949-60-3.
24. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

25. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. VÝROST, J. *Osobní vztahy*. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
26. VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
27. WICHSOVÁ, J. *O důstojnosti pacienta*. Kontakt, 2012, roč. 14, č. 1, s. 11. ISSN 1212-4117.
28. ZELINKA, P. *Vstup mužů do ošetřovatelství*. Florence, 2014, roč. 10, č. 11, s. 40–41. ISSN 1801- 464X.

### Internetové zdroje:

29. ABZ.cz: slovník cizích slov [on-line]. 2005-2018. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi\\_slovo=intimita&typ\\_hledani=prefix](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=intimita&typ_hledani=prefix)
30. BELLOVÁ, D. *Zajištění intimity pacienta při převazu*. Bakalářská práce. [on-line]. České Budějovice, 2014. [cit. 5. 5. 2018]. Dostupné z <[https://theses.cz/id/3agf2y/Bakalsk\\_prce\\_Bellov.pdf](https://theses.cz/id/3agf2y/Bakalsk_prce_Bellov.pdf)>
31. ČEŠEK, M. *Muži v ošetřovatelství-část 2: Historické dědictví*. [on-line]. 3. 1. 2018. [cit. 20. 2. 2018]. Dostupné z <https://cesek.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=640978>
32. GULÁŠOVÁ, I. et. al. *Lékaři a multidisciplinární tým. Halový systém ošetřovatelské péče a stud pacienta*. [on-line]. Linkos cz. 27.2.2014. [cit. 18.11.2017]. Dostupné z <<https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/halovy-system-osetrovatelske-pece-a-stud-pacienta/>>. ISSN 1810-9951.
33. JÍCHOVÁ, K. *Muži coby zdravotní sestry: v historii dominovali, dnes jsou raritou*. Tisková zpráva. [on-line]. Praha, 29. června 2016. [cit. 20.2.2018]. Dostupné z [http://www.cna.cz/docs/akce/tiskova\\_zprava\\_2016\\_6.pdf](http://www.cna.cz/docs/akce/tiskova_zprava_2016_6.pdf)
34. KALB, K. A. and O'CONNOR, S. *Ethics Education in Advanced Practice Nursing: Respect for Human Dignity*. [on-line]. Nursing Education Perspectives, 2007, vol. 28, no. 4, p. 196-202. [cit. 18.11.2017]. Dostupné z:



<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=b77af0b6-a255-4c7f-a8a5-0590eae54040%40sessionmgr4007>

35. MARTOCHOVÁ, E. *Adaptace nemocného člověka na nemocniční prostředí (senioři)*. Bakalářská práce. Zlín, 2008. [cit. 5. 5. 2018]. Dostupné z: <[http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/5667/martochov%C3%A1\\_1\\_2008\\_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/5667/martochov%C3%A1_1_2008_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>
36. Odbor 22. *Práva pacientů ČR*. [on-line]. Praha: MVSP, 2005. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z <<https://www.mpsv.cz/cs/840>>
37. PŘIBÁŇ, J. *Legitimita práva, intimita a „infikce“*. Sociologický časopis [on-line]. 1997, č. 2. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z [http://sreview.soc.cas.cz/uploads/79123f684b54c5cba45f1398b8387ccc8a160eee\\_265\\_145PRIBA.pdf](http://sreview.soc.cas.cz/uploads/79123f684b54c5cba45f1398b8387ccc8a160eee_265_145PRIBA.pdf)
38. ŠABACKÁ, J. *Respektování intimity pacienta v nemocničním prostředí*. Bakalářská práce. [on-line]. Jihlava, 2015. [cit. 5. 5. 2018]. Dostupné z: <<https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/19871/thema/2843>>
39. ŠULCOVÁ, J. *Desatero soukromí pacienta*. [on-line]. SAMI spol. s. r. o. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z <<http://babinet.cz/clanek-2152-desatero-soukromi-pacienta.html>>
40. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Zdravotnické právo a bioetika. Právní předpisy. Sbírka mezinárodních smluv. [on-line]. 2001. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z: <<https://zdravotnickepravo.info/pravni-predpisy/c/>>
41. Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [on-line]. 1. 1. 2018. [cit. 15.2.2018]. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast4>>

## Seznam zkratek

- Např. – například  
Tzv. – takzvaný  
Atd. – a tak dále  
Viz – odkaz na jinou stránku a podobně  
Et. al. – a kolektiv  
Odst. – odstavec  
Č. – číslo  
Sb. – sbírka  
S. – strana  
LF – Lékařská fakulta  
UK – Univerzita Karlova  
Mgr. – magistr  
Bc. – bakalář  
MZ – Ministerstvo zdravotnictví  
ČR – Česká republika  
ICN – Mezinárodní rada sester  
WHO – Světová zdravotnická organizace  
ČAS – Česká asociace sester  
LDN – léčebna dlouhodobě nemocných  
Sv. – svatý  
Př. n. l. – před našim letopočtem  
N. l. – našeho letopočtu  
aj. – a jiné  
Odd. – oddělení  
Pac. – pacient  
Oše. péče – ošetrovatelská péče  
Hyg. péče – hygienická péče

## Seznam tabulek a grafů

### Tabulky

Tabulka č. 1 – Pohlaví respondentů.....	43
Tabulka č. 2 – Věk respondentů .....	44
Tabulka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Tabulka č. 4 – Délka praxe respondentů v LDN .....	46
Tabulka č. 5 – Znalost umístění Práv pacientů na odd. ....	47
Tabulka č. 6 – V jaké části ošetrovatelské péče je podle respondentů nejtěžší zajišťovat intimitu pacientů.....	49
Tabulka č. 7 – Způsoby zajištění intimity pacientů na odd.....	52
Tabulka č. 8 – Zajištění intimity pacientů dle představ respondenta.....	53
Tabulka č. 9 – Důslednější zajištění intimity pacientů v období adaptace.....	54
Tabulka č. 10 – Zvýšená stydlivost pacientů v období adaptace.....	56
Tabulka č. 11 – Dostatek pomůcek pro zajištění intimity.....	58
Tabulka č. 12 – Požadavek pacientů s demencí na respektování jejich intimity.....	60
Tabulka č. 13 – Respektování intimity u pacientů s demencí.....	61
Tabulka č. 14 – Žádost na spolupacienty o opuštění pokoje.....	63
Tabulka č. 15 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při převazech pacienta na lůžku.....	64
Tabulka č. 16 – Využití převazové místnosti.....	65
Tabulka č. 17 – Koupelny zajišťující soukromí při poskytování hygienické péče.....	67
Tabulka č. 18 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při poskytování hygienické péče u pac. na lůžku .....	70
Tabulka č. 19 – Spokojenost respondentů s nimi poskytovanou hygienickou péčí na lůžku.....	71
Tabulka č. 20 – Spolupracovníci nerespektující intimitu pacientů.....	73
Tabulka č. 21 – Toalety zajišťující soukromí pacientů při vyprazdňování.....	75
Tabulka č. 22 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při vyprazdňování pacienta na lůžku.....	77

Tabulka č. 23 – Co vede k nerespektování intimity pacientů v LDN .....	78
--	----

## **Grafy**

Graf č. 1 – Pohlaví respondentů.....	43
Graf č. 2 – Věk respondentů.....	44
Graf č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	45
Graf č. 4 – Délka praxe respondentů v LDN.....	46
Graf č. 5 a) – Znalost umístění Práv pacientů na odd. ....	47
Graf č. 5 b) – Konkrétní umístění práv pacientů na daném odd.....	48
Graf č. 6 – V jaké části ošetrovatelské péče je podle respondentů nejtěžší zajišťovat intimitu pacientů.....	50
Graf č. 7 – Způsoby zajištění intimity pacientů na odd.....	52
Graf č. 8 – Zajištění intimity pacientů dle představ respondenta.....	54
Graf č. 9 – Důslednější zajištění intimity pacientů v období adaptace.....	55
Graf č. 10 a) – Zvýšená stydlivost pacientů v období adaptace .....	56
Graf č. 10 b) – Příklady projevu stydlivosti u pacientů v období adaptace.....	57
Graf č. 11 a) – Dostatek pomůcek pro zajištění intimity.....	58
Graf č. 11 b) – Rozdíl v hodnocení dostatku pomůcek podle typu LDN.....	59
Graf č. 12 – Požadavek pacientů s demencí na respektování jejich intimity...60	
Graf č. 13 – Respektování intimity u pacientů s demencí. ....	62
Graf č. 14 – Žádost na spolupacienty o opuštění pokoje.....	63
Graf č. 15 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při převazech pacienta na lůžku.....	64
Graf č. 16 – Využití převazové místnosti.....	66
Graf č. 17 a) – Koupelny zajišťující soukromí při poskytování hyg. péče.....	67
Graf č. 17 b) – Rozdělení koupelen podle typu LDN.....	69
Graf č. 18 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při poskytování hygienické péče u pac. na lůžku.....	70
Graf č. 19 a) – Spokojenost respondentů s nimi poskytovanou hygienickou péčí na lůžku.....	71
Graf č. 19 b) – Spokojenost respondentů s nimi poskytovanou hygienickou péčí na lůžku s ohledem na jejich pracovní zařazení.....	72

Graf č. 20 – Spolupracovníci nerespektující intimitu pacientů.....	73
Graf č. 21 – Toalety zajišťující soukromí pacientů při vyprazdňování.....	76
Graf č. 22 – Používání zástěn, závěsů a paravánů při vyprazdňování pacienta na lůžku.....	77
Graf č. 23 – Co vede k nerespektování intimity pacientů v LDN.....	79

## Seznam příloh

Příloha č. 1.....Dotazník

## **DOTAZNÍK**

*Dobry den, jmenuji se Eva Tarková a jsem studentkou 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra. Jako součást mé bakalářské práce s názvem „Respektování intimity pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných“ bych Vás chtěla požádat o pravdivé vyplnění tohoto zcela anonymního dotazníku. Výsledné informace budou zpracovány a použity pouze pro účely mé bakalářské práce. Vaši odpověď prosím zakroužkujte nebo doplňte slovy. Předem Vám moc děkuji za Váš čas a ochotu.*

### **1. Jaké je vaše pohlaví?**

- a) žena
- b) muž

### **2. Kolik je vám let?**

- a) 18–25 let
- b) 26–30 let
- c) 31–40 let
- d) 41–50 let
- e) 51 a více

### **3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání**

- a) ošetrovatel, sanitář
- b) SZŠ – zdravotnický asistent
- c) SZŠ – všeobecná sestra
- d) VOŠ
- e) VŠ – Bc.
- f) VŠ – Mgr.
- g) specializace

**4. Na oddělení dlouhodobě nemocných pracuji:**

- a) 0–5 let
- b) 6–10 let
- c) 11–15 let
- d) 16–20 let
- e) 21–30 let
- f) 31 a více

**5. Víte, kde jsou na vašem oddělení k dispozici sepsaná práva pacientů?**

- a) ANO, jsou k dispozici.....
- b) NE

**6. V jaké části ošetrovatelské péče je podle vás NEJVÍC problematické dodržovat intimitu pacienta? (můžete označit až 3 odpovědi)**

- a) při vyprazdňování pacienta na lůžku, na pokoji (plenkové kalhoty, podložní mísa, močová láhev, toaletní křeslo)
- b) při podávání klyzmat
- c) při zavádění PMK, při jednorázovém vycévkování močového měchýře
- d) při vyprazdňování pacienta na toaletě
- e) při poskytování hygienické péče na lůžku
- f) při poskytování hygienické péče v koupelně
- g) při převazech pacienta na lůžku
- h) při ošetrovatelské péči u imobilního pacienta
- ch) při ošetrovatelské péči u pacienta s demencí
- i) jiné.....



**7. Jakými způsobem je zajišťována intimita pacientů na vašem oddělení?  
(můžete označit více odpovědí)**

- a) žaluzie
- b) závěsy
- c) zavírání dveří
- d) paravány
- e) závěsy mezi lůžky
- f) krytí vlastním tělem
- g) WC jako součást pokoje
- h) koupelna jako součást pokoje
- ch) kvalitní komunikací s pacientem, podrobným informováním pacienta o výkonu, který u něj budeme provádět
- i) respektováním přání pacienta při poskytování ošetrovatelské péče
- j) jiné.....

**8. Respektujete a zajišťujete intimitu pacientů podle svých představ?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) NEVÍM, doted' jsem nad tím nepřemýšlel/-a

**9. Zajišťujete intimitu pacientů po jejich přijetí v období adaptace důsledněji?**

- a) ANO vždy
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE, intimitu pacientů zajišťuji v průběhu celé hospitalizace stejně
- e) NEVÍM, doted' jsem nad tím nepřemýšlel/-a

Pokud ANO, napište prosím důvod:.....  
.....

**10. Chovají se podle vás nově přijatí pacienti při poskytování ošetrovatelské péče stydlivěji? Jaká je vaše zkušenost?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) NEVÍM, neuvědomuji si

Pokud ANO, napište prosím jeden příklad, jak se stydlivost u pacienta projevuje: .....  
.....

**11. Podle vás je množství pomůcek pro zajištění intimity pacientů na vašem oddělení dostačující?**

- a) ANO
- b) NE
- c) NEVÍM

**12. Když poskytnete ošetrovatelskou péči pacientům s demencí, setkáváte se s tím, že vyžadují tito pacienti respektování své intimity?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) NEVÍM, neuvědomuji si

**13. Jak postupujete, když pacienti s demencí při poskytování ošetrovatelské péče respektování své intimity NEVYŽADUJÍ?**

- a) přesto jejich intimitu vždy důsledně respektuji
- b) jejich intimitu respektuji, ale ne tak důsledně jako u pacientů, kteří respektování své intimity vyžadují
- c) jejich intimitu spíše nerespektuji
- d) NEVÍM, neuvědomuji si

**14. Požádáte mobilní spolupacienty, aby při převazu, vyprazdňování nebo poskytování hygienické péče pacientovi na lůžku opustili pokoj?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE

**15. Používáte při převazech ran u pacientů na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány ...?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) nemáme je

**16. Využíváte při převazech ran u pacientů převazovou místnost, vyšetřovnu?**

- a) ANO u všech převazů
- b) ANO, ale jen u mobilních pacientů
- c) na oddělení převazovou místnost máme, ale nevyužíváme jí
- d) na oddělení převazovou místnost nemáme

**17. Disponuje vaše oddělení koupelnami, které pacienti využívají jednotlivě, a tak je zajištěno jejich soukromí při hygienické péči?**

- a) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami, které zajišťují soukromí pacienta (vždy poskytována hygienická péče pouze jednomu pacientovi v dané době) a využívají je všichni pacienti
- b) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými koupelnami, které zajišťují soukromí pacienta (vždy poskytována hygienická péče pouze jednomu pacientovi v dané době), ale využívají je hlavně mobilní a soběstační pacienti. Imobilní a nesoběstační pacienti je využívají jen zřídka.
- c) ANO, ale vzhledem k tomu, že koupelny nejsou bezbariérové, využívají je jenom mobilní a soběstační pacienti
- d) NE, tuhle možnost pacienti nemají, oddělení disponuje pouze společnými koupelnami, kde nejde dostatečně zajistit soukromí pacienta

**18. Používáte při hygienické péči pacienta na lůžku zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány ...?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) nemáme je

**19. Kdybyste byl pacientem na vašem oddělení, byl byste spokojen s průběhem vámi poskytované hygienické péče na lůžku?**

- a) ANO VŽDY
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE

**20. Viděli jste kolegyni/kolegu, při nerespektování intimity pacienta?**

- a) ANO pravidelně
- b) ANO, ale jen ojediněle
- c) NE nikdy

**21. Je umožněno pacientům při vyprazdňování použít WC, které zajišťuje soukromí?**

- a) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou součástí pokojů a využívají je všichni pacienti, kterým to jejich zdravotní stav dovoluje
- b) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou společné pro celé oddělení a využívají je všichni pacienti, kterým to jejich zdravotní stav dovoluje
- c) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou součástí pokojů, ale využívají je v převážné míře mobilní a soběstační pacienti
- d) ANO, oddělení disponuje bezbariérovými toaletami, které jsou společné pro celé oddělení, ale využívají je v převážné míře mobilní a soběstační pacienti

e) oddělení nedisponuje bezbariérovými toaletami, proto je využívají jenom mobilní a soběstační pacienti

**22. Používáte při vyprazdňování pacienta na lůžku (plenkové kalhoty, močová láhev, podložní mísa), na pokoji (toaletní křeslo), zástěny, závěsy mezi lůžky, paravány ...?**

- a) ANO
- b) SPÍŠE ANO
- c) SPÍŠE NE
- d) NE
- e) nemáme je

**23. Co podle vás nejčastěji vede k nerespektování intimity pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných? (můžete označit více odpovědí)**

- a) nedostatek pomůcek pro zajištění intimity
- b) nedostatek personálu poskytujícího ošetrovatelskou péči
- c) nedostatek času pro individuální přístup k pacientovi při poskytování ošetrovatelské péče
- d) dlouhodobá hospitalizace některých pacientů
- e) rutinní přístup personálu dlouhodobě pracujícího v LDN
- f) nevím
- g)
- jiné.....

*Ještě jednou Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný dotazníku.*

*Eva Tarková*