



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Intimita pacienta na urgentním příjmu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Jitka Kubínová

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Intimita pacienta na urgentním příjmu* jsem vypracovala 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 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 práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2021

.....

Jitka Kubínová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu Mgr. Františku Dolákovi, Ph.D. za trpělivost, cenné rady a lidský přístup při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem kolegyním a kolegům, se kterými jsem prováděla rozhovor, za jejich ochotu a vstřícnost. Veliké poděkování patří mé rodině, která mě podporovala a měla se mnou trpělivost po celou dobu mého studia.

Intimita pacienta na urgentním příjmu

Abstrakt

Tato bakalářská práce, jejíž název je „Intimita pacienta na urgentním příjmu“ je zaměřena na intimitu, soukromí a lidskou důstojnost pacienta při jeho ošetřování na urgentním příjmu. Žijeme v moderní době, vše je zaměřené na novinky, výzkumy, a hlavně časovou náročnost. Tak je tomu i ve zdravotnictví, o medicínskou část je větší zájem z pohledu léčebných metod a prostředků. Problematika intimity a lidské důstojnosti za medicínskou trochu pokulhává, ale ne již jako dříve. Nyní se dostává více a více do povědomí široké veřejnosti. V intenzivní medicíně je tato problematika komplikovaná. Halový systém péče se rozvíjí i na urgentních příjmech a zachování intimity pacienta je narušována mnoha okolnostmi a faktory.

V teoretické části je popsán vývoj intenzivní medicíny a urgentních příjmů v zahraničí i u nás v ČR. Dále jsou tam popsány oblasti jako je intimita, soukromí, lidská důstojnost, holismus, komunikace, potřeby pacienta, ale i práva pacientů a jejich vymahatelnost.

V praktické části byl zpracován výzkum kvalitativní metodou s využitím rozhovoru a zúčastněného skrytého pozorování. Rozhovory i pozorování proběhly v březnu 2021, ve vybraném zdravotnickém zařízení na urgentním příjmu. Výzkumný soubor tvořilo 10 nelékařských zdravotnických pracovníků. Praktická část byla záměrně zaměřena na zdravotnický personál. Cílem bylo zjistit jejich vnímání a respektování intimity.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že zdravotnický personál urgentního příjmu má teoretické znalosti ohledně intimity a lidské důstojnosti, ale ne vždy je dokáže přenést do praxe. Toto je téma, na kterém by měl každý zdravotnický pracovník hodně pracovat.

Klíčová slova

Urgentní příjem, intenzivní medicína, intimita, soukromí, lidská důstojnost.

Patient's intimacy at an emergency department

Abstract

This bachelor's thesis, named "Patient's intimacy at an emergency department", focuses on patient's intimacy, privacy, and human dignity during his treatment at the emergency department. We live in modern times, everything focuses on innovations, researches and mainly time demands. So, it is in the health service, the medical part is more interesting from the perspective of treatment methods and resources. The intimacy and human dignity topic lag behind the medical one but not so much as before. It is getting more and more into public awareness. In the intensive medicine, this topic is complicated. Hall type care_system is developing even in emergency department and keeping patient's intimacy is being disturbed by many circumstances and factors.

The theoretical part describes the development of the intensive medicine and emergency departments abroad as well as in the Czech Republic. Then there are being described fields such as intimacy, privacy, human dignity, holism, communication, patient's needs as well as patients' rights and their enforceability.

In the practical part, the research was processed by a qualitative method using an interview and participating hidden observation. Interviews and observations took place in March 2021, in a selected emergency medical facility. A research cohort was formed by 10 paramedical workers. The practical part was purposely focused on paramedical staff. The goal was to find out their perception and respecting of intimacy.

The results of the research showed that the medical staff at the emergency department have some theoretical knowledge about intimacy and human dignity but are not always able to demonstrate practice. This is a topic that every healthcare professional should work on a lot.

Key words

Emergency department, intensive medicine, intimacy, privacy, human dignity.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 URGENTNÍ PŘÍJEM	9
1.1.1 Historie a současnost	10
1.1.1.1 Spojené státy americké	10
1.1.1.2 Evropa.....	11
1.1.1.3 Česká republika.....	12
1.1.2 Struktura a organizace urgentního příjmu	13
1.1.3 Vybavení urgentního příjmu.....	18
1.1.4 Pacienti na urgentním příjmu.....	19
1.1.5 Personál urgentního příjmu.....	20
1.2 INTIMITA	21
1.2.1 Fyzická a psychická nahota	22
1.2.2 Stud	23
1.2.3 Soukromí.....	23
1.2.4 Lidská důstojnost	24
1.2.5 Potřeby a Maslowova pyramida potřeb	25
1.2.6 Potřeba ve vztahu k intimitě	26
1.2.7 Komunikace ve vztahu k intimitě	26
1.2.8 Osobní zóny	26
1.2.9 Práva a ochrana pacientů	27
1.2.10 Povinná mlčenlivost.....	28
1.2.11 Intimita pacienta na lůžkách intenzivní medicíny	29
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	31
2.1 CÍL PRÁCE	31
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
3 METODIKA.....	32
3.1 METODIKA VÝZKUMU	32
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	34

4.1 KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ	34
4.1.1 KATEGORIE 1: IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE RESPONDENTŮ	35
4.1.2 KATEGORIE 2: INTIMITA A DŮSTOJNOST PACIENTA	36
4.1.3 KATEGORIE 3: ZAJIŠTĚNÍ A PŘEKÁŽKY INTIMITY V PÉČI O PACIENTA.....	39
4.1.4 KATEGORIE 4: ČÁSTI URGENTNÍHO PŘÍJMU A PROBLÉM INTIMITY	43
4.1.5 KATEGORIE 5: KOMUNIKACE S PACIENTEM	45
4.2 VÝSLEDKY POZOROVÁNÍ.....	47
4.2.1 Výsledky pozorování expektační lůžka	48
4.2.2 Výsledky pozorování ambulantní část urgentního příjmu	50
5 DISKUZE	52
6 ZÁVĚR	62
7 SEZNAM LITERATURY	64
8 SEZNAM PŘÍLOH.....	69

Úvod

Téma mé bakalářské práce je Intimita pacienta na urgentním příjmu. Toto téma jsem si nevybrala náhodou, již pár let na jednom takovém oddělení pracuji. Práce na urgentním příjmu je fyzicky, psychicky a mnohdy časově náročná. Právě v těchto situacích se nám zdravotníkům stává, že medicínská stránka převažuje nad tou psychickou a tím nám uniká, že i potřeba jisté intimity a soukromí je pro pacienta velice důležitá.

Téma intimity je často spojováno s lidskou důstojností, soukromím a vlivem na brzké uzdravení pacienta. Co je vlastně intimita? Každý z nás si pod tímto slovem můžeme představit něco jiného a pro každého je to jinak důležité. Ale jisté je, že ať je pod tímto slovem schováno cokoli, tak nemocnice a jiná zdravotnická zařízení jsou právě nejčastější místa, kde k narušení intimity dochází. Při ošetřování pacienta na UP je zachování intimity a soukromí problematické a velice náročné. Přestože se zdravotnický personál snaží pacientovi vždy zajistit co největší soukromí a myslí na zachování intimity, ne vždy mu to situace, zdravotní stav pacienta a specifčnost tohoto oddělení dovolí. Důležitou roli v této oblasti jistě zaujímá nelékařský zdravotnický personál. Tento personál plní ordinace lékaře, provádí ošetrovatelskou péči, nejvíce komunikuje s pacientem a zjišťuje jeho aktuální potřeby a obavy. Proto jsem si začala více všimnout jak a co jako sestra můžu udělat pro větší komfort pacientů v této oblasti na mém pracovišti a jak k tomuto tématu přistupují moje kolegyně. Na základě toho jsem se rozhodla na toto téma napsat svou bakalářskou práci. Zmapovat tím problematiku zajištění intimity na UP vybraného zdravotnického zařízení a přístupu nelékařského zdravotnického personálu k této problematice. Odhalit nedostatky a překážky v zachování intimity a soukromí pacienta. Zjistit názor samotného nelékařského zdravotnického personálu na tuto problematiku, popřípadě co oni samotní by viděli jako návrh na zlepšení v této problematice.

Smyslem mé práce je upozornit na úskalí tohoto problému a připomenout zdravotníkům, že i tato stránka má velký vliv na pacienta, jeho léčbu a psychickou pohodu.

1 Teoretická část

1.1 Urgentní příjem

Urgentní příjem (UP) je specifické oddělení a v dnešní době se více a více stává součástí nemocnic na všech úrovních, od fakultních nemocnic po okresní nemocnice. Samotné oddělení je v České republice známo pod různými názvy, např. urgentní příjem, oddělení emergency, centrální příjem apod. Hlavní funkcí a výhodou tohoto oddělení je jednotné místo pro ošetření všech pacientů, kteří přijdou nebo jsou přivezeni do nemocnice za účelem ošetření, a to je hodnoceno jako neodkladné. (Polák, 2016)

UP může fungovat jako samostatné pracoviště nebo jako specializované pracoviště jiného oddělení. Pro zdravotnický systém představuje důležitý mezičlánek ve spojení přednemocniční péče a té nemocniční. Zajišťuje tím tzv. kontinuitu péče o pacienty. Dochází zde ke koncentraci lékařů různých odborností a materiální prostředky k řešení zdravotního stavu pacienta na různých úrovních naléhavosti. (Remeš et al., 2013)

Tři základní pilíře moderní urgentní medicíny jsou:

Přednemocniční péče

Urgentní péče v nemocnici (na oddělení UP)

Připravenost na řešení mimořádných událostí (Šeblová et al., 2018)

UP je pracoviště s nepřetržitým provozem. Pacienti jsou zde ošetřováni z komplexního pohledu a v návaznosti na léčbu zahájenou již v přednemocniční péči. UP poskytuje akutní intenzivní péči pacientům s náhle vzniklým akutním problémem anebo pacientům v bezprostředním ohrožení života. V jistém ohledu je práce na UP totožná s prací ZZS v terénu, jen se vše odehrává v nemocnici, za lepších podmínek a lepší dostupnosti všech medicínských pomůcek a prostředků. UP je ve většině nemocnic moderní pracoviště a pro lepší návaznost péče o pacienty je nutné, aby bylo toto oddělení rozčleněno do několika úseků, které dohromady tvoří jedno oddělení. Pacientům je tedy pozornost věnována již v samotné recepci UP, která funguje jako filtr pacientů. Recepce je využívána i jako dispečink pro ZZS. Dále pak v ambulantní části UP, která odlehčuje specializovaným ambulancím daného zdravotnického zařízení. Důležitou součástí UP je lůžková část, tzv. expektační monitorovaná lůžka. (Šeblová et al., 2018)

Šín a Šeblová (2017) ve své knize zmiňují ještě jednu důležitou věc, kterou bych tu ráda okrajově zmínila. Ruku v ruce s pojmem urgentní medicína jde medicína katastrof. Je to nejmladší obor medicíny, který se nyní velmi rychle rozvíjí. Reaguje totiž na přibývajících přírodních katastrofách nebo nástupu terorismu ve světě. Proto je nutné, aby byla medicína na tyto situace připravená.

1.1.1 Historie a současnost

Historie vzniku urgentního příjmu je celosvětově úzce dávana do kontextu s urgentní medicínou (UM) a emergentním ošetřovatelstvím. Tento relativně mladý obor, jako je urgentní medicína, se začal více rozvíjet, a proto se začala budovat samostatná oddělení urgentní medicíny. (Karmazín et al., 2017)

1.1.1.1 Spojené státy americké

Pojem urgentní medicína má svou nejdelsí historii ve Spojených státech amerických (USA), kde již v 60. letech 20. století vznikaly první urgentní příjmy pod názvem Emergency medicine. UP začaly vznikat jako součásti nemocničních zařízení, a to jako navazující péče na přednemocniční péči a dále pak jako vstupní brána pro pacienty do nemocnice. (Šeblová et al., 2018)

Rozvoj urgentní medicíny v USA je zmíněn jako reakce na válku ve Vietnamu. Zkušenosti z fronty, kde se raněným dostávala veškerá lékařská a sesterská péče na jednom místě a těsně před vstupem do nemocnice, se ukázali jako prospěšné i do běžného chodu zdravotní péče. Další podíl měl na jejím vzniku i velký rozvoj medicíny jako takové, diagnostických a léčebných postupů. Tím samozřejmě vznikaly i daleko větší nároky na zdravotnický personál. (Karmazín et al., 2017) V roce 1966 byla sepsaná zpráva, která upozornila na nedostatky v přednemocniční péči. Přičítalo se to hlavně nedostatečnému povědomí a školení zdravotnického personálu. (Tintinalli, 2010) Značný podíl na rozvoji přednemocniční péče a urgentní medicíny má americký lékař s českými kořeny Petr Safar, který vypracoval metodiku pro správnou kardiopulmonální resuscitaci (KPR). Všechny své poznatky šířil dále formou školicích programů, a to jak pro kvalifikovaný personál, tak i pro laickou veřejnost. (Pokorný, 2004)

Na základě všech poznatků z válečné medicíny a celkového modernějšího přístupu k akutní medicíně vznikla v roce 1968 organizace, která byla založena osmi lékaři,

American College of Emergency Physicians (ACEP). Tato organizace vznikla jako první a funguje do dneška. Je to největší profesní organizace lékařů urgentní medicíny v USA. (Karmazín et al., 2017)

S rozvojem UM v lékařském oboru se současně rozvíjela i v oboru sesterském. Důležitými roky pro rozvoj UM v sesterské profesi byly 1968 až 1970. V tomto období založily dvě registrované sestry na sobě nezávislé organizace pro vzdělávání sester v tomto oboru. Byly to organizace Emergency Room Nurses Organisation – zakladatelka Anita M. Dorrová a Emergency Department Nurses Association – zakladatelka Judith C. Kelleherová. Tyto dvě organizace se v roce 1970 spojily a vznikla jedna velká organizace pro kontinuální vzdělávání sester, které chtějí pracovat na pohotovostních, urgentních odděleních. Této organizaci zůstal název Emergency Department Nurses Association (EDNA). V roce 1985 se její název zkrátil na Emergency Nurses Association (ENA). Tato organizace v USA funguje i v současné době a její velké poslání je dál rozvíjet ošetrovatelství v UM a být přední organizací pro zdravotní sestry v urgentní medicíně. (Karmazín et al., 2017)

V USA je systém UM založen především na nelékařském zdravotním personálu, který má různé stupně kvalifikace a různé kompetence. Je to tzv. anglo-americký systém, který je založený na rychlém ošetření pacienta zdravotníky v terénu. Ošetření provádí nelékařský zdravotnický personál, tzv. paramedici, kteří postupují přesně podle daných standardů a nařízení. Po zajištění základní péče převáží pacienta za lékařem do nejbližšího zdravotnického zařízení. (Šeblová et al., 2018)

1.1.1.2 Evropa

V Evropě je jiný systém urgentní medicíny než v USA. Ve většině zemí v Evropě se používá tzv. franko-německý systém. (Hlaváčková, 2000) Tento systém funguje tak, že se pacient v mnoha případech setkává nejen s posádkou nelékařského personálu, tzv. záchranáři, ale i s lékařem a tím pádem s maximálně odbornou péčí již v terénu. Lékař pacienta v některých případech po zajištění na místě doprovází do nemocnice, kde ho sám předává do péče urgentního lékaře. (Šeblová et al., 2018)

UM zpočátku nebyla v Evropě dobře přijímána ostatními odbornými specializacemi, jako je interna, chirurgie, anesteziologie. Z počátku odborná veřejnost neakceptovala návrh na přijetí nového oboru mezi základní klinické obory. UM se i přes určitou nelibost začala

více prosazovat a v roce 1994 vznikla Evropská společnost urgentní medicíny (European Society of Emergency Medicine – EuSEM). (Janda, 2012)

Šeblová a Knor (2018) uvádí, že je vývoj UM v Evropě na velmi různé úrovni a s různým profesním zázemím lékařů. Zdůrazňují lékařské specializace, které stáli u vzniku tohoto oboru v Evropě. V každé zemi se na vzniku UM podíleli lékaři s jinou specializací – v zemích východní Evropy to byli lékaři se specializací anesteziologie a intenzivní medicíny, ve Velké Británii se specializací chirurgie a v jižní Evropě se specializací interní.

Tento obor se neustále vyvíjí, ale ani v dnešní době není ve státech Evropy jednotný a nemá danou společnou koncepci. V posledních letech se ale rozvoji UM daří lépe. Přibývá států, ve kterých se UM stává základním lékařským oborem. V Evropě je nyní obor UM vedená jako samostatná specializace ve 22 státech z 28.

Evropská společnost definuje urgentní medicínu jako *„lékařskou specializaci založenou na znalostech a dovednostech nezbytných pro prevenci, diagnostiku a zvládnutí urgentních a emergentních příznaků nemocí a úrazů, které postihují pacienty všech věkových skupin a v celém spektru nediferencovaných somatických a duševních poruch. Je specializací, ve které je čas kritickou veličinou. Praxe urgentní medicíny zahrnuje přednemocniční a nemocniční triádění, resuscitaci, vstupní vyšetření a zvládnutí nediferencovaných urgentních a emergentních stavů až do propuštění nebo do předání do další péče jiného lékaře nebo zdravotníka. Zahrnuje též vývoj systémů přednemocničních a nemocničních záchranných služeb.“* (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, 2020)

1.1.1.3 Česká republika

Vývoj UM v České republice (ČR) je často spojován s rozvojem přednemocniční péče a Zdravotní záchranné služby (ZZS). Dlouhá léta tomu i tak bylo. V ČR se UM nejvíce rozvíjí od 70. let minulého století, v té době docházelo k budování moderního systému ZZS. (Pokorný, 2004) ZZS dříve nebyla samostatnou institucí jako je tomu dnes, byla součástí nemocnic, a to většinou Anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Do historie budování UM a prvních UP v ČR se svým přičiněním zcela jistě zapsal bývalý ředitel ZZS Praha MUDr. František Ždichynec, a to v roce 1989. V tomto roce dostal pro ZZS

k dispozici areál nemocnice v Malvazinkách, kde pod svým vedením vybudoval první centrální (urgentní) příjem v Československu. (Janda, 2012)

V 90. letech dochází k dalšímu růstu zájmu o UM. V roce 1994 vzniká Společnost přednemocniční neodkladné péče a tím dochází k odtržení od odborné společnosti anesteziologie a resuscitace. V pozdější době je tato společnost přejmenována na Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP. (Společnost urgentní medicíny a medicína katastrof ČLS JEP, 2020)

Ke konci 90. let minulého století došlo v přednemocniční péči k velkému rozvoji. V ČR je datováno schválení oboru UM od 1.10. 1998, a to jako nástavbový obor. Navazuje na anesteziologický, chirurgický nebo interní kmen. Dle legislativy ČR je možné získat specializaci v oboru UM od roku 2001 a od roku 2015 je vedená jako samostatný základní obor. (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, 2020) Jiný zdroj, Institut postgraduálního vzdělávání (2020), uvádí, že specializaci v oboru UM je možné získat od roku 1999 a jako samostatný obor funguje od roku 2013.

V současnosti je stále více rozvíjena UM jako součást přednemocniční péče, ale zůstává velkou snahou a cílem rozšířit urgentní příjmy do všech nemocnic. Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZ ČR) podepsalo koncem roku 2019 Memorandum se zdravotními pojišťovnami, ve kterém se domluvili na financování a budování dalších urgentních příjmů po celé republice. Zároveň v srpnu 2020 vydalo MZ ČR metodický pokyn pro zřízení a vedení UP jako součást akutní lůžkové péče. V současné době funguje v ČR 13 UP I.a typu (status poskytovatele vysoké specializované traumatologické péče), 4 I.b typu (status poskytovatele lůžkové péče a specializované péče o pacienty s iktem), 64 II.a typu (poskytovatel akutní lůžkové péče ve všech dostupných specializacích, a to s nepřetržitým 24hodinovým provozem) a 15 II.b typu (poskytovatel, který v danou dobu nesplňuje podmínky). (MZ ČR, 2020)

1.1.2 Struktura a organizace urgentního příjmu

Doporučení MZ ČR je, aby se pro pacienty, jejich lepší a jasnou srozumitelnost používal název Urgentní příjem nebo Emergency. Toto je pouze doporučení, které ale nijak neomezuje zřizovatele toto oddělení pojmenovat jinak. (MZ ČR, 2020)

Důležité je určitě prostorové řešení a umístění UP. Poloha tohoto oddělení by měla být směřována tak, aby byla dostupná jak pro vozy ZZS, tak i pro samostatně příchozí pacienty. (Věstník MZ ČR, 2020)

Oddělení by mělo být, tak jako ostatní oddělení intenzivní medicíny, odděleno od ostatních provozních částí zdravotnického zařízení. Představuje samostatnou ošetrovací jednotku, která má své vlastní vedení a personál a samozřejmě má za své pacienty plnou medicínskou a ošetrovatelskou zodpovědnost. Oddělení by mělo ve zdravotnickém zařízení mít takové umístění, aby dokázalo zajistit každému pacientovi multidisciplinární potřeby. (Ševčík, 2014)

Remeš (2013) popisuje UP jako specializované a moderní pracoviště. UP musí být adekvátně vybaveno, aby personál byl schopen se postarat o pacienty v různých stupních naléhavosti. Na tomto oddělení jsou ošetřováni pacienti bez dosud běžného rozdělení dle oborové medicíny. Na UP jsou pacienti přiváženi ZZS, dále sem přichází pacienti s doporučením od praktického lékaře nebo lékařské služby první pomoci (LSPP) a v neposlední řadě pacienti, kteří jsou přivezeni svou rodinou nebo přicházejí samostatně, protože svůj zdravotní stav vyhodnotili jako stav, který vyžaduje okamžité vyšetření a medicínské řešení.

Oddělení UP, pro lepší efektivitu své činnosti, bývá rozděleno do několika úseků, které dohromady tvoří celek. Pacienti jsou zde zařazeni do evidence nemocničního systému, vyšetřeni a primárně ošetřeni. Mnohé pacienty po akutním ošetření na UP je možné odeslat na specializované ambulance zdravotnického zařízení k dalšímu postupu a některé pacienty je možno dimitovat a tím předat do péče praktického lékaře. Pokud je nutné pacienta hospitalizovat, tak základní příjem pacienta se provede také na UP a dále se předá na příslušné oddělení Anesteziologicko-resuscitační, jednotku intenzivní péče nebo standartní oddělení. (Věstník MZ ČR, 2015)

Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof podporuje vznik urgentních příjmů a jejich rozvoj. Výbor této organizace schválil dne 21.9. 2011 doporučení, které upravuje strukturu nových oddělení, jejich poslání a činnost. (Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, 2020)

Rozdělení UP do úseků:

Informace (recepce), čekárna

Tento prostor je většinou umístěn před samotným oddělení UP. Informace UP slouží k podávání nutných informací příchozím pacientům a také k prvotnímu třídění pacientů, tzv. triage pacientů. Triage je posouzení pacienta, jeho zdravotního stavu a problému se kterým přichází. Na základě těchto informací a výsledku daného šetření je pacient zařazen do určité kategorie naléhavosti ošetření. Tuto činnost provádí kvalifikovaný nelékařský pracovník, který dále odešle pacienta k lékařskému ošetření. Pro přesnější třídění pacientů se ve většině západních zemích i v ČR používá metoda Emergency Severity Index (ESI). Tato metoda podle daného třídícího mechanismu pro UP rozděluje pacienty do pěti kategorií. Kategorie jsou dělené od úrovně 1= nejnaléhavější až po úroveň 5= nejméně naléhavé. Z toho vyplývá, že na UP není důležité pořadí, v jakém pacienti na ošetření přicházejí, ale akutnost jejich ošetření. Triage by měla probíhat krátce, cíleně, čímž se minimalizuje prodlení v ošetření pacienta se závažnými obtížemi. Je důležitá pro pacienta, ale také správný chod UP. (Veselá, 2014)

Triage, jako rozhodovací proces, je účinný i jako filtr pacientů, kteří nejsou určeni na ošetření na UP. Posouzení ošetření pacienta na UP se totiž může zcela lišit z pohledu pacienta, praktického lékaře nebo lékaře specialisty, lékaře RZP nebo sesterského týmu a týmu UP. (Polák, 2016)

Proto je triage pro UP klíčová, musí se neustále přehodnocovat priority a je nutné mít neustálý přehled o pacientech, kteří na ošetření čekají, aby nedošlo k poškození jejich zdraví. (Veselá, 2014)

Pro zajištění bezpečnosti pacientů, popřípadě rychlého zásahu týmu UP při zhoršení stavu některého z čekajících pacientů, je povinnost mít tyto prostory monitorovány i kamerovým systémem. (Polák, 2016)

Triage se i nadále celosvětově vyvíjí. Odborníci neustále pracují na vylepšení těchto systémů, protože kromě klasického třídění pacientů v nemocnicích v běžném provozu, jsou velice důležité při mimořádných událostech a nouzovém stavu. V posledních letech byla triage standardizována v mnoha zemích a stala se součástí UM a medicíny katastrof.

System triage usnadňuje celý proces komunikace s pacientem, prvotní dokumentaci, vyšetření a následný kontinuální léčebný postup. (Fitzgerald et al., 2010)

Většina UP je vybavena vlastním dispečinkem, který zajišťuje hlavně komunikaci se ZZS (jednotné kontaktní místo), organizuje činnosti při mimořádné události či hromadném neštěstí a udržuje komunikaci i s jinými složkami IZS (Informačního záchranného systému). (Šeblová et al., 2018)

Vysokoprahový příjem (Emergency Room, ER)

Zde jsou ošetřováni pacienti, kterým selhávají nebo již selhali základní životní funkce. Je plně vybaven pro rychlé zajištění vitálních funkcí, zákrokovým sálkem a resuscitačními lehátky. Pro správný a bezproblémový chod vysokoprahového příjmu je důležité oddělit vchod pro ostatní pacienty. Velkou výhodou je, pokud má alespoň jeden box pro pacienty s infekčním onemocněním anebo s vysoce nebezpečnou nákazou. (Janda, 2012)

V blízkosti vysokoprahového UP je žádoucí mít vyšetřovací komplement, jako je RTG pracoviště, laboratoře a transfuzní oddělení, dále pak je žádoucí být v dosahu operačních sálů. V mnoha případech je důležitá včasná náhrada krevních ztrát, proto je nutné mít připravený i základní krevní derivát k akutnímu podání. Pacient ošetřen v této části UP je pak většinou hospitalizován na ARO nebo JIP. (Remeš et al., 2013)

Nízkoprahový příjem

Zde jsou ošetřováni pacienti, kteří nejsou v bezprostředním ohrožení vitálních funkcí. Na tomto UP jsou pacienti vyšetřováni s širokou škálou problémů a diagnóz. Potkávají se zde všechny základní obory medicíny, jako chirurgie, traumatologie, interní lékařství, neurologie, urologie. V mnoha případech je nutná spolupráce s dalšími obory jako je např. otorinolaryngologie, oftalmologie, gynekologie. Pacienti jsou přivezeni ZZS nebo jsou samostatně příchozí. (Janda, 2012)

Nízkoprahový UP má dvě základní části. První část je ambulantní, kde jsou pacienti většinou akutně vyšetřeni, je zde zahájena jejich léčba a dále jsou předáni do péče specializovaných ambulancí nebo praktického lékaře. Druhou část tvoří tzv. expektační lůžka, zde jsou pacienti monitorováni, vyšetřováni (urgentním lékařem, konziliárním specialistou) a je zde také zahájena akutní léčba. Pacienti mohou být na expektačním lůžku po dobu max. 24 hodin. Do této doby je u nich rozhodnuto o dalším postupu,

případné hospitalizaci, převozu do jiného zdravotnické zařízení (tzv. vyšší pracoviště) nebo propuštění (dimisi). Součástí nízkoprahového UP může být i samostatný zákrokový sálek. (Remeš et al., 2013)

Uznávaný lékař z Californie Dr. Jason D. Napolitana (2014) poukazuje i na ekonomickou výhodu expektačního lůžka v rámci UP. Péče je podle něj takto poskytována bezpečně a s využitím méně zdrojů. Navíc péče je poskytována v krátkém čase a tím zlepšuje i kapacitu lůžek jednotlivých zdravotnických zařízení.

Pacienti s dětskými chorobami primárně ošetřuje lékař na dětském oddělení, popřípadě dětské emergency. Dále pak ženy v průběhu porodu jsou ve většině zařízení směřovány přímo na gynekologicko-porodnické oddělení. (Wyatt et al., 2012)

Bezprahový příjem

Funguje jako součást nízkoprahového UP, ale je dobré ho oddělit prostorem, který pacienti využívají jako čekárnu. Je to činnost všeobecné ambulance, která slouží v odpoledních hodinách, víkendech a svátcích. Je určena pro pacienty s minimálním poškozením zdraví, kteří v danou dobu již nemají dostupného svého praktického lékaře. Tato část UP je více známá pod názvem LSPP (Lékařská služba první pomoci). V nutném případě je zde přímá návaznost na expektační lůžka a monitoraci. Touto ambulancí se výrazně uleví specializovaným ambulancím a zamezí se tak zatěžování specializovaných lékařů, kteří se tak mohou věnovat pacientům v závažnějším stavu. (Remeš et al., 2013)

Heliport

Je to přistávací místo určené pro leteckou záchranou službu. Zde jsou pacienti předáváni týmu UP. Každé zdravotnické zařízení má toto přistávací místo někde jinde, dle svých možností a dispozic, např. zpevněná plocha v areálu zdravotnického zařízení nebo v blízkém dosahu, střecha budovy, nejčastěji střecha budovy s UP. Většinou je toto místo řádně osvětleno, takže je možné ho využít i za horšího počasí a ve tmě. (Remeš et al., 2013)

Pro co nejlepší spolupráci veškerých složek IZS, popřípadě jiných zdravotnických zařízení je heliport velice žádoucí. Heliport podléhá přísným normám v souladu s národním předpisem L14H pro přistávání vrtulníku. (Věstník MZ ČR, 2015) Tuto

normu stanovuje a kontroluje Ministerstvo dopravy ČR, Úřad pro civilní letectví. (MD ČR, 2020)

1.1.3 Vybavení urgentního příjmu

Technické vybavení musí vyhovovat jasně daným normám a legislativě. Ta je řízená ČR i Evropskou Unií (EU). V ČR se na jasně dané legislativě stále pracuje a není zcela jednotná. UP se v každém zdravotnickém zařízení bude něčím lišit. (Polák, 2016)

Každé pracoviště má svoje potřeby a priority, ale všechna se musí shodovat minimálně v jasně předepsaném vybavení, a to jak technickém, tak věcném. Toto vybavení je definováno ve vyhlášce MZ ČR, č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ze dne 15.března 2012. (MZ ČR, 2012)

Vyhláška mezi obecné znaky zahrnuje uspořádání zdravotnického zařízení, jak funkční, tak dispoziční. Provozně samozřejmě musí být zajištěna teplá a pitná voda, odvod odpadních vod, vzduchotechnika, vytápění, důkladný rozvod elektrické energie, zajištění kvalitní počítačové a telefonické sítě. Prostorově musí mít dekontaminační část a úsek pro dezinfekci, prostor pro uskladnění léčiv a zdravotnického materiálu. (MZ ČR, 2012)

Specifické znaky zahrnují určitou minimální plochu oddělení, což činí 40 m² podlahy a stěny musí být omyvatelné, musí mít bezbariérový přístup, řádně označený příjezd pro ZZS a je velice důležitá návaznost na intenzivní lůžka, ARO, RTG, laboratoře a centrální operační sály. (MZ ČR, 2012)

Mezi důležité vybavení patří transportní lůžka pro přepravu pacientů, minimálně jedno by mělo být uzpůsobeno pro RTG vyšetření. Každé lůžko musí mít svůj monitor, přístup k rozvodu kyslíku, infuzní stojan, infuzní pumpu a lineární dávkovač. Dalším důležitým vybavením je resuscitační vozík, včetně defibrilátoru a transportního ventilátoru k umělé plicní ventilaci. Pro každé oddělení UP je nezbytný rozvod vakua, pokud není přímo zabudované, tak musí být zajištěny přenosné elektrické odsávací přístroje. Neméně důležité je mít UP vybaven dostatečným množstvím počítačů a tiskáren. Dalšími prostory jsou WC pro pacienty, místnost s koupacím lůžkem, umyvadlem a dřezem. Je zde zmíněna chladnička a skříň na léčivé přípravky. Součástí skříně je i uzamykatelný trezor na omamné látky (opiáty). (MZ ČR, 2012)

Stejně jako každé oddělení musí mít i UP svůj vlastní sklad materiálu, který může být součástí samotného oddělení nebo je v blízkém dosahu. (MZ ČR, 2012)

1.1.4 Pacienti na urgentním příjmu

Pacienti na UP tvoří různorodou skupinu s různým stupněm onemocnění, s různými problémy a komplikacemi. Velmi často jsou to polymorbidní pacienti, kde je velice těžké na samém začátku identifikovat problém. Lékař musí často současně zahajovat jak diagnostický, tak léčebný proces. (Polák, 2016)

Polák (2016) uvádí bližší specifikaci pacientů dle jejich stavu takto:

- Stabilní pacienti jsou ti, co mají zachovány všechny důležité vitální funkce.
- Nestabilní pacienti nemají zachovanou jednu nebo více vitálních funkcí pro ně v normálních hodnotách. Nestabilita se vztahuje k takovým funkcím, které přímo pacienta ohrožují na životě nebo mohou komplikovat jejich aktuální zdravotní stav.
- Stabilizovaný pacienti to jsou ti, kteří byli nestabilní, ale v důsledku léčby se jejich vitální funkce stabilizovaly. Je popisováno, že to musí být alespoň dvě patologické hodnoty vitálních funkcí, které jsou i nadále monitorovány.
- Pacienti po úspěšné KPR v terénu.
- Pacienti terminální stádiu svého chronického onemocnění (např. srdečního selhávání, onkologické onemocnění).
- Zemřelí pacienti – krátce po příjmu na UP.

Samostatnou specifickou skupinu pacientů tvoří nevidomí, neslyšící, popřípadě mentálně nebo fyzicky postižení v závažném stavu, psychiatričtí pacienti, pacienti s jakoukoli formou demence, drogově závislý, alkoholici apod. Dále pak jsou to samozřejmě cizinci, lidé s různou vírou a lidé bez domova.

Diagnóz, které se vyskytují při ošetření na UP je široká škála a na péči tu spolupracuje několik medicínských odborností, v mnoha situacích i u jednoho pacienta. Mezi nejčastější obtíže, které pacienty přivádí na ošetření na UP patří např. ztráta vědomí, srdeční a dechová zástava, stav po úspěšné resuscitaci, šokové stavy, bolest na hrudi, otok dolních končetin, dušnost, palpitace, alergické reakce, astma, intoxikace, kolapsové

stavy, krvácení do gastrointestinálního traktu, bolesti břicha, bolesti zad a hlavy, močové obtíže apod. Tyto obtíže jsou netraumatického charakteru. (Polák, 2016)

Mezi další vyskytující se problémy a diagnózy na UP patří jakékoli poranění, úrazy, popáleniny, mimořádné události (terorismus, epidemie, pandemie). (Bartůněk et al., 2016)

1.1.5 Personál urgentního příjmu

Personální obsazení ve všech zdravotnických zařízeních je upravováno vyhláškou 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotnických služeb. (MZ ČR, 2012)

Vyhláška viz výše obsahuje popis zdravotnických pozic pro personální zabezpečení UP. Péče je zajištěna:

- Lékařem se specializací z UM, intenzivistou, anesteziologem, internistou, chirurgem, neurologem, traumatologem.
- Všeobecnou sestrou.
- Sestrou specialistkou pro intenzivní péči.
- Zdravotnickým záchranářem.
- Ošetřovatelem (na vyžádání).
- Sanitářem (na vyžádání).

Dále se zde uvádí, že pokud není přítomen urgentní lékař, anesteziolog nebo intenzivista, musí být jeho přítomnost do 5 minut na vyžádání. (MZ ČR, 2012)

UP je náročný ekonomický segment zdravotní péče, proto je více než nutné, aby zde pracoval kvalifikovaný personál a ve všech úrovních v náležitém počtu. (Ševčík et al., 2014)

Personál UP je velmi často vystavován stresovým situacím. Je proto nutné, aby zdravotnický personál měl výborné teoretické znalosti a určitou manuální zručnost při provádění odborných výkonů. Dále jsou nutné technické znalosti k obsluze přístrojů, které se na daném pracovišti vyskytují. Tyto přístroje často nahrazují vitální funkce pacienta a je samozřejmě nutná i jejich monitorace. Při péči o pacienta v akutním stavu je důležité, aby celý personál pracoval jako jeden tým. (Šeblová et al., 2018)

Ševčík a Matějovič (2014) charakterizují roli sestry v intenzivní medicíně jako stěžejní a nezastupitelnou. Jedná se o specializovanou a náročnou péči o pacienta v bezprostředním ohrožení životních funkcí nebo o pacienta u kterého již k selhání došlo. Tato nelehká práce klade na sestry vysoké nároky. Mezi tyto nároky můžeme zahrnout odolnost vůči stresu, teoretické i praktické znalosti, lidský přístup, komunikační a organizační dovednosti a umění rychle reagovat na nastalé situace. Dále by taková sestra měla být schopna pracovat v týmu a neustále se ve svém oboru vzdělávat, protože jedině tak může zvyšovat kvalitu péče a svoji profesionalitu.

1.2 Intimita

Pojem intimita pochází z latinského slova intimus, což lze přeložit jako něco skrytého, vnitřního a soukromého. Pod tímto pojmem si každý z nás může představit zcela něco jiného, protože pro každého z nás intimita něco jiného znamená. Pro někoho to může být stud, ostych, důstojnost, ale někdo si tento pojem vysvětluje jako sebeodhalování po fyzické nebo duševní stránce, otevírání svých osobních zón a podávání důvěrných informací. (Výrost, 2008)

„Intimita je interaktivní proces, který začíná tehdy, když jedinec vyjádří o sobě samém relevantní pocity, mínění a osobní informace jiné osobě.“ (Slaměník, 2011)

Hártl a Hártllová (2010) popisují intimitu ve zdravotnictví jako pocit důvěry, kdy dochází k narušení osobního prostoru, ale pacientovi to nezpůsobuje žádnou újmu. Taková to důvěra poukazuje na profesionální vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Podobně intimitu popisuje Ondrášková (2015) ve své práci. Uvádí, že intimita ve zdravotnictví je vlastně jakési pouto mezi pacientem a zdravotníkem.

Svoje soukromí si každý z nás chrání. Do své osobní zóny pustí pouze své nejbližší a některé známé. Ve zdravotnickém zařízení je tomu jinak. Člověk se najednou ocitá v situaci, kdy do svého soukromí a své intimní blízkosti musí pustit neznámé lidi, zdravotnický personál. (Sikorová a Filová, 2011) Zdravotnický personál by v této oblasti měl postupovat profesionálně, ohleduplně a nenásilně. Je důležité s pacientem komunikovat, postupně si získávat jeho důvěru, vše mu zdvořile vysvětlovat a přistupovat k němu empaticky. Nesmíme zapomínat na souhlas pacienta s každým úkonem a také

jeho spolupráci. Pacient by měl být vnímán jako partner zdravotníka. (Kolektiv autorů, 2008)

Člověk, který je ovlivněn nemocí vše vnímá daleko silněji. Narušení jeho soukromí, osobní zóny a porušení lidské důstojnosti je pro něj stejně tak nepříjemné jako onemocnění samotné. Hlavním cílem zdravotnického personálu, kromě vyšetření a léčby samotné, by mělo být zachování lidské důstojnosti a sebeúcty pacienta. Musíme si uvědomit, že pracujeme s lidskou bytostí, která má řadu svých potřeb a jeho nálada se řídí dle jejich uspokojování. (Zacharová et al., 2011)

1.2.1 Fyzická a psychická nahota

Bellová (2014) ve své práci uvádí, že intimitu lze vnímat a posuzovat ze dvou pohledů, z pohledu fyzického a psychického.

Fyzická nahota je nám v určitém věku blízká a považujeme ji za součást našeho vývoje. Toto platí pouze pro naše rané dětství, kdy nám nevadí se odhalovat. Od určitého dětského věku je nám vštípována myšlenka, že nahota není úplně morální, v určitých situacích nepřijatelná a patří do našeho nejintimnějšího soukromí. Proto pokud se musí pacient odhalit u lékaře, může to pro něj být velice nepříjemná záležitost a může reagovat různě. Každý z nás má svou hranici intimity. Někomu nebude činit problém se odhalit zcela a někdo bude cítit stud a ostych při sebemenším odhalení. Pacient je v tuto chvíli zcela v rukou zdravotnického personálu a měl by určitě cítit jeho profesionalitu a empatii. (Bellová, 2014)

Psychická nahota je pro mnoho z nás horší než ta fyzická. Pacient musí zdravotníkovi odhalit své nitro, sdělit intimní a důvěrné informace. Důležitou roli při rozhovoru s pacientem hraje prostředí. Je nutné, aby se pacient cítil dobře, nebyl při rozhovoru se zdravotníkem zbytečně vyrušován a měl možnost klást jakékoli otázky ke svému zdravotnímu stavu a léčebnému postupu. Zdravotnický personál by měl být dokonalým pozorovatelem, aby si dokázal při rozhovoru s pacientem všimnout jeho reakcí na jednotlivé otázky a mohl tak další dotazy zvážit a klást je tak, aby neztratil pacientovu důvěru. (Sikorová et al., 2011)

1.2.2 Stud

Zacharová a Šimíčková Čížková (2011) popisují stud jako pocit, který úzce souvisí s obnažováním části nebo celého těla. Stud může pacient pociťovat v ordinaci, v nemocnici na vyšetřovnách, ale i na samotném pokoji před ostatními pacienty. Míra studu se zvyšuje s myšlenkami pacienta na bolest a je tak již dopředu zahanben svými projevy.

Pocit studu je obranou reakcí na narušení intimity. Reagujeme tak na vzniklé nám nepříjemné situace, odhalení vlastního těla a našich nedokonalostí, dotyky od zdravotníků, ale i na nutný rozhovor s lékařem. Zdravotnický personál si musí být vědom této možné reakce a měl by tak pacientovi zajistit co největší komfort při přípravě na vyšetření i při samotném vyšetření, popřípadě výkonu. Pokud i citlivějšímu pacientovi zajistíme pocit důvěry, jistoty a bezpečí, bude s námi lépe spolupracovat a zvýší tak míru svého odhalení, fyzického i psychického. (Bellová, 2014)

Gulášová (2014) stud rozděluje u člověka do těchto oblastí:

- Malé dítě se stydí jiných dospělých lidí mimo svou blízkou rodinu. Při očním kontaktu nebo při bližším fyzickém kontaktu dochází k narušení jeho osobní zóny. Hledá tak záchranu u své matky, hledá svůj pocit jistoty a bezpečí.
- Dospělý se stydí za svou nahotu. Jednak za nahotu jako takovou nebo za něco co mělo zůstat cizímu člověku skryto. Má obavy, aby nebyl tímto vystaven pohrdání nebo posměchu.
- Člověk, který se stydí za své myšlenky, jednání a chování.
- Člověk se může stydět i za uznání a chválu na veřejnosti.
- Člověk se může stydět nejenom sám za sebe, ale za chování či jednání někoho druhého. Psychologové toto nazývají jako „zástupný studů“.

1.2.3 Soukromí

Každý z nás máme svoje soukromí, a to otevíráme jen když chceme a komu chceme. Bohužel v nemoci je tomu jinak. Ať už jde pouze o ambulantní ošetření nebo hospitalizaci samotnou, tak k narušení soukromí dochází téměř vždy. Zdravotnický personál si ne zcela vždy uvědomuje, že pro mnohé pacienty je toto nová situace a zdravotnické zařízení je pro ně něco neznámého. Veškeré odborné činnosti zdravotnického personálu narušují

výrazně soukromí pacienta, dotýkáme se totiž jeho vlastního Já. Při hospitalizaci bychom měli vědět, jak s pacientem komunikovat a pracovat, tak aby zůstal v co největší psychické pohodě. Dobrý psychický stav hraje velkou roli v samotném boji s nemocí. (Zacharová, 2017)

Zacharová (2017) dále popisuje, že zdravotnický personál časem profesionálně otupí a některé informace či výkony již bere jako samozřejmost. Ale toto neplatí pro pacienta, partnera v naší práci. Od pacienta očekáváme odhalení fyzické i duševní stránky, dá se říct, že tímto prolomíme jeho ochranou bariéru. Na druhé straně pacient od nás očekává profesionální přístup, ohleduplnost, takt a empatii. Důležité je zmínit, že vše výše popsané patří do určité etické normy, a to zachování lékařského tajemství.

Nemocnice Na Homolce pro své pacienty vypracovala tzv. „*Desatero pro soukromí pacientů*“. Takto jednoduše sestavený plán nám zdravotníkům může dopomoci k lepšímu dodržování soukromí pacientů, a hlavně k získání jejich důvěry. (viz příloha 1)

1.2.4 Lidská důstojnost

Co je to vlastně důstojnost? Definice lidské důstojnosti je obtížná. Spíše dokážeme popsat opak důstojnosti a to nedůstojnost. Barak (2015) lidskou důstojnost popisuje jako stav uznávání sebe sama a být uznávaný druhými. Charta základních lidských práv EU hned v prvním článku uvádí, že lidská důstojnost musí být respektována a chráněna.

Respektování a ochrana důstojnosti má ve zdravotnictví své důležité opodstatnění. Existují důkazy, které jasně definují, že pokud je pacient respektován, motivován a oceňován, tak to významně zlepšuje jeho zdravotní stav a vede to ke zkvalitnění jeho života v nemoci. Z hlediska zdravotní péče je důstojnost narušena a často ohrožena. V dnešní moderní medicíně se pozornost zdravotnických pracovníků více ubírá směrem tělesné schránky člověka. Ta duševní zůstává v ústraní. Toto se dá nazvat stigmatem medicíny dnešní doby. (Barak, 2015)

Petrovicová a Trešlová (2016) ve své výzkumné práci uvádějí, že právě nelékařský zdravotnický personál je nejvíce zodpovědný za podporu a zachování lidské důstojnosti u pacientů ve zdravotnických zařízeních. Lidé, zvláště pacienti, potřebují vědět, že jim je nasloucháno. Aby v rámci možností byla vyslechnuta jejich přání a tím mohla být zachována jejich autonomie a důstojnost. Zdravotnický personál by si měl všimnout

pacientů samotných, jejich obtíží, nálad a proseb. Pokud ne, může dojít ke znehodnocení lidské důstojnosti a tím i ke ztrátě důvěry. Devalvovat pacienta může snadno a velice rychle. Může k tomu dojít např. přehlížením, děláme, že ho nevidíme, nenavazujeme oční kontakt, nectíme jeho osobní prostor a názor. Velice důležité je si stále připomínat a uvědomovat, že středem naší péče je člověk, který je nám rovný. Je to náš partner.

1.2.5 Potřeby a Maslowova pyramida potřeb

Potřebu definují Trachtová, Trejtnarová a Mastiliaková (2013) jako nedostatek něčeho a je žádoucí tuto potřebu odstranit. Potřeby ke svému žití potřebuje každý z nás. Prožívání nedostatku nás formuje, motivuje a ovlivňuje naši veškerou psychickou činnost. Myšlení, pozornost a emoce tvoří vzorec našeho chování. Některé potřeby zůstávají po celý život u všech stejné, např. potřeba výživy, vyprazdňování, dýchání. Jiné se během života vyvíjejí a mění. Je nutné si však uvědomit, že i potřeby, které máme všichni stejné, každý jinak uspokojujeme.

Potřeby člověka můžeme dělit z několika hledisek, např. na biologické, psychické, sociální a spirituální. Toto dělení je nejznámější a nejvíce používané. Další dělení je na potřeby nižší a vyšší, takto je popisuje např. Abraham H. Maslow. (Kelnarová et al., 2015)

Většina autorů (Šamánková, 2011; Trachtová, 2013; Plevová, 2019) ve svých publikacích o problematice lidských potřeb neopomene zmínit Hierarchii potřeb podle Abrahama H. Maslowa (1908-1970), amerického psychologa. Byl to zakladatel a následně první prezident Společnosti pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace a z té později vzešla jeho hierarchická teorie potřeb. Maslow udává, že každý z nás má svoje potřeby hierarchicky uspořádané. Vytvořil pyramidu potřeb, která má pět základních pater potřeb. Potřeby v ní seřadil od nižších (hlavních) potřeb, což jsou fyziologické potřeby, až po vyšší potřeby (méně důležité, ale potřebné), jako je potřeba seberealizace. Upozorňoval, že je nutné nejdříve uspokojit potřeby nižší, aby mohly být uspokojeny potřeby vyšší. Všechny potřeby jsou pro člověka důležité, zvláště když je nemocný a potřebuje pomoc druhé osoby. Zdravotnický personál se v době nemoci stává pacientovým partnerem v uspokojování jeho potřeb. Pacienta povzbuzuje a motivuje, totiž podpora soběstačnosti je ten největší úkol zdravotnického personálu. Maslowova teorie je uznávána širokou odbornou veřejností i přesto, že do dnešní doby nebyla nikdy podložena důkazy.

Maslowova teorie je často negativně komentována a kritizována. Nejčastěji je diskutováno, že některé potřeby mohou být zařazeny do více pater Maslowovy pyramidy. Dále také, že každý člověk má jiné priority, a tudíž svoje potřeby by rozvrstvil do pyramidy jinak. Dalším argumentem, který zaznívá i v této publikaci je, že Maslowova teorie je založena pouze na poznacích lidského chování všeobecně. (Plevová, 2012)

1.2.6 Potřeba ve vztahu k intimitě

Potřeba intimity a soukromí patří v hierarchii potřeb podle Maslowa do druhého patra, do potřeb jistoty a bezpečí. Jakmile se pacient ocitne ve zdravotnickém zařízení, odkázán na pomoc a péči druhých, jeho potřeba psychické rovnováhy strádá stejně jako ta fyzická. Dochází k narušení jeho soukromí, osobní zóny, psychické harmonie, proto musí být zdravotnický personál připravený i na negativní reakce, jako např. vztek, zmatenost, agrese atd. Nutný je individuální přístup ke každému pacientovi. (Šamánková, 2011)

Zajištění intimity pacienta při ošetření a hospitalizaci je velice složitý věc, a ne vždy se dá stoprocentně zvládnout. Měli bychom se však vždy maximálně pokusit zajistit vše pro nejlepší komfort pacienta. Zachování intimity pacienta by mělo být jednou z priorit každého zdravotnického pracovníka. (Šamánková, 2011)

1.2.7 Komunikace ve vztahu k intimitě

Komunikace patří jistě mezi oblast náchylnou k narušení soukromí a důstojnosti pacienta. Je to důležitá forma zjišťování informací od pacienta, jak se cítí, co potřebuje, je to určité vyjádření starosti o druhého. Při komunikaci s pacientem dochází k narušení soukromí a jeho osobní zóny, proto je potřeba aby zdravotnický personál byl aktivním posluchačem, vnímal potřeby a pocity pacienta. Pokud bude zdravotnický personál aktivním posluchačem, bude naslouchat pacientovi, dokáže lépe zpracovat podané informace od pacienta a dobře zhodnotí jeho problémy a potřeby. Komunikace je důležitou součástí ošetrovatelské péče, a zvláště nelékařský zdravotnický personál by ji měl dobře ovládat. Mezilidská komunikace ale není jen výměnou informací, je to i dodržování nějakého sociálního kontaktu a sdílení společného prostoru. (Ledererová, 2014)

1.2.8 Osobní zóny

Každý jedinec má svoje osobní zóny, tzv. proxemické zóny. Jedná se o zónu intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Zdravotnický personál při výkonu svého povolání

vstupuje do osobní zóny pacienta a leckdy do zóny intimní. Je nutné tyto zóny respektovat, vstupovat do nich pouze v nezbytných situacích a na co nejkratší dobu. Za velice důležité považují, aby zdravotnický personál pacienta dostatečně informoval o narušení jeho intimity a edukoval ho nezbytnosti vstoupení do jeho osobní zóny. (Ledererová, 2014)

Edward T. Hall (2014) popsal vzdálenosti v jednotlivých proxemických zónách takto:

- Intimní zóna, rozměry pro tuto zónu jsou od 15 cm do 45 cm. Do této zóny pustíme opravdu jen ty nejbližší. Dochází přitom k intimnímu kontaktu jako je objímání, líbání, doteky nebo šeptání.
- Osobní zóna, rozměry pro tuto zónu od 45 cm do 120 cm. Tato zóna vystihuje vztahy v rodině a mezi blízkými přáteli.
- Společenská zóna, rozměry pro tuto zónu jsou od 1, 20 m do 3, 50 m. Tato zóna je pro známé, spolupracovníky apod. Většinou pro lidi, se kterými se vídáme často, ale nejsou nám nijak blízcí.
- Veřejná zóna, rozměry pro tuto zónu jsou od 3,50 m do 7,50 m. Tuto zónu dobře vystihuje jako příklad pedagog před studenty.

1.2.9 Práva a ochrana pacientů

Nelékařský zdravotnický personál má v rámci svého povolání čtyři základní povinnosti:

- Pečuje o zdraví
- Předchází nemocem
- Navrací zdraví
- Zmírňuje utrpení a bolest

Součástí ošetrovatelské péče je respektování lidských práv, právo na důstojnost, život a na zacházení s úctou. Nelékařský zdravotnický personál poskytuje svoje služby všem lidem, bez rozdílu věku, pohlaví, vyznání, barvy pleti, národnosti, postižení, společenského postavení, rasy a politického přesvědčení. (ČSA, 2017)

Problematika intimity a soukromí při poskytování zdravotnické péče je zakotvena i v Právech pacienta, zákon č. 372/2011 Sb., část čtvrtá, Hlava I, §28, 3 a. Pacient má právo na kvalitní ošetření a na ohleduplný, citlivý přístup. (Sikorová a Filová, 2011) Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o

zdravotních službách), vnesl na poskytování péče zcela nový pohled. Řada práv byla dlouhou dobu zanesena jen v etických kodexech. Tím, že se stala součástí zákona, tak může být pacientem i vymahatelná. Zákon ustanovil i pokuty za jejich nedodržování. (MZ ČR, 2011)

Další právní ochranou pacientů je Listina základních práv a svobod, je součástí Ústavy ČR a to od 16. prosince 1992. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. obsahuje několik ustanovení týkajících se přímo práv ve zdravotnictví.

Listina základních práv a svobod, Hlava II, článek 7 říká:

„Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.“ (Listina základních práv a svobod, 1992)

Ochranu osobních údajů poskytuje Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. (MV ČR, 2000)

Odpovědnost a etické povinnosti nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecných a praktických sester) je ustanovena v Zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání a ve vyhlášce č. 55/2011, která pojednává o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (MZ ČR, 2004)

1.2.10 Povinná mlčenlivost

V souvislosti s vykonáváním svého povolání má každý zdravotnický personál povinnost zachovávat mlčenlivost o všech informacích, které během péče o pacienta získají. Povinná mlčenlivost zahrnuje vše, co nám pacient sdělí. Tzn. medicínské i nemedicínské informace a to podle § 51 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. (Plevová, 2019)

Dodržování povinné mlčenlivosti, a tím zachování lékařského tajemství, je pro nelékařský zdravotnický personál jednoznačnější než pro lékaře. Nelékařský zdravotnický personál nemá oprávnění poskytovat informace o zdravotním stavu pacienta nikomu, ani kdyby to byla nejbližší rodina. Je povinen dodržovat zásady, které jsou stanovené v etickém kodexu sestry. (Zacharová, 2017)

Etický kodex sestry byl poprvé přijat v roce 1953 a to Mezinárodní radou sester (International Council of Nurses – ICN). Během své existence byl několikrát revidován,

poslední revize byla schválena v roce 2000. Samotný etický kodex obsahuje čtyři hlavní články. Tyto články vymezují určité normy etického chování. Přesné znění etického kodexu najdeme online i v písemné formě v České asociaci sester (ČAS). Musí být přístupný sestřám, ale i studentům zdravotnických povolání. (ČAS, 2017)

1.2.11 Intimita pacienta na lůžkách intenzivní medicíny

Nemocniční prostředí bývá pro mnoho lidí neznámým místem, kde dochází více či méně vždy k narušení intimity a soukromí pacienta. Narušení může být v jedné oblasti, ale i ve více oblastech najednou. Můžeme jmenovat oblasti, které jsou jistě hodně diskutované s pojmem intimita, a to hygiena a vyprazdňování, odhalování části svého těla a v neposlední řadě sdělování soukromých a citlivých informací. Při těchto úkonech je velice důležitá role zdravotnického personálu, který by měl danou situaci zvládnout s co největší profesionalitou. (Šamánková, 2011)

V dnešní uspěchané době se většina zdravotníků soustředí na správně provedený výkon, rychlost a postup lege artis. Toto samo o sobě je v pořádku a žádoucí, ale nesmí se u toho zapomínat na člověka samotného, jeho potřeby, soukromí, intimitu a obavy. Nevhodným chováním a nerespektováním intimity a soukromí pacienta může zdravotnický personál narušit pacientovu důvěru. Pokud nemá pacient pocit jistoty a bezpečí, tak méně spolupracuje a může podávat i zkreslené informace nebo dokonce důležité informace zatajovat. Zdravotnický personál musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně a myslet na jeho biopsychosociální potřeby. (Zacharová et al., 2011)

Zajištění intimity pacienta není vždy lehká věc, zvláště na lůžkách intenzivní medicíny, mezi které patří i expektační lůžka urgentních příjmů.

Na těchto odděleních je většinou halový systém péče, což znamená, že je vedle sebe umístěno několik lůžek, které jsou oddělené plentou nebo závěsem. Zde se nerozdělují pacienti podle pohlaví nebo diagnózy, jako je tomu běžně na standartních lůžkách. Často tedy vedle sebe leží muži a ženy. (Gulášová, 2014)

Pacienti na intenzivních lůžkách mají svůj osobní prostor hodně limitovaný. Kromě momentálního upoutání na lůžko, monitorace se zavedenými žilními vstupy, také tím, že zde nejsou jen oni. Prostor zde sdílejí s jinými pacienty. Pro některého pacienta již toto může znamenat omezení jeho osobního prostoru. (Kolektiv autorů, 2008)

Halový systém péče o pacienty v intenzivní a urgentní medicíně má své jisté výhody a nevýhody. Mezi výhody patří to, že zdravotnický personál má pacienta neustále na očích, může ho kdykoliv zkontrolovat a kdykoliv okamžitě zasáhnout při jakékoliv změně jeho zdravotního stavu. Mezi nevýhody určitě můžeme zařadit omezení osobního prostoru pacienta. Pacienti se mohou navzájem nevědomky rušit, tím dochází i k narušení potřebného odpočinku a spánku. Rušení dochází samozřejmě i ze strany zdravotnického personálu, který potřebuje vykonávat ordinace u ostatních pacientů. Hlavní negativum je často nechtěné vyslechnutí důvěrných informací, které lékař sděluje jinému pacientovi nebo rodině jiného pacienta. Mezi negativa musíme zařadit vyprazdňování na lůžku nebo u lůžka za přítomnosti jiných pacientů. (Gulášová, 2014)

Na minimalizaci narušení intimity a soukromí by se měl podílet zdravotnický personál, dále ostatní personál zdravotnického zařízení, management a v neposlední řadě i ostatní pacienti. Vzájemná kolegiální a úcta k druhému na všech úrovních zdravotnického zařízení je nezbytnou podmínkou k dobrému chodu zařízení, oddělení a podávání kvalitní ošetrovatelské péče. (Sikorová, 2011)

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat problematiku zajištění intimity pacienta na urgentním příjmu.

Cíl 2: Zjistit přístup zdravotnického personálu k dodržování intimity při ošetřování pacienta na urgentním příjmu.

Cíl 3: Zjistit úskalí v zajišťování intimity při ošetřování pacienta na urgentním příjmu.

Cíl 4: Odhalit, zda zdravotnický personál dbá na dodržování a respektování intimity pacienta na urgentním příjmu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké vznikají problémy při zajišťování intimity pacienta na urgentním příjmu?

Výzkumná otázka 2: Jaký má zdravotnický personál přístup k dodržování intimity při ošetřování pacienta na urgentním příjmu?

Výzkumná otázka 3: Jaké překážky brání v zachování intimity u pacienta na urgentním příjmu?

Výzkumná otázka 4: Jak zdravotnický personál dodržuje a respektuje intimitu pacienta na urgentním příjmu?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření bylo realizováno na základě kvalitativního výzkumu. Byly využity techniky polostrukturovaného rozhovoru a skrytého zúčastněného pozorování. Rozhovory byly provedeny s nelékařským zdravotnickým personálem urgentního příjmu vybraného zdravotnického zařízení. Skryté pozorování bylo provedeno na stejném oddělení, za plného provozu. Celé výzkumné šetření se konalo se souhlasem hlavní sestry vybraného zdravotnického zařízení.

Rozhovory byly prováděny v měsíci březnu 2021, zaznamenány v písemné podobě a se souhlasem všech respondentů. Získaná data byla následně kódována a zpracována. Připravené otázky (viz příloha 2) pro rozhovor byly rozděleny do pěti základních kategorií, identifikace respondentů, intimita a důstojnost pacienta, zajištění a překážky intimity při péči o pacienta, části UP a problém intimity a komunikace s pacientem. Každá kategorie obsahuje určitý počet otázek, na které nelékařský zdravotnický personál odpovídal. Odpovědi byly zpracovány pro lepší orientaci do přehledných tabulek, samozřejmě nechybí pod každou tabulkou bližší popis.

Skryté zúčastněné pozorování bylo provedeno v témže měsíci a cíleno na nelékařský zdravotnický personál, za plného provozu oddělení, zda a jakým způsobem vnímá intimitu a dodržuje soukromí pacientů na tomto oddělení. Pozorování je zpracováno do pozorovacího archu (viz příloha 3) a bylo zaměřeno na část UP s expektačními lůžky a na ambulantní část. V pozorovacím archu je přehledně zpracováno, zda respondent a jakou činnost splnil podle očekávání či nikoli. Pozorovacích oblastí bylo sedm, a to představení se pacientovi, komunikace s pacientem, informace o plánu péče, informace o podávaném léku, zajištění intimity, respektování přání pacienta a překlad pacienta od ZZS.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 respondentů z oddělení urgentního příjmu vybraného zařízení. Zaměřila jsem se na nelékařský zdravotnický personál urgentního příjmu. Žádné další bližší podmínky, např. ohledně vzdělání, věku, délky praxe, jsem si nestanovila. Převážně se jedná o respondenty z řad všeobecných sester, ale protože na tomto oddělení

mohou pracovat i záchranáři, tak i tato skupina je zde uvedena v jistém zastoupení. Respondenti jsou různé věkové kategorie, s různou délkou praxe ve zdravotnictví, různého pohlaví a různého dosaženého vzdělání.

Každý z respondentů byl dopředu o rozhovor požádán, ujištěn, že se jedná o anonymní rozhovor a bylo mu vysvětleno za jakým účelem bude rozhovor zpracován. Respondenti vyslovili souhlas s rozhovorem a zpracováním dat do této bakalářské práce.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizace výsledků

Data získána metodou rozhovoru jsou zpracována do pěti kategorií. Data jsou v každé kategorii zpracována, pro lepší přehlednost, do tabulek (viz. níže) a každá kategorie je ještě podrobněji popsána dle získaných odpovědí 10 respondentů.

Tabulka 1: Kategorizační skupiny

Kategorie 1	Identifikační údaje respondentů
Kategorie 2	Intimita a důstojnost pacienta
Kategorie 3	Zajištění a překážky intimity při péči o pacienta
Kategorie 4	Části urgentního příjmu a problém intimity
Kategorie 5	Komunikace s pacientem

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1 Kategorie 1: Identifikační údaje respondentů

Tabulka 2: Identifikační údaje respondentů, jejich nejvyšší dosažené vzdělání, celková praxe ve zdravotnictví a praxe na urgentním příjmu.

Respondent (R)	Věk	Vzdělání	Zaměstnání ve zdravotnictví	Zaměstnání na UP
R1	31	Vysokoškolské (Bc)	8 let	3 roky
R2	43	Vyšší odborné (Dis)	22 let	5 let
R3	25	Vysokoškolské (Bc)	1 rok a 9 měsíců	1 rok a 9 měsíců
R4	38	Středoškolské	20 let	3 roky
R5	35	Vysokoškolské (Bc)	8 let	7 let
R6	46	Středoškolské	28 let	7 let
R7	45	Středoškolské	28 let	7 let
R8	23	Vysokoškolské (Bc) - záchranář	1 rok	1 rok
R9	43	Středoškolské	23	6 let
R10	25	Vysokoškolské (Bc) - záchranář	3 měsíce	3 měsíce

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 popisuje bližší identifikační údaje výše zmíněných respondentů, jejich věk, vzdělání, délku praxe a délku praxe na UP. Věk respondentů se pohybuje v rozmezí 23 až 46 let. Z deseti respondentů mají čtyři středoškolské vzdělání R4, R6, R7 a R9. Jsou to respondenti, kteří získali vzdělání všeobecné sestry již na střední škole, složením maturitní zkoušky. Dále R6, R7 a R9 mají specializační vzdělání v intenzivní medicíně. Vysokoškolské vzdělání mají R1, R3, R5, a to v oboru všeobecná sestra, R8 a R10 mají také vysokoškolské vzdělání, ale v oboru zdravotnický záchranář. Vyšší odborné vzdělání má R2. Délka celkové praxe ve zdravotnické profesi se pohybuje od 1 roku do 28 let. Toto nám ukazuje, že na tomto oddělení pracuje zdravotnický personál vysokoškolsky i středoškolsky vzdělaný a dále pracovníci s několikaletou praxí v oboru a pracovníci, kteří v tomto oboru teprve začínají. UP funguje v této nemocnici 7 let, a proto je z tohoto šetření zřejmé, že R5, R6 a R7 jsou na tomto oddělení od samého počátku.

4.1.2 Kategorie 2: Intimita a důstojnost pacienta

Tabulka 3: Intimita a důstojnost jako pojem a vnímání tohoto pojmu, oblasti narušení intimity pacienta a co pro zdravotnický personál znamená její zajištění u pacienta.

Respondent (R)	Vaše vnímání pojmu intimita a důstojnost	Oblasti narušení intimity pacienta	Důležitost zachování intimity u pacienta
R1	Neodhalování těla před více lidmi a než je nezbytně nutné. Podávání informací pacientovi v soukromí, pokud je to možné.	Při vyšetřování lékařem, na radiologickém oddělení.	Důležitý faktor, při kterém by se pacient neměl stydět a měl by zdravotníkovi plně důvěřovat.
R2	Vnímat pacienta jako osobnost, individuální přístup.	Nejčastěji při vyšetřování nahota, ale i psychická indispozice jako je bolest, stres, strach.	Navodit důvěru. Informovat pacienta o všem co se bude dít. Zbytečně nenarušovat intimní zónu pacienta.
R3	Pod pojmem intimita si představuji důvěrnost a soukromí. Pod pojmem důstojnost si představuji rovnost, úctu a respektování každého člověka.	Únik osobních informací považuji za nejdůležitější. Dále pak nahota, vyprazdňování mezi dalšími pacienty a žádné soukromí.	Dávat si pozor na osobní informace, abych je nesdělovala hlasitě a před dalšími pacienty. Povinnost myslet na pacienta jako na celek, a nejen na pacienta číslo 3.
R4	Získání důvěry pacienta, respektovat jeho osobnost a přání. Zajištění pocitu bezpečí a jistoty. Zachování mlčenlivosti.	Fyzických (nahota, vyprazdňování, hygiena), psychických (bolest, strach, stud, pláč), ale i v komunikaci (sdělování citlivých informací, sdělování diagnózy).	Důvěru pacienta a jeho maximální spolupráci. Dostatečný přísun informací od pacienta, jeho pocit bezpečí a jistoty.
R5	Oslovovat pacienta příjmením, použití zástěn při péči, případně přesunout pacienta do jiné místnosti, zajištění základních potřeb (hygiena, vyprazdňování).	Při komunikaci, oslovení, hygiena, toaleta, akutní stavy, nahota.	Pracovat tak, abych zachoval základní potřeby pacienta při maximálním zachování intimity.

R6	Oslovování pacienta příjmením, neodhalování, nehovořit o pacientovi před ostatními pacienty, možnost dodržet základní hygienické návyky.	Hygiena, odhalení při vyšetřování, toaleta.	Snažím se, aby se pacient cítil co nejlépe, aby nám důvěřoval a necítil se trapně.
R7	Důvěrnosti, něco citlivého až tajného před nepovolanými osobami. Zachování mlčenlivosti o všem důvěrném.	Odhalování, vyprazdňování, snášení bolesti. Poskytování citlivých informací. Při komunikaci, nepochopení, přehlížení, narušování osobních zón.	Narušovat intimitu pacienta co nejméně, zachovat tak jeho důvěru vůči zdravotníkům. Znamená to povinnost pracovat s citlivými údaji, dodržení mlčenlivosti.
R8	Důvěrné informace, zásah do soukromí, intimní partie. Důstojnost člověka, zachování vlastní identity.	Vyšetření intimních partií, hygiena, obnažování.	Uchování důstojnosti pacienta, zabránit devalvaci pacienta.
R9	Nahota, soukromí a důvěrnosti.	Vyprazdňování, odhalování, hygiena a sociální.	Bezpečí a důvěra.
R10	Důvěrné informace a činy. Zachování vlastního já, mít svoje potřeby, touhy a právo na nepodání informací, které sdělit nechci.	Nejčastěji ve fyzické a psychické, ale určitě i ve spirituální a sociální.	Respektování člověka jako takového, jeho individualitu a jeho přání.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3 poukazuje na povědomost zdravotnického personálu o pojmu intimita, soukromí, důstojnost a vnímání této problematiky každého pracovníka jako osobnosti. Na první otázku polovina respondentů R2, R3, R4, R7, R8 a R10 odpovědělo, že intimita a důstojnost je pro ně něco důvěrného, vnímání člověka jako osobnosti, zachování jeho identity a respektování každého jaký je. R4 dále uvedl: „*Intimita pro mě je vlastně zachování mého já i v situaci, kdy mi není dobře. Důstojnost vnímám jako ponechání vlastních přání, určité bezpečnosti a jistoty.*“ Podobnou odpověď měl i R10, kdy upozornil na zachování vlastního já, zachování určitých potřeb a tužeb. R4 a R10 se

nejvíce ze všech respondentů domnívají, že psychická stránka je ve zdravotnické problematice intimity důležitější než ta fyzická, a je tzv. klíčem k té fyzické. V souvislosti s intimitou většina respondentů zmiňuje důvěrnost a podávání citlivých informací. R1, R5, R6 a R9 si pod pojmem intimita již představili konkrétní problém spojený se svou profesí, např. vyprazdňování, odhalování, hygiena. U druhé otázky se respondenti shodovali v určitých bodech. Všichni respondenti vidí narušení intimity u pacienta v odhalování, nahotě při vyšetřování a výkonech, dále pak při hygieně a vyprazdňování. R2, R4, R7 a R10 upozorňovali i na psychické narušení intimity, jako je stud, bolest, strach apod. Další konkrétní oblast narušení intimity vidí respondenti v komunikaci, podávání informací a sdělování diagnózy. Takto odpověděli R3, R4, R7. Dále R7 ještě dodal, že narušení při komunikaci vidí v nepochopení, přehlížení a narušení osobních zón pacienta. R9 a R10 vidí problém i v sociální a spirituální oblasti, dále toto nechtěli blíže specifikovat. Třetí otázka se týkala zachování intimity u pacienta. Všichni respondenti odpověděli hodně podobně. Vidí to jako velice důležité, protože to vzbuzuje důvěru pacienta, zabraňuje to nedorozumění mezi pacientem a zdravotnickým personálem a snižuje to u pacienta nepříjemné pocity jako je stud, trapnost situace. Za velice důležité dále považují nutnost dostatečně pacienta informovat a edukovat. Jediný R5 na tuto otázku přímo neodpověděl, jeho odpověď nespécifikuje, zda je zachování intimity důležité nebo ne.

4.1.3 Kategorie 3: Zajištění a překážky intimity v péči o pacienta

Tabulka 4: Zajištění intimity pacienta na UP a možné překážky, které brání v jejím dodržování. Konkrétní situace, kdy na UP došlo k narušení intimity a nejvíce problematické situace či činnosti na UP v této problematice.

Respondent (R)	Zajištění intimity na UP	Překážky v dodržování intimity na UP	Setkání s okolností narušení intimity na UP	Problematické situace v zajištění intimity na UP
R1	Paravány, závěsy, příkrývka. Rozhovor v soukromí, pokud to lze.	Prostory UP a vytíženost UP.	Při překladi pacienta od RZP na UP. Spěchají na předání, nehledí, zda jsou dostatečně pacienti zakryti a chráněni před zraky jiných.	Nejvíce problematické vidím sdělování a zjišťování informací od pacienta na expektačním lůžku.
R2	Paraván, závěs, deka.	Nedostatek zástěn, někteří sanitáři.	Při cévkování pacientky za zástěnou. Sanitář bez dovolení odstrčil zástěnu a vešel za ni k lůžku.	Cokoli na hale, tzv. expektační lůžka.
R3	Použití závěsů, paravánů, deky. Komunikovat s pacientem u lůžka. Nebavit se o pacientovi před jiným pacientem.	Otevřený prostor, oddělená lůžka pouze závěsem, více pacientů na malém prostoru.	Vyprazdňování pacienta na lůžku.	Vyprazdňování, odhalování pacienta.
R4	Použití závěsů, paravánů, příkrývek, inkontinenčních pomůcek. Vždy přítomen jen nutný počet personálu. Informace pacientovi sdělujeme vždy	Nevyhovující stavební prostor UP, expektační lůžka na otevřeném prostoru. Lůžka oddělena jen závěsem. WC pro pacienty. Nedostatek	Převoz pacienta na RTG vyšetření. Sanitář nechal pacienta na půl odhaleného, bylo vidět že má plenkové kalhotky a cévku.	Podávání informací, mezi personálem a pacientem i mezi personálem a personálem.

	u lůžka nebo v ambulantní části UP.	paravánů. Větší fluktuace a zdravotní stav pacientů.		
R5	Zástěna, paraván, příkrývka, pojízdné WC a koupací lůžko.	Množství pacientů, velikost prostorů UP, závažnost zdravotního stavu pacientů.	Při akutních stavech, při potřebě vyprazdňování několika pacientů najednou.	Hygiena, toaleta.
R6	Paraván, klidné jednání, tiché při předávání informací.	Velký prostor bez příček, jen závěsy, velký pohyb osob.	Předávání informací o pacientovi mezi personálem.	Telefonování, předávání a získávání informací od pacienta i od kolegů.
R7	Použitím dostupných pomůcek, v nutném počtu personálu a za dodržování mlčenlivosti.	Nevyhovující prostory oddělení, malé prostory. Lůžka oddělena jen vlajíci závěsy. Některý pomocný personál.	Vyšetření konziliárními lékaři. Nad pacientem se bavili dva lékaři o pacientovi jako by tam on sám vůbec nebyl.	Podávání a předávání informací. Počínání některého pomocného personálu při převážení a manipulaci s pacientem.
R8	Neprůhledné závěsy, zástěny mezi lůžky. Respektujeme pacientovo přání.	Nevyzpytatelný přísun pacientů a tím zrychlující se péče a časová náročnost na vyšetření.	Velký přísun Covid pozitivních pacientů na respirační část UP. Pacienti museli být až po třech v jedné ambulanci.	Zaplňnost oddělení, velký počet pacientů v jeden čas na oddělení. Občas nutné ukládat pacienty na provizorní lehátka, žádné soukromí.
R9	Použití paravánů, závěsů, komunikace u lůžka pacienta a přímo s pacientem přiměřeným hlasem.	Nevyhovující stavební prostor UP, časový nátlak na práci a lůžko, špatná komunikace s konziliárními lékaři a ZZS, větší množství lidí na malém prostoru.	Zajištění základní potřeby pacienta, vyprazdňování na mobilním WC u lůžka.	Nedodržování soukromí z důvodu malého prostoru UP a nedostačujících paravánů, pojízdných WC.

R10	Závěsy, paravány, pojízdné WC, koupací lůžko. Možnost doprovodit pacienta na WC. Rozhovor vést u lůžka pacienta, hlasově přiměřeně.	Stavební prostor UP, malý a lůžka jsou blízko u sebe, oddělené pouze závěsy. Pomocný nezdravotnický personál, uklízečky.	Při hygieně pacienta na lůžku. Pomocný personál opakovaně nerespektoval paraván a vstupoval za něj.	Veškerou péči u lůžka pacienta. Látkové závěsy jsou nedostatečná ochrana intimity a soukromí pacienta.
------------	---	--	---	--

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 nám jasně ukazuje co je při práci na takto specifickém oddělení možné použít za pomůcky k zachování intimity pacienta a jak je těžké zde intimitu a soukromí pacienta zachovat. Všichni respondenti ihned bez prodlení vyjmenovali paravány, závěsy, příkrývky. R4 kromě již zmíněných pomůcek jmenoval inkontinenční pomůcky pro lepší komfort pacienta. R8 upozornil na přání pacienta, udal příklad: „*Setkal jsem se s přáním pacientky, kdy si nepřála, aby ji cévkoval sestra muž, ale chtěla sestru ženu. Pokud je toto možné z časových a personálních možností, vyhovíme pacientovi.*“ V souvislosti se soukromím při vyprazdňování R5 a R10 zmínili možnost, pojízdného WC nebo doprovodu pacienta na WC, dále možnost neprovádět hygienu pacienta na expektačním lůžku, ale v koupacím lůžku v koupelně. Dvě třetiny respondentů se při rozhovoru snaží komunikovat s pacientem přímo u lůžka, klidně a bez zbytečného zvyšování hlasu, aby pacient na vedlejším lůžku nic neslyšel nebo alespoň minimum informací. Tím dodržují i zachování mlčenlivosti. Toto je však velice problematické. R2, R5 a R8 ve své odpovědi intimitu při komunikaci vůbec nevedli. Pouze R4 a R7 zmínili jako další způsob zachování intimity, aby byl vždy přítomen u pacienta jen nutný počet personálu. Na otázku, jaké vidí respondenti překážky na UP, kde pracují, byli odpovědi také velice shodné. Kromě R8 respondenti uváděli jako hlavní překážku v dodržování intimity a soukromí pacientů nevyhovující prostor UP. Většinou se jednalo o to, že expektační lůžka jsou na otevřeném prostoru, blízko u sebe a oddělené jen závěsy, které se lehce shrnou. R4, R6, R7, R9 a R10 k problému s prostorem ještě dodávali jednu poznámku, a to celkově nevyhovující stavební prostor tam kde je nyní UP postaven, př. malé prostory okolo lůžka pacientů, koupací místnost spojená s WC pro chodící pacienty, vše otevřené a oddělené jen závěsem. R2 a R4 uvedli jako problém nedostatek paravánů. Polovina

respondentů jako další překážku uvedla velkou vytíženost UP, vysokou fluktuaci pacientů, časový nátlak na péči o pacienty a na lůžko. V neposlední řadě se 4 respondenti zmínili, že vidí problém i ve svých kolezích, a to konkrétněji v nelékařském pomocném personálu, uklízacím personálu a R9 uvedl i konziliární lékaře a personál ZZS. V další otázce byly řešeny situace, kterých jednotlivý respondenti byli svědkem a kde byla přímo narušena intimita pacienta na UP. Každý z respondentů popisoval trochu jinou situaci, při které se setkal s narušením intimity pacienta. Nejčastěji se to týkalo nějakým způsobem vyprazdňování, hygieny, převoz pacienta na vyšetření, překlád pacienta od ZZS, předávání informací mezi zdravotnickým personálem, velkého množství pacientů v jeden čas a v neposlední řadě bezohlednosti zdravotnického i nezdravotnického personálu. V poslední otázce je zmapováno, které situace ze všech možných narušení intimity vidí respondenti jako nejvíce problematické. R1, R4, R6 a R7 jako nejvíce problematickou situaci se zajištěním intimity vidí vše co souvisí s předáváním, zjišťováním a podáváním informací. R3 a R5 vidí největší problém ve vyprazdňování na hale s expektačními lůžky, ale i na WC pro chodící pacienty, protože je ihned vedle expektačních lůžek oddělené pouze závěsem a v provádění hygieny na UP. Pro R2 a R10 je v těchto podmínkách problematické vše co se odehrává u pacienta na hale s expektačními lůžky. R8 jako nejproblémovější hodnotí vysokou fluktuaci pacientů a v jeden časový úsek hodně pacientů na jedno lůžko. R9 při rozhovoru zmínil více problematických situací, ale nakonec jako neproblematičtější vybral prostor UP a nedostatek některých pomůcek.

4.1.4 Kategorie 4: Části urgentního příjmu a problém intimity

Tabulka 5: Urgentní příjem je rozdělen na několik částí, v které části tohoto oddělení bývá největší problém s intimitou a proč. Co by samotní respondenti na svém oddělení chtěli změnit pro lepší komfort pacientů.

Respondent (R)	Nejvíce problematická část UP	Změny pro dodržování intimity na UP
R1	Recepce. Otevřený prostor, vše slyší i ostatní pacienti, příbuzní a další personál recepce.	Větší a více vyhovující prostor UP, aby zde mohly být boxy.
R2	Expektační lůžka, otevřený prostor a lůžka jsou oddělená pouze závěsy.	V současných prostorech UP pouze více paravánů, boxy jsou nereálné.
R3	Expektační lůžka a toaleta pro pacienty, otevřený prostor.	Zvětšení prostoru UP, boxový systém a dostatek paravánů.
R4	Expektační lůžka, nedostatek soukromí, nevhodné k podávání a získávání informací. Dále pak toaleta a recepce.	Přestěhování do více vyhovujících prostorů, zajištění odděleného WC pro pacienty, boxy a více paravánů.
R5	Expektační lůžka, která jsou oddělena jen plentou. Je vše slyšet.	Boxový systém nebo pevné zástěny, více WC, větší koupelna.
R6	Hala expektačních lůžek. Každý na každého vidí a slyší všechny informace.	Závěsy kolem lůžka.
R7	Expektační lůžka, čekárna, popřípadě recepce. Otevřený prostor, mnoho lidí, žádné soukromí.	Umístění UP do více vyhovujících prostor. Boxový systém lůžek a oddělené WC pacientů.
R8	Expektační lůžka. Velké množství pacientů oddělených pouze závěsem.	Neměnil bych nic, na našem oddělení je snaha o zachování intimity řešena dostatečně.
R9	Expektační lůžka, otevřený prostor, vše ihned na očích.	Uzavřené boxy, dostatek pomůcek k zajištění soukromí.
R10	Rozhodně expektační lůžka. Závěs nedostačující ochranu intimity, vše vidět a slyšet.	Více paravánů, oddělené WC pro chodící pacienty. V tomto stavebním prostoru to není možné, ale určitě by byla skvělé mít boxový systém.

Zdroj: vlastní výzkum

9 z 10 respondentů bez zaváhání na otázku, která část UP jim přijde neproblematičtější ohledně intimity pacienta a proč, odpovědělo, že hala s expektačními lůžky (viz příloha 4). Hlavní důvod je otevřený prostor, vše je vidět a slyšet, dále velké množství pacientů, časová náročnost na péči. R1 si myslí, že největší problém je čekárna a recepce (viz příloha 5). Dle jeho zdůvodnění je zde ještě daleko více lidí než uvnitř UP a také je tu nezdravotnický personál dané recepce. Recepce zmiňovali i R4 a R7, jako druhou problematickou část UP. R3 a R4 ještě zmínili WC pro pacienty (viz příloha 6) na hala expektačních lůžek.

4.1.5 Kategorie 5: Komunikace s pacientem

Tabulka 6: Komunikace s pacientem, dodržování intimity při rozhovoru s pacientem, pojem proxemické zóny a vhodná vzdálenost pro rozhovor s pacientem.

Respondent (R)	Pojem proxemické zóny a vysvětlení	Vhodná vzdálenost pro rozhovor s pacientem
R1	Ano, jsou to osobní zóny. Je to vzdálenost při komunikaci mezi dvěma a více lidmi. Tyto zóny jsou čtyři.	Při rozhovoru bychom neměli narušovat intimní zónu, tzn. že bychom měli stát od pacienta více než 60 cm, méně než 1 m.
R2	Ne, toto jsem nikdy neslyšela.	Tato vzdálenost by měla být 1 až 2 m.
R3	Ano, jsou to osobní zóny. Značí vzdálenost lidí při rozhovoru.	1,5 až 2 m.
R4	Ano. Jsou to osobní zóny. Intimní, osobní, společenská a veřejná.	Vhodná vzdálenost je 1 až 1,5 m.
R5	Ne.	Do 1 m.
R6	Ne.	Jiná místnost.
R7	Ano, je to odbornější výraz pro osobní zóny.	Okolo 1 m nebo tak jak je potřeba kvůli samotnému pacientovi.
R8	Nesetkal.	Asi 70 cm.
R9	Ano, již jsem to slyšela, ale nedokážu to vysvětlit.	Zhruba na délku mojí paže, ale samozřejmě je tato vzdálenost individuální.
R10	Ne, s tím jsem se nesetkala. Zním pouze osobní zóny.	Do 1 m. Jinak dále dle stavu pacienta.

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 5 první otázka prověřovala, zda se zdravotnický personál někdy setkal s odborným názvem proxemické zóny a zda ho dokáže vysvětlit. Jednoznačnou odpověď ano i s vysvětlením tohoto pojmu poskytli čtyři z deseti respondentů. Jednoznačnou odpověď ne poskytli čtyři z deseti respondentů. R9 odpověděl, že už tento pojem slyšel, ale nedokáže ho vysvětlit. R10 odpověděl: „*S tímto pojmem jsem se nesetkal. Zním jen osobní zóny.*“ Na druhou otázku ohledně vhodné vzdálenosti pro rozhovor s pacientem odpověděl každý respondent trochu jinak. Nejčastější odpovědí byla vzdálenost do 1 m,

takto odpověděli R1, R5, a R10. R8 odpověděl asi 70 cm a R7 okolo 1 m. R2, R3 a R4 se se svou odpovědí pohybovali mezi 1 až 2 m. Nejzajímavější odpověď v této tabulce má R7, který odpověděl jiná místnost a R9 odpověděl, že vhodná vzdálenost je zhruba na délku jeho paže, ale jinak je samozřejmě tato vzdálenost individuální.

4.2 Výsledky pozorování

Tabulka 7: Pozorování nelékařského zdravotnického personálu při poskytování péče na expektačním lůžku UP

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Představení se pacientovi	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Komunikace s pacientem	A	A	A	A	A	A	N	A	A	N
Informace o plánu péče	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o aplikaci léků	N	A	A	N	A	A	N	N	A	N
Zajištění intimity	A	N	A	A	N	A	A	N	A	A
Respektování přání pacienta	A	A	A	A	A	A	N	A	A	N
Překlad pacienta od ZZS	A	A	A	A	A	N	A	N	A	A

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8: Pozorování nelékařského zdravotnického personálu při poskytování péče v ambulantní části UP

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Představení se pacientovi	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Komunikace s pacientem	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o plánu péče	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Informace o aplikaci léků	A	N	A	N	A	A	N	N	A	N
Zajištění intimity	N	N	A	A	N	A	A	N	N	A
Respektování přání pacienta	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Překlad pacienta od ZZS	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.1 Výsledky pozorování expektační lůžka

Pozorováním nelékařského zdravotnického personálu, při zajišťování péče pacientům, byly zjištěny následující informace.

Představení se pacientovi: V této situaci bylo pozorování zaměřeno na to, zda se zdravotnický personál na začátku péče pacientovi představí a upřesní svoje profesní zařazení, aby pacient věděl, s kým mluví a na koho se obrací se svými dotazy. Nikdo z nelékařského zdravotnického personálu se pacientovi nepředstavil a ani mu neupřesnil jeho profesní pozici. Vyhověl pouze pokud se pacient sám zeptal nebo pokud např. sestře bylo řečeno doktorko, tak upřesnila svoji pozici. Je pravděpodobné, že personál svoje představení nevnímá jako důležitý akt při péči o pacienta, protože všichni zaměstnanci nosí identifikační cedulku se jménem, zařazením a fotografií. Dalším stěžujícím faktorem představení na tomto oddělení je akutní stav samotného pacienta.

Komunikace s pacientem: Na expektačních lůžkách většina pracovníků komunikovala na profesní úrovni, u lůžka pacienta, tak aby pacient personálu dobře porozuměl. Dle zdravotního stavu zdravotníci přizpůsobovali vzdálenost mezi nimi a pacientem během hovoru a intenzitu hlasu, aby co nejvíce zachovali soukromí a důstojnost pacienta. Pouze u dvou pracovníků bylo během pozorování zaznamenáno počínání, které bylo vyhodnoceno jako negativní. S pacienty komunikovaly ze značné vzdálenosti při zaznamenávání a kontrole osobních údajů v počítače. Při tomto jednání na expektačních lůžkách leželi i jiní pacienti, a tak mohli všechno vyposlechnout.

Informace o plánu péče: V této pozorované kategorii zdravotnický personál vše plnil s pozitivními výsledky. Pacienty informoval o provedení následných vyšetření, odběrů krve, jak dlouho budou zhruba čekat na výsledky, který lékař je bude ještě vyšetřovat a pokud musí být hospitalizováni tak podávali potřebné informace o oddělení apod. Tyto informace podávali pacientům i opakovaně v průběhu jeho pobytu na urgentním příjmu.

Informace o aplikaci léků: Při šetření polovina personálu přímo ihned neinformovala pacienty o podávaném léku, o možných nežádoucích účincích, účinku a délce podávání. Zbylé sestry informovaly pacienty ihned při podání léku, jak dlouho zhruba bude aplikace probíhat, proč je jim lék nyní podáván, a ještě jednou si ověřily, zda není pacient na něco alergický. Na cílené otázky pacientů ohledně podávaného léku však odpověděly všechny sestry.

Zajištění intimity: Jak již bylo několikrát zmiňováno v průběhu celé práce, na tomto typu oddělení je velice problematické zajištění intimity a soukromí pacientů. Mezi základní pozorované kritérium patřilo, jak zdravotnický personál používá a využívá dostupné pomůcky k zajištění intimity pacientů. Jako nejvíce problematické situace byly shledány hygiena a vyprázdnění. Zdravotníci ke každému pacientovi přistupovali individuálně. Pokud to pacientův zdravotní stav dovolil, tak ho doprovodili na WC a hygienu provedli v koupacím lůžku, mimo přímý dohled ostatních pacientů. Pokud to možné nebylo, snažili se zajistit soukromí pacientům použitím paravánů, závěsů, popřípadě zajistit i psychický komfort otevřením okna nebo použitím osvěžovače vzduchu. Jako další hlavní pozorovací kritérium bylo odhalování pacienta při vyšetřování a provádění nezbytných výkonů. Zde bylo několikrát zaznamenáno nepřiměřeně dlouhé odhalení pacienta. Zvláště u pacientů po provedeném sonografickém a konziliárním vyšetření, kdy pacient zůstal odhalený a nelékařský zdravotnický personál se v tuto chvíli věnoval jinému pacientovi nebo dokumentaci. Dále k tomuto několikrát došlo při natáčení EKG, pacient zůstal odhalený delší dobu, protože personál to EKG nesl ihned ukázat lékaři. S tímto přímo souvisí časté neupozornění pacienta, že k odhalení dojde. Celkově zde převažuje zdravotnický personál, který o intimitu a soukromí pacienta dbá, pouze tři pracovníci se v této kategorii potýkali s nedostatky zajištění intimity.

Respektování přání pacienta: V této oblasti pracoval veškerý zdravotnický personál profesionálně. Každé přání posuzoval personál individuálně. Nejčastěji se jednalo o možnost dojít si na WC mimo lůžko, zatažení závěsu, protože se trochu poodtáhl a z vedlejšího lůžka na něj bylo vidět a v jednom případě se jednalo o požádání pacientky o možnost provést cévkování sestrou ženou a ne mužem. Okolnosti a situace na UP to dovolovala, proto pacientce bylo vyhověno. Během samotného pozorování pouze ve dvou případech bylo zaznamenáno nevyhovění přání pacienta. Jednalo se o přání mít příbuzné u sebe u lůžka po celou dobu setrvání na urgentním příjmu. Vzhledem k aktuální situaci na oddělení toto nebylo možné, a proto jim nebylo vyhověno. Pacientovi i jeho blízkým v čekárně vše vysvětleno. A v jednom případě došlo k nevyhovění opětovnému vyměnění inkontinenčních pomůcek s odpovědí, že je má krátce a plenky vydrží delší dobu.

Překlad pacienta od ZZS: Překlad pacienta přivezeného ZZS je problematická situace. Nelékařský zdravotnický personál ví o příjezdu ZZS dopředu a její příjezd kontroluje i vizuálně na kamerách. Zdravotnický personál tak může zajistit volné lůžko a připravit tak

vhodné podmínky pro překládání. Zásadní problém, který byl během pozorování zjevný, byla ne zrovna dobrá vzájemná spolupráce ZZS a personálu UP. Samotný překládání pacienta pak většina pozorovaného personálu provádělo za závěsem u lůžka. Pokud to nebylo možné, použili paraván, který postavili před ostatní lůžka, aby na ně nebylo vidět. Po vyřešení dané situace byl pacient odvezen za závěs na volné lůžko nebo umístěn na lůžko v ambulanci. Během pozorování pouze ve dvou případech došlo k pochybení daného personálu. V jednom případě to bylo zahájení resuscitace pacienta ihned po příjezdu ZZS na UP, a to ještě na lehátku ZZS. Personál okamžitě profesionálně zareagoval, co se týče medicíny, ale intimitu pacienta nechal bez povšimnutí. Nepoužil žádný paraván nebo zástěnu, aby na tuto situaci nekoukali další zde přítomní pacienti. Ve druhém případě šlo o pacienta, který na UP jezdí opakovaně. Je to sociální případ, člověk bez domova a alkoholik. Jedna ze sester hned jak viděla vjíždět ZZS s tímto pacientem na UP, tak to velice nevhodně okomentovala. Nahlas zmínila jeho osobní údaje, co tu zase dělá, kdy se naposledy myl apod. Toto bylo slyšet nejen na UP, ale i v čekárně, protože nebyly ještě zavřené dveře.

4.2.2 Výsledky pozorování ambulantní částí urgentního příjmu

Pozorování nelékařského zdravotnického personálu, při zajišťování péče pacientům, byly zjištěny následující informace.

Představení se pacientovi: Zde bylo šetření naprosto totožné s pozorováním na expektačních lůžkách. Ani v této části nedošlo k představení se personálu. Jediné, co je v ambulantní části (viz příloha 7 a příloha 8) pacientovi jasnější je to, kdo je lékař a kdo sestra. Sestra pacienta zavolá do ambulance kde, již většinou sedí lékař, a proto profesní zařazení je zde dáno již těmito postupy.

Komunikace s pacientem: V komunikaci s pacienty v ambulantní části nebyl spatřen žádný větší problém. Všechny deset pozorovaných nelékařských pracovníků vyhovělo pozorovacím kritériím. Dodržovali zásady komunikace, pacienta oslovovali jménem, odpověděli na všechny otázky a komunikaci přizpůsobili zdravotnímu stavu pacienta.

Informace o plánu péče: Stejně jako v předchozí kategorii i zde nedocházelo k žádnému pochybení. Zdravotnický personál provedl ordinace lékaře, pacient byl edukován o dalším postupu. V mnoha případech se převážně jednalo o vysvětlení, kde najdou specializovanou ambulanci daného zdravotnického zařízení, RTG pracoviště a jak se,

popřípadě ke specialistovi objednat. Dále se jednalo o vysvětlení, jak dlouho budou čekat na výsledky, kde se případně mají posadit a pokud přijede ZZS, tak se může jejich čekání protáhnout.

Informace o aplikaci léků: Pouze polovina zdravotnického personálu informovalo pacienta o aplikovaném léku. Jakým způsobem bude lék aplikován, za jak dlouho mohou očekávat nástup účinku, ověřila si alergie pacienta apod. Jednalo se o akutní pacienty, kteří navštívili LSPP v rámci pohotovostní služby UP. Druhá polovina pouze provedla rychlou ordinaci lékaře, pacientovi podala jen informace o aplikaci a šla se věnovat pacientům v lůžkové části urgentního příjmu.

Zajištění intimity: Při zajištění intimity určitě musíme v ambulancích myslet na zavřené dveře ambulance, abychom zabránili pohledům jiných pacientů v čekárně. Dále zabránit vstupu nepovolaným osobám do tohoto prostoru. Pokud jsou ambulance průchozí vnitřním prostorem, jako je tomuto v tomto zařízení, musíme i tam mít připravené paravány. Takovéto situace během pozorování nastali hned několikrát, pouze polovina zdravotnického personálu zareagovala správně a okamžitě. Dávali si pozor na otevřené dveře, pokud musel personál vyjít ven, zatáhl vnitřní závěs, aby nebylo vidět do ambulance. Při vyšetřování pacienta použili paraván k lůžku, a i blízké pacienta posadili na tuto dobu do čekárny. Při vyšetřování pacienta do těchto prostor personál nedovolil vstupu např. sanitáři nebo uklízečce. Druhá polovina personálu se nejčastěji dopouštěla pochybení u zatažení vnitřního závěsu. Otevřeli dveře a ty za sebou nechali pootevřené, takže tam bylo vidět a byl i slyšet rozhovor pacienta s lékařem. U jednoho pracovníka došlo k pochybení v informovanosti pacienta. Předem neinformoval pacienta a nepožádal ho o souhlas s přítomností dvou stážistů u výkonu, který mu byl prováděn.

Respektování přání pacienta: Všem pacientům ošetřených v ambulanci části urgentního příjmu bylo vyhověno. Všech deset nelékařských zdravotnických pracovníků reagovalo pozitivně. V nejvíce případech se jednalo o možnost přítomnosti rodiny nebo blízkého člověka v ambulanci při ošetření. Dále pak zajištění převozové sanitky domů.

Překlad pacienta od ZZS: Předání pacienta od ZZS do ambulanci části UP probíhá bez větších pochybení. Je zde pouze nutný personál k převzetí pacienta. Pouze v jednom případě, a to opakovaně u jedné sestry, docházelo k tomu, že zůstali otevřené dveře do čekárny. Takže pacienti sedící v čekárně mohli sledovat a vyslechnout celé předání.

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou intimity, soukromí a zachování důstojnosti pacientů v intenzivní medicíně, konkrétně na oddělení urgentního příjmu. Výzkum se týkal nelékařského zdravotnického personálu. Předmětem mého šetření bylo zjistit, jak personál urgentního příjmu vnímá tuto problematiku, její důležitost a naplňování při výkonu ošetrovatelské péče na tomto specifickém oddělení. Dále jaké mohou použít pomůcky k zachování intimity, které překážky a situace jim v tom mohou zabránit. Výsledky, které byly získány kvalitativním šetřením, formou polostrukturovaného rozhovoru a metodou skrytého zúčastněného pozorování, jsou shrnuty v této diskuzi. Jelikož se literatura přímo problematikou urgentních příjmů a ošetrovatelské péče na nich nezabývá, probíhá tak srovnání tohoto šetření celkově s problematikou intenzivní medicíny a částečně se zkušenostmi v jiných pracích na podobné téma. Celé výzkumné šetření bylo provedeno se souhlasem vedení urgentního příjmu a hlavní sestry dané nemocnice.

Nelékařský zdravotnický personál na oddělení urgentního příjmu musí být kvalitní, odolný a musí se neustále vzdělávat. Urgentní příjem je zaměřen multioborově, což může být v určitém ohledu pro nelékařský zdravotnický personál výhodou. Mají tak možnost získávat zkušenosti v komplexní medicíně. Nevýhodou pro ně naopak je, že se právě musí multioborově orientovat a být tak schopní zareagovat na jakýkoliv problém a výkon. Proto jsem se tímto výzkumem chtěla blíže podívat na to, jak je to s přístupem, zajištěním a ochranou intimity pacienta nelékařským zdravotnickým personálem v takto náročných podmínkách. Zda personál vnímá tuto problematiku, zda si je vědom i situací kdy chybují, oni samotní anebo i jejich kolegové.

První kategorie nám ukazuje věk, vzdělání, celkovou praxi a praxi nelékařského zdravotnického personálu na UP. Dle zjištěných informací se zde jedná převážně o všeobecné sestry, pouze ve dvou případech zde pracují zdravotnický záchranáři. Celkově lze zhodnotit, že se jedná o personál s praxí a zkušenostmi. Až na zdravotnické záchranáře, kteří jsou absolventy z loňského roku a plní si zde svoji povinnost před samotným nástupem k ZZS. Urgentní příjem v této nemocnici funguje 7 let, proto je zřejmé, že někteří respondenti byli u vzniku tohoto oddělení a pracují tam po celou dobu.

Cílem druhé kategorie bylo zjistit, jak nelékařský zdravotnický personál nahlíží na problematiku intimity a soukromí ve své profesi. Co znamená pro ně samotné, co si pod pojmem intimita představují, jaké vidí oblasti narušení intimity a co znamená zajištění této oblasti v jejich péči o pacienta. Obsahuje tři otázky a dá se říct, že je více zaměřena na subjektivní vnímání a pocity dotazovaných respondentů. Z rozhovorů vyplývá, že více než polovina respondentů tyto otázky zvažovala více po té stránce psychologické. Jako je respekt k člověku samotnému, jeho individualitě a propojení stránky psychické s tou fyzickou. Většina autorů, kteří jsou v této práci zmiňováni ve spojení s intimitou, takto intimitu popisují i ve svých dílech. Hártl a Hártlová (2010) vnímají intimitu jako něco důvěrného. Intimitu ve zdravotnictví popisují přímo jako pocit důvěry pacienta k personálu, tudíž dochází k důvěrnému profesionálnímu vztahu. Ondrášková (2015) ve své práci to dokonce nazývá až poutem mezi personálem a pacientem. Nejprekvapivější odpověď byla od R10, který do intimity a soukromí zahrnul i právo pacienta odmítnout podat zdravotnickému personálu informace nebo podat neúplné informace. Tuto odpověď podporuje jeden ze základních dokumentů, a to Listina základních práv a svobod (1992), pacient není povinen sdělovat cokoli a komukoli, pokud on sám nechce. Je to jeho právo a nemusí ani sdělovat přesné informace ohledně svého zdravotního stavu. Úzce s touto odpovědí dále souvisí povinná mlčenlivost zdravotnického personálu. Určitě všichni dotazovaní respondenti jsou o této povinnosti v rámci své profese informováni. Myslím si, že si ji jen nedáváme do souvislosti s intimitou a intimitou podávaných nebo získaných informací. Tento fakt, že personál po určité době již tak trochu otupí a některé situace bere za samozřejmé zmiňuje Zacharová (2017). Toto je vidět na odpovědích čtyřech respondentů, kteří pod pojmem intimita vidí spíše tu fyzickou stránku a vlastně úkony, které jsou přímo spojené s jejich zdravotnickou profesí. Na druhou otázku všichni respondenti reagovali zhruba stejně, někteří více specifikovali z jejich pohledu nejdůležitější fakta. Dá se komplexně říct, že se odpovědi týkali fyzické i psychické oblasti a komunikace. Nejčastější odpověď byla vyprazdňování a hygiena. Dva respondenti upozornili i na sociální a spirituální stránku, která je dle jejich slov v nemocnici také narušena a pro pacienty může mít intimní charakter. V důležitosti zachování intimity se respondenti shodovali asi nejvíce. Z jejich odpovědí vyplývá, že intimita je důležitá. Respektování intimity vzbuzuje pocit jistoty, bezpečí, důvěry a na základě toho se jim s pacienty lépe pracuje. Zabraňuje to nedorozumění, nepříjemným situacím a také nepříjemným pocitům, které může pacient důsledkem toho pociťovat.

Jako příklad uváděli stud, strach, úzkost. Bellová ve své práci stud popisuje jako obrannou reakci. Popisuje jak stud fyzický, tak psychický. Zacharová (2011) se ve spojení se studem více zabývá nahotou a odhalováním. Pouze R5 na tuto otázku odpověděl nepřímo, z jeho vyjádření není jasné, jestli je intimita důležitá či nikoli. Otázky v této kategorii jsem zařadila záměrně a ihned na začátek našeho rozhovoru proto, abych zjistila, zda vůbec nelékařský zdravotnický personál o této problematice přemýšlí. Pokud ano, tak do jaké míry to vnímají a pokud ne, tak aby se nad tímto tématem zamysleli.

Třetí kategorie je již zaměřena na konkrétní pracoviště, kde respondenti pracují. Zajímala jsem se o to, jak zde zajišťují intimitu pacienta, jaké používají pomůcky, které překážky jim brání v dodržování soukromí a zajišťování důstojnosti při vykonávání základních potřeb. Kdy se oni samotní setkali v poslední době s narušením intimity pacienta a jaké situace v pojetí intimity vidí na urgentním příjmu nejproblematictější. Všichni dotazovaní se v těchto otázkách v podstatě shodli. Největší shodu měli respondenti ve způsobu, jakým se snaží zajistit soukromí pacientovi, jaké k tomu používají pomůcky a co pro dodržení intimity mohou udělat. Pomůcky, které mají na oddělení dostupné vyjmenovali všichni dotazovaní, nejvíce zmiňovali paravány, závěsy, příkrývky, pojízdné WC a koupací lůžko. R4 zmínil i inkontinenční pomůcky pro lepší komfort pacienta. O komunikaci s pacientem u lůžka nebo v soukromí a přiměřeným hlasem se zmínila více jak polovina respondentů. Za podstatné také považují pouze nutný počet personálu u pacienta, vykázaní těch, kteří v danou dobu tam být nemusí. Jeden z respondentů zde zmínil i přání pacienta, i tímto se dá zajistit jeho soukromí a získat jeho důvěru. Příklad je uvedený ve slovním zpracování odpovědí pod tabulkou 4. Veškerý dotazovaný personál se významně shodoval i v problematice překážek k zajištění soukromí na UP. Kromě jednoho respondenta vidí největší problém v nešťastném stavebním uspořádání daného oddělení. K jisté ztrátě intimity dochází již při průjezdu nebo průchodu vstupní halou, vlastně čekárnou, k ošetření na UP. Tuto překážku vidí jako zásadní, není tento prostor zcela oddělen od průchodu pacientů dále do nemocnice. Oddělení urgentního příjmu je zde tzv. halového typu, expektační lůžka jsou oddělena pouze závěsy mezi lůžky a dle odpovědí personálu, by občas bylo dobré mít kolem lůžka více prostoru pro jejich práci. Často zaznívala i připomínka, že by nebylo špatné mít závěsy na kolejnicích okolo celého lůžka. Když ne u všech lůžek, tak alespoň u těch prvních dvou až třech. Další problém vidí v koupací místnosti, je spojená s WC pro pacienty a je ihned vedle expektačních lůžek, oddělena pouze závěsem. MZ ČR (2020) vydalo metodický pokyn

pro zřízení a vedení UP. Další vyhláška MZ ČR (2012) obsahuje jaké minimální technické a věcné vybavení musí toto pracoviště mít. Ve specifických požadavcích této vyhlášky se píše i o prostorovém zázemí urgentního příjmu, ale je tam pouze minimálně plocha, takže každé zdravotnické zařízení si může toto oddělení uzpůsobit, jak potřebuje. Velice problematická je zde i velká fluktuace pacientů, ale tento problém je dán typem tohoto oddělení. UP je oddělení specifické a funguje pro vyšetření, stabilizování, zaléčení, předání nebo příjmu pacienta. Proto je tu časový tlak na péči a lůžko. V otázce na setkání se s okolností narušení intimity odpovídal každý jinak a je to pochopitelné, protože každý v poslední době měl jinou zkušenost. Personál popisoval následující situace, vyprazdňování, hygiena, vyšetřování pacienta, převoz pacienta na jiné oddělení, podávání informací, tyhle situace již nepřímo několikrát respondenti popisovali i v jiných odpovědích. Pár situací tu ale chci zmínit přímo, např. počínání ostatního personálu, kolegů. Respondenti zmínili chování a počínání pomocného personálu, zmínili i konziliární lékaře, posádky ZZS a v neposlední řadě i své vlastní kolegy z oddělení. Většinou popisovali situace jako nedostatečné zakrytí pacienta před ostatními, rychlé předání, předávání citlivých informací nahlas a necitlivě, nerespektování paravánů. U konziliárních lékařů dochází k tomu, že se domlouvají nad pacientem o pacientovi jako by tam nebyl. Pacient tak musí vyslechnout i interní informace, které slyšet nemusí. Může se cítit trapně a my tak ztrácíme jeho důvěru. Jsem velice ráda, že i tyto odpovědi zazněli. Je vidět, že si nelékařský zdravotnický personál všímá a uvědomuje chyby u svých kolegů a tím sám pak může tyto chyby eliminovat. Jeden z respondentů přímo zmínil předávání hlášení na konci směny kolegům, telefonování a další získávání informací. Tento postřeh považují za velice důležitý. Myslím si, že toto je časté pochybení, které si mnoho z nás neuvědomuje a děláme to zcela nevědomky. Další pochybení, který považují za „profesní nešvar“ je mluvit o pacientovi před jiným pacientem. Většina z nás si neuvědomuje, že ten, kdo nás poslouchá může daného pacienta znát a tím vniká nejen porušení jeho soukromí, ale také porušení mlčenlivosti, a to je trestně postižitelná záležitost.

Za nejvíce problematické označují zdravotníci podání informací a sdělování diagnóz, to je názor třetiny respondentů. Dva vidí větší problém ve vyprazdňování. Dva označili všechny situace, které se odehrávají na hale expektačních lůžek. Zbytek vidí problém také ve více věcech, ale pokud si museli vybrat, tak je to velká fluktuace lidí a nedostatek potřebných pomůcek, např. paravánů.

Dle Pospíšilové (2017), která prováděla výzkum na stejném typu oddělení, vyplývá, že respondenti, nelékařský zdravotnický personál, v její práci vnímají intimitu pacienta podobně jako respondenti zmínění v této práci. Upozorňovali na více než podobné problémy s dodržováním intimity na tomto typu oddělení. Zdravotnický personál v její i mé práci popisuje podobné situace u kterých dochází k porušení intimity, těžko se dodržuje důstojnost a mají stejné možnosti intimitu zajišťovat. Stěžují si na stejné překážky, problémové situace, které musí řešit.

Čtvrtá kategorie se zabývala urgentním příjmem jako takovým. Zaměřila jsem se na to, že je toto oddělení členěno do několika na sebe navazujících úseků. Zajímalo mě, jak to vnímá zdravotnický personál, který úsek je podle nich nejvíce problematický, co se týče intimity a soukromí a co by oni sami na svém oddělení pozměnili nebo udělali jinak pro lepší komfort pacientů. Členění urgentního příjmu je v každém zdravotnickém zařízení jiné. Není k tomu dána jasná metodika, která by určovala jednotný vzhled UP. MZ ČR určuje a doporučuje, aby UP byl dobře dostupný pro vozy ZZS i samostatně příchozí pacienty. Dále by UP měl mít v dosahu další důležitá oddělení jako je RTG, laboratoře, ARO a JIP, operační sály. (Věstník MZ ČR, 2020) Ševčík (2014) zdůraznil, že by UP měl mít takové umístění, aby se každému pacientovi dostalo rychlého a multidisciplinárního ošetření. Tyto předpoklady tento UP splňuje. Má v dosahu vše zmíněné a je velmi dobře přístupný pro všechny zmíněné pacienty. Jen není zcela vhodný přístup na UP pro ZZS ze vstupní haly pro všechny pacienty, kteří vcházejí do nemocnice. Tento problém, ale není v tuto chvíli možné jinak stavebně řešit.

Dle Pospíšilové (2017) vyplývá, že její dotázaný personál se s mými respondenty shodne na nešťastně zvoleném stavebním umístění UP, ale v otázce, v které části UP vidí největší problém v zachování intimity jsou moji respondenti jiného názoru. Mnou oslovený nelékařský zdravotnický personál udává nejčastěji expektační lůžka. Pouze dva respondenti zmínili recepci. Recepci nejčastěji udávali respondenti Pospíšilové.

Dále ještě několik respondentů zmínilo WC pro pacienty, to je zde součástí haly s expektačními lůžky. Na otevřené hale vidí největší nedostatky v intimitě, soukromí a důstojnosti. Co by změnili na svém oddělení? Někteří se nechali slyšet, že by změnili prostory, což od nich беру spíše jakou si formu povzdechu. Osm respondentů bez dlouhého promýšlení odpovědělo, že by se jim líbily boxy, boxový systém nejen závěsy kolem lůžka. Většina z nich k tomu dodávají: „Chápeme, že v tomto prostoru to není

možné.“ Proto jako další uvedli, více pomůcek, jako jsou párávány, pojízdná WC, závěsy kolem dokola lůžka, nejen ze strany. Pouze jeden dotazovaný odpověděl, že by neměnil nic, že si myslí, že snaha personálu zachovat důstojnost na tomto oddělení je řešena dostatečně.

Poslední kategorii jsem zaměřila na komunikaci s pacientem, osobní prostor a vnímání vhodné vzdálenosti mezi pacientem a personálem. V první otázce jsem se zdravotnického personálu ptala, zda se někdy setkali s odborným názvem proxemické zóny a zda tento pojem dokáže vysvětlit. Správně odpověděli pouze čtyři respondenti. Nejen, že odpověděli ano, ale dokázali i tento pojem vysvětlit. Jak jeden z dotazovaných zmínil, vlastně přeložit, proxemické znamená osobní zóny. Jednoznačnou odpověď ne, poskytl stejný počet respondentů jako ano. Jeden dotazovaný odpověděl, že tento název slyšel, ale nedokáže ho vysvětlit, a naopak další dotazovaný odpověděl, že se s tímto pojmem nikdy nesetkal, že zná pouze osobní zóny a neví, jestli to náhodou není ono. Tento odborný název pro osobní zóny jsem ani já sama před psaním mé práce neznala. Objevila jsem ho při psaní teoretické práce k mému tématu. Ledererová (2014) tento odborný název zmiňuje a dále popisuje co jsou to osobní zóny a proč je důležité je respektovat. Bližší rozdělení osobních zón a zhruba vzdálenost, která by se v jednotlivých zónách měla dodržovat, popsal ve své práci např. Edward T. Hal (2014). Na vhodnou vzdálenost při rozhovoru mezi personálem a pacientem jsem se ptala v mé poslední otázce. Odpovědi se různily pouze v drobnostech, dá se říct, že žádný z dotazovaných neodpověděl špatně. Odpovědi se lehce lišily v detailech. Jeden z respondentů uvedl jako odpověď jinou místnost. Dle jeho odpovědi soudím, že otázce docela neporozuměl a odpověděl tímto způsobem proto, že považuje pro rozhovor s pacientem jinou místnost jako větší zaručení soukromí. Pouze jedna odpověď zněla, že je to zcela individuální, protože musíme vzít v úvahu nedoslýchavost pacienta, ruch u ostatních lůžek a pak jako měřítko bere svoji vlastní paži. Komunikace s pacientem je velice zásadní, a zvláště pro nelékařský zdravotnický personál důležitý nástroj. Ledererová (2014) uvádí, že zdravotnický personál by měl být dobrým aktivním posluchačem, aby se dozvěděl vše potřebné a zmiňuje právě i důležitost nenarušovat osobní zónu pacienta, pokud to není nutné.

Při provádění utajeného zúčastněného pozorování jsem se soustředila na dvě části, které jsem chtěla navzájem porovnat. Chtěla jsem zmapovat, jak moc je odlišná péče s přihlédnutím na intimitu pacienta na expektačních lůžkách a v ambulantní části UP.

První pozorování jsem provedla v části s expektačními lůžky a druhé v ambulantní části urgentního příjmu. Připravila jsem si pozorovací arch pro obě části se zaměřením na sedm oblastí, kde jsem graficky zaznamenala výsledky.

Zhodnocení výsledků pozorování v úseku expektačních lůžek jsem došla k těmto závěrům. Nelékařský zdravotnický personál přistupoval ke každému pacientovi profesionálně a individuálně. Většina pracovníků komunikovala s pacienty v rámci svých a pacientových možností, a to ochotně a trpělivě. Musím zdůraznit, že tento profesionální přístup si zachovávali i u pacientů negativistických, opilých a agresivních. Veškerý personál se snažil, aby s pacienty komunikoval napřímo, aby co nejvíce chránil podávané informace. Pouze dva respondenti občas komunikovali s pacienty z větší vzdálenosti, zjišťovali od nich tak informace a odpovídali jim na jejich dotazy. Však ani toto u nich nebylo pravidlem, pokud daná situace nebyla časově vypjatá, komunikovali se svými pacienty také u lůžka. S představením svému pacientovi neuspěl nikdo. Žádný z deseti respondentů se pacientovi nepředstavil, ani neupřesnil svoji pracovní pozici. Toto učinil pouze odpovědí na cílený dotaz pacienta. Představení se ve zdravotnictví v ČR stále není běžná věc. V tomto ohledu jsou lékaři před sestrami, ti se pacientům představují více. Nelékařský personál má zde co zlepšovat, a ne se spoléhat na to, že si pacient přečte naši vizitku na uniformě.

Jak již bylo několikrát zmiňováno v průběhu celé práce, na tomto typu oddělení je velice problematické zajištění intimity a soukromí pacientů. Jednak v důsledku stavebního uspořádání oddělení, dále pak z důvodu oddělení lůžek pouze závěsem či paravánem a zvýšenou fluktuací ostatních pacientů. Zdravotnický personál se snaží všemi dostupnými pomůckami zajistit pacientovi maximální soukromí a intimitu, i během mého pozorování takto činil. Dle svých možností používal dostupné pomůcky, u pacienta byl při vyšetřování a výkonech pouze nutný počet personálu atd. Pokud to dovolí pacientův zdravotní stav doprovodí ho na WC, aby mohl svoji základní potřebu vykonat v soukromí. Problém nastává pouze při větším množství pacientů. Zde dochází k problému nedostatku určitých pomůcek jako je pojízdné WC a párávány. Personál vždy tuto situaci řeší individuálně a tak, aby co nejvíce zachoval intimitu a důstojnost pacientů. Co se týče jisté empatie personálu a vyhovění přání pacientů jsem nepozorovala žádné větší pochybení nebo nevyhovění. Pouze u dvou případech, kdy se pacient dožadoval své rodiny po celou dobu setrvání na UP, došlo k nevyhovění ze stran personálu. Dále se

jednalo spíše o drobnosti, kdy si pacient přál navštívit WC, nechtěl použít jednorázové pomůcky pro tento účel a personál mu s ohledem na jeho zdravotní stav toto neumožnil. Jako další častý drobný problém je použití mobilních telefonů. Je vysvětleno pacientům, že není úplně vhodné zde provádět dlouhé hovory, protože by mohlo dojít k rušení ostatních pacientů a personálu při jejich práci. V poskytnutí informací o plánu péče jsem nezaznamenala, že by personál pacientovi nevysvětlil další postup a co bude následovat. Edukoval pacienta a pokud byl potřeba písemný souhlas s vyšetřením, dopřál pacientovi dostatek času na přečtení souhlasu a položení jakéhokoli dotazu. Samozřejmě pokud se jednalo o vyšetření ve vážném stavu, tak se vše provádělo z tzv. vitální indikace, a tudíž bez podpisového souhlasu pacienta. Problém však nastal při informovanosti o podávání léků. Polovina respondentů lék pouze podala, neinformovala pacienta proč, jaký lék, na jak dlouho apod. Druhá polovina lék podávala s tím, že základní informace poskytla, co je to za lék, proč je mu podáván, jak dlouho bude např. aplikována infuzní terapie apod. V některých případech si znovu zdravotnický personál ověřil, zda není pacient na něco alergický, zda nebere antikoagulantia a vysvětlil mu možné nežádoucí účinky. Vypozorovala jsem, že pokud je větší časový tlak na péči a lůžko, tak informovanost pacienta je zkrácena pouze na nezbytně nutné informace. Pak tímto způsobem reaguje každý z pozorovaných respondentů. Jako veliký problém jsem ve svém pozorování vnímala překlad pacienta od ZZS. Překládání pacientů od ZZS a předávání tak citlivých osobních údajů je zde na denním pořádku. Je to velice problematická situace, protože pacient může být ve velice vážném stavu. V tuto chvíli je přednější se postarat o pacienta samotného a důležitost intimity jde trochu do pozadí. Ale neměli bychom na ní zapomínat a v každé situaci udělat vše proto abychom intimitu zachovávali. Při předání pacienta od ZZS dochází k občasnému porušení intimity i u méně závažných pacientů. Je to převážně způsobeno spoluprací a komunikací s posádkami ZZS. Často chvátají na překlad pacienta, předávají informace ihned po příjezdu na halu s expektačními lůžky a někdy dokonce sdělují i nežádoucí informace. V tuto chvíli je bohužel zcela jisté, že pacienti, kteří leží na dalších lůžkách, a tudíž v bezprostřední blízkosti vše dobře slyší a vnímají. Je zbytečné, aby k těmto situacím docházelo. Tým ZZS a personál UP by v tuto chvíli měli pracovat jako jeden tým, ale dle zkušeností a mého pozorování tyto vztahy ne úplně dobře fungují.

Zhodnocení výsledků pozorování v úseku ambulantní části UP jsem došla k těmto závěrům. Péče o pacienty v ambulantní části je odlišná, dalo by se snad říct, že i lehčí.

K ambulantnímu ošetření přicházejí pacienti, kteří jsou většinou nějakým způsobem soběstační a nejsou v přímém ohrožení životních funkcí. Jejich ošetření probíhá za většího soukromí, oproti expektačním lůžkům. Dá se říct v porovnání těchto dvou úseků, že probíhá až komorněji. Na ambulanci jsou pacienti pouze s lékařem a jedním nelékařským zdravotnickým pracovníkem. Komunikace je proto důvěrnější a tím vzniká menší riziko úniku citlivých informací. Pacient v ambulantní části stráví daleko kratší dobu, proto personál měl během pozorování velmi dobré výsledky v oblasti komunikace a respektování přání pacienta. Fakt, který dopadl v obou sledovaných úsecích úplně stejně je představení se pacientovi. Také zde se personál nepředstavil ani v jediném případě. Pacient je v této části vyšetřen lékařem, následně poslán do specializované ambulance daného zařízení nebo samotná terapie může být zahájena i zde. Pak je možné pacienta přesunout na expektační lůžko nebo podat ordinace lékaře a pacient dále vyčkává v čekárně. Proto ohledně informací o péči a následném postupu, zde probíhá naprosto bez problémů. Problém opět nastal v informovanosti o podaném léku. Pacienti, kteří byli ošetřeni ambulantně, hlavně v rámci LSSP, nebyli o podaném léku informováni polovinou respondentů. Ordinaci podaného léku pacientům vysvětluje při rozhovoru lékař a nelékařský zdravotnický personál již žádné další informace nepodařoval. Provedl pouze nutnou edukaci samotné aplikace. Tím, že zajištění intimity v této části urgentního příjmu se jeví jako snazší, ale nesmí ztratit svou důležitost. Proto mě mé šetření i nemile překvapilo. Personál UP, který se snažil až bezchybně dodržovat intimitu pacienta na expektačních lůžkách, zde na tuto zásadní věc v mnoha ohledech zapomínal. Zde polovina sledovaného personálu ztratila svoji aktivní účast na dodržování intimity pacienta. Při vyšetřování pacienta a jeho odhalování v mnohých případech nebyl použit paraván, popřípadě zamezení přístupu další osoby do místnosti. V popisu jednotlivých výsledků jsem již uvedla další pochybení, a to časté otevírání dveří do čekárny během vyšetřování pacienta uvnitř a v neposlední řadě souhlas pacienta s přítomností další osoby, ať personálu nebo jeho blízkých. Provedený výzkum Pospíšilové (2017) se v mnoha ohledech shoduje s mým výzkumným šetřením.

Personál UP má při celkovém hodnocení dobrou teoretickou povědomost o intimitě a soukromí, důležitosti jejího dodržování a proč by tomu tak mělo být. Řešení těchto situací v praxi a uvedení teorie do praxe není však pak tak jednoznačná a jednoduchá. Dodržování intimity je v praxi významně ovlivněno námi samotnými a danými okolnostmi v reálném čase. Zdravotnický pracovník je při své práci na tomto oddělení

pod neustálým tlakem na péči a čas, tím pádem ne vždy situaci vyhodnotí správně a zajistí vše pro potřebnou intimitu pacienta. V zásadě se dá říct, že všech deset respondentů jsou zdravotníci, kteří aktuální nedostatky v zachování intimity vynahradí svojí profesionalitou, vlídným přístupem a empatií vůči pacientům. Mnohdy i toto postačí, aby se pacient cítil lépe, důvěřoval nám a spolupracoval s námi.

Výsledky výzkumu ukázaly, že cíle, které jsem si stanovila pro moje šetření byly naplněny. Byla zmapována problematika zajištění intimity pacienta na UP a úskalí, kterým musí personál na tomto oddělení čelit. Dále byl zjištěn přístup nelékařského zdravotnického personálu k intimitě samotné a k jejímu dodržování. Byly odhaleny nejčastější problémy nebo nedostatky, kterých se zdravotnický personál vědomě či nevědomě dopouští.

6 Závěr

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala citlivé téma, které se týká každého z nás. Každý z nás máme svoje určité soukromí, intimní hranice a pohled na lidskou důstojnost. Intimita a lidská důstojnost je téma, které si v moderním ošetrovatelství buduje svoje důležité postavení. Proto se dostává i více do povědomí široké veřejnosti, samotným pacientům a jejich blízkým. Právo na soukromí, lidskou důstojnost a vlídné zacházení máme všichni. Lidé jsou si čím dál více vědomi svých práv, a proto je zdravotnictví více než jindy diskutovaný a sledovaný sektor. Zdraví je totiž základ naší vlastní existence.

Ve své práci jsem se zaměřila na vnímání intimity, soukromí a lidské důstojnosti zdravotnickým personálem při vykonávání své profese. Řada zdravotníků toto téma bagatelizuje a nevnímá ho jako důležité. Větší význam přikládají medicíně samotné. Když se ale nad tím více zamyslíme tak oboje jde ruku v ruce. Moderní medicína a psychická rovnováha pacienta je právě to co vede k úspěšné léčbě nebo alespoň k důstojnému prožívání nemoci. Je třeba si uvědomit, že pro pacienta samotného je stejně důležitá empatie, důvěra, vlídné zacházení, respektování jeho potřeb a přání jako tlumení bolesti, snižování teploty nebo operace.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na nelékařský zdravotnický personál, který pracuje v intenzivní medicíně, a to konkrétně na urgentním příjmu ve vybraném zařízení. Práce na tomto oddělení je pro personál náročná fyzicky i psychicky. Jsou často pod velkým tlakem časovým, ale i profesním, protože pracují s pacienty v akutním, leckdy velice vážném stavu. Dále jak jsem již zmiňovala ve své práci, tento typ oddělení je multioborový, takže personál musí mít velice dobrý přehled napříč mnoha specializacemi, a to také není lehká záležitost.

Mé šetření prokázalo, že personál je zde profesionální, má velmi dobré teoretické znalosti o intimitě pacienta, důstojnosti a naplňování tohoto základního práva. Ne však vždy se teoretické znalosti prolínají s praxí. Existuje několik důvodů, proč se i na tomto oddělení nepovede teorii s praxí propojit. Důvody, které tomu brání jsem zpracovávala v otázce, např. překážky a problematické situace. Z mého šetření vyplývá, že vnímání této problematiky zde na urgentním příjmu existuje, zdravotnický personál se ji snaží řešit dle svých možností a schopností. Vykonávání profese zdravotnického pracovníka je

nelehké, každý pacient je osobnost a žádá si individuální a profesionální přístup, i když se jedná o pacienta agresivního, nepříjemného, arogantního až vulgárního.

Celkové hodnocení mého výzkumného šetření a zdravotnického personálu urgentního příjmu ve vybraném zařízení je pozitivní. Zdravotnický personál globálně má povědomost o problematice intimity pacienta na jejich oddělení, uvědomuje si i situace a nedostatky. Snaží se pacientovi vyhovět, jeho důstojnost dodržovat a nepříjemné situace řešit, jak jim okolnosti dovolí. Nedostatky, které jsem zjistila svým šetřením jsou převážně prováděny nevědomky a s jistou „profesionální slepotou“. Pokud provedené rozhovory, použité pro tuto práci, připomenou personálu v jistých situacích jejich odpovědi, tak pokládám svůj cíl za více než splněný.

Výsledky mého výzkumu se nedají zobecnit, i přesto, že jsem svůj výzkum prováděla důkladně. Výzkum je limitovaný pouze na dané oddělení a zařízení, nemusí se shodovat s výsledky výzkumu z jiného zařízení.

7 Seznam literatury

1. BARAK, A., 2015. *Human dignity*. Cambridge: University Press. ISBN 978-1-107-09023-1.
2. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní medicíny*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4343-1.
3. BELLOVÁ, D., 2014. *Zajištění intimity pacienta při převazu*. České Budějovice, Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Bakalářské práce.
4. ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. *ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.cna.cz/icn-eticky-kodex/>
5. FITZGERALD, G., JELINEK, G., SCOTT, D., GERDTZ, M., 2010. *Emergency department triage revisited* [online]. *Emergency Medicine Journal*. 86-92 s. [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://emj.bmj.com/content/emered/27/2/86.full.pdf>
6. GULÁŠOVÁ, I., 2014. Databáze tuzemských onkologických konferenčních abstrakt: *Halový systém ošetrovatelské péče a stud pacienta* [online]. Česká onkologická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/halovy-system-osevratelske-pece-a-stud-pacienta/>
7. HALL, E. T., 2014. *Proxemics/personal Space in Different Cultures*. Notes on Intercultural Communication [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://laofutze.wordpress.com/2014/01/03/e-t-hall-proxemics-understanding-personal-space/#comments>
8. HÁRTL, P., HÁRTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
9. HLAVÁČKOVÁ, D., 2000. *Koncepce budování urgentních příjmů v ČR* [online]. Praha: Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, atestační práce [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/21391324-Koncepce-budovani-urgentnich-prijmu-v-cr.html>
10. INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ-KATEDRA URGENTNÍ MEDICÍNY, 2020. *Informace o pracovišti u příležitosti 65 založení IPVZ* [online]. [cit. 2021-1-15]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/o->

- ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/urgentni-medicina/informace-o-pracovisti-u-prilezitosti-65-let-zalozeni-ipvz
15. JANDA, V., 2012. *Urgentní příjmy v České republice-současný stav a perspektiva*. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta zdravotnických studií. Bakalářská práce.
 16. KARMAZÍN, P., VYTEJČKOVÁ, R., 2017. *Emergentní ošetrovatelství* [online]. Praha: Florenc-odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 42-46 s. [cit. 2020-12-30]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/1/emergentni-oseetrovatelstvi/>
 17. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁNKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., HAUSEROVÁ, D., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5332-4.
 18. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. ČÍŽKOVÁ, L. (eds). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2548-2.
 19. MINISTERSTVO DOPRAVY ČR – ÚŘAD PRO CIVILNÍ LETECTVÍ, 2020. *Letecký předpis heliporty L14H* [online]. [cit. 2021-1-15]. Dostupné z: https://aim.rlp.cz/predpisy/predpisy/dokumenty/L/L-14-H/data/print/L-14-H_cely-pdf
 20. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR, 2011. *Práva pacientů* [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
 21. MINISTERSTVO VNITRA ČR, 2000. *Zákon o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů č. 101/2000 Sb.* [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>
 22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2004. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon nelékařských zdravotnických povolání) č. 96/2004 Sb.* [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
 23. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2012. *Vyhláška MZ ČR č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče ze dne 15. 3. 2012* [online]. [cit. 2020-12-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92>

24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2019. *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>
25. NAPOLITANO, J. D., 2014. *Observation Units: Definition, History, Data, Financial Considerations and Metrics*. New York: Springer Science, Bussines Media. 1/2014. doi: 10.1007/s. 40138-013-0038-y. ISSN 2167-4884.
26. NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2017. *Desatero pro soukromí pacientů* [online]. [cit. 2021-01-18]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/bezpecna-pece-pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu/>
27. ONDRÁŠKOVÁ, S., 2015. *Respektování intimity u pacientů v bezvědomí*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Diplomová práce.
28. PETROVICOVÁ, E., TREŠLOVÁ, M., 2016. *Respekt, autonomie a intimita pacienta jako základní komponenty uchování lidské důstojnosti* [online]. 6 (1), 19-25 s. Ošetrovatelstvo. [cit. 2021-01-28]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: https://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2016/01/2016-rocnik-6-cislo-1.pdf
29. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3871-0.
30. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetrovatelství II*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0889-3.
31. POKORNÝ, J. et al., 2004. *Urgentní medicína*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-259-5.
32. POLÁK, M., 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3939-0.
33. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR, 1992. *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 2021-01-22]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
34. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní péče*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4530-5.
35. SESTRA, ODBORNÝ DVOUMĚSÍČNÍK PRO ZDRAVOTNÍ SESTRY, LEDEREROVÁ, 2014. 24 (1). [cit. 2021-01-22]. *Komunikace ve zdravotnictví*. Praha: Strategie Praha. ISSN 1210-0404.

36. SIKOROVÁ, L., FILOVÁ., 2011. *Opomíjení dodržování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních*. Kontakt (13) 2, 204-210 s. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2011/02/10.pdf>
37. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3311-1.
38. SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTROF. *Z historie oboru urgentní medicína v ČR* [online]. Sekce urgentní medicína [cit. 2020-12-18]. Dostupné z: <https://urgmed.cz/z-historie/>
39. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3223-7.
40. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2018. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 2., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0596-0.
41. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-066-0.
42. ŠÍN, R. et. al., 2017. *Medicína katastrof*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-295-4.
43. TINTINALLI, J. et. al., 2010. *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. New York: McGraw-Hill, s. 969. ISBN 978-0071484800.
44. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
45. URGENTNÍ MEDICÍNA, ČASOPIS PRO NEODKLADNOU LÉKAŘSKOU PÉČI, 2015. *Věstník MZ ČR* [online]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf
46. VESELÁ, H., 2014. *Standartní ošetrovatelský postup č. 2 - Třídění pacientů (Triage)* [online]. Nemocnice Jindřichův Hradec a.s., Standartní ošetrovatelské postupy (vlastnictví nemocnice). Dostupné z: intranetu Nemocnice Jindřichův Hradec a.s.
47. VĚSTNÍK MZ ČR 9/2020. *Metodický pokyn ke zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli akutní lůžkové péče ČR*. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Vestnik-MZ_9-2020.pdf
48. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1428-8.

49. WYATT, J. P. et. al., 2012. *Oxford handbook of emergency medicine*. 4.vydání. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-958956-2.
50. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4062-1.
51. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Desatero pro soukromí pacienta

Příloha 2: Seznam použitých otázek pro rozhovor

Příloha 3: Pozorovací arch k záznamu pozorování

Příloha 4: Expektační lůžka

Příloha 5: Recepce

Příloha 6: Koupací lůžko a WC

Příloha 7: Ambulance 1

Příloha 8: Ambulance 2

Desatero pro soukromí pacientů

- Nezpovídejte pacienta před jinými osobami
- Nesdělujte informace bez uvážení
- Omezte přítomnost třetích osob při vyšetření
- Klepejte na dveře
- Nenechávejte zdravotnickou dokumentaci bez dohledu
- Lékařská vizita není výslech před svědky
- Veřejná nahota není to, proč pacient přichází do nemocnice
- Transport, i to je součástí pobytu v nemocnici
- Pacient má jméno a titul, užívejte ho
- V nemocnici nejde o sběr dat, ale především o rozhovor

Zdroj: NEMOCNICE NA HOMOLCE, 2017. *Desatero pro soukromí pacientů* [online]. [cit. 2021-01-18]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/o-nemocnici/kvalita-a-bezpecnost/bezpecna-pece-pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu/>

Příloha 2: Seznam použitých otázek pro rozhovor

- 1) Jaký je Váš věk?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouhá je Vaše praxe ve zdravotnictví?
- 4) Jak dlouho pracujete na urgentním příjmu?

- 5) Co Vy sama/sám vnímáte pod pojmem intimita a důstojnost?
- 6) Ve kterých oblastech může u pacienta nejčastěji dojít k narušení intimity?
- 7) Co pro Vás znamená zachování intimity při péči o pacienta?

- 8) Jakým způsobem zajišťujete intimitu pacienta na urgentním příjmu?
- 9) Co Vám brání v dodržování intimity pacienta při péči na urgentním příjmu?
- 10) Za jakých okolností jste se Vy sama/sám setkala/setkal s narušením intimity pacienta při péči na urgentním příjmu?
- 11) Jaké situace se zajištěním intimity pacienta vidíte jako nejvíce problematické na urgentním příjmu?

- 12) V které části urgentního příjmu vidíte největší problém v zachování intimity pacienta? A proč?
- 13) Co byste Vy sama/sám na vašem oddělení změnila/změnil pro zachování intimity a soukromí pacienta?

- 14) Setkala/setkal jste se někdy s pojmem „proxemické zóny“? Vysvětlete.
- 15) Jaká je podle Vás nejvhodnější vzdálenost pro rozhovor s pacientem?

Příloha 3: Pozorovací arch k záznamu pozorování

Kategorie	Popis pozorované situace
Představení se pacientovi	
Komunikace s pacientem	
Informace o plánu péče	
Informace o aplikaci léku	
Zajištění intimity	
Respektování přání pacienta	
Překlad pacienta od ZZS	

Příloha 4: Expektační lůžka



Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení pro tuto práci

Příloha 5: Recepce



Zdroj: vybrané zdravotnické zařízení pro tuto práci

Příloha 6: Koupelna a WC



Zdroj: vlastní (2021)

Příloha 7: Ambulance 1



Zdroj: vlastní (2021)

Příloha 8: Ambulance 2



Zdroj: vlastní (2021)

Seznam zkratek

Apod. - a podobně

ARIP – specializační vzdělávání v intenzivní medicíně

Atd. - a tak dále

ČR – Česká republika

ČSA – Česká asociace sester

EU – Evropská Unie

IZS – Integrovaný záchranný systém

JIP – jednotka intenzivní péče

KPR – kardiopulmonální resuscitace

LSPP – Lékařská služba první pomoci

MD ČR – Ministerstvo dopravy české republiky

MV ČR – Ministerstvo vnitra České republiky

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např. - například

Př. - příklad

Tzv. - tak zvaně

UM – urgentní medicína

UP – urgentní příjem

USA – Spojené státy americké

ZZS – Zdravotnická záchranný systém