



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Michaela Kosová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb., zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Michaela Kosová

Poděkování

Největší poděkování patří vedoucí mé diplomové práce PhDr. Marii Trešlové, Ph.D., za ochotu, trpělivost, cenné rady a čas, který mi věnovala při vedení práce. Velké poděkování patří MUDr. Tomáši Jílkovi, Mgr. Lence Gutové, MBA, a Mgr. Lucii Kubátové za velkou ochotu a umožnění provedení výzkumu. Dále děkuji Ing. Pavlu Marečkovi za podnětné připomínky a zpětnou vazbu, kterou mi poskytl. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za to, že mi věnovali svůj čas a odpověděli na mé otázky.

Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací

Abstrakt

Člověk se v současné době může často cítit zavalen informacemi. V systému zdravotní péče je proto nutné se zamyslet nad efektivitou poskytování informací. Diplomová práce s názvem Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Pro zmapování současného stavu problematiky byly použity odborné české i zahraniční bibliografické zdroje z oboru ošetrovatelství, medicíny, psychologie, sociologie a práva. Na základě získaných informací byly pro práci zvoleny dva cíle. Prvním bylo získat přehled o tom, jaké informace pacienti potřebují, požadují a postrádají od sester a lékařů v ambulantních a lůžkových zařízeních. Druhým cílem bylo ověřit, zda subjektivní vnímání informovanosti odpovídá reálným znalostem diagnózy. V návaznosti na cíle práce jsme formulovali 9 výzkumných otázek. Informace vztahující se k dané problematice byly získány formou kvalitativního výzkumného šetření. Jako technika sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Celkem bylo provedeno 23 rozhovorů s pacienty. Rozhovory byly nahrávány, následně přepsány do textové podoby a postupně analyzovány podle zakotvené teorie Strausse.

Bylo zjištěno, že pacienti zapojení do tohoto výzkumu se zajímají o svůj zdravotní stav a informace, které vnímají jako důležité, jim zdravotníci podávají. Množství informací, které pacienti mají, jim dopomáhá k větší psychické pohodě a vlastnictví informací hodnotí jako velice důležité. Bylo též prokázáno, že pacienti citlivě vnímají způsob komunikace a do procesu informovanosti se zapojuje jejich osobnost a jedinečnost.

Smyslem práce je dát impuls k posilování míry informovanosti pacientů, a to nejen poskytováním v písemné formě, ale zejména osobním kontaktem se zdravotníkem. Je zřejmé, že informace a způsob jejich získání, jsou pro pacienty velmi důležité.

Klíčová slova

Informace; potřeba; pacient; zdravotník; ošetrovatelská péče; komunikace; emoce; informovaný souhlas

Types of patient's information needs

Abstract

These days human being can find itself swamped with tons of information. It is necessary to think over provided information given by a health care system and its efficiency. The thesis named Types of patient's information needs is divided into a theoretical part and a practical part. Materials about nursing, medicine, psychology, sociology and a law issued in the Czech Republic and abroad were used to get necessary information about current condition of problematics. Two goals were set based on acquired knowledge. The first goal was to get to know about what type of information were requested and needed by patients and which they missed from nurses and doctors in ambulances and hospitals. The second goal was to double check if a personal perceiving of a given information corresponds with the real diagnosis. With respect to thesis goals, 9 research questions were formulated. Information regarding examined topic were acquired through research and investigation. As the means of collecting the data an interview was chosen. 23 interviews with patients were done and analyzed according to the Strauss theory.

It was found, that patients involved in this interview, take care about their health condition and that the information, which they perceive as important, are given to them by the medical staff. The information they have makes them more comfortable and they view it as a very important. It was ascertained, that patients are very sensitive about the way the medical staff communicates with them and that their personality plays part in this process.

The purpose of this thesis is to give an impulse to reinforce informing the patients in a written form, but mainly to reinforce their personal contact with a doctor. It is obvious, that the information and the way they get it is very important for patients.

Keywords

Information; request; patient; medical staff; nursing; communication; emotion; informed consent

Obsah

1	Potřeby pacientů	9
1.1	Potřeba informací	12
2	Vývoj vztahu mezi zdravotníkem a pacientem	15
2.1	Pacient ve zdravotnickém zařízení	18
2.2	Komunikace s pacientem	19
2.3	Úloha sestry v procesu informování pacientů	21
3	Etický rámec problematiky informovanosti pacientů	23
3.1	Etika v ošetrovatelství	23
3.2	Práva pacientů	24
3.3	Podávání informací během léčby	25
4	Právní rámec problematiky informovanosti pacientů	28
4.1	Úmluva o lidských právech a biomedicíně	28
4.2	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování	29
4.3	Informovaný souhlas	30
4.4	Zdravotnická dokumentace v kontextu informování pacientů	31
5	Cíl práce a výzkumné otázky	33
5.1	Cíl práce	33
5.1.1	Operacionalizace použitých pojmů	33
5.2	Výzkumné otázky	34
6	Metodika výzkumu	35
6.1	Použitá metoda	35
6.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
7	Výsledky	37
7.1	Kategorizace	37

8	Diskuze	59
9	Závěr	76
10	Seznam použitých zdrojů.....	79
11	Přílohy.....	89
11.1	Seznam příloh.....	89
12	Seznam zkratek	94

„Nezapomeň, že tvoje věta je čin.“

Antoine de Saint-Exupéry

Úvod

Zdravotnictví jako celek prochází v posledních desetiletích výraznými proměnami a neustále se zdokonaluje. Mění se pomůcky a veškeré přístrojové vybavení pracovišť, diagnostické i terapeutické postupy a mění se taktéž přístup k pacientovi. Ten je v dnešní době pro zdravotníky partnerem a měl by se spolupodílet na řešení svých obtíží. To, jakým způsobem zdravotníci pacienta vnímají a chovají se k němu, může výrazně ovlivňovat pacientův psychický stav, a tudíž i proces uzdravování. Pokud máme ve zdravotnictví správně řešit problémy pacientů, musíme bezpodmínečně znát anatomii, fyziologii a další navazující obory, ale musíme rozumět také člověku jako takovému. Nesmíme zapomínat na skutečnost, že člověkem není jen pacient, ale také lékaři, sestry a všichni ostatní zdravotničtí pracovníci. Jejich práce je velmi náročná. Znamená neustálou každodenní komunikaci. Jednají s pacienty, mluví s nimi, naslouchají jim, informují je o všem potřebném, odpovídají na jejich otázky, podporují je. Leckdy se ovšem pro mnoho práce, nedostatek času a chybějící personál nemohou pacientovi věnovat tak, jak by chtěli.

Důvodem, proč jsem si zvolila toto téma diplomové práce, je má snaha upozornit jak moc je důležité, aby pacienti měli dostatek informací souvisejících s jejich onemocněním a léčbou. Ráda bych se zabývala tím, jaké informace pacienti potřebují a požadují, chtěla bych zjistit, zda jsou jim tyto informace podávány srozumitelně a dostatečně. Dostatečně informovaný pacient, který ví, jaký je jeho stav a jaká vyšetření a zákroky ho čekají, je dle mého názoru méně stresován a může se více soustředit na rekonvalescenci. Vycházím z vlastní zkušenosti, neboť vím, že kdykoli mě v mém životě potkal nějaký zdravotní problém, který bylo nutno řešit, vždy mi velmi pomohl lidský přístup zdravotníků a dostatek informací.

1 Potřeby pacientů

Ve chvíli, kdy člověk onemocní, se stává někým, kdo, potřebuje odbornou pomoc. Svou nemoc může zvládnout buď cestou domácí léčby spojené s návštěvami ambulancí, nebo v případě, že je stav závažnější, musí ležet v nemocnici. Pacient je příjemcem zdravotní péče. Zdravotníci by měli vždy zajistit, aby se v ambulantních i lůžkových zařízeních, ve kterých se pacient ocitne kvůli své nemoci, cítil bezpečně, mohl se plně soustředit a podílet se na řešení svého problému (Šamánková, 2011). Jakékoli zdravotní obtíže znamenají pro pacienta stres a zátěž. Nejlepším přístupem, který jim zdravotníci v takovou chvíli mohou nabídnout, je kombinace dostatku informací o jejich nemoci a léčebném procesu, empatického přístupu a snahy o naprostou minimalizaci dyskomfortu (Šeblová, Knor, 2013). Právě takový přístup hodlá současná koncepce zdravotnictví neustále rozvíjet. Nemocnice se otevírají rodinám pacientů a jejich návštěvám, na dětských odděleních mohou být rodiče spolu se svými dětmi, při porodu je dnes již naprosto běžná přítomnost otce miminka. Z těchto a mnoha dalších důvodů se mění i role sestry, na kterou jsou kladeny mnohem větší nároky ohledně komunikačních dovedností. V oblasti péče o pacienta hraje sestra nezastupitelnou roli. Chápeme ji jako naprosto nezbytnou součást týmu, který pečuje o nemocné. V současné klinické praxi dbáme, aby zdravotníci disponovali dostatečnými odbornými znalostmi a dovednostmi a zároveň správně uplatňovali psychologický přístup k pacientovi (Zacharová, 2016).

Mastiliaková (2014) uvádí, že ošetrovatelství je obor, jehož základním úkolem a posláním je uspokojování lidských potřeb. Malíková (2011) definuje potřebu jako projev určitého nedostatku, který musíme odstranit. Saturace tohoto deficitu vede ke zvýšení kvality života pacienta. Šubrt (2008) doplňuje, že každý člověk má své potřeby, které ve svém životě musí uspokojovat. Ty jsou diferencované a různě rozvinuté. Platí tedy, že pro každého jedince jsou různé potřeby jinak důležité. Šamánková (2011) souhlasí s výše uvedeným a dodává, že potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou. Potřeba vznikne a projeví se ve chvíli, kdy máme něčeho nedostatek či naopak přebytek, nebo tehdy, když chceme něčeho dosáhnout v rovině biologické, psychologické, sociální nebo spirituální. Celý proces související s potřebami začíná uvědoměním. Člověk objektivně zjistí, co potřebuje a subjektivně

svůj vjem zhodnotí. Následně vytvoří k této potřebě vztah a vyvine aktivitu, aby ji mohl uspokojit.

Sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu. Právě díky němu má být schopna identifikovat, které potřeby má pacient momentálně neuspokojeny a na které je tedy nutné více se zaměřit a věnovat se jim (Mastiliaková, 2014). Pro aplikaci ošetřovatelského procesu jsou klíčové teoretické znalosti o základních lidských potřebách. Při ošetřování pacientů musíme stále myslet na to, že pečujeme o člověka, jehož nálada i chování jsou ovlivněny právě uspokojováním potřeb (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Ať už se jedná o úraz, diagnostikování nové nemoci či zhoršení chronického stavu, přichází pacient při pobytu v nemocnici o své jistoty, bezpečí a známé prostředí, ve kterém žije doma. Mohou se objevit i obavy, jak to bude dál s jeho zaměstnáním nebo vztahy (Šamánková, 2011).

Správná identifikace neuspokojených potřeb pacienta může být poměrně náročným úkolem. Podle zahraničních studií, sestry u pacientů, o které pečují, dokáží správně odhalit zhruba 40 % jejich potřeb, kterými je nutné se zabývat a řešit je. Pokud se navíc jedná o pacienty s psychickými obtížemi, leckdy se stává, že je správně identifikováno cca 20 % potřeb, protože komunikace s takovými pacienty je pochopitelně mnohem obtížnější (O'Connor, Aranda, 2003). Marková (2010) upozorňuje na častý problém, který se u sester objevuje. Sestry se při své práci, jejíž součástí je také plnění ordinací lékaře, mnohdy soustředí pouze na tělesné potřeby pacienta a zapomínají ho chápat jako celistvou bytost s potřebami nejen fyzickými, ale i psychologickými, sociálními a spirituálními.

Individuální lidské potřeby zahrnují mnoho oblastí, které vysvětluje např. Maslowova hierarchie potřeb (Mastiliaková, 2014). Toto rozdělení má pomoci odpovědět na otázku, které lidské potřeby jsou základní a které tak důležité nejsou, tedy je možné jejich realizaci odsunout na později (Kalvach, 2011). Definoval ji v roce 1943 americký psycholog Abraham Harold Maslow. Potřeby rozdělil do pěti oddílů. Platí, že nejdříve je klíčové uspokojit potřeby na nižších úrovních (fyziologické potřeby, potřeby bezpečí či potřeby sociální), než přejdeme k uspokojování vyšších potřeb (potřeby autonomie, potřeba seberealizace) (Hauke, 2011). Později Maslow tuto svoji koncepci ještě rozšířil a zformuloval seznam D a B hodnot. D hodnoty (D = deficit) jsou důležité pro přežití organismu, jedná se o základní potřeby. Nadstavbu jim tvoří B hodnoty (B = being,

bytí). Ty jsou definovány jako hodnoty růstové, tedy takové, jejichž uspokojení vede člověka k touze rozvíjet se, být aktivní a tvořivý (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Pacient bývá často omezen v řadě běžných činností, které jinak rád dělá – i na to by zdravotníci měli myslet. Nemocný je bytost, která potřebuje sociální kontakt, porozumění, bezpečí, jistotu, podněty k činnosti a realizaci svých cílů. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Bártlová (2005) uvádí, že problematika potřeb zaujímá velmi důležité místo v řešení sociálních vztahů a sociální situace nemocného. Potřebu chápe jako nutnost něco získat nebo se naopak něčeho zbavit, aby v organismu mohla být udržována rovnováha. To, jak potřeby pacientů vypadají, je závislé na více faktorech. Jednak na charakteru zdravotního problému, kterým nemocný trpí, dále pak na jeho osobnosti a sociálních poměrech, ve kterých žije. Křivohlavý (2002) k potřebám v době nemoci doplňuje, že právě vzhledem ke změně sociálních poměrů se tyto potřeby mohou velmi výrazně proměňovat. V nemocnici se většinou pacient zajímá pouze o svá vyšetření, léčbu, výsledky a zdravotní potřeby a všechno ostatní na čas ustupuje do pozadí.

Obecně Bártlová (2005) potřeby rozděluje na potřeby, které se nemocí nemění, potřeby, které se nemocí modifikují, a potřeby, které nemocí vznikají. Potřeby, které se nemocí nemění, jsou ty, které jsou stejné jak pro zdravé, tak pro nemocné osoby. Tyto potřeby nijak nesouvisí s nemocí jako takovou a dyskomfortem, který člověk zažívá v době, kdy je nemocný. Zahrnujeme sem např. potřebu dýchání, jídla a pití, spánku, hygieny, vyprazdňování, bezpečí a další. Potřeby, které se nemocí modifikují, jsou specifické pro každého pacienta, vzhledem k tomu, že je ovlivňuje konkrétní onemocnění. Příkladem může být modifikace potřeby výživy. Pacient potřebuje úpravu stravy s ohledem na své onemocnění. Je proto naprostou nutností zajistit pro něj tuto modifikaci výživy vhodným biologickým a kalorickým výběrem potravy i samotnou úpravou a podáním. Pozornost v rámci nemocí modifikovaných potřeb nesmíme zapomínat věnovat ani sociálním potřebám nemocného. V době, kdy se pacient necítí dobře, mohou být jeho sociální potřeby redukovány a s procesem uzdravování se zase navracejí. Výjimkou ovšem nejsou ani pacienti, kteří v době nemoci mají naopak zvýšenou potřebu sociálního kontaktu a vyžadují velkou pozornost. Nemoc může lidské sociální potřeby i deformovat, protože ne u každého pacienta se znovu navracejí ve stejné podobě jako před začátkem onemocnění.

Na osobnosti pacienta, charakteru nemoci a její závažnosti, informovanosti o nemoci, předchozích zkušenostech nebo chování zdravotníků, závisí potřeby, které nemocí vznikly. Nejdůležitější potřebou, která se objeví s příchodem nemoci, je uzdravit se. Dále k těmto potřebám patří např. potřeba udržení a obnovení funkcí (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). Šamánková (2011) doplňuje jako další nemocí vzniklé potřeby např. pomoc od bolesti podáním vhodných analgetik nebo zabývání se pacientovým pocitem ztráty bezpečí. Tyto potřeby se neustále v čase mění. S průběhem onemocnění některé mizí a jiné se zase nově objevují.

Košta (2013) uvádí, že cílem zdravotnictví je, aby se pacient uzdravil. K tomu je třeba připravit mu co nejlepší podmínky, aby se i v době nemoci cítil spokojeně. Míra jeho spokojenosti roste úměrně s uspokojením jeho potřeb. Pokud se zdravotník chová přátelsky, poskytuje mu dostatek informací, naslouchá mu, chová se k němu jako k partnerovi a nikoli nadřazeně a povzbuzuje ho v aktivním přístupu k léčbě, nemá pacient důvod k obavám.

1.1 Potřeba informací

Pokud vyhledáváme definici pojmu „informace“, zjistíme, že žádné univerzální pojetí vlastně neexistuje. V běžné komunikaci znamená informace nějaké sdělení či zprávu. Jde o specifický znakový projev, který má význam pro komunikátora i příjemce. Abychom s informacemi mohli pracovat, potřebujeme je přijímat, zpracovávat, ukládat a reagovat na ně. Pro tyto činnosti nám slouží nervový systém (Dylevský, 2009).

K informacím a informovanosti se v posledních letech upíná pozornost většiny rozvinutých i rozvojových zemí. Informační gramotnost je v obecné rovině definována jako soubor dovedností, které potřebujeme pro práci s informacemi z nejrůznějších zdrojů. Informačně gramotný jedinec je charakterizován následujícími schopnostmi – pozná, že danou informaci potřebuje, ví, že ke správnému rozhodování potřebuje adekvátní a kompletní informace, je schopen rozpoznat validní zdroje informací, ví, kde si informace vyhledat, využívá různorodé informační zdroje, umí informace vyhodnocovat, integruje nově získané informace do znalostí, které už má, a využívá informace k řešení problémů. (Kubů, 2014).

Škrļa a Škrlová (2008) uvádějí, že v současném zdravotnictví se pacient stává důležitým partnerem v komplexním systému péče. Pokud dostane informace a nástroje,

stane se efektivním a aktivním partnerem a může hrát velmi důležitou roli v prevenci některých možných pochybení. Tento model péče funguje díky přesvědčení, že poskytování kvalitní péče je založeno na aktivní účasti pacienta a případně i jeho rodiny.

Ve zdravotnictví mají informace obrovský vliv. Jejich výměna mezi zdravotníkem a pacientem by se však neměla omezovat pouze na fakta o nemoci a léčbě, ale měla by řešit i emoční obavy pacienta. Pokud je pacient spokojen s množstvím poskytnutých informací, pomáhá mu to dodržovat léčbu, překonávat strach, že mu nebude věnována dostatečná pozornost (Ayers, De Visser, 2011). Pacienta je vždy nutné správně informačně ukotvit, zároveň ale nezahltit, neboť by to mohlo zvyšovat jeho úzkost (Procházka, 2014). Šamánková a kol. (2011) potvrzují, že důkladná a správně cílená informovanost je klíčovou součástí uspokojování potřeb pacienta. Informace přináší kognitivní kontrolu nemoci. Pokud je pacient informován o své diagnóze, prognóze, léčbě a plánech do budoucna, stává se v průběhu léčby mnohem klidnějším. Při předávání informací pacientovi bychom vždy měli postupovat systematicky a s rozvahou a přihlídnout k tomu, s jakým pacientem komunikujeme. Janíková a Zeleníková (2013) upozorňují, že zvláštní pozornost musíme věnovat pacientům, kteří jsou nějakým způsobem handicapováni. Pokud máme před sebou pacienta např. se smyslovým deficitem (zrakovým nebo sluchovým) musíme tomuto deficitu předávání informací přizpůsobit zajištěním vhodných kompenzačních pomůcek či přítomností tlumočnicka.

Při komunikaci s jakýmkoli pacientem bychom vždy měli nejprve zjistit, co už pacient ví a na co tedy můžeme navázat. Informace, které mu ještě scházejí, potom dávkuje postupně po zvládnutelných dávkách a dbáme na to, abychom tyto informace poskytovali ve vhodné chvíli. Pravidelně si ověřujeme, že pacient dobře rozumí tomu, co mu říkáme, na závěr pak to nejdůležitější shrneme a znovu zopakujeme. Pokud je to vhodné, zapojíme pacienta tím, že mu místo striktních instrukcí, nabídneme možnosti a dáme tak prostor, aby si sám zvolil, co je pro něj nejvhodnější a nejschůdnější variantou. Vždy také myslíme na to, že je třeba si ověřit, zda je pro pacienta plán přijatelný a nic mu nedělá starosti (Ayers, De Visser, 2011).

Zacharová (2016) uvádí, že v praxi existují v podstatě dvě skupiny pacientů ve vztahu k potřebě informovanosti. Drtivá většina pacientů patří do skupiny, která projevuje

zájem o velké spektrum informací souvisejících s jejich nemocí a jejím průběhem, zajímají se o diagnostiku a průběh terapie, která je čeká. Menšinu tvoří pacienti, kteří žádné extra informace nevyžadují, spokojí se s pokyny, které dostávají od zdravotníků, nemají potřebu klást žádné doplňující otázky, získávat další informace a nechat si vysvětlit souvislosti spojené s jejich zdravotním problémem. Tato menšinová skupina se rekrutuje ze všech vrstev společnosti. Přesto se jedná zejména o seniory. Dále je tato skupina tvořena větším podílem lidí s nižším stupněm vzdělání. Obecně lze říci, že pokud je pacient dobře informován ohledně své nemoci, dochází k jeho určitému zklidnění a probouzí se v něm důvěra ke zdravotníkům, neboť má pocit, že může situaci kontrolovat. S dostatkem informací by se měla snižovat i chybovost pacienta při dodržování léčebného režimu a potřebné diety, protože ví, jak přesně se má chovat.

Venglářová a Mahrová (2006) popisují předávání informací mezi zdravotníkem a pacientem, které probíhá cestou informačního rozhovoru. Při odběru anamnézy podává informace primárně pacient, když mluví o sobě. Informace sdělují i zdravotníci – např. sestra popisuje pacientovi, jak bude probíhat určitý zákrok. Informace tedy proudí oběma směry. Přenos informací ovšem v některých chvílích nefunguje, příkladem takové situace je akutní ohrožení života pacienta. Nikdy nesmíme informace na pacienta pouze vychrlit a považovat věc za uzavřenou. Jsme povinni odpovědět na jeho případné dotazy a ověřit si, že námi poskytnutým informacím porozuměl. Zacharová (2016) upozorňuje, že pokud bychom pacienta důsledně neinformovali, můžeme ho tím poškodit. V takovém případě hovoříme o iatropatogenii, tedy o poškození pacienta ze strany zdravotníků. Sdělené informace mohou mít zásadní vliv na další průběh nemoci. Zneklidnit pacienta je přitom velmi snadné – leckdy stačí, aby lékař či sestra při sdělování informací byli nejistí nebo použili při opakovaném rozhovoru trochu jiná slova a pacient může znejistit kvůli pocitu, že se mu zdravotníci snaží něco zatajit. To může být pro pacienta dost nebezpečné, neboť organismus je zesláblý vlastním onemocněním a ještě může vlivem stresu dojít i k ovlivnění psychické pohody.

2 Vývoj vztahu mezi zdravotníkem a pacientem

Vztah mezi zdravotníky a pacienty prošel ve svém vývoji nesčetnými proměnami. Pokud se podíváme do historie, můžeme si povšimnout jasně závislosti pacienta na zdravotnících a paternalistického vztahu mezi nimi. Přesto se od počátku zdravotníci snažili poskytovat pacientům to nejlepší, co jejich doba nabízela. Již v dobách starověkého Řecka byl jejich vztah založen na, pro tuto dobu, moderních lékařských poznatcích a technických možnostech, na náhledu na lidské zdraví, sociálních hodnotách a etice (Halmo, 2014). Obecně, se v historii uplatňoval paternalistický vztah. Beauchamp a Childress (2001) hovoří o paternalismu jako o záměrném potlačení preferencí, přání a hodnot nějaké osoby, v tomto případě pacienta. Osoba, která potlačuje, obhajuje svůj přístup tím, že pro poškozeného chce jen to nejlepší a vybírá pro něj optimální možnost. Ptáček a Bartůněk (2015) zdůrazňují, že ačkoli je dnes již toto pojetí vztahu mezi zdravotníky a pacienty považováno za překonané, bylo pro obě strany výhodné. Pacient přijímal rozhodnutí o něj pečujících zdravotníků s vděčností a obě strany pracovaly na zlepšení zdravotního stavu pacienta.

Paternalistický přístup se uplatňoval i u zakladatelky ošetrovatelství Florence Nightingale. Ta svou koncepci ošetrovatelské péče vytvářela v polovině 19. století. Pro pacienty sice preferovala sebepéči okamžitě, jakmile to jejich stav umožňoval, primárně je ale považovala za pasivní příjemce zdravotnické péče. V její době se věda, technika i zdravotnictví teprve rozvíjely a lidé podpoře svého zdraví nevěnovali téměř žádnou pozornost, neboť řešili jiné problémy. Tuto úlohu tak za ně museli přijmout zdravotníci (Halmo, 2014).

V dnešní době je tento přístup nahrazován novým pojetím pacientů. Bereme je jako informované a inteligentní bytosti, které mají právo spoluúčasti na své léčbě (Roztočil a kol., 2011). Snažíme se pracovat na budování partnerského vztahu zúčastněných pacientů a zdravotníků. Pacient má právo, aby mu zdravotníci poskytli veškeré potřebné údaje k tomu, aby mohl před zahájením jakéhokoli diagnostického a terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Výjimku tvoří případy akutního ohrožení života, kdy nelze informace poskytnout z důvodu omezeného času nebo stavu pacienta. V ostatních případech musí být pacient náležitě informován o rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Ani dnes však nelze na paternalistické pojetí vztahu zdravotníka a pacienta zcela zapomínat. Upozorňuje na to Hoffmanová (2007), která říká, že někteří pacienti nedisponují dostatečnou rozhodností, a tudíž by měli mít možnost si paternalismus svobodně zvolit, aby na nich tíha rozhodování příliš neležela. Tuto teorii potvrzuje mimo jiné svým výzkumem např. Schneider (1998), který na souboru 312 dotazovaných zkoumal, do jaké míry by chtěli činit rozhodnutí, pokud by je postihlo nějaké onemocnění. Preference činit vlastní rozhodnutí zobrazovali respondenti na škále 0-100, přičemž 0 znamenala „nechci vůbec rozhodovat“, 100 naopak „chci plně rozhodovat“. Konečný výsledek byl 33,2. V tomto konkrétním výzkumu tedy bylo dosaženo zjištění, že preference pacientů činit tato rozhodnutí nejsou příliš vysoké. Nelze ovšem tento výsledek zobecňovat, vždy musíme přihlédnout přímo ke konkrétnímu pacientovi, o kterého pečujeme a k jeho diagnóze. Jiná situace totiž může být např. u chronicky a vážně nemocných. Domácí hospic *Cesta domů* ve spolupráci s agenturou STEM/MARK pravidelně provádí výzkumy veřejného mínění mezi pacienty (potažmo laickou veřejností) a lékaři. V roce 2015 se výzkum zaměřil mimo jiné na komunikaci zdravotníků s pacienty a respektování přání pacientů. Výzkumu se zúčastnilo 1088 respondentů z řad veřejnosti a 418 respondentů z řad lékařů. Respondenti z řad veřejnosti se domnívají, že pacienti zasahují do výběru terapie spíše okrajově, a proto by uvítali možnost větší participace pacientů do rozhodování. Polovina dotázaných laiků považuje za optimální situaci, kdy dochází mezi lékařem a pacientem k dialogu a domluvě na postupu při léčbě. Čtvrtina dotazovaných by pak nechávala rozhodnutí pouze na pacientovi a stejný podíl pouze na lékaři. Ukázalo se také, že velmi záleží na věku pacientů – mladší věková kategorie se výrazně častěji přiklání k názoru, že právo rozhodovat o postupu léčby má pacient, naopak v generaci starší 60 let je zřetelnější náklonnost k tomu nechávat rozhodnutí na lékaři (Hospicové občanské sdružení *Cesta domů*, 2014 a). Nejčastější odpovědí u lékařů (78 %) byl názor, že by bylo optimální, aby o léčbě rozhodovali lékař a pacient společně. Je tedy zřejmé, že v tomto názoru se poměrně shodují lékaři i pacienti a z hlediska komunikace a informovanosti toto lze považovat za optimální postup (Hospicové občanské sdružení *Cesta domů*, 2014 b).

Vztah pacienta a zdravotníka by měl překlenout veškeré rozdíly mezi jejich pozicemi. Tento vztah je často vztahem ambivalentním – plným rozporů, důvěry i nedůvěry zároveň. Zdravotník by se měl za každé situace chovat jako profesionál a jednat

s pacientem jako s rovnocenným partnerem. Tím pacienta může významně duševně podpořit, protože mu vytváří přívětivé prostředí, ve kterém všechny léčebné zákroky správně působí. Je důležité naučit se spolupracovat, pracovat na hezkém osobním vztahu a zejména na účinné výměně informací mezi oběma partnery. Na vytvoření kladného vztahu mezi zdravotníky a pacienty se mimo jiné podílí první dojem, aktuální psychický stav, zážitky pacienta z předchozích hospitalizací, dodržování pravidel slušného chování, pochopení stavu pacienta či tolerantní přístup obou stran (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Bártlová (2005) uvádí, že ve vztahu zdravotníků a pacientů již v dnešní době nelze opomenout neustále se měnící a zdokonalující prostorové zázemí a technické vybavení ambulantních i lůžkových zařízení, stále se vylepšující organizaci práce a kontinuálně se vzdělávající zdravotníky. To vše je pochopitelně nezbytné a nepostradatelné pro poskytování kvalitní péče, správnou diagnostiku a provedení náročných vyšetření a zákroků. Na druhé straně ale pak mnohdy zdravotníci musí více pozornosti věnovat právě nejrůznějším přístrojům a pomůckám a samotný pacient ustupuje do pozadí. Raudenská a Javůrková (2011) upozorňují, že i přes všechny současné materiální pokroky nesmí být opomíjeno holistické pojetí zdraví. To začleňuje do konceptu zdraví i pacientovu rodinu a sociální zázemí. Vörösová, Solgajová a Archalousová (2015) vysvětlují, že holismus vidí člověka jako celek, jehož součástí jsou jedinečné lidské zkušenosti. Čeledová a Čevela (2010) doplňují, že pacienta tak musíme vnímat jako spojení biologických, psychologických a sociálních vlivů. Kutnohorská (2009) uvádí, že holistické pojetí pacienta je v ošetrovatelství velmi zdůrazňováno a je žádoucí takto k pacientovi přistupovat.

Bártlová (2005) vysvětluje, že přístroje zdravotníkovi v dnešní době zprostředkovávají zásadní informace o pacientovi, které dříve musel získat přímým kontaktem s ním. Sociální vazby mohou tím pádem mezi pacienty a zdravotníky citelně ochabovat, neboť zdravotník je vnímá jako nepříliš potřebné. Pacient je však může velmi postrádat. Tyto negativní důsledky technologického rozvoje zdravotnictví nazývá Šimek (2015) dehumanizací. Dnes jsme již díky rozvoji zvyklí porozumět podstatě nemoci na základě biologických poznatků. Současné zdravotnictví je nastaveno tak, že dokáže vyléčit mnoho nemocí, i když se oprostí od psychických a sociálních stránek člověka. V tomto kontextu se pak na pacienta vlastně nedíváme jako na trpícího člověka, ale jako na soubor orgánů, z nichž některý je postižen nemocí.

2.1 *Pacient ve zdravotnickém zařízení*

Pro pacienta je velmi důležité, jakou formu léčby si žádá jeho zdravotní stav (Vytečková, 2011). Plevová a kol. (2011) upozorňují, že existuje velký rozdíl mezi pacientem léčeným v ambulanci a v nemocnici. Vytečková (2011) dodává, že optimální samozřejmě je, pokud může být pacient doma, kam za ním mohou docházet zdravotníci a pomáhat mu, případně může docházet k nějaké formě ambulantní léčby. Někdy se ovšem hospitalizaci nelze vyhnout, např. pokud se zdravotní stav zhorší a tento typ ambulantní péče již nedostačuje. Jiným důvodem pro pobyt v nemocnici, se může stát např. potřeba důkladnějšího vyšetření, plánovaná operace či úraz.

Křivohlavý (2002) uvádí, že až 98 % lidí nepřichází do nemocnice z vlastní vůle, ale jsou tam odesláni odborníkem. Pokud pacient vyhledá odborného lékaře v ambulanci, přichází tam dobrovolně a s představou určité partnerské spolupráce. S ambulantní péčí si pacienti také častěji spojují naději, že jejich zdravotní stav není nijak vážněji poznamenán a ohrožen. S péčí poskytovanou v lůžkových zařízeních a hospitalizací se oproti tomu obecně pojí vyšší míra autority a pacient si je vědom toho, že jeho zdraví může být vážněji ohroženo. S tímto vědomím může být pacient mnohem více frustrován. Pobyt v lůžkovém zařízení s sebou může přinášet mnohé negativní aspekty, znamená značnou ztrátu svobody jednání, rozhodování a pohybu. Pacient je v běžném životě zvyklý hrát určitou sociální roli. Toto specifické určení nemusí během pobytu v nemocnici fungovat tak, jak byl zvyklý, stává se „případem“, pacientem s určitými problémy, které je nutné vyřešit. Dle Špirudové (2015) má proto sestra zaujmout roli pacientova advokáta a snažit se zajistit multioborovou a týmovou saturaci potřeb pacienta.

Jak dále uvádí Křivohlavý (2002), každý člověk vnímá svou nemoc jiným způsobem, jinak se jí snaží poznat a zvládnout. Pacient přichází do nemocnice, kde ho čeká řada vyšetření případně nějaký zákrok. V tu chvíli si klade mnoho otázek a obvykle přichází i nejistota a strach. Prvním krokem, který je potřebné podniknout na cestě ke zvládnutí tohoto problému a který hraje zcela klíčovou roli, je dostatek informací. Pokud ho pacient má, vede to ke snížení stresu. Informace pacient získává buď perцепcí, nebo sociální komunikací. Percepce znamená smyslové vnímání. Jedná se o ty příznaky, které na sobě člověk nějakým způsobem může pozorovat – vidí je, cítí nebo slyší. Díky smyslům se dozví, že s ním není něco v pořádku,

nebo se naopak nějaké obtíže zlepšují a vytrácejí, a získává tak informace o svém aktuálním stavu. V případě sociální komunikace jde o informace, které se pacient dozví od lidí, kteří ho obklopují. Jakmile tyto údaje pacient dostane, pomůže mu to pochopit, co se s ním děje.

Raudenská a Javůrková (2011) nastiňují, jak by měl vypadat příjem pacienta k hospitalizaci a následné chování k němu v průběhu jeho léčby. Je nutné integrovat do praxe etické normy chování, správnou komunikaci a podpůrnou psychoterapii. Při příjmu nesmíme zapomínat na to, že se pacient ocitá v neznámém prostředí. Po příchodu na oddělení by zde měl být přivítán, oslovován by pacient měl být příjmením, či akademickým titulem. Zdravotníci, kteří o něj budou pečovat, by mu měli podat ruku, představit se, jmenovky jsou dnes již naprostou samozřejmostí, neboť pacient může být rozrušen a nezapamatuje si hned všechna jména. Také by mu mělo být představeno oddělení a jeho zázemí. Měl by znát číslo svého pokoje, vědět, kde je toaleta, místnost pro návštěvy a znát denní režim oddělení. Informovat pacienta je naprosto klíčové. Zejména lékaři občas mohou opomíjet některé skutečnosti, protože jsou pro ně samozřejmé a nepovažují za důležité je zdůrazňovat, nebo si myslí, že je pacient už ví. Proto před každou intervencí pacienta jasně informujeme o všem, co ho čeká, jaký je postup, časová náročnost či zda existují nějaká rizika. Při podávání informací nepředpokládáme, že pacient zná zdravotníky používané odborné názvy, a hovoříme srozumitelně. Potvrdíme si pacientovo porozumění námi sdělených informací a dáme prostor pro jakékoli dotazy a upřesnění. Dobiáš (2013) zdůrazňuje, abychom před pacientem nikdy nedávali najevo, že spěcháme a nemáme na něj dostatek času, i pokud tomu tak ve skutečnosti opravdu je, protože netrpělivost či rozhořčení blokuje optimální komunikaci. Naopak co dáváme najevo neustále, je zájem. Ten má vyzařovat z postoje, gest, tónu řeči i očního kontaktu. Ptáček a Bartůněk (2015) ještě doplňují, že je nezbytné dát pacientům pocit bezpečí a vytvořit přátelské a příznivé prostředí. Jedině tak se i při hospitalizaci může cítit dobře.

2.2 *Komunikace s pacientem*

Člověk je bytost se sociálními potřebami a k jejich uspokojování využívá přímý kontakt s ostatními lidmi a řeč. Komunikace reguluje vztahy mezi lidmi, bez její existence by nemohla fungovat žádná sociální skupina. (Zacharová, 2016). Komunikace probíhá

na různých úrovních. Verbální komunikace znamená předávání zpráv pomocí řeči. Jedná se o proces sdělování informací od jednoho subjektu směrem ke druhému pomocí zvukových nebo grafických znaků (Jiřincová, 2010). Neverbální komunikace je taková, při níž nepoužíváme žádná slova. Mezi prvky neverbální komunikace řadíme např. to, když se smějeme, mračíme, gestikulujeme, zvýšíme hlas nebo se někoho dotýkáme (DeVito, 2008). Specifičnost neverbální komunikace oproti té verbální spočívá v jejím spontánním vyjádření. Není možné, aby ji původce zcela kontroloval, a je proto velmi důvěryhodná (Slaměnik, 2011). Velmi důležitý je vzájemný vztah verbální a neverbální komunikace. Existuje několik možných úhlů pohledu na tento vztah. Prvním druhem je soulad, kdy jsou všechny složky komunikace kongruentní, tzn. že verbální sdělení plně odpovídá neverbálnímu projevu. Tento soulad je jednoznačně účelným a efektivním způsobem komunikace (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015). Kongruence v komunikaci se na lidech harmonicky podepisuje na těle, v myšlenkách, citech, mimice i postoji. Pro člověka s nímž komunikujeme je kongruentní komunikace dobře čitelná a jasná. Leckdy ovšem kongruence činí velký problém, v dnešní době zejména vlivem stresu (Praško, Prašková, 2007). Dalším typem vztahu mezi oběma druhy komunikace je rozpor, kdy člověk sice něco říká, ale jeho neverbální projevy odpovídají pravému opaku sdělovaného. Rozpor je patologický a v nejhroších případech může vést i k narušení duševní rovnováhy komunikujících. Třetím druhem je mimoběžnost, což je stav, ke kterému v komunikaci dojde např. ve chvíli, kdy se jedinec dostatečně nesoustředí ani na informace, které sděluje verbálně, ani na neverbální projevy, a ty si pak neodpovídají (Zítková, Pokorná, Mičudová, 2015).

Kvalitní ošetrovatelská péče nemůže být poskytována bez efektivní komunikace, ať už se jedná o přenos informací mezi zdravotníkem a pacientem, anebo mezi zdravotníky navzájem. Komunikace v rámci této profese si nárokuje zvláštní znalosti a dovednosti, kterým se zdravotníci učí během přípravy k výkonu tohoto povolání (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

O významu komunikace ve zdravotnictví není pochyb (Hekelová, 2004). Institut zdravotní politiky a ekonomiky v roce 2004 provedl výzkum vztahu pacientů k lékařům (nemocničním, ambulantním a praktickým). Jako velký problém se ve výzkumu ukázala komunikace, kterou respondenti hodnotili jako nedostatečnou, v některých případech i zlehčující a nepřiměřenou pacientovu stavu a situaci, ve které se nachází. Dotazování

dále lékařům vytýkali, že jim často neposkytují dostatek informací o léčbě, rekonvalescenci a prevenci, či jsou k nim hrubí, nerespektují jejich stud a nejsou všímaví k jejich bolesti a potížím (Linhartová, 2007). S výše uvedeným souhlasí Vévoda a kol. (2013), kteří uvádí, že komunikace představuje jedno z nejslabších míst v našem zdravotnictví vůbec. Důkazy pro toto tvrzení spatřuje např. ve stížnostech nebo soudních sporech. Často se totiž tyto stížnosti pacientů spíše než zákroků, výkonů a kompetencí, týkají právě nevhodné komunikace. Podstatová, Sovová a Řehořová (2007) doplňují, že mnoho nedorozumění ve zdravotnictví vzniká právě z nedostatečné komunikace a z chybného dojmu pacientů, kteří mají nezřídka pocit, že zdravotníci jsou neomylní.

Přitom mnohým konfliktům při komunikaci s pacientem můžeme předejít slušným a pozorným chováním. Zdravotníkům je mimo jiné doporučováno při kontaktu s pacientem zjistit vše, co by mohlo zhoršovat efektivní spolupráci, vždy mu pozorně naslouchat, respektovat jeho přání a soukromí, seznámit pacienta s jeho diagnózou a následným léčebným postupem srozumitelně a v neposlední řadě být poctivý a čestný (Zacharová, 2016).

2.3 Úloha sestry v procesu informování pacientů

Sestra v ambulanci i na nemocničním oddělení představuje pro pacienta jeho nejbližší kontakt s celým světem zdravotnictví. Pro někoho je to doslova „anděl“, pro jiného ten, kdo je stále ve spěchu a nemá vůbec čas. Sestra je však především profesionál, který zvládá během své pracovní doby velké množství úkolů. Všechny jsou zaměřeny na pacienta a jeho potřeby (Grofová, 2007). Sestra vždy byla, je a bude vnímána jako nezbytná součást týmu, který pečuje o nemocného (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Ve vztahu k němu má nespočet rolí a úloh. Je mimo jiné pacientovou ošetřovatelkou, komunikuje s ním, edukuje ho, radí mu a je jeho obhájkyní. Informuje ho o jeho právech, ujišťuje se, že těmito svými právy dobře rozumí a ta nejsou porušována, pomáhá pacientovi rozhodovat se a mluvit o jeho problémech, starostech, potřebách a zájmech (Kutnohorská, 2007). Je s pacientem v neustálé každodenní interakci a díky tomu ho dobře zná. Při získávání informací o něm vychází ze zkušeností v jednání s nemocnými a ze schopností rozpoznat, které informace mají pro ni zásadní význam při poskytování odborné péče. Již při prvním kontaktu s pacientem při příjmu sestra získává informace prvním

dojmem, rozhovorem, pozorováním a fyzikálním vyšetřením (Workman, Bennett, 2006). Vzhledem k dobré znalosti pacienta sestra ví, jak k němu správně empaticky přistupovat se zřetelem k míře informovanosti, kterou daný člověk potřebuje. Stará se o to, aby měl pacient adekvátní dostatek informací (Ptáček, Bartůněk, 2011). Informovat pacienta musí vždy ten pracovník, který bude poskytovat danou zdravotní péči či zákrok, o kterém informuje. Poučit pacienta tedy může lékař, sestra či jiný nelékařský pracovník, pokud se to týká úkonů, které je plně způsobilý provést ve smyslu platných právních předpisů. Pokud se tedy jedná např. o odběr krve, je sestra povinna pacienta informovat a poučit o tomto úkonu, protože mu jej bude sama provádět (Špeciánová, 2015). Informovat pacienta o jeho onemocnění, prognóze a terapii je výhradně v kompetenci lékaře, sestra nemá oprávnění k jakékoli diagnostice či stanovování léčebného režimu. Je však v této souvislosti oprávněna informovat pacienta o aplikaci léčiv, které mu lékař určí. Informuje tedy pacienta o způsobu, jakým se léčivý přípravek užívá, čemu se má pacient v průběhu užívání vyvarovat, jaké jsou nežádoucí účinky a rizika, která se pojí jak s užíváním samotným, tak s aplikací léčiva (Ptáček, Bartůněk, 2011). Na chirurgických odděleních provází sestra pacienta a přináší mu důležité informace v období před i po operaci. Prochází s ním předoperační přípravou, připravuje ho na situace, se kterými se může setkat na operačním sále a na to, co nastane po samotném zákroku (Janíková, Zeleníková, 2013).

Každá sestra si přeje s pacientem navázat spolupráci, vytvořit pro něj důvěryhodné prostředí a poskytovat mu průběžně potřebné validní informace. K tomu je zapotřebí efektivní komunikace s pacientem, a pokud je to možné, tak i s jeho rodinou. Sestry se velkou měrou zaslouhují o vzdělávání pacientů, neboť jim podávají opakované ústně i písemně předávané informace (rozhovor, informační brožury), podněcují je k vhodným aktivitám a dodržování léčebných opatření, kontrolují cílenými dotazy, zda pacienti dobře chápou svou situaci a vše co jim je sdělováno, garantují jednotný a dobře srozumitelný informační tok, který bere ohled na všechny potřeby pacientů, a pacienty povzbuzují a psychicky je podporují během léčby, kterou si prochází (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

3 Etický rámec problematiky informovanosti pacientů

Mezi předpoklady poskytování kvalitní péče pacientům patří mimo jiné i vynikající znalosti etických principů a norem (Ptáček, Bartůněk, 2014). Zdravotnická etika vychází ze tří zdrojů. Za prvé z Hippokratovy přísahy, která dodnes tvoří úplný základ zdravotnické etiky. Je součástí Corpus Hippocraticum, jež představuje ucelený a systematický záznam z jedné z nejstarších lékařských škol na světě. Druhým zdrojem, z něhož vychází celá zdravotnická etika a morálka, je židovsko-křesťanská tradice. Židé ochraňují lidský život v každé situaci, neboť věří, že člověk byl a je stvořen k obrazu Božímu. Velmi důsledně dodržují povinnost pečovat o zdraví, nekompromisně odmítají pověry a iracionální způsoby léčby, mají rigidní kodex hygienických a dietetických opatření a sexuální morálky. Etika křesťanství pak přinesla ošetrovatelství a medicíně nový rozměr v pohledu na vztah k nemocnému člověku, který je založený na principu milosrdné lásky. Podstata spočívá ve vnímání důstojnosti, integrity, nenarušitelnosti a hodnoty každého jednotlivého lidského života, protože každý takový život je darem od Boha. Třetím zdrojem zdravotnické etiky jsou novodobé filozofické směry, které přinesly mnoho nových pohledů na vnímání lidské existence a života. Mezi tyto směry patří např. fenomenologie (filozofické zkoumání člověka, které se neomezuje na standardní vědecké metody jako je experiment, měření či pozorování, ale používá metodu zkoumání zkušeností), hermeneutika (význam pro rozvoj teoretických poznatků ošetrovatelství, učení o způsobu poznávání a porozumění) či holismus (zdroj etického přístupu sestry k pacientovi, jedná se o filozofii celistvosti) (Kutnohorská, 2007).

3.1 *Etika v ošetrovatelství*

Při výkonu svého povolání nepotřebuje sestra tak důkladné vzdělání v oblasti biologických věd jako lékař, neboť jejím úkolem není diagnostika a léčba pacientových nemocí, ale vyžaduje mnohem pestřejší paletu znalostí z oblasti humanitních věd. Souvisí to s náplní její práce – plní ordinace lékaře, pečuje o pacientův tělesný a psychický komfort, edukuje ho a stará se o to, aby měl všechny potřebné informace. Správně vzdělaná sestra, která pracuje s nasazením, aby zajistila pacientovi vše potřebné, se stává prostředníkem mezi vědeckým světem lékaře a přirozeným světem pacienta (Šimek, 2015).

Mimo odborné znalosti potřebuje každý zdravotnický pracovník také určité osobnostní předpoklady. Těch je nepřeberné množství, jmenujme např. empatii, porozumění problémům druhých, tvůrčí přístup při řešení svěřených úkolů, klidné a trpělivé vystupování s pohotovými reakcemi, urovnaný systém vlastních hodnot či humánní vztah k nemocnému. Všechny tyto a mnohé další předpoklady vyžadují po zdravotnících sebekritickou kontrolu vlastního jednání a etické chování. Pod vlivem etických norem společnosti byly zformulovány základní dokumenty, které mají za úkol zkvalitnit činnost pracovníků ve zdravotnictví (Šrámková, 2007).

V roce 1953 ICN vypracovala Etický kodex sester, který se stal významným milníkem ve vývoji ošetrovatelské profese. V průběhu času byl tento kodex několikrát přepracován (Kutnohorská, 2010). Zatím poslední novelizace proběhla v roce 2000. Na tento kodex reagovaly postupně národní profesní organizace sester a přihlásily se k němu i profesní organizace českých sester. Pro ČR vešel Etický kodex v platnost dne 29. března 2003 (Kelnarová, Matějková, 2014). Kodex určuje sestřím jejich čtyři základní povinnosti. Mají za úkol pečovat o zdraví a navracet ho, předcházet nemocem a zmírňovat utrpení nemocných. Zároveň sestry musí pamatovat na to, že ošetrovatelská péče musí být všem poskytována stejně svědomitě a kvalitně. Není tedy omezena pokud jde o věk, barvu pleti, vyznání, politické přesvědčení, postižení, pohlaví nebo společenské postavení nemocného (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2008).

3.2 Práva pacientů

Neodmyslitelnou součástí poskytování etické ošetrovatelské péče je respektování lidských práv. K těmto právům patří právo na život, na důstojnost a právo na zacházení s úctou (Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2008). Munzarová (2005b) uvádí, že ze základních lidských práv vycházejí práva pacientů. Jedná se tedy o aplikaci lidských práv do oblasti zdravotnictví. Sestry se musí o dodržování těchto práv zasahovat. Kutnohorská (2007) ještě doplňuje, že samotné formulování práv pacientů má pacienty vést k větší zodpovědnosti při vyhledávání a čerpání zdravotní péče a k přijetí aktivní role při diagnostice a terapii. Podstatová, Sovová a Řehořová (2007) uvádí, že dle Etického kodexu Práv pacientů, který vešel v platnost 25. února 1992, má pacient právo na zachování mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se zdravotníci dozví v souvislosti s výkonem svého povolání, právo

na soukromí při ošetřování a léčbě, právo na bezplatné preventivní vyšetření sledující změnu zdravotního stavu pacienta, právo na alespoň jeden léčivý přípravek v každé skupině léčiv plně hrazený pojišťovnou či právo na ohleduplné, citlivé a důstojné zacházení. Šamánková (2011) mezi práva pacientů řadí mimo jiné např. právo na ohleduplnou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky, právo znát jména těchto pracovníků, právo získat veškeré informace o zákrocích, které pacienta čekají, aby se mohl rozhodnout, zda s nimi souhlasí či nikoli, právo na ochranu informací o jeho zdravotním stavu, právo na kontinuitu péče nebo právo na podrobné a srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl postupovat nestandardním způsobem či experimentálně. Joint Commission International (2014) uvádí, že samozřejmostí by mělo být informování pacienta a jeho blízkých o povaze onemocnění a navržených léčebných postupech, respektování přání pacientů při rozhodování o odmítnutí léčby, informování o tom, jaký je postup při vyřizování podaných stížností na poskytnutou zdravotní péči a v neposlední řadě informování pacienta o jeho právech i povinnostech souvisejících s dodržováním léčebného režimu.

3.3 Podávání informací během léčby

Každý pacient je jedinečná bytost, která má své specifické potřeby a vlastní hodnotový systém (El-Wakeel, 2006). Činnost zdravotníků musí vždy směřovat k tomu, aby pro pacienta dokázali vytvořit atmosféru důvěry a otevřené vzájemné komunikace, aby mohly směrem k pacientům otevřeně proudit informace (Joint Commission International, 2014). Informace jsou pro pacienty prvním krokem na cestě boje s jejich onemocněním (Křivohlavý, 2002). Toto tvrzení můžeme potvrdit výsledky mnoha výzkumů, v nichž vyplývá, že pacienti chtějí s probíhající léčbou mít o všem, co se jich týká, dostatek informací, neboť jim to pomáhá zvládnout jejich nesnadnou situaci (Bužgová, 2015). Za velmi důležité pacienti považují podání pravdivých informací o jejich nemoci a prognóze citlivým způsobem (McIllmurray, 2003). Svatošová (2005) doplňuje, že pravdivé informace o zdravotním stavu jsou pro pacienty klíčové v kontextu naplnění psychických, sociálních a spirituálních potřeb. McIllmurray (2003) dále uvádí, že nezbytný je také dostatek informací o ošetřovatelském plánu, možnosti doplňkových služeb, které mají pacientům pomáhat a doplnit léčebný režim, či o možnostech finanční pomoci, na kterou mají v době nemoci nárok, aby jejich rodina finančně netrpěla. Bužgová (2015) upozorňuje, že v dnešní společnosti, ve které

mají informace své nezastupitelné místo a lidé považují za velmi důležité vše kolem sebe znát a rozumět tomu, je zcela jasné, že pacienti budou požadovat informace o jejich nemoci a stavu a že na to zdravotníci nesmí nikdy zapomínat. Uherek (2008) však konstatuje, že zdravotníci svou informační povinnost občas zanedbávají, a to z nejrůznějších důvodů. Komunikace s pacienty a jejich informování je pro ně totiž velmi zatěžující časově, psychicky i po odborné stránce. Práva na informace se navíc leckdy vzdávají i pacienti samotní. Každý zdravotník již téměř jistě někdy od pacienta slyšel, že postup vyšetření, zákroku či léčby nechá zcela na něm, neboť je odborník, a proto se mu tedy pacient svěří do výhradní péče. Případně jsou pro ně předávané informace příliš složité, a tak jim nevěnují adekvátní pozornost.

V souvislosti s informováním pacientů byly prováděny mnohé výzkumy. Z nich vyplynulo, že existují dvě velké skupiny pacientů v závislosti na tom, jaké informace vyžadují. Prvním typem jsou informace procesuální, které souvisí s věcným informováním o technických aspektech vyšetření nebo zákroku, které by měl pacient podstoupit. Druhým typem jsou informace emocionální, které se pojí s pravděpodobným emocionálním stavem, jímž si pacient v různých fázích zákroku nebo vyšetření bude procházet. Velmi se při tomto srovnávání dbalo na to, jak konkrétní druh informace pacienta ovlivnil. Výsledky ukázaly, že důležitější než informace technické, které souvisejí s postupy, jsou pro pacienty ty pojící se s emocemi. Z výzkumu dále vyplynulo dělení na dvě velké skupiny pacientů v závislosti na tom, jaké informace vyžadují. Jednou skupinou jsou tzv. „vyhýbaví“. Ti se, pokud to bylo jen trochu možné, vyhýbali všemu nepříjemnému, co by je mohlo při léčbě čekat. Neměli proto ani zájem o jakékoli informace o tom, co je čeká a čím by si měli projít na cestě k uzdravení. Pokud i přesto vnuceně obdrželi nějaké informace, neměli na ně dobrý vliv a naopak byli rozladěni. Druhou skupinu tvořili tzv. „aktivní bojovníci“, kteří se naopak sami zajímali o průběh léčby, a čím více informací jim bylo předáno, tím lépe se dokázali i s budoucími náročnými léčebnými zásahy vyrovnat a zvládnout je. Rozhodně tyto výsledky nesmíme zobecňovat a brát je jako platné pro všechny pacienty. Postup podávání informací musíme zvolit individuálně, vždy podle toho, jakého pacienta máme před sebou (Křivohlavý, 2002). Linhartová (2007) hovoří o tom, že při informování pacienta musíme vždy komunikaci přizpůsobit také obsahu sdělení. Co je pro jednoho skvělou zprávou, může být pro druhého špatným sdělením a problémem.

Např. potvrzení těhotenství je pro jednu maminku, která si dítě přála a těší se na něj, radostí, pro druhou to může být velký problém, ne-li přímo tragédie. Špatné zprávy čas od času sdělují zdravotníci pacientům na všech pracovištích. Např. na chirurgii se diabetik může dozvědět, že kvůli dekompenzaci a postupu diabetu je nutná amputace nohy, na očním pacientovi sdělí, že nevratně přišel o zrak vlivem amoce sítnice, na neurologii ho může čekat zjištění, že po prodělané mozkové příhodě nemusí již nikdy být jeho zdravotní stav takový, jaký byl dřív, a tak bychom mohli pokračovat dále. Pacientovi sdělujeme vždy informace pravdivé a podstatné, ale citlivě, s cílem v něm nevzbudit nereálná očekávání, ale ani mu nesebrat naději na vyléčení.

4 Právní rámec problematiky informovanosti pacientů

Jakákoli činnost v lidské společnosti je řízena soustavou obecně závazných a platných norem, které ustanovují, jak se lidé mají chovat. Je logické, že součástí této soustavy je i oblast zdravotnictví. Poskytování zdravotní péče je a vždy bude upraveno předpisy, které určují práva a povinnosti poskytovatelů i příjemců této péče. Právní úprava oblasti zdravotnictví je součástí právního řádu ČR. Dodržování právních předpisů společnost vyžaduje a nedodržování je sankcionováno. Právní řád se v čase kontinuálně vyvíjí, normy, které jsou již zastaralé, se neustále přepracovávají, jsou novelizovány a nahrazovány novými normami. Normy se v průběhu schvalovacího procesu přibližují co nejvíce aktuálním potřebám daného oboru. Je nutné reagovat na vytváření nových seskupení ve společnosti, stále rostoucí migraci obyvatel i na modernizaci a rozvoj technologií, jež se samozřejmě týká i zdravotnictví, a zajistit tak tomuto odvětví fungující právní úpravu (Vondráček, 2005). Barták (2010) uvádí, že zdravotnické právo je velmi rozsáhlou oblastí a v kontextu vývoje současných zdravotnických systémů vystupuje stále více do popředí. Důvodů je mnoho. Příkladem uveďme potřebu regulace nových přístupů k léčbě, dále organizaci a financování zdravotnických služeb a zapomínat nesmíme ani na stále rostoucí očekávání pacientů.

Pacienta vnímáme jako autonomní bytost, která je na základě podaných informací schopna posoudit, z jakého diagnostického a léčebného postupu může nejvíce profitovat, ačkoli není odborníkem na danou oblast. Pokud se pacient svobodně a s dostatkem informací rozhodne pro nějaký léčebný zákrok či postup, nemůže se již následně dovolávat nereálné změny výsledků a porušení nedotknutelnosti své osoby. Zdravotníci proto nesmí řádné informování pacientů podceňovat, neboť tak chrání nejen pacienta, ale i sami sebe (Wagnerová a kol., 2012).

4.1 *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*

V dubnu 1997 byla v Oviedu přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny známá jako Úmluva o lidských právech a biomedicíně. ČR se svým podpisem k Úmluvě připojila 24. června 1998. Úmluva byla zpracována v návaznosti na důležité dokumenty, jako je Úmluva na ochranu lidských práv a svobod, Evropská sociální charta, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Mezinárodní pakt

o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluva o ochraně osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat a Úmluva o právech dítěte. Signatáři Úmluvy si byli vědomi zrychlujícího se vývoje biologie a medicíny a toho, že zneužití těchto odvětví může vést k činům, které ohrožují lidskou důstojnost, a také považovali za nutnost chránit lidskou bytost jako jednotlivce i jako člena společnosti. Úmluva potvrdila myšlenku, že pokrok v biologii a medicíně je nutné použít ve prospěch současné i budoucí generace a zdůraznila nutnost mezinárodní spolupráce. V Úmluvě se nezapomíná ani na nutnost informovanosti pacientů. K této problematice se vztahuje Článek 5, který upravuje obecná pravidla informovanosti. Říká, že jakýkoli zákrok můžeme pacientovi provést pouze v případě, že ten k tomu dá svobodný a informovaný souhlas (Úmluva o lidských právech a biomedicíně: úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny:série Evropských úmluv - č. 164, Oviedo, 4.IV.1997. 2000).

Další částí vztahující se k tématu informovanosti pacientů je Článek 6, jenž hovoří o ochraně osob, které z jakéhokoli důvodu nejsou schopny poskytnout zdravotníkům svůj souhlas. Tato Úmluva u nezletilých pacientů či duševně postižených, kteří nejsou schopni o sobě sami rozhodnout, předává tuto volbu do rukou jejich zákonných zástupců. S jejich souhlasem je možné zákrok provést, je-li to v nejlepším zájmu pacienta. Článek 10 hovoří o ochraně soukromí a právu na informace. Zdůrazňuje, že každý je oprávněn k tomu znát veškeré informace o svém zdravotním svatu. Pokud ovšem tyto informace znát nechce, je nutné to respektovat (Úmluva o lidských právech a biomedicíně: úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny:série Evropských úmluv - č. 164, Oviedo, 4.IV.1997. 2000).

4.2 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Problematiku informovanosti pacientů řeší Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona je poskytovatel povinen zajistit srozumitelné a dostatečné informování pacienta o zdravotním stavu a případných změnách tohoto stavu a navrženém léčebném režimu. Pacient či pacientem určená osoba také mají dle tohoto zákona právo klást doplňující otázky vztahující se k informacím o zdravotním stavu. Tyto otázky musí být ze strany

zdravotníků srozumitelně zodpovězeny. Pacient musí být poučen o příčině, původu a stadiu nemoci včetně prognózy a možnostech léčby. Informace mají být pacientovi vždy podány při přijetí do péče a dále při jakékoli změně. Pokud jsou informace o zdravotním stavu a celkové prognóze nepříznivé, mohou být na nezbytně dlouhou dobu a v rozsahu nezbytně nutném zadrženy. Toto lze provést ve chvíli, kdy předpokládáme, že by pacientovi získání takových informací mohlo nějakým způsobem uškodit. Toto opatření ovšem neplatí v případě, že díky informaci by pacient mohl ovlivnit svůj zdravotní stav, podniknout preventivní opatření, podstoupit včasnou léčbu nebo je jeho zdravotní stav rizikem pro okolí. Pokud pacient informace z jakéhokoli důvodu vědět nechce, může se práva na jejich znalost vzdát a toto jeho přání musí být respektováno. Taktéž má možnost určit osoby, kterým mohou být poskytovány informace o jeho zdravotním stavu nebo naopak vyslovit zákaz jakéhokoli poskytování (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011).

4.3 *Informovaný souhlas*

Informovaný souhlas v trochu jiném pojetí, než jej známe dnes, byl společnosti znám již v 19. století, kdy při chirurgických zákrocích bývalo zvykem, že byl před jejich provedením pacient požádán o souhlas. Nicméně se nejednalo o žádnou oficialitu, do závazných právních norem byl tento postup zaveden až ve 20. století (Munzarová, 2005a).

Informovaný souhlas je v problematice informování pacientů klíčovým pojmem. V současné době se této problematice ve velké míře věnují jak teoretici – právníci, tak i samotná zdravotnická zařízení (Mach, 2010). Jedná se o projev svobodné vůle pacienta, který tím souhlasí s provedením nějakého zákroku, který mu doporučuje odborník k vyřešení pacientových obtíží. V podstatě jde o proces, který má dvě fáze, kterými si musí pacient a zdravotník společně projít, aby byla naplněna podstata informovaného souhlasu – tedy že se jedná o dohodu a komunikaci, nikoli jednostranný akt zdravotníka. V první fázi je pacient zdravotníkem poučen a informován o všem potřebném, jež se vztahuje k plánovanému zákroku. Ve druhé fázi pacient zpracuje podané informace a následně se dle svých hodnot a priorit rozhodne, zda s provedením navrhovaného zákroku souhlasí (Policar, 2010). Sdělované informace musí být vždy pravdivé, kvalifikované a především musí být pacientovi řečeny ústně.

Nemělo by se tedy nikdy stávat, že pacient pouze dostane do ruky papír, na němž jsou informace o zákroku, který ho čeká, se slovy, aby si tiskopis přečetl. Písemný informovaný souhlas má ale také své důležité místo. V případě, že pacient zpětně nařkne zdravotníky, že neobdržel žádné informace, je podepsaný informovaný souhlas důkazem, že k předání informací došlo (Mach, 2010). Důležitost informovaného souhlasu je mimo jiné také v tom, že díky němu pak nemůže být zákrok považován za protiprávní (Policar, 2010).

V praxi je též využíván opak informovaného souhlasu, tzv. informovaný nesouhlas neboli reverz. Reverz je nutné předložit pacientovi k podpisu ve chvíli, kdy i přes náležité opakované informování a vysvětlení potřeby zákroku, si toto nechce nechat provést a s navrženým řešením nesouhlasí. Zdravotník musí pacientovi vysvětlit, jaké důsledky pro něj odmítnutí může mít. Pokud je pacient způsobilý za sebe rozhodovat a setrvá na svém stanovisku, nezbývá, než jej respektovat (Mach, 2010).

4.4 Zdravotnická dokumentace v kontextu informování pacientů

Na zdravotnickou dokumentaci existují čtyři základní požadavky. Musí být pravdivá, systematická, objektivní a jasně orientovaná na problém. Pro zdravotníky znamená dokumentace základní a klíčový prvek komunikace a v podstatě se jedná o důkaz poskytované léčby. Je tedy důležitá i pro zdravotní pojišťovny a význam má i pro pacienta samotného (Krivošíková, 2011). Pacient má totiž právo znát informace, které jsou o něm v dokumentaci uvedeny. Smí do dokumentace nahlížet, vypisovat si poznámky i požadovat kopie části či celé dokumentace. Nahlížení do dokumentace má svá striktní pravidla. Pacientovi je to umožněno pouze na dobu nezbytně nutnou, po dohodě s vedením oddělení či ambulance za přítomnosti někoho ze zdravotníků. Za kopii jakékoli části dokumentace jsou zdravotníci oprávněni požadovat úhradu nákladů spojených s pořízením kopie (Vondráček, Vondráček, 2008). Zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační znaky pacienta a zdravotnického zařízení, které poskytuje péči. Dále pak identifikační znaky zdravotníka, který provádí zápisy, anamnestické údaje a samotné zápisy a záznamy o poskytované péči a zdravotním stavu pacienta (Vondráček, Wirthová, 2009). Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování říká, že informaci o zdravotním stavu podává ošetřující zdravotník, který má kompetence k poskytování zdravotní péče,

kteřé se informace tŷkají. Vždy po podání informací provede příslušný zdravotník záznam o poskytnutí daných informací do zdravotnické dokumentace pacienta. Podstatová, Sovová a Řehořová (2007) doplňují, že zejména chronicky nemocní pacienti se sami mohou jistou měrou podílet na záznamech do své zdravotnické dokumentace. Příkladem mohou být diabetici nebo pacienti s hypertenzí, kteří si provádí tzv. selfmonitoring, naměřené hodnoty zaznamenávají do připravených formulářů a ty jsou následně uchovány jako součást dokumentace.

Zdravotnická dokumentace obsahuje také množství pacientem podepsaných dokumentů. Již při přijetí do nemocnice pacient stvrzuje svým podpisem souhlas s hospitalizací. Jedná se o důležitý právní úkon, který chrání zdravotníky před případným nařčením z neoprávněné manipulace s pacientem. Pokud je pacientem dítě, podepisuje za něj tento souhlas jeho zákonný zástupce. V případě, že je hospitalizován pacient v bezvědomí, řeší se tato situace podle platných právních norem a o hospitalizaci je informován soud. Další podepisování pacienta čeká v případě, že musí podstoupit nějaký zákrok. Podle toho, jaký druh zákroku má podstoupit, je od něj vyžadováno podepsání poučení a souhlasu pacienta s operací, diagnostickým, léčebným výkonem, anestezií či podáním krevní transfúze (Hospitalizace, 2010). Každý informovaný souhlas, který se pacientovi dostane do rukou, musí obsahovat údaje o účelu, prospěchu, možných rizicích, následcích, poučení o případných alternativách, údaje o omezeních, která budou pacienta čekat po zákroku, informace o následném léčebném režimu a v neposlední řadě vyjádření pacienta, že mu všechny uvedené informace byly zdravotníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a měl možnost klást doplňující otázky. Následuje uvedení data, kdy byl informovaný souhlas poskytnut a podpis pacienta i zdravotníka (Policar, 2010). Pokud si pacient provedení jakéhokoli výkonu nepřeje, jsou zdravotníci povinni tuto skutečnost respektovat a informovat ho o následcích, které to pro něj může mít, a pacient stvrdí své rozhodnutí podepsáním příslušeného dokumentu (Hospitalizace, 2010).

Je nesporným faktem, že pacienti během své léčby dostávají velké množství informací. Otázkou zůstává, zda všemu vždy dostatečně porozumí, jak s informacemi naloží, jak celou složitou situaci, ve které se nacházejí, vnímají a prožívají, a zda jim dostatek informací od zdravotníků může pomoci celou situaci lépe a klidněji zvládnout. Tato zjištění jsou záměrem tohoto výzkumu.

5 Cíl práce a výzkumné otázky

5.1 Cíl práce

Cíl 1 Zjistit, jaké informace pacienti potřebují, požadují a postrádají od sester a lékařů v ambulantních a lůžkových zařízeních.

Cíl 2 Zjistit, zda subjektivní vnímání informovanosti odpovídá reálným znalostem diagnózy.

Pojmy použité v cílech práce jsou dále operacionalizovány.

5.1.1 Operacionalizace použitých pojmů

1. Informace

Pojem informace označuje v běžné komunikaci zprávu či sdělení, které má význam pro komunikátora i příjemce. V biologické rovině lze informaci chápat jako označení toho, co si systém vyměňuje mezi vnějším a svým vnitřním prostředím (Dylevský, 2009).

2. Potřeba

Potřeba je chápána jako projev určitého nedostatku či něčeho, co je nutné změnit, aby byla tato potřeba uspokojena. Potřeby jsou individuální a zcela odlišný je proto i způsob, jakým jsou uspokojovány (Šrámková, 2007).

3. Sestra

Všeobecná sestra je poskytovatelem ošetrovatelské péče. Tuto péči poskytuje jednotlivcům, rodinám i skupinám, jimž pomáhá metodou ošetrovatelského procesu. Její profese patří mezi státem regulované a vykonávat ji mohou pouze osoby, které splňují dané normy (Staňková, 2002).

4. Lékař

Lékař je absolventem magisterského studijního programu v oboru všeobecné lékařství, které lze studovat na lékařských fakultách. Na základě svého vzdělání je osobou

oprávněnou k léčení lidí, předepisování léků a provádění diagnostických a terapeutických zákroků (Svobodová, 2013).

5. Diagnóza

Pojem diagnóza znamená rozpoznání určitých příznaků nemoci a její následné pojmenování na základě těchto příznaků. Proces, kterým je diagnóza určena se nazývá diagnostika. Diagnostika zahrnuje posouzení okolností, které by mohly být s příznaky v příčinném stavu, fyzikální vyšetření pacienta či vyšetření na speciálních přístrojích (Vokurka, Hugo, 2011).

5.2 Výzkumné otázky

1. Jaké informace pacienti vnímají jako důležité?
2. Jaké informace jsou pacientům poskytovány?
3. Jaké informace pacienti postrádají?
4. Jak jsou pacienti spokojeni s množstvím informací jim poskytnutých?
5. Jak ovlivňuje množství podaných informací psychický stav pacientů?
6. Jaký způsob poskytování informací je pro pacienty nejúčinnější?
7. Jaký názor mají pacienti na podepisování informovaného souhlasu?
8. Jak jsou pacienti spokojeni s časem stráveným ve zdravotnickém zařízení?
9. Jakou roli chtějí pacienti v průběhu hospitalizace mít v rozhodování o svém zdravotním stavu?

6 Metodika výzkumu

6.1 Použitá metoda

Empirická část práce byla zpracovávána formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. K tomuto rozhovoru byly pro pacienty předem připraveny otázky. Pokud se během dotazování objevily nejasnosti či zajímavosti, nadále se tato zjištění s pacienty rozebírala a upřesňovala. Rozhovor byl prováděn s pacienty docházejícími do ordinace praktického lékaře a s pacienty hospitalizovanými na chirurgickém oddělení. Rozhovor s pacienty z ordinace praktického lékaře (Příloha 1) obsahoval 16 otázek. Rozhovor s pacienty hospitalizovanými na chirurgickém oddělení (Příloha 2) měl 17 otázek

Každý rozhovor probíhal v klidném prostředí. Na každého pacienta byl vyhrazen dostatek času. Oslovení respondenti byli nejprve seznámeni s tématem výzkumu a jeho účelem. Všichni zúčastnění respondenti byli ubezpečeni, že žádným způsobem nebude narušena jejich anonymita a nahrávky budou použity pouze pro účel přepisu rozhovorů. Respondenti většinou souhlasili s provedením rozhovoru a jeho záznamem na diktafon. Pokud respondent souhlas k nahrávání nedal, byly odpovědi přepisovány v průběhu rozhovoru na papír. Každý rozhovor byl označen číslem, na něž je odkazováno v textu, například první pacient je označen jako P1. Nahrané rozhovory byly přepsány do textové podoby a postupně analyzovány (Hendl, 2016) podle zakotvené teorie Strausse (Ralph, Birks, Chapman, 2016). Data byla kódována, následně kategorizována a zobrazena ve schématech pomocí aplikace SmartArt.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici a pacienti, kteří pravidelně dochází na kontroly ke svému praktickému lékaři.

Spolupráce s ordinací praktického lékaře probíhala bez jakýchkoli problémů, pan doktor i sestra se velice ochotně zapojili a společně jsme vybrali pacienty, které jsem následně oslovila a zapojila do výzkumného šetření. Jako pacienti vhodní pro tento výzkum byli určeni ti, kteří ordinaci pravidelně navštěvují vlivem chronického onemocnění a je nutné jejich pravidelné sledování. Osloveno bylo 15 pacientů, z nichž 13 souhlasilo

a rozhovor s nimi byl následně proveden, 1 pacientka telefonicky přislíbila účast, ale na domluvené setkání se nedostavila, a 1 pacient provedení rozhovoru odmítl.

Získat ke spolupráci lůžkové zařízení bylo v případě našeho výzkumu velmi složité. Oslovila jsem Nemocnici Pelhřimov, kde jsem však byla striktně odmítnuta s tím, že si vrchní sestra chirurgického oddělení výzkum nepřeje, dále Nemocnici Havlíčkův Brod, kde bohužel pro velký počet výzkumných šetření v rámci bakalářských a diplomových prací již nebylo možné náš výzkum zrealizovat. Z Nemocnice Jihlava nepřišla na mou žádost žádná odezva. Oslovila jsem tedy větší pracoviště - Ústřední vojenskou nemocnici v Praze Střešovicích. Zde velice rychle a ochotně na žádost o provedení výzkumu zareagovali a schválili ji. Přímo na oddělení bylo po dohodě s vrchní a staniční sestrou vybráno 6 pacientů, kteří již byli po operaci ve stabilizovaném stavu, a rozhovor pro ně nebyl zátěží. Na další 3 pacienty jsem dostala kontakt a sešla se s nimi. Jednalo se o pacienty, kteří měsíc před provedením rozhovoru podstoupili na chirurgickém oddělení nějaký zákrok.

Celkem bylo provedeno 23 rozhovorů s ohledem na nasycenost odpovědí a ochotu pacientů zúčastnit se výzkumného šetření. Doslovné přepisy všech rozhovorů jsou součástí práce na příloženém CD. Pacienti P1 – P13 jsou pacienti docházející do ordinace praktického lékaře a pacienti P14 – P23 jsou pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení.

Výzkum probíhal po předešlém souhlasu praktického lékaře a náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče ÚVN (Příloha 3 a 4) v únoru a březnu 2017.

7 Výsledky

7.1 Kategorizace

Schéma 1 Seznam kategorií a podkategorií

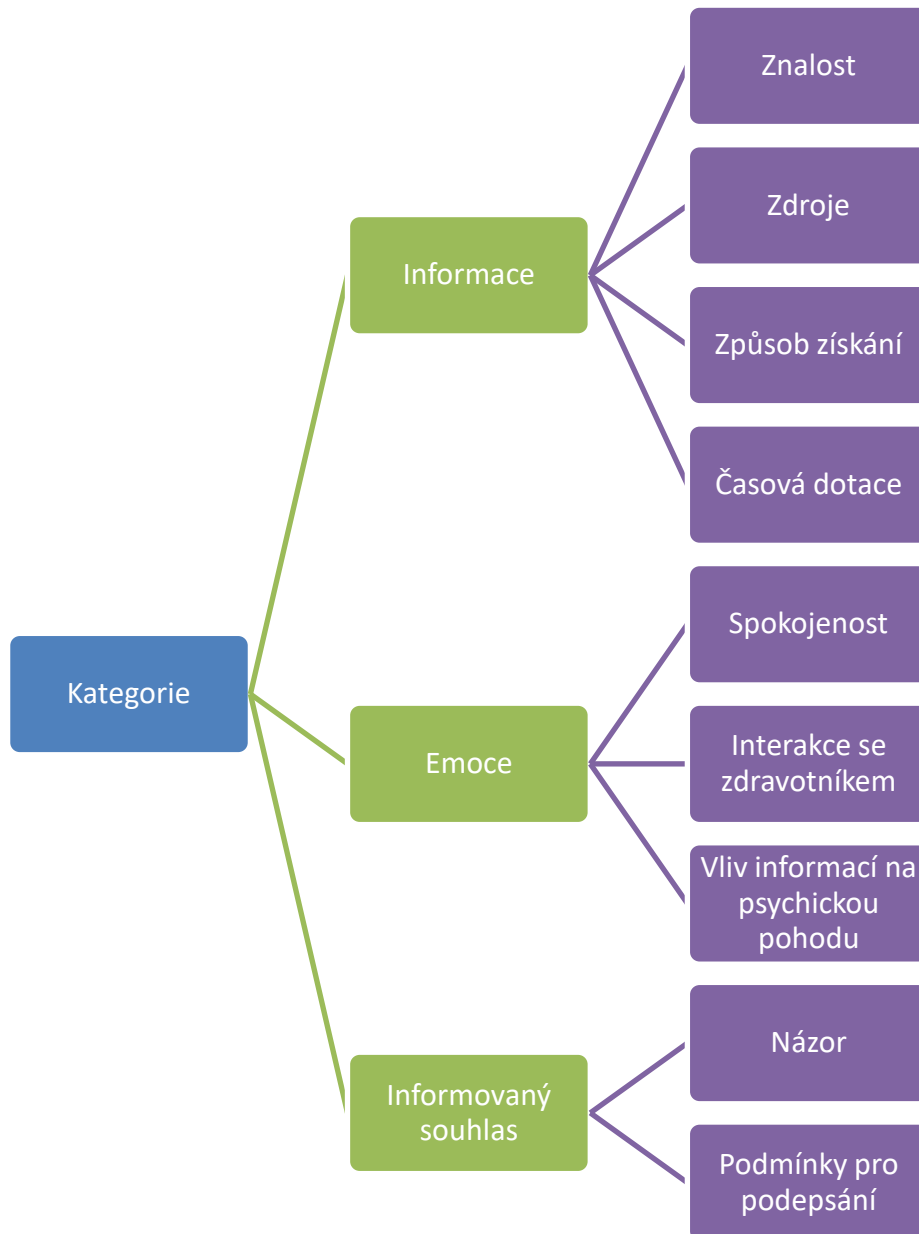


Schéma 1 znázorňuje kategorie dat, která byla získána během rozhovorů s pacienty. Tato data byla analyzována a následně rozdělena do tří kategorií, ke kterým byly následně vytvořeny související podkategorie, v nichž byla data konkretizována. Jednotlivé podkategorie jsou dále analyzovány v následujících schématech.

Schéma 2 Znalost diagnózy, zdroje, způsob a časová dotace na získávání informací

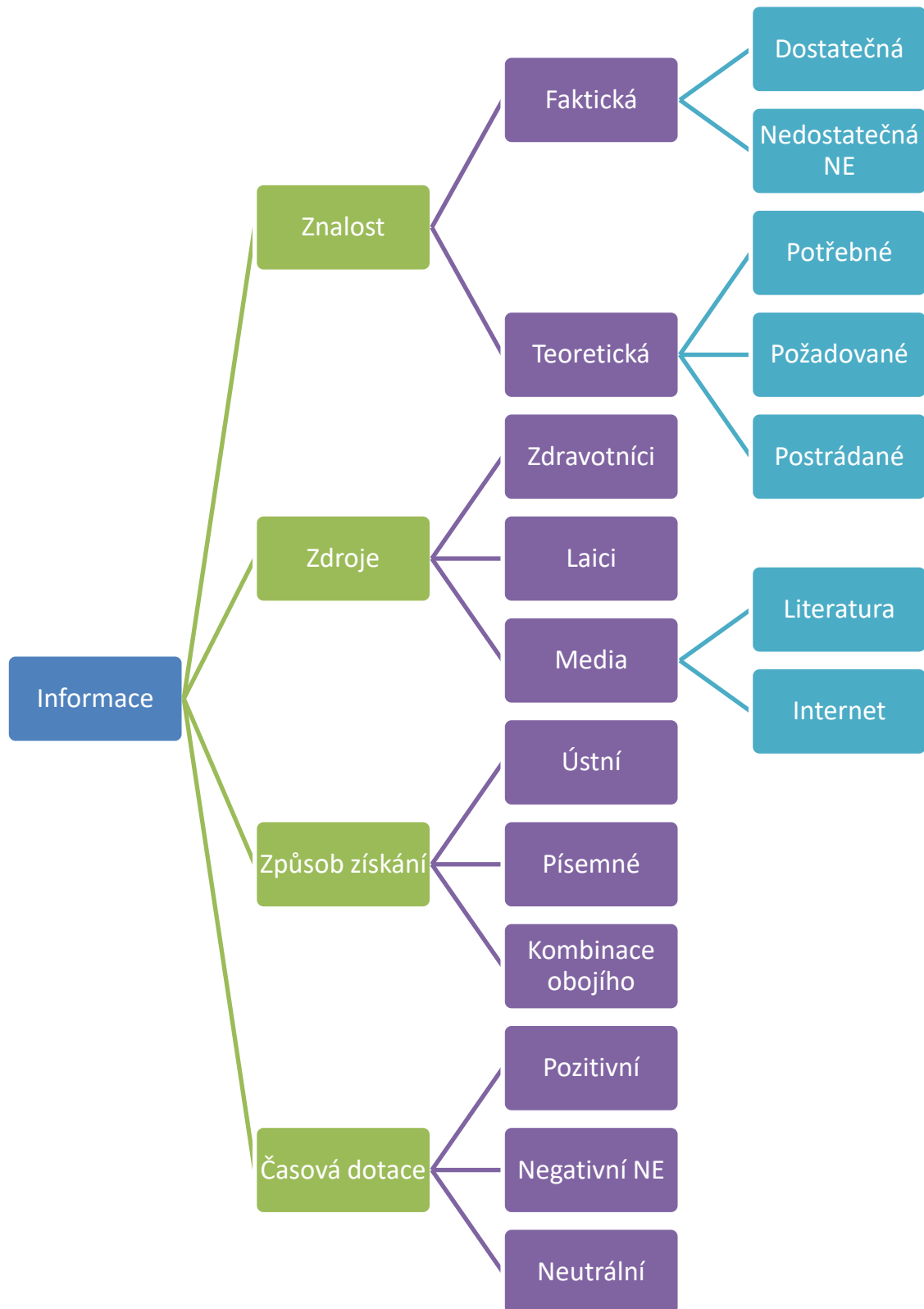


Schéma 2 zobrazuje odpovědi pacientů v kategorii zaměřené na znalost diagnózy, zdroje, způsob a časovou dotaci pro získání informací. Nejprve byli pacienti požádáni,

aby popsali s jakými potížemi se léčí, či jsou hospitalizováni. Podle jejich odpovědí mohlo být následně vyhodnoceno, zda znají svou diagnózu. Dále se s touto kategorií pojí otázky: „*Jaké informace ohledně Vašeho zdravotního stavu jsou pro Vás nejpodstatnější?*“ „*Jak byste ohodnotil/a čas, který Vám zdravotníci při předávání informací věnovali?*“ „*Měl/a jste možnost klást doplňující otázky?*“ „*Byly nějaké informace po Vás nadbytečné?*“ „*Objevily se někdy informace, které vnímáte jako potřebné, ale od zdravotníků jste na ně neobdržel/a odpověď?*“ „*Hledal/a jste někde další informace ohledně svého zdravotního stavu?*“ „*Jaký způsob poskytování informací je pro Vás nejúčinnější (ústní, písemné, kombinace obojího) a proč?*“ „*Jaký zastáváte názor na zapojování pacienta do rozhodování o průběhu léčby? Myslíte, že by pacient měl mít možnost se do rozhodování o léčebném postupu zapojovat, nebo byste toto zanechal/a na uvážení zdravotníků?*“.

V podkategorii **faktická znalost** bylo zjišťováno, zda pacienti od zdravotníků mají informace o své diagnóze, jednalo se tedy o znalosti, kterými pacienti v současné době disponují. Ze všech rozhovorů vyplynulo, že všichni pacienti od zdravotníků obdrželi poučení o svém zdravotním stavu, znají svou diagnózu a byli tedy zařazeni do kategorie **dostatečná faktická znalost**. Někteří pacienti popisovali informace velice podrobně, někdy takřka vyčerpávajícím způsobem, v jiných případech mají pouze základní znalosti, ovšem u žádného z pacientů nebyl zjištěn zásadní nedostatek. Z důvodu těchto výsledků nebylo nikoho z pacientů nutné zařazovat do kategorie **nedostatečná faktická znalost**. Příkladem podrobného popisu diagnózy je P1, která hovořila o svých problémech i v kontextu minulosti, jak její potíže před půl rokem začaly: „*Mé potíže jsou vlastně trombóza. To je ucpaní žil krevní sraženinou. Začalo to u mě v srpnu bolestma nohy, takový jakoby tlaky jsem cítila. Nemohla jsem zůstat stát, jediné co mi při bolestech pomáhalo, byla chůze, takže když mě ty bolesti hodně chytly, musela jsem chodit, třeba jen pomálu, ale ten pohyb byl důležitý. Nohu jsem si nijak nestahovala, protože jsem nevěděla, jestli je to vhodné. Jen jsem si tu nohu chladila studenou vodou. Nevím, jestli jsem tomu tím nějak pomohla nebo ne, ale prostě mi to pomáhalo. Když mi pak noha otekla, že to tak řeknu, měla jsem jí jako slon, tak jsem si uvědomila, že asi něco bude opravdu špatně, a řekla jsem si, že navštívím lékaře. Byla jsem tady u pana doktora, ten měl okamžitě podezření na trombózu, příznaky podle něj tomu odpovídaly. Pro jistotu ještě nechal nabrat krev, když pak přišly výsledky, tak jsem dostala dvě injekce do břicha na ředění krve*

a pak jsem jela do nemocnice. Od té doby beru Warfarin, domlouvali jsme se s panem doktorem, že ho budu určitě ještě brát do července až srpna, pak by se vysadil, protože mi zjistili ještě Leidenskou mutaci. Na to se přišlo v nemocnici, když mě poslali na nějaký genetický testy, protože se jim to nezdálo, že se ta trombóza objevila takhle v mém věku.“ P2: „Tak jsou to poruchy krevního tlaku, srdeční arytmie a pan doktor samozřejmě ví i o té mé dechové nedostatečnosti, že už jsem řadu let tady v péči plicní léčebny, protože bojuju s astmatem. Nově mám teď objevenej i vyšší cholesterol, asi měsíc nebo šest neděl. Trvale užívám spousty léků. S ohledem na tu zjištěnou srdeční arytmiu beru Warfarin, jeho hodnoty sleduje pan doktor, kvůli tomu tam chodím pravidelně na kontroly.“ P4: „Léčím se u pana doktora s cukrem, mám cukrovku typu 2 a také mám vysoký krevní tlak. Začalo to právě tím tlakem a následně se k tomu přidala ta cukrovka. Diabetický průkaz jsem dostala vloni v létě, zrovna před dovolenou. Pravidelně jsem si měřila hodnoty cukru, jako sama od sebe, sama jsem si pořídila glukometr, protože víte, ony kamarádky mají cukrovku 2. stupně, no tak jsem jim řekla, tak já si to budu měřit s váma. Takže ono ne že by mi to objevil pan doktor, ale objevila jsem si to sama a ve spolupráci s panem doktorem jsme to začali léčit. No takže tu diagnózu nemám stanovenou dlouho.“

I hospitalizovaní pacienti dokázali popsat své potíže, byli ovšem ve srovnání s pacienty léčenými dlouhodobě v ordinaci praktického lékaře většinou výrazně stručnější. P14: „Jsem po operaci štítné žlázy, odebrali mně štítnou žlázu. Měl jsem tam nějaký nálezn, nějaký nádor.“ P16: „No ani nevím, jak vám to mám popsat, udělal se mi absces mezi nohama. No jako v zadku no. Je to strašný no.“ P18: „Já jsem měl kýlu v jizvě.“ P21: „Brali mi žlučník.“

V podkategorii **teoretické znalosti** bylo zjišťováno, jaké informace pacienti **potřebují** a **požadují** a které **postrádají**. Jako informace, které jsou klíčové pro hned několik, se ukázaly údaje o životním stylu. P1, P2, P5, P7, P9 a P10 zajímá, jak co nejlépe svůj život pozměnit, aby žili kvalitně podle pravidel zdravého životního stylu a aby věděli, co všechno mohou, aniž by ohrozili průběh léčby. P7: „No hlavně chci vědět, jako co můžu dělat, abych nemusel někde sedět, protože to bych nechtěl. Jsou ty režimové věci, ten fyzickej pohyb, abyste věděla, co můžete a co nemůžete.“ Často se zejména u pacientů užívajících Warfarin objevovala potřeba mít co nejvíce informací o dietě. P1 uvádí, že nejdůležitější je pro ni vědět: „Jak se mám při týhleto diagnóze chovat. Protože mě přivezli do nemocnice a tam mi řekli - paní,

vy jste tady za minutu dvanáct. Takže si to srovnáte v té hlavě trošičku a děláte všechno pro to, abyste měli to plus, abyste jakoby všechno věděla. Abyste si prostě neházela klacky pod nohy a všechno o tom věděla, co prostě můžete a nemůžete. Třeba když to takhle vezmu tak u mě vitamin K, že si musím dávat pozor, že zahušťuje krev a je pak větší riziko sraženin. Nevím no, jak bych to měla celkově vysvětlit. Prostě nejdůležitější byl takovej ten základ a na to si potom nabalovat všechno ostatní.“

Shoduje se s ní P9, který též potřebuje znát co nejpodrobnější údaje o jídelníčku warfarinizovaného pacienta. Dále pacienti v souvislosti s potřebou informací o životosprávě zmiňovali, že potřebné jsou pro ně znalosti o redukci hmotnosti.

P4: *„Ted'ka třeba, když chci omezit jídlo nebo to, tak si vyhledám nějaký informace třeba, co by bylo pro mě vhodné, jako nějakou dietu, úpravu toho jídla s ohledem na tu cukrovku. Ted' zrovna brzy půjdu zas na kontrolu krve, tak to s panem doktorem rovnou prokonzultuju, jestli s tím, co jsem si vyhledala, by souhlasil a podle toho bych se stravovala, že bych to prostě jako upravila.“*

P10: *„No pak jsem mu taky řekl, že samozřejmě jako budu něco dělat s tou váhou, ale ono to furt nejde nějakým způsobem, ale chtěl bych se snažit o to, aby to šlo. Protože to poznám sám na sobě, že jako to není ono. Takže celkově takový ty obecný informace o té životosprávě, jak se chovat, aby se sebou člověk trošku něco udělal.“*

P5 vnímá jako potřebnou celkovou změnu životního stylu a informace s tím související: *„Když se pak člověk vyhrabal z toho nejhoršího, tak důležitý jsou určitě informace o životosprávě a přizpůsobení celkovýho stylu života tomu mému zdravotnímu stavu.“*

Dalšími důležitými informacemi, které pacienti chtějí mít, jsou aktuální hodnoty související s jejich nemocí, konkrétně zmiňovali hodnoty INR při warfarinaci, hodnoty krevního tlaku při hypertenzi, glykémie při diabetu a cholesterolu při hypercholesterolemii. P11 považuje za důležité znát průběh léčby, aby mohl podle toho upravit své chování. P14 uvedl jako pro sebe potřebnou informaci znalost konečného výsledku. Vzhledem k tomu, že mu pro nádor byla provedena totální tyreoidektomie, nyní jako podstatné spatřuje mít znalosti o histologické struktuře tohoto nádoru. I P16 potřebovala mít hlavně informace o své diagnóze: *„No tak hlavně jsem chtěla vědět, co mi teda vlastně přesně jako je. Protože náš pan doktor, když mě sem poslal, tak mi ani nenapsal na ten papír přesně co mi je. Jenom se podíval z dálky a řekl mi, ať jdu rovnou do nemocnice. Když jsem přišla sem, tak chudáci nevěděli proč, jako ty potíže byly jasné, ale neměla jsem žádný doporučení, žádanku,*

zprávu, no nic. Ale když to teda tady viděli, tak jim to asi bylo jasné. A jako chovali se fakt úplně v pohodě. No a já jsem nevěděla, co se mi to teda udělalo, co se mnou budou tady dělat a co ne, jak se to nechá řešit. Ale všechno mi to tady řekli.“

P3 a P21 neupřednostňují žádné konkrétní informace, důležité je pro ně vše, co jim zdravotníci sdělí, naprosto prioritní pro ně je ovšem pravdivost informací. P3: *„Nevím jak informace, ale rozhodně je nejdůležitější, aby to ty zdravotníci říkali, tak jak to doopravdy je. Protože je hrozný, když vám něco tvrdějí, a pak se dozvíte, že vám jakoby... Oni to třeba mysleli dobře, já vím, je to nějaká milosrdná lež, ale prostě ne, to vůbec nepomůže. Člověk vždycky potřebuje vědět pravdu, aby se mohl připravit na to, co bude. Ty milosrdný lži nejsou k ničemu, to by zdravotníci neměli dělat.“* Ačkoli nikdo další takto přímo pravdivost poskytovaných údajů nezdůraznil, tuto potřebu lze vydedukovat jako velmi důležitou u všech dotazovaných.

U P13 se aktuálně potřebné a požadované informace odvíjejí od aktuálního zdravotního stavu: *„Já myslím, že všechno je důležité jako stejně, takže tedy pro mě každá ta informace má svou důležitost a nic nespatřuju jako zvlášť důležité. Pokud to teda zůstává ten stav zdravotní stálej, tak se na nic nějak neptám. A když by se něco zhoršilo, tak to bych se ptala a chtěla bych vědět, co se to děje, a viděla bych to v tu chvíli pro mě jako nejdůležitější. Jinak ne.“*

Pro hospitalizované pacienty, kteří jsou v nemocnici v důsledku nějakých akutních potíží, je nejvíce naléhavá potřeba, aby byl jejich stav co nejrychleji vyřešen. Potřeba informací v tom případě ustupuje do pozadí. Zdůraznili to P18, P20 a P22. Například P22 uvádí: *„No nevím jak informace, to jsem nestihla ani pořádně nic zjišťovat, ale nejdůležitější v tu chvíli bylo, abych už měla po operaci a bylo mi dobře.“*

P15 se zajímal zejména o dobu strávenou v nemocnici a druh narkózy při operačním zákroku: *„Jak dlouho se tady zdržím. A jakou dostanu narkózu. Ta celková narkóza, ta je dosti nebezpečná, ale ten epidurál, sice vám schromí tlapky, ale jinak to bude dobrý.“* Průběh hospitalizace i narkóza byly důležitými informacemi i pro P17.

Ačkoli všichni pacienti dokázali vyjmenovat informace, které jsou pro ně podstatné a důležité, objevil se i strach z nich. P19: *„No upřímně, já jsem ani nic moc nějak vědět nechtěla, třeba ta rizika a tak. Je mi jasné, že vždycky se může stát v podstatě cokoli.“*

Ale nechtěla jsem se zbytečně ještě více stresovat, už tak to samo o sobě bylo pro mě hodně náročné. Asi nebylo nic, co by se důležitostí vyvyšovalo nad ostatní. Oni mě v nemocnici opravdu překvapili tím, jak prostě mi všechno řekli, já jsem se pak v podstatě už ani na nic nemusela doptávat.“ Naštěstí jinak pozitivní zážitky z průběhu hospitalizace zmírnily negativní pocity související se strachem.

K velice pozitivním výsledkům pro obě zkoumaná zdravotnická zařízení jsme se při rozhovorech dopracovali v podkategorii **postrádaných informací**. Pacienti v naprosté většině uváděli, že po rozhovoru se zdravotníky již nejsou žádné informace, které by jim scházely, a museli by si je složitě vyhledávat jinde. Na otázku, zda byly nějaké informace, na které neobdrželi od zdravotníků odpověď, odpovídali záporně, případně měli jen detailní připomínky. Např. P2: „*Na nic bych si nevzpomněl.*“ P19: „*Možná v závěru jako po operaci bych čekala trošku větší míru informovanosti, tam to pak nebylo tak intenzivní jako před samotným zákrokem, ale že by mi cíleně někdo nějaké informace odpíral a nechtěl poskytnout, no tak to určitě ne.*“

U P3, P5 a P18 se ovšem objevily špatné zkušenosti z jiných zdravotnických zařízení. Zkušenost P3 se netýkala přímo její osoby, ale jejího syna, který zemřel na roztroušenou sklerózu. Při jeho hospitalizaci v nemocnici, byly této ženě sděleny informace ohledně zdravotního stavu jejího syna, které se později ukázaly jako nepravdivé. To mělo za následek ztrátu důvěry této pacientky ke zdravotníkům v tomto zdravotnickém zařízení. P5 taktéž popsala negativní zážitek s lůžkovým zařízením, konkrétně uvedla, že se jí nelíbil přístup zdravotníků a nedostatek poskytnutých informací. P18 měl špatný zážitek z blíže nespecifikované nemocnice, kde mu několikrát neodpověděli na jasně položené otázky.

Pokud se u pacientů objevily jakékoli nejasnosti, uvedli všichni, že měli možnost klást zdravotníkům doplňující otázky. Někteří tuto možnost ani nevyužili, každopádně jim byla k dispozici. Například P2: „*No určitě mě o tuhle možnost nikdo nijak nepřipravuje. Ale jak jsem říkal, já patřím mezi lidi, který jsou s úrovní tý zdravotní péče celkem spokojený a nevidím důvod, abych nějakými dotazy nadbytečnými zdržoval.*“ P14: „*Nechali mě vždycky. Tady jako ten personál, to je perfektní.*“ P18: „*Samozřejmě ano. Já si spíš vyslechnu, než že bych se ptal, ale ano, když něco,*

tak se můžu zeptat.“ P19: „Určitě, ta možnost mi byla i několikrát zdůrazněna, ale jak jsem říkala, já jsem se moc nějak nedoptávala.“

V podkategorii **zdroje** bylo zjišťováno, zda pacienti v průběhu léčby hledají informace o svém zdravotním stavu i jinde, než přímo u svého **praktického lékaře a sestry**, která je s ním v ordinaci, nebo od **zdravotníků na oddělení**. Většina pacientů uvádí, že se naprosto spoléhají na to, co se dozví od zdravotníků, a další zdroje už mají spíše jako doplňkové. Mnohdy je pro ně velkou pomocí, když si mohou promluvit s jiným pacientem, který trpí stejnou nemocí. Je to sice **laik**, ale může mít velké zkušenosti s problematikou, která se nově diagnostikovanému pacientovi teprve otevírá. P11: *„Člověk se nejlíp poučí ze znalostí a zkušeností lidí, kteří s tím problémem už nějakou dobu bojují.“* P7 a P20 využívají v případě potřeby kontakt se svými známými, kteří jsou **zdravotníci**. P10 má kamaráda léčitele, se kterým také někdy mluví o svých problémech. P11 také uvedl, že narazil na nejrůznější informace o alternativní léčbě.

Velmi dostupným, proto i častým zdrojem informací, je **internet**. Na něj se čas od času podívají P1, P3, P4, P5, P14 a P23, která si dokonce hledala i videa, z nichž by si udělala představu o tom, jak bude vypadat operace, kterou má podstoupit. Video jako zdroj informací si oblíbila i P4, která si našla edukační video zpracované diabetoložkou a načerpala z něj velké množství informací o své nově zjištěné diagnóze. P18 uvedl, že sám sice na internet hledat nechodí, ale vždy, když ho něco zajímá, požádá svou manželku, aby mu to tam našla a pak vysvětlila. P12 naopak na hledání informací na internetu upozorňuje: *„Tak víte jak to je. Na internetu je každý jak nejchytřejší profesor, a tak na to já radši nekoukám. Stačí mi, co mi řekne pan doktor, ten je na to studovanej a měl by říct pravdu.“*

Mezi používané zdroje patří i **literatura**, konkrétně časopisy, jak uvedl P9. V několika případech pacienti zmínili i kombinaci zdrojů, tedy např. něco si najdou na internetu nebo v časopise a na to, co jim pak není jasné, se zeptají rodinných příslušníků nebo známých. P2, P6, P13, P16, P19, P22 se ovšem striktně jakémukoli dalšímu vyhledávání informací vyhýbají a spoléhají pouze na informace od lékařů a sester. Například P13 uvádí: *„Ne. Já vám zdravotníkům všem moc věřím, takže nic nehledám.“*

V podkategorii **způsob získání** informací měli pacienti tři možnosti jak odpovědět. Za první **ústní** získání (přímo rozhovor se zdravotníkem), za druhé **písemné** získání

(lékařská zpráva, letáky, atd.) a v neposlední řadě **kombinace obou** předchozích způsobů. Nejčastěji pacienti uvedli ústní sdělení. Tento způsob je nejlepší a neúčinnější pro 16 pacientů. Své tvrzení podporovali nejrůznějšími důvody, zejména vzpomínali možnost osobního kontaktu, okamžité reakce a doplnění případných nejasností.

P7: *„Ten rozhovor, to určitě, protože jste v kontaktu s tím člověkem. Můžete se pak rovnou zeptat, když se vám něco nezdá.“* P9: *„Nejlepší je ústní. Protože když máte třeba něco napsaného, nějaký leták nebo něco, tak jsou tam různé takový odborný ty nebo takový a já se stejně musím jako, přečtu si ten leták a stejně se toho doktora musím na to zeptat. Takže pro mě to ústní informování je jako určitě lepší. Můžu se prostě hnedka doptat, hned reagovat, to je jako určitě lepší.“* P17: *„Ten ústní, ten přímý osobní kontakt je daleko lepší. Podle mě to líp všechno pochopíte a člověk hned prostě pozná i ten přístup toho lékaře, jak on se k tomu staví, jak s vámi mluví, jakým tónem vám to říká, celkověj dojem je pro mě určitě lepší.“*

Získání informací pouze písemnou formou uvedl jako nejvýhodnější možnost získání informací pouze P15: *„No když to máte třeba podávání nějakých léků, tak pokud nemají sestřičky písemně rozkaz od doktora, tak mi nic nedaj, to pořád jen říkaj, ať si řeknu doktorovi, až přijde. Tak z toho usuzuju, že písemný poskytování informací je důležitý. Jinak doktor je vstřícněj a je tady velice dobrá péče. Podle mě, co je psaný, to je daný, takže v jakýmkoli kontaktu je to písemný to nejdůležitější.“*

Kombinaci ústní a písemné formy zvolilo jako nejlepší variantu 6 pacientů. Tito pacienti svou volbu zdůvodňovali nejčastěji tak, že samozřejmě velmi důležité je ústní sdělení, kdy si pacient se zdravotníkem popovídají, ale protože informací bývá často mnoho, je vhodné si pak odnést i nějaký písemný záznam, aby byla možnost se později k řečeným informacím vrátit a v klidu si je připomenout. P19: *„No mě asi přijde nejlepší ta kombinace. Já jsem hned nejprve chtěla říct, že je nejlepší ten mluvenej projev. Myslím si, že ten by měl být primární, že prostě by s vámi ten zdravotník měl nějakým způsobem mluvit, říct vám je vám tohle a tohle, řešit to budeme takhle a takhle. To by mělo být určitě podle mě na prvním místě. Ale určitě i s ohledem na sebe nebo na své blízké vím, že mnohdy je ta situace taková, že jste hodně vystresovaná a pak jdete a nevíte vlastně vůbec, co vám říkali. Třeba moje máma kolikrát jde a jen říká, že vlastně vůbec neví, co jí to říkali. Někdy ten stres nebo taková ta obava opravdu tvoří velkou překážku v tom, abyste si něco pořádně zapamatovala. Takže si myslím, že v tomhle ohledu není nadbytečné ani to papírování,*

poněvadž si to tam pak můžete přečíst a docvakne vám, že ano, tohle vám vlastně říkali a tak.“

V podkategorii **časová dotace** jsme s pacienty rozebírali, jak hodnotí čas, který jim zdravotníci při poskytování informací věnují. Odpovědi byly většinou pozitivního směru, pouze P2 byl zařazen do kategorie **neutrální**, neboť tento čas nevnímá pro sebe jako přínos, ale ani jej nehodnotí negativně: Do podkategorie **negativní** nebyl zařazen nikdo. Dále pro příklad několik odpovědí zařazených do kategorie **pozitivní**. P1: *„No určitě bych nic neměnila, prostě tak, jak to je, tak jsem spokojená. Třeba chápu, že když přijdete k lékaři, že vám musí sdělit nějaké informace, pak jdete třeba na odběry, to taky není hned, člověk si často musí na něco počkat. Já to беру, že takhle to prostě má být. Neměnila bych nic, ten čas je v pořádku.“* P4: *„Myslím si, že když teda vezmu pana doktora, tak jo, ten se lidem věnuje. Já mám pocit, že je to až nadstandardní, že to není odbytý, že to není uchvátaný a že to je opravdu kvalitní, tak jak to má být.“* P10: *„Jako u pana doktora super. A o zdravotní sestřičce tam napište, že to je příjemná mladá paní, která dokáže člověka povzbudit, i když mu něco je. S oběma jsem spokojenej a jsem rád, že tam takhle spolu jsou. Pan doktor mi vždycky pěkně podá ruku, když tam přijdu, jako chování tam k lidem je skvělý.“* P15: *„Paráda, ve svých možnostech se mi věnujou velice dobře. Totiž já jsem samotář, celej život já žiju sám, jako opuštěné zvíře, takže co si sám neudělám, to nemám, já rozhodně nejsem nijak náročnej. A tady mám ale perfektní péči.“* P18: *„Jsem překvapenej, tady je spousta lidí a všichni se starají, opravdu milé překvapení pro mě. Být to ve škole, tak bych jim dal jedničku.“* P19: *„Vše v pořádku a opravdu úžasné, až jsem se divila. I sám od sebe pan doktor zmínil, že kdyby cokoli, tak můžu přijít. A vůbec jsem tam necítila žádný spěch, nátlak, prostě nic.“* P20: *„Čas byl asi adekvátní k závažnosti diagnózy.“* P21 pocítoval, že času během poskytování péče nemají zdravotníci asi tolik, kolik by měli mít, celkově byl ale spíše spokojen: *„Času by mělo být podle mě více a informace by měly být podrobnější. Přijde mi, že ty zdravotníci maj hrozně málo času na toho pacienta, že prostě pořád někde běhají, zařizují a úplně vám pak asi nemůžou říct úplně všechno a být s váma pořád. V dnešní době je to složitý, pořád se mluví o tom, že je těch pracovníků nedostatek. Ale jako v rámci možnosti se snažej.“*

Schéma 3 Emoce pacientů v procesu informování

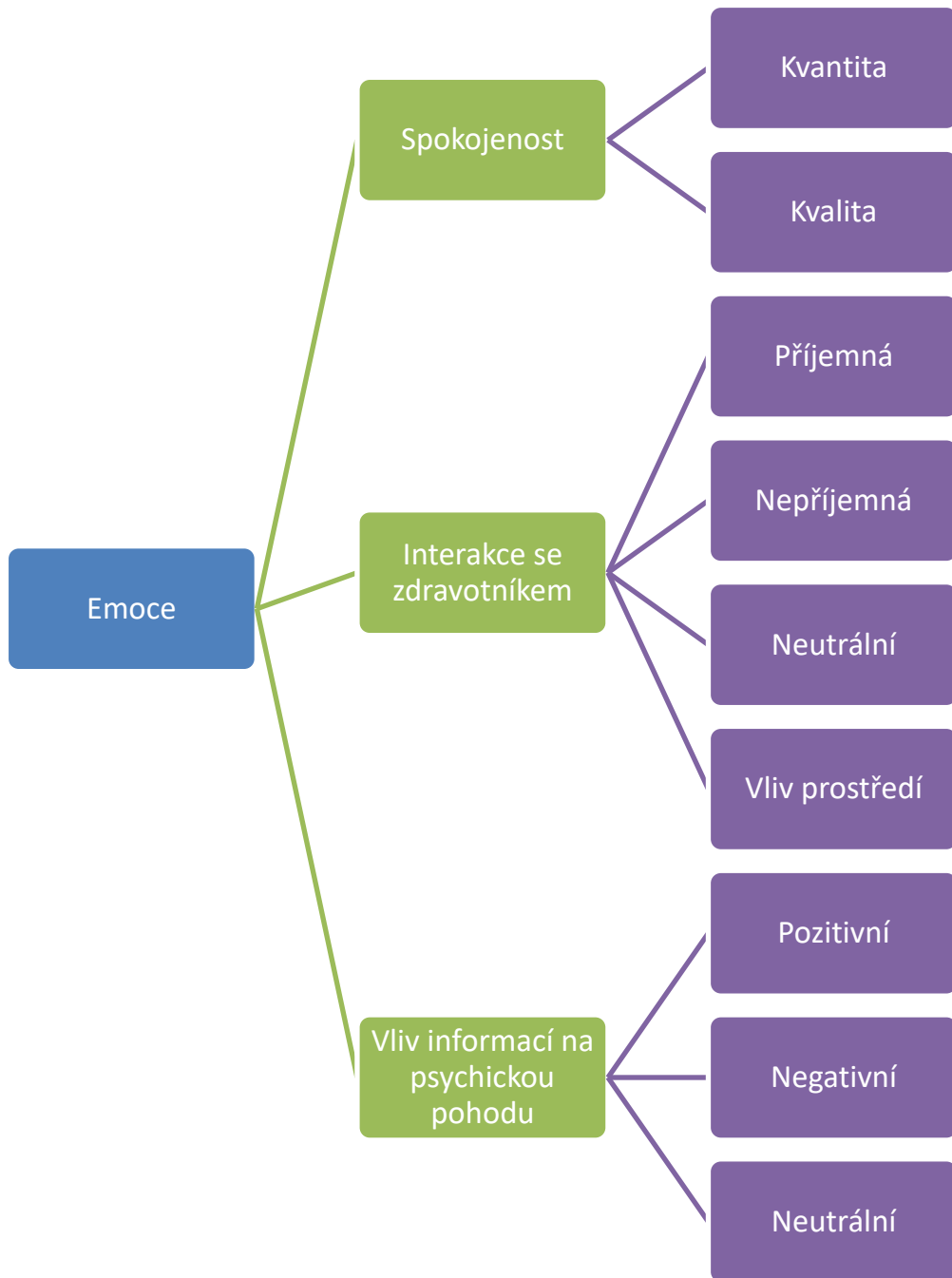


Schéma 3 zobrazuje odpovědi na otázky související s pocity, které pacienti mají při kontaktu se zdravotníky a během rozhovorů s nimi. Konkrétně se k této kategorii pojí otázky: „Myslíte si, že jste v souvislosti se svým zdravotním stavem dobře informován/a?“ „Jak jste spokojený/á s poskytováním informací o Vašem zdravotním stavu?“ „Jak se cítíte, když s Vámi zdravotníci mluví o Vašem zdravotním stavu?“ „Za jakých podmínek se dokážete na poskytované informace nejlépe soustředit?“ „Pomáhá Vám dostatek informací lépe zvládnout Váš zdravotní problém?“ Pacienti byli

na závěr rozhovoru požádání, aby na číselné škále od 0 do 10 označili míru své spokojenosti s průběhem léčby v ordinaci praktického lékaře nebo s průběhem hospitalizace a poskytovanými informacemi. Hodnocení 0 znamenalo maximální nespokojenost, hodnocení 10 bylo ekvivalentem maximální spokojenosti. Pacienti byli pro větší přehlednost rozdělení do dvou skupin podle zdravotnického zařízení, v němž ke kontaktu se zdravotníky došlo.

P1, P2, P3, P4, P6, P10, P12 a P13 ohodnotili ordinaci praktického lékaře desítkou. P2: *„Já nemám jedinej důvod k nespokojenosti, takže to klidně ta desítka.“* P6: *„Já bych panu doktorovi dala desítku s hvězdičkou a sestřičce taky. Protože já za nima ráda chodím, protože oni jsou mě hrozně sympatičtí a můžu se zeptat na cokoliv.“* P10: *„Určitě 10, klidně můžete i 11. Nebo takhle, dejte tam 10 a pro sestřičku 11.“* P13: *„Já bych dala desítku teda, určitě. On opravdu, on si toho tak hledí hrozně vždycky a je hrozně šikovnej a zodpovědnej.“* P8 se nemohl rozhodnout, zda dát známku 9 nebo 10. P5 také váhala mezi dvěma hodnoceními, uvažovala nad známkou 8 nebo 9: *„Tak tu osmičku až devítku. Pan doktor je ještě mladej, není to 100 %. Ale jsem s ním spokojená, to on ještě do tý desítky dozraje.“* Hodnocení číslo 8 dali P7, P9 a P11. P9: *„Tady no oni jsou na něj oškliví některý lidi co jako jsem slyšel, ale já jako klidně osmičku, úplně desítku to bych asi nedal, to jako ale nikomu, nikdo není dokonalej, ale s panem doktorem jsem jako moc spokojenej, to jo. Mě nikdy nic neuškodil, co se ho zeptám, to mi vysvětlí, pomůže a všechno, jako jo, spokojenost. Já na pana doktora jako nemůžu říct cokoli špatnýho.“* Nižší hodnocení než známku 8 nedal nikdo z pacientů.

Chirurgické oddělení hodnotili nejvyšší známkou P14, P15, P16, P17, P18 a P22. P14: *„No jako tak bylo to tady jako bydleníčko pěkný, pořádek tady byl, to všechno jako fajn a perfektní, nemělo to tady chybu ani jako přístupem těch zdravotníků, tak určitě 10.“* P15: *„Tak desítka, protože ve svejch možnostech oni tady holky lítaj a dělaj co jen jde.“* P16 díky zdravotníkům zvládla i nepříjemnosti spojené s pro ní choulostivou diagnózou: *„No to tu desítku tam dejte, třeba i jedenáctku, fakt tady jsou strašně ochotný, příjemný a opravdu skvělý. Člověku je kolikrát až trapně, tyhle potíže nejsou příjemný, ale tady díky nim se to nechá zvládat, aniž by se u toho člověk cejtíl nějak hodně blbě.“* P17: *„Záleží vždycky na člověku, kterýho potkáte. Přijde sestřička a baví se s váma normálně prostě bez jakýhokoli problému, přijde druhá a všechno je rázem špatně. Ale jako to je asi všude takhle.“*

Za tu práci, kterou odváděj, tak to si zasloužej tu desítku, klobouk dolů, opravdu.“

P18: *„No tak já vám to řeknu tak, že po tom, čím vším jsem si už jako prošel, tak rozhodně tady bych jim dal desítku.“* P19 hodnotila svou celkovou spokojenost číslem 9. P20, P21 a P23 dali číslo 8. P20: *„Dávám 8, 1 bod strhávám za to, že každá hospitalizace je pro mě dosti nepříjemná a 1 bod strhávám za to, že jsem toho v noci moc nenaspal. Jednak už jsem se těšil domů na manželku a syna a jednak mě asi nevyhovovala měkká postel.“* Z odpovědi P20 vidíme, že někteří pacienti intenzivně vnímají v průběhu hospitalizace nejen svůj zdravotní problém, ale poznamenává je i stesk po rodině, nedokonalé naplnění fyzických potřeb a ztráta navyklého komfortu. P21: *„Tak asi 8, jako nic není dokonalý, ale žádný zásadní připomínky jako nemám.“* P23: *„Jako určitě nevidím, že by byl nějaký velký problém nebo něco. Tak asi osmičku.“* Ani v této skupině nikdo z pacientů nehodnotil nižší známkou, než 8.

Nyní přejdeme k popisu konkrétních podkategorií vztahujících se k emocím pacientů v procesu informování. V podkategorii **spokojenost** jsme se zaměřili na dva aspekty. Za prvé, zda jsou pacienti spokojeni, s množstvím poskytovaných údajů a zadruhé, zda jim vyhovuje kvalita informací, které od zdravotníků získávají. Ohledně **kvantity** sdělovaných informací nikdo z pacientů nevyslovil výraznější stížnosti. Všichni pacienti kromě P19, P20 a P21 odpověděli, že si myslí, že jsou v souvislosti se svým zdravotním stavem dobře informováni, tudíž mají dostatečné množství informací. P19 byla celkově se svým informováním spokojena, po operaci ale čekala o něco podrobnější vysvětlení. P20 neměl závažnější připomínky, ale ocenil by více detailů. P21 opět stejně jako při hodnocení věnovaného času vzpomněl na uspěchanost zdravotnictví v současné době. Jinak pacienti vůbec neváhali s odpovědí a odpovídali na dotaz, zda mají dostatek informací stručně ve smyslu, že v rámci svých požadavků mají potřebné informace. P2 uvedl: *„No vím o svých nemocích všechno, co potřebuju. Nevím, jak je velkej ten objem těch informací, ale myslím si, že to co potřebuju vědět, tak že asi vím.“* P3: *„Ano, určitě. Když nevím, tak se vždycky zeptám, a jinak všechny informace co mám, tak je to všechno to, co potřebuju vědět.“* P13: *„Já myslím, že jo. Jako hodně se ptám, to já musím pořád. Protože ono taky nemůže pan doktor všechno obsáhnout, aby hned všechno všem řekl, to zkrátka nejde. Jo, jsem dost informovaná.“* P14: *„Já doufám, že jo, je zase pravda, že to asi úplně nemůžu zhodnotit, nerozumím tomu, ale věřím jim tu, věřím tomu, že mi všechno, co je třeba, řekli. A že všechno,*

co mi řekli, se zakládá na pravdě. Všechno, co mi bylo řečeno, jsem snad správně pochopil.“ P18: „Myslím, že já jsem dobře a dostatečně informovaný. Byl za mnou pan profesor, který mě operoval, i ten druhý lékař, co jako asistoval, oba za mnou přišli, představili se, řekli, jak to bude probíhat, pak přišli i po operaci, řekli, že to dobře probíhalo, že se to jako dobře vyvíjelo a zítra mám jít domů, tak že mi zruší drén, že ještě ty odvody byly hraniční, ale teď už to bude možné, takže zkrátka opravdu všechno, co jen jde, tak mi řekli.“ P19 byla spokojena s objemem informací poskytnutých během hospitalizace, vyjádřila ovšem horší zkušenosti se svou praktickou lékařkou. Dále ale situaci nechtěla specifikovat.

V souvislosti s **kvalitou** informací byli pacienti také spokojeni. Obecně lze říci, že ve skupině pacientů praktického lékaře byly odpovědi na dotaz, jak jsou spokojeni s poskytováním informací, poměrně stručné a velmi pozitivní. Například P11 uvedl: „Jsem spokojený, žádné potíže se nikdy u pana doktora neobjevily, vždycky mi řekne všechno, co potřebuju vědět a co chci třeba dovysvětlit.“ P1: „Jsem naprosto a plně spokojená.“ Hospitalizovaní pacienti také byli většinou spokojeni. Někteří (P14 a P15) ale pocítili v souvislosti s poskytováním informací současný nedostatek personálu ve zdravotnických zařízeních, neboť na ně zdravotníci neměli tolik času. P14: „No je to složité, oni mají v dnešní době opravdu hrozný práce. Člověk to chápe, na druhou stranu někdy to informování, to poskytování těch informací je takový opravdu za pochodu, se dá říct. Záleží vždycky samozřejmě na konkrétním panu doktorovi.“ P15: „No, mluvěj tady se mnou pěkně, je to velká věc, jako, že to je těžký, protože je jich strašně málo tady těch zdravotních pracovníků. On to nikdo nechce dělat, je to málo placený. Maj málo času, lítají tady jak fretky, aby vůbec něco bylo. Zdaleka ani sestry ani doktoři nemaj na pacienty moc času. Ani na tu péči nějakou přímou, ani na nějaký poskytování informací. Maj toho hodně, a aby všechno stihli, tak nemůžou všechno dělat nějak do hloubky.“

Obecně ale byli pacienti spokojeni. P16: „Jo jsem spokojená. Mám tady všechno, co potřebuju a snad všechny důležité věci vím, nevím no, jestli ještě něco dalšího, ale tak zas, když chci něco dalšího vědět, tak se zeptám.“ P17: „Jsem velmi. Tady než s vámi něco dělají, tak opravdu o všem vás pečlivě informujou, všechno řeknou a vysvětlí, víte, že budou dělat tohle, tohle a tohle a z jakýho důvodu a no zkrátka všechno. Musíte jim teda všechno podepsat, což teda zase je ale jejich krytí, to je zcela pochopitelné. To si i ze mě dělal doktor srandu, že prej dokud

to nepodepíšu ty potřebný papíry, tak že na mě nešáhne a takovýhle. Ale to je pochopitelné. Jinak opravdu všechno v pořádku, jsem velmi spokojen.“
P18: *„No podívejte se, já už mám těch zkušeností s nemocemi a nemocnicemi hodně. V minulosti jsem prodělal třeba operaci páteře nebo jsem měl nádor na ledvině. Tak jako co jsem si já prožil, tak tady je to špičkový. Jako to bych to neřekl, kdyby to tak nebylo. Co se týče jako přístupu sester a vůbec celého personálu, tak to je skvělé. A lékaři jak všechno vysvětlí, taky špička.“*

V kategorii **interakce se zdravotníkem** hodnotili pacienti, jaké pocity mají při kontaktu se sestrami a lékaři, jak na ně působí prostředí, v němž se s nimi setkávají, a jak je toto prostředí ovlivňuje při soustředění na poskytované informace. Během rozhovorů se ukázalo, že v souvislosti s emocemi, které pacienti prožívají při rozhovoru se zdravotníky, si tito dotazovaní uvědomují důležitost procesu informování, a proto je pro ně tento kontakt buď naprosto přirozenou a běžnou součástí jejich života, na které dokážou najít i něco pozitivního, tedy je to kontakt spíše **příjemný**, nebo tento kontakt vnímají jako nutnost, kterou je třeba podstoupit, aby se něco dozvěděli, tedy je to pro ně kontakt spíše **neutrální**. Například P13 na otázku jak se cítí během rozhovoru se zdravotníky, odpověděla: *„Normálně, беру to tak, že to musí být, že prostě je to nutný, tak si to všechno vyposlechnu.“* I hospitalizovaní pacienti většinou popisovali spíše příjemné pocity pociťované během kontaktu se zdravotníky. P16: *„Úplně normálně to беру. Jako je tady opravdu pěkný přístup, je to lidský, žádná odměřenost, jsou vážně strašně ochotný, to je tak no.“* Pro P23 se s hovorem se zdravotníky pojil i strach, čekal ji náročný zákrok a nedokázala se zbavit obav i přes veškeré informace, nebo naopak právě díky nim. Kontakt pro ni tedy byl z jistého úhlu pohledu i **nepříjemný**: *„No tak, když mě třeba seznamovali s těma všelijakýma rizikama, tak jsem jako i přemýšlela, jestli si to jako nerozmyslím, protože něco znělo teda dost hrozně. Už jsem se úplně viděla ve všem, jako že třeba řekli: No tak může se stát i tohle, ale to je tak v jednom procentu, opravdu jako vzácné. A já jsem si už říkala, hmmm to určitě budu mít. No takže jako měla jsem trochu i strach no.“* Stejně tak i P14 byl poměrně hodně ve stresu: *„No u mě je to s těma pocitama složitě, to je prostě povaha. Prostě jsem takovej vystresovanej, prostě na mě to působí všechno tak všelijak.“* Kromě těchto dvou pacientů, nikdo další neuvedl, že by během komunikace s námi zkoumanými zdravotnickými zařízeními, pociťoval nějaké negativní emoce.

Mimo pocity, které pacienti mají při přímém kontaktu se zdravotníky, nás zajímaly i podmínky, které pacienti potřebují, aby se na poskytované informace mohli dobře soustředit. Zkoumali jsme tedy **vliv prostředí**. P1, P6, P10, P11, P12, P13, P15, P16, P18 a P22 uvedli, že pro dokonalé soustředění nevyžadují splnění žádných zvláštních podmínek a nemají, ani neměli problém informace přijmout a zpracovat je. Například P16 říká: „*Nenapadá mě nic zvláštního, já jsem nikdy neměla problém s tím, že bych se někdy nějak nemohla soustředit nebo něco, to ne.*“ P11 uvádí, že ačkoli se příliš rád nevyskytuje v blízkosti zdravotníků (má v dokumentaci dokonce doslovně uveden syndrom bílého pláště), nemá problém se soustředěním, pokud s nimi mluví. Pro P4 jsou ideální podmínky pro soustředění nastaveny tak, jak je má nyní v ordinaci svého praktického lékaře: „*No já bych řekla, že když budu mluvit o svých doktorech, ke kterým chodím, tak tam je to prostředí super, vyhovuje mi to. Třeba u pana doktora mě až překvapilo, jak on je takovej vstřícněj, já to mám tendenci srovnávat se svýma dětma, oni jsou asi tak stejně staří. Je takovej opravdu to často nevidíte, podá ruku, seznámí se, popřeje, a to jsou takový věci, kterých si ty lidi všímají, že opravdu ten jeho přístup vám dodá opravdu klid a pohodu. Jeho ordinace na mě působí dobře, on, sestřička, prostředí, prostě všechno je tak, jak má být.*“

P2, P3, P7, P8, P9, P21 a P23 potřebují při rozhovoru se zdravotníkem mít klid. P3: „*Myslím si, že hrozně důležitý je prostředí, teda jako klidný prostředí. Je pro mě důležitý, aby aspoň chvíli byl klid, když spolu s tím lékařem nebo sestřičkou mluvíme. Třeba tak, jak je to u pana doktora. V klidu tam spolu sedíme, já se můžu ptát, když mám nějaký potíže, on mi jasně odpoví. Nemusí se se mnou o tom bavit dvě hodiny, ale je potřebný mít soukromí. To ale dneska lékaři dělají, si myslím, že na tohle dbají. Se mnou se nikdy nikdo o zdravotním stavu nebavil třeba na chodbě.*“ P9: „*No tak mám ráda ticho. A taky abych na toho pana doktora viděla, protože jak dost blbě slyším, to jsem teda ještě u ušního neřešila, no tak koukám na obličej a na pusu. A jsem spokojená, to jako u pana doktora je tohle splněný.*“

P5 zdůraznila potřebu dostatku času, který je pro ni nutností, aby mohla informace zpracovat. P5: „*No já všechny ty informace vyhodnocuju až tak nějak jako dýl, trošku to trvá, takže pro mě je důležitěj určitě čas. Potřebuju si o tom v klidu popřemýšlet a zpracovat si to. Případně, když se stane, že už třeba v tý ordinaci nejsem a stejně ještě přijdu na něco, co mi není jasný, no tak se dojdu zeptat.*“ P21 uvedl, že potřebuje čas

i klid. P14 musí být v dobrém psychickém stavu, aby se mohl bez problémů soustředit: „*No když jsem jako ve stresu, tak mi nějaký ty informace uniknou, to jako jo, to se přiznám. Někdy, když je toho na člověka moc, tak se to ani nedá všechno to vnímat plnohodnotně. Se vám to potom hromadí v tý hlavě. Jindy zase v pohodě, třeba dneska ráno jsme konzultovali ten nynější nález s doktorama a jako v pohodě, soustředil jsem se na to všechno v pohodě. Pro mě je to hodně i o tý mojí duševní pohodě, když jsem vnitřně v klidu, tak se soustředit můžu úplně v pohodě, když mám stres, tak je to špatný.*“ P20 musí mít uspokojeny základní fyzické potřeby, aby se mohl soustředit na zdravotníky podávané informace: „*Když nemám hlad a nemám potřebu toalety, za všech ostatních podmínek se dokážu soustředit dobře.*“

Další podkategorií zkoumanou ve složce emoce byl **vliv informací na psychickou pohodu**. Pacienti měli zhodnotit, zda jim dostatek informací pomáhá lépe bojovat s jejich zdravotním problémem. Všichni odpověděli, že víceméně ano. Pro P1, P3, P4, P6, P8, P9, P10, P11, P13, P15, P16, P18, P19, P20, P21 a P22 jsou informace velmi důležité a to, že jsou jim poskytnuty, na ně působí uklidňujícím účinkem. Například P4 uvádí: „*No jako hodně mi ty informace pomohly. Ať už se to týkalo cukru nebo tlaku. Já jsem dokonce kvůli těmhle problémům změnila i jako celkově život, ať už to bylo v práci, že jsem šla z nižší funkce na vyšší, abych nemusela dělat noční a měla nějaký režim, neměla nedostatek spánku a nějaký stresy spojený s tím režimem, že to nemůžu dodržovat tak, jak bych chtěla. Takže jsem si doplnila vzdělání, abych mohla dělat tu jinou práci, takže mě vlastně ty moje nemoci zkvalitnily život, že vlastně jsem se díky těm diagnózám i trošku posunula nahoru. A donutilo mě to na sobě pracovat.*“ P13: „*No já tomu tak věřím, jako určitě jo. Mě to teda určitě pomáhá. Říkám, já věřím doktorům opravdu jako na slovo a i sestřičkám, co mi řeknou, tak já to plním do posledního puntíku.*“ P21: „*Ano, určitě. Informace jsou důležité.*“ P2 uvedl, že o informacích, které má příliš nepřemýšlí: „*Já se tím nezabývám. Já jsem celkově člověk spokojenej a to množství informací si myslím, že je dostatečný. Některý stejně vytěsňím, některý pro mě třeba nejsou zase tak důležitý z mého subjektivního hlediska. No myslím si, že jo, že objem těch informací, kterej je mi poskytován, tak že asi je dostatečnej a nemám důvod se nějak zneklidňovat.*“ P14 uvedl, že asi vlivem své povahy má neustále strach, i když je informován: „*Heleďte to záleží na povaze, já jsem takovej věčně stresující, na mě to dolehne a prostě, i když mám*

informace, tak se toho pocitu strachu nemůžu zbavit. Jako je důležitý vědět, to je jasný, ale je taky logický, že jen tak se toho strachu nezabavíte.“

P5, P7, P12, P17 a P23 uvedli, že ačkoli jsou informace důležité, někdy sebou mohou nést i negativa, zejména jedná-li se o něco, co je svou podstatou velmi závažné. Po této odpovědi dostali všichni 4 pacienti doplňující otázku, zda si myslí, že by řešením bylo některé informace pacientovi buď vůbec neříci, nebo alespoň postupně nadávkovat. Na to všichni shodně odpověděli, že ne. Příkladem je upřesnění P23: *„Já nevím no. Ale asi jako když už, tak to říct asi najednou, protože pak by něco řekli, při další návštěvě k tomu třeba zas něco přidali a tak to už byste si pak jako říkala: Aha, tak co mi řeknete příště? Takže rovnou bych to teda řekla všechno najednou, ať to máme z krku, stejně se to ten člověk teda musí dozvědět.“*

Schéma 4 Přístup pacientů k informovanému souhlasu

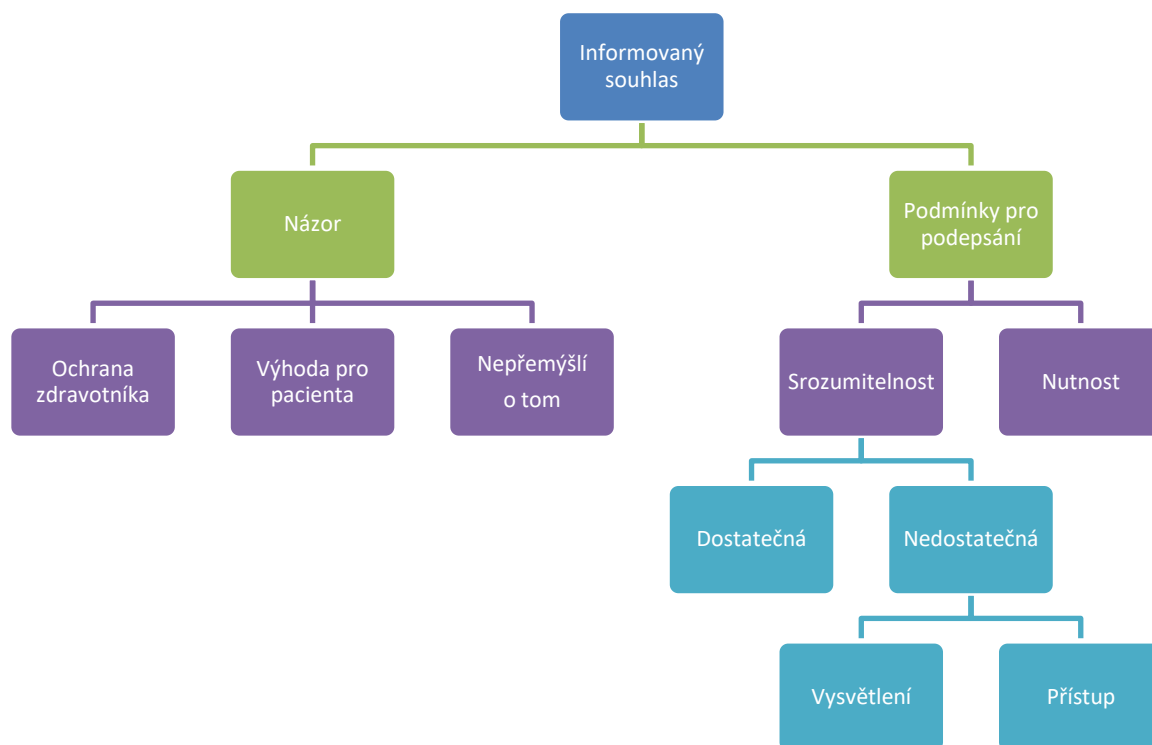


Schéma 4 zobrazuje kategorii **informovaný souhlas**. V této části rozhovorů byly pacientům pokládány následující otázky: *„Co si myslíte o tom, že pacienti musejí podepisovat informované souhlasy?“* *„Poskytoval/a jste při hospitalizaci informovaný*

souhlas? Pokud ano, byl pro Vás informovaný souhlas, který jste musel/a podepsat srozumitelný?“ „Za jakých podmínek byste byl/a ochotný/á informovaný souhlas podepsat?“ Se všemi pacienty byl nejprve rozebírán jejich názor na informovaný souhlas. Poté se rozdělovali na dvě skupiny - hospitalizovaných pacientů jsem se ptala, zda v průběhu hospitalizace podepisovali informovaný souhlas a zda byl pro ně srozumitelný. S ambulantně léčenými pacienty jsme rozebírali podmínky, které by musely být ze strany zdravotníků splněny, aby tito pacienti informovaný souhlas podepsali.

Názor na informovaný souhlas byl jednoznačný. Všichni pacienti kromě P7 a P15, kteří uvedli, že stran této problematiky si **neutvořili žádný názor** a berou to jako nutnost, která tu je, v něm v jednom aspektu vidí **ochranu zdravotnických zařízení a zdravotníků** samotných. P1, P5, P6, P9, P14, P16 a P23 spatřují ochranu a výhody **i pro pacienta**. P5: „*No chrání se tím nemocnice, chrání se tím lékař, chrání se tím pacient. Pacient pak díky tomu ví, na co vlastně teda přistupuje. Má to podle mě svojí důležitou roli.*“

P2, P7, P8, P10, P12, P13, P15 a P18 vidí v informovaném souhlasu **nutnost**, kterou je třeba podstoupit, aby se jim zdravotníci věnovali. P11 vidí informovaný souhlas jako pozitivum, upozorňuje však, že tento papír nesmí nahradit rozhovor zdravotníků s pacienty: „*No je to zřejmě obrana doktorů proti tomu, aby měli důkaz, že pacientům dali dostatečné informace. Určitě jsou v dnešní době lidé schopní zpětně tvrdit, že tohle jim nikdo neřekl a tak podobně. Takže jako chápu, že podepsat ten informovaný souhlas po rozhovoru jako důkaz, je v dnešní době určitě potřeba. Nicméně nemělo by docházet k podepisování pod nějakým nátlakem a tento papír by rozhodně neměl a nesmí nahradit ústní konzultaci. Protože to by pak lékaři mohli přestat pacientům rázem všechno vysvětlovat, dali by jim papír, ať si to tady přečtou a tečka. To rozhodně ne. Každopádně, jak už jsem říkal, je potřeba chápat, že doktor potřebuje jasný důkaz, že splnil svou povinnost, pro případ, že by byl nařčen z pochybení a podobně.*“

P19 poukazuje na to, že podle jejího názoru může být informovaný souhlas pro pacienta kromě výhody v určitých okamžicích vlastně i zátěž: „*Já naprosto souhlasím s tím, že v některých věcech je opravu nutné ten písemný informovaný souhlas mít. Prostě aby to bylo založeno ve zdravotnické dokumentaci toho pacienta, protože je to to nejprůkaznější, co ten zdravotník potom má v ruce v případě potřeby,*

a zcela tu potřebu chápu. Ale dneska mi přijde, že se všechno to vypisování a papírování rozšiřuje i na banální zákroky a že mnohdy je to spíš zátěž pro toho pacienta, když i při sebemenším zákroku čte možnosti nějakých těch děsivých komplikací a tak. Ale určitě u velkých operací souhlasím s tím, aby tam ten písemný informovaný souhlas byl. Jinak si myslím, že by ten vztah lékaře a pacienta měl být hlavně vystavěn na nějaké důvěře, že když prostě sedíte s tím lékařem v ordinaci a řeknete mu, že s něčím souhlasíte, tak že by to mělo platit. Ale na druhou stranu prostě dneska je ta doba taková, že je třeba se jako jistit no. Když to nějak shrnu, jsou to dle mého zbytečné papíry, primárně je to ochrana pro to zdravotnické zařízení, až pak možná někde v druhý řadě to nese nějaké plus i pro toho pacienta, což je podle mě ta chyba, protože přeci by to v první řadě mělo být pro toho pacienta. A tak trochu je to zátěž i pro ty nemocnice, že se s tím musej sestavovat, ale z druhé strany doba si to žádá no. Jinak ještě co se týče kvality a zpracování těch informovaných souhlasů, tak to musím říct, že opravdu nemocnice ho má sestavený velice dobře a srozumitelně, že to tam všechno krásně vidíte a utřídíte si to.“ Ve stejném duchu odpověděl i P20.

Všichni hospitalizovaní pacienti v průběhu své hospitalizace podstoupili na chirurgii nějaký zákrok, a tudíž podepisovali informovaný souhlas. Pro P14, P15, P16, P19, P21 a P23 byl informovaný souhlas, který dostali k podpisu, **dostatečně srozumitelný**. P16: *„Jo, podepisovala a jo, bylo to normálně dobře srozumitelný, že když jsem to četla, tak jsem to chápala. A oni vlastně i ještě než mi to dali, tak mi to hezky všechno vysvětlili napřed, takže už to pak bylo jen takový zopakování. Ono je fakt, že asi i viděli, že moc nějaký čtení nevnímám, já jsem to moc nestudovala dopodrobna, mě bylo opravdu hrozně, zkuste si ráno ve tři hodiny vnímat.“* P21: *„Ano, souhlas jsem podepisoval před operací a jako pročítal jsem si ho a bylo to srozumitelný. Ještě předtím, než mi ho dali, tak za mnou byl doktor, kterej mě měl operovat, a i ten co mě měl uspávat, a oba se mnou promluvili.“* P23: *„Ano, podepisovala. Srozumitelný to bylo, četla jsem si to.“*

P17 uvedl, že pro něj informovaný souhlas **nebyl** příliš **srozumitelný**: *„Ano podepisoval, to jak už jsem říkal, tak pan doktor se smál, že dokud to nepodepíšu, tak že na mě nesáhne. Jinak, jak se ptáte na tu srozumitelnost, tak vcelku ani nebyl pro mě srozumitelnej. Ne opravdu, já bych chtěl vidět, kdo si to nějak dopodrobna čte a nějak to zkoumá před tím zákrokem. Oni vám daj papír, abyste si to před tím zákrokem jako všechno přečetla, tak to podčmárnete a je to. Těžko*

asi někdo to bude extrémně zkoumat a ptát se pořád dokolečka, co znamená tohle slovo a co znamená támhle to a tak no.“ P18 a P22 informovaný souhlas nečetli. P18: „No podepisoval, ale přesně ani nevím co. Ani mě to moc nezajímalo, co potřebovali podepsat, tak jsem podepsal a nijak jsem to nestudoval. Jsem přesvědčen, že když tu operaci potřebujete, a že já jí potřeboval, protože mě ty problémy opravdu hodně obtěžovaly, tak podepíšete cokoli, co je pro to potřeba. Mě zajímalo jediné hlavně, abych už to tam neměl. A to se povedlo a o to tady šlo.“ P20 také informovaný souhlas příliš nestudoval, podpisů a papírů na něj bylo hodně: „Abych pravdu řekl, tak ani nevím, co vše jsem podepsal. Tak asi pravděpodobně ale ano, jako, že ten souhlas mají asi dobře napsaný, aby mu pacienti rozuměli. Všechny mé podpisy беру jako potřebné pro klid v duši lékařů a nemocnice a ochranu proti pacientům, kteří by se náhodou chtěli soudit, kdyby se na ně doktor trochu zamračeně podíval.“

Pacienti z ordinace praktického lékaře si museli představit teoretickou situaci, že by je čekal nějaký zákrok, a přemýšleli, za jakých podmínek by informovaný souhlas podepsali. P1, P3, P4, P6, P8, P9, P11, P12 a P13 uvedli, že by určitě nepodepsali bez předchozího **vysvětlení** toho, co je čeká. P3: „*Určitě bych chtěla vědět, co ten danej zákrok, co mě čeká, co to obnáší. Určitě bych chtěla vysvětlit nejasnosti, když by teda nějaký byly.*“ P4: „*No tak měli by mi to dát prostudovat na delší dobu, abych se s tím mohla seznámit a kdykoli ještě u nejasností se ještě informovat, že třeba tohle mi není jasný.*“ P11: „*Záleží na situaci. Třeba já jsem už informovaný souhlas podepisoval před vyšetřením u specialisty, sloužilo to jako obeznámení a riziky a celkově jako průběhem vyšetření, abych věděl, jak to bude probíhat. V tomhle případě jsem podepsal bez jakékoli konzultace. Vysvětlení bylo v papírové podobě dostatečně podrobné, takže když jsem si to přečetl, bylo mi jasné vše, co jsem potřeboval. Pravdou ale je, že pokud bych vyžadoval i konzultaci a měl nějaký dotazy, že bych si zkrátka chtěl ještě něco doplnit, tak zřejmě bych doktora poměrně obtěžoval i vzhledem k čekací době, byl tam v čekárně hrozný nával. V takové situaci se člověku nechce ty zdravotníky nějak zdržovat a doptávat se, zvláště když ty písemné informace jsou v podstatě dostačující. Asi jako kdybych tomu třeba vůbec nerozuměl a nevěděl, co se mnou bude, tak to by bylo něco jiného, ale jak říkám, tohle dostačovalo.“*

P2 a P5 uvedli, že všechny situace, kdy podepisovali nějaký informovaný souhlas, proběhly v pořádku, s dostatečným vysvětlením a bez jakýchkoli komunikačních potíží, a tudíž pokud by to takto probíhalo vždy, nebudou mít s podpisem problém.

Na zkušenosti P7 je vidět, že leckdy může být člověk v možnosti prostudování informovaného souhlasu limitován např. jako v jeho případě, že s sebou nemá brýle. P10 vnímá informovaný souhlas jako naprostou nutnost, kterou je nutné splnit před zákrokem a neklade si před podpisem žádné podmínky: *„Určitě za každých podmínek. Protože co tam budete řešit, třeba je vám špatně, nemůžete se zvednout, tu operaci potřebujete, no tak samozřejmě, že podepíšete. Oni vám tam řeknou nějaký blablaba a vy to stejně nakonec podepíšete, protože když by ne, no tak žádná operace a žádný řešení prostě nebude. To máte, jak když jdete někam do zaměstnání, dostanete smlouvu, tak si to přečtete a podepíšete, protože tam chcete pracovat. Operaci chcete? No tak jí podepíšete taky a je vám to jedno co podepisujete. Já jsem v roli pacienta, nejsem nikdo, kdo to zkoumá článek po článku, aby mi náhodou místo slepého střeva nepodřízli krk. A myslím si, že čím starší člověk, tím víc se ptá, tím víc chce vědět, protože má strach, co s ním bude, ale v konečnou fázi, když dorazíte na ten operační sál, no tak je to stejně jedno, protože stejně vás nakonec uspěj a tu operaci udělaj. No mluvím jak někdo, kdo je na sále každé tejdny...“*

Pro P8 je důležitý kromě vysvětlení i přístup zdravotníků, pokud by to ale bylo nezbytně nutné z důvodu závažnosti stavu, podepsala by bezpodmínečně: *„No tak chtěla bych, aby to vždycky probíhalo tak, jak to bylo v té Praze, tam mi to všechno vysvětlili, co to je za operaci a jak dlouho to bude trvat a jaký budou nebo jako jaký můžou nastat komplikace, co se všechno může stát. No byli velice hodný, příjemný. Jinak asi když by mi bylo hodně špatně, nebo bych měla, jak se říká smrt na jazyku, tak bych to podepsala každopádně kdykoli, ale jako jsem ráda, když to vysvětlejí, i když tomu člověk tolik nerozumí, že jo. Ale je to hezký od nich, že vám to řeknou. Měli by.“*

8 Diskuze

Každý si za své zdraví zodpovídá sám. K tomu, aby pacient mohl o své zdraví pečovat, a pokud už má nějaké onemocnění, aby mohl minimalizovat dopady, které to může mít na jeho celkový zdravotní stav, potřebuje mít dostatek informací. Úkolem zdravotníků je tyto informace pacientům poskytovat. Důležité v tomto případě je komplexní poučení. Neméně významný je ovšem i přístup pacienta. Ten by si měl promyslet, jaké další informace, kromě těch poskytnutých mu zdravotníky, ho zajímají a na ty by se potom měl zaměřit. Často se objevují pacienti, kteří i přes poučení o nejrůznějších režimových a dietních opatřeních a podávání informací o zdravotním stavu nespolupracují a spolupracovat nebudou. Zde už se ale vracíme k osobní zodpovědnosti za zdraví, kterou máme každý z nás (Štefánková, 2017). V této souvislosti zmiňme výzkum, který provedl P. Tate (2010), jenž vytvořil tzv. pravidlo jedné třetiny. Z tohoto pravidla vychází, že 1/3 pacientů přijme doporučení, které dostane od zdravotníka a řídí se jím. Další 1/3 se doporučením sice řídí, ale svévolně si jej upravuje, a tím snižuje efektivitu onoho doporučení (např. si upravují dávky léků, nebo si je svévolně vysazují). S takovým respondentem jsme se setkali i během našeho výzkumu. P12: *„No tak mám problémy se štítnou žlázou, mám sníženou funkci, beru na to Letrox a teď teda nově mě pan doktor testuje ještě na cholesterol, ale tomu se teda bráním zuby nehty. Byly odběry a nevyšlo to jako úplně nejlíp. Tak mi pan doktor dal prášky, mám je brát trvale, ale já jsem si to naordinoval obden.“* K poslední 1/3 Tate řadí pacienty, kteří jakékoli informace a péči zcela ignorují. Z jeho výzkumu tedy plyne, že 2/3 pacientů svou vlastní nekázní či laxností maří snahy zdravotníků.

Nezpochybnitelným faktem ovšem je, že u dostatečně informovaných a poučených pacientů je spolupráce při léčbě efektivnější a výsledky jsou mnohem lepší (Ayers, De Visser, 2011). Výzkum v rámci této diplomové práce se zaměřuje na to, jaké informace vnímají pacienti pro sebe jako přínosné, potřebné a důležité, jaké informace postrádají, jaké jsou jejich znalosti o diagnóze, která jim byla stanovena, a v neposlední řadě i jaké pocity mají, při procesu informování a kontaktu se zdravotníky. V této části práce jsou shrnuty všechny důležité poznatky vyplývající z rozhovorů s pacienty, které byly uskutečněny v rámci výzkumného šetření.

Cílem práce bylo zjistit, jaké informace pacienti potřebují, požadují a postrádají od sester a lékařů ve zdravotnických a lůžkových zařízeních, a dále zjistit, zda subjektivní vnímání informovanosti odpovídá reálným znalostem diagnózy. Jen dobře informovaný pacient může se zdravotníkem správně spolupracovat. K výše uvedeným cílům bylo dále stanoveno 9 výzkumných otázek.

Výzkumná otázka č. 1: **Jaké informace pacienti vnímají jako důležité?** Smyslem bylo zjistit, jaké informace pacienti potřebují. Pro pacienty **potřebné údaje jsou velmi rozmanité**. Toto zjištění se ovšem dalo předpokládat, neboť každého pacienta zajímají trochu jiné informace v souvislosti s tím, jaké má zdravotní potíže. Z rozhovorů vyplynulo, že všichni pacienti si za informacemi, které vyhodnocují pro sebe jako potřebné, aktivně jdou a požadují je po zdravotnících. Pacienti uváděli, že důležité je pro ně vědět, jak mají upravit svůj životní styl s ohledem na svou diagnózu tak, aby si při léčbě nějakým způsobem neškodili. Protože u mnohých onemocnění je velmi důležité dodržovat patřičnou dietu (u dotazovaných pacientů se jednalo zejména o diabetes mellitus a dietní omezení při užívání Warfarinu), zmiňovali pacienti pochopitelně i informace o jídelníčku, neboť si uvědomují důležitost úpravy stravy s ohledem na jejich onemocnění. S životním stylem souvisí i potřeba některých pacientů vědět, jak docílit redukce hmotnosti.

V souvislosti se sledováním kompenzace onemocnění uváděli pacienti, že je pro ně potřebné znát, jaké jsou současné hodnoty jejich sledovaných parametrů. V případě našich pacientů se konkrétně jednalo o hodnoty glykémie, INR, krevního tlaku, hormonů štítné žlázy a cholesterolu. P6: „*Já když jdu na krev, tak mám papír, kde se zapisujou hodnoty jaký mám, ten INR. A takže já to vidím tam a mám přehled. Abych věděla ty hodnoty, to si myslím, je dost důležité.*“ P8: „*No tak hodnoty ty krve a i tlak. Taky jak to srdíčko jde, jak se drží cukr, řekla bych takový to základní ke každé tí nemoci. A to mi vždycky dávají.*“

Dalšími pro pacienty důležitými informacemi jsou ty o průběhu léčby a prognóze, která se pojí s jejich onemocněním. Považují za podstatné vědět, jak bude léčba probíhat, co je čeká a s jakými výsledky se po ukončení terapie dá počítat. Uvedl to mimo jiné i P14, který byl hospitalizován v souvislosti s nádorem štítné žlázy, která mu byla odstraněna. Zejména hospitalizovaní pacienti ve velké míře zdůrazňovali potřebu znalosti přesné diagnózy. P2 sice uvedl, že některé informace je lepší nevědět,

netvrdil však, že by nechtěl být informován vůbec. To ostatně neřekl nikdo z dotázaných. Back a Arnold (2006) v tomto ohledu měli ve svém výzkumu zapojeny i pacienty, kteří byli zcela opačného názoru. 20 % jimi oslovených pacientů vůbec nechtělo znát prognostické informace o jejich zdravotním stavu, a pokud už jim byly řečeny, reagovali spíše negativně. Jednalo se většinou o onkologické pacienty, lze tedy v jistém ohledu předpokládat, že jejich postoj souvisel se strachem.

Hospitalizovaní pacienti zapojení do našeho výzkumu hovořili v souvislosti o informacích, které jsou pro ně potřebné, zejména o délce pobytu v nemocnici a druhu anestezie. P17: *„Tak určitě jsem chtěl vědět jako čas, jako jak tady budu dlouho, jak to bude rozložený všechno při té hospitalizaci. Kdy půjdu na zákrok, to jsem už věděl, to oni dávaj termín samozřejmě dopředu ještě před, než člověk nastoupí do nemocnice. V pondělí mě přijali, v úterý jsem věděl, že půjdu a budu tady asi ten týden. Dali mi vybrat, jestli chci lokální umrtvení, nebo celý, tak z takovýho nějakýho sebestřachu jsem si radši vybral to celý, jo, abych se potom probudil a už by bylo po. On člověk, když je zdravej, tak je hrozně silnej, ale pak když něco má, tak je těch sil najednou nějak málo a chcete to mít co nejjednodušší.“* Také je zajímalo, kdy po operaci budou opět schopni normálně fungovat, kdy zmizí všechna pooperační omezení. P23: *„Nejvíc mě zajímalo, po jak dlouhý době budu moct normálně jíst. To mě fakt zajímalo hodně. Tak prý za dva měsíce si budu moct zase pořádně kousnout. Ale z počátku ať jako počítám určitě s tekutou stravou.“*

Několik pacientů jasně uvedlo, že nejsou pro ně žádné informace, které by se z hlediska důležitosti obsahu vyvyšovaly nad ostatní, zdůrazňovali ale potřebu, aby informace, které jsou jim poskytovány, byly pravdivé, a to ať už jsou pozitivního nebo negativního rázu. Důležité informace pacientům sdělují ošetřující zdravotníci. Z povahy věci ovšem vyplývá, že pacienti další informace získávají i z jiných zdrojů. Jako tyto zdroje označovali internet, knihy, časopisy, své rodinné příslušníky a známé, kteří jsou zdravotníci, jeden z dotázaných řekl, že se o svém zdravotním stavu někdy radí s kamarádem, který je léčitel. Dalším zdrojem informací jsou pro dotazované ti, kteří se potýkají se stejným onemocněním. Ty jako zdroj důležitých informací vidí také Vymětal (2004), který uvádí, že emoční podpora členů téže skupiny působí jako významný podpůrný faktor. Pokud pacient získá nějaké informace ohledně své nemoci od jiného člověka trpícího stejným zdravotním problémem, přináší to mnohá pozitiva. Informace, které mu do té doby poskytovali pouze zdravotníci jako profesionálové, jsou

pro něj rázem mnohem lépe uchopitelnější. Pacienti se stejnou diagnózou si často vyměňují na své zkušenosti založené důležité rady a jejich vzájemná sounáležitost může působit i jako motivační faktor, který jim pomáhá dodržovat léčbu. Kutnohorská (2007) ale upozorňuje i na možný negativní důsledek informování se pacientů mezi sebou navzájem. Vzhledem k tomu, že tito lidé nejsou odborníci, mohou být někdy jejich informace nepřesné a neúplné, případně různě zkreslené, což může jiného pacienta vystrašit.

Několik pacientů uvedlo, že žádné informace vyjma těch, které získají od ošetřujících zdravotníků, již nevyhledávají. Tyto informace považují za dostatečné a zdravotníci jsou pro ně nejkvalitnějším zdrojem.

Informace, které jsou pro pacienty potřebné, jsou rozptýleny ve velice širokém spektru. Důvodem je, že každý pacient má jiné zdravotní problémy, a tudíž ho čeká jiný postup léčby a režim s touto léčbou spojený. Každý člověk je také jedinečnou osobností s individuálně nastavenými potřebami což velmi ovlivňuje informace, které chce mít. Toto tvrzení bylo jasně potvrzeno pacienty zapojenými do našeho výzkumu a z logiky věci vyplývá, že jej můžeme vztáhnout i obecně.

Po zjištění, jaké informace pacienti požadují, jsme se věnovali tomu, jaké informace pacienti dostávají. Mach (2010) uvádí, že každý pacient by měl ve zdravotnickém zařízení obdržet následující informace – informace o jeho zjištěném zdravotním stavu, dále o zdravotní péči, která mu bude poskytnuta, respektive, jejíž poskytnutí je vhodné, v neposlední řadě by pak měl obdržet informace o rizicích a možných alternativách vybrané léčby, a pokud by se jednalo o operační zákrok, pak i o režimu, který by jej čekal po provedení zákroku. Tyto informace poskytuje pacientovi lékař. Vokurka a Hugo (2011) nezapomínají na úlohu sestry, která pacienta v procesu podávání informací vhodně edukuje v rozsahu svých kompetencí. Edukace umožňuje hlubší zapojení pacienta do péče o jeho zdravotní stav.

K problematice se pojí výzkumná otázka č. 2: **Jaké informace jsou pacientům poskytovány?** Pacienti byli požádáni, aby popsali svou diagnózu. Dle jejich popisu bylo možné udělat si představu, zda jsou o své diagnóze informováni a jaké informace jim tedy zdravotníci poskytli. Z výzkumného šetření vyplynulo velice pozitivní zjištění. Subjektivní vnímání informovanosti i faktická informovanost se de facto rovnaly,

ačkoli samozřejmě pacienti neumějí vždy svou diagnózu popsat takovými slovy jako odborník. Při popisování svého onemocnění však nic důležitého nevynechali. **Na základě komparace odpovědí pacientů s jejich reálnou diagnózou, byli tito shledáni, jako dostatečně informovaní.** K uspokojivým zjištěním v souvislosti s poskytováním informací pacientům, došly při svém výzkumu i Brabcová, Polívková a Otásková (2009), které při výzkumném šetření v českobudějovické nemocnici zjistily, že pacienti v této nemocnici byli dostatečně informováni o svém aktuálním zdravotním stavu, typu navrhované léčby a jejích benefitech, které by pacientovi mohla přinést, o možných alternativách a důsledcích případného odmítnutí. I tito pacienti tedy byli stejně, jako v případě našeho výzkumu, shledáni jako dostatečně informovaní.

K poskytování informací se váže i možnost klást doplňující otázky, neboť proces informování by neměl být o jednom dlouhém monologu zdravotníka, ale naopak by se mělo jednat o dialog a pacient by měl mít možnost se kdykoli doptat na vše, co jej zajímá. Všichni pacienti na otázku, zda tuto možnost v kontaktu se zdravotníky mají, odpověděli, že ano, což opět považujeme za velice pozitivní zjištění.

Další zjištění, ke kterému jsme v průběhu rozhovorů došli, byl způsob, jakým pacienti vnímají sestru v procesu podávání informací. Pacienti sestru v tomto procesu nevnímají téměř vůbec. **Sestra je pro pacienty primárně pečující a pomáhající osobou, která jim pomáhá zvládat těžkou životní situaci spojenou s jejich nemocí, ne zdrojem informací.** Uvedme zde příklady situací, ve kterých pacienti sestru vzpomínali. P17: *„Ale ono to je daný asi i oborem, nebo tou specifikací, jinak jako co člověk potřebuje, to se dozví, sestřičky pořád choděj, prostě ptaj se. Jsou tady starostliví a pečliví.“* P19: *„Já jsem byla opravdu nadšená, i ty sestřičky, jak se o mě staraly, to bylo opravdu nebeský.“* P23: *„Jako sestry se ptají, jestli něco potřebuju a tak, nosí mi ledy, jako všechno no.“* Sestra je pro pacienty velmi důležitým spojencem. Primární osobou, od které ale očekávají informace, je lékař, který je v tomto ohledu pochopitelně tou nejkompetentnější osobou. I přes tuto znalost však bylo překvapivé, jak málo pacientů se o sestřích zmínilo a ještě navíc okrajově.

Účelem výzkumu bylo dále zjistit, zda existují některé informace, které pacientům chybí. K tomuto tématu byla stanovena výzkumná otázka č.3: **Jaké informace pacienti postrádají?** Opět je nutno říci, že u všech pacientů, je výsledkem pozitivní zjištění,

že těmto pacientům žádné podstatné informace nechybí. Jak již vyplývá z výše interpretovaných výsledků, **sestry a lékaři se pacientům v průběhu poskytování informací dostatečně věnovali a pacienti tak byli o všem podstatném poučeni.** Příkladem může být i odpověď P4, která byla shledána jako velice náročná co se poskytování informací a celkového přístupu ke svému zdravotnímu stavu týče (i diagnózu diabetes mellitus si de facto objevila sama, když chtěla udržet krok se svou sociální skupinou, a protože si kamarádky měřily pravidelně glykémii, koupila si sama od sebe glukometr a měření prováděla bez jakékoli odborné indikace). P19, P20 a P21 sice uvedli, že by poskytované informace mohly být ještě podrobnější, základní informační potřeby však měli saturovány dostatečně. Vzhledem k tomu, že všem pacientům byla dána možnost kdykoli si doplnit poskytované informace dalším dotazem, nespatřujeme toto jako problém. **Pacienti zapojení do tohoto výzkumu byli tedy shledáni jako dobře informovaní, kteří žádné důležité informace o svém zdravotním stavu nepostrádají.**

Na výše uvedené navazuje výzkumná otázka č. 4: **Jak jsou pacienti spokojení s množstvím informací jim poskytnutých?** Spokojenost byla hodnocena jak z hlediska kvantitativního, tak ověřována podrobněji z hlediska kvalitativního. Ohledně kvantity poskytovaných informací neměli ani ambulantně léčení, ani hospitalizovaní pacienti větší výhrady, opět je pouze nutné vzpomenout potřebu podrobnějších informací P19, P20 a P21. P14 a P15 také poměrně citlivě vnímali, že zdravotníci na ně nemají přesně tolik času, kolik by bylo podle jejich názoru vhodné, uvedli však, že to nebylo na úkor poskytnuté péče nebo informací. **Celkově shrnuto, pacienti jsou dle svých odpovědí spokojeni s množstvím poskytovaných informací.**

Oproti tomu z průzkumu společnosti HealthCare Institute, která se ptala 150 českých patientských organizací, vyplynulo, že pacienti obecně jak v ambulantních, tak lůžkových zařízeních, chtějí dostávat více informací. Na neinformovanost si stěžují až dvě třetiny organizací, které pacienty zastupují. Podle nich pacienti často dostanou jen opravdu základní informace a další podrobnější poznatky už jim chybí. Zejména u chronických pacientů to může být problematické, neboť onemocnění je často provází až do konce života a tito lidé potřebují vědět, jak se svou nemocí žít, aby co nejméně ovlivňovala kvalitu života. Pacienti si uvědomují, že lékaři a sestry jsou zavaleni prací a problém primárně není o jejich nezájmu, ale o nedostatku času. Řešením by tak mohlo být i poskytování podrobnějších informací pacientům právě

od patientských organizací. Nesporně důležitým faktem pojímám se k této problematice je ale i rozčlenění pacientů do dvou skupin s ohledem právě na to, jaké informace vyžadují – někteří jsou aktivní a zdravotníků se ptají. Potom je samozřejmě chybou, když ti se jim nevěnují. Mnoho pacientů se ale o své onemocnění nezajímá a informace nebo dokonce nějaké detaily ani znát nechtějí (Barometr českého zdravotnictví, 2016). P3 svým výrokem dává za pravdu tvrzení, že si pacienti uvědomují, kolik mají zdravotníci práce: *„Třeba čas jakej na vás maj, to bych řekla, že zas nehraje až takovou roli, protože oni taky nemají jenom mě, mají těch pacientů za mnou 99, který stojej za dveřma a čekají a člověk není tak bezohlednej, aby se tam někde rozplýval půl dne. Takže nemusej se mnou trávit hodiny.“*

Linhartová (2007) upozorňuje, že míra spokojenosti pacientů se kromě objektivně poskytnuté péče týká i komunikace se zdravotníkem a poskytování informací. Pacienti tuto složku subjektivně vnímají jako velmi důležitou. I z toho důvodu je obecně evidováno více stížností na špatnou komunikaci, než na ošetrovatelské a léčebné postupy. V souvislosti s tímto se autorka zamýšlí, jaké rady dát zdravotníkům, ale i pacientům, aby k nerozumění v souvislosti s komunikací a předáváním informací nedocházelo a aby u pacienta zavládla spokojenost. Pacientům obecně doporučuje v rámci verbální komunikace se nebát a vždy se zeptat na vše, čemu nerozumí, nebo je mu to nejasné. Dále pak vždy při popisování svých potíží hovořit uceleně, nezabíhat do nepodstatných detailů či informací, které s problémem vůbec nesouvisejí, přesně a jasně uvádět, co bolí, jaké jsou potíže a jak dlouho to trvá. Pokud má pacient nějaké obavy, či v něm něco vzbuzuje nedůvěru, ani v tom by se neměl obávat se zdravotníkovi svěřit. V rámci neverbální komunikace doporučuje zejména udržovat se zdravotníkem oční kontakt. To potvrzují i P9 a P10, kteří uvedli, že pro ně je oční kontakt velmi důležitý. Jako pomoc pro zdravotníky při poskytování informací pacientům autorka doporučuje naučit se používat následující věty: *„Chcete se na něco zeptat?“* *„Zopakujete mi prosím, co jsem řekl/a?“* *„Co budete (nebudete) dělat?“* *„Rozumím tomu správně, že...?“* atd. Všechny tyto otázky by měl pacient dostávat takto – formou otevřených otázek, na které by po kontaktu se zdravotníkem měl být schopen odpovědět. Výhodou těchto otázek je, že zdravotník opravdu spolehlivě pozná, zda mu pacient rozumí, neboť je nutná ucelená odpověď a nestačí něco pouze odkývat. Všechna tato doporučení mohou výrazně eliminovat nedorozumění, k nimž dochází při poskytování informací pacientům, a tím mohou i ovlivnit spokojenost pacientů

s poskytovanými informacemi v pozitivním slova smyslu. Ujistit se, že nám pacienti rozumí, vnímám jako nezbytně nutné. Nedávno mou vlastní praxi poznamenal případ, na němž jasně vidíme, že co je pro zdravotníka jasně pochopitelným sdělením, může být pro laika záhadou. Jeden z pacientů si přečetl sdělení, že sestra během výkonu své práce plní ordinace lékaře. Případalo mu zvláštní, že je sestra placena za to, že zve pacienty dál a zaplňuje prostory ordinace. Po vysvětlení, co to vlastně pro nás zdravotníky znamená plnění ordinací, se z tohoto nedorozumění stala úsměvná historka. Zamysleme se ovšem nad tím, kolik takových situací se musí odehrávat každý den. Jistě je jich mnoho. Je proto třeba jim předcházet volbou vhodných slov. **Pokud pacientům správně uzpůsobíme komunikaci, můžeme tím výrazně ovlivnit jejich spokojenost s poskytováním informací.**

Po zhodnocení informací, které pacienti potřebují, požadují, dostávají a postrádají a jejich spokojenosti s nimi, jsme přešli k emocionálnímu vlivu, jaký informace na pacienty mají. K problému byla stanovena výzkumná otázka č. 5: **Jak ovlivňuje množství podaných informací psychický stav pacientů?** Dle Vymětala (2003) nesmíme zapomínat, že psychický stav pacientů neovlivňuje pouze množství a kvalita poskytovaných informací, ale etiologie je multifaktoriální. Míra zátěže, která na pacienta psychicky působí, se odvíjí od jeho osobnosti, úrovně zdravotního uvědomění, postoje, který zaujímá ke svému zdraví, sociálních vazeb mezi jím a jeho rodinou a okolím a také od příznaků nemoci.

Osobnost pacienta či jeho sociální vazby ze své pozice zdravotníka samozřejmě změnit nedokážeme, čím ale můžeme snížit stres a psychickou nepohodu, je proces informování. Během rozhovoru byli pacienti dotazováni, jak množství poskytnutých informací ovlivňuje jejich psychický stav, a zda jim to pomáhá lépe překonat jejich zdravotní potíže. **Z výsledků vyplynulo, že pacienti většinou v dostatečném informování spatřují vodítko ke snadnějšímu zvládnání jejich zdravotních problémů.** 16 dotázaných pacientů odpovědělo, že jsou pro ně informace velice důležité a to, že je mají, je jistým způsobem zklidňuje. Dle jejich názoru je pro pacienta výhodné, když ví, co ho čeká a s čím může v léčbě počítat. Dále se objevily 2 menšinové názory – P2 o poskytovaných informacích nijak zvlášť nepřemýšlí a nemá pro něj hlubší význam z hlediska psychické pohody, P14 naopak i přes důsledné informování má z důvodu své povahy neustále trochu strach. 5 dotázaných pacientů uvedlo, že pokud zdravotník pacientovi sdělí nějaké špatné

informace, může to pro něj mít i negativní důsledky. Často odpovídali, že si ani nedokáží představit, jak by v případě nějaké prognosticky špatné informace zareagovali. V souvislosti s tímto tvrzením jsem se jich ptala, zda si myslí, že by tedy řešením bylo, aby některé informace zdravotníci pacientům neříkali, nebo jim je záměrně dávkovali po menších, snesitelnějších částech. Na to všech 5 pacientů uvedlo, že toto by rozhodně nebylo správným řešením a že sami by si nepřáli, aby jim někdo zamlčoval údaje o jejich zdravotním stavu. Ačkoli by pro ně některá sdělení mohla být i velmi nepříjemná, nakonec vyhrál příklon k potřebě být informován. Epstein, Korones a Quill (2010) této důležité problematice věnovali článek. Hned úvodem zdůrazňují, že získat pravdivé a co nejkomplexnější informace je pro pacienta podmínkou toho, aby mohl se svojí nemocí aktivně bojovat. Mimo to patří pravdomluvnost k široce uznávaným etickým principům. Existuje shoda, že je etické nepodat pacientovi úplnou informaci v případě, pokud nemá dostatečnou kognitivní kapacitu k jejímu zpracování a pochopení (v tomto smyslu odpověděl i P20: *„Nemyslím si, že by měl být pacient informován o všech možnostech. Někdy totiž možností může být i více a někteří pacienti zkrátka nebudou schopni inteligenčně obsáhnout všechny možnosti řešení, které jsou k dispozici na celém světě. Myslím si, že zde záleží maličko na lékaři, který by měl posoudit, co je nutné pacientovi sdělit a zbytečně ho nezahltovat informacemi, jak se to dělá někde jinde ve světě, když by to pacient stejně nepochopil a případná možnost řešení by stejně nebyla v jeho případě možná a zbytečně by tak člověk pak mohl být rozrušen, mohl by získávat nějaké zbytečné naděje a tak podobně.“*), dále v případě, kdy je stav natolik závažný a akutní svou povahou, že hrozí nebezpečí z prodlení nebo v situaci, kdy pacient vyjádří přání nebýt informován. V takových případech by informování mohlo být pro pacienta spíše psychicky nepříjemné, zatěžující či dokonce nebezpečné. Množství informací není vždy pro pacienta tím nejdůležitějším. To, co je podle Epsteina, Korones a Quilla (2010) klíčové, je vztah, který si pacient se zdravotníkem spolu vybudují. Během jejich výzkumů se ukázalo, že pokud pacient zdravotníkovi ne příliš důvěřuje, má tendenci nebrat jím podané informace jako ty klíčové, ale naopak si sám vyhledává a shromažďuje informace z dalších zdrojů. Zdravotníci tak musejí být velmi opatrní při svém rozhodování o rozsahu poskytovaných informací pacientovi. Nutné je přihlídnout k osobnosti konkrétního pacienta, jeho vědomostem a kognitivním schopnostem, hodnotám a přání ohledně rozsahu poskytovaných informací. Zdravotník

musí pacientovi, jehož informuje, bezpodmínečně rozumět. Toto závěrečné tvrzení vyplývající z článku je možné vyvodit i z tohoto výzkumu.

Nynější tvrzení se vztahují k pacientům docházejícím do ordinace praktického lékaře. Během rozhovorů s nimi si nešlo nevšimnout výjimečného talentu lékaře, který dokáže s vysokou úspěšností vyhodnotit, co si ke kterému pacientovi může z hlediska poskytovaných informací dovolit a jak se k nim má chovat, aby poskytované informace byly pro ně co nejpřínosnější. P3 popsala citlivou zkušenost s umírajícím synem, kdy jí velice pomohlo otevřené chování lékaře, kterého si velmi vážila po předchozí špatné zkušenosti s jinými zdravotníky: *„Myslím si, že je důležitější pořádek v tom vztahu zdravotníků a pacientů. Když to vezmu přes syna, bylo pro mě vždycky důležitý, když mi řekli, jak přesně to je. Protože pak se můžete na všechno připravit. Věděla jsem, co přijde a co bude. Takže si myslím, že je dobře, když je člověk pořádně informovaný, naopak, rozhodně mi přijde, že člověku nepřidá, když to ti zdravotníci tak jako různě zaobalují a zaonačují a říkají, že je to dobrý, a vy vidíte, že je to čím dál tím horší. To je pak pro vás hrozný zklamání, to se mi třeba stalo v nemocnici. Jsem si říkala, jestli mě jako šetřej, nebo proč to jako takhle udělali, ale tohle ono jako to nebylo žádný šetření, to spíš naopak, vždyť vy přece potřebujete vědět, co bude a s čím máte počítat. Protože to všechno pro mě byly nové zkušenosti, vy jako zdravotníci víte, jaké to má průběh a jak to asi vypadá, ale já prostě nejsem odborník, já ty zkušenosti nemám. Jako pak jsem se tam víckrát už ani ptát nešla, protože to stejně bylo k ničemu, abych vám teda pravdu řekla. Když se dívám na sebe a své pocity, když zdravotníci mluvili se mnou o mě, tak jako nemám jedinou připomínku. Možná je to tím, že ten můj stav nebyl nikdy nijak vážnej. Naopak jak jsem už říkala, když jsem se ptala na syna, tak ty pocity tak dobrý nebyly. Až když pan doktor za náma přijel, jako za synem se podívat, a tak mi prostě narovinu řekl, to jak to je, že ta tendence je prostě sestupující a jako já vám teda můžu říct, že se mi v tu chvíli jako i ulevilo, protože do té doby jsem furt byla v takovém napětí, kdy pořád jen doufáte, tam jsou samý vzlety a pády, dyť vy víte jak to u týhle roztroušený sklerózy je.“* Oproti tomu např. P10 si velice pochvaloval, že pan doktor umí informace říci decentně a on se proto ani při hovoru o své vyšší hmotnosti necítí nijak nepříjemně. Většina pacientů se také kladně vyjádřila k tomu, že je jejich lékař dokáže dostatečně poučit o všem co je potřebné, zároveň ale nemají pocit, že by něčemu nerozuměli a že by je nějaké informace zatěžovaly nebo pro ně byly nadbytečné. Takové chování lékaře je opravdu skvělé

a přínosné pro pacienty, neboť toto rozhodně není v dnešní době samozřejmostí. Zároveň je z tohoto zjištění možné vyvodit závěr a souhlasit s Epsteinem, Koronesem a Quillem (2010), že pro pacienty **není tím zcela nejpodstatnějším množstvím informací, ale osobnost zdravotníka, která je informuje a která ví, jakým způsobem a v jaké míře jim má informace poskytnout.**

Dále jsme se zabývali výzkumnou otázkou č. 6: **Jaký způsob poskytování informací je pro pacienty nejúčinnější?** Účelem bylo zjistit, jaký způsob získávání informací pacienti preferují, který je pro ně nejúčinnější a nejkomfortnější. Nejčastěji pacienti uváděli, že nejlepší je pro ně ústní sdělení, a to zejména z důvodu možnosti osobního kontaktu se zdravotníkem. Dále jim vyhovuje, že mohou okamžitě reagovat a dotazy si korigovat případné nejasnosti. Získání informací pouze písemnou formou uvedl jako nejlepší pouze 1 pacient. Dle jeho názoru jsou informace, které jsou napsány informačně nejvýhodnější, neboť jsou jasně dány a jsou neměnné. Kombinaci ústní a písemné formy hodnotí jako nejlepší možnost 6 pacientů. Ti svou volbu odůvodnili tak, že výhodu ústního kontaktu vidí v možnosti vše se zdravotníkem probrat a doptat se na potřebné informace. Dále ale uvedli, že toto nestačí, neboť informací bývá opravdu mnoho a oni nejsou schopni si vše zapamatovat. Jako ideální proto spatřují tu možnost, kdy jim po rozhovoru zdravotník předá ještě nějaký písemný záznam (např. lékařskou zprávu nebo edukační leták či brožuru). Mají pak možnost se k informacím znovu vrátit a v klidu si je přečtením připomenout.

Pacientům zapojeným do tohoto výzkumu tedy nejvíce vyhovuje, pokud mají možnost se osobně se zdravotníkem setkat a informace od něj získat přímým kontaktem. Otázkou ovšem zůstává, nakolik si pacienti, kteří uvedli jako nejúčinnější způsob poskytování informací pouze ústní sdělení uvědomují, jak velký objem informací je jim občas ze strany zdravotníků předáván, a tudíž, že i písemná forma má v tomto kontaktu své místo.

Při písemném poskytování informací nelze opomenout informovaný souhlas. Názor pacientů na tento dokument je řešen v rámci výzkumné otázky č. 7: **Jaký názor mají pacienti na podepisování informovaného souhlasu?** Všem pacientům byla položena otázka, co si myslí o nutnosti podpisů informovaných souhlasů. Pro další dotazování se už pacienti dělili na dvě skupiny. Pacienti z chirurgického oddělení měli odpovědět, zda v průběhu hospitalizace podepisovali informovaný souhlas, a pokud ano, zda byl

pro ně tento souhlas srozumitelný. Ambulantně léčení pacienti byli tázáni, jaké podmínky by ze strany zdravotníků musely být splněny, aby informovaný souhlas podepsali. Názor pacientů na informovaný souhlas v tomto výzkumu je naprosto zřejmý. 21 pacientů uvedlo, že informovaný souhlas je v první řadě **ochrana zdravotnických zařízení, kterými se jistí před stížnostmi pacientů a případnými žalobami**. Zbylí 2 pacienti uvedli, že si stran této problematiky neutvořili žádný názor a **informovaný souhlas vnímají jako nutnost, kterou musí splnit, aby se jim zdravotníci věnovali**. Je ovšem pravdou, že vnímání informovaného souhlasu nebylo pouze tak jednostranné. Další jeho vnímanou úlohou se ukázala i **ochrana pacienta a výhoda v tom, že tento souhlas bývá zpravidla přehledně zpracován a pacient si v něm tak může zopakovat všechny podstatné informace**. P11 si v tomto ohledu informovaný souhlas velmi pochvaloval, kladl však důraz na sdělení, že tento písemný souhlas nesmí v žádném případě nahradit kontakt zdravotníka s pacientem. P19 uvedla, že informovaný souhlas může mít sice pro pacienta výhodu v tom, že si připomene vše podstatné, může ho ale stresovat i jmenováním všemožných i vzácných komplikací.

Co se týče srozumitelnosti, uváděli hospitalizovaní pacienti většinou, že pro ně informovaný souhlas byl srozumitelný. V menší míře se objevilo i zjištění že ho z nějakého důvodu (neměli brýle, bylo jim špatně, chtěli už mít problém vyřešený a na nic jiného neměli náladu nebo po rozhovoru se zdravotníkem již neměli potřebu ho číst) nečetli.

U ambulantně léčených pacientů bylo zjišťováno, za jakých podmínek by byli ochotni informovaný souhlas podepsat. Jelikož část z nich nikdy nepodstoupila zákrok, kde by zdravotnické zařízení podpis informovaného souhlasu vyžadovalo, měli si tuto situaci pouze představit. Několik pacientů již zkušenosti s podpisem informovaného souhlasu mělo. Ti shodně uváděli, že by byli ochotni podepsat za podmínek, které by se shodovaly s jejich zkušenostmi – dostatečné vysvětlení a vlídný přístup zdravotníků. Ostatní uváděli v podstatě to samé, jen to neměli podloženo vlastní zkušenosti – požadovali by vysvětlení, objevil se ale i názor, že pokud by se jednalo o vážný stav, tak by k podpisu došlo i bez jakéhokoli rozhovoru se zdravotníkem.

Výše uvedené skutečnosti považujeme za poměrně pozitivní výsledek. Pacienti sice vnímají informované souhlasy primárně jako ochranu zdravotníků a nevidí

v nich až tak plus pro pacienta, mají s nimi ale povětšinou dobré zkušenosti, a pokud museli nějaký podepisovat, byl pro ně spíše srozumitelný. I výsledky výzkumu Roikové (2007), která se zabývala informovaným souhlasem ve zdravotnictví, ukazují pozitivní zjištění. Autorka oslovila 23 pacientů z chirurgického a ortopedického oddělení, aby s nimi probrala jejich názor na informovaný souhlas a jejich zkušenosti související s procesem poskytování informací. Tito pacienti měli vždy zhodnotit informované souhlasy, které dostali před podstoupením konkrétního zákroku. 18 pacientů uvádí pozitivní zkušenosti. Informovaný souhlas dostali většinou ještě před nástupem do nemocnice s sebou domů, aby si ho mohli prostudovat. V drtivé většině naprosto všemu rozuměli. Objevil se i názor, že informovaný souhlas je velice zajímavé čtení a to i pro laika. Pokud bylo pacientům něco nejasné, uváděli, že se mohli ještě před operací doptat. Tuto možnost nevyužili všichni. Někteří nechtěli obtěžovat, jiní nejasnosti nepovažovali za důležité. 1 pacient souhlasu celkově neporozuměl, výhodu by spatřoval v přímém vysvětlení od lékaře. Ten za ním sice přišel, ale pouze za účelem vyšetření, dále pak žádná komunikace neproběhla. Pacient se pro bolesti, které měl, na nic neptal. 3 pacienti informovaný souhlas nečetli. První protože mu ještě před předáním informovaného souhlasu bylo vše komplexně vysvětleno a takto mu to stačilo. Druhý uvedl, že po nemocnicích tráví hodně času a informované souhlasy nečte. Třetímu se informovaný souhlas nechtělo číst. 1 pacient uvedl, že informovanému souhlasu rozuměl, když se ale ještě doptával na informace, které ho zajímaly, měl pocit, že lékaře spíš obtěžuje, takže se ani neptal na vše, co původně plánoval.

Falagas et al. (2009) ve svém výzkumu naopak poukazují na potřebu zlepšení porozumění pacientů v oblasti zpracování informovaného souhlasu. Výzkum byl prováděn u dvou skupin pacientů na chirurgickém oddělení. Odpovídající celkové pochopení poskytovaných informací a rizik spojených s chirurgickým zákrokem po přečtení informovaného souhlasu bylo prokázáno u 6 pacientů z 21 (29%) a 5 pacientů ze 14 (36%). Je nezpochybnitelným faktem, že toto jsou opravdu hodně nízká čísla.

Ptáček, Bartůněk (2011) upozorňují na četné stížnosti pacientů podané v souvislosti s problematikou informovaných souhlasů. Tyto stížnosti se týkají zejména toho, že je pacientovi předložen informovaný souhlas s výkonem, nicméně pacient nemá možnost se s obsahem řádně seznámit a doptat se na případné nejasnosti, a to navzdory

formulaci, že pacient měl možnost klást doplňující otázky, která je v dokumentu výslovně uvedena. Pacienti si také stěžují na to, že informovaný souhlas nedostávají od kompetentní osoby - tedy lékaře, ale od jiného zdravotnického pracovníka, většinou od sestry. Přitom lékaři povinnost poučení pacienta ukládají právní předpisy.

Vzhledem k výše uvedeným ambivalentním zkušenostem z výzkumů, **můžeme vyvodit závěr, že vždy záleží na osobě zdravotníka (v tomto případě zejména lékaře), i na osobě pacienta, jak se k dané problematice postaví.** Jako u mnoha jiných situací v lidském životě, i zde je důležitá komunikace a práce na partnerském vztahu, který je při poskytování informací klíčový.

Po zjištění názoru na problematiku informovaného souhlasu, byla zjišťována spokojenost pacientů se zdravotnickými zařízeními. Konkrétně byla formulována výzkumná otázka č. 8: **Jak jsou pacienti spokojeni s časem stráveným ve zdravotnickém zařízení?** Poskytování informací pacientům tvoří pouze jednu složku celkové spokojenosti s daným zdravotnickým zařízením, uvědomme si ovšem, že tato složka je velmi podstatná. Proto jsme nemohli zhodnocení celkové spokojenosti vynechat, neboť je v něm zahrnuto právě i poskytování informací a spokojenost s ním. Pacienti v souvislosti s tímto tématem odpovídali na otázku, jak by celkově ohodnotili čas ve zdravotnickém zařízení a dále na číselné škále 0-10 označovali svou celkovou spokojenost se zdravotnickým zařízením. Opět je na místě konstatovat, že výstupem bylo velice příjemné zjištění. **Pacienti vykazovali vysokou míru spokojenosti.** Pokud by všichni pacienti stejně pozitivně hodnotili všechna zdravotnická zařízení, kterými projdou, tak jako hodnotili dotazovaní v tomto výzkumu ordinaci praktického lékaře a chirurgické oddělení, pak myslím, že bychom jako zdravotníci měli velký důvod ke spokojenosti.

Pacienti hodnotili čas, který jim zdravotníci věnují při poskytování informací velmi pozitivně. Uváděli například, že jsou velice spokojeni s tím, jak je současná situace nastavena, a pochvalovali si ochotu a přístup lékařů a sester. Pouze P2 byl zařazen do kategorie neutrální, neboť čas strávený ve zdravotnickém zařízení nevnímá pro sebe jako přínos (uvedl, že by pochopitelně byl raději zdravý a čas trávil jinde), ale ani jej v rámci možností nehodnotí negativně. Negativní odpověď neudal nikdo.

Při číselném vyjádření spokojenosti bylo „nejhorším“ hodnocením jak v ambulantním, tak lůžkovém zařízení, známka 8. To je dle mého názoru velice dobrý výsledek.

Co se týče celkového zhodnocení, zde jsou pro přehlednost shrnuta získaná hodnocení. 14 pacientů hodnotilo zdravotnické zařízení známkou 10, 1 pacient váhal mezi 9-10, 1 pacientka hodnotila známkou 9, 1 pacientka se nemohla rozhodnout mezi 8-9 a od 6 pacientů dostali zdravotníci hodnocení 8. Pochopitelně si uvědomujeme, že se v případě tohoto výzkumu jednalo pouze o nepatrný vzorek respondentů v porovnání s počtem pacientů, kteří denně projdou zdravotnickými zařízeními. Přesto mě jako sestru z praxe tyto výsledky naplnily spokojeností, že se najdou zařízení, kde se pacienti cítí komfortně a zdravotníci se jim zde věnují tak dobře, jak vyplynulo z hodnocení.

Důležitost hodnocení spokojenosti pacientů je brána v potaz celosvětově. V České republice je dle Zákona 372/2011 Sb., poskytovatel zdravotní péče povinen v rámci zajištění kvality a bezpečnosti služeb, které poskytuje, zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Minimální požadavky pro tento systém vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Jedním z těchto požadavků je i standard, který se vztahuje ke sledování spokojenosti pacientů. Ta musí být sledována pravidelně, poskytovatel ji musí vyhodnocovat a přijímat opatření k odstranění zjištěných nedostatků, které jsou opodstatněné, a tudíž je jejich eliminace žádoucí (Sledování spokojenosti pacientů, 2014). Kromě interního hodnocení kvality existují další různé projekty. V České republice v této souvislosti nelze nezmínit projekt *Kvalita očima pacientů*. Tento projekt mapuje a měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím zkušeností a spokojenosti pacientů. Sledována jsou zařízení ambulantní i lůžková. Pacienti hodnotí několik desítek stanovených indikátorů kvality. Je tak možné sestavit objektivní statistiky, díky nimž můžeme porovnat mezi sebou kvalitu jednotlivých odborných pracovišť. Pacient, který se chystá na konkrétní zákrok, může nahlédnout do výsledků a zjistit, kde a jak byli pacienti spokojeni. To může mít velký vliv na výběr pracoviště, jehož služby využije. Právo na svobodnou volbu zdravotnického zařízení je ukotveno v našem právním systému. Zmíněný projekt tak napomáhá toto právo naplňovat (Raiter, 2010). Ze zahraničních projektů se kvalitou péče zabývá např. mezinárodní studie Evropské komise s názvem Patient safety and quality of healthcare. Studie probíhala ve všech členských státech Evropské unie. Velký důraz je v zahraničí kladen i na sledování kvality ošetrovatelské péče, neboť sestra je s pacientem v neustálém kontaktu, provází jej celým pobytem ve zdravotnickém zařízení, zajišťuje pro něj přímou péči, informace a bezpečí. Bezpečnost pacientů je

základním stavebním kamenem kvalitní zdravotní péče (Hughes, 2008). V souvislosti s bezpečností pacientů vzpomeňme neustálé zdokonalování v oblasti ošetrovatelské i léčebné péče. K tomu dochází mimo jiné i využíváním informačních technologií ve zdravotnictví. Používání těchto technologií vykazuje vzestupnou tendenci. Žádné zdravotnické zařízení by se neobešlo bez svého informačního systému a dokumentace v elektronické formě již také není ničím výjimečným. Dokonce již některé nemocnice používají i elektronické lékárny. Jak funguje podávání léků prostřednictvím elektronické lékárny, bylo možno shlédnout během provádění výzkumu na chirurgickém oddělení v ÚVN. Pacienti si také pomalu začínají zvykat na elektronickou preskripci léků. P11: „*Co bych třeba hodně ocenil je elektronické zasílání receptů, to by člověku ušetřilo spoustu času, pokud se teda jedná o trvale užívaný léky. Nemusel bych pořád k doktorovi lítat.*“ Této jeho potřebě lze v dnešní uspěchané době velice porozumět. Uveďme nyní zkušenost jedné pacientky. Během dovolené nutně potřebovala lék, který chronicky užívá. Ze strany zdravotnického zařízení nebyl jediný problém. Od lékaře během několika minut od telefonické komunikace a požádání o medikaci recept do mailu opravdu přišel. Byl opatřen identifikačním čárovým kódem a všemi náležitostmi. Nicméně nenašla lékárnu, kde by tento recept byli ochotni akceptovat. V tomto ohledu má tedy ještě české zdravotnictví ke spokojenosti pacientů co dohánět a zlepšovat.

Posledním bodem, kterému byla v rámci výzkumu věnována pozornost, byla potřeba hospitalizovaných pacientů angažovat se v rozhodování o průběhu terapie. Byla stanovena výzkumná otázka č.9: **Jakou roli chtějí pacienti v průběhu hospitalizace mít v rozhodování o svém zdravotním stavu?** Haškovcová (2015) uvádí, že pacienti a jejich blízcí mají právo podílet se na rozhodování o poskytování zdravotní péče. Aby se pacienti mohli podílet na procesu poskytování zdravotní péče, má nemocnice povinnost přiměřeně informovat pacienty o povaze onemocnění, navrhované léčbě, o možných alternativách navrhované léčby a o důsledcích případného odmítnutí. Nováková (2015) interpretuje výsledky studií, které mapují potřebu pacientů zapojovat se do rozhodování o léčbě. Podle těchto zjištění se ukázalo, že do roku 2000 chtělo být do procesu rozhodování zapojeno 50 % pacientů. Po roce 2000 tento počet stoupl na 71 % pacientů a neustále se zvyšuje. Někteří pacienti i přesto nadále preferují ve vztahu se zdravotníkem paternalistický přístup a to hlavně z důvodu neochoty

přijmout zodpovědnost za sebeřízení. Výhodou zapojení pacienta do procesu rozhodování je jeho aktivizace a zvýšení pocitu bezpečnosti.

Je zcela přirozené předpokládat, že dostatečně informovaný pacient (a pacienti v tomto výzkumu jsou považováni za dostatečně informované), který zná možnosti, jež ve svém stavu má, se bude chtít podílet na rozhodování o své léčbě. Hospitalizovaným pacientům tedy byla položena otázka, jaký názor zastávají na zapojování pacientů do průběhu léčby. Mezi dotázanými pacienty převládl příklon k rozhodování zdravotníků jako profesionálů – alespoň v těch nejpodstatnějších a nejzávažnějších situacích, kdy by pacient rozhodnout stejně nemohl, neboť nemá potřebné znalosti a dovednosti. Pacienti často uváděli, že mají zájem o dialog se zdravotníky. Byť tedy nemohou a ze své pozice ani nechtějí zcela rozhodovat, je pro ně důležitý pocit, že jsou zapojeni. Například P16 uvádí: *„Já myslím, že nejlepší je, když se ty lékaři a pacienti dohodnou, jak by to šlo nejlíp, co je to nejlepší řešení. Doktor má vysvětlit a i navrhnout, ale i ten pacient by asi trochu měl mít možnost se do toho zapojit. Jsou ale zase situace, třeba jako u mě, že se to řešilo všechno v rychlosti, a to pak zase je určitě na místě svěřit to rozhodování výhradně tomu doktorovi, přece jen je to odborník a nejlíp ví, jak to vyřešit, aby to člověka nějak neohrožovalo.“* P21: *„No pacient by určitě měl být informován o všech možnostech léčby, který jsou mu dostupný. Ale konečný rozhodnutí o tom druhu léčby bych nechal na lékaři, protože ten tu od toho je, aby rozhodnul, ví jak na tom ten pacient je a co je pro něj nejlepší.“* Od většinového názoru se odlišoval P20, který před přílišným zapojováním pacientů do rozhodování varoval. **Celkově ale můžeme říci, že ačkoli si pacienti uvědomují, že je mnoho situací, v nichž by rozhodovat nechtěli a ani nemohli z důvodu absence potřebných znalostí a dovedností, mají zájem se na rozhodování spolupodílet alespoň vhodnou komunikací se zdravotníkem. Pociť, že jsou zapojeni, je pro ně důležitý.**

9 Závěr

Náš výzkum se zabýval problematikou potřeby informovanosti pacientů ve zdravotnických zařízeních a mírou jejich spokojeností, s níž je tato potřeba uspokojována. Hlavním důvodem ke zvolení tohoto tématu byla má snaha upozornit na to, jak moc je pro pacienty důležité, aby se jim zdravotníci věnovali a poskytovali jim dostatek informací souvisejících s jejich onemocněním a léčbou, protože pro pacienta může být nejistota z budoucnosti a neznalost problematiky, která se ho týká, velice stresující.

V první části práce jsou uvedeny teoretické poznatky vztahující se k tématu informovanosti pacientů. Druhá část práce se skládá z popisu metodiky a organizace výzkumu, charakteristiky výzkumného vzorku a výsledků šetření. Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda šetření s využitím polostrukturovaného rozhovoru. Šetření probíhalo v Ústřední vojenské nemocnici na chirurgickém oddělení a v ordinaci praktického lékaře MUDr. Tomáše Jílka. Do rozhovorů bylo zapojeno celkem 23 pacientů, 10 z nich podstoupilo zákrok v ÚVN, 13 pacientů dochází na pravidelné kontroly ke svému praktikovi. Data byla kódována, kategorizována a následně zobrazena ve schématech.

Pro práci byly zvoleny dva cíle. Prvním bylo zjistit, jaké informace pacienti potřebují, požadují a postrádají od sester a lékařů v ambulantních a lůžkových zařízeních. Druhým cílem bylo zjistit, zda subjektivní vnímání informovanosti odpovídá reálným znalostem diagnózy. Dále bylo formulováno 9 výzkumných otázek: Jaké informace pacienti vnímají jako důležité? Jaké informace jsou pacientům poskytovány? Jaké informace pacienti postrádají? Jak jsou pacienti spokojeni s množstvím informací jim poskytnutých? Jak ovlivňuje množství podaných informací psychický stav pacientů? Jaký způsob poskytování informací je pro pacienty nejúčinnější? Jaký názor mají pacienti na podepisování informovaného souhlasu? Jak jsou pacienti spokojeni s časem stráveným ve zdravotnickém zařízení? Jakou roli chtějí pacienti v průběhu hospitalizace mít v rozhodování o svém zdravotním stavu?

Po doslovném přepsání všech rozhovorů s pacienty byla data interpretována v kapitole Výsledky. Následně byla data vyhodnocena v kapitole Diskuze, byly zodpovězeny jednotlivé výzkumné otázky a komparovány se zjištěními jiných autorů. Bylo zjištěno, že pacienti zapojení do tohoto výzkumu se zajímají o svůj zdravotní stav,

po zdravotnících vyžadují informace, tyto jsou jim poskytovány a pacienti jsou tak velmi dobře informováni o svém zdravotním stavu. Množství a kvalita informací, které mají, jim pomáhá psychicky se zklidnit a bojovat se svým problémem, ačkoli si uvědomují, že někdy přicházejí i špatné zprávy, což je velice náročné. Přesto hodnotí vlastnictví informací jako důležité a brání se jakémukoli zamlčování, byť by za ním stál dobrý úmysl. Velkou roli v přístupu k informacím hraje osobnost pacienta. Někdo se spokojí s nutným minimem, které je bezpodmínečné znát kvůli dodržování léčebného režimu, někdo chce naopak znát všechny možné i nemožné detaily. S každým pacientem musíme jednat jiným způsobem, to vyplývá z logiky věci. Nikdy ale nesmíme zapomínat na slušnost a ohleduplnost. Součástí adekvátního přístupu k pacientovi je účinná komunikace. Nejen profesionální, ale i „lidský“ přístup zdravotníků je pro pacienta velmi přínosný a může doslova léčit. Z výzkumu vyplynulo, že pokud je pacient spokojen s tím, jak se k němu zdravotník, ať už je v pozici sestry nebo lékaře, chová, lépe se mu spolupracuje a může tak efektivněji využívat informace, které během kontaktu se zdravotníkem získá.

Výstupem této práce je zpětná vazba zdravotníkům. Těm, kteří pracují v zařízeních, která byla zapojena do výzkumu, jsou dosažené výsledky velkou pochvalou. Všem ostatním by toto mohlo být dobrým příkladem, aby se zamysleli nad svých chováním k pacientům. Každým takovým zamyšlením se můžeme posunout dál a pracovat na sobě. I když jsme v dnešní hektické době zavaleni prací, měli bychom s pacienty jednat tak, aby nás hodnotili stejně kladně, jako zmiňovanou ordinaci praktického lékaře a chirurgické oddělení. Velmi přínosné v tomto směru by mohlo být celoživotní vzdělávání zdravotníků v oblasti psychologie a především praktických seminářích zaměřujících se na komunikaci s pacientem. Opodstatnění by mělo i vzdělávání v právní problematice.

Smyslem práce je dát impuls k posilování míry informovanosti pacientů. Hovořit o tomto tématu je velice důležité, neboť každé téma, o němž se mluví, má potenciál ke zdokonalování, protože se o něj někdo zajímá. Závěrem několik slov Atula Gawande (2016, s. 222), abychom si uvědomili, jak moc je naše profese důležitá a jak naše chování ovlivňuje život pacientů: *„Někdy můžeme nabídnout léčbu, jindy jen útěchu, někdy ani to ne. Ale ať už můžeme nabídnout cokoliv, naše intervence, a rizika a oběti z ní plynoucí, je přípustná, pouze slouží-li vyšším zájmům života dotyčného.*

*Jestliže na to zapomeneme, můžeme napáchat neomluvitelné škody.
Když však na to budeme pamatovat, můžeme dokázat veliké věci.“*

10 Seznam použitých zdrojů

1. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychology for medicine*. Los Angeles: Sage. 568 p. ISBN 978-1-4129-4690-2.
2. BACK, A., ARNOLD, R., 2006. Discussing Prognosis: “How Much Do You Want to Know?” Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *Journal of Clinical Oncology* [online]. 24(25), 4214-4217 [cit. 2017-04-22]. DOI: 10.1200/JCO.2006.06.008. ISSN 0732-183x. Dostupné z: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2006.06.008>
3. Barometr českého zdravotnictví. 2016. [online]. HealthCare Institute. [cit. 2017-04-13] Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/projekty/barometr/barometr-ceskeho-zdravotnictvi-2016.html>
4. BARTÁK, M., 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: WoltersKluwer Česká republika. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
5. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
6. BEAUCHAMP, T., CHILDRESS, J. F., 2001. *Principles of biomedical ethics*. 5th ed. New York, N.Y.: Oxford University Press. 454 p. ISBN 0195143329.
7. BRABCOVÁ, I., POLÍVKOVÁ, E., OTÁSKOVÁ, J., 2009. Dodržování národních akreditačních standardů týkajících se práv pacientů v Nemocnici České Budějovice, a. s. *Kontakt*. 11(2), 292-300. ISSN 1212-4117.
8. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
9. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

10. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
11. DEVITO, J. A., 2008. *Essentials of human communication*. 6th ed. Boston: Allyn and Bacon. 384 p. ISBN 0205491464.
12. DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 9788024745718.
13. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Speciální kineziologie*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0
14. EL-WAKEEL, H., 2006. What Do Patients Really Want to Know in an Informed Consent Procedure? A Questionnaire-based Survey of Patients in the Bath Area, UK. *Journal of Medical Ethics* [online]. 32(10), 612-616 [cit. 2016-11-20]. DOI: 10.1136/jme.2005.013334. ISSN 0306-6800. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563305/pdf/612.pdf>
15. EPSTEIN, R., KORONES, D., QUILL, T., Withholding Information from Patients — When Less Is More. *N Engl J Med* [online]. 2010, 5(4), 380-381 [cit. 2017-03-22]. DOI: 10.1056/NEJMp0911835. Dostupné z: <https://drscottwright.wikispaces.com/file/view/Withholding+Information+from+Patients.pdf>
16. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, 2008. [online]. Mezinárodní rada sester. [cit. 2016-12-26]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
17. FALAGAS, M. E., et al., 2009. Informed Consent: How Much and What Do Patients Understand? *The American Journal of Surgery* [online]. 198(3), 420-435 [cit. 2017-04-10]. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2009.02.010. ISSN 00029610. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002961009002244>

18. GAWANDE, A., 2016. *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán. 240 s. ISBN 978-80-7363-702-6.
19. GROFOVÁ, Z., 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.
20. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5
21. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015. *Lékařská etika*. 4. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Galén. 225 s. ISBN 9788074922046.
22. HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
23. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.
24. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
25. HOFFMAN, D. 2007. *Choosing Paternalism? Bioethics Forum*. [online]. The Hastings Center. [cit. 201-10-12]. Dostupné z: <http://www.thehastingscenter.org/bioethicsforum/post.aspx?id=272&blogid=140>
26. HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II-populace* [datový soubor] [online]. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, 2014 [citováno 2016-12-08]. DOI 10.14473/CSDA00048 Dostupné z: <http://nesstar.soc.cas.cz/webview/>
27. HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II-zdravotníci* [datový soubor] [online]. Ver. 1.0. Praha: Český sociálněvědní datový archiv, 2014 [citováno 2016-12-08]. DOI 10.14473/CSDA00049 Dostupné z: <http://nesstar.soc.cas.cz/webview/>

28. Hospitalizace. 2010. [online]. Fakultní nemocnice Olomouc. [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/hospitalizace.asp>
29. HUGHES, R., 2008. *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Dept. of Health and Human Services. 40 p. ISBN 9781587633539.
30. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
31. JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1708-1.
32. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL., 2013. *Joint Commission International accreditation standards for hospitals: including standards for Academic Medical Center Hospitals*. 5th ed. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 296 p. ISBN 1599407868.
33. KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
34. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
35. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
36. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
37. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

38. KUBŮ P., 2014. Informační gramotnost. In ČEVELA, R., et al., *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
39. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 163 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
40. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
41. KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. 206 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
42. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
43. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9.
44. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
45. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
46. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
47. MCILLMURRAY, M. B., et al., 2003. Psychosocial Needs in Cancer Patients Related to Religious Belief. *Palliative Medicine*. 17(1), p. 49-54. ISSN 1477-030X.
48. MUNZAROVÁ, M., 2005a. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.

49. MUNZAROVÁ, M., 2005b. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 9788024710242.
50. NOVÁKOVÁ, L., 2015. Lékař je hostem v životě pacienta. *LaborAktuell*. 14(4), 20–21 [cit. 2017-04-10]. ISSN 1214-7672.
51. O'CONNOR, M., ARANDA, S. 2003. *Palliative Care Nursing: a Guide to Practice*. 2nd ed., rev. and rewritten. Melbourne: Ausmed Publications. 388 p. ISBN 0957798849.
52. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
53. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
54. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., 2007. *Asertivitou proti stresu*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1697-8.
55. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
56. PROCHÁZKA, R., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
57. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
58. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

59. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
60. RAITER, T., 2010. *O projektu*. [online]. Kvalita očima pacientů. [cit. 2017-04-09]. <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
61. RALPH, N., BIRKS, M., CHAPMAN, Y., 2015. The Methodological Dynamism of Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods* [online]. 14(4), [cit. 2017-04-09]. DOI: 10.1177/1609406915611576. ISSN 1609-4069. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406915611576>
62. ROIKOVÁ, K., 2007. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví*. Praha. Diplomová práce. 3. lékařská fakulta UK.
63. SCHNEIDER, C. 1998. *The Practice of Autonomy: Patients, Doctors, and Medical Decisions*. New York: Oxford University Press. 307 p. ISBN 0195113977.
64. SLAMĚNÍK, I., 2011. *Emoce a interpersonální vztahy*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3311-1.
65. Sledování spokojenosti pacientů, 2014. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/sledovani-spokojenosti-pacientu_2900_29.html
66. STAŇKOVÁ, M. 2002. *České ošetřovatelství II. Sestra – reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 50 s. ISBN 80-7013-368-6.
67. SVATOŠOVÁ, M., 2005. Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici. In. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X

68. SVOBODOVÁ, D., 2013. *Doktor, lékař*. [online]. APPROVAL. [cit. 2017-04-05]. Dostupné z: http://portal.uw.edu.pl/cs/web/approval/doktor_cz
69. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
70. ŠEBLOVÁ, J., KNOR, J., 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4434-6.
71. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. 2015. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
72. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
73. ŠPECIÁNOVÁ, Š., 2015. Úskalí poučení pacienta sestrou. *Pediatric pro praxi*. 16(1), 62-63. ISSN 1213-0494.
74. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
75. ŠTEFÁNKOVÁ, J., 2017. *Cukrovka s lidskou tváří*. [online]. Diabetologická ambulance. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.diabetologie-hk.cz/edukace.html>
76. ŠUBRT, J., 2008. *Soudobá sociologie III*. Praha: Karolinum. 384 s. ISBN 978-80-246-1486-1.
77. TATE, P., *The Doctor's Communication Handbook*. 6th ed. Oxford: Radcliffe Publishing. 202 p. ISBN 9781846193927.
78. UHEREK, P., 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

79. Úmluva o lidských právech a biomedicině: úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny:série Evropských úmluv - č. 164, Oviedo, 4.IV.1997. 2000. Praha:Ministerstvo zdravotnictví ČR. 72 s. ISBN 80-85047-26-8.
80. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
81. VÉVODA, J., a kol., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
82. VOKURKA, M., HUGO, J., 2011. *Praktický slovník medicíny*. 10. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf. 520 s. ISBN 978-80-7345-262-9.
83. VONDRÁČEK, L., 2005. *Právní předpisy – nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-802-4711-980.
84. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
85. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
86. VÖRÖSOVÁ, G., SOLGAJOVÁ, A., ARCHALOUSOVÁ, A., 2015. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5538-0.
87. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 80-7178-740-x.
88. VYMĚTAL, J., a kol., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 340 s. ISBN 9788024707235.

89. VYTEJČKOVÁ, R., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
90. WAGNEROVÁ, E., a kol., 2012. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: WoltersKluwer Česká republika, 2012. 931 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
91. WORKMAN, B., BENNETT, C., *Klíčové dovednosti sester*. Praha: Grada. 259 s.. ISBN 978-80-247-1714-2.
92. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
93. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
94. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
95. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2017-02-20]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 31. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
96. ZÍTKOVÁ, M., POKORNÁ, A., MIČUDOVÁ, E., 2015. *Vedení nových pracovníků v ošetrovatelské praxi: pro staniční a vrchní sestry*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5094-1.

11 Přílohy

11.1 Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor s pacienty z ordinace praktického lékaře

Příloha 2: Rozhovor s pacienty z chirurgického oddělení

Příloha 3: Souhlas s výzkumem od praktického lékaře

Příloha 4: Souhlas s výzkumem od náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče ÚVN

Příloha 1

Rozhovor s pacienty z ordinace praktického lékaře

1. S jakými potížemi do ordinace chodíte? Můžete mi prosím popsat svou diagnózu?
2. Jak jste spokojený/á s poskytováním informací o Vašem zdravotním stavu?
3. Jak se cítíte, když s Vámi zdravotníci mluví o Vašem zdravotním stavu?
4. Myslíte si, že jste v souvislosti se svým zdravotním stavem dobře informován/a?
5. Jaké informace ohledně Vašeho zdravotního stavu jsou pro Vás nejpodstatnější?
6. Jak byste ohodnotil/a čas, který Vám zdravotníci při předávání informací věnovali?
7. Měl/a jste možnost klást doplňující otázky?
8. Byly nějaké informace po Vás nadbytečné (příliš odborné, nezajímají Vás podrobnosti apod.)?
9. Objevily se někdy informace, které vnímáte jako potřebné, ale od zdravotníků jste na ně neobdržel odpověď?
10. Hledal/a jste někde další informace ohledně svého zdravotního stavu?
11. Jaký způsob poskytování informací je pro Vás nejúčinnější (ústní, písemné, kombinace obojího) a proč?
12. Za jakých podmínek se dokážete na poskytované informace nejlépe soustředit?
13. Co si myslíte o nutnosti podpisů informovaných souhlasů před zákrokem/operací?
14. Poskytoval/a jste při hospitalizaci informovaný souhlas? Pokud ano, byl pro Vás informovaný souhlas, který jste musel/a podepsat srozumitelný?
15. Pomáhá Vám dostatek informací lépe zvládnout Váš zdravotní problém?
16. Představte si číselnou škálu 0-10 (0 znamená nejsem vůbec spokojen, 10 naopak jsem maximálně spokojen). Jak byste ohodnotil/a lékaře a sestru v ordinaci, poskytování informací a čas, který Vám během návštěv věnují?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2

Rozhovor s pacienty z chirurgického oddělení

1. Popište prosím stručně svou diagnózu. Kvůli jakým potížím jste musel/a podstoupit zákrok?
2. Jak jste spokojený/á s poskytováním informací o Vašem zdravotním stavu?
3. Jak se cítíte, když s Vámi zdravotníci mluví o Vašem zdravotním stavu?
4. Myslíte si, že jste v souvislosti se svým zdravotním stavem dobře informován/a?
5. Jaké informace ohledně Vašeho zdravotního stavu jsou pro Vás nejpodstatnější?
6. Jak byste ohodnotil/a čas, který Vám zdravotníci při předávání informací věnovali?
7. Měl/a jste možnost klást doplňující otázky?
8. Byly nějaké informace po Vás nadbytečné (příliš odborné, nezajímají Vás podrobnosti apod.)?
9. Objevily se někdy informace, které vnímáte jako potřebné, ale od zdravotníků jste na ně neobdržel odpověď?
10. Hledal/a jste někde další informace ohledně svého zdravotního stavu?
11. Jaký způsob poskytování informací je pro Vás nejúčinnější (ústní, písemné, kombinace obojího) a proč?
12. Za jakých podmínek se dokážete na poskytované informace nejlépe soustředit?
13. Co si myslíte o nutnosti podpisů informovaných souhlasů před zákrokem/operací?
14. Poskytoval/a jste při hospitalizaci informovaný souhlas? Pokud ano, byl pro Vás informovaný souhlas, který jste musel/a podepsat srozumitelný?
15. Jaký zastáváte názor na zapojování pacienta do rozhodování o průběhu léčby? Myslíte, že by měl mít možnost se na rozhodování o léčebném postupu zapojovat, nebo byste toto zanechal/a na uvážení zdravotníků?
16. Pomáhá Vám dostatek informací lépe zvládnout Váš zdravotní problém?
17. Představte si číselnou škálu 0-10 (0 znamená nejsem vůbec spokojen, 10 naopak jsem maximálně spokojen). Jak byste ohodnotil/a průběh hospitalizace, poskytování informací a čas, který Vám zdravotníci věnovali?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3

Souhlas s výzkumem od praktického lékaře

MUDr. Tomáš Jílek
Masarykova 885
Humpolec 396 01

V Želivě dne 27.2.2017

ŽÁDOST

Vážený pane doktore,

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji na Zdravotně sociální fakultě obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech (modul ošetrovatelské péče v chirurgii). Ráda bych Vás touto cestou požádala o možnost provést ve Vaší ordinaci výzkum k mé diplomové práci na téma Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací. Jedná se o kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenty vhodnými pro mou práci budou pacienti, kteří se u Vás dlouhodobě léčí pro chronické onemocnění. Otázky rozhovoru jsou zaměřeny na subjektivní pocity pacientů, které zažívají při kontaktu se zdravotníky. Otázky se zaměřují také na zjištění, jak pacienti hodnotí míru své informovanosti, jaké informace jsou pro ně důležité a nepostradatelné a které naopak nadbytečné. Dále bych ráda zmapovala znalosti pacientů o jejich diagnóze a možnostech léčby.

Děkuji za vyřízení této žádosti

Přeji krásný den a jsem s pozdravem

Bc. Michaela Kosová
Želiv 247
394 44 Želiv

tel. číslo 606 448 787
email: veletm00@zsf.jcu.cz

1.3.17 SOUHLASIM

MUDr. Tomáš Jílek
všeobecný praktický lékař
tel.: 565 532 066
Humpolec 396 01, Masarykova 885
IČ: 021 93 961 IČP: 65 20 001

Zdroj: Vlastní

Příloha 4

Souhlas s výzkumem od náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče ÚVN

Mgr. Lenka Gutová, MBA
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha
U Vojenské nemocnice 1200
Praha 6, 169 02

V Želivě dne 27.2.2017

ŽÁDOST

Vážená pani magistro,

Jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji na Zdravotně sociální fakultě obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (modul ošetřovatelské péče v chirurgii). Ráda bych Vás touto cestou požádala o možnost provést v Ústřední vojenské nemocnici výzkum k mé diplomové práci na téma Potřeba pacientů na druh poskytovaných informací. Jedná se o kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenty vhodnými pro mou práci budou pacienti z chirurgického oddělení.

Otázky rozhovoru jsou zaměřeny na subjektivní pocity pacientů, které zažívají při kontaktu se zdravotníky. Otázky se zaměřují také na zjištění, jak pacienti hodnotí míru své informovanosti, jaké informace jsou pro ně důležité a nepostradatelné a které naopak nadbytečné. Dále bych ráda zmapovala znalosti pacientů o jejich diagnóze a možnostech léčby.

Děkuji za vyřízení této žádosti

Přeji krásný den a jsem s pozdravem

Bc. Michaela Kosová
Želiv 247
394 44 Želiv

tel. číslo 606 448 787
email: veletm00@zsf.jcu.cz

Souhlasím

Gutová
Mgr. Lenka Gutová, MBA

Zdroj: Vlastní

12 Seznam zkratek

CD – datový nosič

ČR – Česká republika

ICN – International Council of Nurses (Mezinárodní rada sester)

INR – International Normalized Ratio (mezinárodní normalizovaný poměr)

P 1-23 – pacient 1-23

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice