

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Mediální obraz vztahu zdravotníka a pacienta

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
Autor práce: Marta Sýkorová

6. 5. 2011

Media image of a health worker – a patient relationship

The presented bachelor thesis describes the media image of a relationship between a health worker and a patient in the mirror of television series both from the view of present days and with looking back thirty years and their mutual comparison.

A theoretical part concerns issues of medical ethics (basic concepts, a transformation of the relationship between a health worker and a patient, basic principles, Patients' rights, Informed consent), then a communication in the health care and mass communication (especially the interaction relationship between mass media and reality).

In the practical part there was used a method of a qualitative research, an observation of selected parts of the television series Hospital at the outskirts of the city (Nemocnice na kraji města) and Surgery in the Rose Garden 2 (Ordinace v růžové zahradě 2).

Results of the observation were divided into six parts describing not only a general perspective of the relationship between the health worker and the patient (in terms of paternalism x partnership), but also partial facts which are important for this relationship (information for patients, a common health workers and patients' communication, a communication of the health workers with close relatives of the patients, permitting of visits, a compliance with the mandatory medical confidentiality by the health workers and an image of a medicine doctor). According to the results the most noticeable shift in the relationship between the health worker and the patient can be observed in their everyday communication, the least noticeable in a compliance with the professional confidentiality.

In practice, it would be possible to use the knowledge gained by the research for a publication in a professional literature and for a preparation of an educational material for workers in helping professions.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce a to v nezkrácené podobě 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2011

.....

Marta Sýkorová

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. et Mgr. Ondřeji Doskočilovi, Th.D. za cenné rady a pomoc při zpracovávání práce.

Obsah

Úvod	7
1. Současný stav	9
1.1 Základní pojmy	9
1.2 Transformace vztahu zdravotníka a pacienta	11
1.3 Principy současné lékařské etiky	15
1.3.1 Principy prvního řádu	15
1.3.2 Principy druhého řádu	16
1.4 Informovaný souhlas	18
1.5 Práva pacientů	21
1.6 Komunikace ve zdravotnictví	27
1.6.1 Komunikace lékaře a pacienta	28
1.6.2 Komunikace sestry a pacienta	30
1.6.3 Komunikace s členy rodiny	32
1.7 Masová komunikace	35
2. Cíl práce a výzkumná otázka	37
3. Metodika výzkumu	38
3.1 Metodika	38
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	39
4. Výsledky výzkumu	40
4.1 Informování pacientů	40
4.2 Běžná komunikace zdravotníků a pacientů	43
4.3 Komunikace s blízkými osobami pacientů	44
4.4 Mlčenlivost	46
4.5 Obraz lékaře	48
4.6 Vztah lékař pacient (paternalismus x partnerství)	50
5. Diskuze	52
6. Závěr	57
7. Seznam použitých zdrojů	59
8. Klíčová slova	63

Úvod

Vztah mezi zdravotníkem a pacientem se vyvíjel již od svého vzniku. Nejprve se ustálil ve formě, kterou nazýváme paternalismus. K výraznějšímu posunu k partnerství došlo až po druhé světové válce v souvislosti s rozvojem lidských práv a svobod a zmenšením vzdělanostního rozdílu mezi lékaři a pacienty. V České republice byly pro tuto transformaci významné především dva dokumenty: etický kodex práv pacientů, který byl přijat v roce 1992 a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Úmluva o biomedicině), která byla ratifikována Parlamentem České republiky v roce 2001.

Moderní sociální teorie se opírají o koncept sociálního fungování, jehož základem je myšlenka, že lidé a prostředí jsou v permanentní interakci, přičemž prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat (Navrátil, 2001). Jestliže mají sociální pracovníci naplnit své poslání, tedy pomoci klientům překonávat překážky v sociálním fungování, musí spojit nejen své klienty zpět s komunitou, ale v rámci řešení sociálních problémů musí spojovat ostatní odborníky do multidisciplinárních týmů (Hanuš, 2007; Navrátil a Musil in Navrátil, 2001). Totéž platí i ve zdravotnictví. Při přijetí do zdravotnického zařízení se musí pacient vyrovnat nejen se zhoršením zdravotního stavu, ale také s tím, že musel opustit své přirozené prostředí. Sociální pracovník pomáhá pacientovi překonávat tyto obavy a problémy (Schimerlingová, Novotná, 1992). Pro práci sociálního pracovníka je velice důležité, aby objekt svého působení dostatečně pochopil, tzn., aby měl mj. přehled o vztahu mezi zdravotníkem a pacientem a věděl, jaké představy má o tomto vztahu pacient (Hanuš, 2007).

Podle Ftorka (2010) je mediální vykreslení reality jen přefiltrovaným odrazem skutečnosti nebo jednou z variant jejího výkladu. A tak můžeme na příkladu televizních seriálů pozorovat, jak se změnil vztah zdravotníka a pacienta během posledních třiceti let, tj. jaké jsou rozdíly v tomto vztahu před přijetím etického kodexu práv pacientů a Konvence o biomedicině a po něm.

Podnětem k napsání bakalářské práci na téma „Mediální obraz vztahu zdravotníka a pacienta“ byl článek PhDr. Evy Křížové „Etika v růžové ordinaci“, který byl otištěn v Lidových novinách dne 25. 4. 2006. Toto téma se mi jeví jako aktuální a zajímavé, především proto, že se často hovoří o dodržování práv pacientů a partnerském vztahu zdravotníka a pacienta, ale v praxi i při sledování televizních seriálů se často setkáváme s jejich porušováním.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na změny v mediální prezentaci vztahu zdravotníka a pacienta v nejsledovanějších televizních seriálech své doby: Nemocnice na kraji města (rok 1978), který byl natočen a poprvé vysílán ještě před vyhlášením etického kodexu práv pacientů a přijetím Úmluvy o biomedicíně a Ordinance v růžové zahradě 2 (rok 2008).

1. Současný stav

1.1 Základní pojmy

I přesto, že se obsahy některých pojmů používaných v souvislosti s označením etických problémů více či méně kryjí, nelze je považovat za synonyma (Jankovský, 2003). Abychom předešli nedorozumění, je vhodné věnovat pozornost osvětlení některých základních pojmů z oblasti obecné a lékařské etiky (Haškovcová, 2002).

Etika (z řec. ethos-mrav) je věda zabývající se správným (obvyklým) jednáním v lidském společenství. Tento obecný pojem je ve specializovaných disciplínách upřesňován, protože sleduje užší pojmové vyjádření mravnosti. V této souvislosti se setkáváme s pojmem etika ve stále nových spojeních, např. bioetika, ekologická etika a informatika (Jankovský, 2003).

Bioetika (bios-život, etika-mravnost) zkoumá etické problémy ve výkonu lékařské praxe a ve výzkumu (především v oborech, které souvisí s výkonem lékařské praxe- biologií, biofyzikou, farmacií a chemií). V širším významu slova se tento termín používá k pojmenování etické problematiky veškerého života na zemi. Někteří autoři užívají pojmu **biomedicínská etika** (Korcová, Kopecká, 2008).

Pojmy **lékařská a medicínská etika** jsou obsahově shodné, označují souhrnně etické problémy v lékařství. Pojem lékařská etika je však pravděpodobně díky své větší libozvučnosti užívanější (Haškovcová, 2002).

Přestože je pojem **zdravotnická etika** často zaměňován s výše uvedenými pojmy lékařská a medicínská etika, je jeho význam zcela odlišný. Tento pojem popisuje etickou problematiku týkající se zdravotnictví, především zdravotnických systémů (Haškovcová, 2002). Vzhledem k jeho rozšíření v praxi sama autorka předpokládá další používání tohoto pojmu.

Obecný pojem **deontologie** (nauka o povinnostech) vymezuje v medicíně především povinnosti lékaře vůči pacientům, kolegům, úředníkům a veřejnosti. V současnosti je tento pojem používán zejm. v souvislosti s tzv. deontologickými kodexy, které představují souhrn morálních norem, předpisů a zásad chování lékaře nejen při výkonu svého povolání, ale také v každodenním životě (Šoltés, 2008).

Ve zdravotnictví však nepracují pouze lékaři, ale také zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti a další zdravotnický personál. I tyto zdravotníci se setkávají s určitými zdravotnickými problémy. V zahraniční literatuře označuje tuto problematiku pojmem „**nursing ethics**“, v překladu sesterská etika. Tento doslovný překlad je ovšem věcně nesprávný, proto je vhodné používat raději pojmu etika v ošetrovatelství nebo etika v práci sestry (Haškovcová, 2002).

1. 2 Transformace vztahu zdravotníka a pacienta

Role pacienta i role lékaře se vytvářela po staletí. Z hlediska společenské dělby práce patří lékařská profese mezi nejstarší. Její základy můžeme nalézt již ve starověkých kulturách. Lékařská či léčitelská role byla vždy rolí výlučnou, s velkým důrazem na zvláštní osobnostní schopnosti lékaře/léčitele (Křížová, 2006a). Lékař je dnes považován za zodpovědného nejen ve vlastní diagnostice či léčbě, ale i ve vztahu s pacientem. Součástí tohoto vztahu je bezpochyby také komunikace, tedy rozhovor mezi oběma zúčastněnými týkající se léčebné snahy (Šimek, 2003).

Vztah mezi lékařem a pacientem je velmi specifickou formou lidské pospolitosti, jejíž základ tvoří situace potřeby a pomoci (Pöltner, 2002). Tento vztah se nejprve ustálil ve formě, kterou označujeme jako paternalismus (otcovský přístup). Dříve vyhovovala tato podoba oběma stranám (Haškovcová, 2007). V tomto tradičním modelu měl lékař zcela výjimečné postavení, byl nositelem vzdělanosti, svým nemocným pomáhal nejen v aktuální situaci nemoci, ale i v životních krizích nejrůznějšího druhu. Obsah rozhovoru lékaře s pacientem byl vymezen pravidly klasického paternalistického vztahu. Nemocný se lékaři svěřil a očekával, že rozhodne podle svého nejlepšího svědomí a vědomí v jeho prospěch. Praktická a právní odpovědnost byla tedy zcela přesunuta na lékaře (Haškovcová, 2002). Pouze lékař rozhodoval o tom, zda vůbec bude, či naopak nebude, informovat nemocného o jeho zdravotním stavu. Jestliže se rozhodl poskytnout informace, určoval i jejich množství a pečlivě zvažoval způsob podání. Současně považoval za vhodné, aby o konkrétním stavu nemocného byla plně informována také jeho rodina (Haškovcová, 2007).

Postupně docházelo k celé řadě změn, bývalo pravidlem, že pacient při hospitalizaci podepisoval stručné prohlášení, že souhlasí s léčbou, tzv. revers. Změnu přinesl také například zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který uděloval lékařům povinnost přiměřeně poučit pacienta o povaze jeho onemocnění. Pacient byl však plně poučován zpravidla pouze v případech, kdy jeho nemoc byla léčitelná. V ostatních případech měl lékař sdělit jen takové informace, které motivovaly pacienta ke spolupráci a které by nepodlamovaly jeho důvěru v příznivý účinek léčby. Tradičně

byla informována také rodina, v socialistickém Československu dokonce často i zaměstnavatel (Haškovcová, 2007).

K partnerství jako ke strategii docházelo spontánně v průběhu poválečných let, mezi důvody tohoto fenoménu řadíme: lidská práva a individuální svobody, vzdělání, rozvoj vědecké medicíny, početní nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných a nové dilematické situace (Haškovcová, 1996).

Po skončení druhé světové války byly v mnoha zemích přijaty důležité dokumenty, ve kterých byl kladen důraz nejen na lidská práva a individuální svobody, ale také na etické ctnosti. Jedním z těchto dokumentů je Všeobecná deklarace lidských práv, která byla vyhlášena Organizací spojených národů 10. 12. 1948. V jejím úvodu je uvedeno: „Všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovni co do důstojnosti a práv. Jsou nadáni rozumem a svědomím a mají spolu jednat v duchu bratrském.“ Z toho lze odvodit, že i lékař a pacient jsou si rovni, i když se nacházejí ve zcela zvláštním vztahovém rámci, protože jeden potřebuje pomoc a druhý mu v nouzi pomáhá. Má-li však být nemocný respektován jako partner, musí předem přijmout odpovědnost za své zdraví a spoluodpovědnost za své uzdravení. Dalším dokumentem je například Kodex na ochranu proti týrání a mučení, který je prvním velkým etickým kodexem od dob Hippokratovy přísahy. Hippokratova přísaha byla inovována tzv. Ženevským slibem lékařů v roce 1946. Tento slib tradičně zachovává důraz na mravnost, obsahově však Hippokratovu přísahu překonává a postihuje stav moderní medicíny (Haškovcová, 1996).

Po druhé světové válce došlo také k neobyčejnému rozmachu školství a vzdělávacích systémů. Vzdělání bylo dostupné pro široké vrstvy obyvatelstva, které se v důsledku toho stává všeobecně vzdělanější. Velice dobře se začala rozvíjet také osvětová zdravotnická činnost (Haškovcová, 1996). Trvale se zvyšovala také dostupnost validních lékařských informací (tisk, v poslední době především internet) (Haškovcová, 2007).

V souvislosti s rozvojem vědy a techniky se stala profesionální péče o nemocné týmovou a vysoce specializovanou (Haškovcová, 1996). Toto období je označováno jako období tzv. vítězné medicíny. Díky dynamickému rozvoji diagnostických a

léčebných metod se podařilo zvrátit nepříznivý, případně i infaustní stav celé řady nemocných. Mnoho lidí bylo vyléčeno, někteří však za cenu chronicity nemoci. Tato skupina se musela učit žít se svou chronickou nemocí, která je určitým způsobem omezovala v individuálním praktickém životě. Život s chronickou nemocí přinášel nemocným mnohá specifika, mezi která řadíme budování složitých a nepřehledných systémů za účelem dostupnosti metod vítězné medicíny, rozvolnění vztahu mezi jedním lékařem a jedním nemocným v důsledku nutnosti specializované péče, na které se zpravidla podílela celá řada lékařů, zdravotních sester a později i vysokoškoláků nelékařů. Díky rozvoji došlo také ke zvýšení nabídky léčebných postupů, z nichž za určitých okolností nebylo možné jednoznačně určit, který je „ten nejlepší“ (Haškovcová, 2007).

V důsledku těchto změn byla snížena stabilita klasického paternalistického vztahu. Situace ve zdravotnictví nebyla jednoduchá. Nemocní se cítili v nových poměrech nejistí, vznikla potřeba nových pravidel, jak se ve změněné situaci chovat. Ani lékaři to neměli snadné. Na jedné straně chtěli zachovat tradiční představy funkčního paternalistického vztahu, na druhé straně si byli vědomi toho, že to nejde. Obzvláště komplikovaná byla situace týkající informací o zdravotním stavu. Jestliže se lékař nadále držel tradičních pravidel a nepříznivé informace nesdělával, pacient se je snažil získat jinde. Zdrojem informací pro pacienty byly většinou rozdílné interpretace údajů jednotlivých a na léčbě jednoho pacienta se podílejících členů ošetřujících týmů. Dále také změněné chování nejbližších členů rodiny nebo přátel, kteří se po pravdivé informaci chovali jinak než před ní. Často také docházelo k tzv. zprostředkovanému sdělení, kdy se nemocný nakonec od blízkých příbuzných dozvěděl, jak na tom vlastně je. K poznání pravého stavu věci přispívaly i rozhovory se zkušenějšími pacienty. Docházelo tak k situacím, že lékař věděl o vážnosti stavu svého pacienta a tušil, že to pochopil i pacient. Nemocný už taky věděl a současně dobře odhadoval, že to ví i jeho lékař. Panovalo mezi nimi napjaté mlčení, které celou situaci zhoršovalo (Haškovcová, 2007). Posun od medicíny mlčení k otevřené komunikaci mezi lékařem a jeho nemocným nastartoval etický kodex Práva pacientů. V České republice má však paternalismus mimořádně pevné kořeny, protože velice dlouhou dobu byla odpovědnost

za jakoukoliv činnost deklarována na nějakou instituci nebo osobu. Neochota převzít plnou odpovědnost za svá rozhodnutí je v současné době charakteristická nejen pro řadu nemocných, ale zároveň pro některé lékaře. Situace je komplikována ještě tzv. medicinalizací problémů, tedy zřetelné a výhradní deklarování zdravotní či sociální péče na určitý resort a jmenovitě jeho instituce. Medicinalizace problémů postihla všechny rozvinuté země, v České republice však našla mimořádně živnou půdu. Paternalistický přístup je tímto fenoménem zvýrazňován. Lze předpokládat, že paternalismus ani medicinalizaci nebude lehké u nás překonat (Haškovcová, 2002). Haškovcová (2007) uvádí obtížnost transformace tradičního modelu z následujících důvodů:

- každý dlouhodobě trvající model přetrvává se značnou setrvačností i tehdy, když je nefunkční
- v některých situacích lidé nadále očekávají paternalistický přístup lékařů
- v některých situacích je „jistá“ míra paternalistického přístupu na místě
- někteří lékaři neuznávají nutnost partnerství
- laická společnost ví o partnerství málo
- mnozí pacienti nejsou ochotni nést odpovědnost za své zdraví
- příbuzní jsou nejistí, neví, co mohou od lékařů ve změněné situaci čekat
- nejsou ustáleny nové způsoby informování pacientů, a to i přesto, že informovaný souhlas má předepsanou formu a zřetelně vymezený obsah
- je málo reflektovanou skutečností, že partnerství ve zdravotnictví nemůže být faktické, ale musí být důsledně profesionální.

1. 3 Principy současné lékařské etiky

Principy moderní lékařské etiky vycházejí z hippokratovské tradice, v průběhu času byly uváděny do kontextu s tradicemi monoteistických náboženství a postupně rozšiřovány o jiné (Munzarová, 2005).

Beauchamp a Childress ve své knize *Principles of biomedical ethics* rozpracovali princip respektu k osobám především ve smyslu podpory jejich autonomie a od principu dobročinnosti jasněji oddělili princip neškození (Munzarová, 2005). Zásady současné lékařské, zdravotnické i ošetrovatelské etiky rozdělili na principy prvního a principy druhého řádu. Mezi principy prvního řádu řadíme principy neškození, dobročinnosti, spravedlnosti a respektu k autonomii (Ivanová, 2005). Tyto principy jsou nezávislé na etických teoriích, které kdo zastává, a mají evidentní platnost. První dvě zásady vycházejí z náboženských a hippokratovských tradic, další dva principy jsou výsledkem současného chápání světa. K těmto čtyřem zásadám řadíme ještě principy druhého řádu: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost (Ivanová, 2005).

1.3.1 Principy prvního řádu

Princip neškození (nonmaleficence) vyžaduje, aby zdravotnický pracovník pracoval s pacientem jako s člověkem a aby akceptoval jeho důstojnost, identitu a integritu. Ve své práci by měl být tolerantní, měl by vynaložit všechny svoje odborné, ale také lidské schopnosti k navrácení zdraví člověku, případně k tomu, aby ho dovedl k důstojné smrti (Korcová, Kopecká, 2008). Tento princip zároveň zakazuje ublížit, poškodit nebo dokonce usmrtit jiné. Má vztah k hippokratovskému principu „*nihil nocere*“ a má zároveň přednost před principem dobročinnosti (Munzarová, 2005).

Druhý princip prvního řádu, **princip dobročinnosti (beneficence)**, představuje pozitivní rozměr neškodění. Zdravotník by měl nejen předcházet poškození, popřípadě jej odstraňovat, ale současně podporovat dobro, tzn. fyzickou a psychickou pohodu a veškerý prospěch pro nemocného, včetně pomoci při realizaci jeho vlastních zájmů. Existují však situace, kdy je tento princip do určité míry omezován, např. v případech možného rizika poškození sebe samého, které musí zvážit lékař vzhledem ke své

profesní povinnosti léčit (Munzarová, 2005). Jeho základ pochází z hippokratovy zásady „Salus aegroti suprema lex“ („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem“) a ovlivňuje základní pravidla lékařského jednání, mezi které patří např. úleva od strádání a bolesti (Kořenek, 2002).

Princip respektu k autonomii neboli respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění předpokládá zájem lékaře o existenci nemocného, snahu vysvětlit mu srozumitelnými výrazy problematiku jeho zdravotního stavu a snažit se tak nabýt jeho informovaného souhlasu (Kořenek, 2002). Autonomie však předpokládá schopnost nemocného zvážit a rozlišit jednotlivé možnosti a uskutečnit svůj vlastní plán. Pacient má tedy právo na názor, který má být, pokud není v rozporu se zákonem, zohledněn při každém diagnostickém i léčebném zákroku. U tohoto principu je však velice důležité mít na paměti, že v konečném důsledku je lékař ten, kdo nese plnou právní zodpovědnost za pacienta (Ivanová, 2005).

Posledním principem prvního řádu je **princip spravedlnosti**, který má souvislost v první řadě s rozdělováním prostředků dobra i zátěže a služeb. Tento princip je uplatňován dvěma formami: pomocí srovnání potřeb jednotlivců (popř. skupin) nebo na základě určitého klíče bez porovnávání (Munzarová, 2005).

1.3.2 Principy druhého řádu

Pravdomluvnost je definována jako závazek říkat pravdu, nelhat a nepodvádět ostatní. Zdravotníci jsou povinni mluvit pravdu, protože, když tak nečiní, ztrácejí důvěru pacientů, a tím se celkově ztrácí i efektivita léčby. V některých kulturách je však na tento princip nahlíženo zcela jinak- pravdivé informace o pacientově stavu je nejprve nutné sdělit například hlavě rodiny, poté až pacientovi. Toto jednání není považováno za podvod, nýbrž za jev, který podporuje vztahy v rodině (Ivanová, 2006).

Princip věrnosti a poctivosti znamená zůstat věrný svým závazkům, týká se také povinnosti chránit důvěrné informace. Porušení slibů lze uznat pouze v případech, kdy by mohlo jít i o závažné ohrožení někoho jiného (např. nahlášení zneužívání dítěte nebo infekčního onemocnění) (Ivanová, 2005).

Další princip druhého řádu, **mlčenlivost**, souvisí s principem věrnosti slibům. Porušení slibů je morálně přípustné pouze tehdy, když by mohlo jít o závažné ohrožení jiné osoby (Ivanová, 2006).

Aby byl zdravotník považován za **důvěryhodného**, je nezbytné, aby byl pravdomluvný a věrný svým závazkům. Do důvěryhodnosti se řadí také charakteristiky kvalitní komunikace (Ivanová, 2005).

1. 4 Informovaný souhlas

Informovaným souhlasem rozumíme podle čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně souhlas s provedením léčebných výkonů, přičemž „jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoliv svůj souhlas odvolat“ Hlavní funkce informovaného souhlasu je poučení nemocného, umožnění potřebné léčby a péče a poskytnutí právní ochrany lékaři při případných soudních dopadech (Haškovcová, 2007).

Z právního hlediska upravují právní problematiku informovaného souhlasu tyto normy:

1. Úmluva o lidských právech a biomedicíně (Úmluva č. 96/2001 Sb. na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny), která byla schválena Výborem ministrů Rady Evropy 19. listopadu 1996 a ratifikována Parlamentem České republiky v dubnu 2001, platnosti nabyla 1. října 2001 (Uhlíř, 2005; Haškovcová 2007).
2. Zákon č. 20/1996 Sb. o péči a zdraví lidu.
3. Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů.
4. Zákony stanovující výjimky, např. zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví.
5. Předpisy komor, např. Etický kodex České lékařské komory (Uhlíř, 2005). V roce 1991 byl přijat zákon České národní rady o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, které přijaly své profesní kodexy. ČLK schválila svůj etický kodex na svém 5. sjezdu dne 10. 12. 1995, účinnosti nabyl tento kodex 1. 1. 1996 (Kutnohorská, 2007).

Souhlas pacienta musí splňovat tři základní kritéria: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Obsahy všech těchto pojmů jsou však sporné a vyvolávají řadu otázek. Informovaný souhlas musí být poučený především proto, aby se nemocný mohl kvalifikovaně rozhodnout pro navrhovanou léčbu (Haškovcová, 2007). Významnou roli pro strategii poučení pacientů hraje vzdělání a věk pacienta. Ještě významnějším faktorem, který ovlivňuje obsah a formu sdělení, především v situaci,

kdy se již nedá pro pacienta mnoho udělat, je věk pacienta. U starších pacientů dává stále část lékařů přednost říci pacientovi pouze část pravdy a více dopodrobna informují příbuzné, v případě mladých pacientů volí většina lékařů cestu úplné otevřenosti (Zamykalová, Šimek, 2007). Samozřejmě také je, že by se měl nemocný rozhodovat svobodně. Tomu lze rozumět především tak, že se má rozhodovat sám za sebe. Mnoho pacientů má však strach z toho, že se musejí rozhodovat zcela sami, vyžadují proto dostatečný čas na rozmyšlenou (pokud je to z lékařského hlediska možné) a dotazují se nejen svých blízkých, ale žádají také názor jiného lékaře, tzv. druhý názor. Náležité poučení pacienta ještě nemusí vést k jeho správnému rozhodnutí nebo k volbě nejlepší možnosti. J. Payne (in Haškovcová, 2007) upozorňuje na to, že je neetické zatížit pacienta břemenem rozhodování tehdy, když takové rozhodnutí není schopen udělat. I zde tedy platí základní principy non maleficence a beneficence. Obecně je za další velký problém považováno právo pacienta na „špatnou volbu“, která má kromě filosofického také etický rozměr. (Haškovcová, 2007)

Není ovšem přípustné informovat nemocného pouze prostřednictvím informovaného souhlasu. Písemný informovaný souhlas nenahrazuje ústní rozhovor lékaře s pacientem. Ten by měl vždy předcházet podpisu informovaného souhlasu proto, že nemocný má právo klást zpřesňující otázky (Haškovcová, 2002).

V praxi se vyskytují 3 formy informovaného souhlasu: konkludentní, ústní a písemná. S konkludentní formou, s formou, kde souhlas pacienta vyplynul ze situace a je udělen mlčky, avšak s výrazně souhlasným gestem, se můžeme setkat především v ordinaci praktických lékařů. Jedná se například o otevření úst na výzvu. U ústní a konkludentní formy je však problematické, že ji může pacient později zpochybnit nebo dokonce popřít. Tato okolnost pak vede k tomu, že lékaři vyžadují ve svém zájmu písemný souhlas i v situacích, kde by postačil ústní nebo konkludentní. U závažnějších léčebných a diagnostických výkonů je požadován písemný souhlas vždy. Výjimku tvoří krajní stav nouze, kdy nelze získat příslušný souhlas a současně je lékařský zákrok pro záchranu zdraví a života nutné provést bezodkladně. V takových situacích je souhlas nemocného předpokládán a lékař koná podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v intencích postupů lege artis. Současně musí být skutečnost, že pacient nemohl udělit

informovaný souhlas, zaznamenána do zdravotnické dokumentace a je-li předpoklad, že minimálně dalších 24 hodin nebude nemocný schopen souhlas udělit, je nutné ohlásit tuto událost soudu. Jakmile se zdravotní stav nemocného zlepší, je potřeba jej informovat o tom, co bylo provedeno a získat informovaný souhlas pro další léčbu (Haškovcová, 2007). Podle čl. 9 úmluvy musí být brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně zákroku, pokud pacient není v době zákroku ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. To, že se mají předem vyslovená přání zohlednit, nemusí vždy znamenat, že musí být vždy doslova splněna (pokud například bylo přání vysloveno dlouho před zákrokem a věda mezi tím pokročila). Při respektování předem vysloveného práva by si však lékař měl být jist, že toto přání se týká současné situace, že je stále platné a že je provedeno právně relevantním způsobem (minimálně prohlášením s úředně ověřeným podpisem) (Štefan, Mach, 2005).

Za kvalitu a potřebný rozsah informací poskytovaných pacientovi odpovídá ošetřující lékař. Ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na léčbě nemocného, mají povinnost informovat nemocného, vždy však s ohledem na stanovené odborné kompetence. K získání písemného informovaného souhlasu je kompetentní pouze lékař. Podle úmluvy má každý dospělý a právně způsobilý člověk právo na informovaný souhlas. Za osoby nezletilé nebo zbavené způsobilosti k právním úkonům uděluje tento souhlas zákonný zástupce. Je však potřeba pamatovat na to, že i tyto osoby je nutné vždy vhodným způsobem poučit o léčebném plánu (Haškovcová, 2007).

1. 5 Práva pacientů

V důsledku transformace vztahu zdravotníka a pacienta se projevilo potřebou kodifikovat práva pacientů, a to jak v oblasti etické, tak i v oblasti právní (Doležal, Doležal, 2007). Pravděpodobně první etický kodex práv pacientů pochází z roku 1971. Jedná se o kodex, který zveřejnil lékárník David Anderson z Virginie. Po roce 1971 vznikla celá série nejrozličnějších kodexů týkajících se práv pacientů (Haškovcová, 2007). V osmdesátých letech již byla práva pacientů považována za samozřejmost a pozornost byla věnována především tvorbě speciálních kodexů, na které se podílely také laické společnosti a spolky (Haškovcová, 1996).

Vzhledem k politické situaci a s ní souvisejícím lékařským paternalismem je historie práv v České republice poměrně krátká, definitivní českou verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. 2. 1992 (Haškovcová, 2007). Česká verze etického kodexu Práva pacientů byla vypracována na základě Vzorových práv pacientů, která zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Respektovala nejen česká specifika, ale také připomínky vznesené v rámci diskuze odborné veřejnosti (Haškovcová, 2002). Etický kodex Práva pacientů obsahuje celkem 11 práv:

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Toto právo se zdá být logické, srozumitelné a obsahově jednoznačné. Faktem ovšem je, že žádný stát na světě není schopen zajistit každému vždy, všude a vše, co nabízí současná špičková lékařská věda. Toto právo by mělo být tedy realizováno tak, aby byla každému poskytovaná odborná zdravotnická péče lege artis, tedy reálná a dostupná pomoc, která bude prováděna kvalifikovaně s ohledem na konkrétní možnosti v prostoru a čase (Haškovcová, 1996)

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat s členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzn. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů. Toto právo v praxi znamená to, že v každém zdravotnickém zařízení by měla být vyvěšena informační tabule se jmény primáře i dalších lékařů, jméno vrchní a ostatních

zdravotních sester a službu konající sestry. Pozornost by měla být věnována také titulům, aby se pacienti a jejich příbuzní vyhnuli při oslovování zdravotníků nepřesnostem a rozpakům. Právo žádat soukromí je v důsledku vícelůžkových pokojů v nemocnicích, těžké naplnit. Pacienti musí často provádět i základní hygienu v přítomnosti ostatních. Relativní soukromí je možné zajistit alespoň instalací barevných závěsů a pěstováním vzájemného patientského respektu. Služby přiměřené možnostem ústavu bychom mohli zařadit do kategorie nadstandardu, neboť nemocnému přinášejí pohodlí, rozptýlení nebo oživení jednotvárných, zejména nemocničních dní. Proto se ve zdravotnických zařízeních preferuje účelnost, barevnost a útulnost, v přízemích větších budov bývají zřizovány kavárny, pokoje bývají vybavovány televizory apod. Nemocný má také právo denně se stýkat se svými příbuznými a přáteli. Je samozřejmé, že tato možnost nemusí být využita vždy, ale je důležité, že existuje. V některých případech (např. při chřipkové epidemii) může být toto právo kráceno. Dnes bereme každodenní návštěvu jako samozřejmost, před rokem 1990 však byly návštěvy povoleny pouze ve středu a v neděli, zpravidla od 13 do 16 hodin. Současný stav je pro pacienty mnohem přínosnější, protože člověk, který nelehce prožívá příchod a rozvoj nemoci potřebuje více než kdy jindy v životě podporu, pomoc a spoluúčast rodiny (Haškovcová, 1996).

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní. Pacient má právo na přiměřenou informaci o svém zdravotním stavu, lékař je povinen poučit nemocného, jakým léčebným a diagnostickým postupům se má nemocný podrobit a proč (Haškovcová, 1996). Pacient musí být informován řádně a předem (Doležal, Doležal, 2007). Nemocný má naopak povinnost dát lékaři tzv. informovaný souhlas. Právo na informaci o alternativních postupech se vztahuje pouze

na vědeckou medicínu a nezahrnuje informace o postupech, které vykonávají léčitelé (o alternativní medicíně) (Haškovcová, 1996).

4. „*Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí*“. Pacient by měl pečlivě naslouchat odborným argumentům lékaře a nechat si v dobrém poradit (Haškovcová, 1996) Pokud pacient odmítne zákrok, má lékař povinnost podle ustanovení § 23 odst. I. zákona o péči o zdraví lidu vyžádat si od pacienta písemné prohlášení (revers) (Doležal, Doležal, 2007). Lékař by měl pamatovat také na to, že často vede pacienty k odmítnutí některých diagnostických postupů strach, který lze ovšem zmírnit vysvětlením, proč je nutné výkon provést, a sdělením, jak se provádí (Haškovcová, 1996).

5. „*V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral.*“ Každý člověk ztrácí pocit soukromí tehdy, když jsou prolomeny bariéry bezpečí a když se před cizí osobou ocitá v celé, a to nejen fyzické, ale i psychické nahotě. Ke svému lékaři má pacient většinou důvěru a jejím projevem je i ochota obnažit se. Přítomnost ostatních osob, ať již zdravotníků nebo spolupacientů, může působit rušivě a pacientovy pocity studu násobit. Ideální by bylo, aby byl v choulostivých případech přítomen pouze lékař. Z četných důvodů je však potřebné, aby pacienta v těchto situacích ošetřoval lékař ještě v přítomnosti minimálně jednoho zdravotníka. Lékař je tím chráněn před potenciálním nařčením, že se při výkonu dopustil jiného než pouze profesionálního dotýkání. Ještě složitější je pro pacienty odhalit svou duši. Často se pacienti obávají sdělit některé intimní údaje, protože se za ně stydí, jindy nedomýšlí situaci a ve snaze zbytečně neobtěžovat lékaře o některých skutečnostech pomlčí (Haškovcová, 1996).

6. „*Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i*

v případech počítačového zpracování.“ Pojem lékařské tajemství byl vymezen a omezen již v Hippokratově přísaze. Zároveň zde byla stanovena podmínka, za které je možné tajemství vyrazit. Od roku 1951 byl však pojem lékařské tajemství v české právní úpravě nahrazen pojmem povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků (Haškovcová, 1996). Problematika povinné mlčenlivosti je také upravena v článku 10 odstavce I Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Podle tohoto odstavce má každý právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. V právním řádu ČR je pak tato problematika upravena ještě v zákoně č. 20/1996 Sb., o péči a zdraví lidu, konkrétně v § 55 odst. 2, písm. d), které uvádí, že „každý zdravotnický pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti, uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem, tím není dotčena. Povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Podle současné právní úpravy má pacient také právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu. Má také právo nahlížet do těchto dokumentů v přítomnosti zdravotnického pracovníka, pořídit jejich opisy, výpisy nebo kopie (Doležal, Doležal, 2007).

7. *„Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností a přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.*“ Smyslem tohoto práva je především to, aby se nemocný ve složitém systému zdravotnictví „neztratil“ a aby měl dobrý pocit kontinuální péče. Je zřejmé, že každý lékař nemůže

znát vše a že každá nemocnice nemůže být vybavena „vším“. Vzhledem k tomu může být pacient předán do ošetření jiného zařízení, které má dostupné potřebné výkony. Zároveň je však nutné, aby byl s touto skutečností seznámen a pokud existuje více alternativ, má mu být umožněno, aby si sám vybral, kde chce být léčen (Haškovcová, 1996).

8. *„Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.“* Je zřejmé, že toto právo se do značné míry překrývá s právem č. 7. Je to dáno především tím, že je potřeba zdůrazňovat skutečnosti, které někteří považují za samozřejmé. Řada pacientů se nedokáže sama orientovat v složitém systému zdravotnictví a je nutné zajistit, aby se pacient nedostal do situace, kdy by nevěděl, kdo, kdy a jak bude pokračovat v jeho léčbě (Haškovcová, 1996).

9. *„Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.“* Pokusy nejružnějšího druhu patří od nepaměti k badatelské činnosti a lékařské praxi. Pokusy na lidech se prováděly v různé míře vždy, vzhledem k dobovému nazírání na tuto problematiku se však měnila pravidla provedení (Haškovcová, 1996). Ochrana osob, na nichž je prováděn výzkum, je také upravena v čl. 16-18 Konvence o biomedicíně (Haškovcová, 2002).

10. *„Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.“* 25. 6. 1999 byl Parlamentem rady Evropy schválen dokument s názvem Ochrana lidských práv a hodnot (důstojnosti) nevylučitelně nemocných a umírajících (synonyma: Charta umírajících, Práva umírajících), který favorizuje principy paliativní (útěšné, zmírňující medicíny) a jasně artikuluje, že paliativní medicína je jedinou vhodnou, možnou a reálnou alternativou k silícím eutanatickým tendencím (Haškovcová, 2002).

11. „Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.“ Nemocniční řád by měl být vyvěšen v přijímacích kancelářích nebo přímo na jednotlivých odděleních. Pacient má právo znát, jaká finanční částka byla vynaložena na jeho léčbu z důvodů výchovných a kontrolních. Zpětná vazba posiluje princip solidarity zdravých s nemocnými (Haškovcová, 1996).

Vývoj v právech pacientů se nezastavil a nastala doba potřeby určitého sjednocení práv pacientů, a to s ohledem na měnící se model vztahu mezi lékařem a pacientem. Úmluva o biomedicíně je vyústěním dosavadního vývoje i legislativně zakotvenou koncepcí profesionálního partnerství. Můžeme tak konstatovat, že i obsahy etických kodexů týkajících se práv pacientů byly až na malé výjimky zahrnuty do Úmluvy o biomedicíně a získaly tak náležitou a vymahatelnou legislativní formu (Haškovcová, 2007).

1. 6 Komunikace ve zdravotnictví

Ve vztahu lékaře a zdravotníka, stejně jako ve všech oblastech každodenního života, je nezbytná správná komunikace (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007). V obecné rovině je komunikace charakterizována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií (Honzák, 1999). Komunikace tvoří základ ošetrovatelské péče, má však svá specifika, která by se měli zdravotníci naučit již v době přípravy na své povolání (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Většina lékařů se domnívá, že jsou dobrými zprostředkovateli informací, což bohužel z výzkumů vztahu lékař pacient nevyplývá. Honzák (1999) uvádí, že v ordinacích praktických lékařů je nespokojeno průměrně 35% pacientů, u hospitalizovaných pacientů je situace ještě mnohem horší - zde je nespokojeno s komunikací v průměru 53% pacientů. Podobné výsledky prokazuje i „předvýzkum“ vztahu lékařů a pacientů, který provedl v roce 2004 Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Komunikace byla pacienty v tomto „předvýzkumu“ označena jako špatná, nedostatečná, hrubá, zlehčující a nepřiměřená situaci či pacientovi (Linhartová, 2007).

Prvním předpokladem pro komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je vzájemné porozumění. Proces porozumění a vcítění (pro obojí používáme i pojem empatie) probíhá převážně neverbálně. Empatie nás motivuje, abychom ze soucitu a altruismu jednali. Jde především o to představit si, jak bych se cítil, kdybych byl v pacientově situaci a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval. Empatický zdravotník dává pacientovi příležitost vyjádřit jeho mínění, vyhýbá se rychlým a neuváženým úsudkům a umožní pacientovi, aby se svěřil se svými pochybnostmi (Janáčková, Weiss, 2008).

1.6.1 Komunikace lékaře s pacientem

Komunikace mezi lékařem a pacientem začíná zpravidla ve chvíli, kdy se lékař a pacient poprvé uvidí. Před prvním kontaktem však vznikají skutečnosti, které ovlivňují následnou komunikaci. Pacienti jsou často ovlivňováni haló efektem, který se od logické analýzy liší tím, že celkový závěr vzniká na základě jedné nebo několika málo, ne vždy podstatných informací (prostředí nemocnice, představa o profesi lékaře a sestry apod.) (Honzák, 1999). Pro mnohé pacienty je tedy každá návštěva zdravotnického zařízení stresující záležitostí, a proto je velice důležité, aby lékař získal důvěru již při prvním kontaktu s pacientem (Koldová in Ivanová, Klos, 2004). Toho lze dosáhnout nejlépe projevením zájmu o pacienta. Po příchodu pacienta se doporučuje následující postup: pozdrav (vstřícný, sympatizující úsměv), oslovení pacienta jménem, představení se a správné podání ruky (pevné podporující), uvedení pacienta na místo rozhovoru, zaujetí empatické naslouchající pozice (dobrý kontakt očí, vsedě s mírným předklonem), uvedení rozhovoru frází: „Řekněte mi, co vás trápí.“ (Janáčková, Weiss, 2008). Mezi důvody, proč nechat vést pacienta na počátku rozhovoru nerušený dialog patří především to, že pouze pacient zná důvody své návštěvy, pokud lékař převezme iniciativu rozhovoru hned na počátku, nikdy možná neobjeví strach z rakoviny, strach z účinků očekávané terapie, nemusí také odhalit, co vlastně chce pacient vědět (Tate, 2005). Honzák (1999) uvádí jako typickou chybu v této fázi rozhovoru dotázání se na důvod návštěvy slovy: „Co chcete předepsat?“

Po sumarizaci informací, které lékař získal z úvodního rozhovoru a zjištění, proč pacient přišel, nastupuje definování klinických problémů (Tate, 2005). Lékař s pacientem by se měli společně dohodnout na pořadí důležitosti jednotlivých vyšetření (Janáčková, Weiss, 2008). Během vyšetřování by měl být pacient informován o všech vyšetřeních a zákrocích, o tom, jak probíhají, popřípadě i o možných nepříjemných a atypických pocitech. Příkladem takovéto situace je například: „Musíme vám odebrat krev, což potřebujeme k diagnostikování, ucítíte vpich, není to nic hrozného, určitě se to dá vydržet.“ Lékař je podle zákona povinen poučit nemocného, popř. jeho rodinné příslušníky o povaze onemocnění a potřebných výkonech. Pacienta by měl informovat

vždy stejný lékař a je nepřipustné, aby tuto funkci lékaře zastupovala zdravotní sestra nebo klinický psycholog (Ivanová, Klos, 2004).

Po provedení potřebných vyšetření a stanovení diagnózy je stanovena léčba. Ve většině případů existuje více možností způsobu léčby (různé léky, různé formy zákroků). Pacient by měl být partnerem v péči o své zdraví (partnerský vztah lékaře a pacienta), proto je velice důležité, aby měl dostatek informací. Jedná se především o informace o tom, jak choroba probíhá a jaké jsou její typické projevy. Další informace, které mají velký význam pro pacienta, jsou informace o možnostech terapie dané choroby, jaký druh terapie doporučuje lékař, jaké jsou výhody a nevýhody doporučované terapie, jaké jsou typické účinky a reakce na danou léčbu, jaký je obvyklý stav pacienta po zákroku, jaký je průběh rekonvalescence, jaká je úspěšnost léčby apod. V případě, že pacient s navrhovanou léčbou nesouhlasí, by se měl lékař snažit vysvětlit pacientovi vhodnost léčby, nebo se domluvit na její jiné formě, kterou je pacient ochoten akceptovat, popřípadě doporučit pacientovi jiného odborníka (Ivanová, Klos, 2004). I v této fázi se můžeme setkat s prohřešky lékařů, mezi které patří například reakce na zjištění, že pacient má odlišný názor na problém a na jeho řešení, slovy: „Podle těch etických kodexů všech práv pacienta máte právo do toho mluvit. Jestli vám můžu radit, tak to nedělejte a dejte na odborníka (=na mne)“ (Honzák, 1999).

Návštěva by měla být ukončena rozhovorem, ve kterém by měl lékař zopakovat plán léčby, potvrdit důležitost a postup jednotlivých kroků, vyjádřit naději na úspěch, domluvit další setkání a rozloučit se (Janáčková, Weiss, 2008). Je potřeba si uvědomit, že pacienti zapomenou okamžitě asi 50% sdělených informací, proto je vhodné v případných informačních letáčkách podtrhnout důležité pasáže. Srozumitelnost a dostatek informací má velký vliv na dodržování léčebného režimu a na celkovou úspěšnost léčby (Janáčková, Weiss, 2008). Domluva kontrolního vyšetření by neměla probíhat stylem: „Sestro, napište kontrola za týden.“ (Honzák, 1999).

Vhodnou příležitostí pro důvěrný rozhovor není vizita. U nás je stále ještě bohužel běžné, že lékaři hovoří s nemocnými o důvěrných otázkách jejich zdravotního stavu při vizitě v přítomnosti dalších pacientů, bez ohledu na to, zda si to pacient přeje či nikoliv. Jako následek špatné komunikace lze považovat žaloby např. pro neúplné

poučení pacienta, častá je i blokáce komunikace mezi lékařem a pacientem, lékař se snaží vyhnout serióznímu jednání s pacientem různými metodami, ze kterých lze zmínit např. útěk před pacientem, který požaduje informace, zjednodušování a bagatelizování věcí, autoritativní podání informací apod. Považuji za vhodné zmínit, že je problém i v tom, že někteří řádně poučení pacienti prohlásí, že poučení nebyli-nemusí se jednat vždy o lež, pacient může také nevědomky potlačovat nepříznivé zprávy nebo sdělovaná slova slyšet, ale nevnímat (Ivanová, Klos, 2004).

Je však potřeba nahlížet na komunikace lékaře s pacientem i ze strany pacienta. Honzák (1999) uvádí požadavky na pacienty, ve kterých doporučuje pacientům, aby se ptali na vše nejasné, poskytovali lékařům veškeré informace, dodržovali lékařovy pokyny, nedělali si nepřiměřené nároky na lékařův čas, důvěřovali lékaři, respektovali lékařovo soukromí a sdělili lékaři všechny své pochybnosti.

1.6.2 Komunikace sestry s pacientem

Sestra se obvykle s pacientem setkává častěji a je s ním v užším kontaktu než lékař. Pacient je často na sestře plně závislý, volá ji, když něco potřebuje, sestra naplňuje jeho přání a potřeby. Sestra je také pro pacienta spojkou se světem, zdrojem informací a v neposlední řadě doplňuje společenské vztahy, protože je jediná v pravidelném styku s pacientem. Komunikace sestry a pacienta je tedy řízena a rozvíjena tak, aby vedla k identifikování potřeb pacientů a k poznání, jak tyto potřeby uspokojit způsobem, který je pro pacienta přijatelný (Bártlová, 2005).

Sestra by měla být schopna začít, podpořit a udržet správnou komunikaci jednoduchým způsobem. Jestliže pacient řekne, že ho dnes nikdo nepřišel navštívit, neznamená to pouhé konstatování, může se jednat o snahu navázat kontakt, upoutat na sebe pozornost nebo si popovídat. Komunikace probíhající mezi sestrou a pacientem je nevyhnutelná (je těžké představit si, že by sestra s pacientem verbálně nebo neverbálně nekomunikovala), nezvratná (sestra nemůže vzít neuvážená slova ani mimoslovní projevy zpět) a neopakovatelná (žádná komunikační situace se neodehrává ve stejném čase, prostředí a situaci) (Kristová, 2004).

V ošetrovateľskej praxi sa stretávame s tromi druhmi komunikácie:

1. sociálna: je neplánovaná, odohráva sa pri náhodných stretnutiach (napr. pri stlaní postele)
2. štruktúrovaná: má konkrétnu plánovanú náplň, napr. rozhovor o pooperačnej starostlivosti pred operáciou
3. terapeutická (liečebná): jedná sa o proces, ktorý pomáha prekonávať prechodný stres, dobre vychádzať s ľuďmi, prispôbiť sa nezmenným skutočnostiam a zároveň prekonávať psychické prekážky, ktoré stoja v ceste seberealizácie. Sestry ju využívajú v rôznych situáciách, napr. pri pomoci nemocnému vyrovnat sa so sdelením diagnózy (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Na to, aby proces komunikácie vznikol a ďalej sa produktívne rozvíjal, je potreba, aby boli splnené 3 základné požiadavky: chcieť komunikovať, umieť komunikovať a mať vytvorené podmienky pre komunikáciu. Väčšina pacientov chce komunikovať, sestra sa len v výnimočných prípadoch stretáva s pacientmi, ktorí nechcú. Tento požiadavok býva častejšie obmedzený sestrami. Dôvody sú rôzne, od nezaujímavej profesie po neadekvátny rozvoj komunikačných zručností po profesionálnu deformáciu. Väčšina pacientov nemá problémy ani s druhým požiadavkom, pretože spôsob ich prejavu zásadne nelíši od komunikácie pred ochorením (s výnimkou pacientov, ktorí z rôznych príčin komunikovať nemôžu). Sestra však nestačí s tradičnými spôsobmi, ktoré používa v bežnom živote. Jestliže má byť sestra vstřícná, v ošetrovateľskej praxi to znamená, že doopravdy uplatní konkrétne prvky vstřícnosti. Jestliže napríklad príde do ošetrovne pacientka a sestra sedí za stolem a píše, mala by sestra prejavovať vstřícnosť tak, že vstane, otočí sa k pacientke tvárou, naviaže očné kontakty, príde k nej (ale zachová osobnú zónu), osloví ju menom, zaujme otvorenú postoj (bez prekřížených rúk a dolných končatín), usmieje sa a vhodnou vetou prejaví ochotu komunikovať. Jestliže si sestra potrebuje náležavo niečo zapísať a stav pacientky to dovoľuje, slušne ju požiada, aby chvíľku počkala. Posledný požiadavok na vytvorenie možností pre komunikáciu nesplňujú alebo len z časti splňujú ľudia so sluchovým, zrakovým alebo rečovým postihom, pacienti trpiaci demenciou, pacienti po operáciách hrdla alebo pacienti v bezvedomí (Kristová, 2004).

Důležitou podmínkou efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem je osvojení si určitých konkrétních dovedností:

Naslouchání, které neznamena pouze slyšet, znamená především plně chápat a porozumět. Aktivní naslouchání zahrnuje na rozdíl od pasivního kromě příjmu a zpracování zvukových informací také porozumění pocitům.

Podněcování, stimulace rozhovoru, je potřebné u pacientů, kteří mají problém s navázáním kontaktu a dalším rozšířením kontaktu.

Zrcadlení (reflexe) je prvkem zpětné vazby. Reflexí ubezpečujeme sebe i nemocného, že jsme pochopili to, co řekl, tak, jak to bylo myšleno. Je potřeba vyvarovat se hodnocení nemocného.

Sumarizování, částečné shrnování, které by mělo končit podněcující nebo zaměřenou otázkou, která umožní pacientovi pokračovat dále.

Mlčení je pro sestru jednou ze základních komunikačních technik. Mlčení neznamena pouze to, že nevíme, co říci, že se snažíme ovládnout své emoce, ale také to, že to považujeme v daném kontextu za správné (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1. 6. 3 Komunikace s rodinnými příslušníky

Komunikace s rodinnými příslušníky by měla být stejně zdvořilá a ohleduplná jako s pacienty, měla by respektovat všechny obecné zásady komunikace ve zdravotnictví. Pokud to podmínky dovolují, měli by být rodinní příslušníci využíváni k ošetrovatelské péči, je však nutné dodržovat jasná pravidla a dbát na hranice jejich kompetencí (Kelarová, Matějková, 2009). Zdravotníci by však měli být ve vztahu k rodinným příslušníkům obezřetní, protože nelze obecně předpokládat, že každá rodina je ochotna a schopna vytvořit se zdravotníky funkční koalici ve prospěch nemocného (Haškovcová, 2000). Úzká spolupráce zdravotnického týmu, rodiny a nemocného může mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Pro zdravotnické pracovníky by měly platit určité zásady jednání s rodinou, a to především:

- ubezpečit příbuzné, že je o pacienta dobře postaráno s využitím všech dostupných léčebných metod
- poskytnout vhodnou formou správné informace získané diagnostickými a léčebnými postupy
- sdělit blízkým, jak mohou při léčbě spolupracovat
- vhodnou komunikací získat dostatek anamnestických údajů, které mohou pomoci v léčebném procesu (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Zdravotní sestra může podávat pouze informace obecného rázu (např. Pan Krátký spal klidně.). Pokud se příbuzní dotazují telefonicky, je možné potvrdit pouze obecné informace, jméno ošetřujícího lékaře a dobu, kdy je jim dotýčný k dispozici (Haškovcová, 2007). Bližší informace může podávat pouze lékař. I lékař musí respektovat přání nemocného, komu, kdy a za jakých okolností mohou být předávány informace o jeho zdravotním stavu (Kelarová, Matějková, 2009). Toto přání platí v případě, že bylo uplatněno pouze ústně. Lékař by se měl vždy zeptat nemocného, zda si přeje nebo nepřeje, aby byla informována rodina, nebo komu mají být informace předány či naopak. Výjimky mohou zdravotníci uplatnit v případech, kdy zdravotní stav pacienta je tak závažný, že souhlas nebo nesouhlas není možné získat. V případě dítěte je lékař povinen vždy informovat rodinu, bez ohledu na přání nezletilého pacienta (Haškovcová, 2000). Pacient může kdykoliv souhlas s poskytováním informací určité osobě odvolat nebo osobu změnit. Udělení i neudělení souhlasu se zapisuje do zdravotnické dokumentace (Haškovcová, 2007).

Obtížnou a velmi náročnou chvílí ve zdravotnickém povolání je komunikace s pozůstalými, sdělování, že život skončil. Tento rozhovor vyvolává nejvíce nejistot a úzkostí, protože se jedná o konečnou diagnózu, která navozuje pocit selhání medicíny, nejen u pozůstalých, ale často také u zdravotníků samotných. Ty navíc upozorňuje na jejich neodvolatelnou smrtelnost (Honzák, 1999). Jednání s pozůstalými je etickou otázkou, vyžaduje také vysokou úroveň komunikačních schopností. Důstojné zvládnutí této situace je povinností ošetřujícího lékaře, sestry a celého zdravotnického týmu. Podle psychologů patří okamžik sdělení o úmrtí mezi nejvíce stresové chvíle v životě pozůstalých, a proto je velice důležité dbát určitých společenských zásad (Kutnohorská,

2007). Ritualizace způsobu předávání informací, nezbytných dokladů a osobních věcí je nutná, protože usnadňuje nejbližším pozůstalým unést právě prožívanou extrémní ztrátu. Blízcí lidé chtějí většinou vědět, jaké byly poslední chvíle života jejich blízkého, chtějí být ujisti o tom, že netrpěl bolestmi (Haškovcová, 2000).

1.7 Masmédia

Masová komunikace je označení pro komunikaci vycházející z jednoho zdroje a určenou mnoha příjemcům, kteří mohou být rozptýleni po celém světě. Nejvýznamnějšími masmédií jsou noviny, časopisy, rozhlas, televize a film (DeVito, 2008).

V současné době žijeme v éře masové komunikace, která poznamenává řadu oblastí společenského života, myšlení a chování politické, sociální, ekonomické, vztahy k umění, k základním lidským hodnotám apod. (Reichel, 2004). Masmédia nám zprostředkovávají aktuální zpravodajské, dokumentární, naučné, ale také zábavné informace ze světa a o světě kolem nás. Pomocí masmédií získáváme informace o světě, který je mimo náš fyzický nebo intelektuální dosah. I přesto je mediální vykreslení, prezentace reality spíše jen přefiltrovaným odrazem skutečnosti nebo jednou z variant jejího výkladu. (Ftorek, 2010)

Denise McQuail (in Reichel 2004) přisuzuje rostoucí vliv masmédií několika faktorům. Předně fungují jako potencionální prostředník vlivu, ovládání a prosazování inovací ve společnosti. Současně jsou však významným pramenem a základním nástrojem přenosu informací, jevištěm, kde se odehrává podstatná většina událostí veřejného života a zdrojem výkladů o sociální skutečnosti a představ o ní. Média se tak stávají místem, kde jsou konstruovány a nejviditelněji vyjadřovány změny v kultuře a v hodnotách různých skupin i celé společnosti. V důsledku toho také spoluurčují všeobecně akceptovanou podobu normality. Neopomenutelnou funkcí médií je také funkce zábavní. Masmédia patří mezi jeden z nejvýznamnějších způsobů trávení volného času.

Podle Halíka (2009) jsou média náboženstvím současného západního světa. Jedna z jejich podstatných náboženských úloh je, že jsou arbitry pravdy a vážnosti: většina lidí má nějakou událost za pravdivou, protože ji viděla „na vlastní oči“ v televizi a za důležitou, protože byla na předním místě zpravodajství či na titulní stránce novin.

Podle Giddense (1999) je nejvýznamnějším trendem na poli masových médií za posledních třicet let rostoucí vliv televize. Televizor můžeme najít prakticky v každé domácnosti. Ve Velké Británii, stejně jako v ostatních západoevropských zemích je

televize v provozu přibližně 5-6 hodin denně, v průměru to znamená na průměrného dospělého 3 hodiny denně. Existuje velké množství výzkumů, které se snaží zhodnotit vliv televizních programů na naše jednání. Výzkumy se nejčastěji týkají tří konkrétních oblastí: působení televize na výskyt agresivity, povahy televizních zpráv a role televize ve společenském a kulturním životě.

Televizní seriál čili „mýdlová opera“ je žánr, který vznikl přímo na půdě televize a stal se nejoblíbenějším typem pořadu. Obliba televizních seriálů je celosvětová. (Giddens, 1999) S mírnou nadsázkou lze konstatovat, že televizní seriál se stal fenoménem doby. (Smetana, 2000) Někteří autoři přisuzují oblíbenost televizních seriálů tomu, že umožňují divákům únik od reality. Jiní autoři považují však tento důvod za nevěrohodný a přisuzují tuto oblibu především tomu, že seriály se dotýkají všudypřítomných témat, zabývají se dilematy, kterým musí čelit každý, a možná dokonce pomáhají některým divákům uvažovat trochu jinak o jejich vlastním životě (Giddens, 1999). Smetana (2000) uvádí, že hlavním důvodem je touha poznat člověka - a tím i sebe. Proces pozorování svých bližních je procesem sebepoznání: prostřednictvím cizích příběhů divák dochází ke zkoumání vlastních postojů a vztahů. Za vším, co se z vyprávění dovídá, hledá to, co se týká i jeho života. Cizím příběhem se chce divák rozptýlit, utéci sám před sebou, ale stejnou cestou se k sobě paradoxně opět přibližuje.

Televizní seriál nepochybně odráží realitu a vkus publika. Současně ale platí, že seriál realitu a vkus publika do značné míry utváří. Aniž by to bylo záměrem tvůrců nebo jejich poradců, dozvěděli jsme se prostřednictvím televizních seriálů ze zdravotnického prostředí o našem zdravotnickém systému také leccos nelichotivého. Heroické zachraňování životů je sice úctyhodné, nevytváří však obraz komplexní a tudíž ani zcela pravdivý (Křížová, 2006). Podle názoru Křížové (2006) by měla být věnována větší pozornost náladě, která ve zdravotnictví vládne a také tomu, co je považováno za normální. To co někomu totiž přijde normální, může připadat někomu nenormální.

2. Cíl práce a výzkumná otázka

2. 1 Cíl práce

Cílem je zjistit a popsat realitu vztahu zdravotníka a pacienta v zrcadle televizních seriálů. Dalším cílem je zjistit, je-li v těchto seriálech patrný nějaký kvalitativní posun od 70. let 20. století k dnešním dnům.

2. 2 Výzkumná otázka

1. Je patrný rozdíl ve vztahu zdravotníka a pacienta v televizních seriálech Nemocnice na kraji města a Ordinace v růžové zahradě?

2. Jak vypovídá televizní seriál Ordinace v růžové zahradě o současné podobě vztahu zdravotníka a pacienta?

3. Metodika výzkumu

3.1 Metodika

Jedná se o kvalitativní výzkum založený na pozorování vybraných dílů obou televizních seriálů a jejich subjektivní interpretaci a kritickém zhodnocení z hlediska základních principů zdravotnické etiky.

Kvalitativní výzkum je charakterizován jako jakýkoli výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace (Glaser, Corbinová in Hendl, 2005). Mezi jeho hlavní přednosti patří zejména to, že získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu, dále také, že zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje sledovat procesy, umožňuje navrhopvat teorie, dobře reaguje na místní situace a podmínky, hledá lokální příčinné souvislosti a pomáhá při počáteční exploraci fenoménů (Hendl, 2005).

Prováděla jsem nezúčastněné pozorování, při kterém pozorovatel minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty. Hlavní výhodou tohoto přístupu je, že není tak obtruzivní a nedochází k ovlivnění citovou angažovaností pozorovatele (Hendl, 2005).

Vybrané díly jsem sledovala a poznatky vztahující se ke sledované problematice jsem si zaznamenávala. Ve výsledcích výzkumu jsem uvedla vždy typické příklady určité situace. Pro usnadnění jsem ve výsledcích výzkumu používala při citaci zkratky: NKM=Nemocnice na kraji města, ORZ= Ordinace v růžové zahradě 2, čísla u zkratk představují jednotlivé díly. Při sledování dílů jsem se zaměřila na dílčí skutečnosti důležité pro vztah zdravotníka a pacienta- informování pacientů, běžnou komunikaci zdravotníků a pacientů, komunikaci zdravotníků s blízkými osobami pacientů, povolování návštěv, dodržování povinné mlčenlivosti zdravotníky, obraz lékaře, ale také na celkovou prezentaci vztahu zdravotníka a pacienta - úctu pacientů k lékařům apod.

3. 2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumným souborem bylo 20 dílů seriálu Nemocnice na kraji města natočených v letech 1976 až 1981 a 44 dílů seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 (kompletní 6. série vysílaná v období od 15. ledna 2008 do 6. června 2008). Celkově jsem měla k dispozici přibližně 3520 minut filmového materiálu.

Seriál Nemocnice na kraji města začala Československá televize natáčet v roce 1976, premiéra první série se začala vysílat v roce 1978. V roce 1981 bylo dotočeno dalších sedm dílů, celkově tak má tento seriál 20 dílů (Česká televize, 1996- 2011). Nemocnice na kraji města byla nejpopulárnějším seriálem konce sedmdesátých let. Režisérovi se podařilo kultivovaně a velmi věrohodně zachytit atmosféru nemocnice, chování lékařů, sester i pacientů. Nemocniční prostředí je z pohledů tvůrců i diváků vděčné prostředí, v němž se hodně pracuje, dost vtipkuje, ale občas také umírá. Stín smrti se vznáší nad každým dílem, upozorňuje každého člověka na neodvratnost jeho pozemského osudu a snaží se ho přimět, aby si vážil lidí, kteří svým bližním pomáhají od bolestí i strachu. Smetana ve své knize označuje tento seriál jako upřímnou a zdařilou poctu lékařům, která byla podpořena diváckým zájmem (Smetana, 2000).

Ordinace v růžové zahradě je původní televizní seriál z nemocničního prostředí, který natáčí televizní společnost Nova. Ta jej současně dvakrát týdně (mimo letní prázdniny) vysílá. Děj se odehrává ve fiktivní obci Kamenice, vypráví životní osudy lékařů Nemocnice Kamenice, jejich příbuzných a přátel. V současné době se vysílá jedenáctá řada seriálu.

4. Výsledky výzkumu

4. 1 Informování pacientů

V seriálu Nemocnice na kraji města jsou pacienti informováni nejen lékaři a sestrami, ale často také sanitáři a v krajních případech nejsou informováni vůbec, popř. jsou informace před nimi zatajovány.

V důsledku neinformování pacientů se tak můžeme setkat se situacemi, že pacient ani po třech dnech své hospitalizace neví, co se s ním děje a kde je hospitalizován: Pacient se ptá lékařky, jestli mu může říci, kde je. Lékařka odpovídá, že v nemocnici v Boru, pacient odpovídá, že to ví, že si to domyslel, ale chtěl by vědět na jakém oddělení. Lékařka mu odpoví, že na anesteziologicko-resuscitačním, ale i přes to, že se pacient ptá, co to je, neodpoví mu a pouze ho odbude slovy, že by se neměl unavovat. (NKM 2, 12. min.) Nebo se můžeme setkat se situací, kdy se pacient dozvídá o plánované operaci až ve chvíli, kdy pro něj přijede sanitář a chce ho odvézt na operační sál: Místo pozdravu sanitář přivítá pacienta slovy: „*Tak kamaráde, jsme tady. Nakládáme a jedeme.*“ Pacient netuší, co se děje a vyděšeně se ptá, kam jedeme. Sanitář mu odpoví překvapeně: „*Kam bysme jeli, k zeleným na sál.*“ (NKM 2, 43. min.)

V opačném případě lékař tomu samému pacientovi srozumitelným způsobem dopodrobna vysvětluje průběh plánované operace se slovy: „*Já vám teď vysvětlím, co s váma budeme dělat, protože k tomu potřebujeme taky váš souhlas.*“ (NKM 5, 41. min.)

V některých situacích lékaři před pacienty informace o jejich zdravotním stavu, ale také o plánovaných operacích doslova zatajují: Sestra informuje pacienta o tom, že mu bude operován loket, protože se předešlá operace nepovedla, pacient v souvislosti s tím chce mluvit s lékařem, který na tuto skutečnost reaguje slovy: „*Můžete mi říct, kdo pacientovi tuhle novinku vyzvonil?*“ (NKM 4, 1. min.) nebo lékaři spoléhají na to, že si sestry něco vymyslí: Pacient prosí sestru o informace o svém zdravotním stavu, sestra jde zavolat lékařku, ta jí vynadá, že mu nedokáže nic odpovědět. Sestra se hájí slovy: „*To já vím, co bych měla, co se tak odpovídá, ale u něho to nejde.*“ (NKM 2, 12. min.), popř., že pacienti získají informace od někoho jiného: Lékař: „*Jistě se vám*

doneslo, protože špitálové tamtamy pracují neúnavně 24 hodin, že se chystáme na tu vaši nohu.“ (NKM 5, 41. min.)

V důsledku nedostatku informací si jednak pacienti vytvářejí vlastní teorie o svém zdravotním stavu sestavené z dění kolem nich a chování jejich blízkých: *„Ale já vím, že tady nade mnou zavírají víko, že tady neobcházejí naši bafuňáři a že v novinách o mě není ani zmínka.“* (NKM 5, 29. min.), čehož jsou si i lékaři dobře vědomi: *„Není hloupej, on něco ví nebo tuší“* (NKM 2, 14. min.) Zároveň v důsledku tohoto zatajování dochází ke snižování důvěry pacientů k lékařům: Vzhledem k tomu, že pacientovi nebyl vysvětlen průběh operace a následná péče, domnívá se, že reoperace znamená, že lékaři neodvedli dobrou práci, že udělali nějakou chybu. (NKM 4, 3. min.)

V tomto seriálu se také setkáváme s otázkou milosrdné lži, která je chápána jako podpora léčby pacienta a *„nezbytná výbava každého pořádného ortopeda“* (NKM 9, 52. min.) Porušení pravidla milosrdné lži je považováno za maření práce kolegů. Mladé lékařce, která pacientovi po těžkém úrazu naznačila, že by měl svou energii soustředit na jinou aktivitu, než je vrcholový sport, kterému se doposud věnoval, je naznačeno primářem, aby z oddělení odešla, i přesto, že se o skutečnosti, že tento pacient nebude už nikdy provozovat vrcholový sport, lékaři mezi sebou otevřeně bavili. (NKM 6, 26. min.)

V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 jsou pacienti převážně informováni lékaři, sestry podávají pouze informace obecnějšího typu: např. pacientce po operaci řekne: *„Pokud já vím, tak šlo o slezinu“*. A zavolá lékařku. (ORZ 1, 42. min.)

Pacienti jsou běžně informováni o průběhu vyšetření. Lékař: *„Dobře Olgo, teď vám prohmatám břicho, ano? Až to zabolí, řekněte.“* (ORZ 1, 31. min.), zákroku: Lékař: *„Slečno Kárská, musíme vám provést specializovaný výkon. Ústy vám zavedeme do žaludku fibroskop. To je taková hadice a pokusíme se zastavit krvácení elektrokoagulací nebo opichem krvácející cévy.“* (ORZ 41, 10. min.), o plánovaných operacích včetně jmen operatérů: Lékař: *„Paní Běhounková, pozítří vám doktorka Barnová podle plánu udělá endoprotézu levého kyčelního kloubu, asistovat jí bude doktor Pusenský.“* (ORZ 14, 39. min.), o výsledcích operace: Lékař: *„To je přiměřené vašemu stavu, ztratila jste hodně krve. Museli jsme vám vyjmout slezinu, ale nebojte se,*

bez toho se dá bez následků žít.“ (ORZ 1, 42. min.), i o důvodech komplikací: Lékař: „Paní Kouřilová, jak jsme vám zpevnili loket téma drátama, tak v okolí kovu se dobře žije bakteriím a takovým různým potvůrkám.“ (ORZ 3, 36. min.)

Lékaři jsou si vědomi toho, že je jejich povinností informovat pacienty o jejich zdravotním stavu. Lékař sděluje pacientovi, že poranění jeho horní končetiny je dost vážné a není vyloučeno, že bude mít trvalé následky. Pacient arogantně odpoví, že je mu to jedno. Na to lékař reaguje větou: *„Nezlobte se, ale je mou povinností vás o operaci informovat.“ (ORZ 31, 24. min.)*

Se záměrným zatajováním informací o zdravotním stavu jsem se setkala během pozorování seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 pouze jednou. Jednalo se o případ, kdy byla na oddělení hospitalizována devatenáctiletá dcera primáře. Primář oznámil svým kolegům, že jeho dcera neví pravdu o svém zdravotním stavu a zároveň je prosil, aby jeho dceři nic neříkali. Kromě dvou kolegů, kteří byli přesvědčeni, že pacient má právo znát svůj skutečný stav, všichni souhlasili. Nakonec souhlasili i tito dva lékaři se slovy: *„Ale je to vaše dcera, což plně respektuji, takže jestli jste o tom přesvědčen...“ (ORZ 40, 9. min.)* Zároveň jsem během sledování narazila na situaci, kdy lékařka vysvětlovala sestře, která se hájila názorem, že pacient má právo na pravdu, odpověděla, že *„pravda nemusí být jenom jedna.“ (ORZ 1, 44. min.)*

S informováním pacientů souvisí také informovaný souhlas. S tímto pojmem jsem se setkala během pozorování pouze dvakrát: Lékař: *„Pane Králi, vaše žena podepsala informovaný souhlas, takže vám to můžu říct.“ (ORZ 34, 45. min.)* Ve druhém případě se jednalo o pacienta s poraněním, které vyžadovalo operaci. Lékař se pouze během vyšetření zmínil: *„To bude na revizi na sále. Snad nebude nutná orchiektomie, odstranění varlete. Nebojte se, děti moct mít budete. Z chlapa vám bude chybět jenom kousek a jenom chvilku. Na urologii by vám dali prvotřídní implantát.“* Po ukončení vyšetření řekl sestře: *„Mar’o, nezapomeň tady panu Borcovi dát podepsat informovaný souhlas, že můžeme na sále udělat všechno nezbytné.“ (ORZ 38, 6. min.)*

4. 2 Běžná komunikace zdravotníků a pacientů

Rozdíl v běžné komunikaci v obou seriálech je patrný nejen na oslovování, vykání / tykání, tónu rozhovoru, ale také například v tom, zda zdravotníci při vstupu do pokoje klepou nebo ne.

V seriálu Nemocnice na kraji města používají lékaři velice familiární oslovení typu *babi, kamaráde, milánku, pane otče* apod., v některých situacích lékaři a sanitáři pacientům tykají, popř. přecházejí plynule z vykání do tykání. Během sledování jsem zjistila, že lékaři nahlíželi na pacienta pouze jako na diagnózu: *Při vizitě, přišel lékař k pacientovi a řekl: „To je ta korekční osteotomie.“* (NKM 6, 1. min.) V seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 jsou pacienti oslovováni výhradně příjmením, pouze ve čtyřech případech jsem se setkala s jiným oslovením (např. křestní jméno, člověče), většinou se jednalo o krajní situace, např. překotný porod, pokus o sebevraždu apod., i při těchto osloveních lékaři pacientům vykají. V dílech, které jsem sledovala, nenastala situace, ve které lékař nebo sestra pacientovi tykali (kromě dětských pacientů).

V seriálu Nemocnice na kraji města lékaři ani sestry při vstupu do pokoje neklepají, někdy při vstupu ani nepozdraví, příkladem může být následující situace: *Lékař rozrazil dveře pokoje a vyhrkl na pacienta: „Vzkázali mi, že se mnou chcete mluvit.“* (NKM 4, 2. min.) Oproti tomu v seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 je běžné, že sestry i lékaři při vstupu do pokoje klepají, např.: *Lékařka zaklepe, vstoupí do pokoje a řekne: „Dobrý den, slečno Navrátilová, jak se cítíte?“* (ORZ 1, 43. min.)

V obou seriálech jsem se setkala s tím, že lékaři na pacienty křičeli. V každém seriálu se však jednalo o jinou situaci. V seriálu Nemocnice na kraji města se pacient v důsledku nedostatku informací domníval, že lékaři jeho operaci „zprasili“, lékař na to reagoval řevem: *„Jaký zprasili!“* (NKM 4, 3. min.) V seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 se jednalo o situaci, kdy lékař chtěl zdůraznit nebezpečnost chování pacienta: *Lékař se snaží přesvědčit pacienta s trombózou, aby nepodepisoval revers: „Člověče, okamžitě se převlečte do pyžama a vlezte zpátky do postele. Copak už jste zapomněl, jak se vám nevyplatil poslední útěk? Kdyby se ta sraženina utrhla a dostala se do plic, tak bez těch léků prostě zemřete.“* (ORZ 37, 24. min.)

V obou seriálech nosí lékaři i sestry jmenovky. Lékaři a sestry v seriálu Ordinance v růžové zahradě mají větší jmenovky, kterou jsou lépe čitelné. Mají na nich oproti seriálu Nemocnice na kraji města uvedeno nejen jméno, ale také název oddělení, na kterém pracují a název nemocnice, někteří i funkci (např. vrchní sestra). V seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 jsem si lékařka sundala plášť, na kterém měla jmenovku a ošetřovala tak pacienta bez představení se i bez jmenovky.

Při prvním kontaktu s pacientem se v drtivé většině případů ani v jednom seriálu lékaři ani sestry nepředstavují. I přesto musím konstatovat, že v seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 se lékaři představují častěji než v seriálu Nemocnice na kraji města. Sestry se nepředstavují ani v jednom ze seriálů. V seriálu Nemocnice na kraji města jsem při svém pozorování viděla pouze jednou, že se lékař představil. Jednalo se o komunikaci s agresivním pacientem: Lékař: „*Dobrý den, pane Juračák, já jsem doktor Sova a potřebuji s vámi mluvit.*“ - lékař měl po celou dobu rozhovoru klidný tón. (NKM 11, 34. min.) Stejně tak jsem se v tomto seriálu setkala se situací, kdy si pacient musel jméno lékařky přímo vyžádat: Pacient: „*Můžete mi říct své jméno?*“ (NKM 2, 14. min.), popř. se zeptat sestry po ošetření, u koho se má druhý den hlásit. (NKM 14, 30. min.) V seriálu Ordinance v růžové zahradě jsem takovou situaci nezpokořovala.

4. 3 Komunikace s blízkými osobami pacienta, povolování návštěv

V seriálu Nemocnice na kraji města se lékaři vysloveně vyhýbají kontaktu s příbuznými pacienta. V návštěvní dny, tj. ve středu, sobotu a neděli od 2 do 4, se schválně před nimi schovávají ve sprchách, informace podává nemocným pouze jeden lékař, kterého všichni ostatní na oddělení považují za „outsidera“ a on si tím zvyšuje sebevědomí. Návštěvy jsou povolovány pouze na některých odděleních, např. pacient, který ležel 23 dní na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, se po příchodu na ortopedii zeptal vrchní sestry: „*A sem už můžou návštěvy, že jo?*“ (NKM 3, 6. min.) V uvedené návštěvní dny pak byly chodby přeplněné návštěvami, pacienti neměli téměř žádné soukromí.

Při sledování tohoto seriálu jsem se také setkala s tím, že lékař nejprve zatajil příbuzné, že zná informace o případu jejího manžela: „*Já to bohužel nemůžu vědět, paní*

Dobiášová, není to můj případ.“ Většinu rozhovoru, který trval přibližně 3 minuty, seděl zády a věnoval se jiné činnosti, poté, co odešla, si to však rozmyslel, vyběhl za ní na chodbu a řekl: *„Paní Dobiášová, na slovíčko, prosím vás, pojďte. Já o tom případu přece něco málo vím.*“ Následně podal příbuzné pacienta podrobné srozumitelné informace o stavu jejího manžela a průběhu léčení. Ta však nebyla s výsledkem léčby spokojena, rozhodla se nemocnici zažalovat, což také sdělila lékaři, který jí na to odpověděl: *„Tak si k těm všem doktorskejm zločinům, paní Dobiášová, který jste mi tady vyjmenovala, připiště ještě jeden. Urážku na cti. Vy krávo nebeská!!!“* (NKM 18, 52. -57. min.)

V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 čekají příbuzní, popř. blízcí často přítomni u vyšetření nemocného v ambulanci, popř. čekají za dveřmi operačního sálu a získávají tak informace po operaci nebo ošetření: Lékař: *„Vaše dcera je z nejhoršího venku. Podařilo se nám odstranit zasaženou část jater a zastavili jsme krvácení. To poranění bylo velmi vážné, část orgánu jsme museli vyjmout, ale nebojte se. Játra mají velkou regenerační schopnost. Kateřina bude v pořádku.*“ (ORZ 4, 47. min.) Většinou ihned po operaci mohou blízcí vidět nemocného. V některých situacích používají lékaři při sdělování informací hodně cizích slov: *„Vy lékaři to vždycky balíte do takových slovíček. Jak se to řekne česky?“* (ORZ 38, 21. min.) Nejsou stanoveny žádné návštěvní dny ani hodiny, návštěvy jsou omezeny pouze výjimečně, např. při vizitě: Sestra: *„Ted’ to nejde, pane Rambousku, je před vizitou a slečnu Navrátilovou čeká převaz, tak si přijďte odpoledne, jo?“* (ORZ 2, 9. min.) nebo u pacientů s vážnějším onemocněním. Návštěvy jsou povolovány i na jednotkách intenzivní péče. Setkala jsem se ovšem také se situací, kdy lékař blízkého odbyl slovy: *„Návštěvy až odpoledne, nashledanou.*“ Tento rozhovor vyslechl primář oddělení, který svého kolegu pokáral slovy: *„Příště jemněji, pane kolego. Není potřeba, aby se nás příbuzní pacientů báli. Navíc, já doporučuji návštěvy co nejčastěji.*“ (ORZ 2, 10. min.) V jednom případě dva lékaři tvrdili současně příbuzným něco jiného: Lékařka oznámila příbuzným pacienta, že změněná struktura by mohla znamenat přítomnost nádoru, ale druhý lékař ihned příbuzné pacienta uklidnil: *„Váš vnuk nemá zhoubný nádor. Kolegyně Tárová je mladá a horlivá. Pepa bude v pořádku.*“ (ORZ 32, 44. min.)

Zaměstnanci nemocnice v seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 jsou si vědomi důležitosti komunikace. Ředitel nemocnice dokonce přijme komunikačního pracovníka a vysvětluje jeho funkci: „*Pacient se chystá na složitou operaci, doktoři mají plný ruce práce a o sestrách ani nemluví. Ty si s pacientem sedneš a všechno s ním probereš. Operaci, následnou léčbu, co ho nejvíce bolí, co ho trápí, jaký má rodinný zázemí a tak. Prostě s ním budeš mluvit. Komunikační pracovník by měl být laik, právě tím si získáš pacientovu důvěru a celý jeho rodinu.*“ (ORZ 22, 14. min.)

Samostatnou kapitolu v komunikaci s blízkými tvoří sdělování pozůstalým úmrtí pacienta. V seriálu Nemocnice na kraji města jsem se s touto situací nesetkala, v seriálu Ordinance v růžové zahradě jednou: Lékaři velmi rozpačitě přistoupili k přítelkyni zemřelého pacienta, která čekala na chodbě a již z rozpačitého výrazu lékařů vytušila, co se stalo: „*Ne, nezemřel, tomu nevěřím.*“ Lékaři ji ujistili, že je jim velice líto, co se stalo, že se na ně může s čímkoli obrátit a umožnili jí, aby se naposledy se svým přítelem rozloučila (ORZ 37, 50. min.)

4. 4 Mlčenlivost

Mlčenlivost je problémem v obou sledovaných seriálech. V Nemocnici na kraji města jsou informace podávány téměř každému, kdo se zeptá, např. vedoucímu brigády (NKM 8, 26. min.) nebo tajemníkovi sportovního oddílu. (NKM 1, 39. min.) Ředitel nemocnice se dokonce diví, že lékaři nechtěli poskytnout informace o zdravotním stavu pacienta předsedovi krajského národního výboru, lékař se hájí pouze tím, že přišli v okamžiku, kdy se probíral z těžkého bezvědomí. (NKM 2, 42. min.) Setkala jsem se i se situací, kdy sestra sdělovala informace, i přesto, že se nikdo neptal: Bývalá vrchní sestra z ortopedie, která již odešla do penze, se dozvídá informace o tom, kdo chodí za její snachou do porodnice: „*Ted' mi volala Brabcová z porodnice, já jsem jí nechala nějaký prádlo, když jí tam vloni scházelo, že včera večer přišel za Inou na pokoj Blažej.*“ (NKM 19, 31. min.) Sami lékaři jsou si v tomto seriálu vědomi toho, že není dodržována mlčenlivost: Lékař dává lékařce, která mu diagnostikovala srdeční obtíže, instrukce, které by měly být samozřejmosti: o jeho zdravotním stavu se nesmí zmínit nikomu ani jediným slůvkem ani v nemocnici ani v soukromí, ani při práci na sále ani

kdekoli jinde nesmí dát ničím, ani sebemenším náznakem najevo, že by se měl šetřit. (NMK 15, 54. min.) Důvěrnost informací je také porušována tím, že rozhovory s blízkými pacienta, popř. mezi zdravotníky probíhají na chodbě: Sestra křičí přes chodbu plnou návštěv a pacientů: „*Rudlo, pojd' sem. Povezeš pacienta na špínu.*“ Celou tuto situaci sledovala manželka pacienta, která se neorientovala ve slangových výrazech zdravotníků a nabyla tak dojmu, že jejího manžela vezou na pokoj, kde ho nechají zemřít. (NKM 16, 24. min.)

Jak jsem již uvedla, problém s dodržováním povinné mlčenlivosti se vyskytuje také v seriálu *Ordinace v růžové zahradě 2*. Velmi zřídka lékaři používají výrazy: „informace o zdravotním stavu podáváme pouze rodinným příslušníkům nebo bohužel, ale jedná se o lékařské tajemství“. Mnohem častěji, než s těmito výrazy jsem se setkala s porušováním povinné mlčenlivosti, jak ze strany lékařů i sester: Lékařka přijde na večírek, omlouvá se, že jde pozdě, že operovala těžký úraz, po chvíli si bere skleničku a říká: „*Musíme zapít tu Kateřinu Malou.*“ -pacientku, kterou operovala. (ORZ 4, 49. min.) V jiné situaci se svěřila pacientka lékaři, že neví, jak má říct svému třináctiletému synovi, že už nebude mít sourozence, lékař ji odpověděl: „*Už jsem mu to řekl, vzal to skvěle. Je to chytřej kluk a má vás moc rád.*“ (ORZ 7, 43. min.) Žačku základní školy odvezou do nemocnice, její spolužáci se baví o jejím stavu: „*Mluvil jsem s mámou a říkala, že leží u nich na chirurgii.*“ (ORZ 12, 17. min.) Primář chirurgického oddělení zcela běžně vykládá své přítelkyni jména svých pacientů včetně diagnóz, např. Při rodinné večeři zazvoní primáři telefon. Jeho přítelkyně se zeptá, co se stalo a primář klidně odpovídá: „*Ten lyžař Choděra. Pokusil se o sebevraždu. Musím tam.*“ (ORZ 13, 51. min.) Mlčenlivost je také porušována při přesvědčování pacientů, aby podstoupili operaci: Pacientka se nechce nechat operovat v lokální nemocnici a chce převézt do Prahy, lékař použije případ akrobatického lyžaře, který je v nemocnici hospitalizován, aby ji přesvědčil: „*Velice rád bych vám představil doktora, který vás bude operovat, ale bohužel to nejde. Právě se připravuje na pana Choděru, možná jste o něm slyšela.*“ (ORZ 26, 35. min.) Stejně jako v seriálu *Nemocnice na kraji města* jsou si lékaři v tomto seriálu vědomi toho, že dochází k porušování povinné mlčenlivosti: Lékařce je diagnostikován karcinom nádor v nadru, nechá si ho odoperovat v jiné nemocnici se

slovy: „*Stejně se to roznese, ale čím dýl, tím líp.*“ (ORZ 8, 43. min.) Pouze jednou jsem se setkala s tím, že se sestra při vyšetření zeptala, zda pacientka chce, aby byl informován manžel o jejím zdravotním stavu. (ORZ 34, 9. min.)

Při sledování nastala také situace, kdy byla důvěrnost pacientových informací porušena tím, že vrchní sestra vyvedla pacienta na chodbu a před třemi lékaři řekla: „*Pane primáři, promiňte, tady pan Janků by rád cirkumcizi.*“ (ORZ 6, 33. min.) V tomto seriálu dochází i k tak hrubému porušování důvěrnosti informací, jako je půjčování lékařské dokumentace neoprávněným osobám: Na chirurgické oddělení přijde po patnácti letech bývalý primář a prosí vrchní sestru, aby mu půjčila dokumentaci pacientů své dcery, která pracuje na oddělení jako lékařka. Vrchní sestra ho odmítne slovy: „*Ale vy mě zkoušíte, pane docente. Víte moc dobře jako já, že lékařská dokumentace je důvěrná.*“ (ORZ 16, 9. min.) Poté, co odejde, tak sestra, která celý tento rozhovor vyslechla, jde a dokumentace docentovi půjčí a on si je dokonce odnese domů. (ORZ 16, 10. min.) I takto hrubé porušení kázně však zůstává v seriálu bez potrestání: Vrchní sestra uvažuje, že sestru propustí, ale po konzultaci s primářem jí vzhledem k nedostatku personálu pouze řekne: „*To, co jste udělala je naprosto neprofesionální a neetické. Zkuste si představit, že by ten chorobopis byl váš, jak by vám asi bylo.*“ (ORZ 18; 46. minuta) Sestra pouze slíbí, že už to nikdy neudělá a tím je celý problém považován za vyřešený.

4. 5 Obraz lékaře

Obraz lékaře je velice závislý na charakteristice seriálových postav. V obou seriálech se tak můžeme setkat s lékařem, který má problém s alkoholem, s lékařem, který podvádí svou manželku, s lékařem, který večery tráví v baru apod. Liší se však složení jednotlivých lékařských týmů. V seriálu Nemocnice na kraji města pracují na oddělení čtyři lékaři a pouze jedna lékařka, která je hned při nástupu primářem upozorněna, že „*chirurgie není povolání pro ženu a chirurgie velkých kloubů už vůbec ne.*“ (NKM 1, 44. min.) Na chirurgickém oddělení v seriálu Ordinance v růžové zahradě 2 pracují čtyři lékaři a tři lékařky. Hlavní postava seriálu Nemocnice na kraji města, MUDr. Sova, je vyobrazena nejen jako absolutní špička ve svém oboru, ale zároveň

jako člověk zásadový, který nikdy nelže, všichni si ho velice váží, má všeobecný přehled (nedokáže si představit snídani bez novin), bydlí v rodinné vilce, má svou služebnou, ve volném čase čte knihy. Oproti tomu hlavní postavou seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 je MUDr. Dalibor Frynta, lékař, který přišel do Nemocnice Kamenice ze soukromé kliniky, kde pracoval jako plastický chirurg. Má vlastní luxusní auto, bydlí v luxusním bytě, je již dvakrát rozvedený, jeho současná přítelkyně, která je sním těhotná, je téměř o dvacet let mladší a do práce odchází se slovy: „Čeká mě souboj s Pusenským.“ - lékařem z jeho primariátu. (ORZ 2, 7. min.) Hodně času tráví v nemocnici, a když přijde domů, tak je velice unavený.

Velice patrný je rozdíl ve vztahu mezi lékaři. Zatímco v seriálu Nemocnice na kraji města jsem při sledování vybraných dílů nezpozorovala, že by nějaký lékař odmítal spolupracovat s druhým (i přesto spolu mají osobní spory, jeden zklame druhého, ale nikdy ne tak, aby byl ohrožen pacient). V seriálu Ordinace v růžové zahradě jsem se s tím setkala několikrát. Možná je to tím, že se lékaři v tomto seriálu řídí heslem, které prezentoval v seriálu jeden z chirurgů: „*Jako chirurg jistě víš, že naše povolání je ryze individualistické sport.*“ (ORZ 10, 4. min.) Mezi lékaři panuje mnohem větší rivalita: Lékař: „*Vy jste nejenom dobří doktor, ale i dobří kolega a to se jen tak nevidí.*“ (ORZ 17, 30. min.) Rivalitu neskrývají ani před pacienty: Pacientka, která není spokojena s návrhem léčby od primáře Frynty, jde za jiným lékařem: „*Pane doktore, o vás se přece ví, že nesouhlasíte s názorami toho Frynty.*“ (ORZ 30, 28. min.) Na oddělení si řeší své osobní spory: Lékařka kvůli tomu, že nechce spolupracovat s kolegyní, se kterou jí podvádí manžel, ohroží život pacienta (ORZ 27), někdy dokonce využívají slabostí toho druhého: lékařka ví o druhé lékařce, že je trémistka a tak se jí záměrně snaží vystresovat, aby mohla operovat místo ní a blýsknout se tak před primářem. (ORZ 23) Na oddělení pracuje také „sobecká lékařka“, která podle slov svého kolegy „*nejde jenom proti kolegům, ale i přes pacienty.*“ (ORZ 32, 46. min.) Situace se během 44 dílů tak vystupňovala, že skoro všichni na oddělení byli vzájemně rozhádání, jeden podezříval druhého.

Chování lékařů k sestrám a sester k lékařům je srovnatelné v obou seriálech - dochází ke vzniku mileneckých vztahů, ale také sporů. V seriálu Ordinace v růžové

zahradě jsou však sestry prezentovány jako samostatnější, setkala jsem se i se situací, kdy sestra zabránila chybě lékařky: Lékařka předepsala pacientce nesteroidní antirevmatika a nezeptala se jí, jestli nemá jiné zdravotní obtíže, které by kontraindikovaly podávání těchto léků, a odešla. Sestra pacientku upozornila, že pokud trpí žaludečními vředy, tak léky nesmí užívat. Upozornila jí také na správné dávkování. (ORZ 41, 13. min.) Zároveň však chovají menší úctu k lékařům: před pacienty vypráví, že byla jenom v nuláku ne medicíně a ví toho pomalu jako oni (ORZ 6, 21. min.) nebo před pacientem posměšně vypráví o sexu s lékařem. (ORZ 6, 36. min.)

Oproti seriálu Nemocnice na kraji města je celkové prostředí nemocnice v seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 příjemnější. Pokoje jsou barevně vymalovány, nejsou tak velké (v seriálu Nemocnice na kraji města leželi pacienti až na pětilůžkových pokojích, v seriálu Ordinace v růžové zahradě jsem se setkala maximálně s dvoulůžkovými pokoji - i na takto malých pokojích byli pacienti často sami), v budovách nemocnice je zákaz kouření (v seriálu Nemocnice na kraji města kouřili lékaři i pacienti na chodbách, na sesterně, ve sprchách), pacienti mají možnost volby nadstandardního pokoje.

4. 6 Vztah pacient a lékař (paternalismus x partnerství)

„My všichni ve vás doktorech vidíme pořád něco extra. My víme, že vy rozumíte dobře tý naší tělesný schránce, někdy i tý duševní a tím nás máte, dá se říct, v hrsti. Už kdysi moje babička nebo prababička, měla před doktory takovou úctu, že věřila, že když si jen utře nos do doktorskýho pláště, že jí přestane trápit rýma. Já už tomuhle nevěřím, já dokonce vím, že rýma bez doktorů trvá tejdén, zatímco s doktory sedm dní, ale já jsem na různých montážích těch doktůrků pár poznal a musím říct, že jsou to tak hříšný nádoby, zjistil jsem, jako my.“ (NKM 13, 49. min.) Z tohoto proslovu je jasné patrné, že již v seriálu Nemocnice na kraji města můžeme sledovat posun od klasického paternalistického vztahu. Pacienti chovají k lékařům stále ještě velkou úctu, ale už je nepovažují za nadpřirozené bytosti, jak tomu bylo dříve. Zároveň se však cítí ve vztahu k nim nerovní, jsou si vědomi toho, že lékaři mají v rukách jejich zdraví.

O léčbě v tomto seriálu rozhoduje převážně lékař. Pacient, který chce znát podrobnosti operace a rozhodnout o tom, zda ji povolí či ne, je odbyt slovy: „*Človíčku, na co bychom se ptali?! Ta hlava se spravit musí a hotovo.*“ (NKM 2, 45. min.) Alternativy operace jsou většinou probírány mezi lékaři, pouze výjimečně jsem se setkala s tím, že byla ponechána možnost volby také na pacientovi. Jako příklad uvádím dvě situace. V prvním případě se jednalo o možnost volby při relativní indikaci k operaci, pacient měl nohu kratší o 3 cm, ale schopnou všech funkcí. Pacient se mohl rozhodnout, zdali chce podstoupit operaci, při které by mu byla noha prodloužena. (NKM 7, 8. min.) Druhou situaci demonstruje následující ukázka: Lékař: „*S tím se dají dělat dvě věci. Buďto vůbec nic a nechat to být a ono se to, dejme tomu, za 2-3 neděle samo uklidní nebo injekce a je to za 14 dní. Ta injekce trošku bolí. Tak si račte vybrat.*“ (NKM 16, 40. min.)

V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 se setkáváme s mnohem menší úctou pacientů k lékařům (pacienti říkají lékařům přezdívkami, křičí na ně apod.), někdy až neúctou. Tato neúcta je vylíčena extrémem, kdy pacient nazývá lékaře „*Ty vole doktore!*“ (ORZ 19, 33. min.) nebo mu poranění ruku bodnou zbraní. Pacientům je zároveň dána větší možnost volby, přesto však rozhoduje lékař často sám. Setkala jsem se i se situací, kdy byl lékař za poskytnutí možnosti volby druhým lékařem kritizován: „*Pacienti rozhodují o své léčbě? Tak příště jim přenechejte i diagnostiku.*“ (ORZ 2, 51. min.)

V některých situacích však pacienti paternalistický přístup lékaře přímo vyžadují: pacient, který má zdravotní komplikace způsobené nedodržením nařízené diety se hájí slovy: „*Heleďte se, vy už s tím něco uděláte. Doktoři, ty umějí věci. Tady říznete a bude po starostech, ne?*“ (ORZ 19, 33. min.)

V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 se setkáváme s novým fenoménem. Pacienti, především ti, kteří nejsou spokojeni s navrhovanou léčbou, chtějí podepsat „revers“: „*Ne, sádra ne. Máte revers? Tak sem s ním.*“ (ORZ 2, 29. min.) Pacienti však podepisují „reversy“ většinou z osobních důvodů (starost o syna, kamaráda apod.).

5. Diskuze

Z výsledků výzkumu lze odvodit, že v mediální prezentaci vztahu zdravotníka a pacienta došlo od 70. let k značnému kvalitativnímu posunu. Je patrný nejen celkový posun od paternalistického přístupu k partnerství, ale také v některých dílčích skutečnostech důležitých pro vztah zdravotníka a pacienta.

Vzhledem k tomu, že výzkum na podobné téma nebyl nikdy realizován, není možné porovnat výsledky s podobnou prací. Některé výsledky výzkumu jsem porovnála s ale s některými výsledky bakalářské práce Kristýny Ludvíkové. Tento výzkum byl proveden na vybraných odděleních Nemocnice České Budějovice a. s. a ve 3 čekárnách soukromých ordinací praktických lékařů pro dospělé v Českých Budějovicích.

Prvním zkoumaným jevem bylo informování pacientů. Mezi oběma seriály je v této oblasti velice patrný rozdíl a to nejen v kvalitě podávaných informací (tzn. míra informovanosti osoby, která pacienta informuje), ale i v jejich kvantitě (tzn. v množství informací, které jsou pacientům sdělovány). Objektivně lze konstatovat, že úroveň informovanosti pacientů v seriálu Nemocnice na kraji města je velice nízká a postoj lékařů k pacientům, kteří důsledně vyžadují informace o svém zdravotním stavu, jsou velice negativní. Zároveň však tato informovanost odpovídá charakteristice tzv. medicíny mlčení, kterou popisuje Haškovcová (2007). Klíčovou roli v této problematice má podle mého názoru především změna vnímání zdraví člověka. Zatímco v době natáčení seriálu Nemocnice na kraji města bylo zdraví společnost odpovědná za zdraví jedince a je tudíž logické, že pacienti nebyli dotazováni, zda s operací souhlasí. V době natáčení Ordinance v růžové zahradě 2 a tedy i v současné době je každý do jisté míry odpovědný za své zdraví sám. V seriálu Ordinance v růžové zahradě informují převážně lékaři a je tak dodržována zásada, kterou uvádějí Ivanová a Klos (2004), že je nepřipustné, aby funkci lékaře v informování pacienta zastupovala sestra nebo klinický psycholog.

Samostatnou kapitolu v informování pacientů o jejich zdravotním stavu tvoří problematika informovaného souhlasu. Podle čl. 5 Úmluvy o biomedicíně z roku 2001 lze *„jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“* Informovaný souhlas tvoří

nedílnou součástí vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. I přes uvedené skutečnosti jsem narazila na pojem informovaný souhlas pouze dvakrát. V prvním případě byl zaměněn s přáním nemocného, komu, kdy a za jakých okolností mohou být předávány informace o jeho zdravotním stavu. Ve druhé situaci nebyl podle mého názoru pacient dostatečně informován. Byl pouze upozorněn slovy: „snad nebude nutná orchiectomie“. Tato skutečnost ovšem neodpovídá výzkumu Šimka a Zamykalové (2007), kteří uvádí, že informované souhlasy jsou dnes pevnou součástí rutin kliniky. Domnívám se, že absence institutu informovaného souhlasu v seriálu *Ordinace v růžové zahradě* lze do jisté míry připsat jeho možné nízké atraktivitě pro diváky a to zejména proto, že institut informovaného souhlasu je čistě profesionální akt bez jakýchkoliv emocí a nebyl by tak dán prostor pro diskuze a pomluvy mezi lékaři, které tvoří nosnou část příběhu *Ordinace v růžové zahradě 2*. Zároveň však považuji tuto skutečnost za nevyužitou příležitost ukázat pacientům kdy a na co se mají ptát, resp. na co mají právo. Na druhou stranu může tato skutečnost vypovídat o vnímání důležitosti informovaného souhlasu tvůrci, resp. jejich odbornými poradci a může tak ve společnosti vyvolávat dojem, že informovaný souhlas je zbytečnost a jakési „otravování“ ze stran lékařů v reálném životě. Potvrzuje to tak fakt, že informovaný souhlas není chápán jako nástroj dialogu mezi lékařem a pacientem, ale jako formalita a „podepsání papíru“.

Podle mého názoru je nejznatelnější vývoj ve vztahu zdravotníka a pacienta patrný právě na druhém sledovaném jevu, v jejich běžné komunikaci. Při sledování jsem se setkala se skutečnostmi, které partnerství zdravotníka a pacienta podporují. K těmto skutečnostem patří vymizení tykání a familiárního oslovení pacientů, klepání před vstupem zdravotníků do pokoje, resp. dodržování soukromí pacientů. Tato skutečnost odpovídá výzkumu Ludvíkové (2008), která uvádí, že 86 % respondentů na chirurgickém oddělení odpovědělo, že je lékař při příchodu pozdravil a u 93% pacientů bylo osloveno pane / paní. Na druhé straně nejsou dodržována doporučení pro efektivní komunikaci lékaře a pacienta, mezi která patří pozdrav (vstřícný, sympatizující úsměv), oslovení pacienta jménem, představení se a správné podání ruky (pevné podporující), uvedení pacienta na místo rozhovoru, zaujetí empatické naslouchající pozice (dobrý kontakt očí, vsedě s mírným předklonem), uvedení

rozhovoru frází: „Řekněte mi, co vás trápí.“ (Janáčková, Weiss, 2008). Podle mého názoru nejzávažnějším a zároveň nejčastějším prohřeškem proti těmto doporučením je nepředstavování se lékařů pacientům. Tento jev podporuje jistou anonymitu lékařů a snižování důvěry pacientů. Tato skutečnost také odpovídá výzkumu Ludvíkové (2008), která uvádí, že lékaři se představili a zároveň měli vizitku pouze u 4 respondentů, tj. ve 14 %. V tomto směru nedošlo k žádnému posunu a tak se s tímto jevem se můžeme setkat v obou seriálech.

Na další sledovanou skutečnost, komunikaci s blízkými osobami a s tím související povolování návštěv, prošlo během třiceti let také značným vývojem. Lékaři se již před blízkými pacienta neschovávají a nezatajují před nimi informace, naopak jsou blízcí pacienta cíleně informováni. Je tak podporována myšlenka, kterou uvádí Zacharová, Hermanová a Šrámková (2007), že úzká spolupráce zdravotnického týmu a rodiny nemocného může mít velmi pozitivní vliv na celý léčebný proces. Na tento vývoj má podle mého názoru vliv především přijetí etického kodexu práv pacientů, právo č. 2, podle kterého mají pacienti právo *„žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat s členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzn. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.“* Z výsledků výzkumu je také patrné, že nejen pacienti, ale také jejich blízcí považují možnost každodenních návštěv za samozřejmou, což uvádí také Haškovcová (1996). Zároveň se zvýšilo soukromí pacientů v návštěvní dny. Tato skutečnost souvisí nejen s kontinuálním způsobem návštěv, ale také s vylepšením celkového prostředí nemocnice (méně pacientů na pokojích apod.) V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 není však dodržováno pravidlo, které uvádí Haškovcová (2000), podle kterého by se lékař vždy měl zeptat pacienta (v případě, že to jeho stav umožňuje), zda si přeje, aby byla o jeho zdravotním stavu informována rodina. Stejně tak považují za nepřipustné, aby si lékaři před pacienty, potažmo jejich blízkými vyřizovali osobní spory. V seriálu Ordinace v růžové zahradě se setkáváme s funkcí komunikačního pracovníka. Osobně považuji tuto myšlenku za velice zajímavou, např. v anglických nemocnicích je tato funkce zcela běžná (tzv. robin's, kteří si povídají v nemocnici s pacienty, chodí lidem pro noviny apod.), v českých bohužel ne. U nás

působí dobrovolnický program Dobrovolníci v nemocnici, kteří bohužel nemají vždy přístup na všechna oddělení.

Další sledovaný jev, dodržování mlčenlivosti zdravotníků, je otázkou nejen etickou, ale v případě jejího porušování také právní. Z etického hlediska se jedná o princip druhého řádu, jeho nedodržováním dochází však k porušování i principů prvního řádu: nonmaleficence (nerespektování identity a důstojnosti) a beneficence (nepodporování psychické pohody). Ani v jednom ze seriálů není povinná mlčenlivost dodržována a je tak patrné, že na tento jev nemá vliv ani změna vztahu zdravotníka a pacienta, ani změna ve vnímání „vlastnictví“ zdraví. Naopak si dovoluji tvrdit, že porušování mlčenlivosti v seriálu Ordinace v růžové zahradě má závažnější charakter. Výsledky mého výzkumu potvrdily názor Křížové (2006), že v tomto seriálu dochází k porušování povinné mlčenlivosti, které nikdo neodsuzuje. Během sledování jsem se však setkala s fenoménem, který Křížová (2006) neuvádí- jedná se o hrubé porušování mlčenlivosti v podobě půjčování zdravotnické dokumentace nekompetentním osobám. Ani tato situace však nebyla ve virtuálním světě adekvátně potrestána.

Obraz lékaře je podle mého názoru ze všech zkoumaných jevů nejvíce ovlivněn nutností vysoké sledovanosti a tudíž podmínkou divácké atraktivity. Nárůst rivality mezi lékaři lze připsat tomu, že v době natáčení seriálu Nemocnice na kraji města byl kariérní růst do jisté míry předem daný, značný podíl má však také to, že seriál Ordinace v růžové zahradě je postaven na vztazích a hádky mezi lékaři jsou určitým „kořením“ děje a etická stránka tak ustupuje sledovanosti.

Celkový obraz vztahu zdravotníka je složen nejen z dílčích sledovaných jevů, ale můžeme se na něj dívat také komplexně a to nejen z hlediska zvolené strategie (paternalismus x partnerství), ale také z hlediska vzájemné úcty apod. Již v seriálu Nemocnice na kraji města se nesetkáváme s vyobrazením klasického paternalistického vztahu, které popisuje Haškovová (2002). Jedná se spíše o období medicíny mlčení. V seriálu Ordinace v růžové zahradě vidíme jistý posun k partnerství, často však se jedná o partnerství se značnými prvky paternalismu. A je tak zřejmá myšlenka Haškovcové (2002), že paternalismus není jednoduché v České republice překonat. Výsledky výzkumu poukazují i na jednotlivé překážky transformace, které uvádí

Haškovcová (2007), zejména se odmítáním změny jak ze strany pacientů (neochota převzít zodpovědnost za své zdraví, vyžadování paternalistického přístupu), tak ze strany lékařů (neuznávání nutnosti partnerství).

Jedná se o výzkum fiktivní filmové reality, nikoli skutečnosti jako takové. Do jaké míry se obě tyto „skutečnosti“ kryjí, by bylo potřeba ověřit dalším výzkumem. Přesto se ztotožňuji s názorem Křížové (2006a), že v seriálu *Ordinace v růžové zahradě* můžeme vidět, jakými hodnotami se české zdravotnictví očima tvůrců řídí. Scénáristé mají k ruce poradce z řad lékařů, kteří dbají na věcnou správnost scén, proto pohled tvůrců není čistě fabulující. Můžeme zde vidět rozpor mezi vyhlášenými a praktikovanými pravidly lékařské etiky, lékaři často porušují povinnou mlčenlivost. Jejich chování neodsuzuje nikdo ve virtuálním, ale ani ve skutečném světě.

Při výzkumu se nevyskytly žádné závažnější problémy. Jsem si vědoma subjektivity, která pramení z tohoto typu výzkumu i značné fragmentárnosti – nebylo v mých silách provést důkladnou analýzu všech dílů. Opakující se situace mne vedou k oprávněnému názoru, že i při analýze většího počtu dílů bych nedošla k rozdílným závěrům.

6. Závěr

Výzkum byl zaměřen na popsání mediálního obrazu vztahu zdravotníka a pacienta v zrcadle televizních seriálů Nemocnice na kraji města a Ordinace v růžové zahradě 2. Prvním zkoumaným souborem bylo 20 dílů televizního seriálu Nemocnice na kraji města, natočených v letech 1976 až 1981. Druhý zkoumaný soubor tvořila 6. série televizního seriálu Ordinace v růžové zahradě 2, vysílaná v období od 15. ledna 2008 do 6. června 2008).

Před zahájením výzkumu byly na základě teoretických poznatků stanoveny dvě výzkumné otázky, které byly zodpovězeny pomocí dílčích sledovaných jevů. Je patrný rozdíl ve vztahu zdravotníka a pacienta v televizních seriálech Nemocnice na kraji města a Ordinace v růžové zahradě? Jak vypovídá televizní seriál Ordinace v růžové zahradě o současné podobě vztahu zdravotníka a pacienta?

V bakalářské práci byl použit kvalitativní výzkum. Jako metoda sběru dat bylo použito nezúčastněné pozorování. Během tohoto pozorování jsem zmapovala současný mediální obraz vztahu zdravotníka a pacienta v zrcadle seriálu Ordinace v růžové zahradě 2, snažila jsem se také nalézt změny v této prezentaci v období třiceti let ze šesti hledisek charakterizujících nejen celkový pohled na vztah zdravotníka a pacienta (z hlediska paternalismus x partnerství), ale také dílčí skutečnosti, které jsou pro tento vztah důležité (informování pacientů, běžná komunikace zdravotníků a pacientů, komunikace zdravotníků s blízkými osobami pacientů, povolování návštěv, dodržování povinné mlčenlivosti zdravotníky a obraz lékaře).

V rámci výzkumu bylo zjištěno, že mezi oběma seriály (tj. v rozmezí třiceti let) došlo ke značnému posunu pouze v některých sledovaných kritériích, konkrétně v běžné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem, informování pacientů, komunikaci zdravotníků s blízkými pacienta a celkovém vztahu zdravotníka a pacienta z pohledu paternalismu a partnerství. Největší posun lze pozorovat na běžné komunikaci vztahu zdravotníka a pacienta, především v oslovování pacientů, kdy v seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 došlo k nahrazení familiárního oslovování mnohem důstojnějším vykáním a oslovováním jménem. I přes posun se však v tomto seriálu můžeme setkat s porušováním pravidel efektivní komunikace lékaře a pacienta, za nejzávažnější

považují nepředstavování se zdravotnického personálu. K posunu došlo rovněž v informování pacientů. V seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 jsou pacientům poskytovány plnohodnotné informace o jejich zdravotním stavu i plánovaných výkonech. Zároveň je však v tomto seriálu podceněna problematika informovaného souhlasu. V celkovém obrazu vztahu zdravotníka a pacienta došlo k značnému posunu, přesto se však v seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 nesetkáváme s vyobrazením klasického partnerského přístupu. V dodržování povinné mlčenlivosti nedošlo k žádnému posunu, s jejím porušováním se můžeme setkat v obou seriálech. Obraz lékaře nelze posuzovat z hlediska posunu. Lze pouze konstatovat, že v seriálu Ordinace v růžové zahradě 2 došlo k nárůstu rivality mezi lékaři.

Podle mého názoru by mohly být výsledky této práce využity ve vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích, protože právě tyto pracovníci pomáhají pacientům v nově vzniklých situacích nemoci a je proto pro ně velmi důležité vědět, jaké představy má pacient o zdravotnictví a vztahu zdravotníků a pacientů.

Na základě svého výzkumu jsem stanovila teze, které by mohly sloužit jako základ hypotéz potenciálního kvantitativního výzkumu reálné situace v českém zdravotnictví.:

Teze T1: Informovaný souhlas není pojímán jako nástroj pro dialog lékaře s pacientem.

Teze T2: Příbuzní jsou informováni o zdravotním stavu svých blízkých bez jejich vědomí.

Teze T3: Není dodržována povinná mlčenlivost zdravotníků.

7. Seznam použitých zdrojů

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- ČESKÁ TELEVIZE. *Česká televize* [online]. 1996-2011 [cit. 2011-04-29]. Nemocnice na kraji města. Dostupné z WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/specialy/nemocnice/serie1/index.html>>.
- DeVITO, J. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
- DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Linde, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7201-684-6.
- FTOREK, J. *Public relations a politika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-3376-0.
- GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. počet stran. ISBN 80-7203-124-4.
- HALÍK, T. *Webové stránky Tomáše Halíka* [online]. 2009 [cit. 2011-05-04]. Články a eseje: Média - náboženství naší doby. Dostupné z WWW: <http://www.halik.cz/clanky/media_nabozenstvi_nasi_doby.php>.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-762-132-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek o etice pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů: komentované vydání*. 1. vyd. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dop. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

- IVANOVÁ, K., KLOS, R. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 146 s. ISBN 80-244-0892-9.
- IVANOVÁ, K. *Etika pro pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 94 s. ISBN 80-7368-069-6.
- IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
- JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 136s. ISBN 978-80-7367-477-9
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-752-329-6.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KORCOVÁ, M., KOPECKÁ, K. *Zdravotnická etika*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-278-6.
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.
- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přeprac. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví: Brno, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Etika v růžové zahradě. Vita nostra revue : časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty*. 2006, 15, 2, s. 69-70. Dostupný také z WWW: <<http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/fakulta/casopisy/vnr/2006/vnr2-06.pdf>>. ISSN 1212-5083.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2006a. 142 s. ISBN 80- 86429- 57- 1
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- LUDVÍKOVÁ, K. *"Etika všedního dne" ve zdravotnických zařízeních*. Č. Bud., 2008. Bakalářská práce (Bc.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
- PÖLTNER, G. *Grundkurs Medizin-Ethik*. 1. vyd. Wien: Facultas, 2002. 340 s. ISBN 3-8252-2177-6.
- REICHEL, J. *Kapitoly systematické sociologie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. 260 s. ISBN 80-86432-80-7.
- SMETANA, M. *Televizní seriál a jeho paradoxy*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 176 s. ISBN 80- 85866- 60- 9.
- ŠIMEK, J., ŠPAČEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0440-4.
- ŠOLTÉS, L. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. 257 s. ISBN 978-80-8063-287-8.
- ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-0931-7.
- TATE, P. *Příručka komunikace pro lékaře- jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
- UHLÍŘ, M. Informovaný souhlas v podmínkách přednemocniční neodkladné péče. *Urgentní medicína*[online]. 2005, 1, [cit. 2011-03-06]. Dostupný z WWW: <http://mesta.slovenska.sk/portals_dfiles/f_000005/f_005977.pdf#page=30>. ISSN 1212-1924.
- Úmluva č. 96/2001 Sb. na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. In *Sbírka mezinárodních smluv*. 2001, 44, s. 1921-1929. Dostupný také z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2001&typeLaw=mezinarodni_smlouva&what=Cislo_zakona_smlouvy>.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ M., ŠRÁMKOVÁ J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZAMYKALOVÁ, L., ŠIMEK, J.. *Informovaný souhlas v praxi na českých klinikách*. Praktický lékař. 2007, 7, s. 406-413. ISSN 77777.

8. Klíčová slova

- vztah zdravotníka a pacienta
- mediální obraz
- práva pacientů
- informovaný souhlas
- komunikace ve zdravotnictví