

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Jana Svobodová

**Soukromí a intimita pacienta při poskytování
zdravotní péče z pohledu sester**

*Patient privacy and intimacy of health care from the
perspective of nurses*

Bakalářská práce

Praha, srpen 2021

Autor práce: Jana Svobodová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 20. 9. 2021

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.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 30. srpna 2021

Jana Svobodová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce, paní PhDr. Haně Svobodové, Ph.D., za podporu, cenné rady a podněty, trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce a vždy přítomný optimismus. Dále bych chtěla poděkovat hlavní sestře Nemocnice Rychnov nad Kněžnou za její rychlé jednání a nadstandardní spolupráci při realizaci mého výzkumu, stejně jako i vrchním sestřám dotazovaných oddělení a též samotným respondentům. Velmi si vážím spolupráce a času Vás všech.

OBSAH

ÚVOD	1
I. TEORETICKÁ ČÁST	2
1. VYMEZENÍ POJMŮ	2
1.1. SOUKROMÍ	2
1.1.1. ZMĚNA SOUKROMÍ V NEMOCI.....	4
1.2. INTIMITA	5
1.2.1. ZMĚNA INTIMITY V NEMOCI.....	5
1.3. STUD	5
1.4. DŮSTOJNOST	7
1.5. AUTONOMIE.....	10
1.6. LIDSKÉ POTŘEBY	12
1.7. ZMĚNA POTŘEB V NEMOCI	14
2. ETICKÉ PRINCIPY	16
2.1. PRINCIPY LÉKAŘSKÉ ETIKY	16
2.1.1. ETICKÉ PRINCIPY PRVNÍHO ŘÁDU.....	17
2.1.2. ETICKÉ PRINCIPY DRUHÉHO ŘÁDU	18
2.2. BIOETIKA	20
2.3. CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY	20
2.3.1. PŘEDMĚTY ETIKY V OŠETŘOVATELSTVÍ	20
2.3.2. ÚLOHY OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY	21
2.3.3. CÍLE OŠETŘOVATELSKÉ ETIKY	21
3. ROLE SESTRY	22
4. ROLE PACIENTA	24
II. PRAKTICKÁ ČÁST	26
5. HARMONOGRAM VÝZKUMNÉ PRÁCE	26
5.1. DISTRIBUCE DOTAZNÍKŮ, SBĚR DAT A ANALÝZA	26
5.2. VÝBĚR RESPONDENTŮ	27
5.3. SPEKTRUM PACIENTŮ.....	27
5.3.1. <i>Lůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační</i>	27
5.3.2. <i>Interní lůžkové oddělení</i>	29
5.3.3. <i>Lůžkové oddělení gynekologie</i>	29
5.4. CÍL VÝZKUMU.....	31
5.4.1. CÍLE PRÁCE.....	31
5.4.2. HYPOTÉZY VÝZKUMU	31
6. METODIKA VÝZKUMU	32
6.1. KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	32
7. VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT	33
7.1. <i>Otázka číslo 1</i>	33
7.2. <i>Otázka číslo 2</i>	34
7.3. <i>Otázka číslo 3</i>	35
7.4. <i>Otázka číslo 4</i>	36
7.5. <i>Otázka číslo 5</i>	38
7.6. <i>Otázka číslo 6</i>	40
7.7. <i>Otázka číslo 7</i>	42
7.8. <i>Otázka číslo 8</i>	43
7.9. <i>Otázka číslo 9</i>	46

7.10.	<i>Otázka číslo 10</i>	48
7.11.	<i>Otázka číslo 11</i>	50
7.12.	<i>Otázka číslo 12</i>	51
7.13.	<i>Otázka číslo 13</i>	53
7.14.	ANALÝZA CÍLŮ A HYPOTÉZ	55
	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY [NA NOVÉ STRÁNCE]	73
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	79
	SEZNAM PŘÍLOH	80

„Tou chvílí, kdy se člověk snaží obnažit před doktorem svou těžce zkoušenou tělesnost, přestává být stonání jeho soukromou záležitostí a stane se vlastnictvím doktorovým.“ (Karel Čapek, 2018, str. 41)

Úvod

Téma své bakalářské práce *Soukromí a intimita pacienta při poskytování zdravotní péče z pohledu sester* jsem si vybrala na základě pracovní zkušenosti v domově seniorů, na oddělení pro osoby se zdravotním postižením (např. klienti po cévní mozkové příhodě, s roztroušenou mozkomíšní sklerózou, v poúrazových stavech, se svalovou dystrofií atd.), kde jsem pracovala jako ošetřovatelka během druhého ročníku studia. Z tohoto zaměstnání jsem po krátké době odešla, protože jsem nedokázala akceptovat porušování hygienických norem, prevence nozokomiálních nákaz a bohužel i práv pacientů. Byla jsem zde svědkem sororigenie, malpractice a nedbalostí.

Většinu svých školních praxí jsem strávila v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze (dále jen ÚVN), kde jsme se pod dozorem odborné učitelky praxe a mentorek učili, jak pracovat a chovat se, tak abychom zachovali soukromí, intimitu, důstojnost hospitalizovaných pacientů a zároveň i pochopili etiku a pokoru k práci ve zdravotnictví. Tomuto tématu bylo věnováno hodně pozornosti i během školní výuky. V ÚVN a později v mém dalším zaměstnání v domově pro seniory jsem viděla, že jde pečovat o pacienty i klienty tak, aby nebyli poškozováni a dehonestováni.

Proto jsem si vybrala toto téma, zajímal mě přístup ošetřujícího personálu, jejich možnosti a zkušenosti na odlišných odděleních.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení pojmů

Lidskou podstatu a potřeby z ní vycházející charakterizuje Plevová ve své knize o ošetrovatelství takto: „*Člověk je jedinečná, zvláštní, originální integrace biologických, psychických, duchovních a sociálních prvků, je společenskou bytostí, uvědomující si a potvrzující samu sebe ve vztahu k druhému člověku a ke společnosti.*“ (PLEVOVÁ, 2019, str. 92) (18)

Soukromí a intimita patří mezi základní lidské psychosociální potřeby, které jsou současně během hospitalizace a vlivem nemoci vždy více, či méně narušeny. Šamánková je ve své knize popisuje takto: ... „*lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.*“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, str. 12) (8)

1.1. Soukromí

Pojem soukromí není jednoduché přesně specifikovat, zcela to ani nelze, protože jeho význam se neustále vyvíjí stejně jako společnost a její potřeby. Přesto na ně máme všichni nepopíratelné právo. Je potřeba si uvědomit, že soukromí má jak hmotný, tak i myšlenkový rozměr a každý člověk má potřebu chránit oba tyto aspekty. Zcela klíčovou součástí práva na soukromí ve zdravotnictví jsou lékařské tajemství a povinná mlčenlivost zdravotnického týmu i všech pracovníků, kteří se s informacemi o pacientech setkají (např. sociální pracovníci, ekonomové, IT atd.). Pojem lékařské tajemství spadá pod etickou normu a má své výsadní postavení i přes to, že byl v roce 1951 vypuštěn z právního řádu. Pod právní normu spadá povinná mlčenlivost. Dodržování soukromí je důležitou součástí spolupráce mezi zdravotníkem a nemocným,

součástí jeho důvěry, kterou v ošetřující personál vkládá a je předpokladem kvalitních vztahů a úspěšné léčby. (6)

Definicí soukromí lze najít mnoho, jako příklad uvádím charakteristiku O. Matouška: „*Soukromí je osobní oblast člověka, jednotlivce nebo skupiny lidí (například rodiny). Zahrnuje potřebu a právo chránit informace o své osobě, jakož i vlastní tělo a čas, vlastní prožitky a území před zveřejňováním, a především před zneužíváním.*“ (MATOUŠEK, 2008, str. 208) (1)

Ochranou soukromí se zabývá i Všeobecná deklarace lidských práv, která byla přijata v roce 1948 Valným shromážděním Organizace spojených národů¹ a členské země musí plnit závazky z ní vyplývající. Konkrétně článek 12 říká: „*Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence, ani útokům na svou čest a pověst. Každý má právo na zákonnou ochranu proti takovým zásahům nebo útokům.*“ (ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ, 2015, str. 26) (2)

V České republice je to pak Listina základních práv a svobod, která říká v článku 7: „*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“ (ČESKO, 1992, hlava druhá, oddíl první, článek 7) Článek 10: „*Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.*“ (ČESKO, 1992, hlava druhá, oddíl první, článek 10) (3)

Zásadním dokumentem pro zdravotnická povolání je pak zákon o zdravotních službách, který říká, 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.*“ (ČESKO, 2011, část čtvrtá, hlava I. § 28, odstavec 3) a) (30)

Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka vypracovali návrh etického kodexu práv pacientů, který definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky roku 1992. V bodě 5 je uvedeno: „*V*

¹ Organizace spojených národů (OSN), vznikla v roce 1945 a sídlí v New Yorku ve Spojených státech amerických

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 musejí být prováděny 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.“ (JANKOVSKÝ, 2003, str. 210) (4, 6)

1.1.1. Změna soukromí v nemoci

Zdravý jedinec je schopen naplňovat své potřeby sám. Zdraví je dle definice Světové zdravotnické organizace² z roku 1948 chápáno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální/společenské pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci, či vady. Lze také říci, že je to stav, kdy jedinec dokáže naplňovat své bio-psycho-sociální a duchovní potřeby. Nemoc je tedy stav, kdy je některá, nebo více těchto složek omezena a jedinec není schopen ji sám naplnit.

Ztrátu soukromí popisuje Haškovcová slovy: „Člověk ztrácí pocit soukromí tehdy, když jsou nějakým způsobem prolomeny bariéry bezpečí a když se před cizí osobou ocitá v celé, a to nejen fyzické, ale i psychické nahotě.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, str. 96) (6)

Často si člověk nedokáže představit situaci, kdy budou omezeny jeho schopnosti a nebude moci naplnit své potřeby sám, dokud se v takové situaci neocitne, ať už vlivem nemoci, úrazu, stáří apod. Zvláště pokud je taková změna náhlá, jedinec na to není připraven a je vytržen ze své komfortní zóny. Znamená to pro něj zátěž, která může vyústit ve stres, frustraci, či agresivitu. Přesto většina lidí počítá s tím, že v případě hospitalizace bude jejich soukromí určitým způsobem narušeno. Šamánková ve své knize uvádí, že: „Přechod ze zdraví do nemoci je svým způsobem krizová situace. S touto situací je nutno se vyrovnat – adaptovat se.“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, str. 34) Způsob, jakým takovou situaci bude jedinec zvládat, je dán pohlavím, typem osobnosti, temperamentem,

2 Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) vznikla v roce 1948 a sídlí v Ženevě ve Švýcarsku.

vzděláním, prostředím, věkem, zralostí, žebříčkem hodnot, či zdravotním uvědoměním. Hranice soukromí se liší u každého člověka, a to jak z fyzické stránky, na příklad během hygieny, převazu či vyšetření, tak i z psychické, kdy jde o sdělování informací, nebo jejich podávání. Další zásah do soukromí hospitalizovaného je sdílení pokoje s dalšími pacienty. (8, 12)

1.2. Intimita

Slovo intimita bývá chápáno jako synonymum soukromí. Je sice jeho součástí, ale ve zdravotnictví má své opodstatnění chápat oba tyto významy a nespojovat je v jedno. I intimitu můžeme rozdělit do dvou kategorií, a to fyzickou a psychickou. Fyzickou intimitou rozumíme odhalování částí těla, jejíž hranice jsou dány studem každého z nás. Obecně lze říci, že se jedná o oblasti těla, která běžně neodhalujeme, a to zejména o oblast genitálií a u žen také prsou. Intimitu psychickou pak chápeme jako naše nejnítěrnější myšlenky, postoje, či pocity, o které se dělíme jen s blízkými lidmi, kterým důvěřujeme, jako je rodina a přátelé. Je to hranice, za níž se nacházejí privátní zóny každého z nás. Slovník ji pak charakterizuje jako důvěrnost, pohodlí, soukromí, či útulnost. (5, 7, 8)

1.2.1. Změna intimity v nemoci

Stejně jako se změní během nemoci a hospitalizace soukromí jedince, změní se i jeho intimita. Člověk je vytržen ze svého známého a podpůrného prostředí domova, je omezen kontakt s nejbližšími a jejich podpora. Jsou tedy změněny jeho intimní návyky ve všech ohledech. Můžeme říci, že jakým způsobem to bude jedinec snášet, je ovlivněno stejnými faktory, jaké jsem uvedla u soukromí. (8)

1.3. Stud

Stud můžeme pocítit jako obranu své intimity, jako upozornění na něco, co by jí mohlo narušit, zde můžeme stud nazvat ostychem. Stud můžeme pocítit také

jako zahanbení sám před sebou, či za někoho jiného, takový stud nazýváme hanbou. Stud je jistý psychofyzický jev, většinou mimovolný a projevit se může na příklad zrudnutím v obličeji, či náhlým problémem se vyjádřit. Stud sám o sobě není čistě důsledkem mravní výchovy, spíše je předpokladem opravdové mravnosti. Výchova však ovlivňuje jeho projevy, či rozsah, taktéž ho může usměrnit, potlačit, či podpořit. (39, 40)

Oblasti, kdy je pro jedince stud typický:

- Stud malého dítěte před cizími lidmi. Děti mají v určitém věku „stydlivé období“ a to nejen před cizími lidmi, je typické, že se po navázání očního kontaktu běží schovat k rodiči. Zde není důvod studu, že by dítě provedlo něco špatného, ale pocit narušení intimity.
- Stud dospělého jedince v případě nečekaného odhalení nahoty, či odhalení jiné intimní věci, jako třeba informace, kterou si chtěl uchovat v soukromí ze strachu z pohrdání, či posměchu.
- Stud za nevhodné chování, jako hanebnost, zbabělost, nečestnost, či nízkost svého chování, nebo myšlení.
- Stud v situaci, kdy je člověku projevena pocta, chvála, či úspěch. Stejně tak se může stydět v případě, že si projevenou chválu, poctu a úspěch nezaslouží.
- O zástupném studu mluvíme ve chvíli, kdy se stydíme za někoho blízkého a jeho nečestné jednání. (39, 40)

Studem se zabývají také práva pacientů v bodě 5., který jsem citovala v kapitole 1.1. o soukromí. Haškovcová k tomuto bodu ve své knize uvádí: „*Stud nemocného může zvýšit nebo také snížit řada zdánlivě podružných faktorů. Samozřejmě, že nic neplatí bez výjimky, ale přesto lze konstatovat, že se starší nemocní muži stydí více před mladými lékařkami a sestrami, naopak staré nemocné ženy mladé lékaře obdivují a vítají, s výjimkou specialistů v oboru gynekologie. Tam naopak, pokud je to možné, dávají přednost staršímu lékaři.*“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 99) (6)

Také u studu odlišujeme *fyzickou nahotu*, která nastává v momentech jako vyšetření lékařem, při kterých se pacient svléká, převazy, vizity, hygienické úkony, či vyšetření intimních oblastí. V takových případech je důležité odhadnout míru, kdy může být u pacienta prolomena intimní sféra, tedy i očekávaná výše studu. Míra studu je u každého jedince odlišná, někteří nemají s odhalováním problém, jiní jsou naopak velmi stydliví, což je ve zdravotnictví třeba brát neustále na zřetel a nepropadat názoru, že pro zdravotníky je to rutina, kterou už vlastně nevnímají. (6)

Psychickou nahotou nazýváme duševní, či niterné odhalení. Tento aspekt je součástí bio-psycho-sociálního modelu, který neodmyslitelně patří k péči o nemocné tělo. Nastane-li situace, kdy je u pacienta hrubě, či netaktně překročena hranice studu, pacient se dostává do diskomfortu, což může mít za důsledek nejen pacientovo rozladění, ale také neochotu, či neschopnost v takové situaci spolupracovat. (6)

1.4. Důstojnost

Ve všeobecné Encyklopedii Diderot je důstojnost charakterizována takto: „*Důstojnost je etická kategorie zdůrazňující vědomí člověka o významu člověka a o významu jeho práv ve společnosti.*“ (KOLEKTIV AUTORŮ, 1999, str. 313) (29)

Stejně jako soukromí a intimita, ani důstojnost nemá přesně vymezenou definici, výkladů lze najít mnoho, a to i z důvodu, že důstojnost není jen jedna, ale záleží, v jakém kontextu o ní mluvíme. Většinou si její absenci uvědomíme až v situaci, kdy ji ztratíme, nebo jsme o ni připraveni, což může být, a také se často stává, během poskytování lékařské, či ošetrovatelské péče.

Výraz důstojnost je součástí celého názvu Úmluvy o lidských právech a biomedicině, který zní takto: *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Úmluva byla vytvořena pro ochranu lidských bytostí, aby zabránila vážnému porušování lidských práv a důstojnosti. Základní myšlenkou Úmluvy je přednost prospěchu lidské bytosti nad

zájmy vědy. O důstojnosti se mluví hned v prvním článku: „*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. Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy.*“ (ČESKO, 2001, kapitola 1; obecná ustanovení; článek 1) (31)

Dále se s důstojností setkáváme v Listině základních práv a svobod v hlavě první čl. 1: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“ (ČESKO, 1992, hlava první; obecná ustanovení; článek 1) Dále v hlavě druhé, oddílu prvním, čl. 10: „*Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.*“ (ČESKO, 1992, hlava druhá; oddíl první; článek 10) (3)

Právo na důstojnost je zakotveno i v Zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., který říká v části druhé, hlavě první, § 5, odstavec 2, písmeno g: „*Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.*“ (ČESKO, 2011, část druhá; hlava první § 5; odstavec 2; písmeno g), písmeno a: „*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.*“ (ČESKO, 2011, zákon č. 372/2011. část čtvrtá; hlava první § 28; odstavec 3; písmeno a) (30)

Mluvíme-li o důstojnosti v souvislosti s ošetřovatelstvím, tak ta je ukotvena také v Etickém kodexu sester vypracovaným Mezinárodní radou sester³, který byl přijat Etickou komisí České asociace sester v roce 2012. Již v úvodu se říká, že ošetřovatelská péče je neodlučitelně spjata s: ... „*respektováním lidských práv, jako je právo na život, na důstojnost a právo zacházení s úctou.*“ (ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012, str. 1) Druhá část, která specifikuje sestru a ošetřovatelskou praxi, uvádí: „*Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby používání moderních technologií a uplatňování vědeckého pokroku bylo v souladu s bezpečností, důstojností a právy občanů.*“ (ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012, str. 2) (32)

Na toto téma byla vypracována studie Důstojnost a starší Evropané. Do projektu se zapojilo šest evropských států, jeho cílem bylo zaměřit se na téma důstojnosti v péči o starší pacienty. Vznikl model, který představuje nejméně čtyři typy důstojnosti, a to:

- *Důstojnost zásluh* – je spojena se společenským statutem jedince ve společnosti, tedy s jeho sociálním a ekonomickým postavením. Souvisí také s funkcí, která je obecně uznávaná, jako na příklad duchovní, profesor, lékař atd. Tato důstojnost je ohrožena na příklad pocitem ztráty přínosu společnosti, což může být odchod do důchodu, nebo neschopnost dále vykonávat svou funkci. (34, 35)
- *Důstojnost mravní síly* – má osoba, jež je schopna žít v souladu se svými mravními zásadami a má vysoký mravní standard. Důstojnost se zde váže na schopnost daného jedince chovat se podle mravních zákonů a zásad. Důstojnost mravní síly závisí na chování dané osoby, špatné chování může vést k její ztrátě. Tato důstojnost je v ošetřovatelství ohrožena v případě, kdy zdravotničtí pracovníci nejsou z nějakého důvodu schopni poskytovat péči na určité úrovni. (34, 35)
- *Důstojnost osobní identity* – je dle zjištění zásadní u starších osob. Mluvíme zde o identitě jednotlivce, integritě, sebeúctě, či vědomí

3 Mezinárodní rada sester (ICN – International Council of Nurses) byla založena roku 1899 a sídlí v Ženevě ve Švýcarsku.

vlastního já. Tato důstojnost může být narušena citovou, fyzickou, či psychickou újmou, jako je na příklad nemoc, vážné zranění jako popáleniny, či amputace, nebo stav vysoké závislosti na péči druhých. Takové události znamenají zásah do osobní identity a mohou vést ke ztrátě sebedůvěry a důstojnosti. Právě důstojnost osobní identity je ohrožena nesprávným jednáním s pacienty během vyšetření, hygienických úkonů a podobně. (34, 35)

- *Menschenwürde* – pojednává o: ... „*nezcizitelné hodnotě lidských bytostí jako lidských bytostí.*“ (HOSPICOVÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ, 2003, str. 13) Zdůrazňuje potřebu úcty bez ohledu na duševní, tělesný, či sociální stav, a to vzhledem ke všem lidským bytostem. Je chápán jako obecné pojetí lidství, čemuž rozumíme jako něco, o co nemůžeme přijít, ani být připraveni. (34, 35)

1.5. Autonomie

Haškovcová řadí autonomii mezi čtyři základní pravidla lékařské etiky, v nichž má každý pacient nepopiratelné právo na sebeurčení, které vychází z lidských práv. O autonomii mluvíme jako o nezávislosti, samostatnosti, sebeúctě, sebeurčení, sebeuvědomění, důstojnosti, schopnosti dělat vlastní rozhodnutí, řídit a ovlivňovat svůj každodenní život, chápat své možnosti a stav a na tomto základě činit rozhodnutí o své osobě, či vlastním životě. Autonomie patří mezi základní lidské potřeby, a to hlavně ve smyslu osobní svobody a svobody rozhodování, avšak ani právo na autonomii nesmí být v rozporu se zákonem. (23, 37, 38)

V ošetrovatelství tedy mluvíme o autonomii ve smyslu spoluúčasti na rozhodování o léčebných a diagnostických metodách. Právo na autonomii jsou protnuta Práva pacientů ČR, není zde sice přímo zmíněna, ale v určité podobě se o ní mluví ve všech bodech, nejvíce v bodě 3, který říká: „*Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován*

o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, str. 27) Tento bod mluví o právu pacientů na informace o svém zdravotním stavu, léčebných postupech a metodách, které by měl podstoupit. Na základě těchto informací má pak pacient právo se autonomně rozhodnout jaký typ léčby, či vyšetření chce nebo nechce podstoupit. Součástí tohoto bodu je i právo informace odmítnout a zcela se odevzdat úsudku lékaře. Důležitý je individuální přístup lékaře k pacientovi, který by měl vzít v úvahu pacientův věk, vzdělání, psychické rozpoložení, či mentální možnosti. Zmíněny jsou i výjimky, kdy lékař tuto povinnost nemá, jako je akutní ohrožení života pacienta, či v případě narušeného vědomí. Dále v bodě 4: *„Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.*“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, str. 27) Nejčastěji se jedná o situace, kdy existuje více možností léčby a pacient ve spolupráci s lékařem svobodně rozhoduje o nejvhodnějším způsobu. V případě, kdy není pacient pro svůj těžký stav schopen vyjádřit souhlas či nesouhlas, lékař provede výkon na základě předpokládaného souhlasu dle zákona. Složitější jsou především situace, kdy pacient odmítá léčebný postup a hrozí zhoršení jeho stavu nebo dokonce smrt. Nejčastěji jsou to případy pacientů v infaustním stavu, kteří se bojí prodlužování utrpení a přejí si raději rychleji zemřít, či členy Svědků Jehovových, kteří nepřijímají krevní transfuzi. Zároveň tato práva doplňují, že pacientova autonomie není zcela neomezena, ale musí se pohybovat v mezích zákona, pacient nesmí úmyslně ohrozit či poškodit sám sebe, ani své okolí. (6)

Zachování autonomie pacienta v ošetrovatelské praxi vyžaduje respekt k důstojné lidské osobě, která je na základě podaných informací schopna rozhodovat se podle svého nejlepšího svědomí, a to i v případě, kdy může takové rozhodnutí působit v očích zdravotnického personálu nerozumně. Základem by mělo být dostatečné a srozumitelné informování pacienta a následný partnerský přístup, tedy dialog o prioritách, možnostech a cílech následující péče, a to i v

případě, kdy rozhodnutím pacienta může být nepodstoupení, či ukončení léčby. Na autonomii můžeme nahlížet ve dvou rovinách, a to jako na:

- *Fyzickou autonomii* – představuje fyzickou schopnost jedince uspokojovat své potřeby, soběstačnost, či uskutečnit svá rozhodnutí. Tato autonomie může být oslabena omezením, či ztrátou fyzických funkcí. (36)
- *Osobní autonomie* – představuje schopnost jedince posoudit situaci, provádět odpovídající rozhodnutí a na takovém základě vytvořit plán založený na vlastních hodnotách. Tento druh autonomie může být ovlivněn omezením či ztrátou mentálních schopností. (36)

1.6. Lidské potřeby

Dokáže-li jedinec sám naplňovat své potřeby, zachovává si kvalitní a naplněný život. Ve chvíli, kdy začne člověk nějakou potřebu vnímat, znamená to, že cítí její nenaplnění, nadbytek, či touhu něčeho dosáhnout. Lidské potřeby se v průběhu života mění, závisí na věku, pohlaví, prostředí, ve kterém vyrůstal, i to, v jakém žije nyní, na inteligenci, sociálním prostředí, zdravotním stavu atd. (8)

Lidskými potřebami se zabývalo a stále zabývá mnoho autorů, pro příklad Šamánková ve své knize charakterizuje lidské potřeby takto: „*Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku, nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy v organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.*“ (ŠAMÁNKOVÁ, 2011, s. 12). (8)

Proti tomu Zacharová definuje lidské potřeby takto: „*Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším. Specifická podoba potřeb nemocného člověka je tedy závislá jak na charakteru nemoci, tak na klientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jež ovlivňují obecné faktory (výchova, rodinný*

stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (horečka, bolest atd.).“ (ZACHAROVÁ, 2013, str. 20). Primárními potřebami rozumíme přirozené biologické potřeby jako dýchání, strava, tekutiny, spánek atd. Bez saturace těchto potřeb nemůže člověk dlouho přežít. Sekundární potřeby jsou naučené, získané, sociální a kulturní. Znamenají potřebu společnosti ostatních lidí, komunikace, mít své místo ve společnosti. (8, 41)

Potřeby můžeme rozdělit podle obecných kritérií podle:

- *Podstaty člověka* – na biologické, psychické, estetické, sociální, sociální a kulturní, sebevyjádření, duchovní.
- *Počtu osob, kterých se týkají* – na individuální a kolektivní.
- *Obsahu* – na materiální a nemateriální.
- *Ekonomického pohledu* – na ekonomické a neekonomické.
- *Způsobu vyvolání* – na hlavní a doplňkové.
- *Naléhavosti* – na nezbytné a zbytné.
- *Četnosti výskytu* – na trvalé, občasné a výjimečné.
- *Času* – na současné a budoucí. (8)

Jednou z nejvýznamnějších teorií je Maslowova pyramida potřeb, kterou vytvořil americký psycholog Abraham Maslow. Ve své teorii uvádí, že jedince motivují určité potřeby, které jsou hierarchicky uspořádány. Tyto potřeby Maslow dále dělí na dvě skupiny a to D – potřeby (Deficiency Needs), které jsou pocíťovány jako nedostatek něčeho a B – potřeby (Being Values), jako potřeba bytí čili existence. D – potřeby jsou dány evolucí, jsou to základní lidské potřeby znázorněné v nižších patrech pyramidy. Teprve po uspokojení D – potřeb se člověk zaměřuje na uspokojení potřeb vyšších, tedy B – potřeb. (8)

Maslow rozdělil lidské potřeby do pyramidy, která má pět stupňů. Od nejnižších pater jsou to:

1. *Fyziologické potřeby* – jsou potřeby organismu, které se objeví při narušení homeostázy. Naplnění těchto potřeb je nezbytné k přežití, proto, když jsou ohroženy, člověk se přestane zabývat vyššími potřebami a dělá

vše k uspokojení fyziologické potřeby. Jsou to na příklad potřeba spánku, výživy, vyprazdňování, dýchání, pohybu, čistoty a také sexuální potřeba.

2. *Potřeba jistoty a bezpečí* – jde především o potřebu vyhnout se nebezpečí, či ohrožení. Je také potřebou stability, důvěry, spolehlivosti, ekonomické jistoty atd.
3. *Potřeba lásky, přijetí, spolupatřičnosti* – je potřebou milovat a být milovaný, sociálního začlenění, jednoty, či náklonnosti.
4. *Potřeba uznání a úcty* – má dvě složky, a to potřebu sebeúcty a sebehodnocení (důvěra v okolí a nezávislost na názoru jiných). Druhá je potřebou respektu či uznání ostatních lidí.
5. *Potřeba seberealizace* – je potřebou uskutečňovat své záměry, uplatňovat své schopnosti, realizovat se a být tím, kým sám být chce a být v tom dobrý. (42)

Přes to, že nižší potřeby jsou životně důležité, vyšší potřeby a jejich uspokojování charakterizují člověka samotného. Také zjistil, že jedinci, kteří dokáží uspokojovat své základní potřeby bývají šťastnější, výkonnější a zdravější než ti, kteří tyto potřeby nenaplnují. (42)

1.7. Změna potřeb v nemoci

Je-li narušeno zdraví jedince, jsou porušeny nejen biologické funkce, ale také sociální role člověka. Nejprve si tedy definujme, co je zdraví, dle Světové zdravotnické organizace⁴: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci, nebo vady (infirmité).*“ (BÁRTLOVÁ, 2005, str. 21) Nemoc vzniká narušením zdraví, z jedince se stává pacient a každá taková změna má své patofyziologické, fyziologické, sociální a psychologické hledisko. Nemoc pro člověka znamená vždy vytržení z komfortní zóny, změnu prostředí, sociální situace, a tedy i změnu potřeb, či se vyskytnou

4 Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) vznikla v roce 1948 a sídlí v Ženevě ve Švýcarsku.

potřeby zcela nové. Potřeby pacienta v nemoci jsou dány především charakterem nemoci a sociálními podmínkami, ve kterých jedinec žije. Bártlová dělí potřeby nemocných to skupin:

1. *Potřeby, které se nemocí nemění* – jsou potřeby, které jsou stejné u zdravého i nemocného jedince. Jedná se o potřeby jako spánek, dýchání, odpočinek, výživa, pohodlí, vyprazdňování, bezpečí apod. Pacient může během nemoci pociťovat některé potřeby intenzivněji, nebo změnit jejich priority. Během hospitalizace pomáhá nemocnému s plněním těchto potřeb sestra, nebo jiný zdravotnický pracovník.
2. *Potřeby, které se nemocí modifikovaly* – je nejsložitější skupina potřeb. Jsou ovlivněny samotným onemocněním, jeho závažností, druhem, fází atd. Významnými faktory jsou pohlaví, věk, zaměstnání, společenské faktory apod. Tyto potřeby jsou ovlivňovány vlastnostmi každého člověka. Sociální potřeby jedince se během nemoci nejprve redukuje a během uzdravování se postupně navracejí. Ne vždy se však vrátí úplně, pokud se nevrátí do stavu před nemocí, může se objevit deformace potřeb dřívějších. Nejčastěji jsou ovlivněny potřeby jako potřeba aktivity, která se během nemoci soustředí na boj s nemocí. Zde je velmi důležitá aktivní spolupráce nemocného, rehabilitace, komunikace a informovanost. Díky tomu má pacient ideální podmínky k postupné a přiměřené aktivizaci, díky které pacient vidí pokroky a je pozitivně motivován v cestě k soběstačnosti, zlepšují se jeho sociální vztahy s okolím a jeho pozornost je odváděna od problémů. Další potřebou je informovanost, kdy pacient potřebuje informace nejen o své nemoci, jejích příčinách a způsobech léčby, ale také například informace o režimu pobytu v nemocnici, či dostatek informací z domova. Dostatečná informovanost přispívá k pacientovu klidu a lepší spolupráci v léčebném procesu. Patří sem i potřeba sociálních vztahů a styků, které tvoří u hospitalizovaného pacienta převážně vztahy se zdravotnickým personálem. Je potřeba podporovat komunikaci pacienta s jeho okolím, tak, aby přijal roli pacienta a aktivně

se podílel na procesu léčby. Patří sem i potřeba uspokojování kulturních potřeb, kam patří na příklad estetika prostředí jako barevné ladění pokojů, výzdoba, nábytek atd. Kulturní potřeby pacientů záleží na fázi onemocnění, je důležité je uspokojovat, je to jeden z prostředků, jak zabránit negativnímu smýšlení pacienta, či přehnanému sebepozorování.

3. *Potřeby, které nemocí vznikly* – tyto potřeby se odvíjí od typu onemocnění, charakteru a osobnosti pacienta, průběhu a vážnosti nemoci, důležitá je také informovanost o nemoci a předchozí zkušenosti s nemocí, či hospitalizací. Každé onemocnění a jeho charakter vyvolává nové potřeby, a to především potřebu navrácení zdraví, zmírnění, nebo odstranění bolesti a potřeba udržení, či znovuzískání svých funkcí, případně příprava na funkce nové. (19, 41)

2. Etické principy

Etika je nauka či věda o morálce, která zkoumá, co je dobré a co je zlé. Ještě do nedávna byla etika součástí filosofie. Jako samostatná vědní disciplína se osamostatnila až ve 20. století. S vědeckým a technickým rozvojem v medicíně postupně vyvstávají čím dál složitější etické otázky, kterými je třeba se zabývat, a proto se etika stala součástí výuky i na lékařských fakultách. Lékařská etika zaznamenala výrazný rozvoj v mnoha zemích po druhé světové válce, kdy se začal rozvíjet také obor bioetika. Z bioetiky a lékařské etiky vychází i obor ošetrovatelské etiky, která se vyučuje na zdravotnických školách a je podstatně mladší než lékařská etika. Lékařské i ošetrovatelské etice je nadřazena bioetika, která se navíc zabývá výzkumem. (21, 23)

2.1. Principy lékařské etiky

Etika doprovázela medicínu vždy jako její součást, samostatným předmětem se stala až na počátku 20. století. Etický přístup k pacientovi je zakořeněn už v Hippokratově přísaze, která byla po dlouhá staletí základem lékařské etiky. Tato přísaha obsahuje dva základní etické principy, kterými se řídíme dodnes, a to princip *dobřečinění* a *nepoškození*. Hippokrates je proto považován zakladatele lékařské etiky. Tyto etické principy popsali a přidali další dva američtí autoři Beauchamp T.L. a Childress J.F. Ve své knize o lékařské etice je označili jako principy prvního řádu. Jsou základem lékařské i ošetrovatelské etiky. Autoři definovali ještě principy druhého řádu popisující tzv. etiku všedního dne. (14, 17, 23)

2.1.1. Etické principy prvního řádu

1. *Princip nepoškození (nonmaleficence)* – zakazuje poškození, ublížení či dokonce usmrcení pacienta. Mimo lékařských a ošetrovatelských výkonů sem spadá také ochrana osobních a intimních údajů, či ochrana informací o pacientech. Poškození pacienta lékařem se odborně nazývá *Iatropatogeneze*, poškození pacienta zdravotní sestrou se nazývá *Sorrorigenie*. Pacient může být poškozen psychicky, nebo somaticky. Častější je psychické poškození způsobené nevhodným chováním. Dále odlišujeme, zda bylo poškození neúmyslné, či úmyslné.
2. *Princip dobřečinění (beneficence)* – znamená, že vše, co činíme, děláme ve prospěch pacienta. Je vlastně součástí principu nepoškození, ve smyslu předcházení poškození. Patří sem i zvažování terapeutických a diagnostických výkonů, jejichž rizika by neměla převyšovat nad očekávaným prospěchem. Součástí tohoto principu je také podpora duševní a tělesné pohody nemocného a pomoc při realizaci jeho cílů.
3. *Princip respektu k autonomii* – znamená respekt k nezávislosti a právu na sebeurčení každého pacienta, které vyplývají z obecných práv a svobod. Respekt k autonomii vyjadřuje právo pacienta na svůj názor, výběr v

rozhodování dle vlastních přání, preferencí a plánů. Pokud pacientovo přání není v rozporu se zákonem, musí k němu být přihlédnuto během léčebných i diagnostických výkonů. I právo na autonomii má své hranice, musí respektovat meze zákona, stejně jako práva a povinnosti jak pacienta, tak lékaře.

4. *Princip spravedlnosti (justice)* – předpokládá, že každý jedinec má nárok na spravedlivou zdravotnickou péči, v souvislosti s rozdělováním prostředků, služeb, odbornosti či zátěže. Problémem je, že nelze poskytnout každému jedinci kdykoliv a kdekoliv péči, která je v souladu s nejnovějšími znalostmi techniky a vědy. Důvodem je problematika rozdělení zdrojů, demografická, ekonomická a etická otázka. Je třeba respektovat reálnou dostupnost, omezení zdrojů a reálnou (omezenou) spravedlnost. (14, 23, 36)

2.1.2. Etické principy druhého řádu

Pravdomlupnost – je závazkem k mluvení pravdy, nelhaní a nepodvádění, protože každý má právo na pravdu. Zdravotníci i lékaři mají povinnost říkat pravdu, vyjadřují tím respekt k pacientům, budují jejich důvěru, která má vliv na účinnost léčby. Zvláštní kapitolou při oznamování pravdy jsou případy sdělování diagnózy u nevléčitelně nemocných pacientů, označujeme ji pravdou na nemocničním lůžku.

Věrnost, poctivost – znamená dostát svým závazkům. Každý obecně očekává, že smluvní sliby a závazky se plní a neporušují se bez závažného důvodu. Tento princip obsahuje i povinnost mlčenlivosti, její porušení je akceptovatelné pouze v případech závažného ohrožení třetí osoby, jakým mohou být nakažlivé choroby, či zneužívání dítěte. Avšak i takové situace mají svá pravidla a postupy. Důležitým aspektem tohoto principu je, aby každý lékař i zdravotník dokázal zvážit jakým slibům a závazkům je schopen dostát a pouze takové dával.

Důvěryhodnost – tento princip je propojen se všemi předchozími. Podmínkou důvěryhodnosti je pravdomlupnost, věrnost daným závazkům a vstřícné chování k pacientovi. Pro budování důvěry pacienta je kromě vstřícnosti důležitá i

komunikace od které se očekává srozumitelné a hodnověrné informace, či taktnost.

Mlčenlivost – je princip, který jsou povinni zachovávat všichni lékaři, zdravotníci, nezdravotničtí pracovníci i praktikující studenti. Tato povinnost se týká jak zdravotního stavu pacienta, tak informací, které nám pacient sdělil. Nejstarším a nejzažitéjším pojmem je lékařské tajemství, které vyplývá z Hippokratovy přísahy a je po staletí etickou normou. Právní normou je povinná mlčenlivost stanovená zákonem o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., který říká: ... „*Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.*“ (ČESKO, 2011, zákon č. 372/2011 Sb, hlava III, část pátá, § 51, odstavec 1) Mlčenlivost se týká i sdělování informací mezi zdravotníky, mlčenlivost je třeba dodržovat i mezi zdravotníky, kteří se nepodílejí na léčbě. Dále je nutné brát na zřetel, že informace, které pacient důvěrně sdělí jednomu zdravotníkovi, by jinému nesvěřil. Povinná mlčenlivost trvá i v případě změny zaměstnání, odchodu do důchodu, nebo smrti pacienta. Existují však podmínky, za kterých je možné povinnou mlčenlivost porušit, a to:

- souhlas samotného pacienta
- v záležitosti s oznamovací povinností (hlášení na matriku, pojišťovnu, správu sociálního zabezpečení apod.)
- v případech trestního řízení, které jsou stanoveny právními předpisy. (30, 36)

Závazným dokumentem je pro lékaře *Etický kodex české lékařské komory*, který v § 1, prvním odstavci říká: ... „*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.*“ (ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2007, § 1, str. 1) (15)

2.2. Bioetika

Tento termín se objevil v druhé polovině dvacátého století. Zabývá se zkoumáním etických problémů v medicíně a ve výzkumu, a to zejména v oborech farmacie, biofyziky, chemie a biologie. Impulzem pro vznik samostatného oboru bioetiky byla zjištění, jakým zruďným způsobem byly prováděny biomedicínské pokusy na lidech nacistickými lékaři, kteří svým pacientům odřírali základní lidská práva i důstojnost. Cílem bioetiky je zaručit práva a etické zacházení lidem na kterých je prováděn biomedicínský výzkum a zároveň umožnit rozvoj vědeckého bádání. Tato práva zaručuje mezinárodní smlouva Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. (16, 31)

Bioetikou se zabývají mnozí autoři, nejznámější bioetické principy sepsali již zmiňovaní Beauchamp a Childress jejichž etické principy prvního řádu (viz kap. 2.1.1.) jsou obecně uznávanými principy bioetiky. Autoři sestavili tyto principy tak, aby byly všeobecně použitelné a platné, aplikovatelné v jakémkoliv kulturním prostředí. (11, 14, 16, 31)

2.3. Cíle ošřřovatelské etiky

Ošřřovatelská etika vychází z bioetiky a lékařské etiky viz kapitoly 2.1. a 2.2., ale vymezuje se svým specifickým zaměřením na činnosti profesionální sesterské a ošřřovatelské péče. Ošřřovatelská etika zkoumá morální aspekty ošřřovatelské praxe jako jsou:

2.3.1. Předměty etiky v ošřřovatelství

- Postoje a vztahy ošřřovatelského personálu k pacientovi/klientovi, které jsou vyjadřovány etickým chováním, slovním, verbální, neverbální a dotykovou komunikací.
- Interpersonálními vztahy na pracovišti, a to jak vztahy sester mezi sebou, tak vztahy sester k lékařům a ostatním kolegům. (12, 21)

2.3.2. Úlohy ošetrovatelské etiky

- Zkoumání kvality vzájemných vztahů a postojů mezi ošetrovatelským personálem a pacientem/klientem a vymezit požadované interpersonální vztahy.
- Sestavovat odpovědnost a povinnosti ošetrovatelského personálu a vymezit mravní normy tohoto oboru.
- Zkoumat mezilidské vztahy na pracovišti a stanovit, co je korektní.
- Zkoumat eticky složité situace a hledat řešení či postoj k nim tak, aby bylo dosaženo etických hodnot. (12, 21)

2.3.3. Cíle ošetrovatelské etiky

- Humanizace interpersonálních vztahů mezi pacientem a sestrou, ošetrovatelským personálem a rodinou pacienta, sestrou a lékařem či mezi ošetrovatelským personálem vzájemně.
- Orientovat své jednání a chování během výkonů tak, abychom dokázali pochopit pacienta v jeho tíživé situaci a v rámci možností mu pomohli.
- Snažit se vhodným způsobem o uspokojení potřeb pacienta/klienta, jako jsou např. psychické, terapeutické, duchovní, sociální či kulturní. Podpořit pacienta/klienta v nalezení smyslu svého života v nově nastalé situaci. (12, 21)

Rámcem pro etické chování sestry je Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester⁵, který už v úvodu říká: „*Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Potřeba ošetrovatelské péče je univerzální. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu. Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí,*

5 Mezinárodní rada sester (ICN – International Council of Nurses) byla založena roku 1899 a sídlí v Ženevě ve Švýcarsku.

postížení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak výše uvedené charakteristiky pacienta/klienta respektuje.“ (ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012, str. 1) Tento kodex byl přijat Prezidentem ČAS a Etickou komisí roku 2003. Má čtyři články, ve kterých se zabývá etickým chováním sester a jeho normami. Tyto články vymezují etické chování v oblastech: *Sestry a spoluobčan, Sestry a ošetrovatelská praxe, Sestry a profese, Sestry a spolupracovníci.* (ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2012, str. 1, 2) (32)

3. Role sestry

Mluvíme-li o roli sestry, nejlépe ji charakterizuje Virginia Henderson: ... *„Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci, pokud možno, co nejrychleji pomůže získat nezávislost.*“ (HENDERSON, 1995, str. 3) (25)

Role sestry prošla během historie složitým vývojem. Díky vědeckým a technologickým poznatkům se začala v polovině 19. století ubírat směrem jakým ji známe dnes. Byla to dlouhá cesta ovlivňovaná mnoha faktory a teoriemi, z nichž některé jsou aktuální dodnes. Jednou z charakteristik, které přetrvávají dodnes, je na příklad od Virginie Henderson, která píše: ... *„Zatímco základní ošetrovatelskou péčí lze odvodit od lidských potřeb, u všech služeb sociální péče se tak děje rovněž. Analýza péče, kterou může sestra řádně zavést, se proto musí zakládat na definici její funkce, která je přijatelná pro všechny zúčastněné. ... Sestra byla nazvána „profesionální matkou“. Stejně jako matka, která reaguje na potřeby svého dítěte, musí sestra často vykonávat úkoly, které jsou jí zcela cizí.*“ (HENDERSON, 1995, str. 2) Role sestry se však mění stále, je spjata jak s

vyššími požadavky na spektrum dovedností a znalostí na základě vývoje medicíny, tak i se sociálními faktory, které stále více souvisí a doprovází nemoc i zdraví jedinců i skupin. Vzory chování platí pro sestru stejně jako pro lékaře, a to: „*funkční specificita, univerzalizmus, kolektivní orientace a emocionální neutralita.*“ (BÁRTLOVÁ, 2005, str. 135) Profese sestry zahrnuje několik společensko-profesních rolí, na které mají vliv na příklad nové vědecké a technologické poznatky, změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nebo zdravotní stav obyvatelstva. Specifické pro sestru jsou podle Kutnohorské zvláště tyto role:

- *sestra ošetřovatelka* – poskytuje základní ošetřovatelskou péči.
- *sestra komunikátorka* – komunikuje s pacientem, s rodinou pacienta, spojuje komunikaci lékaře s pacientem, komunikuje se všemi zainteresovanými spolupracovníky.
- *sestra edukátorka* – učí pacienty a jejich rodiny, jak upevňovat zdraví, předcházet jeho poruchám, prevenci, předcházení komplikacím, rozvoji soběstačnosti, při nácviu nových činností souvisejícími se změnou zdravotního stavu atd. Poskytuje pacientům a jejich rodinám nové vědomosti, postoje, či motivace potřebné pro zkvalitnění života v nově nastalé situaci.
- *sestra poradkyně* – dokáže pomoci pacientovi, a to i v situaci, kdy prožívá složitou životní etapu způsobenou onemocněním.
- *sestra obhájkyň pacienta/klienta* – vysvětluje, či obhajuje práva pacienta, také se stává jeho mluvčí v případě, kdy toho není sám schopen, protože má prostor pacienta během ošetřovatelského procesu poznat.
- *sestra manažerka* – umí řídit ošetřovatelský proces tak, aby byla organizace práce efektivní a koordinovaná, což je přínosem jak pro pacienta, tak pro celý tým, se kterým spolupracuje.
- *sestra jako výzkumný pracovník* – sestra nejen hledá a využívá nové poznatky pro svou profesi, ale též vede, nebo se podílí na rozvojových projektech, dále také spolupracuje při vytváření nových standardů péče atd. (10, 19, 20, 21, 22, 25)

Jarošová uvádí, že zdravotník musí být především poctivý sám k sobě, aby mohl být poctivý a citlivý v péči o pacienty: *„Zdravotník musí být autentický. Nesmí se skrývat za profesionální postoje a předstírat emoce. Autentičnost znamená, že s nemocným hovoří i o svých pocitech nejistoty a úzkosti, čímž ho povzbudí, aby se odhodlal hovořit i on sám o svých obavách, starostech a potřebách.“* (JAROŠOVÁ, 2000, str. 101) (12)

4. Role pacienta

Haškovcová charakterizuje jedince, jehož dosavadní role se mění v roli pacienta, slovy: *„Pacient je trpící člověk, který má obavy a strach, a který přichází do zdravotnického zařízení proto, že hledá pomoc. První člověk, se kterým se zpravidla setká, je zdravotní sestra, která jeho důvěru nejen nesmí zklamat, nýbrž od počátku pacientova setkávání se zdravotníky udržovat a rozvíjet.“* (HAŠKOVCOVÁ, 2000, str. 5) (23)

Ani role pacienta není jednotná a univerzální. Také ona se během historie vyvíjela, stejně jako přístup zdravotníků k pacientům, tento vývoj od sebe nelze oddělit. Významné změny pro pacienty nastávají počátkem 20. století, kdy se začal více otevírat aspekt psychických a sociálních otázek. Stát se „úředně“ pacientem má své sociální následky, ovlivní to nejčastěji rodinu, zaměstnavatele, kolegy i ostatní sociální vazby. Proto se tento fenomén nazývá „rolí pacienta“. (10, 12, 24)

Je zřejmé, že role pacienta v ambulantní péči se zásadně liší od role pacienta hospitalizovaného. Jak ve své knize uvádí Plevová, z vlastní vůle přichází do nemocnice minimum pacientů, 98 % je do nemocnice odesláno ošetřujícím či odborným lékařem. Hospitalizací je jedinec postaven mimo svou komfortní zónu a je nucen osvojit si novou roli, roli pacienta, což má za následek

ztrátu více či méně svých civilních rolí. Ve spojení se strachem o své zdraví se dostává do stresu a distresu. (10, 12, 20)

Jarošová a Bártlová dělí pacienty a jedince, kteří přicházejí do styku se zdravotníky do těchto skupin:

1. **Nemocní, kteří jsou hospitalizováni** – jsou v roli pacienta v nejexponovanější podobě. Řadí sem i nemocné v **domácím ošetření**, kterým zůstávají i některé z rolí, jež měli před nemocí (např. rodičovské role).
2. **Nemocní práce schopní** – jedinci, jež během léčby vykonávají zaměstnání, zachovávají si tedy všechny, nebo většinu svých civilních rolí a kontaktů.
3. **Relativně zdraví** – jsou poměrně velkou skupinou pacientů, kteří svou roli přijímají, nepotřebují ošetření, ale konzultují svůj zdravotní stav s lékařem.
4. **Lidé podílející se na prevenci** – tito nepřijímají roli pacienta. Patří do skupiny lidí, kteří přicházejí na pravidelné preventivní, nebo jednorázové prohlídky.
5. **Problematické osoby** – jsou osoby, které sice spadají do role pacienta, avšak neuznávají povinnost předcházet nemocem. Patří sem na příklad onemocnění na základě závislosti (návyková).
6. Do zvláštní skupiny patří **těhotné ženy, rodičky a novorozenci**, kteří plní roli pacienta, a i přesto, že nemusí trpět nemocí, potřebují stálou péči lékařů a zdravotníků. (12, 19)

V roli pacienta se poukazuje na tyto tři aspekty:

- a. **Otázky zavinění změněného stavu** – běžně nebývá pacient obviňovaný za svou nemoc.
- b. **Otázky odpovědnosti** – obvykle je pacient následkem uznání nemoci osvobozen od některých aktivit či funkcí, které běžně vykonával. Bere na sebe však novou zodpovědnost, kterou před tím neměl.

c. *Očekávání* – znamená očekávání aktivity pacienta, aby se zlepšil jeho zdravotní stav. (10, 24)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. Harmonogram výzkumné práce

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila během čtvrtého semestru, kdy jsem vypracovala první verzi dotazníku. Dotazník jsem v průběhu pátého a šestého semestru upravila do finální verze. Výzkum formou dotazníků začal v dubnu 2021 a během května byl hotov. Distribuce samotná díky nepříznivé situaci s pandemií COVID-19 neprobíhala osobně podle mého původního plánu, ale dotazník byl poslán v elektronické verzi hlavní sestře, která jej vytiskla a následně distribuovala na určená oddělení. Během první poloviny května mi byly vyplněné dotazníky poslány poštou. Poté jsem zpracovávala výsledky a na přelomu července a srpna jsem teoretickou a praktickou část dokončila.

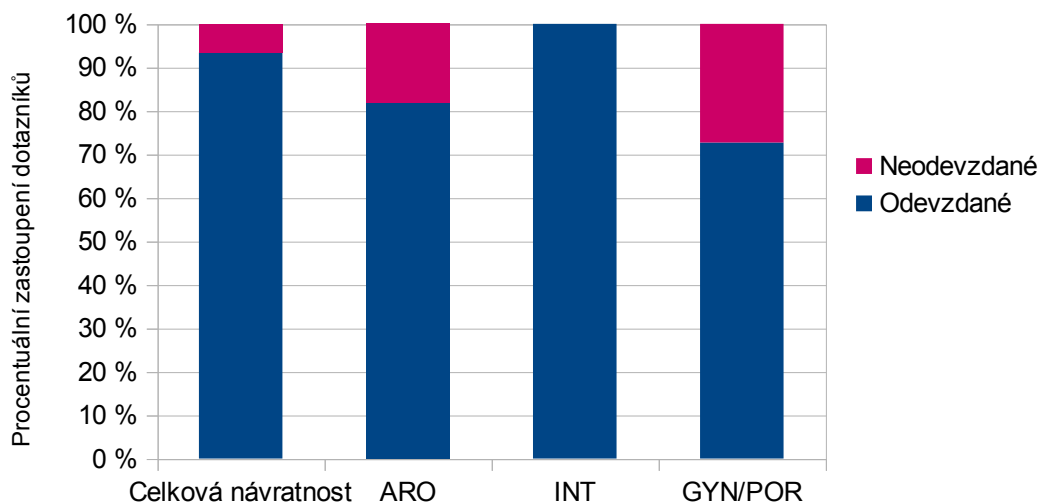
5.1. Distribuce dotazníků, sběr dat a analýza

Výzkum probíhal v Nemocnici Rychnov nad Kněžnou, která je součástí Oblastní nemocnice Náchod a. s., na třech odděleních, a to lůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační (dále jen ARO), interní lůžkové oddělení (dále jen INT) a lůžkové oddělení gynekologie (dále GYN/POR). Celkem bylo distribuováno 66 dotazníků, tedy 22 dotazníků na každé oddělení. Dotazníky byly distribuovány koncem měsíce dubna a v první polovině května byl výzkum hotový. Vyplněné dotazníky mi byly odeslány poštou.

Z celkově rozdaných 66 dotazníků se mi vrátilo 56 vyplněných dotazníků, což je 85 % odevzdaných dotazníků. Z oddělení ARO se vrátilo 18 dotazníků, z oddělení INT, jako z jediného, všech 22 dotazníků a z oddělení GYN/POR 16 dotazníků. Převáděno na procenta, celkově se zúčastnilo 94 % respondentů, na oddělení ARO se zúčastnilo 82 % respondentů, z oddělení INT 100 % respondentů a z oddělení GYN/POR 73 % respondentů.

Graf návratnosti dotazníků

Graf č. 1



5.2. Výběr respondentů

Místem pro můj výzkum se stala Nemocnice Rychnov nad Kněžnou, která je od roku 2013 součástí Oblastní nemocnice Náchod a. s. Zvolila jsem si oddělení, na kterých jsem během svých školních praxí poznala jejich chod a spektrum pacientů. Vybrala jsem si lůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační (dále jen ARO), interní lůžkové oddělení (dále jen INT) a lůžkové oddělení gynekologie (dále GYN/POR). Na každé oddělení jsem distribuovala 22 dotazníků, respondenty šetření byli sestry (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti/praktické sestry atd.) a sanitáři. Účast respondentů byla dobrovolná a anonymní, nebyla nijak omezena délkou praxe, vzděláním, pozicí či věkem.

5.3. Spektrum pacientů

Pro svůj výzkum jsem si záměrně vybrala odlišná oddělení s různým spektrem pacientů, důvodem jejich hospitalizace a potřebou ošetrovatelské péče.

5.3.1. Lůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační

Jednotky intenzivní medicíny/péče se zabývají péčí o pacienty, kterým hrozí nebo již probíhá selhání jednoho, či více orgánů. Dále o pacienty, u nichž hrozí bezprostřední riziko selhání jedné nebo více životních funkcí a ty, u kterých k takovému selhání už došlo. Podle potřeby rozsahu intenzivní péče rozlišujeme tři stupně. (26)

- I. Stupeň – nižší – intermediální jednotky. Pacienti jsou kontinuálně monitorováni, vyžadují zvýšenou péči sester, možnost přístrojové podpory a okamžité resuscitace.
- II. Stupeň – vyšší – jednotky intenzivní péče. Patří sem pacienti, kteří potřebují kontinuální monitorování fyziologických funkcí, a to i cestou invazivní. Dále zvýšenou péči sester, či přístrojovou podporu z důvodu selhání životní funkce, jako na příklad umělou plicní ventilaci.
- III. Stupeň – nejvyšší – ARO, urgentní příjem. Je poskytována pacientům v kritickém stavu po selhání více orgánových funkcí. Na oddělení je stále přítomen lékař – specialista intenzivní medicíny a kvůli náročnosti ošetrovatelské péče bývá poměr sester a pacientů 1:1. Dále je přítomen personál zajišťující fyzioterapeutickou a nutriční péči. (26, 27)

Pacienti na intenzivních jednotkách potřebují intenzivní péči. Z důvodu, že jsou pacienti napojeni na monitory, přístroje podpory životních funkcí, mají zajištěné invazivní, či neinvazivní vstupy, je manipulace s nimi komplikovaná a náročná a zajištění soukromí, intimity a důstojnosti při poskytování péče nebo přípravě k výkonům, je o to složitější. Dle Kapounové „*k nejčastějším potřebám pacienta na intenzivní péči patří dýchání, výživa, vyprazdňování, soběstačnost, psychická vyrovnanost.*“ (KAPOUNOVÁ, 2020, str. 21) Zejména v těchto aspektech je tedy potřeba myslet na zachování pacientova soukromí, intimity a důstojnosti, a v takovém duchu podporovat jeho soběstačnost a současně naplňovat jeho potřeby. (26)

5.3.2. Interní lůžkové oddělení

Na interním oddělení se léčí pacienti s nemocemi vnitřních orgánů, u nichž léčba probíhá většinou konzervativně, bez nutnosti chirurgického zákroku. Do podborů interního lékařství patří kardiologie, pneumologie, revmatologie, hematologie, endokrinologie, gastroenterologie, nefrologie, diabetologie a hepatologie. Svým založením jsou zde hospitalizováni převážně pacienti vyššího věku, tudíž je nezbytné během ošetrovatelské péče přihlížet k jejich specifickým potřebám. Ošetrovatelská péče na interním oddělení je náročná, hospitalizovaní jsou často dlouhodobě chronicky nemocní pacienti vyššího věku, což pro ošetřující personál znamená značnou fyzickou i psychickou náročnost. Takovým pacientům je nezbytné zajistit komplexně základní ošetrovatelskou péči jako je zajištění sebeobsluhy, polohování, péče o inkontinentní pacienty atd. Sestry navíc zajišťují náročnou odbornou činnost. (28)

Pro interní oddělení jsou kromě běžné ošetrovatelské péče charakteristické úkony:

- Diagnostické – představují odběr biologického materiálu, přípravu pacienta na vyšetření, edukaci před i po vyšetření atd.
- Terapeutické – spočívají v podávání léků dle indikace lékaře, základní rehabilitační úkony, dopomoc při sebeobsluze, polohování atd.
- Preventivní – obsahuje výchovně vzdělávací činnosti, nácvik nových dovedností (např. při aplikaci tromboembolik pro domácí použití jako prevenci tromboembolické nemoci), výživové poradenství atd.
- Administrativní – zahrnují zaznamenávání informací do ošetrovatelské dokumentace a dekurzu, objednání nemocných na vyšetření, vypisování žádanek, zakládání výsledků atd. (28)

5.3.3. Lůžkové oddělení gynekologie

Ošetrovatelská péče v oboru gynekologie a porodnictví se zabývá péčí o ženy od dětství až do stáří. Je to péče v oborech péče o ženu, rodičku a neděлку,

péče o ženu, onkologická gynekologie, dětská gynekologie, urogynekologie a senologie. Do tohoto oboru spadá:

- „*Gynekologie – lékařský obor zabývající se péčí o ženu, zaměřený na diagnostiku, léčbu a prevenci onemocnění ženských pohlavních orgánů.*“ (SLEZÁKOVÁ, 2017, str. 9)
- „*Porodnictví – lékařský obor zabývající se fyziologií a patologií těhotenství, porodu a šestinedělí.*“ (SLEZÁKOVÁ, 2017, str. 9) (13)

Pacientky na lůžkovém oddělení jsou hospitalizovány pro operační i konzervativní léčbu, onemocnění gynekologických orgánů. Dále ženy vyžadující speciální péči v období gravidity, a to v období před porodem, během porodu a v období poporodním. Péče na tomto oddělení je specifická hlavně tím, že jsou zde hospitalizované pouze ženy. Často se zde léčí ženy, které jsou ohrožené na životě, ať už z důvodu onkologického onemocnění, náhlé příhody, nebo rizikového těhotenství. U těhotných může být ohrožen i život dítěte. Tyto situace jsou pro pacientky velmi stresující, když si k tomu přičteme hormonální změny, nebo strach o dítě, znamená to i zvýšenou psychickou a fyzickou zátěž ošetřujícího personálu. (13)

Obor gynekologicko-porodnického ošetřovatelství se zaměřuje na:

- uspokojení bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb žen
- preventivně-léčebnou a následnou ošetřovatelskou péči
- motivace v otázkách léčebného režimu, ošetřovatelské péče a podpory a ochrany zdraví
- edukace a podpora zdraví a postojů k němu
- monitorování požadavků v ženském ošetřovatelství
- sledování a používání výsledků výzkumů v gynekologii a porodnictví (13)

5.4. Cíle výzkumu

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda ošetřující personál respektuje soukromí a intimitu pacientů a zachovává jejich důstojnost. Svými otázkami jsem se snažila jednak zjistit, zda má personál dostatek pomůcek a prostoru k poskytování ošetřovatelské péče, zda projevuje zájem o toto téma v praxi, a také co by personál potřeboval, aby se situace zlepšila, pokud jim v péči o pacienty něco chybí.

5.4.1. Cíle práce

1. Zjistit, zda ošetřovatelský personál hovoří s pacienty o jejich potřebách v oblastech soukromí, intimity a důstojnosti.
2. Zjistit, zda z pohledu ošetřovatelského personálu mají pacienti potřebu mluvit o této problematice.
3. Zjistit, zda má ošetřovatelský personál dostatek pomůcek a prostoru pro vykonávání péče zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost a jaké pomůcky nejvíc používá.
4. Zjistit, zda ošetřovatelský personál používá pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.
5. Zjistit, zda má ošetřovatelský personál dostatek času pro vykonávání péče, při které jsou schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů.
6. Zjistit, které úkony vnímá ošetřovatelský personál jako problematické pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.
7. Zjistit, zda ošetřovatelský personál vidí rozdíl mezi potřebami v soukromí a intimitě mezi ženami a muži.

5.4.2. Hypotézy výzkumu

1. Předpokládám, že ošetřovatelský personál s pacienty o jejich potřebách soukromí, intimity a důstojnosti většinou hovoří.
2. Předpokládám, že z pohledu ošetřovatelského personálu pacienti o svých potřebách soukromí, intimity a důstojnosti spíše nemají potřebu hovořit.

3. Předpokládám, že ošetrovatelský personál má dostatek pomůcek pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti, a že nejvíc používá pomůcky pro předělení prostoru (paravány, závěsy, zástěny apod.) a zakrývání intimních částí pacienta.
4. Předpokládám, že ošetrovatelský personál bude většinou využívat pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.
5. Předpokládám, že ošetrovatelský personál většinou bude mít dostatek času pro vykonávání péče, při které je schopen zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů.
6. Předpokládám, že ošetrovatelský personál uvede jako úkony, při kterých hrozí narušení soukromí, intimity a důstojnosti hygienickou péči, vyprazdňování a zavádění permanentního močového katetru. Zároveň předpokládám, že na každém oddělení se objeví další zcela specifické úkony.
7. Předpokládám, že ošetrovatelský personál uvede, že potřebu zachování soukromí a intimity mají ženy vyšší než muži.

6. Metodika výzkumu

6.1. Kvantitativní výzkum

Pro výzkum jsem použila kvantitativní metodu sběru dat. Vytvořila jsem anonymní dotazník, který obsahuje celkem 13 otázek, z toho 10 uzavřených s nabídnutými možnostmi pro odpověď a možností poznámky, kde mohou respondenti vyjádřit své zkušenosti či postřehy k problematice dané otázky. Mimo otázky č. 2, kde je kromě předepsaných odpovědí možné napsat odpověď do bodu „jiné“, respondenti volí jednu z odpovědí, která nejvíce odpovídá jejich zkušenostem. Zbylé 3 otázky jsou otevřené, kde respondent vyjádří svou odpověď

písemně. Pro zjednodušení orientace mezi respondenty a zároveň zachování anonymity jsem v úvodu dotazníku požádala účastníky o označení oddělení (ARO, INT, GYN/POR), pracovní pozice (sestra, sanitář) a pohlaví (muž, žena).

7. Vyhodnocení a interpretace dat

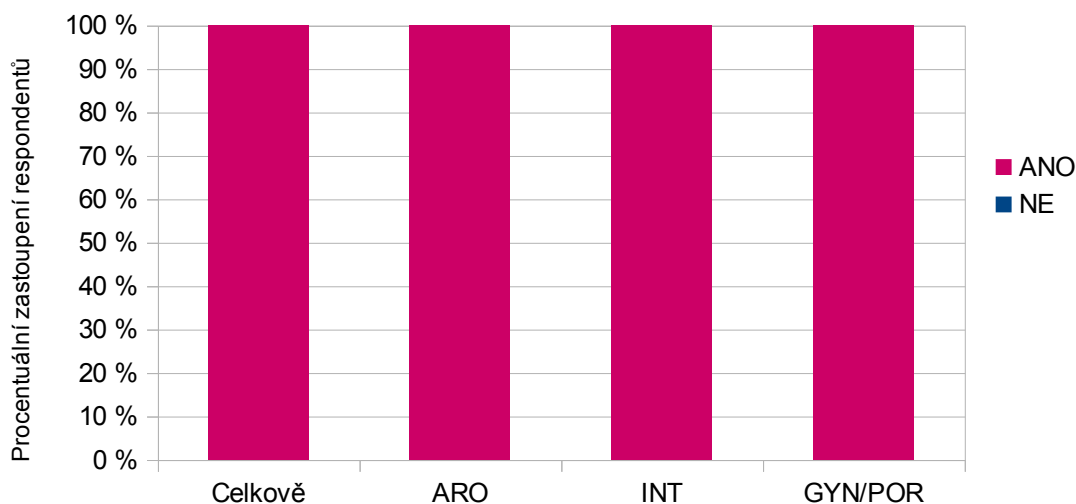
V následujícím textu zpracuji otázky z dotazníku a doplním je tabulkami a grafy.

7.1. Otázka číslo 1

První otázka dotazníku zněla: „*Učil/a jste se během Vašeho kvalifikačního vzdělávání (všeobecná sestra, zdravotnický asistent/praktická sestra, sanitář) o zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano* a *ne*. Cílem bylo zjistit, zda se respondenti během svého vzdělávání pro ošetrovatelský obor setkali s těmito pojmy a v problematice se vzdělávali. Výsledek je znázorněn v procentech v grafu č. 2.

Otázka č. 1

Graf č. 2



Z dotazníkovém šetření vyplynulo, že napříč všemi odděleními, se s problematikou intimity a soukromí v pregraduální přípravě setkalo 100 % respondentů.

7.2. Otázka číslo 2

Druhá otázka dotazníku zněla: „*Uveďte jednu věc, která měla největší vliv na Vaše porozumění pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta.*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *profesní vzor; praxe; zpětná vazba od pacientů; vlastní zkušenost v roli pacienta; když byla poskytována péče mému příbuznému, přítelkyni/příteli; mé vzdělání; jiné.* Zajímalo mě, co nebo kdo měl na ošetřující personál největší vliv, a tudíž i motivaci věnovat pozornost a čas zachování soukromí a intimity pacientů.

V odpovědích na tuto otázku se napříč všemi odděleními stávalo, že respondenti označili více odpovědí. Celkem 12 respondentů, tedy 8 %, označilo dvě a více odpovědí. Dotazníky jsem nevyřadila z důvodu, že by se významně snížil počet respondentů.

Tabulka č. 1 – odpovědi respondentů na otázku č. 2

Odpovědi respondentů na otázku č. 2				
	ARO	INT	GYN/POR	CELKEM
a) Profesní vzor	5	2	1	8
b) Praxe	8	6	13	27
c) Zpětná vazba od pacientů	0	4	3	7
d) Vlastní zkušenost v roli pacienta	1	12	5	18
e) Když byla poskytována péče mému příbuznému, přítelkyni/příteli	1	2	2	5
f) Mé vzdělání	3	2	2	7
g) Jiné	3	0	0	3

Do kolonky *jiné* se vyjádřili 3 respondenti z oddělení ARO, jejichž odpovědi jsou: „*osobní postoj k danému tématu*“ a 2x „*empatie*“. Nejvíce ovlivnila respondenty vlastní praxe, a to ve 27 případech napříč všemi odděleními.

Na oddělení GYN/POR ovlivnila praxe 13 respondentů a na oddělení ARO 8 respondentů. Na oddělení INT respondenty nejvíce ovlivnila vlastní zkušenost v roli pacienta, a to ve 12 případech.

7.3. Otázka číslo 3

Otázka číslo tři zněla: „*Mluvíte s pacienty o soukromí, intimitě a důstojnosti?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano, vždy; většinou ano; většinou ne; ne*. Cílem bylo zjistit, zda ošetrovatelský personál mluví s pacienty o jejich potřebách v oblasti soukromí, intimity a zachování důstojnosti během ošetrovatelské péče.

Nejčastější odpovědi respondentů z oddělení ARO bylo, že s pacienty o zachování soukromí a intimity většinou nemluví, a to v 50 %, druhá nejčastější odpověď byla většinou ano, a to ve 39 %, odpověď ne zvolilo 11 % respondentů. K otázce se písemně vyjádřili 2 respondenti a to: „*Pacienti jsou často v umělém spánku*“ „*Jak kdo a jak kdy*“. Z těchto poznámek a charakteristiky oddělení lze předpokládat, že pacienti jsou často ve stavu, kdy není možné se s nimi o potřebách soukromí, intimity a důstojnosti bavit.

Na oddělení INT bylo nejčastější odpovědi respondentů, že se s pacienty o zachování soukromí, intimity a důstojnosti většinou baví, a to v 59 %, druhou a poslední uvedenou odpovědi respondentů bylo, že se s pacienty o tomto tématu většinou nebaví, a to v 41 %.

Nejvíce respondentů z oddělení GYN/POR se vyjádřilo, že s pacienty o intimitě a soukromí většinou nemluví, a to ve 44 %. Druhá nejčastější odpověď byla většinou ano, a to v 31 %. Obě krajní odpovědi, tedy ano i ne zvolili 2 respondenti, což je 12,5 %.

Tabulka č. 2 – odpovědi respondentů na otázku č. 3

Odpovědi respondentů na otázku č. 3					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	0	0	2	2	4

b) Většinou ano	7	13	5	25	44,5
c) Většinou ne	9	9	7	25	44,5
d) Ne	2	0	2	4	7

Z uvedených odpovědí vyplývá, že nejčastějšími odpověďmi bylo *většinou ano* a *většinou ne*, takto odpovědělo napříč všemi odděleními na obě otázky shodně 25 respondentů, což je 44,5 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo *ne*, takto odpověděli celkem 4 respondenti, což je 7 % a odpověď *ano* uvedli 2 respondenti, což jsou 4 %.

7.4. Otázka číslo 4

Čtvrtá otázka dotazníku zněla: „*Mají pacienti potřebu o soukromí, intimitě a důstojnosti mluvit/ptát se?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano*, *vždy*; *většinou ano*; *většinou ne*; *ne*. Cílem této otázky bylo zjistit, zda pacienti samotní mají potřebu mluvit s ošetrovatelským personálem o zachování svého soukromí, intimity a důstojnosti.

Nejčastější odpovědí respondentů na oddělení ARO bylo, že pacienti nemají potřebu mluvit o zachování svého soukromí, intimity a důstojnosti, a to v 55,5 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo *ne*, ve 28 %, odpověď *většinou ano* uvedlo 11 % respondentů a 1 respondent, tedy 5,5 %, nevolil žádnou z možností, ale vyjádřil se do poznámky slovy: „*jak kdy*“. Možnost poznámky využil ještě jeden respondent, který se vyjádřil takto: „*Pacienti jsou často v umělém spánku*“. I zde lze předpokládat, že pacienti často nemají potřebu o zachování svého soukromí, intimity a důstojnosti potřebu mluvit z důvodu vážného stavu, ve kterém se nacházejí, nebo ani mluvit nemohou.

Respondenti z oddělení INT uvedli, že pacienti o zachování svého soukromí, intimity a důstojnosti *většinou* mají potřebu hovořit, a to v 55 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že pacienti *většinou* nemají potřebu o tomto tématu s ošetrovatelským personálem mluvit, a to v 36 %. Nejméně zmiňovaná byla možnost *ano*, kterou uvedlo 9 % respondentů.

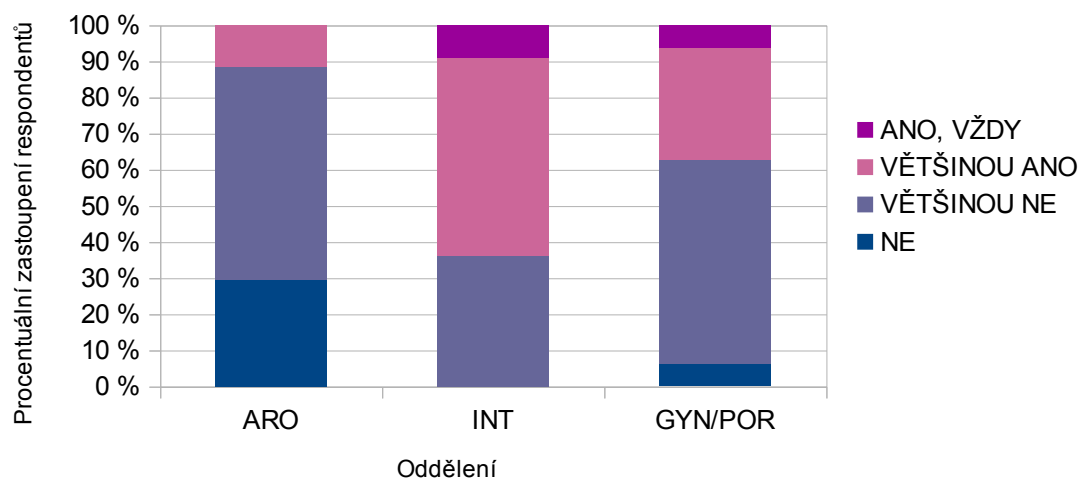
Na oddělení GYN/POR respondenti uvedli, v 56,25 %, že pacientky o zachování jejich soukromí, intimity a důstojnosti většinou nemají potřebu mluvit, a to v 56,25 %. Druhá nejčastější odpověď byla, že pacientky většinou mají potřebu o tomto tématu hovořit, tu zvolilo 31,25 % respondentů a shodně obě krajní odpovědi uvedlo 6,25 % respondentů.

Tabulka č. 3 – odpovědi respondentů na otázku č. 4

Odpovědi respondentů na otázku č. 4					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	0	2	1	3	5
b) Většinou ano	2	12	5	19	34
c) Většinou ne	10	8	9	27	48
d) Ne	5	0	1	6	11
Bez odpovědi	1	0	0	1	2

Otázka č. 4

Graf č. 3



Z uvedených dat vyplývá, že nejčastější odpovědí byla odpověď *většinou ne*, kterou uvedlo celkově napříč všemi odděleními 27 respondentů, to znamená 48 %, druhou nejčastější odpovědí bylo *většinou ano*, takto odpovědělo 19

respondentů, což je 34 %, třetí nejčastější odpovědí bylo *ne*, a to v 6 případech, což je 11 % a odpověď *ano* uvedli 3 respondenti, což je 5 % respondentů.

7.5. Otázka číslo 5

Otázka dotazníku číslo pět zněla: „*Používáte během hygienických, či jinak odhalujících úkonů pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta (paravany, zástěny, zakrývání částí těla, zavřené dveře atd.)?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano, vždy; většinou ano; většinou ne; ne*. Cílem této otázky bylo zjistit, zda ošetrovatelský personál využívá během úkonů, které by mohly ohrozit soukromí, intimitu či důstojnost pacientů, všechny prostředky, které k tomu má k dispozici.

Nejčastější odpovědí respondentů z oddělení ARO bylo, že vždy využívají pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta, které mají k dispozici, a to v 67 %. Druhou a poslední odpovědí, kterou respondenti volili, byla většinou ano, tedy ve 33 %. Jeden respondent využil možnosti vyjádřit se do poznámky, uvedl: „*Pokud jsou potřeba*“

Respondenti z oddělení INT nejčastěji uváděli, že pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta, které mají k dispozici používají většinou, a to 59 %. Druhou a též poslední odpovědí bylo ano, vždy, kterou uvedlo 41 % respondentů.

Nejčastější odpovědí respondentů z oddělení GYN/POR bylo, že pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta, které mají k dispozici používají většinou, tedy v 56 %. Druhou, i zde poslední odpovědí bylo, že tyto pomůcky používají vždy, a to ve 44 %.

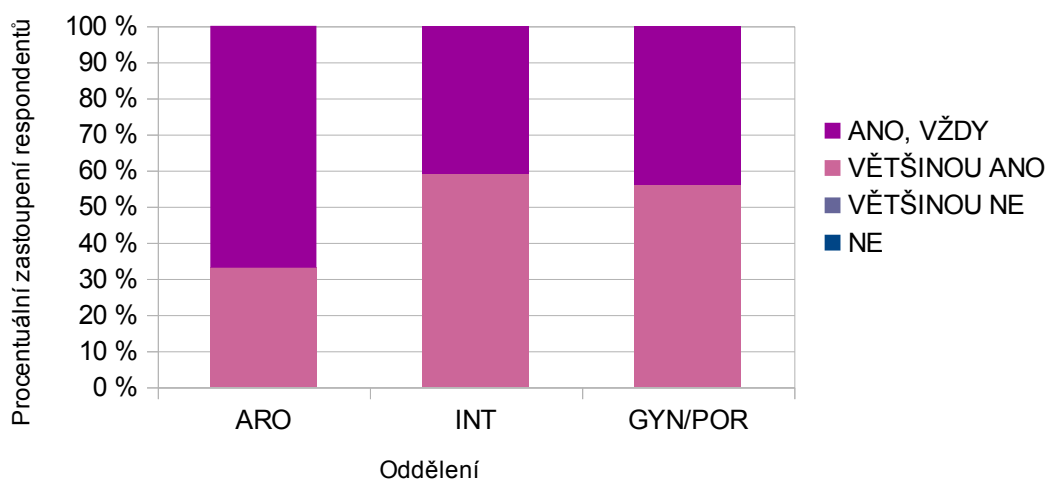
Tabulka č. 4 – odpovědi respondentů na otázku č. 5

Odpovědi respondentů na otázku č. 5					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	12	9	7	28	50
b) Většinou ano	6	13	9	28	50

c) Většinou ne	0	0	0	0	0
d) Ne	0	0	0	0	0

Otázka č. 5

Graf č. 4



Na tuto otázku zvolilo 28 respondentů odpověď *ano, vždy*, tedy 50 %, stejně tak zvolilo 28 respondentů odpověď *většinou ano*, také 50%

7.6. Otázka číslo 6

Šestá otázka dotazníku zněla: „*Máte dostatek pomůcek/prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano* a *ne*. Cílem bylo zjistit, zda mají respondenti dostatek pomůcek a prostoru, aby byli schopni zachovat intimitu, soukromí a důstojnost při péči o pacienty.

Z oddělení ARO uvedlo 94 % respondentů, že mají dostatek pomůcek a prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů během ošetrovatelské péče. Odpověď *ne* uvedlo 6 % respondentů.

Respondenti z oddělení INT uvedli, v 55 %, že mají dostatek pomůcek a prostoru k zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů během

ošetřovatelské péče. Odpověď, že nemají dostatek pomůcek, uvedlo 45 % respondentů.

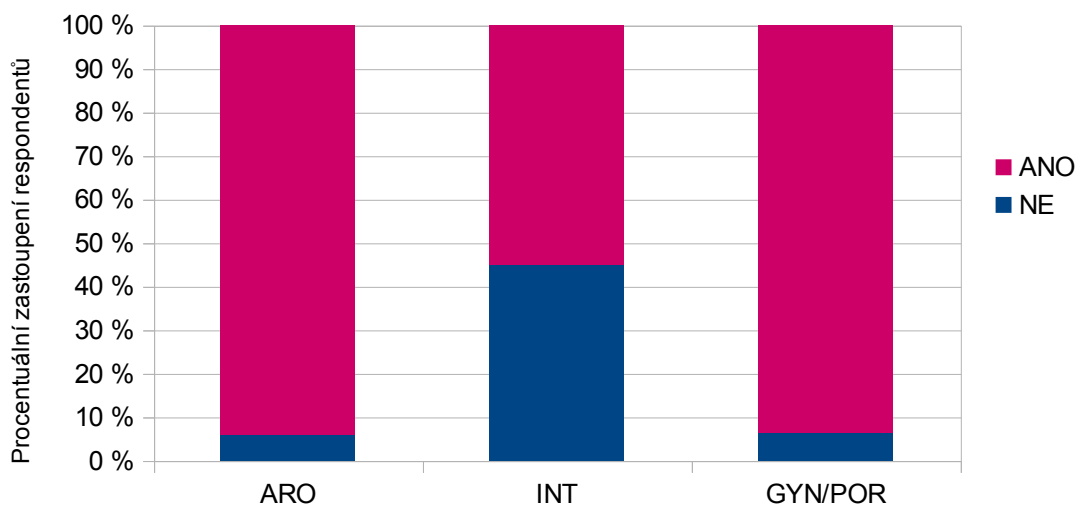
Na oddělení GYN/POR uvedlo 88 % respondentů, že mají dostatek pomůcek a prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientek během ošetřovatelské péče. Odpověď ne uvedlo 6 % respondentů a jeden respondent, tedy 6 % neoznačil odpověď, ale napsal do poznámky „nelze posoudit“.

Tabulka č. 5 – odpovědi respondentů na otázku č. 6

Odpovědi respondentů na otázku č. 6					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano	17	12	14	43	77
b) Ne	1	10	1	12	21
Bez odpovědi	0	0	1	1	2

Otázka č. 6

Graf č. 5



Z uvedených odpovědí vyplývá, že napříč všemi odděleními uvedlo odpověď *ano* 43 respondentů, což znamená 77 %, odpověď *ne* uvedlo 12

respondentů, tedy 21 % a jeden respondent se vyjádřil slovní odpovědí „nelze posoudit“ což představuje 2 %.

7.7. Otázka číslo 7

Sedmá otázka dotazníku zněla: „Které pomůcky ve Vašem pracovním prostředí Vám pomáhají udržet, podporovat a provádět péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost?“ Tato otázka je otevřená a respondenti uváděli své odpovědi podle vlastního uvážení a názoru. Nejčastějšími odpověďmi napříč všemi odděleními byly „paravány, zástěny, závěsy a plenty“. Tyto pojmy jsem se rozhodla dát do jednoho bodu, protože plní stejnou funkci pro předělení prostoru, a ne vždy se používá zcela přesné názvosloví. Druhou nejčastější odpovědí bylo „zakrývání částí těla“, jen na oddělení GYN/POR byla před zakrýváním částí těla odpověď „oddělené pokoje/porodní boxy“. Další odpovědi už se svou pozicí lišily, ale většina se jich opakovala (např. „ohleduplný empatický personál, zavřené dveře“) a některé byly specifické pro dané oddělení (např. „oddělené porodní boxy“).

Tabulka č. 6 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 7

Odpovědi respondentů z oddělení ARO	
Paraván, zástěna, plenta, závěs	17
Zakrývání částí těla	9
Oblečení/anděl	2
Župan při chůzi	1
Ohleduplný personál	1
Bez odpovědi	1

Tabulka č. 7 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 7

Odpovědi respondentů z oddělení INT	
Paraván, zástěna, plenta, závěs	21
Zakrývání částí těla	6
Zavřené dveře	4
Empatický přístup a podpora pacientů	2

Oddělené WC od pokoje pacienta	1
Mnoho lidí kolem	1

Tabulka č. 8 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 7

Odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR	
Paraván, zástěna, plenta, závěs	12
Oddělené porodní boxy	4
Oddělené pokoje/místnosti	3
Zakrývání částí těla	3
Zavřené dveře	3
Ohleduplný a empatický personál	1
Nadstandardní pokoje	1
Co nejméně lidí u porodu	1

Z uvedených odpovědí vyplývá, že na všech odděleních ošetrovatelský personál používá pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti veskrze stejné pomůcky. Nejčastěji jsou to pomůcky na předělení prostoru a pomůcky, kterými zakrývají části těla pacienta během péče tak, aby zachovali jeho soukromí, intimitu a důstojnost. Specifické odpovědi uvedli respondenti z oddělení GYN/POR, a to „*oddělené pokoje/místnosti, oddělené porodní boxy, co nejméně lidí u porodu.*“

7.8. Otázka číslo 8

Osmá otázka dotazníku zněla: „*Prosím, popište postupy/úkony, které při poskytování péče pacientům vedou ke ztrátě soukromí, intimity či důstojnosti, nebo které by k jejich ztrátě mohly vést.*“ Tato otázka je otevřená a respondenti se k ní vyjadřovali písemně podle vlastních zkušeností v ošetrovatelské praxi.

Nejčastější odpovědí na oddělení ARO a INT byla „*hygiena*“, tedy hygienická péče o pacienty, na oddělení GYN/POR byla tato odpověď na druhém místě, zde respondenti nejčastěji uváděli „*nezavírání dveří.*“

Druhou nejčastější odpovědí respondentů z oddělení ARO bylo „*fyzikální vyšetřování*“, u respondentů z INT „*mobilní toalety/vyprazdňování*“.

Třetí nejčastější odpovědi respondentů z oddělení ARO bylo „cévkování PMK“, čili zavádění permanentního močového katetru, na oddělení INT „vyprazdňování/mobilní toalety“ a na oddělení GYN/POR byly na třetím místě shodně tři odpovědi, a to „nezakrývání částí těla, vyšetřování na pokoji s více pacientkami, cévkování na pokoji“, tedy zavádění permanentního močového katetru.

Tabulka č. 9 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 8

Odpovědi respondentů z oddělení ARO	
Hygieny	9
Fyzikální vyšetřování	5
Vyprazdňování/toaleta v lůžku	4
Zavádění permanentního močového katetru	3
Převazy	2
Nezakrývání částí těla	2
Otevřené dveře	1
Vizity	1
Polohování	1
Nevhodné komentáře nad odhaleným tělem	1
Akutní příjem	1
Bezohlednost zdravotníků	1
Nejsou závěsy	1
Převlékání	1
Zajišťování vstupů atd.	1
Bez odpovědi	3

Tabulka č. 10 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 8

Odpovědi respondentů z oddělení INT	
Hygiena	12
Mobilní toalety/vyprazdňování	8
Zavádění permanentního močového katetru	6
Převozy na vyšetření	4
Připoutání na lůžko/Ztráta soběstačnosti	4

Vizita	1
Otevřené dveře	1
Nezakryté genitálie	1
Elektrokardiografické vyšetření u žen	1
Převoz do koupelny	1
Převlékání	1
Péče o mrtvé tělo	1
Nepoužívání paravánů	1
Vyšetřování	1
Odběry na okultní krvácení	1
Bez odpovědi	2

Tabulka č. 11 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 8

Odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR	
Nezavírání dveří	11
Hygiena	3
Nezakrývání částí těla	2
Cévkování na pokoji	2
Vyšetřování na pokoji s více pacienty	2
Nepoužívání zástěn	1
Společná koupelna	1
Vcházení bez klepání	1
Sdělování informací na chodbě, nebo před jinými pacienty	1
Kojení	1
Péče o prsa	1
Porod	1
Odběry, např. K+C pochva	1
Víc pacientek na pokoji	1
Gynekologické vyšetření	1
Pooperační péče	1
Bez odpovědi	2

Z uvedených odpovědí shodně vyplývá, že podle zkušeností respondentů je soukromí, intimita a důstojnost pacientů nejvíce ohrožena při hygienické péči, vyprazdňování imobilních pacientů, fyzikálním vyšetřování, nezakrýváním částí těla a nezavíráním dveří při těchto i jiných úkonech (např. převazy, vizity, převlékání), či sdělování informací. Specifické pro oddělení ARO byly odpovědi „akutní příjem“ či „nejsou závěsy“ čímž jsou myšleny závěsy, které by oddělovaly pacienty v halovém systému. Na oddělení INT byly specifické „připoutání na lůžko/ztráta soběstačnosti, odběry na okulní krvácení.“ Zcela specifické byly odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR, a to „kojení, péče o prsa, porod, gynekologické vyšetření, odběry na příklad K+C pochva.“

7.9. Otázka číslo 9

Devátá otázka dotazníku zněla: „*Máte dostatek času se věnovat zachování soukromí, intimity a důstojné péči o Vaše pacienty během každodenních rutinních činností?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano, vždy; většinou ano; většinou ne; ne.* Cílem této otázky bylo zjistit, zda má ošetrovatelský personál během vykonávání své práce dostatek času na takovou péči, při které dokáže maximálně využít svých znalostí a pomůcek pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.

Nejčastější odpovědí respondentů z oddělení ARO bylo, že na péči o pacienty, při které se jim daří zachovat soukromí, intimitu a důstojnost, čas většinou mají, a to v 56 %. Druhou nejčastější a poslední odpovědí bylo, že mají vždy dostatek času, a to ve 44 %.

Nejčastější odpovědí respondentů na oddělení INT bylo, že většinou mají dostatek času na péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost pacientů, a to v 59 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že na takovou péči většinou dostatek času nemají, a to ve 27 %. Třetí a poslední odpovědí bylo, že mají vždy dostatek času na takovou péči, a to ve 14 %.

Na oddělení GYN/POR bylo nejčastější odpovědí respondentů, že na péči, při které jsou schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientek,

většinou mají dost času, a to v 69 %. Druhou nejčastější a poslední odpovědí bylo, že na takovou péči mají dostatek času vždy, a to v 31 %.

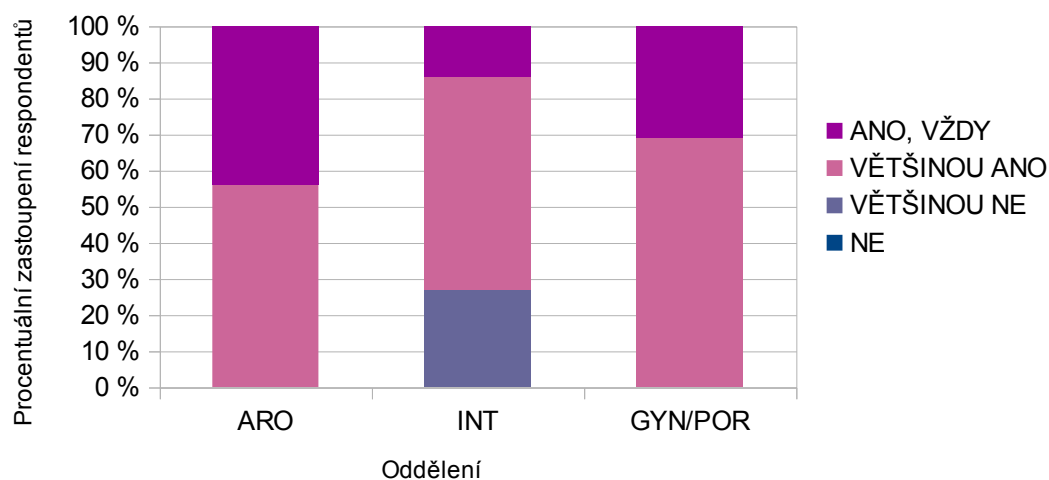
Možnost vyjádřit se do kolonky poznámka využili dva respondenti z oddělení ARO: „*Pokud to stav dovoluje*“, „*Musí být čas na tyto potřeby!*“

Tabulka č. 12 – odpovědi respondentů na otázku č. 9

Odpovědi respondentů na otázku č. 9					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	8	3	5	16	28
b) Většinou ano	10	13	11	34	61
c) Většinou ne	0	6	0	6	11
d) Ne	0	0	0	0	0

Otázka č. 9

Graf č. 6



Nejčastější odpovědí napříč všemi odděleními byla *většinou ano*, tedy že respondenti mají dostatek času na péči, při které jsou schopni zachovat maximum soukromí intimity a důstojnosti pacientů, a to v 61 %. Na druhém místě byla odpověď *ano, vždy* a to v 28 %. Nejméně zmiňovanou byla odpověď *většinou ne*,

kteřou respondenti uvedli v 11 %. Odpověď *ne*, se na žádném z oddělení neobjevila.

7.10. Otázka číslo 10

Desátá otázka dotazníku zněla: „*Vidíte rozdíl v potřebě soukromí a intimity mezi ženami a muži?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano, vždy; většinou ano; většinou ne; ne*. Cílem této otázky bylo zjistit, jestli ošetrovatelský personál vnímá ze zkušeností ze své praxe rozdíl mezi potřebou soukromí a intimity mezi muži a ženami. Tuto otázku jsem nechala i v dotaznících pro oddělení GYN/POR, předpokládala jsem, že se respondenti během své praxe nebo studia setkali i s mužskými pacienty a budou mít pro takové porovnání zkušenosti.

Na oddělení ARO bylo nejčastější odpovědí respondentů, že rozdíl v potřebách soukromí a intimity mezi ženskými a mužskými pacienty nevidí, a to ve 44 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že rozdíl v potřebách soukromí a intimity mezi ženskými a mužskými pacienty většinou vidí, a to ve 28 %. Třetí nejčastější odpovědí respondentů bylo, že tyto rozdíly většinou nevidí, a to ve 22 %. Poslední a nejméně zmiňovanou odpovědí bylo *ano, vždy*, a to v 6 %.

Na oddělení INT respondenti nejčastěji odpovídali, že rozdíl v potřebách soukromí a intimity mezi ženskými a mužskými pacienty většinou vidí, a to v 64 %. Druhou a poslední nejčastější odpovědí bylo *ano, vždy* a *ne*, které respondenti uvedli shodně v 18 %.

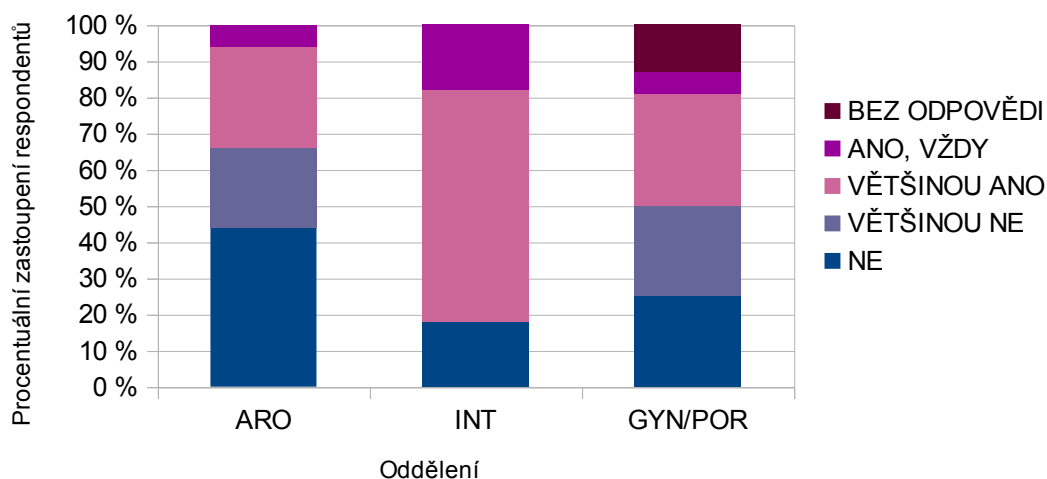
Nejčastější odpovědí na oddělení GYN/POR bylo, že respondenti většinou vidí rozdíly v potřebách intimity a soukromí mezi ženskými a mužskými pacienty, a to v 31 %. Druhou nejčastější odpovědí byl shodně většinou *ne* a *ne*, a to ve 25 %. Nejméně respondenti zmiňovali odpověď *ano*, a to v 6 %. K této odpovědi se nevyjádřilo 13 % respondentů, dotazníky jsem nevyřadila z důvodu, že by se významně snížil jejich počet.

Tabulka č. 13 – odpovědi respondentů na otázku č. 10

Odpovědi respondentů na otázku č. 10					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	1	4	1	6	11
b) Většinou ano	5	14	5	24	43
c) Většinou ne	4	0	4	8	14
d) Ne	8	4	4	16	28,5
Bez odpovědi	0	0	2	2	3,5

Otázka č. 10

Graf č. 7



Celkově nejčastější byla odpověď *většinou ano*, na které se shodli oddělení INT a GYN/POR, celkově tedy ve 43 %. Druhou nejčastěji zmiňovanou byla odpověď *ne*, a to ve 28,5 %, která byla současně nejzmiňovanější na oddělení ARO. Třetí nejčastější byla odpověď *většinou ne*, a to ve 14 %. Nejméně zmiňovanou byla odpověď *ano vždy*, kterou respondenti uvedli v 11 %. Možnost písemně se vyjádřit využili dva respondenti z oddělení GYN/POR: „*pracuji pouze se ženami*“, „*nelze posoudit.*“

7.11. Otázka číslo 11

Jedenáctá otázka dotazníku zněla: „*Pokud jste odpověděli v předchozí otázce jinak než d), upřesněte, kdo má z Vaší zkušenosti větší potřebu soukromí a intimity.*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ženy*, nebo *muži*. Cílem bylo zjistit, zda mají z pohledu respondentů větší potřebu intimity a soukromí ženy nebo muži. Tato otázka souvisela s předchozí desátou otázkou a měli na ni odpovídat pouze respondenti, kteří u desáté otázky zvolili jinou možnost než *d) ne*. U této otázky se stávalo, že odpovídali i respondenti, kteří v předchozí desáté otázce zvolili odpověď *d) ne*, nebo naopak na ni neodpověděli respondenti, kteří odpovědět měli. Dotazníky jsem nevyřadila z důvodu, že by se významně snížil jejich počet.

Nejvíce respondentů z oddělení ARO odpovědělo, že z jejich pohledu mají větší potřebu soukromí a intimity *ženy*, a to v 33 %. Odpověď *muži* zvolilo 5,5 %. K otázce se nevyjádřilo 22 % respondentů.

Na oddělení INT odpovědělo 100 % respondentů, že z jejich zkušenosti mají větší potřebu soukromí a intimity *ženy*.

Nejvíce respondentů na oddělení GYN/POR uvedlo, že z jejich zkušenosti mají větší potřebu soukromí a intimity *ženy*, a to v 69 %. K otázce se nevyjádřilo 13 % respondentů.

Tabulka č. 14 – odpovědi respondentů na otázku č. 11

Odpovědi respondentů na otázku č. 11					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ženy	6	18	11	35	63
b) Muži	1	0	0	1	2
Bez odpovědi	4	0	2	6	11

U této otázky se všechna oddělení shodla, že větší potřebu soukromí a intimity mají *ženy*, a to v 63 %. Možnost *muži* zvolila 2 % respondentů a k otázce se nevyjádřilo 11 % respondentů. V souvislosti s předchozí desátou otázkou

odpovědělo správně na oddělení ARO 78 % respondentů, z oddělení INT 73 % respondentů a z oddělení GYN/POR 69 % respondentů.

Možnost vyjádřit se písemně k otázce využilo na oddělení ARO 5 respondentů: „*oba stejnou*“, „*soukromí je stejné, ať je to žena, nebo muž*“, „*nedokáži zhodnotit, pacienti jsou individuální*“, „*jsem muž, objektivně tedy soudím*“ (tento respondent uvedl v odpovědi možnosti *ženy*).

Na oddělení INT se respondenti písemně k otázce vyjádřili takto: „*a mladí chlapci*“, „*z mých dosavadních zkušeností bývají stydlivější, mají určité komplexy, stydí se za určité části, ale v případě mladých dospívajících je tomu u obou pohlaví stejně (chlapci jsou dokonce možná stydlivější)*“ (oba respondenti uvedli ve své odpovědi *ženy*).

Na oddělení GYN/POR využil možnost písemného vyjádření jeden respondent, a to: „*nelze posoudit.*“

7.12. Otázka číslo 12

Dvanáctá otázka dotazníku zněla: „*Zaklepete před vstupem na pokoj?*“ Respondenti měli na výběr z odpovědí: *ano, vždy; většinou ano; většinou ne; ne*. Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti před vstupem do pokoje pacientů zaklepu, čímž prokazují respekt k osobnímu prostoru pacientů.

Nejčastější odpovědí respondentů na oddělení ARO bylo, že vždy zaklepu před vstupem do pokoje a to v 61 %. Druhou nejčastější a poslední odpovědí bylo, že před vstupem na pokoj nezaklepu, a to ve 22 %. K této otázce se nevyjádřilo 17 % respondentů.

Na oddělení INT bylo nejčastější odpovědí respondentů, že před vstupem na pokoj většinou zaklepu, a to v 73 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že vždy zaklepu před vstupem na pokoj, a to v 18 %. Třetí a poslední odpovědí respondentů bylo, že většinou nezaklepu před vstupem na pokoj, a to v 9 %.

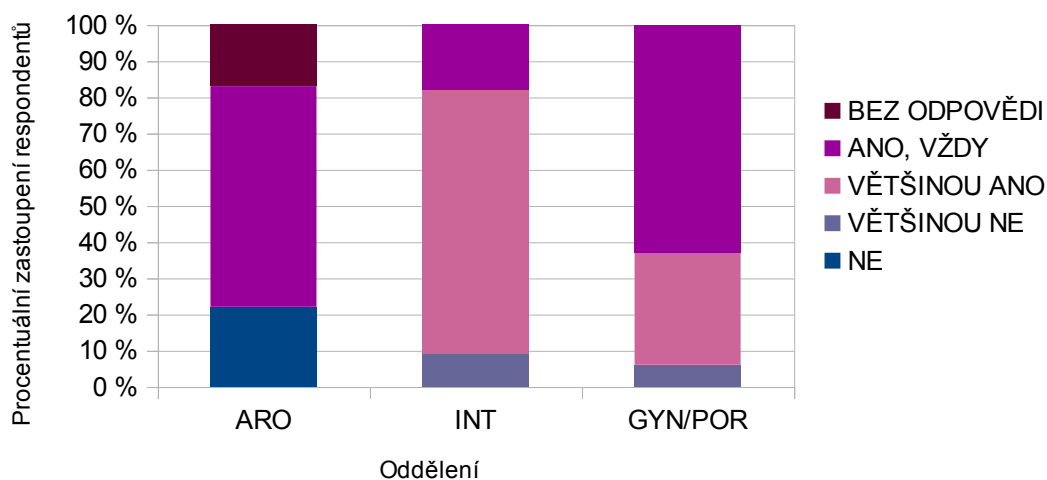
Nejčastější odpovědí respondentů na oddělení GYN/POR bylo, že vždy zaklepu před vstupem na pokoj, a to v 63 %. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že většinou zaklepu před vstupem do pokoje, a to v 31 %. Třetí a poslední odpovědí bylo, že většinou nezaklepu před vstupem na pokoj, a to v 6 %.

Tabulka č. 15 – odpovědi respondentů na otázku č. 12

Odpovědi respondentů na otázku č. 12					
	ARO	INT	GYN/POR	Absolutní četnosti	Relativní četnost %
a) Ano, vždy	11	4	10	25	45
b) Většinou ano	0	16	5	21	38
c) Většinou ne	0	2	1	3	5
d) Ne	4	0	0	4	7
Bez odpovědi	3	0	0	3	5

Otázka č. 12

Graf č. 8



Nejčastější odpovědi respondentů napříč všemi odděleními byla odpověď *ano, vždy*, a to ve 45 %, nejzmiňovanější byla na odděleních ARO a GYN/POR, na oddělení INT byla druhou nejčastější. Druhou nejčastější odpovědí byla *většinou ano*, kterou zvolilo 38 % respondentů. Třetí nejčastější odpověď byla *ne*, kterou uvedlo 7 % respondentů a nejméně zmiňovanou byla odpověď *většinou ne*, a to v 5 %, stejný počet respondentů se k otázce nevyjádřil.

K této otázce se písemně vyjádřilo devět respondentů z oddělení ARO slovy: „ARO nemá pokojů“, „pokud to nevyžaduje stav jinak“, „na ARO nemáme pokoj“, „na našem ODD. nemáme mezi lůžky dveře“, „na lůžkovém oddělení

ano! Na oddělení ARO nejsou pokoje.“, „na oddělení ARO nemáme pokojů.“ Tři respondenti odpověděli stejně: „nemáme pokoje.“ Odpověď, že na oddělení nemají oddělené pokoje uvedli všichni respondenti, kteří nezvolili žádnou z nabídnutých možností. Stejně jako většina respondentů, kteří zvolili možnost *ne*.

7.13. Otázka číslo 13

Třináctá otázka dotazníku zněla: „Uved'te návrh, jaké pomůcky/změny byste potřeboval-a ve Vašem pracovním prostředí, abyste mohl-a provádět péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost pacientů během hospitalizace ještě více efektivněji?“ Tato otázka je otevřená a respondenti se k ní vyjadřovali písemně podle vlastního názoru a zkušeností v ošetrovatelské praxi.

Respondenti na oddělení ARO nejčastěji odpovídali, že by ve svém pracovním prostředí potřebovali pro efektivnější péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost „boxy“ a druhou nejčastější odpovědí byly shodně „disciplína“, „pokoje po 1 pacientovi“, „paraván“, „nevím“ a „disciplína.“ K této otázce se nevyjádřilo 44 % respondentů.

Respondenti z oddělení INT nejčastěji odpovídali, že by ve svém pracovním prostředí pro efektivnější péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost potřebovali „více paravánů, zástěn, závěsů a plent.“ Druhou nejčastější odpovědí bylo „méně pacientů na pokoji.“ Jako třetí nejčastější byly shodně odpovědi „méně pacientů na pokoji“ a „dostatek času na hygienu.“

Na oddělení GYN/POR respondenti nejčastěji odpovídali, že by ve svém pracovním prostředí potřebovali pro efektivnější péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost „více paravánů a závěsný systém“. Druhou nejčastější odpovědí respondentů byly shodně odpovědi „více vyšetřoven“ a „větší pokoje/méně lůžek na pokoji.“

Tabulka č. 16 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 13

Odpovědi respondentů z oddělení ARO	
Boxy	5
Pokoj pro 1 pacienta	1
Paravan	1
Disciplína	1
Nevím	1
Bez odpovědi	8

Tabulka č. 17 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 13

Odpovědi respondentů z oddělení INT	
Více paravanů, zástěn, závěsů, plent	12
Méně pacientů na pokoji	3
Více jednolůžkových pokojů	2
Dostatek času na hygieny	2
Větší informovanost zdravotnického personálu + studentů konající praxi	1
Dostatek porozumění	1
Větší rozestupy mezi postelemi	1
Proškolení o důstojnosti u nižšího personálu (úklid)	1
Zavírání dveří u pokojů (provedeno)	1
Bez odpovědi	10

Tabulka č. 18 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 13

Odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR	
Více paravanů /závěsný systém	4
Více vyšetřoven	3
Větší pokoje/méně lůžek na pokoji	3
Samostatný oddělený pokoj pro rodičky na předporodní přípravě	1
Pokoje po 1 pacientce	1
Zavírání dveří na pokoje	1
Žádné	1
Bez odpovědi	6

Z odpovědí respondentů vyplývá, že by k péči o pacienty pro zachování soukromí, intimity a důstojnost potřebovali více pomůcek oddělujících prostor, tedy „paravany, závěsy, zástěny, plenty.“ Také se oddělení shodovala v potřebě

více „jednolůžkových pokojů“ a „méně lůžek na pokoji“, tedy více prostoru pro pacienty a péči o ně.

Specifická odpověď pro oddělení ARO byla „boxy“ z důvodu halového systému.

Na oddělení INT byly charakteristické odpovědi jako „dostatek porozumění“, „proškolení o důstojnosti u nižšího personálu (úklid)“ nebo „větší informovanost zdravotnického personálu + studentů konajících praxi.“

Pro oddělení GYN/POR byly specifické odpovědi „více vyšetřoven“ a „samostatný oddělený pokoj pro rodičky na předporodní přípravě.“

7.14. Analýza cílů a hypotéz

V této části se budu věnovat výzkumným cílům a potvrdím či vyvrátím hypotézy podle výsledků výzkumného šetření.

Cíl číslo 1: Zjistit, zda ošetrovatelský personál hovoří s pacienty o jejich potřebách v oblastech soukromí, intimity a důstojnosti.

K tomuto zjištění sloužila otázka číslo 3. Respondenti napříč všemi odděleními se u této otázky shodli na dvou odpovědích. Že s pacienty o zachování jejich soukromí, intimity a důstojnosti většinou hovoří, a to ve 44,5 % a většinou nehovoří, také ve 44,5 %.

Hypotéza číslo 1: Ošetrovatelský personál s pacienty o jejich potřebách soukromí, intimity a důstojnosti většinou hovoří.

Tato hypotéza se potvrdila částečně, jelikož stejné procento respondentů (44,5 %) uvedlo, že s pacienty na toto téma většinou nehovoří.

Cíl číslo 2: Zjistit, zda z pohledu ošetrovatelského personálu mají pacienti potřebu mluvit o této problematice.

K zodpovězení tohoto cíle sloužila otázka číslo 4. Respondenti napříč všemi odděleními nejčastěji odpovídali, že z jejich pohledu pacienti potřebu mluvit o soukromí, intimitě a důstojnosti většinou nemají, a to ve 48 %.

Hypotéza číslo 2: Z pohledu ošetrovatelského personálu pacienti o svých potřebách soukromí, intimity a důstojnosti spíše nemají potřebu hovořit (48 %).

Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila**.

Cíl číslo 3: Zjistit, zda má ošetrovatelský personál dostatek pomůcek a prostoru pro vykonávání péče zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost a jaké pomůcky nejvíc používá.

K zodpovězení tohoto cíle sloužily otázky číslo 6 a 7. Otázka číslo 7 je otevřená a respondenti na ní odpovídali podle svých zkušeností z praxe. Respondenti nejčastěji odpovídali, že mají dostatek pomůcek a prostoru pro vykonávání péče zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost, a to v 77 %. Jako nejpoužívanější pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti během péče o pacienty respondenti uvedli pomůcky pro předělení prostoru (paravany, zástěny, závěsy atd.) a to v 50 případech, tedy 89 %. Jako druhou nejpoužívanější pomůcku uvedli respondenti zakrývání částí těla, a to v 17 případech, tedy v 30 %.

Hypotéza číslo 3: Předpokládám, že ošetrovatelský personál má dostatek pomůcek pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti, a že nejvíc používá pomůcky pro předělení prostoru (paravany, závěsy, zástěny apod.) a zakrývání intimních částí pacienta.

Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila**.

Cíl číslo 4: Zjistit, zda ošetrovatelský personál používá pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.

K zodpovězení tohoto cíle sloužila otázka číslo 5. Respondenti napříč všemi odděleními se u této otázky shodli na dvou odpovědích, a to, že personál během péče o pacienty vždy používá pomůcky a postupy pro zachování soukromí,

intimity a důstojnosti pacientů, a to v 50 % a že tyto pomůcky většinou používají, také v 50 %.

Hypotéza číslo 4: Předpokládám, že ošetrovatelský personál bude většinou využívat pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.

Tato hypotéza se potvrdila částečně, jelikož stejné procento respondentů (50 %) uvedlo odpověď, že pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti používá vždy (50 %).

Cíl číslo 5: Zjistit, zda má ošetrovatelský personál dostatek času pro vykonávání péče, při které jsou schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů.

K zodpovězení tohoto cíle sloužila otázka číslo 9. Respondenti napříč všemi odděleními odpověděli, že na takovou péči, aby byli schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů většinou mají čas, a to v 61 %.

Hypotéza číslo 5: Předpokládám, že ošetrovatelský personál většinou bude mít dostatek času pro vykonávání péče, při které je schopen zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů.

Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila**.

Cíl číslo 6: Zjistit, které úkony vnímá ošetrovatelský personál jako problematické pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů.

K zodpovězení tohoto cíle sloužila otázka číslo 8, která je otevřená a respondenti na ní odpovídali podle svých zkušeností z praxe. Respondenti napříč všemi odděleními odpověděli, že úkony, které mohou vést ke ztrátě soukromí, intimity a důstojnosti jsou především hygienické úkony (43 %), otevřené dveře (23 %) a zavádění permanentního močového katetru (20 %).

Hypotéza číslo 6: Předpokládám, že ošetrovatelský personál uvede jako úkony, při kterých hrozí narušení soukromí, intimity a důstojnosti hygienickou péčí,

vyprazdňování a zavádění permanentního močového katetru. Zároveň předpokládám, že na každém oddělení se objeví další zcela specifické úkony.

Tato hypotéza se výzkumným šetřením potvrdila částečně, respondenti dle očekávání uvedli jako úkony ohrožující soukromí, intimitu a důstojnost hygienickou péči a zavádění permanentního močového katetru. Na místo očekávaného vyprazdňování (respondenti ho uvedli na čtvrtém místě) respondenti uvedli otevřené dveře. Druhá část hypotézy se potvrdila, pro respondenty z oddělení ARO byly specifické odpovědi „*fyzikální vyšetřování*“, „*zajišťování vstupů*“ či „*akutní příjem*.“ Charakteristickými postupy pro oddělení INT byly „*ztráta soběstačnosti*“, „*převoz do koupelny*“, „*péče o mrtvé tělo*“, a „*odběry na okultní krvácení*.“ Pro oddělení GYN/POR byly specifické „*péče o prsa*“, „*kojení*“, „*porod*“, „*gynekologické vyšetření*“ a „*odběry K+C pochva*.“

Cíl číslo 7: Zjistit, zda ošetrovatelský personál vidí rozdíl mezi potřebami v soukromí a intimitě mezi ženami a muži.

K zodpovězení tohoto cíle sloužily otázky číslo 10 a 11. Na otázku, zda respondenti vidí rozdíl mezi ženami a muži v potřebě soukromí a intimity odpovědělo 43 % respondentů, že většinou vidí rozdíl mezi potřebami žen a mužů.

Na otázku, zda mají z jejich zkušeností větší potřebu soukromí a intimity ženy či muži, odpovědělo 63 % respondentů, že ženy.

Hypotéza číslo 7: Předpokládám, že ošetrovatelský personál uvede, že potřebu zachování soukromí a intimity mají ženy vyšší než muži.

Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila**.

Diskuze

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala otázkou respektu k soukromí, intimitě a důstojnosti pacientů během hospitalizace z pohledu ošetřovatelského personálu. Cílem bylo zjistit, zda ošetřovatelský personál během péče dbá na soukromí, intimitu a důstojnost pacientů, ale také zda k tomu má prostředky a čas, nebo jestli o této problematice s pacienty mluví, které úkony považují za problematické, nebo zda vidí rozdíl mezi potřebami v těchto oblastech mezi ženami a muži. Sestavila jsem dotazník o třinácti otázkách a vytvořila sedm cílů a k těmto cílům sedm hypotéz.

Výzkumné šetření proběhlo formou kvantitativního výzkumu a zúčastnilo se ho celkem 56 respondentů. Respondenti šetření byli sestry (všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti/praktické sestry atd.) a sanitáři. Účast respondentů byla dobrovolná a anonymní, nebyla nijak omezena délkou praxe, vzděláním, pozicí či věkem. Výzkum probíhal na lůžkovém oddělení anesteziologicko-resuscitační, interním lůžkovém oddělení a lůžkovém oddělení gynekologie. Respondenti odpovídali na otázky mnou sestaveného dotazníku, který obsahoval 13 otázek, z toho 10 uzavřených s možností vyjádřit se do poznámky a 3 otevřené otázky, kde respondenti vyjadřovali odpověď písemně dle vlastních zkušeností a názorů. Ke stanoveným cílům a hypotézám se vztahovaly otázky číslo 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Ostatní otázky sice nemají souvislost s cíli a hypotézami, ale jejich výpovědní hodnotu považuji za důležitou.

V důsledku nedostatku literatury zabývající se zachováním soukromí, intimity a důstojnosti pacientů z pohledu ošetřovatelského personálu budu svou práci diskutovat s výsledky prací podobného typu. Budou to bakalářské práce Daniely Bellové *Zajištění intimity pacienta při převazu*, Evy Tarkové *Respektování intimity pacienta při poskytování ošetřovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných*, Evy Štouračové *Uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů na oddělení následné péče* a Jany Červenkové *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* Dále s

diplomovou prací Bc. Sylvy Ondráškové *Respektování intimity u pacientů v bezvědomí* a také zahraničními výzkumy.

V hypotéze číslo 1 jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál o zachování soukromí, intimity a důstojnosti s pacienty většinou hovoří. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Odpověď, že o této problematice ošetrovatelský personál s pacienty většinou hovoří uvedlo 44,5 % respondentů, stejné zastoupení 44,5 % získala i odpověď, že o této problematice respondenti s pacienty většinou nehovoří.

Musím přiznat, že mě překvapil nízký počet odpovědí *ano, vždy*, kterou zvolilo pouze 12,5 % respondentů z oddělení GYN/POR, a i přesto zde převážily odpovědi *většinou ne*, ve 44 %. Toto oddělení se soustředí na ženské pohlavní orgány a choulostivé období těhotenství a porodu, proto jsem čekala, že komunikace na tomto oddělení bude ze strany personálu více aktivní. Jako pozitivní výsledek hodnotím výsledek z oddělení INT, kde odpověď *většinou ano* zvítězila s převahou 59 %. Sice žádný z respondentů nezvolil odpověď *ano, vždy*, ale také se neobjevila odpověď *ne*. Za pozitivní považuji i výsledek z oddělení ARO, kde sice nejčastěji respondenti volili odpověď *většinou ne*, v 50 % ale vzhledem k vážnosti stavu pacientů a jejich časté intubaci považuji výsledek 39 % ve prospěch odpovědi *většinou ano* za dobrý.

Bellová (2014) se ve své práci ošetrovatelského personálu ptá v otázce číslo 17, zda se pacienta během převazu ptají, jestli mu není odhalení nepříjemné. Respondenti mají na výběr možnosti *ano, ne, někdy*. Nejčastěji respondenti odpovídali *ne*, a to v 56 %, *někdy* ve 32 % a možnost *ano* zvolilo pouze 12 % respondentů. V mé studii respondenti možnost *ne* zvolili celkově v pouhých 7 %, možnosti *většinou ano* a *většinou ne* shodně ve 44,5 % a možnost *ano, vždy* v pouhých 4 %, což je výrazně příznivější výsledek. (46)

V hypotéze číslo 2 jsem předpokládala, že z pohledu ošetrovatelského personálu pacienti o svých potřebách soukromí, intimity a důstojnosti spíše nemají potřebu hovořit. Tato hypotéza se **potvrdila** výsledkem 48 %.

Tarková (2018) se ve své práci respondentů ptá v otázce číslo 12, zda se během poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s demencí setkávají s přáním

respektu k jejich intimě. Respondenti měli na výběr z možností *ano, spíše ano, spíše ne, ne a nevím, neuvědomuji si*. Nejčastěji respondenti odpovídali spíše ne, a to v 53 %. Výsledek mého šetření vyšel podobně. (40)

Ve studii *Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review* (TOBIANO, 2015) se autoři zaměřili na problematiku zapojení pacientů do účasti na ošetrovatelské péči a rozhodování o ní. Cílem autorů bylo zjistit, jak vnímají samotní pacienti a ošetrovatelský personál zapojení pacientů do rozhodování v ošetrovatelské péči během hospitalizace. (43)

Studie ukazuje, že zásadní byla ochota pacientů spolupracovat na intelektuálních a fyzických aktivitách. Ochota a zájem pacientů byla dále ovlivněna jejich stavem. Výzkum ukazuje, že čím hůř se pacient cítí, tím jeho ochota a aktivita účastnit se na své ošetrovatelské péči klesá. Pacienti upřednostňovali ošetrovatelský personál, který vítá pacientovu aktivitu a spolupráci na péči a rozhodování. Recenze dále naznačuje, že není jednoduché zhodnotit míru schopnosti pacienta v účastnit se rozhodování na své péči, ani snadno operacionalizovatelné v současné ošetrovatelské praxi. Tato recenze doporučuje plánování péče s pacienty a diskuzi o cílech a očekáváních, čímž lze předejít konfliktním očekáváním či nedostatečnou identifikací rolí mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Takováto diskuze byla ošetrovatelským personálem označena jako přínosná pro podporu účasti pacientů na své péči. Řešení cílů a očekávání s pacienty je v různých nemocničních prostředích náročná, pouhých 20 % sester uvedlo, že s pacienty řeší jejich očekávání a 52 % sester uvedlo, že s pacienty komunikují tak, aby znali cíle péče. Výzkumy ukazují, že pacienti se chtějí podílet na plánování své péče, což může být jednou z metod, jak podpořit aktivitu pacientů na plnění ošetrovatelského plánu a dospět k péči zaměřené na pacienta. Zároveň je potřeba přihlídnout k možnostem a ochotě pacienta. (43)

Jedno z témat, které přezkum objevil, bylo podpora účasti pacientů na ošetrovatelské péči. Toto téma ukázalo důležitost vzájemné komunikace mezi pacientem a ošetrovatelským personálem. Pacienti, kteří kladli otázky, dostalo se jim vysvětlení a účastnili se na rozhodování ošetrovatelské péče, se cítili jako

aktivní a informovaní účastníci na své péči. Dále pacienti ocenili respekt ze strany ošetřovatelského personálu, kterého se jim dostalo díky nabytým informacím a jejich aktivní účasti. Vlastní informovanost považovali pacienti za způsob, jak zlepšit hodnocení svých znalostí a naplnit očekávání ošetřovatelského personálu. Jako zásadní pro zvýšení zájmu pacientů o informovanost byl způsob, jakým ošetřovatelský personál komunikoval. Pokud se pacienti cítili podpořeni a jejich zájem jako vítaný, jejich zájem o informovanost a spolupráci byl větší. Další pozitivně vnímaná skutečnost pacienty byla, když ošetřovatelský personál projevoval respekt a vedl s pacienty dialog. (43)

Důležitostí zachování důstojnosti během péče o hospitalizované pacienty se zabývá také studie *Nurses' and patients' perceptions of dignity* (WALSH, KOWANKO, 2002). Jejím cílem bylo objasnit vnímání důstojnosti z pohledu pacientů a sester, definovat důstojnost na podkladě zkušeností pacientů a sester a odhalit ošetřovatelské postupy, které narušují a zachovávají důstojnost pacientů. Sestry popsaly situace, ve kterých by podle nich mohla být narušena důstojnost pacienta a byla stanovena témata související s důstojností, jako například *soukromí těla, soukromí prostor* či *pacient jako osoba*. Studie ukázala podobnost ve vnímání důstojnosti sestrami a pacienty, důvodem může být schopnost sester vcítit se do pacientovi situace. Pokud sestra vnímá pacienta jako celistvou osobnost, ví, že pacient je víc než diagnóza, nebo číslo a dokáže správnou komunikací minimalizovat pacientovi rozpaky, například pomocí humoru. Sestry v této studii uvedly, že příčinami, které mohou ohrozit důstojnost pacientů, jsou často pracovní tlak, nedostatek času nebo nedostatek znalostí a vědomostí ošetřovatelského personálu. (9)

V **hypotéze číslo 3** jsem předpokládala, že personál má dostatek pomůcek pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti, a že nejvíc používá pomůcky pro předělení prostoru (paravany, závěsy, zástěny apod.) a zakrývání intimních částí pacienta. Tato hypotéza se **potvrdila**.

K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 6 a 7. V šesté otázce jsem se respondentů ptala, zda mají dostatek pomůcek a prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů. Nejčastější byla odpověď *ano*, kterou zmínilo

77 % respondentů. Na sedmou otevřenou otázku, jaké pomůcky pomáhají ošetrovatelskému personálu udržovat a podporovat péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost pacientů respondenti nejčastěji odpovídali, že jsou to pomůcky pro předělení prostoru jako paravány, závěsy plenty a podobně. Druhou nejčastější odpovědí bylo zakrývání částí pacientova těla tak, aby byla zachována jeho soukromí, intimita a důstojnost.

Bc. Ondrášková (2015) se ve své diplomové práci respondentů ptala v položce číslo 11, zda mají dostatek pomůcek pro zajištění intimity pacientů. Nejčastější odpovědí respondentů bylo *ano*, a to v 57,76 %. V otázce číslo 10 zjišťovala, jestli mají respondenti pro zajištění intimity pacientů vhodné pracovní prostředí (uspořádání prostředí, dostatek žaluzií atd.). Zde byla nejčastější odpovědí možnost *ano*, a to ve 45,69 %. (33)

Otázkou, jak zajišťuje ošetrovatelský personál intimitu pacientů se zabývala ve svém výzkumu také Tarková (2018) v otázce číslo 7. Nejčastějšími odpověďmi bylo *zavírání dveří, WC jako součást pokoje a koupelna jako součást pokoje*. V otázce číslo 11 se ptá respondentů, zda mají na oddělení dostatek pomůcek k zajištění intimity pacientů. Respondenti měli na výběr z odpovědí *ano, ne, nevím*. Nejčastější odpovědí bylo *ano*, a to v 55,5 %. V mé studii respondenti uvedli odpověď *ano* v 77 %. (40)

Bellová (2014) se respondentů v otázce číslo 10 ptá, zda mají na svém oddělení k dispozici zástěny, respondenti měli na výběr z odpovědí *ano, ne a ne, ale chtěli bychom je*. Nejčastěji respondenti odpovídali *ano*, a to v 56 %. (46)

Podobně se respondentů ve svém výzkumu ptá i Červenková (2010), tedy zda mají k dispozici pomůcky pro zvýšení pacientova soukromí. Respondenti měli na výběr z odpovědí *ano a ne*. Nejčastěji respondenti odpovídali *ano*, a to v 75,61 %. Dále se respondentů ptá, jaké pomůcky mají k dispozici a kolik. Nejčastější odpovědí respondentů byla zástěna, druhou nejčastější odpovědí byl jednolůžkový pokoj a třetí nejčastější odpovědí byl nadstandardní pokoj. (45)

Ve všech zmíněných studiích vyšlo, že respondenti mají k dispozici pomůcky pro zajištění soukromí pacientů, pouze Tarková (2018) se však ptá, zda má personál těchto pomůcek dostatek. V odpovědích na otázku, jaké pomůcky

ošetřovatelský personál používá pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti se studie shodují pouze v pomůckách pro předělení prostoru, v ostatních položkách se zcela liší.

V **hypotéze číslo 4** jsem předpokládala, že ošetřovatelský personál bude většinou využívat pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů. Tato hypotéza se potvrdila částečně, jelikož stejné procento respondentů (50 %) uvedlo odpověď, že pomůcky a postupy pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti používá vždy (50 %).

Tarková (2018) se ve své práci ptala respondentů na používání pomůcek pro zachování soukromí pacientů v několika bodech. V otázce číslo 18, zda při poskytování hygienické péče pacientům používají závěsy, zástěny, paravány apod. Respondenti měli na výběr z odpovědí *ano*, *spíše ano*, *spíše ne*, a *ne, nemáme je*. Nejčastěji respondenti odpovídali *spíše ne*, a to ve 30,5 %, stejné zastoupení získala odpověď *ne*, 30,5 %. Dále v otázce číslo 22, jestli používají pomůcky pro předělení prostoru v případech, kdy se pacienti vyprazdňují v lůžku (inkontinenční pomůcky, podložní mísa, toaletní křeslo atd.). Respondenti měli na výběr ze stejných možností jako u předchozí otázky. Nejčastěji respondenti odpovídali *ano*, a to v 19,5 % a *ne*, také v 19,5 %. Další z těchto otázek byla, zda ošetřovatelský personál používá pomůcky pro předělení prostoru při převazech. Respondenti měli na výběr ze stejných možností jako u předchozích otázek. Nejčastěji respondenti odpovídali *ne*, a to v 39 %. Poslední z této série byla otázka číslo 8, zda respondenti zabezpečují a respektují intimitu pacientů podle svých představ. Respondenti měli na výběr z odpovědí *ano*, *spíše ano*, *spíše ne*, a *nevím, nepřemýšlel jsem nad tím*. Nejčastější odpovědí na tuto otázku byla možnost *spíše ano*, a to v 72 %. Musím konstatovat, že mé šetření dopadlo výrazně pozitivněji, jelikož 50 % respondentů odpovědělo, že pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů používá *vždy* a 50 % respondentů uvedlo, že tyto pomůcky používá *většinou*. Možnosti *většinou ne* a *ne* nezvolil žádný z respondentů. (40)

Zaujalo mě pojetí Červenkové (2010), která se ve své studii respondentů ptá, zda někdy viděli své kolegy při porušování intimity pacienta. Respondenti

měli na výběr z možností *ano* a *ne*. Nejčastěji respondenti odpovídali *ano*, a to v 63,41 %, součástí této otázky bylo, jak na to respondent zareagoval. Zde byla nejčastější odpověď *napravila jsem to* 38,46 %, dále *nereagovala jsem* 34,62 % a jako poslední *řekla jsem jí to* 26,92 %. (45)

Ve studii *Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis* (FERRI, 2015) byly na téma zachování soukromí, intimity a důstojnosti pokládány otázky pacientům. V otázce, zda ošetřovatelský personál zavřel dveře před odhalením pacientova těla před lékařským zákrokem, odpovědělo kladně 66 % respondentů. V navazující otázce, zda během lékařského zákroku zůstaly dveře zavřené, odpovědělo 72 % pacientů kladně. Dále, zda mají pacienti dostatek soukromí při vyprazdňování v lůžku, odpovědělo kladně 46 % pacientů. Na otázku dostatečného soukromí v koupelně odpovědělo 85 % pacientů kladně. Nebo zda ošetřovatelský personál zajistil dostatek soukromí během diskuze o soukromých záležitostech odpovědělo 74 % pacientů kladně. (44)

Ve studii *Nurses' and patients' perceptions of dignity* (WALSH, KOWANKO, 2002) byla součástí tématu *soukromí těla* diskuze o odhalování těla pacienta a ochranou před pohledy ostatních. Sestry si uvědomovaly důležitost používání paravánů a zakrývání částí těla pacienta, které nebylo nutné odhalit během hygienické péče, nebo během jiných úkonů, při kterých by hrozilo narušení pacientovi intimity a důstojnosti. Sestry jsou si vědomé toho, že pacienti chtějí být chráněni před zbytečnými pohledy ostatních, a to zejména v nedůstojných situacích. Ochrana před ztrátou fyzické intimity je jedním z aspektů zachování důstojnosti pacientů. Sestry si zároveň uvědomují, že odhalené intimní partie mohou být nepříjemné ostatním pacientům na pokoji a je důležité to řešit i přes to, že samotnému pacientovi jeho odhalení nepříjemné není. (9)

V **hypotéze číslo 5** jsem předpokládala, že ošetřovatelský personál většinou bude mít dostatek času pro vykonávání péče, při které je schopen zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů. Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila** výsledkem 61 %.

Stejně položenou otázku jsem ve výzkumech nenašla, ale Bellová (2014) se ve své studii ptá, které faktory podle respondentů vedou k nedodržování

intimity pacientů při převazech. Nejčastější odpovědí je nedostatek času. Červinková se ve své práci respondentů ptá, co podle nich vede nejčastěji k porušování pacientova soukromí během hospitalizace. Nejčastější odpovědí je také málo času na výkony. Podobně se ptá respondentů i Tarková (2018), tedy co podle nich vede nejčastěji k nerespektování intimity pacientů. Zde je nejčastější odpovědí respondentů nedostatek personálu a druhou nejčastější odpovědí je nedostatek času. Ve srovnání s respondenty z ostatních studií je výsledek mého šetření velmi pozitivní. Respondenti uvedli v 61 %, že na péči, při které jsou schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost, většinou mají čas. Odpověď, že na takovou péči mají čas vždy uvedlo 28 % respondentů a pouze 11 % respondentů uvedlo možnost většinou ne. Odpověď *ne* ne zvolil nikdo. (40, 45, 46)

V **hypotéze číslo 6** jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál uvede jako úkony, při kterých hrozí narušení soukromí, intimity a důstojnosti hygienickou péči, vyprazdňování a zavádění permanentního močového katetru. Zároveň předpokládám, že na každém oddělení se objeví další zcela specifické úkony. Tato hypotéza se výzkumným šetřením potvrdila částečně. Respondenti dle očekávání uvedli jako úkony ohrožující soukromí, intimitu a důstojnost *hygienickou péči a zavádění permanentního močového katetru*. Na místo očekávaného vyprazdňování (které respondenti uvedli na čtvrtém místě) respondenti uvedli *otevřené dveře*. Druhá část hypotézy, tedy že se na každém oddělení objeví specifické úkony, se potvrdila. U respondentů z oddělení ARO byly specifické odpovědi „*fyzikální vyšetřování*“, „*zajišťování vstupů*“ či „*akutní příjem*.“ Charakteristickými postupy pro oddělení INT byly „*ztráta soběstačnosti*“, „*převoz do koupelny*“, „*péče o mrtvé tělo*“, a „*odběry na okultní krvácení*.“ Pro oddělení GYN/POR byly specifické „*péče o prsa*“, „*kojení*“, „*porod*“, „*gynekologické vyšetření*“ a „*odběry K+C pochva*.“

Červenková (2010) ve své práci žádala respondenty o uvedení výkonů, při kterých podle jejich názoru vstupují do soukromí pacientů. Nejčastější odpovědí byla *hygienická péče*, druhou nejčastější byla odpověď *zavádění permanentního močového katetru* a třetí nejčastější odpovědí bylo, že se to děje *při každém výkonu*. V prvních dvou položkách se naše studie shodují. (45)

Podobně se respondentů ptá také Tarková (2018), tedy kdy je během ošetrovatelské péče nejproblematičtější zachovat intimitu pacienta. Nejčastější odpovědí respondentů bylo *vyprazdňování pacientů v lůžku a na pokoji*. Druhou nejčastější odpovědí bylo *zavádění permanentního močového katetru* a o třetí místo se podělili odpovědi *podávání klyzmatu* a *poskytování hygienické péče v lůžku*. U této otázky se respondenti našich studií shodli u druhé položky (*zavádění permanentního močového katetru*). (40)

Ve studii *Nurses' and patients' perceptions of dignity* (WALSH, KOWANKO, 2002), v tématu *soukromý prostor* sestry zmiňovaly často oblast lůžka pacienta jako zónu, kterou považují za soukromý prostor pacientů. Právě tuto zónu v nežádoucích situacích narušoval jak ošetrovatelský personál, tak pacienti, a to bez pacientova souhlasu. Jako příklad takové situace uvedly odhrnutí závěsu lékařem a za účelem shlédnutí výkonu. Do tohoto tématu patří také koupelny a toalety, i zde může být narušen intimní prostor pacientů, například zbytečným rušením ošetrovatelského personálu. Sestry také poukazují na fakt, že někdy manipulují s prostorem tak, aby dopřály soukromí například umírajícímu pacientovi a jeho rodině. V tématu *pacient jako osoba* sestry uváděly, že na pacienta by nemělo být pohlíženo pouze jako na tělo, ale jako na celistvou bytost, která má právo na důstojné zacházení a respekt za každé situace a okolnosti, nevyjímaje pacienty v bezvědomí, či zemřelé pacienty. Některé sestry ve studii uvedly, že se cítí špatně pokud je narušena důstojnost pacienta, jiné se styděly za to, že jsou součástí týmu, kde se taková událost stala. Sestry, kterým se daří zachovávat důstojnost pacientů i v obtížných situacích, cítí uspokojení a hrdost. (9)

V **hypotéze číslo 7** jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál uvede, že potřebu zachování soukromí a intimity mají ženy vyšší než muži. Tato hypotéza se výzkumným šetřením **potvrdila**.

Štouračová (2009) se ve své práci ptala pacientů na oddělení následné péče, zda mají pocit dostatečného soukromí. Mezi respondenty byl stejný počet žen a mužů. Respondenti měli na výběr z odpovědí *ano* a *ne*. Ženy uvedly, že mají pocit dostatku soukromí v 64 % a muži uvedli, že mají pocit soukromí v 68 %.

Tato studie ukazuje malý rozdíl mezi potřebami v soukromí žen a mužů, jelikož rozdíl mezi pocitem dostatku soukromí činí 4 %. Naše šetření se shodnou v tom, že ženy mají vyšší potřebu soukromí, ale respondenti mého šetření uvádí vyšší potřebu soukromí, intimity a důstojnosti u žen v 63 %, u mužů ve 2 % a 11 % respondentů se k otázce nevyjádřilo (zbylých 24 % respondentů v předchozí otázce odpovědělo, že mezi potřebami v soukromí, intimitě a důstojnosti u žen a mužů nevidí rozdíl, takže na tuto otázku neodpovídali). (47)

Závěr

Téma své bakalářské práce Soukromí a intimita pacienta při poskytování zdravotní péče z pohledu sester jsem si vybrala na základě vlastních pracovních zkušeností a zkušeností získaných během školních praxí. Vedly mě k tomu velké rozdíly v kvalitě poskytované péče ze strany ošetrovatelského personálu. Vybrala jsem si tři odlišná oddělení, na kterých jsem výzkum prováděla. Pro svůj výzkum jsem si vybrala Nemocnici Rychnov nad Kněžnou. Vybranými odděleními byly lůžkové oddělení anesteziologicko-resuscitační, interní lůžkové oddělení a lůžkové oddělení gynekologie. Výzkumnou metodou byly dotazníky a respondenty byl ošetrovatelský personál. Musím moc poděkovat a pochválit spolupráci s hlavní sestrou, která i během extrémně náročné doby pandemie dokázala během několika dní dovést můj výzkum ke schválení a následné distribuci dotazníků. Stejně tak musím pochválit a poděkovat samotným respondentům, kteří během této nelehké doby dotazníky vyplnili během krátké doby.

Svou práci jsem rozdělila do dvou částí, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se věnovala důležitým pojmům přibližujícím problematiku soukromí a jeho změny v nemoci, intimita a její změny v nemoci, studu, důstojnosti, autonomie, lidských potřeb a změnám potřeb v nemoci. V etických principech jsem se věnovala principům lékařské etiky, bioetice a cílům ošetrovatelské etiky. V posledních bodech teoretické části jsem se snažila přiblížit roli sestry a roli pacienta. V praktické části jsem krátce charakterizovala oddělení, na kterých probíhal výzkum, vyhodnotila jsem výsledky dotazníků a stanovila jsem sedm cílů a sedm hypotéz, na které jsem pomocí dotazníkového šetření odpověděla. V této části jsem se snažila zjistit, jaké prostředky a podmínky má ošetrovatelský personál pro zachovávání soukromí, intimity a důstojnosti pacientů, nebo zda se snaží zjišťovat potřeby pacientů a naplňovat je.

V hypotéze číslo 1 jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál s pacienty o jejich potřebách soukromí, intimity a důstojnosti většinou hovoří. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Částečně proto, že stejné zastoupení získaly dvě

odpovědi respondentů, a to že na toto téma s pacienty většinou hovoří a většinou nehovoří (obě odpovědi uvedlo celkem 44,5 % respondentů). Tento výsledek naznačuje, že v komunikaci s pacienty má ošetrovatelský personál rezervy. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud pacientovi nejprve vysvětlím výkon, aby věděl, co se bude dít a ujistím ho, že nebude zbytečně odhalován, pacient je klidnější a lépe spolupracuje. Stejně tak při rozhovoru o soukromých údajích se pacient cítí lépe, když mu nabídnu možnost vést takový rozhovor v soukromí. Všimla jsem si, že jsou takovou nabídkou potěšeni, i v případě, že ji nevyužijí.

Hypotéza číslo 2, kde jsem předpokládala, že pacienti z pohledu ošetrovatelského personálu většinou nemají potřebu hovořit o svých potřebách v oblastech soukromí, intimity a důstojnosti, se potvrdila. U této hypotézy nevím, zda je to výsledek pozitivní, nebo negativní. Pozitivní by byl v případě, kdy by pacienti měli dostatek informací a péče byla prováděna tak dobře, že by už neměli potřebu se příliš ptát. Jako negativní bych hodnotila, kdyby to bylo z důvodu, že se pacienti stydí, nebo bojí zeptat. Ale tyto otázky by patřily do dotazníku pro pacienty. Každopádně je to dobrý bod k zamyšlení a myslím si i k tomu, abychom byli k pacientům vnímavější.

Hypotéza číslo 3, ve které jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál má dostatek pomůcek a prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti a že jako nejpoužívanější uvede pomůcky pro předělení prostoru, se potvrdila. Toto zjištění je velmi pozitivní, protože mít na oddělení dostatek pomůcek a prostoru, ať fyzického či časového je důležitým aspektem v poskytování důstojné péče, která chrání intimitu a soukromí pacienta. Dostatek těchto pomůcek šetří ošetrovatelskému personálu čas, který mohou věnovat právě pacientům.

V hypotéze číslo 4 jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál bude většinou používat pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů. Tato hypotéza se sice potvrdila jen částečně, ale pozitivním způsobem. Odpověď, že tyto pomůcky většinou používají, uvedlo 50 % respondentů, jako velmi pozitivní hodnotím, že zbylých 50 % respondentů uvedlo, že tyto pomůcky používají vždy.

V hypotéze číslo 5 jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál bude mít většinou dostatek času na péči, při které jsou schopni zachovat soukromí, intimitu a důstojnost pacientů. Tato hypotéza se potvrdila v 61 %. Jako velmi pozitivní vnímám, že 28 % respondentů uvedlo, že takovou péči jsou schopni poskytnout vždy a pouhých 11 % zvolilo odpověď většinou ne. Možnost ne neuvedl žádný respondent.

V hypotéze číslo 6 jsem předpokládala, že ošetrovatelský personál uvede jako výkony, které nejvíc ohrožují soukromí, intimitu a důstojnost pacientů, hygienickou péči, vyprazdňování a zavádění permanentního močového katetru. Také jsem předpokládala, že na každém oddělení se objeví zcela specifické výkony. Tato hypotéza se potvrdila částečně. Respondenti uvedli jako výkony ohrožující soukromí, intimitu a důstojnost pacientů hygienickou péči a zavádění permanentního močového katetru. Na místo očekávaného vyprazdňování (respondenti ho uvedli na čtvrtém místě) respondenti uvedli *otevřené dveře*. Odpověď *otevřené dveře* mě překvapila, protože zavřené dveře během výkonů ohrožujících soukromí a intimitu pacienta by měly být samozřejmostí. Druhá část této hypotézy se potvrdila. Pro oddělení ARO byly specifické odpovědi „*fyzikální vyšetřování*“, „*zajišťování vstupů*“ či „*akutní příjem*.“ Charakteristickými postupy na oddělení INT byly „*ztráta soběstačnosti*“, „*převoz do koupelny*“, „*péče o mrtvě tělo*“, a „*odběry na okultní krvácení*.“ Pro oddělení GYN/POR byly specifické odpovědi „*péče o prsa*“, „*kojení*“, „*porod*“, „*gynekologické vyšetření*“ a „*odběry K+C pochva*.“ Je vidět, že ošetrovatelský personál si uvědomuje, které výkony by mohly narušit soukromí, intimitu a důstojnost pacientů. Současně je vidět u odpovědí na otázku číslo třináct, že ošetrovatelský personál vidí prostor pro zlepšení, a to hlavně v prostorovém uspořádání, jako je méně pacientů na pokoji nebo více vyšetřoven. Zajímavé podle mě byly i postřehy jako větší informovanost zdravotnického personálu a studentů konajících praxí, disciplína, dostatek porozumění a proškolení o důstojnosti u nižšího personálu (úklid). S posledním postřehem naprosto souhlasím a myslím si, že v rozumném časovém intervalu by ho měl absolvovat veškerý zdravotnický personál.

Musím přiznat, že výsledky šetření mě pozitivně překvapily. Doufám, že i respondenti se u dotazníku zamysleli nad svou prací a při vyplňování se dokázali pochválit, nebo zamyslet nad tím, že by možná něco šlo dělat lépe. Umět se na svou práci podívat z nadhledu je důležité, tím spíše, když je to práce s lidmi v nelehké situaci, čímž nemoc, zranění a hospitalizace rozhodně jsou. Jsme-li schopni v takové situaci pacientovi poskytnout jakýkoliv pocit komfortu, cítit se bezpečně a důstojně vnímám jako komfort, vrátí se nám to nejen pocitem dobře odvedené práce, ale i pacientovou spokojeností a dobrou náladou. A spokojený pacient vždy spolupracuje lépe než nespokojený. Pacienti dnes už nejsou pouze pasivními příjemci péče, na svém léčebném i ošetřovatelském plánu se chtějí podílet a naším úkolem je hledat cesty, jak efektivně spolupracovat.

Seznam použité literatury

1. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přepracované vydání Praha: Portál, 2008. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0
2. ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. Všeobecná deklaráce lidských práv [online]. OSN: © 2015 United Nations, Praha: informační centrum OSN [cit. 24. 4. 2021]. Dostupné z: https://www.osn.cz/wp-content/uploads/UDHR_2016_CZ_web.pdf
3. ČESKO [online]. Zákon č. 2/1993 Sb. ze dne 16. prosince 1992. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů ČR*. 1993, částka 1, s. 17–23.[cit. 24. 4. 2021]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
4. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vydání 1. Praha: TRITON 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
5. REJMAN, Ladislav. *Slovník cizích slov*. Vydání 2. Praha: Státní pedagogické nakladatelství n. p., 1971. Stran 416. ISBN 14-106-71
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. Vydání 1. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. Stran 176. ISBN 80-902163-0-7
7. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. Stran 397. ISBN 978-80-7178-740-2
8. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci, aplikované v ošetrovatelském procesu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. Stran 136. ISBN 978-80-247-3223-7
9. WALSH, Ken, KOWANKO, Inge. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing practise* [online]. Wiley Online Library, 2002, svazek 8, vydání 3, strany 143-151 [cit. 26. 8. 2021]. ISSN: 1440-172X. Dostupné z: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046-j.1440-172X.2002.00355.x](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x)
10. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. Stran 288. ISBN 978-80-247-3557-3

11. ČAPEK, Karel. Od člověka k člověku 3, Návod kterak stonati [online]. Praha: Městská knihovna v Praze, 2018 [cit 2. 8. 2021]. Edice Bratři Čapkové. ISBN 978-807587-081-0. Dostupné z:
https://web2.mlp.cz/koweb/00/04/29/90/46/od_cloveka_k_cloveku_iii.pdf
12. JAROŠOVÁ, Darja. Teorie moderního ošetrovatelství. Praha: ISV nakladatelství. 2000. 133 s. ISBN 80-85866-55-2
13. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví, 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017. Stran 272 + 8 stran barevné přílohy. ISBN 978-80-271-0214-3
14. KUŘE, Josef. Kapitoly z lékařské etiky [online]. Brno, Masarykova univerzita, lékařská fakulta 2010 [cit 9. 8. 2021]. Dostupné z:
<https://is.muni.cz/el/1411/podzim2014/AETIc/um/kapitoly-z-lekarske-etiky.pdf>
15. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Etický kodex České lékařské komory: stavovský předpis č. 10 ČLK [online]. Česká lékařská komora 2007 [cit 10. 8. 2021]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>
16. ŠTĚDRÁ, Lucie. Ošetrovatelství [online]. Vydání první. Hradec Králové, 2013 [cit 10. 6. 2021]. Edice texty k sociální práci. ISBN 978-80-7435-306-2. Dostupné z: <http://docplayer.cz/187722115-Osetrovatelstvi-lucie-stedra.html>
17. BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*. 5th edition. New York: Oxford University Press, 2001. Stran 454. ISBN 978-0195143324
18. PLEVOVÁ, Ilona a kol. Ošetrovatelství II: 2., přepracované a doplněné vydání. Vydání 2. Praha: Grada Publishing, a. s. 2019. Stran 200. ISBN 978-80-271-2863-1
19. BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví: 6., přepracované a doplněné vydání. Vydání 6. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. Stran 188. ISBN 80-247-1197-4

20. FARKAŠOVÁ, Dana. Ošetrovatelství – teorie. Vydání 1 české. Martin: Vydavatelství Osveta, spol. s. r. o., 2006. Stran 212. ISBN 80-8063-227-8
21. KUTNOHORSKÁ, Jana. Etika v ošetrovatelství. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. Stran 164 . ISBN 978-80-247-2069-2.
22. STAŇKOVÁ, Marta. České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry: 11. Sestra - reprezentant profese. Vydání 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. Stran 78. ISBN 80-7013-368-6
23. HAŠKOVCOVÁ, Helena. České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry: České ošetrovatelství: 5. Manuálek o etice. Vydání 1. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. Stran 46. ISBN: 80-7013-310-4
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. Stran 200. ISBN 80-247-0179-0
25. HENDERSON, Virginie. Základní principy ošetrovatelské péče. Mezinárodní rada sester. 1995.
26. KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči: 2., aktualizované a doplněné vydání. Vydání 2. Praha: Praha: Grada Publishing, a. s., 2020. Stran 388 + 16 stran barevné přílohy. ISBN 978-802710130-6
27. VAGNEROVÁ, Zuzana. Úvod do problematiky intenzivní a resuscitační péče [online]. Publikováno 2014. [cit. 2. 7. 2021]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/56668/VagnerovaZ_PaktickaCast.pdf?seq
28. ŠAFRÁNKOVÁ Alena, NEJEDLÁ, Marie. Interní ošetrovatelství. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. Stran 280 + 4 strany barevné přílohy ISBN 978-80-247-1148-5
29. KOLEKTIV AUTORŮ. *Encyklopedie Diderot, všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. Sv. 2.* Praha: Diderot, 2000. Stran 682. ISBN 80-902723-4-7

30. ČESKO [online]. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Sbírka zákonů ČR, 2011. částka 131. [cit. 15. 7. 2021] Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
31. ČESKO [online], Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. [cit. 18. 7. 2021]. Dostupné z:
<https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96#f5322954>
32. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. ČAS. 2012 [cit. 20. 7. 2021]. Dostupné z: **https://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf**
33. ONDRÁŠKOVÁ, Sylva. Respektování intimity u pacientů v bezvědomí [online]. Brno 2015 [cit. 27. 8. 2021]. Stran 110. Diplomová práce. Masarykova univerzita, lékařská fakulta, katedra ošetřovatelství. Vedoucí práce Mgr. Soňa Vasmanská. Dostupné z:
https://is.muni.cz/th/xu3g8/DP_-_Respektovani_intimity_u_pac._v_bezvedomi.pdf
34. Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně - sociálních oborů [online]. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004 [cit. 21. 7. 2021]. Dostupné z: **<https://www.cestadomu.cz/zdroje-ke-studiu>**
35. POPOVIČOVÁ, Darina: Lidská důstojnost jako filosoficko-právní pojem. Časopis pro právní vědu a praxi [online]. 2009, č. 3, strany 225-230. [cit. 24. 7. 2021]. Dostupné z:
<https://journals.muni.cz/cpvp/article/view/6586>
36. BUŽGOVÁ, Radka. Etika ve zdravotnictví [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013 [cit. 25. 7. 2021]. ISBN 978-80-7464-409-2 Dostupné z:
https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Buzgova_Etika-ve-zdrav.pdf

37. BUŽGOVÁ, Radka. Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory [online]. Kontakt, 2007 [cit. 25. 7. 2021]. ISSN 1212-4117.
Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/01/08.pdf>
38. MOTLOVÁ, Lenka. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku [online]. Kontakt, 2007 [cit. 25. 7. 2021]. ISSN 1212-4117.
Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/02/20.pdf>
39. GULÁŠOVÁ, Ivica. et. al. Lékaři a multidisciplinární tým. Halový systém ošetrovatelské péče a stud pacienta. [on-line]. Linkos cz. 27.2.2014. [cit. 18.11.2017]. ISSN 2570-8791. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/halovy-system-osevratelske-pece-a-stud-pacienta>
40. TARKOVÁ, Eva. Respektování intimity pacienta při poskytování ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných [online]. Praha 2018 [cit. 28. 8. 2021]. Stran102. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Renata Vytejčková. Dostupné z:
<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/99345>
41. ZACHAROVÁ, Eva. Základy zdravotnické psychologie [online]. Vydání první. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě, 2013 [cit. 4. 8. 2021]. Stran 100. ISBN 978-80-7464-275-3. Dostupné z:
https://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Zacharova_Zaklady-zdravotnicke-psychologie.pdf
42. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
43. TOBIANO, Georgia et al. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. Elsevier. 2015 červen, svazek 52, číslo 6, strany 1107-1120 [cit. 25. 8. 2021]. ISSN 0020-7489. Dostupné z:
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>

44. FERRI, Paola. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis [online]. *BMC Health Serv Res* 15, číslo článku 41, 2015 [cit. 27. 8. 2021]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
45. ČERVENKOVÁ, Jana. Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard? [online]. Zlín 2010 [cit. 28. 8. 2021]. Stran 124. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií, ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/14224>
46. BELLOVÁ, Daniela. Zajištění intimity pacienta při převazu [online]. České Budějovice 2014 [cit. 28. 8. 2021]. Stran 72. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta, katedra ošetrovatelství a porodní asistence. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová. Dostupné z: <https://theses.cz/id/3agf2y/11548333>
47. ŠTOURAČOVÁ, Eva. Uspokojování psychosociálních potřeb u hospitalizovaných klientů na oddělení následné péče [online]. Pardubice 2009 [cit. 28. 8. 2021]. Stran 56. Bakalářská práce. Universita Pardubice, fakulta zdravotnických studií, katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Iva Ročková. Dostupné z: <https://dk.upce.cz/handle/10195/34484>

Seznam tabulek a grafů

SEZNAM TABULEK:

Tabulka č. 1 – odpovědi respondentů na otázku č. 2.....	35
Tabulka č. 2 – odpovědi respondentů na otázku č. 3.....	36
Tabulka č. 3 – odpovědi respondentů na otázku č. 4.....	37
Tabulka č. 4 – odpovědi respondentů na otázku č. 5.....	39
Tabulka č. 5 – odpovědi respondentů na otázku č. 6.....	42
Tabulka č. 6 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 7.....	42
Tabulka č. 7 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 7.....	42
Tabulka č. 8 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 7.....	43
Tabulka č. 9 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 8.....	44
Tabulka č. 10 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 8.....	44
Tabulka č. 11 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 8.....	45
Tabulka č. 12 – odpovědi respondentů na otázku č. 9.....	47
Tabulka č. 13 – odpovědi respondentů na otázku č. 10.....	49
Tabulka č. 14 – odpovědi respondentů na otázku č. 11.....	50
Tabulka č. 15 – odpovědi respondentů na otázku č. 12.....	52
Tabulka č. 16 – odpovědi respondentů z oddělení ARO na otázku č. 13.....	54
Tabulka č. 17 – odpovědi respondentů z oddělení INT na otázku č. 13.....	54
Tabulka č. 18 – odpovědi respondentů z oddělení GYN/POR na otázku č. 13.....	54

SEZNAM GRAFŮ:

Graf č. 1 – graf návratnosti dotazníků.....	27
Graf č. 2 – otázka číslo 1.....	34
Graf č. 3 – otázka číslo 4.....	38
Graf č. 4 – otázka číslo 5.....	40
Graf č. 5 – otázka číslo 6.....	41
Graf č. 6 – otázka číslo 9.....	47
Graf č. 7 – otázka číslo 10.....	49
Graf č. 8 – otázka číslo 12.....	52

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Žádost o sběr dat

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

DOTAZNÍK

Soukromí a intimita pacienta při poskytování zdravotní péče z pohledu sester

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

jsem studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, obor všeobecná sestra a ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku na téma soukromí, intimity a důstojnosti pacientů během hospitalizace. Zajímá mne pohled ošetřujícího personálu na tuto problematiku, Vaše zkušenosti a postřehy. Dotazník obsahuje 10 uzavřených otázek s možností poznámky a 3 otevřené otázky s prostorem pro Vaši odpověď. Dotazník je anonymní a získaná data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za Váš čas

Jana Svobodová

Zakroužkujte oddělení:	INT	ARO	GYN/POR
Uveďte Vaši pracovní pozici:	sestra	sanitář	
Uveďte Vaše pohlaví:	žena	muž	

1. Učil/a jste se během Vašeho kvalifikačního vzdělávání (všeobecná sestra, zdravotnický asistent/praktická sestra, sanitář) o zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů?

- a) Ano
- b) Ne

2.Uvedte jednu věc, která měla největší vliv na Vaše porozumění pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta.

- a) Profesní vzor
- b) Praxe
- c) Zpětná vazba od pacientů
- d) Vlastní zkušenost v roli pacienta
- e) Když byla poskytována péče mému příbuznému, příteli/přítelkyni
- f) Mé vzdělání
- g) Jiné:_____

3.Mluvíte s pacienty o soukromí, intimitě a důstojnosti?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka:_____

4.Mají pacienti potřebu o soukromí, intimitě a důstojnosti mluvit/ptát se?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka:_____

5.Používáte během hygienických, či jinak odhalujících úkonů pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta (paravany, zástěny, zakrývání částí těla, zavřené dveře atd.)?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka: _____

6. Máte dostatek pomůcek/prostoru pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacientů?

- a) Ano
- b) Ne

Poznámka: _____

7. Které pomůcky ve Vašem pracovním prostředí Vám pomáhají udržet, podporovat a provádět péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost?

Popište zde:

8. Prosím, popište postupy/úkony, které při poskytování péče pacientům vedou ke ztrátě soukromí, intimity či důstojnosti, nebo které by k jejich ztrátě mohly vést.

Popište zde:

9.Máte dostatek času se věnovat zachování soukromí, intimity a důstojné péči o Vaše pacienty během každodenních rutinních činností?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka:_____

10.Vidíte rozdíl v potřebě soukromí a intimity mezi ženami a muži?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka:_____

11.Pokud jste odpověděli v předchozí otázce jinak než d), upřesněte, kdo má z Vaší zkušenosti větší potřebu soukromí a intimity.

- a) Ženy
- b) Muži

Poznámka:_____

12.Zaklepete před vstupem na pokoj?

- a) Ano, vždy
- b) Většinou ano
- c) Většinou ne
- d) Ne

Poznámka: _____

13. Uved'te návrh, jaké pomůcky/změny byste potřeboval-a ve Vašem pracovním prostředí, abyste mohl-a provádět péči zachovávající soukromí, intimitu a důstojnost pacientů během hospitalizace ještě více efektivněji?

Popište zde: