

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Marie Jonášová

**Zachování intimity a soukromí pacienta
v ambulantní péči**

*Preservation the intimacy and privacy of patient in the
ambulant care*

Bakalářská práce

Praha, květen 2017

Autor práce: Marie Jonášová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Renata Vytejková**

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

Odborný konzultant: **Mgr. Jana Kudlová**

Pracoviště konzultanta: **ZŠ a PŠ U Trojice**

Předpokládaný termín obhajoby: 22. 6. 2017

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.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému – SIS 3. LF UK jsou totožné.

V Praze, dne 29. května 2017

Marie Jonášová.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Renatě Vytečkové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a konzultace při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat konzultantce Mgr. Janě Kudlové za její připomínky k práci.

Obsah

OBSAH	5
ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 VÝCHOZÍ SITUACE, VYMEZENÍ POJMŮ	8
1.1.2 Ambulantní péče	9
1.1.3 Historie a současná situace ambulantní péče v České republice.....	10
1.2 Pojetí člověka	11
1.2.1 Holistické pojetí v ošetrovatelství.....	12
1.3 LIDSKÁ DŮSTOJNOST	13
1.3.1 Lidská důstojnost v ošetrovatelství	14
1.3.2 Právní vymezení lidské důstojnosti.....	15
1.4 INTIMITA	16
1.4.1 Fyzická nahota	17
1.4.2 Psychická nahota	18
1.5 SOUKROMÍ	19
1.5.1 Soukromí a nemoc.....	20
1.6 ETIKA	21
1.6.1 Ošetrovatelská etika	22
1.6.2 Role sestry	23
1.7 ZÁKONNÉ A MORÁLNÍ PRÁVO NA SOUKROMÍ A ZACHOVÁNÍ INTIMITY	24
1.7.1 Právní vymezení.....	24
1.7.2 Etické normy v ošetrovatelském procesu.....	25
1.7.2.1 Etický kodex sester	26
1.7.2.2 Etický kodex Práv pacientů.....	27
1.8 INTIMITA A SOUKROMÍ V ZAHRANIČNÍCH PUBLIKACÍCH	27
1.8.1 Dotazníková šetření v ambulantní péči	29
1.9 VÝCHOZÍ SITUACE PRO VÝZKUMNOU ČÁST	31
1.9.1 Rizika v poskytování ambulantní péče	32
2. PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1 HLAVNÍ CÍL PRÁCE	34
2.2 HYPOTÉZY	34

2.3 METODY VÝZKUMU	34
2.4 POČET A PŘEHLED RESPONDENTŮ.....	35
2.5 METODIKA SBĚRU DAT	35
2.6 METODIKA ZPRACOVÁNÍ DAT	36
3. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	36
3.1 VYHODNOCENÍ OTÁZEK.....	38
3.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	60
4. DISKUZE.....	68
ZÁVĚR.....	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM ZKRATEK.....	78
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	83
PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK	84

Úvod

Téma své bakalářské práce Zachování intimity a soukromí pacienta v ambulantní péči jsem si vybrala na základě své vlastní zkušenosti. Při vyšetření v jedné ambulanci byly zásadně porušeny nejen moje intimita a soukromí, ale i soukromí dalších pacientů.

Uvnitř ambulance, kde jsem čekala na účinek lokální anestezie, byli v mé přítomnosti ošetřováni další dva lidé najednou. Nejen, že mi bylo nepříjemné, že jsem se stala centrem jejich pozornosti, ale také mi bylo velmi nepříjemné, že jsem slyšela osobní údaje obou dvou pacientů a viděla jejich ošetření do detailu. Domnívám se, že je toto z hlediska práv pacienta naprosto nepřijatelné a vzniklou situaci vnímám jako porušení práva na soukromí, ale i narušení intimity. Na základě mé zkušenosti, jsem se začala zajímat o tuto problematiku, protože se domnívám, že k podobné situaci dochází ve zdravotnictví často. Rozhodla jsem se na toto téma provést výzkum a napsat bakalářskou práci.

Uvědomuji si, že v dnešní době, kdy je nedostatek sester po celé České republice, je situace ve zdravotnictví komplikovaná a náročná. Sestry jsou vyčerpané neustálými přesčasami a zvyšujícími se nároky. Domnívám se však, že bychom neměli zapomínat na základní pravidla ošetrovatelské péče, kterými dodržování intimity a soukromí jsou.

Cílem této práce je zjistit, zda se v ambulantní péči zachovává právo pacienta na intimitu a soukromí. Vzorky budou odebrány dotazníkem v nemocničním prostředí, v sektoru ambulantní péče, v soukromých specializovaných ambulancích mimo nemocnici a v ambulancích primární ambulantní péče.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Výchozí situace, vymezení pojmů

Zachování soukromí a intimity pacienta v ambulantní péči je téma každého pacienta, ať již vědomě či nevědomě při návštěvě lékaře. K lékaři člověk většinou přichází v době, kdy je nějakým způsobem omezena jeho fyzická a často psychická schopnost vést plnohodnotný život s ohledem na vnímání vlastní existence.

Člověk očekává, že lékař i sestra přispějí ke zmírnění jeho obtíží, které mohou vyvolávat stavy nepohody, obav, strachu, obrací se na ně s důvěrou. Dochází k interakci mezi pacientem a sestrou, pacientem a lékařem. V této běžné lidské interakci se promítá mnoho komponentů, ať ze strany pacienta, sestry nebo lékaře, které se navzájem propojují a promítají se do prožívání každého z nich. Na první pohled rutinní záležitost, pacient potřebuje pomoc, s důvěrou se obrátí na lékaře, který odhalí příčinu jeho obtíží. Sestra, která je pro mnoho pacientů neodmyslitelný pevný bod a často první osoba, které se pacient svěřuje se svými obtížemi, vykoná vše potřebné od náběrů krve, výtěrů, injekcí, až po předání receptu, neschopenky nebo doporučení k dalšímu vyšetření.

Často ale můžeme slyšet od příbuzných, známých i cizích lidí v obchodě, v dopravních prostředcích, v zaměstnání, při společenských aktivitách příběhy, které odrážejí nepříjemné pocity lidí z návštěvy lékařských ambulancí i z pobytů v nemocnici.

S ohledem na poskytnutou odbornou péči, odlehčení od bolesti je vše v pořádku. Lidé spíše hovoří o nepříjemných pocitech, o pocitech studu, trapnosti, zahanbení, nedostatečné úcty, pocitu ztráty soukromí.

K porozumění uvedeným pocitům pacientů, je potřebné vymezení základních pojmů souvisejících s touto problematikou.

Ve své práci jsem se zaměřila na vysvětlení klíčových pojmů: ambulantní péče, člověk, lidská důstojnost, soukromí, intimita, etika, etické kodexy, práva pacientů.

1.1.2 Ambulantní péče

Ošetrovatelská péče je v České republice poskytována v ambulantních nebo ústavních zařízeních, dále pak v komunitách či domácnostech jednotlivých pacientů. Hlavním cílem je vždy poskytování kvalitní péče vycházející z nejnovějších poznatků vědy. Ambulantní péči řadíme do primární péče, tj. péče na úrovni prvního kontaktu. Zahrnuje podporu zdraví, prevenci, vyšetřování, léčení, rehabilitaci a ošetřování každého občana v jeho blízkém prostředí, je tedy komplexem více činností. (Plevová, I., a kol. 2011)

V odborné literatuře najdeme velmi podobné vymezení ambulantní péče. Pod pojmem primární péče rozumíme péči komplexní a individuální, poskytovanou „*jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotním systémem, tak na základě dlouhodobého kontinuálního přístupu (Čeledová, 1998)“*. (Plevová, I. a kol., 2011, s. 78). Poskytovateli všeobecně dostupné péče zaměřené nejen na nemoc, ale i na prevenci, jsou ti, kteří poskytují ambulantní péči.

Košta vnímá primární péči jako místo uspokojování základních i hlubších zdravotnických potřeb. Primární péči hodnotí jako důležitou součást zdravotního systému společnosti. (Košta, 2013)

Stránky ministerstva zdravotnictví popisují ambulantní péči jako zdravotní péči, u které není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko. Ambulantní péče je poskytována lékaři primární péče, ambulantními specialisty a jde o péči jednodenní. Pacienti se při onemocnění nejdříve obrací na lékaře primární péče, tj. na praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, zubní lékaře a gynekology. Pacienti se u těchto lékařů musí nejprve zaregistrovat.

„Ambulantní péče je poskytována jako:

a) primární ambulantní péče za účelem: poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; součástí je vždy návštěvní služba

b) specializovaná ambulantní péče: poskytovaná v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče

*c) stacionární péče: za účelem poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.“
(Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012)*

1.1.3 Historie a současná situace ambulantní péče v České republice

Před obdobím socializace primární péči zajišťovali soukromí, dříve nazývaní spíše rodinní lékaři, kteří byli financováni převážně nemocenskými pojišťovnami. Po přechodu na socialistické zdravotnictví, v rámci socializace se budovaly společná pracoviště, zdravotní střediska a polikliniky, kdy velkou výhodou byla dostupnost praktického lékaře i specialisty. Postupně se však projevovaly stále více i nevýhody tohoto soustředování. K hlavním nevýhodám patřilo přílišné oddělení činnosti specialistů od činnosti tzv. obvodních a závodních lékařů. Jejich status jako lékařů s širokým spektrem znalostí a praxe, který byl pro ně dříve charakteristický, byl snížen.

V roce 1990 a 1991 naše zdravotnictví vstoupilo do transformace, cílem byla široká privatizace ambulantní sféry, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení. Nejvhodnější podmínky s ohledem na privatizaci byly v oblasti primární péče. V průběhu dalších let se prohlubovaly specializace a došlo k rozhraní mezi specialisty a všeobecnými lékaři s ohledem na financování. V rámci transformace byl zaveden generální systém úhrad jednotlivých dílčích výkonů, ale po letech socialistického zdravotnictví primární lékaři nedisponovali přístrojovým vybavením a jejich průměrný příjem byl podstatně nižší než příjmy ambulantních specialistů. Financování mělo vliv na růst počtu specialistů nejen v ambulantní péči, ale i v nemocnicích. Nemocniční ambulantní služby zažily rychlý nárůst z důvodů kompenzování vysokých nákladů lůžkové části. V současné době se poskytuje zhruba 70% ošetření a vyšetření celé ambulantní sféry v soukromých zařízeních specialistů a všeobecných lékařů. (Domácí péče, 2006)

1.2 Pojetí člověka

Mluvíme-li o člověku, který je středem ošetrovatelského procesu, je dobré zmínit některé názory na pojetí člověka obecně.

Základní biblické pojetí vnímá člověka jako živou bytost, kterou chápe celostně s ohledem na text v První knize Mojžíšově (Gn 2,7): Tu uhnětl Hospodin Bůh člověka, prach ze země, a vdechl do jeho chřípí dech života, tak se stal člověk živou bytostí. Vylučuje se tak pojetí, že se člověk skládá z těla a duše. Slovní spojení „živá bytost“ vystihuje vegetativní funkce člověka, ale vnímá zároveň emoce a jeho vitalitu. Starý zákon také vnímá jednotlivé části těla (oko, ucho, rty, ruce, srdce, ledví atd), jako samostatná „centra aktivity“ a tyto orgány spojuje s projevy osoby jako celku např. v textu: „Synu můj, je-li tvé srdce moudré, raduje se i mé srdce, jásá mé ledví, když tvé rty mluví, co je správné“. (Chalupa, 2014)

Dnešní moderní pojetí člověka můžeme chápat dle Jankovského, který uvádí: „Člověka vnímáme jako bytost bio-psycho-sociální a v posledních letech jsme si zvykli hovořit též o sféře duchovní (spirituální), viz. např. V. E. Frankl, jenž hovoří o člověku jako o „tělesně-duševně-duchovní totalitě“ (1995,s.123). Jakmile bychom totiž některou z těchto stránek opomenuli, dopustili bychom se nebezpečného redukcionismu. Všechny sféry člověka tvoří navzájem jednotu. Jejich vzájemný vztah a hierarchie jsou však mnohem složitější a z dějin filozofického myšlení je patrné, jak byl tento problém vždy aktuální“. (Jankovský, 2003, s. 15)

Z uvedeného pojetí člověka a provázanosti s jeho částmi plyne pro ošetrovatelskou práci základní poznatek. U pacienta nelze vnímat pouze jednu jeho osobnostní dimenzi související s jeho problémem, např. skrze jeho zdravotní postižení se zajímat pouze o tělesnou stránku nebo kvůli psychickému onemocnění o duševní rovinu. Je potřebné pacienta pojímat jako celistvého člověka se všemi aspekty, které k němu patří. Celistvostí se zabývá filozofický směr holizmus.

1.2.1 Holistické pojetí v ošetřovatelství

„Holizmus je základem ošetřovatelských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru (Mastiliaková, 1999).“ (Plevová, I., a kol. 2011, s. 63)

Pavlíková uvádí, že holizmus je odvozený z řeckého slova holos (celý, úplný, neporušený) a je to směr, který vznikl ve 20. století jako jeden z nejznámějších filozofických směrů. Zabývá se filozofií celku, celistvosti, celostnosti, vyzdvihuje prvotnost celku v poměru k částem, celostnost pokládá za hnací sílu vývoje nebo za jeho cíl.

Celek nedegraduje na souhrn částí, vidí jednotlivé části ve vzájemném vztahu a ovlivnitelnosti. Celek se mění v závislosti na změnách jednotlivých částí, které svoji změnou následně vyvolávají změnu v celku jako takovém. Všechny živé organizmy jsou chápány jako jednotné celky ve vzájemné interakci, nejsou pouhý součet částí celku a porucha jedné části znamená poruchu celku. (Pavlíková, 2006)

Pavlíková zdůrazňuje potřebu holistického přístupu v ošetřovatelství, který vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i v nemoci s ohledem na snahu o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami jedince. Holisticky chápané zdraví zahrnuje celého jedince a ošetřovatelský proces z holistického pohledu představuje systémový přístup a komplexní řešení problémů pacienta. (Pavlíková, 2006)

Stejným způsobem holistický přístup v ošetřovatelství popisuje Plevová, která mj. uvádí, že holizmus se jako filozofie moderního ošetřovatelství promítá do všech úloh sestry na všech úrovních péče tj. (udržení zdraví, zotavení se či umírání). Sestra se v tomto pojetí snaží uspokojovat fyzické, psychické a sociální potřeby pacienta.

Holistický přístup se zaměřuje na člověka jako na celek a ne pouze na nemoc nebo nemocnou část těla, je obsažen v ošetřovatelském procesu, který zohledňuje fyzické, duchovní, emocionální, kognitivní a sociální potřeby zdravých a nemocných lidí. (Plevová, I., a kol., 2011)

1.3 Lidská důstojnost

Máme-li se zabývat v práci tématem zachování soukromí a intimity pacienta, je nutné nejdříve porozumět celkově nadřazenému pojmu, pojmu lidská důstojnost. S pojmem lidská důstojnost se v dnešní době setkáváme velmi často nejen v civilním životě v interakci mezi lidmi, ale také v etických kodexech, přesto neexistuje jednota ve vymezení tohoto pojmu.

Svobodová zmiňuje etymologický výklad, podle kterého slovo důstojnost pochází z latinského slova *dignus*, *dignita* a znamená povinnost určitého respektu, být hodný úcty a pocty. Lidskou důstojnost vnímá v nejobecnějším slova smyslu, jako něco, co přísluší každému člověku jako příslušníku svého rodu. (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková a Slovák, 2012)

Šrajer popisuje dvě výkladové formy lidské důstojnosti, které se koncipovaly v jejím vývoji. Důstojnost inherentní nebo-li ontologická, která přísluší každému člověku jako takovému silou lidského bytí a je nezávislá na jednání a společenských poměrech jednotlivce a náleží člověku již před narozením.

Druhou formou je důstojnost kontingentní, která vznáší požadavek k respektu a úcty k člověku s ohledem na jeho vlastnosti. Odvíjí se od kvalit člověka, jeho zásluh, závisí na člověku, na jeho způsobu života a společenském postavení. (Šrajer, 2006)

Z filozofického pohledu současnosti je pojem lidská důstojnost vázán na osobu. Tento pojem detailně rozpracoval V. E. Frankl, rakouský profesor neurologie a psychiatrie, zakladatel psychoterapeutického směru s názvem logoterapie, v Deseti tezích o osobě. Frankl ve čtvrté tezi *Osoba je duchovní*, hovoří o tom, že důstojnost přísluší pouze osobě a to bez závislosti na vitální a sociální utilitě. Zamýšlí se nad člověkem, který má bezpodmínečnou úctu k lidské osobě, přestože je nemocná i nevyléčitelně nemocná. Této úcty je schopen člověk, který chápe důstojnost jako ničím nepodmíněnou hodnotu každé jednotlivé osoby. (Frankl, 2006)

Český filozof současnosti Jan Sokol hovoří o osobě jako o jedinečném nositeli subjektivity a všeho, co k ní patří. Osoba je nositelem svobody, vůle, práv,

vztahů. Od ostatních se odlišuje svým jménem, kterým je navenek charakterizována, a který je znakem její důstojnosti. (Sokol, 2004)

1.3.1 Lidská důstojnost v ošetrovatelství

„Nemocní oceňují pokroky v medicíně a jsou vděční za záchranu života, a současně kritizují technokratickou atmosféru a sníženou empatii lékařů a ostatních zdravotníků.“ (Haškovcová, 2002, s. 63)

Heřmanová nabádá k uvědomění si skutečnosti, že objektem zdravotní péče je člověk, lidská bytost i přes technický vývoj společnosti. Zmiňuje současný vývoj moderních technologií, špičkových léčebných metod a postupů, zdokonalujících se ošetrovatelských postupů, vedení dokumentace na jedné straně a na druhé straně staví do středu péče člověka.

Člověka, kterého je potřeba vnímat v hlubším kontextu a ne jen jako souhrn orgánů a fyziologických funkcí. Usuzuje, že člověk by neměl být vnímán pouze jako objekt péče zdravotníků, ale jako bytost, která má vlastní představu o náplni své existence, vlastní pojetí smyslu života a jeho obavy, úzkosti jsou důsledkem uvědomování si těchto představ.

Je stále nutné mít na zřeteli, že člověk se v důsledku nemoci stává zranitelnějším, vnímavějším k projevům neúcty či nevhodnému zacházení, ponižování, zesměšňování, neakceptování svých potřeb apod. (Heřmanová, Vácha. Svobodová, Zvoníčková a Slovák, 2012)

Pro ošetrovatelský proces a každodenní styk s pacientem je potřebné chápat pojem lidská důstojnost jako něco, co patří ke každému člověku bez výjimky.

V projektu *„Důstojnost a starší Evropané“* je rozpracován pojem lidské důstojnosti, kdy je tento pojem rozdělen do čtyř kategorií podle Lennarta Nordenfelta takto: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity, Menschenwürde.

Důstojnost zásluh je pojímána z pohledu určité úspěšnosti člověka v kontextu vnímání okolím. Je většinou vázána na pracovní postavení, funkce,

úspěchy. Důstojnost mravní síly se také vyznačuje určitou měřitelností, je spojována s člověkem, který je schopen jednat dle mravních zásad, hodnot. Důstojnost osobní identity je často spojována s pojmy sebeúcta, osobitost a osobně náleží jedinci. Všechny tři typy důstojnosti jsou proměnlivé a přisuzovány člověku nerovnoměrně. (Respektování lidské důstojnosti: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů, 2004)

S ohledem na variabilitu výše uvedených typů důstojnosti Svobodová konstatuje, že pro zdravotní péči by měla být základním pojetím *všeobecná lidská důstojnost* označována německým pojmem Menschenwürde. V tomto pojetí lidské důstojnosti leží koncept „lidství“, které patří všem lidským bytostem bez výjimky a nelze o něj přijít. (Heřmanová, Vácha, Svobodová, Zvoníčková a Slovák, 2012).

Pro zdravotníka by mělo být jednoznačné, že ošetrovatelská péče by měla být poskytována všem stejně, bez ohledu na uznávané či neuznávané hodnoty pacienta. Zdravotník by neměl mezi pacienty rozlišovat a neměl by podlehnout subjektivnímu pohledu. Chápání hodnoty lidské důstojnosti a konání zdravotníka v souladu s touto hodnotou je také odrazem jejich morálních a hodnotových priorit.

1.3.2 Právní vymezení lidské důstojnosti

V předchozích podkapitolách byla důstojnost zmiňována jako nezczizitelné právo každé lidské bytosti. Respektování a ochrana lidské důstojnosti jsou zakotveny v zákonech, deklaracích, ústavách.

Pro zdravotnické služby je nejdůležitější Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

O lidské důstojnosti se zmiňuje v § 28 odst. 3, kde definuje práva pacientů na důstojnost: „*Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §28)

Problematika lidské důstojnosti je jednoznačně vymezena v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Pro Českou republiku vstoupila Úmluva o lidských právech a biomedicíně v platnost dne 1. října 2001. V článku 1 se hovoří o ochraně lidské důstojnosti takto: „*Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.*“ (Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001).

V obecné rovině je lidská důstojnost zmiňována v Listině základních práv a svobod z roku 1993, kde se uvádí: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“ (Listina základních práv a svobod, 1993)

1.4 Intimita

Pokud mluvíme o lidské důstojnosti, nelze opominout, že zachování intimity a soukromí člověka/pacienta jsou v ošetrovatelském procesu ty nejelementárnější oblasti zachování lidské důstojnosti.

Pojem intimita je vnímán každým člověkem jinak. Ve slovnících a odborné literatuře je intimita definována podobně. Ve Slovníku cizích slov najdeme, že pojem intimita je definován jako *soukromí, důvěrnost*. (Klímeš, 2010)

Nový akademický slovník cizích slov vysvětluje pojem intimita jako *intimnost, důvěrnost, soukromost, i útulnost*. Pojem intimní jako *důvěrný, přátelský, soukromý, tělesně nebo sexuálně blízký*. (Kraus, 2011)

Výrost pojímá intimitu jako *něco vnitřního, co má být skryto před zraky druhých*. (Výrost a Slaměník, 2008)

Sikorová a Filová zmiňují Pribáně, který uvádí, že intimita je „*oblast lidského života, která nepočítá předem s žádným publikem (1997, online)*“ a Meiera, který chápe intimitu jako něco soukromého, osobního a velmi blízkého a vnímá dvě oblasti intimity, a to oblast vztahů a oblast vnímání sexuality, nahoty. (Sikorová a Filová, 2011, s. 205)

Petrovicová a Trešlová ve své publikaci uvádějí pohled Hružové a Nekonečného. Hružová hovoří o intimitě jako o stěžejním atributu lidské důstojnosti.

V textu je zmiňována souvislost intimity a identity člověka, nutnost dodržování zásad respektujících soukromí a lidskou intimitu a najít způsoby, jak nejlépe pacienta „ochránit“ před okolím. Nekonečný vidí spojitost mezi ztrátou identity, která může mít vliv na ztrátu zdravého sebevědomí a sebejistoty. (Petrovicová a Trešlová, 2016)

Viltová ve své bakalářské práci zmiňuje publikaci *Education of dignity*, kde se hovoří o narušení intimity v souvislosti s obnažováním těla. Narušením intimity je chápáno veškeré zasahování do intimní či osobní zóny, nechtěné obnažování těla, používání nepříjemných až bolestivých doteků, ale také psychologické či citové újmy způsobené druhou osobou. (Viltová, 2015)

O nahotě se zmiňuje i Haškovcová v tom smyslu, že každý jedinec ztrácí dojem soukromí, pokud jsou mu určitým postupem, způsobem narušeny bariéry bezpečí, a když se má před neznámým člověkem ukázat v úplné nahotě, jak fyzické, tak psychické. (Haškovcová, 1996)

1.4.1 Fyzická nahota

Fyzická nahota je spojována se svlékáním a obnažováním, a je vnímána lidmi různě. Při svlékání a obnažování jde vždy o narušení hranic v oblasti intimity, přestože každý člověk odhalení prožívá s jinou dávkou studu. Stud je většinou popisován jako obranná reakce intimity před tím, co by ji mohlo narušit. Často je spojován s pocity rozpačitosti, zahanbení před sebou samým, ale často před druhou osobou. Každý člověk vnímá a prožívá stud jinak, s rozdílnou dávkou intenzity. Roli zde hrají různé faktory, které stud zvyšují nebo snižují a mohou být pro každého jedince proměnlivé s ohledem na danou situaci.

Pokud vnímáme svoje tělo, jako ten nejmenší a nejnvtřnější osobní prostor, je každé jeho odhalení zásah i do soukromí. Při některých vyšetřeních, ať již v ambulanci či v nemocničním prostředí, je nutné odhalení pacienta, jelikož bez odhalení nelze vyšetření provést. Není proto výjimkou, že se člověk některým zejména ambulantním vyšetřením vyhýbá, pokud nejsou akutní.

Můžeme se setkat s tím, že ženy zanedbávají gynekologická vyšetření, vyšetření prsu, muži pak vyšetření prostaty, vyšetření tlustého střeva. Tato vyšetření jsou spojena s odhalováním intimních partií, což může mnoho lidí vnímat i jako ponižující. Pro mnohé lidi však může být stresující a velmi nepříjemné i odhalení zad, břicha, končetin. Lidé jsou často nespokojeni se svoji tělesnou výbavou a mají pocit, že jsou obézní, na zádech mají akné, silné ochlupení, jizvy, bradavice, svoje končetiny poškozené křečovými žilami. Kromě studu z vlastní nedostačivosti často stud podmiňují věk, pohlaví lékaře, důvěra v odbornost, přítomnost dalších osob, ať již lékařů či pacientů, kulturní a náboženské zvyklosti, výchova apod. Je tedy zřejmé, že zde působí mnoho faktorů, které by si zdravotník měl vždy uvědomovat při své práci. Tato problematika je rozsáhlá, je tedy zmiňována i v právech na soukromí.

1.4.2 Psychická nahota

O psychické nahotě, která může být pro mnoho lidí/pacientů horší a traumatizující než nahota fyzická, hovoříme většinou v souvislosti při sdělování informací o své osobě. Tyto informace pacient většinou uvádí při příchodu do ordinace nebo do nemocnice.

V ambulancích je vedena pacientova dokumentace s anamnestickými údaji, které jsou často z pohledu pacientů vnímány také jako odhalující, obnažující. Psychickou nahotu pak může člověk prožívat v ambulantní péči při popisu zdravotních obtíží, okolností úrazu, nemoci, při sdělování osobních údajů v čekárně, u okénka, které je součástí čekárny a zejména za přítomnosti cizích osob.

V nemocnicích může být psychická nahota prožívána při vstupní anamnéze, jejíž sejmutí je nezbytné pro vyšetření, diagnózu a následnou léčbu, při vizitách, kdy na pokoji je více pacientů a pacient sděluje své pocity nebo doplňující informace.

Vnímání psychické nahoty však bývá často vnímáno jinak pacientem a jinak sestrou nebo lékařem, kteří informace potřebují pro léčebný postup.

Právě s touto potřebou dostatku informací může docházet k situacím, kdy si zdravotnický personál dostatečně neuvědomuje, jak těžké a nepříjemné může být sdělování těchto intimních informací pro pacienta.

Mělo by být však samozřejmostí, že setra i lékař budou mít na paměti, že psychická pohoda pacienta bývá v mnoha případech alfou a omegou úspěšné léčby, uzdravení.

V ordinacích ambulantních lékařů lze situaci řešit oddělenou sesternou od ordinace lékaře, odhlučněnými dveřmi od čekárny. Ke sdělování důvěrných informací by mělo být zdravotníky zajištěno klidné a bezpečné prostředí.

1.5 Soukromí

Přesnou definici vystihující významovou podstatu tohoto slova asi nenajdeme. Soukromí je vnímáno jako jedna z částí celistvosti člověka. Haškovcová popisuje soukromí jako osobní oblast člověka, která má fyzický i psychický rozměr, jeho ztráta pak může být člověkem prožívána s pocitem nepříjemnosti a bolesti. (Haškovcová, 1996)

Soukromí můžeme tedy vnímat v obecné rovině jako oblast, prostor, který náleží jedinci a je spojen s myšlenkovou i fyzickou svobodou jedince, prostor, kdy člověk má právo si ponechávat pro sebe informace, které se týkají jeho osoby, má právo si chránit svoje myšlenky. Právo na soukromí je jedno ze základních lidských práv, které nelze porušovat ani člověku odepírat, naopak, je nutné jej náležitě ochraňovat.

Každý člověk z vlastní zkušenosti ví, že potřebuje určitou míru soukromí, která se však může lišit u každého jedince z hlediska kvality i kvantity. Většinou mluvíme o soukromí jednak v souvislosti s vlastní osobou, jak již bylo uvedeno, v oblasti ochrany informací o sobě a v souvislosti s místem, prostředím, nenarušitelným osobním prostorem. Svůj byt, dům, chatu, zahrádku, pokoj, koutek zpravidla vnímáme jako prostor, kde není narušováno naše soukromí z hlediska přítomnosti cizích osob. Je to prostor, kde cítíme svobodu ke konání fyzických potřeb, duševních i duchovních, prostor, kde můžeme odpočívat a regenerovat své síly.

1.5.1 Soukromí a nemoc

Denně se s ohledem na veřejné konání, interakce s ostatními lidmi setkáváme s možností, že naše soukromí může být narušeno. Jsme-li v psychické i fyzické pohodě, jsme většinou schopni si své soukromí hájit, jsme-li však nějakým způsobem hendikepováni, zejména z pohledu nemoci, je naše schopnost ochrany svého soukromí omezena.

Každý člověk vnímá bolest a nemoc jinak. Záleží, v jaké době nemoc prožíváme, jaké jsou reakce okolí na naše prožívání bolesti, nemoci. V době nemoci člověk prožívá pocit nesvobody, závislosti. (Raudenská a Javůrková, 2011)

Každá návštěva lékaře, nemocnice je zásah do našeho soukromí. Jsme v situaci, kdy je většinou nutné sdělovat informace o naší osobě, kdy je nutné, aby se sestra nebo lékař dotýkali našeho těla. Ztrácíme osobní prostor, soukromí fyzicky, ale i psychicky. Tento pocit vystihuje nejlépe Haškovcová s Pavlicovou, které doslova uvádějí: „ *V posledních letech se často zdůrazňuje potřeba respektu, důstojnosti a soukromí pro každého nemocného. Tyto vznešené pojmy však často mívají zcela konkrétní podobu a nezřídka se týkají praktických dovedností*“ (Haškovcová a Pavlicová, 2013, s. 40)

Člověk se těmto podmínkám přizpůsobuje s větší či menší ochotou, protože vnímá, že ztrácí své soukromí, a ocitá se tak v situaci, která může pro něj být často velmi frustrující.

Zejména při delší ambulantní léčbě, hospitalizaci, člověk ztrácí pocit soukromí a svobody, což může významnou měrou narušit psychickou pohodu, která téměř vždy souvisí s kvalitou zdravotního stavu, s procesem léčby, uzdravování.

Důraz na zachování soukromí v ošetrovatelském a léčebném procesu by měl být bezpodmínečnou součástí profesního vybavení zdravotnického personálu. Kopecká k této problematice uvádí, že každý jedinec má právo na zachování důvěrného přístupu ke svým osobním informacím i informacím, které se týkají jeho zdravotního stavu. Má právo i na informace ohledně možných diagnostických nebo léčebných metod. Stejně právo mu přísluší k ochraně svého soukromí při lékařských diagnostických výkonech, vyšetřeních, prohlídce,

ošetření či chirurgickém zákroku. Zdravotnické služby by se měly poskytovat v přiměřeném prostředí a jen za přítomnosti osob, které jsou nevyhnutelně potřebné. (Kopecká a Korcová, 2008)

1.6 Etika

„Etika je filozofickou vědou o správném způsobu života vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka (předmět etiky) stojí.“ (Jankovský, 2003, s. 22)

Morálku můžeme vnímat jako souhrn zvyků, názorů, ideálů, pravidel, který má historicko kulturní podmíněnost a lidé se tímto souhrnem řídí ve svém praktickém jednání. Soubor pravidel je často nepsaný a je osvojován pomocí tradic a společenské praxe. Základem obecně je, aby člověk byl člověkem a respektoval skutečnost, že co sám nechce, nedělal druhým. Morální vědomí lze kultivovat prostřednictvím výchovy, sociálních faktorů aj. (Haškovcová 2002, Ivanová, 2006). (Plevová, I., a kol. 2011)

Plevová uvádí pojetí etiky Haškovcové a Munzarové takto: *„Etika (ethika, řec. ethos-mrav) je součástí praktické filozofie a nejčastěji je definována jako věda o mravnosti. Tradičním obsahem této disciplíny je posuzování dobra a zla a následně také pravdy a lži, spravedlnosti a nespravedlnosti atd. (Haškovcová, 2000).“ (Plevová, I., a kol. 2011, str. 69)*

Úkolem etiky by měla být pro člověka schopnost rozlišit dobré a zlé. K tomu by mu měla být poskytnuta platná kritéria, podle kterých by se orientoval a našel nejvyšší hodnoty, ke kterým by jeho počínání směřovalo.

„Konat dobro a vyhýbat se zlu“ je primum principium celé etiky (Munzarová, 2005). (Plevová, I., a kol. 2011, str. 69)

Pojem etika lze tedy vyložit v té nejjednodušší a nejpřirozenější definici jako hledání správného a dobrého.

Z pohledu vědních oborů je důležitá profesní etika, jež aplikuje obecná etická ustanovení na konkrétní profesionální činnost. Rozlišujeme tak například lékařskou etiku, etiku ve zdravotnictví, politickou etiku, novinářskou náboženskou etiku, etiku ve výchově aj.

1.6.1 Ošetrovatelská etika

Vyjdeme-li ze základní definice etiky, můžeme ošetrovatelskou etiku pojmut jako teorii o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nevhodného chování a jednání. Za předmět etiky v ošetrovatelství můžeme označit etické chování ke všem pacientům, komunikaci sestry s pacientem, komunikaci sester s ostatními sestrami, lékaři, spolupracovníky, s rodinnými příslušníky. Mezi základní pojmy ošetrovatelské etiky jsou považovány obhajoba práv pacientů, odpovědnost, povinnost, spolupráce a péčování. (Kutnohorská, 2007)

Vykonávání povolání sestry klade v dnešní době oprávněné vysoké nároky nejen na jejich profesní, ale i lidskou stránku.

Profesionalita a lidský přístup v kontextu etiky jsou v ošetrovatelské práci nezpochybnitelné. V popředí péče je péče o člověka, který má právo na důstojné zacházení, respekt, úctu, soukromí.

Člověk, který do ošetrovatelského procesu vstupuje (často nedobrovolně) na základě nemoci, zranění, úrazu, většinou nedisponuje schopností sám se uzdravit, plnohodnotně se o sebe starat, je tudíž odkázán na pomoc jiných. Takový člověk potřebuje nejen odbornou lékařskou pomoc a úlevu od bolesti, ale také prožívat pocit porozumění, zájmu, něhy, citlivého zacházení, úcty, které se jim dostává zpravidla prostřednictvím sester.

Cíle současného ošetrovatelství jsou definovány v programu Zdraví pro všechny do 21. století. Kutnohorská uvádí znění těchto cílů: „*Pomáhat jednotlivci, rodině i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví i pohody. Vytvořit z člověka aktivního účastníka péče o vlastní zdraví. Maximalizovat lidský potenciál v péči o sebe sama. Provádět prevenci onemocnění. Snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav člověka. Nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím.*“ (Kutnohorská, 2007, s. 21)

1.6.2 Role sestry

K tomu, aby bylo dosaženo cílů současného ošetřovatelství, jejichž hlavním nositelem se v ošetřovatelském procesu stává sestra, jsou nutné nejen její profesní zdatnost, vlastnosti, ale také schopnosti, které jsou uváděny jako role sestry. Role sestry popisuje Kutnohorská následovně:

sestra pečovatelka - poskytuje profesionální ošetřovatelskou péči,

sestra komunikátorka - komunikuje s pacientem, s rodinou pacienta, spojuje komunikaci lékaře a pacientem, komunikuje se všemi zainteresovanými spolupracovníky,

sestra edukátorka - učí pacienty zásadám, které pacient potřebuje znát zajištění a zlepšení svého zdravotního stavu,

sestra poradkyně – je nápomocna v situacích, kdy pacient prožívá v důsledku svého onemocnění novou, někdy těžkou životní situaci, je připravena poradit v rozhodujících chvílích v kolektivu spolupracovníků,

sestra obhájkyně nemocného - hájí práva pacientů, pomáhá jim překonat změnu ve společenském postavení, které se změnilo v souvislosti se změnou jejich zdravotního stavu,

sestra manažerka - dokáže dobře organizovat práci tak, aby výsledný efekt byl přínosem pro pacienta,

sestra jako výzkumný pracovník - s ohledem na vývoj a zkvalitňování ošetřovatelských postupů, zdravotnických pomůcek je nutné, aby sestra byla v kontaktu s tímto vývojem prostřednictvím celoživotního vzdělávání formou kurzů, seminářů a vzala tím na sebe roli výzkumné pracovnice, která se podílí na zvyšování kvality ošetřovatelské práce. (Kutnohorská, 2007)

1.7 Zákonné a morální právo na soukromí a zachování intimity

1.7.1 Právní vymezení

Zdravotnická péče o pacienty je realizována ve shodě Listinou základních práv a svobod. Tento dokument je součástí Ústavy České republiky, která je pro občany republiky nejdůležitější právní dokument.

Hlava I v článku 1: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“

Článek 6: „*(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením. (2) Nikdo nesmí být zbaven života.*“

Hlava II, která nese název Lidská práva a základní svobody, jsou zahrnuta ustanovení, která se týkají základních práv ve zdravotnictví.

Hlava II, článek 7 uvádí, že: „*(1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“ Článek 10 uvádí, že:

„*(1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. (2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života. (3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.*“ (ÚZ č. 1158 ÚSTAVA ČR, Listina základních práv a svobod, s. 15, 16)

Právo na soukromí, důstojné zacházení vymezuje také Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách v§28 (odst. 3a) : „*Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011)

Mluvíme-li o zachování důstojnosti pacienta, právo na soukromí je nutné také zachovávat mlčenlivost, chránit osobní údaje a veškerá citlivá data, které se pacienta týkají a jsou součástí dokumentace a spisů ve fyzické nebo elektronické podobě. Zachování mlčenlivosti je ukotveno v § 51 téhož zákona takto: „*Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se*

dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011)

Ochrana osobních údajů, je též definována v zákoně č. 101/2000Sb., O ochraně osobních údajů a změně některých zákonů. Zachování soukromí pacienta je v ošetrovatelském procesu nezpochybnitelné, vede k respektu a úctě a podpoře lidské důstojnosti.

1.7.2 Etické normy v ošetrovatelském procesu

Poskytování zdravotnické péče, při které budou respektovány lidská důstojnost, soukromí, intimita pacienta, je neodmyslitelně spojeno s dodržováním a respektováním etických zásad v rovině obecné i profesní.

Etické zásady ve zdravotnictví vycházejí ze základu etických norem v ošetrovatelském povolání, které byly přijaty Mezinárodní radou sester a jsou závazné pro povolání sestry.

Hlavním obsahem těchto norem je vážit si jednotlivce bez předsudků, diskriminace, pomoc udržovat zdraví, podporovat prostředí, které vede k uzdravení pacienta, využívat vědecké poznatky, volit postupy, zákroky aby co nejvíce ulehčily nemocnému, vyhodnocovat účinnost poskytnuté péče, pomáhat pacientům udržovat zdraví.

Zachování soukromí a intimity vymezuje norma 1 takto: *„Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení*

- 1. Zabezpečuje soukromí pro klienta při vyšetření, léčení, ošetrování a zaznamenávání osobních údajů.*
- 2. Používá specifickou metodu identifikace jménem a příslušnými údaji o osobě klienta, lůžka a seznamu osob na ošetrovací jednotce.*
- 3. Používá spolehlivé metody přivolání pomoci v případě potřeby.*
- 4. Vytváří prostor pro pacientovu schopnost vyjádřit vlastní myšlenky a pocity týkající se dřívějšího a současného zdraví.*
- 5. Akceptuje klienta v jeho současné situaci bez hodnocení.*

6. Podporuje sebeúctu klienta tím, že mu umožňuje podílet se na plánování péče, která je mu poskytována.“ (Haškovcová, 2002, s. 90-93)

1.7.2.1 Etický kodex sester

Jako mravní normy slouží etické kodexy, které jsou jakýmsi návodem pro sestry za účelem dodržování etického jednání.

Kodex sester, který je platný od 11. února 2012, byl přijat Českou asociací sester (ČAS). Tento dokument určuje obecné zásady vyjadřující jaké hodnoty a morální přesvědčení by měla sestra ve své profesi uznávat a dodržovat. Dodržování těchto zásad v ošetrovatelské péči je vždy úzce spojeno s osobností sestry.

Kodex sester nemůže být zázračným prostředkem, v jehož intencích je možné zabezpečit morální jednání sester, ale vedou k jednání sester v souladu s principem odpovědnosti. (Kutnohorská, 2007)

Vychází ze zásadních ustanovení, která ukládají sestřám základní povinnosti, kterými jsou: podporovat zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení.

Etický kodex vymezuje respektování základních lidských práv, kterými jsou právo na život, důstojné zacházení, úcta, dodržování lidských práv, poskytování ošetrovatelské péče bez ohledu na věk, pohlaví, národní příslušnost, sexuální orientaci, vyznání víry, politickou příslušnost, sociální postavení.

Respektování soukromí a intimity je ukotveno v oddíle Sestra a pacient takto: „*Sestra má základní povinnost poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči. Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení. Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu. Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, protietickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby. Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy.*“ (Haškovcová, 2002, s. 88)

1.7.2.2 Etický kodex Práv pacientů

Základním obsahem těchto práv, jejichž definitivní verzi formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZ ČR dne 25. 2. 1992, je respektování práva pacienta na ohleduplnou odbornou pomoc, na informace, právo svobodně se rozhodovat, právo na důvěrnost a ochranu informací, právo požadovat poskytování péče s ohledem na onemocnění.

Cílem těchto práv je především úcta k individualitě nemocného, demokratický vztah mezi zdravotníkem a pacientem, jeho zapojení do procesu uzdravování a samozřejmě doplnění práv i o povinnosti nemocného. (Haškovcová, 2002)

Právo na soukromí a zachování intimity je vymezeno v bodě 5 uvedeného kodexu takto: *„V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.“* (Haškovcová, 2002, s. 100)

1.8 Intimita a soukromí v zahraničních publikacích

Zachováním intimity a soukromí pacientů ve zdravotnické péči je předmětem zájmu i v jiných zemích. Z velmi zajímavých publikací poskytujících informace o kvalitě španělského zdravotnictví byly vybrány dvě nejzajímavější s ohledem na téma intimity a soukromí. Agentura *Kvalitní zdravotnictví* ve španělské Andalusii vydala na základě výsledků v rámci Programu Akreditace Profesionálních Kompetencí zahrnující mj. Opatření pro zajištění soukromí a intimity, následná doporučení:

1) Podporovat využití individuálních místností pro nemocné a společníky. Pokud mají pouze společné pokoje ke sdílení, je třeba určit mechanismy podporující soukromí, jako je omezení návštěv, použití oddělovacích závěsů, paravánů nebo jiné prvky, které zabrání zbytečné vizuální expozici pacienta.

- 2) V průběhu zdravotní péče, za předpokladu, že klinický stav dovolí, poskytnout pacientovi používat své vlastní oblečení.
- 3) Vyhnout se přerušení v průběhu aktivní péče, aby nedošlo k narušení zásady ochrany osobních údajů-důvěrnosti, která platí ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem.
- 4) V případech, kdy v průběhu aktivní péče jsou přítomni profesionální praktikanti nebo student, měl by být pacientovi vysvětlen důvod jejich přítomnosti a požádat o povolení v případě citlivých vyšetření.
- 5) Ujistěte se, že informace jsou poskytovány ve vyhrazených prostorech, s cílem, aby nebyly slyšeny ostatními lidmi.
- 6) Profesionál, který poskytuje informace, by měl být snadno identifikovatelný pacientovi a rodině identifikačními prostředky (odznaky, karty, atd).

Právo na soukromí je zakotveno v článku 18 Španělské Ústavy, v zákoně o Všeobecném zdravotnictví 14/1986 ze dne 25. dubna a na regionální úrovni, ve zdravotnickém právu Andalusie. (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2015).

Výzkum pod názvem *Kvalita ošetrovatelské péče vnímaná hospitalizovanými pacienty*, zahrnující mj. zjištění zachování intimity a soukromí, byl v roce 2015 proveden v Kolumbii na soukromé klinice v Barranquille.

Výzkum byl zajímavý s ohledem na vnímání pacienta, jako subjektu, který může zlepšovat kvalitu ošetrovatelských služeb prostřednictvím svého hodnocení a i přes technický pokrok nelze toto hodnocení pacienta opomíjet. V úvodu publikace bylo zmíněno, že existují zdravotnická zařízení na světové úrovni, která vnímají kvalitu, jako výzvu a každý den vnímají kvalitu služeb jako proces neustálého zlepšování. Tato práce spočívá v tom, pohlížet na kvalitu ze dvou hledisek, objektivní na základě technických a strukturálních aspektů organizace a subjektivní na základě schopností a spokojenosti pacienta. Uživatel se z pasivního subjektu stává subjekt aktivní se schopností posoudit kvalitu poskytování zdravotnických služeb. Spokojenost, potřeby a očekávání byly způsob hodnocení kvality v poskytování zdravotnické služby a zjištěním, jak mohou systémy zdravotní péče lépe pracovat, reagovat na potřeby a individuální prevenci. Takto vznikl nový přístup založený na účasti uživatele, jako aspekt především

k dosažení kvality. V této studii Kvalita ošetrovatelské péče z hlediska spokojenosti, nejvyšší počet bodů dostala otázka zaměřená na zachování *míry intimacy*, kterou sestry poskytly pacientům, nejméně byly hodnoceny otázky zaměřené na možnost *najít si čas a diskutovat, zachování soukromí*. (Lenis-Victoria, Manrique-Abril, 2015)

1.8.1 Dotazníková šetření v ambulantní péči

Oborná publikace, která by se zabývala konkrétně zpracováním tématu zachování soukromí a intimacy v ambulantní péči, byla v průběhu studia odborné literatury v omezeném časovém horizontu nedohledatelná. Otázky týkající se intimacy a soukromí jsou však součástí širšího dotazníkového šetření u konkrétních ambulancí v jednotlivých regionech České republiky.

Téma intimacy a soukromí v ambulantní péči je ve středu zájmu Ministerstva zdravotnictví, které vydalo *online dotazníky spokojenosti pacientů*, jako nástroj pro sledování spokojenosti pacientů na národní úrovni.

Realizace projektu Ministerstva zdravotnictví online dotazníky spokojenosti pacientů byla podložena

-Akčním plánem bezpečnosti a kvality zdravotnických služeb na období 2013-2014,

-doporučením Rady o bezpečnosti pacientů (2009/C 151/01),

-doporučením OECD

Tento projekt se zaměřil na oblast ambulantní péče ve smyslu péče odborného ambulantního specialisty či všeobecného praktického lékaře z toho důvodu, že v této oblasti není sledování spokojenosti zavedeno na žádné úrovni.

Sledování spokojenosti pacientů s kvalitou poskytované lůžkové péče a potřebné informace z této oblasti, na rozdíl od ambulantní péče, uvádí již dlouhodobě samotní poskytovatelé zdravotnických služeb na svých webových stránkách.

Pro ambulantní péči je zavedení tohoto sledování na národní úrovni velmi přínosné, umožňuje získání cenných informací o úrovni poskytované ambulantní péče z hlediska její kvality a bezpečnosti očima pacientů a široké veřejnosti.

Dotazník byl zpracován podle předlohy mezinárodního dotazníku ke zjišťování spokojenosti pacientů v praxích lékařů Evropské unie (EUROPEP).

Jeho vypracování a hodnocení v České republice je podpořeno grantem Ministerstva zdravotnictví ČR. Odborně je vedeno Společností všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP.

Téma soukromí a intimity je obsaženo nejvíce v následujících otázkách:

Usnadňuje Vám ambulantní specialista/všeobecný praktický lékař sdělování Vašich problémů? Má na Vás dostatek času? Máte pocit důvěry? Máte dostatek soukromí?

Respektuje Váš ambulantní specialista/všeobecný praktický lékař Vaše soukromí, např. při sdělování informací, vyšetřování, provádění výkonu apod.?

Možnost rychlé a velmi vypovídající zpětné vazby se nabízí u otevřené otázky s možností aktivního hodnocení pacienta: *Jak jste spokojen(a) se vzhledem ordinace a čekárny Vašeho ambulantního specialisty/všeobecného praktického lékaře (čistota, příjemné prostředí, pocit bezpečí apod.)?*

Zpracování a vyhodnocování těchto otázek v rámci regionů, měst regionů, ambulantních specialistů by mohlo být zajímavým námětem jiných bakalářských prací. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

Prostřednictvím online dotazníku lze hodnotit i kvalitu a spokojenost pacientů v ambulancích praktických lékařů.

Praktičtí lékaři se snaží poskytovat kvalitní služby vedoucí ke spokojenosti pacientů a založili síť ordinací praktických lékařů pro dospělé v České republice s názvem *Moje ambulance*. Na dostupných webových stránkách, lze mj. hodnotit kvalitu poskytované péče praktickým lékařem, sestrou s ohledem na zachování soukromí a intimity pacientů. Pacienti mohou hodnotit odbornost lékařů, sester, chování lékařů, sester, ordinační dobu, pořádek, čistotu, dostupnost, online služby, funkčnost objednávkového systému, prostředí a vybavení ordinace, celkovou spokojenost s možností konkrétního hodnocení. Aktuálně je v České republice 21 poboček ve 12 městech. (Moje ambulance, 2013).

1.9 Výchozí situace pro výzkumnou část

Z výše uvedeného vyplývá jedna velmi důležitá skutečnost a to, že v oblasti primární péče dochází k posunu v přístupu k pacientovi. Můžeme zde vnímat velkou podobnost s uvedeným výzkumem, který byl proveden v Kolumbii a to v tom smyslu, že pacient se stává tím, kdo může ovlivňovat kvalitu poskytované péče prostřednictvím svého hodnocení. V dotaznících mapující spokojenost pacientů lze sledovat tři okruhy, které jsou pacienty hodnoceny-okruh odbornosti, okruh prostředí a vybavení a okruh chování s ohledem na soukromí, bezpečí, intimitu. Odhlédneme-li od základního a nezpochybnitelného nároku na odbornost lékaře a sestry, otevírá se zde prostor pro hodnocení, v jakém prostředí je ambulantní péče poskytována. Jak již bylo zmíněno, po roce 1990 došlo k transformaci zdravotnictví a otevřel se mj. prostor pro zřizování ambulancí specialistů a všeobecných praktických lékařů. V dnešní době již není problémem nedostatek informací o tom, jak kvalitně, účelně a moderně v souladu s pokrokem vědy a techniky zařídit ambulanci. Limitujícím faktorem budou spíše finanční možnosti.

Lze konstatovat, že první dva zmíněné okruhy jsou determinovány okolnostmi, třetí okruh otázek je v kompetenci každého zdravotníka-lékaře i sestry s ohledem na dodržování nejen profesních etických hodnot, ale i s ohledem na morální integritu jednotlivce. Vycházím v konstatování z osobních i pracovních zkušeností, ze zkušeností blízkého okolí. Domnívám se tak proto, že jinak by nemohlo docházet k situacím, kdy ve kvalitně zařízené specializované ambulanci s oddělenou sesternou, s odbornými personálem dojde k situaci, kdy sestra otevře dveře do chodby, plní funkci čekárny pro více ambulancí, zavolá jménem pacientku a ještě přede dveřmi sesterny se jí nahlas zeptá, zda je to ta s tím zhoubným nádorem prsu, nemohlo by se stát, že v čekárně u okénka špičkově zařízeného ambulantního oddělení se sestra bude ptát na všechny osobní údaje, telefon, ošetřujícího lékaře, zaměstnavatele, nemohlo by se stát, že v uzavřené sesterně jedné pacientce sestra měří tlak, zapisuje výsledky do počítače, kdy monitor je otočen směrem ke druhé stojící a čekající pacientce, nemohlo by se stát, že sestra i lékař se třemi pacienty v ambulanci komunikují současně ohledně osobních údajů a vykonávají ošetrovatelské výkony.

Ve výzkumné části byl použit dotazník s otázkami, které se zaměřují na situace, které mohou vyvolávat pocit studu, zahanbení dávat možnost prožít pocit fyzické i psychické nahoty. Otázky byly voleny tak, aby odrážely často zapomínanou, dostatečně si neuvědomovanou podstatu narušení intimity a soukromí i při té nejlepší odborné péči. V teoretické části byly na základě zpracování odborné literatury vysvětleny uváděné pojmy i rozdílnost ve vnímání těchto pojmů, které jsou součástí zdravotnických norem, kodexů, profesní etiky apod. a také jsou nedílnou součástí pracovního hodnotového systému pracovníka v pomáhajících profesích. Lze se domnívat, že pro zachování soukromí a intimity pacienta ve zdravotnické péči je potřebné a žádoucí, aby tyto hodnoty nezůstaly „pouze naučený“, ale aby byly zdravotníky v co největší míře „žity“ v rámci možností.

1.9.1 Rizika v poskytování ambulantní péče

Ambulantní péče má svoje specifika ostatně jako každá oblast zdravotnictví. Bakalářská práce se zabývá sledováním zachování či porušováním intimity a soukromí pacienta v ambulantní péči. I přes sebelepší snahu zdravotníků existují úskalí, která mohou významně přispět k narušení soukromí a intimity pacientů při takto poskytované péči. Odhlédneme-li od základního předpokladu, kterým je jednoznačně odborná způsobilost lékaře či sestry, existují rizikové faktory, které mohou stát samostatně nebo se vzájemně kombinovat a tak zvyšovat rizika, kdy může dojít k narušení soukromí a intimity pacienta při poskytování ambulantní péče.

Základními riziky mohou být prostředí, prostory, kde je ambulantní péče poskytována, organizace těchto prostorů, zaměření poskytované péče, organizace práce a v neposlední řadě lidský faktor s ohledem na přetížení, únavu a s tím související ztráta koncentrace pozornosti, nedostatek empatie, syndrom vyhoření. Ambulance jsou zřizované v nemocnicích, v bývalých poliklinikách, soukromých objektech, což samo o sobě nese rozdíly v možnostech prostorových, zejména s ohledem na velikost ambulance, čekárnu, oddělené prostory pro lékaře, sestry, speciální místnost k výkonům, toalety. Jako problematické mohou být ambulance, kde je čekárnou chodba pro více ambulancí zejména v nemocnicích či v bývalých

poliklinikách. V soukromých objektech může jít o problematiku spojenou s velikostí prostoru vyhrazeného pro čekárnu. Prostory určené pro čekárnu zmiňují záměrně, čekárna může být často prvním místem, kde může dojít k narušení intimity a soukromí. Pokud nejsou možné stavební úpravy z jakýchkoliv důvodů, které by řešily samostatné čekárny pro každou ambulanci zvlášť, lze využít číselných pořadníků, nezvat pacienty jménem.

K porušení soukromí a intimity může docházet i uvnitř ambulance, zejména tam, kde pracuje více lékařů najednou, nejsou oddělené místnosti pro lékaře, sestry, nevyužívají se pojízdné zástěny, závěsy. Důležité je celkové vnitřní uspořádání ambulance, tak, aby nedocházelo k možnostem úniku rozhovorů, nebylo možné zahlédnout pacienta při vyšetření z čekárny, spisovou dokumentaci, která je v podobě karty spíše již jen u praktických lékařů. Ve většině nemocničních i jiných odborných ambulancí jsou údaje uchovávány v elektronické podobě, zde může dojít však k nesprávnému umístění počítače, nastavení monitoru apod.

Lidský faktor spojený s přetížením, únavou a následně se ztrátou koncentrace pozornosti se může odvíjet od velkého množství pacientů a zákroků. Na některé, zejména nemocniční ambulance ORL, chirurgie, traumatologie jsou v těchto ohledech kladeny velmi vysoké nároky. V ambulancích praktických lékařů mohou být přetížení, únava spojeny s vysokým počtem pacientů zejména v období chřipkových epidemií, ale také často i s neukázněností pacientů, kteří se někdy i přes nápis neklepat nebo nevstupovat, necitlivě domáhají vstupu do ordinace a narušují tím pracovní výkon sestry nebo lékaře.

Nedostatek empatie může souviset jednak s osobnostním nastavením každého člověka, jednak s nezájmem o vykonávanou práci, ale také i se strachem, kdy je veškeré úsilí sestry zacíleno na správnost, přesnost, preciznost a pacient je až na dalším místě. Syndrom vyhoření je častá problematika lidí pracujících ve zdravotnictví a nese s sebou velmi široké spektrum možností, jak narušovat soukromí a intimitu pacienta i v ambulantní péči.

Všechna uvedená rizika mohou stát jako samostatná témata a jsou předurčena k hlubšímu a detailnějšímu zpracování. Tato bakalářská práce má za cíl základní mapování situace, zda jsou či nejsou porušovány intimita a soukromí pacienta v ambulantní péči.

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda je v ambulantní péči zachována intimita a soukromí pacienta.

2.2 Hypotézy

Pro moji práci jsem si zvolila tři hypotézy, na které budu hledat odpovědi. Cílem těchto hypotéz je zjistit, zda je zachována intimita a soukromí pacienta v jednotlivých úsecích v ambulantní péči, ať již před vyšetřením v čekací době v čekárně nebo uvnitř ambulance ze strany sestry a také lékaře. Vyhodnocením tohoto šetření předpokládám vyvrácení nebo potvrzení hypotéz.

Hypotézy, které byly stanoveny pro práci, jsou:

- 1) Předpokládám, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně je narušeno jejich soukromí.
- 2) Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.
- 3) Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity pacienta.

2.3 Metody výzkumu

Z výzkumných metod jsem použila metodu kvantitativní. Respondenti byli pacienti, kteří již byli vyšetřeni a odcházeli z ambulance. Šetření probíhalo po domluvě s jednotlivými ambulancemi, zda výzkum mohu v dané ambulanci provádět.

Průzkum byl proveden anonymně v několika ambulancích nejmenované nemocnice a polikliniky. Otázky dotazníkového šetření jsem sestavila s ohledem na hypotézy tak, aby je výsledkem vyhodnocení bylo možné potvrdit nebo vyvrátit. Následovně jsem provedla vyhodnocení všech dotazníků dohromady. Toto vyhodnocení vedlo ke zjištění odpovědí na hypotézy. Z dotazníku jsem vybrala tři otázky, které jsem nepoužila pro vyhodnocování hypotéz, neboť by na

výsledek neměly žádný vliv. Konkrétně se jednalo o otázku číslo 1, 7 a 12. Dále jsem rozpracovala každou otázku z dotazníku zvlášť a vyhodnotila je grafem a slovním hodnocením. Tímto vyhodnocením jsem porovnávala případné rozdíly mezi jednotlivými ambulancemi. Po zpracování dotazníku bylo možné najít odpovědi na hypotézy, které vyhodnocuji v další části práce.

Případné nedostatky jsem shrnula v části návrhové a současně jsem navrhla konkrétní doporučení, která by vedla ke zlepšení situace v ambulancích a spokojenosti pacientů.

2.4 Počet a přehled respondentů

Oslovila jsem celkem 60 respondentů. Z každé níže uvedené ambulance v seznamu ambulancí jsem oslovila 10 respondentů.

Následující seznam se týká ambulancí, ve kterých bylo provedeno výzkumné šetření. Uvedené ambulance jsem vybrala záměrně na základě svých vlastních pracovních zkušeností, domnívám se, že jsou nejfrekventovanější.

Seznam ambulancí:

- Traumatologická ambulance
- Chirurgická ambulance
- ORL ambulance
- Neurologická ambulance
- Interní ambulance
- Ambulance praktického lékaře

2.5 Metodika sběru dat

Konkrétně se jednalo o dotazníkové šetření (dotazník viz. Příloha č. 1). Dotazník jsem osobně roznesla do několika ambulancí v jedné nejmenované nemocnici a jedné nejmenované polikliniky v kraji Vysočina. Rozdala jsem celkem 60 dotazníků od 15. února 2017 do 31. března 2017, do šesti ambulancí a z každé ambulance oslovila 10 pacientů, bez ohledu na pohlaví a věk. Pacienty jsem si vybírala náhodně. Návratnost dotazníků byla 100%.

Žádné podmínky pro zařazení pacienta do výzkumu jsem nestanovila, pro tento výzkum nemělo pohlaví, věk, bydliště ani vzdělání pacienta význam. Všechny vrácené dotazníky splňovaly důležité údaje, potřebné pro vyhodnocení. V závěru jsem mohla pracovat s 60 kompletně vyplněnými dotazníky. Pacienti vyplňovali dotazník sami. Při vyplňování dotazníků jsem byla k dispozici pro případ, že by některá z otázek byla pro pacienty nesrozumitelná. Byla jsem připravena poradit a pomoci. Nikdo z respondentů však při vyplňování dotazníku problémy neměl a všichni byli schopni dotazník vyplnit sami.

Otázky byly k jednotlivým hypotézám přiřazeny takto:

-hypotéza č. 1: otázka č. 2,3,4,5

-hypotéza č. 2: otázka č. 6,8,9,10,11

-hypotéza č. 3: otázka č. 13,14,15,16

Kompletní znění otázek (dotazník viz. Příloha č. 1

2.6 Metodika zpracování dat

Data jsem zpracovala pomocí matematických výpočtů. Ze statistických metod jsem použila metodu absolutní a relativní četnosti. Výsledky šetření byly zpracovány v tabulkách MS Exel, ze kterých jsem následně vytvořila grafy.

3. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Základní údaje o respondentech jsou uvedeny v následujících tabulkách č. 1, 2, 3, 4, 5. U každé tabulky jsou data slovně vyhodnocena.

Tabulka 1- Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet osob
Muž	32
Žena	28

Z 60 respondentů odpovědělo na dotazník 32 mužů a 28 žen.

Tabulka 2 - Věk respondentů

Věk	Počet Osob
15-20 let	2
21-30 let	6
31-45 let	23
46-55 let	20
56 let a více	9

V kategorii věk respondentů odpověděli dva ve věku 15-20 let, šest jich spadalo do kategorie 21-30 let. Dvacet tři respondentů patřilo do věkové kategorie 31-45 let. Dvacet dotázaných bylo ve věku 46-55 let. Ve věkové kategorii 56 let a více odpovědělo na dotazník 9 pacientů.

Tabulka 3 - Povolání respondentů

Povolání	Počet osob
Student	4
Zaměstnaný	45
Nezaměstnaný	1
Důchodce	10

V kategorii rozdělení podle povolání byli 4 studenti, 45 zaměstnaných, 1 nezaměstnaný a 10 důchodců.

Tabulka 4- Vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet osob
ZŠ	2
SOŠ	20
SŠ	24
Vyšší škola	10
VŠ	4

Kategorie ohledně vzdělání měla dva respondenty se základním vzděláním, dvacet respondentů se střední odbornou školou, dvacet čtyři se střední školou, deset respondentů s vyšší školou a čtyři odpovídající měli vzdělání vysokoškolské.

Tabulka 5 - Bydliště respondentů

Bydliště	Počet osob
Město	29
Vesnice	31

Ze všech dotázaných bylo 29 respondentů žijících ve městě a 31 respondentů žijících ve vesnici.

3.1 Vyhodnocení otázek

V této části se věnuji vyhodnocení tří vybraných otázek, jejich hlubší analýze a porovnání mezi všemi šesti vybranými ambulancemi.

Otázka č. 1: Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?

Tabulka 6 - Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?

	Traumatolog. amb.	Chirurgická amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurologická amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	0	8	0	9	10	3
Ne	10	2	10	1	0	7

Otázka číslo jedna zjišťovala, zda v ambulancích, kde bylo prováděno šetření, vyzývá sestra pacienty jménem. Zahrnula jsem tuto otázku do dotazníku, protože se domnívám, že by sestra neměla zvat pacienty do ordinace podle jmen. Domnívám se, že není vhodné z důvodu zveřejňování osobního údaje před ostatními čekajícími pacienty.

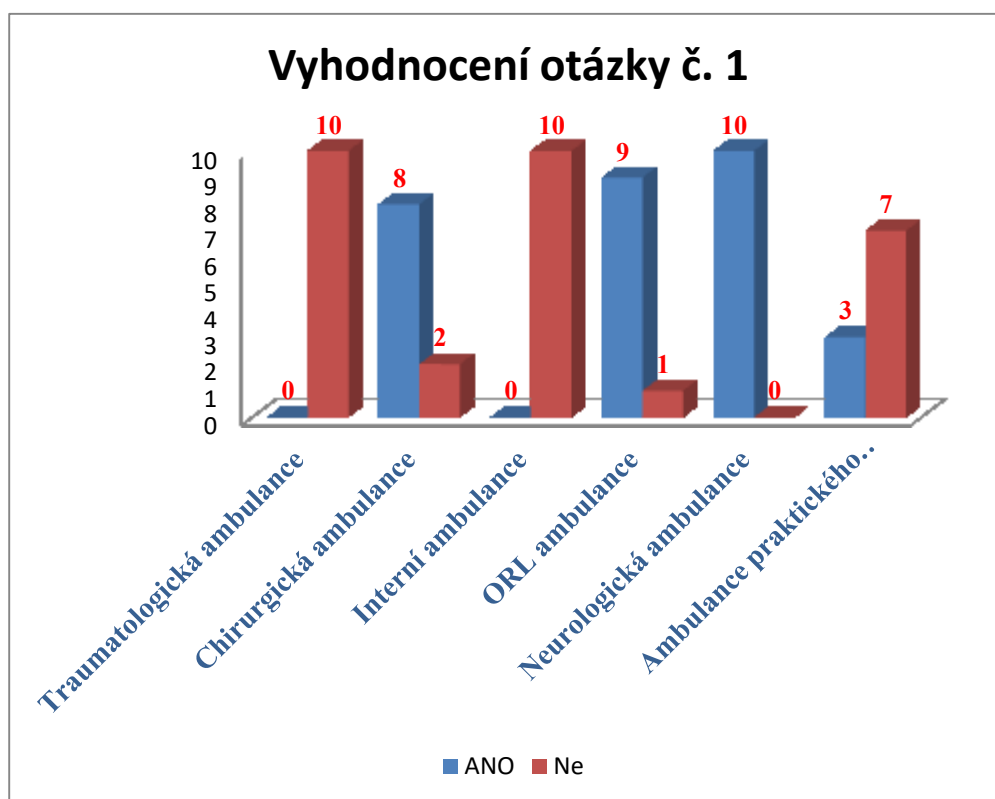
V případě neurologické ambulance odpovědělo deset respondentů z deseti, že zde je sestra vyzývá ke vstupu do ordinace jménem. V grafu je dále možné vidět, že vysoké číslo s odpovědí „ANO“ má i ORL ambulance. V tomto případě uvedlo devět pacientů z deseti dotázaných, že byli sestrou vyzváni jejich jmény.

Podobně je na tom i chirurgická ambulance. I zde sestra ve většině případů zvala pacienty jmény. Jak znázorňuje graf číslo 1, jednalo se o osm pacientů z deseti.

V případě ambulance praktického lékaře byli vlastním jménem vyzváni do ordinace pouze tři pacienti z deseti. Z vyhodnocení této otázky je zřejmé, že každá ambulance má nastavený vlastní systém. Z mého pohledu, by bylo vhodné stanovit jednotný systém používaný všemi ambulancemi např. vyzývání pacientů ke vstupu podle čísel.

Tento systém má například traumatologická a interní ambulance. Pacient má svoje číslo, které si vezme při vstupu do čekárny a podle pořadníku je poté pozván do ordinace. Před ostatními čekajícími pacienty tak nejsou zveřejněny žádné osobní údaje.

Graf 1 - Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?

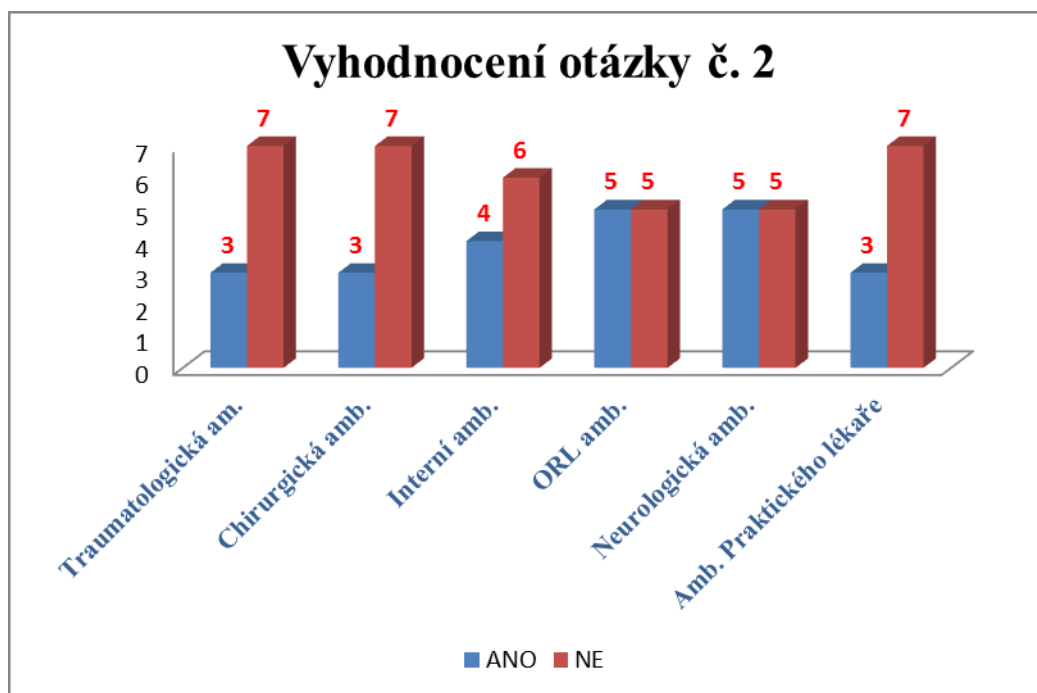


Otázka č. 2: Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?

Tabulka 7 - Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?

	Traumatolog. amb.	Chirurgická amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	3	3	4	5	5	3
Ne	7	7	6	5	5	7

Graf 2 - Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?



Otázka číslo dvě zjišťovala, zda pacienti vnímají jako narušení soukromí, pokud sestra zve do ordinace pacienty jménem, které slyší ostatní čekající v čekárně. Podle tabulky číslo sedm můžeme vidět, že v traumatologické, chirurgické ambulanci a ambulanci praktického lékaře odpovědělo sedm z deseti dotázaných, že nevnímají jako narušení soukromí, pokud sestra zve pacienty jejich jmény.

V interní ambulanci odpovědělo šest z deseti pacientů z dotázaných, že také nevnímají zvání do ordinace vlastními jmény jako narušení soukromí. Shodně odpověděli v ORL ambulanci a neurologické ambulanci, kde pět z deseti dotázaných odpovědělo „ANO“.

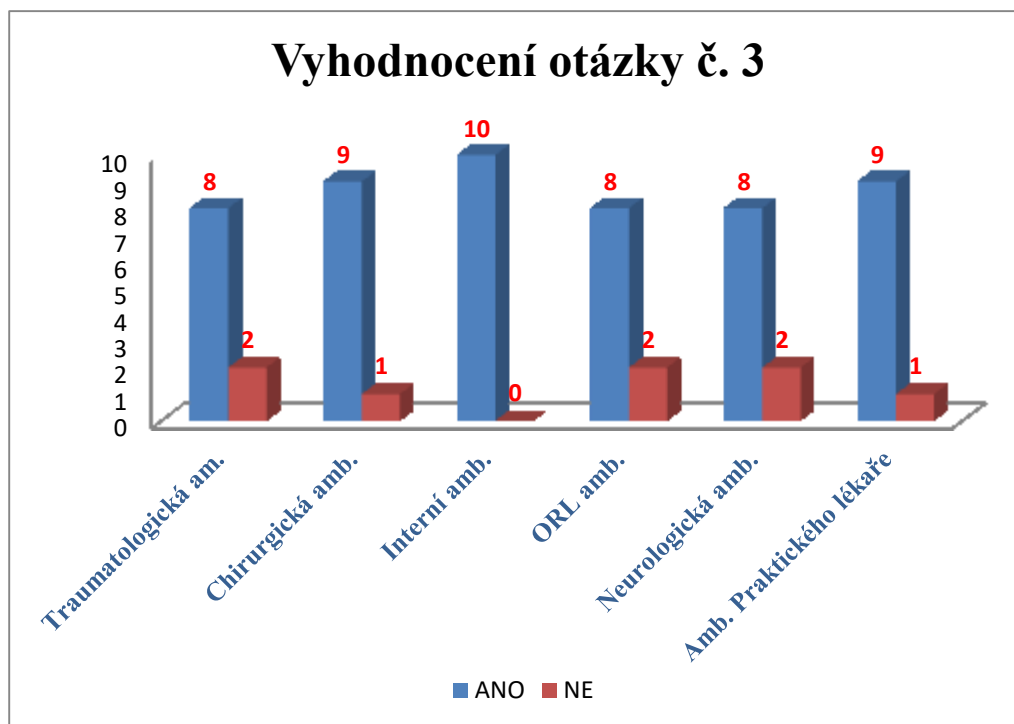
Hlubším průzkumem bylo možné zjistit, že v celkovém součtu všech 60 dotázaných, odpovědělo 37 pacientů, že vnímají jako narušení svého soukromí, pokud jsou zváni do ordinace jménem, které slyší ostatní pacienti. Je to tedy více než polovina, což není zanedbatelné číslo. Domnívám se, že by bylo vhodné navrhnout stejný systém, který je zmíněn v otázce číslo jedna. Tímto nejvhodnějším způsobem je zavedení číselného pořadníku.

Otázka č. 3: Vnímáte jako narušení soukromí pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?

Tabulka 8 - Vnímáte jako narušení soukromí pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?

	Traumtolog. amb.	Chirurg. amb	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	8	9	10	8	8	9
Ne	2	1	0	2	2	1

Graf 3 - Vnímáte jako narušení soukromí pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?



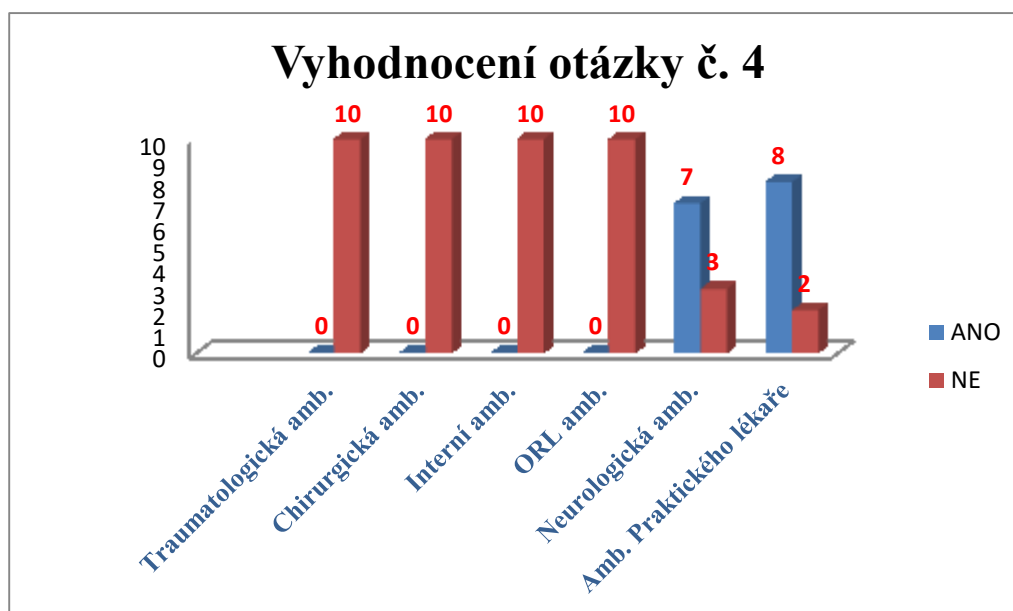
Touto otázkou jsem zjišťovala, zda pacienti vnímají jako narušení soukromí, když se sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na osobní údaje pacienta, jako je například rodné číslo, adresa bydliště nebo telefonní kontakt. Z tabulky číslo osm je zřejmé, že většina pacientů pociťuje, že je narušeno jejich soukromí. V interní ambulanci odpovědělo deset z deseti dotázaných, že vnímají jako narušení soukromí, pokud se jich sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na osobní údaje. Podobně na tuto otázku odpověděli pacienti z chirurgické ambulance a ambulance praktického lékaře, kde devět z deseti vnímá, že je narušeno jejich soukromí. Podobné hodnocení získala i traumatologická, neurologická a ORL ambulance. V osmi případech z deseti, pacienti odpověděli, že při zveřejňování osobních údajů před neznámými lidmi vnímají jako narušení jejich soukromí.

Otázka č. 4: Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem?

Tabulka 9 - Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	0	0	0	0	7	8
Ne	10	10	10	10	3	2

Graf 4 - : Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem?



Tato otázka zjišťovala, zda se pacienti setkávají se situací, kdy čekají v čekárně a slyší přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem.

Je zřejmé, jak je možné vidět z tabulky číslo devět, že ve čtyřech ambulancích ze šesti, kde se provádělo výzkumné šetření, není možné slyšet z čekárny rozhovor mezi sestrou a pacientem, který se odvíjí v ordinaci, tudíž nedochází k úniku informací. Jedná se o traumatologickou, chirurgickou, interní a ORL ambulanci. V neurologické ambulanci odpovědělo sedm z deseti dotázaných, že je možné slyšet rozhovor sestry s jiným pacientem. Ambulance praktického lékaře je na tom obdobně, kdy na tuto otázku odpovědělo „ANO“ osm z deseti pacientů.

Domnívám se, že v případě neurologické ambulance a ambulance praktického lékaře, by bylo vhodné navrhnout opatření, jako jsou například odhlučňené dveře. V případě, že již tyto dvě ambulance mají zařízeny odhlučňené dveře, měly by přejít k jinému opatření, tak aby nedocházelo k úniku informací a tím k porušení soukromí pacienta.

Otázka č. 5 : Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?

Tabulka 10 - Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?

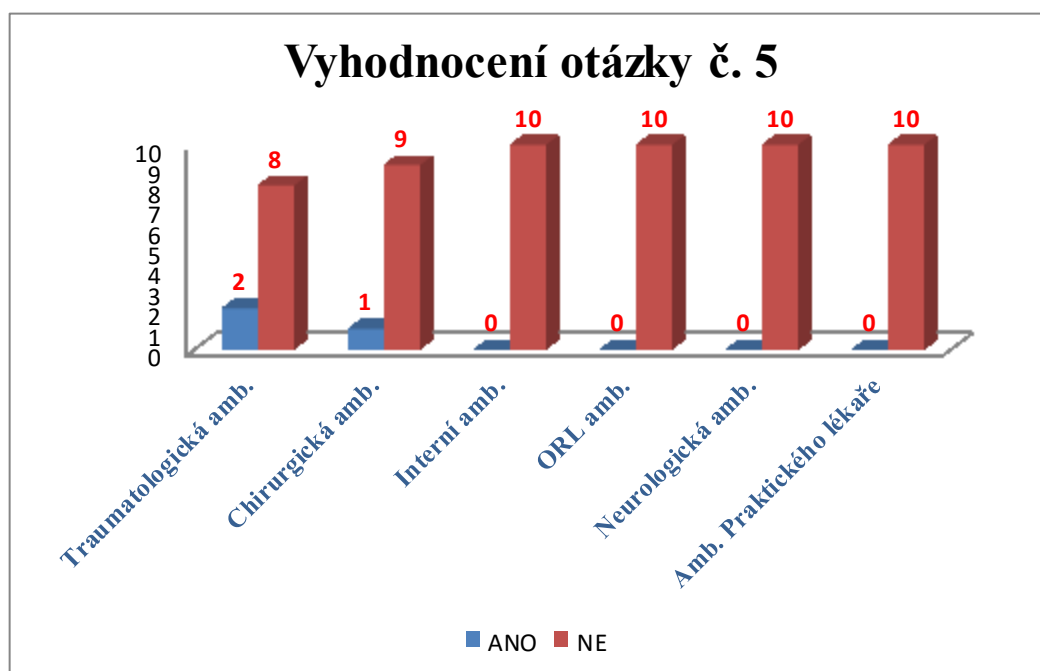
	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	2	1	0	0	0	0
Ne	8	9	10	10	10	10

Otázka číslo pět zjišťovala, zda v případě kdy sestra otevře dveře do čekárny, je možné vidět, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta.

Z tabulky číslo deset je zřejmé, že ve čtyřech ze šesti ambulancí, kde bylo provedeno výzkumné šetření, nedochází k situacím, že z čekárny při otevření dveří do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta. V tomto případě se jednalo o ambulanci praktického lékaře, interní, neurologickou a ORL ambulanci.

V traumatologické ambulanci odpověděli dva z deseti dotázaných, že je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta a v chirurgické ambulanci takto odpověděl jeden z deseti pacientů. Je to sice velmi malé číslo, ale i přesto se domnívám, že by se na tuto situaci měli zdravotníci těchto dvou ambulancí zaměřit a zařídit nějaké opatření, například vyšetřovací část uvnitř ambulance přemístit na místo, kde není možné pacienta zahlédnout.

Graf 5 - Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?

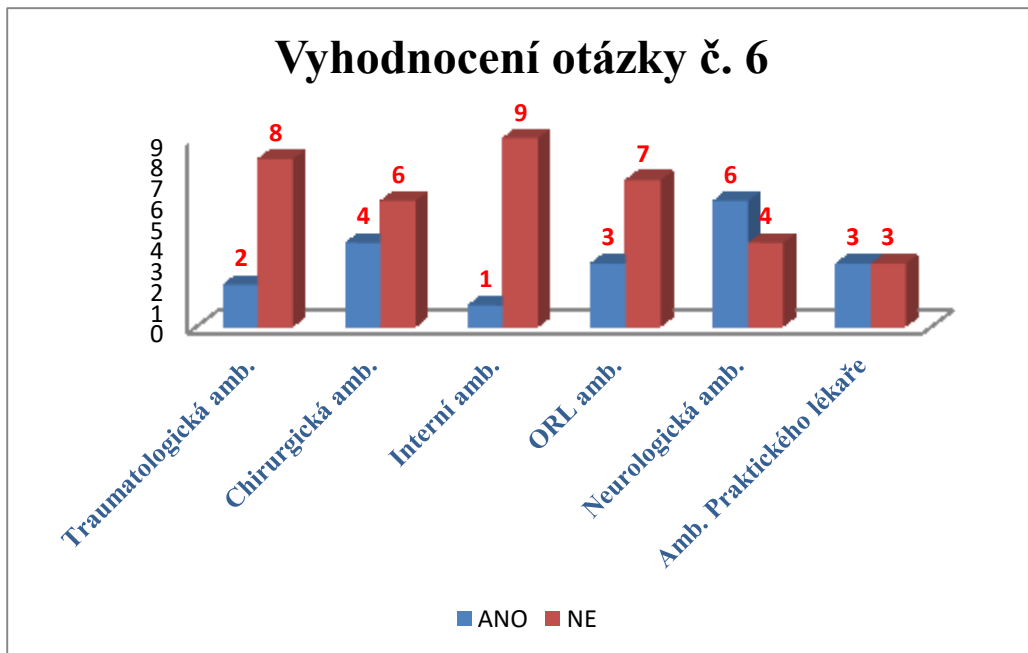


Otázka č. 6: Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?

Tabulka 11 - Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	2	6	1	3	6	7
Ne	8	4	9	7	4	3

Graf 6 - Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?



Cílem otázky číslo šest bylo zjistit, zda se pacienti setkávají při vyšetření se situací, kdy mohou zahlédnout dokumentaci jiných pacientů.

V tabulce číslo jedenáct je uvedeno, že v interní ambulanci odpověděl jeden z deseti dotázaných pacientů, že se s touto situací setkal. V traumatologické ambulanci se se situací, kdy zahlédli dokumentaci jiného pacienta, setkali dva z deseti pacientů. V ORL ambulanci a ambulanci praktického lékaře tři z deseti dotázaných. V chirurgické ambulanci na tuto otázku odpověděli „ANO“ čtyři z deseti pacientů.

Nejhůře v této otázce dopadla neurologická ambulance, kde až šest z deseti dotázaných odpovědělo, že se setkávají se situací, kdy mohou zahlédnout dokumentaci jiného pacienta.

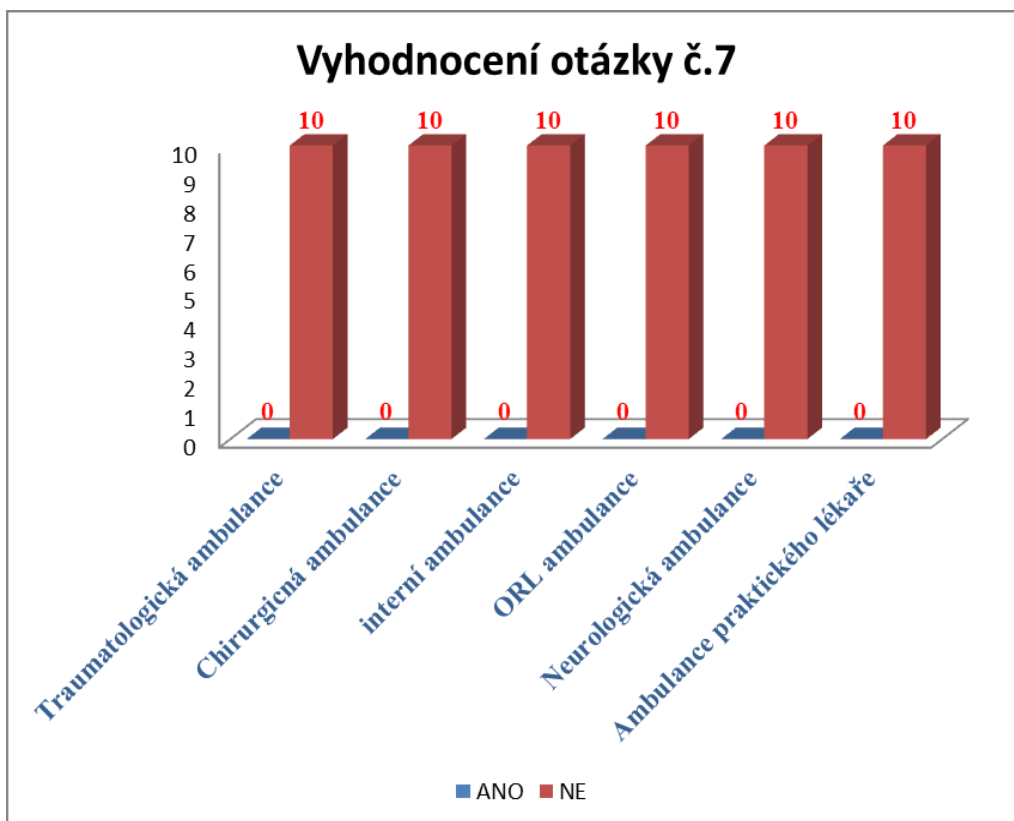
K této situaci by nemělo docházet v žádné z ambulancí, bez ohledu na malý či velký počet kladných odpovědí. Dochází tím k jednoznačnému porušení soukromí a intimity pacienta.

Otázka č. 7: Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?

Tabulka 12 - Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?

	Traumatolog. amb.	Chirurgická amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurologická amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	0	0	0	0	0	0
Ne	10	10	10	10	10	10

Graf 7 - Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?



Otázka číslo sedm zjišťovala, zda má sestra k dispozici při vykonávání ošetrovatelských výkonů speciální místnost k tomu určenou. Tuto otázku jsem zařadila do průzkumu záměrně. Zajímala jsem se, zda sestra při ošetřování více pacientů současně poskytuje ošetřovanému pacientovi dostatek soukromí a nárok na jeho intimitu. Z tabulky číslo dvanáct je zřejmé, že v žádné z vybraných ambulancí nemá sestra k dispozici speciální místnost pro provádění ošetrovatelských výkonů.

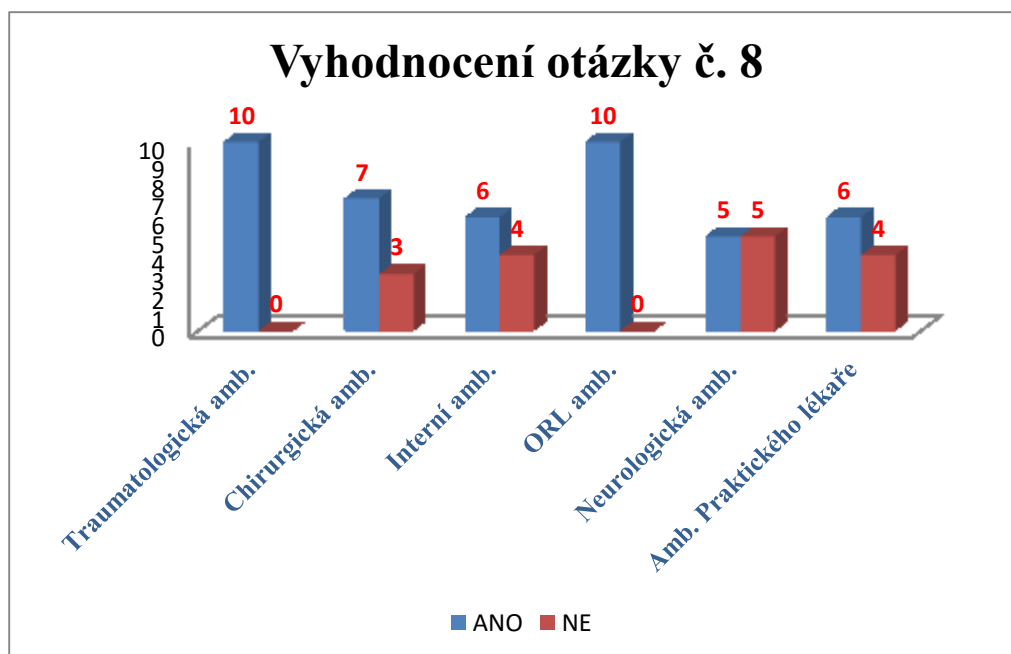
Toto zjištění ovšem nemusí znamenat, že sestra neposkytuje pacientovi dostatek soukromí a nezachovává intimitu pacienta. Pokud v ordinaci není speciální místnost, ve které sestra může v soukromí pacienta ošetřit, může mít k dispozici paraván, závěs nebo jinou zástěnu a tím pacientovi poskytnout potřebnou ochranu. Podrobnějším průzkumem však bylo zjištěno, že 4 z 6 šetřených ambulancí, při ošetření sestrou s více pacienty v ordinaci nepoužívá zástěnu ani jiné podobné krytí. V těchto případech není soukromí a intimita pacienta zachována. Otázka číslo 7 je znázorněna grafem číslo 7.

Otázka č. 8: Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?

Tabulka 13 - Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	10	7	6	10	5	6
Ne	0	3	4	0	5	4

Graf 8 - Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?



Tato otázka mapovala, zda pacienti vnímají jako narušení intimity, pokud jsou ošetřováni sestrou za přítomnosti jiného pacienta.

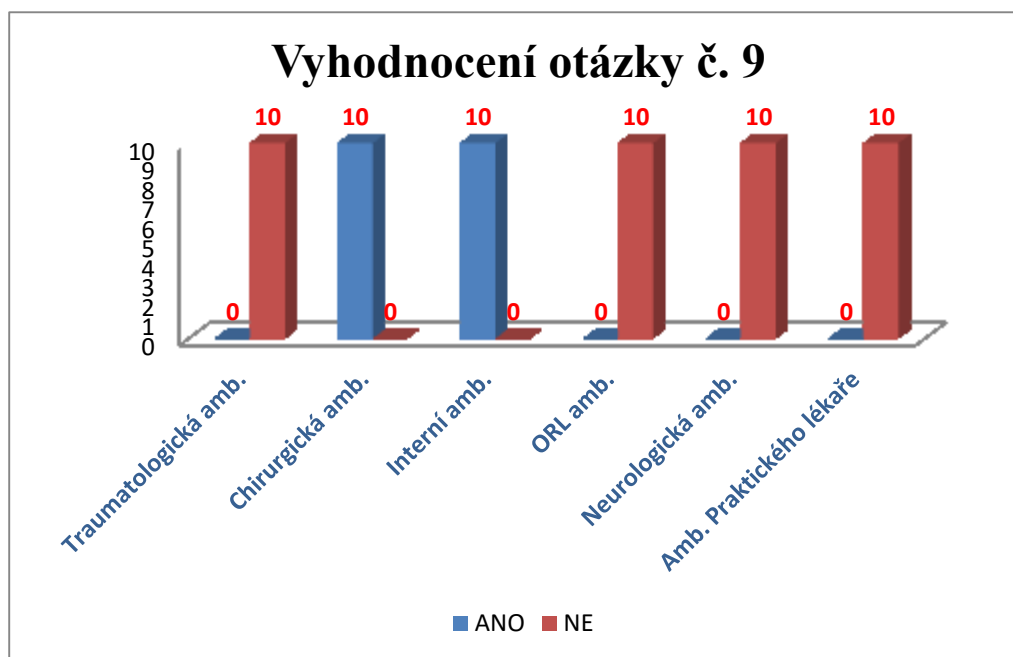
Tabulka číslo třináct uvádí, že v traumatologické a ORL ambulanci odpověděli všichni z dotázaných, že vnímají ošetřování za přítomnosti jiného pacienta jako narušení jejich intimity. V chirurgické ambulanci odpovědělo stejným způsobem, jako v předchozích dvou ambulancích, sedm z deseti dotázaných. V interní ambulanci a ambulanci praktického lékaře se výsledky shodovaly. V obou ambulancích odpovědělo šest z deseti pacientů, že ošetření za přítomnosti jiného pacienta považují za narušení intimity. V neurologické ambulanci na tuto otázku odpovědělo pět pacientů „ANO“ a pět pacientů „NE“.

Otázka č. 9 : Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetřovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou? (Pokud sestra nevykonává ošetřovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).

Tabulka 14 - Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou? (Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	0	10	10	0	0	0
Ne	10	0	0	10	10	10

Graf 9 - Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou? (Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).



Otázkou číslo devět jsem zjišťovala, zda jsou pacienti kryti zástěnou, pokud sestra ošetřuje více pacientů najednou a nemá k vykonávání ošetrovatelských výkonů speciální místnost.

V tabulce číslo čtrnáct můžeme vidět, že ve čtyřech ze šesti ambulancí, kde bylo provedeno výzkumné šetření, opověděli všichni pacienti, že při

ošetřování sestrou, která vykonává více ošetrovatelských výkonů u více pacientů najednou, nejsou pacienti kryti zástěnou. Jedná se především o traumatologickou, ORL, neurologickou ambulanci a ambulanci praktického lékaře.

V chirurgické a interní ambulanci odpověděli všichni z dotázaných, že v situaci, kdy sestra provádí ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, jsou pacienti kryti zástěnou. Další možnost je, že sestra v dané ambulanci nevykonává výkony u více pacientů najednou.

Domnívám se, že v situaci, kdy sestra vykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, by měla respektovat pacientovo právo na soukromí a intimitu a zajistit, aby byl pacient kryt zástěnou či jinými prostředky takovým způsobem, aby nebyla narušena intimita pacienta.

Otázka č. 10 : V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření? (V případě, že sesterská část je oddělena od lékařské, zakroužkujte odpověď s možností Ano).

Tabulka 15 - V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření? (V případě, že sesterská část je oddělena od lékařské, zakroužkujte odpověď s možností Ano).

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	1	9	10	0	10	10
Ne	9	1	0	10	0	0

V této otázce jsem zjišťovala, zda v případech, kde ambulance nemají oddělenou sesterskou část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta.

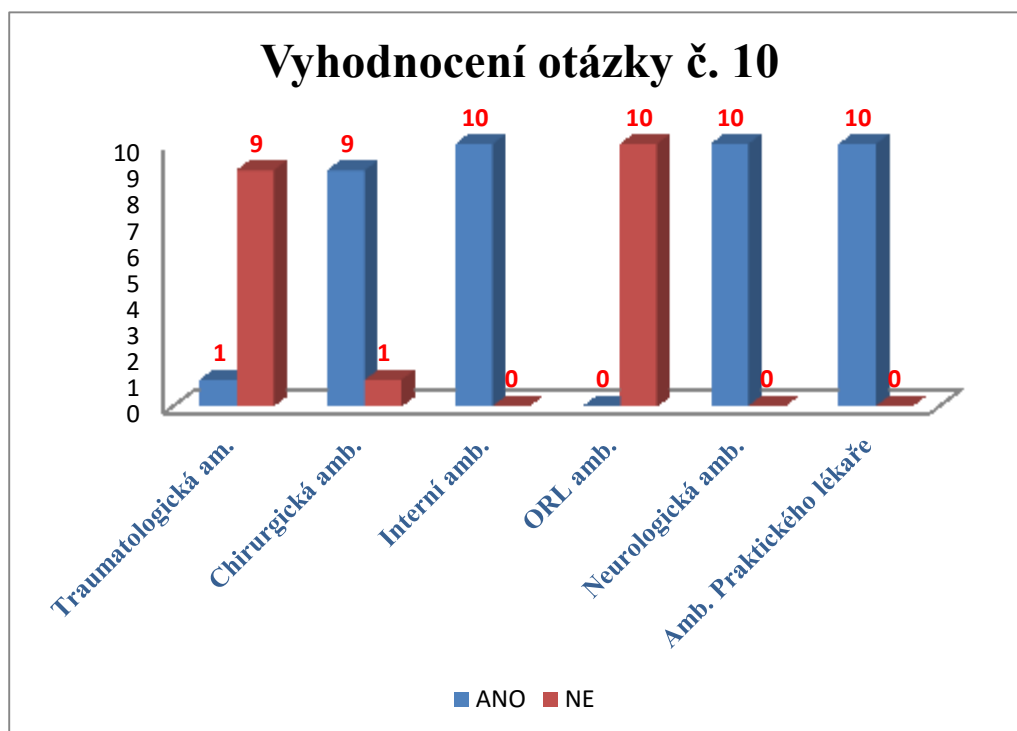
Vyhodnocení v tabulce číslo patnáct ukazuje, že v interní, neurologické ambulanci a v ambulanci praktického lékaře zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta nebo ve zmíněných ambulancích mají sesterskou část oddělenou

od lékařské. V chirurgické ambulanci dopadlo vyhodnocení tak, že devět z deseti dotázaných odpovědělo, že sestra zve do ordinace vždy jen jednoho pacienta.

V traumatologické ambulanci odpovědělo devět z deseti pacientů, že sestra zve do ordinace více pacientů i přesto, že sesterská část není oddělena od lékařské. ORL ambulance dopadla nejhůře. Všichni pacienti odpověděli, že jsou zváni do ordinace, kde není sesterská část oddělena od lékařské

Je zřejmé, že v posledních dvou zmiňovaných ambulancích dochází k jednoznačnému porušení intimity pacienta.

Graf 10 - V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření? (V případě, že sesterská část je oddělena od lékařské, zakroužkujte odpověď s možností Ano).

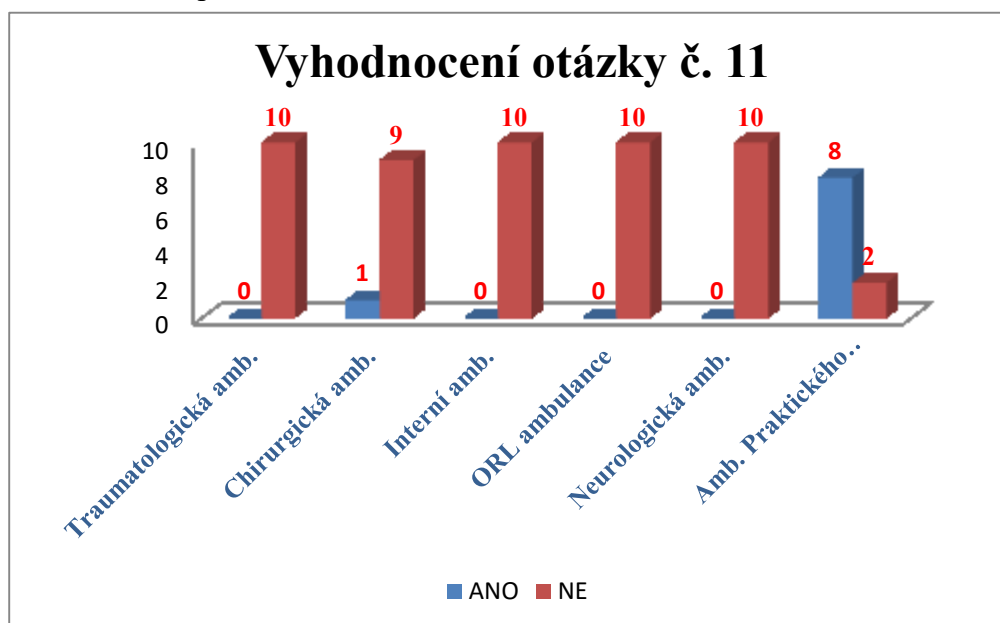


Otázka č. 11: Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp?

Tabulka 16 - Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	0	1	0	0	0	8
Ne	10	9	10	10	10	2

Graf 11 - Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp.?



Otázka číslo šestnáct mapuje především skutečnost, zda sestra instruuje pacienta ohledně odběru biologického materiálu před ostatními pacienty.

V tabulce číslo dvanáct můžeme vidět, že v traumatologické, interní, ORL, neurologické ambulanci nedochází k situaci, kdy by sestra vedla pacienta před ostatními, jak odebrat biologický materiál. V chirurgické ambulanci byl zaznamenán jeden případ z deseti, kdy sestra instruovala pacienta k odběru moče, stolice apod.

V ambulanci praktického lékaře odpovědělo osm z deseti dotázaných, že sestra vede pacienta k tomu, jak obrat biologický materiál před ostatními pacienty.

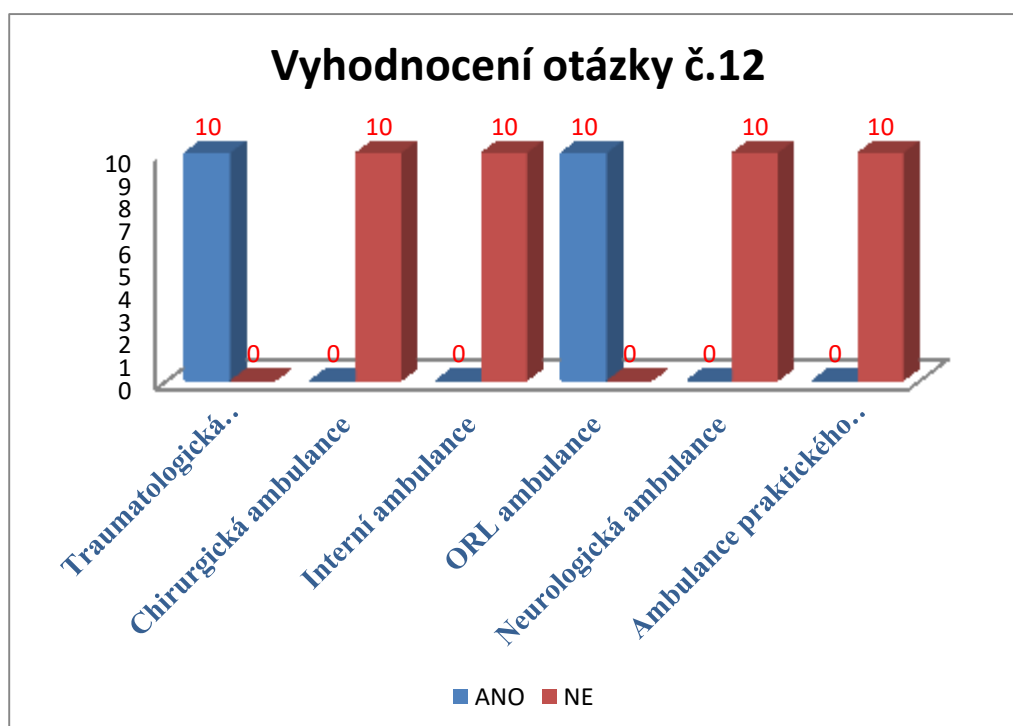
Domnívám se, že sestra by měla pacienty poučovat ohledně odběru biologické materiálu v soukromí. V přítomnosti ostatních pacientů to může být pro pacienta ponižující a narušuje se tím pacientova intimita.

Otázka č. 12: Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?

Tabulka 17 - Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?

	Traumatolog. amb.	Chirurgická amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurologická amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	10	0	0	10	0	0
Ne	0	10	10	0	10	10

Graf 12 - Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?



Touto otázkou jsem zjišťovala, zda v ordinaci vybraných ambulancí ordinuje více lékařů současně v jedné místnosti. Průzkumem bylo zjištěno, že ve

dvou ambulancích ordinuje v jedné místnosti najednou více lékařů současně. Jednalo se především o traumatologickou ambulanci a ORL ambulanci.

Hlubším šetřením bylo zjištěno, že v těchto dvou ambulancích odpovědělo 19 dotázaných z 20, že při vyšetřování lékařem v ordinaci s více pacienty nejsou kryti zástěnou ani žádným jiným krytím, které by ošetřovanému pacientovi poskytovalo dostatečné soukromí.

V chirurgické, interní, neurologické ambulanci a ambulanci praktického lékaře odpověděli všichni shodně. V žádné z těchto ambulancí neordinuje více lékařů v jedné místnosti současně. Vyhodnocení otázky je zobrazeno grafem číslo 12.

Otázka č. 13: Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou? (Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).

Tabulka 18 - Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou? (Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	1	10	10	0	10	10
Ne	9	0	0	10	0	0

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou pacienti při vyšetřování lékařem v ordinaci s více pacienty kryti zástěnou.

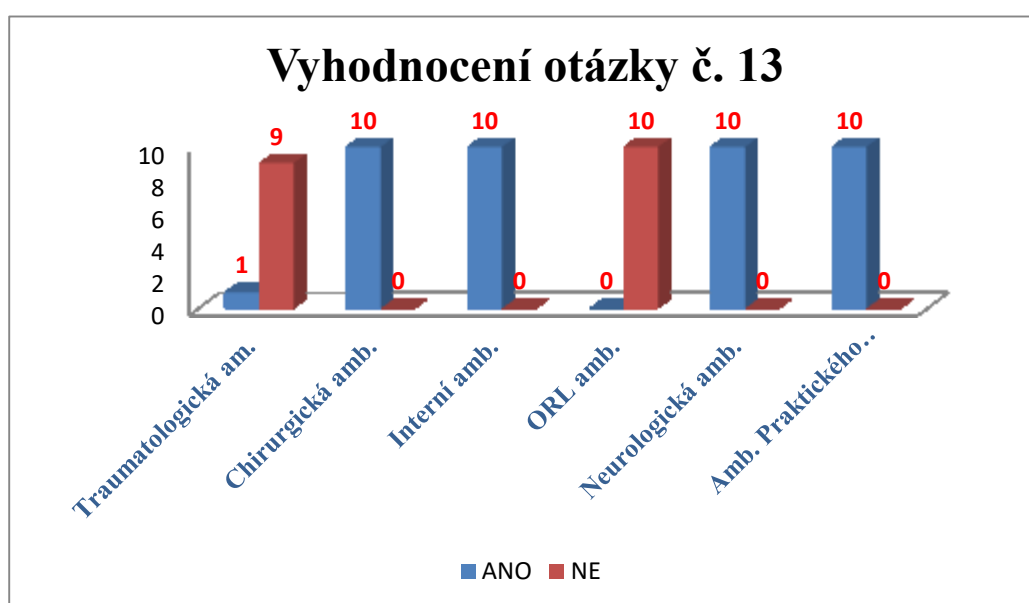
Tabulka číslo osmnáct poukazuje na to, že v chirurgické, interní, neurologické ambulanci a ambulanci praktického lékaře jsou pacienti při vyšetření lékařem v ordinaci s více pacienty kryti zástěnou nebo v daných ambulancích lékař nevyšetřuje více pacientů najednou.

Naproti tomu v traumatologické ambulanci bylo zjištěno, že jen jeden z deseti dotázaných zmínil, že byl při ošetření lékaře kryt zástěnou před ostatními

pacienty. V ORL ambulanci odpověděli všichni z dotázaných, že nejsou kryti zástěnou před ostatními pacienty během vyšetření.

Z výsledků šetření v těchto dvou ambulancích je zřejmé, že je zde porušována intimita pacienta.

Graf 13 - : Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou? (Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).



Otázka č. 14: Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?

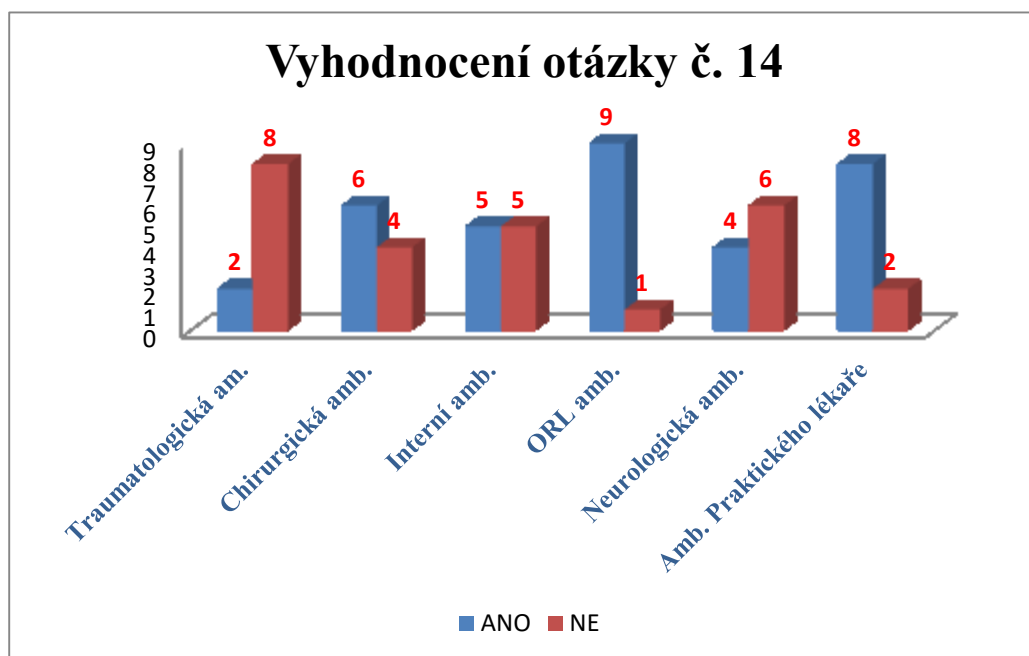
Tabulka 19 - Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	2	6	5	9	4	8
Ne	8	4	5	1	6	2

Touto otázkou se prověřovalo, zda při vyšetření pacienta vyřizuje lékař telefonické hovory jiných pacientů.

Z tabulky číslo devatenáct je vidět, že nejlépe dopadla traumatologická ambulance, kde osm z deseti dotázaných odpovědělo, že lékař nevyřizuje během vyšetření telefonické hovory jiných pacientů. Nejvíce negativních odpovědí získala ORL ambulance, kde devět z deseti dotázaných odpovědělo, že během jejich vyšetření lékař vyřizuje telefonické hovory jiných pacientů. V ambulanci praktického lékaře to bylo osm z deseti dotázaných

Graf 14 - Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?

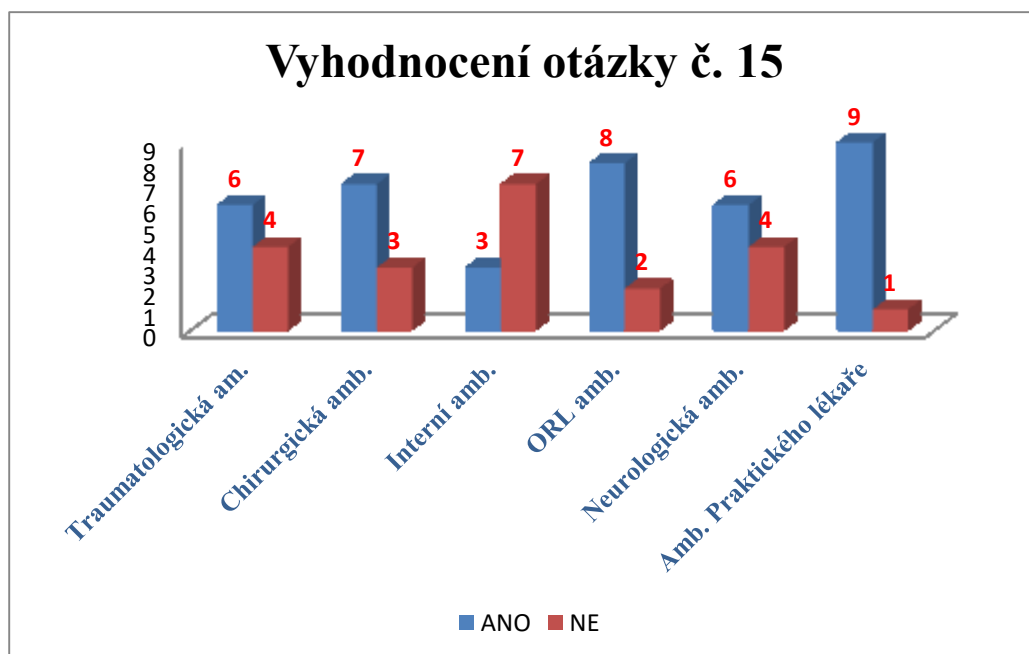


Otázka č. 15: Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?

Tabulka 20 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb. praktického lékaře
Ano	6	7	3	8	6	9
Ne	4	3	7	2	4	1

Graf 15 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?



Otázkou číslo patnáct bylo sledováno, zda lékař během vyšetření pacienta sděluje sestře postup vyšetření jiného pacienta.

V tabulce dvacet je znázorněno, že v případě ambulance praktického lékaře odpovědělo devět z deseti pacientů „ANO“. Podobně je na tom i ORL ambulance, zde bylo vyhodnoceno osm z deseti odpovědí jako „ANO“. V chirurgické ambulanci dopadlo výzkumné šetření tak, že sedm z deseti pacientů odpovědělo, že lékař během vyšetření pacienta sděluje sestře postup vyšetření jiného pacienta. V traumatologické a neurologické ambulanci odpověděla na tuto otázku také více než polovina dotázaných.

Nejlépe v tomto hodnocení dopadla interní ambulance, kde jen ve třech případech z deseti nastala situace, že lékař sděloval sestře během vyšetření pacienta postup vyšetření jiného pacienta.

Otázka č. 16: Setkáváte se situací, kdy čekáte na vyšetření v kabince na převlékání a slyšíte, jak lékař mezitím vyšetřuje jiného pacienta?

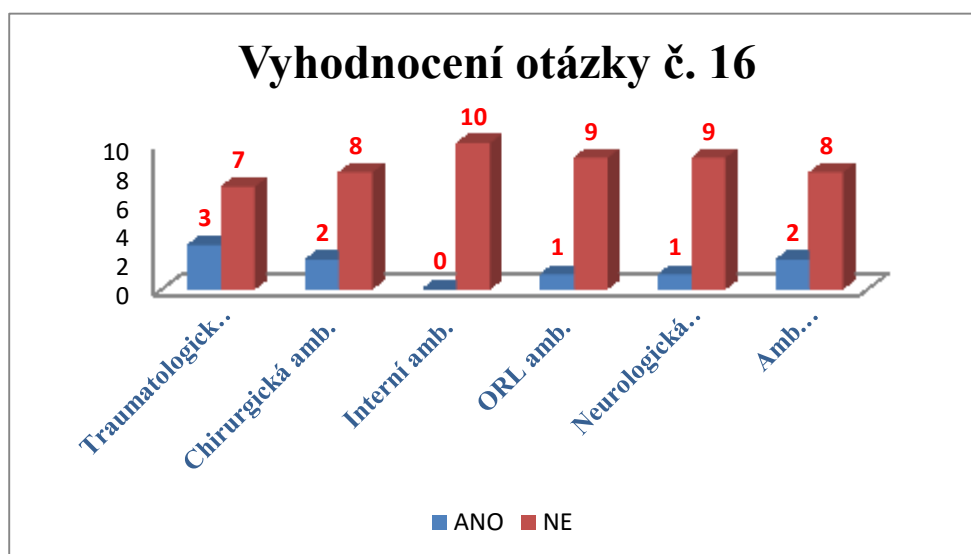
Tabulka 21 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?

	Traumatolog. amb.	Chirurg. amb.	Interní amb.	ORL amb.	Neurolog. amb.	Amb.praktického lékaře
Ano	3	2	0	1	1	2
Ne	7	8	10	9	9	8

V této otázce bylo mým cílem zjistit, jestli se pacienti setkávají se situací, kdy čekají v kabince na převlékání a mezitím slyší, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta.

Z tabulky číslo dvacet jedna vidíme, že v interní ambulanci všichni odpověděli, že se s touto situací neseťkávají. V ORL ambulanci a neurologické ambulanci byly odpovědi shodné. V obou ambulancích odpovědělo devět z deseti pacientů, že se s touto situací také neseťkávají. V chirurgické ambulanci a ambulanci praktického lékaře byly výsledky také shodné. Počet odpovědí z možností „NE“ byla osm z deseti dotázaných v obou ambulancích. V traumatologické ambulanci to byli tři z deseti pacientů.

Graf 16 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?



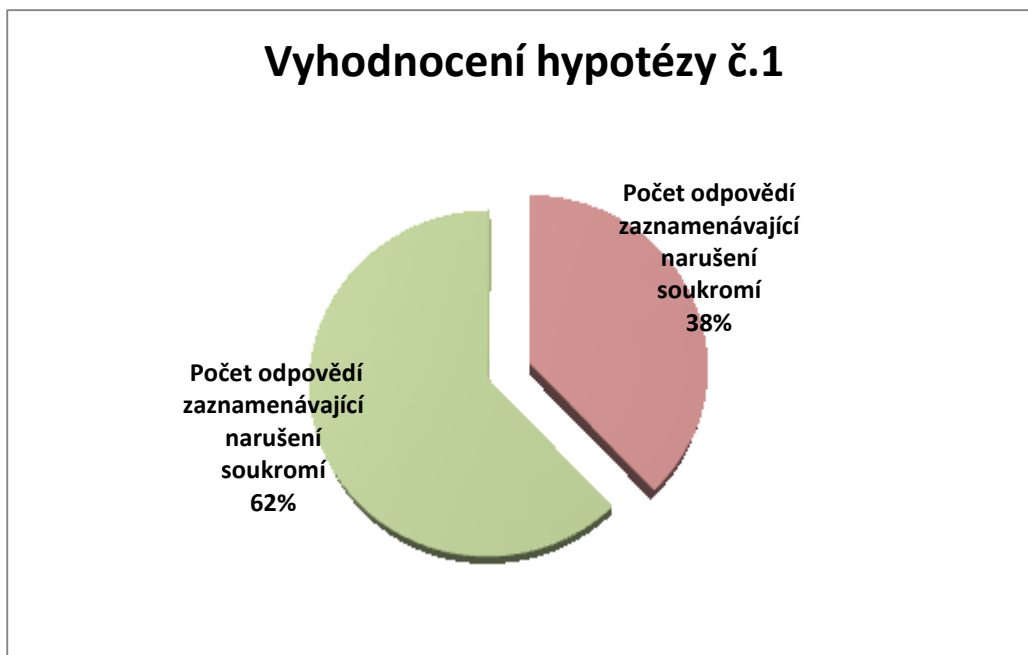
3.2 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Předpokládám, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.

Tabulka 22 - Předpokládám, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.

Otázky	Odpovědi potvrzující hypotézu	Odpovědi vyvracující hypotézu
Otázka č. 2 Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?	23	37
Otázka č. 3 Vnímáte jako narušení soukromí, pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?	52	8
Otázka č. 4 Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem	15	45
Otázka č. 5 Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?	3	57
Absolutní četnost	93	147
Relativní četnost	38,33%	61,66%

Graf 17 - Předpokládám, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.



První hypotéza předpokládala, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.

Tabulka číslo dvacet dva a graf číslo sedmnáct však ukázaly, že téměř 62% odpovědí vypovídalo o tom, že po dobu čekání v čekárně nedochází k narušení soukromí pacienta. Naopak 38% odpovědí vypovídalo o tom, že pacienti vnímají jednání sestry během čekání na vyšetření jako narušení jejich soukromí. Většina pacientů neshledala velké nedostatky při pracovních postupech sestry během jejich čekání v čekárně. Číslo, které vypovídá o pocíťování narušení soukromí pacienta, ovšem také není malé. Z toho vyplývá, že pacienti nejsou plně spokojeni s jednáním sester v čekárnách vybraných ambulancí a je třeba navrhnout opatření, která by tento stav zlepšila.

Ráda bych zmínila, že u této hypotézy dopadla nejlépe traumatologická ambulance, kde 70% odpovědí udává, že není porušeno soukromí pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázka číslo 4 a 5. Na otázku číslo 4 odpovědělo deset dotázaných pacientů z deseti, že se neseťkávají se situací, kdy čekají v čekárně a slyší přes dveře rozhovor se sestrou a jiným pacientem. Na otázku číslo 5 odpovědělo osm z deseti dotázaných, že když sestra otevře dveře do ordinace, tak

není možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta. V ambulanci praktického lékaře a v neurologické ambulanci 50% odpovědí dokládá, že pacienti se domnívají, že dochází k porušení soukromí pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázka číslo 3 a 4. Na otázku číslo 3 odpovědělo v ambulanci praktického lékaře deset z deseti dotázaných, že vnímají jako narušení soukromí, pokud se sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na osobní údaje, například rodné číslo, adresu bydliště, telefonní kontakt. Na otázku číslo 4 odpovědělo v ambulanci praktického lékaře osm z deseti dotázaných, že v čekárně slyší přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem.

V neurologické ambulanci na otázku číslo 3 odpovědělo osm z deseti dotázaných, že vnímají jako narušení soukromí, pokud se sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na osobní údaje, například rodné číslo, adresu bydliště, telefonní kontakt. Na otázku číslo 4 odpovědělo v neurologické ambulanci sedm z deseti dotázaných, že se setkávají se situací, kdy čekají v čekárně a slyší přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem.

Tímto vyhodnocením bylo zjištěno, že moje první hypotéza byla vyvrácena.

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.

Tabulka 23 - Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.

Otázky	Odpovědi potvrzující hypotézu	Odpovědi vyvracující hypotézu
Otázka č. 6 Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?	25	35

Otázka č. 8 Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?	43	17
Otázka č. 9 Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou?(Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).	40	20
Otázka č. 10 V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření?(V případě, že sesterská část je oddělena od lékařské, zakroužkujte odpověď s možností Ano).	20	40
Otázka č. 11 Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp.	11	49
Absolutní četnost	139	161
Relativní četnost	46,33%	53,66%

Graf 18 - Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.



Druhá hypotéza předpokládala, že většina pacientů bude pracovní postup sestry v ordinaci vnímat jako narušení intimity pacienta.

Tabulka číslo dvacet tři a graf číslo osmnáct ovšem vyhodnotily, že můj předpoklad byl mylný. Z hodnocení dalších otázek, týkajících se narušení intimity pacienta během vyšetření sestrou, bylo zjištěno, že 54% odpovědí od respondentů bylo přiřazeno k otázkám, které vypovídají o tom, že pacienti nevnímají postup sestry jako narušení intimity pacienta. Naopak 46% odpovědí na otázky reprezentující narušení intimity vypovídá o tom, že pacienti nejsou příliš spokojeni s postupem sestry při jejich vyšetření. Rozdíl mezi čísly jsou pouhá tři procenta. Výsledek tohoto šetření a vyhodnocení této hypotézy může být považováno jako mírné upozornění, že by bylo vhodné, se nad touto situací zamyslet, zejména ze stran sester. Stálo by za úvahu, zda by některé postupy a jednání sester neměly být v souladu se zachováním intimity pacientů upraveny.

Za zmínku stojí dodat, že v hodnocení druhé hypotézy dopadla nejhůře ORL ambulance, kde až 66% odpovědí dokládalo, že pacienti vnímají postup sestry jako narušení jejich intimity.

Nejvíce to vyjadřují odpovědi otázek č. 8, 9 a 10. Na otázku číslo 8 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že vnímají jako narušení intimity pokud jsou ošetřováni sestrou před jiným pacientem. Na otázku číslo 9 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že jsou ošetřováni sestrou v ordinaci s více pacienty a nejsou při tom kryti zástěnou.

Na otázku číslo 10 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že v ambulanci není oddělena sesterská část od lékařské a sestra zve do ordinace více pacientů najednou. Nejlépe byla hodnocena interní ambulance, kde 86% odpovědí respondentů vypovídalo o tom, že postup sestry nevnímají jako narušení intimity pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázky č. 9, 10 a 11. Kde na otázku číslo 9 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že sestra nevykonává ošetřovatelské výkony u více pacientů najednou nebo vykonává ošetřovatelské výkony u více pacientů najednou, ale pacienti jsou při výkonu kryti zástěnou. Na otázku číslo 10 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že v případě, že sesterská část není oddělena od lékařské, zve sestra k vyšetření vždy jen jednoho pacienta. Na otázku

číslo 11 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že sestra neinstruuje pacienta před ostatními pacienty ohledně odběru stolice, moče apod.

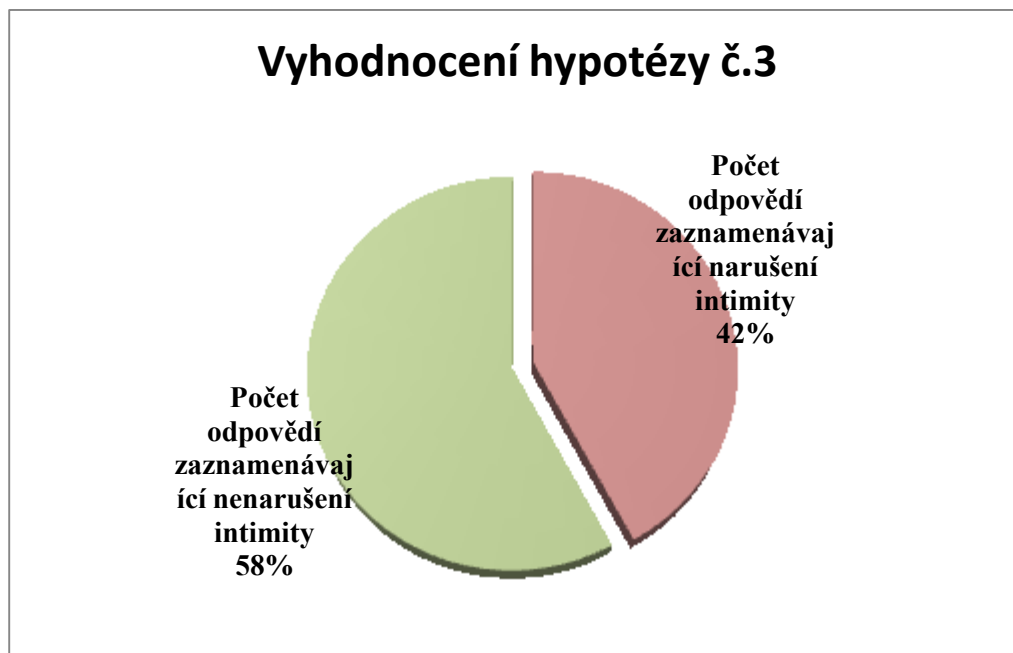
Druhá hypotéza byla vyvrácena

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity a soukromí.

Tabulka 24 - Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity a soukromí.

Otázky	Odpovědi potvrzující hypotézu	Odpovědi vyvracující hypotézu
Otázka č. 13 Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou?(Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).	28	42
Otázka č. 14 Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?	35	25
Otázka č. 15 Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?	39	21
Otázka č.16 Setkáváte se situací, kdy čekáte na vyšetření v kabině na převlékání a slyšíte, jak lékař mezitím vyšetřuje jiného pacienta?	9	51
Absolutní četnost	101	139
Relativní četnost	42,08%	57,91%

Graf 19 - Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity a soukromí.



Třetí hypotéza předpokládala, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře jako narušení intimity a soukromí.

Tabulka číslo dvacet čtyři a graf číslo devatenáct ukazují na to, že moje hypotéza byla vyvrácena. 58 % ze získaných odpovědí z dotazníku dokládá, že pacienti nevnímají postup lékaře jako narušení intimity pacienta. Naopak 42% ze získaných odpovědí z dotazníků udává, že pacienti vnímají postup lékaře jako narušení intimity pacienta.

I zde, stejně jako v případě prvních dvou hypotéz, podle odpovědí pacientů nedochází k narušení soukromí a intimity pacienta. Ovšem i v případě této třetí hypotézy nejsou výsledky výrazně kladné. Některé postupy lékařů pacienti vnímají jako narušení jejich intimity a soukromí. Je tedy důležité navrhnout opatření a šetření, které by mohly tento stav zlepšit, aby se pacienti při vyšetření cítili lépe. Konkrétním doporučením a návrhům se budu věnovat podrobněji v návrhové části této práce.

Ráda bych i u této hypotézy poukázala na to, že nejhůře vyhodnocená ambulance byla ORL ambulance, kde 70% procent odpovědí bylo negativních.

Pacienti v tomto případě vyhodnotili některé postupy lékaře během jejich šetření jako narušení intimity pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázka číslo 13, 14.

Na otázku číslo 13 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že jsou vyšetřováni lékařem v ordinaci s více pacienty a nejsou při ošetření kryti zástěnou. Na otázku číslo 14 odpovědělo devět z deseti dotázaných, že lékař během vyšetření vyřizuje hovory jiných pacientů.

Nejlépe vyhodnocena byla opět interní ambulance, kde 80% odpovědí vypovídalo o tom, že postupy lékaře v této ambulanci nenarušuje intimitu pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázka číslo 13. Na tuto otázku odpovědělo deset z deseti dotázaných, že v případě, kdy jsou vyšetřováni lékařem v ordinaci s více pacienty, jsou kryti zástěnou, nebo nejsou vyšetřováni v ordinaci s více pacienty najednou.

4. DISKUZE

Ke svému výzkumu jsme stanovila tři hypotézy, jejichž plné znění je uvedeno v podkapitole 2.2. Analýzou výsledků šetření bylo zjištěno, že se žádná hypotéza nepotvrdila. I přes vyvrácení hypotéz, lze ale konstatovat, že výsledky v odpovědích narušující intimitu a soukromí a nenarušující intimitu a soukromí pacienta nebyly diametrálně odlišné. V 62% sice bylo zjištěno, že pacienti nepocítují nějaké narušení soukromí v době, kdy v čekárně čekají na vstup do ordinace s ohledem na poskytování soukromých dat či slyšeného rozhovoru přes dveře, avšak v 38% bylo zjištěno, že pacienti v této době vnímají, že dochází k narušení jejich soukromí. Nejvíce to dokládají otázky číslo 3 a 4 z dotazníku, kde většina pacientů v neurologické ambulanci a ambulanci praktického lékaře uvedla, že vnímají jako narušení intimity a soukromí pokud musí udávat svá soukromá data v čekárně před ostatními pacienty. Dále většina dotázaných ve stejných ambulancích zmiňovala, že je slyšet v čekárně rozhovor mezi sestrou a pacientem, který se odehrává uvnitř ordinace přes zavřené dveře. K těmto situacím by nemělo docházet. V ambulancích, kde je slyšet rozhovor sestry a pacienta i přes zavřené dveře, by měli zajistit opatření, jako jsou odhlučňené dveře. Pokud by toto opatření nebylo možné, další variantou by bylo uspořádat sezení v čekárně tak, aby bylo co nejdále od dveří a vnitřek ambulance uspořádat způsobem, který by zabránil situaci, aby rozhovor sestry a pacienta probíhal co nejdále od dveří. V případech, kdy se sestra ptá na soukromé údaje pacienta v čekárně před ostatními pacienty, je záležitost sestry samotné. Sestra by měla znát práva pacientů a uvědomovat si, že svým postupem zásadně porušuje etický kodex.

Viltová ve své práci z nemocničního prostředí uvedla porovnatelné údaje týkající se přítomnosti další osoby při podávání osobních údajů-při odběru anamnézy, ale s naprosto opačným výsledkem. Celkem 45 ze 111 odpovědí bylo

ano a pouze 24 respondentů odpovědělo, že odebírá anamnézu s pacientem o samotě.

Sikorová s Filovou ve svém výzkumu Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních při mapování intimity komunikace mezi zdravotníky a pacienty na vyšetřovně, došly ke zjištění, že 62% pacientů vyjádřilo, že komunikace probíhá obvykle v soukromí (o samotě).

Zajímavostí však bylo, že 42% pacientů se vyjádřilo, že zdravotníci nečiní obvykle žádná opatření pro zachování intimity rozhovoru při sdělování informací na pokoji (nevyzvou k rozhovoru na vyšetřovně, nepoužívají zástěnu ani nepožádají ostatní pacienty, aby opustili pokoj). Domnívám se, že v ambulantním sektoru, je tato situace mnohem lépe zajištěna a lépe řešitelná, jak již bylo zmíněno.

Za zmínku v diskuzi stojí skutečnost, že až 46% procent ze všech respondentů odpovědělo, že pracovní postup sestry vnímají jako narušení intimity a soukromí pacienta. Toto číslo je poměrně vysoké s ohledem na dnešní dobu, kdy je stále více a více kladen důraz na práva pacientů, etický kodex včetně zachovávání intimity a soukromí pacienta. Nabízí otázka, co je příčinou. Nejvíce se na tomto výsledku podílela otázka 8, 9, 10 v ORL ambulanci. Na otázku číslo 8 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že vnímají jako narušení intimity, pokud jsou ošetřováni sestrou před jiným pacientem. Na otázku číslo 9 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že jsou ošetřováni sestrou v ordinaci s více pacienty a nejsou při tom kryti zástěnou. Na otázku číslo 10 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že v ambulanci není oddělena sesterská část od lékařské a sestra zve do ordinace více pacientů najednou. Z toho vyplývá, že v této ambulanci nemají oddělenou sesterskou část od lékařské a sestra přesto zve do ordinace více pacientů najednou a vykonávají se ošetřovatelské výkony u více pacientů, aniž by byli kryti zástěnou.

V této ambulanci by mělo dojít k opatřením, jako je zvaní pacientů po jednom, protože takto dochází i k narušení vztahu mezi lékařem a pacientem. Měly by být instalovány zástěny, kterými by se zajistilo dostatečné soukromí pacienta při

ošetření. Pozitivní je zjištění, že se jedná o jedinou ambulanci v šetření s takovým výsledkem.

Viltová ve svém šetření, kdy byli respondenti dotazováni, jaké pomůcky zvyšující soukromí jednotlivých pacientů mají k dispozici, 78 ze 111 respondentů uvedlo pojízdné zástěny a 21 závěsy mezi lůžky.

Tento způsob zajištění soukromí pacienta je dostupný i pro ambulantní péči, nabízí se spíše otázka, zda o tomto problému takto přemýšlejí i zdravotníci.

Poměrně vysoký počet respondentů, celkem 42 %, vnímal pracovní postup lékaře, jako narušení intimity pacienta. Opět stejná otázka, co je příčinou toho, že v době, kdy se zdravotnictví zdokonaluje pomocí moderní techniky, na soukromí a intimitu pacienta se zapomíná. Jsou to hodnoty, jejichž naplňování by měli mít zdravotníci na paměti při výkonu svého povolání, pochopitelně s ohledem na akutnost a okolnosti zákroku. V šetření byla nejméně pozitivně hodnocena ambulance ORL, kde 70% procent odpovědí bylo negativních. Pacienti v tomto případě vyhodnotili některé postupy lékaře během jejich šetření jako narušení intimity pacienta. Nejvíce o tom vypovídá otázka číslo 13, 14. Na otázku číslo 13 odpovědělo deset z deseti dotázaných, že jsou vyšetřováni lékařem v ordinaci s více pacienty a nejsou při ošetření kryti zástěnou. Na otázku číslo 14 odpovědělo devět z deseti dotázaných, že lékař během vyšetření vyřizuje hovory jiných pacientů. Můžeme se pouze domnívat, že v této ambulanci je nutno ošetřit velké množství pacientů a vymezený čas je nedostačující, zdravotnický personál se ale snaží vyhovět všem a v důsledku snahy zapomíná na respekt k intimitě a soukromí.

Sikorová s Filovou ve svém výzkumu položily otázku: „*Kdo podle Vašeho názoru nejvíce nedbá na zachování intimity?*“ Pacienti odpověděli, že lékaři 29%, sestry 21%, studenti 21%, sanitáři 15%, ošetřovatelky 14%. Ve španělské studii Kvalita ošetrovatelské péče z hlediska spokojenosti získala nejvyšší ohodnocení pozitivních 91,9% otázka zjišťující stupeň intimity poskytnutý sestrami.

Cílem diskuze bylo zamyšlení nad některými výsledky i přes skutečnost, že hypotézy byly vyvráceny, což bylo v podstatě velmi pozitivní zjištění. Pro zajímavost byly dány některé výsledky výzkumných šetření popsaných ve vybraných pracích s podobnou tematikou z nemocničního prostředí, do kontextu.

V žádném případě nešlo o porovnávání výsledků, k těmto účelům byl vzorek respondentů pro účely výzkumu v bakalářské práci nedostačující, ale mohlo by to být námětem jiných prací. Zajímavé bylo sledovat podobnost nebo rozdílnost v hodnocení zachování intimity a soukromí pacienta, na kterém se podílí stejná skupina-zdravotníci, kteří vykonávají svoji činnost pouze v jinak časově a organizačně strukturovaném prostředí.

Závěr

Téma své bakalářské práce Zachování intimity a soukromí pacienta v ambulantní péči jsem si zvolila na základě vlastního výběru. Motivem byly osobní zkušenosti z civilního i pracovního života.

V dnešní době, která je nazývána dobou postmoderní, jsme svědky rychlého vývoje v oblasti vědy a techniky. Je to fenomén, který denně ovlivňuje naše životy, a bez některých technických vymožeností si nedovedeme náš život představit. Neustále se zdokonalující moderní technologie, jejichž vývoj nelze zastavit, prostupují do všech oborů, zdravotnictví nevyjímaje. Prostřednictvím špičkových přístrojů, technologií bylo zachráněno mnoho lidských životů a spoustě lidem byl umožněn návrat do veřejného života. S rozvojem vědy, techniky jsou kladeny ale i obrovské nároky na odbornost a vysokou profesionalitu lidí ve zdravotnictví, bez nichž by samotné technologie a přístroje nepostačovaly. Zdravotnictví je velmi sledovaný a veřejně diskutovaný obor v naší společnosti a zřejmě vždy bude. Zdraví člověka je základem úspěšného prožívání své vlastní existence a prostředkem k vytváření osobních i společenských hodnot.

Člověk jako celek, prožívá svoji existenci nejen v rovině tělesné, ale v rovině psychické, sociální a spirituální, nelze tudíž na člověka nahlížet pouze z jednoho úhlu pohledu. V době nemoci, se stává člověk zranitelnější, sám si uvědomující svoje oslabení o odkázání na pomoc druhých, vnímavější k uspokojování svých potřeb, kterými jsou i zachování intimity a soukromí.

Ve výzkumné části jsem si stanovila tři hypotézy, kde jsem předpokládala, že intimita a soukromí budou v ambulantní péči narušovány. Pozitivním zjištěním bylo, že se ani jedna hypotéza v celkovém hodnocení nepotvrdila. Výsledky však ukázaly, že v některých ambulancích intimita a soukromí pacientů byly narušeny. Zůstává nezodpovězenou otázkou, zda se zdravotníci v těchto ambulancích zaměřují na precizní provedení výkonu a neuvědomují si skutečnost, že i takové „drobnosti“ jako sdělování osobních údajů či provádění výkonu před zraky druhé osoby, ve srovnání s výkonem zdravotníka, mohou být pro člověka zraňující v jiné rovině než tělesné. Náklady na opatření, která by tomuto mohla zamezit, jsou ve srovnání s vybavením ambulance minimální a lidský faktor je zcela

zdarma. Všichni, kdo pracujeme ve zdravotnictví, bychom měli mít na paměti, že jednou v roli pacienta může být každá z nás.

„Jestliže existuje nějaké tajemství úspěchu, pak spočívá ve schopnosti postavit se na místo druhého a vidět všechno jak svýma, tak i jeho očima.“

Henry Ford

Seznam použité literatury

AGENCIA DE CALIDAD SANITARIA DE ANDALUCÍA. N° 25 – Intimidad en la atención sanitaria [online]. 2015 [cit. 29-4-2017]. Dostupné z: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones_entradas/recomendacion-no-25-intimidad-en-la-atencion-sanitaria/

FRANKL, V.E. Vůle ke smyslu. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 212 s. ISBN 80-7295-084-3

HAŠKOVCOVÁ, H. Lékařská etika. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7

HAŠKOVCOVÁ, H. Práva pacientů. Havířov: Nakl. Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902-1630-7. s. 96.

HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. 1.vyd. Praha: Galén, 2013. ISBN: 978-80-7492-063-9

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. Etika v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4734-699

CHALUPA, P. Biblické pojetí člověka. [online]. 2014 [cit. 8-3-2017]. Dostupné z:<http://www.cestykatecheze.cz/casopis/2014-1/Biblicke-pojeti-cloveka.html>

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

KLIMEŠ, L. Slovník cizích slov: 8. rozš. a uprav. vyd. Praha: SPN, 2010. 829 s. ISBN 978-80-7235-446-7

KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. Zdravotnícka etika. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008.120 s. ISBN 978-80-8063-278-6.

KOŠTA, O. Management úspěšné ordinace praktického lékaře. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-2.

KRAUS, J. et al. Nový akademický slovník cizích slov A-Ž. 1. vyd. Praha: Academia, 2011. 879 s. ISBN 978-80-200-1415-3.

KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetrovatelství. vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2

LENIS-VICTORIA, C.,A., MANRIQUE-ABRIL, F.,G., Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados3. Aquichan [online]. 22.6.2015 [cit. 16-4-2017]. ISSN 1657-5997. Dostupné z: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3925/pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Ambulantní péče [online]. 2012, 11. 6. 2014 [cit. 11-3-2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Online dotazníky spokojenosti pacientů [online]. 2015, 20. 01. 2016 [cit. 3-4-2017]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/online-dotazniky-spokojenosti-pacientu_3435_29.html

MOJE AMBULANCE [online]. 2013 [2-5-2017]. Dostupné z: <https://www.mojeambulance.cz/o-nas>

NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČESKÉ REPUBLIKY. Historie a současná situace v poskytování primární péče u nás [online]. 2006 [2-3-2017]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/primarni-pece>

PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3

PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ M., Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti. Ošetrovatelstvo [online]. 21. 03.2016 [2-3-2017]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.ošetrovatelstvo.eu/archiv/2016-rocnik-6/cislo-1/respekt-autonomie-a-intimita-pacienta-jako-zakladni-komponenty-uchovani-lidske-dustojnosti>

PLEVOVÁ, I. a kol. Ošetrovatelství I. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 285 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

PLEVOVÁ, I. a kol. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0

RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI: Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. 1 vyd. Praha: Cesta Domů, 2004. 63 s. ISBN 80-239-4334-0

RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. Lékařská psychologie ve zdravotnictví. vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8

SIKOROVÁ, L., FILOVÁ A., Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních. Kontakt [online]. 20. 06. 2011 [5-4-2017]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2-2011/682-opomijeni-dodrzovani-intimity-pacientu-ve-zdravotnickych-zarizenich>

SOKOL, J. Malá filozofie člověka. Slovník filozofických pojmů. 4. vyd. Praha: Nakladatelství Vyšehrad, 2004. 389 s. ISBN 8070217138 9788070217139

ŠRAJER, J. Lidská důstojnost a sociální práce. Sociální práce/Sociálna práca. 2006, (2), 109-113. ISSN 1213-6204

VILTOVÁ, P. Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče [online]. 2015 [cit. 25-4-2017]. Dostupné z: <https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/20556/1/Viltova%20Petra%20-%20bakalarska%20prace.pdf>

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. Sociální psychologie. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-802-4714-288

ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ. Právní předpisy. Zdravotnické právo a bioetika [online]. 2001 [cit. 15-3-2017]. Dostupné z: <http://zdravotnickepravo.info/pravni-predpisy/>

ÚZ č. 1158 ÚSTAVA ČR, Listina základních práv a svobod. Ostrava: Sagit, 2016. 288 s. ISBN 978-80-7488-189-3

ZÁKON Č. 372/2011 Sb. Zákon pro lidi. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. 2011, 1. 1. 2017 [cit. 1-3.2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Seznam zkratek

Např. - například

Tzv. - takzvaný

Atd. - a tak dále

Str. - strana

Viz. - odkaz na jinou stránku a podobně

Amb. - ambulance

A kol. - a kolektiv

Atp. – a tak podobně

Mj. – mimo jiné

Tj. – to je

Odst. – odstavec

Sb. – sbírka

S. – strana

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ORL – otorhinolaryngologie

LF – Lékařská fakulta

UK – Univerzita Karlova

ZŠ – základní škola

PŠ – praktická škola

Mgr. – magistr

MZ- Ministerstvo zdravotnictví

ČR- Česká republika

Seznam tabulek a grafů

Tabulky

Tabulka 1- Pohlaví respondentů.....	36
Tabulka 2 - Věk respondentů	37
Tabulka 3 - Povolání respondentů.....	37
Tabulka 4- Vzdělání respondentů	37
Tabulka 5 - Bydliště respondentů	38
Tabulka 6 - Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?.....	38
Tabulka 7 - Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?	40
Tabulka 8 - Vnímáte jako narušení soukromí pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?	41
Tabulka 9 - Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem?	43
Tabulka 10 - Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?	44
Tabulka 11 - Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?.....	45
Tabulka 12 - Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?	47
Tabulka 13 - Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?.....	48
Tabulka 14 - Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou? (Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).	50
Tabulka 15 - V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření?	51

Tabulka 16 - Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp?	53
Tabulka 17 - Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?	54
Tabulka 18 - Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou? (Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).....	55
Tabulka 19 - Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?	56
Tabulka 20 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?	57
Tabulka 21 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?	59
Tabulka 22 - Předpokládám, že pacienti budou sledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.	60
Tabulka 23 - Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.	62
Tabulka 24 - Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity a soukromí.....	65

Grafy

Graf 1 - Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?	39
Graf 2 - Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?	40
Graf 3 - Vnímáte jako narušení soukromí pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?	42
Graf 4 - : Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem?	43
Graf 5 - Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?	45
Graf 6 - Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?.....	46
Graf 7 - Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?	47
Graf 8 - Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?	49
Graf 9 - Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou? (Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).	50
Graf 10 - V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření?.....	52
Graf 11 - Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp.?	53
Graf 12 - Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?	54
Graf 13 - : Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou? (Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).....	56

Graf 14 - Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?	57
Graf 15 - Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?	58
Graf 17 - Předpokládám, že pacienti budou shledávat, že již v době čekání v čekárně bude narušeno jejich soukromí.	61
Graf 18 - Předpokládám, že většina pacientů bude pracovní postup sestry vnímat jako narušení intimity pacienta.	63
Graf 19 - Předpokládám, že pacienti budou vnímat pracovní postup lékaře, jako narušení intimity a soukromí.....	66

Seznam příloh

Příloha č. 1Dotazník

Příloha č. 1: Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění mého dotazníku, který poslouží jako podklad pro Bakalářskou práci na téma „Zachování intimity a soukromí pacienta v ambulantní péči“.

Dovoluji si Vás rovněž požádat o co nejpřesnější a pravdivé vyplnění dotazníku. Účast ve výzkumu je anonymní a dobrovolná.

Předem děkuji za spolupráci.

Studentka 3 lékařské fakulty Univerzity Karlovy, obor všeobecná sestra/ošetřovatelství.

Dotazník

Statistické údaje:

1) Pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2) Věk:

- a) 15 - 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 45 let
- d) 46 – 55 let
- e) 56 let a více

3) Povolání:

- a) Student
- b) Zaměstnaný
- c) Nezaměstnaný
- d) Důchodce

4) Vzdělání:

- a) ZŠ
- b) SOŠ
- c) SŠ
- d) Vyšší školy
- e) VŠ

5) Žijeme v:

- a) Město
- b) Vesnice

Otázky s možností odpovědi Ano/Ne zakroužkujte. Zvolte vždy jen jednu odpověď.

- 1) Vyzývá Vás sestra v ambulanci, kam docházíte Vaším jménem?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 2) Vnímáte jako narušení Vašeho soukromí, když Vás sestra zve do ordinace Vaším jménem, které slyší všichni ostatní pacienti v čekárně?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 3) Vnímáte jako narušení soukromí, pokud se Vás sestra před ostatními pacienty v čekárně ptá na Vaše osobní údaje například rodné číslo, adresu Vašeho bydliště, telefonní kontakt?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 4) Setkáváte se se situací, kdy čekáte v čekárně a slyšíte přes dveře rozhovor mezi sestrou a jiným pacientem.
 - a) Ano
 - b) Ne

- 5) Když sestra otevře dveře do ordinace, je možné zahlédnout, jak lékař vyšetřuje jiného pacienta?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 6) Setkáváte se při vyšetření se situací, kdy dokumentace ostatních pacientů leží ve Vaší blízkosti a je možné zahlédnout soukromá data jiného pacienta?
 - a) Ano
 - b) Ne

- 7) Má sestra v ambulanci, kam docházíte speciální místnost mimo sesternu k provádění ošetrovatelských výkonů např. i.v. infúze, injekce, odběry krev?
- a) Ano
 - b) Ne
- 8) Vnímáte jako narušení Vaší intimity, pokud jste ošetřována sestrou za přítomnosti jiného pacienta?
- a) Ano
 - b) Ne
- 9) Pokud v ambulanci, kam docházíte, vykonává sestra ošetrovatelské výkony u více pacientů nejednou a nemá speciální místnost k tomu určenou, jste při výkonu kryt/a zástěnou?(Pokud sestra nevykonává ošetrovatelské výkony u více pacientů najednou, zakroužkujte odpověď s možností Ano).
- a) Ano
 - b) Ne
- 10) V případě, že v ambulanci, kam docházíte, není oddělena sesterská část od lékařské, zve sestra do ordinace vždy jen jednoho pacienta k vyšetření?(V případě, že sesterská část je oddělena od lékařské, zakroužkujte odpověď s možností Ano).
- a) Ano
 - b) Ne
- 11) Instruuje sestra pacienty před ostatními pacienty, ohledně odběru stolice, moče atp.
- a) Ano
 - b) Ne
- 12) Ordinuje v ambulanci, kde jste vyšetřován/a více lékařů najednou ve stejné místnosti?
- a) Ano
 - b) Ne

13) Jste-li vyšetřován/a lékařem v ordinaci s více pacienty, jste kryt/a zástěnou?(Pokud nejste vyšetřován/a s více pacienty zakroužkujte odpověď s možností Ano).

- a) Ano
- b) Ne

14) Vyřizuje lékař během Vašeho vyšetření telefonické hovory jiných pacientů?

- a) Ano
- b) Ne

15) Sděluje lékař sestře postup vyšetření jiného pacienta za Vaší přítomnosti?

- a) Ano
- b) Ne

16) Setkáváte se situací, kdy čekáte na vyšetření v kabině na převlékání a slyšíte, jak lékař mezitím vyšetřuje jiného pacienta?

- a) Ano
- b) Ne