

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Ludmila Kalná

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Ludmila Kalná

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA RESPEKTOVÁNÍ SOUKROMÍ NA
LŮŽKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vykonala samostatně a všechny použité
prameny jsem použila v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 24. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji Mgr. Bohumile Hajšmanové za metodické vedení práce, za poskytnutí cenných rad. Poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mě během studia podporovali.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Kalná Ludmila

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče

Vedoucí práce: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Počet stran: 76 číslované, 23 nečíslované

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 34

Klíčová slova: sestra, JIP, soukromí, výzkumné šetření, pacient

Souhrn:

Tématem bakalářské práce je problematika respektování soukromí u pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče (JIP). Práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část se věnuje lidským potřebám a jejich uspokojování. Dále práce ukazuje pohled pacienta z hlediska uspokojování jeho potřeby soukromí na JIP, popisuje rozdílné vnímání žen a mužů, pacientů mladšího a staršího věku. Je zde také podrobněji popsáno zaměření JIP, funkce, vybavení JIP.

Praktická část je založena na výzkumném šetření, které jsem uskutečnila na JIP Rokycanské nemocnice a.s. Kvantitativní šetření bylo provedeno formou anonymního dotazníku. Cílem dotazníku bylo zjistit, zda je u hospitalizovaných na JIP zabezpečeno soukromí, jakými způsoby zajišťuje personál potřebu soukromí, zmapovat rozdílné vnímání mužů, žen a pacientů mladšího a staršího věku.

ANOTATION

Surname and name: Kalná Ludmila

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The issue of respect for the privacy of intensive care beds

Consultant: Mgr. Bohumila Hajšmanová

Number of pages: 76 numbered, 23 unnumbered

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 34

Key words: nurse, ICU, privacy, research surveys, patient

Summary:

The theme of the bachelors thesis is the issue of respect for privacy of patients hospitalized in the ICU. Thesis consists of theoretical and practical part. The theoretical part deals with human needs and their satisfaction. The thesis also shows a view of the patient in terms of meeting the needs privacy in the ICU, describes the different perceptions of women and men, patients younger and older age. There is also described in detail the focus ICU, features, equipment ICU.

The practical part is focused on the research, that I conducted in the ICU of the Rokycanys hospital. The quantitative survey was conducted by means of an anonymous questionnaire. The aim of the survey was to determine, if it is in hospitalized patients in ICU ensure privacy, how this ensures staff and to map the different perceptions of men and women and in patients younger and older age.

Obsah

1 LIDSKÉ POTŘEBY	10
1.1 Charakteristika potřeb.....	10
1.1.1 Klasifikace potřeb.....	10
1.1.2 Nemocný a jeho potřeby	11
2 SOUKROMÍ.....	13
2.1 Právo na soukromí	13
2.1.1 Fyzická nahota.....	13
2.1.2 Povinnost mlčenlivosti	14
2.2 Etický kodex sestry.....	14
2.2.1 Ctnosti sestry	15
2.3 Zóny a dotýkání pacientů	15
3 ZAJIŠTĚNÍ SOUKROMÍ V NEMOCNICI.....	17
3.1 Potřeba vyprazdňování	17
3.1.1 Zajištění potřeby u imobilních pacientů	17
3.2 Ostatní potřeby	18
3.3 Fyzické a psychické problémy při nedodržování soukromí	18
4 VÝVOJ ČLOVĚKA	20
4.1 Dospělost a stáří	20
4.1.1 Dospělost	20
4.1.2 Stáří.....	21
4.1.2 Rozdíly mezi ženami a muži	21
5 JIP	23
5.1 Definice jednotky intenzivní péče	23
5.2 Rozdělení a typy JIP	23
5.3 Vybavení JIP	24
5.4 Dokumentace na JIP	24
5.4.1 Informace v soukromí.....	24
5.5 Rozmístění pacientů na JIP.....	25
6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA JIP	26
6.1 Psychosociální přístup na JIP	26
6.1.1 Komunikace s pacientem.....	26
6.2 Zajištění péče na JIP	27
6.3 Zabezpečení soukromí na JIP	28
7 STANDARDNÍ ODDĚLENÍ.....	30
7.1 Zajištění soukromí na standardu.....	30
7.1.1 Starší oddělení	30

PRAKTICKÁ ČÁST	31
8 FORMULACE PROBLÉMU	31
8.1 Vymezení problému	31
9 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	32
9.1 Dílčí cíle	32
10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU	33
11 METODA SBĚRU DAT	33
12 ORGANIZACE VÝZKUMU	33
13 ANALÝZA ÚDAJŮ	34
14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	66
15 DISKUZE	73
ZÁVĚR.....	84
SEZNAM ZDROJŮ	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM GRAFŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče.“ Myslím si, že je toto téma stále aktuální a zajímavé, ale často opomíjené a v praxi se mu nevěnuje dostatečná pozornost.

Na lůžkách intenzivní péče je v popředí záchrana lidského života. To je zabezpečeno díky speciálně proškolenému personálu, moderním přístrojům a technice, která se neustále vyvíjí a zdokonaluje. Samotný pacient kvůli technice maličko ustupuje do pozadí.

Proto nesmíme zapomínat na pacienta, věnovat dostatečnou pozornost nejen jeho fyzickému stavu, ale i psychice a jeho potřebám. Mezi základní lidskou potřebu patří zajištění dostatku soukromí při osobní hygieně, vyprazdňování. Pokud není tato potřeba uspokojena, může dojít ke vzniku psychosomatických obtíží.

Bakalářská práce popisuje zajišťování soukromí na jednotce intenzivní péče. Zajištění této potřeby na JIP je velmi problematické. Často vedle sebe leží na lůžkách žena, muž, oddělení pouze závěsem. Nelze zde zajistit rozmístění pacientů na ženský, mužský pokoj jako je tomu na standardním oddělení. Z tohoto rozmístění vyplývají i situace, kdy je třeba zajistit pacientovi dostatek soukromí. Je to především péče o osobní hygienu, potřeba vyprazdňování, potřeba spánku. Zajištění těchto potřeb velmi negativně ovlivňují i další faktory jako je hluk přístrojů, samotný chod oddělení, malý kontakt s rodinou, nedostatek informací, osobnost nemocného.

Nerespektování soukromí se může odrazit v psychice pacienta. Duševní stav má velký vliv na léčbu. Aby byla léčba komplexní, je třeba vytvořit příjemnou, klidnou atmosféru, ve které se pacient bude cítit dobře. Při ošetřování nemocných by měli zdravotníci volit ohleduplný a citlivý přístup, naučit se respektovat osobnost pacienta, zachovávat pacientovi úctu, soukromí, lidskou důstojnost. Empatické jednání pomůže pacientovi překlenout pobyt v nemocnici a navodit jeho cestu k uzdravení. Chovejme se k pacientům tak, jak bychom si přáli, aby se zacházelo s námi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LIDSKÉ POTŘEBY

1.1 Charakteristika potřeb

Nemoc. Ve Slovníku spisovné češtiny se dočteme, že nemoc je porucha zdraví. Nemocný člověk je potom člověk postižený nemocí. Nemocný přichází do nemocnice a uvědomuje si, že jeho stav je vážnější. Od přijetí do nemocnice očekává vyléčení, možnost léčení nebo alespoň zlepšení stavu. (1, s. 26)

V moderním ošetrovatelství sestry systematicky hodnotí a plánují zabezpečení potřeb pacientů. Zabezpečení se uskutečňuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Hlavním cílem ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby bezpečí, nezávislosti nemocného. Zdravotníci by měli při ošetrování pacientů volit holistický přístup, zaobírat se pacientem jako celkem, bytostí bio-psycho-sociální. Ukazuje se, že somatika, psychika a sociální prostředí musí být v rovnováze. Při poruše jedné částí celku, dojde k rozkladu jiné části a může vzniknout somatické onemocnění.

Pacient má hodně svých potřeb, ale v nemocnici se uspokojují hlavně fyzické potřeby a ty ostatní ustupují do pozadí. Pokud je člověk zdravý, je schopen zabezpečit své základní potřeby sám bez cizí pomoci, ale v nemoci se stává závislý na pomoci druhých. (1, s. 41, 2, s. 9)

Pod pojmem potřeba si představíme nedostatek, chybění něčeho. Odstranění tohoto nedostatku je nezbytné, protože prožívání nedostatku ovlivňuje psychický stav člověka a formuje jeho osobnost. Každý člověk je individualita a uspokojuje si své potřeby určitým způsobem. Během života se potřeby u člověka mění. Na uspokojování potřeb má vliv výchova, vzdělání, rodina, životní standard, ale také patologické faktory jako je horečka, bolest. (2, s. 11, 4, s. 17)

1.1.1 Klasifikace potřeb

Americký psycholog Abraham H. Maslow se zabýval motivacemi lidí. Zjistil, že motivace nám slouží k zabezpečení určitého nedostatku, potřeby. Vytvořil hierarchii potřeb, tzv. Maslowovu pyramidu potřeb. Zde rozděluje potřeby na nižší a vyšší. Člověk nejprve zabezpečuje své základní potřeby a teprve potom následuje uspokojení vyšších potřeb. Pokud není základní potřeba zajištěna, člověk vnímá úzkost, stres. Jestli si člověk

zabezpečí základní potřebu, pociťuje ji v běžném životě jako standard. Potom následuje uspokojení vyšších potřeb a zabezpečení těchto potřeb vnímá jako pocit naplnění. Maslovova teorie tvrdí, že lidé, kteří zajišťují svoje potřeby, jsou šťastnější, spokojenější. (2, s. 13, 3, s. 16)

K nižším potřebám zařadil fyziologické potřeby. Tyto potřeby slouží k přežití organismu. Jsou to potřeby výživy, čistoty, vyprazdňování, spánku, sexuální potřeba, potřeba kyslíku. Dále se k nižším potřebám řadí potřeby jistoty a bezpečí. Tyto potřeby jsou velmi důležité a objevují se v důsledku ztráty životní jistoty. Patří k nim potřeby jistoty, stability, důvěry, ochrany, spolehlivosti. (5, s. 15 – 16)

K vyšším potřebám patří potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba být milován. Vystupuje v popředí v situacích, kdy je člověk osamocen. Mezi další vyšší potřeby přiřadil Maslow potřeby uznání, ocenění, sebeúcty. Tyto potřeby jsou spojeny s nezávislostí jedince, uznáním, vyjadřují touhu jedince po prestiži ve společnosti, mít respekt a uznání od druhých lidí. (2, s. 14)

Poslední potřeby stojící na samém vrcholku Maslovovy pyramidy jsou potřeby seberealizace. Potřeby na tomto stupni tvoří další skupinu motivů. Říkáme jim metapotřeby. V těchto potřebách člověk realizuje vlastní potenciál a patří k nim potřeba dokonalosti, účelnosti, harmonie. Maslovova teorie potřeb vytváří určité schéma konkrétních lidských potřeb a je uznávána mezi zdravotníky. (3, s. 20)

1.1.2 Nemocný a jeho potřeby

Nemoc zabraňuje často lidem uspokojování svých potřeb. Choroba mění u člověka jeho denní rytmus, zaběhlý způsob života. U pacienta dochází ke ztrátě svobody, konání, rozhodování, stává se závislým na druhých lidech. Nemůže dělat, co by sám chtěl, vykonává, co mu zdravotníci sami určí. V době nemoci se nemocný soustřeďuje pouze na zabezpečení základních potřeb, které slouží k přežití a vyšším potřebám nevěnuje pozornost. Nemocný ztrácí schopnost zabezpečit své každodenní potřeby, stává se závislým na pomoci druhé osoby. Objevují se u něho poruchy v soběstačnosti, sebepéči. Do oblasti sebepéče zahrnujeme hygienu, výživu, oblékání. (2, s. 17, 1, s. 41)

Sestry pomáhají nemocnému zabezpečit fyziologické, psychické a sociální potřeby. Jakmile se nemocný začíná uzdravovat, přestává být závislý na pomoci druhé osoby. Začíná se zaměřovat na zabezpečení další potřeby, bezpečí a jistoty, pocit sebeúcty. Velmi důležitou součástí naplňování potřeb nemocného je správná informovanost

nemocných a motivující komunikace. Dostatek informací poskytuje nemocnému určitou kontrolu nad svou nemocí, pocit jistoty. V průběhu nemoci se mění u nemocného potřeby, některé zanikají, jiné se objevují. Velmi důležité je, aby měl pacient zachovánu svoji identitu a nebyl úplně pohlcen patientskou rolí. To znamená, abychom my sestry respektovaly pacientova přání, názory a daly mu možnost plánovat svou léčbu, možnost odmítnout úkon. (3, s. 39, 7, s. 198)

Mezi základní potřeby nemocných zařazujeme fyziologické potřeby, které jsou důležité k přežití jedince, ale mají vliv na spokojenost nebo nespokojenost jedince při pobytu v nemocnici a rychle se odrazí v psychice pacienta. Nemocní si často stěžují na časně ranní buzení, mají problémy s vyprazdňováním a osobní hygienou, potýkají se s nedostatkem soukromí, s nedostatečnou komunikací s personálem a málo tišenou bolestí. (7, s. 135)

2 SOUKROMÍ

2.1 Právo na soukromí

Nemoc přináší nemocnému určité omezení, ovlivňuje jeho chování, prožívání nemoci. Každý člověk je osobnost a od toho se odvíjí jeho reakce na hospitalizaci, prožívání nemoci. Někteří lidé se přizpůsobí lépe, druhým lidem trvá adaptace hůře a pobyt snáší těžce. Zdravotník si při své každodenní rutině v práci nemusí plně uvědomovat, že pacient v nemocnici prožívá nové situace, nezná nemocniční řád. Ošetřování nemocných, činnosti, které sestra u pacienta provádí, se velmi výrazně dotýkají jeho soukromí, jeho vlastního „já.“ (4, s. 25)

V moderním ošetřovatelství se změnila role pacienta a zdravotníka. Z dřívějšího tzv. paternalistického vztahu, kdy pacient byl v podřízené, pasivní roli, se uplatňuje demokratický vztah. Uplatňuje se v něm vzájemná úcta a spolupráce. Pacient je plnohodnotný partner a má právo plně diskutovat s lékařem, sestrou o své léčbě. V rámci ošetřování nemocných by sestra měla dodržovat práva pacientů, která navazují na Listinu základních práv a svobod. V souvislosti s respektováním soukromí pacienta se uplatňuje právo, které zní: V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral. (3, s. 124, 6, s. 86, 29, s. 71)

2.1.1 Fyzická nahota

Nemocný se často v nemocnici musí obnažovat, jak před zdravotníky, tak před ostatními spolupacienty. Každý člověk je individualita. Někomu svlečení nedělá potíže, jiný odhalení bere jako zásah do svého soukromí. Někdy má člověk na těle jizvu, znetvoření a stydí se tento nedostatek odhalit před jiným člověkem. V nemocnici pacient podstupuje léčebné a diagnostické vyšetření. Optimální je, aby při vyšetření bylo přítomno co nejméně lidí. Pacient pociťuje stres, rozpaky, stud. Pokud je mu prováděn určitý úkon, prožívá strach, stud, obává se bolesti a svých reakcí na bolest. Nemocný může být svými projevy na bolest zahanben. Také převozy z oddělení na samotné vyšetření nebo úkon může být pro pacienta zdrojem ponížení, ztráty důstojnosti zapříčiněný bezohledností

personálu. Pacient leží na pojízdném vozíku špatně zakrytý, personál s ním nekomunikuje. Zpytujeme svědomí. Jak bychom se cítili my? (4, s. 26, 3, s. 96)

Na nemocného působí velmi negativně nedostatek soukromí při osobní hygieně, při vyprazdňování potřeb na pokoji, málo soukromí při spánku, při vyšetření. Nemocnému může vadit, že musí používat nemocniční prádlo. Špatně prožívá omezení soukromí při kontaktu s rodinou, ztrátu soukromí daný větším počtem pacientů na pokoji. Intenzivně vnímá nedostatek soukromí při sdělování informací ohledně své léčby. Sestra by měla za všech okolností zachovávat sebeúctu nemocného. (27, s. 13)

2.1.2 Povinnost mlčenlivosti

Při pobytu v nemocnici pacient sděluje lékařům a sestře informace, které v běžném životě tají a které se dotýkají jeho soukromí. Jsou to informace o různých genetických, dědičných onemocněních, údaje týkající se anamnézy. Nemocný při sdělování těchto informací pocítuje rozpaky a stud, není mu příjemné tyto data sdělovat. Předávání těchto informací by mělo probíhat mezi čtyřma očima. A je tomu tak? Informace se odebírají v přítomnosti jiných lidí, na pokoji před spolupacienty nebo v nejhorším případě na chodbě. Dochází k tomu, že pacient důležité údaje zatají, protože se stydí o svých problémech hovořit před jinými lidmi. (7, s. 134, 4, s. 26)

Součástí profese sestry je nezbytné o sdělených informacích pomlčet, respektovat soukromí nemocného. Je důležité, aby zdravotnický personál nešířil informace mezi sebou a respektoval intimitu sdělení. Sestra nesmí sdělovat informace o diagnóze a léčbě nemocného nikomu, to je pouze v kompetenci lékaře. Také neoprávněné nakládání s dokumentací pacienta je porušení povinnosti mlčenlivosti. Zachovávat povinnost mlčenlivosti je jednou z nejdůležitějších etických povinností lékaře a sestry. Lékařské tajemství navozuje důvěru mezi pacientem, lékařem, sestrou a je součástí zákona o ochraně osobních dat. (zák. č. 101/2000Sb.) (4, s. 26, 8, s. 55)

2.2 Etický kodex sestry

Povolání sestry je velmi náročné a vysilující jak po fyzické stránce, ale i po psychické. Objektem její péče je člověk. Od sestry se očekává, že zvládne pečovat o pacienta po fyzické stránce, ale že bude pečovat i pacientovu psychiku a zároveň unese i vlastní osobnost. Sestra má být zde pro pacienta, respektovat pacienta, cítit s pacientem, být blízko pacienta. V popředí jejích morálních hodnot má být úcta k člověku.

Etický kodex zahrnuje určitý rámec, podle kterého sestra činí etická rozhodnutí a je platný v naší republice od 29. 3. 2003. Sestra nese odpovědnost za pacienta, je svědomitá, plní zodpovědně svěřené úkoly, chová se v rámci morálních a právních norem. Je taková sestra i v nemocnici? Doufám, že většina sester se chová profesionálně podle kodexu. Bohužel se občas stává, že sestra pečující o pacienty je přepracovaná, vyhaslá, bez zájmu. Ale pacient je nemocný, má strach a nezajímají ho problémy sestry. Potřebuje její péči, empatii, ochotu, ohleduplnost. Proto by sestra měla pečovat i o své zdraví, o své duševno, být vyrovnaná. (8 s. 21, s. 40)

2.2.1 Ctnosti sestry

Nejdůležitějším předpokladem práce sestry je láska k lidem a altruismus. Pro povolání sestry je žádoucí v sobě pěstovat určité morální vlastnosti. Nelze vykonávat toto povolání bez těchto vlastností. Jak vnímají pacienti sestru? Pro pacienty je jedna z nejdůležitějších ctností ochota pomoci. Sestra registruje potřeby pacientů v celé její sféře, vnímavá sestra pozná z gest pacienta nevyřčenou potřebu. S tím souvisí i obětavost, práce sestry přináší každý den větší či menší oběti. Pacienti vnímají velmi pozitivně, pokud je sestra trpělivá a vstřícná. Trpělivost sestry se projevuje ochotou vyslechnout pacienta, nespěchat při jednotlivých úkonech, trpělivě tišit jeho bolest, snášet pacientovy nedostatky a naučit se je přehlížet, být velkorysá. Pro zajištění soukromí pacienta je nutné, aby sestra byla taktní a ohleduplná. Bez potřebné dávky taktnosti a ohleduplnosti dochází k devalvací pacienta. Sestra respektuje věk, kulturu, postižení a při ošetřování se dokáže vcítit do situace pacienta. Nezbytností je zachovávat důstojnost pacienta a respektovat jeho osobnost. (8, s. 45, 28, s. 20)

2.3 Zóny a dotýkání pacientů

Všeobecné sestry při své práci často vnikají do intimní zóny pacientů a zároveň pacient narušuje jejich zónu. Zóny si představujeme jako pomyslné kruhy kolem těla. Je jich několik a jsou to hranice kontaktu s ostatními lidmi. Dělíme je na veřejnou, společenskou, osobní a intimní. Ve veřejné zóně se uskutečňují herecká vystoupení, společenskou zónu zaujímáme při obchodním jednání, osobní zónu při úředním jednání. Do intimní zóny pouštíme jen své nejbližší, je to naše vymezené teritorium. Při vniknutí cizí osoby do této zóny pociťujeme zrychlení dýchání, srdečního tepu, potíme se. (10, s. 51)

Při ošetřování nemocných musí sestry porušovat intimní zóny nemocných velice často, především při hygieně, polohování nemocného, při provedení výkonu. Problém nastává, pokud sestra nevysvětlí pacientovi předem, co se chystá udělat. Také často sestra postrádá lidský přístup. Výkon provede šikovně, rychle, ale nekomunikuje. A jak se cítí pacient? Pociťuje bezmoc, narušení intimní zóny, cítí se nepříjemně, prožívá pocit studu. Je nejistý, myslí si, že je vystaven všem na očích. A jsou si sestry vědomy, že porušují soukromí pacienta? Narušení intimních zón si sestra plně uvědomí, pokud si sama prožije osobní zkušenost jako pacient. Ne každá ale získá tuto zkušenost. Proto je nutné vcítit se do role pacienta, nemocného o výkonu informovat, činnost omezit jen na nejkratší dobu. Je důležité, přemýšlet o osobnosti pacienta, aby nemocný nepociťoval úkon jako zásah do svého soukromí. (10, s. 51 – 52, 9, s. 269)

Povolání sestry obnáší i neverbální komunikaci, dotýkání pacienta. V profesi sestry jsou doteky specifické, ale ze strany pacientů nemusí být správně pochopeny. Je vhodné, aby se sestra zeptala pacienta na možnost dotyku nebo alespoň přemýšlela o vhodnosti. Naopak jsou situace, kdy pohlazení, podržení ruky pomůže pacientovi vyrovnat se s bolestí, s vyšetřením. Dotyk působí na pacienta uklidňujícím dojmem, snižuje jeho úzkost, vyjadřuje sdílení s pacientem. (11, s. 32)

3 ZAJIŠTĚNÍ SOUKROMÍ V NEMOCNICI

3.1 Potřeba vyprazdňování

Potřeba vyprazdňování patří mezi fyziologické potřeby. Vylučování se dotýká intimní sféry člověka, lidé mají často problémy o vyprazdňování mluvit. Vylučování moče a stolice je velmi úzce spojeno s dostatkem soukromí. Vyprazdňování moče a stolice v soukromí je zvyklostí ve všech zemích a různých kulturách. (5, s. 72)

Proces močení ovlivňují různé faktory. Rozčilení, strach, úzkost můžou vyvolávat velmi časté močení nebo se naopak může objevit retence, zadržetí moči a neschopnost se vymočit. Velmi důležitým aspektem ošetrovatelské péče při vyprazdňování je respektování soukromí. Někteří lidé nejsou schopni při omezení soukromí uvolnit perineální svaly a normálně se vymočit. Obzvláště ženy mají při vyprazdňování moče větší potřebu soukromí. Je to dané tím, že dámské toalety poskytují ženám větší soukromí při močení, naopak pánské veřejné toalety tvoří otevřený prostor. (5. s. 63, 2, s. 97)

Člověk potřebuje pro potřebu vyprazdňování stolice také dostatek soukromí. Vyprazdňování stolice je proces, při kterém chce být člověk sám. Většina lidí má problém vyprázdnit se v přítomnosti jiných lidí, a proto je nezbytné nezapomínat na tuto potřebu během hospitalizace. Sestra může zajistit pacientovi dostatek soukromí nabídnutím zástěny, nebo pokud to dovolí pacientův stav odvezením na toaletu. Mnoho lidí má také problém o vyprazdňování mluvit a poukázat na případné komplikace při defekaci. Je nezbytné, aby se sestra chovala k pacientovi ohleduplně, diskrétně a měla na mysli, že každý pacient je individualita. To znamená, že musí zjišťovat jeho zvyky a rituály před, při a po vyprazdňování. Nezbytností je nemocnému zajistit omytí rukou po vykonání potřeby. (2, s. 95, 12, s. 289, 13, s. 84)

3.1.1 Zajištění potřeby u imobilních pacientů

Problematické je vyprazdňování u pacientů upoutaných na lůžku. Nemocní jsou nuceni vyprazdňovat se na lůžku. Je nutné nechat pacientovi dostatek času na vykonání potřeby, asistovat pacientovi podle jeho přání. Sestra musí pacientovi vysvětlit, aby se nesnažil potlačovat defekační proces a nabízet podložní mísu v pravidelnou dobu. Opět je vhodné zajistit pacientovi soukromí umístěním zástěny a volit empatický, diskrétní přístup. Dále sestra umístí signalizační zařízení, aby měl pacient možnost kdykoliv se na sestru dozvonit. Sestra musí také nabízet pacientovi dostatek tekutin, aby se předešlo případným komplikacím s defekací. (5, s. 72, 13, s. 86)

3.2 Ostatní potřeby

Potřeba osobní hygieny je také biologickou potřebou. Péče o osobní hygienu vytváří osobní pohodu, zachovává důstojnost pacienta. Sestra pomáhá nemocnému v péči o osobní hygienu, asistuje mu při koupeli, u nemocných s poruchou soběstačnosti ji plně vykonává. Během péče o osobní hygienu sestra vstupuje do jeho intimní zóny, proto je vhodné se pacienta zeptat, jestli ho můžeme umýt. Sestra zajišťuje pacientovi při hygieně dostatek soukromí zatažením závěsu nebo odvezením do sprchy. Zajištění zdání soukromí je nutné na jednotce intenzivní péče, kde často vedle sebe leží pacienti opačného pohlaví. (2, s. 50, 14, s. 57)

Také potřeba spánku je často opomíjená a neméně důležitá. Spánek v nemocnici je často narušen faktem hospitalizace, změnou prostředím a nedostatkem soukromím, klidu, bolestí. V běžném životě spíme v pokoji, v intimním prostoru, který sdílíme se svými nejbližšími. Během pobytu v nemocnici je nemocný na pokoji s větším počtem spolupacientů. Pacienti se často ruší při usínání navzájem kvůli rozdílným zvyklostem, rituálům před usnutím. Na problém potřeby spánku by sestra neměla zapomínat, snažit se zajistit nemocnému soukromí pro spánek a omezovat další negativní vlivy, které omezují spánek. (2, s. 75, 3, s. 92)

Neméně důležité je zachovávat soukromí při vyšetřeních a úkonech, které se provádí u pacienta. Při vyšetřeních sestra nesmí opomíjet zachovávání úcty a lidské důstojnosti. Někdy se stává, že zdravotnický pracovník (nelékařský pracovník) méně respektuje úctu a důstojnost u pacienta, který je zmatený, znečištěn, nemluví. Sestra by si měla uvědomit, že pacient vnímá a všímá si mnohem více jejího projevu než by očekávala. Proto je důležité u pacienta navodit příjemnou atmosféru úcty a porozumění, aby on sám se chtěl podílet na svém uzdravení. (8, s. 25)

3.3 Fyzické a psychické problémy při nedodržování soukromí

Nerespektování soukromí při potřebách pacienta vede k psychosomatickým obtížím. U člověka se při pravidelném a dostatečném vyprázdnění dostavuje pocit uspokojení. Pokud nemá nemocný dostatek času a soukromí na vykonání potřeby, snaží se potlačit defekační reflex. Nemocný opakovaně ignoruje potřebu defekace a postupně dochází ke vzniku zácpy. Současně se objevují i další somatické problémy, nemocný má pocity nadýmání, plnosti, stěžuje si na bolest při vyprazdňování. Problémy se objevují i v psychické sféře, nemocný prožívá stres, má špatnou náladu, je nervózní. Tyto pocity

naopak můžou zrychlovat střevní peristaltiku a nemocný trpí průjmem. Jestliže dochází ze strany personálu k opakovanému nerespektování soukromí vůči pacientovi, může dojít u nemocného k rozvinutí poruch sebekoncepce a snížení sebeúcty. Také ztráta soukromí při vylučování moče se promítá do psychiky nemocného. Nemocný prožívá stres, úzkost, pociťuje silné nutkání na močení nebo naopak u něho dochází k retenci moče a neschopnost se vymočit. (2, s. 99, 5, s. 72)

Potřeba čistoty je péče o sebe sama, jejím prostřednictvím si člověk zabezpečuje své zdraví a chrání před nemocemi. U nemocných upoutaných na lůžku sestra zajišťuje kompletní hygienickou péči, vstupuje do jejich intimní sféry. Při hygieně musí sestra postupovat citlivě, taktně, vymezit si na pacienta dostatek času. Pokud k tomu nedojde, sestra postupuje nešetrně, chová se nevhodně, nemocný prožívá stres, ztrácí pocit bezpečí a jistoty. (3, s. 91)

Potřeba spánku je neméně důležitá. Nedostatek soukromí pro spánek a další faktory brání kvalitnímu a dostatečnému spánku u nemocného. U nemocného se objevují obtíže, které vznikají z deficitu spánku. Je podrážděný, úzkostný, unavený, trpí bolestí hlavy, zad, nechce jíst, je apatický, nepokojný, dochází u něho k poklesu fyzické a duševní výkonnosti. Tyto obtíže komplikují stav pacienta a zabraňují úplnému vyléčení nemocného. Sestra by měla omezit na minimum faktory, které vyvolávají nedostatek spánku jako je hluk, neklidní pacienti, světlo, zvuk přístrojů, nepohodlné lůžko, špatná poloha nemocného, bolest. Často také pocit strachu a úzkosti podporují u nemocného poruchy spánku. Zájem ze strany sestry, např. rozhovor, pomůže nabudit přátelskou atmosféru a usnadňují usínání. (5, s. 85, 3, s. 92 – 93)

Nezbytné je zajistit nemocnému dostatek soukromí při výkonech, které jsou nutné provádět v rámci léčení. Sestra by měla odvádět pozornost vhodnou komunikací, citlivým přístupem, upozorňovat na bolest.

4 VÝVOJ ČLOVĚKA

4.1 Dospělost a stáří

Vývoj psychiky člověka se neustále mění a utváří od narození až po stáří. V různých etapách života se mění emoční postoje, důvěra, zájmy, odolnost vůči zátěži. Sestra při výkonu svého povolání by měla umět ovládat komunikaci s nemocnými různého věku, porozumět jejich chování, prožívání v nemoci a volit optimální přístup při jejich ošetřování. (16, s. 9)

Ve své práci srovnávám názory pacientů mladšího a staršího věku, a proto zde konkretizuji jednotlivé období. Zároveň porovnávám vnímání soukromí muže a ženy při hospitalizaci.

4.1.1 Dospělost

Toto období se rozděluje do tří etap. Je to období časně dospělosti (20 – 30 let), střední dospělosti (30 – 45), pozdní dospělosti (45 – 60/65 let). Na počátku dospělosti je člověk plný nadějí. Upřesňuje si své cíle, je přístupný změnám. Plní očekávané role, je ekonomicky nezávislý, rozvíjí své zájmy, seberealizuje se. Dospělý jedinec je zdravý, silný na vrcholu svých duševních a fyzických sil, dosahuje osobní zralosti. (16, s. 179, 15, s. 161)

Postupně dochází k tělesným změnám. Zvyšuje se tělesná hmotnost, snižuje se výška, ubývá zraková a sluchová ostrost. Dochází také ke změnám tělesných orgánů, mění se endokrinní činnost žláz, změny se týkají oběhového a respiračního systému. U jedince se mění emoční prožívání. Člověk už přestává snít, je více pragmatický, realistický, jistý ve svém vystupování, je sebevědomý, plní úkoly vůči svým potomkům. Ustupují pocity méněcennosti, emoce se stabilizují. Po 45. roce se motorické tempo zpomaluje, řeč se zklidňuje, pohyby jsou úspornější. Dochází k zhoršování paměti. Ženy prožívají klimakterium, jsou podrážděné, neklidné, mají pocity méněcennosti, deprese. U mužů se může objevit nespavost, neklid, bolest hlavy. Postupně příznaky odeznívají, nitro se stabilizuje. (17, s. 120 – 121, 16, s. 163)

V období pozdní dospělosti člověk postupně bilancuje, uvědomuje si blížící stáří a ubíhající čas. Člověk nestojí o změnu, cení si všeho pozitivního, zaměřuje se na své soukromí. Váží si své rodiny, kde hledá bezpečí, jistotu, oporu. Splnil společenské očekávání, postaral se o děti, dosáhl postavení v zaměstnání. Uznává životní moudrost a posbíral mnoho zkušeností.

4.1.2 Stáří

Stárnutí je komplexní proces a postihuje jak fyzickou, tak i psychickou stránku osobnosti. Stáří můžeme rozdělit na rané stáří (60 – 75 let) a období pravého stáří (75 a více).

Ve stáří ubývá svalové hmoty, dochází k poklesu funkce jednotlivých orgánů, snižuje se odolnost vůči infekcím, zhoršuje se vnímání. Chůze se zpomaluje, ubývá gest, klesá energie a vitalita. Na druhé straně jsou staří lidé velmi systematictí, pečliví, důkladní. Jednají podle osvědčených pravidel, bojí se změn. Ve stáří narůstá potřeba bezpečí. V neznámém prostředí vykazují známky úzkosti, strachu, proto pobyt v nemocnici pro ně představuje zátěž. Klesá frustrační tolerance, což má za následek špatné vyrovnávání se zátěžovými situacemi. (17, s. 131, 31, s. 98)

Staří lidé také trpí nedostatkem sociálních vztahů, to je dané především odchodem do důchodu. Více se dotýká odchod do důchodu mužů, pro ně znamená ztrátu prestiže, mají pocity křivdy. Pro seniory je důležité udržení soběstačnosti a nezávislosti, velmi se obávají bezmocnosti a závislosti na druhých lidech. Bojí se osamění a nejisté budoucnosti. Staří lidé se snaží udržet pozitivní pocity a vyhýbat se negativním situacím. Myšlení se zpomaluje, někdy mají problém porozumět rozhovoru nebo klesá schopnost vyjádřit se srozumitelně. Velmi se upínají k rodině, vztahy v rodině jsou pro ně nejdůležitější. V rodině nacházejí potřebu bezpečí, jistoty. (16, s. 185)

Velmi nezbytné je ve stáří si uchovat pocit životní pohody a naučit se zvládat přibývajících potíže a ztráty.

4.1.2 Rozdíly mezi ženami a muži

Rozdíly mezi muži a ženami se utváří od raného dětství. Tyto rozdíly jsou dané výchovou, tlakem okolí a zařazením do typické genderové role. Socializační tlak působí už od dětství. Chlapci jsou vedeni více pohybově, dívky zase mají více řečové stimulace. Pokud pláče chlapec, často je mu vnucován názor, že chlapi nebrečí. Pláč chlapce je posuzován, že pláče ze vzteku, u děvčete převládá jiný názor, že pláče ze strachu. Také rodiče staví děti do jejich daných biologických rolí. Chlapcům kupují konstruktivní hračky, zbraně, děvčatům zase panenky a kočárky. Otcové často nevědomky trestají chlapce přísněji než dívky za stejný prohřešek.

Stejný problém se objevuje i ve škole. Chlapci jsou napomínáni za své rušivé chování, málo za chyby v učení. Děvčata jsou chválena, že jsou hodné a nevyrušují, ale

jsou jim vyčítány jejich omyly v úkolech. Horší prospěch chlapců je hodnocen jako jejich lenost. Horší prospěch u dívek je hodnocen jako neschopnost zvládnout úkol a tím se častěji vzdávají a může se vyvinout i deprese. (16, s. 202)

Tento problém se odráží při hospitalizaci mužů a žen. Muži neumí svoje pocity vyventilovat, muži přece nepláčou, ženy mají naopak velkou starost o rodinu. Bartlová ve své knize uvádí, že muži a ženy v produktivním věku přemýšlejí často o rodinné situaci. U zaměstnaných matek se objevují ambivalentní pocity. Na jedné straně je hospitalizace ventil, jak se zbavit stresu a ulevit si od tlaku ze zaměstnání a výchovou v rodině. Na druhé straně, převládá názor, že si nemůže dovolit být nemocná, bojí se, kdo za ni převezme úkoly v rodině. Naopak u mužů, kteří zaujímají významné funkce v zaměstnání, se objevují stejné pocity vázané na pracoviště. Starší ženy mají strach ze samoty. (Bartlová, 2005, s. 101 – 102)

Vědci se domnívají, že ženy mají nižší práh citlivosti na bolest. Trápí je častěji migrény, artrózy. Bolest vnímají citlivěji, více ji prožívají. Ženy pociťují různou intenzitu bolesti podle fáze menstruačního cyklu. Také prožívání hospitalizace vnímají muži a ženy rozdílně. Už v adolescenci chlapci popírají bolest, úzkost, nesvěřují se svými zdravotními problémy. Naopak dívky lepší spolupracují, umějí ventilovat svoje emoce, ale můžou být depresivní. V dospělosti muži opět popírají prožívání, bolest, hospitalizaci vnímají jako velké omezení a velmi se bojí. Ženy se lepší adaptují na nemoc, studují svoji chorobu, uvolňují svoje pocity. Ve stáří muži reagují na svoje neduhy zlobně až agresivně, požadují rychlou pomoc od blízké osoby. Ženy se snaží být soběstačné i v nemoci, na neduhy rezignují. Pokud v partnerském vztahu onemocní manžel komplikovaným onemocněním, stává se žena pečovatelkou, aktivně vyhledává pomoc, ale bojí se více samoty. Jestliže onemocní manželka, muž zabezpečí rychle technické zázemí, pomoc. Na svou partnerku se upíná až nepřiměřeně, má větší strach z bolesti a smrti. (18, 5, s. 108)

5 JIP

5.1 Definice jednotky intenzivní péče

Intenzivní medicína je v současnosti uznávanou specializací a oddělení JIP a anesteziologicko–resuscitační oddělení(ARO) jsou součástí většiny nemocnic. Jsou zde přijímáni pacienti v kritickém stavu, u kterých hrozí selhání orgánů nebo již k selhání došlo. Pacientům jsou neustále monitorovány jejich životní funkce, měřeny hodnoty těchto funkcí, pacientův stav nepřetržitě sleduje sestra. Lékař zde musí být neustále k dispozici. (12, s. 19)

5.2 Rozdělení a typy JIP

Intenzivní péči můžeme rozdělit do tří typů. I. stupeň intenzivní péče se vyskytuje v menších nemocnicích. Zajišťuje se zde kontinuální monitorování pacientů, zvýšená ošetrovatelská péče, resuscitace. Pacienti na umělé plicní ventilaci jsou zde umístováni maximálně do 24 hodin, dále jsou předáváni na vyšší pracoviště. II. stupeň poskytuje péči ve větších nemocnicích. Kromě výše uvedené péče je zde zajištěno měření srdečního výdeje, dlouhodobá umělá plicní ventilace, možnost celodenní poskytnutí zobrazovacích metod. Nezajišťuje možnost hemodialýzy, měření intrakraniálního tlaku. III. stupeň se poskytuje ve fakultních nemocnicích. Tato jednotka zajišťuje celé spektrum výkonů se zaměřením na kritické stavy různého původu. Jsou zde stále přítomni specialisti z intenzivní medicíny. Poměr počtu sester k jednomu nemocnému by měl být 1:1 nebo i vyšší. Na pracovištích pracují sestry, které si doplňují specializační vzdělání v intenzivní péči. (21, s. 11, 12, s. 21)

JIP se můžou třídit podle své specializace. Tento systém se osvědčil ve fakultních nemocnicích, kde nalzáme JIP různého zaměření např. metabolická, kardiologická, ortopedická, neurochirurgická, kardiochirurgická JIP atd. Je zde zajištěn komplexní přístup k pacientovi. V menších nemocnicích se nalzájí multioborové JIP. Jsou zde umístováni pacienti jak s interním, tak chirurgickým onemocněním. Výhoda je centralizace přístrojové techniky, organizační řešení. Problém je časté dělení odpovědnosti mezi více lékařů, intenzivistu a specialistu oboru. (19, s. 2)

5.3 Vybavení JIP

Na JIP jsou přijímáni pacienti v ohrožení života. Prvotní je zde záchrana života pacienta, proto JIP musí být vybaveny přístrojovou technikou, která je nezbytná k zajištění životních funkcí pacienta.

Každý pacient je napojen na monitor, který zaznamenává základní životní funkce, dýchání, srdeční činnost a v případě poklesu upozorní sestru alarmem. Zároveň funkce všech pacientů hlídá centrální monitor, takže se zde zabezpečuje dvojitá kontrola funkcí pacienta. Nezbytností je velké množství infuzních pump a lineárních dávkovačů, protože pacientovi je kontinuálně podáváno velké množství roztoků. U každého lůžka je rozvod kyslíku a vzduchu, řádné osvětlení, větší počet zásuvek pro zapojení přístrojů. Každé lůžko musí být polohovatelné, opatřené antidekubitální matrací. (Zadák, 2007, s. 17)

Součástí vybavení JIP je ventilátor, pomocí kterého zajišťujeme u pacienta neinvazivní plicní ventilaci nebo umělou intubaci. Dále jsou zde k dispozici defibrilátory, přístroje na odsávání, pomůcky na zabezpečení základních životních funkcí, přístroj na natočení ekg, ultrazvukový a rentgenový přístroj, nebulizátory, externí kardiostimulátory. Na kardiologické JIP jsou srdeční monitory včetně telemetrie umožňující přenos ekg. JIP je vybavena dostatečným množstvím léků k zajištění resuscitace, ale i léky k dennímu užívání a nezbytností je zajištění velkého množství materiálu, který je nutný pro ošetrovatelskou péči pacientů. (21, s. 17)

5.4 Dokumentace na JIP

Přesně vedená dokumentace je nezbytností na všech odděleních nemocnice, ale na JIP je obzvláště důležitá. Pacientův stav se zde často mění velice rychle a přesně zaznamenané údaje a včasný zásah sestry umožňují lékaři flexibilně měnit léčbu. Přesně zaznamenaná data jsou spolehlivým vodítkem pro další střídající směnu sester a zajišťuje nezbytnou kontinuitu péče o pacienta. Dokumentace na JIP obsahuje více protokolů. Do nich se zaznamenávají v určitých intervalech fyziologické funkce, bilance pacienta, dále obsahuje informovaný souhlas pacienta, ošetrovatelskou dokumentaci, záznam bolesti. (20, s. 32–33, 21, s. 28)

5.4.1 Informace v soukromí

Ošetrovatelské dokumentaci je třeba věnovat velkou pozornost. Sestra získává od pacienta základní informace a zároveň jí umožňuje získat pacientovu důvěru. Sestra nesmí

při odběru anamnézy na pacienta spěchat, snaží se vyloučit shon a nervozitu. Velmi důležité je při sbírání informací zajistit pacientovi soukromí. Získávání informací nesmí probíhat na chodbě, před dalším personálem, který se nepodílí na léčbě pacienta, před dalšími nemocnými na pokoji. K zachování zdání soukromí je nutné, aby byli pacienti odděleni zástěnou. Je nutné, aby sestra zachovávala tzv. zvukové soukromí, ztišila hlas při odebírání citlivých údajů. Při jeho nezajištění se může stát, že pacient pocítuje stud a zatají důležité data týkající se jeho léčby. (22, s. 204)

Také každodenní vizity nemusejí být přínosné. Vizity probíhají v rychlosti, lékaři podávají informace nesrozumitelně, na otázky odpovídají vyhýbavě. Největší chybou je pokud vizita probíhá pouze jako monolog lékaře a pacient není zapojen do rozhovoru. Získané informace jsou důvěrné a zdravotník musí zachovávat povinnost mlčenlivosti. (Gulášová, 2012, s. 32 –33)

Záznamy se provádějí podle platných standardů, slouží jako platný dokument při případných stížnostech. Zároveň poukazuje na rizikové faktory u pacienta, zaznamenává jeho aktuální potřeby. Správně vedená dokumentace pomáhá pacientovi spolupodílet se na vlastní péči a vytváří vztah důvěry, pohody.

5.5 Rozmístění pacientů na JIP

Jednotky intenzivní péče jsou různě uspořádány. Někde se využívá otevřená JIP, jinde jsou izolované boxy. U otevřeného systému jsou pokoje po 4 – 6 nemocných. Pacienti jsou odděleni pouze zástěny. Často vedle sebe leží muž a za zástěnou na lůžku žena a zde vzniká problém, jak zajistit soukromí pacientů. Boxy zajišťují pacientům soukromí, ale jsou finančně náročné na vybudování. Nezbytností na JIP je klimatizace, pomocí níž se zajišťuje pacientům tepelný komfort. (21, s. 17)

6 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE NA JIP

6.1 Psychosociální přístup na JIP

Pacienti na JIP jsou často v ohrožení života. Závažný stav pacientů a jejich fyzické problémy se promítají do psychiky pacientů. Pacienti mají často poruchy sebeúcty, narušený obraz těla, trpí smutkem, samotou. Pacient se musí vyrovnat s hospitalizací a přijetím této situace, probíhá zde jiný spánkový rytmus, je izolován od okolního světa, je závislý na péči druhé osoby. Přístroje, různé hadičky, neznámé zvuky, umělé osvětlení vyvolávají v pacientovi obavy. Zároveň prožívá i zhoršení stavu spolupacientů. U nemocného se můžou objevit pocity úzkosti až depresivní stavy, nespolupracuje, odmítá komunikovat. (24, s. 56, 11, s. 108, 12, s. 19)

6.1.1 Komunikace s pacientem

Komunikace mezi sestrou a pacientem na JIP je velmi důležitá. Pomáhá mu překonat obavy, nejistotu, zajišťuje pacientovi dostatek informací o léčbě, vyšetřeních. Vhodná komunikace odpoutává pozornost při nepříjemných vyšetřeních, při osobní hygieně. Někdy se stává, že sestra pouze obsluhuje a kontroluje přístroje a pacient ustupuje do pozadí, nekomunikuje s ním, nenavazuje bližší kontakt.

Na JIP leží také pacienti v bezvědomí, připojeni na ventilátor. Sestra musí vždy předpokládat, že pacient vnímá, je zásadní chybou s pacientem nekomunikovat. Při ošetřování pacienta popisuje svoji činnost, využívá prvky neverbální komunikace, dotyk. U pacientů v bezvědomí se používá metoda iniciálního doteku. Dotek upozorňuje nemocného na přítomnost sestry. Dotek se musí provádět vždy na stejném místě. Pokud sestra provede dotek v jiném místě, vyvolá v pacientovi obavy, nejistotu. (25, s. 26 – 27)

U pacienta, který je při vědomí, volí sestra nedirektivní, empatickou komunikaci. Pacientovi vysvětluje nové informace stručně, jasně, srozumitelně, nepoužívá medicínské výrazy, neváhá data zopakovat. Dává najevo zájem o komunikaci. Během komunikace sestra nehodnotí pacienta, přijímá ho s jeho rozlady, snaží se být jeho pevným bodem při hospitalizaci. Při rozhovoru udržuje s pacientem oční kontakt, je trpělivá. Neoslovuje pacienty familiárně. Při rozhovoru si všímá pocitů pacienta a reaguje na ně. U pacientů se sluchovým handicapem je nutné podpořit komunikaci alternativním způsobem. Sestra používá piktogramy, tabulky s písmeny, fotografie, odezírání. (12, s. 170 – 171, 30 s. 33)

Sestra by si měla uvědomit, že pacient ji neustále sleduje při ošetřování jeho samotného, ale i při ošetřování ostatních pacientů. Vnímá nejen její verbální komunikaci,

ale také neverbální projevy, mimiku, výraz tváře. Sestra by neměla zapomínat i na komunikaci s příbuznými, navázat s nimi kontakt, neboť i oni můžou prožívat stavy bezmoci, viny, zmatenosti. (24, s. 56)

6.2 Zajištění péče na JIP

Ošetrovatelská péče na jednotce intenzivní péče je odlišná než na standardním oddělení. Pacientův stav se zde mění velice rychle, často mají pacienti změněné vědomí. Sestra musí pacientovo potřeby předvídat, pacient je plně závislý na její péči. U pacientů při vědomí se snaží podporovat jejich soběstačnost. Sestra na JIP je s pacientem v neustálém kontaktu, zároveň navazuje s pacientem bližší vztah. Tím zaznamenává pacientovo potřeby, které se neustále mění, vyvíjí, v závislosti na zlepšení či zhoršení stavu pacienta. (12, s. 21)

Pacienti na JIP jsou v ohrožení života a často pociťují nedostatek vzduchu. Potřeba dýchání patří mezi fyziologické potřeby. Pacient s dušností pociťuje úzkost, strach, sestra by měla volit ohleduplný přístup, odvádět pozornost od dušnosti. U nemocných ve vážném stavu dominuje potřeba výživy. Je důležitá pro udržení homeostázy organismu, brání rozvratu vnitřního prostředí. Pokud nemůže pacient přijímat potravu ústy, je krmen nasogastričnou sondou nebo má zavedenou parenterální výživu.

Neméně důležitou je potřeba vylučování nemocných. Zajištění této potřeby je zde obzvlášť problematické. Často vedle sebe leží muž a žena oddělení pouze zástěnou. Vylučování je pro každého z nás soukromou záležitostí, pacient pociťuje stud, bojí se potřebu projevit. Velmi stresující je vylučování pro pacienty mladšího věku. Sestra by měla tuto situaci předvídat, aby neřešila s pacientem případné obtíže jako je zácpa nebo retence moče. (3, s. 68)

Potřeba soběstačnosti se velmi rychle vytrácí u pacienta ve vážném stavu. Pacient je plně závislý na péči sestry. Pocit závislosti na druhé osobě je pro pacienty stresující. Pokud se pacientův stav zlepšuje, měla by ho sestra postupně zapojovat do každodenních aktivit. Soběstačnost se hodnotí v ošetrovatelské dokumentaci pomocí Barthelova testu.

Velmi opomíjenou je zajištění klidného spánku na JIP. Nemocného ruší samotný provoz JIP, monitory, nafukování manžety na měření tlaku, bolest, nepohodlné lůžko. Také obava z vyšetření či strach z operace brání spánku. Po dohodě s lékařem může sestra u pacienta nastavit limity na monitoru, aby nerušily jeho spánek a omezit další vlivy, které brání spánku. Bohužel někdy sestry nemůžou ovlivnit určité faktory, které narušují spánek.

S potřebou spánku souvisí také potřeba být bez bolesti. Nemocní s bolestí reagují nepřiměřeně, neadekvátně. Na potřebu být bez bolesti se nesmí zapomínat, ale vždy ji předvídat, zjišťovat pomocí škál a prvotně ji léčit. (3, s. 68)

Potřeba bezpečí a jistoty je velmi vážně ohrožena JIP. V představách lidí představuje pobyt na JIP, ARO místo plné bolesti. Při příjmu na JIP pacient nerozumí nově vzniklé situaci, bojí se prostředí. Nezbytné je poskytnout nemocnému dostatek informací, naslouchat a komunikovat s pacientem, objasňovat nové situace, umožnit kontakt s rodinou.

Se všemi potřebami je úzce propojena potřeba psychické vyrovnanosti. Pacient se dostává do prostředí, které nezná, obává se léčby, operací, bolesti. Zároveň ztrácí své postavení, v nemocnici je pouze pacient. Nezná spolupacienty, zdravotníci se zajímají o jeho soukromé záležitosti. Pacient může být zmatený, depresivní, úzkostný nebo reaguje agresí. Úkolem zdravotníků je těmto stavům u pacienta předcházet, snažit se u pacienta docílit psychické pohody. Sestra s pacientem otevřeně komunikuje, podporuje jeho nezávislost, s lékařem u pacienta odstraňuje bolest, snaží se zabezpečit klidný spánek. (3, s. 101, 12, s. 23)

6.3 Zabezpečení soukromí na JIP

Pacienta na JIP ruší samotný nemocniční provoz a faktory, které jsou specifické pro JIP. Sestra na JIP je neustále v přímém kontaktu a má velký vliv na vytváření klidného prostředí pro samotné léčení. Sestra se snaží zajistit klidné prostředí bez hluku s přirozeným světlem, aby pacient rozeznával den a noc. Pacienta obtěžuje velké množství různých hadiček, zamotává se do nich. Nepříjemné je opakované nafukování manžety pro měření krevního tlaku, zvuk monitorů. (24, s. 57, 2, s. 144)

Pacient také negativně prožívá, pokud je umístěn na vícelůžkový pokoj. Intenzivněji vnímá, pokud sdílí prostor s osobou opačného pohlaví. Může mít pocit, že je ohrožen jeho soukromý prostor. Také nutnost používat nemocniční kabátky, empíry, které jsou typické pro nemocniční provoz, vnímá pacient jako ztrátu lidské důstojnosti a soukromí. (23, s. 273)

Osobní prostor pacienta je na JIP značně omezen, pacient má málo soukromí. Svůj osobní prostor má narušen, často vedle něho leží pacient opačného pohlaví, oddělený závěsem. Sestra při ošetřování pacienta také narušuje jeho prostor, vniká do jeho intimní zóny. I v podmínkách intenzivní péče může sestra svým přístupem u pacienta zvýšit pocit

soukromí, osobního prostoru. Zatahuje závěsy mezi pacienty, požádá o svolení provést výkon. U pacientů ve vážném stavu může dojít ke ztrátě tělesných funkcí a často kontroly nad sebou samým. Pacient je plně odkázán do péče zdravotníků a je vystaven ohrožení osobní identity a narušení soukromí. (22, s. 204)

Je nutností zajišťovat u pacienta dostatek soukromí při vyprazdňování, hygieně, při spánku, při provedení výkonu, při sdělování informací o jeho léčbě. Je na místě nemocného informovat o výkonu, zatahovat závěsy, při hygieně obnažovat jen nutné části těla. Svým pozitivním přístupem a zabezpečením soukromí může sestra omezit u pacienta projevy strachu, úzkosti. Sestra vytváří přímou a otevřenou komunikaci s pacientem, zmírňuje jeho obavy a řeší případná nedorozumění. Měla by se vyvarovat medicínským poznámkám vyřčeným před pacientem, poznámky vytváří u pacienta pocity nejistoty. Také hlasité hovory mezi sestrami vyvolávají u pacienta pocity osamělosti a narušují jeho potřebu bezpečí. Pro pacienta je důležitý pravidelný kontakt s rodinou. (24, s. 57)

Inspirací nám může být Nemocnice na Homolce, kde se soukromím intenzivně zabývali. Na každém oddělení tam platí: „Desatero pro soukromí pacientů.“

1. Nezpovídajte pacienta před jinými osobami
2. Nesdělujte informace bez uvážení
3. Omezte přítomnost třetích osob při vyšetřeních
4. Klepejte na dveře
5. Nenechávejte zdravotnickou dokumentaci bez dohledu
6. Lékařská vizita není výslech před svědky
7. Veřejná nahota není to, proč pacient přichází do nemocnice
8. Transport, i to je součástí v nemocnici
9. Pacient má jméno a titul, užívejte ho
10. V nemocnici nejde o sběr dat, ale především o rozhovor (26)

Tento manuál by se měl stát vodítkem pro každého zdravotníka. Měl by se začlenit do podvědomí zdravotníků při každodenním ošetřování nemocných.

7 STANDARDNÍ ODDĚLENÍ

7.1 Zajištění soukromí na standardu

Při přijetí do nemocnice nemocný ztrácí svoji roli v civilním životě a přejímá v nemocnici roli pacienta. Při pobytu v nemocnici se obává ztráty soukromí. Musí pobývat na pokoji s dvěma, třemi i více osobami a dochází u něho k ztrátě soukromí. Na standardním oddělení je v dnešní době možnost pobytu na nadstandardním pokoji. Nadstandardní pokoj disponuje vlastním sociálním zařízením, televizorem, ledničkou, telefonem, varnou konvicí, připojením na internet. Zde je problém ztráty soukromí vyřešen, ale ne každý si může pokoj připlatit. (32)

Velmi potěšujícím zjištěním je, že při výstavbě nových moderních nemocnic se již počítá se zajištěním soukromí pro pacienty. Každý pokoj nebo dva pokoje dohromady jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením. Při přestavbě starších nemocnic se na tento požadavek také pamatuje. Přestavují se velké pokoje pro více pacientů na menší pokoje s vlastním sociálním zařízením.

7.1.1 Starší oddělení

Bohužel je stále živá problematika starých oddělení, která mají nevyhovující stavební uspořádání. Na pokojích pacientů je nedostatek světla, málo prostoru, lůžka nejsou přístupna ze tří stran, pokoje jsou špatně větratelné. Tyto okolnosti ztěžují pobyt nemocnému, ale i práci sester při ošetřování nemocných. Problém nastává při zajišťování soukromí na velkých pokojích. Pacient sdílí pokoj s ostatními pacienty a velmi negativně vnímá nedostatek soukromí při ranní hygieně, při vyprazdňování.

Oddělení většinou mají zástěny, které mohou tento nedostatek vyřešit. Záleží také na vstřícném a empatickém jednání personálu, který pomýšlí na tento problém. Některé standardní oddělení vlastní pouze jednu zástěnu nebo zástěny jsou staré, bez koleček a manipulace s nimi je obtížná. Někdy se stává, že pokoje jsou malé, lůžka postavená těsně vedle sebe a zástěna pro vytvoření soukromí pacienta se zde nevejde. Problematické stavební uspořádání pokojů komplikuje snahu personálu zajistit nemocnému dostatek soukromí. (28, s. 43)

Zdravotnický personál má zachovávat úctu, důstojnost každého jedince, bez ohledu na jeho sociální, psychický a fyzický stav. Respektovat soukromí je neodmyslitelnou součástí profesionálního přístupu k nemocným.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 FORMULACE PROBLÉMU

8.1 Vymezení problému

Při přijetí do nemocnice se pacienti obávají nejen samotného léčení, ale i ztráty soukromí. Sdílet pokoj se dvěma, třemi osobami je zatěžující a nepříjemné. Na JIP je tento problém palčivější, neboť vedle sebe často leží osoby opačného pohlaví. Tento nedostatek vyžaduje od zdravotnického personálu vcítění do role pacienta, profesionální přístup při ošetřování nemocných. A jaká je situace v našich nemocnicích? Respektuje se pacientovo právo na soukromí? Berou sestry ohledy na intimitu nemocných při jejich každodenním ošetřování? Využívají pomůcky pro zajištění soukromí a odstraňují vlivy, které brání soukromí?

9 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zmapovat názory na respektování soukromí na jednotce intenzivní péče z pohledu pacienta.

9.1 Dílčí cíle

Z hlavního cíle jsem si vytyčila **tři dílčí cíle**.

Cíl 1 : Zjistit názory pacientů, zda je na JIP dodržováno soukromí

Předpoklad č 1: Pacienti nemají na JIP zajištěno dostatek soukromí.

Předpoklad č 2: Ztráta soukromí vede ke vzniku psychosomatických obtíží.

Cíl 2 : Zjistit, jakým způsobem zajišťují sestry na JIP dostatek soukromí

Předpoklad č 3: Méně jak polovina sester nezajišťuje pacientům na JIP dostatek soukromí

Předpoklad č 4: Více jak polovina pacientů na JIP vnímá ztrátu soukromí nejpalčivěji při vyprazdňování moče a stolice

Cíl 3: Zjistit rozdíly vnímání dodržování soukromí u pacientů různého věku a pohlaví

Předpoklad č 5: Pacienti mladšího věku prožívají ztrátu soukromí hůře než pacienti staršího věku.

Kritérium: mladší věk (18 – 60), starší věk (61 a více)

Předpoklad č 6: Muži se vyrovnávají s nedostatkem soukromí hůře než ženy.

10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Vzorek respondentů se skládal z klientů hospitalizovaných na JIP různého věku a pohlaví. Dotazníky byly rozdávány na multioborové JIP Rokycanské nemocnice a. s., se souhlasem hlavní sestry Rokycanské nemocnice a. s. Dotazníky byly v tištěné podobě a byly anonymní.

11 METODA SBĚRU DAT

K získání požadovaných informací jsem použila dotazníkovou metodu. Součástí strukturovaného dotazníku bylo 20 uzavřených a polouzavřených otázek. V úvodu byly použity otázky identifikačního charakteru. Další otázky byly zaměřeny na zmapování respektování soukromí během pobytu na JIP, způsoby k zabezpečení soukromí, vlivy, které brání zajištění soukromí, rozdíly ve vnímání ztráty soukromí dle věku a pohlaví.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

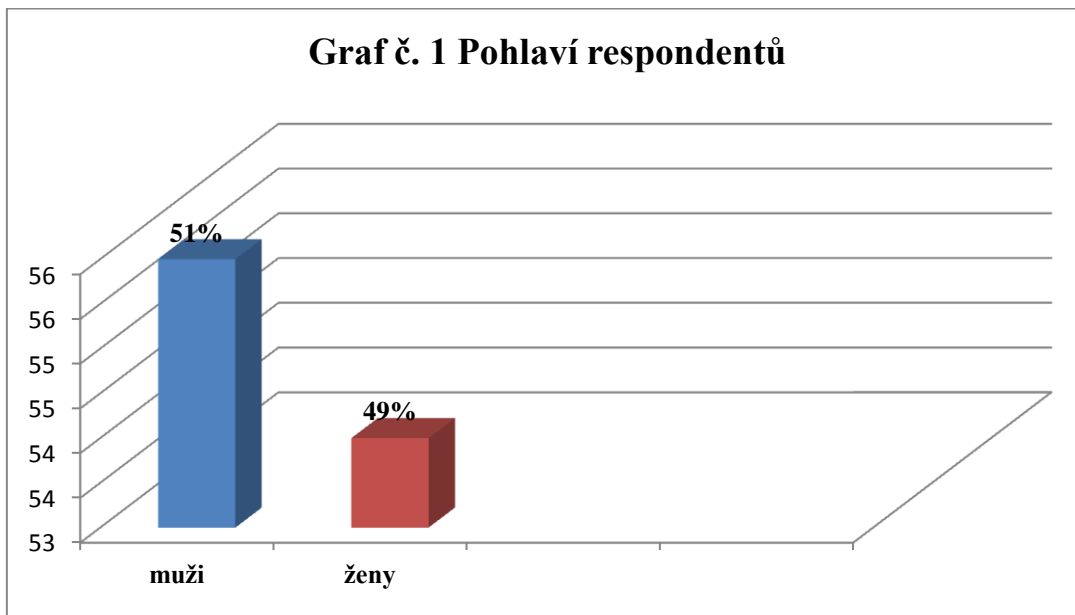
Dotazníky byly rozdávány na multioborové JIP Rokycanské nemocnice a. s., se souhlasem hlavní sestry Rokycanské nemocnice a.s. Šetření bylo uskutečňováno po dobu 4 měsíců. Bylo rozdáno celkem 125 dotazníků, 10 se jich nevrátilo vůbec, 5 bylo nutné vyřadit pro neúplné údaje. Konečný výzkumný počet tvořilo 110 respondentů. Návratnost byla 92%.

V úvodu dotazníku se představuji jménem, popisuji způsob vyplnění a účel průzkumu.

13 ANALÝZA ÚDAJŮ

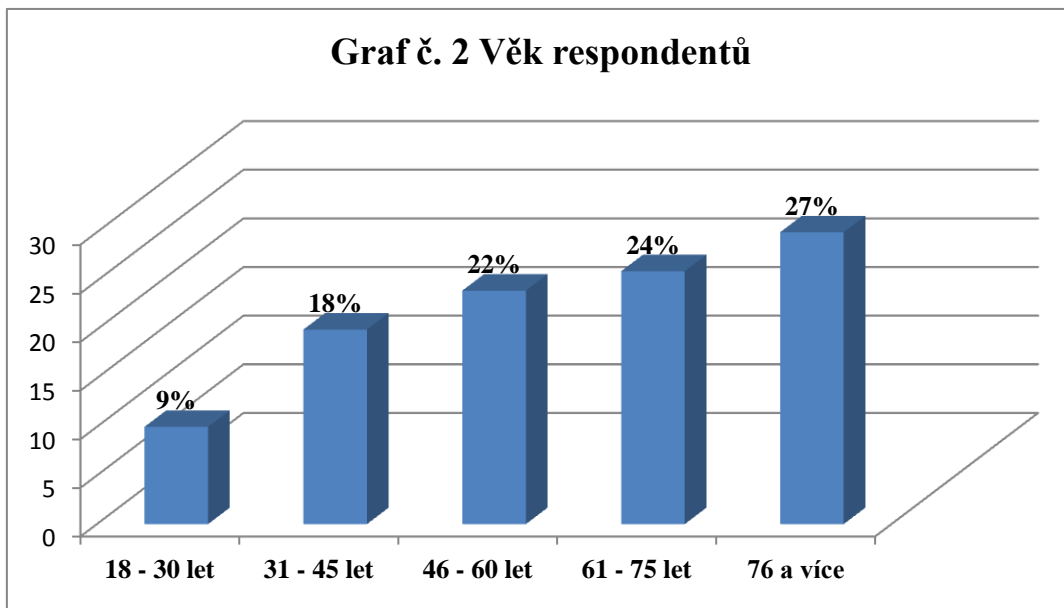
Otázky identifikačního rázu (otázky č. 1, 2 zjišťovali pohlaví a věkovou kategorii respondentů)

Otázka č. 1: Jaké jste pohlaví?



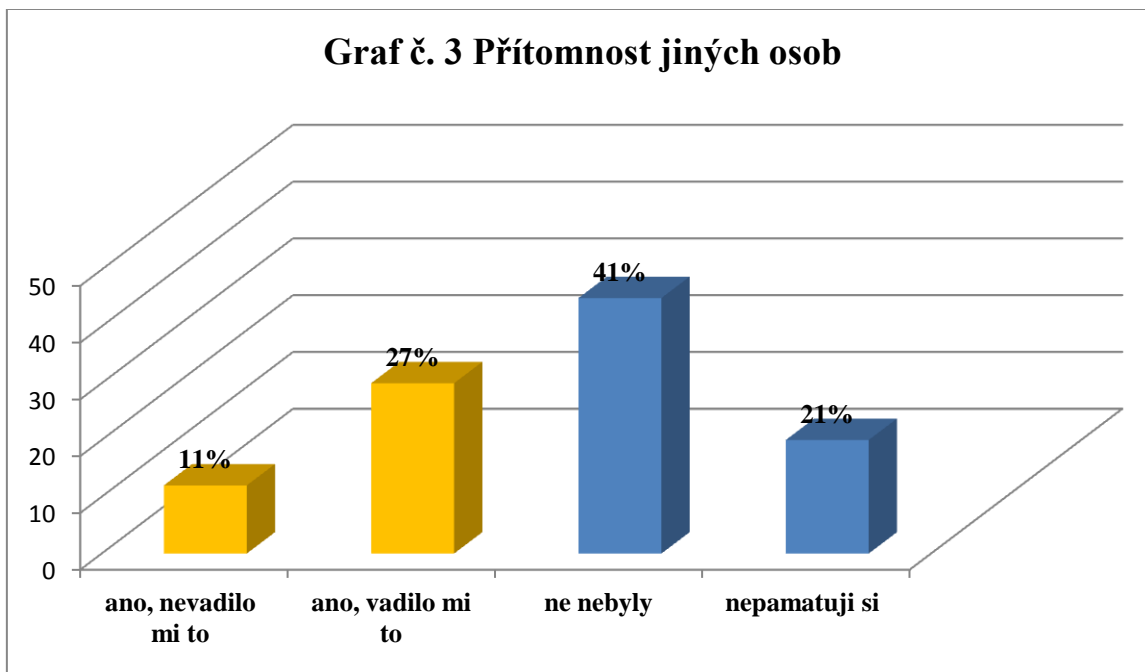
Z celkového počtu 110 respondentů je 56 mužů (51%) a 54 žen (49%).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



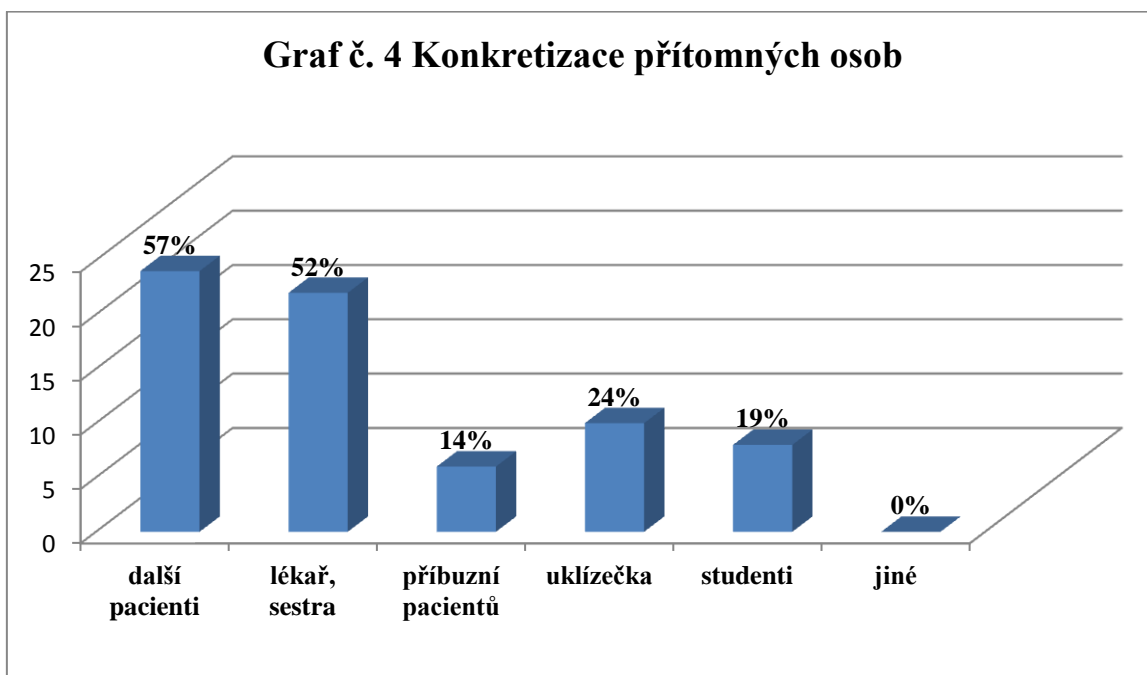
Ze všech dotazovaných je 10 (9%) ve věku 18 – 30 let, 20 (18%) ve věku 31 – 45 let, 24 (22%) ve věku 46 – 60 let, 26 (24%) ve věku 61 – 75 let a 30 (27%) ve věku 76 let a více.

Otázka č. 3: Při příjmu na JIP s Vámi sestra vyplňovala sesterskou dokumentaci. Odebírala od Vás citlivé údaje, týkající se Vaší osoby. Byly v místnosti přítomny i jiné osoby?



Tímto dotazem jsem zjišťovala, zda sestry na JIP zabezpečují u pacientů při jejich příjmu dostatek soukromí při sepisování sesterské dokumentace. Z celkového počtu dotazovaných jich 12 (11%) uvedlo, že při sepisování sesterské dokumentace byly přítomny i jiné osoby, ale tento nedostatek jim nevadil. 30 (27%) uvedlo, že při sepisování byly přítomny i jiné osoby a tento problém jim vadil. 45 (41%) uvedlo, že při sepisování nikdo nebyl přítomen a 20 (21%) napsalo, že si na sepisování nepamatují.

Otázka č 4: Jaké osoby byly přítomny? (Můžete označit více možností)

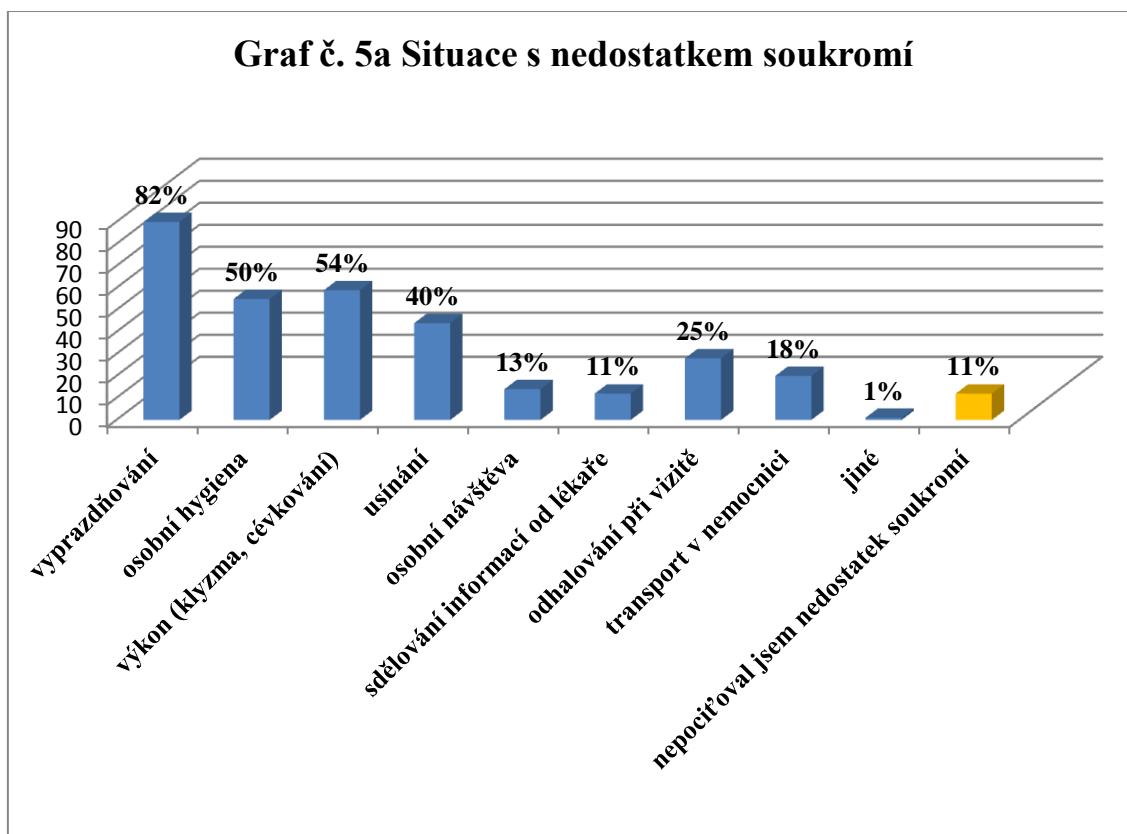


Tento graf navazuje na předchozí graf. Z předchozího grafu uvedlo přítomnost jiných osob 42 respondentů (38%) z celkového počtu dotazovaných. Těchto 42 osob zahrnuje 12 (11%), kterým přítomnost jiných osob nevadila, ale i 30 osob (27%), kterým vadila.

Těchto 42 respondentů měli možnost uvést konkrétně, kdo při sepisování sesterské dokumentace byl přítomen. 24 (57%) uvedli další pacienty, 22 (52%) zdravotnický personál (lékaře, sestru), 6 (14%) příbuzné pacientů, 10 (24%) uklízečku, 8 (19%) studenty. Z možnosti jiné nevyužil dopsání nikdo z respondentů.

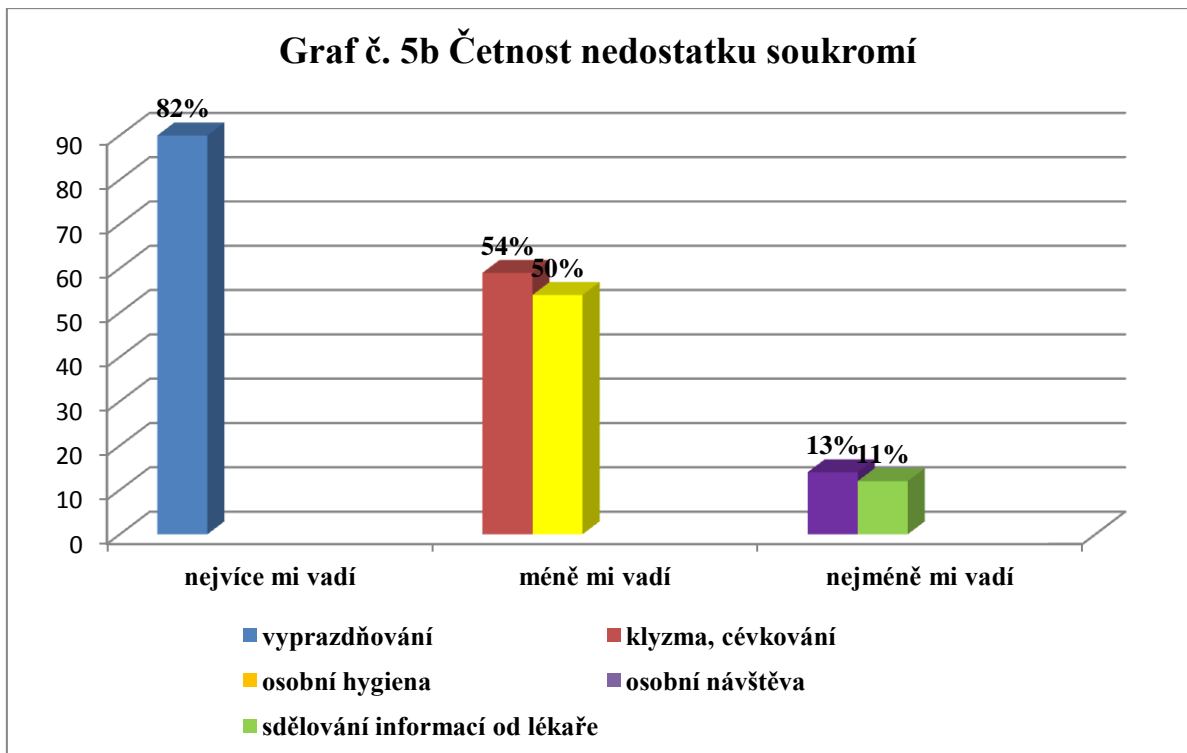
Otázka č. 5: V jaké situaci Vám vadí nedostatek soukromí na JIP?

(Výběr označení více možností). Po označení odpovědi doplňte pořadí 1 – nejvíce mi vadí, 2 – méně mi vadí, 3 – nejméně mi vadí.



Tento graf ukazuje situace, ve kterých se respondenti setkávali s nedostatkem soukromí. Měli možnost zaškrtnout více odpovědí a nakonec označit číselně, které situace jim nejvíce, méně a nejméně vadí. Pro upřesnění uvádím v následujícím grafu 5b.

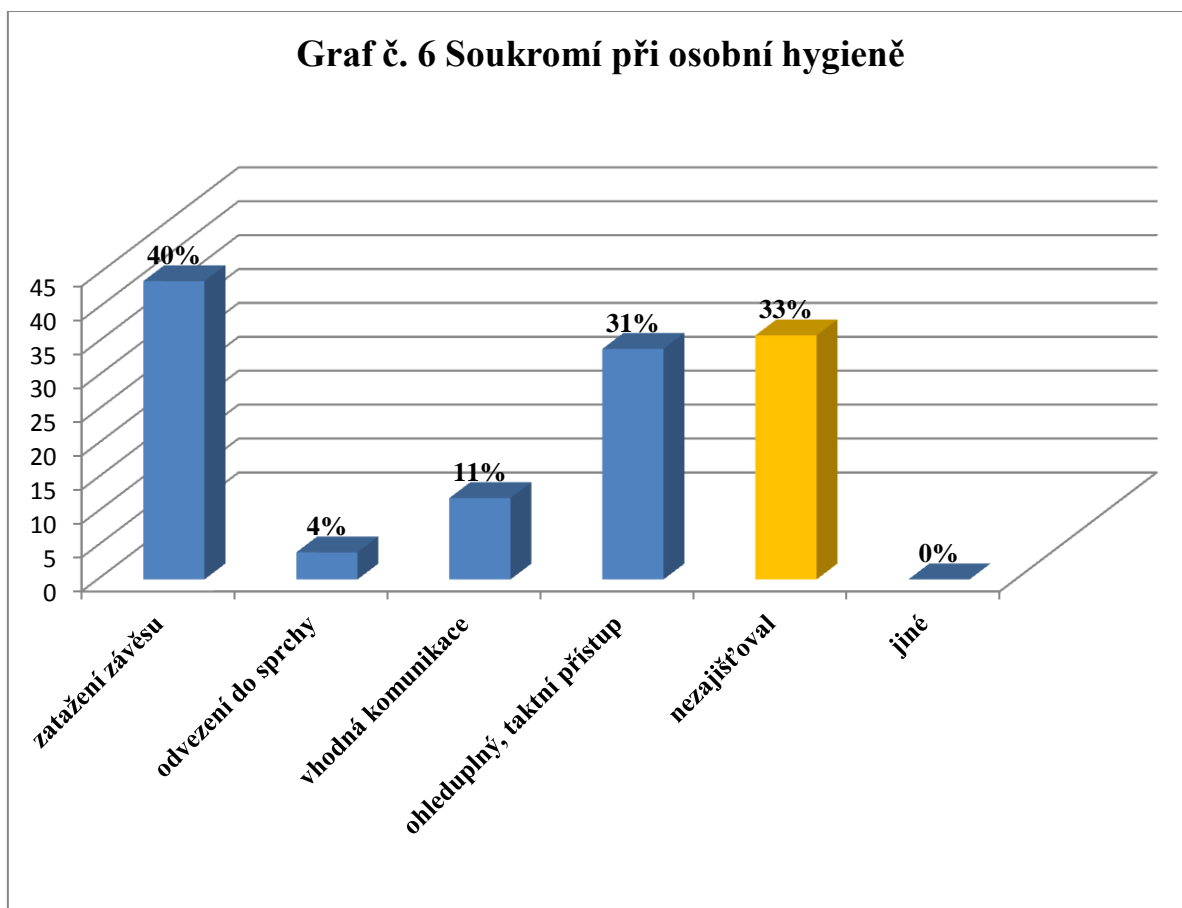
90 respondentů (82%) uvedlo, že jim málo soukromí vadí při vyprazdňování moče a stolice, 55 (50%) při osobní hygieně. Další situací, při které pocíťují respondenti nedostatek soukromí, je při výkonech prováděných zdravotnickým personálem jako je např. klyzma, cévkování. Tuto situaci označilo 59 (54%) respondentů. Nedostatek soukromí při usínání vypsalo 44 (40%) respondentů, málo soukromí při osobní návštěvě 14 pacientů (13%). Při sdělování informací od lékaře zažívalo nedostatek soukromí 12 (11%) respondentů a při odhalování na vizitě mělo málo soukromí 28 (25%) pacientů. Nepříjemnou situací, při které pacienti prožívají nedostatek soukromí, je transport a přemísťování v nemocnici, označilo ji 20 pacientů (18%). 1 pacient (1%) doplnil možnost jiné a vypsalo situaci, při které pocíťoval nedostatek soukromí. Jednalo se o úmrtí pacienta na pokoji. 12 (11%) uvedlo, že nepocíťovali nedostatek soukromí.



Graf č. 5b upřesňuje předchozí graf. V předchozím grafu jsem jmenovala situace, které mají pacienti spjati s nedostatkem soukromí. V tomto grafu jmenuji situace spojené s nedostatkem soukromí, které pacientům nejvíce, méně a nejméně vadí. Nejvíce pociťují respondenti nedostatek soukromí při vyprazdňování moče a stolice. Tuto situaci uvedlo 90 (82%) pacientů. Méně jim vadí, ale stále zažívají nedostatek soukromí při výkonu jako je klyzma, cévkování a také při osobní hygieně. Možnost méně mi vadí, doplnilo 59 (54%) pacientů při výkonu např. klyzma, cévkování a při osobní hygieně 55 (50%). Nejméně jim vadí nedostatek soukromí při osobní návštěvě a při sdělování informací od lékaře. Možnost při osobní návštěvě zaškrtnulo 14 respondentů (13%) a 12 (11%) dotázaných při sdělování informací od lékaře.

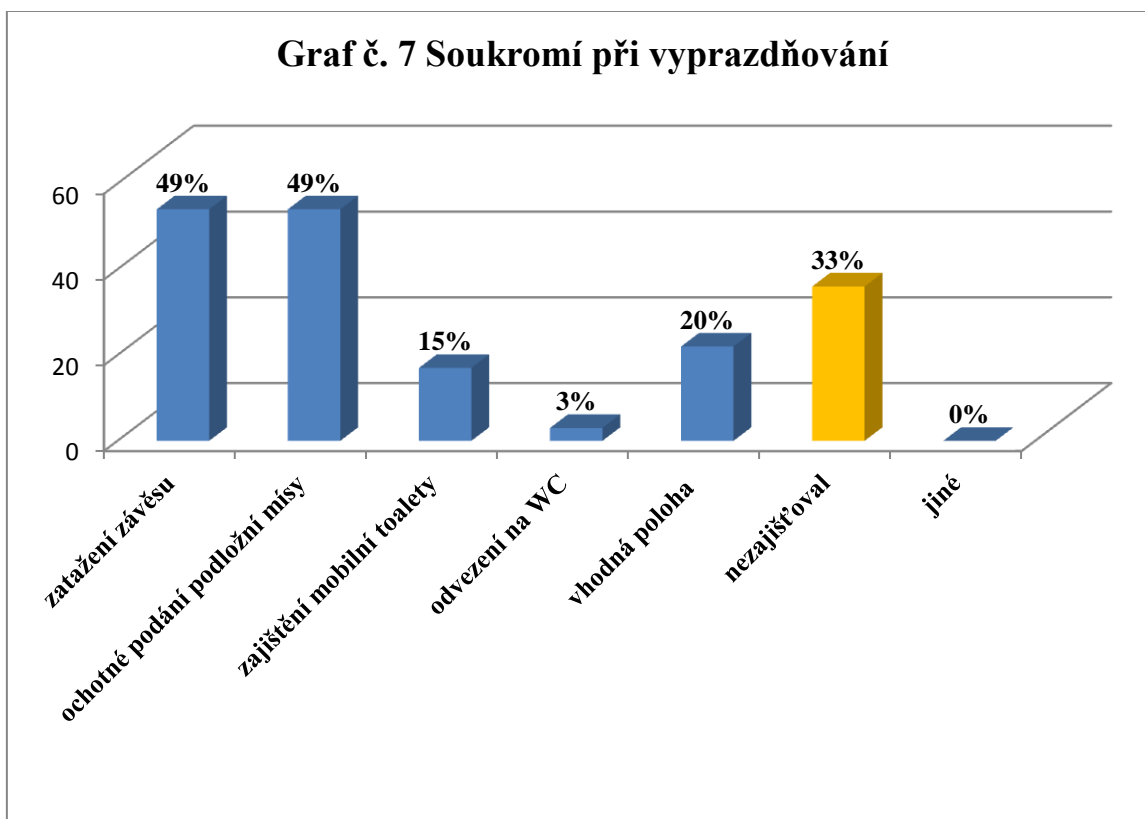
Otázka č. 6: Jakými způsoby zajišťoval personál soukromí při Vaší osobní hygieně?

(Respondent měl výběr označit více možností)



Graf č. 6 zobrazuje, jakými způsoby zajišťuje zdravotnický personál (nelékařský personál) soukromí při osobní hygieně. Zatažení závěsu, snahu o soukromí uvedlo 44 (40%) respondentů, odvezení do sprchy a asistenci personálu doplnili 4 (4%) pacienti. Možnost, že zdravotnický personál (nelékařský personál) odvádí pozornost při osobní hygieně vhodnou komunikací, označilo 12 (11%) pacientů. Další možnost, že sestry volily ohleduplný, taktní přístup při zajišťování soukromí při osobní hygieně, uvedlo 34 (31%) pacientů. Variantu, že personál soukromí při osobní hygieně nezajišťoval, doplnilo 36 (33%) a možnost jiné nevyužil nikdo z respondentů.

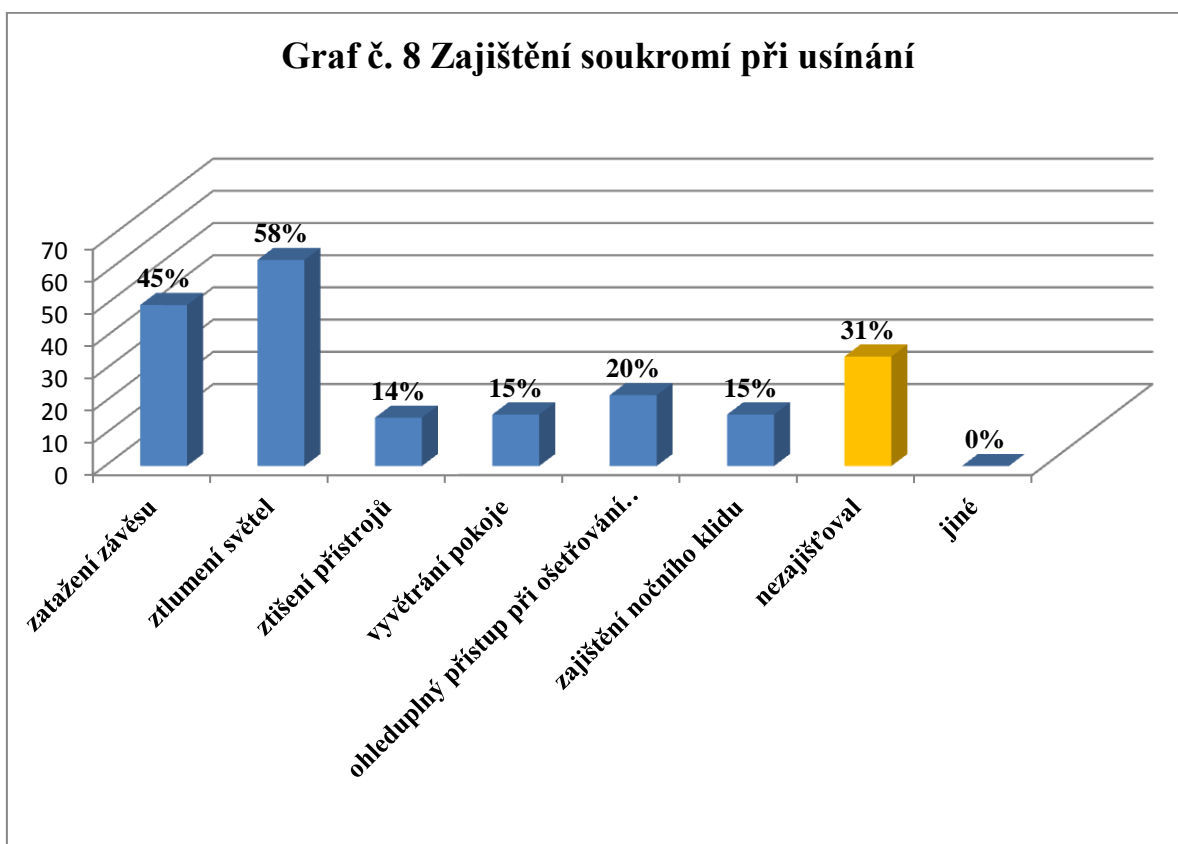
Otázka č. 7: Jakými způsoby ovlivňoval personál soukromí při zajištění Vaší potřeby s vyprazdňováním moče a stolice? (Výběr označení více možností)



V grafu č. 7 je znázorněno, jakými způsoby je zajišťováno soukromí při vyprazdňování. 54 (49 %) respondentů uvedlo, že se sestra snažila zajistit dostatek soukromí zatažením závěsu. Stejný počet tedy 54 (49%) pacientů doplnilo, že personál ochotně a taktně postupoval při podání podložní mísy na lůžku. 17 (15%) respondentů uvedlo, že sestra jim umožnila vykonat potřebu zajištěním mobilní toalety, 3 (3%) respondenti zaškrtili, že je sestra odvezla na WC. 22 (20%) pacientů doplnilo, že sestra jim při vyprazdňování pomohla vhodnou polohou. 36 (33%) pacientů zaškrtilo, že jim nebylo poskytnuto žádné soukromí při vyprazdňování a možnost jiné nezaškrtil nikdo z respondentů.

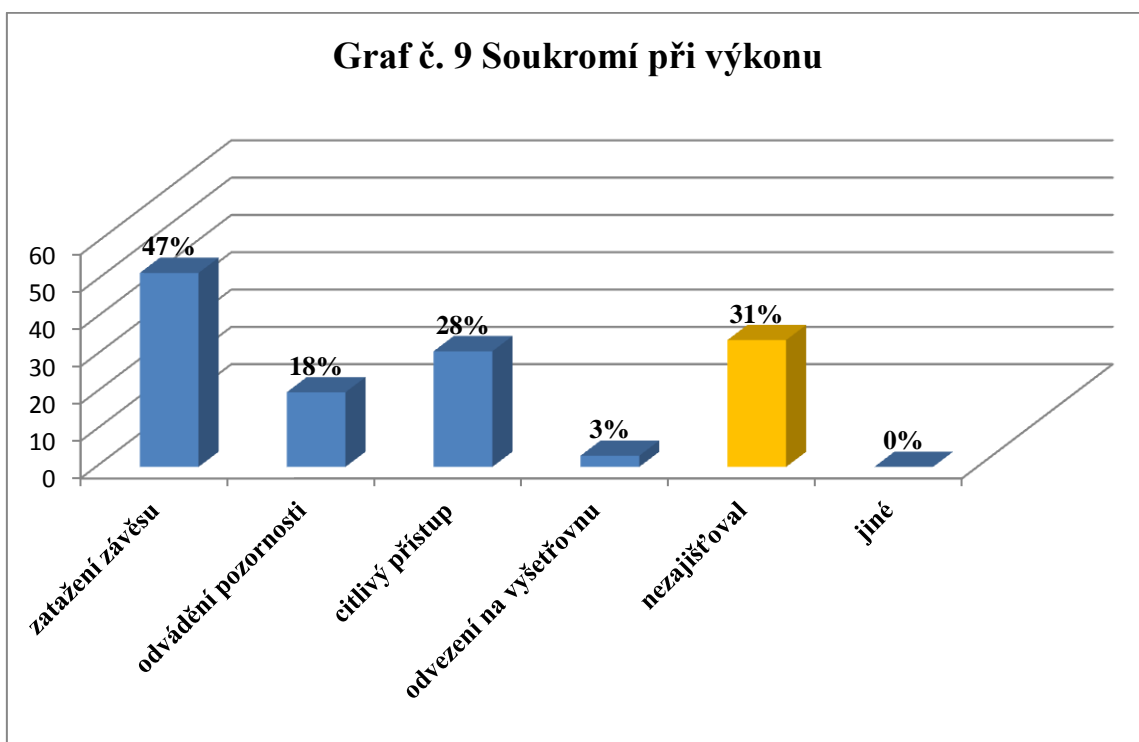
Otázka č. 8: Jakými způsoby zajišťoval personál soukromí při Vašem usínání?

(Výběr označení více možností)



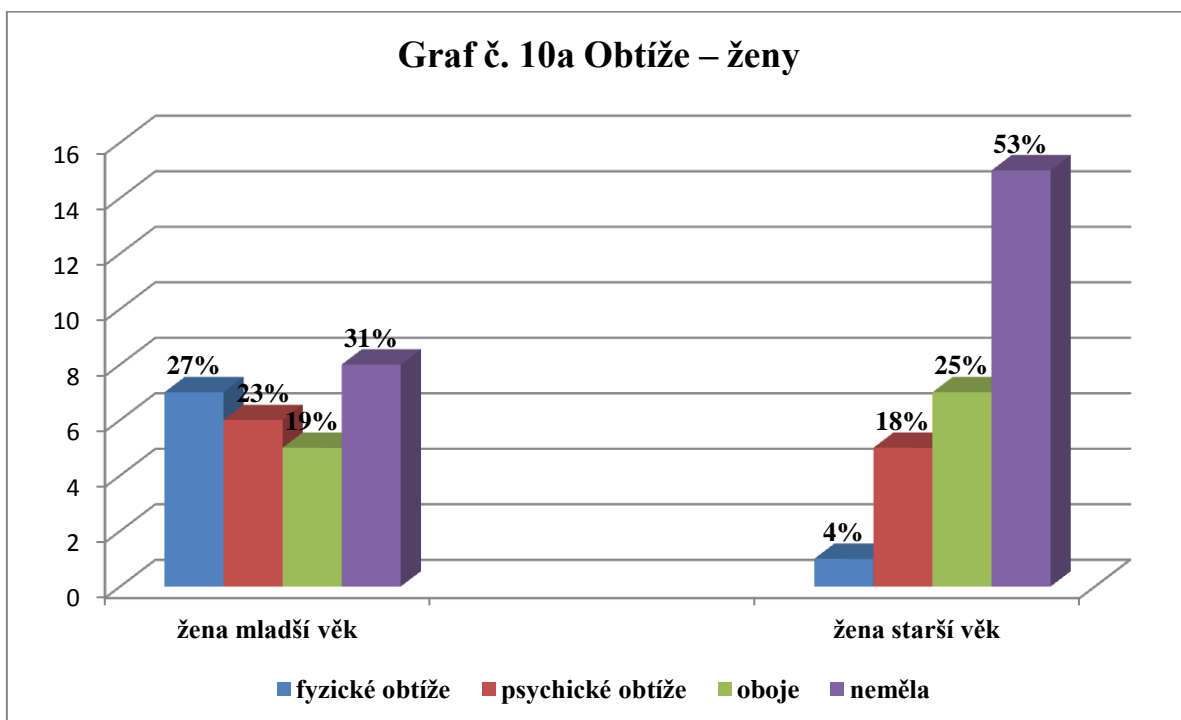
Graf č. 8 popisuje, jakými způsoby zajišťuje personál soukromí při usínání pacientů. Zajištění soukromí zatažením závěsu zaškrtnulo 50 (45%) pacientů. Vytvoření soukromí pro spánek prostřednictvím ztlumením světel doplnilo 64 (58%) pacientů. 15 (14%) respondentů uvedlo, že sestra ztišila alarmany na obsluhujících přístrojích, pro lepší usínání sestra vyvětrala pokoj, tuto možnost doplnilo 16 (15%) respondentů. 22 (20%) uvedlo, že sestra postupovala při ošetřování jiného pacienta ohleduplně, snažila se co nejméně narušovat jejich spánek. 16 (15%) pacientů uvedlo, že sestra zajistila noční klid. 34 (31%) označilo, že personál nezajistil dostatek soukromí pro spánek. Možnost jiné nedoplnil nikdo z respondentů.

Otázka č. 9: Jakými způsoby zajišťoval personál soukromí při výkonu?
(klyzma, cévkování, provedení převazu) Výběr označení více možností.



Graf č. 9 zobrazuje, jakými způsoby je zajištěno dostatek soukromí při výkonu například klyzma, cévkování, provedení převazu. Zajištění soukromí zatažením závěsu při výkonu uvedlo 52 (47%) respondentů, odvádění pozornosti při výkonu doplnilo 20 (18%) pacientů. Citlivý, ohleduplný přístup označilo 31 (28%) respondentů. 3 (3%) respondentů uvedlo, že se výkon uskutečnil převezením na vyšetřovnu. 34 (31%) zaškrtnulo, že personál nezajišťoval soukromí při výkonu. Doplnění možnosti jiné nevyužil nikdo z respondentů.

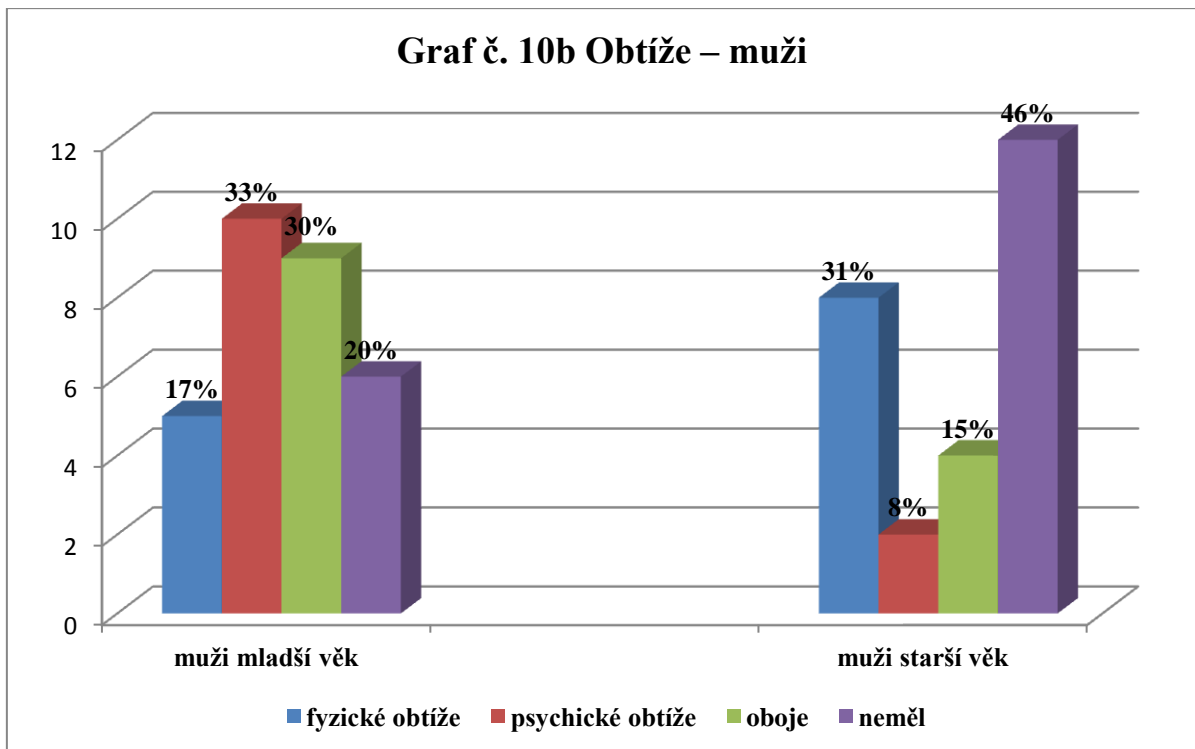
Otázka č. 10: Měl jste psychické nebo fyzické obtíže při nedodržování soukromí?



Graf č. 10a zobrazuje výskyt fyzických, psychických obtíží u pacientů při nedodržování soukromí. Tento první graf znázorňuje pouze ženy a z důvodu vyhodnocení předpokladů jsou ženy rozděleny na ženy mladšího věku a ženy staršího věku.

Ze 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. 7 (27%) žen uvádělo výskyt fyzických obtíží při nerespektování soukromí. 6 (23%) žen přiznalo problémy psychického rázu a 5 (19%) označilo fyzické i psychické obtíže. 8 (31%) nemělo žádné problémy.

Ze 110 respondentů je žen staršího věku 28 (25%) osob. 1 (4%) přiznala problémy ve fyzické oblasti, 5 (18%) žen udalo v psychické oblasti. 7 (25%) žen uvedlo psychické i fyzické obtíže. 15 (53%) neudalo žádné problémy.



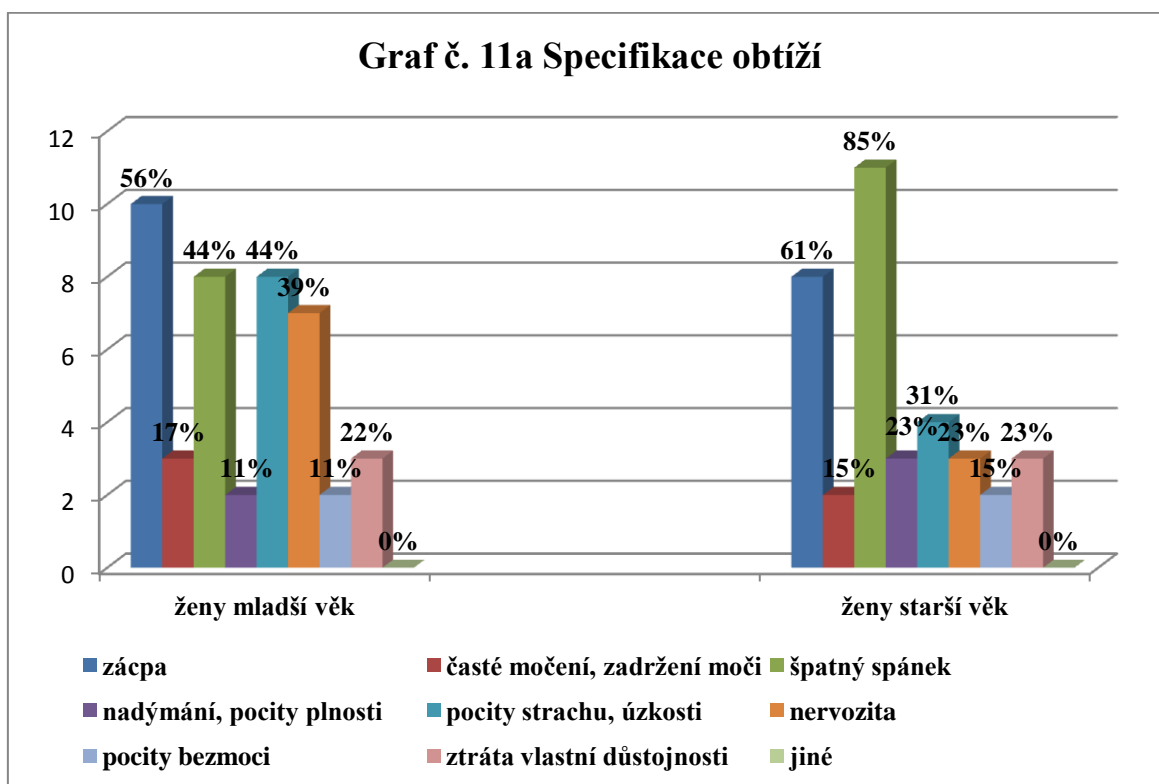
Graf č. 10b zobrazuje výskyt fyzických, psychických obtíží při nedodržování soukromí. Tento druhý graf znázorňuje pouze muže a rozděluje muže na muže mladšího a muže staršího věku.

Ze 110 respondentů je mužů mladšího věku 30 (27%) osob. Výskyt fyzických problémů při nedostatku soukromí uvedlo 5 (17%) mužů. 10 (33%) mužů označilo objevení problémů psychického rázu a 9 (30%) doplnilo fyzické a psychické obtíže. 6 (20%) nemělo žádné obtíže.

Ze 110 respondentů je mužů staršího věku 26 (24%) osob. 8 (31%) mužů přiznalo problémy ve fyzické oblasti, 2 (8%) uvedli psychické problémy. 4 (15%) muži označili fyzické i psychické problémy. 12 (46%) mužů nemělo žádné problémy.

Otázka č. 11: Napište konkrétně, jaké jste měl problémy při pobytu na JIP.

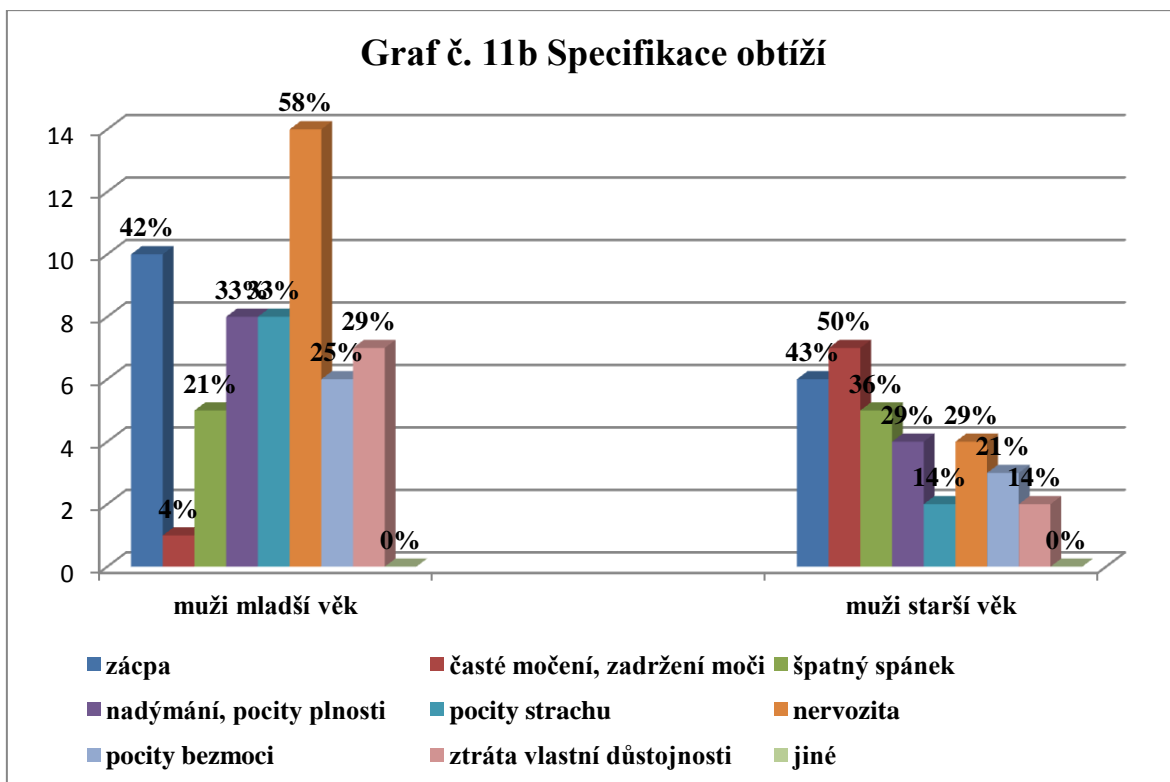
(Výběr označení více možností)



Graf č. 11a navazuje na předchozí graf č. 10a. Cílem této otázky bylo zjistit, jaké konkrétní problémy ženy měly při nerespektování soukromí. Byla vymezená pro ženy, které v minulém dotazu odpověděly kladně. Ženy jsou opět rozděleny na ženy mladšího věku a ženy staršího věku.

Žen mladšího věku je ze všech respondentů 26 (24%) osob. Z tohoto počtu odpovědělo **kladně 18** (69%) žen mladšího věku. 10 (56%) žen mělo zácpu, časté močení nebo zadržování moči uvedly 3 (17%) ženy. Problémy se špatným spánkem (nemožnost usnout, časté probuzení v noci) označilo 8 (44%) žen, obtíže s nadýmáním, říháním, pocity plnosti uvedly 2 (11%) ženy. Prožívání pocitu strachu, úzkosti, napětí přiznalo 8 (44%) žen, pocity nervozity 7 (39%) žen. Pocity bezmoci prožívaly 2 (11%) žen a ztrátu vlastní důstojnosti, nerespektování osoby 3 (22%) ženy. Možnost jiné nevyužila žádná žena.

Žen staršího věku je ze všech respondentů 28 (25%) osob. Z tohoto počtu odpovědělo **kladně 13** (46%) žen staršího věku. 8 (61%) žen uvedlo zácpu, časté močení uvedly 2 (15%) ženy. Špatné usínání přiznalo 11 (85%) žen, problémy s nadýmáním 3 (23%) ženy. Pocity strachu přiznaly 4 (31%) ženy, nervozitu 3 (23%) ženy. Bezmoc zažily 2 (15%) ženy, ztrátu vlastní důstojnosti 3 (23%) ženy, možnost jiné nikdo nedoplnil.

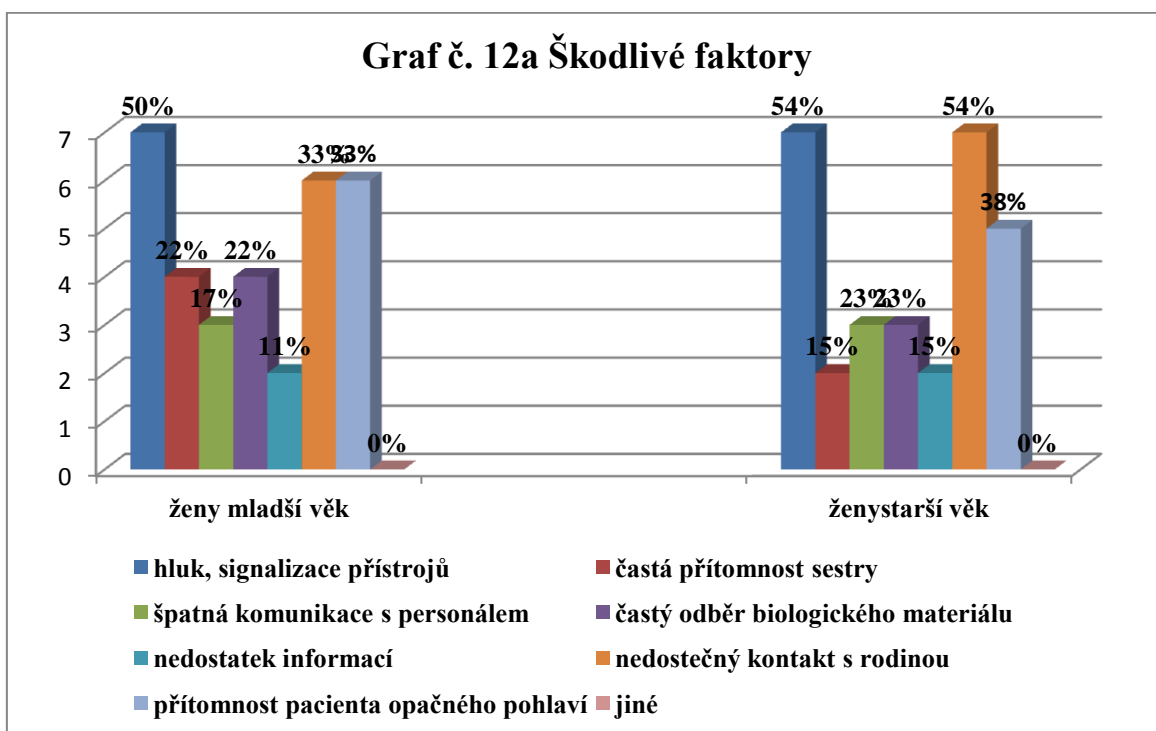


Graf č. 11b navazuje na předešlý graf č. 10b. Také cílem této otázky v dotazníku bylo zjistit konkrétní problémy mužů při nerespektování soukromí. Byla určena pro muže, kteří v minulém dotazu odpověděli kladně. Muži jsou opět rozděleni na muže mladšího věku a muže staršího věku.

Mužů mladšího věku je ze všech respondentů 30 (27%) osob. **Kladně** odpovědělo **24** (80%) mužů. 10 (42%) mužů trpělo zácpou, častým močením nebo zadržováním moče 1(4%) muž. Obtíže se špatným spánkem, nemožností usnout označilo 5 (21%) mužů, problémy s nadýmáním, říháním, pocitem plnosti uvedlo 8 (33%) mužů. Pocit strachu, úzkosti, napětí zažívalo 8 (33%) mužů, nervozitu prožívalo 14 (58%) mužů. Pocit bezmoci přiznalo 6 (25%) mužů a ztrátu vlastní důstojnosti, nerespektování osoby zažilo 7 (29%). Možnost jiné nedoplnil nikdo.

Mužů staršího věku je ze všech respondentů 26 (24%) osob. Z celkového počtu odpovědělo **kladně 14** (54%) mužů. 6 (43%) mužů mělo zácpu, problémy s močením přiznalo 7 (50%) mužů. Problémy se špatným spánkem udalo 5 (36%) mužů, špatné nadýmání, říhání a pocit plnosti označili 4 (29%) muži. Pocit strachu, úzkosti napětí přiznali 2 (14%) muži, nervozitou trpěli 4 (29%) muži. Pocit bezmoci prožívali 3 (21%) muži, ztrátu vlastní důstojnosti 2 (14%) muži. Doplnění možnosti jiné nikdo nevyužil.

Otázka č. 12: Napište, které další faktory přispěly k Vaším psychosomatickým obtížím?
(Výběr označení více možností)

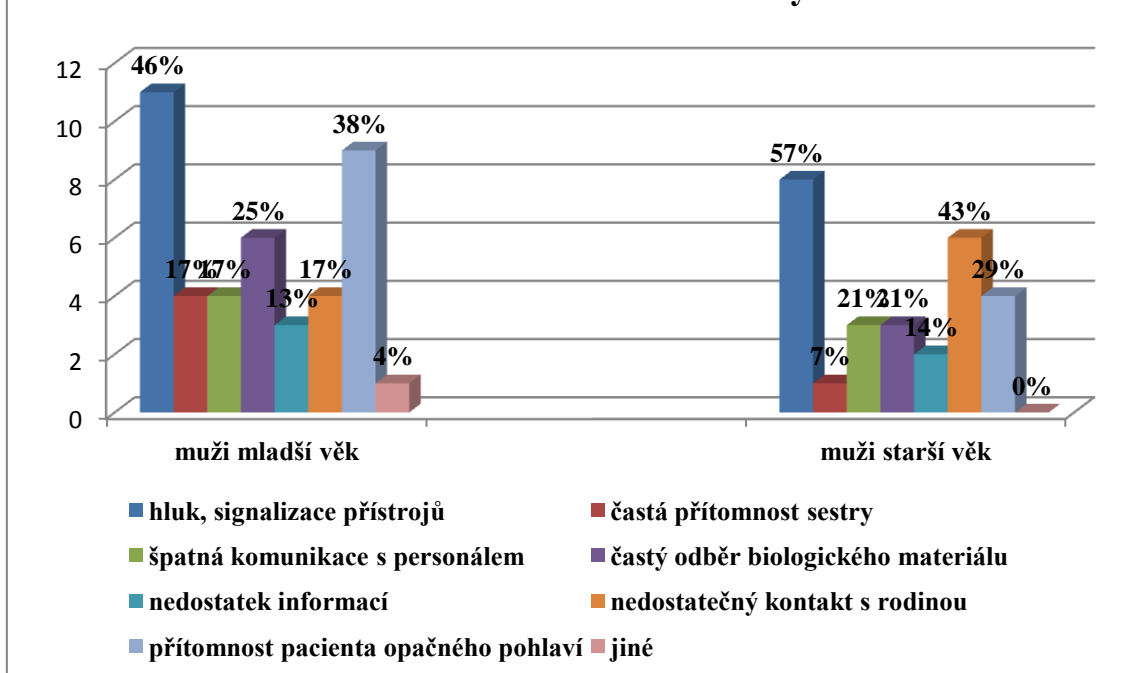


Graf č. 12a popisuje další faktory, které se také podílí na vzniku psychosomatických obtíží. Tato otázka je určena pro ženy, které v otázce č. 10 (Měl jste fyzické nebo psychické obtíže při nedodržování soukromí?) odpověděly kladně. Ženy jsou opět rozděleny na ženy mladšího věku a ženy staršího věku.

Ze 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. Z žen 26 žen mladšího věku odpovědělo **kladně 18** (69%). Jako nejvíce obtěžující faktor, který přispívá ke vzniku psychosomatických obtíží, ženy udaly hluk, signalizaci přístrojů 7 (50%). Častá přítomnost sestry vadí 4 (22%) ženám, špatná komunikace s personálem 3 (17%) ženám. Častý odběr biologického materiálu obtěžuje a přispívá ke vzniku psychosomatických problémů u 4 (22%) žen, nedostatek informací u 2 (11%) žen. Nedostatečný kontakt s rodinou vadí 6 (33%) ženám a přítomnost opačného pohlaví 6 (33%). Možnost jiné nikdo nevyužil.

Ze 110 odpovídajících je žen staršího věku 28 (25%). Z počtu 28 žen odpovědělo **kladně 13** (46%) žen. 7 (54%) žen udalo jako přispívající faktor obtíží hluk, signalizaci přístrojů. 2 (15%) ženám vadila častá přítomnost sestry, špatná komunikace 3 (23%) ženám. Častý odběr biologického materiálu obtěžoval 3 (23%) ženy, nedostatek informací 2 (15%) ženy. Nedostatečný kontakt s rodinou udalo 7 (54%) žen, opačné pohlaví vadilo 5 (38%) žen. Možnost jiné žádná žena neoznačila.

Graf č.12b Škodlivé Faktory



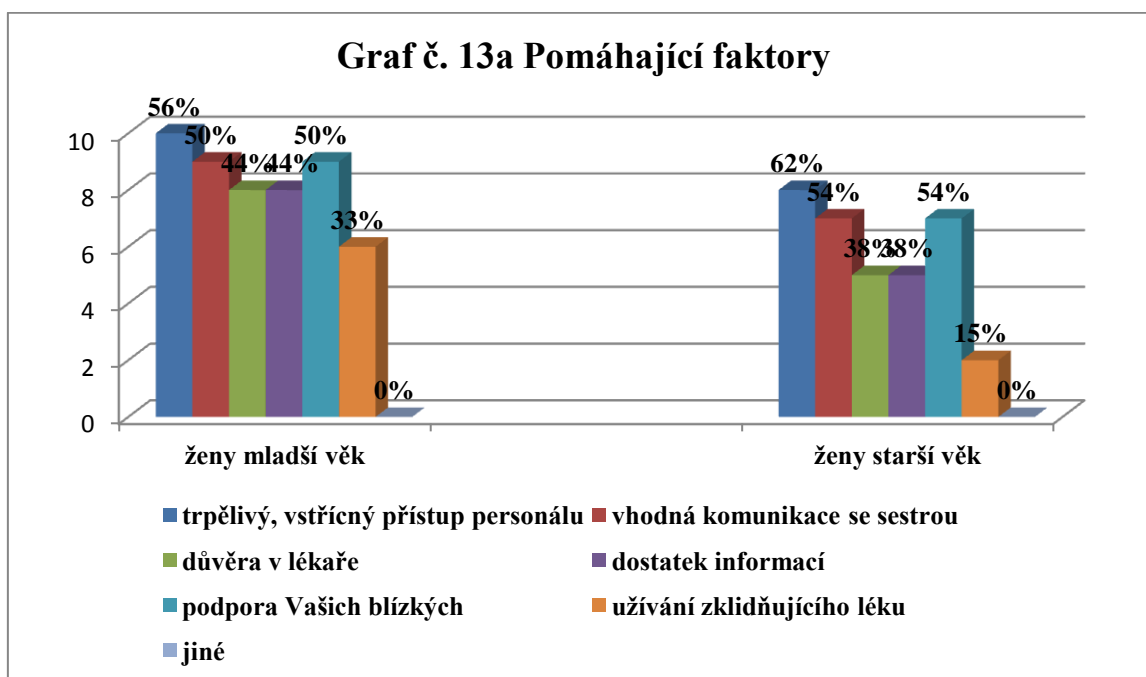
Graf č. 12b znázorňuje faktory, které zapříčiňují vznik psychosomatických problémů. Tato otázka byla určena pro muže, kteří v otázce č. 10 odpověděli kladně. Muži jsou opět rozděleni z důvodu vyhodnocení předpokladu na muže mladšího věku a muže staršího věku.

Ze 110 odpovídajících je mužů mladšího věku 30 (27%) osob. Z počtu 30 mužů odpovědělo **kladně 24** (80%). 11 (46%) mužů uvedlo hluk, signalizaci přístrojů jako zapříčiňující faktor vedoucí ke vzniku psychosomatických problémů. Častá přítomnost sestry obtěžovala 4 (17%) muže a špatná komunikace s personálem 4 (17%) muže. Častý odběr biologického materiálu vadil 6 (25%) mužům, nedostatek informací 3 (13%) mužům. Nedostatečný kontakt s rodinou přispíval ke vzniku psychosomatických obtíží u 4 (17%) mužů a přítomnost opačného pohlaví u 9 (38%) mužů. Doplnění možnosti jiné využil 1(4%) muž. Uvedl faktor, který u něho vedl ke vzniku obtíží. Jednalo se o úmrtí pacienta na pokoji.

26 (24%) mužů staršího věku je ze všech respondentů 110. Z počtu 26 mužů staršího věku odpovědělo **kladně 14** (54%) mužů staršího věku. Hluk, signalizaci přístrojů označilo 8 (57%) mužů, častá přítomnost sestry vadila 1 (7%) muži. Špatná komunikace s personálem narušila průběh léčení u 3 (21%) mužů, častý odběr biologického materiálu obtěžovalo 3 (21%) muže. Nedostatek informací vadil 2 (14%) mužům, malý kontakt s rodinou 6 (43%) mužům, opačné pohlaví 4 (29%) mužům. Jiné nikdo neoznačil.

Otázka č. 13: Naopak, které faktory Vám pomáhaly tyto obtíže překonat?

(Výběr označení více možností)

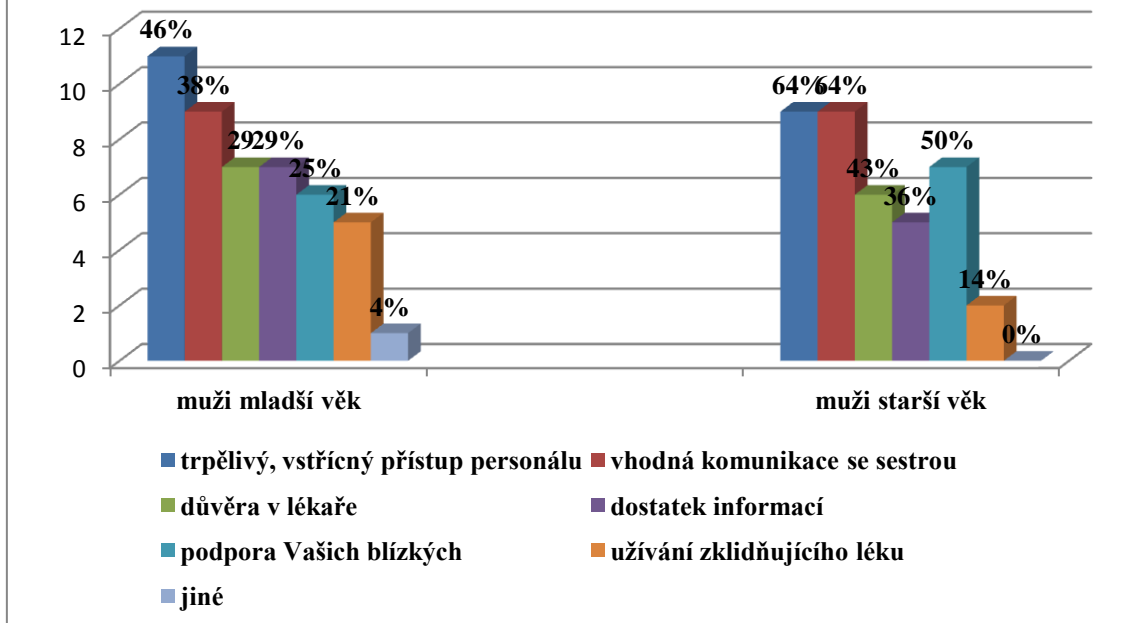


Graf č. 13a zobrazuje faktory, které pomáhají vyrovnat se s psychosomatickými obtížemi. Tato otázka byla určena pro ženy, které v otázce č. 10 (Měl jste fyzické nebo psychické obtíže při nedodržování soukromí?) a volně na ni navazuje. Ženy jsou opět rozděleny z důvodu vyhodnocení na ženy mladšího a ženy staršího věku.

Ze 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. Odpovědělo **kladně 18** (69%) z 26 žen mladšího věku. Nejvíce odpovědí bylo označeno u trpělivého, vstřícného přístupu personálu, tento faktor uvedlo 10 (56%) žen. 9 (50%) žen označilo jako pomáhající faktor k překonání obtíží vhodnou komunikaci se sestrou, 8 (44%) žen doplnilo důvěru v lékaře. 8 (44%) žen uvedlo jako další faktor dostatek informací, 9 (50%) ženám pomáhala podpora jejich blízkých. Užívání zklidňujícího léku uvedlo 6 (33%) žen. Možnost jiné nikdo nedoplnil.

Ze 110 respondentů je žen staršího věku 28 (25%) osob. Z počtu 28 žen odpovědělo **kladně 13** žen. Trpělivý přístup označilo 8 (62%) žen, 7 (54%) žen uvedlo jako vyrovnávací faktor k překonání obtíží vhodnou komunikaci se sestrou. 5 (38%) označilo jako pomáhající faktor důvěru v lékaře, 5 (38%) žen dostatek informací. 7(54%) žen doplnilo podporu Vašich blízkých, 2 (15%) ženy přiznaly užívání zklidňujícího léku. Doplnění možnosti jiné žádná žena nedoplnila.

Graf č. 13b Pomáhající faktory

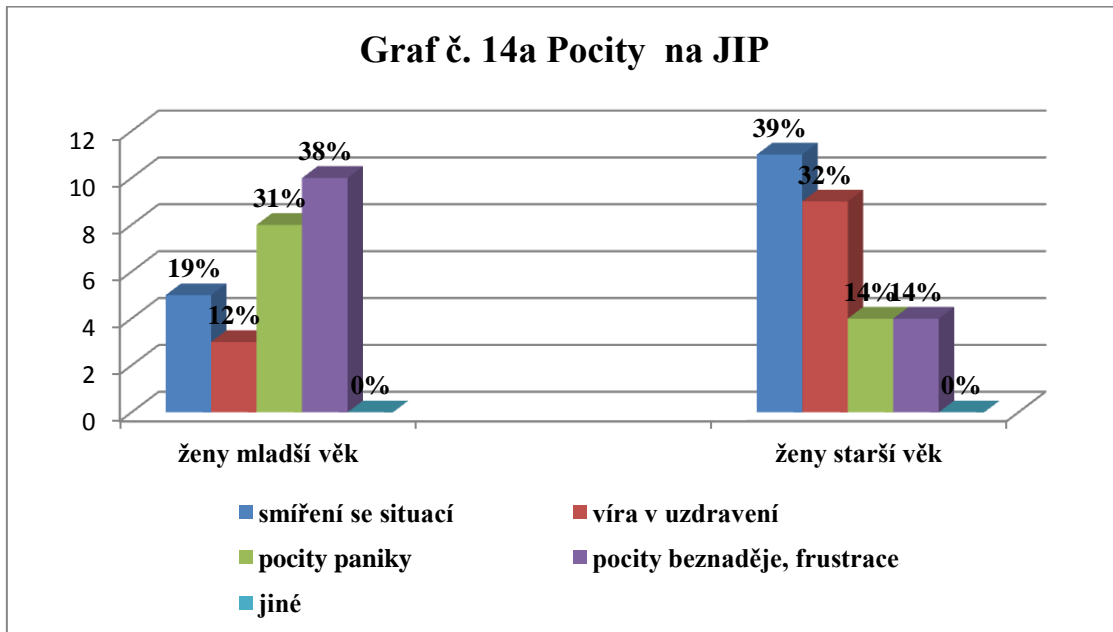


Graf č. 13b znázorňuje faktory pomáhající pacientům vyrovnat se s psychosomatickými obtížemi. Tato otázka byla určena pro muže, kteří v otázce č. 10 odpověděli kladně. Z důvodu vyhodnocení předpokladu jsou muži děleni na muže mladšího věku a muže staršího věku.

Ze 110 odpovídajících je mužů mladšího věku 30 (27%) osob. Z počtu 30 mužů odpovědělo **kladně 24** (80%) mužů. Jako nejvíce pomáhající faktor, který pomáhá pacientům vyrovnat se svými potížemi, muži označili trpělivý, vstřícný přístup personálu 11 (46%). 9 (38%) mužů uvedlo další faktor překonávající jejich obtíže a to vhodnou komunikaci se sestrou. 7 (29%) mužů doplnilo důvěru v lékaře, stejný počet 7 (29%) mužů udalo další faktor, dostatek informací. 6 (25%) mužů označilo podporu Vašich blízkých, 5 (21%) mužů přiznalo užívání zklidňujícího léku. 1 (4%) muž doplnil možnost jiné a dopsal další faktor, který mu pomohl vyrovnat se s obtížemi a to jeho prosba o pomoc sestře, poté vyhovění.

Ze 110 respondentů je mužů staršího věku 26 (24%) osob. Z počtu 26 mužů odpovědělo **kladně 14** (54%) mužů staršího věku. 9 (64%) mužů označilo jako pomáhající faktor trpělivý, vstřícný přístup personálu, stejný počet 9 (64%) mužů uvedlo vhodnou komunikaci se sestrou. 6 (43%) mužů doplnilo důvěru v lékaře, 5 (36%) mužů označilo dostatek informací. 7 (50%) mužům pomáhala podpora jejich blízkých, 2 (14%) muži přiznali podporu v užívání zklidňujícího léku. Možnost jiné nikdo z mužů nikdo nevyužil.

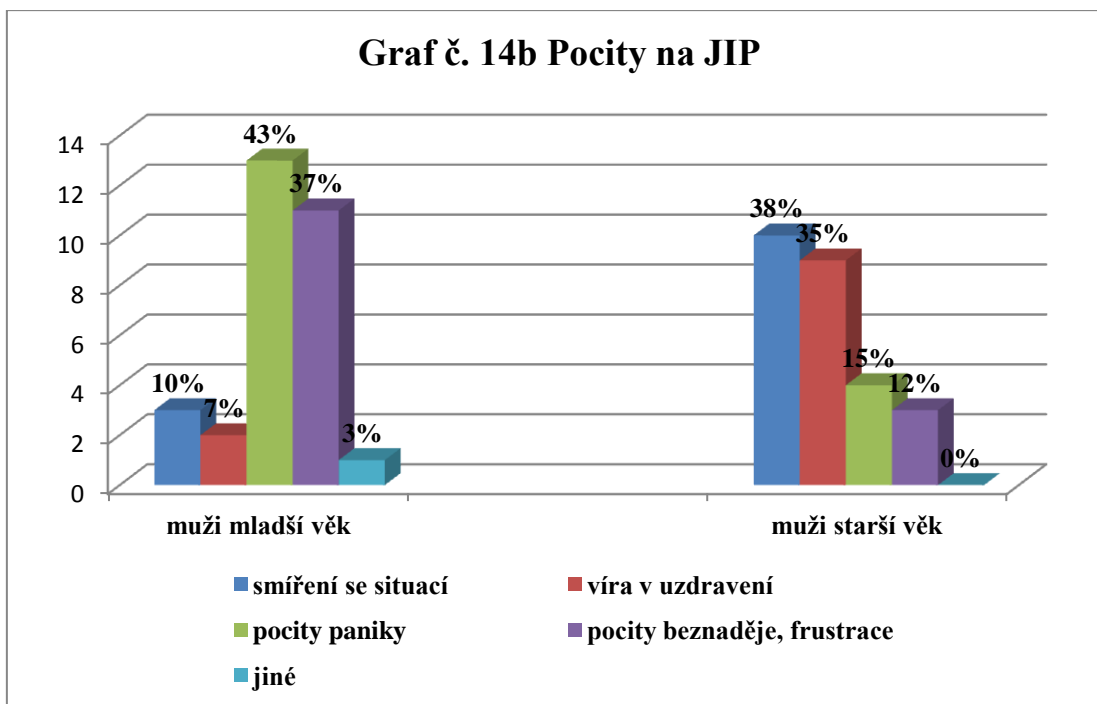
Otázka č. 14: Jaké pocity jste prožíval při přijetí na JIP?



Graf č. 14a popisuje pocity žen přijatých na JIP. Ženy jsou opět děleny z důvodu vyhodnocení předpokladu na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

Ze 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. 5 (19%) žen pocíťovalo při přijetí na JIP stav, kdy se smířily s danou situací, 3 (12%) ženy měly víru v uzdravení. 8 (31%) prožívalo při přijetí pocity paniky. Nejvíce žen 10 (38%) mladšího věku zažívalo pocity frustrace a beznaděje. Možnost jiné žádná žena nevyužila.

Ze 110 respondentů je žen staršího věku 28 (25%) osob. 11 (39%) žen se při přijetí smířily se situací, která nastala, 9 (32%) žen věřilo, že se uzdraví. 4 (14%) ženy zažívaly při příjmu na JIP pocity paniky, stejný počet žen 4 (14%) ženy prožívaly pocity beznaděje, frustrace. Doplnění možnosti jiné žádná žena nedoplnila.



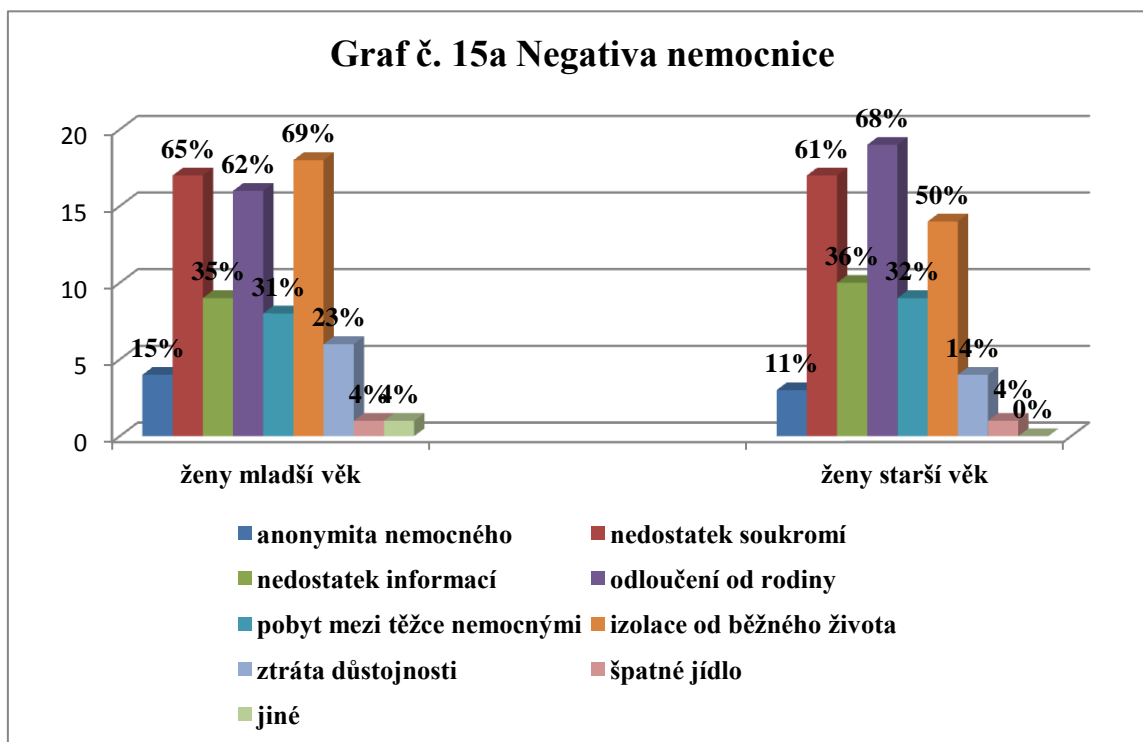
Graf č. 14b popisuje pocity mužů přijímaných na JIP. Muži jsou děleni z důvodu vyhodnocení předpokladu na muže mladšího věku a muže staršího věku.

Ze 110 odpovídajících je 30 (27%) mužů mladšího věku. 3 (10%) muži se přijetí na JIP smířili se situací, která nastala, 2 (7%) muži měli víru v uzdravení. Nejvíce mužů mladšího věku prožívalo při přijetí pocity paniky 13 (43%) a 11 (37%) mužů zažívalo pocity beznaděje, frustrace. 1 (3%) doplnil možnost jiné, při přijetí prožíval obavy ze smrti.

Ze 110 respondentů je 26 (24%) mužů staršího věku. 10 (38%) mužů se při přijetí smířilo s danou situací, 9 (35%) mužů věřilo v uzdravení. 4 (15%) muži prožívali pocity paniky a 3 (12%) zažívali pocity beznaděje, frustrace. Možnost jiné žádný starší muž nedoplnil.

Otázka č. 15: Co Vám vadí na nemocničním prostředí?

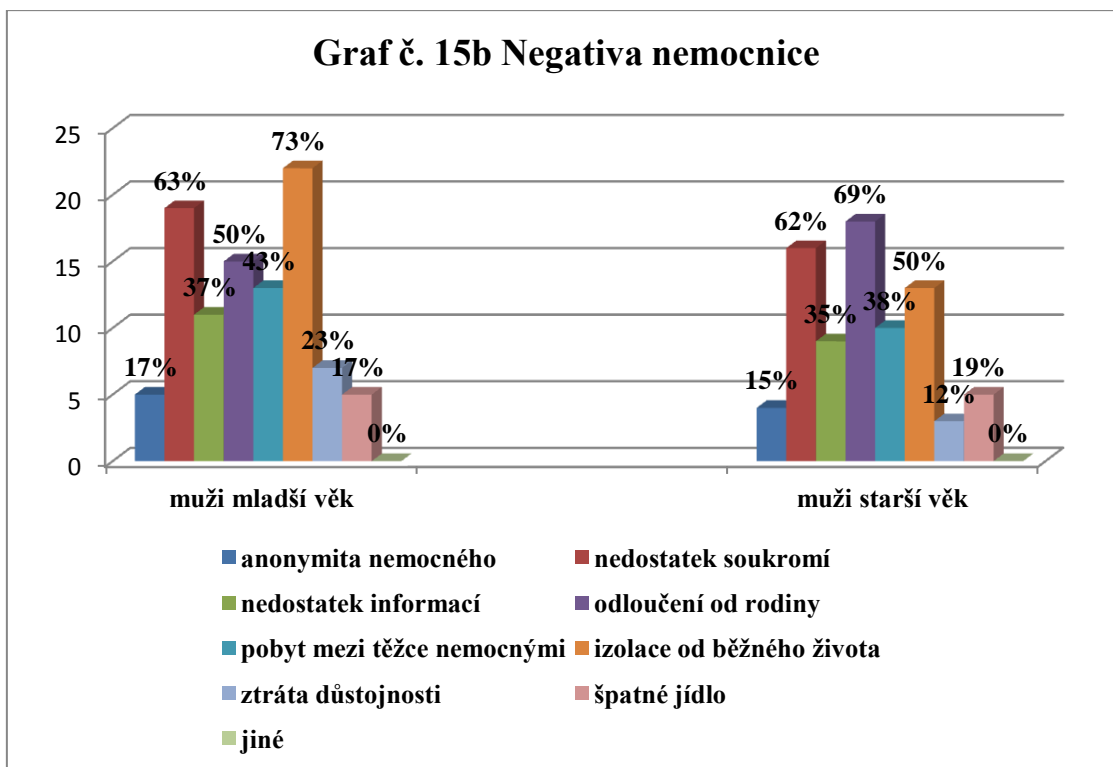
(Výběr označení více možností)



Graf č. 15a znázorňuje negativa nemocničního prostředí z pohledu pacientů, žen. Ženy jsou znovu rozděleny na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

Ze všech odpovídajících 110 je žen mladšího věku 26 (24%). 4 (15%) ženy doplnily, že jim vadí na nemocničním prostředí jeho anonymita. Velký počet žen 17 (65%) označilo další negativum nemocnice, nedostatek soukromí, 9 (35%) žen uvedlo nedostatek informací. Špatně se smiřují ženy s odloučením od rodiny, tento problém označilo 16 (62%) žen. 8 (31%) žen přiznalo, že jim vadí v nemocnici pobyt mezi těžce nemocnými, 18 (69%) žen uvedlo, že jsou v nemocnici izolovány od běžného života. Ztrátu důstojnosti prožívalo 6 (23%) žen. 1 (4%) ženě vadilo špatné jídlo. 1 (4%) žena doplnila možnost jiné a napsala, co jí vadilo. Vadilo jí více lidí na pokoji.

Ze všech respondentů 110 je žen staršího věku 28 (25%) osob. 3 (11%) ženám vadila anonymita, 17 (61%) žen pociťovalo při pobytu nedostatek soukromí. 10 (36%) označilo jako negativum nedostatek informací, 19 (68%) žen prožívalo negativně odloučení od rodiny. 9 (32%) ženám pociťují negativně pobyt mezi těžce nemocnými, izolaci od běžného života špatně snáší 14 (50%) žen. Ztrátu důstojnosti negativně vnímají 4 (14%) ženy, 1 (4%) ženě nechutnalo nemocniční jídlo. Žádná žena z této věkové skupiny nevyužila možnost doplnit jiné.

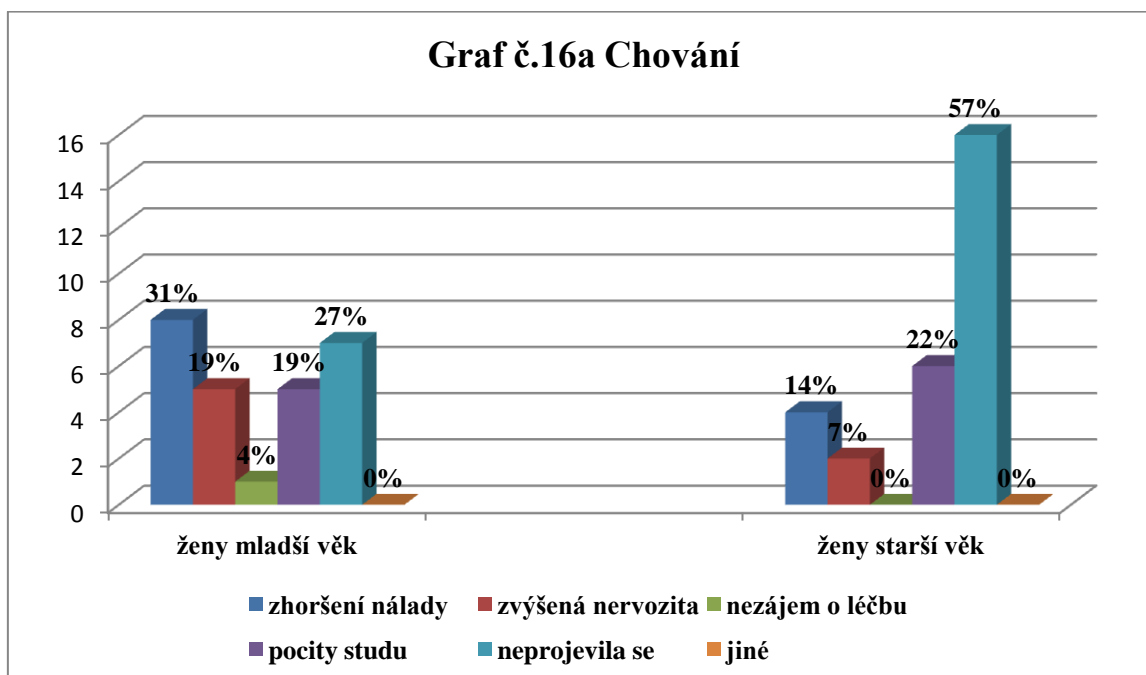


Graf č. 15b popisuje negativní stránky nemocničního prostředí z pohledu pacientů, mužů. Muži jsou opět z důvodu vyhodnocení předpokladu dělení na muže mladšího věku a muže staršího věku.

30 (27%) mužů mladšího věku je ze všech 110 respondentů. 5 (17%) uvedlo, že jim vadí na nemocničním prostředí přílišná anonymita nemocného. 19 (63%) mužů přiznalo, že jako velké negativum vnímají v nemocnici nedostatek soukromí, 11 (37%) mužů se nelíbí v nemocnici málo informací. 15 (50%) mužů uvedlo, že jim vadí odloučení od rodiny, 13 (43%) mužů negativně prožívá pobyt mezi těžce nemocnými. 22 (73%) mužů negativně snášelo izolaci od běžného života. 7 (23%) mužů přiznalo, že pociťovali ztrátu své důstojnosti ze strany personálu. 5 (17%) vnímá jako negativum v nemocnici špatné jídlo, doplnění možnosti jiné nevyužil žádný muž.

26 (24%) mužů staršího věku je ze všech 110 odpovídajících. 4 (15%) muži doplnili, že vnímají jako negativum anonymitu nemocného. 16 (62%) mužů uvedlo, že jim v nemocnici vadí ztráta soukromí, 9 (35%) mužů pociťuje v nemocnici negativně nedostatek informací. 18 (69%) mužů se špatně vyrovnávají s odloučením od rodiny, 10 (38%) mužů špatně snáší pobyt mezi těžce nemocnými. 13 (50%) se těžko smiřuje s izolací od běžného života, 3 (12%) mužů pociťuje v nemocnici ztrátu své důstojnosti. 5 (19%) mužům nechutná nemocniční strava a možnost jiné nedoplnil žádný muž.

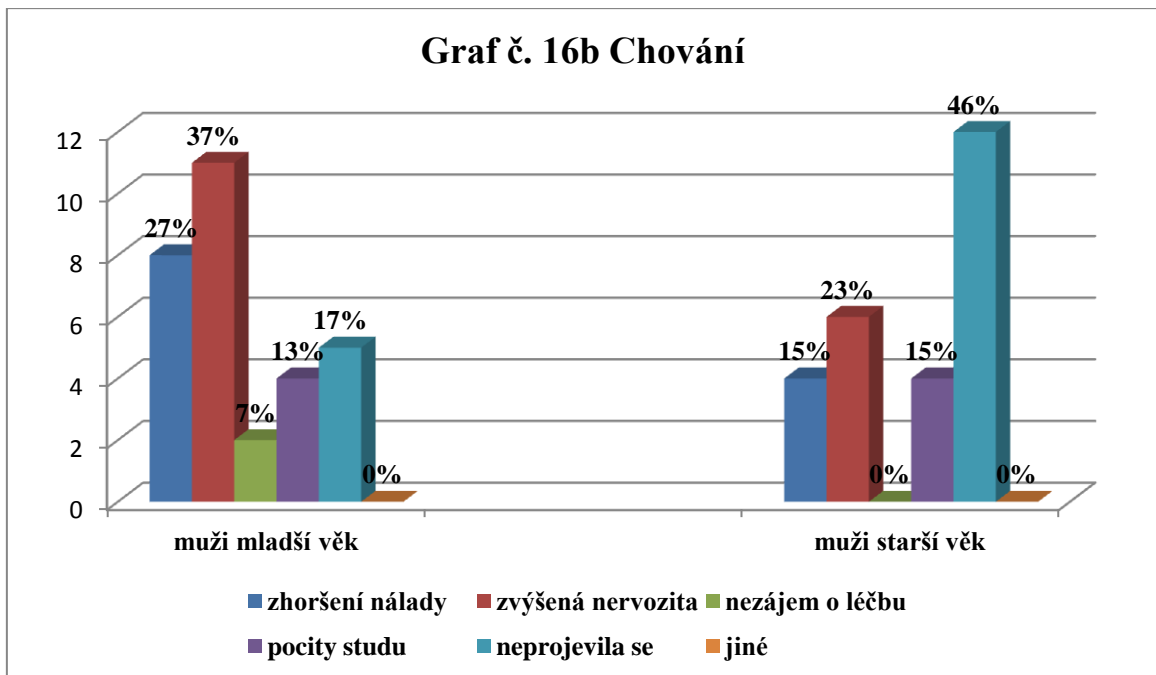
Otázka č. 16: Jak se projevila ztráta soukromí na Vašem chování?



Graf č. 16a znázorňuje projevy chování respondentů, žen v situaci, když pocítily nedostatek soukromí v nemocničním prostředí. Ženy jsou opět děleny na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

26 (24%) žen mladšího věku je ze všech 110 respondentů. 8 (31%) žen uvedlo, že ztráta soukromí se u nich projevila zhoršením nálady. 5 (19%) žen přiznalo, že málo soukromí se u nich projevilo zvýšenou nervozitou. 1 (4%) žena uvedla, že ztratila zájem o léčbu, 5 (19%) žen zažívaly pocity studu. U 7 (27%) žen se ztráta soukromí neprojevila na jejich chování. Doplnění možnosti jiné nikdo nedoplnil.

28 (25%) žen staršího věku je všech 110 dotázaných. 4 (14%) ženy přiznaly, že nerespektování soukromí se u nich projevilo zhoršením nálady. 2 (7%) byly zvýšeně nervózní, nezájmem o léčbu se neprojevila u žádné ženy. 6 (22%) žen trpělo pocity studu, u 16 (57%) žen se ztráta soukromí neprojevila na jejich chování. Možnost jiné nedoplnila žádná žena.

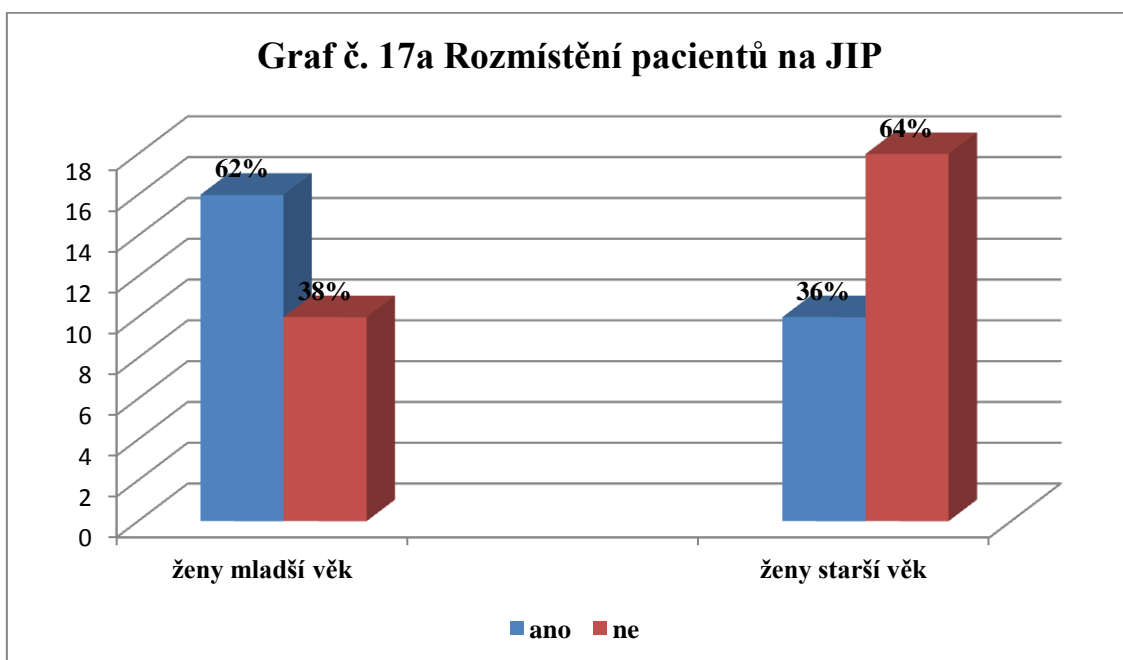


Graf č. 16b popisuje projevy chování mužů při ztrátě soukromí. Muži jsou rozděleni na muže mladšího a na muže staršího věku.

Ze všech 110 respondentů je 30 (27%) mužů mladšího věku. U 8 (27%) mužů se projevilo nedostatek soukromí zhoršením nálady, 11 (37%) mužů zažívali pocety nervozity. U 2 (7%) mužů se objevil nezájem o léčení, pocety studu pociťovali 4 (13%) muži. 5 (17%) mužů nezaznamenalo změnu svého chování a možnost jiné nedoplnil žádný z mužů.

Ze všech 110 dotázaných je 26 (24%) mužů staršího věku. 4 (15%) muži prožívali ztrátu nálady, u 6 (23%) se projevila nervozita při nedostatku soukromí. Nezájem o léčbu se neobjevil u žádného muže, pocety studu zažívali 4 (15%) muži. U 12 (46%) mužů se ztráta soukromí na chování neprojevila. Doplnění možnosti jiné nikdo nevyužil.

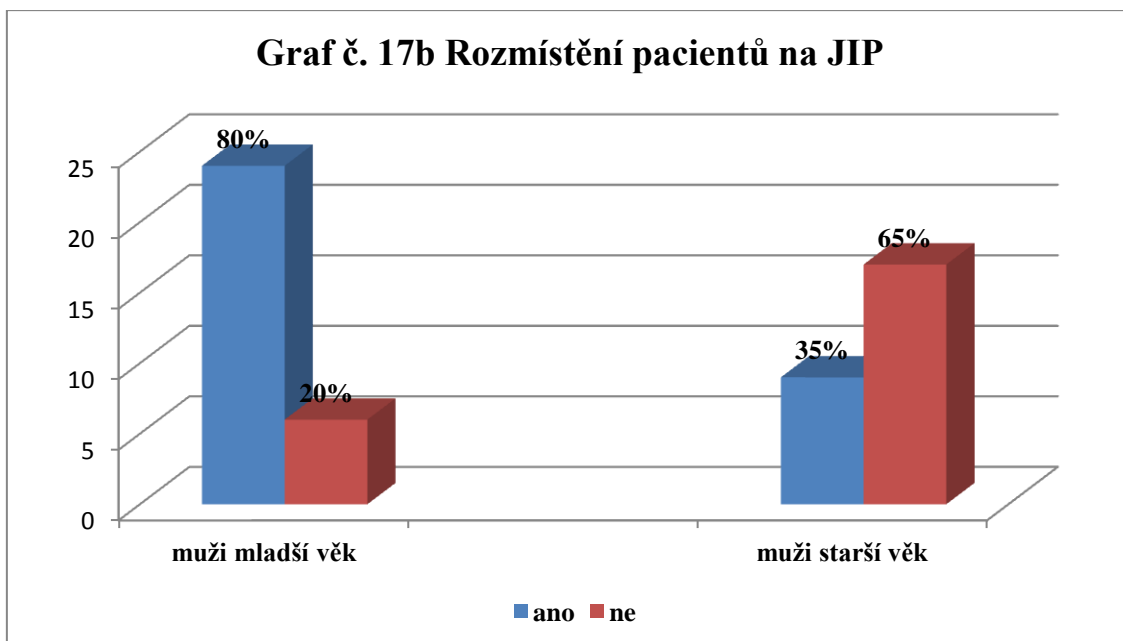
Otázka č. 17: Vadí Vám rozmístění pacientů na JIP, například, že vedle Vás leží osoba opačného pohlaví?



Graf č. 17a popisuje rozmístění pacientů na JIP, přítomnost pacienta opačného pohlaví na pokoji. Cílem této otázky je zjistit, zda ženám vadí přítomnost muže na pokoji. Z důvodu vyhodnocení předpokladu jsou ženy děleny na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

Žen mladšího věku je ze všech 110 respondentů 26 (24%) osob. 16 (62%) žen uvedlo, že jim přítomnost muže na pokoji vadí. 10 (38%) žen doplnilo, že jim tento problém nevadil.

Žen staršího věku je ze všech 110 respondentů 28 (25%) osob. 10 (36%) žen přiznalo, že jim přítomnost osoby opačného pohlaví vadila. Naopak 18 (64%) žen uvedlo, že jim tento nedostatek nevadil.

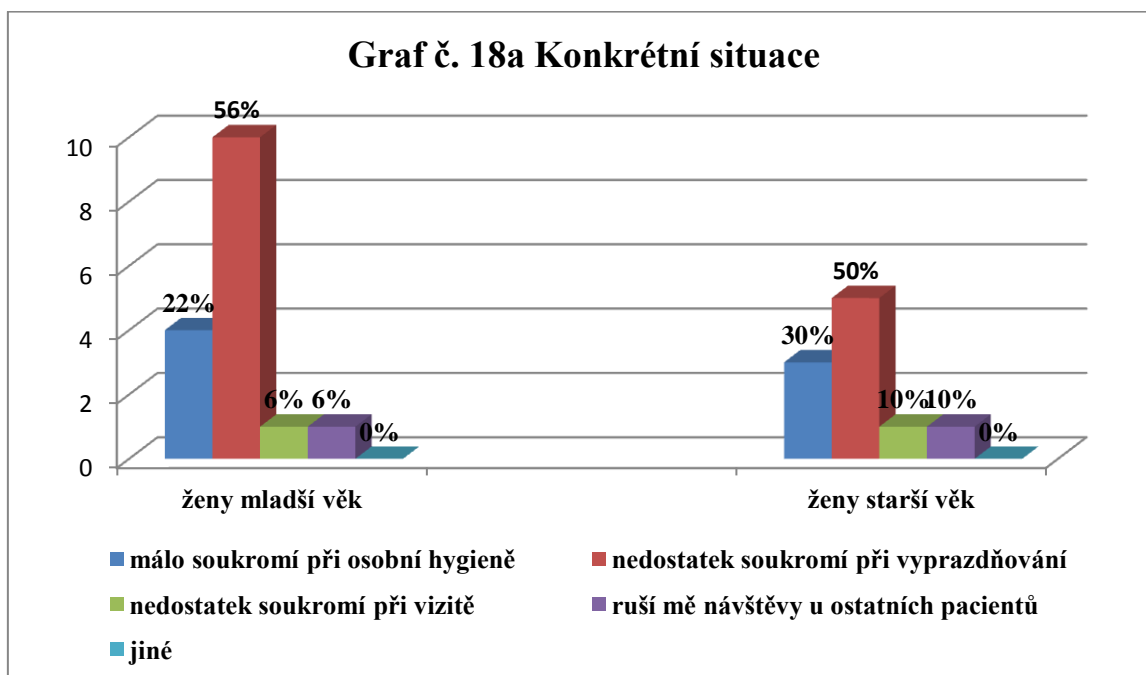


Graf č. 17b znázorňuje umístění pacientů na JIP, přítomnost pacienta na pokoji. Tato otázka zjišťuje, zda mužům vadí přítomnost ženy na pokoji intenzivní péče. Muži jsou děleni na muže mladšího věku a na muže staršího věku.

Mužů mladšího věku je ze všech 110 odpovídajících 30 (27%) osob. 24 (80%) mužů přiznalo, že jim vadí přítomnost osoby opačného pohlaví. 6 (20%) uvedlo, že jim toto rozmístění pacientů nevadilo.

Mužů staršího věku je ze všech 110 respondentů 26 (24%) osob. 9 (35%) mužů označilo, že jim tento problém vadil. 17 (65%) uvedlo, že jim toto rozmístění pacientů nevadilo.

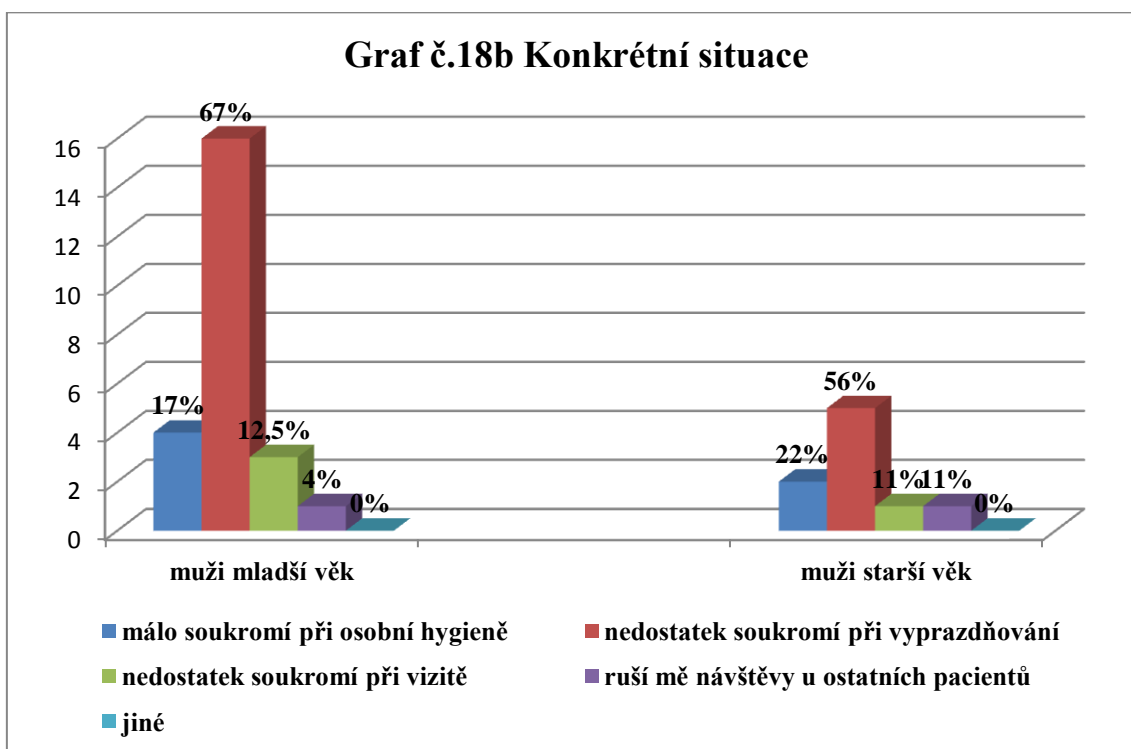
Otázka č. 18: V které situaci Vám toto rozmístění nejvíce vadí?



Graf č. 18a rozvíjí předchozí graf č. 17a. Tato otázka upřesňuje konkrétní situaci, která ženám nejvíce vadí při přítomnosti muže na pokojích JIP. Ženy jsou opět rozděleny na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

Ze všech 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. Z předchozího grafu č. 17a vyplývá, že na otázku č. 17 (Vadí Vám rozmístění pacientů na JIP?), odpovědělo **kladně 16** (62%) žen z 26 žen mladšího věku. 4 (22%) žen uvedlo, že jim přítomnost muže na pokojích vadí při vykonávání své osobní hygieny. Nejvíce žen 10 (56%) žen označilo situaci, při které je přítomnost muže obtěžuje a to je při vyprazdňování. 1 (6%) ženě vadí přítomnost muže při vizitě. 1 (6%) žena uvedla, že jí ruší návštěvy, které navštívily osobu opačného pohlaví. Doplnění možnosti jiné nikdo nevyužil.

Ze všech 110 odpovídajících je žen staršího věku 28 (25%) osob. Na předchozí otázku č. 17 odpovědělo **kladně 10** (36%) žen staršího věku. 3 (30%) žen označilo situaci, při které jim vadila přítomnost muže na pokojích a to je při osobní hygieně. 5 (50%) žen doplnilo, že je přítomnost muže obtěžuje při vyprazdňování. 1(10%) žena uvedla stav, kdy jí vadí přítomnost muže a to je nedostatek soukromí při vizitě. 1 (10%) žena označila situaci, která jí vadila, návštěva osoby opačného pohlaví. Možnost jiné nedoplnila žádná z žen.

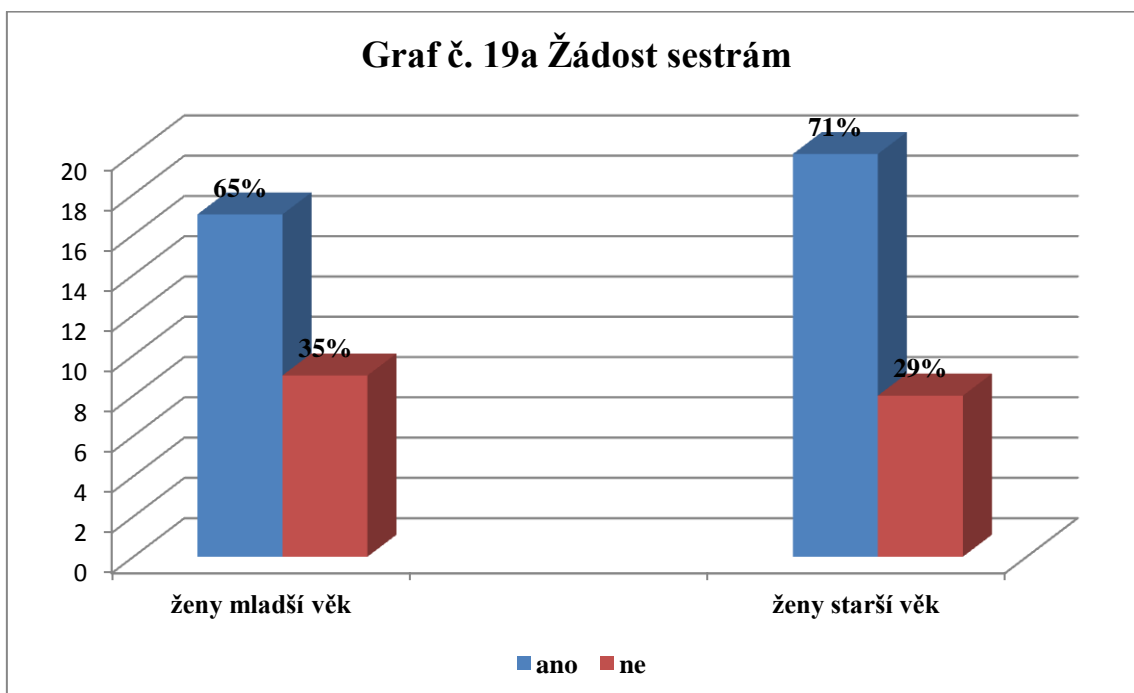


Graf č. 18b navazuje na graf č. 17b. Cílem této otázky je konkrétně upřesnit situaci, kterou muži velmi negativně vnímají prostřednictvím přítomnosti ženy na pokoji intenzivní péče. Muži jsou děleni na muže mladšího věku a na muže staršího věku.

Mužů mladšího věku je 30 (27%) osob ze všech 110 respondentů. Z těchto 30 mužů odpovědělo **kladně 24** (80%) v předchozí otázce č. 17 (Vadí Vám rozmístění osob nepokoji?). 4 (17%) mužů uvedlo, že jim vadí přítomnost ženy při osobní hygieně. Největší počet mužů 16 (67%) přiznalo, že jim vadí přítomnost ženy při vyprazdňování. 3 (12,5%) mužům vadí přítomnost ženy při vizitě a 1(4%) muže ruší návštěva osoby opačného pohlaví na pokoji. Možnost jiné nedoplnil žádný muž mladšího věku.

Mužů staršího věku je 26 (24%) osob ze všech 110 dotazovaných. V předešlé otázce č. 17 odpovědělo **kladně 9** (35%) mužů z 26 mužů staršího věku. 2 (22%) mužům vadí přítomnost ženy při osobní hygieně. 5 (56%) mužů přiznalo, že je obtěžuje přítomnost ženy při vyprazdňování. 1 (11%) muži vadila přítomnost ženy při vizitě, 1 (11%) muže ruší návštěva osoby opačného pohlaví. Možnost jiné nedoplnil nikdo.

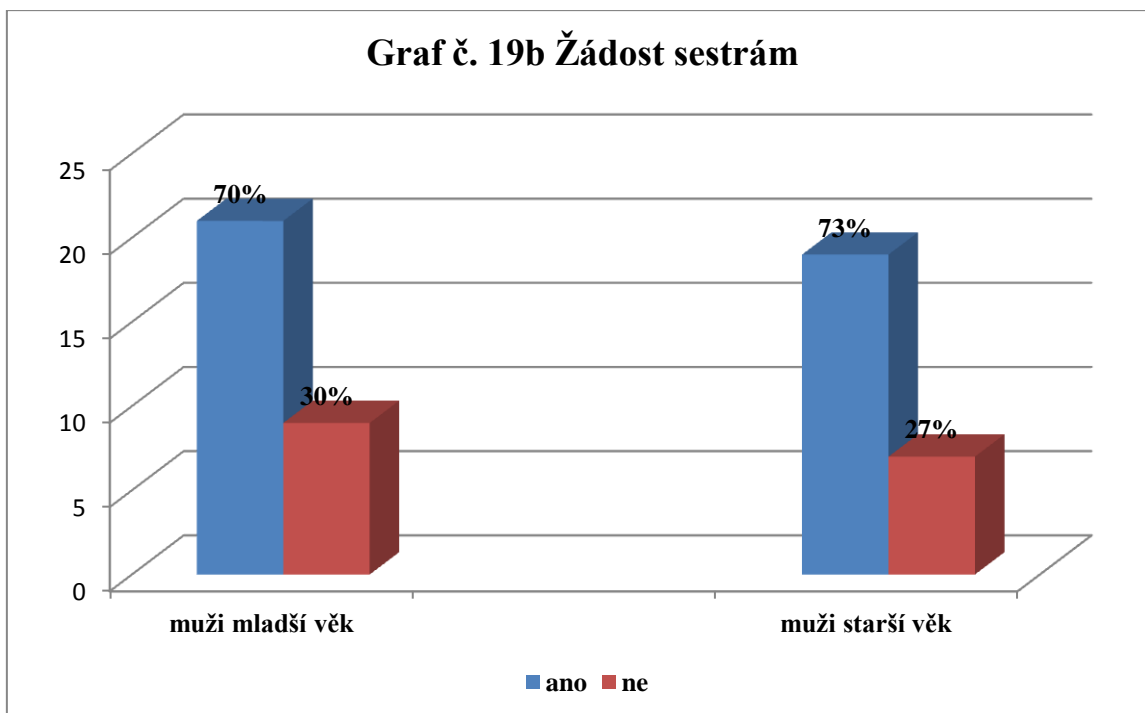
Otázka č. 19: Zmínil jste se sestřím o nedostatku soukromí?



Graf č. 19a popisuje, zda se ženy zmínily personálu o jejich nedostatku soukromí. Ženy jsou opět děleny na ženy mladšího věku a na ženy staršího věku.

Ze všech 110 respondentů je žen mladšího věku 26 (24%) osob. Z těchto 26 žen odpovědělo kladně na výše uvedenou otázku 17 (65%). 9 (35%) žen se o nedostatku soukromí vůbec nezmínilo.

Ze všech 110 odpovídajících je žen staršího věku 28 (25%) osob. 20 (71%) žen se obrátily na sestru s prosbou o zajištění soukromí. 8 (29%) žen se o nedostatku soukromí nezmínilo.

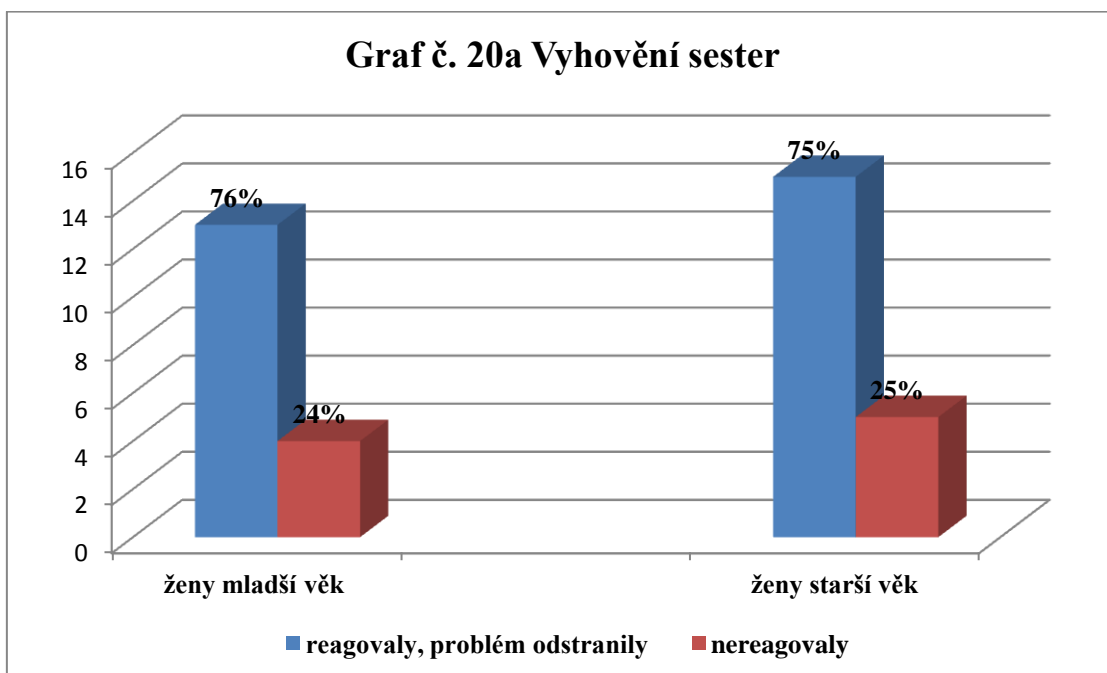


Graf č. 19b znázorňuje žádost mužů o zajištění soukromí, o které požádali sestry. Muži jsou děleni na muže mladšího věku a na muže staršího věku.

Ze všech 110 respondentů je 30 (27%) mužů mladšího věku. 21 (70%) mužů sestry požádaly o zajištění soukromí. 9 (30%) mužů se o nedostatku soukromí nezmínilo.

Ze všech 110 dotázaných je 26 (24%) mužů staršího věku. 19 (73%) mužů se zmínilo sestřám o nedostatku soukromí, naopak 7 (27%) mužů se s prosbou na sestru neobrátili.

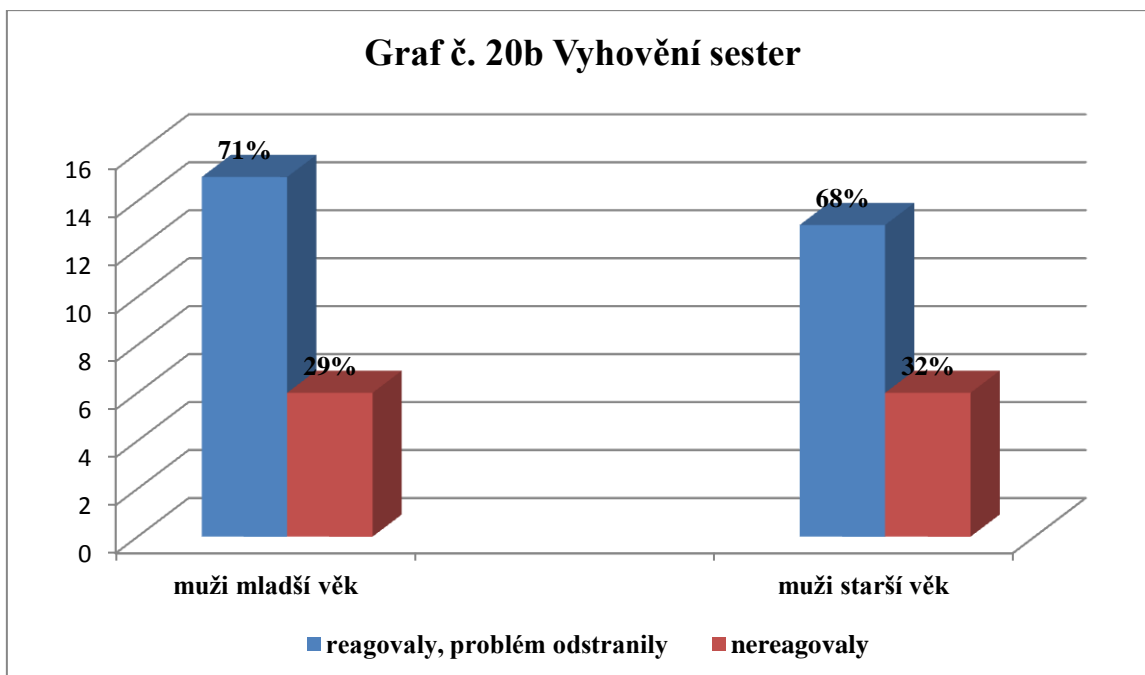
Otázka č. 20: Jak sestry reagovaly na Vaši připomínku?



Graf č.20a navazuje na předešlý graf č. 19a. Znárodnuje reakce sester a jejich vyhovění, případně nevyhovění při žádosti žen o zabezpečení dostatku soukromí.

Žen mladšího věku je 26 (24%) ze všech respondentů 110. V předchozí otázce č. 19 (Zmínil jste se sestrám o nedostatku soukromí?) odpovědělo **kladně 17** (70%) žen z 26. Z těchto 17 doplnilo do dotazníku 13 (76%) žen, že sestry reagovaly a problém odstranily. 4 (24%) ženy uvedly, že sestry na jejich prosbu nereagovaly.

Žen staršího věku je 28 (25%) ze všech respondentů 110. Na předešlou otázku č. 19 odpovědělo **kladně 20** (71%) žen z 28 žen. Z 20 žen, 15 (75%) žen označilo, že sestry na jejich prosbu reagovaly a vzniklý problém řešily. 5 (25%) žen doplnilo, že sestry jejich prosbu neakceptovaly.



Graf č. 20b rozvíjí předchozí graf 19b. Znárodnuje prosby mužů o zajištění soukromí a případné vyhovění nebo nevyhovění sester.

Mužů mladšího věku je 30 (27%) ze všech dotázaných 110. Z 30 mužů odpovědělo **kladně 21** (70%) mužů na předchozí otázku č. 19 (Zmínil jste se sestrám nedostatku soukromí?). 15 (71%) mužů označilo, že sestry na jejich žádost reagovaly. 6 (29%) mužů uvedlo, že sestry jejich prosbě nevyhovělo.

Mužů staršího věku je 26 (24%) ze všech dotázaných. Z těchto 26 odpovědělo **kladně 19** (73%) mužů na předchozí otázku č. 19. 13 (68%) mužů označilo, že sestry na jejich žádost o soukromí se snažily vyhovět, naopak 6 (32%) mužů uvedlo, že sestry na jejich žádost nereagovaly.

14 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit názory pacientů, zda je na JIP dodržováno soukromí

K tomuto cíli se vážou otázky č. 3, 4, 6, 7, 8, 9. Těmito otázkami jsem zjišťovala, zda bylo dodržováno soukromí při sepisování sesterské anamnézy a jaké osoby byly přítomny. Dále jsem zjišťovala, jestli bylo dodržováno soukromí při osobní hygieně pacientů. Následující otázkou jsem zmapovala, zda je dodržováno soukromí při vyprazdňování klientů. Otázka poté zjišťuje dodržování soukromí při usínání. Poslední otázka, která se váže k soukromí, mapuje zabezpečení soukromí při výkonu např. při podávání klyzmatu, cévkování.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad č. 1: Pacienti nemají na JIP zajištěno dostatek soukromí.**

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 3**, kdy jsem zjišťovala, zda bylo dodržováno soukromí při sepisování sesterské diagnózy. 11% dotázaných odpovědělo ano, byly přítomny osoby, ale nevadilo mi to. 27% pacientů označilo ano, byly přítomny osoby vadilo mi to. 41% klientů uvedlo, že nebyly při sepisování sesterské diagnózy přítomny žádné osoby. 21 % si tuto událost nepamatovalo.

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 6**, respektování soukromí při hygieně. 40% klientů uvedlo dodržováno zatažením závěsu, 4% pacientů odvezením do sprchy, 11% vhodnou komunikací, 31% taktním přístupem, 33% uvedlo, že nebylo zajišťováno.

Předpoklad jsem si ověřovala **otázkou č. 7**, dodržování soukromí při vyprazdňování. 49% klientů uvedlo, že soukromí bylo dodržováno zatažením závěsu. 49% klientů označilo ochotné podání podložní mísy, 15% mobilní toaletu, 3% odvezení na WC, 20% vhodná poloha. 33% pacientů uvedlo, že nebylo soukromí zajištěno.

Předpoklad jsem si zmapovala **otázkou č. 8**, respektování při usínání. 45% pacientů označilo dodržování zatažením závěsu, 58% ztlumením světel, 14% ztišením přístrojů, 15% vyvětráním pokoje, 20% ohleduplným přístupem, 15% nočním klidem. 31% pacientů doplnilo, že nebylo soukromí respektováno.

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 9**, dodržování soukromí při vyšetření. 47 % pacientů uvedlo dodržování soukromí zatažením závěsu, 18% odváděním pozornosti, 28% citlivým přístupem, 3% odvezením na vyšetřovnu, 31% uvedlo, že nebylo zajišťováno.

Předpoklad č. 1 se nepotvrdil.

K cíli č. 1 se také váže **předpoklad č. 2: Ztráta soukromí vede ke vzniku psychosomatických obtíží.**

Předpoklad jsem si ověřovala otázkami č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Otázkami jsem zjišťovala, zda měli pacienti fyzické či psychické obtíže v souvislosti s nerespektováním soukromí. Navazující otázkou jsem zjišťovala konkrétní obtíže pacientů, které se objevují při nezabezpečení soukromí. V další otázce měli respondenti zaškrtnout, které další faktory přispěly k jejich problémům. V následující otázce poté měli jmenovat faktory, které jim pomohly tyto obtíže překonat. Zjišťovala jsem také, jaké měli pocity při přijetí na JIP a co jim vadí při pobytu v nemocnici. Také jsem mapovala, jak se odrazila ztráta soukromí v jejich chování.

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 10**, kdy jsem zjišťovala, zda měli respondenti psychické nebo fyzické obtíže. Kvůli vyhodnocení 2 následujících předpokladů jsou respondenti rozděleni na ženy mladšího věku, ženy staršího věku a na muže mladšího věku a na muže staršího věku.

Ženy mladšího věku uvedly: 27% žen uvedlo výskyt fyzických obtíží, 23% mělo psychické problémy, 19% žen přiznalo psychické i fyzické problémy. 31% žen nemělo žádné problémy.

Ženy staršího věku doplnily: 4% měla problémy fyzického rázu, 18% žen mělo psychické problémy, 25% žen uvádělo psychické i fyzické obtíže. 54% žen nemělo žádné problémy.

Muži mladšího věku označily: 17% mužů mělo fyzické problémy, 33% mužů přiznalo psychické obtíže. 30% mužů uvedlo fyzické i psychické problémy. 20% mužů nemělo žádné obtíže.

Muži staršího věku uvedly: 31% přiznalo problémy ve fyzické oblasti, 8% mužů uvedlo, výskyt psychických problémů. 15% mužů označilo fyzické i psychické obtíže. 46% mužů nemělo žádné obtíže.

Předpoklad č. 2 byl potvrzen.

Cíl 2: Zjistit, jakým způsobem zajišťují sestry na JIP dostatek soukromí

K cíli se vážou otázky č. 6, 7, 8, 9, 19, 20. Těmito otázkami jsem konkrétně zjišťovala jakými způsoby sestry na JIP zabezpečují soukromí při osobní hygieně pacientů, při vyprazdňování, při usínání, při vyšetření jako je klyzma, cévkování. Dále jsem zjišťovala, zda se sestry snaží vyhovět při pacientově prosbě o soukromí.

K tomuto cíli se vztahuje **předpoklad č. 3: Méně jak polovina sester nezajišťuje pacientům na JIP dostatek soukromí.**

Tento předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 6**, zajišťování soukromí při osobní hygieně. 40% dotázaných uvedlo, že sestra zajišťovala zatažením závěsu, 4% pacientů odvezením do sprchy, 11% vhodnou komunikací, 31% ohleduplným přístupem. 33% respondentů uvedlo, že nelékařský personál soukromí nezajišťoval.

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 7**, zabezpečení soukromí při vyprazdňování. 49% dotázaných doplnilo, že sestra zabezpečovala soukromí zatažením závěsu, 49% pacientů uvedlo ochotné podání podložní mísy, 15% mobilní toaletu, 3% odvezení na WC, 20% vhodnou polohu. U 33% dotázaných nebylo zajištěno soukromí.

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 8**, zajištění soukromí při usínání. 45% respondentů označilo zajištění soukromí zatažením závěsu, 58% ztlumením světel, 14% ztišením přístrojů, 15% vyvětráním pokoje, 20% ohleduplným přístupem při ošetřování jiného pacienta, 15% zajištěním nočního klidu. 31% dotázaných uvedlo, že jim nebylo zabezpečeno dostatek soukromí.

Předpoklad jsem si ověřovala **otázkou č. 9**, zajištění soukromí při vyšetření. 47% respondentů označilo zajištění zatažením závěsu, 18% odváděním pozornosti, 28% citlivým přístupem, 3% odvezením na vyšetřovnu. U 31% dotázaných nebylo zajištěno soukromí.

Předpoklad jsem také ověřila **otázkou č. 20**, vyhovění sester na žádost pacientů o zajištění soukromí. Ženy mladšího věku uvedly, že 76% sester na jejich prosbu reagovalo, 24% sester nevyhovělo. Ženy staršího věku doplnily, 75% sester vyhovělo, 25% sester prosbu neakceptovalo. Muži mladšího věku uvedli, že 71% sester reagovalo, 29% sester nevyhovělo. Muži staršího věku uvedlo, že jim vyhovělo 68% sester, nevyhovělo 32 % sester.

Předpoklad č. 3 byl potvrzen.

K tomuto cíli se vztahuje také **předpoklad č. 4: Více jak polovina pacientů na JIP vnímá ztrátu soukromí nejpálčivěji při vyprazdňování moče a stolice.**

Předpoklad jsem si ověřovala **otázkou č. 5**, kdy jsem zjišťovala konkrétně, v jaké situaci vadí respondentům ztráta soukromí na JIP. Respondenti měli zvolit situace, ale také číselně označit od 1 – 3, která situace související se ztrátou soukromí jim nejvíce vadí. (1 – nejvíce mi vadí, 2 – méně, 3 – nejméně).

Pro zpřehlednění situace byly vytvořeny 2 grafy. V prvním grafu č. 5a bylo doplněno: 82% respondentů uvedlo situaci, která jim vadila při ztrátě soukromí a tou je vyprazdňování. 50% respondentů doplnilo jako situaci, osobní hygienu. 54% dotázaných označilo, že jim vadí nedostatek soukromí při výkonu např. klyzma, cévkování. 40% dotázaných vyplnilo, že pociťovalo ztrátu soukromí při usínání. 13% zažívalo ztrátu soukromí při osobní návštěvě, 11% sdělování informací od lékaře. 25% odhalování při vizitě, 18% dotázaných vadil transport v nemocnici.

Druhý graf č. 5b rozvíjel předchozí graf a označoval situace, které respondentů nejvíce, méně a nejméně vadily. Nejvíce respondenti pociťují **ztrátu soukromí při vyprazdňování, 82% dotázaných**. Méně jim vadí situace při osobní hygieně, uvedlo 50% respondentů a při vyšetření např. klyzma, cévkování, 54% dotázaných. Nejméně jim vadí situace při osobní návštěvě, zaškrtnulo 13% respondentů a při sdělování informací od lékaře, 11% dotázaných.

Předpoklad č. 4 byl potvrzen.

Cíl č. 3: Zjistit rozdíly vnímání dodržování soukromí u pacientů různého věku a pohlaví.

K cíli se vážou otázky č. 1, 2, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. Identifikačními otázkami jsem zjišťovala, počet žen, mužů, pacientů mladšího a staršího věku. Další otázkou jsem zmapovala, jak vnímají ztrátu soukromí na JIP ženy, muži, pacienti mladšího, staršího věku. Mapovala jsem, jestli měli psychické nebo fyzické obtíže při nedostatku soukromí. Další otázkou jsem zjišťovala, jaké měli konkrétní obtíže muži, ženy, mladší, starší pacienti. Jaké další faktory pociťují jako nepříjemné ženy, muži,

mladší, starší pacienti a které další faktory jim pomáhají při ztrátě soukromí. Navazující otázky zjišťují pocity žen, mužů, mladších, starších pacientů při přijetí a co jim vadí v nemocnici. Zjišťovala jsem, jestli se ztráta soukromí odrazila v jejich chování a zda jim vadí rozmístění pacientů na JIP.

K tomuto cíli se váže **předpoklad č. 5: Pacienti mladšího věku prožívají ztrátu soukromí hůře než pacienti staršího věku.** (Kritérium mladší věk: 18 – 60 let, starší věk: 61 let a více).

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 10**, kdy jsem zjišťovala výskyt psychických, fyzických problémů při ztrátě soukromí.

U **žen mladšího věku** byl výskyt obtíží následující: 27% výskyt fyzických problémů, 23% žen mělo psychické problémy, 19% mělo psychické i fyzické problémy. **31% nemělo žádné problémy.**

Ženy staršího věku měly tyto obtíže: 4% problémy ve fyzické oblasti, 18% žen psychické obtíže, 25% žen psychické i fyzické obtíže. **54% nemělo žádné problémy.**

Muži mladšího věku měli tyto obtíže: 17% mužů označilo fyzické problémy, 33% mělo obtíže psychického rázu, 30% mužů mělo psychické i fyzické obtíže. **20% nemělo žádné obtíže.**

U **mužů staršího věku** byl výskyt obtíží následující: 31% mělo problémy ve fyzické oblasti, 8% mužů mělo psychické problémy, 15% mělo fyzické i psychické obtíže. **46% nemělo žádné problémy.**

Předpoklad jsem si ověřovala **otázkou č. 14**, kde jsem zjišťovala u pacientů mladšího a staršího věku pocity při přijetí na JIP.

Ženy mladšího věku uvedly: 19% žen smíření s danou situací, 12% žen mělo víru v uzdravení, **31% žen pocity paniky. 38% žen mělo pocity beznaděje a frustrace.**

Ženy staršího věku doplnily: 39% žen smíření se situací, 32% žen víru v uzdravení, **14% žen pocity paniky, 14% pocity beznaděje, frustrace.**

Muži mladšího věku doplnili: 10% smíření s danou situací, 7% víra v uzdravení, **43% pocity paniky, 37% pocity beznaděje, 3% obavy ze smrti.**

Muži staršího věku uvedli: 38% mužů smíření, 35% víra v uzdravení, **15% pocity paniky, 12% pocity beznaděje.**

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 16**, kdy jsem zjišťovala, jak se projevila ztráta soukromí u pacientů mladšího a staršího věku.

Ženy mladšího věku uvedly: 31% žen zhoršení nálady, 19% zvýšená nervozita, 4% ztráta zájmu o léčbu, 19% pocity studu. **27% neprojevila na jejich chování.**

Ženy staršího věku značily: 14% zhoršení nálady, 7% zvýšeně nervózní, 0% nezáměr o léčbu, 22% pocity studu. **57% se ztráta soukromí neprojevila na chování.**

Muži mladšího věku doplnili: 27% zhoršení nálady, 37% pocity nervozity, 7% nezáměr o léčení, 13% pocity studu. **17% se ztráta soukromí neprojevila.**

Muži staršího věku uvedli: 15% zhoršení nálady, 23% zvýšená nervozita, 0% nezáměr o léčení, 15% pocity studu. **46% se ztráta soukromí neprojevila.**

Předpoklad č. 5 byl potvrzen.

K cíli č. 3 se také váže **předpoklad č. 6: Muži se vyrovnávají s nedostatkem soukromí hůře než ženy.**

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 10**, kdy jsem mapovala výskyt psychických, fyzických problémů při ztrátě soukromí.

Ženy mladšího věku uvedly: 27% výskyt fyzických problémů, 23% žen mělo psychické problémy, 19% mělo psychické i fyzické problémy. **31% nemělo žádné problémy.**

Ženy staršího věku měly tyto obtíže: 4% problémy ve fyzické oblasti, 18% žen psychické obtíže, 25% žen psychické i fyzické obtíže. **U 54% se nevyskytly žádné obtíže.**

Muži mladšího věku měli tyto obtíže: 17% mužů označilo fyzické problémy, 33% mělo obtíže psychického rázu, 30% mužů mělo psychické i fyzické obtíže. **20% nemělo žádné obtíže.**

U mužů staršího věku byl výskyt obtíží následující: 31% mělo problémy ve fyzické oblasti, 8% mužů mělo psychické problémy, 15% mělo fyzické i psychické obtíže. **46% nemělo žádné problémy.**

Předpoklad jsem si ověřovala **otázkou č. 14**, kde jsem zjišťovala u pacientů mladšího a staršího věku pocity při přijetí na JIP.

Ženy mladšího věku uvedly: 19% žen smíření s danou situací, 12% žen mělo víru v uzdravení, **31% žen pocity paniky, 38% žen mělo pocity frustrace a beznaděje.**

Ženy staršího věku doplnily: 39% žen smíření se situací, 32% žen víru v uzdravení, **14% žen pocity paniky, 14% pocity beznaděje, frustrace.**

Muži mladšího věku doplnili: 10% smíření s danou situací, 7% víra v uzdravení, **43% pocity paniky, 37% pocity beznaděje, 3% obavy ze smrti.**

Muži staršího věku uvedli: 38% mužů smíření, 35% víra v uzdravení, **15% pocity paniky, 12% pocity beznaděje.**

Předpoklad jsem si ověřila **otázkou č. 16**, kdy jsem zjišťovala, jak se projevila ztráta soukromí u pacientů mladšího a staršího věku.

Ženy mladšího věku uvedly: 31% žen zhoršení nálady, 19% zvýšená nervozita, 4% ztráta zájmu o léčbu, 19% pocity studu. **27% neprojevila na jejich chování.**

Ženy staršího věku značily: 14% zhoršení nálady, 7% zvýšeně nervózní, 0% nezájem o léčbu, 22% pocity studu. **57% se ztráta soukromí neprojevila na chování.**

Muži mladšího věku doplnili: 27% zhoršení nálady, 37% pocity nervozity, 7% nezájem o léčení, 13% pocity studu. **17% se ztráta soukromí neprojevila.**

Muži staršího věku uvedli: 15% zhoršení nálady, 23% zvýšená nervozita, 0% nezájem o léčení, 15% pocity studu. **46% se ztráta soukromí neprojevila**

Předpoklad č. 6 byl potvrzen.

15 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak je respektováno soukromí na JIP a jakými způsoby zajišťuje personál dostatek soukromí na JIP. Zajímalo mě, jak prožívají ztrátu soukromí pacienti mladšího a staršího věku, ženy, muži.

JIP je specifické oddělení. Pacienti jsou zde přijímáni ve velmi těžkém stavu. V popředí zájmu zdravotníku je záchrana života, navrácení kvality života. Tento cíl je uskutečňován díky speciálně proškolenému personálu, ale také díky moderním přístrojům, které neustále hlídají životní funkce pacienta. Uspokojování dalších potřeb pacienta ustupuje do pozadí, ale nemělo by se na ně zapomínat. V nejužším kontaktu s pacientem je všeobecná sestra, která sleduje pacientův stav, kontroluje jeho biologické funkce. Při ošetřování pacienta by neměla zapomínat na pacientovy potřeby, pozorovat psychiku pacienta. Na JIP nedostatek soukromí nabývá na významu. Často vedle sebe leží pacienti opačného pohlaví, oddělení pouze závěsem. Zajištění potřeby osobní hygieny, vyprazdňování, usínání je velmi problematické. Právě my zdravotníci si musíme tento nedostatek uvědomovat a svým ohleduplným, taktním jednáním se snažit zabezpečit dostatek soukromí pro vykonání těchto potřeb. Při nerespektování soukromí se mohou u pacienta objevit další potíže, které můžou zhoršit a komplikovat už tak vážný pacientův stav.

Samotné oddělení JIP, ARO vyvolává v lidech strach, pocity nejistoty. Ztráta soukromí je jedna z předních nejistot, které se pacienti obávají při přijetí na JIP. Mají strach o svůj život a zároveň se strachují z izolace od běžného života, ztráty soukromí, ztráty lidské důstojnosti, jsou odloučeni od svých blízkých. Sestra ve spolupráci s lékařem by si měla tyto nejistoty uvědomovat a svým přístupem, chováním je včas řešit. Daleko účinnější je postupovat preventivně a ne následně řešit problémy spojené se ztrátou soukromí, jako jsou ztráta lidské důstojnosti, obtíže s vyprazdňováním, poruchy psychiky.

Myslím si, že se problematice nedostatku soukromí nevěnuje tolik pozornosti, kolik by si zasloužila. Člověk je osobnost a individualita. Každý prožívá ztrátu soukromí jinak, má jinou frustrační odolnost, jinak uspokojuje své potřeby. K tomu se přidružují další faktory, vážnost zdravotního stavu, průběh hospitalizace na JIP. Velmi negativně přispívají k nedostatku soukromí faktory, které jsou specifické pro JIP, jako je signalizace přístrojů, rozmístění pacientů, častá přítomnost sestry. A jak by bylo nám, kdybychom se ocitli v podobné situaci? Myslím si, že sestra, která si prožila tuto osobní zkušenost, postupuje

při ošetřování pacientů šetrněji, citlivěji. Ale ne každý si prožije tuto zkušenost. Sestra má za všech okolností zachovávat úctu k pacientovi, respektovat osobnost, zachovávat soukromí.

Na JIP jsem pracovala šest let. Na JIP jsem vnímala rušivé vlivy, které s sebou hospitalizace přináší. Zamýšlela jsem se nad způsoby, jak odstranit rušivé faktory, zabezpečit dostatek soukromí. Někdy jsem se setkávala s neochotou ze strany zdravotnického personálu, ale i samotných pacientů. Zajímalo mě, jak ztrátu soukromí prožívají muži, ženy, pacienti mladšího a staršího věku.

K průzkumu této problematiky jsem použila dotazníkovou metodu. Dotazníky jsem rozdávala na multioborové JIP Rokycanské nemocnice a.s. v průběhu 4 měsíců 2013. Dotazníky byly v tištěné podobě a zachovávaly anonymitu. Celkem jsem rozdala 125 dotazníků, vrátilo se jich 110, návratnost byla 92%.

V dotazníku jsem použila nejprve identifikační otázky č. 1, 2, kdy jsem zjistila počet mužů a žen, počet pacientů mladšího a staršího věku. Toto rozdělení je důležité pro vyhodnocení 2 předpokladů.

Úkolem **prvního dílčího cíle bylo zjistit, jestli je na JIP respektováno soukromí.** Tento cíl jsem zjišťovala otázkami č. 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Otázkou č. 3 jsem zjišťovala, zda byly při sepisování sesterské diagnózy přítomny další osoby. Otázkou jsem mapovala, zda se sestry snaží při sepisování, kdy od pacientů odebírají jejich citlivé a pro ně velmi důležité údaje, zachovávat soukromí. Musím zdůraznit, že někdy samotné prostředí JIP vylučuje naplnit tuto podmínku, například při obsazenosti JIP a tím přítomnost dalšího pacienta. Pokud podmínky dovolují, měly by sestry zachovávat soukromí při odebírání ošetřovatelské anamnézy. Ze 110 respondentů uvedlo, že další osoby nebyly přítomny u 41% dotázaných. 21% dotázaných si tuto událost nepamatovalo. Ostatní respondenti označili ano. Podobný výsledek vyšel v bakalářské práci Caltové: „Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetřovatelské péče.“ V její práci převážná část 46% respondentů udala, že při sepisování nebyly přítomny jiné osoby. (28, 2011)

Otázka č. 4 navazovala na předchozí otázku. Rozebírá osoby, které byly při sepisování přítomny. Nejvíce byli přítomni další pacienti, což je vzhledem ke kapacitě JIP pochopitelné. Je ale nezbytné, aby se sestra této situaci přizpůsobila ztišením hlasu, zatažením pleny. Dále respondenti uváděli další zdravotnický personál (lékaře, další

sestru, studenty.). Menší počet respondentů označilo uklízečku, další příbuzné. Je nepřijatelné, aby sestra odebírala údaje v přítomnosti uklízečky, příbuzných pacientů.

Otázkami č. 5, 6, 7, 8 jsem zjišťovala, jestli je respektováno soukromí při osobní hygieně, při vyprazdňování, při usínání, při výkonu, např. klyzma, cévkování. Převážná část respondentů uvedla, že soukromí bylo zajišťováno. Bylo zabezpečováno zatažením závěsu, ohleduplným přístupem, odváděním pozornosti, ohleduplným přístupem při ošetřování jiného pacienta. Při usínání bylo soukromí naplněno ztišením alarmu, ztlumením světel, zajištěním nočního klidu. Zajištění nočního klidu je na JIP velmi problematické, vzhledem k provozu JIP, neboť se v noci často přijímají noví pacienti. Menší část respondentů uvedlo, že soukromí nebylo zabezpečováno. 33% dotázaných uvedlo při hygieně, 33% při vyprazdňování, 31% při usínání, 31% při vyšetření. Můj výsledek se shodoval s výsledkem bakalářské práce Červenkové: „Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?“, kdy Červenková mapovala zajišťování soukromí na standardu. V její práci větší část, 54% pacientů uvedlo, že se nesetkalo s narušením soukromí, naopak 46% pacientů uvedlo, že soukromí bylo narušeno. Můj výsledek se také shodoval s výsledkem bakalářské práce Caltové: „Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče.“ Caltová ve své práci uvádí, že u převážné části 73% respondentů bylo respektováno soukromí. (27, 2010, 28, 2011)

Předpoklad č. 1: Pacienti nemají na JIP zajištěno dostatek soukromí.

Předpoklad nebyl potvrzen.

K prvnímu dílčímu cíli se vztahuje i **druhý předpoklad: Ztráta soukromí vede ke vzniku psychosomatických obtíží**

Předpoklad jsem zjišťovala otázkami č. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. Otázkou č. 10 jsem zjišťovala, jestli ztráta soukromí u respondentů vyvolala psychosomatické obtíže. Z důvodu vyhodnocení dalších dvou předpokladů jsou respondenti děleni na ženy mladšího a ženy staršího věku, na muže mladšího věku a muže staršího věku. U žen mladšího věku 69% žen uvádělo vznik psychosomatických obtíží, 80% mužů mladšího věku udalo výskyt psychosomatických obtíží, 54% mužů staršího věku doplnilo objevení obtíží. Zajímavá situace nastala u žen staršího věku, kdy pouze 47% žen udalo obtíže, ostatní ženy neměly žádné problémy. Důvod, proč tato situace vznikla, může být rozmanitý. Můžeme se domnívat, že ženy staršího věku mají větší frustrační odolnost. I přesto, že 53% žen staršího věku neudala potíže, převážná část ostatních respondentů potíže udala.

Otázka č. 11 navazuje na otázku 10 a specifikuje obtíže, které respondenti uváděli. Mladší pacienti uváděli hlavně projev zácpy, časté močení nebo zadržování moči, ale také pocity nervozity, pocity strachu. Pacienti staršího věku udávali především problémy se spánkem, ale také časté močení. Otázka č. 12 rozebírá faktory, které se podílejí na vzniku psychosomatických obtíží. Prostředí JIP přímo ovlivňuje pacienty a nahrává vzniku psychosomatických obtíží. Pacienti zde mají problémy s usínáním, mají málo soukromí. Všichni respondenti se shodli, že je nejvíce obtěžuje hluk. (ženy mladší věk: 50%, ženy starší věk: 54%, muži mladší věk: 46%, muži starší věk: 57%). Stejněho výsledku dosáhla ve své bakalářské práci i Vejvodová: „Možnosti sestry ovlivňovat rušivé vnější faktory na JIP“, kdy 46,9% respondentů udalo za nejvíce rušivý vliv na JIP hluk. Další faktor, který respondentům v její práci velmi vadí, je přítomnost opačného pohlaví, nedostatečný kontakt s rodinou, častý odběr biologického materiálu, častá přítomnost sestry. (33, 2009)

Otázka č. 13 naopak rozebírá faktory, které pacientům pomáhají tyto psychosomatické obtíže překonat. Pacienti uvedli, že jim nejvíce pomáhá trpělivý, vstřícný přístup personálu, podpora jejich blízkých, vhodná komunikace se sestrou, dostatek informací. Nezanedbatelné procento pacientů uvedlo důvěru v lékaře. Tento graf dokazuje, jak je důležitá dávka vstřícnosti, empatie ze strany zdravotníků k pacientům během hospitalizace na JIP. Bohužel někteří respondenti přiznali, že k překonání obtíží si vyžádalo zklidňujícího léku.

Otázky č. 14, 15 mapují pocity respondentů na JIP, co jim vadí na nemocničním prostředí. Podrobněji je rozebírám v následujících předpokladech. Otázka č. 16 ukazuje, jak se ztráta soukromí odráží v chování pacientů. Při ošetřování nemocných se často setkáváme s nepříjemnými pacienty, ale často už nepátráme, proč je pacient nepříjemný. Velmi často zakrývají svůj strach, obavy nebo nemají uspokojenou potřebu. Respondenti udávali zhoršení nálady, pocity nervozity, trpěli pocity studu až nezájmem o léčbu.

Předpoklad č. 2: Ztráta soukromí vede ke vzniku psychosomatických obtíží

Předpoklad byl potvrzen

Druhý dílčí cíl měl zmapovat, jakými způsoby zajišťují sestry na JIP dostatek soukromí. K cíli se vážou otázky č. 6, 7, 8, 9, 19, 20. K tomuto cíli se váže předpoklad č.

3: Méně jak polovina sester nezajišťuje pacientům na JIP dostatek soukromí.

Otázkou č. 6 jsem zjišťovala, jakými způsoby zajišťují sestry soukromí při osobní hygieně na JIP a kolik sester nezajišťuje na JIP soukromí. Jednalo se o polouzavřenou otázku, kdy měli respondenti možnost doplnit více možností. Nejvíce 30% respondentů

udávalo respektování soukromí zatažením závěsu, menší procento 31% uvádělo ohleduplný přístup. Dále pacienti doplnili vhodnou komunikaci, odvezení do sprchy. Bohužel 33% uvedlo, že u nich nebylo soukromí zajišťováno. Měli bychom se zamyslet, co vedlo sestry k tomu, že nerespektovali u pacientů soukromí, jestli jejich vytížeností, vyhaslostí a tím ztrátou empatie, přílišnou rutinou v práci.

Otázkou č. 7, jsem zjišťovala, jakými způsoby sestry zajišťují soukromí při vyprazdňování. Opět se jednalo o polouzavřenou otázku s více možnostmi. Největší počet 49% pacientů doplnilo zabezpečení soukromí zatažením závěsu, dále respondenti uváděli zajištění mobilní toalety, odvezením na WC, ochotné podání podložní mísy. Zde došlo ke stejné situaci jako v předchozí otázce, 33% pacientů doplnilo, že u nich nebylo soukromí zajišťováno.

Otázkou č. 8 jsem mapovala zajišťování soukromí při usínání. Opět se jednalo o polouzavřenou otázku s více možnostmi. Zajištění klidného spánku na JIP je velký problém. Oproti standardnímu oddělení zde pacienta ruší nepříjemné a obtěžující faktory. Především je to hluk přístrojů signalizace monitorů, více se zde provádějí odběry biologického materiálu, obtěžující je časté nafukování manžety z důvodu měření tlaku. Nejvíce respondentů v této otázce doplnilo zabezpečení soukromí ztlumením světel (58%). Dále uváděli zajištění soukromí zatažením závěsu, ztišením přístrojů, ohleduplným přístupem při ošetřování jiného pacienta, zajištěním nočního klidu. 31% dotázaných uvedlo, že jim soukromí nebylo zajišťováno.

Otázkou č. 9 jsem zjišťovala zajišťování soukromí při vyšetření, např. klyzma, cévkování. Opět se jedná o polouzavřenou otázku s více možnostmi. Zajistit soukromí při provádění výkonu je nezbytné. Na JIP často vedle sebe leží pacienti opačného pohlaví, oddělení pouze závěsem. Pacient se obává nejen samotného vyšetření, ale deprimuje ho i samotný fakt, že vedle leží pacient opačného pohlaví. Někdy se setkáváme se situací, kdy starší pacientka odmítá provedení výkonu od muže, který je povoláním všeobecná sestra. Pacientky byly dříve zvyklé, že povolání všeobecné sestry bylo dominantní pro ženy a velmi málo mužů vykonávalo povolání všeobecné sestry. Dnes se tato situace změnila, povolání všeobecné sestry vykonávají často muži a dobře. Nejvíce respondentů uvedlo zajištění soukromí při výkonu zatažením závěsu (47%), dále respondenti zaškrtovali zajišťování odváděním pozornosti, citlivým přístupem, odvezením na vyšetřovnu. 31% dotázaných označilo, že jim soukromí nebylo zabezpečováno.

Otázky č. 19, 20 navazují na sebe. Otázka č. 19 mapuje, jestli se pacienti zmínili sestřím o nedostatku soukromí. Grafy č. 19a, 19b ukazují, že převážná část respondentů se o nedostatku soukromí zmínila. (ženy mladší věk: 65%, ženy starší věk: 71%, muži mladší věk: 70%, muži starší věk: 73%). Zbývající část respondentů uvedla, že se nezmínila. Otázkou zůstává, jestli uvedené procento respondentů skutečně nepociťovalo soukromí nebo se bálo sester zeptat. V nemocnici se často obrací role a samotný pacient se ocitá v podřízené roli a personál v dominantní roli. Tato situace se stává velice často, kdy například mladý muž je v civilním životě manažerem, řídí a organizuje práci ostatních lidí. V nemocničním prostředí se role obrací, nemocný se ocitá v závislé roli a prožívá bezmoc, frustraci. Je jenom na nás zdravotníků uvědomit si tento stav věci a nezneužívat ho.

Otázka č. 20 navazuje na předchozí otázku. Respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli kladně, odpovídali, zda sestra jejich prosbě vyhověla. Ve všech věkových kategoriích uvedla převážná část respondentů, že jejich žádosti bylo vyhověno. (ženy mladší věk: 76%, ženy starší věk: 75%, muži mladší věk: 71%, muži starší věk: 68%). Zbývající část respondentů uvedla, že jejich žádosti nebylo vyhověno. Podobného výsledku dosáhla ve své bakalářské práci i Marková: „Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení.“ Marková ve své práci uvádí, že 65% dotázaných označilo, že všeobecné sestry zachovávají soukromí vždy, 33% uvedlo občas a 2% nikdy. (34, 2013)

Předpoklad č. 3: Méně jak polovina sester nezajišťuje pacientům na JIP dostatek soukromí

Předpoklad byl potvrzen

K druhému dílčímu cíli se vztahuje předpoklad č. 4: Více jak polovina pacientů na JIP vnímá ztrátu soukromí nejpalčivěji při vyprazdňování moče a stolice

K předpokladu se vztahovala otázka č. 5. Otázka č. 5 sloužila k tomu, abych zjistila, v jakých situacích vadí pacientům nedostatek soukromí na JIP. Jednalo se opět o polouzavřenou otázku s více možnostmi. Zároveň respondenti označili, která situace jim více či méně vadí. Pro upřesnění situace jsem vytvořila 2 grafy. V prvním grafu č. 5a jsou vyznačeny situace, kdy se respondenti setkávali s nedostatkem soukromí. Nejvíce, 82% respondentů uvádělo vyprazdňování, dále doplnili situaci spojenou s provedením výkonu, např. klyzma, cévkování. Také pacienti vnímali málo soukromí při usínání. Menší část respondentů uváděla situaci při transportu v nemocnici, při odhalování na vizitě, při osobní návštěvě. Nejmenší část 11% respondentů uvedlo, že nepociťovalo nedostatek soukromí.

V druhém grafu č. 5b je vyznačena situace, při které respondentům nejvíce vadí nedostatek soukromí. Touto situací je vyprazdňování a doplnilo ji 82% dotázaných. Méně jim vadí tyto situace: osobní hygiena a klyzma, cévkování. Jako nejméně zatěžující, ale přesto jim vadí, jsou situace při osobní návštěvě, sdělování informací od lékaře. Překvapilo mě, že velmi málo respondentů uvedlo, že jim nedostatek soukromí vadí při sdělování informací od lékaře, při jejich osobní návštěvě. Napadá mě myšlenka, jestli důvod není proto, že pacienti byli donedávna zvyklí být v závislé, podřízené roli a až nyní se učí uplatňovat svoje práva, mít svoje právo na soukromí. Stejných výsledků dosáhla Červenková ve své bakalářské práci. Nejvíce respondentů v této práci označila výkon, který podle nich nejvíce narušuje soukromí, a tou je hygiena na lůžku, podložní mísa (27, 2010)

Předpoklad č. 4: Více jak polovina pacientů na JIP vnímá ztrátu soukromí nejpálčivěji při vyprazdňování moče a stolice

Předpoklad č. 4 byl potvrzen

Úkolem třetího dílčího cílu bylo **zjistit rozdíly vnímání dodržování soukromí u pacientů různého věku a pohlaví**. Tento cíl jsem zjišťovala otázkami č. 1, 2, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18. K tomuto cíli se váže **předpoklad č. 5: Pacienti mladšího věku prožívají ztrátu soukromí hůře než pacienti staršího věku**. (kritérium mladší věk: 18 – 60 let, kritérium starší věk: 61 let a více).

Otázkami identifikačního rázu č. 1, 2 jsem zjišťovala počet pacientů mladšího a staršího věku, mužů a žen. K předpokladu se vztahuje otázka č. 10. Touto otázkou jsem mapovala výskyt psychosomatických obtíží u pacientů mladšího a staršího věku. Z žen mladšího věku udalo výskyt psychosomatických problémů 79%, z žen staršího věku označilo 47% psychosomatické obtíže. Muži mladšího věku uvedli v 80%, muži staršího věku doplnili výskyt psychosomatických obtíží v 54%. Z uvedeného grafu vyplývá, že psychosomatické obtíže se vyskytují, hlavně u pacientů mladšího věku. Otázkou zůstává, proč je tomu tak. Jestli se nepodílí na této situaci fakt, že pacienti staršího věku mají více nemocí a do nemocnice se dostávají častěji. Někdy dokonce nastává situace, že staří lidé se do nemocnice těší, navazují zde nové známosti, mají si s kým popovídat, dostanou zde najíst. Naopak pacienty mladšího věku nemoc vytrhne z jejich zaběhnutého života a vpadnou do nemocničního prostředí často nečekaně. Zde prožívají izolaci od běžného života, ztrácejí svou identitu, sdílejí pokoj s těžce nemocnými. Bohužel i v dnešní době jsou pacienti od některých zdravotníků pojmenováni podle své diagnózy. Všechna tato

negativa působí na člověka a pacient pociťuje úzkost, strach a dochází ke vzniku psychosomatických problémů.

Otázka č. 11 jmenovala konkrétně potíže, které se u pacientů objevují. Překvapilo mě, že pacienti mladšího věku zažívali více pocity nervozity, pocity strachu, úzkosti, pocity bezmoci než pacienti staršího věku. Alarmující je, že pacienti pocítili i ztrátu vlastní důstojnosti, nerespektování své osoby. Nejvíce pacientů, kteří zažili nerespektování své osoby, byli respondenti muži mladšího věku v 29%. Pacienti staršího věku udávali více potíže se spánkem, zácpu, nadýmání, častější močení. Špatný spánek se dá u pacientů staršího věku předpokládat, samotné prostředí JIP spánek nepodporuje. Častější močení udávali spíše muži staršího věku a ženy mladšího věku. Dále pacienti udávali zácpu, která se vyskytovala ve všech věkových kategoriích.

Otázka č. 12 mapuje faktory, které jsou specifické pro oddělení JIP a které přispívají ke vzniku psychosomatických obtíží. Pacienti ze všech věkových kategorií se shodli, že nejvíce přitěžujícím faktorem, který přispívá ke vzniku obtíží, je hluk. Ke stejnému závěru dospěla ve své bakalářské práci i Vejvodová, jak už jsem uvedla v úvodu diskuze. Velmi přitěžujícím faktorem je přítomnost opačného pohlaví. Velmi nepříjemné je časté odebírání biologického materiálu, některým pacientům vadí častá přítomnost sestry. Tyto jevy jsou společné pro všechny oddělení JIP. Pacienty velmi obtěžuje signalizace přístrojů, časté nafukování manžety pro měření tlaku, zamotávají se do sítě kabelů, bojí se, aby nevytrhli nebo nevytáhli některý ze zavedených invazivních vstupů. Respondenti také uváděli jako přitěžující faktor špatnou komunikaci s personálem, nedostatečný kontakt s rodinou. Naopak otázka č. 13 mapovala faktory, které jim pomáhaly tyto faktory překonat. Pacienti ze všech věkových kategorií upřednostnili trpělivý, vstřícný přístup personálu, komunikaci se sestrou, podporu jejich blízkých. Další faktor, který jim velmi pomáhal, byla důvěra v lékaře. Zde respondenti potvrdili velmi důležitý fakt, že pokud lékař vytvoří prostředí naplněné důvěrou, s pacienty jedná jako s rovnocennými partnery, pacienti se uzdravují rychleji. Také dostatek informací má na celkové uzdravení velký vliv. Pokud nemá pacient dostatek informací o své nemoci a nejsou mu informace podávány vhodnou formou, může se pouze domnívat, tápe, předpokládá, je nejistý, utápí se ve své nemoci. Bohužel třetina respondentů uvedla, že jim pomohl uklidňující lék.

Otázkou č. 14 jsem zjišťovala pocity respondentů při přijetí na JIP. Opět se mi potvrdilo, že pacienti mladšího věku prožívali při příjmu pocity paniky, frustraci, beznaděj naopak pacienti staršího věku věřili, že se uzdraví nebo se smířili s danou situací. 1

respondent doplnil jiné a vyjádřil obavu ze smrti. Otázkou č. 15 jsem mapovala, co respondentům vadí na nemocničním prostředí. Pacienti mladšího věku odpovídali, že nejvíce jim vadí izolace od běžného života, naopak starší pacienti uváděli odloučení od rodiny. Je to dané asi tím, že starší pacienti jsou více fixováni rodinu, více se obávají, že se přibližují smrti. Jako druhý, nejvíce udávaný nedostatek nemocničního prostředí, bylo nedostatek soukromí. Dále respondenti uváděli nedostatek informací, pobyt mezi těžce nemocnými. Překvapivě málo respondentů označilo anonymitu nemocného. Doufám, že je to tím, že se více situace v nemocnicích ohledně práv pacientů vylepšuje, více se zaobíráme pacientovou psychikou.

Otázky č. 16, 17, 18 mapovali, jak se projevila ztráta soukromí na chování pacientů a jestli pacientům vadí přítomnost opačného pohlaví. V otázce č. 16 se mi opět potvrdilo, že pacienti mladšího věku zažívali pocity nervozity, zhoršila se jim nálada, zažívali pocity studu, někteří dokonce neměli zájem o léčbu. Naopak u pacientů staršího věku se ztráta soukromí tak intenzivně neprojevila na jejich chování. V otázce č. 17 jsem zjišťovala, jestli pacientům vadí sdílení osoby opačného pohlaví na pokoji. Převážná část pacientů mladšího věku uvedla, že ano. (ženy mladší věk: 62%, muži mladší věk: 80%) Naopak starším pacientům tato situace tolik nevadila, ano uvedlo: 36% žen staršího věku, 35% muži starší věk. Otázka č. 18 upřesňovala situaci, při které jim toto rozmístění nejvíce vadí. Převážná část pacientů uvedla, že při vyprazdňování. Tento výsledek nepřímo potvrzuje předpoklad č. 4, při jaké situaci pociťují pacienti málo soukromí. Při přítomnosti opačného pohlaví pociťují pacienti málo soukromí a situací při které jim tento nedostatek nejvíce vadí, je vyprazdňování. Bohužel jsem nenašla práci, která srovnává vliv ztráty soukromí u pacientů mladšího a staršího věku. Caltová ve své bakalářské práci sice nezkoumala prožívání soukromí u pacientů mladšího a staršího věku, ale respektování osoby v nemocnici. Nicméně si myslím, že respektování osoby úzce souvisí s respektováním soukromí v nemocnici, a proto zde uvádím její výsledky. Caltová udává, že 27% pacientů mladšího věku prožilo nerespektování své osoby, oproti 19% pacientů staršího věku. (28, 2011)

Předpoklad č. 5: Pacienti mladšího věku prožívají ztrátu soukromí hůře než pacienti staršího věku.

Předpoklad byl potvrzen

K poslednímu **třetímu dílčímu cíli** se váže i **předpoklad č. 6: Muži se vyrovnávají s nedostatkem soukromí hůře než ženy.**

Otázkou č. 1 jsem zjišťovala počet mužů, počet žen. Předpoklad jsem si ověřovala otázkou č. 10, kdy jsem zjišťovala výskyt psychických, fyzických obtíží při nerespektování soukromí. Ženy mladšího věku udaly výskyt psychosomatických obtíží v 79%, ženy staršího věku v 47%. Muži mladšího věku udali výskyt obtíží v 80%, muži staršího věku v 54%. Výsledky potvrdily, že muži se s nedostatkem soukromí vyrovnávají hůře než ženy, ale předpoklad jsem si ověřovala dalšími otázkami. Otázka č. 11 mapovala konkrétní obtíže, které pacienti prožívali při nedostatku soukromí. V této otázce mě překvapilo, že nejhůře se vyrovnávají se soukromím muži mladšího věku. Velký počet respondentů z jejich věkové skupiny udalo pocity strachu, úzkosti, pocity nervozity, zažívali pocity bezmoci, nerespektování své osoby. Uvedené výsledky mě překvapily. Nabízí se otázka, proč je tomu tak. Jestli tento problém nenastává už v dětství, kdy jsou chlapci vedeni k tomu, že chlapci nebrečí, jsou vedeni k tomu být silní, své pocity neventilovat. Chlapci jsou častěji trestáni přísněji než děvčata za stejný prohřešek. Zde ale nastává velký problém, muži se nesvěřují se svými pocity, uzavírají se do sebe a prožívají své pocity sami, osaměle, často také nekomunikují.

Otázky č. 12, 13 mapovali faktory, které přispívají ke vzniku psychosomatických obtíží a faktory, které jim pomáhají tyto potíže překonat. Uvedené otázky jsem rozebrala už ve výše uvedeném textu.

Otázka č. 14 zjišťovala pocity pacientů přijatých na JIP. Po součtu uvedených výsledků jsem zjistila, že opět muži prožívají více pocity paniky, beznaděje, frustrace. Nejhůře se smířují s danou situací muži mladšího věku. 15. otázka zkoumala negativa nemocničního prostředí. Zde nebyl rozdíl v odpovídání mezi muži a ženami. Pacienti uvedli jako největší negativa izolaci od běžného života, odloučení od rodiny. Následuje nedostatek soukromí v nemocničním prostředí. Zde se potvrdilo, že problém nedostatku soukromí se dotýká nás všech a musí se nám zdravotníkům při ošetřování nemocných vtisknout do našeho podvědomí. Respondentům také vadí pobyt mezi těžce nemocnými, nedostatek soukromí.

16. otázka mapovala, jak se projevuje ztráta soukromí na chování pacientů. V této otázce se potvrdilo, že muži mají větší problém vyrovnat se ztrátou soukromí. U žen se v 84% ztráta soukromí na chování neprojevila, u mužů v 63%. V této otázce se mi opět potvrdilo, že nejhůře se vyrovnávají se ztrátou soukromí muži mladšího věku.

Otázkou č. 17 jsem zjišťovala, jestli mužům a ženám vadí přítomnost osoby opačného na pokoji. Výsledky mi také potvrdily, že mužům tento problém více vadí.

Navazující otázka č. 18 upřesňuje, v které situaci jim tento problém nejvíce vadil. Nejvíce pacientů uvedla vyprazdňování. Bohužel jsem nenašla žádnou bakalářskou práci o soukromí, která zkoumá rozdíly prožívání mužů a žen, bylo by zajímavé výsledky porovnat.

Předpoklad č. 6: Muži se vyrovnávají s nedostatkem soukromí hůře než ženy.

Předpoklad byl potvrzen.

ZÁVĚR

Prvním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda je na JIP respektováno soukromí. Druhý cíl mé práce zjišťoval, jakými způsoby zdravotní sestry zabezpečují dostatek soukromí na JIP. Třetí cíl mapoval rozdíly ve vnímání žen, mužů, mladších a starších pacientů. Cíle byly splněny.

Problematika zajišťování soukromí na JIP je velice aktuální, ale myslím si, že se jí nevěnuje tolik pozornosti, kolik by si zasloužila. Povzbuzující je, že se v moderním ošetřovatelství uplatňuje holistický přístup ošetřování nemocných a uplatňují se práva nemocných, ale stále máme v tomto směru velké rezervy.

Oddělení JIP, ARO se stále mění a jsou čím dál lépe vybavené moderními přístroji. V tomto ohledu je stále zdokonalována léčba pacientů, ale zapomíná se na jejich psychiku. Často se neumíme vcítit do role pacientů a vytušit jejich potřeby. U pacientů na JIP se rychle mění jejich stav. Pokud je pacient při vědomí, je nutné s pacientem komunikovat a ověřovat si zpětnou vazbou jeho reakce. Také je velmi prospěšné, pokud má nemocnice k dispozici psychologa. Fakultní nemocnice se zabírají tímto problémem a nabízejí psychologické poradenství. Bohužel v menších nemocnicích toto poradenství stále chybí.

Tato práce ukazuje, jakými způsoby je zabezpečováno na JIP soukromí. Ukázalo se, že k zajištění soukromí pacientů velmi pomáhá vhodný rozhovor se sestrou, trpělivý, vstřícný postoj sester při jejich ošetřování. Problém je, že pacienti často v nemocnici cítí v podřízené roli, bojí se požádat o pomoc. Je na nás všech tuto roli změnit, plně respektovat osobu pacienta. Přínosem této práce je zjištění všech rušivých faktorů na JIP, v budoucnosti je třeba zaměřit se na tyto faktory a snažit se je eliminovat. Popsala jsem situace, kdy pacienti prožívají ztrátu soukromí nejpalčivěji. Byly to situace při vyprazdňování, při osobní hygieně, při cévkování. Také jsem zjišťovala prožívání ztráty soukromí u žen, mužů, mladších a starších pacientů. Moje výsledky práce ukázaly, že ztrátu soukromí prožívají hůře pacienti mladšího věku a z pohlaví spíše muži. Je na každém z nás při ošetřování nemocných pamatovat na tento problém a snažit se do psychiky pacientů vcítit, respektovat je, zachovávat jejich důstojnost.

Tato práce může být vodítkem pro zdravotníky, pomůže jim zamyslet se nad danou problematikou a vést ke zlepšení ošetřovatelských intervencí v oblasti respektování soukromí.

Výsledky této práce budou předány vedení JIP Rokycanské nemocnice a pomůžou vytvořit ošetřovatelský standard na zabezpečování soukromí na JIP.

SEZNAM ZDROJŮ

1. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198s. ISBN 80-247-0179-0.
2. TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2, nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
3. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada., 2011. 134s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237
4. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685
5. TOMAGOVÁ, Martina a Ivana BÓRIKOVÁ. *Potřeby v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2008. 196s. ISBN 978-808-0632-700
6. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188s. ISBN 80-247-1197-4
7. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualit. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2003. 397s. ISBN 80-717-8740-X.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 163s. ISBN 978-802-4720-692
9. NAKONEČNÝ, Milan. *Emoce*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2012, 501s. ISBN 978-80-7387-614-2.
10. VENGLÁŘOVÁ Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144s. ISBN 80-247-1262-8

11. ŠPATENKOVÁ Naděžda a Jaroslava KRÁLOVÁ. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009, 135s. ISBN 978-807-2625-994
12. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd.1. Praha: Grada, 2007. 350s. ISBN 978-802-4718-309
13. MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. Aktual. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248s. ISBN 80-247-1442-6
14. WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*.Vyd. 1. české. Praha, Grada, 2006, 259s. ISBN 80-247-1714-X
15. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007.461s. ISBN 978-80-246-1318-5
16. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. 368s. ISBN 978-80-247-1284-0
17. ŠIMÍČKOVÁ- ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3. uprav. vyd. Olomouc. Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 189s. ISBN 978-80-244-2433-0
18. ŠESTÁKOVÁ A KOL, Blanka. *Muži a ženy v nemoci*. Psychologické dny 2004. [Http://cmps.ecn.cz/pd/2004/uvod/tiraz.html](http://cmps.ecn.cz/pd/2004/uvod/tiraz.html) [online] 2004 [citace 30. 8. 2012]
19. ŠEVČÍK, Pavel.Vladimír ČERNÝ, Jiří VÍTOVEC. *Intenzivní medicína*. 2. rozš. vydání. Praha: Galén, 2003. 422s. ISBN 80-726-2203-X
20. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Etické aspekty ošetrovatelské anamnézy na JIP*. Sestra, ročník 22, č. 10, 2012. s. 66. ISSN 1210-0404
21. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 335s. ISBN 978-802-4720-999

22. MATITI, Milika Ruth a Lesley BAILLIE. *Dignity in healthcare: a practical approach for nurses and midwives*. New York: Radcliffe Pub., 2011, 267p. ISBN 18-461-9390-7
23. WOOGARA, J. *Patients' privacy of the person and human rights*. *Nursing Ethics*. 2005, vol. 12, no. 3. ISSN 09697330
24. ZACHAROVÁ, Eva. *Psychosociální přístup k pacientům na JIP*. *Sestra*, ročník 22, č. 11, 2012. s. 66. ISSN 1210-0404
25. GULÁŠOVÁ, Ivica. *Prostředky neverbální komunikace*. *Sestra*, ročník. 22, č. 5, 2012. s. 66. ISSN 1210-0404
26. NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Desatero pro soukromí pacienta*. [Http://www.homolka.cz/cs-CZ/kvalita-a-bezpecnost/pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu.html](http://www.homolka.cz/cs-CZ/kvalita-a-bezpecnost/pro-pacienty/desatero-pro-soukromi-pacientu.html). [online]. [cit. 2013-01-25]
27. ČERVENKOVÁ, Jana. *Soukromí a intimita při poskytování zdravotnické péče jako nadstandard?*. Zlín, 2010, 124 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká
28. CALTOVÁ, Barbora. *Respektování lidské důstojnosti pacientů v rámci ošetrovatelské péče*. Pardubice, 2011, 55s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Martina Jedlinská
29. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEIS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134s. ISBN 978-807-3674-779
30. JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. 99s. ISBN 978-807-3871-796
31. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2. podstatně.přepraca dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 368s. ISBN 978-80-87109-19-9

32. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Po přijetí do nemocnice*. [Http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/po-prijeti-do-nemocnice) [online]2013 [citace 20. 9. 2013]
33. VEJVODOVÁ, Hana. *Možnosti sestry ovlivňovat rušivé vnější faktory na JIP*. České Budějovice, 2009, 86s. Bakalářská práce (Bc.) Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Chloubová , R.N.
34. MARKOVÁ, Lenka. *Intimita a soukromí při poskytování ošetrovatelské péče na standardním oddělení*. Jihlava, 2013, 85s. Bakalářská práce (Bc.) Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Radka Křepinská.

SEZNAM ZKRATEK

JIP – jednotka intenzivní péče

EKG – elektrokardiograf

ARO – anesteziologicko–resuscitační oddělení

tzv. – takzvaný

např. – například

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 Věk respondentů
- Graf č. 3 Přítomnost jiných osob
- Graf č. 4 Konkretizace přítomných osob
- Graf č. 5a Situace s nedostatkem soukromí
- Graf č. 5b Četnost nedostatku soukromí
- Graf č. 6 Soukromí při osobní hygieně
- Graf č. 7 Soukromí při vyprazdňování
- Graf č. 8 Zajištění soukromí při hygieně
- Graf č. 9 Soukromí při výkonu
- Graf č. 10a Obtíže – ženy
- Graf č. 10b Obtíže – muži
- Graf č. 11a Specifikace obtíží
- Graf č. 11b Specifikace obtíží
- Graf č. 12a Škodlivé faktory
- Graf č. 12b Škodlivé faktory
- Graf č. 13a Pomáhající faktory
- Graf č. 13b Pomáhající faktory
- Graf č. 14a Pocity na JIP
- Graf č. 14b Pocity na JIP
- Graf č. 15a Negativa nemocnice
- Graf č. 15b Negativa nemocnice
- Graf č. 16a Chování
- Graf č. 16b Chování
- Graf č. 17a Rozmístění pacientů na JIP
- Graf č. 17b Rozmístění pacientů na JIP
- Graf č. 18a Konkrétní situace
- Graf č. 18b Konkrétní situace
- Graf č. 19a Žádost sestřám
- Graf č. 19b Žádost sestřám
- Graf č. 20a Vyhovění sester
- Graf č. 20b Vyhovění sester

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Fotografie JIP

Příloha č. 2 Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha č. 3 Dotazník

Příloha č. 1



Zdroj: <http://www.nemocnice-ro.cz/o-nemocnici/fotogalerie/195/jednotka-intenzivni-pece>

Příloha č. 2

Rokycanská nemocnice a.s.

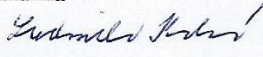
Hlavní sestra

Krupičková Marcela

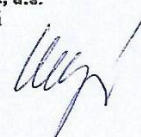
Věc: Žádost o umožnění dotazníkového výzkumu v rámci bakalářské práce

Tímto Vás žádám o umožnění dotazníkového výzkumu v rámci mé bakalářské práce na téma: Problematika respektování soukromí na lůžkách intenzivní péče. Dotazníkové šetření bych chtěla uskutečnit na multioborové jednotce intenzivní péče Rokycanské nemocnice a.s.

Děkuji Ludmila Kalná

oddělení ARO 

ROKYCANSKÁ NEMOCNICE, a.s.
Marcela Krupičková
hlavní sestra



V Rokycanech dne 4. 11. 2013

Příloha č. 3

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Ludmila Kalná a jsem studentkou 3. ročníku Západočeské univerzity v Plzni obor Ošetřovatelství – všeobecná sestra. Zajímá mě problematika respektování soukromí na jednotce intenzivní péče (JIP). Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění anonymního dotazníku.

Pokud není uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu z možností, u pojmu jiné, dopište, pokud máte jinou odpověď, než je nabízená. Prosím Vás o vyplnění celého dotazníku, jinak by nebyl dotazník validní a nemohl by být do výzkumu zařazen.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

1. Jakého jste pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- 18 – 30 let
- 31 – 45 let
- 46 – 60 let
- 61 – 75 let
- 76 let a více

3. Při příjmu na JIP s Vámi sestra vyplňovala sesterskou dokumentaci. Odebírala od Vás citlivé údaje, týkající se Vaší osoby. Byly v místnosti přítomny i jiné osoby?

- ano, nevadilo mi to
- ano, vadilo mi to
- ne, nebyly
- nepamatuji si

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a **ano, nevadilo mi** nebo **ano, vadilo mi**, pokračujte v dotazníku.

Pokud jste odpověděl/a **ne, nebyly**, přejděte k otázce č. 5

4. Jaké osoby byly přítomny? (Můžete označit více možností)

- další pacienti
- další zdravotnický personál (lékař, sestra, sanitárka)
- příbuzní
- uklízečka
- studenti zdravotnických oborů
- jiné osoby, doplňte, kdo.....

5. V jaké situaci Vám vadí nedostatek soukromí na JIP?

Můžete označit více možností. Po označení odpovědi doplňte pořadí 1 – nejvíce mi vadí, 2 – méně mi vadí, 3 – nejméně mi vadí.

- při osobní hygieně
- při vyprazdňování moče a stolice
- při provádění výkonu zdravotnickým personálem (klyzma, cévkování)
- při usínání
- při mé osobní návštěvě
- při sdělování informací od lékaře
- odhalování při vizitě
- přemístování v nemocnici (převoz na operační sál, vyšetření)
- nepocíťoval jsem nedostatek soukromí
- jiné.....

6. Jakými způsoby zajišťoval personál soukromí při Vaší osobní hygieně?

(Můžete označit více možností)

- snaha o soukromí – zatažení závěsu
- odvezení do sprchy, asistence personálu
- odvedení pozornosti – vhodná komunikace
- ohleduplný, taktní přístup
- nezajišťoval
- jiné.....

7. Jakými způsoby ovlivňoval personál soukromí při zajištění Vaší potřeby s vyprazdňováním moče a stolice? (Můžete označit více možností)

- soukromí – zatažení závěsu
- ochotné, taktní chování při podání podložní mísy na lůžku
- zajištění mobilní toalety
- odvezení na WC
- vhodná poloha
- nezajišťoval
- jiné.....

8. Jakými způsoby zajišťoval personál dostatek soukromí při Vašem usínání?

(Můžete označit více možností)

- dostatek soukromí – zatažení závěsu
- ztlumení světel
- ztišení přístrojů
- vyvětrání pokoje
- zajištění nočního klidu
- ohleduplný přístup sester při ošetřování jiného pacienta
- nezajišťoval
- jiné.....

9. Jakými způsoby zajišťoval personál soukromí při výkonu?

(klyzma, cévkování, provedení převazu). Můžete označit více možností.

- zajištění soukromí – zatažení závěsu
- odvádění pozornosti – vhodná komunikace
- citlivý přístup
- odvezení na vyšetřovnu, kde se úkon provedl
- nezajišťoval
- jiné.....

10. Měl jste fyzické nebo psychické obtíže při nedodržování soukromí?

- ano, měl jsem problémy ve fyzické oblasti
- ano, měl jsem problémy v psychické oblasti
- ano, jak fyzické i psychické obtíže
- neměl

Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a **ano**, pokračujte další otázkou.

Pokud jste odpověděl/a **neměl**, pokračujte otázkou č. 14.

11. Napište konkrétně, jaké jste měl problémy při pobytu na JIP.

(Můžete označit více možností)

- problémy s defekací – zácpa
- časté močení nebo zadržování moči
- špatný spánek – nemožnost usnout, časté probuzení v noci
- nadýmání, říhání, pocity plnosti
- pocity strachu, úzkosti, napětí
- byl jsem nervózní
- prožíval jsem pocity bezmoci, osamění
- zažíval jsem pocity ztráty vlastní důstojnosti a nerespektování mé osoby
- jiné.....

12. Napište, které další faktory přispěly k Vaším psychosomatickým obtížím?

(Můžete označit více možností)

- hluk, signalizace přístrojů
- častá přítomnost sestry
- špatná komunikace s personálem
- častý odběr biologického materiálu (krev, výtěry)
- nedostatek informací
- nedostatečný kontakt s rodinou
- přítomnost pacienta opačného pohlaví
- jiné.....

13. Naopak, které faktory Vám pomáhaly tyto obtíže překonat?

(Můžete označit více možností)

- trpělivý, vstřícný přístup personálu
- vhodná komunikace se sestrou
- důvěra v lékaře
- dostatek informací
- podpora Vašich blízkých
- užívání zklidňujícího léku
- jiné.....

14. Jaké pocity jste prožíval při přijetí na JIP?

- smíření se situací
- víru v uzdravení
- pocity paniky
- pocity beznaděje, frustrace
- jiné.....

15. Co Vám vadí na nemocničním prostředí?

(Můžete označit více možností)

- anonymita nemocného
- nedostatek soukromí
- nedostatek informací
- odloučení od rodiny
- pobyt mezi těžce nemocnými
- izolace od běžného života
- ztráta důstojnosti
- špatné jídlo
- jiné.....

16. Jak se projevila ztráta soukromí na Vašem chování?

- zhoršením nálady
- zvýšenou nervozitou
- nezájmem o léčbu
- prožíval jsem pocity studu

- neprojevila se
- jiné.....

17. Vadí Vám rozmístění pacientů na JIP, například, že vedle Vás leží osoba opačného pohlaví?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a v předchozí otázce **ano**, pokračujte v dotazníku.

Pokud jste odpověděl/a **ne**, pokračujte otázkou č. 19.

18. V které situaci Vám toto rozmístění nejvíce vadí?

- málo soukromí při osobní hygieně
- nedostatek soukromí při vyprazdňování
- nedostatek soukromí při vizitě
- ruší mě návštěvy u ostatních pacientů
- jiné.....

19. Zmínil jste se sestřím o nedostatku soukromí?

- ano
- ne

Pokud jste odpověděl/a **ano**, pokračujte v dotazníku.

20. Jak sestry reagovaly na Vaši připomínku?

- reagovaly, snažily se problém odstranit
- nereagovaly