

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Karolína Vodvářková

Míra soukromí a intimity pacienta

Degree of patient's privacy and intimacy

Bakalářská práce

Praha, květen 2018

Autor práce: Karolína Vodvářková

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc.**

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

Konzultant práce: **PhDr. Martin Loučka, Ph.D.**

Pracoviště konzultanta práce: **Oddělení lékařské psychologie 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 26.6.2018

Prohlášení

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

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

Dále prohlašuji, že veškerý výzkum v Ústřední vojenské nemocnici-Vojenské fakultní nemocnici v Praze proběhl na základě povolení, které naleznete v příloze. Pořizování audio nahrávek rozhovorů s pacienty vždy předcházelo ústní souhlas konkrétního pacienta.

V Praze dne 20. května 2018

Karolína Vodvářková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé práce, panu Doc. PhDr. Martinu Hemelíkovi, CSc., za důvěru, vlídná slova, podporu a odbornou pomoc při psaní. Dále bych chtěla poděkovat svému konzultantovi, panu PhDr. Martinu Loučkovi PhD., za ochotu, schopnost vytvořit motivující pracovní prostředí a především za rady ohledně vedení výzkumného šetření. Oběma chci velmi poděkovat za čas, který mi věnovali.

ABSTRAKT

Bakalářská práce pojednává o zachování soukromí a intimity pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretické části vymezuje pojmy soukromí, intimita, lidské potřeby a komfortní zóny. Objasňuje právní a etické normy, které se vyjadřují k této problematice. Dále pojednává o roli sestry a pacienta a o jejich vzájemném vztahu. Popisuje situace v ošetrovatelské péči při kterých sestry vstupují do soukromí a intimity pacienta a uvádí příklady ochranných opatření k jejich zajištění. Praktická část je založena na vlastním výzkumu. Pomocí kombinované metody mapuje problematiku respektování soukromí a intimity z pohledu pacientů na Oddělení dlouhodobé péče a Chirurgického oddělení B v Ústřední vojenské nemocnice- Vojenská fakultní nemocnice v Praze. Popisuje konkrétní situace a chování, které respondenti hodnotili jako důležité.

KLÍČOVÁ SLOVA: soukromí, intimita, právo na soukromí, etický kodex sester, ošetrovatelská péče, stud, názor pacientů

ABSTRACT

Bachelor work deals with preserving privacy and intimacy of patients while providing nursing care. The work consists of practical and theoretical section. In the theoretical part are defined terms as privacy, intimacy, human needs or comfort zones. It clarifies the rules of law and ethic standards, that are attached to this issue. Also deals with the role of nurse and patient and with their relation. Describes situations in nursing care, when the nurses interfere patient's privacy and brings examples of steps to protect them. The practical part is based on my research. With the help of combined method maps the matter of respecting privacy and intimacy from the patient's point of view on ODP and CHIR B in the ÚVN VFN in Prague. Describes certain situations and behaviour, that the respondents considered important.

KEYWORDS: privacy, intimacy, right for privacy, nurse's ethic code, nursing care, decency, patient's opinion

Obsah

OBSAH	6
ÚVOD	9
D) TEORETICKÁ ČÁST	11
1.SOUKROMÍ A INTIMITA	11
<i>1.1Soukromí</i>	<i>11</i>
<i>1.1.1Změna soukromí v nemoci</i>	<i>11</i>
<i>1.2Intimita</i>	<i>13</i>
<i>1.2.1Změna intimity v nemoci</i>	<i>14</i>
<i>1.2.2Stud</i>	<i>15</i>
<i>1.3Lidské potřeby</i>	<i>15</i>
<i>1.3.1Změna potřeb v nemoci</i>	<i>17</i>
<i>1.4Komfortní zóny</i>	<i>18</i>
2.ZÁKONNÁ A MORÁLNÍ PRÁVA PACIENTA	20
<i>2.1Etický kodex</i>	<i>20</i>
<i>2.2Zákon o ochraně osobních údajů</i>	<i>21</i>
<i>2.3Zákon o zdravotních službách</i>	<i>22</i>
3.VŠEOBECNÁ SESTRA RESPEKTUJÍCÍ SOUKROMÍ A INTIMITU	24
<i>3.1Tvář všeobecných sester</i>	<i>24</i>
<i>3.1.1Koncepce ošetřovatelství</i>	<i>24</i>
<i>3.1.2Role sestry</i>	<i>26</i>
<i>3.2Tvář pacienta</i>	<i>27</i>
<i>3.2.1Právní pohled na pacienta</i>	<i>28</i>
<i>3.2.2Psychologický pohled na pacienta</i>	<i>28</i>
<i>3.3Vztah sestry a pacienta</i>	<i>30</i>
<i>3.3.1Paternalistický vztah</i>	<i>30</i>
<i>3.3.2Partnerský vztah</i>	<i>31</i>
4.OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	33
<i>4.1Ošetřovatelská péče zasahující do soukromí a intimity pacienta</i>	<i>33</i>
<i>4.1.1Dopomoc při hygieně</i>	<i>34</i>
<i>4.1.2Dopomoc při vyprazdňování</i>	<i>36</i>
<i>4.1.3Dopomoc s oblékáním</i>	<i>37</i>
<i>4.1.4Dopomoc s přijímáním potravy a tekutin</i>	<i>37</i>
<i>4.1.5Převazy ran</i>	<i>39</i>
<i>4.1.6Příjem pacienta</i>	<i>39</i>

4.1.7Sdílení společného pokoje a sociálního zařízení.....	39
4.2Preventivní ochranná opatření k zachování soukromí a intimity pacienta.....	40
4.2.1Odhalování těla pacienta.....	41
4.2.2Odhalování osobního života pacienta.....	41
4.2.3Nedostatek osobního prostoru.....	42
II) PRAKTICKÁ ČÁST.....	43
5.ZADÁNÍ VÝZKUMNÉ PRÁCE.....	43
5.1Cíl výzkumu.....	43
5.2Hypotéza a výzkumné otázky.....	44
5.3Časový harmonogram.....	44
6.METODIKA VÝZKUMU.....	45
6.1Kvantitativní metoda.....	45
6.2Kvalitativní metoda.....	47
7.VÝBĚR VZORKU.....	49
7.1Výběr respondentů pro kvantitativní výzkum.....	49
7.2Výběr tázaných pro kvalitativní výzkum.....	52
8.ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ.....	53
8.1Kvantitativní výzkum.....	53
8.2Kvalitativní výzkum.....	53
9.VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT.....	54
9.1Kvantitativní výzkum.....	54
9.1.1Otázka č. 1.....	55
9.1.2Otázka č. 2.....	57
9.1.3Otázka č. 3.....	59
9.1.4Otázka č.4.....	61
9.1.5Otázka č. 5.....	63
9.2Kvalitativní výzkum.....	65
9.2.1Výzkumná otázka č. 1.....	65
9.2.2Výzkumná otázka č. 2.....	68
9.2.3Výzkumná otázka č. 3.....	71
10.DISKUZE.....	75
10.1Shrnutí výsledků výzkumu.....	75
10.2Porovnání s výsledky podobných výzkumů.....	77
ZÁVĚR.....	82
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	84
SEZNAM GRAFŮ.....	87
SEZNAM PŘÍLOH.....	88

„Pojďte, požehnání mého otce, přijměte jako dědictví království připravené pro vás od založení světa. Neboť jsem měl hlad, a dali jste mi najíst, měl jsem žízeň, a dali jste mi napít, byl jsem cizinec, a přijali jste mě, nahý, a oblékli jste mě, nemocný, a navštívili jste mě, uvězněný, a přišli jste za mnou.“ (Bible, Mt 25, 34-36)

Úvod

Téma bakalářské práce *Míra soukromí a intimity pacienta* jsem si vybrala, protože mne na mých odborných praxích v nemocnicích často překvapoval rozpor mezi teorií o právech pacientů a tím, jak jsou respektována v praxi. Mnohokrát mne udivilo, jaký rozpor je v představách samotných zdravotníků mezi tím, co by chtěli sami pro sebe a tím, co poskytují svým pacientům. Tento nesoulad mám spojený nejvíce právě s teoretickým zachováním a praktickým opomíjením soukromí a intimity pacientů, proto jsem se na tuto problematiku zaměřila svou absolventskou prací.

Práce obsahuje teoretickou a praktickou část. Teoretická část je složena ze čtyř kapitol, které uvádějí čtenáře do problematiky soukromí a intimity pacienta v nemocnici. První kapitola objasňuje pojmy soukromí, intimita a stud. Jsou zde popsány lidské potřeby a komfortní zóny. Druhá kapitola popisuje právní a morální řády, kterými se mají zdravotníci řídit. Jsou zde vysvětleny povinnosti a práva pacientů i zdravotníků vzhledem k tomuto tématu. Třetí kapitola definuje obor ošetrovatelství, popisuje vlastnosti a úkoly všeobecné sestry, zmiňuje se o rolích pacienta a podobách jejich vzájemném vztahu. Čtvrtá kapitola mapuje situace v ošetrovatelské péči, při kterých sestry běžně vstupují do soukromí a intimity pacientů., a příklady ochranných opatření, jež je možné použít.

Praktická část je založena na kombinované metodě výzkumu. Tato metoda je složena jak z kvantitativního dotazníkového šetření, poukazujícího na míru zájmu pacientů o tuto problematiku, tak z metody kvalitativní, která pomocí polostrukturovaných rozhovorů objasnila jaké názory a zkušenosti v tomto ohledu pacienti mají. Cílem výzkumu je zjistit, jak pacient během hospitalizace prožívá své soukromí a intimitu. Studie má poukázat na tuto problematiku a shrnout názory konkrétních pacientů, zda se domnívají, že je péče v tomto ohledu dostatečná či nikoliv. A případně na co by měl být kladen důraz při poskytování péče vzhledem k ochraně jejich soukromí a intimity.

Výzkum proběhl na Oddělení dlouhodobé péče a standardním Chirurgickém oddělení B v Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha (dále již jen ÚVN-VFN). Přicházela z pozice cizí osoby a veškeré získané informace jsem zpracovala anonymně. Výsledky výzkumu byly zprostředkovány vrchním sestřám jakožto zpětná vazba od pacientů vzhledem k poskytované péči o soukromí a intimitu.

Základní inspirací k vedení tohoto výzkumného šetření mi byla americká pilotní studie k výzkumu intimity u paliativních pacientů z roku 2016. Studie s názvem: *Screening for Intimacy Concerns in a Palliative Care Population: Findings from a Pilot Study*, byla zveřejněna v Journal of Palliative Medicine. Tento výzkum vedli Anne Kelemen, John Cagle a Hunter Groninger, kteří jsou členy Paliativního týmu v rámci MedStar Washington Hospital Center.

Tato práce je určena především všeobecným sestřám, jako podnět k přemýšlení a odvaze usilovat o ideál v této profesi.

I) TEORETICKÁ ČÁST

1. Soukromí a intimita

Co je to soukromí a intimita? Je chápání těchto pojmů ve společnosti jednotné? Respektuje tento rozměr ošetrovatelský personál? Dbá o soukromí pacientů se stejnou důsledností jako o své vlastní?

1.1 Soukromí

„Everyone needs some sort of privacy, for his or her physical, mental, emotional and spiritual well-being., (WOOGARA, 2001)

Soukromí lze popsat jako oblast fyzického a psychického osobního prostoru každého člověka. Jak hodně je střeženo nebo naopak otevíráno rozhoduje každý sám. Do soukromí je řazeno soukromé vlastnictví, osobní údaje, vlastní tělo a myšlenky. Haškovcová popisuje soukromí jako osobní oblast každého člověka, která má fyzický i psychický rozměr. Soukromí chrání nejen hmotný, ale i myšlenkový prostor každého jedince. Ztráta soukromí je prožívána jako velice nepříjemný a bolestný stav. (HAŠKOVCOVÁ, 1996)

„The term ‘privacy’ will inevitably depend on individuals’ different understanding of the concept within the values and normative qualities that govern their lives.“ (MALCOLM, 2005)

1.1.1 Změna soukromí v nemoci

Chceme-li popsat změnu soukromí během nemoci musíme vědět co to nemoc je. Již od roku 1947 je dle WHO¹ zdraví stavem úplné tělesné, psychické a sociální pohody. Nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci či vady. Nemoc je tedy neúplná pohoda alespoň v jedné z těchto složek.

1 WHO je zkratka Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation), která vznikla v roce 1948. Sídlí v Ženevě ve Švýcarsku.

Zdravý člověk má většinou dostatek sil a prostředků zajistit si soukromí ve vyhovující podobě. Přinejmenším v podobě snesitelné po nějaký čas. Pakliže to tak není, může situace negativně ovlivnit lidskou psychiku. Míra negativního důsledku se odvíjí od osobnosti a charakteru člověka, délky a způsobu působení nedostatku soukromí a existence naděje na změnu situace.

Nemocnice je prostředí, kde přes sebelepší a ohleduplnější péči bude vždy docházet k tomu, že cizí lidé vstoupí do soukromí jiného člověka, jenž je v roli pacienta. Vyžaduje to od personálu dodržování morálních a etických zásad, aby případným nerespektováním osobnosti člověka, který je kvůli svému momentálnímu fyzickému stavu odkázán na naši pomoc, nedošlo k jeho poškození. O jaké pevné body se mohou zdravotníci vzhledem k této problematice opírat při výkonu svého zaměstnání popisují v následující kapitole.

„Člověk ztrácí pocit soukromí tehdy, když jsou nějakým způsobem prolomeny bariéry bezpečí a když se před cizí osobou ocitá v celé, a to nejen fyzické, ale i psychické nahotě.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 96) Fyzickou nahotou, kterou Haškovcová popisuje, jsou myšleny situace, kdy je z důvodu poskytování péče, léčby či vyšetření nutné, aby pacient obnažil část nebo celé své tělo před cizími osobami. Jako psychickou nahotu označuje odhalování osobních údajů a okolností ze života pacienta.

Každý člověk do určité míry počítá s tím, že v případě hospitalizace nemůže očekávat zachování soukromí v rozsahu na jaký byl zvyklý z běžného života. Posuzování hranice soukromí se může u lidí velmi lišit. Během nemoci také může dojít ke změně postoje v tomto ohledu. To, co by člověk doma vnímal jako zásah do soukromí od cizí osoby, se může stát v nemocnici nutností a denním chlebem. Na tom, jak moc je člověk ochotný či schopný své soukromí omezit se podílí povaha, temperament, návyky z rodiny, náhlost změny zdravotního stavu, průběh onemocnění i léčby, předchozí zkušenosti s hospitalizací, sympatie k personálu, únava ad.

„Jisto je, že pacient potřebuje určité 'záruky', aby se osmělil a 'otevřel' své třinácté komory. Proto je třeba vždy vytvořit atmosféru důvěry a respektovat intimitu nemocného. Prakticky to znamená, že 'choulostivé' otázky klade lékař nemocnému 'mezi čtyřma očima'.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 102)

1.2 Intimita

Z malého výzkumného šetření *Cancer patients' needs during hospitalisation* v Itálii v roce 2003 vzešlo, že 18% respondentů pociťuje nedostatek respektu k jejich intimitě, nešlo však pouze o problematiku tělesné nahoty nebo sdílení koupelny s více pacienty. Pacienti jsou často podřízeni a ve slabé pozici, což v důsledku vede k úpadku respektu k jejich intimitě a soukromí. (TAMBURINI, 2003)

„Intimacy as a concept can be seen as emotional as well as physical closeness in different connotations. Emotional intimacy in relation to another being is a fundamental human need.“ (MATTIASON, 2016)

Intimita je možná někdy chápána jako synonymum soukromí. Ve své práci však pracuji s těmito pojmy odděleně. Intimitu zde popisuji jako specifickou podmnožinu soukromí. Jako soukromí pro jedince nejvíce cenné a proto ukryvané. Intimitu lidé nesdílí s každým koho potkají, v běžném životě si zdravý člověk pečlivě vybírá, koho tím poctí. Proto je prostředí nemocnice tak odlišné a rizikové. *„When we expose our intimate selves to others, we become vulnerable. With good reason, therefore, we choose carefully what we disclose to others and to whom we disclose ourselves.“ (YEO, 1996)*

Také intimitu lze vnímat z fyzického i psychického pohledu. Fyzickou intimitou je myšleno odhalování některých částí těla, oblasti genitálií a prsou u žen, s nimiž souvisí prožívání tělesných intimních vztahů. V běžném životě nedochází k odhalování těchto částí těla před cizími osobami, takže může tím

můžeme u pacienta vyvolat stud. Psychická intimita obsahuje nejnaternější myšlenky charakterizující naši osobnost a prožívání vztahů. Intimitu lze také chápat jako prožitek sdíleného soukromí, neboli pocíťované soukromí.

„The word intimacy comes from two roots, one meaning announcing or disclosing, the other what is innermost. Literally defined, intimacy is the disclosure of what is innermost. It pertains to our core self, those aspects of our being most closely linked to our sense of identity. Our bodies, our innermost thoughts and feelings, and private information about ourselves fall within the sphere of intimacy.“ (YEO, 1996)

1.2.1 Změna intimity v nemoci

Zdravý člověk má možnost prožívat intimitu a intimní vztahy dle vlastní volby, tak, jak je mu to ze své povahy blízké a jak mu to vyhovuje. Hospitalizovaný člověk se musí podřizovat vnitřnímu řádu oddělení. Je také omezen formou ubytování, zda leží na jednolůžkovém či vícelůžkovém pokoji, což může zásahy do intimity velmi ovlivnit. *„Intimacy is often impacted by serious and lifethreatening illness. Intimacy is a broad term that can include physical and emotional closeness, affectionate contact, sexual interactions, and the communication of thoughts/feelings.“ (KELEMEN, 2016)*

Pokud je člověk nemocen a má nějaké fyzické obtíže, mohou i ty samy o sobě, nehledě na to, zda je nemocný v nemocnici, zasahovat do lidské intimity. Může se tak dít například bolestí, ztrátou mobility, omezením či celkovou změnou původního režimu, potřebou pomoci v základní denních činnostech či nutností lékařských zákroků. V neposlední řadě jistě také vzdálením od rodiny a blízkých, případně nutností změny v prožívání vztahů. Na vnímání míry zásahu do intimity se jistě bude podílet také věk, délka hospitalizace, vážnost a průběh onemocnění, povaha a temperament pacienta, návyky získané výchovou aj.

„A lack of such interpersonal intimacy can inhibit mental health, development and maturity. In health care, achieving the right level of emotional intimacy touches on the important question of the degree of confidence, and thus, of familiarity and closeness, between patient and carer.“ (MATTIASON, 2016)

1.2.2 Stud

Stud je lidská emoce získaná výchovou. Vzniká při narušení intimity. Stud se projevuje ostýchavostí, rozpaky, pocity trapnosti a snížením sebedůvěry. Při velkém narušení může dojít až ke ztrátě důstojnosti a psychické újmě.

„Stud nemocného může zvýšit nebo také snížit řada zdánlivě podružných faktorů. Samozřejmě, že nic neplatí bez výjimky, ale přesto lze konstatovat, že se staří nemocní muži stydí více před mladými lékařkami a sestrami, naopak staré nemocné ženy mladé lékaře obdivují a vítají, s výjimkou specialistů v oboru gynekologie. Tam naopak, pokud je to možné, dávají přednost staršímu lékaři.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 99)

1.3 Lidské potřeby

Lidskými potřebami jsou myšleny věci, okolnosti a možnosti, které člověk ze své přirozenosti nutně potřebuje k životu, nebo si na nich, vzhledem ke své situaci, velmi zakládá proto, aby se mu žilo dobře.

„Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organizmem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším.“ (ZACHAROVÁ, 2011, s. 119)

„Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jež ovlivňují obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (horečka, bolest atd.). (ZACHAROVÁ, 2007, s. 22)

Americký psycholog Abraham H. Maslow žijící v letech 1908-1970 v USA vytvořil teorii hierarchie potřeb založených na motivaci člověka. Principem této známé pyramidy je naplňování potřeb od těch základních (v dolní části pyramidy) k těm dalším, rozvíjejícím bytí jedince (horní patra pyramidy).

Podstava pyramidy obsahuje *základní tělesné a fyziologické potřeby*. Patří sem dýchání, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování. To vše je nutné proto, aby člověk jakožto živý organismus přežil. Pokud nejsou naplňovány dostatečně, nejví většinou člověk přílišný zájem o další potřeby, které by mu zpříjemnily a obohatily život. To potvrzují i zkušenosti, že v případech ohrožení života do určité míry ustupují ostatní věci stranou, dokud není stav ohroženého stabilizovaný.

Druhý pilíř obsahuje *potřebu bezpečí a jistoty*. Je to potřeba, která nás udržuje ve střehu. Pokud se bezpečně necítíme, nutí nás zaujímat bojovou nebo obrannou pozici. V případě delšího trvání takového stavu vzniká nezdravý stres a jedinec nemůže žít klidně a spokojeně. Lidé automaticky vyhledávají životní bydlení v lokalitách, které považují za příjemné. Často v místech mezi lidmi, ke kterým mají důvěru. Je to hluboko zakořeněná potřeba, po jejímž uspokojení touží. Do této kategorie bychom zařadili i zachování soukromí a intimity, neboť pokud tato potřeba není respektována, vzniká pocit ohrožení.

Třetím pilířem je *potřeba lásky a přijetí*, do kterého patří potřeba osobních vztahů, být milován v rodině, partnerem nebo přáteli, mít pocit sounáležitosti s nějakým člověkem nebo skupinou. Je to potřeba někam patřit a cítit se tam dobře, být přijat bez ohledu na to, jaký jsem.

Čtvrtým pilířem je *potřeba uznání a úcty*. Může se vztahovat také na oblast osobních vztahů, ale může jít i o profesní vztah. Je to potřeba, kterou máme, pokud už víme, že na nás někomu záleží. Chceme si zasloužit úctu a uznání pro,

to co děláme, nejen tedy proto, že existujeme, ale jako odměnu za to, co dokážeme, umíme a zvládneme.

Posledním pilířem je *potřeba seberealizace*. Je to potřeba v něčem se realizovat, něco dokázat, v něčem být prospěšný. Je to potřeba tvořit nové, zdokonalovat sebe a naši práci. Mít činnost a té se věnovat. Pacienti většinou tuto potřebu v nemocnici nepocítují, většinou automaticky na toto přechodné období ustupuje.

1.3.1 Změna potřeb v nemoci

Pobyt v nemocnici přináší do života pacientů zcela nové situace a mění se tedy jejich potřeby. Zacharová ve svých knihách popisuje specifické uspokojování potřeb na základě povahy nemoci a uvádí dělení lidských potřeb v závislosti na ovlivnění nemocí, dle Bártlové. (ZACHAROVÁ, 2007 a ZACHAROVÁ, 2011 se odkazuje na BÁRTLOVÁ, 2003, s. 81)

- *potřeby, které se nemocí nemění* - Tyto potřeby zůstávají stejné v nemoci jako ve zdraví. Patří sem potřeba dýchat, spát, odpočívat, přijímat potravu, vyprazdňovat se a mít pocit bezpečí. V nemoci se u nich případně může změnit intenzita nebo důležitost pro pacienta, ale jinak zůstávají zachovány.
- *potřeby, které se nemocí modifikují* - V nemoci se mění individuálně podle druhu onemocnění, závažnosti a fáze hojení. Patří sem například sociální potřeby, které na počátku nemoci ustupují stranou, ale postupně při úlevě se vracejí. Dále také aktivnost, seberealizace pacienta.
- *potřeby, které vznikají nemocí* - Závisí na osobnosti pacienta, závažnosti a průběhu nemoci, informovanosti, předchozích zkušenostech a vztahu s okolím.

*„The patient also has **social needs**, which can involve such matters as shared or single rooms, everyday noises, voices, friendship, participation in activities and communication. Patients also have **spiritual needs**, which concern the possibility of discussing existential questions such as one's approaching death and similar thoughts. Finally the patient has physical or physiological needs that are expressed in a desire for bodily nearness in the form of skin contact or sexuality.“ (MATTIASON, 2016)*

1.4 Komfortní zóny

Lidé často říkají, že „chtějí mít trochu soukromí“. Může tím být myšleno, že chtějí být chvíli sami, nebo sami s někým konkrétním. Může to ale také znamenat, že je mu nepříjemná fyzická blízkost konkrétní osoby, která mu vstoupila do osobního prostoru.

„Při jednání s partnery si kolem sebe vytváříme určitý prostor, teritorium (zónu, „bublinu“). V této situaci hovoříme o prostorovém chování, jež se v zásadě děje prostřednictvím přibližování se, anebo odstupováním (vytvářením sociální distance).“ (JANKOVSKÝ, 2000, s. 74)

O osobních zónách se zmiňují také Venglářová a Mahrová, které ve své knize *Komunikace pro zdravotní sestry* popisují distanční zóny jako větší a menší kruhy, v jejichž společném středu se člověk nachází. Člověku přirozeně vyhovuje, když některé osoby nepřicházejí do bližšího, osobnějšiho kontaktu. Díky tomu se cítí bezpečně. S jinými lidmi pracuje a nevadí mu, když přistupují blíže. U nejbližších přátel a rodiny mu je jejich fyzická přítomnost a blízkost příjemná a tak jim dovoluje, aby přišli až k němu do vnitřního kruhu. Je důležité si uvědomit, že zdravotníci často vchází do vnitřního kruhu lidí-pacientů a očekávají, že to každý automaticky dovolí. Zdravotníci by měli dbát na to, aby se tak stávalo vždy pouze v profesně nutných situacích a se souhlasem dané osoby.

Jsou rozlišovány čtyři distanční neboli osobní zóny:

- *Intimní zóna* je nejnvtřnější kruh kolem nás. Je to zóna doteků těl, matky s dítětem, manželů či milenců. Patří sem osoby u kterých člověku není nepříjemná blízkost na 15-30 cm, blízcí přátelé a rodina. Jestliže je intimní zóna narušena člověkem, který do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity úzkosti či strachu. Hranice je vždy do určité míry individuální.
- *Osobní zónou* je prostor od 45 cm až 75 cm do 120 cm. Je to přibližná vzdálenost, kdy si lidé jsou schopni podat ruce a mohou sledovat mimiku druhé osoby. Osob, které jsme ochotni pustit do této zóny, je již mnohem více než v předchozí skupině. Většinou se jedná o kamarády, kolegy či vzdálenější příbuzné.
- *Společenská neboli sociální zóna* se pohybuje mezi 1,2 -3,6 m. Patří sem většina osob, se kterými se setkáváme a mluvíme s nimi. Patří sem pozice přednášející-student, soused, obsluha v restauraci či v obchodě.
- *Veřejná zóna* je oblast za posledním vnějším kruhem. Je největší a obsahuje víceméně cizí osoby. Patří sem lidé míjející se na ulici nebo herci v divadle. Pokud by taková osoba náhle vstoupila do osobní zóny druhého, pak by u ní mohla vyvolat nepříjemné pocity a automatický ústup. (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s. 50-53)

2. Zákonná a morální práva pacienta

V *Listině základních práv a svobod*, účinné od roku 1993, je psáno, že každý občan České republiky má svá práva a svobody, které nelze beztrestně porušovat. Jedná se o součást ústavního pořádku ČR. O týž zdroj se právně opírá přesvědčení, že každý má právo na život, na lidskou důstojnost a na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. (Usnesení č. 2/1993 Sb.)

Z *Občanského zákoníku*, zákonu č. 89/2012 Sb. lze vyčíst, že každý má právo na ochranu svého života, zdraví, svobody, cti, důstojnosti a soukromí. (Zákon č. 89/2012 Sb.)

Právo na soukromí se v dnešní společnosti jeví jako naprosto základní. Situace, že by někdo vstoupil do domu druhého bez dovolení je zcela nepředstavitelná. Lidé zdraví a v teple svých domovů nemají důvod přemýšlet o tom, že by to mohlo být jinak. Nikde není psáno, že by člověk počátkem hospitalizace přestával být občanem ČR, zdravotnictví je však natolik specifické prostředí pro nutné vstupování do soukromí cizích osob, že bylo naznáno jako potřebné vytvořit konkrétní dokumenty upozorňující výhradně na práva pacienta. V dnešní době je možno se opřít o mnoho zdrojů. V následujících podkapitolách je blíže popisují.

2.1 Etický kodex

Práva pacientů byla v ČR poprvé zpracována v Etickém kodexu v roce 1992. Nicméně se nejednalo o právní předpis, a tak jeho dodržování nebylo vymahatelné. Obsahuje souhrn mravních zásahů zdravotníků, jak sami sobě připomínají a svým pacientům deklarují s jakým záměrem k nim chtějí přistupovat. Etický kodex si většinou mohou sami pacienti v nemocnici přečíst. Je složen z konkrétních práv pacientů. Mezi nimi je zmíněno i právo na ohledy k jeho soukromí a studu, které vystihuje téma mé práce.

„Etický kodex vyjadřuje základní standard pro jednání sestry s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Určuje obecná pravidla, která vyjadřují, jaké hodnoty a morální přesvědčení by měla sestra ve své profesi uznávat.“ (RADA PRO ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ, 2001, s. 41)

„Právo č.5: V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 95)

2.2 Zákon o ochraně osobních údajů

Zákon č. 101/2000 Sb, o ochraně osobních údajů přímo zdůrazňuje ochranu soukromí pacienta, neboť citlivé údaje o zdravotním stavu jsou jeho součástí. Zdravotníci mají povinnost se řídit schválenými směrnici a standardy. Je myslím důležité upozornit, že 25.5.2018 vstoupilo v účinnost evropské nařízení o ochraně osobních údajů.

Zpracovávat osobní údaje je ve zdravotnictví nezbytné, proto je zdravotnickým službám udělena ze zákona výjimka. Přestože to neznamená, že by pro zdravotnictví ochrana osobních údajů neplatila, a že bychom se nemuseli řídit pravidly, opravňuje to poskytovatele zdravotních služeb k získávání a uchovávání osobních údajů.

„Citlivé² údaje je možné zpracovávat, jen jestliže, se jedná o zpracování při poskytování zdravotních služeb, ochrany veřejného zdraví, zdravotního

2 Citlivé údaje zahrnují informace o rasovém či etnickém původu, politických názorech, náboženském nebo filozofickém vyznání o zdravotním stavu či sexuální orientaci. Více na: <https://www.gdpr.cz/gdpr/heslo/citlive-osobni-udaje/>

pojištění a výkon státní správy v oblasti zdravotnictví podle zvláštního zákona nebo se jedná o posuzování zdravotního stavu v jiných případech stanovených zvláštním zákonem.“ (Zákon č. 101/2000 Sb., § 9, pís. c)

2.3 Zákon o zdravotních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách popisuje podmínky jejich poskytování, druhy poskytované služby, práva a povinnosti pacientů, příbuzných pacienta, poskytovatele zdravotních služeb i zdravotnických a jiných pracovníků. Tento zákon také obsahuje předpisy Evropské unie. (Zákon č. 372/2011 Sb., § 1)

Zákon definuje ošetrovatelskou péči a popisuje její účel. Přímou se zmiňuje o třech složkách osobnosti člověka, které má ošetrovatelská péče zahrnovat. *„Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou: ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 5, odst.2, pís. g)*

Zákon mezi jednotlivými právy pacientů vyjmenovává také právo na ohleduplnost a soukromí, co nejméně omezující prostředí a kvalitní péči. *„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., § 28, odst. 3, pís. a). „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo: na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 28, odst.3, pís. k)*

V neposlední řadě zákon nařizuje v rámci ochrany osobních údajů mlčenlivost všem pracovníkům zdravotnických zařízení, to tedy zahrnuje lékaře, sestry, sanitáře, veškeré terapeuty, ale i uklízečky. Mlčenlivost se vztahuje na veškeré informace o člověku-pacientovi, které se o něm personál dozvěděl v souvislosti s jeho hospitalizací. To znamená, že pokud jej dříve neznali, pak se mlčenlivost vztahuje na úplně vše o pacientově osobě, včetně samotné skutečnosti, že je daný člověk hospitalizován a na jakém oddělení. Zákon zde konkrétně vyjmenovává příklady toho, co porušení mlčenlivosti není. *„Poskytovatel je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb.“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 51, odst. 1)*

3. Všeobecná sestra respektující soukromí a intimitu

3.1 Tvář všeobecných sester

Všeobecná sestra, obor Ošetrovatelství, absolventky vysokých a vyšších odborných škol. Co to však znamená? O čem to vypovídá? Kým sestry doopravdy jsou a jaké by měly být? Jak moc představa odpovídá realitě?

“‘Základní ošetrovatelská péče’ je především službou nemocným a bezmocným lidem. ... Kéž by sestra, která se snaží někomu pomoci zlepšit jeho zdravotní stav, našla v prvcích ošetrovatelské péče, popsané na následujících stránkách, užitečné vodítko. Rozhodně je může považovat za základ rozvíjení vlastního režimu a životosprávy. Je nesporné, že čím lepší příklad bude dávat, tím je její konstruktivní vliv na ostatní pravděpodobnější.“ (HENDERSON, 1995, s. 1)

„Přitom zejména může: vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projeví jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)“ (Zákon č. 391/2017 Sb., § 4, odst. 1, pís. a)

3.1.1 Koncepce ošetrovatelství

Náplň ošetrovatelské profese shrnuje metodické opatření vytvořené samotnými sestrami a vydané Ministerstvem zdravotnictví. Nazývá se *Koncepce ošetrovatelství*. První takový dokument v České republice vytvořila v roce 1998 Rada pro rozvoj ošetrovatelství pod vedením Doc. Marty Staňkové. Druhá Koncepce reagující na legislativní změny vznikla v roce 2004 a je stále platná. Brzy však vejde v platnost třetí Koncepce 2018, která uplatní v praxi změny jež přináší vyhláška č. 391/2017 Sb.

Koncepce ošetrovatelství z roku 2004 definuje obor Ošetrovatelství takto: „*Ošetrovatelství je samostatná vedecká disciplína zaměřená na aktivní vyhľadávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potrieb nemocného a zdravého človeka v péči o jeho zdraví.*“ (KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, 2004)

Úlohu sester jakožto ošetrovatelského personálu popisuje takto: „*Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potrieb. Vede nemocné k sebebepči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče. Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči*“ (KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, 2004)

Z tohoto popisu jasne vyplývá, že péče o soukromí a intimitu není nadstavbou, ale běžnou součástí poskytované ošetrovatelské péče. Má být tedy v zájmu každé sestry. Veškerá tato péče z její strany pak má být profesionální. Sestra má systematicky a komplexně uspokojovat potrieby človeka. Jejím záměrem mají být především tyto oblasti.

- podporovat a upevňovat zdraví
- podílet se na navrácení zdraví
- zmírňovat utrpení nemocného človeka
- zajistit klidné umírání a důstojnost smrt

Tyto body mají být podstatou sesterské práce. Je uvedeno, že sestra má zmírňovat utrpení nemocného, není však psáno jaké utrpení a tedy se to týká všech jeho druhů. Proto, aby jej sestra mohla zmírňovat, jej musí znát a přijmout jeho existenci. A i k tomuto má přistupovat profesionálně. Její povinností není docílit stavu kdy nemocný nebude mít žádné utrpení, má se o to však pokusit. Zdánlivá problematickosti utrpení z psycho-sociálně-spirituálních oblastí osobnosti nemocného nemá být důvodem proč by sestra měla toto utrpení přehlížet. I tyto

druhy utrpení si zaslouží péči stejně jako fyzické utrpení bolesti, horečky ad. Dalším bodem, na který bych ráda upozornila vzhledem k tématu této práce, je zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Tento bod otevírá otázku, zda je možné zajistit důstojnou smrt pokud dříve nebude pečováno o důstojný život pacientů v nemocnici. A toho nelze dosáhnout bez respektování pacientova soukromí a intimity.

Koncepce ošetřovatelství zmiňuje charakteristické rysy ošetřovatelství. Jsou to: poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu, holistický přístup k nemocnému a preventivní charakter péče. Popisuje tedy konkrétně jaký přístup mají sestry mít ke svým pacientům. Připomíná jim povinnost hledět na každého člověka jako na novou osobnost a přizpůsobovat svou pomoc jeho potřebám a přáním. Od sester se očekává, že dokáží pomocí empatie a lidského přístupu poskytnout pacientovi přesně takovou pomoc jakou je schopen či ochoten přijmout.

Také vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, upozorňuje na to, že úkolem sestry není pouze pečování o tělo nemocného, neboť mezi činností všeobecné sestry uvádí: „*pozorovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta*“. (Vyhláška č. 391/2017 Sb., § 4, odst. 1, pís. c)

3.1.2 Role sestry

O rolích sestry se mluví již více než sto let. Sama Virginie Henderson se snažila popsat úkol sestry přirovnáním, aby společnost i samy sestry lépe pochopily smysl tohoto povolání. Napsala: „*Sestra byla nazvána 'profesionální matkou'. Stejně jako matka, která reaguje na potřeby svého dítěte, musí sestra často vykonávat úkoly, které jsou jí zcela cizí.*“ (HENDERSON, 1995, s. 2)

Stejně jako tehdy, jsou dnes užívány přirovnání a příklady. Kutnohorská ve své knize *Etika v ošetrovatelství* popisuje role sestry v těchto kategoriích:

- *sestra pečovatelka* - Poskytuje profesionální ošetrovatelskou péči.
- *sestra komunikátorka* - Komunikuje s pacientem, s rodinou pacienta, spojuje komunikaci lékaře s pacientem, komunikuje se všemi zainteresovanými spolupracovníky.
- *sestra edukátorka* - Učí pacienty zásadám, které pacient potřebuje znát pro 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 ošetrovatelských postupů i zdravotnických pomůcek je nutné, aby sestra byla v kontaktu s tímto vývojem prostřednictvím celoživotního vzdělávání formou kurzů či seminářů. A vzala tím na sebe roli výzkumné pracovnice, která se podílí na zvyšování kvality ošetrovatelské práce. (KUTNOHORSKÁ, 2007)

3.2 Tvář pacienta

„Pacient je trpící člověk, který má obavy a strach, a který přichází do zdravotnického zařízení proto, že hledá pomoc. První člověk, se kterým se zpravidla setká, je zdravotní sestra, která jeho důvěru nejen nesmí zklamat, nýbrž od počátku pacientova setkávání se zdravotníky udržovat a rozvíjet.“
(HAŠKOVCOVÁ, 2000, s. 5)

3.2.1 Právní pohled na pacienta

V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, je pacient popisován jako „*fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby*“. (Zákon č. 372/2011 Sb., § 3, odst. 1)

Označení *pacient* vychází z latinského „*pati*“ jehož význam je snášet, trpět. V sociálních službách se však používá slovo *klient*. Jeho pozice je mnohem více partnerská, je svobodnější v tom smyslu, že má větší možnost si vybrat co s ním bude dál. Jsou tak například označovány osoby v domovech pro seniory nebo v hospicích, přestože jim může být poskytována také zdravotní služba, jejich postavení v daném zařízení je více podobno klientovi než pacientovi. Označení *klient* je v dnešních službách čím dál častější a tato myšlenka přechází i do zdravotnictví. Vzniká snaha zapojit pacienta více do ošetrovatelského procesu a vytvářet s ním spíše partnerský vztah.

„Úkolem sociální práce je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, zmírnit nebo odstranit ty, které vyřešit lze. Sociální práce cíleně usiluje o změnu jednání svých klientů a jejich širšího společenského zázemí. Teoreticky jde o dosažení harmonizace života v disharmonických podmínkách.“
(VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s. 137)

3.2.2 Psychologický pohled na pacienta

Pacient je osobou vystavenou náhlé změně prostředí a zdravotního stavu. Musí se tedy vyrovnávat s mnohými okolnostmi, z nichž některé mohou mít i doživotní trvání. Dále se musí v krátké době adaptovat v prostředí do kterého nepřišel ze své vůle a přijmout mnoho věcí tak jak jsou, bez možnosti je ovlivnit. V tomto novém prostředí navíc není tak docela vlastním pánem a to co bývalo jeho soukromé ba dokonce intimní, teď musí sdílet s cizími osobami. Je zcela přirozené, že se s tím každý vyrovnává různě dlouho a s různou intenzitou

prožitku a obranné reakce. Mezi faktory, které to ovlivní jistě bude patřit věk, povaha, temperament, charakter, vážnost problému ad.

Úkolem sestry je pomáhat lidem v naplnění jejich základních potřeb, když toho nejsou schopni sami. To sestry vědí a zdálo by se samozřejmé, že to vědí také pacienti. Lidská bytost je však citlivá zvláště v krizových situacích, kterou zhoršení zdravotního stavu jistě je, a tak se může stát, že pacient na poskytovanou péči reaguje negativně. Uvědomění si skutečnosti, že je poskytovaná pomoc potřebná a přijetí této pomoci, mohou být pro daného člověka dvě rozdílné věci. Sestry stojí před obtížným problémem. Mají člověku k jeho neúplné soběstačnosti doplnit právě tolik pomoci, kolik je daný člověk potřebuje. Pokud sestra pomáhá příliš, ve smyslu, že dělá věci za pacienta, přestože by toho byl schopen sám, nepomáhá mu dobře. Chybou by také bylo, pokud by mu pomoc poskytovala málo.

„Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či k pokojné smrti) a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.“
(HENDERSON, 1995, s. 3)

Je možné, že v důsledku způsobí nemoc a hospitalizace negativní změny nálad pacienta. Nespokojenost se sebou samým a následně se vším okolo, rozladěnost, rozhněvání, smutek či apatie, patří mezi běžné emoce v nemocnicích. V některých případech jim lze předcházet nebo je zmírňovat, jindy je třeba pouze trpělivost a čas, aby se pacient vyrovnal s novými okolnostmi. Nadměrné vstupování do soukromí a intimity pacienta mu tento proces neulehčuje. Podanou rukou zdravotníků pacientovi v takové situaci se jistě může stát empatický a lidský přístup, poskytování péče na základě domluvy s konkrétním pacientem

a vstupování do soukromí a intimity pouze na základě profesně odůvodněné nutnosti.

„Profesionálně vystupující sestra se snaží o aktivní empatické vystupování. Všímá si situace, ve které se nemocný nachází. Zvažuje okolnosti, další vývoj nemoci a jeho důsledky pro nemocného. Nesoustředí se jen na roli nemocného. Vcítuje se do nemocného v celé rozmanitosti jeho životních rolí. Např. zhoršení hybnosti kloubu nemusí pro běžný život znamenat žádné omezení. Pokud je ale nemocný aktivním sportovcem, prožívá situaci zcela jinak.“ (VENGLÁŘOVÁ a MAHROVÁ, 2006, s. 33)

3.3 Vztah sestry a pacienta

„Základní princip individualizované péče v ošetrovatelském procesu spočívá v navázání osobního vztahu mezi sestrou a pacientem a jeho rodinou. Aby mohla naplánovat a zajistit kvalitní péči, musí sestra nemocného velmi dobře poznat.“ (STAŇKOVÁ, 1999, s. 9)

3.3.1 Paternalistický vztah

Přestože se paternalismus přiřazuje především ke vztahu lékař-pacient i mnohé sestry tímto způsobem přistupují ke svým pacientům. Přestože zdravotník by měl být určitou autoritou, neměl by ji v žádném případě nadužívat. Tento typ vztahu je založen na nadřazenosti jedné strany (zde míněn zdravotník) a podřízenosti druhé strany (pacient). Zdravotník je odborník a pacient je člověk potřebný rady a pomoci od odborníka. Přestože se jedná o laikovu osobu-tělo, on sám mu tak odborně nerozumí jako zdravotník, proto je po odevzdání problému jistým způsobem zbaven možnosti o svém těle rozhodovat a nechává na sobě pracovat odborníky. Trpělivě čeká na rozkazy, kterými se poté řídí. V tomto vztahu není příliš mnoho místa na otázky a vlastní názor ze strany pacienta. To, co odborník řekne, má laikovi stačit jako důvod, neboť si je vědom, že odborník dělá vše tím nejlepším možným způsobem.

V našich nemocnicích stále převažuje biomedicínský model poskytování péče. Paternalistický přístup v něm přetrvává jako berlička, když se zdravotníci nechtějí zdržovat vysvětlováním nebo se bojí diskutujících pacientů jako potenciálního vzniku komplikací. Je velmi obtížné to změnit. Změny přicházejí postupně a tak se jen pozvolna na různých místech objevují prvky snahy zapojit pacienta více, více s ním komunikovat a spolupracovat, dívat se něho jinak.

„Vědecký a technický pokrok je výrazný především v našem století. Do praktické medicíny pronikla celá řada systémových změn zejména v období po druhé světové válce. Jiná je medicína, jiní jsou lékaři, změnili se i pacienti. Paternalistický model vztahu lékař a pacient je nadále neudržitelný, postupně dochází k proměně a odborníci vyzývají k partnerství.“ (HAŠKOVCOVÁ, 1996, s. 9)

3.3.2 Partnerský vztah

V dnešní době je snaha směřovat k partnerskému vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Přestože to bude jistě nesnadná a dlouhá cesta. Tento druh vztahu je založen na jednání dvou rovnocenných stran. Je zde důležitá komunikace a vzájemná informovanost. Zdravotník i v tomto případě zůstává odborníkem ohledně nemoci, léčby či péče o pacienta. Pacient zas může do určité míry být vnímán jako odborník sám na sebe a svůj život. Může poskytnout zdravotníkovi cenné informace, pokud bude mít možnost a důvěru v zdravotníkovu osobu. A minimálně je to on, kdo rozhoduje o svém životě, o svém těle, o své budoucnosti. Pacient je tím, kdo v nemocnici musí učinit mnoho rozhodnutí a může také výkon či péči na vlastní zodpovědnost odmítnout. Měly by mu tedy být poskytnuty informace v dostatečné míře, aby věděl o čem rozhoduje.

Partnerský vztah je mimo jiné založen také na holistickém pojetí člověka. Uvědomění si, že člověk není pouze fyzickým tělem, ale má také stránku

psychickou, sociální a duchovní. Tento přístup respektuje všechny složky člověka a jeho potřeby, přání a priority, ač se nám mohou z vnějšího pohledu jevit podivnými či neuváženými.

„Respecting privacy is crucial as part and parcel of holistic care and meeting individual needs. It gives dignity to patients and creates a climate of confidence ... This should help early recovery from illness and effect early discharge to their home.“ (WOOGARA, 2001)

Zajímavé je, že zařízení, která aplikovala individuální a holistický přístup do poskytování péče vykazují po zavedení tohoto systému větší spokojenost pacientů i personálu. Osobně jsem navštívila Domov Sue Ryder v Praze, který využívá Psychobiografický model péče, jenž je zde velmi kladně hodnocen. Oboustranně výhodným cílem se tedy ukazuje vytvoření prostředí, ve kterém zdravotnický tým intenzivně komunikuje a spolupracuje s nemocným a jeho rodinou, a zároveň získané poznatky o pacientovi aplikuje v praxi jako individuální plán léčby a péče.

4. Ošetrovatelská péče

Studie k mé bakalářské práci zkoumala mimo jiné také konkrétní situace, které hospitalizovaní pacienti na CHIR a ODP posuzují jako zásah do soukromí a intimity. Před samotným výzkumným šetřením jsem danou problematiku teoreticky zpracovala na základě literárních zdrojů a vlastních zkušeností. Poslední kapitola teoretické části tedy obsahuje mé poznatky a předpoklady, před provedením výzkumu. Praktická část pak shrnuje poznatky z vlastního zkoumání a porovnává je s teoretickými základy.

„There is no doubt that the majority of health professionals treat their patients with dignity and respect. Patients expect this, particularly during intimate care such as washing, dressing, toileting and catheterization, which invariably invades one's privacy and can cause intense embarrassment.“
(WOOGARA, 2001)

4.1 Ošetrovatelská péče zasahující do soukromí a intimity pacienta

V následujících podkapitolách popisují konkrétní situace ze sesterské praxe, u kterých předpokládám, že by je pacienti mohli hodnotit jako zasahující do jejich soukromí a intimity. Jsou to oblasti z ošetrovatelské péče: dopomoc při hygieně, dopomoc při vyprazdňování, dopomoc s oblékání, dopomoc s přijímáním potravy a tekutin, převazy ran, příjem pacienta. A okolnosti, které běžně přináší systém a technické zázemí nemocnice: sdílení pokoje s více pacienty a sociálního zařízení s více pacienty.

„In a study undertaken at the University of Surrey, Guildford, UK, I asked a group of 30 qualified nurses to identify the common occurrences that may lead to the violation of patients' privacy in an NHS hospital setting. The following comments reflect the overall feeling of the group:

- *Nurses walk in while a patient is being washed or undressed.*

- *Doctors tend to ask personal information in front of other patients.*
- *Doctors' instruction workbooks are left open in the nurses' station.*
- *While carrying out personal care and intimate procedures the curtain is not properly closed.*
- *There are not enough toilet facilities on our ward. Able patients have to use a commode behind curtains.*
- *Patients are not able to sleep because of the noise level at night.*
- *Patient handover is given at the end of each bed. Other patients and visitors can hear what is being discussed.*
- *Doctors' ward rounds have to be addressed.*
- *Discussion with a patient in the corridor reaffirming what the doctor had said in the consulting room.*
- *Doctors tend to interview patients in the same room where other patients are having treatment.* “ (WOOGARA, 2001)

4.1.1 Dopomoc při hygieně

Být čistý, umytý a učesaný, je základní lidská potřeba. Pokud je naplněna cítí se člověk mnohem lépe. Někdy po východu z koupelny říkáme „tak už jsem zase člověk“. Jistě je to trochu nadsazené, ale často se stane, že pacientovi právě ta obyčejná koupel velmi pomůže.

„Značné ulevení a osvěžení, které nemocný pocítí pokaždé, když jeho kůže řádně byla umyta a do sucha otřena, lze nám každodenně u lože nemocných znamenat. Avšak nesmíme se domnívat, že osvěžení takto způsobené jedinou jest výhodou; slouží nám pouze za pokynutí, jak značně choré osoby nabývají nových sil, odstraníme-li vše, co nemoc zhoršuje a nemocného obtěžuje. Ošetřovatelka nesmí tedy odkládat aneb zanedbávat čistotu těla svěřence svého, domnívající se, že chorý nezíská tím než trochu úlevy, která se mu právě tak dobře může poskytnout později.“ (NIGHTINGALE, 1874, s. 129-130)

Tato oblast ošetrovatelské péče zahrnuje konkrétně pomoc při celkové hygieně na lůžku, při celkové hygieně na akvarelu, při mytí ve sprše, při čištění dutiny ústní ad. Podob, jak sestry pomáhají s hygienou, je mnoho. Liší se podle soběstačnosti pacienta, jeho momentálního stavu a diagnózy.

U zcela imobilních a nesoběstačných pacientů je třeba vykonat vše za ně. V takovém případě, ještě více než kdy jindy, je důležité **dbát na komunikaci** s daným člověkem, aby nebyl chováním zdravotníků zraňován. Častým problémem je automatizace takového výkonu. Není-li přistupováno k pacientovi vždy nově, neptá-li se jej personál na jeho momentální potřeby, pak mu může velmi uškodit, přestože výsledkem bude perfektně čistý pacient „jako ze škatulky“. Je pochopitelné, že není možné splnit a akceptovat všechna přání pacientů, neboť sestry dbají především o jejich zdraví. V mnohých případech je však dobré aplikovat způsob jak docílit obojího.

Pokud je nutné provádět celkovou hygienu přímo na pokoji v přítomnosti ostatních pacientů, ať už půjde o celkovou hygienu na lůžku nebo jen částečnou dopomoc při ranní hygieně u umyvadla, je povinností sestry **přízpůsobit prostředí** pro zachování alespoň částečného soukromí vzhledem k dalším osobám nepodílejících se na pomoci a dodržet zásady ohleduplného poskytování péče.

S tělem pacienta je třeba zacházet citlivě, s úctou a ohleduplností vůči jeho pocitům. Fyzická nahota, odhalení těla před cizími lidmi je pro mnoho lidí velmi citlivou záležitostí. Je to věc, která zajisté neoddělitelně patří k nemocničnímu prostředí, pacient o tom může přemýšlet hodiny a dny a zdravotník možná ani nepomyslí na to, že právě vkročil do intimního prostoru pacienta. Proto je dobré si připomenout, že tam venku za nemocničními zdmi žil pacient běžným životem, přišel a odejde oblečen. I zde je tedy nutné nepřekračovat hranice nutnosti. Lépe je, když personál předpokládá, že je pacient stydlivý i kdyby nebyl, protože tím v jeho očích spíše získá důvěru.

„Physical intimacy is closely related to emotional intimacy. It may concern bodily contact or sexuality, which are likewise to be regarded as fundamental needs that are present to varying degrees. The concept of intimacy is also brought to the fore in situations where the naked body and personal hygiene are involved.“ (MATTIASON, 2016)

4.1.2 Dopomoc při vyprazdňování

Myslím, že tato oblast je pro mnohé při nástupu do nemocnice noční můrou. Mnozí jsou vystrašení jen při zmínce o vyprazdňování na míse, toaletním křesle na pokoji, plenách či podložkách v lůžku. A ani představa doprovodu pokaždé, když chce pacient jít na WC, močení do bažanta nebo zavedení PMK jistě nepatří k oblíbeným náležitostem pobytu v nemocnici.

V praxi jsem se dokonce setkala s pacienty, kteří úmyslně méně jedli a vůlí odkládali potřebu vyprázdnit se pro obavy, zda se zvládnou vyprázdnit do podložní mísy. Neboť to obnáší zazvonit si na sestru a říci jí o této potřebě, ustát i možnost, že jí to právě vyrušilo z její práce a pak doufat, že „se to povede“, nebude nic cítit ani slyšet. A že to potom sestra nebude nijak popisovat nebo komentovat, protože na pokoji leží další pacienti.

Úkolem sestry je opět **profesionálně a citlivě přistupovat** k pacientovi a dle možností **přizpůsobit prostředí** tak, aby příliš nenarušovalo soukromí, intimitu a důstojnost člověka-pacienta. Získá-li jeho důvěru, přesvědčí-li jej svým přístupem k němu v této situaci o tom, že není třeba, aby se tím trápil, cítil trapně nebo zostuzeně, pak velmi ulehčí jemu i sobě.

Jako situace, které se zdravotníci často ostýchají a nebo ji řeší automatizací a tedy necitlivostí k pacientovi, aby už to měli rychle za sebou a necítili se trapně, se mi jeví kontrola čistoty plen. Důležité je si však uvědomit, že z pohledu pacienta je to zdravotník kdo přichází jako ten, kdo je tam více doma a má tedy

jednodušší výchozí pozici **udělat první otevřený a vstřícný krok**. Jeho chování promlouvá k pacientovi o tom, jaké jsou normy a co má očekávat přístě. Pokud zdravotník nabídne otevřenou komunikaci, citlivě nicméně beze studu vysvětlí, o co jde. Pak se i pacient bude cítit méně trapně a původně napjatá situace se pro něho stane běžnou zvyklostí, u které si nebude připadat nepatřičně.

4.1.3 Dopomoc s oblékáním

Další situací, při které jsou zdravotníci přítomni fyzické nahotě pacienta, je jeho oblékání. Zde se pacienta již tolik nedotýkají jako při hygieně a to také pacient očekává. Pakliže k tomu je nějaký zdravotnický důvod, je třeba jej pacientovi sdělit. Sestra opět dbá na to, **aby nepomáhala příliš**. Mnohým pacientům stačí pouze připravit oblečení ze skříně na postel, obléknout ponožky, nebo zapnout malé knoflíky u košile.

Častým důvodem nespokojenosti pacientů je nošení nemocničního prádla. Je třeba zvážit, zda je to vzhledem k pacientovu stavu a zvyklostem oddělení opravdu nutné, pokud by mu rodina zvládala zajišťovat čisté prádlo.

4.1.4 Dopomoc s přijímáním potravy a tekutin

Podoby této pomoci jsou opět stupňované dle potřeby konkrétního pacienta. Zahrnuje to celkové krmení, dopomoc s přípravou stolování a stravitelnosti pokrmu, upomínání k přijímání tekutin apod.

„Eating, too, is seen by many as an intimate matter.“ (MATTIASON, 2016) Přijímání jídla je odjakživa pro lidi požitek, dobré jídlo a pití bývá součástí rodinných a společenských událostí. Dobře najedený člověk je klidnější, optimističtější, lépe zvládá stres, únavu a tedy i nemoc. Jeho tělo má více energie a mysl touhu se uzdravit. Přestože se to na první pohled může zdát jako věc „nezdravotnická“, přijímání potravy je také lidskou potřebou a tedy spadá do ošetrovatelské péče. Úlohou sestry je, aby měla přehled o tom jaká je

pacientova schopnost se najíst a napít, co pacient jí, jestli má či nemá chuť k jídlu a proč. Ona upozorňuje lékaře či specialistu, ona dohlíží na to, aby pacient skutečně dostal k obědu příbor, má-li se před propuštěním domů procvičit v jemné motorice.

Intimita přijímání potravy se skrývá právě v tom, jaká je to maličkost a jak velké potěšení člověku může přinášet. Je to jedna z prvních věcí, kterou se dítě naučí. Dříve než přestane nosit pleny, dokáže si již přidržovat rohlík a užívá si uspokojení této potřeby. Člověk, který ztratil soběstačnost se najíst, není vůbec v lehké situaci. Docílit ponížení dospělého člověka tím, že musí být „krmen“ jako malé dítě, lze velmi snadno a proto je třeba provádět tuto péči velmi ohleduplně.

Dbát na důstojnost při podávání stravy pacientů je velmi důležité. Je však otázkou, do jaké míry je potřebné se zabývat například tím, zda se imobilní pacient cítí ponížen, když nádobě ze které mu dáváme napít říkáme „pítka“. Pokud nám jde především o to, abychom udrželi pacientovu schopnost z této nádoby pít a polykat, pak se domnívám, že je-li náš **přístup** k takovému pacientovi **důstojný**, pak jeho pocity neovlivní, zda mu dáváme pít z lahve nebo z „pítka“.

„Necháme-li nemocnému pokrmy, kterých se nedotknul, státi před očima doufající, že je snad bude jísti později, zajisté pozbude úplně schopnosti neb chutě k jídlu. Nemocní, jakožto i často zdraví lidé někdy vskutku nemohou jíst věci, na které jim dlouho bylo se dívat. Pokrmy přinášejme a odnášejme vždy v pravý a vhodný čas, i kdyby pacient se jich ani nebyl dotknul. Nechceme-li mu pokrmy úplně znechutit, nesmíme je dlouho nechat mu na očích.“
(NIGHTINGALE, 1874, s. 91)

4.1.5 Převazy ran

Převazování rány je další ze situací, při kterých dost často odhalujeme tělo pacienta a musíme tedy dbát na **komunikaci s pacientem a důstojné chování** k němu. Není neobvyklé, že je u převazu přítomno mnoho lidí. Bývají to studenti, nebo i ostatní pacienti, pokud na oddělení nemají zvlášť vyhrazenou místnost. Je tedy na sestře dobře zorganizovat průběh převazu, aby se pacient necítil zostuzen, ale brán jako člověk. A aby byla **respektována jeho přání či případný nesouhlas** vzhledem k přítomnosti přihlížejících osob.

4.1.6 Příjem pacienta

Příjem pacienta je pouhým modelovým zástupcem skupiny situací, při kterých jsou nahlas vyslovovány osobní informace o pacientovi, mnohdy v přítomnosti nezúčastněných osob. Je to situace, která přicházejícího člověka snadno a rychle postaví pevně nohama na zem. V mnohých případech je pacient přiveden či přivezen na pokoj, uložen na lůžko a poté se u něho střídají sestry a lékaři, každý se na něco ptá, chce něco vidět, všichni spěchají a nikdo se nezabývá tím, že právě odhalili poměrně značnou část osobních údajů, soukromých i intimních záležitostí ze života přijímaného před jeho novými dosud neznámými „spolupacienty“. Zde je na místě, alespoň trochu **přizpůsobit prostředí**, abychom v minutě nesebrali pacientovi veškeré soukromí. Jistě je situace odlišná, pokud se jedná o akutní příjem, ale i v takové situaci lze některá opatření použít rychle a efektivně.

4.1.7 Sdílení společného pokoje a sociálního zařízení

Otázkou v dnešní době stále častěji pokládanou je poměr vícelůžkových a jednolůžkových pokojů na odděleních. Názory na to se různí a nejspíš mají obě varianty své pro a proti. Osobně myslím, že řešením je poskytnout pacientům alespoň **částečnou možnost volby**. Bude-li jim volba nabídnuta, nebo vysvětlen důvod, proč momentálně není jiná možnost, pak byl učiněn vstřícný krok pro vznik důvěry a spolupráce s pacientem.

Přítomnost cizích osob ubytovaných na stejném nemocničním pokoji jistě patří do základní představy o nemocnici. Pacient s tím většinou předem počítá. V určitých situacích se přesto může toto sdílení pokoje stát neúnosným a velmi zasahujícím do soukromí.

Speciální okolností této problematiky jsou sociální zařízení. Jistě je rozdíl mít vlastní koupelnu a toaletu přímo na pokoji sám pro sebe či pro sebe a své spolubydlící, nebo chodit přes chodbu do koupelny a toalet společných pro několik pokojů. Je to záležitost spíše technického zázemí a ekonomických možností nemocnice, které nemohou jednotlivé sestry ovlivnit. Právě proto je důležité, aby nezapomínaly využívat prostředky, které mají a mohou poskytnout soukromí jiným způsobem.

4.2 Preventivní ochranná opatření k zachování soukromí a intimity pacienta

Přestože se jedná o různé situace je patrné, že se určité problematické prvky opakují. Ty lze shrnout do následujících kategorií založených na způsobu zasahování do soukromí pacienta. Stejným způsobem lze vytvořit skupiny poskytovaných ochranných opatření. Situace lze rozřadit do těchto skupin:

- Odhalování těla pacienta
- Odhalování osobního života pacienta
- Nedostatek osobního prostoru

„When a patient is being cared for in a hospital, respecting privacy can come in many forms. This may involve: the right to enjoy one’s property; the right to protect one’s medical and personal information as confidential; the right to expect treatment with dignity during intimate care; and the right to control one’s personal space and territory.“ (WOOGARA, 2001)

Možností, jak poskytnout soukromí, jsem rozdělila do těchto kategorií:

- *přizpůsobit prostředí* – lze provést použitím zástěny mezi lůžky na pokoji, zavřením dveří na chodbu, odkrýváním jen nutné části těla pacienta, zajištění přítomnosti pouze nezbytných osob ...apod.
- *profesionální přístup* – jedná se o způsob chování zdravotníka, měl by přistupovat k pacientovi citlivě, laskavě a vstřícně, před vstupem do pokoje klepat, dbát na důstojnost a lidskost
- *komunikace s pacientem* – je důležité se představit, informovat pacienta, žádat o souhlas, ptát se ho na jeho názor nebo zda nemá otázky ... atd.

4.2.1 Odhalování těla pacienta

Tělo je soukromé vlastnictví každého člověka. Něco, o co pečuje, střeží, má k němu vztah. Tělo je také darem v intimním manželském vztahu. Obnažování těla před druhou osobou je tedy něco výlučného a velmi důvěrného. V nemocnici je však pacient nucen své tělo ukazovat cizím lidem bez ohledu na sympatie. Seběmenší křivý pohled či neprofesionální komentář od zdravotníka může podlomit pacientovu důvěru a ochotu spolupracovat. Vnímání takového zasahování do intimity se samozřejmě liší dle různých faktorů. Podstatné však je, že je všem lidem přirozené si své soukromí chránit a jako zdravotník mám tedy povinnost přistupovat k pacientovi na základě etických a morálních pravidel.

4.2.2 Odhalování osobního života pacienta

Součástí osobnosti každého člověka není jenom tělo, ale také jeho myšlenkové vlastnictví a informace o jeho osobě, včetně velmi osobních údajů. V nemocnici se ale mnohdy to vše stane jakýmsi „veřejným vlastnictvím“, zdá se, že každý o něm ví první i poslední a pacient o svých lékařích a sestřích neví téměř nic.

4.2.3 Nedostatek osobního prostoru

Osobním prostorem kromě osobních zón je myšlen také prostor, tedy místo a čas pro samotu, klid, nerušení okolním světem. Jsou lidé, kteří to potřebují více a ti mohou v nemocnici vnímat velký zásah do svého soukromí právě proto, že se nachází v cizím prostředí plném cizích lidí, a kde se nemají kam ukryt, aby měli „chvilku pro sebe“.

II) PRAKTICKÁ ČÁST

5. Zadání výzkumné práce

5.1 Cíl výzkumu

Cílem mé práce je zjistit jak pacient během hospitalizace prožívá své soukromí a intimitu. Chci poukázat na tuto problematiku a dozvědět se od konkrétních pacientů, zda se domnívají, že je péče v tomto ohledu dostatečná, či nikoliv. A případně na co by měl být kladen důraz při poskytování péče vzhledem k ochraně jejich soukromí a intimity.

Během své školní praxe jsem se setkala s různými přístupy personálu k soukromí a intimitě pacientů a s různými potřebami, starostmi, přáními a povahami pacientů. Bylo zcela očividné, že není možno bez bližšího zkoumání určit jednotný názor společný všem pacientům a tedy nelze ani stanovit jednotný způsob jak k pacientům přistupovat. Existují pacienti velmi úzkostní a bedlivě střežící své tělesné i myšlenkové soukromí, ale i pacienti možná až příliš bezstarostní a otevření.

Téma mě zaujalo právě proto, že se o něm hodně mluví teoreticky, ale v praxi není zcela jasné o co se mají zdravotníci snažit, na co mají dbát a jakým konkrétním způsobem. Pro rozdílnost pacientů zdravotníci často nevědí jakou reakci ze strany pacienta mají předpokládat a podle čeho mají posuzovat hranici soukromí a intimity u každého pacienta zvlášť. Druhou stranou mince však je, že si zdravotníci často přestanou takové otázky sami sobě pokládat. Zvolí jednu variantu chování a pak takto přistupují automaticky ke všem pacientům. Což však není správné. Je to v naprostém rozporu s poskytováním individuální péče a navíc se tím zásahy do soukromí pacientů zvyšují.

5.2 Hypotéza a výzkumné otázky

Mou vstupní **hypotézou** pro tento výzkum je, že se domnívám, že se liší vnímání zásahů do soukromí a intimity na Oddělení dlouhodobé péče a na standardním chirurgickém oddělení.

Svým výzkumem chci odpovědět na tyto tři **otázky**:

1. Jak pacient vnímá zásahy do svého soukromí a intimity?
2. Jaké chování a situace pacient hodnotí jako nejvíce zasahující do jeho soukromí?
3. Pociťuje pacient ze strany personálu snahu poskytnout mu soukromí v co nejvyšší možné míře vzhledem k situaci/okolnostem?

5.3 Časový harmonogram

Během podzimu 2017/2018 jsem začala vymýšlet konkrétní podobu práce a shromažďovat literaturu. Oslovila jsem vrchní sestry na oddělení dlouhodobé péče a na standardním chirurgickém oddělení, kde jsem již dříve byla na praxi. V zimních měsících jsem začala pracovat na teoretické části práce. Výzkum probíhal od února do dubna 2018. Následně jsem zpracovávala výsledky. Na přelomu dubna a května jsem dokončila teoretickou i praktickou část.

6. Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila kombinovanou metodu, skládá se tedy z kvantitativního i kvalitativního výzkumu. Tento způsob výzkumu jsem vybrala z toho důvodu, že smíšením obou metod, kvantitativní a kvalitativní, je možno docílit přesnějších výsledků. Jedná se poté nejen o počet respondentů s určitým znakem, ale také o podrobnější popis těchto znaků u některých z respondentů.

„Postupně se prosazuje mínění, že kvalitativní i kvantitativní výzkum přispívají každý po svém k rozšiřování našich znalostí o člověku a sociálním světě. Podle tohoto názoru se nelze dívat na oba přístupy jako na kontradiktorní. Výsledky získané oběma strategiemi výzkumu se doplňují.“ (HENDL, 2016, s. 52)

6.1 Kvantitativní metoda

„Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování. Konstruované koncepty zjišťujeme pomocí měření, v dalším kroku získaná data analyzujeme statistickými metodami s cílem je explorovat, popisovat, případně ověřovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných.“ (HENDL, 2016, s. 42)

Mým původním záměrem bylo zvolit pouze kvalitativní metodu a vést výzkum pomocí rozhovorů s pacienty. Během teoretického zkoumání této problematiky, jsem však objevila v Journal of Palliative Medicine výsledky pilotní studie Anne Kelemen: *Screening for Intimacy Concerns in a Palliative Care Population*, který mne velmi inspiroval. Rozhodla jsem se tedy pro kombinovanou metodu s tím, že jsem použila myšlenku zmíněného výzkumu a vytvořila podobné otázky pro pacienty na standardních odděleních, nikoliv výlučně v paliativní péči.

„Objective: We wanted to understand (1) if intimacy was an important issue for hospitalized PC patients; (2) how intimacy was impacted by illness; and, (3) if intimacy concerns were present, what those concerns involved.“
(KELEMEN, 2016)

V rámci kvantitativní metody výzkumu jsem tedy zvolila krátké dotazníky s několika základními otázkami, jejichž cílem bylo zjistit zda mají pacienti zájem o otevření tématu péče o soukromí a intimitu ze strany zdravotnického personálu během hospitalizace. A také jak posuzují momentální stav péče v tomto ohledu na konkrétním oddělení jejich pobytu.

Výhody dotazníků jsou tyto: možnost oslovit více respondentů, možnost dát respondentovi více času k zamyšlení se a vyplnění otázek osamotě, získání dat k tvorbě procentuálních grafů konkrétních jevů. Nevýhody, které jsem předpokládala, zní: respondent nemusí správně pochopit jak byla otázka myšlena, výzkumník nemá možnost dovysvětlit jednotlivé body či pojmy, respondent může číst zbrkle a odpovědět nepravdivě, výzkumník nemá možnost navázat bližší kontakt s respondentem a tedy hůře získá důvěru respondenta, respondent se může obávat, že případné kritické odpovědi mohou být použity proti jeho osobě a tímto ovlivněn neodpoví pravdivě.

Některým nevýhodám jsem se rozhodla předejít pomocí konkrétních opatření. Výzkumné šetření jsem prováděla osobní fyzickou přítomností u respondenta. Přicházela jsem z pozice cizí osoby. Každému respondentovi, ať měl být výsledkem vyplněný dotazník či poskytnutý rozhovor, jsem se představila, vysvětlila proč přicházím, jaký je účel tohoto výzkumu a jak probíhá. Podle stavu a reakce konkrétního respondenta jsem tedy mohla poskytnout bližší informace. V případech kdy došlo k nepochopení či automatickému odmítnutí jsem mohla věc dovysvětlit a ovlivnit tak způsob jakým respondent dosud můj výzkum vnímal.

Domnívám se, že díky tomu, že jsem přišla osobně došlo pouze výjimečně k tomu, že by oslovený člověk opravdu odmítl se zapojit do výzkumného šetření. V mnohých případech, původně převážně pro špatný fyzický stav respondenta, jsem respondentovi otázky předčítala a on mi říkal jakou odpověď chce vyplnit. Později jsem tuto možnost nabízela všem, neboť se mi to velmi osvědčilo. Respondenti tuto možnost vítali a často využívali možnosti dovysvětlení položených otázek.

6.2 Kvalitativní metoda

„Neexistuje jediný obecně uznávaný způsob, jak vymezit nebo dělat kvalitativní výzkum... V typickém případě kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za emergentní nebo pružný typ výzkumu.“ (HENDL, 2016, s. 45-46)

V rámci kvalitativního výzkumu jsem vedla polostrukturované rozhovory. Stanovila jsem si šest základních otázek, které byly v mém primárním zájmu. V případě, že by tázaný nebyl příliš komunikativní nebo unaven, stačily by mi tyto odpovědi k získání základních informací k mým výzkumným otázkám. Dle nálady a sdílnosti tázaného, jsem pokládala otázky doplňující. Rozhovor jsem nahrávala mobilním telefonem a doslovně přepisovala do počítačového dokumentu.

Mezi výhody této metody jistě patří skutečnost navázání bližšího kontaktu s respondentem a získání jeho důvěry. Dále příležitost poskytnout respondentovi více vysvětlujících informací ohledně výzkumu či konkrétních otázek. Šance záznamu respondentových odpovědí ve formě jeho vlastních výpovědí. Možnost získat detailnější a komplexnější přehled o názoru respondenta včetně popisů emocí a vztahů. Nevýhodami, které byly patrné i během mého výzkumného

šetření, jsou časová náročnost rozhovoru a zpracování výsledků a omezená kapacita výzkumníka pro podniknutí více rozhovorů v daném časovém rozmezí. Očekávala jsem, že alespoň jednou nastane situace, kdy tázanému bude nepříjemné, že by rozhovor měl být nahráván a proto jej odmítne poskytnout. K mému překvapení, však tímto nebyl nikdo nějak zvlášť rozhozen. U žádného respondenta v průběhu rozhovoru nebylo znát, že by nahrávací zařízení tázaného činilo nervózním či nesdílným.

„Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.“ (STRAUSS a CORBINOVÁ, 1999, s. 10)

7. Výběr vzorku

Místem mého výzkumného šetření byla Ústřední vojenská nemocnice-Vojenská fakultní nemocnice Praha (dále již jen ÚVN-VFN), kde jsem během svých školních praxí navštívila nejvíce oddělení a seznámila se s jejich chodem, nejčastějšími diagnózami a stavy pacientů, a s nimi spojenou ošetrovatelskou péčí a výkony. Vybrala jsem Oddělení dlouhodobé péče (dále jen ODP) a standardní Chirurgické oddělení B (dále jen CHIR), protože z povahy těchto oddělení vychází, že zde pacienti kvůli svému stavu nutně musí podstupovat jisté výkony a přijímat pomoc druhých osob pro naplnění základních potřeb, což dle mého názoru patří mezi ty nejčastější zásahy do soukromí a intimity.

7.1 *Výběr respondentů pro kvantitativní výzkum*

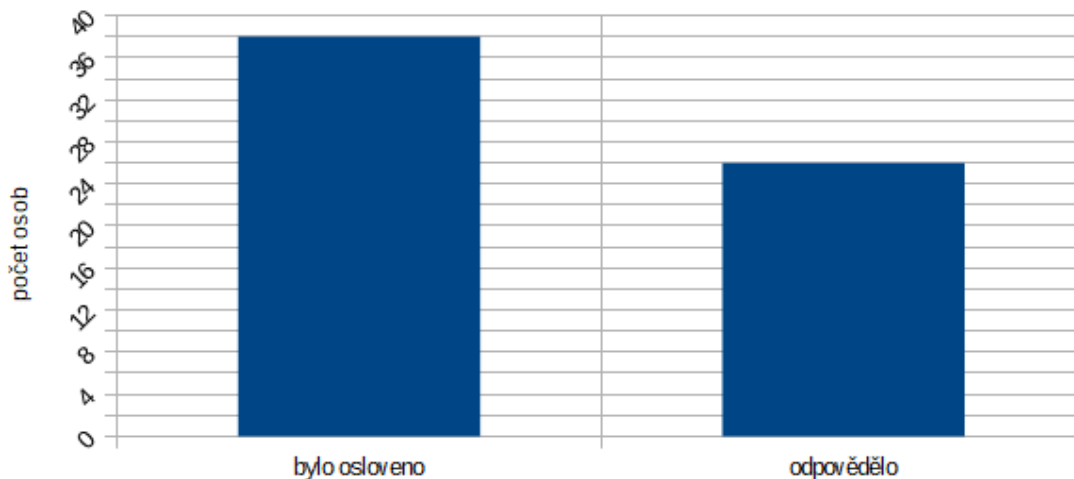
Konkrétní termíny kdy podniknu výzkumná šetření, jsem měla předem domluveny s vrchními sestrami. Vždy po příchodu na oddělení jsem byla informována staniční sestrou, nebo sestrou ve směně, o pacientech, kteří jsou na oddělení momentálně hospitalizováni. Byla jsem upozorněna na případné pokoje s barierovým přístupem, na pacienty čerstvě po operaci, případně na pacienty zmatené a neuvědomující si sebe sama. Takové pacienty jsem do svého výzkumu z pochopitelných důvodů nezahrnovala. Kromě toho výběr samotných respondentů v rámci oddělení u této metody nebyl z mé strany žádný. Zajímaly mne odpovědi všech pacientů na oddělení bez rozdílu věku, pohlaví či diagnózy. Vše záleželo na tom, zda bude dotyčný ochoten dotazník vyplnit.

Na CHIR byli pacienti mladší a více soběstační, takže ve většině případů zvládali vyplnit dotazník sami. Mojí úlohou zde bylo, že jsem se na každém pokoji představila a vysvětlila proč a o čem vedu tento výzkum a jak probíhá. Požádala jsem přítomné, zda by byli ochotni mi odpovědět na několik otázek v mém dotazníku. Vysvětlila jsem to co nebylo respondentů jasné, případně jsem na žádost poskytla možnost zprostředkovaného vyplnění dotazníku. Pouze několik

pacientů odmítlo se do výzkumu zapojit z důvodu nesouhlasu s takovým výzkumem. Častým argumentem bylo, že tu nejsou moc dlouho a že nemají nic speciálního co by řekli. Většina těch, kteří odmítli, tak činili z důvodu pooperační slabosti či nevolnosti. Někteří nebyli v danou dobu přítomni na pokoji, nebo spali. Pouze jednou se mi stalo, že se mnou pacient nechtěl téměř ani promluvit a výrazem obličeje vyjadřoval svou nelibost po celou dobu co jsem hovořila s ostatními pacienty. Bohužel mi není známa příčina jeho chování. Většina přítomných však s vyplněním dotazníku souhlasila. Celkově jsem na CHIR oslovila 38 pacientů. Vyplněných dotazníků se mi navrátilo 26.

Návratnost dotazníků na CHIR

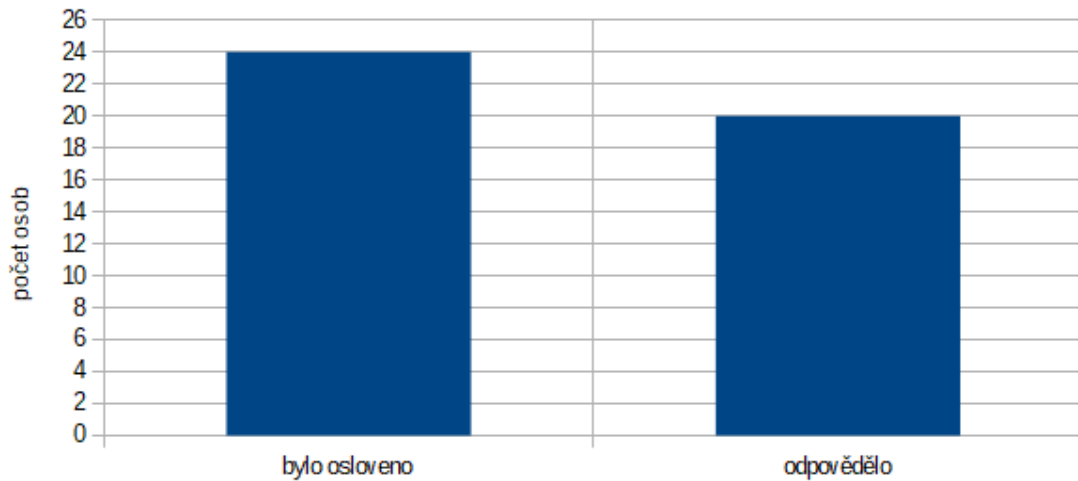
Graf č.1



Na ODP nebyl víceméně žádný pacient, který by si dotazník přečetl i vyplnil sám, takže jsem chodila pokoj od pokoje, lůžko po lůžku, představovala sebe a svoji práci a případně zprostředkovávala obsah dotazníku a zaznamenávala odpovědi respondentů. Celkově se mi povedlo oslovit 24 pacientů. Se zapojením do výzkumu souhlasilo 20 z nich. Převáděno na procenta, se do dotazníkového šetření zapojilo 68% oslovených na CHIR a 83% na ODP. Z celkového pohledu se vyjádřilo 71% oslovených pacientů.

Návratnost dotazníků na ODP

Graf č.2



Počet respondentů z ODP byl bohužel nižší, než jsem očekávala. Uvědomuji si, že to není standardní vzhledem ke kvantitativnímu výzkumu. Bylo to nicméně způsobeno povahou tohoto oddělení, neboť se zde pacienti střídají méně a mnohým z přítomných jejich stav nedovoluje se k otázkám samostatně vyjádřit. Někteří toho nebyli schopni pro svůj zhoršený fyzický nebo psychický stav. Nicméně vzhledem k tomu, že jsem vykonávala výzkum v rámci daných oddělení, nikoliv pro stanovení širě platných hypotéz. A tato metoda měla pouze poukázat na stav zájmu o tuto problematiku, neboť doménou mého výzkumu je metoda kvalitativní, domnívám se, že nižší počet respondentů nebyl překážkou. Aby byly výsledky z obou oddělení počtem přibližně srovnatelné nepodnikala jsem na CHIR další výzkumná šetření, přestože tam se pacienti střídají častěji a mohla bych tedy získat mnohem více respondentů. Bohužel byli i pacienti, kteří se odmítli zapojit do výzkumu a někteří svými odmítavými reakcemi dávali jasně najevo, že jsou s něčím nespokojeni. A existuje tedy i možnost, že se jednalo právě o ty pacienty, kterým je do soukromí a intimity vstupováno nepřiměřeně. Bohužel jsem to však nemohla zjistit.

7.2 Výběr tázaných pro kvalitativní výzkum

Výběr tázaných k poskytnutí rozhovoru probíhal současně s výzkumným šetřením pomocí dotazníků. Během návštěvy na pokoji jsem nabídla jak možnost zodpovězení několika otázek v krátkém dotazníku, tak možnost poskytnout rozhovor. Případnému zájemci jsem blíže popsala jak by takový rozhovor probíhal. Většinou bylo od pohledu poznat, zda bude dotyčný souhlasit či nikoliv. Ochotnějšími k poskytnutí rozhovoru byli osoby ze své povahy komunikativní, toužící vyjádřit svůj názor, nebo pacienti ubytovaní na jednolůžkovém pokoji, kde se pravděpodobně cítili bezpečněji a byli tedy vedení rozhovoru přístupnější. Poté co tázaný projevil zájem o provedení rozhovoru, vysvětlila jsem mu blíže co bude následovat. Zeptala jsem se zda mu nevadí, když budu rozhovor nahrávat na mobilní telefon. A ujistila jsem ho, že všechny poskytnuté informace budou zpracovávány anonymně. V případě, že tázaný byl na pokoji s více pacienty zjišťovala jsem zda mu to v poskytování rozhovoru nepřekáží a nabídla jsem mu možnost přesunout se na jídelnu či vyšetřovnu. Podle toho jsme se poté zařídili. Bohužel byli i tací, zvláště na ODP, kteří ze svého lůžka vstávat nemohli. V takovém případě záleželo opravdu pouze na tom, zda tázaný s rozhovorem souhlasí i za takovýchto podmínek. Bylo pro mne milým překvapením, že i za takovýchto podmínek mnoho pacientů souhlasilo a rozhovor probíhal velmi příjemně.

Celkově mi rozhovor poskytlo šest tázaných z ODP (dále označováni jako T1-T6) a šest tázaných z CHIR (dále označováni jako T7-T12). U této metody není zvykem stanovovat horní hranici počtu tázaných. Její součástí je sběr nových dat až do chvíle, kdy další data nepřinášejí nové poznatky. Výsledný počet mých tázaných se odvíjel od mých omezených časových možností a výzkumných zkušeností. Počet tázaných se také odvíjel od omezeného počtu hospitalizovaných osob na ODP v daném časovém období. Mým cílem bylo tedy oslovit co nejvíce pacientů a nabídnout rozhovor tolika, kolik jich projeví zájem a kolik budu schopna zpracovat.

8. Zpracování údajů

8.1 Kvantitativní výzkum

Odpovědi respondentů na dotazníkové otázky byly zaznamenány jimi samými nebo mnou do papírové podoby dotazníku. Všechny odpovědi jsem následně přepsala do tabulek v počítačovém dokumentu. Pomocí těchto tabulek jsem vypočítala procentuální zastoupení vyskytujících se jevů a vytvořila grafy četnosti. Následně jsem porovnávala výsledky podle věku, pohlaví a typu oddělení.

8.2 Kvalitativní výzkum

Rozhovory vedené v rámci tohoto výzkumu byly nahrávány na mobilní telefon. Poté jsem je doslovně přepisovala do počítačového dokumentu. V této neupravené podobě jsem si je vytiskla a ručně zpracovala pomocí metody otevřeného kódování. Po označení vyskytujících se jevů jednotlivými kódy jsem je zařadila do kategorií a následně tyto kategorie propojovala vzájemnými vztahy.

„Otevřené kódování je proces rozebírání, prozkoumávání, porovnávání, koceptualizace a kategorizace údajů.“ (STRAUSS a CORBINOVÁ, 1999, s. 42)

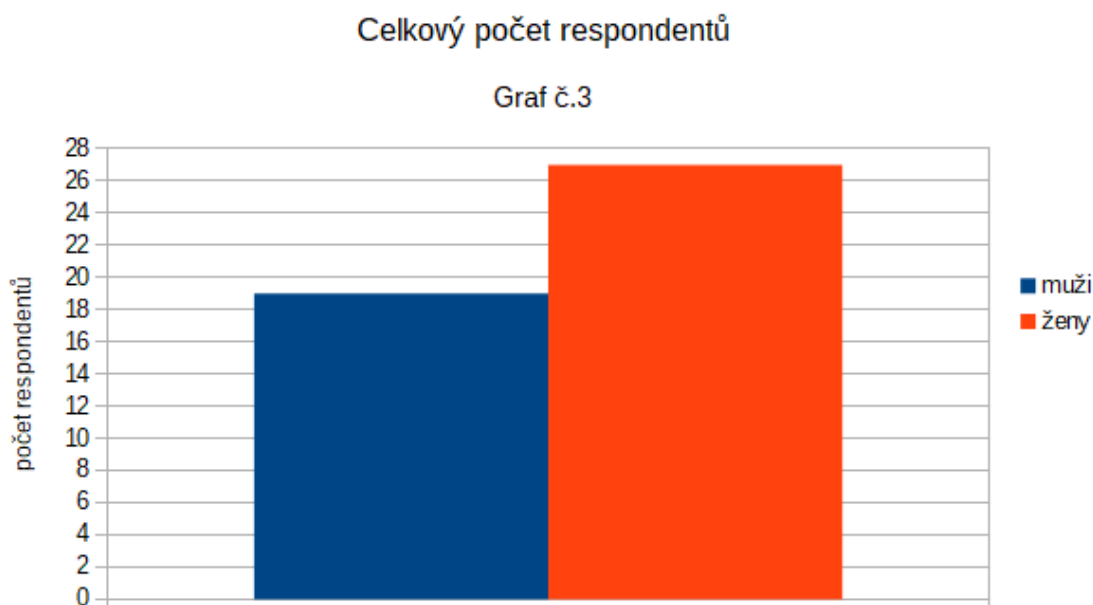
„Otevřené kódování údaje rozděljuje a umožňuje určit některé kategorie, jejich vlastnosti a umístění na dimenzionálních škálách.“ (STRAUSS a CORBINOVÁ, 1999, s. 71)

Výsledkem tohoto zpracování se stala charakteristika zjištěných jevů přímými výpověďmi tázaného i popisem získaným pozorováním. Obsahuje jak fakta o situacích, kterým byli tázaní vystavováni, ale také o způsobu jak je vnímali a prožívali, o čem přemýšleli, co jim dělalo starosti a s čím se naopak vyrovnávali bez obtíží. Tázaní popisovali své názory na konkrétních příkladech a zkušenostech, které měli v živé paměti. Výsledky z obou oddělení jsem nakonec porovnávala.

9. Vyhodnocení a interpretace dat

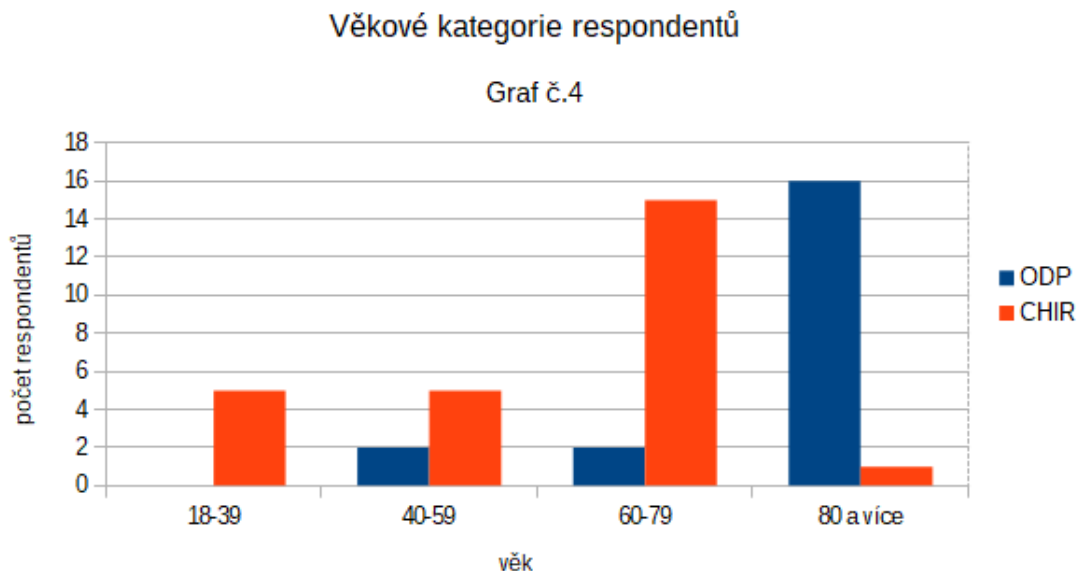
9.1 Kvantitativní výzkum

Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo 26 respondentů z CHIR a 20 respondentů z ODP. Nejvíce zastoupenou **genderovou** skupinou mého výzkumu byly ženy, nejen proto, že byly na odděleních ve větším počtu, ale navíc byly ochotnější o této problematice hovořit více než muži. Což nás nemusí nijak překvapovat, počítáme-li s tím, že muži a ženy řeší krizové situace jiným způsobem. Ženy o svých problémech mluví více. Popisuje to John Gray ve své knize nebo Mark Gungor ve svých přednáškách o rozdílech ženského a mužského mozku. (GRAY, 1994. GUNGOR, 2013.). Zastoupení mužů a žen ve výzkumu je zpracováno v grafu č. 3.



Nejpočetnější **věková** kategorie byla na CHIR od 60-79 let, a na ODP od 80 let výše. Vzhledem k tomuto vzorku populace musíme také daným způsobem nahlížet na sesbíraná data. Znamená to, že většina respondentů se narodila v rozmezí od roku 1925 do roku 1958. Musíme přihlížet k tomu v jaké

době vyrůstali a co je pro ně normou. Věkové zastoupení respondentů je zpracováno v grafu č.4.



9.1.1 Otázka č. 1

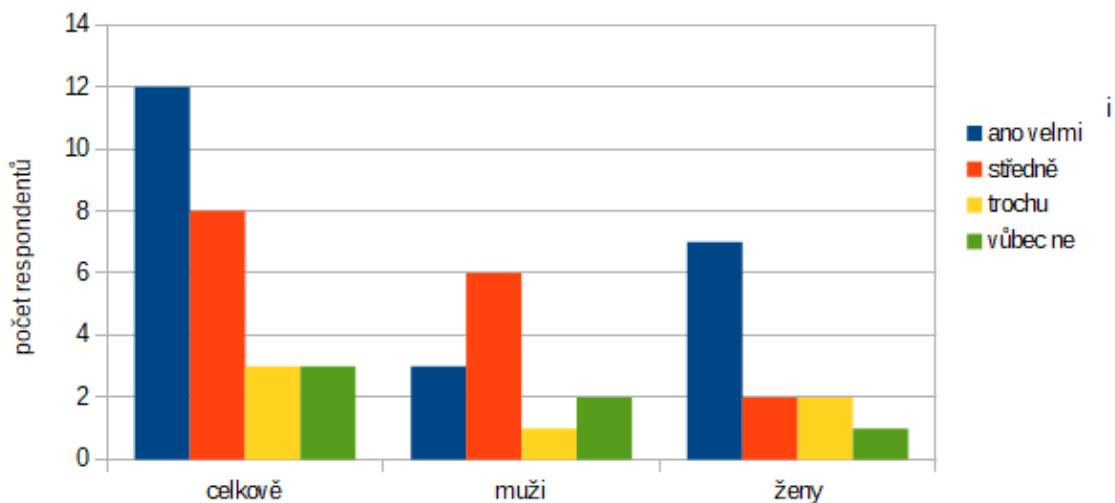
První dotazníková otázka zněla: „Je pro vás během hospitalizace důležité vaše soukromí a intimita?“ Respondenti měli na výběr odpovědi: ano velmi, středně, trochu, vůbec ne. Odpovědi měly ukázat jak podstatnou tato problematika je, a zda je vůbec nutné se jí zabývat. Bylo by to totiž zbytečné, pokud by sami pacienti neměli pocit, že je to důležité.

U této otázky lze vysledovat podobnost v odpovědích podle pohlaví respondentů. Odpovědi žen byly nejčastěji zcela kladné. Pro ženy-respondentky to byla patrně jednoznačně velmi důležitá věc. Nebály se vyjádřit svůj názor plně, nebo měly sklon volit spíše vyhraněné varianty. Je možné, že to pro ně bylo důležitější než pro muže-respondenty či byly na respektování svého soukromí a intimity citlivější než muži. Muži tak vyhranění nebyly, přestože stále zůstala většina odpovědí spíše kladných, měli tendenci více volit střední možnosti. Domnívám se, že muži-respondenti neměli ve zvyku sdělovat k uvedeným tématům příliš vyhraněný postoj, možná protože zvažovali i jiné úhly pohledu než

ženy, nebo proto, aby nevypadali přecitlivěle. Celkově 74% všech respondentů uvedlo odpověď více příkloněnou tomu, že to pro ně důležité je.

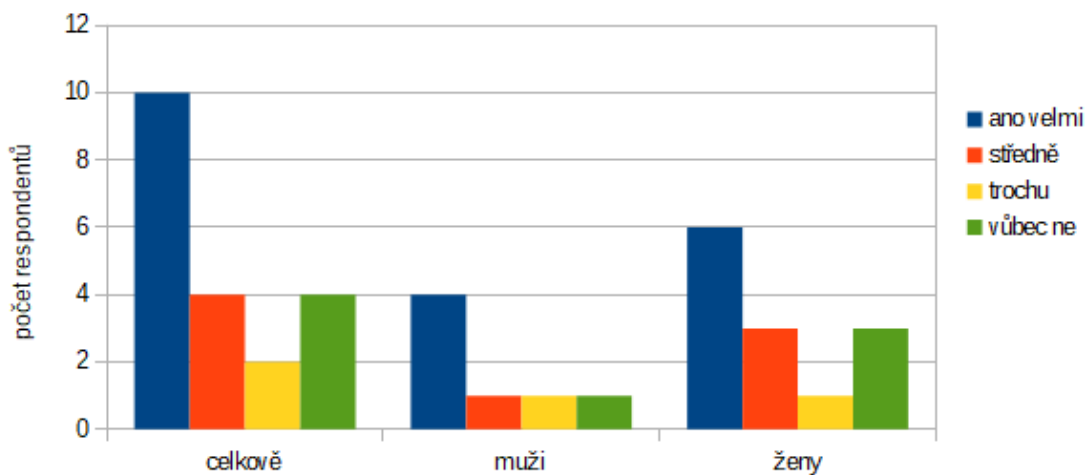
Otázka č.1 - CHIR

Graf č.5



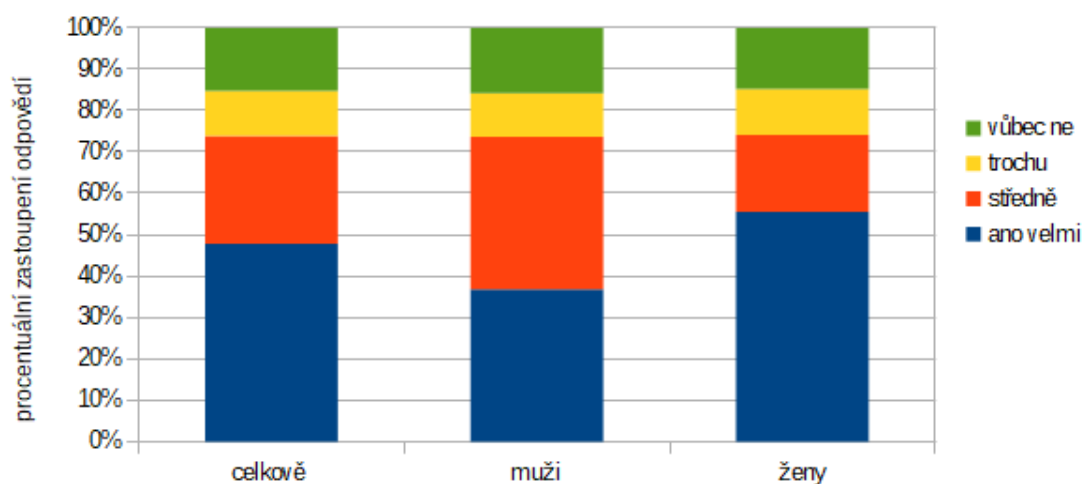
Otázka č.1 - ODP

Graf č.6



Shrnutí otázky č.1

Graf č.7



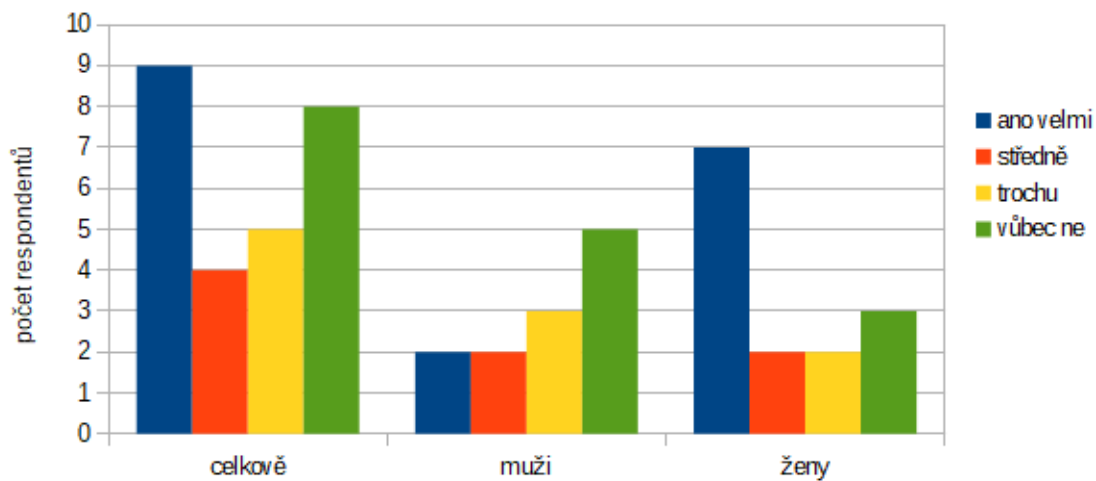
9.1.2 Otázka č. 2

Druhá otázka zněla: „Ovlivnil pobyt v nemocnici vaše soukromí nebo intimitu?“ Jednalo se o ověřovací otázku k otázce č. 1. Touto otázkou jsem zjišťovala jaký je stav vnímání zásahů do soukromí a intimity z pohledu pacienta. Respondenti měli opět na výběr odpovědi: ano velmi, středně, trochu, v ůbec ne.

U této otázky se odpovědi lišily spíše podle daného typu oddělení. Na CHIR byly nejčastějšími odpověďmi obě krajní možnosti. Zcela pozitivní odpověď uvedlo 34% respondentů a 31% respondentů uvedlo krajní negativní odpověď. Což patrně souvisí s větším počtem jednolůžkových pokojů, kratší dobou hospitalizace a lepším zotavováním bez ztráty soběstačnosti, čímž se CHIR odlišuje od ODP. Mnozí pacienti o své soukromí tedy ani „nestihnou“ přijít, nebo nepodstupují mnoho výkonů, při kterých by mohlo dojít k zásahu do soukromí. Oproti tomu na ODP se respondenti v 60% shodují na tom, že hospitalizace jejich soukromí ovlivnila. Takto odpovědělo více respondentů než kolik podle odpovědí na 1.otázku považuje soukromí a intimitu v nemocnici za důležitou.

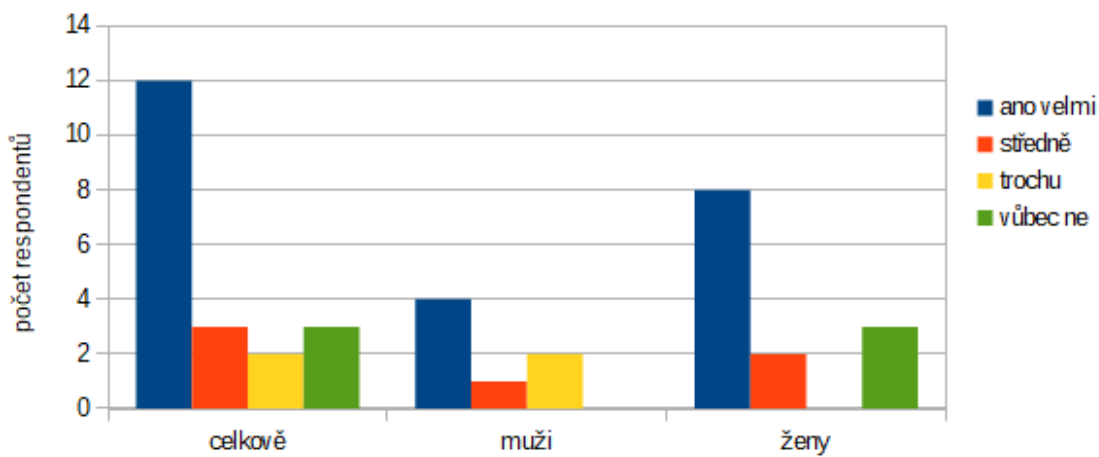
Otázka č.2 - CHIR

Graf č.8



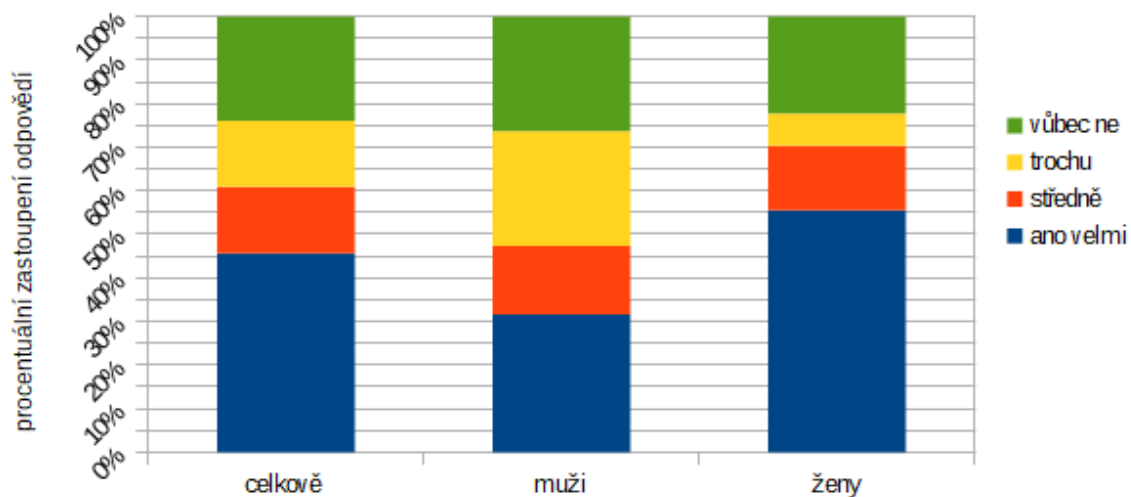
Otázka č.2 - ODP

Graf č.9



Shrnutí otázky č.2

Graf č.10



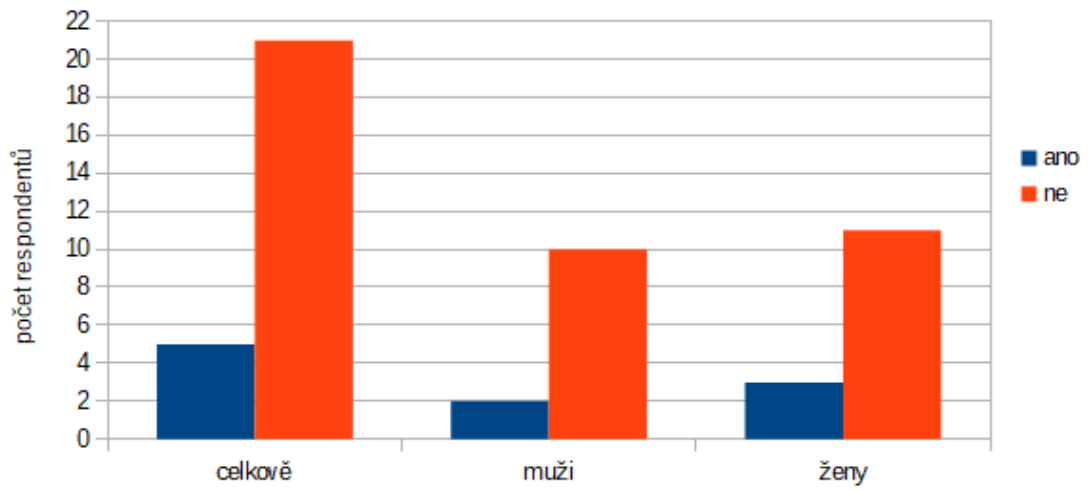
9.1.3 Otázka č. 3

Třetí otázka mého dotazníku zněla: „Mluvil s vámi v nemocnici někdo o vaší potřebě soukromí a intimity?“ Cílem této otázky bylo zjistit jak pacienti vnímají stav poskytování péče v tomto ohledu. Možnosti odpovědi byly: ano a ne.

V odpovědích na tuto otázku se opět odrážela spíše povaha jednotlivých oddělení. Respondenti z CHIR v 81% uvedli, že se jich nikdy nikdo během hospitalizace nedotazoval na jejich individuální potřebu soukromí a intimity. Mohlo to být způsobené tím, že vůbec do soukromí a intimity zasahováno nebylo a nebo respondent nepovažoval poskytnutou komunikaci za dostačující, aby v dotazníku označil kladnou odpověď. Oproti tomu na ODP respondenti v 65 % uvedli, že s nimi někdo o jejich potřebě soukromí či intimity hovořil. Z charakteru oddělení vyplývá, že většina těchto pacientů není zcela soběstačná a tedy dochází k bezprostřednímu vstupování do nejintimnějších oblastí sebepéče. Odpovědi respondentů potvrdily, že pacienti hospitalizaci jako zásah do soukromí považovali. Respondenti z tohoto oddělení také v mnohých případech potvrdili, že s nimi o tom personál hovořil a informoval je.

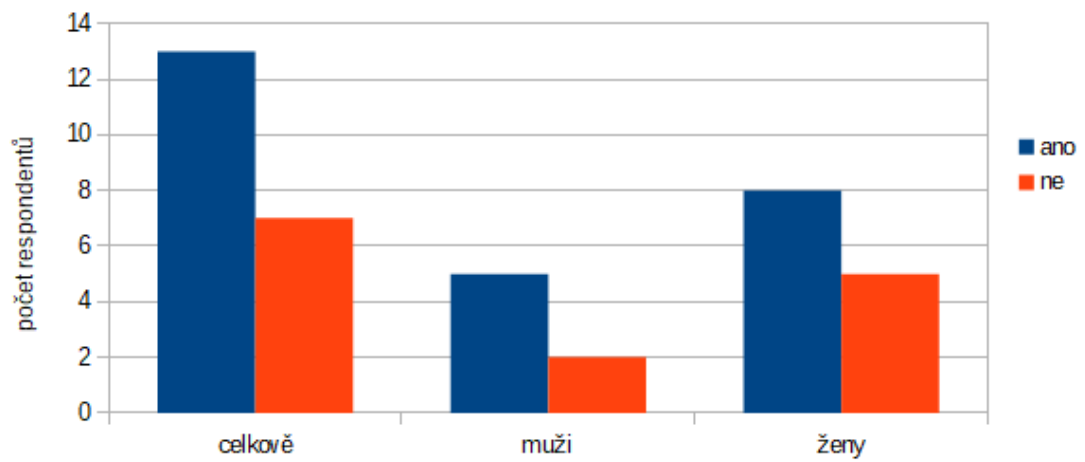
Otázka č.3 - CHIR

Graf č.11



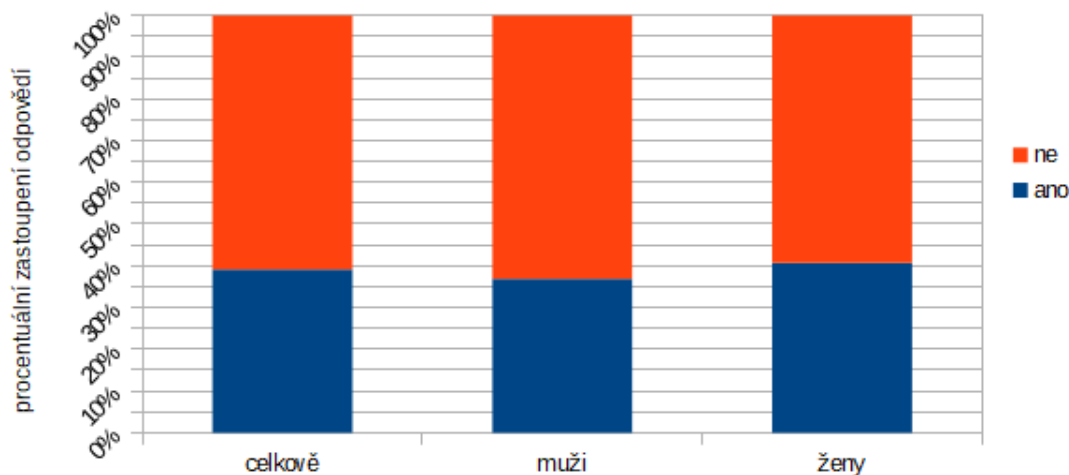
Otázka č.3 - ODP

Graf č.12



Shrnutí otázky č.3

Graf č.13



9.1.4 Otázka č.4

Čtvrtou otázkou bylo: „Máte zájem o to, aby se vás zdravotnický personál ptal na vaši potřebu soukromí a intimity?“ Jako u předchozí otázky mohli respondenti odpovídat ano a ne. Tato otázka měla zmapovat zda by o nabídnutí komunikace s personálem na toto téma stálo více pacientů, než kolika již byla poskytnuta.

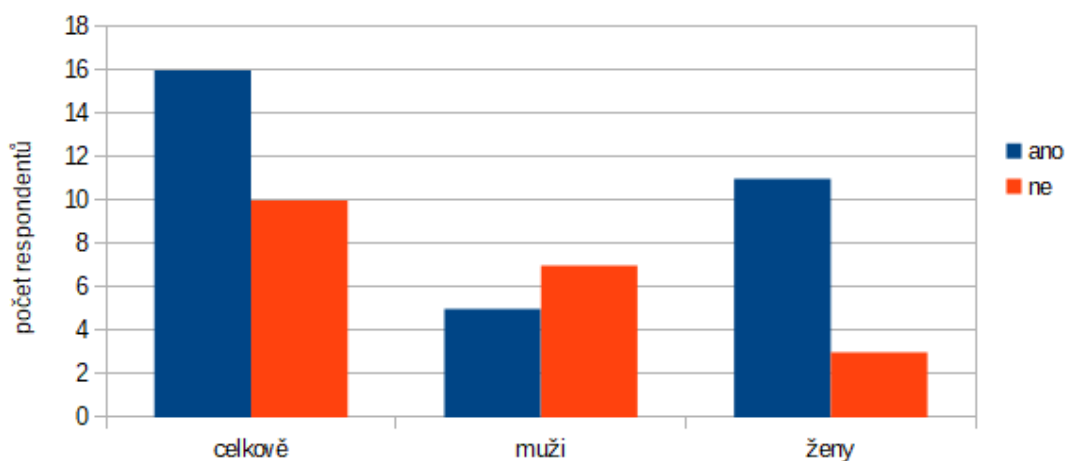
V případě CHIR by o komunikaci ze strany personálu ohledně pacientovy potřeby soukromí a intimity stálo 61% respondentů, 39% by o toto nestálo. Z předchozí otázky jsem zjistila, že pouze 19% respondentů takovou komunikaci zažilo. Zájem byl tedy přibližně o 40% vyšší než skutečně uspokojená potřeba. Můžeme se tedy orientačně domnívat, že polovina osob, kterým komunikace o soukromí a intimitě poskytnuta nebyla, by o to měla zájem.

Výsledek na ODP se značně lišil. Kladně odpověděl stejný počet respondentů jako v otázce č. 3, tzn. že 65% respondentů mělo zájem o to, aby se jich personál ptal na jejich potřebu soukromí a intimity. Mohlo to znamenat, že

stav byl naprosto ideální. Tedy, že personál přesně pokrýl ty, kteří o takový rozhovor měli zájem. Nebo to může znamenat, že osoby, kterým tato možnost umožněna byla, ji přijaly a v důsledku ní ji hodnotí kladně a jako podstatnou, což by znamenalo, že by bylo vhodné poskytnout nabídku více osobám. Nicméně i zde se mohl různit názor na to co znamená „mluvit o potřebě soukromí a intimity“ a v závislosti na různosti pochopení tohoto slovního spojení, mohli respondenti odpovídat různě.

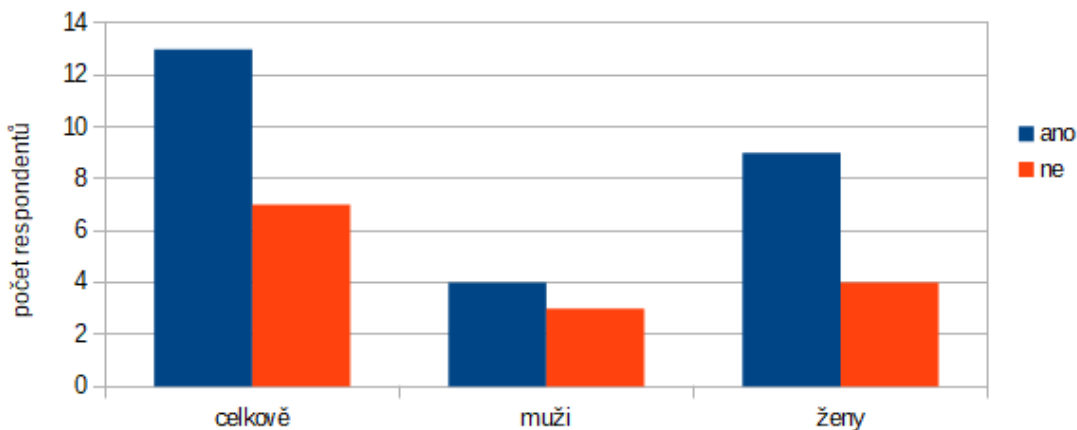
Otázka č.4 - CHIR

Graf č.14



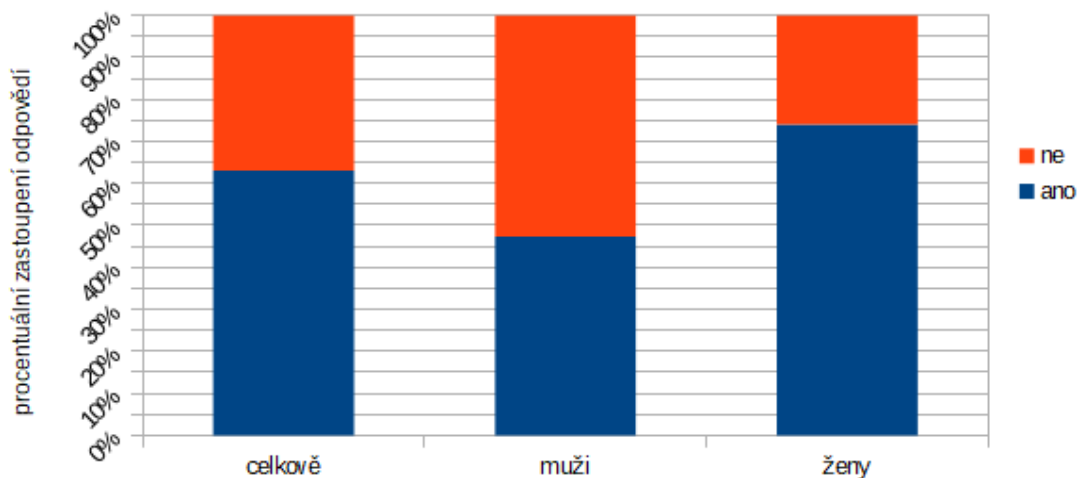
Otázka č.4 - ODP

Graf č.15



Shrnutí otázky č.4

Graf č.16



9.1.5 Otázka č. 5

Poslední otázka dotazníku byla otevřená, respondent měl možnost doplnit svůj názor podle svého uvážení. Formulována byla takto: „Kdybyste mohli o tomto tématu něco sdělit veřejnosti, co by to bylo?“

Bohužel mnoho respondentů nevědělo, co by mělo napsat. V případě, že jsem jim však měla možnost otázku přiblížit a popsat něčím konkrétním, např. doplňující otázkou, co pro ně bylo největším zásahem do soukromí, pak většina dokázala odpovědět.

Tuto otevřenou otázku jsem zařadila převážně proto, abych dala prostor každému se vyjádřit a přinést vlastní myšlenku k tomuto tématu, pokud o to bude mít zájem. S některými respondenty jsem na základě jejich obsáhlé odpovědi na 5. otázku dotazníku podnikla ještě rozhovor, neboť respondenta během vyplňování dotazníku téma více zaujalo a počal být sdílnější.

Mezi poznámkami respondentů z CHIR byl často vyjádřený názor, že je pro ně důležité, když personál klepe před vstupem do pokoje, který je pro ně v době hospitalizace jediné trochu osobnější zázemí. Několikrát opakovaným

názorem bylo, že by personál měl více dbát na lidský přístup ke svým pacientům a že každý zásah do soukromí a intimity ovlivňuje psychiku pacienta a tedy i zdravotní stav. Vyjadřují názor, že je pro ně důležité být informován o tom, co se s nimi bude dít, mají pak větší pocit jistoty a bezpečí. Rozvoj komunikace mezi personálem a pacientem vidí respondenti jako cestu k řešení problematických situací. Někteří zmiňují, že cítí potřebu mít možnost volby ohledně typu pokoje na kterém budou ubytováni. Pro mnohé na CHIR je více než co jiného zásahem do soukromí společné sociální zařízení na chodbě. Mezi odpověďmi byl také názor, že by se měli nějakým způsobem korigovat návštěvy na pokoji, kde pacient čerstvě po operaci touží po odpočinku.

„Fyzická nahota mi kupodivu tolik nevadí, jsem tu jen na pár dní, takže to člověk vydrží.“ (citováno z dotazníku)

Jak na CHIR, tak na ODP, byl vyjádřen názor, že pro pacienta je velmi důležitá podpora rodiny a možnost návštěv, za které jsou velmi vděční. Některé povzbuzuje naděje na zlepšení zdraví a jiné víra v Boha. Většina se pak shoduje na tom, že oddělení, na kterém jsou hospitalizováni, poskytuje velmi kvalitní péči. Hodnotí sestry jako velmi ochotné a laskavé, jenom by prý měly více odpočívat.

„Stalo se mi, že mi pomáhaly s hygienou ve sprše, a do dveří přišel nějaký mladý muž a bavil se sestrou, díval se na mě i když tam neměl co dělat.“ (citováno z dotazníku)

Respondenti z ODP spíše zmiňovali skutečnost toho, že v nemocnici automaticky ztratí intimitu každý a musí se s tím smířit, zvyknout si. Největšími zásahy je pro ně pomoc při hygieně a to, že se musí přizpůsobovat režimu oddělení, nemohou se pohybovat volně dle vlastního uvážení. Je pro ně velmi důležité to, jak se k nim personál chová. Celkově se však pacienti na ODP k otázce č.5 ohledně návrhů a inovací vyjadřovali méně než na CHIR, což je ale vzhledem vyššímu věku respondentů pochopitelné.

„Chtěla bych upozornit, že když člověk může jenom ležet a je odkázán na pomoc druhých, tak je velmi citlivý na každou maličkost... Zvláště nesnadnou je pro mne hygiena poskytována sestrou-mužem.“ (citováno z dotazníku)

9.2 Kvalitativní výzkum

Z metody otevřeného kódování, kterou jsem zpracovávala tyto rozhovory, mi vzešlo šest témat, o kterých tázaní nejčastěji hovořili. Jsou to tyto:

- ošetrovatelská péče
- technické zázemí
- přístup personálu
- psychika pacienta
- hodnocení péče

Tyto kategorie se v odpovědích různě prolínaly a nabývaly různých podob a zabarvení podle povahy a zkušeností tázaného. Na co konkrétně v daných oblastech dávali tázaní důraz, popisují více v následujících podkapitolách, v nichž odpovídám na výzkumné otázky, které jsem si pro tento výzkum stanovila.

9.2.1 Výzkumná otázka č. 1

První výzkumná otázka zněla: „Jak pacient vnímá zásahy do svého soukromí a intimity?“ Cílem této otázky bylo zaznamenat názory a způsoby vnímání zásahů do soukromí a intimity během hospitalizace u pacientů z CHIR a ODP v ÚVN-VFN.

Výpovědi pacientů zahrnovaly, jak názor souhlasný, že hospitalizace zásahem do soukromí a intimity je, tak názor zcela opačný, že pobyt v nemocnici pro tázaného žádným zásahem není. Nicméně i názory tento zásah zmiňující, byly často zlehčovány dodatky typu, že je to samozřejmé a pochopitelné pro prostředí nemocnice. A že s tím každý počítal, když šel do nemocnice.

„Tak určitě to nemůžete prožívat stejně jako doma. Tohle je prostě nemocnice, to je normální. Jinak bych musela mít nadstandard.“ (T1)

„Ano zasahuje to hodně do života. Je to odloučení od rodinných příslušníků. I když, to kvituji, v dnešní době a v této nemocnici mohou na návštěvu přijít kdykoliv. To je velká pomoc.“ (T4)

Více tázaných také uvedlo, že na začátku si musel člověk hodně zvykat na nové prostředí, přesně daný režim a cizí osoby, se kterými byl donucen okolnostmi po nějakou dobu sdílet svůj život. Po nějakém čase si však každý zvykl a již to nevnímal jako zásah do soukromí.

„No takhle to nejde říct, každý to vnímá jinak než já, že jo. Ze začátku to bylo peklo, nemohla jsem si tu zvyknout. Zatvrdila jsem se a s nikým jsem nemluvila, protože jsem měla strach, že mě tady nechají. Ale teď už jsem tady jako doma, mám je tady moc ráda.“ (odpověď T2 na otázku ohledně ovlivnění soukromí v nemocnici)

V obou skupinách, jak na CHIR tak na ODP, zazněl názor, že v případě léčby těla je třeba, aby šel určitý komfort a ostych stranou. Tázání to často popisovali, jako předpokládanou součást pobytu v nemocnici, která sice nikomu nevyhovuje jako ideální pro život, ale dá se vydržet nebo si zvyknout. Nikdo z tázaných neuvedl, že by jej poskytování péče, na oddělení, kde se momentálně nacházel, nějakým způsobem více zklamalo vzhledem k zasahování do soukromí, ačkoliv všichni zmínili, že se s tím nějakým způsobem museli vyrovnávat. Někteří z nich uvedli, že mají negativní zkušenosti s jinými odděleními a nemocnicemi.

„To jako v nemocnici musí člověk předpokládat. Spíš jde o ty okolnosti kolem, jestli je to opravdu nutný, jakým způsobem se to provádí a tak. Není to otázkou jen v nemocnici. Třeba v lázních lidé běžně chodí nazí před personálem a nevadí jim to. Je to prostě navozením správné atmosféry, že

se lidé cítí volně a přirozeně.“ (odpověď T12 na otázku, zda vnímá jako zásah do soukromí fyzickou nahotu)

Někteří také uvedli skutečnost, že nad tímto tématem dosud příliš nepřemýšleli, neboť jejich fyzický stav byl natolik vážný, že stud ohledně nahoty či ostych ze sdělování soukromých informací zcela reflexivně vymizel. Cítili naprostou důvěru vůči personálu a vděk za každou pomoc. Což svědčí jednak o způsobu reagování v ohrožení života, tak jistě i o poskytování dobré péče na těchto odděleních.

„No víte, tohle mi až tak nevadí, popravdě asi ze všeho nejméně. Jako když je člověku fakt špatně, tak je mu to úplně jedno, hlavně když mu pomohou. To prostě stud ustoupí. Aspoň u mě to tak bylo, zcela automatické. Když člověk ví, že mu pomůžou, tak tohle nehraje roli.“ (odpověď T10 na otázku, zda vnímá jako zásah do soukromí fyzickou nahotu)

Pokud bych měla shrnout rozdílnost odpovědí na tuto otázku vzhledem k oddělení, pak tázaní z CHIR vnímali své soukromí více po stránce soukromého prostoru a tedy technického zázemí přizpůsobeného pro zachování soukromí a intimity každému v míře, jež potřebuje. Kdežto tázaní na ODP vnímali zásahy do soukromí převážně po stránce poskytování ošetrovatelské péče, více popisovali ovlivnění chováním personálu.

Domnívám se, že většina tázaných pojmy soukromí a intimita příliš nerozlišovala, nebo alespoň neměla potřebu nebo nechtěla se k nim vyjadřovat odděleně. Někteří tak však učinili a ti poté posuzovali intimitu především jako odhalování genitálií, jež se také často nazývají výmluvným opisem, intimní partie. Samo to označení tedy již předpokládá, že se jedná o část intimity každého člověka. Další oblastí o které tázaní naznačili, že je pro ně intimní, bylo prožívání vztahů v rodině.

9.2.2 Výzkumná otázka č. 2

Druhou výzkumnou otázkou bylo: „Jaké chování a situace pacient hodnotí jako nejvíce ovlivňující jeho soukromí?“ Tato otázka byla zaměřena na konkrétní situace a chování, které uvedli sami pacienti. Soudím, že je to nejautentičtější zdroj informací ohledně zásahů do soukromí a intimity, neboť se jedná o příklady z vlastních zkušeností pacientů.

Pacienti na CHIR popisovali zásahy do soukromí spíše vzhledem ke sdílení vícelůžkového pokoje, často bez možnosti výběru jednolůžkového pokoje. A také v oblasti sdílení sociálních zařízení i s pacienty z jiných pokojů. Velmi často zmiňovali potřebu většího klidu a možnost odpočívat nerušeně i přes den, zvláště v první pooperační den. Dalším rizikem, které uvedli, je převoz pacienta na sál, neboť dotyčný jede nahý pod peřinou i po chodbách nemocnice a je sledován všemi okolo. Dále spatřovali vstupování do soukromí v situaci při převazování ran. Zde však pacientům kupodivu většinou nevadilo obnažování těla, neboť se běžně vše odehrává ve vyhrazené místnosti. Problém nastává v případě, že bylo přítomno větší množství osob bez souhlasu pacienta. V případě, že je pacient informován, např., že se mohl vyjádřit k tomu, zda budou přítomni studenti či nikoliv. Někteří tázaní zdůraznili, že obecný souhlas se studenty sice podepsali při příchodu, ale že přesto očekávají, že se jich v dané situaci personál ještě zeptá, protože ne vždy se člověk cítí dobře a má na to náladu.

„Pro mě je asi ještě důležitější než být na pokoji sám to, jestli budu mít vstup na sociální zařízení hned na pokoji. Že tam budeme chodit jenom my z jednoho pokoje.“ (T12)

„Největší zásah pro mě? To je asi to, že tady člověk tak nějak leží po operaci a místo, aby měl prostě klid a mohl odpočívat, a soustředil se tak nějak, aby ho nic nerušilo od spaní, tak pořád někdo chodí po pokoji. Ne vždycky se jde domluvit, když vás je tam víc a ani tak nemáte takový klid. Já jsem tu už

potřetí, vždycky jsem žádal jednolůžkový, ale až nyní byl volný. Nyní mám komfort a jsem maximálně spokojen.“ (T7)

„Stalo se mi, že jsem se převlékala do pyžama, byla jsem jen v kalhotkách, a přišel pan doktor a něco po mě chtěl. Tak jsem mu řekla, že se zrovna oblékám, jestli by mohl počkat. A on, ať se klidně oblékám, že můžeme mluvit přitom. Tak jsem mu řekla, že bych se raději oblékla o samotě. No, a on odešel. V takových situacích mi přijde, že se zapomíná, že člověk má svoji důstojnost i v nemocnici.“ (T9)

„Myslím, že je to dobré, ale stále je co zlepšovat v komunikaci, a aby nás lékaři brali víc lidsky. Mám i zážitek, že jsem se sám musel toho člověka zeptat, jestli je lékař a zda už jedeme na ten výkon. Bylo to jen jednou, ale občas se něco takového stane.“ (T7)

„No, musím vám říct, že mi to takhle vyhovuje, protože když jsem tu byl dřív, tak jsem byl na čtyřlůžkovém pokoji, a to nebylo dobré.“ (T11)

Pacienty na ODP nejčastěji zmiňovanými zásahy do soukromí a intimity byla pomoc s hygienou, vyprazdňováním a podáváním stravy. Často zastávaným názorem tázaných bylo, že je potřeba si zvyknout a potom je člověk na oddělení jako doma. Další zmiňovanou rizikovou situací bylo krmení nesoběstačného pacienta. V tomto konkrétním případě se jednalo navíc o pacienta nevidomého, čímž byl problém ještě komplikovanější a pacient mnohem citlivější, neboť častěji docházelo k nedorozumění z důvodu nedostatečné informovanosti o dění na pokoji.

„V době, kdy jsem začala potřebovat pleny, jsem už personál dobře znala a byla jsem zvyklá, takže to nebyl takový šok.“ (T3)

„Rozhodně není příjemný, že tady musím furt ležet, že nemohu chodit. Všechno se změnilo. Taky, že si vždycky musím říct, když něco chci. Musela jsem se s tím hold vypořádat. Léta jsou tady, jinak to nejde. Nedá se nic dělat.“ (T5)

„Jednou mě nechali odkrytou před cizí návštěvou. A omývali mě před ní. To bylo velmi nepříjemné. Taky jsem si musela hodně zvykat, že mě omývá muž, zvláště při hygieně intimních partií, je mi to nepříjemné.“ (T6)

Na obou odděleních se tázání zmínili o zásahu, kterým je pro ně dodržování pevného režimu, omezení pohybu a nutnost zvonit na personál v případě upoutání na lůžku.

„Na JIP jsem byla upoutaná na lůžku, musela jsem si o všechno říct. I když byli vstřícní, každá sestřička hned přiběhla na zavolání a s úsměvem, tak ale nejsem zvyklá, aby mi takhle někdo všechno dělal. Neradu obtěžuji.“ (T8)

„Nejtěžší je asi to, že tady člověk musí ležet na té posteli, připoután na kapačce, nemůže kam by chtěl. Doma si člověk vstává každou chvíli jak chce.“ (názor T10)

Z celého výzkumu vyplynulo, a někteří tázání tento názor také přímo vyslovili, že v souvislosti se snižující se soběstačností dochází k prohlubování důležitosti přístupu personálu v otázce zajištění soukromí. V případě soběstačných pacientů, což pacienti na CHIR po většinu času bývají, omezuje jejich soukromí a intimitu na prvním místě technické zázemí nemocnice. Člověk soběstačný a hospitalizovaný pouze několik dní, vydrží i nedůstojné zacházení. Avšak v případě snížené soběstačnosti a delšího pobytu v nemocnici, je člověk více ovlivňován chováním personálu a stává se citlivějším vůči maličkostem.

„Do určité míry je pro mne technické zázemí, vzhledem k zachování soukromí, důležitější faktor. Věřím, že ten přístup dělá taky hodně, ale třeba tu

samotu, úplnou intimitu, to je prostě systémové řešení toho objektu-nemocnice... S tím, že bych potřeboval větší pomoc s hygienou nebo vyprazdňováním, to se mi naštěstí ještě nestalo, takže nedokážu popsat. Ale myslím, že pak už opravdu víc záleží na to přístupu.“ (názor T12 na míru vlivu konkrétních faktorů)

„Jsou to většinou maličkosti, které cítím já, oni to třeba ani vůbec nevědí. Většinou jde o nedorozumění. Já to pochopím jinak, než to ten zdravotník myslel, protože nevědí, jak špatně vidím, tak nevědí, jak mi to vysvětlit. Jsou to prostě omyly, kdy se cítím trapně.“ (odpověděla T6 ohledně toho jaké důsledky jí přináší trvalé upoutání na lůžko)

9.2.3 Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumná otázka zněla: „Pocitíuje pacient ze strany personálu snahu poskytnout mu soukromí v co nejvyšší možné míře vzhledem k situaci?“ Tato otázka byla zařazena proto, aby byly pokryty případy, ve kterých je možnost poskytnout pacientovi soukromí velmi malá. Myslím si však, že v takových situacích může být uspokojivým výsledkem i samotná snaha o zajištění alespoň drobného pocitu soukromí či navození příjemné atmosféry proto, aby se pacient necítil stísněn nedostatkem soukromí.

Výzkum potvrzuje, že jsou tu pacienti spokojeni. Často uváděli, že se situace zlepšuje oproti dřívějším dobám. Celkově hodnotí oddělení ODP i CHIR v rámci ÚVN-VFN kladně a často jej srovnávají i s jinými nemocnicemi. Jsou přesvědčeni o tom, že je jim poskytována kvalitní péče ve všech směrech. Často považují tuto nemocnici za vzor ostatním.

„Vím, co mě čeká a proč, mohu se na tom podílet. To je pro mě nejpodstatnější. Je to velký pokrok. Nebylo to zvykem. Je stále co zlepšovat, ale přijde mi to na dobré cestě. (T9)

„No, určitě bych řekla, že je to lepší oproti jiným místům, jak se lékaři a sestřičky chovají k pacientům. Nenašla jsem jedinou, jedinou chybičku. Byli velmi ohleduplní, nikdo nechodí tam, kde by neměl co dělat, před vším se ptají, jestli mi to vyhovuje.“ (T8)

Tázaní popsali jako důležité, aby personál komunikoval s pacientem. Informoval ho o tom, co ho čeká. Z výpovědí vyplynulo, že tázaní oceňují ohleduplný a laskavý přístup personálu. Touží po zachování a prohlubování lidského přístupu s důrazem na důstojnost každého pacienta.

„Jo, myslím si, že mě informují. Věděla jsem do čeho jdu. A teď mi řekli, že to dopadlo dobře. To je pro mě důležité.“ (T10)

„Ale jó, informování dobrý. Ale víte jak, kdybych kecal doktorům do toho co maj dělat, tak bych asi dopad špatně.“ (T11)

„Informovaná jsem, to je moc dobré. Ale no, teda jako poslouchat se musí to jo... víte jak, člověk tomu nerozumí, té svojí chorobě.“ (vyjádřila se T4 s úsměvem na tváři)

Především pacienti na CHIR zhodnotili jako velký pokrok zapojování pacientů do léčby. Cítí se zodpovědní za své zdraví, uvědomují si náročnost lékařské a ošetrovatelské profese, a jsou rádi, když se mohou aktivně zapojovat a spolupracovat. Někteří se cítí také motivováni něčím pomoci, aby odlehčili personálu, neboť vidí, že jsou v práci velmi často a mají toho mnoho.

„Pro mě je důležité, že mě do toho zapojí, třeba tady ten podtlak (dren). Řekli mi, že se to samo postupně upouští, a pak to přestane odvádět. Takže si to teď mohu sledovat a řeknu jim, když už to neodvádí. Tak to je super. Jim to může být jedno, já se chci uzdravit! ... Upřímně myslím si, že ti lidé tady toho mají hrozně moc. Ty sestry jsou tady skoro furt“ (T7)

Na CHIR zazněl názor, že u soběstačného pacienta dochází k ovlivnění jeho soukromí spíše v souvislosti s technickým zázemím. Naopak u pacienta méně soběstačného či zcela imobilního se odvíjí jeho psychická pohoda a pocit soukromí podle přístupu a vystupování personálu. Tázání zde také častěji než na ODP zmínili, že jim vadí, když personál vstupuje bez zaklepání. Myslím si, že to bylo způsobeno kratší dobou pobytu těchto pacientů. Přestože se vyjádřili, že těch pár dní by člověk vydržel cokoliv, zůstaly jim více zachované určité návyky z domova a více na svém soukromí trvali, alespoň v některých formách. *„Chápu, že je to nemocnice, ale stále to vnímání soukromí mám. Jsem tu jen na pár dní. Myslím, že by bylo dobré, aby personál klepal. Je to důležité, protože je to sice nemocniční pokoj, ale pro pacienta je to jeho jediné zázemí.“ (T9)*

Pacienti na ODP si vážili především komunikace během poskytování ošetrovatelské péče. Pokud s nimi personál hovořil laskavě a lidsky, pak měli větší pocit důstojnosti a nebylo tolik narušeno jejich soukromí a intimita. V případě nepřiměřené zásahu do intimity se vnitřně stáhli nebo se v nich hromadily vzpomínky na špatné zacházení a docházelo k ovlivňování jejich psychiky.

„Na některých odděleních to bylo velmi náročné, psychicky mě to deprimovalo. Přestože mám víru a nalézám oporu i v rodině, tak tohle bylo opravdu příliš. Byla jsem vyklepaná a plná strachu.“ (T6)

Z výzkumu též vzešlo mnoho zajímavých postřehů očima pacientů. Někteří zdůrazňovali, co je pro ně největší oporou v nemoci, jiní chtěli varovat, na co by se nemělo zapomínat, další sdíleli, jaké změny jim nemoc přinesla.

„Je fakt, že jsem měla kamarádku. Myslela jsem si, že je moje kamarádka. Teď už není. Takže fakt, jak je člověku zle, tak pozná, co je kdo zač.“ (T10)

„Hodně záleží na spolubydlícím, se kterým jste na pokoji. Na tom, aby fungovala rodina. Když mě mohou navštěvovat, tak se necítím sama!“ (T3)

„Rozhodnutí pro jednolůžkové pokoje pro všechny je dvojsečné. Člověka by to nenutilo se s někým seznámit. Když se setkají spřízněné duše na stejném pokoji, tak to mnohem lépe stráví ve dvou, než když je člověk úplně sám.“ (T4)

„Jako rodinu nás to velmi semklo. Mnoho věcí jsem přehodnotil. Došel jsem k názoru, že vlastně nejsou tak důležité. Najednou si některých věcí, které jsem bral jako samozřejmost, hrozně vážím. Já celý život sportuju a trénuju děti. Ted' ale nemůžu, leda tak na procházky, takže to ted' беру jako velký dar, je to pro mě mnohem cennější.“ (T7)

„Myslím, že by stálo zato, aby při příjmu zjišťovali, jakou má kdo povahu. Jestli je spíš introvert nebo extrovert.“ (T6)

„Asi by měl mít personál přehled o oblastech, které zasahují do soukromí a intimity pacientů. Je hloupost tomu dávat nějakou centrální podobu nějakých povinných otázek, to by se to zase odlidštilo. Myslím, jen prostě, aby šlo o uvědomění si toho lidského problému a pamatovat na něj.“ (T12)

10. Diskuze

10.1 *Shrnutí výsledků výzkumu*

Celkově se mého výzkumu zúčastnilo 46 pacientů ze dvou oddělení v ÚVN-VFN. Jednalo se o 26 respondentů z CHIR, z nichž také 6 mi poskytlo rozhovor. A 20 respondentů z ODP, z nichž 6 mi poskytlo také rozhovor k tomuto tématu. Uvědomuji si, že můj výzkum má velmi malou váhu, právě z důvodu nízkého počtu respondentů, nicméně mým záměrem nebylo stanovovat širě platné hypotézy. Veškeré získané informace mají posloužit pouze jako podnět pro inovaci a případná zlepšení v poskytování péče na daných odděleních. Případně jako inspirace a pilotní studie k většímu výzkumu na toto téma.

Z mého dotazníkového šetření vzešlo, že 74% všech respondentů považuje soukromí a intimitu v nemocnici za spíše důležitou. Což je podstatný údaj z toho důvodu, že dokazuje, že tato problematika se pacientů dotýká i na těchto typech oddělení, na kterých mnoho studií s podobnou tematikou prozatím vedeno nebylo.

Na ODP 60% respondentů udává, že pobyt v nemocnici ovlivnil jejich soukromí a intimitu, zatímco na CHIR toto říká pouze 34%, a 31% naopak tvrdí, že hospitalizace jejich soukromí a intimitu neovlivnila. Domnívám se, že tento značný rozdíl je důsledkem rozdílných povah daných oddělení. Liší se délkou hospitalizace pacientů, jejich průměrným věkem, mírou soběstačnosti pacientů, míry potřeby pomoci ošetrovatelského personálu k uspokojení základních lidských potřeb, typem diagnóz atd. Z výsledků mého výzkumu, jak z dotazníků, tak z přímých výpovědí během rozhovorů s pacienty, vzešlo tvrzení, že čím více se snižuje soběstačnost pacienta a tedy stoupá míra potřebné pomoci v denních činnostech, tím více je takový pacient ovlivňován chováním personálu. Tím větší dopad na něho mají různá drobná nedorozumění a opomenutí. U soběstačných pacientů se ovlivnění jejich soukromí a intimity odvíjí spíše od technického zázemí nemocnice.

Na ODP 65% respondentů bylo někdy tázáno personálem ohledně své potřeby soukromí a intimity a stejné procentuální zastoupení o to má skutečně zájem. Což lze hodnotit jako kladné zjištění, neboť je zde opravdu větší podíl nesoběstačných pacientů, kteří podstupují mnoho zásahů během ošetrovatelské péče a její nutnou součástí by měla být komunikace a informování pacienta a tedy i zjištění, jak nejlépe vyhovět jeho potřebě zachování soukromí. Mohlo by to však také být posouzeno tak, že je stále co zlepšovat a nabízet individuální přístup častěji. Naopak na CHIR 81% nikdy tázáno nebylo, ale 61% respondentů by o to zájem mělo. Z toho usuzuji, že se patrně zdravotníci mylně domnívali, že během krátké hospitalizace na CHIR nedochází tolik k zásahům do soukromí a intimity a tak na její prevenci nekladli takový důraz, o čemž svědčí to, že jsou zde hospitalizovány osoby, které by ke své potřebě soukromí a intimity rády něco sdělily, ale málokdo to řekne sám od sebe.

Na prvních místech nepříjemných zásahů do soukromí respondentů byla zmiňována pomoc při hygieně a vyprazdňování na podložní míse a následně neinformování o tom, co se bude dít, nutnost sdílet společný pokoj a sociální zařízení. Jako zlepšení otázky soukromí a intimity v nemocnici vzešly z řad respondentů tyto podněty:

- aby personál prohluboval komunikaci s pacientem
- aby se nebáli je zapojovat do péče o sebe samé
- aby se dívali na pacienta více lidsky
- aby klepali před vstupem do pokoje

Kvalitativním výzkumem, vedeným pomocí rozhovorů jsem si odpovídala na tři výzkumné otázky. První výzkumná otázka vypovídala o tom, jak pacienti vnímají zásahy do svého soukromí a intimity. Tázání to většinou považovali za samozřejmou součást hospitalizace, na kterou si po čase každý zvykne. Pokud není překračována jistá hranice nezbytnosti daného zásahu a důstojného způsobu provedení, pak je vše v pořádku. Druhá výzkumná otázka popisuje jaké chování a situace hodnotí pacient jako nejvíce ovlivňující jeho soukromí a intimitu. Zde

se lišily odpovědi tázaných podle typu oddělení na kterém byli hospitalizováni. Tázaní z ODP uváděli za největší zásah do svého soukromí pomoc s hygienou a vyprazdňování na podložní míse. Dále pak neprofesionální chování personálu při poskytování veškeré ošetrovatelské péče. Tázaní z CHIR se více zmiňovali o soukromí poskytovaném díky jednolůžkovému pokoji a možnosti volby s tím spojené. Jako nepříjemný zásah do intimity považovali sdílení koupelny a WC s ostatními pacienty z více pokojů. Velmi také ocenili, pokud byla respektována potřeba klidu a spánku. Zvláště v první pooperační den, což bohužel na vícelůžkových pokojích často zařídit nelze, ani v případě tolerantních a chápavých spolubydlících.

Myslím, že z výše uvedených příkladů je zřejmé, že má hypotéza pro tuto práci, že se liší vnímání soukromí a intimity pacientů na CHIR a ODP, je alespoň v některých ohledech pravdivá. Přestože se ukázalo, že základ vnímání pacientů je postaven na stejných prvcích, podstatně se liší jejich konkrétní podoba, která závisí na typu oddělení. Pro širěji platné potvrzení mé hypotézy by bylo jistě zapotřebí většího množství respondentů, nicméně vzhledem k mému záměru je toto zjištění dostatečné.

10.2 Porovnání s výsledky podobných výzkumů

Při psaní této práce jsem se informovala o již publikovaných studiích na toto téma. Většina z těch, jejichž téma se nějakým způsobem dotýkalo soukromí, intimity, důstojnosti či spokojenosti pacientů, obsahovala výzkum jehož respondenty byly všeobecné sestry. Jen málo výzkumů této tematiky mělo za respondenty pacienty. Studie, které se dotazovaly přímo pacientů, pokládaly většinou otázky ze zcela jiných oblastí než zahrnoval můj výzkum. Z absolventských prací, jejichž výzkumná šetření by alespoň některými otázkami odpovídala také na má zkoumaná témata, jsem našla tyto.

Bakalářská práce Jany Červenkové z roku 2010 z Fakulty humanitních studií ve Zlíně s názvem „*Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?*“ obsahuje více cílů. Jedním z nich je: zjistit obecnou hranici soukromí z pohledu pacientů a sester. Je to tedy práce, jejíž součástí je také výzkum mezi pacienty ohledně vnímání jejich soukromí.

V položce č. 10 se autorka ptá respondentů, co by považovali za zásah do svého soukromí. Na tuto otázku jí největší část respondentů (42 ze 151 respondentů) odpověděla, že tím je pro ně neinformování o tom co se s nimi bude dít. Hned jako druhá nejčastější odpověď (33 ze 151 respondentů) bylo mytí na lůžku. Obě tyto situace vzešly z mého výzkumného šetření také mezi těmi nejvíce zasahujícími do soukromí pacientů.

V položce č. 11b se autorka ptá respondentů, kteří dříve uvedli, že jejich soukromí již bylo někdy narušeno, jakým výkonem či situací bylo jejich soukromí narušeno. 7 z 23 respondentů označilo za takovýto výkon chození na podložní mísu, což se opět shoduje s mým výzkumem především z Oddělení dlouhodobé péče.

V položce č. 14b se táže autorka respondentů, kteří dříve uvedli, že jim někdy v nemocnici něco vadilo, co toho bylo příčinou. Polovina respondentů (10 z 20) uvedla, že se jednalo o nevhodnou komunikaci. Také z mého výzkumu vzešlo, že pacienti považují komunikaci za velmi důležitou součást poskytování péče. Vidí ji jako oblast, ve které by se měla péče do budoucnosti zlepšovat.

V položce č. 20 se autorka ptá, zda pacientům vadí přítomnost studentů. Pouze 1 respondent z 50 oslovených odpověděl, že by mu jeho přítomnost vadila. Během mého výzkumného šetření jsem nenarazila ani na jednoho pacienta, který by kategoricky odmítal přítomnost studentů, naopak několikrát bylo uvedeno, že pokud budou předem informováni, pak s tím nemají problém.

V položce č. 21 autorka zjišťuje, co pacientům nejvíce narušuje jejich soukromí. Mezi nejčastějšími odpověďmi je opět pomoc při hygieně a použití podložní mísy (uvedlo 13 z 53 respondentů), což potvrzuje i můj výzkum na CHIR a ODP v ÚVN-VFN.

Další studií, se kterou mohu alespoň částečně porovnat výsledky svého výzkumu, je bakalářská práce Ludmily Kalné z roku 2014 z Fakulty zdravotnických studií v Plzni nesoucí název „*Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče*“. Tato práce měla výzkum také zacílen jednak na sestry a jednak na pacienty. Autorka měla stanoveny předpoklady, na které si poté svým výzkumným šetřením odpovídala, zda jsou platné či nikoliv.

Pro předpoklad č. 4 autorka zjišťovala, zda více jak polovina pacientů na JIP vnímá ztrátu soukromí nejpálčivěji při vyprazdňování moči a stolice. Ptala se respondentů na více souvisejících otázek z nichž nakonec vzešlo, že nejvíce nedostatku soukromí pociťovali pacienti právě u vyprazdňování, uvedlo to 82% jejích respondentů. Můj výzkum sice neuvádí procentuální ohodnocení jednotlivých výkonů zasahujících do soukromí pacientů, nicméně ve výpovědích mých respondentů byla tato odpověď zmiňována často.

Dalším bodem tohoto výzkumu, který mne zaujal, byl předpoklad č. 5 o tom, že pacienti mladšího věku prožívají ztrátu soukromí hůře než pacienti staršího věku. Bohužel svým výzkumem nemohu toto tvrzení potvrdit ani vyvrátit, neboť věkovou hranicí zde byl uveden věk 60 let a osoby mladší 60 let byly v mém výzkumu zastoupeny jen menšinově. Nicméně je pravda, že starší respondenti častěji říkali, že si prostě zvykli a teď už o soukromí ani nepřemýšlí, nebo že se už za svoje tělo nestydí, protože na starém člověku není co vidět. Takže bych se stejně jako autorka tohoto předpokladu klonila k názoru, že starší lidé zásahy do soukromí snášejí lépe.

Posledním předpokladem, který zde zmíním je předpoklad č.6, že muži se vyrovnávají s nedostatkem soukromí hůře než ženy. Autorka tento předpoklad potvrdila na základě otázek ohledně pocitů, které pacienti na JIP prožívají v souvislosti s nedostatkem soukromí. Můj výzkum se tímto tématem nezabýval, nicméně jisté znaky, objevující se v závislosti na pohlaví, jsem vyzorovala ve výsledcích u dotazníkové otázky č. 1. Ženy častěji než muži odpovídaly, že jsou pro ně soukromí a intimity velmi důležité. K vystavění potvrzujícího či vyvracejícího názoru na tento předpoklad, podloženým mojí studií, to však nestačí.

Jak jsem již dříve uvedla, moje dotazníkové šetření vzniklo na základě inspirace americkou pilotní studií: „*Screening for Intimacy Concerns in a Palliative Care Population*“ z roku 2016, vytvořenou v MedStar Washington Hospital Center pod vedením Paliativního týmu, v čele s Anne Kelemen. Tento výzkum byl také založen na krátkém dotazníku ověřujícím, jak moc hospitalizace ovlivnila soukromí pacienta a jeho vztahy, zda byl někdy tázán na své soukromí a intimitu, a zda by mu přišel takový rozhovor smysluplný. I zde v originálním podání tohoto výzkumu byla zařazena otevřená otázka pro připomínky pacientů k tomuto tématu. Do tohoto pilotního výzkumu bylo zapojeno 57 respondentů. Výsledkem bylo utvrzení názoru, že minimálně pro pacienty v paliativní péči je otázka soukromí a intimity důležitá.

Tato studie dokumentuje, že 96% respondentů nebylo personálem tázáno na své problémy v oblasti intimity a 56.2% respondentů uvedlo, že nemoc ovlivnila jejich intimitu. A téměř všichni (96%) se domnívají, že diskuze na toto téma by mohla znamenat zlepšení a mají o to zájem. Dále studie uvádí mnohé důsledky jež přineslo těmto pacientům jejich onemocnění v oblasti rodinného života a vztahů se svými blízkými. V těchto oblastech můj výzkum však nepřinesl mnoho poznatků. Daly by se shrnout následujícím výrokem jedné pacientky.

„Když je člověku opravdu zle, tak pozná, co je kdo zač.“ (T10)

Zjištění americké studie se shodují s mým výzkumným šetřením na CHIR a ODP. Také čeští pacienti většinou (74%) uvádí, že při pobytu v nemocnici je pro ně důležité jejich soukromí a intimita. Z obou oddělení přibližně 61% respondentů zaregistrovalo značné ovlivnění soukromí a intimity během hospitalizace. Celkově 39% respondentů někdy o potřebě soukromí a intimity mluvilo se zdravotníkem a 63% o to má skutečně zájem. Tedy i zde je stále co zlepšovat.

Závěr

Teoretickou částí jsem se snažila zaznamenat základy stavebních pilířů, na kterých v praxi stojí zachovávání soukromí a intimity pacientů. Snažila jsem se vysvětlit, co je to soukromí a intimita, na základě jakých morálních a právních principů je máme povinnost chránit, kdo je to pacient a kdo sestra, jaký je základ vztahu mezi nimi tak, aby mohlo být soukromí pacienta zachováno, a v neposlední řadě na jaké situace a chování si máme dát pozor, abychom do soukromí a intimity pacienta nezasahovali příliš.

Pro praktickou část bylo mým hlavním cílem zjistit, jak pacient během hospitalizace prožívá své soukromí a intimitu. Touto studií jsem chtěla poukázat na problematiku soukromí a intimity pacientů v nemocnici, a dozvědět se od konkrétních pacientů, zda se domnívají, že je péče v tomto ohledu dostatečná, či nikoliv. A případně na co by měl být kladen důraz při poskytování péče vzhledem k ochraně jejich soukromí a intimity.

Na tento cíl jsem si odpovídala třemi výzkumnými otázkami zabývajícími se tím, jak pacient vnímá své soukromí a intimitu při pobytu v nemocnici, jaké chování a situace považuje za nejvíce zasahující do soukromí a intimity, a zda v tomto ohledu pociťuje ze strany personálu dostatečnou péči. Na jednotlivé otázky jsem odpovídala zvlášť z pohledu každého oddělení a poté i v obecné rovině o dané problematice celkově.

Svým výzkumem jsem také odpověděla na hypotézu, že vnímání soukromí a intimity se liší u pacientů na CHIR a ODP. Můj výzkum tuto hypotézu potvrdil na základě rozdílných odpovědí respondentů, jak v rámci dotazníkového šetření, tak i z rozhovorů. Vyplývá z nich, že pacienti na daných oddělení pociťují zásah do soukromí a intimity v jiných situacích, spatřují důležitost v jiných okolnostech a nedostatek soukromí také jinak prožívají. Domnívám se, že cíl byl v jednotlivých částech práce naplněn a na otázky bylo odpovězeno.

Celkově lze tento výzkum považovat za další z mnohých důkazů toho, že o člověka v roli pacienta nelze pečovat pouze po stránce tělesné. A pro zdravotníky bude tedy nejlépe řídit se zlatým pravidlem:

co nechceš, aby druzí činili tobě, nečiň ani ty jim!

Výsledky této práce byly poskytnuty vrchním sestřám zapojených oddělení, aby je mohly zužitkovat jako zpětnou vazbu péče, kterou poskytují.

Seznam použité literatury

Použité knižní zdroje:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů*. 1.vydání. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN: 80-7013-310-4

HENDERSON, Virginie. *Základní principy ošetřovatelské péče*. Mezinárodní rada sester. 1995.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 4.vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN: 978-80-262-0982-9

GRAY, John. *Muži jsou z Marsu ženy z Venuše*. Přel. V. Černý. 1.vydání. Praha: Práh-Svan, 1994. ISBN 80-85809-41-9

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

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1.vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2069-2

NIGHTINGALE, Florence. *Kniha o ošetřování nemocných*. Přel. P.Králová. 1.vydání. Praha: J.Otto, 1874.

RADA PRO ROZVOJ OŠETŘOVATELSTVÍ. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. ISBN: 80-7013-270-1

STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetřovatelství 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN: 80-7013-282-5

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu*. Přel. S. Ježek. 1.vydání. Boskovice: Albert, 1999. ISBN: 80-85834-60-X

VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHOVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1262-8

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1.vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2068-5

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

Použité články z časopisů:

KELEMEN, Anne, CAGLE, John a GRONINGER, Hunter. *Screening for Intimacy Concerns in a Palliative Care Population: Findings from a Pilot Study*. Journal of Palliative Medicine. 2016, 19(10), 1102-1105. [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0092>

MALCOLM, Helen A. *Does Privacy Matter? Former Patients Discuss their Perceptions of Privacy in Shared Hospital Rooms*. Nursing Ethics. 2005, 12(2). 156-166. [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0969733005ne772oa>

MATTIASSON, Anne-Catherine a HEMBERG, Maja. *Intimacy-Meeting Needs and Respecting Privacy in the Care of Elderly People: What is a Good Moral Attitude on the Part of the Nurse/Carer?* Nursing Ethics. 2016, 5(6). 527-534. [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096973309800500607>

TAMBURINI, Marcello et.kol., *Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study*. BMC Cancer. 2003, 3(12). [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2407-3-12>

WOOGARA, Jay. *Human Rights and Patients' Privacy in UK Hospitals*. Nursing Ethics. 2001, 8(3). 234-246. [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096973300100800308>

YEO, Michael a LONGHURST, Mark. *Intimacy in the patient-physician relationship*. Can Fam Physician. 1996, 42. 1505-1508. [online] [cit. 20-5-2018] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2146817/>

Použité jiné elektronické zdroje:

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Metodické opatření. [online]. 2004. 12.9.2012 [cit. 20-5-2018] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/koncepce-osestrovatelstvi_3196_3.html

USNESENÍ č. 2/1993 Sb. Zákon pro lidi. *Listina základních práv a svobod*. [online]. 1993 [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>

VYHLÁŠKA č. 391/2017 Sb. Zákon pro lidi. *Výhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. [online]. 2017 [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>

ZÁKON č. 89/2012 Sb. Zákon pro lidi. *Občanský zákoník*. [online]. 2012 [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ZÁKON č. 101/2000 Sb. Zákon pro lidi. *Zákon o ochraně osobních údajů*. [online]. 2000 [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>

ZÁKON č. 372/2011 Sb. Zákony pro lidi. *Zákon o zdravotnických službách*. [online]. 2011 [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Použité bakalářské práce:

ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?* Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Bakalářská práce. 2010. [online] [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/14224/%20ervenková_2010_bp.pdf?sequence=1

KALNÁ, Ludmila. *Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče*. Západočeská Univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce. 2014. [online] [cit. 20-5-2018]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14789/1/Problematika%20respektovani%20soukromi%20na%20luzkach%20intenzivni%20pece.pdf>

Použitý jiný zdroj:

GUNGOR, Mark. Tale of two brains. [online] 10.12.2013 [cit. 21-5-2018]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=fTPUhMdfvzw>

Seznam grafů

Veškeré grafy uvedené v této práci jsou mé vlastní.

Graf č. 1 – návratnost dotazníků na CHIR	s. 50
Graf č. 2 – návratnost dotazníků na ODP	s. 51
Graf č. 3 – Celkový počet respondentů	s. 54
Graf č. 4 – Věkové kategorie respondentů	s. 55
Graf č. 5 – Otázka č. 1-CHIR	s. 56
Graf č. 6 - Otázka č. 1-ODP	s. 56
Graf č. 7 – Shrnutí otázky č. 1	s. 57
Graf č. 8 - Otázka č. 2-CHIR	s. 58
Graf č. 9 - Otázka č. 2-ODP	s. 58
Graf č. 10 – Shrnutí otázky č. 2	s. 59
Graf č. 11 - Otázka č. 3-CHIR	s. 60
Graf č. 12 - Otázka č. 3-ODP	s. 60
Graf č. 13 – Shrnutí otázky č. 3	s. 61
Graf č. 14 - Otázka č. 4-CHIR	s. 62
Graf č. 15 - Otázka č. 4-ODP	s. 62
Graf č. 16 – Shrnutí otázky č. 4	s. 63

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Soupis tázaných v kvalitativním výzkumu

Příloha č. 2 – Souhlas s vykonáváním výzkumu v ÚVN-VFN v Praze

Přílohy

Příloha č. 1

Pacienti, se kterými jsem podnikla rozhovor jsou označováni jako tázaní. V citacích jsou značeni písmenem T a číslem. Čísla od 1 do 6 jsou pacienti z Oddělení dlouhodobé péče a od 7 do 12 jsou pacienti Chirurgického oddělení B.

- T1: žena, 52let, ODP
- T2: žena, 90let, ODP
- T3: žena, 87let, ODP
- T4: žena, 64let, ODP
- T5: žena, 94let, ODP
- T6: žena, 53let, ODP
- T7: muž, 39let, CHIR
- T8: žena, 78let, CHIR
- T9: žena, 39let CHIR
- T10: žena, 47let, CHIR
- T11: muž, 66let, CHIR
- T12: muž, 59let , CHIR

Příloha č. 2

Karolína Vodvářková

Mgr. Lenka Gutová, MBA
náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče
Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02

V Praze dne 8. 10. 2017

Žádost o souhlas s prováděním sběru dat k bakalářské práci v oboru všeobecná sestra na 3. LF UK.

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Karolína Vodvářková a jsem studentkou 3. ročníku 3. LF UK, obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás touto formou zdvořile požádat o souhlas s prováděním sběru dat k bakalářské práci v ÚVN-VFN na Oddělení dlouhodobé péče a Chirurgické klinice.

Tématem mé bakalářské práce je Míra soukromí a intimity pacienta. Vedoucí bakalářské práce je doc.PhDr. Martin Hemelík, CSc. z Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK.

Cílem empirického šetření je zmapování vnímání a pocitů pacientů vzhledem k péči o jejich soukromí. Výsledky z Oddělení dlouhodobé péče a lůžkového chirurgického oddělení porovnám vzhledem k věku a diagnóze pacienta. V rámci empirické části bych prováděla rozhovory s vybranými pacienty, které bych předem konzultovala s vrchními sestrami oddělení.

O výsledcích svého šetření Vás i vrchní a staniční sestry Oddělení dlouhodobé péče a Chirurgické kliniky budu samozřejmě informovat.

Za vyřízení mé žádosti předem děkuji.

S úctou



Mgr. Lenka Gutová, MBA
11.10.17

Karolína Vodvářková