

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Problematika intimity pacientů při předoperační přípravě a  
překladu na operační sál na ortopedickém oddělení**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Ivana Chloubová

Autor:  
Romana Ferenczová

Abstrakt

## **Problematika intimity pacientů při předoperační přípravě a překladu na operační sál na ortopedickém oddělení.**

Bakalářská práce je zaměřena na intimitu pacientů na ortopedickém oddělení, při předoperační přípravě a překladu na operační sál, ale i na chování sester, které tuto činnost vykonávají. Intimita je na operačním oddělení stále diskutovatelné téma. Střetává se zde právo pacientů na soukromí a snaha zdravotníků o co nejlepší předoperační přípravu a následný překlad na operační sál. I přes velké úsilí zdravotnického personálu dochází k situacím vyvolávající u pacientů ostych a stud. Jedním z hlavních důvodů je časový tlak, který je na zdravotníky vyvíjen. K narušení intimity pacientů může dojít špatnou komunikací mezi sestrou a pacientem, ale i mezi personálem samotným. Každý pacient je individualita a proto není možné stanovit jeden standardní postup, který by tuto situaci řešil. Cílem práce bylo zjistit jakým způsobem je zabezpečena intimita pacientů při předoperační přípravě a sledovat možnosti zabezpečení intimity při překladu na operační sál. Zjistit, při jakých činnostech (výkonech) bývá v rámci předoperační přípravy intimita nejčastěji porušena. Data byla získána v rámci kvalitativního šetření ze dvou různých nestandardizovaných rozhovorů. Jeden typ rozhovoru byl veden se sedmi náhodně vybranými pacienty ortopedického oddělení daného zařízení. Druhý typ rozhovoru byl veden se sedmi sestrami pracující v daném zařízení, z toho jedna sestra pracuje na operačním sále. Sestry byly dotazovány, zda respektují intimitu pacientů na lůžkové ošetrovací jednotce důsledněji, než sestry na operačním sále a zda je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního výkonu. Cíle práce byly splněny. Šetřením bylo zjištěno, že u dotazovaných respondentů docházelo k narušení intimity nejčastěji při překladu na operačním sále. Zjištěné výsledky budou poskytnuty managementu daného zařízení k vytvoření standardu pro zajištění intimity pacienta na operačním sále.

## Abstract

### **The issue of the intimacy of the patients during pre-operative preparations and movement to the operating theatre in the orthopedic department.**

The bachelor thesis is specialized in the intimacy of the patients during pre-operative preparations and movement to the operating theatre in the orthopedic department. The thesis is also specialized in the nurses's behavior which these activities are doing. The intimacy is still discussed topic. It is the conflict of the right of patient to privacy and the effort of medical staff members to the best pre-operative preparations and subsequent movement on the operating theatre. In spite of the big efforts of medical staff members there are the situations which cause the shyness and the shame of patients. The main reason is time pressure which is exerts on the medical staff members. The disruption of the intimacy can be caused by the wrong communication between the nurse and the patient but also between the staff themselves. Every patient is individuality and therefore there is not possible to set one standard working procedure which solves this situation. The main objective of this thesis was to find out how the intimacy of patients during pre-operative preparation is secured and to study possibilities of the ensuring intimacy during movement to the operating theatre. The next objective was to find out during which activities (performances) during pre-operative preparations the intimacy used to be frequently devastated. The data were obtained within qualitative research from two non-standard interviews. One type of interview was done with seven randomly chosen patients of the orthopedic department. The second one was done with seven nurses working in the medical facility. One of the nurses is working in the operating theatre. The nurses from the inpatient ward were asked if they respect the patient's intimacy consistently than the nurses in the operating theatre. They were also asked if there is difference in observance of patient's intimacy during pre-operative preparations in the scheduled operating performance and urgent performance. The objectives of the bachelor thesis were fulfilled. During interviews there was found out that the disruption of the intimacy was most often realized during

movement to the operating theatre. The identified results will be provided to the management of the medical facility to create the standard for the securing of the patients intimacy on the operating theatre.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Problematika intimity pacientů při předoperační přípravě a překladu na operační sál na ortopedickém oddělení* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to - v nezkrácené podobě fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/198Sb zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích

Podpis studenta

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Ivaně Chloubové za pomoc při vedení bakalářské práce, za její cenné rady, ochotu a trpělivost. Rovněž děkuji touto cestou svému manželovi i celé rodině za velkou podporu při studiu.

## Obsah:

1 Úvod.....	10
2 Současný stav .....	11
2.1 Anatomie kyčelního kloubu .....	11
2.1.1 Operace na kyčelním kloubu.....	11
2.2 Anatomie kolenního kloubu.....	11
2.2.1 Operace na kolenním kloubu .....	12
2.2.2 Totální endoprotéza kolenního kloubu ( TEP).....	12
2.3 Předoperační příprava.....	13
2.3.1 Kompetence sester .....	13
2.3.2 Postup při předoperační přípravě .....	13
2.4 Intimita .....	15
2.4.1 Soukromí - intimita.....	15
2.4.2 Ochrana osobních dat .....	16
2.4.3 Potřeby nemocného.....	17
2.4.3.1 Práva pacientů.....	21
2.4.3.2 Etický kodex sester.....	22
2.5 Komunikace.....	23
2.5.1 Osobní prostor .....	26
2.5.2 Role sestry .....	27
2.5.3 Vztah sestra - pacient.....	29
3 Cíle práce a výzkumné otázky .....	31
3.1 Cíle práce.....	31
3.2 Výzkumné otázky .....	31
4 Metodika .....	32
4.1 Metodika sběru dat.....	32
4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	32
5 Výsledky .....	33
5.1 Rozhovor s pacienty nemocnice v kraji Vysočina.....	33

5.2 Rozhovor se sestrami z nemocnice v kraji Vysočina .....	39
5.3 Výsledky rozhovorů s pacienty nemocnice kraje Vysočina .....	47
5.4 Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami nemocnice v kraji Vysočina .....	49
6 Diskuze .....	53
7 Závěr .....	58
8 Seznam použitých zdrojů .....	59
9 Klíčová slova .....	62
10 Seznam příloh .....	63



## **Seznam použitých zkratk**

ASA	Skórovací schéma převzaté od American Society of Anesthesiologists
ČAS	Česká asociace sester
ČSS	Profesní organizace sester
ICN	Mezinárodní rada sester
PMK	Permanentní močový katétr
Pss	Pomaturitní specializační vzdělání
Sb.	Sbírka
SŠ	Střední škola
VŠ	Vysoká škola

*„ Nečtiň jiným, co nechceš, aby činili tobě “*

*Konfucius*

## **1 Úvod**

Respektování studu pacienta a zajištění dostatečné intimity je nedílnou součástí ošetrovatelské péče. Pacient má podle Práv pacientů právo na soukromí. I přes veškeré úsilí zdravotnického personálu však dochází k situacím, které vyvolávají u pacienta zcela přirozený ostych a stud. Mohu tuto skutečnost velmi dobře posoudit, protože již řadu let pracuji na operačním oddělení nemocnice, kde se každodenně setkávám s principy dodržování zásad intimity pacientů. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila velmi citlivé téma problematiky intimity pacientů při předoperační přípravě a při jejich překladu na operační sál na ortopedickém oddělení, a také negativní zkušenost sestry která nevhodně komentovala stud pacientky.

Prvotním cílem mé práce bylo zjistit, jakým způsobem je zabezpečována intimita pacientů při předoperační přípravě na ortopedickém oddělení. Dalším z cílů bylo sledování možností pro zabezpečení intimity při překladu pacientů na operační sál. Posledním a neméně důležitým cílem bylo zjistit, při jakých činnostech (výkonech) byla intimita pacientů nejčastěji porušována.

Výsledky provedeného šetření přinesly odpovědi na to, v jaké míře je zajištěna intimita pacientů na standardním oddělení při předoperační přípravě a při překladu na operační sál ortopedického oddělení. Výstupem bakalářské práce bude materiál, který bude poskytnut managementu dané nemocnice k vytvoření standardu pro operační sál s ohledem na zajištění intimity pacienta.

## **2 Současný stav**

### **2.1 Anatomie kyčelního kloubu**

Kyčelní kloub (articulatio coxae) není jen zařízením pro pohyb dolní končetiny, ale má i nosnou funkci a slouží pro udržení rovnováhy těla. Vlastní pohyby kyčelního kloubu jsou otáčivé pohyby hlavice kloubu v kloubní jamce (acetabulum). Kost stehenní (femur) je nejsilnější a největší kostí lidského těla. Je složena ze čtyř částí: z hlavice, krčku, těla kosti a kondyly, které spojují stehenní kost s kostí bérce (tibií). Kost bérce je složena ze dvou kostí, a to z kosti lýtkové (fibula) a z kosti holenní (tibia). Kosti nohy (ossa pedis) jsou tvořeny kostí zánártní, nártní a sezamské kůstky(4,5).

#### **2.1.1 Operace na kyčelním kloubu**

Totální endoprotézy kyčelního kloubu byly do běžné praxe uvedeny koncem šedesátých let minulého století. Techniky implantace a základní principy výroby prodělaly do současné doby výrazné změny. Základem endoprotézy je jamka, která se vyrábí z polyetylenu. Jamka je pevně ukotvena do vyfrézovaného acetabulu (jamky) za pomoci kostního cementu, který zajišťuje pevnou fixaci implantátu. Další součástí je femorální dřík, vyrobený ze slitiny nebo korozivzdorné oceli, zacementovaný do femuru. V 80. letech dvacátého století byly do klinické praxe zavedeny necementované implantáty. Z používaných materiálů převládal titan, hlavičky se začaly vyrábět z keramiky. Aby fixace u necementovaných endoprotéz byla pevná a trvalá, musí primární stabilita přejít v sekundární, což je dosaženo vrůstem kosti do povrchu implantátu. Proto je velmi důležité odlehčení operované dolní končetiny. V zásadě se tedy totální endoprotézy rozdělují podle typu jejich ukotvení do kosti na cementované, kdy se komponenty fixují kostním cementem, na necementované, kde se komponenty fixují do kosti a na endoprotézy hybridní, kde je každá komponenta fixovaná jinou technikou (4)

### **2.2 Anatomie kolenního kloubu**

Kolenní kloub (articulatio genus) je nejsložitějším kloubem v lidském těle. Skládá se z dolního konce stehenní kosti (femuru), z vrcholu holenní kosti (tibiae) a z česky

(pately). Na přední straně stehenní kosti probíhá čtyřhlavý sval. Velké svaly na zadní straně stehenní kosti (hamstringy) působí jako stabilizátory. Číška (patella) je v podstatě pákou pro čtyřhlavý sval a napomáhá zvýšení jeho účinnosti. Koleno je uvnitř potaženo synovií (výstelkou), která se podílí se na výživě chrupavky. Důležitými vnitřními částmi kolene jsou: kloubní chrupavka, meniskus, vazy a šlachy. V kolene jsou dva druhy chrupavky: kloubní, která kryje kloubní povrch a meniskus, který pomáhá rozložení zatížení a zlepšení stability (4,5)

### **2.2.1 Operace na kolenním kloubu**

Poranění předního zkříženého vazy (dále jen PZV) vzniká obvykle nepřímým násilím, nejčastěji zevní rotací bérce. Slyšitelné prasknutí vazy udává 30 až 50 procent pacientů. Terapie u poranění PZV záleží na frekvenci sublucací kolene. Opakované sublucace kolene vedou k poškození menisků a kloubní chrupavky a k následnému vzniku artrózy. Operace jsou prováděny artroskopicky. K rekonstrukci PZV se používají štěpy, nejčastěji autogenní štěpy z ligamentum patellae. Alogenní štěpy se používají při reoperacích. U 80 až 90 procent pacientů po rekonstrukci PZV je funkce kolene hodnocena jako normální.(4)

### **2.2.2 Totální endoprotéza kolenního kloubu ( TEP)**

První totální endoprotézou (dále jen TEP), nahrazující celý kloubní povrch, byl implantát, vyvinutý Waldiusem a Shiersem. U implantací byla dříve nutná velká resekce kosti. V současné moderní medicíně se při TEP kolene nahrazují pouze poškozené kloubní plochy. Jedná se o náhradu kloubní chrupavky a povrchu kloubu. Šetřena je tak kostní tkáň, které se odstraňuje pouze nezbytně nutná část. Vazivový aparát se ponechává, taktéž šlachy a svaly. Speciálně upravené komponenty jsou vyrobeny z pevného, biologicky kompatibilního, umělohmotného a kovového materiálu. Nejčastěji je používána slitina kobaltu, chromu a molybdenu, umělá hmota je vyrobena z vysoce molekulárního polyetyleny. Díky použití velmi kvalitních implantátů totální endoprotézy více než 90% pacientů necítí po operaci žádnou bolest.(4)

## **2.3 Předoperační příprava**

### **2.3.1 Kompetence sestry**

Činnosti sestry ve zdravotnictví jsou stanoveny Vyhláškou č.55 z roku 2011. Všeobecná sestra v rámci svého povolání vykonává činnosti bez odborného dohledu v souladu s diagnózami, stanovenými lékařem. Prostřednictvím ošetrovatelského procesu poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči. Vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacienta, sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce a další tělesné parametry. Rovněž hodnotí a zaznamenává stav pacienta. Odebírá biologický materiál, edukuje pacienty, podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, dispenzární a neodkladné péči. Připravuje pacienty k léčebným a diagnostickým postupům a asistuje při těchto výkonech.(13,31)

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle § 54 Vyhláška 55/2011 Sb., bez odborného dohledu a bez indikace provádí péči o pacienta před, v průběhu a bezprostředně po lékařském výkonu, včetně invazivních a diagnostických výkonů. Dále připravuje instrumentaria, zdravotnické pomůcky a jiný potřebný materiál, který je nezbytný pro operační výkon. Provádí sterilizační a desinfekční postupy, zajišťuje manipulaci s operačními stoly, tlakovými nádobami a připravuje pracoviště ke standardním a speciálním výkonům. Na základě indikace lékaře sestra bez nutnosti odborného dohledu zajišťuje polohu a fixaci pacienta na operačním stole, provádí zarouškování operačního pole a instrumentuje při operačních výkonech. (31)

### **2.3.2 Postup při předoperační přípravě**

Je důležité si uvědomit, že operace je jednou ze stresujících situací v životě člověka, a proto význam dovedností a znalostí sestry v předoperační přípravě je opravdu nedocenitelný (9).

Každá příprava k operaci obsahuje prvky obecného rázu, které mají být splněny u každého chirurgického výkonu a prvky speciální, které jsou dány příslušnou diagnózou a typem operace. Způsoby a intenzita provádění závisejí na celkovém zdravotním stavu pacienta. K celkové předoperační přípravě patří prohlédnutí pacienta anesteziologem, takzvané předanesteziologické vyšetření. Provádí se u každého

pacienta před operačním nebo diagnostickým výkonem v celkové nebo lokální anestezii nebo sedací prováděnou anesteziologem. Cílem je vytvořit nemocnému podmínky pro zvládnutí operace a pro následné nekomplikované hojení a rekonvalescenci. Hodnotí se pomocí navržené klasifikace ASA. Anesteziolog sepisuje s pacientem informovaný souhlas, který oba stvrdí svým podpisem. Doporučený způsob anestezie a předoperační přípravy jsou zapsány do anesteziologického záznamu (9,17).

Výsledek jakéhokoli léčení, včetně chirurgického, je ovlivněn přístupem nemocného k léčebnému procesu. Aktivní přístup pacienta, který je seznámen s podstatou své choroby, s průběhem operace i s důležitostí včasné rehabilitace, je v algoritmu léčebných kroků nenahraditelný. Pro aktivní přístup nemocného je v neposlední řadě nezbytná i důvěra v lékaře. Praktická i psychologická příprava nemocného, který je přijat k plánované operaci, je jiná, než u pacientů, kteří musí podstoupit výkon urgentní.(15,18,20).

Přípravu pacienta na plánovanou operaci provádíme na oddělení den před operačním výkonem. Pacient nastupuje na oddělení po svém ohlášení na ortopedické ambulanci, kde lékař zkontroluje výsledky laboratorní a interní předoperační vyšetření. Poté pacient odchází v doprovodu zdravotní sestry na oddělení, kde si jej převezme sestra, konající službu. Uloží pacienta na pokoj, seznámí jej s domácím řádem oddělení, přiloží identifikační náramek a sepíše ošetřovatelskou dokumentaci. Samotná předoperační příprava je provedena na základě pokynů lékaře, který naordinuje vyprázdnění, zajištění krevních derivátů, rehabilitaci - nácvik chůze o vysokých podpažních holích, francouzských holích a dechová cvičení na lůžku, s jejichž principy seznamuje pacienta rehabilitační sestra. Následně pacienta edukujeme o lačnění od půlnoci a o způsobu provedení večerní a ranní hygieny (4,13,14).

Nemocnému je podána premedikace dle ordinace anesteziologického lékaře. Jako prevence zánětu žil a embolie přikládáme druhý den ráno bandáže dolních končetin a dle pokynů anesteziologa je aplikována i další část premedikace. Před jejím podáním zajistíme, aby se pacient vymočil a po podání premedikace nesmí vstávat z lůžka vzhledem k hrozícímu nebezpečí úrazu. Zkontrolujeme, zda pacient odložil zubní protézu, šperky a protetické pomůcky. Pacient si oblékne jednorázové kalhotky, které se

používají pouze u operace TEP kolene a malých výkonů. U TEP kyčle se nedávají. Poté pacient ulehá na lehátko a následuje jeho převoz na operační sál v doprovodu sestry a sanitáře. První kontakt s personálem operačního sálu je na takzvaném filtru, kde si pacienta převezme personál operačního sálu. Ošetřující sestra předá sálové sestře potřebnou pacientovu dokumentaci. Zároveň dojde k opětovnému ověření jeho identifikace, a to jak slovní formou, tak i kontrolou identifikačního náramku, který má pacient přiložen na zápěstí. Nakonec se pacient přemístí na lehátko, které je určeno pro překlad na anesteziologický sál, kde je připraven anesteziolog (17,25).

U urgentních příjmů je příprava nemocného k operaci podřízena naléhavosti operačního výkonu. Ale ani v tomto případě nesmíme zapomenout na základní požadavky předoperační přípravy. Nemocný musí být převlečen a podroben nejnutnější hygienické očištění. Oholíme operační pole, podáme premedikaci, provedeme bandáže dolních končetin a další úkony dle ordinace lékaře. Velmi důležité je edukovat pacienta, aby nejedl a nepil. Zkontrolujeme odložení šperků, zubní protézy a dalších protetických pomůcek, ověříme zdravotní dokumentaci a zajistíme převoz pacienta na operační sál. I v tomto případě je velmi důležité zachování jeho intimity (9, 13,20).

## **2.4 Intimita**

### **2.4.1 Soukromí - intimita**

Slovo intimita ve slovníku cizích slov znamená soukromí, útulnost, důvěrnost. Vychází z latinského kořene slova intimum, které označuje vnitřek, nejnějnější jádro. Intimita je produkt života, odráží jednání člověka. Představuje konstrukt lidského dorozumívání a adaptační schopnosti člověka podléhat vlivům prostředí (10,22,33).

Vnímání intimity se v průběhu staletí mění a vyvíjí. V období starověku nebyly takové pojmy jako nahota, erotický život a úkony spjaté s hygienou, metabolismem a vyměšováním, řazeny do sféry intimity. Ještě ve středověku spávali členové rodiny v jedné místnosti se služebnictvem i hosty, často i v jedné posteli. Za této situace nahota, fyziologické funkce a potřeby nemohly být tabuizovány, stud z nahoty a sexuality v těchto dobách prakticky neexistoval. Počátky studu jako obrany vlastní intimity zaznamenáváme až na přelomu středověku a novověku. S nástupem novověku

v době renesance se zásadně mění pojetí intimity. Vznikají oddělené ložnice, nahota přestává být přirozenou a veřejnou součástí běžného života, začíná se tabuizovat a spojovat se sexualitou.(29)

Důvodem této změny byly lepší hmotné podmínky pro život, rostla obecná vzdělanost a s ní určitá kultivace mravů. Vyrůstal také vliv církve, která tvrdými represemi stíhala jakékoli nepatrné vybočení z přísných zásad mravného života. Tento stav trval do přelomu 19. a 20. století, kdy pomocí nově vzniklých masových medií dochází k pozvolnému rušení hranice intimity tradiční společnosti.

Stud se stal významnou společenskou institucí regulující lidské chování. Stud je spojován s pocity viny. Nepotlačuje ani nepřijímá funkce strachu jako osvědčené principy lidského chování. V současné době různá masová media neponechávají jednotlivci téměř žádný prostor k intimitě a ohrožují jeho základní vnitřní životní prostředí, oblast intimity. V neposlední řadě je důležitá ochrana osobních dat (10,29).

#### ***2.4.2 Ochrana osobních dat***

V poslední době je věnována zvýšená pozornost ochraně osobních dat. Ochrana osobních dat ve zdravotnictví patří k základním předpokladům důvěry v rámci vztahu pacienta a zdravotníka. Zdravotnické zařízení má povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta, informace o onemocnění a výsledcích. Zápis v dokumentaci musí být veden průkazně, čitelně a pravdivě (29).

Už v Hippokratově přísaze se hovoří o tom, že vše, co uvidíme a uslyšíme v souvislosti s léčbou, podržíme jako tajemství a zachováme mlčenlivost. Lékař byl vždy povinen dodržovat mlčenlivost a nesl za to individuální odpovědnost. Promluvit mohl jen tehdy, pokud pacient dal souhlas komu, kdy a co má být sděleno. Dlouhá staletí je mlčenlivost lékaře výhradně morální záležitostí. Na léčebném a diagnostickém procesu se však podílí nejen lékaři a sestry, ale také osoby, které nemají odborné lékařské vzdělání. Tradiční lékařské tajemství muselo být tedy upraveno tak, aby mlčenlivost byla rozšířena na všechny zdravotnické pracovníky. Porušení těchto právních norem má za následek nejen právní, ale i trestněprávní odpovědnost. Základním právním předpisem, který upravuje právo člověka na ochranu osobních dat,



je zákon č. 40/1964 Sb. a Občanský zákoník v platném znění. Ochrana osobních údajů pacienta, povinnosti zdravotníků a zdravotnického zařízení je zakotveno také v Zákoně č.101/2000 Sb. a v Zákoně č.20/1964Sb.o péči o zdraví lidu. Svůj význam v ochraně osobních údajů má také Zákoník práce a etické kodexy ve zdravotnictví. Základní etickou normou je Listina základních práv a svobod, která stanovuje právo na ochranu před zneužíváním údajů zachovávání tajemství záznamů a písemností (21,29).

Podle listiny práv a svobod má každý pacient právo na ochranu svého soukromí a na informace o svém zdravotním stavu. Zdravotnický personál má povinnost ze Zákona o péči a zdraví lidu č.20/1996Sb. zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozví při výkonu svého povolání(21).

#### **2.4.3 Potřeby nemocného**

Problémy ošetrovatelské praxe jsou předmětem ošetrovatelské etiky(10 jarošová) Etika byla dříve nazývána mravovědou. Obecně etika ustanovuje, co je právem mravné a co je nemravné. Morálka vyjadřuje popisovou a předpisovou stránku mravnosti. Zdravotnická etika je zcela odlišná od lékařské etiky. (8)

Lékařská etika je samostatný vědní obor, zabývá se morálně-etickými problémy lékařské praxe - osobností lékaře, postojem lékaře k pacientovi, paliativní medicínou a klinickou medicínou. V anglosaských zemích byla v roce 1895 v Londýně na 63. sjezdu britské lékařské sekce zřízena zvláštní sekce pro lékařskou etiku, kde byl již tehdy formulován návrh na „zřízení stolic etiky“. Ve Francii je od roku 1919 akceptován obor lékařské deontologie. Například v Německu není lékařská etika samostatným vědním oborem doposud. Za zakladatele lékařské etiky byl v USA považován Joseph Fletcher.

V letech 1918 až 1939 byla v naší zemi lékařská etika přednášena v rámci hodegetiky pouze nahodile a zdaleka neměla charakter systematického vzdělávání. Po druhé světové válce byla výuka humanitních předmětů na lékařských fakultách u nás konečně zavedena, a to ve značném rozsahu. V období let 1945 až 1952 vznikl a fungoval náš první deontologický ústav, jehož prvním přednostou byl jmenován Bohuslav Bouček. Přirozený vývoj lékařské etiky byl v roce 1952 zastaven a na

lékařských fakultách byla zavedena povinná výuka marxismu-leninismu. I přes nepříznivé politické vlivy nebylo zcela potlačeno pěstování lékařské etiky, a tak některé problémy byly takticky označovány jako psychologické. Začaly být realizovány řady odborných seminářů a konferencí. Zejména v polovině sedmdesátých let sílil zájem o lékařskou etiku. Výrazněji se některými problémy etiky zabýval například Prokop Málek, Helena Haškovcová a psychologové Jaro Křivohlavý a Pavel Říčan. Neocenitelnou službu poskytoval Časopis lékařů českých, kde byla zejména v osmdesátých letech 20. století opakovaně tematizována lékařská etika. V roce 1991 za podpory děkana lékařské fakulty Cyrila Höschla byla lékařská etika prohlášena samostatným lékařským oborem(8)

Základním posláním ošetrovatelství je uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb člověka. Vychází nejen z principů etických a bioetických. Ošetrovatelská etika se od biomedicínské odlišuje tím, že je zaměřena na činnosti profesionální sesterské péče.

Předmětem ošetrovatelské etiky jsou problémy, které přináší morálka ošetrovatelské praxe. Lze do ní zahrnout postoj sestry k pacientovi, vztah jedné sestry k druhé a k dalším spolupracovníkům. Velký okruh problémů ošetrovatelství souvisí s tím, že není vždy jednoznačný morální přístup. Sesterská etika se zatím nekonstitovala jako samostatná vědní disciplína oproti lékařské etice, která se již stala vědním oborem. Etickými otázkami, týkajícími se práce ošetrovatelky, se v minulosti zabývala například Estrid Rodeová a Florence Nightingalová. Dnes jsou tyto ženy považovány za průkopnice v oboru. Velký přínos v této oblasti mají i práce Heleny Haškovcové. Ošetrovatelská etika má dnes již jako každá věda své místo a uplatnění ve společenském životě. Mravní normy sestry slouží jako návod k chování a jednání, které je vhodné v profesionálních situacích. Tato norma má vždy nějaký účel, vychází z cíle, který má být dosažen( 8 ).

Obhajoba práv pacienta, autonomie, odpovědnost, to jsou etické pojmy v ošetrovatelství. Odpovědnost je klíčový pojem moderní etické teorie a zároveň etického chování sester. Ošetrovatelská profese pokládá odpovědnost za vysokou morální hodnotu. V rámci své role se odpovědnost sester stává stále vyšší. Bez jisté autonomie nemohou sestry odpovídat za své činy. Respektovat autonomii znamená

respektovat právo jedince na rozhodnutí dle svého způsobu, který si sám vybral. Základní požadavek etického jednání u sestry je ten, že by měla být respektována autonomie pacienta.

V literatuře se můžeme setkat s třemi klasifikacemi - modely obhajoby práv pacienta. Prvním z nich je model ochrany práv pacienta. Povinností sestry je informovat pacienta o jeho právech ve zdravotnictví nebo při pobytu v nemocnici. Úkolem sestry je také informovat pacienta, pokud by došlo k porušení těchto práv (Příloha). V modelu rozhodování je sestra postavena do role, kdy pomáhá pacientovi diskutovat o jeho potřebách a zájmech. Sestra nikdy nemá rozhodovat za pacienta, ale jako správný obhájce informuje pacienta a v jeho rozhodnutích jej podporuje. Poslední model je založený na úctě k lidem. Zde se na pacienta pohlíží jako na někoho, kdo má lidské vlastnosti a kdo vyžaduje naši úctu. Lidská důstojnost musí být respektována bez ohledu na to, zda je pacient svéprávný či nikoli.. Sestra podporuje nejlepší zájmy pacienta, které zjistila sama nebo prostřednictvím ostatních zdravotníků.(3,12,13,27).

Člověka jako pacienta měl ošetřující personál vždy vnímat jako celek, tedy jako bytost bio – psycho – sociální. Každý člověk je individualitou, má své názory, postoje, jedinečné vlastnosti a potřeby( 3,14,27)

Potřeba je stav organismu, který vzniká z nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Lidské potřeby se neustále vyvíjejí a kultivují. Potřeby jsou užitečné, nutné a souvisí s kvalitou našeho života. Množství potřeb závisí na věku a pohlaví jedince, jeho společenské úrovni, na prostředí, v němž vyrůstal, na inteligenci i životních zkušenostech. Potřeby nás provázejí od narození do konce života.(2003,24 str. 50).Každý jedinec uspokojuje a vyjadřuje potřeby vlastním způsobem. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil hierarchickou teorii potřeb (Příloha1). Potřeby jsou seřazeny podle naléhavosti. Podle Maslowa má každý jedinec systém motivů, které jsou hierarchicky uspořádány. Hierarchie potřeb obsahuje fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti, uznání, sebeúcty, kognitivní, estetické potřeby a potřeby seberealizace(24,26,27).

Maslowova hierarchie potřeb člověka je rozdělena na potřeby vyšší, kam se řadí potřeba seberealizace, uznání a sounáležitosti a na potřeby nižší, kam patří potřeba

bezpečí a základní fyziologické potřeby člověka. K vyšším potřebám řadí Maslow také metapotřeby, které jsou méně naléhavé. Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou výkonnější, zdravější a šťastnější, než jedinci, kteří mají neuspokojené potřeby. Vyšší potřeby jsou na pozdějším stupni jak fylogenetického, tak ontogenetického vývoje. Čím vyšší je potřeba, tím méně je důležitá pro přežití. Její uspokojování může být odkládáno, a tím snáze se potřeba trvale ztrácí.

Uspokojování lidských potřeb znesnadňuje celá řada faktorů. Patří mezi ně například typ osobnosti člověka jako takového, vývojové stadium, v němž se nachází, mezilidské vztahy a neposlední řadě i nemoci a okolnosti, které vznik nemocí vyvolaly. Onemocnění člověku často brání při uspokojování jeho potřeb. S postupným uzdravováním jedince, který je v lékařské péči, klesá i potřeba péče ošetřující sestry. Nemocní často svoji pozornost zaměřují na základní fyziologické potřeby a potřebami vyšší úrovně se nezabývají. Dalším z důležitých faktorů je osobnost člověka. „*Osobnostní vlastnosti modifikují potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu*“ (27 str.17). Pokud se týče vývojového stadia, v němž se daný jedinec nachází, je třeba brát v úvahu skutečnost, že každý člověk se během svého fyziologického vývoje neustále něčemu učí.

Učí se tedy i důvěře, s jejíž pomocí může dosáhnout určitého stupně naplnění svých potřeb i pocitu jistoty a bezpečí (24)

Sestry ve své každodenní práci vstupují do mezilidských vztahů. Pomáhají nemocnému, aby si uvědomil své potřeby a nastavil zdravý způsob jejich uspokojování. Nemocný ale vyjadřuje a uspokojuje své potřeby jinak ve zdravotnickém zařízení a jinak v domácí péči. Ošetrovatelská péče musí být proto zaměřena na plnění všech primárních a sekundárních potřeb pacienta v plném rozsahu, a to tak, jak je nemocný sám prezentuje. Zároveň je třeba nalézt pro řešení uspokojení potřeb nemocného takovou formu řešení, která je pro něj akceptovatelná (18,26,27).

Jedním z cílů ošetrovatelské péče je uspokojování potřeb jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného, podpora terapeutických procesů, při nichž by měl pacient aktivně spolupracovat. Nedílnou součástí uspokojování potřeb nemocných je jejich správná informovanost a pravidelná komunikace s nimi. Je-li nemocný informován

o své léčbě, prognóze a plánovaných vyšetřeních, snáší svoji nemoc lépe. Jeho neinformovanost ztěžuje plnění jak primárních, tak i sekundárních potřeb.

Další komponentou pro naplnění potřeb je pomoci nemocnému najít vhodně pojmenování konkrétní potřeby. Nemocný mnohdy popisuje pocit svého diskomfortu rozpačitými slovy. Někdy se může jednat o psychologický problém takzvané dešifrování žádosti nebo o problém zástupný, kdy nemocný popisuje něco, co ve skutečnosti nepocituje, ale vyžaduje tím zajištění naší přítomnosti.

V neposlední řadě je cílem péče o pacienta respektování autonomie nemocného. Pacientská autonomie znamená zachování identity. Tím je myšleno ponechání pacienta tím, kým je a kým chce být. Autonomii zajistíme tím, že budeme respektovat jeho přání a názory. Nemocný člověk, který je částečně nebo plně závislý na pomoci druhých, může být zároveň psychicky zcela autonomní. Toho docílíme tím, že mu dáme možnost podílet se na plánování vlastní léčby i možnost přijmout či odmítnout ošetrovatelský nebo terapeutický výkon, jak je uvedeno v Právech pacientů. Potřeba autonomie je nedílnou součástí života a je významná v léčbě a péči o nemocného. Sestrám pomáhají poznatky o potřebách lidí lépe chápat nejen sama sebe a tím lépe uspokojovat své osobní potřeby, ale zároveň chápat i potřeby jiných lidí. Mohou tak snáze pochopit jejich reakci na vzniklé situace. (3,11,24)

#### **2.4.3.1 Práva pacientů**

Jako první formuloval práva pacientů David Anderson, farmakolog z Virginie. Stanovil hlavní zásady, které musely být dodržovány při jednání s pacientem. V roce 1971 byl Andersonův kodex prezentován v Ústavu lékařských interakcí a komunikativních dovedností. Asociace amerických nemocnic přijala v roce 1972 vlastní kodex práv pacientů. V průběhu následujících let většina vyspělých států přijala obecnou verzi práv pacientů a poté i etické kodexy, které se týkají určitých skupin nemocných. Česká verze byla koncipovaná na základě Vzorových práv pacientů(3)

Podle českých i mezinárodních předpisů má pacient při léčbě právo na soukromí (Příloha 2). V České republice je toto právo často porušováno, chybí zde kontrolní mechanismy státu. Tuto oblast v současné době zanedbávají nejenom profesní

zdravotnické organizace, ale i zdravotní pojišťovny. Bohužel setrvačností z minulé doby dochází často k prohřeškům vůči soukromí pacienta. Typickým negativním příkladem je například oslovení nemocného pacienta ošetřující sestrou, popřípadě lékařem v čekárně zdravotnického zařízení, kdy položí nemocnému před ostatními pacienty dotaz typu: „ Tak pane Nováku, copak Vám dneska je“?

Pacient má právo na informace o své léčbě, které jsou vedeny ve zdravotnické dokumentaci. Do své dokumentace může nahlédnout za přítomnosti zdravotníka, může si vyžádat její kopii, kterou je povinno zdravotnické zařízení vyhotovit do 30 dnů ode dne vyžádání. Za kopii, opis nebo výpisy může zdravotnické zařízení žádat finanční úhradu. Dále má možnost přístupu k dokumentaci osoba, kterou pacient určil při svém příjmu do zdravotnického zařízení v souhlasu s hospitalizací. V případě nezletilé osoby podepisuje souhlas rodič, u nezpůsobilé osoby opatrovník. Při úmrtí pacienta mají osoby blízké, nebo osoba, která byla určena pacientem za života, rovněž možnost nahlédnout do lékařské dokumentace. (3,29)

V etickém kodexu Práv pacienta je ustanovení o tom, že každý pacient má právo získat od svého lékaře informace, týkající se diagnostického a terapeutického postupu při své léčbě. Tyto informace jsou obsaženy v informovaném souhlasu. Pacient dává před operací souhlas k zásahu do svého těla. Může však také navrhovanou léčbu zamítnout. V tomto případě mu lékař dává podepsat negativní revers. Zároveň pacienta poučí o možných rizicích při odmítnutí výkonu či vyšetření a na možné následky, za které lékař nenes zodpovědnost(3,29).

#### **2.4.3.2 Etický kodex sester**

Povolání sestry je jak z profesionálního hlediska, tak po stránce odborné přípravy, velmi náročné. Velmi významné v práci zdravotní sestry je dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným a ke svým spolupracovníkům. Od sestry se očekává, že zvládne jak fyzické nároky své profese, tak se dokáže vypořádat s problémy tohoto povolání. V systému poskytování zdravotní péče došlo k změnám, k přehodnocení postavení sestry do role odborného pracovníka, který je plně odpovědný za své jednání a rozhodnutí. Důležité je také morální jednání zdravotníka. Úcta k člověku patří mezi

nejdůležitější morální principy. Sestry by měly činit vlastní etická rozhodnutí. Svoji povahou a přístupem mohou podmiňovat použití specifických morálních zásad (3,8).

V roce 1899 byla založena společnost Mezinárodní rada sester (ICN). Sídlo pro Evropu je nyní v Ženevě. Je to největší mezinárodní organizace sester, která přijala vlastní (lék. etický kodex etika, haškovcová) Základní standard pro jednání sestry s pacientem, rodinou a veřejností je ustanoven v etickém kodexu sester (Příloha 3). Obsahuje nejen pravidla, ale i to, jaké hodnoty morálního přesvědčení by měla sestra uznávat. Mezinárodní rada sester vypracovala morální zásady ošetrovatelského povolání. V roce 1973 byly přijaty sestřskou veřejností, dále v roce 1983 byla do členství navržena také Československá společnost sester. Od roku 2000 je společnost sester sloučena s asociací sester. Prezidentkou společnosti se stala Hilda Vorlíčková z Brna(6,8).

České sestry se k morálním zásadám hlásí přes profesní organizace (ČSS, ČAS), kde etický kodex ICN je hlavním východiskem pro vypracování vlastních kodexů. Sestra je povinna ve své práci respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství: pečovat o zdraví pacienta, zlepšovat jeho zdravotní stav, předcházet nemocem a pomáhat tišit bolest. Při výkonu ošetrovatelské péče je třeba zároveň pečovat o lidskou důstojnost, za lidský život a lidská práva. Péče je poskytována bez ohledu na rasu, národnost, víru, barvu kůže, pohlaví nebo sociální postavení. Sestra poskytuje péči jednotlivci, rodině i komunitě. Komunikuje se všemi členy ošetrovatelského týmu(3,13,23).

## **2.5 Komunikace**

Důležitým aspektem v ošetrovatelství je komunikace. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby sestra vytvořila ovzduší důvěry, které by pacienta uspokojovalo, zbavilo strachu a obav(18).

Co je vlastně komunikace? Je to vzájemná výměna myšlenek, zkušeností a informací. Probíhá pomocí slov a vět mezi dvěma nebo více jedinci to je složka verbální. Dalším způsobem komunikace je neverbální komunikace, kdy člověk své emoce vyjadřuje pomocí pohledů, mimiky a gest. Souhrnně tedy můžeme říci, že komunikace je pro vztah mezi lidmi nevyhnutelnou podmínkou(26,28).

Úroveň komunikace ovlivňuje mnoho faktorů. Něktými z nich jsou například věk, kultura a společenské postavení jedince, hlasitost, intonace a barva hlasu, rytmus a tempo řeči. Prostřednictvím slov vysvětlujeme, přesvědčujeme, informujeme. Se slovy musí sestra pracovat uvědoměle a cíleně, mají sílu výchovnou a ovlivňující. Pilířem komunikace je rozhovor. Aby sestra vedla rozhovor správně, musí dodržovat zásady psychologické a etické.

Existují tři základní požadavky pro komunikaci. Prvním z nich je snaha chtít komunikovat. Toto by měl splnit jak pacient, tak sestra. Většina pacientů chce komunikovat. Jen výjimečně se najdou pacienti, kteří komunikaci odmítají. V komunikaci však může nastat problém i na straně zdravotníků, kteří nedokáží správně zpracovat získané informace. Požadavkem pro efektivní komunikaci je, aby sestra i pacient dokázali spolu komunikovat. Pacient s komunikací většinou nemá problémy, využívá obvyklý způsob, na který byl zvyklý. Sestra si proto musí neustále rozšiřovat své vědomosti a dovednosti v této oblasti o nové poznatky, které může následně uplatnit ve své praxi a které jí pomohou v kontaktu s nemocným. Posledním požadavkem je vytvoření možností ke komunikaci.

Správná komunikace v ošetrovatelství má význam nejen při vykonávání ošetrovatelského procesu, ale i při jednotlivých ošetrovatelských zákrocích. Jedním ze specifických požadavků komunikačního procesu ze strany zdravotnického personálu je příprava na rozhovor. Je důležité ujasnit si, co chceme komunikací získat a mít jasné informace o tématu, které bude předmětem rozhovoru. Důležitá je zároveň strategie vedení rozhovoru, tedy způsob kladení dotazů a schopnost reagovat na chování pacienta. V neposlední řadě je nezbytná i jistá dávka porozumění a pochopení nemocného (empatie) i akceptace jeho názorů.

Pro jednání je důležité zvolit i vhodnou dobu a prostředí. Je to proto, že často bývá komunikace narušována "komunikačním šumy", které správné komunikaci brání. Mohou mít původ mechanický nebo fyzikální (hluk, špatné osvětlení), psychický (spěch, emoční vztahy), fyzický (nedoslýchavost, bolest, nevidomost) a podobně. Nositelem šumu může být stejně jako nevhodné prostředí i téma, o němž se hovoří.



Pojmem „komunikační kanál“ se obecně označuje prostor, v němž dochází ke komunikaci (například prostředí ambulance, ordinace, nemocniční pokoj, chodba, a podobně). Je proto vždy nutno dobře zvážit, za jakých okolností, kdy a kde je vhodné s pacientem hovořit. Nekomunikovat v mezilidských vztazích nelze.

Každé sdělení má obsahovou a vztahovou úroveň. Obsahové sdělení je věcná informace a vztahové sdělení charakterizuje vztah jedinců a význam informací.

U verbální komunikace je důležitou složkou aktivní naslouchání. Naučit se volit slova k vyjadřování pocitů a citů není snadné. Člověk, s nímž komunikujeme, nemusí vždy rozumět tomu, co mu sdělujeme, zejména pokud mu schází schopnost empatie. Navíc nemoc vždy znamená zátěž. Vyřknuté slovo jen těžce vezmeme zpět. Může zapůsobit léčebně, ale také může ublížit. Ve zdravotnickém zařízení jsou v komunikaci více přítomny pocity a emoce. Sestra bohužel nemusí vždy rozpoznat v komunikaci s nemocným věcný a emoční obsah sdělení a adekvátně tak zareagovat a odpovědět. Čím více je v komunikaci zahrnuto citů a pocitů, tím více narůstá význam neverbální komunikace. Mnoho informací lze vyčíst z gest, mimiky, držení těla, pohledů, jejich četnosti a podobně.(2,12,18.28).

Dnešní společenská výchova má však tendenci vést člověka k tomu, aby své pocity co nejvíce potlačoval a ovládal. Člověk se tak naučí přetvařovat a tím je ovlivněno i autentické zacházení s jeho neverbální komunikací. V tomto případě má druhý člověk menší možnost mu při komunikaci porozumět.

Neverbální komunikace se ne vždy prolíná s komunikací verbální. Mezi složky neverbální komunikace patří pohledy, mimika, gestikulace, posturologie, proxemika a haptika. Při prvním kontaktu nás nejvíce zaujmou oči a ústa. Průměrná doba zkoumání obličeje trvá asi tři vteřiny, po této době se oční kontakt přerušuje a pak se opět naváže. Déletrvajícím očním kontaktem může vybízet k větší intimitě, pokud chceme pacientovi sdělit něco důvěrného, intimního, osobního. Dle Paula Ekmana existuje až na sedm tisíc mimických výrazů. Ve své profesní praxi se nejčastěji setkávám s mimickými výrazy fyzické bolesti a strachu pacienta.

Další neverbální složkou je gestika (pohyby těla) a posturologie (řeč postojů těla). K vyjadřování potřeb slouží pacientům mnohdy bohužel pouze ruce. Pro zdravotní

sestru je proto nezbytné porozumět řeči těla pacienta. I doteky (haptika) ve zdravotnictví mají svá specifika, ať již při prvním kontaktu s pacientem nebo při různých vyšetřeních a zákrocích. Dotyky často stimulují pacienty k důvěře a lepší spolupráci s ošetřujícím personálem. V některých případech může mít ale dotyk opačný účinek, než který je očekáván, například u negativistických pacientů, kde je lépe zapůsobit slovem (2,18).

### **2.5.1 Osobní prostor**

Pacient, vnímá jinak. Aniž bychom si to uvědomovali, vytváříme si podvědomě při komunikaci s druhými lidmi kolem sebe menší či větší prostor, který je rozdělen na teritoria (zóny). Tyto zóny jsou podle prokázaných studií rozděleny například podle toho, jak blízká či vzdálená nám druhá osoba je nebo jaký způsob komunikace jsme zvolili. Jedná se tedy o prostor, ve kterém verbálně i neverbálně komunikujeme s druhými lidmi. Nositelem neverbální komunikace je vzdálenost, na kterou spolu dva lidé mluví. (12,18)

Tento prostor dělíme do čtyř zón. Na zónu intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Do intimní zóny, která je v rozmezí přibližně od 0cm do 46 cm, dovolujeme vstoupit jen svým blízkým. Její narušení vnímáme buď jako projev intimity nebo jako aroganci a nevhodné chování druhého člověka. Když nám někdo vstupuje do intimní zóny, předvádíme proxemický tanec a naše reakce by tohoto člověka měly zastavit. Na nečekané a nepříjemné narušení intimní zóny reagujeme stejně jako na situaci, která nás ohrožuje na životě. Somatická reakce je stejná, jako když očekáváme útok. Mění se tepová frekvence, dech máme nepravidelný, stoupá nám krevní tlak, zornice se zúží. Při porušení intimní zóny reagujeme dvojím způsobem. Buď zvolíme ústup, kdy děláme úhybné pohyby, nebo zvolíme obranu, takzvaně zaútočíme.

Ve zdravotnickém zařízení bývá intimní zóna často oboustranně narušována při činnostech a výkonech nutných k ošetření a při následné péči o pacienta. Pacienti na porušení intimní zóny reagují individuálně. Proto je velmi důležité, aby zdravotnický personál předem pacienta důkladně informoval o činnostech a úkonech, které mu budou prováděny a snažil se o co nejšetrnější vstup do pacientovy intimní zóny.

Osobní zóna je přibližně stanovena v rozmezí od 46 do 120 cm. Je to taková vzdálenost, v níž vidíme pacienta jako celek, ale zároveň se můžeme zaměřit na detaily, jako jsou například neverbální projevy pacienta. Jedná se o ideální vzdálenost pro verbální komunikaci. Ve společenské zóně, která je přibližně od 120 do 360 cm, může sestra komunikovat s více pacienty, podávat neosobní sdělení. Je to vzdálenost všude tam, kde se běžně potkávají lidé. Veřejná zóna 360 cm a více je neosobní. Při komunikaci je třeba zvyšovat hlas, pacienta vnímáme jako celek, nevidíme detaily. Zde končí osobní kontakt sestry s pacientem 18).

### **2.5.2 Role sestry**

Určitou roli plní člověk v každé společenské skupině. S rozvojem ošetrovatelství se podstatně změnila i podoba role zdravotní sestry. Výrazné změny, k nimž docházelo a neustále dochází v rámci dynamického rozvoje lékařství a ošetrovatelství, ať již v našem státě nebo v celosvětovém měřítku, přinesly nejen řadu medicínských objevů, ale i mnohých dalších poznatků z oboru psychologie, pedagogiky, etiky a sociologie, které do výkonu pracovních činností sestry stále více zasahují. Sestra dnes plní roli ošetrovatelky, komunikátora, pomocnice, poradkyně, obhájkyne práv pacienta, učitelky, nositelky změn. Zároveň musí plnit i nelehkou roli, která směřuje k zlepšování zdravotního stavu pacienta (2,13,14).

Opravdu jen málo povolání prošlo tak výraznými historickými změnami, jako tomu je u profese zdravotní sestry. Prvotní formování patřilo charitativním institucím a středověkým hospitálům, které byly určeny k poskytování základní péče pro jednotlivce z řad chudiny. Bylo zde také pečováno o vdovy a sirotky.

Charakter péče v hospitálech nevyžadoval odbornou přípravu personálu. Teprve od druhé poloviny 19. století proniká do nemocnic racionální medicína, a tak vzniká nová profese sestry. Lékař potřeboval ke své činnosti pomocníka, který by s ním odborně komunikoval a racionálně jednal při ošetrování nemocných. Do doby první světové války byly nemocnice určeny pouze pro chudé. Majetné vrstvy dávaly přednost ošetrování v rodině. Teprve po druhé světové válce se nemocnice staly místem kvalifikované lékařské pomoci. Novodobé nemocnice vznikaly z dřívějších „špitálů“,

a proto na ně byla přenášena zcela přirozeně charitativní hlediska. Sociální role nově vznikající profese sestry byla jakýmsi kompromisem dvou po sobě následujících subkultur - charitativní a medicínské. Role sestry byla ovlivněna i medicínou samotnou, převládalo v ní přírodovědné pojetí zdraví a nemoci. Pozornost byla obrácena k orgánům a funkcím, nemocný byl pasivním objektem péče zdravotníků. Proto se ošetřování postupně stávalo spíše souhrnem jednotlivých úkonů, aplikací injekcí, podávání léků, měření teploty, převládala technická stránka sesterské činnosti. Rovněž výuka na školách se zaměřovala spíše na nácvik ošetřovatelských technik, než na péči o člověka, kterého je třeba vnímat jako bio- psychosociální bytost(2,32,33).

Významné místo v rozvoji ošetřovatelství měla Florence Nightingalová, anglická ošetřovatelka, která zdůrazňovala aktivní přístup k pacientovi, k jeho prostředí a vysokou úroveň zdravotnického personálu. V koncepci ošetřovatelství u Nightingalové se spojují dva vývojové trendy, charitativní a medicínský. Ty postupně pronikají do vzdělávacího procesu.(2)

Historickým vývojem přes charitativní činnost, chápání sestry jako pomocníka lékaře až jejímu postavení jako rovnocenné členky zdravotnického týmu v současnosti se stalo ošetřovatelství samostatnou vědní disciplínou, kde sestra pracuje zcela samostatně. Poskytuje ošetřovatelskou péči metodou ošetřovatelského procesu. Pro výkon činností jsou stanoveny přesné normy. Mezi atributy ošetřovatelského povolání patří zanícení pro službu, přičemž tento atribut je principiální. Mezi další atribut povolání je důstojnost, víra a hodnota každého člověka. Také potřeba celoživotního vzdělávání je jedním z atributů ošetřovatelského povolání. Aktivní začlenění sestry do týmu při plánování, organizaci, řízení a vyhodnocování je součástí zdravotnických služeb.

Zodpovědnost sester bývá někdy překrývána zodpovědností za druhé členy týmu. Sestra plní úkoly za nižší zdravotnický personál a není často jasné, kde její zodpovědnost končí. Vždy se ale toto odvíjí od dané situace. Častým problémem bývá neetické nebo neprofesionální chování některých členů ošetřovatelského týmu vůči pacientům.(11,14,15,18,34).

### **2.5.3 Vztah sestra - pacient**

Člověk zastával určitou roli, než se stal pacientem, a sestra je právě ten člen ošetrovatelského týmu, který má s pacientem užší kontakt než lékař (11).

Hospitalizace v nemocnici znamená pro každého člověka určitou stresovou zátěž. Jedná se o situaci, kdy dochází dočasně k ztrátě identity jednice, do popředí se dostává člověk v roli pacienta, všechny dosavadní role, které v životě měl, v té chvíli pozbývají na důležitosti. Nemá možnost svobodného pohybu a rozhodování. Je mu přiděleno lůžko, musí absolvovat potřebná vyšetření, sdílí pokoj s cizími lidmi. Dochází tak k ztrátě jeho soukromí, a to i v situacích, u nichž je intimita samozřejmostí. Na druhé straně ošetřující personál od pacienta očekává, že udělá vše, co se mu řekne, že se nebude příliš vyptávat a že snese totální ztrátu soukromí. S touto situací se však může pacient vyrovnat různými způsoby. Může se jednat o rezignaci ne o regresi (reorganizaci rozumového i citového života na nižší vývojovou úroveň). Pacient se zpravidla na nic se neptá a snaží se splnit vše, co se od něj očekává. To je takzvaně „hodný“ pacient. Další možností reakce ovšem je, že nemocný sice se vším souhlasí, ale na druhé straně tajně porušuje pravidla nemocniční péče (neužívá předepsané léky, kouří, a podobně). V neposlední míře jsou i pacienti, kteří protestují, na vše se vyptávají a snaží se podílet na rozhodování o léčbě. Tito pacienti jsou většinou méně oblíbeni, ovšem v literatuře je tento jejich postoj z hlediska uzdravování uváděn jako nejoptimálnější. Pacient odmítá pustit zodpovědnost ze svých rukou.

Profese zdravotní sestry je skutečně velmi náročné povolání, zejména po psychické stránce. Ve vztahu pacient - sestra hraje velkou roli nejen její osobnost a způsob chování k pacientovi, ale i to, zda si s pacientem rozumí a zda on se cítí v její péči dobře (1,7,15).

Sestra pomáhá při plnění biologických potřeb svěřených pacientů. Pokud pacient cokoliv potřebuje, zavolá nejprve sestru, která obstarává jeho osobní přání a potřeby, pacient je na ní často plně závislý. Sestra též doplňuje společenské vztahy, je spojkou mezi okolním světem a pacientem. Zná lékařská nařízení a komunikaci s pacientem rozvíjí především tak, aby vedla k vzájemnému pochopení a k zajištění potřeb pacienta

pokud možno co nejpříjemnějším způsobem. Sestra zároveň pomáhá nemocnému spoluvytvářet terapeutické prostředí. Podílí se velkou měrou na tom, aby toto prostředí bylo pro pacienta přes všechny obtíže, které s sebou jeho pobyt v léčebném zařízení přináší, co nejméně stresující. Pacient se nachází v novém prostředí. Neví, co jej čeká a v sestře hledá často duševní podporu. Vyslechnutí pacienta a trpělivost v danou chvíli působí terapeuticky. Je důležité, aby pacient chápal, že sestra s ním cítí, že zná jeho potřeby a chce mu pomoci. Sestra je zároveň i spojovacím článkem mezi lékařem a pacientem, pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři (16,34).

### **3 Cíle práce a výzkumné otázky**

#### **3.1 Cíle práce**

1. Zjistit, jakým způsobem je zabezpečena intimita pacientů při předoperační přípravě na ortopedickém oddělení.
2. Sledovat možnosti zabezpečení intimity při překladu pacienta na operační sál.
3. Zjistit, při jakých činnostech (výkonech) bývá v rámci předoperační přípravy intimita nejčastěji porušena.

#### **3.2 Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1

Jak byla u pacientů dodržena intimita při předoperační přípravě?

Výzkumná otázka č. 2

Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál?

Výzkumná otázka č. 3

Kdy a při jakých činnostech byla porušena intimita porušena nejvíce?

Výzkumná otázka č. 4

Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu pacienta důsledněji než sestry z operačního sálu?

Výzkumná otázka č. 5

Je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a výkonu urgentního?

## **4 Metodika**

### ***4.1 Metodika sběru dat***

Pro získání výsledků práce bylo použito kvalitativní šetření pomocí polostandardizovaného individuálního rozhovoru. Rozhovory byly vedeny se 7 pacienty ortopedického oddělení nemocnice v kraji Vysočina a se 7 sestrami, které pracují na ortopedickém oddělení téhož zařízení. Z důvodu zachování anonymity obou výzkumných skupin není uveden název zdravotnického zařízení.

Rozhovory byly uskutečněny v březnu 2011 po poskytnutí souhlasu vrchní sestry ortopedického oddělení. Před uskutečněným rozhovorem byli respondenti informováni o důvodu a cíli návštěvy a zároveň jim byl dán příslib anonymity.

Otázky pro pacienty byly rozděleny do třech oblastí.

- 1) Dodržení intimity při předoperační přípravě.
- 2) Zachování intimity při překladech na operační sál.
- 3) Kdy byla porušena intimita nejvíce

### ***4.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Šetření bylo provedeno pomocí dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořilo sedm pacientů hospitalizovaných na ortopedickém oddělení nemocnice v kraji Vysočina. Druhý výzkumný soubor byl tvořen celkem sedmi ošetřujícími sestrami ortopedického oddělení, z nichž jedna ze sester pracuje na operačním sále téže nemocnice.



## 5 Výsledky

### 5.1 Rozhovor s pacienty nemocnice v kraji Vysočina

#### *Rozhovor č. 1 - Pacient č. 1*

První rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 69 let, hospitalizována na ortopedickém oddělení. Pacientka je po TEP kolene, 6. den hospitalizace. Je to její druhý pobyt na ortopedickém oddělení.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?*

Pacientka sdělila, že ji sestra informovala o vykoupání před výkonem večer i ráno a že jí nabídla pomoc při hygieně. Dále jí informovala o tom, že jí ráno přijde oholit dolní končetinu a že až nyní odejde, má si pacientka zavést glycerinové čípky. Pacientka sestru poprosila, zda by jí čípky nezavedla, protože s tím nemá zkušenost. Při zavádění čípků sestra zatáhla plentu a zeptala se, zda jí nevádí přítomnost ostatních pacientek. Vše bylo v pořádku, pacientka byla ráda, že jí sestra pomohla se zavedením čípků. Minule, když byla hospitalizována, dostala prázdníci roztok a měla velké potíže s dojitím na toaletu. Bohužel to nestihla a pokálela se na pokoji. Nyní měla pacientka velkou obavu, že toto bude muset postoupit znovu. Při holení sestra použila plentu a odkryla jen část těla, kterou holila.

*Jak byla zachována intimita při překladech na operační sál?*

Sestra připomněla pacientce oblečení jednorázových kalhotek a ponechání noční košile, poté si pacientka lehla na lehátko a sestra se sanitářem ji odvezli na operační sál. Pacientce se nelíbilo, že musela odložit košili před sanitářem, uvítala by přítomnost pouze sestry, i když se sanitář snažil o zachování intimity.

*Kdy a při jakých činnostech byla porušena Vaše intimita nejvíce?*

Nejvíce byla porušena intimita při překladech na operační sál, když musela pacientka odložit košili. Uvítala by jednorázový kabátek (empír).

### ***Rozhovor č. 2 - Pacient č. 2***

Druhý rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 72 let, která byla hospitalizovaná na ortopedickém oddělení. Pacientka je po TEP kolene, 5. den hospitalizace. Na oddělení je poprvé.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?*

Sestra pacientku informovala, že se má vykoupat, a pokud bude chtít, tak že jí pomůže ona sama nebo sanitářka. Pacientka uvádí: „Vykoupat se mám prý večer nebo ráno. Také mi povídala, že se musím vyprázdnit, za pomoci glycerinových čípků. Ráno prý mě přijde oholit operovanou dolní končetinu“. Pacientka sestru poprosila, aby jí pomohla s koupelí. Čípky si zavedla sama, jelikož zde byla hospitalizována před čtvrt rokem, takže si pamatovala, že se musí vyprázdnit. Ráno jí sestra oholila, ovšem nepoužila plentu, ani nezavřela dveře od pokoje, což bylo pacientce nepříjemné. V té chvíli to ale sestře neřekla. Vadil jí hluk a pohyb lidí na chodbě.

*Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál?*

Pacientka si oblékla jednorázové kalhotky, přijel sanitář a řekl jí, že si má lehnout na lehátko. Poté sestra vzala deku a pacientku zakryla. Po příjezdu na operační sál jí sestra řekla, aby si odložila košili a přemístila se na druhé lehátko. Pacientka byla odhalená a tento moment popisuje svými slovy: „, jednorázový kabátek by nebyl na škodu, ale mám alespoň kalhotky, tak nejsem nahatá úplně.“ U překladu na operačním sále by uvítala méně lidí, celkem jich napočítala pět. Sanitář se snažil ji zakrýt podložkou.

*Kdy a při jakých činnostech byla porušena intimita nejvíce*

Nejvíce byla porušena intimita při překladu na operačním sále. Pacientka by uvítala více soukromí, i když chápe, že se to nedá vždy dostatečně zajistit. Ovšem jednorázový kabátek nebo „andílek“, neví, jak se to přesně nazývá, by byl vhodný.

### ***Rozhovor č. 3 - Pacient č. 3***

Třetí rozhovor byl veden s pacientem ve věku 73 let, hospitalizovaným na ortopedickém oddělení. Pacient je po TEP kyčle, 5.den hospitalizace, na oddělení je hospitalizován poprvé.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?* Dle sdělení pacienta jej sestra informovala o provedení osobní hygieny. Řekla mu, že se má se vykoupat večer a ráno a že mu může sanitářka nebo sestra pomoci. Poučila ho, že se má vyprázdnit a na stolečku mu nechala glycerinové čípky. Pacient požádal sestru o zavedení čípku. Sestra sice použila plentu, ale jestli mu nevádí přítomnost jiných pacientů, se nezeptala. Pacientovi to podle jeho sdělení jinak zvlášť nevádí. Sestra ale nechala otevřené dveře do chodby, což bylo pro pacienta poměrně nepříjemné. Ráno za ním přišla sestra a řekla mu, že oholení třísel a stehna mu provede sanitář, což rád uvítal. Jak uvádí, tak před sestřičkou by se styděl, ale na druhou stranu, kdyby to muselo být, tak by se přizpůsobil. Sanitář zatáhl zástěnu, ovšem nezeptal se ho, zda mu nevádí přítomnost jiných pacientů. Dveře na chodbu byly zavřené. *Jak byla zachována intimita při překladi na operační sál?* Za pacientem přišla sestřička a oznámila mu, že pojedou na sál. Leh si v pyžamu na lehátko a sanitář jej v doprovodu sestřičky odvezl na sál. Po příjezdu na sál se musel pacient svléknout. Sanitář mu přidržel lehátko, aby se mohl přesunout na druhé lehátko. Sestřička mu přidržela podložku, takže odhalený zůstal jen po dobu nezbytně nutnou pro přemístění na druhé lehátko. Pak ho sestřička přikryla ještě dekou a odjeli na operační sál. Pacient se domnívá, že personál se snažil v dostatečné míře o zachování intimity. *Kdy a při jakých činnostech byla intimita porušena nejvíce?* Dle vlastních slov pacienta: „Bylo to na pokoji, když mi sestra zaváděla čípky a přitom zůstaly otevřené dveře. Měl jsem obavy, že by mohly vejít do místnosti například žákyně“.

#### **Rozhovor č. 4 - Pacient č. 4**

Čtvrtý rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 25let, hospitalizována na ortopedickém oddělení. Pacientka je po PZV, 2. den hospitalizace, na oddělení je poprvé.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?*

Sestra ji poučila o provedení hygieny před operací a o tom, že hygienu může provést večer i ráno. Také pacientce sdělila, že jí přijde ráno sanitář oholit koleno sanitář. Pacientka odpověděla, že si koleno oholí sama, a tak ráno sestra pouze zkontrolovala, zda je vše v pořádku. Plenta použita nebyla, ale to pacientce nevadilo. Při dotazu na vyprázdnění se sestra nezeptala, jestli ji nevadí přítomnost pacientek a dveře zůstaly také otevřené. *Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál?*

Než byla pacientka odvezena na sál, přišla za ní sestra a informovala ji o obléknutí jednorázových kalhotek. Poté se pacientka uložila na lehátko, sestra ji přikryla dekou a odjeli na sál, kde musela pacientka odložit košili. Byl tam sanitář, který jí přidržoval lehátko. Přestože se sestra snažila držet pacientce u těla podložku, ta se styděla a situace jí byla velmi nepříjemná. „Kdyby tam byla jen sestra, tak je to něco jiného, ale přítomnost sanitářů mi byla velmi nepříjemná. Ale jinak se personál snažil o zachování intimity. *Kdy a při jakých činnostech byla intimita porušena nejvíce?*

Nejvíce došlo k porušení intimity při překladu na sál, při odložení košile před sanitářem. Pacientka sice měla na sobě jednorázové kalhotky, ale větší část jejího těla zůstala odhalena. Ocenila by proto kabátek nebo „andílka“ (empír)

#### ***Rozhovor č. 5 - Pacient č. 5***

Pátý rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 45 let, hospitalizovanou na ortopedickém oddělení. Pacientka je po TEP kyčle, 4. den po operaci, na oddělení je poprvé.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?*

Při příchodu na pokoj a uložení na lůžko za ní sestra přišla a pomalu ji začala informovat, co ji čeká před operací. Ozámila jí, že má provést hygienu večer nebo ráno. Poté pacientka dostala dva glycerinové čípky, které si zvládla zavést sama. Sestra se chovala diskrétně. Zeptala se jí, zda ji nevadí přítomnost pacientek a zatahla jí plentu. Zůstaly však otevřené dveře, což pacientce vadilo. Ráno přišla sestra, která ji vysvětlila znovu co jí tak zhruba čeká a pak ji oholila třísla. Plenta byla zatažená a dveře zavřené. *Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál? Při odvozu na sál*

sestra pacientce řekla, že může zůstat v košili, kterou si odloží až na sále. Pak si pacientka lehla na lehátko, přikryla se dekou a byla odvezena na sál. Po příjezdu na sál ji sestra vyzvala, aby si odložila košili a přesunula se na druhé lehátko. Přítomen byl sanitář ze sálu a sanitář, který ji vezl z oddělení. Setra se snažila ji dát podložku na tělo. Podložka jí ovšem sklouzla a nakonec zůstala pacientka odhalena celá, bylo ji to dost nepříjemné. Poté byla přikryta podložkou a dekou.

*Kdy a při jakých činnostech byla intimita porušena nejvíce?* Nejvíce byla intimita porušena při přemísťování z lůžka na lůžko na sále. Pacientka by uvítala jednorázový kabátek (empír) a menší počet přítomného personálu.

### ***Rozhovor č. 6 - Pacient č. 6***

Šestý rozhovor byl veden s pacientkou ve věku 50 let, hospitalizovanou na ortopedickém oddělení. Pacientka je 5. den po operaci TEP kyčle, na oddělení je poprvé.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě, jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech, které Vám bude provádět v rámci předoperační přípravy?*

Sestra pacientku po příchodu na pokoj uložila na lůžko a poté, kdy se převlékla do pyžama, jí začala vysvětlovat průběh předoperační přípravy. Vysvětlila jí, že ráno ji přijde oholit třísla. Dále ji poučila, že se musí vyprázdnit. Zavedení čípků zvládla pacientka sama. Když přišla ráno sestra na pokoj oholit pacientce kyčel a třísla, použila plentu a měla i zavřené dveře chodby. Pacientka byla na pokoji v té době sama, takže se jí setra ani nemusela dotazovat, zda jí vadí přítomnost někoho druhého. *Jak byla zachována intimita při překladi na operační sál?* Před odjezdem na sál si pacientka na sobě nechala pyžamo, položila se na lehátko a sestra ji na lehátko odvezla. Jednorázové kalhotky pacientka neměla, jelikož se u operace kyčelního kloubu nepoužívají. Když přijeli na operační sál, sestra pacientku vyzvala, aby si odložila pyžamo a přesunula se na lehátko. Přidržovala jí podložku na těle a sanitář ji pomáhal s přesunem. Pro pacientku to byl nepříjemný okamžik a bylo jí to nepříjemné. Bylo ji to velmi nepříjemné. Doba, po kterou zůstala odhalena, byla sice krátká, ale i přesto cítila stud. Celkem pozitivně hodnotí, že jinak se ošetřující personál se choval diskrétně.

*Kdy a při jakých činnostech byla Vaše intimita porušena nejvíce? Ve své odpovědi na tuto otázku pacientka uvedla, že k narušení intimity došlo při překladu z lůžka na lůžko na operačním sále, kdy se za přítomnosti sanitáře musela svléknout a přesunout se na druhé lehátko. Rovněž by uvítala alespoň kabátek („anděla“).*

### ***Rozhovor č. 7 - Pacient č. 7***

Sedmý rozhovor byl veden s 56ti letou pacientkou, která je hospitalizovaná na ortopedickém oddělení 5. dnem. Pacientka je po operaci TEP kyčle, je to její druhá hospitalizace na tomto oddělení.

*Jak byla dodržena intimita při předoperační přípravě?* „Sestra mě informovala o provedení hygieny, že ji můžu provést večer i ráno před výkonem. Potom mi řekla, že dostanu glycerinový čípek na vyprázdnění a nabídla mi pomoc. Řekla jsem, že to zvládnu sama“. Na přítomnost ostatních pacientů při předoperační přípravě se sestra neptala, jelikož v tu dobu nikdo na pokoji nebyl. Druhý den ráno přišla sestra, která oholila pacientce třísko. Zároveň se ji zeptala, zda je již osprchovaná a oznámila pacientce, že přibližně za půl hodiny pojedou na sál, aby se připravila. Sestra při holení pacientky použila plentu a zavřela dveře *Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál ?* Jednorázové kalhotky pacientka neobdržela. Sestra ji seznámila s tím, že při operaci kyčelního kloubu se nepoužívají, protože by při operačním výkonu zakrývaly operační pole. Pacientka měla oblečené pyžamo, ulehla na lehátko, sestra ji přikryla dekou a spolu se sanitářem ji odvezli na sál. Pacientka si pamatovala, že pokud se týče počtu personálu, napočítala dva sanitáře a dvě sestry. Uvádí, že doba před operací, kdy zůstala odhalena při přemísťování z lůžka na lůžko, byla poměrně krátká, po chvíli byla zakryta dekou. Zároveň konstatovala, že chování personálu bylo diskrétní. *Kdy a při jakých činnostech byla porušena Vaše intimita nejvíce?* Pacientka sdělila, že to bylo při překladu na operační sál, kdy jí nebylo příjemné, že jí nebylo příjemné, že byla zcela odhalena, i když jen na velmi krátkou chvíli. Opět by navrhovala alespoň košilku.

## 5.2 Rozhovor se sestrami z nemocnice v kraji Vysočina

### *Rozhovor č. 8 - Sestra č. 1*

Osmý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 32 let, která pracuje na ortopedickém oddělení 10. rokem. Vzdělání má středoškolské, ukončené maturitou. Žádné specializační vzdělání nemá, ale má podánu žádost do NCO NZO.

*Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu?* Dotazovaná sestra se domnívá, že sestry na lůžkové ošetrovací jednotce nedodržují intimitu pacientů tak, jak by měly. Uvedla, že na některých pokojích jsou pouze držáky na pleny, které tam chybí. Zároveň ale řekla, že je možné plentu přenést na kterýkoli jiný pokoj a tam ji umístit, aby mohla být zachována intimita pacienta. Dále konstatovala, že je na pokojích při provádění citlivých úkonů většinou přítomno více pacientů, neboť málokdy mohou všichni odejít z pokoje. Rovněž celkem kladně hodnotí i chování sester z operačního sálu, kdy se na takzvaném „filtru“ při přemisťování pacienta na sál snaží dodržovat jeho intimitu. Zároveň ale podotýká, že zažila i situaci, kdy mladá pacientka byla velmi stydlivá a sestra její stud zcela nevhodně komentovala.

*Jakým způsobem zajišťujete intimitu při manipulaci s pacientem při překladu na operační sál?* Když je pacient odvážen na sál, má na sobě pyžamo a jednorázové kalhotky (pokud se jedná o TEP kolene nebo menší ortopedické výkony). Po uložení na lehátko je pacient přikryt dekou. Při TEP kyčle je bohužel pacient na filtru zcela odhalen, jednorázové kalhotky na sobě nemá. Když je pacient překládán na lehátko, snaží se sanitář nebo sestra pacientovi přidržet před tělem podložku, ale ne vždy se povede překlad tak aby pacient byl zcela zahalen. Poté je přikryt podložkou a dekou a odvezen na operační sál.

Porušení intimity pacienta tato sestra zažila u kolegyň již několikrát, a to při předoperační přípravě pacienta na pokoji. Ošetřující sestra nezavřela dveře do chodby a na pokoji rovněž nebyla plenta. *Je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního výkonu?*

U plánovaného výkonu je pacient většinou soběstačný, předoperační přípravu zvládá sám, někdy za pomoci sestry nebo sanitářky při hygieně. Sestra uvádí, že nevidí rozdíl v dodržování intimity u plánovaného výkonu a urgentního výkonu. Hygiena se provádí v rámci možností, většinou na lůžku nebo v koupelně na roštu, který je položen na vaně. *Chování pacienta, co se týče studu u plánované operace.* Pacient v případě plánované operace řeší více svůj zdravotní stav, přemýšlí o tom, co se s ním bude dít. U urgentního příjmu je pacient víceméně odkázán na sestru a její pomoc. Navíc v tomto případě většinou trpí pacient bolestí, která je pro něj prioritní, a proto jde stud stranou.

### ***Rozhovor č. 9 - Sestra č. 2***

Devátý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 44 let, která pracuje u lůžka na ortopedickém oddělení 17. rokem. Má střední odborné s maturitou a specializační vzdělání v oboru ortopedie.

*Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu pacienta důsledněji než sestry z operačního sálu?* Oslovená sestra se domnívá, sestry z lůžkové ošetrovací jednotky dodržují intimitu stejně jako sestry na operačním sále. Ona sama při předoperační přípravě vždy používá plentu, zavře dveře a snaží se, pokud je to možné, aby pacienti, kteří mohou, opustili pokoj. Rovněž sestry z operačního sálu se snaží při přesunu pacienta jej zakrýt podložkou. Poté je zahalen dekou a sanitář jej odváží na sál. Uvědomuje si přítomnost dalších osob a sama se vždy snaží chovat k pacientovi diskrétně. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu při manipulaci s pacientem při překladi na operační sál?*

Pacient, než odjíždí na sál, oblékne si jednorázové kalhotky a ponechá si pyžamo, uloží se na lehátko a je zakryt dekou. Nedodržení intimity ze strany ošetřující sestry také zažila. Bylo to během předoperační přípravy, kdy sestra zaváděla pacientovi čípky a nepoužila plentu. *Je rozdíl v dodržování intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního výkonu?* U plánovaného operačního výkonu je pacient většinou soběstačný. Pomoc od sestry potřebuje, pokud je méně pohyblivý a nezvládá provést hygienu sám. Při vyprazdňování je též většinou soběstačný. Intimita se u plánovaného výkonu dodržuje snáze než u urgentního výkonu, kdy je pacient odkázán na pomoc sestry. U urgentních zákroků bývá i více



ošetřovatelského personálu. Prioritou pacienta se stává téměř vždy bolest a stud jistě pociťuje menší, než je tomu u plánovaného zákroku. Navíc u plánovaného zákroku je pacient uložen na pokoj, kde bývá téměř vždy jiný pacient, který již zákrok postoupil a který mu sděluje své dojmy. Pacient má více času přemýšlet o tom, co se s ním bude dít.

### ***Rozhovor č. 10 - Sestra č. 3***

V pořadí desátý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 40 let, která pracuje u lůžka na ortopedickém oddělení již 18. rokem. Vzdělání má střední, ukončené maturitou a dále vyšší odborné vzdělání diplomovaného specialisty (DiS).

*Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu?* Sestra nevidí rozdíl v dodržování intimity. Sestry z lůžkové ošetrovací jednotky i sestry z operačního sálu se podle jejího mínění snaží dodržovat intimitu pacientů. Na lůžkové ošetrovací jednotce používá dotazovaná sestra při předoperační přípravě pacienta plenu a zavírá dveře do pokoje. Zároveň se vždy pacienta zeptá, zda mu nevádí přítomnost dalších pacientů na pokoji. Domnívá se, že sestry na operačním sále se také snaží o dodržování intimity, používají podložku při přesunu pacientů na lehátko a pacient je téměř ihned zakryt dekou. I tato sestra si uvědomuje, že se pohybuje kolem nemocného hodně ošetřujícího personálu. Sama se chová se ke všem pacientům diskrétně. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu při manipulaci s pacientem při překladi na operační sál?*

Před přeložením pacienta na operační sál jej sestra na pokoji informuje o oblečení jednorázových kalhotek, o možnosti ponechání pyžama či košile. Po ulehnutí na lehátko je pacient přikryt dekou. Na filtru si pacient odloží pyžamo a přesune se na druhé lehátko, sestra mu přiloží na tělo podložku, pacient je zakryt dekou a je odvezen na operační sál. Doba, po kterou pacient zůstává odhalen, je sice velmi krátká, ale přesto si sestra uvědomuje, ví, že i tento krátký časový úsek, kdy zůstává člověk zcela odhalen, pacientům není příjemný. Situaci, kdy sestra zaznamenala nedodržení intimity pacientů ze strany jiné ošetřující sestry, zažila, a to během předoperační přípravy pacienta, kdy sestra holila pacientku a nechala přitom otevřené dveře. V tu dobu se na chodbě se

pohybovalo poměrně hodně lidí. *Je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního výkonu?*

Sestra se domnívá, že ve většině případů je možné dodržovat shodnou intimitu pacientů, a to jak u plánovaného výkonu, tak i u urgentního, a to například používáním plenty nebo odkrýváním pouze těch částí těla, kde se bude výkon provádět (například při holení operační rány). Za důležité pokládá i skutečnost, že je třeba pacientovi pokud možno podrobně ozřejmit průběh předoperačních vyšetření. *Chování pacienta, co se týče studu u plánované operace.* Sestra uvádí, že hodně záleží na psychickém stavu pacienta a na jeho věku, u urgentního výkonu záleží na tom, jak velkou bolest má. Nelze jednoznačně posoudit.

#### ***Rozhovor č. 11 - Sestra č. 4***

Jedenáctý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 31 let, která má praxi 9 let, z toho 3 roky pracovala u lůžka na ortopedickém oddělení, nyní pracuje již 5. rokem na operačním sále. Vzdělání má střední, ukončené maturitou a specializaci v oboru instrumentářka v NCO NZO. *Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu důsledněji než sestry na operačním sále? Vzhledem k tomu, že sestra pracovala dříve na ortopedickém oddělení, může porovnat, jak se chovají sestry na lůžkové ošetrovací jednotce a jak na operačním sále.* Myslí si, že sestry na oddělení respektují intimitu méně důsledněji, než sestry na operačním oddělení. Na oddělení má sestra na starost několik pacientů a časově nelze dost dobře zvládat předoperační přípravu tak, jak by měla vzhledem k zajištění intimity pacienta probíhat. Ne všechny pokoje mají plenty, a pokud zrovna sestra provádí předoperační přípravu tam, kde plenta není, tak podle jejího sdělení málokdy zažila sestru, která by plentu opatřila. Dále uvádí, že lze jen s velkými obtížemi zajistit nepřítomnost ostatních pacientů na pokoji při předoperačních výkonech, neboť mnozí z nich musí zůstat na lůžku. Naproti tomu, když je překládán pacient na operační stůl, je tam sám pouze s ošetřujícím personálem, jehož přítomnost je nezbytně nutná. Sestra se ve své dlouholeté praxi vždy snažila chovat k pacientům naprosto diskrétně. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu při manipulaci s pacientem při překládu na operačním sál?* Po příjezdu pacienta na „filtr“ si sestra převezme pacienta

od sestry z oddělení, při přesunu z lehátka na druhé lehátko je pacient svlečen a má buď jednorázové kalhotky nebo je zcela svlečen. Proto se snaží co nejdříve pacienta přikrýt podložkou a dekou a odváží jej na operační sál. *Je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného výkonu a u urgentního výkonu?* Pacient se na plánovaný výkon připravuje postupně. Sestra mu vysvětlí průběh předoperačních vyšetření. Zároveň má pacient dostatek času na případné dotazy. Většinou má oblečeny jednorázové kalhotky, výjimkou je TEP kyčle, kdy se pacient překládá na operačním sále zcela nahý. Podle slov sestry je intimita pacienta dodržována důsledněji při plánovém zákroku, než u urgentního výkonu. U urgentního operačního výkonu je často zapotřebí provést překlad pacienta rychleji než u plánovaného výkonu. *Chování pacienta, co se týče studu u plánované operace.* Pokud se týče studu, u plánovaného výkonu pacient zcela jistě o všem podobně přemýšlí a řeší proto intimitu daleko více, než je tomu u pacienta, který musí postoupit urgentní zákrok. V tomto případě je prioritou pro pacienta jeho zdravotní stav, nikoli stud.

#### ***Rozhovor č. 12 - Sestra č. 5***

Rozhovor dvanáct byl veden se sestrou ve věku 34 let, která pracuje u lůžka na ortopedickém oddělení 12 rokem, celkem má praxi 14 let. Vzdělání má střední zakončené maturitou, specializační vzdělání nemá žádné.

*Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu?* Sestry na lůžkové ošetrovací jednotce dodržují intimitu stejně důsledně jako sestry z operačního sálu. Na pokoji při předoperační přípravě používá plentu, snaží se o co nejmenší narušení intimity pacienta, ptá se zda nevádí přítomnost ostatních pacientů. Sestry z operačního sálu při překladau používají podložku a deku na zahalení pacienta při překladau na druhé lehátko. Přítomnost dalších osob si uvědomuje a snaží se chovat diskrétně. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu pacienta při překladau na operační sál?* Na pokoji pacienta, ještě jednou informuje o možnosti jednorázových kalhotek, ponechání pyžama či košile. Pak pacient uléhá na lehátko a přikryt dekou odjíždí na filtr operačního sálu. Při překladau na filtru je pacient požádán aby odložil pyžamo či košili a v jednorázových kalhotkách a podložce, kterou mu přidržuje sestra

přesune na lehátko kde je zakryt ještě dekou. Situaci kdy sestra nedodržela intimitu zažila a to nejčastěji na filtru operačního sálu, kde sestra nepoužila podložku na zahalení pacienta a nerespektovala jeho stud. *Je rozdíl v dodržování pacientovi intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního?* U plánovaného operačního výkonu je možno dodržet intimitu důsledněji než u urgentního. A to, že použijeme plentu, zavřeme dveře, zeptáme se pacienta zda mu nevadí přítomnost ostatních pacientů. U urgentního výkonu musíme provést více výkonu jako je zavedení PMK, kanyly a dodržení intimity je menší a přítomnost ošetrovatelského personálu je zde větší. Chování pacienta co se týče studu je u plánované operace větší, pacient je zatím soběstačný a nevyžaduje žádnou pomoc, v případě, že je pohyblivost snižena tak mu pomáháme pouze s hygienou. U urgentního výkonu je pacient zcela odkázán na pomoc sestry, více přemýšlí o zdravotním stavu, a intimita jde do pozadí.

#### ***Rozhovor č. 13 - Sestra č. 6***

Třináctý rozhovor byl veden se sestrou ve věku 31 let, která pracuje u lůžka na ortopedickém oddělení 4 rokem. Celkem praxe 4 roky. Vzdělání střední ukončené maturitou.

*Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu?* Myslí si, že sestry z lůžkové ošetrovací jednotky se snaží dodržovat intimitu stejně důsledněji, jako sestry z operačního sálu. Sestra z lůžkové ošetrovací jednotky při předoperační přípravě používá plentu při holení, dále jednorázové kalhotky, které pacient dostane než odjíždí na operační sál. Snaží se, aby k narušení intimity došlo co nejméně. Sestry z operačního sálu používají podložku a deku na zakrytí pacienta a při překladu na operačním sále tam je pacient sám, tak dodržení intimity je snažší. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu pacienta při překladu na operační sál?* Před odjezdem na sál sestra upozorní na možnost oblečení jednorázových kalhotek. Pokud je to TEP kyčle pacient je odvezen na sál v pyžamu. Na sále si odloží a tam je přeložen na druhé lehátko zcela nahý, pouze zakrytý podložkou. Dále používá plentu při předoperační přípravě. Na filtru operačního sálu je pacient překládán na

lehátko zakryt podložku a dekou. Přítomnost druhých osob si uvědomuje a snaží se co nejméně narušit intimitu pacientů. Situaci kdy sestra porušila intimitu pacienta zažila a to hlavně při překladi pacienta na filtru operačního sálu. Pacient je zde celý odhalen, jednorázový kabátek (empír) by pacient jistě uvítal, nachází se už tak ve stresové situaci, kterou je operace. *Je rozdíl v dodržování pacientovi intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního?* Dodržení intimity u předoperační přípravy lze u plánovaného operačního výkonu provést důsledněji než u urgentního. Přípravu provádíme den před operací, pacientovi postupně vše vysvětlujeme, při holení použijeme plentu, zavřeme dveře, ptáme se zda pacientovi nevadí přítomnost ostatních pacientů. U urgentního výkonu někdy ani nestihneme oholit operační pole, jelikož musí na sál ihned. Provádíme zde více výkonu, jako je hygienická péče, zavedení PMK, PŽK. Je zde také více personálu jak při překladi na lůžko, při provádění hygienické péče, tak u překladi na operačním sále z důvodu snížené mobility pacienta. Intimitu pacient řeší méně, více se obává operace a intimita jde stranou.

#### ***Rozhovor č. 14 - sestra č. 7***

Rozhovor čtrnáct byl proveden se sestrou ve věku 27 let, která pracuje na ortopedickém oddělení druhým rokem. Vzdělání má střední s maturitou a vysokoškolské v oboru všeobecná sestra.

*Respektují sestry z lůžkové ošetrovací jednotky intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu?* Sestry z lůžkové ošetrovací jednotky dodržují intimitu stejně důsledněji jak sestry z operačního sálu. Na oddělení sestra používá při předoperační přípravě pacienta na pokoji plentu a to hlavně při holení. Jednorázové kalhotky se nabídnou pacientovi při všech operacích, výjimku tvoří operace kyčelního kloubu tam se jednorázové kalhotky nedávají. Sestry z operačního sálu používají při překladi na filtru operačního sálu podložku a následně je pacient přikryt dekou. *Jakým způsobem zajišťujete intimitu pacienta při překladi na operační sál?* Než pacient odjíždí na sál tak má možnost použít jednorázové kalhotky. U pacientů kteří mají operaci TEP kyčle jsou při překladi zcela odhaleni, zde se jednorázové kalhotky nedávají. Po ulehnutí na lehátko je pacient přikryt dekou. Na operačním sále pacienta vyzveme, aby si odložil

a přesunul se na druhé lehátko, sestra při překladu přikryje pacienta podložkou a dekou. *Je rozdíl v dodržování pacientovi intimity v předoperační přípravě u plánovaného operačního výkonu a u urgentního?* Dodržování intimity při plánovaném výkonu a u urgentního si myslí že je rozdíl. U plánovaného výkonu pacientovi den předem vysvětlujeme předoperační přípravu, má možnost se ptát na nejasnosti. Používáme plentu při holení. Na přítomnost ostatních pacientů se ptáme i když ne vždy může pacient opustit pokoj. U urgentního výkonu sestra musí provést několik výkonů během krátké doby, jelikož musí pacient na sál. Použití plentu kolikrát ani nestihne. Personálu tam je více, jak na oddělení při provádění hygienické péče tak na operačním sále je též přítomno více ošetrovatelského personálu, pacient má ztíženou pohyblivost a je odkázán na pomoc personálu. Stud bude určitě řešit více pacient u plánovaného výkonu než pacient u urgentního. U plánovaného výkonu pacient má čas přemýšlet, jak bude vše probíhat. Pacient s urgentním výkonem více řeší svůj zdravotní stav a intimita jde stranou

### 5.3 Výsledky rozhovorů s pacienty nemocnice kraje Vysočina

**Tabulka 1: Věk pacientů**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Věk:</i>	<i>Suma</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>
20-39	1				1			
40-49	1					1		
50-59	2						1	1
60-79	3	1	1	1				
<b>Celkem</b>	<b>7</b>							

**P-pacient**

Tabulka uvádí věk dotazovaných pacientů. Ve věkové kategorii 20-39 let byla dotazována jedna pacientka. Do kategorie 40-49 let odpovídala též jedna pacientka. Z kategorie 50-59 let byli dotazováni tři pacienti. Kategorii 60 - 79 let odpovídali rovněž dva pacienti.

**Tabulka 2: Délka hospitalizace při vedení rozhovoru**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Délka pobytu:</i>	<i>Suma</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>
0-2dny	1				1			
3-4dny	1					1		
5-6dny	5	1	1	1			1	1
<b>Celkem</b>	<b>7</b>							

Tabulka informuje o délce hospitalizovaných pacientů při vedení rozhovoru. V délce hospitalizace 0-3 dny byl dotazován jeden pacient. Jeden pacient byl v kategorii 3 - 4 dní hospitalizace. S délkou hospitalizace 5 - 6 dnů byli dotazováno 5 pacientů.

**Tabulka 3: Dodržení intimity pacientů při předoperační přípravě**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Intimita</i>	<i>Suma</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>
<i>Dodržená</i>	<i>3</i>	<i>1</i>					<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Částečně</i>	<i>2</i>			<i>1</i>		<i>1</i>		
<i>Nedodržená</i>	<i>2</i>		<i>1</i>		<i>1</i>			
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>7</i></b>							

V tabulce je uvedeno, jak byla zabezpečena intimita při předoperační přípravě. V případě třech pacientek byla intimita dodržena, ve dvou případech byla intimita dodržena částečně a nedodržení intimity bylo celkem u dvou pacientek.

**Tabulka 4: Možnosti zabezpečení intimity při překladi na operační sál**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Možnosti:</i>	<i>Suma</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>
<i>Kalhotky jednorázové.</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>		<i>1</i>			
<i>Podložka</i>	<i>4</i>			<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Obojí</i>	<i>1</i>				<i>1</i>			
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>8</i></b>							

V tabulce je zobrazeno, jaké byly možnosti při zabezpečení intimity při překladi na operační sál. U třech pacientů byly použity jednorázové kalhotky, v případě čtyř pacientů byla použita pro zabezpečení intimity podložka. Jeden pacient měl při zabezpečení intimity podložku i kalhotky.



**Tabulka 5: Činnosti, při kterých byla porušena intimita nejčastěji**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Porušení int.:</i>	<i>Suma</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>
<i>Předop.příprava</i>	<i>1</i>			<i>1</i>				
<i>Operační sál</i>	<i>6</i>	<i>1</i>	<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>7</i></b>							

V tabulce jsou znázorněny činnosti, při kterých docházelo k narušení intimity nejvíce. V případě jednoho pacienta došlo k narušení intimity na pokoji při předoperační přípravě. V případě šesti pacientů došlo k narušení intimity při překladu na operačním sále.

#### **5.4 Tabulky výsledků rozhovorů se sestrami nemocnice v kraji Vysočina**

**Tabulka 6: Věk dotazovaných sester**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Věk</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>27 – 32let</i>	<i>4</i>	<i>1</i>			<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>
<i>33 – 34let</i>	<i>1</i>					<i>1</i>		
<i>35 – 44let</i>	<i>2</i>		<i>1</i>	<i>1</i>				
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>7</i></b>							

**S = sestra**

Tabulka ukazuje věk dotazovaných sester. Kategorie 27 - 32 let byly dotazovány čtyři sestry. V kategorii 33-34 let odpovídala jedna sestra. Dvě sestry byly z kategorie 35- 44 let.

**Tabulka 7: Délka praxe u dotazovaných sester**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Délka praxe:</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>2-10 let</i>	<i>4</i>	<i>1</i>			<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>
<i>11-14 let</i>	<i>1</i>					<i>1</i>		
<i>15-18 let</i>	<i>2</i>		<i>1</i>	<i>1</i>				
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>7</i></b>							

V tabulce je znázorněna délka praxe u dotazovaných sester. Kategorie 2 - 10 let odpovídaly čtyři sestry. V kategorii 11-14 let praxe byla dotazována jedna sestra a dvě sestry jsou z kategorie 15-18 let

**Tabulka 8: Vzdělání dotazovaných sester**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Vzdělání:</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>Středoškolské</i>	<i>3</i>	<i>1</i>				<i>1</i>	<i>1</i>	
<i>Střed.+Dis</i>	<i>1</i>			<i>1</i>				
<i>Střed.+pss</i>	<i>2</i>		<i>1</i>		<i>1</i>			
<i>Vš</i>	<i>1</i>							<i>1</i>
<b><i>Celkem</i></b>	<b><i>7</i></b>							

Tabulka uvádí nejvyšší vzdělání dotazovaných sester. Středoškolské vzdělání potvrdily tři dotazované sestry. Středoškolské vzdělání plus specializaci v oboru potvrdily dvě sestry. Jedna sestra má vystudovaný obor diplomovaný asistent v oboru všeobecná sestra a vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra má též jedna sestra.

**Tabulka 9: Respektují sestry intimitu na oddělení**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Respektují int.</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>Nedodržují tak jak by měly</i>	<b>4</b>	<b>1</b>			<b>1</b>		<b>1</b>	<b>1</b>
<i>Dodržují intimitu</i>	<b>3</b>		<b>1</b>	<b>1</b>		<b>1</b>		
<b><i>Celkem</i></b>	<b>7</b>							

Tabulka nám ukazuje jestli sestry dodržují intimitu tak jak by měly. Čtyři sestry odpověděly že intimita není dodržována tak jak by měla. Tři sestry odpověděly že intimitu dodržují.

**Tabulka 10: Situace zda sestra zažila porušení intimity pacienta**

<i>Nemocnice na Vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Porušení intimity</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>Při před.přípravě.</i>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			
<i>Filtr oper.sálu</i>	<b>3</b>					<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b><i>Celkem</i></b>	<b>7</b>							

V tabulce je zobrazeno zda sestra zažila situaci kdy byla porušena intimita. Čtyři sestry uvádějí že zažily situaci kdy došlo k porušení intimity při předoperační přípravě. Tři sestry uvedly, že intimita byla porušena na filtru operačního sálu.

**Tabulka 11: Rozdíl v dodržování intimity - plánovaný a urgentní výkon**

<i>Nemocnice na vysočině</i>								
<i>Ortopedie</i>								
<i>Rozdíl</i>	<i>Suma</i>	<i>S1</i>	<i>S2</i>	<i>S3</i>	<i>S4</i>	<i>S5</i>	<i>S6</i>	<i>S7</i>
<i>Důsledněji u P.V.</i>	<i>4</i>		<i>1</i>		<i>1</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	
<i>Lze se věnovat stejně u P.V iU.V.</i>	<i>2</i>	<i>1</i>		<i>1</i>				
<i>Nelze se věnovat stejně, je rozdíl</i>	<i>1</i>							<i>1</i>
<i>Celkem</i>	<i>7</i>							

***P.V.- plánovaný výkon***

***U.V.- urgentní výkon***

V tabulce je znázorněno zda je rozdíl v dodržování intimity u plánovaného výkonu a u urgentního. Čtyři sestry uvádějí, že se intimitě u plánovaného výkonu věnují důsledněji. Stejně se věnovat intimitě u plánovaného a urgentního výkonu, uvádí dvě sestry a jedna sestra uvádí, že je rozdíl v dodržování intimity u plánovaného a urgentního výkonu.

## 6 Diskuze

Na ortopedickém oddělení nemocnice na Vysočině, v níž byl průzkum prováděn, pracuji na pozici zdravotní sestry již 17 let. Téma bakalářské práce jsem zvolila zejména proto, že se denně setkávám s pacienty, jichž se problematika intimity v souvislosti s předoperační přípravou a přepravou na operační sál úzce dotýká. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma velmi citlivé, byl průzkum prováděn u menšího vzorku operovaných pacientů a sester ortopedického oddělení, kterým bylo přislíbeno, že jimi sdělené údaje budou použity pouze pro účely sestavení hodnotících kritérií této práce jako materiálu, který by měl do budoucna napomoci v tomto zařízení řešit alespoň částečně tuto problematiku nastavením příslušných standardů ošetrovatelské péče.

V bakalářské práci s tématem problematiky intimity pacientů při předoperační přípravě a překladau na operační sál byly stanoveny tři základní cíle. Prvním cílem byl ověření skutečnosti, jakým způsobem je zabezpečena intimita pacientů při předoperační přípravě na ortopedickém oddělení. Druhý cíl byl zaměřen na možnosti zabezpečení intimity při překladau na operační sál. Třetím z cílů bylo zjištění, při kterých činnostech (výkonech) bývá intimita pacientů nejčastěji porušena.

Formulace dotazů a stanovení hodnotících kritérií pro posouzení skutečného stavu věci nebylo jednoduché, a to zejména proto, že byly osločovány dvě cílové skupiny respondentů. Dotazy byly směřovány jak k 7 pacientům, kteří byli po operačním zákroku, tak i k 7 ošetřujícím sestřím, které mají krátkodobější či dlouhodobější praxi na ortopedickém oddělení a s těmito pacienty pracují. Pro reálné zjištění potřebných údajů v rámci vytýčených cílů byly stanoveny výzkumné otázky, které byly speciálně formulovány pro pacienty a pro ošetřující sestry (Příloha 4,5)

Na základě výše uvedených otevřených dotazů v rámci rozhovorů byla pacientům i sestřím dána možnost podrobně a zcela bez zábrán se k dané problematice vyjádřit. Délka rozhovorů byla přibližně od 20 do 30 minut.

S ohledem na zvolené téma probíhaly rozhovory s pacienty přímo na pokojích, kde jim bylo zajištěno dostatečné soukromí. Rozhovory se sestrami byly uskutečňovány po dohodě s vrchní sestrou na ortopedickém oddělení během jejich denní služby.

Prvním stanoveným cílem bylo získat informace o tom, do jaké míry je u pacientů dodržována intimita při předoperační přípravě. Na počátku rozhovoru byli pacienti dotazováni, jakým způsobem je sestra informovala o výkonech, které budou prováděny v rámci předoperační přípravy a zda jim byl podán dostatek informací. Pacienti uvádějí, že byli o těchto výkonech dobře informováni. Zároveň je ošetřující sestra informovala o provedení hygieny ráno i večer a nabídla jim zajištění pomoci buď od sestry lůžkového oddělení nebo od sanitářky. Další dotaz byl směřován k tomu, jakým způsobem sestra zajistila intimitu při holení a prázdňení pacientů. V rozhovoru č. 1, 5, 6 a 7 je uvedeno použití pleny i zavřených dveří. Pacient v rozhovoru č. 3 uvádí, že byla použita pouze plenta. V rozhovoru s pacienty č. 2 a 4 nebylo použito pleny ani nebyly zavřené dveře, čímž byla narušena intimita pacienta nejvíce.

Další výzkumný dotaz v rámci rozhovoru s pacienty se týkal zjištění, zda se pacientů sestra zeptala, jestli jim vadí při předoperační přípravě (holení, vyprazdňování) přítomnost ostatních pacientů na pokoji. Z výsledků vplynulo, že pouze v rozhovoru č. 1 byl dotaz pacientovi položen, u ostatních pacientů tomu tak nebylo.

Druhým cílem této práce bylo pomocí dotazů vysledovat, do jaké míry byla zajištěna intimita pacientů při jejich přesunu na operační sál. V otázce, zda byly použity jednorázové kalhotky, pacienti v rozhovorech č. 1, 2, 4 uvádí, že kalhotky oblečeny měli. Oslovení pacienti v rozhovoru č. 3, 5, 6, 7 sdělili, že se u nich jednalo o operaci kyčelního kloubu, kde podle sdělení personálu kalhotky není možné použít. Další výzkumná otázka se týkala zjištění, jak pacienti hodnotí počet ošetřujícího personálu na operačním sále, kdy dochází k nezbytnému přesunu z lůžka na lůžko, a tím i k jejich nechtěnému obnažení, byť na krátkou dobu. Pacientka v rozhovoru č. 1 udává, že by uvítala pouze přítomnost sestry. Pacientka v rozhovoru č. 2 napočítala celkem 5 osob na sále, což se jí zdálo poměrně hodně. Jak uvádí, byli tam přítomni dokonce dva sanitáři, kteří se ale chovali zcela diskrétně. Z výsledků odpovědí u všech dotazovaných vplynulo, že chování zdravotnického personálu na takzvaném „filtru“ operačního sálu bylo v pořádku, přítomné sestry i sanitáři se snažili se o co nejmenší narušení intimity pacienta. V rozhovoru č. 7 pacientka uvádí, že ji bylo narušení intimity velmi nepříjemné, přestože se personál se choval diskrétně.

Třetím cílem práce bylo zmapovat, kdy a při jakých činnostech byla intimita pacientů porušena nejvíce. Oslovení pacienti shodně uvádějí, že k největšímu narušení jejich intimity došlo na filtru operačního sálu při překladi z lůžka na lůžko a shodují se na tom, že by ostatní pacienti, tak jako oni, jistě uvítali jednorázový kabátek (dle slov pacientů takzvaného „anděla“). Při kterých dalších činnostech konkrétně byla dále intimita jednotlivých pacientů porušena, o tom podrobně hovoří tabulka č. 5.

V celkem sedmi rozhovorech byly položeny dotazy i ošetřujícím sestřám, Účelem bylo zjištění, do jaké míry je zajišťována intimita pacienta na oddělení a při kterých činnostech podle názoru sester nejsou principy zachování soukromí pacientů dodržovány. Sestry se měly vyjádřit například ke skutečnosti, zda ošetřující sestry z lůžkové ošetrovací jednotky dodržují intimitu důsledněji než sestry z operačního sálu. Odpovědi na tyto dotazy jsou zcela srozumitelně sděleny v jednotlivých rozhovorech se sestrami pod číslem 8 až 14. Sestry víceméně uvádějí shodné odpovědi. Podle jejich mínění mnohé sestry z lůžkového oddělení nedodržují intimitu pacientů v takové míře, kterou by bylo třeba zabezpečit. Lze tedy jen velmi těžce posuzovat, zda sestry lůžkového oddělení vykonávají svoji práci s ohledem na intimitu pacienta důsledněji, než je tomu u sester z operačního sálu, záleží to skutečně na individuálním přístupu jednotlivých sester.

Dotazované sestry v odpovědích téměř vždy uvádějí, že jsou si vědomy zanedbávání některých základních principů přístupu k pacientovi v průběhu předoperačních vyšetření. Zároveň však shodně podotýkají, že některé podmínky lze zajistit (používání plenty, zavírání dveří do místnosti), jiné většinou nikoli (například přítomnost imobilních pacientů na pokoji). Z jejich odpovědí rovněž vyplynulo, že i sestry na operačním sále se intimitu pacienta snaží dodržovat. Nevětší problém, ale vidí sestry shodně u pacientů, kteří jsou připravováni na operaci kyčelního kloubu, kde jim není možno poskytnout zakrytí těla (například použitím jednorázových kalhotek), neboť by došlo k překrytí operačního pole. Těmto pacientům není tedy poskytováno žádné zakrytí jejich intimních partií, kromě deky při převozu, což je pro ně velmi nepříjemné, zejména pak při přemísťování z lůžka na lůžko na filtru operačního sálu, kde jsou na chvíli zcela obnaženi. Přestože se personál snaží chovat s maximální diskrétností a

pomoci pacientovi zakrýt partie podložkou a dekou, ne vždy se dobře podaří podložka přidršet u těla pacienta.

Rozdíl v dodržování intimity pacienta u plánovaného nebo urgentního výkonu pacienta vidí sestry opět víceméně shodně tak, že u plánovaného výkonu je pacient téměř vždy soběstačný a řeší tedy problém intimity mnohem více než pacient, který je připravován na urgentní výkon. Takový pacient většinou bohužel trpí bolestí a zajímá jej v danou chvíli zejména řešení jeho zdravotního stavu. Jak uvádí sestry- „intimita jde stranou“.

V rozhovorech č. 9, 10, 12, 13 i 14 sestry uvádějí, že respektování intimity na lůžkové ošetrovací jednotce a na operačním sále je stejné. Jakým způsobem dodržuje intimitu při překlada na operační sál? Sestra v rozhovoru 8 uvádí, že nabídne pacientovi jednorázové kalhotky a po ulehnutí na lehátko je pacient přikryt dekou. Toto shodně uvádí sestra v rozhovoru č. 9, 10, 11, 12, 13 i 14. Rozdíl v dodržování intimity u plánovaného a urgentního výkonu uvádí pouze sestra v rozhovoru č. 8. V rozhovoru č. 9 sestra uvádí, že stud je u plánovaného výkonu určitě větší. U urgentního výkonu je pacient ve větším stresu a stud je menší. V rozhovoru č. 10 na otázku týkající se rozdílu v dodržování intimity u plánovaného a urgentního výkonu sestra udává, že je možné zachovávat intimitu stejně, používáním plenty a odkrýváním jen těch částí těla, kde se výkon bude provádět. Chování pacienta u plánovaného výkonu co se týče studu bude hodně záležet na psychickém stavu a věku pacienta. U urgentního výkonu záleží, jak velkou bolest pacient má. Sestra sděluje, že nelze jednoznačně posoudit.

V rozhovoru č. 11, kde na otázku, zda je rozdíl v dodržování intimity v předoperační přípravě u plánovaného výkonu a urgentního výkonu sestra udává, že na plánovaný výkon se pacient připravuje postupně, má čas se zeptat na případné nejasnosti. U urgentního operačního výkonu je často zapotřebí provést překlad na operační sál rychleji a intimita proto není tolik zajištěna. Chování pacienta bude rozdílné v tom, že pacient, připravující se na plánovanou operaci, má čas více přemýšlet, co se s ním bude dít. Pacient, který má urgentní operaci, intimitu řeší méně, v popředí je jeho zdravotní stav. Sestra v rozhovoru č. 12 vidí rozdíl v tom, že u plánovaného výkonu můžeme dodržet intimitu důsledněji, a to tím, že použijeme plentu a zavřeme dveře na pokoj. U



urgentního výkonu je nutno provést více výkonů, například zavedení permanentního močového katétru, periferní žilní kanyly. Z tohoto důvodu musí být počet ošetřujícího personálu vyšší. Stud bude větší u plánovaného operačního výkonu než u urgentního výkonu, kde pacient bude řešit více svůj stav než stud. Dodržení intimity při předoperační přípravě lze provést důsledněji, než u urgentního výkonu z důvodu snížené mobility pacienta. Intimitu pacient řeší méně, více se obává operace.

V rámci této stati nebyly všechny odpovědi na položené dotazy hodnoceny detailně. Podrobné seznámení s nimi je možné v uvedených rozhovorech s pacienty (rozhovor č. 1 až č.7) a sestrami ( rozhovor č. 8 až č.14).

Závěrem diskuze lze konstatovat, že z uskutečněného průzkumu byla získána celá řada zajímavých a velmi cenných poznatků, které jsou díky provedenému anonymnímu průzkumu založeny na reálném základě zejména díky tomu, že byla zvolena anonymní forma dotazování, při které se mohli pacienti i ošetřující sestry vyjadřovat pravdivě a zcela bez zábran. Domnívám se, že vzhledem k získaným poznatkům by tato práce mohla být užitečným přínosem pro nemocnici. Výstupy provedeného sledování budou ještě v průběhu tohoto kalendářního roku konzultovány s vedením ortopedického oddělení a managementu nemocnice, aby bylo možno učinit případné změny nebo opatření ve prospěch hospitalizovaných pacientů. Také zhotovení informačního letáku (Příloha 6) týkající se zajištění intimity při předoperační přípravě a překlada na operační sál bude jistě pro pacienty dobrým přínosem.

## 7 Závěr

Autorka Trachtová uvádí ve své knize Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, že existuje řada faktorů, které narušují uspokojování potřeb pacientů. Helena Barlová ve své bakalářské práci z roku 2003 popsala obecné zásady pro dodržování intimity. Jak zabránit porušování intimity pacientů, ale v žádné dostupné literatuře není.

V současné době, kdy je v naší zemi úroveň zdravotnické péče na vysoké úrovni a pacientům jsou poskytovány ty nejlepší možné služby v jednotlivých zdravotnických zařízeních, je zabezpečení intimity pacientů poměrně často diskutovaným tématem, a to nejen při jejich samotném pobytu v lůžkovém zařízení, ale i při přípravě na plánované nebo urgentní operace v rámci předoperačních vyšetření a při jejich následném přemísťování na další specializovaná pracoviště a operační sály.

Je třeba si uvědomit, že stud je pro každého z nás zcela přirozenou lidskou vlastností. Někdo se stydí více, jiný méně. Přesto se všichni snažíme zachovávat si jistotu vlastního soukromí. Pokud dojde k okolnostem, kdy jsme nuceni se podřídit situacím, které s sebou přináší odhalení našeho vlastního „já“, můžeme se cítit ohroženi. Vybavení současných nemocničních zařízení je řešeno na moderní bázi. Nemocniční pokoje již nemají charakter místností s velkým počtem lůžek a společným hygienickým zařízením v prostoru nemocničních chodeb, jako tomu bylo dříve. Pokoje jsou řešeny většinou jako dvou až čtyř lůžkové s vlastní toaletou a sprchovým koutem. Přesto jsou ale situace, kdy se nedaří plně zabezpečit pacientovi jeho právo na soukromí. Na ortopedickém oddělení nemocnice na Vysočině, kde byl průzkum prováděn, Problematika respektování intimity pacienta úzce souvisí zejména s lékařskými postupy při zajišťování předoperační péče a následné manipulaci s pacientem před vlastní operací. Proto je třeba se touto problematikou více zabývat a uskutečňovat potřebné kroky k tomu, aby pacient strádal v průběhu nemocniční péče pokud možno co nejméně, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické. Je třeba mít neustále na paměti, že vstup do klientovy intimní zóny, i když za účelem poskytnutí lékařské pomoci, může být pro některé pacienty stresovým faktorem. Záleží tedy jen na nás všech, jak budeme k danému tématu přistupovat.

## 8 Seznam použitých zdrojů

1. BARLOVÁ, H. *Zajišťování intimity při ošetřování nemocných*. České Budějovice, 2003. 93s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Ošetřovatelství. Vedoucí práce Drahomíra Filausová
2. BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 4. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. Osveta, 2009.125s. ISBN 80-7013-273-6
3. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2 *Praktická příručka pro sestry*.1.vyd. Brno: NCO NZO, 2004. ISBN 80-7013-270-1
4. DUNGL, P. *Ortopedie*, 1.vyd.Praha: Grada Publishing, 2005. 1273s. ISBN 80-247-0550-8
5. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA,O. *Přehled anatomie* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1216-4
6. FIŠEROVÁ, J. *Etika v ošetřovatelství*. Pomocný učební text. Brno: NCO NZO
7. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009.776s. ISBN 978-80-7367-569-1
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 ISBN 80-7262-132-7
9. HRABOVSKÝ, J,a kol. *Chirurgie* 1.vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 157s. ISBN 80-86432-39-4
10. JAROŠOVÁ,D.,*Teorie moderního ošetřovatelství*. 1.vyd.Praha: ISV 2000. ISBN 80-85866-55-2
11. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2

12. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 80s. ISBN 978-80-247-2171-2
13. KOZIEROVÁ, B. a kol. *Ošetrovatelstvo I.* Martin: Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
14. KŘIVOHLAVÝ, J. PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
16. LARSEN, R. *Anestezie* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, s. r. o. 1998. 935s. ISBN 80-7169-17-8
17. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
18. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0428-0
19. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Grada Publishing, 2004. 376s. ISBN 80-247-0932-5
20. *Sbírka zákonů* [on line] 2012 [citováno 2012-03-12] Dostupné z :  
[http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlovy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlovy)
21. *Slovník cizích slov* [on line]. 2012 [citováno 2012-03-08] Dostupné z :  
<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>
22. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN*. Přel. Dobrovodská, L. Tesáčková, M. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. s. 57 ISBN 80-7013-392-9

23. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum 2003 ISBN 80-246-0477-9
24. Škrla, P. *Především neublížit: Cesta k prevenci v léčebné ošetrovatelské péči*, 1.vyd. Brno NCONZO 162s. ISBN 80-7013-419-4
25. TOMAGOVÁ, M., *Potreby v ošetrovatelství*. 1.vyd Martin: Osveta. 2008 ISBN 978-80-8063-270-0
26. TRACHTOVÁ, E FOJTOVÁ, G. MASTILIAKOVÁ, D. *Pořteby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
27. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing. 2006.144s ISBN 80-247-1262-8
28. VONDRÁČEK , L. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova: Karolinum 2002. 142 s. ISBN 80-246-0531-7
29. VONDRUŠKA , V. *Intimní historie od antiky po baroko*. 1. vyd. Brno: Moba 2007. ISBN 978-80-243-2672-6
30. *Vyhláška MZ č.55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků [online]*. 2012 [ citováno 2012 - 03 - 12 ] Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/download/sbirky/2004/sb030-04.pdf>
31. WHO: Lemon 3.1. vyd. Brno: IDVPZ, 1997. 158s. ISBN 80-7013-244-2
32. WHO: Lemon 2.1.vyd. Brno: IDVPZ, 1997.134s. ISBN 80-7013-238-8
33. WORKMAN, B. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2006. 260s. ISBN 80-247-1714-X

## **9 Klíčová slova**

Intimita

Předoperační příprava

Práva pacientů

Role sestry

Komunikace

## **10 Seznam příloh**

Příloha 1: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 2: Práva pacientů

Příloha 3: Etický kodex sester

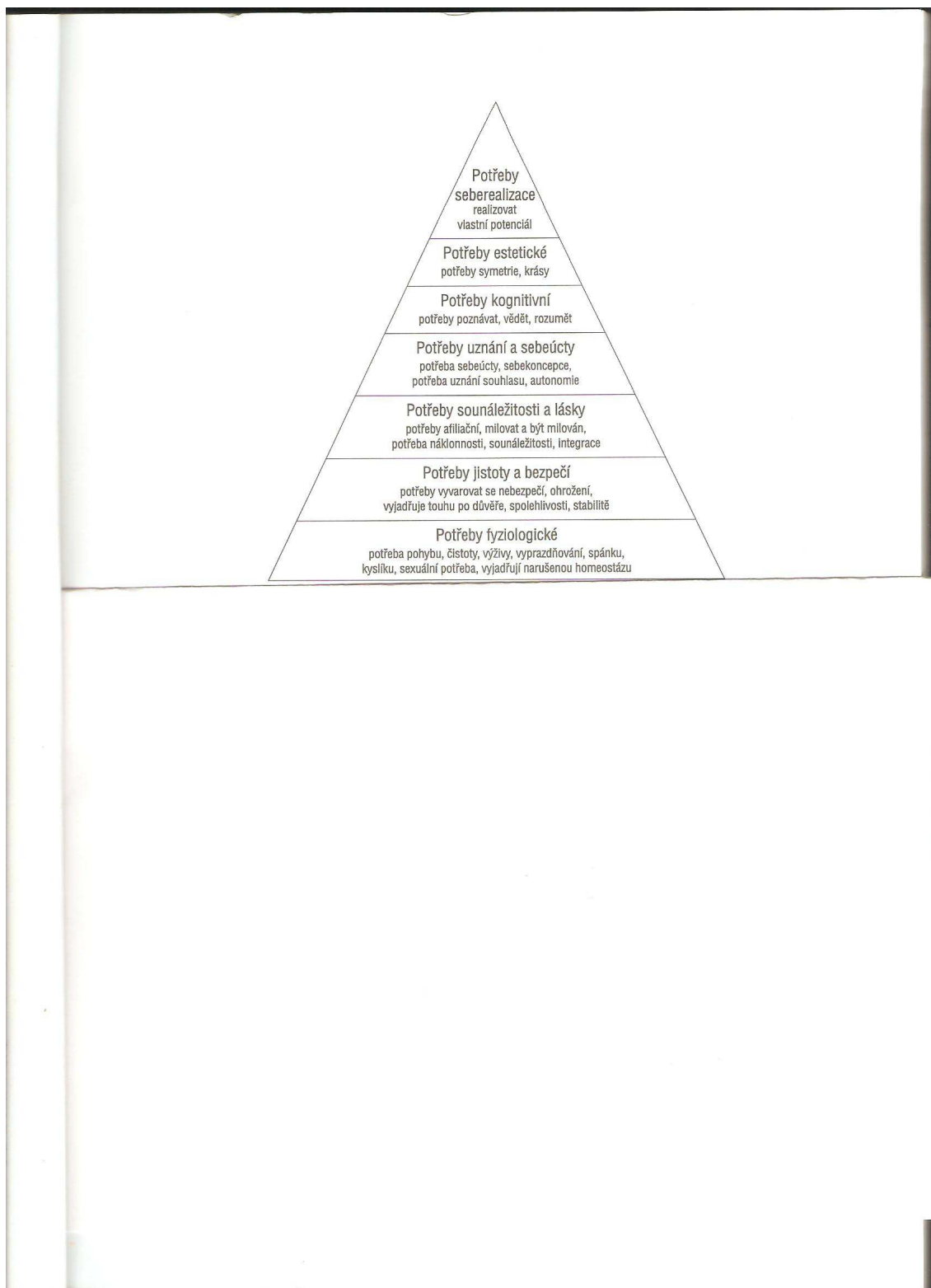
Příloha 4: Otázky pro pacienty

Příloha 5: Otázky pro sestry

Příloha 6: Informační leták pro pacienty

Příloha 7: Návrh standardu k zajištění intimity pro operační sál

## Příloha 1: Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu (24)



### PRÁVA PACIENTŮ

- Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
- Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
- Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejpve schválit.
- Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

### Příloha 3: Etický kodex sester

#### **Etická pravidla zdravotní péče**

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetřovatelství: 1. pečovat o zdraví, 2. předcházet nemocem, 3. zlepšovat zdravotní stav 4. tišit bolest. Při veškeré zdravotní a ošetřovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče s poskytuje stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Sestra ve spolupráci s dalšími obory poskytuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitě.

#### **Sestra a spoluobčan**

Sestra nese odpovědnost za péči poskytovanou občanům, které ji potřebují. Při poskytování ošetřovatelské péče respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho životní hodnoty a zvyky a snaží se mu zajistit takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace a pečlivě hodnotí, komu může tyto informace předat.

#### **Sestra a ošetřovatelská praxe**

Sestra nese plnou zodpovědnost za ošetřovatelské činnosti, které v praxi provádí a za rozvíjení svých odborných znalostí cestou neutrálního kontinuálního vzdělávání.

Sestra s snaží dodržovat co nejvyšší úroveň standardní péče v jakékoliv situaci. Je-li sestra pověřena určitým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení jen v případě, že je k tomu kvalifikována. Rovněž vždy, pokud určitou činnost předává jinému pracovníkovi, bere v úvahu, zda je pro ni kvalifikován. Svým jednáním přisívá sestra vždy k dobré pověsti ošetřovatelského povolání.

#### **Sestra a společnost**

Sestra, podobně jako ostatní občané iniciuje a účastní se všech společenských aktivit, které se týkají zlepšení zdravotního a sociálního zabezpečení obyvatelstva.

#### **Sestra a spolupracovníci**

Sestra úzce spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky, členy zdravotnického i ošetřovatelského týmu, i s pracovníky dalších oborů. Pokud by byla jednáním některého spoluzaměstnance ohrožena péče o nemocného, je sestra povinna účinně zasáhnout.

### **Sestra a povolání**

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetrovatelské péče a získat co nejvyšší stupeň odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje.

Sestra se aktivně účastní při definování odborného obsahu ošetrovatelské péče. Prostřednictvím odborné nebo oborové organizace sleduje sestra pracovní poměry a dodržování podmínek pro stanovení přiměřené ho platu pro ošetrovatelské pracovníky.

Zdroj: Etický kodex sester (3)

#### Příloha 4: Otázky k rozhovoru pro pacienty

### **1. Jak byla u pacientů dodržena intimita při předoperační přípravě?**

-Jakým způsobem Vás sestra informovala o výkonech které Vám budou prováděny v rámci předoperační přípravy?

-Jakým způsobem zajistila sestra Vaši intimitu při holení a prázdňení?(použila plentu , zavřela dveře)?

-Byli jste dotázáni zda Vám při předoperační přípravě nevadí přítomnost ostatních pacientů? A pokud vadila jak byl tento problém řešen?

### **2. Jak byla zachována intimita při překladu na operační sál?**

- Využili jste při překladu na operační sál jednorázové pomůcky? (empír, papírové kalhotky), nebo Vám to přišlo zbytečné? A proč?

-Myslíte, že počet personálu a doba po kterou jste zůstali odhaleni při překladu na operačním sále, byly podle Vás v pořádku? Nebo Vám naopak něco vadilo?

-Choval se personál operačního sálu diskrétně, jak se snažil o co nejmenší narušení vaší intimity?

### **3. Kdy a při jakých činnostech byla porušena Vaše intimita nejvíce?**

- Při holení,

- Při vyprazdňování, jakým způsobem?

- Při překladu na operační sál

Zdroj:vlastní

Příloha 5: Otázky k rozhovoru pro sestry

**1. Respektují sestry na lůžkové ošetrovací jednotce intimitu pacienta důsledněji než sestry z operačního sálu?**

- Sestry z lůžkové ošetrovací jednotky respektují důsledněji pacientovu intimitu?
- Sestry z operačního sálu respektují důsledněji pacientovu intimitu?
- Jakým způsobem zajišťujete intimitu při manipulaci s pac. při překladu na operační sál?
- Zažila jste nebo setkala jste se situací kdy jste zaznamenala nedodržení intimity ze strany sestry?

**2. Je rozdíl v dodržování pacientovy intimity v předoperační přípravě u plánovaného výkonu a urgentního výkonu?**

- Popište chování pacienta co se týče studu u plánované operace a pacienta s urgentním výkonem.

Příloha 6: Informační leták pro pacienty

# Ortopedické oddělení

## Informace pro pacienty



Vážená paní, vážený pane tento arch slouží jako fotoinformace o provozech na kterých se v průběhu hospitalizace budete nacházet



Pokoj pacientů.



Použití plenty na pokoji.



Vyšetřovna ortopedického oddělení, kde Vás bude přijímat lékař.



Koupelna pro imobilní pacienty.





Lehátko na kterém Vás převezeme na operační sál.



Filtr operačního sálu

Fotografie pořízené na ortopedickém oddělení a filtru operačního sálu  
AUTOR:Romana Ferenczová

Příloha 7:

NÁVRH NA STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP

Název SOP: Postupy při překladu na operační sál ze standardního oddělení

nebo

**Zajištění intimity pacienta při překladu ze standardního oddělení na operační sál**

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetřovatelský postup
<i>Oblast péče</i>	Individualizovaná ošetřovatelská péče
<i>Cílová skupina pacientů</i>	Pacienti před operačním výkonem
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Všeobecné sestry, které získaly kvalifikaci dle zákona č.96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů Všeobecné sestry, porodní asistentky, specialistky v rozsahu získané specializace
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetřovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	
<i>Frekvence kontroly</i>	1x za dva roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Náměstkyně pro ošetřovatelskou péči, vrchní sestra, staniční sestra
<i>Kontaktní osoba</i>	<b>Vrchní sestra operačního sálu</b>
<i>Odborný garant</i>	Náměstkyně ošetřovatelské péče
<i>Schválil</i> Náměstek pro ošetřovatelskou péči – hlavní sestra	

## Standardní ošetrovatelský postup

### Zajištění intimity pacienta při překladu ze standardního oddělení na operační sál

#### Úvod

Překlad pacienta na operační sál probíhá většinou ve všech případech po provedení předoperační přípravy na příslušném operačním oddělení. Předoperační příprava je prováděna u plánovaných operačních výkonů nebo u urgentních operačních výkonů.

#### Indikace

Nutnost operačního výkonu u pacienta.

#### Kontraindikace

Nesouhlas pacienta s operačním výkonem (nepodepsání souhlasu s operačním výkonem)

#### Definice

Překlad pacienta ze standardního oddělení je ošetrovatelský proces, který v sobě zahrnuje předoperační přípravu pacienta, která se provádí u plánovaného výkonu den před operací. Jedná se o soubor postupů zabezpečujících vlastní předoperační období, ve kterém se s ohledem na minimalizaci operačních a pooperačních komplikací provádí celková i lokální příprava pacienta na operační výkon.

#### Cíl standardu

Včasný a bezpečný překlad na operační sál s dostatečným zajištěním intimity pacienta.



### ***KRITÉRIA STRUKTURY***

#### **S1 Kompetentní osoby k překladu pacienta**

Všeobecné sestry (SZŠ), diplomované všeobecné sestry (DiS), všeobecné sestry ( Bc., Mgr.), všeobecné sestry specialistky a porodní asistentky v rozsahu získané specializace. Navázející sanitář

#### **S2 Pomůcky**

- Lehátko

- Deka
- Podložka
- Empír
- Jednorázové kalhotky

### **S3 Dokumentace**

- Písemný souhlas s příslušným operačním výkonem a s anestezií
- Dekurz pacienta
- Ošetrovatelská dokumentace
- Premedikační karta pacienta

### **S4 Prostředí**

Překlad na operační sál se provádí na pokoji pacienta. Snažíme se zajistit intimitu pacienta za pomoci plenty, zavření dveří od pokoje, ostatní pacienty upozorníme, zda je možnost tak aby opustili lůžko. Když to není možné tak použijeme alespoň plentu, abychom částečně zachovali pacientovu intimitu.



### ***KRITÉRIA PROCESU***

#### **Postup překladau na pokoji**

P1 Sestra po příchodu na pokoj ověří identitu pacienta slovně a zkontroluje identifikační náramek, který je pacientovi přiložen při příjmu na standardní oddělení.

P2 Sestra pacientovi vysvětlí možnosti použití jednorázového kabátku (empír) a kalhotek.

P3 Sestra upozorní pacienta na odložení šperků a protetických pomůcek.

P4 Sanitář připraví lehátko na kterém je podložka a deka na zakrytí pacienta.

P5 Sanitář umístí lehátko na pokoj, kde pacientovi pomůže ulehnout na lehátko a poté je zakryt dekou.

P6 Sestra zkontroluje příslušnou dokumentaci pacienta - premedikační kartu, teplotku, chorobopis, souhlas s anestezií. Napíše čas odjezdu na operační sál.

P7 Pacient opouští standardní oddělení v doprovodu sestry a navázejícího sanitáře

#### **Postup překladau na sále**

- P8 Sestra po příjezdu na filtr operačního sálu předá pacienta sálové sestře, která zkontroluje identifikaci pacienta a dokumentaci.
- P9 Sestra z lůžkové ošetrovací jednotky podpisem a časem potvrdí předání pacienta.
- P10 Sestra vyzve pacienta aby se přesunul na druhé lehátko za pomoci sanitáře.
- P11 Sestra zakryje vlasovou část hlavy jednorázovou čepicí, na sobě je ponechám empír nebo jednorázové kalhotky, jeli to možné (záleží na druhu operačního výkonu).

- P12 Sanitář z operačního sálu odváží pacienta na příslušný operační sál kde si pacienta přebírá anesteziolog.

### **Komplikace**

Záměna pacienta, špatné označení místa operačního výkonu.

### **Zvláštní upozornění**



### **KRITÉRIA VÝSLEDKU**

V1 Bezpečný a včasný překlad pacienta na operační sál.

V2 Sestra správně edukovala pacienta o možnosti zajištění intimity při překladu na operačním sále

V3 U pacienta je zachována intimita.

### **Kontrolní kritéria k auditu Zajištění intimity pacienta ze standardního oddělení na operační sál**

Pracoviště:

Datum

Auditoři:

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro sestru
- Dotaz/otázky pro klienta
- Dotaz /otázky na sanitáře
- Pozorování klienta, sestry, sanitáře
- Kvalifikační požadavky sestry – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem, inventář
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>KRITÉRIA STRUKTURY</b>				

S1	Byl daný překlad prováděn kompetentní osobou?	Kontrola kompetencí a pravomocí - personální oddělení		
S2	Připravila si sestra veškeré pomůcky k překladu pacienta?	Pohledem Dotaz na sestry		
S3	Připravila si sestra veškerou dokumentaci k překladu pacienta?	Pohledem		
S4	Zajistila sestra při překladu dostatečnou intimitu pacienta?	Pohledem, Dotaz na sestry Dotaz na pacienta		
<b>KRITÉRIA PROCESU</b>				
P1	Ověřila si sestra identitu pacienta na pokoji?	Dotaz na sestry Dotaz na pacienta		
P2	Vysvětlila sestra pacientovi možnosti použití jednorázových kalhotek a empíru?	Dotaz na sestry Dotaz na pacienta		
P3	Upozornila sestra pacienta na odložení šperků a jiných protetických pomůcek?	Dotaz na sestry Dotaz na pacienta		
P4	Připravil si sanitář lehátko s podložkou a s dekou na překlad pacienta?	Pohledem Dotaz na sanitáře		
P5	Umístil sanitář lehátko na pokoj pacienta?	Pohledem Dotaz na sanitáře		
P6	Zkontrolovala sestra dokumentaci pacienta?	Dotaz na sestry Kontrola dokumentace		
P7	Opustila sestra pokoj pacienta v doprovodu navázejícího pacienta?	Pohledem Dotaz na pacienta Dotaz na sestry		
P8	Provedla sálová sestra kontrolu identifikace pacienta a dokumentace?	Dotaz na sestry Pohledem Kontrola dokumentace		
P9	Provedla sestra ze standardního oddělení potvrzení o předání pacienta, zapsání času a podpis?	Pohledem Dotazem na sestry Kontrola dokumentace		
P10	Vyzvala sestra pacienta k přesunu na lehátko?	Pohledem Dotazem na sestru		

P11	Zakryla sestra vlasovou část hlavy pacienta a byl použit empír nebo jednorázové kalhotky?	Pohledem Dotazem na sestru		
P12	Odváží sálový sanitář pacienta na operační sál?	Pohledem Dotaz na sestry Dotaz na sanitáře		
<b>KRITÉRIA VÝSLEDKU</b>				
V1	Provedla sestra bezpečný a řádný překlad pacienta na operační sál?	Dotaz na sestry		
V2	Informovala sestra dostatečně pacienta o možnosti zajištění intimity?	Dotaz na sestry Dotaz na pacienty		
V3	Byla u pacienta zachována intimita?	Dotaz na sestry		

### **Vyhodnocení auditu**

Výborná péče - 19 až 18 bodů

Komplexní péče 16 až 14bodů

Nekomplexní péče 10 až 13 bodů

Nedostačující péče 7 až 12bodů

Zdroj: vlastní