

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Petra Viltová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

**Petra Viltová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**INTIMITA A SOUKROMÍ PŘI POSKYTOVÁNÍ  
OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Kamila Blovská

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 1. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kamile Blovské za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

## **ANOTACE**

Příjmení a jméno: Viltová Petra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče

Vedoucí práce: Mgr. Kamila Blovská

Počet stran – číslované: 68

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: soukromí, intimita, ošetrovatelská péče, pacient, právo na soukromí

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se zabývá problematikou respektování soukromí a intimity v průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Teoretická část vymezuje pojem soukromí, charakterizuje lidské potřeby, mapuje právo na soukromí v legislativních pramenech a etických kodexech. Dále se zabývá výskytem pojmu soukromí v ošetrovatelských diagnózách a popisuje různé možnosti ochrany a zajištění soukromí a intimity pacienta v průběhu hospitalizace. Praktická část pomocí kvantitativního šetření dotazníkovou metodou zjišťuje postoje všeobecných sester k zachování soukromí a intimity pacienta ve Fakultní nemocnici v Plzni a v Rokycanské nemocnici a.s. Ze získaných výsledků je analyzováno, zda má délka odborné praxe respondentů vliv na jejich postoj k soukromí. Metodou skrytého pozorování je hodnoceno dodržování soukromí na překládovém zařízení centrálních operačních sálů ve Fakultní nemocnici.

## **ANNOTATION**

Surname and name: Viltová Petra

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Intimacy and privacy during providing nursing care

Consultant: Mgr. Kamila Blovská

Number of pages – numbered: 68

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 31

Keywords: privacy, intimacy, nursing care, patient, right of privacy

### Summary:

This brief thesis deals with privacy and intimacy during nursing care. Theoretical part determines the term of privacy, defines human needs, reviews right to privacy in legislation and ethical code. This thesis is also dedicated to the privacy in nursing diagnoses and describes different opportunities of protection and ensuring of privacy and intimacy during hospitalization. Practical part detects with questionnaire nurses' feelings to keep privacy and intimacy of the patient in University hospital Plzeň and in hospital in Rokycany. It is analysed how the length of practise influence the feelings to privacy. By technique of hidden observation is analysed how the privacy is kept on transportation devise of central operation theatres in University hospital.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
1 SOUKROMÍ.....	10
1.1 Fyzická nahota.....	11
1.2 Psychická nahota.....	11
1.3 Intimita.....	12
2 PRÁVO NASOUKROMÍ.....	14
2.1 Ochrana osobních údajů.....	15
3 ETICKÉ KODEXY A PRÁVO NA SOUKROMÍ.....	16
3.1 Etický kodex „Práva pacientů“.....	16
3.2 Etický kodex sester.....	17
4 LIDSKÉ POTŘEBY.....	18
4.1 Maslowova hierarchie lidských potřeb.....	20
5 SOUKROMÍ A INTIMITA V OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZÁCH.....	23
6 ZPŮSOBY ZAJIŠTĚNÍ SOUKROMÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE.....	27
7 CÍL VÝZKUMU.....	30
8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	32
9 METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU.....	33
9.1 Metoda sběru dat.....	33
9.2 Organizace výzkumu.....	33
10 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	35
10.1 Analýza dotazníkového šetření.....	35
10.2 Analýza zúčastněného pozorování.....	51
11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	54
11.1 Interpretace pro předpoklad 1.....	54
11.2 Interpretace pro předpoklad 2.....	56
11.3 Interpretace pro předpoklad 3.....	59
DISKUZE.....	60
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
SEZNAM TABULEK.....	73
SEZNAM GRAFŮ.....	74
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	77



## ÚVOD

Soukromí je osobní oblast každého jednotlivce. Zahrnuje schopnost či právo zadržovat informace o sobě, ale také hmotný a myšlenkový prostor každého jednotlivce. Člověk potřebuje při uspokojování svých potřeb určitý osobní prostor. Nedostatek soukromí při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení zůstává i v současné době stále aktuální problém. Základem soukromí je zachování lidské důstojnosti a osobní identity. Ta hraje důležitou úlohu v léčebném procesu. Samotná hospitalizace je pro většinu nemocných stresujícím obdobím, kdy je jedinec závislý určitou mírou na personálu nemocničního oddělení, musí se vyrovnat se změnou prostředí a odloučením od rodiny a svých blízkých. Nemocný člověk vnímá vše kolem sebe mnohem choulostivěji a proto je velmi důležitý osobitý, profesionální a citlivý přístup ošetrovatelského personálu. Intimita se považuje za základní lidskou potřebu nutnou pro zdravé psychologické fungování. Dostatek intimity, jistoty a bezpečí splňuje předpoklady pro fungování organismu jako celku, je součástí procesu uzdravování a podmínkou pro zachování zdraví. Dodržování práv pacientů, důstojné zacházení, ohleduplnost, respektování soukromí je jedním z indikátorů kvality ošetrovatelské péče. Sestra se stává pro pacienty nejdůležitější osobou, která je schopna jim potřebné soukromí v nemocnici zajistit. Cílem práce je poukázat na hodnotový systém uspokojování potřeb nemocného se zaměřením zejména na potřebu soukromí.

# 1 SOUKROMÍ

Soukromí je osobní oblast člověka, která má fyzický i psychický rozměr. Soukromí chrání nejen hmotný, ale i myšlenkový prostor každého jedince. Člověk ztrácí pocit soukromí, pokud jsou nějakým způsobem prolomeny bariéry bezpečí a dojde k obnažení jeho tělesné ale i duševní stránky před ostatními lidmi. Ztráta soukromí je prožívána jako velice nepříjemný a bolestný stav (Haškovcová, 1996, str. 96).

Při poskytování zdravotnické péče, ať již je poskytována formou ambulantního vyšetření nebo v průběhu hospitalizace, vstupuje zdravotnický personál vždy do soukromí pacienta. Toto, zhoršeným zdravotním stavem vynucené, zpřístupnění soukromí člověka pak předpokládá přirozené etické požadavky na chování zdravotníků ve vztahu k pacientům. Téma ochrany soukromí pacientů je však zdravotníky často zlehčováno a opomíjeno. Zdravotnický personál po pár letech praxe vnímá soukromí a intimitu pacientů zcela odlišně než samotní nemocní. Takový přístup je pak nejen neetický, ale také velmi riskantní, a to jak z pohledu ohrožení práv pacientů na soukromí, tak z hlediska zdravotnického zařízení a jeho zaměstnanců, neboť případné sankce mohou být velmi citelné.

Podle Altmana (1992, str.32) se soukromí často definuje jako pocit ovládnutí prostoru, včetně sociálních interakcí v daném prostoru nebo kontrola přístupu k vlastnímu já. U většiny lidí se soukromí vztahuje k domovu. Domov zahrnuje soukromí, které umožňuje jedinci dosáhnout ideální úrovně interakce s ostatními, což dává prostor k dosažení pocitu uvolnění a klidu. Domov je místo, kde většina lidí nejnáze obnovuje své fyzické a psychické síly. Vztah mezi pocitem soukromí a regenerací vlastních sil je evidentní. Předpokládá, že jedinec, který ovládá daný prostor a naplňuje tak potřeby soukromí, může dosáhnout pocitu pohodlí a svobody. Svobody v tom smyslu, že dokáže odpočívat, relaxovat a dělat to, co si přeje. Právě díky těmto aspektům podporuje proces regenerace. Je tedy patrné, že hospitalizovaní pacienti mohou trpět nedostatkem soukromí, čímž se snižuje pocit pohodlí a zpomaluje se proces regenerace. Respektovat soukromí pacientů je bezpochyby neodmyslitelnou součástí profesionálního přístupu k nemocným, jež zároveň zvyšuje efektivitu léčby

Každý jedinec ztrácí dojem soukromí, pokud jsou mu určitým postupem, způsobem narušeny bariéry bezpečí, a když se má před neznámým člověkem ukázat v úplné nahotě, jak fyzické, tak psychické (Haškovcová, 1996, str. 96).

## **1.1 Fyzická nahota**

Je logické, že lékaři, právě tak jako všeobecné sestry často prolamují bariéry intimní sféry člověka. Pacient je srozuměn s tím, že se musí odhalit, má-li ho lékař důkladně prohlédnout, a proto odkládá na vyzvání šaty. Tím ovšem problémem fyzické nahoty nekončí, ale spíše začíná (Haškovcová, 1996, str. 96). Musíme si uvědomit, že každý člověk je jiný. Někdo se před námi svleče a nevnímá to jako narušení soukromí, někdo to špatně nese. Je dokonce možné, že obavy z odhalování vedou až k zanedbávání kontrol u lékaře. Dalším faktorem studu je to co odhalujeme. Snadno by se nám řeklo, že kromě intimních partií není důvod, aby se pacient styděl. Každý člověk vnímá odhalení před cizí osobou individuálně. Působí zde celá řada faktorů např. kulturní zvyklosti, věk, pohlaví, osobnost pacienta, míra důvěry i konkrétní okolnosti spojené s odhalením (místo, rozsah a doba odhalení, počet přítomných osob). Hlavními místy nechtěného odhalení jsou intimní partie, místa, kde jsou jizvy nebo místa se kterými člověk není úplně spokojen nebo vyrovnan. Jelikož je tato problematika rozsáhlá věnují se jí i práva pacienta, kde je zmíněno nejen právo na soukromí a stud, ale také podmínka, aby při diagnostických a terapeutických výkonech bylo co nejméně lidí.

Stud nemocného může zvýšit nebo také snížit řada zdánlivě podružných faktorů. Samozřejmě, že nic neplatí bez výjimky, ale lze konstatovat, že starší nemocní muži se stydí více před mladými lékařkami a sestrami, naopak staré nemocné ženy mladé lékaře obdivují a vítají, s výjimkou specialistů v oboru gynekologie. Tam naopak, pokud je to možné, dávají přednost staršímu lékaři (Haškovcová, 1996, str. 99).

## **1.2 Psychická nahota**

Psychická nahota se začíná vyskytovat už při vstupní anamnéze při přijetí na nemocniční oddělení. Trendem moderní doby je celistvý – holistický pohled na člověka

a proto je nutná podrobná anamnéza. Tyto podrobné informace není všem klientům o sobě příjemné sdělovat. Ještě před odběrem anamnézy je důležité klientovi vysvětlit důvod potřeby znalostí těchto informací. Příkladem mohou být nemoci, které mají počátek v psychice člověka a projevují se nemocí somatickou. K tomu, aby se nemocný svěřil se svými choulostivými informacemi, je důležité, aby věřil jak lékaři, tak všeobecné sestře. Pro lepší pocit a lepší spolupráci je vhodné se pacienta ptát na citlivé otázky bez přítomnosti dalších osob. Aby se nám pacient svěřil, potřebujeme, aby nám věřil a neobával se prozrazení citlivých informací. K vytvoření atmosféry respektu a intimity přispívá, když lékař klade otázky v soukromí, tedy mezi čtyřma očima. Dotazy činěné na více lůžkovém pokoji, před jinými nemocnými nebo dokonce před návštěvou nepřinesou požadované tj. pravdivé informace (Haškovcová, 1996, str. 102).

### **1.3 Intimita**

Ačkoliv je vzdělávání sester v oblasti etického chování, etických principů a komunikačních technik na vysoké úrovni, pozornost sestry bývá v mnoha případech zaměřena na to, aby výkony byly prováděny rychle, precizně a lege artis. Do pozadí se tak dostávají potřeby pacienta, zvláště v oblasti soukromí, intimity a vlastní individuality (Kutnohorská, 2007, str. 41).

Intimita je definována jako něco vnitřního, co má být skryto před zraky druhých (Výrost, 2008, str. 242) nebo jako soukromí a důvěrnost (Klimeš, 1998, str. 156). V nemocniční péči je však intimita zpravidla chápána sestrami ve třech sférách – expozice pacientova těla, intimita nebo nedostatek intimity a ochrana pacienta. Narušením intimity je chápáno veškeré zasahování do intimní či osobní zóny, nechtěné obnažování těla, používání nepříjemných až bolestivých doteků, ale také psychologické či citové újmy způsobené druhou osobou (Education of dignity, 2003, str. 116). Lidé v takových situacích prožívají tzv. deindividualizaci – odosobnění, ztrátu osobní identity (Hayes, 2009, str. 130).

Intimita jde ruku v ruce s důstojností a příčin, kterými může být narušena či ztracena, je v nemocniční péči hned několik. Velice diskutovanou kapitolou bývá hygiena a vyprazdňování u nemocného a s nimi spojené obnažování a další možné nepříjemnosti,

vedoucí k ohrožení lidské důstojnosti. Je tak na sestře, aby tyto problémy překlenula s profesionalitou sobě vlastní a pomohla tak nemocnému zachovat si úctu. Na místě je samozřejmě dokonalá informovanost nemocného o všem co provádíme, využití závěsů, přítomnost jen potřebných osob, obnažení jen nutných částí těla, aktivní zapojení nemocného dle jeho možností a to vše za citlivého a taktního doprovodu sestry (Šamánková, 2011, str. 91).

## PRÁVO NA SOUKROMÍ

Ochrana osobních údajů, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí se prolíná celým právním řádem většiny demokratických států. Součástí Ústavy České republiky, jakožto nejdůležitějšího právního předpisu České republiky, je Listina základních práv a svobod. Listina základních práv a svobod obsahuje několik ustanovení, které se přímo týkají základních práv ve zdravotnictví. Hlava II, článek 7 říká, že: „Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem“ (Listina základních práv a svobod). Jak uvádí (Mach, 2006, str. 48) s výše uvedeným souvisí právo občana, aby jakékoliv zdravotní výkony byly prováděny pouze s jeho kvalifikovaným souhlasem. Článek 10 v téže pasáži uvádí, že: „1. každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. 2. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života. 3. Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.“ (Listina základních práv a svobod). S výše uvedeným ustanovením souvisí jak ochrana osobních údajů ve zdravotnických zařízeních, tak i povinnost zachovávat lidskou důstojnost pacienta a respektovat jeho osobnost při poskytování zdravotní péče (Mach, 2006, str. 49).

Zásadní změnu v problematice práv pacientů přinesl zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, který zejména v §28 - §30 výslovně a poměrně široce definuje práva pacientů. V důsledku toho, že se řada práv, která byla dosud uvedena jen v etických kodexech, dostává do textu zákona, stávají se ze strany pacientů vymahatelnými. Zároveň zákon stanovuje pokuty za porušení nemalého množství z těchto práv (Jílek, 2012, str. 35). Konkrétně §28 jmenovaného zákona v odstavci 3 říká: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.“

## 2.1 Ochrana osobních údajů

Zachování soukromí je ze strany ošetřovatelského personálu klíčovým faktorem, který přispívá k podpoře důstojnosti pacientů. Do oblasti soukromí spadá i ochrana osobních údajů, které je v současné době věnována nemalá pozornost, zvláště pak, jedná-li se o citlivá data. V nemocničním prostředí se s ochranou osobních údajů setkáváme denně, neboť pacient není odhalován jen fyzicky, ale také psychicky a sociálně.

Dle zákona č. 101/2000Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů, musí zpracovatel i správce počítačové sítě při zpracování dat dbát na to, aby subjekt údajů (v našem případě pacient) neutrpěl újmu na svých právech, zejména na právu zachování lidské důstojnosti, a také musí dbát na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromí a osobního života subjektu údajů (Vondráček, 2005, str. 97).

Dále jsou všichni zdravotničtí pracovníci povinni zachovávat mlčenlivost o všem, co se dozvěděli o pacientovi při výkonu svého povolání, zároveň jsou povinni dbát na zachování soukromí pacienta a neumožnit, aby se s jeho osobními údaji mohly seznámit neoprávněné osoby či aby byla dokumentace nějakým způsobem zneužita. To se týká sdělování údajů spoluzaměstnancům, novinářům, ale i zdravotníkům, kteří se nepodílejí na léčbě, ale jsou zvědaví, co mu je (Vondráček, 2005, str. 98). Povinnou mlčenlivost všem zdravotnickým pracovníkům ukládá mimo jiné právní prameny zejména § 51 zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

### **3 ETICKÉ KODEXY A PRÁVO NA SOUKROMÍ**

Vedle zákonných norem, které se otázkou soukromí zabývají, je otázka soukromí, přímo vztážená na osoby pacientů, zmíněna v normách svou povahou etických a morálních, vydávaných profesními komorami. Obsah těchto dokumentů je možno vnímat jako cestu k prohloubení pocitu vzájemné důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem, vedoucí ke zmírnění striktní hranice nedotknutelnosti soukromí pacienta a potřeby zdravotnického personálu na její prolomení a práva vstupu zdravotnického personálu do této oblasti. Etické kodexy jsou závazné pouze morálně, ale bylo by ideální, kdyby mezi nimi a realitou byly jen minimální rozdíly. Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a nutno spravedlivě doplnit, že je ani nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to nejen v rovině odborné, ale často i lidské. Asymetrie vzájemného vztahu byla obrovská a vedla ke vzniku klasického paternalistického modelu. O právech pacientů formulovaných jako komplementární doplněk tradičních etických modelů se začíná hovořit v podstatě teprve na začátku 70. let minulého století. V současné době jsou pacienti vzdělanější a nelze jim nadále vnucovat pouze submisivní roli (Zacharová, 2008, str. 22).

Pravděpodobně první kodex práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval je lékárník David Anderson z Virginie. O rok později přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. Lze konstatovat, že k dnešnímu dni existuje značné množství kodexů týkajících se pacientů. Většina vyspělých států přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů a následně též etické kodexy specializované, týkající se určité skupiny nemocných, jejichž problémy jsou stejné nebo velmi podobné (Haškovcová, 2002, str. 97).

#### **3.1 Etický kodex „Práva pacientů“**

Lékař vždy byl, je a bude veřejnou osobou, a proto nikoho neudivuje, že je způsob jeho činnosti podroben i morálnímu hodnocení, a to jak ze strany kolegů a pacientů, tak i veřejnosti. Etický, resp. deontologický kodex tradičně vymezuje povinnosti lékařů vůči všem třem jmenovaným skupinám a je všemi lékaři dlouhodobě přijímán jako vhodný



a opodstatněný. Zdravotní sestry, jakož i reprezentanti dalších kategorií profesionálních zdravotníků, rovněž přijímají vymezení svých pravomocí a respektují pravidla etických zásad své činnosti (Haškovcová, 2002, str. 95). Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a nutno spravedlivě doplnit, že je ani nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to nejen v rovině odborné, ale často i lidské. Asymetrie vzájemného vztahu byla obrovská a vedla ke vzniku klasického paternalistického modelu. O právech pacientů formulovaných jako komplementární doplněk tradičních deontologických modelů se začíná hovořit v podstatě teprve na začátku sedmdesátých let 20. století (Haškovcová, 2002, str. 96). V 80. letech již byla práva pacientů pokládána za samozřejmost ve všech vyspělých zemích. Historie práv pacientů v České republice je velmi krátká, neboť s ohledem na politickou situaci, u nás dominoval paternalismus i v době, kdy vyspělé země již reflektovaly změny ve zdravotnických systémech. Na podzim 1990 začala pracovat první etická komise při ministerstvu zdravotnictví. Tehdy profesorka Helena Haškovcová a Jaroslav Špetka iniciovali vznik české verze práv pacientů. Definitivní verzi „Práv pacientů“ formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25. 2. 1992 (Haškovcová, 2007, str. 167). Cílem těchto práv je především úcta k individualitě nemocného, demokratický vztah mezi zdravotníkem a pacientem, jeho zapojení do procesu uzdravování a samozřejmě doplnění práv i o povinnosti nemocného (Haškovcová, 2002, str. 99).

Bod 5 etického kodexu „Práva pacientů“ uvádí: „ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral (Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]).

### **3.2 Etický kodex sester**

Mezinárodní etický kodex sester byl poprvé přijat Mezinárodní radou sester v roce 1953. Od té doby byl několikrát revidován a opětovně schválen, poslední revize byla

provedena v roce 2005. Sestry z České republiky se prostřednictvím České asociace sester (dále jen ČAS) hlásí k Etickému kodexu mezinárodní rady sester, který byl projednán Sněmem předsedkyň a předsedů sekcí a regionů ČAS a Prezidiem ČAS a je platný od 29. března 2003 (Česká asociace sester, [online]).

Sestry mají čtyři základní povinnosti: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, včetně kulturních práv, práva na život a možnost volby, práva na důstojnost a úctu. Potřeba ošetrovatelské péče je universální. Ošetrovatelská péče nediskriminuje na základě věku, barvy pleti, vyznání, kulturních zvyklostí, postižení nebo nemoci, pohlaví, sexuální orientace, národnosti, politického přesvědčení, rasy a sociálního postavení, naopak všechny výše uvedené charakteristiky pacienta respektuje. Etický kodex sester má čtyři hlavní články, které vymezují normy etického chování. Hned první článek kodexu „Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů“ stanovuje, že „Zdravotnický pracovník nelékařských oborů při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení“. Dále pak v části „Zdravotnický pracovník a spoluobčané“ uvádí, že: „Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity (Věstník MZČR, ročník 2004, částka 7).

## 4 LIDSKÉ POTŘEBY

Potřeba je v ekonomii a psychologii subjektivně pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného. Nemožnost dosažení této potřeby se nazývá frustrace, při dlouhodobém nenaplnění potřeby pak nastupuje deprivace. Pravděpodobně nejrozšířenější a nejvíce publikovanou hierarchií lidských potřeb je teorie představitele humanistické psychologie Abrahama H. Maslowa. Americký psycholog Abraham Harold Maslow vytvořil hierarchické uspořádání lidských potřeb, zobrazované ve tvaru pyramidy. Obecně přitom platí, že uspokojení nižších potřeb je nutné pro uspokojení potřeb vyšších.

Život zdravého člověka je charakterizován neustálým uspokojováním různých lidských potřeb. Lidé jim nepřikládají stejnou váhu, některé berou jako samozřejmost, jiné nikoliv. Pokud nás nic nebolí, saturace tělesných potřeb probíhá zcela automaticky a my se jimi příliš nezabýváme. Mimo tuto kategorii máme i další, mezi ně patří potřeby psychosociální, spirituální a duchovní. Ty jsou trvalejšího rázu a znamenají pro člověka jeho tužby a přání. Obecně jim lidé v životě připisují daleko více pozornosti a významu, než potřebám biologickým (Trachtová, 2001, str. 14).

Nejdůležitější částí současného moderního ošetřovatelství je systematické hodnocení a komplexní uspokojování potřeb člověka s přihlédnutím k jeho individualitě, k jeho vlastnostem, postojům, názorům a kvalitě života. Dostatečné a plánovité uspokojování potřeb je realizováno prostřednictvím ošetřovatelského procesu (Trachtová, 2001, str.20). Každý jedinec uspokojení či neuspokojení potřeby dává najevo svým způsobem. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, promítá se do jeho osobnosti, stylu a vyjadřování. Pokud nejsou potřeby uspokojeny dostatečně a dlouhodobě dochází ke strádání, deprivaci. Jednotlivé potřeby člověka se v průběhu života mění, jsou určeny podmínkami života a společenskými vztahy, které nemocný v soustavě vztahů právě zaujímá. Dítě má jiné potřeby než dospělý. Každý své potřeby uspokojuje nejruznějším způsobem (Staňková, 2002, str. 17).

Nemoc nebo jiné poškození zdraví znamená negativní zásah do života a tím také do motivace pacienta. Často brání v uspokojování potřeb, mění způsob jejich uspokojování. Je třeba vzít v úvahu různé okolnosti a specifické situace, za kterých nemoc vzniká např. Onemocnění matky malého dítěte, onemocnění v cizině, nevyhnutelnost dlouhodobé hospitalizace apod. Aktuální hierarchie potřeb je závislá především na charakteru onemocnění a proto se mohou potřeby v čase onemocnění a způsob jejich naplňování rozdělit na: 1. potřeby, které se nemocí nemění, 2. potřeby, které se nemocí mění a 3. potřeby, které nemocí vznikají. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou především fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, ale jedinec je může pociťovat intenzivněji. Potřeby, které se nemocí mění nebo se mění způsob jejich naplňování je např. potřeba potravy a tekutin a změna příjmu enterálního na parenterální, nebo např. u potřeby vyprazdňování se pacient v určité situaci musí vyprazdňovat na lůžku. Potřeby, které nemocí vznikají, jsou např. potřeba učení z důvodu deficitu vědomostí a dovedností souvisejících s nově diagnostikovaným onemocněním. Tato potřeba předpokládá plánovanou edukaci nemocného (Tomagová, 2008, str. 17).

#### **4.1 Maslowova hierarchie lidských potřeb**

Tuto teorii definoval americký psycholog Abraham Harold Maslow v roce 1943. podle této teorie má člověk pět základních potřeb, od nejnižších po nejvyšší společně tvoří jakousi pomyslnou pyramidou: 1. fyziologické potřeby, 2. potřeba bezpečí a jistoty, 3. potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti, 4. potřeba uznání, úcty, 5. potřeba seberealizace (Wikipedie [online]).

První čtyři kategorie Maslow označuje jako nedostatkové potřeby a pátou kategorii jako potřeby existence (bytí) nebo růstové potřeby. Všeobecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však není možné tvrdit zcela bezvýhradně a je dokázáno, že uspokojování vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v krajních situacích (nouze, nedostatek, strádání) lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena či znemožněna. Za nejvyšší

považuje Maslow potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit svoje schopnosti a záměry.

Fyziologické potřeby jsou základní potřeby lidského organismu a mají nejvyšší prioritu. Skládají se z těchto potřeb: potřeba dýchání, potřeba regulace tělesné teploty, potřeba tělesné integrity, potřeba vody, potřeba spánku, potřeba přijímání potravy, potřeba vylučování a vyměšování, potřeba fyzické aktivity, potřeba rozmnožování.

Potřeba bezpečí a jistoty začne narůstat, jakmile jsou naplněny fyziologické potřeby. Mezi tyto potřeby patří jistota zaměstnání, jistota příjmu a přístupu ke zdrojům, fyzická bezpečnost – ochrana před násilím a agresí, morální a fyziologická jistota, jistota rodiny a jistota zdraví.

Po naplnění fyziologických potřeb a potřeb bezpečí přichází třetí vrstva – sociální potřeby. Ty se všeobecně skládají z citových vztahů jako např. přátelství, partnerský vztah, potřeba mít rodinu.

Všichni lidé mají potřebu být respektováni, což zahrnuje i potřebu mít přiměřenou sebeúctu. Úcta a uznání představuje typickou lidskou potřebu být přijímán, oceňován a respektován ostatními. Nízké sebevědomí nebo komplex méněcennosti mohou způsobovat problémy v této úrovni hierarchie. Lidé s nízkým sebevědomím často potřebují respekt od druhých, a někdy jen proto usilují o slávu, prestiž nebo uznání.

Potřeba seberealizace je instinktivní potřeba naplnit své schopnosti a snaha být nejlepším, jakým jen člověk může být. Maslow podklady ke svým teoriím získával z pozorování lidí a jejich zkoumání. Ze svých zkoumání úspěšných osobností definoval Maslow dvanáct charakteristik seberealizovaného člověka, tedy takového, který dosáhl až na samý vrchol pyramidy potřeb. Takový jedinec podle Maslowa vnímá lidi a události přesně, aniž by do vnímání vkládal své vlastní předpoklady, přijímá sebe a ostatní lidi s jejich chybami a snaží se zlepšit to, co je možné, je v souladu s přírodou a neškodí jí. Dále je spontánní, prostý a přirozený, zejména ve svém myšlení a cítění. Zaměřuje se spíše na problémy mimo sebe než na vlastní nejistotu a introspekci, má schopnost odstupu a nenechává se strhnout událostmi. Je autonomní a zůstává k sobě pravdivý bez ohledu na tlak, který ho nutí ke konformitě. Oceňuje dobré a krásné věci, i když jsou prosté a důvěrně známé. Maslow

seberealizovaného jedince dále charakterizuje jako osobu, která má vrcholné zážitky intenzivně pozitivních emocí a někdy i zážitky mystické kvality, má velice hluboké vztahy, ale jen s malým počtem pečlivě vybraných lidí. Má filozofický smysl pro humor, tj. humor z nadhledu, plný porozumění a nikoliv nepřátelský a zraňující, respektuje druhé, nedělá si z nich legraci a oceňuje je podle jejich vnitřních kvalit spíše než podle jejich rasy a sociální třídy nebo jiných vnějších měřítek. Má pevné morální standardy a smysl pro správné a špatné, a to i tam, kde se mohou lišit od konvence (Tomagová, 2008, str. 23).

Na vrcholu pomyslné pyramidy se nachází sebetranscendence, někdy nazývaná i duchovní potřeby. Maslow věří, že bychom měli zkoumat a rozvíjet vrcholné zážitky, jakož i cestu k dosahování osobního růstu a naplnění. Jednotlivci s největšími předpoklady k dosahování vrcholných zážitků jsou sebeaktualizovaní, zralí, zdraví a sebenaplnění. Každý člověk je schopný mít vrcholné zážitky. Ti, kteří je nemají, je nějakým způsobem potlačili nebo zabránili jejich vzniku.

## **5 SOUKROMÍ A INTIMITA V OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZÁCH**

Ošetřovatelská diagnostika je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu. Vychází z pečlivého sběru informací o pacientovi a slouží především k přesnému a stručnému pojmenování jeho zdravotního stavu, aktuálního nebo potenciálního ošetřovatelského problému a následně ke zvolení vhodných intervencí, které povedou k navrácení a udržení zdraví.

Ošetřovatelský proces je sérií vzájemně propojených činností, které na sebe navazují, vytvářejí dynamický celek a vedou k uspokojování životních potřeb klienta. Je to proces logický, systematický, cyklický a dynamický, během kterého sestra shromažďuje a vyhodnocuje získané informace, komunikuje s klientem, získává jeho důvěru, prohlubuje si své znalosti o nemocech, jejich projevech, prevenci a terapii. Zároveň touto metodou sestra získává i informace o tom, jak klient svou nemoc prožívá a jaké jsou jeho potřeby. Na základě získaných informací sestra stanovuje ošetřovatelskou diagnózu, ve které jsou obsaženy skutečné i potenciální problémy klienta (Tóthová, 2009, str.16). Klient může mít více diagnóz. Na rozdíl od lékařské diagnózy, která je neměnná, se ošetřovatelská diagnóza mění podle aktuálního stavu klienta (Tóthová, 2000, str. 25).

Nejznámější klasifikační systém diagnóz v ošetřovatelství je taxonomie NANDA. Na konferenci o ošetřovatelské diagnostice v roce 1982 byla založena Severoamerická asociace sester pro ošetřovatelské diagnózy – NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), jejím hlavním cílem bylo standardizovat terminologii v oblasti ošetřovatelských diagnóz. Z důvodu celosvětového zájmu o rozvoj standardizované ošetřovatelské terminologie v oblasti diagnóz došlo v roce 2002 k přejmenování organizace NANDA na NANDA International (dále jen NANDA I). Cílem NANDA I bylo vytvořit standardní názvy ošetřovatelských diagnóz a logicky je rozřadit a seřadit podle určitého principu. Vznikla NANDA taxonomie I vycházející z devíti vzorců lidského chování a obsahující stočtyřicet osm diagnóz. Vzorce byly číselně označeny 1-9 a týkaly se výměny, komunikace, navazování vztahů, hodnocení, volby, pohybu,

vnímání, poznávání a pocitů. V roce 1986 na 7. Konferenci o ošetřovatelské diagnostice byla taxonomie NANDA I přijata. Užívání Taxonomie NANDA I v praxi se však neosvědčilo a v roce 2002 byla publikována nová verze klasifikace diagnóz – NANDA I Taxonomie II. Jejím hlavním cílem byla snadná aplikace ošetřovatelských diagnóz v praxi. NANDA I Taxonomie II je tříúrovňová, skládá se z domén, tříd a ošetřovatelských diagnóz. V současné době má třináct diagnostických domén, které vycházejí z jedenácti funkčních vzorců zdraví Marjory Gordonové – podpora zdraví, výživa, vylučování a výměna, aktivita/odpočinek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, vztahy mezi rolemi, sexualita, zvládání zátěže, životní principy, bezpečnost/ochrana, komfort, růst/vývoj (Bužgová, 2011, str. 34). Pro lepší přesnost určení ošetřovatelské diagnózy jsou jednotlivé domény dále děleny do tříd. Každá ošetřovatelská diagnóza má svůj název a také svůj číselný kód, který je prevencí záměny diagnóz. Názvy ošetřovatelských diagnóz s mezinárodním číselným kódem jeho vhodné chápat jako standardní pojmenování ošetřovatelských problémů. Přítomnost ošetřovatelského problému vyjadřuje poznání, že v konkrétní potřebě nemocného nebo i zdravého člověka není z ošetřovatelského pohledu vše v pořádku. Pomocí správně určené ošetřovatelské diagnózy můžeme zvolit vhodné ošetřovatelské intervence, které pak vedou k navrácení zdraví, ke stabilizaci zdravotního stavu, k zmírnění obtíží a k saturaci potřeb jedince v oblasti biologické, psychosociální a spirituální (Marečková, 2006, str. 19).

Ošetřovatelské diagnózy zařazené do klasifikačního systému NANDA I Taxonomie II se skládají z několika částí: názvu, definice, určujících znaků, rizikových faktorů a faktorů souvisejících. Název je stručné a výstižné pojmenování diagnózy. Definice je její výstižný popis, který pomáhá danou diagnózu odlišit od podobných diagnóz. Určující znaky jsou měřitelné a pozorovatelné závěry, které jsou charakteristické pro danou diagnózu, určují zaměření ošetřovatelských intervencí a jsou jimi ovlivnitelné. Mezi rizikové faktory patří všechny vnější i vnitřní vlivy, které zvyšující pravděpodobnost vzniku nemoci. Související faktory jsou všechny faktory, které mohou mít souvislost s ošetřovatelskou diagnózou, mohou k ní přispívat, předcházet jí nebo napomáhat (Bužgová, 2011, str. 18).

V klasifikačním systému NANDA I Taxonomie II se nenachází žádná ošetřovatelská diagnóza zaměřená přímo na soukromí pacienta, která by ve svém pojmenování termín



soukromí obsahovala. Pojem soukromí lze však nalézt mezi doporučenými ošetrovatelskými intervencemi, mezi příčinami vzniku nebo rizikovými faktory vzniku v několika ošetrovatelských diagnózách.

V doméně 3 – „Vylučování a výměna“ v ošetrovatelské diagnóze 00023 „Retence moči“ se mezi doporučenými ošetrovatelskými intervencemi nachází: „zajisti soukromí pacienta s ohledem na stud“. Podobné doporučení se vyskytuje v diagnóze 00166 „Snaha zlepšit vylučování moči“, kde je uvedeno: „zajisti soukromí pacienta, respektuj jeho individuální potřeby“. V diagnóze 00011 „Zácpa“ se nedostatek soukromí objevuje v možných příčinách vzniku zařazený mezi související faktory funkčními, v ošetrovatelských intervencích je pak mimo jiné uvedeno: „dbej na dostatek soukromí a pravidelnou dobu pro defekaci“. Stejná doporučená intervence je u diagnózy 00015 „Riziko zácpy“. Zde je nedostatek soukromí také uveden mezi možnými rizikovými faktory. U ošetrovatelské diagnózy 00013 „Průjem“ najdeme v ošetrovatelských intervencích: „pečuj o soukromí, vyjádři psychickou podporu“.

V doméně 4 – „Aktivita/odpočinek“ se nedostatek soukromí jako možná příčina vzniku nachází u diagnózy 00095 „Nespavost“. U diagnózy 00198 „Narušený vzorec spánku“ je nedostatek soukromí uveden mezi souvisejícími faktory. S doporučením „dbej na soukromí pacienta“ se můžeme setkat u diagnóz 00109 „Deficit sebepéče při oblékání“ a 00110 „Deficit sebepéče při vyprazdňování“. U ošetrovatelské diagnózy 00108 „Deficit sebepéče při koupání“ je jako ošetrovatelská intervence doporučeno: „respektuj pacientův rituál provádění hygienické péče a soukromí při provádění hygienické péče, při úkonech osobní péče dbej na soukromí“.

V doméně 6 – „Sebepercepce“ se vnímané narušení soukromí nachází mezi rizikovými faktory diagnózy 00174 „Riziko oslabení lidské důstojnosti“.

Nedostatek soukromí je dále uveden v doméně 7 – „Vztahy mezi rolemi“, třídě 2 – rodinné vztahy mezi rizikovými faktory u diagnózy 00058 „Riziko narušení vztahu“. V doméně 8 – „Sexualita“ je ve třídě 2 – sexuální funkce uveden jako související faktor

ztráta soukromí u diagnóz 00059 „Sexuální dysfunkce“ a 00065 „Neefektivní vzorec sexuality“.

V doméně 9 – „Reakce na zvládání zátěže“ je ztráta soukromí uvedena jako možná příčina u diagnózy 00152 „Riziko bezmocnosti“. V ošetřovatelské diagnóze 00147 „Úzkost ze smrti“ je jako možná intervence doporučeno: „dbej na klidné prostředí a dostatek soukromí“. „Respektuj potřebu klidu a soukromí, přání pacienta mlčet nebo mluvit“ je doporučená ošetřovatelská intervence u diagnózy 00172 „Riziko komplikovaného truchlení“.

V doméně 10 – „Životní principy“ je v diagnóze 00066 „Duchovní strádání“ navržena ošetřovatelská intervence: „poskytni pacientovi soukromí a čas na provádění náboženských úkonů“.

V doméně 12 – „komfort“, třídě 1 – tělesný komfort můžeme najít v diagnóze 00214 „Zhoršený komfort“ nedostatek soukromí mezi souvisejícími faktory.

Celkem lze zmínku o soukromí nalézt v devatenácti různých ošetřovatelských diagnózách z 216 v současné době definovaných (NANDA International, 2013).

## 6 ZPŮSOBY ZAJIŠTĚNÍ SOUKROMÍ V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

Ideálním způsobem zajištění dostatečného soukromí pacienta v průběhu hospitalizace by bylo umístění každého pacienta na jednolůžkovém pokoji s vlastním hygienickým zázemím. Toto řešení je však v současných podmínkách technicky neproveditelné, vyžadovalo by ekonomicky náročné přestavby stávajících nemocničních oddělení a jistě by došlo k nežádoucímu snížení lůžkové kapacity jednotlivých lůžkových stanic. Za stávající situace musíme využít dostupných řešení a opatření. Vhodné je v případě obnažování pacienta používat mezi jednotlivými pacienty zástěny nebo závěsy. Vyzvat ostatní mobilní pacienty, aby pokoj dočasně opustili, připustit přítomnost jen nutného počtu ošetrovatelského personálu. Samozřejmostí by mělo být klepání na dveře před vstupem do pokoje, zavírání dveří a vykonávání všech ošetrovatelských úkonů u pacienta jen s předchozím oznámením toho, co se bude dít. Ošetrovatelská anamnéza by se měla od pacienta odebírat v prostředí k tomu určeném, bez přítomnosti ostatních pacientů nebo personálu. K obnažování pacienta by mělo docházet jen v nezbytně nutných případech a na co nejkratší dobu.

Na procesu minimalizace narušování intimity a soukromí se musí bezesporu podílet nejen zdravotničtí pracovníci, ale i management a samotní pacienti. Vzájemná úcta na všech úrovních zdravotnického zařízení je jednou z hlavních charakteristik úspěšného zařízení a podmínka kvalitní ošetrovatelské péče bez násilí (Sikorová, 2011, str. 210).

Přínosným vodítkem pro sestry by se mohlo stát Desatero pro soukromí pacientů, které se v nemocnici Na Homolce stalo součástí každého oddělení.

Desatero pro soukromí pacientů:

- nezpovídejte pacienta před jinými osobami
- nesdělujte informace bez uvážení
- omezte přítomnost třetích osob při vyšetření
- 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, používejte ho.
- v nemocnici nejde o sběr dat, ale především o rozhovor (Nemocnice Na Homolce [online]).

## 7 FORMULACE PROBLÉMU

Soukromí je osobní oblast každého jednotlivce. Zahrnuje schopnost či právo zadržovat informace o sobě, ale také hmotný a myšlenkový prostor subjektu. Člověk potřebuje určitý osobní prostor při uspokojování svých potřeb a to v každém prostředí, ve kterém se vyskytuje. Každé prostředí má zároveň svá specifika, nemocniční prostředí tím spíše, že je zde shromážděno najednou více neznámých lidí, kteří mají nějaký zdravotní problém, často trpí deficitem sebekpěče v určité oblasti a jsou nuceni dodržovat doporučený léčebný režim, který jim ukládá např. klid na lůžku, nemožnost určitou dobu vstávat z lůžka nebo je zapříčiněn přímo zdravotním problémem, který jedince postihl. V nemocničním prostředí je také, mnohem častěji než kdekoli jinde, nutné odhalovat lidské tělo a vystavovat jej tak fyzické nahotě před zraky jiných osob. Nedostatek soukromí při hospitalizaci tak zůstává stále aktuální problém. Dbají všeobecné sestry dostatečně při poskytování ošetrovatelské péče na zajištění soukromí a intimity pacientů? Má délka zdravotnické praxe vliv na postoj všeobecných sester k problematice dodržování intimity a soukromí a mají všeobecné sestry při poskytování ošetrovatelské péče dostatek prostředků nebo možností k dodržování soukromí a intimity pacientů? Uvědomují si všeobecné sestry dostatečně tento problém nebo přestávají tuto oblast při výkonu svého povolání vnímat?

## 7 CÍL VÝZKUMU

Hlavním cílem práce je zjistit přístup všeobecných sester k zachování intimity a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče v nemocničním prostředí.

Díličními cíli je:

Pozorovat, zda všeobecná setra dbá na soukromí a zejména intimitu pacienta během jeho překlada z lůžka na operační sál a zda nedochází k nežádoucímu odhalení pacienta před jinými osobami.

Zjistit názory a postoje všeobecných sester na dodržování soukromí pacientů, a zda při své práci využívají všechna dostupná opatření pro zachování intimity a soukromí pacientů.

Předpoklad č. 1:

Všeobecné sestry respektují soukromí a intimitu pacientů při poskytování ošetrovatelské péče.

Kritérium: 80% všeobecných sester:

- 1) odebírá ošetrovatelskou anamnézu o samotě jen s pacientem
- 2) vyzve ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj v případě, že provádějí u jiného pacienta úkony, při kterých je tento pacient obnažen
- 3) vyzve ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj v případě, že jiný imobilní pacient se musí vyprazdňovat na lůžku
- 4) klepe na dveře, než vstoupí do pokoje pacientů
- 5) dbá na to, aby byly zavřené dveře do pokoje pacientů v případě, že v pokoji provádějí úkony, při kterých je pacient obnažen

Předpoklad zkoumají otázky č. 8, 11, 13, 14, 16 ze zpracovávaného dotazníku.

Předpoklad č. 2:

Všeobecné sestry s dobou zdravotnické praxe kratší než 10 let více dbají na dodržování soukromí a intimity pacientů při poskytování ošetrovatelské péče než všeobecné sestry s dobou zdravotnické praxe delší než 10 let.

Kritérium: Všeobecné sestry s odbornou praxí kratší než 10 let častěji používají postupy, které zachovávají pacientovo soukromí a intimitu než všeobecné sestry s délkou odborné praxe nad 10 let.

Předpoklad zkoumají otázky č. 10, 11, 13, 14, 15 a 16 ze zpracovávaného dotazníku, které jsou vyhodnoceny a porovnány v závislosti na délce odborné praxe respondenta.

Předpoklad č. 3:

Na překládovém zařízení operačních sálů nedochází k nežádoucímu odhalení pacienta.

Kritérium: v 90% překládů pacienta na operační sál nedochází k nežádoucímu odhalování těla pacienta.

K vyhodnocení tohoto předpokladu budou zpracována data získaná zúčastněným pozorováním na překládovém zařízení operačních sálů.

## **8 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

Respondenty dotazníkového šetření byly všeobecné sestry na různých lůžkových odděleních ve Fakultní nemocnici v Plzni a v Rokycanské nemocnici a.s. Účast respondentů byla dobrovolná, nebyla omezena věkem respondenta, vzděláním ani délkou odborné praxe. Výběr respondentů byl dobrovolný a náhodný.

Účastníky zúčastněného skrytého pozorování byli pacienti a ošetrovatelský personál, který je doprovázel, kteří byli přivázeni a předáváni na operační sál ve dnech, kdy probíhalo pozorování. Pozorování probíhalo ve všedních dnech, v běžné pracovní době ranní směny a to v době mezi 7,00 hod a 15,30 hod.



## **9 METODA SBĚRU DAT A ORGANIZACE VÝZKUMU**

### **9.1 Metoda sběru dat**

Pro sběr dat byl použit kvantitativní výzkum a zúčastněné pozorování. Ke kvantitativnímu výzkumu byl vytvořen anonymní strukturovaný dotazník vlastní konstrukce. Anonymní dotazník obsahuje celkem sedmnáct otázek. První čtyři otázky jsou identifikační, zjišťují pohlaví respondenta, jeho věk, délku zdravotnické praxe a oddělení, na kterém respondent pracuje. Otázka č. 5 a č. 6 blíže identifikují respondentovo pracoviště. Tyto otázky zjišťují kolika lůžkové pokoje se na pracovišti respondenta vyskytují a jaké je pohlaví hospitalizovaných pacientů. Další otázky dotazníku se vztahují k jednotlivým výzkumným předpokladům práce. Většina otázek jsou otázkami uzavřenými s několika nabídnutými možnostmi odpovědi. Respondent volí pouze jednu, pro něj nejvhodnější odpověď. Otázky č. 7, č. 9, č. 17 nabízejí možnost otevřené odpovědi, respondent sám vypíše svůj názor, vlastní odpověď. Otázky č. 5, 15 a 17 nabízejí respondentovi vybrat více možných odpovědí.

Zúčastněné skryté pozorování probíhalo ve Fakultní nemocnici v Plzni na úseku operačních sálů u překladového zařízení pro pacienty. K zaznamenávání vypořizovaných faktů byl vytvořen pozorovací záznam. Do záznamu se evidovalo pohlaví a věk každého pacienta a z jakého oddělení byl pacient na operační sál přivezen. Hlavním zájmem pozorování byl fakt, zda došlo během překlada pacienta na operační stůl k jeho nežádoucímu odhalení, zda byli této události eventuálně přítomny osoby opačného pohlaví a kdo pacienta odhalil, zda sanitář, všeobecná sestra, student vykonávající odbornou praxi nebo jiná osoba. Dále bylo sledováno, zda k této události došlo předoperačně nebo pooperačně.

### **9.2 Organizace výzkumu**

Šetření probíhalo ve Fakultní nemocnici v Plzni a v Rokycanské nemocnici a.s. v období leden 2015. Pozorování probíhalo ve Fakultní nemocnici v Plzni na operačních sálech na překladovém zařazení pro pacienty v období leden 2015. Celkem bylo distribuováno 150

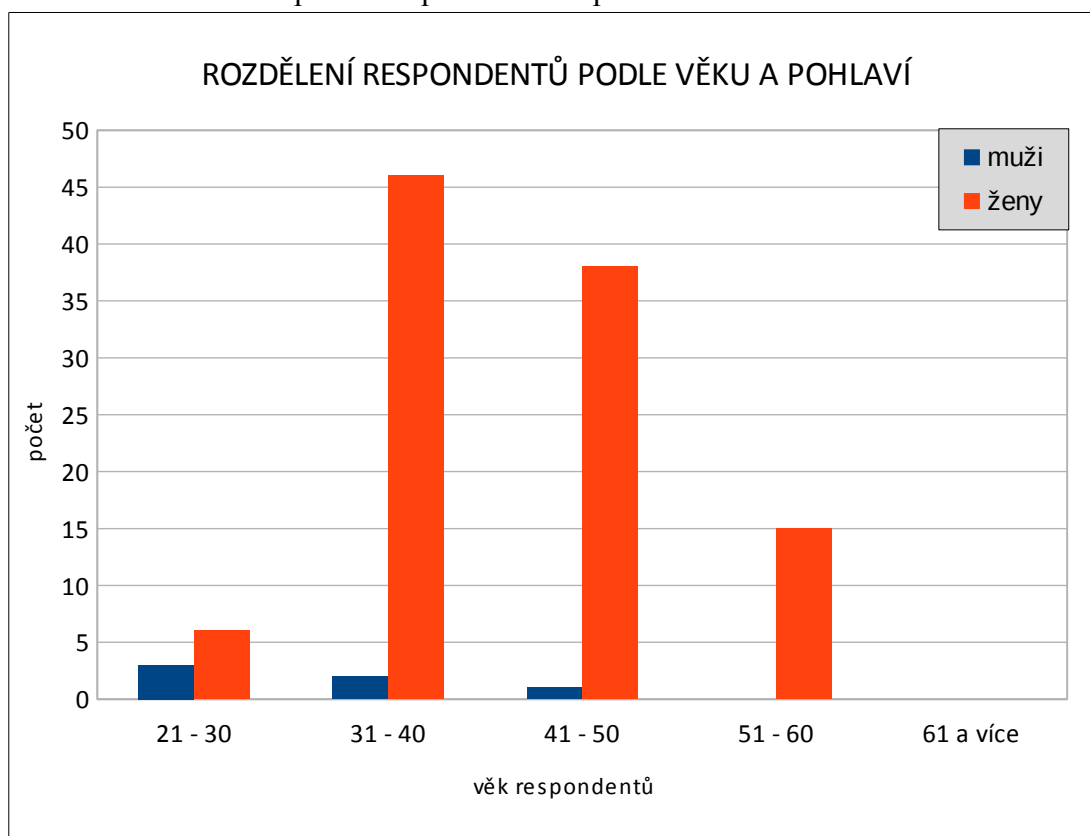
dotazníků, z toho 100 dotazníků ve Fakultní nemocnici v Plzni a 50 dotazníků v Rokycanské nemocnici a.s. Dále bylo provedeno celkem 100 pozorování. Dotazníky byly distribuovány počátkem měsíce ledna 2015, vyplněné dotazníky byly shromažďovány v uzavřených papírových boxech na vyčleněném místě lůžkového oddělení (obvykle pracovna sester) a jejich sběr byl uskutečněn počátkem měsíce února 2015. Z rozdaných 150 kusů (100 kusů Fakultní nemocnice Plzeň, 50 kusů Rokycanská nemocnice a.s.) dotazníků se vrátilo 115 dotazníků vyplněných, návratnost činila 77%. Čtyři dotazníky nebyly vyplněné úplně a musely být z vyhodnocení vyřazeny. Šetření ve Fakultní nemocnici v Plzni probíhala po předchozím souhlasu manažerky pro vzdělávání a výuku NELZP a zástupkyně náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve FN Plzeň (příloha č.3).

## 10 ANALÝZA ÚDAJŮ

### 10.1 Analýza dotazníkového šetření

Z dotazníkové šetření byly vyhodnoceny odpovědi od 111 respondentů. Celkem 6 respondentů byli muži, 105 respondentů byly ženy. Otázka č. 2 z distribuovaného dotazníku identifikovala respondenty podle věku v desetiletých intervalech. Ve věku 21 až 30 let bylo celkem 9 respondentů, ve věku 31 až 40 let bylo 48 respondentů, v rozmezí 41 až 50 let bylo 39 respondentů, od 51 let do 60 let bylo 15 respondentů a žádný z respondentů, kteří se šetření účastnili, nevedl, že je ve věku 61 a více let. Graficky rozdělení podle věku a pohlaví znázorňuje graf č. 1.

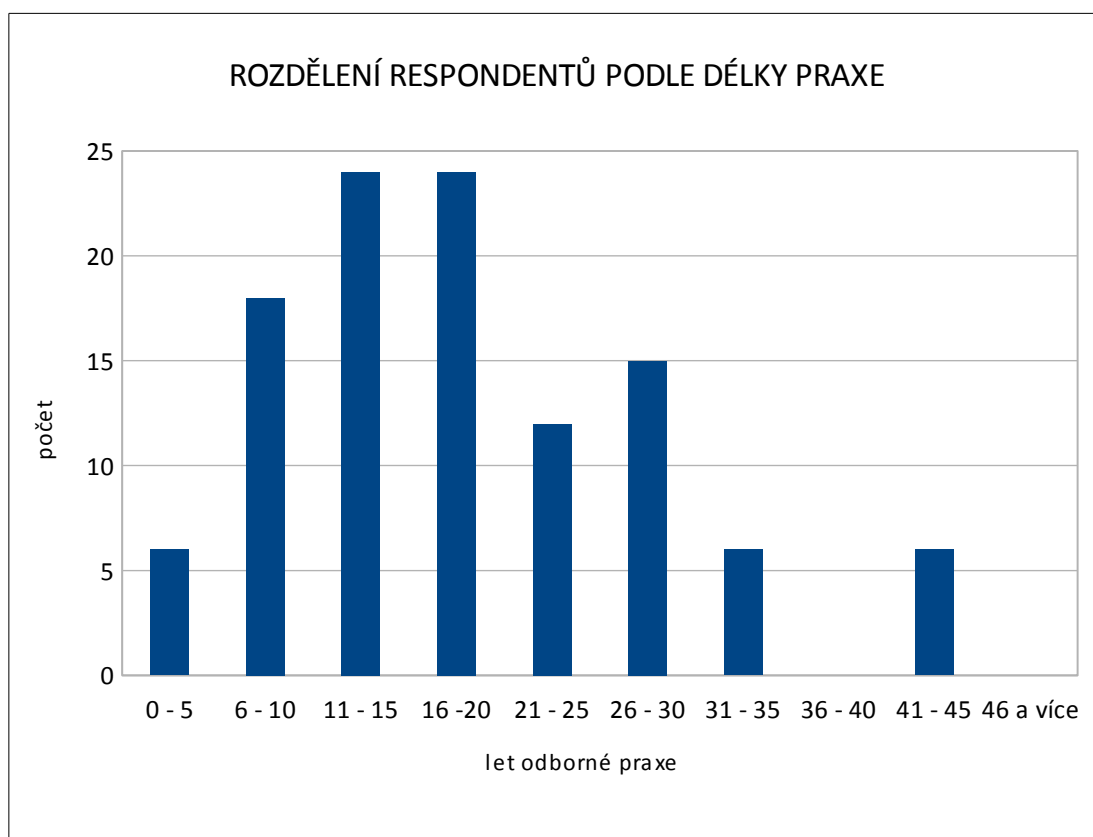
Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví



Zdroj: vlastní šetření

Podle délky odborné zdravotnické praxe respondenty identifikovala v dotazníku otázka č. 4. Jednotlivé intervaly byly rozděleny po 5 letech. Nula až pět let odborné praxe označilo 6 respondentů, 6 – 10 let praxe uvedlo 18 respondentů, 11 – 15 let odborné praxe 27 respondentů, 16 – 20 let praxe 24 respondentů, 21 – 25 let praxe 12 respondentů, 26 – 30 let praxe 15 respondentů, 31 – 35 let praxe 6 respondentů, 36 – 40 let odborné praxe neuvedl žádný z respondentů, 41 – 45 let praxe 6 respondentů a žádný respondent neuvedl, že má odbornou praxi 46 a více let. Graficky délku odborné praxe respondentů znázorňuje graf č. 2.

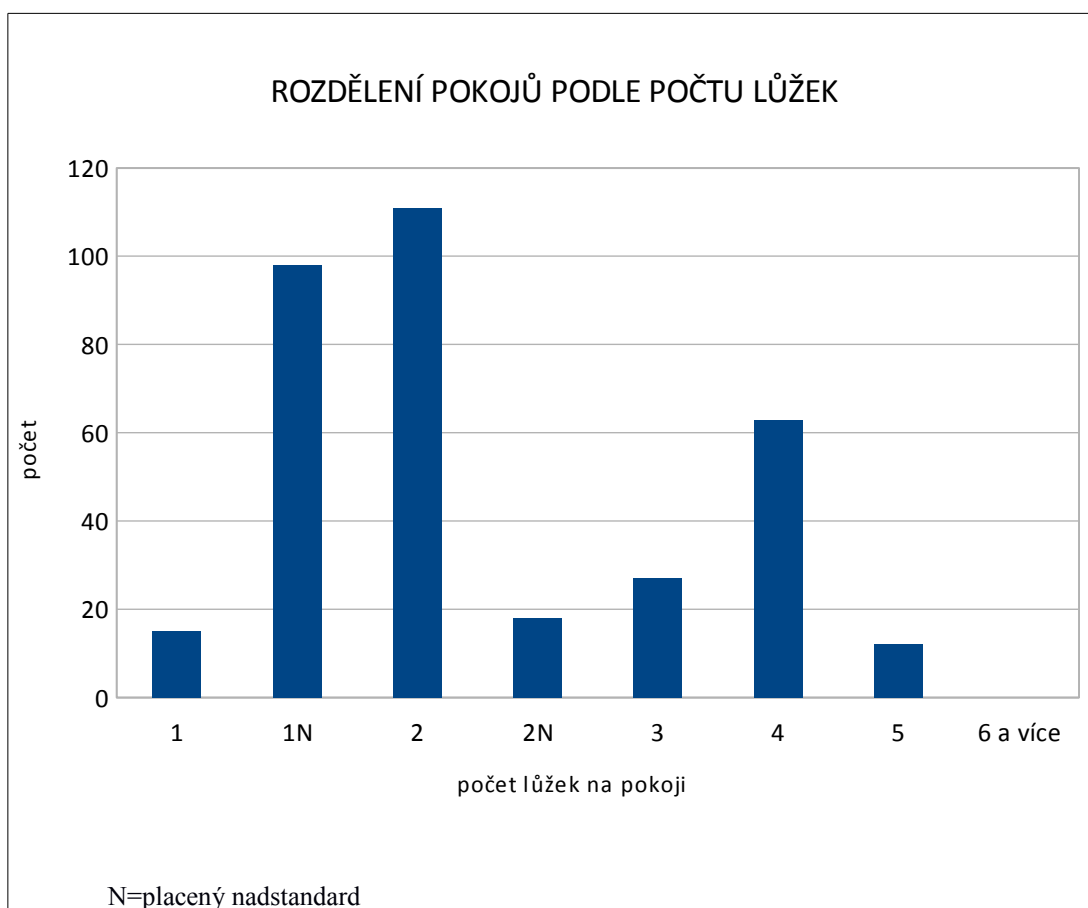
Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle délky zdravotnické praxe



Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 5 zjišťovala jak velké – kolika lůžkové pokoje se vyskytují na pracovišti, na kterém respondent pracuje. Respondent mohl zaškrtnout všechny možné varianty. Počet jednotlivých typů pokojů nebyl zjišťován. Jednolůžkové pokoje uvedlo na svém pracovišti jen 15 respondentů. 120 odpovědí označovalo jednolůžkové pokoje, ale šlo o placený nadstandard. Celkem 120 krát se objevila odpověď dvoulůžkové pokoje, 18 krát se jednalo o dvoulůžkové pokoje, ale jako placený nadstandard. Třilůžkové pokoje označilo 27 odpovědí, čtyřlůžkové pokoje byly označeny 63 krát a 12 krát se objevily pokoje pětilůžkové. Graficky výskyt jednotlivých typů pokojů uvádí graf č. 3.

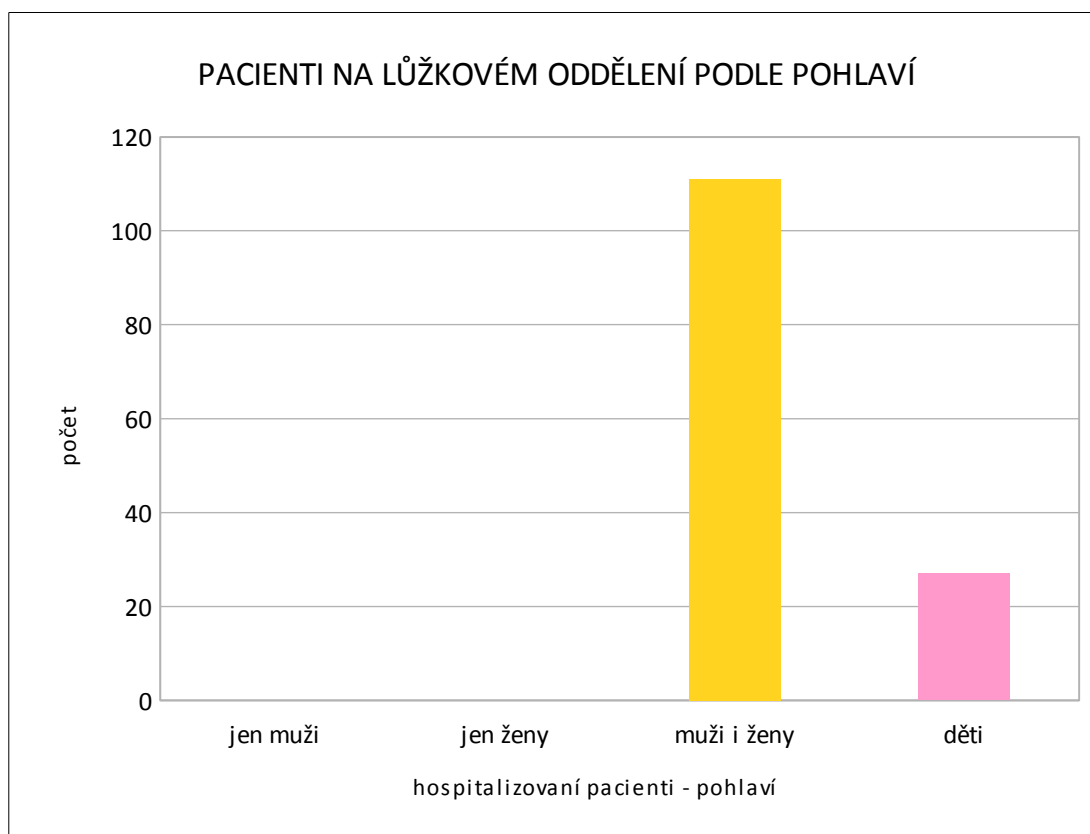
Graf č. 3: Charakter nemocničních pokojů na pracovištích respondentů



Zdroj: vlastní šetření

V otázce č. 6 zjišťovala, zda jsou na pracovišti respondenta hospitalizováni jen muži, jen ženy, muži i ženy nebo děti. Žádný z respondentů nevedl, že jen muži nebo jen ženy. Všech 111 respondentů označilo, že společně muži i ženy a dalších 27 respondentů označilo zároveň odpověď dětí. Přehled odpovědí předkládá graf č. 4.

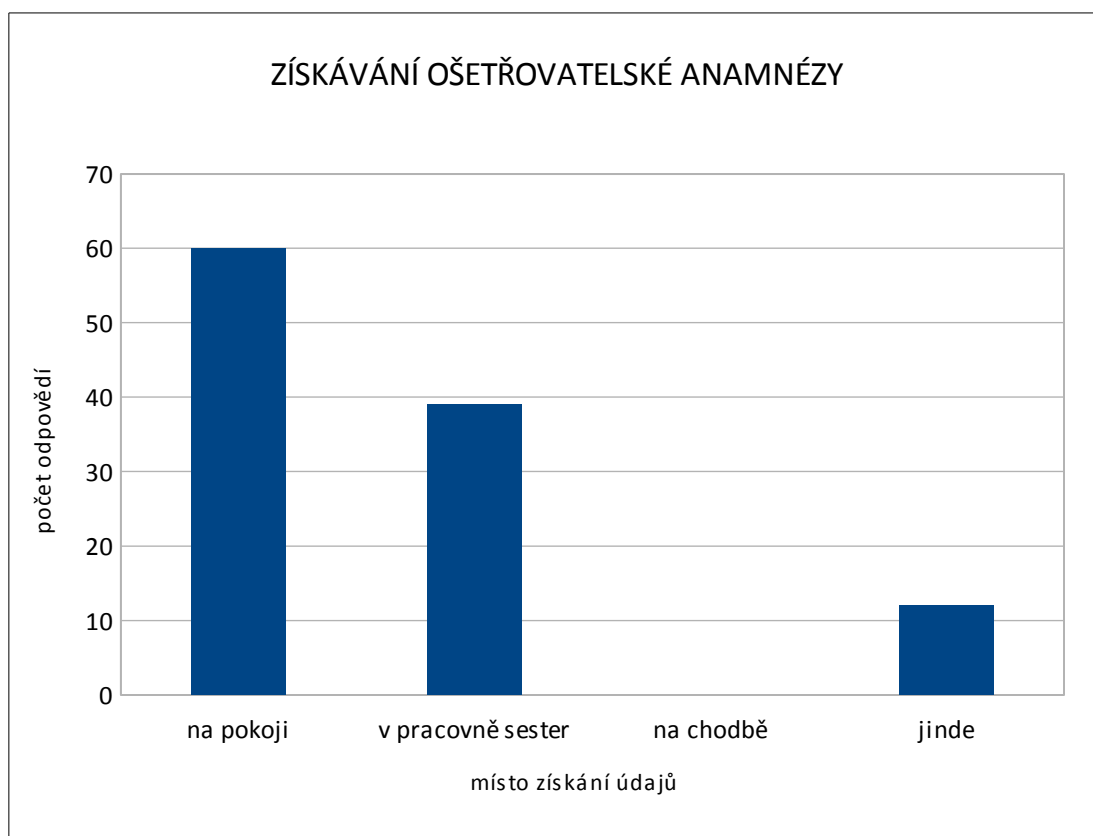
Graf č. 4: Pohlaví hospitalizovaných pacientů na pracovištích respondentů



Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 7 se respondentů dotazovala, kde odebírají od pacienta ošetrovatelskou anamnézu. Možné odpovědi byly na pokoji, na chodbě, v pracovně sester nebo varianta jinde, vypište. Celkem 60 respondentů uvedlo, že odebírá od pacienta anamnézu na pokoji, žádná ze všeobecných sester neuvedla, že ji s pacientem sepisuje na chodbě, 39 ji odebírá v pracovně sester a 12 krát se objevila odpověď jinde a ve všech případech byla uvedena jídelna pro pacienty. Přehled odpovědí znázorňuje graf č. 5.

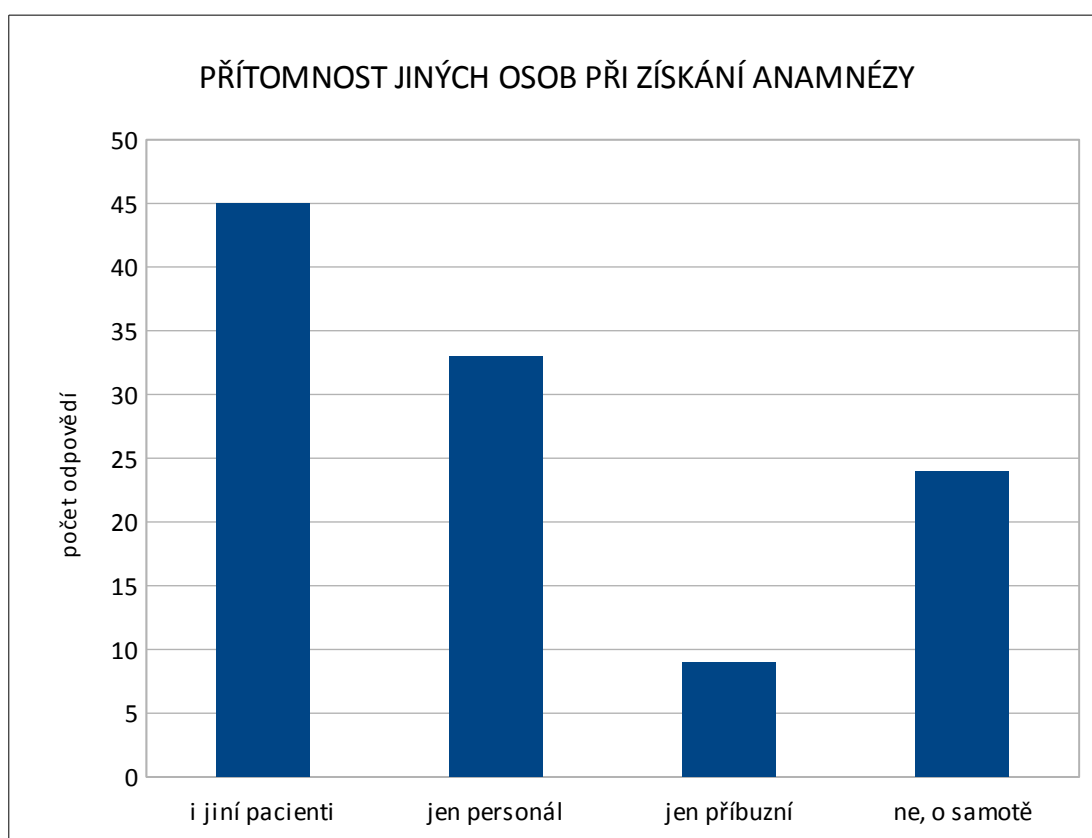
Graf č. 5: Místo získávání ošetrovatelské anamnézy



Zdroj: vlastní šetření

Dále bylo otázkou č. 8 mapováno, jestli je při odběru osobní anamnézy od pacienta přítomna nějaká další osoba. V dotazníku bylo upřesněno, že se dotaz týká jen pacientů, kteří jsou schopni svoji anamnézu sami sdělit. Celkem 45 odpovědí bylo ano, ostatní pacienti, 33 krát se objevila odpověď ano, ale jen ošetřovatelský personál (sestry, lékaři). Ano, ale jen rodinní příslušníci pacienta uvedlo 9 respondentů a odpověď „ne, odebírám anamnézu o samotě s pacientem“ označilo 24 respondentů. Graficky odpovědi předkládá graf č. 6.

Graf č. 6: Přítomnost jiné osoby při odběru anamnézy od pacienta

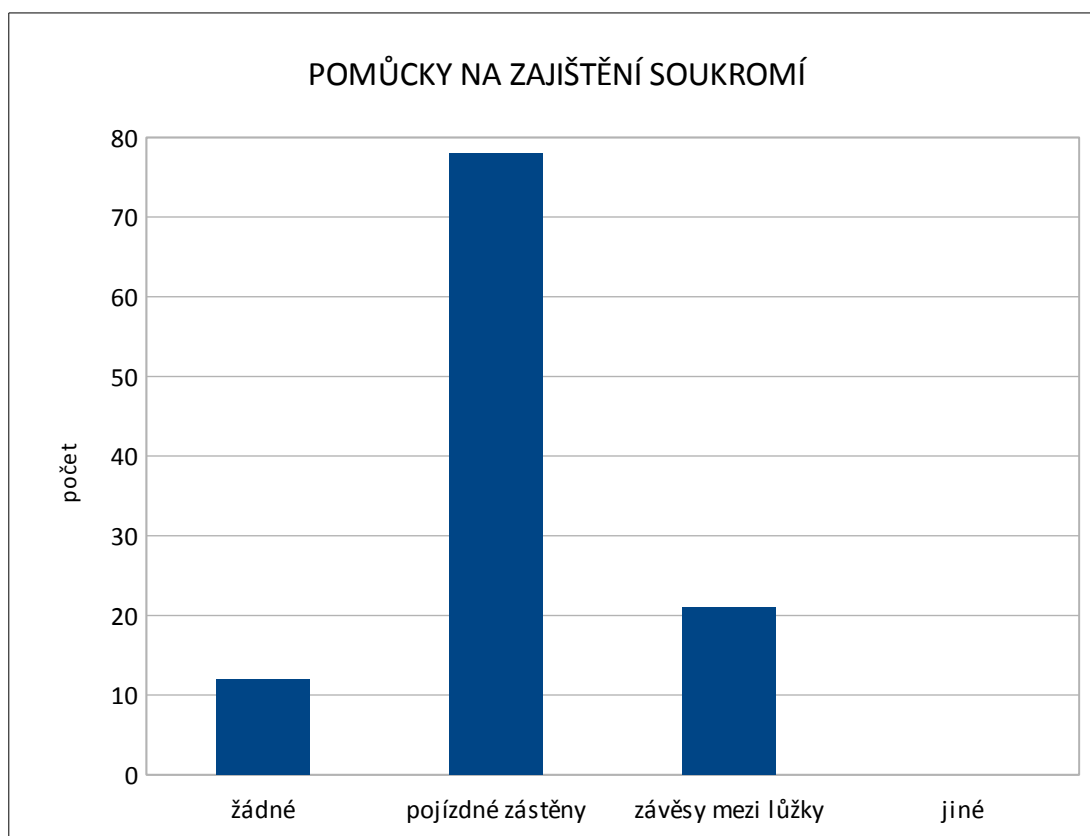


Zdroj: vlastní šetření



V dotazníku byl otázkou č. 9 respondent dále dotazován jaké pomůcky, které zvyšují soukromí jednotlivých pacientů má na svém pracovišti k dispozici. Nabízené odpovědi byly žádné, pojízdné zástěny, závěsy mezi jednotlivými lůžky a možnost jiné, vypište. Odpověď žádné označilo 12 respondentů, odpověď pojízdné zástěny 78 respondentů, závěsy mezi jednotlivými lůžky uvedlo 21 respondentů a žádný z respondentů neuvedl, že jiné. Graficky předkládá získané odpovědi graf č. 7.

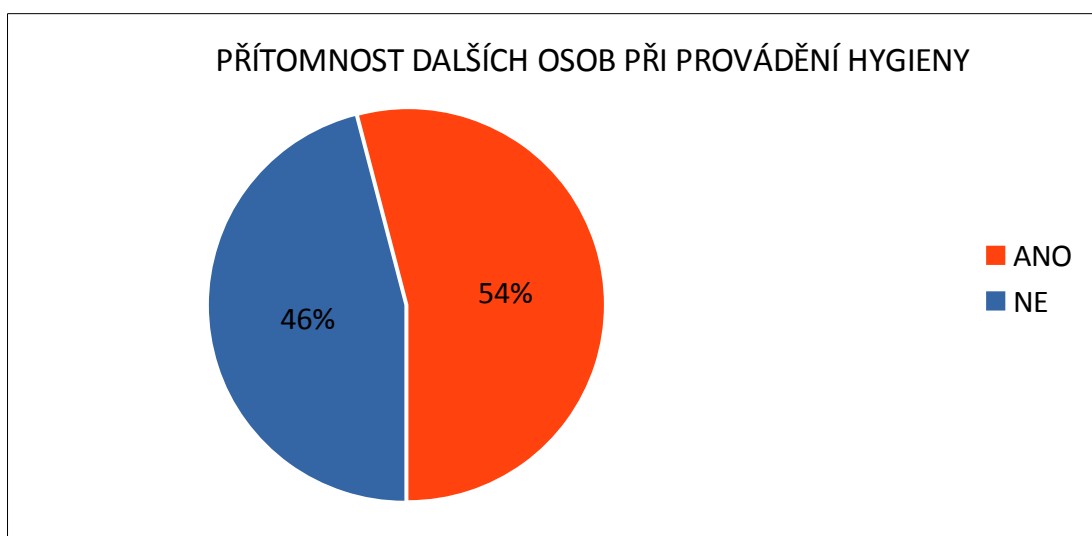
Graf č. 7: Pomůcky na zajištění soukromí



Zdroj: vlastní šetření

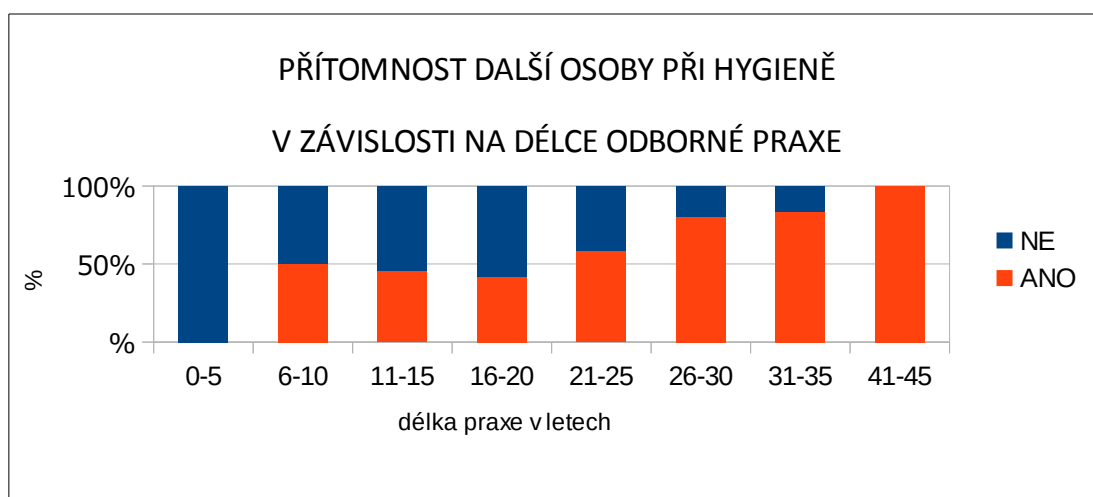
Otázka č. 10 se respondentů dotazovala, zda jsou při provádění celkové osobní hygieny u pacienta na lůžku přítomny nějaké další osoby, které se na této péči nepodílejí. Možné odpovědi byly ano nebo ne. Odpověď ano uvedlo 60 respondentů (54%) a odpověď ne 51 respondentů (46%). Názorně získané odpovědi přináší graf č. 8. Odpovědi rozdělené podle délky odborné praxe respondenta znázorňuje graf č. 9.

Graf č. 8: Přítomnost další osoby při provádění osobní hygieny pacienta na lůžku



Zdroj: vlastní šetření

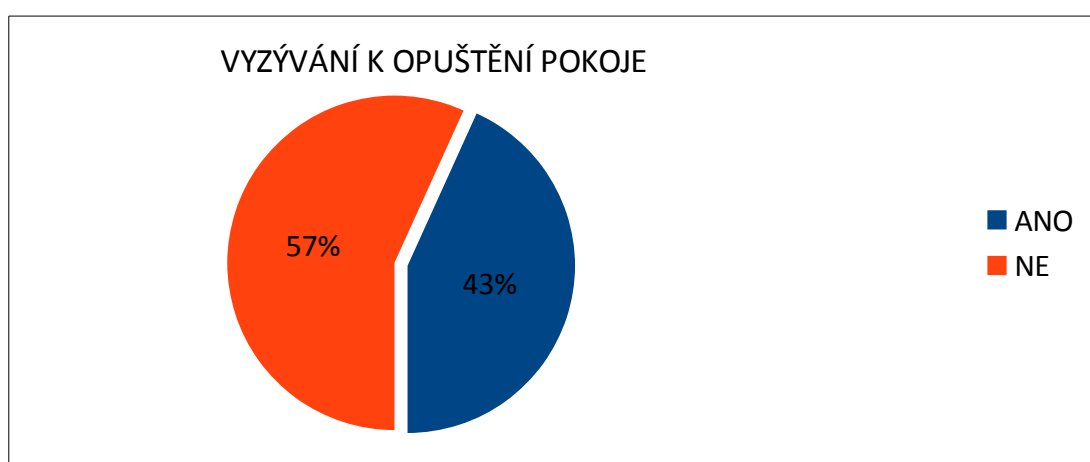
Graf č. 9: Přítomnost další osoby při provádění osobní hygieny pacienta na lůžku v závislosti na délce odborné praxe respondenta



Zdroj: vlastní šetření

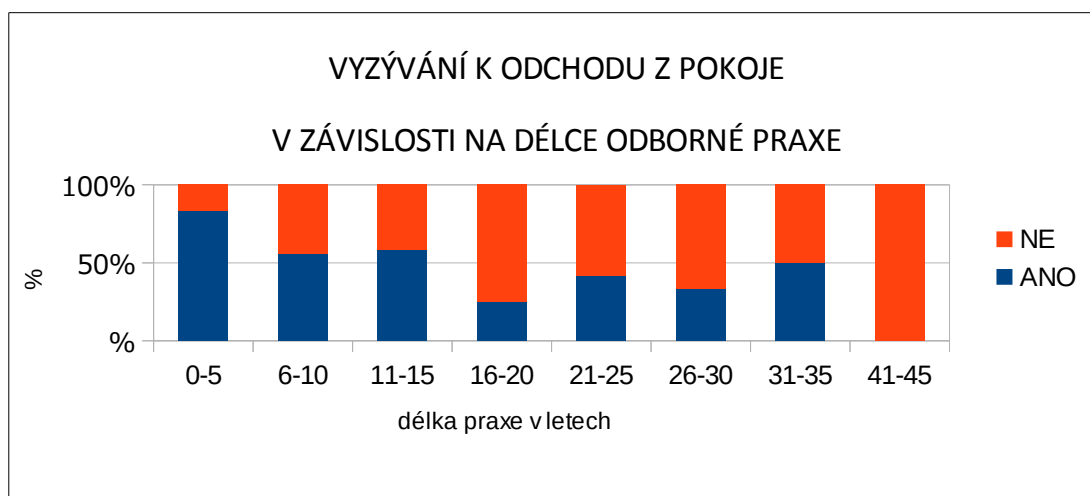
Zda vyzve všeobecná sestra ostatní mobilní pacienty na pokoji k tomu, aby pokoj dočasně opustili, když provádí ošetrovatelské úkony, při kterých musí být jiný pacient obnažen, zjišťovala otázka č. 11. Možné odpovědi byly ano nebo ne. Zastoupení jednotlivých odpovědí předkládá graf č. 10 a zastoupení jednotlivých odpovědí podle délky odborné praxe respondenta graf č. 11. Celkem 48 respondentů (43%) uvedlo odpověď, že ano, 63 respondentů (57%) odpověď, že ne.

Graf č. 10: Vyzývání ostatních pacientů k opuštění pokoje při obnažování jiného pacienta



Zdroj: vlastní šetření

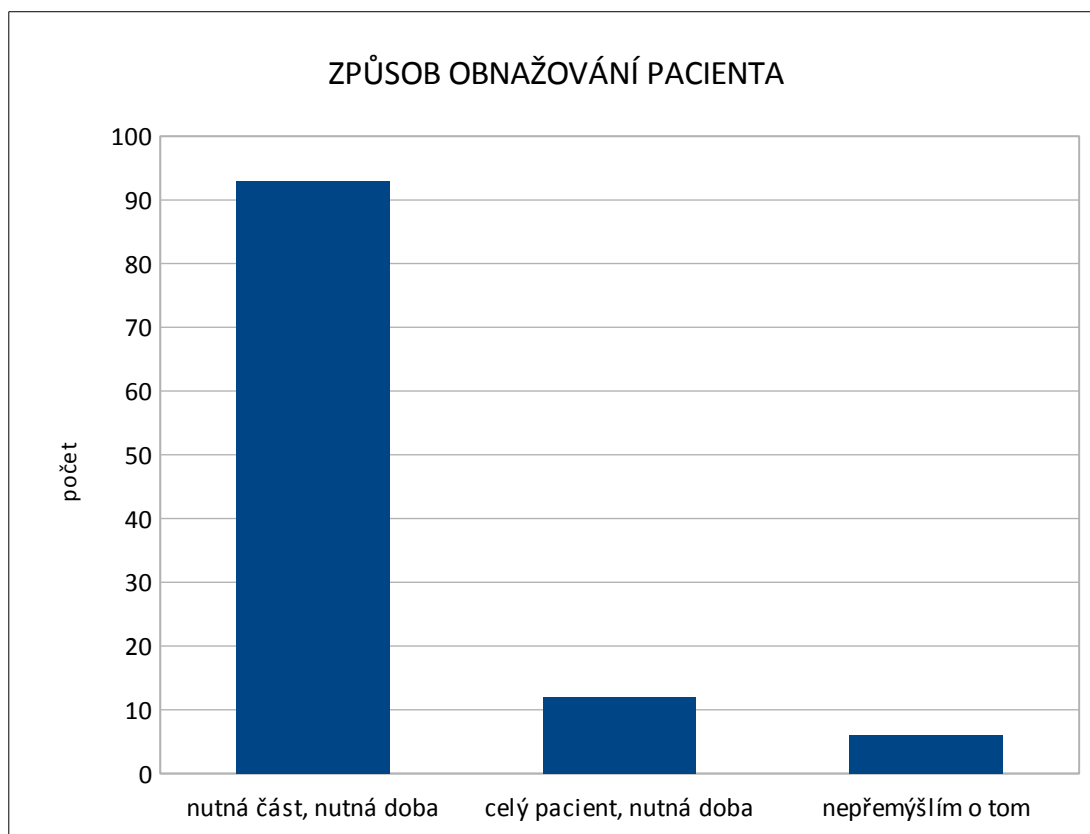
Graf č. 11: Četnost vyzývání ostatních pacientů k opuštění pokoje při obnažování jiného pacienta na lůžku v závislosti na délce praxe respondenta



Zdroj: vlastní šetření

V otázce č. 12 byl respondent dotazován, jakým způsobem dochází k obnažení pacienta. Celkem 93 odpovědí bylo „odkryji jen nezbytnou část těla a na nezbytně nutnou dobu“, 12 krát se objevila odpověď „odkryji celého pacienta, ale jen na nezbytně nutnou dobu“ a 6 krát byla označena odpověď „nepřemýšlím o tom, důležité je splnit kvalitně požadovanou práci“. Získané odpovědi jsou uvedeny v grafu č. 12.

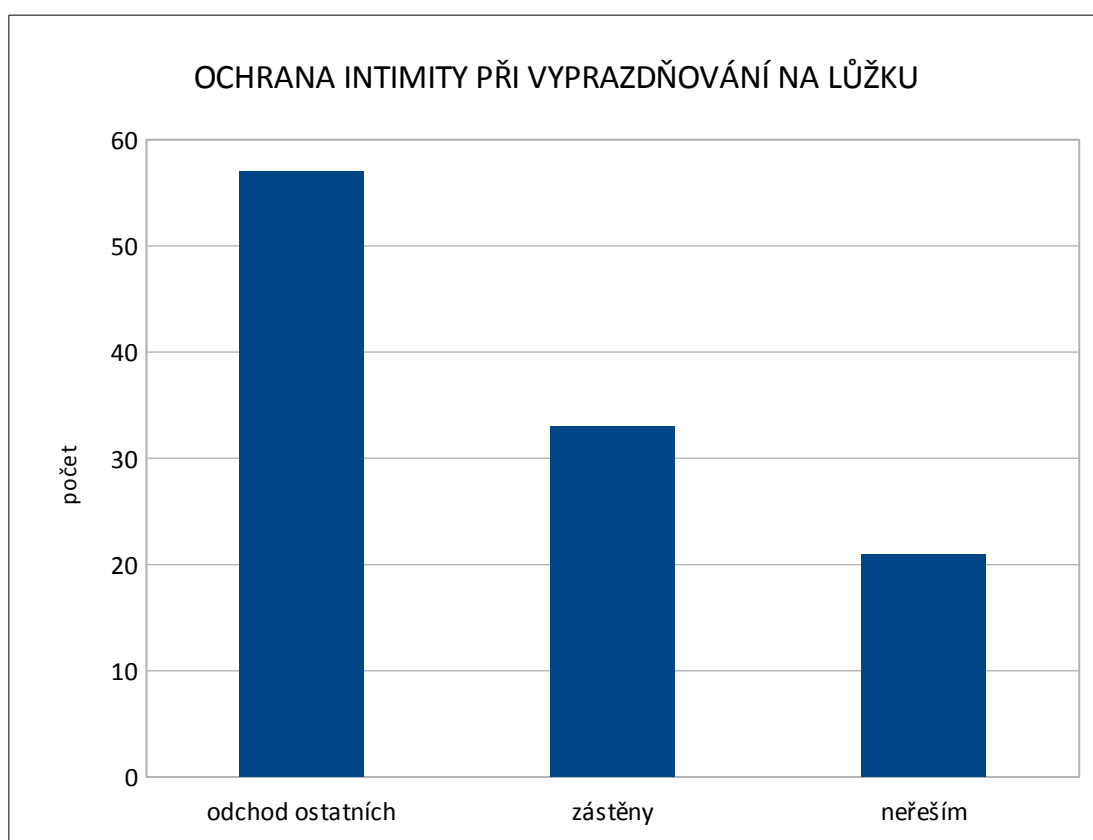
Graf č. 12: Způsob obnažování pacienta



Zdroj: vlastní šetření

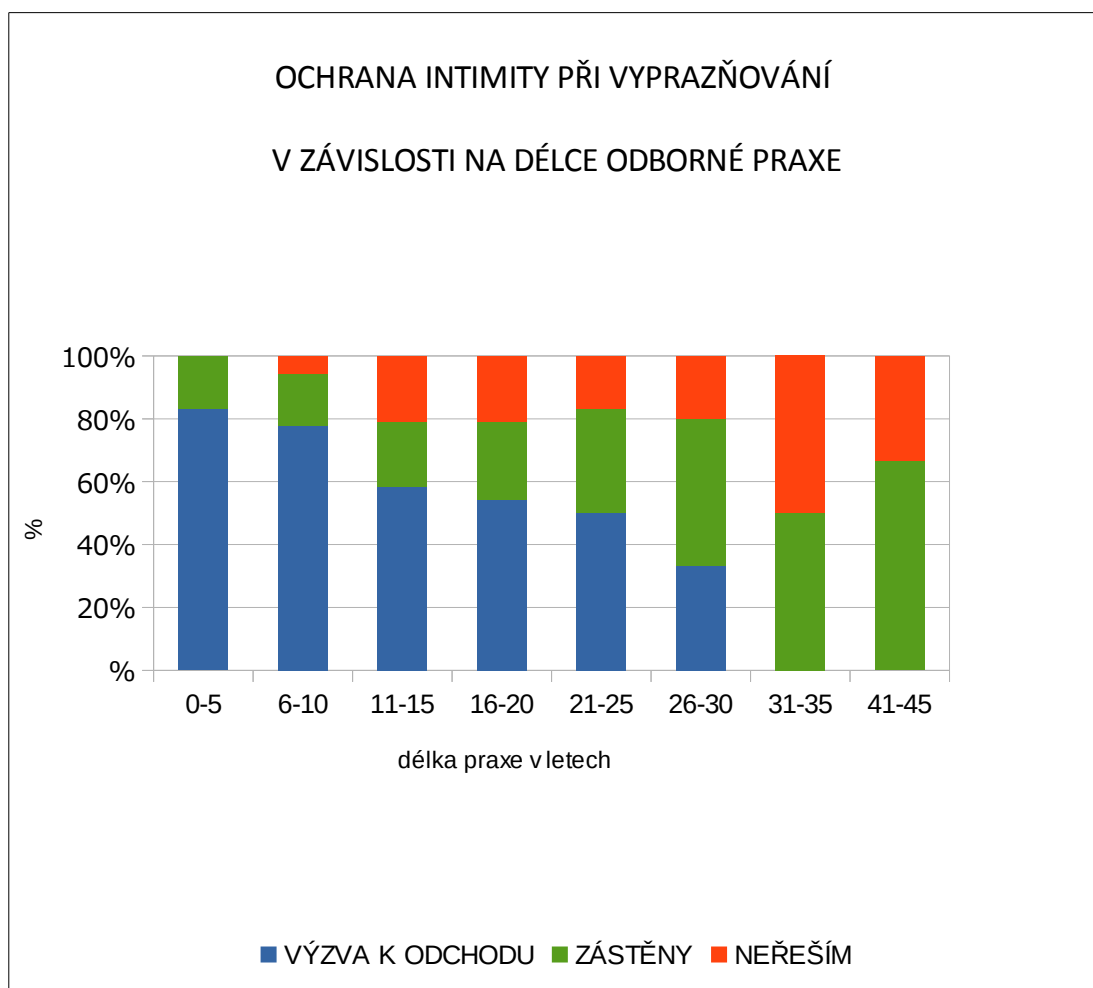
Jakým způsobem je zajišťována ochrana intimity a soukromí při nutnosti vyprazdňovat se na lůžku řešila otázka č. 13. Respondent mohl odpovědět „vyzvu ostatní mobilní pacienty, aby pokoj dočasně opustili“, tuto odpověď uvedlo 57 respondentů. Další možnost „používám zástěny okolo lůžka pacienta“ uvedlo 33 respondentů a poslední nabízenou možnost „neřeším to, k hospitalizaci to v určitých situacích patří“ uvedlo 21 respondentů. Získané údaje předkládá graf č. 13. Odpovědi rozdělené podle délky odborné praxe respondenta pak graf č. 14.

Graf č. 13: Ochrana intimity při vyprazdňování na lůžku



Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 14: Ochrana intimity při vyprazdňování na lůžku v závislosti na délce odborné praxe respondenta



Zdroj: vlastní šetření

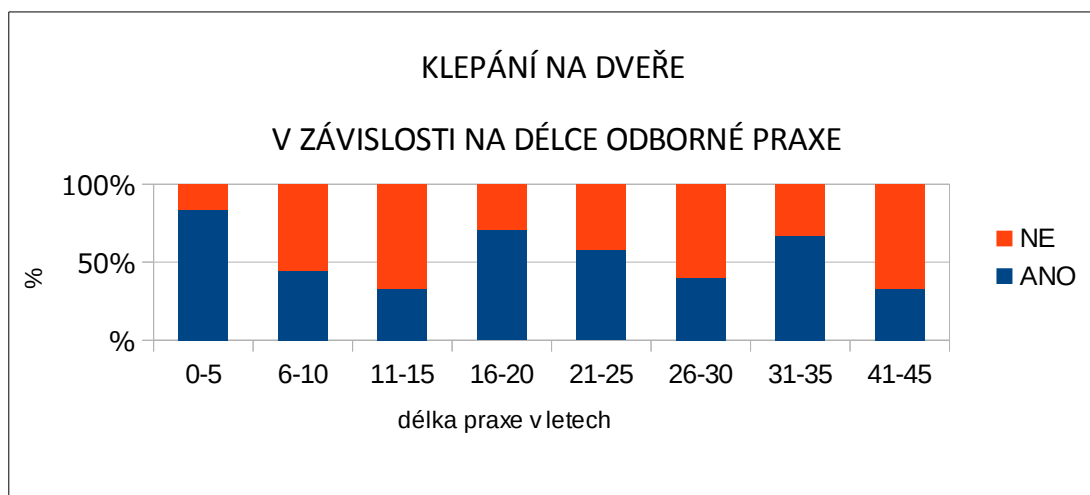
Otázka č. 14 u respondentů zjišťovala, zda klepou na dveře pokoje, před tím, než do něj vstoupí. Odpověď ano uvedlo 57 respondentů (51%), odpověď ne se objevila 54 krát (49%). Odpovědi zachycuje graf č. 15 a rozdělení odpovědí podle délky odborné praxe respondenta graf č. 16.

Graf č. 15: Klepání na dveře pokoje před vstupem



Zdroj: vlastní šetření

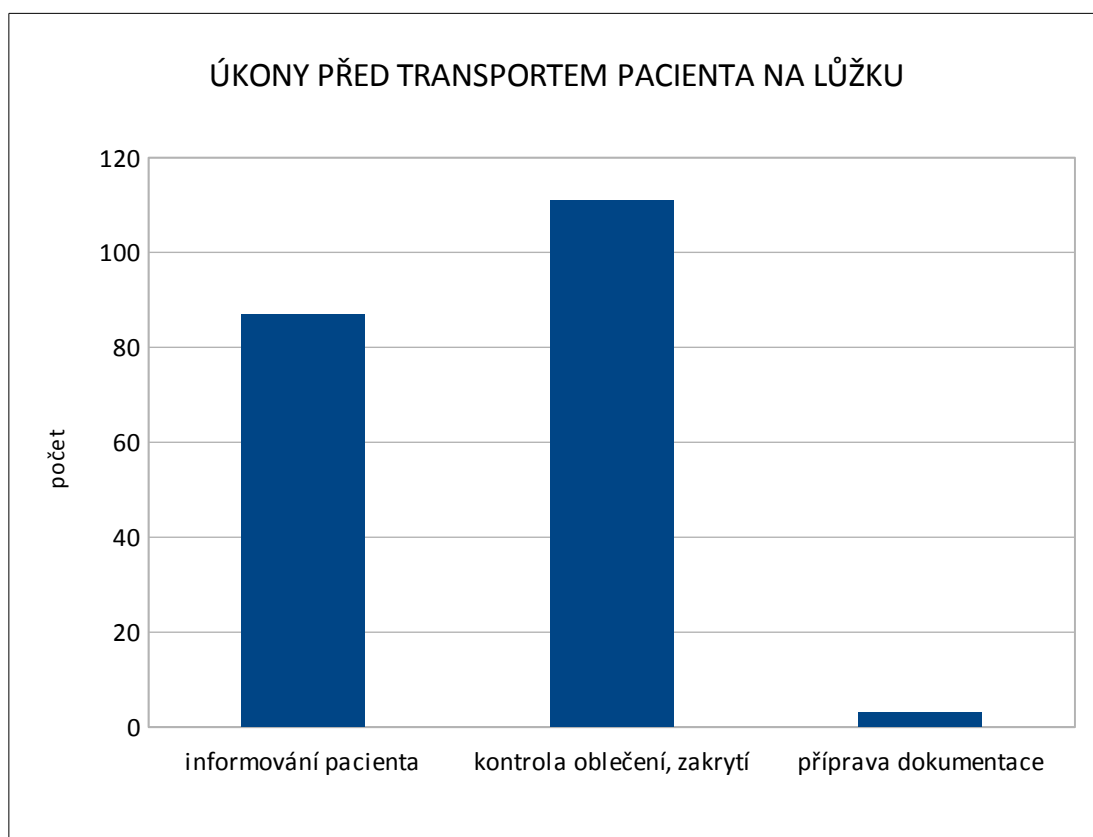
Graf č. 16: Klepání na dveře pokoje před vstupem v závislosti na délce odborné praxe respondenta.



Zdroj: vlastní šetření

V otázce č. 15 byl respondent dotazován, jaké úkony provede v případě, že je pacient transportován na vyšetření mimo svůj pokoj nebo překládán na jiné oddělení. Respondenti mohli volit více odpovědí. Celkem 87 respondentů uvedlo, odpověď „sdělím mu to předem, aby měl čas se upravit“, 111 krát bylo odpovězeno „vždy dbám na to, aby byl pacient dostatečně oblečen nebo přikryt“ a 3 krát byla označena odpověď „neřeším, jak je pacient upraven nebo oblečen, důležité je připravit náležitou dokumentaci“. Graficky odpovědi vystihuje graf č. 17 a jejich četnost v jednotlivých kategoriích délky odborné praxe respondenta graf č. 18.

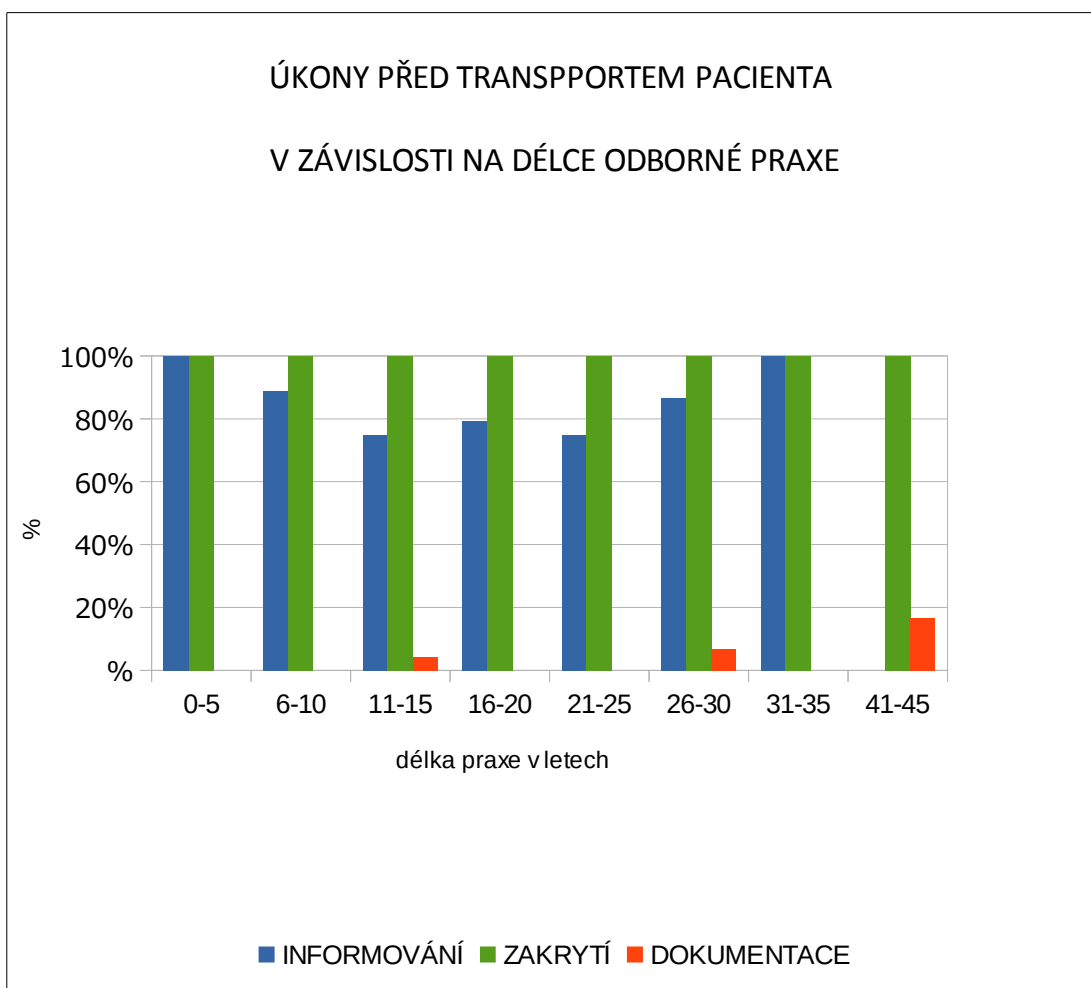
Graf č. 17: Úkony před transportem nebo překládem pacienta.



Zdroj: vlastní šetření



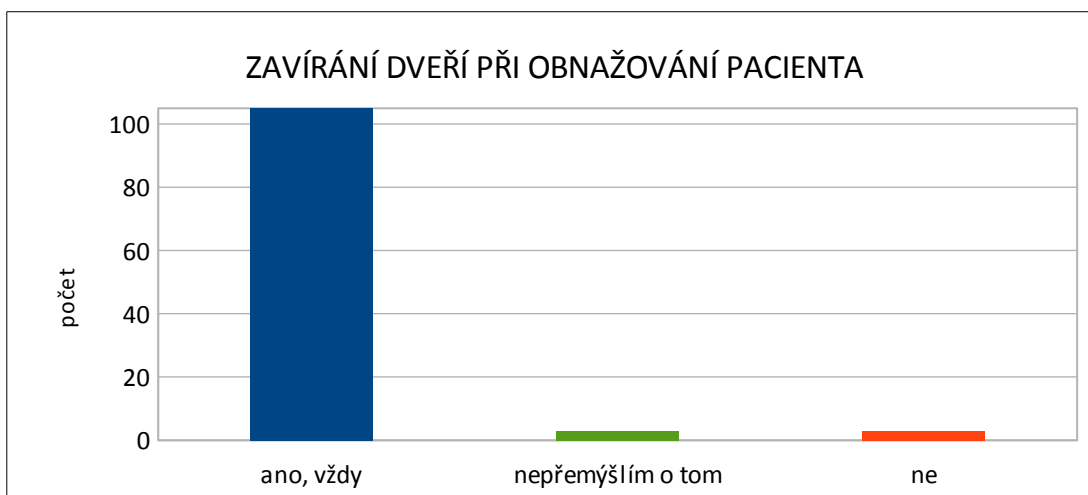
Graf č. 18: Úkony před transportem nebo překladem pacienta v závislosti na délce odborné praxe respondenta.



Zdroj: vlastní šetření

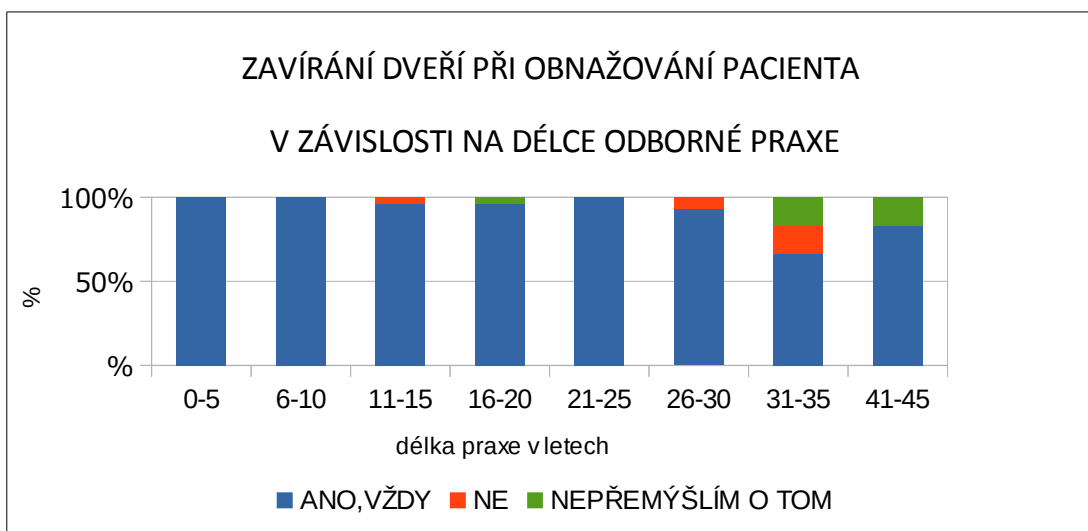
Zda respondenti dbají na to, aby byly zavřené dveře od pokoje v případě, že je na pokoji prováděn nějaký úkon, při kterém je pacient obnažen zjišťovala otázka č. 16. Odpověď „ano, vždy“ je objevila 105 krát, odpověď „ne“ a odpověď „nepřemýšlím o tom“ označili každou tři z respondentů. Graf č. 19 zaznamenává získané odpovědi a graf č. 20 je uvádí podle délky odborné praxe respondenta.

Graf č. 19: Zavírání dveří pokoje při obnažování pacienta.



Zdroj: vlastní šetření

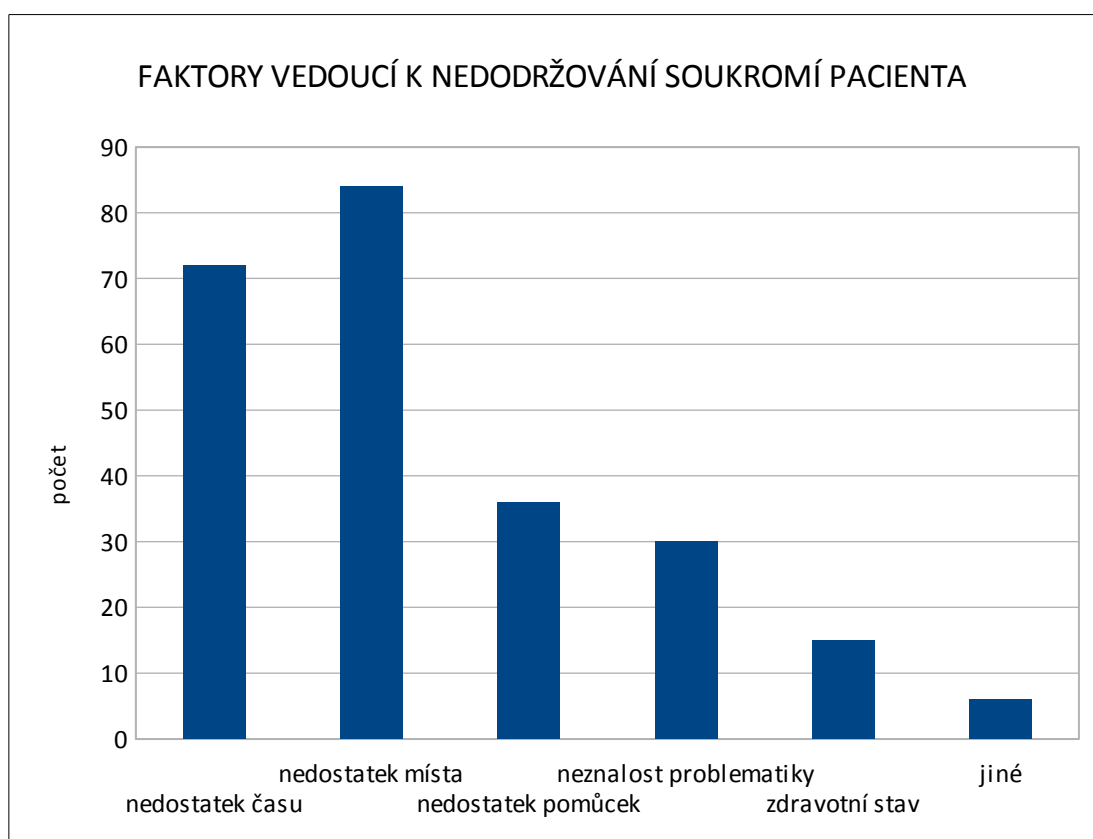
Graf č. 20: Zavírání dveří pokoje při obnažování pacienta v závislosti na délce odborné praxe respondenta.



Zdroj: vlastní šetření

Poslední otázka v dotazníku vyzývala respondenty, aby označily všechny faktory, které podle jejich názoru vedou k nedodržování soukromí pacienta v průběhu hospitalizace. Respondent mohl uvést i více odpovědí. Celkem 72 krát byla získána odpověď „nedostatek času“, 84 krát byla odpověď „nedostatek místa na pokoji pacientů“, 36 krát „nedostatek pomůcek k zajištění soukromí a intimity pacienta“. Odpověď „neznalost problematiky soukromí ze strany ošetrovatelského personálu“ se objevila 30 krát. Zdravotní stav pacienta jako důvod porušování soukromí uvedlo 15 respondentů a jiné označilo 6 respondentů, 3 vypsali shodně odpověď nedostatek empatie personálu a 3 respondenti uvedli osobní vyhoření personálu. Získaná data jsou vizualizována v grafu č. 21.

Graf č. 21: Faktory vedoucí k nedodržování soukromí pacienta



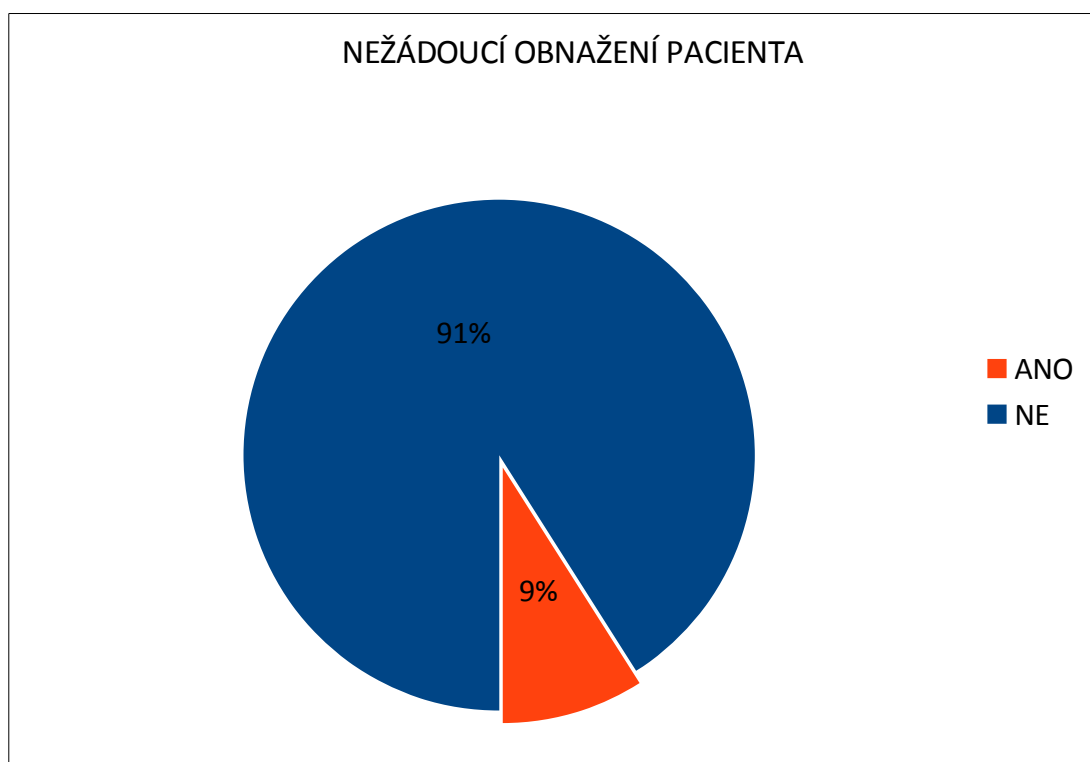
Zdroj: vlastní šetření

## 10.2 Analýza zúčastněného pozorování

Pomocí zúčastněného skrytého pozorování na překládovém zařízení operačních sálů bylo provedeno 100 pozorování, při kterých bylo sledováno, zda dochází k nežádoucímu

odhalení pacienta během jeho překlady na operační sál. Na operační sál k překládovému zařízení přijíždí pacient ve svém lůžku, kde leží již obnažený a přikrytý příkrývkou. Před překládovým zařízením je přes příkrývku pacienta položena operační příkrývka, a spodní původní příkrývka je z lůžka odstraněna. Při dodržení tohoto postupu nedochází k žádnému obnažení pacienta před jeho transportem na operační sál. Pokud k tomuto obnažení došlo, bylo do pozorovacího záznamu zapsáno, kdo jej zapříčinil, zda tato událost proběhla před vlastní operací nebo pooperačně při překlady pacienta zpět na lůžko. Celkem k nežádoucímu odkrytí došlo 9 krát. Graficky získané údaje předkládá graf č. 22.

Graf č. 22: Nežádoucí obnažení pacienta na překládovém zařízení operačních sálů.

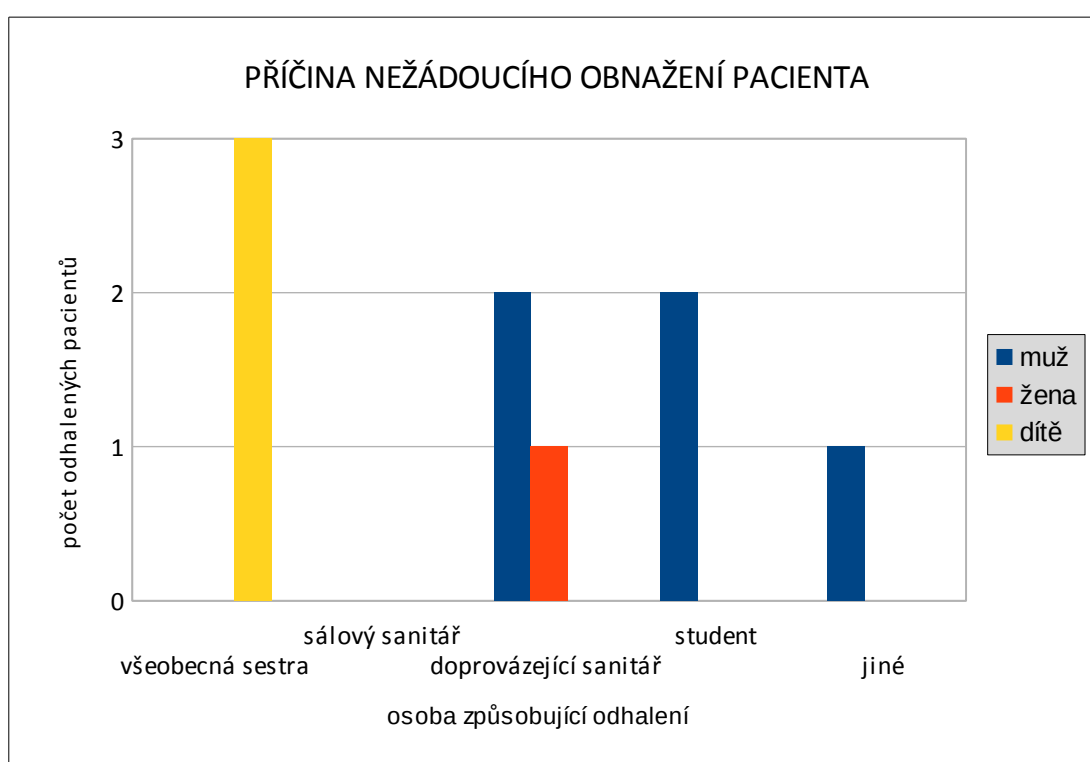


Zdroj: vlastní pozorování

V grafu č. 23 je zaznamenáno, kdo z přítomných osob nežádoucí odkrytí pacienta způsobil. Celkem 3 krát to byla doprovázející všeobecná sestra, 3 krát doprovázející sanitář, v žádném z případů odkrytí nezpůsobil sálový sanitář a 2 krát pacienta odkryl student na odborné praxi. V jednom případě se pacient odkryl při neopatrném přesunu sám. Celkem došlo k nežádoucímu odkrytí 3 dětí, 1 ženy a 5 mužů. Vždy byla při

sledované události přítomna osoba opačného pohlaví. Děti odkryla vždy všeobecná sestra, ženu odkryl doprovázející sanitář, muže 2 krát doprovázející sanitář, 2 krát student na odborné praxi a jednou se pacient mužského pohlaví odkryl při přesunu sám sám. K odhalení pacientů došlo vždy předoperačně. Ve třech případech se jednalo o pacienta z ortopedického oddělení, dvakrát o pacienta z neurochirurgického oddělení a čtyřikrát o pacienta z chirurgického oddělení.

Graf č. 23: Příčina nežádoucího obnažení pacienta na překládovém zařízení operačních sálů.



Zdroj: vlastní pozorování

# 11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

## 11.1 Interpretace pro předpoklad 1

Předpoklad č. 1 testoval, zda skutečně všeobecné sestry dostatečně respektují soukromí a intimitu pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Pro vyhodnocení platnosti předpokladu č. 1 bylo sledováno dosažených výsledků u odpovědí na otázky č. 8, 11, 13, 14 a 16 z dotazníkového šetření. Kritérium pro potvrzení předpokladu bylo stanoveno na nejméně 80% odpovědí, které zaručují, že je respektováno soukromí a intimita pacienta. Z výsledků vyplývá, že největší část odpovědí na otázku, jak je s pacientem odebírána jeho osobní anamnéza (otázka č. 8) je zaznamenána u odpovědi, že jsou přítomni i jiní pacienti. Tuto možnost uvedlo 41% respondentů. Na otázku, zda všeobecná sestra vyzve mobilní pacienty na pokoji k tomu, aby pokoj dočasně opustili, když provádí ošetrovatelské úkony, při kterých musí být jiný pacient obnažen (otázka č. 11) byla nejčastěji, a to v 57%, získána odpověď ne. Při zjišťování jakým způsobem je zajišťována ochrana intimity a soukromí při nutnosti imobilního pacienta vyprazdňovat se na lůžku (otázka č. 13) byla nejčastěji získána odpověď „vyzvu ostatní mobilní pacienty, aby pokoj dočasně opustili“. Tuto odpověď uvedlo 51% respondentů. Na dotaz, zda všeobecné sestry klepou na dveře pokoje, před tím, než do něj vstoupí (otázka č. 14) byla největší četnost odpovědí u možnosti ano. Tuto možnost zvolilo 51% respondentů. Na dotaz jestli všeobecné sestry dbají na to, aby byly zavřené dveře od pokoje v případě, že je na pokoji prováděn nějaký úkon, při kterém je pacient obnažen (otázka č. 16) byla v 95% získána odpověď „ano, vždy“. Přehled získaných odpovědí u sledovaných parametrů předkládá tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Výsledky pro předpoklad č. 1

Otázka č. 8	Je odebírána od pacienta jeho osobní anamnéza v soukromí?		
	% ODPOVĚDÍ	POČET ODPOVĚDÍ	CELKEM
Přítomni i jiní pacienti	40,5%	45	111
Přítomen je jiný ošetrovatelský personál	30%	33	
Přítomni jsou rodinní příslušníci	8%	9	
Jen o samotě s pacientem	21,5%	24	
Otázka č. 11	Vyzve všeobecná sestra mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj, když provádí úkony, při kterých je jiný pacient obnažen?		
Ano	43%	48	111
Ne	57%	63	
Otázka č. 13	Jak chrání všeobecná sestra soukromí pacienta, který se musí vyprazdňovat na lůžku?		
Vyzve ostatní pacienty k opuštění pokoje	51%	57	111
Používá zástěny	30%	33	
Neřeší	19%	21	
Otázka č. 14	Klepe všeobecná sestra na dveře pokoje, než do něj vstoupí?		
Ano	51%	57	111
Ne	49%	54	
Otázka č. 16	Dbá všeobecná sestra na to, aby byly zavřené dveře pokoje, pokud je na pokoji pacient obnažován?		
Ano, vždy	95%	105	111
Ne	2,5%	3	
Nepřemýšlí o tom	2,5%	3	

Zdroj: vlastní šetření

Kritéria pro potvrzení předpokladu č. 1 byla stanovena tak, že pro její potvrzení alespoň 80% všeobecných sester odebírá ošetrovatelskou anamnézu o samotě jen s pacientem, vyzve ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj v případě, že provádějí u jiného pacienta úkony, při kterých je tento pacient obnažen, vyzve ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj v případě, že jiný imobilní pacient se musí

vyprazdňovat na lůžku, klepe na dveře, než vstoupí do pokoje pacientů a dbá na to, aby byly zavřené dveře do pokoje pacientů v případě, že v pokoji provádějí úkony, při kterých je pacient obnažen. Stanovených kritérií respektujících soukromí a intimitu pacienta bylo dosaženo jen u jedné ze sledovaných otázek. U ostatních sledovaných oblastí stanoveného kritéria dosaženo nebylo a předpoklad č. 1, že všeobecné sestry dostatečně respektují soukromí a intimitu pacientů se potvrdil jen částečně. K odchodu z pokoje, vyzve mobilní pacienty v případě, že je na pokoji jiný pacient obnažován jen 43% respondentů, na dveře pacientova pokoje klepe jen 51% respondentů. Jen o samotě s pacientem odebírá osobní anamnézu jen 21,5% respondentů. Na zavřené dveře od pokoje, v případě, že je v pokoji obnažován pacient, dbá 95% respondentů a 81% jich ochraňuje pacientovo soukromí v případě, že se musí vyprazdňovat na lůžku.

## **11.2 Interpretace pro předpoklad 2**

V předpokladu č. 2 bylo sledováno, zda má délka odborné praxe respondenta významný vliv na jeho postoj k zachování soukromí a intimity pacientů. Byli odděleně hodnoceny četnosti odpovědí respondentů s praxí kratší než 10 let a odpovědi respondentů s praxí delší než 10 let a to v otázkách č. 10, 11, 13, 14, 15 a 16. Předpoklad č. 2 stanovuje, že všeobecné sestry s odbornou praxí kratší než 10 let častěji volí odpovědi, které zaručují zachování soukromí a intimity pacienta než všeobecné sestry s délkou odborné praxe nad 10 let. Sumarizované výsledky přináší tabulka č. 2 a graf č. 24. Sledovaný předpoklad se potvrdil, respondenti s praxí kratší než 10let častěji volí odpovědi, které více respektují soukromí a intimitu pacientů. V grafu č. 24 jsou tyto odpovědi označeny jako „lepší odpověď“ nebo „nejlepší odpověď“. Délka praxe z tohoto pohledu může mít na chování personálu a způsob respektování soukromí vliv. Rozdíl v obou sledovaných skupinách nebyl však nijak významný.

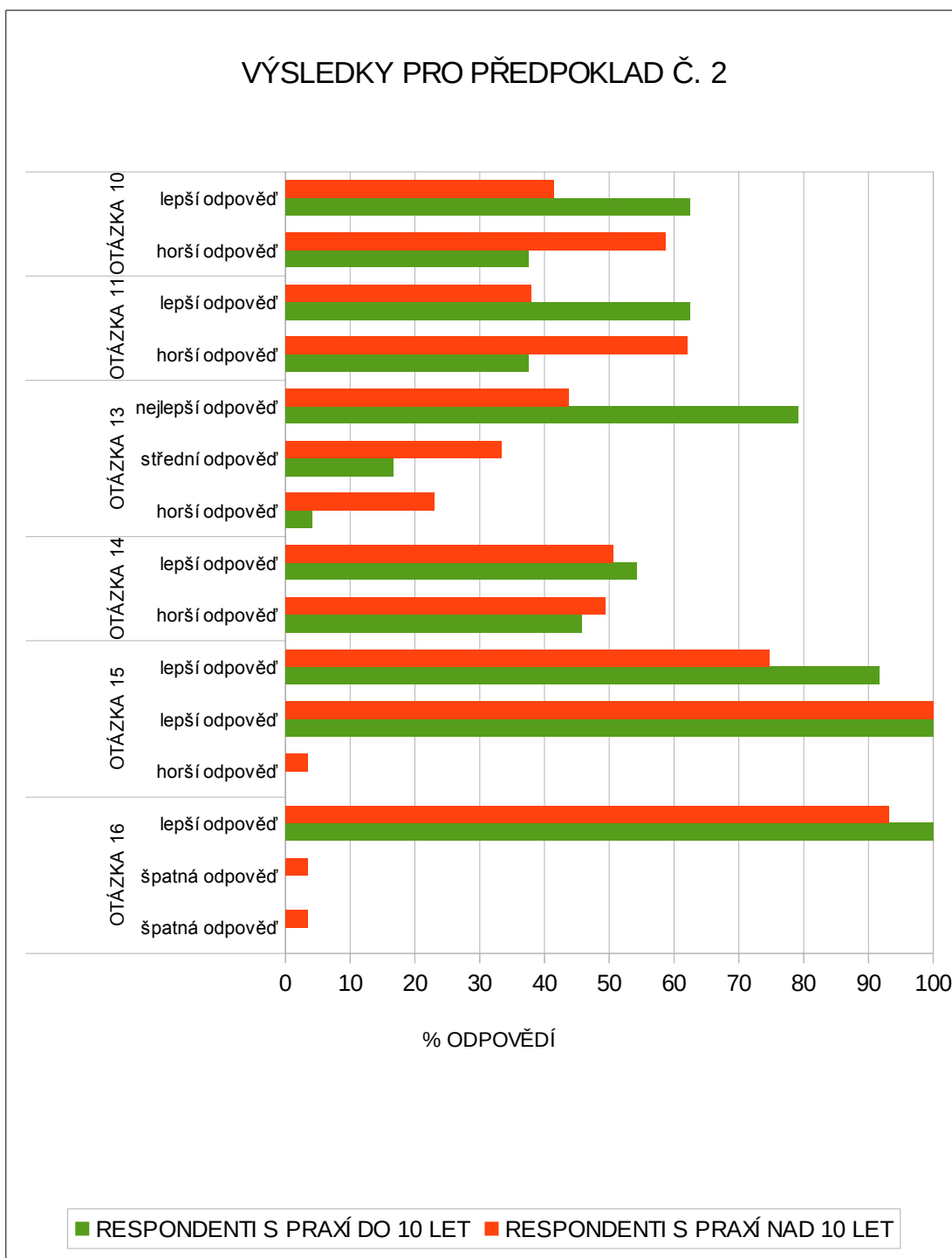


Tabulka č. 2: Výsledky pro předpoklad č. 2

Sledovaná otázka	Možná odpověď	Počet odpovědí	
		Respondenti s praxí do 10 let (celkem 24)	Respondenti s praxí nad 10 let (celkem 87)
Přítomnost dalších osob při hygieně na lůžku (otázka č. 10)	Ano	9 (37,5%)	51 (58,6%)
	Ne	15 (62,5%)	36 (41,4%)
Výzva k odchodu ostatních při obnažování pacienta (otázka č. 11)	Ano	15 (62,5%)	33 (37,9%)
	Ne	9 (37,5%)	54 (62,1%)
Jak chrání všeobecná sestra soukromí pacienta, který se musí vyprazdňovat na lůžku? (otázka č. 13)	Vyzve k odchodu ostatní	19 (79,2%)	38 (43,7%)
	Použije zástěny	4 (16,7%)	29 (33,3%)
	Neřeší to	1 (4,1%)	20 (23,0%)
Klepe na dveře před vstupem do něj (otázka č. 14)	Ano	13 (54,2%)	44 (50,6%)
	Ne	11 (45,8%)	43 (49,4%)
Opatření před transportem pacienta na jiné oddělení nebo vyšetření (otázka č. 15)  otázka s možností volit více odpovědí	Dá pacientovi čas na úpravu	22 (91,7%)	65 (74,7%)
	Dbá na dostatečné oblečení a zakrytí	24 (100%)	87 (100%)
	Řeší především dokumentaci	0 (0%)	3 (3,4%)
Dbá všeobecná sestra na to, aby byly zavřené dveře pokoje, pokud je na pokoji pacient obnažován? (otázka č. 16)	Ano, vždy	24 (100%)	81 (93,2%)
	Ne	0 (0%)	3 (3,4%)
	Nepřemýšlí o tom	0 (0%)	3 (3,4%)

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 24: Výsledky pro předpoklad č. 2



Zdroj: vlastní šetření

### 11.3 Interpretace pro předpoklad 3

Cílem předpokladu č. 3 je potvrdit tvrzení, že na překladovém zařízení pro pacienty operačních sálů nedochází k nežádoucímu odhalení pacienta. K odhalení pacienta došlo jen v 9 případech, což tvoří pouhých 9% všech sledovaných událostí (viz graf č. 22). Odečteme-li dvě události, které způsobil student na odborné praxi, který není ještě dostatečně zaškolen do prováděné činnosti a jeden případ, kdy se pacient obnažil nechtěně při přesunu sám, pak získáme pouhých 6% případů, kdy k nežádoucí události došlo. Kritérium 90% případů bez nežádoucího odhalení bylo dosaženo. Předpoklad č. 3 se potvrdil, k nežádoucímu odhalování nahého těla pacienta na překladovém zařízení operačních sálů nedochází.

## DISKUZE

Ačkoliv se všechny předpoklady zabývající se v této práci soukromím a intimitou pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v průběhu hospitalizace zcela nepotvrdily, získané výsledky jsou celkem pozitivní. U většiny otázek z dotazníku větší část odpovědí tvořily ty, které pacientům zajišťují určité soukromí a intimitu. Jen 11 % respondentů uvedlo, že nemá k dispozici žádné pomůcky k zajištění soukromí pacientů. Dobrým zjištěním je rovněž fakt, že jen 5% respondentů nepřemýšlí o tom, jestli pacienta odkrývá jen na nezbytně nutnou dobu a jen nutnou část jeho těla a rovněž jen 19% respondentů nijak neřeší ochranu intimity pacienta při nutnosti jeho vyprazdňování se na lůžku.

Odběr osobní anamnézy pacienta sice podle výsledků dotazníkového šetření neprobíhá výhradně o samotě s pacientem, ale pokud sloučíme všechny odpovědi, které určité soukromí zaručují, tzn. také odpovědi, že je přítomen jen ostatní ošetrovatelský personál, tedy osoby, které se na ošetrování pacienta podílejí a odpověď, že jsou přítomni příbuzní pacienta, získáme poměrně značné procento situací, kdy je soukromí pacienta alespoň částečně zajištěno. Tyto sloučené možnosti tvoří 59,5% odpovědí, které určité soukromí garantují a jen zbývajících 40,5% respondentů uvádí, že odebírá anamnézu od pacienta za přítomnosti jiných pacientů.

Dalším pozitivním zjištěním je fakt, že jen 2,5% respondentů věnuje největší pozornost před transportem pacienta na jiné oddělení nebo na vyšetření přípravě dokumentace a naprostá většina se zaměřuje na to, aby informovali pacienta a ten měl čas se upravit nebo dbají na to, aby byl pacient vždy dostatečně oblečen a zakryt a nebyl transportován po chodbách lůžkového zařízení polonahý.

Negativním zjištěním bylo, že 54% respondentů uvedlo, že jsou na pokoji přítomny při provádění celkové hygieny pacienta na lůžku i jiné osoby, které se poskytování péče nepodílejí. Toto vysoké procento může být však zapříčiněno tím, že se na pokoji vyskytují další imobilní pacienti. Vezmeme-li v úvahu, že 43% respondentů vyzve ostatní mobilní pacienty, aby pokoj dočasně opustili, v případě, že provádí ošetrovatelské úkony, při kterých musí být jiný pacient obnažen, a že 95% respondentů dbá na to, aby v těchto

případech byly zavřené dveře do pacientova pokoje, pak výsledek již tolik znepokojující není. Otázkou pak ještě zůstává zda respondenti také při této činnosti používají k ochraně soukromí pacienta zástěny. Tento způsob zajištění soukromí zvolilo 30% respondentů při nutnosti pacienta vyprazdňovat se na lůžku a podobné údaje by se mohly opakovat při způsobu zajištění soukromí při provádění celkové hygieny pacienta na lůžku. Tento dotaz však v dotazníku zařazen nebyl.

Jedním z mnoha dalších důvodů proč je třeba brát ohled a upozorňovat na nutnost dodržování soukromí pacientů je skutečnost, že všichni respondenti odpověděli, že na jejich pracovišti jsou společně hospitalizováni jak muži tak ženy. Nevyskytly se ryze ženská nebo mužská oddělení. Někteří respondenti zároveň uvedli, že jsou na jejich pracovištích hospitalizovány také děti. To je další důvod, který si dodržování soukromí a intimity pacientů vynucuje.

Jako nejčastější faktor, kvůli kterému dochází k nedodržování soukromí pacienta, bylo označena odpověď „nedostatek místa na pokoji“. Tuto možnost volilo 35% respondentů. Tato skutečnost je bohužel jen velmi málo ovlivnitelná, ale je mnoho dalších, které ovlivnit lze. Dalších 30% odpovědí pak označovalo jako důvod porušování soukromí nedostatek času. Otázkou však zůstává, zda je nedostatek času omluvitelný důvod pro porušování soukromí pacienta a zda by tento argument také obstál, pokud by došlo k nějakému soudnímu řízení pro porušení soukromí nebo projednávání stížnosti ze strany pacienta. Je otázkou svědomí každého jednotlivce co je větší trauma pro pacienta, zda fakt, že nebude provedena jeho celková hygiena nebo skutečnost, že bude obnažován před cizími lidmi a vystaven frustrujícímu zážitku ze své nechtěné nahoty. Každý, kdo imobilního pacienta ošetřuje by se měl zamyslet nad tím, jak nejlépe soukromí a intimitu zabezpečit a představit si, že by se v podobné situaci ocitl on sám nebo někdo jemu hodně blízký. Není přeci tak velkou ztrátou času dojít pro mobilní zástěny, pokud jsou k dispozici, a umístit je kolem lůžka a komfort, který tím pacient získá mnohonásobně ztrátu času vyrovná. Náklady na pořízení pojízdných bariér nebudou také asi pro většinu nemocničních oddělení limitující. Jde jen o to, aby ošetřující personál dostatečně a včas inicioval zájem o ně a jejich potřebu při své práci.

Pozitivní je také zjištění, že nedochází k častému odhalování pacientů na překládovém zařízení operačních sálů, kam je pacient transportován v lůžku již zcela vysvlečený. Každý pacient asi počítá s tím, že bude operován nahý, ale žádný pacient jistě netouží po tom, aby jeho nahota trvala příliš dlouho a účastnilo se ji mnoho osob, které přítomny být nemusí. Naštěstí je pacient v naprosté většině případů obnažen až v celkové anestezii, kdy tento fakt již nevnímá. Je nutné však mít na paměti, že část výkonů může také probíhat jen v anestezii lokální a pacient si je všech úkonů, které probíhají plně vědom. Skutečnost, že pacient je v celkové anestezii, nemůže však být důvodem pro bezdůvodné obnažování, vystavování nahého těla pacienta před veškerým obsluhujícím personálem. Na operačním sále není nikdy přítomen jen operatér, ale zároveň s ním i spousta dalších osob, pro které není nahota pacienta nutná. Mnoho pacientů může tato skutečnost traumatizovat a způsobovat další obavy související s operačním výkonem. Zejména dospívající dívky, obézní ženy a úzkostliví jedinci mohou tuto skutečnost vnímat velmi intenzivně. Taktní a ohleduplné jednání může tuto obavu snížit. Přílišná a zdouhavá nahota na operačním sále zároveň vystavuje pacienta riziku nežádoucího prochlazení a komplikací, které s tím souvisejí.

V práci Caltové (2011), která se zabývá respektováním lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče bylo u pacientů zjišťováno, při jakém výkonu se pacienti cítili nedůstojně. Podle získaných výsledků se nejčastěji pacienti cítili nedůstojně během přemísťování po nemocnici, na druhé pozici se podle Caltové (2011), umístila vizita společně s osobní hygienou a převlékáním na lůžku. Rovněž z výzkumu Červenkové z roku 2010, vyplývá, že většina hospitalizovaných považuje za největší zásah do soukromí hygienu prováděnou na lůžku za asistence personálu a odhalování při vizitě. Problém dodržování soukromí se tedy netýká jen všeobecných sester, ale současně také lékařů. Scénář vizit probíhá na většině oddělení obdobně. Na plně obsazený pokoj vejde několik lékařů, sester, stážistů a před všemi těmito osobami pacient odpovídá na mnohdy velmi intimní otázky a odhaluje vyšetřované části svého těla. Je tedy na místě zamyslet se nad tím, zda je takový průběh nevyhnutelně nutný, jak negativní prožitky pacientů eliminovat a jak zajistit pacientovi jeho právo na soukromí ve všech situacích, které hospitalizace a léčba v nemocnici přinášejí. Zajímavé je také zjištění Červenkové, že personál vnímá narušení soukromí až tehdy, jsou-li odhalovány intimní partie

pacienta, zatímco pacienti hodnotí jako narušení soukromí i nedostatek informací o své osobě.

Vzdělávání zdravotnického personálu je jistě velmi žádoucí a důležité, ale žádný pacient neocení sebevíc vzdělanou sestru, která o něj bude pečovat bez ohledu na jeho pocity, bez empatie a taktu. Z pohledu běžného pacienta nejde tedy na prvním místě o tituly, dosažené certifikáty a kurzy, ale o osobnost a povahu člověka, který si náročnou profesi všeobecné sestry vybral. Morální hodnoty jednotlivce bohužel žádný vzdělávací institut netestuje, nezkoumá je asi ani žádný zaměstnavatel. Je smutným faktem, že někteří jedinci, kteří nemají dostatek empatie a taktu v této náročné profesi setrvávají.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že přítomnost další osoby, která se nepodílí přímo na péči o pacienta, při provádění osobní hygieny pacienta na lůžku, častěji označili respondenti s praxí delší než 10 let ( 58,6%), kdežto respondenti s praxí kratší než 10 let tuto možnost uvedli jen v 37,5%. V případě, že dochází k obnažení imobilního pacienta na lůžku vyzývají ostatní mobilní pacienty k dočasnému odchodu z pokoje častěji respondenti s praxí kratší než 10 let (62,5%), zatímco respondenti s praxí delší než 10 let tuto možnost označili v 37,9%. Když se jiný pacient musí vyprazdňovat na lůžku vyzývají k odchodu z pokoje ostatní mobilní pacienty opět respondenti s praxí kratší než 10 let a to v 79,2% oproti 43,7% respondentů s praxí delší než 10 let. Zástěny kolem lůžka vyprazdňujícího se pacienta naopak častěji použijí respondenti s praxí delší než 10 let (33,3%), zatímco respondenti s praxí kratší než 10 let tuto odpověď volili jen v 16,7 % odpovědí. Zástěny sice určité soukromí pacientovi poskytnou, ale zároveň může přítomnost jiné osoby pacientovi způsobovat psychické problémy. Ideálním řešením by bylo vyzvat k odchodu všechny pacienty, kteří pokoj opustit mohou a zároveň použít zástěny kolem lůžka pacienta, který se musí na lůžku vyprazdňovat. Takovou možnost volby však respondenti v dotazníku neměli, zvolit mohli jen jednu nejvíce vhodnou odpověď. To, že tuto situaci vůbec neřeší, protože k hospitalizaci takové situace prostě patří, častěji uváděli respondenti s praxí delší než 10 let (23%). Před vstupem do pokoje častěji klepou respondenti s praxí kratší než 10 let (54,2%), ale rozdíl oproti respondentům s praxí delší než 10 let je jen nepatrný. Tento rozdíl činil jen 3,6% ve prospěch respondentů s praxí kratší než 10 let. Pokud dochází k transportu pacienta na jiné oddělení nebo na vyšetření, pak mu respondenti s praxí kratší než 10 let častěji poskytnou čas na to, aby se mohl upravit,

a sdělí mu plánovaný transport předem (91,7% respondentů). Na dostatečné oblečení a zakrytí pacienta během transportu dbají obě skupiny respondentů stejně. Tuto odpověď označilo 100% respondentů s praxí kratší než 10 let i 100% respondentů s praxí delší než 10 let. Odpověď, že před transportem řeší především dokumentaci pacienta uvedlo jen 3,4% respondentů s praxí delší než 10 let, respondenti s praxí kratší než 10 let tuto odpověď nevolili vůbec. Je-li v pokoji pacient obnažován, pak na zavřené dveře od pokoje častěji dbají respondenti s praxí kratší než 10 let (100%), zatímco respondenti s praxí delší než 10 let jen v 93,1%. Možnost, že si zavřených dveří nevšímají nebo o nich vůbec nepřemýšlejí uvedli 3,4% respondentů s praxí delší než 10 let, respondenti s praxí kratší než 10 let takovou odpověď nevolili. Z těchto poznatků lze vyvodit, že všeobecné sestry s odbornou praxí kratší než 10 let častěji volily odpovědi, které zaručují pacientům respektování jejich soukromí a intimity než všeobecné sestry s odbornou praxí delší než 10 let. Sledovaný předpoklad č. 2 se potvrdil a délka praxe má v tomto případě na chování personálu a způsob respektování soukromí vliv. Rozdíl v obou sledovaných skupinách nebyl však nijak významný (viz tabulka č.2). Skupina respondentů s praxí delší než 10 let byla však o 63 respondentů početnější, což mohlo mít dopad na získané výsledky. Pro zobecnění tvrzení, že s délkou odborné praxe ošetřujícího personálu se respektování soukromí pacientů zhoršuje by bylo třeba provést rozsáhlejší šetření s větším počtem respondentů a porovnat odpovědi respondentů a různé délky odborné praxe.

Povzbudivé je zjištění, že ačkoliv na operační sál přijíždí pacient v lůžku nahý, zakrytý jen příkrývkou, nedochází při předávání na operační sál k jeho nežádoucímu odhalení a postup překlada pacienta na operační sály je volen tak, aby byla respektována pacientova nahota a stud. Tento fakt je pozitivní také proto, že na překladišti pacientů není v dopoledních hodinách pacient nikdy sám. Na překladech zařízení operačních sálů FN Plzeň jsou přijímáni a předáváni pacienti pro celkem 6 operačních sálů, jejichž provoz běží současně. Přítomno je obvykle současně několik pacientů, ošetřující personál a téměř vždy se jedná o přítomnost osob opačného pohlaví.



## ZÁVĚR

Cílem práce bylo zjistit do jaké míry je respektováno a dodržováno soukromí a intimita pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Pro ověření tvrzení bylo zvoleno anonymní dotazníkové šetření a zúčastněné skryté pozorování na překladovém zařízení operačních sálů FN Plzeň. Respondenty dotazníkového šetření byly všeobecné sestry FN Plzeň a Rokycanské nemocnice a.s.

Ověřovány byly celkem tři předpoklady vztahující se ke zvolené tématice. Předpoklad první testoval tvrzení, že všeobecné sestry respektují soukromí a intimitu pacientů při poskytování ošetrovatelské péče. Sledováno bylo, zda odebírají osobní anamnézu od pacienta o samotě, zda vyzývají ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj v případě, že provádějí u jiného pacienta úkony, při kterých je tento pacient obnažen a zda vyzývají ostatní mobilní pacienty, aby dočasně opustili pokoj také v případě, že jiný imobilní pacient se musí vyprazdňovat na lůžku. Dále bylo sledováno jestli všeobecné sestry klepou na dveře, než vstoupí do pokoje pacientů a dbají na to, aby byly dveře od pokoje pacientů zavřené v případě, že v pokoji provádějí úkony, při kterých je pacient obnažen. Tento předpoklad se potvrdil jen částečně. Kritérium pro potvrzení předpokladu bylo stanoveno na 80% odpovědí u sledovaných parametrů. Ve všech sledovaných otázkách nebylo 80% výsledku dosaženo. K odchodu z pokoje, vyzve mobilní pacienty v případě, že je na pokoji jiný pacient obnažován jen 43% respondentů, na dveře pacientova pokoje klepe jen 51% respondentů. Jen o samotě s pacientem odebírá osobní anamnézu jen 21,5% respondentů. Na zavřené dveře od pokoje, v případě, že je v pokoji obnažován pacient, dbá 95% respondentů a 81% jich dostatečně ochraňuje pacientovo soukromí v případě, že se musí vyprazdňovat na lůžku.

Druhý předpoklad sledoval vliv délky odborné praxe na získané odpovědi. Porovnány byli respondenti s odbornou praxí do 10 let a respondenti s odbornou praxí nad 10 let. Druhý předpoklad sleduje jestli všeobecné sestry s odbornou praxí kratší než 10 let častěji volí odpovědi, které zaručují zachování soukromí a intimity pacienta než všeobecné sestry s délkou odborné praxe nad 10 let. Toto tvrzení se potvrdilo, avšak

rozdíl mezi procentuálním zastoupením odpovědí v jednotlivých skupinách respondentů nebyl významný. Vliv na tuto skutečnost mohl mít fakt, že skupina respondentů s praxí delší než 10 let byla o 63 respondentů početnější.

Třetím testovaným předpokladem bylo, že na překládovém zařízení operačních sálů nedochází k nežádoucímu odhalení pacienta. K potvrzení bylo použito zúčastněné skryté pozorování. K nežádoucímu odkrytí nahého těla pacienta došlo jen v 9% sledovaných případů a předpoklad se potvrdil. Na překládovém zařízení operačních sálů FN Plzeň je soukromí a intimita pacientů dostatečně respektována, při překládání pacienta na operační sál je volen takový postup, aby nedocházelo k nežádoucímu obnažování před zraky cizích lidí.

Dříve bylo právo na soukromí zaneseno jen v etických kodexech. V důsledku toho, že se řada práv, která byla dosud uvedena jen v etických kodexech, dostala v roce 2012 do textu zákona, stávají se tato práva ze strany pacientů vymahatelnými. Konkrétně §28 zákona 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování říká: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“.

V klasifikačním systému NANDA I Taxonomie II, verze 2012 - 2014 se nenachází žádná ošetrovatelská diagnóza zaměřená přímo na soukromí pacienta, která by ve svém názvu termín soukromí obsahovala. Pojem soukromí lze však nalézt v několika ošetrovatelských diagnózách a to mezi doporučenými ošetrovatelskými intervencemi, mezi příčinami vzniku nebo rizikovými faktory dané ošetrovatelské diagnózy.

Celkově lze říci, že ochrana soukromí a intimity pacientů je v průběhu poskytování ošetrovatelské péče velmi složitá záležitost a je z podstaty věci spojená s určitými specifiky. Hospitalizace a poskytování ošetrovatelské péče přináší mnoho způsobů, jimiž lze zasáhnout do pacientova práva na soukromí, při vyšetřování často dochází k odhalování lidské nahoty, řešeny jsou intimní a někdy choulostivé záležitosti jedinců, přítomno je vždy současně několik vzájemně si cizích lidí. Ale už samotná znalost této problematiky

poskytuje naději, že toto právo bude naplněno, že o něm někdo přemýšlí, že se jím někdo zabývá. I v této oblasti můžeme nalézt rezervy. Stále je co zlepšovat, nad čím se zamýšlet a měnit ve prospěch pacienta. Záleží na každém z nás jestli se budeme o svá práva hlásit a na problematiku tím upozorňovat nebo si necháme vše tiše líbit. Je otázkou svědomí každé všeobecné sestry jestli se k pacientům chová vždy tak, jak by si přála, aby se někdo jiný choval k ní, kdyby se sama stala pacientem. Je třeba mít neustále na paměti, že vstup do intimní zóny pacienta, i když za účelem poskytnutí zdravotnické pomoci, může být pro některé pacienty stresovým faktorem.

## SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

ALTMAN, Irwin a Setha M LOW. *Place attachment: sestra - reprezentant profese*. 2. vyd. Editor Ivan Slaměnik. New York: Plenum Press, c1992, xix, 314 p. Praktické příručky pro sestry. ISBN 03-064-4071-7.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. Sestra. ISBN 978-802-4735-573.

CALTOVÁ, Barbora. *Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče*. 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Martina Jedlinská.

ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* [online]. 2010 [cit. 2014-12-02]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká. Dostupné z: <<http://theses.cz/id/m843fl/>>.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. *Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z:[http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky\\_kodex\\_icn.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf)

Education for dignity, *Dignity and Older Europeans: A Multidisciplinary Workbook*. 2003. (Překlad Kellnerová – Kalvachová L.), Cesta domů, 2004, 65 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměnik. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996, 176 p. Psyché (Grada). ISBN 80-902-1630-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Překlad Irena Štěpaníková. Praha: Galén, 2007, 104 s. Beckova edice ABC. ISBN 978-807-2624-973.

HAYES, Nicky. *Základy sociální psychologie: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Vyd. 5. Překlad Irena Štěpaníková. Praha: Portál, 2009, 166 s. ISBN 978-807-3676-391.

JÍLEK, Aleš. Nový zákon o zdravotních službách platný od 1.4.2012. *Gynekolog*. 2012, roč. 21, č. 1, s. 34-36. Dostupné z: [www.gyne.cz/clanky/2012/112cl8.htm](http://www.gyne.cz/clanky/2012/112cl8.htm)

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov: komentované předpisy*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Překlad Irena Štěpaníková. Praha: SPN, 1998, xxviii, 862 s. Beckova edice ABC. ISBN 80-042-6710-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163 s. ISBN 978-802-4720-692.

MACH, Jan. *Medicína a právo: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Vyd. 1. Překlad Irena Štěpaníková. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s. Beckova edice ABC. ISBN 80-717-9810-X.

MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 264 s. ISBN 80-247-1399-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva pacientů ČR* [online]. [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>.

NANDA International. *Ošetrovatelské diagnózy: definice*. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-802-4743-288.

NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Desatero pro soukromí pacientů*. [online]. [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: <http://www.homolka.cz/cs-CZ/kvalita-a-bezpecnost/pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu.html>.

SIKOROVÁ, Lucie a Andrea FILOVÁ. *Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních.. Kontakt: Scientific Acta Faculty of Social and Health Studies : vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. České Budějovice: 2011, roč. 2011, č. 2. ISSN 1212-4117.*

STAŇKOVÁ, Marta a Ivana BÓRIKOVÁ. *České ošetřovatelství II: sestra - reprezentant profese. 1. vyd. Editor Ivan Slaměník. Brno: IDVPZ, 2002, 78 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.*

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetřovatelském procesu. 1. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.*

TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. *Potřeby v ošetřovatelství. 1. vyd. Editor Ivan Slaměník. Martin: Osveta, 2008, 196 s. Sestra. ISBN 978-808-0632-700.*

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetřovatelství: pro posluchače studijního programu Rehabilitační péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.*

TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace . 1. vyd. Praha : Triton, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1 (váz.).*

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2. vyd. Editor Ivan Slaměník. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. Sestra. ISBN 80-701-3324-4.*

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějšího ústavního zákona.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. 2004, částka 7. str. 12 [online]. [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html)*

VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy: nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

VÝROST, Jozef. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Editor Ivan Slaměník. Praha: Grada, 2008, 404 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-288.

ZACHAROVÁ, Eva. Realizace práv pacientů v klinické praxi. *Zdravotnické noviny*. [Praha, etc.: V Avicenu, etc.], 2008, roč. 57, č. 39, s. 22-24. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/realizace-prav-pciantu-v-klinicke-praxi-381126> *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow](https://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow)

Zákon č. 372/2012 ze dne 6.11.2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730 – 4801. ISSN 1211 -1244.

## **SEZNAM ZKRATEK**

N. ....nadstandardní pokoj

P. ....pacient

NANDA.....North American Nursing Diagnosis Association



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1: Výsledky pro předpoklad č. 1

Tabulka č. 2: Výsledky pro předpoklad č. 2

## SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle věku a pohlaví
- Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle délky zdravotnické praxe
- Graf č. 3: Charakter nemocničních pokojů na pracovištích respondentů
- Graf č. 4: Pohlaví hospitalizovaných pacientů na pracovištích respondentů
- Graf č. 5: Místo získávání ošetřovatelské anamnézy
- Graf č. 6: Přítomnost jiné osoby při odběru anamnézy od pacienta
- Graf č. 7: Pomůcky na zajištění soukromí
- Graf č. 8: Přítomnost další osoby při provádění osobní hygieny pacienta na lůžku
- Graf č. 9: Přítomnost další osoby při provádění osobní hygieny pacienta na lůžku v závislosti na délce odborné praxe respondenta
- Graf č. 10: Vyzývání ostatních pacientů k opuštění pokoje při obnažování jiného pacienta
- Graf č. 11: Četnost vyzývání ostatních pacientů k opuštění pokoje při obnažování jiného pacienta na lůžku v závislosti na délce praxe respondenta
- Graf č. 12: Způsob obnažování pacienta
- Graf č. 13: Ochrana intimity při vyprazdňování na lůžku
- Graf č. 14: Ochrana intimity při vyprazdňování na lůžku v závislosti na délce odborné praxe respondenta
- Graf č. 15: Klepání na dveře pokoje před vstupem
- Graf č. 16: Klepání na dveře pokoje před vstupem v závislosti na délce odborné praxe respondenta
- Graf č. 17: Úkony před transportem nebo překladem pacienta
- Graf č. 18: Úkony před transportem nebo překladem pacienta v závislosti na délce odborné praxe respondenta
- Graf č. 19: Zavírání dveří pokoje při obnažování pacienta
- Graf č. 20: Zavírání dveří pokoje při obnažování pacienta v závislosti na délce odborné praxe respondenta
- Graf č. 21: Faktory vedoucí k nedodržování soukromí pacienta
- Graf č. 22: Nežádoucí obnažení pacienta na překládovém zařízení operačních sálů

Graf č. 23: Příčina nežádoucího obnažení pacienta na překládovém zařízení operačních sálů.

Graf č. 24: Výsledky pro předpoklad č. 2

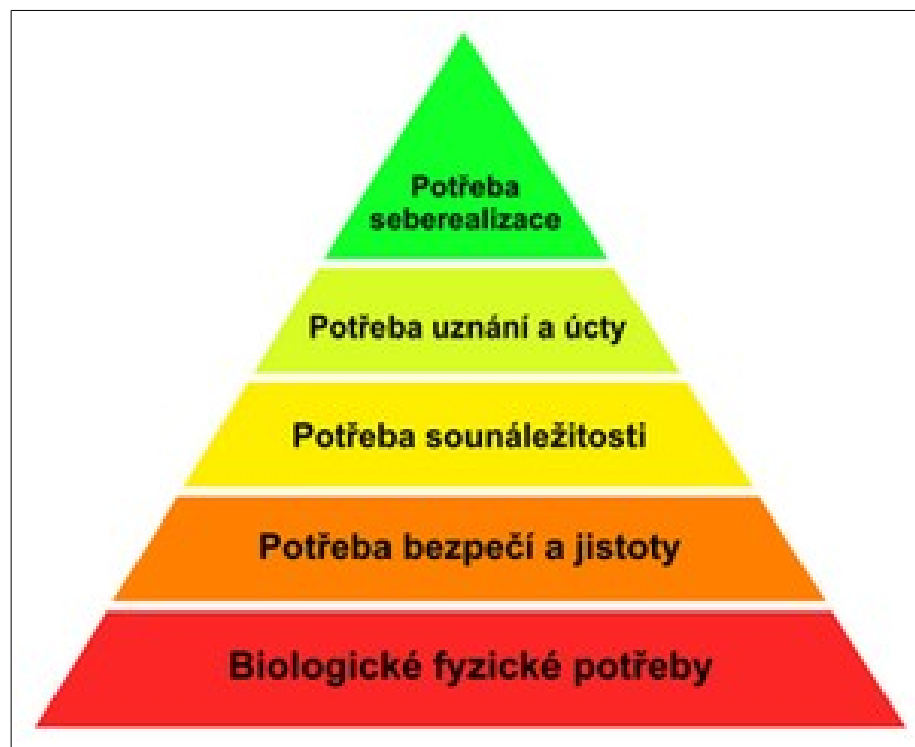
## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. č. 1: Maslowova hierarchie lidských potřeb

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Dotazník
2. Pozorovací záznam
3. Souhlas s provedením průzkumného šetření ve FN Plzeň

Obr.: č. 1: Maslowova hierarchie lidských potřeb



Příloha č. 1: Dotazník

## **DOTAZNÍK**

Dobrý den, jmenuji se Petra Viltová a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetrovatelství – všeobecná sestra. Zpracovávám bakalářskou práci na téma "Soukromí a intimita při poskytování ošetrovatelské péče". Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci a vyplnění předloženého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity jen pro účely bakalářské práce.

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu z možností, u pojmu jiné, dopište Vaši odpověď. Prosím Vás o vyplnění celého dotazníku, jinak by nebyl dotazník validní a nemohl by být do výzkumu zařazen.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

### **1. Jste?**

muž

žena

### **2. Kolik je Vám let?**

21 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 60 let

61 let a více

### **3. Vypište prosím na jakém oddělení pracujete.**

.....

### **4. Jak dlouhá je Vaše zdravotnická praxe?**

0 – 5 let

6 – 10 let

11 – 15 let

16 – 20 let

21 – 25 let

26 – 30 let

31 – 35 let

36 – 40 let

41 – 45 let

46 a více let

**5. Kolika lůžkové pokoje se vyskytují na oddělení na kterém pracujete?**

(zašrtněte všechny možnosti)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> jednolůžkové                       | <input type="checkbox"/> třílůžkové           |
| <input type="checkbox"/> jednolůžkové – placený nadstandard | <input type="checkbox"/> čtyřlůžkové          |
| <input type="checkbox"/> dvoulůžkové                        | <input type="checkbox"/> pětিলůžkové          |
| <input type="checkbox"/> dvoulůžkové – placený nadstandard  | <input type="checkbox"/> šesti a více lůžkové |

**6. Na oddělení, na kterém pracujete jsou hospitalizováni?**

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> jen muži    | <input type="checkbox"/> jen ženy |
| <input type="checkbox"/> muži i ženy | <input type="checkbox"/> děti     |

**7. Kde odebíráte od pacienta ošetrovatelskou anamnézu?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> na pokoji             | <input type="checkbox"/> v pracovně sester |
| <input type="checkbox"/> na chodbě             |  |
| <input type="checkbox"/> jinde, vypište: ..... |  |

**8. Jsou při odběru osobní anamnézy od pacienta přítomny jiné další osoby?**

(myšleno u pacienta, který je schopen osobní anamnézu sám sdělit)

- ano, ostatní pacienti
- ano, ale jen ošetrovatelský personál (sestry, lékaři)
- ano, ale jen rodinní příslušníci pacienta
- ne, odebírám anamnézu o samotě s pacientem

**9. Jaké pomůcky pro zvýšení soukromí máte na vašem oddělení k dispozici?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> žádné               | <input type="checkbox"/> závěsy mezi jednotlivými lůžky |
| <input type="checkbox"/> pojízdné zástěny    |   |
| <input type="checkbox"/> jiné, vypište ..... |   |



**10. Když provádíte u pacienta celkovou hygienu na lůžku jsou přítomny další osoby, které se na této péči nepodílejí?**

- ano  ne

**11. Když ošetřujete imobilního pacienta na lůžku a dochází k jeho obnažení vyzvete ostatní mobilní pacienty na pokoji aby pokoj dočasně opustili?**

- ano  ne

**12. Když provádíte ošetrovatelské úkony, při kterých musíte pacienta obnažit, tak:**

- odkryji jen nezbytnou část těla a na nezbytně nutnou dobu
- odkryji pacienta celého, ale jen na nezbytně nutnou dobu
- nepřemýšlím o tom, důležité je splnit kvalitně požadovanou práci

**13. Když se pacient musí vyprazdňovat na lůžku, tak:**

- vyzvu ostatní mobilní pacienty, aby pokoj dočasně opustili
- používám zástěny okolo lůžka pacienta
- neřeším to, k hospitalizaci to v určitých situacích patří

**14. Klepete vždy na dveře než vstoupíte do pokoje?**

- ano  ne

**15. Když je pacient transportován na vyšetření nebo na jiné oddělení, tak:**

(možné zvolit více odpovědí)

- sdělím mu to předem, aby měl čas se upravit
- vždy dbám na to, aby byl pacient dostatečně oblečen nebo přikryt
- neřeším jak je pacient upraven nebo oblečen, důležité je připravit náležitou dokumentaci

**16. Když provádíte u pacienta výkony, při kterých je pacient obnažen, dbáte na to aby byly zavřené dveře do pokoje?**

- ano, vždy  ne
- nepřemýšlím o tom

**17. Jaké faktory podle Vás vedou k nedodržování soukromí pacienta v průběhu hospitalizace?**

(lze označit více odpovědí)

- nedostatek času
- nedostatek místa na pokoji pacientů
- nedostatek pomůcek k zajištění soukromí a intimity pacienta
- neznalost problematiky soukromí ze strany ošetřovatelského personálu
- zdravotní stav pacienta
- jiné, vypište .....

Příloha č. 2: Pozorovací záznam

POZOROVACÍ ZÁZNAM – DODRŽOVÁNÍ INTIMITY PACIENTA							
Datum	Pohlaví pacienta	Věk pacienta	Z jakého oddělení je pacient	Došlo k odhalení pacienta	Kdo pacienta odhalil	Přítomnost osoby opačného pohlaví	Událost nastala?
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci
	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> dítě			<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> sanitář doprovod <input type="checkbox"/> sanitář OS <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> před operací <input type="checkbox"/> po operaci

## Příloha č. 3: Souhlas s provedením průzkumného šetření ve FN Plzeň



### Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

*Vážená paní*

*Petra Viltová*

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

### **Povolení sběru informací ve FN Plzeň**

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **uděluji povolení** ke sběru dat pomocí dotazníku určeného všeobecným sestram, pracujícím na níže uvedených pracovištích FN Plzeň:

- *Kliniky – anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny, gynekologicko-porodnická, chirurgická, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, I. interní.*
- *Oddělení operačních sálů.*

Vaše šetření budete provádět – za uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „*Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče*“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní nelékařští zdravotničtí pracovníci oslovených pracovišť souhlasí s Vaším šetřením.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření **nenaruší chod pracoviště** ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, **ochrany dat pacientů** a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se podílet aktivně na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci pocíťovali jako újmu. Účast zdravotnických pracovníků na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová*  
*manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP*  
*zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň*  
*tel.: 377 103 204, 377 402 207*  
*e-mail: [chabrovas@fnplzen.cz](mailto:chabrovas@fnplzen.cz)*

27. 11. 2014