



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Percepce soukromí pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Anna Hofreiterová

Vedoucí práce: Mgr. Iva Šafaříková, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Percepce soukromí pacienta*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2024

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé práce – paní Mgr. Ivě Šafaříkové, Ph.D. za vedení bakalářské práce a za pomoc, kterou mi poskytla v rámci zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům za poskytnutí rozhovorů.

Percepce soukromí pacienta

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývala problematikou soukromí pacientů v nemocničních zařízeních. Cílem této práce bylo zjistit, jak vnímají soukromí pacienti hospitalizovaní na lůžkovém oddělení, jak vnímaly sestry soukromí pacientů a jakými způsoby zajišťovaly sestry soukromí pacientů na lůžkovém oddělení. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zjišťovaly, jak pacienti hospitalizovaní na lůžkovém oddělení vnímají soukromí. Dále se zaměřovaly na pohled sester na vnímání soukromí pacienta a to, jakými způsoby zajišťují sestry soukromí pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení. V teoretické části práce definuje základní pojmy související se soukromím pacienta, jako je povinnost mlčenlivosti, poskytování informací se souhlasem pacienta, poskytování informací bez souhlasu pacienta, práva pacientů, zdravotnická dokumentace, lidské potřeby a zajištění soukromí pacientů při vybraných ošetrovatelských výkonech. Za účelem dosažení cíle byla využita kvalitativní metoda výzkumného šetření, metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru u pacientů hospitalizovaných na interním lůžkovém oddělení a u sester pečujících o tyto pacienty, dále u pacientů hospitalizovaných na chirurgickém lůžkovém oddělení a u sester pečujících o tyto pacienty. Výzkumný vzorek tvořilo 6 pacientů a 5 sester. Výsledky získaných dat vedly ke zjištění, že sestry měly adekvátní vědomosti ohledně problematiky nakládání s citlivými informacemi pacientů. Sestry měly odpovídající znalosti v postupech, kterými lze chránit soukromí pacientů, přestože ne všechny sestry tyto postupy využívaly v praxi. Výzkumné šetření dále odhalilo, že se pacienti hospitalizovaní na lůžkových odděleních nad vlastním soukromím mnohdy v nemocničním prostředí nezamýšleli a otázka soukromí pro ně byla problematickým a obtížným tématem k rozhovoru. V případě, že by vedení zkoumané nemocnice mělo zájem o výsledky šetření, budou mu tyto výsledky poskytnuty.

Klíčová slova

Dokumentace; důstojnost; etický kodex; informace; práva pacientů; soukromí; vztah mezi lékařem a pacientem; vztah mezi zdravotní sestrou a pacientem; zdravotní sestry

Perception of patient privacy

Abstract

The bachelor's thesis dealt with the issue of patient privacy in hospital facilities. The aim of this work was to find out how patients hospitalized in the inpatient ward perceive privacy, how nurses perceived patient privacy and in what ways nurses ensured the privacy of patients in the inpatient ward. Three research questions were set to investigate how patients hospitalized in an inpatient ward perceive privacy. Furthermore, they focused on the nurses' view of the perception of patient privacy and the ways in which nurses ensure the privacy of patients hospitalized in the inpatient ward. In the theoretical part, the work defines basic terms related to patient privacy, such as the duty of confidentiality, providing information with the patient's consent, providing information without the patient's consent, patients' rights, medical documentation, human needs and ensuring the privacy of patients during selected nursing procedures. In order to achieve the goal, the qualitative research method, the interview method and the semi-structured interview technique were used for patients hospitalized in the internal inpatient ward and for the nurses caring for these patients, as well as for patients hospitalized in the surgical inpatient ward and for the nurses caring for these patients. The research sample consisted of 6 patients and 5 nurses. The results of the obtained data led to the finding that the nurses had adequate knowledge regarding the issue of dealing with sensitive patient information. Nurses had adequate knowledge of procedures to protect patient privacy, although not all nurses used these procedures in practice. The research investigation further revealed that patients hospitalized in inpatient wards often did not think about their own privacy in the hospital environment, and the issue of privacy was a problematic and difficult topic for them to talk about. If the management of the investigated hospital is interested in the results of the investigation, they will be provided with them.

Key words

Doctor-patient relationship; documentation; dignity; ethics codex; informatik, nurse-patient relationship; nurses; patient rights; privacy

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Vymezení základních pojmů.....	9
1.1.1 Soukromí	9
1.1.2 Intimita	10
1.1.3 Stud	11
1.1.4 Důstojnost	11
1.1.5 Vztah pacient–lékař–sestra.....	12
1.2 Témata etiky v ošetrovatelství.....	15
1.2.1 Etický kodex sester.....	15
1.2.2 Povinná mlčenlivost	16
1.2.2.1 Poskytování informací.....	17
1.2.2.1.1 Poskytování informací se souhlasem pacienta	19
1.2.2.1.2 Poskytování informací bez souhlasu pacienta	20
1.2.2.1.3 Poskytování informací orgánům činným v trestním řízení	21
1.2.3 Poškození pacienta sestrou.....	22
1.2.4 Práva pacientů.....	23
1.2.4.1 Právo na soukromí	24
1.3 Zdravotnická dokumentace.....	25
1.3.1 Přístup ke zdravotnické dokumentaci.....	27
1.3.2 Přístup ke zdravotnické dokumentaci v případě úmrtí pacienta	28
1.4 Lidské potřeby	29
1.4.1 Maslowova pyramida potřeb	30
1.4.2 Změna potřeb v nemoci	30
1.5 Zabezpečení soukromí pacientů na oddělení	31
1.5.1 Role sestry při zajištění soukromí pacienta.....	32
1.5.2 Zajištění soukromí při rozhovoru pacient–zdravotník	33
1.5.3 Zajištění soukromí pro spánek a odpočinek.....	34
1.5.4 Zajištění soukromí při hygieně a vyprazdňování.....	35
2 Cíle a výzkumné otázky	36
2.1 Cíle práce.....	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 Metodika práce	37

3.1	Metodika práce	37
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku	37
3.3	Sběr dat	37
3.4	Analýza dat	37
4	Výsledky	39
4.1	Struktura výzkumného vzorku	39
4.2	Kategorizace výsledků	40
4.3	Kategorie: Vnímání soukromí hospitalizovaným pacientem	41
4.3.1	Podkategorie: Význam soukromí	41
4.3.2	Podkategorie: Hospitalizace	42
4.3.3	Podkategorie: Spokojenost s ochranou soukromí	42
4.3.4	Podkategorie: Sdělování informací	43
4.4	Kategorie: Vnímání soukromí pacientů sestrou	43
4.4.1	Podkategorie: Soukromí pacientů	44
4.4.2	Podkategorie: Problematické situace	44
4.5	Kategorie: Způsoby, jakými sestry zajišťují soukromí pacientů	45
4.5.1	Podkategorie: Prostory a pomůcky	45
4.5.2	Podkategorie: Běžné denní činnosti	45
4.5.3	Podkategorie: Spánek a odpočinek	46
4.5.4	Podkategorie: Dokumentace	47
4.5.5	Podkategorie: Poskytování informací	48
5	Diskuze	49
6	Závěr	57
7	Seznam použitých zdrojů	59
8	Seznam příloh	67
9	Seznam zkratk	69

Úvod

V dřívější době se péče o nemocné či umírající členy rodiny odehrávala v domácím prostředí. Přirozeně tak péče připadla na ty nejbližší nemocného, jeho rodinu. Běžně v jedné domácnosti žilo několik generací rodiny pohromadě. V takovýchto domácnostech přicházel na svět život nový a život jiný zanikal. Dnes se většina péče o nemocné přesouvá do prostředí nemocnic a zdravotnických zařízení. U rodin se postupně vytrácí zájem o své nejbližší pečovat doma. V posledních několika letech téma soukromí nabírá ve světě na stále větší aktualitě. Problematika soukromí se dotýká celé sociální sféry nevyjímaje zdravotnictví. Zdravotnictví je z pohledu soukromí velmi specifická oblast, ve které člověk poskytuje nejen své osobní informace, ale dochází i k narušení jeho fyzického soukromí a intimity. Člověk pro naplnění jeho potřeb potřebuje určitý osobní prostor a zachování důstojnosti. Při výkonu ošetrovatelské péče je nutné dbát na udržení co největšího soukromí pacienta, zejména při zajišťování hygieny či péči o vyprazdňování. Dnešní doba je velmi pokroková, velké pokroky vznikají ve vědě i medicíně. Doba se stává uspěchanou a na zdravotníky jsou vyvíjeny čím dále větší nároky. Nároky jsou kladené také na poskytování co nejkvalitnější péče pacientům, která zahrnuje bio – psycho – sociální a spirituální složku, jejíž nezbytnou součástí je i péče o pacientovo soukromí. To, jakým způsobem je ve zdravotnictví respektováno pacientovo soukromí, vytváří v pacientovi pocit důvěry k ošetřujícím personálu i zdravotnickému zařízení, navozuje pocit pohody a zlepšuje léčbu a spolupráci.

Cílem této práce je zjistit, jak hospitalizovaní pacienti a sestry pracující na lůžkovém oddělení vnímají soukromí, a zmapovat, jakými způsoby tyto sestry zajišťují soukromí u pacientů během poskytování ošetrovatelské péče.

1 Současný stav

1.1 Vymezení základních pojmů

Čím modernější se medicína stává, tím modernější síť informací vzniká. Tím se stává přístup k osobním a důvěrným informacím snazším a vzniká větší riziko zneužití těchto informací (Sovová, 2017). Problematika soukromí je velmi obsáhlé téma. Každý si pod pojmem soukromí může představit několik rozdílných věcí. Soukromí může v různých situacích nabývat rozdílného významu. K porozumění problematice vnímání soukromí jak z pohledu pacienta, tak z pohledu sestry je třeba si ujasnit a charakterizovat základní pojmy. Konceptualizace je nedílnou součástí každé odborné práce. V následujících podkapitolách jsou popsány základní pojmy, a to soukromí, intimita, stud, důstojnost a vztah mezi pacientem, lékařem a sestrou.

1.1.1 Soukromí

Soukromí je relativní nebo spíše nepřesně určený pojem, neboť kulturní hodnoty a normy každé společnosti a postavení jedince v komunitě ovlivňují definici a interpretaci tohoto pojmu (Tehrani et al., 2018).

Lidé se domnívají, že mají soukromí, pokud mají autonomii. Autonomií se rozumí morální svoboda. Pokud mají autonomii, mají automaticky i právo na soukromí, které chrání jejich svobodu osobní i informační (Rubinfeld, 1989).

Soukromí je osobní oblast jedince, která nabývá psychického i fyzického rozměru. Soukromí chrání člověka po jeho tělesné i duševní stránce. Ztrátu soukromí člověk prožívá jako velmi nepříjemný a bolestivý stav. V případě, že dojde k narušení bezpečí a dojde k obnažení tělesné či duševní stránky před dalšími lidmi, člověk ztrácí pocit soukromí. Ztrátu nemusí pociťovat pouze pacient samotný, ale i jeho okolí (Haškovcová, 1996).

Nemocnice se v mnoha aspektech liší od zařízení poskytujících ambulantní péči. Na doporučení odborníka přichází pacient vyhledat odbornou pomoc s cílem dostat co nejlepší zdravotní péči, zlepšit zdravotní stav či vyléčit se. Nemocný člověk, který se dostává do nemocnice k potřebné hospitalizaci, zažívá poměrně nový druh zážitku. Hospitalizace je zážitek spojený s něčím nepříjemným, pacient obvykle zažívá pocit nejistoty a strachu z toho, co se bude dít. Zdravotnický personál, který se dostává do

styku s pacientem, narušuje soukromí pacienta při běžných činnostech ošetrovatelské péče. Zdravotnický pracovník si během své každodenní práce nemusí zcela uvědomovat, že vše, co pacient prožívá, a vše, čím si pacient prochází, pro něj může být něco zcela nového a nepoznaného (Zacharová, 2017). Soukromí omezuje schopnost získávat a používat osobní informace a následně je šířit (Rubinfeld, 1989). Během hospitalizace dochází k narušení soukromí například i odběrem anamnézy pacienta. Při odběru anamnézy pacient sděluje citlivé informace o své osobě i své rodině, které by mohly ovlivnit léčbu. Ve chvíli, kdy se dotazujeme na dědičné, pohlavní či jiné choroby, které mnohdy pacient tají před svým okolím, uvádíme pacienta do rozpaků a sdělování informací mu je nepříjemné. Narušujeme jeho soukromí (Zacharová, 2017).

Je třeba být v přístupu k nemocnému empatičtí a ohleduplní. K dosažení úspěšného léčebného procesu je třeba dbát i na dobrý psychický a duševní stav nemocného, kdy dodržováním zásad soukromí pacienta můžeme velmi pomoci při jeho uzdravování (Zacharová, 2017).

Informační soukromí je možné vnímat jako úroveň kontroly nad používáním, šířením a uchováváním osobních údajů (Míšek, 2020). Lze očekávat, že pro poskytování péče budou použity pouze informace, které přímo souvisí se zdravotním stavem. Respektování informačního soukromí je klíčovou součástí při respektování obecného soukromí pacientů (Serenko, 2013; Fan, 2013).

1.1.2 Intimita

Intimitou je myšlený prostor, který se nachází za pomyslnou hranicí člověka, kde se nacházejí osobní a soukromé prostory (Petrovicová, 2015). Intimita taktéž může vyjadřovat blízkost dvou osob. Dále je možno chápat intimitu jako odhalení svých skrytých a nejhlubších emocí druhé osobě. Ve zdravotnických zařízeních, zejména v nemocnicích dochází k narušení intimity obnažováním částí těla nemocného, vstupujeme do jeho intimní zóny, jsou nahlas vyřknuty informace, které jsou pro pacienta soukromé a intimní (Petrovicová, 2015).

Příčin, kterými může být intimita narušena či poškozena, je mnoho. Zejména v nemocniční péči pacienti pociťují stud při diagnostických vyšetřeních, samotném ošetřování a zejména při hygienické péči. Velmi projednávanou oblastí bývá hygiena, vyprazdňování u pacienta, obnažování a další nepříjemnosti, které s tím souvisí a které

vedou k narušení lidské důstojnosti a intimitě. Stud se stává obranou reakcí nemocného na narušení intimity. Je proto zapotřebí, aby se zdravotnický personál a zejména sestry, vždy snažily chovat profesionálně a zachovávaly nemocnému úctu a byly taktní (Šamánková et al., 2011).

1.1.3 Stud

Stud patří mezi lidské emoce. Stud je obranný mechanismus před narušením vlastní intimity, je to varovný signál nebo pocit zahanbenosti a vlastní nedostatečnosti (Gulášová et al., 2013). Stud je pocit, kdy dáváme k dispozici své tzv. já, které se stane předmětem posměchu, stane se nepřítažlivým a nežádoucím, je nemocné, zraněné a zchátralé (Gilbert, 2017). Pojetí studu je velmi obsáhlé, stud nabývá různého významu a je odlišně vnímán při různých situacích. Stud pociťují lidé při situacích, kdy dojde k narušení intimity a při ztrapnění jedince, zejména je-li poukázáno na jejich osobní nedostatky či selhání. Projevuje se snížením sebevědomí, pocitem trapnosti, vznikem rozpaků nebo ostýchavostí. Dle Bromley (2022) je stud nezbytnou součástí emocionální stránky, jež umožňuje respekt k lidem. Bromley (2022) ke své práci použila data získaná z rozhovorů zaměřených na vzorek 54 lékařů. Vyprávění lékařů mělo demonstrovat, že stud je součástí celkového biomedicínského kontextu, který posiluje odpovědnost lékaře a jeho trestuhodnost. Stud je důležitý pro vývoj zdravotnických pracovníků jakožto morálních poskytovatelů péče. Bromley (2022) došla k závěru, že prostřednictvím reflexe si pracovníci ve zdravotnictví, zejména lékaři vypěstují pocit odpovědnosti vůči pacientům i jejich okolí. Stud se také vyskytuje, pokud vnímáme, že jsme pozorováni druhou osobou (Bero, 2020). Dle DeYoung (2015) existuje chronický stud, který se charakterizuje jako zranitelnost a sklon vůči studu a hanbě. Výchova může pocit studu do jisté míry ovlivnit v rozsahu i způsobu, jakým člověk projevuje svůj stud, může ho usměrňovat, potlačit nebo dokonce podpořit. Stud jako takový nevzniká výchovou, vytváří si ho jedinec sám (Gulášová et al., 2013).

1.1.4 Důstojnost

Přestože se ve zdravotnictví s pojmem lidská důstojnost setkáváme poměrně často, přesto pro někoho tento pojem může být abstraktní. Důstojnost člověka je v obecném slova smyslu cosi, co náleží každému člověku, neboť je příslušník svého rodu. O důstojnosti se diskutuje i ve filosofické, právní či morální sféře světového charakteru. Důstojnost je lidská všestranná záležitost. Co je důstojnost doopravdy, si člověk

uvědomí až ve chvíli, kdy dojde k jejímu narušení nebo je naše důstojnost ohrožena (Heřmanová, 2012).

Právo na lidskou důstojnost je zakotveno v mnoha dokumentech. Jedním z těchto dokumentů, který patří mezi nejvýše postavené, je Všeobecná deklarace lidských práv. V článku 1 stojí: „*Všichni lidé rodí se svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrství*“ (OSN, ©2015, s. 4).

Zdravotničtí pracovníci by měli s pacientem vždy jednat s úctou a respektem a ochraňovat pacientovu důstojnost. Stejně jako dochází k neustálým zlepšením ve výzkumu a vědě, dochází k neustálému posunu i v lékařství a zdravotnické péči. Díky neustále se posunující specializované a špičkové lékařské péči dochází k odosobnění péče, kdy důstojnost, se kterou se každá lidská bytost narodila, se snadno vytrácí. Možnost navštívit lékaře má vyjma terapeutické hodnoty i hodnotu společenskou. Technologie nikdy nemůže nahradit možnost si osobně promluvit s lékařem, nelze nahradit lidskost a vztah mezi lékařem a pacientem. Pro udržení je dle Chanové (2013) potřebné mít s pacientem dlouhodobý vztah, který vzbuzuje důvěru a důvěra poté buduje motivaci pacienta. Díky důvěře mezi lékařem a pacientem pravděpodobněji přijmou pacienti osobní zodpovědnost za své zdraví a za jeho udržování (Chan, 2013). Důstojnost uvnitř sebe sama má člověk každý, poněvadž je člověkem. Důstojnost nelze získat, nemůže narůstat, nelze ji zmenšit ani ji pozbyť. Každý člověk má totožnou důstojnost. Nezáleží na majetku a bohatství, vzdělání, inteligenci ani zdravotním stavu. Každý jedinec si je důstojností roven. Z vnitřní důstojnosti vychází práva a rovnost všech lidí. Oproti tomu důstojnost přisuzovanou můžeme získat na základě osobních vlastností či schopností. Může být získána i ztracena (Ptáček et al., 2011). Pocit studu, strachu, ponížení, úzkost či bolest, to vše snižuje důstojnost člověka. Tyto zesílené pocity mohou dokonce člověka až degradovat. V tomto ohledu má vliv na člověka také prostředí, ve kterém se nachází. Konkrétně např. vybavení pokoje a nemocnice, prostředí vyšetřoven a čekáren, ostatní pacienti na pokoji, ale také personál a jejich zájem o nemocného (Vymětal, 2022).

1.1.5 Vztah pacient–lékař–sestra

Je velmi důležité, aby lékař s pacientem zacházel vždy individuálně a dle povahy jeho nemoci, neboť člověk je nádoba, která je neuvěřitelně křehká. Křehká je i v době,

kdy mu nic nechybí, natož když duševně či tělesně strádá (Hořejší, 2015). Pacient, který k lékaři přichází, očekává, že uslyší především slova útěchy a uklidnění. Očekává podporu a ohleduplné chování. Zároveň ale od lékaře očekává odbornost na vysoké úrovni, schopnost diagnostikovat a následně léčit (Zacharová, 2016). Pacient si přeje z úst lékaře slyšet, že problém, se kterým za ním přichází, je ve skutečnosti vlastně jen pouhá maličkost. Maličkost, která přejde sama, nebo na její vyřešení stačí standardně používané postupy a léčba a nebude třeba dalších doplňujících vyšetření či odkazování na další odborníky. Dle Hořejšího (2015) existuje malá část pacientů, kteří si přichází do ordinace lékaře pro potvrzení nebo legitimaci své diagnózy, o které již tuší. Jsou to pacienti, kteří jistým způsobem profitují z nemoci, z role nemocného a v této roli chtějí setrvat i nadále (Hořejší, 2015). Hlavními složkami ve vztahu jsou znalosti, důvěra, loajalita a respekt (Chipidza et al., 2015).

Vztah pacienta s lékařem byl v minulosti založen především na etice a pravidlech chování, která stanovovala společnost (Vyvlečková, 2017). Nahlíželo se na něj jako na vztah mezi léčitelem a člověkem (Harbishettar et al., 2019). Později se začal tento vztah upravovat a právně vymezovat až do dnešní doby, kdy je již vztah mezi lékařem a pacientem podrobně upraven a existuje již samostatný zákon (Vyvlečková, 2017). Konkrétně vznikl zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). V tomto konkrétním zákonu patří mezi nejdůležitější paragrafy paragraf jedna, který pojednává a upravuje, za jakých podmínek budou poskytovány zdravotní služby a výkony s nimi spojené: „... výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie“ (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 1, 2011). V dnešní době je vztah mezi lékařem a pacientem vnímán jako interakce mezi poskytovatelem péče a uživatelem služby. Pouto mezi lékařem a pacientem, které je založeno na důvěře, bylo nedílnou součástí péče o pacienta a bylo popsáno tak, že podporuje zotavení, snižuje relaps a zvyšuje míru spolupráce pacienta při léčbě (Harbishettar et al., 2019). Vztah založený na důvěře vybízí pacienty k přijímání pomoci od zdravotnického personálu a zařízení, dodržování léčby a následných doporučení (Serenko, 2013; Fan, 2013).

Rostoucí nedůvěra mezi pacienty vůči lékařům je vede k časté změně lékaře, a proto jsou pacienti vystaveni riziku ztráty přínosu vztahu lékař–pacient. Lékařský pokrok s novými možnostmi léčby, stejně jako lepší dostupnost mnoha odborníků, ze kterých si pacienti mohou vybrat, se zdá být přínosem, který se mění v prokletí (Harbishettar et al., 2019).

Sestra je prostředníkem mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče. Lékař stanoví diagnózu a ordinace, sestra tyto ordinace později plní. Pacient je tak příjemce péče poskytované skrze sestru (Kutnohorská, 2007). Sestra musí spolupracovat nejen s lékařem, ale i s ostatními zaměstnanci, včetně ošetřovatelů, sanitářů či fyzioterapeutů, díky čemuž je zajištěna komplexní a plnohodnotná péče, kterou potřebuje. Sestra je tedy společně s lékařem součástí komplexního multidisciplinárního týmu v nemocnici. Sestra má vůči pacientovi několik rolí, patří mezi ně role ošetřovatelky, kdy sestra pacientovi poskytuje ošetřovatelskou péči. Dále role komunikátorky a edukátorky, když učí pacienta novým věcem. Sestra má i roli poradkyně, kdy se na ni pacient může obrátit se svými dotazy a sestra nemocnému může v ledasčem poradit (Kutnohorská, 2007).

Vztah mezi sestrou a pacientem by měl být založený na vzájemné důvěře, pravdivosti, úctě a respektu, sestra musí nemocného uznávat jako individuální osobnost po všech stránkách. Navozením důvěry mezi sestrou a pacientem se pacient zbavuje pocitu strachu a vzniklých obav (Zacharová, 2016). Pacient svěřuje sestře velké množství mnohdy citlivých informací, sestra narušuje osobní i intimní zóny pacienta. Je proto zapotřebí taktního a citlivého přístupu k pacientovi (Zacharová, 2016). Přesto sestra musí zachovávat profesionalitu. Chování zdravotníka by mělo být striktně vymezeno pravidly. Mimo lidský postoj a přístup musí zdravotník uplatňovat i profesionální a terapeutické aspekty, které nutí zdravotníka se zamýšlet nad náplní rolí, které vůči pacientovi zaujímá. Sestra musí vzbuzovat důvěru a působit profesionálně.

Mezi jedny z nejdůležitějších aspektů poskytování ošetřovatelské péče nemocnému patří respekt k důstojnosti každého člověka a zachování úcty k němu. Sestra musí mít vždy na paměti, že pečuje o člověka, nesmí na to nikdy zapomínat. Pacient může pociťovat při ošetřování určité obavy, které musí sestra brát v potaz a snažit se tyto obavy zmírnit. Pacient by měl vždy dostat možnost se rozhodovat o činnostech, které se

týkají péče o něj. Sestra by se měla snažit co nejvíce podporovat pacientovu soběstačnost. Pokud pacient chce některé výkony provádět sám, měla by mu sestra dát prostor pro vlastní realizaci a dopřát mu na ni dostatek času a prostoru. Sestra by měla s pacientem trpělivě spolupracovat (Urbanová, 2021).

1.2 Témata etiky v ošetrovatelství

Etika je široký pojem, který zahrnuje studium povahy morálky a konkrétních morálních rozhodnutí, která mají být učiněna (Beauchamp, 2016). Etika jde ruku v ruce se zdravotnictvím a nelze je od sebe oddělit. Při poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče se setkáváme s mnoha etickými a morálními dilematy a tématy, na která mnohdy neznáme a hledáme odpovědi. Etika v ošetrovatelství se zabývá různými tématy např. etickým přístupem a vztahy mezi sestrou a pacientem, vztahem mezi lékařem a pacientem, vztahy mezi zdravotnickými pracovníky navzájem, komunikací a dalšími obtížnými tématy týkajícími se zdravotnictví (Urbanová, 2021).

1.2.1 Etický kodex sester

Obecně lze definovat etický kodex jako „*souhrn morálních pravidel a požadavků*“ (Ondriová a kol., 2015, s. 97), který definuje chování v konkrétních situacích zaměstnanců, ale i celé společnosti (Remišová, 2014). Etický kodex sester byl vypracovaný Mezinárodní radou sester (ICN) a poprvé přijat v roce 1953. Od té doby byl kodex několikrát přezkoumán a opětovně schvalován. Poslední přezkoumání proběhlo v roce 2005. Sestry z České republiky se hlásí k Etickému kodexu ICN, který je platný od 29. března 2003 (Česká asociace sester, 2003).

V úvodní části kodexu jsou popsány čtyři základní povinnosti sester. Mezi tyto povinnosti patří předcházení nemocem, péče o zdraví, navrácení zdraví a zmírňování utrpení. V ošetrovatelské péči je podstatnou součástí respekt lidských práv, včetně práva na život a práva na úctu soukromí (Česká asociace sester, 2003). Péče není nijak omezena a sestry poskytují ošetrovatelskou péči jak rodinám, komunitě, tak i jednotlivcům. Etický kodex sester obsahuje čtyři hlavní články, které ohraničují normy pro etické chování (Česká asociace sester, 2003). V prvním článku o sestře a spoluobčanech se pojednává o spoluzodpovědnosti občanů za péči, kterou potřebují. Sestra vytváří prostředí, ve kterém jsou respektována lidská práva a hodnoty, zaručuje dostatečné poskytnutí informací, dodržuje povinnost mlčenlivosti a podporuje

uspokojování potřeb občanů. Sestra má taktéž spoluzodpovědnost za ochranu před znečištěním, ničením a za zachování přirozeného prostředí. Ve druhém článku o sestřích a jejich ošetrovatelské praxi se pojednává o osobní odpovědnosti za ošetrovatelské činnosti sestry a celoživotním vzdělávání (Česká asociace sester, 2003). Etický kodex pomáhá v určení toho, co je správné a co není, a pomáhá k dosažení spravedlnosti o odpovědnosti osob (Remišová, 2014). Sestra má povinnost realizovat co nejvyšší možnou úroveň poskytované péče, sestra musí za všech okolností dodržovat pravidla slušného chování a dbát na profesionalitu. Sestra taktéž krom zdraví ostatních pečuje i o své vlastní zdraví, které je důležité pro schopnost poskytování péče druhým. Předposlední z článků o sestřích a profesi se zaměřuje na roli sestry v ošetrovatelské praxi, vzdělání a výzkumu. Sestra se má podílet na rozvoji vědeckého poznání, podílí se na vytváření spravedlivých podmínek v ošetrovatelství. Poslední, čtvrtý článek o sestřích a jejich spolupracovnících pojednává o spolupráci mezi spolupracovníky. V případě, že sestra zpozoruje při ošetrovatelské péči ohrožení jejím spolupracovníkem nebo jinou osobou, má povinnost zasáhnout (Česká asociace sester, 2003).

ICN zahájila v roce 2020 konzultaci o revizi svého etického kodexu pro sestry. Domnívají se, že vzhledem k výzvám, kterým dnes sestry čelí, včetně technologií, sociální spravedlnosti a měnících se modelů péče, musí nově revidovaný a aktualizovaný Etický kodex ICN reagovat na novou realitu zdravotní péče a ošetrovatelství (Madarasz, 2020).

Povolání sestry je v oblasti přípravy k vykonávání profese velmi náročné. Na sestru se kladou velké nároky v oblasti prožívání rozhodování a jednání s lidskou bytostí, sestra se musí stát odpovědným odborníkem ve svém povolání. Nejdůležitější hodnotou zdravotníka by měla být úcta k lidské bytosti. Etický kodex sester poskytuje sestře základní oblast, podle níž by se měla rozhodovat. Zásady etického kodexu sester se netýkají hodnot, ale činností samotných sester, a hodnocením jejich činností (Kutnohorská, 2007).

1.2.2 Povinná mlčenlivost

Ochranu osobních údajů získaných ve zdravotnickém zařízení zaručuje povinná mlčenlivost všech zdravotníků (Sovová, 2017). Povinnou mlčenlivost můžeme definovat jako zákonem určenou a sankcí vynutitelnou povinnost fyzických nebo

právnických osob neoprávněně nesdělovat druhé osobě určité skutečnosti, údaje a informace (Bányaiová et al., 2019).

Povinnost zachovávat mlčenlivost byla poprvé popsána v Hippokratově přísaze, ze které později vycházely formulace pro další etické kodexy. Povinnost mlčenlivosti můžeme nalézt zakotvenou také v Ženevské deklaraci z roku 1948, Evropské chartě lékařské etiky z roku 2011 či Etickém kodexu České lékařské komory (Haškovcová, 2015).

Zdravotničtí pracovníci se seznamují s velkým množstvím osobních informací, které by mohli po zveřejnění nebo sdělení třetím osobám pacienta velmi poškodit (Sovová, 2017). Informace, které zdravotníci získávají, musí být uchovávány jako součást zdravotnické dokumentace. Všichni pracovníci ve zdravotnictví jsou vázáni povinnou mlčenlivostí, kterou sice upravuje zákon, ale mělo by se to stát samozřejmostí (Zacharová, 2017). Povinnost mlčenlivosti se týká veškerých údajů, nejen údajů o nemoci jako takové, ale i veškerých rodinných anamnestických údajů a soukromí nemocného. Informace o pacientovi je možné sdělit pouze konkrétním osobám uvedeným ve zdravotnické dokumentaci, osobám, které určí sám pacient a pouze se souhlasem pacienta. Sestra není oprávněna komukoliv sdělovat a podávat informace. Nelékařský zdravotnický personál nemá kompetence k poskytování informací, nesmí informace sdělit ani nejbližší rodině pacienta. Nesmí sdělovat výsledky vyšetření, diagnózy či informace ohledně prognózy nemocného (Zacharová, 2017).

Povinná mlčenlivost je nedílnou částí postupu lékaře a prolomit ji lze pouze v případech stanovených zákonem. Mlčenlivost nebývá v praxi dostatečně respektována, pokud jde o její rozsah. Častými změnami v právní úpravě, mediálním nátlakem či sledováním veřejných kauz může být přispěno k porušování povinné mlčenlivosti zdravotníkem. Sovová (2017) ve své práci uvedla, že za porušení povinné mlčenlivosti se jednoznačně považuje nahlášení cizince hospitalizovaného na našem území, který zde ale pobývá nelegálně, orgánům Policie České republiky (ČR). Prolomit povinnou mlčenlivost lze pouze zproštěním této povinnosti osobou, v jejímž zájmu byla mlčenlivost uložena, nebo povinností sdělit skutečnosti ve veřejném zájmu. Vždy je však potřebné zakotvení v zákoně (Sovová, 2017). Porušení mlčenlivosti, tedy neoprávněné nakládání s informacemi je považováno za trestný čin.

1.2.2.1 Poskytování informací

V nemocnici či jiných zdravotnických zařízeních se každodenně personál setkává s velkým množstvím informací, citlivých informací o pacientech a musí s těmito informacemi vhodným způsobem nakládat. Komunikace mezi zdravotníkem s pacientem je důležitou součástí ošetrovatelské péče (Zacharová, 2016).

Lékař má vůči pacientovi informativní povinnost, to znamená, že má povinnost informovat ho o jeho zdravotním stavu. Na základě těchto informací se pacient může svobodně rozhodnout, zda v navrhované léčbě chce setrvat, či nikoliv. Informovaným souhlasem pacient vyjadřuje svůj svobodný souhlas s provedením určitého výkonu (Mach et al., 2013). Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, sestra nesmí podávat žádné informace týkající se diagnózy prognózy či výsledků vyšetření pacientovi ani ostatním osobám. Sdělení všech těchto okolností spočívá v kompetencích lékaře.

V ČR je již řadu let právně určeno, jak nakládat s osobními údaji jak pacientů, tak i jejich zákonných zástupců. Ve zdravotnictví se jedná zejména o informace týkající se nemoci, léčby a informací s nimi spojených. V roce 2018 vstoupilo v platnost „*nařízení Evropské unie (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)*“ (Evropský parlament, 2016), které známe pod zkratkou GDPR. Tento dokument ukládá povinnosti správcům osobních údajů, kterými se stávají zdravotnická zařízení a všichni poskytovatelé zdravotních služeb, a zároveň rozšiřuje některá práva pacientů. V návaznosti na zrušení směrnice byl přijat „*zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů*“ (Česká republika, © 2024e). Dále právo na ochranu informací spojených s poskytováním zdravotní péče upravuje *Vyhláška č. 96/2001 Sb. m. s.* z roku 2001. V čl. 5 o obecném pravidle se právně vymezuje povinnost poskytovat zákroky z oblasti péče pouze za podmínky, že nám osoba, které má být zákrok proveden, poskytne vyplněný informovaný souhlas, poskytnutý svobodně (Vyhláška č. 96/2001 Sb., 2001). Informovaný souhlas představuje formu profesionálního přístupu a chování zdravotnických pracovníků k pacientům. Informovaný souhlas lze chápat jako synonymum slova rozhodování. Obecně se lidé chtějí zapojit do rozhodování o svém zdraví a mít možnost rozhodnout se o léčbě, vyšetřeních a poskytování informací na základě kulturních a osobních hodnot (Tehrani et al., 2018). Před samotným zákrokem musí být tato osoba řádně informována o všech rizicích, komplikacích, možných důsledcích a povaze zákroku. Dále tento článek pojednává o svobodě osoby svůj poskytnutý souhlas kdykoliv odvolat (Vyhláška

č. 96/2001 Sb., 2001). Poučit pacienta o výkonu může i sestra, ale pouze v případě, že je oprávněna takovýto výkon provést samostatně (např. měření glykemie, měření krevního tlaku). V případě, že je sestra oprávněna k takovému výkonu, je zároveň oprávněna o tomto úkonu pacienta i poučit, ale pouze v rámci svých kompetencí (Luksch, 2023).

1.2.2.1.1 *Poskytování informací se souhlasem pacienta*

Informační seburčení je možné pouze po řádném poučení pacienta a dle tohoto poučení následně uděleného informovaného souhlasu či nesouhlasu (Sovová, 2018).

Dle § 31 zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotnických služeb povinen zajistit, aby byl pacient jasně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu, způsobech léčby, výsledcích vyšetření, rizicích, alternativách léčby a předpokládané prognóze onemocnění. Informace pacientovi sděluje ošetřující zdravotnický pracovník, který má odbornou způsobilost k poskytování zdravotnických služeb, kterých se informace týkají (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011). Každý pacient má právo si ve zdravotnickém zařízení určit jakoukoli osobu či osoby, které mohou zdravotníci informovat o zdravotním stavu pacienta. Jména těchto osob se poté stávají součástí zdravotnické dokumentace. Určené osoby lze kdykoli změnit. Zdravotničtí pracovníci mohou podat informace o zdravotním stavu pouze pacientovi, osobám, které pacient určil, či osobám uvedeným v zákoně o zdravotních službách. Ostatní podání informací je považováno za porušení povinné mlčenlivosti (Česká republika, © 2024c). Pro možnost poskytování informací telefonickou formou je obvykle pro každého pacienta zřízen číselný kód, který slouží pro ověření totožnosti volajícího. Při příjmu tento kód pacient dostane a je poté pouze na něm, komu tento kód sdělí a kdo bude mít možnost získat informace o jeho zdravotním stavu. Telefonické informace mohou být podávány třetí osobě na základě znalosti kódu současnou možnou dvojí kontrolou doplňujícími otázkami. Obdobný způsob ověření totožnosti dnes využívá již mnoho ambulantních odborníků, kteří po sdělení kódu sdělují například výsledky vyšetření (Česká republika, © 2024c).

Stejně jako je možné při přijetí do zdravotnického zařízení povolit další osobě, aby mohla dostávat informace o zdravotním stavu pacienta, má pacient právo zakázat konkrétní osobě či osobám podávání těchto informací. I takovýto zákaz se poté stane součástí zdravotnické dokumentace a stejně jako povolení lze takovýto zákaz kdykoliv odvolat či upravit. Nicméně se tento zákaz nevztahuje na osoby, jež jsou oprávněny

nahlížet do zdravotnické dokumentace dle § 65 odst. 2 zákona o zdravotních službách, se souhlasem i bez souhlasu pacienta (Česká republika, © 2024f).

V průběhu hospitalizace se může stát, že se budete setkávat se studenty zdravotnických a lékařských oborů. Při příjmu na oddělení budete mít právo si vybrat, zda souhlasíte, aby o vás tyto studenti v rámci své odborné praxe pečovali. Stejně tak budete moci dát svůj souhlas či nesouhlas s tím, aby studenti mohli nahlížet do vaší zdravotnické dokumentace. Studenti, stejně jako ostatní zdravotnický personál mají povinnost mlčenlivosti. Pokud si i přesto nebudete přát, aby se studenti účastnili ošetrovatelské péče o vás a nahlíželi do vaší dokumentace, je potřeba tyto skutečnosti nahlásit personálu a nesouhlas bude poté součástí vaší zdravotnické dokumentace (Česká republika, © 2024f).

1.2.2.1.2 *Poskytování informací bez souhlasu pacienta*

Při příjmu do zdravotnického zařízení dostane pacient vždy možnost určit si osoby, které lze informovat o jeho zdravotním stavu, pacient smí uložit i zákaz podávání informací (Česká republika, © 2024g). Bohužel ne vždy toto určení situace dovoluje. V případě pacienta v bezvědomí či jiné poruše vědomí, kdy pacient zcela nevnímá, je nemožné získat určení osoby. Naštěstí jsou pro takovéto případy stanovené zákonné postupy. V případě, že pacient neurčil osoby, které lze o jeho zdravotním stavu informovat, ať už je neurčil úmyslně nebo to jeho zdravotní stav nedovolil, je ze zákona stanoveno, komu a za jakých podmínek lze tyto informace sdělovat bez souhlasu. Postup v případě neurčení osob pacientem je obsažen v paragrafu 33 v zákonu o zdravotních službách z roku 2011 (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011). Paragraf 33, odstavec 2 říká, že nebude využito dříve vysloveného zákazu pacienta, pokud se jedná o informace a údaje, „*kteřé mohou být sděleny bez souhlasu pacienta podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů*“ (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011). Odstavec 3 paragrafu 33 se zabývá právem na informace o zdravotním stavu a také na možnost pořídit kopie a výpisy ze zdravotnické dokumentace o pacientovi, jež nemohl určit osoby k tomu vybrané (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011). Bez souhlasu pacienta nelze předávat informace mimo pracoviště poskytovatele zdravotních služeb (Sovová, 2018). „*Pokud pacient dříve vyslovil zákaz sdělovat informace o svém zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informaci těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany*

jejich zdraví nebo ochrany zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu“ (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011).

Zákonní zástupci dítěte mají plné právo na to být informováni ohledně zdravotního stavu svého dítěte, případně nahlížet do jejich zdravotnické dokumentace a z ní pořizovat kopie či výpisy. Tohoto práva mohou být zákonní zástupci zbaveni pouze v případech stanovených zákonem. K takovému vyjmutí z práva se přiklání například v případech podezření z týrání či zneužívání dítěte, nebo pokud by podání informací zástupci mohlo ohrozit dítě na životě (Česká republika, © 2024b).

1.2.2.1.3 Poskytování informací orgánům činným v trestním řízení

Zdravotničtí pracovníci mají během výkonu svého povolání dodržovat povinnou mlčenlivost. Každý poskytovatel zdravotních služeb má oznamovací povinnost při převzetí pacienta, který nedal písemný souhlas s převzetím do ústavní péče nebo v případě omezení volného pohybu a omezení sociálních kontaktů pacienta po dobu léčby. V takovémto případě dochází k poskytnutí informací bez souhlasu pacienta příslušnému orgánu (Špeciánová, 2020).

Za porušení mlčenlivosti se nepovažuje skutečnost, kdy je potřeba sdělit údaje a skutečnosti o zdravotním stavu pro ochranu vlastního práva v trestním řízení či občanskoprávním sporu nebo správním řízení, ale pouze v nezbytné míře (Špeciánová, 2020). Trestní zákoník č. 40/2009 Sb. uděluje oznamovací povinnost a povinnost přezkázat trestný čin všem osobám. Sdělení informací za těmito účely taktéž není považováno za porušení povinné mlčenlivosti (Zákon č. 40/2009 Sb.). V případě sporu mezi pacientem nebo osobou zastupující pacienta a poskytovatelem služeb nebo jeho zaměstnancem není sdělení informací porušením povinné mlčenlivosti. Z toho důvodu nemůže pacient zakázat využití těchto informací pro obhajobu poskytovatele služeb, pacienta nebo jeho rodiny (Špeciánová, 2020). Zdravotnický pracovník nebo přímo poskytovatel zdravotních služeb může u některých trestných činů bez souhlasu pacienta, ale ne vždy, poskytnout informace ze zdravotnické dokumentace orgánům činným v trestním řízení (Sovová, 2017). Poskytovatel služeb má oprávnění předat soudu, soudní komoře, znaleckému ústavu či odborníkovi, kterého si poskytovatel služeb zvolí, při soudním sporu kopie zdravotnické dokumentace pacienta, sloužící pro účel vytvoření znaleckého posudku pro občansko-soudní řízení. Výjimky vyňaté z povinné mlčenlivosti jsou vytvořeny v zájmu pacienta i veřejného zájmu (Špeciánová, 2020).

V občanskoprávním řízení nemá soudce oprávnění žádat informace, které podléhají povinné mlčenlivosti bez souhlasu pacienta, na rozdíl od trestního řízení, kdy toto oprávnění má. Pokud soud požaduje originální zdravotnickou kopii pro účel založení do soudního spisu, je třeba vycházet z legislativy zákona o zdravotních službách, ve kterém jsou uvedeny podmínky toho, kdo má právo získat výpisy a kopie ze zdravotnické dokumentace. Soud se v seznamu povolených subjektů nenachází (Špeciánová, 2020).

V případě trestního řízení a nejedná-li se o oznamovací povinnost, je možné Policii ČR nebo dalším orgánům aktivním v trestním řízení poskytnout informace o pacientovi bez jeho souhlasu pouze se schválením soudce. Stejně tomu je i v případě vyslovení nesouhlasu pacienta s poskytnutím informací, kdy je opět potřeba schválení soudce (Špeciánová, 2020). Ten, kdo se obrátí na veřejnou instituci z důvodu trestného činu, nemůže se spoléhat na to, že „*sám následně určí, jaké údaje je nutné utajit a nelze je použít jako důkaz*“ (Sovová, 2017, s. 7).

1.2.3 Poškození pacienta sestrou

Poškození pacienta sestrou se označuje pojmem sororigenie. Sororigenie byla vytvořena jako obdoba termínu iatrogenie, který se týká poškození pacienta lékařem (Kutnohorská, 2007). Pochybení sester se stává daleko početnější, než by se na první pohled mohlo zdát, neboť sestra má k pacientovi nejbližší a během dne s ním přichází nejvíce do styku.

Poškození pacienta sestrou vzniká zdravotní péčí, která má neproduktivní nebo negativní účinek, nebo dochází ke špatnému mezilidskému jednání. Sororigenii lze považovat za morální a etický problém, neboť se toto téma týká rozlišení toho, co je dobré a co špatné. Sororigenii často způsobují morální dilemata, kdy sestra neví, jak postupovat, potom už je jen na sestře, zda bude dodržovat standardy a neohrozí tak soukromí nebo zdraví pacienta (Kutnohorská, 2017; Munzarová, 2005).

Existuje několik typů sororigenie. Podle charakteru poškození se sororigenie dělí na somatickou a psychickou. Somatické poškození je např. poškození nepodáním nebo chybným podáním léků, infuzních či transfuzních přípravků či špatně provedeným odběrem biologického materiálu. Veškeré činnosti sestry mají určitý psychologický dopad na pacienta (Zacharová, 2016). Psychické poškození sestrou může nastat prostřednictvím nevhodných poznámek a narážek, ponižujícím či devalvujícím

chováním. Poškodit nemocného může sestra i komunikací s ním na intimní témata před ostatními pacienty a bagatelizací pacientových potíží nebo obav. Takovéto poškození se dá mnohem lépe sestrou skrýt před ostatními a pacientem a o to více může být ve výsledku poškození traumatizující. Sororigenie může nastat i při oddalování ošetrovatelského výkonu, kdy jsou pacientovy potřeby na neurčitou dobu odsunuty do pozadí. Poškození se u pacienta může projevat v řeči, pohybech a postavení těla nebo výrazem tváře nebo změnou psychického stavu (Zacharová, 2016). Velký problém může vzniknout i při používání zdravotnické dokumentace, kterou sestra vede špatným a nepřehledným způsobem. Nesprávné vedení dokumentace může způsobit pochybení v ordinaci či podání medikace nebo výkonu vyšetření, které u pacienta nemělo být provedeno a může způsobit poškození zdraví pacienta (Zelená, 2014). Poškození sestrou vzniká v případě, že sestra nejedná v rámci svých kompetencí. Vzniká z nedbalosti, přepracováním sestry či úmyslným jednáním (Zelená, 2014).

Každé poškození pacienta je závažný stav, nikdy se takováto skutečnost nesmí skrývat, je vždy nutné, aby sestry své pochybení nahlásily, chyby by mohly pacienta ohrozit na životě nebo by ho mohly nenávratně poškodit, ať už fyzicky nebo psychicky.

1.2.4 Práva pacientů

Právo na soukromí patří mezi nejdůležitější práva všech osob. Chrání lidskou důstojnost, právo na výběr informací, které poskytneme svému okolí, a další hodnoty člověka (Sovová, 2017).

Práva pacientů v ČR vznikla po vzoru Amerického svazu občanských svobod z r. 1985 (Plevová a kol., 2019). V ČR dne 25. února 1992 popsala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví práva pacientů (Česká republika, © 2024h). Z obecné verze práv pacientů později vznikala specializovaná práva, mezi něž patří např. práva hospitalizovaných dětí, práva onkologických a kriticky nemocných, etická práva pacientů s duševními chorobami atd. (Staňková, 1998). Etický kodex „Práva pacientů“, dále jen práva pacientů, obsahuje 11 bodů, které společně potvrzují, jak moc jsou důležitá lidská práva ve zdravotnické péči. Každý pacient je jedinečná a nenahraditelná osobnost. Právo na ochranu soukromí, ohleduplnou odbornou péči, kvalifikované pracovníky, získání informací od lékaře a následné svobodné rozhodnutí, odmítnutí léčby, případné předání nemocného do jiného zařízení k léčbě, informovanost, informovaný souhlas k zákroku a možnost se pro něj rozhodnout, citlivá

péče v závěru života, respektování přání a v neposlední řadě možnost kontrolovat svůj bankovní účet znát důvody změn na něm a řídit se platným řádem zdravotnického zařízení, to vše je součástí poskytování péče s ohledem na práva pacientů (Ministerstvo práce a sociálních věcí, © 2024). Mezi základní etické povinnosti sester patří respektovat a chránit lidskou důstojnost a základní lidská práva (Kutnohorská, 2007).

Při příjmu pacienta bychom ho měli s těmito právy seznámit. Zdravotnický pracovník informuje pacienta o možných následcích, pokud pacient neuvede úplné a pravdivé údaje (Sovová, 2017). Během zpracovávání anamnézy pacienta hraje právo na soukromí zásadní roli. Práva pacientů společně s povinnostmi pacienta by měla být v každém zdravotnickém zařízení přístupná pro každého. Stejně tak by měla být vyvěšena v každém nemocničním pokoji a na požádání je vždy předložíme. Práva pacientů má morální a etickou platnost, která ale není legislativní. Jedná se tedy spíše o morální normu než zákon, při jejich nenaplnění se nelze spoléhat na právní vymahatelnost.

1.2.4.1 Právo na soukromí

Právo na soukromí poprvé definovali profesori Samuel Dennis Warren a Louise Dembitz Brandeis, a to ve svém článku *The right to privacy* (Warren, 1890; Brandeis, 1890). Dle výše zmíněných profesorů práva má každý právo na to, aby nebylo zasahováno do jeho soukromí, a tento předpoklad je platný dodnes. Nicméně, právo na soukromí nezakazuje zveřejňování věcí veřejného nebo obecného zájmu, nezakazuje sdělování jakýchkoliv záležitostí, pokud okolnosti byly v souladu se zákonem o pomluvě a urážce na cti (Warren; Brandeis, 1890). Přestože se jedná o základní lidské právo, soukromí není ani absolutní, ani bezpodmínečné; je omezeno právy ostatních a občanskými povinnostmi (Kayaalp, 2018). Právo na soukromí zaniká zveřejněním skutečností jednotlivcem či zveřejněním s jeho souhlasem. Pravdivost zveřejněné skutečnosti nedává právo na zveřejnění a nelze se pravdivostí bránit (Warren; Brandeis, 1890).

V ČR zaručuje právo na soukromí několik dokumentů. Jedním z dokumentů je Listina základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku ČR. Listina základních práv a svobod obsahuje několik ustanovení, týkajících se práva ve zdravotnictví (Zákon č. 2/1993, Listina základních práv a svobod, 1992). První oddíl Hlavy II, článek 7 v prvním bodě ustanovuje, že soukromí a nedotknutelnost osoby je

zaručena a omezena smí být pouze v případě stanoveném zákonem. Článek, který upravuje právo na soukromí v širším slova smyslu, je článek 10, který obsahuje tři body. V prvním bodě se uvádí, že každý má právo na zachování dobré pověsti, důstojnosti, cti a právo na ochranu svého jména. Ve druhém se pojednává o právu na ochranu před neoprávněným zásahem do života, a to v rodinné i soukromé oblasti. Ve třetím bodě je ukotvena ochrana před zneužitím osobních údajů (Zákon č. 2/1993, Listina základních práv a svobod, 1992). V občanském zákoníku z roku 2012 se nachází § 86, který zakazuje zasahovat do soukromí jedince osobou jinou, aniž by k tomu měl zákonné oprávnění. Bez svolení člověka nelze sledovat či dokumentovat jeho soukromý život a pořizovat o těchto skutečnostech záznamy či tyto skutečnosti šířit. Zákon chrání ve stejném rozsahu i písemnosti soukromých povah (Zákon č. 89/2012 Sb., § 86, 2012).

Sovová (2017) považuje právo na soukromí v oblasti základního práva jedince za jedno z nejdůležitějších. Toto právo dle ní ochraňuje nejen důstojnost člověka, ale i další hodnoty, jako je právo vybrat si informace, které se může dozvědět naše okolí. Úkolem sestry je pečovat o pacienty citlivě, s úctou a respektem k jejich soukromí.

1.3 Zdravotnická dokumentace

Ve zdravotnictví se pro získání informací využívají dva druhy komunikace. Zaprvé komunikace interpersonální, kdy získáváme informace prostřednictvím komunikace mezi dvěma a více lidmi. Zadruhé komunikace intrapersonální, kdy jsou informace získávány ze zdravotnické dokumentace, počítače nebo archivu (Zacharová, 2016).

Zdravotnická dokumentace obsahuje veškeré údaje o zdravotním stavu pacienta. Každé osobě, která se dostane do zdravotnického zařízení, ať už se jedná o ambulantní návštěvu nebo pouze o vyšetření či dokonce hospitalizaci, musí být vytvořena ve větším či menším rozsahu zdravotnická dokumentace obsahující informace o pacientovi (Sovová, 2017). Zdravotnická dokumentace obsahuje veškeré údaje o zdravotním stavu pacienta a všech skutečnostech podílejících se na poskytování zdravotní péče pacientovi (Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012). Ve zdravotnické dokumentaci se nacházejí lékařské diagnózy, veškeré žádanky, navrhovaný léčebný postup, aktuální zdravotní stav a postupný vývoj zdravotního stavu, veškeré nálezy a výsledky vyšetření, seznam užívaných a podávaných léků, případně záznamy o podání infuzních či transfuzních přípravků. V případě, že pacient využívá kompenzační pomůcky, tak jsou tyto informace taktéž součástí dokumentace. Součástí zdravotnické

dokumentace jsou také veškeré záznamy o nutriční, rehabilitační a ošetrovatelské péči, včetně všech vyplněných hodnotících škál a záznamů o případné bolesti (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, © 2024).

Zdravotnická dokumentace neobsahuje pouze informace o zdravotním stavu pacienta, ale obsahuje veškeré informace o zdravotnickém zařízení, jedná se zejména o kontaktní a identifikační údaje, veškerá data zapisování do dokumentace, v případě hospitalizace i údaje s ukončením péče, informace o dočasné zdravotní neschopnosti, veškeré výsledky a informace získané v průběhu poskytování zdravotní služby. Do zdravotnické dokumentace se zaznamenává i použití donucovacích prostředků na pacienta, pokud má lékař podezření na zneužívání či týrání osoby, stane se takovýto záznam též součástí dokumentace (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, © 2024).

Zdravotnická dokumentace se zaznamenává v podobě papírové nebo elektronické dokumentace nebo jako kombinace obou (Pokorná et al., 2019). Zdravotnická dokumentace není pouze samostatný formulář nebo tiskopis, vždy se jedná o soubor několika ucelených dokumentů (Kvapilová, 2015; zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Použití elektronické verze se rozšiřuje do více zařízení. V moderní době je snaha vše, co jen lze, přetvořit do elektronické podoby, stejně tak to je i se zdravotnickou dokumentací. Čím dokonalejší se stává medicína a čím modernější je informační síť, tím rozsáhlejší přístup k informacím mají instituce a ostatní osoby. Riziko zneužití těchto informací stoupá (Sovová, 2017). Nevýhodou elektronické dokumentace je nejasné nebo neúplné předávání informací v rámci procesu ošetrovatelské péče o pacienta (Sovová, 2018). Poskytovatelé zdravotnických služeb mají povinnost vést si a uchovávat zdravotnickou dokumentaci všech svých pacientů ve shodě s právními předpisy (Česká republika, © 2024d). Do zdravotnické dokumentace smí psát pouze pověřené osoby a v rozsahu svých kompetencí. V případě nesprávně uvedených údajů lze na žádost pacienta tyto informace doplnit či opravit (Česká republika, © 2024d).

Do zdravotnické dokumentace pacienta smí nahlížet bez předchozího souhlasu pacienta znalec ve zdravotnických oborech, pakliže to je v zájmu pacienta nebo to vyplývá z právních předpisů a pouze v nezbytném rozsahu (Špeciánová, 2020). S pořízením zdravotnické dokumentace souvisí i její uchování. Uchování

zdravotnické dokumentace, její vyřazování a zničení právně upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, 2012). Z bezpečnostních důvodů se pořizuje kopie dokumentace a zajišťuje její archivace či vyřazení (Kvapilová, 2015; zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Obecně je stanovena doba uchování zdravotnické dokumentace na 5 let, ale lhůta může být různá u každého poskytovatele služeb. Nemocnice uchovávají záznamy 40 let a v léčebnách dlouhodobé péče se záznamy uchovávají po dobu 20 let. Dokumentace určená ke zničení musí být řádně zničena, aby nebylo možné identifikovat její obsah. Zničení se nejčastěji uskutečňuje pomocí skartace (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR, © 2024).

1.3.1 Přístup ke zdravotnické dokumentaci

Kdo má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace, nalezneme v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, konkrétně tyto podmínky nalezneme v paragrafu 65 (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, 2011).

Přístup ke zdravotnické dokumentaci mají zdravotničtí pracovníci, s ohledem na své kompetence a v rámci právních předpisů. Zdravotničtí pracovníci mají taktéž povinnost umožnit pacientům nahlédnout do jejich zdravotnické dokumentace, a to za přítomnosti některého z pracovníků. Každý pacient nebo osoba, které patří daná zdravotnická dokumentace, si může zažádat o kopii nebo výpis z dokumentace. Tyto služby bývají zpoplatněné a ceník se u každého poskytovatele zdravotních služeb může různě lišit. Nahlížení do zdravotnické dokumentace zpoplatněno není. Zpoplatněno není ani pořízení kopií dokumentace prostřednictvím vlastních prostředků, kdy poskytovatel služeb na tuto službu nevynaloží žádné prostředky, které by poté zpoplatnil (Česká republika, © 2024d).

Každý poskytovatel zdravotních služeb má povinnost pacienta informovat o skutečnosti, že se na jeho péči budou podílet další osoby, včetně přístupu k dokumentaci. Konkrétně osoby, které teprve získávají způsobilost k výkonu povolání, tedy studenti. Přístup třetích osob ke zdravotnické dokumentaci lze zakázat nebo povolit. Poskytnutí souhlasu je svobodné rozhodnutí každého jedince. Kromě pacienta má přístup k dokumentaci pouze ten, koho pacient pro poskytnutí informací určil a osoby zmocněné zákonem. U nezletilé osoby či osoby s omezenou svéprávností má

přístup ke zdravotnické dokumentaci zákonný zástupce a opatrovník (Česká republika, © 2024d).

Zdravotnická dokumentace by měla být vždy uložena na místě jí určeném. Dokumentace nesmí být přístupná pro nikoho, kdo nemá oprávnění do dokumentace nahlížet. Dokumentaci si s sebou sestra bere na pokoj pacienta například při přípravě léků nebo při velké lékařské vizitě, nebo pokud jde hospitalizovaný pacient na vyšetření, tak dokumentace putuje společně s ním. Vždy se ale musí dokumentace navrátit zpět, na sesternu nebo k lékaři na zápis. Dokumentace se nesmí odkládat a ponechávat nikde, kde by mohlo dojít k jejímu zneužití, měla by být vždy pod dohledem pracovníka.

1.3.2 Přístup ke zdravotnické dokumentaci v případě úmrtí pacienta

Úmrtí pacienta je velmi smutnou a pro pozůstalé bolestnou záležitostí. Smrt je nedílnou součástí života a s úmrtím pacienta se na lůžkovém oddělení setká pravděpodobně každý zdravotnický pracovník. Proto je dobré vědět, jak v takovém případě zacházet se zdravotnickou dokumentací.

Dle paragrafu 33 odstavce 4 zákona o zdravotních službách mají právo na informace o zdravotním stavu pacienta osoby blízké pacientovi nebo osoby pacientem určené ještě za jeho života. Tyto osoby mají dále právo se dozvědět informace ohledně pitvy, pokud k ní došlo, smí nahlížet do zdravotnické dokumentace zemřelého a pořizovat z ní kopie nebo výpisy (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 33 (4), 2011).

Právo na informace o zdravotním stavu zemřelého pacienta, nahlížení do dokumentace a pořizování výpisů či kopií dokumentace zemřelého pacienta mají druhé osoby pouze v případě ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob a pouze v nezbytném rozsahu (Polícar, 2011). Pokud pacient vyslovil zákaz s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu vůči konkrétní osobě či osobám, lze tyto osoby informovat pouze v případě, že se jedná v rámci ochrany jejich zdraví (Česká republika, © 2024g). Právo na informace o zdravotním stavu zemřelého pacienta, který byl zbaven nebo omezen v právní způsobilosti, nebo se jedná o pacienta nezletilého, má zákonný zástupce zemřelého pacienta nebo osoba určená zákonným zástupcem (Polícar, 2011).

1.4 Lidské potřeby

Každý člověk je jedinečná a nenahraditelná bytost se specifickými postoji, názory, životními hodnotami a potřebami. K pochopení a orientaci v potřebách druhého člověka během těžkých životních situací nám pomáhá pochopení vlastního já a vlastních potřeb (Šamánková, 2011). Potřeba je vyjádření nadbytku či nedostatku něčeho v sociální, psychologické nebo biologické oblasti člověka (Krátká, 2018). Potřeba je vlastnost organismu, která organismus přinutí vyhledat podmínky potřebné k životu nebo se vyhnout nepříznivým podmínkám. Potřeby napomáhají lidem adaptovat se na změny prostředí a opačně, tedy že potřeby prostředí pozměňují (Vrublová, 2020).

Lidské bytosti ke svému žití využívají řadu potřeb. Jde o potřeby fyziologické, psychické, duchovní a sociální (Vrublová, 2020). Mezi fyziologické potřeby se řadí potřeby organismu, jako je např. dýchání, strava a tekutiny, pohyb, spánek a odpočinek, potřeba pohybu. Mezi psychické potřeby patří rozvoj osobnosti, respekt k důstojnosti člověka, potřeba jistoty a bezpečí a lásky (Vrublová, 2020). Do sociálních potřeb je zahrnuta komunikace a potřeba sociálních kontaktů (Příbyl, 2015). Pokud nejsou uspokojeny potřeby sociální, vzniká u pacientů deprivace nebo frustrace (Vrublová, 2020). Do duchovních potřeb patří vše, v co člověk věří, hodnoty a smysl jeho života. Lidské potřeby můžeme dále dělit např. na nižší a vyšší podle toho, jak zachovávají kvalitu života nemocného (Příbyl, 2015). Bez uspokojených nižších potřeb nemůže člověk žít. Nižší potřeby se týkají fyziologické stránky člověka. Pokud nejsou uspokojeny potřeby nižší, nemohou být uspokojeny ani potřeby vyšší. Neuspokojení nebo nedostatek potřeb vedou ke snížení kvality života (Vrublová, 2020). Vyšší potřeby jsou potřeby získané v průběhu života, jsou naučené. Jedná se např. o potřebu komunikovat s druhými lidmi, potřeby sociálních kontaktů či potřeba zapadnout a někam patřit. Vyšší potřeby potřebují k jejich uspokojení delší čas (Příbyl, 2015).

Nedostatek naplnění potřeb ovlivňuje psychické činnosti člověka v celé šíři. Potřeby člověka nejsou u každého jedince stejné, postupně se rozvíjejí a přibývají. V průběhu života se potřeby mění co do kvality, tak i do množství (Trachtová et al, 2013). Lidské potřeby jsou ovlivněny vnějšími i vnitřními faktory, jako jsou např. věk, pohlaví, tělesná konstituce, tělesná teplota nebo kvalita ovzduší (Vrublová, 2020). Lidé mají společné potřeby, ale přesto má každý jinou potřebu jejich naplnění (Trachtová et al, 2013).

1.4.1 Maslowova pyramida potřeb

Elementárním znakem moderního ošetrovatelství je ustálené hodnocení a plánované uspokojování potřeb člověka, který je zdravý, ale může být i nemocný. Potřebu lze chápat jako odraz chybění či nedostatku, který je třeba vyřešit. Ve zdravotnictví se pro praxi nejvíce používá Maslowova hierarchie potřeb (Zacharová, 2017). Maslowova hierarchie potřeb je teorie vývojové psychologie navržená Abrahamem Haroldem Maslowem (1943). Hierarchie potřeb je v literatuře často představována jako pyramida, přestože ve své práci Maslow toto označení nikdy nepoužil (King-Hill, 2015). První část, která se nachází úplně v základu, odpovídá za lidské fyziologické potřeby. Ve druhé části se nachází psychické a fyzické bezpečí. Třetí část obsahuje potřebu lásky a sounáležitosti, intimity a přátelství. Maslow (1943) označuje tyto tři části jako lidské potřeby a nedostatek a nenaplnění těchto potřeb způsobuje fyziologické i psychologické důsledky.

Části hierarchie potřeb se vzájemně nevylučují a mohou prolínat na základě toho, která potřeba ostatním dominuje a motivuje jedince (King-Hill, 2015). Potřeby nemocného jsou seřazeny postupně podle vývoje a vnitřní neodkladnosti. Ale i samotný Maslow určil výjimku, kdy toto seřazení neplatí. Neplatí například na osoby, které dávají přednost sebeúctě před láskou (Mastiliaková, 2014).

1.4.2 Změna potřeb v nemoci

Člověk si neuvědomuje důležitost svých potřeb a jejich význam pro své fungování. Uvědomí si to až poté, co nastane situace, kdy tyto potřeby nejsou uspokojovány, tedy například v nemoci (Vrublová, 2020). Nemocný člověk mnohem více začíná přemýšlet o své osobě a svém okolí (Zacharová, 2017). Vlivem nemoci nebo náročné životní situace dochází nejen k porušení vnitřní rovnováhy organismu, ale dochází i k poruše rovnováhy vnějšího prostředí, která se projevuje neuspokojením potřeb v mnoha oblastech (Vrublová, 2020). U někoho dochází ke změně více, u někoho méně. Nemoc narušuje běžný život člověka, omezuje ho a mění jeho zvyklosti a běžné aktivity, na které je zvyklý. Pro většinu lidí je nemoc velmi náročná situace a každý nemoc zvládá rozdílným a individuálním způsobem. Nemoc narušuje život pacientovi po kratší nebo delší dobu, kdy se pacient musí přizpůsobit nově vzniklé situaci a vyrovnat se s ní. Během hospitalizace dochází k omezení některých sociálních kontaktů a vztahů, zároveň si ale pacient během hospitalizace utváří vztahy nové (Zacharová, 2017).

Potřeby v nemoci můžeme dělit dle Bártlové (2005) na potřeby, které se nemocí nezměnily, potřeby, ve kterých kvůli nemoci vznikly změny, a potřeby, které vznikly nemocí (Vacková et al, 2020). Potřeby, které se nemocí nezměnily, jsou úplně stejné jako u člověka, který je zdravý. Mezi tyto potřeby můžeme zařadit např. potřebu výživy, spánku a odpočinku, potřebu vzduchu, bezpečí a pohodlí či potřebu vyprazdňování. Během nemoci mohou pacienti tyto potřeby pociťovat zvýšeně nebo mohou přehodnotit jejich důležitost (Zacharová, 2013). Chronické, dlouhodobé nebo závažné onemocnění snižuje sebeúctu a pohled na své osobní hodnoty (Vrublová, 2020). Během hospitalizace je úkolem sester a dalších zdravotnických pracovníků uspokojit tyto potřeby. Potřeby, u kterých vlivem nemoci došlo ke změnám, patří mezi ty nejsložitější potřeby, neboť je ovlivňuje samotný charakter a závažnost konkrétního onemocnění a jsou velice individuální. Důležité potřeby, ve kterých dochází ke změnám, jsou potřeby sociální, které z počátku ubývají a postupně se opět navracejí. Mohou se také objevit dřívější potřeby, u kterých ale vznikla deformace, neboť ne každý člověk má takové štěstí, že se po propuštění z nemocnice vrátí ve stejném stavu, jako býval před onemocněním. Mezi potřeby, které vlivem nemoci vznikly, lze zařadit potřebu být bez bolesti, potřebu obnovení či udržení tělesných funkcí. Tyto potřeby ovlivňuje řada okolností, např. charakter a závažnost onemocnění, osobnost nemocného, informovanost nebo předchozí zkušenosti (Zacharová, 2013).

To, jak jsou tyto potřeby důležité, je na každém pacientovi. Pacient bývá během hospitalizace ve spoustě oblastí omezen oproti svým zvyklostem. Má naordinovanou dietu a nemůže tudíž jíst vše, co by chtěl, má omezený pohyb v rámci nemocnice, nemůže se setkávat se svými přáteli nebo vrstevníky, má omezeny sociální kontakty, je narušováno jeho soukromí, má omezení v případě kouření atd. (Zacharová, 2013). Potřeby vyvolávají v lidech stavy napětí, které následně doprovázejí negativně zabarvené emoce (Vrublová, 2020). Toto všechno může v pacientovi vyvolat změny v prožívání a chování, a tudíž i ve svých potřebách (Zacharová, 2013).

1.5 Zabezpečení soukromí pacientů na oddělení

Veškeré informace týkající se zdraví jsou vysoce citlivé a osobní, a proto jsou zapotřebí na jejich ochranu propracovaná opatření (Kim et al, 2017). Bezpečnost a efektivnost komunikace mezi pacientem a personálem je založena na předávání úplných a správných informací týkajících se zdravotního stavu pacienta. Bezpečné

předávání pacientů mezi jednotlivými zdravotnickými pracovišti spolu s předáváním informací o pacientovi je chráněno vnitřními předpisy nemocnic (Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, © 2024). Zabezpečení zdravotnických dokumentací obsahujících informace o pacientech jsou v elektronické formě dokumentací zabezpečeny přístupovými přihlašovacími údaji jednotlivých zaměstnanců, kteří mají oprávněný přístup k dokumentaci. Dokumentace v papírové formě jsou zabezpečovány v první řadě tím, že žádná dokumentace se nesmí nacházet mimo místa, kde se s dokumentací pracuje.

Během realizace ošetrovatelské péče, která narušuje určitým způsobem soukromí pacienta, je potřeba co nejvíce toto narušení omezit. Je velmi důležité vynaložit úsilí o vytvoření co nejvíce etického prostředí, které chrání soukromí pacienta a poskytuje potřebné informace (Kim et al, 2017). Pokud se na pokoji nachází vícero pacientů, je vhodné (a pokud to jen lze) požádat pacienty, zda by nemohli po dobu provádění výkonu opustit pokoj. Totéž platí pro návštěvy pacientů, vždy je potřeba slušně návštěvu požádat, aby dočasně opustila pokoj. Pokud ostatní pacienti nemohou pokoj opustit, je vhodné použít zástěny k oddělení pacientů. Dále dbáme na vhodně zatažená okna a samozřejmostí je zavírání dveří. Důležité v ochraně soukromí je i omezení odhalování částí těla nemocného na co nejkratší, nevyhnutelnou dobu.

1.5.1 Role sestry při zajištění soukromí pacienta

Úlohou sestry během péče o pacienta je projevat dostatek empatie a ochoty, neboť díky tomu pacient získá pocit, že se může na sestru spolehnout, a nebude mít pocit, že obtěžuje. Sestra má povinnost zajistit pacientovi dostatečné soukromí (Krátká, 2018). Sestra přichází každý den do kontaktu s pacientem. Z těchto důvodů sestry zastávají vůči pacientovi několik rolí současně. Jednou z rolí je sestra jakožto poskytovatelka ošetrovatelské péče, kdy poskytuje péči nemocným i zdravým jedincům (Pavličková, 2011). Během plnění ordinací lékaře, ale i běžné ošetrovatelské péči narušuje jeho intimitu a soukromí. Sestra narušuje soukromí nemocnému zejména během provádění osobní hygieny, během převazu ran, při asistenci lékaři u vyšetření, během natáčení elektrokardiografu (EKG), během toho, když je pacient nucen se vyprazdňovat na lůžku a potřebuje od sestry pomoc. Zkrátka sestra se podílí skoro na všem, co se pacienta týká, a proto je nutné, aby pokaždé zajistila pacientovi soukromí. Pacienti si tyto vstupy do jejich soukromí velmi dobře uvědomují a je jim to velmi

nepříjemné. Zdravotnický pracovník si bohužel mnohdy neuvědomuje, že to, co provádí, může být pacientovi nepříjemné a poškozovat ho na jeho soukromí, neboť postupem času může dojít ke ztrátě ostražitosti a některé skutečnosti si již nemusí uvědomovat. Pokud sestra vidí u jiného zdravotnického pracovníka, že narušuje pacientovo soukromí ve větší míře, než je v dané situaci vhodné nebo přípustné, má povinnost daného člověka na tuto skutečnost upozornit. Proto sestry zastávají další důležitou roli, a to roli sestry – advokátky, kdy sestra v této roli respektuje a ochraňuje práva pacientů a seznamuje je s nimi, obhajuje názory a zájmy pacientů (Pavličková, 2011).

Nikdy nevíme, jak moc můžeme ublížit pacientově sebeúctě při nedbalosti dodržování soukromí. Pacienti si poté odnáší negativní zkušenost či trauma, které si uvnitř sebe budou nosit a při další hospitalizaci mohou mít z takovýchto skutečností obavy. Vždy k pacientovi přistupujeme s úctou a respektem.

1.5.2 Zajištění soukromí při rozhovoru pacient–zdravotník

Rozhovorem jakožto řízenou komunikací se rozumí technika sběru dat, spočívající na verbální komunikaci mezi lidmi tváří v tvář. Rozhovorem získáváme důležité anamnestické údaje a zjišťujeme, jaké má pacient problémy. Tyto údaje poté poslouží pro poskytnutí lepší péče a k sestavení zdravotnické dokumentace (Tomagová, 2018).

V úvodu rozhovoru je vhodné používat otevřené otázky pro navození dobré atmosféry. Poté se postupuje k připraveným otázkám a následně je možné se dotazovat na otázky intimního charakteru, neboť k zodpovězení takovýchto otázek pacientem je třeba vytvoření již určité důvěry ve zdravotníka. Na konci rozhovoru je vhodné udělat krátkou rekapitulaci toho, co jsme se od pacienta dozvěděli a případně informace ještě upravit nebo doplnit. Poděkování za rozhovor by mělo být samozřejmostí (Tomagová, 2018).

Komunikace je základní a nedílnou součástí péče o pacienty a zdravotník by se měl dobře orientovat v jejím používání. Dobrá komunikace zdravotníka s pacientem vede k větší spokojenosti, zlepšení emočních a fyzických výsledků, vede k lepšímu pochopení nemocného, zmenšuje možná nedorozumění vyplývající ze špatné komunikace (Ayers, de Visser, 2015). Během rozhovoru nesmíme být k pacientovi až

příliš blízko, abychom nenarušovali jeho osobní prostor. Nesmíme být ale ani příliš daleko, mohlo by to na pacienta negativně působit (Ayers, de Visser, 2015).

Soukromí v průběhu rozhovoru můžeme zajistit výběrem vhodného místa pro rozhovor. Sestra musí zajistit pro rozhovor dostatek času, vybrat vhodné místo a dobu, osvětlení a hlavně dostatek soukromí, měla by zajistit, aby nebyli nikým rušeni. Ne vždy zdravotní stav pacienta dovolí vést rozhovor v jiné místnosti, než je pokoj nemocného. V takovém případě se pokusíme omezit počet osob na pokoji na co nejmenší. Pokud ani to nelze, je zdravotník nucen vést rozhovor tak, aby nepoškodil pacienta před ostatními, případně najít vhodnější chvíli pro rozhovor.

1.5.3 Zajištění soukromí pro spánek a odpočinek

Spánek je fáze organismu, která má útlumově-relaxační efekt. Spánek je nenahraditelnou a nedílnou součástí našeho života (Vrublová, 2020). Nemocnému člověku narůstá potřeba spánku oproti zdravému člověku a je potřeba tuto potřebu respektovat (Krátká, 2018). Toto zvýšení může mít původ v onemocnění samotném, léčbě a svou roli hraje i narušení spánku z důvodu hospitalizace. Délka spánku u dospělého pacienta se pohybuje v délce 8–9 hodin každý den, ale u každého jedince je potřeba spánku odlišná (Bužgová, 2019). S přibývajícím věkem se počet hodin spánku snižuje (Vrublová, 2020). Malé děti mají potřebu spánku mnohem větší, než mají například senioři, kterým stačí v průměru okolo 7 hodin denně. Rovnoměrné rozdělení aktivit a odpočinku pomáhá předcházet únavě (Bužgová, 2019).

Uspokojování potřeb spánku a odpočinku patří mezi základní intervence sester. Soukromí během spánku a odpočinku zajistíme zavřením dveří pokoje nemocného. Sestry zajišťují pacientům vhodné podmínky pro co nejkvalitnější spánek a odpočinek. Úkolem sester tedy je omezit hluk na oddělení, upravit pacienta a upravit prostředí (Krátká, 2018). Na pokojích s více lůžky pacient nemá zajištěné dostatečné soukromí a intimitu (Karasová, 2015). Prostor lze upravit například tím, že mezi postelemi sestry zatáhnou závěs, nebo pokud si to pacient přeje, můžeme použít zástěnu. Pokud to lze, zatáhneme rolety na oknech a omezíme osvětlení na pokojích, případně chodbách. Před spaním zajistíme pacientovi vhodné oblečení na spaní, ideální je oblečení pacienta, na které je zvyklý a je pohodlnější. Důležité pro kvalitní spánek je i výběr samotného lůžka, pokud to jen trochu lze, mělo by pacientovi být umožněno vybrat si na pokoji lůžko, které mu více vyhovuje. Tedy zda by chtěl být např. blíže oknu, kde vzduch

proudí lépe nebo naopak na druhé straně pokoje, kde vzduch proudí méně (Karasová, 2015). Během odpočinku pacientů by měly být omezeny návštěvy, které mohou rušit všechny pacienty, kteří jsou na pokoji.

1.5.4 Zajištění soukromí při hygieně a vyprazdňování

V současné době se hygienická péče pacientů stává každodenní činností sester i pacientů v nemocnici. Hygiena se zpravidla provádí dvakrát denně, ranní a večerní hygiena. Pacienti si umyjí obličej, ruce, hrudník, sestry pomohou umýt záda a zbytek těla (Boge et al, 2013). Pacienti si dále čistí zuby a upravují si vlasy. Pacienti mohou použít prostory koupelen, nebo se hygiena provádí v lůžku nemocného, záleží na stavu pacienta. Pacient buď provádí hygienu sám, s dopomocí, nebo personál provádí hygienu za nemocného úplně. Vždy bychom se měli snažit zapojit pacienta do péče a vysvětlovat mu, co právě děláme. Ranní hygiena se provádí na většině oddělení ihned po probuzení pacientů, tak, aby se stihla před snídaní a lékařskou vizitou. Ranní hygiena je zaměřená na celkovou čistotu a upravenost pacienta po zbytek dne. Navozuje pocit svěžesti a probuzení po noci. Večerní hygiena je orientovaná na přípravu ke spánku a vytvoření pohodlí k blížícímu se spánku. Kvalitní péče a s ní spojená kvalitně provedená hygienická péče pomáhá předcházet vzniku dekubitů, přináší dobrý pocit a upravený vzhled ovlivňuje mezilidské vztahy (Bužgová, 2019).

Před samotnou hygienickou péčí by si sestra měla vždy předem připravit všechny potřebné pomůcky, zamezí tak zbytečnému odbíhání od nemocného. Před opuštěním pokoje, a to i v případě, že si sestra jde jen pro další pomůcky, je nutností nejdříve vždy pacienta zakrýt, sestra ani nikdo jiný nesmí nechat pacienta odkrytého, zejména ne jeho intimní oblasti. Zatahneme závěs, mezi postele dáme zástěnu nebo požádáme ostatní pacienty na pokoji o otočení se na druhou stranu. Pokud se v nemocničním pokoji nacházejí cizí osoby, např. návštěva jiného pacienta, musí sestra požádat tyto osoby o opuštění pokoje. Je naprosto nepřijatelné provádět hygienickou péči nebo péči týkající se vyprazdňování u nemocného, když se v místnosti nachází cizí lidé.

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat vnímání soukromí pacienta z pohledu hospitalizovaného pacienta na lůžkovém oddělení.

Cíl 2: Zmapovat vnímání soukromí pacienta z pohledu sestry.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem zajišťují sestry soukromí pacienta na lůžkovém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak hospitalizovaný pacient na lůžkovém oddělení vnímá své soukromí?

VO2: Jak sestry vnímají soukromí pacienta?

VO3: Jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacienta na lůžkovém oddělení?

3 Metodika práce

3.1 Metodika práce

Ve výzkumné části byl využit kvalitativní výzkum a ke sběru dat byla využita metoda individuálního polostrukturovaného rozhovoru se sestrami a pacienty. Soubor otázek byl formulovaný předem, celkem rozhovor obsahoval 11 otázek na sestry a 11 otázek na pacienty (Příloha 1). Byly zvoleny otázky otevřené, pro umožnění informantům sdělit své osobní názory a zkušenosti informantů k dané problematice. Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem hlavní sestry daného pracoviště.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořili sestry a pacienti. Kritériem pro výběr výzkumného souboru bylo stanovení povolání praktické nebo všeobecné sestry pracující na chirurgickém nebo interním lůžkovém oddělení. Kritériem pro výběr pacientů byla hospitalizace na chirurgickém nebo interním lůžkovém oddělení.

Dle výše zmíněných kritérií bylo osloveno celkem 13 sester, které aktuálně pracují na výše zmíněných dvou odděleních, a z toho pouze 5 sester souhlasilo s poskytnutím rozhovoru. Celkem bylo osloveno 12 pacientů, kteří v době rozhovoru byli hospitalizováni na chirurgickém nebo interním oddělení, s poskytnutím rozhovoru souhlasilo ale pouze 6 pacientů.

3.3 Sběr dat

Výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem hlavní sestry daného pracoviště. Všechny rozhovory probíhaly v prostorách nemocnice na inspekčních pokojích, vyšetřovných nebo nemocničních pokojích bez přítomnosti dalších pacientů. Před začátkem rozhovoru bylo vysvětlené hlavní téma výzkumu a získán ústní souhlas s rozhovorem od všech informantů. Byla připomenuta anonymita sdělených informací. Délka trvání rozhovoru byla v rozmezí 15–35 minut. Všechny rozhovory byly sepsovány na papír a následně elektronicky přepsány do programu Microsoft Word.

3.4 Analýza dat

Každý přepsaný rozhovor byl analyzován metodou „tužka–papír“, použita tedy byla technika kódování textu. Rozhovory byly poté rozčleněny do 3 kategorií a 11

podkategorií. Informanti ve skupině sester byli označeni S1–S5 a ve skupině pacientů P1–P6.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného vzorku

Tabulka 1. znázorňuje základní informace o sestřích, se kterými proběhlo výzkumné šetření. Věkové rozmezí informantek bylo od 23 let do 43 let. S1 a S2 pracovaly na chirurgickém lůžkovém oddělení a S3, S4 a S5 pracovaly na interním lůžkovém oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání sester bylo vyšší odborné a vysokoškolské bakalářské vzdělání. Nejnižší doba zaměstnání ve zdravotnictví byla u informantek 4 měsíce a nejvyšší 6 let.

Tabulka 2. znázorňuje základní informace o pacientech, se kterými proběhlo výzkumné šetření. Ve výzkumném vzorku pacientů se nacházeli 2 ženy a 4 muži. Věkové rozmezí informantů bylo od 42 let do 67 let. P1 až P3 byli hospitalizováni na chirurgickém lůžkovém oddělení. P4 až P6 byli hospitalizováni na interním lůžkovém oddělení. Nejvyšší dosažené vzdělání informantů bylo střední odborné s výučním listem, odborné s maturitou, vyšší odborné. Délka hospitalizace informantů od 4 dnů do 7 dnů.

Tab. 1: Základní charakteristika sester

Zdravotní sestry (S)	Věk	Pohlaví	Oddělení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání ve zdravotnictví
S1	23	Žena	Chirurgické oddělení	Vysokoškolské	4 měsíce
S2	32	Žena	Chirurgické oddělení	Vysokoškolské	3 roky
S3	28	Žena	Interní oddělení	Vyšší odborné	5 let
S4	35	Žena	Interní oddělení	Vysokoškolské	3 roky
S5	43	Žena	Interní oddělení	Vysokoškolské	6 let

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. 2: Základní charakteristika pacientů

Pacienti (P)	Věk	Pohlaví	Oddělení	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka hospitalizace
P1	51	Žena	Chirurgické oddělení	Střední odborné s maturitou	4. den
P2	54	Muž	Chirurgické oddělení	Střední odborné s maturitou	5. den
P3	67	Muž	Chirurgické oddělení	Střední odborné s výučním listem	4. den
P4	63	Muž	Interní oddělení	Vyšší odborné	4. den
P5	59	Muž	Interní oddělení	Střední odborné s maturitou	7. den
P6	42	Žena	Interní oddělení	Střední odborné s maturitou	5. den

Zdroj: vlastní zpracování

4.2 *Kategorizace výsledků*

Na základě kódování textu byly vytvořeny 3 kategorie a 11 podkategorií. Pro lepší přehlednost jsou kategorie a podkategorie seřazeny v tabulce 3.

Tab. 3: Kategorie a podkategorie

Kategorie:	Kategorie:	Kategorie:
Vnímání soukromí hospitalizovaným pacientem	Vnímání soukromí pacientů sestrou	Způsoby, jakými sestry zajišťují soukromí pacientů
Podkategorie:	Podkategorie:	Podkategorie:
Význam soukromí	Soukromí pacientů	Prostory a pomůcky
Hospitalizace	Problematické situace	Běžné denní činnosti
Spokojenost s ochranou soukromí		Spánek a odpočinek
Sdělování informací		Dokumentace
		Poskytování informací

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Kategorie: Vnímání soukromí hospitalizovaným pacientem

Prvním výzkumným cílem bylo zjistit vnímání soukromí pacienta z pohledu hospitalizovaného pacienta. Dle toho byla vytvořena první kategorie a poté čtyři podkategorie. Tato kategorie popisuje subjektivní pocity a představy ohledně pojmu soukromí. Dále to, jak si pacienti uvědomovali ztrátu svého soukromí před nástupem k hospitalizaci a jak jsou spokojeni s poskytováním informací a celkovou spokojeností v oblasti ochrany svého soukromí na oddělení.

4.3.1 Podkategorie: Význam soukromí

Výsledky dotazovaných pacientů se týkají významu soukromí z pohledu pacientů. P2 uvedl: „Nedokážu to popsat. Je to složité téma“. Shodně odpověděl i P3: „Nedokážu to popsat. V nemocnici soukromí mít nemůžete“. A P5: „Nedokážu to popsat“. Pro P1 bylo soukromí spojené s informacemi: „Nikdo o mně nebude nikde šířit informace“. Stejně tak pro P6 bylo soukromí spojené se soukromím informací: „Jsem to já a moje

rodina. Soukromé informace“. P4 uvedl, že „soukromí je něco osobního. Každý má to svoje“.

Z rozhovorů vyplynulo, že téma významu soukromí nebylo pro pacienty jednoduché. Někteří pacienti nedokázali svými slovy popsat, co pro ně pojem soukromí znamená.

4.3.2 Podkategorie: Hospitalizace

Z rozhovorů vyplynulo, že ztrátu soukromí si již před hospitalizací uvědomovala větší část pacientů. P3 ohledně ztráty soukromí uvedl: „Je to změna prostředí oproti tomu, když je člověk doma. Asi se s tím musí počítat. Tušil jsem do čeho jdu“. Podobně odpověděl i P4: „Člověk musí s určitou ztrátou soukromí určitě počítat vždycky.“ P5 sdělil: „Bylo mi to jasné. Už jsem to předtím zažil. Bylo to hrozné.“ a P6 připustila: „Uvědomovala jsem si to. Je to asi nevyhnutelné“. Oproti tomu si možnou ztrátu soukromí neuvědomovala P1, která přiznala: „Před nástupem jsem si ztrátu soukromí neuvědomovala“. Zdravotní stav P1 nedovolil přemýšlet nad ztrátou soukromí, její pozornost se soustředila na její zdravotní stav a hospitalizaci: „Nervy Vám nedovolí moc přemýšlet“ S P1 se shodovala odpověď P2, který uvedl: „Neuvědomoval jsem si to“ Ztrátu soukromí pacienti považovali za něco nevyhnutelného a jako něco, s čím každý pacient musí předem počítat.

4.3.3 Podkategorie: Spokojenost s ochranou soukromí

P1, P2 a P3 se jednohlasně shodli, že byli spokojeni s ochranou jejich soukromí na oddělení. P1 zmínil: „Jsou tady všichni skvělí. Žádná nepříjemná situace nenastala. Jsem spokojená. Nic bych neměnila“. P2 uvedl: „Jsem spokojený. Nenapadá mě nic, co bych chtěl změnit“. P3: „Nic bych neměnil. Jsem docela spokojený. V rámci možností to jde“. P4 byl celkově spokojený: „Jsem docela spokojený“, přestože udává: „Trochu mi vadí, když sestry vstupují do mého pokoje, když jsem třeba v koupelně a já nemůžu ovlivnit, kdo sem v tu chvíli vchází. Sestry potom vstoupí do koupelny, když jsem třeba zrovna ve sprše“. Odpověď P6 se shodovala s odpovědí P4. P6 uvedla: „Jsem docela spokojená. Nic bych neměnila“, přestože P6 nepovažovala péči za stoprocentně uspokojivou: „Chápu, že mají sestřičky hodně práce, to je tady vidět. Chápu, že nemůžou všechno stoprocentně zařídit. Soukromí musí v naší situaci asi částečně

poodstoupit“ Rozdílně odpověděl P5, který si povzdechl: „Je to těžké, s námi se tu vůbec nemazlí. Tady naše soukromí nikoho nezajímá“.

4.3.4 Podkategorie: Sdělování informací

P1, P2, P3, P4, P5 i P6 se jednoznačně shodli na tom, že sdělování informací probíhá převážně na pokojích pacientů, kde jsou informace sdělovány za přítomnosti dalších pacientů. P1 uvedla: *„Soukromí tu na to není. Říká se to tu na pokoji, přede všemi“*. P3 přiznala, že *„většina informací se sděluje na pokoji před ostatními“*. Takové sdělování informací P3 nedělalo potíže: *„Nijak mi to ale nevadí“*. P4 zdůraznil: *„Všechno se tu říká na pokoji. Jinak ale soukromí mám, když jsem tu sám“*. P5 byl nespokojený s celkovou péčí na oddělení a způsobem, jakým byly P3 poskytovány informace. P3 si postěžoval: *„Byl jsem informován už na JIP. Tady se mě nikdo na nic neptal. Tady se s vámi nikdo nebaví. Když už Vám něco řeknou, tak tady na pokoji. Moc se s náma nepárou. Nemají na nic čas“*. P6 se domníval, že *„asi by nebylo jednoduché, aby si mě vzali pokaždé někam stranou a tam mi to řekli. Nevadí mi, když se to říká na pokoji, mezi ostatními. Jsme tady na tom všichni stejně“*. Dále se pacienti jednoznačně shodli na tom, že měli možnost vybrat a sdělit kontakt na kontaktní osobu, kdy všichni vybrali rodinného příslušníka pro možnost sdělování informací o zdravotním stavu. Např. P2 uvedl: *„Mohl jsem vybrat rodinného příslušníka, kterému mohou být o mně sdělovány informace“*. P3 a P4 uvedli, že podepisovali souhlas s poskytováním informací. P4 nebyl spokojený s časem, který mu byl poskytnutý pro řádné přečtení a podepsání souhlasu. P4 konstatoval: *„Podepisoval jsem souhlas s vyšetřením, ale nedostal jsem dost času na jeho přečtení před podpisem. Chtěli to podepsat hned“*. Z rozhovorů vyplynulo, že informace byly pacientům sdělovány na pokojích pacientů, za přítomnosti jiných pacientů.

4.4 Kategorie: Vnímání soukromí pacientů sestrou

Druhým výzkumným cílem bylo zmapovat, jak jednotlivé sestry vnímají soukromí pacientů. To, jak se sestry dokáží vžít do role pacienta a jak vnímají u pacientů soukromí, bylo rozděleno do dvou podkategorií. Dotazovali jsme se také na situace nebo výkony, které sestry považují za neproblematičtější v oblasti ochrany soukromí pacientů.

4.4.1 Podkategorie: Soukromí pacientů

Sestry vnímaly soukromí pacientů rozdílným způsobem. S1 uvedla: „*Popsala bych ho jako dodržování intimity. Stud pacientů*“. Zatímco S2 přiznala: „*Hodně jim zasahujeme do soukromí. Narušujeme ho*“. Uvědomovaly si, že pacientům zasahují do jejich soukromí, a dokázaly soukromí popsat. Sestry si neuvědomovaly zásah do soukromí pacientů, a ne zcela vnímaly soukromí pacientů, kromě S5. S3 odpověděla na vnímání soukromí pacientů takto: „*Vnímám ho minimálně. Není čas se tím zaobírat*“. S3 uvedla, že za svou praxi již otupěla ve vnímání soukromí svých pacientů. S4 připustila: „*Moc ho nevnímám. Bohužel*“. S5 si uvědomovala, že zasahuje pacientům do jejich soukromí. Dále sdělila: „*Vnímám ho například při hygienické péči. Praxe je bohužel trochu jiná než nějaká teorie a my si to dobře uvědomujeme. Lékaři někdy nadměrně řeší s pacienty věci, které nejsou vhodné řešit před ostatními pacienty. Nemocnice je na tom hůř než například domov pro seniory. Tam se to soukromí opravdu hlídá a dodržuje*“

4.4.2 Podkategorie: Problematické situace

Jako nejproblematictější výkon sestry udávaly provádění ranní hygieny a hygieny celkově. Např. S2 specifikovala: „*Největší problém asi nastává u hygieny, kdy musíme člověka umýt nebo mu s umytím pomoci*“. Podobnou odpověď uvedla S3, která popsala: „*Ranní hygiena je na soukromí asi nejhorší*“. Součástí hygienické péče o pacienta je také převlékání lůžka a pacienta, které S3 také považovala za problematické: „*Stlaní lůžka. A pokud má pacient na sobě tzv. anděla, který částečně odhaluje tělo*“. S4 a S5 dále považovaly za nejproblematictější výkon zavedení permanentního močového katétru, kdy vždy došlo k částečnému odhalení těla pacienta a vždy došlo k narušení soukromí. S5 uvedla: „*Problém je například u cévkování, jak ženy, tak muže, když musí roztáhnout své nohy, aby se výkon mohl provést. Bohužel se to dělá před ostatními pacienty. Nemám čas jim soukromí zajistit*“. S1 považovala za nejproblematictější péči o zemřelého pacienta. Vysvětlila, že „*exitus je tady velký průšvih. Nemáme pro tyhle účely žádnou místnost*“ S1 považovala nedostatek místa za nedůstojné vůči zemřelému a dodala: „*Nedovedu si představit, jak tohle řeší třeba na interně, kde se to stává daleko častěji a mají stejné oddělení jako my*“. Podle S1 hrála velkou roli v soukromí pacientů a jeho narušování imobilita a péče s ní spojená: „*Velký problém je také imobilita, hraje velkou roli v životě člověka i jeho soukromí*“.

4.5 Kategorie: Způsoby, jakými sestry zajišťují soukromí pacientů

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí u hospitalizovaných pacientů při hygieně, vyprazdňování, spánku a odpočinku. Zajímalo nás, zda mají pro tyto účely na oddělení dostatek místa a prostoru. Jakým způsobem nakládají se zdravotnickou dokumentací a jakými postupy se řídí poskytování informací pacientům a jiným osobám.

4.5.1 Podkategorie: Prostory a pomůcky

S1, S3, S4 a S5 se shodly na tom, že nemají dostatek prostoru a chtěly by ho více. S3 udává: „*Moc prostoru a pomůcek tu nemáme. Máme tu 1 paravan*“. Přestože se dle S3 sestry snažily umisťovat pacienty v podobném zdravotním stavu na jeden pokoj a snažily se tak vyvarovat toho, aby byl plně soběstačný pacient na stejném pokoji jako nesoběstačný pacient na stejném pokoji, uvedla, že „*jsme dost plně oddělení, ne vždy je to možné*“. S4 podotkla: „*Určitě bychom potřebovali více místa, ale taky času a personálu. Jsou tu trojlůžkové pokoje a jsou hodně plné*“. S5 uvedla: „*Nemáme tu dost místa. Jsme hodně plně oddělení, jsou plné pokoje*“. S1 označila u podkategorie: *Problematické situace*, exitus jako *problémový*. Odpověď spadá i do podkategorie: *Prostory a pomůcky*, neboť S1 popsala: „*Problém nastává při exitu. Nemáme žádnou místnost, kterou bychom mohli v případě potřeby využít. Jinak to v rámci možností jde. Máme možnost využít pár jednolůžkových pokojů. Na pokoji používáme závěsy k oddělení pacientů*“. S2 se domnívala, že prostor a pomůcky mají odpovídající. Dále sdělila: „*Máme trojlůžkové pokoje a pár jednolůžkových. Na jednolůžkových je to soukromí samozřejmě větší*“. Kromě standardních lůžkových pokojů nemocnice využívají pro pacienty také jednolůžkové pokoje, na kterých leží pacient sám a má více soukromí.

4.5.2 Podkategorie: Běžné denní činnosti

Práce zdravotní sestry je velmi fyzicky, psychicky i časově náročná. S4 a S5 považuje nedostatek času za důvod, proč nemohou zajistit svým pacientům soukromí. S4 uvedla: „*Nemáme moc čas se nad tím pozastavit. Snažíme se dělat všechno co nejlépe*“. Stejně tak S5 připustil, že „*z časových důvodů musíme někdy provádět třeba odběr glykemie, když je pacient zrovna na WC nebo ve sprše. Nemůžeme čekat, až vyjde ven, a to soukromí mu prostě narušíme*“. S3 se domnívala, že není v jejích silách zcela

zachovat pacientům soukromí. S3 uvedla: „*Na každého pacienta jsme obvykle dvě sestry a umýváme*“. Dle S3 se snažily zachovávat soukromí pacientů tím, že „*zavíráme dveře a snažíme se minimalizovat personál na pokoji tak, aby tam byl jen ten, kdo tam opravdu musí být. Snažíme se nadměrně neodhalovat. Pokud přijde návštěva, tak je posíláme ven*“. Během realizace hygienické péče, péče o vyprazdňování a během spánku a odpočinku sestry nejvíce využívaly zavírání dveří. Odpovědi S1 a S2 se v odpovědích shodovaly. S1 uvedla: „*Zavíráme dveře. Zbytečně neodhalujeme*“. S2 zdůraznila: „*Snažíme se nadměrně neodhalovat, zavírat dveře*“. Velkou roli v zachování soukromí hraje imobilita a velikost pomoci, kterou jednotliví pacienti potřebovali.

Z rozhovorů vyplynula rozdílnost odpovědí pacientů, které se lišily podle toho, zda pacienti potřebovali pomoc nebo dopomoc od personálu se zajištěním běžných denních činností, či nikoliv. Odpovědi P2 se shodovaly s odpověďmi P4 a P5. P2 uvedl: „*Nepotřebuju pomoc. Obstarám si všechno sám*“. P4 konstatoval: „*Nijak ho nezajišťují, celou dobu chodím na normální WC. Zajišťovali soukromí asi tím, že se o tyto věci u mne nemuseli starat a nechodily sem kvůli tomu*“. P5 přiznal, že má dostatek času a prostoru na odpočinek, a dodal: „*Nijak mě zbytečně neodhalují*“. P6 uvedla, že se na oddělení cítila dobře, přestože „*některé sestry zavírají dveře více a některé méně*“. P3 v odpovědi popsal, že potřeboval dopomoc s hygienickou péčí: „*Sestřičky mi pomáhají umývat záda, vždycky mě hned oblečou. Zavírají dveře*“. P1 popisovala zajištění soukromí v rámci denních činností jako „*soukromí v rámci možností*“.

4.5.3 Podkategorie: Spánek a odpočinek

Sestry v rámci péče o pacienty provádí jejich pravidelné kontroly přes den, ale i v noci. S1, S2, S3, S4 i S5 se ve svých odpovědích shodly na tom, že se snaží během noci pacienty nadměrně nerušit a pouze omezeně svítit světly, aby pacienty neprobudily. S1 uvedla: „*Snažíme se pacienty v noci nebudit, i když na pokoj musíme. Snažíme se nesvítit na pokojích*“. S4 udává: „*Několikrát za noc pacienty kontrolujeme. Snažíme se být potichu a zbytečně nesvítit*“. Nezbytnou součástí péče o nemocné je péče o imobilní pacienty a jejich polohování. Polohování probíhá během celého dne i v noci. S2, S3 a S5 se shodly na tom, že během noci musely probudit pacienty, kteří se během noci polohovali. I přes to se ale snažily být co nejvíce potichu, aby nerušily ostatní. S2 sdělila: „*V noci několikrát chodíme na pokoj, ale snažíme se být potichu. Polohujeme*“.

imobilní pacienty přes den i v noci. Snažíme se je moc nebudit. Přes den necháváme prostor i pro odpočinek“. Stejně tak S3, která odpověděla: *„Některé pacienty budíme na polohování. Ostatní se snažíme se v noci nevzbudit“.* S5 uvedla: *„Snažíme se je v noci zbytečně nebudit. Polohujeme i v noci, ale snažíme se je nevzbudit“.* Sestry měly snahu nerušit pacienty během spánku a polohování.

P1 odpověděla na otázku ohledně spánku a odpočinku takto: *„Snaží se nás v noci moc nerušit. Dělalí jen nezbytné věci“.* P2 zmínil, že *„sestry sem chodí tak 2x za noc jen nakouknout. Vyspím se“.* Totéž sdělil i P3: *„Sestřičky sem v noci párkrát chodí, ale není to nic hrozného. Moc mě to neruší“.* Někteří pacienti si kontroly sester uvědomovali, ale problém se spánkem neměli, a někteří pacienti narušený spánek uvedli. P4 a P5 přiznali potíže se spánkem z důvodu nadměrného hluku na oddělení. P4 uvedl: *„Je tady všechno hrozně slyšet. Sestry asi nezavírají u jiných pokojů dveře a mluví hodně nahlas... Ruší to“* P5 vysvětloval: *„Mám bolesti a špatně kvůli tomu spím. V noci tu sestry hodně běhají. Ruší mě to“.* P6 uvedla: *„V noci se vyspím dobře. Občas sem sestry nakouknou“.* Na rozdíl od P4 a P5 si P6 uvědomovala přítomnost sester během kontrol, potíže se spánkem ale neuvedla.

4.5.4 Podkategorie: Dokumentace

Všechny sestry se shodly na tom, že zdravotnickou dokumentaci uzamykaly ve skříni k tomu určené nebo v pojízdném vozíku, se kterým sestry dále pracovaly. S1 sdělila: *„Dokumentaci vždycky nalezneme ve vozíku, kde je zavřená. Nesmí se nikde válet“.* Podobně odpověděla také S2, která odpověděla: *„Dokumentaci pacientů ukládáme do našich vozíků, které jdou zamknout. Nikde ji neválíme. S dokumentací pracujeme my, samozřejmě lékaři a třeba studenti a medicí“.* S3 a S5 se ve svých odpovědích shodovaly. S3 uvedla: *„Dokumentace je uložena na sesterně. V uzamykatelné skříni“.* S5 uvedla: *„Na sesterně. V uzamykatelné skříni a nikde ji nenechávat“.* Dokumentace se nacházela pouze na místech k tomu určených, aby se zabránilo nepovolenému k dokumentaci. Ke zdravotnické dokumentaci měli dle S1, S2, S3, S4 a S5 přístup ošetřující lékaři, sestry, studenti a v některých omezených případech také sanitáři. Např. S4 uvedla: *„K dokumentaci má přístup jen ten, kdo má k tomu kompetence. Pracujeme i se studenty, takže i oni k ní mají přístup. Dokumentace máme uložené na sesterně. Nikde se nesmí válet, aby se k ní nedostal někdo, kdo nemá“* Sestry

se shodly na tom, že se dokumentace se musí nacházet pouze na místech tomu určených, aby se zajistilo soukromí informací pacientů.

4.5.5 Podkategorie: Poskytování informací

Sestry se shodly na tom, že informace o zdravotním stavu smí sdělovat pacientům a druhým osobám pouze osoby k tomu kompetentní, tedy ošetřující lékaři. S1 popsala: *„Když chce někdo vědět informace, odkazujeme na lékaře. Musíme se podívat na souhlas pacienta, a co je v něm napsané. My smíme sdělovat informace ošetřovatelské, jinak pouze lékaři“*. S2 uvedla: *„Když chce někdo znát informace, které nejsou jen ošetřovatelské, tak vždy odkazujeme na ošetřujícího lékaře“*. S4 odpověděla: *„Informace o zdravotním stavu vždy sděluje pouze lékař, my nesmíme“*. Stejně odpověděla i S5: *„Vždy odkazujeme rodinu na lékaře“*. Sestry mohly sdělovat informace týkající se pouze ošetřování nemocného, například informace o příjmu stravy a tekutin. To potvrdila například S3, která sdělila: *„My jako sestry nesmíme sdělovat informace o zdravotním stavu. Sdělit můžeme jen informace týkající se ošetřovatelské péče“*. Nebo S5, která uvedla: *„My smíme sdělit jen ošetřovatelské věci. Při příjmu pacienta podepisují souhlas s poskytováním informací“*. Při příjmu pacienta na oddělení by měl být každý pacient informován o poskytování informací a podepsat souhlas s poskytováním informací. Souhlas následně slouží pro kontrolu toho, komu mohou být sděleny informace o konkrétním pacientovi. S2, S3 a S4 ve své odpovědi zmínily podepsání informovaného souhlasu. S2 podotkla: *„V dokumentaci pacienta je uvedeno, komu mohou být sděleny. Pacienti u nás podepisují informovaný souhlas“*. S3 uvedla velmi podobnou odpověď: *„Pacienti při příjmu podepisují informovaný souhlas s poskytováním informací“*, stejně jako S4: *„Pacienti při příjmu podepisují informovaný souhlas“*. Přístup ke zdravotnické dokumentaci odpovědi S1: *„K dokumentaci má přístup jen ten, kdo má k tomu kompetence. Pracujeme i se studenty, takže i oni k ní mají přístup“*.

Sestry si dle odpovědí z rozhovorů byly jisté v tom, komu mohly podávat informace a jaké informace mohly sdělit druhým osobám. Z rozhovorů dále vyplynuly povinnosti související s informovaným souhlasem a poskytováním informací na jeho základě.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou soukromí pacienta. Pro výzkum byly vytvořeny 3 cíle a 3 výzkumné otázky. Předmětem mého zkoumání bylo zjistit, jak vnímá pacient hospitalizovaný na lůžkovém oddělení své soukromí. Dále zmapovat, jak sestry vnímají soukromí pacientů a jakým způsobem zajišťují sestry soukromí u hospitalizovaných pacientů. Výzkumné šetření probíhalo ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla využita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl získáván metodou rozhovoru, technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty hospitalizovanými na standardním chirurgickém lůžkovém a standardním interním lůžkovém oddělení a sestrami pečujícími o tyto pacienty. Důvodem, proč jsem si vybrala tato oddělení, bylo to, že jsem předpokládala rozdílné pohledy na soukromí pacientů mezi odděleními. Ve zdravotnictví jsem se pohybovala přes šest let a měla jsem možnost na interním i chirurgickém oddělení strávit nějaký čas jako student, i jako zaměstnanec. Přišlo mi důležité, zjistit spokojenost pacientů s ochranou soukromí a případně zjistit nedostatky, které by poté mohla jednotlivá oddělení následně vylepšit. Za účelem výzkumu bylo osloveno celkem 13 sester a z toho pouze 5 sester souhlasilo s poskytnutím rozhovoru. Pacientů bylo osloveno celkem 12, ale s poskytnutím rozhovoru souhlasilo pouze 6 z nich. Kromě otázek zaměřujících se na splnění cílů byli informanti dotazováni i na doplňující otázky (Tab. 1), (Tab. 2). Dle mého názoru byla účast na rozhovorech takto nízká z důvodu celkové citlivosti tématu soukromí a z důvodu toho, že sestry si možná byly vědomy toho, že některé postupy nedělají dle ošetrovatelských standardů, a proto nechtěly o tomto tématu hovořit. Zdravotnictví je v oblasti soukromí velmi specifická oblast. Lidé poskytují své osobní informace a dochází k narušení jejich fyzického soukromí a intimity. Při výkonu ošetrovatelské péče je nutné dbát na udržení co největšího soukromí pacienta, zejména při zajišťování hygieny či péči o vyprazdňování. Proto jsem se tímto výzkumem chtěla podívat na to, jaké pocity vnímají pacienti v oblasti soukromí během hospitalizace a jak je to se zajištěním a ochranou soukromí pacientů sestrami a zda sestry tuto problematiku vnímají a jsou si vědomy oblastí, kde mohou chybovat.

V důsledku nedostatku literatury a odborných článků zaměřených na zachování soukromí, důstojnosti a intimity z pohledu pacientů a z pohledu ošetrovatelského personálu jsem svou práci diskutovala s výsledky prací zabývajících se podobnou

problematikou. Konkrétně to byly bakalářské práce Jany Svobodové (2021) *Soukromí a intimita pacienta při poskytování zdravotní péče z pohledu sester*, Dany Kloudové (2019) *Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech*, Adély Urbanové (2021) *Respektování soukromí a intimity pacienta*, Yulie Rypjak (2023) *Soukromí a intimita pacienta*. Dále s diplomovou prací Bc. Evy Petrovicové (2015) *Respekt autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*.

Z odpovědí vztahujících se k prvnímu cíli, jak pacienti hospitalizovaní na lůžkovém oddělení vnímají soukromí, jsem dospěla k závěru, že problematika soukromí byla pro pacienty citlivým tématem a někteří pacienti o něj nejeví příliš zájem. Předpokládala jsem, že pacienti budou schopni popsat své pocity a vnímání svého soukromí. Urbanová (2021) ve své práci došla k závěru, že pro 79 % pacientů bylo zachování jejich soukromí a dodržování intimity během hospitalizace důležité a pro pouze 21 % pacientů zachování soukromí nebylo důležité. Rypjak (2023) došla ve své práci k podobnému závěru jako Urbanová (2021). Rypjak (2023) ve své práci uvádí výsledek, že většina dotazovaných pacientů přikládá význam ochraně soukromí a intimity během hospitalizace. Proto mě překvapil výsledek, že P2, P3 a P5 nedokázali popsat, co pro ně soukromí znamená. Pouze P1 a P4 a P6 popsali, jak vnímají soukromí. P6 uvedla: „*Jsem to já a moje rodina. Soukromé informace*“. P4 uvedla: „*Soukromí je něco osobního. Každý má to svoje*“. Svobodová (2021) ve své práci dospěla k závěru, že 55 % pacientů na interním oddělení má potřebu hovořit o svém soukromí s personálem. Dále zjistila, že 36 % pacientů na interním oddělení tuto potřebu mluvit o svém soukromí s personálem nemá. Domnívala jsem se tedy, že Svobodová (2021) dospěla k podobnému závěru jako já, tedy že z větší části pacienti nemají o tuto problematiku zájem či je příliš obtížné o ní hovořit.

Ztrátu soukromí pacienti považovali za něco nevyhnutelného a něco, s čím se musí počítat. P4 odpověděla: „*Člověk musí s určitou ztrátou soukromí určitě počítat vždycky*“. Ztrátu soukromí si ještě před samotnou hospitalizací uvědomovala větší část pacientů. Petrovicová (2015) se ve své práci zaměřila na to, jaké jsou možné překážky v zajišťování intimity a soukromí u pacientů. Dospěla k takovým odpovědím, které se shodovaly se zjištěními v mém výzkumu. Konkrétně dospěla k závěru, že pacienti již přichází do nemocnice s pocitem, že bude snižená jejich úroveň intimní zóny. K takovýmto výsledkům pravděpodobně přispěla skutečnost, že pacienti, kteří v mém

rozhovoru odpověděli, že s určitou ztrátou soukromí počítali, již byli někdy hospitalizováni na lůžkovém oddělení. Proto tito pacienti měli jinou představu o soukromí než pacienti, kteří během výzkumného šetření byli hospitalizováni poprvé. Např. P5 odpověděl: „*Bylo mi to jasné. Už jsem to předtím zažil. Bylo to hrozné*“, zatímco P1 přiznala: „*Před nástupem jsem si ztrátu soukromí neuvědomovala*“.

U otázky zaměřující se na spokojenost pacientů s ochranou jejich soukromí se objevily rozdíly v odpovědích napříč odděleními. Pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení by v oblasti ochrany soukromí nic neměnili, byli celkově spokojeni. P2 uvedl: „*Jsem spokojený. Nenapadá mě nic, co bych chtěl měnit*“. Stejná odpověď byla zaznamenána u P3: „*Nic bych neměnil. Jsem docela spokojený. V rámci možností to jde*“. Pacienti hospitalizovaní na interním lůžkovém oddělení hodnotili ochranu soukromí rozdílně. P6 uvedla: „*Chápu, že mají sestřičky hodně práce, to je tady vidět. Chápu, že nemůžou všechno stoprocentně zařídit. Soukromí musí v naší situaci asi částečně podstoupit*“. Rozdílně hodnotil celkovou spokojenost P5: „*Je to těžké, s námi se tu vůbec nemazlí. Tady naše soukromí nikoho nezajímá*“, dokonce sám hodnotil rozdíl mezi interním a chirurgickým oddělením se závěrem, že ochrana soukromí na chirurgickém oddělení byla na lepší úrovni než na interním oddělení. Bohužel mě odpověď P5 nepřekvapila, očekávala jsem podobných odpovědí více, neboť jsem se během své praxe setkala se spoustou názorů na interní oddělení, kdy převládaly negativní zkušenosti.

U otázky zaměřující se na poskytování informací z pohledu pacienta pacienti shodně přiznali, že sdělování informací probíhá převážně na pokojích pacientů, kde jsou sdělovány za přítomnosti dalších pacientů, kteří rozhovory slyší také. Tento výsledek jsem očekávala, protože např. velká lékařská vizita probíhá na pokoji pacientů, tudíž minimálně během této doby dochází k narušení soukromí pacientů. Dále se pacienti jednoznačně shodli na tom, že měli možnost vybrat kontaktní osobu, které později mohou být poskytovány informace o jejich zdravotním stavu. Z rozhovorů vyplynulo, že informace jsou na obou odděleních sdělovány podobným způsobem, není mezi nimi mnoho rozdílů. Pouze P4 jako jediný v rozhovoru hodnotil vlastní zkušenost s podepsáním informovaného souhlasu s vyšetřením a uvedl: „*Podepisoval jsem souhlas s vyšetřením, ale nedostal jsem dost času na jeho přečtení před podpisem. Chtěli to podepsat hned*“ Nebyl tedy spokojený, neboť mu nebyl poskytnut dostatek času na řádné přečtení.

Z odpovědí na druhou výzkumnou otázku, jak vnímají soukromí pacientů sestry, jsem dospěla k tomu závěru, že to, jakým způsobem sestry vnímají soukromí svých pacientů, je částečně ovlivněno jejich pracovním vytížením. Většina sester na interním oddělení považovala nedostatek času na jednotlivé výkony jako vysvětlení, proč nemohou co nejvíce chránit pacientům soukromí. Sestry, které uvedly, že mají nedostatek personálu a nemají dostatek času na provádění ošetrovatelských výkonů, tak jak by si přály, také uvedly, že soukromí svých pacientů vnímají málo či minimálně. S3 v rozhovoru odpověděla, že soukromí pacientů vnímá „*vnímám ho minimálně. Není čas se tím zabírat*“. S5 odpověděla: „*Praxe je bohužel trochu jiná než nějaká teorie a my si to dobře uvědomujeme*“ Pro mě trochu překvapivého výsledku se dopátrala ve své práci Svobodová (2021), která svým výzkumným šetřením napříč různými odděleními, včetně interního oddělení zjistila, že sestry z 61 % mají dostatek času na ošetrovatelskou péči s maximálním zachováním soukromí a intimity svých pacientů. Z toho vyplynula rozdílnost kvality péče mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními.

Z odpovědí sester na otázku zaměřující se na situace a výkony, které sestry považovaly za problematické v oblasti ochrany soukromí, vyplynulo, že nejproblematictější výkonem bylo provádění hygienické péče a zavedení permanentního močového katétru. S1 dále považovala za nejproblematictější péči o zemřelého pacienta. Připustila, že „*exitus je tady velký průšvih. Nemáme pro tyto účely žádnou místnost*“. S1 považovala nedostatek místa za nedůstojné vůči zemřelému. Ke stejnému výsledku, k jakému jsem ve svém výzkumu došla já, dospěla ve své práci i Svobodová (2021), která uvedla, že „*nejčastější odpovědí na oddělení ARO a INT byla „hygiena“, tedy hygienická péče o pacienty*“, dále ve své práci shrnula, že „*třetí nejčastější odpovědí respondentů z oddělení ARO*“ bylo „*cévkování PMK, čili zavedení permanentního močového katetru*“.

U třetí výzkumné otázky zaměřené na způsoby, kterými sestry zajišťují soukromí u pacientů, jsem došla k následujícím výsledkům. Podle mého názoru byli pacienti během hygienické péče, která se prováděla na lůžku pacientů, vystaveni ztrátě svého soukromí. Neboť pacienti mnohdy nebyli chráněni ani závěsy, ani zástěnou a neměli tak žádnou ochranu proti zraku ostatních pacientů. Tento názor potvrdila např. S3, která uvedla: „*Na každého pacienta jsme obvykle dvě sestry a umýváme*“. Domnívala se, že není zcela v jejich silách zachovat pacientům soukromí, přestože se snažily co nejvíce zachovávat soukromí pacientů tím, že „*zavíráme dveře a snažíme se minimalizovat*

personál na pokoji tak, aby tam byl jen ten, kdo tam opravdu musí být. Snažíme se nadměrně neodhalovat. Pokud přijde návštěva, tak je posíláme ven“. Kloudová (2019) ve své výzkumné části rozhovory získala odpovědi sester, které se částečně shodovaly s odpověďmi sester získaných v mém výzkumném šetření. Kloudová (2019) ve své práci zmínila, že se sestry a personál snažily při hygienické péči zakrývat intimní partie pacienta. Dále ve své práci zdůraznila, že se personál snažil minimalizovat počet osob, které prováděly hygienickou péči. Stejně jako v práci Kloudové (2019), tak i v mém výzkumném šetření potvrdila pouze jedna sestra, že používají zástěnu pro oddělení pacientů na pokoji. Takto nízký počet odpovědí mě překvapil. K rozdílnému výsledku došla ve své práci Svobodová (2021), která na základě svého výzkumu konstatovala, že *„respondenti z oddělení INT nejčastěji uváděli, že pomůcky pro zachování soukromí, intimity a důstojnosti pacienta, které mají k dispozici, používají většinou, a to 59 %. Druhou a též poslední odpovědí bylo ano, vždy, kterou uvedlo 41 % respondentů“.* Dále Svobodová (2021) ve svém výzkumu v závěru prezentovala, že se sestry z 55 % domnívají, že mají dostatek pomůcek a prostoru k zachování soukromí a intimity a že 45 % nejsou spokojené s množstvím pomůcek a dostatkem prostoru na oddělení. Co mě osobně překvapilo, bylo to, že žádná ze sester během našeho rozhovoru neuvédla, že by před vstupem na pokoj pacientů zaklepala na dveře. Domnívala jsem se, že zaklepání na dveře před vstupem patří mezi základy slušného chování a já osobně před vstupem na pokoj vždy zaklepu. Odpovědi na otázku zaklepání před vstupem hledala také Svobodová (2021), která dospěla k závěru, že pouze 7 % sester nezaklepe před vstupem na pokoj pacientů, ve zbylých procentech vždy sestry odpověděly kladně, tedy, že klepají na dveře před vstupem na pokoj pacientů.

Z odpovědí na otázku, která byla zaměřena na to, zda se sestry domnívaly, že mají pro zachování soukromí pacientů dostatek prostoru na oddělení a zda měly pro tyto účely dostatek pomůcek, vyplynulo, že sestry nejsou spokojené s dostatkem prostoru a pomůcek k zajištění soukromí pacientů. Nejčastěji sestry udávaly jako důvod, proč nepoužívají pomůcky, to, že mají nedostatek času, který jim znemožňuje pomůcky používat tak, jak by měly. K zcela rozdílnému závěru došla Svobodová (2021), která svým výzkumným šetřením zjistila, že většina sester je spokojená s množstvím pomůcek na oddělení.

Dostatečný odpočinek a kvalitní spánek je důležitou součástí pro potřebnou rekonvalescenci pacientů (Trachtová et al., 2013). V otázce soukromí během spánku

a odpočinku jsem dospěla k závěru, že se sestry na obou odděleních snaží zajistit pacientům dostatek odpočinku a nerušeného spánku. Snažily se pacienty během spánku nerušit, ačkoli pokud polohovaly imobilní pacienty, vždy docházelo k určitému narušení. Přestože si pacienti na chirurgickém oddělení kontroly sester uvědomovali, žádný problém se spánkem nebo usínáním neuvedli. Na rozdíl od zkušeností pacientů na interním oddělení, kde převažovaly negativní názory a zkušenosti s touto problematikou. Např. P4 si postěžoval: „*Je tady všechno hrozně slyšet. Sestry asi nezavírají u jiných pokojů dveře a mluví hodně nahlas... Ruší to*“ Nebo zkušenost P5, který uvedl: „*Mám bolesti a špatně kvůli tomu spím. V noci tu sestry hodně běhají. Ruší mě to*“ Urbanová (2021) ve svém výzkumném šetření zmapovala pocity pacientů, které se týkaly hluku na oddělení. Došla k závěru, že pacienti byli více nespokojení s hlukem, který vytvářeli ostatní pacienti na pokoji, než hlukem, který vytvářely svou prací sestry. Nikdo z informantů, které jsem oslovila, hluk ostatních pacientů v rozhovoru nezmínil. Pravděpodobně tedy nenastala situace, že by některý z ostatních pacientů narušoval jejich spánek nebo odpočinek, a tudíž odpovědi na tuto problematiku mohou být zcela různorodé, závisí na zdravotním stavu a množství pacientů na jednom pokoji.

Součástí ochrany soukromí pacienta je i ochrana informací o pacientech a nakládání se zdravotnickou dokumentací. Všechny sestry se shodly na tom, že pokud zrovna s dokumentací nepracují, mají ji uloženou pouze na místech k tomu určených, tedy v pojízdném vozíku, se kterým sestry dále pracují, nebo v uzamykatelné skříni. Např. S2 vysvětlila: „*Dokumentaci pacientů ukládáme do našich vozíků, které jdou zamknout. Nikde ji neválíme. S dokumentací pracujeme my, samozřejmě lékaři a třeba studenti a medicí*“ S3 na tuto otázku odpověděla: „*Dokumentace je uložena na sesterně. V uzamykatelné skříni*“ Ze získaných odpovědí lze vyvodit závěr, že všechny sestry měly dobré povědomí o tom, jak mají nakládat se zdravotnickou dokumentací, a o tom, že k tomu, aby se zajistilo soukromí informací, musí se dokumentace nacházet pouze na místech k tomu určených a nesmí se nikde ponechávat bez dozoru. Takovýto výsledek mě nepřekvapil, domnívala jsem se, že takovéto odpovědi z rozhovorů získám.

U otázky zaměřující se na poskytování informací z pohledu sester jsem došla k závěru, že všechny sestry měly dobrý přehled v tom, komu a jaké informace smí sdělit, ať už je to pacientovi nebo druhým osobám. Všechny sestry se ve svých odpovědích shodly na tom, že informace o zdravotním stavu smí sdělovat pacientům a druhým osobám pouze osoby k tomu kompetentní, tedy ošetřující lékaři. S1

zdůraznila: „*Když chce někdo vědět informace, odkazujeme na lékaře. Musíme se podívat na souhlas pacienta, a co je v něm napsané. My smíme sdělovat informace ošetrovatelské, jinak pouze lékaři*“ Sestry mohly sdělovat pouze informace, které se týkaly ošetřování nemocného, např. informace o příjmu stravy nebo tekutin. Toto tvrzení potvrdila například S3, která uvedla: „*My jako sestry nesmíme sdělovat informace o zdravotním stavu. Sdělit můžeme jen informace týkající se ošetrovatelské péče*“ Z rozhovorů vyplynuly povinnosti související s informovaným souhlasem a následným poskytováním informací druhým osobám, které je možné pouze na jeho základě. Přístup ke zdravotnické dokumentaci shrnula S1: „*K dokumentaci má přístup jen ten, kdo má k tomu kompetence. Pracujeme i se studenty, takže i oni k ní mají přístup*“.

V dalším výzkumu bych se zaměřila na stejné téma práce a prohloubení problematiky soukromí. Výzkum bych provedla na stejných odděleních, tedy na lůžkovém chirurgickém a lůžkovém interním oddělení, přestože bych se více zaměřila na mladší pacienty. Zaměřila bych se více na prostředí, ve kterém by výzkum probíhal. Pro rozhovor se sestrami bych zvolila prostředí mimo dané oddělení. Během mého výzkumného šetření jsem se setkala se třemi problémy limitujícími můj výzkum. První limitující skutečností byla nedostatečná časová dotace sester na poskytnutí rozhovoru. Část oslovených sester nebyla ochotná poskytnout rozhovor, protože byla časově vytížená prací na oddělení. Petrovicová (2015) ve své práci také dospěla k výsledku, že nedostatek času a personálu byla nejčastější odpověď sester na to, co považovaly za problematickou překážku v poskytování důstojné péče pacientům. Dále ve své výzkumné části zjistila, že za další překážku považují sestry nedostatečný intimní prostor. Druhou překážkou v mém výzkumném šetření bylo podle mého názoru prostředí samotné. Některé sestry se obávaly možného postihu vedením, pokud by uvedly informace, které by nesplňovaly ošetrovatelské standardy nebo postupy, přestože byly informovány o anonymitě získaných informací. Prostor nemocničního oddělení sestrami nedovolilo zaujmout uvolněný postoj v rozhovoru, proto bych se příště více zaměřila na navození příjemnějšího prostředí, důvěry a rozhovory se sestrami vedla mimo nemocniční zařízení. Poslední komplikací během výzkumu bylo to, že pacienti, které jsem během svého výzkumného šetření oslovila na interním lůžkovém oddělení, nebyli v takovém zdravotním stavu, aby mi mohli odpovědět na všechny mé otázky.

Z tohoto důvodu a z důvodu nezájmu o téma soukromí ve výsledku proběhl rozhovor pouze se 6 pacienty.

Díky zpracování této bakalářské práce jsem získala lepší náhled na pocity pacientů. Zpracování práce mě obohatilo o cenné teoretické poznatky a osobní zkušenosti, které ve své budoucí profesi budu aplikovat do praxe.

6 Závěr

V praktické části byly vytvořeny 3 cíle a 3 výzkumné otázky, které byly prostřednictvím výsledků získaných rozhovory zodpovězeny.

Prvním cílem bylo zjistit, jak vnímali pacienti hospitalizovaní na lůžkovém oddělení své soukromí. Soukromí z obecného pohledu je velmi obsáhlé a rozmanité téma. Výsledky získané rozhovory ukázaly, že pro pacienty hospitalizované v nemocnici byla tato problematika obtížná a pacienti neměli velký zájem na toto téma hovořit. Ztrátu soukromí považovali za něco nevyhnutelného a ztrátu soukromí si uvědomovala větší část informantů. Pacienti byli informováni o tom, komu mohou být informace o jejich zdravotním stavu poskytovány. Celková spokojenost pacientů s ochranou soukromí se lišila napříč odděleními. Pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení byli celkově spokojeni a neuvedli žádné návrhy na zlepšení péče. Pacienti hospitalizovaní na interním lůžkovém oddělení hodnotili ochranu soukromí rozdílně. Někteří byli spokojeni a jiní uvedli nedostatky v ochraně soukromí. Poskytování informací z pohledu probíhalo převážně na pokojích pacientů, za přítomnosti dalších pacientů.

Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají sestry soukromí pacientů hospitalizovaných na lůžkovém oddělení. Některé sestry uvedly, že nevnímají soukromí svých pacientů a pokud ano, tak to, jakým způsobem soukromí vnímají, bylo ovlivněno jejich pracovním vytížením. Mezi výkony, které byly v péči o pacienty a zachování soukromí problematické, zařadily sestry provádění hygienické péče a zavedení permanentního močového katétru či úkony spojené s úmrtím pacienta.

Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem zajišťují sestry soukromí u hospitalizovaných pacientů. Výzkumné šetření probíhalo ve vybrané nemocnici Jihočeského kraje. Výsledky dále ukázaly, že sestry nebyly spokojené s dostatkem prostoru a pomůcek na odděleních. Pacienti na chirurgickém oddělení neměli problém se spánkem nebo usínáním, zatímco u některých pacientů na interním oddělení došlo k narušení spánku, přestože sestry měly snahu dopřát pacientům dostatečný odpočinek a nerušený spánek. V rámci zjišťování dodržování ochrany informací a nakládání se zdravotnickou dokumentací bylo zjištěno, že sestry měly dobré povědomí o tom, jak nakládat se zdravotnickou dokumentací, jak postupovat v případě poskytování

informací o zdravotním stavu třetím osobám a o tom, kdo má přístup ke zdravotnické dokumentaci.

V případě, že bude mít vedení zkoumané nemocnice zájem o výsledky práce, tyto výsledky mu budou poskytnuty.

Vzhledem ke zjištěným informacím bych apelovala na zdravotnické pracovníky, zejména sestry, aby se při péči o pacienty více zaměřovali na ochranu soukromí svých pacientů a více se zaměřili na pocity pacientů. Pro zlepšení celkové spokojenosti pacientů bych doporučila zvýšit počet pomůcek k ochraně soukromí, např. závěsů nebo zástěn, kterými lze oddělit pacienty na pokoji. Chtěla bych, aby se zaměstnanci obecně zamysleli nad tím, jak by si představovali ochranu soukromí, a poté, aby se tuto představu snažili vytvořit v praxi.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BÁNYAIOVÁ, A. et al., 2019. *Tajemství v českém právním řádu*. Praha: Leges. 392 s. ISBN 978-80-7502-347-6.
2. BEAUCHAMP, T. L., 2016. Principlims in bioethics. Bioethical decision making and argumentation. *International Library of Ethics, Law, and the New Medicine*. Vol. 70, pp 1_16, doi: https://doi.org/10.1007/978-3-319-43419-3_1.
3. BERO, S., 2020. The audience in shame. *Philosophical Studies*. 177(5), 1283-1302, doi: <https://doi.org/10.1007/s11098-019-01253-9>.
4. BOGE, J. et al., 2013. Bodily cleanliness in modern nursing. *Nursing Philosophy*. 14(2), 78-85. ISSN 1466-7681.
5. BROMLEY, E., 2022. Shame as a moral mood in medicine. *Journal of evaluation in clinical practice*. 28(5), 899–908. doi: 10.1111/jep.13708.
6. BUŽGOVÁ, R., 2019. Paliativní péče. In: PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*, 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 110-130. ISBN 978-80-271-0889-3.
7. ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester [online]. [cit. 2023-9-15]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf.
8. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024a. Kvalita a bezpečí pro pacienty. *Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie* [online]. [cit. 2024-01-04]. Dostupné z: <https://www.cktch.cz/kvalita-a-bezpeci-pro-pacienty/t2246>.
9. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024b. Práva zákonných zástupců dítěte. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/240-prava-zakonnych-zastupcu-ditete>.
10. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024c. Právo na informace o vašem zdravotním stavu. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/230-pravo-na-informace-o-vasem-zdravotnim-stavu>.
11. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024d. Právo na nahlížení do zdravotnické dokumentace. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/242-pravo-na-nahlizeni-do-zdravotnicke-dokumentace>.

12. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024e. Právo na ochranu osobních údajů. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/243-pravo-na-ochranu-osobnich-udaju>.
13. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024f. Právo vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/232-pravo-vyslovit-souhlas-s-poskytnutim-zdravotnich-sluzeb>.
14. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024g. Právo zakázat poskytování informací o vašem zdravotním stavu komukoli. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/231-pravo-zakazat-poskytovani-informaci-o-vasem-zdravotnim-stavu-komukoli>.
15. ČESKÁ REPUBLIKA., © 2024h. *Práva pacientů ČR* [online], [cit. 2023-10-11]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>.
16. ČESKÁ REPUBLIKA., 2015. *Všeobecná deklarace lidských práv*. Ilustroval Yacine AÏT KACI. V Praze: Informační centrum OSN. ISBN 978-80-86348-42-1.
17. DEYOUNG, P. A., 2015. *Understanding and treating chronic shame: A relational/neurobiological approach*. New York: Routledge. 206 s. ISBN 978-1-138-83119-3.
18. EUR-LEX ACCESS TO EUROPEAN UNION LAW., 07.01.2022. *Obecné nařízení o ochraně údajů (GDPR)* [online]. [cit. 2024-03-22]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/CS/legal-content/summary/general-data-protection-regulation-gdpr.html#document1>.
19. GILBERT, P., 2017. Shame and the vulnerable self in medical contexts: the compassionate solution. *Med Humanit.* 43(4), 211-217. doi: 10.1136/medhum-2016-011159.
20. GULÁŠOVÁ, I. et al., 2013. Halový systém ošetrovatelské péče a stud pacienta. *Humanum. Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne.* 2013, 1 (10: 73-82.). ISSN 1898-8431.
21. HARBISHETTAR, V. et al. 2019. The enigma of doctor-patient relationship. *Indian journal of psychiatry.* 61(4), 776-781. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_96_19.
22. HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů.* 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 80-902-1630-7.

23. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 225 s. ISBN 9788074922046.
24. HENDL, J., 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. PORTÁL sro. 408 s. ISBN 978-80-262-1968-2.
25. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
26. HOŘEJŠÍ, J., 2015. Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. In: PTÁČEK, R, et al.. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada Publishing, s. 31-38. ISBN 978-80-247-5788-9.
27. HRICOVÁ, A, et al., 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-3636-0.
28. CHANN, M., 25. 6. 2013. *The rising importance of family medicine*. Keynote address (presented) at the 2013 World Congress of the World Organization of Family Doctors (WONCA) 20th World Conference. [online]. Prague: Czech Republic. [cit. 2023-10-03]. Dostupné z: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/the-rising-importance-of-family-medicine>.
29. CHIPIDZA, F. E. et al., 2015. Impact of the doctor-patient relationship. *Prim Care Companion CNS Disord*. 17(10),. doi:10.4088/PCC.15f01840.
30. KARASOVÁ, V., 2015. *Kvalita spánku hospitalizovaných pacientů: Bakalářská práce* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64550/BPTX_2013_1_11110_0_340285_0_141949.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
31. KAYAALP, M., 2018. Patient Privacy in the Era of Big Data. *Balkan Medical Journal*. 35(1), 8-17. ISSN 21463123.
32. KIM, K. et al., 2017. Nurses' and patients' perceptions of privacy protection behaviours and information provision. *Nursing Ethics*. 24(5):598-611. doi:10.1177/0969733015622059
33. KING-HILL, S., 2015. Critical analysis of Maslow's hierarchy of need [online]. *The STeP Journal (Student Teacher Perspectives)*, © 2015, Vol 2 (4), pp 54-57. Dostupné z: <file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/administrator,+Journal+manager,+King-Hill.pdf>.

34. KLOUDOVÁ, D., 2019. *Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech: Bakalářská práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
35. KRÁTKÁ, A., 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-764-5.
36. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
37. LUKSCH, A., 2023. *Informovaný souhlas pacienta*. Diplomová práce, vedoucí Salač, Josef. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, Katedra občanského práva.
38. MADARASZ, G., 2020. *International Council of Nurses launches Consultation to revise Code of Ethics for Nurses* [online]. 21 October 2020 [cit. 2021-10-09]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-launches-consultation-revise-codeethics-nurses>.
39. MACH, J. et al., 2013. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.
40. MASLOW, A., 1943. A Theory of human motivation. *Psychological Review*. 50 (4), pp. 370-96.
41. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
42. MÍŠEK, J., 2020. *Moderní regulatorní metody ochrany osobních údajů*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. Spisy Právnické fakulty Masarykovy univerzity, řada teoretická, Edice Scientia, 694. ISBN 978-80-210-9737-7.
43. ONDRIOVÁ, I. et al., 2014. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelskej etiky*. Prešov: PU. 192 s. ISBN 978-80-555-1176-4.
44. PAVLÍČKOVÁ, E., 2011. *Role sestry v poskytování ošetrovatelské péče o nemocného s chronickou obstrukční plicní nemocí: bakalářská práce* [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ZSF JU. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/19634/Bakalarska_prace_2011-Pavlickova_Eva.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
45. PETROVICOVÁ, E., 2015. *Respekt autonomie a intimity pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti: Diplomová práce* [online] České

- Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ZSF JU. [cit. 2023-10-02]. Dostupné z: https://theses.cz/id/97k6lh/Petrovicov_-_diplomov_prce.pdf.
46. PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ, M., 2016. *Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti*. Diplomová práce [online]. České Budějovice, Jihočeská univerzita, ZSF. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/22460/Petrovicova_-_diplomova_prace.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 47. PLEVOVÁ, I. et al., 2019. *Ošetřovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.
 48. POLICAR, R., 2011. Poskytování informací po smrti pacienta. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online], 1(1), 14-24. Dostupné z: [file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/Poskytování+informací+po+smrti+pacienta%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/Poskytování+informací+po+smrti+pacienta%20(2).pdf).
 49. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
 50. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
 51. REMIŠOVÁ, A., 2014. *Etika a ekonomika*. Bratislava: Kalligram. 496 s. ISBN 978-80-8101-402-4.
 52. RUBENFELD, J., 1989. The right of privacy. *Harvard Law Review*, 102(4), 737–807. <https://doi.org/10.2307/1341305>.
 53. RYPJAK, Y., 2023. *Soukromí a intimita pacienta: bakalářská práce*. Praha: Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta.
 54. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. 2001. In: *Sbírka mezinárodních smluv*. Částka 044, kapitola 2, článek 5. Dostupné z: <file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/sb044-01m.pdf>.
 55. SERENKO, N., FAN, L., 2013. Patients' perceptions of privacy and their outcomes in healthcare. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research*, 2013, 4.2: 101-122. ISSN 1755-3539.
 56. SOVOVÁ, O., 2017. Ochrana soukromí při poskytování zdravotní péče z pohledu práva veřejného. Privacy protection in health care sector from the

- perspective of public law. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 7(1), 1–12. ISSN 1804-8137.
57. SOVOVÁ, O., 2018. Úmluva o biomedicině a právo na informační sebeurčení
The Convention on Biomedicine and the right to the informational self-determination. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 8(2), 23-31. ISSN 1804-8137.
58. SPOLEČNOST PRO PODPOTU LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČR, © 2024. *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1645-zdravotnicka-dokumentace>.
59. STAŇKOVÁ, M., 1998. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Praktické příručky pro sestry. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 50 s. ISBN 8070132639.
60. SVOBODOVÁ, J., srpen 2021. *Soukromí a intimita pacienta při poskytování zdravotní péče z pohledu sester: Bakalářská práce*. Praha: Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta.
61. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*, Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
62. ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2020. Povinná mlčenlivost zdravotníků a její prolomení podle současné právní úpravy-1. část. *Psychiatrie Pro Praxi* [online]. 21(2), pp: 108–111. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2020/02/10.pdf>.
63. TEHRANI, H. T, et al., 2018. Respecting the privacy of hospitalized patients: An integrative review. *Nursing Ethics*. Online ahead of print. doi:10.1177/0969733018759832.
64. TOMAGOVÁ, M., 2018. Ošetřovatelský proces. In: Plevová, I., et al. *Ošetřovatelství I, 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada. s. 57-78. ISBN 978-80-271-0888-6.
65. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, Vyd.3. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
66. URBANOVÁ, A., 2021. *Respektování soukromí a intimity pacienta: Bakalářská práce* [online]. Praha: Univerzita Karlova, 72 p. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/127695/130309347.pdf?sequence=1>.

67. *Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod* [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.
68. VACKOVÁ, J. et al., 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-2434-3.
69. VRUBLOVÁ, Y., 2020. *Lidské potřeby a potřeby dítěte: Distanční studijní text* [online]. Opava. 82 p. Dostupné z: https://is.slu.cz/el/fvp/zima2021/UOGP010/um/Lidske_potreby_a_potreby_ditet_e.pdf.
70. *Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci*. In: Sbíрка zákonů České republiky [online], částka 39/2012. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=NIM:246596>.
71. VYMĚTAL, J., 2022. Psychologické aspekty důstojnosti. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 43-56. ISBN 978-80-271-3411-3.
72. VYVLEČKOVÁ, P., 2017. *Vztah pacienta a lékaře*. Praha. Diplomová práce [online]. Univerzita Karlova, právnická fakulta, 21. 6. 2017. 77 p. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/92658/120274919.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
73. WARREN, S. D., BRANDEIS, L. D., 1890. The Right to Privacy. *Harvard Law Review*. 4(5), 193-220. doi: 10.2307/1321160.
74. ZACHAROVÁ, E., 2013. *Základy zdravotnické psychologie. Vydání 1.* Ostravská univerzita v Ostravě. 264 s. ISBN 978-80-7464-275-3.
75. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
76. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
77. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2011. In: Sbíрка zákonů České republiky [online], částka 131/2011. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zakon-c-372-2011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-poskytovani-zdravotnich-sluzeb-nezletilemu-pacientovi/>.

78. Zákon č. 89/2012 Sb.: Zákon občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů* [online]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o, 2012, ročník 2012, částka 33, s. 344 [cit. 2023-10-11]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: [file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/sb0033-2012%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo%20T420/Downloads/sb0033-2012%20(1).pdf).
79. ZELENÁ, Ž., 2014. *Vybraný etický problém v sesterské profesi-sorrorigenie-jak ji vidí sestry a jak ji vnímají pacienti*. Bakalářská práce [online]. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64448/BPTX_2013_2_11150_0_337190_0_148183.pdf?sequence=1.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Pacienti:

- 1) Kolikátý den jste hospitalizovaný/á zde na tomto oddělení?
- 2) Prosím, mohl/a byste mi sdělit, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak byste popsal/a, co pro Vás znamená soukromí během hospitalizace?
- 4) Uvědomil/a jste si před nástupem k hospitalizaci, že během hospitalizace bude narušeno Vaše soukromí?
- 5) Za jaké situace během hospitalizace na tomto oddělení došlo k narušení Vašeho soukromí?
- 6) Mohl/a byste mi popsat, jak sestry zajišťují Vaše soukromí, když u Vás provádějí hygienickou péči a pomáhají Vám s vyprazdňováním?
 - a. Používají sestry pomůcky nebo postupy pro zajištění soukromí při těchto činnostech?
- 7) Jak Vám je na tomto oddělení zajištěno soukromí během spánku a odpočinku?
- 8) Jak Vám je na tomto oddělení zajištěno soukromí, když Vám jsou sdělovány informace o Vašem zdravotním stavu?
- 9) Jak jste spokojen/a s ochranou Vašeho soukromí na tomto oddělení?
- 10) Jak jste byl/a při příjmu informován/a o možnosti poskytování informací o Vašem zdravotním stavu další osobě?
- 11) Je něco, co byste chtěl/a v oblasti ochrany Vašeho soukromí ze strany personálu na tomto oddělení změnit nebo zlepšit?

Sestry:

- 1) Jak dlouho pracujete jako sestra?
- 2) Nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Mohl/a byste popsat, jak vnímáte soukromí pacientů?
- 4) Domníváte se, že máte na tomto oddělení dostatek prostoru a pomůcek pro zachování intimity a soukromí u pacientů?
- 5) Jaké používáte pomůcky a postupy pro zachování soukromí u pacientů?
- 6) Jakým způsobem zajišťujete soukromí pacienta při hygienické péči?
- 7) Jakým způsobem zajišťujete soukromí pacienta při vyprazdňování?

- 8) Jakým způsobem zajišťujete soukromí pacienta během spánku a odpočinku?
- 9) Považujete nějaký výkon za více problematický v oblasti zachování soukromí pacienta?
- 10) Jakým způsobem nakládáte s dokumentací pacienta?
- 11) Jak postupujete v případě poskytování informací o pacientech rodinným příslušníkům a jiným osobám?

9 Seznam zkratek

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ČR – Česká republika

EKG – Elektrokardiogram

EU – Evropská unie

GDPR – General Data Protection Regulation – Obecné nařízení o ochraně osobních údajů

ICN – International Council of Nurses – Mezinárodní rada sester

INT – Interní oddělení

OSN – Organizace spojených národů

PMK – Permanentní močový katétr

WC – Water clozet