ORIGINAL ARTICLE

OPOMÍJENÍ DODRŽOVÁNÍ INTIMITY PACIENTŮ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

Failures in respecting intimacy of patients in medical institutions

Lucie Sikorová, Andrea Filová

Ostravská univerzita, Fakulta zdravotnických studií, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence

Summary

The contribution presents results of a survey focused on monitoring principles of saving intimacy of patients in selected hospitals in Ostrava. The survey was implemented at departments of surgery, internal medicine, gynaecology and central admission. The target of the examination was to find how the patients and healthcare professionals perceive adhering to the intimate nature during the communication patient-healthcare professional and how the patients and healthcare professionals consider adhering to the patient intimacy in the course of the care provided in the environment of healthcare institutions. The survey was performed in the first quarter of 2010. A method of the questionnaire examination was employed for this purpose. Two versions of questionnaires were compiled: one version for patients and second version for healthcare professions. The results of the examination were specified through the mediation of the descriptive statistics. One hundred and twenty-one patients and 82 healthcare professionals participated in the research examination. The opinions concerning the intimacy in selected healthcare institutions were considerably different between the group of healthcare professionals and that of patients, where the healthcare professionals evaluated their own behaviour more positively. Patients evaluated negatively degree of adhering to principles of intimacy in the communication between the healthcare professional and patient in the examination room as well as in the patient room compared to the healthcare professionals (according to opinions of 42% of patients and 4% of healthcare professionals, the care givers typically adopt no precautions for saving the intimacy in the interview). Non-adhering to the privacy in providing hygienic care at the patient room was expressed by 41% of patients but by 25% of care givers only. Total of 32% of patients criticized the use of screens during a care or medical intervention, but 80% of healthcare professionals have always used the screens in these situations. Necessary uncovering of the body, adhering to as short time for this purpose as possible during rounds and providing conditions fit for human beings during patient transfers beyond the department where the patient is hospitalized, was positively evaluated by healthcare professionals as well as patients.

Key words: intimacy – patient – healthcare professional – communication

Souhrn

Príspevok predkladá výsledky průzkumného šetření zaměřeného na monitoring dodržování intimity pacientů ve vybraných nemocnicích v Ostravě. Průzkum byl realizován na odděleních chirurgie, interny, gynekologie a centrálním příjmu. Cílem šetření bylo zjistit, jak vnímají pacienti a zdravotníci

dodržování intimity při komunikaci pacient-zdravotník a jak je pacienty a zdravotníky vnímáno dodržování intimity pacientů při péči realizované ve zdravotnickém prostředí. Průzkum probíhal v prvním čtvrtletí roku 2010. K průzkumu byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Byly vytvořeny dvě verze dotazníků, jedna pro pacienty, druhá pro zdravotníky. Výsledky šetření byly popsány prostřednictvím deskriptivní statistiky. Průzkumného šetření se účastnilo 121 pacientů a 82 zdravotníků. Názor na dodržování intimity ve vybraných zdravotnických zařízeních se mezi skupinou zdravotníků a skupinou pacientů výrazně lišil, kdy zdravotníci hodnotili své chování pozitivněji. Pacienti častěji než zdravotníci hodnotili negativně dodržení soukromí při komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem na vyšetřovně i v pokoji (podle 42 % pacientů a 4 % zdravotníků nečiní zdravotníci obvykle žádná opatření pro zachování intimity rozhovoru). Nedodržení soukromí při uskutečňování hygienické péče na pokoji pacienta potvrdilo 41 % pacientů, ale jen 25 % zdravotníků. Celkem 32 % pacientů se kriticky vyjádřilo k používání zástěn při ošetrovatelském či lékařském výkonu, ovšem 80 % zdravotníků dle jejich vyjádření zástěny v těchto situacích používá vždy. Pozitivně bylo zdravotníky i pacienty hodnoceno nezbytně nutné obnažování těla k zákroku, splnění nezbytně krátké doby obnažení těla při vizitě a zachování důstojného převozu pacientů mimo oddělení, na němž je pacient hospitalizován.

Klíčová slova: intimita – pacient – zdravotnický pracovník – komunikace

ÚVOD

Ačkoliv profesní vzdělávání osob pracujících v pomáhajících profesích zahrnuje vysoký podíl informací v oblasti etického chování a etických principů i optimálních komunikačních strategií, rizikových faktorů deformujících tyto nabyté znalosti a dovednosti v pracovním prostředí přibývá. Haškovcová (2004, s. 24) hovoří o speciální formě násilí – o institucionálním týrání, které je definováno jako utrpení způsobené institucemi, popřípadě nevhodnými normami, kdy je důsledkem tzv. druhotné ponižování. K této formě násilí řadí i nevhodné zacházení nebo nevhodný způsob předávání informací, a to i v nemocnicích, kde by měl člověk hledat útočiště a pomoc. Sestry ve zdravotnických zařízeních se mnohdy soustředí především na to, aby výkony prováděly rychle, precizně a *lege artis*. Pacient a jeho potřeby zůstávají v pozadí na úkor rychlosti a správnosti ošetrovatelských či terapeutických výkonů. Pacient má ale právo nejen na kvalitní péči na co možná nejvyšší úrovni, ale také na ohleduplný a citlivý přístup v oblasti soukromí, intimity a vlastní individuality. Tato práva zdůrazňují etické normy, jako jsou například Práva pacienta. Ta jsou všeobecně chápána jako práva jednotlivce, která zajišťují důstojnost a svobodu člověka a mimo jiné uvádějí: „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 provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral“ (Kutnohorská, 2007, s. 139). Péče o pacienty musí být realizována ve shodě s Listinou základních práv a svobod. Osu morálního chování zdravotníků by měly tvořit zejména všelidské morální hodnoty a etické principy autonomie, benefice, důvěryhodnost, spravedlnost a veracita. Základní rámec, podle něhož by sestry měly činit vlastní etická rozhodování, poskytuje Kodex sester. Kodex sester nemůže být zázračným prostředkem, v jehož intencích je možné zabezpečit morální jednání sester, ale vedou k jednání sester v souladu s principem odpovědnosti (Kutnohorská, 2007, s. 41). Etické principy týkající se atributů soukromí korelují i se zákonnými normami.

Pojem intimita je obvykle definován jako soukromí, důvěrnost (Slovník cizích slov, 1998, s. 156). Chápání tohoto pojmu může být přesto individuální. Podle Příbáře (1997, online) je intimita „oblast lidského života, která nepočítá předem s žádným publikem“. Meier (2004, online) chápe intimitu jako něco soukromého, osobního a velmi blízkého a upozorňuje na dvě dimenze intimity, a to oblast vztahů a oblast vnímání sexuality, nahoty.

V nemocničním prostředí je mnohdy nedostatečně akceptován právě kulturou podmíněný vztah k nahotě, sexualitě a uspokojování některých fyziologických potřeb a z nich vyplývající stud pacienta při diagnostice, terapii, ošetřování a hygieně (Nemčecová et al., 2004, s. 63–64). Stud je obranou vlastní intimity, varováním před tím, co by ji mohlo narušit (ostych), anebo aktuální pocit zahanbení před sebou samým, nad vlastní nedostatečností (hanba).

Zdravotníci při diagnostice, terapii a ošetřování často narušují tzv. intimní nebo osobní zónu, používají dotyky, které mohou být nepříjemné nebo bolestivé. Pacient však nemůže reagovat tak jako v běžném životě, což prohlubuje jeho problémy (Nemčecová et al., 2004, s. 64). Lidé v takových situacích prožívají tzv. *deindividuaci* – odosobnění, ztrátu osobní identity (Hayesová, 2009, s. 130). Důstojnost osobní identity poškozuji fyzické zásahy, ale také citové či psychologické újmy. Osoba narušující důstojnost druhých může tak učinit tím, že rušivě proniká do jeho soukromí, může to být osoba nedbalá ponechávající osobu obnaženou během intimních úkonů, jako jsou mytí či oblékání (Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů, 2004, s. 13).

Jak uvádí Kopecká et al. (2008, s. 30–31), každý jedinec má právo na zachování důvěrného přístupu ke svým osobním informacím, informacím týkajícím se jeho zdravotního stavu a možných diagnostických nebo léčebných metod, jako i na ochranu svého soukromí při výkonu diagnostických vyšetření, při prohlídce u odborného lékaře a lékařském ošetření nebo při chirurgickém výkonu. Zdravotnické služby se mají samozřejmě poskytovat v přiměřeném prostředí a jen za přítomnosti osob, které jsou nevyhnutelně potřebné (Kopecká et al., 2008, s. 32).

Vzhledem ke zvažovaným preventivním strategiím vedoucím k dodržování intimity a soukromí pacientů v nemocničních zařízeních je nutné nejprve zjistit, jak vnímají zachování intimity pacienti v nemocnici a jak hodnotí dodržování intimity pacientů zdravotníci.

CÍL

- Zjistit vnímání dodržování intimity komunikace mezi zdravotníky a pacienty na centrálním příjmu nemocnice a na vybraných lůž-

kových odděleních, ze strany příjemců a poskytovatelů zdravotní péče.

- Zjistit vnímání dodržování intimity pacientů při vizitě, při lékařském či ošetřovatelském výkonu, při převozu ze strany příjemců a poskytovatelů zdravotní péče.
- Zjistit rozdíly ve vnímání dodržování intimity vzhledem k typu oddělení, kde jsou pacienti hospitalizováni.

METODIKA A MATERIÁL

Na základě stanovených cílů výzkumného šetření byla zvolena dotazníková metoda šetření. Byly konstruovány dotazníky, a to pro skupinu „pacienti“ a skupinu „zdravotníci“. Položky dotazníku pro pacienty vyjadřovaly pohled pacienta na dodržování intimity a soukromí při hospitalizaci v nemocnici. Položky dotazníku pro zdravotnické pracovníky se soustředily také na postupy a způsob jednání v péči o pacienty s ohledem na jejich intimitu. Dotazníkové šetření probíhalo v prvním čtvrtletí roku 2010 ve dvou nemocnicích v Ostravě, na odděleních interny, chirurgie, gynekologie a centrálním příjmu. Výsledky výzkumného šetření byly popsány formou deskriptivní statistiky.

Výzkumné šetření bylo realizováno u dvou výzkumných souborů. První výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na odděleních chirurgie, interny, gynekologie nebo pacienti přítomní na centrálním příjmu dvou ostravských nemocnic. Bylo rozdáno 128 dotazníků, vráceno bylo 121 dotazníků. Návratnost činila 94,53 %. Na dotazníkovém šetření se podílelo 62 % žen a 38 % mužů. Průměrný věk pacientů byl 52,3 let. Výběr výzkumného souboru byl záměrný, kritériem výběru byla hospitalizace pacienta ve věku minimálně osmnácti let na odděleních chirurgie, interny, gynekologie nebo centrálního příjmu. Druhý výzkumný soubor tvořil zdravotnický personál pracující na odděleních chirurgie, interny, gynekologie nebo na centrálním příjmu stejných nemocnic. Bylo rozdáno 88 dotazníků, vráceno bylo 82 dotazníků. Návratnost činila 93,18 %. Na dotazníkovém šetření se podílelo 96 % žen a 4 % mužů. Průměrný věk zdravotníků byl 37,3 let. Kritériem výběru jednotlivců do výzkumného souboru byl výkon profese všeobecná sestra na odděleních chirurgie, interny, gynekologie nebo na centrálním příjmu. Dalším kritériem výběru byl souhlas pacienta/zdravotníka podílet se na výzkumném šetření.

VÝSLEDKY

Při mapování intimity komunikace mezi zdravotníky a pacienty na vyšetřovně se pacienti v počtu 75 (62 %) vyjádřili, že komunikace mezi nimi a zdravotníky probíhá obvykle v soukromí (o samotě), 13 (11 %) uvedlo, že jsou při komunikaci obvykle otevřené dveře a vše mohou slyšet ostatní pacienti či další osoby (např. další zdravotníci, studenti) a 27 % pacientů sdělilo, že při předávání soukromých informací byly obvykle přítomny ve vyšetřovně další osoby. Zdravotníci se na rozdíl od pacientů v počtu 63 (77 %) domnívají, že jsou pacienti při sdělování intimních informací na vyšetřovně s lékařem či sestrou o samotě.

Při zjišťování vzdálenosti, ve které zdravotníci komunikují s pacienty, zdravotníci v počtu 70 (85 %) uváděli vzdálenost 30–120 cm na rozdíl od pacientů, kteří uvedenou vzdálenost komunikace uváděli v počtu 75 (62 %). Ostatní pacienti i zdravotníci zvolili z výběru odpovědí, že s nimi zdravotnický personál komunikuje v těsné blízkosti.

Celkem 51 (42 %) pacientů se vyjádřilo, že zdravotníci nečiní obvykle žádná opatření pro zachování intimity rozhovoru při sdělování informací na pokoji (nevyzvou k rozhovoru na vyšetřovně, nepoužívají zástěnu ani nepožádají ostatní pacienty, aby opustili pokoj). Naopak pouze 3 zdravotníci (4 %) se domnívají, že nečiní žádná opatření (z uvedených), která podporují zachování soukromí, a 56 (68 %) uvedlo, že si k rozhovoru zvou pacienta do samostatné místnosti. Zdravotníci také častěji uváděli, že vyzývají ostatní pacienty k odchodu (19 % zdravotníků oproti 3 % pacientů), chtějí-li sdělit informace pacientovi.

Dodržování zachování intimity při hygienické péči realizované na pokoji bylo zjišťováno dotazem: „*Pokud jste upoután/a na lůžko a zdravotníci Vám provádějí hygienickou péči, používají zástěny?*“ 41 % pacientů uvedlo, že zdravotníci nepoužívají zástěny nikdy nebo jen občas, stejný názor mělo 25 % zdravotníků.

Při lékařském či ošetrovatelském výkonu zaznamenalo 109 (90 %) pacientů obnažení jen

nezbytně nutné části těla, ostatní pacienti (10 %) poukázali na to, že je obnažována obvykle větší část těla a někdy celé tělo, nikdo z pacientů nevěděl, že by bylo odhalováno celé tělo. Zdravotníci se vyjadřovali k obnažování těla s obdobnými výsledky.

Celkem 56 (68 %) pacientů potvrdilo při zákroku či ošetřování na pokoji používání zástěny, ale 44 (32 %) pacientů se vyjádřilo, že zástěny nejsou používány nikdy nebo občas. Na rozdíl od pacientů se 66 (80 %) zdravotníků domnívá, že vždy používá zástěny. Dodržování intimity při prevozu pacientů mimo oddělení (k operaci, na vyšetření apod.) potvrdilo 113 (93 %) pacientů a 81 (70 %) zdravotníků.

Na dotaz „*Jste při vizitě s časovým předstihem odhalen/a?*“ se souhlasně vyjádřilo 32 % pacientů a 20 % zdravotníků, zbytek respondentů z řad zdravotníků i pacientů se shodl, že nebývají pacienti před vizitou odhalováni v nadbytečném časovém předstihu.

Celkem 41 % pacientů zaznamenalo občasně klepání na dveře před vstupem zdravotníka do pokoje nebo jeho absolutní opomíjení. Zdravotníci odpovídali na dotaz „*Klepete na dveře před vstupem do pokoje pacienta?*“ v 70 % kladně. Jeden pacient (žádný zdravotník) se vyjádřil, že jsou dveře jeho pokoje stále otevřeny.

Na poslední dotaz „*Kdo podle Vašeho názoru nejvíce nedbá na zachování intimity?*“ odpověděli pacienti, že lékaři (29 %), zdravotníci uvedli stejnou odpověď, ale s vyšší četností. Podrobně jsou výsledky znázorněny graficky (graf 1).

Při porovnání výsledků mezi jednotlivými odděleními se ukázalo, že intimita komunikace je dle pacientů výrazně lépe zachovávána na oddělení gynekologie a nejméně zachovávána na oddělení interním, dále nebyli pacienti spokojeni se zachováním intimity jak komunikace, tak odhalováním částí těla na oddělení centrálního příjmu pacientů. Názory zdravotníků na zachovávání intimity na centrálním příjmu jsou však zcela opačné, kdy naopak nejvyšší počet zdravotníků centrálního příjmu se domnívá, že je zde vždy dodrženo soukromí a intimita.

Graf 1 Porovnání názorů pacienti/zdravotníci na otázku, kdo nejvíce nedbá na zachování intimity pacientů

DISKUSE

Analýza výsledků výzkumného šetření zaměřeného na vnímání a dodržování intimity chování a komunikace mezi zdravotníky a pacienty, realizovaného na vybraných odděleních dvou ostravských nemocnic, ukázala značné rozdíly mezi názory zdravotníků a pacientů. Zdravotníci se na rozdíl od pacientů ve všech sledovaných oblastech vyjadřovali ke svému chování pozitivněji. Pacienti častěji než zdravotníci hodnotili negativně zejména dodržení soukromí při komunikaci na vyšetřovně, ale i na pokoji, dodržení intimity při uskutečňování hygienické péče na pokoji pacienta, používání zástěn při ošetřovatelském či lékařském výkonu na pokoji pacienta, vstupování do pokoje bez zaklepání na dveře. Na vysoký počet stížností v oblasti nerespektování soukromí pacientů v českých nemocnicích upozornila v roce 2009 Daniela Filipová (tehdejší ministryně zdravotnictví). Konkrétně uvedla stížnosti týkající se nedostatku soukromí při komunikaci zdravotník-pacient (přítomnost třetí osoby) a přítomnost cizích osob při vyšetřování, o kterých pacient není předem informován (Pergl, 2009, online). Výsledky našeho průzkumu ukazují, že situace nedodržování soukromí v uvedených oblastech stále přetrvává. Zdravotníci se obvykle hájí nedostatečným prostorem v nemocničních zařízeních, která by zajistila

soukromí při komunikaci, potřebou zdravotníků komunikovat s pacientem okamžitě bez odkládání rozhovoru, nebo i vyjádřením, že pacient musí s určitou ztrátou soukromí v nemocnici počítat. Žádná z uvedených obhajob však není relevantní, neboť zdravotníci by měli při rozhovoru jednat vždy plánovitě a stanovit si jak místo, tak čas, v němž budou s pacientem komunikovat. I při akutním podávání informací pacientům by měli zdravotníci zhodnotit konkrétní situaci (přítomnost pacienta na pokoji s dalšími pacienty, přítomnost dalších osob na vyšetřovně apod.) a teprve při zajištění vhodných okolností informace předávat. Při zjištění neoptimálních podmínek volit další strategie výhodné pro pacienta, jako jsou použití zástěny, vyzvání ostatních pacientů k přechodnému opuštění pokoje nebo odchod s pacientem na místo splňující soukromí komunikace. V některých lůžkových zařízeních sociální péče jsou takovéto prostory ve formě malých útulných kabelek k dispozici. Vnímání soukromí komunikace jak zdravotníky, tak pacienty může být ovlivněno i způsobem komunikace, která byla řadu let v českých nemocnicích považována za normu. Zcela běžnou praxí byla jakási „veřejná forma vizity“, kdy lékařské vizitě přihlížela řada zdravotníků, případně i studentů, kteří se přímo ošetřování pacienta neúčastnili, a pacient nebyl od ostatních pacientů chráněn

ani zástěnou. Přesto, že v mnoha zdravotnických zařízeních již takováto vizita není obvyklá, mohou kladné postoje zdravotníků, vzhledem k dlouholetému užívání tohoto rutinního postupu, k této formě vizity přetrvávat.

Každý člověk si střeží prostor, v němž žije, i prostor jeho bezprostřední blízkosti, který je jakousi ochrannou zónou před ostatními lidmi. Zdraví jedinci mají tendenci udržovat cizí lidi v takové vzdálenosti, která jim umožňuje vidět jejich celou postavu, protože tak mají pocit lepší kontroly situace. Přichází-li pacient do nemocnice, ať již za účelem hospitalizace či ambulantní péče, je mnohdy vystaven situacím, kdy nezávisle na jejich vůli vstupují do jeho bezprostřední blízkosti pro něj zcela neznámí lidé. Přestože mají zdravotníci znalosti o přibližných vzdálenostech intimního, osobního, sociálního a veřejného prostoru osob, nemohou bez důkladného individuálního rozhovoru s pacientem jeho skutečný osobní prostor přesně určit. Z tohoto důvodu mohli zdravotníci v našem průzkumu hodnotit narušení osobního prostoru pacientů méně často než pacienti. Jejich pohled na osobní prostor pacientů mohl být zkreslen i jejich individuálním vnímáním osobního prostoru. Respektovat intimní a osobní zónu pacienta lze zejména tím, že zdravotníci pacienta předem informují o tom, jak bude péče u něj realizována, a před každým narušením intimního i osobního prostoru pacienta informují a probírají alternativy, za jakých podmínek lze péči vykonat. Také narušení prostoru sociální komunikace může být prožíváno negativně, zejména není-li na tento vpád jedinec připraven. Dodržováním klepání na dveře pokojů pacientů mohou zdravotníci toto vnímání pozitivně ovlivnit.

Převážně pozitivně bylo zdravotníky i pacienti hodnoceno nezbytné nutné obnažování těla k zákroku, splnění nezbytně krátké doby obnažení těla při vizitě a zachování důstojného převozu pacientů mimo oddělení, na němž je pacient hospitalizován. Pozitivní výsledky mohou být však zkresleny skutečností, že pacienti se ve více než polovině případů domnívají, že v nemocnici je jejich právo na soukromí omezeno a musí počítat se ztrátou soukromí.

Dle pacientů se na narušování soukromí podílejí nejčastěji přibližně stejnou měrou lékaři a sestry, na rozdíl od zdravotníků, kteří považují lékaře za osobu, která narušuje soukromí pacientů nejčastěji. Jak uvádí Vondráček (2005,

s. 13): „Žádný platný předpis v současné době však jasně soukromí nedefinuje a nestanovuje, co lze a co nelze označit za zásah do soukromí. Zdravotnický pracovník je oprávněn určit rozsah svlečení vzhledem k potřebě vyšetření, které má být provedeno *lege artis*.“ Nespokojenost s dodržováním intimity komunikace a tělesné intimity projeví nejvýznamněji pacienti na centrálním příjmu nemocnic, což je vzhledem ke stísněnosti prostor centrálního příjmu nemocnic, kde se průzkum uskutečnil, pochopitelné. Na uvedených pracovištích se nachází několik příjmových ordinací a čekárna pro pacienty, které sice umožňují snadnější a rychlejší pohyb mezi nimi a dalšími vyšetřovacími komplementy, avšak soukromí pacientů je tak výrazně narušeno. Možným řešením by bylo rozložení ordinací, vyšetřoven a čekárny do větších prostor, což by na druhou stranu mohlo způsobit potíže s orientací pacientů ve vzniklém prostoru. Základním pravidlem při vstupu do jednotlivých ordinací by mělo být dodržování zaklepání při vstupu do ordinací ze strany zdravotníků a vyčkání odpovědi. Běžnou součástí příjmu by mělo být odhalování pouze nezbytné části těla.

Obdobné problémy týkající se nedodržování intimity shledaly i Bužgová a Ivanová (2008, s. 28–33), které se zabývaly problematikou porušování důstojnosti a soukromí u seniorů v institucionální péči v Moravskoslezském kraji. Nejčastěji bylo soukromí seniorů porušováno nedostatečným klepáním před vstupem do pokoje a otevřenými dveřmi při vyprazdňování. Seniori za nerespektování důstojnosti při ošetřování považovali infantilizaci při komunikaci, tykání pacientům s demencí a nerespektování osobní autonomie.

Analýza příčin nedodržování zachovávání intimity v zařízeních poskytujících zdravotnickou péči by měla být vedena dle teoretického modelu, který zahrnuje rozličné aspekty. Jedná se o vliv společenského klimatu, kultury daného zařízení, organizace práce, pracovních podmínek, pracovního prostředí, příjemce péče a poskytovatele péče (Svobodová, 2007, s. 220). Tato obecná teoretická kauzální analýza umožňuje nejen analyzovat příčiny, které vedou k nedodržování pravidel etického chování, agresivitě, násilí, ale je i východiskem, jež mohou specifikovat vhodné strategie, které tyto formy chování minimalizují. K těmto strategiím náleží např. formulování Desatera pro soukromí pacientů,

kteřá jsou užívána v Nemocnici na Homolce a jsou vyvěšena v plném znění na všech odděleních nemocnice.

ZÁVĚR

Narušování intimity pacientů ve zdravotnických zařízeních je vážným problémem s možnými psychickými důsledky (Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů, 2004, s. 16). Proto je nezbytné tuto problematiku monitorovat (např. v rámci mapování spokojenosti pacientů), připravovat vhodná metodická doporučení a přijmout rychlá a účinná preventivní opatření. Na procesu minimalizace narušování intimity a soukromí se musí podílet management, zdravotničtí pracovníci i samotní pacienti. Vzájemná úcta na všech úrovních zdravotnického zařízení je jednou z hlavních charakteristik úspěšného zařízení a podmínka kvalitní ošetrovatelské péče bez násilí.

LITERATURA

BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, R.: Porušování lidských práv v rezidenčních zařízeních pro seniory. *Kontakt*, 2008, vol. 10, supplement I, s. 28–33.
HAŠKOVCOVÁ, H.: *Manuálek o násilí*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004, s. 24.

HAYESOVÁ, N.: *Základy sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 130.
KOPECKÁ, K. et al.: *Zdravotnická etika*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008, s. 30–32.
KUTNOHORSKÁ, J.: *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 40–41.
MEIER, M.: *Intimacy and the ESRD Patient*. *RENALIFE* [online]. 2004, č. 5 [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <http://www.aakp.org/aakp-library/Intimacy---ESRD/>
NEMČEKOVÁ, M. et al.: *Práva pacientov medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004, s. 64.
PERGL, V.: Pacienti jsou v nemocnicích nespokojeni se soukromím a čistotou. *Právo* [online]. 2009 [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/domaci/166109-pacienti-jsou-v-nemocnicich-nespokojeni-se-soukromim-a-cistotou.html>
PŘIBÁŇ, J.: Legitimita práva, intimity a „infikace“. *Sociologický časopis* [online]. 1997, č. 2, [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <http://sreview.soc.cas.cz/cs/issue/91-sociologicky-casopis-2-1997>
Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004, s. 13–16.
Slovník cizích slov. 1. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1998, s. 156.
SVOBODOVÁ, L.: Agresivita a násilí ohrožuje kvalitu života – měli bychom se bránit. In: *Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice. Sborník z mezinárodní konference*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2007, s. 215–225.
VONDRÁČEK, L.: *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 13.

Lucie Sikorová, Andrea Filová
lucie.sikorova@osu.cz