



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetřovatelských postupech

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Dana Kloudová

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 30.4.2019

.....

Dana Kloudová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za odborné vedení práce, její trpělivost, ochotu, cenné rady a čas, který mi věnovala.

Dále bych chtěla poděkovat vedení zdravotnického zařízení, kde bylo prováděno výzkumné šetření a také sestřám, které se výzkumného šetření zúčastnily.

Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice zajišťování soukromí u hospitalizovaných pacientů, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje samostatně provádět hygienickou péči a vyprazdňování. Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry na standardním oddělení zajišťují soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování, a jaké překážky jim zabraňují v dostatečném zajištění soukromí. Sestry také měly možnost vyjádřit, jakým způsobem by mohlo dojít ke zlepšení soukromí pacientů.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno ve zdravotnickém zařízení Jihočeského kraje na čtyřech standardních odděleních: interní oddělení, chirurgické oddělení, neurologické oddělení a oddělení následné péče. Výzkumné šetření probíhalo technikou rozhovoru a zúčastnilo se ho osm sester, dvě z každého oddělení. Jako doplňková metoda bylo zvoleno zúčastněné pozorování, které probíhalo na výše uvedených odděleních během mé praktické výuky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry dostatečným způsobem zajišťují soukromí při provádění hygienické péče a vyprazdňování v případě, že jsou pacienta schopny přepravit do koupelny či na toaletu. V případě, že pacient podstupuje hygienickou péči a vyprazdňování přímo na pokoji, nebylo jeho soukromí dostatečně zajištěno. Překážkou je podle sester nedostatečný počet sociálních zařízení, která jsou součástí pokojů a nedostatek nebo úplná absence zástěn na oddělení.

Klíčová slova

Hygienická péče; intimita; pacient; soukromí; vyprazdňování

Ensuring Privacy for Patients in a Common Department during Selected Nursing Procedures

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of privacy of hospitalized patients whose health status does not allow them to perform hygienic care and bowl movement. The aim of this work was to find out how nurses in the common hospital departments ensure the privacy of patients when performing hygienic care and bowl movement, and what obstacles prevent them from ensuring sufficient privacy. Some nurses also had the opportunity to express how they could improve patient privacy.

The qualitative research was conducted in one of the district hospitals of the South Bohemian Region in four common departments: the Internal Department, the Surgical Department, the Department of Neurology and the Aftercare Department. The research was conducted through an interview and was attended by eight nurses, two from each department. As a complementary method, a participant observation that took place in the above mentioned departments during my practical training was chosen.

The results of the research revealed that nurses provide sufficient privacy when performing hygienic care and bowl movement when the patient is able to be transported to the bathroom or toilet. In case the patient undergoes hygienic care and bowl movement in the room, his privacy was not fully ensured, with some exceptions. According to the nurses, the obstacle is the insufficient number of social facilities that are part of the rooms and the lack or complete absence of screens in the wards.

Keywords

Bowl movement; hygiene care; intimacy; patient; privacy

OBSAH

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Potřeby člověka v nemoci.....	9
1.1.1 Nenaplněné potřeby.....	10
1.1.2 Důstojnost jako nedílná součást péče.....	11
1.1.3 Intimita a soukromí jako nedílná součást péče.....	12
1.2 Úloha sestry v péči o hygienu.....	13
1.2.1 Hygienická péče při hospitalizaci.....	13
1.2.2 Intervence sestry při koupeli soběstačného/částečně soběstačného pacienta.....	14
1.2.3 Intervence sestry při koupeli na pojízdné vaně.....	15
1.2.4 Intervence sestry při koupeli na lůžku.....	15
1.3 Úloha sestry v péči o pokožku.....	16
1.3.1 Opruzeniny.....	16
1.3.2 Dekubity.....	17
1.3.3 Hodnocení dekubitů a ran.....	18
1.3.4 Intervence sestry v prevenci vzniku dekubitů.....	18
1.4 Úloha sestry v péči o vyprazdňování moče.....	19
1.4.1 Poruchy vyprazdňování moče.....	20
1.4.2 Intervence sestry při vyprazdňování moče.....	21
1.5 Úloha sestry v péči o vyprazdňování stolice.....	23
1.5.1 Poruchy vyprazdňování stolice.....	23
1.5.2 Intervence sestry při vyprazdňování stolice.....	25
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	26
3 Metodika.....	27
3.1 Metoda výzkumného šetření.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	27
4 Výsledky.....	29
4.1 Kategorizace výsledků.....	29
4.2 Pozorování.....	40
5 Diskuze.....	45
Závěr.....	49

Seznam použitých zdrojů.....	51
Seznam obrázků a tabulek	54
Seznam příloh	55
Přílohy.....	56

ÚVOD

Potřeby člověka jsou rozmanité, mění se v závislosti na různých faktorech a pro každého je individuální jejich naplňování. Základní biologické potřeby jsou ale společné všem lidem, a to i v případě nemoci. Mezi ně pak patří potřeba hygienické péče a vyprazdňování, což jsou potřeby, které je člověk zvyklý uspokojovat v soukromí a o samotě. V případě hospitalizace se však člověk dostává do neznámého prostředí mezi neznámé lidi a jeho soukromí je určitým způsobem omezeno. Jeho intimita je narušena ostatními pacienty, personálem, návštěvníky. Je úkolem sestry zajistit pacientovi co nejvyšší možnou míru soukromí, zvláště při provádění tak intimních výkonů jako je hygienická péče a vyprazdňování.

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování a jaké překážky jim brání v ochraně soukromí. Teoretická část se věnuje potřebám člověka, jeho důstojnosti a soukromí, dále hygienické péči, vyprazdňování a péči o pokožku a způsobům, jakými sestry provádějí tyto činnosti, pokud pacient není v této oblasti soběstačný.

Empirická část bakalářské práce byla zpracována kvalitativním výzkumným šetřením, které probíhalo technikou rozhovoru. Rozhovoru se účastnilo osm sester ze čtyř oddělení (interní, chirurgické, neurologické a oddělení následné péče) ze zdravotnického zařízení nemocničního typu v rámci Jihočeského kraje. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny na způsoby provádění hygienické péče a vyprazdňování a způsoby, jakými sestry zajišťují soukromí při těchto výkonech. Dále byly sestry dotazovány na překážky, které jim brání v dostatečném zajištění soukromí a na možnosti zlepšení současného stavu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Potřeby člověka v nemoci

Uspokojování potřeb, a to nejen biologických, je cílem ošetrovatelského procesu, a tedy hlavní náplní práce sestry. Potřeba je subjektivně pocíťovaný stav nedostatku (hlad) nebo nadbytku (hlasitý zvuk), který se člověk snaží uspokojit. Každý člověk má jiné potřeby, a i jejich uspokojování je individuální. Naplňování potřeb může probíhat žádoucím ale i nežádoucím způsobem – trestné činy, sebepoškozování, požívání alkoholu a drog. Pocíťování a následné uspokojování potřeb je závislé na faktorech jako je věk, nemoc či zdraví, individualita nebo prostředí, které člověka obklopuje (Kelnarová et al., 2015).

A.H. Maslow seřadil potřeby do pomyslné pyramidy podle toho, jak se vyvíjejí. Byl přesvědčen, že nejprve musí být do jisté míry uspokojeny nižší potřeby (nacházející se na základně pyramidy) a teprve poté se člověk snaží naplnit potřeby vyšší. Příklad – člověk, který trpí bolestí nemá nutkání naplňovat potřebu seberealizace, potřebuje nejprve naplnit potřebu být bez bolesti. Na nejnižším stupni pyramidy se nacházejí základní (biologické) potřeby jako je potřeba tekutin, jídla, spánku, kyslíku, vyprazdňování nebo potřeba být bez bolesti. Tyto potřeby má člověk od narození a pokud nejsou uspokojovány, mohou způsobit změnu chování, stejně jako neuspokojení ostatních potřeb (Šamánková et al., 2011). Na dalším stupni se nachází potřeba bezpečí a jistoty, která vystupuje do popředí, pokud má člověk pocit ohrožení, úzkosti nebo selhání. Vyšší potřebou je pak láska a sounáležitost, které lze nejlépe uspokojit pomocí dobrých mezilidských vztahů a kvalitního rodinného a partnerského života. Předposlední stupeň zahrnuje potřebu uznání a úcty. Člověk touží být obdivován, mít u ostatních respekt, cítit, že si jej ostatní váží. Na vrcholu pomyslné pyramidy je pak potřeba seberealizace, kdy se člověk snaží vyjádřit svoji individualitu, něco dokázat, mít vědomosti. I při hospitalizaci člověk vyžaduje uspokojení těchto potřeb, zvláště potřebu bezpečí a jistoty. Člověk se stává pacientem, přichází do neznámého prostředí, mezi neznámé osoby. Často také trpí bolestí, má strach o svůj zdravotní stav, o svoji budoucnost. I tyto potřeby proto sestra musí umět uspokojit. (Mastiliaková, 2014).

Sestra se nejčastěji setkává s problémem uspokojování biologických potřeb, tyto potřeby jsou totiž stálé a nemizí ani v případě nemoci a hospitalizace. Ač by se mohlo zdát naplnění těchto potřeb velmi snadné, není tomu tak, zvláště u potřeb týkajících

se čistoty těla a vyprazdňování. Tyto potřeby jsou totiž úzce spojeny s dalšími potřebami, hlavně potřebou bezpečí a jistoty a pacient při jejich uspokojování vyžaduje určité soukromí. Pro sestru je někdy obtížné zajistit tento požadavek tak, aby byl pacient spokojen. Důležitou součástí práce sestry je tak komunikace s pacientem. Pacient musí k sestře cítit důvěru, mít pocit bezpečí a nebát se vyjádřit intimní potřebu. Toho lze dosáhnout rozhovorem, kdy sestra respektuje přání pacienta, snaží se získat co nejvíce informací o tom, jak si představuje hospitalizaci, na co je zvyklý, a pokud je to možné, vyjít mu vstříc. Dále je nutné pacienta pravdivě a včas informovat o všem, co se týká jeho pobytu ve zdravotnickém zařízení (Šamánková et al., 2011).

1.1.1 Nenaplněné potřeby

Každý člověk se snaží o naplnění svých potřeb, ať už jsou jakékoli povahy. Někdy však při saturaci potřeb naráží na bariéry, které jsou jiné, pokud je člověk zdravý a jiné, pokud je jeho zdraví ohroženo. Bariéry bránící naplnění potřeb při hospitalizaci jsou různé, závisí na osobnosti pacienta, ale i jeho věku nebo povaze onemocnění. Velmi častou bariérou je osobní bariéra, kterou způsobuje stud, nedůvěra, obava nebo ostych. Pacient se bojí vyslovit svou potřebu, kterou považuje za choulostivé, intimní a osobní sdělení. Největší problém má pacient s vyjádřením potřeb, které souvisí s vyprazdňováním. Prevencí je navození důvěry mezi pacientem a sestrou, pacient musí být ujištěn, že žádný jeho problém není malicherný a zanedbatelný, a že se sestra bude snažit zajistit mu co největší soukromí. Sestra by také měla umět nabídnout pomoc v případě, že pacient neumí správně vyslovit svůj požadavek. Rozhovor o osobních potřebách a problémech by měl vždy probíhat bez účasti dalších osob (Šamánková et al., 2011).

V případě jazykové bariéry může dojít k nedorozumění, špatné interpretaci sdělovaného, a to jak ze strany pacienta, tak ze strany sestry. Při péči o hygienu a vyprazdňování je nutné, aby sestra nejen rozuměla, co pacient sděluje, ale měla by i znát kulturní prostředí, ze kterého pacient přichází, praktiky, které se vztahují k vlastnímu zdraví a k poskytování zdravotní péče. Jazyková bariéra je často spojena s bariérou osobní, zvláště pokud jde o pacienty z velmi odlišných kultur. Omývání těla je bráno jako rituál, který má své přesně vymezené činnosti, což se ne vždy slučuje s chodem zdravotnického zařízení. Vyprazdňování je jakýmsi tabu, pacient odmítá rozhovor a nepřipouští žádné problémy. Může tak dojít k zanedbání potíží či onemocnění souvisejících s vylučováním moče a stolice (Ivanová et al., 2005).

Pokud nedochází u člověka k naplňování jeho potřeb, mohou nastat poruchy fyzického rázu – nespavost, obtížné vyprazdňování, změna ve výživě. Dále může dojít ke změně chování, jako je neklid, nervozita, nedostatek soustředění. Výsledkem je pak stres, frustrace a deprivace. Stres můžeme definovat jako napětí, které působí na organismus v psychické i fyzické rovině. Je to důsledek působení stresorů neboli zátěže. To, jak dobře či špatně se jedinec se stresem vyrovná záleží na jeho odolnosti vůči zátěži (Plamínek, 2013). Frustrace nastává, pokud je člověku znemožněno dosáhnout vytyčeného cíle. Míra frustrace je tím vyšší, čím důležitější je potřeba. Reakcí na frustraci může být agrese vůči ostatním nebo sobě, pasivita nebo zvýšené úsilí. Deprivace je pak prodloužená frustrace, kdy člověk nedokáže uspokojovat fyzické a psychické potřeby (Paulík, 2010).

Pro pacienty, kteří nejsou plně soběstační je často problém uspokojit potřebu vyprazdňování stolice. Pacient, který nemá pocit soukromí se snaží vykonání potřeby co nejvíce oddálit a může si tak paradoxně způsobit zhoršení stavu či prodloužení hospitalizace. Sestra si toho musí být vědoma, a sledováním pacienta a rozhovorem s ním by měla umět rozlišit zácpu, která je způsobena psychickým faktorem od zdravotního problému. Podobná situace může nastat při potřebě močení – pacient, který je upoután na lůžko se stydí a odmítá se vyprázdnit před personálem nebo ostatními pacienty. Důsledkem může být vědomé odmítání tekutin, a tedy zhoršená hydratace (Jandourek, 2012).

1.1.2 Důstojnost jako nedílná součást péče

Důstojné zacházení ze strany druhých patří mezi jednu ze základních potřeb člověka. Překrývá se s pojmy jako vážnost, hrdost, respekt, sebeúcta, autonomie. Důstojnost má vnitřní složku, tedy to, jak člověk sám vnímá svou existenci, a vnější složku, která je vyjádřena respektem ostatních jedinců k člověku. Každý člověk vnímá pojem důstojnost individuálně, což je dáno jeho výchovou, prioritami a hodnotami společností, ve které žije. Souvisí i se společenským postavením, mravními zásadami, začleněním ve společnost a smysluplností života. Opakem důstojnosti je pak ponížení a pokoření člověka. Pokud má člověk pocit nedůstojného zacházení se svou osobou, snižuje se tím kvalita jeho života. V případě pacienta pak může dojít ke ztrátě důvěry ve zdravotnické pracovníky (Kisvetrová, 2018). Sestra by měla mít na paměti, že pečuje o lidskou bytost bez ohledu na věk a sociální postavení, a to i v případě, že pečuje o dítě, duševně nemocného nebo pacienta s demencí. Důstojné zacházení je nutné

i v případě péče o zemřelého. Sestra, která se stará o naplnění potřeb pacienta se v první řadě snaží o uspokojení nižších, biologických potřeb. Ovšem i zajišťování hygienické péče, výživy, vyprazdňování by mělo probíhat důstojně, tedy s ohledem na pacientovu svébytnost a autonomii (Heřmanová et al., 2012).

Sestra by měla při ošetřování pacienta vždy zachovávat úctu a respektovat důstojnost pacienta. Musí proto dodržovat několik zásad. Zájem pacienta je na prvním místě, pokud je pacient schopen, vždy by měl spolurozhodovat o tom, co se s ním děje. Měla by mu poskytnout dostatek, času, nespěchat, neponižovat jej při neúspěchu. Úctu projevuje sestra i při komunikaci, samozřejmostí by měl být pozdrav, poděkování, správné oslovení pacienta. Sestra by neměla dávat „přednost“ některým pacientům, každý pacient si zaslouží stejnou péči bez ohledu na národnost, věk, sociální postavení nebo sympatie, které v sestře vzbuzuje (Bužgová, 2008).

1.1.3 Intimita a soukromí jako nedílná součást péče

Každý člověk má právo na ochranu svého soukromí, a i v případě nemoci musí sestra brát ohledy na pacientův stud. Potřeba soukromí a množství intimity je u každého člověka jiná podle jeho osobnosti, ale vždy je nutné zachovávat určitá pravidla tak, aby pacient neztrácel pocit bezpečí. Sestra je tou, která často vchází do pacientovi blízkosti, a to především v případě fyzické nahoty. Většina pacientů je srozuměna s tím, že se při provádění ošetrovatelské péče musí svléknout. Některý pacient ale pociťuje stud v případě, že má odhalit intimní místa nebo fyzické nedostatky (jizvy, protézy). Sestra má za úkol překonat tuto bariéru, a to především navázáním důvěry s pacientem a zajištěním soukromí (zavřené dveře, plenta). Dále by pacient měl obnažit pouze tu část těla, kterou právě teď sestra potřebuje ošetřit. V místnosti by se také neměli nacházet jiné osoby, ošetřovat pacienta by mělo pouze tolik personálu, kolik je na daný výkon třeba. Pokud ve zdravotnickém zařízení probíhá praktická výuka je nutné, aby pacient byl předem informován a sám by měl rozhodnout, zda si přeje přítomnost dalších osob. Jeho případné odmítnutí musí být vždy respektováno (Haškovcová, 1996).

Chránit soukromí pacienta ale pro sestru neznamená jen problém tělesný. Ochranou pacientova soukromí se rozumí i mlčenlivost, tedy povinnost sdělovat veškeré informace pouze osobám, které pacient určil, případně dalším zdravotníkům, pokud je potřebují k poskytnutí další péče. Výjimku tvoří sdělování informací orgánům

veřejné moci. Fakt, že veškeré informace o zdravotním stavu pacienta jsou považovány za důvěrné a musí být chráněny je zakotven i v právech pacientů (Uherek, 2008).

1.2 Úloha sestry v péči o hygienu

Osobní hygienické návyky si každý vytváří od dětství, jsou závislé na životním stylu původní rodiny, na kultuře, náboženském vyznání. Každý člověk má individuální hygienické návyky a požadavky, pod pojmem čistota a hygiena si představuje jiné úkony a aktivity. Potřeba hygienické péče má několik rovin – biologickou, psychologickou, sociální a duchovní. V biologické rovině jde především o odstranění nečistot, zápachu a mikroorganismů z těla. Z psychologického hlediska dává očista člověku pocit tělesné pohody a komfortu, může být i relaxačním prostředkem. Sociální rovina má svou důležitost v mezilidských vztazích, člověk se cítí lépe při interakci s upraveným a čistým protějškem, zároveň má lepší pocit ze sebe sama, pokud je upraven tak, jak se mu líbí. Hygienická péče z hlediska duchovního je známa jako rituální očista, pro mnoho věřících má spirituální význam (Vytečková et al., 2011).

Pod pojmem hygienická péče se rozumí pravidla a postupy, které jsou potřebné k udržení zdraví a jeho podpoře. Jde o činnosti, kterými člověk uspokojuje svou potřebu být čistý, spokojený se svým vzhledem. Neupravenost nebo viditelná nečistota může vypovídat o zhoršeném stavu člověka, a to jak fyzickém, tak psychickém a sociálním (Rozsypalová et al., 2009).

1.2.1 Hygienická péče při hospitalizaci

Péči o čistotu těla svou a své rodiny si člověk zajišťuje sám, nepotřebuje k tomu žádné speciální znalosti ani přípravu. V případě hospitalizace spojené s úrazem, nemocí nebo zhoršením stavu se zajištění hygienické péče přesouvá na zdravotnický personál, a ten musí mít odborné znalosti, které jsou nutné k zajištění čistoty, spokojenosti, pohody a dobrého pocitu pacienta, a to nejen podle představ sestry, ale i podle představ pacienta, např. jak často mýt vlasy nebo se oholit, v kterou denní dobu provádět mytí, jak se učesat. Problém může nastat, pokud si pacient a sestra představují provedení hygienické péče rozdílným způsobem, a to jak množstvím činností (mýt či nemýt vlasy, celková koupel), způsobem provedení (sprcha, koupel na lůžku) nebo denní dobou vhodnou k očištění (Mikšová et al., 2006). Pro sestru je hygienická péče důležitá z hlediska udržení dobrého zdraví a zmírnění rizik (infekce, porušení integrity kůže), protože zanedbání může být důvodem zhoršení stavu pacienta. Pacient ale očekává

i jinou složku hygienické péče – bude lépe vypadat a cítit se pohodlně a komfortně. Předcházet nedorozumění může sestra důkladným rozhovorem při přijetí pacienta k hospitalizaci, a to dle stavu buď přímo s ním, nebo s rodinnými příslušníky, dále souhlasem s používáním přípravků, na které je pacient zvyklý, případně dobou provádění hygienické péče nebo přítomností rodinného příslušníka, který dosud o pacienta pečoval (Workman, Bennet, 2006).

Zajišťování osobní hygieny je základní a jednou z nejnáročnějších aktivit v ošetrovatelské péči. To, jak moc je nutné pacientovi pomáhat, závisí na jeho stavu a druhu onemocnění. Sestra si při poskytování péče všimá stavu kůže, defektů, míry soběstačnosti a spolupráce pacienta, ale i nedostatků nebo nesprávných návyků, které pacient má. Sestra si musí uvědomit, že při poskytování hygienické péče narušuje osobní prostor pacienta a je proto důležité dbát na zachování intimity a důstojnosti pacienta (Vytejková et al., 2011).

1.2.2 Intervence sestry při koupeli soběstačného/částečně soběstačného pacienta

Soběstačnost člověka lze chápat jako schopnost vykonávat všechna běžné denní úkony a tím zabezpečovat své základní potřeby. Pokud u člověka dojde ke ztrátě nebo zhoršení soběstačnosti, je možné využít ambulantních nebo ústavních služeb. Mezi běžné denní činnosti patří oblékání, přijímání stravy, hygienická péče a vyprazdňování. Sebepečí zahrnuje činnosti, které každý člověk sám vykonává a jejichž účelem je zachování života, zdraví a pohody. Tyto činnosti jsou závislé na věku, schopnostech, zdravotním stavu a prostředí. Jednou z možností, jak sestra hodnotí soběstačnost pacienta je skrze hodnotící škály, např. Test základních všedních činností – Barthelové skóre (příloha č. 1) (Vytejková et al., 2011). Soběstačný pacient je v přiměřeném fyzickém stavu, orientovaný. Takový pacient si hygienickou péči zajišťuje sám, případně s drobnou pomocí sestry. Tato pomoc zahrnuje doprovod do koupelny, poskytnutí mycích prostředků, ručníků a úpravu lůžka nebo převléknutí lůžkovin. Sestra vždy dbá na dostupnost signalizace.

Částečně soběstačný pacient již vyžaduje větší pomoc sestry. Dle svého stavu si zajišťuje hygienickou péči sám, sestra jej však dopraví do koupelny, připraví a podá pomůcky k mytí (mýdlo, zubní kartáček, ručník), sleduje pacienta, nabízí pomoc a myje místa pro pacienta těžko dostupná. K dalším aktivitám sestry velmi často patří mytí vlasů a péče o dutinu ústní. Také pomáhá s osušením, oblékáním, česáním, holením,

a to tak, jak je pacient zvyklý. Součástí celkové hygienické péče je i úprava lůžka, a pomoc pacientovi při ulehnutí. Důležité je povzbuzovat pacienta k sebeděči, nespěchat a nechat pacienta dělat vše, co zvládne – sestra tak podporuje aktivitu a samostatnost pacienta (Mikšová et al., 2006).

1.2.3 Intervence sestry při koupeli na pojízdné vaně

Pokud je pacient imobilní, obézní nebo je upoután na lůžko ze zdravotních důvodů, je vhodné použít k mytí pojízdné vany. Vany mají zařízení na úpravu výšky a postranice pro zajištění bezpečnosti při převozu i samotném mytí. Pacient je vleže přemístěn na vanu pomocí nejméně dvou osob (mohou použít skluznou desku nebo pevnou podložku), a je převezen do koupelny. Před přesunem sestra pacientovi vysvětlí, co se bude dít, a to i v případě, že pacient sám nekomunikuje. V koupelně sestra provádí očistu pomocí sprchy, pacient se podle svého stavu omývá žínkou. Sestra vždy postupuje od obličeje přes trup směrem k dolním končetinám a myje i záda, hýždě a genitál, opět nejlépe za pomoci druhé osoby. Podle potřeby myje vlasy a provádí hygienu dutiny ústní – patří sem i péče o zubní náhrady (Šamánková et al., 2006). Během mytí sestra vždy pacientovi vysvětlí, co bude dělat a snaží se jej povzbudit k samostatnosti. Po osprchování pacienta důkladně osuší, provede masáž nebo promaštění kůže, pacienta oblékne a zakrytého převezve zpět na pokoj. Pacient je přesunut zpět na upravené a převlečené lůžko. Vana musí být po každém použití vydezinfikována a vysušena, sestra uklidí použité prádlo a zlikviduje jednorázové pomůcky dle zvyklostí oddělení (Hlaváčová et al., 2012).

1.2.4 Intervence sestry při koupeli na lůžku

V případě, že pacient nemůže opustit lůžko, provádí sestra hygienickou péči přímo na lůžku. Dbá na správnou teplotu v místnosti (uzavřená okna) a snaží se zajistit pacientovi co nejvíce soukromí (zavřené dveře, zástěna). Všechny pomůcky potřebné k mytí si připraví předem. K hygieně na lůžku potřebuje dvě plastová umyvadla, žínky, mycí potřeby, čisté ložní a osobní prádlo, podložky, pomůcky k péči o kůži (oleje, krémy, vazelína) a dutinu ústní, rukavice a koš na špinavé prádlo. Z postele sestra odstraní lůžkoviny a pomůcky na polohování. Toaletu sestra začíná vždy mytím obličeje, postupuje přes krk a trup k horním končetinám a zádkům. Poté použije další umyvadlo a pokračuje očištěním dolních končetin, genitálu a hýždí. Oblasti genitálu a hýždí věnuje zvýšenou pozornost, protože zbytky moče a stolice mohou dráždit kůži a napomáhat tak vzniku kožních defektů a opruzenin. U žen je vhodné vykonávat

oplach genitálu za pomoci podložní mísy a džbánu s teplou vodou. Po umytí a osušení odstraní použité ložní prádlo a vloží čisté, pacienta dle potřeby namaže, případně provede ošetření rány, dekubitu nebo poškozené kůže, oblékne, učeše a provede hygienu dutiny ústní. Pokud je pacient schopen provést čištění zubů sám, pouze podá pomůcky a poté zkontroluje dutinu ústní a případně provede dočištění. U pacienta sestra odkrývá vždy jen tu část těla, kterou myje a dbá na rychlé a důkladné osušení. Z tohoto důvodu je lépe pokud koupel provádí dvě osoby. Před každým výkonem sestra vysvětlí pacientovi, co bude následovat (Vytejková et al., 2011).

1.3 Úloha sestry v péči o pokožku

Při provádění hygienické péče (ale nejen tehdy) může sestra zároveň hodnotit stav pokožky a případně vzniklých defektů, jako jsou vyrážky, opruzeniny, dekubity. V péči o kůži se zaměřuje na to, aby byla pokožka suchá, nebyla vystavena dráždivým látkám jako je moč, stolice, pot, zvratky. Zároveň promašťuje příliš suchou kůži, masíruje namáhaná místa, ošetřuje porušenou pokožku. Mezi nejčastější problémy s pokožkou při hospitalizaci patří dekubity a opruzeniny (Mlýnková, 2010).

Kůže je největším orgánem lidského těla. Skládá se z pokožky (epidermis), škáry (corium) a podkožního vaziva (subcutis). Kůže má mnoho funkcí: ochrannou, metabolickou, vylučovací, resorpční, brání ztrátě tělesných tekutin, udržuje stálou tělesnou teplotu, a produkuje vitamin D (Rokyta, 2016). Pro sestru je důležité vědět, že kůži jsou odstraňovány odpadní látky organismu, a to pomocí potních žláz, které vylučují pot. Množství potu je závislé na okolní teplotě, fyzické námaze, stresu a celkovém stavu organismu. Mazové žlázy pak v kůži vytváří až 2 gramy mazu denně, jeho úkolem je ochrana pokožky před vysoušením. S vyšším věkem se tato schopnost žláz snižuje, je proto nutné, aby sestra promazávala pokožku pravidelně, zvláště u seniorů. Zásobní funkce je schopnost ukládat podkožní tuk, který izoluje a v případě strádání organismu může být využit jako zdroj energie. Množství podkožního tuku dává sestře možnost hodnotit celkový stav pacienta, jeho změna pak ukazuje na zlepšení nebo zhoršení stavu (Pokorná, Mrázová, 2012).

1.3.1 Opruzeniny

Opruzenina (intertrigo) je poškození svrchní vrstvy kůže, způsobené třením dvou vlhkých ploch kůže o sebe. Vlhkost může být vyvolána močí, potem, sekretem, zvracením a stolicí (Hlaváčová et al., 2012). Místa, kde nejčastěji vznikají opruzeniny jsou

podpaždí, pod prsy, v břišních záhybech, na vnitřní straně stehen, v podkolení, kolem konečníku a genitálu. Typickým projevem opruzenin je zčervenání pokožky, někdy provázené puchýřky, které mohou mokvat. Pacient pociťuje nepříjemnou bolest a pálení. Dle Hlaváčové (2012) a Rozsypalové (2009) je třeba udržovat pokožku suchou a čistou, dále používat zásypy na kritická místa a protizánětlivé masti na již postižené části pokožky. Opruzeninám lze předejít především tím, že odstraníme příčiny jejich vzniku. Vlhkosti sestru brání důkladnou hygienickou péčí a osušením. Inkontinentní pacienti musí omývat a měnit plenkové kalhotky podle potřeby. Kůži na místech, která jsou náchylná k zapaření ošetřuje krémy nebo odvary z heřmánku či řapíku. Zajišťuje také přístup vzduchu nepříliš těsným balením a lehkou příkrývkou. To je důležité hlavně za vyšších teplot. Tření může sestru zmírnit vkládáním suchých čtverců z mulu na namáhaná místa např. pod prsy (Burda, Šolcová, 2015).

1.3.2 Dekubity

Dekubitem (proleženinou) se rozumí poškození tkáně, při kterém může dojít k poškození pokožky, svalu i kosti. Na vzniku dekubitu se podílejí vnější a vnitřní faktory. Mezi vnější faktory patří tlak, tření, střížná síla a vlhkost. Při působení tlaku na jedno místo po dostatečně dlouhou dobu může dojít k poruše prokrvení tkáně, která způsobí nezvratné poškození kůže. Při tření kůže o podložku dochází k oděru pokožky a ta je pak náchylnější k dalším změnám. Střížná síla vzniká v případě, že je pacient vlivem gravitace posunován v lůžku po podložce a v důsledku toho se v hlubších vrstvách tkáně poškozuje krevní řečiště. Vlhkost způsobená potem, močí nebo stolicí může také přispívat ke vzniku dekubitů. Riziko je tím větší, čím déle vlhkost působí (Mlýnková, 2010).

Mezi vnitřní faktory se řadí pohlaví, věk, imobilita, poruchy centrální nervové soustavy, výživa a hydratace a ostatní onemocnění, jako je diabetes, onemocnění ledvin a onkologická onemocnění. Tato onemocnění snižují obranyschopnost pacienta a přispívají tak k horšímu hojení ran. Ženy mají silnější tukovou vrstvu než muži, jsou proto náchylnější k vzniku dekubitů, důvodem je nízké prokrvení tukové tkáně. U staršího pacienta je snižena pružnost kůže i regenerační schopnosti organismu, je méně schopen pečovat o drobná poranění a je pravděpodobnější vznik kožních defektů. Imobilita pacientovi nedovoluje změnit polohu a tlak na určitou část těla – dochází k přerušení krevního oběhu. Při poruchách mozku a jeho činnosti dochází ke zhoršenému prokrvení tkání, pacient s poruchou cítí nevnímá nepohodlné polohy

trvající příliš dlouho. Nedostatečná výživa a hydratace vedou ke snížení elasticity kůže, ztrátě hmotnosti a podkožního vaziva, ke svalové atrofii (Hlaváčová et al., 2012).

1.3.3 Hodnocení dekubitů a ran

Prvním krokem v ošetřování dekubitů a ran je jejich zhodnocení a popsání podle platné klasifikace dekubitů. Kapounová (2007) uvádí čtyři stupně dekubitů: I. stupeň – začervenání pokožky, II. stupeň – tvorba puchýřů, III. stupeň – narušení celistvosti kůže, IV. stupeň – hluboké postižení tkání. Hlaváčová (2012) uvádí dělení dle Torranceovy klasifikace: I. stupeň – překrvení se zblednutím, II. stupeň – neblednoucí překrvení, III. stupeň – zvrhodovatění kůže, IV. stupeň – zvrhodovatění podkoží, V. stupeň – nekróza. Dále sestra hodnotí ránu podle fáze hojení. Nekrotická rána obsahuje již mrtvou tkáň, a to buď nekrózu suchou nebo vlhkou, přičemž každá přítomnost nekrózy prodlužuje hojení rány. V infikované ráně jsou přítomny mikroorganismy, které dále poškozují tkáň. Hlavní příznaky jsou zarudnutí, zápach, bolest, zvýšená teplota. V povleklé ráně se nacházejí mrtvé buňky, má světle žlutou barvu, ale není zde přítomna infekce. Jako granulující rána je označována rána se zdravou tkání, je dobře prokrvená a snadno krvácí. Epitelizující rána je pokrytá novým epitelem, mezi granulující tkání se již objevují bílé ostrůvky pokožky. U ran a dekubitů sestra hodnotí i lokalizaci, velikost (uvádí v milimetrech nebo centimetrech), hloubku rány (měří sterilním nástrojem k zamezení vniku infekce) a sekreci. Všechny informace o ráně či dekubitu zaznamenává do dokumentace, jejíž součástí mohou být i pořízené fotografie (Vytečková et al., 2015).

1.3.4 Intervence sestry v prevenci vzniku dekubitů

Vzniku dekubitů může sestra předcházet prevencí a kvalitní ošetrovatelskou péčí. Zároveň jsou tyto intervence přínosné i při jejich hojení. Použití prevence vychází z hodnocení rizika vzniku dekubitů a celkového zdravotního stavu pacienta. Sestra hodnotí stav pacienta pozorováním a za použití hodnotící škály. Hodnotících škál je několik druhů, nejčastěji je používán systém podle Nortonové (příloha č. 2). Škála podle Nortonové je založena na hodnocení celkového zdraví, věku pacienta, jeho duševního stavu, stavu kůže, dále si všímá aktivity, mobility a případné inkontinence. Stav pacienta je ohodnocen určitým počtem bodů, čím je celkový počet bodů nižší, tím vyšší je riziko, že u pacienta dojde ke vzniku dekubitu (Hlaváčová et al., 2012).

Mezi preventivní aktivity, které snižují riziko vzniku dekubitů patří: snížení tlaku na tkáň, odstranění mechanických vlivů, správná hygienická péče, zlepšení celkového stavu pacienta. Pokud pacient potřebuje snížit tlak na určitou část těla, a sám není schopen, sestra zajistí polohování čili změnu polohy, ke kterému by měla mít dostatečné množství pomůcek. Základem je antidekubitní matrace, která mění tlak na tělo pacienta v průběhu času. Může být gelová, vzduchová, vodní nebo z tvarové pěny. Dalšími pomůckami jsou klíny, válce, polštáře, kterými pacienta zapře nebo vloží např. mezi kolena. Pomůcky musí být omyvatelné, aby se daly snadno udržovat a dezinfikovat. Polohování pacienta provádí vždy alespoň dvě osoby, časové intervaly mezi změnou polohy jsou závislé na stavu pacienta – od 20 minut po 4 hodiny (Kapounová, 2007).

Zároveň se změnou polohy sestra dbá na další preventivní opatření – bránit mechanickým vlivům. Lůžkoviny musí být vypnuté, v lůžku nesmí být ostré nebo tvrdé předměty (pozor na zbytky jídla) a všechno prádlo v lůžku musí být suché. Pacient musí být přesouván šetrně a opatrně, aby nedošlo k porušení pokožky. Předcházet kožním defektům může sestra i kvalitní hygienickou péčí. Velmi důležitá je očista těla, ale i jeho důkladné osušení, protože i vlhkost má negativní vliv na stav kůže. Sestra při každém kontaktu s pacientem kontroluje stav pokožky i prádla, je-li pacient propoceny nebo políty, je nutné vyměnit ihned osobní prádlo i lůžkoviny. Pomáhá i promašťování a masírování pokožky, zvláště na predilekčních místech, ale nikdy nemasíruje již vzniklé defekty. Zlepšení celkového stavu pacienta mají na starosti i ostatní členové týmu – nutriční terapeut a fyzioterapeut. Vyvážená výživa může posílit imunitní systém, dostatečná hydratace zase zajistí lepší elasticitu pokožky a obojí tak přispívá k lepšímu hojení ran nebo prevenci vzniku kožních defektů. Rehabilitace pomáhá bránit kontrakturám, atrofií a snížení hybnosti pacient a tím také brání vzniku proleženin a udržuje nebo zlepšuje soběstačnost pacienta. O výživě, hydrataci a rehabilitačních aktivitách vede příslušný pracovník záznam, který je součástí dokumentace (Mlýnková, 2010).

1.4 Úloha sestry v péči o vyprazdňování moče

Stejně jako potřeba hygienické péče, patří i potřeba vyprazdňování mezi základní potřeby každého člověka. Při hospitalizaci sestra získává informace o vylučování moče při příjmu nebo překlada pacienta, a to buď rozhovorem nebo z překladačové ošetrovatelské dokumentace. Zajímá jí frekvence vyprazdňování moče, potíže jsou-li nějaké (a to i v minulosti), změna ve vylučování, onemocnění ledvin, možnost

inkontinence. Pokud sestra získává informace přímo od pacienta nebo jeho doprovodu, měla by dbát na soukromí pacienta – zajistit klidné místo, nejlépe za zavřenými dveřmi (Mikšová et al., 2006).

Samotné vyprazdňování moče ovlivňuje několik faktorů. Pacient vyššího věku může mít sníženou kontrolu močení, která má mnoho příčin – jednou z nich může být i velká vzdálenost toalety od lůžka. Příjem potravy a tekutin má vliv na množství a vzhled moče. Starší pacient může mít snížený pocit žízně a necítí tak potřebu pít. U vybraných nemocných proto sestra sleduje příjem a výdej tekutin a vše zapisuje do dokumentace. Dalším faktorem ovlivňujícím vylučování moče jsou léky, hlavně ze skupiny diuretik, které ve zvýšené míře podporují vylučování vody a tím dochází častějšímu močení. I onemocnění ledvin, prostaty nebo chirurgické a diagnostické zákroky v malé pánvi mohou být příčinou změn ve vylučování moče (Mlýnková, 2010).

1.4.1 Poruchy vyprazdňování moče

Problémy s vylučováním moče je možné rozdělit na poruchy tvorby moče a poruchy vylučování moče. Při potížích s tvorbou moče se sestra setkává se sníženou nebo zvýšenou tvorbou moče. Běžné množství moče neboli diuréza za 24 hodin je 1,5 – 2 litru a k vyprazdňování dochází zhruba 6x denně. Zvýšená tvorba moče (nad 2,5 litru/den) se nazývá polyurie. Oligurie je naopak snížená tvorba moče, denní diuréza je 100–500 ml/den. Je příznakem nízkého příjmu tekutin nebo vzniká při horečkách a nadměrném pocení. Anurie je vyloučení menšího množství moče, než je 100 ml/den. Nejčastější příčinou je šokový stav, akutní selhání ledvin, těžká dehydratace. Kontrolu močení sleduje sestra pomocí bilance tekutin, kam zaznamenává množství přijatých tekutin a vyloučené moče (Mikšová et al., 2006).

Poruchy vylučování moče jsou následující: retence moče, inkontinence moče, polakisurie, dysurie. Retence moče je neschopnost vyprázdnit močový měchýř i při jeho větší náplni, nebo velmi časté močení malých objemů moče (25-50 ml). Rizikem této poruchy je stagnace moče, která může vyústit v infekci. Nejčastějším projevem je bolest v pubické oblasti a malý objem moče při častějším vyprazdňování. Polakisurie je vylučování malého objemu moče často spojená s nepříjemnými pocity při močení. Příčinou jsou velmi často záněty močových cest – cystitida, uretritida. Jako dysurie jsou označovány problémy a obtíže při močení, které jsou způsobeny podrážděním močové trubice (Hlaváčová et al., 2012).

Inkontinence je samovolný únik moče a lze ji rozdělit do několika typů. Stresovou inkontinenci způsobuje zvýšení nitrobršního tlaku a zároveň ztráta elasticity močového měchýře. Pacienta postihuje při kašli, smíchu, zvedání břemen nebo při chůzi do schodů. Při reflexní inkontinenci je porucha v centrálním nervovém systému a odchod moči není provázen nucením – pacient tak nemůže předejít úniku moči použitím toalety. Urgentní inkontinence je taková, kdy pacient cítí náhlé silné nutkání na močení, poté následuje únik moče. Urgentní inkontinence se často vyskytuje u chronických zánětů dolních cest močových. Dalším typem inkontinence je paradoxní ischurie, kdy dochází k úniku moče při přeplněném močovém měchýři. V močovém měchýři tak zůstává velké množství rezidua, které pacient není schopen vymočit. Extrauretrální inkontinence je následkem vrozených vad, kdy je moč odváděna jinými cestami. Neorganická inkontinence je způsobena stresem, změnou prostředí, což se týká především starších pacientů a dále je způsobena účinkem některých léků. Inkontinence však může vzniknout i jako důsledek dlouhodobě zavedeného močového katétru (Kapounová, 2007).

1.4.2 Intervence sestry při vyprazdňování moče

U mužů, kteří jsou upoutáni na lůžko z důvodu nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu může sestra nabídnout k vylučování moče močovou lahev. Močové lahve jsou buď jednorázové nebo plastové k opakovanému použití. Při využívání močové lahve ji sestra umístí do držáku k tomu určenému a vysvětlí pacientovi, jak lahev použít. Poté kontroluje její naplnění a dbá o včasné vyprázdnění a dezinfekci. V případě, že pacient je neschopen sám se vymočit do močové lahve, sestra pacientovi nabídne pomoc. Nejprve si nasadí rukavice a poučí pacienta o tom, jak bude postupovat. Poté zvedne příkrývku a odhalí penis, který ona nebo pacient vloží do močové lahve. Lahev umístí tak, aby moč nevytékala a nedošlo tak ke znečištění lůžka. Po vymočení lahev odstraní, upraví pacienta v lůžku, vyprázdní lahev a přinese čistou. Podle potřeby zaznamená množství moče do dokumentace. Pokud je to možné, požádá ostatní pacienty, aby během výkonu opustili pokoj nebo zajistí soukromí zástěnou. Někteří pacienti nejsou schopni močit vleže. Pokud to jejich stav dovoluje, pomůže jim sestra posadit se a takto se vymočit (Workman, Bennet, 2006).

Při vyprazdňování moče u žen se používají podložní mísy. Stejně jako močové lahve i podložní mísa může být jednorázová nebo k opakovanému použití. Podložní místu poskytuje sestra na požádání pacientky a to ihned. Nasadí si rukavice a vyzve pacientku,

aby nazdvihla pánev. Pacientka si může vypomoci pokrčením nohou v kolenou a přichycením za hrazdu, která je součástí lůžka. Po nadzdvihnutí vloží sestra mísu otevřenou částí směrem k dolním končetinám. U imobilní pacientky ji sestra otočí na bok (nejlépe za pomoci druhé osoby), mísu přiloží k hýždím a otočí zpět. Po vyprázdnění sestra pacientku otře, mísu vyjme, zakryje a odnese. Pacientce umožní omýt a otřít si ruce a upraví lůžko. Podložní mísu vyprázdní a vymyje, nejčastěji v myčce k tomu určené (Hlaváčová, 2012).

Pacient, který je schopen sám nebo s pomocí sestoupit z lůžka může použít k vyprázdnění pokojový klozet. Jde o židli, která má otvor, pod který vkládáme mísu. Pro pacienta jde o pohodlný způsob vyprazdňování, neboť na klozetu se nachází ve fyziologické poloze. Sestra na požádání přistaví klozet vedle lůžka, nasadí si rukavice, odstraní poklop a pomůže pacientovi přesednout. Po vyprázdnění umožní pacientovi otření genitálu, pomůže mu zpět do lůžka a odstraní mísu. Pacient si umyje nebo alespoň otře ruce. Sestra odstraní obsah mísy a vymyje ji. Pokojový klozet vydezinfikuje (případně nejprve odstraní nečistoty), přiklopí víkem a odstraní od lůžka. Každý pacient by měl mít svůj vlastní klozet. Pokud má sestra k dispozici pojízdný klozet, může i s pacientem zajet nad toaletní mísu v koupelně – pacient tak má možnost vyprázdnit se v soukromí (Rozsypalová et al., 2009). U pacientů inkontinentních nebo neschopných vyjádřit potřebu vyprázdnění (např. bezvědomí) je moč odváděna pomocí permanentního močového katetru. Katetr je napojen na sběrný sáček, který může být různého typu. Některé katetry jsou opatřeny i portem pro odběr vzorku moče. Katetrizaci u žen provádí sestra, u mužů lékař nebo sestra se specializací. Při výkonu je nutné dodržet aseptický postup, protože nejčastější komplikací je infekce močových cest. Mezi další komplikace patří perforace močové trubice, poranění prostaty nebo vznik dekubitu (Vilímová, Nováková, 2016).

Při péči o permanentní močový katetr se sestra zaměřuje na několik úkolů. Důležitá je především prevence infekce močových cest. Pokud to není nutné, neodpojuje sestra sběrný sáček od katetru, aby zamezila vniku mikroorganismů. Pokud je nutné odpojit sběrný sáček, utěsní sestra katetr sterilním kolíčkem. Sestra také udržuje katetr v čistotě, odstraňuje zbytky stolice, kontroluje odtok moče a funkci katetru (např. obtékání). Sleduje množství vyloučené moče i příjem tekutin a vše zapisuje do dokumentace. U zmatených, neklidných a agresivních pacientů kontroluje, zda se nesnaží sami

si katetr odstranit. Moč ze sběrného sáčku odpouští dle potřeby, nikdy by nemělo dojít k jeho úplnému naplnění (Mlýnková, 2010).

U inkontinentního pacienta, u kterého nelze použít močový katetr má sestra možnost využít některou z řady inkontinenčních pomůcek. Absorpční vložky, které se vkládají do spodního prádla existují v několika velikostech, mají různé sací schopnosti a některé i pohlcují zápach. Absorpční kalhotky nosí pacient místo spodního prádla, snadno se oblékají a svlékají a jsou vhodné i pro aktivního pacienta. U imobilního pacienta může sestra použít pleny, které se vyrábí v několika velikostech. Všechny pomůcky sestra mění dle potřeby, je tedy důležité, aby často pacienta kontrolovala. Zároveň nutnost měnit pleny nebo kalhotky dává sestře možnost hodnotit dostatečné močení pacienta. Do lůžka pod pacienta vkládá sestra nepromokavé podložky, které zabrání znečištění ložního prádla při úniku moče (Rozsypalová et al., 2009).

1.5 Úloha sestry v péči o vyprazdňování stolice

Vyprazdňování stolice patří mezi základní potřeby každého člověka a je přítomno i v případě umístění pacienta ve zdravotnickém zařízení. Sestra si u pacienta všímá, jak často dochází k odchodu stolice, jaké množství se vyloučí, jak stolice vypadá (barva, příměsi, konzistence, zápach). Také hodnotí množství přijatých tekutin, jídlo, které může ovlivnit barvu nebo konzistenci stolice. Sleduje i pohybový režim pacienta a změny nebo obtíže ve vyprazdňování stolice (Křišková, 2006).

Trávicí soustava je systém, který slouží ke zpracování potravy, vstřebávání živin a vylučování odpadních látek z těla. Začíná ústní dutinou, kde je potrava rozmělněna pomocí zubů a míchá se se slinami. Dále prochází hltanem a jícnem do žaludku, zde dochází k hlavnímu zpracování jídla za pomoci enzymů, které produkují žaludeční žlázy. Poté je natrávená potrava posunuta do tenkého střeva a po chemickém zpracování a vstřebání odchází do střeva tlustého. V tlustém střevě se vstřebá voda a vzniká zde stolice, která je vyloučena z těla přes konečník a řitní kanál. V řitním kanálu se nacházejí svěrače, díky nimž je možné ovládat vyprazdňování stolice vůlí (Valenta, Fiala, 2017).

1.5.1 Poruchy vyprazdňování stolice

Nejčastějším problémem pacienta při hospitalizaci je zácpa (obstipace) a průjem (diarrhoe). Sestra musí umět rozpoznat tyto poruchy, snažit se jim předcházet a pomáhat je odstraňovat. Zácpa je definována jako porucha vyprazdňování, kdy k odchodu stolice

dochází v dlouhém časovém intervalu nebo je provázena bolestí a obtížemi a stolice je tuhá. Příčin vzniku zácpy je celá řada. Starší lidé trpí zácpou častěji, než mladí. Další příčinou je pohybová aktivita, kdy při snížení tělesného pohybu nebo úplné imobilizaci dochází i ke zpomalení peristaltiky. Dále může být problém ve skladbě potravy, když pacient přijímá jídlo s nízkým obsahem vlákniny a nedostatečně pije. Vznik zácpy způsobí i užívání některých léků, především ze skupiny antidepresiv, antihypertenziv, sedativ a diuretik. Velmi nebezpečné je nadužívání laxativ. Zánětlivá onemocnění, střevní onemocnění, neurologické poruchy, těhotenství tumory nebo obstrukce v trávicím traktu jsou také příčinou obtížného vyprazdňování stolice (LeMone et al., 2015).

U chronické zácpy může dojít u pacienta k tzv. paradoxnímu průjmu. Jedná se o stav, kdy zahuštěná stolice (skybala) nemůže projít řitním otvorem, pacient tak vylučuje řídký hlen s velmi malým množstvím stolice. Je chybou považovat tento stav za průjem, a tak jej i léčit. Skybala se vybavuje manuálně, výkon provádí vždy lékař (Kapounová, 2007). Hendersonová (1997) uvádí, že: „...jelikož mají tělesné výměšky své typické a silné pachy, může osoba, která se nemůže vyměšovat v soukromí, způsobit nepříjemnosti ostatním a může být tak uvedena do rozpaků. Je úkolem sestry, aby v tomto případě udělala vše pro to, aby se problémy snížili na minimum.“ I proto se pacient, který nemá problémy s odchodem stolice může při hospitalizaci potýkat se zácpou, a to z psychogenních příčin. Pro vyprazdňování stolice potřebuje pacient zaujmout fyziologickou polohu a být v soukromí. Člověk je zvyklý konat potřebu za zavřenými dveřmi a sám, což při hospitalizaci není vždy možné a zároveň při vyprazdňování na lůžku je nucen vynaložit větší úsilí než v sedě. Tyto dva problémy mohou mít za následek vědomé oddalování vyprázdnění, pacient si záměrně snižuje porce jídla a pití – chce se tak vyhnout pro něj ponižujícímu výkonu (Zvoníčková, Svobodová, 2006).

Další častou poruchou vyprazdňování je průjem. Může být způsoben dietní chybou nebo infekčním činitelem. Průjem jako takový je jen málokdy indikací k hospitalizaci (výjimkou jsou děti), ale i pacient přijatý z jiných příčin jím může trpět. Jde o vyprazdňování tří a více stolic denně, které jsou velmi řídké, případně s příměsí hlenu nebo krve. O akutní průjem se jedná, pokud skončí do 14 dnů, déle než 30 dnů trvá průjem chronický. Průjem mohou provázet i bolesti břicha, zvracení, zvýšená teplota nebo horečka, slabost, kolapsy, oligurie až anurie. Často jsou také přítomny

tenesmy – náhlá nutkání na stolicí bez dostatečného vyprázdnění. Komplikací těžkého průjmu je dehydratace, ulcerace střeva, septický šok (Rozsypal, 2016).

1.5.2 Intervence sestry při vyprazdňování stolice

Pravidelné vyprazdňování stolice je důležité pro dobrý stav pacienta, a proto sestra kontroluje, zda k vyprázdnění došlo a pokud je to nutné, poskytuje pomoc. Pacient může být chodící, nechodící, ale schopný přesunu z lůžka nebo imobilní. Pomoc se pak odvíjí od potřeb toho kterého pacienta. Chodící pacient se vyprazdňuje na toaletě, kam jde buď sám nebo pod dohledem sestry. Každá toaleta by měla být vybavena madly, o která se pacient může opřít. Pacient by také měl mít v dosahu signalizační zařízení a sestra by jej měla poučit o způsobu užívání. V případě nutnosti (např. pooperační stav) je možné použít nástavec na WC, který je omyvatelný a lze jej dezinfikovat. Nechodící pacient, který se může přesunout, vykonává potřebu na pokojovém toaletním křesle. Pokud je křeslo nepojízdné, umístí jej sestra do blízkosti lůžka a pomůže pacientovi s přesednutím. Pojízdné křeslo s pacientem zaveze sestra na toaletu a pacient tak má zajištěno soukromí. Některá křesla jsou výškově nastavitelná a dá se s nimi zajet nad klozet. Pojízdné křeslo sestra vždy zabrzdí, aby nedošlo k jeho nechtěnému pohybu. Po každém použití sestra umožní pacientovi umýt si ruce, vkládací mísu vyprázdní a vloží do myčky. Sedací část křesla dezinfikuje (Vytejková et al., 2011).

Pokud je pacient imobilní a nezvládne přesun z lůžka, zajistí sestra vyprázdnění stolice pomocí podložní mísy. U žen slouží podložní mísa i k močení. Podložní mísa může být vyrobena z plastu, smaltu nebo papíru – ta je pouze jednorázová a po výkonu se zlikviduje. Mísy používané opakovaně jsou vybaveny poklicí. Sestra umožní pacientovi použít mísu kdykoli o ni požádá. Obleče si rukavice a pacienta vyzve k nadzdvihnutí pánve. Pacient může využít pomůcky k usnadnění pohybu, např. hrazdičky. Sestra vloží mísu pod pacienta a pokud je to možné upraví mírně sklon lůžka, aby se pacient ocitl co nejbližší fyziologické poloze. Po vyprázdnění sestra zajistí otření konečníku, zlikviduje obsah mísy a mísu vloží do myčky. V případě, že pacient není schopen žádné spolupráce, otočí sestra pacienta na bok, vloží mísu pod hýždě a otočí pacienta zpět. Po vyprázdnění opět očistí konečník, vynese obsah mísy a mísu vymyje. I pacient ležící by měl mít možnost umýt si ruce, případně je otřít vlhčeným ubrouskem (Mlýnková, 2010).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cíle práce

Cíl 1. Zjistit, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacientů při provádění hygienické péče.

Cíl 2. Zjistit, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacientů při vyprazdňování.

Cíl 3. Zjistit, jaké překážky brání sestřám v zajištění soukromí pacientů při hygienické péči a vyprazdňování.

Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké činnosti provádějí sestry na standardním oddělení při provádění hygienické péče u pacientů?

Výzkumná otázka 2: Jaké činnosti provádějí sestry na standardním oddělení při vyprazdňování pacientů?

Výzkumná otázka 3: Jaké pomůcky sestry používají k zajištění soukromí pacientů při provádění hygienické péče?

Výzkumná otázka 4: Jaké pomůcky sestry používají k zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování?

Výzkumná otázka 5: Jaké překážky brání sestřám při zajišťování soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování?

3 METODIKA

3.1 Metoda výzkumného šetření

K vypracování výzkumné části bakalářské práce bylo použito kvalitativní šetření a technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumu se zúčastnilo osm sester ze čtyř standardních oddělení, kde probíhá péče o pacienty, kteří potřebují pomoc s hygienickou péčí a vyprazdňováním. Šlo o oddělení neurologické, interní, chirurgické a oddělení následné péče. Sestrám bylo položeno dvanáct okruhů otázek. Rozhovory byly zaznamenány na nahrávací zařízení, následně doslovně přepsány a upraveny do kategorií za pomoci metody tužka – papír. Výzkumné šetření probíhalo ve zdravotnickém zařízení nemocničního typu v rámci Jihočeského kraje v období 20.2. 2019–3.3. 2019 se souhlasem hlavní sestry, vrchních sester jmenovaných oddělení a všech dotazovaných. Písemné souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. Jako doplňková metoda výzkumu bylo použito zúčastněné pozorování, které probíhalo na zmíněných odděleních během praktické výuky.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily sestry, které pracují na standardním oddělení neurologickém, interním, chirurgickém a oddělení následné péče. Všechny sestry uvedly, že na svém oddělení pečují o pacienty se sníženou mírou soběstačnosti, kteří potřebují pomoc s hygienickou péčí a vyprazdňováním a také o pacienty zcela imobilní. Dále byly všechny sestry ujištěny, že zpracování a prezentace výsledků výzkumného šetření bude zcela anonymní.

V tabulce č.1 byly zaznamenány identifikační údaje dotazovaných sester – jaké je jejich nejvyšší dosažené vzdělání, jak dlouho pracují ve zdravotnictví a na kterém oddělení pracují. Vzdělání sester se pohybuje od středoškolského (praktická sestra, všeobecná sestra) přes vyšší odborné (diplomovaný specialista) až po vysokoškolské (bakalářské). Nejkratší délka praxe ve zdravotnictví jsou 3 roky, nejdéle ve zdravotnictví pracuje sestra 7, a to 25 let.

Tabulka 1: Identifikační údaje sester

Respondent	Vzdělání	Délka praxe	Oddělení
Sestra 1	Vysokoškolské	13 let	Interna
Sestra 2	Střední	3 roky	Chirurgie
Sestra 3	Vyšší odborné	10 let	Neurologie
Sestra 4	Vysokoškolské	3,5 let	Následná péče
Sestra 5	Střední	3 roky	Následná péče
Sestra 6	Střední	11 let	Chirurgie
Sestra 7	Střední	25 let	Interna
Sestra 8	Vyšší odborné	9 let	Neurologie

Zdroj: vlastní zpracování

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků

Kategorie

- 1) Soběstačnost pacienta;
- 2) Hygienická péče;
- 3) Soukromí při hygienické péči;
- 4) Vyprazdňování pacienta;
- 5) Soukromí při vyprazdňování;
- 6) Soukromí při péči o pokožku;
- 7) Překážky v zajištění soukromí;
- 8) Možnosti zlepšení v zajištění soukromí.

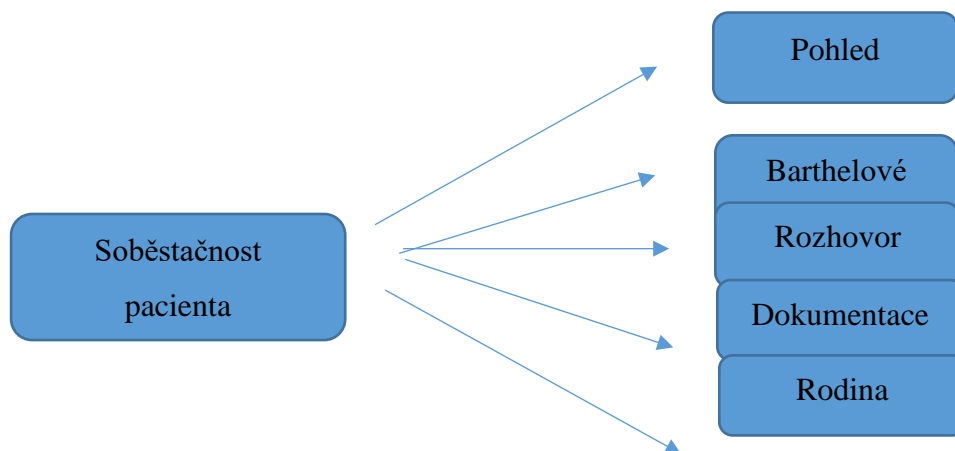
Kategorie 1 – Soběstačnost pacienta

Kategorie představuje způsob hodnocení pacientovy soběstačnosti. Sestry 1, 4, 5, 6 a 8 uvedly, že používají hodnotící škálu podle Barthelové. Rozhovorem s pacientem hodnotí soběstačnost sestry 1, 2, 3, 5. Sestry 2, 3, 4, 6, 7, a 8 dále uvedly jako hodnotící nástroj svůj pohled na pacienta. Dokumentaci pro hodnocení stavu pacienta používají sestry 1, 3, 5 a 6. Sestry 5 a 7 se zmiňují o informacích, které pocházejí z rodiny pacienta.

Sestra 4 uvádí: „*Při příjmu, při prvním kontaktu s pacientem. Už když se otevrou dveře od výtahu, tak zjišťujeme mobilitu a mentální stav*“. Sestra 2 vypovídá shodně: „*Tak zhodnotím situaci rozhovorem nebo pohledem*“. Sestra 5 charakterizuje hodnocení pacienta takto: „*Tak děláme Barthela, z překladové zprávy nebo se domluvíme s tím pacientem. Nebo rodina taky ví, co zvládnou*“. Stejně jako sestra 6: „*Překladová zpráva, hodnotíme podle Barthelové a vidíme, jak pacient vypadá, jak se může hýbat*“. Podobně odpovídá sestra 3: „*Tak zeptáme se nebo vidíme, jak se můžou hýbat. Nebo z nějaké předchozí zprávy třeba*“. Sestra 7: „*Vidíme, jak pacient vypadá, co zvládne. Nebo rodina nám řekne, jak je schopný*“.

Nejčastěji sestry hodnotí soběstačnost pacienta vlastním pohledem, dívají se, jak se pacient pohybuje a sledují jeho celkový stav (celkem šest sester uvedlo tento způsob – 2, 3, 4, 6, 7 a 8). Barthelové skóre pro hodnocení využívají sestry 1, 4, 5, 6 a 8. Stejně množství sester, a to čtyři (1, 2, 3 a 5) zjišťují soběstačnost pomocí

rozhovoru s pacientem a dle překladových zpráv nebo z předchozí dokumentace (1, 3, 5 a 6). Dvě sestry (5, 7) se také informují v rodině pacienta. Jednotlivé způsoby hodnocení soběstačnosti pacienta jsou uvedeny na obrázku č. 1.



Obrázek 1: Soběstačnost pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

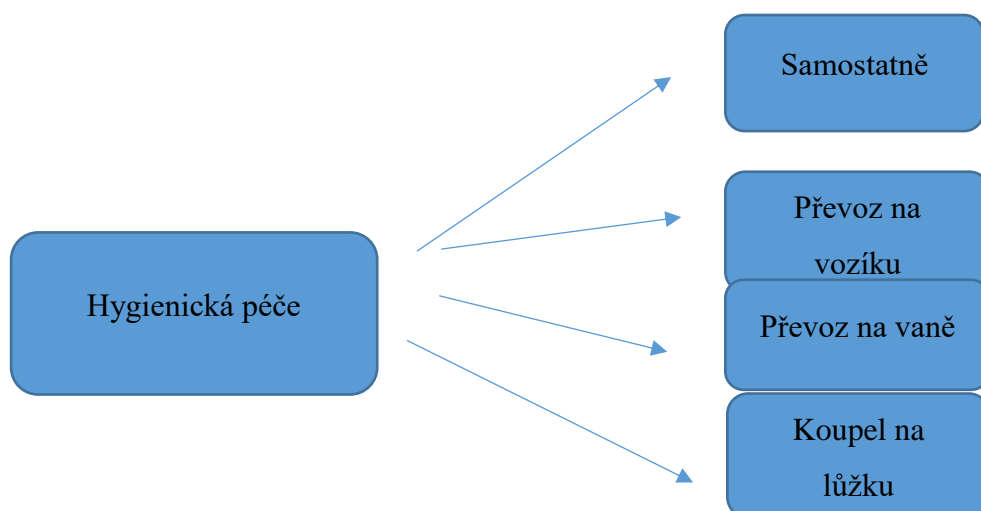
Kategorie 2 – Hygienická péče

Kategorie představuje, jakým způsobem provádějí sestry hygienickou péči u pacientů, kteří si ji nemohou zajistit sami. Sestry se shodly, že záleží na stavu pacienta. Sestry 1, 2, 6 a 7 zmiňují i soběstačné pacienty, kteří se myjí sami v koupelně. Sestry 3, 4, 5, 7 a 8 méně soběstačné pacienty přepravují na toaletních křeslech do koupelny, kde se myjí buď sami nebo s pomocí sester. Kromě sestry 7 všechny sestry provádějí na svých odděleních koupel na lůžku přímo na pokoji a všech osm sester má na svém oddělení k dispozici koupací pojízdné vany. Sestry 4 a 5 uvádí, že u imobilních pacientů provádí celkovou koupel na vaně dvakrát týdně, v jiných dnech je provedena celková toaleta na lůžku.

Sestra 1: „...ale nejčastěji, z 99 % se pacienti koupou na pojízdné vaně. Soběstační si dojdou do koupelny“. Sestra 4 uvádí: „...koupou se dvakrát týdně na koupelně, buď na vaně nebo na toaletním křesle. S mytím jim pomáháme, jak je potřeba, většinou záda, hlavu a podobně. A když ty lidi nejsou vůbec schopní, tak jim aspoň dáme do ruky žínku, snažíme se je navést, aspoň trochu“. Sestra 6: „Chodící pacienti si dojdou do koupelny, některé doprovázíme, těm taky nabídneme pomoc, třeba s mytím zad. Jinak na pojízdné vaně a na lůžku, když je nemůžeme přesunout. Na vaně je odvezeme do koupelny a umyjeme je tam“. Sestra 8 říká: „Tak když to nezvládnou sami, tak tady máme

pomůcky, jako třeba vany nebo pojízdné vozíky, kdy je bereme do koupelny a pomáháme jim s hygienou. A někdy na lůžku, třeba když je nás málo a těch pacientů moc“.

Z odpovědí sester vyplývá, že všechny mají zkušenost s dopomocí při hygienické péči. Dle stavu pacienta pak vybírají vhodný způsob provedení toalety. Všechny sestry využívají k přepravě imobilních pacientů pojízdné vany, kdy je pacient naložen na pokoji a odvezen do koupelny, kde je umyje sanitář, ošetřovatel nebo sestra. Poté je převezen zpět na pokoj. Pokud se pacient zvládne posadit, je převezen do koupelny na toaletním křesle, na kterém může probíhat i samotné mytí. Pacient se ve většině případů myje sám, sestra pomáhá s mytím obtížně dostupných míst. Téměř všechny (kromě sestry 7) ze sester uvádějí i hygienickou péči přímo na lůžku. Ta je prováděna přímo na pokoji. Jak probíhá hygienická péče je znázorněno na obrázku č. 2.



Obrázek 2: Hygienická péče

Zdroj: vlastní zpracování

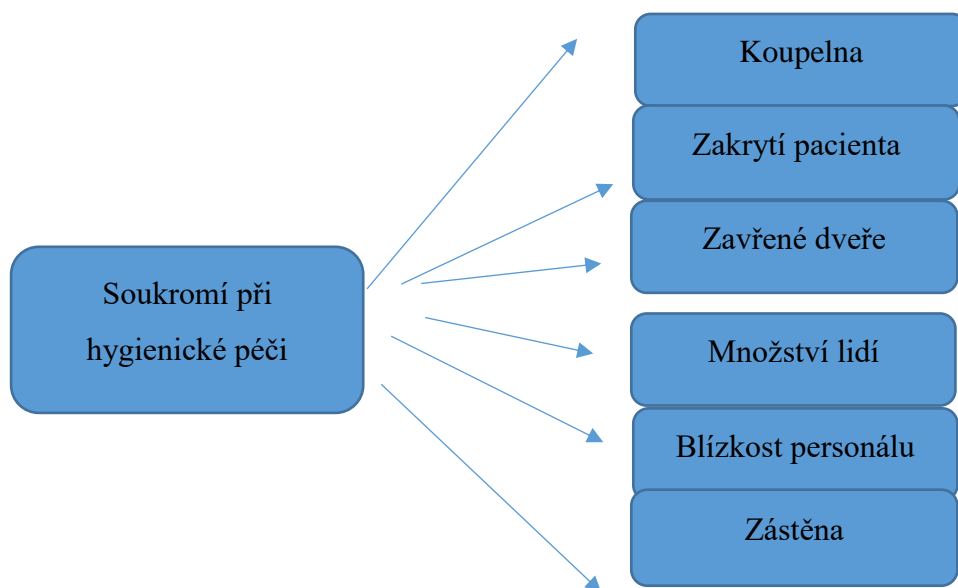
Kategorie 3 – Soukromí při hygienické péči

Ohledně zajišťování soukromí při provádění hygienické péče se sestry shodly, že nejlépe je soukromí pacienta zachováno při očištění v koupelně, kde je pacient sám,

případně jen s personálem. Při převozu pacienta na pojízdné vaně nebo pojízdném vozíku uvedly sestry 1, 2, 3, 5, 6, 7 a 8, že pacienta důkladně přikryjí. Zavření dveří zmiňovaly sestry především v případě koupele na lůžku přímo v pokoji – jde o sestry 3, 4, 5, 6 a 8. Sestry 2 a 5 říkají, že pokud není pacient na pokoji sám, snaží se personál zakrýt intimní partie vlastním tělem. Sestra 3, 4 a 6 zmiňují přítomnost jen tolika osob, kolik je nezbytně nutné k provedení hygienické péče. Pouze sestra 5 využívá na svém oddělení zástěnu, v případě, že jsou z provozních důvodů na jednom pokoji pacienti obou pohlaví a dále uvádí, že pokud to skladba personálu dovoluje, koupe muže muž a ženu žena.

Sestra 3 uvádí: *„Tak když se myjí na pokoji, tak zavřeme dveře, aby nikdo nekoukal, a aby tam nebyl nikdo kromě personálu. Snažím se, aby byl pacient co nejméně odkrytý, dodržovat nějakou intimitu. Když se jede s vanou, tak samozřejmě mít ho přikrytého, aby nebylo nic vidět“*. Sestra 5 k hygienické péči na lůžku říká: *„Snažíme se zavřít dveře na pokoj, aby tam nebylo vidět, snažíme se, aby i ti pacienti na tom pokoji nekoukali na toho člověka, třeba ho obstoupíme“*. Sestra 6 hovoří o problému s ostatními pacienty: *„Na pokoji je to problém, je tam málo místa, nemůžeme vyjždět s postelí, tak aspoň prosíme ostatní, aby třeba odešli nebo se otočili“*. Sestra 1: *„Když jsou to pokoje, kde jsou koupelny nebo bariérový pokoj, kde je koupelna, tam mají zajištěno, že se koupou sami a jestliže jsou to pacienti, kteří se myjí na lůžku, tak většinou je ta skladba taková, že jsou to všichni pacienti neschopní a imobilní a koupou se všichni na lůžku, a pacient je maximálně přikrytý“*.

Z odpovědí vyplývá, že sestry se snaží zajistit soukromí pacientů při provádění hygienické péče různými způsoby. Mytí v koupelně vnímají jako možnost zajistit maximální možnou míru soukromí, v případě, že není koupelna součástí pokoje, jsou pacienti zakryti během převozu. Koupel na lůžku vnímají jako možnost s nejmenší mírou soukromí. I zde se snaží pacienta zakrýt příkrývkou nebo svým postojem. Způsoby zajištění soukromí při hygienické péči jsou znázorněny na obrázku č. 3.



Obrázek 3: Soukromí při hygienické péči.

Zdroj: vlastní zpracování

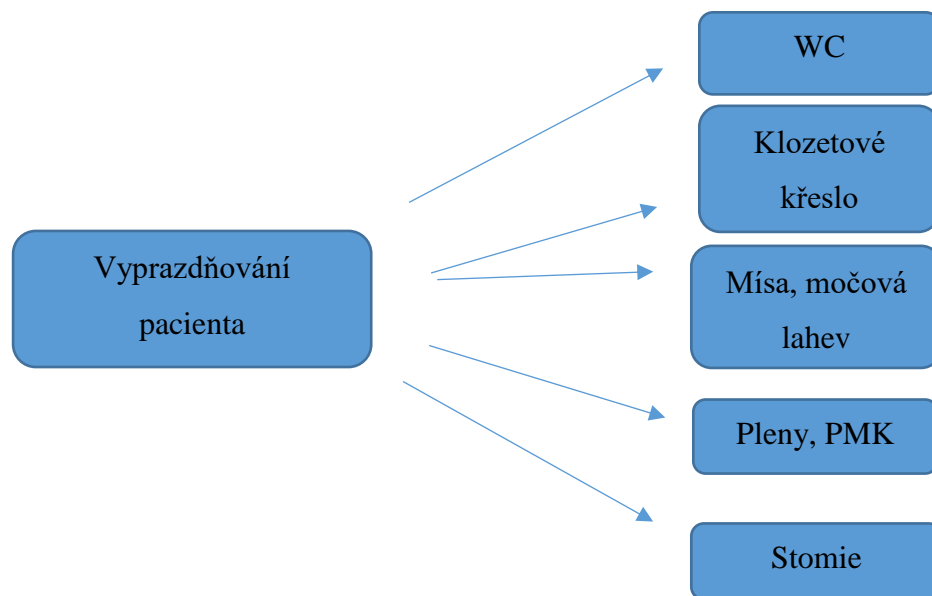
Kategorie 4 – Vyprazdňování pacienta

Kategorie představuje, jakým způsobem sestry provádějí pomoc s vyprazdňováním. Sestry uvedly jako nejčastěji využívanou pomůcku k vyprazdňování toaletní křeslo – všechny kromě sestry 3. Sestry 1, 3, 4, 6, 7 a 8 doprovází pacienty na WC, pokud to jejich stav dovolí. Sestry 1, 3, 4 a 6 nabízejí mužským pacientům močové lahve, a to zejména v nočních hodinách. Vyjma sestry 7 mají všechny sestry i zkušenost s vyprazdňováním pomocí podložní mísy. Sestry 1, 5 a 8 běžně pečují o pacienty, kteří používají pleny nebo plenkové kalhotky. Sestra 2 pečuje i o vyprazdňování pacientů se stomií.

Sestra 1 popisuje: „Muži močí do bažanta, řekla bych, že mužům to až takový problém nečiní, jako ženám na míse“. Sestra 2: „Máme tu hodně stomiky, tak těm pomáháme s výměnou sáčku, když to neumí sami“. Sestra 4 říká: „Máme tady jeden pokoj, kde je koupelna, tam se snažíme dávat lepší pacienty. Tam si můžou dojít i když chodí třeba v chodítku. Jinak musí přes celou chodbu“. Sestra 8 uvádí: „Tak používáme podložní mísy nebo klozetová křesla – gramofony, nebo pleny. Schopní si chodí na WC sami, nebo jim pomůžeme. Máme WC a koupelnu na každém pokoji“. Sestra 6: „Můžou si dojít na WC nebo máme gramofony, bažanty, hodně pacientů má cévku. U ženských hodně používáme mísy“. Sestra 5 pomáhá pacientům s vyprazdňováním dle jejich

soběstačnosti: „Když přejdou aspoň na to toaletní křeslo, tak jim dopomůžeme. Když musí ležet a zvládnou si říct, tak podložní mísu. Když ani to ne, tak teda plenky“.

Z rozhovorů vyplývá, že všechny sestry mají zkušenost s pomůckami, které pomáhají s vyprazdňováním. Jen sestra 2 uvedla i pomoc s péčí o stomie, což lze přisoudit specifickým oddělením, na kterém pracuje. Z odpovědí sester lze také zjistit, že ne všechna oddělení mají pokoje, které jsou vybaveny sociálním zařízením. Z tohoto důvodu na většině oddělení pacienti konají potřebu za pomoci klozetových křesel, která mají k dispozici přímo na pokoji. Možné způsoby vyprazdňování ukazuje obrázek č. 4.



Obrázek 4: Vyprazdňování pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

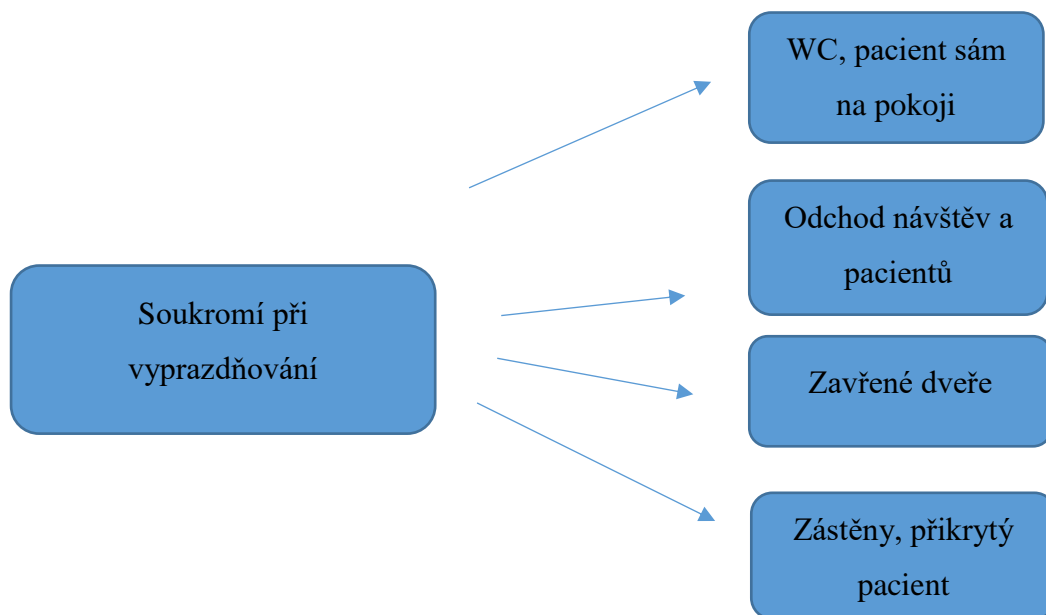
Kategorie 5 –Soukromí při vyprazdňování

Oslovené sestry zajišťují soukromí při vyprazdňování několika způsoby. Sestry 1, 3, 4, 5 a 8 říkají, že žádají návštěvníky, aby opustili pokoj. Sestry 1, 2, 6 a 8 o totéž prosí ostatní pacienty, pokud to jejich stav dovoluje. Sestry 2, 6 a 8 se snaží doprovodit

pacienty na WC. Sestry 2 a 7 používají zástěny mezi pacienty při vyprazdňování. Sestra 7 také uvádí, že se snaží o skladbu pacientů tak, aby byli všichni přibližně ve stejném stavu. Sestry 3, 5 a 8 také dbají na uzavření dveří v pokoji. Sestra 1 se snaží za pomoci personálu zakrýt pacienta, který se potřebuje vyprázdnit.

Sestra 2 uvádí: „*Na WC jsou sami. Když to jde, tak je bereme do koupelny. Dva pokoje mají vlastní koupelnu, jinak je společná. Na bariérách máme clony mezi pacienty*“. Sestra 4 říká: „*Když jsou pacienti na pokoji horší, tak nemáme možnost těm pacientům říct, aby šli na chodbu. Ale když je tam návštěva, tak říkáme, aby počkala venku*“. Sestra 5 vypovídá shodně: „*Kdyby v tom pokoji byla návštěva, tak ji poprosíme, aby odešla, aby ten člověk měl klid, aby se necítil špatně, že na něj koukají. Pacienty z pokoje vystěhovat nemůžeme, to nejde*“. I sestra 8 se snaží podle svých slov o soukromí: „*Při přebalování zavřeme dveře, a kdo tam nemusí být, tak jde ven, třeba návštěva*“. Sestra 1: „*Sama můžu konstatovat, že bych se takhle nevyprázdnila, že bych s tím měla problém. Ale ti pacienti mě někdy překvapují, že jsou schopni to vykonat. Problém je na bariérách, kdy pacienta nemůžeme nikam pustit. Snažíme se jim vyjít vstříc, třeba večer, dáme jim roušku a pustíme je na WC. Ale pacienty třeba s klostridii, tak ty nikam nepouštíme*“. Sestra 3: „*Pacienta přikryjeme, když má mísu, aby nebyly vidět genitálie*“.

Podle odpovědí sester je zřejmé, že se snaží dopravit pacienta na WC, pokud je to možné. Zároveň vyplývá, že ne všechny pokoje na některých odděleních mají vlastní WC, což znesnadňuje možnost využít toaletu v případě pacientů se sníženou soběstačností. V případě nutnosti vyprazdňování na pokoji sestry žádají schopné pacienty i návštěvníky, aby opustili pokoj a zavírají dveře. Na některých odděleních je zvykem využívat zástěny při vyprazdňování. Pacienti, kteří se vyprazdňují na podložní míse jsou přikryti během konání potřeby. Způsoby zajištění soukromí při vyprazdňování jsou zobrazeny na obrázku č. 5.



Obrázek 5: Soukromí při vyprazdňování

Zdroj: vlastní zpracování

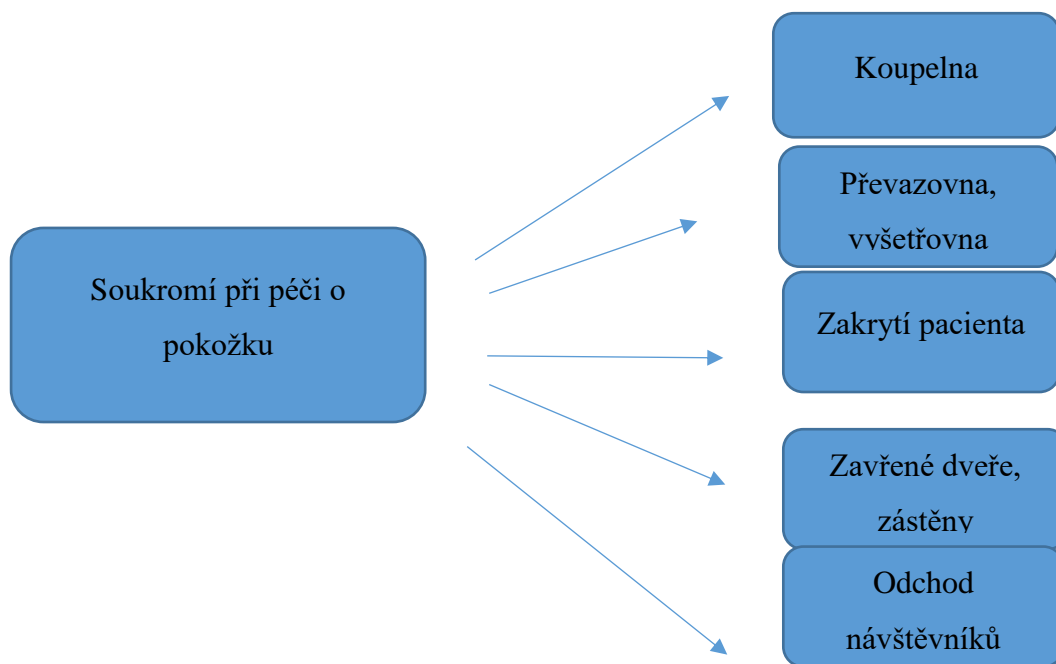
Kategorie 6 – Soukromí při péči o pokožku

Kategorie představuje, jakým způsobem zajišťují sestry soukromí při péči o pokožku. Sestry 1, 4 a 5 se shodly, že provádí výkon v koupelně hned po vykonání hygienické péče. Sestry 2, 3, 6 a 8 uvádějí, že pacienty zbytečně neodhalují a snaží se odkryt jen místa, která potřebují aktuálně ošetřit. Sestry 2, 3 a 4 požadují opuštění pokoje po návštěvnících, sestra 8 se snaží, aby na pokoji nebyl přítomný ani jiný pacient. Sestry 6 a 8 mohou na svém pracovišti využít místnost určenou pro převazy nebo vyšetření. Sestra 7 uvedla používání zástěn. Sestra 3 také zmiňuje rychlost výkonu.

Samotné ošetřování ran a péče o pokožku probíhá na každém oddělení odlišně. Sestra 1 uvádí: „Rány se snažíme odesílat na chirurgii, a dle jejich doporučení ošetříme“, a zároveň zmiňuje prevenci: „Ale nemůžu říct, že bychom tu měli často dekubity třeba na nějakých intimních místech, snažíme se dělat prevenci, třeba nějaká ty srdíčka“. Sestra 5 říká: „Suchou kůži promašťujeme, když je to začervenalé, tak Menalind. Když už je tam nějaký defekt, tak se to ošetřuje podle ordinace lékaře“. Co se týká soukromí při ošetřování pokožky, sestry 1 a 6 se shodují že: „...když to mají na nohách, tak to není tak intimní“, a „...rány po operacích nejsou většinou na intimních místech, a my stojíme okolo“. Sestra 2 říká: „Tak pacienta odkryjeme jenom tam, kde to potřebujeme, neodhalujeme ho úplně. Pokud je tam nějaká návštěva,

tak je vykážeme ven“. Sestra 8 uvádí: „*Těm chodícím řeknu, aby šli na chodbu, aby to neviděli. Nebo si ho vezmu na vyšetřovnu, kde nikdo není, jen my sestry. Jinak přikrývání pacienta, kde to jde“.*

Z analýzy odpovědí sester vyplývá, že soukromí při provádění péče o pokožku a ošetřování defektů se téměř shoduje se zajištěním soukromí při hygienické péči. Některé oddělení využívají koupacích van, které kromě mytí pacienta slouží i k ošetření kůže, a to v koupelně, kde se pacient nachází pouze v přítomnosti personálu. Dále sestry 2, 3, 6 a 8 dbají na zakrytí pacienta, pokud výkon probíhá přímo na pokoji. Pouze sestry 6 a 8 mají k dispozici místnost, kde mohou provádět převazy a ošetřování ran v úplném soukromí. Způsoby zajištění soukromí při péči o kůži jsou znázorněny na obrázku č. 6.



Obrázek 6: Soukromí při péči o pokožku

Zdroj: vlastní

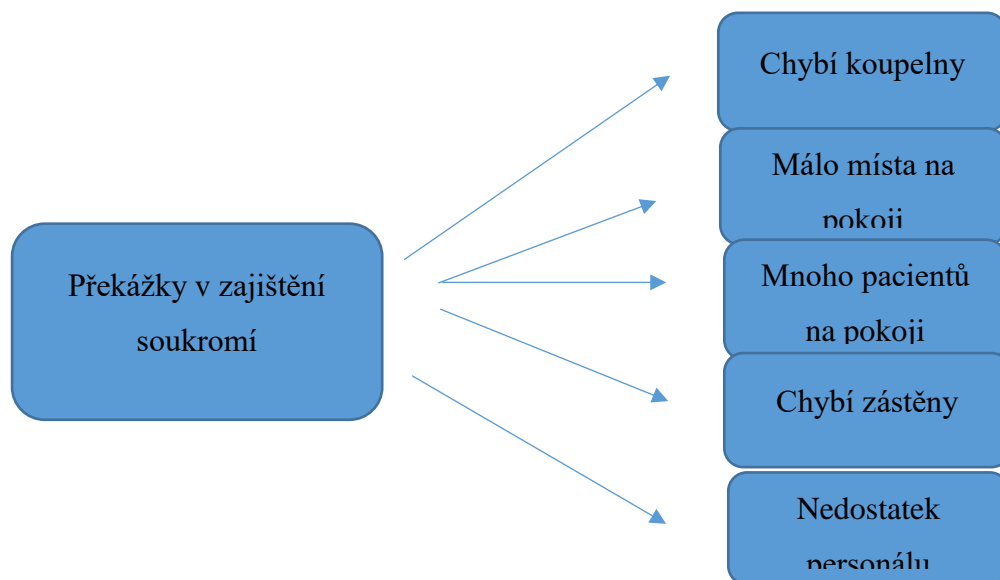
Kategorie 7 – Překážky v zajištění soukromí

V kategorii, jaké překážky bráním sestrám při zajišťování soukromí při provádění hygienické péče, vyprazdňování a při péči o kůži odpověděly sestry 1 a 6, že jim chybí

koupelny na každém pokoji. Sestry 2, 5 a 8 uvedly, že na pokojích je vzhledem k jejich velikosti hodně pacientů, sestra 4 pak upřesnila, že jde především o imobilní pacienty, kteří nemohou opustit pokoj na požádání. Sestře 3 vadí, pokud někdo z personálu nezavírá dveře do pokoje. Sestry 6 a 7 se cítí omezeny příliš malým prostorem na pokojích, kde není možné manipulovat s lůžky. Sestrám 5, 6 a 8 chybí na oddělení zástěny. Sestra 4 uvádí neochotné návštěvy a sestra 8 málo personálu.

Sestra 1 říká: „...právě u těch bariér, kde není koupelna. Kdybych se potila a měla horečku a nemohla se osprchovat, jak já chci, to musí být hrozné“. Sestra 6: „Málo místa na pokoji, koupelna je na chodbě, to taky není dobrý. Zástěny máme jen na JIP, tady ne“. Sestra 8 vidí překážky v tom, že: „...třeba hodně lidí na pokoji, málo personálu a nemáme zástěny“. Sestra 2 uvádí: „Když je na pokoji hodně lidí, tak to soukromí je prostě problém. I když se snažíme je co nejvíc zakrýt podložkou, tak ostatní, když se budou chtít kouknout, tak se kouknou“. S tím souhlasí i sestra 5: „Tak je to dost těžký, to soukromí, když na tom pokoji jsou jiní pacienti a jsou třeba zvědaví. Taky by bylo dobré, kdyby tam byla nějaká provizorní zástěna nebo závěs“. Sestra 3 neuvádí příliš překážek: „Občas někdo nechává otevřené dveře, ale jinak se snažíme zachovávat intimitu. Někaké překážky myslím nejsou.“

Sestrám 2, 4, 5 a 8 podle jejich slov brání v zajišťování soukromí příliš mnoho pacientů na pokoji, sestrám 6 a 7 málo místa v pokoji a sestrám 1 a 6 koupelny, které na pokojích scházejí. Dále je to nedostatek zástěn, které by mohly přesouvat mezi pacienty podle potřeby a nedostatek personálu. Nejčastěji uváděné překážky jsou zobrazeny na obrázku č. 7.



Obrázek 7: Překážky v zajištění soukromí

Zdroj: vlastní zpracování

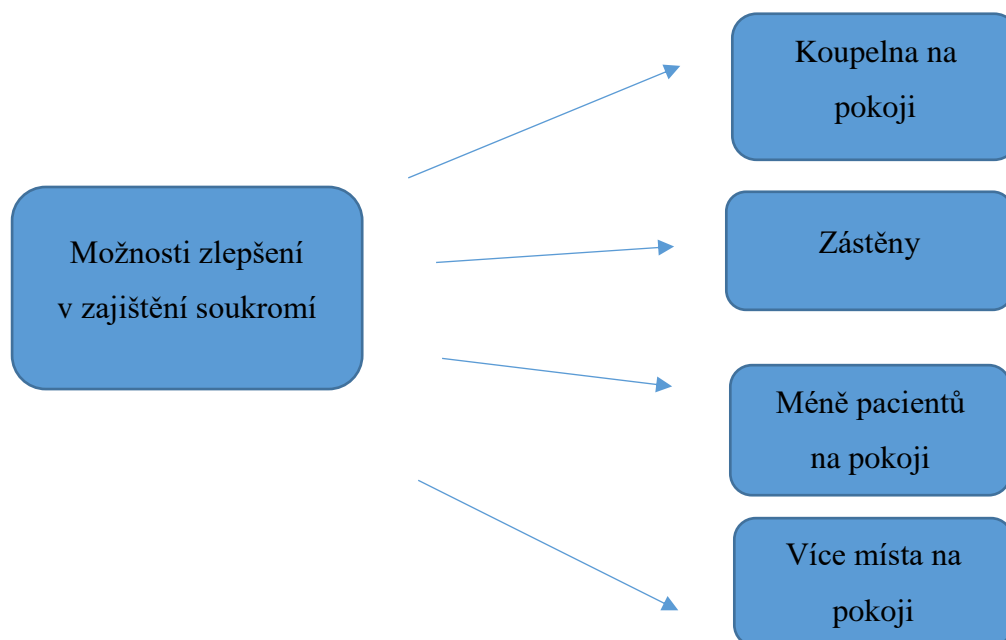
Kategorie 8 – Možnosti zlepšení v zajištění soukromí

V kategorii, jaké zlepšení v zajišťování soukromí pacientů by sestry uvítaly, byly uvedeny čtyři možnosti. Sestra 1, 4, 6 a 7 by rády, aby měl každý pokoj vlastní koupelnu. Sestra 1 a 7 také uvádí méně lůžek, a tedy i pacientů na pokoji. Sestry 2, 3, 5, 6 a 8 by si přály zástěny na oddělení. Sestry 4 a 7 dále uvádí více místa v pokoji.

Sestra 1: „V ideálním případě sociální zařízení na všech pokojích. A snížení kapacity lůžek na pokoji“. Sestra 2: „Takové ty paravány, co máme na bariérách, to by bylo dobré“. Sestra 3 se shoduje: „Tak mohly by být nějaké plenty nebo závěsy mezi pacienty, ale u nás máme jednu plentu na celé oddělení“. Sestra 5: „Asi ty zástěny na všech pokojích. Nebo závěs přímo u postele“. Sestra 7 říká: „Zmenšit počet lůžek, aby bylo více místa, a aby každý pokoj měl své sociální zařízení“. Sestra 4 uvádí: „Ideální by bylo, kdyby byla na každém pokoji koupelna. Většinou aspoň jeden člověk na pokoji je na toaletní křeslo. A větší pokoje, aby se tam dalo líp zajet“.

Podle výsledků rozhovorů, by sestry 2, 3, 5, 6 a 8 uvítaly více zástěn, sestry 1 a 7 méně pacientů na pokoji. Dále i pokoje s vlastní koupelnou a více místa v pokoji, pro lepší

manipulaci s vozíky a lůžky. Možnosti zlepšení podle sester jsou zobrazeny na obrázku č. 8.



Obrázek 8: Možnosti zlepšení v zajištění soukromí

Zdroj: vlastní zpracování

4.2 Pozorování

Zúčastněné pozorování bylo využito jako doplňková metoda výzkumného šetření. Během praktické výuky jsem postupně navštívila všechna výše uvedená oddělení, pozorovala jsem všechny aktivity, které jsou zmiňovány v tomto šetření, tedy provádění hygienické péče, vyprazdňování, péči o pokožku a zajištění soukromí pacientů při těchto činnostech.

Oddělení následné péče

Na tomto oddělení je velká koncentrace pacientů, kteří vyžadují pomoc sester při provádění hygienické péče a vyprazdňování. Co se týká hodnocení soběstačnosti pacientů, sestry sledovaly pacienta hned při jeho příchodu na oddělení. Podle jeho aktuálního stavu a případně překladové zprávy vybíraly místo, které pro něj bude nejvhodnější. Zde samozřejmě záleželo na současném obsazení oddělení. Při zakládání dokumentace sestry vyplňovaly i Barthelové test základních všedních činností.

Hygienická péče na tomto oddělení probíhala především za pomoci toaletních křesel, pojízdných van a také na lůžku. Vzhledem k množství nesoběstačných pacientů zde byli pacienti sprchováni dvakrát až třikrát týdně, ostatní dny byla poskytována hygienická péče na lůžku. Pacienti, kteří byli schopni sami navštívit koupelnu se mohli sprchovat každý den. Všem pacientům byl každý den proveden některý z výše uvedených způsobů očisty. Soukromí při provádění hygienické péče zde bylo zajištěno především v koupelnách, kde sestry vždy zavíraly dveře. Pacienti byli převáženi zakrytí prostěradlem nebo podložkou. Při toaletě na lůžku sestry nepoužívaly žádné zástěny, a vzhledem ke skladbě pacientů nebylo možné, aby ostatní pacienty vykázaly z pokoje. Pacient měl zakrytou vždy jednu polovinu těla, na hygienické péči se podíleli dva členové personálu, pacient tedy nebyl odhalen příliš dlouho. Při ranní hygieně sestry promazávaly pokožku a sledovaly její stav. Sestry zde dbaly i na hygienu dutiny ústní, a to i v případě zubních náhrad.

Při vyprazdňování jen malá část pacientů využívala WC. Většina pacientů se vyprazdňovala za pomoci klozetových křesel nebo podložní mísy. Sestry vkládaly podložní mísu vždy na požádání. Po vyprázdnění jen některé ze sester nabízely pacientovi možnost otřít nebo umýt si ruce. Část pacientů na tomto oddělení byla inkontinentní a vykonávali potřebu do pleny. Pleny byly měněny dle potřeby, sestry věnovaly pokožce v okolí hýždí a genitálu dostatečnou pozornost. Soukromí na WC bylo plně zajištěno, na pokojích sestry nepoužívaly zástěny a v několika případech nebyly zcela zavřené dveře do pokoje. Pacienti, kteří používali podložní mísu, byli vždy přikryti. Návštěvy vždy opouštěly pokoj v případě, že některý z pacientů projevil přání se vyprázdnit.

Péči o pokožku prováděly sestry po ranní hygieně, buď ještě v koupelně, po uložení pacienta do lůžka nebo přímo při koupeli na lůžku. Při péči o kůži na pokoji nepoužívaly zástěny, vždy zavíraly dveře pokoje.

Interní oddělení

Na interním oddělení se v době mé praktické výuky nacházeli pacienti částečně soběstační, jedna pacientka byla imobilní. Při příchodu pacienta na oddělení sestry vyplňovaly Barthelové test základních všedních činností, dále se informovaly u zdravotníků, kteří pacienta doprovázeli (překlad pacienta z jiného oddělení).

Pouze dva pokoje na tomto oddělení byly vybaveny koupelnou, ostatní pokoje byly bez sociálního zařízení, pouze s umyvadlem. Pacienti byli doprovázeni do společné koupelny, kde se myli v jednotlivých boxech, buď sami nebo za pomoci sester. Pacienti měli vždy oblečená pyžama a župan po cestě do koupelny i zpět na pokoj. Imobilní pacientka byla sprchována na pojízdné vaně, při převozu byla zakryta prostěradlem. Oblékána byla ještě na koupelně, péči o kůži prováděly sestry na pokoji za zavřenými dveřmi. Čistění zubů pacienti prováděli na pokojích.

Při vyprazdňování chodící pacienti navštěvovali společnou toaletu, méně soběstačné pacienty sestry doprovázely. Pokud pacient nemohl chodit, měl k dispozici toaletní křeslo na pokoji. Sestry dbaly na zavírání dveří v případě, že pacient konal potřebu, jiným způsobem soukromí nezajišťovaly. Někteří pacienti měli zavedený permanentní močový katetr, jeho kontrola probíhala každý den. Imobilní pacientka vykonávala potřebu do plen, které sestry často měnily. Návštěvy byly vždy požádány o opuštění pokoje, v případě jakéhokoli výkonu.

Převazy a péče o pokožku probíhaly na pokoji, soukromí bylo zajištěno pouze zavřením dveří. Zástěny zde byly použity pouze jednou.

Chirurgické oddělení

Na chirurgickém oddělení sestry při příjmu pacienta vždy vyplňovaly Barthelové test všedních činností. Pouze na jednom z pokojů bylo sociální zařízení a tento pokoj byl využíván pro bariérovou ošetrovatelskou péči. Ostatní pacienti měli k dispozici společnou toaletu a koupelnu.

Pacienti soběstační prováděli hygienickou péči v koupelně samostatně, částečně soběstační pak v doprovodu sester. Pacienti byli vždy oblečení cestou do koupelny i zpět. Pro imobilní pacienty byla k dispozici pojízdná vana, pacienti byli při převozu zakryti podložkou. Samotná koupel probíhala na koupelně, kde se nacházel pouze pacient a zdravotnický personál.

Vyprazdňování částečně soběstačných pacientů bylo prováděno na toaletních křeslech v pokoji, pacienti, kteří nemohli opustit lůžko se vyprazdňovali pomocí podložní mísy. Sestry vždy zavíraly dveře a zakrývaly pacienta, který používal podložní mísu. Ostatní pacienti nebyli vyzváni k opuštění pokoje. Návštěvy nebyly ponechány v pokoji, kde se vyprazdňoval pacient, případně kde sestry prováděly ošetrovatelský výkon.

Převazy byly prováděny na pokoji nebo ve zvláštní místnosti. Zde byly prováděny převážně převazy pacientů, kteří sami byli schopni přijít, nebo pacientů, jejichž rána byla většího rozsahu. Výkon vždy probíhal za zavřenými dveřmi. Zástěny zde nepoužívají.

Neurologické oddělení

Na neurologickém oddělení byl vždy při příjmu vyplněn Barthelové test základních všedních činností a pacient byl podle svého stavu uložen na pokoj. Sestry slovně i pohledem hodnotily soběstačnost pacienta.

Každý z pokojů byl vybaven koupelnou a toaletou. Soběstační pacienti prováděli hygienickou péči dle svého uvážení. Částečně soběstační pacienti byli na sedačce odvezeni do koupelny, kde sami nebo s pomocí sester provedli očistu. Imobilní pacienti byli na pojízdné vaně odvezeni do koupelny k tomuto určené, kde se myli za pomoci zdravotnického personálu. Každý z pacientů tak měl zajištěno soukromí při hygienické péči. Pacienti, kterým byla prováděna hygienická péče na lůžku byli zakryti prostěradlem během mytí a sestry dbaly na zavřené dveře.

Při vyprazdňování používali soběstační pacienti toaletu, která je součástí každého pokoje. Částečně soběstační pacienti byli buď odvedeni na toaletu nebo vykonávali potřebu na toaletních křeslech. Ostatní pacienti nebyli vyzváni, aby opustili pokoj, v případě návštěv sestry vždy vykázaly návštěvníky z pokoje. Imobilní pacienti se vyprazdňovali do podložní mísy nebo do plen. Při použití podložní mísy sestry pacienty zakrývaly. Pleny měnily často, při výměně nepoužívaly zástěnu.

Péče o kůži a převazy byly prováděny vždy na pokoji, sestry zavíraly dveře, zástěny nepoužívaly. Návštěvy nikdy nebyly přítomny na pokoji.

Vzhledem k výsledkům pozorování lze uvést, že sestry skutečně zajišťují soukromí pacientů způsoby, které uvedly v rozhovorech. Ačkoli ne všechny sestry uvedly, že užívají Barthelové test všedních činností jako hodnotící nástroj k posouzení soběstačnosti pacienta, toto hodnocení je součástí dokumentace na každém oddělení. Dle pozorování sestry dávají přednost rozhovoru s pacientem a sledováním jeho stavu (např. jak je schopen přesunu ze židle na lůžko). Hygienická péče probíhala buď v koupelně nebo na lůžku (převážně na oddělení následné péče). Pacienti byli převáženi vždy pečlivě zakrytí, v případě očisty na lůžku sestry dbaly na zavřené dveře od pokojů,

nepoužívaly zástěny. Během pozorování na interním oddělení došlo v jednom případě k opomenutí ze strany studentek zdravotnické školy (nezavřené dveře), sestry je však ihned upozornily na jejich pochybení. Při provádění hygienické péče sestry komunikovaly s pacientem, nabízely pomoc a vysvětlovaly, co bude následovat.

Při vyprazdňování využívali soběstační pacienti toalety, nesoběstační vykonávali potřebu za pomoci toaletního křesla nebo podložní mísy na pokoji. Žádná ze sester nepoužila zástěnu, vždy však vyzvaly návštěvníky k opuštění pokoje. Imobilním pacientům, kteří se vyprazdňovali do pleny, měnily sestry pleny podle potřeby na lůžku, soukromí nebylo plně zajištěno. Péče o pokožku probíhala buď v koupelně ihned po umytí pacienta nebo na lůžku. Sestry vždy zavíraly dveře, pouze jednou použily zástěnu. Na chirurgickém oddělení využívaly sestry místnost určenou k převazům pro pacienty, kteří byli schopni se přesunout.

5 DISKUZE

Ve výzkumném šetření bylo zjišťováno, jaké činnosti sestry provádějí při hygienické péči a vyprazdňování pacientů a jak při těchto výkonech zajistí soukromí pacienta. Dalším cílem bylo zjistit, jaké překážky brání sestřám v zajišťování soukromí a jejich názor na možná zlepšení. Výzkumné kvalitativní šetření probíhalo technikou rozhovoru se sestrami, které pracují na standardním oddělení, na kterém pečují o pacienty, kteří potřebují pomoc s hygienickou péčí a vyprazdňováním. Z tohoto důvodu bylo zvoleno: oddělení následné péče (senioři, chronicky nemocní pacienti), interní oddělení (chronicky nemocní pacienti), chirurgické oddělení (operační zákroky) a neurologické oddělení (nemocní s CMP). Všechny sestry byly informovány o účelu rozhovoru, byly ujistěny o anonymitě a písemně souhlasily se zpracováním údajů.

Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že pokud se člověk stává pacientem, stává se součástí jiného prostředí, denního režimu a zvyklostí. Pociťuje strach a úzkost z bolesti, vyšetření, neznámého prostředí. Zdravotnický personál má za úkol zbavit pacienta jeho obav a strachu, což se daří, pokud pacient důvěřuje personálu a cítí se při hospitalizaci bezpečně nejen fyzicky, ale i psychicky. Takový pacient pak lépe spolupracuje při léčbě, nedochází k jejímu porušování, a může tím dojít i ke zkrácení doby hospitalizace. Důvěru si zdravotník získá různými způsoby, především poskytováním informací, projevením respektu, tím, že dá pacientovi možnost spolurozhodovat o léčbě i denním režimu. Důležité je ale i zachovávání soukromí pacienta, jehož část při hospitalizaci pacient nezbytně ztrácí. Zatímco informace o pacientovi se zdají být chráněny dostatečně, jeho tělesná intimita není často dodržována. Sikorová a Filová (2011) ve svém výzkumu uvádějí, že: *„...nedodržení soukromí při uskutečňování hygienické péče na pokoji pacienta potvrdilo 41 % pacientů, ale jen 25 % zdravotníků. Celkem 32 % pacientů se kriticky vyjádřilo k používání zástěn při ošetrovatelském či lékařském výkonu.“* Z tohoto důvodu si myslím, že je nutné se zabývat problematikou dostatečného soukromí pro hospitalizované pacienty.

Z odpovědí na výzkumnou otázku, která byla zaměřena na zjištění, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí při provádění hygienické péče vyplynulo, že hygienickou péči všechny sestry dle svého vyjádření vykonávají buď na pokoji nebo v jiné místnosti – koupelně. Pacient, který je soběstačný si svou potřebu tělesné čistoty obstarává sám, sestra pouze nabídne hygienické potřeby. Pacient, který není soběstačný je nejčastěji převezen do koupelny, a to za pomoci pojízdného křesla nebo pojízdné vany.

V koupelně je sám nebo se zdravotnickým personálem, jeho soukromí před ostatními pacienty je tak chráněno, pokud sestra zavře dveře, což se dle sester děje vždy. Podle sester je i při převozu chráněna tělesná intimita, a to zakrytím pacienta vhodnou pomůckou – prostěradlem, županem, podložkou.

Podle mého názoru je pacient, který podstupuje hygienickou péči na lůžku vystaven ztrátě soukromí tím, že není chráněn žádnou zástěnou či plentou před zrakem ostatních pacientů. Sestry uvádějí, že se snaží zajistit soukromí tím, že obstoupí pacienta, odkrývají jen části, které právě myjí a vždy zavírají dveře na pokoj. Problematikou provádění hygienické péče se ve své práci zabývali Lopes, Nogueira-Martins a Barros (2012). Ve svém výzkumu, zda pacienti dávají přednost koupeli na lůžku nebo sprše zjistili, že pacienti jsou méně spokojeni, pokud koupel probíhá přímo na lůžku. Důvodem je jednak pocit lepší očisty v případě sprchy a také pocit ztráty soukromí při toaletě, která je vykonávána na lůžku. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že takový závěr je možné předpokládat, protože většina pacientů se těžko smiřuje se ztrátou intimity, která je s tímto typem hygienické péče spojená. Myslím, že i pro sestry je tento způsob provádění hygienické péče výhodnější z důvodu snadnější úpravy lůžka.

V souvislosti s prováděnou hygienickou péčí je potřeba upozornit i na výsledky, týkající se zajištění soukromí při péči o pokožku. Pokud totiž sestra pacienta umyje na pojízdné vaně v koupelně a péče o pokožku či převaz rány probíhá až poté na lůžku, je jeho soukromí opět porušeno. K péči o pokožku dochází nejčastěji přímo v koupelně nebo na lůžku. Sestry 6 a 8 uvedly, že mají k dispozici místnost, kde provádějí převazy. K zajištění soukromí sestry zavírají dveře, vykazují návštěvy, neodkrývají celého pacienta a snaží se pracovat rychle. Žádné zástěny nepoužívají. Sestry 1 a 6 se v rozhovoru vyjádřily, že: „...*když to mají na nohách...tak to není tak intimní*“ a „...*rány po operaci nejsou většinou na intimních místech.*“, s čímž nesouhlasím. Co může být přijatelné pro jednoho pacienta, je velmi pokořující pro jiného. Každý pacient má hranici toho, která část jeho těla je intimní a která ne odlišnou od ostatních. Soukromí pacienta při péči o pokožku by tak mělo být zajištěno vždy stejně bez ohledu na ošetřovanou část těla.

Další zjištění přinesly i výsledky týkající se způsobů zajištění soukromí při vyprazdňování. Při vyprazdňování je soukromí vyžadováno ještě více než při hygienické péči, protože pacient odkrývá své intimní partie a také je tato činnost

spojena s nepříjemným zápachem, který může v pacientovi vzbuzovat pocit studu. Pacient, který není schopen se sám přesunout na toaletu, tak může vědomě potlačovat vyprazdňování. Může tím dojít k dehydrataci (odmítání tekutin) a nedostatečné výživě (odmítání jídla). V této souvislosti lze upozornit na práci Bardsleyho (2017), který uvádí, že „...u pacienta tak může dojít ke vzniku obstipace, která není způsobena nemocí, ale vzniká z psychogenních příčin.“ Je proto důležité, aby sestra u pacienta sledovala nejen příjem stravy a tekutin ale snažila se zajistit co nejvyšší míru soukromí.

Podle všech dotázaných sester jsou používány nejrůznější typy pomůcek: podložní mísy, močové lahve, toaletní křesla, pleny. Pacienti, kteří jsou schopni se sami nebo s pomocí přesunout na toaletu, vykonávají potřebu za zavřenými dveřmi a o samotě. Pacienti, kteří tohoto nejsou schopni nejčastěji využívají toaletní křesla, která jsou přistavená u lůžka. Všechny sestry se snaží omezit počet osob přítomných na pokoji během vyprazdňování – odchod schopných pacientů, vykázání návštěv a také zavírají dveře. V případě používání podložní mísy nebo močové lahve opět žádají návštěvy a ostatní pacienty o opuštění pokoje, zavírají dveře a zakrývají pacienta. Sestra 4 ale také uvádí, že ne vždy jsou ostatní pacienti schopni opustit pokoj. Pouze sestry 2 a 7 používají zástěny.

I přesto, že se sestry snaží zajistit soukromí pacientů, byly shledány překážky, které brání sestřím zajistit soukromí pacientů. Přestože byly vybrány sestry z různých oddělení, jejich odpovědi byly téměř totožné. Koupelny a zvláště toalety, které nejsou součástí všech pokojů brání méně soběstačným pacientům v jejich použití a ti jsou tak odkázáni na vykonávání hygienické péče a vyprazdňování přímo na pokoji. Sestry 2, 5, a 8 uvedly velké množství pacientů na pokoji. Nejčastěji jsou na pokoji tři nebo čtyři pacienti. S tím je také spojena překážka, kterou sestry 6 a 7 označily jako málo místa v pokoji. Pokud není možné manipulovat v pokoji s lůžky, je velmi těžké přesunout imobilního pacienta tak, aby hygienická péče nebo vyprazdňování mohlo probíhat v jiné místnosti. Poslední překážkou je podle sester 5, 6 a 8 nedostatek zástěn, které brání ostatním sledovat pacienta při intimních činnostech.

K tématu překážek, které brání zajištění soukromí bylo zjišťováno, zda sestry napadají možnosti, které by mohly přispět ke zlepšení zajištění soukromí pacientů. Odpovědi sester souvisely s tím, jaké překážky uvedly. Jednalo se o větší pokoje, menší množství

pacientů na pokoji, koupelny a toalety, které jsou součástí pokoje a více zástěn nebo zatahovacích závěsů okolo lůžka.

Podle mého názoru je zachovávání soukromí a intimity pacientů téma, kterému by mělo být věnováno více pozornosti, a to u všech pracovníků, které se podílejí na péči o pacienta. Už u studentů, kteří se připravují na výkon povolání, by měla být vyžadována ochrana soukromí, a to nejen při praktické výuce, ale i při teoretické. Problematikou soukromí při přípravě studentů nelékařských povolání se zabývali Otília a Mendes (2014), kteří zjistili, že „...*studenti jsou nedostatečně vzděláváni v otázce soukromí pacientů.*“ I učebnice ošetřovatelství, které jsou k dispozici studentům v České republice, jsou podle mého názoru orientovány na výkon a konkrétní postup, nikoli jak chránit soukromí pacienta. Přesto by při teoretické i praktické výuce mělo docházet k rozhovorům na toto téma a studenti by měli dbát na ochranu soukromí. Dále je důležité, aby zajištění intimity vyžadovali a kontrolovali vedoucí pracovníci, tedy staniční a vrchní sestry příslušných oddělení a samozřejmě i vrcholový management. Vzhledem k tomu, že navrhované změny vesměs vyžadují stavební řešení, není možné v brzké době očekávat zlepšení tak, jak jej vnímají sestry. Avšak při rekonstrukci nebo stavbě nového oddělení by mělo být přihlíženo k ochraně soukromí a například závěsy by měly být součástí lůžek tak, jak je tomu často na Jednotkách intenzivní péče.

ZÁVĚR

Bakalářská práce „Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech“ se zabývala problematikou ochrany tělesného soukromí pacienta při provádění hygienické péče a vyprazdňování. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacienta při provádění hygienické péče a vyprazdňování a jaké překážky jim brání soukromí poskytovat. Výzkumné otázky byly zaměřeny na zjištění, jak sestry pomáhají pacientům s hygienickou péčí a vyprazdňováním a jakým způsobem jim při těchto výkonech zajistí soukromí.

Výzkumné otázky zněly takto: 1. Jaké činnosti provádějí sestry na standardním oddělení při provádění hygienické péče u pacientů? 2. Jaké činnosti provádějí sestry na standardním oddělení při vyprazdňování pacientů? 3. Jaké pomůcky sestry používají k zajištění soukromí pacientů při provádění hygienické péče? 4. Jaké pomůcky sestry používají k zajištění soukromí pacientů při vyprazdňování? 5. Jaké překážky brání sestřím při zajišťování soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování?

V souvislosti s analýzou odpovědí, je možné uvést, že sestry se podílejí na přepravě pacienta do koupelny a pomáhají pacientům s mytím. V případě imobilních pacientů provádějí celou hygienickou péči za pacienta na pojízdné vaně. Při pomoci s vyprazdňováním sestry přepravují pacienta na toaletu, méně soběstačným pacientům pomáhají s přesunem na toaletní křeslo. Imobilním pacientům nabízejí k vyprázdnění podložní mísu nebo močovou lahev. Pokud pacient není schopen vyjádřit potřebu vyprázdnění, zajišťují včasnou výměnu plen a pečují o permanentní močové katetry.

Nejčastěji sestry chrání soukromí pacienta tím, že pacienta přepraví do koupelny či na toaletu a dbají na zavření dveří. Při převozu pacienta vždy důkladně zakryjí. V případě, že pacient podstupuje hygienickou péči na lůžku, je jeho soukromí zajištěno pouze zakrytím části těla. Pokud stav pacienta nedovoluje, aby vykonával potřebu na toaletě, snaží se sestry o zajištění soukromí minimalizací přítomných osob. Návštěvy jsou požádány o opuštění pokoje, stejně tak jako ostatní pacienti, pokud jsou toho schopni. Sestry také dbají na zavření dveří v pokoji a sestry 2 a 7 používají zástěny k zakrytí pacienta.

Ohledně zjištění, jaké překážky brání sestřím při zajišťování soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování, sestry uvedly, že jim chybí sociální zařízení na každém pokoji a nedostatek zástěn. Také by uvítaly větší pokoje nebo méně pacientů na pokoji, a to především z důvodu ztížené manipulace s lůžky a vozíky.

Vzhledem k výsledkům výzkumného šetření lze říci, že soukromí pacientů při provádění hygienické péče a vyprazdňování je zajištěno u pacientů, kteří jsou alespoň z části soběstační. U pacientů imobilních není soukromí zajištěno plně.

Jako výstup z této práce jsem zvolila doporučení (příloha č. 3), která mohou přispět ke kvalitnějšímu zajištění soukromí pacientů při hospitalizaci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARDSLEY, A., 2017. *Assessment and treatment options for patients with constipation*. [online]. [cit. 2019-03-17] Dostupné z: <http://www.magonlinelibrary.com>
- BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče, I. díl*. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-5333-1
- BUŽGOVÁ, R., 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0
- HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. 176 s. ISBN 80-902163-0-7
- HENDERSON, V., 1997. *Basic Principles of Nursing Care*. Amer Nurses Pub. 96 s. ISBN 13:978-0965836005
- HEŘMANOVÁ, J., et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9
- HLAVÁČOVÁ, M., et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence – učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: FN Motol. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3
- IVANOVÁ, K., et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
- JANDOUREK, J., 2012. *Slovník sociologických pojmů*. Praha: Grada Publishing. 258 s. ISBN 978-80-247-3679-2
- KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9
- KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – I. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 244 s. ISBN 978-80-247-5332-4
- KISVETROVA, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. 124 s. ISBN 978-80-7345-496-8

- KRIŠKOVÁ, A., 2006. *Ošetrovatelské techniky*. 2. vydání. Martin: Osveta. 779 s. ISBN 80-8063-202-2
- LEMONE P., et al., 2015. *Medical – surgical nursing*. 2. edition. Australia: Pearson Higher Education, Inc. 2091 s. ISBN 13:978-0-13-507594-4
- LOPES, J.L., NOGUEIRA-MARTINS, L. A., DE BARROS, A. L., 2012 *Bed and shower baths: comparing the perceptions of patients with acute myocardial infarction*. [online]. [cit. 2019-03-17] Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8
- MIKŠOVÁ, Z., et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Praha: Grada Publishing. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
- MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví I. díl*. Praha: Grada Publishing. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1
- OTÍLIA, Z., MENDES, F., 2014. *Nurse educators' perceptions of the way nursing students protect patient privacy* [online]. [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <http://www.researchgate.cz>
- PAULÍK, K., 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6
- PLAMÍNEK, J., 2013. *Sebepoznání, sebeřízení a stres*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4
- POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing. 191 s. ISBN 978-80-247-3371-5
- ROKYTA, R., 2016. *Fyziologie*. 3. vydání. Praha: Galén. 434 s. ISBN 978-80-749-2238-1
- ROZSYPAL, H., 2016. Infekční průjmová onemocnění. In: BARTUNĚK, P., et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. s. 520-522. ISBN 978-80-247-4343-1

- ROZSYPALOVÁ, M. et al., 2009. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Informatorium. 276 s. ISBN 978-80-7333-074-3
- SIKOROVÁ, L., FILOVÁ, A., 2011. Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. *Kontakt* 13(2). s. 204-210. ISSN 1212-4117
- ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2006. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Karolinum. 349 s. ISBN 80-246-1091-4
- ŠAMÁNKOVÁ, M., et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
- UHHEREK, P., 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada Publishing. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8
- VALENTA, J., FIALA, P., 2017. Soustava trávicí. In: ČELEDOVÁ, L., et al., *Člověk ve zdraví i v nemoci*. Praha: Nakladatelství Karolinum. s. 52-59. ISBN 978-80-246-3828-7
- VILÍMOVÁ, P., NOVÁKOVÁ, E., 2016. Vstupy do močového systému. In: BARTUNĚK, P., et al., *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing. s. 180-181. ISBN 978-80-247-4343-1
- VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4
- VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*, speciální část. Praha: Grada Publishing. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7
- WORKMAN, B.A., BENNET, C.I., 2006. *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada Publishing. 260 s. ISBN 80-247-1714-X
- ZVONÍČKOVÁ, M., SVOBODOVÁ, H., 2006. Pomoc pacientovi při vyměšování podle Virginie Hendersonové. *Diagnóza v ošetrovatelství* 2(2). s. 58-59. ISSN 1801-1344

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Soběstačnost pacienta.....	30
Obrázek 2: Hygienická péče	31
Obrázek 3: Soukromí při hygienické péči.	33
Obrázek 4: Vyprazdňování pacienta.....	34
Obrázek 5: Soukromí při vyprazdňování.....	36
Obrázek 6: Soukromí při péči o pokožku	37
Obrázek 7: Překážky v zajištění soukromí	39
Obrázek 8: Možnosti zlepšení v zajištění soukromí	40

Seznam tabulek

Tabulka 1: Identifikační údaje sester	28
---	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Barthelové test všedních činností.....	56
Příloha 2: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové	57
Příloha 3: Doporučení k zajištění soukromí pacientů.....	58
Příloha 4: Podklady pro rozhovor	59

PŘÍLOHY

Příloha 1: Barthelové test všedních činností

BARTHELŮV TEST VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ			1. datum vstupního hodnocení:	2. Datum opakovaného hodnocení – vždy při změně stavu:		
činnost	úroveň	skóre				
jídlo, pití	sám bez pomoci	10 b				
	s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
oblékání	samostatně bez pomoci	10 b				
	s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
koupání	samostatně, s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
osobní hygiena	samostatně, s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
kontinence moče	plně kontinentní (celý týden)	10 b				
	občas inkontinentní (1x týdně)	5 b				
	inkontinentní, katetrizován	0 b				
kontinence stolice	plně kontinentní (celý týden)	10 b				
	občas inkontinentní (1x týdně)	5 b				
	inkontinentní	0 b				
použití WC	samostatně bez pomoci	10 b				
	s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15 b				
	s malou pomocí, vydrží sedět	10 b				
	s větší pomocí (1-2 lidí)	5 b				
	neprovede	0 b				
chůze po rovině	samostatně nad 50 metrů	15 b				
	s pomoci nad 50 metrů	10 b				
	na vozíku 50 metrů	5 b				
	neprovede	0 b				
chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10 b				
	s pomoci	5 b				
	neprovede	0 b				
CELKEM SKÓRE						
HODNOTILA SESTRA						

0 - 40 bodů = vysoká závislost, 45 - 60 bodů = střední závislost, 65 - 95 bodů = lehká závislost, 100 bodů = nezávislý

Při hodnotě 60 bodů a méně provádět opakované hodnocení Barthelova testu při změně stavu, při překladech mezi stanicemi a po výkonu.

Založit dle potřeby další tiskopis (826)

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 2: Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové

HODNOCENÍ DLE NORTONOVÉ

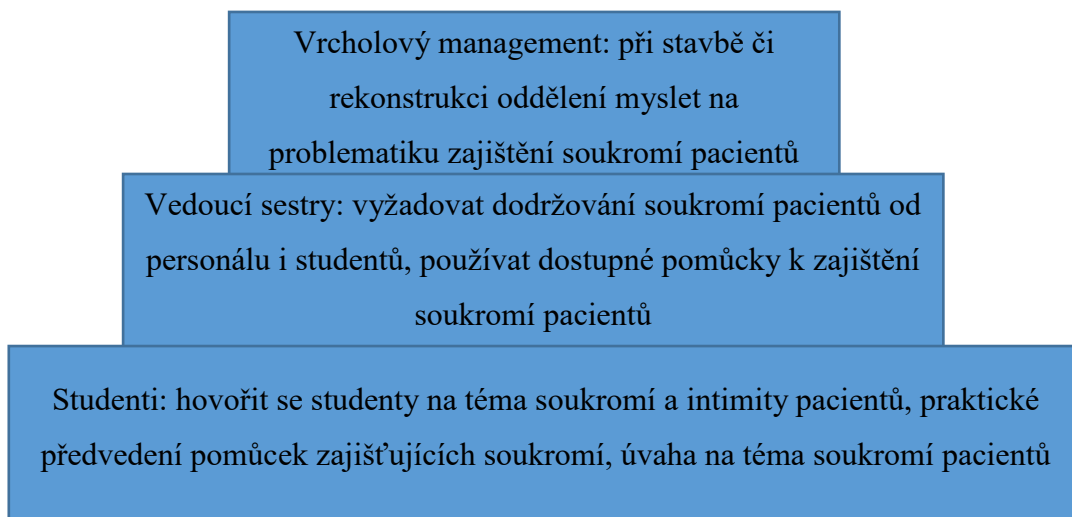
Schopnost spolupráce	Věk		Stav pokožky		Další onemocnění	Tělesný stav		Stav vědomí		Pohyblivost		Aktivita		Inkontinence	
	4	< 10 let	4	normální		4	dobrý	4	dobrý	4	úplná	4	chodí	4	není
malá	3	< 30 let	3	alergie	dle závažnosti 1 - 3 body	3	zhoršený	3	apatie	3	část. omezená	3	doprovod	3	občas
částečná	2	< 60 let	2	vlhká		2	špatný	2	zmatený	2	velmi omezená	2	sedačka	2	zejm. moč
žádná	1	> 60 let	1	suchá		1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	leží	1	moč i stolice

• Při hodnotě 16 bodů a méně založit „Plán prevence/péče o dekubity/rány“ (626)

Celkem:

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 3: Doporučení k zajištění soukromí pacientů



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha 4: Podklady pro rozhovor

Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Na jakém oddělení pracujete?

Pečujete na vašem oddělení o pacienty, kteří potřebují pomoc s hygienickou péčí a vyprazdňováním?

Jakým způsobem zjišťujete míru soběstačnosti pacienta?

Jakým způsobem provádíte na vašem oddělení hygienickou péči? (chodící, imobilní, částečně soběstační)

Jakým způsobem zajišťujete na vašem oddělení soukromí při provádění hygienické péče?

Jakým způsobem provádíte na vašem oddělení vyprazdňování pacientů? (chodící, imobilní, částečně soběstační)

Jakým způsobem zajišťujete na vašem oddělení soukromí při vyprazdňování?

Jakým způsobem zajišťujete na vašem oddělení soukromí při péči o kůži (rány, dekubity)?

Jaké překážky vám brání v zajištění soukromí u pacientů při hygienické péči, vyprazdňování a péči o kůži?

Napadají vás nějaké možnosti zlepšení při zajišťování soukromí při provádění hygienické péče, vyprazdňování a péči o kůži?