

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Martina Košanová Bílá

Míra soukromí a intimity pacienta

Degree of patient's privacy and intimacy

Bakalářská práce

Praha, srpen 2021

Autor práce: Martina Košanová Bílá

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 vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ 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 7. srpna 2021

Martina Košanová Bílá

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Haně Svobodové, Ph.D. za její odborné připomínky při zpracovávání této práce a za její trpělivý a laskavý přístup.

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o míře soukromí a intimitě pacienta, která může často být při poskytování ošetrovatelské péče porušena. Práce je koncipována do teoretické a empirické části. Teoretická část vymezuje pojmy jako důstojnost, úcta, intimita a lidské potřeby, které se zachováním intimity velmi úzce souvisí. Jsou zde objasněny právní a etické normy, které se k této problematice vyjadřují. Popisuje, jak zachovat důstojnost a intimitu pacienta při činnostech zdravotnického personálu, které mohou silně zasáhnout do soukromí pacienta. Část empirická obsahuje kvantitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit úroveň znalostí personálu vybraného zařízení Alzheimercentrum Černošice v problematice dodržování míry soukromí, důstojnosti a intimity pacientů, a dále, do jaké míry je soukromí s intimitou v tomto zařízení zachovááno. Výsledky celého šetření jsou shrnuty v závěru práce.

Klíčová slova: soukromí, intimita, stud, důstojnost, lidské potřeby, etický kodex sester, ošetrovatelská péče, výzkumné šetření.

Obsah

ABSTRAKT	5
OBSAH	6
ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. DŮSTOJNOST, LIDSKÁ DŮSTOJNOST, ÚCTA A INTIMITA	9
1.1 DŮSTOJNOST	9
1.2 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	9
1.3 ÚCTA.....	10
1.4 INTIMITA	11
1.5 JAK ZACHOVAT DOSTATEČNOU MÍRU SOUKROMÍ, DŮSTOJNOSTI A INTIMITU PACIENTA?	11
2. POTŘEBY NEMOCNÝCH	13
2.1 POTŘEBY FYZIOLOGICKÉ	14
2.2 POTŘEBY PSYCHOLOGICKÉ.....	14
2.3 POTŘEBY SOCIÁLNÍ	15
2.4 POTŘEBY SPIRITUÁLNÍ.....	15
3. ZÁKONY, PRÁVNÍ PŘEDPISY A NORMY	16
3.1 VŠEOBECNÁ DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV	16
3.2 LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD	16
3.3 ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ	17
3.4 ETICKÝ KODEX SESTER.....	17
3.5 PRÁVA PACIENTŮ	18
4. VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	19
4.1 KVALIFIKAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	19
4.2 SPECIALIZAČNÍ VZDĚLÁVÁNÍ SESTER	20
4.3 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	21
EMPIRICKÁ ČÁST	22
ÚVOD	22
5. METODIKA VÝZKUMU	22
5.1 HLAVNÍ CÍL	22
5.2 METODA VÝZKUMU.....	23
5.3 ZKOUMANÝ VZOREK RESPONDENTŮ	23
5.4 SBĚR DAT	23
6. ANALÝZA DAT VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	24
6.1 CHARAKTERISTIKA VZORKU RESPONDENTŮ	24
6.2 DODRŽOVÁNÍ DŮSTOJNOSTI A INTIMITY U PACIENTŮ	29
7. SHRNUÍ A POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ S JINÝMI STUDIEMI	41
7.1 SHRNUÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
7.2 POROVNÁNÍ S VÝSLEDKY JINÝCH STUDIÍ.....	44
8. ZÁVĚR	47
9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	48
10. SEZNAM GRAFŮ	50
11. PŘÍLOHA	51
11.1 DOTAZNÍK	51

Úvod

Toto téma bakalářské práce je mi blízké od samého počátku mého působení ve zdravotnictví. S problematikou dodržování důstojnosti a respektování intimity pacientů se setkávám na pracovišti velmi často.

V dřívější době bylo naprosto přirozené, že o nemocné a umírající členy rodiny se doma postarali ti nejbližší. Mladší generace žila se svými rodiči ve společném domě, ve kterém se rodilo i umíralo. V dnešní hektické konzumní době jakoby se tato sounáležitost vypařila. Stalo se zvykem, že se rodina o své nemocné nechce, nebo nemůže postarat a dává přednost zdravotnickým zařízením, či zařízením sociálních služeb. V těchto zařízeních může docházet k porušování důstojnosti a intimity snadněji, než v domácím prostředí. Proč si to myslím? Všimla jsem si u některých svých kolegů, že díky každodenní rutině přistupují k pacientovi pouze jako k objektu péče. Neznamená to však, že by kolegové byli necitelní. V tomto emočně náročném prostředí může v průběhu let dojít k jakémusi otupení, kdy jednotlivé úkony vykonáváme mechanicky. Myslím si, že by k tomu docházet nemělo. Předmětem naší práce není například převaz nohy, ale pacient, člověk, s defektem na noze. V moderním zdravotnictví je kladen důraz na precizní provedení jednotlivých ošetrovatelských úkonů, na správné vedení obsáhlé dokumentace, ale zdá se mi, že etická problematika je málo diskutována. Nebylo by od věci, při tom všem pracovním shonu, se zastavit a zeptat se sám sebe, jestli by se mi právě takový způsob přístupu líbil, kdybych byl na místě pacienta. Jestli by se mi líbilo být vezen poodhalený do koupelny přes chodbu plnou cizích lidí. Jestli by se mi líbilo, že se o mých intimních záležitostech mluví před cizími lidmi. Jestli by se mi líbila ta spousta drobných necitelných prohřešků, kterých se personál dopouští. Toto kritické poznání by mohlo v mnoha případech pomoci změnit přístup k pacientovi. Samo o sobě však nestačí. Personálu pomůže při dodržování zásad respektování intimity a důstojnosti také dostatek vybavení. Samozřejmostí by mělo být především používání zástěn na vícelůžkových pokojích. Měli bychom si uvědomit, že právo na respektování důstojnosti a intimity mají všichni pacienti, bez ohledu na jejich fyzický a psychický stav.

Osobně jsem se s nedodržováním důstojnosti a intimity u pacientů ve své praxi setkala, proto jsem se rozhodla na toto téma zaměřit ve své bakalářské práci. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou popsány pojmy důstojnost a intimita, jejich zachování v nemocničním prostředí, potřeby pacientů, kapitola s vybranými právními předpisy a normami, které s důstojností a intimitou úzce souvisí. K další důležité kapitole v teoretické části patří také vzdělávání sester. Část empirickou tvoří kvantitativní výzkum, který byl zrealizován pomocí dotazníků. Dotazníky byly adresovány a vyplněny sestrami a pečovateli, kteří pracují v zařízení specializovaném na klienty s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo zjistit úroveň znalostí dané problematiky a dodržování míry soukromí, důstojnosti a intimity u svěřených klientů. Výsledky a zjištění této bakalářské práce mohou posloužit jako vodítko ke zlepšení kvality ošetrovatelské péče a budou poskytnuty vedení Alzheimercentra.

Teoretická část

1. Důstojnost, lidská důstojnost, úcta a intimita

1.1 Důstojnost

Důstojnost je pojem vzniklý z latinského slova dignus, což znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty (6). Není jednoduché popsat definici tohoto slova, jedná se o termín, který může být vyložen mnoha způsoby. Mnohdy může být jednodušší vysvětlit, co je pro člověka nedůstojné. Často bývá důstojnost spojována s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání. Úctou k lidské bytosti dáváme najevo, že nám na ní záleží a není nám lhostejná (14). Co opravdu naše lidská důstojnost je, si můžeme uvědomit, až když bude ohrožena, nebo pošlapána (6).

1.2 Lidská důstojnost

V literatuře zdravotnické etiky a ošetrovatelství je pojem „ lidská důstojnost ” často používaný termín, přesto však není tento pojem v odborné literatuře dostatečně vymezen. Můžeme ji obecně definovat jako cosi, co přísluší každému člověku (6).

Studie projektu Evropské komise „ Důstojnost a starší Evropané ” definovala užitečný model, který rozlišuje následující čtyři typy důstojnosti. Patří sem důstojnost zásluh, mravní síly, osobní identity a důstojnost lidské bytosti, kterou se přímo zabývá koncept *Menschenwürde*. Tento koncept pojednává o ochraně lidské důstojnosti všech lidských bytostí a neopomíná ani ty nejzranitelnější, např. pacienty s demencí, nebo v bezvědomí. Na výzkumném projektu Evropské komise se podíleli odborníci ze šesti evropských zemí z oblasti zdravotní péče, sociálních věd a filozofie. Předmětem zkoumání bylo prožívání důstojnosti u starších osob, které se neobejdou bez pomocných služeb zdravotní, či sociální péče (14).

Ke ztrátě důstojnosti pacientů dochází ze strany zdravotnického personálu v následujících příkladech chování: hrubost, přehlížení, lhostejnost k člověku,

nerespektování soukromí při poskytování intimní péče, lhaní, nevhodné vyjadřování, neúcta, neklepání na dveře před příchodem na pokoj pacienta, neinformovanost pacienta co se s ním bude dít a další (14).

Lidskou důstojnost narušujeme, pokud bráníme člověku v jeho sebevyjádření, v jeho volbách a při vnucování pravidel, která jsou mu cizí (6). Naopak mezi chování podporující důstojnost, můžeme zmínit: projevování úcty, respektování zvyků, hodnot, soukromí, zdvořilé vyjadřování, milá gesta, informování pacienta, co se s ním bude dít a další (14).

1.3 Úcta

Pojem úcta odráží naše hodnocení vůči lidem a tím úzce souvisí s důstojností. Úctou sami sobě ukazujeme, nakolik si své osoby vážíme, a úctou k ostatním vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v ostatních. To, jak s lidmi zacházíme, se odráží ve vnímání sebe samých, na jejich sebehodnocení a sebeúctě.

Umění zacházet s druhými může být těžší, než se na první pohled zdá. Měli bychom si uvědomit, že úctu si zaslouží každý člověk a mít ve své praxi na zřeteli zájmy druhých (14).

Znevážit lidskou důstojnost můžeme neuctivými skutky, ke kterým patří přehlížení, ignorace, komunikace bez očního kontaktu, bezmyšlenkovité jednání, či neuctívání osobního prostoru (6). Proto by měl být každý jedinec zapojen do rozhodování o všech věcech, které se ho týkají. Schopnost řídit a ovlivňovat způsob svého každodenního života podle vlastních pravidel a představ se nazývá autonomie. Uznání a respektování práva určitého člověka je jeden ze způsobů projevení úcty. Velmi důležité je nejen zapojení do rozhodování o vlastním životě a péči, ale také nabytí pocitu smysluplnosti. Úctu a uznání důstojnosti projevujeme také správným oslovováním člověka, nasloucháním a odpovídáním (14).

1.4 Intimita

Respektováním intimity pacienta rozumíme zajištění důstojnosti, ohled na soukromí a stud. Ve zdravotnictví jsou často používány specifické a profesionální dotyky, které však nemusí být vždy takto chápány na straně pacienta. Pacienti veškeré zákroky snášejí lépe, pokud jim zároveň sdělujeme, co děláme. Sestra se ve svém povolání setkává s nahotou každý den a měla by vnímat citlivost druhých k intimitě jejich těla a respektovat jejich stud. Pacient svoji nahotu prožívá intenzivně, před cizími lidmi se denně nesvléká a nevystavuje se dotykům cizích osob. Toto je důležité si zvlášť uvědomit a mít na paměti (17).

1.5 Jak zachovat dostatečnou míru soukromí, důstojnosti a intimitu pacienta?

Veškerá činnost zdravotnického personálu velmi silně zasahuje do soukromí pacientů, ať už se jedná o ordinaci praktického lékaře, ambulanci odborného lékaře, nebo lůžkovou část oddělení. Zdravotnický pracovník by si měl při své každodenní práci uvědomit, že vše co pacient prožívá, je pro něj nové a nepoznané. K velkým zásahům do soukromí nemocného patří obnažování před ostatními pacienty a vykonávání základních hygienických či defekačních potřeb na pokoji. Někomu může vadit i používání ústavního prádla. Nemocný člověk snadno prožívá pocity studu, proto je nutné vždy postupovat ohleduplně a šetrně, s cílem zachování sebeúcty (19). Mezi základní prvky podporující důstojnost pacienta patří vhodná forma oslovování, umožňování volby, respektování potřeby soukromí, slušnosti a také to, že lidé, o které pečujeme, pociťují nadále svoji hodnotu (14).

Jak se pacienti cítí v nemocničním prostředí, záleží mnohdy na sestřích a ostatním ošetrovatelském personálu. Ztráta intimity může vést ke ztrátě zdravého sebevědomí a sebejistoty. Mezi nejdůležitější činnosti k uchování soukromí patří zavírání dveří na pokoje pacientů a snížené odkrývání. Dalším velkým problémem bývá větší počet pacientů na pokoji, proto je nutné dodržovat zásady respektování soukromí a přemýšlet,

jak pacienta nejlépe před okolím ochránit (13). Hygienická péče je oblastí, kde často dochází k porušování intimity. Pro ošetřující personál je náročná celková koupel na lůžku a ještě složitější se stává, pokud koupel provádí pouze jedna osoba. Je nesmírně důležité, aby si před mytím sestra připravila veškeré pomůcky na stolek, které tak bude mít při ruce. Sestra by neměla od pacienta odbíhat, aby zbytečně nevznikala časová prodleva, kdy bude pacient odhalen. Dalším důležitým krokem je nachystání případné místnosti na koupel, zavření oken a dveří je samozřejmostí pro zachování soukromí a intimity. Pokud oddělení není uspořádáno boxovým systémem, je nutné okolo lůžka postavit zástěny (12). Zástěny poskytnou pacientovi dostatek soukromí, odhalený pacient je chráněn před ostatními pacienty, i před personálem, který se na péči nepodílí. Zástěny je vhodné využívat i u výkonů, kdy je nutné odkrytí intimních partií. Často k chybám dochází i při lékařských vizitách, kdy sestra odkrývá pacienta s dostatečným předstihem, i když to vůbec nutné není. U lékařských vizit je často přítomna řada personálu, včetně studentů, proto je vhodné počkat s odhalením pacienta až na lékaře (12).

Další důležitou oblastí je efektivní komunikace s pacientem. Častokrát se příbuzní pacientů obracejí s důvěrou na sestru, aby jim poradila, jak správně se svým příbuzným komunikovat. Komunikace s pacientem však ani pro sestry není triviální záležitostí (12). Je potřeba naučit se naslouchat a správně interpretovat emoce, řeč těla a další nonverbální projevy. Někdy už první pacientova odpověď dokáže naznačit, zda se v mé přítomnosti cítí bezpečně a respektovaný (15). Velkým pochybením je povídat si během péče u pacienta o jeho osobních věcech s ostatními sestrami, nebo hovořit o pacientovi v blízkosti ostatních pacientů, personálu a dalších lidí, kteří se neúčastní péče a nemusí tyto důvěrné informace vůbec znát (12).

Z výše uvedeného vyplývá, že každý pacient má právo na ohleduplné chování ze strany personálu a všechna vyšetření, výkony a konzultace musí být realizovány diskrétně, aby nedocházelo k porušování důstojnosti a intimity pacienta (12).

2. Potřeby nemocných

Zdraví je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody. Zároveň je také chápáno jako předpoklad pro aktivní a spokojený život (2).

Hospitalizovaný nemocný je však ze společnosti zdravých vyloučen. V normálním životě a sociálním prostředí může jedinec vykonávat vše, co není zakázané. Naproti tomu v nemoci nesmí nic, co by nebylo vysloveně povolené a v případě hospitalizace jde o velmi podstatnou změnu oproti normálnímu životu. Situaci v nemocnici ovlivňuje sociální postavení personálu a pacientů, které je značně odlišné. Nemocniční prostředí je pro zdravotnické pracovníky a lékaře blízké, přizpůsobení pacienta na toto prostředí však není jednoduché a mnohem těžší je v případě staršího člověka. Adaptace na nové prostředí souvisí se schopností osvojit si novou roli (1).

Z výše uvedené definice zdraví, která říká, že jde o plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka, vychází také čtyři základní okruhy potřeb pacienta (15). Lidská potřeba vzniká při pocitu nedostatku, nebo nadbytku v oblasti biologické, psychologické, sociální, nebo duchovní. Naplnění potřeb přináší vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy v organismu, která je nutná pro zachování kvality našeho života. „ *Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, životních zkušenostech a jiných okolnostech* ” (16). Americký psycholog Abraham Harold Maslow popsal jednu z nejznámějších hierarchií lidských potřeb. Podle svých vlastních zkušeností popisuje „ pyramidu potřeb ”, kde základem jsou fyziologické potřeby, dále potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění a sebeúcty a na vrcholu je potřeba seberealizace. Nejdříve je potřeba uspokojit základní potřeby a teprve poté je možné stoupat v pyramidě výš. Potřeby jsou uspořádány vývojově a podle vnitřní naléhavosti, ale i sám A. H. Maslow stanovil výjimku, kdy tato posloupnost potřeb neplatí. Jedná se například o lidi, kteří upřednostňují sebeúctu před láskou (10).

2.1 Potřeby fyziologické

Bez uspokojení fyziologických potřeb těla se nedá dlouhodobě přežít. Patří mezi ně například potřeba dýchat nebo přijímat tekutiny a potravu. Po určitou dobu můžeme být schopni některou z těchto potřeb potlačit, nicméně pro zachování života je třeba tyto potřeby pravidelně saturovat. Plnění těchto potřeb u nemocného zastupuje sestra, nebo je komplexně řeší (16). Tělo člověka potřebuje přijímat potravu, mnohokrát i speciálně upravenou, potřebuje se pokud možno přirozeně vyprazdňovat a svým buňkám potřebuje dodávat kyslík. Důležité je nutit nemocné tělo k aktivitě, aby se neproleželo a nepřicházelo o svoji fyzickou sílu (15).

2.2 Potřeby psychologické

Patří sem především potřeba lidské důstojnosti, která není závislá na stavu tělesné schránky. Člověk je jedinečná bytost se svým vlastním posláním a každého jedince je nutné chápat a respektovat. Zejména nemocný člověk potřebuje se svým okolím komunikovat a neměli bychom zapomínat, že naše mimika, pohyby, gesta, postoj, naše oči i oblečení mluví často více, než naše slova. Jedná se o mimoslovní komunikaci. Každý člověk potřebuje také pocit bezpečí. Nikdy bychom neměli nemocnému lhát, nebo říkat něco, co bychom později museli odvolávat, protože takovým jednáním přestaneme být důvěryhodnou osobou. Další zásadou je, říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet a jen tehdy, kdy to chce slyšet (15). U nemocného bychom měli vždy předpokládat ztrátu bezpečí a jistoty, kterou přináší samo onemocnění. Při potřebě bezpečí se nejedná pouze o fyzicky naplněnou podstatu jako bezpečné lůžko, bezpečný transport na vyšetření, či bezpečí vhodného oblečení, ale velmi důležité je vědomí bezpečí. Nemocný si potřebuje uvědomit, že se nachází v bezpečném prostředí a zdravotní péče je mu poskytována lékařským a ošetrovatelským personálem, který je kvalifikovaně připraven na výkon svého povolání. Nemocný potřebuje cítit, že není přehlížen, jsou respektovány jeho potřeby a jeho autonomie. Pocit bezpečí přináší i vhodné oblečení personálu, dodržování domácího řádu, plnění slibů a dochvilnost (16).

2.3 Potřeby sociální

Člověk je společensky založený tvor, a pokud izolovaně nežije, tak by izolovaně neměl ani stonat, či umírat. Nemocný potřebuje návštěvy a měl by mít právo si návštěvy sám vybírat a usměrňovat. *„Nejsilnější vazby bývají většinou s rodinou, ale ne jen s ní. Nemocný musel možná přerušit nějakou nedokončenou práci, nedostavěl dům, nevystačí s nemocenskou a hlavou se mu může honit tisíc dalších problémů. Mezi naplnění sociálních potřeb patří také jistota ochrany osobních dat – podávání informací pouze tomu, koho pacient sám určí a pokud toho je schopen” (16).*

Měli bychom tolerovat zvyky, hierarchii životních hodnot a respektovat prostředí, ze kterého pacient pochází. Sociální zázemí se během hospitalizace zužuje na minimální prostory a pacientovu potřebu posílíme respektováním jeho teritoria. Potřebné je také znát představy pacienta o naší pomoci. Pro někoho může být důležité vyprávění příběhů o statečnosti, o stejných prožitcích, pro jiného zase naopak. Ani nás nemusí okamžitě napadnout, jak důležité může být podávání informací o dění mimo zúžený prostor nemocnice. Pacient často sbírá informace z webových stránek, nebo televize a na nás je poradit pacientovi, jaké informace jsou pro něj vhodné, zejména z hlediska odbornosti a pochopení problému bez zveličování a nepřesností (16).

2.4 Potřeby spirituální

Spirituální potřeby pacienta byly až do nedávné doby víceméně tabu. Proto se stále mnoho lidí i zdravotníků domnívá, že se jedná pouze o uspokojování potřeb věřících. Věřící člověk tuto potřebu samozřejmě má, ale většinou ví, co má dělat a dokáže se podle toho také zařídit. Někdy tato potřeba však může mít najednou velký význam u lidí, kteří s vírou nežijí. *„V průběhu vážné nemoci se mohou začít zabývat smyslem svého života a člověk v takové situaci zatouží vědět, zda mu bylo odpuštěno a má potřebu i sám odpouštět. Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a má do poslední chvíle smysl. Nenaplněním této potřeby smysluplnosti si může člověk zoufat a trápit se” (15).* Je potřeba takovému člověku ukázat, že jeho život může být smysluplný za každé situace.

3. Zákony, právní předpisy a normy

V České republice je ošetřena právními předpisy jakákoliv činnost a poskytování zdravotní péče není výjimkou. V této oblasti vznikají neustále nové předpisy, které je nutné dodržovat pro udržení systému a spokojenosti pacientů. Nedodržování těchto právních předpisů je pokutováno (12).

3.1 Všeobecná deklarace lidských práv

Tato deklarace vznikla reakcí na „barbarské činy“, které se staly v období nacismu a druhé světové války. Přijalo ji Valné shromáždění Spojených národů dne 10. prosince roku 1948. V citátech z preambule deklarace je kladen důraz na důstojnost a nezcizitelná práva všem lidem na světě, neboť jsou základem svobody, spravedlnosti a míru. Jednotlivé články uvádějí, že všechny živé bytosti se rodí svobodné a sobě rovné, pokud jde o jejich práva, bez rozdílu pohlaví, barvy, rasy a společenského postavení. Zmiňují, že každý člověk má právo na život, svobodu a bezpečí, uznání před zákonem, na zabezpečení v nemoci i ve stáří a na ochranu proti diskriminaci (11).

3.2 Listina základních práv a svobod

Listina byla inspirována Všeobecnou deklarací lidských práv z roku 1948 a jako součást ústavy České republiky byla vyhlášena v roce 1992. Obsah vychází z práva a možnosti zásahů státní moci do svobod jednotlivých občanů a je rozčleněna do šesti hlav a 44 článků. Hlava první pojednává o nezbytném dodržování rovnosti a důstojnosti lidu v právech, hlava druhá o základních lidských právech, hlava třetí o právech národnostních menšin, hlava čtvrtá o právu hospodářském, sociálním a kulturním, pátá hlava právem soudním a hlava šestá řeší společenská ustanovení. V tomto právním předpise mají všichni stejná práva, ale i povinnosti (12).

3.3 Úmluva o lidských právech a biomedicině

Úmluva byla přijata Výborem ministrů Rady Evropy dne 4. dubna roku 1997 a navazuje na předchozí významné mezinárodní dokumenty a úmluvy, mezi které patří i Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Nečekaný vývoj v biomedicínské oblasti totiž zapříčinil obavu, že těchto pokroků by mohlo být zneužito v neprospěch lidí. Proto úmluva vyjadřuje nutnost respektování lidské bytosti a zajištění její důstojnosti, dále popisuje potřebu dodržování lidských práv a svobod. Zdůrazňován je význam možných rizik pokroku v oblasti medicíny a biologie. Není opomenuta důležitost veřejné diskuse na toto téma a nutnost informování všech lidí o jejich právech a povinnostech. Úmluva též zdůrazňuje potřebu mezinárodní spolupráce a pomoci (11).

3.4 Etický kodex sester

Etický kodex sester byl vypracován a poprvé přijat Mezinárodní radou sester (ICN) v roce 1953, od té doby byl několikrát revidován a poslední revize byla provedena v roce 2012. Sestry z České republiky se k etickému kodexu hlásí prostřednictvím České asociace sester, který byl projednán sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS, přijat Etickou komisí a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003. Jedná se o všeobecný standard, kdy k základním povinnostem sestry patří pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je dodržování lidských práv, mezi které patří právo na život, právo na důstojnost a právo na uctivé zacházení. Tato péče nesmí být omezována věkem, vyznáním, barvou pleti, postižením, pohlavím, nemocí, národností, kulturními zvyklostmi, společenským postavením, ani politickým přesvědčením pacienta. Ve čtyřech hlavních článcích Etického kodexu ICN je vymezena norma etického chování, která je platná pro sestry po celém světě (3). Z pohledu pacientů je nejpodstatnější článek „sestra a spoluobčan“, ve kterém zdravotní sestra zodpovídá za občany, kteří potřebují zdravotní péči. Při jejím poskytování respektuje individualitu, uznává rozdílnou víru jedince, jeho hodnoty a zvyky, chrání důvěrné informace, které považuje za osobní a posuzuje, komu je může sdělit (12).

3.5 Práva pacientů

Práva pacientů byla vyhlášena a definována Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky dne 25. února 1992. Člení se do jedenácti bodů, ve kterých je kladen důraz na důležitost prosazování lidských práv ve zdravotnictví, zejména v respektování lidské důstojnosti a vyjádření úcty pacientovi. Při poskytování ošetrovatelské péče je třeba brát pacienty jako jedinečné bytosti a rovnocenné partnery, neboť každý člověk je individuální, má jiné potřeby, přání a uznává jiné hodnoty. Ve zdravotnictví se apeluje na dodržování norem mnohem více, než v jiných odvětvích, protože sestra je při poskytování ošetrovatelské péče s pacientem v neustálém kontaktu (12). V roce 1993 Centrální etická komise MZ ČR schválila dokument Charta práv hospitalizovaných dětí. Účelem této charty je zajistit i dětem lékařskou a ošetrovatelskou péči v takovém prostředí, které odpovídá jejich psychosociálním potřebám a za podpory jejich blízkých osob. Pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje, preferuje se léčba v domácím prostředí, nebo léčba ambulantní (6).

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. upravuje podmínky poskytování zdravotní služby, práva a povinnosti pacientů i dalších příbuzných, poskytovatele zdravotních služeb i zdravotnických pracovníků. Tento zákon popisuje i účel ošetrovatelské péče a přímo se zmiňuje, které složky člověka je potřeba do ošetrovatelské péče zahrnout.

„Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou: 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 nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 5, odst. 2, pís. g)

Dále zákon popisuje právo na ohleduplnost a soukromí pacientů:

„Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo: na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 28, odst. 3, pís. a). „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo: na poskytování

zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 28, odst. 3, pís. k)

Zákon mimo jiné také nařizuje mlčenlivost všem zdravotnickým pracovníkům. Jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se pacienta bezprostředně týkají.

„Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 51, odst. 1)

4. Vzdělávání sester

Práce sester a poskytování zdravotní péče patří mezi regulované činnosti. Jedná se o činnosti, které se řídí právními předpisy. Ty stanovují, kdo a za jakých podmínek může tuto práci vykonávat. Konkrétně jde o Zákon o zdravotních službách 372/2011 Sb., ve kterém je přímo definován pojem „ Poskytovatel zdravotních služeb ” a pro tyto poskytovatele stanoveny podmínky, za jakých smí zdravotní péči poskytovat. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních 201/2017 Sb. stanovuje, jaké osoby lze považovat za všeobecné sestry na území České republiky a reguluje povolání sestry (18).

4.1 Kvalifikační vzdělávání sester

V České republice se nyní odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním zdravotnického akreditovaného oboru na vysoké škole, či vyšší odborné škole. Aby mohla vysoká škola vyučovat akreditovaný zdravotnický obor, musí mít od ministerstva zdravotnictví souhlasné stanovisko, že jejich absolventi jsou způsobilí vykonávat zdravotnické povolání (18). Seznam vysokých i vyšších škol je ministerstvo zdravotnictví povinné každoročně zveřejňovat na svých internetových stránkách. Absolvováním střední zdravotnické školy lze dosáhnout pouze odborné způsobilosti

praktické sestry. Vyhláška 39/2005 Sb. stanovuje základní požadavky, obzvláště celkový počet hodin vyučování a minimum hodin praktické výuky. Z hlediska obsahu jsou stanoveny pouze předměty, nikoli však poměry hodinových dotací jednotlivých předmětů. Vyhláška o minimálních požadavcích na nelékařské obory stanovuje i možnosti započtení praxe z předchozího vzdělání, nebo výkonu zdravotnického povolání do hodin praktické výuky. Metodické pokyny pro přípravu všeobecných sester, které vydala společně ministerstva zdravotnictví a školství, stanovují pravidla průběhu vzdělávání sester a uvádějí doporučený počet hodin pro jednotlivé vzdělávací předměty. Pro vysoké školy a pro vyšší odborné školy jsou požadavky stejné (18).

4.2 Specializační vzdělávání sester

K samostatnému výkonu povolání není specializační vzdělání podmínkou k výkonu práce všeobecné sestry. Nezbytná je pouze v případě vysoce specializovaných činností, které nemohou sestry bez specializované způsobilosti vykonávat. Specializovaná způsobilost se většinou získává po složení atestační zkoušky. Všeobecná sestra se může vzdělávat v desítkách různých specializačních oborů. Jedná se například o sestru pro intenzivní péči, sestru pro perioperační péči, sestru pro péči v chirurgických oborech, sestru pro psychiatrii a další. Do specializačního vzdělávání žadatele zařazuje ministerstvo zdravotnictví a uchazeč si může vybrat akreditované pracoviště, kam chce být zařazen. Pokud má však vybrané pracoviště naplněnou kapacitu, bude mu doporučeno jiné vhodné akreditované zařízení. Akreditované zařízení odpovídá za průběh specializačního vzdělávání a ministerstvo zdravotnictví má právo průběh vzdělání kontrolovat. Závazné jsou počty hodin teoretické a praktické výuky a účastník musí splnit praxi stanovenou vzdělávacím programem. Podrobný průběh specializačního vzdělávání stanovuje metodický pokyn ministerstva zdravotnictví. Další možností, jak mohou sestry absolvovat specializovanou způsobilost, je studium navazujícího vysokoškolského programu (18). Specializovaná způsobilost tímto studiem se získává tehdy, pokud má navazující magisterské studium souhlasné stanovisko od ministerstva zdravotnictví (18).

4.3 Celoživotní vzdělávání

Celoživotní vzdělávání je pro všechny zdravotnické pracovníky povinné a jeho cílem je průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Patří sem certifikované kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, odborné konference, kongresy a sympozia. Zbývající forma celoživotního vzdělávání je publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, samostatné studium odborné literatury a studium navazujících studijních programů. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních nestanovuje, zda se jedná o prohlubování, či zvyšování kvalifikace. Absolvováním certifikovaného kurzu účastník získá zvláštní odbornou způsobilost k úzce vymezeným činnostem. Obory certifikovaného kurzu nejsou přímo určeny žádným právním předpisem, ale mohou sloužit jako efektivní nástroj k rozšiřování kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků. Základním dokumentem je vzdělávací program, který navrhuje žadatel o akreditaci. Na něm je, aby zvolil, pro koho bude certifikovaný kurz určený, jak bude dlouhý, jaký podíl bude mít teorie a praxe, jaké budou výstupní požadavky a jaké bude mít absolvent kompetence. Akreditované zařízení má povinnost uvádět získané kompetence na certifikátu o zvláštní odborné způsobilosti. Ministerstvo zdravotnictví akreditované kurzy zveřejňuje na svých internetových stránkách a pravidelně je aktualizuje. Odborné stáže mohou být pořádány pouze akreditovaným pracovištěm a jejich cílem je prohloubení znalostí, či dovedností pracovníka (18).

Empirická část

Úvod

Každý člověk má potřebu, aby mu bylo nasloucháno a následně bylo přijato jeho přání, a tím byla zachována jeho lidská důstojnost (17). A protože právě sestry a ostatní ošetrovatelský personál jsou zodpovědní za podporu a dodržování důstojnosti, rozhodla jsem se provést šetření, které zmapuje míru dodržování důstojnosti a intimity v zařízení sociálních služeb Alzheimercentrum Černošice. V tomto zařízení pobývají klienti s různými typy demencí a Alzheimerovou chorobou.

U klientů s demencí dochází k postižení v oblasti aktivit denního života. Úměrně ke stupni tohoto onemocnění bývá narušeno zvládnání běžných dovedností, pokulhává péče o svůj zevnějšek, apod. U pokročilé demence bývá postižena schopnost oblékat se a svlékat se, samostatně se najíst a zvládat základní osobní hygienu. U velmi těžké demence je klient plně závislý na péči blízkých osob, nebo profesionálních ústavů. Tito nemocní neudrží moč ani stolicí a jsou plně odkázáni na péči okolí (7). Osobně si proto myslím, že dodržování důstojnosti a intimity u těchto klientů by mělo být nepostradatelnou součástí každodenní ošetrovatelské péče.

5. Metodika výzkumu

5.1 Hlavní cíl

Cílem mé práce bylo zmapovat úroveň znalostí personálu zařízení sociálních služeb v problematice dodržování míry soukromí, důstojnosti a intimity u pacientů a do jaké míry je soukromí a intimita zachovávána.

5.2 Metoda výzkumu

Údaje do své bakalářské práce jsem získala použitím kvantitativního výzkumu. Pracuje s větším souborem respondentů a často používanou metodou je šetření za pomoci dotazníků (9). Pro svůj výzkum jsem zvolila tuto metodu za pomoci nestandardizovaného dotazníku. V dotazníku jsem použila jak otázky uzavřené, tak několik otázek otevřených s možností volné odpovědi. O účelu dotazníku i možnostech volné odpovědi byli respondenti v úvodu informováni. Začátek dotazníku pomohl charakterizovat vzorek respondentů, zbývající otázky se zabývaly problematikou dodržování důstojnosti a intimity u klientů.

5.3 Zkoumaný vzorek respondentů

Zkoumaný vzorek tvořil personál pracující v zařízení sociálních služeb Alzheimercentrum Černošice. Dotazník byl určen jak pro všeobecné a praktické sestry, tak pro pomocný ošetrovatelský personál. Podmínkou pro zařazení do výzkumného vzorku byla nutnost práce v přímé péči s klienty. Celkem bylo rozdáno 48 dotazníků. Osloveni byli všichni zaměstnanci s výjimkou těch, kteří v zařízení pracují méně než 1 měsíc. Z celkového počtu 48 rozdaných dotazníků se jich zpět vyplněných vrátilo 46, dotazník odmítli vyplnit 2 zaměstnanci.

5.4 Sběr dat

Výzkum probíhal v březnu a dubnu 2021. Součástí celého výzkumného šetření byla technická příprava dotazníků, jejich distribuce a sběr. Dotazníky byly rozdávány personálu vždy ráno při zahájení směny s prosbou o jejich vyplnění a odpoledne byly sebrány. Následně byly další dotazníky předány denní směně, aby je předala směně noční s prosbou o jejich vyplnění ve chvílce volného času. Protože se mi stalo, že při některých směnách nebyl časový prostor k vyplnění dotazníku, nechala jsem dotazníky k dispozici na sesterně pro možnost pozdějšího vyplnění. Reakce sester a pracovníků v přímé péči na vyplňování dotazníků byla různá, ale nakonec pouze dva respondenti odmítli dotazník vyplnit.

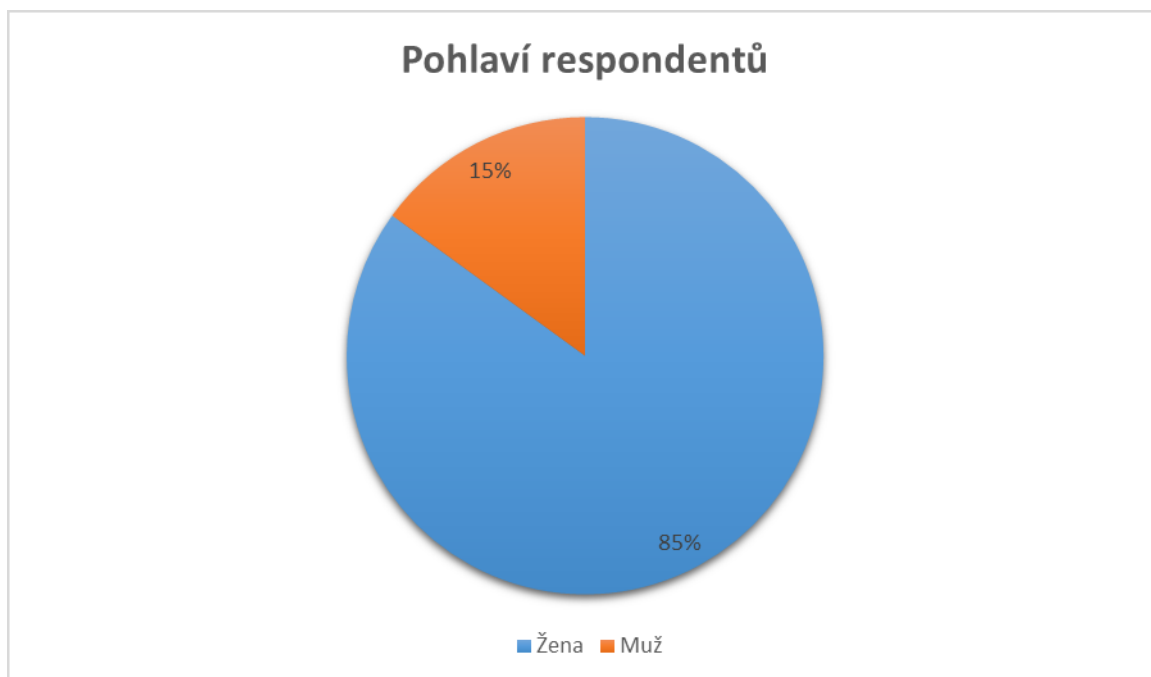
6. Analýza dat výzkumného šetření

6.1 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 46 respondentů a ochota k vyplnění dotazníku byla velmi dobrá. První zjišťující otázky z dotazníku byly zaměřené na charakteristiku vzorku respondentů.

V první otázce měli respondenti za úkol označit, zda jsou ženského, nebo mužského pohlaví. Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu č. 1:

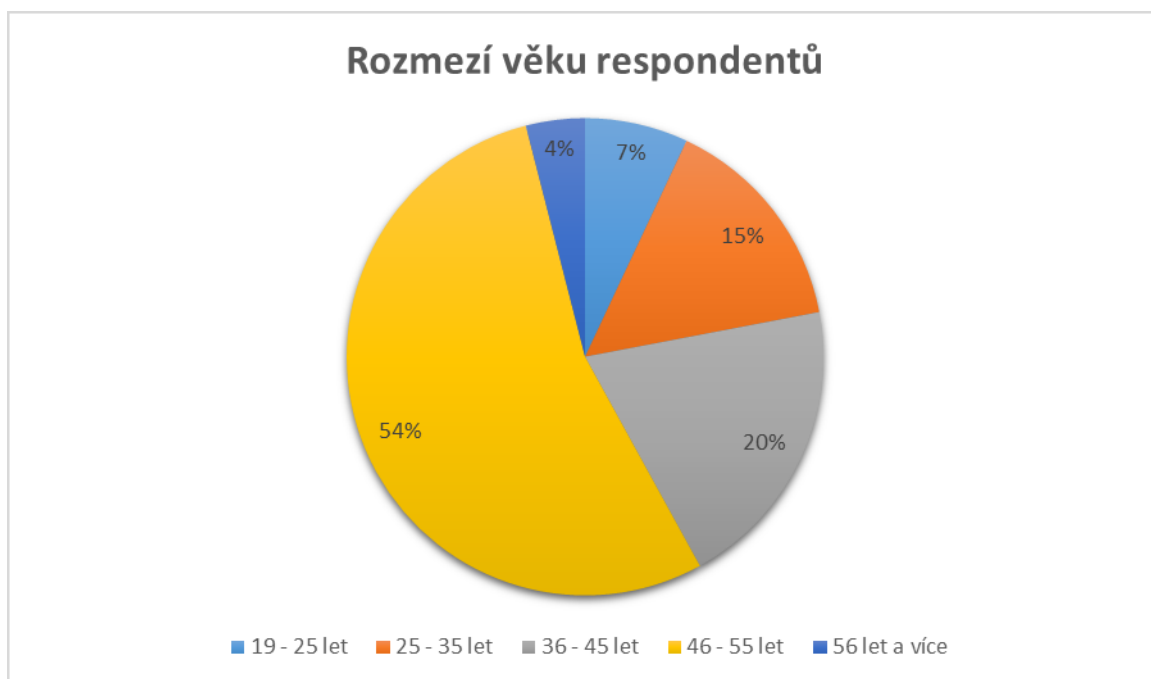
Graf č. 1 - k otázce – Uved'te prosím, jaké je Vaše pohlaví



Z grafu č. 1 je zřejmé, že převážnou většinu z celkového množství 46 respondentů, tvořily ženy (85%). Téměř šestinu respondentů tvořili muži (15%). Nejedná se tak výhradně pouze o ženský kolektiv.

Ve druhé zjišťující otázce měli respondenti označit rozmezí svého dosaženého věku. V uzavřené otázce bylo možno označit následující věkové kategorie: 19 – 25 let, 25 – 35 let, 36 – 45 let, 46 – 55 let, 56 let a více. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 2:

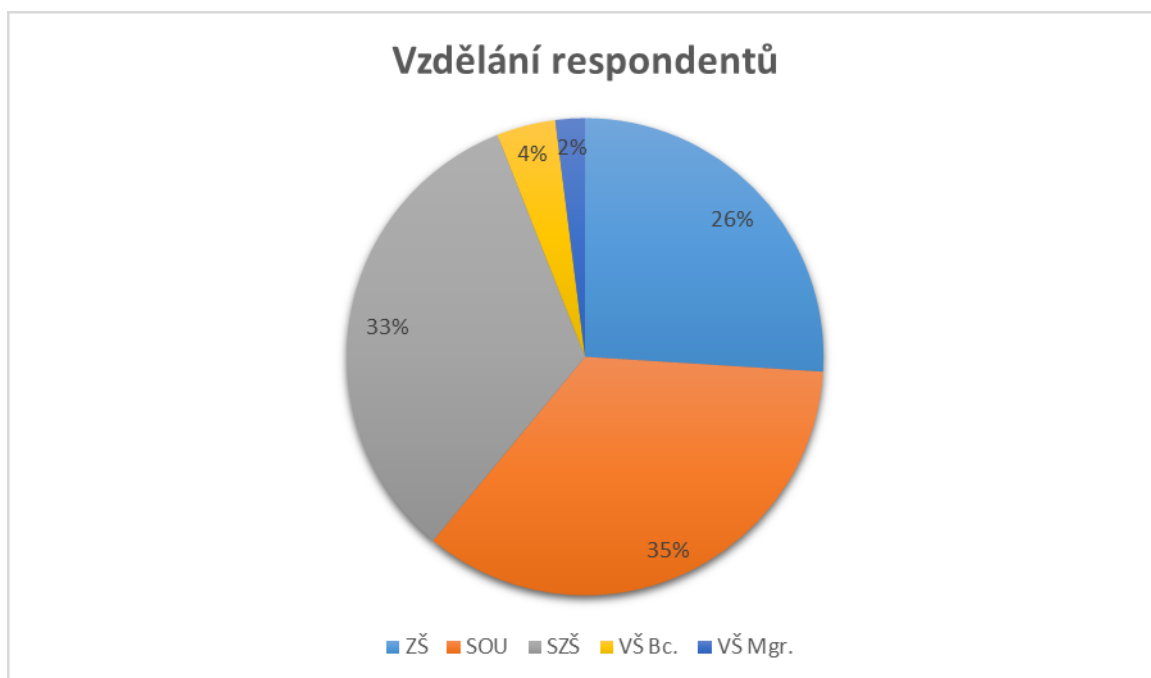
Graf č. 2 - k otázce – Označte prosím Vaši věkovou kategorii



Z grafu č. 2 je patrné, že nejvíce respondentů je ve věku mezi 46 až 55 lety a tvoří tak větší polovinu všech oslovených (54 %). Do další početné věkové skupiny patří respondenti mezi 36 až 45 lety (20%). Ve věku mezi 25 až 35 lety se nachází 15% respondentů. Pouze 7% respondentů jsou mladí lidé, ve věku mezi 19 až 25 lety. Věkovou kategorii 56 let a více označilo pouze 4% respondentů.

Ve třetí zjišťující otázce respondenti označili své nejvyšší dosažené vzdělání. V uzavřené otázce měli za úkol, bez ohledu na vykonávanou pracovní pozici, vybrat z následující nabídky: ZŠ – základní vzdělání, SOU – střední odborné učiliště, SZŠ – střední zdravotnická škola, VŠ Bc. – vysokoškolské bakalářské studium, VŠ Mgr. – vysokoškolské magisterské studium. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 3:

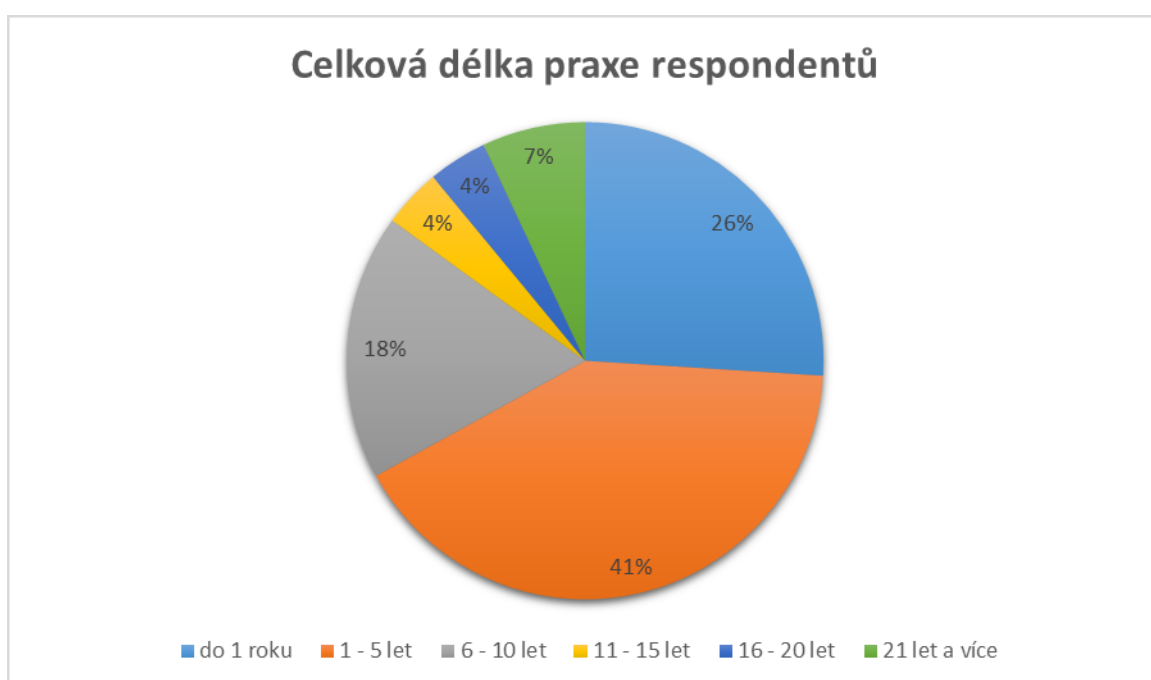
Graf č. 3 - k otázce – Uveďte prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání



Z grafu č. 3 je zřejmé, že převážná většina respondentů je vyučena v některém z oborů středního učiliště (35%), nebo mají základní vzdělání (26%). Zbývající respondenti mají středoškolské vzdělání ze střední zdravotnické školy (33%). Bakalářské vysokoškolské vzdělání mají 4% respondentů a magisterské vysokoškolské vzdělání pouze 2% z dotazovaných.

Čtvrtá zjišťující otázka zkoumající charakteristiku vzorku respondentů byla zaměřena na délku praxe ve zdravotnictví, nebo sociálních službách. Respondenti měli na výběr z následujících možností: do 1 roku, 1 – 5 let, 6 – 10 let, 11 – 15 let, 16 – 20 let, 21 let a více. Výsledky jsou shrnuty v grafu č. 4:

Graf č. 4 - k otázce - Uveďte prosím délku Vaší praxe ve zdravotnictví / sociálních službách



Graf č. 4 znázorňuje délku praxe respondentů ve zdravotnictví, nebo sociálních službách. Délku praxe pouze do 1 roku označilo celých 26 % respondentů. Nejvíce respondentů (41%) má praxi ve zdravotnictví nebo sociálních službách v rozmezí 1 – 5 let. Délku praxe 6 – 10 let označilo 18% respondentů, 4% respondentů označilo možnosti 11 – 15 let a 16 – 20 let.

Dlouhodobou praxi ve zdravotnictví nebo sociálních službách nad 10 let mají pouze 4 respondenti z dotazovaných.

Poslední pátá zjišťující otázka měla za úkol prověřit, jaká je délka praxe respondentů na současném pracovišti. Vybrat bylo možné z následujících odpovědí: méně než 1 rok, 1 – 5 let, 6 – 10 let, 11 – 15 let, 16 – 20 let, 21 let a více. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 5:

Graf č. 5 k otázce - Uveďte prosím délku Vaší praxe na současném pracovišti



Graf č. 5 ukazuje, že délka praxe respondentů na současném pracovišti je maximálně do 5 let. 74 % respondentů zde pracuje pouze několik měsíců a označilo možnost odpovědi méně než 1 rok, zbývajících 26 % respondentů zde pracuje déle než 1 rok a vybralo možnost odpovědi 1 – 5 let.

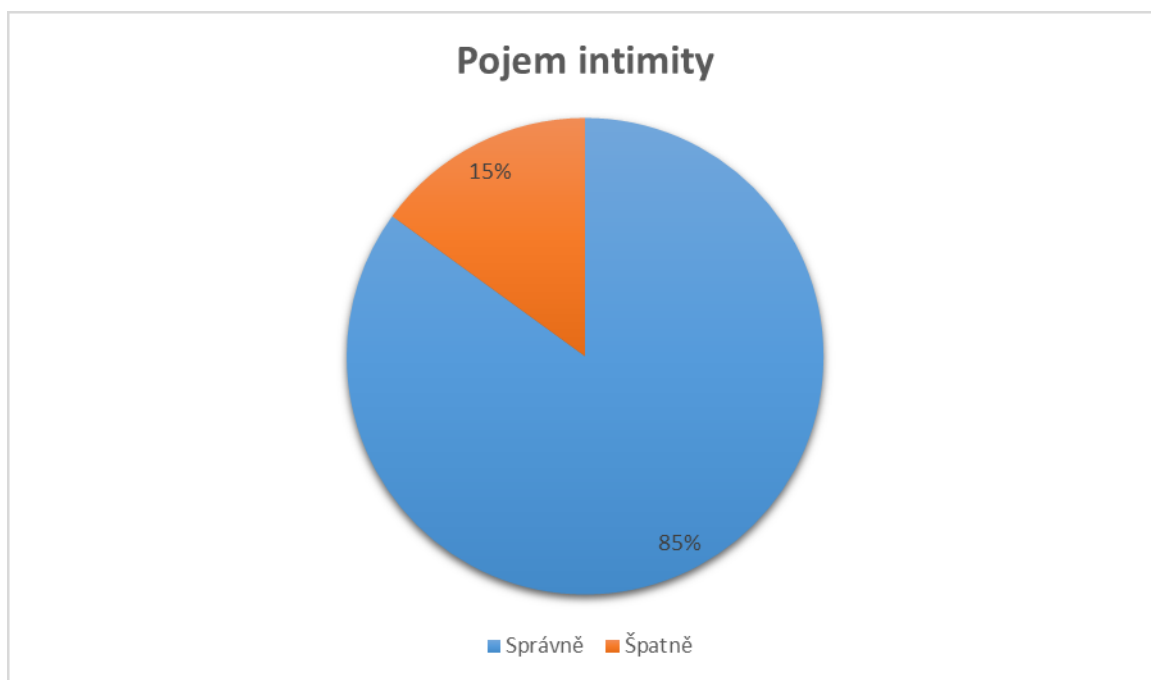
Zbývajících možnosti odpovědi v dotazníku nevyužil žádný respondent, neboť nikdo z dotazovaných na pracovišti nepracuje déle.

6.2 Dodržování důstojnosti a intimity u pacientů

Zbývající otázky v dotazníku měly za úkol prověřit znalosti pojmu intimity, správných postupů při dodržování intimity a dodržování míry důstojnosti a intimity u pacientů v zařízení.

V šesté otázce měli respondenti označit správné tvrzení, které nejvíce označuje pojem intimita. Pouze jedna odpověď byla správná, zvolení zbývajících odpovědí bylo bráno jako zvolení odpovědi špatné. Výsledky jsou shrnuty v grafu č. 6:

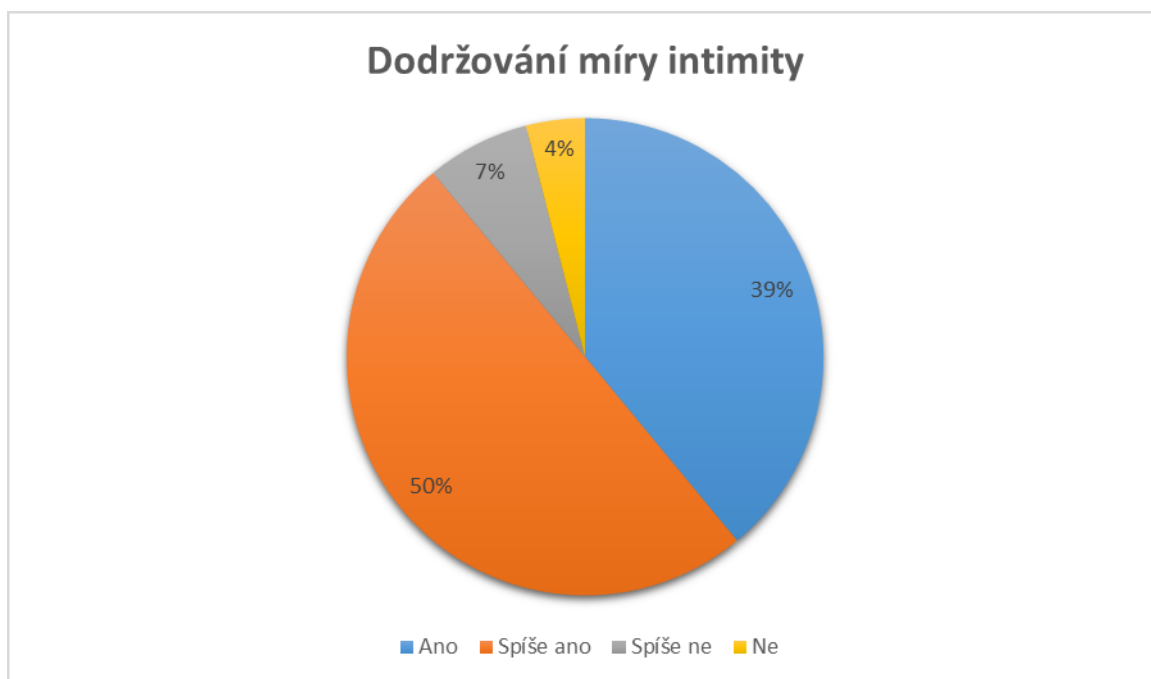
Graf č. 6 - k otázce - Které tvrzení nejvíce vystihuje pojem „ intimita ” ve zdravotnictví



Graf č. 6 znázorňuje správnou odpověď (85%) respondentů, kteří ji měli za úkol vybrat ze čtyř otázek. Správná odpověď v dotazníku je za c, *zachování soukromí, důvěrnosti, respektování studu a je vždy individuální*. Zbývající špatné odpovědi označilo 15% respondentů.

V otázce sedmé respondenti odpovídali na otázku, zda vždy dodržují dostatečnou míru intimity u pacientů. Míra intimity byla zahrnuta v následujících možnostech odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 7:

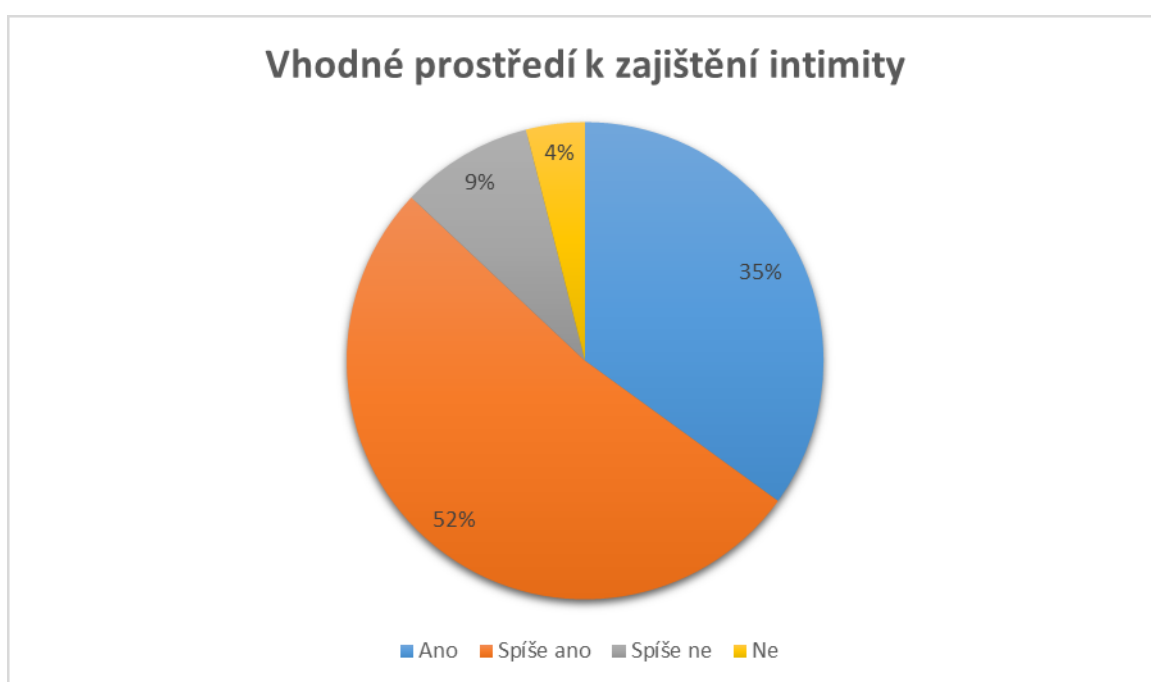
Graf č. 7 - k otázce - Dodržujete vždy dostatečnou míru intimity u pacientů?



V grafu č. 7 je patrné, jakou odpověď respondenti zvolili na otázku ohledně dodržování míry intimity u pacientů. Odpověď ano zvolilo 39% respondentů, tedy v tomto případě se respondenti snaží vždy dodržovat dostatečnou míru intimity. Odpověď spíše ano označilo nejvíce respondentů z dotázaných (50%), v tomto případě je dostatečná míra intimity spíše dodržována. Odpověď ne si vybralo 4% respondentů a odpověď spíše ne 7% respondentů. Ze sběru dat tedy také vyplývá, že dostatečná míra intimity bývá u pacientů porušována až v 11% případů.

V osmé otázce měli respondenti uvést, na kolik se domnívají, že mají na svém oddělení vhodné prostředí k zajištění intimity u pacientů. Na výběr měli z následujících odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 8:

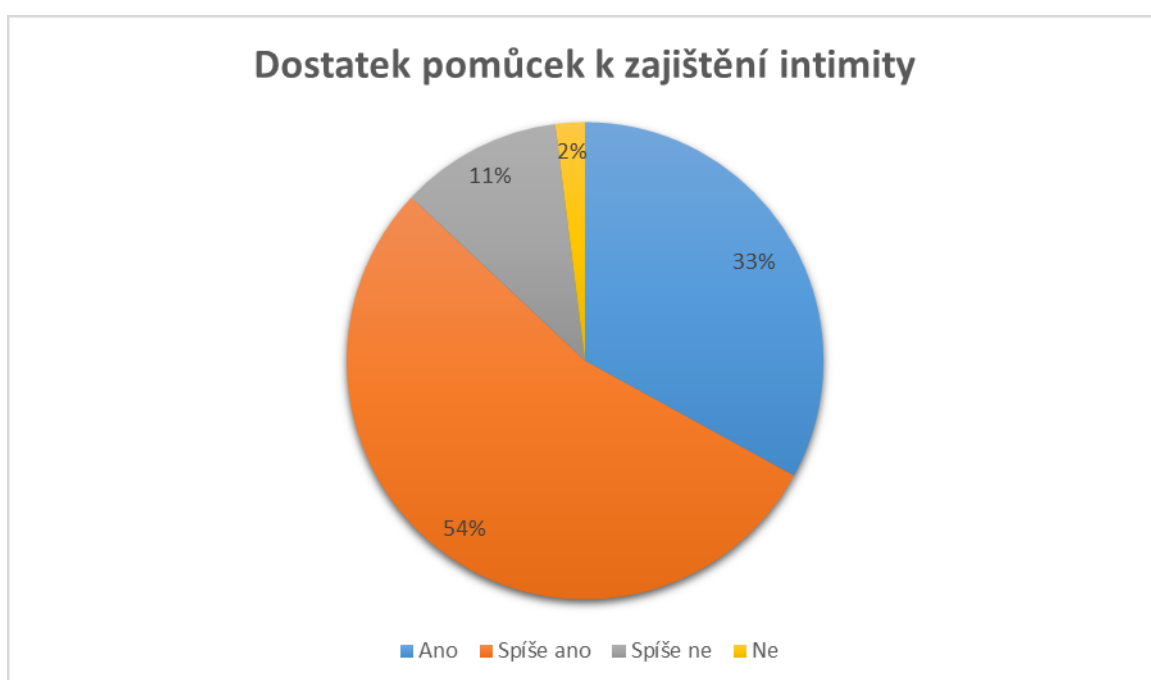
Graf č. 8 - k otázce – Myslíte si, že máte na svém oddělení vhodné prostředí k zajištění intimity pacientů?



Z grafu č. 8 jsou zřejmé odpovědi respondentů na otázku, zda je na oddělení vhodné prostředí k zajištění dostatečné míry intimity u pacientů. Odpověď ano označilo 35 % respondentů, tedy se domnívají, že na oddělení je vhodné prostředí k zajištění dostatečné míry intimity. Odpověď spíše ano zvolilo 52 % respondentů z dotázaných, tedy tato skupina se spíše domnívá, že je prostředí vhodné. Odpověď spíše ne si vybralo 9 % respondentů a odpověď ne 4 % respondentů. Tyto méně početné skupiny se domnívají, že prostředí je spíše nevhodné, nebo nevhodné.

U deváté otázky respondenti uváděli, na kolik se domnívají, že mají na svém oddělení dostatek pomůcek k zajištění intimity u pacientů. Opět vybírali z následujících možností: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky jsou shrnuty v grafu č. 9:

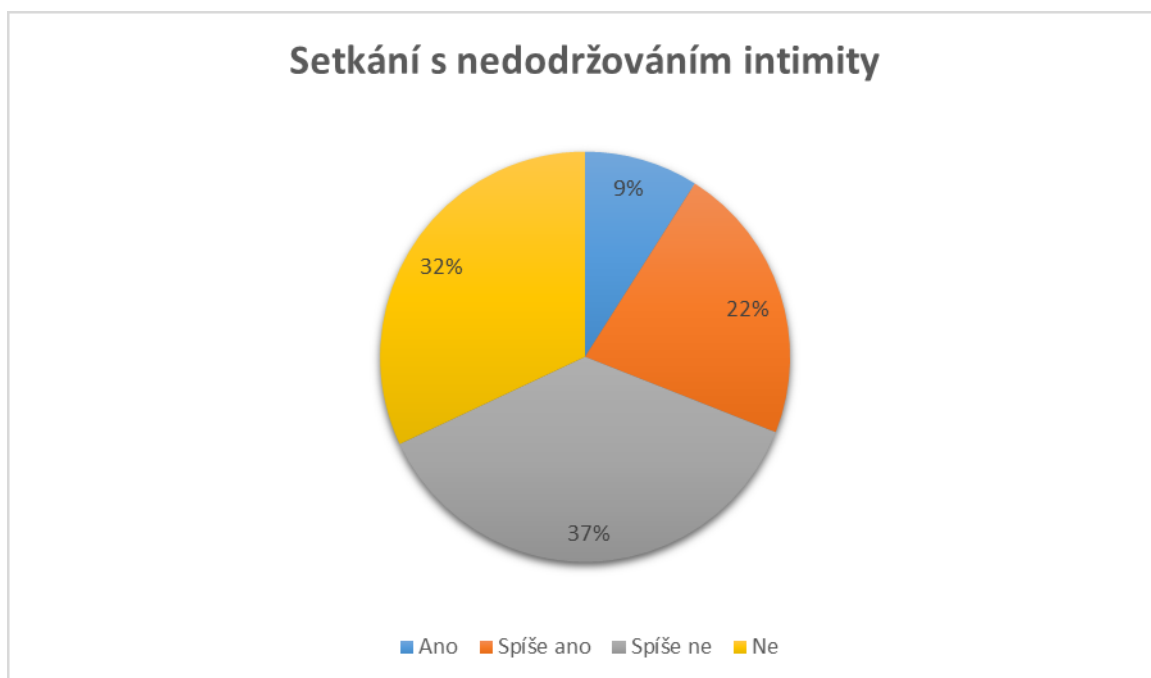
Graf č. 9 - k otázce - Myslíte si, že máte na svém oddělení dostatek pomůcek k zajištění intimity pacientů?



Graf č. 9 znázorňuje, na kolik se respondenti domnívají, že jejich oddělení disponuje dostatečným množstvím pomůcek k zajištění intimity u pacientů. Odpověď ano označilo 33 % respondentů, tedy tito respondenti se domnívají, že na oddělení mají dostatečné množství těchto pomůcek. Odpověď spíše ano uvedlo 54 % respondentů z celkového množství dotázaných, tedy tato početná skupina respondentů se domnívá, že mají spíše dostatečné množství pomůcek k zajištění intimity u pacientů. Odpověď spíše ne označilo 11 % respondentů a odpověď ne pouze 2 % respondenti.

U desáté otázky měli za úkol respondenti odpovědět, zda se na pracovišti setkali s nedodržením intimity u pacientů. Míru tohoto setkání mělo určit zvolení jedné z následujících možností: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky odpovědí jsou shrnuty v grafu č. 10:

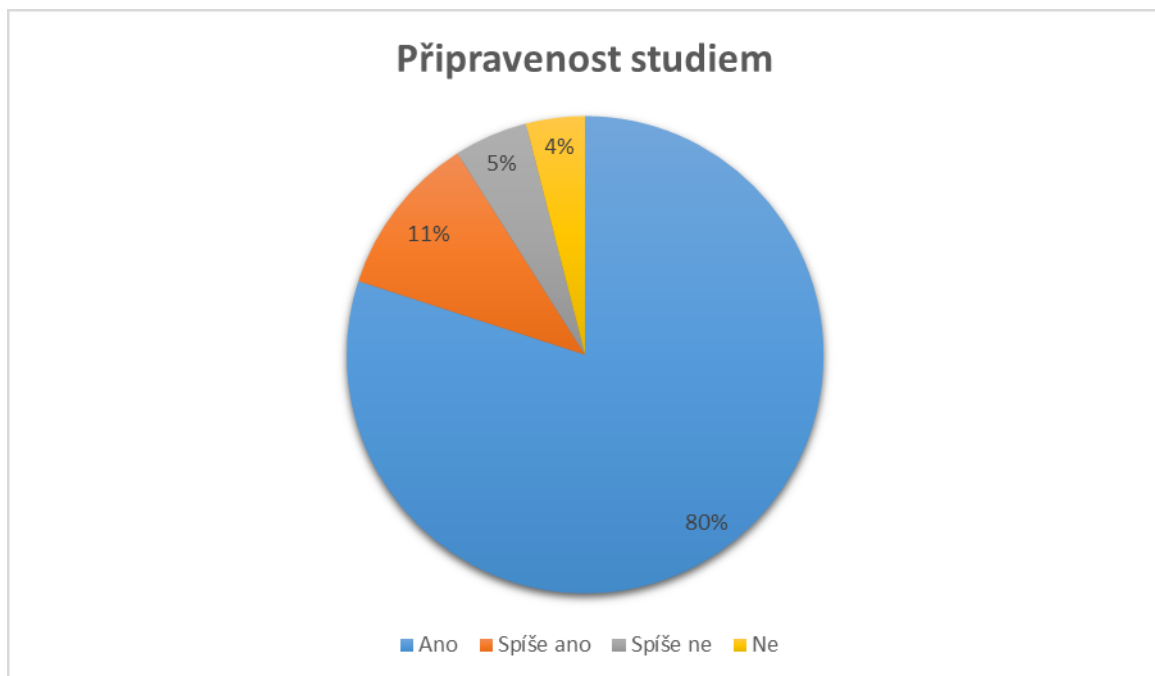
Graf č. 10 - k otázce - Myslíte si, že jste se setkal/a s nedodržením intimity u pacientů na Vašem pracovišti?



Sesbíraná data od respondentů v grafu č. 10 ukázala četnost setkání s nedodržením intimity u pacientů. S nedodržením intimity se setkala 9% respondentů, tyto respondenti zvolili odpověď ano. Odpověď spíše ano označilo 22% respondentů. Tyto skupiny respondentů se setkaly s nedodržením intimity u pacientů na svém pracovišti. Na druhou stranu odpověď spíše ne označilo 37% respondentů a odpověď ne si vybralo 32% respondentů. Tyto dvě nejpočetnější skupiny respondentů se s nedodržením dostatečné míry intimity u pacientů buď nikdy, nebo spíše nesetkali.

U jedenácté otázky, zda si respondenti myslí, že je studium řádně připravilo na péči o pacienty, mohli svůj názor vyjádřit podle následujících možností odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky odpovědí jsou znázorněny v grafu č. 11:

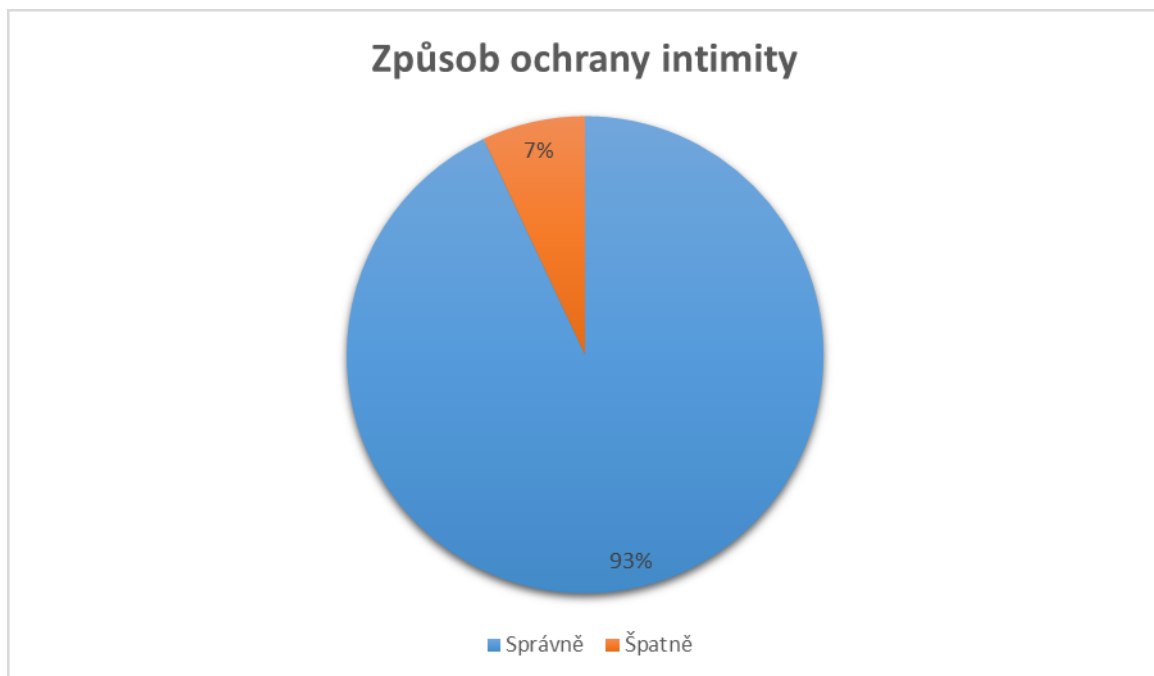
Graf č. 11 - k otázce - Myslíte si, že Vás studium dostatečně připravilo na péči o pacienty?



Z grafu č. 11 vyplývá, že největší část respondentů (80%) se cítí být dobře připravena studiem na péči o pacienty. Odpověď spíše ano označilo 11 % respondentů a jen velmi malá část respondentů se domnívá, že je studium dostatečně nepřipravilo. Odpověď spíše ne označilo 5% respondentů, odpověď ne 4% respondentů.

U dvanácté otázky respondenti volili jednu správnou odpověď. Měli za úkol odpovědět na otázku, jakým způsobem je možné správně ochránit intimitu pacientů. Zbývající možnosti odpovědí byly považovány za nesprávně zodpovězené. Výsledky jsou shrnuty v následujícím grafu č. 12:

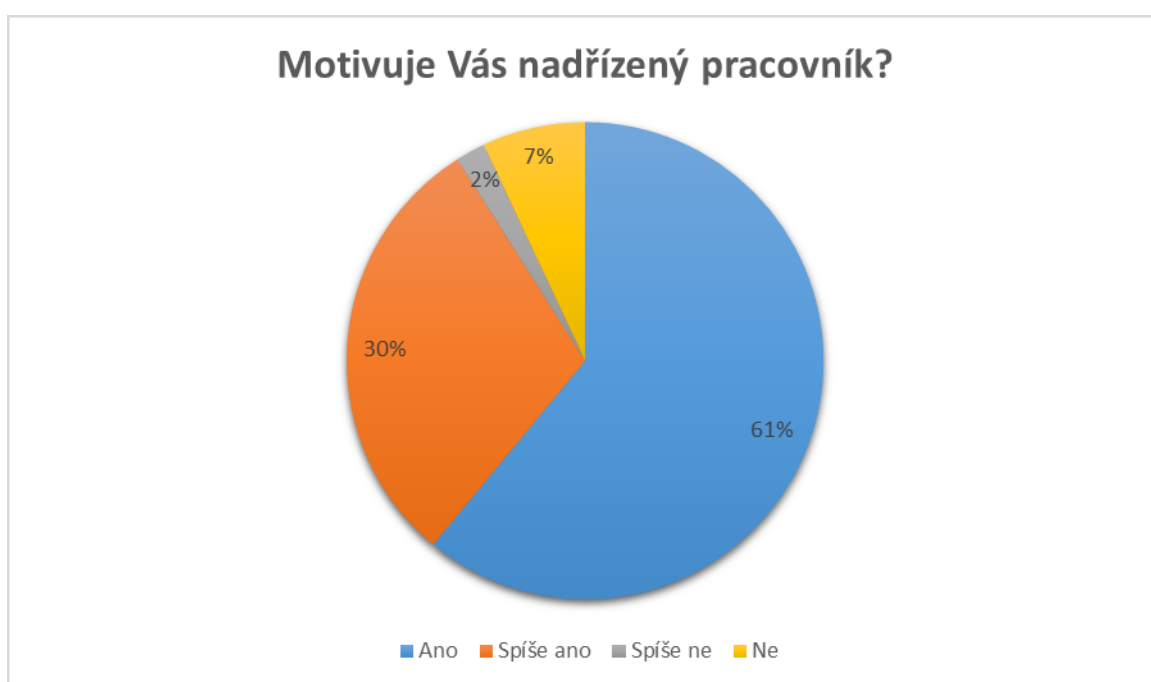
Graf č. 12 - k otázce - Jakým způsobem je možné správně ochránit intimitu pacientů?



Graf č. 12 potvrdil, že respondenti ví, jak správně chránit intimitu pacientů. Správnou odpověď označilo 93% respondentů z dotázaných. Za správnou byla považována odpověď *c, používání zástěn, možnost ponechat pacientům jejich vlastní pyžama a ložní prádlo*. Špatnou odpověď zvolilo pouze 7% respondentů.

U třinácté otázky měli respondenti za úkol odpovědět, zda si myslí, že jsou správně motivováni k respektování intimity pacientů nadřízeným pracovníkem. Svůj názor mohli vyjádřit podle možností následujících odpovědí: ano, spíše ano, spíše ne, nebo pouze ne. Výsledky jsou shrnuty v následujícím grafu č. 13:

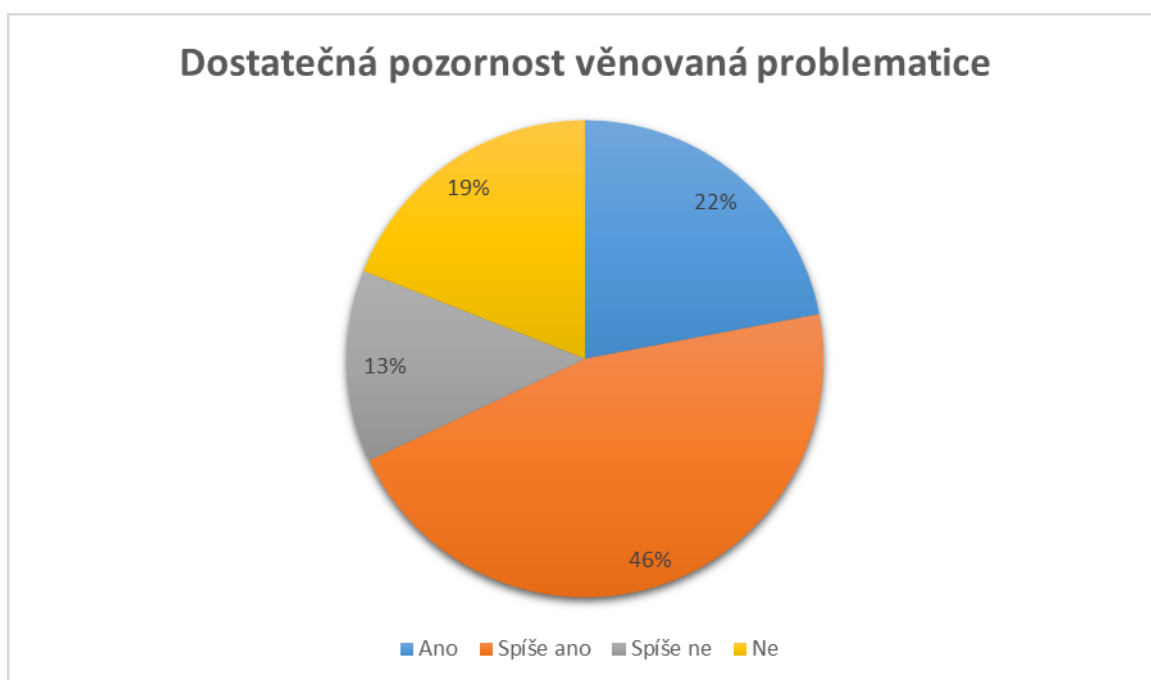
Graf č. 13 - k otázce - Myslíte si, že jste správně motivován/a k respektování intimity pacientů nadřízeným pracovníkem?



V grafu č. 13 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda se cítí správně namotivováni nadřízeným pracovníkem k respektování intimity u pacientů. 61% respondentů zvolilo možnost odpovědi ano. Tato skupina respondentů se cítí být motivována nadřízeným pracovníkem. Spíše ano zvolilo 30% respondentů. Odpověď spíše ne zvolilo 2% respondentů a odpověď ne označilo 7%. Respondenti směli pod odpovědi na volný řádek specifikovat, jakým způsobem jsou vedoucím pracovníkem motivováni. Častou odpovědí bylo pravidelnými kontrolami vedoucím pracovníkem, napomínáním vedoucím pracovníkem a následnou zpětnou vazbou na pravidelných hlášeníh.

Odpovědi respondentů na čtrnáctou otázku, zda si myslí, že je v ošetrovatelské praxi věnována dostatečná pozornost problematice zachování dostatečné míry soukromí, důstojnosti a intimity, jsou shrnuty v grafu č. 14. Respondenti volili z možností ano, spíše ano, spíše ne a ne.

Graf č. 14 - k otázce - Myslíte si, že je v ošetrovatelské praxi věnována dostatečná pozornost problematice zachování dostatečné míry soukromí, důstojnosti a intimity pacientů?



V grafu č. 14 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda je problematice dodržování dostatečné míry důstojnosti, intimity a soukromí u pacientů věnována v ošetrovatelské praxi dostatečná pozornost. 22 % respondentů si myslí, že ano, odpověď spíše ano zvolilo dalších 46 % respondentů. V menší míře byly zastoupeny záporné odpovědi. Spíše ne označilo 13 % respondentů a odpověď ne označilo 19 % respondentů z dotázaných.

Patnáctá otázka zjišťovala, zda je pro respondenty důležité dodržovat intimitu u pacientů při své každodenní práci. Na stupnici od 1 do 5 měli za úkol respondenti označit svoji nejbližší odpověď. 1 znamenalo nejméně, 5 nejvíce. Výsledky jsou znázorněny v následujícím grafu č. 15:

Graf č. 15 - k otázce - Jak je pro Vás důležité dodržovat intimitu pacientů při Vaší každodenní práci

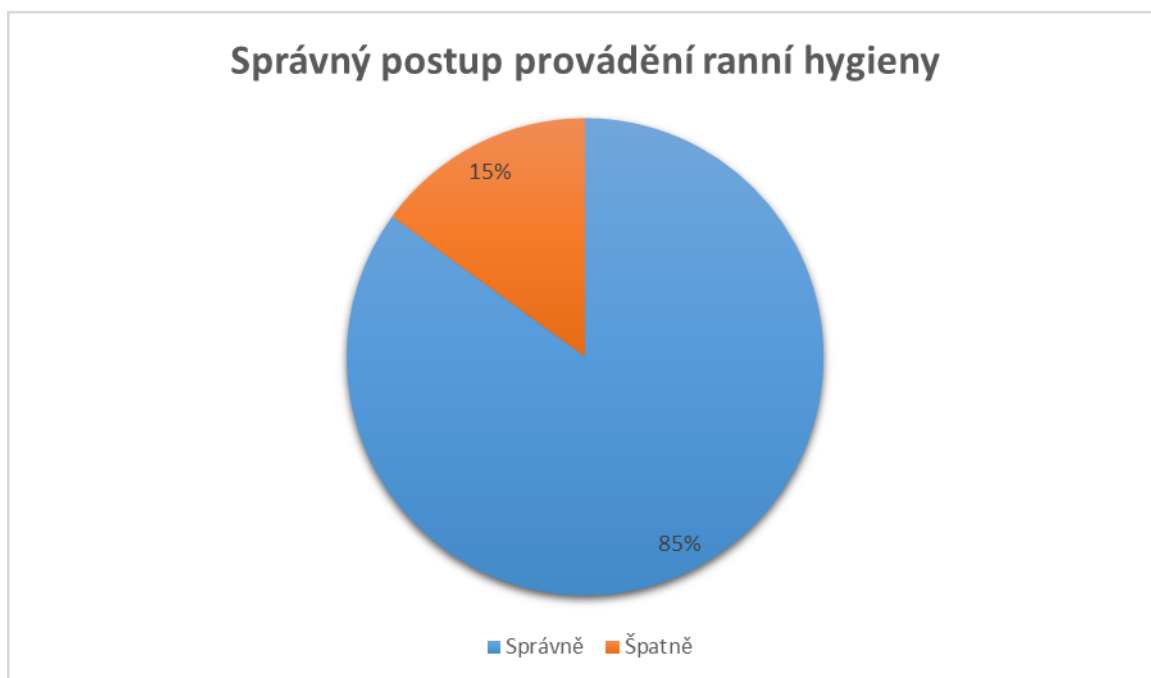


V grafu č. 15 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda je pro ně důležité dodržování intimity u pacientů při každodenní práci. Pro 52 % respondentů je dodržování intimity nejvíce důležité, pouze pro 2 % nejméně důležité.

Zbývající hodnoty na škále a odpovědi respondentů mezi nejméně a nejvíce jsou zastoupené následovně. 2 na škále označilo 7% respondentů, 3 na škále označilo 15% respondentů a 4 na škále označilo 24% respondentů.

U šestnácté otázky respondenti volili jednu z odpovědí, která se týkala správného postupu provádění ranní hygieny. Za správnou odpověď byla považována pouze jedna z odpovědí, zbývající možnosti byly považovány za nesprávné. Výsledky jsou shrnuty v následujícím grafu č. 16:

Graf č. 16 - k otázce - Označte prosím odpověď, která nejvíce vystihuje správný postup provádění ranní hygieny pacienta



V grafu č. 16 jsou znázorněny výsledky postupu provádění ranní hygieny. Správnou odpověď si vybralo 85 % respondentů, kterou byla *možnost c, zajistím vhodnou teplotu na pokoji, nachystám si všechny pomůcky potřebné k provádění ranní hygieny, zajistím soukromí, seznámím pacienta s průběhem, upravím polohu pacienta a nachystám lůžko k provádění ranní hygieny*. Respondenti měli na výběr ze 4 možností odpovědí. Zbývající nesprávné odpovědi zvolilo 15% respondentů z dotazovaných.

U sedmnácté otázky, která se zabývala správným postupem při průběhu lékařské vizity, měli respondenti zvolit jednu z odpovědí. Pouze jedna odpověď byla správná, zbývající možnosti byly považovány za nesprávné.

Výsledky jsou shrnuty v následujícím grafu č. 17:

Graf č. 17 - k otázce - Označte prosím odpověď, která nejvíce odpovídá správnému postupu při průběhu lékařské vizity



V grafu č. 17 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zabývající se správným průběhem lékařské vizity. Správnou odpověď označilo 72 % respondentů, za kterou byla považována odpověď *b, odhalím nezbytně nutnou část těla pacienta těsně před příchodem lékaře a zajistím soukromí*. Respondenti měli opět na výběr ze 4 možných odpovědí. Zbývající nesprávné odpovědi označilo 28% respondentů z dotazovaných.

7. Shrnutí a porovnání výsledků s jinými studii

7.1 Shrnutí výzkumného šetření

Sestry se seznámí s pojmem důstojnosti již během studia. I když tomuto pojmu dostatečně rozumí, ne vždy však toto poznání přenesou do praxe. Můžeme tak vysvětlit otázku, proč vznikají nedůstojné situace, mezi které patří utírání těla povlakem na polštář, nebo proč nemá na lůžku pacient zahalené intimní partie, které popsal pacient v roce 2002 v zahraniční studii Walsh a Kowanko, která zkoumala důstojnost výpověďmi pacientů a sester (21).

Výzkumné šetření probíhalo v zařízení sociálních služeb Alzheimercentrum Černošice, ve kterém pobývají klienti s Alzheimerovou chorobou i ostatními druhy demencí. Osobně se domnívám, že dodržování důstojnosti a intimity u těchto klientů by mělo být nepostradatelnou součástí každodenní péče. Cílem mého šetření bylo zjistit míru dodržování důstojnosti, soukromí a intimity. Zároveň jsem chtěla v této oblasti prověřit znalosti personálu pracujícího v přímé péči. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 46 respondentů. Výstupy z provedeného šetření mají posloužit jako impuls pro případná zlepšení v ošetrovatelské péči daného zařízení a budou poskytnuty vedení Alzheimercentra. Případně může toto šetření posloužit jako vhodná inspirace k větším výzkumům v oblasti dodržování důstojnosti a intimity u pacientů.

Prvními otázkami z dotazníku byl charakterizován vzorek respondentů. Převážnou část respondentů (85%) tvořily ženy. U otázky dosaženého věku respondentů 54% ze všech oslovených uvedlo 46 až 55 let. Mladých lidí ve věku mezi 19 až 25 lety pracuje v zařízení sociálních služeb pouze 7%. Domnívám se, že mladí lidé volí raději lukrativnější zaměstnání, proto je tato věková kategorie zastoupena velmi omezeně. Zajímavé byly odpovědi respondentů na otázku ohledně délky praxe ve zdravotnictví, nebo v sociálních

službách. Bylo zjištěno, že délkou praxe do 1 roku disponuje 26% respondentů a praxí v rozmezí od 1 do 5 let 41% respondentů. Velká část pracovníků přichází zcela bez zkušeností, nebo s minimálními zkušenostmi, proto je celková doba praxe zastoupena hojně velmi krátkou dobou.

Zbývající otázky z dotazníku prověřovaly znalosti pojmu intimity, správných postupů a dodržování míry důstojnosti v zařízení. Správnou odpověď pojmu intimity označilo 85% respondentů, kteří uvedli, že se jedná o zachování soukromí, důvěrnosti, respektování studu a je vždy individuální. Nesprávnou odpověď uvedlo 15% z dotazovaných.

Na otázku, zda respondenti vždy dodržují dostatečnou míru intimity u pacientů, odpovědělo ano 39%, odpověď spíše ano označilo 50%. Převážná většina respondentů se tedy snaží dostatečnou míru intimity dodržovat. Zda se respondenti na svém pracovišti setkali s nedodržováním intimity, odpovědělo ne 32% respondentů a odpověď spíše ne označilo 37% respondentů. Překvapivě také větší část respondentů (52%) v dotazníku uvedla, že je pro ně dodržování intimity u pacientů při jejich každodenní práci nejvíce důležité. S dodržováním dostatečné míry intimity u pacientů úzce souvisí vhodné prostředí a dostatek pomůcek. V šetření ze zařízení sociálních služeb 35 % respondentů označilo prostředí jako zcela vhodné a 52 % jako spíše vhodné. V zařízení Alzheimercentrum Černošice se nacházejí pouze dvoulůžkové pokoje a klienti nejsou vystaveni dlouhodobému pobytu na vícelůžkových pokojích, jako tomu někdy bývá na nemocničních odděleních. Co se týče dostatku pomůcek na ochranu intimity v zařízení sociálních služeb, 33 % respondentů označilo jako svou odpověď ano, 54 % respondentů si vybralo odpověď spíše ano. Tako část respondentů si tedy myslí, že v zařízení je dostatek pomůcek k zajištění dostatečné míry intimity.

U otázky správného postupu při lékařské vizitě označilo správnou odpověď 72 % respondentů, nesprávnou odpověď označilo 28 % z dotazovaných. Část respondentů také vyjádřila názor, že se s nedodržováním intimity u pacientů setkala u lékařského personálu. Že lékaři nemají dostatečné povědomí o dodržování důstojnosti, ukázala i zahraniční studie Doane et al z roku 2004, která se zabývala vzděláváním sester v oblasti ošetrovatelské etiky. I když účastníci výzkumu byli spokojeni se svým vzděláním, tak uváděli, že jejich kolegové z řad lékařů, nebo sanitářů, nemají o této problematice dostatečné povědomí (22).

Na otázku postupu provádění ranní hygieny zvolilo správnou odpověď 85% respondentů. Uvedli, že je potřeba zajistit vhodnou teplotu na pokoji, nachystat si všechny potřebné pomůcky, zajistit soukromí a seznámit pacienta s průběhem hygieny. Nesprávnou odpověď uvedlo 15% respondentů. Co se týče způsobu ochrany intimity, byly odpovědi respondentů také uspokojivé. Správnou odpověď, že k ochraně intimity je potřeba používat zástěny a ponechat pacientům jejich vlastní oblečení, zvolilo 93 % respondentů.

Z výsledků šetření ze zařízení sociálních služeb Alzheimercentrum Černošice mimo kladná zjištění vyplývá, že dostatečná míra intimity bývá u pacientů také porušována a to až v 11 % případů. Na otázku „Dodržujete vždy dostatečnou míru intimity u pacientů?“ odpovědělo spíše ne 7 % respondentů a odpověď ne zvolilo 4 % respondentů. To samé prokázaly odpovědi respondentů na otázku, zda se někdy setkali, nebo setkávají s nedodržováním dostatečné míry intimity u pacientů. V zařízení sociálních služeb odpovědělo ano 9 % respondentů a odpověď spíše ano uvedlo dokonce 22 % respondentů.

Vzhledem k tomu, že z odpovědí respondentů a z výsledků šetření jsou patrné dobré znalosti pojmu intimity, způsobu ochrany intimity i provádění ranní hygieny, přesto k porušování dostatečné intimity u pacientů, i když v menší míře, dochází. Myslím si, že je stále co zlepšovat. Již v úvodu této bakalářské práce jsem zmiňovala, že výsledky provedeného výzkumného šetření budou poskytnuty vedení Alzheimercentra. V návaznosti na proběhlé šetření, jsem si dovolila vyvodit ještě několik poznatků, které by mohly být dobrým impulsem pro případná zlepšení v ošetrovatelské péči.

- nezapomínejte klepat na dveře před každým vstupem do pokoje
- dívejte se na své pacienty více lidsky
- nebojte se pacienty zapojovat více při sebepéči o vlastní osobu
- prohlubte více vaši komunikaci s pacientem a projeďte více zájmu o jeho osobu

7.2 Porovnání s výsledky jiných studií

Výzkumná šetření z absolventských prací, která odpovídají mému zkoumanému tématu, uvedu níže. Jako první zmíním diplomovou práci Bc. Sylvy Ondráškové z roku 2015 z Masarykovy univerzity v Brně s názvem „Respektování intimity u pacientů v bezvědomí“. Tato diplomová práce mne inspirovala k provedení mého výzkumného šetření, obsahuje však více cílů a stanovení hypotéz. Bc. Sylva Ondrášková mimo jiné ve své diplomové práci zjišťovala, na kolik je dodržována intimita u pacientů v bezvědomí na pracovištích typu ARO.

V položce č. 9 autorka zjišťovala, zda respondenti dodržují intimitu u pacientů v bezvědomí. Z celkového počtu 116 respondentů zvolilo odpověď ano 44,83%, spíše ano si vybralo 50,86% respondentů. Spíše ne uvedlo 3,45% z dotázaných a odpověď ne pouze 0,86%. Z diplomové práce autorky vyplynulo, že většina z oslovených respondentů dodržuje intimitu u pacientů v bezvědomí. Z mého výzkumného šetření rovněž vyšlo najevo, že větší část respondentů se snaží dostatečnou intimitu u pacientů zachovávat.

V položce č. 11 autorka zjišťovala, zda mají respondenti dostatek pomůcek k zajištění intimity. Největší část respondentů odpověděla ano (57,76%), druhou nejpočetnější odpovědí bylo spíše ano u 31,90% respondentů. Většina respondentů se tedy domnívala, že na svém oddělení mají dostatek pomůcek k zajištění intimity, např. zástěny. V mém výzkumném šetření se taktéž větší část respondentů domnívala, že ve svém zařízení mají dostatek těchto pomůcek.

V položce č. 12 autorka zjišťovala, zda se respondenti na svém pracovišti setkali s nedodržováním intimity u pacientů. 44,89% respondentů zvolilo odpověď ano, odpověď spíše ne si vybrala druhá početná skupina respondentů (37,96%). Z výzkumného šetření autorky vyšlo najevo, že větší část respondentů se setkala s nedodržováním intimity. Oproti tomu z mého šetření bylo zjištěno, že větší část respondentů se s nedodržováním dostatečné míry intimity na pracovišti nesetkala. Autorka prováděla výzkumné šetření v prostředí akutní medicíny, u pacientů v bezvědomí, s větším počtem respondentů, ve dvou nemocnicích. Domnívám se, že i tyto faktory mohly zapříčinit dosažení horších výsledků. Co však bylo zjištěno jak z mého výzkumného šetření, tak ze šetření autorky, je

fakt, že dostatečná míra intimity bývá ve větší či menší míře, i přes veškerá možná opatření, u pacientů přesto porušována.

Jako další absolventskou práci pro porovnání výsledků svého výzkumného šetření jsem si vybrala diplomovou práci Bc. Jany Peterkové z roku 2013 rovněž z Masarykovy univerzity v Brně s názvem „*Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*“. Autorka ve své diplomové práci oslovila pracovníky oddělení ARO a JIP pomocí dotazníkového šetření, jež měl za úkol zjistit několik hlavních cílů. Zda sestry chápou pojem lidské důstojnosti, zmapování situací a aspektů ohrožujících důstojnost pacientů a zda věk, situace a délka praxe zdravotnického personálu ovlivňuje pohled na pacientovu důstojnost.

V diplomové práci autorky mne nejvíce zaujaly odpovědi respondentů u položek 6 a 7. Položka č. 6 byla zaměřena na nejčastější situace, které ohrožují důstojnost pacienta. Ze šetření autorky vyšlo najevo, že mezi ně patří přehlížení pacienta, nevhodné oslovování, zacházení jako s věcí a narušení intimity při ošetrovatelských činnostech. 56,4% respondentů uvedlo narušení intimity při ošetrovatelských činnostech jako nejčastější situaci ohrožující důstojnost. 18,8% respondentů označilo situaci zacházení jako s věcí a další početná skupina respondentů (12,8%) uvedla přehlížení pacienta. V položce č. 7 autorka zjišťovala nejčastější aspekty ohrožující lidskou důstojnost. 39,1% respondentů zde uvedlo, že mezi nejčastější aspekt ohrožující důstojnost patří nedostatek empatie ošetrujícího. Jako druhý nejčastější aspekt uvedlo 24,8% respondentů nedostatek času.

V položce č. 9 autorka zjišťovala důležitost dodržování důstojnosti v bezvědomí. Odpověď ano vybralo 99,2% respondentů, odpověď ne pouze 1 respondent z dotazovaných (0,8%). Ze zjištění mého výzkumného šetření také vyplynulo, že větší části respondentů záleží na dodržování intimity u pacientů a je pro ně při jejich každodenní práci důležitá.

U položky č. 15 autorka mapovala četnost používání paravánů. Odpovědi respondentů zněly jednoznačně, 100% respondentů zvolilo možnost ano. Všichni respondenti tedy uvedli, že používání paravánů, či zástěn, je pro zachování důstojnosti pacienta velmi důležité. Ze šetření autorky však nevyšlo najevo, zda je v takové míře dodržováno i jejich používání.

Poslední absolventskou prací k porovnání výsledků mého výzkumného šetření je bakalářská práce Nely Sejkorové z roku 2013 z Fakulty zdravotnických studií v

Pardubicích s názvem „*Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních*“. Výzkumné šetření autorky probíhalo pomocí dotazníků, které byly rozdány respondentům starších padesáti let, hospitalizovaných na standartních odděleních v oblasní nemocnici. Cílem práce autorky bylo zaměření na dodržování důstojnosti u pacientů, konkrétně na vhodné oslovování pacientů a prožívání pocitů během hospitalizace. Respondenty v bakalářské práci nebyl personál nemocnice, ale samotní pacienti.

V otázce č. 7 autorka zjišťovala, zda je u respondentů respektována intimita a stud. 43% respondentů odpovědělo, že nepocítují žádný pocit studu. Naproti tomu 30% ze všech oslovených respondentů uvedlo, že personál často zapomíná zavřít dveře pokoje a 25% zmínilo, že mezi lůžky nejsou žádné zástěny. Přesto však vyložený pocit studu uvedlo pouze 2% respondentů. Výsledky výzkumného šetření autorky se shodují a doplňují s mými výsledky, kde vyšlo najevo, že většina respondentů se snaží intimitu a důstojnost u pacientů nenarušovat.

V otázce č. 12 autorka zjišťovala názor pacientů. Ptala se jich, zda jim lékař, nebo sestra dostatečně vysvětlí přípravu na vyšetření a jeho průběh. 50% respondentů uvedlo, že jim personál vše srozumitelně vysvětlí, 27% respondentů uvedlo, že jim jsou informace podávány rychle a zmateně, 22% respondentů vidí vyloženou neochotu. Z mého výzkumného šetření vyšlo najevo, že intimita pacientů bývá při průběhu lékařské vizity narušována až ve 28 % případů. Ze šetření autorky vyšlo zajímavě, jaké aspekty ve vztahu k porušování důstojnosti vnímají pacienti ze svého pohledu. Z výsledků je zřejmé, že pokud pacient vidí neochotu a nedostává srozumitelné informace, dochází tím k porušování jeho důstojnosti.

Co všechno vede k porušování důstojnosti pacientů je zřejmé i u otázky č. 5. Autorka zjišťovala, jak časté je oslovení „babi a dědo“. Odpověď často uvedlo 27% respondentů, občas 20% a 13% respondentů uvedlo, že toto oslovení slyšeli u jiných pacientů. Domnívám se, že toto familiární oslovení by nemělo být používáno vůbec.

Walsh a Kowanko ve své studii popisují, že zachování důstojnosti přispívá ke zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta. Dochází ke snížení stresu, přispívá k větší jistotě pacienta a tím i k větší spokojenosti se zdravotní péčí (21). Verena Tschudin ve své knize *Approaches to Ethics – Nursing Beyond Boundaries* uvádí: „*Veškerá ošetrovatelská péče je etická péče, dokonce i to, jakým způsobem pozdravíme pacienta, se počítá*“ (23).

8. Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit úroveň znalostí správných postupů personálu v zařízení sociálních služeb Alzheimercentrum Černošice a zmapovat dodržování dostatečné míry důstojnosti a intimity u pacientů s demencí. Dodržování dostatečné míry intimity u pacientů s demencí je při ošetrovatelské péči nezbytně důležité.

I když velká část zaměstnanců vyjádřila názor, že se snaží dostatečnou míru důstojnosti a intimity u pacientů dodržovat a ve většině případů je pro ně součástí každodenního ošetřování, přesto k porušování intimity dochází. S danou problematikou je také úzce spojeno vhodné prostředí a dostatek pomůcek k zajištění intimity.

Zaměstnanci prokázali relativně dobrou znalost správných postupů tak, aby nebyla intimita u pacientů narušena. Přesto se domnívám, že pouhá znalost správných postupů nestačí. Jako vhodný krok směrem k zaměstnancům vidím větší podporu a zvýšení jejich motivace.

Dále sami zaměstnanci uvedli v komentáři zajímavý poznatek, že ačkoliv si sami všimli nesprávného chování, nepodnikli proti tomu žádný krok. Přitom by si měli uvědomit, že hájit práva pacientů je povinností sester a při nerespektování intimity u pacientů jinými zdravotnickými pracovníky by měli zakročit. Kdy se již jedná o nedodržování intimity, není nikde řádně zakotveno, nicméně je přirozeným úsudkem profesionála respektovat intimitu a důstojnost každé lidské bytosti, zvláště pokud je bezbranný v rukou zdravotníka. A které věci jsou přípustné při poskytování ošetrovatelské péče, je především o individuálním přístupu každého z nás.

9. Seznam použité literatury

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-391-0.
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester*. [online]. Praha: ČAS, 2008 [cit. 2021-03-21]
Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
4. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
5. HÁJKOVÁ, Lucie, Dana HRADCOVÁ, Hana JANEČKOVÁ, Martina MÁTLOVÁ a Hana VAŇKOVÁ. *Komplexní péče o lidi s demencí: Na příkladu kritérií Certifikace Vážka*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2016. ISBN 978-80-86541-48-8.
6. HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ a Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
7. JIRÁK, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-2454-6.
8. *Kodex profesionálního chování registrovaných pracovníků*. [online]. Praha: ČAS, 2008 [cit. 2021-03-21]
Dostupné z: <http://www.cna.cz/kodex-profesionalniho-chovani>
9. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
10. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5376-8.
11. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
12. ONDRÁŠKOVÁ, Sylva. *Respektování intimity u pacientů v bezvědomí* [online]. Brno, 2015 [cit. 2021-04-18]. Available from: <https://theses.cz/id/ox2ohf/>. Master's thesis. Masaryk University, Faculty of Medicine. Thesis supervisor Mgr. Soňa Šestáková.

13. PETROVICOVA, Eva a Marie TREŠLOVÁ. *Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty* [online]. 2016 [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>
14. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
15. SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
16. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
17. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
18. VÉVODA, Jiří a kolektiv. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
19. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
20. *Zákon o zdravotních službách: Zákon 372/2011 Sb.* [online]. [cit. 2021-8-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
21. PETERKOVÁ, Jana. *Problematika zachování důstojnosti u pacientů na JIP/ARO*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce PhDr. Marie Zítková.
22. SEJKOROVA, Nela. *Důstojnost pacienta a její respektování ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice - Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magdalena Řeřuchová.

Zahraniční zdroje:

21. WALSH,K. - KOWANKO, I. 2002. Nurses'and patients'perceptions of dignity. In *International Journal of Nursing Practice*. 2002; no. 8. s. 143 – 151. ISSN 1322-7114.
22. DOANE,G., PAULY,B., BROWN,H., McPHERSON,G. 2004. Exploring the heart of ethical nursing practice: Implications for ethics education. In *Nursing Ethics*. 2004, vol.11. n.3,p.240-253. ISSN 1477-0989.
23. TSCHUDIN, V. 2003. *Approaches to Ethics: Nursing Beyond Boundaries*. Edinburgh: Elsevier Science Limited, 2003. p.138. ISBN 978-0-7506-5326-8.

10. Seznam grafů

Graf č. 1 - k otázce – Uveďte prosím, jaké je Vaše pohlaví

Graf č. 2 - k otázce – Označte prosím Vaši věkovou kategorii

Graf č. 3 - k otázce – Uveďte prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 4 - k otázce - Uveďte prosím délku Vaší praxe ve zdravotnictví / sociálních službách

Graf č. 5 - k otázce - Uveďte prosím délku Vaší praxe na současném pracovišti

Graf č. 6 - k otázce - Které tvrzení nejvíce vystihuje pojem „intimita” ve zdravotnictví

Graf č. 7 - k otázce - Dodržujete vždy dostatečnou míru intimity u pacientů?

Graf č. 8 - k otázce – Myslíte si, že máte na svém oddělení vhodné prostředí k zajištění intimity pacientů?

Graf č. 9 - k otázce - Myslíte si, že máte na svém oddělení dostatek pomůcek k zajištění intimity pacientů?

Graf č. 10 - k otázce - Myslíte si, že jste se setkal/a s nedodržováním intimity u pacientů na Vašem pracovišti?

Graf č. 11 - k otázce - Myslíte si, že Vás studium dostatečně připravilo na péči o pacienty?

Graf č. 12 - k otázce - Jakým způsobem je možné správně ochránit intimitu pacientů?

Graf č. 13 - k otázce - Myslíte si, že jste správně motivován/a k respektování intimity pacientů nadřízeným pracovníkem?

Graf č. 14 - k otázce - Myslíte si, že je v ošetrovatelské praxi věnována dostatečná pozornost problematice zachování dostatečné míry soukromí, důstojnosti a intimity pacientů?

Graf č. 15 - k otázce - Jak je pro Vás důležité dodržovat intimitu pacientů při Vaší každodenní práci

Graf č. 16 - k otázce - Označte prosím odpověď, která nejvíce vystihuje správný postup provádění ranní hygieny pacienta

Graf č. 17 - k otázce - Označte prosím odpověď, která nejvíce odpovídá správnému postupu při průběhu lékařské vizity

11. Příloha

11.1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Košanová Bilá a jsem studentkou 3. ročníku oboru Ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tento dotazník bude součástí šetření k mé bakalářské práci na téma „ Míra soukromí a intimity pacienta ”. Tímto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění a děkuji Vám za Vaši ochotu a čas. Dotazník bude zpracován zcela anonymně a sloužit bude pouze k výše uvedenému účelu.

1. Uveďte prosím, jaké je Vaše pohlaví:

a, žena b, muž

2. Označte prosím Vaši věkovou kategorii:

a, 19-25 b, 26-35 c, 36-45 d, 46-55 e, 56 a více

3. Uveďte prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

a, základní vzdělání

b, odborné učiliště / vyučen

c, střední zdravotnická škola

d, vysokoškolské bakalářské studium

e, vysokoškolské magisterské studium

f, specializace obor:

4. Uved'te prosím délku Vaší praxe ve zdravotnictví / sociálních službách:

a, méně než 1 rok

b, 1-5 let

c, 6-10 let

d, 11-15 let

e, 16-20 let

f, 21 a více let

5. Uved'te prosím délku Vaší praxe na současném pracovišti.

a, méně než 1 rok

b, 1-5 let

c, 6-10 let

d, 11-15 let

e, 16-20 let

f, 21 a více let

6. Které tvrzení nejvíce vystihuje pojem „ intimita ” ve zdravotnictví:

a, míníme tím vkročení do privátních zón pacienta, schopnost vytvářet si blízké vztahy s okolím a vytvoření blízkého vztahu sestra / pacient

b, pojem intimita znamená, že k informacím o pacientovi mají přístup pouze oprávněné osoby

c, zachování soukromí, důvěrnosti, respektování studu a je vždy individuální

d, nevím

7. Dodržujete vždy dostatečnou míru intimity u pacientů?

- a, ano b, spíše ano
c, spíše ne d, ne

8. Myslíte si, že máte na svém oddělení vhodné prostředí k zajištění intimity pacientů?

- a, ano b, spíše ano
c, spíše ne d, ne

9. Myslíte si, že máte na svém oddělení dostatek pomůcek k zajištění intimity pacientů?

(např. zástěny)

- a, ano b, spíše ano
c, spíše ne d, ne

10. Myslíte si, že jste se setkal/a s nedodržováním intimity u pacientů na Vašem pracovišti?

- a, ano b, spíše ano
c, spíše ne d, ne

11. Myslíte si, že Vás studium dostatečně připravilo na péči o pacienty?

- a, ano b, spíše ano
c, spíše ne d, ne

12. Jakým způsobem je možné chránit intimitu pacientů:

- a, zbytečně pacienty neodhalovat, zajistit soukromí na pokoji s použitím pomůcek a respektovat práva pacientů
- b, zajistit soukromí na celém oddělení, vstupovat k pacientovi do pokoje pouze v nejnnutnějších případech
- c, používání zástěn, možnost ponechat pacientům jejich vlastní pyžama a ložní prádlo

13. Myslíte si, že jste správně motivován/a k respektování intimity pacientů nadřizovaným pracovníkem?

- a, ano b, spíše ano
- c, spíše ne d, ne

Jakým způsobem:

14. Myslíte si, že je v ošetrovatelské praxi věnována dostatečná pozornost problematice zachovávaní dostatečné míry soukromí, důstojnosti a intimity pacientů?

- a, ano b, spíše ano
- c, spíše ne d, ne

15. Jak je pro Vás důležité dodržovat intimitu pacientů při Vaší každodenní práci:

Zhodnoťte pomocí škály od 1 do 5, kdy 1 znamená nejméně a 5 nejvíce důležité.

- a, 1 b, 2 c, 3 d, 4 e, 5

16. Označte prosím odpověď, která nejvíce vystihuje správný postup provádění ranní hygieny pacienta:

a, z lůžka odeberu ložní prádlo, nachystám pomůcky k provádění ranní hygieny a svléknu pacienta

b, z lůžka odeberu ložní prádlo, svléknu pacienta a nakonec si nachystám potřebné pomůcky k provádění hygieny, zajistím soukromí s použitím zástěny

c, zajistím vhodnou teplotu na pokoji, nachystám si všechny pomůcky potřebné k provádění ranní hygieny, zajistím soukromí, seznámím pacienta s průběhem, upravím polohu pacienta a nachystám lůžko k provádění ranní hygieny

d, svléknu pacienta, otevřu okno kvůli čerstvému vzduchu, zajistím soukromí a nachystám si pomůcky potřebné k provádění ranní hygieny

17. Označte prosím odpověď, která nejvíce odpovídá správnému postupu při průběhu lékařské vizity:

a, odhalím celého pacienta s dostatečným časovým předstihem

b, odhalím nezbytně nutnou část těla pacienta těsně před příchodem lékaře a zajistím soukromí

c, odhalím nezbytně nutnou část těla pacienta s dostatečným časovým předstihem a zajistím soukromí

d, odhalím celého pacienta těsně před vizitou a zajistím soukromí

Dotazník byl inspirován dotazníkovým šetřením z diplomové práce Bc. Sylvy Ondráškové z roku 2015 (12)