

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Problematika respektování soukromí pacientů na lůžkách intenzivní péče

David Menšík

Bakalářská práce

2018

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **David Menšík**  
Osobní číslo: **Z14018**  
Studijní program: **B5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Zdravotnický záchranář**  
Název tématu: **Problematika respektování soukromí pacientů na lůžkách  
intenzivní péče**  
Zadávající katedra: **Katedra klinických oborů**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

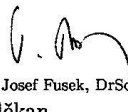
Seznam odborné literatury:

1. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.
2. NAKONEČNÝ, Milan. Lidské emoce. Praha: Academia, 2000. 330 s. ISBN 80-200-0763-6.
3. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
4. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Práva pacientů: (komentované vydání). Havířov: A. Krtilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Patrik Zelinka**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2018**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Jan Pospíchal  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. února 2018

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 4. 5. 2018

David Menšík

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych rád poděkoval svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Patriku Zelinkovi za rychlou a bezproblémovou spolupráci, užitečné rady a doporučení.

## ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou respektování soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče. Skládá se z části teoretické a praktické. Na začátku teoretické části vymezuji základní pojmy, jako je soukromí, intimita a respekt. Dále se zaměřuji na způsoby zajištění soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče a v poslední kapitole se popisují základní aspekty jednotky intenzivní péče. Praktická část byla provedena formou anonymního dotazníkového šetření. Zvolil jsem kvantitativní metodu, která má zjistit úroveň dodržování soukromí z pohledu pacientů různého pohlaví a věkových skupin.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Soukromí, všeobecná sestra, pacient, jednotka intenzivní péče

## TITLE

The issue of respecting the privacy of patients on intensive care

## ANNOTATION

This bachelor thesis deals with the issue of respecting the privacy of patients in intensive care units. It consists of theoretical and practical part. At the beginning of the theoretical part, I define basic concepts such as privacy, intimacy and respect. I am also focusing on ways of ensuring the privacy of patients in intensive care units, and in the last chapter I describe the basic aspects of the intensive care unit. The practical part was conducted in the form of anonymous questionnaire survey. I have chosen a quantitative method to determine the level of respect for privacy from the point of view of patients of different sexes and age groups.

## KEYWORDS

Privacy, nurse, patient, intensive care unit

## OBSAH

Úvod.....	11
1 Vymezení základních pojmů problematiky respektování soukromí.....	12
1.1 Soukromí.....	12
1.2 Intimita .....	12
1.3 Soukromý prostor a osobní zóny.....	13
1.4 Respekt.....	13
2 Zajištění soukromí u pacientů na lůžkách intenzivní péče .....	15
2.1 Dodržování soukromí u nelékařských zdravotnických pracovníků .....	15
2.2 Ochrana osobních údajů .....	15
2.3 Povinná mlčenlivost .....	16
2.4 Etický kodex sester .....	16
2.5 Práva pacientů .....	18
3 Intenzivní péče.....	20
3.1 Oddělení JIP .....	20
3.2 Pacient a jeho pobyt v nemocnici.....	20
3.2.1 Příjem pacienta na jednotku intenzivní péče .....	21
3.3 Ošetrovatelská péče na JIP .....	21
3.3.1 Koncepce péče .....	22
3.3.2 Morální koncepce péče .....	22
3.3.3 Definice intenzivní péče .....	23
3.4 Struktura oddělení intenzivní péče.....	23
4 Praktická část .....	28
4.1 Cíl průzkumu.....	28
4.2 Hypotézy .....	28
5 Metodika průzkumu.....	29
5.1 Interpretace získaných údajů.....	29

6	Diskuze .....	41
7	Závěr .....	44
8	Seznam použité literatury .....	45
9	Přílohy.....	48



## SEZNAM ILUSTRACÍ A GRAFŮ

Obrázek 1 Uspořádání jednotky intenzivní péče otevřenou formou .....	24
Obrázek 2 Uspořádání jednotky intenzivní péče formou systému boxů .....	25
Graf 1 Pohlaví respondentů .....	30
Graf 2 Věk respondentů .....	31
Graf 3 Jednotka intenzivní péče, na které se respondenti léčí .....	32
Graf 4 Spokojenost s dodržováním soukromí na daném oddělení .....	33
Graf 5 Narušení soukromí během hospitalizace .....	34
Graf 6 Narušení soukromí v rovině fyzické či psychické.....	35
Graf 7 Projev změny chování při ztrátě soukromí .....	36
Graf 8 Spokojenost s dodržováním soukromí na daném oddělení .....	37
Graf 9 Situace, která nejvíce zasahovala do soukromí .....	38
Graf 10 Situace, která narušila soukromí respondenta nebo jiného pacienta .....	39
Graf 11 Problematika rozmístění pacientů na jednotkách intenzivní péče.....	40

## **SEZNAM ZKRATEK**

AED	Automatický externí defibrilátor
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Č.	Číslo
JIP	Jednotka intenzivní péče
Např.	Například
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník
Tzn.	To znamená
Tzv.	Takzvaně

## ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybral problematiku respektování soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče. Myslím si, že na jednotkách intenzivní péče je toto téma často přehlížené, a proto jsem se o něm rozhodl psát bakalářskou práci.

Jako lůžka intenzivní péče můžeme zahrnout JIP i ARO, ale ve své práci se chci zabývat pouze oddělení JIP (nikoliv i ARO). Rozhodl jsem se tak, jelikož bych chtěl v budoucnosti pracovat na JIP, a tak mě tato specifikace více zajímá. Pracovníci těchto jednotek se starají o zdraví a pohodlí pacientů, ovšem během jejich hospitalizace může dojít k narušení jejich soukromí. To může být narušeno například během ranní hygieny, vyprazdňování nebo vizity. Na prvním místě by měla být vždy péče o jejich zdravotní stav, ale nesmí se opomíjet i jejich psychický stav, a s tím související dodržování soukromí. Pacienti mají během hospitalizace určitá práva, která by měl ošetřující personál dodržovat, a tím zlepšovat kvalitu péče.

Pomocí průzkumu ve své bakalářské práci bych chtěl zjistit, jaký názor na dodržování soukromí mají samotní pacienti. Toho chci docílit pomocí vyplnění strukturovaného dotazníku, který se zaměřuje jak na celkovou spokojenost, tak i na jednotlivé aspekty dodržování soukromí na jednotkách intenzivní péče.

# 1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ PROBLEMATIKY RESPEKTOVÁNÍ SOUKROMÍ

## 1.1 Soukromí

Soukromí je osobní oblast člověka, která má fyzický i psychický rozsah. Soukromí chrání nejen hmotný, ale i myšlenkový prostor každého jedince. Člověk ztrácí pocit soukromí, pokud jsou nějakým způsobem prolomeny bariéry bezpečí a dojde k obnažení jeho tělesné nebo duševní stránky před ostatními lidmi. Ztráta soukromí je prožívána jako velice nepříjemný a někdy i bolestný stav. Ztrátu soukromí nemusí pociťovat pouze daný pacient, ale i ostatní, jako je návštěva nebo kdokoliv kdo zrovna prochází kolem. Příkladem může být například nechání otevřených dveří při vyšetřování nebo sdělování diagnózy. Člověk ztrácí dojem soukromí, pokud jsou mu určitým postupem způsobené nebo narušené bariéry bezpečí. Jako další příklad je moment kdy se má člověk ukázat v úplné nahotě před cizí osobou ať v rovině fyzické či psychické. Součástí soukromí pacienta je lékařské tajemství a patří k základním požadavkům zdravotnického personálu. Obnažování je velkým zásahem do soukromí pacienta, ať už probíhá v ordinaci soukromého lékaře nebo v pokoji před ostatními pacienty. Další věci, které mohou pacientům vadit jsou vyprazdňování na pokojích nebo například jen oblékání ústavní prádlo (Haškovcová, 1996).

Při poskytování zdravotní péče na lůžka intenzivní péče, narušuje personál vždy soukromí pacienta. Ať se jedná o akutní příjem nebo pacienta, který jde na plánovaný výkon. Vždy si musíme uvědomit, že nejen změna prostředí, ale i zcela neznámí lidé, kteří jakkoliv vyšetřují nebo odebírají anamnézu pacienta zasahují do soukromí. Při akutním příjmu personál JIP/ARO neřeší pacientovo soukromí, protože jejich hlavní prioritou je záchrana života a stabilizace životních funkcí. V tomto případě je to pochopitelné, ale v případech, kdy lékař nebo sestra vystaví pacienta do pozice, která jakkoliv narušuje jeho soukromí, musíme mluvit o profesionálním pochybení (Křivohlavý, 2002).

## 1.2 Intimita

Intimita, stud nebo i zahanbení může prožívat člověk, který je nějakým způsobem ovlivněn nemocí či úrazem. Zachovat sebeúctu nemocného je hlavním cílem každé sestry, proto je potřeba chovat se dostatečně ohleduplně a šetrně. Při práci s nemocným musíme myslet na to, že pracujeme s člověkem, jehož chování a nálada jsou ovlivněni uspokojováním jejich biopsychosociálních potřeb, a proto musíme dbát na jejich naplnění (Zacharová, Šimčíková a Čížková, 2011).

Narušení naší intimity může přivodit pocity viny a ostýchavosti. V takových situacích může člověk změnit své dosavadní chování, a to až k agresivnímu jednání. Intimita je subjektivní vlastnost, a to co jednomu může připadat jako velmi vážné narušení intimní zóny, může druhému připadat jako normální věc. Příznaky narušení intimity jsou různé, jako příklady si uvedme tyto: přání skrýt se před okolním světem, nebo i zmizet úplně, klopení hlavy a očí a v poslední řadě neustálé přerušování očního kontaktu (Nakonečný, 2000).

Nemocný člověk je obvykle provázen nepříjemnými pocity, jako jsou nejistota, úzkost a strach. Nezávládnutí učiva, absence v práci a izolace od blízkých lidí, to je jen pár příkladů, jak může pobyt v nemocnici ovlivnit pacientovu intimitu (Trachtová a kol., 2001).

### **1.3 Soukromý prostor a osobní zóny**

V definicích našeho soukromého prostoru existují kulturní rozdíly. Zatím co v západní kultuře lidé při rozhovoru zachovávají odstup od druhého z pravidla jeden metr. Ze strany je akceptováno přiblížit se více. Na blízkém východě lidé zaujímají mnohem kratší vzdálenost při interakci s cizím člověkem než právě na západě. A právě z tohoto důvodu se mohou lidé ze západu na návštěvě východu cítit nesví a nejistí (Giddens, 2013).

Edward T. Hall rozlišil soukromí prostor na čtyři osobní zóny.

1. Intimní zóna – její rozměry jsou od 15 do 45 cm. V rámci této zóny se může pohybovat jen omezené množství lidí. Jsou to ti, pro které jsou běžně přípustné tělesné dotyky, tedy například milenci nebo rodiče a děti.

2. Osobní zóna – její rozměry jsou 45 až 120 cm. Je to vzdálenost, ve které jednáme s přáteli, rodinou nebo známými. Občasná důvěrnost kontaktu je povolena, avšak oproti minulé zóně přísně omezena.

3. Společenská zóna – její rozměry jsou 1,20 až 3,50 m. Tato zóna je běžná pro formální setkání dvou osob. Jejím příkladem může být rozhovor pro televizi.

4. Veřejná zóna – její rozměry jsou největší a to od 3,50 do 7,50m. Tyto rozměry by se měli dodržovat, pokud jedinec vystupuje veřejně před publikem, a to například když student prezentuje svou bakalářskou práci před odbornou komisí (Toes,2014).

### **1.4 Respekt**

Respekt je vnímán jako něco, co si člověk od druhých musí zasloužit. Je to soubor všeobecných kritérií, které se skládají z vystupování na veřejnosti či v soukromí, jednání

s druhými lidmi, nebo také osobnosti daného jedince. Podle některých je respekt úzce spojený se společenským statusem, kterého v průběhu života dosáhli, a to ať v rovině kariérní či sociální. Na tento aspekt nás upozornil především výzkum mezi dospělými osobami mladšího nebo středního věku. Většina mladších tvrdila, že zatím nemají dostatečný respekt z důsledků nižšího pracovního postavení. Ti, kteří jsou ve středním věku si svůj vydobytý respekt uvědomují, ale s blížícím se odchodem do důchodu se obávají že, on něj přijdou (Kellnerová-Kalvachová a Kalvachová, 2004).

Pro některé jedince jsou v životě důležité věci jako je bohatství, drahé oblečení nebo fyzická přitažlivost. Často si ale neuvědomují, že způsob jak vás ostatní vnímají na to není založen. Nezáleží ani na dosaženém vzdělání a ani na vašem společenském postavení. V dnešní době patří ten pravý respekt těm, kteří se umí chovat uctivě a důstojně k ostatním (WikiHow, ©2018).

## **2 ZAJIŠTĚNÍ SOUKROMÍ U PACIENTŮ NA LŮŽKÁCH INTENZIVNÍ PÉČE**

### **2.1 Dodržování soukromí u nelékařských zdravotnických pracovníků**

Tým nelékařských zdravotnických pracovníků na odděleních tvoří zejména všeobecné sestry, zdravotnický záchranáři, porodní asistenty, sanitáři/ošetřovatelky, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a praktické sestry (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Ti mají čtyři základní povinnosti. Je to péče o zdraví, předcházení nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Ovšem další neodmyslitelnou částí je respektování lidských práv, jako je právo na důstojnost, na život a právo na zacházení s úctou.

Při práci by měli vytvářet prostředí, ve kterém jsou respektovány lidská práva, zvyky, hodnoty a také duchovní přesvědčení daného pacienta. Dále by se měli dodržovat soukromí svých pacientů ve všech aspektech svojí práce. Veškeré osobní informace, které získá NLZP jsou brány jako důvěrné a nesmí být za žádných okolností prozrazeny třetí straně, pokud nepůjde o informaci, která by mohla pozitivně či negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta (Česká asociace sester, ©2017).

### **2.2 Ochrana osobních údajů**

Ochranu osobních údajů zajišťuje zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. Tento zákon v souladu s právem Evropské unie, mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána, a k naplnění práva každého na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromí upravuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů a stanoví podmínky, za nichž se uskutečňuje předání osobních údajů do jiných států.

#### **Pro účely tohoto zákona se rozumí**

- a)** osobním údajem jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže lze subjekt údajů přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu,
- b)** citlivým osobním údajem vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a

genetický údaj; citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů,

**d)** subjektem údajů fyzická osoba, k níž se osobní údaje vztahují,

**e)** zpracováním osobních údajů jakákoliv operace nebo soustava operací, které správce nebo zpracovatel systematicky provádějí s osobními údaji, a to automatizovaně nebo jinými prostředky. Zpracováním osobních údajů se rozumí zejména shromažďování, ukládání na nosiče informací, zpřístupňování, úprava nebo pozměňování, vyhledávání, používání, předávání, šíření, zveřejňování, uchovávání, výměna, třídění nebo kombinování, blokování a likvidace,

**f)** shromažďováním osobních údajů systematickým postupem nebo souborem postupů, jehož cílem je získání osobních údajů za účelem jejich dalšího uložení na nosič informací pro jejich okamžité nebo pozdější zpracování (Vondráček, 2005).

### **2.3 Povinná mlčenlivost**

Povinnost mlčenlivosti platí pro všechny zdravotnické pracovníky a nařizuje jim zachovávat mlčenlivost o všech informacích, které se o nemocném dozvěděli v souvislosti s výkonem povolání. Do těchto informací můžeme zahrnout vše, co se o pacientovi dozvíme, nejen co se jeho problémů týče, ale i všech osobních informací. Co se týče NLZP, ti nejsou oprávněni podávat jakékoliv informace o zdravotním stavu pacienta. Dále jsou povinni ve své každodenní činnosti dodržovat určité zásady, k nimž patří např. u všeobecných sester-etický kodex sester (Zacharová, Šimčíková a Čížková, 2011).

### **2.4 Etický kodex sester**

Kelnarová a kol. (2015) uvádí, že v roce 1953 byl Mezinárodní radou sester poprvé přijat etický kodex pro všeobecné sestry. Od té doby byl několikrát upraven a znovu schválen. Naposledy tomu bylo v roce 2000.

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

- Povinností sestry je převzít profesionální odpovědnost za zdraví, zlepšování zdravotního stavu a prevenci nemocí.
- Všeobecná péče o pacienta by měla zahrnovat složku zdravotní i ošetrovatelskou. K dalším jejím aspektům patří respekt k lidskému životu, důstojnost a lidská práva. Tuto péči bychom měli poskytovat pacientovi bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví a věk.



- Nejde vždy jen o péči o samostatného pacienta, ale někdy i o jeho rodinu a přátele.

#### Všeobecná sestra a spoluobčan

- Sestra by měla v první řadě ošetřovat spoluobčany, kteří tuto formu pomoci potřebují. Zároveň je důležité, aby sestra respektovala pacientovu víru a životní hodnoty. I zde, ale existují limity, které by se neměly překračovat, a to pokud jde nebo by mohlo jít o ohrožení života.
- Informace o osobních poměrech pacienta, které zdravotní sestra chrání, jsou považovány za důvěrné a svědomitě hodnotí, v jakém rozsahu a komu může tyto informace předat.

#### Všeobecná sestra a péče v praxi

- Všeobecná sestra je přímo odpovědná za kvalitu poskytované péče a za obnovování svých odborných znalostí.
- V každé situaci by měla zdravotní sestra udržovat co nejvyšší pečovatelský standart.
- Všeobecná sestra by měla hodnotit jak svou kvalifikaci, tak i kvalifikaci ostatních osob, když od nich přejímá zodpovědnost za jistý úkol.
- Všeobecná sestra by měla jednat vždy tak, aby její jednání přispívalo k lepší pověsti jejího povolání.

#### Všeobecná sestra a společnost

- Nejen všeobecné sestry, ale ostatní občané by měli přispívat k lepšímu zdravotnímu a sociálnímu zabezpečení.

#### Všeobecná sestra a spolupracovníci

- Jednou ze základních povinností sestry je i spolupráce se všemi ostatními zdravotníky a pomocným personálem.
- Pokud je to nutné, zdravotní sestra musí zasáhnout oproti nedbalému nebo nevhodnému chování, které by mohlo, jakkoliv poškodit pacienta nebo občana.

## Všeobecná sestra a povolání

- Všeobecná sestra soustavně pracuje na zdokonalování vzdělávání hlavního obsahu ošetrovatelské péče.
- A v poslední řadě sestra také dbá na vytváření vhodných podmínek pro práci a realizaci zdravotní a ošetrovatelské péče (Kelnarová a kol., 2015).

## 2.5 Práva pacientů

Práva pacientů by měla být dostupná na každém oddělení, kde je pacient hospitalizovaný a chce vědět, jaká jsou jeho práva a případné povinnosti. Tyto práva pacientů odsouhlasila Centrální etická komise ministerstva zdravotnictví České republiky 25. 2. 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo

zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992 (Ministerstvo práce a sociální věci, 2005).

## 3 INTENZIVNÍ PÉČE

### 3.1 Oddělení JIP

Oddělení intenzivní péče je užitečnou a nepostradatelnou součástí pro většinu nemocnic. Pacientům trpícím závažnými, často až život ohrožujícími stavy poskytuje léčbu, která by jim na standartních oddělení nebyla umožněna. Specifickým znakem ošetrovatelské péče na těchto oddělení je nepřetržité sledování vitálních funkcí pacienta, a s ní možnost okamžitě reagovat na nově vzniklé změny stavu. Pacientům, kterým selhávají životně důležité orgány, může být včetně monitorace poskytována částečná nebo i celková náhrada funkce postiženého orgánu. Oddělení intenzivní péče můžeme rozdělit dle charakteru prováděné péče, a to např. na JIP chirurgickou, kardiologickou, interní, neurologickou a infekční (Zadák a Havel, 2017).

V mnoha zemích světa jsou upřednostňována větší multidisciplinární JIP. Výjimku tvoří pouze koronární, dialyzační a novorozenecké jednotky, které jsou samostatně. Hlavně z hlediska menšího ekonomického vytížení sahají v zahraničí po tomto řešení. Dalším aspektem je i to že u mnoho kriticky nemocných se vyvíjí podobné patofyziologické procesy, i když primární diagnóza se může lišit (Ševčík, Černý a Vítovec, 2003).

### 3.2 Pacient a jeho pobyt v nemocnici

Pacientem je osoba, která je nemocná nebo zraněná a je lékařsky ošetrována nebo lékařskou pomoc potřebuje. Dle legislativy se slovo pacient (z latinského slova *patiens* = trpící) používá i pro ostatní uživatele zdravotnických činností.

Od každého pacienta se očekává, že se nemoci „nepoddá“, ale právě naopak že s ní bude „bojovat“ a neustále se snažit zlepšovat svůj zdravotní stav. Studie prokázaly, že většina pacientů si myslí, že jejich nemoc je krátkodobou záležitostí a myslí si, že brzy budou zcela zdraví. Pravda může být však zcela opačná. Některá onemocnění je můžou trápit po zbytek života, a s tím se řada lidí špatně srovnává (Křivohlavý, 2002).

Dalším problémem pacienta v nemocnici může být tzv. **hospitalismus**. Jedná se o syndrom, který se vyvíjí kvůli dlouhodobému pobytu v nemocnici. Významnou roli při vzniku hospitalizmu má i nucená nečinnost. Čím delší je pobyt v nemocničním zařízení, tím je vznik hospitalizmu pravděpodobnější. Při dlouhodobém pobytu v nemocnici je ovlivněna nejen pacientova tělesná stránka, ale i duševní. Snižuje se obsah zájmů, a to zejména pokud nemá pacient dostatek návštěv, nebo se neumí sám dostatečně kvalitně zaměstnat. Hospitalismus může postihnout pacienty všech věkových skupin. Nejčastěji však postihuje děti a starší

osoby, ti jsou více náchylní hlavně díky horší adaptaci na jiné prostředí. Diagnostika tohoto problému je velmi obtížná a je pro ni hlavní přítomnost charakteristických projevů. Pouze psycholog, nebo eventuálně psychiatr můžou definitivně potvrdit vznik hospitalismu u pacienta. Pro léčbu je zásadní prevence. Pacient by se měl neustále udržovat v tělesné a duševní aktivizaci. Neměl by se uchýlovat k negativismu. Velmi příznivým faktorem jsou činnosti jako je kondiční cvičení, četba, rozhovor s ostatními pacienty a podobně. Aby nevznikl hospitalismus u dítěte, musíme co nejdříve umožnit kontakt s mateřskou osobou.

Projevy hospitalismu mohou být různé. Jako první se může projevit agresivita, apatie, negativizmu nebo nechutenství. Dalšími známými příznaky jsou nezájem o léčbu, únava, poruchy spánku, regrese, což je návrat do nižšího vývojového období (typické u dětí), s tím může být spojeno stereotypní chování jako např. cucání prstu, opakované blikání světlem (u malých dětí a starších nemocných) (Szotkowská – Ciešlar, 2016).

### **3.2.1 Příjem pacienta na jednotku intenzivní péče**

Při příjmu pacienta na JIP je hlavní prioritou stabilizace životních funkcí. Pokud je pacient stabilizována a zajištěn, předběžně ho vyšetříme, a tak potvrdíme, či vyloučíme všechny předběžné diagnózy. Dále je potřeba vyplnit veškerou dokumentaci. Při výběru vhodného lůžka pro nového pacienta musíme dbát povahu onemocnění a mikrobiologické infekce u ostatních pacientů. Pacientovi necháváme u sebe jen věci, které jsou potřeba k jeho péči. Pokud je nutná tracheostomie, kanylace nebo převazy operační rány můžeme tyto výkony provádět přímo na lůžku, ale příprava na ně by se měla odehrávat ve speciálně určené místnosti. Vhodné je využívat co nejčastěji pomůcky na jedno použití (Zadák a Havel, 2017).

### **3.3 Ošetřovatelská péče na JIP**

Ošetřovatelskou péči na odděleních intenzivní péče můžeme rozdělit na tři úrovně. Tyto úrovně představují doporučené postupy, kterým by se měl daný personál řídit.

**1. Stupeň intenzivní péče (nižší)** - Tyto jednotky obstarávají kontinuální monitoraci, krátkodobou ventilaci (do 24 hodin) a schopnost neprodlené resuscitace. V některých zdravotnických zařízeních mohou slučovat s jednotkami zvýšené péče.

**2. Stupeň intenzivní péče (vyšší)** – Tento typ péče zprostředkovávají větší regionální nemocnice. Včetně základního monitorování pacienta, můžeme využít i podrobnějšího sledování jako je invazivní monitorování, dlouhodobá plicní ventilace nebo měření srdečního výdeje. Na oddělení jako takovém poskytuje péči lékařský tým, nebo slouží vždy minimálně jeden lékař tak aby nebyl ohrožen chod oddělení. Spolu s lékaři poskytují zvýšenou

ošetřovatelskou péči i sestry. V tomto stupni péče můžeme využít vyšetření statim, anebo také 24 hodinové poskytování zobrazovacích metod jako je rentgen nebo sono vyšetření.

**3. Stupeň intenzivní péče (nejvyšší)** – Velké oblastní a fakultní nemocnice poskytují tuto formu péče. Zakládá se na úplném rozsahu intenzivní péče se zaměřením na kritické stavy. V průběhu celých 24 hodin zajišťují péči na tomto typ ošetřující jednotky lékařští specialisté z oboru intenzivní medicíny. Dalším personálem jsou sestry, které jsou vyškoleny v komplexní péči o pacienta a jsou v dostatečném množství, aby pokryli provádění nutriční a rehabilitační péče. Tyto jednotky mají přístup k rozšířeným vyšetřovacím technikám a v případě nutnosti i konzultace s dalšími specialisty (Zadák a Havel, 2017).

### **3.3.1 Koncepce péče**

Charakteristickými výkony, které lze označit za základní koncepci péče na jednotkách intenzivní péče jsou kanylace žilního a arteriálního systému, do kterých můžeme aplikovat infuzní terapii. S její pomocí můžeme pacientovi zajistit dostatečnou výživu (pokud pacient nepřijme výživu enterálně) správnou bilanci tekutin, vodní a iontovou rovnováhu s možným doplněním o transfúzní terapii. Další výkony jsou tracheální intubace nebo extubace a mechanická ventilace. Nesmíme zapomínat na rehabilitaci a prevenci dekubitů. Další prevence by měla být ta, která zamezí šíření infekcí při poskytování zdravotnické péče přímo spojená. Další výkony se rozdělují dle specializace jednotlivých pracovišť intenzivní péče. Na každém oddělení by měly být sepsány tzv. protokoly, nebo také vnitřní standardy oddělení. Tyto protokoly jsou pravidelně aktualizovány a vyhodnocovány s návazností na rozvoj vědeckého poznání v dané problematice (Zadák a Havel, 2017).

Podle Klementa (2011) je specifickým druhem oficiálně uznaných postupů u resuscitace guidelines. Tyto postupy se nezaměřují jen na kardiopulmonální resuscitaci, ale věnují se také zajištění dýchacích cest a vstupům do cévního řečiště. Dále je v nich napsáno, jak správně používat automatické externí defibrilátory (AED), což je vzhledem k jejich přibývajícím dostupnosti velmi pozitivní.

### **3.3.2 Morální koncepce péče**

Slovníky definují morálku, jako soubor mravních norem určité osoby, skupiny nebo společnosti. Je společenskou normou a porovnává svědomí člověka z pohledu dobra a zla.

Při ošetřování pacientů na jednotkách intenzivní péče musíme mít na paměti, že hlavním cílem personálu je zachránit život pacienta, ale ne za cenu následného utrpení. Samotná léčba by tak neměla být horší variantou, jako nemoc samotná a mělo by být následováno pravidlo

„především neškodit“. Pokud je pacient schopen, má právo na rozhodnutí o svém zdravotním stavu, a to platí i v případě, že se dostane na jednotku intenzivní péče. Situaci okolo pacienta je potřeba brát objektivně a stejně tak ji předávat ostatním pracovníkům, či příbuzným (Zadák a Havel, 2017).

### **3.3.3 Definice intenzivní péče**

Intenzivní péče jako taková je lékařský obor, který se zabývá především pacienty, kteří jsou aktuálně ohroženi na životě. Diagnostika, kontinuální sledování a následná léčba pacienta jsou hlavními aspekty této péče. Pro optimální péči o kriticky nemocného pacienta musíme zvolit tzv. multidisciplinární přístup, který zahrnuje především péči o nejzávažnější kardiovaskulární a respirační onemocnění.

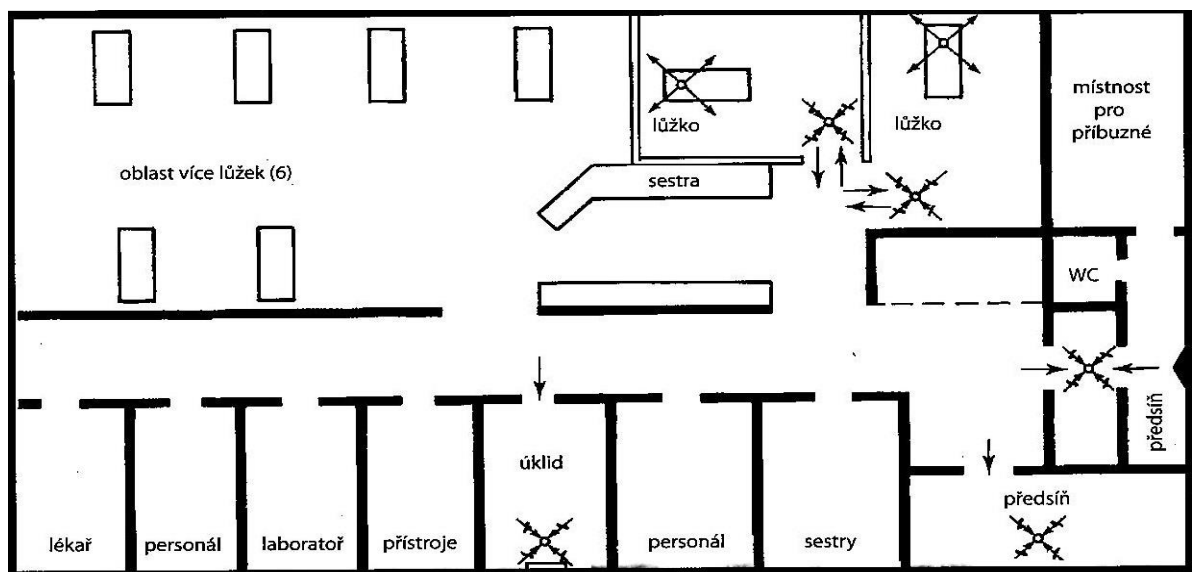
Intenzivní péče jako taková se začala vyvíjet v 50. letech minulého století, kdy bylo zapotřebí speciální péče při epidemii poliomyelitidy. Dále pokračoval rychlý rozvoj koronárních jednotek a prohlubování systematiky a znalostí v nově vytvářeném oboru. V této době je již intenzivní péče zcela běžnou součástí nemocničního zařízení (Ševčík, Černý a Vítovec, 2003).

### **3.4 Struktura oddělení intenzivní péče**

Struktura oddělení je velmi významným faktorem spokojenosti a spolehlivosti péče. Můžeme ji rozdělit na přístrojové, prostorové a personální zajištění, která určují kvalitu provozu na lůžkách intenzivní péče. Požadavky na tyto aspekty mohou být odlišné ve všech státech světa. V České republice jsou zásady určeny požadavky zdravotních pojišťoven, které však v mnoha případech vycházejí jen částečně z požadavků a principů, jež jsou obecně uznávané. Nelze snadno určit, kolik by mělo být na jednotce intenzivní péče lůžek. Například ve Spojených státech amerických je počet lůžek na intenzivní péči v průměru mezi 11 % a 15 % z celkového počtu lůžek v nemocnici. Tyto lůžka spotřebovávají velkou část rozpočtu každého zdravotnického zařízení, což se odráží na jejich využití a vybavenosti oddělení. Obecně je však akceptováno, že jednotka intenzivní péče, která má méně než 200 příjmů za rok a obložnost menší než 60 % při počtu 4 lůžka a méně, je z hlediska odborného i ekonomického neefektivní. Většina odborníků se shoduje, že kapacita lůžkových oddělení intenzivní péče by neměla přesáhnout 16 lůžek. Při větší kapacitě by byla organizace práce na tomto oddělení velmi složitá. Dalším důvodem může být personální zajištění dané jednotky, které by mohlo narušit celý ošetrovatelský proces (Zadák a Havel, 2017).

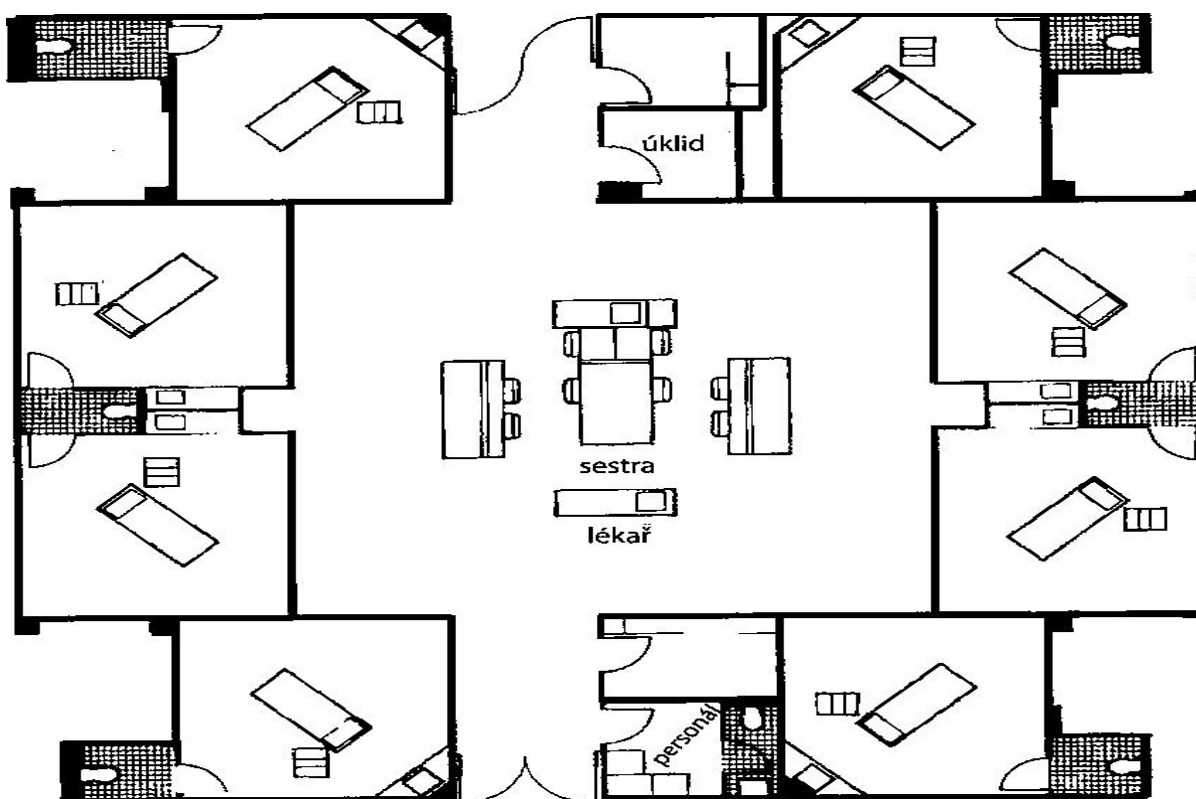
## Prostorové požadavky

Základním prostorovým požadavkem na jednotkách intenzivní péče je dostatečný prostor, který se uvádí kolem 20 m<sup>2</sup> na jedno lůžko. Oddělené boxy by měly mít až 25 m<sup>2</sup> na jedno izolované lůžko. Celkové uspořádání ošetrovatelské jednotky by mělo být takové, aby práce personálu byla co nejefektivnější. Nejvýhodnějším rozestavením je kombinace otevřené jednotky intenzivní péče (obr. 1) a izolovaných boxů (obr. 2). Tyto izolované místnosti jsou však finančně daleko náročnější a fungování na nich zákonitě bývá dražší. I když otevřená jednotka intenzivní péče nabízí mnohem efektivnější využití zdravotnického personálu, izolované boxy jsou potřebné u pacientů, kteří mohou být zdrojem vážných infekcí a nositeli multirezistentních mikrobiálních kmenů. Další nespornou výhodou, kterou ocení hlavně dlouhodobě hospitalizovaní pacienti je soukromí, které by se jim na otevřených jednotkách nedostávalo tolik, kolik by si představovali. Z finančního hlediska je ale stále preferován systém otevřené ošetrovatelské jednotky. I přesto by mělo být jedno izolované lůžko na tři lůžka umístěná v otevřené oblasti jednotky intenzivní péče (Zadák a Havel, 2017).



Obrázek 1 Uspořádání jednotky intenzivní péče otevřenou formou





Obrázek 2 Uspořádání jednotky intenzivní péče formou systému boxů

### Přístrojové požadavky

Minimálním vybavením každého lůžka na jednotkách intenzivní péče by měl být monitorovací systém, zajištěný způsob odsávání a rozvod kyslíku a vzduchu s výstupem na připojení k centrálnímu rozvoji vakua. Pro případ náhlého selhání centrálního rozvodu kyslíku a vzduchu je každém oddělení povinné zajistit náhradní systém dodávky. Optimálně by na každé jedno lůžko mělo mít tři kyslíková a dvě vzduchová připojení, přístup k nízkotlakému odsávání a čtyři odsávací výstupy. Dále každé lůžko musí disponovat účinným osvětlením alespoň ze dvou stran. Neméně důležitou součástí jsou i elektronické zásuvky, jejichž optimální počet je mezi 20-24 u každého lůžka. Díky velkému počtu přístrojů okolo pacienta je nutné i technické zajištění, které by mělo za každé situace umožňovat volný přístup k pacientovi. Základní vybavení a přístroje jsou vždy určeny jen pro jedno lůžko a z tohoto ohledu by je personál neměl přesouvat z jednoho lůžka na druhé (Zadák a Havel, 2017).

## **Personální zajištění**

Výchozím pravidlem pro fungování každé jednotky intenzivní péče je zajištění stálé specializované lékařské i ošetrovatelské péče.

### **Lékařský personál**

Každá jednotka intenzivní péče musí mít svého vedoucího lékaře, který je specialista v oboru intenzivní péče a splňuje tak všechny předpoklady této specializace. U ostatních lékařských pracovníků se nerozlišuje, pokud mají základní specializaci z interny, ARO, chirurgie nebo jiného oboru, který intenzivní péče využívá. Hlavním požadavkem je ovšem znalost, a především manuální zručnost u výkonů jako je zavedení centrálního žilního katetru, nebo intubace pacienta spolu s nastavení ventilačních režimů, které k tomu patří. V nejlepším případě, by na jednotce intenzivní péče měl být stálý personál, který zajišťuje provoz i mimo všední dny a svátky (Ševčík, Černý a Vítovec, 2003).

### **Ošetrovatelský personál**

Ošetrovatelský personál na jednotkách intenzivní péče mohou tvořit:

- Všeobecné sestry – Toto povolání může vykonávat osoba, která absolvovala bakalářské nebo diplomované studium oboru všeobecná sestra, nebo také absolventi vzdělání podle dřívějších právních předpisů. S příchodem do práce a převzetím pacienta se všeobecné sestry stávají zodpovědné za provedenou léčbu. Musí plnit ordinace lékaře, hlásit náhlé změny pacientova stavu a zapisovat do dokumentace odebrané informace (Infoabsolvent, 2015a).
- Zdravotnický záchranář – Toto povolání může vykonávat osoba, která absolvovala bakalářské nebo diplomované studium oboru zdravotnický záchranář, nebo také absolventi vzdělání podle dřívějších právních předpisů. Absolventi se uplatňují na pracovištích rychlé záchranné služby nebo na nemocničních zařízeních (např. oddělení urgentního příjmu, jednotky intenzivní péče) (Infoabsolvent, 2015b).
- Praktické sestry – Toto povolání může vykonávat absolvent střední zdravotnické školy, absolvent akreditovaného kvalifikačního kurzu Praktická sestra po získání středoškolského vzdělání s maturitou a absolvent šesti semestrů akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester. Bez odborného dohledu může praktická sestra poskytovat pouze základní ošetrovatelskou péči (např.

sledování fyzických funkcí, komplexní hygienická péče, pozorovat a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta). Pod odborným dohledem všeobecné sestry může provádět i specializovanou ošetrovatelskou péči (např. podávat léčivé přípravky, odebírat krev a jiný biologický materiál) (Infoabsolvent, 2015c).

- Sanitář – Toto povolání může vykonávat absolvent akreditovaného kurzu. Odbornou způsobilost k vykonávání profese mají i absolventi středních a vyšších zdravotnických škol nebo absolventi akreditovaného vysokoškolského vzdělání. Náplní práce sanitáře je pečovat o hygienu prostředí, dovážet stravu na oddělení, přebírat, kontrolovat a ukládat léčivé přípravky. Pod odborným dohledem všeobecné sestry provádět základní ošetrovatelskou práci (asistence při hygieně pacienta, polohování pacienta) (Infoabsolvent, 2015d).
- Fyzioterapeut – Toto povolání může vykonávat absolvent akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů, tříletého studia v oboru diplomovaný fyzioterapeut na vyšších odborných školách, pokud bylo studium zahájeno nejpozději v roce 2003/2004. Úkolem fyzioterapeutů je vykonávat léčebnou rehabilitaci pacientů, kteří jsou po operacích, úrazech nebo trpí nemocemi, které jejich pomoc vyžadují (Infoabsolvent, 2015e).

Péče o kritického pacienta je velmi náročná, a proto je potřeba, aby odborná zdatnost personálu byla co nejvyšší. Tu ovšem nedocílíme jen studiem ale i roky praxe. Proto když si uvedeme například jednotku intenzivní péče 2. typu, tak musí být na oddělení jedna sestra na každého pacienta a jedna sestra v záloze. Dále je ale velmi podstatné, aby jedna ze sloužících sester měla delší praxi v oboru intenzivní medicína, která by tak mohla pomoci méně zkušeným sestram. Samozřejmě to není možné vždy, protože jsou náhradní volna, dovolené a předpokládané průměrné nemocnosti. Veškerý ošetrovatelský personál by měla zajišťovat jedna sestra, která zodpovídá za práci všech sester a administrativu s ní spojenou. Na 3. typu jednotek intenzivní péče se velmi osvědčila práce sestry, která funguje jako instruktorka a dohlíží na edukaci nově přichozících sester. Tato funkce se zdá být optimálním řešením, avšak velké množství zdravotnických zařízení nemá možnost ji finančně pokrýt (Zadák a Havel, 2017).

## **4 PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4.1 Cíl průzkumu**

Ve svém průzkumu chci zjistit do jaké míry je na jednotkách intenzivní péče dodržováno soukromí z pohledu pacienta. Dále chci zjistit, které situace narušují soukromí pacientů nejvíce a jestli tyto situace nějakým způsobem ovlivnily jejich chování.

### **4.2 Hypotézy**

Hypotéza č. 1.: Méně, než polovina pacientů si myslí, že bylo jejich soukromí během hospitalizace narušeno.

Hypotéza č. 2.: Ženám zasahovalo do soukromí odhalování u vizity více než mužům.

Hypotéza č. 3.: Více než polovině respondentům, kteří mají 41 a více let nevadilo rozmístění pacientů na jednotce intenzivní péče, na rozdíl od respondentů, kteří mají méně než 41 let.

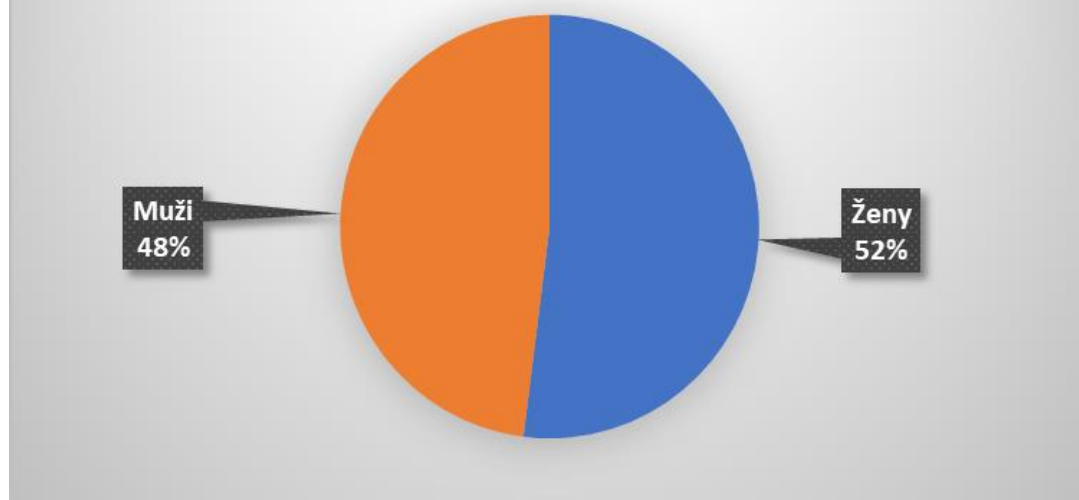
## **5 METODIKA PRŮZKUMU**

Pro své průzkumné šetření jsem si zvolil metodu kvantitativního dotazníku. Před samotnou distribucí dotazníků, jsem provedl pilotní studii, při které jsem rozdál 10 dotazníků pacientům na jedné jednotce intenzivní péče. V pilotáži nebyli zjištěny žádné nedostatky a dotazníky byly zcela srozumitelné. Na základě souhlasů zdravotnických zařízení jsem rozdál 100 dotazníků v Pardubickém a Zlínském kraji. Dotazníkové šetření probíhalo na šesti různých odděleních od 20. 3. 2018 do 4. 4. 2018. Dotazník jsem rozdál pouze na odděleních JIP. Oddělení ARO jsem do svého dotazníkového šetření nezahrnul, jelikož se domnívám, že pacienti s tak závažnými diagnózami by nebyli schopni validně vyplnit můj dotazník. Dotazníky jsem předal vrchním sestřím jednotlivých oddělení. Ty je dále svěřily NLZP, které je následně nabídly pacientům k vyplnění. Po vyplnění dotazníku je opět NLZP od pacientů odebraly. Celková návratnost dotazníků byla 50 %. Dotazníky byly určeny pro pacienty na jednotkách intenzivní péče. Celkový počet otázek byl 11 a respondenti odpovídali na 7 uzavřených otázek a 4 otevřené otázky. Dotazníky byly v tištěné podobě a byly anonymní. Na začátku dotazníku se představuji a vysvětluji účel svého šetření. Poté následuje základní rozdělení respondentů dle pohlaví, věku a oddělení, na kterém se léčí. Po této fázi se již zabývám problematikou respektování soukromí pacientů na JIP. Následnou interpretaci výsledků jsem provedl pomocí grafů a tabulek a doplnil popisem každého z nich.

### **5.1 Interpretace získaných údajů**

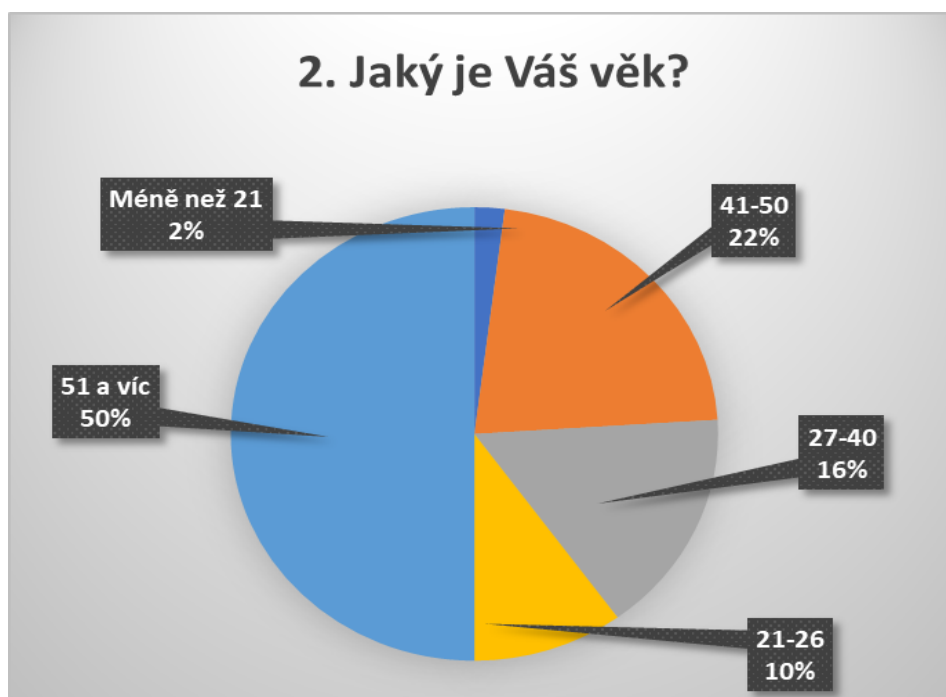
Výsledky svého dotazníkového šetření jsem zaznamenal do grafů a tabulky, které byly vytvořeny v programu Microsoft Office 2013.

## 1. Jaké je Vaše pohlaví?



**Graf 1 Pohlaví respondentů**

První otázka dotazníku rozdělila respondenty na ženy 52 % (26) a muže 48 % (24).



**Graf 2 Věk respondentů**

Druhá otázka rozdělila respondenty podle věku. Z průzkumu vyplívá, že přesně 50 % (25) respondentů zvolilo možnost 51 a více let. Další věková skupina byla 41-50 let, kterých bylo 22 % (11). Pacientů v rozmezí 27-40 let bylo 16 % (8). Předposlední skupinu tvořili lidé mezi 21-26 let, kterých bylo 10 % (5). Pouze 2 % (1) respondentů mělo méně než 21 let.

### 3. Na jaké jednotce intenzivní péče se léčíte?

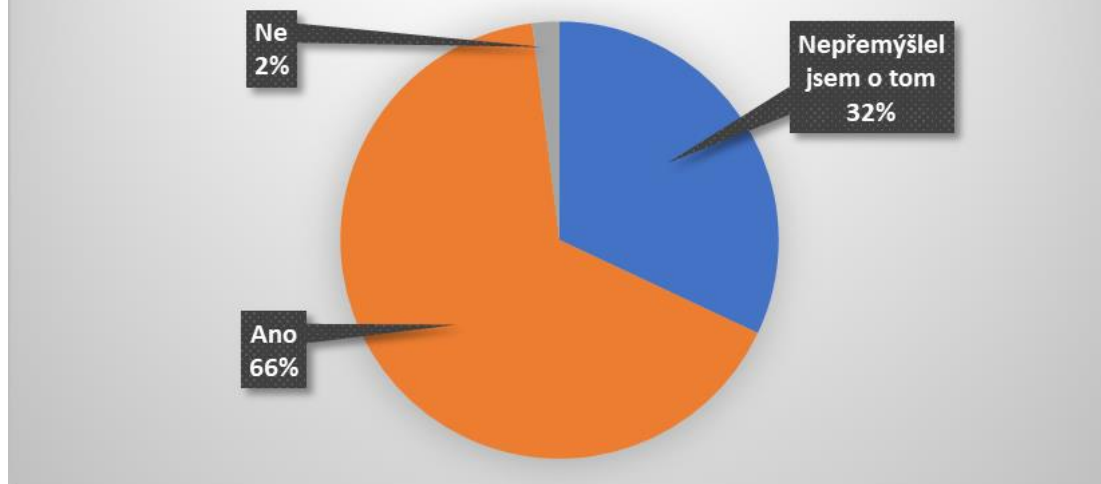


**Graf 3** Jednotka intenzivní péče, na které se respondenti léčí

Ve třetí otázce respondenti volili mezi jednotkami intenzivní péče, na kterých se právě nacházeli. Nejvíce respondentů se léčilo na interní jednotce intenzivní péče tedy 36 % (18). Podobný počet respondentů bylo i na kardiologické jednotce 30 % (15) a chirurgické jednotce 24 % (12). Nejméně respondentů pak bylo na neurologické jednotce intenzivní péče 10 % (5).



#### 4. Jste spokojen/a s dodržováním Vašeho soukromí na tomto oddělení?



**Graf 4 Spokojenost s dodržováním soukromí na daném oddělení**

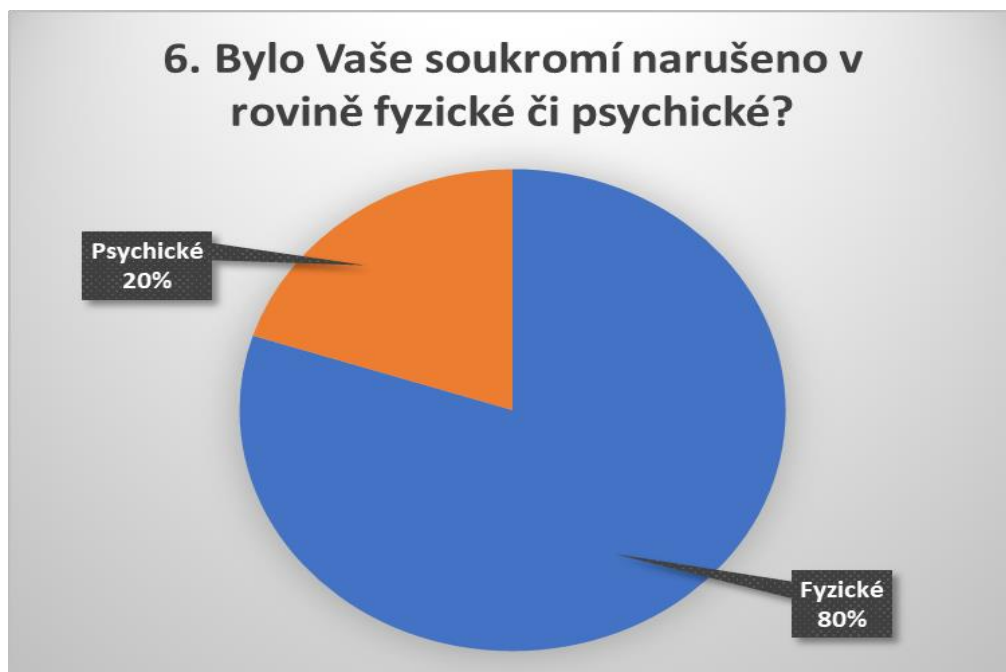
Čtvrtou otázkou jsem se snažil zjistit spokojenost pacientů na jednotkách intenzivní péče. Více než polovina respondentů 66 % (33) byla s dodržováním jejich soukromí spokojena. Nespokojena byla jen 2 % (1). Respondentů, kteří nepřemýšleli o dodržování jejich soukromí bylo 32 % (16).

## 5. Myslíte, že bylo Vaše soukromí během hospitalizace narušeno?



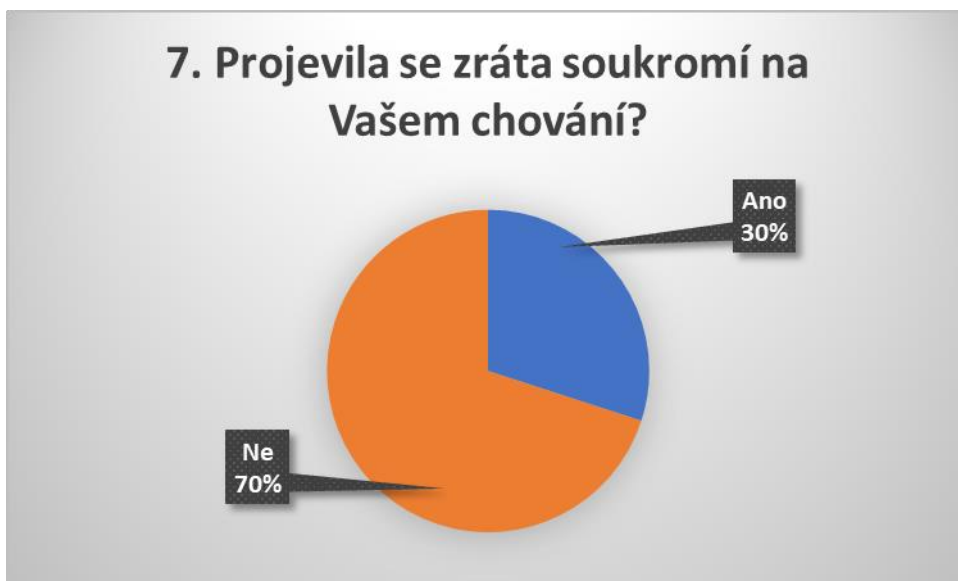
**Graf 5** Narušení soukromí během hospitalizace

V otázce číslo pět se respondenti měli rozhodnout, zdali bylo jejich soukromí během hospitalizace narušeno. Pokud si myslí, že bylo jejich soukromí jakkoliv narušeno, pokračují na otázky šest a sedm, ale pokud si nemyslí, že jejich soukromí bylo narušeno, pokračují až na otázku osm. Z grafu vyplívá, že 80 % (40) dotazovaných je přesvědčeno, že jejich soukromí nijak narušeno nebylo. Respondenti, kteří odpověděli ano, bylo 20 % (10).



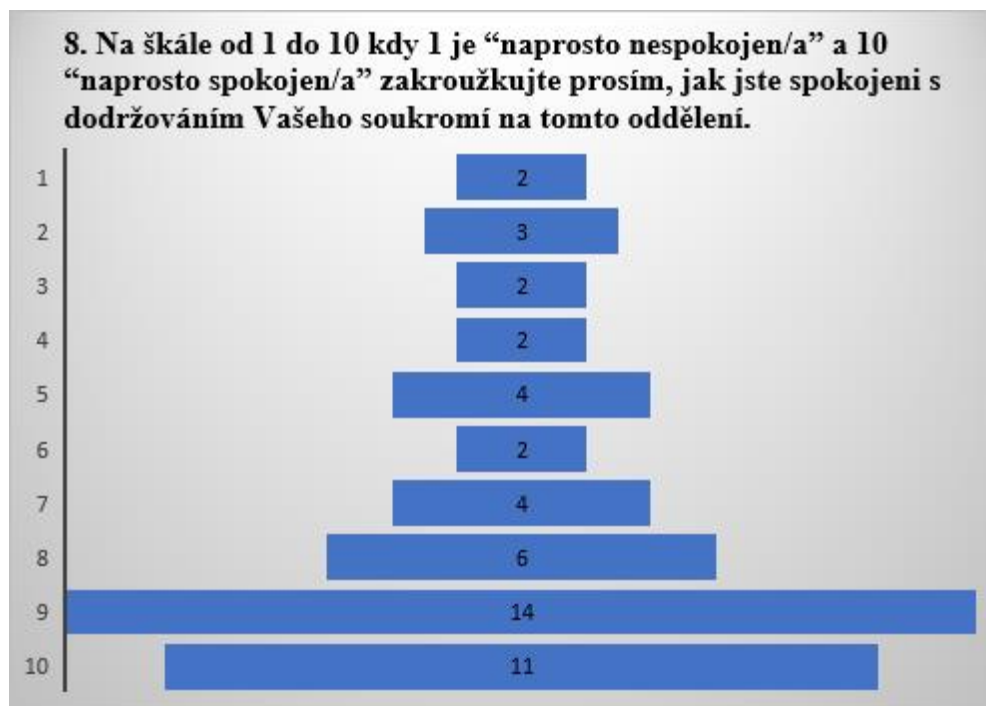
**Graf 6** Narušení soukromí v rovině fyzické či psychické

Na otázku číslo šest tedy odpovídali pouze respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli „a) Ano“. Většina respondentů zvolila, že jejich soukromí bylo narušeno po stránce fyzické 80 % (8). Po psychické stránce bylo narušeno soukromí 20 % (2) respondentů. Dotázaní mohli zvolit i odpověď „jinak, jak“, kde mohli napsat jiný způsob, jakým bylo narušeno jejich soukromí. Tuto možnost ovšem nikdo nezvolil.



**Graf 7 Projev změny chování při ztrátě soukromí**

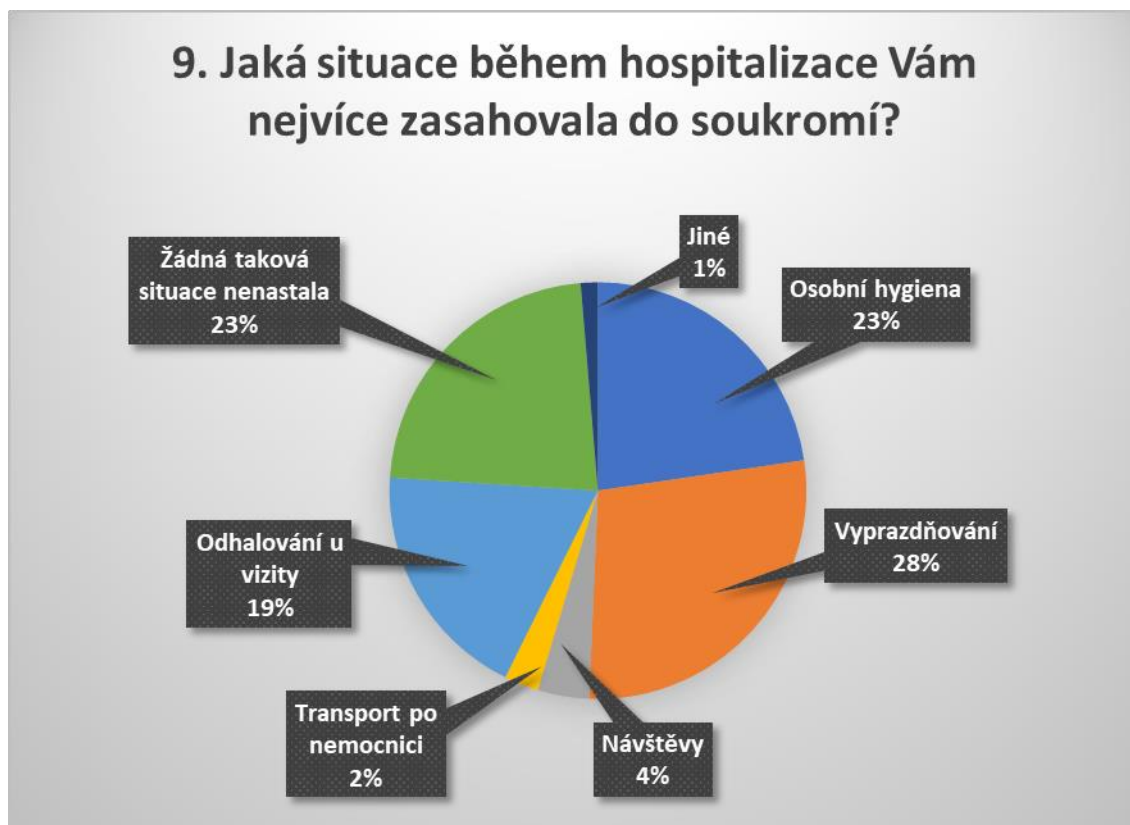
Stejně jako na otázku číslo šest, tak i na otázku číslo sedm odpovídali pouze ti respondenti, kteří u otázky číslo 5 zvolili možnost „a) Ano“. U této otázky zvolilo 7 respondentů odpověď „b) ne“. Zbylí 3 respondenti zvolili tyto odpovědi. Dva z nich odpověděli stejně a to „styším se“ a jeden respondent odpověděl „každá hospitalizace je určitou ztrátou soukromí – běžné“.



**Graf 8 Spokojenost s dodržováním soukromí na daném oddělení**

Otázka číslo osm měla zmapovat celkovou spokojenost respondentů na jednotkách intenzivní péče. Jak je uvedeno v tabulce převažovala spokojenost respondentů s dodržováním jejich soukromí. Tabulka byla pro lepší přehlednost rozdělena do tří skupin. Velmi spokojených, do které patří skupiny 10,9,8, kterých bylo dohromady 62 % (31). Průměrně spokojených, do které jsou zařazeny skupiny 7,6,5,4, kterých bylo dohromady 24 % (12). Poslední skupinou jsou respondenti, kteří nejsou s dodržováním jejich soukromí spokojeni a jsou to ti, kteří zakroužkovali možnosti 3,2,1 a těch je 14 % (7).

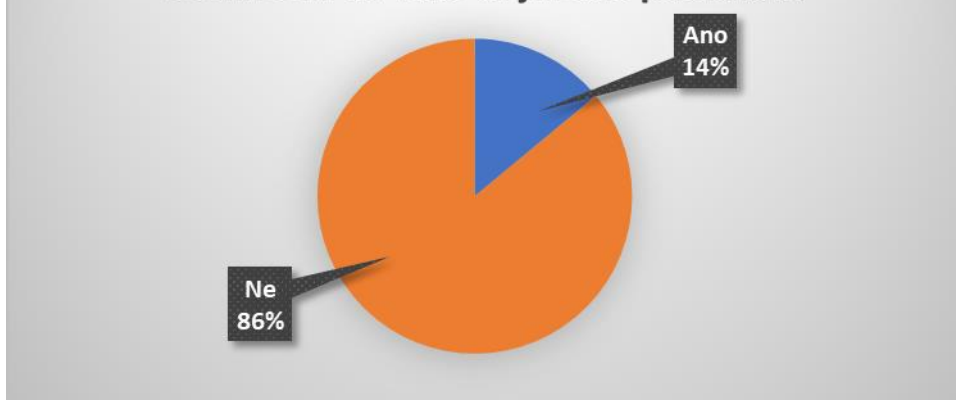
## 9. Jaká situace během hospitalizace Vám nejvíce zasahovala do soukromí?



**Graf 9** Situace, která nejvíce zasahovala do soukromí

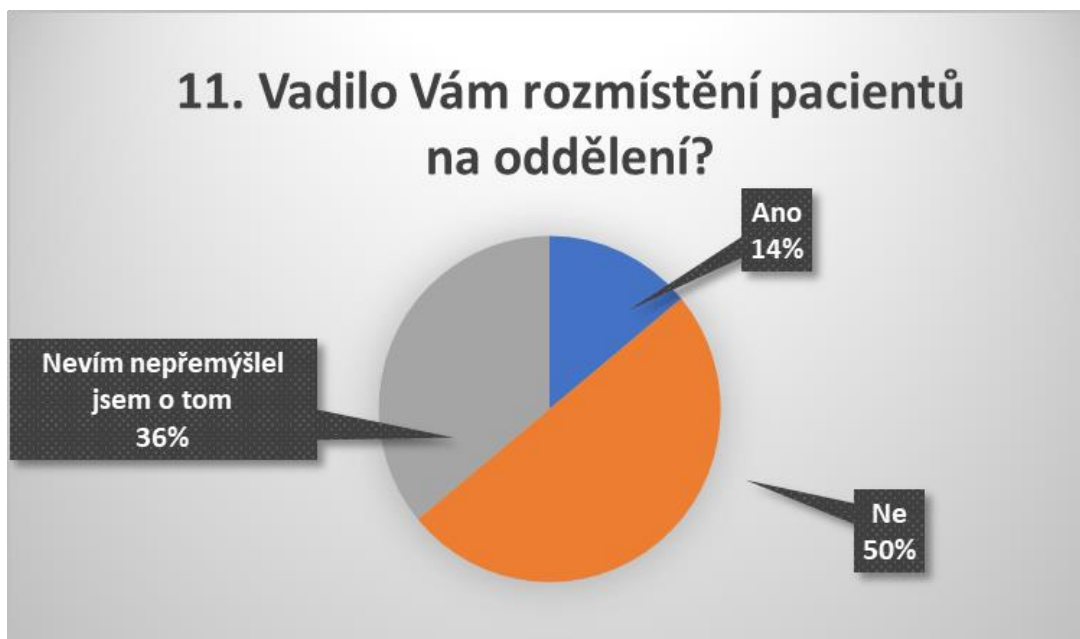
Na otázku číslo devět odpovědělo 28 % (21) respondentů, že jim během hospitalizace nejvíce zasahovalo do soukromí vyprazdňování. Osobní hygiena zasáhla do soukromí 23 % (17) respondentů. Stejný počet 23 % (17) si neuvědomuje žádnou situaci, která by jim narušila soukromí. Odhalování u vizity zvolilo 19 % (14) respondentů. Téměř stejný počet respondentů uvedlo, že návštěvy 4 % (3) a transport po nemocnici pouze 2 % (2) narušilo jejich soukromí. I u této otázky mohli respondenti napsat svůj osobní názor na situaci, která jim narušila soukromí. Pouze 1 % (1) respondentů tak učinilo a uvedlo, že jim vadil noční ruch na oddělení.

**10. Byl/a jste někdy během hospitalizace svědkem situace, která výrazně narušila soukromí ať Vaše či jiného pacienta?**



**Graf 10 Situace, která narušila soukromí respondenta nebo jiného pacienta**

V otázce číslo deset bylo zjištěno, že až 86 % (43) respondentů si nemyslí, že nastala situace, která výrazně narušila soukromí jich samotných nebo jiného pacienta. Naopak 14 % (7) respondentů si je vědoma situace, která narušila jejich soukromí nebo jiného pacienta. Ti co odpověděli „ano“ měli za úkol popsat tyto situace. Dva respondenti odpověděli ano bez uvedení další specifikace. Jednotlivý respondenti odpovídali následovně: ranní hygiena, močení do močové láhve, u vizity a při hygienách, návštěva cizích lidí u spolu pacienta – dělali hluk a byli vulgární a osobní hygiena.



**Graf 11 Problematika rozmístění pacientů na jednotkách intenzivní péče**

V otázce číslo jedenáct odpovědělo 50 % (25) respondentů, že nemělo s rozmístěním pacientů na oddělení intenzivní péče problém. Naopak 14 % (7) respondentů si myslí, že rozmístění pacientů na oddělení nebylo vhodné. 36 % (18) nepřemýšlelo o rozmístění pacientů na jednotce intenzivní péče.



## 6 DISKUZE

Cílem průzkumu bylo zjistit, jak jsou pacienti na jednotkách intenzivní péče spokojeni s dodržováním jejich soukromí. Pro svůj průzkum jsem si zvolil tři hypotézy.

První hypotéza, která se mi potvrdila, zněla následovně: Méně, než polovina pacientů si myslí, že bylo jejich soukromí během hospitalizace narušeno. Tuto hypotézu mi potvrdila otázka č. 4, 5. Druhá hypotéza „Ženám zasahovalo do soukromí odhalování u vizity více než mužům.“ se mi nepotvrdila, jelikož počet mužů i žen, kteří označili tuto odpověď byl rovnoměrný. Třetí hypotéza měla potvrdit, že více než polovině respondentům, kteří mají 41 a více let nevadilo rozmístění pacientů na jednotce intenzivní péče, na rozdíl od respondentů, kteří mají méně než 41let. Tuto hypotézu mi potvrdili otázky číslo 1 a 10.

Průzkum nebyl zcela jednoduchý, a proto se mi vyplněných dotazníků se mi vrátilo pouze 50 %. Z uvedených výsledků je patrné, že dotazník bylo schopno vyplnit přibližně stejný počet mužů a žen, a to mužů 24 a žen 26.

Stejný výsledek jako v mé práci a to, že lidé starší 51 let jsou náchylnější k onemocněním, které vyžadují hospitalizaci na lůžkách intenzivní péče má i diplomová práce s názvem „Kvalita života v období stárnutí a stáří“ od Bc. Petry Kovářové z roku 2006. V souvislosti s tímto zjištěním se věkové kategorie seřadily od nejstarších po nejmladší. Z výsledků jsem zjistil, že čím starší věková skupina, tím vyšší počet respondentů, tzn. respondent ve věku 51 a více bylo 25, věková skupina 41–50 let bylo 11, věková skupina 27–40 let bylo 8, věková skupina 21–26 let bylo 5 a méně než 21 let byl pouze 1 respondent.

Třetí otázka se vztahuje na počet respondentů na jednotlivých oddělení intenzivní péče. U této otázky mě zaujalo velké množství vyplněných dotazníků respondentů kardiologické jednotky. Odůvodňuji si to lepším zdravotním stavem respondentů, kteří byli schopni vyplnit dotazník. I když chirurgická a interní jednotka měla výhodu, že byly dotazníky rozdány na dvou různých zdravotnických pracovištích a kardiologické pouze jednom, tak to v konečném výsledku nebyl znatelný rozdíl na počtu respondentů. Nejméně respondentů pak vyplnilo dotazník na neurologické jednotce intenzivní péče.

Čtvrtá a pátá otázka mi potvrdila i mou první hypotézu, která zněla: “Méně, než polovina pacientů si myslí, že bylo jejich soukromí během hospitalizace narušeno“. Tuto hypotézu jsem si stanovil i na základě mého působení na daných odděleních během své odborné praxe. Byl jsem svědkem odborné a precizní práce všech sester na mnou zkoumaných odděleních, a

tak mě tento výsledek nijak nepřekvapil. Až 66 % respondentů bylo spokojeno s dodržováním jejich soukromí a dokonce 80 % ze všech dotazovaných si nemyslelo, že bylo jejich soukromí jakkoliv narušeno. Ovšem Ludmila Kalná, která vypracovala v roce 2014 práci se stejným názvem měla jiný názor. Ta se domnívala, že soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče není optimálně dodržováno. Její výzkum to však nepotvrdil.

Na šestou a sedmou otázku odpovídali pouze respondenti, kteří si mysleli, že bylo jejich soukromí narušeno. V šesté otázce mě zároveň zajímalo genderové rozřazení respondentů. Z deseti respondentů, kteří vyplnili tuto otázku bylo sedm žen a tři muži. Což do jisté míry dokazuje, že jsou ženy náchylnější na narušení jejich soukromí a to hlavně po fyzické stránce (nechtěná nahota), jelikož to odpověděly všechny kromě jedné, která zvolila, že její soukromí bylo narušeno po stránce psychické (netaktní jednání). Muži to měli podobně, dva ze tří odpověděli, že jejich soukromí bylo narušeno po stránce fyzické a jeden po stránce psychické.

U otázky číslo sedm měli respondenti uvést, zda se jejich soukromí nějak projevilo na jejich chování. Sedm respondentů z deseti odpovědělo, že to jejich chování nijak neovlivnilo, což je většina. Stejný výsledek se objevil i v práci Ludmily Kalné z roku 2014. Dva respondenti uvedli v odpovědi „styším se“ což chápu a čekal jsem, že se taková odpověď v dotazníku objeví. Ovšem jeden respondent odpověděl na tuto otázku „každá hospitalizace je určitou ztrátou soukromí – běžné“. Z této odpovědi mi vyplývá, že toto není první hospitalizace daného respondenta a myslím si, že oproti ostatním co vyplnili tuto otázku má již zkušenosti s chodem oddělení v nemocničním zařízení.

Pomocí škály, která znázorňuje spokojenost respondentů s dodržováním jejich soukromí na jednotkách intenzivní péče jsem zjistil, že většina pacientů je spokojena. A to konkrétně 31 respondentů. Při vyhodnocování této škály mě ale zaujalo, že i když bylo podle některých jejich soukromí narušeno, zde označili, že jsou naprosto spokojeni s dodržováním soukromí na jednotkách intenzivní péče. Vysvětluji si to tím, že i když došlo k pochybení v oblasti dodržování soukromí, nezměnilo to jejich celkový pohled na péči, kterou jim veškerý personál na oddělení poskytoval.

U otázky číslo devět jsem zjistil, že situací, která zasahovala do soukromí respondentů nejvíce bylo vyprazdňování. Tato situace také zasahovala nejvíce do soukromí respondentů v již zmiňované práci Ludmily Kalné z roku 2014. Z výsledků vyplývá, že mnoho pacientů na jednotkách intenzivní péče si zvláště u této situace uvědomuje ztrátu svého soukromí. Tato otázka měla potvrdit či vyvrátit mou druhou hypotézu. Ta se sice nepotvrdila, ale jen proto, že

počet mužů i žen, kteří zvolili možnost „odhalování u vizity“ byl naprosto stejný a to na každé straně 7. Z tohoto zjištění vyplývá, že ač jsem se domníval, že ženy budou ohledně odhalování u vizity pociťovat větší ohrožení jejich soukromí, není tomu tak. Další situace, která výrazně narušila soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče byla osobní hygiena, a to u 17 respondentů. Stejný počet respondentů ale také uvedl, že žádná taková situace nenastala, což je podle mého názoru poměrně vysoké číslo, které dokazuje spokojenost pacientů s dodržováním jejich soukromí na těchto odděleních. Jen jednomu respondentovi vadila jiná varianta než byla uvedena v možnostech, a to noční ruch.

Jelikož jsem zatím nikdy nebyl osobně hospitalizován na jednotce intenzivní péče, tak nahlížím na problematiku respektování soukromí pacientů pouze jako zdravotnický personál. Z tohoto důvodu mě zajímali odpovědi na otevřenou otázku č. 10. Ta byla pro ty, kteří se domnívali, že byli svědky situace, která zasahovala do soukromí jich samotných nebo dalšího pacienta. Tato otázka měla zmapovat situace, které mě jako odborníka nenapadli, ale přesto mohou zasahovat do soukromí pacientů. Většina pacientů si žádnou takovou situaci neuvědomovala. Dva respondenti označili „ano“ bez uvedení situace. Odůvodňují si to tím, že nejspíš neměli náladu a ani chuť dále vyplňovat dotazník, ale s daným tvrzením souhlasili. Pouze dvě odpovědi se lišily od možností, které mohli zvolit v předešlé otázce. A to odpověď „močení do močové láhve“ a „návštěva cizích lidí u spolu pacienta, dělali hluk a byli vulgární“.

Poslední otázka měla za úkol zjistit, zda si pacienti všímali rozestavení pacientů na jednotce intenzivní péče. Tuto otázku jsem zařadil do svého dotazníku z důvodu neustálého snižování počtu lůžek na odděleních. Chtěl jsem zjistit, zda se tato problematika dotýká také samotného soukromí pacientů. Sedm pacientů si myslí, že rozmístění pacientů na oddělení, na kterém se léčí nebylo vhodné. Daleko více a to 18 pacientů o této problematice nepřemýšlelo. V poslední řadě jsem potvrdil svou třetí hypotézu, ve které jsem dokázal, že více jak polovině respondentů, kteří mají 41 a více let, v mém případě patnácti, nevadilo rozmístění pacientů na jednotce intenzivní péče, na rozdíl od respondentů, kteří mají méně než 41 let. Toto zjištění si odůvodňují tím, že starší lidé jsou více zvyklí na sociální interakci mezi ostatními lidmi a je u nich větší pravděpodobnost předchozích zkušeností s nemocničním řádem.

## 7 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo poukázat na problematiku respektování soukromí pacientů na jednotkách intenzivní péče. Pro svůj průzkum jsem si stanovil 3 hypotézy, na základě kterých, jsem si chtěl ověřit dodržování soukromí pacientů na odděleních intenzivní péče. Dále jsem zjistil, které situace narušují soukromí pacientů nejvíce, a jestli tyto situace nějakým způsobem ovlivnily chování pacientů. Můj průzkum potvrdil dvě ze tří hypotéz. Jako nejslibnější hypotézu svého průzkumu bych zvolil hypotézu číslo 1, která se mi i potvrdila. Toto zjištění jen dokázalo, že zdravotní péče na mnou zvolených zdravotnických pracovištích je na takové úrovni, že nedochází k častému narušování soukromí pacientů. Druhá hypotéza, která se vztahovala na zasahování do soukromí žen u vizity se mi nepotvrdila z důvodu stejného počtu žen i mužů, kteří zvolili tuto možnost. I když jsem předpokládal, že se ženy budou cítit v této situaci více ohroženy nebylo tomu tak. Můj předpoklad se zakládal na skutečnosti, že se ženy o sebe a své tělo starají více než muži. Při hospitalizaci jim ale mohla být tato možnost odebrána a také se mohly vyskytnout nové deformace na jejich těle např. operační rány, jim neznámé „hadičky“, které jim byly zavedeny do kůže apod. Třetí hypotéza byla zaměřena na určitou věkovou skupinu, a to na respondenty, kteří mají 41 a více let. Hlavním cílem této hypotézy bylo zjistit, zda si uvědomují rozmístění pacientů na jednotlivých odděleních. V současné době dochází ke snižování počtu lůžek na jednotlivých odděleních intenzivní péče, z důvodu nízkého počtu sester na daných odděleních. Tato hypotéza se mi potvrdila a dokázala, že pacienti, kteří mají 41 a více let jsou shovívavější k podmínkám, které jsou nyní nastaveny v nemocničních zařízeních.

Tato práce by mohla přispět k objasnění pocitů a myšlenek pacientů na dodržování jejich soukromí, které zdravotníci neberou vždy v úvahu. Dále by také mohla pomoci k zamyšlení nad danou problematikou a k hlubšímu zkoumání stavu pacientů, a tím vést ke zlepšení péče. Protože bych chtěl v budoucnu pracovat na jedné z jednotek intenzivní péče, bude mi tato práce přínosná z důvodu, že budu více věnovat pozornost dané problematice.

## 8 Seznam použité literatury

1. VONDRÁČEK, Lubomír. Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1198-2.
2. KELLNEROVÁ-KALVACHOVÁ, Lucie a Linda KALVACHOVÁ. Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0.
3. KLEMENTA, Bronislav. Resuscitace ve světle nových guidelines. Olomouc: Solen, 2011. ISBN 978-80-87327-79-1.
4. ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír ČERNÝ a Jiří VÍTOVEC. Intenzivní medicína. 2., rozš. vyd. Praha: Galén, c2003. ISBN 80-726-2203-X.
5. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Práva pacientů: (komentované vydání). Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996, 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
6. BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS, ed. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada Publishing, 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
7. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada, 2011, 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
8. NAKONEČNÝ, Milan. Lidské emoce. Praha: Academia, 2000, 330 s. ISBN 80-200-0763-6.
9. ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
11. TRACHTOVÁ, Eva. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-701-3324-8.

## Internetové zdroje:

1. Seznam regulovaných zdravotnických povolání podle zákona č. 96/2004 Sb. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: KAKTUS Software, spol. s r.o, 2014, 12.09.2014 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/obsah/zdravotnicka-nelekarska-povolani\\_3197\\_3.html](https://www.mzcr.cz/obsah/zdravotnicka-nelekarska-povolani_3197_3.html)
  2. TOES, No. E. T. Hall – Proxemics /Personal Space in Different Cultures. Notes on Intercultural Communication [online]. 2014, 03/01/2014 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://laofutze.wordpress.com/2014/01/03/e-t-hall-proxemics-understanding-personal-space/#comments>
  3. Práva pacientů. Ministerstvo práce a sociální věci [online]. Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2: Odbor 22, 2005 [cit. 2018-03-26]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/840>
  4. Jak si získat úctu. WikiHow [online]. Creative Commons, 2018 [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <https://www.wikihow.cz/Jak-si-z%C3%ADskat-%C3%BActu>
  5. SZOTKOWSKA, CIEŚLAR, Jana. Hospitalismus, syndrom hospitalismu - příznaky, projevy, symptomy. Příznaky a projevy [online]. Hrádek: Wedos, 2016, 15. 2. 2016 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.priznaky-projevy.cz/psychiatrie-sexuologie/hospitalismus-syndrom-hospitalismu-priznaky-projevy-symptomy>
  6. Všeobecná sestra. Infoabsolvent [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015a [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Obory/ProfilAbsolventa/5341N11/Diplomovana-vseobecna-sestra>
  7. Diplomovaný zdravotnický záchranář Kód oboru:. Infoabsolvent [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015b [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Obory/KartaOboru/5341N21/Diplomovany-zdravotnicky-zachranar>
- Zdravotnický asistent. Infoabsolvent [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015c [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Obory/KartaOboru/5341M01/Zdravotnicky-asistent?svpFiltr=251933>

7.. Sanitář. Infoabsolvent [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015d [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Povolani/Povolani?povolani=15330>

9. Fyzioterapeut. Infoabsolvent [online]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2015e [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.infoabsolvent.cz/Povolani/Povolani?povolani=15070>

## 9 PŘÍLOHY

Dobrý den, jmenuji se David Menšík a jsem studentem 3. ročníku Univerzity Pardubice obor Zdravotnický záchranář. Touto cestou bych Vás chtěl požádat o vyplnění svého dotazníku, díky kterému budu moci zpracovat svoji bakalářskou práci s názvem „Problematika respektování soukromí pacientů na lůžkách intenzivní péče“. Dotazník je zcela anonymní a poskytnuté informace budou použity pouze pro potřebu bakalářské práce. Pokud nebude uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu správnou odpověď.

Předem děkuji za ochotu.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) Muž
  - b) Žena
  
2. Jaký je Váš věk?
  - a) Méně než 21
  - b) 21-26
  - c) 27-40
  - d) 41-50
  - e) 51 a víc
  
3. Na jaké jednotce intenzivní péče se léčíte?
  - a) Chirurgická
  - b) Interní
  - c) Neurologická
  - d) Kardiologická
  
4. Jste spokojen/a s dodržováním Vašeho soukromí na tomto oddělení?
  - a) Ano
  - b) Ne
  - c) Nepřemýšlím o tom
  
5. Myslíte, že bylo Vaše soukromí během hospitalizace narušeno? (Pokud odpovíte za b) ne pokračujte na otázku číslo 8)
  - a) Ano
  - b) Ne



6. Bylo Vaše soukromí narušeno v rovině fyzické (např. nechtěná nahota) či psychické (např. netaktní jednání)?

- a) Fyzické
- b) Psychické
- c) Jinak, jak.....

7. Projevila se ztráta soukromí na Vašem chování? Pokud ano napište prosím jak.

- a) Ano.....
- b) Ne

8. Na škále od 1 do 10 kdy 1 je “naprosto nespokojen/a” a 10 “naprosto spokojen/a” zakroužkujte prosím, jak jste spokojeni s dodržováním Vašeho soukromí na tomto oddělení.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. Jaká situace během hospitalizace Vám nejvíce zasahovala do soukromí? (Můžete označit více správných odpovědí)

- a) Osobní hygiena
- b) Vyprazdňování
- c) Návštěvy
- d) Transport po nemocnici
- e) Odhalování u vizity
- f) Žádná taková situace nebyla
- g) Jiné.....

10. Byl/a jste někdy během hospitalizace svědkem situace, která výrazně narušila soukromí ať Vaše či jiného pacienta?

- a) Ano, jaké.....
- b) Ne

11. Vadilo Vám rozmístění pacientů na oddělení?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím nepřemýšlel jsem o tom