



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Hygienická péče jako ošetrovatelský problém

Vypracovala: Hana Konopíková  
Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2015

# Abstrakt

## Hygienická péče jako ošetrovatelský problém

Pojem hygienická péče nepředstavuje jen rutinní mytí a osobní hygieny. Ve zdravotnictví se pod tímto pojmem vyskytuje i soubor veškerých opatření, ošetrovatelských standardů, ošetrovatelských procesů, ošetrovatelské dokumentace a mnoho dalšího. Co je ale nejdůležitější, je sám pacient, kterému je daná péče poskytována a přístup sester a pomocného personálu, kteří se podílí na péči o pacienta. Hygienická péče se musí samozřejmě provádět i u nesoběstačných nebo méně soběstačných pacientů, a to je to, na co jsme se v této bakalářské práci zaměřili. Důležitá je péče o samotného pacienta, jeho psychický stav, motivace a snaha se co nejdříve osamostatnit. Pro pacienta je vhodné, aby sestry hygienickou péči prováděly ve prospěch a pohodlí pacienta, měly na hygienu dostatek času a hlavně, aby kvalita provedení péče byla ta nejlepší.

Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zjistit, zda se prováděná hygienická péče poskytuje pro pohodlí pacienta a zda se nestává rutinní činností sester. Druhým cílem bylo určit, jaký názor na prováděnou hygienu mají samotné sestry, které se s hygienou pacientů setkávají každý den.

K zjištění cílů byl použit kvalitativní výzkum, který obsahoval polostrukturované rozhovory se sestrami a zároveň pacienty interního lůžkového oddělení Nemocnice Písek a.s. Rozhovory byly písemně zaznamenány a poté přepsány (příloha). K rozhovorům byla vytvořena a zobrazena schémata.

Hospitalizace a nemoc pacientům přináší jisté problémy a v akutní fázi onemocnění nemusí být hygiena na prvním místě. Po zlepšení zdravotního stavu začne člověk vyžadovat potřeby, na které byl mimo nemocnici zvyklý, a jednou takovou potřebou je, ve většině případech i hygiena a prevence imobilizačního syndromu. V případě nesoběstačnosti je pacient odkázaný na pomoc sester a pomocného personálu, a tím se

stává závislý. V tu chvíli tu má být sestra, která ochotně pacientovi pomůže a vysvětlí potřebné informace. Jak bylo pomocí výzkumu zjištěno, sestry jsou velice komunikativní, a tím pomáhají pacientům cítit se lépe i při hygieně. Pacientům hygiena při hospitalizaci vyhovuje a jsou s ní spokojeni. Většina pacientů se shodla na tom, že hygiena je v nemocnici dostačující a cítí se po ní dobře. Z pohledu sester je hygiena také prováděna s velkou pečlivostí o pacienta a jeho potřeby. Sestry by měly na pacienty pohlížet jako na sobě rovné bytosti, které mají stejné základní životní potřeby, a hygiena, která patří mezi ně, je i po dobu nemoci důležitá. Z celého výzkumného šetření vyplynulo, že z pohledu sester je hygiena v pořádku, prováděná pečlivě a pravidelně. Zvýšit by se mohlo dodržování intimity pacientů. Podle respondentů je hygiena dostačující a komunikace sester výborná. Intimitu hodnotí každý pacient individuálně. Otázkou je to, zda by byli pacienti takto spokojeni na všech lůžkových odděleních.

#### Klíčová slova

Hygiena

Péče

Potřeby

Proces

Sestra

Pacient

# Abstract

## Patient Hygiene as an Issue in Nursing Care

The concept of hygiene is not related only to washing rituals and personal hygiene. Hygiene in healthcare includes also a set of professional measures, care practices, documentation and many more diverse aspects. However, the patient who is cared for, approach of nurses and paramedical personnel involved in care, are the most important aspects. Hygienic care also needs to be performed with fully or partially dependent patients, which is one of the areas dealt with in this bachelor thesis. In particular, patient care, his/her psychological state, motivation and willingness to become independent are of the utmost importance. Patient care should be carried out for patient's benefit and comfort while nurses need to dispose of sufficient time in order to deliver top quality care.

One of the objectives of this bachelor thesis was to find out whether hygienic care contributes to patient's comfort and whether it has not become a mere routine for nurses. Secondly, opinions of nurses involved in everyday patient care have been analyzed.

In order to meet the above-mentioned objectives, a qualitative research has been carried out, comprising interviews with nurses employed at the internal medicine unit of the Písek hospital Inc. The interviews have been recorded and subsequently rewritten down (see the appendix). The interviews have been accompanied by schemes.

Hospitalization and illness always bring along many problems and, in the acute phases, hygiene might not necessarily be the priority. As soon as patients start recovering, they want to fulfil the necessities they are used to when at home. Hygiene, of course, belongs to these necessities. When a patient is not fully independent, he/she depends on nursing care or care of paramedical personnel. In this case, a nurse has to be prepared to provide help and also explain a patient everything he/she might need to know. The research showed that nurses are very communicative, which helps patients to feel better during hygienic care. The patients hospitalized welcome this care and are

generally satisfied with its quality. Most patients reported that hygiene in the hospital is satisfactory and sufficient. In addition, they mentioned to be satisfied with the service delivered and feel better after it.

From the point of view of nurses, hygiene care is performed carefully and with respect to patient's needs. Nurses should treat patients as equals, having in mind that they actually have the same needs. Hygiene is one of the primary needs and it is highly important as well in times of illness. The research showed that nurses consider the care performed as careful, regular and overall good. On the other hand, privacy and intimacy could be improved. The patients interviewed stated that hygiene is satisfactory and communication with nurses excellent. Responses to privacy and intimacy issues varied. The question is whether all patients in all hospital units/departments would share this experience.

Key words:

Hygiene

Care

Needs

Process

Nurse

Patient

## **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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Hana Konopíková

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její čas, cenné rady a trpělivost při konzultacích, které mi ochotně poskytovala při psaní. Dále bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali, a velký dík patří i respondentům a sestřám, kteří se podíleli na provedení výzkumného souboru.

# Obsah

<b>1 Hygienická péče.....</b>	<b>8</b>
1.1 Problémy v hygienické péči.....	12
1.2 Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu .....	14
1.3 Komunikace s pacientem .....	20
1.4 Koncepční modely v souvislosti s hygienickou péčí .....	22
1.5 Zdravotnická dokumentace .....	25
1.6 Postupy v hygienické péči.....	27
1.6.1 Pomůcky v hygienické péči.....	28
1.6.2 Hygiena kůže .....	29
1.6.3 Hygiena očí, nosu a uší .....	30
1.6.4 Hygiena dutiny ústní a zubů .....	31
1.6.5 Hygiena vlasů.....	32
1.6.6 Hygiena nehtů .....	33
1.6.7 Hygiena genitálu .....	33
1.7 Koncept bazální stimulace.....	35
<b>2 Cíle práce, výzkumné otázky .....</b>	<b>37</b>
<b>3 Metodika výzkumu .....</b>	<b>38</b>
3.1 Metodika výzkumu .....	38
3.2 Charakteristika výzkumu .....	38
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>39</b>
4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami.....	39
4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty .....	45
<b>5 Diskuze.....</b>	<b>50</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>57</b>
<b>7 Použité zdroje .....</b>	<b>59</b>
<b>8 Seznam příloh.....</b>	<b>64</b>



## **Seznam použitých zkratk**

DM diabetes mellitus

EEG elektroencefalografie

JIP jednotka intenzivní péče

PMK permanentní močový katetr

R respondentka

RTG radioizotopový termoelektrický generátor

S sestra

## 1 Hygienická péče

„*Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví*“ (Trachtová, s. 51, 2006). Pojem osobní hygiena můžeme vysvětlit jako péči o sebe a o své zdraví. Péče je individuální a každý člověk si jí určuje podle svých zvyklostí a vlastností. Bývá ovlivněna sociálními, kulturními, rodinnými faktory. Hygiena zlepšuje tělesnou pohodu, vlastní obraz těla a udržuje kůži v dobrém stavu. Do hygienické péče lze zahrnout péči o kůži, vlasy, dutinu ústní a nosní, oči, uši, genitál (Kozier, 1995). „*Vypovídá také něco o duševním světě člověka, o jeho náladě, spokojenosti, nespokojenosti, o jeho psychických vlastnostech. Neupravený zevnějšek může signalizovat duševní nepohodu člověka, nízkou sebeúctu!*“ (Trachtová, s. 51, 2006).

Hygiena může být ovlivňována mnoha faktory. Příkladem jsou faktory fyziologicko-biologické, psychicko-duchovní, sociálně-kulturní a faktory životního prostředí. Záleží však na člověku, jak se nechá ovlivnit a v jaké míře ho faktory ovlivňují (Vytejčková, 2011).

Hygienickou péči člověk potřebuje doma i v nemocnici. Potřeba čistoty se může rozdělit do čtyř rovin. První rovina by se dala nazvat jako biologická. Z povrchu těla lze řádnou hygienickou péčí odstranit nečistoty, biologický materiál, sekrety, mikroorganismy a zbytky kůže. Díky tomu můžeme zabránit vzniku infekcí, šíření nozokomiálních nákaz a pro pacienta jako nejpříjemnější odstranit zápach těla a tak udržovat kůži v dobrém stavu. Do druhé roviny, která se nazývá psychologická, by se dal zařadit pocit čistoty, který přímo souvisí s pocitem sebepojetí. Ty bývají pro člověka důležité, společně s pocitem pohody. Důkladná hygiena dokáže člověku vylepšit náladu a navodit pozitivní emoce. Člověk se pak cítí příjemněji a spokojeněji. Ve třetí sociální rovině je popsáno udržování osobních kontaktů i při pobytu v nemocnici. Proto také vzhled zevnějšku se podílí na meziosobních vztazích. Jako čtvrtá je duchovní rovina, kdy by se dalo říct, že ve většině náboženství je hygiena pojata jako očista. Nejen věřící

proto chtějí být očištěni tělem i duchem (Vytejková, 2011).

Hygienu zdravého člověka nepotřebuje nějakou zvláštní nebo speciální přípravu, ale u nemocného člověka je to věc jiná. Péče se musí provádět tak, aby nemocnému byla zajištěna pohoda, správná péče, aby se pacient cítil dobře, čistě a důstojně. Profesionální hygienická péče by měla vypadat tak, že sestra s nemocným spolu vychází, dohodnou se, co je pro něj příjemné, jaké má zvyky, jak by si představoval hygienu v nemocnici a s čím by potřeboval pomoci. Sestra by měla být tolerantní, taktní a s nemocným problémy řešit. Je důležité, aby měl nemocný zabezpečeny potřeby, které se týkají hygieny. Například nemocní, kteří se v noci hodně potí, budou vyžadovat hygienu po ránu každý den a měli by být blízko koupelny, aby se mohli dojít vysprchovat. Pro nemocné, kteří jsou doma zvyklí se sprchovat i několikrát denně, bude velký problém, když budou upoutáni na lůžko. Proto sestra musí dbát na pacientovy potřeby a zajistit koupel alespoň jednou denně i na lůžku (Workman, 2006).

Asistenci nebo pomoc s hygienou budou potřebovat pacienti, kteří jsou upoutáni na lůžko, nebo mají výrazně omezený pohyb, trpí velkou bolestí, jsou v bezvědomí, nebo jsou postiženi jinou poruchou vědomí a nemají dostatek energie na vykonání hygieny.

Před samotnou hygienou sestra musí, díky ošetřovatelské anamnéze, zjistit, jaký je celkový stav pacienta, jestli je pacient soběstačný, či potřebuje pomoc. Je vhodné si pacientovu stavu hygieny všimnout již při příjmu a v případě zanedbání nabídnout celkovou koupel. Sestra však musí pečlivě zvážit, zda je tato nabídka vhodná. Pokud je pacient na první pohled čistý a nemá známky zanedbávání, není vhodné pacientovi koupel nabízet (Vytejková, 2011). Otázka zní, zda je možné odmítnout přijetí pacienta, který je v nedostatečném hygienickém stavu. Jak uvádí JUDr. Zajíc v odborném článku, lékař je povinen přijmout pacienta podnapilého, agresivního, popřípadě hygienicky zanedbaného, protože každý pojištěný člověk má právo na kvalitní ošetření (Zajíc, 2011). I lékařská etika je pojem, který označuje ochranu života a zdraví pro každého člověka individuálně. Stejně i ošetřovatelská etika je zaměřena na etické problémy, které se vykytují při ošetřovatelské praxi. Jak píše Kopecká (s. 46, 2008): „*V kodexu sestry z 90. let je udáno: ... sestra akceptuje pacienta v jeho současné situaci bez*

*hodnocení... To od sestry vyžaduje, aby pacienta respektovala a brala ho takového, jaký je, a neměla by jeho názory ani postoje kritizovat* “. Etický kodex sestry udává základní cíle a hodnoty, které se musí dodržovat, a zároveň plnit morální povinnosti, které jsou dány. Pro sestru je automatické, že podporuje pacientovo zdraví, předchází nemocem, obnovuje a udržuje zdraví a zmírňuje jeho utrpení. Tyto povinnosti jsou psány v etickém kodexu sester jako čtyři základní dovednosti (Kopecká, 2008).

### 1.1 Problémy v hygienické péči

Profesionální zdravotník si musí dokázat představit, jaké by se mohly vyskytnout problémy při hygienické péči v nemocnici. Pro sestry je složité, že mají na provedení hygieny pouze určitý čas a mají nedostatek pomocného personálu, který by mohl hygienu pacientů provádět poctivě, pravidelně a podle přání pacienta. Pro zdravotníka je složité rozvrhnout si čas, který je velice omezený, protože po ránu má sestra nejvíce práce. Musí stihnout hygienu pacienta, vizitu lékařů, provedení dokumentace a ošetrovatelských výkonů. Proto je čas pro provedení hygieny poměrně omezený a bohužel to nelze změnit. Na druhé straně pacient se musí mýt pouze tehdy, když na něho přijde čas. Je nutné si uvědomit, že pacient může mít různé důvody, proč by hygienu nechtěl provádět. Pacientův stav nemusí být vždy tak dobrý, aby pro něj byla hygiena příjemná a osvěžující, aby se po ní cítil uvolněně. Jeden z největších problémů, které se mohou vyskytnout, je nesoběstačnost pacienta samotnou hygienu provést. Pacient může být unavený, nevyspalý, slabý, bez motivace a síly. Bolesti, nepohodlí nebo porucha vnímání může zapříčinit to, že pacient nebude schopný umýt se ani na lůžku. Všechny tyto problémy mohou mít negativní vliv na pacienta.

Sestra by měla pacienta podpořit při problémech, které se vyskytly, a společně najít vhodná východiska, která by byla pro pacientův stav nejlepší. Mezi nejlepší prostředky

řešení problémů je samotná komunikace, kdy musí vzniknout důvěra, aby se pacient mohl svěřit s problémy, které ho trápí. Sestra by měla pacienta poslouchat a poskytnout mu emocionální podporu. Je vhodné pacientovi doporučit případné pomůcky, jako je například nafukovací vana na umytí vlasů, nafukovací lůžko pro koupel, sedačka do sprchy nebo vany, protiskluzové podložky do sprchy a madla, která pacientovi zabrání v pádu. Připraví se veškeré pomůcky, které bude pacient potřebovat, a pomůžeme mu s tím, co sám nezvládne. Aby se pacient motivoval a aktivizoval, je vhodné používat slovní instrukce k provádění hygienické péče. Při zvládnutí hygieny není na škodu pacienta pochválit, a tím ho namotivovat k další aktivizaci při následující koupeli (Trachtová, 2006; Rozsypalová, 2002; Pokorná, 2010).

Pacient, který má snížené sebehodnocení a problémy s vlastním tělem, nebude při hygieně spolupracovat a nebude se chtít bavit o svém těle. Sestra by měla s pacientem komunikovat a ukázat mu, že by si měl člověk díky sebezpoznání uvědomit kromě nedostatků i své přednosti. Sebezpoznání představuje obraz o sobě samém, proto by sestra měla pacienta chválit a upřednostňovat vlastnosti a činnosti, které mu jdou, a učit nové. Díky pochvalám a povzbuzování bude nemocného sebehodnocení v lepším stavu. Sebeпоjetí je vlastně obraz identity, kde si člověk uvědomuje sám sebe. Pozitivním sebeпоjetím a sebehodnocením si člověk vytváří i citový vztah k sobě samému (Jankovský, 2003). Sestra by měla pacienta pozitivně navnadit, aby o sobě ztratil veškeré pochybnosti. Dobrým sebehodnocením bude psychický stav pacienta lepší, a tím je větší šance na uzdravení.

Jako problém s hygienou by se mohla popsat i případová studie, která byla tvořena v Nizozemí. Byly tázány 2 typy zařízení: oddělení dlouhodobé péče dvou psychiatrických nemocnic a pěti domů s pečovatelskou péčí. Psychiatrické sestry vs. asistenti geriatrické péče - péče o nemocné s demencí. Psychiatrické sestry v pečovatelských domech konstatují, že asistenti geriatrické péče vynucují čistotu příliš rutinně. Sestry respektují soukromí pacienta. Pokud zasahují do soukromé sféry jeho života, činí tak s jeho souhlasem, přičemž se snaží vyhnout zbytečnému „dozoru“. Mytí či nemytí je tedy ponecháno na rozhodnutí pacienta. Práva pacienta jsou tedy posílána

osvobozením od rutinních „mycích“ dnů celého oddělení. Geriatrické asistentky naopak považují čistotu za absolutní prioritu a základní kámen správné péče, a je tudíž vynucována. Péče o tělo a eliminace fyzické bolesti jsou chápány jako prioritnější než soukromí a osobní svoboda. Důstojnost závisí na péči o vzhled pacienta a prostředí. Udávají, že tělo a špína nejsou nikdy soukromé. Tento případ nám ukazuje, že některé estetické hodnoty jsou pro určité jedince bezvýznamné, zatímco pro jiné mají význam naprosto zásadní. Jsou každopádně potřeba proto, aby dávaly životu jednotlivců hodnotu (Pols, 2013).

## 1.2 Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu

Moderní ošetrovatelství je charakteristické jako systematické hodnocení a plánování uspokojování potřeb nemocného i zdravého člověka. Potřeby se mohou uspokojovat prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelským procesem sestra plánuje aktivity, kroky a postupy při ošetřování. Sestry se zabývají člověkem jako bio-psycho-sociální bytostí, to znamená člověkem jako celkem v několika systémech. Porucha jedné části vede k poruše jiné části, nebo dokonce k poruše celého systému organismu (Trachtová, 2006).

Potřeba je charakterizována jako nějaký nedostatek, či chybění něčeho, co musíme nejdříve odstranit. To znamená, že potřeba je něco, co lidé nutně potřebují pro svůj život a další vývoj. Pokud se potřeba nedostává, mohou vznikat poruchy pozornosti, myšlení, a tím se zásadně mění chování člověka. U každého člověka se potřeba projevuje a uspokojuje jinak. Musíme si uvědomit, že základní potřeby máme všichni společné (Trachtová, 2006). Hierarchie potřeb úzce souvisí s motivací člověka (Jankovský, 2003). Po dobu nemoci nejsou uspokojovány potřeby pacienta, kromě jiných i potřeba soběstačnosti, která ovlivňuje pohodu člověka. Nemoc brání lidem

v uspokojování potřeb a sestry mají napomáhat nemocným k dovršení uspokojení dané potřebě. Potřeby, o které se zajímáme po dobu hospitalizace nemocného, jsou fyziologické a psychické. Způsob uspokojování potřeb závisí i na individualitě člověka (Trachtová, 2006). Pro sestru je důležité umět pacientovi naslouchat a umožnit mu, aby sdělil své potřeby a problémy. Proto sestra musí s pacientem navazovat kontakt a mít odborné znalosti, které umí používat (Čechová, 2004).

Jak je známo, hierarchickou teorii potřeb vytvořil americký psycholog Abraham H. Maslow. Hierarchie potřeb udává, že každý jedinec má svůj individuální systém motivů, který je uspořádán tak, že některé potřeby jsou silnější. Jak udává Trachtová (s. 14, 2006) podle slov Maslowa: „*Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšího uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo druhá... pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.*“ Potřeby člověka se jeho vývojem života mění. Vyšší potřeby se objevují ve vyšším věku.

Pro zlepšení pacientovi sebedpěče je vhodné, aby sestra pacienta motivovala. Motivační stav lze označit jako potřebu. Je to intrapsychický proces, který má vnitřní i vnější podněty, a z toho vychází motivační chování. Motivační funkce je pak uspokojení potřeby. Motivační chování vede k uspokojování individuálních potřeb jedince (Plevová, 2011). Sestra musí sledovat motivační prvky pacienta. Je vhodné pacienta namotivovat, aby se snažil a co nejdříve zvládl hygienu sám. Čím rychleji začne sestra pacienta motivovat, tím více se pacient začne snažit. Sestra musí podporovat pacienta v soběstačnosti.

Je vhodné, aby sestra pochopila potřeby nemocných. Poznatky o potřebách člověka jsou důležité jako podklad pro ošetrovatelský proces a jeho aplikaci. Hodnocením potřeb hodnotíme i nemocného. Sestra pomocí znalostí o lidských potřebách může poskytnout pacientovi péči pomocí ošetrovatelského procesu (Trachtová, 2006). V ošetrovatelství jsou pro nás důležité potřeby biologické, protože jejich uspokojování je nevyhnutelné pro záchranu života. Další neméně důležitou potřebou v ošetrovatelství jsou potřeby psychické, sociální a duchovní. Tyto potřeby nesouvisí s přežitím člověka,

ale mají také významné postavení v žebříčku hodnot. Jejich uspokojení vede k rozvoji osobnosti (Plevová, 2011). Proto i hygiena je pro pacienta jako uspokojení psychické i sociální potřeby. Sestra nesmí zapomínat, že hospitalizace neovlivňuje psychickou potřebu čistoty, v tom případě hygiena u pacienta je k uspokojení potřeby potřebná. U nemocného člověka se může vyskytnout porucha potřeb, a to například nedostatek spánku, potřeba diety, tepla, chladu nebo změna navyklého režimu. Nemocní potřebují mít zajištěno bezpečí a jistotu. Pro pacienta je odloučení od rodiny, z domova velice nepříjemné a devalvující. Nesmí se zapomenout na potřebu sociálního styku, protože nemocný bývá uzavřen na oddělení a chybí mu styk s lidmi, na který je zvyklý. Proto nejsou úplně vhodné jednolůžkové pokoje pro dlouhodobou hospitalizaci. Ve vícelůžkových pokojích si pacienti mohou mezi sebou povídat, a tak stále navazují sociální vztahy. Sestra musí dbát i na psychiku nemocného, protože jakékoliv onemocnění působí nepříznivě na psychiku člověka. Nemoc vyžaduje určitou adaptaci nemocného, mění a narušuje mezilidské vztahy a pacient se musí vyrovnávat s nepříznivými a často bolestivými situacemi (Čechová, 2004). Psychické potřeby jsou při přijetí do nemocnice většinou neuspokojovány. Pro nemocného je to vždy náročné, proto je vhodná kvalitní ošetrovatelská péče, která umožňuje lépe zvládnout dobu hospitalizace. Každému nemocnému musí zdravotník věřit, jaké má potíže, ať už se jedná o bolest, úzkost nebo jiné subjektivní problémy. Proto sestra nemocnému porozumí a chápe ho, nesmí však zapomenout na profesionální chování a psychoterapeutický přístup. Profesionální chování je takový projev, který je typický pro danou profesi. U sestry to znamená, aby pro pacienty byla vnímavá a měla pochopení pro jejich problémy a pomáhala je řešit s velkou tolerancí a laskavostí (Čechová, 2004). Sestra může využít tohoto chování při hygieně tím, že dbá na pacientovu intimitu, jeho potřeby a zvyky při očištění a snaží se pacienta motivovat a psychicky podporovat v době během hospitalizace. Psychoterapeutické chování je takový přístup zdravotníků, který přispívá psychologickými prostředky ke zlepšení léčby a k psychickému i somatickému stavu pacienta. Psychoterapeutický přístup je založen na lidském porozumění, kterým se dokáže sestra vcítit do pacientovy situace, porozumění vztahu zdravotník – pacient a porozumění psychosociálních vlivů, které



jsou ovlivňovány v průběhu onemocnění. Cílem tohoto přístupu je pomoci pacientovi, zvládnout jeho psychické nároky, které jsou způsobeny hospitalizací a nemocí, zlepšovat jeho kvalitu života a uspokojovat tělesné, psychické i sociální potřeby (Jobánková, 2003).

S hygienickou péčí souvisí ošetrovatelský proces, který je znám jako metoda moderního ošetrovatelství. Proces je způsob, kterým sestra vykonává péči o člověka. Tato péče musí být založena na uspokojování potřeb pacienta a řešení jejich problémů. Respektování holistického přístupu v péči je i respektování přání pacienta a nedirektivní chování. Partnerský přístup souvisí s právy a dodržováním práv pacientů a s oboustrannou účastí na rozhodování. V dnešním moderním ošetrovatelství jsou pacienti aktivní účastníci péče. Jejich vlastní pohled na zdraví, stupeň sebepoznání, jejich vnímání potřeby péče a kvalita vztahu sestry a pacienta, to všechno ovlivňuje pacientovu míru, kterou se podílí na interaktivním procesu. Proces představuje sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na splnění požadovaného výsledku. Pětifázový proces jsou vzájemně propojené činnosti, které mají za cíl změnu zdravotního stavu pacienta. Fáze procesu tvoří zhodnocení, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení (Tóthová, 2009).

První fáze zhodnocení je zaměřena na zjišťování a hodnocení zdravotního stavu pacienta. Sestra získává od pacienta ošetrovatelskou anamnézu a hodnotí současný stav pacienta fyzikálním posouzením. Sestru v péči o hygienu zajímá soběstačnost pacienta, způsob hygienické péče a jak často si ji pacient provádí, zda pacient bude potřebovat pomoc při péči, vzhled kůže a její změny, stav nehtů, vlasů a stav dekubitů. Do sesterské dokumentace se zaznamenávají údaje o pacientově stavu, které sestra zjistila během koupele a hygieny. Zapisují se i subjektivní údaje, které pacient sdělí sám. Cílem ošetrovatelské anamnézy je projít seznam stanovených otázek, zjistit a zapsat informace, které napomohou při plánování ošetrovatelské péče a procesu (Tóthová, 2009).

Diagnostika je druhá fáze ošetrovatelského procesu a probíhá v ní analýza a syntéza získaných údajů. Jejím cílem je určit zdravotní problémy pacienta. Ošetrovatelská

diagnostika má rozpoznat a zhodnotit lidské reakce na nemoc. Při identifikaci potřeb musíme rovnou určovat pořadí jejich důležitosti (Tóthová, 2009). Za vypracované ošetrovatelské diagnózy odpovídá sestra. Diagnózy udávají, jakými problémy pacient trpí, ale i problémy, které by mohly potencionálně nastat (Kozierová, 1995). Ošetrovatelská diagnóza se zaměřuje na člověka jako jednotlivce a mění se tak, jako se mění reakce nemocného na chorobný proces a léčbu. Cílem ošetrovatelské diagnózy je vyjádření problému pacienta pomocí odborné terminologie. Správná diagnóza zahrnuje péči, týkající se problému pacienta, a tím efektivně ovlivňuje jeho potřeby. Při hygieně je důležité brát v úvahu diagnózu, která by mohla ovlivňovat sebepéči pacienta, a tím mu znemožnit kvalitní hygienickou péči (Trachtová, 2006). Při hygieně by se mohla vyskytnout diagnóza, jako je například: (00109) deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, (00108) deficit sebepéče při koupání a hygieně – u pacienta se objevují tyto znaky - neschopnost umýt si celé tělo nebo jeho části, opatřit si a udržet zdroje vody, regulovat teplotu vody ke koupání. Může se dále shledat bolest, vyčerpanost nebo únava, dyskomfort nebo neschopnost vnímat své tělo či jeho části.(00085) zhoršená pohyblivost – u pacienta se zjišťují tyto znaky - nekoordinované nebo trhavé pohyby, omezený rozsah pohybu, obtíže při otáčení se, změny chůze, pomalý pohyb. Sestra si musí všimnout, zda má pacient ztuhlé klouby nebo kontraktury, předepsaný omezený pohyb, zda nemá změny v metabolismu, dyskomfortu, či bolesti. Může se vyskytnout (00091) zhoršená pohyblivost na lůžku, (00040) riziko imobilizačního syndromu – rizikové faktory pro tuto diagnozu jsou změny vědomí, obrna, vynucené či předepsané upoutání na lůžko nebo i silná bolest. Mezi komplikace imobility patří dekubity, zácpa, trombóza, omezený rozsah pohybu, porucha tělesného obrazu a bezmocnost. Jakékoliv změny sestra musí zapsat do dokumentace. Další diagnózy mohou být (00123) opomíjení jedné strany těla, (00051) zhoršená verbální komunikace, (00167) ochota zlepšit sebepojetí, (00119) chronicky nízká sebeúcta, (00120) situačně snížená sebeúcta, (00118) porušený obraz těla – kdy pacient může sdělovat, že vnímá změnu svého pohledu na zevnějšek, reaguje na reálnou změnu struktury či funkce těla, vyhýbá se sledování svého těla nebo přiznání si změny, má negativní pocity z vlastního těla, obává se odmítnutí lidmi nebo má strach z jejich reakcí, zdůrazňuje zbývající síly. Sestra musí

brát ohled i na další faktory, jako jsou vývojové změny, onemocnění, trauma nebo poškození či chirurgické zákroky.(00004) riziko infekce, (00045) poškozená ústní sliznice, (00048) poškozená dentice nebo (00047) riziko porušené kožní integrity mohou být další na seznamu diagnóz. Následující diagnózou může být ještě (00046) porušená kožní integrita – u pacienta se vyskytují destrukce dermis, ruptury, proniknutí tělesnými strukturami. Faktory ovlivňující integritu kůže mohou být hypertermie nebo hypotermie, vliv chemických látek, vlhkost prostředí, mechanické faktory, tělesná imobilita, velmi vysoký věk, vlhko působící na kůži. Sestra musí zhodnotit, zda se opravdu jedná o tuto diagnózu a veškeré změny na pacientově kůži zaznamenává do dokumentace (Marečková, 2006; Herdman, 2013). Z toho plyne, že s hygienou sestra reaguje i na potřeby pacienta.

Plánování, třetí fáze ošetrovatelského procesu, je důležité v určování cílů, kterých by měl pacient dosáhnout. Sestra na základě ošetrovatelských diagnóz stanoví cíle péče a způsoby, jakými bude problém řešit. Cíle budou podle pořadí, v jakém se bude postupovat (Staňková, 2005). Na konci procesu plánování sestra vypíše písemný plán péče, který přispívá k přehledné dokumentaci a komunikaci mezi zdravotnickým personálem. Při plánování si sestra musí vytyčit priority, které jsou pro pacienta nejdůležitější dle jeho potřeb. Pacientův cíl je vlastně zlepšení zdravotního stavu. Pokud je pacientův stav takový, že dovoluje aktivní spoluúčast na procesu, je vhodné ji využít a pacienta aktivovat (Trachtová, 2006). U hygieny se sestra zaměří na plánování koupele, péči o kůži, dutinu ústní, vlasy a nehty, nácvik sebeobsluhy a motivace pacienta k aktivizaci. Sestra si musí rozvrhnout práci tak, aby péči o pacienta zvládala, nespíchala, a tím péči zanedbala a zbytečně ho nezatížila.

Během čtvrté fáze, realizace, dochází k realizaci všech naplánovaných strategií. Tato fáze propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden celek. Pokud není naplánovaná individuální péče provedena a pacient necítí žádné zlepšení, ošetrovatelský proces by se pak choval spíše jako administrativní záležitost než praktická (Staňková, 2005). Jejím hlavním úkolem je dosažení cílů, které máme předem stanovené. Sestra si znovu zhodnotí stav pacienta a zkontroluje jeho stav informovanosti. Aby realizace

mohla proběhnout bez problémů, musí si sestra připravit všechny pomůcky, které bude k realizaci potřebovat. Další přípravou je zhodnocení a vhodnost prostředí, kde bude realizace probíhat. V případě hygieny se prostředí pokoje opatří zástěnou pro intimitu pacienta nebo na dveře koupelny pověsíme cedulku s nápisem „Obsazeno“, aby měl pacient při hygieně dostatek soukromí. Důležitá je příprava pacienta na celý naplánovaný proces, který je individuálně vytvořen. Edukace pacienta, informovanost a motivace k mytí těla je jako první bod. Realizaci celé hygienické péče sestra provede podle standardů a podle aktuálního stavu pacienta a jeho možností. V této fázi tráví sestra nejvíce času u pacienta v rámci ošetrovatelského procesu. Pokud je proces proveden dle dobře stanoveného plánu a všechny jeho činnosti byly uskutečněny, mělo by dojít k dosažení cíle a vyřešení pacientových problémů (Tóthová, 2009).

V páté fázi vyhodnocení sestra zhodnotí celkovou ošetrovatelskou péči, která byla provedena podle stanoveného procesu. Tím zjistí, do jaké míry byly stanovené cíle splněny. Sestra porovnává, zda stanovená kritéria a intervence vedly k cíli a jestli ošetrovatelská péče byla kvalitně provedena. Sestra podle zhodnocení celé péče může kvalitu péče vylepšovat, hledat případné nedokonalosti a dále se profesionálně rozvíjet. Vyhodnocení by mělo opět být z hlediska pacientových potřeb a odstranění problémů (Tóthová, 2009). Pacientovy potřeby jsou splněny a dochází k dosažení saturace potřeb.

### 1.3 Komunikace s pacientem

Mezi sestrou a pacientem je komunikace nezbytná, neopakovatelná a je jedním z nejdůležitějších aspektů při ošetrovatelské činnosti. Sestra musí s pacientem navázat takový vztah, aby jí pacient důvěřoval, nebál se a nestyděl se o svých problémech hovořit. Holistické ošetrovatelství představuje etický přístup k pacientovi s tím, že duchovní, tělesné a psychické aspekty jsou vzájemně propojeny (Tóthová, 2009).

Již při prvním kontaktu s pacientem je důležitá komunikace mezi pacientem a sestrou a první dojem. Při rozhovoru s pacientem se nesmí zapomínat, že kladené otázky by měly být orientované více na pacienta a ne na sestru nebo lékaře. Je vhodné získat pacientovu důvěru (Tate, 2005). Důvěru lze získat příjemným vystupováním a poklidným rozhovorem. Sestra by měla připravit vhodné prostředí na rozhovor, mít dostatek času a na pacienta nespíchat. Je nutné si uvědomit, že první dojem je jeden z mnoha faktorů, jak na pacienta zdravotnický personál působí. Tento faktor trvá poměrně dlouho, takže bychom své potřeby měli odsunout na druhou kolej a se zájmem se všimnout pacienta. Sestra se nesmí chovat tak, aby si pacient myslel, že jí nestojí ani za pohled. Při rozhovoru s pacientem je vhodné být ve stejné úrovni výšky pohledu (Bláha, 2004). To neznámá, že si sestra sedne k pacientovi na postel, aby byla ve stejné úrovni. Sestra musí působit příjemně a nebyť před pacientem nadřazená a rychlá v konverzaci.

K úspěšné komunikaci je třeba si uvědomit, že věk, intonace hlasu, výška a hlasitost mlavy ovlivňují komunikaci nejen při prvním dojmu. První dojem ovlivňuje postup další komunikace, proto by se sestra měla chovat již od začátku tak, aby s ní chtěl pacient spolupracovat. Psychologie prvního dojmu působí dlouho. Pacient, který se nachází v submisivní roli, se chová většinou tak, aby mu zdravotníci neměli co vytknout nebo vyčítat. Mezi další neverbální projev patří oční kontakt. Je prokázáno, že nedostatek pohledu do očí může působit na druhého velmi nepříjemně. Avšak naopak i dlouhotrvající pohled do očí může vyvolat nepříjemný pocit. Nejvhodnější pozicí při rozhovoru je navození očního kontaktu ve stejné výšce očí. Sestra se může k pacientovi nahnout, přiklonit nebo se posadit na židli. Oční kontakt sestry vyjadřuje, že má o pacienta zájem, cítí přátelství a náklonnost. K navození přátelské atmosféry můžeme využít úsměv, za který bude pacient vděčný. Vlídny úsměv ve správný čas snižuje obavy, strach, úzkost a zvyšuje pocit bezpečí a jistoty. Nesmí však být nucený, umělý ani vyzývavý. Při provádění hygieny je navození přátelské atmosféry na místě. Sestra musí snížit stud a strach pacienta právě vhodnou komunikací, která přispívá i ke zmizení pocitu studu. Sestra by v rozhovoru s nemocným neměla používat odborné výrazy, kterým pacient nerozumí. Může totiž nastat situace, že nám pacient nebude

rozumět a přitom nám může leccos odsouhlasit. (Tóthová, 2009).

Při komunikaci nesmíme zapomenout pozorovat pacienta a jeho projev. Nejvhodnější způsob je nechat pacienta volně mluvit a povzbuzovat ho, aby sám přispěl ke komunikaci. Nesmí se zapomínat sledovat, co pacient říká, a hledat signály jak verbální, tak i neverbální a nepřerušovat ho. Pacient může sdělit, co ho trápí, jaké má na nás otázky a proč se do nemocnice vůbec dostal (Bláha, 2004; Tate, 2005; Zacharová, 2010).

Při hygieně to znamená zjistit od pacienta co nejvíce informací, které sestru informují o pacientově soběstačnosti, zvyklostí při hygieně a použití pomůcek, které mohou být pro pacientovu soběstačnost nezbytné. Komunikace sester s pacientem je při hygieně důležitá v oblasti pocitu jistoty a bezpečí pacienta. Sestra musí informovat a edukovat pacienta co bude dělat, jaké činnosti pacienta čekají a jak bude chtít pacient od sestry pomoci.

#### 1.4 Koncepční modely v souvislosti s hygienickou péčí

Florence Nightingale již koncem 19. století věděla, že osobní hygiena má velký vliv na úroveň zdravotního stavu pacienta. Díky cestám po Evropě získala bohaté zkušenosti o hygieně a práci sester i lékařů. Při krymské válce Florence zavedla do lazaretů hygienická opatření, prádelnu, pravidelné stravování nemocných a v neposlední řadě ošetrovatelskou péči. V této době pod vedením Florence klesla úmrtnost ze 42 % na 2,2 % na konci války. Nightingalová nikdy nevytvořila teorii ani model ošetrovatelství, snažila se řešit, „co je a co není ošetrovatelství“. Udržovat zdraví můžeme eliminací negativních vlivů a nesprávného způsobu života (Pavlíková, 2006). Pacient je v tomto modelu brán jako osoba v prostředí, ve kterém se má uzdravit. Role sestry je v tomto případě spojena s profesionálním vztahem k pacientovi. Sestra dle Nightingalové je

zodpovědná za prostředí, ve kterém pacient leží, má akceptovat pacientovy potřeby a má podporovat jeho soběstačnost při hygieně (Archalousová, 2003).

Teorii týkající se potřeb pacienta vytvořila Virginia Henderson, která se zajímala, o poskytovanou ošetrovatelskou péči a ochranu před poškozením. Cílem modelu je nezávislost pacienta při uspokojování potřeb a činností, které přispívají k udržení zdraví. Model vychází ze základních potřeb. Mezi hlavní pojmy modelu lze zařadit soběstačnost, nezávislost v uspokojování potřeb a pomoc v případě potřeby (Archalousová, 2005). Základní potřeby jsou tvořeny čtyřmi základními složkami (biologickou, sociální, psychickou a spirituální). V souhrnu potřeb se najde i udržování vhodné polohy, spánek, vhodné oblečení, oblékání a svlékání, udržování upravenosti a čistoty těla, vyjadřování emocí, potřeb, obav a názorů (Pavlíková, 2006). Všechny tyto potřeby jsou u každého jedince ovlivněny kulturou a jeho osobností. Pokud je jedinec v uspokojování potřeb soběstačný a nezávislý, žije plnohodnotný život. Pokud člověk nemá dostatek sil nebo vůli, často dochází k porušení nezávislosti, a tím přichází do kontaktu se zdravotnickým pracovníkem. Sestra identifikuje rozsah nesoběstačnosti, zhodnotí a plánuje činnosti, které realizuje k soběstačnosti pacienta. Role sestry má povinnost takovou, která se snaží udržovat a navracet nezávislost pacienta (Archalousová, 2005). Při hygienické péči sestru v modelu Hendersonové může zajímat stav kůže a její změny, jako jsou například dekubity a jejich ošetření, opruzeniny, dermatitidy, sekrece z očí a uší a celkový stav vlasů a nehtů. Zároveň se sestra snaží navrátit pacientovu soběstačnost tím, že využije spoluúčast pacienta. Dále pomůže s péčí a uspokojením potřeb, na které pacient sám nestačí.

Vlastní ošetrovatelskou teorii vytvořila i Dorothea Elisabeth Orem. Teorie vznikla v 60. letech minulého století, kdy zjistila, že ošetrovatelskou péči potřebují pacienti, kteří nejsou schopni se o sebe postarat v kvalitě a rozsahu, kterou vyžaduje aktuální stav. Lidé mají přirozenou schopnost pečovat o sebe a ta se v období nemoci stává neuspokojována. Sebepéči ovlivňují ještě faktory, jako je věk, vývojový stupeň nebo například kultura. Cíl teorie je zachovat takovou úroveň sebepéče, aby si pacient udržel optimální zdravotní stav. Při deficitu sebepéče musí mít sestra znalosti

o ošetrovatelských systémech, které napomáhají ke zlepšení jejich schopností. Sestra nejdříve identifikuje aktuální i potencionální problémy v nedostatku péče jedince, které se snaží vyřešit pomocí ošetrovatelských intervencí (Pavlíková, 2006). Podle modelu Oremové se ošetrovatelská péče musí objevit v tom případě, pokud nastane okamžik deficitu sebezpečí pacienta. Teorie deficitu sebezpečí vysvětluje to, v jakém případě je potřebná pro pacienta ošetrovatelská péče. Pomocí při deficitu může být ošetrovatelská činnost, ale i fyzická nebo psychická opora a zajištění vhodného prostředí pro pacienta. Cílem je navrácení a udržení maximálně možné úrovně sebezpečí jedince a jeho zdraví (Plevová, 2011). Při procesu hygieny je model Oremové závislý na míře pacientovo deficitu sebezpečí. Hygiena patří do základních požadavků, které jsou pro všechny osoby společné. Proto sestra musí zhodnotit pacientův deficit pro pomoc s hygienou.

Model behaviorálního systému vypracovala Dorothy E. Johnson, která se zajímala o biologické, psychologické, behaviorální a sociální odpovědi jedince na stres. Zastávala názor, že pacienti jsou vystaveni stresu působením vnitřních i vnějších stimulů. Model udává, že je pacient vnímán jako behaviorální systém, který je tvořen podsystémy v dynamické rovnováze (Archalousová, 2005). Role sestry je regulovat a dohlížet na stabilitu behaviorálního systému pacienta, a tím udržet rovnováhu a stabilitu behaviorálního systému na nejvyšší úrovni u každého jedince. Model, který poukazuje na behaviorální systém, vyznačuje, že každý jedinec má svůj charakter, a tím i individuální způsoby chování. Behaviorální systém se skládá ze sedmi subsystémů (subsystém sdružování a příslušnosti, subsystém závislosti, subsystém přijímání potravy, subsystém vylučování, subsystém sexuální, subsystém výkonu a subsystém agresivně – ochranný). Všechny tyto subsystémy spolu souvisí. Jedinec se snaží, aby udržel rovnováhu mezi systémy, a to se projevuje jako funkční chování. Nerovnováha v subsystémech vede k poruše zdraví. Hlavní zdroj těchto potíží tvoří stres, neadekvátní prostředí nebo nevhodná stimulace systémů (Plevová, 2011). Podsystém závislosti je pro sestru jeden z důležitých, protože udává, jakým způsobem se člověk o sebe dokáže postarat a jak je závislý na pomoci zdravotnického personálu. Sestra si musí zjistit, jak je pacient závislý na její pomoci a jak bude potřebovat pomoci s hygienou či potravou.



Je vhodné si zjistit, jaký stresový zážitek pacient prožil a jestli nemůže souviset s nynějším zdravotním stavem pacienta nebo ho nějak ovlivňovat (Archalousová, 2005). Cílem ošetrovatelské péče je obnovení rovnováhy pomocí redukce stresorů a podpory obranných schopností jedince. Stres se u pacientů vyskytuje ve velké míře. Pacienti se bojí budoucnosti, diagnózy, jsou v neznámém prostředí, a tak u nich hrozí hospitalismus. Sestra se proto snaží navrátit psychickou rovnováhu a včasnou adaptaci v nemocnici. Model je zaměřený na interakci jedince s prostředím a méně na fyzickém zdraví.

Imogene King vytvořila teorii, která byla zaměřena na ošetrovatelskou teorii v praxi a snažila se ji realizovat. První vznik teorie byl podmíněn vztahem mezi sestrou a pacientem v nemocničním prostředí a doma. Model dále zdokonalovala a nynější cíl teorie je dosáhnout, obnovit, udržet nebo navrátit zdraví člověka pro maximální potenciál života a naplnění společenských rolí. To znamená, že ošetrovatelská péče spočívá v interakci sestry a pacienta. Pacient na interakci reaguje tím, že se sestrou komunikuje, reaguje na ni a snaží se o navrácení svého zdraví. Předpokladem uspokojování potřeb a dosažení zdraví je využívání informací o systémech v interakčním procesu mezi sestrou a pacientem. V průběhu tohoto procesu dochází k ovlivňování osoby druhou osobou (Plevová, 2011). Sestru při hygieně budou zajímat všechny informace. Musí komunikovat s pacientem a zjistit, na co byl doma zvyklý, a snažit se vyhovět požadavkům. Je vhodné rozpoznat pacientovo sebepojetí, vzhled kůže a známky změn na kůži. Interakce sestry a pacienta je důležitá v dalším pokračování ošetrovatelské péče.

## 1.5 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace zachycuje a uchovává údaje a skutečnosti o pacientovi,

o jeho onemocnění, o průběhu léčení, celkovém zdravotním stavu nemocného a prováděné ošetrovatelské péči. Součástí zdravotnické dokumentace tvoří i výsledky vyšetření, jako jsou například záznamy RTG, EEG, ale i preventivní prohlídky a očkování. Dokumentace by měla být pravdivá, přehledná a záznamy mají být čitelné a správné (Bláha, 2004).

Zdravotnická dokumentace bývá vedena lékaři. Zachycuje skutečnosti vztahující se k poskytované zdravotnické péči. Do této se zahrnuje ordinace léků, konsiliární vyšetření, výsledky vyšetření a souhlasy pacienta. Ošetrovatelská dokumentace zachycuje skutečnosti týkající se poskytování ošetrovatelské péče, které zahrnují ošetrovatelskou anamnézu a denní záznamy sester (Vondráček, 2008). Jak udává Bláha (s.53, 2004) : *„Dobře vedená, věcná a přehledná ošetrovatelská dokumentace je dokladem, který ukazuje, že ošetrovatelská péče byla kvalitní a poskytována lege artis.“* Jako třetí provozní dokumentace zachycuje skutečnosti o fungování provozu, kde je péče poskytována.

Pacientova dokumentace musí být vedena průkazně, pravdivě a čitelně, tak může plnit svou funkci a odpovídat předpisům. Údaje musí být v listinné, nebo v elektronické formě. Ošetrovatelská dokumentace, ale i dokumentace vedená lékařem by měla být pravdivá, opatřená časem a datem, vždy podepsaná, čitelná, srozumitelná, jednoduchá, věcná a bez zbytečných zkratk (Vondráček, 2008).

Leyla Dinc udává, že podle studie, která byla tvořena kvůli zjištění vztahu mezi skutečně realizovanou péčí a péčí zaevidovanou v ošetrovatelské dokumentaci, je kvalita dokumentace slabá. Byla zkoumána data od 85 sester na 6 JIP při ranní a večerní hygieně. Sestry byly ze 61,2 % absolventkami bakalářského studia a ani vysokoškolské studium sestry nenaučilo provedenou práci řádně zaznamenat. 22,6 % úkonů bylo sice provedeno, ale nebylo zaevidováno do dokumentace. Nejvíce byla zapisována péče o genitál, dutinu ústní a ruce. Naopak hygiena nohou a pomoc při oblékání v dokumentaci zaznamenána vůbec nebyla. Je tedy nutné zdůrazňovat důležitost a význam kvalitní dokumentace ve vzdělání zdravotnického personálu a v dalším vzdělávání zdravotních sester (Dinc, 2013).

V oblasti hygieny bude sestra do dokumentace zapisovat provedení koupele a další ošetrovatelské úkony. Dříve v dokumentaci stačilo razítko s celkovou koupelí do dekurzu a více údajů se nemuselo dopisovat. Nyní je zvykem vést v dokumentaci pacienta záznamový arch, kde se zaznamenává všechna provedená péče, celkové koupele, ranní a večerní hygiena, stav sliznic a kůže, celkový plán, realizace a hodnocení hygienické péče a veškerá dokumentace zaměřená na hygienu. Dále se zapisuje soběstačnost pacienta a jeho celkový stav. Razítka na některých odděleních nevytlačila, ale záznamový arch o hygieně nesmí ve zdravotnické dokumentaci chybět.

## 1.6 Postupy v hygienické péči

V současné době je hygiena na každodenním rozvrhu činností sester i pacientů. Bohužel i nyní se zapomíná na části těla, které se při péči neumyjí. Pacienti si sami, pokud mohou, umyjí ruce, obličej, ústa, hrudník, sestra dopomůže umýt záda a intimní partie. Takto to probíhá na odděleních každý den. Ale na zbytek těla, až na několik výjimek, bývá zapomenuto. Ostatní části těla se umyjí až ve sprše, která většinou bývá u ležících pacientů bohužel jen jednou týdně (Boge, 2013). Hygienu můžeme rozdělit na ranní a večerní. Ranní bývá na většině oddělení hned po probuzení pacientů, před vizitou lékařů. Na odděleních následné péče je nejvhodnější čas mezi snídaní a obědem, kdy pomocný personál může vzít nesoběstačné pacienty do sprchy. Provádí se celková péče o celé tělo s výměnou prádla a úpravou lůžka. Večerní hygiena obsahuje péči hlavně u inkontinentních pacientů a péči o pokožku a dutinu ústní. Úprava lůžka je nutností pro pohodlný spánek (Vytejková, 2011).

### 1.6.1 Pomůcky k hygieně

Aby sestra mohla provést s pacientem kvalitní hygienu, je zapotřebí připravit si všechny pomůcky, které budou potřeba. I soběstačný pacient si musí své pomůcky do koupelny odnést. Je vhodné si dopředu promyslet, jaké pomůcky budeme používat.

Jako první věc je zhodnotit stav pacienta, jestli bude koupele schopný, nebo se provede koupel na lůžku. Ze všeho nejdůležitější je edukace pacienta před samotnou hygienou. Sestra musí pacientovi vysvětlit, jak to na oddělení chodí, co bude dělat a jak se může pacient do výkonu zapojit sám. Další důležitou věcí je zajištění soukromí zástěnou, nebo zavřením dveří. Připravit pacientovi pomůcky, aby se koupel nezdržovala dobíháním, což může být pro pacienta velmi nepříjemné. Pokud je pacient schopný, pomůcky připraví sestra tak, aby na ně pacient dosáhl a tím se mohl účastnit mytí. Sestra musí zjistit, zda má pacient své pomůcky a jaké budou třeba. Pokud pomůcky nemá, je vhodné poradit rodině, aby při další návštěvě hygienické pomůcky donesla. K základní hygieně si připravíme ručník, mýdlo, žínku, umyvadlo s teplou vodou, čisté oblečení, hřeben, kartáček na zuby, zubní pastu a dále věci podle přání pacienta. Pro jeho pohodlí můžeme použít masážní emulzi na záda, která brání dekubitům a omačkaná záda prokrví. Další věci mohou být na přání pacienta nebo zvyklosti oddělení.

U nesoběstačných pacientů je vhodné užít například automatický zvedák, který se může použít i při celkové koupeli tak, že se s ním zajede do sprchy a ležící pacient se pečlivě osprchuje. Pokud není k dostání zvedák, je vhodné použít pojízdnou vanu, se kterou se taktéž může zajet do sprchy. Výhoda je taková, že má bezbariérový přístup, je možné nastavení potřebné výšky a můžeme sklopit postranice. Vlasy u imobilních pacientů můžeme umýt v nafukovací vaničce, která slouží jako umyvadlo položené pod hlavou pacienta. Jako nový a moderní výrobek na trhu se vyskytla čepice, která je napuštěná šamponem. Čepice nepotřebuje další splachování vodou a lze ji aplikovat i v případě značného znečištění. U více soběstačného pacienta je vhodné používat

sedačky ve sprše, pomocná madla a protiskluzové podložky pro bezpečnost pacienta (Francová, 2012).

Pro hygienu pacientů existuje v dnešní době mnoho pomůcek, které její provedení usnadní, pokud má člověk nějaký handicap, nebo je méně soběstačný. Může to být houba s prodlouženou rukojetí, kartáč na čištění chodidel, kartáček na nehty, který se upevní na pevnou desku, prodloužený hřeben nebo aplikátor krému a mastí. Tyto pomůcky mnohonásobně zlepšují koupel člověka buď doma, nebo v nemocničním prostředí. Úkol sestry spočívá v tom, že by měla pacienta informovat o možnosti pomůcek a poradit s ovládáním a používáním. Pacientovi se příjemní chvíle ve sprše a bude se cítit mnohem samostatněji a bezpečněji (Lyčková, 2000; Rozsypalová, 2002).

### *1.6.2 Hygiena kůže*

Největším orgánem lidského těla je právě kůže, proto je vhodné jí věnovat dostatečnou pozornost. Kůže má termoregulační, imunitní, metabolické, exkretory a ochranné funkce a tvoří hranici mezi vnitřním prostředím a vnějšími vlivy. Z mazu, potu a odloučených buněk z kůže vzniká ochranný kožní film, který je mírně kyselý. Na tento film se nalepuje prach z ovzduší a jiné nečistoty. Tyto mastné kyseliny mazu podléhají na kůži po nějakém čase chemickým změnám, a tím vzniká známý nepříjemný zápach, v některých případech i podráždění kůže. Jen zdravá kůže může plnit ochrannou schopnost.

Nesmí se zapomínat, že velmi časté koupání a omývání kůže není dobré. Tímto se může narušovat účinek mazu, a tím je kůže sušší. Pro sestru je hygiena důležitá kvůli tomu, že může zhodnotit kůži na celém povrchu těla pacienta a zaznamenat otoky či vyrážky. Sestra by se měla věnovat i kůži na zádech a hýždích. Zde je velmi citlivá, protože pacient leží po celý den většinou na zádech, a proto může docházet

k dekubitům, které dále zhoršují zdravotní stav pacienta (Trachtová, 2006).

Suchá kůže je jedna z nejčastějších, se kterou se setkáváme v nemocnicích. U starých lidí kůže podléhá procesům stárnutí, a tím se velice snižuje produkce mazu. Proto se kůže stává suchá a svědivá. O takovou kůži by se mělo pečovat tak, že omezíme používání mýdla. Můžou se používat čistící oleje nebo hydratační emulze. Pokud se mýdla používají, měla by být neparfémovaná a zvlhčující. Po koupeli by se měla kůže ošetřit olejem nebo neparfémovaným hydratačním krémem (Mikšová, 2006).

Po umytí pacienta je potřeba kůži důkladně vysušit, aby nedošlo k opruzeninám. Po celou dobu provádění hygieny nesmíme samozřejmě zapomínat na intimitu pacienta!

### *1.6.3 Hygiena očí, nosu a uší*

Oči normálně nepotřebují zvláštní hygienu, protože slzy stále omývají oči a zvlhčují je a řasy zabraňují vstupu cizích částic. Jiné je to u pacienta v bezvědomí, protože může chybět mrkací reflex a víčko není zcela zavřené, nebo je úplně otevřené. Proto se musí zvlhčovat rohovka kapkami. Po úrazu očí nebo infekci nastává velký výtok slz. Pokud jsou na řase nečistoty, musí se setřít dříve, než zaschnou a ztvrdnou.

Sestra by si před hygienou měla zjistit, zda pacient nosí brýle, zda má kontaktní čočky nebo jestli užívá pravidelně léky do oka. Oči se myjí jen čistou vodou. Každé oko se myje jiným koncem žínky, a to kvůli tomu, aby se mikroorganismy z jednoho oka nepřenesly na druhé. Oko se myje směrem od vnitřního spojivkového koutku ke koutku vnějšímu. Tím se zabraňuje vstupu nečistot do slzného kanálku. Oči opatrně osušíme přes zavřená víčka.

O nos se sestra speciálně starat nemusí. Pacient si může vyčistit nos sám pomocí papírových kapesníků. Jiná péče je o nos, ve kterém je zavedena nazogastrická sonda.

Nosní dírky se musí sledovat, zda nedochází k otlakům, a při výměně sondy se musí nosní dírky měnit. Sekret z nosu odstraňujeme vatovou tyčinkou nebo odsáváním. Při ošetřování nosu musíme dát pozor, abychom neporanili nosní sliznici.

Uši potřebují minimální hygienu. Záleží na tom, zda se pacientovi tvoří velké množství ušního mazu nebo má pacient naslouchátko. Sestra by si měla zjistit, zda má pacient problém se sluchem. Pokud pracuje v hlučném prostředí, jestli má problém s ušima nebo ušní výtok. Maz se odstraňuje ze zvukovodu po koupeli pomocí speciálních kapek nebo svíček.

#### *1.6.4 Hygiena dutiny ústní a zubů*

Sestra musí zhodnotit, jestli je pacient schopný si zuby a dutinu ústní vyčistit sám. Musí se připomínat, že zuby se čistí nejen z vnější strany a kousacích ploch, ale i z vnitřní strany a nezapomenout na jazyk. Dásně a jazyk se čistí velmi opatrně, aby nedošlo k poranění. Po vyčištění se musí ústa řádně vypláchnout, zubní pasty totiž vysušují dásně.

Péči o zubní náhrady provádí pacient sám, jestliže je schopen. Pokud nemůže, musí zajistit péči sestra. Kvůli jejich snadnému poškození musí sestra postupovat velmi opatrně. Na zubní protézy jsou vyrobeny speciální čisticí prostředky a kartáčky. Myjí se ve vlažné vodě. Je vhodné si do umyvadla napustit trochu vody, pro případ, kdyby protéza upadla. Po očištění se protéza důkladně opláchně a pacient si ji může vložit do úst, nebo jí vložíme do kelímku s čisticím prostředkem.

U pacientů v bezvědomí nesmíme na dutinu ústní zapomínat. V tomto případě se nesmí opomenout jazyk a rty. V současné době jsou k dispozici vatové štětičky, které jsou napuštěny citronovou šťávou a olejem, určené k péči o sliznici dutiny ústní. Aby

byly rty měkké a vlhké, můžeme použít vazelínu a nanést ji na rty mulovým tamponem.

Péče o dutinu ústní se provádí podle potřeby několikrát denně. Podle stavu sliznic se může provádět i každé 2 hodiny (Mikšová, 2006).

#### *1.6.5 Hygiena vlasů*

Úprava vlasů odráží pocity a pohodu člověka. Při prvním pohledu na pacienta se musíme zaměřit i na vlasy, protože mohou být odrazem zdravotního stavu pacienta. Jako příklad lze uvést vypadávání vlasů, či dokonce alopecie v průběhu onemocnění. U starších lidí se musí brát ohled na sušší vlasy, které více vypadávají. Je to ale přirozený jev, nejedná se o onemocnění.

Před mytím vlasů si sestra musí zjistit, díky rozhovoru s pacientem, zda si vlasy vůbec chce umýt. Někdo si vlasy myje každý den, jiný jednou za týden. Je tedy potřeba zjistit, jestli pacientovi není nepříjemné mýt si vlasy nyní. Při zjišťování informací nesmíme zapomenout na šampony, kterými si pacient myje vlasy, kondicionéry nebo oleje. Sestra by měla zhodnotit, zda je pacient soběstačný nebo zda bude potřebovat pomoci. Je vhodné, aby i u soběstačného pacienta asistovala sestra. Je totiž možné, že se pacientovi zatočí hlava z teplé vody, která mu proudí na hlavu, a tím se neudrží na nohou. Po umytí se musí vlasy řádně vysušit a učesat. Záleží na pacientovi, zda bude chtít vlasy vyfoukat fénem či nějakým jiným způsobem učesat. Důležitá je komunikace, aby se pacient cítil pohodlně (Kozier, 1995).



### *1.6.6 Hygiena nehtů*

Nehty jsou další věcí, které si sestra při příjmu nebo hygieně pacienta musí všimnout. Na nehtech vidíme, jak o sebe pacient pečuje, zda má ruce a nehty čisté, ostříhané, jestli jsou ulámané nebo roztřepené. Nedostatečná úprava nehtů může být způsobena nízkou soběstačností, neschopností si nehty ostříhat, špatnou koordinací rukou nebo slabým zrakem. Sestra ošetřuje nehty v případě, když je pacient hospitalizovaný dlouhodobě nebo o to sám požádá, nebo jsou nehty v nevhodném stavu. Není vhodné upozorňovat a pomáhat při péči o nohy u krátkodobé hospitalizace. Před péčí o nehty se sestra musí zeptat pacienta, jak často si je upravuje, jak si je stříhá, zda používá pilníčky, nůžky nebo kleštičky, používá-li změkčující krémy na nohy a paty. Je důležité zjistit, zda je pacient lechtivý, abychom ho nepřekvapili a nezpůsobili mu zranění. Je vhodné si ruku nebo nohu před stříháním namočit v teplé vodě, aby nehet změkkl. Nehty se musí ostříhat rovně, nad koncem prstů. Další péčí o nehty zaujímá změkčování kůže, uvolňování zarostlých nehtů nebo broušení tvrdé kůže na patách. Zvláštní a opatrnou péčí o nehty vyžadují onemocnění jako diabetes mellitus, neuropatie nebo špatné prokrvení dolních končetin, kdy sestra nebo pedikérka musí dávat pozor, aby pacienta neporanila (Smrčková, 2013).

### *1.6.7 Hygiena genitálu*

Hygiena genitálu je pro pacienta nejintimnější a hovoří se o ní nejhůře. Je však stejně důležitá, ne-li důležitější než celková hygiena. Pacienti se neradi svěřují s intimními problémy, proto by sestra při hygieně měla dávat pozor a jakýchkoliv změn na genitálu a anální části si všimnout. Nejen pacienta může zmínka o genitálu přivést do rozpaků, a proto také sestra musí zvolit správný přístup ke komunikaci a pacienta se

nesmí bát zeptat nebo mu pomoci. Při péči na lůžku může být pro pacienta nepříjemné, když mu sestra nevysvětlí, co jde dělat, nebo použije nevhodné pojmenování genitálu. Při přípravě pomůcek si sestra nesmí zapomenout připravit i plentu, která oddělí pacienta od ostatních pacientů. Je vhodné nezapomínat, že intimita je pro pacientovu sebeúctu a sebepojetí velmi důležitá. Avšak upozorníme obzvláště pacientky, že častá hygiena více škodí, než pomáhá. Časté mytí mýdlem mění pH zevního genitálu.

Při hygieně genitálu pacienta informujeme a poprosíme o vhodnou polohu, která pro něj může být nepohodlná, zahanbující a ponižující. Proto se sestra snaží pacienta přikrýt a odkrývat ho, co nejméně to bude možné. Žena se položí na záda a poprosíme ji, aby pokrčila a oddálila nohy. Při hygieně postupujeme od stydké kosti k rektu – od nejméně kontaminované oblasti k místu, kde je větší kontaminace bakteriemi. Používají se neparfémovaná mýdla nebo mycí gely na intimní hygienu. Nejprve se umyjí velké pysky, malé pysky a vstup do uretry a pochvy. Všimáme si, zda žena netrpí poševním výtokem. Nejvhodnější je oplach genitálu, kdy pod ženu položíme podložní mísu a teplou vodou oplachujeme vnější genitál. Pokud má pacientka zavedený močový katétr, sestra si musí všimnout známek infekce, zčervenání a vstupu do močové trubice. Vstup do močové trubice se myje opatrně. Pacientku požádáme o otočení na bok kvůli umytí análního otvoru, který se poctivě umyje, a pak se a může nanést ochranná mast. U žen je vhodné mýt stydkou krajinu po každé stolici, aby se zabránilo vzniku infekcí v močopohlavních cestách. Při menstruaci je vhodné mýt genitál několikrát denně.

U mužů není poloha tak důležitá. Je však vhodné se s pacientem domluvit, aby si lehl na záda. Penis myjeme pevnými, ale opatrnými stěry, tím se zabrání případné erekci. Stáhneme předkožku a očistíme žalud penisu. Přetáhnutí předkožky je důležité, protože zabráníme růstu bakterií, které se nachází za žaludem. Předkožku vrátíme a penis osušíme. Při zavedeném katétru opatrně umyjeme vstup do uretry a také si všimáme známek infekce. Jako u ženy poprosíme pacienta o otočení na bok, abychom umyli rektum a varlata. Osušíme a popřípadě použijeme ochrannou mast nebo krém (Kozier, 1995; Jílková, 2012).

## 1.7 Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký koncept, který je strukturován s cílem pomoci uspořádat podmínky lidí tak, aby byl podporován jejich vývoj, saturovány základní lidské potřeby, jako jsou fyziologické funkce, potřeba lásky, vztahu, pocit jistoty a bezpečí, potřeba vlastního sebeurčení a autonomie. Tento koncept je strategií myšlení těch, co s ním pracují. Jde o to přiblížit se k lidem s postižením, nemocným, umírajícím. Jde o to pochopit jejich situaci a adekvátně jim poskytnout zabezpečení a potřebu někam patřit (Friedlová, 2007). Koncept má techniky rehabilitační, které jsou určeny pro stimulaci vnímání tělesného schématu, dále vestibulární stimulaci, vibrační, chuťovou, olfaktorickou, auditivní a optickou stimulaci. Bazální stimulace se užívá v intenzivní medicíně, neonatologii, v následné péči, v domovech pro seniory, v ústavech se sociální péčí, v hospicích a speciálních školách. Používá se u pacientů, kteří jsou tělesně i duševně postižení, a výrazně se tak podporuje kvalita jejich života. Ošetrovatelská péče, která se zabývá bazální stimulací, pomáhá ve vývoji dětí, ale i starších pacientů, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v pohyblivosti a vnímání. Ztráta pohybu vede k senzomotorické deprivaci, a tím k nedostatečné organizaci neuronální sítě. Cílem stimulace je podpora vlastní identity a orientace podnětů na svém vlastním těle a jeho okolí (Sedlářová, 2008). Předpoklad konceptu vychází z individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy pacienta. Jako druhý podstatný faktor této péče je integrace pacientovy nejbližší osoby do péče.

U pacientů, kde bude používána bazální stimulace, je vhodné se od blízkých a příbuzných nebo od samotného pacienta informovat a zajistit obsáhlou anamnézu. U pacienta si zjistíme, jaký život vedl před hospitalizací, jaké měl koníčky, oblíbené jídlo a pití, zvyky a rituály, které pacient dodržoval. Při zahájení stimulace u pacientů v bezvědomí nebo v apatii se začíná návratem základních reflexů, jako je polykání, schopnost příjmu potravy a dále vnímání vlastního těla. Až po dosažení zlepšení těchto funkcí může pacient začít s rozsáhlou rehabilitací a cvičením, například přesun z lůžka na vozík. Bazální stimulace se může využívat při hygienické péči, polohování nebo při

rehabilitaci. Při hygienické péči může sestra užívat somatickou modulaci zklidňující, povzbuzující nebo neurofyzilogickou. Už jen aplikace krému před začátkem terapie má na pacienta povzbuzující vliv (Friedlová, 2013). Hygiena může být součástí terapie, nejen očista těla. Sestra od rodinných příslušníků zjistí, jaké má pacient rád vůně, jakou používal kosmetiku a to využije při hygienické péči, která může pacientovi pomoci například známými vůněmi.

U pacientů, u kterých je poskytována bazální stimulace, bylo zjištěno, že se zlepšilo vnímání sebe sama, kontakt s okolím a blízkými, zvýšení soběstačnosti, zvýšení sebeúcty, zlepšení perspektivy do budoucnosti, zvýšení nadějí, pocit jistoty a bezpečí, větší důvěra k personálu, zpětná vazba pacienta a sestry, zlepšení celkového zdravotního stavu, chuť do jídla a zlepšení biologických a sociálních podmínek (Friedlová, 2013). Všechny tyto oblasti, které se díky bazální stimulaci zlepší, pomáhají pacientům k rychlejšímu návratu do svého života, který vedli před nástupem do lůžkového zařízení.

## **2 Cíle práce, výzkumné otázky**

Cíl 1: Zjistit, zda se hygienická péče provádí ve prospěch pacienta.

Cíl 2: Zjistit názor sester na prováděnou hygienu pacientů při hospitalizaci.

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metodika výzkumu**

Pro zpracování bakalářské práce byl použit kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a pacienty. Po domluvě s hlavní a vrchní sestrou byl výzkum proveden na lůžkovém interním oddělení v Nemocnici Písek a.s. K rozhovorům bylo připraveno 7 otázek pro sestry (příloha 1) a 6 otázek pro pacienty interního oddělení (příloha 2). Zcela anonymní rozhovory byly po domluvě zaznamenávány písemně na papír. Pokud respondenti nerozuměli otázce, bylo jim vše vysvětleno. Získané výsledky rozhovorů byly podle jednotlivých otázek otevřeně kódovány a ze zpracovaných výsledků byla vytvořena schémata.

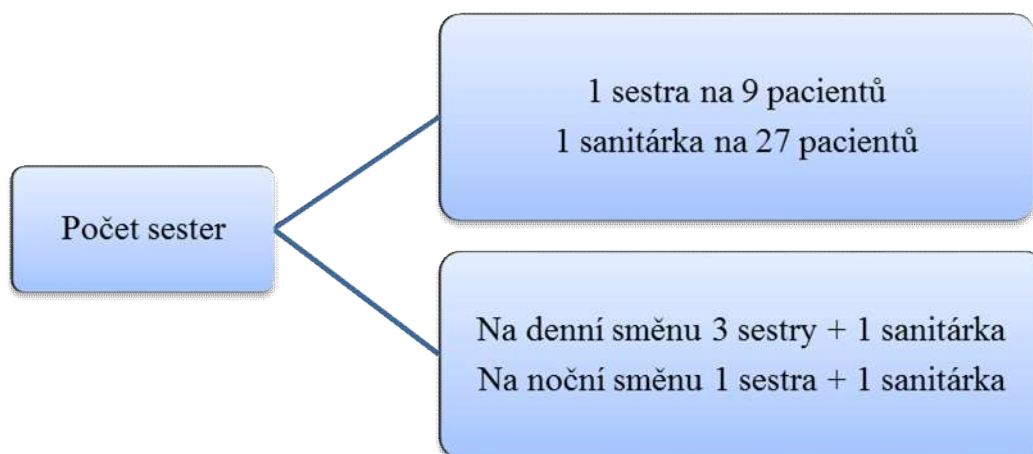
#### **3.2 Charakteristika výzkumu**

Pro výzkumný soubor bylo dotazováno 8 sester z lůžkového oddělení, které mají různě dlouhou praxi. Záměrně vybraní respondenti jsou pacientky hospitalizované na tomto oddělení, které potřebují nebo potřebovaly jakoukoliv pomoc při provádění hygieny. Dotazováno bylo 5 pacientek z lůžkového oddělení za účelem zjištění, jestli se hygiena provádí pro blaho pacienta a nestává se z ní rutinní činnost sester. Sestry jsou pro orientaci označeny S1 – S8, pacientky mají označení R1 – R5.

## 4 Výsledky

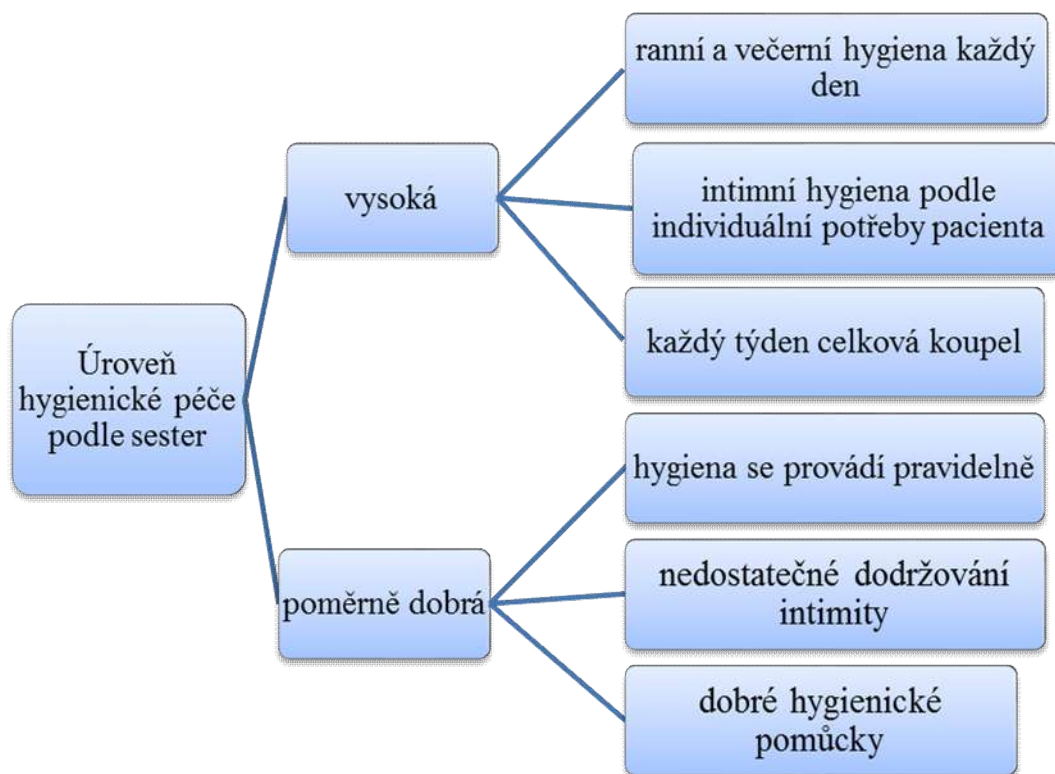
### 4.1 Výsledky rozhovorů se sestrami

Schéma 1 Personál versus počet pacientů



Sestry odpověděly poměrně stejně. Jedna odpověď byla kolik má 1 sestra pacientů a druhá odpověď zněla, jaký počet personálu je na směnu.

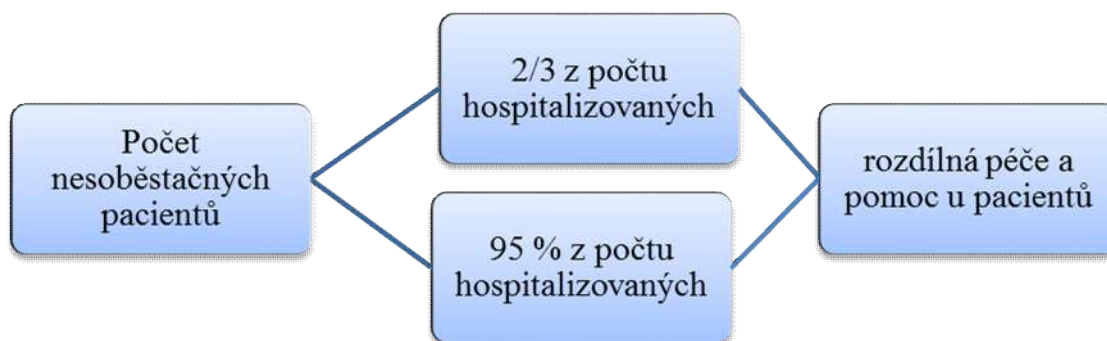
Schéma 2 Úroveň péče



Ve druhém schématu poukazuje na úroveň prováděné hygienické péče. Vysokou úroveň hygieny sestry popsaly ranní a večerní hygienou, intimní hygienou dle potřeby a celkovou koupelí každý týden. Poměrně dobrá hygiena je podle sester pomocí vhodných pomůcek, pravidelností hygieny a nedostatečným dodržováním intimity.

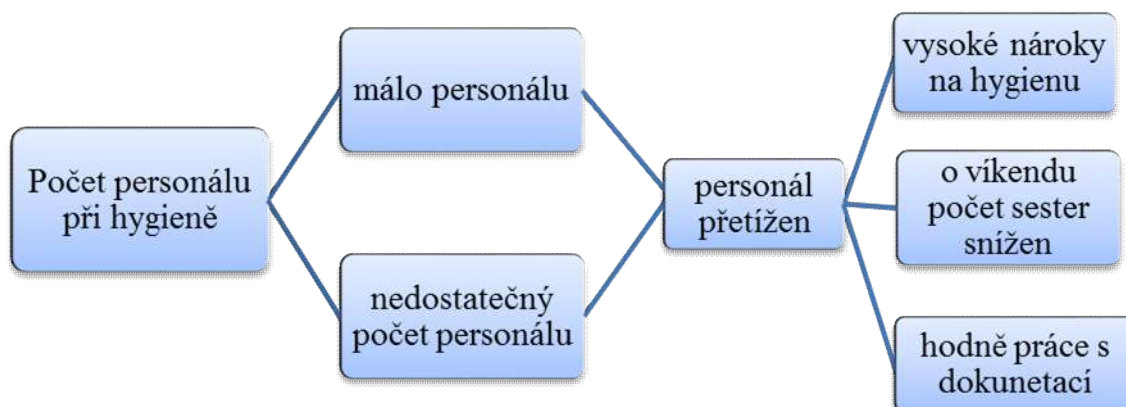


Schéma 3 Potřeba hygienické péče



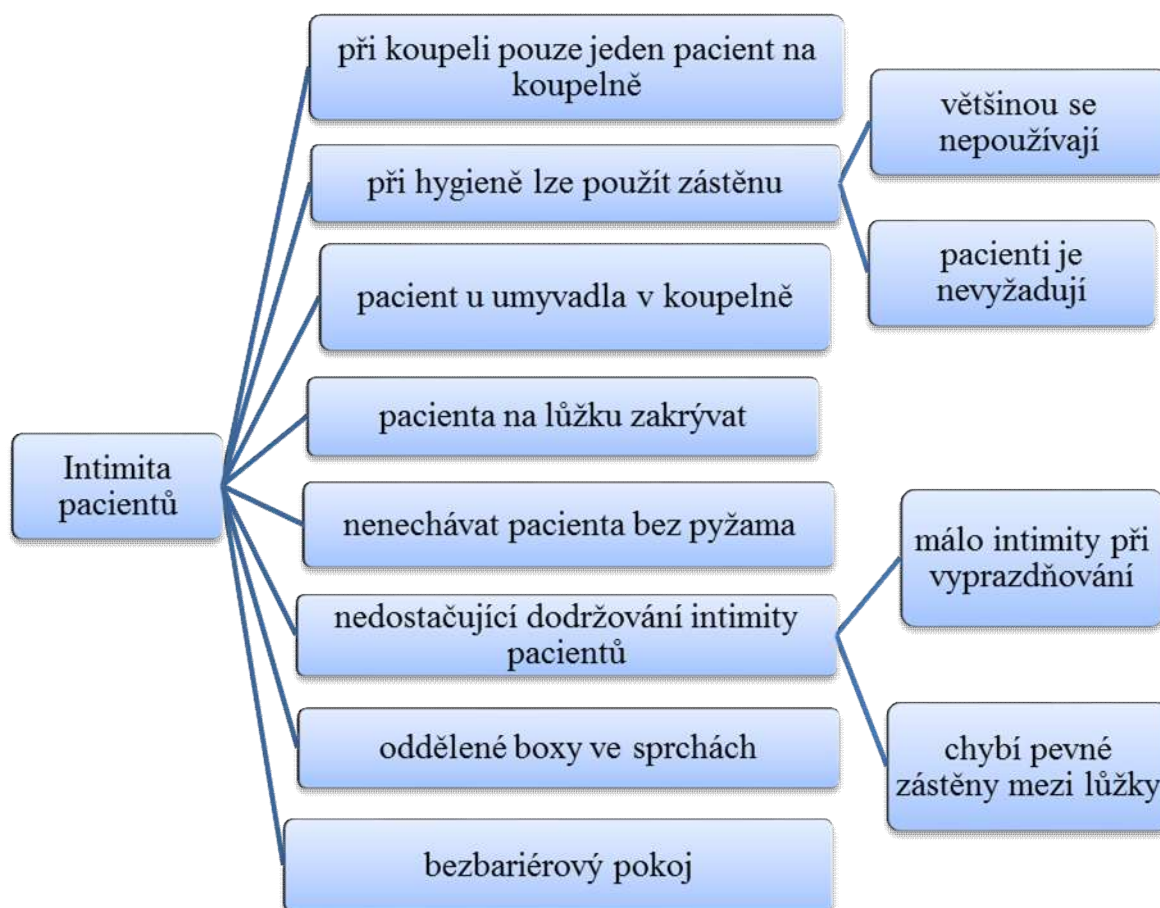
Všechny sestry se shodly na tom, že jakákoliv péče a pomoc je individuální a rozdílná u každého pacienta. Pomoci potřebuje podle sester 95 % pacientů a jako druhý názor sester na potřebu hygieny je 2/3 hospitalizovaných pacientů.

Schéma 4 Účast personálu na hygienické péči



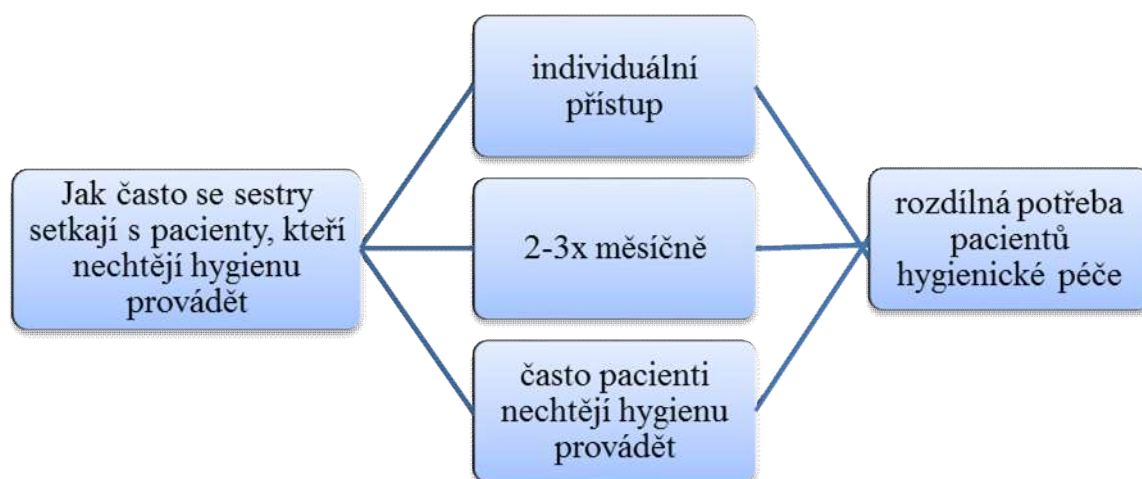
Všechny sestry si myslí, že personálu je nedostatek. Každá sestra sdělila, že je personál přetížen. Důvody, proč je personál přetížen, byly rozdílné. Dvě sestry uvádí, že jsou na hygienu vysoké nároky, jedné sestře se nelíbí, že je počet sester o víkendu ještě snížen, a 3 sestry uvádí mnoho práce s dokumentací.

Schéma 5 Dodržování intimity pacientů z pohledu sester



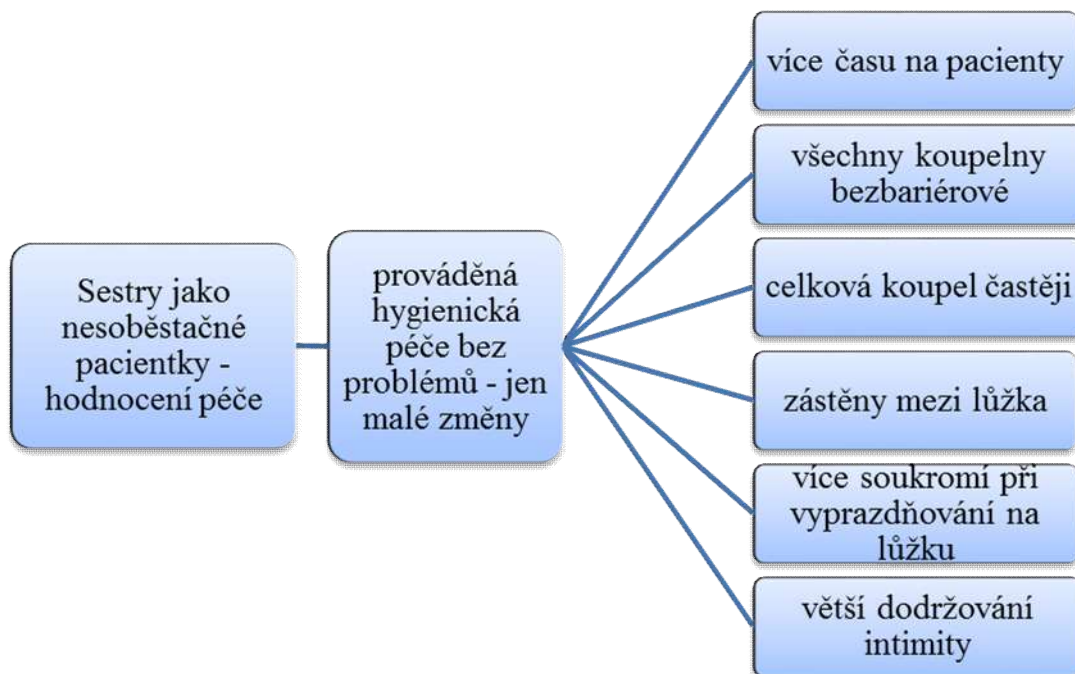
K postupům, jak dodržet pacientovu intimitu, uvedly sestry, že lze použít zástěnu mezi postele, ale zároveň jich pět dodalo, že se zástěna moc nevyužívá. Čtyři sestry mohou pacientům nabídnout soukromí v koupelně. Ostatní odpovědi představují další možnosti, jak uchránit pacientovu intimitu.

Schéma 6 Přístup pacientů k provádění hygienické péči



Podle sester je nejčastější důvod přemlouvání pacientů k hygieně rozdílná potřeba hygieny. Sestry se s pacienty, kteří nechtějí hygienu provádět, setkávají 2-3x měsíčně. Shodují se na tom, že péče u každého pacienta se liší a tím je i rozdílná potřeba hygieny.

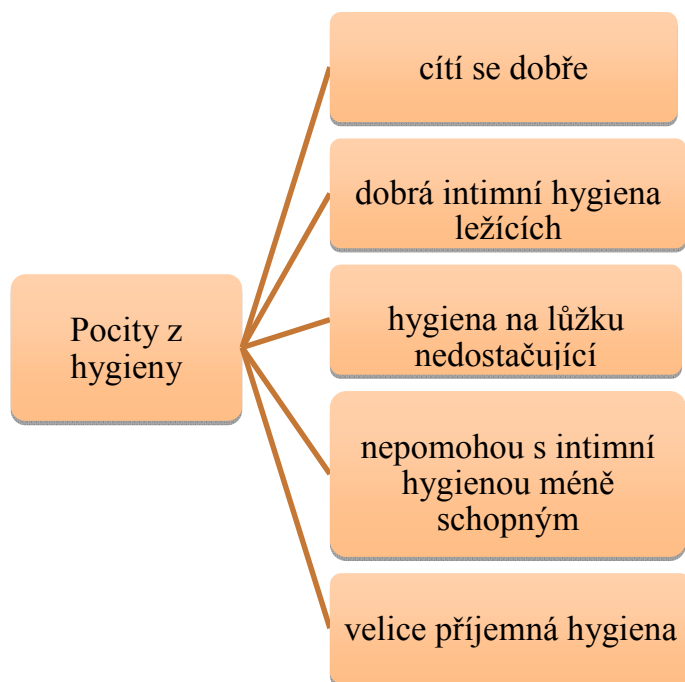
Schéma 7 Představa sester na hygienu v případě nesoběstačnosti



Všechny sestry jsou s prováděnou hygienickou péčí spokojeny a taková péče by jim vyhovovala. Péče jako taková je bez problémů, ale sestry zaznamenaly nějaké nedostatky hlavně v dodržování intimity.

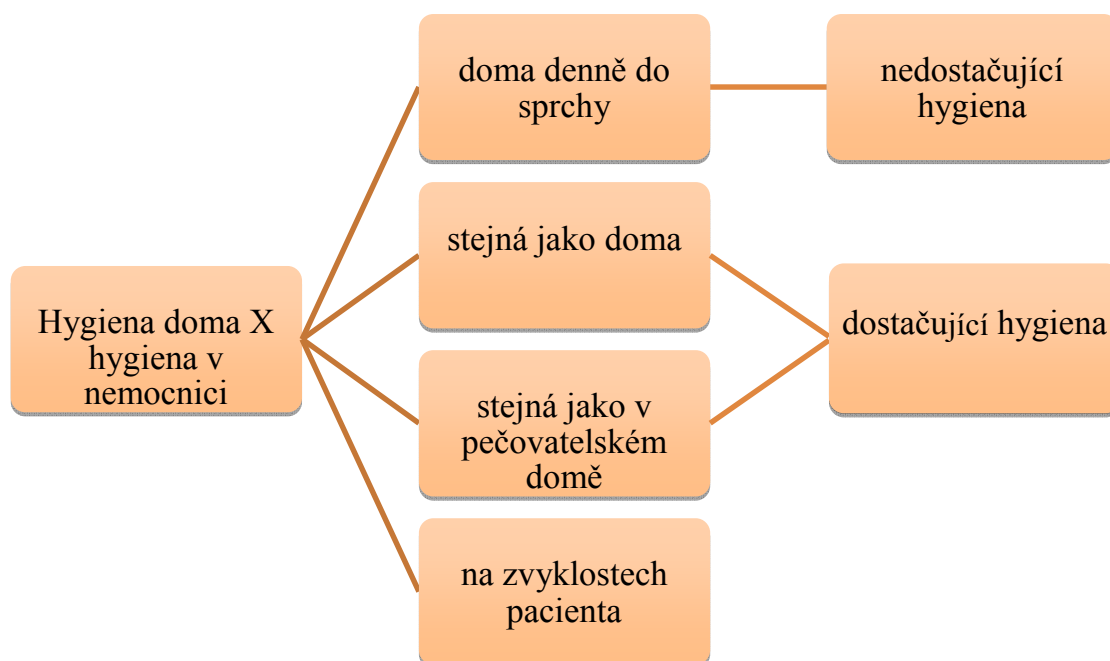
## 4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty

Schéma 8 Pocity pacientů versus prováděná hygiena



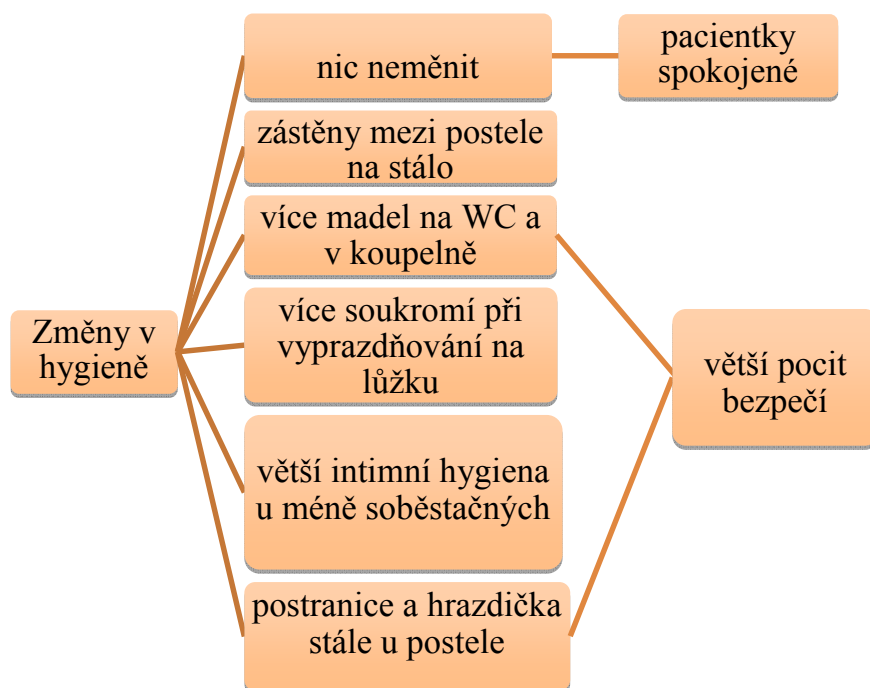
Dvě pacientky se cítí dobře při hygieně, pozitivně hodnotí respondentky i intimní hygienu ležících. Naopak pacientka, která potřebuje dopomoci s hygienou jen trochu, uvádí, že s intimní hygienou jí sestry nepomohou. Jedna pacientka považuje hygienu na lůžku jako nedostačující a druhá je naopak velmi spokojená.

Schéma 9 Porovnání hygieny doma a hygieny v nemocnici



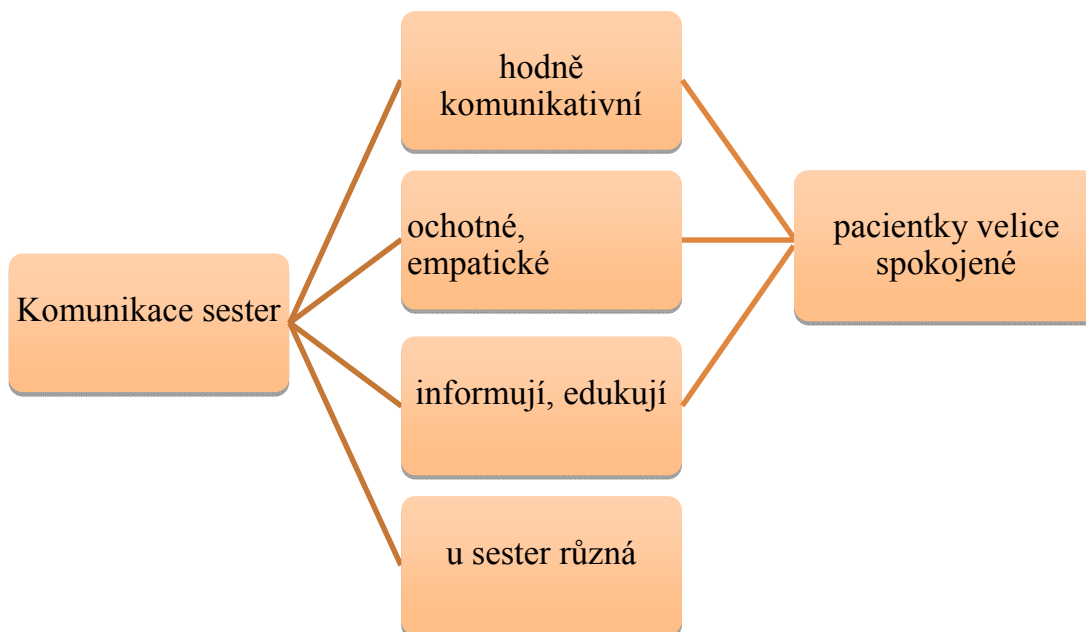
Dvě pacientky se shodly na tom, že hygiena pro ně není tak dostačující jako doma. V pečovatelském domě probíhá hygiena stejně jako na tomto oddělení, což vyhovuje jedné respondentce. Druhá respondentka je také spokojená, protože doma hygienu provádí úplně stejně jako v nemocnici.

Schéma 10 Přání pacienta o hygieně



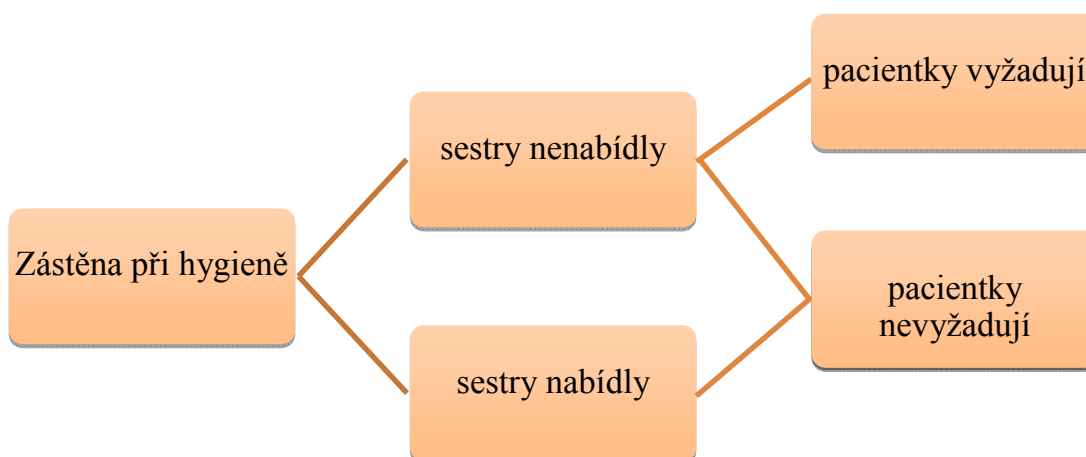
Dvě pacientky jsou spokojené a vůbec nic by neměnily, třetí pacientka by neměnila hygienu, ale způsob, jak zajistit její bezpečnost. Bezpečnost v podobě madel v koupelně a na WC by přivítala i další respondentka. Pacientky by uvítaly i více soukromí při vyprazdňování na lůžku. Další změnou u jiné pacientky, by byla pomoc při intimní hygieně.

Schéma 11 Hodnocení komunikace sester vůči pacientům



Pacientky hodnotí komunikaci ve větší míře kladně. Pouze jedna respondentka komunikaci hodnotí různě, a to podle povahy sester. Další hodnocení je pozitivní. Informovanost a edukace pacientek na oddělení funguje dobře.

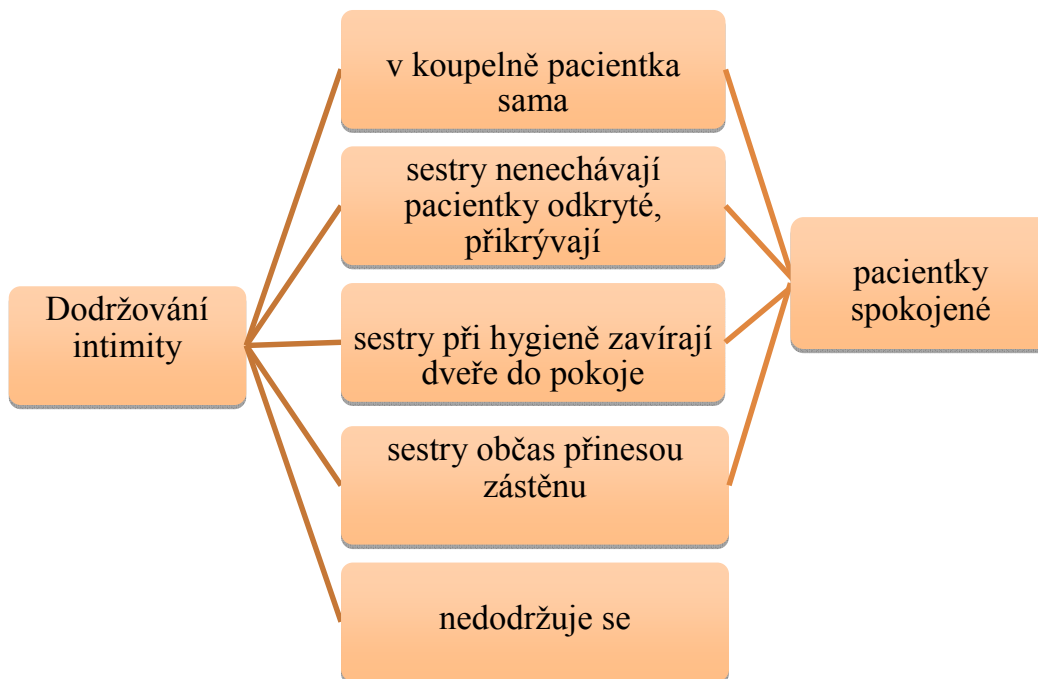
Schéma 12 Zajištění intimity zástěnou



Třem respondentkám zástěnu sestry vůbec nenabídlly, z toho jedna pacientka by zástěnu vyžadovala. Další čtyři pacientky zástěnu nevyžadují. Dvěma pacientkám sestry zástěnu nabídly, ale ony ji nevyžadovaly.



Schéma 13 Způsob zajištění intimity



Pouze jedna pacientka udává, že se intimita nedodržuje. Jinak jsou pacientky spokojené, shodly se, že při celkové koupeli se myjí samy jen s personálem. Sestry nenechávají respondentky po hygieně odkryté a přikrývají je. Dvě respondentky uvádí, že sestry zavírají dveře, když se provádí hygiena, občas sestry použijí i zástěnu.

## 5 Diskuze

Sestry, které se podílely na tomto výzkumu, vykonávají různě dlouhou praxi v nemocnici. Sestry na oddělení pracují od 2 do 21 let. Proto jsme očekávali, že odpovědi budou rozdílné, ale sestry se více méně shodovaly. Důvodem k podobným odpovědím sester jsou nejspíše stejné podmínky pro pracovní prostředí, ve kterém sestry pracují. Další věcí, která nás zajímala, byla odpověď na otázku, kolik pacientů má sestra při směně na starost. Všechny sestry odpověděly podle očekávání stejně, jak ukazuje schéma 1. Při denní směně se sestra stará přibližně o 9 pacientů, záleží na počtu hospitalizovaných. Pomocný personál je na oddělení pouze jeden. Domnívám se, že na jednu sestru je to velký počet pacientů, o které se musí postarat. V případě, že se sejde všech 9 pacientů nesoběstačných, kteří potřebují pomoci téměř se vším, musí být práce sestry hodně urychlená, a to může pacienta negativně ovlivnit. Podle mého názoru by větší počet personálu sestrám práci usnadnil.

Cílem práce bylo zjistit, jaký je názor sester na prováděnou hygienickou péči. Zdá se, že sestry jsou ze svého pohledu až nadměrně spokojeny. Hygienická péče se na oddělení provádí pravidelně, sestry uvádí hygienu jako dostačující a poctivě prováděnou. Jen jedné sestře se zdá být intimita pacientů lehce zanedbávaná. Jak sama uvedla: „*Jen s intimitou je to horší*“. Ostatní sestry nenašly žádný nedostatek, který by mohl úroveň hygieny zhoršit. Tyto odpovědi mě velice příjemně překvapily. Proto pacientům byla kladena otázka, jak se při hygieně cítí. Až na výjimku, kdy se pacientce hygiena na lůžku zdála nedostačující, byly pacientky spokojeny, při hygieně se cítily dobře až velice příjemně. Respondentka 4 si však stěžovala: „*Jen mi nikdo nepomůže s intimní hygienou a já ji sama moc dobře nezvládnou*“. Z toho tedy vyplývá otázka, jakým způsobem byla rozvinuta motivace pacientky. V kapitole 1.2 je uvedeno, že je vhodné pacienta namotivovat, aby zvládl hygienu sám. Pacientka si hygienu těla provede, jen intimní partie jí dělají problém. Proto by sestra měla pomocí motivačního procesu změnit chování pacientky a dosáhnout toho, aby si genitál zvládla umýt sama, pokud je její stav na tolik dobrý, aby tuto činnost zvládla. Pacientka by se tak stala

aktivním účastníkem péče a její soběstačnost by se mohla rychleji navrátit. Podle Archalousové (2003) má sestra podporovat pacientovu soběstačnost i při hygieně.

Sestrám byly položeny 2 otázky, které jsou zaměřeny na počet nesoběstačných pacientů, a tím i názor sester na počet personálu, který se má o pacienty starat. Nejvíce sester odpovědělo, že pacientů, kteří potřebují pomoci s péčí, jsou přibližně 2/3, S1 uvedla: *„Záleží na počtu hospitalizovaných pacientů. Počet pacientů se samozřejmě mění, a tím i počet nesoběstačných.“* Další odpověď zněla 95 % pacientů. Znamená to, že většina pacientů, kteří jsou na oddělení hospitalizováni, potřebuje dopomoci, ale péče u každého pacienta je rozdílná a individuální. S3 odpověděla: *„Především je velice rozdílná péče u různých pacientů. Některým stačí jen dopomoci a dovést je k umyvadlu nebo do koupelny. Jiní naopak potřebují celkovou péči a pomoc při hygieně.“* Zároveň počet personálu je podle sester nedostačující. Všechny sestry se shodly na tom, že personálu je málo a je přetížen. Například S4 se zmínila: *„Personál je přetížen, nároky na hygienickou péči jsou vysoké a personálu nedostatek. Spousta pacientů tu potřebuje pomoci a nás je tady málo.“* Podle S3 jsou sestry zaneprázdněny dokumentací: *„Máme hodně práce s péčí o pacienty a do toho nám stále více přibývá práce s dokumentací.“* V kapitole 1.5 je uvedeno, co všechno dokumentace sester musí obsahovat. Záznamové archy o provedené péči jsou na každém oddělení a sestra musí vyplnit spoustu dokumentace, a tím jí ubývá čas, který může trávit u pacienta. Podle sester jsou vysoké nároky na hygienu. Zamyslela jsem se nad tím, co tím přesně sestry myslí. Nároky na hygienu jsou vysoké v případě nesoběstačných pacientů, kdy je potřeba pomoci s celkovou péčí. *„V případě inkontinentního pacienta je hygiena ještě vyšší,“* uvádí S5. Nesoběstačných pacientů na oddělení bývá většina, jak sestry potvrdily a zároveň by uvítaly na směnu více sester. Větší počet personálu by mohl vyřešit problém s nedostatkem času sester.

Sestra by neměla zapomínat, že intimita pacienta odráží jeho sebeúctu a sebepojetí, a tak je důležité soukromí při hygieně dodržovat (Kozier, 1995). Proto jsme se zeptali, jaké mají sestry možnosti při dodržování pacientovy intimity. Schéma 8 ukazuje, kolik možností nám sestry nabídly. Čtyři sestry uvádí, že při koupeli bývá na koupelně pouze

jeden pacient, což pacienti potvrdili. „*Při mytí na lůžku se snažíme pacienta zakrývat, aby neležel na posteli nahý. Nenecháváme pacienty dlouho odkryté a bez pyžama,*“ uvedla S6. To je pro pacienty velice vhodné, jak je uvedeno v kapitole 1.6.7. S7 byla sebekritická a uznala, že intimita se nedodrží: „*Jak jsem již řekla, podle mě je dodržování intimity pacientů nedostačující. Byly by výhodné zástěny kolem každého lůžka. Při hygieně by se zástěny zatáhly a pacient by měl dostatečné soukromí.*“ Nejvíce se sestry shodly v tom, že při hygieně lze použít zástěnu, ale 5 sester hned dodalo, že se většinou neužívá. Proč tedy je zástěna k dispozici, když se nepoužívá? S3 odpověděla: „*Pacienti zástěny ani nevyžadují.*“ Otázkou je, jestli jim byla nabídnuta. Na to jsme se pacientů zeptali. R2 potvrdila, že jí sestry zástěnu sestry nabídly: „*Ano, stalo se mi, že mi zástěnu nabídly. Ale já ji nevyžaduji, je to zbytečné.*“ Třem respondentkám zástěna nabídnuta nebyla, z toho dvěma respondentkám to nevadilo, protože ji nevyžadovaly, ale R3 odpověděla: „*Nevím, jestli tady mají zástěny mezi postele, které by mohly přivést. Mně nikdo zástěnu nenabídl ani jsem ji tu neměla.*“ Názory sester i pacientů se liší. Záleží na pacientech a zároveň i na sestrách. Podle mého názoru by bylo vhodné do nemocnic zabudovat zástěny na stálo, a to mezi každou postel. Pacientů jsme se ještě zeptali, jakým způsobem sestry jejich intimitu dodržují a odpovědi jsou zaznamenány ve schématu 13. Nejvíce se pacientky shodly na tom, že v koupelně jsou při koupeli samy, jen s personálem, a to i v tom případě, že jsou tam sprchy dvě. Čtyři pacientky odpověděly, stejně jako sestry, že nezůstávají odkryté a sestry je přikrývají. Dvě respondentky uvedly, že při hygieně jsou vždy zavřené dveře, což je také velice důležitý bod pro dodržování soukromí. Jen jedna pacientka sdělila, že se intimita nedodrží. Po shrnutí získaných informací lze vyvodit závěr, že až na malé výjimky se na interním oddělení intimita pacientů dodržuje.

Podle Kozierové (1995) je péče o hygienu individuální a každý člověk ji určuje podle svých vlastností a zvyklostí. Proto jsme se zeptali sester, jak často se setkávají s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí. Tři sestry uvedly, že záleží na zvyklostech pacientů a jejich individuálním přístupu k hygieně. Další sestry odpověděly, že se s takovými pacienty setkávají 2-3x za měsíc. Otázkou je, proč pacienti nechtějí hygienu provést. Mohou to být problémy, které jsou uvedeny

v kapitole 1.1, ale S4 řekla: „*Setkala jsem se s tím, že mi říkají, že když leží v posteli, tak přeci nejsou špinaví a ani se umazat nemohou*“. S individualitou pacientů se v tomto případě musí počítat.

I když je podle sester hygienická péče na oddělení na dobré úrovni, zeptali jsme se, jak by si představovaly péči, pokud by byly nesoběstačnými pacientkami na tomto oddělení. Schéma 7 ukazuje odpověď sester, že by jim vůbec nevadilo ležet na oddělení jako nesoběstačný pacient, protože hygienická péče je prováděna dobře. Jako pacientky by uvítaly jen malé změny. Z dotazovaných sester řekly tři stejné odpovědi: „*Jen by mohla být celková koupel prováděna častěji, ale vím z vlastní zkušenosti, jak málo času na celkové koupele je, proto bych ji klidně zvládla jen jednou týdně.*“ Je pravda, že spousta lidí je zvyklá sprchovat se každý den, ne-li dvakrát denně. A pokud se takový člověk dostane do nemocnice jako nesoběstačný, jeho potřeba bude omezena (kapitola 1.2). Jen dvě sestry by uvítaly více soukromí při vyprazdňování na lůžku. Je velice diskutabilní, jak provést, aby měl pacient na lůžku při vyprazdňování více soukromí. Sestry nemají čas vozit každého pacienta s postelí na koupelnu, kde by byl při těchto soukromých činnostech sám. To potvrdila i S6: „*Asi bych uvítala více soukromí při vyprazdňování na lůžku, ale to bohužel v takovém počtu pacientů není možné.*“ Zástěna sice může zakrýt pacienta z dohledu ostatních, ale zvuky a pachy neschová. Pacienti by určitě uvítali větší soukromí při této intimní činnosti, která může člověka nepříjemně zostudit. Pro ostatní pacienty, kteří leží na pokoji, určitě také není příjemné, pokud se na pokoji jiný pacient vyprazdňuje. Další návrhy sester na zlepšení péče jsou různé, například zástěny mezi lůžka a více času na pacienty. Vhodné naplánování ošetrovatelského procesu může ušetřit trochu času pro sestru a pacienta. Pokud je ošetrovatelský proces dobře zpracován a realizace probíhá bez problémů, sestra by tedy svůj čas mohla ušetřit. V kapitole 1.6 je uvedeno, že sestra si musí svou práci rozvrhnout tak, aby péči o pacienta zvládla, nespíchala, a tím pacienta nezatížila.

Druhá část výzkumného souboru obsahuje rozhovory s pacientkami, které byly hospitalizovány na interním oddělení. Respondentky byly ve věku od 65 let do 85 let. Každá respondentka byla hospitalizována kvůli jiné diagnóze a každá potřebovala jinou

pomoc při hygienické péči. Pacientek jsme se ptali na pocity z hygieny, zda jim byla nabídnuta zástěna a jakým způsobem sestra dodržuje jejich intimitu. Tyto otázky jsme již rozebírali v souvislosti s odpověďmi sester.

Při provádění ošetrovatelského procesu ve fázi zhodnocení pacienta je vhodné, aby sestra zjišťovala i jeho zvyky při hygieně, a to nejen kvůli možnosti kožního onemocnění. Je totiž vhodné také stanovit, jak často je pacient zvyklý se mýt, a upozornit ho, jak hygiena probíhá v nemocnici (kapitola 1.6). Proto nás zajímalo, jaký rozdíl mezi hygienou pociťují pacienti doma a v nemocnici, odpovědi jsou zaznamenány ve schématu 9. Pacientky odpovídaly rozdílně, prý záleží na zvyku pacientů. *„Jak jsem již řekla, bydlím v pečovatelském domě, takže tam se myji u umyvadla každý den, stejně jako tady. Takže já jsem zvyklá takhle a tady je to obdobné, vlastně úplně stejné,“* odpověděla R4. Dvě respondentky se shodly, že jsou zvyklé z domova se mýt alespoň jednou denně ve sprše, proto se teď cítí být trochu omezeny. R3 uvedla: *„Pomocí žínky podle mě totiž hygiena nestačí. Ale zase existují lidé, kteří se nepotřebují mýt každý den. To už je na zvyku nás, pacientů, a sestry samozřejmě nemohou v tomto ohledu všem vyhovět a jít s námi do sprchy pokaždé, když si vzpomeneme.“*

I když pacientky byly poměrně spokojené s hygienickou péčí, zeptali jsme se, co by si přály na hygieně v nemocnici změnit. Na tuto otázku odpověděly stejně tři pacientky, a to tak, že by vůbec nic neměnily, jsou takto spokojené. Ostatní respondentky přece jenom našly malé nedostatky, které by chtěly změnit, jak ukazuje schéma 10. Pro větší pocit bezpečí by R3 uvítala více madel na WC a v koupelně. Cítila by se potom bezpečněji. R5 by pro svou bezpečnost uvítala postranice, jak sama řekla: *„Jen jsem si zvykla a JIP, že jsem tam měla hrazdičku a postranici na posteli a tady to nemám. Je to pro mě nezvyk a bojím se, abych nepadla. Tak to jediné bych chtěla změnit, ale to nemá s hygienou nic společného, jde jen o můj pocit bezpečí.“* Ale i pocit bezpečí patří mezi základní lidské potřeby a sestry by ho měly respektovat. Podle mého názoru by i ostatní pacienty uvítaly hrazdičku, pomocí které se mohou posadit. Sestru by mělo napadnout, že pacientka, která je trvale na lůžku, bude cítit pocit nejistoty, pokud nebude chráněná.

Proto by sestra ležícím pacientům měla postranice automaticky zvedat. Pacientky by ještě uvítaly zástěny mezi každou postel napevno, a tím by byla vyřešena intimita pacientů. Další změnou, kterou by R3 uvítala, je více soukromí při vyprazdňování na lůžku. R4 by chtěla dopomoci s intimní hygienou, kterou sama prý nezvládne. Ale na druhou stranu udává: „*Mám zavedený PMK a o ten se mi starají moc dobře*“. Jiné změny by pacientky nepotřebovaly. Podle mého názoru sestry dělají maximum pro zajištění vhodné péče pro pacienty. R5 neřekla sestřám, že by chtěla postranice a hrazdičku, aby se cítila bezpečněji, a to je problém v komunikaci mezi pacientkou a sestrou. Sestra může pacientovy problémy řešit, ale musí se o nich dozvědět. Subjektivní pocity musí pacienti sestře sdělit, aby mohla jeho stav zlepšit. K řešení problémů je samotná komunikace nejlepší (kapitola 1.1).

Podle Tóthové (2009), je komunikace mezi sestrou a pacientem nezbytná, neopakovatelná a nejdůležitější při ošetrovatelské činnosti. Proto jsme se zeptali respondentek, jaká je komunikace sester při hygienické péči. Jen jedna odpověděla neutrálně, a to s tím, že je rozdíl, jaká sestra zrovna přijde. Záleží na osobnosti a vzájemné komunikaci. Pokud sestra udělá chybu v komunikaci s pacientem, jako udává R4, na pacienta to může působit negativně. „*Bohužel se mi i stalo, že sestry odcházely z pokoje, kde prováděly hygienu u paní vedle, a při odchodu za dveřmi ji začaly pomlouvat. To se mi nelíbilo, ale paní to naštěstí neslyšela, slyšela jsem to jen já. Ale i tak je to nepříjemné.*“ Jinak si respondentky na komunikaci sester vůbec nestěžují, právě naopak. Sestry jsou hodně komunikativní, ochotné a empatické. V kapitole 1.6.1 je uvedeno, že před samotnou hygienou je nejdůležitější edukace pacienta, vysvětlit mu, co se bude dělat a jak se pacient může zapojit. R2 uvedla: „*Při hygieně nám vždycky všechno vysvětlí, nedělají nic tak, aby byl člověk vyplašený a bál se. Je důležité, aby sestry říkaly dopředu, co budou dělat a taky to přesně tak funguje.*“

Domnívám se, že většina sester i pacientů se shodují na prováděnou hygienu, jinde se názory naopak úplně liší. Záleží na osobnosti pacienta i sestry, ale hlavně na diagnóze a zdravotním stavu pacienta. Celkově si myslím, že výsledky rozhovorů dopadly dobře a sestry hygienu provádí dostatečně. Podle mého názoru si sestry umí

svou práci řádně naplánovat a provést tak, aby byly splněny potřeby pacienta. Sestry pacienty řádně edukují, a to na pacienty působí velice kladně. Pohled sester na hygienu jsme získali a podle odpovědí pacientů můžeme konstatovat, že hygienická péče se provádí pro blaho pacienta.

Na základě výsledků by se mohlo zlepšit dodržování intimity pacientů, kteří jsou na oddělení hospitalizováni. Domnívám se, že většina pacientů by uvítala vyprazdňování na lůžku v soukromí, i když svůj názor pacienti nevyjádří. Další vhodnou změnou by mohl být dostatek personálu, který by mohl mít více času na pacienty.



## 6 Závěr

Hygiena je pro člověka nepostradatelnou životní činností, která souvisí s jeho sebeúctou, psychikou, ale i potřebou být čistý. V teoretické části se zabýváme hygienou samotnou, která je při hospitalizaci pacientů na denním pořádku. Vzali jsme v úvahu i pacientovy potřeby, problémy, které se mohou vyskytnout při prováděné hygienické péči, ale i komunikaci, která je velkou součástí vztahu mezi sestrou a pacientem, a také ošetrovatelský proces, bez kterého by činnost sester nemusela být správně promyšlena a prováděna. Zmiňujeme se i o důležité dokumentaci, která je součástí každodenních povinností sester. Ve výzkumné části jsme se zaměřili na hygienu pacientů nesoběstačných, nebo méně soběstačných, kteří potřebují alespoň nějakým způsobem pomoci. Vzali jsme v úvahu i druhý pohled, a to jak vidí hygienickou péči sestry, které pacientům pomáhají.

Prvním cílem našeho výzkumného šetření bylo zjistit, zda se hygienická péče provádí pro blaho pacienta a nestala se rutinní záležitostí, kterou je nutnost provést. Z našeho šetření plyne, že pacienti si ve větší míře nemohou stěžovat na hygienu, která je jim prováděna. Po hygieně se cítí dobře a styl a častá péče jim většinou vyhovují. Pacienti si vážící péče, která je jim poskytnuta. Na schématu 10 je vidět, jaké změny by při péči pacienti uvítali. Zároveň velice chválí komunikaci sester, která je pro ně důležitá kvůli pocitu jistoty a informovanosti. Výzkum byl zaměřen i na intimitu, která se podle pacientů dodržuje, ale objevily se nepatrné mezery, které by bylo vhodné vyřešit. Nejlepším řešením, podle pacientů i sester, by byly pevné zástěny, které by se mohly kdykoliv zatáhnout, a pacient by měl alespoň pocit soukromí.

Druhý cíl by zaměřen na názor sester a jejich pohled na prováděnou hygienu. Z výzkumu, který byl prováděn na lůžkovém oddělení, vyplývá, že sestry ve většině případů mají velice kladný názor na péči. Podle jejich názoru je hygiena na oddělení, a to i s velkým počtem nesoběstačných pacientů, na velice dobré úrovni a je o ně výborně postaráno. Na čem se všechny sestry shodly, je nízký počet personálu a hodně práce v kompetenci sester.

Výsledky tohoto výzkumu mohou vést k zamyšlení nad počtem personálu, který bývá na většině lůžkových odděleních zaneprázdněn, a velkou sesternskou pracovní náplní po celý den péče o pacienty. Ke zkvalitnění pocitu soukromí pacientů při hygieně by bylo vhodné používat pokaždé zástěnu, nebo zajistit zástěny pevné.

Z výzkumu bakalářské práce vyplývá, že hygienická péče se musí provádět dle standardu. Nejde totiž jen o jeho dodržení, ale i o etické, psychické a lidské zásady. Problém však spočívá v tom, že pro kvalitní hygienickou péči je nutné mít více času podmíněného dostatkem personálu.

Výzkum by se mohl v praxi využít jako zamyšlení pro sestry kvůli správnému provádění hygienické péče a další sesternské práce, která k hygieně neodmyslitelně patří. Práce sester by se mohla zdokonalit, pokud budou mít sestry dostatek času. Problém s nedostatkem personálu by se měl vyřešit v personálním managementu.

## 7 Použité zdroje

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003, 99 s. ISBN 80-86225-33-x.

ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a Zuzana SLEZÁKOVÁ. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2005, 107 s. ISBN 80-86225-63-1.

BLÁHA, Karel, Marta STAŇKOVÁ, Lubomír VONDRÁČEK a Miloslav LUDVÍK. *Sestra a pacient: (komunikace v praxi)*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004, 67 s. ISBN 80-7013-388-0.

BOGE, Jeanne. Nursing Philosophy: Bodily cleanliness in modern nursing. *Nursing Philosophy: Bodily cleanliness in modern nursing*. 2013, č. 14, s. 78-85.

BUŽGOVÁ, Radka a Ilona PLEVOVÁ. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004, 160 s. ISBN 80-7333-028-8.

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. 4. nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

DINC, Leyla. International journal of nursing practice: Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care. *International journal of nursing practice*:

*Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care.* 2013, č. 19, s. 81-87.

DVOŘÁKOVÁ, Michaela. Ošetrovatel'stvo a Bazálna stimulácia: Reakce pacientů na Bazální stimulaci. *Sestra*. 2013, 9-10.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, K., *Co přináší aplikace konceptu Bazální stimulace do přímé péče u poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb*. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha, 2005-. ISSN 1801-1349. 12 x ročně.

FRIEDLOVÁ, K. *Recenze článku Reakce pacientů na Bazální stimulaci autorky M. Dvořákové*. *Sestra a lékař v praxi: časopis pro sestry, lékařů a iných zdravotnických pracovníků*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2006-. ISSN 1335-9444. 6x ročně.

FRANCOVÁ, Monika. *Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví. Jednorázové pomůcky ve zdravotnictví* [online]. 2012, roč. 2012, č. 4 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jednorazove-pomucky-ve-zdravotnictvi-464372>

HERDMAN, T. *Ošetrovatelské diagnózy: definice & klasifikace : 2012-2014 = Nursing diagnoses : definitions and classification : 2012-2014*. 1. české vyd. Přeložil Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2013, xxxiii, 550 s. ISBN 978-80-247-4328-8.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

JÍLKOVÁ, Jana. Intimní hygiena – choulostivé téma, ale i nutná prevence hemoroidů. *Intimní hygiena – choulostivé téma, ale i nutná prevence hemoroidů* [online]. 2012, roč. 2012, č. 9 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/intimni-hygiena-choulostive-tema-ale-i-nutna-prevence-hemoroidu-467266>

JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3., dotisk. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006, 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

KOPECKÁ, Katarína a Magdaléna KORCOVÁ. *Zdravotnícka etika*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008, 119 s. ISBN 978-80-8063-278-6.

KOZIEROVÁ, Barbara, Glenora ERBOVÁ, Rita OLIVIEROVÁ a Tibor BAŠKA. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. slov. vyd. Martin: Osveta, 1995, 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

LYČKOVÁ, Květuše. Nadstandardní pomůcky pro ošetrování nemocných. *Nadstandardní pomůcky pro ošetrování nemocných* [online]. 2000, roč. 2000, č. 3 [cit. 2014-11-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/nadstandardni-pomucky-pro-oseetrovani-nemocnych-126233>

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

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd., V této podobě 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.

Multimediální trenažer plánování ošetrovatelské péče. *Multimediální trenažer plánování ošetrovatelské péče: Aktivita - odpočinek/sebepéče/deficit sebepéče při koupání a hygieně* [online]. [15.1.2007] [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/oseetrovatelske-diagnozy.aspx?id=108>

PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Přeložil Hana Horová. Praha: Grada Publishing, 2006, 149 s. ISBN 80-247-1211-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

POKORNÁ, Renata. Hygiena provozu zdravotnických zařízení - nejčastější chyby. *Hygiena provozu zdravotnických zařízení - nejčastější chyby* [online]. 2010, roč. 2010, č. 11 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hygiena-provozu-zdravotnickych-zarizeni-nejcastejsi-chyby-455743>

POLS, Jeannette. Nursing Philosophy: Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care. *Nursing Philosophy: Washing the patient: dignity and aesthetic values in nursing care*. 2013, č. 14.

ROZSYPALOVÁ, Marie a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002, 231 s. ISBN 80-86073-96-3.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.

SMRČKOVÁ, Marcela a Eva PAVELKOVÁ. Hygienické zásady při provádění pedikúry. *Hygienické zásady při provádění pedikúry* [online]. 2013, roč. 13, č. 10 [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/hygienicke-zasady-pri-provadeni-pedikury-472272>

STAŇKOVÁ, Marta. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 66 s. ISBN 80-7013-283-3.

TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 164 s. ISBN 80-247-0911-2.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014, 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 228 s., 24 s. obr. příl. ISBN 978-80-247-3419-4.

WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Vyd. 1. české. Přeložil Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-x.

ZACHAROVÁ, Eva. Specifika komunikace sestry a pacienta v klinické praxi. In: *Ostravská univerzita v Ostravě* [online]. Ostrava, 2010 [cit. 2014-11-18]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/643.pdf>

ZAJÍC, Pavel. Zdravotnictví a medicína: Odmítnutí ošetření z důvodu špatné hygieny pacienta. *Zdravotnictví a medicína: Odmítnutí ošetření z důvodu špatné hygieny pacienta* [online]. 2011, 23/2011 [cit. 2014-12-17]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/odmitnuti-osetreni-z-duvodu-spatne-hygieny-pacienta-462430>

## **8 Seznam příloh**

- 1 Rozhovor – otázky pro sestry
- 2 Rozhovor – otázky pro pacienty
- 3 Přepis rozhovorů se sestrami
- 4 Přepis rozhovorů s pacienty



## Příloha 1

### **Rozhovor – otázky pro sestry**

1. Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?
2. Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?
3. Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?
4. Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?
5. Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?
6. Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?
7. Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

## Příloha 2

### **Rozhovor - otázky pro pacienty**

1. Jak se cítíte při hygieně?
2. Jaký pocitujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?
3. Co byste na hygieně v nemocnici změnila?
4. Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?
5. Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?
6. Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

## **Přepis rozhovorů se sestrami**

### Sestra č.1

Sestra číslo 1 na tomto oddělení pracuje 5 let. Její praxe je přibližně 20 let v nemocničním zařízení. Ve své práci je spokojená, na oddělení se jí líbí. Toto oddělení jí vyhovuje kvůli dostatku práce, a proto sestře směna uteče rychle a nenudí se. Sestra spolupracovala a na otázky odpovídala bez problémů a bez zdráhání.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S1: *„Denní směna představuje přibližně devět pacientů na jednu sestru. K sobě mají sestry na oddělení jednu sanitární pracovníci, která pomáhá. Při hygieně bychom se bez sanitární pracovníce neobešly, hlavně po ránu je spousta práce, a tím je hygienická péče rychlejší.“*

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S1: *„Myslím si, že prováděná hygienická péče na našem oddělení je vysoká. Hygienu provádíme pečlivě a pravidelně. Ranní hygienu provádíme každý den u každého pacienta, jednou týdně proběhne ještě velká koupel ve sprše u nesoběstačných pacientů. Soběstační pacienti, kteří nepotřebují pomoc, se mohou jít vysprchovat, kdykoliv se jim bude chtít. Intimní hygiena u inkontinentních pacientů se provádí také pravidelně, několikrát denně a podle potřeby pacienta.“*

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S1: *„To je různé, záleží na počtu hospitalizovaných pacientů. Počet pacientů se samozřejmě mění, a tím i počet nesoběstačných. Ale přibližně to bývá tak, že 2/3 z celkového počtu pacientů potřebují pomoci s hygienickou péčí.“*

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S1: *„Personál je hodně přetížen. Pacientů, kteří potřebují pomoci, je hodně a personálu málo. Nároky na hygienickou péči jsou vysoké a personálu je nedostatek. Podle mého názoru bychom potřebovaly více personálu, a to jak sester, tak sanitárek.“*

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S1: *„Při celkové koupeli je v koupelně přítomen pouze jeden pacient a personál, který pomáhá při mytí. Pokud se péče provádí na lůžku na pokoji, lze využít zástěnu, která rozdělí pokoj, a pacienti se mezi sebou nevidí. Je ale pravda, že se zástěna při každé hygieně nepoužívá.“*

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S1: *„To je úplně individuální podle pacientů, kteří jsou hospitalizováni. Občas pacienti nemají vůbec problém a někdy se setkáváme i s tím, že se pacienti vůbec mýt nechtějí. Ale přibližně to bývá 2-3x za měsíc.“*

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S1: *„Já bych žádné velké změny nepotřebovala. Možná bych uvítala více času na pacienty a ve všech pokojích bezbariérové koupelny.“*

## Sestra č.2

Sestra s číslem 2 na oddělení pracuje 2 roky. Na toto oddělení nastoupila hned po vystudování školy. Na oddělení se jí líbí, ale postupem času by chtěla oddělení změnit, aby získala i jiné zkušenosti pro svoji praxi. Sestra byla ochotná odpovídat na všechny otázky.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S2: *„Počet na jednu směnu přes den činí 1 sestra na 9 pacientů a ještě jedna sanitárka. Sanitárka je na oddělení jedna, a tak má na starosti přibližně 27 pacientů, samozřejmě podle počtu hospitalizovaných pacientů na oddělení.“*

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S2: *„Podle mě je poskytovaná péče nadstandardní. Pacientům se hygienická péče provádí dvakrát denně, a navíc podle potřeby pacienta. A každý týden se pacientům vykonává celková hygienická péče v koupelně. Proto si myslím, že je dostačující.“*

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S2: „Počet méně soběstačných, nebo nesoběstačných pacientů se mění, ale přibližně 2/3 hospitalizovaných pacientů potřebuje nějakým způsobem pomoci s hygienou, ať už jde o celkovou péči, nebo jen o péči intimních partií. Každopádně pacientů, kteří potřebují pomoc, je na oddělení mnoho.“

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S2: „Počet personálu na prováděnou hygienickou péči pacientů je nedostatečný. Potřebovaly bychom méně práce, nebo více personálu, abychom vše stíhaly bez chvátání.“

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S2: „Například na pokoji lze použít zástěnu, která od sebe oddělí pacienty, nebo si pacienta přesuneme na koupelnu. Na koupelně je vždy jen jeden pacient a na dveře se umísťují cedulky s nápisem OBSAZENO. Myslím si, že intimita pacientů je zde dodržována v míře odpovídající daným podmínkám a pacienti si nestěžují.“

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S2: „To přesně odpovědět nemůžu. Občas se stává, že pacient hygienu odmítne. Hlavně záleží na lidech, jak často se chtějí vykoupat a jak jsou zvyklí z domova.“

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S2: „Žádné změny bych nedělala a přesně takhle bych si představovala, aby se o mě v případě nesoběstačnosti starali. Jak jsem již řekla, podle mého názoru je tady hygienická péče nadstandardní, a proto bych změny nedělala a klidně bych byla pacientkou na tomto oddělení.“

### Sestra č. 3

V pořadí třetí sestra pracuje na oddělení 21 let. Svou práci začala vykonávat po vystudování školy a doufá, že ji neopustí. Jak sestra sama říká, občas je práce náročná a vyčerpávající, ale nedovede si představit, že by byla zaměstnaná někde jinde. Sestra nejdříve rozhovor provádět nechtěla, ale po vysvětlení a uklidnění, že nejde o zjišťování vědomostí, ale jen o anonymní společné povídání, souhlasila.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S3: „*Sestry na denní směnu jsou tři, plus jedna sanitárka. Noční směnu slouží jedna sestra společně s jednou sanitárkou. Více sester by se určitě během dne zaměstnalo.*“

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S3: „*Podle mého je prováděná péče na velice dobré úrovni. Myslím si, že pro pacienty je péče dobrá a dostačující.*“

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S3: „*Počet pacientů se samozřejmě mění a nejde stoprocentně říci, kolik takových pacientů je. Počet se odlišuje změnou zdravotního stavu pacientů, ale přibližně dopomoci potřebuje 95% pacientů z celého počtu hospitalizovaných. Především je velice rozdílná péče u různých pacientů. Některým stačí jen dopomoci a dovést je k umyvadlu nebo do koupelny. Jiní naopak potřebují celkovou péči a pomoc při hygieně.*“

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S3: „*Počet personálu je nedostačující. Máme hodně práce s péčí o pacienty a do toho nám stále více přibývá práce s dokumentací. Hlavně o víkendech máme mnoho práce, protože náš počet je ještě snížený.*“

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S3: „*Podle mě jsou dobré. Je možné využít zástěny mezi postele, ale zase tak často se nepoužívají, protože na to není čas. Pacienti zástěny ani nevyžadují.*“

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S3: „*S pacienty, kteří nechtějí hygienu provádět vůbec, se setkávám často. Nejčastěji to bývají pacienti starší, kteří nemají rádi jakýkoliv pohyb a povinnost cokoli dělat. Pro nás je však nutné hygienu provést, proto koupel může být individuálně posunuta.*“

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S3: „*Pokud bych měla být pacientkou na tomto oddělení, asi bych žádné velké chyby neviděla. Péče by mi vyhovovala taková, jaká je. Jen by mohla být celková koupel prováděna častěji, ale vím z vlastní zkušenosti, jak málo času na celkové koupele je,*

*proto bych ji klidně zvládla jen jednou týdně. O intimní hygienu je postaráno, o obličej a dutinu ústní také, a to je nejdůležitější.“*

#### Sestra č.4

Sestra s číslem 4 pracuje na tomto oddělení 10 let. Je to její již druhé oddělení, kde pracovala, a jak sama udává, také nejlepší. Práce jí tu vyhovuje, ale je náročná. Celý život by na tomto oddělení pracovat nechtěla, bála by se syndromu vyhoření.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S4: *„Jedna sestra má tady na oddělení na starosti 9 pacientů, o které se stará. Sanitárku tu máme jednu, která má na starost všech 27 pacientů. Celkově je nás tu 11 sester a 4 sanitárky jako pomocný personál.“*

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S4: *„Podle mého názoru je tady hygiena na velmi vysoké úrovni. Provádí se tu pravidelně, každý den ráno se vykonává u nesoběstačných pacientů poctivá hygiena na lůžku. Podle mého tady na hygienu dbáme.“*

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S4: *„Máme tu pacienty, které potřebují jen dopomoci s hygienou, ale samozřejmě i úplně nesoběstačné pacienty. Je jich tu většina, řekla bych přibližně tak 2/3 z celého počtu pacientů na oddělení. Nemám to ale spočítané, abych to věděla přesně.“*

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S4: *„Tuto otázku tu řešíme stále. Personál je přetížen, nároky na hygienickou péči jsou vysoké a personálu je nedostatek. Spousta pacientů tu potřebuje pomoci a nás je tady málo. Když jsou tady studentky, tak alespoň máme méně práce, protože je znát každá ruka, která je schopna pomoci.“*

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S4: *„Intimitu pacientů dodržujeme tak, že při koupeli je v koupelně přítomen pouze jeden pacient a s ním personál. Při hygieně je možné využít zástěnu, která opticky pokoj rozdělí. Moc ji ale nepoužíváme, protože jsou přenosné a netaháme je z jednoho pokoje do druhého. Chtělo by to pořídit takové ty zástěny přidělané na stálo.“*

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S4: „*Stává se to přibližně tak 3x za měsíc, ale není to pravidlem. Nevím, proč se lidé nechtějí vykoupat. Setkala jsem se s tím, že mi říkají, že když leží v posteli, tak přeci nejsou špinaví a ani se umazat nemohou. Takže to záleží na tom, koho tu zrovna máme.*“

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S4: „*Myslím si, že by mi nevadila péče taková, jaká tu je. Snažíme se s pacienty vycházet dobře, staráme se tu o ně dobře, veškerý personál se snaží lidem hospitalizaci co nejvíce zpříjemnit, takže si myslím, že bych si sem klidně lehla.*“

Sestra č.5

Pátá sestra je na oddělení 5 let, nyní se vrátila po mateřské dovolené a v práci není spokojená. Říká, že by potřebovala změnu, práce na tomto oddělení je pro ni náročná. Rozhovor poskytovala bez problémů a s důvěrou.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S5: „*Na oddělení má jedna sestra na starost 9 pacientů, takže na denní směnu jsou tu 3 sestry. Sanitárka tu je na denní směnu jedna, takže má na starost všech 27 pacientů. Je to poměrně hodně, práce se stíhá jen ve velmi rychlém tempu.*“

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S5: „*Podle mého názoru je úroveň hygieny vysoká. Provádí se koupele, kdy je jednou týdně odvezen pacient na centrální koupelnu a tam řádně vysprchován. Každý den je prováděna ranní a večerní hygiena, kdy se jedná o umytí obličeje, rukou, zad a genitálu a dále podle potřeby pacienta. V případě inkontinentního pacienta je hygiena ještě vyšší.*“

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S5: „*Nesoběstační většinou bývají tak 2/3 pacientů z celkového počtu na oddělení. Máme tu hodně pacientů, kteří potřebují při hygieně nějakým způsobem pomoci.*“

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?



S5: *„Počet personálu při službě je velice nízký. Nároky na hygienu jsou vysoké, zvláště u imobilních pacientů. A to máme ještě spoustu práce s dokumentací pacienta, která nám zabere možná ještě více času než sám pacient. Celý den člověk jen kontroluje dokumentaci a pak nemá čas ani za pacientem dojít a popovídat si s ním.“*

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S5: *„Při hygieně je možné použít zástěnu, aby byl pacient alespoň trochu v soukromí. Ty se ale moc často nepoužívají. Dále při velkém koupání bývá na koupelně pouze jeden pacient s personálem.“*

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S5: *„S tímto problémem se setkáváme velmi často, musíme hodně přemlouvat, aby se pacienti chtěli vykoupat. Někteří se opravdu neradi myjí, i když vůbec nevím proč.“*

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S5: *„Podle mého bych chtěla, aby se více používaly zástěny mezi lůžkem. Jiné výhrady bych nejspíše neměla. Myslím si, že hygiena je u nás na dobré úrovni.“*

#### Sestra č.6

Sestra s číslem 6 pracuje na oddělení 7 let. Ve své práci je poměrně spokojena, ale práce je náročná. Byla ochotná rozhovor poskytnout.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S6: *„Na denní směnu, která má 12 hodin, pracují 3 sestry a 1 sanitárka na celé oddělení. Při noční směně, která má také 12 hodin, je na oddělení 1 sestra a 1 sanitárka. Poměrně málo na takový počet pacientů.“*

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S6: *„Podle mého názoru poměrně dobrá. Hygienická péče se provádí pravidelně, pacientům to nejspíše také takhle vyhovuje, protože nikdo nic neříká. Kdyby byl nějaký problém, určitě by se ozvali. Myslím si, že více péče a hygieny by pacienti ani nepotřebovali.“*

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S6: „Je to různé, ale většinou pomoc potřebují. Přibližně bych řekla, že asi 95% pacientů potřebuje nějakým způsobem pomoci při hygieně. I podání umyvadla se počítá za pomoc, takže takových lidí je opravdu hodně.“

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S6: „Počet personálu je stoprocentně nedostačující. Práce máme opravdu hodně, pacientů je také dost a personálu málo. Jako sestry máme hodně práce s dokumentací, s plněním ordinací a potom sanitárka má sama provést celkovou koupel. Je to hodně vyčerpávající pro všechny.“

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S6: „Myslím si, že dobré. Dá se využít zástěna mezi postele. Při mytí na lůžku se snažíme pacienta zakrývat, aby neležel na posteli nahý. Nenecháváme pacienty dlouho odkryté a bez pyžama.“

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S6: „Jak kdy, nemohu říci přesněji. Ale záleží na zvyklostech pacientů. Hodně záleží na tom, jak se pacienti myjí doma. Každý má jiné zvyky.“

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S6: „Já bych chtěla, aby se o mě sestry staraly tak, jako se staráme my o pacienty. Asi bych uvítala více soukromí při vyprazdňování na lůžku, ale to bohužel v takovém počtu pacientů není možné.“

#### Sestra č.7

Sedmá sestra na oddělení pracuje 3 roky. Po vystudování VŠ šla pracovat rovnou na toto oddělení. Je tu spokojená, ale říká, že je tu opravdu hodně práce. Sestra byla ochotná na otázky odpovídat.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S7: „Na denní směnu tu sloužíme 3 sestry a 1 sanitárka na celé oddělení. Při noční směně slouží pouze jedna sestra a jedna sanitárka na oddělení.“

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S7: „Myslím si, že úroveň hygienické péče, která se u nás provádí, je dobrá. Pacienty kontrolujeme každý den, imobilní pacienty několikrát denně. Hygienu intimních partií provádíme podle individuální potřeby pacienta. Myslím si, že více bychom pro naše pacienty udělat nemohly. Jen s intimitou je to horší.“

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S7: „To nedokážu říci úplně přesně, ale přibližně tak 95%. Hlavně záleží na pacientech, kteří jsou hospitalizováni a na jejich mobilitě. Ale z větší části tady máme pacienty, kteří nějakým způsobem s hygienou potřebují pomoci.“

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S7: „Počet personálu je na oddělení naprosto nedostačující. Oddělení máme poměrně velké, pacientů tu máme hodně a personálu málo. Personál stíhá jen se zapojením velké rychlosti při práci.“

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S7: „Jak jsem již řekla, podle mě je dodržování intimity pacientů nedostačující. Byly by výhodné zástěny kolem každého lůžka. Při hygieně by se zástěny zatáhly a pacient by měl dostatečné soukromí. Ale zástěnu tady máme jen pojízdnou a ta se při hygieně moc nepoužívá. Je obtížné ji vozit z pokoje na pokoj a ještě jich nemáme tolik, abychom je daly kolem každé postele na pokoji.“

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S7: „S pacienty, kteří nechtějí hygienu provádět, se setkáváme často. Musíme je přemlouvat, abychom je dostali do koupelny bez dohadování. Nevím, proč nechtějí, přitom se musí po koupeli cítit dobře. Ale prostě se stává, že se nechtějí mýt.“

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S7: „Já bych s prováděnou hygienou byla spokojená. I jako imobilní pacient bych byla ráda, že se pravidelně provádí intimní hygiena. Možná bych uvítala jako imobilní častější celkovou koupel. A hlavně větší dodržování intimity. Ta se podle mě opravdu nedodržuje a je nedostatečná. I při vyprazdňování na lůžku nejsou pacienti v soukromí. Já osobně bych se nechtěla vyprazdňovat před celým pokojem. Chtělo by to vymyslet

*nějaké řešení. Možná odvážet pacientky na koupelnu, kde by byly samy, ale to je z časových důvodů asi nemožné.*“

#### Sestra č.8

Sestra s číslem 8 na oddělení pracuje 8 let. Již dříve pracovala na jiném oddělení a nyní se nachází na tomto oddělení. S prací je spokojená, kolektiv i pacienti jí vyhovují, proto říká, že je oddělení pro ní jako dělané. Na otázky odpovídala ochotně a pohotově.

T: Kolik sester a pomocného personálu na oddělení připadá na počet pacientů?

S8: *„Přes den tu pracujeme 3 sestry na dvanáctihodinové směně s jednou ošetřovatelkou. Přes noc tu je jedna sestra a jednou ošetřovatelkou.“*

T: Jaká je podle Vás úroveň prováděné hygienické péče?

S8: *„Podle mého názoru je hygienická péče velmi dobrá. Pacienti se berou jednou týdně do vany. Máme tu dobré hygienické pomůcky. Pacienti jsou nejspíše spokojeni.“*

T: Kolik máte na oddělení pacientů, kteří potřebují pomoci s hygienou, nebo jsou nesoběstační?

S8: *„Bývá to převážně většina pacientů. Je to rozdílné podle toho, jaké tu máme hospitalizované pacienty, ale většinou tu máme hodně pacientů, kteří potřebují jakkoliv pomoci.“*

T: Jaký máte názor na počet personálu při provádění hygienické péče?

S8: *„Počet personálu je tu malý. Nedostatek personálu je vidět i na službách, často se střídáme, potřebovaly bychom více sester při směnách. To je náš neustálý problém. Sester je málo.“*

T: Jaké možnosti máte při dodržování intimity pacientů?

S8: *„Já si myslím, že intimita je tu přiměřená. Ve sprchách jsou oddělené boxy, aby měli pacienti soukromí. Máme tu vanu pro imobilní, bariérový pokoj pro vozičkáře a je možné použít zástěny mezi postele. Takže si myslím, že prostředků na dodržení intimity, je dostatek.“*

T: Jak často se setkáváte s pacienty, kteří hygienu provádět vůbec nechtějí?

S8: *„Bývá to průměrné. Podle toho, jak jsou pacienti zvyklí z domova. Každý má na hygienu jiný názor, a tím je rozdílná i potřeba hygienické péče.“*

T: Jak byste chtěla, aby vypadalo poskytování hygienické péče v případě, že byste byla nesoběstačnou pacientkou na vašem oddělení?

S8: *„Já bych byla asi s naší péčí poměrně spokojená. Možná bych snesla častější provádění celkové koupele ve vaně. Ale jinak bych neviděla žádné problémy.“*

## Příloha 4

### Přepis rozhovorů s pacienty

#### Respondentka č.1

První respondentka je žena ve věku 84 let. Na oddělení je hospitalizována 8 dní, neví přesnou diagnózu, ale přestala najednou chodit a mluví jen s velkými obtížemi. Do té doby byla samostatná a poměrně zdravá. Svůj stav nese hůře, ale statečně.

T: Jak se cítíte při hygieně?

R1: *„Já jsem s hygienou tady spokojená. Cítím se dobře a vlastně jsem ráda, že mi sestřičky pomohou se umýt. Doma jsem si všechno dělala sama a tady jsem závislá na pomoci druhých, proto jsem ráda za jakoukoliv pomoc. Hygiena mi tady vyhovuje.“*

T: Jaký pociťujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?

R1: *„Tak trochu rozdíl tu je, protože jsem doma chodila do sprchy každý den před spaním. Tady do sprchy chodím taky, ale ne tak často. Ale nevadí mi to, zvyknu si. Ráno mi pomohou k umyvadlu a potom, když mě vezmou do sprchy, tak jsem ráda.“*

T: Co byste na hygieně v nemocnici změnila?

R1: *„Já bych nic neměnila. Jsem maximálně spokojená a vyhovuje mi to tu. Třeba se to někomu nelíbí, ale na mě jsou sestřičky hodné a pečují o mě, takže já jsem spokojená.“*

T: Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?

R1: *„Sestry jsou tady hodně komunikativní, všechno mi řeknou, vysvětlí, poví mi, co vždycky budou dělat, jsou moc hodné a milé. Je to překvapivé, ale jsem tady spokojená.“*

T: Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?

R1: *„Ne to mi nikdo nenabídl, nebo nevím o tom. Nevím, jestli se tady zástěna používá. Já ji nepotřebuji, nestydím se tady před ženskými.“*

T: Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

R1: *„Do koupelny mě odváží přikrytou, v koupelně jsem sama jen s personálem, žádný jiný pacient tam nemůže. Nenechávají mě odkrytou, nahou mě také nenechávají, prostě nic. Myslím si, že intimitu tady docela dodržují. Jsme tady přeci samé ženské.“*

## Respondentka č.2

Druhá respondentka je paní ve věku 80 let. V nemocnici leží 14 dní s plicní hypertenzí, špatně se jí dýchá a na plicích má vodu. Respondentka byla ochotná odpovídat, i když se jí obtížně dýchalo a velice ji povídání namáhalo. Hygiena ji také namáhá, protože trpí klidovou dušností, proto je ráda, že jí sestry pomohou.

T: Jak se cítíte při hygieně?

R2: *„Cítím se dobře. Sestry mi pomáhají, pečují o mě. Já si sama sotva vyčistím zuby, natož abych se umyla celá. Jsem ráda za to, jak se tu o mě starají. Tady na hygienu hodně dbají. Intimní hygienu provádí 3x denně a také podle potřeby, to je opravdu obdivuhodné. Myslím si, že lépe by se sestry starat nemohly.“*

T: Jaký pocitujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?

R2: *„To je velký rozdíl, protože doma jsem se o sebe postarala sama, ale tady mi to nejde a nemám na to sílu. Takže jsem závislá na pomoci. Ale hygiena se tu provádí každý den. Každé ráno mě na pojízdném vozíku dovezou k umyvadlu, přesně takhle jsem se myla i doma. Do sprchy mě tu berou taky, vždycky mě naloží na takovou velkou vanu a odvezou do sprchy, kde provedou celkovou koupel. To jsem potom jako vyměněná a cítím se moc dobře.“*

T: Co byste na hygieně v nemocnici změnila?

R2: *„Já bych tady nic neměnila. Mně to takhle vyhovuje. Starají se tu o nás dobře a myslím si, že si snad nikdo nemůže stěžovat.“*

T: Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?

R2: *„Jsou tu ohromně hodné sestry, opravdu. Povídají si s námi, respektují nás. Já osobně si nemohu na nic stěžovat. A při hygieně nám vždycky všechno vysvětlí, nedělají nic tak, aby byl člověk vyplašený a bál se. Je důležité, aby sestry říkaly dopředu, co budou dělat a tady to přesně tak funguje.“*

T: Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?

R2: *„Ano, stalo se mi, že mi zástěnu nabídly. Ale já ji nevyžaduji, je to zbytečné. Jsme tu všechny ženy a není na nás nic k vidění. Sestry jen zdržuje tahat zástěnu sem tam a pořád ji přenášet.“*

T: Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

R2: „*V koupelně je vždy jen jeden pacient, nikdy se mi nestalo, že by nás tam bylo víc. A když jsem tady u umyvadla, tak pokaždé zavírají dveře, nenechávají mě nahou a odkrytou. Občas přinesou tu zástěnu, tak na mě není vidět.*“

Respondentka č.3

Respondentka číslo 3 je žena, 65 let, 2 roky po operaci karcinomu močového měchýře, po které musí provádět autokatetrizaci minimálně po šesti hodinách, ½ roku po operaci páteře, nyní hospitalizována na oddělení druhý týden. Rozhovor probíhal bez problémů, respondentka byla otevřená a nebála se odpovídat.

T: Jak se cítíte při hygieně?

R3: „*No co si budeme povídat, nejedná se o žádné velké mytí, hygiena pomocí žínky mně moc nestačí, a tak mi to tolik nevyhovuje. První 3 dny mi vůbec nebyla nabídnuta celková koupel, ale poté už každý den. Naštěstí teď už jsem soběstačná a do sprchy si dojdu sama, kdykoli potřebuji. Docela mi vyhovuje, když za mou přijdou studentky, které hygienu dělají pomaleji, nespíchají a provádí ji podle mě poctivěji. Ale naprosto chápu sestry, mají hodně práce, svoje povinnosti, proto musí hygienu provést rychleji.*“

T: Jaký pociťujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?

R3: „*To se nedá srovnat. Pokud si člověk může dojít do sprchy, zase takový rozdíl to není. Ale u nesoběstačných je špatné to, že se celková koupel neprovádí každý den. Pomocí žínky podle mě totiž hygiena nestačí. Ale zase existují lidé, kteří se nepotřebují mýt každý den. To už je na zvyku nás, pacientů, a sestry samozřejmě nemohou v tomto ohledu všem vyhovět a jít s námi do sprchy pokaždé, když si vzpomeneme.*“

T: Co byste na hygieně v nemocnici změnila?

R3: „*Asi nejvíce bych uvítala zástěny mezi postele, a to při intimních činnostech i mimo ně. To víte, na každého pacienta není hezký pohled a vedle koho ležím, si bohužel vybírat nemohu. Dále bych uvítala více madel na záchodě a v koupelně, kde hrozí, že bychom nejen já, ale i ostatní pacienti mohli uklouznout. Další věc, která je mi trochu nepříjemná, je to, že při použití podložní mísy člověk nemá soukromí. Ono to není příjemné, když máte provést svou potřebu a na pokoji jsou s vámi další*



*2 pacientky. Já, když jsem musela používat mísu, tak jsem raději moc nejedla, abych se nemusela vyprazdňovat. Vím, že to není ten nejlepší nápad, ale naštěstí jsem za 3 dny byla schopná vstát, tak jsem si na WC došla. Ale nevím, jak bych to udělala, kdybych musela ležet třeba měsíc.“*

T: Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?

R3: *„Sestry jsou velice ochotné a empatické. Všechno mi vysvětlí, poučí mě, informují o všem, co nevím. Pokaždé se zeptají, jestli něco nepotřebuji nebo mi podají zvonek, abych na něj lépe dosáhla. Jsou opravdu moc ochotné. Na to si nemůžu stěžovat.“*

T: Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?

R3: *„Tak s tím jsem se nesešla. Nevím, jestli tady mají zástěny mezi postele, které by mohly přivést. Mně nikdo zástěnu nenabídl ani jsem ji tu neměla.“*

T: Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

R3: *„Podle mě se intimita moc nedodrhuje. Mně nejvíce vadí, že při autokatetrizaci, kterou si musím pravidelně provádět, nemám žádné soukromí. Nikdo mi nenabídl něco, co by mě schovalo, žádnou zástěnu, prostě nic. Zvykla jsem si, ale myslím si, že v těchto případech by se měl brát větší ohled na intimitu.“*

#### Respondentka č.4

Respondentka číslo 4 je žena ve věku 77 let. Na oddělení je hospitalizována 5 dní, a to kvůli bolesti zad, která jí proniká až do dolní končetiny. Kvůli tomu respondentka špatně chodí a pohybuje se pouze s doprovodem po pokoji. Dále trpí hypertenzí a DM již 55 let. Respondentka byla ochotná odpovídat a rozhovor jí nedělal problém.

T: Jak se cítíte při hygieně?

R4: *„Hygienu mi tady nedělá problém. Každé ráno mi pomohou k umyvadlu, které máme na pokoji. Tam se sama omyji a potom mi pomohou zpátky do postele, sama chodím špatně. Za tu dobu, co jsem tady, mě sestry sprchovaly jednou. Ale takhle jsem na hygienu zvyklá, jsem ubytovaná v pečovatelském domě a tam je to podobné. Takže takové to opláchnutí u umyvadla mi stačí. Jen mi nikdo nepomůže s intimní hygienou a já ji sama moc dobře nezvládnou.“*

T: Jaký pocitujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?

R4: „*Jak jsem již řekla, bydlím v pečovatelském domě, takže tam se myji u umyvadla každý den, stejně jako tady, ale je pravda, že už jsem tu byla ve sprše dvakrát. V domově chodím každou sobotu do sprchy. Do vany nemohu kvůli té bolavé noze, špatně se mi do ní leze. Takže já jsem zvyklá takhle a tady je to obdobné, vlastně úplně stejné.*“

T: Co byste na hygieně v nemocnici změnila?

R4: „*Provedla bych změny jen u té intimní hygieny. S tou kdyby mi sestry pomohly, tak bych byla spokojená. Ale je pravda, že mám zavedený PMK a o ten se mi starají moc dobře.*“

T: Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?

R4: „*Komunikace sester je různá. Některá sestřička se tady u mě zastaví, popovídá si tu se mnou a je milá. Některá není tak příjemná a nechce si povídat. Ale já vím, že mají hodně práce a starostí a povídat si s každým pacientem také vždycky nejde. Najdou se tu bohužel i takové, které se mnou zbytečně hodně škubou, a je mi to nepříjemné. Nebo mě ani nepozdraví, to mi také vadí. A bohužel se mi i stalo, že sestry odcházely z pokoje, kde prováděly hygienu u paní vedle, a při odchodu za dveřmi ji začaly pomlouvat. To se mi nelíbilo, ale paní to naštěstí neslyšela, slyšela jsem to jen já. Ale i tak je to nepříjemné. Sestry by si takové věci měly říci dál od pokojů a hlavně za zavřenými dveřmi.*“

T: Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?

R4: „*Zástěnu mi tady nikdo nenabídl. A myslím si, že by byla zbytečná, jsme tu samé ženy a nemáme co skrývat. Zástěna by jen zdržovala a překážela tu. Jsou tu malé pokoje a ještě sem přivést zástěnu, to už bychom se tu nehnuly a mně by se špatně šlo do postele.*“

T: Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

R4: „*Pokud se myji tady na pokoji, tak sestry neotevírají dveře, nenechávají mě chodit nahou, ale vždycky mi podají čistou košili. Když jsem ve sprše, tak jsem tam sama, nikdo v koupelně už není, i když je tam ještě jeden box na sprchování. Takže si myslím, že je tu intimita dodržována.*“

## Respondentka č.5

Respondentka s číslem 5 je paní ve věku 80 let, která je hospitalizována na oddělení 14 dní kvůli infarktu. Byla převezena z oddělení JIP a nyní leží na standardním oddělení. Paní byla ochotná odpovídat na rozhovor a mluvila otevřeně.

T: Jak se cítíte při hygieně?

R5: „*Tady nás omývají každý den, je to velice příjemné. I když je to jen na lůžku, tak mi to nevadí. Já jsem ráda, že mi sestry pomohou a cítím se potom dobře. Víte, pokud se sama nemůžete umýt, jste ráda za každou pomoc a i omytí žínkou Vám bude stačit.*“

T: Jaký pocitujete rozdíl mezi hygienou doma a v nemocnici?

R5: „*Myjí nás tady podle potřeby. Doma jsem se sprchovala každý den, to jsem mohla sama. Ted' jsem oslabená a sama to nezvládnou, proto jsem ráda, že mně sestry každý den pomohou k umyvadlu, kde se omyji.*“

T: Co byste na hygieně v nemocnici změnila?

R5: „*Já bych nic neměnila. Vyhovuje mi to takhle. Jsem ráda, že mi tu mění pravidelně povlečení, člověk leží pořád v čistých peřinách. Jen jsem si zvykla na JIP, že jsem tam měla hrazdičku a postranici na posteli a tady to nemám. Je to pro mě nezvyk a bojím se, abych nespadla. Tak to jediné bych chtěla změnit, ale to nemá s hygienou nic společného, jde jen o můj pocit bezpečí.*“

T: Co můžete říci o komunikaci sester v souvislosti s jimi poskytovanou hygienou?

R5: „*Sestřičky si se mnou povídají, když mají čas. Nemohu říci, že by si se mnou nepovídaly. Jsou tu velmi hodné, opravdu moc a moc. Vždy mi přijdou říct, co se mnou budou dělat, co mě čeká, co mám dělat, to mi vyhovuje.*“

T: Nabízí Vám sestry zástěnu k posteli při hygieně?

R5: „*Když jsem byla na té JIP, tam zástěny byly a vždy je poctivě zatáhly, aby nebylo vidět. Tady jsem na pokoji zatím sama, tak žádnou zástěnu nepotřebuji. Ale používají je. Opravdu si tady nemohu stěžovat.*“

T: Jakým způsobem dodržují sestry Vaši intimitu?

R5: „O těch zástěnách jsem již mluvila. A pokud mě odvezou na koupelnu, tak jsem tam vždy sama a při převozu mě přikryjí prostěradlem. Myslím si, že intimitu dodržují.“