

# **Etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty**

Eva Trefilíková, DiS.

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Eva Trefilíková, DiS.
Osobní číslo:	H18350
Studijní program:	B5341 Ošetřovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetrovatelské etiky a problematiky inkontinence.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- ANDĚL, P., M. ŠKROVINA, V. DUCHÁČ, et al. *Inkontinence stolice a obštipace pohledem chirurga*. Praha: Galén, 2014. 141 s. ISBN 978-80-7492-140-7.
- BUKA, P. *Patients' Rights, Law and Ethics for Nurses*. Second edition. Boca Raton: CRC Press, 2015. 229 p. ISBN 978-1-4822-1739-1.
- BUTTS, J. B. and K. L. RICH. *Nursing Ethics: Across the Curriculum and into Practice*. Fifth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2020. 377 p. ISBN 978-1-284-17022-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4. aktualiz. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 2015. 224 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HEŘMANOVÁ, J., M. VÁCHA, H. SVOBODOVÁ a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- HORČIČKA, L. a kol. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Mladá fronta, 2017. 184 s. ISBN 978-80-204-4503-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 23.4.2022 .....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.*

*(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá etickými aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty. Cílem práce bylo zjistit, jestli sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů, jakým způsobem sestry s inkontinentními pacienty komunikují a zda respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče. Teoretická část popisuje teoretická východiska, problematiku inkontinence, hygienickou péči o inkontinentního pacienta a roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče. Praktická část je postavena na kvalitativním výzkumu s použitím techniky polostandardizovaného rozhovoru. Výstupním materiálem je návrh opatření.

Klíčová slova: etika ošetrovatelství, inkontinence, ošetrovatelská péče, lidská důstojnost, komunikace

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with ethical aspects of nursing care for incontinent patients. The aim of the thesis was to find out whether nurses apply ethical principles in nursing care to incontinent patients, how nurses communicate with incontinent patients and whether they respect the dignity of incontinent patients in the provision of hygienic care. The theoretical part describes the theoretical background, the issue of incontinence, hygienic care for an incontinent patient and the role of the nurse in providing nursing care. The practical part is based on qualitative research using the technique of semi-standardized interview. The output material is the design of measures.

Keywords: ethics of nursing, incontinence, nursing care, human dignity, communication

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za profesionální přístup, vstřícnost a trpělivost ve vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat Krajské nemocnici T. Bati, a. s. za spolupráci ve výzkumu a ráda bych také poděkovala všem přátelům, kteří mě podporovali ve studiu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PŘI OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH</b> .....	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ.....	12
1.2 ZÁKLADNÍ TEORIE .....	13
1.3 PROFESNÍ ETIKA .....	15
1.4 ETICKÉ PRINCIPY .....	16
1.5 ETICKÉ KODEXY .....	17
1.6 LIDSKÁ DŮSTOJNOST .....	20
1.6.1 Respektování důstojnosti pacientů.....	21
<b>2 PROBLEMATIKA INKONTINENCE</b> .....	<b>23</b>
2.1 INKONTINENCE MOČI A STOLICE .....	23
2.2 POTŘEBA VYPRAZDŇOVÁNÍ.....	24
2.3 HYGIENICKÁ PÉČE O INKONTINENTNÍHO PACIENTA .....	26
2.3.1 Pomůcky k vyprazdňování.....	28
<b>3 ROLE SESTRY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE INKONTINENTNÍM PACIENTŮM</b> .....	<b>30</b>
3.1 POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....	30
3.2 ZAJIŠTĚNÍ POTŘEB PACIENTA .....	31
3.3 VERBÁLNÍ A NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	32
3.3.1 Všeobecné zásady pro komunikaci s inkontinentním pacientem.....	34
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>36</b>
<b>4 METODIKA</b> .....	<b>37</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU .....	38
4.2 CHARAKTERISTIKA VZORKU PARTICIPANTŮ .....	38
4.3 TECHNIKA VÝZKUMU .....	40
4.3.1 Charakteristika rozhovoru .....	40
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	41
4.5 ZPRACOVÁVÁNÍ INFORMACÍ.....	42
<b>5 VÝSLEDKY</b> .....	<b>43</b>
5.1 KATEGORIE .....	43
5.2 ROZHOVORY .....	45
<b>6 DISKUZE</b> .....	<b>55</b>
6.1 NÁVRH OPATŘENÍ.....	59



<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>67</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>68</b>

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce jsou etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty. Téma jsem si vybrala z toho důvodu, že pracuji na oddělení Následné intenzivní péče, kde často pečuji o inkontinentní pacienty. S přibývajícím věkem nastává v těle řada změn, které ovlivňují nejen zdraví člověka, ale také funkci ledvin a močového měchýře. Na funkci močové soustavy má vliv mnoho faktorů, ne pouze stárnutí.

Inkontinence neboli neovladatelný únik moči je častým nežádoucím příznakem u pacientů hospitalizovaných na odděleních následné péče. Tento problém ovlivňuje fyzickou, sociální a duševní pohodu člověka. Další negativní dopad na člověka má inkontinence stolice. Rizikových faktorů je mnoho a inkontinenci zřejmě často způsobuje imobilita pacienta, obstipace a medikamentózní léčba.

Hygienická péče a vyprazdňování jsou základní biologické potřeby člověka a v případě hospitalizace dochází k narušení soukromí pacienta. Intimita může být narušena zdravotnickým personálem, ostatními pacienty nebo dalšími návštěvníky oddělení. Sestra má za úkol chránit intimitu inkontinentního pacienta, podporovat ho v soběstačnosti osobní hygieny a vyprazdňování.

Bakalářská práce má stanoveny tři cíle. Prvním je zjistit, zda sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů. Další cíl má zjistit způsob komunikace sester s inkontinentním pacientem. Posledním cílem je zjistit, zda sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče.

Teoretická část práce se skládá ze tří hlavních kapitol. V první kapitole budou popsána základní teoretická východiska při ošetrování nemocných a lidská důstojnost. Druhá kapitola se bude věnovat problematice inkontinence moči a stolice, potřebě vyprazdňování a hygienické péči o inkontinentního pacienta. Třetí kapitola bude pojednávat o roli sestry při poskytování ošetrovatelské péče inkontinentnímu pacientovi. Kapitola bude také zaměřena na zajištění potřeb a správnou verbální i neverbální komunikaci.

Výzkumná část proběhne kvalitativní metodou s technikou polostandardizovaného rozhovoru. Otázky v rozhovorech budou naplňovat předem zvolené cíle bakalářské práce. Rozhovory budou realizovány se všeobecnými sestrami, které splňují kritéria pro výběr participantů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PŘI OŠETŘOVÁNÍ NEMOCNÝCH

Etika je filozofická disciplína založená Sokratem a Aristotelem. Její podobu ovlivnilo náboženství, kultura a věda. Význam etiky byl během dějin proměnlivý, některé teorie přestaly být aktuální a společnost je přestala uznávat. Morálka provází lidstvo od nepaměti, člověk se přirozeně učí, co je špatné a dobré, jaké chování je žádoucí a nežádoucí, o kterých tématech je lepší nemluvit a ke komu chovat respekt (Kutnohorská, 2007, s. 11–12).

Etika procházela řadou období od primitivních národů, řeckého období, období středověku, po moderní a postmoderní filozofii etiky. Řecká filozofie je datována do 6. století př. n. l., nejvýznamnějšími osobnostmi jsou Demokritos z Abdér, Sokrates, Platon a Aristoteles. Hlavní myšlenky směřovaly na konání dobrých skutků, vyhýbat se zlému, být vzorem pro okolí, chovat se dobře k lidem a ctít sám sebe a druhé. Středověké období respektovalo řeckou filozofii, rozdělilo filozofii na patristiku a scholastiku. Církevní patristika uplatňovala učení Platona a helénistické filozofie, významnou postavou byl svatý Augustin. Předním představitelem scholastiky byl Tomáš Akvinský, který přijal učení Aristotela. Hlavní vliv mělo křesťanství, církev a uctívání Boha. Moderní filozofie zaměřovala pozornost na člověka, jeho hodnoty a soužití s přírodou, snažila se odpoutat od nadvlády církve. Představiteli byli Thomas Mora, Jan Ámos Komenský, David Hume, Adam Smith, Wiliam James a Immanuel Kant. Na začátku 20. století se lékařská a ošetrovatelská etika osamostatnila a vznikla etika jako vědní disciplína s tím, že lékařská etika je starší a rozvinutější (Bužgová, 2013, s. 14–17).

### 1.1 Vymezení pojmů

**Etika** zkoumá otázky dobra a zla, hodnotí je a udává správný směr lidskému chování k nalezení ideální ohleduplnosti (Butts a Rich, 2020, s. 3; Bužgová, 2013, s. 10). „*Etika je vědecká disciplína, jejímž objektem je mravnost*“ (Kutnohorská, 2007, s. 11). Aristoteles definoval etiku jako „*nauku o dobrých charakterových vlastnostech, tj. o lidských cnostech*“ (Kutnohorská, 2007, s. 11).

**Morálka** je předmětem etiky, představuje soubor pravidel, které popisují, jak se má jedinec správně chovat a jednat ve společnosti (Bártlová, Havelková, Jičínská a kol., 2008, s. 9). Je ovlivněna svědomím jedince, jeho kulturou, názory a hodnotami (Jankovský, 2018, s. 29–31). Ve zdravotnickém prostředí se morálka týká ochrany zdraví pacienta,

poškození pacienta a vztahem mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Morálka jedince obohacuje na duchu a rozvíjí v něm lidskost (Kutnohorská, 2007, s. 11–12).

**Mravnost** je ovlivněna charakterem jedince, který určuje svůj postoj a jednání. Jedinec jedná podle svého svědomí a hodnotového žebříčku. Mravnosti se nedá naučit, protože podléhá pocitům a ovlivňuje rozhodnutí a jednání člověka (Butts a Rich, 2020, s. 4; Jankovský, 2018, s. 33–35). „*Mravně jedná člověk tehdy, pokud jedná ve shodě se svým svědomím*“ (Jankovský, 2018, s. 33).

**Morální problém** označuje konflikt mezi dvěma nebo více názory týkající se dobra a zla. Zdravotnický personál se každodenně setkává s problematikou správného a nesprávného postupu nebo činu. Zdravotníci se řídí svou morálkou, vědomostmi o ošetrovatelské etice, právech pacientů a tyto aspekty uplatňují v péči o nemocné (Butts a Rich, 2020, s. 46).

**Morální dilema** znázorňuje situaci, kdy je třeba se rozhodnout mezi dvěma možnostmi s tím, že žádná není vhodná pro daný případ. Morální problém i dilema nutí jedince se rozhodnout a přijmout důsledky svého jednání (Kutnohorská 2007, s. 13). Sestra se ve své praxi setkává se situacemi, kdy má učinit to nejlepší rozhodnutí. V rozhodování jí pomáhá schopnost kritického myšlení, díky kterému se snaží správně reagovat a rozhodovat. Sestra musí vnímat a naslouchat okolí, snažit se pochopit situaci, zachovat klid a být rozvázná. Neměla by jednat ukvapeně a lehkovážně, protože tím může způsobit škody a ublížit pacientovi (Butts a Rich, 2020, s. 46).

## 1.2 Základní teorie

Etika vychází z několika filozofických směrů, v souvislosti se zdravotnictvím, především ošetrovatelskou praxí, uvádíme deontologii, hédonismus a utilitarismus. V této části se zmiňujeme také o etice cností a koncepci ošetrovatelství, které jsou východiskem pro poskytování dobré ošetrovatelské péče.

**Deontologie** je zaměřena na povinnosti a pravidla, jejím představitelem je Immanuel Kant. Snažil se vytvořit univerzální etiku platnou pro všechny jedince nezávisle na místní kultuře, zvycích, náboženství. Etika měla provázet lidskou evoluci v jakékoliv době. Etické principy vycházejí z rozumu nikoliv ze zkušeností, kultury a emocí (Buka, 2015, s. 33–34; Butts a Rich, 2020, s. 16). Kant zmiňuje dva pojmy, prvním je pojem maxima, pravidlo jednání s morálním obsahem. Druhý pojem kategorický imperativ definoval: „*Jednej vždy tak, aby se maximy tvého jednání mohly stát obecným zákonodárstvím.*“ (Heřmanová,

Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 35). Kantova etika je náročná a založena na rozumu, je opakem hédonismu, nevyhledává libosti a štěstí (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 33–36).

**Hédonismus** je filozofický směr slasti a radosti, jehož cílem je během života vyhledávat věci a situace, které člověku přinesou radost, štěstí a rozkoš. Každý člověk jednou zemře, tak proč si život nezpříjemnit? Hédonismus vyhledává pozitivní situace, a naopak ty negativní zatracuje, jakékoli obtíže, stres a bolest odmítá. Dopřává člověku to nejlepší a nejkrásnější, co může zažít v materiálním světě, nezabývá se otázkami dobra a zla ani povinnostmi vůči druhým. Zakladatelem je řecký filozof Aristippos z Kyreny (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 28–30).

**Utilitarismus** byl založen v 18.–19. století dvěma autory, první z nich byl Jeremy Bentham a další John Stuart Mill. Utilitarismus vychází z učení hédonismu s rozdílem, že člověk vyhledává a přijímá slasti a radosti, ale je zodpovědný a ohleduplný vůči druhým. Tento směr se dělí na čtyři principy. První princip následků tvrdí, že člověk nemůže jednat dobře ani špatně, jeho činy nelze soudit, protože jsou neutrální. Co lze soudit, jsou důsledky lidských činů, pokud je následek rozhodnutí prospěšný pro společnost, lze hovořit o užitečném důsledku. Druhý princip užitečnosti pojednává o správném chování, být prospěšným pro druhé, pomáhat co nejvíce lidem, i pokud má člověk na to omezené prostředky. Třetí princip hédonismu říká, že každý člověk ví, co ho činí šťastným a spokojeným v jeho životě, sám vyhledává uspokojující podněty, věnuje se tomu, co ho baví. Poslední sociální princip se snaží učinit co nejvíce populace šťastné, nesobecky pomáhá druhým v plnění jejich snů (Buka, 2015, s. 40; Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 30–33).

**Etika ctností** se zabývá charakterem člověka, klade si otázky typu: „*Jaký bych měl být?*“ nebo „*Co bych měl dělat?*“ V centru zájmu je charakter člověka a jeho jednání. Řecký představitel Aristoteles popsal etiku jako „*umění žít*“, kterou si člověk během života přirozeně osvojuje (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 37). Etika ctností má kořeny v antickém Řecku a je spojována s Aristotelem. Člověk má být statečný a velkorysý, je potřeba si udržovat zdravý úsudek a používat svůj rozum. Umět se rozhodnout a správně vyhodnotit situaci přinese člověku radost (Opatrná, 2017, s. 32–33).

**Koncepce ošetřovatelství** z roku 2021 je dokument, který se zabývá současným ošetřovatelstvím v České republice, je určen pro všeobecné sestry, praktické sestry a další pracovníky ve zdravotnictví, kteří poskytují ošetřovatelskou péči nemocným. Ošetřovatelství je samostatná vědní disciplína, která je založena na samostatnosti sester a týmové spolupráci s ostatními pracovníky. Principy ošetřovatelství vychází z filozofických směrů humanismu a holismu. Humanismus souvisí s úctou k lidskému životu a důstojností. Každý člověk má právo na svobodu a životní hodnoty, být šťastný a rozvíjet své schopnosti (Koncepce ošetřovatelství, 2021, s. 9). Holismus vnímá všechny části člověka jako celek, je založen na komplexní péči o nemocné, spojuje psychosociální a somatickou stránku. Principy humanismu a holismu jsou východiskem pro odborné vzdělávání a praxi ve zdravotnictví (Krátká, 2018, s. 10–11; Koncepce ošetřovatelství, 2021, s. 9).

Cílem ošetřovatelství je uspokojovat potřeby pacientů, pečovat o zdraví, zmírňovat utrpení, podporovat sebepéči, zajišťovat profesionální ošetřovatelskou péči, edukovat pacienty i jejich rodinné příslušníky. Poskytovat aktivní, individualizovanou ošetřovatelskou péči založenou na vědeckých poznacích a výzkumech. Charakteristické rysy ošetřovatelství zahrnují aktivní a komplexní poskytování ošetřovatelské péče, individuální a preventivní péči, ošetřovatelský výzkum, holistický přístup, kompetentní a kvalifikovaný personál, zdravotní i sociální péči a etický rámec (Koncepce ošetřovatelství, 2021, s. 10).

### **1.3 Profesionální etika**

Zahrnuje bioetiku disciplínu zabývající se zrozením, smrtí a podstatou života zaměřenou na etiku (Bužgová, 2013, s. 12). Bioetika se zabývá zejména etickými problémy v lékařské praxi a výzkumné činnosti, například v biologii. V širším měřítku má bioetika souvislost s celým životem na zemi (Haškovcová, 2015, s. 15).

Lékařská etika se uplatňuje v medicíně a je podřazena pojmu bioetika (Bužgová, 2013, s. 12). Od roku 1991 byla v České republice schválena jako samostatný obor. Lékař se každodenně setkává s různými situacemi, kdy se musí správně rozhodnout, přichází do kontaktu s etickými dilematy a očekává se od něj rychlé řešení situace. Lékařská etika se vyvíjela od antického Řecka po současnost. Hippokratova přísaha vznikla na přelomu 5. a 4. století př. Kr. Etika procházela vývojem a změnami, lékaři se řídili morálními principy, odevzdávali se bohům pomocí modlitby, přísahali k zodpovědnému přístupu a dodržování pravidel lékařské profese. Hippokratova přísaha, v určité části změněná, se

zachovala dodnes a v současnosti je platná. Na přelomu 70. a 80. let minulého století byla snaha o vylepšení lékařské etiky filozofií. Američané Beauchamp a Childress propojili dva principy dobročinnosti a neškození s respektem k autonomii a spravedlnosti. Časem byla zmíněná etika označena jako neadekvátní a nevyvážená pro praxi. Publikace „*Medical Ethics Today*“ zmiňuje principy neškození, dobročinnosti, respektování autonomie, princip spravedlnosti, lidská práva a etiku cností (Opatrná, 2017, s. 18–20).

Zdravotnická etika se zabývá etickými problémy a dilematy ve zdravotnictví, do kterých spadá ošetrovatelská etika zaměřující se na druh etiky a bioetiky z pohledu sester. Etika zahrnuje správná morální rozhodnutí, schopnost rozeznat, co je žádoucí a co není, jak správně přistupovat k pacientovi (Butts a Rich, 2020, s. 27). Zdravotnická etika má za cíl pečovat o pacienta a pomáhat mu, chránit jeho práva a nést zodpovědnost za své činy. Etika zahrnuje ochranu lidské důstojnosti a podporu zdraví pacienta. Ošetrovatel je povinen zachovat mlčenlivost a takt vůči anamnéze a zdravotnímu stavu pacienta. Je nutné přistupovat ke všem pacientům rovnocenně, poskytovat kvalitní péči všem potřebným a respektovat odlišnou národnost nebo víru (Burda a Šolcová, 2015, s. 30).

Ošetrovatelská etika se soustředí na potřeby a reakce pacienta. Nezabývá se diagnostikou a léčbou nemoci, která spadá do kompetencí lékařů (Šoltés, Pullmann a kol., 2008, s. 169).

## 1.4 Etické principy

Mezi etické principy prvního řádu patří princip neškození, dobročinnosti, respekt k autonomii a princip spravedlnosti.

**Princip neškození** (nonmaleficence) znamená neškodit. Od pradávna má zdravotní péče za úkol být prospěšná člověku a nijak mu neškodit. Pacienta může poškodit buď lékař, nebo zdravotní sestra, jak na těle, tak na duši. Poškozující jednání zahrnuje nevhodné chování a komunikaci, vyvolávání konfliktů a zanedbávání péče. Princip neškození představuje snahu někomu pomoci a vědomě se vyhýbat špatnému chování, které může ublížit a způsobit bolest (Butts a Rich, 2020, s. 36; Haškovcová, 2015, s. 48).

**Princip dobročinnosti** (beneficence) spočívá ve vykonávání laskavých skutků. Konat dobro, aktivně pečovat o pacienta a nezpůsobit újmu na zdraví. Sestra má povinnost hájit práva pacientů, chránit pacienta před špatným zacházením, chránit jeho zdraví a zachránit pacienta, pokud se ocitne v nebezpečné situaci (Butts a Rich, 2020, s. 38; Kutnohorská, 2007, s. 18).



**Princip respektu k autonomii** pojednává o schopnosti jednat sám za sebe, podle svých hodnot a zásad. Pacient se rozhoduje dle svého uvážení a přání. Může se podílet na plánování své léčby, určit, která varianta se mu líbí více, vyjádřit svůj osobní názor a být hlavní hybnou silou v ošetrovatelském procesu (Haškovcová, 2015, s. 47). Opakem autonomie je paternalismus, pacient musí poslouchat zdravotníka a řídit se jeho radami, zdravotník je v nadřazené pozici (Buka, 2015, s. 37).

**Princip spravedlnosti** (justice) znamená rovnocenný přístup k pacientům s respektováním jejich potřeb. Nedávat přednost určitým pacientům před jinými, pečovat a saturovat potřeby u všech. Princip spravedlnosti je směřován na spravedlivé zacházení s pacienty bez předsudků. Princip tvoří v etice obsáhlý koncept, který je považován jak za princip, tak za ctnost (Butts a Rich, 2020, s. 40; Kutnohorská, 2007, s. 18). Principy druhého řádu jsou pravdomluvnost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost.

**Pravdomluvnost** je povinnost hovořit pravdu, nelhat pacientovi ani okolí, být čestný ve svém jednání. Vztah mezi sestrou a pacientem je založen na důvěře, a proto je nežádoucí pacientovi podávat falešné informace, a tak zneužívat jeho důvěry. Sestra by měla pacienta plně respektovat, být upřímná a ohleduplná (Kutnohorská, 2007, s. 18).

**Věrnost, poctivost** sestry vůči pacientovi je další povinností, která si klade za úkol chránit pacientovi osobní informace, dodržovat sliby vůči pacientovi, poctivě vykonávat všechny úkony v ošetrovatelské praxi a zaznamenávat jen pravdu a reálné údaje (Bužgová, 2013, s. 34–35).

**Důvěryhodnost** souvisí s principy pravdomluvnosti, věrnosti a poctivosti. Sestra je povinna mluvit pravdu a budovat důvěryhodný vztah k pacientovi, měla by být otevřená vůči komunikaci a potřebám pacienta. Vstřícná, komunikující a naslouchající sestra působí na pacienta lépe než sestra, která nemluví a je odtažitá. Sestra hájí zájmy pacienta, respektuje jeho práva a chrání ho před poškozením (Kutnohorská, 2007, s. 18).

Etické principy znázorňují ideály, ke kterým má ošetrovatelská péče směřovat, mají podporovat dobro pacienta a zlepšit zdravotnickou profesi (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 57).

## 1.5 Etické kodexy

Významná osobnost českého ošetrovatelství Anežka Česká (1211–1282), založila český ošetrovatelský řád a mužský řád. Svůj život zasvětila Bohu a modlitbám, pečovala o chudé

a nemocné. Vytvořila první etický kodex zaměřený na zásady ošetrovatelské péče o nemocné v Čechách (Kutnohorská, 2010, s. 28–29).

Ošetrovatelská etika se stala diskutovaným tématem a podpořila vznik etických kodexů. V roce 1899 vznikla „*ICN (International Council of Nurses)*“ mezinárodní organizace sester a ošetrovatelek se sídlem v Ženevě, řídí se svým etickým kodexem, který byl vypracován a schválen roku 1973. „*Etický kodex zdravotnických pracovníků nelékařských oborů*“ byl v roce 1992 založen jako sdružení pro vysokoškolsky vzdělané nelékařské pracovníky (Haškovcová, 2015, s. 62–64). Zdravotnický pracovník je povinen se řídit podle etických norem, které se zabývají profesionálním chováním, správnými vlastnostmi a žádoucím jednáním zdravotníka. Roku 2003 byl v České republice „*Českou asociací sester*“ a etickou komisí schválen „*Etický kodex sester*“ (Burda a Šolcová, 2015, s. 30–31). Etický kodex sester, který vypracovala ICN a vydala roku 1953, byl opakovaně novelizován. Na začátku kodexu se hovoří o odpovědnosti sestry vůči nemocnému v oblastech prevence, snižování bolesti a podpory zdravotního stavu. Sestra je povinna poskytnout profesionální péči všem bez ohledu na odlišnosti, chová úctu k lidskému životu, přistupuje k nemocným důstojně a respektuje lidská práva. V roce 1991 na českém území byly vytvořeny dvě verze etického kodexu, první návrh pocházel od ČAS Růženy Wágnerové a druhý zpracoval kurz ošetrovatelství pod záštitou organizace „*Hope v Modré u Bratislavy*“. Etický kodex v České republice respektuje kodex ICN (Kutnohorská, 2010, s. 154–155).

Kodex popisuje základní povinnosti sestry a je rozdělen do čtyř částí. Sestra má povinnost pečovat o zdraví nemocného, podílí se na předcházení nemoci, usiluje o uzdravení a snížení utrpení. Nabízí podporu jak jednotlivcům, tak skupinám a spolupracuje s dalšími obory. První článek kodexu „*Sestry a lidé/občané*“ hovoří opět o odpovědnosti sestry vůči lidskému životu, je povinna pomoci potřebným, respektuje základní lidská práva, chová úctu k odlišné rase, kultuře a víře. Snaží se srozumitelně podávat informace jednotlivcům i rodinám týkající se hospitalizace, ošetrovatelské péče a terapie. S pacientem sepisuje souhlas s hospitalizací, chrání osobní a citlivé informace o zdravotním stavu pacientů, podporuje aktivní činnosti a zájmy ohrožených skupin obyvatel (Česká asociace sester, 2017; Burda a Šolcová, 2015, s. 31). Druhý článek „*Sestry a jejich práce/praxe*“ popisuje povinnost sestry v sebevzdělávání a udržování vlastní kvalifikace k danému povolání. Sestra poskytuje kvalitní péči a pečuje jak o své, tak o zdraví druhých. Udržuje se v dobré kondici a je zodpovědná za svou ošetrovatelskou praxi. Hodnotí své schopnosti a snaží se

je zdokonalovat, je příjemná k okolí a nemocným, chová se asertivně. Pokud je na oddělení nový přístroj nebo pomůcka, usiluje o předcházení nebezpečným situacím, chrání důstojnost nemocného a jeho práva. Třetí článek kodexu „*Sestry a jejich povolání*“ obsahuje další povinnosti sestry v oblastech realizace norem ošetrovatelské praxe, výzkumné činnosti, organizaci práce, sestra usiluje o vhodné pracovní podmínky ve zdravotnictví. Poslední článek „*Sestry a jejich spolupracovníci*“ popisuje týmovou spolupráci sestry s pracovním kolektivem a dalšími pracovníky. Sestra hájí práva a ochraňuje nemocné před ohrožením života (Kopecká, Korcová a kol., 2008, s. 74; Česká asociace sester, 2017).

„*Chartu pracovníků ve zdravotnictví*“ vydala Papežská rada pro podporu a ochranu života ve zdravotnictví. „*Etické kodexy Práva pacientů*“ vznikly na podkladě demokracie, lidských práv, svobody a autonomie (Haškovcová, 2015, s. 62–64).

Kodex Práv pacientů byl v České republice vydán roku 1992 a od roku 2011 je součástí zákona č. 372/2011 Sb. (Opatrná, 2017, s. 29). Byl oficiálně schválen *Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky* a skládá se z jedenácti částí. Text informuje pacienta o právech, které mu náleží během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Pacient má právo na poskytnutí kvalitní, odborné zdravotnické péče, má právo znát jména všech pracovníků, má také právo na návštěvy svých blízkých a soukromí. Má právo znát svůj zdravotní stav a podílet se na svém diagnostickém a léčebném plánu. Podepisuje informované souhlasy o hospitalizaci, léčebném zákroku, anestezii, je poučen o rizicích a komplikacích. Pokud nebude souhlasit s postupem léčby, má právo ji odmítnout s vědomím důsledků. Informace o zdravotním stavu pacienta jsou soukromé, pacient má právo na diskrétní přístup. Pokud není pacient ve zdravotnickém zařízení spokojen, má právo být převezen do jiného zařízení. Zdravotnický tým je pacientovi k dispozici, pacient zná režim dne, ví zhruba, ve kterou hodinu bude moci mluvit s lékařem. Pokud je pacient propuštěn domů, je obeznámen s domácím režimem a léčbou. Má právo vědět o nestandardním postupu v léčbě a popřípadě s ním nesouhlasit. Práva jsou dále zaměřena na citlivý a přátelský přístup zdravotníků, respektování nemocného. Pacient má svá práva, ale i povinnost řídit se řádem oddělení na kterém je hospitalizován (Ministerstvo práce a sociálních věcí).

Kodexy práv pacientů procházely dlouhým vývojem, dříve byl pacient závislý zcela na lékaři, nemohl se sám za sebe rozhodovat a nepodílel se na svém diagnostickém a léčebném plánu. V době paternalismu byl pacient plně odevzdán lékařům a jejich

rozhodnutím. První práva pacientů vznikala začátkem sedmdesátých let 20. století. Vlivem demokracie a individualismu se do popředí dostávala lidská práva, svoboda člověka a informovanost pacientů. Pacient již nebyl zcela závislý na lékaři, byl informován o svém zdravotním stavu a rozhodoval více sám o sobě. Byly napsány další kodexy práv pacientů, upravované a specializované. Např. kodex „*Charta hospitalizovaného pacienta*“ publikován roku 1974 ve Francii, prosazoval mimo jiné příjemné a přátelské prostředí v nemocnicích (Haškovcová, 2015, s. 64–65).

Pokud se pacient ocitne ve zdravotnickém zařízení s velkou pravděpodobností se setká s dokumentem informovaného souhlasu. Má právo být poučen o tom, s čím vlastně souhlasí, má nárok na prostudování dokumentu a případně na vysvětlení nesrovnalostí. Informovaný souhlas souvisí s Úmluvou o biomedicíně, která byla schválena Parlamentem České republiky roku 2001 (Haškovcová a Pavlicová, 2013, s. 66–67). Zákon č. 20/1966 uděluje povinnost lékařů informovat pacienta o diagnostických, léčebných postupech a jeho zdravotním stavu. Lékař nesmí nemocnému zatajovat informace týkající se nemoci a prognózy, informace podává srozumitelně a taktně. Informovaný souhlas má formu ústní, konkludentní a písemnou. Konkludentní probíhá slovním souhlasem nebo pokývnutím hlavy. Nejvíce prokazatelný je písemný souhlas, což má za důsledek nárůst administrativy ve zdravotnictví (Haškovcová, 2015, s. 77–79).

## 1.6 Lidská důstojnost

Pojem lidská důstojnost není jasně vymezen, zabývá se jím literatura filozofie, bioetiky, teologie, práv a politologie. Tento pojem se netýká pouze běžného života člověka, ale má své uplatnění i v péči o nemocné ve zdravotnictví. Tragické události druhé světové války, holokaust a zločiny, kdy docházelo k porušování důstojnosti obyvatel, vedly k přijetí „*Všeobecné deklarace lidských práv*“. Deklarace byla schválena Valným shromážděním OSN roku 1948. Jedná se o mezinárodní a právní dokument, který má za úkol chránit lidská práva (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 38–39; Erdőssová, 2016, s. 20).

Na koncept lidské důstojnosti lze pohlížet z různých pohledů, má proměnlivý význam záviselý na kontextu, ve kterém je rozebírán. Lidská důstojnost označuje něco, co je samozřejmé a univerzální. Důstojnost jde lépe pochopit, pokud dojde k jejímu porušení nebo ohrožení. V praxi se zdravotník setkává se situacemi, které mají spojitost s lidskou důstojností. Zdravotník může sám označit situaci za znepokojivou nebo nedůstojnou. Vnímá, že něco není zcela správné a etické. Důstojnost znamená mít povinnost respektovat

a chovat úctu k něčemu. Geriatrictí pacienti často trpí mnoha nemocemi a s tím spojenými komplikacemi. Ztrácejí své vlastnosti a hodnoty, které měli během svého života. Jejich důstojnost je ohrožená, a proto je třeba s nimi zacházet důstojně a respektovat jejich bytí (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 71).

Lidská důstojnost se dělí na intrinsickou a extrinsickou. Pojem intrinsická znázorňuje vnitřní, objektivní a stálou důstojnost, je jednoduchá a univerzální pro všechny obyvatele. Je znakem lidskosti a demokracie. Židovsko-křesťanské náboženství popisuje posvátnost lidského života a člověka vidí jako boží bytost s vyšší důstojností. Respektování autonomie pacienta a humánní přístup jsou důležitými aspekty lidské důstojnosti. Pojem extrinsická důstojnost označuje zevní charakteristiku člověka, je proměnlivá a souvisí se sociálním prostředím (Čáp, Palenčár a Kurucová, 2016, s. 64–85). Dalším podobným dělením je inherentní, ontologická důstojnost a kontingentní, sociální důstojnost. Inherentní důstojnost vychází z podstaty lidského života a náleží všem lidem. Kontingentní důstojnost je zaměřena na úsilí a úspěšnost člověka v jeho životě, na to, co dokázal nebo vytvořil. Zkoumá se jeho společenské postavení a jak přispěl společnosti. Tento typ důstojnosti má své kořeny v antice a není dnešní dobou akceptován (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 72).

### 1.6.1 Respektování důstojnosti pacientů

Byl vytvořen model lidské důstojnosti, který obsahuje čtyři pojetí důstojnosti: důstojnost zásluh, důstojnost mravní síly, důstojnost osobní identity a „*Menschenwürde*“ (Kutnohorská a Plisková, 2017, s. 45). Poslední pojetí znamená v překladu důstojnost člověka a jako jediné náleží všem lidem bez ohledu na jejich sociální, duševní nebo tělesný stav. Důstojnost člověka je zmiňována v dokumentech práv nemocných a povinnostech zdravotníků. Tento pojem se nachází v „*Úmluvě o lidských právech a biomedicině*“, je obsažen také v „*Etickém kodexu České lékařské komory*“ a „*Amsterodamské deklaraci práv pacientů v Evropě*“. Je popisován v dalších deklaracích a dokumentech na ochranu lidských práv a také v Kodexu sester. V praxi se zdravotník setkává s nemocnými, slabými, geriatrickými pacienty s tělesným nebo duševním hendikepem. Zdravotník musí zachovat úctu k lidskému životu, hodnotám pacienta a jeho právům. Zdravotník nesmí pacienta jakkoli ponižovat či degradovat, nesmí způsobit psychickou újmu, je nežádoucí u pacienta vykonávat zbytečné intervence, které mohou pacienta poškodit (Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 76–80).

V hygienické péči je potřeba dodržovat řadu aspektů, které souvisí s respektováním důstojnosti pacienta. Pacienti na odděleních následné péče jsou často částečně nebo úplně imobilní a jsou odkázáni na pomoc druhých. Pacient, který se nedostatečně sám pohybuje, je ohrožen vznikem imobilizačního syndromu, jedním z projevů je inkontinence moči a stolice. Inkontinence negativně ovlivňuje jak psychickou, tak fyzickou stránku pacienta. Jednou z náplní práce sestry je pečovat o hygienu pacienta. Hygienická péče je velmi důležitá a základní potřeba každého člověka (Burda a Šolcová, 2015, s. 131–133). Povinností sestry je znát význam hygienické péče a dodržovat její správný postup jak na lůžku, tak v koupelně. Ošetřovatelské postupy hygienické péče jsou detailněji popsány např. ve skriptech od pana Daniela Jirkovského z roku 2012 nebo v učebnici Ošetřovatelská péče 1. díl od autora Patrika Burdy 2015. Při zajišťování hygienického vyprazdňování je třeba respektovat potřebu intimity. Inkontinentní pacienti potřebují častější pomoc v oblasti vyprazdňování a hygieny. Pravidelné toalety, výměny lůžkovin, osobního prádla a hygienických pomůcek mohou ovlivnit stav pacienta a snížit jeho psychický komfort (Jirkovský a kol., 2012, s. 91).

## 2 PROBLEMATIKA INKONTINENCE

Inkontinence moči patří k velmi častým zdravotním potížím postihujícím zejména ženy. Únik moči není možné ovládat vůlí, a proto se děje náhle a nečekaně. Množství uniklé moči může být malé nebo také větší a je třeba začít používat pomůcky pro inkontinenci. Tento problém nepostihuje pouze ženy, ale i muže a s přibývajícím věkem se výskyt inkontinence zvyšuje (Genadry a Mostwin, 2013, s. 13).

Inkontinence ovlivňuje běžný denní režim, snižuje kvalitu spánku a celkový život pacienta. Inkontinence narušuje rodinné a pracovní vztahy, sebehodnocení a sexuální funkce. Ve stáří se zvyšují nároky na dopomoc a podporu soběstačnosti inkontinentního pacienta. Inkontinence moči není běžným projevem stáří, je potřeba pacienta vyšetřit a léčit. Geriatrickí pacienti jsou ohroženi především vznikem dermatitidy, dekubitů, infekcí močových cest a vyšším rizikem pádu. Vyšetření i léčbu je potřeba individuálně přizpůsobit schopnostem seniora (Hořčíčka et al., 2017, s. 147–148).

Pacient, který není schopen ovládat evakuaci obsahu střev, je postižen inkontinencí stolice. Inkontinence stolice je způsobena narušením souhry motorických, senzoryckých a anatomických mechanismů. Inkontinencí stolice je více ohrožen geriatrický pacient, dochází k narušení kvality života a sociálních kontaktů (Anděl, Škrovina, Ducháč et al., 2014, s. 31).

### 2.1 Inkontinence moči a stolice

K inkontinencí moči dochází z různých důvodů. Příčin je mnoho, například: těhotenství, porodní poranění, operační zákroky v malé pánvi, neurologická onemocnění, diabetes mellitus nebo infekce dolních močových cest. Pacient může být inkontinentní kvůli užívání spazmolytik, antidepresiv a dalších farmak. Celkový životní styl pacienta, kouření, kašel a zaměstnání se také podílí na vzniku inkontinence moči. Menopauza a stárnutí způsobuje oslabení funkce urogenitálního traktu a zvyšuje riziko projevů inkontinence (Hořčíčka et al., 2017, s. 25–26).

Inkontinence moči je rozdělena do dvou kategorií. První kategorie uretrální inkontinence se dělí na inkontinenci stresovou, urgentní, reflexní a paradoxní. Druhá kategorie extrauretrální je inkontinence získaná (Martan a kol., 2006, s. 34).

Nejčastějším typem je stresová inkontinence, objevuje se při kašli, kýchnutí, smíchu, běhu nebo při zvedání těžkých předmětů. V břišní dutině vzrůstá tlak, močová trubice a vagina

je oslabená, může být narušená funkce svěrače močové trubice, a tak nastává samovolný únik moči. Urgentní inkontinence je náhlá, silná potřeba močení. Pacient ztrácí kontrolu nad močením, necítí průběžné signály ani nutkání. Často pacient nestihne dojít na toaletu a pomoci se. Inkontinence z přeplnění močového měchýře se vyskytuje u ochablé močové trubice, zranění pánve nebo vrozené anomálie dolní části páteře. Pokud se močový měchýř ještě úplně nenaplnil a pacient pociťuje silnou potřebu močení, mluví se o hyperaktivním močovém měchýři. U pacienta nemusí docházet k inkontinenci, močový měchýř je citlivý a potřebuje se naléhavě vyprázdnit (Genadry a Mostwin, 2013, s. 29–36; Hořčíčka et al., 2017, s. 48–49).

Inkontinenci stolice často zapříčiňuje více rizikových faktorů. Příčiny anorektální inkontinence jsou rozděleny na vrozené a získané. Kongenitální příčiny zahrnují anorektální vrozené anomálie, spina bifida a Hirschsprungovu nemoc postihující novorozence. Získané příčiny představují neurologickou inkontinenci, cerebrovaskulární infarkt, sclerosis multiplex, Parkinsonovu nemoc a poranění míchy. Dalšími příčinami jsou poruchy autonomního nervového systému. Diabetes mellitus se podílí na symptomech inkontinence stolice. Nespecifické střevní záněty způsobují zvýšenou frekvenci stolic, příliš velký tlak stolice, částečné vyprázdnění a také inkontinenci stolice. Inkontinence stolice může postihnout pacienty s onemocněním colitis ulcerosa a Crohnova nemoc. Poruchy autonomního nervového systému dále zahrnují operativní výkony v malé pánvi, poranění svěrače, inkontinenci z přeplnění a prolaps rekta (Anděl, Škrovina, Ducháč et al., 2014, s. 31–33).

Inkontinence stolice je rozdělena do tří kategorií. Nechtěný odchod stolice nebo plynů, kterého si pacient není vědom se označuje pasivní inkontinence. V případě urgentní inkontinence se pacient snaží vědomě střevní obsah zadržet, ale i přesto dochází k odchodu stolice a plynů. Třetí kategorie se nazývá špinění, vyskytuje se u pacientů po defekaci (Horák, Skříčka, Štauf, Ůrhalmi a kol., 2013, s. 85–86). Inkontinenci stolice lze hodnotit např. Wexnerovým a Rockwoodovým skóre (Anděl, Škrovina, Ducháč et al., 2014, s. 36–37).

## 2.2 Potřeba vyprazdňování

Potřebu lze popsat jako stav určitého nedostatku, nebo naopak přebytku. Jedná se o touhu a motivaci naplnění potřeb v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní. Uspokojené nebo neuspokojené potřeby ovlivňují psychiku a chování pacienta. Odráží se



na pozornosti, myšlení a volních procesech. Uspokojování potřeb je individuální záležitost, každý pacient má odlišné chování a touhy něčeho dosáhnout. Sestra se podílí na vyhledávání vhodných podmínek pro saturaci potřeb a nežádoucím podmínkám se vyhýbá (Příbyl, 2015, s. 31; Šamánková a kol., 2012, s. 12).

Potřeby se dělí na nižší a vyšší. Nižší potřeby fyziologické motivují člověka v péči o své tělo. Vyšší potřeby psychologické představují společenské potřeby, komunikaci a uznání, formují osobnost a individualitu člověka. Dle holistického pojetí jsou potřeby rozděleny na biologické, psychologické, sociální a duchovní. Psychologické potřeby zahrnují například bezpečí, jistotu, respektování lidské důstojnosti a důvěru. Sociální potřeby představují touhu po osobním kontaktu s druhým člověkem, potřebu komunikovat a být milován. Duchovní potřeba se netýká pouze věřících pacientů, každý člověk potřebuje vnímat smysl života. Potřeby se vzájemně ovlivňují a jsou stálé, po uspokojení určité potřeby nastoupí další potřeba (Příbyl, 2015, s. 32–33).

Dělení potřeb podle Abrahama Maslowa se často znázorňuje jako pyramida potřeb, vznikla v polovině 20. století a je rozdělena na potřeby nižší a vyšší. Aby mohly být uspokojeny vyšší potřeby, musí být uspokojeny nejdříve nižší potřeby. Potřeby lze rozdělit na fyziologické, bezpečí a jistota, sounáležitost a láska, uznání a sebeúcta, kognitivní, estetické a potřebu seberealizace. Základnu Maslowovy pyramidy tvoří fyziologické potřeby, základní potřeby pro zachování lidského života. Člověk k přežití potřebuje dýchat, vylučovat, přijímat potravu, spát, odpočívat a nepocítovat bolesti. Základní potřeby jsou výraznější v nemoci a ve stáří, kdy je člověk sám omezen v jejich uspokojování (Burda a Šolcová, 2015, s. 26–27).

Potřeba vyprazdňování moči a stolice je fyziologická základní potřeba. Pacient potřebuje při vyprazdňování soukromí a dostatek času. Každý pacient má jinou frekvenci vyprazdňování a odlišné nároky na vyprazdňování. Obecně lze říct, že uspokojená potřeba vyprázdnění je základem spokojenosti pacienta. Naopak neuspokojení způsobuje řadu nežádoucích projevů jako bolesti, nadýmání, úzkost a celkový diskomfort pacienta. Vyprazdňování ovlivňuje řada faktorů, například věk, pohybová aktivita pacienta, nálada, strach, soukromí, návyky, prostředí a další (Krátká, 2018, s. 39–45; Trachtová a kol., 2018, s. 107).

Henry Alexander Murray představitel „*Komplexní teorie motivace*“ zařadil potřebu vyprazdňování také do primárních potřeb, popisuje ji jako potřebu přebytku. Helena Chloubová, představitelka humanisticko-holistického přístupu, vytvořila „*Dům životních*

*potřeb“* v roce 2005, ve kterém popisuje vyprazdňování jako jednu ze základních potřeb člověka (Příbyl, 2015, s. 33–41).

### 2.3 Hygienická péče o inkontinentního pacienta

Čistota těla a vyprazdňování patří do základních potřeb pacienta. Hygienické návyky jsou často individuální, každý člověk je zvyklý pečovat o své tělo odlišným způsobem. Jsou popsány čtyři faktory, které ovlivňují hygienickou péči pacienta. Biologický faktor představuje věk pacienta, pohlaví, celistvost pokožky, onemocnění, pohybovou aktivitu a soběstačnost pacienta. Emoce, nálada, intimita, klid a nároky pacienta na potřebu hygieny jsou psychické faktory. Faktor sociální znamená, že každý pacient má různé hygienické návyky, které jsou ovlivněny výchovou a prostředím, ve kterém vyrůstal. Poslední faktor životní prostředí zahrnuje teplotu a vlhkost vzduchu (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 125).

Úkolem sestry je dodržovat pravidla hygieny a zároveň respektovat individuální návyky pacientů. Hygienická péče má význam zdravotní, psychický, estetický a výchovný. Dostatečná hygiena předchází některým komplikacím, např. infekcím v dutině ústní, proleženinám a opruzeninám. Umytý pacient je spokojenější a uvolněnější. Sestra má za úkol sledovat změny na kůži, barvu kůže, odřeniny, vyrážky a další. Ošetrovatelský postup zahrnuje zhodnocení schopnosti soběstačnosti a sebezpečí pacienta (Burda a Šolcová, 2015, s. 108; Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 125–126). Zhodnocení se provádí pomocí hodnoticích škál, např. Activity of Daily Living – ADL v překladu aktivity denního života podle autorky Barthelové. Pacient je soběstačný, pokud zvládá osobní činnosti každodenního života, uspokojuje své základní potřeby, začleňuje se do společnosti. Škála ADL hodnotí celkovou hygienu, osobní hygienu, oblékání, příjem potravy, přesun z lůžka na židli, použití WC, kontinenci moči a stolice a další. Klasifikace funkčních úrovní sebezpečí v modelu M. Gordonové hodnotí soběstačnost v oblastech obživy, osobní hygieny, oblékání a svlékání, pohyblivosti a vyprazdňování moči a stolice (Pokorná a kol., 2013, s. 83–90).

Součástí hygienické péče o inkontinentního pacienta je péče o osobní a ložní prádlo, mytí rukou, ranní a večerní hygiena, celková koupel v koupelně nebo na lůžku, mytí vlasů a česání, péče o dutinu ústní a chrup, zvláštní péče o dutinu ústní, holení, stříhání nehtů, péče o znečištěného pacienta, hygienické vyprazdňování, prevence a ošetření proleženin a opruzenin (Jirkovský a kol., 2012, s. 91–92).

Sestra si musí práci na oddělení dobře zorganizovat, protože zajištění kvalitní hygieny pacientů zabere určitý čas. Pacienti jsou rozděleni do tří kategorií v závislosti na jejich hybnosti a schopnosti spolupráce. Chodící soběstačný pacient si zajišťuje hygienu sám. Sestra pouze dohlédne a zkontroluje úroveň hygieny pacienta a případně zajistí pomoc nebo doprovod do koupelny. Nabídne pacientovi židli k umyvadlu, ukáže signalizační zařízení, vymění osobní a ložní prádlo. Soběstačný pacient upoutaný na lůžko potřebuje připravit hygienické pomůcky k lůžku. Sestra aktivně podporuje jeho soběstačnost a pohyblivost v lůžku. Někteří pacienti upoutaní na lůžko mohou mytí odmítat z různých důvodů. Poslední kategorie ležící nesoběstačný pacient je zcela závislý na pomoci personálu (Burda a Šolcová, 2015, s. 109; Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 128).

Sestra si nejprve připraví všechny potřebné pomůcky k hygieně na pojízdný vozík. Požádá chodící pacienty, aby se šli umýt a ustele jim lůžko (Burda a Šolcová, 2015, s. 109). Dle potřeby vymění osobní a ložní prádlo, které musí být čisté, celistvé a přiměřené velikosti (Jirkovský a kol., 2012, s. 92). Ležícím pacientům připraví pomůcky k lůžku a dle soběstačnosti pacienta zajistí hygienickou péči a upraví lůžko. Hygienická péče pacientů upoutaných na lůžku je časově velmi náročná. Úkolem sestry je provést hygienu důkladně, respektovat intimitu pacienta a chránit ho před prochlazením. Sestra vyvětrá a uklidí pokoj až v závěru hygienické péče. Sestra dbá na intimitu pacienta jak v koupelně, tak v pokoji a na lůžku. Na pokoji může použít plentu nebo chodící pacienty požádat o spolupráci v zajištění soukromí ležícího pacienta. Při hygieně pacienta je důležité odkrýt pouze část těla, kterou myjeme. Sestra neodkrývá pacienta úplně. Pacienti mohou prochladnout, proto je potřeba před toaletou zavřít okna a dveře. Při převozu do koupelny nebo z koupelny je nutné pacienta vždy dostatečně přikrýt (Burda a Šolcová, 2015, s. 109–110).

Pacientům, kteří jsou upoutáni na lůžku, nabízí mytí rukou sestra, zejména před jídlem, po vyprázdnění a dle potřeby (Jirkovský a kol., 2012, s. 92). Ranní hygiena zahrnuje mytí horní poloviny těla, genitálu, péči o pokožku, masáž zad, péči o dutinu ústní a chrup, zubní náhradu, popřípadě zvláštní péči o dutinu ústní, stříhání nehtů, péči o vlasy, čisté lůžko pacienta a výměnu osobního prádla. Součástí je taktní komunikace a kontrola pacienta. Jednotlivé pomůcky k ranní hygieně a detailní pracovní postupy jsou popsány v odborné literatuře. Večerní hygiena je prováděna podobným způsobem, jen nebývá tak obsáhlá (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 128–129). Stáří a ztížená pohyblivost

může zapříčinit, že se chodící soběstačný pacient umyje pouze do půl pasu, proto je vhodné pacienta obden doprovodit do sprchy. Ležícího pacienta může sestra převést do sprchy v pojízdné vaně nebo na vozíku. Je lepší pracovat ve dvou a řídit se stavem pacienta. Celková koupel se doporučuje minimálně jednou za týden (Burda a Šolcová, 2015, s. 109–118).

Před hygienickou péčí sestra vysvětlí pacientovi důvod a postup výkonu. Sestra se snaží pacienta motivovat a podporovat jeho soběstačnost. Zajistí soukromí a dbá na bezpečnost pacienta. Komplikacemi hygienické péče jsou bolesti pacienta, prochlazení a odmítání spolupráce ze strany pacienta (Jirkovský a kol., 2012, s. 93–94).

Pacient s inkontinencí nedokáže udržet moč a stolicí, používá jednorázové pomůcky, které se ihned po znečištění mění. Čistá vložka nebo plena se přikládá na čistou, suchou a ošetřenou pokožku. Pokud pacient neudržel moč a stolicí, sestra zajistí provedení hygieny a výměnu osobního a ložního prádla. Důležitá je komunikace a respektování odlišností pacienta. Sestra si nachystá pomůcky: ochranné rukavice, umyvadlo s teplou vodou, mýdlo, jednorázové žínky a roušky, ochranný krém na pokožku, buničinu, nádobu na odpad, vložky nebo plenkové kalhotky, čisté prádlo, vak na znečištěné prádlo (Jirkovský a kol., 2012, s. 101–102). Sestra ošetří pacienta podle standardního pracovního postupu. Genitálie u žen umývá směrem od pochvy ke konečníku, kvůli riziku zanesení infekce do pochvy a močového měchýře. Pokožku je potřeba osušit a ošetřit ochranným krémem z důvodu rizika vzniku dekubitu nebo intertriga. Sestra může k hygieně použít také čisticí pěnu nebo vlhčené ubrousky. Na závěr sestra uklidí všechny pomůcky a vyvětrá místnost (Burda a Šolcová, 2015, s. 109–118).

### 2.3.1 Pomůcky k vyprazdňování

Inkontinentní pacient může použít řadu pomůcek určených k hygienickému vyprazdňování. Nejčastěji se jedná o absorpční vložky, pleny, plenkové kalhotky a savé podložky. V odborné literatuře se liší frekvence výměny savých pomůcek (plen). Důležitým aspektem je pohodlí pacienta. Autor uvádí obvyklou výměnu savé pomůcky určené pro inkontinenci moči po čtyřech až osmi hodinách (Hořčíčka et al., 2017, s. 90). Savé podložky se vkládají pod hýždě pacienta do lůžka. Elastické hygienické kalhotky lépe fixují hygienické vložky a plenkové kalhotky jsou vhodné pro ženy i muže. Pomůcky slouží k jednorázovému použití a po znečištění je potřeba výměna (Jirkovský a kol., 2012, s. 102).

Dalšími pomůckami jsou chrániče matrace na celé lůžko, absorpční prádlo, sběrný stehenní sáček, do kterého je přiváděna moč močovou cévkou, urinární kondom napojující se na sběrný močový sáček, permanentní močový katétr, vlhčené ubrousky, mycí pěny a ochranné krémy (Burda a Šolcová, 2015, s. 148–149).

Katetrizace močového měchýře se provádí za účelem odebrání sterilního vzorku moči na bakteriologické vyšetření, sledování diurézy, výplachu močového měchýře, aplikace léčebné látky do močového měchýře, stanovení reziduální moči v močovém měchýři, při retenci moči a inkontinenci. K jednorázové katetrizaci se používá Nelatonův katétr určený pro děti a ženy. Tiemannův katétr se zahnutým koncem se používá u mužů. Pro permanentní katetrizaci je určený Folleyův dvoucestný nebo trojcestný katétr, zavádí se například při inkontinenci moči, zvětšené prostatě, po operaci v malé pánvi nebo z důvodu retence moči. Cévka musí být vždy sterilní, nepoškozená a správné velikosti (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 254–255).

Kompetence všeobecné sestry v oblasti katetrizace močového měchýře jsou popsány v platném znění novelizace č. 391/2017 Sb. Ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve znění pozdějších předpisů (Zákony pro lidi, 2010–2022).

### 3 ROLE SESTRY PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE INKONTINENTNÍM PACIENTŮM

Podle Virginie Hendersonové spočívá základní funkce sestry v poskytnutí pomoci zdravému nebo nemocnému člověku. Sestra pečuje o zdraví a bezpečí člověka, když nemá sám dostatek síly, vůle nebo znalostí. Profesní činnost sester se zaměřuje na zdraví jako celek, primární péči, nestrannost a spravedlivost, podporu a udržování zdraví, prevenci nemocí a posílení komunit. Sestra nepomáhá pouze pacientům, ale i rodinám a skupinám obyvatelstva. Usiluje o dosažení a udržení fyzické, mentální a sociální pohody člověka. Sestra hodnotí, plánuje, poskytuje a vyhodnocuje svou ošetrovatelskou péči. Pracuje samostatně a je odpovědná za své rozhodování a jednání. Podporuje aktivitu, sebedůvěru a samostatné rozhodování pacienta (Plevová a kol., 2018, s. 82–83). Poskytuje základní i speciální ošetrovatelskou péči, spolupodílí se na diagnostických, terapeutických činnostech a vede ošetrovatelskou dokumentaci. Funkce sestry jsou zakotveny v legislativních normách. Sestra se ve své profesi vzdělává, je členem zdravotnického týmu a rozvíjí ošetrovatelskou praxi v oblasti výzkumu (Kudlová, 2016, s. 10).

Ze sociologického hlediska má role sestry čtyři znaky: funkční specifika, sociocentrismus, universalismus a emocionální neutralitu. Odborné vzdělání a odborné kompetence patří do funkčních specifík. Sociocentrismus znamená, že sestra upřednostňuje zájmy a potřeby pacienta před svými. Universalismus předpokládá, že sestra bude udržovat od pacientů, okolí určitý odstup a nebude vyjadřovat své sympatie a antipatie. Emoční neutralita spočívá v podřízení vlastních emocí vůči rozumu, sestra nesmí panikařit a být zmatená (Plevová a kol., 2018, s. 83–84).

Sestra má roli ošetrovatelky, komunikátorky, edukátorky, poradkyně, obhájkyně, manažerky, nositelky změn a výzkumnice (Kutnohorská, 2007, s. 22).

#### 3.1 Poskytování ošetrovatelské péče

Jsou popsány tři významné hodnoty v přístupu k pacientům. První hodnota spravedlnost se vztahuje ke znalosti a respektování práv pacientů. Sestra zná etické kodexy a řídí se jimi, je nestranná a neupřednostňuje jednoho pacienta před dalšími. Jedná správně a dobře, snaží se vyvarovat nečestnému chování. Další hodnotu představuje laskavost. Sestra se zajímá o potřeby pacienta, je ochotná a soucitná. Opak laskavosti představuje nezájem o pacienta, přehlížení jeho potřeb a apatie k ošetrovatelské péči. Poslední hodnotou je odpovědnost

a povinnost sestry jednat cíleně ve prospěch pacienta. Sestra přijímá důsledky svého chování a jednání k druhým, opakem je neodpovědné chování nebo hledání výmluv (Kutnohorská, 2007, 92–93; Heřmanová, Vácha, Svobodová et al., 2012, s. 66).

Jednou z hlavních funkcí sestry je poskytování a řízení ošetrovatelské péče, která se provádí metodou ošetrovatelského procesu (Kudlová, 2016, s. 10). Ošetrovatelský proces má za cíl uspokojovat potřeby pacientů, zkvalitnit ošetrovatelskou péči, řešit problematické situace a stát se standardem ošetrovatelské praxe. Je složen z pěti základních, na sebe navazujících činností (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 72). V první fázi ošetrovatelského posouzení sestra získává potřebné informace od pacienta a jeho rodiny pomocí rozhovoru a pozorování. V druhé fázi sestra stanovuje ošetrovatelské diagnózy a problémy, které pacient pociťuje. Ve třetí fázi plánování sestra určuje krátkodobé a dlouhodobé cíle ošetrovatelské péče a navrhuje vhodné opatření pro jejich dosažení. Čtvrtou fází realizuje naplánované ošetrovatelské intervence a v poslední fázi sestra vyhodnocuje fyzický i psychický komfort pacienta. Jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu jsou zaznamenávány do dokumentace (Kudlová, 2016, s. 18–19).

Součástí ošetrovatelského procesu jsou tři základní klasifikační systémy. „*American Nursing Diagnosis Association International*“ (NANDA) s taxonomií II se skládá z ošetrovatelských diagnóz seřazených do domén a tříd (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 73). Publikace *Ošetrovatelské diagnózy 2015–2017* od autorů Herdmana a Kamitsuru (2015, přeložila Kudlová) obsahuje ošetrovatelské diagnózy, definice, určující znaky, rizikové faktory a související faktory. „*Nursing Interventions Classification*“ (NIC) je klasifikace ošetrovatelských intervencí zaměřená na plánování a realizaci ošetrovatelské péče o nemocné. „*Nursing Outcomes Classification*“ (NOC) se používá k vyhodnocení výsledků ošetrovatelské péče (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 73).

### 3.2 Zajištění potřeb pacienta

Potřeby člověka se během života mění a jsou ovlivněny různými faktory, např.: věkem člověka, pohlavím, rodinou, vzděláním, žebříčkem hodnot, dostatkem jídla a tekutin, dopomocí při pohybu nebo hygieně, mezilidskými vztahy, sebepřijetím, charakterem, zdravím, nemocí a okolnostmi vzniku a průběhu nemoci (Příbyl, 2015, s. 42–43; Plevová, 2019, s. 102–103).

Cílem ošetrovatelské péče je saturovat potřebu jistoty a bezpečí, podporovat nezávislost, aktivní přístup pacienta a také spolupracovat s rodinou nemocného. Sestra musí s pacientem aktivně komunikovat, informovat o terapii, účincích léků nebo průběhu vyšetření. Pokud je pacient informovaný lékařem a sestrou o svém zdravotním stavu, je klidnější, má lepší kontrolu nad nemocí a snadněji uspokojuje vlastní potřeby. Někdy pacient popisuje potřebu rozpačitě a nepřesně, sestra musí zjistit správný význam pacientova diskomfortu. Je nutné respektovat autonomii pacienta, to znamená naslouchat přáním a zkušenostem pacienta, zachovat svobodu rozhodování v plánování nebo odmítnutí léčebných úkonů (Šamánková a kol., 2012, s. 39–40).

Při nedostatečné saturaci potřeb dochází u pacienta k neklidu, který může vyústit ve stres a frustraci. Stres je obranná reakce na nadměrnou tělesnou nebo duševní zátěž člověka. Frustrovaný pacient nemá uspokojeny důležité potřeby z důvodu vnějších či vnitřních překážek (Příbyl, 2015, s. 46–47).

Úkolem sestry je podporovat mobilitu a rozvíjet soběstačnost pacienta, protože pohyblivost spadá do základních potřeb a je přirozeným projevem lidského života. Pacient, který je fyzicky soběstačný, může uspokojovat své potřeby a běžné aktivity. Nezávislost na okolí a soběstačnost je pro pacienta velmi důležitá. Při omezené mobilitě má pacient sníženou schopnost sebezpečí. Není schopen zcela sám uspokojovat své potřeby a vykonávat denní aktivity a kvůli tomu se mění míra soběstačnosti pacienta. Pomocí ošetrovatelského procesu sestra sleduje a hodnotí úroveň soběstačnosti pacienta a využívá k tomu klasifikace, např. Activity of daily Living – ADL, funkční úroveň sebezpečí pacienta podle autorky Gordonové či kategorie soběstačnosti Pichauda-Thareaové, která je rozdělena do pěti stupňů. V prvním stupni pacient uspokojuje své potřeby vlastními silami, v druhém stupni neuspokojuje sám fyziologické potřeby, ale vyšší potřeby uspokojovat zvládá. Ve třetím stupni pacient uspokojuje fyziologické potřeby jen z části a potřebuje dopomoc v denních aktivitách. Posledním stupněm je úplná závislost na druhé osobě (Pokorná a kol., 2013, s. 81–84).

### **3.3 Verbální a neverbální komunikace**

Komunikace představuje nejen výměnu informací mezi lidmi, ale také naše chování a mimiku. Nemocného člověka v komunikaci ovlivňuje jeho nemoc, bolest a bezmocnost, není zcela vyrovnán se životem a sám se sebou. Nemoc ovlivní charakter komunikace pacienta, jeho potřeby, zvyklosti a třeba i špatné vlastnosti. Zdravotník musí komunikovat



s respektem a ochotou, i pokud není ztotožněn s reakcemi pacienta. Člověk přirozeně nechce být nemocný, vlastní nemoc ho trápí a chce se jí zbavit, nesmíme pacientem opovrhovat, ale pomáhat mu k uzdravení (Honzák, 2015, s. 131–132).

Komunikaci lze rozdělit na verbální, neverbální a interpersonální, intrapersonální. Interpersonální znamená komunikace mezi dvěma lidmi nebo ve skupině. Naopak intrapersonální komunikace jsou data hospitalizovaného pacienta a informace z počítače. Sestra komunikuje s pacientem velmi často, například když získává anamnézu nebo doplňuje potřebné informace do dokumentace. Sestra pomocí rozhovoru vysvětluje vše, co není pacientovi jasné, snaží se ho uklidnit a naplnit potřebu bezpečí a jistoty. Zjišťuje potíže, které pacienta trápí a tím předchází možným komplikacím (Zacharová, 2016, s. 37; Buka, 2015, s. 102–103).

Verbální komunikace probíhá pomocí slov a jazyka. Komunikace ve zdravotnictví je specifická, sestra se musí v rozhovoru přizpůsobit zdravotnímu stavu, projevům bolesti nebo smyslovému handicapu pacienta (Tomová a Křivková, 2016, s. 3; Zacharová, 2016, s. 30).

Komunikace je jedním z aspektů ošetrovatelské péče, jsou popsány určité předpoklady pro kvalitní komunikaci s pacientem. Mezi ně patří individuální přístup, úcta k pacientovi, pozitivní vztah a empatie. Sestra se musí přizpůsobit zvláštnostem pacienta, citlivě sdělovat informace a snažit se pacientovi pomoci. Sestra chová úctu k člověku i jeho osobnosti, respektuje odlišný názor pacienta. Má kladný postoj k pacientovi a je schopna soucítit s jeho těžkostmi. Citlivý slovní kontakt podporuje mezi sestrou a pacientem důvěru a pohodu. Naopak nedostatek taktu a citlivých slov může negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta. Slovo má velkou sílu a nevhodně vyřčená poznámka personálu může snížit důstojnost pacienta a jeho sebeúctu (Zacharová, 2016, s. 31–32). Do devalvačních projevů se řadí ignorace, ponižování, hrubé chování, skákání do řeči pacienta a urážky. Nadřazené chování zdravotnického pracovníka způsobuje pacientům bolest a trápení (Tomová a Křivková, 2016, 46).

Dalším předpokladem je jednoduchý projev, je nevhodné používat cizí termíny, dlouhé souvětí a pacienta tím zbytečně mást. Sestra má hovořit stručně a jasně k tomu co chce pacientovi sdělit, nepoužívá zbytečná slova ani neprojevuje neochotu v komunikaci. Reciprocita označuje prostor pro zpětnou vazbu, sestra naslouchá dotazům a ověřuje si, zda pacient všemu porozuměl. Doporučuje se nesdělovat osobní názory a nezobecňovat potíže pacienta. Citlivé informace sestra sděluje v soukromí a klidu, je schopna

se přizpůsobit reakcím pacienta, jeho otázkám i odpovědím (Tomová a Křivková, 2016, s. 21).

Aktivní naslouchání představuje soustředěnost na pacienta, ochotu naslouchat citovým projevům, udržování očního kontaktu, otevřený postoj, mimoslovní komunikaci a doplňující otázky. Sestra se může setkat s určitými bariérami v identifikaci a saturaci potřeb pacienta. Osobní bariéra je často ostych a obava, psychická bariéra se projevuje v neschopnosti přijmout pomoc od druhého člověka. Jazyková bariéra bývá v hlučném prostředí, při sluchového handicapu nebo nesprávné volbě slov (Příbyl, 2015, s. 46). Fyziologická bariéra může být z důvodu fyzického diskomfortu. Pacient, který se necítí dobře v nemocnici nebo chladném prostředí zažívá bariéru prostředí. Bariéra neporozumění sdělovanému nastane při nedoslýchavosti či ostychu se znovu zeptat sestry na to, co říkala (Šamánková a kol., 2012, s. 14).

Neverbální projevy mohou být vrozené a také naučené. Člověk nesděluje informace pouze slovy, ale i tím, jak se tváří, intonací v hlase a dalšími projevy (Jankovský, 2018, s. 75). Člověk si často neuvědomuje, jak výrazné mohou být nonverbální projevy v komunikaci. Signály vycházejí z našeho nevědomí a příliš se na ně nesoustředíme, když mluvíme. Neverbální komunikaci tvoří mimika, vizika, gestikulace, haptika, proxemika, posturika, image jedince a další složky (Tomová a Křivková, 2016, s. 35).

Nejvýznamnějším projevem je mimika, projevuje se pohyby svalů v obličeji. Vizika se vyznačuje očním kontaktem, délkou a intenzitou pohledu. Gestikulace jsou gesta a pohyby rukou. Sdělování informací pomocí dotyku se nazývá haptika, ve zdravotnictví má dotyk velký význam. Používá se při podávání ruky, pohlazení, manipulaci s pacientem a aplikaci prvků bazální stimulace. Sestra používá dotyk např. při seznamování s pacientem, během hygienické péče nebo při podržení pacienta za ruku. Pojem proxemika znamená vzdálenost mezi sestrou a pacientem. Na způsobu komunikace se podílí i držení těla a poloha končetin. Posturika naznačuje co se s pacientem děje, nebo co se stalo (Jankovský, 2018, s. 75–77; Zacharová, 2016, s. 56–63).

### 3.3.1 Všeobecné zásady pro komunikaci s inkontinentním pacientem

- rozhovor zahájit pozdravem (Zacharová, 2016, s. 40), oslovovat pacienta jménem nebo odpovídajícím titulem, hovořit s pacientem jako s dospělým člověkem, ne jako s dítětem;

- chránit důstojnost a nepodceňovat schopnosti pacienta, povzbuzovat a jevit zájem o pacienta;
- respektovat zpomalené psychomotorické tempo;
- rozhovor přizpůsobit komunikačním bariérám pacienta, zopakovat důležité informace;
- udržovat oční kontakt, komunikovat v zorném poli a hovořit srozumitelně;
- při nedoslýchavosti pacienta nejdříve odstranit hlučné podněty, pak popřípadě zesílit hlas v komunikaci;
- komunikaci podporovat soběstačností v pohybu, aktivitách a používání kompenzačních pomůcek, předcházet imobilizačnímu syndromu;
- nepoužívat odborné výrazy, ironii a ověřit si, jestli pacient informacím rozumí;
- sledovat mimiku, projevy pacienta a vyhodnocovat je;
- oznámit, kdy ukončujeme konverzaci, používat dotek;
- informovat o výkonu nebo vyšetření, komentovat ošetrovatelský postup;
- jakkoliv pacienta neponižovat a aktivně tomu bránit, podporovat autonomii pacienta;
- pokud není možné pacientovi porozumět, požádat ho o zopakování informace nebo napsání například na papír, pokusit se o odezírání ze rtů;
- být trpělivý v komunikaci, zdravotník může nabídnout slova a použít gestikulaci;
- nenechat se rozhodit nevhodným chováním pacienta;
- při sběru anamnézy komunikovat s pacientem, ne s jeho doprovodem;
- pokusit se odstranit bariéry v prostředí kolem pacienta;
- zavádět a ponechat PMK pouze v případě nutnosti;
- respektovat potřebu vyprázdnění pacienta při vyšetření (NRZP ČR, 2021).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA

Výzkum je soubor činností, které usilují o porozumění, předpovězení a přezkoumání určitých fenoménů v ošetrovatelství. Vědecký výzkum rozvíjí teorii ošetrovatelství a odborné poznatky následně uplatňuje v praxi. Vědecká metoda slouží k získávání, shromažďování a analyzování nových poznatků, je důležitým prostředkem všech vědeckých prací. Výzkum se dělí na kvalitativní a kvantitativní (Kutnohorská, 2011, s. 12–19).

V praktické části bakalářské práce jsme po zvážení zvolili kvalitativní metodu, která je pro téma přínosnější a vhodnější. „Kvalitativní výzkum je nenumerné šetření a interpretace sociální reality“ (Plevová, 2018, s. 220). Výzkum zkoumá jednotlivce, sociální situace, chování a vzájemné vztahy (Kutnohorská, 2011, s. 22).

Výzkumník si zvolí téma výzkumu a výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum je flexibilnější než kvantitativní, a proto není jednoznačně vymezen. Výzkum probíhá v přirozeném prostředí, kdy výzkumník sbírá data od malé skupiny jedinců, které následně podrobně analyzuje a vyhodnocuje. Využívá základní metody pozorování, dokumenty, rozhovory a audio záznamy. Kvalitativním výzkumem vznikají nové hypotézy a nové teorie (Hendl, 2016, s. 45–46; Olecká a Ivanová, 2010, s. 33).

Kvalitativní výzkum má své klady a zápory. Mezi přednosti patří např. vhléd do situace, podrobný popis fenoménu, přirozené prostředí, hledání souvislostí a studování procesů. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že informace, které výzkumník získá, může aplikovat pouze na jedince a prostředí, kde výzkum prováděl. Sběr i analýza dat jsou časově náročné a výsledky mohou být ovlivněny osobnostními rysy výzkumníka (Hendl, 2016, s. 48). Byly stanoveny tři výzkumné otázky.

1. Uplatňují sestry při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s inkontinencí etický kodex?
2. Jak sestry komunikují s inkontinentními pacienty?
3. Respektují sestry intimitu inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče?

## 4.1 Cíle výzkumu

Výzkum bakalářské práce jsme zaměřili na přístup všeobecných sester k inkontinentním pacientům v etických souvislostech. Vytvořili jsme následující tři cíle, které mají danou problematiku objasnit.

### Cíl č. 1

Zjistit, zda sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů.

### Cíl č. 2

Zjistit způsob komunikace sester s inkontinentními pacienty.

### Cíl č. 3

Zjistit, zda sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče.

## 4.2 Charakteristika vzorku participantů

Vzorek participantů jsme vybrali na základě předem zvolených kritérií.

### Kritéria pro výběr participantů:

1. Všeobecné sestry vzdělané dle platné legislativní normy v ČR;
2. Praxe v oboru všeobecná sestra minimálně 3 roky;
3. Všeobecné sestry pracující na oddělení následné péče v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.;
4. Pohlaví a věk participantů není rozhodující;
5. Ochota podílet se na výzkumu.

Výzkum jsme realizovali v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. (KNTB) ve Zlíně se všeobecnými sestrami z oddělení Následné intenzivní péče (NIP) a oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP). Oddělení NIP a DIOP sice zajišťují specializovanou intenzivní lékařskou a ošetrovatelskou péči pacientům, ale jsou svým charakterem a typem zaměřené zejména na následnou ošetrovatelskou péči. Pacienti se na zmíněných odděleních nacházejí ve stabilizovaném stavu, probíhá zde aktivní i pasivní rehabilitace, dechová gymnastika, vertikalizace, nácvik chůze a spontánní ventilace, podpora soběstačnosti, nácvik a zajišťování per os nutrice, aplikace konceptu bazální stimulace a další. (Krajská nemocnice T. Bati a. s., 2012).

Na odděleních poskytují odbornou ošetrovatelskou péči jak všeobecné sestry, tak praktické sestry. Pro splnění kritérií jsme z oslovených sester vybrali pouze všeobecné sestry s délkou odborné praxe minimálně 3 roky. Dalším kritériem byla ochota dobrovolného poskytnutí rozhovoru.

Do výzkumu se celkově zapojilo šest participantů. V níže znázorněné tabulce č. 1 a č. 2 uvádíme základní údaje participantů, které jsme z důvodu anonymity označili písmeny (A, B, C, D, E a F). Participantů jsou seřazeni podle posloupnosti realizace rozhovorů. Tabulky obsahují stručné informace o zaměstnání dotazovaných a délce praxe na jmenovaném oddělení. Další informace zahrnují spokojenost na pracovišti, co se sestřím líbí a nelíbí na práci, časté diagnózy pacientů a zda se sestry setkávají v praxi s inkontinentními pacienty.

Tabulka 1 Souhrnné informace

Participant	Věk	Oddělení	Délka praxe na konkrétním oddělení
A	48	NIP	asi 13 let
B	45	NIP	8 let
C	45	NIP	10 nebo 12 let
D	40	NIP	9 let
E	42	NIP	2 roky
F	52	DIOP	3 roky

Tabulka 2 Doplnující údaje o participantech

Participant	Spokojenost sester na pracovišti	Nespokojenost	Časté onemocnění pacientů na oddělení	O inkont. pacienty pečují
A	spokojenost s ošetrovatelskou péčí	žabomyší války mezi personálem	poranění hlavy, pooperační stavy, stp. KPR, stp. dekompenzacích	stále, často
B	zajímavá a specializovaná práce	riziko vyhoření	respirační nedostatečnost	pořád
C	příběhy pacientů, zázraky, komunikace s příbuznými, pestrost práce	únava, větší potřeba odpočinku	polytrauma, interní onemocnění, polymorbidní stavy	každou směnu
D	styl práce, individuální přístup, komplexnost	těžké osudy nemocných	úrazy, zakrvácení do mozku, stp. KPR, dechová insuficience	denně

E	kontakt s lidmi, zpětná vazba, práce v kolektivu		onkologičtí pacienti, úrazy, respirační selhání	každou směnu
F	spokojenost		stp. kraniotraumatech, neurologické onemocnění	každou službu

### 4.3 Technika výzkumu

V bakalářské práci jsme využili techniku polostandardizovaného rozhovoru. Připravili jsme si seznam otázek, na které se budeme ptát. Pořadí otázek je možné zaměňovat. V případě nejasností jsme použili doplňující otázky, které měly za úkol upřesnit a vysvětlit odpověď účastníka. Pokud účastníci odpoví na otázku jednoslovně, je možné rozvést rozhovor doplňujícími otázkami. Výzkumník musí odpovědi správně pochopit a interpretovat. Rozhovor ovlivňuje prostředí, hluk, doba rozhovoru a další. Předpokladem úspěšného rozhovoru je jasný cíl, kterého chceme dosáhnout, připravit si otázky k rozhovoru, hovořit srozumitelně a jasně. Je potřeba vhodně zvolit vzorek účastníků, který bude rozumět zkoumanému problému. Další podmínkou je ochota spolupráce, zůstat nestranný a zvážit délku rozhovoru, která nebude vyčerpávající (Kutnohorská, 2011, s. 40–41). Je důležité věnovat pozornost začátku a konci rozhovoru. V úvodu rozhovoru výzkumník zajišťuje potřebný souhlas účastníka a v závěru je vhodné se s dotazovaným rozloučit, popřípadě poskytnout dodatečný kontakt (Hendl, 2016, s. 170–171). Součástí kvalitativního výzkumu je technika analýzy obsahu, protože rozhovory nebo pozorování jsou analyzovány a přepisovány do textu (Olecká a Ivanová, 2010, s. 33).

#### 4.3.1 Charakteristika rozhovoru

Podle stanovených cílů práce byly zkonstruovány otázky k rozhovoru. Celkem se jednalo o 20 otázek. Pět úvodních otázek bylo zaměřeno na demografické údaje účastníků. Další otázky směřovaly k naplnění stanovených cílů. Předem zformulovány byly i doplňující otázky.

Otázky č. 1–5 se vztahovaly k cíli č. 1, zjišťovaly uplatnění etických principů v péči o inkontinentní pacienty z pohledu všeobecných sester. Otázky byly směřovány na indikace v zavádění permanentního močového katétru, soukromí a intimitu nemocného a na možnosti, kterými může pacient sestru kontaktovat v případě potřeby.



Otázky č. 6–10 zkoumaly způsob komunikace všeobecných sester s inkontinentními pacienty. Otázky hodnotily přístup a běžnou každodenní komunikaci sestry s pacientem na oddělení typu následné péče a směřovaly k cíli č. 2.

Třetí cíl naplňovaly otázky č. 11–15, zabývaly se respektem důstojnosti inkontinentních pacientů ze strany všeobecných sester. Otázky byly koncipovány na zajišťování hygienické péče, se kterou souvisí i hygienické vyprazdňování. Byly zde použity otázky, které měly za úkol objasnit ošetrovatelský postup hygienické péče s ohledem na lidskou důstojnost.

Sestry se v praxi s inkontinentními pacienty setkávají, uplatňují ošetrovatelský proces a řídí se ošetrovatelskými postupy. Předpokládali jsme, že sestry budou mít podobné názory, avšak ne totožné.

#### 4.4 Organizace výzkumu

V přípravné fázi jsme si vymezili cíle výzkumu, charakteristiku participantů a metodiku bakalářské práce. Východiskem pro výzkumnou část bakalářské práce je teoretická část, při jejímž zpracování byly využity zdroje získané rešerší, včetně odborných databází. Po sestavení otázek k rozhovorům proběhl předvýzkum, jehož cílem bylo ověřit srozumitelnost otázek. Otázky byly pro participanta srozumitelné, proto se nemusely upravovat. Tento rozhovor nebyl zahrnut do výsledků výzkumu. Rozhovory probíhaly u předem vytipovaných participantů v období od 2. února 2022 do 16. února 2022. Samotným rozhovorům předcházelo získání informovaných souhlasů.

Se souhlasem nemocnice, vrchní sestry a staniční sestry jsme provedli rozhovory. S participantem jsme se domluvili na vhodném termínu schůzky, který vyhovoval oběma stranám. Na rozhovor jsme vyhradili zhruba 30 minut. Rozhovory proběhly v klidné místnosti na oddělení před, nebo po směně participanta. Přestože jsme některé rozhovory nahráli během směny, měli jsme na ně dostatek času a soukromí. Vyušení bylo minimální a bylo zaznamenáno do terénních poznámek. Na polostrukturovaný rozhovor jsme si připravili informovaný souhlas, seznam otázek, psací potřeby, poznámkový blok a záznamové médium.

Rozhovor se skládal z pěti úvodních otázek a dalších 15 otázek směřovalo k cílům bakalářské práce. Participant se často ptal, zda bude rozhovor zaměřen na vědomosti a jestli budou znát odpovědi. Byli překvapeni, když zjistili, že rozhovor bude zaznamenán v audio nahrávce. Otázky byly pokládány ve stejném pořadí a celkem proběhlo šest

rozhovorů. Nejkratší rozhovor trval 10 minut a nejdelší 17 minut. Nikdo z dotazovaných neměl předchozí zkušenosti s polostrukturovaným rozhovorem nahraným na záznamové médium. Všechny rozhovory byly zcela anonymní a dobrovolné. Originální souhlasy s participanty jsou uschovány u autorky bakalářské práce.

#### 4.5 Zpracovávání informací

Získaná data jsme zpracovali pomocí kategorizace a kódování. Otevřené kódování je prvním krokem ve zpracování získaných informací. Jedná se o pomalé čtení poznámek a přepsaných rozhovorů. Výzkumník hledá v textu témata, týkající se předem stanovených cílů, otázek rozhovorů a prostudované literatury (Hendl, 2016, s. 251). Kódování je proces, při kterém nacházíme pojmy a jevy. Vyhledané pojmy zařazujeme do kategorií. Kategorie s charakteristickými vlastnostmi vznikají pomocí seskupování podobných pojmů (Olecká a Ivanová, 2010, s. 40). Cílem kódování je rozkrýt témata v textu. Pojmy neboli kódy označují podstatná jména a slovesa. Přídavná jména představují vlastnosti kategorií (Hendl, 2016, s. 251).

Rozhovory byly přepsány autenticky do souboru Microsoft Word. Každý rozhovor obsahoval 20 otázek a několik doplňujících otázek. Úvodní otázky jsou zpracovány v tabulce č. 1 a č. 2. Dalších 15 otázek jsme vyhodnocovali kódováním. Rozhovory byly označeny a následně analyzovány. Každý rozhovor byl řádně označen, aby nedošlo k záměně a nepřehlednosti získaných dat. Dokumenty jsme vytiskli, důkladně přečetli a vyhledali společné kódy participantů. Proces kódování byl proveden pomocí podtrhování společných znaků v textu. Ke kódům byly stanoveny kategorie, které souvisely s cíli práce.

Vznikly tři hlavní kategorie: Etické principy ošetrovatelské péče, Způsob komunikace sester a Respektování důstojnosti pacientů. Kategorie a kódy byly zpracovány do tabulky č. 3. Praktická část práce dále obsahuje nejdůležitější data participantů, která byla sestavena do tabulek a okomentována. Data participantů jsou hodnocena tak, aby naplnila cíle bakalářské práce. Vybrané odpovědi byly citovány autenticky a nespisovná slova byla odstraněna.

## 5 VÝSLEDKY

Výsledky výzkumu jsme získali ze šesti rozhovorů se všeobecnými sestrami. Pomocí analýzy a otevřeného kódování, jsme vytvořili tabulku č. 3 s kategoriemi, které se vztahují k cílům bakalářské práce. Tabulka se skládá ze tří částí, přičemž každá část obsahuje pět kategorií a výpis kódů.

### 5.1 Kategorie

První kategorie etické principy ošetrovatelské péče je zaměřena na témata týkající se zavedení PMK v souvislosti s indikací lékaře. Otázky zjišťovaly názor a zkušenosti sester na problematiku katetrizace pacientů z etického hlediska. Tato kategorie dále obsahuje etické aspekty soukromí a intimity inkontinentních pacientů v ošetrovatelské péči a možnosti navázání kontaktu pacienta s personálem.

Kategorie způsob komunikace sester se zabývá verbální a neverbální komunikací sestry s inkontinentním pacientem. Otázky měly za úkol zhodnotit běžnou konverzaci sester k pacientům při zajišťování hygienické péče v oblasti vyprazdňování a komunikaci během provádění odborného výkonu.

Třetí kategorie respektování důstojnosti pacientů obsahuje informace k přípravě pokoje pacienta před hygienickou péčí a postupu hygienické péče. Vyskytují se zde otázky směřované na výměnu a poskytování pomůcek pro inkontinentní pacienty. Kategorie dále zjišťuje zkušenosti sester s pacienty, kteří odmítali hygienickou péči. Tato kategorie hodnotí dodržování lidské důstojnosti inkontinentních pacientů.

Kategorie je jeden ze základních prvků zakotvené teorie. Kategorie jsou vytvořeny pomocí analytického procesu a porovnávání, kdy jsou zjišťovány podrobnosti a rozdíly v získaných datech. Jsou základem pro vznikající teorie (Hendl, 2016, s. 248–249). Dále pokračujeme s vyhodnocením rozhovorů ve vztahu ke stanoveným cílům.

Tabulka 3 Kategorie a kódy

<b>Cíl č. 1 Etické principy ošetrovatelské péče</b> Otázky č. 1–5	
<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>
Zavedení PMK	- indikace, konzultace, retence, cévkování, zajistit, po operaci, diskomfort, mikce
Problematika indikace	- situaci nezažila, situaci zažila, diskuse, problém, pomůcky
Zajištění soukromí	- intimita, samota, boxy, soukromí, zástěna, zavřené dveře, přikrýt, stud
Intimita pacienta	- zakrýt, prostěradlo, plena, cévka, koupelna, upozornění
Kontaktování sestry	- signalizační zařízení, zazvonit, ťukání, zdravotní stav, kývnutí, domluva
<b>Cíl č. 2 Způsob komunikace sester</b> Otázky č. 6–10	
<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>
Způsob konverzace	- pozdrav, dotyk, oslovení, křestní jméno, vykání, upozornění, oční kontakt, zlozvyk
Oční kontakt	- ano udržuji, nevyhledávám, tolerance, komplexnost, snaha, pohled
Komunikační bariéry	- tracheostomie, obtíže, odezírat, napsat, vědomí, artikulace, tabulky, komunikace
Komunikace při výkonu	- oslovení, odběr, moč, močová souprava, sterilita, spánek, minimum komunikace, vysvětlit, PMK
Jednání sestry	- umýt, zápach, poznámky, gesto, v pořádku, vyprazdňování, očistit, handicap, chování
<b>Cíl č. 3 Respektování důstojnosti pacientů</b> Otázky č. 11–15	
<b>Kategorie</b>	<b>Kódy</b>
Příprava pokoje	- pomůcky, zavřít, intimita, zajistit, dveře, okno, boxy, soukromí, teplo, závěs
Hygienická péče	- umýt, promazat, vyměnit, pokožka, prádlo, genitál, svléct, přikrýt, osušit
Přístup k mytí	- vysvětlit, zvyk, zkušenost, kompromis, přemlouvat
Výměna pomůcek	- podložky, potřeba, savé jádro, plena, kontrolovat, měnit
Poskytnutí pomůcek	- vysvětlit, stav pacienta, mísa, klozet, respektovat

## 5.2 Rozhovory

V kapitole prezentujeme výsledky rozhovorů šesti participantů, A–F. Odpovědi participantů byly při přepisu upraveny ale tak, aby se nezměnil význam. Výroky psané kurzívou a v uvozovkách jsou autentické odpovědi participantů. Následující otázky č. 1–5 směřují k prvnímu cíli bakalářské práce.

**Otázka č. 1** Stalo se vám někdy, že jste zavedla pacientce PMK bez indikace lékaře?

Tabulka 4 Zavedení PMK

Participantí	Odpovědi
A	<i>„Nestalo. Vždycky to konzultuji s lékařem.“</i>
B	<i>„Ne.“</i>
C	<i>„Asi jo.“</i> Po zamyšlení upravuje svou odpověď, na zřejmě ne, ale jistá si tím není.
D	<i>„Ano. Nešlo to řešit s lékařem hned.“</i>
E	Stalo se mi to na jiném oddělení.
F	<i>„Většinou konzultuji s lékařem.“</i>

**Komentář:** Participantí C, D, E ve svých odpovědích uvedli, že zavedli pacientovi nebo pacientce PMK dříve, než lékař katetrizaci indikoval. Participantí se shodli na tom, že tak jednali z naléhavých důvodů, jako je např. retence moči, stp. operaci a diskomfort pacienta. Dále sdělili, že tyto situace zažili jak na standardním oddělení, tak na jednotce intenzivní péče (JIP). Indikaci PMK zmínění participantí předpokládali a řídili se zvyklostmi oddělení. Stalo se tak, pokud nebyl v blízkosti ošetřující lékař a indikace tedy byla dodatečná, nebo situaci předcházela vzájemná domluva mezi sestrou a lékařem. Zbytek participantů PMK bez indikace lékaře nezavedlo.

**Otázka č. 2** Zažila jste někdy, že jste pacientce zavedla PMK z indikace lékaře a připadalo vám, že to není potřeba?

Tabulka 5 Problematika indikace

Participantí	Odpovědi
A	„Ne.“
B	„Ano.“ Občas není potřeba přesně kontrolovat bilanci tekutin pacienta. Pokud pacient zvládne močit do mísy, není zavedení PMK nutné.
C	„To si úplně neuvědomuji.“
D	„Na tomto typu oddělení ne.“
E	Ne, ale není si jistá.
F	„Ano. Naší snahou je pacienty zbavovat invazivních vstupů.“

**Komentář:** Odpovědi participantů byly různé. Participant B a F se s tímto problémem setkali a hodnotili potřebu invazivního vstupu. Na doplňující otázku, zda argumentovali nějak lékaři v této situaci, odpověděli, že svůj názor lékaři oznámili a společně problematiku zavedení PMK prodiskutovali.

**Otázka č. 3** Jak zajišťujete soukromí inkontinentního pacienta, pokud se vyprazdňuje na podložní míse?

Tabulka 6 Zajištění soukromí

Participantí	Odpovědi
A	„Nechám ho o samotě.“
B	„Pacienti jsou na boxe sami, nebo mají mezi sebou clonu.“ Snažím se je přikrýt aspoň andělem.
C	„Tady máme výhodu jednolůžkových boxů. Přikryji ho, pokud sedí na míse.“
D	„Soukromí zajištěné je.“ Použiji zástěnu a zavřu dveře.
E	„Jenom se zavřou dveře od boxu.“
F	„Mezi postelemi jsou závěsy, takže zatáhnu závěs.“

**Komentář:** Všechny inkontinentní pacienty, kteří se vyprazdňují na podložní míse, nechávají participant o samotě. Participant A, B, D, E, F používají zástěnu nebo paraván a participant B, C pacienta přikryjí nemocničním prádlem. Participant C zavře dveře a pacientovi poskytne signalizační zařízení, také řekl, že ne vždy je možné soukromí pacienta dostatečně zajistit, protože někteří spolupracovníci tento aspekt nedodržují.

**Otázka č. 4** Jak zajistíte intimitu inkontinentního pacienta při převozu do koupelny a z koupelny?

Tabulka 7 Intimita pacienta

Participantí	Odpovědi
A	„Tak hlavně ho přikryjeme. Můžeme upozornit třeba personál.“
B	„Má přes sebe prostěradlo.“
C	„Zabalím ho, přikryji ho.“
D	„Snažíme se, aby byl stále oblečený.“
E	„Asi ho zakryji v první řadě, a to je asi tak jediné.“
F	„Pacient má košili z pokoje a je přikrytý prostěradlem nebo kapnou.“

**Komentář:** Participantí se shodli na tom, že inkontinentní pacienty při převozu do koupelny vždy přikryjí buď košilí, nebo prostěradlem. V případě, že má pacient plenu, tak ji participant D pacientovi sundává až v koupelně. Participant C zmiňuje potřebu komfortu inkontinentního pacienta.

**Otázka č. 5** Když vás inkontinentní pacient potřebuje přivolat, jaké má možnosti?

Tabulka 8 Kontaktování sestry

Participantí	Odpovědi
A	„Pokud mu to opět jeho zdravotní stav dovolí, tak signalizační zařízení.“
B	„Bud' se odpojí od ventilátoru, nebo zazvoní.“
C	Dáme zvoneček, nebo se s ním domluvíme na tom, kdy za ním přijdu.
D	„Signalizační zařízení. U nás eventuelně klepou.“
E	„Tak zvoneček určitě. Signalizační zařízení.“
F	„U nás pacienti nemají k dispozici zvonek.“

**Komentář:** Participantí A–E uvedli, že poskytují pacientům signalizační zařízení, které usnadňuje kontakt mezi personálem a pacienty. Pouze participant F neposkytuje signalizační zařízení, protože oddělení není touto technikou vybaveno. Informace byla následně ověřena u staniční sestry, která tento nedostatek potvrdila. Na oddělení DIOP jsou pacienti často ve vigilním kómatu a signalizační zařízení nepotřebují. Pacienti, kteří jsou při vědomí, kontaktují sestru po předchozí domluvě, např. ťukáním do stolečku nebo sklenice.

Otázky č. 6–10 souvisí s druhým cílem práce.

**Otázka č. 6** Když vstoupíte do pokoje inkontinentního pacienta, jakým způsobem zahájíte konverzaci?

Tabulka 9 Způsob konverzace

Participant	Odpovědi
A	Pozdravím, dotknu se pacienta a navážu oční kontakt.
B	Pozdravím pacienta a zeptám se, co potřebuje.
C	„Pozdravíme se.“ Ptám se pacienta na spánek, bolesti a komfort.
D	„Tak nejdřív samozřejmě oslovením, eventuálně iniciálním dotekem. Snažím se navodit nějakou pozitivní atmosféru.“
E	„Když pacient spí, tak se ho dotknu a pak ho pozdravím.“
F	„Pozdravím denním pozdravem: dobré ráno, dobrý večer.“

**Komentář:** Participant C–F oslovují pacienty křestním jménem, když si to pacienti přejí a zásadně jim vykají. Při kontaktu někdy participant A–D používají zdvořilost, ale uvědomují si, že je to nevhodné.

Téměř všichni zažili situaci, kdy někdo z personálu netaktně pozdravil nebo hovořil o pacientovi. Na doplňující otázku, která zjišťovala reakci participantů na zmíněnou situaci, většina odpověděla, že se pacientů zastala. Měli snahu situaci napravit a upozornit danou osobu, na nevhodný přístup. Dále uvádí, že takové situace i zapomínají a občas je neumí dostatečně řešit. Participant E se setkal s nemístnou poznámkou ze strany lékaře a nevěděl, jak správně zareagovat. Pouze participant F si nepamatuje podobnou situaci.



**Otázka č. 7** Udržujete v rozhovoru s inkontinentním pacientem oční kontakt?

Tabulka 10 Oční kontakt

Participanti	Odpovědi
A	„Ano.“
B	„Ano.“
C	„Spíš, jak je to příjemné tomu pacientovi. Já třeba úplně oční kontakt nevyhledávám.“
D	Oční kontakt udržuji, ale ne celou dobu.
E	„Ano, určitě. Pokud teda pacienta zrovna necévkuji.“
F	„Snažím se, ale je pravda, že ne každý z pacientů to toleruje.“

**Komentář:** Participant C, F udržují s inkontinentním pacientem oční kontakt dle vzájemné tolerance. Pacienta vnímá jako celek a přistupuje k němu komplexně participant D. Všichni z dotazovaných v odlišné míře navazují oční kontakt s pacienty.

**Otázka č. 8** Setkáváte se v komunikaci s nějakými bariérami, které ztěžují porozumění mezi vámi a inkontinentním pacientem?

Tabulka 11 Komunikační bariéry

Participanti	Odpovědi
A	Ano. Na oddělení jsou hospitalizovaní pacienti s tracheostomií.
B	Ano, je to tracheostomie.
C	Například tracheostomie.
D	„Stav vědomí.“
E	„Týká se to pacientů, kteří mají tracheostomii.“
F	„Ve většině případů, mají pacienti zavedenou tracheostomickou kanylu.“

**Komentář:** Participant A, C, D, F uvádějí, že kvůli komunikačním bariérám je komunikace velmi obtížná. Dále někteří zmiňují, že komunikaci usnadňuje dlouholetá praxe a vybudování vlastního systému pro komunikaci. Dotazovaní při komunikaci používají oční kontakt, kladou pacientům otázky, odezírají, poskytují pacientům psací potřeby a komunikační tabulky. Participant C dodává, že pokud se pacienti nemohou vyjádřit a nejsou schopni psát, bývají nervózní.

**Otázka č. 9** Jak komunikujete s inkontinentním pacientem, u kterého máte odebrat sterilní vzorek moči?

Tabulka 12 Komunikace při výkonu

Participantí	Odpovědi
A	Oslovím pacienta a oznámím mu, že jdu odebrat vzorek moči.
B	Pacienti mají zavedený PMK, takže jen řeknu, že budu odebírat moč ze sběrného systému.
C	<i>„Pokud odebírám moč z močové soupravy, tak pacientovi jen oznámím, že odeberu moč.“</i>
D	Odběr provádím z PMK nad ránem, když pacient ještě spí, takže komunikuji minimálně.
E	Komunikuji normálně a běžně, tak jak pokaždé, když provádím nějaký výkon.
F	<i>„Pokud je pacient při vědomí, tak mu vysvětlím, že jdu odebírat moč.“</i>

**Komentář:** Participantí A, C, E vysvětlí pacientovi, že odběr moči nebude bolestivý. Participant F, připraví pacienta na případné nepříjemné pocity při odebírání sterilního vzorku moči a také na aplikaci dezinfekčního prostředku. Při provádění výkonu, komentuje svůj postup. Participant D pacienta osloví a vysvětlí mu, že bude zvedat příkrývku a odebírat moč z katétru.

**Otázka č. 10** Jak zareagujete, když vám pacient oznámí, že je pokálený?

Tabulka 13 Jednání sestry

Participantí	Odpovědi
A	<i>„Zavolám si kolegyni a oznámím pacientovi, že ho umyjeme.“</i>
B	<i>„Pacientovi řeknu, že se nic nestalo a že to dáme do pořádku.“</i>
C	<i>„Řeknu, že to nevadí. Je důležité, že se vyprázdnil.“</i>
D	Úplně normálně, protože je to součást ošetrovatelské péče. Jsme rádi, když se pacient vyprázdní a peristaltika dobře funguje.
E	Snažím se jim vysvětlit, že je to v pořádku a pacienta umyjeme.
F	<i>„Ujistím pacienta, že vše dáme do pořádku.“</i>

**Komentář:** Použili jsme dvě následující doplňující otázky. Přemýšlela jste někdy nad tím, že byste se mohla pacienta dotknout nepříjemnou poznámkou? A o jakou poznámku by se mohlo jednat?

Všichni participanti si jsou vědomi toho, že se pacienta mohou dotknout nevhodnou poznámkou, nebo že se jim to stalo. Zmiňují např. velký zápach, netaktní gesto nebo poukázání na handicap pacienta. Participant E tvrdí, že každý pacient je na něco citlivý a poslouchá co se kolem něj děje. Participant F pečuje převážně o pacienty ve vigilním kóma, ale když pracoval na standardním oddělení, tak častěji přemýšlel nad tím, jestli se pacienta dotkl nevhodnou poznámkou.

Participanti A, B, C, E, F zažili nevhodnou komunikaci s pacientem ze strany personálu. Participant D, si neuvědomuje, že by zažil takovou situaci. Použili jsme doplňující otázku zaměřenou na reakci participanta na tuto situaci. Participanti A, C, E, se snažili odvést pozornost pacienta. Participant B zareaguje jen občas. Participant F nevhodnou komunikaci nebo chování s kolegyní prodiskutoval, ale lékaři neřekl nic.

**Otázka č. 11** Jak připravíte pokoj pro inkontinentního pacienta, který se má mýt na lůžku?

Tabulka 14 Příprava pokoje

Participanti	Odpovědi
A	<i>„Napustím umyvadlo vodou, připravím žínky, mýdlo, čisté povlečení a podložku.“</i>
B	<i>„Snažím se zajistit intimitu, zapnu televizi a povídám si s pacientem.“</i>
C	<i>„Příprava nemusí být velká. Zavřu dveře.“</i>
D	<i>„Připravím zástěnu a všechny pomůcky k lůžku. V pokoji by mělo být teplo.“</i>
E	<i>„Na oddělení máme klimatizaci, takže konstantní teplota je zajištěna. Nachystám si pomůcky k lůžku.“</i>
F	<i>„Zachovávám intimitu pomocí závěsu.“</i>

**Komentář:** Všichni participanti zavírají dveře i okna před hygienickou péčí. Doplnující otázka hodnotila, reakci participantů na situaci, ve které by student nechal otevřené okno nebo dveře. Participanti A–F zavřou dveře nebo okno a studenta napomenou.

**Otázka č. 12** Jak postupujete při hygienické péči inkontinentního pacienta na lůžku?

Tabulka 15 Hygienická péče

Participanti	Odpovědi
A	<i>„Otočíme pacienta na bok, odstraníme stolici, umyjeme. Pokožku promažeme a vyměníme lůžkoviny.“</i>
B	<i>„Od hlavy až k patě.“</i>
C	Nachystám si pomůcky, oznámím pacientovi, co budu konat. Postupuji od hlavy směrem dolů. Když se věnuji horní polovině těla, dolní část těla je zakrytá.
D	<i>„Od hlavy až po paty.“</i> Pokožku také vysuším a promažu.
E	<i>„Od hlavy až po paty.“</i>
F	Nejprve umyji obličej, dále trup, horní končetiny, genitál, záda, hýždě a konečník. Věnuji péči očím, dutině ústní a nosní, uším, okolí tracheostomie a převazuji dekubity.

**Komentář:** Participanti popsali stručný postup hygienické péče o inkontinentního pacienta. Také zmínili výměnu rukavic a žínek, důkladné osušení pokožky a aplikaci ochranného krému. Participant F vysvětlil, jakým směrem umýt genitál u pacientky. Zeptali jsme se na doplňující otázku, ve které jsme zjišťovali, jestli participanti svlečou

pacienta celého. Participanti B, D, E, F zakrývají u pacientů genitál a participant E zakrývá u žen také prsa. Pouze participant A odhaluje pacienta celého.

**Otázka č. 13** Máte zkušenost s inkontinentním pacientem, který odmítal mytí?

Tabulka 16 Přístup k mytí

Participanti	Odpovědi
A	Ano, ale není si jistá.
B	Ano, například senioři nejsou zvyklí na každodenní koupel.
C	Ano, hlavně muži odmítali mytí.
D	<i>„Myslím si, že jsem takovou situaci nezažila.“</i>
E	Ano, mám.
F	Ano, ale stává se to výjimečně.

**Komentář:** V situaci, kdy pacienti odmítali mytí, se participanti snažili pacientům vysvětlit význam hygienické péče. Většina participantů pacienty nepřemlouvá, a provedou hygienu alespoň intimních partií, obličej a rukou. Participant C ze začátku své praxe na standardním mužském oddělení pacienty přemlouval, ale postupně vycházel pacientům vstříc a snažil se najít kompromis. Pacienti odmítali např. pravidelné holení vousů, čištění zubů a uší. Participant E uvádí, že u agresivních pacientů hygienickou péči odloží a v průběhu dne se pacienta snaží přesvědčit.

**Otázka č. 14** Jak často měníte savé pomůcky určené pro inkontinentní pacienty?

Tabulka 17 Výměna pomůcek

Participanti	Odpovědi
A	Podložky měním dvakrát až třikrát denně a dle potřeby.
B	Podle stavu savého jádra na pleně, a když je pacient pokálený, tak vždy.
C	Když jsou znečištěné a dle potřeby.
D	<i>„Je to individuální záležitost.“</i> Rozhodují se také, podle stavu indikačního pásku na pleně.
E	<i>„Pokaždé, když jsou nějakým způsobem znehodnocené.“</i>
F	Když je pacient pomočený, tak plenu vyměním a ošetřím pokožku.

**Komentář:** Participant D vysvětluje, že spotřeba savých pomůcek je také ovlivněna pitným režimem pacienta. Pacienti mají často zaveden PMK a v pleně jsou výjimečně.

V případě, že pacient močí do pleny, pravidelně kontroluje stav pomůcky. Podložku znehodnocenou od stolice mění vždy.

Participant E mění podložku okamžitě, když je pacient zpocený, pokálený nebo pomočený a dodává, že podložkami nešetří.

K ošetření pokožky používá participant F vlhčené ubrousky a hygienickou čistící pěnu.

**Otázka č. 15** Stalo se vám někdy, že jste inkontinentnímu pacientovi neposkytla podložní mísu nebo pojízdný klozet, když o něj požádal?

Tabulka 18 Poskytnutí pomůcek

Participantí	Odpovědi
A	„Ano stalo.“
B	Podložní mísu jsem poskytla vždy. Klozet neposkytnu plně imobilnímu pacientovi.
C	Pomůcky poskytuje, ale jistá si není.
D	Ano, zažila jsem takovou situaci.
E	„Určitě ne.“
F	„Určitě ne. Vyprazdňování pacienta respektuji. To bych si nedovolila.“

**Komentář:** Participant A neposkytl pomůcky, kvůli fyzické dekompenzaci pacienta. Participant C pomůcky poskytuje, ale zažil situaci, kdy byl pacient dezorientovaný a podložní mísu požadoval co pět minut. A kvůli časové tísní se s pacientem domluvil, že mu podložní mísu přinese za půl hodiny. U pacienta po stabilizaci pánve, nebo po zlomenině pánve, si není participant D jistý, zda pacientovi dát podložní mísu k dispozici.

## 6 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývala etickými aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty. Výzkumné kvalitativní šetření proběhlo technikou polostandardizovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami, které pracují na oddělení typu následné péče. Byla vybrána oddělení NIP a DIOP, kde jsou hospitalizováni pacienti s chronickým onemocněním nebo poúrazovým stavem. Rozhovory byly anonymní a s písemným souhlasem participanta.

Úvodní otázky v rozhovoru zjišťovaly demografické údaje participantů a další otázky směřovaly k cílům práce. První cíl měl za úkol posoudit, zdali sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů. Z rozhovorů vyplývá, že polovina participantů zavedla PMK bez indikace lékaře s tím, že situaci předcházela společná domluva nebo byla indikace dodatečná. Participantů tak jednali z naléhavých důvodů, např. retence moči, stp. operaci a diskomfort pacienta. *„Retence moči – zadržování moči v močovém měchýři až zástava močení: projevuje se bolestmi v pubické oblasti, distenzí močového měchýře, neschopností se vyprázdnit, nervozitou“* (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018, s. 254). Participantů se řídili etickým principem beneficence, což znamená, *„že budou všechny navrhované a realizované diagnostické a léčebné postupy prováděny v zájmu pacienta, a tedy pro jeho dobro“* (Haškovcová, 2015, s. 48). Doplnující otázky u otázek č. 2, 6, 10, 11 zkoumaly reakce sester na situace, kdy se pacient nemohl sám dostatečně hájit. Plevová a kol. (2018, s. 85) uvádí, že *„sestra – obhájkyň nemocného – v případě, kdy nemocný není schopen projevit své potřeby, problémy a přání, stává se jeho mluvčím“*, jako obhájkyň pacienta se projeví i naše participantky, z výsledků výzkumu vyplývá, že většina participantek se inkontinentních pacientů v různých situacích zastala.

Byly vybrány podobné bakalářské nebo diplomové práce, které se zaměřovaly na etický přístup, intimitu pacientů a lidskou důstojnost. Kvůli odlišnostem v cílech nelze výsledky dostatečně prodiskutovat s naší bakalářskou prací.

Intimitou pacienta se zabývala diplomová práce s názvem *„Respektování intimity u pacientů v bezvědomí“* od autorky Ondráškové z roku 2015. Autorka se rozhodla pro kvantitativní metodu šetření provedenou pomocí nestandardizovaného dotazníku, kdy vzorek respondentů tvořily všeobecné sestry. Paní Ondrášková zjistila, že 44,83 % respondentů dodržuje intimitu pacientů v bezvědomí a 50,86 % respondentů intimitu také

dodržuje, ale nejsou si zcela jistí, 45,69 % dotazovaných uvedlo, že na oddělení mají vhodné prostředí pro zajištění intimity a 44,83 % odpovědělo stejně, ale nejsou si zcela jistí. Dále 94,83 % dotazovaných ví, jakým způsobem chránit intimitu pacientů v bezvědomí. Pro polovinu respondentů je nejdůležitější dodržovat intimitu pacientů v každodenní praxi (Ondrášková, 2015, s. 37–54). V našem výzkumu všichni participanti chrání intimitu inkontinentních pacientů při vyprazdňování a hygienické péči. Pro zachování intimity používají například zástěnu. Z rozhovorů je patrné, že intimita inkontinentních pacientů je pro participanty důležitá.

Bakalářská práce na téma „*Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech*“ od autorky Kloudové z roku 2019 zkoumala, jakým způsobem sestry zajišťují soukromí pacientů při vyprazdňování a provádění hygienické péče. Bylo použito kvalitativní šetření a technika polostrukturovaného rozhovoru s osmi sestrami. „*Při převozu pacienta na pojízdné vaně nebo pojízdném vozíku uvedly sestry 1, 2, 3, 5, 6, 7 a 8, že pacienta důkladně přikryjí*“ (Kloudová, 2019, s. 30). Tuto informaci lze porovnat s naším výzkumem, kdy bylo zjištěno, že participanti inkontinentní pacienty při převozu do koupelny vždy přikryjí. Kloudová dále popisuje výsledky zajišťování soukromí při vyprazdňování pacienta. Sestry zajišťují soukromí více způsoby, např. požádají návštěvníky nebo soběstačné pacienty, aby opustili pokoj. „*Sestry 2 a 7 používají zástěny mezi pacienty při vyprazdňování. Sestry 3, 5 a 8 také dbají na uzavření dveří v pokoji*“ (Kloudová, 2019, s. 34–35). V naší bakalářské práci participanti také používají zástěnu a zavírají dveře od pokoje, kde se vyprazdňuje inkontinentní pacient. Paní Kloudová svůj výzkum realizovala na standardních odděleních neurologie, interny, chirurgie a oddělení následné péče.

Druhý cíl práce zjišťoval způsob komunikace sester s inkontinentním pacientem. Zacharová (2016, s. 38) uvádí, že úvodní fáze rozhovoru s pacientem „*vychází z vhodného pozdravu a správného oslovení*“, informaci lze porovnat s našimi výsledky, kdy participanti při vstupu do pokoje zahajují konverzaci pozdravem, oslovením a dotykem. Zacharová (2016, s. 39) doporučuje při oslovení pacienta pohled do očí a dále zmiňuje, že „*při vlastním rozhovoru je vhodná horizontální úroveň komunikujících s možností uhýbat pohledem*“. Sdělení paní Zacharové je možné prodiskutovat s našimi výsledky, protože naši participanti během rozhovoru s inkontinentním pacientem oční kontakt navazují a někteří participanti uhýbají pohledem.



Bakalářská práce s názvem „*Význam komunikace v procesu paliativní péče*“ z roku 2020 od autorky Sobkové se zabývala způsobem a efektem komunikace ošetrovatelského personálu s nevyлéčitelně nemocným pacientem. V kvalitativním výzkumu korespondovali čtyři pacienti s nevyлéčitelnou diagnózou. Autorka využila techniku polostrukturovaného rozhovoru, kterou zkoumala spokojenost pacientů s komunikací ošetrujícího personálu. Polovina participantů se shodla na tom, že personál většinou při vstupu do pokoje s pacienty diskutuje a aktivně se vyptává na jejich potřeby. Dva ze čtyř participantů zažili nepříjemný rozhovor se zdravotníkem, jednalo se o narážky na citlivé téma nebo odlišné názory (Sobková, 2020, s. 42–51). V naší bakalářské práci jsme pomocí doplňující otázky zjistili, že všichni participanti si jsou vědomi toho, že se inkontinentního pacienta mohli dotknout nevhodnou poznámkou, nebo se jim to stalo. Paní Sobková ve výsledcích výzkumu dále uvádí informace o kladném přístupu sester k pacientům a společné komunikaci, což byly správné kroky k celkové spokojenosti pacientů. Dva participanti spatřují časté komunikační nedostatky v odborném názvosloví a společné komunikaci mezi sestrami. „*Tímto vzniká ignorace mezi sestrou a pacientem*“ (Sobková, 2020, s. 53–54). Autorka Tušlová ve své bakalářské práci „*Sestra jako opora seniora při dlouhodobé hospitalizaci*“ z roku 2017 využila kvalitativní výzkumné šetření, při kterém získala data z rozhovorů deseti sester z oddělení následné péče. „*V rámci výzkumného šetření bylo jednoznačně zodpovězeno, že se s komunikačními bariérami sestry na ONP setkávají denně.*“ (Tušlová, 2017, s. 45) Ve výzkumu jsme se zabývali komunikačními bariérami, které ztěžují porozumění mezi sestrou a inkontinentním pacientem. Naši participanti mají také zkušenost s komunikačními bariérami. Pro participanty je obtížné komunikovat s pacienty, kteří mají tracheostomii nebo poruchu vědomí. Sobková z odpovědí participantů vyhodnotila, „*že sestry dodrží slovo a splní vyslovené přání. I když je to někdy za delší časovou jednotku a někdo musí využít i signalizační zařízení*“ (Sobková, 2020, s. 55). V našem výzkumu využívají inkontinentní pacienti nejčastěji signalizační zařízení, kterým v případě potřeby přivolají personál. Dingová, Šliková, Vrabelová a Lidická (2018, s. 255) uvádějí, že „*o výkonu s pacientkou předem hovoříme, vysvětlíme účel a popíšeme postup*“. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že participanti při odběru sterilního vzorku moči, pacienty osloví a vysvětlí jim, jakým způsobem bude odběr probíhat.

Třetí cíl hodnotil, jestli sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče. Diplomová práce s názvem „*Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči*“ od autorky Bauerové

z roku 2019 měla za úkol zmapovat problematiku lidské důstojnosti u pacientů na oddělení intenzivní péče. Byl použit kvantitativní výzkum a technika sběru dat dotazníky. Výzkumné šetření se sestrami zjistilo, že pro 58,3 % respondentů je důstojnost pacienta hospitalizovaného na JIP velmi důležitá a pro 39,3 % je důležitá. Většina respondentů zastává názor důstojného chování sester vůči pacientům na JIP. Nejčastější situace narušující důstojnost pacientů se týkaly vyprazdňování a hygieny. Nejvíce zmiňovaným důvodem bylo umístění lůžek žen a mužů vedle sebe (Bauerová, 2019, s. 40–80). Pokud se respondenti „setkali s nedůstojným jednáním vůči pacientovi ze strany někoho z kolegů“, většina respondentů odpověděla, „že pro zachování důstojnosti pacienta verbálně upozornili kolegu či kolegyni, nebo jiným způsobem chránili pacienta (například použití závěsu)“ (Bauerová, 2019, s. 81–82). Výsledky našeho výzkumu popisují přípravu pokoje pro inkontinentního pacienta, který se má mýt na lůžku. Všichni participanti zavírají okna i dveře před hygienickou péčí. Pokud student nechá otevřené dveře nebo okno, všichni participanti studenta napomenou a situaci napraví. „Zavíráním dveří, oken a krytím nemocného při převážení zajistíme, aby neprochladl“ (Burda a Šolcová, 2015, s. 110). Další odpovědi participantů spočívaly v přichystání pomůcek k lůžku, konverzaci s pacientem, zajištění intimity a tepla v pokoji. Burda a Šolcová (2015, s. 116) zmiňují, že „pacienta před zahájením mytí na lůžku informujeme, připravíme potřebné pomůcky k lůžku, napustíme do umyvadla teplou vodu, zajistíme intimitu a bráníme prochladnutí“. V diplomové práci od autorky Ondráškové odpovědělo 88,79 % respondentů správně na otázku týkající se jejich postupu při ranní hygieně pacientů v bezvědomí. Správná odpověď byla: „zajistím vhodnou teplotu v pokoji, nachystám pomůcky potřebné k provádění hygieny, zajistím soukromí, oznámím pacientovi, co se s ním bude dít, upravím polohu pacienta a nachystám lůžko k provádění hygieny“ (Ondrášková, 2015, s. 61). V našem výzkumu participanti stručně popsali postup hygienické péče u inkontinentního pacienta na lůžku a většina uvedla, že při hygieně zakrývají pacientům genitál a nenechávají pacienty úplně odkryté. Výsledek lze prodiskutovat s Burdou a Šolcovou (2015, s. 110), kteří uvádějí, že „při hygieně na lůžku odkrýváme pouze tu část těla, kterou právě myjeme. Není nutné, aby byl pacient svlečený úplně celý“. Participanti mění savé pomůcky inkontinentním pacientům dle potřeby a u plen kontrolují stav savého jádra. Hořčíčka et al. (2017, s. 90) uvádí obvyklou výměnu savých pomůcek určených pro inkontinenci moči po čtyřech až osmi hodinách. Podle Jirkovského a kol. (2012, s. 102) pomůcky slouží k jednorázovému použití a po znečištění je potřeba výměna. Čtyři ze šesti participantů neposkytli inkontinentnímu pacientovi podložní mísu nebo pojízdný

klozet z důvodu fyzické dekompenzace, dezorientace nebo v případě zlomeniny pánve pacienta. Dle Kloudové (2019, s. 33) „*sestry uvedly jako nejčastější využívanou pomůcku k vyprazdňování toaletní křeslo*“. Jedna sestra pomáhá pacientům s vyprazdňováním podle míry jejich soběstačnosti a „*když přejdou aspoň na to toaletní křeslo, tak jim dopomůžeme. Když musí ležet a zvládnou si říct, tak podložní mísu. Když ani to ne, tak teda plenky*“ (Kloudová, 2019, s. 33–34). V naší bakalářské práci, mají participanti zkušenosti s pacienty, kteří odmítali mytí. Participanti inkontinentním pacientům vysvětlili význam hygienické péče, pacienty nepřemlouvali a provedli alespoň nejnütnější hygienu obličeje, rukou a intimních partií. Podle Dingové Šlikové, Vrabelové a Lidické (2018, s. 125) „*naše aktivity směřují k zajištění hygienických potřeb klienta, podle možnosti s respektováním jeho individuálních návyků a využitím aktivní spolupráce nemocného, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje*“.

## 6.1 Návrh opatření

Z výsledků vyplynula informace, podle které není oddělení DIOP dostatečně technicky vybaveno. Na zmíněném oddělení chybí signalizační zařízení, které má sloužit ke komunikaci mezi pacientem a sestrou. Proto byl zpracován návrh opatření určený pro vrchní sestru a vedení Krajské nemocnice T. Bati, a. s. ve Zlíně. Dokument obsahuje stručné informace o provedeném výzkumu na oddělení NIP a DIOP. Jsou zde shrnuty výsledky bakalářské práce a zjištěné nedostatky. Navržená opatření mají provést kontrolu přítomnosti a funkce signalizačního zařízení a popřípadě zajistit funkční signalizační zařízení na oddělení DIOP. Účelem opatření je zlepšení bezpečnosti a zkvalitnění ošetrovatelské péče v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Dokument byl zařazen do příloh bakalářské práce.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala etickými aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty. Bylo zkoumáno, jestli sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů, jakým způsobem komunikují s inkontinentními pacienty a zda respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce obsahovala základní teorie, profesní etiku, etické principy, kodexy a téma lidské důstojnosti. Teorie se také zabývala problematikou inkontinence, potřebou vyprazdňování a hygienickou péčí o inkontinentního pacienta. Nedílnou součástí byla role sestry při poskytování ošetrovatelské péče, zajištění potřeb pacienta, verbální a neverbální komunikace s inkontinentním pacientem. V praktické části byly stanoveny tři cíle. Výzkum proběhl kvalitativní metodou s technikou polostandardizovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami v Krajské nemocnici T. Bati, a. s. Rozhovory byly realizovány na dvou odděleních typu následné péče.

První cíl zjišťoval, zda sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů. Pomocí polostandardizovaných rozhovorů bylo zjištěno, že sestry etické principy ve své praxi uplatňují. Sestry předcházejí poškození pacienta a chrání jeho dobro. Hájí zájmy inkontinentních pacientů, když se nemohou bránit. Zajišťují pacientům potřebné soukromí, které je v nemocničním prostředí narušeno.

Druhý cíl zjišťoval způsob komunikace sester s inkontinentním pacientem. Z výsledků bylo patrné, že komunikace je pro sestry důležitým aspektem v péči o inkontinentní pacienty. Sestry při komunikaci respektují individuální přístup k pacientům, inkontinentní pacienty při vstupu do pokoje pozdraví a používají vhodné oslovení. I přes komunikační bariéry si sestry budují vlastní systém dorozumívání s nemocnými.

Třetí cíl zjišťoval, zda sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče. Dle výsledků sestry důstojnost inkontinentních pacientů respektují. Během hygienické péče pacienty úplně neodkrývají, před hygienou zavírají okna i dveře kvůli riziku prochladnutí a narušení intimity. Respektují hygienické návyky inkontinentních pacientů a své pomůcky mění dle potřeb pacientů. Při poskytování podložní mísy nebo pojízdného klozetu věnují pozornost zdravotnímu stavu pacienta.

Z výsledků bakalářské práce tedy vyplývá, že na oddělení NIP a DIOP sestry dodržují správný přístup k inkontinentním pacientům. Námětem k dalšímu výzkumu by mohla být

spokojenost pacientů na odděleních následné péče, nebo vybavení oddělení z hlediska pomůcek a techniky. Návrh opatření by měl přispět ke zlepšení ošetrovatelské péče na oddělení DIOP. Přesto, že náš výzkum vykazuje limity kvůli počtu participantů a omezeném výzkumu na jedno zdravotnické zařízení, domníváme se, že jsme odpověděli na výzkumné otázky a splnili cíle práce.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ANDĚL, Petr, Matej ŠKROVINA, Vítězslav DUCHÁČ et al., 2014. *Inkontinence stolice a obstipace pohledem chirurga*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-140-7.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Hana HAVELKOVÁ, Kateřina JIČÍNSKÁ a kol., 2008. *Role sestry specialistky*. Brno: NCO NZO. ISBN 13 978-80-7013-488-7.

BAUEROVÁ, Eliška, 2019. *Problematika lidské důstojnosti a hodnoty lidského života u pacienta v intenzivní péči* [online]. České Budějovice [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lnzfox/>. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jana Maňhalová.

BUKA, Paul, 2015. *Patients' rights, law and ethics for nurses*. Second edition. Boca Raton: CRC Press. ISBN 978-1-4822-1739-1.

BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.

BUTTS, Jannie B. and Karen L. RICH, 2020. *Nursing ethics: across the curriculum and into practice*. Fifth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-284-17022-1.

BUŽGOVÁ, Radka, 2013. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-409-2.

ČÁP, Juraj, Marián PALENČÁR a Radka KURUCOVÁ, 2016. *Lidská důstojnosť v kontexte smrti a umierania*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-448-3.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER, 2017. *ICN – Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester* [online]. 2017 [cit. 2021-9-2]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/icn-eticky-kodex/>

DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0717-9.

ERDŐSOVÁ, Andrea, 2016. *Aktuálne otázky o človeku a jeho právach v bioetike*. Bratislava: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-8168-420-3.

GENADRY, Rene a Jacek L. MOSTWIN, 2013. *Inkontinence moči u ženy*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0480-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ, 2013. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-063-9.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, 2015. *Ošetrovatelské diagnózy Definice a klasifikace 2015-2017*. Přeložila Pavla KUDLOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5412-3.

HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, Radkin, 2015. *Svépomocná příručka sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-142-1.

HORÁK, Ladislav, Tomáš SKŘIČKA, Petr ŠTAUF, Julius ÖRHALMI a kol., 2013. *Praktická proktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3595-5.

HOŘČIČKA, Lukáš et al., 2017. *Inkontinence moči v každodenní praxi*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4503-2.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.

JIRKOVSKÝ, Daniel a kol., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence, učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.

KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ, 2021. *Věstník* [online]. 2021 [cit. 2022-02-15]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/koncepce-osetrovatelstvi/>

KOPECKÁ, Katarína, Magdaléna KORCOVÁ a kol., 2008. *Zdravotnícka etika*. 2. vydanie. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-278-6.

KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI a. s., 2012. *Členění oddělení – ARIM* [online]. 2012 [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://www.kntb.cz/cleneni-arim>

KRÁTKÁ, Anna, 2018. *Hodnoty a potřeby člověka v ošetrovatelské praxi*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-764-5.

- KLOUDOVÁ, Dana, 2019. *Zajišťování soukromí u pacientů na standardním oddělení při vybraných ošetrovatelských postupech* [online]. České Budějovice [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/cvwwnb/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Věra Stasková.
- KUDLOVÁ, Pavla, 2016. *Ošetrovatelský proces a jeho dokumentace*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-600-6.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- KUTNOHORSKÁ, Jana a Barbora PLISKOVÁ, 2017. *Komunikace a etické aspekty péče o seniory. Studijní opora pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. ISBN 978-80-7454-694-5.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, 2011. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6654-6.
- MARTAN, Alois a kol., 2006. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-094-1.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Práva pacientů ČR* [online]. [cit. 2021-9-4]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
- NRZP ČR, 2021. *Desatero pro komunikaci s OZP* [online]. Inevio, webdesing a PPC. 2021 [cit. 2021-11-09]. Dostupné z: <https://nrzp.cz/2019/07/18/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/>
- OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola. ISBN 978-80-87240-33-5.
- ONDŘÁŠKOVÁ, Sylva, 2015. *Respektování intimity u pacientů v bezvědomí* [online]. Brno [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ox2ohf/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Soňa Vasmanská.
- OPATRŇÁ, Marie, 2017. *Etické problémy v onkologii*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-4522-3.



PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2018. *Ošetrovatelství I.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0888-6.

PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2019. *Ošetrovatelství II.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.

POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии Hodnotící nástroje.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.

SOBKOVÁ, Petra, 2020. *Význam komunikace v procesu paliativní péče* [online]. Zlín [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/9027zb/>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Anna Krátká.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2012. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7350-6.

ŠOLTÉS, Ladislav, Rudolf PULLMANN a kol., 2008. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky.* Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-287-8.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0064-4.

TRACHTOVÁ a kol., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 4. rozšířené vydání. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-590-7.

TUŠLOVÁ, Michaela, 2017. *Sestra jako opora při dlouhodobé hospitalizaci* [online]. České Budějovice [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/8epglh/>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Hana Hajduchová.

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZÁKONY PRO LIDI, 2010-2022. *Sbírka zákonů* [online]. AION CS, s.r.o. 2010-2022 [cit. 2022-01-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Activity of Daily Living
č.	číslo
ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
et al.	a další
ICN	International Council of Nurses
JIP	Jednotka intenzivní péče
KNTB	Krajská nemocnice T. Bati
kol.	kolektiv
KPR	kardiopulmonální resuscitace
NANDA	American Nursing Diagnosis Association International
např.	například
NIC	Nursing Interventions Classification
NIP	Následná intenzivní péče
NOC	Nursing Outcomes Classifications
NRZP	Národní rada osob se zdravotním postižením
OSN	Organizace spojených národů
PMK	permanentní močový katétr
př. Kr.	před Kristem
př. n. l.	před naším letopočtem
s.	strana
stp.	status post
tj.	to je
WC	water closet

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Souhrnné informace .....	39
Tabulka 2 Doplnující údaje o participantech .....	39
Tabulka 3 Kategorie a kódy .....	44
Tabulka 4 Zavedení PMK .....	45
Tabulka 5 Problematika indikace .....	46
Tabulka 6 Zajištění soukromí .....	46
Tabulka 7 Intimita pacienta .....	47
Tabulka 8 Kontaktování sestry .....	47
Tabulka 9 Způsob konverzace .....	48
Tabulka 10 Oční kontakt .....	49
Tabulka 11 Komunikační bariéry .....	49
Tabulka 12 Komunikace při výkonu .....	50
Tabulka 13 Jednání sestry .....	50
Tabulka 14 Příprava pokoje .....	52
Tabulka 15 Hygienická péče .....	52
Tabulka 16 Přístup k mytí .....	53
Tabulka 17 Výměna pomůcek .....	53
Tabulka 18 Poskytnutí pomůcek .....	54

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P II: Žádost o sběr dat pro studijní účely

Příloha P III: Otázky rozhovorů s participanty výzkumu

Příloha P IV: Návrh opatření

Příloha P V: Bio-psycho-sociální model nemocí


Příloha P VI: Barthelův test základních všedních činností ADL (Activity Daily Living)

Příloha P VII: Vyprazdňování v ošetrovatelském procesu

Příloha P VIII: Faktory ovlivňující vyprazdňování moči a stolice

Příloha P IX: Skórovací systémy inkontinence stolice

# PŘÍLOHA P I: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název bakalářské práce:** Etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty

**Řešitel projektu:** Eva Treflíková, DiS., tel. č. +420 774 653 319, e-mail: e\_treflikova@utb.cz

**Název pracoviště:** Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**Vedoucí práce:** PhDr. Anna Krátká, Ph.D., odborná asistentka ÚZV UTB ve Zlíně, tel. č. +420 576 038 162, e-mail: kratka@utb.cz

**Cíle výzkumu:** Zjistit, zda sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů. Zjistit způsob komunikace sester s inkontinentním pacientem. Zjistit, zda sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče.

**Popis výzkumu:** Participanty výzkumu jsou všeobecné sestry dle platné legislativy z oddělení typu následné péče Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, které splňují stanovená kritéria výběru. Před realizací výzkumu proběhne seznámení s participanty a dotázaní se o možnosti realizace výzkumu. V průběhu měsíce února roku 2022 bude prováděn výzkum v Krajské nemocnici T. Bati ve Zlíně. Technika výzkumu – polostrukturovaný rozhovor s využitím záznamového média se souhlasem účastníka. Den a čas realizace výzkumu bude předem domluvený a vyhovující pro obě strany. Rozhovor bude probíhat v klidné místnosti po dobu 30 minut. Na rozhovor budou použity předem připravené otázky k rozhovoru, záznamové médium, papír, psací potřeby a informovaný souhlas účastníka výzkumu. Nahrávka bude následně přepsána a použita pro potřeby bakalářské práce. Participanti výzkumu budou v bakalářské práci uvedeni anonymně. Účast účastníků na výzkumu je dobrovolná s možností kdykoliv bez udání důvodu výzkum opustit.

10. 2. 22

.....  
datum a podpis řešitele projektu

10. 2. 2022

.....  
datum a podpis vedoucího práce

### Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské



práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: .....

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY

 **KRAJSKÁ NEMOCNICE TOMÁŠE BATI** 

**ŽÁDOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY** (1/2)

**KONTAKTNÍ ÚDAJE ŽADATELE:**

jméno, příjmení, titul **Eva Trefilíková, DiS.** datum narození **29. 11. 1991**

adresa bydliště **Třída T. Bati 4771, 765 02 Otrokovice**

**Zaměstnanec KNTB**  ANO uveďte pracoviště: **ARIM NIP**  
 NE uveďte název organizace: \_\_\_\_\_

**Název ŠKOLY:**  Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
 jiná vysoká/vyšší odborná škola uveďte název: \_\_\_\_\_

**Název FAKULTY:** **Fakulta humanitních studií** studovaný obor: **Všeobecná sestra**

**Sběr dat za ÚCELEM:**  bakalářská práce  rigorózní práce  
 diplomová práce  disertační práce  
 jiný druh práce, upřesněte: \_\_\_\_\_

**Název PRÁCE:** **Etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty**

**Název PRACOVISTĚ, kde má být sběr dat proveden:** **ARIM NIP, ARIM DIOP**

**Termín ZAHÁJENÍ a UKONČENÍ sběru dat:** od: **15. 2. 2022** do: **28. 2. 2022**

datum **04. 02. 2022** podpis žadatele \_\_\_\_\_  
**Mgr. Terazie Konjšťková**

**VYJÁDRĚNÍ VEDOUČÍHO dotčeného pracoviště:**  SOUHLASÍM  NESOUHLASÍM podpis \_\_\_\_\_

**VYJÁDRĚNÍ Krajské nemocnice T. Bati: se sběrem dat**  SOUHLASÍM  NESOUHLASÍM  
**Uveřejnění zdroje informací, KDE probíhal sběr dat:**  ANO  NE

datum **04. 2. 2022** podpis a razítko \_\_\_\_\_

**POVINNÉ přílohy žádosti:**

- Stručná anotace odborné práce.
- V případě dotazníkového šetření vzor dotazníku, v případě rozhovoru návrh otázek.  
*Krajská nemocnice T. Bati, a. s. se tímto zavazuje, že Vám předložené podklady (dotazníky, výzkumné otázky) nebudou použity k žádnému výzkumnému účelu, ani dále distribuovány. Budou tvořit pouze součást (přílohu) této žádosti, která bude po splnění účelu evidence skartována.*
- Potvrzení o studiu:**  
datum **4. 2. 2022**

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**  
**Fakulta humanitních studií**  
**studijní oddělení**  
razítko a podpis školy (fakulty, ústavu, studijního oddělení)

Potvrzenou žádost zašlete ve dvou stejnopisech (tzn. i po schválení vedoucím pracoviště), pro **nelékařské obory** náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** náměstkovi pro léčebnou péči Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín.

01 F-09-2022-333 ŽADOST O SBĚR DAT PRO STUDIJNÍ ÚČELY\_Arim\_v01 (aktualizace 12. 01. 2022) Strana 1 (celkem 2)

## PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI

(2/2)

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „Nařízení“) a také ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů

Já níže podepsaný/á:

jméno, příjmení, titul Eva Trefilíková, DiS. datum narození 29. 11. 1991  
adresa bydliště Třída T. Bati 4771, 765 02 Otrokovice

se tímto zavazuji zachovávat úplnou mlčenlivost

o všech informacích, které jsem získal/a v souvislosti se sběrem dat v Krajské nemocnici T. Bati, a. s., IČO: 27661989, se sídlem Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín (dále jen „Správce OÚ“) za účelem uvedeným v tomto dokumentu.

Jedná se zejména o tyto informace:

1. Informace týkající se pacientů, které jsou součástí zdravotnické dokumentace, tj. **všechny osobní údaje a informace o zdravotním stavu pacienta** (zvláštní kategorie osobních údajů).
2. Informace o zdravotnickém zařízení, centru, odděleních, na kterých sběr dat probíhal, pokud uveřejnění těchto informací není Krajskou nemocnicí T. Bati, a. s. **výslovně dovoleno** (viz strana č. 1 dokumentu).

Dále se zavazuji **neposkytovat žádné informace** o Krajské nemocnici T. Bati, a. s. sdělovacím prostředkům, prostřednictvím sociálních sítí apod.

- ✓ Jsem si vědom/a, že patientská data mohou ve své práci čerpat **pouze z dat pacientů, kteří k tomu udělili souhlas**. Pouze v případě, že se jedná o patientská data čerpaná v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotní péče, **není souhlas vyžadován**.
- ✓ Jsem si vědom/a, že získaná data mohou ve své práci použít pouze v **anonymní podobě**, tzn. konkrétní pacient nesmí být žádným způsobem identifikovatelný.
- ✓ Jsem si vědom/a, že povinnost mlčenlivosti nezaniká ukončením mé činnosti v Krajské nemocnici T. Bati, a. s.

Porušení výše uvedených zásad může být důvodem odebráním souhlasu ke sběru dat, rovněž může mít za následek důsledky plynoucí z porušení platné legislativy jak v rovině trestněprávní, tak v rovině občanskoprávní.

### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – ARCHIVACE

Beru na vědomí, že v souladu s Nařízením GDPR dochází ke zpracování Vašich osobních údajů, a to na základě **oprávněného zájmu** Nemocnice T. Bati (správce osobních údajů).

Účel zpracování osobních údajů: **doložení existence udělující svolení se zpracováním dat pro studijní účely.**  
Kategorie osobních údajů: **jméno, příjmení, bydliště, datum narození.**  
Doba zpracování osobních údajů: **12 měsíců, popř. do doby uplatnění Vašich práv.\***

\*Informace o zpracování osobních údajů v Nemocnici T. Bati a o souvisejících právech subjektů údajů jsou k dispozici na [www.knbtb.cz](http://www.knbtb.cz)

- ✓ Beru na vědomí, že v případě uplatnění práv dle Nařízení GDPR, je **působnost pouze do budoucna a není tedy dotčena zákonnost předchozího zpracování** osobních údajů založeného na základě výše uvedeného právního titulu.

Potvrzuji, že jsem byla poučen/a o zpracování osobních údajů a

**Souhlasím** s tím, aby Správce OÚ zpracovával mé osobní údaje v rozsahu, pro uvedený účel a po dobu, jak je výše uvedeno.

**Prohlašuji, že výše uvedenému textu plně rozumím a stvrzuji ho svým podpisem dobrovolně.**

datum 21.2.22 podpis \_\_\_\_\_



## **PŘÍLOHA P III: OTÁZKY ROZHOVORŮ S PARTICIPANTY VÝZKUMU**

1. Kolik je Vám let?
2. Na kterém oddělení pracujete a jak dlouho?
3. Co se vám líbí a nelíbí na práci kde pracujete?
4. S jakým onemocněním se u pacientů nejčastěji setkáváte?
5. Jak často pečujete o inkontinentní pacienty?
6. Stalo se vám někdy, že jste zavedla pacientce PMK bez indikace lékaře?
7. Zažila jste někdy, že jste pacientce zavedla PMK z indikace lékaře a připadalo vám, že to není potřeba?
8. Jak zajišťujete soukromí inkontinentního pacienta, pokud se vyprazdňuje na podložní míse?
9. Jak zajistíte intimitu inkontinentního pacienta při převozu do koupelny a z koupelny?
10. Když vás inkontinentní pacient potřebuje přivolat, jaké má možnosti?
11. Když vstoupíte do pokoje inkontinentního pacienta, jakým způsobem zahájíte konverzaci?
12. Udržujete v rozhovoru s inkontinentním pacientem oční kontakt?
13. Setkáváte se v komunikaci s nějakými bariérami, které ztěžují porozumění mezi vámi a inkontinentním pacientem?
14. Jak komunikujete s inkontinentním pacientem, u kterého máte odebrat sterilní vzorek moči?
15. Jak zareagujete, když vám pacient oznámí, že je pokálený?
16. Jak připravíte pokoj pro pacienta, který se má mýt na lůžku?
17. Jak postupujete při hygienické péči inkontinentního pacienta na lůžku?
18. Máte zkušenost s inkontinentním pacientem, který odmítal mytí?
19. Jak často měníte pomůcky určené pro inkontinentní pacienty?
20. Stalo se vám někdy, že jste inkontinentnímu pacientovi neposkytla podložní mísu nebo pojízdný klozet, když o něj požádal?

## PŘÍLOHA P IV: NÁVRH OPATŘENÍ

Návrh opatření

20. 4. 2022

Dne 2. 2. – 16. 2. 2022 proběhl výzkum na oddělení Následné intenzivní péče (NIP) a oddělení Dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) v Krajské nemocnici T. Bati, a.s., se všemi potřebnými souhlasy. Kvalitativní výzkum byl realizován v rámci bakalářské práce s názvem Etické aspekty ošetrovatelské péče o inkontinentní pacienty.

Byla použita technika polostandardizovaného rozhovoru s celkem dvaceti otázkami. Participanty tvořily všeobecné sestry, které byly vybrány podle předem zvolených kritérií. Proběhlo šest anonymních rozhovorů zaznamenaných na záznamové médium se souhlasem dotazovaných.

Záměrem bakalářské práce bylo objasnit přístup všeobecných sester k inkontinentním pacientům v etických souvislostech. Práce obsahovala následující tři cíle.

1. Zjistit, zda sestry uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů.
2. Zjistit způsob komunikace sester s inkontinentním pacientem.
3. Zjistit, zda sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů při zajišťování hygienické péče.

Z výsledků vyplývá, že všeobecné sestry na oddělení NIP a DIOP uplatňují etické principy v ošetrovatelské péči u inkontinentních pacientů. Komunikace je pro sestry důležitým aspektem v péči o inkontinentní pacienty. Sestry při komunikaci dodržují individuální přístup k inkontinentním pacientům na uvedených odděleních. Dále bylo zjištěno, že sestry respektují důstojnost inkontinentních pacientů během zajišťování hygienické péče.

Výsledky také poukázaly na nedostatečné technické vybavení oddělení DIOP. Oddělení není vybaveno signalizačním zařízením. Tato informace byla potvrzena staniční sestrou z oddělení DIOP e-mailem dne 30. 3. 2022. Tento dokument slouží jako návrh opatření týkající se vybavení oddělení DIOP. Je doporučena kontrola přítomnosti a funkce signalizačního zařízení a případně zajištění signalizačního zařízení na oddělení DIOP.

Opatření je navrženo za účelem bezpečnosti a zkvalitnění ošetrovatelské péče v Krajské nemocnici T. Bati, a.s. Již záleží na nemocnici, jak bude s informacemi dále pracovat.

TREFILÍKOVÁ, Eva, 2022. Návrh opatření. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd. Bakalářská práce. Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

## PŘÍLOHA P V: BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL NEMOCÍ



(Trachtová a kol., 2018, s. 9)

## PŘÍLOHA P VI: BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL (ACTIVITY DAILY LIVING)

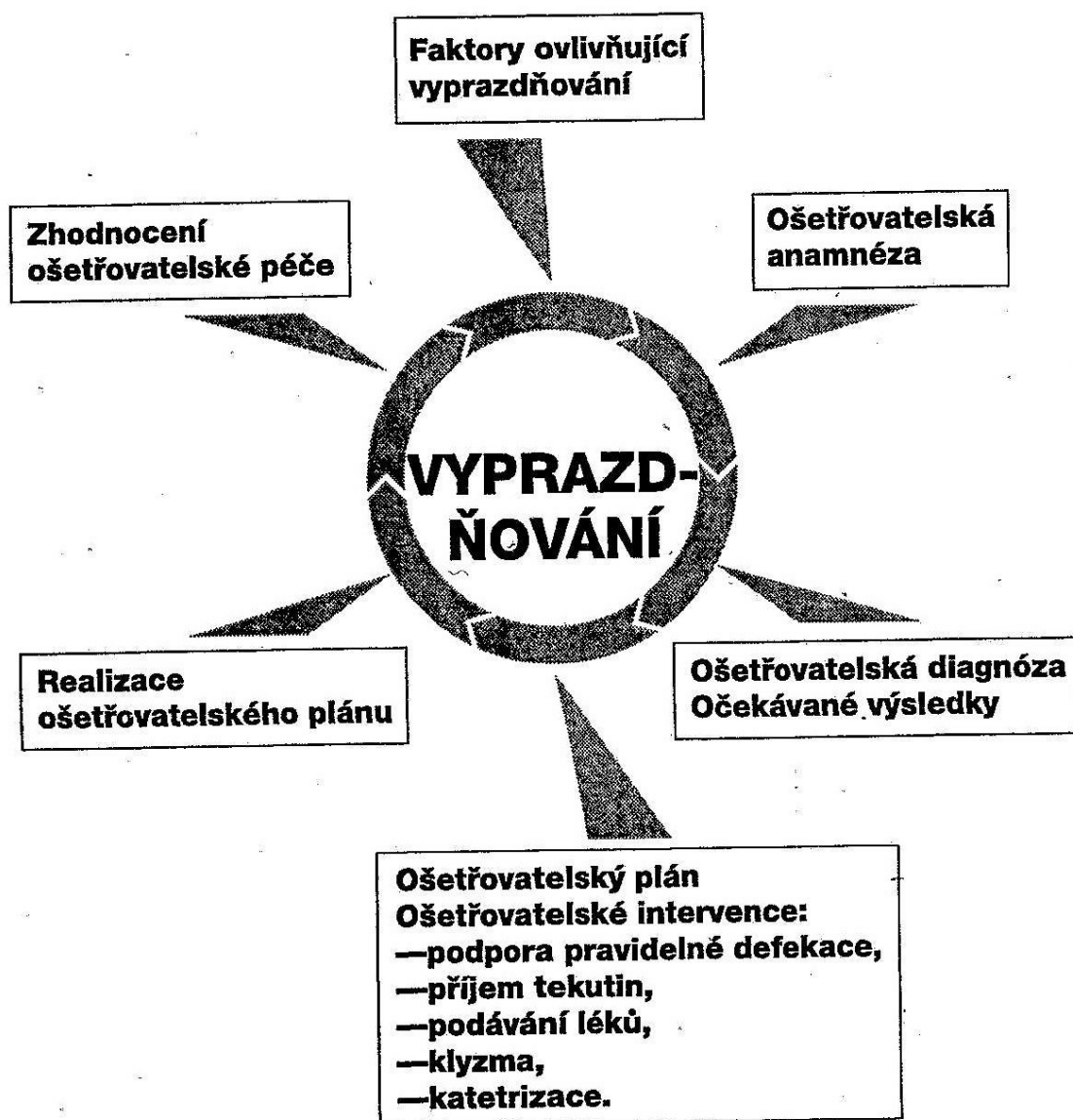
činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedenní napítí	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

0 – 40 bodů	vysoce závislý
45 – 60 bodů	závislost středního stupně
65 – 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

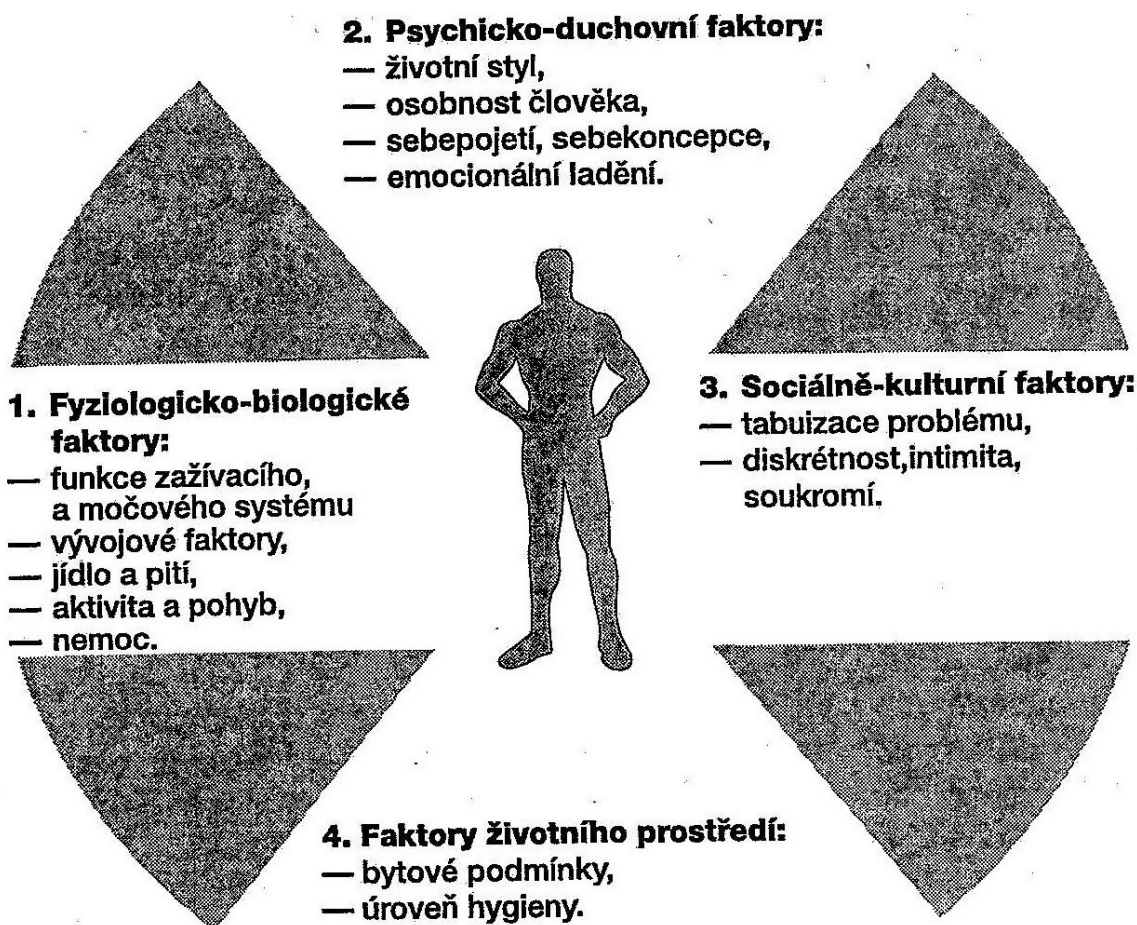
(Trachtová a kol., 2018, s. 35)

## PŘÍLOHA P VII: VYPRAZDŇOVÁNÍ V OŠETŘOVATELSKÉM PROCESU



(Trachtová a kol., 2018, s. 108)

## PŘÍLOHA P VIII: FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI A STOLICE



(Trachtová a kol., 2018, s. 108)

## PŘÍLOHA P IX: SKÓROVACÍ SYSTÉMY INKONTINENCE STOLICE

<b>WEXNEROVO SKÓRE</b>	<b>Nikdy</b>	<b>Zřídka</b>	<b>Někdy</b>	<b>Obvykle</b>	<b>Vždy</b>
<b>Únik pevné stolice</b>	0	1	2	3	4
<b>Únik tekuté stolice</b>	0	1	2	3	4
<b>Únik plynů</b>	0	1	2	3	4
<b>Nutnost nošení vložek</b>	0	1	2	3	4
<b>Alterace životního stylu</b>	0	1	2	3	4

Nikdy = bez příznaků

Zřídka = méně než jednou měsíčně

Někdy = méně než jednou týdně, ale více než jednou měsíčně

Obvykle = méně než jednou denně, ale více než jednou týdně

Vždy = jednou nebo vícekrát denně

**Skóre:**

0 bodů – normální stav

20 bodů – úplná inkontinence

### ROCKWOODOVO SKÓRE

<b>A – Ohodnotte svůj zdravotní stav</b>	
1	Vynikající
2	Velmi dobrý
3	Dobrý
4	Přijatelný
5	Špatný

<b>B – Ohodnotte příslušným počtem bodů následující otázky</b>						
	<b>Z obav před náhodným únikem stolice</b>	<b>Obvykle</b>	<b>Někdy</b>	<b>Zřídka</b>	<b>Nikdy</b>	<b>Nevím</b>
1	Mám strach vycházet z domu	1	2	3	4	X
2	Nenavštěvuji přátele	1	2	3	4	X
3	Nechci zůstat přes noc mimo domov	1	2	3	4	X
4	Je pro mne nemyslitelné navštívit veřejnou akci, kino nebo kostel	1	2	3	4	X
5	Než jdu ven, velmi málo jím	1	2	3	4	X
6	Snažím se pobývat vždy v blízkosti toalety	1	2	3	4	X
7	Můj denní rozvrh se řídí podle vyměšování stolice	1	2	3	4	X
8	Necestuji	1	2	3	4	X
9	Bojím se, že nestihnu dojít na záchod	1	2	3	4	X
10	Nesnažím se stolicí zadržet, záchod navštěvuji často	1	2	3	4	X
11	K odchodu stolice dochází bez mého povšimnutí	1	2	3	4	X
12	Snažím se vyhnout náhodnému odchodu stolice, zdržuji se neustále blízko WC	1	2	3	4	X

C – Vzhledem k náhodnému odchodu stolice vyjádřete souhlas s následnými tvrzeními						
	Vzhledem k náhodnému odchodu stolice	Souhlasím	Spíše souhlasím	Spíše nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím	Nevím
1	Stydím se	1	2	3	4	X
2	Nemohu vykonávat zaměstnání, které bych chtěl	1	2	3	4	X
3	Bojím se nekontrolovaného odchodu stolice	1	2	3	4	X
4	Mám depresi	1	2	3	4	X
5	Mám obavy, že je ze mne cítit stolice	1	2	3	4	X
6	Necítím se jako zdravý člověk	1	2	3	4	X
7	Život mě baví méně	1	2	3	4	x
8	Pohlavní styk mám méně často, než bych chtěl	1	2	3	4	X
9	Cítím, že jsem jiný než ostatní	1	2	3	4	X
10	Neustále myslím na nechtěný odchod stolice	1	2	3	4	X
11	Vyhýbám se pohlavnímu styku	1	2	3	4	X
12	Necestuji vlakem nebo letadlem	1	2	3	4	X
13	Nechodím na společenské akce typu večeře	1	2	3	4	X
14	Nejprve se vždy orientuji, kde je toaleta	1	2	3	4	X

D – Už jste se někdy v posledních měsících cítili natolik nešťastní a znechucení, že jste přemýšleli, zda má ještě vůbec v životě něco nějakou cenu?	
1	Jednoznačně ano – dokonce jsem chtěl/a vše vzdát
2	Ano, velice často
3	Ano, spíše ano
4	Ano, někdy ano
5	Ano, trochu
6	Ne, vůbec ne

**Hodnocení probíhá ve čtyřech kategoriích:**

Životní styl: sečtete body za otázky B1–B8 + C2 + C12 + C13 a vydělíte 10

Zvládání situace/chování: sečtete body za otázky B6 + B9–B12 a vydělíte 9

Deprese/hrdost: sečtete body za otázky A1 + C4 + C6 + C7 + C9 + C11 + D a vydělíte 7

Rozpaky: sečtete body za otázky B11 + C1 + C5 a vydělíte 3

Nejlepší výsledek = 1

Nejhorší výsledek = 5

(Anděl, Škrovina, Ducháč et al., 2014, s. 36–37)