

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Adéla Urbanová

Respektování soukromí a intimity pacienta

Respecting patients' privacy and intimacy

Bakalářská práce

Praha, květen 2021

Autor práce: **Adéla Urbanová**

Studijní program: **Ošetřovatelství**

Bakalářský studijní obor: **Všeobecná sestra**

Vedoucí práce: **Mgr. Lucie Kramešová**

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

Předpokládaný termín obhajoby: 25.6.2021

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 28. května 2021

Adéla Urbanová

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Lucii Kramešové za vedení bakalářské práce a spolupráci na základě konzultací, které se mnou ochotně provedla.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD.....	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. <i>Definice a vymezení základních pojmů</i>	8
1.1. <i>Lidská důstojnost.....</i>	8
1.2. <i>Soukromí.....</i>	9
1.3. <i>Intimita</i>	11
2. <i>Etika obecně.....</i>	12
2.1. <i>Morálka</i>	12
2.1.1 <i>Morální dilema</i>	12
2.1.2 <i>Morální hodnoty</i>	13
3. <i>Etika ve zdravotnictví</i>	13
3.1. <i>Lékařská etika.....</i>	14
3.1.1 <i>Hippokratova přísaha</i>	14
3.1.2 <i>Principy lékařské etiky.....</i>	15
3.1.3 <i>Samostatný lékařský obor</i>	16
3.2. <i>Ošetrovatelská etika</i>	16
3.2.1. <i>Předmět ošetrovatelské etiky.....</i>	17
3.2.2. <i>Úkoly ošetrovatelské etiky.....</i>	17
3.2.3. <i>Cíle ošetrovatelské etiky</i>	17
3.2.4. <i>Etické principy v ošetrovatelství</i>	17
4. <i>Etické kodexy.....</i>	18
4.1. <i>Etický Kodex ICN</i>	18
4.1.1. <i>International Council of Nurses.....</i>	18
4.2. <i>Etický Kodex sester</i>	19
4.3. <i>Etické normy v ošetrovatelském povolání.....</i>	19
4.4. <i>Etický kodex Práva pacientů</i>	19
5. <i>Koncepce péče.....</i>	20
5.1. <i>Ošetrovatelská péče.....</i>	21
5.1.1 <i>Role sestry.....</i>	22
5.2. <i>Organizační systémy poskytování ošetrovatelské péče.....</i>	23
5.3. <i>Vizita.....</i>	24
6. <i>Zázemí pacienta.....</i>	25
6.1. <i>Typy ošetrovacích jednotek</i>	25
6.2. <i>Lůžko pacienta.....</i>	26
7. <i>Změny potřeb v průběhu hospitalizace</i>	27
7.1. <i>Hygienická péče o nemocného</i>	29
7.2. <i>Péče o vyprazdňování pacienta</i>	29
7.3. <i>Výživa a stravování nemocných.....</i>	30
2. PRAKTICKÁ ČÁST	31
8. <i>Zadání výzkumné práce.....</i>	31
8.1. <i>Cíl výzkumu</i>	31
8.2. <i>Výkumné otázky a hypotézy</i>	31
8.3. <i>Časový harmonogram</i>	32
9. <i>Metodika výzkumu.....</i>	32
10. <i>Výběr vzorku</i>	32
11. <i>Zpracování údajů.....</i>	33
12. <i>Vyhodnocení a interpretace dat</i>	33
13. <i>Diskuze a závěrečné hodnocení</i>	54
ZÁVĚR	59
SOUHRN	61

SUMMARY	62
SEZNAM POUZITE LITERATURY	63
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67
PŘÍLOHY	68

Úvod

Téma své bakalářské práce Respektování soukromí a intimity pacientů jsem si vybrala na základě své špatné zkušenosti v průběhu studentské praxe s dodržováním těchto aspektů. V průběhu studia jsem navštívila řadu oddělení, kde jsem byla svědkem toho, jak personál nerespektuje soukromí pacientů. Mnohokrát jsem vnímala, že dochází ke ztrátě důstojnosti pacienta a narušování jeho intimity. K tomu docházelo většinou na vícelůžkových pokojích, kde se před zraky ostatních pacientů prováděly ošetrovatelské výkony vyžadující soukromí. Nejen, že bylo zasahováno do soukromí a intimity pacienta samotného, ale bylo tomu i tak u přítomných spolupacientů. Často se jednalo o pacienty staršího věku trpící demencí. Na základě mé zkušenosti jsem se začala o tuto problematiku zajímat. Rozhodla jsem se na toto téma provést výzkum a napsat bakalářskou práci.

Na konci prvního ročníku jsem nastoupila na první praxi v prostředí nemocnice. Docházela jsem na standardní interní oddělení Fakultní nemocnice Bulovka. Zde jsem se poprvé setkala s problematikou narušování soukromí a intimity pacientů. Právě na tomto oddělení jsem se rozhodla provést výzkumné šetření, které je součástí této bakalářské práce a výsledky jsou zpracovány v praktické části.

V dnešní době zdravotnictví trpí nedostatkem ošetrovatelského personálu, což může být důvodem, proč jsou sestry přepracované a vyčerpané. Nerespektování soukromí, intimity nebo důstojnosti pacienta se můžou sestry dopouštět i nevědomě a to právě z důvodu vyčerpání. Faktem je, že práce sester je fyzicky i psychicky náročná. Tím ale sestry nemůžeme omlouvat za špatně zvolené pracovní postupy a jejich nedbalost v oblasti soukromí pacientů. Nikdy by neměl ošetrovatelský personál zapomínat na dodržování základních pravidel a zajištění práv pacientů. Ke zlepšení zmíněných problémů v oblasti intimity a soukromí pacientů by mohla přispět lepší komunikace sester s pacienty a jejich spolupráce. Cílem této práce je zjistit, jak pacienti vnímají své soukromí a intimitu v době hospitalizace. Šetření bude provedeno formou kvantitativního výzkumu v prostředí standardních lůžek interního oddělení Fakultní nemocnice Bulovka. Respondenti budou vybráni na základě plného vědomí a orientace, aby byli schopni porozumět otázkám, které jsou součástí dotazníku a odpovědět na ně.

1. Teoretická část

1. Definice a vymezení základních pojmů

Respektování soukromí a intimity pacientů patří k etickým povinnostem sestry. Jejím úkolem je chránit a respektovat lidská práva a zvláště důstojnost pacientů. Mezi základní lidská práva, které je nutné zmínit v souvislosti s tématem, je právo na život a jeho ochranu, právo na soukromí, rovnost a důstojnost lidí [1].

K porozumění problematice respektování soukromí a intimity je třeba si vysvětlit a ujasnit klíčové pojmy. Níže se budu zabývat pojmy: lidská důstojnost, soukromí, intimita.

1.1. Lidská důstojnost

Ve zdravotnictví je důraz na lidskou důstojnost mimořádný a jedinečný. Všichni lidé na světě si jsou v rovině důstojnosti absolutně rovni.

Německý filosof a sociolog Jürgen Habermas ve své knize Budoucnost lidské přirozenosti vymezuje význam lidské důstojnosti ve vzájemných intersubjektivních vztazích. Podle Habermase zacházíme-li s pojmem lidská důstojnost nebo také důstojnost člověka, nelze tento pojem zaměňovat s důstojností lidského života.

Důstojnost člověka přísluší osobě jako takové. Lidská důstojnost není vlastností, kterou člověk může získat od přírody, jako například inteligenci nebo modré oči. Vyznačuje spíše onu „nedotknutelnost“, která může mít určitý význam jedině v interpersonálních vztazích vzájemného uznání, ve vzájemném zacházení osob jakožto sobě rovných. Důstojnost lidského života se váže k životu a způsob života se u lidí liší. Každý si zaslouží jinou vážnost či úctu podle toho jaký je jeho život či způsob života [19].

V právním smyslu chápeme lidskou důstojnost jako pojem chráněný především Listinou základních práv a svobod, mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách, též i dalšími předpisy. Tyto dokumenty jsou ochranou před zacházením snižujícím důstojnost člověka jako lidské bytosti [30].

V roce 1997 byla přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Tato úmluva zahrnuje aplikace preventivní, diagnostické, léčebné i výzkumné týkající se lidských bytostí. Dále doplňuje dokumenty jako Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva na ochranu lidských práv apod.

Všeobecná deklaráce lidských práv vyhlášena OSN v roce 1948 pracuje s důstojností jako základní lidskou hodnotou, s níž se všichni lidé rodí. Podle článku 1 se všichni lidé rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Hospodářská, sociální a kulturní práva jsou nezbytná k důstojnosti člověka a zajištění živobytí jeho a jeho rodiny odpovídající lidské důstojnosti. Deklarace spojuje důstojnost člověka se svobodou, mírem a se sociální spravedlností. Člověk je jí chápán nejen jako individuum, ale také jako sociální tvor [1].

Způsobem zachování důstojnosti je respekt k autonomii pacienta. Autonomie je jedním z principů jak lékařské tak i ošetrovatelské etiky, které jsou zmíněny v dalších kapitolách. Dále k zachování důstojnosti pacienta přispívá ošetřující personál zajištěním uspokojení jeho potřeb. Měl by být respektován pacientův názor na vyžadující péči a na organizaci jeho života v době nemoci. Problémy s dodržováním těchto zásad vnímáme zejména u starších pacientů s demencí. U těchto pacientů je nutné stejně jako u ostatních, zachovat úctu k člověku. Chovat se k nim jako k ostatním, poskytnout důstojnou péči. Péče se může týkat i udržování dobrého fyzického vzhledu. Zabránit by se mělo i izolaci pacienta, neizolovat ho od ostatních, duševně zdravých. To však může být těžké vzhledem k projevům a chování pacientů s demencí, kteří si své chování neuvědomují [22].

U demence dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, které bývá doprovázeno horší kontrolou emocí, sociálního chování nebo motivace. Jedná se o nejčastější organickou duševní poruchu spojenou se stářím člověka. Postupem času se u nemocného s touto diagnózou zvyšuje závislost na péči druhých. Hospitalizace pacientů s demencí je komplikovaná, protože tito pacienti bývají citliví na změny prostředí a dochází tak ke zhoršení příznaků onemocnění. Pacienti se projevují neklidem, poruchami vnímání a myšlení. Jsou zmatení a mívají horší náladu. Poruchy mohou přetrvávat ještě tři měsíce po přemístění pacienta. To může i všeobecně platit u všech starších lidí [24].

1.2. Soukromí

Soukromí pacientů můžeme zajistit dodržováním následujících bodů, které zmiňuje Desatero soukromí pacienta, které sestavila Nemocnice na Homolce a je k dispozici na internetových stránkách a vyvěšeno na každém oddělení nemocnice:

- Nezpovídajte pacienta před jinými osobami.
- Nesdělujte informace bez uvážení.
- Omezte přítomnost třetích osob při vyšetření pacienta.
- Klepejte na dveře.
- Nenechávejte zdravotnickou dokumentaci bez dohledu.
- Lékařská vizita není výslech před svědky.
- Veřejná nahota není to, proč pacient přichází do nemocnice.
- Transport, i to je součástí pobytu v nemocnici.
- Pacient má jméno a titul, užívejte ho.
- V nemocnici nejde o sběr dat, ale především o rozhovor [29].

Problematické situace se pojí s pobytem na vícelůžkovém pokoji, kde pacientovo soukromí může být narušeno přítomností spolupacientů. V případě zpovídání, vyšetření pacienta nebo sdělování problému intimního charakteru je důležité zajistit vhodné podmínky pro komunikaci s pacientem. Vhodné je odebrat se na místo, kde pacient bude s lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem osamotě. Příkladem může být vyšetřovna.

Se zajištěním soukromí souvisí především dostatečná komunikace. Komunikace hraje důležitou roli v oblasti zabezpečení pacientova soukromí, které by mělo být zajištěno po celou dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení. Vlivem správné komunikace může sám pacient i personál nemocnice předcházet narušování pacientova soukromí. Jedná se např. o informovanost pacienta před výkonem, slovní kontakt zdravotníka s pacientem během výkonu a hlavně vzájemná komunikace pacienta s personálem během hospitalizace. Pacient by se neměl bát obtěžovat personál a v případě potřeby říct o pomoc.

Faktory ovlivňující komunikaci může být pocit bezpečí, pohodlí, přítomnost hluku nebo rozptylujících faktorů a prostředí, kde komunikace probíhá [21].

Ochrany soukromí se týká i dokument Obecné nařízení o ochraně osobních údajů nebo také GDPR (General Data Protection Regulation), které je platné na celém území Evropské unie. Nařízení se vztahuje na zpracování osobních údajů, které mohou být součástí kartotéky či evidence (např. zdravotní karta u lékaře a její součástí).

Představuje právní rámec ochrany osobních údajů. Základním právem je ochrana fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů. Nařízení stanovuje pravidla týkající se jejich zpracování a volného pohybu. Pravidla se dotýkají kteréhokoli subjektu, který zpracovává osobní údaje způsoby, ke kterým se nařízení vztahuje. Subjekty jsou rozděleny na správce a zpracovatele osobních údajů. Osobním údajem jsou informace o identifikovatelné fyzické osobě. Identifikátorem je např. jméno, identifikační číslo, síťový identifikátor, lokační údaje, či jakýkoliv zvláštní prvek identity této fyzické osoby [25].

1.3. Intimita

Intimita, která je jedním z nejméně zmiňovaných pojmů této práce, je pojem, který je vymezen různými způsoby. Podle Slovníku cizích slov je intimita definována jako soukromí, důvěrnost, útulnost, intimnost [27].

Pojem intimita vychází z latinského slova *intimus*, což znamená vnitřní, skrytý před zraky jiných. Podle profesora Výrosta je intimita sebeodhalování, ale také vyjádření nejhlubších citů k jiné osobě a synonymum blízkosti dvou lidí. Můžeme ji chápat i jako překročení určité hranice, za kterou se nacházejí už výsostné a privátní zóny jedince [28].

Mluvíme-li o lidech jsou slova intimita či intimní běžně užívána v situacích, interakcích mezi lidmi, vztazích, prostředí, komunikaci, myšlenkách či pocitech atp.

Často je intimita nebo soukromí bráno za samozřejmost a neuvědomujeme si, že bychom o ně mohli přijít. Dostane-li se pacient do nemocnice, měla by mu být poskytnuta nejen kvalitní péče, ale také ohleduplný a citlivý přístup. Přístup k pacientovi by měl být především také individuální. Každý jedinec vnímá intimitu, duševní blízkost i navazování lidských vztahů jinak.

Vztah k intimitě, nahotě, sexualitě a uspokojování některých fyziologických potřeb je někdy ve zdravotnickém zařízení nedostatečně akceptováno. Proto pacienti často pociťují stud při diagnostice, terapii, ošetřování a hygieně. Stud je pro pacienta v této situaci obranou vlastní intimity. Jedná se o varování před tím, co by mohlo intimitu narušit. Často pacienti vnímají nepříjemné dotyky. Např. při diagnostice, terapii a ošetřování je často zdravotnickými pracovníky narušována tzv. intimní nebo též osobní zóna pacienta [20].

2. Etika obecně

Slovo etika pochází z řeckého slova ethos, které znamená v českém jazyce mrav. Etika, věda o mravnosti byla dříve nazývána mravovědou, častěji také praktickou filozofií. Byl doporučován i termín dobrověda českým filozofem Františkem Klácelem. Etika zkoumá zákonitosti mravního chování společnosti a jednotlivců. Cílem etiky je ustanovit, co jest právem mravné a nemravné [11].

Etika je i filozofickou disciplínou, která byla dříve nazývána praktická filozofie. Filozof Aristoteles v Starověkém Řecku etiku systematizoval jako samostatný obor lidského bádání. Podle Aristotela je etika naukou o dobrých charakterových vlastnostech. Tyto vlastnosti nazýváme lidské ctnosti. Za cíl lidského života pokládal Aristoteles štěstí. Velkou pozornost ve svých spisech věnoval mravnosti. Souhrn Aristotelových spisů známe pod názvem Etika Nikomachova, které se skládá z deseti knih. Toto dílo se později stalo základním etickým dílem na dlouhá staletí. Všechny desítky knih bylo vydáno až po Aristotelově smrti jeho synem Nikomachem [1].

Etika Nikomachova popisuje dobro následovně. Na světě je známo mnoho různých činností, věd a umění, proto musí být známo i mnoho účelů a cílů. Každá činnost směřuje k nějakému dobru, proto Aristoteles popisuje dobro jako cíl, ke kterému každá činnost, záměr nebo i praktické jednání směřuje. Cílem lékařství je zajisté zdraví. Dalším příkladem je zmíněno vojevůdcovství, jehož cílem je vítězství [5].

2.1. Morálka

Soubor pravidel uznávané mravnosti označujeme slovem morálka. Tento název vznikl z řeckého slova ethikos, který byl do latiny přeložen jako moralis - v češtině mravní [11].

Morálka představuje přesvědčení o správném nebo naopak nesprávném chování, či jednání jedince ve společnosti. Jedná se o soubor požadavků na chování člověka. Morálku můžeme dále popsat jako schopnost rozeznávat dobré od zlého. Podle tohoto rozeznávání se vytváří společenské vztahy a postoje jedince k sobě samému nebo k jiným lidem [1].

2.1.1 Morální dilema

Situaci, kdy člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám a ani jedna z alternativ nemá optimální řešení, nazýváme morální dilema. Tam kde člověk musí činit rozhodnutí, se

často vyskytují konflikty a dilemata. Obrazně lze vyjádřit morální dilema jako křižovatku nebo rozcestí, jejichž směry se nedostane člověk k potřebnému cíli. Předvídáme-li důsledky určitých činů, tím větší dilema může nastat. V určitých situacích lze provést kompromis. Ve zdravotnictví při rozhodování mezi životem a smrtí však takový kompromis není možný.

Při řešení našich morálních problémů uplatňujeme tři principy. Prvním principem je hodnota života. Život je drahocenný, a proto je těžké např. při hromadných katastrofách, určit komu přednostně pomoci. Druhým principem je kvalita života. Tato hodnota je velmi subjektivní. Někdo mezi kvalitou života zařazuje rodinné štěstí, potřeby být milován nebo např. hojnou aktivitu a rekreaci. Za třetí princip považujeme posvátnost života. Poslední princip vyplývá zpravidla z postojů spojených s vírou [1].

2.1.2. Morální hodnoty

Neexistují žádná jasná kritéria k rozlišení hodnot morálních a hodnot jiné než morální povahy. Jasně je, že do hodnot morálních patří spravedlnost, štěstí, láska a ctnost. Naopak mezi hodnoty jiné povahy řadíme hodnoty jako znalosti, bohatství, moc nebo schopnosti. Hodnoty jiné povahy, ale nemusí být nemorální.

Hodnoty morální jsou specifické v tom, že cítíme, že tyto hodnoty mají být uskutečněny. Dále hodnoty můžeme dělit na hodnoty příjemného a nepříjemného (hodnoty podle libosti nebo nelibosti), hodnoty vitálního citění (hodnoty ve smyslu stupně životního pocitu v protikladech), duchovní hodnoty (hodnoty právní, estetické, pravdy ve vědě) a hodnoty posvátna [1].

3. Etika ve zdravotnictví

Etika pomáhajících profesí směřuje k přirozenosti, jemuž říkáme „Dobro“. Dobro představuje proces plnění vnitřního účelu činnosti. Pokud je ona činnost směřována k danému cíli a jeho uskutečňování, lze mluvit o dobru. Toto zdůvodnění stojí na teleogickém pojetí Aristotelově, na němž staví svůj názor profesor lékařské etiky Edmund Pellegrino, lékař s douholetou klinickou praxí u lůžek těžce nemocných a umírajících [4].

Podle Pellegrina je člověk se zdravým rozumem schopen poznávat pravdu a nalézat všeobecné zásady skutečného lidského života. Dokáže z nich odvodit příslušné důsledky deontologického řádu týkající se nejen oblasti medicíny [3].

„Konat dobro a vyhýbat se zlu, je primum principum celé etiky. Všechny etické principy včetně etiky lékařské, musí začínat tímto rčením, které znamená, že dobro musí být ohniskem i cílem jakékoliv teorie nebo profesní aktivity, která se prohlašuje za mravně obhajitelnou” (Pellegrino, 2001).

Tudíž konat dobro a vyhýbat se zlu je rčení, kterým musí začínat všechny etické principy včetně etiky lékařské [2].

Ošetrovatelská etika má stejné zdroje jako etika lékařská. Etika ošetrovatelská vychází z etiky lékařské, tudíž by mezi nimi měl být interaktivní vztah. S postupnými změnami v postavení sestry v léčení nemoci, ke kterým od 20. století dochází, nabývá ošetrovatelská etika na významu. Při výkonu povolání sestry je velmi důležitý vztah k pacientovi/klientovi. V oblasti tohoto vztahu se současně řeší otázky týkající se základních etických hodnot: života, zdraví, mlčenlivosti, důvěry a další [1].

3.1. Lékařská etika

Pojem lékařská etika označuje souhrn etických problémů v oblasti lékařství. Toto vymezení koreluje s obsahem lékařské etiky jako samostatné vědní disciplíny.

V českém písemnictví volí autoři i jiné pojmy, ve snaze vymezit bližší oblast, o které hovoří. Chceme-li mluvit konkrétněji o problémech vážící se ke klinické praxi u lůžka pacienta doporučuje Jan Payne, předseda Společnosti lékařské etiky využít termín klinická etika.

Etické problémy přináší věda, výzkum a praxe lékařství. Při poskytování péče se nejčastěji z etického hlediska řeší práva pacientů. Dále se etika zabývá právy fétu, dítěte, duševně nemocných, handicapovaných osob a umírajících. Mezi problémové okruhy lékařské etiky patří i etická kritéria experimentu na zvířatech a lidech, problematika ideální a dostupné medicíny, eutanázie, život ve stáří a další [11].

3.1.1. Hippokratova přísaha

Za historický základ lékařské etiky lze považovat deontologii. Deontologie ve filozofii označuje učení o povinnostech v obecné rovině. Základy lékařské etiky vycházejí z hippokratovské tradice. Prvním tzv. deontologickým kodexem byla Hippokratova přísaha,

jejíž vznik se datuje již 400 let před naším letopočtem. Tyto kodexy reprezentují mravní závazky lékařů vůči pacientům, kolegům i veřejnosti [11].

Obsahem Hippokratovy přísahy je smlouva, při které se autor zavazuje k jejímu plnění bohům a lékařům. Ve smlouvě s nemocným se lékař zavazuje k pomoci a důvěrnosti. Dále slibuje, že nebude využívat své profese a bude respektovat posvátnost a nedotknutelnost života [14].

Z přísahy vyplývá, že nikdo nemohl začít s provozováním lékařské praxe, před tím než přijal tento závazek. Dnes se text Hippokratovy přísahy připomíná např. při slavnostních příležitostech, jako jsou promoce absolventů lékařských fakult na Karlově Univerzitě [13].

3.1.2. Principy lékařské etiky

Již z etiky hippokratovské jsou známy principy dobročinnosti a neškození. V oblastech výzkumu v tzv. Belmontské zprávě z roku 1979 se uvádí tři základní etické principy: respekt k osobám, spravedlnost a dobročinnost [1].

Princip respektu k osobám dále rozpracovali Beauchamp a Childress. V roce 1979 bylo poprvé zveřejněno jejich dílo *Principles of biomedical ethics*, které mělo mimořádný ohlas. Novější přepracované vydání bylo vydáno v roce 2001. Snažili se zvýšit podporu autonomie. Jasněji oddělili princip neškození od principu dobročinnosti. Věděli, jak je obtížné nalézt shodu v základech etických principů. Autoři uvedli mezi základní etické principy respekt k autonomii, dobročinnost, neškození a spravedlnost. Předpokládali, že tyto čtyři základní principy budou vyznávány všemi kulturami bez ohledu na jejich náboženství [4].

Zásada „*primum non nocere*” (především neškodit) má vztah k principu neškození. Tento princip nedovoluje ublížit, poškodit nebo usmrtit jiné. Stojí na známém příkaze „nezabiješ”. Princip dobročinnosti předchází a odstraňuje poškození. Současně tak podporuje dobro. Jedná se o pozitivní přístup k uskutečňování plánů ve prospěch nemocného. Respektem k autonomii se rozumí, že by člověku mělo být umožněno nezávislé jednání bez ovlivnění jinými osobami. Jednotlivec svobodně volí své způsoby jednání podle jeho plánů, které si sám vybral. V oblasti lékařské etiky se klade důraz na právo sebeurčení nemocného. Nemocnému se dokládá informovaný souhlas s veškerým děním v průběhu léčby. Spravedlivost všeobecně souvisí s rozdělováním prostředků, dobra, zátěže a služeb [1].

3.1.3. Samostatný lékařský obor

O položení základů a významný rozvoj české lékařské etiky se zasloužila Helena Haškovcová. V časopise Praktický lékař v roce 1981 zveřejnila návrh na zřízení kabinetu lékařské etiky. Za podpory děkana 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Cyrila Höschla dosáhla svého cíle. V roce 1991 byla prohlášena lékařská etika samostatným lékařským oborem [1].

Od roku 1992 je lékařská etika v České republice oborem, který se vyučuje na všech lékařských fakultách. Nalezneme ji i v učebním plánu řady bakalářských studijních programů a na vyšších odborných školách. S fakultativní výukou lékařské etiky se dokonce setkávají i studenti středních zdravotnických škol. Tematické okruhy etiky se probírají i ve studiu postgraduálního vzdělávání [11].

3.2. Ošetřovatelská etika

Etika je v ošetřovatelství definována jako teorie o příčinách a podmínkách ošetřovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Problémem mohou být situace, kde mohou být různé názory. Zde vzniká morální problém. Jedná se o důležité téma spojené s rozlišováním dobrého a zlého, co je správné a nesprávné v denním životě. S morálkou, etickým a právním vědomím zdravotníků poskytujících zdravotní péči souvisí i léčba pacientů a jejich blaho. Je třeba varovat před vznikem morálních problémů. Vnímavost týkající se porušování lidských práv, nespravedlnosti nebo neetického chování bývá ve zdravotnictví velmi vysoká.

Ošetřovatelství je oborem lidské činnosti a každý takový obor má svou morálku a své povinnosti. Etická učení byla v minulosti označována jako nauka o povinnostech. V oboru ošetřovatelství jde navíc o rozhodnutí, co konat, aby to bylo pro pacienta prospěšnější. Dále je důležité dohlédnout na to, aby byla zachována pacientova důstojnost a autonomie a nezpůsobit ztrátu naděje v období nemoci [1].

Etické zásady ošetřovatelky v přístupu k nemocným byly formulovány už v 19. století. Florence Nightingale ve své knize Notes on Nursing z roku 1860 píše, že ošetřovatelka musí být osobou, na kterou se lze spolehnout. Musí být důvěryhodná, spolehlivá, svědomitá, počestná, střídma a zbožná [12].

3.2.1. Předmět ošetřovatelské etiky

Ošetřovatelská etika se zaměřuje na etické chování a verbální a neverbální komunikaci. Řeší se vztahy a postoje sestry-ošetřovatelky k pacientovi/klientovi. Dalším předmětem jsou kolegiální vztahy. Mezi kolegiální vztahy můžeme zahrnout vztah jedné sestry ke druhé nebo také k lékaři a dalším spolupracovníkům [1].

3.2.2. Úkoly ošetřovatelské etiky

Úkolem ošetřovatelské etiky je zkoumání kvality vztahů a postojů mezi sestrou a pacientem/klientem. Dalším z úkolů je formulace povinností a odpovědnosti ošetřovatelek. Stanovuje mravní normy profese sester. Analyzuje komplikované situace a stanovuje cíle a hodnoty dané situace. Studuje pravidla interpersonálních vztahů na pracovišti [1].

3.2.3. Cíle ošetřovatelské etiky

Mezi cíle ošetřovatelské etiky patří humanizace interpersonálních vztahů, usměrňování chování a jednání při výkonu ošetřovatelské profese. Záměrem je porozumět člověku, pochopit situaci v době nemoci a na základě možnosti v této situaci člověku pomoci. Sestra bude vhodným způsobem usilovat o uspokojení všech potřeb pacienta. Jedná se o potřeby terapeutické, psychické, sociální, kulturní a duchovní [1].

3.2.4. Etické principy v ošetřovatelství

V ošetřovatelství je důležité zmínit základní etické principy. Mezi tyto principy patří autonomie, prospěšnost (beneficence), důveryhodnost, spravedlnost a pravdomluvnost (veracita).

Každý má mít své právo jednat a chovat se podle svých osobních etických zásad. Autonomní pacient může uložit odpovědnost za jeho rozhodování na jinou osobu. Tou osobou může být i sestra. Sestry mají povinnost konat činnosti prospívající pacientovi. Závazkem sester je konat dobro a podnikat kroky ve prospěch pacienta. Sestra se zavazuje věrnosti dodržování závazků, aby zachovala důveryhodný vztah s pacientem. Moderní ošetřovatelství a ošetřovatelský etický kodex zmiňuje, že sestra by měla působit jako obhájkyň pacienta a jeho práv. Princip spravedlnosti vyžaduje rovnost v jednání s lidmi v různých situacích. O všechny pacienty by mělo být postaráno stejně, pokud mají stejné potřeby v oblasti zdraví. Závazkem posledním je říkat pravdu a neklamati druhé [1].

4. Etické kodexy

Etické kodexy slouží k zavazování se určitému chování především osob pracujících ve zdravotnických oborech. Dnes jsou seznámeni s etickými kodexy i vysokoškoláci nelékařských oborů a v neposlední řadě pacienti, kterým je věnován etický kodex Práva pacientů. Z nejdůležitějších a nejstarších kodexů je známa Hippokratova přísaha, která zakládá mravní kontinuitu všech etických kodexů [11]. Hippokratově přísaze se ve větší míře věnuje kapitola 3.1.1. Hippokratova přísaha.

4.1. Etický Kodex ICN

Mezinárodní etický kodex pro sestry byl přijat poprvé v roce 1953 Mezinárodní radou sester (ICN). Během této doby byl mnohokrát revidován a schvalován. Naposledy byl revidován a znovu schválen v roce 2012 [16].

Na podzim roku 2020 byla zahájena konzultace nové revize Etického kodexu sester, který by měl být uveden v roce 2021. Generální ředitel ICN Howard Catton vysvětluje, že z důvodu změn a pokroku technologií, se musí činit rozhodnutí, která se dříve činit nemusela. Do popředí se dostaly otázky sociální spravedlnosti. Sestry musí ve své profesi bojovat proti diskriminaci a zastávat se lidských práv. Nově upravený etický kodex ICN pro sestry bude odrážet tyto změny ve společnosti a pomůže sestry vést ke správným rozhodnutím [17].

Dnes stále Česká asociace sester (ČAS) uplatňuje Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. Na webových stránkách ČAS je kodex k dispozici v českém znění. Obsahuje čtyři hlavní články, vymezující normy etického chování ve vztahu k lidem/občanům, práci/praxi, povolání sestry a k jejich spolupracovníkům. Ke splnění účelu etického kodexu je třeba, aby ho sestry pochopily, osvojily si ho a poté uplatňovaly při všech aspektech své práce. Etický kodex by měl být k dispozici i studentům již v průběhu studia a nadále v průběhu pracovního života [15].

4.1.1. International Council of Nurses

International Council of Nurses je největší mezinárodní organizací zdravotních sester a ošetřovatelek, která přijala vlastní etický kodex. Byla založena v roce 1899. Evropské sídlo společnosti je nyní v Ženevě. Do ICN může být přijata pouze jedna, zpravidla největší národní organizace sester a to za řady podmínek.

Podmínkou k přijetí je vyjádření souhlasu se stanovami ICN. Vstup do této organizace podmiňuje doporučení alespoň jednoho garantu, již členské organizace. Organizace musí udržovat odstup od rasových a jiných předsudků ve vztahu k pacientům a sestřím. Uplatňuje kvalitní a moderní trendy v ošetrovatelství. Přijme doporučený nebo vlastní etický kodex.

Československá společnost sester byla v roce 1983 navržena za řádného člena v Los Angeles. Za podpory polské sesterské společnosti se definitivního přijetí dočkala v roce 1985 v Tel Avivu. Po zániku Československa v roce 1993 došlo i k rozdělení České společnosti sester a k ztrátě členství v ICN. Následně byla přijata do ICN Česká asociace sester. Druhou českou organizací byla Česká společnost sester. V Česku do roku 2000 působily tyto dvě sesterské organizace, které se následně sloučily [11].

4.2. Etický Kodex sester

Jeden z návrhů národního etického kodexu vzniklých v českých zemích v roce 1991 byl Kodex sester. Kodex sester byl navržen iniciativní skupinou České asociace sester v čele s Růžnou Wagnerovou. Tento etický kodex slouží k informování sester, zdravotnických pracovníků a veřejnosti o potřebách a požadavcích v etické oblasti poskytování ošetrovatelské péče. Inspiraci našel v etických principech přijatých ICN. Vychází ze zásadních ustanovení, která byla přijata na zasedání ICN v roce 1989.

Předložený kodex uvádí, že dosažení morálního jednání je založené na vnitřním chtění jednatelického subjektu. Za opravdový zdroj morálky považuje vnitřní hlas člověka, vnitřní zakotvení morálky a svědomí člověka společně s láskou k lidem. Kodex je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetrovatelství, zdraví a společnosti [11].

4.3. Etické normy v ošetrovatelském povolání

Druhým návrhem národního etického kodexu byly Etické normy v ošetrovatelství. Zveřejněn byl v časopise Sestra. Autorem návrhu byly účastnice vzorového kursu o problematice vzdělávání a ošetrovatelství. Kurs se konal v roce 1991 pod patronací organizace Hope v Modré u Bratislavy [18].

4.4. Etický kodex Práva pacientů

O právech pacientů začalo hovořit na začátku 70. let 20. století. Lidská práva a individuální svoboda je v občanské demokratické společnosti velmi ceněna. Za svůj život

lidé přijímají plnou odpovědnost. Lidé si přejí, aby byli dostatečně informováni i v situaci nemoci. Chtějí o sobě rozhodovat i v zdravotní nepřízni nebo minimálně spolupracovat.

Na základě Vzorových práv pacientů, zveřejněnými v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod byla vytvořena česká verze etického kodexu Práva pacientů. V české verzi jsou respektována některá specifika, či připomínky, které byly vzneseny v rámci diskuse. Finální verze Práv pacientů zveřejnila a zformulovala CEK MZ ČR v roce 1992.

Často při porušování práv pacientů nastává situace, kdy stojí tvrzení proti tvrzení a je těžké rozhodnout, jestli pravdu měl zdravotník, pacient nebo jeho rodina. Proto je ve zdravotnických zařízeních zavedena funkce ombudsmana. Funkce ombudsmana funguje v některých státech a jeho povinností je ochrana občana před administrativní mašinérií a upozorňování úřadů na chyby, omyly a pochybení s cílem nápravy. V České republice vznikl institut veřejného ochránce lidských práv, tudíž není nutné zavádět ombudsmany. I přesto některé nemocnice v České republice zřídily post nemocničního ombudsmana. Je dobré mít na paměti, dojde-li k upozornění pacienta na nedodržování práv pacientů, že je třeba toto upozornění brát vážně [11].

5. Koncepce péče

Ošetřovatelství je oborem zajišťující podstatnou část komplexní péče o nemocného. Péči pacientovi věnuje celý zdravotnický tým, který je složen z více pracovníků s různým odborným vzdělání a kvalifikací. Mezi členy zdravotnického týmu patří lékaři, sestry, sanitáři, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti, psychologové a další profese. Všichni tito členové mají společný cíl a tím je zdravý a spokojený pacient [6].

Péčí se rozumí pomoc formou asistence, podpory a usnadňování života potřebným. Při poskytování péče je nemocný podporován. Podle etických principů ICN by se mělo upřednostňovat přání nemocného, udržovat nemocného na životě, dbát na jeho důstojnost a být důvěryhodným partnerem. V péči se usiluje o zkvalitnění lidského života. V zásadě nesmí být nemocný poškozen. Proces léčby vyžaduje péči. Péče ale nemusí být poskytována jen v průběhu léčby, ale existuje např. péče následná [1].

Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2004 metodické opatření Koncepce ošetřovatelství, které vychází z Koncepce ošetřovatelství České republiky z roku 1998. Dokumenty se podílí na vývoji a směru ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století.

Koncepce respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnice Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek.

V koncepci se klade důraz na náročnější a samostatnější práci ošetrovatelského personálu. Koncepce vyžaduje kvalitní organizaci, řízení a kontrolu ošetrovatelské péče. Trendem se stává víceúrovňový způsob poskytování ošetrovatelské péče, proto se mění ošetrovatelský tým na personál s různou úrovní kvalifikace. Činnosti ošetrovatelských pracovníků byly dříve stanoveny zvláštním právním předpisem Vyhláškou č. 424/2004 Sb. Dnes tyto činnosti stanovuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Péče je poskytována zdravotnickými pracovníky způsobilými k výkonu povolání bez nebo pod odborným dohledem nebo přímým vedením. Podle stupně dosaženého vzdělání a specializace se určují kompetence zdravotnických pracovníků.

Získávání kvalifikace jednotlivých zdravotnických povolání je popsáno v legislativě České republiky. Tyto informace konkrétně zmiňuje Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče [7].

5.1. Ošetrovatelská péče

„Ošetrovatelskou péčí se rozumí soubor odborných činností zaměřených na prevenci, udržení, podporu a navrácení zdraví jednotlivců, rodin a osob, majících společné sociální prostředí nebo trpících obdobnými zdravotními obtížemi.“ (Koncepce ošetrovatelství, 2004)

Dále se v koncepci uvádí, že součástí ošetrovatelství je péče o nevyлéčitelně nemocné, zmírňování utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Úlohou ošetrovatelského personálu je pomoc jednotlivci, skupinám i rodinám zajistit samostatně uspokojení jejich fyziologických, psychosociálních a duchovních potřeb. U nemocných, kteří o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat je zajištěna profesionální ošetrovatelská péče.

Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří individualizovaná péče, která je věnována člověku na základě plánování a vyhledávání vhodných opatření k zajištění jeho potřeb nejen vzniklých při onemocnění [7].

Ošetrovateľskou péči poskytujú pracovníci ošetrovateľského tímu. Ošetrovateľský tím tvorí vrchná sestra, staničná sestra, všeobecná sestra, praktická sestra, ošetrovateľ a všeobecný sanitár. Podľa závažnosti stavu pacienta sa ošetrovateľská péče delí na základnú, špecializovanú a vysoko špecializovanú [6].

Do roku 2011 štúdium oboru praktická sestra neslo názov zdravotnícky asistent, pretože dnes všetci zdravotníckí asistenti spôsobili k výkonu povolania praktická sestra [10].

Se zajišťovanie súkromia súvisí predovšetkým prácou ošetrovateľského tímu. Do styku s výkony vyžadujúci súkromie sa najčastejšie dostáva ošetrovateľ alebo sanitár. Pracovníci ošetrovateľského tímu vykonávajú hygienickú péču pacientov vrátane úpravy lôžka. U pacientov ležiacich alebo nepohyblivých pomáhajú s podávaním stravy alebo kŕmením. V prípade potreby pečujú o vyprazdňovanie pacienta. Sestra alebo prípadne ošetrovateľ vykonávajú očistné klyzma u pacientov starších 10 rokov. Dbajú na čistotu a úpravu prostredia pacientov. Má-li sa pacient dostaviť na vyšetrenie alebo ošetrovanie, sprevádza pacienta na miesto výkonu.

Sanitár i ošetrovateľ pracujú pod odborným dohľadom alebo priamym vedením odborných spôsobilých pracovníkov presne, ako je uvedené vo vyhláske 55/2011 Sb - Vyhláska o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov [8].

5.1.1 Role sestry

Ošetrovateľské povolanie je náročné. Sestra sa v praxi dostáva do obtiažne zvladateľných situácií. Má na starosť péču o niekoľko pacientov. Niektorí z nich môžu vyžadovať náročnejšiu péču. Objem jej práce môže ovplyvniť i čas, ktorý má sestra vymedzený pre každého pacienta. Tieto ťažké situácie by mala sestra zvládať odborné a predovšetkým ľudsky. Preto sestrské povolanie požaduje mnoho osobnostných predpokladov. Jedná sa o radu profesných čností.

Odborné znalosti, trpezlivosť, víra v liečbu, skromnosť, poctivosť, nádej a odvaha sú vlastnosťami sester, na ktorých je založená dobrá péča o ľudí. Ide o sedem vlastností sester, ktoré by mali sestry mať a rozvíjať je ďalej [22].

Zachovanie úcty a rešpektovanie ľudskej dôstojnosti patrí medzi najdôležitejšie aspekty pri ošetrovaní nemocných. Sestry by nikdy nemali zabúdať, že pečujú o človeka. Ošetrovaný by mal vždy rozhodovať o všetom, čo sa ho týka. Sestra má mať pochopenie pre pacientovu obavu. Môže-li pacient vykonať niektoré výkony sám, mala by sestra pacientovi dať priestor a čas na to pracovať. Tým by ho mala viesť k sebaistočnosti. Nemalo by sa stať, že sestra

pacientovi pomůže z důvodu časových omezení. Dovolí jí čas věnovat se pacientovi měla by trpělivě s pacientem spolupracovat a vést ho až samotného až do cíle.

Pacient se může v době hospitalizace dostat do situací nepříjemných a ponižujících jako je např. hygiena a vyprazdňování v přítomnosti jiných osob nebo v otevřené místnosti. V tuto chvíli je nutné, aby sestra pacientovi zajistila dostatečné soukromí.

Důležitou roli ve vztahu sestry a pacienta hraje napojení na druhé. Aby se sestra úspěšně napojila na pacienta, je třeba respektovat nemocného. Sestra by měla cítit s pacientem a být mu nablízku, aby tu mohla pro pacienta vždy být.

Sestra je v rámci své práce týkající se péče o pacienta jeho ošetřovatelkou, komunikátorkou, poradkyní a edukátorkou v oblasti zdravotně výchovných opatření. V případě potřeby vystupuje jako advokátka pacienta/klienta. Na pracovišti působí dále jako manažerka nebo výzkumný pracovník [1].

Z hlediska uspokojování potřeb je nezbytné respektovat autonomii nemocného. Autonomie je pro pacienta potřeba, kterou si zachovává schopnost vést život podle svých pravidel. Pro pacienta tato potřeba znamená zachování identity. Je třeba, aby pacient zůstal, kým je a kým chce být. Sestra tuto potřebu zajistí respektováním pacientových přání, jeho názorů a předchozích zkušeností s nemocí [20].

5.2. Organizační systémy poskytování ošetřovatelské péče

V dnešní době se ošetřovatelství zaměřuje na poskytování individuální a komplexní ošetřovatelské péče. Aby péče o pacienty probíhala efektivně a kvalitně, má každý člen ošetřovatelského týmu jasně vymezené úkoly v náplni práce odpovídající vyhlášce č. 55/2011 Sb. Cílem všech forem poskytování ošetřovatelské péče je plynulý chod oddělení, zajištění všech lékařských ordinací a uspokojování potřeb nemocných.

Nejčastěji se vyskytuje systém skupinové péče, kdy má sestra zodpovědnost za určitou skupinu pacientů. Sestra se tak věnuje trvalé skupině pacientů. Díky tomuto systému vznikají pevnější vazby mezi sestrou a pacientem. Podobným systémem je pokojový systém péče, kdy se sestra stará o pacienty na „svých pokojích“.

Systém primárních sester funguje, tak že každému nově přijatému pacientovi je přidělena sestra, které za něj nese zodpovědnost po celou dobu hospitalizace až do

propuštění. V našich podmínkách se tento systém uplatňuje nejčastěji v zařízeních sociálních služeb, kde klient pobývá delší dobu.

Funkční nebo-li výkonový systém je jedním ze starších forem práce sester. Po příchodu do služby má každý člen přiděleny určité výkony, které provádí u všech pacientů. Tento systém nalézá uplatnění v sesterské práci především na operačních sálech [6].

5.3. Vizita

Pravidelnou návštěvu lékařem, sestrou nebo jinými členy zdravotnického týmu u lůžka hospitalizovaného nemocného nazýváme termínem vizita. Předmětem vizity je kontakt zdravotnického pracovníka s hospitalizovaným nemocným. Hlavním cílem vizity je předání informací. V průběhu vizity je nemocný informován o jeho zdravotním stavu, případných postupech léčby nebo ošetřování. Vyšetřující se informuje o stavu nemocného, provádí základní klinická vyšetření nebo se informuje o výsledcích provedených vyšetření.

Nezpochybnitelně má vizita i společenský význam. Probíhá formou přímého kontaktu, tudíž zde hraje hlavní roli mezilidská komunikace. Pro nemocného může být vizita jediným okamžikem setkání se s ošetřujícím lékařem během hospitalizace. Pro vizitu by měl být vyhrazen dostatek času, aby měl nemocný prostor pro otázky a vyjadřování se. V průběhu vizity by mělo být zajištěno soukromí pacienta např. při sdělování informací, co se týče diagnózy a pro sdělování citlivých informací. V případě probíhající vizity na pokoji, kde se nachází další pacienti, se může zdravotník dostat do rozporu s právně danými pravidly, kterými je nutno se řídit. Nesmí se porušovat ochrana osobních údajů a povinnost mlčenlivosti zdravotníků.

V průběhu hospitalizace se pacient setkává s lékařem i během malé vizity, která probíhá zpravidla za asistence sestry v ranních a podvečerních hodinách. Dalším typem lékařské vizity je vizita individuální, kdy lékař informuje pacienta zpravidla o diagnostických a léčebných postupech. Rozhovor se může týkat i problémů intimního charakteru, a proto by tato forma vizity měla probíhat v soukromí, ideálně mezi čtyřma očima. V případě žádosti pacienta, může být přítomen člen rodiny. V průběhu týdne dle zvyklosti oddělení probíhá vizita primářská, kterou vede přednosta, či primář pracoviště. Zúčastní se ji ostatní lékaři, sestry daného pracoviště, další členové zdravotnického týmu

včetně studentů. Ti všichni mají za cíl se vzájemně informovat o stavu pacienta, navrhovat a oznamovat změny v léčebném postupu [6].

6. Zázemí pacienta

Základní součástí lůžkové části nemocnice je ošetrovací jednotka. Na ošetrovacích jednotkách probíhá vyšetřování, léčba pacientů a je zde poskytována ošetrovatelská péče. Pracuje zde tým zdravotnických pracovníků včetně pomocného personálu zajišťující úklid ošetrovací jednotky. Velikost jednotky se liší podle specializace oddělení. Obvykle bývá na standardní ošetrovací jednotce 25-30 lůžek.

6.1. Typy ošetrovacích jednotek

Z minulosti jsou pamatovány ošetrovací jednotky sálového typu. V dobách minulého století pokoje obýval velký počet nemocných (12-20). Zázemí sester bylo odděleno zástěnou od lůžek pacientů. Nemocní byli vystaveni velkému riziku šíření HAI – Healthcare Associated Infection. Pacientům chybělo soukromí a navzájem se rušili. Toto uspořádání mělo špatný psychický vliv na pacienty i na sestry. V současné době se s těmito typy jednotek setkáváme ojediněle na jednotkách intenzivní péče, ale s nižším počtem pacientů.

JIP, ARO nebo intermediální jednotka patří mezi specializované ošetrovací jednotky. Na tyto jednotky se ukládají pacienti, u nichž došlo ke zhoršení stavu a jsou bezprostředně ohroženi na životě.

V současné době se využívají jednostranné ošetrovací jednotky, oboustranné a kruhové. Mezi moderní ošetrovací jednotky patří jednotka kruhová, která je výhodná v přehlednosti oddělení a rychlé dostupnosti péče sester. Pokoje pacientů odpovídají požadavkům Evropské unie. Tyto požadavky jsou vymezeny ve vyhlášce č. 92/2012 Sb. - *Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče*. Pokoj pro pacienty musí mít minimální plochu na 1 lůžko 5 m², minimální plocha pokoje musí být 8 m². U každého lůžka musí být zdroj elektrické energie a lokální osvětlení. Mezi pacientem a sestrou musí být komunikační zařízení, které má pacient dostupné na pokoji. Pokoj musí mít přímé denní osvětlení. Každý pokoj musí mít umyvadlo, pokud nemá návaznost na koupelnu, sprchu nebo WC vybavené umyvadlem. Dále musí být na pokoji vyčleněný prostor pro stravování chodících pacientů,

pokud není zřízena jídelna samostatně. Mezi lůžky musí být dostatečný prostor pro činnost personálu, pohyb pacienta a manipulaci s přístroji, materiálem a lůžky [31].

Pokoje svým vybavením také zajišťují komfort hospitalizovaným. Na pokoji jsou optimálně 3-4 pacienti. Podle velikosti a možností oddělení se setkáváme s pokoji s 1-4 lůžky. Oddělení nabízejí pacientům možnost nadstandardních pokojů. Nadstandardní pokoj si může přát pacient vyžadující soukromí nebo lepší vybavení pokoje, které připomíná více domácí prostředí.

Správná organizace ošetrovací jednotky vyžaduje vhodné umístění pacientů vzhledem ke zdravotnímu stavu a soběstačnosti. Pacienti náročnější na ošetrovatelskou péči, by měli být uloženi blíže pracovně sester. U nemocných hůře pohyblivých je vhodné vybrat pokoj v blízkosti sociálního zařízení [6].

6.2. Lůžko pacienta

Pokoj pacienta musí odpovídat hygienickým pravidlům. Požaduje se, aby pokoje byly dobře větratelné, prostorné a vzdušné. Každý pokoj je vybaven signalizačním zařízením. V případě potřeby může pacient dát sestře znamení, že potřebuje její pomoc. Aby se pacient cítil v pohodlí, měla by se regulovat teplota ovzduší a větrat v pokoji podle potřeby pacienta. Větrá se několikrát denně, ráno při úpravě lůžka a během dne při výkonech spojených se zápachem jako jsou převazy nebo vyprazdňování na lůžku.

Lůžka pacientů by měla být alespoň ve vzdálenosti 75 cm. Nejen proto, aby nemocný mohl vstát, omezil se přenos kapénkové infekce, ale je tak částečně zajištěno už tak omezené soukromí pacienta na pokoji. Pocit průniku do svého soukromí může u pacientů vyvolávat podrážděnost a vést k neklidu.

Každý nemocný má k dispozici svůj noční stolek, který je uložen ze strany lůžka. Měl by být umístěn, tak aby to pacientovi vyhovovalo. Do stolku má pacient právo vkládat své osobní věci. I když respektujeme právo nemocného na soukromí, nemůže mít pacient ve stolku nepořádek.

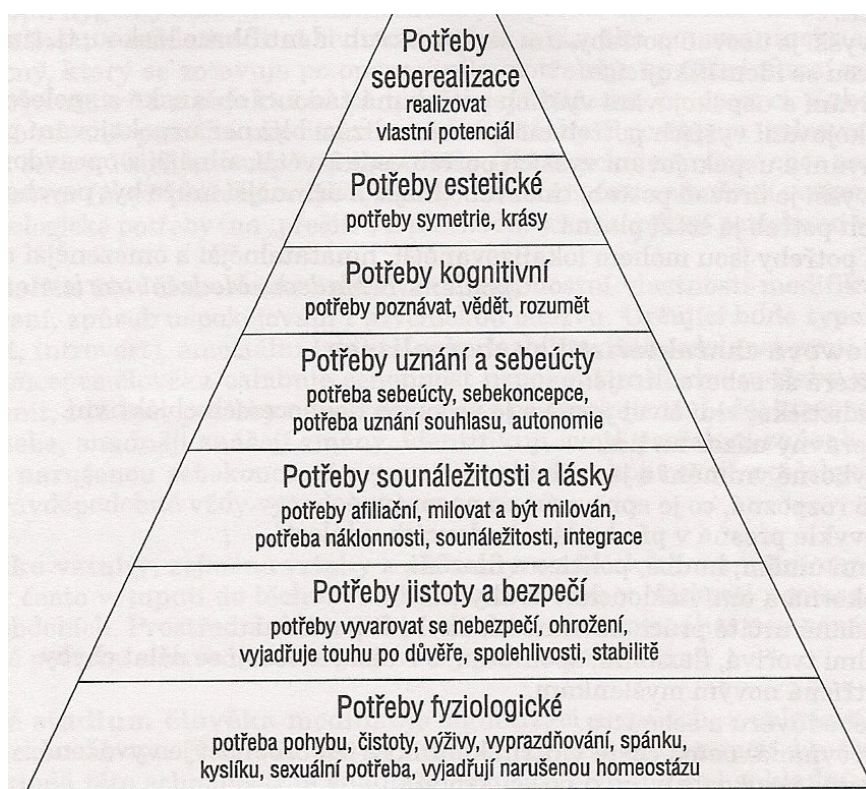
Pacientovi je každý den zajištěna úprava lůžka, aby lůžko bylo čisté a suché. Takové lůžko pacientovi zajistí příjemný pobyt v nemocnici [23].

7. Změny potřeb v průběhu hospitalizace

Uvědomování si lidských potřeb je v pomáhající profesi velmi důležité. Sestra by si měla uvědomovat potřeby v běžném životě, ale i potřeby nemocných, kteří jsou závislí na její pomoci. Toto uvědomění ji pomůže, aby chápala potřeby druhých lidí, naučila se tolerovat názory druhého člověka a orientovala se v obtížných situacích.

Lidskou potřebou se rozumí stav síly, která vznikne z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhy něčeho dosáhnout, a to v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Když se potřeba vyrovná, dojde k obnovení rovnováhy organismu. Potřeby značně souvisí s kvalitou našeho života [20].

Obrázek č.1 - Maslowova hierarchie potřeb. Dostupné z: TRACHTOVÁ E. a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu



Maslowova hierarchie potřeb je nejpobulárnějším rozdělením potřeb. Vychází z teorie potřeb podle Maslowova. Uspořádání potřeb je založeno na pořadí prožívané naléhavosti potřeb. Jinak řečeno, jde o pocitování potřeb. Tato hierarchie rozděluje potřeby nižší neboli základní (fyziologické) a vývojově vyšší (potřeby růstu). Potřeby se různě

propojují svými funkcemi. Vývojově nejvyšší potřeby růstu tvoří komplex kolem potřeby seberealizace. Jde o tzv. metapotřeby, které jsou neuspokojitelné [22].

Potřeba bezpečí a sounáležitosti může být naplněna např. pouhým představením zdravotníka pacientovi. Představí-li se pacientovi ošetřující sestra, pacient následně bude vědět, na koho se může v případě potřeby obrátit. Dále může sestra navzájem představit a seznámit nově přijatého pacienta s ostatními pacienty na pokoji. Tím tak nemocnému může zajistit pocit bezpečí a začlenění do komunity. Pacienta můžeme začlenit i do účasti na léčbě [20].

Adaptace nemocného na hospitalizaci může být obtížná. Člověk může ze začátku pociťovat obavy a strach z neznámého. Podá-li sestra dostatek potřebných informací nemocnému při příjmu, pomůže mu tak překonat těžký začátek na oddělení.

Nesnadno se v tento moment zvyká na přítomnost druhých lidí. Nemocný může požádat o obsazení jednolůžkového pokoje, je-li pokoj k dispozici a vyhnout se tak těmto nepříjemnostem [23].

Při naplňování potřeb nám v cestě můžou stát různé bariéry. Tyto překážky jsou přirozené. Bývají jiné ve zdraví a nemoci. Pro poskytovatele péče je přínosné poznání možných bariér a vnímat okolnosti vzniku, aby se naučil s nimi počítat.

Osobní bariéru může způsobit pocit nedůvěry, obav ze zklamání, strach vyslovit přání. Psychická bariéra představuje neschopnost člověka přijmout pomoc při naplňování potřeb. Mezi jazykovou bariéru řadíme komunikační šum nebo prosté nepochopení. Fyziologická bariéra může mít příčinu v tělesném nepohodlí. I prostředí může být bariérou. Nemocniční prostředí, chladno, neútulno nebo naopak příliš komfortní prostředí může v člověku vyvolávat špatný pocit. Mezi možné bariéry patří i vyslovení a přijímání omluv, kritiky, pochvaly. Řeč těla a zpětná vazba zde hraje také významnou roli.

Při nedostatečné saturaci potřeb se setkáváme i se změnami v chování. Změny mohou mít příznaky psychické a somatické. Člověk s psychickými potížemi je neklidný, nesoustředěný, nervózní nebo může mít i pocit úzkosti. Somatické potíže se projevují v poruchách naplnění základních fyziologických potřeb. Jedná se o poruchy spánku, výživy, vyprazdňování atd. Často jsou tyto obtíže doprovázeny poruchami srdečního rytmu.

Snážíme-li se pochopit cesty k naplnění lidských potřeb v nemoci, tak je dobré zkusit zmapovat jedince před onemocněním. Napomoci nám můžou určitá kritéria. Zjistíme si základní údaje o nemocném: pohlaví, věk, vzdělání, prostředí, ve kterém žije, typ osobnosti, temperament, zralost osobnosti, žebříček hodnot a zdravotní uvědomění. Vliv můžeme nalézt kvůli zkušenostem s předchozím onemocněním. Sledujeme projevy osobnosti v nemocnici.

Nemoc bývá často vnímána jako konfliktní situace např. kvůli změně prostředí, či náhlé změně životního rytmu. Člověk může být v konfliktu se sebou samým nebo i s rodinou. Člověk nemusí vůbec přijmout fakt onemocnění [20].

7.1. Hygienická péče o nemocného

Základní potřebou kulturního člověka je péče o čistotu těla a pravidelné vyprazdňování. Hygienou dodržuje člověk svou osobní čistotu. Jde o postup, který je nutný vykonávat pravidelně.

Postupy, které člověk denně vykonává při dodržování hygieny se v průběhu hospitalizace mění v závislosti na míře soběstačnosti pacienta. Chodící nemocní pečují o svou hygienu sami. Ležící pacienti jsou odkázáni na pomoc druhých.

Mezi pečování o hygienu nemocných patří pravidelná péče o čisté osobní a ložní prádlo, mytí rukou, péče o dutinu ústní s čištěním zubů, mytí celého těla nemocného, péče o vlasy a vousy a další. U nepohyblivých pacientů se dává především pozor na prevenci opruzenin a dekubitů. Jsou-li přítomné, tak je součástí hygieny jejich ošetření [23].

7.2. Péče o vyprazdňování pacienta

Pravidelné vyprazdňování přispívá k tělesné harmonii. V době nemoci se jedná o jednu ze stěžejních potřeb. Po příchodu do nemocnice může u pacienta nastat nepříjemná situace, kdy se nedaří vyprázdnit i několik dní. Problémy s vyprazdňováním nastávají zejména u ležících pacientů. Ti musí vždy včas dostat pomůcku, která zajistí hygienické vyprázdnění na lůžku.

Mezi faktory vyvolávající zhoršené vyprazdňování patří změna prostředí a osobního režimu, změna jídelníčku nebo reakce na nově užívané léky. Nedojde-li na pokoj sestra včas s pomůckami k vyprázdnění, může tak pacient často potlačovat nutkání na stolicí. Dále může problém nastat psychickými zábrami nemocného. Ležící nemocný se může stydět vyprazdňovat před ostatními pacienty [23].

7.3. Výživa a stravování nemocných

S potřebou výživy souvisí zajištění péče o jídlo a pití. Nemocný může v průběhu hospitalizace, kvůli povaze nebo závažnosti nemoci přijít o schopnost se sám najíst a napít.

Aby všichni na oddělení dostali teplé jídlo, rozdává se v pořadí dle soběstačnosti pacientů. Začíná se u chodících pacientů, kteří dostávají jídlo v prostorách jídelny u čistě prostřeného stolu. Poté dostane stravu nemocný, který se v lůžku může najíst sám. Nakonec dostává jídlo nemocný, kterého je nutné nakrmit. Krmení může doprovázet řada nepříjemností, které je nutné si uvědomovat [23].

V nemocničním provozu je velice náročné správně naplňovat potřeby nemocného v oblasti výživy. V nemocnici se podává strava v krátkých časových rozestupech a v hodinách, kdy nejsou nemocní zvyklí na stravování. Většinou je problémem brzké podávání večeře o 17. hodině. Poté nastává dlouhý interval do podání snídaně. Hospitalizovaní musí přijímat stravu v podobě diet, které jsou součástí ordinací.

Problémem může být i časové vytížení personálu. Proto mají sestry po ruce pomocné pracovníky, kteří jim s poskytováním základní péče pomáhají. S krmením pomáhá pacientovi nejčastěji sanitář či ošetřovatel. Tito pracovníci pracují pod odborným dohledem pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu nebo pod přímým vedením pracovníka dle vyhlášky č. 55 z roku 2011. Může se stát, že i tito pracovníci mohou být časově vytíženi, protože v náplni jejich práce je mnoho dalších činností. Nemělo by se v těchto situacích stávat, že pacienti budou jíst ve spěchu nebo, že se jim jídlo odebere dříve, než ho stačí sníst [8].

2. Praktická část

8. Zadání výzkumné práce

8.1. Cíl výzkumu

Cílem mé práce je dozvědět se od hospitalizovaných pacientů, jestli během pobytu na oddělení pocítují dostatečné soukromí a je zachována jejich intimita. Svou prací chci poukázat na tuto problematiku a dozvědět se, jak pacienti problémy v této oblasti vnímají a zda je považují za důležité. Vnímají-li pacienti zásah do svého soukromí či intimity, chci zjistit, kdy k tomu nejčastěji dochází nebo za jakých okolností.

8.2. Výzkumné otázky a hypotézy

Při volbě tématu bakalářské práce jsem si stanovila několik hypotéz. Vstupní hypotézou pro tento výzkum je, že se domnívám, že u pacientů převládá spíše pocit nedostatku soukromí. K hypotézám se váží výzkumné otázky, na které chci v závěru šetření odpovědět. Hypotézy budou v závěru výzkumu potvrzeny nebo vyvráceny.

Svým výzkumem chci odpovědět na tyto otázky:

1. Pocítuje pacient dostatečné soukromí při hospitalizaci?
2. Je pro pacienta důležité zachování soukromí a intimity?
3. Kdy pacient cítí největší zásah do jeho soukromí a intimity?

- **Hypotéza č. 1:** Domnívám se, že u pacientů převládá spíše pocit nedostatku soukromí.
- **Hypotéza č. 2:** Myslím si, že pacienti nepocítující dostatek soukromí, protože o tomto problému nemluvili s ošetřovatelským personálem.
- **Hypotéza č. 3:** Domnívám se, že na interním oddělení personál nevyužívá pomůcky k zachování soukromí, které jsou na oddělení k dispozici.
- **Hypotéza č. 4:** Předpokládám, že ženy lépe snáší ošetřování osobou stejného pohlaví.
- **Hypotéza č. 5:** Domnívám se, že do soukromí a intimity pacienta je nejvíce zasahováno při provádění hygieny a vyprazdňování v pokoji pacienta.
- **Hypotéza č. 6:** Myslím si, že pacientům se nenabízí výběr pokojů podle počtu lůžek.
- **Hypotéza č. 7:** Předpokládám, že většina pacientů považuje zachování svého soukromí a intimity za důležité.

8.3. Časový harmonogram

Během jara roku 2020 jsem již uvažovala nad tématem bakalářské práce v rámci předmětu bakalářská práce v letním semestru. Téma týkající se zachování soukromí a intimity pacienta jsem v tuto dobu měla vybrané. V září 2020 během praxe na interní JIP ve Fakultní nemocnici Bulovka jsem oslovila vrchní sestru, kterou téma zaujalo. Vrchní sestru jsem oslovila, jestli by mohla vést mou práci. Se souhlasem mi nabídla výzkum provést na oddělení jejího pracoviště. V říjnu 2020 jsem vytvořila formu dotazníku a podala žádost o provedení dotazníkového šetření na interním oddělení. Poté, co bylo šetření schváleno, jsem provedla výzkum. Výzkum probíhal od listopadu do prosince 2020. Na oddělení jsem docházela v odpoledních hodinách, aby byl prostor pro vyplnění dotazníků. Odpoledne bylo ideální k návštěvám pacientů na pokoji. Dopoledne nebylo vhodné, protože v této době probíhá na oddělení vizita a provoz oddělení bývá rušnější. Výsledky jsem následně zpracovala. Práce byla dokončena na konci dubna 2021.

9. Metodika výzkumu

Pro výzkumné šetření jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníku. Dotazník obsahoval 20 otázek. První tři otázky byly zaměřené na charakteristiku výzkumného vzorku. Další otázky byly položeny, tak aby byly zodpovězeny výzkumné otázky a předem stanovené hypotézy byly tak potvrzeny nebo vyvráceny. Otázka č. 20 sloužila jako prostor ke sdělení doplňující nebo důležité informace v souvislosti s tématem.

Šetření probíhalo zcela anonymně na interním oddělení Fakultní nemocnice Bulovka s povolením vedením nemocnice. Výzkum jsem provedla na standardních oddělení, konkrétně na oddělení 2A, 3A, 3B. Z důvodu pandemie onemocnění Covid-19 bylo zavedeno opatření zákazu návštěv oddělení 2B, kde hrozilo nebezpečí infekce, a tak jsem byla nucena toto oddělení vynechat.

10. Výběr vzorku

Výběr zdravotnického zařízení jsem zvolila dle svých zkušeností během studentské praxe. Vedoucí práce mi sama nabídla provést výzkum na místě svého pracoviště na interním oddělení, kde jsem měla za dobu studia 280 hodin praxe. Oddělení jsem znala, a proto jsem usoudila, že je vhodným kandidátem. Mé hypotézy vycházely ze zkušeností právě s tímto oddělením.

Výzkumný vzorek tvořilo dohromady 66 respondentů. Jednalo se o pacienty hospitalizované na standardním interním oddělení. První den návštěvy interního oddělení jsem byla domluvena s vrchní sestrou, aby mě s oddělením seznámila. Při první návštěvě mě vrchní sestra představila na jednotlivých odděleních a informovala se mnou sestry ve službě o provádění výzkumu k bakalářské práci, která je psána pod jejím vedením. Pokaždé při příchodu na oddělení jsem se nahlásila sestřám na jednotlivých odděleních a informovala je o provádění výzkumu. Společně se sestrami jsme se domluvily na výběru pacientů, kterým jejich stav umožní odpovědět na mé otázky. Sama jsem poté navštívila jednotlivé pokoje. Na pokoji pacienta jsem se vždy představila a zeptala, zda s dotazníkem pacient souhlasí. Jednalo se o anonymní dotazník, tudíž většina pacientů souhlasila s jeho vyplněním. Pacientům, kteří byli schopni vyplnit dotazník sami, jsem dala čas k vyplnění a později jsem se na pokoj pro dotazník vrátila. Řada ležících pacientů souhlasila s vyplněním, pokud bych jim s vyplněním pomohla. Otázky jsem pacientům přečetla a zaznamenala jsem si jejich slovní odpovědi. Polovinu získaných dotazníků jsem prošla s pacienty osobně a vyplnila dle jejich odpovědí. Z tohoto důvodu se sběr dat časově prodloužil. Každému pacientovi jsem poděkovala za jeho čas a vyplnění dotazníku.

11. Zpracování údajů

Odpovědi k jednotlivým otázkám jsem zaznamenala do tabulky v programu excel v aplikaci Office 365. Přístup k aplikaci jsem získala pomocí přihlášení přes studentský účet Univerzity Karlovy. Pomocí kontingenční tabulky jsem seskupila data ke konkrétním otázkám. Vytvořila jsem tabulky dat. Tabulky jsem následně zkopírovala do programu Numbers, ve kterém jsem tvořila tabulky a grafy dat.

12. Vyhodnocení a interpretace dat

Respondenti

V *tabulce 1* vidíme, že dotazník vyplnilo celkem 66 pacientů. Počet dotázaných žen a mužů je mírně nevyvážený. Odpovědělo celkem 34 žen a 32 mužů. Znázorněn je i počet respondentů podle věkové kategorie. Na dotazník odpověděl pouze 1 pacient ve věku 19-29 let. Dále odpovědělo 9 lidí ve věku 30-49 let. Pacientů ve věku 50-79 let bylo dotázáno 43. Nejstarší věková skupina je složena z 13 dotázaných ve věku 80 a více let.

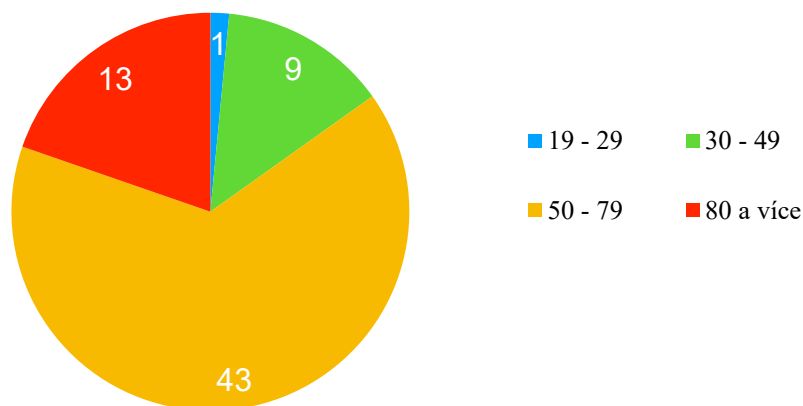
Tabulka 1 - Pohlaví a věk pacientů

Pohlaví - věk	19 - 29	30 - 49	50 - 79	80 a více	Celkový součet
muž	1	7	19	5	32
žena		2	24	8	34
Celkový součet	1	9	43	13	66

V průběhu dotazníkového šetření jsem se setkala s pacienty především staršího věku v rozmezí 50-79 let. Mladších hospitalizovaných pacientů bylo značně méně. Ve věku do 50 let bylo dotázáno pouze 10 pacientů. Z hlediska typu oddělení se jedná o standardní výsledek. Na interním oddělení jsou hospitalizováni spíše lidé vyššího věku.

Graf 1 - věk respondentů

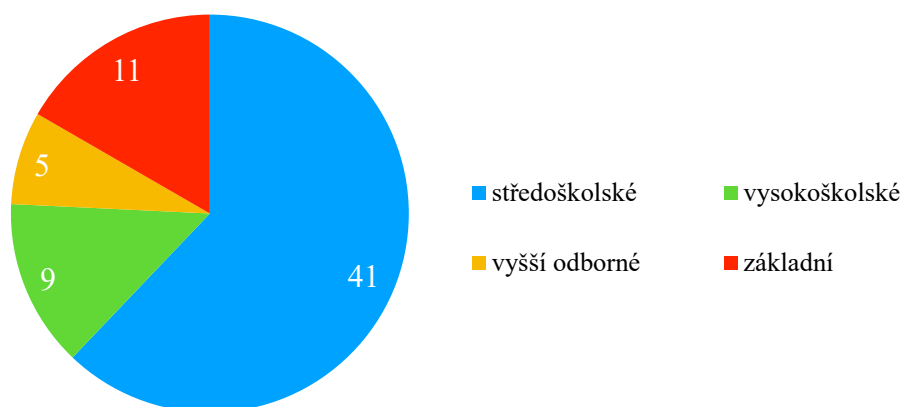
Množství respondentů odpovídající věkové kategorii



Úroveň vzdělání respondentů jsem rozdělila do skupin podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Pouze se základním vzděláním odpovědělo 11 pacientů. Většina pacientů uvedla, že má vystudované alespoň středoškolské vzdělání. Do této skupiny jsem zařadila i obory s vyučením. Vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání uvedlo celkem 14 pacientů.

Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Počet respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním



Typy pokojů a vybavení sociálním zařízením

Tabulka 2 ukazuje, že na jednolůžkovém pokoji bylo hospitalizováno pouze 6 pacientů. Sociální zařízení jednolůžkových pokojů bylo pro pacienty k dispozici na chodbě. Toto zařízení bylo společné pro všechny pacienty. Nejednalo se o zařízení, které by bylo rozdělené zvlášť pro ženy a muže. Tyto zmíněné jednolůžkové pokoje nebyli nadstandardními pokoji. Nadstandardní pokoje byly v době výzkumného šetření nedostupné, protože tyto pokoje jsou pouze na oddělení 2B, kde byli v tuto dobu hospitalizováni infekční pacienti.

Tabulka 2 - Typ pokoje a vybavení sociálním zařízením

Typ pokoje – vybavenost sociálním zařízením	bez sociálního zařízení	vlastní sociální zařízení
jednolůžkový	6	
sdílený vícelůžkový	37	23

Celkem 23 pacientů bylo hospitalizováno ve sdíleném vícelůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením. Dalších 37 pacientů bylo uloženo na pokoj sdílený bez sociálního zařízení. Pacienti z těchto pokojů museli využívat společného sociálního zařízení na chodbě.

Možnost volby pokoje

V dotazníku jsem se zeptala, zda pacienti měli možnost vybrat si typ pokoje podle počtu lůžek, nebo jestli si přáli nadstandardní pokoj. Jsou-li k dispozici pokoje různého typu, měla by sestra pacientovi dát možnost výběru dle jeho preference. V nemocnicích je tato možnost ojedinělá kvůli omezené kapacitě lůžek. Preferuje-li pacient být sám na pokoji, měla by sestra volit pokoj jednolůžkový dle pacientova přání. Pro pacienta může být velmi důležité zachování soukromí např. v souvislosti s diagnózou. Jiný pacient může být vyčerpaný z důvodu těžkého průběhu nemoci. Sestra by měla přání a stav pacienta respektovat a tím mu tak zajistit příjemnější pobyt v nemocnici.

V opačném případě se musí počítat i s faktem, že pacient může preferovat více osob na pokoji. Takové přání může být očekávané u starších lidí, kteří byli před přijetím do nemocnice dlouhodobě doma osamělí. Přítomnost dalších pacientů na pokoji je pro ně vhodná. Je-li takový pacient komunikativní povahy, je třeba i respektovat klid ostatních pacientů. V době nemoci je klid pro pacienta velmi důležitý.

Pro příklad je uvedena odpověď pacientky (80+): „*Jsem radši, když jsem sama.*”

Naopak muž (50-79 let) dodal: „*Preferuji 2-3 lidi na pokoji. Jsem zvyklý v nemocnici, ale zažil jsem i 9 lidí na pokoji, což bylo příliš. Došlo k potyčce mezi mnou a pacientem.*” Tento pacient byl velmi hlučný a působil spíše jako rušivý element pokoje. Při setkání s takovým pacientem bych doporučila důkladně zvažovat umístění pacienta vzhledem ke konfliktu v minulosti.

Na jednolůžkovém pokoji bylo uloženo 6 pacientů. Zbýlých 60 pacientů bylo hospitalizováno na pokoji vícelůžkovém. *Tabulka 3* dále ukazuje, zda měl pacient možnost volby pokoje a typ pokoje, kam byl následně uložen. Vidíme, že 49 pacientů nebylo na tuto otázku vůbec dotázáno. V případě, že nebyli pacienti dotázáni, rozhodl o místě uložení pacienta personál dle svého uvážení. Tři z těchto pacientů byli umístěni na pokoj jednolůžkový. Zbýlých 46 bylo uloženo na pokoj vícelůžkový. U odpovědi jednoho z pacientů došlo nejspíš k nedorozumění, protože uvedl, že měl možnost zvolit si nadstandardní pokoj, který na žádném z oddělení nebyl k dispozici.

Tabulka 3 - Možnost volby pokoje a typ pokoje pacienta

Měl(a) jste možnost zvolit si pokoj?		
Možnost volby pokoje	jednolůžkový	sdílený vícelůžkový
Ano		13
Ne	3	
Pouze nadstandard		1
Nebyl(a) dotazován(a)	3	46
Celkový součet	6	60

Pacienti, kteří měli možnost zvolit si pokoj, byli následně uloženi na vícelůžkové pokoje. Bylo tomu tak u všech 13 pacientů. Výhodou vícelůžkových pokojů bylo pro pacienty vlastní sociální zařízení, které jednolůžkové pokoje nenabízejí.

Pouze 3 pacienti uvedli, že neměli možnost volby pokoje a byli následně uloženi na pokoj jednolůžkový. Tito pacienti neměli k dispozici na pokoji vlastní sociální zařízení. Jednalo se především o pacienty soběstačné, kteří byli schopni docházet na společné sociální zařízení, které se nacházelo na chodbě oddělení. Jedna z patientek (30-49 let) dodala v závěru: „*Jediný problém jsou pro mě společné toalety pro muže a ženy.*”

Výsledky podle tabulky 3 potvrzují **hypotézu č. 6**. Myslela jsem si, že pacientům se nenabízí možnost výběru pokoje podle počtu lůžek. Celkově bylo dotázáno na výběr z celkového počtu 66 pacientů pouze 13 z nich. Jde o velmi nízký počet dotázaných pacientů. Doufala jsem, že pacienti mají vždy alespoň možnost volby pokoje nadstandardního, ale bohužel z důvodu uzavření oddělení 2B ani tuto možnost nikdo z pacientů neměl.

Dále cituji pacienty, kteří se vyjádřili k tomuto tématu.

Spokojený pacient (50-79 let) sděluje: „*Na jednolůžkovém pokoji jsem hospitalizován díky laskavosti sestřiček a ošetřující lékařky. Přesunuli mě poté, co se pokoj uvolnil.*”

U dalších dvou pacientů (80+) jsem se setkala s velmi podobnou zkušeností. Jeden z nich byl spokojen s přiděleným pokojem a dodal: „*Co se týče chování personálu, je*

perfektní. Dali mě na jednolůžkový pokoj sami. Byl jsem i na dvoulůžkovém, což bylo také dobré.” Druhý pacient napsal do poznámky: *„Čekal jsem to horší. Nečekal jsem, že budu na dvoulůžkovém pokoji. I pomocný personál se chová dobře.*” U těchto pánů mě velmi překvapilo, že personál sám zvolil typ pokoje o jednom nebo o dvou lůžkách, protože nejstarší pacienti bývají hospitalizováni spolu většinou na pokojích s největším počtem lůžek. Podobnou zkušenost měl pacient (50-79 let), který také chválil personál oddělení. *„Respektovali, že vnímám rušivé chování spolupacienta, a tak mě přeložili na jiný pokoj.”*

Nakonec stojí za zmínění v souvislosti se změnou pokoje nepříjemný zážitek, který vyprávěla jedna ze starších patientek (80+): *„Byla jsem na pokoji, kde jsem byla s pacientkou, která si přinesla na pokoj hovínka a druhá křičela celou noc. Personál se smíloval a dal mě sem.”* Bohužel až po této události došlo ke změně pokoje.

Dle mého názoru hraje v zachování soukromí a intimity pacienta velkou roli dobře zvolený typ pokoje a výběr spolupacientů. Ve chvíli, kdy sestra přijímá pacienta na oddělení, měla by se ptát a zajímat, co je pro pacienta vhodné. Dále by měla zvažovat, zda je pro pacienta vhodné spíše více soukromí nebo přítomnost dalších pacientů na pokoji. Především by měla brát ohled na preference pacienta, i když omezená kapacita nemocnic nemůže vždy pacientovi vhodný pokoj zajistit.

Respektování soukromí a intimity

Mezi nejdůležitější otázky celého výzkumu považuji *otázku č. 7 a 9. Otázka č. 7* odpovídá, jestli je pro pacienta důležité, aby bylo zachováno jeho soukromí a intimita. Z odpovědi na tuto otázku můžeme usoudit, zda má smysl u tohoto pacienta řešit otázky týkající se této problematiky.

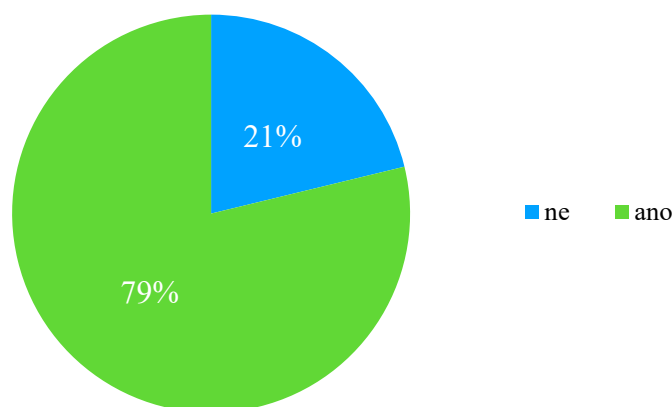
Vyhodnocením odpovědí na tuto otázku jsem se dozvěděla, že pro 52 hospitalizovaných pacientů (79%) bylo důležité, aby bylo zachováno jejich soukromí a intimita. Dodržování těchto aspektů, považovalo za důležité 29 žen a 23 mužů. Naopak 14 pacientů (21%) uvedlo, že jim na těchto aspektech nezáleží. Zachování soukromí a intimity za méně důležité považují spíše muži. Tímto je potvrzena má **hypotéza č. 7**, kterou jsem se domnívala, že pacienti považují zachování svého soukromí a intimity za důležité.

Tabulka 4 - Důležitost zachování soukromí a intimity ve vztahu s pohlavím

7. Je pro Vás důležité, aby bylo zachováno Vaše soukromí a intimita?			
Důležitost a pohlaví	muž	žena	Celkový součet
ne	9	5	14
ano	23	29	52

Graf 3 - Důležitost zachování soukromí a intimity

7. Je pro Vás důležité, aby bylo zachováno Vaše soukromí a intimita?



Podle *tabulky 5* bylo u pacientů mladšího věku viditelné, že mají větší zájem o své soukromí a vnímají problémy s ním spojené více. U pacientů ve věkové kategorii 50-79 let se našlo 7 pacientů, kteří zásah do soukromí a intimity nepozorovali nebo jej nepovažovali za důležitý. U nejstarší věkové skupiny 80 let a více bylo překvapující, že 7 z 13 nemocných považovalo zachování svého soukromí za důležité. Během výzkumu jsem se setkávala u starších respondentů s názorem, že lidem v jejich věku už na soukromí nezáleží a nemají se za co stydět. Např. pacientka (80+) prohlásila na konci rozhovoru: „Vzhledem k věku mi už nic nevadí.”

Tabulka 5 - Důležitost zachování soukromí a intimity ve vztahu s věkem

7. Je pro Vás důležité, aby bylo zachováno Vaše soukromí a intimita?				
Důležitost a věk	19 - 29	30 - 49	50 - 79	80 a více
ne		1	7	6
ano	1	8	36	7

Vnímání soukromí pacientů se může měnit i v souvislosti se zdravotním stavem. Jeden z nemocných vysvětluje: „*Tyto problémy ustupují stranou v době nemoci. Člověk potřebuje pomoc v téhle chvíli.*” Stejného názoru byli i další pacienti dodávající: „*Jak by někomu mohlo být dobře v nemocnici? Když jsem v nemocnici, tak soukromí není jedno z nejdůležitějších bodů.*” nebo „*Soukromí člověk nevnímá, když mu je zle.*”

Formou otázky č. 9 jsem se zeptala pacientů, zda během hospitalizace pocítují dostatečné soukromí a je zachována jejich intimita. Výsledkem se i současně dozvídáme, zda personál respektuje soukromí a intimitu pacientů. Jelikož 52 lidí považuje dodržování soukromí za důležité, zajímalo mě, zda během hospitalizace cítí jeho dostatek a je tak zcela zajištěno. Zjistila jsem, že tomu tak je u 43 hospitalizovaných, tedy u 65% respondentů.

Do situace, kdy člověk nepocítoval dostatečné soukromí nebo nebyla zachována jeho intimita během hospitalizace se dostalo celkem 23 dotázaných. Z nich 13 odpovědělo, že někdy během pobytu v nemocnici došlo k narušení jejich soukromí nebo intimity. Dalších 10 permanentně dostatečné soukromí vůbec nepocítuje nebo je stále narušována jejich intimita. Zásah do soukromí a intimity uvedlo více žen než mužů. To může mít spojitost s tím, že ženy také uvedly, že jim více záleží na respektování jejich soukromí a intimity viz *tabulka 4.*

Tabulka 6 - Pocit dostatečného soukromí při hospitalizaci ve vztahu s pohlavím

9. Pociťujete dostatečné soukromí při hospitalizaci a je zachována Vaše intimita?			
Pocit soukromí	muž	žena	Celkový součet
ne	3	7	10
ano	22	21	43
někdy ano	7	6	13

Výsledek nepotvrzuje mou **hypotézu č. 1**, kterou jsem se domnívala, že pacienti spíše nepociťují dostatek soukromí.

V souvislosti se zajištěním respektování soukromí jsem byla poučena pacientem (50-79 let): „Člověk musí vycházet s personálem, který ho obsluhuje. Když bude člověk vlídný, oni budou vlídní k němu.“ Pacient v dotazníku uvedl, že někdy je jeho soukromí v pořádku. Tudíž usuzuji, že jeho chování k pracovníkům oddělení se během hospitalizace mění a to se tak následně odráží v přístupu personálu k pacientovi..

Další otázkou jsem se dostala k důvodům, proč byla narušena intimita nebo soukromí pacienta. Pacienti měli možnost vybrat více odpovědí. Odpovídali buď na otevřenou otázku nebo mohli zvolit odpovědi, které v dotazníku byly předem definovány. Nabídla jsem odpovědi, které jsem zvolila podle svého uvážení na základě svých zkušeností. S těmito konkrétními problémy, týkající se zásahu do soukromí a intimity pacienta, jsem měla možnost se setkat v nemocnici během své dosavadní praxe při studiu oboru ošetrovatelství. Nejednalo se jen o problémy v ošetrovatelské péči, ale i všeobecných problémů vyskutujících se během pobytu v nemocnici.

Otázkou č. 10 byli nemocní dotázáni na důvody, proč byla narušena jejich intimita nebo soukromí. Následně *tabulka 7* znázorňuje odpovědi na tuto otázku. Žádnou odpověď nezaznamenalo celkem 35 pacientů. Pokud 35 pacientů neuvedlo, kdy k narušení soukromí a intimity došlo, mělo by číslo 35 odpovídat pacientů, kteří nezaznamenali zásah do soukromí a intimity. Na otázku č. 9 - Pociťujete dostatečné soukromí při hospitalizaci a je zachována Vaše intimita? odpovědělo 43 pacientů, že pociťují dostatečné soukromí a je

zachována jejich intimita. Tudiž 8 pacientů uvedlo, že jejich potřeba respektování soukromí a intimity je v pořádku naplněna, ale v otázce č. 10 se našla souvislost, kdy si nějaký nepříjemný moment narušující tuto potřebu uvědomili a zaznamenali ho tak až v této odpovědi.

Tabulka 7 - Důvody narušeného soukromí nebo intimity pacientů

10. Kdy je zasahováno do Vašeho soukromí nebo je narušována Vaše intimita?	
vyprazdňování na pokoji	13
sdělování informací před dalšími pacienty	11
hygiena	9
neklid na pokoji	4
velká vizita	2
podávání stravy	2
hygiena u spolupacienta	1
otevírání oken	1
ponechání světla během noci	1

Nejčastěji pacienti uváděli, že do jejich soukromí a intimity je zasahováno při vyprazdňování na pokoji. Vyprazdňování uvedlo celkem 13 pacientů. Další z frekventovaných odpovědí bylo sdělování informací před dalšími pacienty. Tento problém byl zaznamenán u 11 pacientů. Na dalším místě v pořadí četnosti odpovědí byla hygiena. Tu zvolilo 10 pacientů společně s hygienou u spolupacienta, která je v tabulce 7 zaznamenána odděleně.

Tímto se potvrdila má **hypotéza č. 5**, kterou jsem se domnívala, že vyprazdňování na pokoji a hygiena jsou nejčastějšími problémy, se kterými se pacienti potýkají. Překvapující pro mě byla častá odpověď sdělování informací před dalšími pacienty.

Pacientka (80+): „Není mi příjemné vyprazdňovat se na pokoji. Musíme to brát, jak to je. Nedá se šeptat před ostatními při sdělování informací na pokoji.“ Tato pacientka v dotazníku však nevedla, že by nějak do jejího soukromí nebo intimity bylo zasahováno. Podobného názoru byl i pacient (50-79 let), který neměl dobrou zkušenost v oblasti hygieny

a vyprazdňování, ale uvědomoval si, že je to dočasný stav a říkal: „*Musím to vydržet a brát jak to je.*”

Pacientka (50-79 let), která zaznamenala zásah soukromí při vyprazdňování a hygieně dodala: „*Je mi nepříjemné chodit na gramofon, ale musí mi měřit výdej.*“ V tomto případě mohlo být soukromí pacientky zajištěno např. zástěnou nebo závěsy. V dotazníku ale uvedla, že pokoj pomůckami k zajištění soukromí vybaven je a personál jich využívá jen někdy. Problém zde nejspíš hrála role personálu v používání pomůcek.

Další pacientka (50-79 let) uvedla jako problémovou situaci provádění hygieny: „*Je to nepříjemné vůči personálu.*”. Ujistila bych ji, že personál v nemocnici je na tyto výkony vyškolen a jedná se o běžný výkon v péči o nemocného.

Pacient (50-79 let), kterého se týkal problém se sdělováním informací před dalšími pacienty dodal: „*Měl jsem horší zkušenost z dřívější hospitalizace. Ale když tu člověk být nemusí, tak by tu raději nebyl.*”

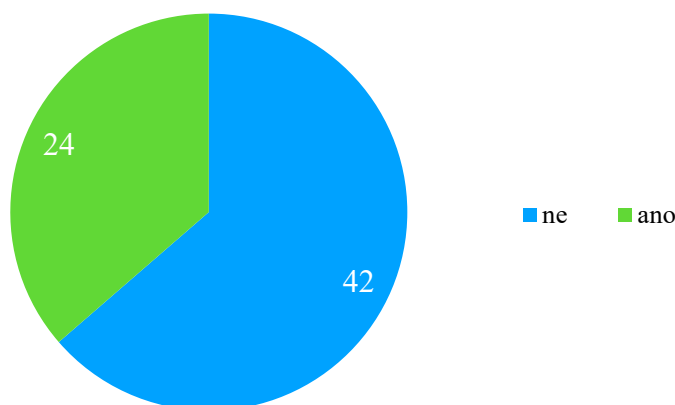
Mezi odpověďmi se dále vyskytla velká vizita (2), neklid na pokoji (4), podávání stravy (2), otevírání oken (1) a ponechání světla během noci (1).

Překvapující odpovědí, která se vyskytla bylo podávání stravy. Pacientka popisovala: „*Před deseti lety to bývalo úplně něco jiného. Sestřičky i jídlo bylo úplně jiné. Studenti se snaží chovat dobře. Chování personálu vydržím, ale to jídlo se nedá jíst.*” Tady se setkáváme spíše s problémem servírování nebo špatnou úpravou jídla. Tento problém ne zcela souvisí s tématem soukromí a intimity pacienta. Pokud to ale tak pacientky vnímaly, rozhodla jsem se problém zmínit.

Pod pojem neklid na oddělení jsem zařadila 4 odpovědi pacientů. Konkrétně si pacienti stěžovali na: hluk na pokoji, okřikování spolupacienty, spánek a noční křik, zvracení, kašel spolupacientů. Z výsledků vyplývá, že se problémy často týkají spolupacientů na pokoji. Jestli je spojené narušování soukromí a intimity pacientů, se ptá přímo v dotazníku *otázka č. 11*. Odpovědi na otázku jsou graficky znázorněny v *grafu 4*.

Graf 4 - Počet pacientů, kteří uvedli, že narušení soukromí je spojené s pobytem na vícelůžkovém pokoji

11. Je spojené narušování Vašeho soukromí a intimity s pobytem na vícelůžkovém pokoji?



Graf 4 značí, že pobyt na vícelůžkovém pokoji je často spojen s narušením soukromí a intimity. Z tabulky 2 víme, že 60 pacientů bylo hospitalizováno na vícelůžkovém pokoji. Z nich 24 uvedlo, že k narušení soukromí a intimity došlo ve spojení s vícelůžkovým pokojem.

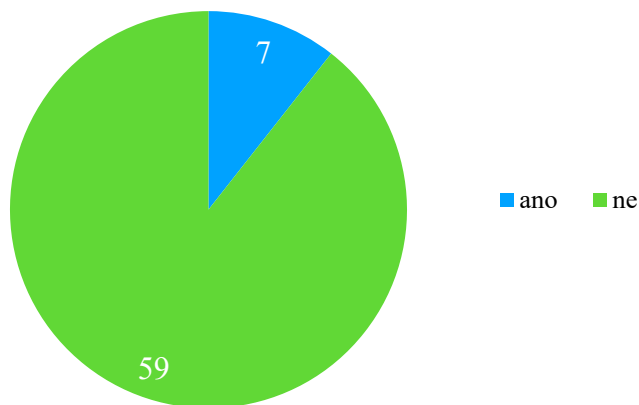
Příkladem této nešťastné situace byla pacientka ve věku 50-79 let, která se k tématu podrobně vyjádřila formou otázky č. 20. Stěžovala si: „Pacient zcela lucidní je umístěn mezi geronty postiženými demencí apod. Ti neberou nejmenší ohledy na ostatní a ruší svým hlučným chováním a nedodržováním hygienických pravidel ve dne a zejména v noci, kdy vykřikují opakovaně ze spánku.“

Další zkušenost se spolupacienty popsala pacientka (50-79 let): „Nevyspím se, protože pacientka na pokoji křičí celé noci.“

Necítí-li se pacient v nemocnici v pohodlí, může tento faktor dále negativně ovlivňovat proces k uzdravení a jeho celkový stav. Pokud má nemocný potíže se zajištěním soukromí a intimity, měl by o tom mluvit nejlépe se sestrou. Sestra pomáhá nemocnému k zajištění jeho potřeb a respektuje pacientova přání. Navrhovala bych pacientům informovat o problému někoho z personálu s cílem problém vyřešit. Proto jsem se zeptala v dotazníku, jestli s pacienty někdo mluvil o jejich potřebách týkajících se zajištění jejich soukromí.

Graf 5 - Sdělování informací týkající se potřeb pacienta v oblasti zachování soukromí

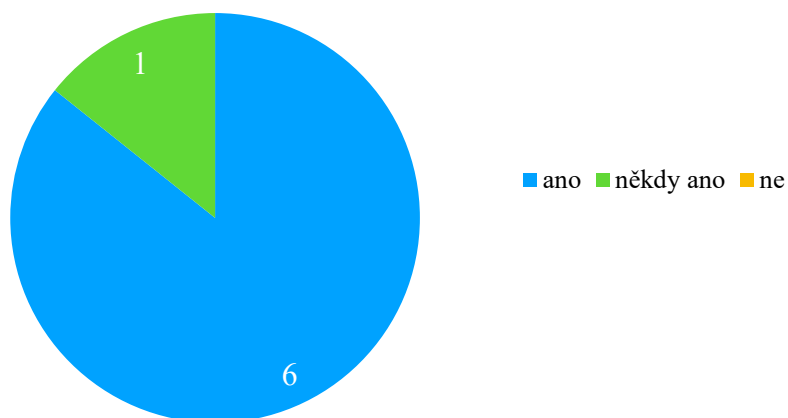
8. Mluvil s Vámi někdo v nemocnici o Vašich potřebách týkajících se Vašeho soukromí a intimity?



O svém soukromí během hospitalizace mluvil pouze 7 pacientů. Ostatních 59 pacientů zatím o svém soukromí s nikým nemluvil.

Graf 6 - Pocit dostatečného soukromí u pacientů, kteří mluvili o svém soukromí

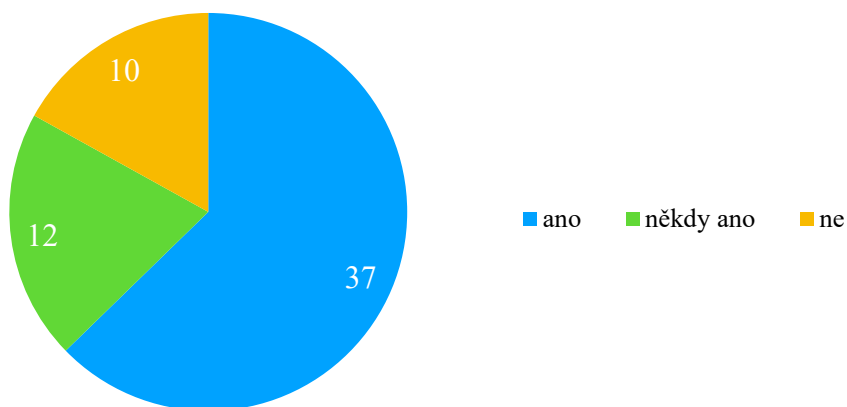
9. Pociťujete dostatečné soukromí při hospitalizaci a je zachována Vaše intimita?



Graf 6 znázorňuje 7 pacientů, kteří o problémech týkajících se soukromí a intimity mluvili. Z nich dostatečné soukromí pociťovalo 6 z nich a 1 někdy také ano. Tím je potvrzeno, že pokud pacient bude mluvit o svém soukromí, je tak větší šance soukromí zajistit.

Graf 7 - Pocit dostatečného soukromí u pacientů, kteří nemluvili o svém soukromí

9. Pociťujete dostatečné soukromí při hospitalizaci a je zachována Vaše intimita?



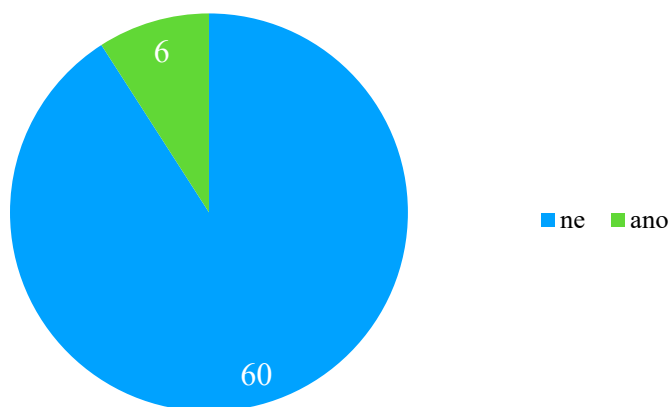
Z grafu 7 vidíme, že 10 pacientů, kteří nepociťovali dostatečné soukromí odpověděli, že s nimi zatím na toto téma nikdo nehovořil. Problémům by se tak mohlo předcházet komunikací pacienta s personálem, jak je potvrzeno z grafu 6. Tímto výsledkem se potvrzuje **hypotéza č. 2.**

Mezi časté problémy týkající se soukromí a intimity pacienta jsem zařadila výjezd na vyšetření. Jedná se o dobu, kdy pacient opouští svůj pokoj za účelem dopravit se na místo vyšetření, které není součástí oddělení. Cesta na vyšetření může být buď ve stejné budově, či jiné budově v areálu nemocnice nebo dokonce v ojedinělých případech i mimo nemocnici, v níž je pacient hospitalizován. Na takové vyšetření pacienta většinou doprovází sanitář nebo sestra, kteří by se měli během výjezdu o pacienta postarat. Pacient by měl být o vyšetření informován a předem s ním souhlasit. V rámci zajištění soukromí a intimity by pacient měl být informován také o výjezdu včas, aby se mohl na vyšetření připravit. Přípravy se týká např.: úprava vnějšího vzhledu a výběr vhodného oblečení. Dále by personál měl zkontrolovat čistotu a úpravu lůžka, je-li na něm pacient převážen.

Zcela soběstační pacienti dochází na vyšetření sami. U těchto pacientů nepředpokládám, že by bylo narušeno jejich soukromí, či intimita v době vyšetření. Zcela soběstačný pacient má možnost vhodně se na vyšetření obléci a upravit sám. Ovšem jen v případě, bude-li o vyšetření informován předem, aby měl čas se připravit.

Graf 8 - Narušení intimity při výjezdu na vyšetření

19. Stalo se Vám, že by byla narušena Vaše intimita při výjezdu na vyšetření?

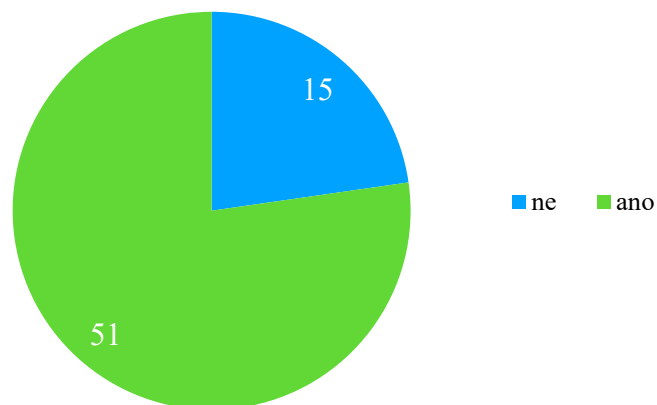


Graf 8 znázorňuje, že u 6 pacientů v době výjezdu na vyšetření byla narušena intimita či soukromí. Jeden z pacientů tento zážitek popisoval: „Při výjezdu na vyšetření mi dali malý dětský župánek a já pak čekal v čekárně plné lidí.“ Jednalo se o pacienta s těžkou obezitou. Situace byla komplikovaná tím, že nebyla k dispozici odpovídající velikost oblečení pacienta. Pacientka se stejnou špatnou zkušeností vypráví: „Nebyla jsem upravená, když jsem jela na vyšetření přes čekárnu s dalšími pacienty.“

Zajistit intimitu nemocného můžeme i vhodně zvoleným oděvem. Je třeba zvolit vhodnou velikost a střih oblečení, ve kterém se pacient bude cítit dobře. Má-li pacient s sebou v nemocnici své čisté osobní prádlo, je třeba ho informovat, že ho během hospitalizace může využít do doby, než dojde k jeho zašpinění. Nošením osobních věcí např. pyžama nebo domácího oděvu v nemocnici přispíváme psychické i fyzické pohodě nemocného. Podobným ovlivnitelným faktorem psychiky je i prostředí. Pokoj pacienta můžeme upravit a přizpůsobit domácímu prostředí, na který je nemocný zvyklý. Opatření se provádí hlavně u dlouhodobě hospitalizovaných, kde dochází k častějším dopadům na psychiku nemocného.

Graf 9 - Nošení osobního prádla

18. Nosíte během hospitalizace své osobní prádlo?



51 pacientů uvedlo, že nosí během hospitalizace své osobní prádlo. Pouze 15 pacientů své osobní věci k dispozici neměli.

Respektování soukromí personálem

Sestra pracuje jako obhájkyňe a ochránkyňe pacienta. Měla by zajistit bezpečí a soukromí pacienta. Pacient by právě s ní měl mluvit o svých potřebách a problémech týkajících se soukromí a intimity. Aby se pacient a sestra vzájemně respektovali, velmi záleží na jejich vztahu a vzájemné komunikaci. Dochází-li k narušování soukromí sestrou a nevznikl zde dobrý vztah mezi těmito subjekty, může být situace komplikovaná. Naštěstí v odpovědích u *otázky č. 14*, nikdo z pacientů neuvedl sestru jako zdroj narušení soukromí. Dle *tabulky 8* se objevila odpověď - ošetřující personál. Tato skupina lidí zahrnuje i sestry - ošetřovatelky. Dalším uvedeným byl lékař, sanitář nebo spolupacienti. Jeden z dotázaných nedokázal říct, o koho se jednalo. Pacienti často nedokážou rozlišit personál nemocnice, protože neznají barevná odlišení oděvu nebo nedojde k představení personálu pacientům. Pacienti tak bývají v této oblasti neorientovaní a v některých případech ani nevědí, kdo je obsluhuje.

Tabulka 8 - Kdo způsobuje narušení soukromí pacienta

14. Způsobuje narušení do Vašeho soukromí nebo zásah do Vaší intimity někdo z personálu nemocnice? Je-li tomu tak, napiště kdo:	
lékař	1
ošetřující personál	1
sanitář	1
spolupacienti	1
nedokáže říct	1

U otázky č. 20 si jeden z pacientů stěžoval, že z chodby se často ozývá hlasité vykřikování sester. Tento pacient však neuvedl, že by jeho soukromí či intimita bylo nějak narušeno. Pozitivním komentářem přispěl pacient (80+): „Nemám připomínky, osoby pracující na oddělení jsou vždy upravené a ve většině případů ochotné.“

„Nevadilo mi ukázat studentkám stomii, aby se to naučily.“ vysvětloval pacient. Péče stomii je pro pacienta velmi intimní záležitostí. Překvapil mě vlídný přístup a ochota pacienta. V případě průběhu studentských praxí na oddělení, může pacient vyjádřit nesouhlas s účastí studentů, kteří se podílejí na výkonech a péči o něj.

Dalším faktorem s negativním dopadem na zachování dostatečného pocitu soukromí a intimity může být pohlaví ošetřujícího personálu. Jde především o péči při intimních výkonech. V nemocnici se lidé dostávají do situací, kdy je jejich soběstačnost dočasně omezená. Obecně není lehké si zvyknout na vyžadování dopomoci jiné osoby. V nemocnici se často jedná o dopomoc při hygieně. Obzvláště ženy mívají problém v oblasti intimity. Je-li na oddělení ošetřující muž, pacientka nemusí s dopomocí muže souhlasit. Nesouhlasející pacientka se může domluvit se sestrou, aby ji při tomto výkonu pomohla žena.

Většina pacientů (48) tvrdí, že pro ně není důležité pohlaví ošetřujícího personálu. Problém s tím nemá celkem 27 mužů a 21 žen viz tabulka 9. V tabulce je uvedeno, že 15 pacientů preferuje při ošetřování osobu stejného pohlaví. Tuto odpověď zaznamenaly spíše ženy. 2 pánové uvedli, že preferují spíše ženy a 1 z pacientů uvedl, že považuje za důležitý individuální přístup ošetřujícího.

Tabulka 9 - Preferování ošetřování osobou stejného pohlaví u žen a mužů

17. Preferujete ošetřování personálem osoby stejného pohlaví?		
Preference pohlaví	muž	žena
ano	2	13
není to pro mě důležité	27	21
spíše ženu	2	
záleží na individuálním přístupu	1	

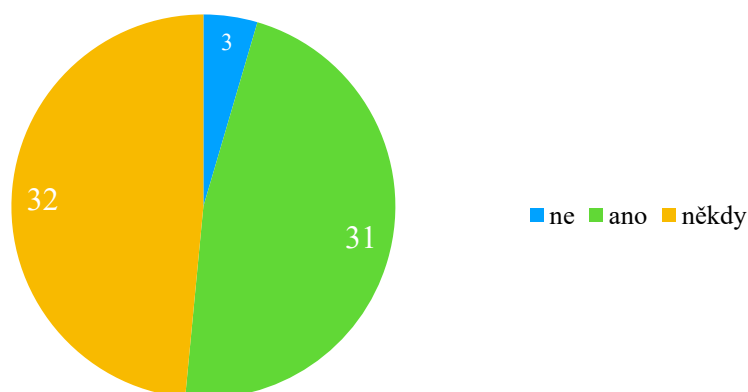
Hypotéza č. 4 nebyla potvrzena. Předpokládanou odpovědí bylo, že ženy preferují ošetřování osobou stejného pohlaví. Tuto odpověď z 34 žen zaznamenalo pouze 13. Pro zbylých 21 žen pohlaví ošetřujícího personálu není důležité.

Při výběru výzkumných otázek jsem vycházela ze špatných zkušeností se zachováním soukromí a intimity pacientů v době praxe na lůžkových odděleních. Při vstupu na pokoj pacienta jsem zohlednila dva faktory. Zeptala jsem se pacientů, zda personál klepe na dveře při vstupu na pokoj. Málokdy jsem za dobu své praxe zaklepání personálu postřehla. Poté, když personál vstoupí do pokoje, často zapomíná za sebou zavírat dveře. Jde-li tato osoba provádět výkon vyžadující soukromí, je důležité zajistit, aby z chodby nebylo vidět na lůžko pacienta. Proto jsem se zeptala, zda nebylo narušeno soukromí nebo intimity pacienta z důvodu ponechání otevřených dveří.

Z grafu 10 se dozvídámě, že více než polovina pacientů (35) potvrdila, že při vstupu na pokoj ne vždy personál na dveře zaklepe. Dokonce 3 z nich uvedli, že personál při vstupu na pokoj nikdy neklepe. Dalších 31 pacientů tvrdí, že personál na dveře klepe vždy. Dvě pacientky dodaly v odpovědi u otázky č. 20, že lékaři jsou v této situaci ohleduplnější a na dveře klepou vždy. Další pacientka zdůvodnila, proč personál někdy na dveře nezaklepe: „Když má personál čas, tak zaklepe, když nemá, tak ne.“

Graf 10 - Klepání na dveře před vstupem na pokoj

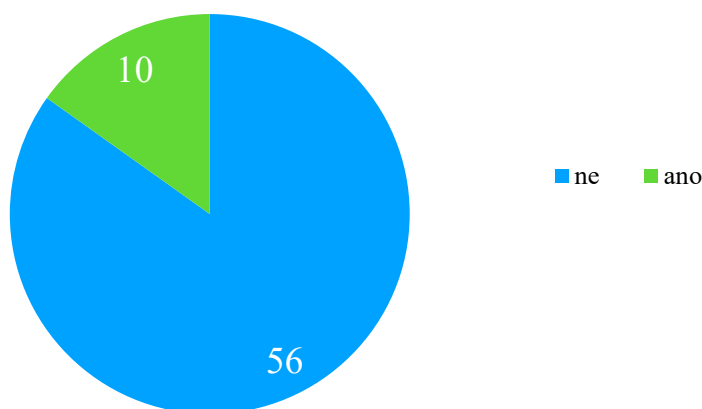
16. Zaklepe personál před vstupem na pokoj?



Ponechání otevřených dveří se týká *graf 11*. Graf potvrzuje, že k ponechání otevřených dveří po příchodu na pokoj dochází. Deset pacientů potvrdilo tuto špatnou zkušenost. Jeden z těchto pacientů dodal v poznámce, že k tomuto dochází často. Jiný z pacientů v poznámce uvedl, že na tomto oddělení k této chybě nedošlo, ale setkal se s ní na jiném oddělení.

Graf 11 - Ponechání otevřených dveří

15. Stalo se Vám, že by bylo narušeno Vaše soukromí či intimita z důvodu ponechání otevřených dveří?



Řešením problému by opět mohla být vzájemná komunikace mezi pacientem a personálem, jak už bylo potvrzeno v *grafu 6*. Víme již, že jen 7 pacientů mluvilo o svém

soukromí během hospitalizace. U těchto 7 pacientů, kteří o svém soukromí mluvili, k ponechání otevřených dveří nedocházelo. Z 10 pacientů, kteří měli zkušenost s ponecháním otevřených dveří, žádný o svém soukromí nemluvil.

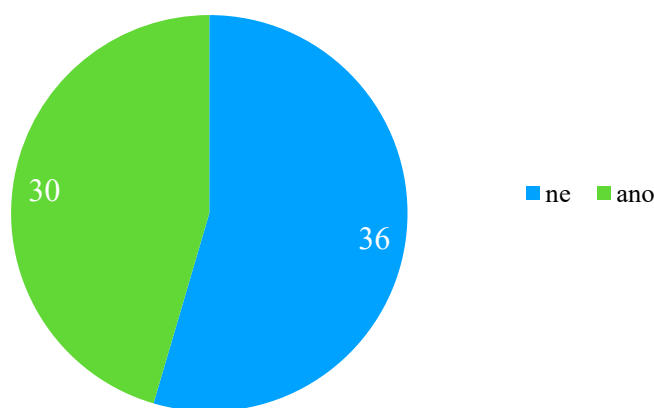
Pomůcky k zachování soukromí

Zaměřila jsem se na vybavenost oddělení pomůckami určených k zachování soukromí. Nedostatky jsem pozorovala při návštěvě oddělení za účelem sběru dat. Domnívala jsem se, že na oddělení se nenachází dostatek, a proto nejsou a nemohou být využívány zdravotním personálem. Na některých pokojích jsem si všimla, že mezi lůžky jsou závěsy. Většinou plnily svůj účel a zakrývaly výhled na lůžka ostatních pacientů.

V dotazníku je na téma vybavenosti pokojů pomůckami určených k zachování soukromí zaměřena *otázka č. 12*. *Otázka č. 13* je zaměřena na jejich využití. Odpovídá-li *otázka č. 12* kladně a pomůcky jsou k dispozici, má pacient možnost zvážit podle svých zkušeností odpověď u *otázky č. 13*.

Graf 12 - Vybavenost pokoje pomůckami

13. Je Váš pokoj vybaven dostatečnými pomůckami určených k zachování soukromí?



Graf 12 popisuje zastoupení pacientů hospitalizovaných na pokojích vybavených pomůckami určených k zajištění soukromí pacienta a na pokojích, kde pomůcky chybí. Více

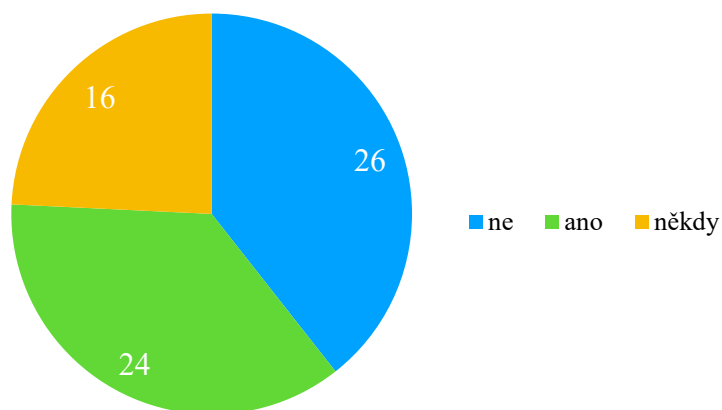
jak polovina dotázaných pacientů uvedlo, že na pokoji tyto pomůcky k zajištění soukromí chybí.

Jeden z nespokojených pacientů (30-49 let) na vícelůžkovém pokoji popisuje svou zkušenost s hospitalizací: „*Hrozné podmínky na pokojích, jak ze strany personálu i vybavení pokoje.*“ Tento pacient bohužel také uvedl, že neměl možnost volby pokoje.

Graf 13 zobrazuje odpovědi k otázce využití pomůcek personálem. Není zde žádná výrazně převládající odpověď. Mírně převládá odpověď, kdy pacienti uvedli, že personál pomůcek nevyužívá. Tuto zkušenost zmínilo 26 pacientů. Pacientů, kteří uvedli, že pomůcky jsou využity bylo 24. Zbýlých 16 pacientů potvrzuje, že někdy těchto pomůcek personál využívá.

Graf 13 - Využití pomůcek personálem

14. Využívá zdravotnický personál pomůcek k zachování soukromí (zástěny, žaluzie)?



Jelikož větší množství pacientů uvedlo, že personál alespoň jednou pomůcek využil, ikdyž podle předešlých výsledků *otázky č. 12* převládá jejich nedostatek, je nutné si vysvětlit, jak k zajištění soukromí u pacienta došlo. V případě potřeby sestra může na pokoj pacienta dopravit potřebnou mobilní pomůcku jako je např. zástěna. V tomto případě předpokládám, že personál pomůcky uklízí v době, kdy nejsou potřebné. Dalším způsobem, jak sestra může

zajistit soukromí pacienta, je způsob ochrany svým vlastním tělem. Také může požádat, aby se přítomní pacienti v daném okamžiku otočili zády.

Domnívala jsem se, že personál na interním oddělení pomůcky k zachování soukromí nevyužívá, ikdyž jsou na oddělení k dispozici. Výsledky byla **hypotéza č. 3** vyvrácena, jelikož 40 pacientů z 66 uvedlo, že alespoň jednou za dobu hospitalizace bylo využito těchto pomůcek.

13. Diskuze a závěrečné hodnocení

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala respektováním soukromí a intimity pacientů v době hospitalizace na standardním interním oddělení. Výzkumu se účastnilo 66 pacientů z interního oddělení ve FNB. Cílem výzkumu bylo zjistit, zda pacienti během hospitalizace pocítují dostatečné soukromí a je zachována jejich intimita. Došlo-li u pacienta k zásahu do jeho soukromí či intimity zkoumala jsem, kdy k zásahu nejčastěji dochází. Také jsem se ptala, zda pacienti považují své soukromí a inimitu za důležitý bod, který je nutný respektovat. Na základě svých cílů jsem si stanovila 7 hypotéz, které se vázaly k otázkám v dotazníku. Dotazník obsahoval celkem 20 otázek. Otázkami jsem navázala i na další témata spojené s problematikou respektování soukromí pacientů během hospitalizace. Veškeré získané informace mají posloužit jako podnět pro případná zlepšení v poskytování péče na daném oddělení.

Důležitost zachování soukromí a intimity

Z mého dotazníkové šetření vzešlo, že 79% pacientů považuje zachování svého soukromí a intimity za důležité. Tím byla potvrzena má **hypotéza č.7**, kterou jsem se domnívala, že pacientů považují zachování svého soukromí a intimity za důležité. U pacientů starších věkových skupin jsem byla překvapena z odpovědí ve smyslu, že lidem v jejich věku už na soukromí nezáleží a nemají se za co stydět. Ti patřili mezi 21% pacientů, kteří nepovažovali své soukromí za důležité.

Vnímání soukromí a intimity při hospitalizaci

Ptala jsem se i jak pacienti vnímají své soukromí během hospitalizace na interním oddělení. Zjistila jsem, že u 65% respondentů je v oblasti soukromí a intimity vše v pořádku. Tím se nepotvrdila má **hypotéza č. 1**. Domnívala jsem se, že převládá spíše pocit nedostatku soukromí.

Zásah do soukromí a intimity uvedlo více žen než mužů. To může mít spojitost s tím, že ženy také uvedly, že jim více záleží na respektování jejich soukromí a intimity.

Vnímání soukromí pacientů se může měnit i v souvislosti se zdravotním stavem. Několik pacientů uvedlo, že soukromí člověk v době nemoci nevnímá. V této době člověk potřebuje především pomoc, a proto tyto problémy ustupují stranou.

Díky výzkumu jsem zjistila, že k narušování soukromí a intimity dochází často ve spojení s pobytem na vícelůžkovém pokoji. Z 60 pacientů hospitalizovaných na vícelůžkovém pokoji 24 uvedlo, že narušování jejich soukromí a intimity se týká spolupacientů na pokoji. V tomto případě je nutné, aby o tom pacient mluvil s personálem oddělení. O svém soukromí během hospitalizace mluvilo pouze 7 pacientů. U těchto pacientů, kteří o svém soukromí s někým mluvili jsem se v dotazníku dozvěděla, že jejich soukromí a intimita byla zajištěna a nemají v této oblasti žádné problémy. Tímto se potvrdila má **hypotéza č. 2**. Myslela jsem si, že důvodem, proč pacienti nepociťují dostatek soukromí bude, že o tom nemluví s ošetrovatelským personálem. Podle mého názoru zde hraje důležitou roli komunikace mezi pacientem a personálem.

V dotazníku jsem se dále pacientů ptala, kdo z personálu nerespektuje jejich soukromí a intimitu. Většina pacientů neuvedla nikoho. Objevila se odpověď ošetřující personál, lékař, sanitář nebo spolupacienti. Je možné, že nevěděli nebo nechtěli uvádět o koho se jednalo. Tuto odpověď většina pacientů vynechala, protože mezi respondenty byli i zcela spokojení pacienti. Ti personál nemocnice chválili. Ze strany pacientů jsem vnímala i vlídný přístup ke studentům.

Zajímalo mě i vnímání pacientů ošetřování personálem podle pohlaví. Dle dotazníku jsem došla k závěru, že většina pacientů pohlaví ošetřujícího personálu nepovažuje za důležité. Tím nebyla potvrzena má **hypotéza č. 4**, kterou jsem předpokládala, že ženy preferují ošetřování personálem stejného pohlaví.

Situace týkající se narušování soukromí a intimity pacienta

Nejčastěji pacienti uváděli, že do jejich soukromí a intimity je zasahováno při vyprazdňování na pokoji. Další z více frekventovaných odpovědí bylo sdělování informací před dalšími pacienty. Na dalším místě byla hygiena. Těmito výsledky se potvrdila má **hypotéza č. 5**, kterou jsem se domnívala, že vyprazdňování na pokoji a hygiena jsou nejčastějšími problémy, se kterými se pacienti potýkají během hospitalizace. Překvapující pro mě byla častá odpověď sdělování informací před dalšími pacienty.

Mezi méně častými odpověďmi se dále vyskytla velká vizita, neklid na pokoji, podávání stravy, otevírání oken a ponechání zaplého světla během noci. Pod pojem neklid na oddělení jsem zařadila 4 odpovědi pacientů. Konkrétně si pacienti stěžovali na: hluk na pokoji, okřikování spolupacienty, spánek a noční křik, zvracení a kašel spolupacientů. Z těchto odpovědí můžeme říct, že se problémy často týkají spolupacientů na pokoji a také špatně zvoleného pokoje.

Při výběru dalších výzkumných otázek jsem vycházela ze špatných zkušeností se zachováním soukromí a intimity pacientů v době praxe na lůžkových odděleních. Při vstupu na pokoj pacienta se často zapomíná na klepání a zavírání dveří. Zavírání dveří je velmi důležité v případech provádění výkonů, které vyžadují soukromí pacienta. V dotazníku jsem uvedla obě situace. Polovina nemocných potvrdila, že personál klepat na dveře někdy zapomíná. Jedna z pacientek obhajovala pracovníky oddělení, že pokud mají čas, tak zaklepou, pokud čas nemají, tak ne. Nedostatek času je často zmiňovaným problémem práce nemocničního personálu. Pravdou je, že personál bývá velmi často časově vytížen. Můžeme tak hájit neohleduplnost personálu kvůli časovému vytížení?

Několik pacientů z oddělení potvrdilo, že jejich soukromí či intimita byla narušena z důvodu ponechání otevřených dveří. Jeden z těchto pacientů dodal, že k tomu dochází často. Jiný uváděl, že se s tímto problémem setkával na jiném oddělení. Zkoumala jsem, zda někdo z poškozených pacientů, mluvil o svém soukromí. Opět zde mohla hrát roli nedostatečná komunikace s personálem. U pacientů, kteří o svém soukromí během hospitalizace mluvili, nedocházelo k narušování soukromí ani tímto způsobem.

Mezi časté problémy týkající se soukromí a intimity pacienta jsem zařadila výjezd na vyšetření. Do této nepříjemné situace se dostalo během hospitalizace 6 pacientů. Jeden z pacientů uváděl, že na dobu vyšetření nebyl vhodně oblečen a čekal takto v čekárně plné lidí. Podobný zážitek vyprávěla pacientka, která jak uvedla, nebyla dostatečně upravena a při čekání na vyšetření se necítila dobře.

Zajistit intimitu nemocného můžeme i vhodně zvoleným oděvem. Nošením osobních věcí např. pyžama nebo domácího oděvu v nemocnici přispíváme psychické i fyzické pohodě nemocného. Během hospitalizace uvedlo 51 pacientů, že nosí své osobní prádlo. Jen 15 pacientů své osobní věci k dispozici neměli.

Možnost volby pokoje

Dalším z nejdůležitějších faktorů, který může ovlivnit soukromí nebo intimitu pacienta během pobytu v nemocnici, považuji přidělení vhodného pokoje podle počtu jeho lůžek a přidělených spolupacientů. V dotazníku jsem se zeptala, zda pacienti měli možnost vybrat si typ pokoje podle počtu lůžek, nebo jestli si přáli nadstandardní pokoj. Výsledky potvrzují **hypotézu č. 6**. Myslela jsem si, že pacientům se nenabízí možnost výběru pokoje podle počtu lůžek. Celkově bylo dotázáno na výběr z celkového počtu 66 pacientů pouze 13 z nich. Doufala jsem, že pacienti mají alespoň možnost volby pokoje nadstandardního. Bohužel v době výzkumu nebyly nadstandardní pokoje k dispozici z důvodu obsazenosti infekčními pacienty. I z tohoto důvodu možná vzniklo více nepříjemných zážitků ve spojitosti s přiděleným pokojem nemocného.

Sestra by měla pacientovi vybírat pokoj na základě jeho preferencí a samozřejmě podle možností oddělení z důvodů omezených kapacit. Počítat se musí i s faktem, že pacient může preferovat více osob na pokoji. Takové přání by se dalo očekávat u starších lidí, kteří by mohli vyžadovat společnost. Pacientů hospitalizovaných na jednolůžkových pokojích bylo dohromady 6. Jednalo se o pokoje, kde pacienti byli v soukromí, ale nevýhodou bylo společné sociální zařízení pro muže i ženy situované na chodbě.

V části interpretaci dat cituji mnoho názorů a zážitků pacientů spojené s tímto tématem. Pacienti především chválili jednání a práci personálu. V případech, kdy se vyskytl problém týkající se nevhodně zvoleného pokoje, personál ochotně přeložil pacienta na jiný pokoj.

Pomůcky k zachování soukromí

Z hlediska vybavení a využívání pomůcek k zachování soukromí a intimity pacienta jsem si stanovila další hypotézu. Domnívala jsem se, že personál na interním oddělení tyto pomůcky nevyužívá, ikdyž jsou na oddělení k dispozici. **Hypotéza č. 3** byla vyvrácena, jelikož 40 pacientů z 66 uvedlo, že alespoň jednou za dobu hospitalizace bylo využito těchto pomůcek.

Nejprve jsem zjistila kolik pacientů je hospitalizováno na pokoji vybaveném těmito pomůckami. Více jak polovina pacientů uvedla, že pomůcky na jejich pokoji chybí.

Více pacientů ale uvedlo, že personál alespoň jednou pomůcek využil, ikdyž podle předešlých odpovědí převládá jejich nedostatek. Důvodem mohlo být, že k zajištění soukromí u pacienta mohlo dojít i jinými způsoby. V situaci, která vyžaduje soukromí pacienta si sestra může na pokoj pacienta s sebou donést potřebnou mobilní pomůcku jako je např. zástěna. Dalším způsobem, jak sestra může zajistit soukromí pacientovi, je způsob ochrany svým vlastním tělem. Také může požádat, aby se přítomní pacienti v daném okamžiku otočili zády.

Doporučila bych, aby byly tyto pomůcky k dispozici přímo na všech pokojích. A to z důvodu, jak uvedl jeden z pacientů - personál nemá vždy čas, aby dělal vše, tak jak by měl.

Závěr

Téma své bakalářské práce jsem zvolila na základě zkušeností s problémy týkající se respektování soukromí a intimity pacientů v době pobytu na lůžkovém oddělení nemocnice. Již na začátku studia v době prvních praxí jsem se začala o tuto problematiku zajímat, a proto téma bylo jasnou volbou pro psaní bakalářské práce.

Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a praktickou. V teoretické části je čtenář seznámen se základními pojmy a uveden do problematiky týkající se soukromí a intimity pacienta. Zabývala jsem se obecnou etikou i etikou ve zdravotnictví. Definovala jsem principy etiky lékařské a ošetrovatelské. Za důležité jsem považovala i zmínění etických kodexů. Dále jsem rozebírala koncepci péče, prostředí a změny potřeb v souvislosti s hospitalizací pacienta.

V praktické části jsem si stanovila tři výzkumné otázky, na které se mi podařilo prostřednictvím výsledků výzkumu odpovědět. Cílem bylo zjistit, jestli pacienti pocítují dostatečné soukromí při hospitalizaci a jestli zachování soukromí a intimity považují za důležité. V případě cítili pacienti zásah do jejich soukromí či intimity, bylo cílem určit výkon nebo dobu, kdy k zásahu nejčastěji dochází. Stanovila jsem si 7 hypotéz, které byly v kapitole interpretace dat vzhledem k výsledkům buď potvrzeny nebo vyvráceny. Vyhodnocením dat jsem došla k závěru, že soukromí pacientů je většinou respektováno a intimita bývá po dobu hospitalizace zachována. Někteří pacienti ale tyto pocity během hospitalizace nepocítovali. Jejich pobyt byl znepříjemněn nejčastěji výkony jako je např. vyprazdňování na pokoji nebo hygiena a sdělováním informací na pokoji před dalšími pacienty. Zjistila jsem, že i většina pacientů považuje respektování soukromí a intimity za důležité.

Zpracováním tohoto tématu jsem získala lepší náhled do situace ze strany pacientů. Myslím si, že důležitým faktorem v této problematice je přístup a komunikace mezi pacienty a personálem nemocnice. Ke každému nemocnému je třeba se věnovat individuálně, protože každý člověk má jiná přání, pocity a vyžaduje odlišnou péči. Podle mého názoru je i velmi důležitým faktorem připravenost studentů na budoucí zdravotnické, či lékařské povolání v oblasti etiky a ošetrovatelských postupů v péči o nemocného.

Výsledky této práce byly poskytnuty vrchní sestře interního oddělení, aby byla informována o zpětné vazbě péče, která je poskytována pod jejím dohledem. Případně budou na odděleních zavedeny změny, aby se problémy eliminovaly.

Vzhledem k zjištěním bych chtěla doporučit úpravy, které by mohly přispět ke zlepšení situace na oddělení. Doporučila bych, aby na každém pokoji byly zařízeny zástěny nebo závěsy mezi lůžky pacientů. Tyto pomůcky je vhodné umístit na pokoj, aby byly neustále k dispozici. Výhodou zavedení těchto opatření může být, že tak personál nebude zdržován od výkonů. Pomůcky by mohly být využívány častěji a nemuselo by se na ně zapomínat. Také bych informovala personál o situacích, které se pojí se vstupem na pokoj. Pro pacienta je příjemnější, když personál při vstupu na pokoj zaklepe. Respektuje tím tak pacientovo soukromí. Proto bych upozornila, aby se na toto opatření nezapomínalo. Jak vyplynulo z výsledků výzkumu, tak v době spěchu personál toto opatření zanedbává. Podobně tomu tak je u ponechávání otevřených dveří. Pokud je nutné pokoj vyvětrat, tak bych dveře nechala otevřené až po ukončení výkonu a jedině se souhlasem pacienta. Dále bych také obecně chtěla přivést zaměstnance oddělení k zamyšlení, jestli se chovají k pacientům, tak jak by si přáli oni, aby se personál choval k nim, byli by na pozici pacienta. Všeobecně je dobré řídit se zlatým pravidlem: „Co nechceš, aby ti jiní činili, nečiň ty jim.“

Souhrn

Bakalářská práce pojednává o respektování soukromí a intimity pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. Práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části jsou vymezeny pojmy soukromí, intimita a lidská důstojnost. Objasňuje etické normy, které se vyjadřují k této problematice. Zabývá se etikou obecně, etikou ve zdravotnictví a etickými kodexy. Dále pojednává o koncepci péče. Popisuje situace v ošetrovatelské péči, při kterých sestry vstupují do soukromí a intimity pacienta. Uvádí příklady změn potřeb pacienta v nemocnici. Praktická část je založena na výzkumném šetření. Pomocí dotazníkového šetření zkoumá problematiku respektování soukromí a intimity z pohledu pacientů na interním oddělení Fakultní nemocnice Bulovka v Praze. Popisuje vnímání soukromí a intimity pacientů během hospitalizace a problematické situace, ke kterým při poskytování péče dochází.

Summary

The bachelor thesis deals with respect for privacy and intimacy of the patient in providing nursing care. The work consists of theoretical and practical parts. The theoretical part defines the concepts of privacy, intimacy and human dignity. It clarifies the ethical norms that express themselves on this issue. It's about ethics in general, ethics in healthcare and codes of ethics. It also discusses the concept of care. There are described situations in nursing care, in which nurses enter into the privacy and intimacy of the patient. Provides examples of changes in patient needs during hospitalization. The practical part is based on research. Using a questionnaire survey, the issue of respect for privacy and intimacy was examined from the perspective of patients in the internal medicine department of the University Hospital Bulovka in Prague. It describes the perception of privacy and intimacy of patients during hospitalization and the problematic situations that occur in the provision of care.

Seznam použité literatury

1. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada publishing, 2007. s. 51-52. ISBN 978-80-247-2069-2.
2. PELLEGRINO, ED. The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *Journal of Medicine and Philosophy*. [online]. 2001. vol. 26, NO 6, p. 559-579 [cit. 23.5.2021]. ISSN 0360-5310. Dostupné z: <https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.559.2998>
3. MUNZAROVÁ, Marta. K otázce vnitřní mravnosti lékařství. *Praktický lékař*, 2003a, roč. 83, č. 3, s. 170-173. ISSN 0032-6739.
4. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada publishing, 2007. s. 49-50. ISBN 80-247-1024-2.
5. ARISTOTELÉS. *Etika Nikomachova*. Antonín Kříž, překlad. 2. rozš. vyd. Praha: Rezek, 1996. 1094a, 1-9. ISBN 80-901796-7-3.
6. VYTEJČKOVÁ, Renata a kol. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada publishing, 2011. ISBN 978- 80-247-3419-4.
7. *Věstník MZČR č.9/2004 Koncepce ošetrovatelství*, [online].[cit. 2021-17-1]. Dostupné na: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce%20osetrovatelstvi.pdf>
8. ČESKO. Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/vyhlaska_55_2011_ve_zneni_vyhl_259_2019.pdf. ISSN 1211-1244.
9. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměně. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 15 s. ISBN 978-80-7013-553-2
10. ČESKO. Zákon 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů: zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*.2004. Dostupné také z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/05/zakon_96_2004_ve_zneni_pozdejsich_predpisu.pdf. ISSN 1211-1244.
11. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha 5: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
12. NIGHTINGALE, Florence. *Knih o ošetrování nemocných*. Red. Žofie Podlipská, překlad. Paulina Králová. Praha: Nakladatel J.Otto, 1874, s. 187.

13. MUNZAROVÁ, Marta. Zamyšlení nad Hippokratovou přísahou. *Praktický lékař*, 1996, roč. 76, č. 9, s. 456-457. ISSN 0032-6739.
14. SHMERLING, Robert. The myth of the Hippocratic Oath. Harvard Health Publishing: Harvard Medical School [online]. <https://www.health.harvard.edu>: The President and Fellows of Harvard College, 2021, 25.11.2015 [cit. 2021-5-27]. Dostupné z: <https://www.health.harvard.edu/blog/the-myth-of-the-hippocratic-oath-201511258447>
15. ICN - Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. ČESKÁ ASOCIACE SESTER [online]. Praha 2, 2017 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <https://www.cnaa.cz/icn-eticky-kodex/>
16. International Council of Nurses. THE ICN CODE OF ETHICS FOR NURSES [online]. 3, place Jean-Marteau 1201 Geneva, Switzerland, 2012 [cit. 2021-02-21]. ISBN 978-92-95094-95-6. Dostupné z: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf
17. MADARASZ, Gyorgy. International Council of Nurses launches Consultation to revise Code of Ethics for Nurses [online]. 21 October 2020 [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-launches-consultation-revise-code-ethics-nurses>
18. ALVA: Etické normy v ošetrovatelském povolání. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. 2, 1992, 3, s. 17-18. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:003d1580-f5ad-11e7-afa8-5ef3fc9bb22f>
19. HABERMAS, Jürgen. *Budoucnost lidské přirozenosti. Na cestě k liberální eugenice?*. Přeložila Alena Bakešová. 1. vyd. Praha: Filosofia, 2003. 48 s. ISBN 80-7007-174-5.
20. ŠÁMANKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3149-0.
22. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
23. ROZSYPALOVÁ, Marie, Alena ŠAFRÁNKOVÁ a Renata VYTEJČKOVÁ. *Ošetrovatelství I: Pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2. vydání. Praha 4: Informatorium, 2009. ISBN 978-80-7333-074-3.
24. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada publishing, 2007, 24.-26. s. ISBN 978-80-247-2170-5.

25. Ochrana osobních údajů: Úvod. Ministerstvo vnitra České republiky [online]. Praha 4, 2020 [cit. 2021-03-05]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/gdpr/clanek/gdpr-web-uvod-ochrana-osobnich-udaju.aspx>
26. LAURENCAU, J. P., RIVERA, M. L., SCHAFFER, A. R., PIETROMONACO, P. R. *Handbook of closeness and intimacy. Intimacy as an interpersonal process? Current status and future directions*. In: D. J. MASHEK, A. ARON, eds. Psychology Press. 2004. 61 – 78 s. ISBN 978-0805842852.
27. ABZ.cz: slovník cizích slov [on-line]. 2005-2021. [cit. 3.4.2021]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intimni>
28. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. VÝROST, J. *Osobní vztahy*. 2., přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
29. Desatero pro soukromí pacientů. Nemocnice Na Homolce [online]. Praha, 2017 [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/bezpecna-pece-pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu/>
30. HENDRYCH, D. a kol. *Právníký slovník*. 2. rozšířené vydání. Praha: C. H. Beck, 2003, 243 s. ISBN 80-7179-740-5.
31. ČESKO. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: 92/2012. 2012, částka 36. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16>

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Tabulka 1 - Pohlaví a věk pacientů

Tabulka 2 - Typ pokoje a vybavení sociálním zařízením

Tabulka 3 - Možnost volby pokoje a typ pokoje pacienta

Tabulka 4 - Důležitost zachování soukromí a intimity ve vztahu s pohlavím

Tabulka 5 - Důležitost zachování soukromí a intimity ve vztahu s věkem

Tabulka 6 - Pocit dostatečného soukromí při hospitalizaci ve vztahu s pohlavím

Tabulka 7 - Důvody narušeného soukromí nebo intimity pacientů

Tabulka 8 - Kdo způsobuje narušení soukromí pacienta

Tabulka 9- Prefence ošetřování osobou stejného pohlaví u žen a mužů

Graf 1 - Věk respondentů

Graf 2 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf 3 - Důležitost zachování soukromí a intimity

Graf 4 - Počet pacientů, kteří uvedli, že narušení soukromí je spojené s pobytem na vícelůžkovém pokoji

Graf 5 - Sdělování informací týkající se potřeb pacienta v oblasti zachování soukromí

Graf 6 - Pocit dostatečného soukromí u pacientů, kteří mluvili o svém soukromí

Graf 7 - Pocit dostatečného soukromí u pacientů, kteří nemluvili o svém soukromí

Graf 8- Narušení intimity při výjezdu na vyšetření

Graf 9 - Nošení osobního prádla

Graf 10 - Klepání na dveře před vstupem na pokoj

Graf 11 - Ponechání otevřených dveří

Graf 12 - Vybavenost pokoje pomůckami

Graf 13 - Využití pomůcek personálem

Obrázek č. 1 Maslowova hierarchie potřeb

Seznam příloh

Příloha č. 1: Smlouva o zabezpečení odborné praxe

Příloha č. 2: Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1

Smluvní strany:

Název: **Nemocnice Na Bulovce**
IČO: 000 64 211
DIČ: CZ 000642 11
Sídlem: Budínova 67/2, 180 81 Praha 8
Jednající: Mgr. Soňa Mendlová, náměstkyně pro oš. péči, na základě pověření
Bankovní spojení: Česká národní banka
Číslo účtu: 16231081/0710
dále jako „**poskytovatel**“ na straně jedné

a

Jméno a příjmení: **Adéla Urbanová**
Datum narození: 4. 12. 1998
Bytem: Suché 48, 415 01 Modlany
dále jako „**praktikant**“ na straně druhé

se níže uvedeného dne, měsíce a roku dohodly ve smyslu ustanovení § 1746, odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, tak, jak stanoví tato

SMLOUVA O ZABEZPEČENÍ ODBORNÉ PRAXE

1 **Postavení smluvních stran, vymezení základních pojmů**

- 1.1. Poskytovatel je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky, která byla dle ustanovení § 54 odst. 2 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, zřízená zřizovací listinou ministerstva zdravotnictví ze dne 10. 5. 2007, č. j. MZDR 2942/2007, ve znění rozhodnutí č. j. MZDR 17268-XI/2012 ze dne 29. 5. 2012 dle § 2 odst. 1 a § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- 1.2. Předmětem činnosti poskytovatele je především poskytování ústavní i ambulantní komplexní všeobecné zdravotní péče. Předmětem činnosti poskytovatele je dále podílení se na zdravotnické výchově a vzdělávání.
- 1.3. Praktikant je česká fyzická osoba, student programu Všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě UK v Praze, což dokládá aktuálně platným potvrzením o studiu. Nad rámec svých předepsaných studijních povinností zamýšlí praktikant absolvovat odbornou praxi u poskytovatele.

2 **Předmět smlouvy**

- 2.1. Smluvní strany se dohodly, že poskytovatel umožní praktikantovi na vybraném pracovišti poskytovatele absolvování odborné praxe (dále také jen jako „**odborná praxe**“), a to na základě objednávky odborné praxe.
- 2.2. Praktikant se zavazuje za umožnění vykonání odborné praxe uhradit poskytovateli níže sjednanou úplatu.
- 2.3. Cílem a účelem odborné praxe je získání praktických zkušeností v oboru a bližší seznámení se s provozem daného pracoviště.
- 2.4. Poskytovatel se zavazuje, že vytvoří s ohledem na provoz příslušného pracoviště odpovídající podmínky pro průběh odborné praxe a bude udržovat její požadovanou úroveň.

3 **Objednávka odborné praxe**

- 3.1. Poskytovatel umožní odbornou praxi podle této smlouvy na základě písemné objednávky odborné praxe (dále jen „**objednávka**“).

3.2. Vyplněnou objednávku doručí praktikant na oddělení vzdělávání poskytovatele osobně, elektronickou nebo běžnou poštou, nejpozději 30 dní před termínem zahájení požadované odborné praxe.

3.3. Pověřená osoba poskytovatele objednávku písemně potvrdí a pověří školitele odpovědného za vedení odborné praxe.

4 Místo a doba výkonu odborné praxe

4.1. Odborná praxe bude vykonávána v časovém rozsahu odpovídajícímu týdenní pracovní době dle zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, s jejím rovnoměrným rozvržením s přestávkami na jídlo a odpočinek.

4.2. Místem výkonu odborné praxe je pracoviště poskytovatele: **Interní oddělení**

4.3. Odborná praxe se uskuteční pod vedením školitelky: **v. s. Mgr. Lucie Kramešová**

4.4. Odborná praxe se uskuteční **v termínu od 1. 11. 2020 do 31. 12. 2020 na základě domluvy se školitelkou.**

5 Úhrada odborné praxe

5.1. Smluvní strany se dohodly, že na základě uzavřené rámcové smlouvy mezi 3. LF UK v Praze a poskytovatelem bude odborná praxe nad rámec povinné výuky poskytnuta zdarma.

6 Další práva a povinnosti smluvních stran

6.1. Praktikant se zavazuje:

- spolupracovat se školitelem a pověřeným zaměstnancem poskytovatele při provádění odborné praxe a odstraňovat případné nedostatky během jejího výkonu,
- zajistit si na vlastní náklady vhodný pracovní oděv a obuv,
- nenastoupit nebo přerušit odbornou praxi, pokud mu budou známy okolnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na výkon odborné praxe, tyto skutečnosti je praktikant povinen bezodkladně písemně oznámit oddělení vzdělávání poskytovatele a školiteli,
- před nástupem na odbornou praxi svým podpisem potvrdit, že je seznámen se svými povinnostmi, náplní odborné praxe a že je řádně očkovan proti infekčním nemocem v souladu s vyhláškou č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů,
- v případě, že si nezajistí potřebná očkování, odpovídat poskytovateli za veškeré škody, které mu v souvislosti s porušením této povinnosti vzniknou,
- zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se při výkonu odborné praxe dozví, a to jak obecně dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, tak dle zákonů platných ve zdravotnictví, zejm. dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

6.2. Poskytovatel se zavazuje:

- v době výkonu odborné praxe umožnit praktikantovi přístup do všech prostorů na pracovišti nezbytných pro výkon odborné praxe,
- umožnit praktikantovi užívat hygienická zařízení a odkládání osobních věcí na bezpečném místě, pokud je to s přihlédnutím k povaze odborné praxe potřebné,
- nejpozději v den nástupu praktikanta na pracoviště proškolit ho z bezpečnostních, hygienických, protipožárních a jiných právních nebo vnitřních předpisů, platných u poskytovatele odborné praxe, jejichž znalost je nezbytná k výkonu odborné praxe a vybavit jej identifikačním štítkem.

7 Doba trvání smlouvy

7.1. Tato smlouva se uzavírá na dobu určitou, konkrétně na dobu konání odborné praxe dle ustanovení odstavce 4.4. této smlouvy.

7.2. Před uplynutím doby určené stanovené v předchozím odstavci může být tato smlouva ukončena i jedním z následujících způsobů:

- písemnou dohodou účastníků ke dni ve smlouvě uvedenému,
- doručením písemné výpovědi druhé smluvní straně, a to i bez uvedení důvodu,
- odstoupením od smlouvy za podmínek sjednaných v čl. 8 této smlouvy.

8 Odstoupení od smlouvy

- 8.1. Poskytovatel je oprávněn odstoupit od této smlouvy, jestliže:
- praktikant závažným způsobem a přes předchozí napomenutí, tedy opakovaně, porušil obecně závazné právní předpisy nebo vnitřní předpisy v oblasti BOZP, hygienické, požární nebo jiné, bezprostředně dopadající na činnosti vykonávané v průběhu odborné praxe,
 - praktikant závažným způsobem porušuje pokyny udělované, které mu jsou udělovány při výkonu odborné praxe, a ohrožuje tak nebo narušuje průběh odborné praxe.
- 8.2. Praktikant je oprávněn odstoupit od smlouvy, jestliže poskytovatel:
- nevytvořil podmínky pro řádný výkon odborné praxe,
 - neudržoval v průběhu odborné praxe její náležitou úroveň, čímž se pro daný účel rozumí ohrožení cílů odborné praxe.

9 Závěrečná ustanovení

- 9.1. Tato smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- 9.2. Tato smlouva může být změněna či doplněna pouze písemnými a číselnými dodatky podepsanými oběma smluvními stranami.
- 9.3. V případě, že některé ustanovení této smlouvy je nebo se stane neúčinné, zůstávají ostatní ustanovení této smlouvy účinná. Strany této smlouvy se zavazují nahradit neúčinné ustanovení této smlouvy ustanovením jiným, účinným, které svým obsahem a smyslem odpovídá nejlépe obsahu a smyslu ustanovení původního, neúčinného a úmyslu obou smluvních stran v den uzavření této smlouvy.
- 9.4. Tato smlouva je sepsána ve třech stejnopisech, z nichž poskytovatel obdrží dvě a praktikant jedno vyhotovení.
- 9.5. Smluvní strany výslovně prohlašují, že si smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a souhlasí se všemi jejími ustanoveními, což stvrzují svými zdola připojenými vlastnoručními podpisy, resp. podpisy svých oprávněných zástupců.

V Praze dne - 1 - 11 - 2020

V Praze dne 3. 11. 2020

Nemocnice Na Bulovce
180 81 Praha 8, Bulhova 67/2
Mgr. Soňa Mendlová
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
tel: 266 082 023 sona.mendlova@bulovka.cz

Nemocnice Na Bulovce
Mgr. Soňa Mendlová
náměstkyně pro oš. péči, na základě pověření
Poskytovatel

Adéla Urbanová
praktikant

Příloha č. 2

Vážení respodenti,

jmenuji se Adéla Urbanová, studuji bakalářské studium v oboru všeobecná sestra na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Tímto Vás žádám o vyplnění dotazníku zaměřeného na soukromí a intimitu pacienta v době hospitalizace na interním oddělení. Toto dotazníkové šetření je klíčovým nástrojem pro úspěšné zpracování tématu mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní, proto Vás prosím o co největší upřímnost při odpovídání. Výsledky budou využity pro účely bakalářské práce a povedou ke zlepšení podmínek souvisejících s tímto tématem.

Děkuji za spolupráci a Váš čas

Adéla Urbanová

Dotazník

1. Vaše pohlaví:
 - žena
 - muž
2. Kolik Vám je let?
 - 19-29
 - 30-49
 - 50-79
 - 80 a více
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:
 - základní
 - středoškolské
 - vyšší odborné
 - vysokoškolské
4. Na jakém pokoji jste hospitalizován?
 - jednolůžkový pokoj
 - samostatný nadstandardní pokoj
 - sdílený vícelůžkový pokoj
5. Je součástí Vašeho pokoje sociální zařízení?
 - ano
 - ne
6. Měl(a) jste možnost si zvolit pokoj?
 - Ano
 - Ano pouze nadstandardní pokoj
 - Ne
 - Nebyl(a) jsem dotazován(a)
7. Je pro Vás důležité, aby bylo zachováno Vaše soukromí a intimita?
 - ano
 - ne
8. Mluvil s Vámi někdo v nemocnici o Vašich potřebách týkajících se Vašeho soukromí a intimity?
 - ano
 - ne

9. Pociťujete dostatečné soukromí při hospitalizaci a je zachována Vaše intimita?
 ano
 někdy ano
 ne
10. Kdy je zasahováno do Vašeho soukromí nebo je narušována Vaše intimita? Můžete zvolit více odpovědí.
 sdělování informací před dalšími pacienty
 vyprazdňování na pokoji
 hygiena
 velká vizita
 jiné
11. Je spojené narušování Vašeho soukromí a intimity s pobytem na vícelůžkovém pokoji?
 ano
 ne
12. Je Váš pokoj vybaven dostatečnými pomůckami určených k zachování soukromí?
 ano
 ne
13. Využívá zdravotnický personál pomůcek k zachování soukromí (zástěny, žaluzie)?
 ano
 někdy
 ne
14. Způsobuje narušení do Vašeho soukromí nebo zásah do Vaší intimity někdo z personálu nemocnice? Je-li tomu tak, napište kdo:

15. Stalo se Vám, že by bylo narušeno Vaše soukromí či intimita z důvodu ponechání otevřených dveří?
 ano
 ne
16. Zaklepe personál před vstupem na pokoj?
 ano
 někdy
 ne
17. Preferujete ošetřování personálem osoby stejného pohlaví?
 ano
 není to pro mě důležité
18. Nosíte během hospitalizace své osobní prádlo?
 ano
 ne
19. Stalo se Vám, že by byla narušena Vaše intimita při výjezdu na vyšetření?
 ano
 ne
20. Prostor pro další sdělení k tématu

