

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Zjišťování zajištění intimity při provádění očistného klyzmatu**  
Bakalářská práce

Mgr. Ivana Chloubová 2007

Petra Linhartová

## **Abstract**

One aspect of nursery care, which is still neglected in Czech hospitals, is right of patients to privacy. That means, right to intimacy in various situations as well. Intimacy is sensitive area, that is confirmed especially by patients. Patients perceive questions about their sexuality and emptying very annoyingly, which are included in nursery process. They don't want answer them and consider them as inadequate. Accordingly it is very important to keep feeling of privacy, even in case of patient, where is practised just essential nursery intervention, for example purgative clysmas.

Preamble theoretical part of this thesis discuss about anatomy and physiology of thick intestine and about history of applying the purgative clysmas. There are presented correct methods in applying the purgative clysmas, for example right position, place where is clysmas applied, indication and contra-indication during the provision purgative clysmas. In the second theoretical part of this thesis is explained expression intimacy, areas and factors, which influence the intimacy. There is mentioned role and dilemma of naked, feeling of shame, self-respect and self-confidence.

For obtaining of necessary data to access set targets and to make analysis of these data, was used questionnaire method. Questionnaires were distributed to patients and nurses at surgical wards in Ceske Budejovice and Chrudim.

Main target of this thesis was to determine the satisfaction of clients during supply of intimacy in applying the provision purgative clysmas.

The first one of defined hypothesis was not confirmed. Clients at hospitals are dissatisfied with supplying of intimacy by nurses during the provision purgative clysmas. Hypothesis number two was not confirmed as well. For self sufficient clients is intimacy during the provision purgative clysmas better supplied then for bed-ridden clients.

Results of this thesis demonstrate fact, that self sufficient clients and bed-ridden clients are satisfied with methods, which are kept by nurses during the provision purgative clysmas.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných .... fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 18.04. 2007

.....  
Podpis

**Poděkování:**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ivaně Chloubové za ochotu, čas a cenné připomínky při vedení práce.

<i>Úvod</i> .....	7
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2 Očistné klyzma</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Historie klyzmatu.....	10
2.2.2 Indikace k očistnému klyzmatu a druh podávaných látek .....	12
2.2.3 Postup a potřebné pomůcky při podávání očistného klyzmatu.....	12
2.2.4 Polohy při podávání očistného klyzmatu.....	14
2.2.5 Chodící a ležící pacienti.....	15
2.2.6 Chyby při podání klyzmatu.....	15
2.2.7 Kontraindikace k podání klyzmatu .....	16
<b>2.3 Prostředí</b> .....	<b>16</b>
<b>2.4 Komunikace</b> .....	<b>16</b>
2.4.1 Verbální komunikace mezi sestrou a pacientem.....	16
2.4.2 Neverbální komunikace .....	17
1.4.2.1 Proxemika .....	18
1.4.2.2 Haptika .....	18
1.4.2.3 Gesta .....	19
1.4.2.4 Postoj .....	19
1.4.2.5 Mimika.....	20
1.4.2.6 Pohledy .....	21
1.4.2.7 Kinetika.....	22
1.4.2.8 Vzhled a úprava zevnějšku .....	22
<b>2.5 Potřeby</b> .....	<b>22</b>
2.5.1 Potřeba sebeúcty .....	23
2.5.2 Potřeba sebedůvěra .....	23
<b>2.6 Intimita</b> .....	<b>23</b>
2.6.1 Historie odhalování.....	23
2.6.2 Intimita v ošetrovatelství .....	24
2.6.3 Rizika intimity .....	25
<b>2.7 Nahota</b> .....	<b>25</b>
2.7.1 Fyzická nahota .....	25
2.7.2 Psychická nahota.....	26
<b>2. Cíle práce a hypotézy</b> .....	<b>27</b>
<b>2.1 Cíle práce</b> .....	<b>27</b>
<b>2.2 Hypotézy</b> .....	<b>27</b>
<b>3. Metodika</b> .....	<b>28</b>
<b>3.1 Použitá metoda</b> .....	<b>28</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	<b>28</b>

<b>4. Výsledky</b> .....	<b>29</b>
<b>4.1 Dotazník pro klienty</b> .....	<b>29</b>
<b>4.2 Dotazník pro sestry</b> .....	<b>44</b>
<b>5. Diskuze</b> .....	<b>55</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>60</b>
<b>7. Použitá literatura</b> .....	<b>62</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>64</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>65</b>

## Úvod

Motto: „Dělej všechno, tak jak bys chtěla,  
aby bylo v podobné situaci činěno tobě.“(3)

Jedním z aspektů ošetrovatelské péče, který je v českých nemocnicích stále zanedbáván, je právo klienta na soukromí, tedy i na intimitu, v nejrůznějších situacích. Ještě dnes, ve velmi moderní době, považuje mnoho zdravotních pracovníků pacienta za nějakou věc, diagnózu či rutinu, která patří k jejich denní práci. Myslím si, že si dostatečně neuvědomují, že před nimi, stojí či leží nikoli kus nemocného masa, ale člověk, který má své pocity a ne vše co po něm zdravotník žádá, mu musí být příjemné. Intimita je choulostivá oblast, svědčí o tom i fakt, že samotní klienti při vstupu do nemocnice v rámci ošetrovatelské anamnézy nepříjemně vnímají otázky, které se týkají jejich sexuality a vyprazdňování v rámci ošetrovatelského procesu a nechtějí a považují za nevhodné na ně odpovídat. Proto je důležité dodržovat intimitu i u pacienta, u kterého se provádí základní ošetrovatelský výkon, jako je očistné klyzma.

Toto téma jsem si vybrala proto, abych zjistila, zda jsou klienti spokojeni se zajištěním intimity ze strany sestry a zda je zajišťována intimita při podání očistného klyzmatu stejná u pacientů mobilních jako u pacientů imobilních.

Výzkum jsem prováděla na chirurgických odděleních v Českých Budějovicích a Chrudimi. Má pomoci nastínit problematiku správného postupu při očistném klyzmatu, sféry intimity, nahotu, komunikaci pacienta se sestrou a reakci sestry na pacienta.

## **1. Současný stav**

Slovo intimita je ve slovníku popisováno jako „ soukromí, důvěrnost, útulnost (7). Intimita je zahrnuta k potřebám sebekoncepce a sebeúcty. Sebekoncepce vyjadřuje bezprostřední vztah člověka k sobě samému, založený na sebeuvědomování, sebepoznání a sebehodnocení. Zahrnuje postoje a hodnoty, které si člověk vzal během vývoje za své a díky kterým se dívá na svět i na sebe sama. Přes sebekoncepci si utváří vztah k sobě samému i k jiným lidem. Toho čeho si u sebe váží, je mu sympatické, si váží i u druhých lidí a vlastností, které by sám rád měl, ocení u druhých. Lidé považují za intimní to, co je v dané společnosti a kultuře, ve které žijí, všeobecně vnímáno jako intimní, soukromé (8, 21).

V praxi se očistným klyzmatem běžně setkáváme, není to výkon bolestivý (pokud nemá nemocný hemeroidy nebo nádorové onemocnění tlustého střeva), ale je to výkon nepříjemný, přesto patří mezi nejpoužívanější ošetrovatelské výkony na ošetrovatelských jednotkách. Klientovi je vpravena tekutina konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva. Proto je důležité, se zaměřit na zajišťování intimity při očistném klyzmatu ze strany sestry a spokojeností klienta , kterého tato sestra ošetřuje (17).

### ***2.1 Anatomie a fyziologie tlustého střeva***

Tlusté střevo (intestinum crassum) má tyto části: slepé střevo(caecum), vzestupný tračník (colon ascendens), příčný tračník (colon transversum), sestupný tračník (colon descendens), esovitá klička (sigmoideum) a konečník (rectum).(viz Příloha č. 1)

Tlusté střevo je dlouhé 1,2 až 1,5metru, průsvitu 4-8cm, našedlé barvy. Má typickou trojici poznávacích znaků.: 1) výchlipky peritonea (appendices epiploicae), které pokrývají střevo. Jsou vyplněny tukem. 2) Ztluštělé pruhy svaloviny (taeniae), které v počtu tří pruhů tvořených longitudiální svalovinou jsou rozloženy po obvodu střev. 3) Haustra jsou vyklenutí střevní stěny mezi teniemi. Jednotlivá vyklenutí jsou oddělena poloměsíčitými řasami( plicae semilunaris),



kteřé směřují do dutiny střeva. Jejich podkladem jsou kontrahované snopce cirkulární svaloviny (2).

Slepé střevo (ceacum) je dlouhé 10cm a je uloženo v pravé jámě kyčelní. Vyústění ilea do ceaka je místem odkud začíná colon ascendens. Caecum začíná slepě vakem z jehož vrcholu odstupuje červovitý výběžek (appendix vermiformis). Appendix je silný cca tužky, průměrně dlouhý 5-10cm. Je fixovaný svým závěsem na ceaku. Vyznačuje se tím, že v poslizničním vazivu je nahromadění lymfatické tkáně, která může být postižena zánětem- appendicitis. Červovitý výběžek může mít různé polohy. Sahá nejčastěji do pánve, dále za caecum, méně často probíhá před a po stranách caeka.

Vzestupný tračník (colon ascendens) plynule navazuje na caecum, je dlouhý 16-20 cm a táhne se vzhůru až pod játra. Je přisedlé na zadní stěnu břišní, kde se projikuje na svaly lumbální krajiny a dolní pól pravé ledviny. Pod játry přechází svým ohbím (flexura coli dextra hepatica) do příčného tračníku (colon transversum).

Příčný tračník (colon transversum) je dlouhý v průměru 50cm, prochází v mírném oblouku napříč dutinou břišní na levou stranu, kde je další ohyb střeva (flexura coli sinistra lienalis). Příčný tračník se promítá přibližně nad úroveň pupku a jeho levá část je uložena kraniálněji než strana pravá. Je závěsem na peritoneální duplikatuře ( mesocolon transversum). Závěs dovoluje značnou pohyblivost této části střeva. levý ohyb je uložen v hloubce břišní dutiny za levou částí žaludku a pod slezinou a přechází v sestupnou část tlustého střeva ( colon descendens).

Sestupný tračník (colon descendens) je dlouhý 20-30cm a přirostlý na zadní stěnu břišní. Dosahuje levé jámy kyčelní, kde přechází v esovitou kličku.

Esovitá klička (colon sigmoideum) ve formě písmene S přechází závěsem přes musculus psoas major, levý močovod a vasa iliaca sinistra do pánve, kde navazuje na rectum. Esovitá klička je přidržována volným peritoneálním závěsem (mesosigmoideum) k zadní stěně břišní.

střevo dostává tepennou krev cestou arterie mesenterica superior a inferior. Vény svým průběhem odpovídají tepnám. Žilní krev ze střev odtéká do veny portae,

vznikající za hlavou pankreatu soutokem veny mesenterica superior s venou lienalis. Lymfa odtékající ze střeva jde do lymfatických cév mesenterálních závěsů, kde jsou 3 řady uzlin. Z poslední řady odtéká lymfa cévami do truncus intestinalis (2).

Inervace střeva je realizována sympatickými a parasympatickými nervy.

Konečník(rectum) je konečným úsekem tlustého střeva, kde jsou patrné dvě části: horní, rozšířený, v pánvi uložený úsek, cca 10cm dlouhý(ampula recti) a dolní, úzký 2-4 cm dlouhý úsek (canalis analis). Rectum se klade do vyhloubení os sacrum a je zakřiveno v rovině frontální a sagitální. Poslední částí střeva je canalis analis, který prochází svalovou hrází (diaphragma pelvis) a vyúsťuje zevně řitním otvorem (anus) (2).

## **2.2 Očistné klyzma**

Účelem očistného klyzmatu je vypláchnout ale také vyprázdnit tlusté střevo při zácpě a očistit je od stolice před porodem, před některými operacemi a vyšetřovacími metodami. Rozeznáváme vysoké a nízké očistné klyzma. Nízké očistné klyzma se používá na očištění konečníku a esovité kličky. Vysoké klyzma na vypláchnutí co nejvyšších partií hrubého střeva. V alternativní medicíně se jednorázové klyzma používá na očistu organismu.(10,12,22).

### **2.2.1 Historie klyzmatu**

Klystýr neboli klyzma pochází z řeckého klyzein neboli vypláchnout (19). Výplachy střeva jsou známou léčbou déle, než kam dokážeme v historickém čase dohlédnout. Egypťané věřili, že s klystýrem je seznámil sám bůh medicíny Tóth (1). Klystýru v užším slova smyslu se užívalo tak, že tekutina byla stříkačkou, popřípadě měchýřem s nástavcem vtlačována řitním otvorem do střeva, zatímco u klyzmatu byla tekutina vypravována z výše položené nádoby. Klystýr, jak dokládají staroindické pomůcky pocházející z 5.století, byl jak znám už ve starověku. U přírodních národů se ostatně užívá dodnes Zvláštní popularitě se těšil

zejména v 16. a 17. století. Tak například slavný francouzský chirurg Ambrosie Paré (okolo r. 1510-1590) si sám zaváděl klystýr.

Kromě pouštění žilou bylo pročišťování klystýrem pro Galánovy následovníky jistým druhem „všeléku“. Např. pařížský lékař Gyu Patin (1652) se domníval: „Všechny nemoci lze léčit klystýrovou stříkačkou, lancetou na pouštění žilou a sirupem z bílých růží a broskvových květů“. Naproti přívrženci Paracelsa všeobecné používání klystýru odmítali.

V 18. století se začaly vyvíjet metody diagnostiky a terapie, založené na užití klystýru, jako např. střevní endoskopie či rektální podávání léčiv a léčivých přípravků (19).

Na konci 19. století se rozlišovaly tekutá a plynová. Tekutá byly trojí. Klyzma výhradně vyprazdňující, buď se skládaly z pouhých vonných odvarů rostlin, anebo k nim byly přidány olejnaté a mýdelnaté směsi. Jakýsi přechod k následující skupině tvořilo vpravování studené nebo dokonce ledové vody do konečníku, např. při choleře, žluté zimnici apod. Léčebné klyzma mělo po delší dobu působit na sliznici konečníku, pročež ji nesmělo dráždit ani nízkou teplotou ani chemickým složením nebo přílišným množstvím. Léčebné klyzma se skládalo ze snadno rozpustitelných směsí škrobu a soli, k nimž byly přidány léčebné látky jako např. opium, tannin. Od klyzmat léčebných se lišila výživná klyzma jen tím, že ke škrobovému, klišovitému nebo solnému základu byly přidány výživné látky jako např. bílky, zvláštním způsobem upravené maso nebo čerstvá krev. Toto klyzma bylo podáváno v případě, kdy pacient nebyl schopen pozřít potravu ústy (15).

Dnes užíváme výplachy tlustého střeva před operací, endoskopickým vyšetřením, porodem atd. Ale i dnes se klystýr používá jako netradiční terapie. Tato metoda důkladného vyčištění střeva byla vyvinuta v USA a nazývá se colonohydroterapie. Je to bezpečné a šetrné pročištění celého tlustého střeva filtrovanou vodou za použití přístroje zvaného hydrocolon. Hydrocolon je aparát, který byl v osmdesátých letech vyvinut pro NASA, jako toaleta pro vesmírné lety. Velmi rychle se pak začal používat i na Zemi v lékařských ordinacích celého světa (1).

### **2.2.2 Indikace k očištnému klyzmatu a druh podávaných látek**

*Očištné klyzma vyplachuje a také vyprazdňuje tlusté střevo:*

- při zácpě
- před rentgenovým vyšetřením žlučníku, žlučnickových cest, tlustého střeva, ledvin, bederní a křížové páteře
- před endoskopickým vyšetřením tlustého střeva
- před operací
- před porodem

*Druhy podávaných látek:*

- teplou vodou asi 36- 37C (10)
- u dětí teplým fyziologickým roztokem (18)
- fyziologický roztok nebo voda s konkrétní přísadou (kuchyňská sůl, olej, mýdlová voda)

*Množství roztoku používaného na vysoké očištné klyzma:*

- kojenci 250 ml
- batolata a děti předškolního věku do 500 ml
- děti školního věku 500- 1000 ml
- dospělí 1000- 1500 ml

Staří lidé většinou nejsou schopni udržet takové množství tekutiny, proto množství upravujeme podle potřeby. Na nízké očištné klyzma se používá přibližně poloviční množství tekutiny. (10)

### **2.2.3 Postup a potřebné pomůcky při podávání očištného klyzmatu**

*Potřebné pomůcky*

- Rektální rourka o průměru asi 10mm a délce 30cm ( nejlépe k jednomu použití)

- Irigátor s hadicí dlouhou asi 1,5m zakončenou nástavcem s tekutinou požadované teploty
- Nepromokavá podložka
- Vazelína a dřevěná lopatka
- Ochranné rukavice
- Čtverce buničiny
- Emitní miska
- Stojan na závěšení irigátoru
- Provádí-li se klyzma na pokoji, připraví se ještě podložní mísa a zástěna (paravan, závěs) (18)

Irigátor je nádoba na tekutinu, kterou vpravujeme vodu do konečníku. Buď je plechový-smaltovaný, nebo v podobě gumového vaku (18).

*Postup při klyzmatu v koupelně.*

V první řadě vysvětlíme klientovi výkon, který budeme provádět. Čím více informací klient dostane, tím lépe zvládne výkon (11).

Vysvětlíme klientovi postup. Upozorníme ho, že může po podání roztoku ucítit pocit plnosti a tlaku. Pomůžeme pacientovi zaujmout polohu na pravém boku s pravou dolní končetinou zahnutou do pravého úhlu.

Vložíme nepromokavou podložku pod pacientovu sedací část a přikryjeme pacienta přikrývkou, kapnou (8). Oblékneme si ochranné rukavice. Na kovový vývod gumového vaku připojíme irigační hadici. Lehkým stisknutím prstů přesuneme kuličkový uzávěr směrem k nádržce- odtok vody je uzavřen. Vak naplníme vodou teplou asi 36 až 37C a zavěsíme na stojan. Trochu vody vypustíme do emitní misky- hadice se ohřeje a vypudí se z ní vzduch. (Vzduch vpravený do tlustého střeva by mohl na rentgenu vyvolat negativní kontrast.) Kuličkovým uzávěrem opět odtok vody přerušíme. Konec rektální rourky natřeme vazelínou a rourku šetrně zavedeme asi 6 až 8cm daleko do konečníku(zvláště šetrně zavádíme rourku, má-li nemocný hemeroidy). Rourkou vyjdou plyny. Spojíme rourku

s nástavcem irigační hadice a stiskem prstů přesuneme kuličku směrem k nemocnému a necháme vytékat vodu do tlustého střeva (18,10). Nové, moderní rektální rourky mají zvláštní vývod na odchod plynů, proto se může zavádět už napojená na irigátor (10).

Sledujeme projevy nemocného a současně nasloucháme tomu, co nám sděluje a o svých pocitech a potížích. Připomínáme klientovi, aby klidně a hluboce dýchal. Zastavíme přítok vody vždy, když je pro klienta nucení na stolicí nesnesitelné.

Ještě dříve, než odečte z irigátoru všechna voda (průběžně sledujeme), uzavřeme hadici posunutím kuličky nahoru, aby do střeva nevnikl vzduch.

Jednou rukou rourku vytahujeme a druhou ji současně otíráme čtvercem buničiny. Po ukončení výkonu instruujeme klienta, aby se pokusil udržet nálev pokud možno 7-10 min. Potřebuje-li naši pomoc, doprovodíme jej na klozet. Teprve když je o něho postaráno, uklidíme pomůcky (18).

Podání klyzma zaznamenáme do dokumentace. Též zaznamenáme barvu a konzistenci vyplachované tekutiny (8).

#### *Postup při klyzmatu na lůžku.*

Pomůcky přineseme k lůžku a připevníme stojan. Postavíme u lůžka zástěnu v místě, kde by ostatní spolupacienti mohli klienta vidět. Oblékneme si ochranné rukavice a odvdůšníme hadici irigátoru (trochu vody vypustíme do emitní misky). Pod klienta vložíme mísu a upravíme mu polohu. Spolupacienty vlídně požádáme, buď aby na chvíli opustili pokoj, nebo aby se k nemocnému otočili zády, přistavíme paravan. Klyzma provedeme tak, jak bylo popsáno dříve. Obsah mísy vylijeme a zkontrolujeme, jestli bylo klyzma účinné (18).

Podání klyzma zaznamenáme do dokumentace. Též zaznamenáme barvu a konzistenci vyplachované tekutiny (8).

#### **2.2.4 Polohy při podávání očistného klyzmatu**

Základní poloha při podávání klyzma je na levém boku (laterální poloha) s pravou pokrčenou nohou. Klient by měl tuto polohu, mezi podání klyzmatu a

vyprázdněním změnit na záda a potom na pravý bok (dorzální poloha), takže tekutina sleduje uložení tlustého střeva (8).

#### **1.2.5 *Chodící a ležící pacienti***

U chodícího klienta by sestra měla provádět očistné klyzma v místnosti k tomu určené nebo na pokoji, kde ostatní pacienti jsou ochotni opustit místnost. Pokud není možné, aby spolupacienti opustili pokoj, přistaví k lůžku klienta zástěnu.

U imobilního klienta by měla volit postup stejný jako u mobilního klienta. Literatura však nikde neudává přesný postup provádění očistného klyzmatu u imobilního klienta a volbu prostředí.

#### **1.2.6 *Chyby při podání klyzmatu***

Podání klyzmatu je pro pacienta relativně bezpečná procedura. Nebezpečné je nadměrné podráždění sliznice rekta velkým množstvím mýdla a negativní hypertonického nebo hypotonického roztoku. Opakované podávání hypotonických roztoků může mít za následek resorpci vody z tlustého střeva do krve. Zvyšuje to objem krve a může způsobit intoxikaci vodou. Hypotonické roztoky nemusí být vždy bezpečné pro pacienty s akutní srdeční nedostatečností. Hypertonické roztoky mírně dráždí sliznici a podněcují přechod tekutiny z okolních tkání do tlustého střeva. Tento proces se nazývá osmóza (8).

Z psychologického hlediska sem patří neinformování klienta o výkonu a psychická nepřipravenost klienta na výkon. Dále ne zcela vyprázdněné tlusté střevo.(8)

### **1.2.7 Kontraindikace k podání klyzmatu**

- akutní divertikulita
- suspektní perforace střeva
- v pooperačním období u nízké resekce tlustého střeva (12)

### **2.3 Prostředí**

Očistné klyzma se u chodících pacientů provádí na koupelně nebo v místnosti k tomu určené a podle toho vybavené.

U ležících klientů se očistné klyzma provádí na lůžku, kdy sestra by měla vlídně požádat spolupacienty, aby opustili pokoj nebo se k nemocnému otočili zády. Sestra by měla při podávání klyzma zajistit dostatečnou intimitu pomocí zástěny (paravan, závěs nebo plenta).

Po skončení výkonu by měla místnost vyvětrat (10,12).

### **2.4 Komunikace**

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi“ (6, s.25).

Po celou dobu výkonu, by měla sestra s pacientem komunikovat. Komunikace neznamena totíž jen mluvit. Při správně vedené komunikaci s pacientem musí zdravotní sestra znát několik zásad. ( viz Příloha č.2)

#### **2.4.1 Verbální komunikace mezi sestrou a pacientem**

Rozhovor s pacientem je aktivní dynamický proces, jehož účinnost velmi závisí na znalostech a dovednostech sestry, a neméně na jejích schopnostech neustále shromažďovat a třídit informace.

Předpokladem pro vzájemné porozumění je sestry schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do pacientovy situace. Výraz empatie, je často chápán



nesprávně- nejde o soucit, tím méně o sentimentální prožívání pacientova utrpení. Jde o to představit si, jak bych se asi cítil v situaci, v níž je nyní pacient, a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval.

Součástí komunikace je však celá řada prostředků mimoslovních, které také užíváme jakoby intuitivně, podprahově a které buď zdůrazňují sdělované skutečnosti, nebo je popírají či doplňují. Jsou to prostředky, jež se označují jako metakomunikativní.

Mezi metakomunikativní prostředky patří tzv. paralingvistické prostředky, které doprovázejí naše řečové vyjádření. Je to například síla hlasu, rozpor mezi obsahem sdělení a intonací hlasu. Měli by jsme dbát na to, aby naše sdělení byla formulována kladně.

Předávaná zpráva nebo signál má v mezilidské komunikaci také významnou složku behaviorální. To znamená, že součástí sdělovaného je také chování komunikujícího. Mezi významné paralingvistické můžeme zařadit mimiku, gestikulaci, vzájemnou vzdálenost a postavení a zdůraznění vztahu úpravou prostředí. Ve slovním projevu lze celkem snadno lhát, v nonverbálním doprovodu již to tak jednoduché není. Sestra by měla znát nonverbální projevy a umět je pochopit. Jednoznačně by měla poznat význam projevů neverbální komunikace. Pomůže jí lepší pochopit prožívání, náladu, emocionální stavy a potřeby pacienta. Lepší porozumění pacientovi, který nemůže komunikovat slovem a je odkázaný na „řeč těla“ (9). Naučí-li se je zdravotní sestra rozeznávat, zlepší se spolupráce a komunikace mezi ní a pacientem (9,6).

#### **2.4.2 Neverbální komunikace**

Neverbální komunikace obsahuje komponenty v závislosti na jednotlivých částech těla, které zaujímají určitou polohu a nebo vykonávají určitý pohyb. Její obsah tvoří proxemika, haptika, postoj, a viz. dále.

#### **1.4.2.1 Proxemika**

Vyjadřuje prostorovou vzdálenost. Vzdálenost mezi komunikujícími se měří v centimetrech nebo metrech. Proxemika rozlišuje čtyři *proxemické zóny*:

a) *intimní zóna* ( 10-30cm), je to vzdálenost v intimním vztahu mezi ženou a mužem, matkou a dítětem a přáteli, sestrou a klientem. Sestra se často ocitá v této zóně klienta při odběrech krve ale také při podávání očistného klyzmatu. Pokud sestra vstoupí do této zóny klienta, je třeba mu vysvětlit důvod a časové trvání vstupu. Zároveň by měla k němu přistupovat se značnou dávkou taktu. Jestliže sestra vstoupí do jeho intimní zóny bez souhlasu a upozornění, může očekávat negativní projevy v jeho chování, jako je hněv, agresivita, odmítání, verbální útoky a napětí. Neuvolní se a nespolupracuje.

b) *osobní zóna* ( 30-80cm), tato vzdálenost se při rozhovoru sestry s klientem považuje za ideální. Sestra nevidí jen obličej klienta, ale také ostatní neverbální projevy. Je to přibližně vzdálenost na délku horní končetiny a sestra v případě potřeby uplatní baltický kontakt- chytí pacienta za ruku, paži či ho může pohládit.

c) *sociální zóna* (120-130cm), tato zóna se uplatňuje při uplatňování neosobních věcí (například svolání pacientů k obědu do jídelny).

d) *veřejná zóna* (360-760cm)- tato zóna se využívá při veřejných zasedání

#### **1.4.2.2 Haptika**

Se chápe jako komunikace prostřednictvím dotyků. Haptický kontakt je zprostředkovaný tlakem na kůži, působením tepla, vibrací, chladu, chvění nebo bolesti. Bez dotykového sociálního projevu by měl pacient dojem chladu, lhostejnosti či mechanického přístupu.

Pozitivní projevy haptiky jsou všechny přátelské dotyky, které přispívají k pozitivní komunikaci a interakci. Patří sem obětí, pohlazení, položení ruky na ruku, položení ruky na rameno. Tyto dotyky mají na pacienta pozitivní a hlavně posilující účinek.

Negativní projevy haptiky vyjadřují nepřátelské naladění. Možno sem zařadit kopnutí, štípnutí, trhnutí, odstrčení, silné stlačení ruky. V práci sestry by měly tyto projevy vymizet.

#### **1.4.2.3 Gesta**

Jsou součástí kinetiky, nauky o pohybových činnostech člověka. Zabývá se pohyby horních končetin. Termín gesto je odvozené z latinského slova gero, gerere, což znamená projevovat emoce, zamyšlení. Pohyby horních končetin podporují nebo zvýrazňují to, co člověk chce říci slovy.

#### **1.4.2.4 Postoj**

Nebo-li posturika se zaměřuje na postoj, držení těla a polohové konfigurace. Tělesná poloha naznačuje ne jen to co se s pacientem děje nyní, ale také co se stalo před chvílí. Proto se také dá do určité míry předpokládat to, co se stane v následující situaci.

*U posturiky rozlišujeme tyto základní polohy:*

- stoj
- klek, dřep
- sed
- leh

Při posturice si setra všímá dvou dominantních jevů v dynamickém nebo skupinovém vztahu:

- kongruence nebo-li komunikační harmonie mezi sestrou a pacientem
- inkongruence nebo-li nesoulad mezi komunikací

Při každé z nich můžou různé části těla zaujímat rozličné polohy. Tyto polohy zaujímají nejen horní a dolní končetiny, ale také hlava a krk.

Mezi sestrou a klientem může také vzniknout bariérová komunikace. Bariérová znamení z horních a dolních končetin jsou v sociálních situacích projevem obranného mechanismu.

*Komunikační bariéry jsou signalizátory:*

- negativního postoje
- nezájmu
- odmítání
- nejistoty a váhavosti
- úzkosti a strachu
- biopsychosociální a emocionální nepohody
- nedůvěry
- snížené sebedůvěry
- únavy
- sebeobranu

Sestra by měla vědět, že pacient nemusí reagovat jen na chování sestry, ale i na prostředí, podmínky nebo i na sebe samého.

Posturické projevy jsou *determinované faktory*:

- vnitřními: věk, pohlaví, temperament, míra sebedůvěry, momentální tělesný, psychický, emocionální zdravotní stav
- vnějšími: prostředí, událost, ostatní zúčastnění, celková atmosféra

Pozorování a správné dešifrování tělesné polohy, držení těla a soulad všech částí těla umožňuje sestře zvolit správný přístup k pacientovi.

#### **1.4.2.5 Mimika**

Mimikou se rozumí komunikace prostřednictvím svalů tváře. Mimické svaly umožňují víc jak tisíc různých výrazů, které modelují psychický stav člověka. Horní část tváře vyjadřuje dřív psychické napětí, dolní část vyjadřuje prožívání pozitivních emocí. Pro zdravotníky je v jeho práci důležitá dolní část obličeje, zvláště okolí úst. Úsměv je tím nejlevnějším lékem, dokáže odzbrojit nepříjemného člověka, a přesto je ve zdravotnictví užíván tak málo, jako by představoval jeden z nejnámáhavějších výkonů, které jsou potřeba ke zlepšení celkového stavu klienta.

V mimice rozlišujeme tzv. *mimické zóny* – čelo, oči, nos, ústa, uši a brada (9).

#### ***1.4.2.6 Pohledy***

Už při prvním setkání pacienta se sestrou jsou pohledy nejdůležitějším neverbálním projevem. Tvoří základ mimoslovní komunikace. Oči jsou nejcitlivější receptor – „přijímač“ informací. Člověk vnímá zrakem až 87% všech informací, sluchem 9% a prostřednictvím ostatních smyslu jen 4%.

Při pohledech si sestra všímá:

- zaměření pohledu
- čas výdrže pohledu
- četnost pohledu na určitý objekt
- sekvence pohledu (pořadí, jak a na co se pacient při rozhovoru nejčastěji dívá)
- celkový objem pohledu (kolikrát se na sestru nebo určitý předmět pacient dívá)
- pootevření očních víček
- odklon směru pohledu
- četnosti mrkání
- tvar a pohyby obočí
- mimické vrásky kolem očí

#### *Typy pohledů*

Nejčastěji se vyskytují tyto druhy pohledů: sklopené oči, odvrácené pohledy, pohled s přimhouřenými víčky, pohled se zachmuřeným obočím, udivený, hodnotící, opovrhující, výsměšný, laskavý, šťastný, smutný, svádívý, nedůvěřivý, kradmý, pohled do neurčita.

#### *Trvání zrakového kontaktu*

Předpokladem kvalitní komunikace je optimálně udržovaný zrakový kontakt, tj, že se sestra v průběhu rozhovoru dívá na pacienta. Důležité je vědět, že pacient musí mít dojem, že se mu sestra věnuje, že má zájem ho poslouchat. Za optimální se považuje 50-70% času rozhovoru (9, 6).

#### ***1.4.2.7 Kinetika***

Kinetika opisuje pohyby horních a dolních končetin, jednotlivých částí těla, případně celého těla. Analyzuje dynamiku, svižnost nebo pomalost či napětí. Pohyby těla mají bezprostřední vztah k tomu, co se odehrává v komunikaci. Pohyby hlavy vyjadřují souhlas, nesouhlas, kritický odstup nebo i odpor.

#### ***1.4.2.8 Vzhled a úprava zevnějšku***

Tato forma neverbální komunikace je specifická. Je o vzhledu a úpravě zevnějšku. Upravený zevnějšek sestry působí pozitivně nejen na sestru samotnou, ale také působí dobrým dojmem na pacienta.

Schopnost vidět pozorovat a dešifrovat neverbální projevy pacienta tvoří důležitou součást ošetrovatelského procesu. Při očištění klyzmatu může sestra pozorovat, jak se klient cítí a může podle tohoto aktuálního stavu také jednat. (9,6)

### ***1.5 Potřeby***

Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vznikla z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.

Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu (20,8).

Emocionální stav klienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů jako je strach, obavy, bolest, nejistota. Proto je důležité, aby si sestra emocionálních změn všimla a dokázala na ně aktuálně reagovat (11).

### **1.5.1 *Potřeba sebeúcty***

Sebeúctu posilujeme v nemocném tím, že mu dáváme najevo, že nás neobtěžuje o něj pečovat. Maximálně dbáme o jeho soukromí a osobní čistotu. Zdravotníci by měli svým jednáním podporovat sebeúctu člověka. Zpětná vazba v komunikaci s nemocným znamená úctu k člověku jako jedinečné bytosti, respekt a opravdový zájem o jeho problémy (20,21).

### **2.5.2 *Potřeba sebedůvěry***

Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobré výkony v činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady ( znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné hodnocení sebe sama.

V období nemoci musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho sebevědomí a jeho sebehodnocení. Snižuje se tím jeho sebedůvěra (11).

## **2.6 *Intimita***

### **2.6.1 *Historie odhalování***

Středověký názor na nahotu byl stále ještě do jisté míry nezaujatý. Ještě v 16. století chodili spát zcela nahí, obě pohlaví v každém věku a nikoli jen sedláci a porobení lidé, ale i šlechtici a bohatí měšťané. I host spal nahý mezi nahými ve společné ložnici.

V době osvícenectví živou tělesnou nahotu člověk vykázal zcela z veřejného života a jen z nutnosti byla trpěna ve výtvarném umění. Přírozená nahota se stala zločinem. Církevní tlak s měšťáckou pruderií považoval nahotu ženy za nečistou a nebezpečnou. Mužská a jinošská těla se odhaloval alespoň v lázních, koupalištích a při některých sportech.

Zdravá renesance se naopak chlubila především ženskou nahotou. Manželky a milenky byly portrétovány buď zcela nahé nebo dekoltované. Podle renesančního

pojetí byla kráskou krásek Panna Marie. Zbožní lidé poklekali před boží matkou s vědomím, že zde uctívají i nejvzácnější zázrak tělesné krásy (14).

### **1.6.2 Intimita v ošetrovatelství**

Problematikou intimity se v současné době zabývá i určitá oblast oboru ošetrovatelství, která tuto potřebu cituje a ošetřuje v právech nemocných, kde se shodně nachází v právech pacientů i v právech hospitalizovaných dětí.

„ V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.“ (3, s.95)

„ S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.“(4, s.88 )

Na tuto problematiku poukazuje také etický kodex pacientů.

„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 případě počítačového zpracování.“( viz Příloha č. 3)

V kodexu sester je psáno: „ Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důležité povahy.“(3, s.103)



### **1.6.3 Rizika intimacy**

Při odhalení sociálně méně žádoucích pohnutek či aktivit si druhá osoba může pomyslet, že s námi něco není v pořádku, což vyvolá pocit zahanbení.

Dalším rizikem je obava ze zneužití důvěrných informací. Odkrytí svých slabých míst se člověk vystavuje možnosti, že v případném budoucím konfliktu druhá osoba využije důvěrných přiznání proti němu. Strach ze ztráty sebekontroly. Mnozí lidé, zejména muži, jsou přesvědčeni, že se musí stále ovládat (16).

## **2.7 Nahota**

„Stud z nahoty není přirozeným jevem, se kterým se rodíme, ale sociální deformací, která se předává z generace na generaci. Po staletí nás společnost učí, že ukazovat se nahý je nepatřičné a nemorální.“(23)

### **2.7.1 Fyzická nahota**

Lékaři, tak jako zdravotní sestry často „prolamují“ bariéry intimní sféry člověka. Pacient je srozuměn s tím, že musí odhalit, má-li ho lékař důkladně prohlédnout, a proto odkládá na vyzvání své šaty. Opomíjená problematika fyzické nahoty je vícevrstevná a čím dříve se jí budeme odpovědně a systematicky věnovat, tím lépe.

Především je nutné rozlišovat míru prolomení intimní sféry a tedy odhalovat i předpokládanou výši studu. Lidé jsou různí a někteří se odhalují před druhými bez studu a nevidí v tom žádný problém. Jiní jsou citlivější a ostýchají se, když mají ukázat lékaři intimní místa, nebo když odhalují něco, co před okolím pečlivě skrývají.(3)

Lidé se stydí, když jiní vnímají jejich slabost, chybu defekt, poskvrnění. Stud ukazuje v tomto případě jako napětí mezi já a ideálem. Stydící má dojem, že je vystaven všem očím kolem dokola, cítí se nejistý a zaražený.

Je vystaven, zcela nepřipraven, pohledům okolí. Proto prožívání studu je velice nepříjemné (13). Ke svému lékaři má nemocný většinou důvěru a jejím projevem je i ochota obnažit se. Přítomnost dalších osob, ať již profesionálů nebo spolupacientů, může působit rušivě a pacientovy pocity studu násobit. Proto je v právech pacientů zdůrazňováno, že u vyšetření a ošetření nemocného má být přítomno pouze tolik zdravotníků, kolik jich je nezbytně třeba. Vyšetřování či ošetřování obnaženého pacienta nemá být rušeno vstupy jiných zdravotníků a neobstojí námitka, že nahotu už zdravotníci vlastně nevnímají. Lékař či sestra stydlivého klienta vhodně povzbudí.

Podobně zdravotní sestry často prolamují intimní bariéry, když omývají nemohoucího klienta, zavádějí klyzma a podobně. I při racionálním přístupu k věci se nezdá, že cítí pacient zahanben. Pravidelně jsou prožívány pocity diskomfortu, když není zbytně a sestra musí vynášet mísu s výkaly nemocného.(3)

### **2.7.2 Psychická nahota**

Odhalit své tělo byt' před profesionálními zdravotníky není snadné. Podstatně složitější je odhalit svou „duši“. Péče o nemocné tělo, jakkoliv je často prioritní, nemůže být vytržena z kontextu psychické, sociální a spirituální pohody. Definice Světové zdravotnické organizace, důsledně dbá na to, aby všechny uvedené součásti byly v rovnováze, neboť jen tak jsou splněny předpoklady pro objektivní i subjektivní prožitek pocitu zdraví. Pacient má obavu sdělit některé intimní údaje. Někdy si nemocný netroufá zveřejnit, že žije sám, neboť tuto traumatizující skutečnost prožívá tak úporně, že ji není schopen pojmenovat pravým jménem ani pro sebe, natož ji vyslovit v plné nahotě. (3)

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle práce***

Cílem této práce je zmapovat spokojenost klientů, s dodržováním intimity, při podání očistného klyzmatu.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotézu jsem stanovila na základě vlastních zkušeností z praxe a studiem odborné literatury. Pro dosažení stanoveného cíle byly stanoveny následující hypotézy.

H1: Klienti v nemocničních zařízeních jsou nespokojeni se zajištěním intimity ze strany sestry při očistném klyzmatu.

H2: U soběstačných klientů je intimita při očistném klyzmatu zajišťována lépe než u klientů upoutaných na lůžko

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Použitá metoda***

Pro získání potřebných údajů k dosažení vytýčených cílů a analýze dat bylo užito techniky dotazníku. Byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden pro klienty, u kterých se provádělo očistné klyzma. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem patnáct otázek, z toho čtrnáct otázek uzavřených a jednu otevřenou otázku. Druhý dotazník byl pro sestry, které prováděly u klientů očistné klyzma. Dotazník byl také anonymní a obsahoval celkem jedenáct otázek, z toho devět uzavřených otázek, jednu polootevřenou otázku a jednu otevřenou otázku.

Dotazníky byly rozdány pacientům a zdravotním sestřím na chirurgických odděleních v Českých Budějovicích a Chrudimi. Celkem bylo rozdáno sto dotazníků pro pacienty a sto dotazníků pro sestry. Návratnost dotazníků u klientů byla celkem 64 správně vyplněných (64% návratnost), návratnost dotazníků u sester byla celkem 53 správně vyplněných (53% návratnost). Tyto dotazníky, které byly vyplněny správně, mohly být použity pro účel výzkumu. (Použité dotazníky viz. Příloha 4 a 5).

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

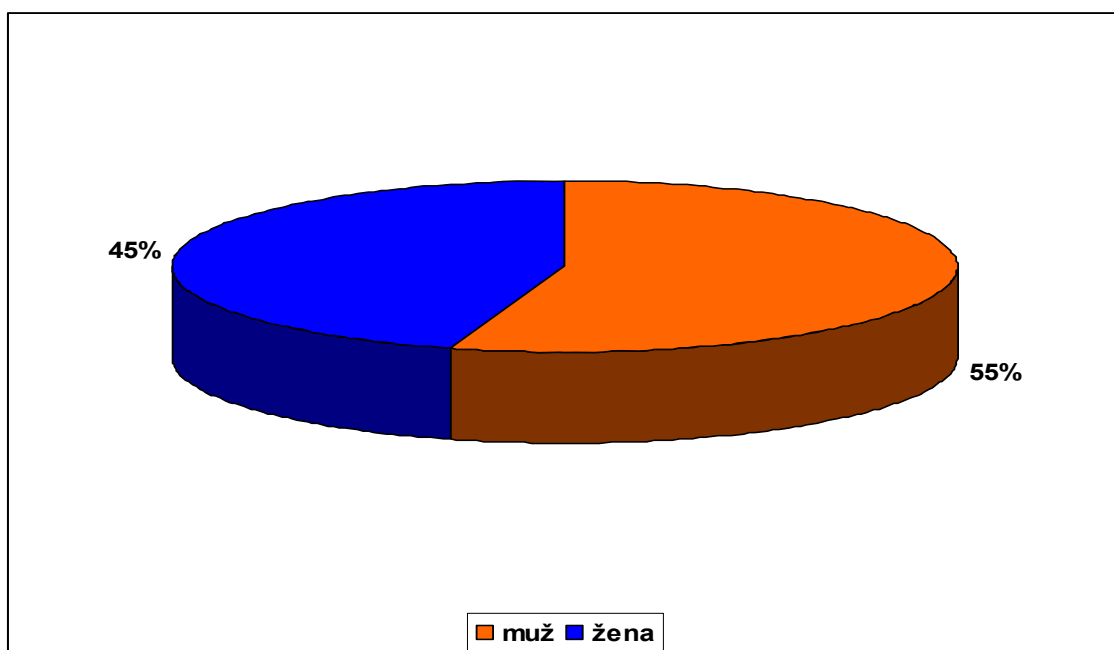
Výzkumný soubor tvořilo 64 dotázaných klientů, u kterých bylo provedeno očistné klyzma a 53 zdravotních sester, které prováděly očistné klyzma. Výzkum probíhal od měsíce ledna do konce března 2007.

Dotazníky byly rozdány v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a v nemocnici v Chrudimi.

## 4. Výsledky

### 4.1 Dotazník pro klienty

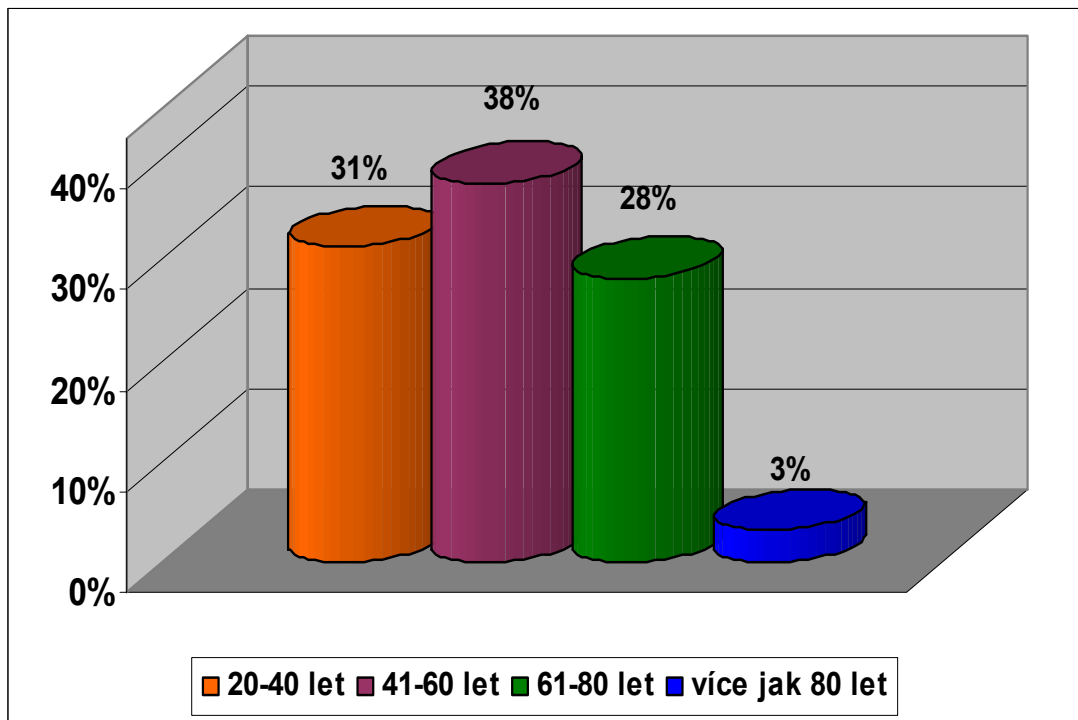
**Graf 1 Pohlaví respondentů**



Graf 1 nám poukazuje na pohlaví dotazovaných.

Z 64 respondentů bylo žen a 29 (45%) a 35 (55%) mužů.

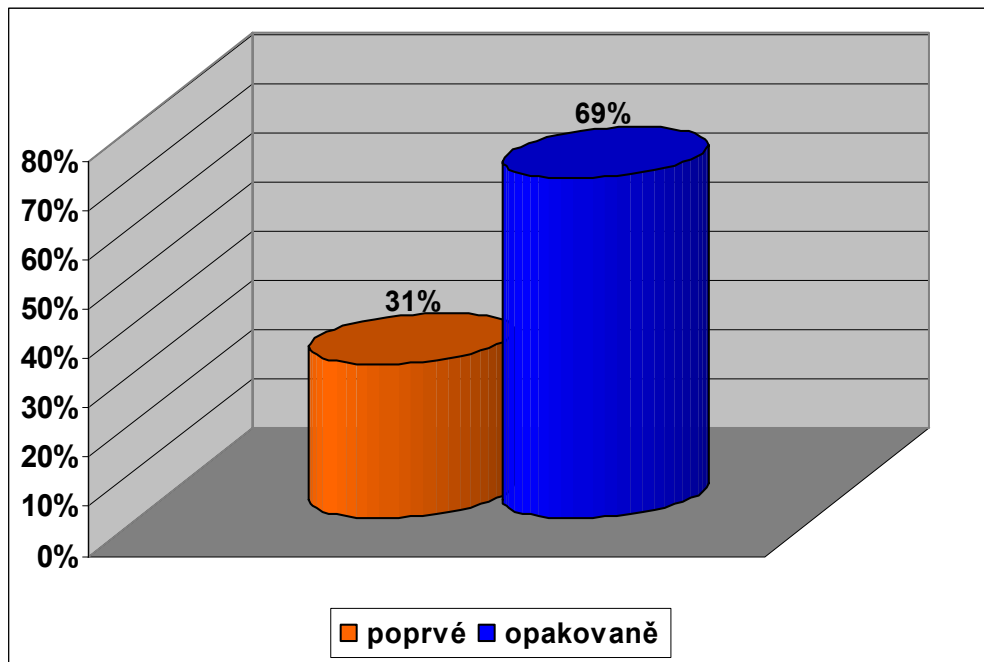
**Graf 2 Věk respondentů**



Graf 2 nám poukazuje na věkové skupiny respondentů.

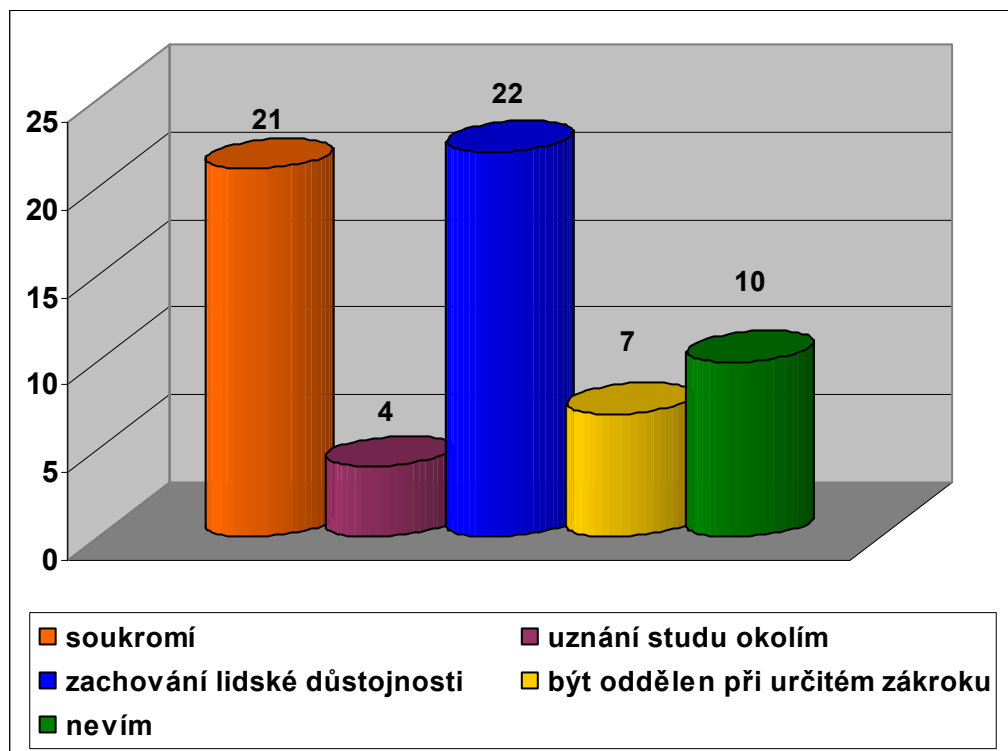
Z 64 respondentů bylo 20 (31%) ve věku 20-40 let, 24 (38%) ve věku 41-60 let, 18 (28%) ve věku 61-80 let a 2 (3%) ve věku více jak 80 let.

**Graf 3 Počet hospitalizací**



Graf 3 nám poukazuje, zda klienti byli hospitalizováni poprvé nebo opakovaně. Z 64 respondentů bylo 20 (31%) hospitalizováno poprvé v nemocničním prostředí a 44 (69%) hospitalizováno opakovaně.

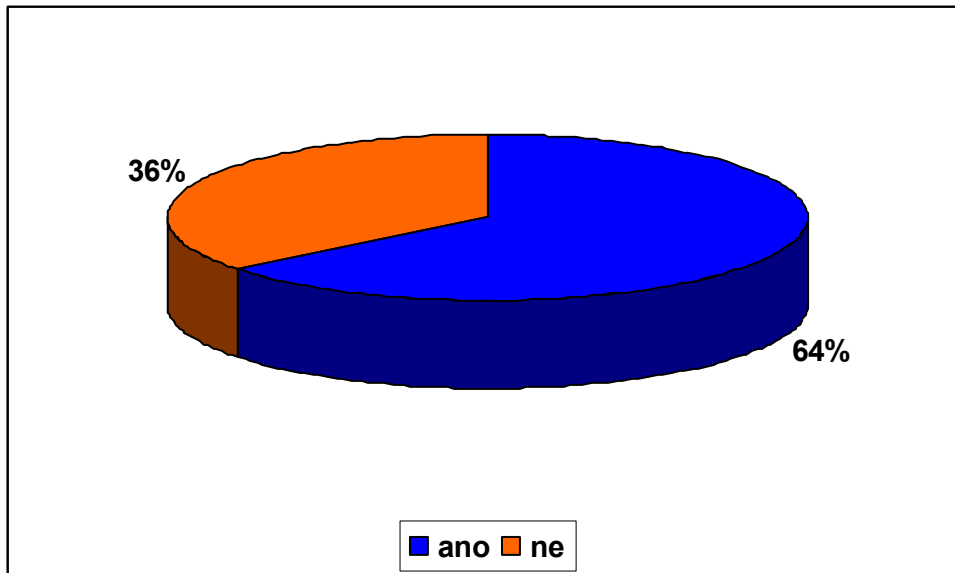
**Graf 4 Vysvětlení pojmu intimita**



Graf 4 nám poukazuje, co si představují pacienti pod pojmem intimita. Respondenti měli možnost vybírat z více možností odpovědí, proto výsledky nejsou uvedeny v procentech. Pod pojmem intimita si představuje 21 pacientů jako soukromí, 4 uznání studu okolím, 22 zachování lidské důstojnosti, 7 být oddělen při určitém zákroku a 10 pacientů neví, co si mají pod tímto pojmem představit.

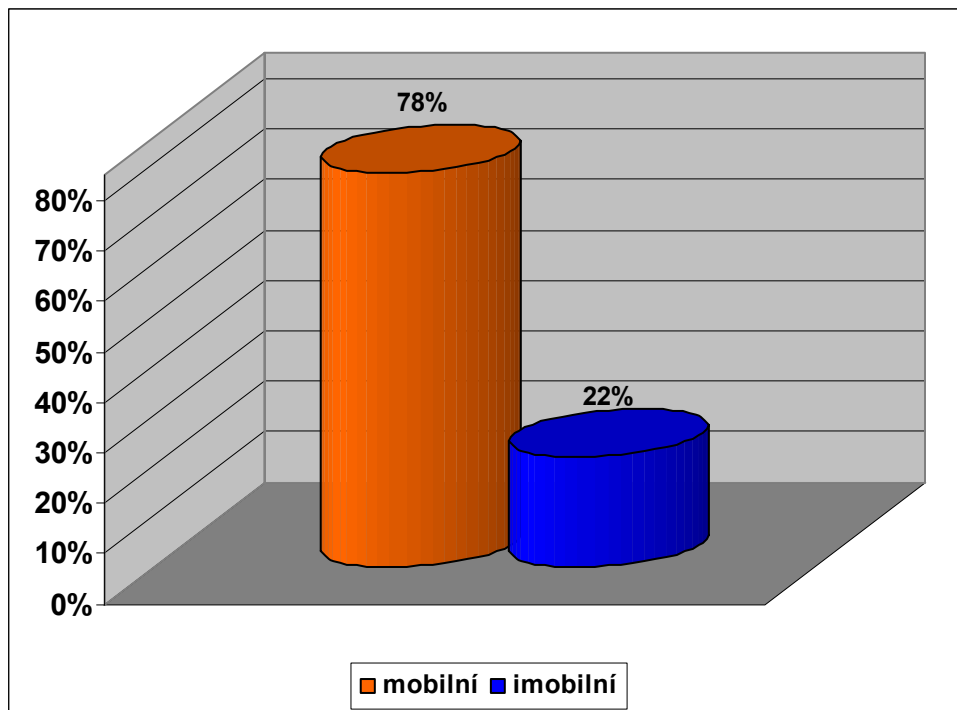


**Graf 5 Provádění klyzma v minulosti**



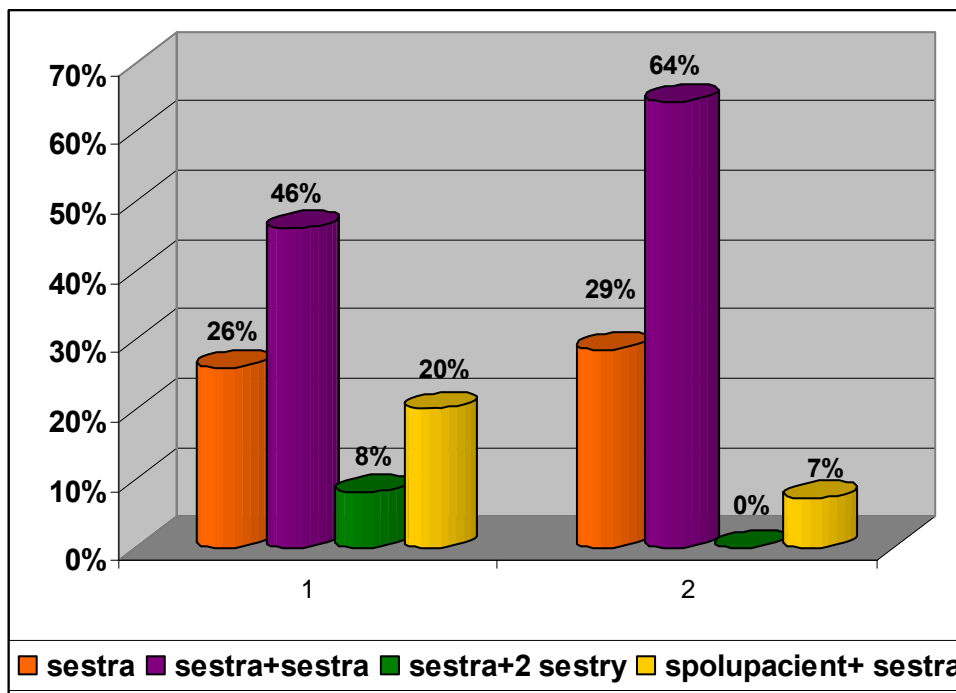
Graf 5 nám poukazuje, zda dotazovaným bylo podáno očistné klyzma již v minulosti. Z 64 pacientů 41 (64%) bylo prováděno očistné klyzma v minulosti a 23 (36%) nebylo prováděno očistné klyzma v minulosti.

**Graf 6 Mobilita klienta**



Graf 6 nám poukazuje, zda byli klienti mobilní nebo imobilní.  
Z 64 respondentů bylo 50 (78%) mobilních a 14 (22%) imobilních.

**Graf 7 Počet tolerovaných osob v místnosti**

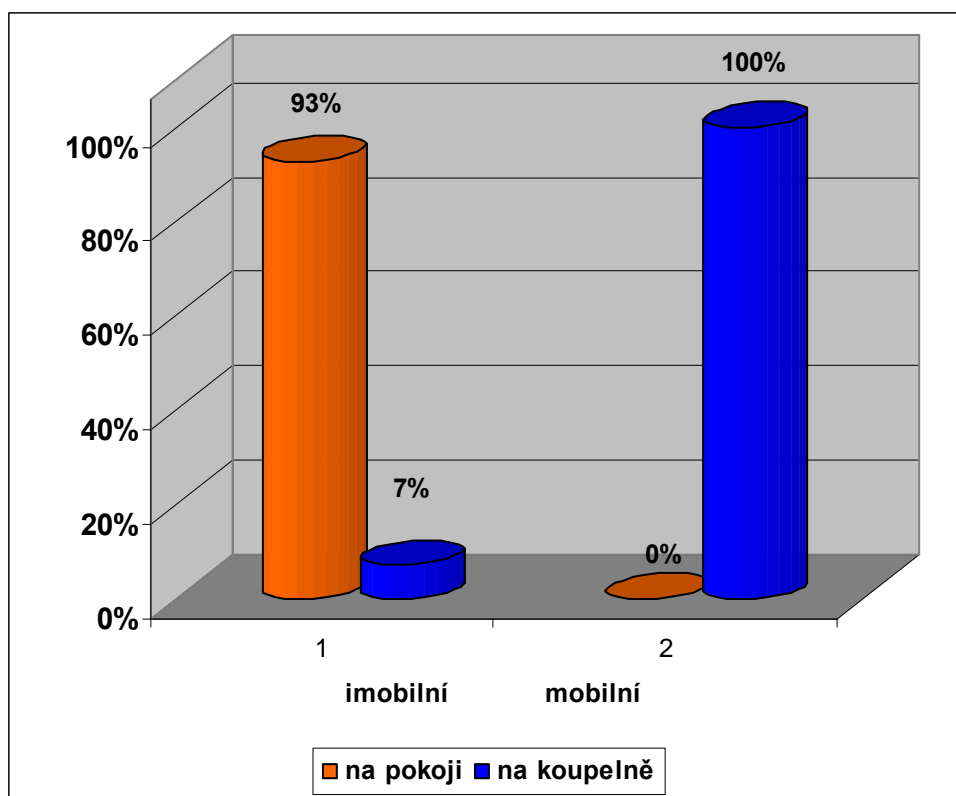


Graf 7 nám ukazuje, kolik tolerují osob mobilní a imobilní klienti v místnosti při podávání očistného klyzmatu.

Z padesáti mobilních pacientů toleruje v místnosti 13 (26%) klientů jednu sestru, 23 (46%) dvě sestry, 4 (8%) tři sestry a 10 (20%) sestru a spolupacienta.

Ze 14 imobilních respondentů toleruje v místnosti 4 (29%) klientů jednu sestru, 9 (64%) dvě sestry, 0 (0%) tři sestry a 1 (7%) sestru a spolupacienta.

**Graf 8 Místnost, kde prováděli klientům očistné klyzma**

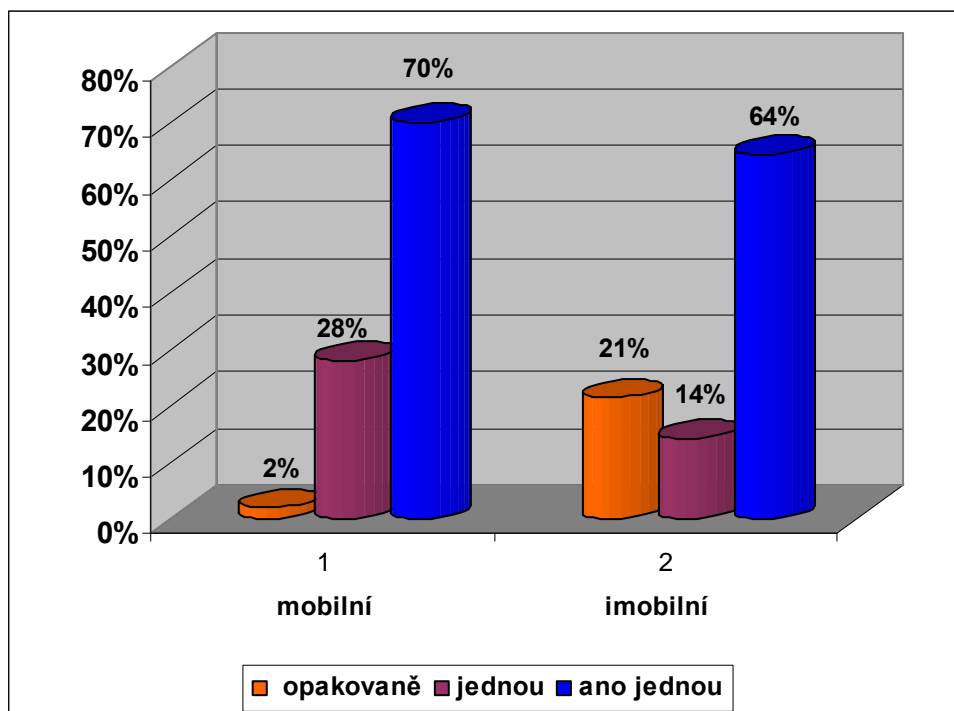


Graf 8 nám poukazuje, zda ošetrovatelský personál prováděl u imobilních a mobilních klientů očistné klyzma na pokoji nebo na koupelně.

Ze 14 imobilních respondentů bylo prováděno 13 (93%) očistné klyzma na pokoji a 1 (7%) na koupelně.

Z 50 mobilních respondentů bylo prováděno 0 (0%) na pokoji a 50 (100%) na koupelně.

**Graf 9 Při očištění klyzmatu vcházeli do místnosti jiný personál**

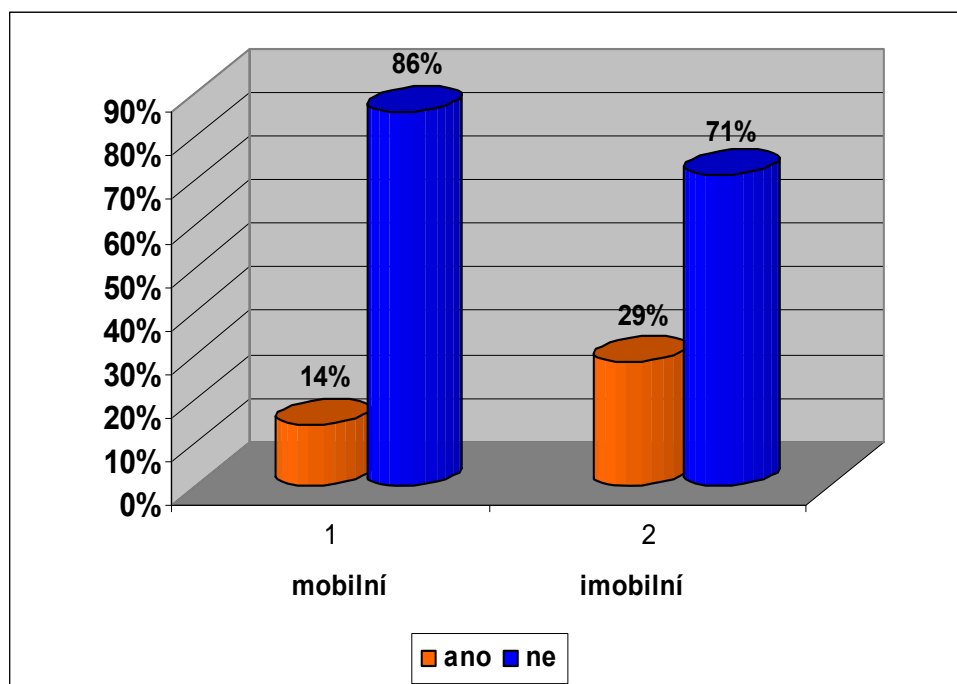


Graf 9 nám ukazuje, kolikrát do místnosti, kde prováděli klientovi očištění klyzma vcházel ošetřující personál.

Z 50 mobilních klientů odpovědělo, že k 1 (2%) klientovi vešel do místnosti zdravotnický personál opakovaně, ke 14 (28%) klientům vešel do místnosti zdravotnický personál jednou, ke 35 (70%) klientům nevešel zdravotnický personál ani jednou.

Ze 14 imobilních klientů odpovědělo, že ke 3 (21%) klientům vešel zdravotnický personál do místnosti opakovaně, ke 2 (14%) klientům jednou, 9 (64%) nevešel zdravotnický personál ani jednou.

**Graf 10 Nabídnutí plenty ( zástěny, závěsu)**

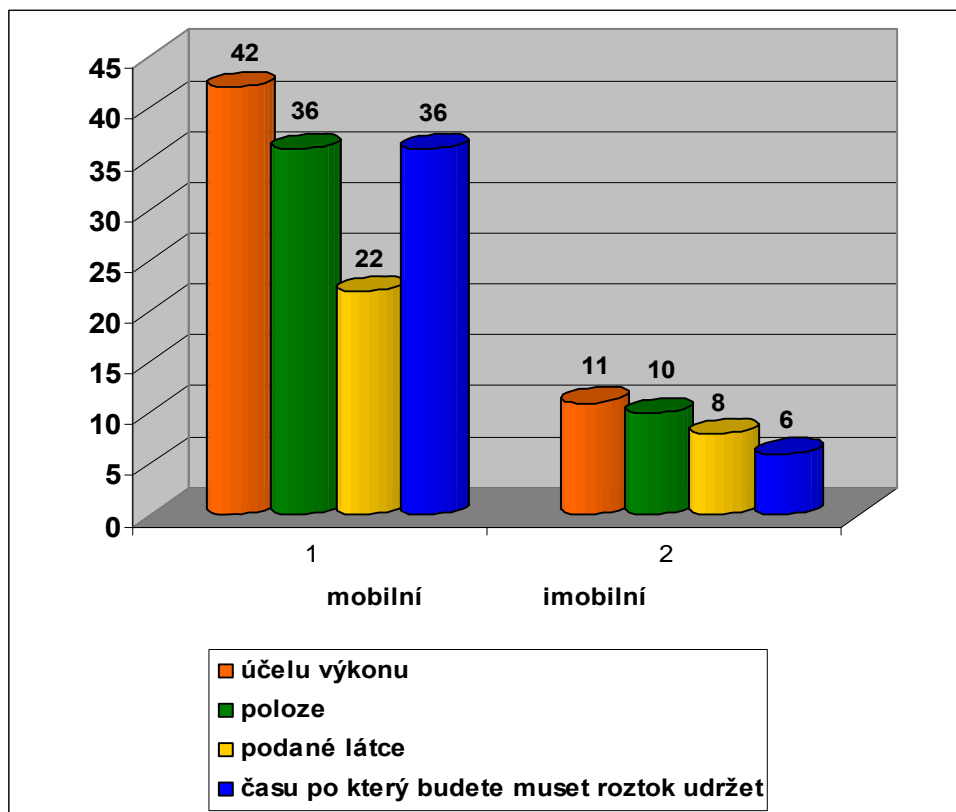


Graf 10 nám ukazuje, zda mobilním a imobilním klientům byla nabídnuta před výkonem plenta ( zástěna, závěs).

Z 50 mobilních klientů byla nabídnuta plenta 7 (14%) a 43 (86%) nebyla nabídnuta plenta (zástěna, závěs).

Ze 14 imobilních klientů byla nabídnuta plenta 4 (29%) a 10 (71%) nebyla nabídnuta plenta (zástěna, závěs).

**Graf 11 Poučení před výkonem**

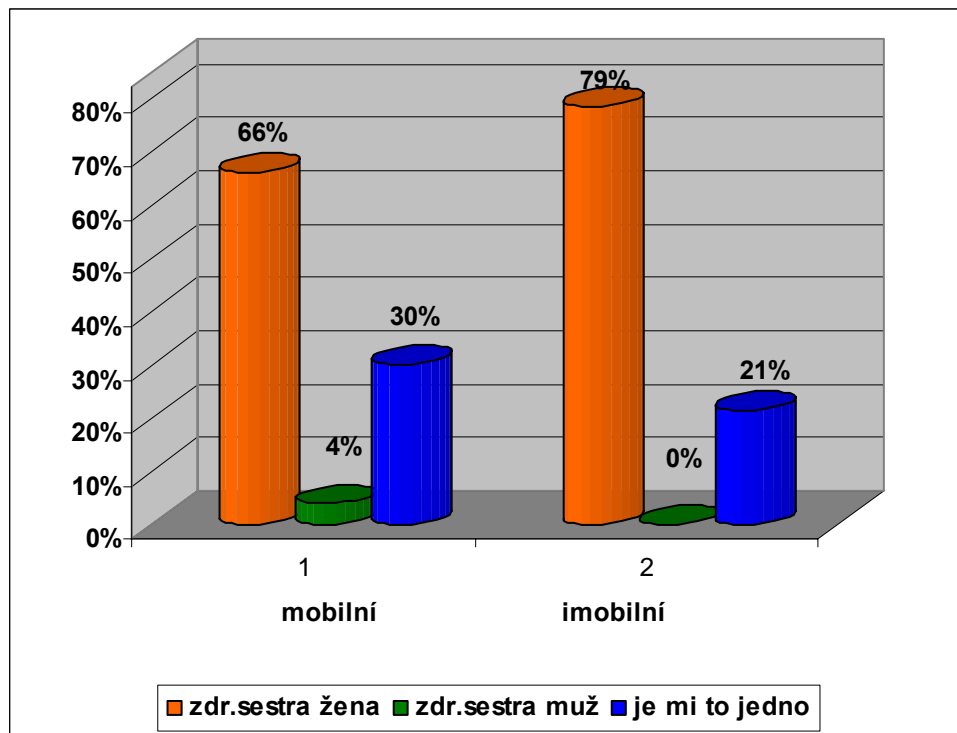


Graf 11 nás informuje o oblastech, ve kterých byli mobilní a imobilní klienti poučeni před výkonem.

Pacienti měli možnost zaškrtnout více odpovědí. Grafické znázornění ukazuje počet respondentů nikoli procenta. Z 50 mobilních klientů bylo poučeno 42 o účelu výkonu, 36 o poloze, 22 o podané látce a 36 o času, po který klienti budou muset roztok udržet.

Ze 14 imobilních klientů bylo poučeno 11 o účelu výkonu, 10 o poloze, 8 o podané látce a 6 o času, po který klienti budou muset roztok udržet.

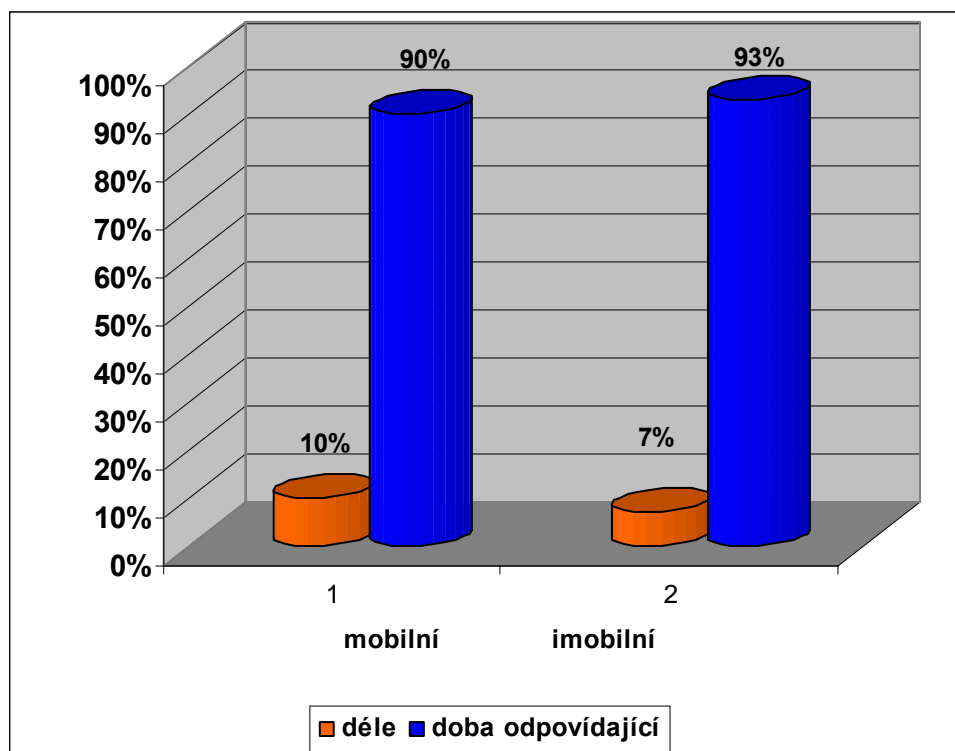
**Graf 12 Respektování provádění výkonu dle pohlaví**



Graf 12 nám ukazuje na klientovu snášenlivost zdravotního personálu dle pohlaví. Z 50 mobilních respondentů 33 (66%) snáší ošetření lépe od zdravotní sestry -ženy, 2 (4%) od zdravotní sestry- muže a 15 (30%) je jim pohlaví zdravotní sestry jedno. Ze 14 imobilních respondentů 11 (79%) snáší ošetření lépe od zdravotní sestry -ženy, 0(0%) od zdravotní sestry- muže a 3 (21%) je jim pohlaví zdravotní sestry jedno.



**Graf 13 Délka odkrytí během výkonu**

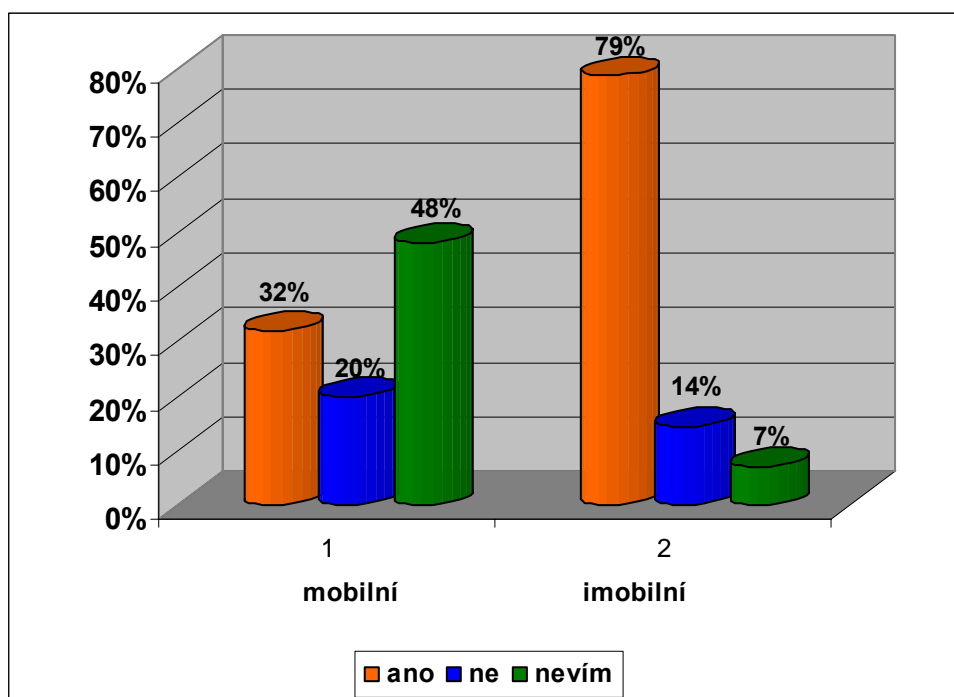


Graf 13 nám poukazuje zda klienti dle jejich názoru byli odkryti déle než bylo nutné a nebo jestli doba odpovídala výkonu.

Z 50 mobilních respondentů bylo dle jejich názoru 5 (10%) odkryto déle než bylo nutné a 45 (90%) bylo odkryto po dobu, která odpovídala délce výkonu.

Ze 14 imobilních respondentů byl dle jejich názoru 1 (7%) odkryto déle než bylo nutné a 13 (93%) bylo odkryto po dobu, která odpovídala délce výkonu.

**Graf 14 Výhrady při ošetřování, kdyby došlo ke zbytečnému odhalování**

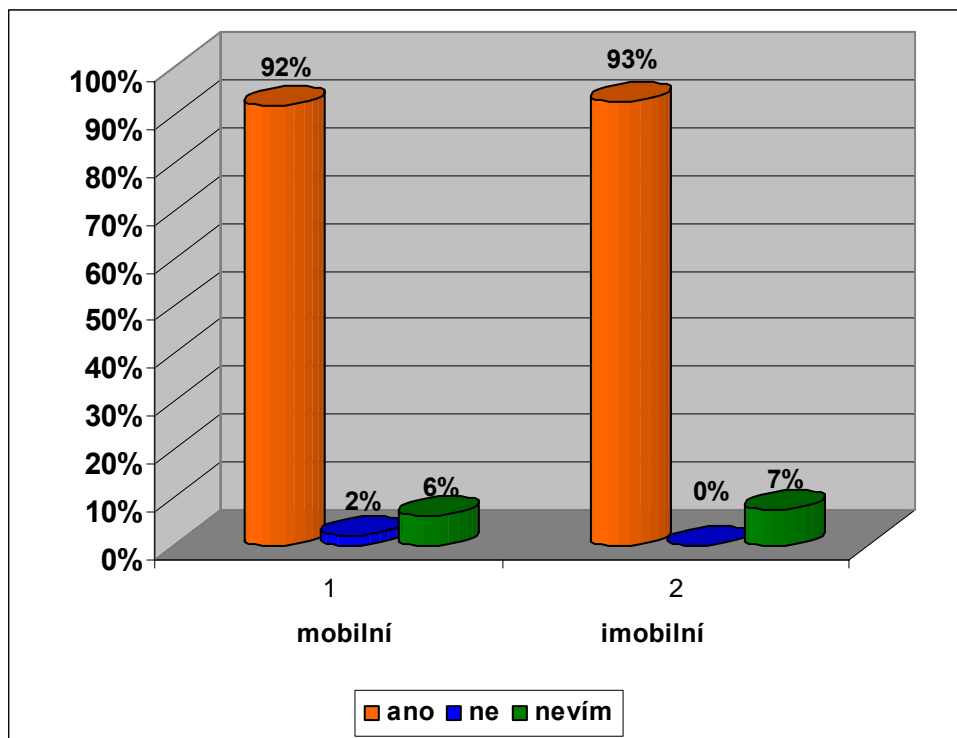


Graf číslo 14 nám poukazuje zda kdyby došlo ke zbytečnému odhalování, by se klienti při ošetřování ohradili.

Z 50 mobilních respondentů odpovědělo, že 16 (32%) by se ohradilo při delším odkrytí těla, 10 (20%) by se neohradilo a 24 (48%) neví, zda by se ohradili.

Ze 14 imobilních respondentů odpovědělo, že 11 (79%) by se ohradilo při delším odkrytí těla, 2 (14%) by se neohradili a 1 (7%) neví, zda by se ohradili.

**Graf 15 Právo klienta na dodržování intimity**



Graf 15 nás informuje o tom, zda si pacienti myslí, že mají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na pacientův stud a soukromí.

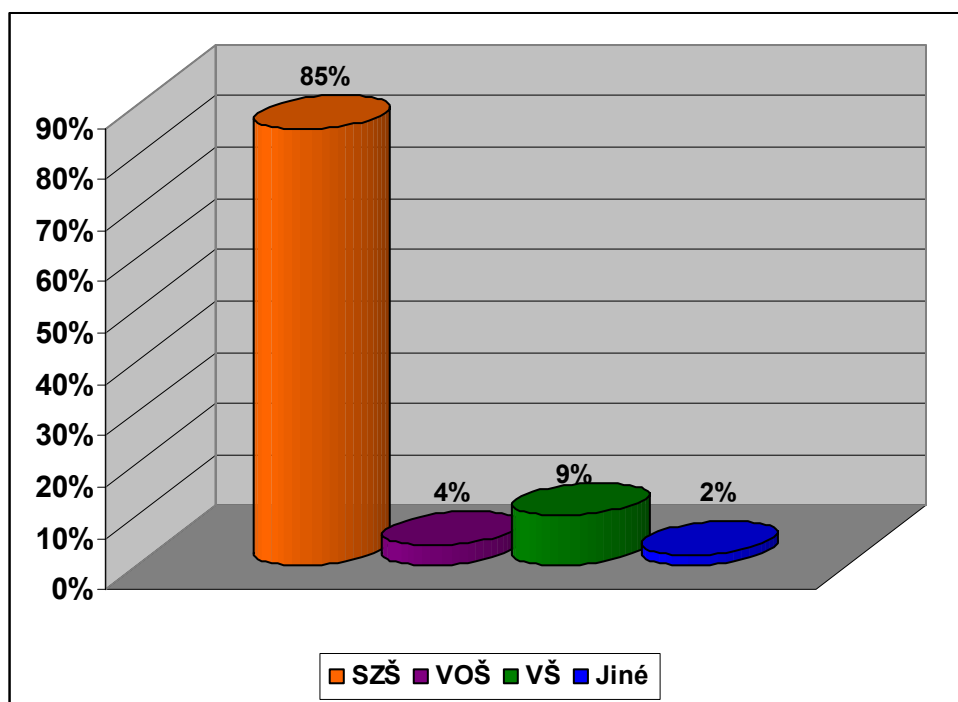
Z 50 mobilních respondentů si 46 (92%) myslí, že mají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí, 1 (2%) si myslí, že nemají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí a 3 (6%) neví, zda mají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí.

Ze 14 imobilních respondentů si 13 (93%) myslí, že mají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí, 0 (0%) si myslí,

že nemají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí a 1(7%) neví, zda mají právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jejich stud a soukromí.

#### 4.2 Dotazník pro sestry

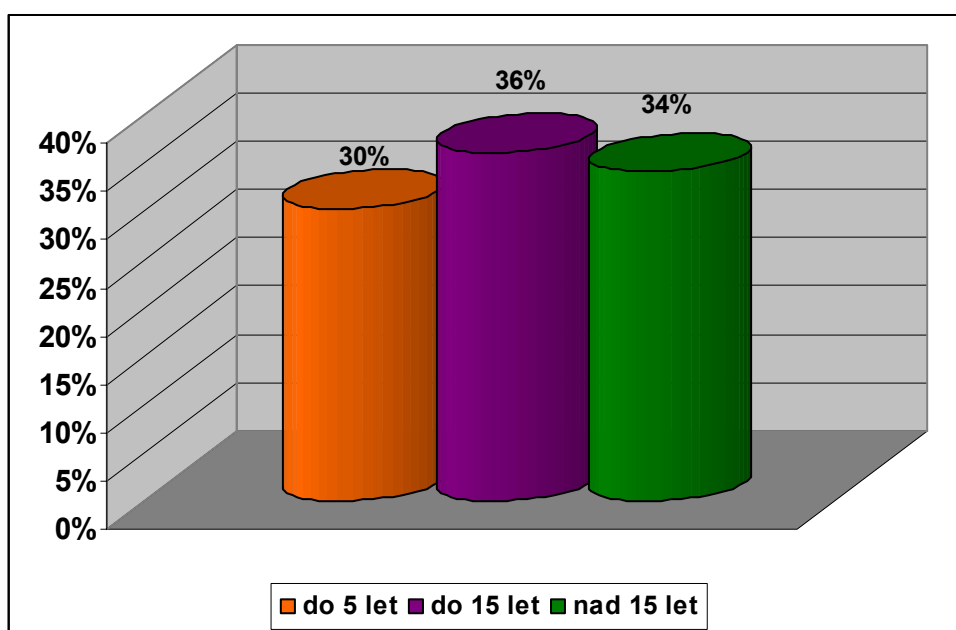
**Graf 1** Vzdělání ošetrovatelského personálu



Graf 1 nám objasňuje nejvyšší dosažené vzdělání zdravotnického personálu.

Z 53 dotazovaných zdravotních sester mělo 45 (85%) SZŠ, 2 (4%) VOŠ, 5 (9%) VŠ a 1 (2%) jiné vzdělání (ARIP).

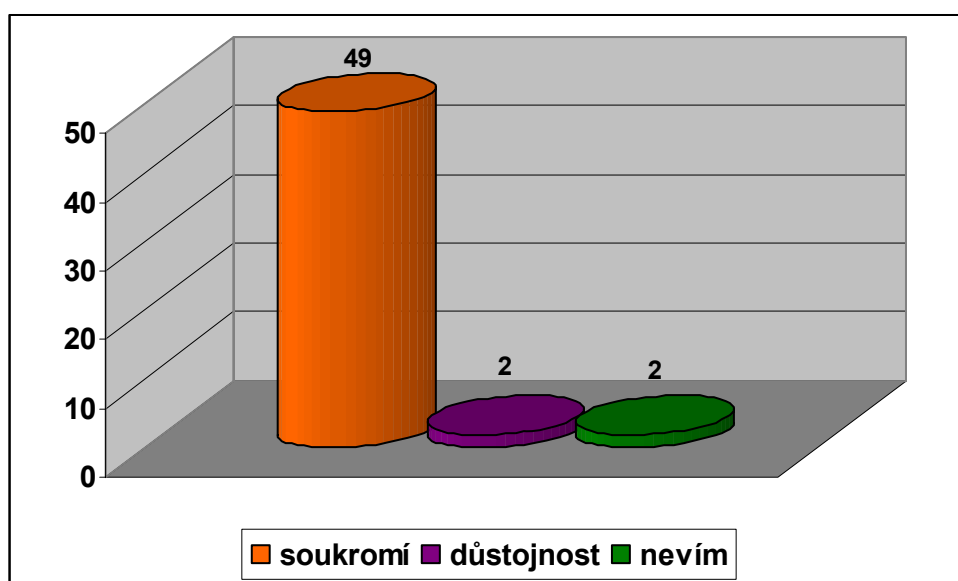
**Graf 2 Praxe ve zdravotnictví**



Graf 2 nám ukazuje kolik let praxe měl ošetrovatelský personál ve zdravotnictví.

Z 53 dotazovaných sester má 16 (30%) praxi do 5 let ve zdravotnictví, 19 (36%) praxi do 15 let ve zdravotnictví a 18 (34%) praxi nad 15 let ve zdravotnictví.

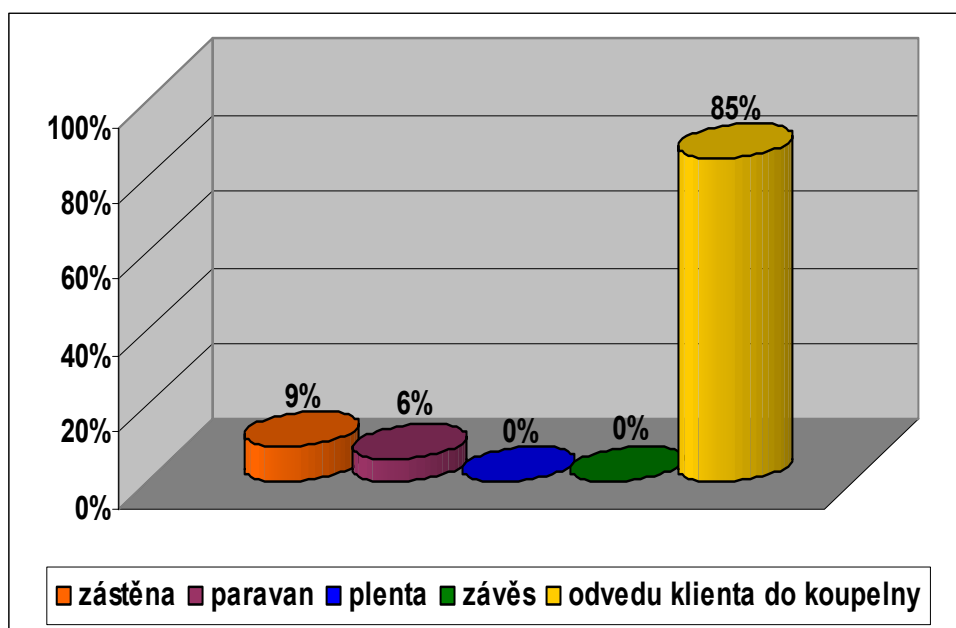
**Graf 3 Vysvětlení pojmu intimita**



Graf 3 nám poukazuje, co si zdravotnický personál představuje pod pojmem intimita.

Grafické znázornění ukazuje počet respondentů nikoli procenta. Z 53 dotazovaných sester si 49 pod pojmem intimita představí soukromí, 2 si pod pojmem intimita představí důstojnost a 2 neví, co by si pod pojmem intimita představila.

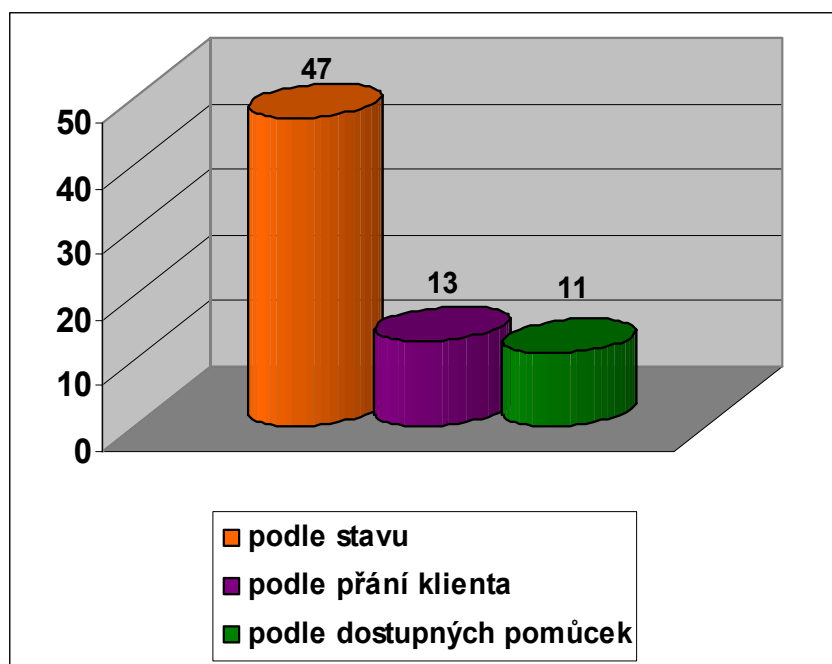
**Graf 4 Prostředky pro zajištění intimity u mobilních klientů**



Graf 4 nám poukazuje na to, jaké prostředky nabídla sestra mobilnímu klientovi před očistným klyzmatem, aby zajistila intimitu.

Z 53 dotazovaných sester nabídlo mobilnímu klientovi 5 (9%) zástěnu, 3(6%) paravan, 0 (0%) plentu, 0 (0%) závěs a 45 (85%) odvede klienta do koupelny.

**Graf 5 Volba místa pro podání očištění klyzmatu**

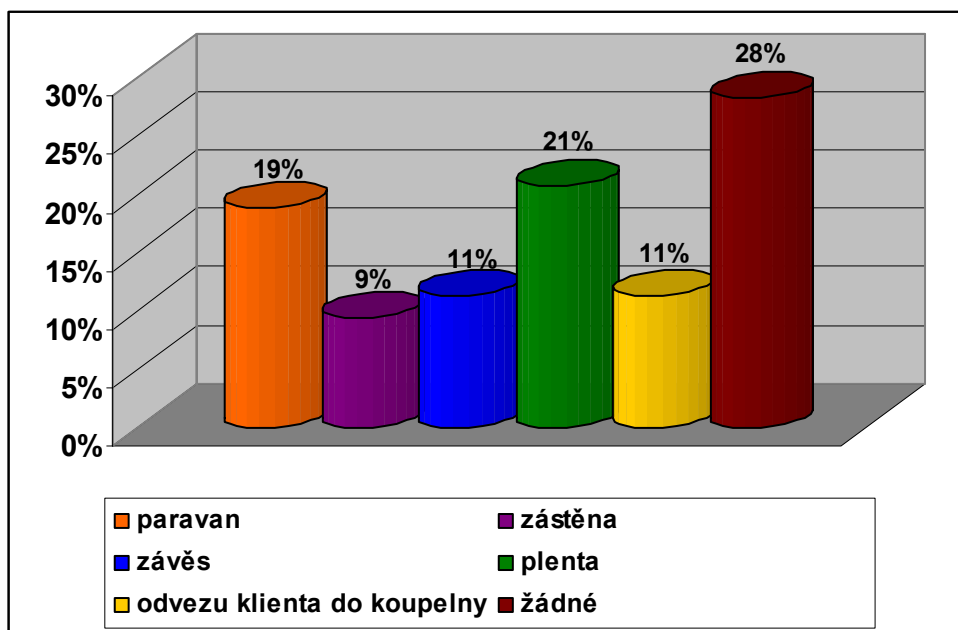


Graf 5 nám poukazuje na to, podle čeho volí sestra místo podání očištění klyzmatu.

Grafické znázornění ukazuje počet respondentů nikoli procenta. Z 53 dotazovaných sester volí místo 47 podle stavu klienta, 13 podle přání klienta a 11 podle dostupných pomůcek.



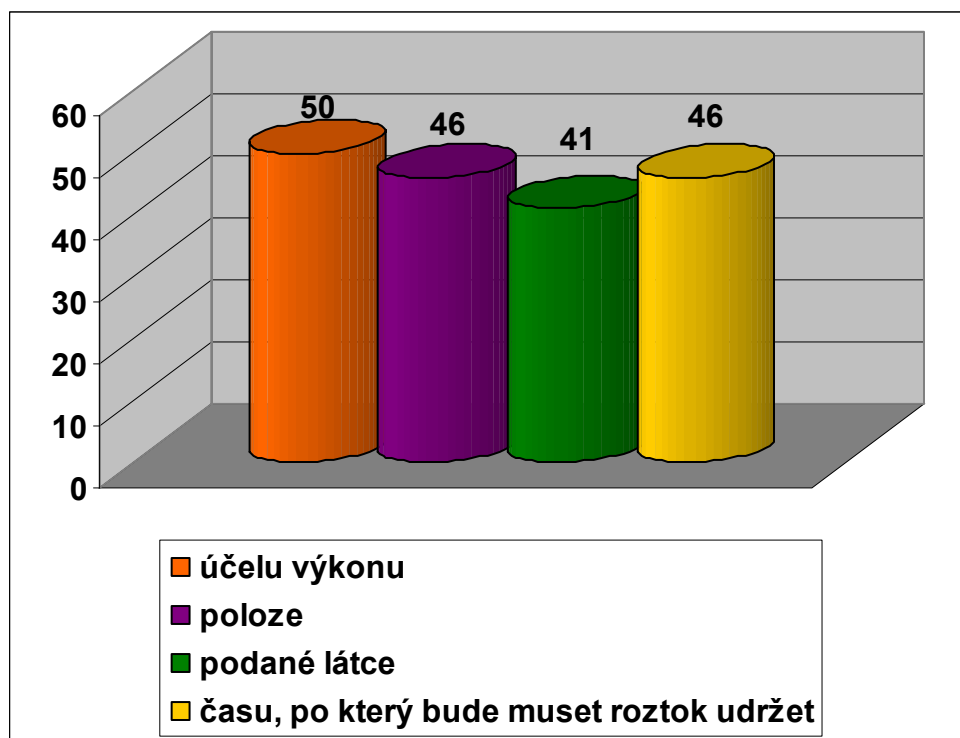
**Graf 6 Prostředky pro zajištění intimity u imobilních klientů**



Graf 6 nám poukazuje na to, jaké prostředky nabídla sestra mobilnímu klientovi před očištným klyzmatem, aby zajistila intimitu.

Z 53 dotazovaných sester nabídlo imobilnímu klientovi 5 (9%) zástěnu, 6 (11%) závěs, 7 (21%) plentu, 10 (19%) paravan, 6 (11%) odveze klienta do koupelny a 15 (28%) nepoužívá žádné prostředky k zajištění intimity.

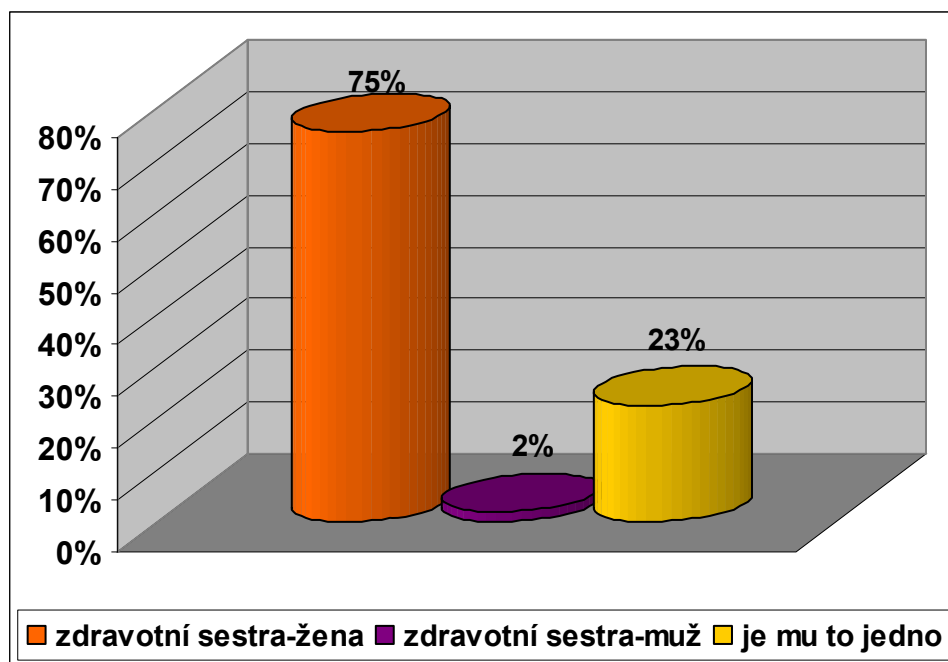
**Graf 7 Poučení klienta před výkonem**



Graf 7 nám poukazuje o čem sestra poučila klienta před výkonem.

Sestry měli možnost zaškrtnout více odpovědí. Grafické znázornění ukazuje počet respondentů nikoli procenta. Z 53 dotazovaných sester odpovědělo, že klienta poučilo 50 o účelu výkonu, 46 o poloze, 41 o podané látce a 46 o času , po který bude muset roztok udržet.

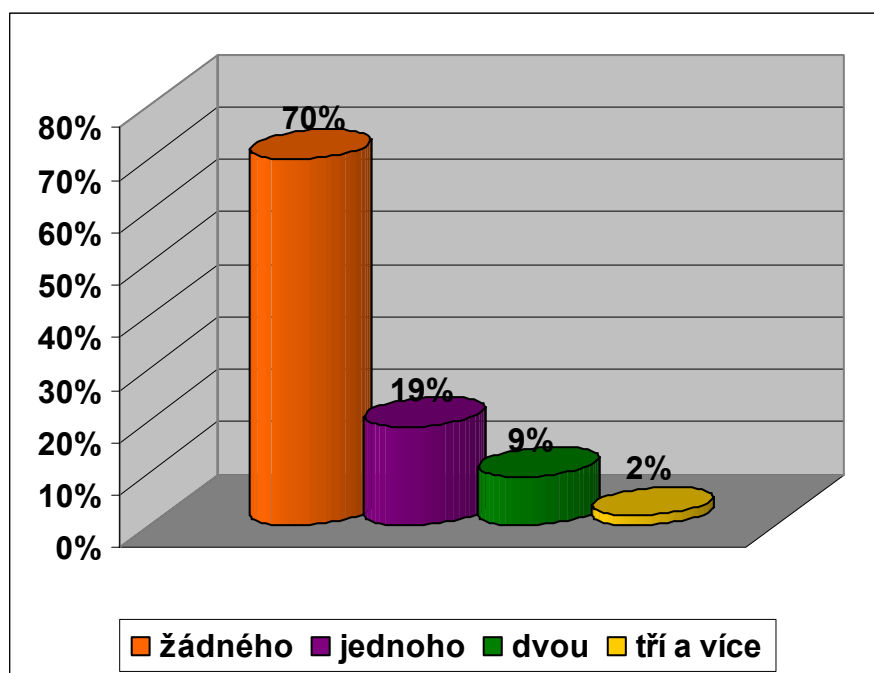
**Graf 8 Respektování provádění výkonu dle pohlaví**



Graf 8 nám poukazuje, co si myslí sestra, jaké pohlaví zdravotní sestry klient upřednostňuje.

Z 53 dotazovaných sester odpovědělo 40 (75%), že klient upřednostňuje zdravotní sestru – ženu, 1 (2%) že klient upřednostňuje zdravotní sestru- muže a 12 (23%) si myslí, že klientovi je pohlaví zdravotní sestry jedno.

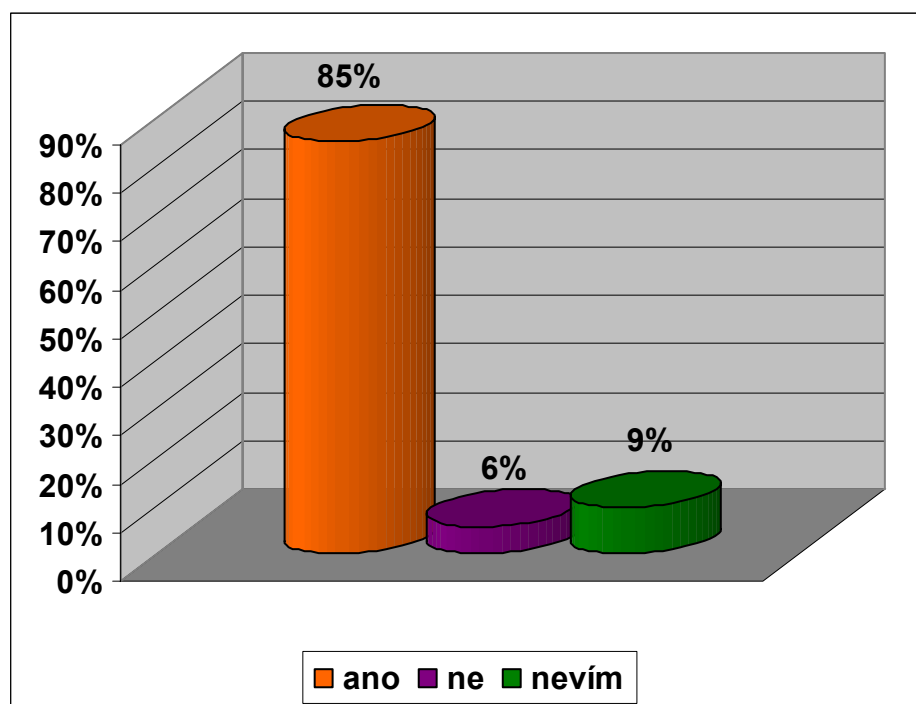
**Graf 9 Počet tolerovaných osob v místnosti**



Graf 9 nás informuje, v přítomnosti kolika osob ( spolupacienti, zdravotnický personál) aplikuje sestra ležícímu klientovi očistné klyzma.

Z 53 dotazovaných sester odpovědělo , že 37 (70%) aplikuje očistné klyzma bez přítomnosti jiné osoby, 10 (19%) v přítomnosti jedné osoby, 5 (9%) v přítomnosti dvou osob a 1 (2%) v přítomnosti tří a více osob.

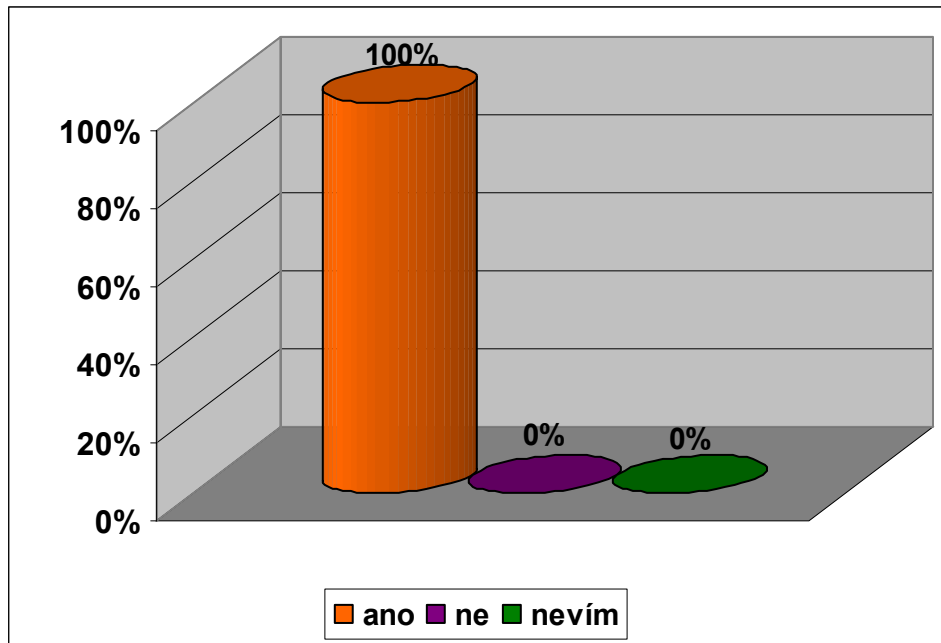
**Graf 10 Klientovo vnímání přítomnosti jiné osoby při očištění klyzmatu**



Graf 10 nás informuje o tom, zda si sestra myslí, že klient vnímá přítomnost jiné osoby při podání očištění klyzmatu.

Z 53 dotazovaných sester odpovědělo, 45 (85%) si myslí, že klient vnímá přítomnost jiné osoby, 3 (6%), si myslí, že klient nevnímá přítomnost jiné osoby a 5 (9%) neví zda klientovi vnímá přítomnost jiné osoby.

**Graf 11 Právo klienta na stud a soukromí**



Graf 11 nás informuje, jestli si sestra myslí, že klient má právo, aby zdravotnický personál bral maximální ohledy na jeho stud a soukromí.

Z 53 dotazovaných sester odpovědělo, že si myslí 53 (100%), že klienti mají právo na stud a soukromí, 0 (0%), že klienti nemají právo na stud a soukromí a 0 (0%) neví zda klienti mají právo na stud a soukromí.

## 5. Diskuze

Ošetrovatelský výzkum je významný pro zlepšování kvality ošetrovatelské péče. Přesto ne všechna oddělení jsou nakloněna pro výzkum. Při své práci jsem se setkala s negativním postojem a nemožností provádět sběr dat na dvou chirurgických odděleních. Velice vřelý vztah projevili pracovníci v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a v nemocnici Chrudim. V chrudimské nemocnici také projevili zájem o výsledky z výzkumu.

V diskusi nemohu porovnávat výzkum s literaturou, jelikož je málo literatury, kde by se autor zmiňoval o intimitě či o soukromí klienta při výkonu.

K potvrzení první hypotézy, že klienti v nemocničních zařízeních jsou nespokojeni se zajištěním intimity ze strany sestry při očištění klyzmatu se v dotazníku pro pacienty vztahují otázky 4, 9, 12, 13, 14, 15, kdy zkoumaný soubor je rozdělen na mobilní a imobilní klienty a porovnáván. Z dotazníku pro sestry se k první hypotéze vztahují otázky 3, 8, 9, 11.

U pacientů otázka 4 (graf 4) a u sester otázka 3 (graf 3), se zabývá slovem intimita a co si pod tímto pojmem sestry a pacienti představili. 49 sester a 21 klientů odpovědělo, že si pod pojmem intimita představí soukromí. Zachování důstojnosti si pod pojmem intimita představí 2 sestry a 22 klientů. Z této otázky je zřejmé, že se sestry a klienti shodují v odpovědích. Ve slovníku cizích slov je pojem intimita vysvětlen jako soukromí, důvěrnost (7).

Otázka 9 u pacientů se zabývá tím, zda při očištění klyzmatu vcházel do místnosti jiný personál. Mobilní pacienti odpověděli, že ke 2% klientům vešel do místnosti zdravotnický personál opakovaně, ke 28% klientům vešel do místnosti zdravotnický personál jednou, ke 70% klientům nevešel zdravotnický personál ani jednou. Imobilní klienti odpověděli, že ke 21% klientům vešel zdravotnický personál do místnosti opakovaně, ke 14% klientům jednou, ke 64% nevešel zdravotnický personál ani jednou. Rozdíl mezi mobilními a imobilními klienty neshledávám.

Otázka 9 v dotazníku pro zdravotní sestru nás informuje v přítomnosti kolika osob (spolupacienti, zdravotnický personál) aplikuje zdravotní sestra ležícímu klientovi očistné klyzma. Dotazované sestry odpověděly, že 70% aplikuje očistné klyzma bez přítomnosti jiné osoby, 19% v přítomnosti jedné osoby, 9% v přítomnosti dvou osob a 2% v přítomnosti tří a více osob. Graf 9 nám ukazuje, že ¼ sester aplikuje očistné klyzma imobilnímu klientovi bez přítomnosti jiné osoby. V praxi se setkávám s tím, že pokud je očistné klyzma prováděno na koupelně, visí na klice koupelny cedulka s upozorněním, že je místnost obsazena. Myslím si, že při výkonu by měla být přítomna víc jak jedna osoba z ošetrovatelského personálu, jen z důvodu pomoci sestře s imobilním klientem na podložní mísu, napolohovat klienta apod. Pokud je přítomna osoba z jiného důvodu než uvádím, měla by se vždy klienta zeptat, zda mu nevádí její přítomnost. Srovnáme-li graf 9 pro sestry a graf 9 pro klienty, zjistíme, že se odpovědi klientů a sester se shodují.

U pacientů otázka 12 (graf 12) a u sester otázka 8 (graf 8) zjišťovala, od koho se klienti nechají raději ošetřit. Z mobilních respondentů 66% snáší ošetření lépe od zdravotní sestry -ženy, 4% od zdravotní sestry- muže a 30% je pohlaví zdravotní sestry jedno.

Z imobilních respondentů 79% snáší ošetření lépe od zdravotní sestry -ženy, a 21% je pohlaví zdravotní sestry jedno. Ve srovnání se sestrami odpovědělo 75%, že si myslí, že klient upřednostňuje zdravotní sestru – ženu, a 23% si myslí, že klientovi je pohlaví zdravotní sestry jedno. Z grafů 12 a 8 vyplývá, že víc jak ½ sester u mobilních a imobilních pacientů upřednostňuje zdravotní sestru ženu. Dle mého názoru pacienti upřednostňují ženské pohlaví ošetrovatelského personálu možná proto, že nemají zkušenost se zdravotní sestrou- mužem a v České republice je málo mužů, kteří by vykonávali práci sestry.

Zajímavé bylo zjištění týkající se zjišťování délky odkrytí při výkonu, na kterém nás informuje graf 13. Z mobilních klientů bylo dle jejich názoru 10% odkryto déle než bylo nutné a 90% bylo odkryto po dobu, která odpovídala délce výkonu. Z imobilních klientů bylo dle jejich názoru 7% odkryto déle než bylo nutné a 93% bylo odkryto po



dobu, která odpovídala délce výkonu. Z odpovědí klientů vyplývá, že sestra u mobilních i imobilních klientů neodkrývala klienta na dobu více než bylo nutné a klient se cítil bezpečně.

Při objasňování otázky 14 (graf 14), zda by se klienti ohradili při zbytečném odhalování. Mobilní klienti odpověděli, že 32% by se ohradilo při delším odkrytí těla, 20% by se neohradilo a 48% neví, zda by se ohradili. Z imobilních klientů 79% odpovědělo, že by se ohradilo při delším odkrytí těla, 14% by se neohradilo. Myslím si, že pokud sestra vhodně a správně komunikuje s pacientem, získá pacient k sestře větší důvěru a nestydí se jí říci, že je mu nepříjemné dlouhodobé odkrytí a necítí tak velký pocit studu.

V oblasti zjišťování, zda si klienti myslí, že mají právo na to, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na klientův stud a soukromí, nás informuje otázka 15 (graf 15) a z dotazníku pro sestry nás informuje otázka 11 (graf 11), že 92% mobilních a 93% imobilních klientů odpovědělo, že si myslí, že mají právo na soukromí. A 100% shodně sester odpovědělo, že klient má právo na zachování soukromí a studu při provádění očistného klyzmatu. Domnívám se, že tyto odpovědi vyplývají z toho, že v dnešní době jsou pacienti více informováni o svých právech (v televizi, rozhlase, na oddělení nemocnice). Povinnost poučit pacienta o jeho právech je také zanesena do ošetřovatelské dokumentace. Haškovcová (3) uvádí, že je povinnost informovat pacient o jeho právech, jak ze strany sestry, tak ze strany ošetřujícího lékaře.

K druhé hypotéze, že u soběstačných klientů je intimita při očistném klyzmatu zajišťována lépe než u klientů upoutaných na lůžko se u imobilních a mobilních klientů vztahují otázky 8, 10, a u sester 4, 5, 6.

Otázka 8 (graf 8) v dotazníku pro pacienty nás informuje o tom, zda ošetřovatelský personál prováděl u imobilních a mobilních klientů očistné klyzma na pokoji nebo na koupelně. Z grafů 8 jasně vyplývá, že 93% imobilním klientům bylo prováděno očistné klyzma na pokoji a 7% na koupelně. A u mobilních pacientů bylo prováděno 0% na pokoji a 100% na koupelně. Ze žádné dostupné literatury nevyplývá, že by mohla sestra imobilního klienta zavést s lůžkem na koupelnu nebo místnost k výkonu určenou. Myslím si, že když sestra odveze klienta na lůžku do koupelny ji usnadní práci, zde

jsou připravené pomůcky, ale hlavně také klient se necítí ponížěn před ostatními klienty, kteří nemohou opustit pokoj z důvodu imobility.

Na otázku 10 (graf 10) mě zaujaly odpovědi v dotazníku pro sestry, které nás informují, zda mobilním a imobilním klientům sestra nabídla před výkonem plentu (zástěnu, závěs). 14% mobilním klientům byla nabídnuta plenta a 86% nebyla nabídnuta plenta (zástěna, závěs). 29% imobilních klientů byla nabídnuta plenta a 71% nebyla nabídnuta plenta (zástěna, závěs). Srovnáme-li graf 10 s předešlým grafem 8, zjistíme, že chodícím klientům nebyla nabídnuta plenta a ani nemusela být nabídnuta, protože sestra prováděla očistné klyzma na koupelně. Imobilnímu pacientovi nebyla nabídnuta plenta a přesto dle standardu měla být nabídnuta, protože 71% bylo prováděno klyzma na pokoji. Rozsypalová a Staňková (18) uvádí, že by sestra měla vlídně spolupacienty požádat aby opustili pokoj a měla by přistavit paravan (zástěnu, zatáhnout plentu). Domnívám se, že by i při nepřítomnosti spolupacientů na pokoji měla sestra přistavit paravan, jelikož do pokoje může kdykoli někdo přijít a tím narušit soukromí, intimitu klienta.

Graf 4 pro sestry, znázorňuje prostředky, které sestra používá u mobilních klientů pro zajištění intimity. Z dotazovaných sester nabídlo mobilnímu klientovi 9% zástěnu, 6% paravan, 0% plentu, 0% závěs a 85% odvede klienta do koupelny. Tyto výsledky se shodují s výsledky od mobilních klientů v otázce, kde jim bylo prováděno očistné klyzma. Rozsypalová a Staňková (17) uvádí, že u mobilních klientů se provádí očistné klyzma na koupelně nebo v místnosti tomu určené.

Otázka 5 (graf 5) v dotazníku pro sestry, nás informuje o volbě místa podání očistného klyzmatu. Z dotazovaných sester volí místo 47 podle stavu klienta, 13 podle přání klienta a 11 podle dostupných pomůcek. Myslím si, že by sestra měla volit místo podání očistného klyzmatu hlavně dle stavu klienta a podle přání klienta. Pomůcky by měly být všude dostupné.

Otázka 6 (graf 6) v dotazníku pro sestry nás informuje o používání prostředků pro zajištění intimity u ležících klientů. Z dotazovaných sester nabídlo imobilnímu klientovi 9% zástěnu, 11% závěs, 21% plentu, 19% paravan, 11% odveze klienta do koupelny a 28% nepoužívá žádné prostředky k zajištění intimity. Zaráží mne, že jsem se

během své praxe ještě nesetkal s případem, že by sestra převezla imobilního klienta do koupelny, nebo že by při provádění očistného klyzmatu přistavila k lůžku imobilního klienta paravan (zástěnu, zatáhla závěs).

Z odpovědí v dotaznících pro sestry i klienty vyplývá, že sestry mají povědomí o správném podávání očistného klyzmatu. Každá sestra by měla znát správný postup a provádět jej, protože při nástupu do zaměstnání je jednou z jejích povinností přečíst si standardy a svým podpisem stvrdit, že se zavazuje je plnit. Dle mého názoru jsou odpovědi sester nadhodnocené, protože v praxi jsem se setkala i s odlišným přístupem k soukromí a intimitě klienta a odlišným způsobem podávání očistného klyzmatu než je uvedeno ve výsledcích sester.

## 6. Závěr

Práce na téma „Zjišťování zajištění intimity při provádění očistného klyzmatu“ měla za cíl zjistit spokojenost klientů s dodržováním intimity při podání očistného klyzmatu. K dosažení cíle bylo užito techniky dotazníku. Otázky byly zaměřeny na míru narušení intimity, na chování zdravotnického personálu a komunikaci z pohledu klientů a z pohledu sester. Cíl byl splněn a intimita zmapována. Z výzkumu vyplývá, že většina zdravotnického personálu se řídí morálními pravidly Etického kodexu a standardy v ošetrovatelství. Přesto by se sestry měly více zaměřit na dodržování intimity u imobilních klientů. Jestliže sestry provádí klyzma na pokoji, měli by požádat ostatní pacienty, zda by opustily pokoj a přistavit k lůžku paravan nebo pokud je to možné, odvézt klienta na vozíku, popřípadě s lůžkem do koupelny nebo místnosti k tomu určené.

Výzkum se také zabýval nespokojeností klientů se zajištěním intimity ze strany sestry při očistném klyzmatu. Z výsledků je patrné, že první hypotéza se nepotvrdila, klienti by se ohradili při dlouhodobém odhalování. Druhá hypotéza byla výsledky výzkumu potvrzena. U imobilních klientů nejsou dodržovány takové postupy, aby byla intimita dodržena stejnou měrou jako intimita u mobilních klientů.

Hranice intimity jsou velice individuální, intimita je choulostivá oblast, o čemž svědčí i fakt, že samotní klienti při vstupu do nemocnice v rámci ošetrovatelské anamnézy nepříjemně vnímají otázky, které se týkají jejich sexuality a vyprazdňování v rámci ošetrovatelského procesu a nechtějí a považují za nevhodné na ně odpovídat. Proto je důležité dodržovat pocit soukromí i u pacienta, u kterého se provádí základní ošetrovatelský výkon, jakým očistné klyzma je.

Ze získaných výsledků lze doporučit dodržování intimity jako jeden z hlavních bodů při výuce ošetrovatelských technik nejen u očistného klyzmatu, ale také u jiných ošetrovatelských výkonů (cévkování, mytí na lůžku) u budoucích

zdravotních sester. Tato práce by mohla být použita k edukaci sester pracujících na oddělení, kde se očistné klyzma provádí. Ale hlavně by měla být použita k zamyšlení se sester nad svým chováním v přístupu k pacientovi. Myslím si, že samy sestry by nechtěly, aby jim někdo narušoval jejich intimitu, či soukromí, kdyby byly hospitalizované aneb: „Dělej všechno, tak jak bys chtěla, aby bylo v podobné situaci činěno tobě.“ (3)

## 7. Použitá literatura

1. DRMLOVÁ, Kateřina. Branou do organismu jsou střeva. *Regenerace*. Praha: 2004, roč. 12, č. 3, s.12-13. ISSN 1210-6631
2. ELIŠKOVÁ, M. NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X
3. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů komentované vydání*. vyd. neuvedeno. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. s. ISBN neuvedeno
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5: Manuálek o etice*. 1.vyd. Brno: Institut pro vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4
6. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0
7. Kolektiv autorů a konzultantů Encyklopedického domu, spol. s.r.o. *Slovník cizích slov*. Praha: Encyklopedický dům, spol. s.r.o., 1998. 366 s. ISBN 80-90-1647-8-1
8. KOZIEROVÁ, B. Erbová, G. OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*2. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
9. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. vyd. neuvedeno. Martin:Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
10. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky*. 1. vyd. Martin:Vydavatel'stvo Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*.1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
12. MIKEŠOVÁ, Z. FRANĀKOVÁ, M. HERNOVÁ, R. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I aktualizované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
13. NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6

14. NEUMANN, KOSTKA, S. *Dějiny ženy-populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. vyd. neuvedeno. Praha: Knižní klub a Otakar II-Michal Zítko, 1999. 1077 s. ISBN 80-86355-03-9
15. *Ottův slovník naučný XIV*. vyd. neuvedeno. Praha: Vydavatel a nakladatel Otto J., 1899. 1066 s. ISBN neuvedeno
16. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1086-6
17. ROZSYPALOVÁ, M. HALADOVÁ, E. ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Informatorium s.r.o., 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1
18. ROZSYPALOVÁ, M. STAŇKOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství I/2*. 2. vyd. Praha: Informatorium s.r.o., 1999. 209 s. ISBN 80-86073-40-8
19. SCHOTT, H. WILHELM MULLER, I. ROELCKE, V. Přel. FOJTÍK, L. BUREŠ, Z. DRÁBEK, P. *Kronika Medicíny*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, spol. s.r.o., 1994. 648 s. ISBN 80-85873-16-8
20. ŠAMÁNKOVÁ, M. HUŠKOVÁ, M. MATOUŠOVIC, K. *Základy ošetřovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9
21. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
22. VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství-II*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1995. 192 s. ISBN 80-7168-260-8
23. KARMÍK. Nahota jako společenské tabu [online]. Poslední aktualizace 6.12. 2006[cit. 14.1.2007]. Dostupné z : <http://www.mineralfit.cz/clanek/2267--nahota---jak-ji-vnimate-.html>

## **8. Klíčová slova**

očistné klyzma

intimita

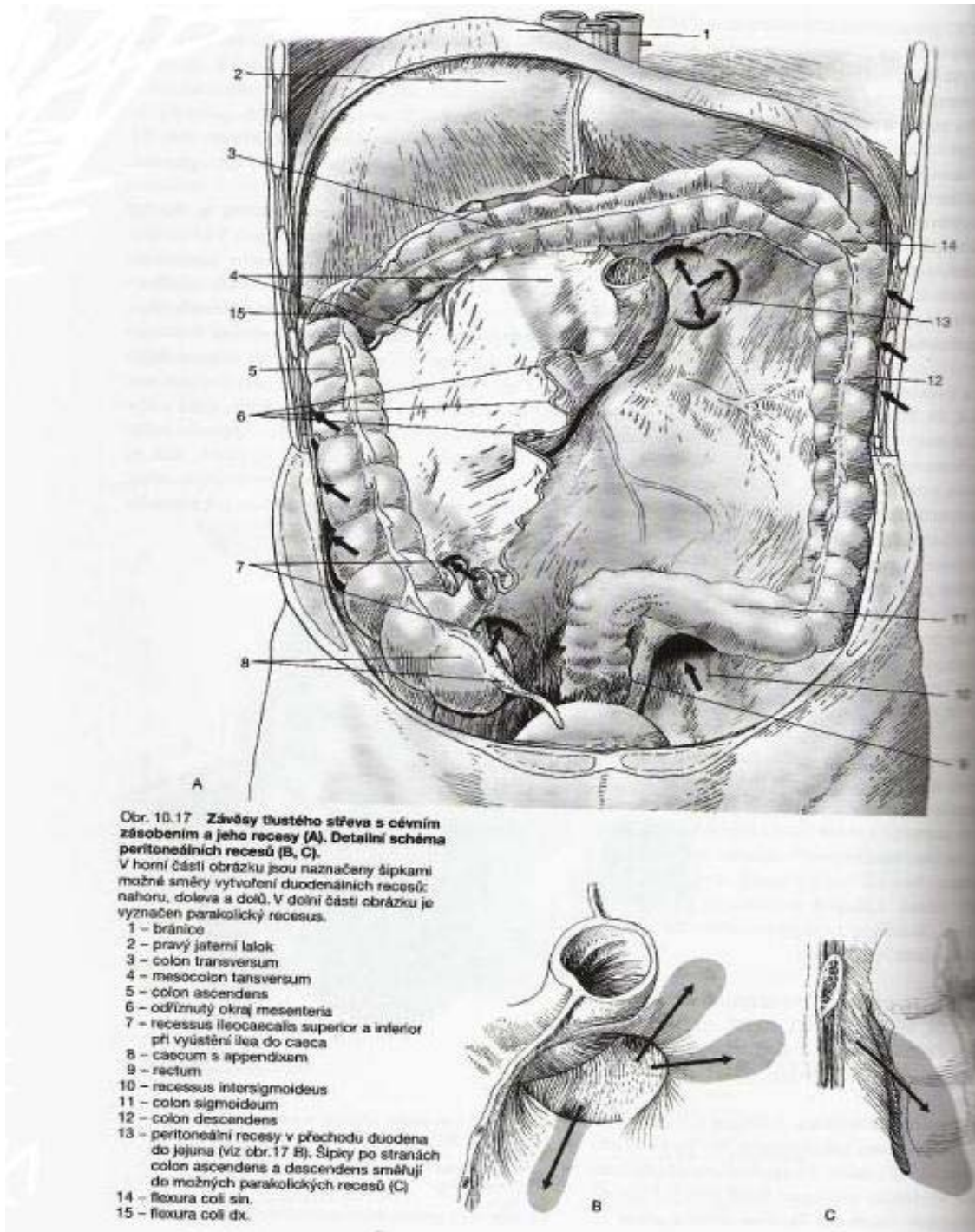
komunikace

nahota



## 9. Přílohy

### Příloha č.1 Anatomie tlustého střeva (2)



## Příloha č.2

### Pravidla správné komunikace s pacientem (6)

1. Vědět co chceme říci
2. Rozhodnout, kdy informaci sdělit, to znamená odhadnout, zda je vhodný čas pro předání informace
3. Vybrat správné místo pro sdělení
4. Rozhodnout, jak nejlépe informaci podat
5. Pamatovat Pravidla správné komunikace s pacientem na skutečnost, že pro nás již jasné sdělované skutečnosti nemusejí být pro druhou stranu také jasné
6. Mluvit zřetelně a srozumitelně, své sdělení nekomplikovat
7. Zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči
8. Sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všímat si zejména jeho známek a projevů zmatku, hněvu, úzkosti, akceptování
9. Brát v úvahu pocity pacienta
10. Udržovat v přiměřené míře oční kontakt s pacientem
11. Kontrolovat své neverbální projevy
12. Umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil
13. Nezneklidňovat, ale ani nedráždit pacienta svým projevem
14. kontrolovat, zda pacient informace přijal a pochopil

### Příloha č. 3

„Definitivní verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR dne 25.2. 1992.“

„Úplný text etického kodexu Práva pacientů“ (4)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním 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 s členy své rodiny či s přáteli. Omezením takového způsobu (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 diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, 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 případě 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, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přímo 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 jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice 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 v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí 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 účel placen

Příloha č.4  
Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

Jmenuji se Petra Linhartová, třetím rokem studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Provádím výzkum ke své bakalářské práci o dodržování intimity při podání očistného klyzmatu. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku. Správnou odpověď zaškrtněte křížkem. Předem děkuji za Vaši pomoc.

1. Jste

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- 20-40 let
- 41-60 let
- 61-80 let
- Více jak 81 let

3. Jste hospitalizovaná v nemocničním prostředí poprvé?

- poprvé
- opakovaně

4. Co si představujete pod pojmem intimita?

.....  
.....  
.....  
.....

Očistné klyzma je vpravení tekutiny konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva. Očistné klyzma vyplachuje a také vyprazdňuje tlusté střevo.

5. Prováděli Vám už někdy v minulosti očistné klyzma?

- ano
- ne

6. Jste?

- mobilní ( chodící) pacient
- imobilní ( ležící, bez pohybu mimo lůžko) pacient

7. Kolik přítomných lidí v místnosti jste ochoten/na tolerovat při očistném klyzmatu.

- sestra
- sestra+ sestra
- sestra+ 2 sestry
- spolupacient + sestra

8. Očistné klyzma prováděla sestra

- na pokoji
- na koupelně

9. Při očistném klyzmatu vcházel do místnosti jiný personál

- opakovaně
- jednou
- ani jednou

10. Nabízel Vám někdo plentu (zástěnu, závěs) pro zajištění Vaší intimity?

- ano
- ne

11. Byl(a) jste poučen(a) před výkonem o (i více možností):

- účelu výkonu
- poloze
- podané látce
- času po který budete muset roztok udržet
- 

12. Od koho snášíte ošetření lépe?

- zdravotní sestra-žena
- zdravotní sestra-muž
- je mi to jedno

13. Podle vašeho názoru jste byl/a během výkonu odkryta

- déle než bylo nutné
- dobu, která odpovídá délce výkonu

14. Ohradil(a) by jste se při ošetřování, kdyby došlo ke zbytečnému odhalování

- ano
- ne
- nevím

15. Myslíte, že máte právo na to, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na Váš stud a soukromí?

- ano
- ne
- nevím

Příloha č.5

Dotazník pro zjištění zajištěné intimity

Dobrý den,

jmenuji se Petra Linhartová, třetím rokem studuji Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Všeobecná sestra. Provádím výzkum ke své bakalářské práci o dodržování intimity při podání očistného klyzmatu. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění zcela anonymního dotazníku. Správnou odpověď zaškrtněte křížkem. Předem děkuji za Vaši pomoc.

1. Jaké máte vzdělání

- SZŠ
- VOŠ
- VŠ
- Jiné      jaké?.....

2. Praxe ve zdravotnictví

- do 5 let
- do 15 let
- nad 15 let

3. Co si představujete pod pojmem intimita?

.....  
.....

4. Jaké používáte prostředky pro zajištění intimity u chodících klientů?

- zástěna
- závěs
- plenta
- paravan
- odvedu klienta do koupelny

5. Jak a podle čeho volíte místo podání očistného klyzmatu (i více možností)?

- podle stavu klienta
- podle přání klienta
- podle dostupných pomůcek

6. Jaké používáte prostředky pro zajištění intimity u ležících klientů ?

- zástěna
- závěs
- plenta
- paravan
- odvezu klienta do koupelny



7. Poučíte klienta před výkonem o (i více možností):

- účelu výkonu
- poloze
- podané látce
- času po který budete muset roztok udržet

8. Od koho si myslíte, že klient upřednostňuje výkon?

- zdravotní sestra-žena
- zdravotní sestra-muž
- je mu to jedno

9. V přítomnosti kolika osob (spolupacienti, zdravotnický personál) aplikujete ležícímu klientovi očistné klyzma?

- žádného
- jednoho
- dvou
- tří a více

10. Myslíte si, že klient vnímá přítomnost jiné osoby při podání očistného klyzmatu negativně?

- ano
- ne
- nevím

11. Myslíte, že klient má právo, aby veškerý zdravotnický personál bral maximální ohledy na jeho stud a soukromí?

- ano
- ne
- nevím