

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

# **Bakalářská práce**

2007

Soňa Švagrová

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění intimity pacienta na standardním oddělení, ARO, JIP**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Andrea Hudáčková, R.N.

2007

Soňa Švagrová

## **Providing the patient's privacy on regular wards and intensive care units.**

### **Abstract**

At present, dignity and intimacy of a patient has been increasingly put in the shade. The issue of security of intimacy differs at each ward. The objective of the bachelor thesis on the topic "Security of intimacy of a patient at a standard ward, an anaesthesiology-resuscitation ward and an intensity care ward" is to map out the knowledge of nurses in the field of intimacy and its observance at various sorts of wards.

Conducting a number of activities, a nurse enters the intimate zone of a patient and disturbs their intimacy. Therefore we intended to ascertain whether nurses have sufficient knowledge in this field.

In a number of cases, patients are not able to defend themselves so their protection is to be secured by the health workers who should behave in the manner respecting the patients in any situation and state. They must do anything not to disturb their intimacy at all or only to a minimal extent. For this reason we raised the questions: Do nurses observe intimacy of patients sufficiently? Do the nurses working at an anaesthesiology-resuscitation ward (ARO) and an intensity care ward (JIP) observe the intimacy principles more than the nurses at standard wards?

The research group consisted of the nurses working at ARO, JIP and standard wards of surgical sections in Nemocnice České Budějovice a.s. and Nemocnice Český Krumlov a.s. The research method I used was a questionnaire. Hypothesis No. 1 that nurses have a sufficient knowledge in the field of intimacy was confirmed on the basis of the knowledge test results. Regrettably, hypothesis No. 2 that nurses observe patient intimacy insufficiently was confirmed. Hypothesis No. 3 that the nurses working at ARO and JIP wards observe the principles of intimacy security more than the nurses working at a standard ward was not confirmed. It follows from the results of the research that while nursing the patients, nurses observe the principles of intimacy security insufficiently at all the types of wards.

On the basis of the undertaken research, the hospitals that have not internal regulations (guidelines) on this issue elaborated should do so e.g. in the form of "Ten

Rules of Patient Privacy” and should pay attention to observance of principles of patient intimacy protection. It is necessary that the nurses serve as defenders of the patients’ rights in this field.

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Zajištění intimity pacienta na standardním oddělení ARO, JIP*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne.....

.....  
podpis studenta

Děkuji Mgr. Hudáčkové za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování této bakalářské práce a všem sestřám, které spolupracovaly na výzkumu bez nichž, by se nemohl uskutečnit.

## Obsah

Úvod .....	4
<b>1.Současný stav.....</b>	<b>5</b>
1.1 Potřeby nemocného v ošetrovatelství .....	5
1.2 Intimita a stud .....	6
1.2.1 Intimita .....	6
1.2.2 Stud.....	6
1.2.3 Blízkost a osobní prostor .....	6
1.2.4 Ochrana osobních dat .....	7
1.3 Sestra versus pacient .....	9
1.3.1 Činnosti a úkoly sester.....	9
1.3.2 Etický kodex sester.....	10
1.3.3 Práva pacientů .....	12
1.3.4 Vztah sestry a pacienta – zachování intimity.....	14
1.4 Zdravotnické zařízení a jeho členění .....	16
1.4.1 Diferencovaný systém péče .....	16
1.4.2 Standardní ošetrovací jednotka .....	18
1.4.2.1 Stavební uspořádání a součásti oš. jednotky .....	18
1.4.3 Jednotka intenzivní péče – JIP .....	19
1.4.3.1 Velikost a umístění JIP.....	19
1.4.3.2 Práce sestry na JIP.....	20
1.4.4 Anesteziologicko-resuscitační oddělení – ARO .....	21
1.4.4.1 Velikost a umístění ARO.....	22
1.4.4.2 Práce sestry na ARO .....	23
1.4.4.3 Práva kriticky nemocného .....	23
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>25</b>
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Hypotézy .....	25
<b>3. Metodika.....</b>	<b>26</b>
3.1 Metodika práce .....	26

3.2 Charakteristika výzkumných souborů .....	26
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>27</b>
4.1 Vyhodnocení otázek určených sestřám na oddělení ARO, JIP a standard .....	27
<b>5. Diskuze.....</b>	<b>85</b>
<b>6. Závěr.....</b>	<b>96</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>98</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>102</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>103</b>



### **Seznam použitých zkratk**

a. s.	akciová společnost
ARO	anesteziologicko resuscitační oddělení
Bc.	bakalář
ICN	mezinárodní rada sester
JIP	jednotka intenzivní péče
Mgr.	magistr
PSS	pomaturitní specializační studium
Sb.	sbírka
SŠ	střední škola
VŠ	vysoká škola

## Úvod

Lidská společnost prochází vývojem, který se nevyhýbá ani medicíně. Pokrok se projevuje využíváním nejnovějších vědeckých poznatků a postupů a v neposlední řadě i požíváním nejmodernější techniky. Máme k dispozici stále dokonalejší přístroje, které umožňují stále přesnější a rychlejší diagnostiku a terapii. Nemocný se stává objektem léčení ze strany zdravotníků. Jeho důstojnost, osobní identita i intimita ustupuje při jeho léčení a ošetřování do pozadí (3).

Dnešní uspěchaná a přetechnizovaná doba této situaci jen nahrává. Na sestry jsou kladeny stále vyšší nároky, které se soustřeďují převážně na správnou techniku a rychlost prováděných výkonů, než na člověka i přesto, že nemocný má právo při jeho léčbě a ošetřování na maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Právo je součástí etického Kodexu práv pacientů.

Toto téma jsem si vybrala proto, abych zmapovala znalosti sester v oblasti intimity a jejího dodržování na standardních odděleních chirurgických oborů a na specializovaných odděleních jakými jsou resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče, kde právě technika, neustále nové monitorovací metody narušují intimitu a soukromí a také omezují nemocné. Pacienti jsou zde plně odkázáni na zdravotníky, kteří jsou podle mého názoru v zachování intimity a soukromí pacientů velmi limitováni. Pacienti se mnohdy nemohou bránit, jejich ochrana přechází na zdravotníky, kteří svým chováním, by měli respektovat nemocné v jakékoli situaci a stavu. Naše chování by mělo vycházet z empatie a etického přístupu k pacientům.

## **1. Současný stav**

Moderní ošetřovatelství je založeno na plánování, hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Každý člověk je individualitou a má své potřeby. Uspokojování potřeb člověka je jednou z podmínek jeho rozvoje a existence. Potřeby se stávají životní nutností a jejich dlouhodobé neplnění se nepříznivě odráží na zdraví a pocitu dobré pohody člověka (10, 27).

### **1.1 Potřeby nemocného v ošetřovatelství**

Potřeba je projevem nedostatku, chybění něčeho, co vyžaduje odstranění. Prožívání nedostatku ovlivňuje celkovou činnost člověka jako je pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce. Lidské potřeby se mění, vyvíjejí a kultivují. Pokud naše potřeby nejsou dlouhodobě uspokojovány, je tato situace označována jako strádání (10, 27).

Americký psycholog A. H. Maslow vytvořil hierarchickou teorii potřeb (Příloha č.1). Lidské potřeby jsou řazeny v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Maslowových pět kategorií úrovní potřeb zahrnuje fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, seberealizace a potřeby sebeúcty. Maslow zařadil mezi vyšší potřeby seberealizaci, uznání a sounáležitost. Do nižších začlenil potřeby bezpečí a fyziologické potřeby. Takové uspořádání vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby překonají a zvítězí nad neuspokojenými potřebami „vyššími“. Seberealizace, která je postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení potřeb dalších. Mezi základní fyziologické potřeby Maslow zařadil vzduch, potravu, vodu, odpočinek, spánek, udržování teploty a přístřeší a také činnost. Pokud člověk dosáhl splnění právě těchto potřeb objevuje se potřeba bezpečí. Tato potřeba má dvě stránky. Osoba chce být v bezpečí a chce se cítit v bezpečí a to jak fyzickém, tak i citovém. Jistota a bezpečí odráží touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození od strachu a úzkosti. Tato potřeba se dostává do popředí v situaci ztráty pocitu životní jistoty. Ke ztrátě životní jistoty může dojít při hospitalizaci pacienta v nemocnici. A právě zde využívá sestra znalostí lidských potřeb k podpoření nemocného a udržení jeho identity a sebeúcty (14, 27).

## **1.2 Intimita a stud**

### **1.2.1 Intimita**

Intimita souvisí s identitou člověka. Ztráta identity přináší ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty. Ve slovníku cizích slov je definována jako důvěrnost, soukromí, útulnost a intimita. I pátá část Etického kodexu práv pacientů nás informuje o právu na maximální ohledy na soukromí a stud. Léčba a vyšetření se stávají pouze věcí důvěrnou. Pocit studu se objevuje tehdy, jestliže je náhle porušena intimní sféra a stává se bez vlastní kontroly viditelnou (21, 22, 25).

### **1.2.2 Stud**

Stud je specificky lidská a výchovou získaná emoce. Je reakcí na provinění nebo porušení normy či pravidla. Existují různé druhy studu a vztahy k dalším emocím. Vztahuje se k pocitům viny, ostýchavosti a rozpačitosti a je charakterizován jako negativní a bolestný stav. Jeho zážitek je spojen se ztrapněním se a přistižením při něčem nedovoleném. Stydící se má dojem, že je vystaven všem očím kolem sebe, cítí se nejistý a zaražený. Prožívání této emoce je tedy veskrze nepříjemné (6, 21).

Stud jako prožitek není jen reakcí na vědomí jedince, že sociální okolí odhalilo jeho osobní slabiny, ale může být také reakcí na chválu, jehož příčinou je zvýšená pozornost sociálního okolí vůči jedinci já (21).

Prožitek studu chrání hranice intimity a hranice jáství a reguluje pocit hodnoty sebe sama. Charakteristickým výrazovým projevem je zardívání se nebo zrudnutí, které je nejlidštějším ze všech výrazů emocí a je specificky lidské. Intenzita červenání je různá a někteří lidé prožívají tento stav bez začervenání. Zardívání provází pocit studu a současně jej zintenzivňuje, pokud si červenající se subjekt uvědomí, že to na něm sociální okolí pozoruje. Nepříjemný pocit máme i tehdy, pokud nám někdo naruší náš osobní prostor (4, 21).

### **1.2.3 Blížkost a osobní prostor**

Osobní prostor je pomyslný kruh kolem našeho těla. Tento prostor nevnímáme, dokud ho někdo nenaruší. Věda o členění osobního prostoru s následným dodržováním

hranic je označována jako proxemika. Název je odvozen z latinského slova proximitas a znamená blízkost. Rozlišujeme zde čtyři zóny: intimní, osobní, sociální (společenskou) a veřejnou. Vzdálenost je měřena v délkových mírách (2,4).

Dolní hranice intimní zóny je charakterizována těsným hmatovým kontaktem. Horní hranice je přibližně ve vzdálenosti 10 až 30cm od těla. Sestra často vstupuje do intimní zóny pacienta různými ošetrovatelskými postupy, jako jsou například odběry biologického materiálu, hygienická péče, krmení a další odborné výkony. Pokud vstoupit do intimní zóny musí, měla by pacientovi vysvětlit důvod a dobu trvání tohoto vstupu. Zároveň by měla k pacientovi přistupovat s maximální dávkou taktu. Vstoupí-li sestra do intimní zóny pacienta, aniž by ho informovala, může očekávat hněv, agresivitu, verbální útok či napětí. Pacient se neuvolní a nespolupracuje. V této vzdálenosti by neměl probíhat rozhovor mezi sestrou a pacientem (2).

Osobní zóna je uváděna ve vzdálenosti 30 až 120cm. Je to ideální vzdálenost pro komunikaci sestry s pacientem. Během kontaktu sestra pozoruje i neverbální projevy, lehce udrží zrakový kontakt a je to vzdálenost, ve které může sestra v případě potřeby uplatnit haptický kontakt (15).

Sociální zóna představuje vzdálenost kolem 120 až 360cm. Její součástí je užší a širší zóna. Tato vzdálenost by měla být uplatňována při sdělování neosobních věcí. Sestra v této oblasti komunikuje s více pacienty. V užším pásmu můžeme vést rozhovor s pacientem, ale pacient to může vnímat jako sociální odstup (15).

Veřejná zóna je představována vzdáleností od 3,6 do 7,6m. Uplatňujeme ji při různých veřejných vystoupeních a právě zde ztrácí sestra osobní kontakt s pacientem (15).

#### **1.2.4 Ochrana osobních dat**

V poslední době se v celospolečenském kontextu věnuje zvýšená pozornost ochraně osobních, zejména pak intimních dat. Právě v nemocnicích se člověk odhaluje nejen po stránce fyzické, ale také psychické a sociální. Každý zdravotnický pracovník, ale především sestra, která je v neustálém kontaktu s pacientem se setkává s celou řadou informací o pacientovi. A to jak s informacemi velice osobního, tak intimního rázu.

Především pacient, ale i společnost a zdravotníci mají zájem, aby tyto informace zůstaly utajeny. Lékaři jsou tradičně vázáni lékařským tajemstvím a všichni pracovníci ve zdravotnictví povinnou mlčenlivostí (7, 28).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně nařizuje, že každý má právo na respektování svého soukromého života v souvislosti s informacemi o jeho zdraví. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu, stanovuje zdravotnickému personálu zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které získal v souvislosti s výkonem povolání. Právo pacienta, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby budou považovány za důvěrné jsou součástí Etického kodexu práv pacientů. Ochrana informací musí být zachována i při počítačovém zpracování (28).

Předmětem povinné mlčenlivosti jsou všechny informace související s pacientem. A to nejen informace o diagnóze, vyšetřovacím nebo léčebném postupu, ale i věci související s osobními, sociálními a pracovními skutečnostmi. Součástí povinné mlčenlivosti jsou i informace týkající se pracoviště. Jako například chybění některého léku nebo interpersonální vztahy (28).

Informace o zdravotním stavu má získat v první řadě pacient, teprve následně rodinný příslušník popřípadě jiná osoba. Povinnost sdělit nemocnému informace o jeho zdravotním stavu je stanovena zákonem. Lékař by měl seznámit přiměřeným způsobem nemocného s jeho zdravotním stavem a zeptat se, zda informace může poskytnout a komu z příbuzných. Písemný souhlas pacienta se nevyžaduje. Pokud pacient vyjádří nesouhlas i když jen ústně, je třeba ho plně respektovat. Výjimky se mohou uplatnit jen tehdy, pokud je pacient v těžkém stavu, má zastřené vědomí nebo je zbaven způsobilosti k právním úkonům nebo jedná-li se o dítě. Informace se nesdělují zaměstnavateli a jiným zájemcům z řad přátel nemocného. Zdravotníci, jimž je zákonem uložena povinná mlčenlivost, nejsou zbaveni tohoto závazku, ani když změní zaměstnání nebo odejdou do důchodu. Také úmrtím pacienta nekončí povinnost zachovávat mlčenlivost (7).

Jestliže sestra poruší zákonem uloženou povinnou mlčenlivost a postižený se bude cítit poškozen ve svých právech, záleží na velikosti škody. O případu může jednat přestupková komise, ale také může pacient podat trestní oznámení, a pokud se prokáže

neoprávněně sdělený údaj navíc nepravdivý může být dotyčná osoba stíhaná za trestný čin (28).

### **1.3 Sestra versus pacient**

#### **1.3.1 Činnosti a úkoly sester**

Všeobecná sestra vykonává v rámci svého povolání činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou, kterou stanoví lékař a poskytuje základní a specializovanou péči. Dále se všeobecná sestra podílí pod odborným dohledem sestry se specializovanou způsobilostí v oboru a v souladu se stanovenou diagnózou lékařem na vysoce specializované ošetrovatelské péči. Účastní se také bez odborného dohledu, na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, neodkladné, rehabilitační a dispenzární péče. Tyto činnosti jsou přímo stanoveny vyhláškou č. 424 z roku 2004. Jiné úkoly, které plní souvisí se sebevzděláním a obhajobou zájmů pacienta v případě jeho nemohoucnosti (29).

V oblasti prevence a edukace se sestra věnuje primární, sekundární a terciální prevenci. Jsou to činnosti zaměřené na vyhledávání a detekci u jednotlivců a skupin rizikové populace s projevy možného poškození zdraví, s příznaky onemocnění nebo handicapu. Sestry svou činností zabraňují vzniku komplikací, kterým je možné předejít. V oblasti terciální prevence jsou to činnosti u osob s poškozeným zdravím. Na základě zdravotní výchovy a vzdělání uděluje pokyny, poskytuje doporučení a rady pacientům o ošetrovatelských činnostech (19).

Úkoly v péči a podpoře zahrnují pomoc při udržování tělesné hygieny (koupání, péče o vlasy, zuby, kůži, nehty), přijímání potravy a pomoc při vylučování (defekace, mikce, zvracení, atd.). Dále pacientovi pomáhá při imobilitě a imobilizaci a dodržuje profesionální přístup k nemocnému. Při mnoha činnostech, které sestra provádí dochází k narušení intimity pacienta, přesto musí být provedeny. Sestra však musí být empatická a udělat vše pro to, aby jeho intimita byla narušena minimálně. Proto by se měla pokusit respektovat pacienta, poskytnout mu emocionální podporu, porozumění, klid a přistupovat k nemocnému s úctou. Svým konáním pacientovi pomáhá najít vlastní pohled na problém, na jeho identifikaci a pomoci s řešením (19).

Činnosti v diagnostice a léčbě zahrnují provádění standardních výkonů při vyšetřování a léčbě nemocných. Sestry odebírají vzorky a materiály na různá vyšetření. Poskytují první pomoc a asistují lékařům, psychoterapeutům a jiným odborníkům ve vyšetřování a léčení. Sestra podává kyslík, roztoky enterální a parenterální cestou a aplikuje teplo a chlad na postižená místa. Podává klyzma a provádí rektální výplachy, podává léky a pečuje o rány pacienta. Provádění těchto výkonů je na sestry delegováno z oblasti medicíny a proto je nutné, aby tyto úkoly byly naordinovány lékařem a poté je sestra může provést (19).

V koordinačních činnostech sestra stanovuje plán ošetrovatelské péče pro každého individuálního pacienta. Sestra deleguje, koordinuje a dohlíží nad ošetrovatelskými činnostmi ošetřujícího personálu s nižší kvalifikací. Součástí koordinační činnosti je předávání informací ostatním členům týmu a konzultace s jinými kolegyněmi (19).

Administrativa a dokumentace obsahuje takové aktivity jako je účast při konziliích a zapojení do vizit s lékaři u pacientů. Dále vede dokumentaci o ošetrovatelské péči, která se týká stavu, potřeb a celkové péče pacienta. Účastní se diskuse členů ošetrovatelského týmu s pacienty (19).

Přípravné a dokončovací práce se dotýkají péče o lůžko a lůžkoviny, pomůcky a přístroje, které používají a spolupracují s pacientem v oblasti zdravého a bezpečného prostředí (19).

Předchozí úkoly a činnosti jako celek zahrnují profesionální výkonnost sestry, kterou lze stanovit standardem, který obsahuje všechny stránky individuální výkonnosti, která obsahuje kvalitu péče, sebehodnocení, kolegiální spolupráci, vzdělávání, využívání poznatků z výzkumu a v neposlední řadě dodržování etických zásad (19).

### **1.3.2 Etický kodex sester**

Problematika intimity se objevuje i v etickém kodexu sester. Tento kodex obsahuje etické požadavky na sesterské povolání a slouží jako návod k etickému chování sester. Mezinárodní etický kodex pro sestry přijala Mezinárodní rada sester (ICN) v roce 1953. Kodex byl několikrát novelizován, znovu schvalován a poslední



revize byla provedena v roce 2000. Zásady chování sester jsou určovány principy, které byly přijaty Mezinárodní radou sester. Na zasedání národních představitelů této rady byla přijata určitá pravidla. Jedno z nich poukazuje na základní povinnost sester. Ta je podle ICN čtyřnásobná. Sestra podporuje zdraví, předchází nemocem, navrácí zdraví a zmírňuje utrpení. Dále je zmiňováno respektování života, důstojnosti a práv člověka (5, 26).

Kodex ICN se stal podkladem pro vytváření všech národních a lokálních kodexů. Mnoho národních organizací si formulovalo svoje vlastní kodexy. Kodex sester byl přijat Českou asociací sester (7).

Povolání sestry je z pohledu odborné přípravy a profesionálního výkonu velmi náročné. Hlavním objektem v práci sestry je člověk. Proto má velký význam dodržování určitých forem jednání ve vztahu k lidské bytosti, ale i ke spolupracovníkům (7).

Od sestry se očekává, že mimo jiných činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných, že zvládne fyzické nároky své profese a dokáže se vypořádat se všemi problémy spojenými s výkonem tohoto povolání. Dochází ke změnám v poskytování zdravotní péče, k přehodnocení postavení sestry do odborného pracovníka, který je zodpovědný za svá rozhodnutí a jednání. Sestry by měly přijímat nejen následky svých rozhodnutí, ale především morální hodnoty. Mezi nejdůležitější hodnoty patří úcta k člověku. Kodex sester je založen na víře v podstatu osobnosti, ošetřovatelství, zdraví a společnosti. Uvedené obecné základy nemohou být zázračným prostředkem, který zabezpečuje morální jednání sestry. To není v možnostech žádného kodexu. Mravního jednání dosáhneme za předpokladu chtění jednající osoby. Vnitřní hlas člověka, jeho svědomí, láska k lidem jsou skutečně jediným a opravdovým zdrojem morálního chování (7).

Kodex sester je rozdělen do pěti částí. Obsahem těchto oblastí je vztah sestry a pacienta, sestry a praxe, sestry a spolupracovníků, sestry a profese a sestry a společnosti (7).

V oblasti sestry a praxe je věnována pozornost přijímání odpovědnosti za svá rozhodnutí. Sestra uplatňuje získané znalosti a usiluje o nejvyšší standart ošetřovatelské péče (7).

Sestra spolupracuje se všemi podílejícími se na zdravotní péči. Provádí zodpovědně odbornou péči, neúčastní se jednání, které odporuje etice nebo jejímu svědomí (7).

Sestra a praxe zmiňuje potřebu morálních předpokladů a odborných znalostí pro výkon povolání. Sestra by měla využívat všechny možnosti ke zvyšování profesionálních znalostí a způsobilosti. Prostřednictvím profesních organizací se podílí na zlepšování vhodných podmínek v ošetrovatelství (7).

Oddíl sestra a společnost obsahuje podíl sestry na uspokojování bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb veřejnosti. Sestra svým chováním ovlivňuje tradice a zvyky společnosti a není proti nim (7).

Důležitou oblastí v etickém kodexu sester je vztah sestra a pacient. Oblast určuje povinnost sestry poskytnout pomoc člověku a vykonávat péči s maximální úctou k lidské důstojnosti a respektovat pacientovo právo na sebeurčení. Při své práci je v neustálém kontaktu s různými typy pacientů a proto by neměla být ovlivněna věkem, pohlavím ani osobností pacienta. Respektuje pacientův životní styl a hodnotový systém. Sestra chrání pacientovo soukromí a veškeré informace důvěrné povahy a respektuje práva pacientů (7).

### **1.3.3 Práva pacientů**

Po dlouhá léta neměli pacienti žádná práva. Pacient byl v minulosti závislý na zdravotnickém personálu a to nejen v odborné rovině, ale často i lidské. Nerovnost vzájemného vztahu byla obrovská. O právech pacientů se začíná hovořit na začátku sedmdesátých let 20. století. V České republice vstoupila v platnost Práva pacientů v roce 1992 (3, 7).

Velké množství důvodů vedlo ke vzniku etického kodexu Práv pacientů. V první řadě se vznik opírá o občanskou demokratickou společnost, kde práva a individuální svoboda je vysoce ceněna. Lidé přijímají odpovědnost za svůj život, požadují dostatek informací i v situaci nemoci, aby i v nemoci mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň spolupracovat. Lidé jsou vzdělanější, zdravotně informovanější a nelze jim vnucovat pouze podřizující roli (7).

V souvislosti s rozvojem vědy a techniky prodělalo zdravotnictví řadu změn. Profesionální péče o pacienta je týmová a specializovaná. Nabídka diagnostických a terapeutických metod je široká. Někdy je těžké určit, která metoda je pro pacienta ta nejlepší. Při léčbě se používají také konziliární vyšetření, ale postupně se zdravotníci přiklánějí k názoru, že názor na léčbu mají vyjádřit i ti, kterých se to týká, tedy pacienti. Z těchto důvodů vyplývá, že pacientova role se mění. Nemocný se stává plnoprávným partnerem ošetřujícího personálu (7).

Jedním z cílů práv pacientů je úcta k individualitě nemocného, respektive k jeho lidství. Mezi nemocné a zdravotníky zavádí demokratický vztah, který odstraňuje nadřazenost a direktivnost. Tento vztah je nahrazen partnerstvím, přátelstvím a poradenstvím. S tím souvisí i další cíl. Zainteresování pacienta na své úzdavě. Pacient je vyzván, aby se podílel na léčebném procesu. Každý člověk je svobodná bytost, proto respektujeme přání nemocného a jeho rozhodnutí (7).

Práva přispívají k vzájemnému porozumění mezi nemocným, rodinou pacienta a profesionálními zdravotníky. Všichni se podílejí na léčení a pomoci a nebo na klidné smrti. Prospěch pro nemocného vychází ze vzájemné souhry těchto skupin a jeho podpoře (3).

Práva pacientů nejsou normy zákonné, ale etické. Pokud nejsou dodržovány nemůžeme je soudně vymáhat ani trestat. V uplatnění etických norem sehrávají významnou úlohu etické komise a vedoucí pracovníci. Neocenitelnou funkci má mnohdy vlastní prožitek a zkušenost. Etické normy nabádají k uvážlivému rozhodování, jsou doporučením, ale vždy záleží na nás, zda nám svědomí nedovolí jednat neeticky. Etický kodex práv pacientů je rozdělen do jedenácti částí, a právě pátá a šestá část kodexu je věnována otázce zajištění intimity pacienta a respektování jeho osobní identity (3, 7, Příloha č. 2).

Právo na soukromí, jedno ze základních práv je stanoveno jak v mezinárodních smlouvách, tak i ve vnitrostátní úpravě. Také podle etického kodexu má pacient právo na maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Dostatek soukromí je spojováno zejména s prováděním hygienických úkonů, konáním potřeby, při návštěvách, uložení osobních věcí a telefonování. Léčba a ošetřování se stávají pouze věcí důvěrnou a jejich

provádění musí být diskrétní. Přítomnost osob, které se na léčbě přímo nepodílejí musí odsouhlasit sám nemocný, kterého se to týká (7, 20).

Základní aspekty soukromí pacienta a způsoby jeho dodržování může mít zdravotnické zařízení zpracováno například písemným nařízením v podobě tzv. „Desatera soukromí pacienta“ (20).

V šestém ustanovení kodexu se hovoří o právu pacienta očekávat, že všechny záznamy o léčbě budou důvěrné a toto právo se také vztahuje na počítačové zpracování dokumentace. I zde musí být zajištěna ochrana všech informací (7).

#### **1.3. 4 Vztah sestry a pacienta – zachování intimity**

V právech pacientů, ale i v etickém kodexu sester se objevuje problematika intimity, studu a informací důvěrné povahy, které by měl ošetřovatelský tým respektovat. Sestra se stává strážkyní zájmů pacientů. Pomáhá pacientovi při plnění jeho základních biologických potřeb jako je například stravování, osobní hygiena nebo vyprazdňování moči a stolice apod.. Za velmi podstatné při ošetřovatelských výkonech se považuje pracovat tak, aby byl respektován stud a soukromí nemocných při veškeré osobní a intimní péči. Ochranou studu a soukromí ukážete, že pacienta respektujete jako lidskou bytost a pomáháte nemocným udržet důstojnost a kontrolu nad osobním prostorem. Respekt k pacientovi můžeme projevit i tím, že nebudeme pacienta oslovovat jinak, než jak si samotný pacient přeje (2, 7, 20, 31).

Mezi obecné zásady pro dodržování intimity pacienta patří především dostatečné informování pacienta o činnostech, které mu sestra bude provádět. Při ošetřovatelských výkonech prováděných u pacienta bychom měli minimalizovat počet přítomných v místnosti a pokud je to možné požádat spolupacienty k odchodu z pokoje, popřípadě používat zástěny k zakrytí nemocného (Příloha č. 3). Důsledně je třeba kontrolovat, zda jsou zavřené dveře do chodby. Je-li potřeba více osob u ošetření (žákyně), je nutné vyžádat si souhlas nemocného. Snažit se pracovat rychle a zbytečně nevystavovat pacienta dlouho odhaleného a odkrývat jen části těla, které je nutné odhalit a snažit se při ošetřování a komunikaci s pacientem zavírat dveře od pokoje. Při převážení

nemocného z operačního sálu nebo z různých vyšetřeních zajistit, aby pacienti byli dostatečně oděni nebo zahaleni (1, 20).

Dále bychom se měli vyvarovat pokládání choulostivých otázek a sdělování intimních informací před více lidmi. Doporučuje se, aby projednávání citlivých osobních záležitostí týkající se diagnózy, zdravotního stavu a léčby bylo provádělo o samotě, bez účasti ostatních, v zájmu ochrany soukromí s ohledem na přání hospitalizovaného (1, 20).

Respekt k pacientovu soukromí projevíme i tím, že před vstupem do pokoje personál zaklepe na dveře (20).

Pokud pacient něco potřebuje nejprve volá sestru, která mu nahrazuje společenské vztahy a je s ním v neustálém kontaktu. Stává se jeho zdrojem informací a poskytuje ošetrovatelskou péči tak, aby umožnila pacientovi dosažení nejvyšší možné úrovně osobního uspokojení. Poskytuje nejen ošetrovatelskou péči z hlediska onemocnění, ale zároveň pomáhá pacientovi vyrovnat se s osobními situacemi, které jeho onemocnění provází (2).

Sestra se podílí na vytváření terapeutického prostředí, které zahrnuje jak vhodně působící fyzické prostředí, které je pohodlné a nehlukné, ale i příjemné sociální klima. Pacient by měl chápat, že sestra zná jeho potřeby a cítí s ním. Akceptování a pochopení pacienta a duševní podpora je velmi důležitá součást ošetrovatelského procesu. Nejdůležitější přínos není v tom, co řekne, ale v její přítomnosti, v trpělivosti vyslechnout pacienta a poradit. Pacient je v novém prostředí, neví, co může očekávat. Vysvětluje pacientovi přípravu na jednotlivé úkony a pomáhá mu se přizpůsobit. Sestra, která ošetřuje pacienta jako fyzický předmět, a ne jako osobu, které poskytuje péči narušuje terapeutický aspekt její činnosti. Se schopností vcítění se do pocitů, myšlení a jednání druhých je spojováno slovo empatie (2).

Prostřednictvím empatie rozumíme, chápeme a poznáváme důvody, příčiny a účely verbálních a neverbálních projevů druhých. Pochopení druhého člověka, může často předejít různým nedorozuměním a konfliktům. Empatii mají lidé v různé míře a mohou ji také rozvíjet. Rozvoj schopnosti empatie souvisí s výchovou v rodině. Životní neúspěchy a krize zesilují tuto schopnost. Člověk, který prošel obdobnou situací a prožil

podobný zážitek, lépe porozumí druhému. Tato vlastnost nám pomáhá proniknout do světa pacienta. Pochopit ho, vidět jeho problémy, tak jak je vidí on (4, 16, 21).

#### **1.4 Zdravotnické zařízení a jeho členění**

Zdravotnické zařízení je členěno na řadu oddělení, které jsou specializovány na určitá onemocnění, výkony atd.. Spektrum péče, které je pacientům poskytováno je velmi různorodé. Proto i problematika zajištění intimity je na každém oddělení odlišná. Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na odděleních intenzivní péče mají jiné prostředí a zdravotníci, tím pádem i jiné možnosti k uspokojení všech potřeb pacientů. Jiné podmínky jsou na odděleních standardní péče a jiné budou u pacientů v kritickém stavu, kteří jsou hospitalizováni na odděleních akutní medicíny.

Zdravotnické zařízení v České republice poskytují nemocným ambulantní péči nebo péči v některém lůžkovém zařízení. Umístění nemocného v lůžkovém zařízení je označováno za hospitalizaci. Nemocnice jsou zpravidla uváděna jako instituce, které vlastní licenci k poskytování zdravotní péče. Mají určitý počet lůžek, organizovaný lékařský tým požadované kvalifikace a poskytují nepřetržitě ošetrovatelské služby. Nemocnice je odlišným zařízením od těch, se kterými se pacient běžně setkává. Má specifické úkoly. Jedním z úkolů je podrobné vyšetření pacienta a stanovení diagnózy. Jiným úkolem nemocnice je tzv. zdravotnická péče. Nemocnice má celou řadu jiných úloh. Často mívají vlastní výzkum nebo jsou spojeny se zdravotními školami, lékařskými fakultami. Nemocnice svými rozsáhlými léčebnými, vědeckými, ošetrovatelskými a sociálními úkoly vytváří jádro zdravotnictví. Nemocnice je rozdělena na řadu specializovaných a diferencovaných oddělení (12, 17, 24).

##### **1.4.1 Diferencovaný systém péče**

Ve zdravotnických zařízeních se setkáváme s pacienty, kteří jsou v různých stádiích onemocnění. Podle toho je jim poskytována odlišná léčebná i ošetrovatelská péče. Toto odlišení v oblasti léčby a ošetrovatelské péče se označuje jako diferencovaná péče. K zavedení této péče vyžadovalo změnu členění odborných oddělení, změnu organizace péče o nemocné v přednemocničních složkách i ve složkách nemocničních.

Základem je týmová práce s využitím špičkové techniky na odděleních, které tuto diferencovanou péči poskytují (8).

Dlouhodobá léčebná a rehabilitační péče připadá pro dlouhodobě nemocné u kterých očekáváme v souvislosti s pokračující léčbou zlepšení zdravotního stavu nebo jeho stabilizaci. Příkladem jsou rehabilitační ústavy (8).

Ošetrovatelská péče je pro dlouhodobě nemocné, u kterých neočekáváme výrazné zlepšení zdravotního stavu a u kterých je potřeba dlouhodobé ošetrovatelské péče jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných (8).

Péče o pacienty v terminálním stádiu chronického onemocnění. Do této péče řadíme např. hospice nebo oddělení paliativní medicíny (8).

Intenzivní péče je určena nemocným, u kterých existuje možnost selhání některé ze základních životních funkcí, ale také pro nemocné, kteří jsou přeloženi z oddělení resuscitační péče. Tito pacienti potřebují zvýšený dohled a pozorování. Pacienti intenzivní péče mají intenzivní terapii, monitorování a sledování a intenzivní ošetrovatelskou péči. Nemocný, který intenzivní péči nevyžaduje může být s ohledem na jeho zdravotní stav a rizika možných komplikací uložen na intermediární péči, kde je dále sledován a monitorován (8).

Resuscitační péče je pro nemocné s akutním selháváním základních životních funkcí, nebo po selhání krevního oběhu, dýchání a vědomí. Jde o péči interdisciplinární, která navazuje obvykle na resuscitaci v terénu či nemocničním oddělení. Oddělení, které tuto péči poskytuje se nazývá anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO) (8).

Urgentní péče je odborná léčebně-preventivní péče o nemocné, jejichž život je bezprostředně ohrožen. Vykonává se na místě neštěstí, v průběhu převozu do zdravotnického zařízení a na odděleních JIP a ARO (8).

Běžná péče je určena všem nemocným hospitalizovaných v nemocnici, u kterých nehrozí selhání základních životních funkcí. Tato péče je zajišťována všemi standardními odděleními (8).

## **1.4.2 Standardní ošetrovací jednotka**

Velká lůžková oddělení se člení na menší části nazývané ošetrovací jednotky. Ošetrovací jednotka je základní částí oddělení. Je různě velká, zpravidla pro 25 až 35 nemocných. Nemocný přichází na ošetrovací jednotku příslušného oddělení, kde je umístěn sestrou na příslušný pokoj. Sestra připraví pacientovi lůžko a podle jeho stavu a potřeb toto lůžko doplní pomůckami. Ošetrovací jednotky jsou odlišně stavebně uspořádány (8, 24).

### **1.4.2.1 Stavební uspořádání a součásti ošetrovatelské jednotky**

Ve starších nemocnicích jsou pokoje nemocných i ostatní místnosti soustředěny na jedné straně dlouhé chodby. Na druhé straně bývají umístěna pouze okna. Jiné uspořádání jednotky je takové, že místnosti jsou umístěny po obou stranách chodby. Jeden z nejnovějších typů stavebního uspořádání ve tvaru U. Hygienické zařízení a místnost pro úklid jsou umístěny v jádru ošetrovací jednotky (8).

Na ošetrovací jednotce jsou umístěny pokoje pro nemocné, vyšetřovna a ošetrovna, pracovna sester, kuchyňka, jídelna, koupelna pro pacienty, sklady prádla a pomůcek, WC pro ženy a muže a místnost pro ošetření pomůcek (24).

Vyšetřovna a ošetrovna je místnost sloužící k důkladnějšímu vyšetření chodícího pacienta. Slouží také k sepsání údajů o předchorobí nebo k menším zákrokům. Na chirurgii je používána k převazům (24).

Pracovna sester slouží k přípravě pomůcek k různým výkonům, připravují se zde léky pacientů a vedou se zde záznamy o nemocných. Je vybavena psacím stolem, pomůckami, počítačem, lednicí pro úschovu léků, sterilizátorem a prosklenými skříňkami na léky (24).

Kuchyňka slouží pro přípravu čajů, ohřev stravy. Je vybavena sporákem, mikrovlnou troubou, kuchyňskou linkou (24).

Jídelna slouží pro stolování mobilních pacientů. Stoly mají být stále čistě prostřeny a upraveny. Židle by měli být pevné a pohodlné (24).



### **1.4.3. Jedinotka intenzivní péče - JIP**

Intenzivní péče je specifická zdravotní péče o vážně nemocné. Tito pacienti jsou ohroženi selháním základních životních funkcí, nebo selháním jedné nebo více životně důležitých orgánových funkcí. Péče o tyto pacienty obsahuje intenzivní léčebné a diagnostické postupy, ošetřování monitorování životních funkcí popřípadě jejich podporu. Jako například náhrada funkce ledvin, napojení pacienta na ventilátor apod. Obecně můžeme říci, že na JIP chirurgického typu bývají hospitalizováni pacienti po obtížných, dlouhotrvajících operacích, po operacích, kde se vyskytli komplikace nebo nemocní s přidruženým onemocněním promítající se do průběhu pooperačního uzdravování. Dále zde najdeme pacienty s rozvratem vnitřního prostředí a pacienty v šokovém stavu (8, 18).

Délka potřeby intenzivní péče je různá. Může být krátkodobá (dny) nebo dlouhodobá (týdny). Charakter intenzivní péče a k tomu nutné lékařské přístroje a vybavení vyžadují zvláštní pracoviště, které se nazývají jednotky intenzivní péče. Podle rozsahu péče je rozdělujeme na typ A a jednotky typu B. Typ A je jednotka s nižší intenzivní péčí s převahou monitorování a jednotky vyšší intenzivní péče B (resuscitační) s převahou funkce léčby orgánových selhání (18).

V posledních letech začaly vznikat specializované jednotky intenzivní péče. Jako jsou například JIP neurochirurgické, ortopedické, urologické, traumatologické, popáleninové, gynekologické aj. Každá z těchto jednotek užívá specifické postupy léčby, sledování i ošetřování. Každá jednotka má různé typy stavebního uspořádání (8).

#### **1.4.3.1 Velikost a umístění JIP**

Z důvodu organizace péče o pacienty se doporučuje rozsah lůžek v jednotce okolo 6-12 lůžek. Pokud je potřeba větší počet, je účelné vytvořit více jednotek. JIP by měla být umístěna v dosahu operačních sálů a diagnostických oddělení (18).

JIP bývá od ostatních prostor oddělena hygienickým filtrem, který brání zavlečení infekce. K této části patří také šatny a hygienické zařízení personálu. Samotné prostory JIP lze rozdělit na provozní a pacientskou část. V provozní části najdeme pracovnu a pokoje lékařů, denní místnost sester a administrativní místnost, kuchyňku,

sklad léčiv a roztoků, sklad prádla a materiálu pro ošetřování nemocných, sklad přístrojů a čistící místnost (8).

Pacientská část zahrnuje především lůžka pacientů, které jsou vybaveny monitory ke sledování fyziologických funkcí pacienta a pracoviště sester s centrálním monitorem a veškerým vybavením k léčbě a ošetřování pacientů. Lůžka na JIP jsou buď umístěna společně ve velkém prostoru jednoho pokoje, kde je i pracoviště sester. Toto uspořádání se označuje jako otevřené stavební uspořádání. Uzavřené stavební uspořádání je tehdy pokud jsou pacienti umístěny samostatně či po dvou v izolovaných boxech. Někdy se toto uspořádání kombinuje. Každá z těchto možností má své výhody i nevýhody. Zásadou však zůstává, aby prostor, který je určen pro jedno lůžko byl dostatečně velký a umožňoval pohodlnou manipulaci při léčebných výkonech a ulehčoval práci sestřím (8).

#### **1.4.3.2 Práce sestry na JIP**

Pro jednotku intenzivní péče dnešní doby je charakteristické špičkové vybavení. Monitorovací a terapeutická technika vytváří podstatu intenzivní péče. Samostatná technika však není vše. S přístroji musí někdo pracovat, umět je ovládat a vyhodnocovat získané informace a podle nich se rozhodovat. Specializované technické vybavení vyžaduje odborně školený personál. Na těchto odděleních nemocnic by měly pracovat výhradně sestry specialistky (8).

Na JIP musí sestry a lékaři pracovat jako jeden tým. V rámci komplexní ošetrovatelské péče sestra pravidelně zaznamenává všechny sledované funkce, zajišťuje odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře a asistuje lékaři při různých terapeutických a diagnostických výkonech. K základním povinnostem patří hygienická péče, péče o výživu, hydrataci a vyprazdňování pacientů (8).

Nedílnou součástí práce sestry na JIP je péče o psychickou pohodu nemocného. Pooperační péče musí být vykonávána na vysoké profesionální, lidské i odborné úrovni. S laskavostí, trpělivostí a zájmem o nemocného. Sestra by měla včas rozpoznat změny psychického stavu. Ty se objevují zejména při nedostatku informací o plánovaném postupu, jeho zdravotním stavu a pokud jsou pacientovi podávány neadekvátní

informace. Podobně se projeví netaktnost, nezáměr a necitlivost v přístupu ošetřujícího personálu. K povinnostem sestry patří vedení ošetrovatelské dokumentace (8).

#### **1.4.4 Anesteziologicko-resuscitační oddělení - ARO**

Resuscitační péče je určena pacientům s reverzibilním selháním životních funkcí a nutností jejich podpory či dočasné náhrady nebo nemocným ohroženým tímto selháním. Obsahem je péče o nemocné a poraněné, kteří by bez intenzivního ošetřování, léčení a diagnostiky pravděpodobně nepřežili. Ve zdravotnických zařízeních je prováděna na lůžkách ARO (nebo klinik anesteziologie a resuscitace) nebo na příjmových odděleních (oddělení urgentního příjmu) (13).

Důvodem k přijetí na resuscitační stanici ARO je zdravotní stav člověka ohroženého selháním životně důležitých funkcí. Nepřihlíží se k příslušnosti spádové oblasti, státní příslušnosti, vztahu ke zdravotní pojišťovně a v daném okamžiku ani k totožnosti nemocného. Na oddělení ARO jsou pacienti přijímáni z kteréhokoliv zdravotnického zařízení nemocnice, případně z terénu (12,13).

Resuscitační péče i péče o kriticky nemocné navazuje na neodkladnou resuscitaci nebo je pokračováním intenzivní péče. Na lůžkách ARO je poskytována resuscitační péče v rozsahu nutném k zachování života nebo zabránění zhoršení zdravotního stavu. Rezervy nemocného jsou vyčerpány a musejí být nahrazeny jinými podpůrnými prostředky jako například umělá plicní ventilace, náhrada a doplňování krevních ztrát. Na oddělení ARO jsou také přijímáni pacienti po náročných, děletrvajících operacích, u kterých může také dojít k poruše základních životních funkcí nebo selhání v průběhu chirurgického výkonu. Z resuscitační jednotky jsou po stabilizaci životních funkcí nemocní překládáni na jednotku intenzivní péče. Doba hospitalizace je v průměru kratší než na JIP (8, 12, 13, 23).

Pro jednotku ARO platí zvláštní pracovní a hygienický režim. Z důvodu aseptického provozu a tím zabránění pronikání infekce a zbytečného vstupu na stanici vyžaduje určité nároky na velikost a umístění této stanice (9,12).

#### **1.4. 4.1 Velikost a umístění ARO**

Prostory ARO by měly být plánovány pro umístění 4-5 lůžek. Pacientský prostor může být organizován různým způsobem. Můžeme se setkat s více lůžky v jedné místnosti, které jsou odděleny pouze zástěnou nebo se systémem jednolůžkových boxů, které jsou vhodnější pro pacienty s dlouhodobou ventilací. Tyto boxy by měly být odděleny přepážkou, která je v horní části z dvojitého skla. Sestry tak mají možnost vidět od jednoho lůžka minimálně na pacienta v sousedním boxu. Toto uspořádání umožňuje sestře rychle zasáhnou při změně stavu pacienta. Skla jsou někde vybavena žaluziemi, které umožňují intimní prostředí a brání pacientům v pohledu na ostatní pacienty (9).

Toto oddělení je speciálním pracovištěm pro pacienty s ohrožením života a proto musí být ve snadné návaznosti na operační sály a diagnostická pracoviště. Samotnou stanicí můžeme rozdělit tedy na tři části. Vstupní část, která je tvořena hygienickým filtrem, kde jsou sprchy a šatny pro personál a také filtr pro příjem a překlad pacientů. V provozní zóně je dostatek skladových a provozních místností, které umožňují hladký provoz oddělení. Do těchto prostor patří pracovna lékařů, samostatná místnost, která je určena pro styk se členy rodiny, pokoje lékařů, sesterská pobytová místnost, čajová kuchyňka a sklady léků a infúzních roztoků. Sklad prádla a místnost pro uložení přístrojů je také součástí provozní zóny. Pacientská zóna je tvořena místem pro lůžka pacientů (9).

Každé lůžko je vybaveno nástěnnými a nástrovními rampami pro úchyt monitorovací techniky, infúzních pump a lineárních dávkovačů. Součástí vybavení každého resuscitačního lůžka je také centrální odsávačka, přívod kyslíku a vzduchu. U každého lůžka je umístěna odkládací plocha, která slouží k uložení materiálu a pomůcek a dalších přístrojů (9).

Pacienti v resuscitační péči potřebují kromě intenzivního sledování i speciální ošetrovatelskou péči. Resuscitační a intenzivní péče vyžaduje týmovou práci a sestry se stávají samostatnými a plně zodpovědnými (9).

#### **1.4.4.2 Práce sestry na ARO**

Pracoviště ARO má speciálně vyškolený a kvalifikovaný personál. Sestry musejí mít jak technické, teoretické ale i moderní medicínské znalosti a potřebné vzdělání. Převážně jsou to sestry specialistky, které si své znalosti rozšířily specializačním studiem v oblasti anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Pacienti v resuscitační péči potřebují kromě speciální ošetrovatelské péče i intenzivní sledování, protože jsou neustále ohroženi selháním životních funkcí. Sestra trvale monitoruje základní životní funkce, připravuje pomůcky k provedení některých neodkladných výkonů, připravuje přístroje k zajištění sledování a léčby vitálních poruch. Sestry také zajišťují ordinovaná vyšetření a komplexní léčbu, včetně péče o dýchací cesty u ventilovaného nemocného, péče o výživu a vyprazdňování pacienta. Pečuje o hrudní drenáže nebo močové cévky, centrální vstupy a rány. Sestra zajišťuje hygienickou péči pacienta. Sestra provádí celkovou koupel na lůžku pacienta minimálně jedenkrát denně a to podle stavu. Součástí hygienické péče je péče o dutinu nosní a ústní. V rámci zásad tzv. bariérového způsobu ošetrovatelské péče, který slouží jako prevence nozokomiálních nákaz jsou pro každého pacienta určeny pomůcky, které slouží k ošetřování a vyšetřování pouze jemu samotnému (8, 9).

Práce sestry na oddělení ARO je také zaměřena na prevenci vzniku dekubitů a bronchopneumonie. Nejvíce jsou ohroženi pacienti v bezvědomí, relaxovaní a ochrnutí při poranění míchy. Proti vzniku bronchopneumonie musí sestra pacienta minimálně jednou za hodinu nebo podle potřeby odsávat sekret z dýchacích cest. K zamezení vzniku dekubitů má sestra možnost umístit pacienta na antidekubitární matraci a pokud to stav pacienta umožní, provádí se jeho polohování (9).

V tomto oboru je pacient stále více vydán technice a může se prohlubovat propast v humánním lidském přístupu. Pacienti v kritickém stavu mají také práva a i na tomto oddělení může být narušena jejich intimita (11).

#### **1.4.4.3 Práva kriticky nemocného**

Pacienti v kritickém stavu mají právo na specializovanou péči, která snižuje rizika smrti nebo trvalé invalidity. Tito pacienti mají právo na pravdivé a přiměřené

informace. Lékař může informovat nejbližší příbuzné, ale musí respektovat pacientovo soukromí (3).

Kriticky nemocní by měli být informováni lékařem, před tím, než dají souhlas k léčbě. Pokud to jejich zdravotní stav neumožňuje, dává souhlas jiná osoba v souladu s právními předpisy dané země. Kriticky nemocní mají také právo odmítnout léčbu. V tomto případě musí být nemocný poučen o zdravotních dopadech svého rozhodnutí (3).

Kriticky nemocní mají právo být léčeni v odpovídajících specializovaných zdravotnických zařízeních. Tito pacienti mají nárok být navštěvováni svými nejbližšími s ohledem na provoz oddělení a svůj zdravotní stav (3).

Kriticky nemocní mají právo, aby s veškerými informacemi, které se týkají jejich péče bylo důvěrně zacházeno. Také mají právo na důstojnou péči ze strany zdravotnického personálu oddělení intenzivní péče (3).

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zmapování znalostí sester v oblasti intimity a jejího dodržování na specifických odděleních nemocnice - ARO, JIP a standardní oddělení.

### **2.2 Hypotézy**

H 1 Sestry mají dostatečné informace v oblasti intimity.

H 2 Sestry nedostatečně zachovávají intimitu pacientů.

H 3 Sestry na odděleních ARO, JIP dodržují zásady zajištění intimity více než sestry, pracující na standardních odděleních.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metodika práce**

Práce je zpracována pomocí kvantitativního výzkumu. Jako metoda sběru dat byl použit dotazník. Byl vytvořen jeden typ dotazníku, který byl určen pro všechny výzkumné soubory, které tvořily sestry pracující na odděleních ARO, JIP a standardních odděleních chirurgických oborů (vyjma gynekologie a urologie) v Nemocnici České Budějovice a. s. a Nemocnice Český Krumlov a. s.. Tento dotazník obsahoval celkem 28 otázek. Některé otázky v dotazníku byly otevřené, polootevřené i uzavřené. Otázky v dotazníku byly zaměřeny na znalosti sester v oblasti intimity a její dodržování na specifických odděleních nemocnice – ARO, JIP a standard (Příloha č. 4).

#### **3.2 Charakteristika výzkumných souborů**

Výzkum probíhal u třech výzkumných souborů.

První výzkumný soubor tvořily sestry pracující na oddělení ARO Nemocnice České Budějovice a. s. a Nemocnice Český Krumlov a. s.. Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků. Vráceno bylo 37 dotazníků. Návratnost tedy byla 92,50%. Výzkumný vzorek obsahoval z oddělení ARO 37 respondentů.

Druhý výzkumný soubor tvořili sestry pracující na oddělení JIP chirurgických oborů (vyjma JIP gynekologie a urologie) Nemocnice České Budějovice a. s.. Z celkového počtu 40 rozdaných dotazníků bylo vráceno všech 40. Návratnost tedy byla 100%. Všech 40 dotazníků bylo možné zařadit do výzkumu.

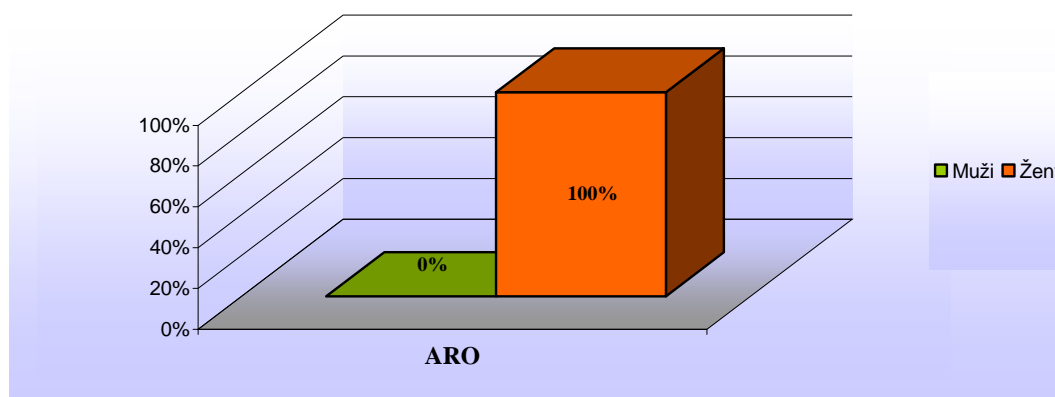
Třetí výzkumný soubor tvořily sestry pracující na standardním oddělení Nemocnice České Budějovice a. s. (vyjma gynekologie a urologie). Celkem na tento typ oddělení bylo rozdáno 40 dotazníků. Vráceno bylo také 40 dotazníků. Všechny bylo možné použít. Návratnost byla tedy 100%.



## 4. Výsledky

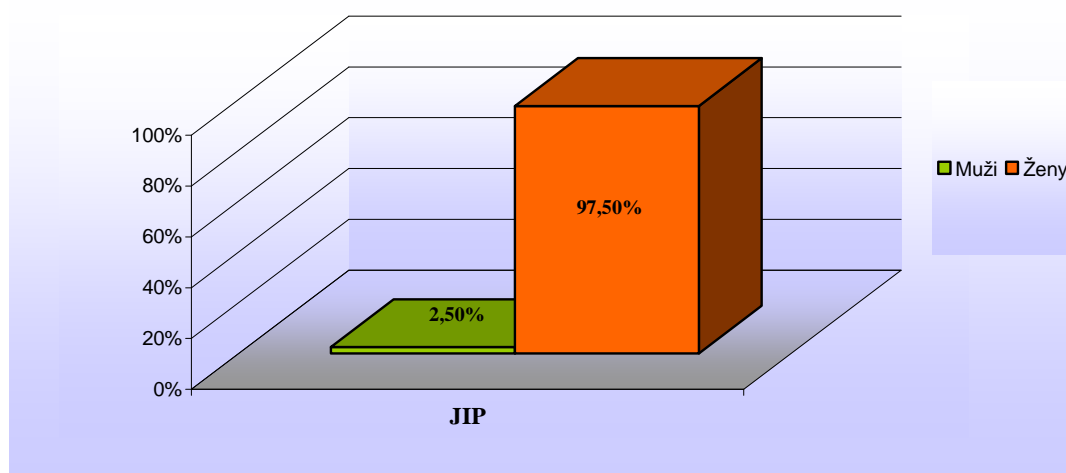
### 4.1 Vyhodnocení otázek určených sestřám na oddělení ARO, JIP a standard

**Graf 1A Rozdělení respondentů podle pohlaví na oddělení ARO**



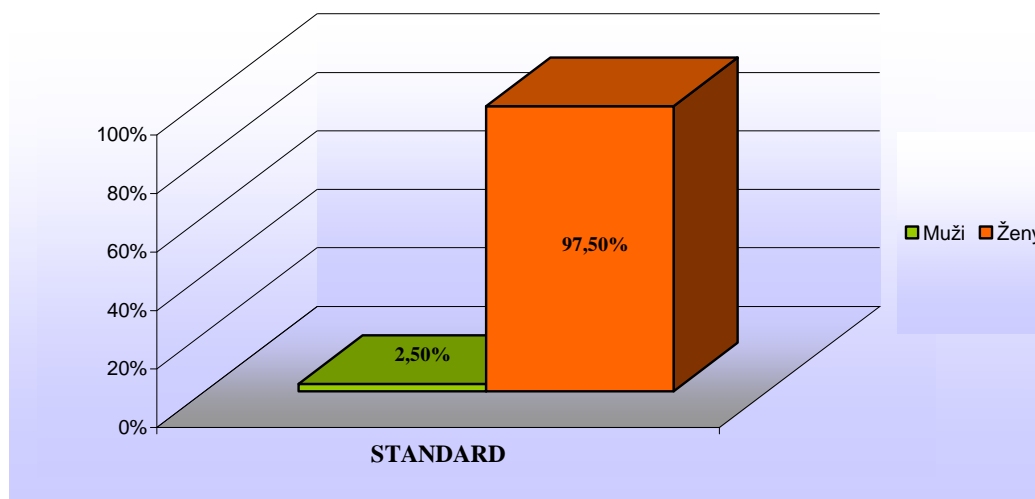
Ze 37 respondentů (100 %) z oddělení ARO tvořilo výzkumný soubor 37 žen (100 %) a 0 mužů (0 %).

**Graf 1B Rozdělení respondentů podle pohlaví na oddělení JIP**



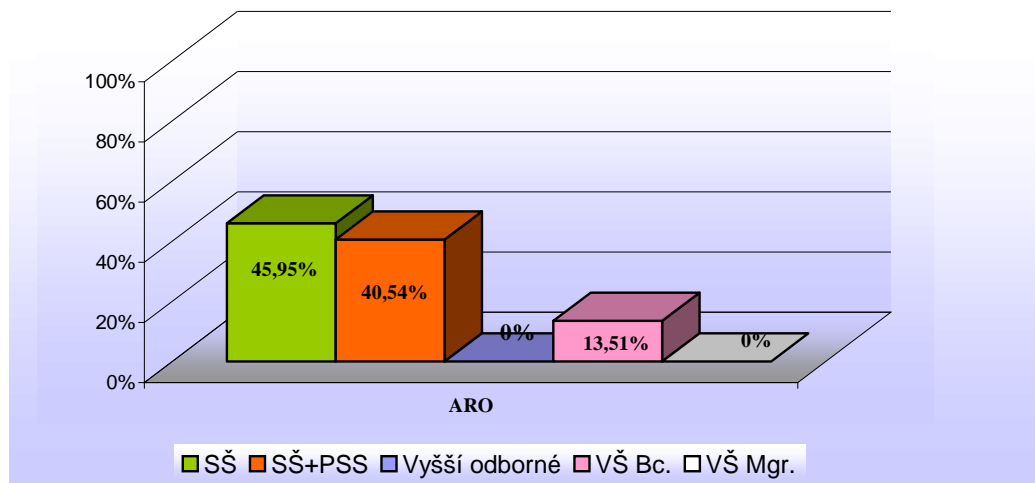
Z oddělení JIP tvořilo ze 40 respondentů (100 %) soubor 39 žen (97,50 %) a 1 muž (2,50 %).

**Graf 1C Rozdělení respondentů podle pohlaví na oddělení standard**



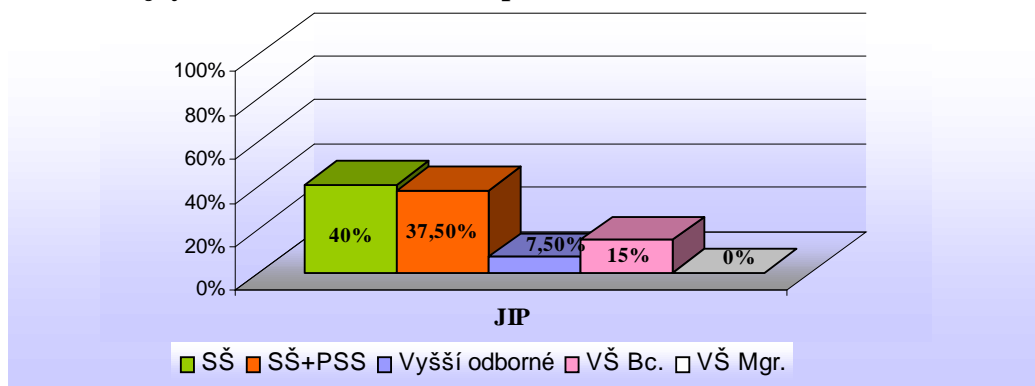
Z oddělení standard bylo ze 40 dotazovaných (100 %) 39 žen (97,5 %) a 1 muž (2,50 %).

**Graf 2A Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na oddělení ARO**



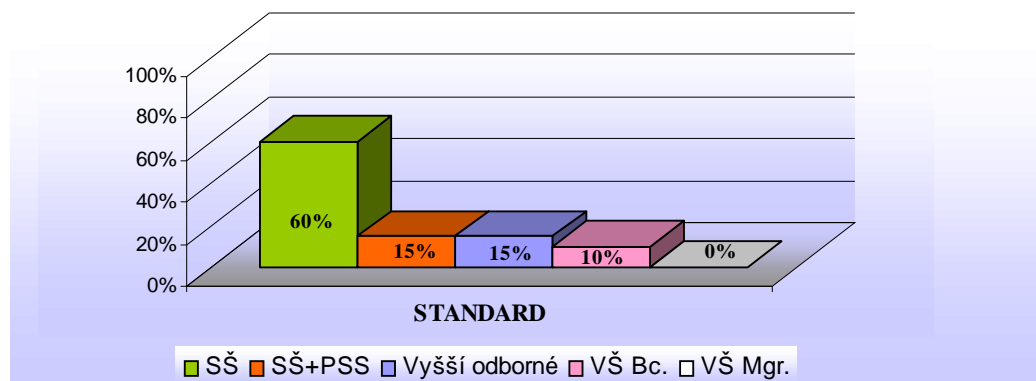
Z celkového počtu 37 respondentů (100 %) má na oddělení ARO SŠ vzdělání 17 respondentů (45,95 %), SŠ+PSS 15 respondentů (40,54 %), Vyšší odborné vzdělání 0 respondentů (0 %), VŠ Bc. má 5 respondentů (13,51 %) a VŠ Mgr. má 0 respondentů (0 %).

**Graf 2B Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na oddělení JIP**



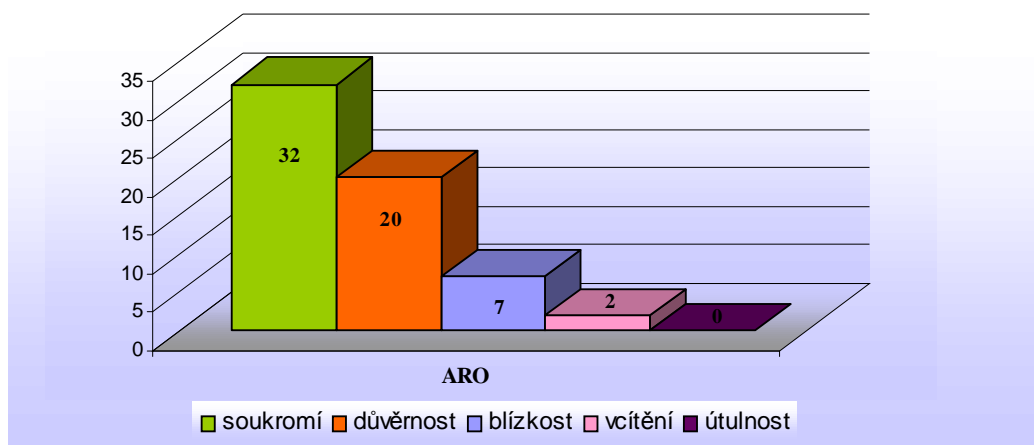
Z celkového počtu 40 respondentů (100 %) na oddělení JIP má 16 respondentů (40 %) SŠ, SŠ+PSS má 15 respondentů (37,50 %), Vyšší odborné 3 respondenti (7,50 %), VŠ Bc. 6 respondentů (15 %) a VŠ Mgr. 0 respondentů (0 %).

**Graf 2C Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na oddělení standard**



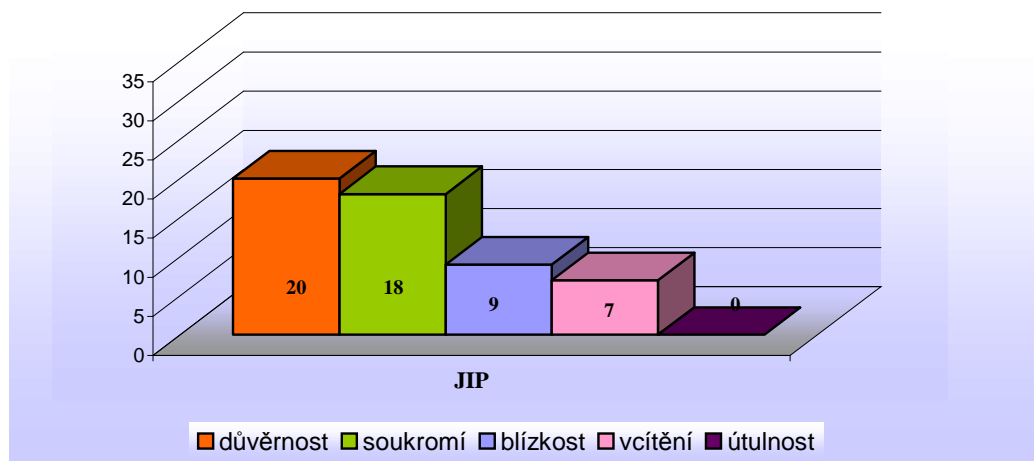
Z celkového počtu 40 respondentů (100 %) má na oddělení typu standard 24 respondentů (60 %) SŠ, SŠ+PSS 6 respondentů (15 %), Vyšší odborné 6 respondentů (15 %), VŠ Bc. 4 respondenti (10 %), VŠ Mgr. 0 respondentů (0 %).

**Graf 3A Představy respondentů o pojmu intimita na oddělení ARO**



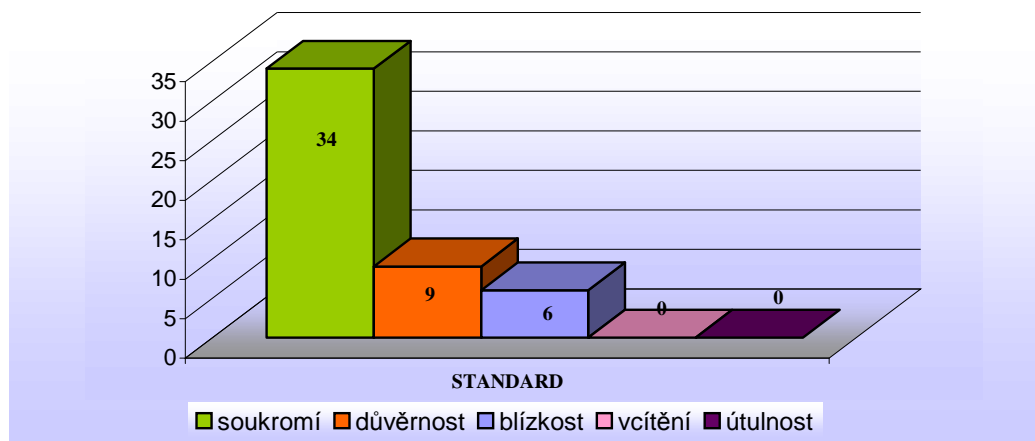
U otázky č. 4 mohli respondenti z oddělení ARO zaškrtnout více odpovědí. Pod pojmem intimita si 37 respondentů představuje 32x soukromí, 20x důvěrnost, 7x blízkost, 2x označili vcítění a 0x útulnost.

**Graf 3B Představy respondentů o pojmu intimita na oddělení JIP**



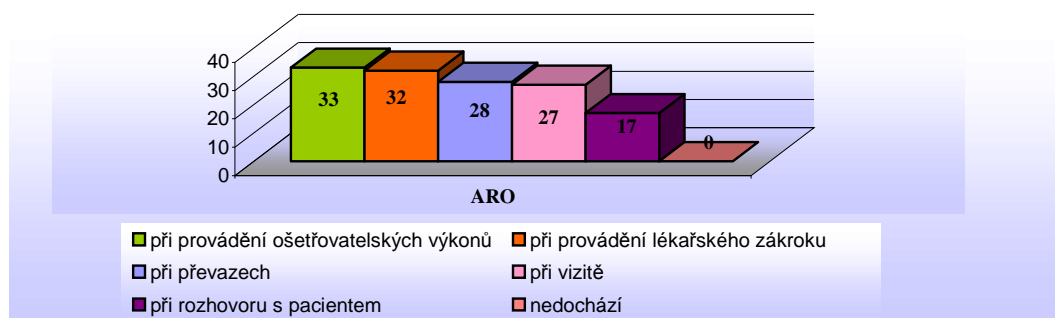
U otázky č. 4 mohli respondenti z oddělení JIP zaškrtnout více odpovědí. Pod pojmem intimita si 40 respondentů představilo 20x důvěrnost, 18x soukromí, 9x blízkost, 7x vcítění a 0x útulnost.

**Graf 3C Představy respondentů o pojmu intimita na oddělení standard**



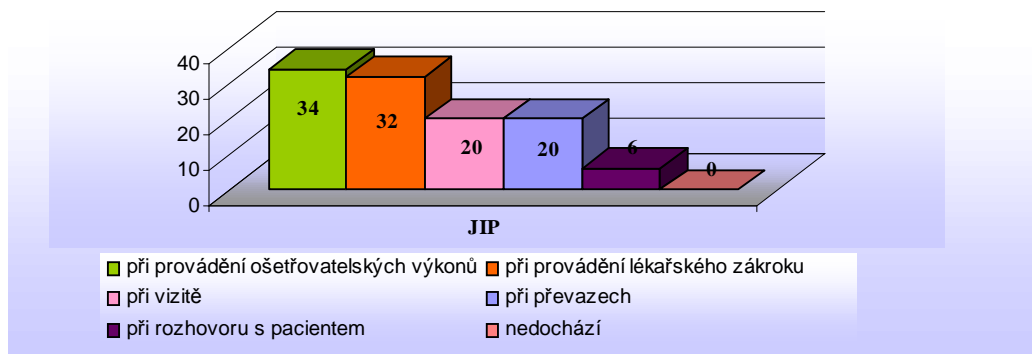
U otázky č. 4 mohli respondenti z oddělení standard zaškrtnout více odpovědí. Pod pojmem intimita si 40 respondentů představilo 34x soukromí, 9x důvěrnost, 6x blízkost, 0x vcítění a 0x útulnost.

**Graf 4A Výkony, při kterých by mohlo dojít (dochází) k narušení intimity na oddělení ARO**



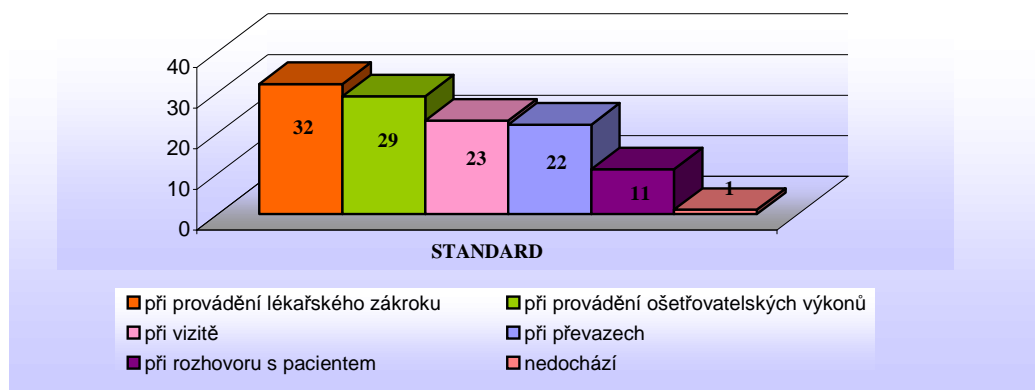
U otázky č. 5 mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. 40 respondentů z oddělení ARO nejčastěji uvedlo, že k narušení intimity může dojít (dochází) při provádění ošetrovatelských výkonů. Tato možnost byla označena 33x, 32x při provádění lékařského zákroku, 28x při převazech, 27x při vizitě, 17x při rozhovoru s pacientem a možnost že, k narušení intimity nedochází neoznačil nikdo.

**Graf 4B Výkony, při kterých by mohlo dojít (dochází) k narušení intimity na oddělení JIP**



U otázky č. 5 mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. 40 respondentů z oddělení JIP nejčastěji uvedlo, že k narušení intimity může dojít (dochází) při provádění ošetrovatelských výkonů 34x, 32x při provádění lékařského zákroku, 20x při vizitě, 20x při převazech, 6x při rozhovoru s pacientem a možnost že, k narušení intimity nedochází neoznačil nikdo.

**Graf 4C Výkony, při kterých by mohlo dojít (dochází) k narušení intimity na oddělení standard**

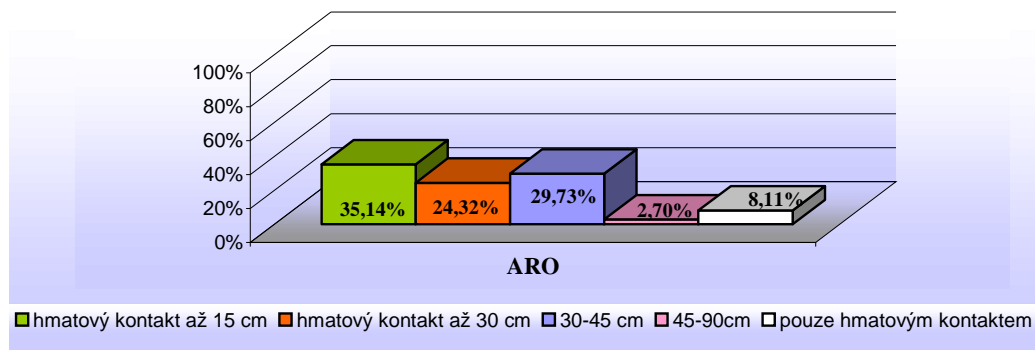


U otázky č. 5 mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. 40 respondentů z oddělení standard nejčastěji uvedlo, že k narušení intimity může dojít (dochází) při provádění lékařského zákroku 32x, 29x při provádění ošetrovatelských výkonů, 23x při vizitě, 22x při převazech, 11x při rozhovoru s pacientem a 1x označili, že k narušení nedochází.



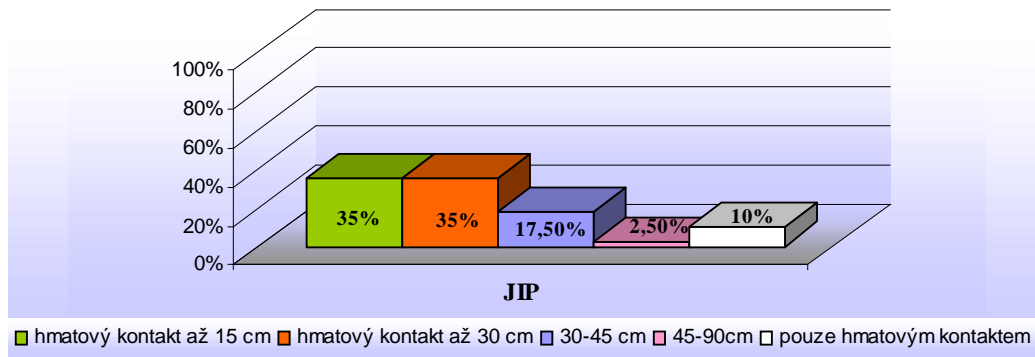
**Graf 5A Názory sester ARO na vzdálenost, při které narušují intimní zónu**

**pacienta**



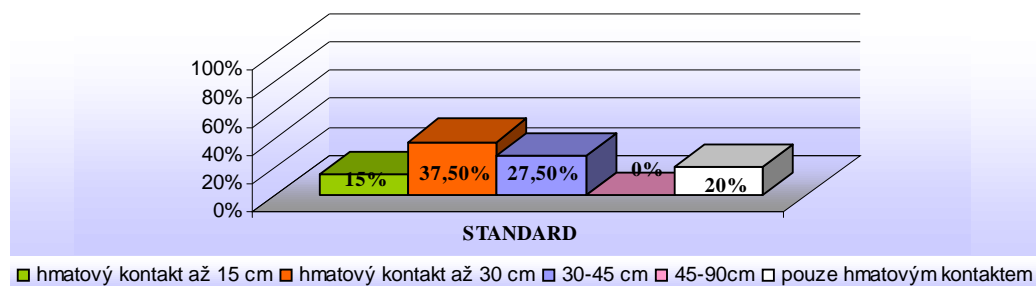
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO uvedlo názor, že sestra narušuje při ošetřování intimní zónu pacienta ve vzdálenosti hmatového kontaktu až 15cm 13 sester (35,14 %), 9 sester (24,32 %) označilo vzdálenost hmatového kontaktu až 30cm, 11 sester (29,73 %) vzdálenost 30-45cm, 1 sestra (2,70 %) označila vzdálenost 45-90cm a 3 sestry (8,11 %) uvedli narušení intimity pouze hmatovým kontaktem.

**Graf 5B Názory sester JIP na vzdálenost, při které narušují intimní zónu pacienta**



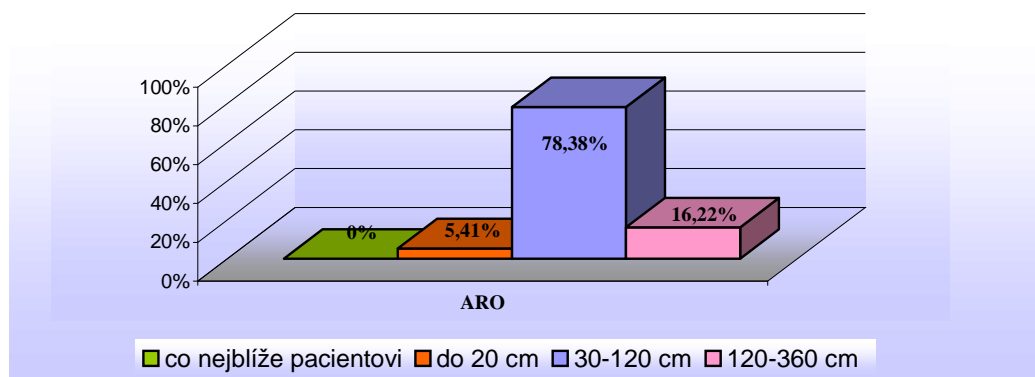
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP uvedlo názor, že sestra narušuje při ošetřování intimní zónu pacienta ve vzdálenosti hmatového kontaktu až 15cm 14 sester (35 %), 14 sester (35 %) označilo vzdálenost hmatového kontaktu až 30cm, 7 sester (17,50 %) vzdálenost 30-45cm, 1 sestra (2,50 %) vzdálenost 45-90cm a 4 sestry (10 %) uvedly narušení intimity pouze hmatovým kontaktem.

**Graf 5C Názory sester standard na vzdálenost, při které narušují intimní zónu pacienta**



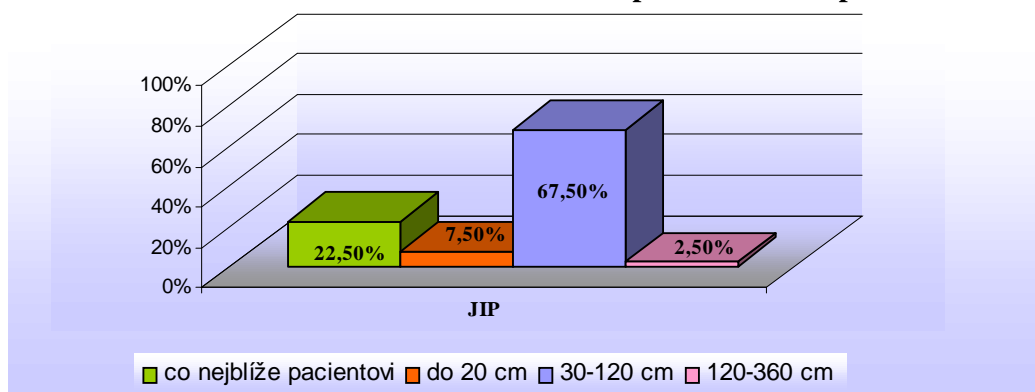
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard uvedlo názor, že sestra narušuje při ošetřování intimní zónu pacienta ve vzdálenosti hmatového kontaktu až 15cm 6 sester (15 %), 15 sester (37,50 %) označilo vzdálenost hmatového kontaktu až 30cm, 11 sester (27,50 %) vzdálenost 30-45cm, 0 sester (0 %) vzdálenost 45-90cm a 8 sester (20 %) uvedlo narušení intimity pouze hmatovým kontaktem.

**Graf 6A Názor sester ARO na vhodnou vzdálenost při rozhovoru s pacientem**



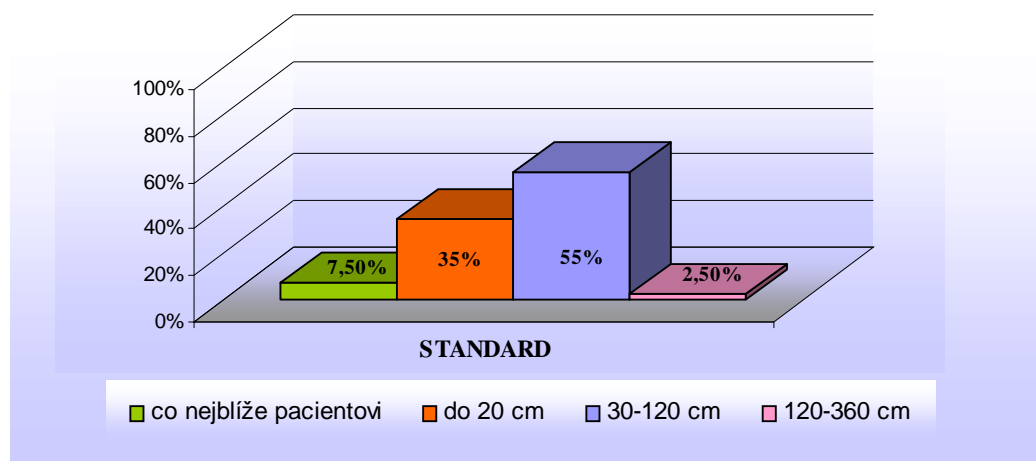
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO uvedlo, že je vhodné vést rozhovor ve vzdálenosti co nejbliže pacientovi 0 sester (0 %), do 20cm 2 sestry (5,41 %), 30-120cm 29 sester (78,38 %) a ve vzdálenosti 120-360cm 6 sester (16,22 %).

**Graf 6B Názor sester JIP na vhodnou vzdálenost při rozhovoru s pacientem**



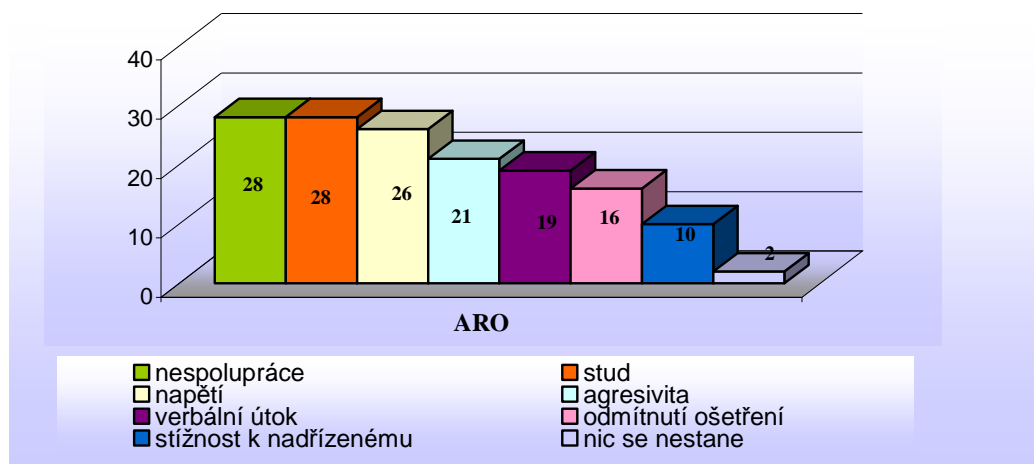
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP uvedlo, že je vhodné vést rozhovor ve vzdálenosti co nejbliže pacientovi 9 sester (22,50 %), do 20cm 3 sestry (7,50 %), 30-120cm 27 sester (67,50 %) a ve vzdálenosti 120-360cm 1 sestru (2,50 %).

**Graf 6C Názor sester na oddělení standard na vhodnou vzdálenost při rozhovoru s pacientem**



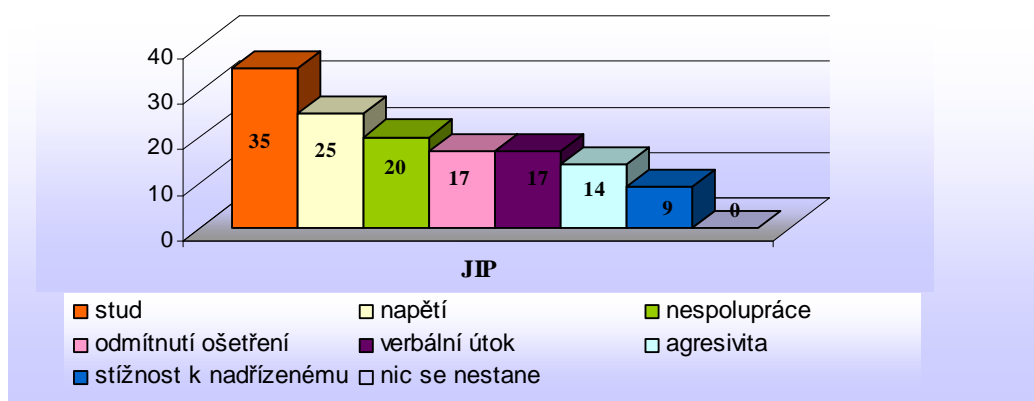
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard odpovědělo, že je vhodné vést rozhovor ve vzdálenosti co nejbliže pacientovi 3 sestry (7,50 %), do 20cm 14 sester (35 %), 30-120cm 22 sester (55 %) a ve vzdálenosti 120-360cm uvedla 1 sestru (2,50 %).

**Graf 7A Reakce pacienta na narušení intimity podle sester ARO**



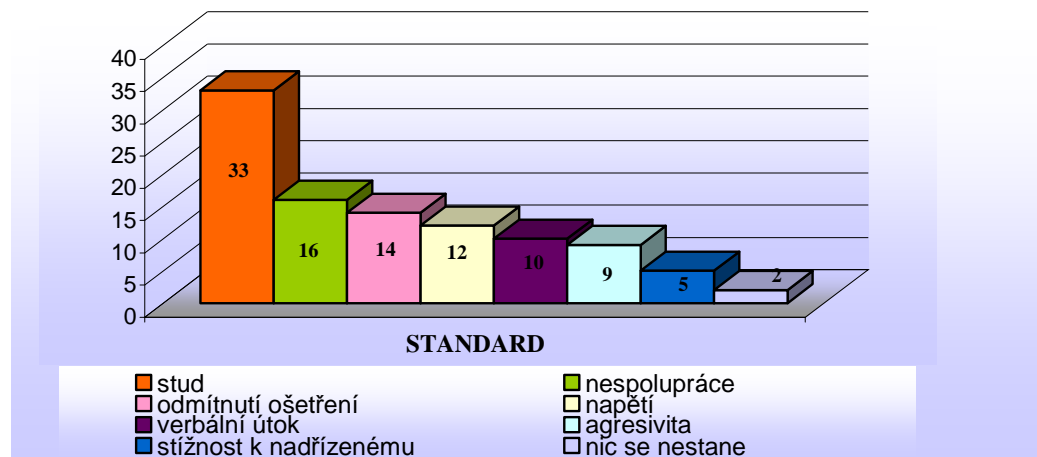
U otázky č. 8 bylo možné zaškrtnout více odpovědí. 37 sester z oddělení ARO označilo nejčastěji jako možnou reakci na narušení intimity ve 28 případech nespolupráci, 28x stud, 26x napětí, 19x verbální útok, 16x odmítnutí ošetření, 10x stížnost k nadřízenému a ve 2 případech zaškrtnuly, že se nic nestane.

**Graf 7B Reakce pacienta na narušení intimity podle sester z oddělení JIP**



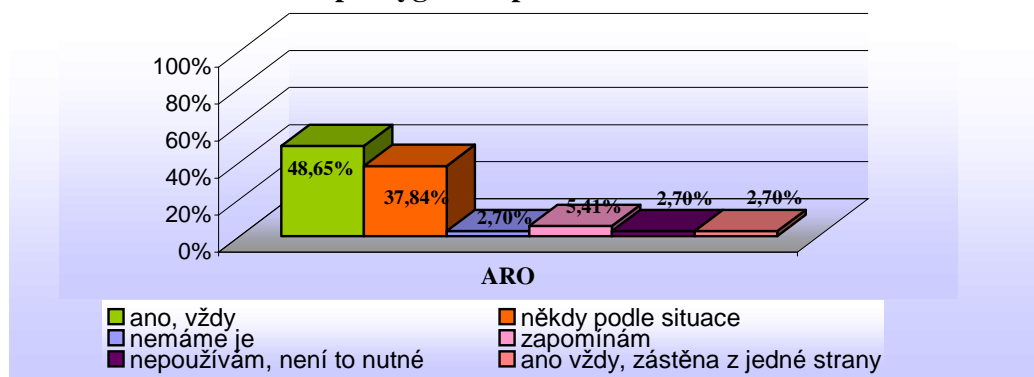
U otázky č. 8 bylo možné zaškrtnout více odpovědí. 40 sester z oddělení JIP nejčastěji označilo jako možnou reakci na narušení intimity pacienta 35x stud, 25x napětí, 20x nespolupráci, 17x verbální útok, 17x odmítnutí ošetření, 14x agresivitu, 9x stížnost k nadřízenému a 0x sestry označily, že se nic nestane.

**Graf 7C Reakce pacienta na narušení intimity podle sester z oddělení standard**



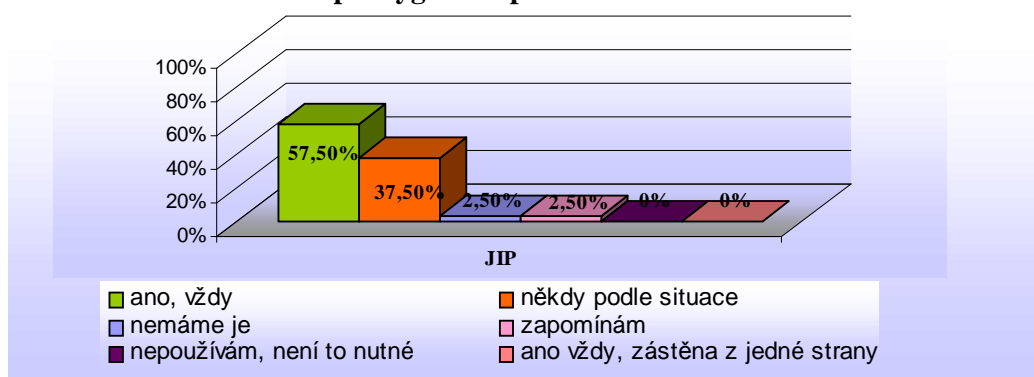
U otázky č. 8 bylo možné zaškrtnout více odpovědí. 40 sester z oddělení standard nejčastěji označilo jako možnou reakci na narušení intimity pacienta 33x stud, 16x nespolutpráci, 14x odmítnutí ošetření, 12x napětí, 10x verbální útok, 9x agresivitu, 5x stížnost k nadřízenému a 2x označilo, že se nic nestane.

**Graf 8A Používání zástěn při hygieně u pacienta na lůžku na oddělení ARO**



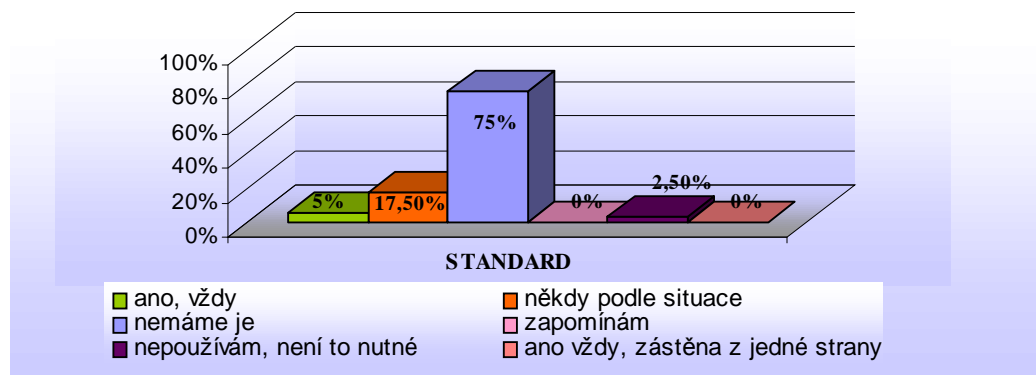
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO uvedlo, že 18 sester (48,65 %) používá zástěny ano, vždy, 14 sester (37,84 %) uvedlo někdy podle situace, 1 sestra (2,70 %) odpověděla, že zástěny nemají, 2 sestry (5,41 %) uvedly, že zapomínají, 1 sestra (2,70 %) odpověděla, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 1 sestra (2,70 %) uvedla používání zástěn ano vždy, zástěna je z jedné strany.

**Graf 8B Používání zástěn při hygieně u pacienta na lůžku na oddělení JIP**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP uvedlo, že 23 sester (57,50 %) používá zástěny ano, vždy, 15 sester (37,50 %) uvedlo někdy podle situace, 1 sestra (2,50 %) odpověděla, že zástěny nemají, 1 sestra (2,50 %) uvedla, že zapomíná, 0 sester (0 %) odpovědělo, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 0 sester (0 %) uvedlo, používání zástěn ano vždy, zástěna je z jedné strany.

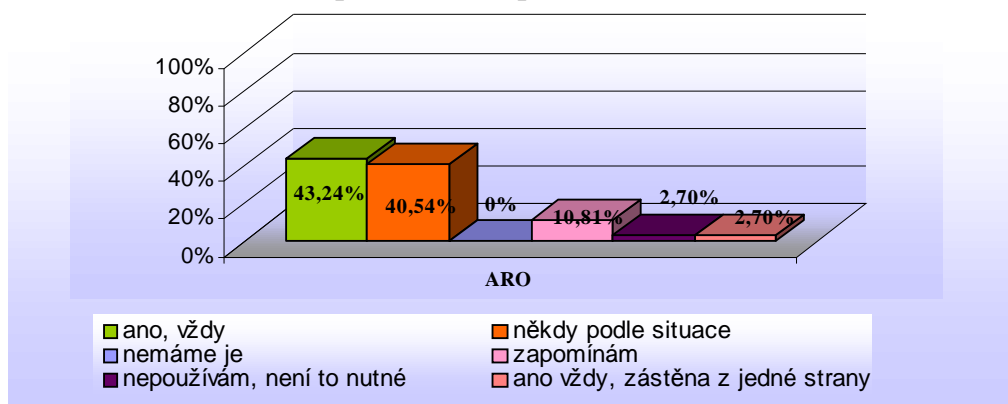
**Graf 8C Používání zástěn při hygieně u pacienta na lůžku na oddělení standard**



Z celkového počtu 40 sester z oddělení standard (100 %) uvedlo, že 3 sestry (5 %) používá zástěny ano, vždy, 6 sester (17,50 %) uvedlo někdy podle situace, 30 sester (75 %) odpovědělo, že zástěny nemají, 0 sester (0 %) uvedlo, že zapomínají, 1 sestra (2,50 %) odpověděla, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 0 sester (0 %) uvedlo, používání zástěn ano vždy, zástěna z jedné strany.

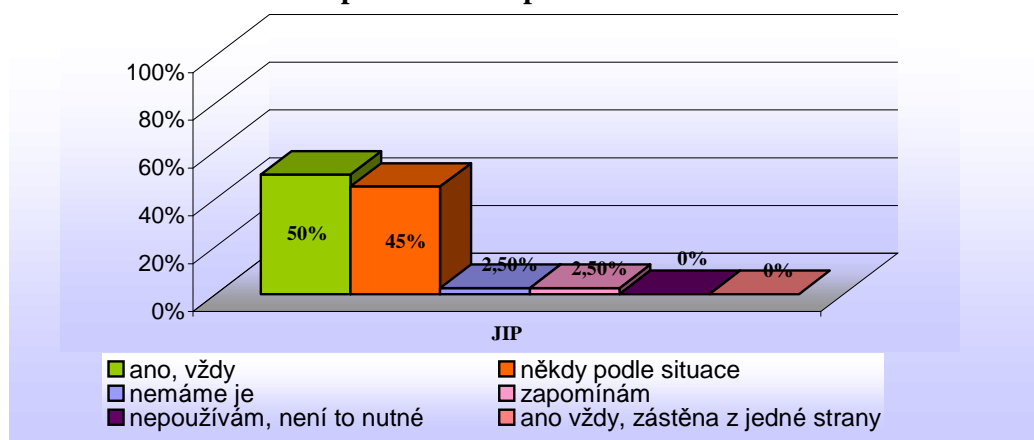


**Graf 9A Používání zástěn při cévkování pacienta na oddělení ARO**



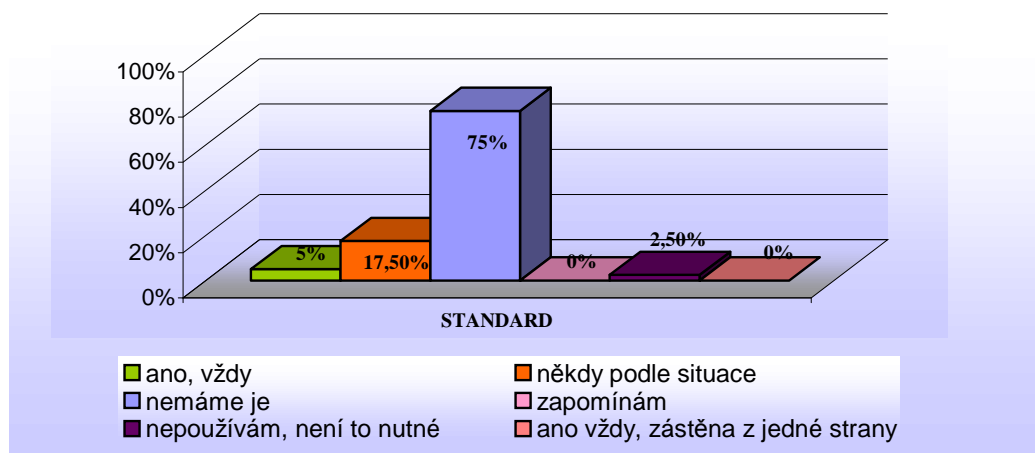
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO uvedlo, že 16 sester (43,24 %) používá zástěny ano, vždy, 15 sester (40,54 %) uvedlo někdy podle situace, 0 sester (0 %) odpovědělo, že zástěny nemají, 4 sestry (10,81 %) uvedly, že zapomínají, 1 sestra (2,70 %) odpověděla, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 1 sestra (2,70 %) uvedla používání zástěn ano vždy, zástěna z jedné strany.

**Graf 9B Používání zástěn při cévkování pacienta na oddělení JIP**



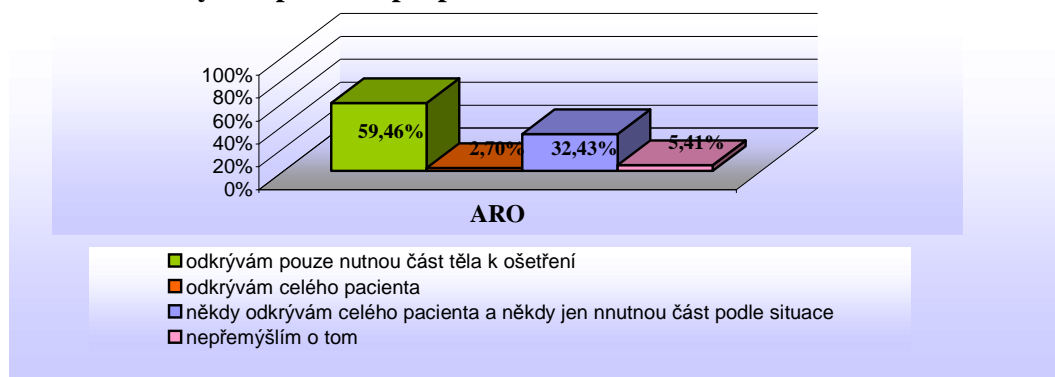
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP uvedlo, že 20 sester (50 %) používá zástěny ano, vždy, 18 sester (45 %) uvedlo někdy podle situace, 1 sestra (2,50 %) odpověděla, že zástěny nemají, 1 sestra (2,50 %) uvedla, že zapomíná, 0 sester (0 %) odpovědělo, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 0 sester (0 %) uvedlo, používání zástěn ano vždy, zástěna z jedné strany.

**Graf 9C Používání zástěn při cévkování pacienta na oddělení standard**



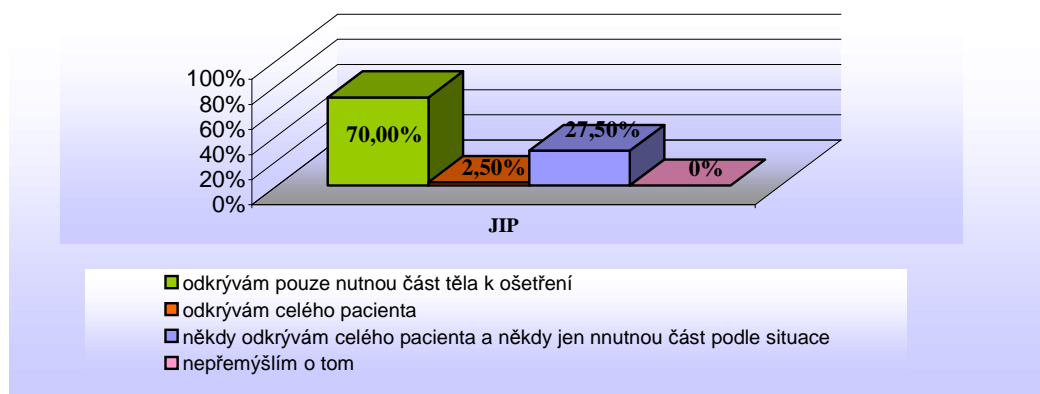
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard uvedlo, že 2 sestry (5 %) používá zástěny ano, vždy, 7 sester (17,50 %) uvedlo někdy podle situace, 30 sester (75 %) odpovědělo, že zástěny nemají, 0 sester (0 %) uvedlo, že zapomínají, 1 sestra (2,50 %) odpověděla, že zástěny nepoužívá, není to nutné a 0 sester (0 %) uvedlo, používání zástěn ano vždy, zástěna z jedné strany.

**Graf 10A Odkrývání pacienta při převazu na oddělení ARO**



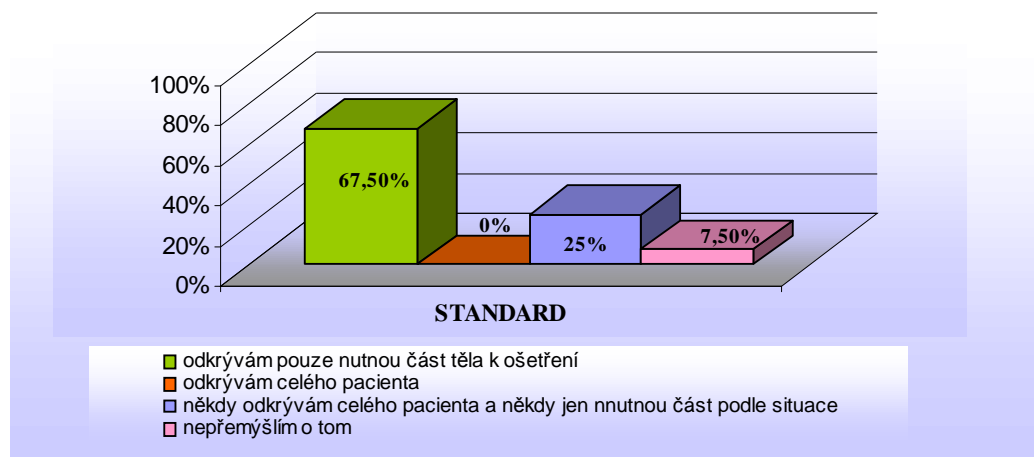
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO odpovědělo 22 sester (59,46 %), že při převazu pacienta odkrývá pouze nutnou část těla k ošetření, 1 sestra (2,70 %) uvedla, že odkrývá celého pacienta, 12 sester (32,43 %) odpovědělo, že odkrývá někdy celého pacienta a někdy jen nutnou část podle situace a 2 sestry (5,41 %) uvedly, že o tom nepřemýšlí.

**Graf 10B Odkrývání pacienta při převazu na oddělení JIP**



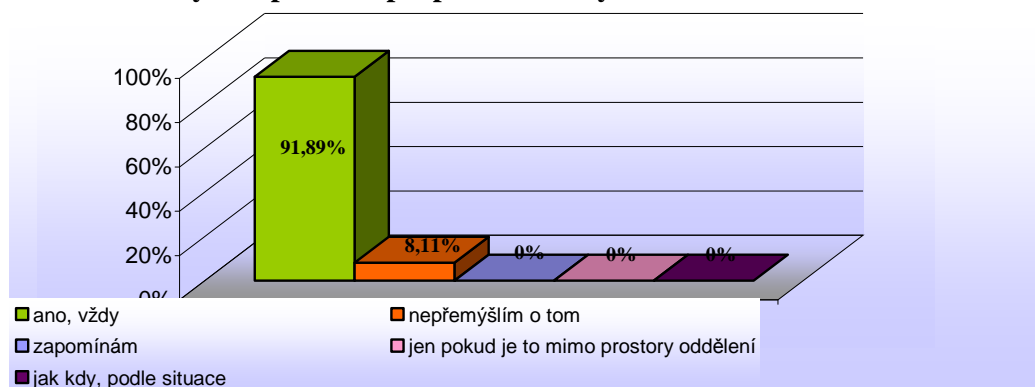
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP odpovědělo 28 sester (70 %), že při převazu pacienta odkrývá pouze nutnou část těla k ošetření, 1 sestra (2,50 %) uvedla, že odkrývá celého pacienta, 11 sester (27,50 %) odpovědělo, že odkrývá někdy celého pacienta a někdy jen nutnou část podle situace a 0 sester (0 %) uvedlo, že o tom nepřemýšlí.

**Graf 10C Odkrývání pacienta při převazu na oddělení standard**



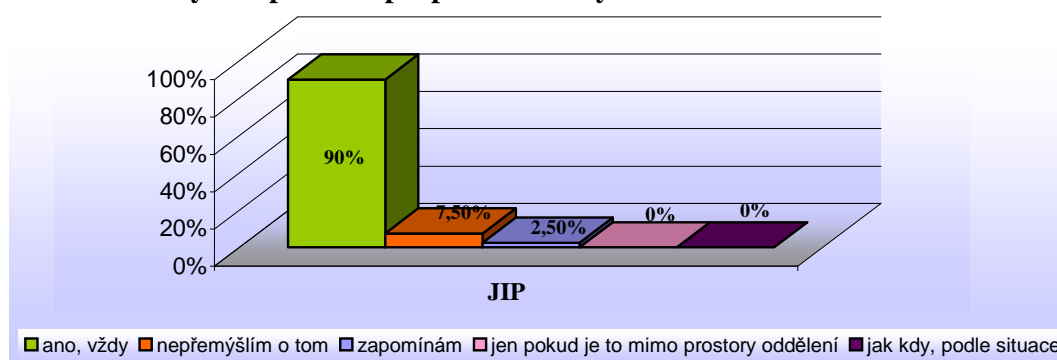
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard odpovědělo 27 sester (67,50 %), že při převazu pacienta odkrývá pouze nutnou část těla k ošetření, 0 sester (0 %) uvedlo, že odkrývá celého pacienta, 10 sester (25 %) odpovědělo, že odkrývá někdy celého pacienta a někdy jen nutnou část podle situace a 3 sestry ( 7,50 %) uvedlo, že o tom nepřemýšlí.

**Graf 11A Zakrývání pacienta při převozu na vyšetření na oddělení ARO**



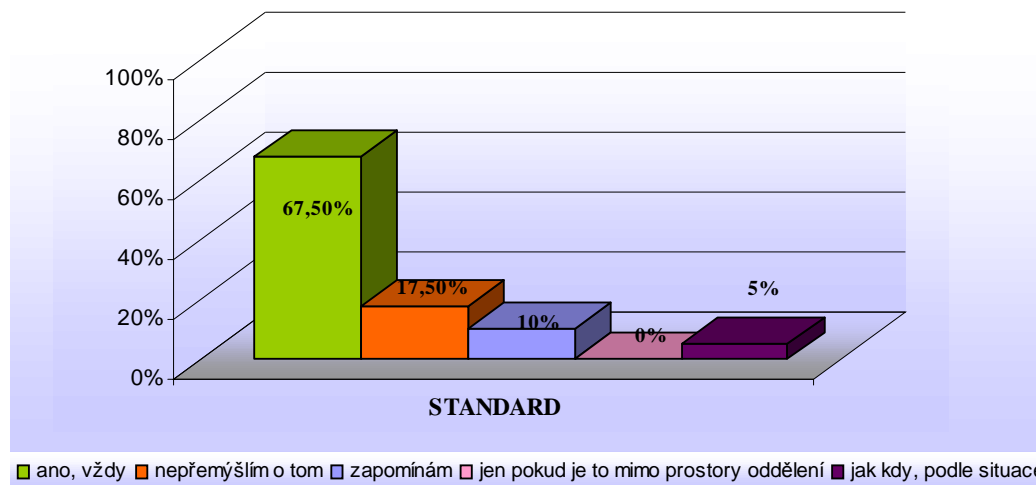
Z celkového počtu 37 sester (100 %) odpovědělo, pokud je pacient převážen na vyšetření zakrývá pacienta ano, vždy 34 sester (91,89 %), 3 sestry (8,11 %) o tom nepřemýšlí, 0 sester (0 %) zapomíná, 0 sester (0 %) zakrývá pacienta jen pokud je to mimo prostory oddělení, 0 sester (0 %) jak kdy, podle situace.

**Graf 11B Zakrývání pacienta při převozu na vyšetření na oddělení JIP**



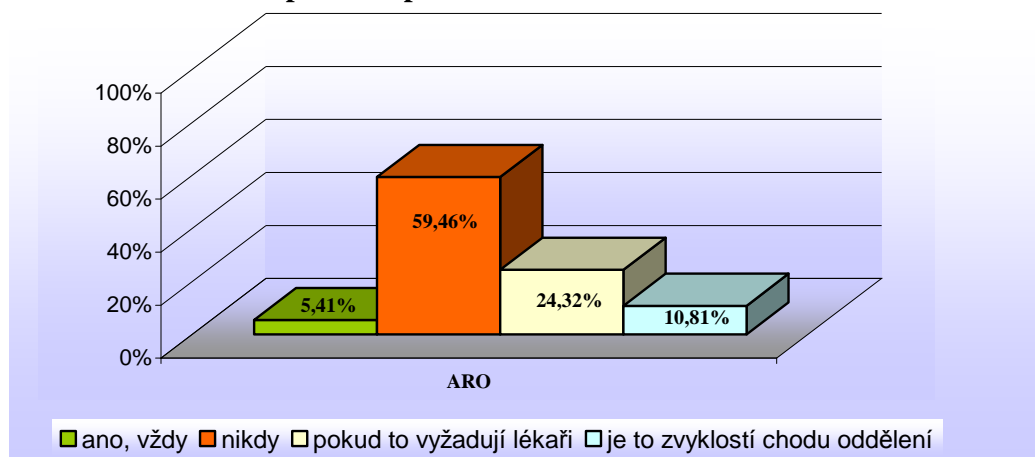
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo, že pokud je pacient převážen na vyšetření zakrývá pacienta ano, vždy 36 sester (90 %), 3 sestry (7,50 %) o tom nepřemýšlí, 1 sestra (2,50 %) uvedla, že zapomíná, 0 sester (0 %) zakrývá pacienta jen pokud je to mimo prostory oddělení, 0 sester (0 %) jak kdy, podle situace.

**Graf 11C Zakrývání pacienta při převozu na vyšetření na oddělení standard**



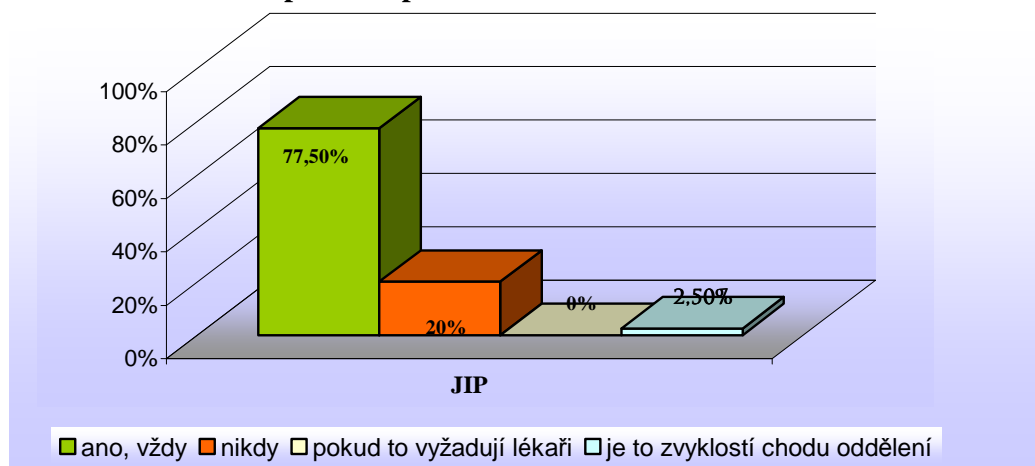
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo, pokud je pacient převážen na vyšetření zakrývá pacienta ano, vždy 27 sester (67,50 %), 7 sester (17,50 %) o tom nepřemýšlí, 4 sestry (10 %) uvedly, že zapomínají, 0 sester (0 %) zakrývá pacienta jen pokud je to mimo prostory oddělení, 2 sestry (5 %) zakrývají pacienta jak kdy, podle situace.

**Graf 12A Odhalování pacientů při velké vizitě na oddělení ARO**



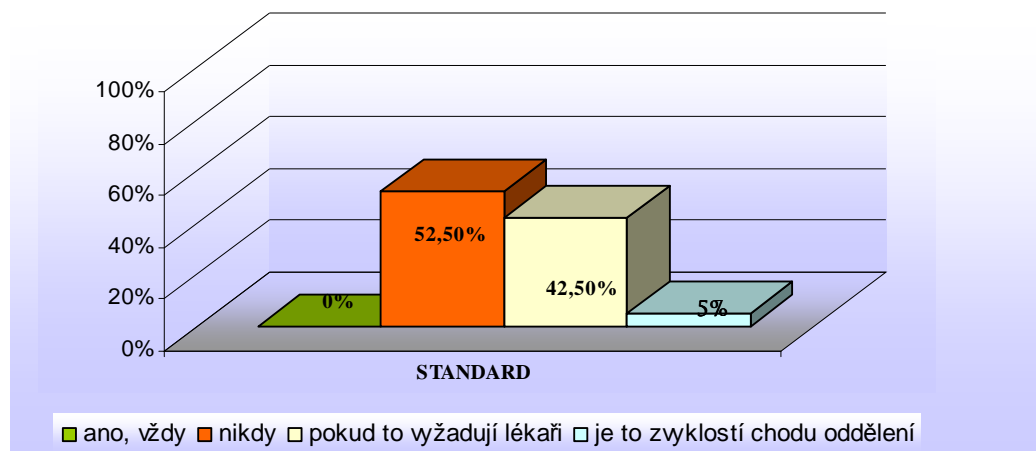
Z celkového počtu 37 sester (100 %) uvedlo, že před velkou vizitou odhalují pacienta do předu ano, vždy 2 sestry (5,41 %), nikdy 22 sester (59,46 %), pokud to vyžadují lékaři uvedlo 9 sester (24,32 %) a 4 sestry (10,81 %) uvedly, že je to zvyklostí oddělení.

**Graf 12B Odhalování pacientů při velké vizitě na oddělení JIP**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo, že před velkou vizitou odhaluje pacienta do předu ano, vždy 31 sester (77,50 %), nikdy 8 sester (20 %), pokud to vyžadují lékaři uvedlo 0 sester (0 %) a 1 sestru (2,50 %) uvedla, že je to zvyklostí oddělení.

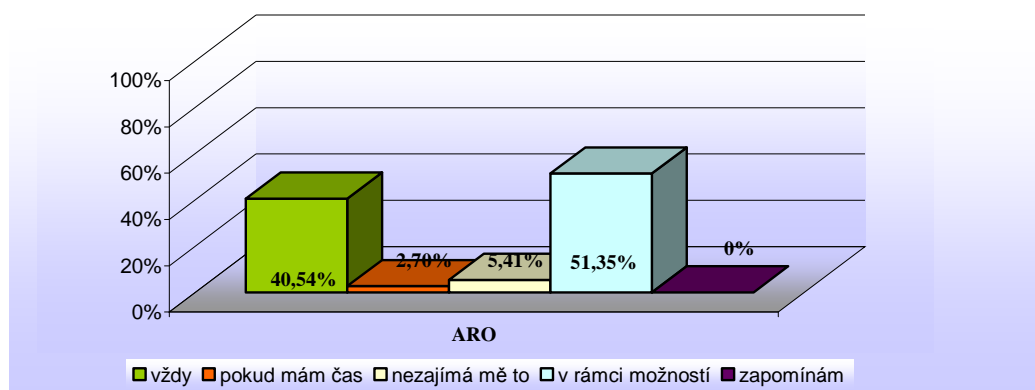
**Graf 12C Odhalování pacientů při velké vizitě na oddělení standard**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo, že před velkou vizitou odhaluje pacienta do předu ano, vždy 0 sester (0 %), nikdy 21 sester (52,50 %), pokud to vyžadují lékaři uvedlo 17 sester (42,50 %) a 2 sestry (5 %) uvedly, že je to zvyklostí oddělení.

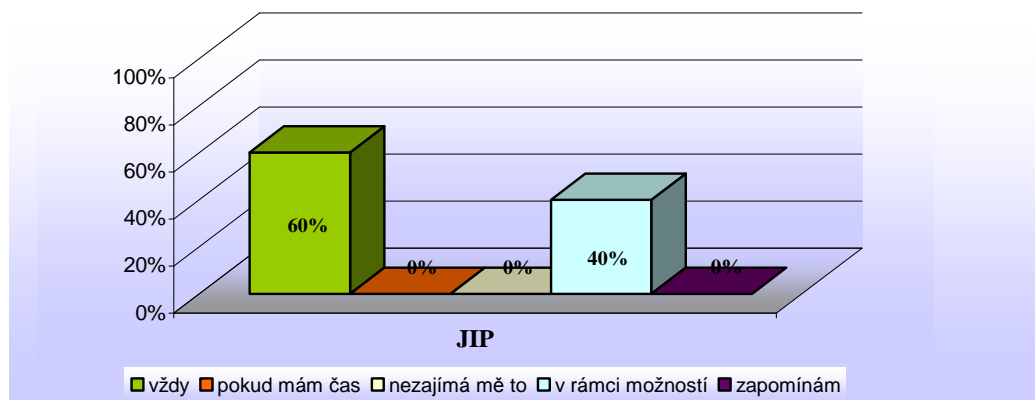


**Graf 13A Ochrana intimity při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku na oddělení ARO**



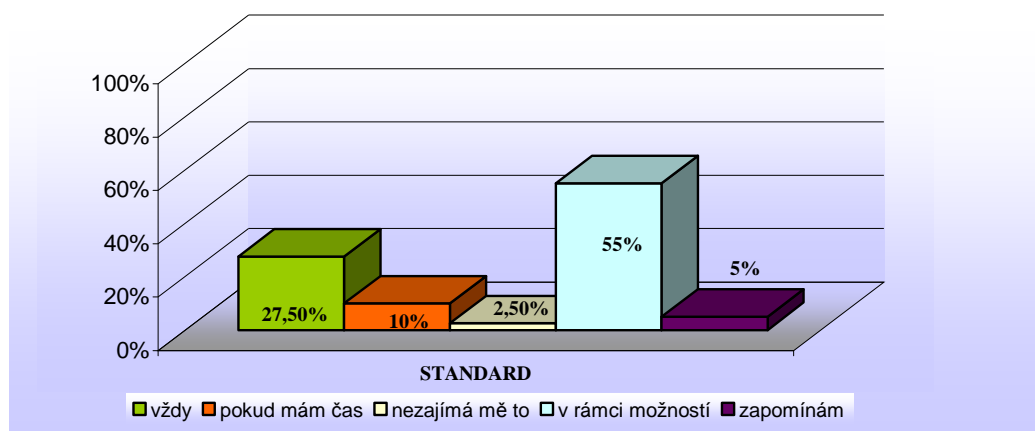
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO uvedlo, že při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku se snaží chránit jeho intimitu vždy 15 sester (40,54 %), 1 sestra (2,70 %) pokud má čas, 2 sestry (5,41 %) to nezajímá, 19 sester (51,35 %) chrání pacienta v rámci možností a 0 sester (0 %) zapomíná.

**Graf 13B Ochrana intimity při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku na oddělení JIP**



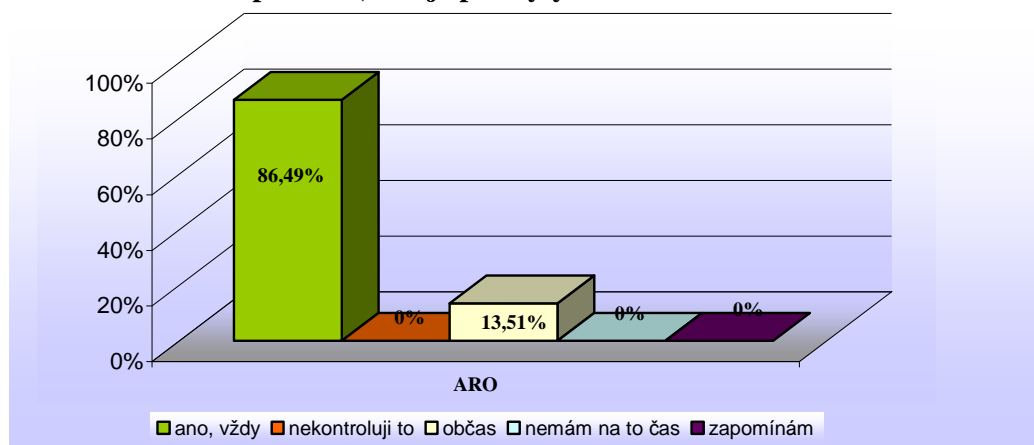
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP uvedlo, že při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku se snaží chránit jeho intimitu 24 sestry (60 %) vždy, 0 sester (0 %) pokud mají čas, 0 sester (0 %) to nezajímá, 16 sester (40 %) chrání pacienta v rámci možností a 0 sester (0 %) uvedlo, že zapomíná.

**Graf 13C Ochrana intimity při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku na oddělení standard**



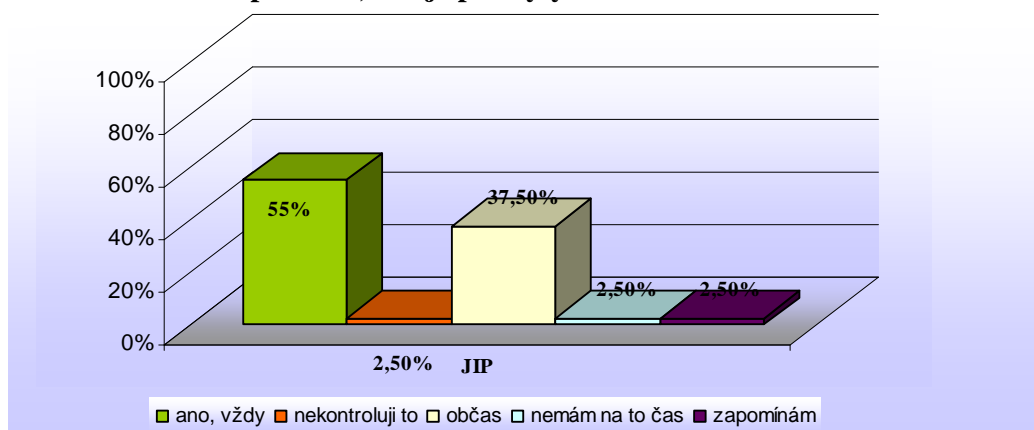
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard uvedlo, že při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžku se snaží chránit jeho intimitu 11 sester (27,50 %) vždy, 4 sestry (10 %) pokud mají čas, 1 sestru (2,50 %) to nezajímá, 22 sester (55 %) chrání pacienta v rámci možností a 2 sestry (5 %) uvedly, že zapomínají.

**Graf 14A Kontrola pacienta, zda je přikrytý na oddělení ARO**



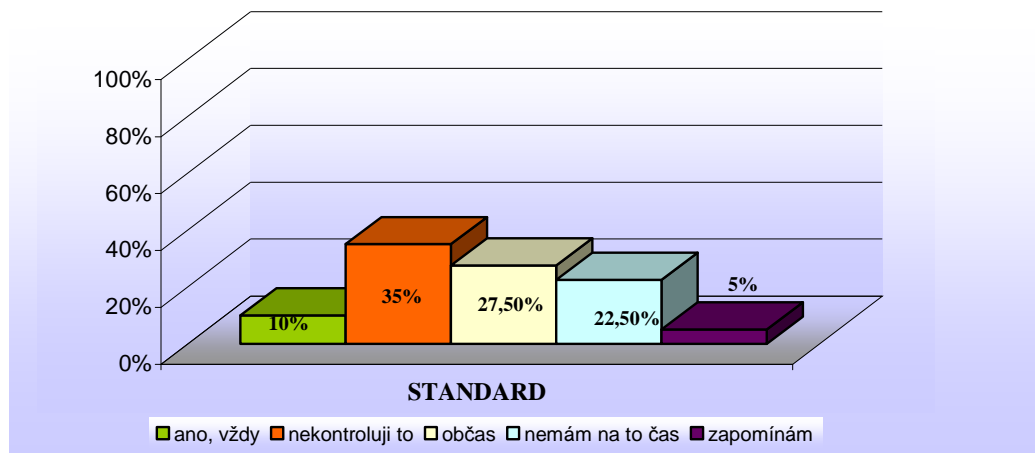
Z celkového počtu 37 sester (100 %) na oddělení ARO odpovědělo, že kontrolují před návštěvními hodinami, zda je pacient přikrytý ano, vždy 32 sester (86,49 %), 0 sester (0 %) to nekontroluje, 5 sester (13,51 %) provádí kontrolu občas, 0 sester (0 %) nemá na to čas a 0 sester (0 %) zapomíná.

**Graf 14B Kontrola pacienta, zda je přikrytý na oddělení JIP**



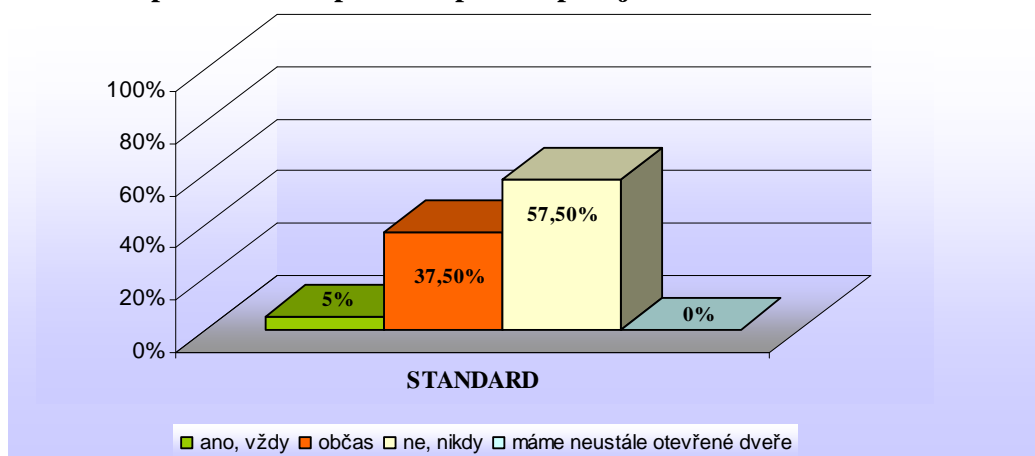
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP odpovědělo, že kontrolují před návštěvními hodinami, zda je pacient přikrytý ano, vždy 22 sester (55 %), 1 sestra (2,50 %) to nekontroluje, 15 sester (37,50 %) provádí kontrolu občas, 1 sestra (2,50 %) nemá na to čas a 1 sestra (2,50 %) uvedla, že zapomíná.

**Graf 14C Kontrola pacienta, zda je přikrytý na oddělení standard**



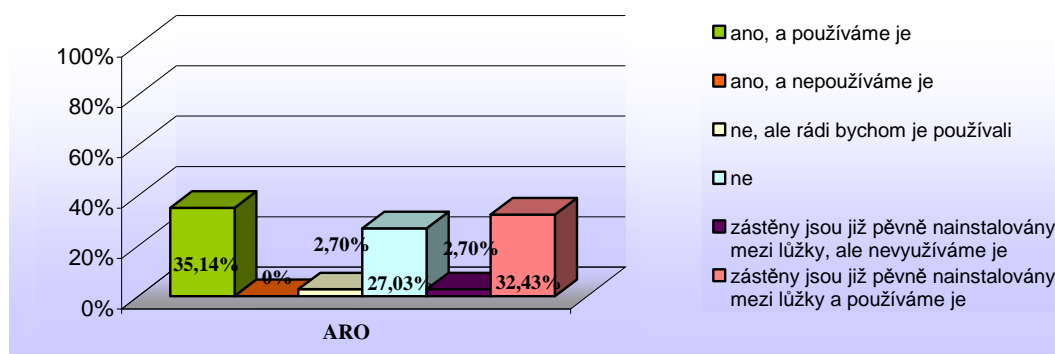
Z celkového počtu 40 sester (100 %) na oddělení standard odpovědělo, že kontrolují před návštěvními hodinami, zda je pacient přikrytý ano, vždy 4 sestry (10 %), 14 sester (35 %) to nekontroluje, 11 sester (27,50 %) provádí kontrolu občas, 9 sester (22,5 %) nemá na to čas a 2 sestry (5 %) uvedly, že zapomínají.

**Graf 15 Klepání na dveře před vstupem na pokoj na standartu**



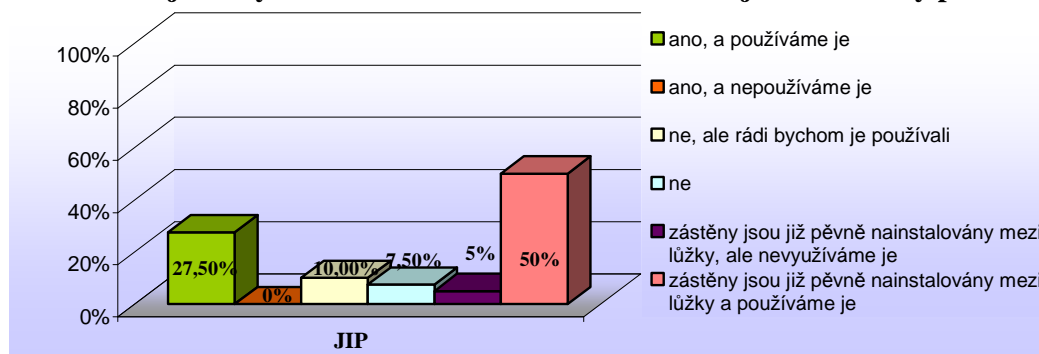
Na oddělení standard z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo, že před vstupem na pokoj pacientů klepají na dveře ano, vždy 2 sestry (5 %), občas 15 sester (37,50 %), ne, nikdy uvedlo 23 sester (57,50 %) a 0 sester (0 %) odpovědělo, že mají neustále otevřené dveře.

**Graf 16A Mají sestry na oddělení ARO dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta**



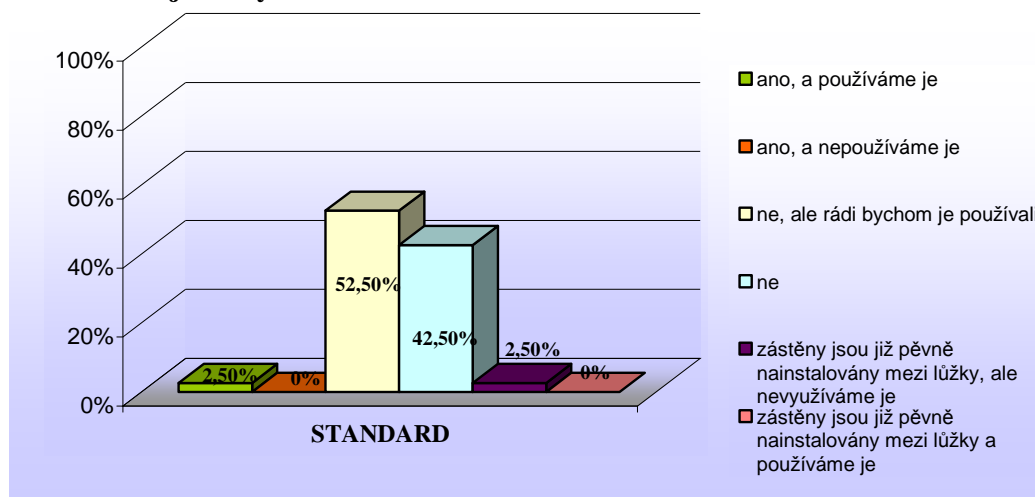
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO odpovědělo, zda mají k dispozici dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta ano, a používají je 13 sester (35, 14 %), ano, a nepoužívají je nevedla žádná sestra (0 %), ne, ale rádi by je používaly odpověděla 1 sestra (2,70 %), ne 10 sester (27,00 %), 1 sestra (2,70 %) odpověděla, že jsou zástěny pevně nainstalovány mezi lůžky, ale nevyužívají je a 12 sester (32,43 %) uvedlo, že zástěny mají nainstalovány pevně a používají je.

**Graf 16B Mají sestry na oddělení JIP dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta**



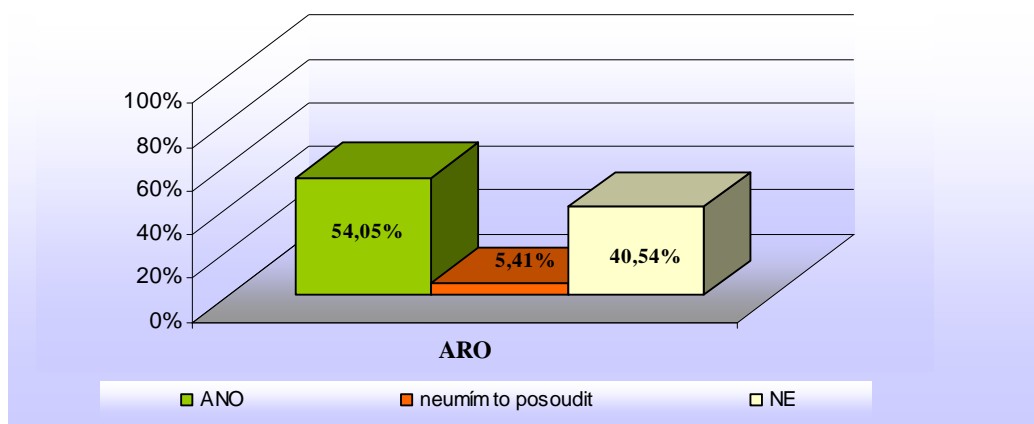
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP odpovědělo na otázku, zda mají k dispozici dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta ano, a používají je 11 sester (27,50 %), ano, a nepoužívají je nevedla žádná sestra (0 %), ne, ale rádi by je používaly odpověděly 4 sestry (10 %), ne 3 sestry (7,50 %), 2 sestry (5 %) odpověděly, že jsou zástěny pevně nainstalovány mezi lůžky, ale nevyužívají je a 20 sester (50 %) uvedlo, že zástěny mají nainstalovány pevně a používají je.

**Graf 16C Mají sestry na oddělení standard dostatek zástěn**



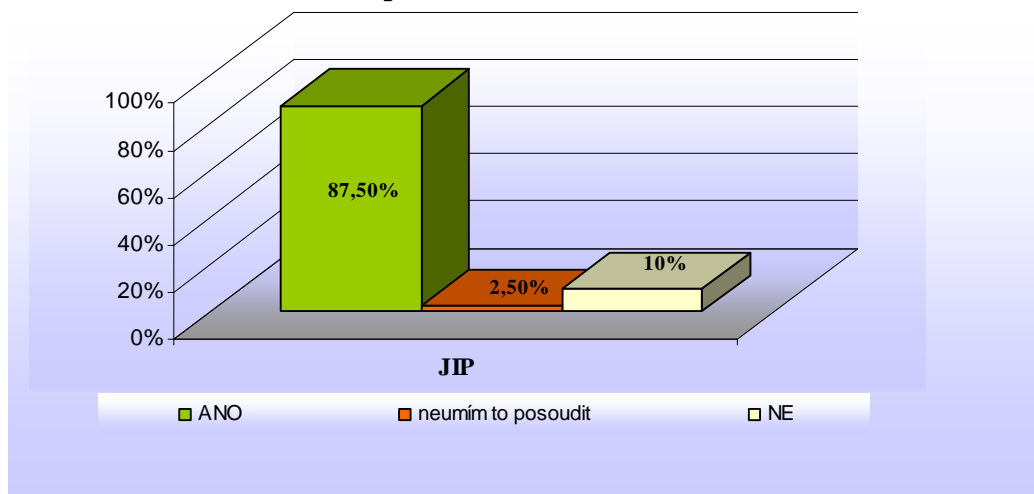
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard odpovědělo na otázku zda mají k dispozici dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta ano, a používají je 1 sestra (2,50 %), ano, a nepoužívají je neuvedla žádná sestra (0 %), ne, ale rádi by je používaly odpovědělo 21 sester (52,50 %), ne 17 sester (42,50 %), 1 sestra (2,50 %) odpověděla, že jsou zástěny pevně nainstalovány mezi lůžky, ale nevyužívají je a 0 sester (0 %), že zástěny mají nainstalovány pevně a používají je.

**Graf 17A Názor sester, zda stavební uspořádání jejich oddělení má vliv na narušení soukromí pacientů – ARO**



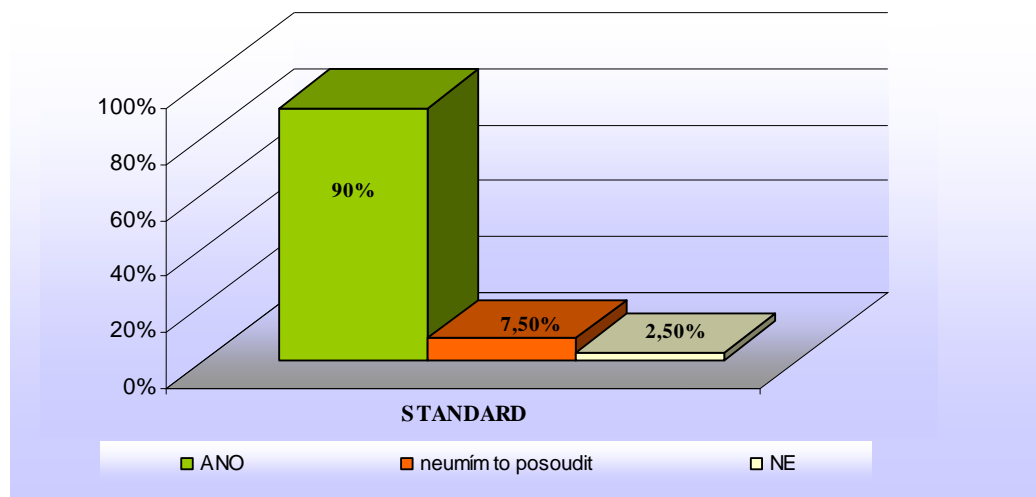
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO si myslí 20 sester (54,05 %), že stavební uspořádání má vliv na narušení soukromí pacientů, 2 sestry (5,41 %) to neumí posoudit a 15 sester (40,54 %) si nemyslí, že stavební uspořádání má vliv na soukromí.

**Graf 17B Názor sester, zda stavební uspořádání jejich oddělení má vliv na narušení soukromí pacientů - JIP**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP si myslí 35 sester (87,50 %), že stavební uspořádání má vliv na narušení soukromí pacientů, 1 sestra (2,50 %) to neumí posoudit a 4 sestry (10 %) si nemyslí, že stavební uspořádání má vliv na soukromí.

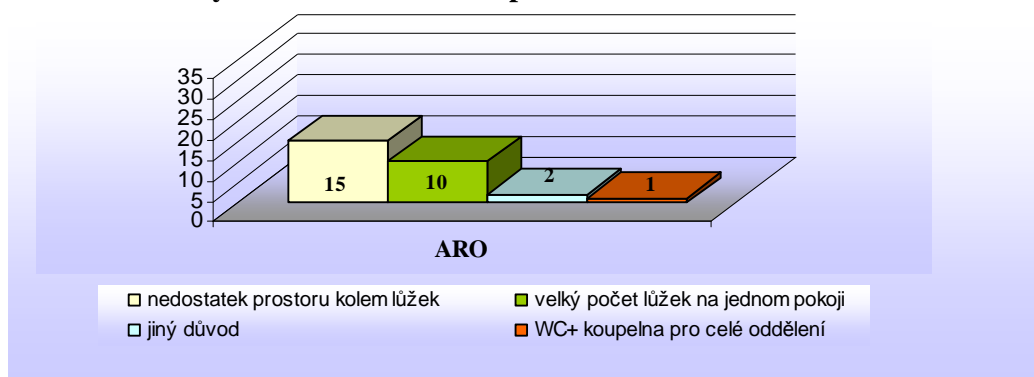
**Graf 17C Názor sester, zda stavební uspořádání jejich oddělení má vliv na narušení soukromí pacientů – standard**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard si myslí 36 sester (90 %), že stavební uspořádání má vliv na narušení soukromí pacientů, 3 sestry (7,50 %) to neumí posoudit a 1 sestra (2,50 %) si nemyslí, že stavební uspořádání má vliv na soukromí.

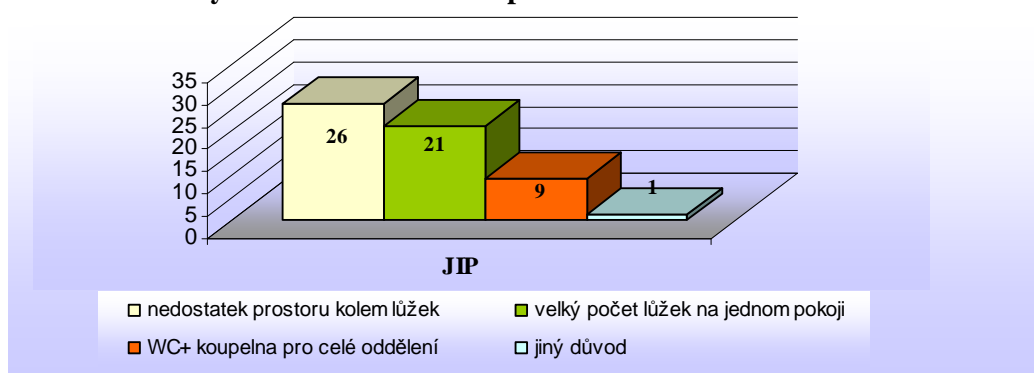


**Graf 18A Důvody narušení soukromí u pacientů na oddělení ARO**



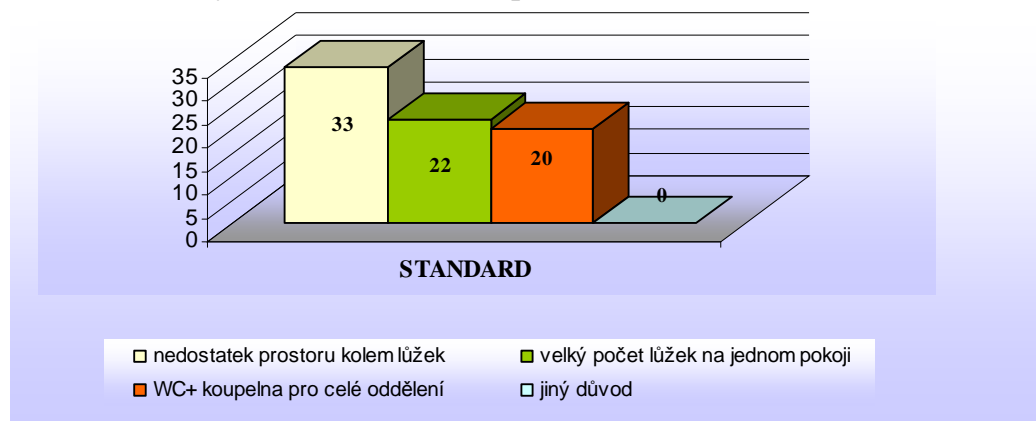
20 sester ARO u otázky č. 18 z uvedené nabídky stavebního uspořádání označily více možností, o kterých si myslí, že nejvíce ovlivňují soukromí pacienta. 15x uvedly, že soukromí pacientů narušuje nedostatek prostoru kolem lůžek, 10x velký počet lůžek na jednom pokoji, 2x sestry uvedly jiný důvod ( je vše slyšet, prosklené boxy) a 1x WC+koupelna pro celé oddělení.

**Graf 18B Důvody narušení soukromí u pacientů na oddělení JIP**



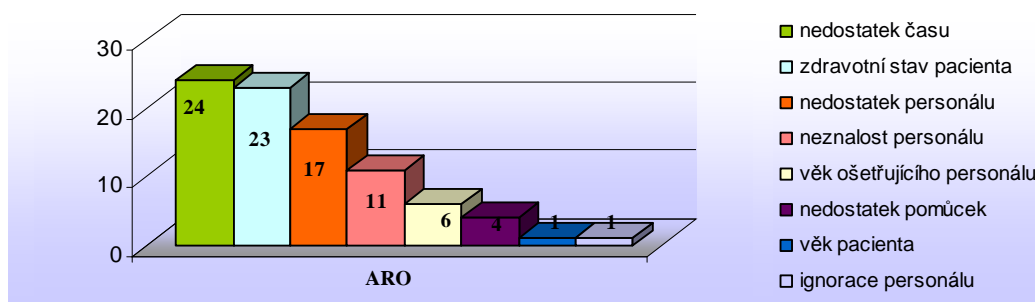
35 sester JIP u otázky č. 18 z uvedené nabídky stavebního uspořádání označily více možností, o kterých si myslí, že nejvíce ovlivňují soukromí pacienta. 26x uvedly, že soukromí pacientů narušuje nedostatek prostoru kolem lůžek, 21x velký počet lůžek na jednom pokoji, 9x sestry uvedly WC+koupelna pro celé oddělení a jiný důvod nevedla žádná.

**Graf 18C Důvody narušení soukromí u pacientů na oddělení standard**



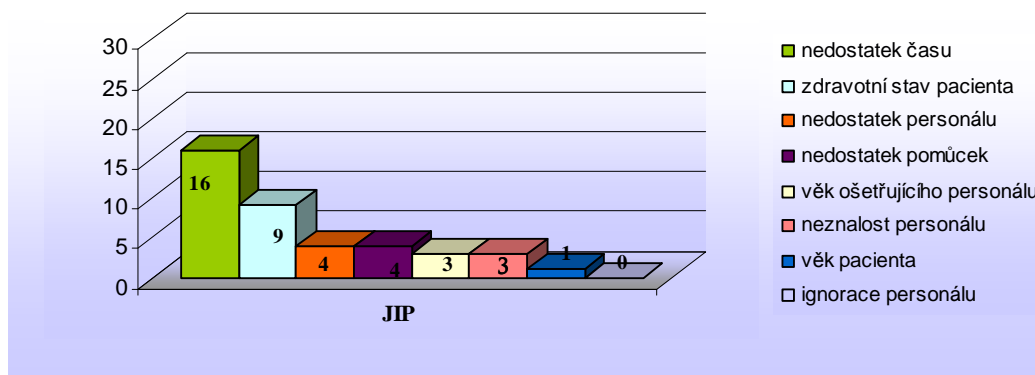
35 sester oddělení standard u otázky č. 18 z uvedené nabídky stavebního uspořádání označilo více možností, o kterých si myslí, že nejvíce ovlivňují soukromí pacienta. 33x sestry uvedly, že soukromí pacientů narušuje nedostatek prostoru kolem lůžek, 22x velký počet lůžek na jednom pokoji, 20x sestry uvedly WC+koupelna pro celé oddělení a jiný důvod neuvedla žádná.

**Graf 19A Faktory, které na oddělení ARO mají vliv na nedodržení intimity pacientů**



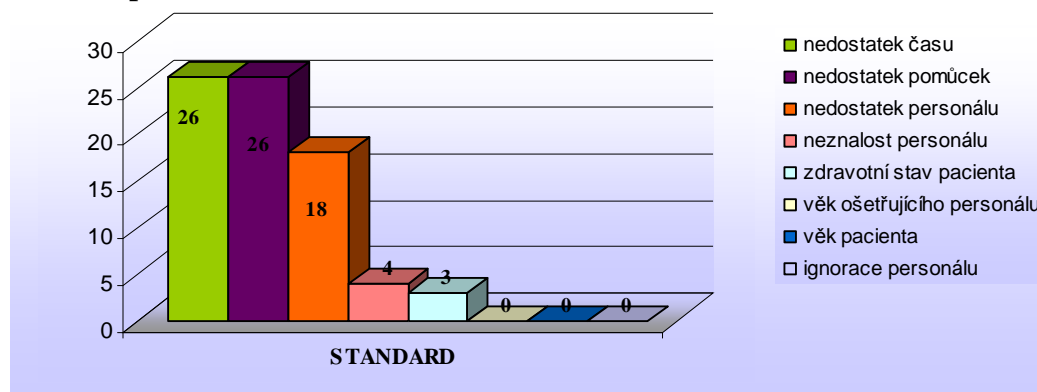
Na otázku č. 19 mohli respondenti označit více možností. 37 sester z oddělení ARO jako faktory, které mají nejčastěji vliv na nedodržení intimity pacientů zaškrtnly 24x nedostatek času, 23x zdravotní stav pacienta, 17x nedostatek personálu, 11x neznalost personálu, 6x věk ošetřujícího personálu, 4x nedostatek pomůcek, 1x věk pacienta a 1x zmínily ignoraci personálu.

**Graf 19B Faktory, které na oddělení JIP mají vliv na nedodržení intimity pacientů na oddělení JIP**



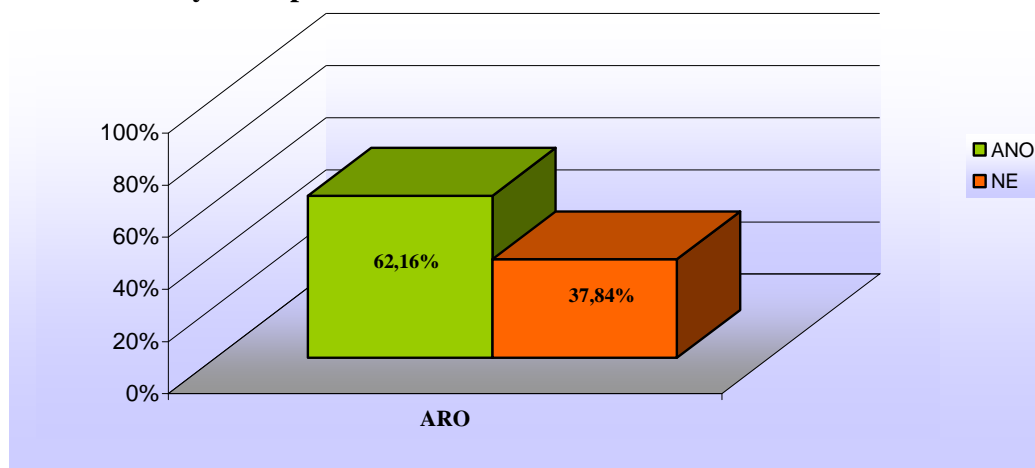
U otázky č. 19 mohli respondenti označit více možností. 40 sester z oddělení JIP jako faktory, které mají nejčastěji vliv na nedodržení intimity pacientů zaškrtnly 16x nedostatek času, 9x zdravotní stav pacienta, 4x nedostatek personálu, 4x nedostatek pomůcek, 3x věk ošetřujícího personálu, 3x neznalost personálu a 1x věk pacienta, možnost ignorace personálu neuvedl nikdo.

**Graf 19C Faktory, které na oddělení standard mají vliv na nedodržování intimity pacientů**



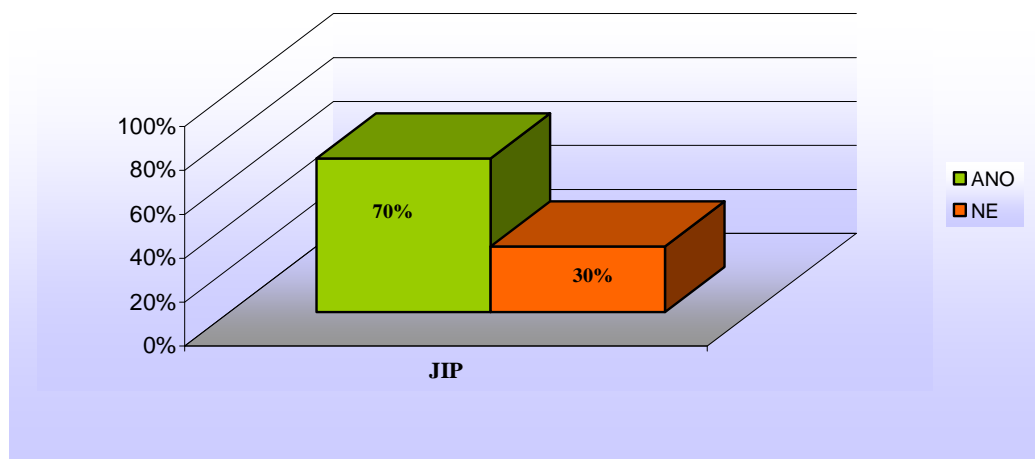
U otázky č. 19 mohli respondenti označit více možností. 40 sester z oddělení standard jako faktory, které mají nejčastěji vliv na nedodržování intimity pacientů zaškrtnli 26x nedostatek času, 26x nedostatek pomůcek, 18x nedostatek personálu, 4x neznalost personálu, 3x zdravotní stav pacienta, 0x věk pacienta a 0x věk ošetřujícího personálu, ignoraci personálu neoznačil nikdo.

**Graf 20A Sestry v roli pacienta na odděleních ARO**



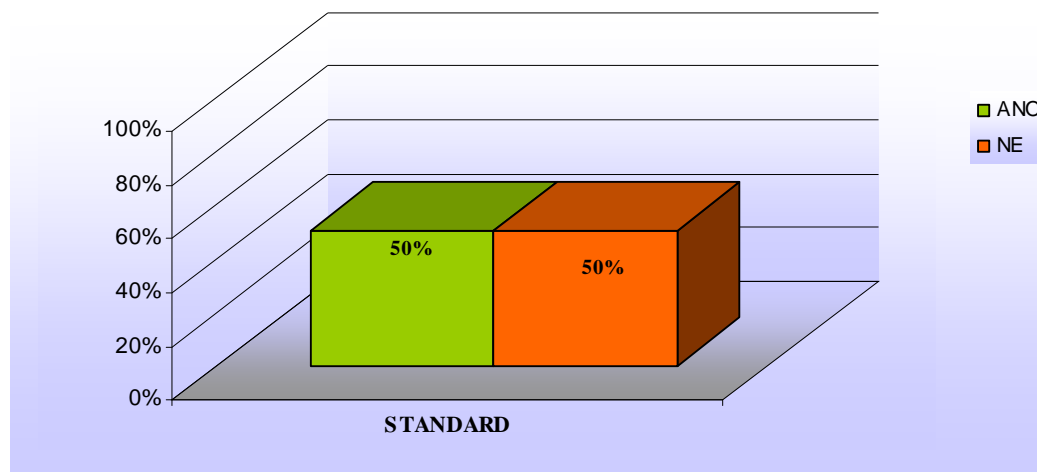
Z celkového počtu 37 dotázaných sester (100 %) na oddělení ARO odpovědělo 23 sester (62,16 %) se již ocitlo v roli pacienta, 14 (37,84 %) odpovědělo ne.

**Graf 20B Sestry v roli pacienta na oddělení JIP**



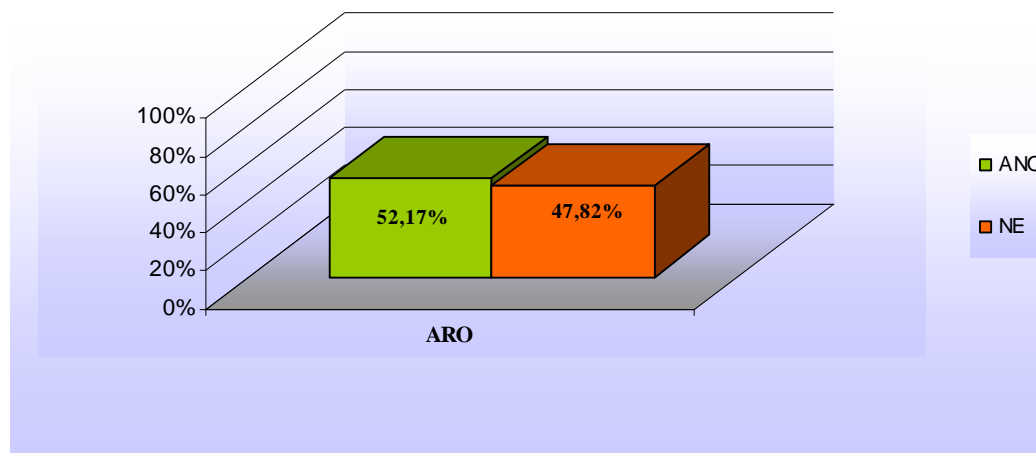
Z celkového počtu 40 sester (100 %) na oddělení JIP uvedlo 28 sester (70 %), že již bylo v roli pacienta a 12 sester (30 %) uvedlo, že se ještě neocitly v roli pacienta.

**Graf 20C Sestry v roli pacienta na oddělení standard**



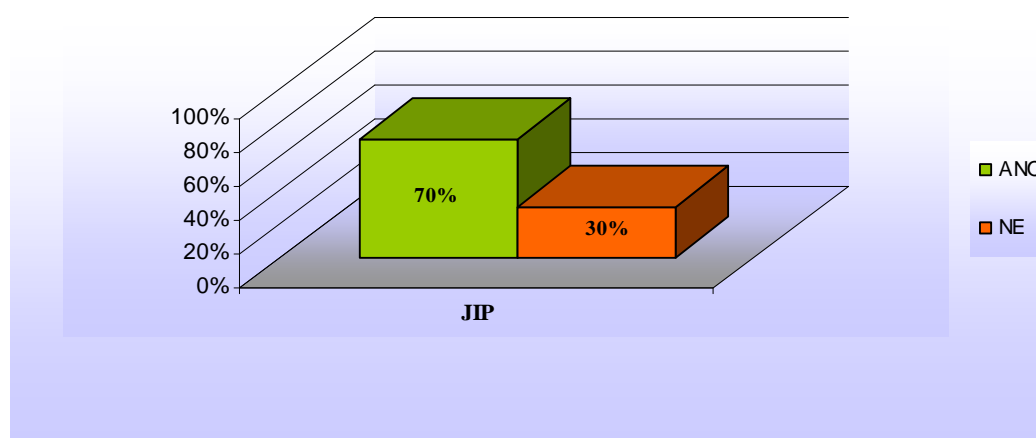
Z celkového počtu 40 sester (100 %) na oddělení standard uvedlo 20 sester (50 %), že již bylo v roli pacienta a 20 sester (50 %) uvedlo, že se ještě neocitly v roli pacienta.

**Graf 21A Sestry ARO, které pocítily v roli pacienta narušení intimity**



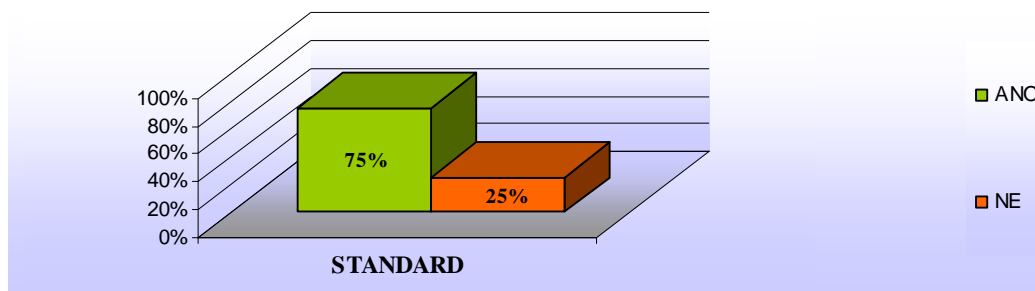
Z počtu 23 sester (100 %) pocítilo narušení intimity v roli pacienta 12 sester (52, 17 %), 11 sester (47,82 %) odpovědělo, že jim nebyla narušena intimita.

**Graf 20B Sestry JIP, které pocítily v roli pacienta narušení intimity**



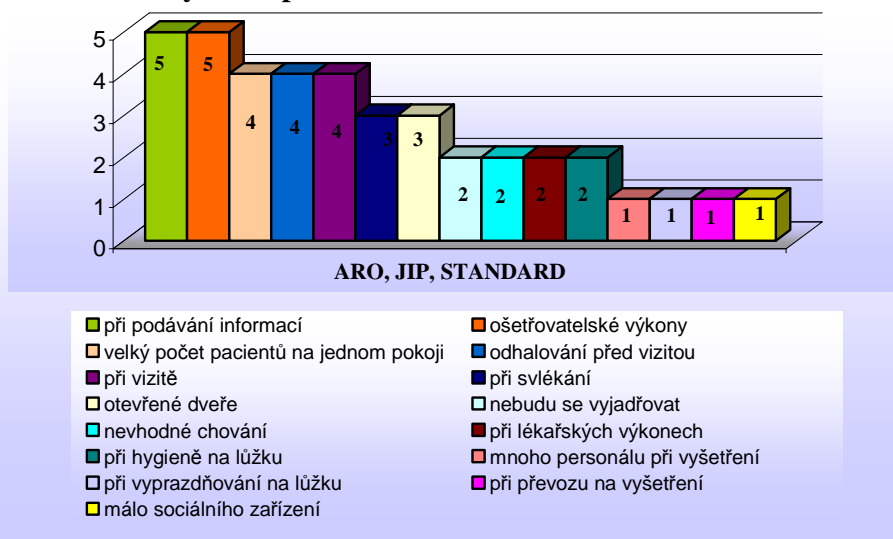
Z počtu 28 sester (100 %) pocítilo narušení intimity v roli pacienta 13 sester (46,42 %), 15 sester (53,57 %) odpovědělo, že jim nebyla narušena intimita.

**Graf 20C Sestry standard, které pocítily v roli pacienta narušení intimity**



Z počtu 20 sester (100 %) pocítlo narušení intimity v roli pacienta 15 sester (75 %), 5 sester (25 %) odpovědělo, že jim nebyla narušena intimita.

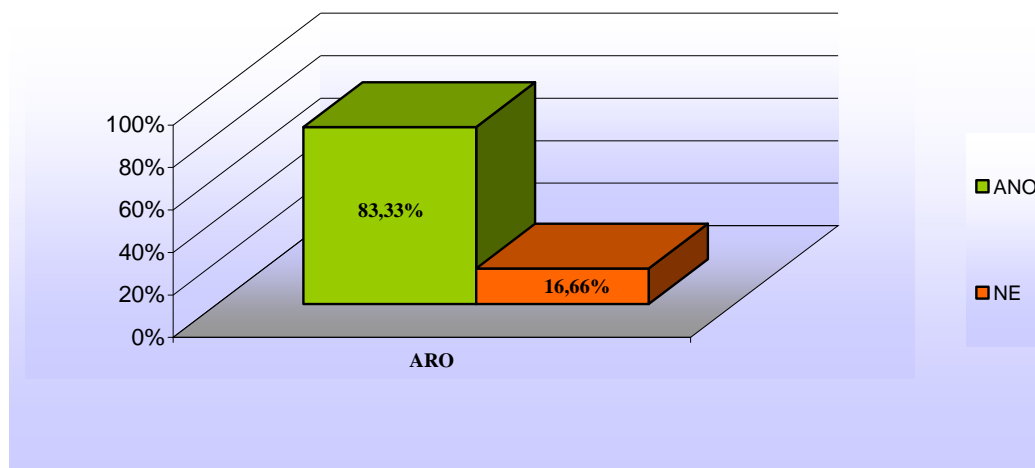
**Graf 20D Konkrétní výkony u kterých sestry ARO, JIP a standard pocítily narušení intimity v roli pacienta**



40 sester z oddělení ARO, JIP a standard uvedlo konkrétní případ, kdy jim byla narušena intimita v roli pacienta a to: 5x při podávání informací, 5x při ošetřovatelských výkonech, 4x při velkém počtu pacientů na jednom pokoji, 4x při odhalování před vizitou, 4x při vizitě, 3x při svlékání, 3x při otevřených dveřích, 2x uvedli, že se nebudou vyjadřovat, 2x odpověděli nevhodné chování, 2x při lékařských výkonech, 2x při hygieně na lůžku a 1x udaly mnoho personálu při vyšetření, při vyprazdňování na lůžku, při převozu na vyšetření a málo sociálního zařízení.

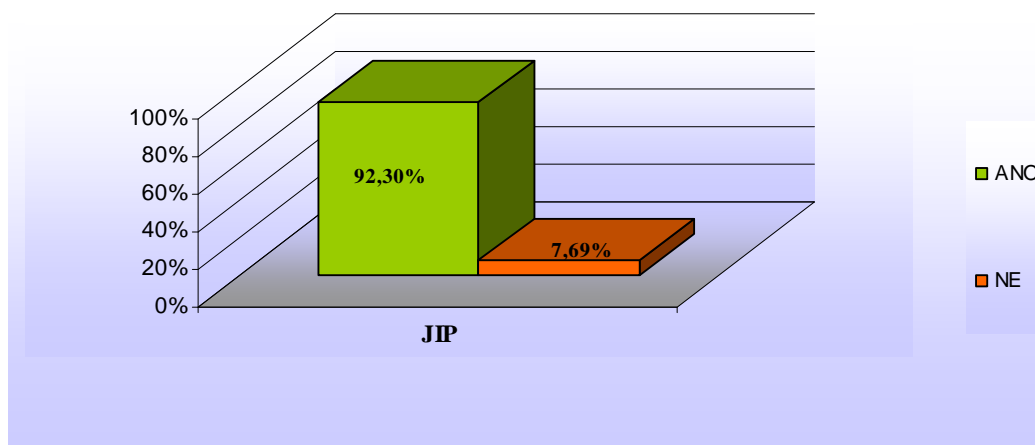


**Graf 20E Změna přístupu k pacientovy po zkušenosti sester v roli pacienta – ARO**



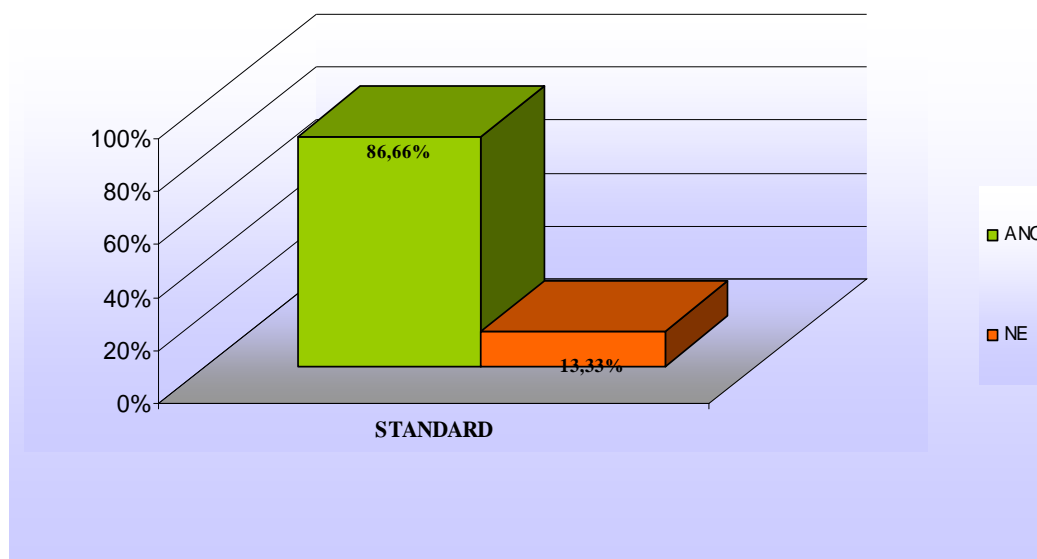
Z 12 sester (100 %) odpovědělo, že se jejich přístup k pacientům po jejich zkušenosti s narušením intimity změnil 10 (83,33 %) ano, 2 (16,66 %) uvedly, že se jejich přístup nezměnil.

**Graf 20F Změna přístupu k pacientovy po zkušenosti sester v roli pacienta – JIP**



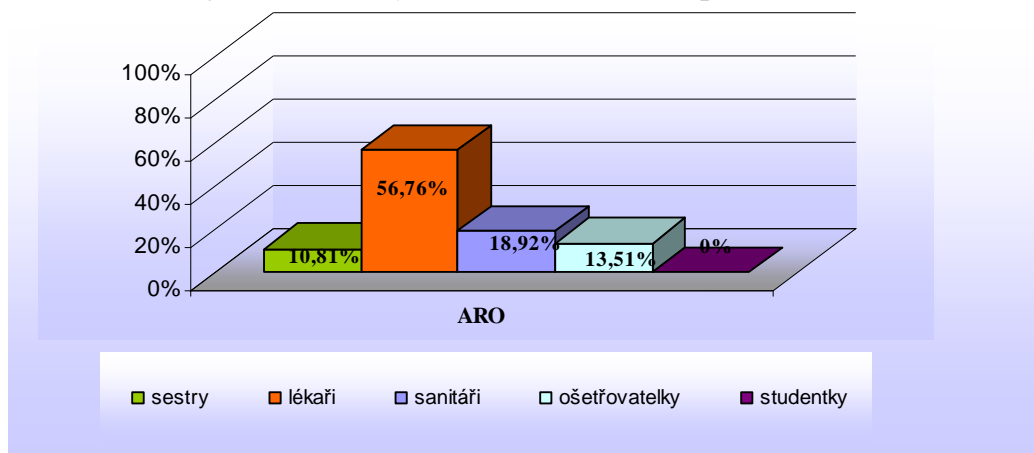
Ze 13 sester (100 %) odpovědělo, že se jejich přístup k pacientům po jejich zkušenosti s narušením intimity změnil 12(93,30 %) ano, 1 (7,69 %) uvedla, že se její přístup nezměnil.

**Graf 20G Změna přístupu k pacientovy po zkušenosti sester v roli pacienta – standard**



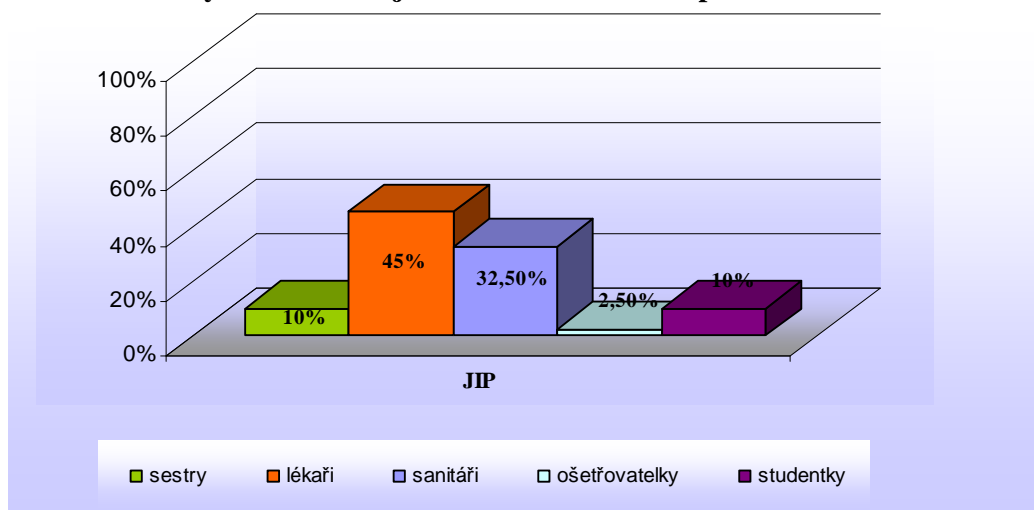
Z 15 sester (100 %) odpovědělo, že se jejich přístup k pacientům po jejich zkušenosti s narušením intimity změnil 13(86,66 %) ano, 2 (13,33 %) uvedly, že se její přístup nezměnil.

**Graf 21A Názory sester kdo nejvíce nedbá na intimitu pacienta na oddělení ARO**



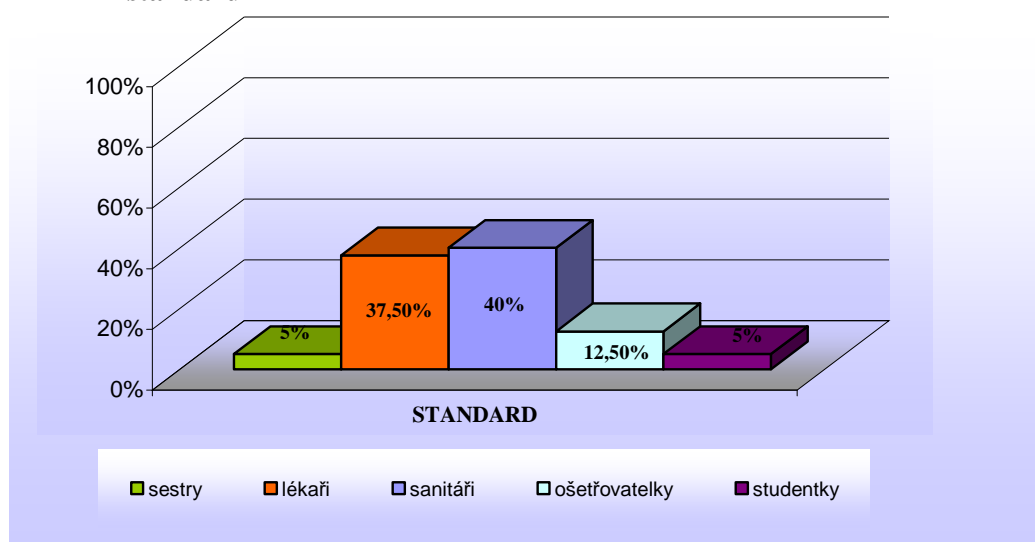
Z celkového počtu 37 sester (100 %) z oddělení ARO 4 sestry (10,81 %) udávají, že nedbají na intimitu pacienta sestry, 21 sester (56,76 %) udává lékaře, 7 sester (18,92 %) udává sanitáře, 5 sester (13,51 %) udává ošetřovatelky a 0 sester (0 %) udává studentky.

**Graf 21B Názory sester kdo nejvíce nedbá na intimitu pacienta na oddělení JIP**



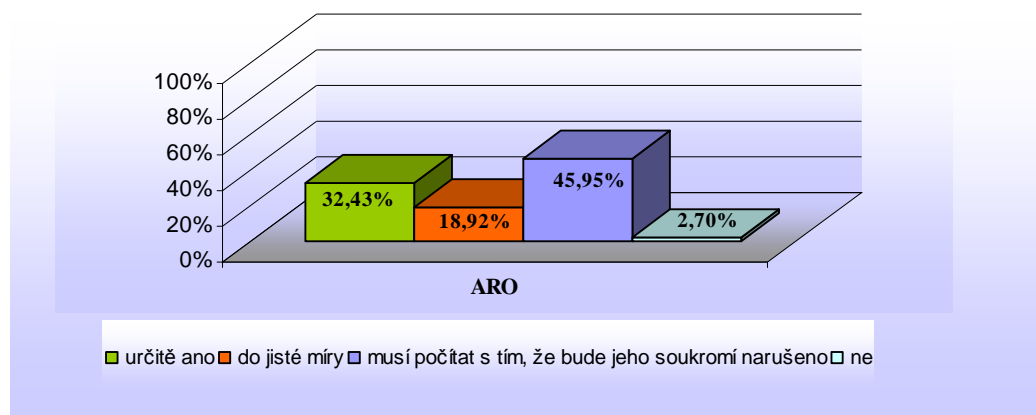
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení JIP si 4 sestry (10 %) udávají, že nedbají na intimitu pacienta sestry, 18 sester (45 %) udává lékaře, 13 sester (32,50 %) udává sanitáře, 1 sestru (2,50 %) udává ošetřovatelky a 4 sestry (10 %) udávají studentky.

**Graf 21C Názory sester kdo nejvíce nedbá na intimitu pacienta na oddělení standard**



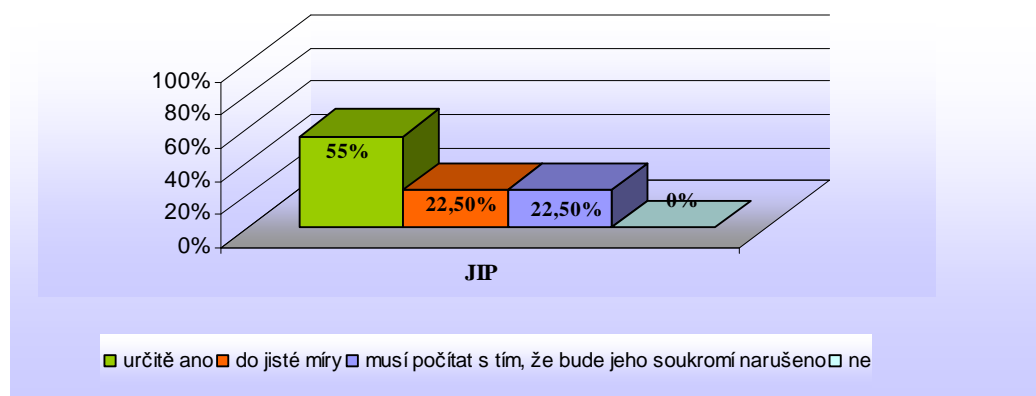
Z celkového počtu 40 sester (100 %) z oddělení standard si 2 sestry (5 %) udávají, že nedbají na intimitu pacienta sestry, 15 sester (37,50 %) udává lékaře, 16 sester (40 %) udává sanitáře, 5 sester (12,50 %) udává ošetřovatelky a 2 sestry (5 %) udává studentky.

**Graf 22A Názor sester z oddělení ARO na právo pacienta na soukromí**



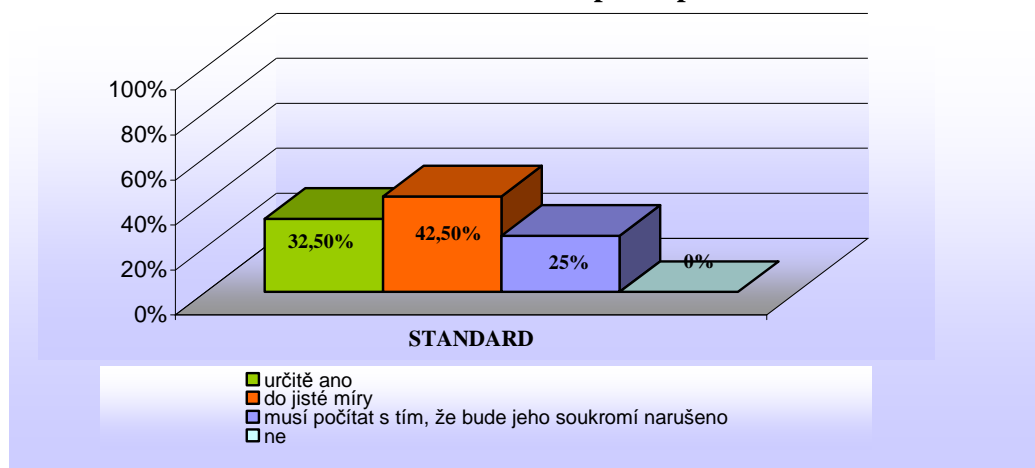
Z celkového počtu 37 sester (100 %) odpovědělo 12 sester (32,43 %), že pacienti mají právo na soukromí určitě ano, 7 sester (18,92 %) se domnívá, že do jisté míry, 17 sester (45,95 %) odpovědělo, že pacienti musí počítat s tím, že jejich soukromí bude narušeno a 1 sestra (0 %) odpověděla, že pacient nemá právo na soukromí.

**Graf 22B Názor sester z oddělení JIP na právo pacienta na soukromí**



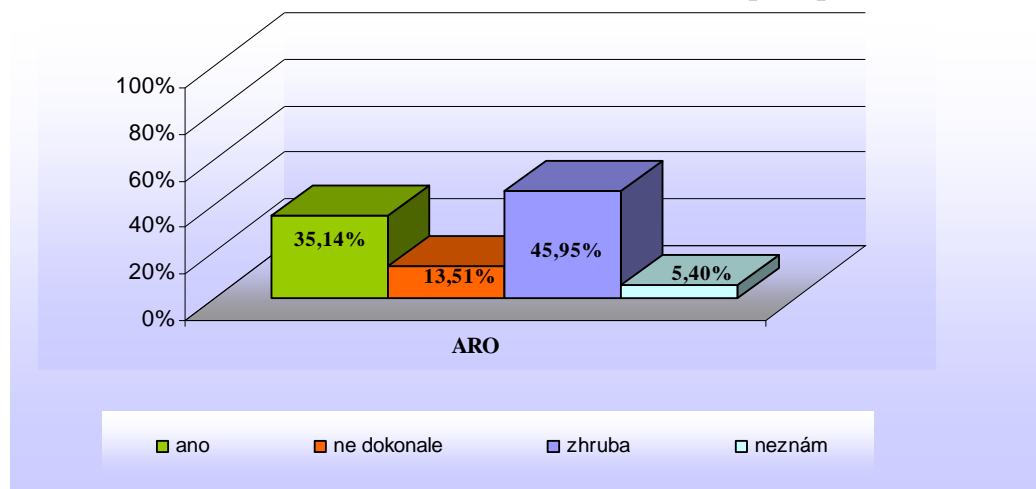
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 22 sester (55 %), že pacienti mají právo na soukromí určitě ano, 9 sester (22,50 %) se domnívá, že do jisté míry, 9 sester (22,50 %) odpovědělo, že pacienti musí počítat s tím, že jejich soukromí bude narušeno a 0 sester (0 %) odpovědělo, že pacient nemá právo na soukromí.

**Graf 22C Názor sester z oddělení standard na právo pacienta na soukromí**



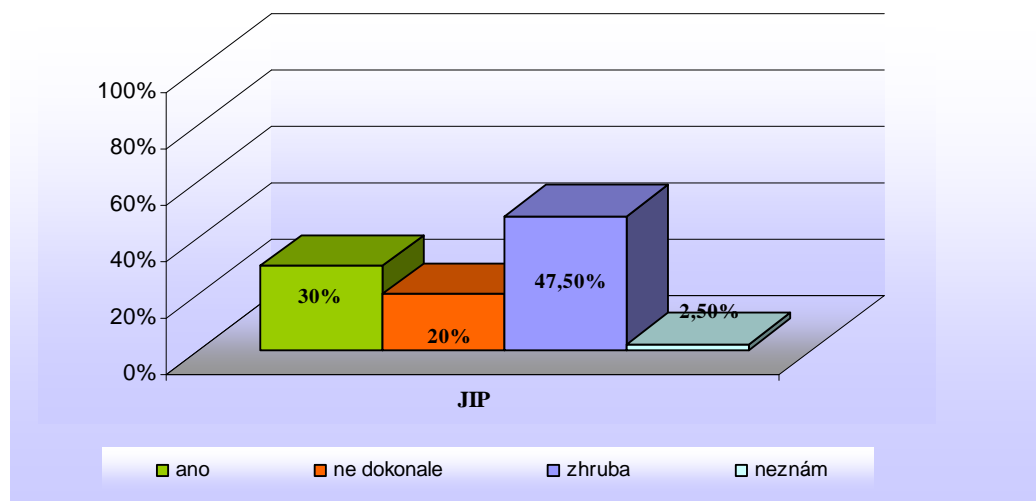
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 13 sester (32,50 %), že pacienti mají právo na soukromí určitě ano, 17 sester (42,50 %) se domnívá, že do jisté míry, 10 sester (25 %) odpovědělo, že pacienti musí počítat s tím, že jejich soukromí bude narušeno a 0 sester (0 %) odpovědělo, že pacient nemá právo na soukromí.

**Graf 23A Znalost sester z oddělení ARO Etického kodexu práv pacientů**



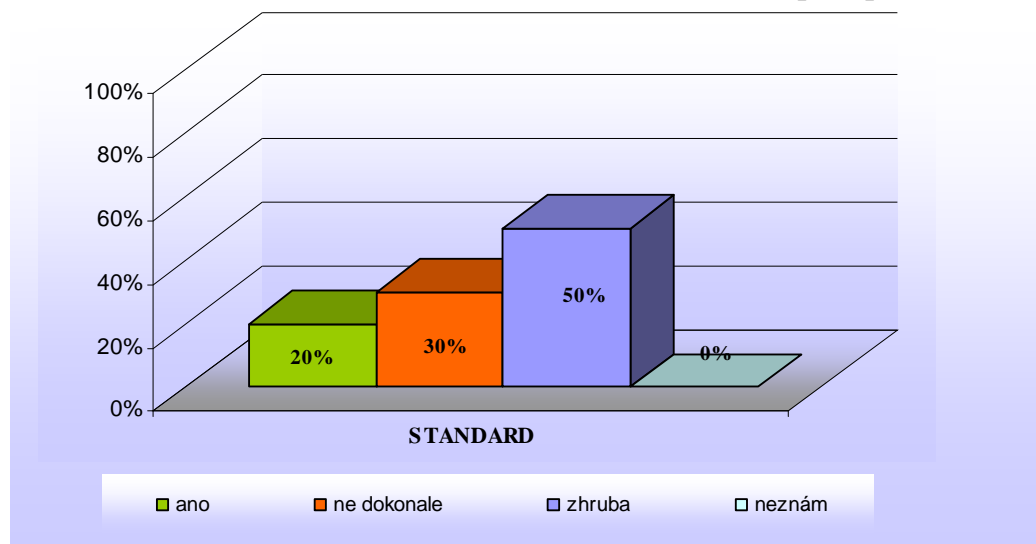
Z celkového počtu 37 sester (100 %) uvedlo 13 sester (35,14 %), že Etický kodex znají, 5 sester (13,51 %) neznají kodex dokonale, 17 sester (45,95 %) zná Etický kodex zhruba a 2 sestry (5,40 %) nezná Etický kodex práv pacientů.

**Graf 23B Znalost sester z oddělení JIP Etického kodexu práv pacientů**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo 12 sester (30 %), že Etický kodex znají, 8 sester (20 %) neznají kodex dokonale, 19 sester (47,50 %) zná Etický kodex zhruba a 1 sestra (2,50 %) nezná Etický kodex práv pacientů.

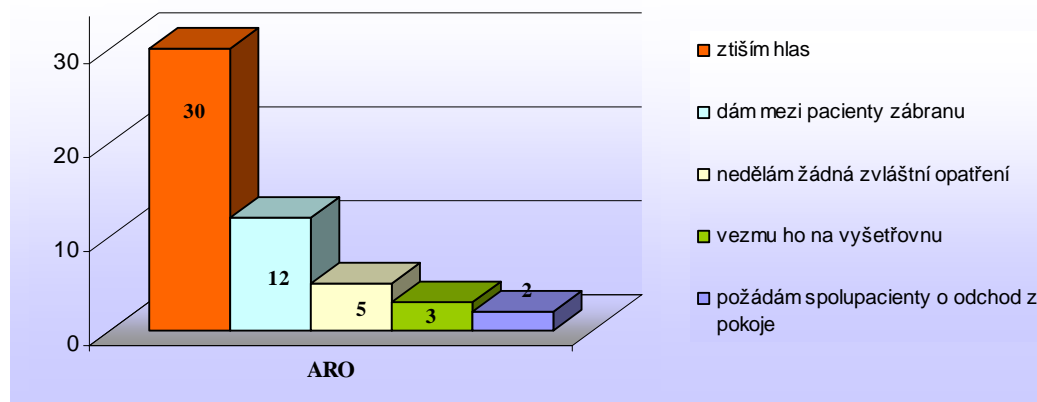
**Graf 23C Znalost sester z oddělení standard Etického kodexu práv pacientů**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo 8 sester (20 %), že Etický kodex znají, 12 sester (30 %) neznají kodex dokonale, 20 sester (50 %) zná Etický kodex zhruba a 0 sester (0 %) nezná Etický kodex práv pacientů.

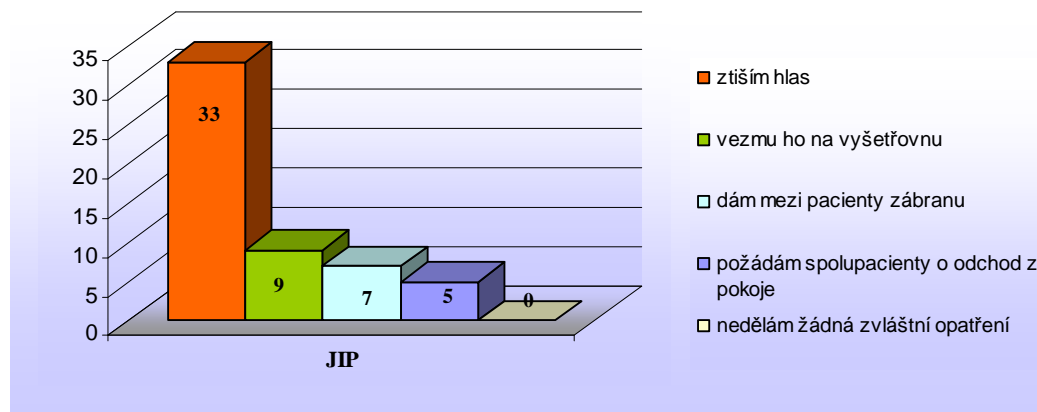


**Graf 24A Postupy sester na oddělení ARO při rozhovoru s pacientem o citlivých záležitostech**



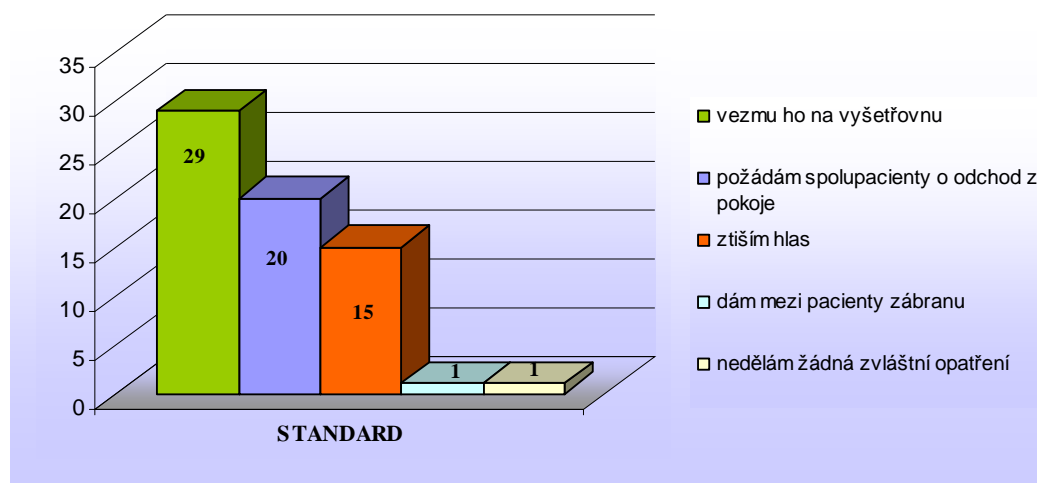
U otázky č.24 mohli dotazovaní zaškrtnout více možností. 30x označily sestry, že pokud potřebují hovořit s pacientem o citlivých záležitostech ztiší hlas, 12x označily sestry, že dají mezi pacienty zábranu, 5x nedělají žádná opatření, 3x označily sestry, že vezmou pacienta na vyšetřovnu a 2x požádají spolupacienty o odchod z pokoje.

**Graf 24B Postupy sester na oddělení JIP při rozhovoru s pacientem o citlivých záležitostech**



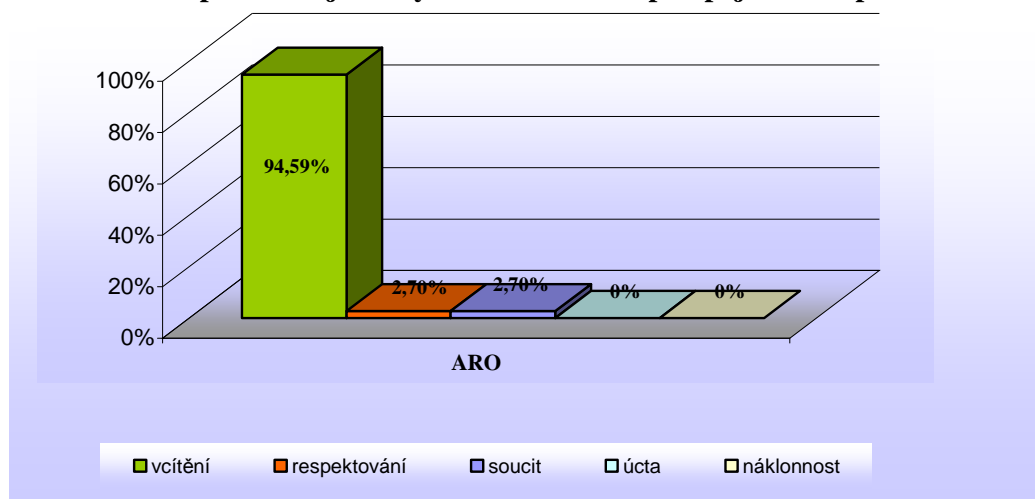
U otázky č. 24 mohli dotazovaní zaškrtnout více možností. 33x označily sestry, že pokud potřebují hovořit s pacientem o citlivých záležitostech ztiší hlas, 9x označily sestry, že vezmou pacienta na vyšetřovnu, 7x dají mezi pacienty zábranu, 5x označily sestry, že požádají spolupacienty o odchod z pokoje a 0x označily, že nedělají žádná opatření.

**Graf 24C Postupy sester na oddělení standard při rozhovoru s pacientem o citlivých záležitostech**



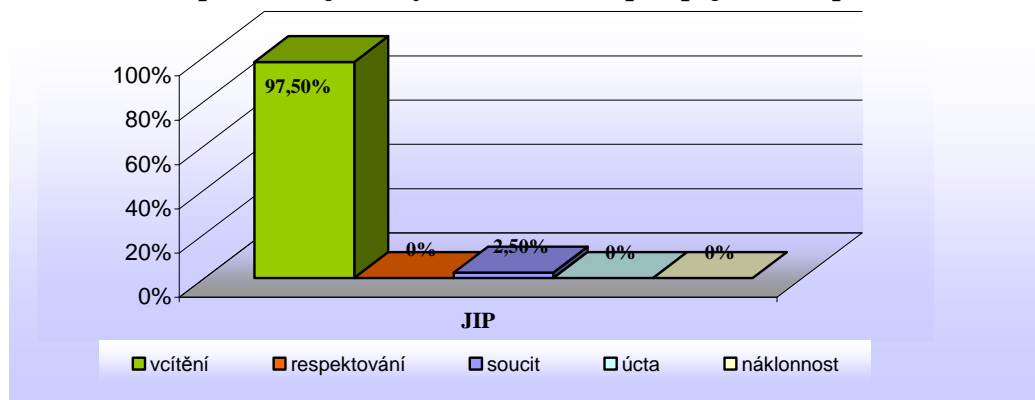
U otázky č.24 mohli dotazovaní zaškrtnout více možností. 29x označily sestry, že pokud potřebují hovořit s pacientem o citlivých záležitostech vezmou ho na vyšetřovnu, 20x označili sestry, že požádají spolupacienty o odchod z pokoje, 15x ztiší hlas, 1x označily sestry, že dají mezi pacienty zábranu a 1x označili, že nedělají žádná opatření.

**Graf 25A Co si představují sestry z oddělení ARO pod pojmem empatie**



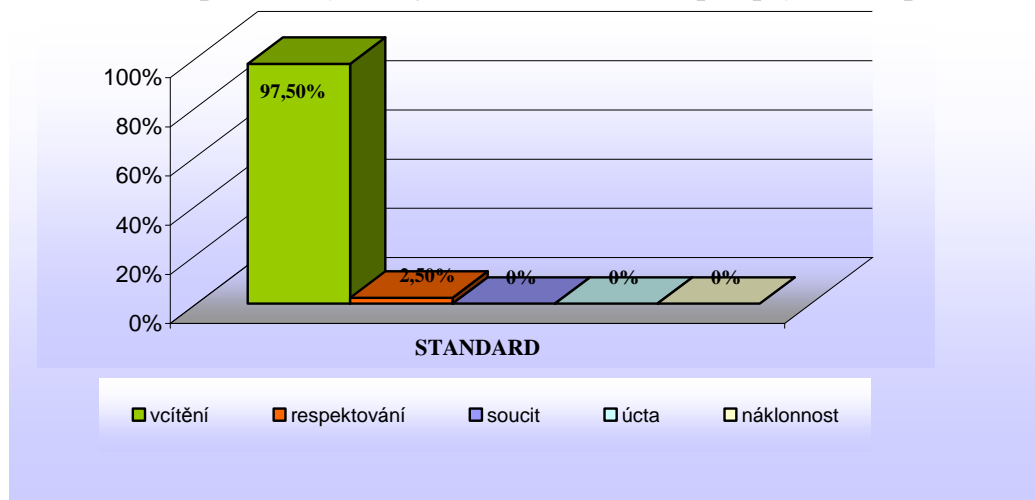
Z celkového počtu 37 sester (100 %) si pod pojmem empatie 35 sester (94,59 %) představuje vcítění, 1 sestra (2,70 %) respektování, 1 sestra (2,70 %) soucit, 0 sester (0 %) úctu a 0 sester (0 %) náklonnost.

**Graf 25B Co si představují sestry z oddělení JIP pod pojmem empatie**



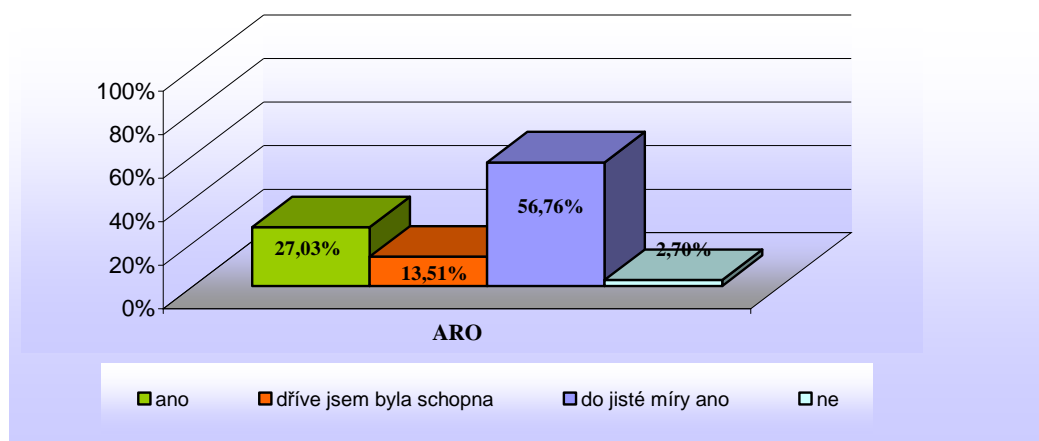
Z celkového počtu 40 sester (100 %) si pod pojmem empatie 39 sester (97,50 %) představuje vcítění, 0 sestra (0 %) respektování, 1 sestra (2,50 %) soucit, 0 sester (0 %) úctu a 0 sester (0 %) náklonnost.

**Graf 25C Co si představují sestry z oddělení standard pod pojmem empatie**



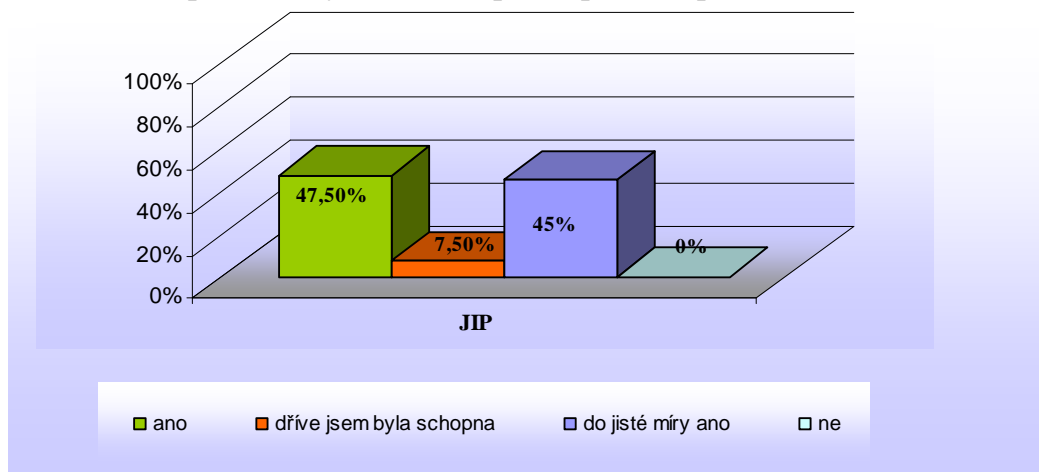
Z celkového počtu 40 sester (100 %) si pod pojmem empatie 39 sester (97,50 %) představuje vcítění, 1 sestra (2,5 %) respektování, 0 sester (0 %) soucit, 0 sester (0 %) úctu a 0 sester (0 %) náklonnost.

**Graf 26A Schopnost sestry vcítit se do pocitů pacienta při ošetření na oddělení ARO**



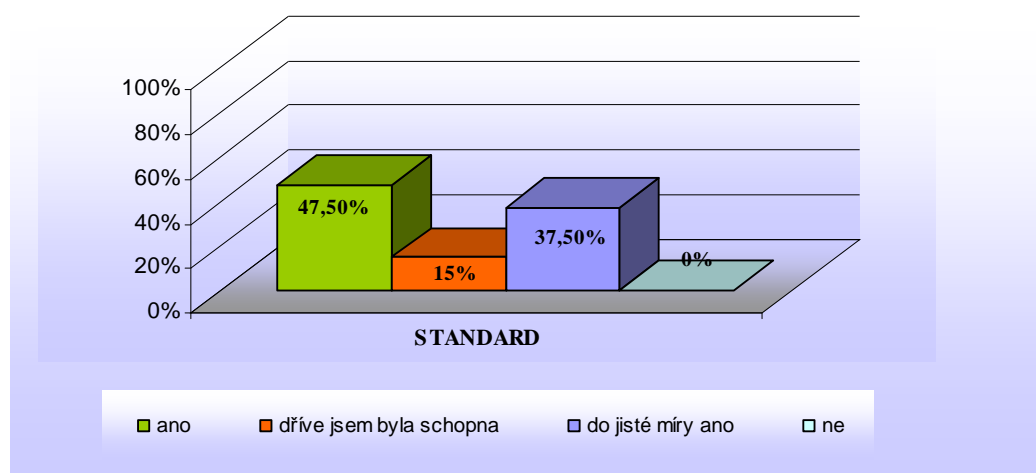
Z celkového počtu 37 sester (100 %) odpovědělo 10 sester (27,03 %) ano, 5 sester (13,51 %) dříve jsem byla schopna, 21 sester (56,76 %) do jisté míry ano, 1 sestra (2,70 %) není schopna se vcítit.

**Graf 26B Schopnost sestry vcítit se do pocitů pacienta při ošetření na oddělení JIP**



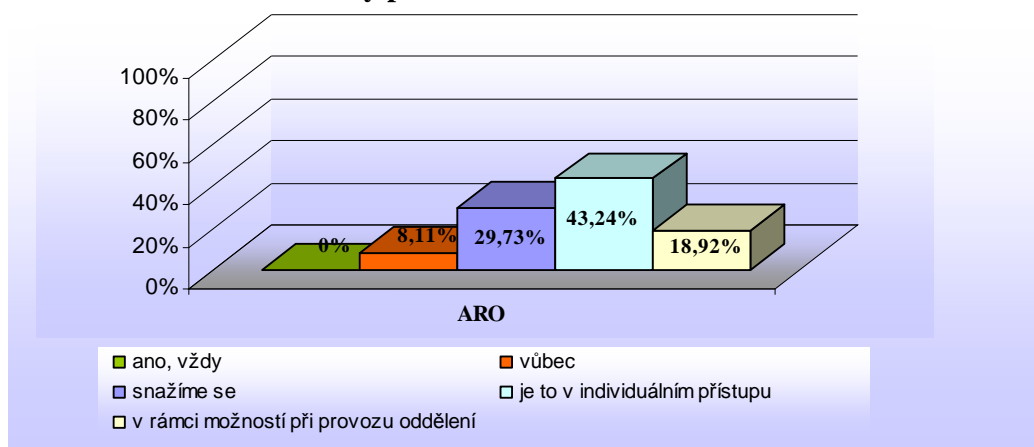
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 19 sester (47,50 %) ano, 3 sestry (7,50 %) dříve jsem byla schopna, 18 sester (45 %) do jisté míry ano, 0 sester (0 %) není schopna se vcítit.

**Graf 26C Schopnost sestry vcítit se do pocitů pacienta při ošetření na oddělení standard**



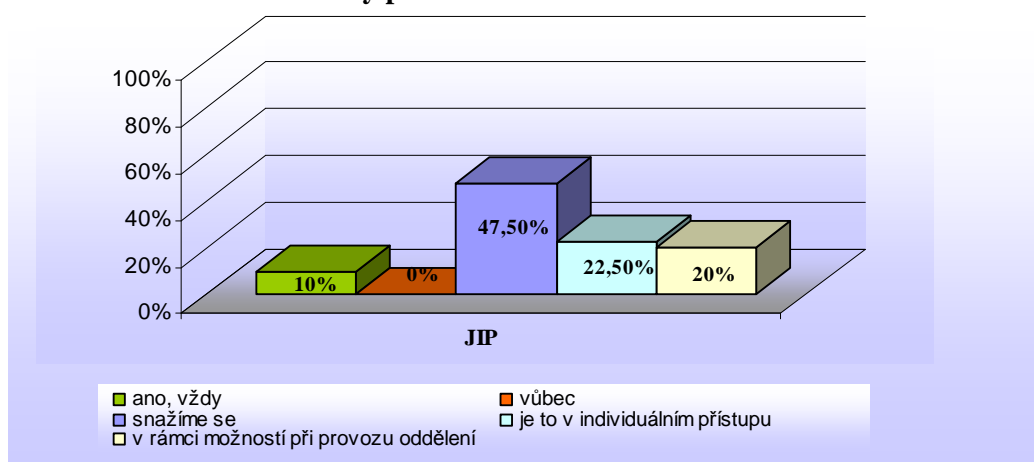
Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 19 sester (47,50 %) ano, 6 sester (15 %) dříve jsem byla schopna, 15 sester (37,50 %) do jisté míry ano, 0 sester (0 %) není schopna se vcítit.

**Graf 27A Zachování intimity podle názoru sester na oddělení ARO**



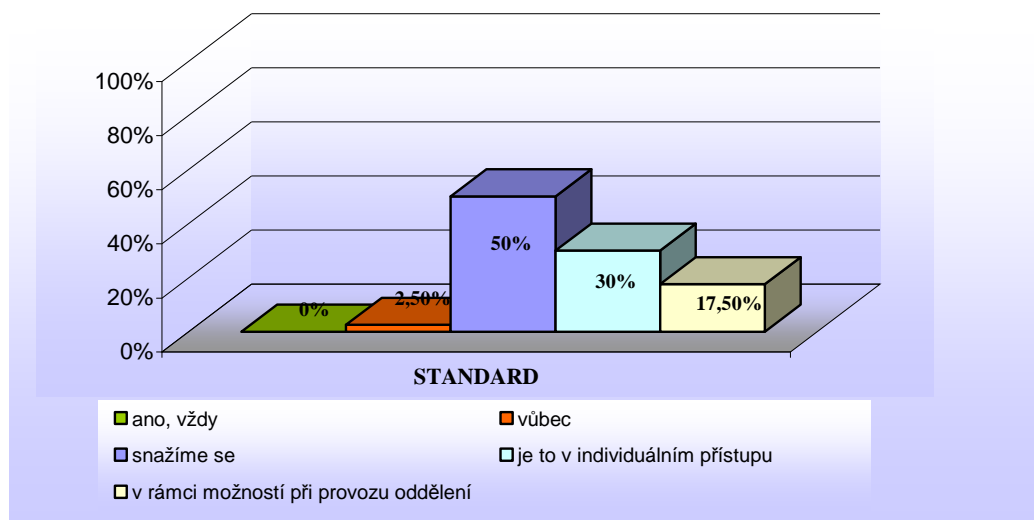
Z celkového počtu 37 sester (100 %) uvedlo 0 sester (0 %), že zachovávají intimitu na jejich oddělení ano, vždy, 3 sestry (8,11 %) vůbec, 11 sester (29,73 %) se snaží, 16 sester (43,24 %) uvádí, že je to v individuálním přístupu a 7 sester (18,92 %) odpovědělo, že je to v rámci možností při provozu oddělení.

**Graf 27B Zachování intimity podle názoru sester na oddělení JIP**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo 4 sestry (10 %), že zachovávají intimitu na jejich oddělení ano, vždy, 0 sester (0 %) vůbec, 19 sester (47,50 %) se snaží, 9 sester (22,50 %) uvádí, že je to v individuálním přístupu a 8 sester (20 %) odpovědělo, že je to v rámci možností při provozu oddělení.

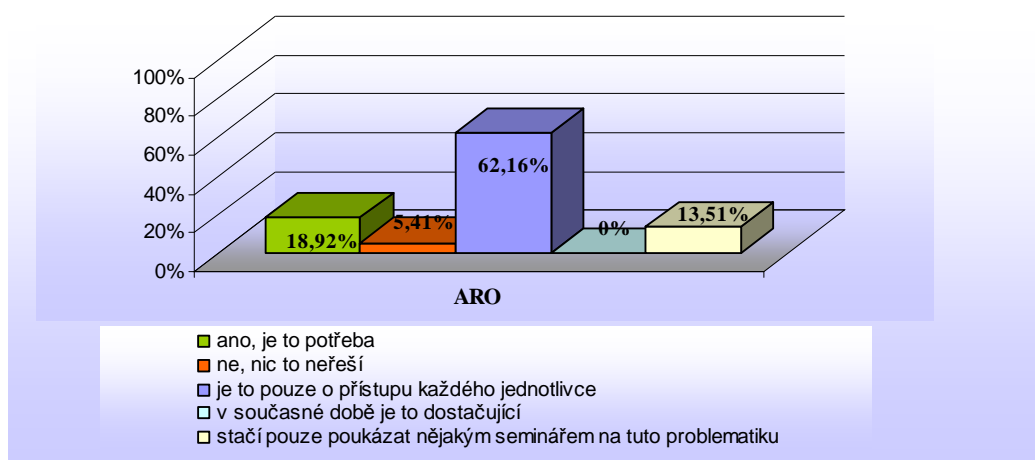
**Graf 27C Zachování intimity podle názoru sester na oddělení standard**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) uvedlo 0 sester (0 %), že zachovávají intimitu na jejich oddělení ano, vždy, 1 sestry (2,50 %) vůbec, 20 sester (50 %) se snaží, 12 sester (30 %) uvádí, že je to v individuálním přístupu a 7 sester (17,50 %) odpovědělo, že je to v rámci možností při provozu oddělení.

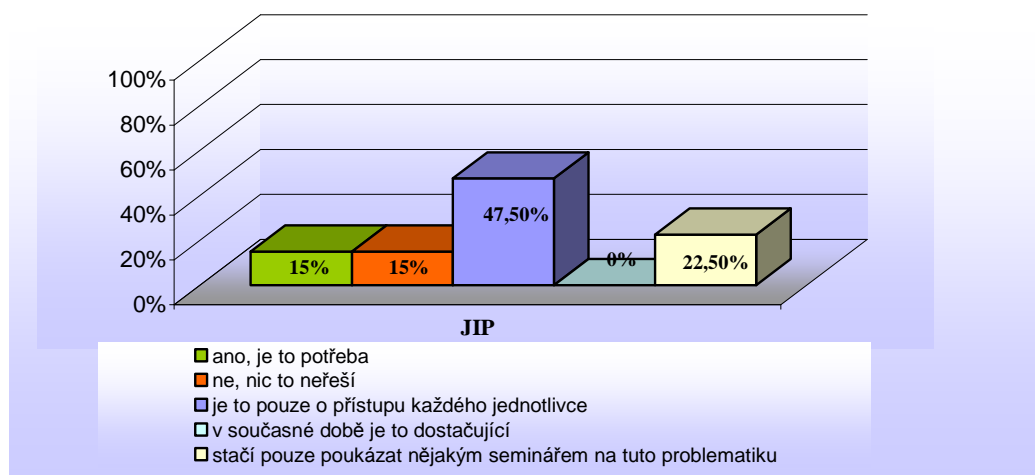


**Graf 28A** Názory na vypracování standardu k ochraně soukromí pacientů na oddělení ARO



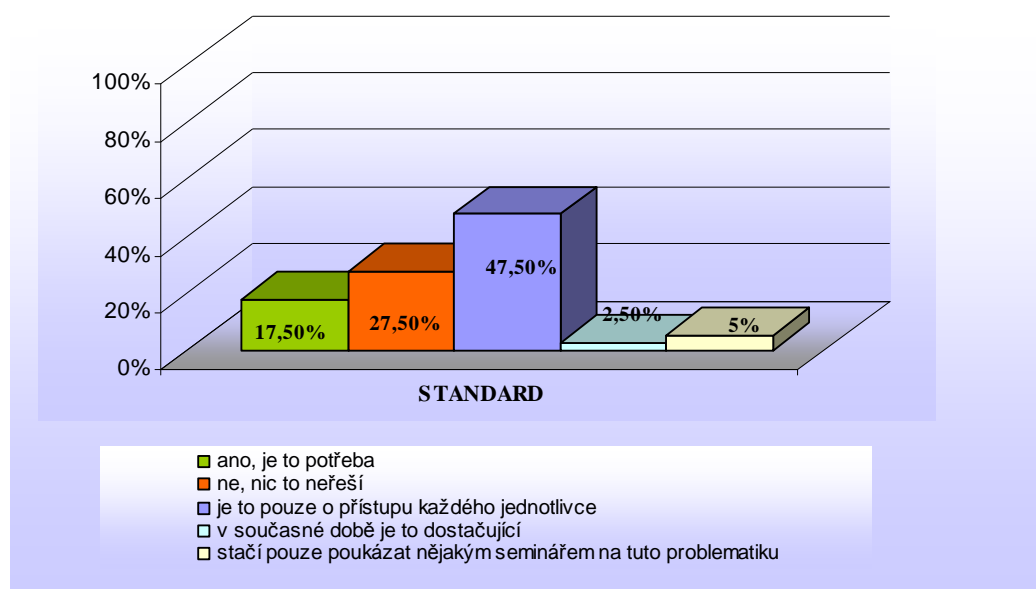
Z celkového počtu 37 sester (100 %) odpovědělo 7 sester (18,92 %) ano, je potřeba, 2 sestry (5,41 %) ne, nic to neřeší, 23 sester (62,16 %) je to o přístupu každého jednotlivce, 0 sester (0 %), že je to v současné době dostačující a 5 sester (13,51 %) má názor, že stačí poukázat na problematiku seminářem.

**Graf 28B** Názory na vypracování standardu k ochraně soukromí pacientů na oddělení JIP



Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 6 sester (15 %) ano, je potřeba, 6 sester (15 %) ne, nic to neřeší, 19 sester (47,50 %) je to o přístupu každého jednotlivce, 0 sester (0 %), že je to v současné době dostačující a 9 sester (22,50 %) má názor, že stačí poukázat na problematiku seminářem.

**Graf 28C Názory na vypracování standardu k ochraně soukromí pacientů na oddělení standard**



Z celkového počtu 40 sester (100 %) odpovědělo 7 sester (17,50 %) ano, je potřeba, 11 sester (27,50 %) ne, nic to neřeší, 19 sester (47,50 %) je to o přístupu každého jednotlivce, 1 sestra (2,50 %), že je to v současné době dostačující a 2 sestry (5 %) má názor, že stačí poukázat na problematiku seminářem.

## 5. Diskuze

Ve výzkumu na téma „Zajištění intimity pacienta na standardním oddělení, ARO, JIP jsou zahrnuty výsledky ze 117 dotazníků od sester pracujících na odděleních ARO, JIP a standard chirurgických oborů v Nemocnici České Budějovice a. s. a z oddělení ARO Nemocnice Český Krumlov a. s..

Z oddělení ARO jak v Českých Budějovicích, tak v Českém Krumlově tvořily respondenty pouze ženy (100 %). I přesto, že se domníváme, že povolání sestry je pouze povoláním žen, objevil se mezi respondenty na oddělení standard 1 muž (2,5 %) a také na oddělení JIP odpověděl 1 muž (2,5 %) (Graf 1).

Otázka č. 3 se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání. Podle očekávání mělo na oddělení standard nejvíce sester vzdělání středoškolské (60 %). Pomaturitní specializační studium uvedlo pouze 15 % dotazovaných. Na oddělení typu JIP a ARO byl předpoklad, že pomaturitní specializační studium bude mít většina dotázaných. Ukázalo se, že pomaturitní specializační vzdělání na oddělení ARO neměla ani polovina respondentů (40,54 %) a i na oddělení JIP nepřesáhl počet sester se specializací polovinu (37,50 %) (Graf 2). Tato situace je zřejmě podle našeho názoru způsobena nedostatkem starších sester, které měly specializaci a které odcházejí ze zdravotnictví pod tlakem malého finančního ohodnocení a velké fyzické a psychické zátěže. Na jejich místa nastupují mladé sestry po dokončení zdravotnických škol, které nemají potřebný počet let praxe, aby mohly nastoupit do specializačního studia.

V dotazníku byla část otázek věnována zmapování znalostí sester v oblasti intimity. Otázkou č. 4 (Graf 3) jsme chtěli zjistit, jaké mají představy sestry o intimitě. Respondenti zde mohli zvolit z více možností. Podle slovníku cizích slov je intimita definována jako důvěrnost, soukromí, útulnost a intimnost. Sestry na oddělení ARO nejčastěji označily jako svoji představu intimity soukromí (32x) a důvěrnost (20x). I na oddělení JIP označily sestry nejčastěji soukromí (20x) a důvěrnost (18x). Sestry z oddělení standard rovněž označily častokrát soukromí (34x). Z uvedených odpovědí nám vyplývá, že sestry mají správné představy o tom, co je intimita. Nikdo z dotazovaných nespojil tento pojem s útulností, jak také vysvětluje slovník cizích slov. Tento výraz si zřejmě spojují spíše s prostředím a atmosférou pokojů. Je správné, že

pojmem intimita si vysvětlují právě soukromím a důvěrností ve spojitosti s výkonem povolání sestry.

V páté otázce (Graf 4) jsme zjišťovali situace, o kterých si sestry myslí, že narušují intimitu pacienta. Tato otázka byla položena respondentům s cílem zjistit, zda si uvědomují, že při výkonu svého povolání vstupují do intimní zóny pacienta. Dotázaní mohli označit více možností. Nejvíce uváděným názorem, kdy by mohlo dojít (dochází) k narušení intimity, byla odpověď při ošetrovatelských výkonech a to na oddělení ARO (33x) a na oddělení JIP (34x). Na oddělení standard sestry uvedly (32x), že nejčastěji k narušení intimity pacienta dochází při lékařských zákrocích, následovala odpověď při ošetrovatelských výkonech (29x). Pouze v jednom případě respondent z oddělení standard označil, že k narušení intimity u pacientů vůbec nedochází. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že si sestry jak z oddělení ARO, JIP i standard uvědomují, že při hospitalizaci pacienta dochází k narušení jeho intimity. Otázkou v tomto případě je, zda si to pouze sestry uvědomují nebo zda svou činnost vykonávají s ohledem na intimitu pacienta a dělají vše tak, aby maximálně chránili jeho stud a soukromí. I v knize Klíčové dovednosti sester (Workman, B.A., Bennett, C.L., 2006) se za velmi podstatné právě považuje při ošetrovatelských výkonech pracovat tak, aby byl respektován stud a soukromí nemocných při veškeré osobní a intimní péči.

Zajímavé pro nás bylo zmapování, co očekávají sestry za reakce od pacientů, pokud mu naruší jeho intimní zónu (Graf 7). Nejčastější odpověď na oddělení ARO byla nespolupráce pacienta a stud (28x), na oddělení standard první místo zaujímá stud (33x). Oddělení JIP uvedlo nejčastěji jako reakci na narušení intimity také stud (35x), následovalo napětí (25x). Z výsledků se dozvídáme, že většina sester předpokládá, že by pacient netoleroval narušení jeho intimity bez jakékoli odezvy. Je samozřejmé, že jsou situace a činnosti, při kterých sestra vstupuje do intimní zóny pacienta, ale měla by v těchto situacích respektovat pacienta a dodržovat zásady pro zajištění intimity klienta. Bohužel, v knihách je pouze uvedeno, že sestra má chránit soukromí a stud pacientů Ale čím a jakým způsobem již nikdo neudává. Vhodný způsob a postup je na konkrétní sestře.

V otázce č. 6 (Graf 5) jsme se ptali na názor sester, v jaké vzdálenosti dochází k narušení intimní zóny pacienta při ošetřování. V knize *Komunikácia v ošetrovatel'stve* (Kristová J., 2004) je dolní hranice intimní zóny charakterizována těsným hmatovým kontaktem. Její horní hranice je přibližně ve vzdálenosti 30cm od těla. Nejvíce sester správnou odpověď uvedlo z oddělení standard (37,50 %), následovaly sestry z oddělení JIP (35 %). A však u sester z oddělení ARO byla tato možnost uvedena až jako třetí nejčastější (24,32 %). U této otázky se ukázalo, že přesné míry této vzdálenosti, která je definována v literatuře sestry z oddělení JIP, ARO ani standardu neznají. Sestry připouští, že narušení intimity při ošetřování neprobíhá pouze při hmatovém kontaktu, ale horní hranici intimní zóny většina dotázaných nevěděla. Ošetřování pacienta není pouze o výkonech, při kterých se sestry pacientů dotýkají a přesto pacientovi vstupují do intimní zóny (např. krmení pacienta, převlékání lůžkovin). Je potřeba vnímat tento prostor a svým chováním neuvádět pacienty do rozpaků a přistupovat k nim s maximální dávkou taktu při jakémkoli ošetrovatelském výkonu.

Další z otázek, která se také zaměřila na zmapování znalostí sester v oblasti intimity, byla otázka č. 7 (Graf 6). Dotazovali jsme se na vzdálenost, ve které je vhodné vést rozhovor s pacientem. Správnou vzdálenost při rozhovoru s pacientem uvedla většina dotázaných. Na oddělení ARO 78,38 % sester, na oddělení JIP 67,50 %. Pouze na oddělení standard uvedlo vzdálenost 30-120cm 55 % dotazovaných. Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče. Neměla by být považována za něco automaticky daného. Pokud budeme na pacienta hovořit z větší vzdálenosti, může nabýt dojem, že informace, které nám sděluje nás nezajímají nebo informace intimního rázu nebude chtít na tak velkou vzdálenost sdělit. Informace, které nám pacient podává by měli být důvěrné. Znalostí vzdálenosti předpokládáme, že nejen zajistíme pacientovi důvěrnost rozhovoru, ale také ho nevedeme do nepříjemné situace, kterou může prožít, pokud k pacientovi budeme moc blízko.

Hypotéza č.1, že sestry mají dostatečné informace v oblasti intimity, byla na základě výsledků znalostí potvrzena.

Na otázku č. 9, zda sestry při provádění hygieny u pacienta na lůžku používají zástěny (Graf 8) uvádí na oddělení ARO 48,65 % sester ano,vždy. Překvapilo nás, že

tak málo sester na tomto oddělení vždy používá zástěny. Někdy podle situace je používá 37,84 % sester. Otázkou je, jakou situaci mají sestry namysli. Zda používají zástěny, až když jsou pacienti při plném vědomí nebo pokud jsou zde přítomny třeba návštěvy nebo pokud leží na lůžku vedle sebe muž a žena. Sestry nepoužívají zástěny zřejmě i z důvodu, pokud je pacient v kritickém stavu. Zajištění soukromí, ochrana intimity ustupuje do pozadí. Prioritní se stává zajištění fyziologických funkcí. Přesto se domníváme, že i pacienti v kritickém stavu mají právo na respekt ze strany zdravotníků a otázka ochrany soukromí, intimity by měla hrát významnou úlohu v péči o tyto pacienty. Sestry z oddělení JIP používají zástěny při hygieně ano, vždy v 57,50 %. I na tomto oddělení byl výsledek zarážející. Vzhledem k tomu, že většina pacientů je zde plně při vědomí mělo by být používání zástěn samozřejmostí. Na oddělení standard odpovědělo 75 % sester, že zástěny nemají. Doufáme, že se na nedostatek zástěn pouze sestry nevymlouvají. Mělo by mít každé oddělení dostatek zástěn, aby je sestry mohly využívat. Zřejmě nikdo nepředpokládá, že by se zde zástěny uplatnily.

Na otázku č. 10, zda-li při cévkování pacienta používají zástěnu (Graf 9), odpověděly sestry ze standardu stejně jako u předešlého výkonu a to, že je nemají (75 %). 43,24 % sester ARO používá zástěny vždy, 40,54 % někdy podle situace. Obdobně je tomu i na oddělení JIP ano, vždy uvedlo 50 % a někdy podle situace zmiňuje 45 % sester. Mysleli jsme si, že alespoň u takto specifického výkonu, tak intimního, bude používat zástěny většina sester. Opět se ukázalo, že sestry nedostatečně zajišťují intimitu pacientů. Velký podíl zde představují odpovědi někdy podle situace. Ale jaké jsou ty situace! Pokud provádím tak intimní výkon u pacienta mělo by být pravidlem zajistit pacientovi dostatek soukromí, vždyť pacient má právo na maximální zajištění soukromí a ochranu jeho studu. Toto právo je stanoveno i v mezinárodních smlouvách a tuto otázku řeší etický kodex Práv pacientů.

Je zarážející, že na všech odděleních při tak intimních výkonech jakými jsou hygiena nebo cévkování používá zástěny jen tak nízké procento sester. Hypotéza č. 2, že sestry nedostatečně zachovávají intimitu pacientů se bohužel potvrdila.

V otázce č. 17 (Graf 16) jsme zároveň zjišťovali, jestli mají sestry dostatek zástěn a zda-li by je vůbec používali k tomu, aby chránily intimitu pacienta, pokud by

jich měli dostatek. 35,14 % sester z oddělení ARO označilo, že mají dostatek zástěn a zároveň je používají a ve 32,40 % je již mají nainstalovány pevně mezi lůžky. Sestry z oddělení JIP v 50 % při své práci používají zástěny, které mají již pevně nainstalovány mezi lůžky. U sester na pracovišti typu standard bylo zjištěno, že v 52,50 % by zástěny chtěly využívat k ochraně soukromí pacienta, ovšem mají jich nedostatek. Je škoda, že na odděleních typu standard mají zástěn k ochraně soukromí pacienta málo, protože z výsledků vyplývá, že pokud by jich bylo dostatek, byly by využívány.

Dle vyjádření ombucmana Otakara Motejla je citlivou oblastí, kde by měl mít pacient možnost zachovat své soukromí právě provádění úkonů osobní hygieny a konání potřeby. Zdůrazňuje, že je třeba zajistit intimitu jednotlivých pacientů a jako vhodný způsob v tomto směru se mu jeví použití zástěn (přenosných, skládacích a zatahovacích).

U dotazu týkající se vyprazdňování u pacienta upoutaného na lůžko (Graf 13) odpovědělo 60 % sester z JIP, že chrání intimitu pacienta vždy. Tento výsledek je pravděpodobně ovlivněn skutečností, že na některých odděleních JIP jsou již zástěny nainstalovány pevně mezi lůžky. Nejčastější odpovědí na oddělení ARO (51,35 %) a standard (55 %) byla ochrana intimity pacienta v rámci možností. Podle zjištěných výsledků jen minimum sester to nezajímá a nebo chránit pacienta zapomíná. Zřejmě si většina sester uvědomuje, že vyprazdňování na lůžku je pro pacienta trapné a nepříjemné, ale ještě mnoho sester uvádí nějaké okolnosti, které jim v tom brání. Zajistit soukromí při vyprazdňování by měly vždy. Najít vhodný způsob řešení by pro ně měla být priorita. Jednou z možností, jak zajistit intimitu nemocných na oddělení standard je požádat spolupacienty o odchod z pokoje (pokud je to možné), popřípadě dostatečně pacienty zahalovat.

Jaký postup volí sestry při převazech u pacientů, jsme se ptali v otázce č.11 (Graf 10). Z výzkumu vyplývá, že na všech odděleních (ARO 59,46 %, standard 67,5 %, JIP 70 %) odkrývají při převazech pouze nutnou část těla k ošetření. Jednou ze zásad, kterou je nutné dodržovat, je odkrývat pouze tu část těla, která je potřebná k ošetření. Výsledky potvrdily, že sestry jak na odděleních ARO, JIP tak i standardu správný způsob znají. Helena Barlová popsala ve své bakalářské práci z roku 2003

obecné zásady pro dodržování intimity klienta. Bohužel v jiné dostupné literatuře nejsou zmiňovány opatření a zásady, intervence, které by sestry měly při ošetřování dodržovat. Literatura se věnuje správnosti provedení výkonu, ale pocity pacientů při ošetření pouze zmiňuje, a neudává návod, jak chránit pacienty, abychom zamezili porušování soukromí pacientů.

Ze zjištěných informací vyplývá, že nezáleží na tom jaké ošetřovatelské výkony sestra u pacienta provádí, ale zda-li k tomu má potřebné pomůcky a má dostatek znalostí, které by zajistili dostatečnou ochranu soukromí pacienta. Je velmi potřebné věnovat zásadám zajištění intimity pacienta velkou pozornost.

Otázka č. 12 (Graf 11) se týkala zakrývání pacienta při převozu na vyšetření. Z odpovědí vyplynulo, že sestry jak na ARO (91,89 %), JIP (90 %) tak standard (67,5 %) zakrývají pacienta vždy při převozu na vyšetření. S touto otázkou souvisí otázka č.15 (Graf 14), zda sestry kontrolují pacienta, zda-li je před návštěvními hodinami přikrytý. Není překvapivé, že na odděleních ARO (86,49 %) a JIP (55 %) kontrolují přikrytí pacienta vždy. Důvodem tohoto výsledku může být, že se návštěvy se u těchto typů oddělení hlásí pomocí zvonku u vchodu na oddělení a proto sestry mají dostatek času překontrolovat pacienta. Dalším faktorem potvrzující tento výsledek je počet sester na jednoho pacienta. Naopak jen 10 % sester z oddělení standard kontroluje pacienta před návštěvními hodinami. 35 % sester uvádí, že pacienty nekontrolují. Mělo by být samozřejmostí, aby sestra na jakémkoli oddělení zkontrolovala pacienty a tam, kde se neohlašují návštěvy před určenou dobou k návštěvám, by měla obejít všechny pokoje pacientů.

Otázku č. 16 (Graf 15) měly vyplnit pouze sestry z oddělení standard. Zjišťovali jsme, jestli před vstupem na pokoje pacientů sestry klepají. Z průzkumu vyplynulo, že více jak polovina sester (57,50 %) neklepe na dveře před vstupem na pokoj pacientů. 37 % sester klepe jen občas. Shledali jsme, že klepání nepatří ke zvyklostem sester na standardních odděleních. V dnešní době je pacient plnoprávným partnerem ošetřujícího personálu a klepání na dveře by mělo být samozřejmostí. Na tuto problematiku také poukazuje ombucman Otakar Motejl ve zprávě z návštěvy LDN. Který obecně doporučuje, aby zaklepáním před vstupem do pokoje personál projevoval respekt



k soukromí pacientů, ovšem také říká, že v některých případech lze neklepání objektivně pochopit ( roznáška jídla).

Velké vizitě a odhalování pacientů dopředu se věnovala otázka č. 13 (Graf 12). Překvapivým zjištěním bylo, že 77,50 % sester na oddělení JIP připustilo, že dochází vždy před velkou vizitou k odhalování pacientů předem, což jsme si mysleli, že se to již neděje. V žádném případě, ať už to vyžadují lékaři nebo to provádějí sestry bez jakéhokoli důvodu by se odhalování pacientů dopředu nemělo stávat. Důvodem tomu na některých odděleních může být urychlení vizit, aby lékaři mohli jít na operační sál, ale pacienti nemohou zato, že lékaři mají na ně málo času. Pocity pacientů, tak zůstávají na druhém místě. Na standardním oddělení (0 %) nejsou pacienti do předu odhalováni. Na oddělení ARO 59, 46 % sester uvedlo, že předem pacienty neodhalují.

Hypotéza č.3 , že sestry které pracují na oddělení ARO, JIP dodržují zásady zajištění intimity více, než sestry pracující na standardních odděleních se nepotvrdila. Z výsledku výzkumu vyplývá, že na všech typech odděleních nedodržují dostatečně při ošetřování nemocných zásady zajištění intimity.

Otázka č. 19 (Graf 19) se zaměřila na zjištění faktorů ovlivňující nedodržování intimity pacientů. U této otázky mohli respondenti označit více možností. Z výsledků se dozvídáme, že největší vliv na nedodržování intimity má podle respondentů jak z oddělení ARO (24x), JIP (16x) i standard (26x) nedostatek času. Oddělení standard stejným počtem označilo jako jeden z faktorů nedostatek pomůcek. Tento fakt vyplynul již z předešlých výsledků o používání zástěn. Sestry by je rády používaly, ale mají jich nedostatek. Na druhém místě na oddělení ARO (23x) a JIP (9x) byl označen zdravotní stav pacientů. Uváděné faktory jsou směřované k typu oddělení. Přesto se domníváme, že zdravotní stav není překážkou na nedodržování intimity pacienta, ale právě naopak. Sestra přebírá v tomto stavu za pacienta starost o tuto oblast a pokud nemocný si nemůže sám kontrolovat, zda při ošetření chrání personál dostatečně jeho intimitu musí to zajistit sestra. V žádném případě uvedené faktory by se neměly dotýkat pacientů.

Vliv stavebního uspořádání oddělení na dodržování soukromí jsme zjišťovali v otázce č. 18 (Graf 17). Většina sester jak z oddělení ARO (54,05 %) , JIP (90 %) i standard (87,50 %) se shodla, že stavební uspořádání jejich oddělení narušuje intimitu

pacientů. Nejčastější problém, který byl respondenty uveden, byl nedostatek prostoru kolem lůžek (ARO 15x, JIP 26x, standard 33x) a následoval velký počet lůžek na jednom pokoji (ARO 10x, JIP 21x, standard 22x). Není překvapivé, že respondenti nejčastěji označili tuto možnost. Právě ARO a JIP jsou většinou řešeny jedním velkým sálem, kde jsou lůžka řazeny vedle sebe a pacienti, pokud sestry nevyužívají zástěny na sebe vidí. Jsou-li tvořena pomocí boxů, je zde většinou nedostatek prostoru a někde jsou stěny skleněné. Bohužel, tento problém má většina oddělení nemocnic. Stavební projekty jsou navrhovány lidmi, kteří nejsou zdravotníci a nemají představu o požadavcích na správné řešení prostoru. Konzultace se zdravotníky přichází pozdě nebo vůbec.

Dvacátá otázka (Graf 20) byla položena se záměrem zjistit, zda se někdy sestry ocitly v roli pacienta a zda pocítily narušení jejich soukromí. Z knihy Duševní hygiena zdravotní sestry (Křivohlavý J., Pečenková J., 2004) víme, že pokud prošel člověk obdobnou situací, pomáhá nám tato zkušenost proniknout do světa pacienta. Podle odpovědí sester se minimálně polovina dotazovaných z každého oddělení ocitla v roli pacienta (ARO 62,16 %, standard 50 %, JIP 70 %) a polovina z těchto sester na vlastní kůži sama zažila narušení intimity. Vysoké procento sester pak zmínilo, že tato zkušenost je ovlivnila v přístupu k pacientovi (ARO 83,33 %, JIP 92,30 % a standard 86,66 % sester). Z výsledků jsme poznali, že zkušenost na vlastní „kůži“ má kladný vliv na přístupu k pacientovi.

Kdo nejvíce nedbá na intimitu pacienta jsme se ptali v otázce č. 21 (Graf 21). Zaujalo nás, že jak na oddělení ARO (56,76 %), tak na JIP (45 %) a oddělení standard (37,50 %) si sestry myslí, že jsou to lékaři, kteří nedbají na intimitu pacienta. Na druhém místě, v tomto neatraktivním žebříčku se umístili shodně na všech odděleních sanitáři. (ARO 18,92 %, JIP 32,50 %, standard 40%). Velmi dobře u všech sester z ARO, JIP i standardu obstály v hodnocení studentky, ošetřovatelky a i samy sestry. Je zarážející, že z tohoto pomyslného žebříčku neuhře vyšli lékaři i přesto, že se s výukou lékařské etiky setkávají už na fakultách. V tomto případě je potřeba uplatnit roli sestry – obhájkyně práv pacienta. Pokud se setká s nevhodným chováním k pacientovi,

měla by na tuto situaci reagovat a upozornit na to, že svým chováním poškozují pacienta.

Otázka č. 22 (Graf 22) zjišťovala názor sester, zda pacienti mají právo v nemocnici na soukromí. Sestry na oddělení ARO (45,95 %) si myslí, že musí pacienti počítat s tím, že bude jejich soukromí narušeno, na oddělení JIP si to myslí více, jak polovina dotazovaných (55 %) a i na oddělení standard má tento názor 42,50 % sester. Nikdo ze sester z oddělení JIP a standard si nemyslí, že pacient nemá žádné právo na soukromí. 2,70 % sester z oddělení ARO tvrdí, že nemají právo pacienti na soukromí. Z uvedených výsledků je zřejmé, že sestry si uvědomují právo pacienta na soukromí, i když připouštějí, že jim soukromí bude narušováno.

Právům pacientů se věnuje i otázka č. 23 (Graf 23) Sestry z oddělení ARO (45,95 %), JIP(47,50 %) a standard (50 %) odpověděli, že znají kodex Práv pacientů jen zhruba. 2 sestry z oddělení ARO (5,40 %) a jedna z JIP uvedly, že kodex práv vůbec neznají. Udivilo nás, že skoro polovina respondentů zná kodex jen zhruba, přestože většina oddělení ho má vyvěšen na svých pracovištích a ochrana práv je v současné době velmi často diskutována. Zřejmě si sestry neuvědomují, že pokud na něco člověk má právo, musí být respektováno a dodržováno v každé situaci a za všech podmínek.

Otázka č. 24 (Graf 24) nás informuje o postupech, které volí sestry ARO, JIP a standard pokud potřebují hovořit s pacientem o citlivých záležitostech. U této otázky mohly sestry označit více možností. Otázkou sdělování citlivých osobních záležitostí se zabýval ve své zprávě z návštěvy LDN ombucman O. Motejl. Na základě průzkumů v LDN doporučil, aby v zájmu ochrany soukromí pacientů se informace podávaly osamotě, bez účasti ostatních a s ohledem na přání hospitalizovaného. Z odpovědí vyplývá, že sestry se snaží alespoň ztlumit hlas a tuto možnost označily na oddělení ARO (30x), na JIP (33x ) a standardu (15x). Komunikaci s pacientem na vyšetřovně nejčastěji označili sestry ze standardu (29x). Z tohoto zjištění je jasné, že opatření, které sestry provádí ovlivňuje zdravotní stav pacientů. Protože právě na standardu jsou častěji hospitalizováni chodící pacienti, než na odděleních typu JIP a ARO. Jen zřídka a to ARO (5x), JIP (0x) a standard (1x) byla označena možnost, že sestry nedělají žádná zvláštní opatření.

Na představy o pojmu empatie jsme se ptali v otázce č. 25 (Graf 25). Z uvedených odpovědí vyplývá, že sestry pracující na ARO (94,59 %), JIP (97,50 %) a standard (97,50 %) si správně pod pojmem empatie představují vcítění. A podle odpovědí z 26 otázky (Graf 26) je 56,76 % sester z oddělení ARO schopna vcítit do pocitů pacienta do jisté míry. Na JIP a standard uvedlo shodně 47,50 % sester, že se dokáží do pocitů pacientů vžít. Výsledkem je velmi milé zjištění, že jsou na odděleních ještě přítomny sestry, které jsou empatické a ještě netrpí syndromem vyhoření. Ale toto zjištění popírá skutečnost, že se umí vžít do pocitů pacientů, ale přesto se nechovají tak, aby péče, kterou pacientům poskytují uspokojovala všechny potřeby pacienta. Potřeba jistoty a bezpečí pacientů je zřejmě nezajímá.

Rozdílly v tom, jak se dodržuje zachování intimity na odděleních jsme zjišťovali otázkou č. 27 (Graf 27). Z výzkumu vyplývá, že na oddělení JIP (47,50 %) a standard (50 %) se podle názoru sester alespoň snaží dodržovat zachování intimity. Sestry ARO (43,24 %) se vyjádřily, že je to pouze v individuálním přístupu a porovnáním, jsme nezjistili velké rozdíly v dodržování zachování intimity pacientů. Na všech zmíněných odděleních jen velmi malé procento sester uvedlo, že dodržují zachování intimity pacientů vždy (ARO 0 %, JIP 10 %, standard 17,50 %) nebo vůbec (ARO 8,11 %, JIP 0 %, standard 2,50 %). Jedním z cílů bylo zmapovat dodržování intimity na jednotlivých typech oddělení nemocnice. Z uvedené odpovědi vyplývá, že na všech specifických odděleních nemocnice jakými jsou ARO a JIP a také standard se alespoň snaží dodržovat zásady zachování intimity a uvádějí názor, že velkou roli v této problematice hraje přístup každého jednotlivce. Je sice hezké, že se snaží a přičítají odpovědnost každému jednotlivci, ale na druhou stranu sestra musí splňovat požadavky na profesionální ošetřování, jehož základem je profesionální etika.

Poslední byla otázka v dotazníku č. 28 (Graf 28), kterou jsme chtěli zmapovat názor sester, zda je potřebné na jejich oddělení k ochraně pacientů vypracovat nějaký standard. Opět jako v předchozí otázce na oddělení ARO (62,16 %), tak na JIP (47,50 %) a standardu (47,50 %) odpověděly sestry, že je to o přístupu každého jednotlivce, ale i přesto si sestry z oddělení ARO (0 %), JIP (0 %) a standard (2,50 %) si nemyslí, že v současné době je ochrana soukromí a pozornost, kterou jí věnujeme dostačující.

Problematice zajištění soukromí pacientů by měla být věnována mnohem větší pozornost. Vypracováním určitých zásad, podle kterých by sestry postupovali, by zvyšovalo kvalitu ošetrovatelské péče v nemocnicích a chránilo by mnohem více soukromí pacientů a zvyšovalo prestiž zdravotnického zařízení.

## 6. Závěr

Moderní ošetřovatelství je založeno na holistickém přístupu k nemocným. Každý člověk je vnímán jako celek, který má své potřeby. Ošetřování nemocných vyžaduje nejen informace, znalosti, vědomosti a dovednosti podpořené dokonalou technikou a potřebným množstvím peněz, ale potřebuje i odpovídající mravnost jednotlivce. Činnosti, které sestry při své práci musejí vykonávat jsou profesionální aplikací nacvičených dovedností, ale ošetřování musí umět stavět i na etickém přístupu k nemocným. Umění „ošetřování“ není jen o provedení některé činnosti, ale spočívá v tom, že se dokážeme vcítit do situace jiných. Umět naslouchat, nedávat najevo spěch, netrpělivost a snažit se respektovat práva nemocných, jejich lidství a neohrožovat svým jednáním jejich identitu.

Cílem práce bylo zmapovat znalosti sester v oblasti intimity a její dodržování na specifických odděleních nemocnice jakými jsou ARO, JIP a standardní oddělení. Tento cíl, který jsme si stanovili byl splněn. Na základě výsledků jsme potvrdili hypotézu č. 1, že sestry mají dostatečné informace v oblasti intimity.

Druhý cíl, jehož úkolem bylo zjistit dodržování intimity pacientů na specifických odděleních jakými jsou ARO, JIP a standard byl také dosažen. A proto jsme mohli na základě výsledků bohužel konstatovat, že hypotéza č. 2 jejímž předpokladem bylo, že sestry nedostatečně zachovávají intimitu pacientů se potvrdila.

Hypotéza č. 3, že sestry na odděleních ARO, JIP dodržují zásady zajištění intimity více, než sestry pracující na standardních odděleních se také nepotvrdila. Na základě výsledků jsme totiž zjistili, že sestry ze standardního oddělení by více zajišťovali intimitu pacientů, kdyby k tomu měli potřebné pomůcky a dostatek času a personálu.

Na základě provedeného výzkumu by nemocnice, které nemají vyhotoven vnitřní předpis (směrnici) k této problematice, by měli toto nařízení zpracovat a to například formou „Desatera soukromí pacientů“, která by respektovala práva pacientů a udávala zaměstnancům určitý směr chování k nemocným v těchto nemocnicích. Zároveň bych navrhla, ještě více věnovat pozornost Právům pacientů a to pomocí přednášek, které by se problematice zajištění intimity a soukromí více věnovali. Je také

potřeba zdůraznit jednu důležitou roli, kterou sestry mají, a která může sehrát významnou úlohu v této problematice, a tou je uplatnění role obhájkyň práv pacientů. Tato role nám otvírá mnoho možností. Pokud se sestra setká s nevhodným chováním, nerespektováním práv nemocných je potřeba uplatnit tuto roli, postavit se na stranu nemocných a hájit pacienta.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BARLOVÁ, H. *Zajišťování intimity při ošetřování nemocných*. České Budějovice, 2003. 93 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Ošetřovatelství. Vedoucí bakalářské práce Drahomíra Filausová
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přeprac. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0
3. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Pomocný učební text. Brno: NCO NZO, 60 s.
4. FRÝDECKÁ, H. – et al. *Lemon 2*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8
5. FRÝDECKÁ, H. – et al. *Lemon 3*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2
6. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7
8. HRABOVSKÝ, J., et al. *Chirurgie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, s. r. o. 2002. 157 s. ISBN 80-86432-39-4
9. CHMUROVÁ, K. *Intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Soukromá vyšší odborná zdravotnická škola Medea, s.r.o. a Fresenius 1996. 151 s.



10. JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
11. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., et al. *Ošetrovatelství-učební text pro střední zdravotnické školy 2. část-chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám-vlastním nákladem, 1999. 236 s.
12. KALA, M. KUBÍNEK, R. *Nemocnice aneb Rukověť zvládavého pacienta*. 1. vyd. Olomouc: Rubiko, 2000. 195 s. ISBN 80-85839-47-4
13. *Koncepce oboru anesteziologie a resuscitace* [online]. URL < [http://wp.wpublisher.cz/csarim/wpimages/other/Koncepce\\_Ar\\_05.pdf?basket=5964cep70b2ce85eb078db8c31ab1017](http://wp.wpublisher.cz/csarim/wpimages/other/Koncepce_Ar_05.pdf?basket=5964cep70b2ce85eb078db8c31ab1017)>. [cit. 2007-01-09]
14. KOZIEROVÁ, B. *Ošetrovatelstvo 1. díl*. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
15. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3
16. KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2004. 80 s. ISBN 80- 247-0784-5
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
18. *Manuál stavební standardy* [online]. URL< <http://www.mzcr.cz/data/c1242/lib/StandardJIP.pdf> >.[2006-11-28]

19. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9
20. MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných*. [online] 18. července 2006  
URL<<http://www.ochrance.cz/documents/doc1154711314.doc>>. [cit. 2007-03-15]
21. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Český těšín: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6
22. NOVÁKOVÁ, M. *Reality show*. [online] URL<[http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah\\_clanku.php?vydani=35&rok=045&odkaz=reality.htm](http://www.ucitelskenoviny.cz/obsah_clanku.php?vydani=35&rok=045&odkaz=reality.htm)>. [cit. 2006-12-17]
23. POČTA, J., et al. *Kompendium neodkladné péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 1996. 272 s. ISBN 80-7169-145-3
24. ROZSYPALOVÁ, M. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. Praha: Informatorium, spol. s. r. o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3
25. *Slovník cizích slov* [online]. URL<<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intimita>>. [cit. 17. 12. 2006]
26. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. Dobrovodská, L. Tesáčková, M. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. s. 57 ISBN 80-7013-392-9
27. TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4

28. VONDRÁČEK, L. LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské péči 1. 1.*  
vyd. Brno: IDVPZ, 2003. 74 s. ISBN 80-7013-376-7
29. *Vyhláška MZ č.424/2004 Sb.*, kterou se stanoví činnosti zdravotnických  
Pracovníků a jiných odborných pracovníků [online].  
URL<<http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2004/sb030-04.pdf>>
30. VYHNÁLEK, F., et al. *Chirurgie III.* 2. vyd. Praha: Informatorium spol. s r. o.,  
2003. 135 s. ISBN 80-7333-009-1
31. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester.* 1. vyd. Praha:  
Grada publishing, a. s., 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-x

## **8. Klíčová slova**

ARO

Intimita

JIP

Sestra

Soukromí

Standardní oddělení

Stud

Pacient

## **9. Přílohy**

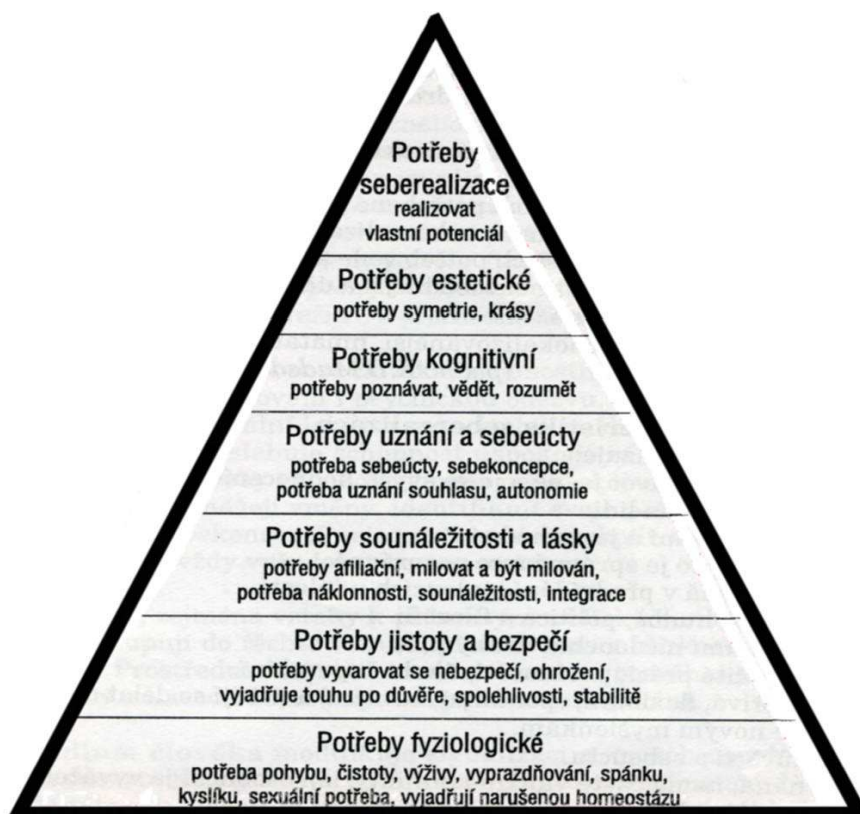
Příloha č. 1 Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa

Příloha č. 2 Etický kodex Práv pacientů

Příloha č. 3 Zástěny u lůžek

Příloha č. 4 Dotazník zaměřený na problematiku zajištění intimity určený sestřám  
z oddělení ARO, JIP a standard

**Příloha č. 1** Hierarchická klasifikace potřeb podle Maslowa



Zdroj: TRACHTOVÁ, E. FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s.  
ISBN 80-7013-324-4

## **Příloha č. 2** Etický kodex Práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním a kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny nebo se svými přáteli. Omezení tohoto stavu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového vyšetřovacího a léčebného postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pokud existuje těchto postupů více nebo pokud pacient vyžaduje informace o alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na těchto procedurách podílejí.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu. Současně má ale být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčení, má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření je věcí důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou těchto procedur přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný a to i ve fakultních nemocnicích, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, pacient může být předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a

ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

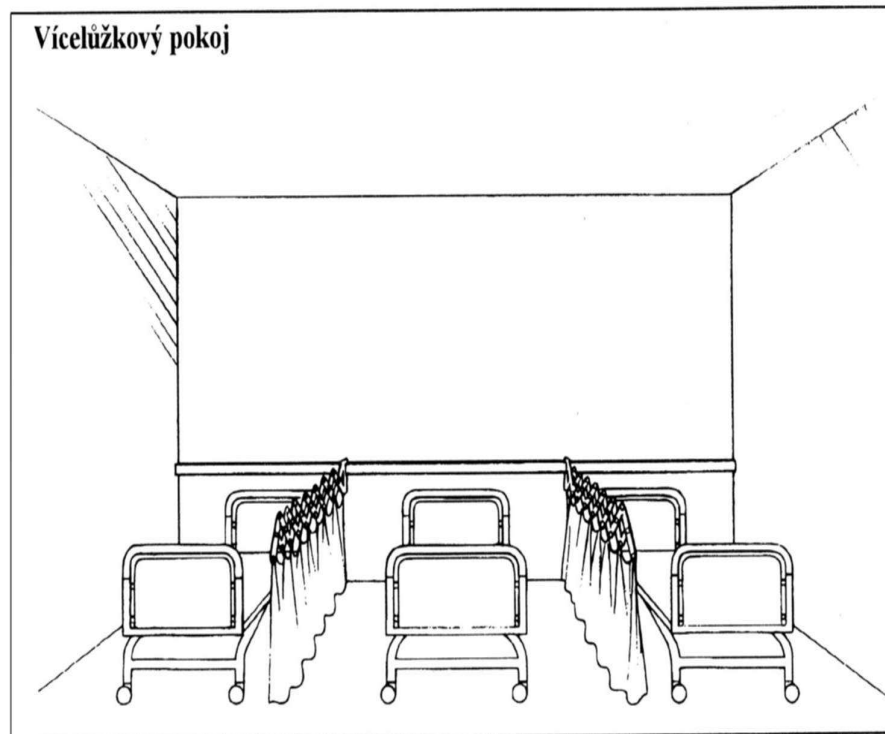
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění z nemocnice má právo očekávat, že zdravotnické zařízení určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení i v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný informovaný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, když byl předem poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný má v závěru života právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. února 1992.

Etický kodex Práva pacientů navrhla a po připomínkovaném řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.



**Příloha č. 3 Zástěny u lůžek**



Zdroj: CHMUROVÁ, K. *Intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Soukromá vyšší odborná zdravotnická škola Medea, s.r.o. a Fresenius 1996. 151 s.

**Příloha č. 4** Dotazník zaměřený na problematiku zajištění intimity pacientů určený sestřám z oddělení ARO, JIP a standard

Jmenuji se Soňa Švagrová a jsem studentkou Jihočeské univerzity Zdravotně sociální fakulty v oboru Ošetřovatelství. Provádím výzkum ke své bakalářské práci o zajišťování intimity pacientů na odděleních ARO, JIP a standard. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je zcela anonymní. Předem děkuji za vyplnění.

**1. Na jakém typu oddělení pracujete?**

Standardní oddělení

JIP

ARO

**2. Pohlaví?**

muž

žena

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

SŠ

SŠ + PSS

Vyšší odborné

VŠ Bc.

VŠ Mgr.

**4. Co si představujete pod pojmem intimita? (možno více odpovědí)**

důvěrnost

soukromí

útulnost

bližkost

vcítění

**5. Kdy by mohlo dojít (dochází) k narušení intimity?**

při vizitě

při rozhovoru s pacientem

při převazech

nedochází

při provádění lékařského zákroku

při provádění ošetřovatelských výkonů

**6. V jaké vzdálenosti dle Vašeho názoru narušuje sestra při ošetřování pacienta jeho intimní zónu?**

hmatový kontakt až 15 cm

hmatový kontakt až 30 cm

30-45 cm

45-90 cm

pouze hmatovým kontaktem

**7. V jaké vzdálenosti je vhodné vést rozhovor s pacientem?**

co nejbližše pacientovi

do 20 cm

30-120 cm

120-360 cm

**8. Co můžeme očekávat od pacienta, pokud mu narušíme jeho intimitu?(možno více odpovědí)**

agresivitu

nespolupráci

verbální útok

stížnosti k nadřízenému

stud

nic se nestane

napětí

odmítnutí ošetření

; **9. Pokud provádíte u pacienta hygienu na lůžku, používáte zástěny?**

ano, vždy     někdy podle situace     nemáme je     zapomínám  
 nepoužívám, není to nutné

**10. Používáte zástěny při cévkování pacienta?**

ano, vždy     někdy podle situace     nemáme je     zapomínám  
 nepoužívám, není to nutné

**11. Pokud provádíte převaz u pacienta:**

odkrývám pouze nutnou část těla k ošetření  
 odkrývám celého pacienta  
    někdy odkrývám celého pacienta a někdy jen nutnou část podle situace  
 nepřemýšlím o tom

**12. Pokud je pacient převážen na vyšetření, zakrýváte ho?**

ano, vždy     nepřemýšlím o tom     zapomínám  
 jen, pokud je to mimo prostory oddělení    jak kdy, podle situace

**13. Jsou na vašem oddělení pacienti při velké vizitě dopředu odhalováni?**

ano, vždy     nikdy     pokud to vyžadují lékaři  
 je to zvyklostí chodu oddělení

**14. Při vyprazdňování pacienta upoutaného na lůžko snažíte se chránit jeho intimitu?**

vždy    pokud mám čas    nezajímá mě to    v rámci možností  
zapomínám

**15. Před návštěvními hodinami, zkontroluji zda je pacient přikrytý:**

ano, vždy     nekontroluji to     občas     nemám na to čas  
zapomínám

**16. Klepáte na dveře před vstupem na pokoj pacientů?(vyplní pouze na standardním oddělení)**

ano, vždy    občas    ne, nikdy    máme neustále otevřené dveře

**17. Máte k dispozici na vašem oddělení dostatek zástěn k zajištění intimity pacienta?**

ano, a používáme je  
 ano, a nepoužíváme je  
 ne, ale rádi bychom je používali  
 ne  
 zástěny jsou již pevně nainstalovány mezi lůžky, ale nevyužíváme je

zástěny jsou již pevně nainstalovány mezi lůžky a používáme je

**18. Má vliv dle Vašeho názoru stavební uspořádání Vašeho oddělení na narušení soukromí pacientů?**

- ANO →  velký počet lůžek na jednom pokoji  
 WC + koupelna pro celé oddělení  
 nedostatek prostoru kolem lůžek

jiný důvod.....

neumím to posoudit

NE

**19. Jaké faktory na oddělení, kde pracujete mají vliv na nedodržování intimity pacientů?**

- nedostatek času  nedostatek pomůcek  
 nedostatek personálu  neznalost personálu  
 věk ošetřujícího personálu  věk pacienta  
 zdravotní stav pacienta

**20. Ocitli jste se někdy v roli pacienta?**

- ANO  NE

→ pokud ANO, pocítila jste někdy narušení intimity

NE

ANO, a v čem konkrétně.....

→ a změnil se váš přístup k pacientovi po této zkušenosti ANO

NE

**21. Kdo podle Vašeho názoru nejvíce nedbá na intimitu pacienta?**

- sestry  lékaři  sanitáři  ošetřovatelky  studentky

**22. Má dle Vašeho názoru pacient v nemocnici právo na soukromí?**

- určitě ANO  do jisté míry  musí počítat s tím, že bude jeho soukromí narušeno  NE

**23. Znáte obsah Etického kodexu práv pacientů?**

- ANO  NE dokonale  zhruba  neznám

**24. Když potřebujete hovořit s pacientem o citlivých záležitostech, co uděláte?**

- vezmu ho na vyšetřovnu  
 ztiším hlas  
 požádám spolupacienty o odchod z pokoje  
 dám mezi pacienty zábranu  
 nedělám žádná zvláštní opatření

**25. Co si představujete pod pojmem empatie?**

- vcítění       respektování       soucit       úcta       náklonnost

**26. Jste schopni vcítit se do pocitů pacientů při jejich ošetřování?**

- ANO       dříve jsem byla schopna       do jisté míry ano       NE

**27. Je na vašem oddělení podle Vás dodržováno zachování intimity pacientů?**

- ano, vždy       vůbec       snažíme se      je to v individuálním přístupu  
 v rámci možností při provozu oddělení

**28. Myslíte si, že by bylo dobré vypracovat standard k ochraně soukromí pacientů na oddělení, kde pracujete?**

- ANO, je to potřeba  
 NE, nic to neřeší  
 je to pouze o přístupu každého jednotlivce  
 v současné době je to dostačující  
 stačí pouze poukázat nějakým seminářem na tuto problematiku