

UNIVERZITA KARLOVA

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Jana Pilečková

Míra soukromí a intimity pacienta

Degree of patient's privacy and intimacy

Bakalářská práce

Praha, květen 2020

Autor práce: Jana Pilečková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Martin Hemelík CSc.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav jazyků 3. LF UK**

Konzultant práce:

Pracoviště konzultanta práce:

Předpokládaný termín obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 2020

Jana Pilečková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce, panu doc. PhDr. Martinu Hemelíkovi, CSc., za trpělivost, vlídné jednání, pomoc a moudrá slova při vypracovávání mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svému konzultantovi, panu, za ochotné jednání, odbornou pomoc a za cenné rady ohledně vedení výzkumného šetření.

Oběma chci velmi poděkovat za čas, který mi věnovali.

ABSTRAKT

Téma Míra soukromí a intimita pacienta pojednává o vhodné komunikaci, komunikačních schopnostech zdravotnického personálu a pohledu pacientů na komunikaci, se kterou k nim ošetrovatelský personál přistupuje. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části se pokusím nastínit důvody výběru tohoto tématu, zhodnotit kvalitu spolupráce se zdravotnickým personálem a ochotu pacientů při vyplňování dotazníků. Výzkumná část vás seznámí se 100 anonymními dotazníky, které jsem poskytovala na oddělení interních a ortopedických lůžek. Celé dotazníkové šetření probíhalo 2 měsíce v období prosince a ledna. Výzkumné šetření probíhalo na mém nynějším pracovišti v Krajské karlovarské nemocnici. Otázky v dotazníkovém šetření jsou položeny tak, aby byly jednoznačné odpovědi na otázky. Struktura dotazníku je stručná a jasná. Cílem dotazníkového šetření je zjištění toho, jak personál komunikuje, ať verbálně či nonverbálně s pacientem a jak na to pacient reaguje.

KLÍČOVÁ SLOVA: soukromí, intimita, verbální komunikace, nonverbální

ABSTRACT

The aim of this thesis is to discuss the appropriate communication and cooperation between the healthcare professionals (in this case specifically the nursing staff) and their patients, the required communication skills for the healthcare professionals as well as its effects on the patients and their outcome. This thesis is divided into a theoretical and a research section. In the theoretical section we try to explain the choice of such a topic and also to evaluate and analyse the cooperation with the healthcare providers and hospital wards as well as the ability of the patients to truthfully fill out the questionnaires. The research section addresses the structure and format of the questionnaires which were distributed to the departments of internal medicine and orthopaedics. The whole research process was undertaken during a two month period at the Karlovy Vary regional hospital. The questions contained within the questionnaire were carefully formulated in order to be simple and easy to understand and its structure is clear and concise. The goal of such a research was to determine and evaluate the cooperation and communication (both verbal and nonverbal) between the department staff and the

patients as well as its effect on the patient`s behaviour and outcome.

KEY WORDS: privacy, confidentiality, verbal communication, nonverbal communication, nursing care, right to privacy and personal health information

Obsah

OBSAH	8
ÚVOD.....	13
I. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE.....	14
1. KOMUNIKACE JAKO OBECNÝ POJEM	14
2. FORMY KOMUNIKACE.....	14
2.1 <i>Verbální komunikace</i>	15
2.2 <i>Komunikace verbální a zdravotnictví</i>	15
2.3 <i>Nonverbální komunikace</i>	16
2.4 <i>Komunikace nonverbální a zdravotnictví</i>	17
2.5 <i>Sociální komunikace</i>	18
3. ROZHOVOR.....	19
3.1 <i>Typy rozhovoru</i>	19
3.2 <i>Typy odpovědí</i>	20
4. SESTRA – PACIENT A KOMUNIKAČNÍ PROCES.....	20

4.1	<i>Profesionální komunikace sestry</i>	21
4.2	<i>Role sestry podle Staňkové</i>	22
4.3	<i>Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem</i>	23
5.	SOUKROMÍ.....	23
5.1	<i>Pojem soukromí</i>	23
5.2	<i>Soukromí ve zdravotnictví z pohledu všeobecné sestry</i>	24
5.3	<i>Maslowova hierarchie potřeb</i>	24
5.2.1	DOPOMOC PŘI HYGIENICKÉ PÉČI PACIENTA	25
5.2.2	DOPOMOC PŘI PODÁVÁNÍ STRAVY PACIENTOVÍ.....	25
5.2.3	DOPOMOC PŘI OBLÉKÁNÍ PACIENTA	25
5.2.4	DOPOMOC PŘI VYPRAZDŇOVÁNÍ PACIENTA.....	26
5.2.5	PŘEVAZY RAN A INVAZIVNÍCH VSTUPŮ	26
5.4	<i>Právo pacienta na soukromí ve vztahu k informacím</i>	27
6.	INTIMITA.....	27
7.	DŮSTOJNOST.....	27
8.	VIRGINIA HENDERSON A JEJÍ KNIHA	28
8.1	<i>Kým byla Virginia Henderson?</i>	28

8.2	<i>Kniha Základní principy ošetrovatelské péče</i>	28
8.3	<i>Část z knihy – Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními při sdělování jeho potřeb a pocitů</i>	29
9.	VÝZKUMNÁ METODA – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A JEHO HODNOCENÍ	29
9.1	<i>Kvalitativní výzkum</i>	30
9.2	<i>Kvantitativní výzkum</i>	30
9.3	<i>Dotazníkové šetření</i>	30
II.	VÝZKUMNÁ ČÁST	32
10.	ZADÁNÍ VÝZKUMNÉ PRÁCE	32
10.1.	<i>Cíl výzkumu</i>	32
10.2.	<i>Hypotéza a výzkumné otázky</i>	34
10.3.	<i>Časový harmonogram výzkumu</i>	36
11.	METODIKA VÝZKUMU	36
12.	VÝBĚR VZORKŮ	38
12.1.	<i>Výběr vzorků na interním oddělení</i>	38
12.2.	<i>Výběr vzorků na ortopedickém oddělení</i>	39
13.	ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ	40
14.	HODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT	40

14.1. Otázka č. 1	40
14.2. Otázka č. 2	42
14.3. Otázka č. 3	43
14.4. Otázka č. 4	44
14.5. Otázka č. 5	45
14.6. Otázka č. 6	47
14.7. Otázka č. 7	48
14.8. Otázka č. 8	49
14.9. Otázka č. 9	51
14.10. Otázka č. 10.....	52
14.11. Otázka č. 11.....	54
14.12. Otázka č. 12.....	55
14.13. Otázka č. 13.....	56
14.14. Otázka č. 14.....	57
14.15. Otázka č. 15.....	59
14.16. Otázka č. 16.....	60
14.17. Otázka č. 17.....	61

14.18.	<i>Otázka č. 18</i>	63
14.19.	<i>Otázka č. 19</i>	64
14.20.	<i>Otázka č. 20</i>	65
14.21.	<i>Otázka č. 21</i>	66
ZÁVĚR		71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		72
SEZNAM PŘÍLOH		75

Úvod

Téma své bakalářské práce *Míra soukromí a intimity pacienta* jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o tuto problematiku. Výběr přirozeně vyplynul z toho, že již celkem pět let pracuji na interním nemocničním oddělení, a to v lůžkové části.

V práci všeobecné sestry by schopnost komunikovat měla být jednou z nejdůležitějších vlastností vůbec. Měla by si umět poradit v každé situaci, řešit komunikační problémy a měla by být natolik komunikačně vybavena, aby byla schopná zajistit pacientovi pocit bezpečí a sounáležitosti.

Opakovaně se v praxi můžeme setkávat se situacemi, které nejsou v souladu s teoretickými poznatky dnešní doby. Musíme se tedy podívat na komunikaci, jak na její teoretickou část, tak na její praktickou část.

V teoretické části se budu stručně zabývat některými pojmy, které se týkají problematiky komunikace, rozdělení komunikačních typů a komunikační proces mezi sestrou a pacientem. V krátkosti se dotknu vysvětlení pojmů, jako je intimita, stud anebo soukromí.

Část teoretické části také věnuji osobnosti Virginii Hendersonové a její knize *Základní principy ošetrovatelské péči*, a to z hlediska jedné ze základních potřeb člověka, tj. potřeby komunikace s lidmi.

V samotném závěru se stručně zmíním o zvolené výzkumné metodě, tj. dotazníkovém šetření a jeho vyhodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE

1. KOMUNIKACE JAKO OBECNÝ POJEM

Komunikaci lze chápat jako obecný pojem pro navázání kontaktu s druhou osobou. Proces, který napomáhá vysvětlit určitou situaci, jev anebo problém. Komunikace je nenahraditelnou součástí života nás všech a může se objevovat v jakékoli formě.

„Sdílení vyjadřuje, jak je sdělení prožíváno, jaké emoční zaujetí a intenzitu emoci sdělení vzbuzuje. Týká se všech zúčastněných... Sdělení neznámá přijetí... může probíhat i tehdy, když se sdělovatelem nesouhlasíme.“ (GULÁŠOVÁ, 2000, s. 139.)

Komunikace nám pomáhá k vytvoření mezilidských vztahů, jak pozitivním, tak i negativním způsobem. Dlouho staletí je základem pro vybudování vztahů a vytváření podstaty sociálních skupin společnosti.

„činit něco společným, společně něco sdílet, něco spojovat, radit se, jednat nebo povídat si.“ (RIEGER, VYHNÁLKOVÁ, 1996, s. 93.)

2. FORMY KOMUNIKACE

Jistě je všeobecně známo rozdělení komunikace na verbální a nonverbální. Při použití obou forem komunikace je důležitá přesná interpretace dané situace. Komunikační forma musí tomu, kdo naslouchá jasně ukázat, co chce dotyčná osoba sdělit anebo nastínit. Verbální a nonverbální komunikace jsou spolu v úzkém kontaktu a při komunikačním procesu se jejich způsoby navzájem prolínají anebo doplňují.

Těžko si lze představit situaci, ve které někdo chce něco sdělit verbálně, ale z nonverbálního projevu nepoužije ani náznak. Co se týče nonverbální komunikace, tak ta může být postavena zcela samostatně. Příkladem jsou například němí lidé, kteří si jinou formu komunikace ani neumí představit.

„V běžné zdravotnické praxi kromě komunikace interpersonální (tj. komunikace mezi dvěma nebo více lidmi) využíváme i komunikaci intrapersonální (např. získáváním informací z počítače nebo z archivu při opakovaných hospitalizacích) a komunikaci masovou (zprostředkovanou masmédií), kterou lze využít při osvětě nebo seznámením se s různými medicínskými problémy (např. brožurky, odborná literatura, televize, rozhlas.“ (ZACHOVÁ, 2016, s. 29.)

2.1 *Verbální komunikace*

Verbální komunikace je výměna informací pomocí mluvení, jazyka a řeči. Komunikace probíhá buď mezi dvěma lidmi anebo ve skupině lidí. Pokud spolu komunikují dva lidé, tak je vhodné, aby se navzájem poslouchali. To, že člověk kvalitně naslouchá se pozná i podle toho, že dokáže adekvátně reagovat na druhou stranu. Pokud tomu tak není, je to pro účastníka, který sdílí určitou informaci, signál, že nevedou oboustranný dialog, nýbrž jednostranný monolog.

Měli by se na sebe navzájem dívat (pokud je to možné, výjimky tvoří opět lidé s tělesným postižením). Pokud jeden z dvojice nesdílí oční kontakt, mohlo by to být pro opačnou stranu velmi nepříjemné a znervózňující. Může to být samozřejmě i obrácené, někteří lidé nesnesou pohledy druhé strany. V takovém případě je nutné brát ohledy na zvyklosti dotyčné osoby, anebo zkusit vytvořit vzájemný kompromis obou stran, aby komunikace proběhla co nejvíce kvalitně a aby bylo sděleno vše, co má být sděleno.

2.2 *Komunikace verbální a zdravotnictví*

Ve zdravotnictví jako takovém je velmi důležitá forma komunikace. Personál je zde vystaven velmi složitému úkolu, kterým je komunikace s nemocnými lidmi. Personál by měl být vybaven komunikačními dovednostmi, které budou mít na pacienta pozitivní vliv.

Především se jedná o všeobecnou sestru, neboť je to právě ona, která tráví s pacientem nejvíc času a je jeho nejbližší osobou po dobu hospitalizace. Pokud si všeobecná sestra dokáže získat pacienta svými komunikačními schopnostmi, svým projevem a svou empatií, tak je tím pacientův psychický stav velmi ovlivněn. Bohužel to platí i v negativním slova smyslu.

Dnešní doba již opouští od paternalistického přístupu k nemocnému. Paternalismus je přístup, který nadřazuje jednu osobu k té druhé. V našem případě se jedná o lékaře či jiný zdravotnický personál ve vztahu k pacientovi. Dnes je daleko více preferován partnerský přístup k nemocnému, který se snaží pacienta zařadit do rozhodování o jeho stavu a postupu léčby. Bere se daleko větší ohled na pacientovu autonomii.

- *Individuální přístup*
- *Úcta k pacientovi*
- *Pozitivní vztah k pacientovi*
- *Empatie*
- *Jednoduchost*
- *Načasovanost*
- *Důvěryhodnost*
- *Adaptabilita*

Výše jsou uvedeny některé z požadavků pro kvalitnější a efektivnější komunikaci mezi pacientem a sestrou. Jejím úkolem není sdělovat pacientovi informace o jeho zdravotním stavu, to je v kompetenci lékaře. Úkolem všeobecné sestry je, aby se pacient cítil, pokud možno co nejlépe. Sestra se mu snaží vytvořit ideální podmínky pro trávení času a napomáhá mu k tomu, aby se co nejlépe adaptoval na nemocniční prostředí.

2.3 Nonverbální komunikace

Nonverbální komunikace je poněkud těžší. Při nonverbální komunikaci člověk komunikuje vším jiným, jen ne hlasem. Při nonverbální komunikaci se pozornost z úst přenesse na celé tělo, které je v tuto chvíli komunikátor. Úkolem je vysílat signály lidského

těla tak, aby co nejkvalitněji předaly informace na druhou stranu.

Bohužel výsledek nonverbální komunikace nemusí být vždy takový, jaký si komunikující představovali. Řeč a verbální komunikaci dokáže člověk téměř vždy ovlivnit svou vůlí. Některé projevy nonverbální komunikace však ne. Nonverbální komunikaci se přezdívá „řeč těla“.

„...řeč těla a řadíme do ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, i ty, kterými řeč doprovázíme.“ (VENGLÁŘOVÁ, 2006, s. 39.)

2.4 Komunikace nonverbální a zdravotnictví

Nonverbální komunikace personálu ve zdravotnictví je jako film na plátně kina. Každý nonverbální komunikaci zdravotníků sleduje, hodnotí, kritizuje a přetváří. Zdravotník si musí umět představit situaci nemocného, který přichází do nemocničního zařízení a dostává se poprvé do přímého kontaktu s personálem. Zdravotník nonverbálně komunikuje tím, jak vypadá, jak se tváří, jaký má postoj, chůzi i například tím jakým způsobem podává ruku na představení.

Obory zabývající se nonverbální komunikací:

- Kinezika – obor, který se zabývá pohybem těla a jeho koordinací v sociálních skupinách
- Gestika – součást kineziky, obor, který se zabývá pohybem a koordinací částí těla
- Posturologie – vědní disciplína, která se zabývá postojí těla a jeho uspořádání v prostoru (např. pohyb hlavy na stranu, časté pohyby dolních končetin). Souvisí s temperamentem člověka a například s jeho psychickým stavem.
- Proxemika – vědní obor, který se zabývá vzdáleností osob a jejich vztahem, vzhledem ke vzdálenosti
- Mimika – jedná se o vědomé posunky, výraz tváře a stahy svalstva na obličeji

- Haptika – jedná se o vědomé doteky s druhou osobu (např. podání ruky, pohlazení)
- Řeč očí – příjemné či nepříjemné pohledy
- Úprava zevnějšku – např. oblečení, vlasy, nehty
- Chronemika – dochvilnost, čas je naším pánem (např. pozdní příchody do práce)
- Úprava prostředí – jak člověk žije, úprava interiéru
- Paralingvistika – spojována jak s verbální, tak s neverbální komunikací.

„Je to akustika mluveného slova řeči. Hlas je bohatým a obsaženým projevem lidské sociální komunikace... Hlasový důraz a jeho umístění je na jednotlivých slovech ve větě, změna melodie hlasu, pauzy v řeči, to vše je vyjádřením emocí, postojů, které se projevují vcelku nezávisle na obsahu mluveného.“ (ZACHAROVÁ, 2016, s. 65.)

„Paralingvistika je dotváření denotačního významu jazyka konotativními prvky, svrchními tóny řeči. Tím, co řečník zesiluje nebo zeslabuje, zpochybňuje nebo potvrzuje v obsahu projevu, dává najevo postoj, zaujetí, vřelost, sympatii, zlobu.“ (MIKULAŠTÍK, 2003, s. 119.)

2.5 Sociální komunikace

„Pojem sociální komunikace vyjadřuje spojení mezi dvěma lidmi a přenos informací mezi nimi, tj. od člověka ke člověku.“ (KŘIVOHLAVÝ, 1998, s. 9.)

Čtyři důležité aspekty, které musí sociální komunikace obsahovat jsou:

- Komunikátor – sdělující informaci
- Komunikant – přijímající informaci
- Komuniké – obsah sdělení
- Komunikací vyvolaný účinek – reakce přijímajícího informaci

Sociální komunikaci chápeme jako situace, které provází každého z nás. Sociální komunikace se dotýká lidí všech věkových skupin, náboženského vyznání, rasových skupin či různých tělesných a mentálních postižení. Komunikace je krásná ve své jednoduchosti a

zároveň složitosti. Jednoduché na tom je to, že člověk nemusí ani mluvit anebo se, jakkoliv vědomě projevit a už vlastně komunikuje. Komunikuje tím, jak se projevuje, například sezením v tramvaji anebo obyčejnou chůzí po ulici. Tím, jakým pohledem se dívá do telefonu, jak vchází do obchodu a také jakým způsobem hledí na ostatní lidi. Všechny z těchto aspektů mohou o člověku vypovídat různé věci. Lidé si takto mnohdy vytváří tzv. haló efekt. Vytváří se v každém člověku, když se poprvé setká s neznámou osobou. Pro lidské bytosti je přirozené, vytvářet si na jiného člověka názor podle toho, jak v dané situaci hodnotí jeho chování. Buď se pro ně člověk projeví tak, že si na něj udělají pozitivní názor, nebo naopak je svým chováním zklame. Postupem času jiného člověka poznávají a pochopí, že jejich prvotní úsudek byl možná klamný anebo také ne.

3. ROZHOVOR

Rozhovor chápeme jako „*formu interpersonální komunikace, ve které se setkávají dva lidé a prostřednictvím otázek a odpovědí dosahují svých cílů.*“ (DEVITO, 2001, s. 217.)

Jedná se o jednu z nejsložitějších psychologických metod, na kterou musí být dotyčný, který vede rozhovor dostatečně připravený. Rozhovor může probíhat mezi dvěma lidmi anebo mezi skupinou navzájem komunikujících lidí.

3.1 Typy rozhovoru

1) Poznávací (diagnostický) – rozhovor, jehož cílem je odhalit fakta o průběhu stavu nemocného, zabývat se jeho minulostí a anamnézou, zkoumat jeho názory, postoje, zkušenosti, vědomosti a dovednosti. V této formě rozhovoru je možné získat informace, které nelze sesbírat pozorováním. Výsledky rozhovoru lze rozdělit na tvrdá a měkká fakta. Tvrdá fakta mají objektivní a neměnnou povahu, zatímco měkká fakta jsou spíše subjektivní a nestabilní v čase.

2) Výzkumný (heuristický) – rozhovor, který se využívá pouze v případě, že názory a poznatky tázané osoby mají možnost vyřešit nějaký problém.

3) Hodnotící a nápravný (korektivní) – prolíná se s rozhovorem poznávacím a jeho cílem je určitá změna názoru či postoje v daném problému či situaci, má člověk přimět ke změně, či alespoň k zamyšlení se nad změnou.

Podle míry plánovanosti rozdělujeme rozhovor:

- 1) Plánovaný (standardizovaný) – dosti podobný dotazníkovému šetření, často se využívá otázek napsaných na papír.
- 2) Spontánní (volný, nestandardizovaný) – není plánován, nedrží se žádných konkrétních dotazů.
- 3) Hermeneutický – využívá se pro žáky škol, má podpořit schopnost a rozvoj pozorovacích schopností žáků (tabulky, grafy, diagramy).

3.2 Typy odpovědí

Ve zdravotnictví se můžeme setkat se situacemi, které vyžadují správnou a empatickou formulaci odpovědi. Zde je několik druhů odpovědí, které se využívají v rozhovoru sestry a pacienta.

Empatická odpověď – vyjadřuje pochopení a soucit („Chápu váš strach.“)

Věcná odpověď – nebere se ohled na emocionální stránku pacienta („Dostanete infuzi, která vám pomůže.“)

Generalizující odpověď – neempatická odpověď, nedává prostor pro individuální vyjádření pacientových pocitů. („Všichni musí čekat na lékaře stejně jako vy, nejste tu sám.“)

Moralizující odpověď – porovnávání s normami. („Tohle je dnes již zcela běžné a normální.“)

Vyhýbavá odpověď – často snaha převést na jiné téma, sestra přenáší rozhovor a podstatu věci na lékaře. („Bude lepší, když se zeptáte pana doktora.“)

Interpretující odpověď – uplatňuje sestra všeobecně nebo v komplexu ošetrovatelského procesu. („Pacient je bez potíží, nic ho nebolí.“)

4. SESTRA – PACIENT A KOMUNIKAČNÍ PROCES

„Nezbytnost zdůrazňuje neustále probíhající komunikační proces. Jde o vyjádření toho, že sestra je s pacientem ve stále interakci, a to buď verbální, nebo neverbální.“

„Nezvratností komunikace se rozumí, že sestra vyřčená slova nebo neverbální signály již nemůže vzít zpět. Musí počítat s tím, že pacient jí nevhodný projev nemusí

odpustit. “

„Neopakovatelnost znamená jedinečnost dané komunikační situace. Žádné situace se už více nebude v daném čase a prostředí opakovat.“ (ZACHOVÁ, 2016, s. 101.)

Sestra je pro pacienta jednou z nejdůležitějších osob. Pacient od ní očekává, že mu bude stále nablízku, bude mu naslouchat a bude se snažit o to, aby se cítil co možná nejlépe. Pokud tyto pocity pacient již od začátku nebude mít, nastává mezi nimi komunikační bariéra a propast, kterou lze těžko odstranit anebo alespoň zmenšit. Pacient v takové situaci nemá nikoho, na koho by se mohl obrátit se svými choulostivými dotazy, pocity nebo pocitem strachu. Schopná sestra by takový komunikační problém měla vycítit a měla by mít snahu s tím něco udělat. Pokud se k tomu postaví apaticky a neochotně, tak se nemůže poté divit nezájmu a neúplnosti informací, které jí pacient sděluje. Komunikační linka je přerušena a pacient ztrácí partnera.

4.1 Profesionální komunikace sestry

Jedná se o soubor komunikační dovedností sestry, které si sama osvojí při studiu a v průběhu let praxe.

V první řadě musí být splněn jeden ze tří důležitých aspektů, a to je ten, že sestra musí **CHTÍT** komunikovat s pacientem. Pokud nechce, ztrácí to veškerý smysl a efektivní komunikace nemůže být stoprocentní. Pokud ona komunikovat chce, tak je tu stále ještě druhá strana (pacient). Pokud i ten chce komunikovat, tak jsou nastaveny perfektní podmínky.

Druhý aspekt, který musí být splněn, je **UMĚT** komunikovat. Pacient je v tomto případě ve značné výhodě, protože se jeho způsob komunikace nemění. Využívá způsob komunikace, na který je zvyklý z běžného života. Sestra to tak jednoduché nemá. Sestra musí umět ovládat různé druhy komunikace. Jedná se o komunikace s tělesně postiženými, mentálně postiženými, agresivními pacienty, neukázněnými pacienty, dětmi, seniory, drogově závislými pacienty anebo lidmi bez domova. Komunikaci se všemi těmito skupinami by sestra měla ovládat a měla by vědět, jak se chovat.

Třetím aspektem je to, jestli je vůbec **MOŽNÉ** komunikovat. V řadách pacientů jsou velmi ohrožení pacienti, kteří mají jakékoliv tělesné či mentální postižení, pacienti v kómatech, pacienti s umělou plicní ventilací anebo pacienti ve stavu vigilního kómatu.

S některými z těchto skupin existuje možnost alternativního způsobu komunikace. S tělesně postiženými je možnost využití tabulek abecedy, znakové řeči anebo prostý papír s tužkou. U pacientů v kómatu je teď velmi populární bazální stimulace. Dnešní doba si již dokáže poradit s velkým spektrem postižení a náhrad komunikace.

4.2 *Role sestry podle Staňkové*

Autorka Marta Staňková představuje role sestry, které plní při svém profesním životě. Některé ze sester se setkají se všemi rolami během života, některé jen s částí.

1) Sestra ošetřovatelka – součást každé sestry, která chápe jedince jako holistickou osobnost a také k němu tak přistupuje.

„Ošetřovatelství v sobě skrývá ohromný kus umění v tom, že vztah k pacientovi a jeho význam v každodenním vzájemném kontaktu je naplněn porozuměním a soucítěním s jeho problémy. To se velmi těžko člověk učí. Do toho musí dát kus své duše, intelektu i kus svého citu. Teprve potom se může v ošetřovatelství najít.“ (Marta Staňková, 1992, s. 5.)

2) Sestra manažerka – působí v manažerské pozici, v koordinaci práce a řízení ošetřovatelského procesu.

3) Sestra edukátor – sestra, která pomáhá pacientům předcházet, doporučuje a pomáhá upevňovat zdraví.

4) Sestra nositelka změn – sestra, která je hnací silou pro změny a inovace v ošetřovatelství.

5) Sestra poradkyně – sestra, která pacientovi napomáhá a radí v těžkých životních situacích.

6) Sestra komunikátor – sestra, která komunikuje ve všech fázích ošetřovatelského procesu.

7) Sestra výzkumnice – významná vědecká profese, sestra mající předpoklady pro studium a kariérní růst.

8) Sestra mentorka – tato role vyžaduje znalosti pedagogické a klinické, řídí klinickou praxi studentů ošetřovatelství, je pro ně velkou oporou, učitelkou a také osobou, která je vede k lepším dovednostem

9) Sestra advokátka – sestra obhajující práva pacientů

4.3 Komunikační bariéry mezi sestrou a pacientem

- Překážka praktická – způsobují ji rušivé vlivy z okolí nebo například hlasitost mluvy.
- Překážka jazyková – způsobuje ji jazyková bariéra u jiné národnosti anebo také přílišná rychlá a nesrozumitelná mluva. Pacientovi může být sděleno najednou více informací, která není schopen vstřebat.
- Překážka intelektová – způsobena tím, že například sestra prezentuje pacientovi informace příliš odborně a profesionálně a pacient nechápe, co je mu vlastně sděleno.
- Překážka emotivní – pokud je jeden z nich emočně vypjatý anebo nesoustředěný, tak vzniká emotivní překážka.
- Překážka fyziologická – vzniká tehdy, pokud jedna ze stran pocítuje bolest, únavu anebo má jakoukoliv smyslovou poruchu (např. hůře slyšící geriatrictí pacienti).

Vždy je důležité dbát na dostatek času při komunikaci. Není vhodné konverzaci hnát přehnanou rychlostí dál bez dostatečného vysvětlení problému, nebo použít neúplné podání informace. V takovém případě by v pacientovi mohl vznikat dojem toho, že nás svými dotazy zdržuje.

„Mezi další překážky v komunikačním procesu při realizaci péče můžeme zařadit např. neochotu vyslechnout pacienta, nadměrné ubezpečování o uzdravení, vnucování vlastních návodů na řešení problémů, zatěžování nemocného vlastními problémy, nadměrné přitakávání, negace emocí, používání odborné terminologie a v neposlední řadě i časový deficit ze strany sestry.“ (ZACHAROVÁ, 2016, s. 103.)

5. SOUKROMÍ

5.1 Pojem soukromí

„Pojem soukromí není v českém právu přímo definován. Soukromí můžeme stručně popsat jako osobní, intimní sféru člověka v jeho integritě, která zahrnuje všechny projevy osobnosti konkrétního a jedinečného lidského tvora. Pojem soukromí obsahuje rovněž hmotný i myšlenkový prostor jednotlivce, součástí soukromého života

je i právo na vytváření a rozvíjení vztahů s dalšími lidskými bytostmi.“ (STANOVISKO č. 6/2009, Ochrana soukromí při zpracování osobních údajů.

5.2 **Soukromí ve zdravotnictví z pohledu všeobecné sestry**

Soukromí je něco, co se každý nějakým způsobem snaží chránit. Ve zdravotnictví je úkolem zdravotnického personálu, co nejsvědomitěji uchránit soukromí pacientů, pokud toho nejsou sami schopni. Komunikace je při ochraně soukromí jedna z klíčových věcí. Je důležité se pacienta neustále ptát, jak se cítí. Sestra musí vědět, když je pacientovi něco nepříjemné a nekomfortní, aby mohla daný problém vyřešit a odstranit tak pacientovy špatné pocity. Sestra chápe, že ne vše lze zpravit, zamezit, uchránit a kontrolovat. Avšak snaží se, aby vytvořila pacientovi i sobě, co možná nejlepší podmínky.

5.3 **Maslowova hierarchie potřeb**



Obrázek 1. Maslowova hierarchie potřeb

„Americký psycholog A.H.Maslow se zaměřil na určení hierarchie potřeb. Podle ní má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silnější jsou nejsilnější. Jsou uspořádány podle naléhavosti jejich uspokojení.“ (KELNAROVÁ Jarmila a spol., 2009, s. 33.)

- Biologické fyzické potřeby – zde jsou zahrnuty biologické potřeby každého jedince, související s jeho homeostázou těla (např. potřeba najíst se, napít, vyprázdnit se, mít

pravidelný koitus, mít pravidelný spánek, odpočívat, mít pravidelný pohyb atd.)

- Potřeba bezpečí a jistoty – touha, spolehlivost, soběstačnost, klid
- Potřeba sounáležitosti – potřeba být milován, někoho milovat a projevovat lásku k druhým osobám
- Potřeba uznání a úcty – potřeba být někdo, mít slovo, zasloužilý respekt, mít hodnotu člověka
- Potřeba seberealizace – dosáhnoutí toho, co chci, dosáhnoutí maxima, všechny níže uvedené potřeby směřují právě k této potřebě nejvýše postavené

5.2.1 *Dopomoc při hygienické péči pacienta*

Hygienická péče patří k nejzákladnějším potřebám každého člověka. Pacient, který přichází do nemocnice a je zcela soběstačný, co se týče této oblasti, tak není zcela zasažen strachem o své soukromí. Pacient, který je v této oblasti sebepéče oslabený, ať už z malé či velké části, je pak závislý na pomoci jiného člověka. V tomto případě se jedná o sestru. Úkol sestry při poskytování hygienické péče je prostý. Snaží se, co možná nejlepším způsobem pro pacienta, zajistit komfort při hygienické péči. Snaží se ochránit pacientův stud a intimitu při hygieně i převlékání. Součástí toho je i přizpůsobení okolí tomu, aby vytvořila vhodné podmínky (např. zavřít dveře, zakrýt dekou, naistalovat paraván či závěs).

5.2.2 *Dopomoc při podávání stravy pacientovi*

Podávání stravy je nedílnou součástí každého dne pacientů. Sestra je ta, která rozděljuje diety a podává s pomocí sanitářů či ošetřovatelů pacientům stravu. Pacientům pomůže tak, že jim jídlo buď nakrájí anebo je sama nakrmí. Volí také správnou dietu, kterou pacient zvládne sníst (např. pro seniory zvolí dietu geriatrickou anebo mleté diety).

5.2.3 *Dopomoc při oblékání pacienta*

Odhalení těla je pro pacienta vždy zásah do jeho soukromí a může v něm vyvolat

pocity studu. Zvláště pokud je to před lidmi, kteří jsou pro něj cizí. I zdravotnický personál je pro pacienta cizí a bude před ním mít pocit studu. Sestra by měla pacientovi udělat takové prostředí, aby se cítil bezpečně. Je vhodné mezi lůžka dát například paraván anebo pacientovi udělat živou stěnu, za kterou bude jeho soukromí v bezpečí.

5.2.4 *Dopomoc při vyprazdňování pacienta*

Vyprazdňování je velmi obtížná oblast týkající se soukromí a intimity. Pacient, který má zachovanou svou soběstačnost a zvládne se obsloužit sám, tak využívá WC jako prostředek k vyprazdňování. Horší je to s pacienty, kteří mají zhoršeno soběstačnost, či mají implantované permanentní močové katétry, o které je nutné dbát správnou hygienou. Někteří z pacientů využívají pojízdných klozetů nebo podložních mís. Při těchto způsobech vyprazdňování je velice nutné dbát na jejich soukromí, tj. opět, s pomocí paravánu nebo odvozem na WC. Sestra by neměla nechat pacienta se vyprazdňovat před zraky cizích lidí. Pokud je pacient nesoběstačný a neschopný lůžko opustit, tak se volí způsob vyprazdňování do inkontinentních plen či vložek. Pokud sestra pacientovi mění inkontinentní pomůcky musí dbát na ochranu intimity pacienta a jeho nahého těla.

5.2.5 *Převazy ran a invazivních vstupů*

Převazy ran mohou být na všech místech lidského těla, proto je nutné dbát na ochranu intimních partií (převaz v sacru, okolo pohlavních orgánů anebo u žen okolo prsou). Pokud je převaz rány nehezkého vzhledu, chrání sestra pacienta tím, že nevystavuje vzhled rány před oči ostatních pacientů. Chrání tím pacienta, kterého by tím uvedla do stydlivé a trapné situace. A chrání tím i ostatní, kteří by na vzhled převazu dívali.

Pokud sestra převazuje invazivní vstup, tak dbá stejných podmínek, jako jsou u převazu rány. Pokud převazuje centrální žilní vstup anebo periferní žilní vstup, tak jistě není na místě tak velká ochrana soukromí pacienta, jako u převazu permanentního močového katétru, perkutánní endoskopické gastrostomie anebo nasogastrické sondy. Všechny z těchto vstupů jsou na místech, které jsou pro pacienta na velmi citlivém a neobvyklém místě. Sám se za to může stydět anebo mu to může být přinejmenším nepříjemné. Proto sestra velmi pečlivě chrání pacientovo soukromí i zde.

5.4 Právo pacienta na soukromí ve vztahu k informacím

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Práva pacienta.)

Právo na soukromí je jedno z nejzákladnějších práv každého člověka. V nemocnici je tato situace ztížena tím, že spousta nemocnic je situována tak, že mají pokoje přizpůsobeny pro více pacientů. Vznikají tedy situace, kdy na jednom pokoji mohou být i tři lidé, někde i více. Záleží na zvyklostech oddělení, jakým způsobem podávají pacientovi informace o jeho stavu. Co je ovšem nezbytně důležité, je to, aby bylo zachováno soukromí informací. Pokud pacient souhlasí, že může lékař informace podávat i před ostatními pacienty, tak je to zcela v pořádku. Pokud to ale nesvolí a lékař i přesto podává informace před ostatními pacienty, už se nechová v souladu s morálními i právními normami.

6. INTIMITA

*Z lat. **intimus** = nejvnitřnější, nejtajnější, nejdůvěrnější – nejvyšší stupeň soukromí, atmosféra maximální sociální uzavřenosti a zároveň nejtěsnější, nejdůvěrnější sociální spojení, které lze chápat jako zvláštní druh komunikace, jež probíhá v rodině, mezi přáteli a v milostných vztazích.*

7. DŮSTOJNOST

„Důstojnost je univerzální lidská záležitost. Převládá v moderní filozofické, morální a právní diskusi, je kotvou různých světových pohledů a má různé úrovně významů záviselých na kontextu, ve kterém je zmiňována. Ovšem co to opravdu lidská důstojnost je, si uvědomíme, až když je ohrožena či pošlapána a odvoláváme se na ni, když se ptáme, zda

určité jednání bylo etické či nikoliv.“ (SVOBODOVÁ, 2012, s. 71.)

8. VIRGINIA HENDERSON A JEJÍ KNIHA

8.1 Kým byla Virginia Henderson?

„Virginia Avenel Henderson (30. listopadu 1897-19. března 1996) byla zdravotní sestra, teoretička a autorka známá pro svou teorii potřeb. Definovala ošetřovatelství jako: „Jedinečnou funkcí sestry je pomáhat jednotlivcům a nemocným ve výkonu těch činností, které přispívají ke zdraví nebo k jejich uzdravení (nebo k mírové smrti), které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalosti.“ Henderson je také známá jako „první dáma ošetřovatelství“, „slavík moderního ošetřovatelství“, „moderní ošetřovatelská matka“ a „slavík Florence 20. století“.“ (GONZALO, Virginia Henderson: Nursing need Theory, August 24. 2019.)

8.2 Kniha Základní principy ošetřovatelské péče

„Žádný člen by neměl klást tak velké nároky na jiného člena týmu, aby nebyli členové schopni vykonávat svou jedinečnou funkci. Žádný člen zdravotnického týmu by také neměl být rušen nezdravotnickými činnostmi, jakými je úklid, úřednické a evidenční práce, pokud by při tom musel zanedbávat svůj speciální úkol.“ (HENDERSON, 1995, Základní principy ošetřovatelské péče, s. 3.)

Kniha *Základní principy ošetřovatelské péče* je základem pro jeden z ošetřovatelských modelů péče, podle kterého se sestry řídí. Virginia Henderson zvolila na zdravotnictví zcela jiný pohled než ten, podle kterého je například prezentován biomedicínský model péče.

Osobu v tomto modelu brala jako nezávislou, celistvou bytost, která je tvořena čtyřmi složkami (bio-psycho-socio-spirituální bytost).

Prostředí hodnotí jako soubor všech podmínek, které na pacienta působí.

Zdraví v tomto modelu není přesně identifikováno, ale nejbližše se zdravému jedinci podobá

soběstačný jedinec.

Ošetřovatelství je proces řešení problémů poskytováním pomoci.

8.3 Část z knihy – Pomoc pacientovi při komunikaci s ostatními při sdělování jeho potřeb a pocitů

„Čím víceepochopení sestra má, čím větší důvěru vzbuzuje u pacienta i jeho rodiny, tím lépe dokáže pomáhat pacientovi při překonávání psychologického nebezpečí nemoci. Jestliže sestra přijme úlohu tlumočnice a zprostředkovatele, oceňuje příležitost, kdy může být s pacientem, kdy se může setkat s jeho přáteli, kdy jim může naslouchat a hovořit s nimi.“ (HENDERSON, 1995, Základní principy ošetrovatelské péče, s. 32.)

„Lékař při svém posuzování stavu pacienta obvykle závislý na tom, co u pacienta pozoruje sestra, co slyší, vnímá a cítí v době, kdy o něho pečuje. Avšak jelikož je sdělení sestry jen náhradou toho, co oznámí pacient, komunikuje lékař, je-li to možné, přímo s ním a chce vědět, co pacient řekne svými vlastními slovy. Jedním z nejdůležitějších aspektů základní ošetrovatelské péče je, aby sestra působila jako prostředník a pomáhala pacientovi komunikovat s lékařem, se kterým se tento pacient setkává jen na krátkou chvíli.“ (HENDERSON, 1995, Základní principy ošetrovatelské péče, s. 32.)

9. VÝZKUMNÁ METODA – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ A JEHO HODNOCENÍ

Výzkumná metoda je při sociologické práci metodou, při které člověk nalezne odpovědi na otázky, které se týkají témat spojených se sociálními interakcemi, lidským jednáním a sociální komunikací. Ve výzkumné metodě lze použít široké spektrum metod. Nejčastější z nich jsou pozorování, rozhovor a také dotazníkové šetření.

Induktivní metoda: Metoda vyznačující se tím, že dotyčná osoba

pozoruje a hledá pravidelnosti, které jsou případně v objektivní realitě. Objevené pravidelnosti se mohou popsat předběžnými závěry. Ty se dále ověřují dalším pozorováním. Na konci tohoto procesu by měla vzniknout **nová teorie**.

Indukce = Pozorování → Nalezené pravidelnosti → Předběžné závěry → Teorie

Deduktivní metoda: Vychází z obecně formulovaného problému, který doprovází vytvoří hypotéz. Hypotézy navrhují, jaké spojení mezi proměnnými by mělo být nalezeno. Poté probíhá sběr dat. Pokud závislost mezi sebranými daty odpovídá vzorci předpovězenému v hypotézách, jsou hypotézy přijaty jako platné.

Dedukce = Teorie → Hypotézy → Pozorování → Přijaté/zamítnuté hypotézy

9.1 Kvalitativní výzkum

„Kvalitativní výzkumný přístup lze charakterizovat subjektivností a významem, které zkoumaným tématům dávají lidé žijící/pracující v určitém prostředí, z něhož zkoumaná témata vyvstávají.“ (BAUM, 2014, s. 23.)

9.2 Kvantitativní výzkum

„Kvantitativní výzkum lze charakterizovat objektivností, tj. předpokládanou nestranností badatele, který není součástí výzkumného prostředí, spojenou s výzkumným problémem a měřitelností zkoumaných oblastí prostřednictvím vhodných indikátorů.“ (BAUM, 2014, s. 22.)

9.3 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je forma získávání informací pomocí otázek, které jsou mířeny na menší či větší skupinu lidí. Dotazník může mít formu elektronickou anebo písemnou. Elektronická forma se využívá spíše pro větší skupiny lidí. Písemná forma se pak používá hlavně u menší skupiny lidí a lidí, kteří mají určité vlastnosti anebo předpoklady k vyplnění dotazníkového šetření (např. věková kategorie, pohlaví, etnická skupina apod.).

Jak vytvořit ideální dotazníkové šetření?

Zde jsou uvedeny některé důležité zásady pro vytvoření správně formulovaného dotazníkového šetření:

1) Zvolit správné množství uzavřených a otevřených otázek. Není vhodné omezovat respondenty příliš na odpovídání jen ano či ne. Autor dotazníku musí umět vyhodnotit, kdy je vhodné zvolit otevřenou otázku.

Např.

Otázka: Jaké zvíře máte rádi?

Odpovědi: kočka, pes, žába (Nicméně respondent má rád třeba koně.)

- 2) Je třeba volit srozumitelné, krátké, pravopisně správné otázky.
- 3) Neměly by být použity sugestivní otázky.
- 4) Vyvarovat se slovům jako jsou často, někdy, zřídka, občas.
- 5) Omezit otázky, které by pro respondenta mohly být citlivé.
- 6) Nepoužívat negativně formulující otázky. (např. Nejste ráda, když nemůžete říct svůj názor?)

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

10. ZADÁNÍ VÝZKUMNÉ PRÁCE

10.1. Cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak probíhá komunikace při příjmu pacienta na oddělení a jestli je zdravotnickým personálem uchováváno jejich soukromí a důstojnost.

Při charakteristice výzkumné části bakalářské práce budu využívat více či méně osobně laděné formulace. Jsem si vědoma toho, že v odborném textu nejsou příliš obvyklé, avšak mým záměrem bylo zdůraznění vysoké míry osobní angažovanosti, která doprovázela mé praktické výzkumy. Proto jsem takové formulace užila.

Při svých praktických výzkumech jsem zvolila sled otázek, které by měly vhodně demonstrovat, jak komunikoval zdravotnický personál s pacientem a měl-li pacient z tohoto způsobu komunikace dobrý či špatný pocit, jestli informovanost o zdravotním stavu byla dostačující a zda vysvětlení určitých výkonů bylo provedeno dobře.

Během mého praktického působení na různých typech oddělení jsem se seznámila s rozdílným chováním zdravotnického personálu a různými způsoby dodržování intimity pacienta. Proto jsem si chtěla udělat přehled o této oblasti v nemocnici ve které pracuji.

Během dotazníkové šetření jsem si uvědomila velmi důležitou skutečnost. Je důležité brát ohledy i na vybavenost nemocnice. Jsou oddělení, na kterých mají pacienti mezi sebou zástěnu či paraván. Jsou ale také oddělení, ve kterých se nenachází žádná zástěna či paraván. **Má tedy zdravotnický personál stejné podmínky pro možnost dodržení intimity pacienta?**

Tato otázka byla pro mě při výběru tohoto tématu klíčová. Mé dotazníkové šetření se ovšem zaměřilo na dodržování intimity v oblasti, ve kterém mají všechna oddělení možnost dodržovat ji na stejné úrovni, a tou oblastí je komunikace.

Ke kvalitní komunikaci není třeba žádných pomůcek a vybavenosti nemocnice. Komunikací se může zdravotnický personál dozvědět mnoho důležitých věcí o pacientech. Může pochopit pacientovy pocity, tužby a přání. Může zjistit, když je pacient nespokojený anebo se mu něco nelíbí. Může naopak rovněž zjistit, že je pacient spokojen a cítí se v bezpečí.

„Klíčem k otevřenému rozhovoru je naše trpělivost. Nesmíme dávat najevo svoji převahu a hovořit s nemocným jako s dítětem. Pacient lépe vnímá naše chování, necítí-li, že

ho chceme ovládat a rozhodovat za něj. Nemocný má mít dostatek času a příležitosti, aby se mohl vyjádřit. Proto trpělivě nasloucháme, snažíme se pochopit, co nám chce nemocný říci či naznačit. Zbytečně nemocného nepřerušujeme, přitakáme spíše pokývnutím hlavy než slovy. Otázky klademe tak, aby se rozhovor týkal informací potřebných pro sestru, zbytečně se nevělekl a nerozbihal.“ (STAŇKOVÁ, 1999, s. 212.)

Dodržování intimity pacientů by zdravotnický personál neměl brát na lehkou váhu. Na střední zdravotnické škole nám vždy vštěpovali do hlavy, abychom se zkusili vžít do jejich situace a představit si na jejich místě sebe. V tomto úsilí o empatii se přece nutně musí objevit naléhavé otázky: Jak by nám asi bylo, kdyby s námi zdravotnický personál nekomunikoval? Kdyby se nám nepředstavil, když nás pozná? Kdyby nezaklepal na dveře pokoje, ve kterém jsme hospitalizováni i s dalším pacientem? Kdyby nám nevysvětlil výkon, ze kterého máme strach? Kdyby nám lékař sděloval informace o našem zdravotním stavu mezi dveřmi? Jsou to velmi tristní představy, a přitom by pouze stačilo plně si uvědomit prastarou novozákonní myšlenku:

„A jakž chcete, aby vám lidé činili, i vy jim též podobně činite.“ (Bible, Lk 6.)

10.2. Hypotéza a výzkumné otázky

Mou základní **hypotézou** pro účely tohoto výzkumu byl předpoklad, že existuje rozdíl v pojetí soukromí a intimity na standardním oddělení interních lůžek a na standardním ortopedickém oddělení.

Výzkumné otázky, které jsem pro respondenty připravila, byly následující:

- 1) Jste muž nebo žena?
- 2) Kolik je vám let?
- 3) Na kterém oddělení jste byl/a hospitalizován/a?
- 4) Jak dlouho jste byl/a hospitalizován/a?
- 5) Seznámil vás ošetřující personál s oddělením? (např.

s tím, kde je WC, koupelna, sesterna, vyšetřovna)

- 6) Seznámil vás ošetřující personál s vaším pokojem? (např. s tím, kde je vaše skříň, váš stoleček, kde je signalizační zařízení)

OTÁZKY TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE S PACIENTEM

- 7) Při přijetí na oddělení se vám personál oddělení představil?
- 8) Jak vás personál oslovoval?
- 9) Když personál vstupoval do pokoje, klepal na dveře?
- 10) Sdělil vám ošetřující personál, na co máte identifikační náramek na ruce?
- 11) Seznámil vás personál s vnitřním řádem nemocnice?
- 12) Zeptal se vás ošetřovatelský personál (sestra, sanitář, ošetřovatel), zda mohou sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?
- 13) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, sděloval ošetřující personál informace o vašem stavu před ostatními pacienty?
- 14) Zeptal se vás váš ošetřující lékař, zda může sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?
- 15) Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, sděloval lékař informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?
- 16) Byly vaší rodině vždy sděleny podrobné informace o vašem zdravotním stavu?
- 17) Když vám byl prováděn nějaký výkon (např. odběr krve, převaz defektu, zavedení cévky, zavedení kanyly), byl vám dostatečně vysvětlen?
- 18) Když jste měl jít na nějaký výkon (gastroskopie, rentgen, CT vyšetření, kolonoskopie, sonografie), byl vám dostatečně vysvětlen?

- 19) Vysvětloval vám výkon (viz. předchozí otázka) lékař nebo sestra?
- 20) Byl vám předložen informovaný souhlas s výkonem?
- 21) Setkal/a jste se po dobu své hospitalizace (v této, nebo i v jiné nemocnici) s neslušným a neohleduplným chováním?

10.3. Časový harmonogram výzkumu

Na přelomu října a listopadu minulého roku jsem přemýšlela nad podobou práce. V listopadu jsem oslovila hlavní sestru nemocnice a vrchní sestry oddělení. Rovněž v listopadu jsem také sepsala dotazník pro pacienty. Na konci listopadu jsem na oddělení přinesla konečné dotazníky a od 1.12.2019 do 31.1.2020 probíhalo samotné dotazníkové šetření. Na přelomu dubna a května tohoto roku jsem sepsala teoretickou i praktickou část bakalářské práce.

11. METODIKA VÝZKUMU

Jako metodiku výzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu. Zvolila jsem si dotazníkové šetření obsahující 6 všeobecných otázek a o 15 otázek, které se týkají komunikace zdravotnického personálu s pacientem. Dotazníky byly pacientům poskytnuty na konci jejich hospitalizace, anebo před přeložením na jiné oddělení, které je mimo nemocnici, ve které výzkum probíhal.

Jaké byly důvody mého rozhodnutí dát pacientům dotazník před odchodem z oddělení? Dotazníkové šetření bylo sice anonymní, nechtěla jsem však pacienty uvádět do nejistoty, jestli nebudou jejich odpovědi probírány mezi zdravotnickým personálem. Důležitým důvodem byla také skutečnost, že před propuštěním bude mít pacient nejlepší přehled o tom, jak vnímal chování zdravotnického personálu a jeho přístup k dodržování soukromí a intimity. Celkem jsem poskytla 50 dotazníků na standartním interním oddělení a na oddělení standartních ortopedických lůžek jsem poskytla také 50 dotazníků.

Jako jednu z největších výhod dotazníkové šetření považuji to, že respondent má dostatek času a prostor na přemýšlení. Může zapátrat ve své paměti a dobře si rozmyslet odpovědi, které vyplní do dotazníkového šetření.

Mým původním záměrem bylo vytvoření dvou dotazníkových šetření. Jedna

forma dotazníku by byla pro pacienty ve stejné formě, jako je nyní. Druhá forma dotazníku by byla pro zdravotnický personál. Otázky by byly formulovány tak, aby respondent mohl objektivně zhodnotit, jestli jeho ochrana soukromí a intimity pacientů je dostatečná.

Nakonec jsem od této verze upustila z toho důvodu, že jsem sebe, ani u zdravotnického personálu vzbudit nepříjemné pocity. Zdravotnický personál by to mohl chápat jako nevhodné hodnocení jejich práce a pochybování o jejich schopnostech dodržování soukromí a intimity. Sebe bych tím stavěla do pozice poučujícího jedince, a tím bych rozhodně nechtěla být. Rozhodla jsem se proto zaměřit pouze na pacienty.

Inspirací pro tuto metodiku výzkumu se pro mne stala studie z roku 2009, kterou provedli Beatrice J. Kalisch, Gay Landstrom a Reg Arthur Williams. Jejich studie se týkala chybějící ošetrovatelské péče a chyb ze zanedbávání. Při sběru dat se ukázalo, že mezi třemi hlavními důvody, které sestry uvádějí jako důvod chybějící ošetrovatelské péče jsou: nedostatek personálu (85 %), materiální zdroje (56 %) a **komunikace** (38 %). Přesněji udávali napětí a poruchu komunikace personálu mezi sebou.

„Reasons for Missed care were labor resources (85 %), material resources (56 %), and communication (38 %).“ (KALISCH, 2009, s. 3.)

Další neméně důležitou inspirací pro výzkum komunikace byla pilotní studie japonských sester, která zkoumala komunikační dovednosti a potažmo syndrom vyhoření sester. Sestry byly rozděleny do dvou skupin a byl u nich proveden trénink komunikačních dovedností. Před tréninkem jim byl poskytnut dotazník základních informací o jejich pohlaví, věku, délce praxe, komunikačních schopnostech a stupnici syndromu vyhoření. Trénink komunikačních schopností probíhal v červenci a srpnu roku 2001. Stejný dotazník jim byl dán v lednu 2002. Přitom 58 % z nich podalo úplné kompletní odpovědi. Zjistilo se, že více sester dokáže přijímat platnou kritiku a mají větší schopnosti vyjednávání.

A jako poslední z důležitých inspirací pro tvorbu výzkumného šetření v oblasti soukromí a intimity byla studie z USA, jež byla provedena za účelem shrnutí komunikačních problémů, kterým čelí onkologické sestry.

„The results revealed six themes that describe the challenges in communicating empathically: dialectic tensions, burden of carrying bad news, lack of skills for providing empathy, perceived institutional barriers, challenging situations, and perceived dissimilarities between the nurse and the patient. The results for challenges in

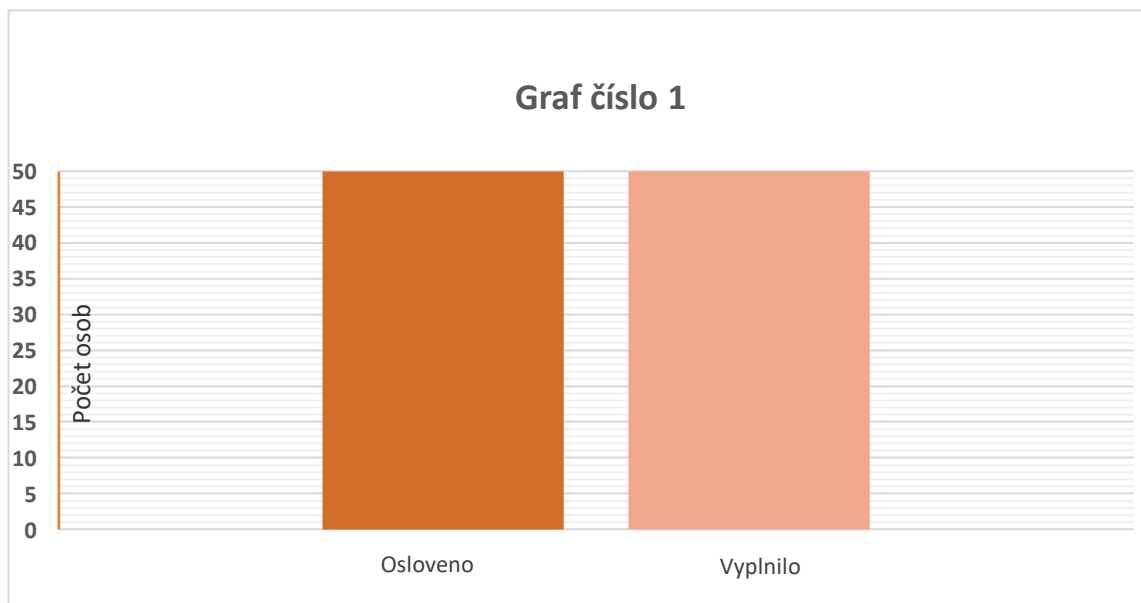
discussing death, dying and EOL goals of care revealed five themes: dialectic tensions, discussing specific topics related to EOL, lack of skills for providing empathy, patient/family characteristics, and perceived institutional barriers. This study emphasizes the need for institutions to provide communication skills training to their oncology nurses for navigating through challenging patient interactions.“ (SMITA C. BANERJEE, 2016)

12. VÝBĚR VZORKŮ

12.1. Výběr vzorků na interním oddělení

Výběr vzorků na standartním oddělení interních lůžek probíhal v Krajské karlovarské nemocnici. Toto oddělení je mým pracovištěm téměř 5 let. Za tu dobu jsem si zde vybuodovala pevné pracovní i soukromé vztahy se zdravotnickými pracovníky. Bylo pro mě tudíž jednodušší navázat kontakt se zdravotnickým personálem a vrchní sestrou oddělení. Jsem schopna posoudit, jak se chová zdravotnický personál k pacientům, v oblasti intimity a soukromí. Zním zvyklosti oddělení a denní harmonogram práce. Pacienti na interním oddělení jsou většinou geriatrictí lidé, kteří jsou zde hospitalizováni nejčastěji s onkologickými onemocněními, dehydratací, hypoglykemií, iontovým rozvratem, popřípadě jsou to hemodialyzovaní pacienti anebo mladší pacienti s glykemickým rozvratem, plicními emboliemi anebo jaterními cirhózami. Pacienti jsou posíláni na různá vyšetření, je jich široké spektrum, ale nejčastější z nich jsou CT (Computer Tomography – dále CT) vyšetření, sonografie, gastroskopie, kolonoskopie a zavedení permcatu. Pacienti jsou na třílůžkových pokojích, mezi lůžky nejsou paravány ani zástěny. Zdravotnický personál si proto musí dávat velký pozor, aby uchránil pacientovo soukromí a intimitu.

Návratnost dotazníků interního oddělení

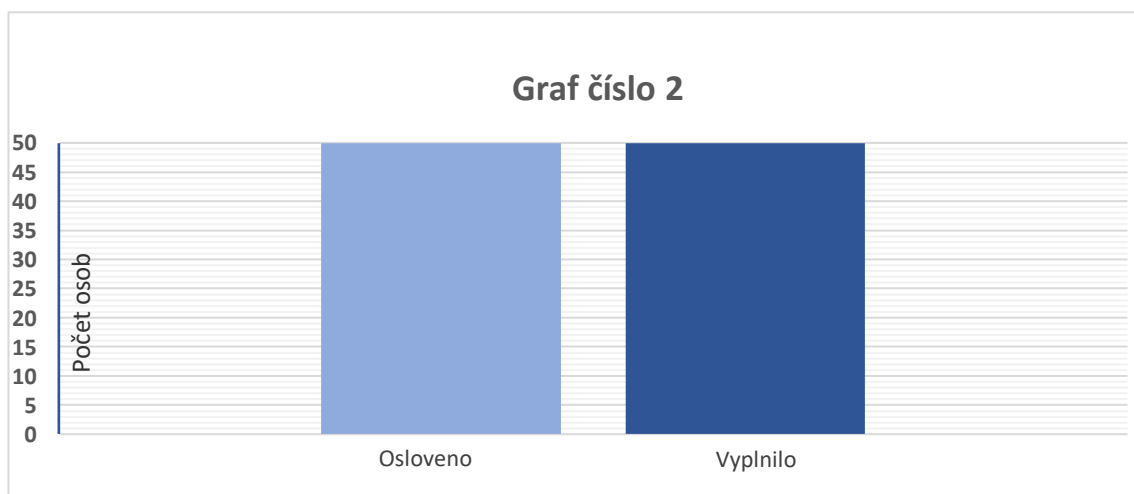


Návratnost vyplněných dotazníků na interním oddělení předčila má očekávání. Očekávala jsem, že návratnost bude malá. Nakonec jsem byla číslem velmi překvapena, protože návratnost je 100 %. To znamená, že na interním oddělení za období prosinec 2019 a leden 2020 zvládlo dotazníky vyplnit celkem 50 respondentů.

12.2. Výběr vzorků na ortopedickém oddělení

Ortopedické oddělení původně nebylo oddělení, na kterém mělo výzkumné šetření probíhat. Chtěla jsem zvolit standartní chirurgické oddělení. Bohužel vrchní sestra karlovarské chirurgie musela výzkumné šetření odmítnout z toho důvodu, že na oddělení již probíhala další 3 výzkumná šetření. Proto jsem se rozhodla pro ortopedické oddělení. Při kontaktu s vrchní sestrou mi pomáhala vrchní sestra z interních lůžek. Vrchní sestra ortopedických lůžek byla velmi ochotná zavést dotazníkové šetření na svém oddělení. Ortopedické oddělení se od interního liší v mnoha věcech. Jednou z odlišností bude samozřejmě spektrum diagnóz. Diagnózy ortopedické oddělení jsou spíše artrózy, totální endoprotézy kolenních a kyčelních kloubů a burzititis. Vyšetření, které pacienti podstupují na tomto oddělení jsou nejčastěji CT vyšetření, MR (magnetické rezonance) a rentgenové vyšetření. Pacienti jsou často upoutáni na lůžko a spoléhají se na pomoc zdravotnického personálu.

Návratnost dotazníků ortopedického oddělení



Už ne tak překvapivé, ale velmi potěšující číslo návratu dotazníků se ukázalo i na ortopedickém oddělení. Také zde návratnost dotazníků dosáhla 100 %. To znamená, že na ortopedickém oddělení za prosinec 2019 a za leden 2020 zvládlo dotazníky vyplnit celkem 50 respondentů.

13. ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

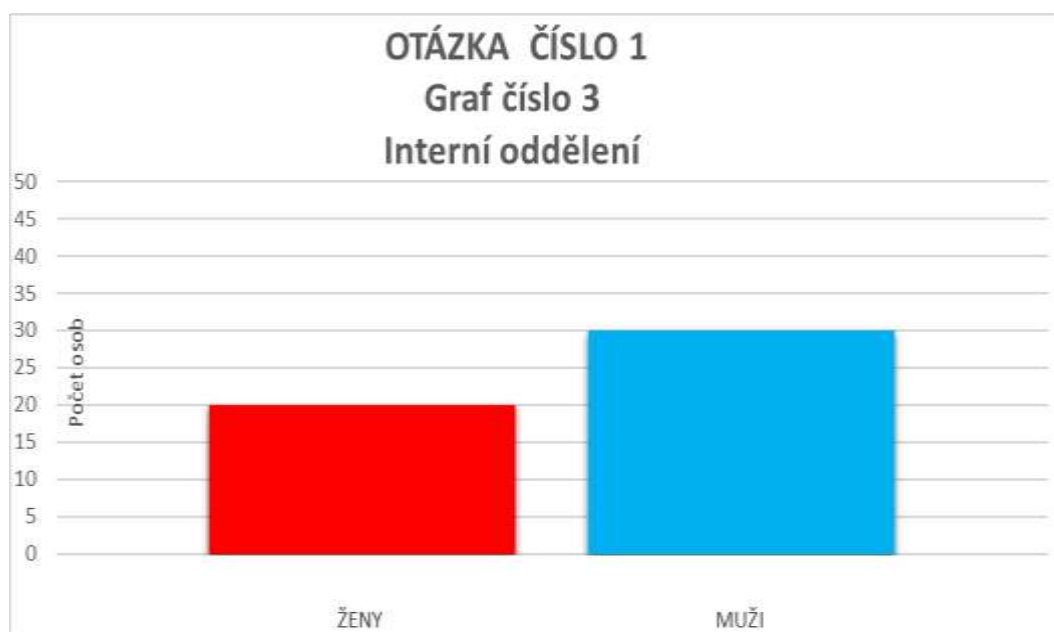
Dotazníkové šetření respondenti zaznamenávali do mnou vytvořeného dotazníku v papírové podobě. Odpovědi jsem zaznamenala do tabulek v počítačovém programu a následně vytvořila grafy s procentuálními výsledky všech otázek a odpovědí.

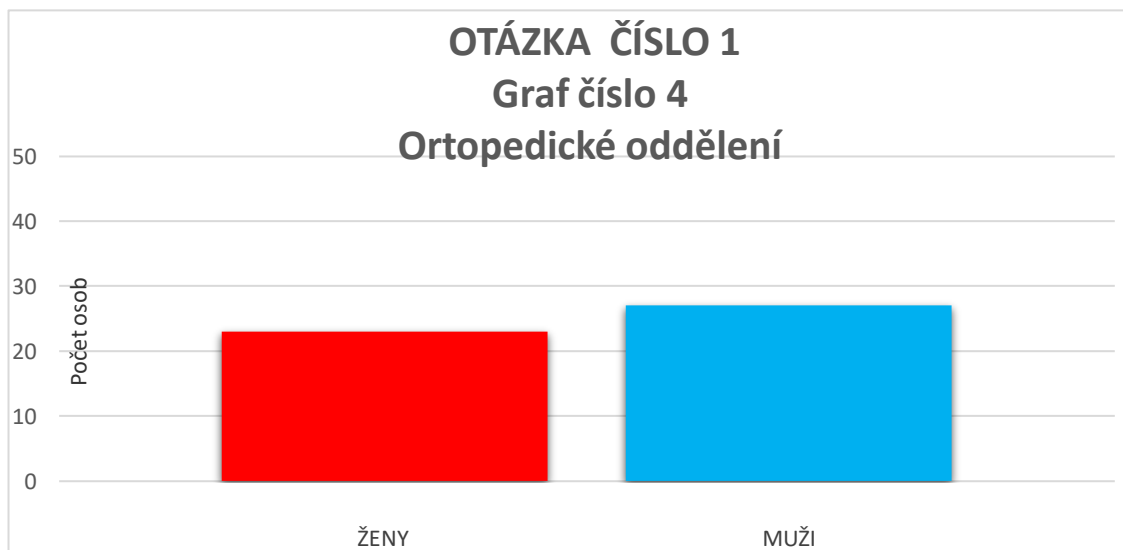
14. HODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT

14.1. Otázka č. 1

První otázka rozděluje respondenty na muže a ženy. Grafy jsou rozděleny na

odpovědi interních respondentů a ortopedických respondentů. V důsledku toho lze vyzorovat rozdíly ve výpovědích pacientů obou oddělení. Počet mužů a žen, kteří dotazníkové šetření vyplňovali, je na obou oddělení vyrovnaný, avšak mezi respondenty bylo více mužů.

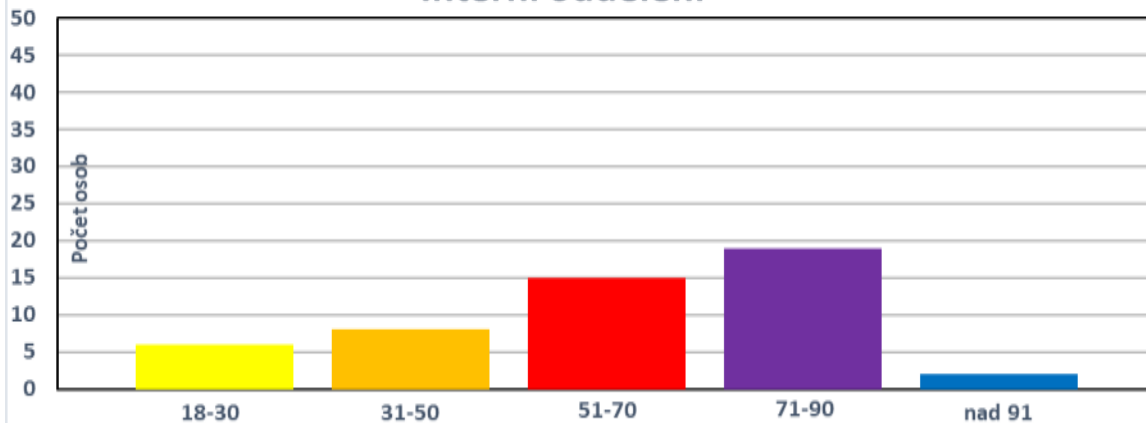




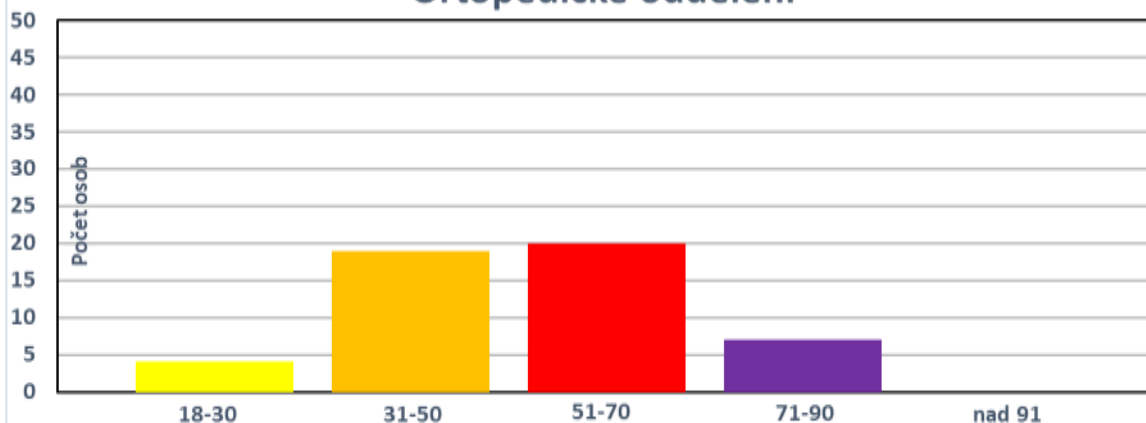
14.2. Otázka č. 2

Otázka číslo 2 se táže respondentů na jejich věk. Možnosti jsem rozdělila na intervaly 18-30 let, 31-50 let, 51-70 let, 71-90 let a nad 91 let. Grafy jsou rozděleny na odpovědi interních respondentů a ortopedických respondentů. Díky tomu lze vyzorovat rozdíly ve výpovědích pacientů obou oddělení. Zde je možné pozorovat výrazné rozdíly ve věkových kategoriích mezi interním a ortopedickým oddělením. Je více než jasné, že na interním oddělení je hospitalizováno více starších ročníků než na ortopedickém oddělení. Domnívám se, že důvodem je skutečnost, že součástí karlovarské nemocnice není léčebna dlouhodobě nemocných a onkologické oddělení. Dalším důvodem může být chronicita onemocnění.

OTÁZKA ČÍSLO 2
Graf číslo 5
Interní oddělení



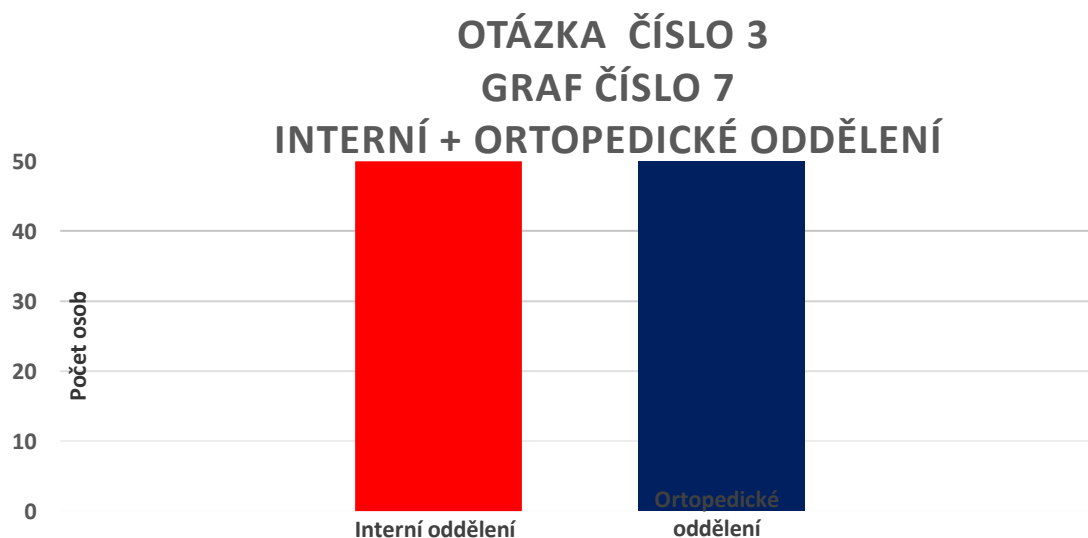
OTÁZKA ČÍSLO 2
Graf číslo 6
Ortopedické oddělení



14.3. Otázka č. 3

Odpovědi na tuto otázku ukazují množství respondentů z jednotlivých oddělení. Celkový počet dotazníků byl sto. Padesát dotazníků bylo poskytnuto na interní oddělení a druhé polovina na ortopedické oddělení. Jak jsem již výše zmiňovala, návratnost bylo

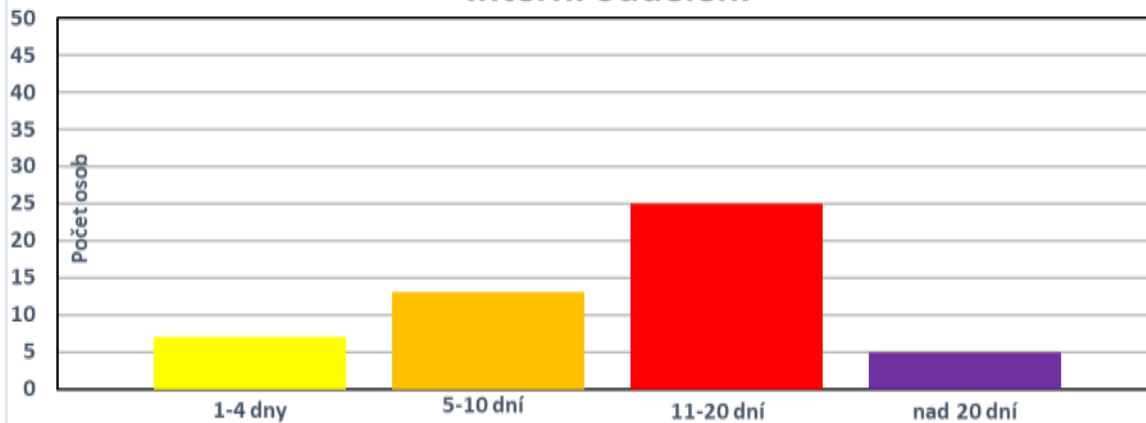
stoprocentní.



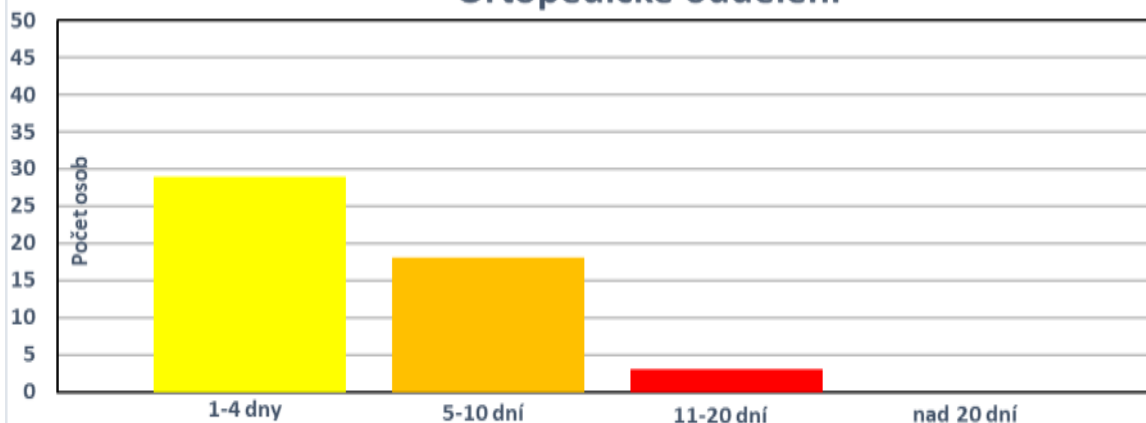
14.4. Otázka č. 4

Otázka číslo čtyři zjišťovala, kolik dní byli respondenti v průměru hospitalizováni. Grafy jsou rozděleny na odpovědi interních respondentů a ortopedických respondentů. Díky tomu lze vyzorovat rozdíly ve výpovědích pacientů obou oddělení. Zde je vidět, že délka hospitalizace se u obou oddělení liší. Zatímco nejčastější časové rozmezí u ortopedických respondentů představuje 5-10 dní, tak u interních respondentů zcela převažuje délka hospitalizace 11-20 dní. Může to být způsobeno již dříve zmíněnou chronicitou onemocnění, anebo polymorbiditou respondentů. Je patrné, že na interním oddělení vyplňovali dotazník i takoví respondenti, kteří udávali průměrnou délku hospitalizace nad 20 dní, avšak na ortopedickém oddělení takový respondent nebyl.

OTÁZKA ČÍSLO 4
Graf číslo 8
Interní oddělení



OTÁZKA ČÍSLO 4
Graf číslo 9
Ortopedické oddělení



14.5. Otázka č. 5

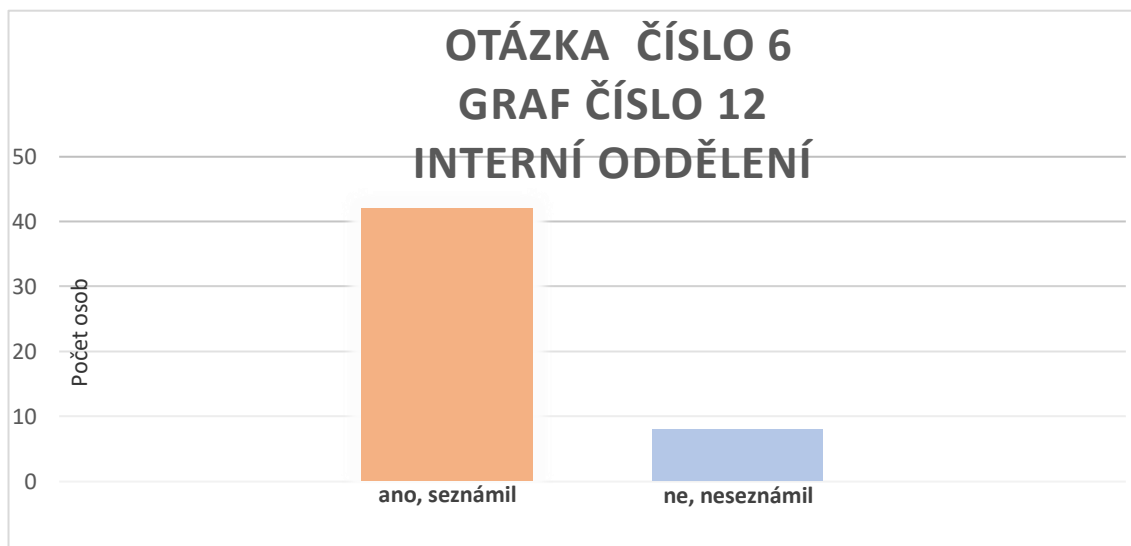
Otázka číslo pět zněla: *Seznámil vás ošetřující personál s oddělení (např. s tím, kde je WC, koupelna, sesterna, vyšetřovna)?* Grafy jsou rozděleny na odpovědi interních respondentů a ortopedických respondentů. Díky tomu lze vyzorovat rozdíly ve

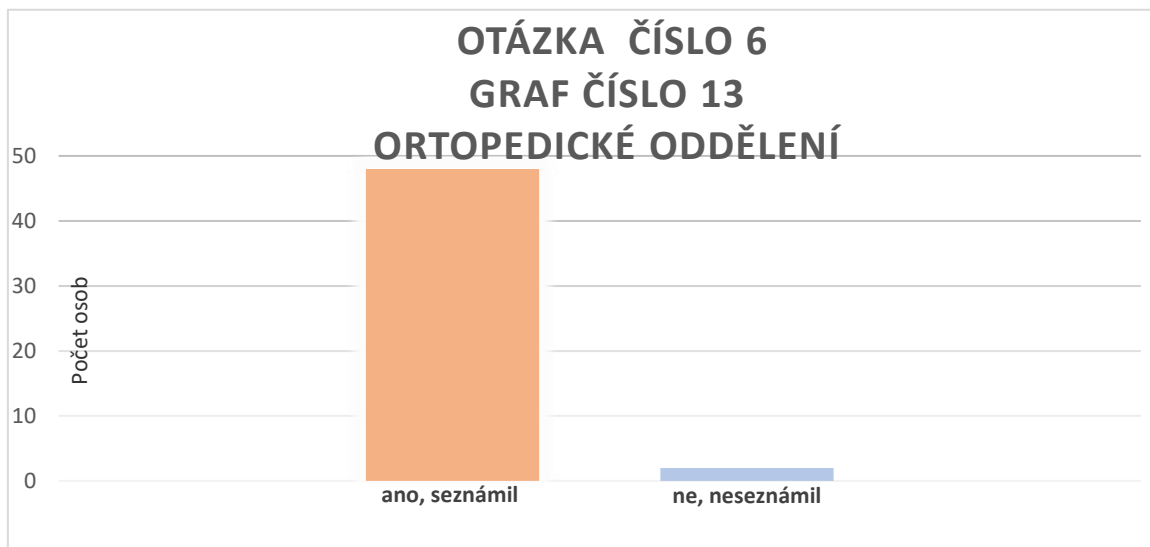
výpovědích pacientů obou oddělení. Z grafů obou oddělení je evidentní, že v drtivé většině zdravotnický personál pacienty seznámil s oddělením, na kterém byli hospitalizováni. V případech, kdy zdravotnický personál tak neučinil, lze jen spekulovat, proč tomu tak nebylo. Jedním z důvodů, který však lze obtížně přijmout, mohla být vytíženost personálu v dané situaci. To ale neomlouvá zdravotnický personál ve vztahu k tomu, že seznámit pacienta s oddělením mohl později.



14.6. Otázka č. 6

Otázka číslo šest zněla: *Seznámil vás ošetřující personál s vaším pokojem (např. s tím, kde je vaše skříň, váš stoleček, kde je signalizační zařízení)?* Grafy jsou rozděleny na odpovědi interních respondentů a ortopedických respondentů. Díky tomu lze vypočítat rozdíly ve výpovědích pacientů obou oddělení. Z grafů je možné zaznamenat velmi podobné výsledky jako u předchozí otázky. Je zjevné, že více respondentů volilo v obou otázkách odpověď „ne, neseznámil“ na interním oddělení.





14.7. Otázka č. 7

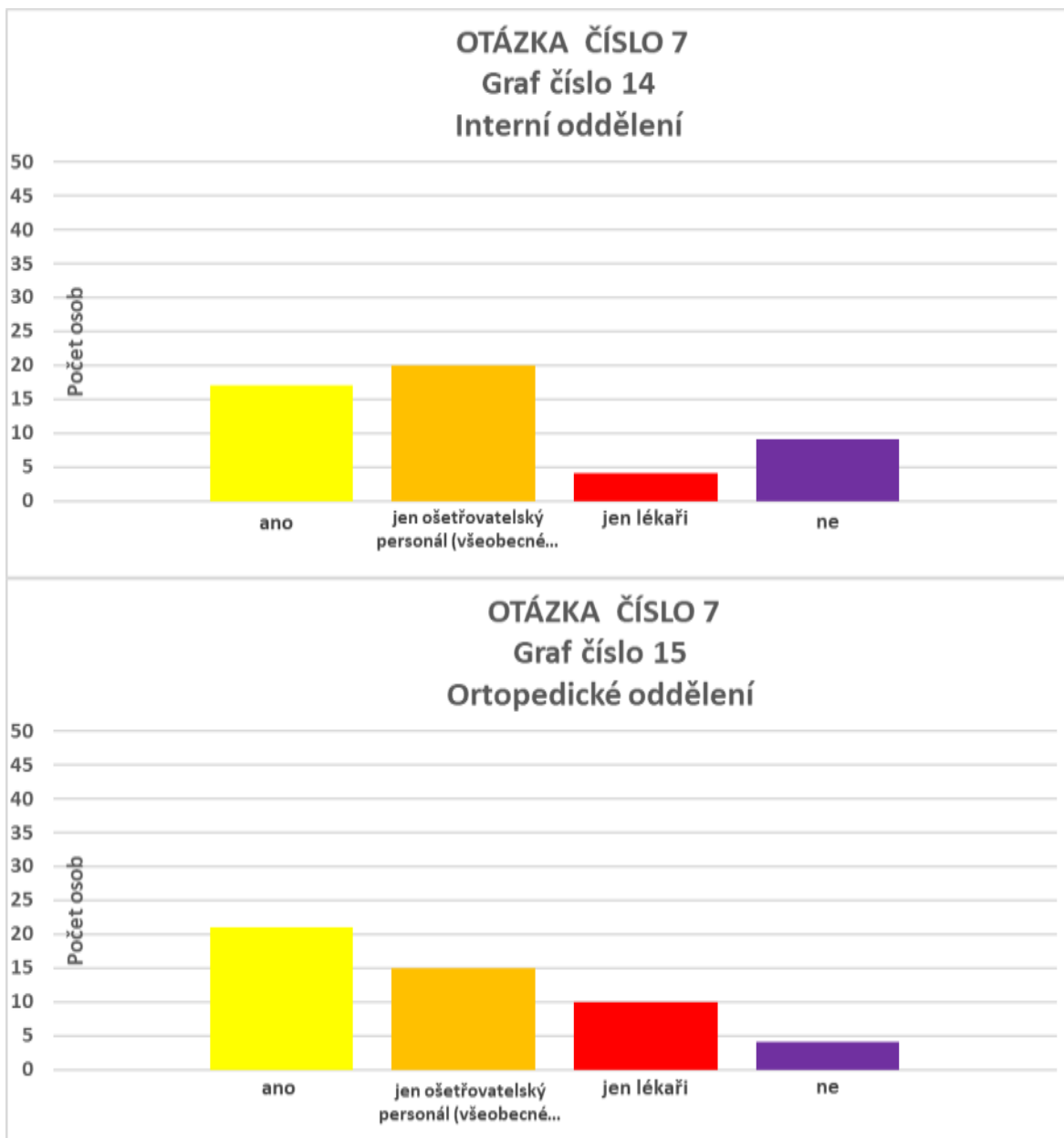
Otázka číslo sedm zněla: *Při přijetí na oddělení se vám personál oddělení představil?* Možné odpovědi jsem rozdělila na: „ano“; „jen ošetrovatelský personál (všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelé a sanitáři)“; „jen lékař“ a „ne“.

U respondentů z interního oddělení převažuje odpověď „jen ošetrovatelský personál“. U respondentů z ortopedického oddělení zase převažuje odpověď „ano“. Počet respondentů, kteří odpověděli „ne“ naštěstí není tak vysoký, ale není bohužel ani nulový. Je možné to opět přisuzovat vytíženosti personálu, jak nelékařského, tak i lékařského.

Abych ozřejmila lépe, co mám na mysli, dovolím si použít známý citát, který zní „*Nikdy nemáš druhou příležitost udělat první dojem.*“ (*Andrzej Sapkowski, polský spisovatel fantasy, 1948.*)

Když se zdravotnický personál pacientovi nepředstaví, může v pacientovi vyvolat pocit nedůvěry a špatného dojmu. Může tím v pacientovi vyvolat pocity méněcennosti a

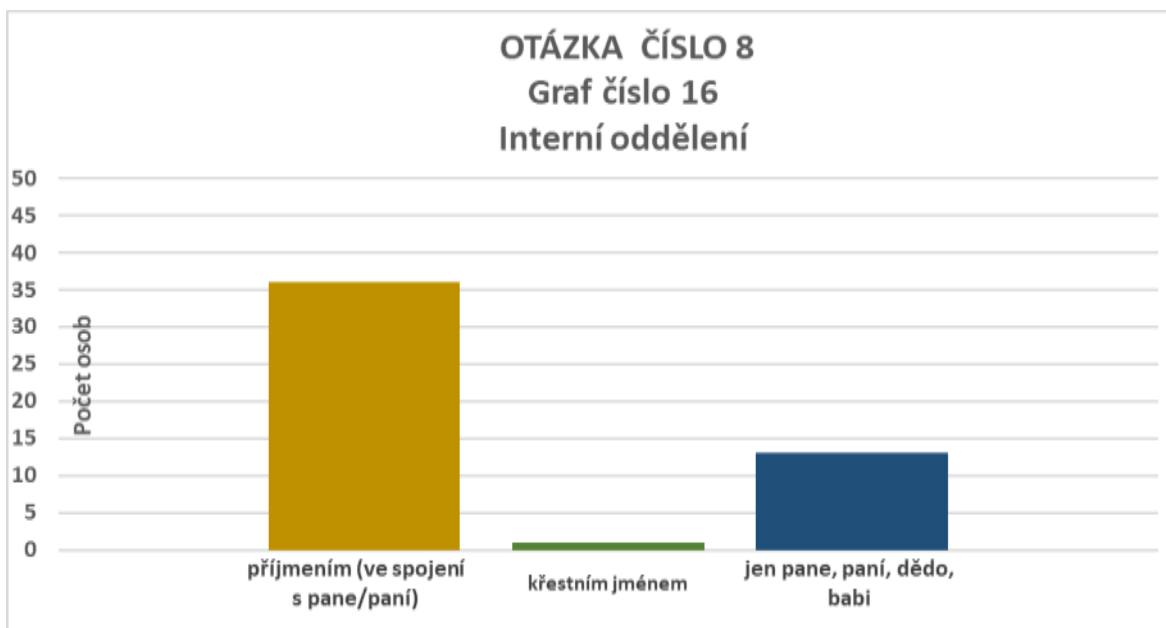
nedůležitosti. A tím hned v prvopočátku jejich setkání způsobit komunikační bariéru.

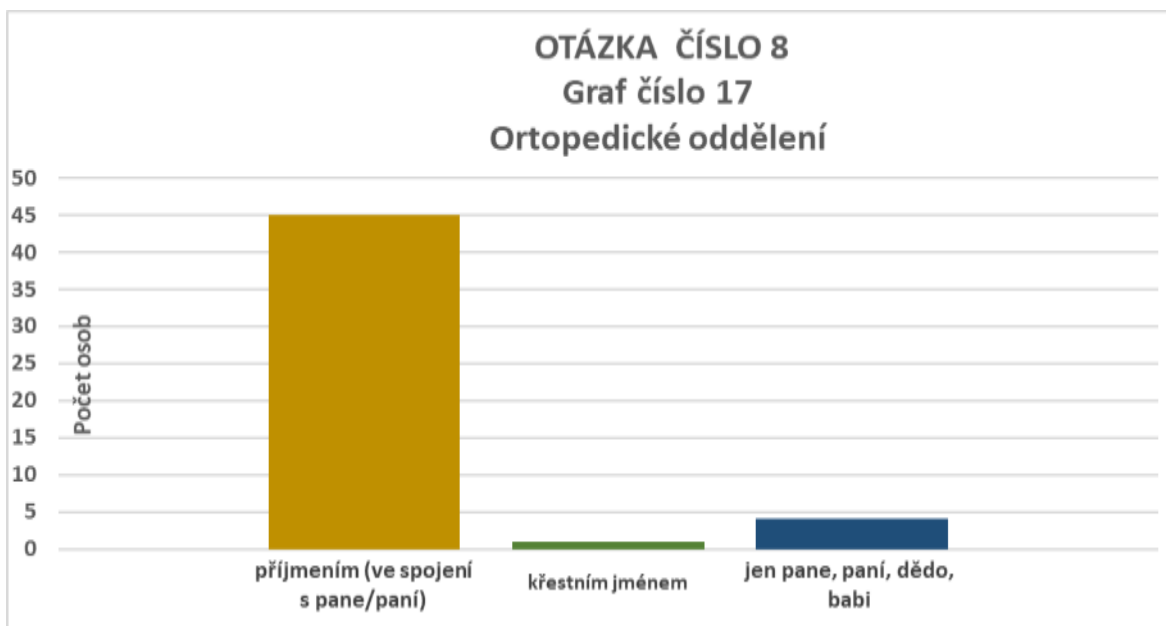


14.8. Otázka č. 8

Otázkou číslo osm jsem chtěla zjistit, *jak personál respondenty oslovoval*. Možné odpovědi jsem opět rozdělila na: „příjmením (spojený s oslovením pane/paní, křestním jménem)“, „křestním jménem“ a „jinak (pouze pane, paní, dědo, babi aj.)“.

Na obou odděleních převažovaly odpovědi „příjmením (spojený s oslovením pane/paní)“. Avšak na interním oddělení je vyšší počet odpovědí „jinak (pouze pane, paní, dědo, babi aj.)“, než na oddělení ortopedických lůžek. Může to být způsobeno vysokým věkem pacientů na interních lůžkách. Avšak to nikoho ze zdravotnického personálu neopravňuje používat slovní spojení, které mohou na pacienta působit neomaleně či neslušně.



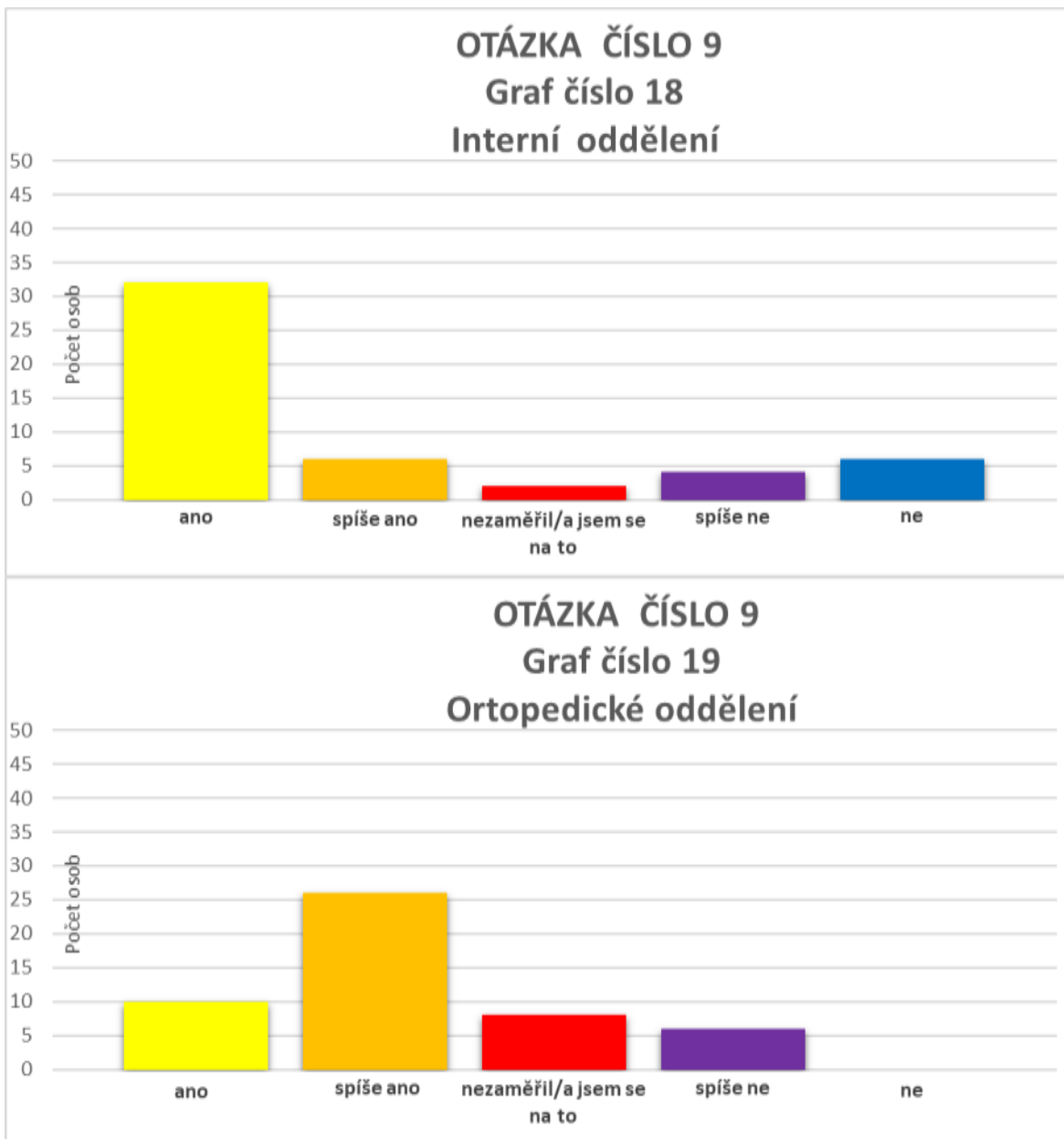


14.9. Otázka č. 9

Otázka číslo devět zněla: *Když personál vstupoval do pokoje, klepal na dveře?* Možnosti odpovědí byly: „ano“, „spíše ano“, „nezaměřil/a jsem se na to“, „spíše ne“ a „ne“.

Pomocí takových odpovědí jsem chtěla dát respondentům možnost neodpovídat jednoznačně „ano“ či „ne“. Klepat na dveře pokoje mohlo za den pět a více lidí. Někdo z nich klepal a někdo zase ne. A právě odpověďmi „spíše ano“ a „spíše ne“ měli možnost ukázat, že to nedělal každý z nich.

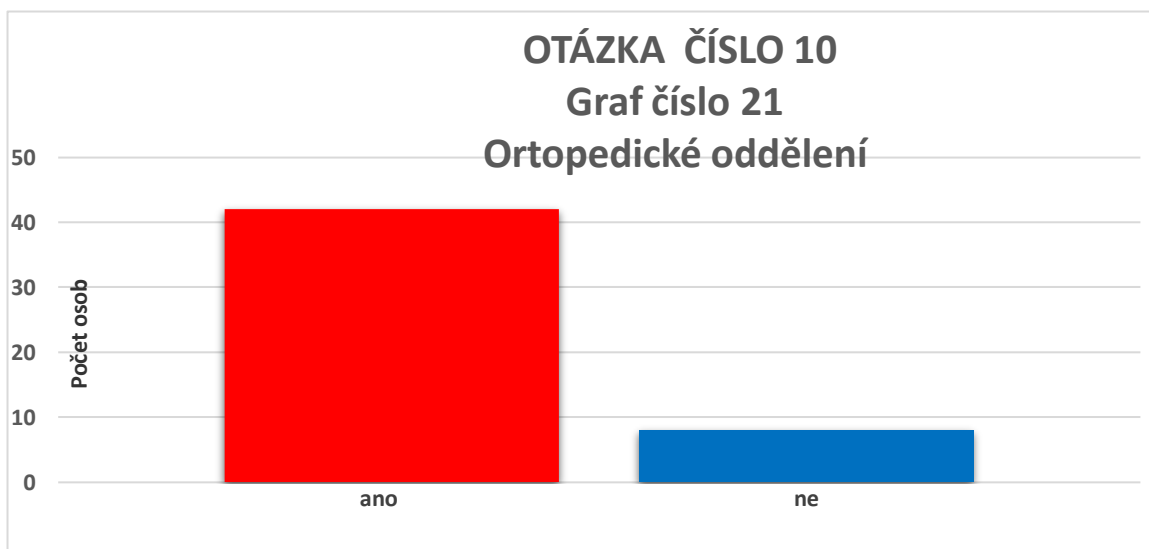
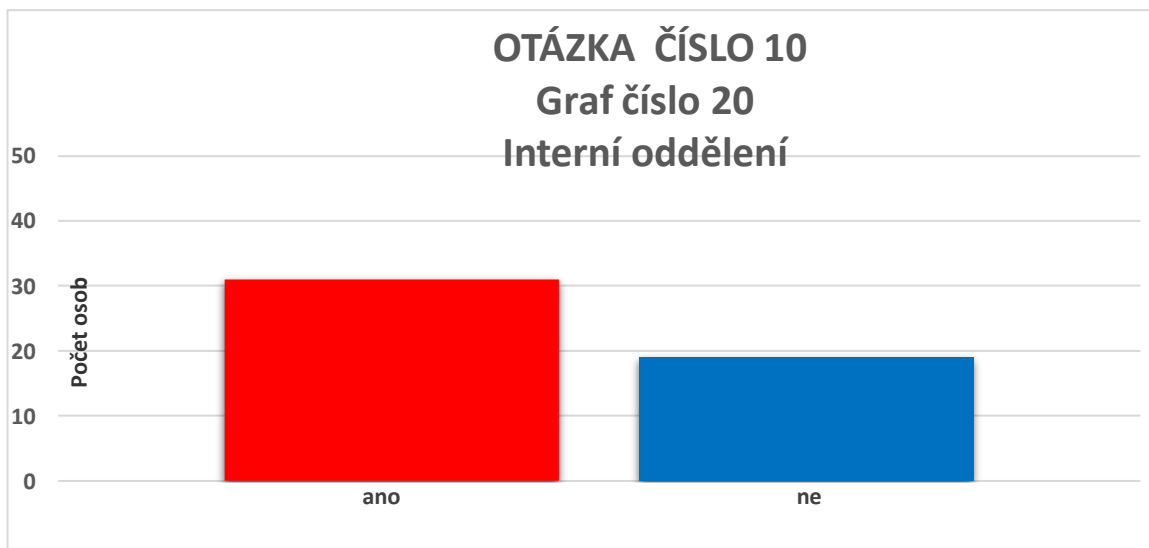
Z grafu interního oddělení je docela dobře možno usoudit, že velká část personálu klepala na dveře vždy. Z grafu ortopedického oddělení lze odvodit, že respondenti volili možnost „spíše ano“ nejčastěji. Domnívám se, že mezi zdravotnickým personálem se našlo pár jedinců, kteří na dveře neklepali.



14.10. Otázka č. 10

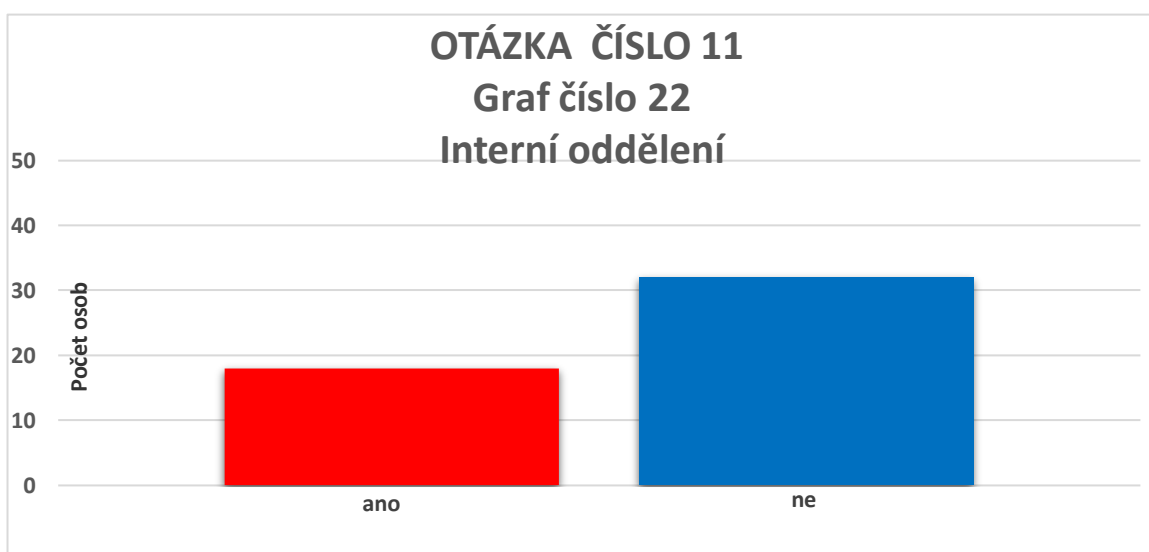
Otázka číslo 10 zněla: *Sdělil vám ošetřující personál, na co máte identifikační náramek na ruce?* Z V grafickém zachycení odpovědí respondentů interního oddělení pokládám za důležité, že odpovědělo „ne“ vyšší číslo, než bych předpokládala. Znamená to tedy, že devatenácti lidem z padesáti ošetřující personál nesdělil důvod používání identifikačního náramku. Předpokládám proto, že ošetřující personál nepokládal

za důležité seznámit pacienta s důvodem používání identifikačního náramku. Na ortopedickém oddělení odpovídali v drtivé většině „ano“.



14.11. Otázka č. 11

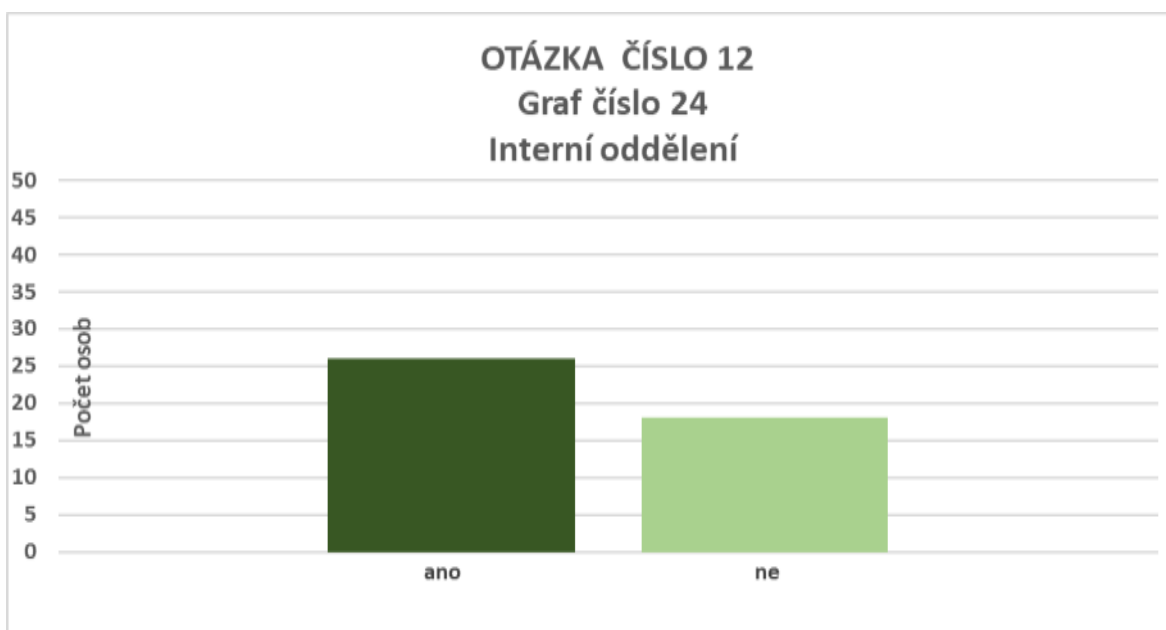
Znění jedenácté otázky bylo následující: *Seznámil vás ošetřující personál s vnitřním řádem nemocnice?* Z grafu je zřejmé, že na interním oddělení ošetřující personál více než polovinu respondentů neseznámil s vnitřním řádem nemocnice. Na grafu odpovědí z ortopedického oddělení je zřejmé, že ošetřující personál naopak více než polovinu respondentů s vnitřním řádem nemocnice seznámil.

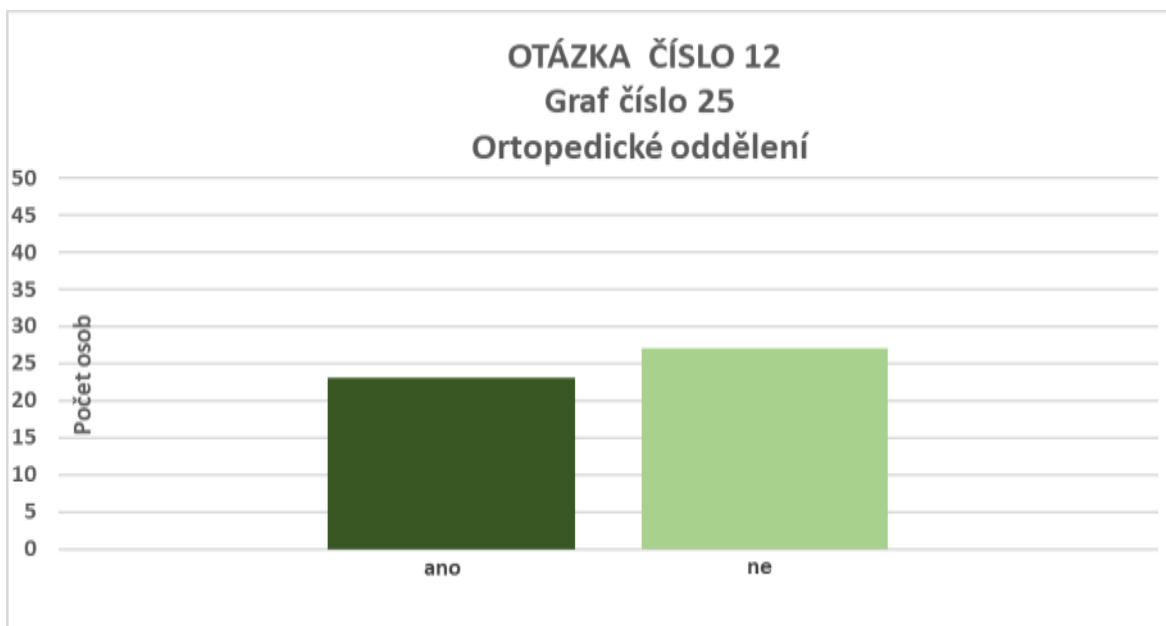


14.12. Otázka č. 12

Otázka číslo dvanáct zněla: *Zeptal se vás ošetřovatelský personál (sestra, sanitář, ošetřovatel), zda mohou sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?* Odpovědi byly rozděleny na: „ano“ a „ne“.

Statistika odpovědí na tuto otázku mne velmi překvapila. Počet respondentů, kterých se na tuto otázku nikdo nezeptal, byl vskutku překvapivý. Důvodem snad může být, personál si nebyl vědom důležitosti této otázky. Zřejmě si dostatečně neuvědomoval, že každý má právo na ochranu informací o sobě samém, obzvláště pacienti. Je patrné, že na obou odděleních jsou obě odpovědi co do četnosti vyvážené.





14.13. Otázka č. 13

Otázka číslo třináct velmi úzce souvisela s předchozí otázkou a její znění bylo: *Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, sděloval zdravotnický personál informace o vašem stavu před ostatními pacienty?*

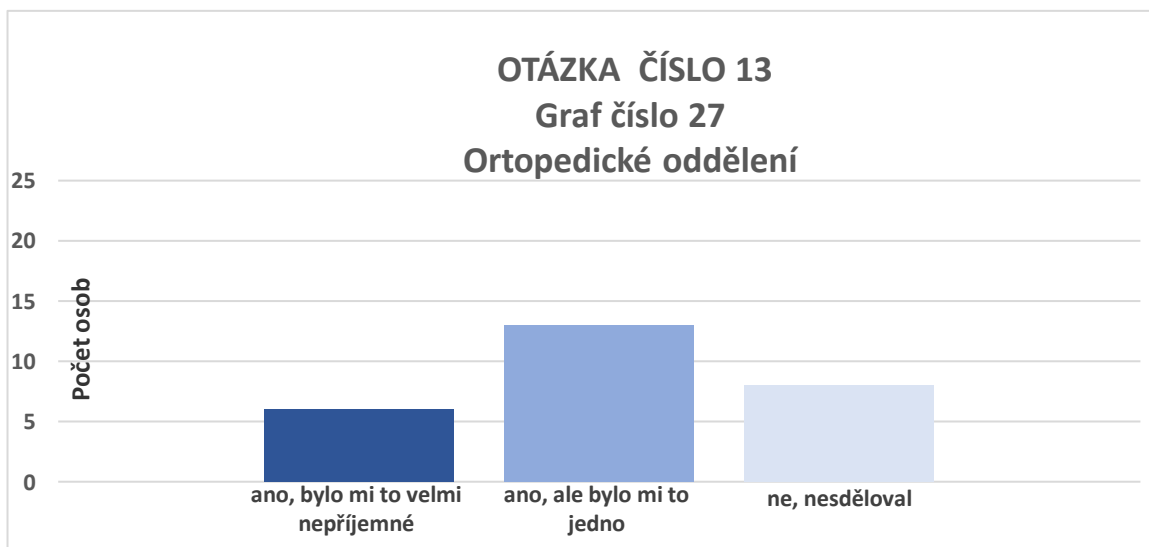
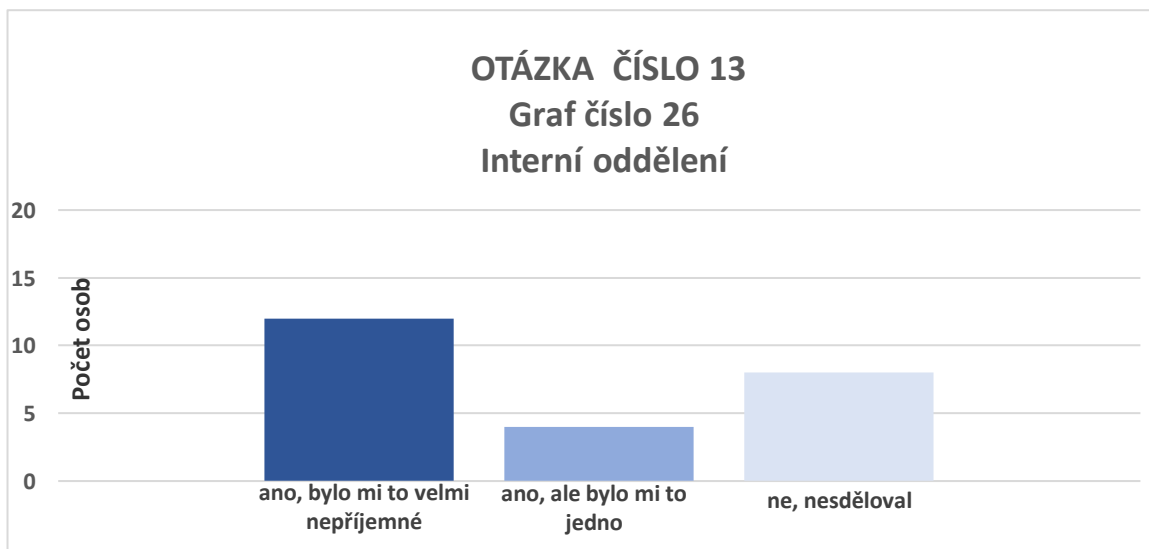
V předchozí otázce možností „ne“ odpověděli na interním oddělení celkem **dvacet čtyři** respondenti. Na ortopedickém oddělení možnost „ne“ volilo **dvacet sedm** pacientů.

Grafy jsou upraveny právě pro takový počet respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku „ne“. Možnosti odpovědí byly: „ano, bylo mi to velmi nepříjemné“, „ano, ale bylo mi to jedno“ a „ne, nesděloval“.

Z výsledků zachycených v grafech lze rozpoznat viditelný rozdíl v odpovědích na obou odděleních. Respondenti na interním oddělení nejčastěji odpovídali možností „ano, bylo mi to velmi nepříjemné“. Soudím, že tomu bylo tak proto, že jsou na interním oddělení častěji hospitalizováni starší lidé, kteří jsou zvyklí si své soukromí chránit.

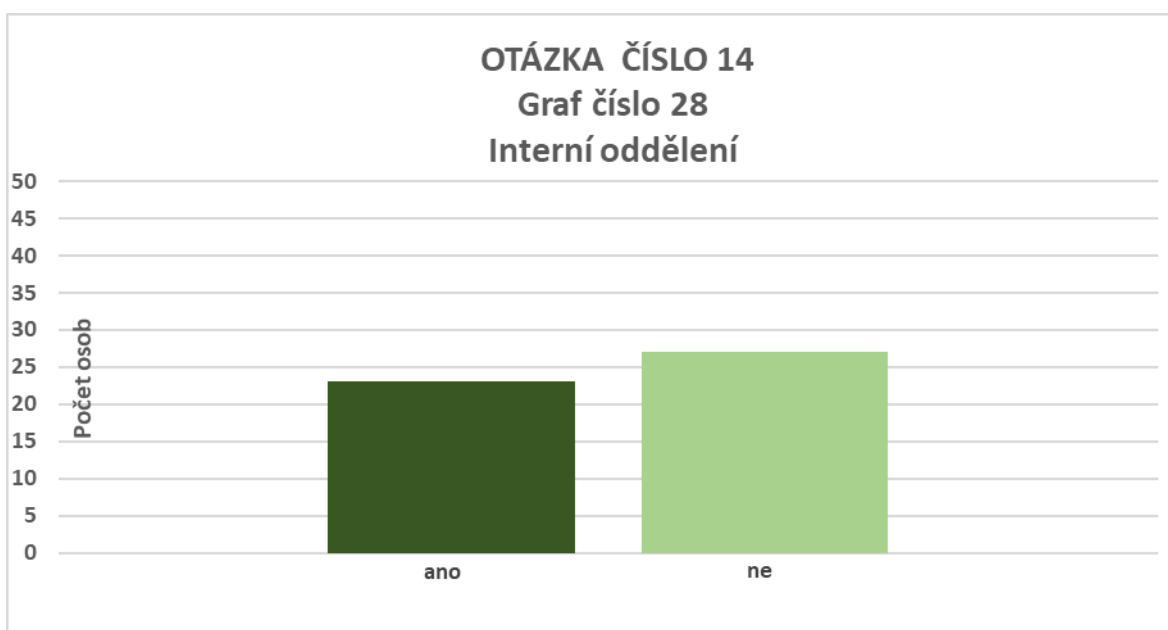
Respondenti na ortopedickém oddělení nejčastěji odpovídali možností „ano, ale bylo mi to jedno“. Předpokládám, že důvodem je skutečnost, že na

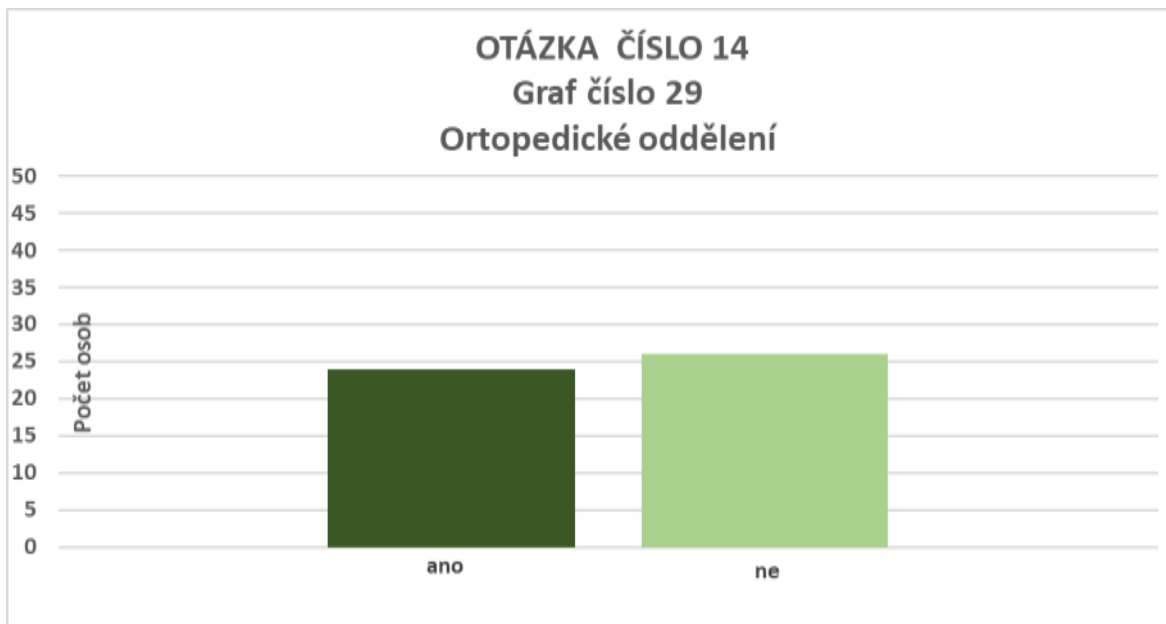
ortopedickém oddělení jsou hospitalizováni mladší lidé, kteří jsou zvyklí komunikovat mezi sebou více než starší lidé. Dalším důvodem volby této odpovědi jako nečastější může být velmi krátká doba hospitalizace, kterou jsem výzkumným šetřením zjistila.



14.14. Otázka č. 14

Otázka číslo čtrnáct byla položena takto: *Zeptal se vás váš ošetřující lékař, zda může sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?* Z grafů statistiky odpovědí vyplývá, že více než polovina respondentů odpověděla „ne“. Taková podoba grafů zachycujících odpovědi respondentů je velmi znepokojující! Předpokládala jsem, že daleko větší počet respondentů odpoví „ano“. Důvodem může být skutečnost, že jsou lékaři časově vytížení a netráví s pacientem tolik času. Nicméně ve vztahu k ochraně informací o zdravotním stavu pacienta nelze takový stav ospravedlnit.

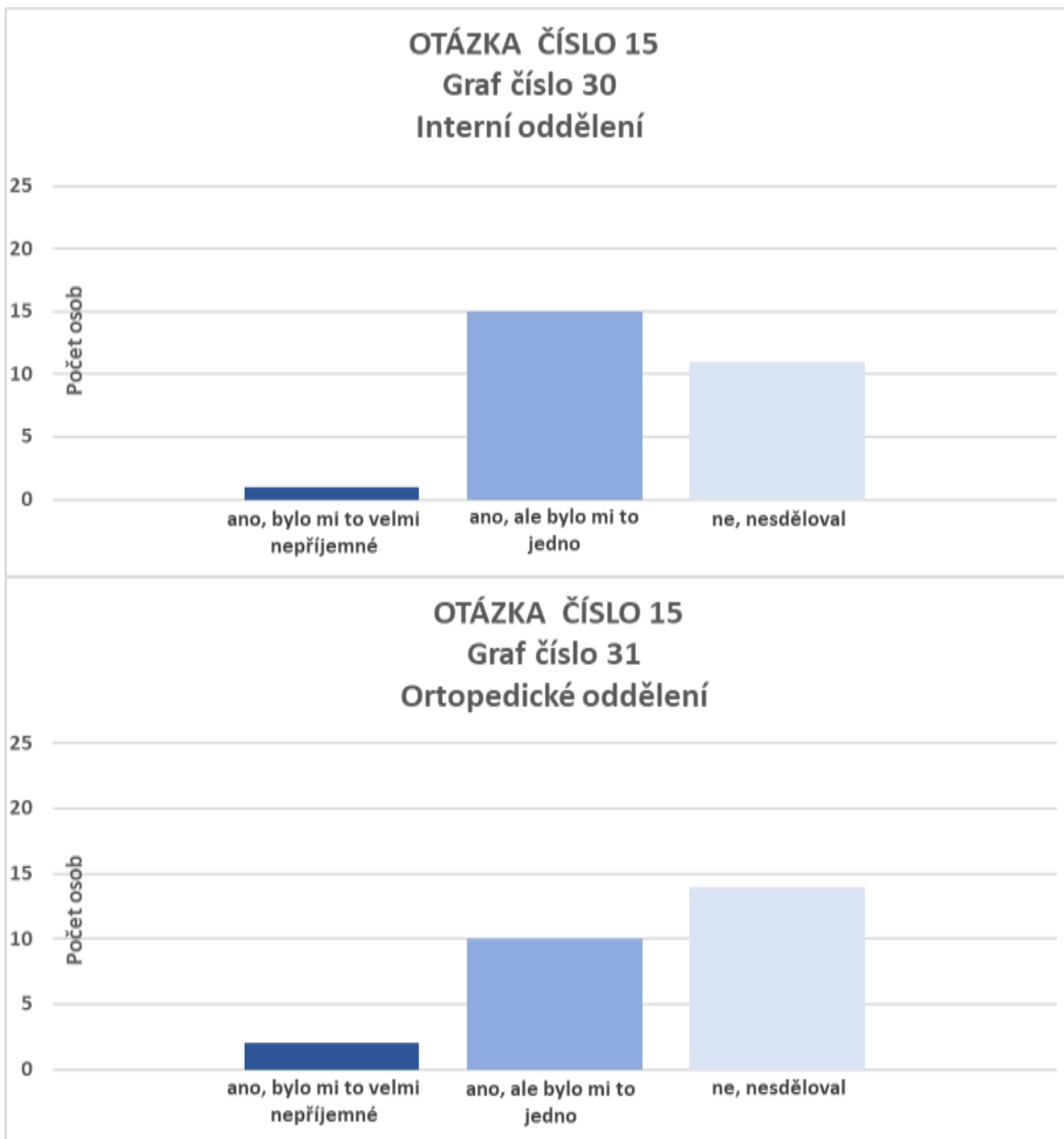




14.15. Otázka č. 15

Otázka číslo patnáct souvisela s předchozí otázkou a zněla: *Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ne, sděloval lékař informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?* V předchozí otázce možností „ne“ odpovědělo na interním oddělení celkem **dvacet sedm** respondentů. Na ortopedickém oddělení možnost „ne“ volilo **dvacet šest** respondentů.

Grafy jsou upraveny právě pro takový počet respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku „ne“. Možnosti odpovědí byly: „ano, bylo mi to velmi nepříjemné“, „ano, ale bylo mi to jedno“ a „ne, nesděloval“. Z grafů jasně plyne, že na obou odděleních počet respondentů, kteří volili možnost „ano, bylo mi to velmi nepříjemné“, je naštěstí nízký.

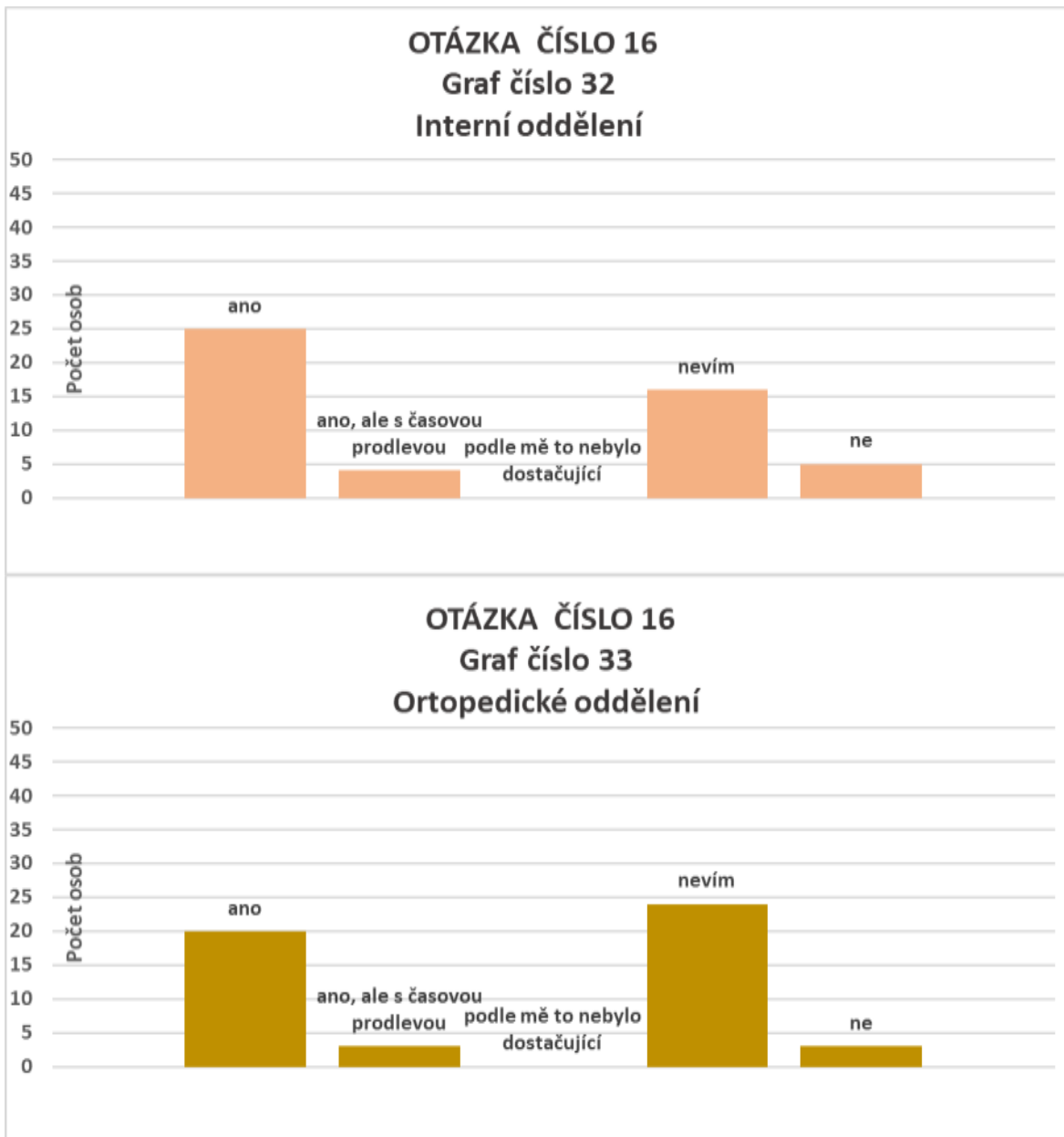


14.16. Otázka č. 16

Otázka číslo šestnáct se zaměřila na informovanost rodiny pacienta a její znění bylo následující: *Byly vaší rodině vždy sděleny podrobné informace o vašem zdravotním stavu?* Možnosti odpovědí byly: „ano“, „ano, ale s časovou prodlevou“, „podle mě to nebylo“

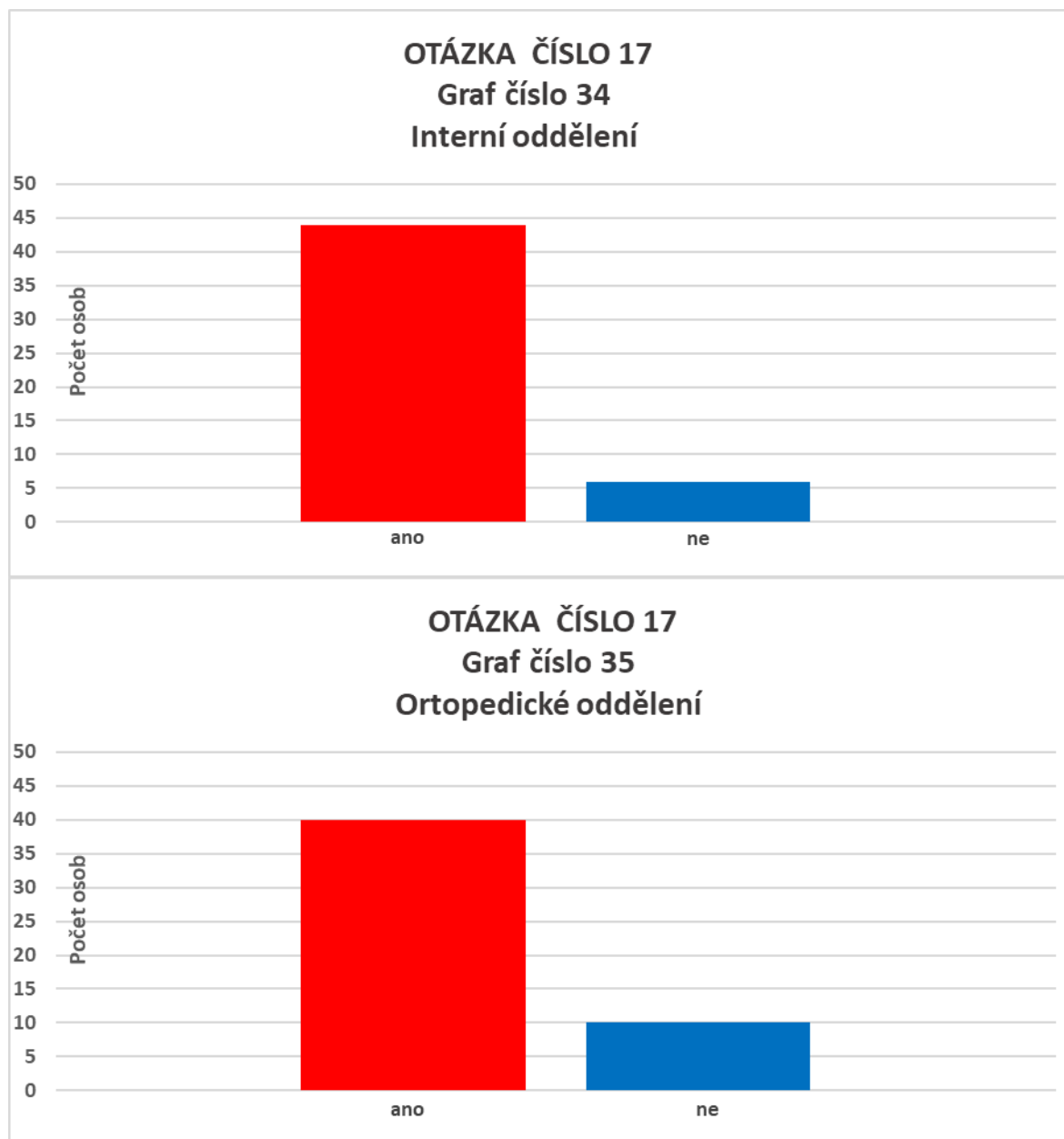
dostačující“, „nevím“ a „ne“. Nejčastější odpovědi na obou typech oddělení byly „ano“ a „nevím“.

Předpokládám, že respondenti, kteří odpověděli „ano“, byli s komunikačními dovednostmi lékaře, který podával informace o zdravotním stavu rodině, spokojeni. Odpověď „nevím“ by mohla znamenat zhoršenou komunikaci mezi pacientem a rodinou.



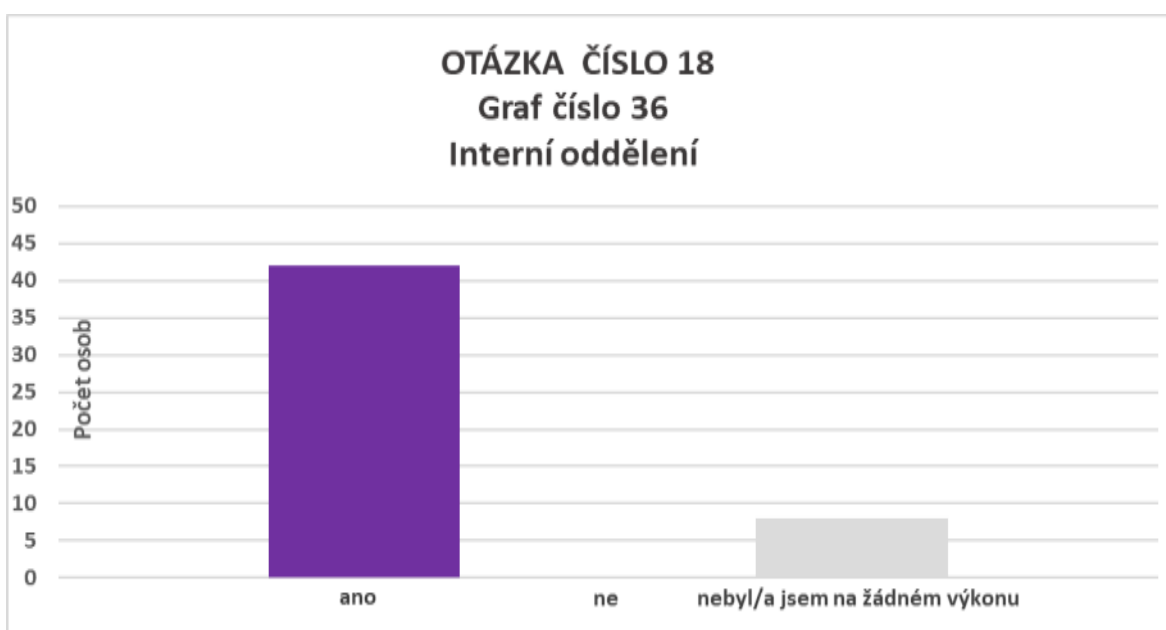
14.17. Otázka č. 17

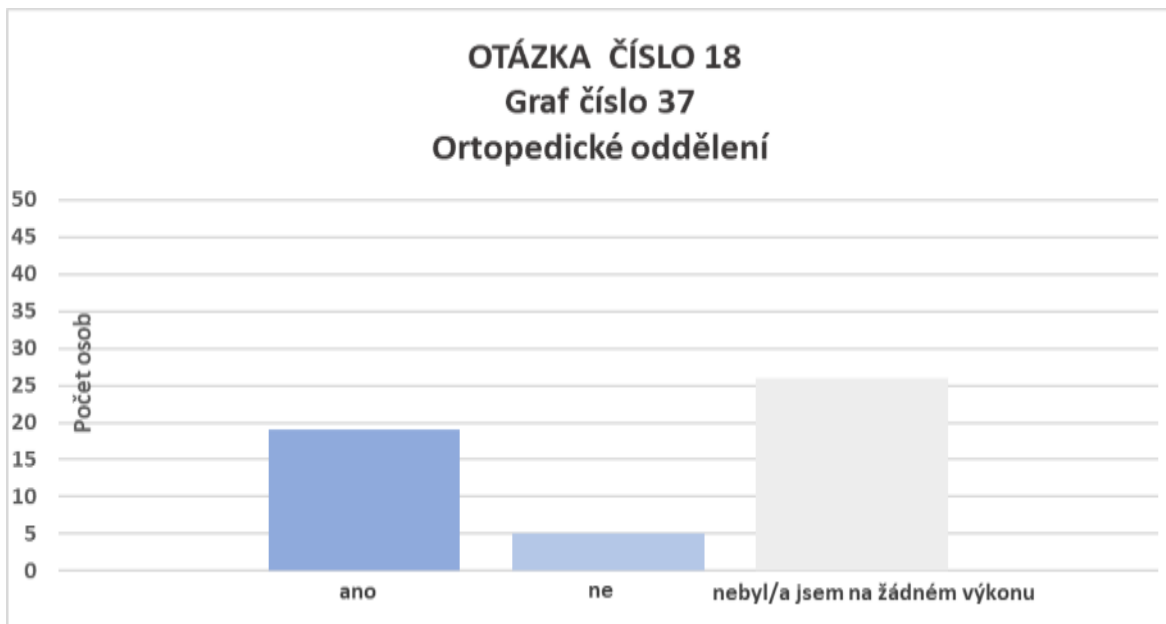
Otázka číslo sedmnáct zněla: *Když vám byl prováděn nějaký výkon (např. odběr krve, převaz defektu, zavedení cévky, zavedení kanyly), byl vám dostatečně vysvětlen?* Respondenti odpovídali buď „ano“ nebo „ne“. Grafy z obou typů oddělení ukazují, že většina pacientů s výkonem byla seznámena.



14.18. Otázka č. 18

Otázka číslo osmnáct zněla: *Když jste měl jít na nějaký výkon (gastroskopie, rentgen, CT vyšetření, kolonoskopie, sonografie), byl vám dostatečně vysvětlen?* Respondenti odpovídali: „ano“, „ne“, anebo „nebyl/a jsem na žádném výkonu“. V obou grafech jsou zaznamenány velmi potěšující výsledky, ze kterých je viditelná převaha odpovědi „ano“, anebo „nebyl/a jsem na žádném výkonu“.



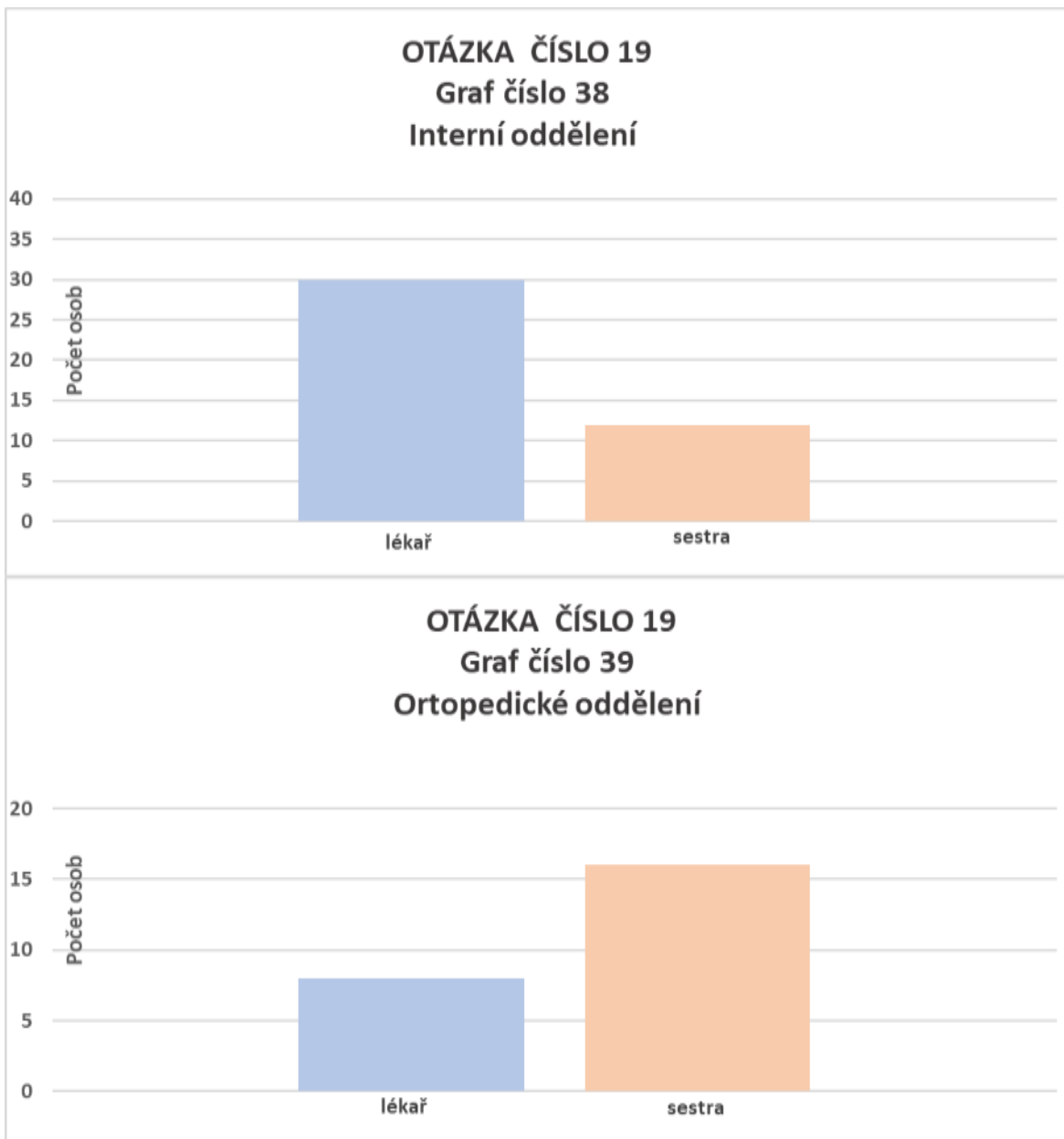


14.19. Otázka č. 19

Otázka číslo devatenáct souvisela s předchozí otázkou a byla zaměřena na informovanost respondentů: *Vysvětloval vám výkon (viz. předchozí otázku) lékař nebo sestra?* Možnosti odpovědí byly „lékař“, anebo „sestra“.

V předchozí otázce možností „ano“ a „ne“ odpověděli na interním oddělení celkem **čtyřicet dva** respondenti, kteří byli na nějakém výkonu. Na ortopedickém oddělení možnost „ano“ a „ne“ volili **dvacet čtyři**. Grafy jsou upraveny právě pro takový počet respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku „ano“ nebo „ne“.

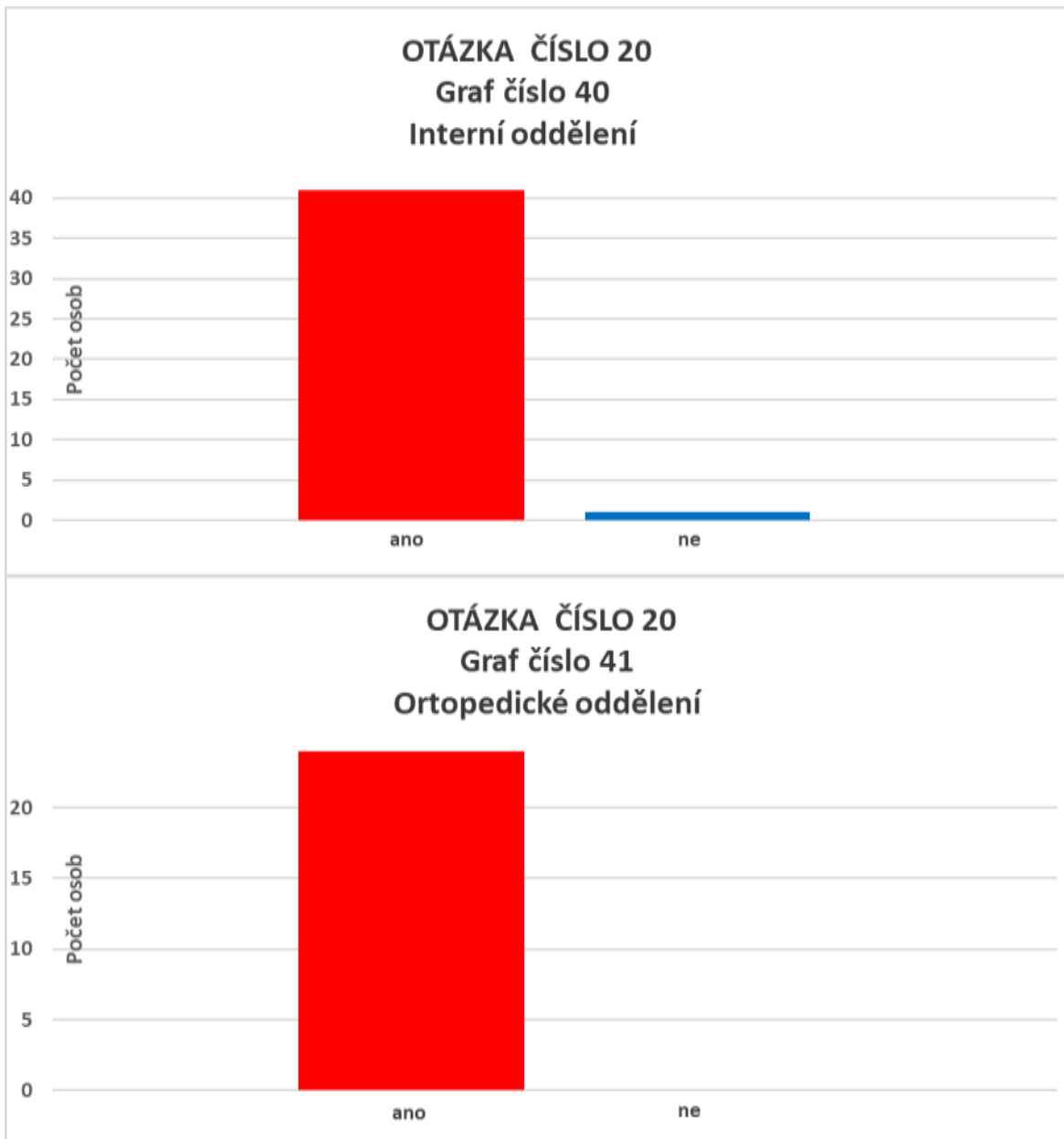
Na interním oddělení byla častější odpověď „lékař“, kdežto na ortopedickém oddělení odpověď „sestra“. Mým vysvětlením této skutečnosti je, že ortopedičtí lékaři nejsou s pacientem tak často jako sestra. Ortopedičtí lékaři slouží na ambulancích, standardních odděleních a chodí operovat. Je důležité si také uvědomit, že sestra není kompetentní k tomu, aby pacientovi vysvětlovala průběh a komplikace daného výkonu.



14.20. Otázka č. 20

Otázka číslo dvacet zněla: *Byl vám předložen informovaný souhlas s výkonem?*
V otázce číslo osmnáct možností „ano“ odpověděli na interním oddělení celkem **čtyřicet dva** respondenti, kteří byli na nějakém výkonu.

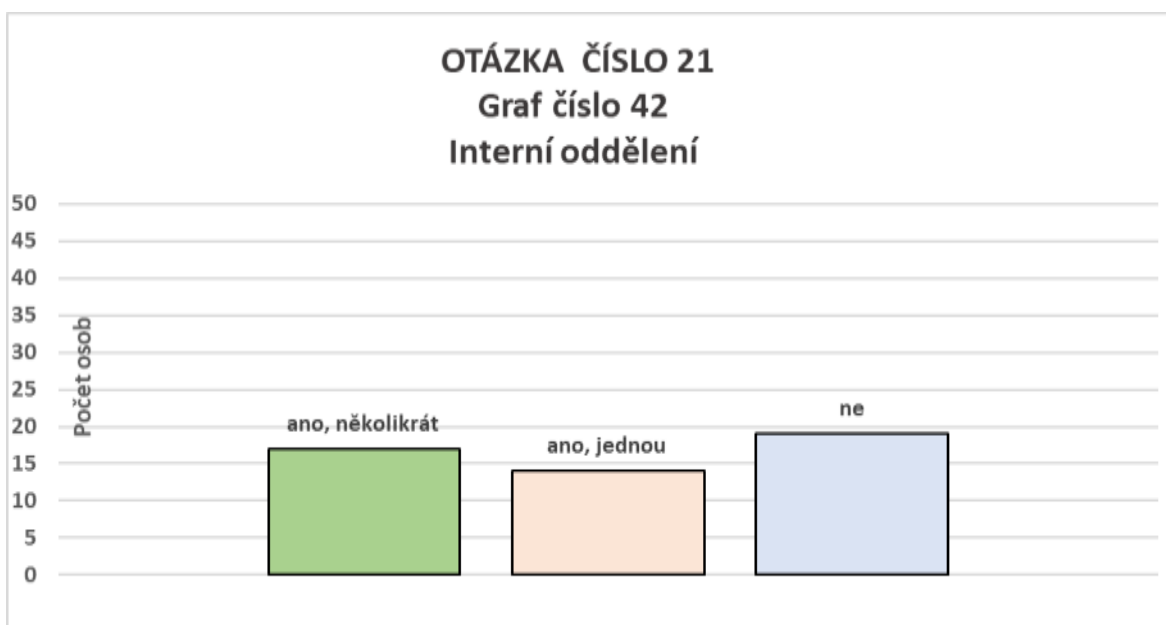
Na ortopedickém oddělení možnost „ano“ a „ne“ volili **dvacet čtyři** pacienti. Grafy jsou upraveny právě pro takový počet respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku „ano“ nebo „ne“. Z grafů je zjevné, že velké většině pacientů byl předložen informovaný souhlas s výkonem.

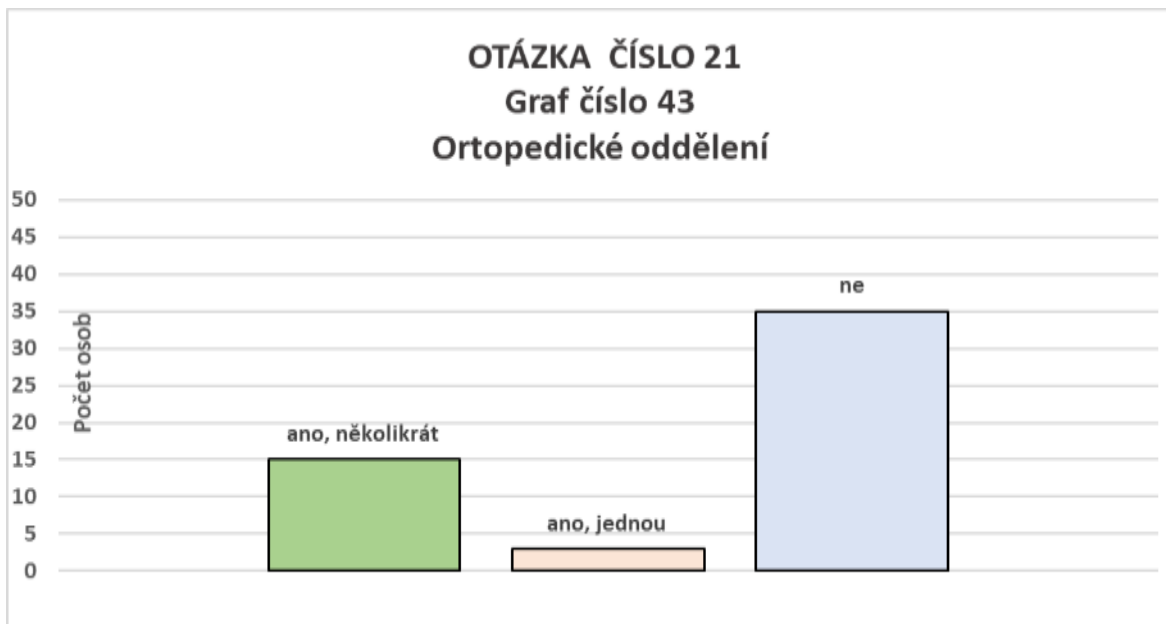


14.21. Otázka č. 21

Poslední otázka číslo dvacet jedna měla dotazníkové šetření shrnujícím způsobem zakončit. Tato otázka určená pro zamyšlení respondentů zněla: *Setkal/a jste se po dobu své hospitalizace (v této nemocnici, nebo i v jiné nemocnici) s neslušným a neohleduplným chováním?* Možnosti odpovědí byly: „ano, několikrát“, „ano, jednou“ a „ne“.

Nevhodně zvolená forma komunikace a komunikační chyby mohou být také jednou z forem neslušného a neohleduplného chování. Je potřeba na to pamatovat a při pohledu na poslední dva grafy se zamyslet nad vážností těchto údajů.





15. DISKUSE

V diskusi chci především položit důraz na ty otázky z dotazníkového šetření, kvantifikace jejichž odpovědi přinesla podle mého názoru výjimečné, zvrtné anebo překvapující výsledky.

Při dotazníkovém šetření, které probíhalo v Krajské karlovarské nemocnici na oddělení všeobecných interních a ortopedických lůžek, bylo sesbíráno celkem sto dotazníků (padesát dotazníků z interních lůžek a padesát dotazníků z ortopedických lůžek. Dotazník byl respondentům předložen před ukončením hospitalizace na oddělení.

Je zřejmé, že počet respondentů, kteří dotazníky vyplnili, není příliš vysoký. Dotazníkové šetření proto nemohlo přinést výsledky. Může ale být vhodnou a dobře využitelnou inspirací pro větší studie a výzkumy v oblasti intimity a soukromí pacientů.

Komunikace je pro zdravotnický personál jednou z klíčových dovedností, kterou by měl ovládat. Sestra je pro pacienta v průběhu hospitalizace velice důležitou osobou. Naslouchá pacientovi, pomáhá mu, radí mu a je pro něj k dispozici prakticky vždy, když se cítí sám.

„Působí dočasně jako vědomí člověka, který je v bezvědomí, miluje život za člověka, který se pokusil o sebevraždu, je nohou člověka, který prodělal amputaci, je

očima toho, kdo právě oslepl, je prostředkem pohybu u nemluvněte, je ústy lidí, kteří nemohou nebo nechtějí mluvit, a tak dále.“ (HENDERSON, 1995, s. 4.)

„Mít kolem sebe milující a milované blízké nestačí. Těžce nemocný člověk potřebuje mít i mezi sestrami a lékaři osoby, které dávají najevo, že mu rozumí, kteří budou ochotni s ním promluvit nejen o jeho tělesné stránce a perspektivách, ale o dalších problémech, odborníky, kteří budou ochotni naslouchat. Pokud je potká, vytvoří se vztah absolutní důvěry nezbytný pro zralé zpracování kruté pravdy a nalezení nových hodnot a postojů. Pocit důvěry umožňuje podívat se pravdě do očí a racionálně zhodnotit vlastní situaci i perspektivy. Lékaři i sestry, usilujme společně o důvěru každého nemocného, nám pacientům to přinese velkou podporu.“ (STAŇKOVÁ, 2004, s. 129)

Mou hypotézou byl předpoklad, že výsledky dotazníkového šetření se budou mezi interním oddělením a ortopedickým oddělením lišit. Velmi překvapivou a pozitivní skutečností pro mě byla stoprocentní návratnost dotazníků na obou odděleních. Vyvozují z toho, že návratnost dotazníků poukazuje na ochotu respondentů obou oddělení při vyplnění dotazníků. Ochotu tím projevil i zdravotnický personál, který dotazníky nabízel.

Průměrný věk pacientů obou oddělení se ukázal být očekávaným výsledkem. Na interním oddělení byl nejčastější průměrný věk respondentů 71-90 let a na ortopedickém oddělení byl nejčastější průměrný věk respondentů 31-50 let a 51-70 let.

Výsledky otázky číslo osm, která se týkala toho, jak personál pacienty oslovoval, naplnily mé očekávání. Na obou odděleních respondenti nejčastěji volili možnost „příjmením (spojený s oslovením pane/paní)“. Avšak počet respondentů využívajících při odpovědi možnosti „jinak (pouze pane, paní, dědo, babi aj.)“ považují za důležitý. Interních respondentů, kteří odpověděli touto možností, bylo 26 % a ortopedických respondentů odpovědělo touto možností 8 %. Dovožuji, že příčinou 26 % odpovědi na interním oddělení je vysoký věk respondentů.

Další skutečnost, která pro mě byla překvapující, představují získaná data u otázky číslo jedenáct, která zněla: *Seznámil vás ošetřující personál s vnitřním řádem nemocnice?* Možnost odpovědi „ne“ na interním oddělení zvolilo 64 % respondentů a na ortopedickém oddělení 22 % respondentů. Je to velký rozdíl mezi oběma odděleními. Domnívám se proto, že pro personál interního oddělení není prioritou seznámení pacienta s vnitřním řádem nemocnice.

Rovněž překvapivými daty byly výsledky otázek číslo dvanáct a čtrnáct, které zněly: „Zeptal se vás ošetrovatelský personál (sestra, sanitář, ošetrovatel), zda mohou sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?“ a “Zeptal se vás váš ošetřující lékař, zda může sdělovat informace o vašem zdravotním stavu před ostatními pacienty?“ Ošetrovatelský personál na interním oddělení se nezeptal 54 % respondentů. Ošetrovatelský personál na ortopedickém oddělení se nezeptal 52 % respondentů. Lékaři na interním oddělení se nezeptali 48 % respondentů. Lékaři na ortopedickém oddělení se nezeptali 52 % respondentů. Tyto dvě otázky považuji za zásadně důležité a výsledky přinesly zajímavá data. Důvodem může být skutečnost, že je ošetrovatelský personál a lékaři časově vytížení a netráví s pacientem tolik času. Nicméně ve vztahu k ochraně informací o zdravotním stavu pacienta nelze takový stav ospravedlnit. Nepředpokládala jsem, že zjistím taková vyrovnaná čísla na interním a ortopedickém oddělení.

Na závěr diskuse bych ráda poukázala na důležitost poslední otázky číslo dvacet jedna, která zněla: *Setkal/a jste se po dobu své hospitalizace (v této nemocnici, nebo i v jiné nemocnici) s neslušným a neohleduplným chováním?* Výsledky odpovědí na tuto otázku byly pro mou bakalářskou práci rozhodující. Byla to pro mě skutečně nejdůležitější otázka ze všech a výsledná kvantifikace odpovědí mě velmi zajímala.

Bohužel potvrdil se můj předpoklad, že většina pacientů se alespoň jednou setkala s neslušným anebo neohleduplným chováním. Z interního oddělení se s neslušným a neohleduplným chováním nesetkalo pouze 38 % respondentů. Výsledek dotazníkového šetření v tomto ohledu považuji za velice znepokojivé číslo, které určitě stojí za důkladné zvážení. Jsem přesvědčena, že by tento výsledek měl být podnětem k zamyšlení nad chováním každého jednotlivce z okruhu zdravotnického personálu. Z ortopedického oddělení se s neslušným a neohleduplným chováním nesetkalo 70 % respondentů. Výsledek odpovědí z ortopedického oddělení nebyl překvapivý.

Závěr

V teoretické části jsem prezentovala teoretické poznatky o komunikaci, komunikačních dovednostech, rozhovoru a komunikačním procesu mezi sestrou a pacientem. důležitost role sester, jak je charakterizovala M. Staňková, význam Maslowovy hierarchie potřeb a zároveň jsem zvýraznila svou inspiraci osobností Virginie Hendersonové a její knihou *Základní principy ošetrovatelské péče*. Stručně jsem zmínila pojmy soukromí, intimity a studu. Závěrem teoretické části jsem se pak snažila podat základní informace o způsobu zpracování dat a výzkumných metodách sociologické práce.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak pacientem vnímá hospitalizaci vzhledem k dodržování zásad chránících jeho soukromí, intimitu a stud. Dotazník seznamuje s okruhy otázek, které jsou koncipovány pro pacienty interních a ortopedických lůžek. Dotazník je vytvořen tak, aby odpovědi byly stručné a jasné.

Cílem bylo také porovnat výsledky odpovědí interních a ortopedických pacientů. Předpokládala jsem rozdíly ve výpovědích pacientů v určitých oblastech komunikace, které se mi potvrdily, ale i vyvrátily. Předpokládala jsem, že pacienti na interním oddělení budou vnímat komunikační dovednosti zdravotnické personálu jinak, než je vnímali pacienti na ortopedickém oddělení, což se mi potvrdilo. Předpokládala jsem, že dodržování intimity a soukromí je stejně důležité na obou odděleních, což se mi ovšem nepotvrdilo.

Dovolila bych si na závěr použít jeden známý latinský citát:

„Nesmrtelnost lidí uchovává papír.“

„*CHARTA CONSTAT IMMORTALITAS HOMINUM.*“

(Secundus Maior Gaius Plinius, římský vojenský velitel 23–79 n.l.)

Svým výzkumem a jeho zpracováním v podobě tohoto „papíru“ (bakalářské práce) bych ráda uchovala názory a pocity pacientů, kteří vyplnili dotazníkové šetření na obou odděleních.

Seznam použité literatury

Použité knižní zdroje:

ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., 2016. ISBN 978-80-271-9238-0

KELNAROVÁ Jarmila, MATĚJKOVÁ Eva, *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty IV. Ročníku*, Praha: Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2831-5

ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A., *Ošetrovatelství I.*, Praha: Informatorium, 2002. ISBN 808607396

KOHOUTEK, Rudolf. *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2001. ISBN 80-7204-200-9.

KELNAROVÁ Jarmila a spol., *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty I. Ročník*, Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2830-8

ZACHAROVÁ Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ Jitka, *Základy psychologie pro zdravotnické obory*, Praha: Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4062-1

HEŘMANOVÁ Jana a spol., *Etika v ošetrovatelské praxi*, Praha: Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3469-9

HENDERSON Virginia., *Základní principy ošetrovatelské péče*, Mezinárodní rada sester. 1995.

STAŇKOVÁ Marta., *Sestra – reprezentant profese*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. ISBN 80-7013-368-6

STAŇKOVÁ Marta a spol., *Ošetrovatelství I/I*, Nakladatelství Informatium, spol. s.r.o., 1999. ISBN 80-86073-39-4

BAUM, Detlef a spol., *Výzkumné metody v sociální práci*, Ostravská univerzita v Ostravě Fakulta sociálních studií, 2004. ISBN 978-80-7464-390-3

OCHRANA, František, *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova, 2019. ISBN 978-80-246-4200-0

BIBLE SVATÁ ANEB VŠECKA SVATÁ PÍSMATA STARÉHO I NOVÉHO ZÁKONA, Biblická společnost československé v Praze 2, 1951

Použité zahraniční zdroje:

KALISCH J. Beatrice, LANDSTROM G., WILLIAMS RA., *Missed nursing care: Errors of omission.*, *Nurse Outlook. January 01 2009;57(1):3-9.*

Dostupné na: [10.1016/j.outlook.2008.05.007](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007).

SHIMIZU Takashi, MIZOUE Tetsuya, KUBOTA Shinya, MISHIMA Norio, NAGATA Shoji, *Relationship between Burnout and Communication Skill Training among Japanese Hospital Nurses: A Pilot Study*, July 04 2003, Department of Mental Health, Institute of Industrial and Ecological Sciences, University of Occupational and Environmental Health, Japan.

Dostupné na: <https://doi.org/10.1539/joh.45.185>

BANERJEE Smita C. et al., *Oncology Nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study*, July 30 2015, *Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Hamad Medical Corporation Oatar, USA.*

Dostupné na: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.007>

Internetové zdroje:

WEB PSYCHOLOGICE MEZILIDSKÝCH VZTAHŮ, *Sociální komunikace, autor neznámý*

Dostupné na: <http://mezilidske-vztahy.euweb.cz/komunikace.htm>

SLIDE PLAYER, *prezentace Role a kompetence sestry*, vložil Slavík Vilém

Dostupné na: <https://slideplayer.cz/slide/2733545/>

STANOVISKO č. 6/2009 listopad 2009, *Ochrana soukromí při zpracování osobních údajů*

Dostupné na: https://www.uoou.cz/files/stanovisko_2009_6.pdf

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Práva pacienta*, publikováno 3.6.2008

Dostupné na: https://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html

METODOLOGIE SOCIOLOGICKÉHO VÝZKUMU, Mendelovo univerzita v Brně

Dostupné na: https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=31875

WEB SURVIO 2012, *Jak správně připravit dotazníkové šetření*, publikováno 23.2.2017

Dostupné na: <https://www.survio.com/cs/blog/novinky/jak-pripravit-dotaznikove-setreni>

Inspirace a čerpání z jiné bakalářské práce:

SADÍLEK, Ondřej. *Role sestry v péči o geriatrického pacienta*. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Bakalářská práce 2017

Dostupná na: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/48417/thema/6149>

Seznam příloh

Příloha č.1: Informovaný souhlas nemocnice – Žádost o povolení průzkumu formou dotazníkového šetření

30. 10. 2019 ŽÁDOST.docx - Dokumenty Google

Mgr. Gabriela Fritsch Pichová
Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu
Nemocnice Karlovy Vary

Jana Pilečková
Palackého 3997
Chomutov 430 01

Věc
Žádost o povolení průzkumu formou dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně pro nelékařská povolání a kvalitu,

jsem studentkou 3.ročníku bakalářského studia na 3.lékařské fakultě Univerzity Karlovy - obor Všeobecná sestra prezenční studium. Dovoluji si Vás požádat o provedení dotazníkového šetření v Karloverské krajské nemocnici. Pro vypracování bakalářské práce jsem si vybrala téma **Míra soukromí a intimity pacienta**.

Dotazníkové šetření by probíhalo ve dvou měsících, konkrétně prosinec 2019 a leden 2020. Dotazníkové šetření je zaměřeno na pacienty, kteří jsou před dimisí.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S přáním hezkého dne
Jana Pilečková

V Karlových Varech dne 30.10.2019

Jana Pilečková
Karloverská krajská nemocnice a.s.
Náměstek pro nelékařská povolání
Tel. č. 325 115 263

<https://docs.google.com/document/d/11508AQLVtzu2CKLO1vPiBnKrnOjsBzZot/edit>

1/1