

Informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením

Kristina Obrová

Bakalářská práce



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristina Obrová**

Osobní číslo: **H12631**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu.

Vypracovat cíle bakalářské práce.

V teoretické části se zabývat pojmy informovanost, edukace, legislativa zdravotnických pracovníků v oblasti edukace.

V praktické části realizovat šetření týkající se informovanosti hospitalizovaných seniorů před vyšetřením pomocí dotazníku.

Analyzovat, vyhodnotit a prezentovat výsledky šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ. Speciální psychologie. Vyd. 4., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK. Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

ŠPINAR, Jindřich a Ondřej LUDKA. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2013, 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Petr Snopek, DiS.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 5.3.2015

..... K

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením. Dle platné legislativy je povinností zejména lékaře srozumitelně poučit pacienty před vyšetřením. Cílem práce je snaha zjistit informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá jednotlivými druhy vyšetření, problematikou informovanosti a komunikace a seniorem v roli pacienta. Praktická část zhodnocuje poučení a kontakt personálu se seniory před vyšetřením.

Klíčová slova:

Senior, informovanost, informace, komunikace, vyšetření

ABSTRACT

The theme of the bachelor thesis is hospitalised seniors awareness before examination. According to the current legislation especially doctor is responsible to comprehensibly inform the patients before undergoing the examination. The aim of the thesis is to determine the level of hospitalised senior's awareness before examination. The thesis consists of the theoretical and the empirical part. The theoretical part describes with various kinds of examination, the issue of awareness and communication and the senior in a patient's role. The empirical part evaluates the level of awareness and senior's meeting with medical staff before examination.

Keywords:

Senior, awareness, information, communication, examination

Chtěla bych poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Petru Snopkovi, DiS., za cenné rady, připomínky a ochotu při tvorbě práce. Dále bych chtěla poděkovat všeobecným sestřím z neurologického a interního oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati, které mi pomáhaly s distribucí dotazníků a také pacientům, kteří mi umožnili průzkum realizovat.

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYŠETŘOVACÍ METODY VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	11
1.1 ANAMNÉZA.....	11
1.2 FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ.....	12
1.3 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ.....	13
1.4 ZOBRAZOVACÍ VYŠETŘOVACÍ METODY	14
1.4.1 Rentgenové vyšetření (RTG).....	14
1.4.2 Ultrasonografické vyšetření (UZV)	15
1.4.3 Výpočetní tomografie (CT)	15
1.4.4 Nukleární magnetická rezonance (MR).....	15
1.4.5 Radionuklidové vyšetřovací metody	15
1.4.6 Termografie	16
1.4.7 Příprava pacienta ke koronarografii.....	16
1.5 ENDOSKOPICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY.....	16
1.5.1 Endoskopické metody užívané v gastroenterologii.....	17
1.5.2 Speciální endoskopické metody.....	17
1.5.3 Příprava pacienta ke koloskopii.....	18
1.6 ELEKTROGRAFICKÉ VYŠETŘOVACÍ METODY	18
1.6.1 Elektrokardiografie (EKG).....	18
1.6.2 Elektroencefalografie (EEG)	19
1.6.3 Elektromyografie (EMG)	19
1.7 FUNKČNÍ VYŠETŘENÍ	19
1.7.1 Funkční vyšetření v geriatрии	20
2 ZÁKLADNÍ ASPEKTY KOMUNIKACE A INFORMOVANOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	21
2.1 KOMUNIKACE	21
2.1.1 Informace, informovanost, edukace	21
2.1.2 Nonverbální komunikace.....	22
2.1.2.1 Zrakový kontakt (vizika).....	22
2.1.2.2 Pohyb tváře (mimika).....	23
2.1.2.3 Pohyb těla (gestika) a dotek rukou (haptika)	23
2.1.2.4 Způsob využití času (chronemika) a hlasové projevy (paralingvistika) 23	
2.1.2.5 Postoj (posturologie), vzdálenost (proxemika), teritorialita a vedlejší znaky	23
2.2 OD HISTORIE PO SOUČASNOST INFORMOVANOSTI PACIENTŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	24
2.2.1 Informovaný souhlas	27
2.3 KOMPETENCE ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI PODÁVÁNÍ INFORMACÍ PACIENTŮM DLE PLATNÉ LEGISLATIVY	27
2.3.1 Lékař	28

2.3.2	Všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel a sanitář.....	28
2.4	KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	29
3	SENIOR JAKO PACIENT.....	31
3.1	ZVLÁŠTNOSTI SENIORSKÉHO VĚKU.....	31
3.1.1	Biologické změny ve stáří.....	32
3.1.2	Nemocnost ve stáří	33
3.1.2.1	Průběh chorob ve stáří	33
3.2	SPECIFIKA PRÁCE A KOMUNIKACE SE SENIORY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	34
3.2.1	Ageismus	35
3.2.2	Senior s poruchou sluchu	35
3.2.3	Senior s poruchou zraku	36
3.2.4	Senior s poškozením zraku i sluchu	36
3.2.5	Senior s demencí.....	37
3.3	INFORMOVANOST SENIORŮ PŘED VYŠETŘENÍM.....	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4	CÍLE VÝZKUMU	40
5	METODIKA VÝZKUMU	41
6	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	43
7	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	72
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	73
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	78
	SEZNAM GRAFŮ.....	79
	SEZNAM TABULEK	80
	SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

Při každé návštěvě lékaře jsou nám prováděna vyšetření, aniž bychom si tuto skutečnost uvědomovali. Někdy je však k určení diagnózy nutné provést další, speciální vyšetření. Pokud pacient vyšetření v minulosti podstoupil, často ví, co může od samotného vyšetření očekávat a na co se má připravit. Když však podstupuje vyšetření pacient poprvé, zřídka má tušení o jeho průběhu a přípravě. Některá vyšetření nevyžadují žádnou speciální přípravu a spolupráci pacienta, u jiných je však nutná dlouhodobá příprava a bez spolupráce pacienta by nebylo možné vyšetření vykonat. Ve všech případech je nutné před vyšetřením pacienta srozumitelně poučit.

Podle platné legislativy je povinností lékaře informovat pacienta o jeho zdravotním stavu tak, aby informacím porozuměl. K informacím o zdravotním stavu se vztahuje také náležité poučení o vyšetření, které je nutné provést k určení správné diagnózy. Povinnost informovat spadá zejména lékaři, avšak dle kompetencí mohou pacientovi sdělovat informace i jiní zdravotničtí pracovníci, například všeobecná sestra.

Senioři jsou zvláštní skupinou osob se specifickými problémy a požadavky. Komunikace s každým z nich je individuální a přizpůsobuje se aktuálnímu zdravotnímu stavu jedince. Velká část starších lidí v důsledku regresivních změn trpí smyslovými poruchami. Právě u těchto osob je potřebná náležitá komunikace. Při hospitalizaci by měl být kladen důraz na vhodnou komunikaci a srozumitelnou informovanost o zdravotním stavu.

Cílem naší práce je zjistit informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které se zabývají jednotlivými druhy vyšetření, problematikou informovanosti a komunikace ve zdravotnictví a seniory v roli pacienta. Praktická část posuzuje informovanost seniorů a kontakt s personálem před vyšetřením dle jejich subjektivního hodnocení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYŠETŘOVACÍ METODY VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vyšetřovací metody jsou základním medicínským úkonem vedoucím k správné diagnostice nemoci a léčbě. Postup při vyšetření nemocného by měl začínat nejprve anamnézou, kdy jsou získávány všechny potřebné informace o pacientovi, dále fyzikálním vyšetřením (pohledem, pohmatem, poslechem, poklepem) a následně paraklinickými vyšetřeními, jako jsou laboratorní, zobrazovací a speciální vyšetřovací metody (endoskopické, elektrografické, punkce, apod.). Lékař na podkladě všech zjištěných údajů vyhodnocuje diagnózu, prognózu nemoci a navrhuje léčebný postup. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 113, 123; Špinar, Ludka et al., 2013, s. 35).

Vyšetřovací metody lze dělit podle mnoha kritérií, např. podle typu, podle způsobů užívaných při vyšetření různých orgánů a orgánových soustav, podle míry zatížení pacienta a tak dále. Podle zátěže pro pacienta dělíme vyšetřovací metody na neinvazivní, miniinvazivní a invazivní. Neinvazivní vyšetření nemocného nezatěžuje, většinou nepřináší komplikace, např. anamnéza, fyzikální vyšetření, zobrazovací a funkční metody, atd. Miniinvazivní vyšetření způsobuje malou zátěž pro organizmus nemocného. Při invazivním vyšetření jsou zavedeny nástroje nebo přístroje do těla nemocného, rizikem může být přenos infekce, krvácení, přímé poškození organismu, atd. K tomuto typu se přistupuje až jako k poslední možnosti, kdy není možné vyšetřit pacienty jiným, méně zatěžujícím způsobem. Do miniinvazivních a invazivních metod řadíme zejména endoskopická vyšetření (Vokurka, Hugo et al., 2009, s. 489, 657, 702).

1.1 Anamnéza

Anamnézou rozumíme rozhovor pacienta, popř. doprovodu nebo příbuzných, se zdravotnickým personálem, při němž jsou získávány informace o nemocném, které slouží k určení diagnózy a léčby. Lékař zjišťuje anamnézu osobní, rodinnou, pracovní, sociální a popř. gynekologickou. Sestra zjišťuje u pacienta informace ohledně ošetřovatelské anamnézy (Vondráček, Dvořáková, Vondráček, 2009, s. 12).

Lékař zjišťuje osobní údaje o pacientovi, následně informace týkající se nynějšího onemocnění – současné potíže pacienta, dobu vzniku a průběh, zda se objevily již v minulosti, četnost výskytu, apod. V osobní anamnéze zjišťuje onemocnění, úrazy a operace prodělané pacientem v průběhu celého života, alergie (alergická anamnéza), užívání léků (farmakolo-

gická anamnéza), kouření, užívání alkoholu, a další. Rodinná anamnéza zahrnuje informace o onemocněních sourozenců a rodičů, popř. věk a příčinu úmrtí příbuzných. V gynekologické anamnéze zjišťuje lékař u žen menarche (popř. menopauzu), počet porodů a potratů, užívání antikoncepce, průběh menstruace. V pracovní anamnéze zaměstnání nemocného, podmínky života a osoby žijící s pacientem v anamnéze sociální. Podstatné informace získané o pacientovi jsou zapsány do dokumentace, pomáhají k navržení dalších vyšetření vedoucích ke stanovení správné diagnózy a léčby (Dobiáš, 2013, s. 16, 23, 24).

Získávání ošetrovatelských informací a zhodnocení stavu pacienta patří mezi základní činnosti sestry pomáhající sestavit pro nemocného individuální ošetrovatelský plán, dle jeho aktuálního zdravotního stavu. Informace se týkají potíží, zvláštností a změn ve zdravotním stavu, potřeb a jejich uspokojování v oblasti biologické, psychické, sociální a spirituální. Při sběru dat je důležité aktivní zapojení nemocného (nebo jeho doprovodu), aby sestra získala a přesně zaznamenala o nemocném všechny potřebné údaje. Sestra získává informace od pacienta pomocí rozhovoru, jeho subjektivním hodnocením zdravotního stavu (oblast výživy, vyprazdňování moče a stolice, spánku, bolesti, stresové zátěže, schopnosti sebezpečí, užívání kompenzačních pomůcek, atd.), a objektivně pomocí pozorování, použití škál a fyzikálního vyšetření nemocného (např. vzhledu kůže, přítomností patologií na těle, chování, pohybů, mluvy, orientaci, pocení, zápachu, schopnosti sebezpečí, apod.). Data se zapisují do formuláře pro ošetrovatelskou anamnézu (Ošetrovatelská anamnéza, 2012).

1.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření může provést nemocnému nejen lékař, ale spadá také do kompetencí sestry. Ta však nesmí vyvozovat před nemocným žádné závěry, diagnózu ani léčbu, i když je předpokládá – to je povinností lékaře. Úkolem sestry je zjištěná data pouze zaznamenat a případně při zpozorování změn informovat lékaře. Všímá si také všech náležitostí důležitých k ošetrovatelské péči uvedených výše (Nejedlá, 2006, s. 21).

Fyzikální vyšetření lze provádět pohledem (aspekci), poslechem (auskultaci), pohmatem (palpací) a poklepem (perkusí). Někteří autoři zahrnují i vyšetření čichem a per rektum (per vaginam).

Pohledem – aspekci (inspekci) sleduje lékař (sestra) celkový vzhled pacienta (upravenost, oblečení, hygienu), polohu, pohyblivost, chování, neverbální projevy, výraz tváře, barvu

(ikterická, cyanotická, apod.), turgor, změny a jizvy na kůži, krvácení, poranění, hematomy, vzhled a změny na hlavě, obličeji, očích, hrudníku, bříše, končetinách deformity na těle, dýchání, zakřivení páteře, vyklenutí břišní stěny, ochlupení, otoky a další (Dobiáš, 2013, s. 124 – 127). Začíná se hlavou a končí se chodidly. Při vyšetření je nevhodné umělé světlo. Pacient by měl být obnažený podle toho, kterou část těla lékař (sestra) posuzuje, např. při vyšetření hrudníku si sundá kabátek (Nejedlá, 2006, s. 22).

Při *pohmatu – palpaci* lze posuzovat stav kůže, teplotu, vlhkost, svalové napětí, léze a útvary pod kůží, jejich tvar, velikost, pohyblivost, krepitace, stav a velikost některých orgánů, apod. Palpace se dělí na povrchovou a hlubokou, může být prováděna jednou nebo oběma rukama. Vyšetřuje se od míst s nejmenší bolestivostí k nejbolestivějším. Ke správné palpaci je vhodné mít krátké nehty a teplé ruce (Nejedlá, 2006, s. 22, 23).

Poklepem – perkusí jsou rozezvučeny hlouběji uložené tkáně a orgány, které vyvolávají zvuk sloužící k posouzení vyšetřované oblasti. Poklep může být přímý nebo nepřímý, výsledný zvuk pak fyziologický, patologický, bubínkový, temný, ztemnělý nebo plný jasný (Nejedlá, 2006, s. 23, 24; Špinar, Ludka et al., 2013, s. 53, 54).

Lékař (sestra) posuzuje verbální vyjadřování, způsob řeči a intonaci pacienta. Dále *auskultačně – poslechem* vyšetřuje orgány kardiovaskulární, gastrointestinální a respirační soustavy, kde hodnotí zvuk při proudění vzduchu nebo průtoku tekutin jednotlivými orgány. Poslechové vyšetření se rozděluje na přímé – uchem nebo nepřímé – fonendoskopem (Dobiáš, 2013, s. 131; Špinar, Ludka et al., 2013, s. 54 – 55).

Vyšetření *per rektum (per vaginam)* se provádí prsty zasunutými do konečníku (pochvy). Posuzuje se pohmatový nález a barva stolice, případně poševní sekret při vyšetření per vaginam. Nemocný je v poloze na zádech nebo na levém boku, popř. gynekologické poloze (Nejedlá, 2006, s. 26).

Čichem se většinou hodnotí zápach z úst (foetor ex ore), který může být příznakem různých onemocnění, specifický je např. při jaterním selhání nebo hyperglykémii (Nejedlá, 2006, s. 26).

1.3 Laboratorní vyšetření

Laboratorní vyšetření je další součástí celkového zhodnocení stavu pacienta sloužící k určení správné diagnózy, mělo by následovat po fyzikálním vyšetření. Jeho pomocí lze

v organismu pacienta sledovat fyziologické hodnoty, jejich nárůst nebo pokles, výskyt patogenů, buněk, nebo elementů, které se za fyziologických podmínek ve vyšetřované oblasti nebo organismu nenacházejí. Mnohdy je laboratorní vyšetření jediným vodítkem ke správné diagnostice a ukazatelem účinnosti léčby.

Vyšetřovat můžeme fyziologické a patologické sekrety a tekutiny (moč, krev, kostní dřeň, sputum, sperma, výpotek, drenážní tekutinu, apod.), části nebo buňky orgánů a lézí. Moč lze vyšetřit biochemicky, a to fyzikálně nebo chemicky, dále mikroskopicky nebo mikrobiologicky. Krev zkoumáme biochemicky, hematologicky, mikrobiologicky, sérologicky, geneticky, toxikologicky nebo imunologicky. Při histologickém vyšetření je hodnocen vzorek tkáně, při cytologickém dochází k nátěru buněk na sklíčko a jejich následnému vyšetření (Špinar, Ludka et al., 2013, s. 183 – 220).

1.4 Zobrazovací vyšetřovací metody

Podstatou zobrazovacích vyšetřovacích metod je využití elektromagnetického záření, které je pohlcováno nebo se odráží od různých tělesných tkání a struktur. Jejich pomocí má možnost lékař získat pohled do těla pacienta bez invazivního zatížení, k zobrazení se využívají speciální detektory.

Informace získané pomocí těchto metod mohou být kvantitativní, které popisují uložení, velikost a tvar jednotlivých orgánů, a kvalitativní, zobrazující biologickou aktivitu orgánů nebo povahu onemocnění. Mezi základní zobrazovací vyšetřovací metody se řadí rentgen (RTG), ultrasonografie (obecně také ultrazvuk, sono nebo UZV), výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), radionuklidové vyšetření a termografie (Zeman, Krška et al., 2011, s. 120).

1.4.1 Rentgenové vyšetření (RTG)

Rozlišujeme prostý (nativní) RTG a RTG s použitím kontrastní látky. K nativnímu snímku není nutná speciální příprava pacienta. Jedná se o jednoduchou, relativně bezpečnou a rutinně používanou metodu. Používá se k zobrazení skeletu, srdce, plic, diagnostice náhlých příhod břišních, apod. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 121). Mezi kontrastní RTG metody patří bronchografie (vyšetření bronchiálního stromu), koronarografie (vyšetření koronárních tepen), flebografie (vyšetření hlubokého žilního systému dolních končetin), enteroklýza (vy-

šetření tenkého střeva), irigografie (vyšetření tlustého střeva), ERCP (kombinovaná endoskopická a RTG metoda, slouží k vyš. jater, žlučovodů, slinivky břišní a jejím vývodu), urografie (vyšetření močových cest) a mnoho dalších speciálních vyšetření. Specifika přípravy se liší dle jednotlivých typů vyšetření (Novotná, Uhrová, Jirásková, 2007, s. 64 – 67).

1.4.2 Ultrasonografické vyšetření (UZV)

Ultrazvukovým vyšetřením lze vyšetřit orgány, útvary, léze a vývoj nemoci, umožňuje provedení speciálních vyšetření a léčebných úkonů. Jedná se o rychlou, bezpečnou, pacienta nezatěžující metodu (Zeman, Krška et al., 2011, s. 121). Při UZV vyšetřeních dochází k využití Dopplerova jevu. Ultrazvuková metoda se využívá např. při vyšetření srdce (echokardiografie), vyšetření břicha, v gynekologii a porodnictví, neurologii, endokrinologii, očním lékařství nebo otorinolaryngologii (Novotná, Uhrová, Jirásková, 2007, s. 73 – 74).

1.4.3 Výpočetní tomografie (CT)

Nejrozšířenější CT vyšetření využívá ozařování rentgenovými paprsky z různých stran lidského těla a zaznamenáváním jejich obrazu dokáže vytvořit 3D rekonstrukci částí lidského těla a orgánů. Zobrazení je černobílé s různými stupni šedi podle schopnosti jednotlivých tkání zadržovat paprsky RTG záření (čím hustější tkáň, tím více zadržuje paprsky). Při aplikaci kontrastní látky se mění zvýraznění dle prokrvení orgánů. Mezi speciální CT vyšetření lze zařadit např. SPECT – emisní výpočetní tomografii nebo PET – pozitronovou emisní tomografii (Zeman, Krška et al., 2011, s. 121 – 122).

1.4.4 Nukleární magnetická rezonance (MR)

Toto vyšetření umožňuje výborné 3D zobrazení částí lidského těla na principu působení magnetického pole. U MR není riziko poškození pacienta, protože pracuje bez použití záření (oproti CT). Může být provedena bez nástřiku kontrastní látkou. Nevýhodou vyšetření je hluk a vysoká cena. Nemohou ho podstoupit pacienti klaustrofobičtí, s kovovými materiály v těle nebo rozsáhlým tetováním (Zeman, Krška et al., 2011, s. 122).

1.4.5 Radionuklidové vyšetřovací metody

Při radionuklidových vyšetřeních jsou do těla pacienta aplikována radiofarmaka, která jsou následně zachycena určitými tkáněmi. Umožňují zobrazení fyziologických dějů a anatomic-

kých struktur uvnitř lidského těla, nejčastěji se používají při diagnostice nádorových lézí a k pooperačnímu sledování pacientů. Řadí se zde např. scintigrafie plic, mozku, srdce, jater, ledvin, a podobně (Zeman, Krška et al., 2011, s. 122).

1.4.6 Termografie

Pracuje na principu odlišností jednotlivých struktur při vydávání tepla a vyzařování infračerveného záření. Podobá se UZV, pomocí infračervené kamery se sleduje určitá část těla, výsledkem vznikne obraz s různě tepelně znázorněnými tkáněmi a případným zjištěním abnormalit v pozorované oblasti (Zeman, Krška et al., 2011, s. 123).

1.4.7 Příprava pacienta ke koronarografii

Jako zástupce zobrazovacích metod uvádíme přípravu pacienta k RTG kontrastnímu vyšetření koronarografií. Jedná se o invazivní kontrastní vyšetření koronárních (věnčitých) tepen, které zásobují srdce. Provádí se při diagnostice ischemické choroby srdeční. Do femorální nebo radiální arterie je zaveden katétr, provede se nástřik kontrastní látkou a sleduje se průtok krve koronárními tepnami. Pacient by měl den před a po vyšetření pít větší množství tekutin k vyloučení kontrastní látky, alespoň 4 hodiny před vyšetřením lačnit, může zapít ranní léky a neměl by kouřit. Diabetik si aplikuje inzulín, může lehce posnídat, v případě lačnění se podává 10% glukóza s inzulínem, před výkonem neužívá perorální antidiabetika. Dle stavu je indikována antikoagulační léčba. Pacientovi se odebere krev na CRP (zánětlivý ukazatel), biochemii, hematologii (krevní obraz, koagulace) a vyšetření proti přítomnosti viru hepatitidy typu B a HIV/AIDS. Před vyšetřením musí být srozumitelně poučen a podepsat informovaný souhlas. V případě potřeby sestra vyholí místo vpichu. Nemocný odjíždí na vyšetření bez zubní náhrady a šperků (Štípal, Miklík, Štípal, 2013).

1.5 Endoskopické vyšetřovací metody

Tyto metody umožňují vyšetření tělesných dutin a dutých orgánů zrakem pomocí přístroje endoskopu za diagnostickým nebo terapeutickým účelem. Při endoskopii může lékař sledovat změny, poranění, léze, patologické útvary na sliznici pozorovaných orgánů, odebrat vzorek tkáně, stavět krvácení, odstranit cizí tělesa, pozorovat orgány s použitím kontrastní látky a provádět operace. Do organismu se endoskopy zavádí otvory přirozenými (nosem, ústy, močovou trubicí, pochvou, konečníkem) nebo uměle vytvořenými (laparoskopie a

laparoskopické operace, thorakoskopie, apod.). K vyšetření se používají endoskopy různých délek a průměru. Přístroje mohou být rigidní (tuhé), flexibilní (ohebné) nebo videoendoskopy mající na konci kameru. Endoskopie má v medicíně široké využití, zejména při vyšetření ORL (bronchoskopie – vyš. průdušek), urologického (cystoskopie – vyš. močového měchýře), gynekologického (kolposkopie – vyš. děložního čípku), ortopedického (artroskopie – vyš. kloubu), gastrointestinálního traktu a chirurgii. Mimo uvedené příklady existuje další velké spektrum endoskopických metod specifických pro jednotlivá medicínská odvětví (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2003, s. 62 – 64).

1.5.1 Endoskopické metody užívané v gastroenterologii

V gastrointestinálním odvětví má endoskopie nejširší využití. Ezofagogastroskopie umožňuje vyšetření sliznice jícnu, ezofagogastroskopie jícnu a žaludku, gastroskopie žaludku, ezofagogastroduodenoskopie jícnu, žaludku a dvanáctníku, gastroduodenoskopie žaludku a dvanáctníku, duodenoskopie dvanáctníku. Při enteroskopii je hodnoceno tenké střevo buď přístrojem, nebo polknutím speciální kapsle (kapslová endoskopie). Koloskopii (kolonoskopií) pozoruje lékař tlusté střevo, rektoskopii konečník, anoskopií řitní otvor (Špinar, Ludka et al., 2013, s. 284, 285).

1.5.2 Speciální endoskopické metody

Mezi speciální endoskopické metody řadíme ERCP, endosonografii a laparoskopii. ERCP je kombinovaná RTG a endoskopická metoda sloužící k zobrazení žlučových cest a vývodu slinivky břišní. Může být provedena za výkonem diagnostickým, ale i terapeutickým (např. při zjištění konkrémentu ve žluč. cestách). Endosonografie využívá kombinace endoskopického přístroje s UZV sondou na konci. Výhodou oproti klasické endoskopii je možnost zkoumat všechny vrstvy sliznice orgánu, čímž mohou být diagnostikovány patologické útvary uložené ve stěně nebo mimo stěnu zvenčí. Obě metody jsou užívané v gastroenterologii (Špinar, Ludka et al., 2013, s. 284 - 288).

Laparoskopie je metoda hojně užívaná v chirurgii. Do dutiny břišní se po předchozí aplikaci vzduchu zavede rigidní laparoskop. Slouží k zhodnocení či operaci orgánů dutiny břišní (Špinar, Ludka et al., 2013, s. 288).

1.5.3 Příprava pacienta ke koloskopii

Jako zástupce endoskopických metod uvádíme přípravu pacienta ke koloskopii. Jedná se o vyšetření tlustého střeva pomocí endoskopu. I když je nutná příprava ke každému endoskopickému vyšetření, koloskopii předchází speciální příprava, při jejímž nedodržení nebo zanedbání se lékaři nepovede střevo vyšetřit. Pacient musí být před vyšetřením seznámen s výkonem a podepsat informovaný souhlas (Cyrany, 2014).

Pacient před vyšetřením:

- 7 dní – vysadí léky s obsahem železa, diabetici konzultují užívání léků s diabetologem
- 5 dní – vysadí Warfarin
- 3 dny – začne dodržovat bezezbytkovou dietu (nejíst celozrnné pečivo, ovoce a zeleninu se slupkami a zrníčky, luštěniny), po celou dobu pije dostatečné množství tekutin
- 1 den - může se lehce nasnídat (kašovitá strava) a poobědvat bujón; začne popíjet projímavý roztok (např. Fortrnas):
 - Při vyš. v ranních hodinách od 12 hodin do půlnoci vypije 4 litry roztoku
 - Při vyš. v odpoledních hodinách od 15 hodin vypije 2 litry roztoku a ráno v den vyšetření další 2 litry (pokyny se mohou v jednotlivých zařízeních mírně lišit)
- 12 – 24 hod - vysadí nízkomolekulární heparin (Clexane, Fraxiparine)
- 4 – 6 hod – dopije poslední projímavý roztok
- 2 – 4 hodiny – lační (Cyrany, 2014; Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2012).

1.6 Elektrografické vyšetřovací metody

Elektrografické metody snímají elektrické biopotenciály vznikající při činnostech orgánů a tkání. Mezi nejznámější řadíme elektrokardiografii (EKG), elektroencefalografii (EEG) a elektromyografii (EMG) (Novotná, Uhrová, Jirásková, 2007, s. 81).

1.6.1 Elektrokardiografie (EKG)

EKG slouží k vyšetření biopotenciálů vznikajících při činnosti srdce, používá se k diagnostice ischemické choroby srdeční, poruch srdečního rytmu, srdečních patologií a elektrolytové nerovnováhy. Přístroj k zapisování se nazývá elektrokardiograf a výsledný záznam elektro-

kardiogram. K 24 hodinovému (i delšímu) měření se používá Holterovo EKG, pozátěžové EKG se nazývá ergometrie (Dobiáš, 2013, s. 113).

Existuje 3, 4, 6 a 12 – svodové EKG. K standardnímu vyšetření se používá 12 – svodové EKG, které se skládá z 3 bipolárních končetinových svodů (Einthovenovy, I, II, III), 3 zesílených unipolárních svodů (Goldbergovy, aVR, aVL, aVF) a 6 unipolárních hrudních svodů (Wilsonovy, $V_1 - V_6$). K přesnému zobrazení jsou svody přiloženy na určená místa na končetinách a hrudníku, kdy musí být mezi svody a kůží dobrý kontakt (Dobiáš, 2013, s. 114 – 115).

Výsledkem je křivka označovaná písmeny P, Q, R, S, T, (U) zobrazující činnost srdce. Úsek P zobrazuje systolu síní, úsek QRS systolu komor, vlna T diastolu komor. Kromě pozorování a rozboru úseků se na EKG sleduje srdeční frekvence, akce, rytmus a osa (Dobiáš, 2013, s. 115 – 116).

1.6.2 Elektroencefalografie (EEG)

Jedná se o metodu užívanou v neurologii k zaznamenávání biopotenciálů vznikajících v mozku. Stejně jako EKG i EEG lze monitorovat několik hodin i dní (např. Holter EEG nebo zátěžové EEG po spánkové deprivaci). Vyšetření provádí sestra specialista. Pacientovi nasadí na hlavu speciální čepici s elektrodami, kůže se pro lepší kontakt s elektrodami potírá gelem, na horní končetiny se přiloží EKG svody. Běžné vyšetření trvá 20 – 30 minut (Slezáková, 2014, s. 43 – 44).

1.6.3 Elektromyografie (EMG)

Při EMG dochází k zaznamenávání elektrických impulzů ze svalové tkáně a nervových vláken. Na kůži jsou přilepeny jehly dráždící vyšetřovanou oblast, vyšetření je pro pacienta mírně nepříjemné. Při vyšetření je možné zjistit poškození svalů, povrchových nervů nebo porušení nervosvalového převodu (Slezáková, 2014, s. 54 – 55).

1.7 Funkční vyšetření

Funkční vyšetření slouží k posouzení funkcí jednotlivých orgánů. K hodnocení srdce se využívá metod echokardiografie (ultrazvukové vyšetření srdce), EKG, ergometrie (posouzení srdeční funkce při zátěži) a 24hodinové měření tlaku, tzv. tlakový Holter (Sovová, Sedlářo-

vá, 2014, s. 50, 51, 58, 61). K posouzení funkce plic se používá spirometrie, kdy se hodnotí vitální kapacita plic (Špínar, Ludka et al., 2013, s. 266). Kreatininová clearance je metoda hodnotící funkci ledvin po odběru krve a 24 hodinovém sběru moči a následném rozboru v laboratoři (Špínar, Ludka et al., 2013, s. 294). Dále je možné hodnotit funkci endokrinních žláz a orgánů, např. slinivky břišní pomocí OGTT (orální glukózo-toleranční test), kdy se po zátěži glukózou sleduje hladina glykémie (Špínar, Ludka et al., 2013, s. 309).

1.7.1 Funkční vyšetření v geriatrici

Při funkčním geriatrickém vyšetření lékař hodnotí zdravotní stav (celkové vyšetření, hodnocení rizikových faktorů, kontrola medikace a imunitního stavu), psychické funkce (hodnocení poruch ve stáří, hodnotící testy – Mini mental state examination – MMSE, škála deprese pro geriatrické pacienty), fyzickou výkonnost a soběstačnost (rehabilitační hodnocení, míra zdravotního postižení, hodnotící testy – Activity daily living – ADL, Instrumental activity daily living – IADL) a socioekonomickou situaci seniora (sociální kontakty a služby, rizika bydlení, ekonomická situace). Cílem je zlepšení kvality života, zdravotního stavu, zpomalení vzniku zdravotního omezení a zabránění nepotřebným službám (Topinková, 2005, s. 10 – 12).

2 ZÁKLADNÍ ASPEKTY KOMUNIKACE A INFORMOVANOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace je základním aspektem při dorozumívání. Bez ní si neumíme představit život. Při každém chování, jednání či činnosti sdělujeme druhé osobě informace. Komunikace ve zdravotnictví je velmi individuální a odvíjí se od schopností každého pacienta. Někdy může být ztížena poruchami vědomí, přenosu informací nebo smyslovými poruchami nemocných. Sestra je osobou, která přichází s pacienty nejčastěji do kontaktu. Její povolání je náročné nejen fyzicky, ale právě kvůli komunikaci s nemocnými zejména psychicky. Při nesprávném chování a komunikaci může, byť i nevědomky, nemocnému ublížit a ztratit jeho důvěru. Sestra by se měla naučit empatii – umění vžít se do role nemocného, nesoudit ho za své chování, ale pochopit jej. Při správné komunikaci lze předcházet nedorozuměním, problémům a hádkám, které narušují vztah s nemocným a jeho důvěru v personál.

2.1 Komunikace

Umění komunikace je tedy, obzvlášť ve zdravotnictví, velmi důležité. Samotný pojem komunikace lze definovat mnoha způsoby. Jedná se o způsob (či proces) předávání informací mezi lidmi. Aby mohli jedinci mezi sebou komunikovat, musí být oba dva schopni informace vnímat, zhodnotit a uchovat nebo předat. Komunikace může být uskutečněna verbálně (slovně) nebo neverbálně (nonverbálně, mimoslovně). Neverbálním způsobem je uskutečněna velká část komunikace, ačkoliv se lidé dorozumívají pomocí řeči (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 27, 29).

2.1.1 Informace, informovanost, edukace

V definici komunikace se objevuje slovo informace. Jedná se o pojem velmi abstraktní, nemá ucelenou definici. Nejjednodušeji se dá definovat jako zpráva, sdělení. Informace je odpověď na otázku. Při komunikaci můžeme myslet informacemi zprávy, které sdělujeme druhému. Současně však vysvětlujeme, jak má informacím rozumět. Informace mohou být sděleny slovně, mimoslovně nebo z technického hlediska měřením. Pokud pacienta informujeme, znamená to, že mu sdělujeme nějaké informace (Beneš, 2010, s. 11, 12, 13, 25; Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 27).

Pojem informovanost pak lze definovat jako „určité množství informací, kterými jedinec či určitá skupina disponují a které mohou aktivně šířit.“ Souvisí s kompetencemi a vzdělaností jedince, dále pravdivostí, úplností a dostupností informací. Jako informovaného považujeme jedince, který disponuje nebo má přístup ke skutečným a pravdivým informacím. Může se stát, že informovanost může být rozdílná s pocitem informovanosti u jedince (Maříková, 1996, s. 429). Příklad: Lékař sdělí pacientovi informace o určité problematice s vědomím, že pacient byl dostatečně informován. Pacient však lékaři nemusel z různých důvodů porozumět, a tudíž může mít pocit, že nebyl s problematikou dostačujícím způsobem srozuměn.

S informovaností souvisí také edukace. Slovo edukace můžeme definovat jako výchova, nelze jí označit prosté poučení nebo podání informace. Při edukaci jsou předávány informace prostřednictvím výuky, buď za použití pomůcek, nebo samotným jednáním zdravotnického pracovníka (zejména sestry). Ve zdravotnictví může být edukován nejen pacient, ale i jeho rodinní příslušníci a veřejnost. Cílem je změna chování prostřednictvím osvojení si určitých dovedností, vytvoření nových hodnot a postojů (Vondráček, 2011, s. 29; Svěráková, 2012, s. 23, 24).

2.1.2 Nonverbální komunikace

Neverbální složka se skládá ze zrakového kontaktu (vizika), pohybů tváře (mimika), pohybu těla (kinetika), pohybů rukou, hlavy a nohou (gestika), dotyků (haptika), vyjadřování (chronemika), vzdálenosti (proxemika), postoje (posturologie), velikostí prostoru jedince kolem sebe (teritorialita), hlasových projevů (paralingvistika) a dalších vedlejších znaků, jako je úprava zevnějšku, oděv, jednání, apod. (Pokorná, 2008, s. 17, 18)

2.1.2.1 Zrakový kontakt (vizika)

Očima člověk vnímá největší množství informací. Jedná se o první prostředek k navázání kontaktu. Zrakový kontakt může o člověku mnoho vypovědět, například zaměřením pohledu, délkou doby, jakou se na druhého dívá, pohyby očí, mrkáním, četností pohledů, apod. Zdravotnický pracovník by si měl dát pozor, jakým způsobem se dívá na nemocného, například pokud mluví sestra s pacientem a dívá se do dokumentace, pro pacienta působí dojmem, že jí jeho problémy nezajímají. Naopak dlouhý a trvalý pohled do očí může vyvolávat v pacientovi pocit nejistoty (Mellanová, Čechová, Rozsypalová 2014, s. 30; Pokorná, 2008, s. 18).

2.1.2.2 Pohyb tváře (mimika)

Pohyby tváře lze na člověku rozeznat velké množství emocí, nálad a pocitů. Na nemocném si všímáme zvláště horní poloviny obličeje – čela a očí. Tato část zobrazuje špatné vnitřní pocity jedince (přimhouřené oči, pokrčené čelo). Naopak pokud se sestra usmívá, vyvolá v pacientech pocity uklidnění, přátelství, apod. Zamračenost působí opačným způsobem. Při komunikaci s pacienty na to lékaři a ostatní personál často zapomínají (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 30; Pokorná, 2008, s. 19).

2.1.2.3 Pohyb těla (gestika) a dotek rukou (haptika)

Pomocí gest vyjadřují lidé svoje emoce. Jedná se o pohyby rukou, hlavy, někdy i nohou. Někdy člověk symbolizuje ve svém projevu rozpor v řeči a gestech (Pokorná, 2008, s. 21). Gesta mohou být také problémem při komunikaci s osobami různých národností (určitá gesta pro ně symbolizují různé vyjádření emocí).

Haptikou rozumíme doteky (poplácání, pohlazení, apod.) a podání rukou. Způsob, jakým si lidé při seznámení podají ruku, mnoho vypovídá. Existují různé typy doteků, např. formální, neformální, přátelský, intimní. Přátelské pohlazení můžeme využívat i při komunikaci s pacienty, kdy mohou pociťovat dotykovou deprivaci, např. laskavé pohlazení ruky (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 30; Pokorná, 2008, s. 24).

2.1.2.4 Způsob využití času (chronemika) a hlasové projevy (paralingvistika)

Chronemikou rozumíme způsob vyjadřování a užití času. Zdravotník by měl umět naložit efektivně s časem, např. ke zlepšení vztahu s pacienty. Při paralingvistice je věnována pozornost hlasovým projevům, jako je přízvuk, intonace, hlasitost, rychlost a plynulost řeči, užívání spisovných a nespisovných výrazů, a podobně (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 31; Pokorná, 2008, s. 26, 29, 30).

2.1.2.5 Postoj (posturologie), vzdálenost (proxemika), teritorialita a vedlejší znaky

Při komunikaci je důležitý také postoj (posturologie, posturika). Jinak na pacienta působí, když s ním komunikuje sestra otočená bokem nebo zády, než sestra, která je otočená směrem k nemocnému. Dalším důležitým aspektem je vzdálenost. Rozlišujeme čtyři základní zóny, a to intimní (manžel, dítě, apod.), osobní, společenskou (pracovní, formální) a veřej-

nou. Proxemické zóny jsou uspořádány podle teritorií jedince – prostoru, který považuje za svůj (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 29; Pokorná, 2008, s. 27 - 31). Ve zdravotnictví jsou často narušovány osobní i intimní zóny pacienta. Zdravotníci by neměli narušovat tyto zóny bez souhlasu pacienta, měli by jej poučit o tom, co budou provádět a dobu narušení omezit na co nejnútnější (Ledererová, 2014).

Mimo tyto uvedené nonverbální projevy hrají při komunikaci roli další vedlejší znaky, jako je celková image (oblečení, úprava zevnějšku, apod.), barvy (jedince na oděvu, s kterým pacient komunikuje nebo barevné úpravy prostoru) a čichové aspekty (Pokorná, 2008, s. 31, 32).

2.2 Od historie po současnost informovanosti pacientů ve zdravotnictví

Historii medicíny můžeme datovat až do dávné minulosti k starověkým Řekům, Egypťanům a Římanům. Pro tyto civilizace však souhlas nemocného nebyl nijak důležitý (Šustek, Holčapek, 2007, s. 5). Mezi lékařem a pacientem se vyvíjel stovky let *paternalistický* (otcovský, rodičovský) přístup. Lékař byl ten, který rozhodl, jestli a do jaké míry bude nemocný informován. Tento přístup vyhovoval lékařům, nemocnému i jeho rodině. S ohledem na dobu se informace, které podal lékař nemocnému, omezovaly jen na rady a doporučení. Při potřebě léčby pacient s navrženým postupem souhlasil nebo lékař souhlas předpokládal. Pokud se jednalo o závažný stav se špatnou prognózou, lékař nemocného raději neinformoval, aby ho ušetřil špatných zpráv. Nicméně rodina nemocného byla plně srozuměna. Bylo běžné, že rodina byla informována o zdravotním stavu nemocného více, než – li sám nemocný. Obě strany (lékař a rodina) se nakonec dohodly, jaké informace budou před nemocným sdělovat. Jako vysoká mravní norma se užívalo termínu „*pia fraus*“ neboli milosrdná lež, který se s ohledem ve prospěch vážně nemocného musel dodržovat (Haškovcová, 2007, s. 12; Haškovcová, 2007).

První velká změna, kdy začal být zdůrazňován právní význam souhlasu pacienta, nastala v Anglii. Bylo to zejména proměnou vztahu lékaře vůči nemocnému přechodem k modernímu způsobu života. Podnětem k řešení tohoto problému bylo podání žaloby pacientem na lékaře roku 1767 za postup *non lege artis*. Lékaři tehdy provedli pokusnou léčbu, která však selhala, a to bez pacientova souhlasu. Další změna nastala v průběhu první poloviny 20. století a to nejen v Anglii, ale také ostatních státech (Spojené státy americké, Německo,

Švýcarsko, Francie, apod.). Důvodem byla nespokojenost pacientů při postupu lékaře bez pacientova souhlasu, která v mnohém vedla až k žalobě lékaře (Šustek, Holčapek, 2007, s. 5 – 10). Definitivní potřeba informovaného souhlasu se však ve světě rozvinula po 2. Světové válce. Jedním z důvodů bylo zneužití medicíny nacisty a dále pak růst vzdělanosti, apel na svobodnou vůli jedince a vzrůstající pochopení odlišného názoru a náboženského přesvědčení (Císařová, 2004, s. 10).

V Československu podepisovali pacienti při hospitalizaci prohlášení – revers se souhlasem s léčbou. Důkazem je svolení nemocného k operačnímu výkonu z února 1914, jehož kopii zveřejnil L. Vondráček. Stejně jako ve světě se nutností souhlasu nemocného jako právní normy začal definitivně zabývat stát až po druhé světové válce (Haškovcová, 2007, s. 12, 13). Roku 1966 vyšel v platnost zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. V paragrafu 26, odstavci 1 je uvedeno: „*Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.*“ V odstavci 2 se dále uvádí: „*Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat*“ (Československo, 1966). Zákon vyšel v Československu v době, kdy v nemocnicích vládl paternalistický přístup. Pokud byl stav nemocného léčitelný, byl plně informován o svém zdravotním stavu. Při vážném stavu však bylo spektrum informací omezeno natolik, aby motivovalo pacientovu důvěru v příznivý účinek a spolupráci při léčbě. O zdravotním stavu nemocného byla plně informována rodina, v dobách socialismu někdy i zaměstnavatel (Haškovcová, 2007., s. 13). Za vlády komunistické strany se od pacienta očekávala poslušnost, protože stát, prostřednictvím lékaře, „věděl co je pro pacienty nejlepší“ a rozhodoval za ně. Nemocný, který se snažil zasahovat do léčby, byl brán jako přítěž a narušovatel chodu zdravotnického zařízení (Šustek, Holčapek, 2007, s. 14).

Rozvojem medicíny ve 20. Století se postupně začal měnit vztah mezi lékařem a pacientem. Nemocného ošetřovalo více lékařů a odborníků z různých profesí. Lékaři nadále informovali pacienta jen částečně, rodinu plně. Nemocný však tušil, že je „něco v nepořádku“, ať už změnou chování u rodinných příslušníků či rozličností informací od různých lékařů. Výsledkem bylo, že si pacient domyslel pravdu o své nemoci. Paradoxem byl fakt, že lékař i rodina nemocného věděli, že nemocný ví o svém zdravotním stavu, avšak jejich chování bylo opačné. Pro samotného nemocného musela být tato situace velmi psychicky náročná. Postupně došlo ke změně paternalistického přístupu mezi lékařem a pacientem (i když jeho pozůstat-

ky můžeme v českém zdravotnictví vidět ještě dnes) ke vztahu partnerskému. (Haškovcová, 2007; Haškovcová, 2007, s. 15).

Počátkem 70. let 20. století byly ve světě modifikovány první etické kodexy *Práv pacientů*. Jako první byly pravděpodobně vydány lékárníkem Davidem Andersenem ve Virginii v USA roku 1971. V České republice se potřeba práv pacientů začala řešit až o dvacet let později. Definitivní verze pak vznikla roku 1992 (Haškovcová, 2007; Haškovcová, 2007, s. 16 – 19). V české verzi se můžeme dočíst, že pacient má právo od svého lékaře získat údaje, podle kterých se rozhodne, zda s diagnostickým nebo terapeutickým postupem souhlasí. Má také právo na informace o rizicích léčby a případných alternativách léčby (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1992). Roku 1995 byl přijat Etický kodex České lékařské komory, ve kterém se uvádí o povinnostech lékaře srozumitelně a odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce (Haškovcová, 2007, s. 19). 1. října 2001 vstoupila v platnost *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti s aplikací biologie a medicíny* (zkráceně *Úmluva o biomedicině*). V kapitole II, článku 5 se uvádí: „*Jakýkoli 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 jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*“ Dále v kapitole III, článku 10 je zdůrazněno právo každého jedince na veškeré shromažďované informace o svém zdravotním stavu (*Úmluva o biomedicině*, 2001). V prosinci 2011 vyšel v platnost zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), s účinností od 1. 4. 2012. Tímto dnem byl zrušen zastaralý zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (Česko, 2011). Informovanosti pacienta se netýkají jen výše uvedené právní dokumenty, zmíněny jsou však jen ty nejdůležitější.

V českém zdravotnictví došlo v průběhu druhé poloviny 20. století ke změně paternalistického přístupu lékaře vůči pacientovi k přístupu partnerskému. Nemocný již není pouhým subjektem, nýbrž partnerem lékaře mající právo na sebeurčení (Šustek, Holčapek, 2007, s. 19). V nynější době má pacient dle platné legislativy právo být srozumitelně a dostatečně informován o svém zdravotním stavu, plánovaném léčebném postupu, změnách a možnostech alternativy léčby, může na tato témata klást otázky a lékař je povinen mu na ně okamžitě odpovědět. Informace o zdravotním stavu obsahují mimo jiné i údaje o jednotlivých zdravotních výkonech (přínos, důsledky a rizika) (Prudil, 2014, s. 47).

2.2.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je v dnešní době ve zdravotnictví často užívané slovní spojení. Jedná se o zkratku pro situaci, kdy se pacient rozhodne podstoupit navrhovaný zákrok svobodně a bez nátlaku za podmínek, že mu byl sdělen účel, povaha, rizika, alternativy a následky zákroku s dostatkem času na rozmyšlenou (Šustek, Holčápek, 2007, s. 46).

Jak je uvedeno výše, v českém právu byl poprvé definován souhlas pacienta se zákrokem zákonem č. 20/1966 Sb. Roku 2001 Úmluvou o biomedicině. Nyní se souhlasem pacienta zabývá zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, § 28 a § 34 (kterým byl zrušen zákon č. 20/1966 Sb.) a zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, § 83, § 93 – 103. Podle legislativy může být zasazeno do integrity člověka pouze s jeho souhlasem (existují výjimky, kdy je možné přijetí do péče bez souhlasu nemocného). Souhlas je pokládán za svobodný, pokud je podán bez nátlaku a informovaný v případě, že jsou nemocnému srozumitelně sděleny informace o zdravotním stavu ještě před vyslovením souhlasu. Souhlas nemusí být vždy v písemné formě. Pacient může svůj souhlas odvolat. Před provedením zákroku musí být nemocnému srozumitelně vysvětlena povaha zákroku, způsob, účel, očekávané následky a možné rizika tak, aby nemocný sdělení porozuměl (Česko, 2011; Česko, 2012).

2.3 Kompetence zdravotnických pracovníků v oblasti podávání informací pacientům dle platné legislativy

Zdravotnický personál (lékaři i nelékařští zdravotničtí pracovníci) jsou povinni se řídit zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Zdravotní služby mohou být poskytnuty pouze pacientovi s jeho svobodným a informovaným souhlasem (pokud se nejedná o výjimky stanovené zákonem). Pacient má právo získat srozumitelné informace o svém zdravotním stavu, má právo klást doplňující otázky, má právo odmítnout informace o zdravotním stavu, určit osobu, které budou informace podávány, nebo zakázat podávání informací jiným osobám. Informace o zdravotním stavu se týkají i navrhovaných zdravotních služeb a zdravotních výkonů. Jako řádné se označuje podání informací, pokud nemocný pochopil způsob, účel, následky a možná rizika zákroku. Mohou být podány zdravotnickým pracovníkem způsobilým k poskytování zdravotních služeb (Česko, 2011; Česko, 2012).

2.3.1 Lékař

Lékař se kromě výše uvedených zákonů řídí zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (ve znění pozdějších předpisů). Dále by se měl řídit etickým kodexem České lékařské komory z roku 1996 (novelizován roku 2007), i když v tomto případě se nejedná o právní normu. V Etickém kodexu § 3, odstavci 3 a 4 se píše, že lékař má jednat s pacientem jako s partnerem. Je povinen nemocného nebo jeho zákonného zástupce srozumitelně informovat o charakteru onemocnění, plánovaných léčebných a diagnostických zákrocích. Stejným způsobem jsou uvedeny povinnosti i v zákonech č. 372/2011 Sb. a 89/2012 Sb. (Česko, 2004; Česká lékařská komora, 1996).

2.3.2 Všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel a sanitář

Nelékařští zdravotničtí pracovníci se řídí kromě zákonů výše uvedených zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů), § 5 (všeobecná sestra), § 29 (zdravotnický asistent), § 36 (ošetřovatel), § 42 (sanitář) a vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, § 4 (všeobecná sestra), § 55 až 67 (všeobecná sestra s odbornou způsobilostí), § 30 (zdravotnický asistent), § 37 (ošetřovatel), § 43 (sanitář) (Česko, 2004; Česko, 2011).

Ve vyhlášce § 3 je uvedeno, že povinností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí je mimo jiné poskytování informací pacientovi (dle odbornosti). V naší problematice spadají tyto kompetence pouze všeobecné sestře (popř. radiologickému asistentovi a fyzičkovi). Mezi další kompetence všeobecné sestry patří zejména příprava informačních materiálů pro pacienty či jiné osoby a jejich edukace v oblasti ošetřovatelských postupů, příprava pacientů k diagnostickým a léčebným postupům, asistence při nich nebo jejich provádění (dle kompetence). Zdravotnický asistent může pod odborným dohledem sestry připravovat pacienty k léčebným nebo diagnostickým výkonům, může při nich asistovat nebo provádět ošetřovatelskou péči. Do kompetencí ošetřovatele spadá doprovázení pacientů na odborná vyšetření a ošetření, asistence při diagnostických nebo léčebných výkonech pod přímým

vedením všeobecné sestry. Kompetencí sanitáře je doprovázení pacientů na vyšetření (Česko, 2011).

Je tedy zřejmé, že podávat informace o zdravotním stavu může pouze lékař a v rozsahu kompetencí všeobecná sestra. Zdravotnický asistent, ošetřovatel ani sanitář tyto kompetence nemají.

2.4 Komunikace ve zdravotnictví

Proč je vlastně komunikace ve zdravotnictví tak důležitá? Pokud pacient cítí nějaký „problém“, kvůli kterému lékaře vyhledal, zpravidla má neblahé tušení. Od lékaře se dozvídá určité informace. Může se stát, že sdělené informace jsou strohé, příliš obecné nebo jim pacient nerozumí (např. použití odborných výrazů). Pacient má však potřebu informací, která se zvyšuje s délkou nevědomostí. Buď si začne hledat informace u jiného zdroje, např. rodiny, přátel, literatury a v dnešní době velmi často na internetu, nebo pátrá ve vzpomínkách ze svého života. Zjištěné informace jsou často zkreslené, neboť každá nemoc probíhá individuálně, a pro pacienta mohou být zbytečně stresující (Andrysek, 2011, s. 14 – 16).

Lékaři by si měli uvědomovat důležitost komunikace. Při komunikaci by měl lékař brát zřetel na informace, které chce sdělit, dobu, místo, způsob podání informací a verbální a neverbální způsob komunikace (Honzák, 1999, s. 12). Je žádoucí, aby pacient pochopil sdělené informace tak, jak je záměrem lékaře.

Sestra je člověk, který je s pacientem nejvíce v kontaktu. Plní ordinace lékaře, ošetřuje nemocné a provádí výkony dle svých kompetencí. Není možné, aby s pacienty nekomunikovala. Nemocný sestře často sdělí své myšlenky a trápení. Pokud sestra nemocného odbude, ztrácí v ni důvěru a raději sdělí informace někomu jinému anebo, v horším případě, si je nechá sám pro sebe. Pokud však sestra nemocnému naslouchá, pacient v ní důvěru naopak upevňuje, má pocit, že je o něj zájem, vytváří si přátelský vztah. Naslouchat není to samé co slyšet. Při naslouchání se dovedeme podívat na problém očima druhého, jsme ochotni mu pomoci. Jedná se o psychologický proces, který navazuje na slyšení – proces fyziologický. Naslouchání lze rozdělit na tři způsoby, a to ušima, očima a srdcem (emocemi). Při naslouchání jsme nuceni se neustále koncentrovat, udržet pozornost. Nemocného nepřerušujeme ani mu neskáče do řeči, klademe vhodné otázky, díváme se mu do očí. Důležitá je empatie – schopnost vcítit se do druhého. Sestra mající tuto vlastnost dovede lépe pochopit způ-

sob chování nemocného a neodsuzuje jej za své jednání. Při komunikaci může sestra ovlivnit lidskou důstojnost dvěma způsoby – kladně nebo záporně. Pokud nemocnému projevujeme své uznání a úctu, verbálně nebo neverbálně, mluvíme o evalvací. Devalvací však snižujeme důstojnost nemocného, ať už činy, slovy nebo neverbálními jednáními. Devalvace by se ve zdravotnictví vůbec neměla objevovat. Pokud sestra jedná tímto způsobem, ztrácí svou profesionalitu a schopnost komunikace (Ledererová, 2014).

3 SENIOR JAKO PACIENT

Mezi seniory řadíme širokou skupinu osob starších 65 let se specifickými problémy a potřebami. Jelikož dochází ke stárnutí populace, snižuje se porodnost a lidé se dožívají vyššího věku, zvyšuje se i procento osob staršího věku, a jejich počet bude dále narůstat. Zvyšuje se počet seniorů ve zdravotnických zařízeních (Pokorná, 2008, s. 81). Problémem je fakt, že se v české společnosti setkáváme s nedostatkem zdravotnických a sociálních lůžkových zařízení pro seniory, někteří čekají na volné místo v domovech pro seniory i několik let. Stejně tak pro lékaře v nemocnici často nastává problém, kam uložit seniora. Ti jsou rozmístěni po různých odděleních dle akutního problému. Přechod do zařízení je pro ně velmi složitý. Podle Koňářika (2014) jsou nejlepším řešením geriatrická oddělení, ve kterých jsou řešeny specifické potřeby této věkové skupiny.

3.1 Zvláštnosti seniorského věku

Stáří je neodvratná součást života. Již po narození začíná člověk stárnout. Ke stárnutí dochází postupně působením času. Stárnutí lze definovat jako souhrn nezvratných biologických a fyziologických pochodů a změn, jejichž konečným výsledkem je smrt. Stáří označujeme jako stav, který vznikl následkem stárnutí. Stáří není nemoc, cílem lékařů by tedy neměla být snaha vyléčit seniory, ale zlepšovat jim život. Vědu, která se zabývá stárnutím a stářím, nazýváme gerontologie (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 5, 6). Geriatrie je lékařský obor, zabývající se diagnostikou a léčbou chorob ve stáří (Topinková, 2005, s. 3). Stáří můžeme rozdělit na 3 části podle WHO, a to:

- Rané stáří – věk 65 – 74 let
- Vlastní stáří – věk 75 – 89 let
- Dlouhověkost – věk nad 90 let (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 15).

Jako geriatrického považujeme seniora staršího 75 let. Lidi ve věku 65 – 74 let jsou označováni jako „mladí senioři“ (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 17).

Mezi seniory jsou patrné velké rozdíly. Někteří jsou aktivní i ve velmi vysokém věku. Stáří může být urychleno nevhodným životním stylem, chorobami z mladších let, psychickou a fyzickou zátěží. Způsob vyrovnání se se stářím je u každého člověka individuální. Většinou se zvýrazní povaha a osobnostní rysy jedince, optimisté bývají aktivní, pozitivně naladěni,

naopak pesimisté bývají ve stáří mrzutí, podezřívaví a nespokojení. Seniora potkává několik životních změn, jako např. odchod do důchodu, změny v rodinném životě (odchod dětí z domova, narození vnoučat, apod.) smrt partnera (známých, přátel), změna bydliště (zařízení sociální péče) (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 16, 97; Minibergerová, Dušek, 2006, s. 8, 10, 11).

3.1.1 Biologické změny ve stáří

U jedné třetiny starších dochází ke zhoršení sluchu a u většiny ke zhoršení zraku, např. poklesu zrakové ostrosti, slabozrakosti až slepotě, zhoršení sluchu, nedoslýchavosti až hluchotě. Poruchy vedou k obtížné komunikaci, ohrožení bezpečnosti a zhoršení soběstačnosti (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 8, 9; Topinková, 2005, s. 59, 61).

Senioři mají problémy s pamětí, zejména krátkodobou, mají potíže vybavit si nedávné události. Dlouhodobá paměť je zachována, i když vybavené vzpomínky mohou být nepřesné a zkreslené. Dále dochází k poklesu intelektu, kdy je problémem učení se nových věcí, zapamatování si, rychlé rozhodování, apod. (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 9; Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 16).

Citová oblast seniorů se od „mladších“ liší. Méně prožívají události, jsou častěji dojatější, nejistější, labilnější, zaujatí sami na sebe, nedůvěřiví a podezřívaví, čímž mohou vyvolávat hádky. Celkové tempo je pomalejší, samoobslužné i běžné činnosti jim trvají delší dobu (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 9; Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 16).

Následkem těchto změn mohou být deprese, pocity zbytečnosti a méněcennosti, omezení kontaktu s rodinou a blízkými až sociální izolace staršího člověka (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 9). Podle Mellanové, Čechové a Rozsypalové se však většina lidí se stářím zvládne vyrovnat. Dokud mají síly, snaží se být užiteční, angažují se v různých klubech, v péči o vnoučata, ponechají si částečně zaměstnání, jezdí na výlety. S narůstajícím věkem se obtíže stupňují, senioři se stávají závislejšími na pomoci druhých lidí. Někdy není možné zařídit dopomoc rodinou, a proto využijí pečovatelských služeb nebo skončí v zařízeních sociální péče (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 16, 17).

3.1.2 Nemocnost ve stáří

Ve stáří dochází k postupnému postižení téměř všech orgánů. Organismus se stává méně odolným proti vnitřním a vnějším vlivům, a tudíž náchylnějším k chorobám. Senioři mají sklon k chronickým chorobám, náhlým zhoršením, příhodám a degenerativním onemocněním. S rostoucím věkem se výskyt nemocí zvyšuje. Nejvíce trpí poruchami kardiovaskulárního systému, pohybového aparátu, metabolickými onemocněními nebo chorobami zažívací a dýchací soustavy (Topinková, 2005, s. 5, 6, 8). Mezi nejčastější onemocnění lze řadit akutní a chronické formy ischemické choroby srdeční (např. akutní infarkt myokardu), osteoporózu a osteoartrózu, diabetes mellitus (2. typu), nádorová onemocnění, krvácení do zažívacího traktu (např. vředy), demence, deprese, nemoci ledvin a močového systému (inkontinence moči, zvětšení prostaty u mužů), kožní onemocnění, poruchy zraku a sluchu apod. Velkým problémem jsou pády, které jsou častou příčinou úrazů a následných komplikací (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 21 – 27; Topinková, 2005, s. 6).

Je velmi typické, že lidé trpí větším počtem onemocnění zároveň. Tento jev se nazývá *polymorbidita*. Současně bývá postiženo několik orgánů. Buď spolu choroby vůbec nesouvisí, nebo jedna vyvolává druhou. Polymorbidita způsobuje problém jednak při diagnostice, jednak při léčbě. Pacienti mají sklon ke komplikacím, následkům nebo nedokonalému vyléčení (Topinková, 2005, s. 8; Minibergerová, Dušek, 2006, s. 18).

Stařecká neboli *geriatrická křehkost* je stav, který může vzniknout následkem stáří. Projevuje se váhovým úbytkem, svalovou slabostí, únavností, vyčerpaností, zhoršením pohyblivosti, mohou nastat poruchy imunitního a kardiovaskulárního systému (Topinková, 2005, s. 9; Koňařík, 2014). Stav může vyústit v disabilitu, tedy trvalou ztrátu funkce, kdy senior nemůže provádět běžné činnosti. Ta se hodnotí podle více kritérií (Hudáková et al., 2014). Lidé se stařeckou křehkostí jsou ohroženi také pády, zlomeninami, potřebou ústavní péče až rozvojem imobilizačního syndromu. Jako *rizikového* můžeme označit seniora, který má více než 80 let, ve vyšším věku pečuje o blízkého člověka, žije sám nebo se nachází ve špatné ekonomické situaci (Topinková, 2005, s. 9; Koňařík, 2014).

3.1.2.1 Průběh chorob ve stáří

Ve stáří je běžné, že choroby probíhají atypicky. Projevy nemocí jsou charakterizovány mikrosymptomatologií (příznaky jsou vyjádřeny minimálně nebo chybí), monosymptomatologií

nebo oligosymptomatologií (nemoc se projevuje jedním nebo menším množstvím příznaků), nespecifickými příznaky (únava, zhoršení stavu, slabost), příznaky druhotného postižení (zareaguje orgán, který není postižený), řetězením příznaků (na příznak navazují další), netypickými lékovými reakcemi, prudkým zhoršením stavu (větší riziko smrti), delším průběhem (často přechod do chronického stadia), rizikem komplikací, urychlením procesu stárnutí (tzv. akcelerační fenomén), a podobně (Topinková, 2005, s. 8,9; Minibergerová, Dušek, 2006, s. 18 – 21).

3.2 Specifika práce a komunikace se seniory ve zdravotnickém zařízení

Práce se seniory není pro zdravotnické pracovníky jednoduchá, je náročná jak po fyzické, tak psychické stránce. Senioři zahrnují skupinu lidí se specifickými potřebami, které se přizpůsobují individuálním požadavkům jedince (Pokorná, 2008, s. 81).

Senior se těžce vyrovnává se změnou prostředí, úkolem zdravotnického pracovníka je pomoci mu se vyrovnat se změnou a přizpůsobit chodu zařízení. Personál pečuje o individuální bio-psycho-sociální a spirituální potřeby pacientů, zejména o přijímání stravy a tekutin, vyprazdňování, hygienu, pohybovou aktivitu, odstranění bolesti, psychickou pohodu, komunikaci a další. Při práci musí být respektována důstojnost, práva a při provádění výkonů také intimita seniorů (Hudáková et al., 2012).

Při pečování o pacienta staršího věku se klade důraz na jeho bezpečnost, neboť velké procento seniorů je ohroženo pádem. Nutností při přijetí je získání veškerých informací o pacientovi, nejen prostřednictvím anamnézy, ale i funkčními testy (např. ADL), zhodnocením celkového stavu, např. chůze, použití kompenzačních pomůcek, schopnost sebezpečí, fyzická aktivita, a dalšími. Nutností je mobilizace seniora jako prevence imobilizačního syndromu a disability (Hudáková et al., 2014).

Roku 2014 byl proveden Koňářikem výzkum, ve kterém prokázal, že vybrané rizikové faktory (imobilita, malnutrice, polyfarmakoterapie, atd.) u seniorů prodlužují délku hospitalizace. Jako možnost zkrácení pobytu v nemocnici pak uvedl včasné vyzorování rizikových faktorů a hospitalizaci na geriatrických odděleních (Koňářik, 2014).

Při péči o seniora hraje velmi důležitou roli komunikace. Specifika komunikace u seniorů se specifickými poruchami uvádíme níže. Do přílohy č. 1 jsou pak shrnuty zásady pro správnou komunikaci (nejen) se seniory.

3.2.1 Ageismus

Jelikož naše společnost je orientována na „mládí a krásu“, velkým problémem se stává ageismus. Jedná se o diskriminaci lidí podmíněnou věkem. Vyskytuje se zejména u seniorů, může se však projevat i v souvislosti s jinými věkovými skupinami, kdy jsou jedinci určité věkové skupiny vnímáni, jako by byli všichni stejní, tzv. škatulkování. Projevuje se různými předsudky, představami a diskriminací starších lidí. Určitému chování, problémům, potížím seniora je připisováno stáří, aniž by to bylo potvrzeno. Toto chování devaluje osobnost seniora a snižuje jeho sebedůvěru (Kabátová, Uričková, 2013; Minibergerová, Dušek, 2006, s. 46). Smutným faktem je ageismus ve zdravotnictví, kdy dochází k omezení diagnostické a léčebné péče a postupů, ovlivnění rozhodování, nevhodné způsoby komunikace, oslovení, špatné hodnocení potřeb seniorů, dětská výzdoba na pokojích, nepřijetí informací od příbuzných, a další (Pokorná, 2010, s. 82). Ageismu lze ve zdravotnictví předejít vzděláváním zdravotnických pracovníků, organizací přednášek, přiznáním si ageismu a snaha o jeho snižování, prováděním hodnotících testů u pacientů (Kabátová, Uričková, 2013).

3.2.2 Senior s poruchou sluchu

Lidi trpící poruchami sluchu lze podle postižení rozdělit na nedoslýchavé, se zbytky sluchu nebo neslyšící. U starších dochází k postupnému snižování sluchové ostrosti. Senioři se však za tyto potíže stydí, obtížně se s poruchami vyrovnávají, před okolím je mohou tajit. Částečně mohou být kompenzovány naslouchadly, někteří zvládají odezírat, nebo komunikují přes papír, psanou řečí. Někteří lidé, kteří přišli o sluch v dětství nebo mládí, zvládají komunikaci pomocí znakové řeči. Někdy může být přítomen tlumočník. Při hovoru se seniorem s poruchou sluchu zdravotník nejprve upozorní pacienta, že bude hovořit (např. dotek na rameno), otočen směrem k nemocnému (ne zády, neotáčí se během hovoru), dívá se mu do očí, mluví pomaleji a zřetelně v krátkých větách, neslabikuje, pokud se jedná o neslyšícího, nezvyšuje hlas ani nekřičí. Pro kontrolu by se měl zdravotník přesvědčit, zda senior porozuměl všem sděleným informacím, otázaním se. V přítomnosti tlumočníka mluví zdravotník směrem k neslyšícímu, ne tlumočnickovi. Povinností tlumočníka je překládat všechny informace, slouží jako náhrada pacientova sluchu (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 74, 75; Linhartová, 2007, s. 88, 90, 91, 95).

3.2.3 Senior s poruchou zraku

Vady zraku lze rozdělit na jednodušší, které se snadno korigují brýlemi, nebo těžší. Vznikají náhle nebo postupně. Lidi trpící těžšími formami podle formy nazýváme jako slabozraké, se zbytky zraku nebo nevidomé. Starší si na ztrátu zraku zvykají obtížněji, jsou závislejší na jiných, způsob vyrovnání je u každého individuální. Při příjmu zdravotník zjistí závažnost zrakového postižení. Nevidomému je vysvětleno, kde se nachází, jak vypadá jeho pokoj (důkladný popis). Zdravotnický pracovník se při příchodu na pokoj představí, sdělí, jakou činnost se chystá provádět. Bez vědomí nevidomého nestěhuje žádné jeho věci, ani ze stolu, mluví srozumitelně pouze k nevidomému, s dostatečnou hlasitostí, popisuje všechny činnosti, které provádí. Při odchodu z pokoje se rozloučí. Nevidomí jsou schopni číst pomocí Braillova písma skládajícího se z šesti bodů ražených různě do dvou sloupců vedle sebe na papír. V případě doprovodu je zavěšen nevidomý na loket průvodce, průvodce jde mírně před nevidomým, upozorňuje na všechny překážky (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 75 – 77; Linhartová, 2007, s. 87, 101).

3.2.4 Senior s poškozením zraku i sluchu

Poškozením zraku i sluchu zároveň nejčastěji trpí osoby starší 60 let. WHO vnímá hluchoslepotu (úplné poškození sluchu i zraku) „jako nejtěžší zdravotní postižení.“ Nemusí se vždy jednat o úplnou ztrátu smyslů, existují různé formy, kdy může být zachována malá část zraku nebo sluchu. Tito lidé jsou velmi často odkázáni na pomoc druhých, bez doprovodu je schopnost pohybu po ulici velmi namáhavá. Komunikace je velmi obtížná. V případě doprovodu mluví zdravotník směrem k pacientovi, na přivítání mu podá ruku, všechno nemocnému vysvětluje a komentuje všechny úkony, které provádí. Při hospitalizaci musí seniora naučit pohybu v pokoji, což je pro oba dva velmi náročné. K orientaci v místnosti sestra zvolí jeden bod, od kterého seznamuje seniora s předměty v místnosti, ke kterým ho poté zavede a nechá jej předměty ohmatat (hluchoslepí kompenzují nefunkční smysly pomocí hmatu). Proces opakuje, dokud si není jistá bezpečným pohybem a orientací postiženého. Mluví klidným pomalým hlasem směrem k nemocnému, dívá se mu do očí. Bez vědomí pacienta nesmí být žádné předměty v místnosti stěhovány. Hluchoslepí se mohou dorozumívat několika způsoby, např. Lormovou abecedou (dotyková abeceda, kdy písmena mají dané body na dlani a prstech ruky, vyvinuta speciální rukavice, na které jsou písmena vyznačená), prstovou abecedou, odezíráním, Braillovým písmem, a dalšími (Linhartová, 2007, s. 96 – 101).

3.2.5 Senior s demencí

Demence je poškození mozku, kdy postupně dochází k trvalé progresi řeči, paměťových a rozumových schopností. Zdravotník by měl s dementním pacientem komunikovat v klidném a tichém prostředí, ujistit se, že ho senior vnímá, dívat se do očí, všimnout si neverbálních projevů postiženého při komunikaci, snažit se mu porozumět a poslouchat, co se snaží říci, nebát se pohlédnout pacienta při rozhovoru (dotek uklidňuje). Personál používá krátké stručné věty s jasnými instrukcemi, hovoří o jednom tématu („nemíchá“ více témat dohromady), při neporozumění nahrazuje sdělené jednoduššími slovy, popisuje právě prováděné činnosti, nezatěžuje seniory zbytečnými otázkami. Zdravotník by měl s nemocným jednat s úctou a nesnižovat jeho důstojnost (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 53 – 55).

3.3 Informovanost seniorů před vyšetřením

Senioři jsou ohroženi rizikem vzniku komplikací následkem vyšetření, zejména invazních, a operačních výkonů. Důležité je zhodnotit míru rizika s ohledem na věk, celkový zdravotní stav, náročnost a délku výkonu (Topinková, 2005, s. 196).

Dle platné legislativy je nutné provést zákrok pouze se souhlasem pacienta, kdy byl srozumitelně poučen o účelu, povaze, rizicích, alternativách a předpokládaných následcích zákroku (Česko, 2011; Česko, 2012).

U seniorů trpících smyslovým postižením platí potřeba informací dvojnásobně. Nedostatek informací způsobuje nervozitu, strach a ztíženou spolupráci seniora při vyšetření. Měl by být důkladně poučen o průběhu a délce vyšetření, jak má spolupracovat, kdo ho doprovodí zpět na pokoj, apod. Doprovod (sestra) upozorní personál na specializovaném pracovišti pacientovo postižení a způsob, jakým spolu mohou hovořit (Mellanová, Čechová, Rozsypalová, 2014, s. 77).

Nejdůležitější při sdělování informací je jejich podání srozumitelným způsobem. Zdravotníci mají ze zákona tuto povinnost, a proto je smutné, že informace často sdělují nesrozumitelně, s použitím odborných a cizích výrazů a zkratk, kterým pacient nerozumí. Někdy se také stává, že pacientovi předají písemný informovaný souhlas, a zdravotník si myslí, že tím je jeho povinnost informovat ukončena. Písemný informovaný souhlas má být pouze dokladem o tom, že byl pacient informován (Prudil, 2014, s. 47, 48). Z vlastních zkušeností můžeme konstatovat, že jen malé množství pacientů si písemný informovaný souhlas přečte. Větši-

nou tento doklad vůbec nečtou, protože např. nemají brýle, jsou unavení, nebo když vidí takové množství informací, tak ztratí „chut“ vůbec souhlas pročítat. Mnohdy souhlas podepíší s dalším kvantem „papírů“, kdy ani neví, co podepisují.

Před vyšetřením neinformuje nemocného pouze lékař, ale dle kompetencí i sestra a další personál (zdravotníci na specializovaných pracovištích, apod., viz podkapitola 2.3). Je vhodné, aby byl pacient poučen vícekrát, než aby nebyl informován s pocitem, že informace podá někdo jiný a pacient nakonec nebyl poučen vůbec (Prudil, 2014, s. 48).

Při poučení je také důležité, jakým způsobem jsou informace podány (viz podkapitoly 2.1 a 2.4 o komunikaci). I když je nejdůležitější při podávání informací jejich srozumitelnost, měl by zdravotník dávat pozor také na nonverbální projevy (oční kontakt, mimiku, gestiku, vyjadřování, vzdálenost, postoj, hlasové projevy apod.), stejně tak na místo, ve kterém jsou sděleny (Pokorná, s. 17, 18). Dále je nutné, aby byl nemocnému ponechán dostatek času k rozmyšlení, zda zákrok podstoupí (Česko, 2011; Česko, 2012).

V souvislosti s tímto tématem se jeví výstižně tvrzení: *„Pokud je účelem naší komunikace přesvědčit druhého o něčem, co je pro něj vhodné, (...) je třeba pamatovat na to, že nejsnáze někoho přesvědčíme, pomůžeme-li mu, aby k závěru dospěl vlastní úvahou“* (Ledererová, 2014).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE VÝZKUMU

Cíl č. 1: Zjistit, zda a jakým způsobem jsou hospitalizovaní senioři před vyšetřením poučeni

Očekávaný výsledek č. 1: Předpokládáme, že více než 80 % respondentů bylo před vyšetřením poučeno

Očekávaný výsledek č. 2: Předpokládáme, že více než 75 % respondentů bylo poučeno personálem ústně

Očekávaný výsledek č. 3: Předpokládáme, že více než 60 % respondentů mělo zájem o informace vztahující se k vyšetření

Cíl č. 2: Zjistit, kým jsou hospitalizovaní senioři před vyšetřením poučeni

Očekávaný výsledek č. 4: Předpokládáme, že více než 75 % respondentů bylo poučeno lékařem nebo všeobecnou sestrou na oddělení

Cíl č. 3: Zjistit subjektivní hodnocení poučení a kontaktu s personálem před vyšetřením seniory

Očekávaný výsledek č. 5: Předpokládáme, že více než 75% respondentů ohodnotí poučení jako výborné nebo velmi dobré

Očekávaný výsledek č. 6: Předpokládáme, že více než 20 % respondentů uvede, že při poučení byly použity odborné výrazy a názvy, kterým neporozuměli

Očekávaný výsledek č. 7: Předpokládáme, že více než 80% respondentů ohodnotí kontakt s personálem před vyšetřením jako příjemný nebo spíše příjemný

5 METODIKA VÝZKUMU

Pro praktickou část práce byla vybrána kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Cílem práce bylo zjistit informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Dotazníkové šetření je metoda sběru dat od respondentů pomocí souboru otázek na určitém typu dokumentu (Kutnohorská, 2009, s. 41). Jeho výhodou je anonymita dotazovaných a možnost sběru dat v krátkém časovém intervalu od většího množství respondentů. Nevýhodou může být nízká návratnost dotazníků, nemožnost ověření pravdivosti odpovědí a jejich ujasnění při neporozumění.

Dotazník byl sestaven na základě 3 cílů a 7 očekávaných výsledků. Celkem bylo vytvořeno 23 výzkumných otázek, které jsou uzavřené, polouzavřené nebo otevřené.

Dotazník byl anonymně vyplněn respondenty na základě písemného návodu. Položky 1 – 3 sloužily k identifikaci. Další pomáhaly určit oddělení, kde byl dotazovaný hospitalizován, vyšetření, které mu bylo provedeno, a zda bylo provedeno poprvé nebo vícekrát (položky č. 4, 5, 6). Další část sloužila k určení zda, jakým způsobem a kým byl nemocný poučen před vyšetřením (položky č. 7, 8, 10) a zájmu respondentů o informace o vyšetření (položka č. 9). Položky č. 11 – 18 vyplňovali pouze poučení respondenti, otázky byly zaměřeny k hodnocení časového předstihu poučení a srozumitelnosti informací (položky č. 11, 12, 13, 14), další pak k subjektivnímu hodnocení informovanosti a kontaktu s personálem (položky č. 15, 16, 17, 18). Poslední položky byly určeny pro neinformované respondenty a zjišťují důvod nepoučení dle subjektivního hodnocení dotazovaného, zda měl informace o průběhu vyšetření nebo se je snažil vyhledat u jiného zdroje, pocitech pacienta před vyšetřením a kontaktu s personálem (položky č. 19, 20, 21, 22, 23).

Průzkum probíhal v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, a. s. (KNTB) po předchozím písemném svolení náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchních sester (viz příloha č. 2) na oddělení interním, chirurgickém, neurologickém a centru klinické gerontologie od prosince 2014 do února 2015.

Cílovou skupinu tvořili hospitalizovaní pacienti ve věku 60 a více let, kterým bylo provedeno vyšetření, a měli ochotu zúčastnit se šetření.

Průzkumu předcházela „pilotní studie“ u 15 respondentů, která sloužila k hodnocení srozumitelnosti výzkumných otázek. Celkem bylo rozdáno 105 dotazníků, které jsme rozdávali

seniorům po vyšetření během odborné studijní praxe a ve volném čase (2/3 dotazníků), nebo po domluvě všeobecné sestry na oddělení (1/3 dotazníků). Z celkového počtu bylo navráčeno 99 dotazníků (94, 2 %), z toho 7 muselo být kvůli chybnosti nebo neúplnosti vyřazeno. Do hodnocení bylo tedy zařazeno 92 dotazníků (87, 6 %).

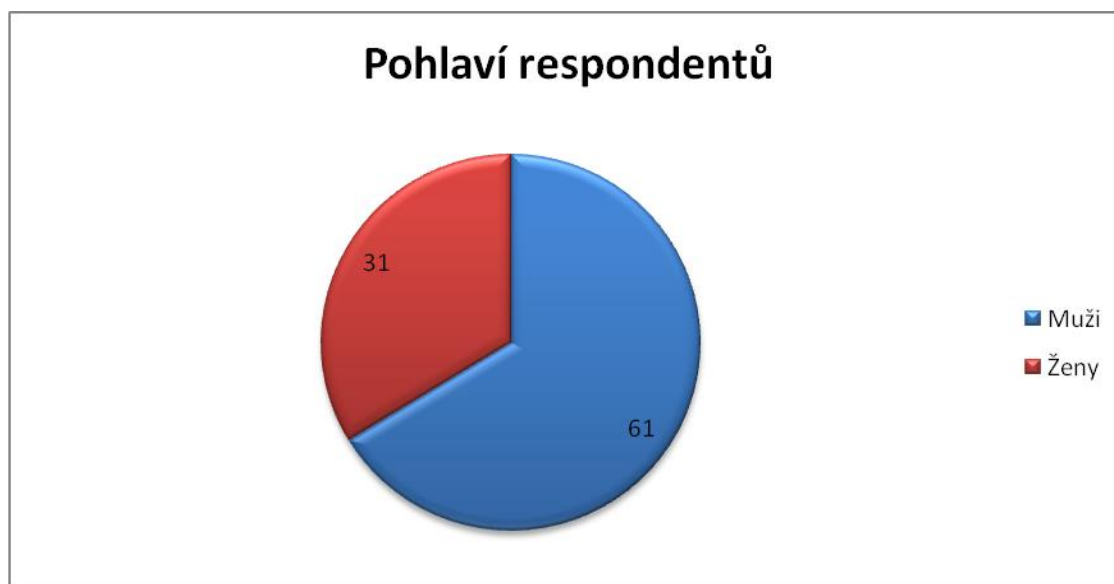
Sesbíraná data byla po ukončení distribuce zpracována a vyhodnocena pomocí počítačových programů Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Výsledná data jsou vložena do tabulek a grafů a vyjádřena v hodnotách absolutní četnosti (n) a relativní četnosti (%).

6 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Položka č. 1 – Pohlaví respondentů

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Muži	61	66,3
Ženy	31	33,7
Celkem	92	100



Graf 1 – Pohlaví respondentů

Komentář: Položka č. 1 informuje o zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru. Z celkového počtu 92 respondentů (100 %) bylo *61 mužů* (66,3 %) a *31 žen* (33,7 %).

Položka č. 2 – Věk respondentů

Tabulka 2 – Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
60 - 64	28	30,4
65 - 74	41	44,6
75 -84	21	22,8
85 a více	2	2,2
Celkem	92	100



Graf 2 – Věk respondentů

Komentář: Položka č. 2 informuje o věkovém zastoupení respondentů. Respondentů ve věku 60 – 64 let bylo 28 (30, 4 %), 41 respondentů (44, 6 %) bylo ve věkové skupině 65 – 74 let, 21 respondentů (22, 8 %) mezi 75 – 84 lety a 2 respondenti byli starší 85 let.

Položka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	15	16,3
Středoškolské-vyučen	44	47,8
Středoškolské-s maturitou	21	22,8
Vysokoškolské	12	13,1
Celkem	92	100



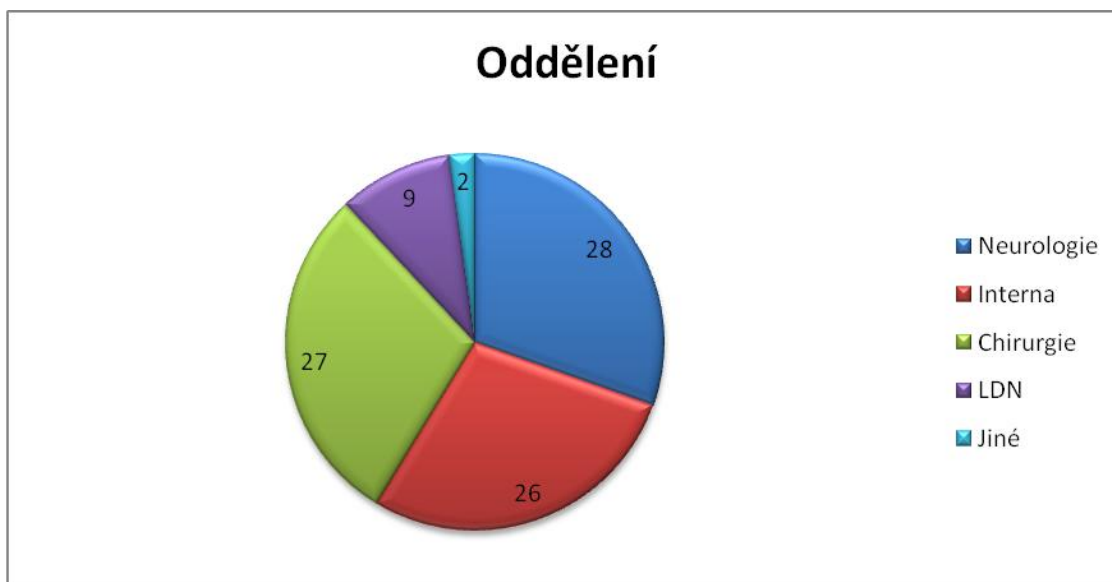
Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Komentář: Položka č. 3 informuje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů. *Základní vzdělání* mělo 15 respondentů (16,3 %), *středoškolské s výučním listem* 44 respondentů (47,8 %), *středoškolské s maturitou* mělo 21 respondentů (22,8 %) a *vysokoškolské vzdělání* mělo 12 respondentů (13,1 %).

Položka č. 4 – Oddělení

Tabulka 4 – Oddělení

Oddělení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Neurologie	28	30,4
Interna	26	28,2
Chirurgie	27	29,4
LDN	9	9,8
Jiné	2	2,2
Celkem	92	100



Graf 4 – Oddělení

Komentář: Položka č. 4 informuje o zastoupení oddělení ve výzkumném souboru. Respondentů z *neurologického oddělení* bylo 28 (30,4 %), z *interního oddělení* 26 (28,2 %), z *chirurgického oddělení* bylo 27 respondentů (29,4 %), z *oddělení klinické gerontologie a léčebny dlouhodobě nemocných* 9 respondentů (9,8 %) a 2 respondenti byli z *jiného oddělení* (2,2 %) – 1 z urologického a 1 z očního oddělení, avšak v době průzkumu byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení.

Položka č. 5 Druh vyšetření

Tabulka 5 – Druh vyšetření

Druhy vyšetření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Fyzikální	2	2,2
Zobrazovací	55	59,8
Endoskopické	14	15,2
Elektrografické	9	9,8
Speciální	12	13,0
Celkem	92	100



Graf 5 – Druh vyšetření

Komentář: Položka č. 5 informuje o zastoupení jednotlivých druhů vyšetření ve výzkumném souboru. *Fyzikální vyšetření* bylo provedeno 2 respondentům (2, 2 %). 55 respondentům (59, 8 %) bylo provedeno *zobrazovací vyšetření*, z toho 8 RTG vyšetření, 12 CT vyšetření, 11 magnetická rezonance, 9 ultrazvukové vyšetření, 10 koronarografie, 3 echokardiografie, 1 scintigrafické vyšetření a 1 dopplerovské sono vyšetření. *Endoskopické vyšetření* podstoupilo 14 respondentů (15, 2 %), z toho gastroscopii 7, koloskopii 6 a cystoskopii 1. *Elektrografické vyšetření* bylo provedeno 9 respondentům (9, 8 %), z toho EKG 7 a EEG 2 respondentům. *Speciální typ vyšetření* podstoupilo 12 respondentů (13, 0 %), z toho vyšetření nitroočního tlaku 1, předoperační vyšetření 9 a lumbální punkci 2 respondenti.

Položka č. 6 – Podstoupení vyšetření poprvé

Tabulka 6 – Podstoupení vyšetření poprvé

Podstoupení vyš. poprvé	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	46	50,0
Ne	46	50,0
Celkem	92	100



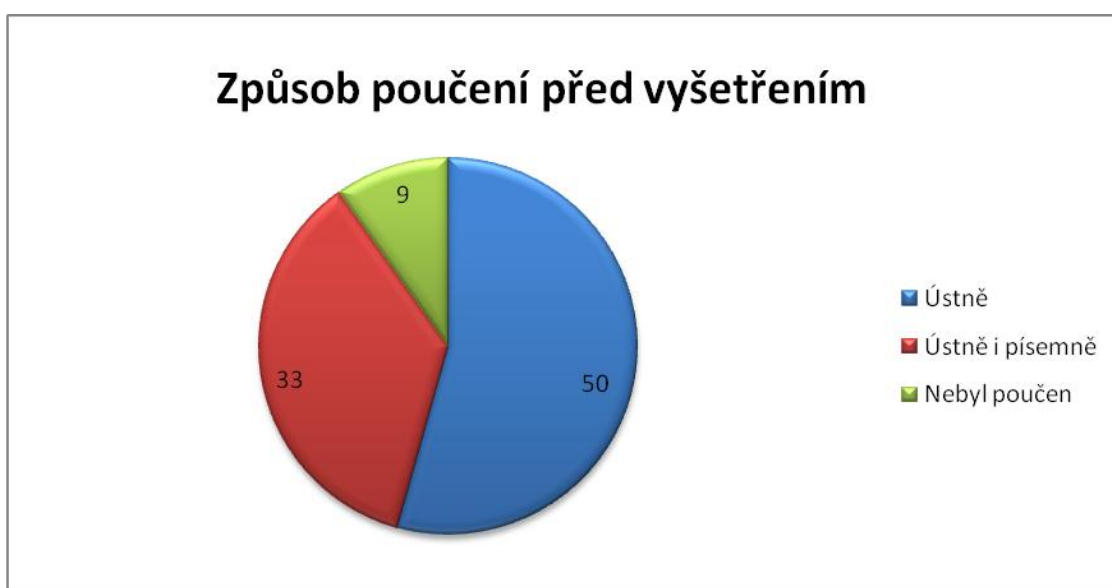
Graf 6 – Podstoupení vyšetření poprvé

Komentář: Položka č. 6 informuje o tom, zda respondenti podstoupili vyšetření poprvé nebo opakovaně. 46 respondentům (50 %) bylo vyšetření provedeno *prvně*, 46 respondentům (50 %) bylo provedeno *vícekrát*.

Položka č. 7 – Způsob poučení před vyšetřením

Tabulka 7 – Způsob poučení před vyšetřením

Způsob poučení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ústně	50	54,3
Ústně i písemně	33	35,9
Nebyl poučen	9	9,8
Celkem	92	100



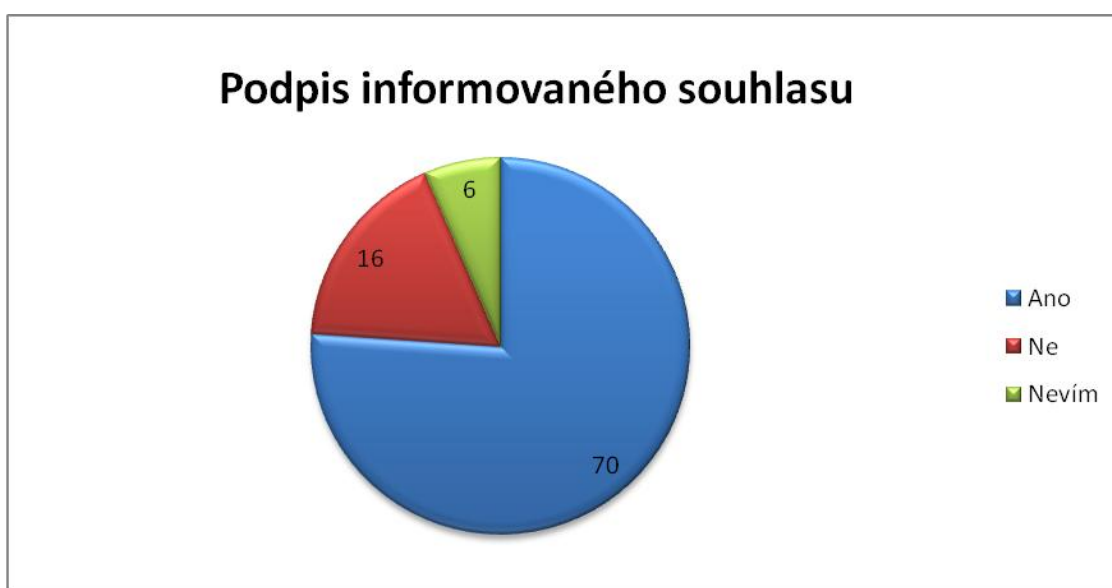
Graf 7 – Způsob poučení před vyšetřením

Komentář: Položka č. 7 informuje o způsobu poučení respondentů před vyšetřením. Pouze *ústní formou* bylo poučeno 50 respondentů (54,3 %), pouze *písemně* nebyl informován žádný z respondentů. *Ústně i písemně* bylo poučeno 33 respondentů (35,9 %). 9 respondentů (9,8 %) před vyšetřením *poučeno nebylo*.

Položka č. 8 - Podpis informovaného souhlasu

Tabulka 8 – Podpis informovaného souhlasu

Podpis inf. souhlasu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	70	76,1
Ne	16	17,4
Nevím	6	6,5
Celkem	92	100



Graf 8 – Podpis informovaného souhlasu

Komentář: Položka č. 8 informuje o skutečnosti, zda respondenti podepisovali před vyšetřením informovaný souhlas. 70 z nich (76,1 %) souhlas *podepisovalo*. 16 respondentů (17,4 %) informovaný souhlas *nepodepisovalo*. 6 respondentů (6,5 %) *nevědělo*, zda podepisovali informovaný souhlas.

Položka č. 9 – Zájem respondentů o sdělení informací o vyšetření**Tabulka 9 – Zájem respondentů o sdělení informací o vyšetření**

Zájem o informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	72	78,3
Ne	12	13,0
Nevím	8	8,7
Celkem	92	100

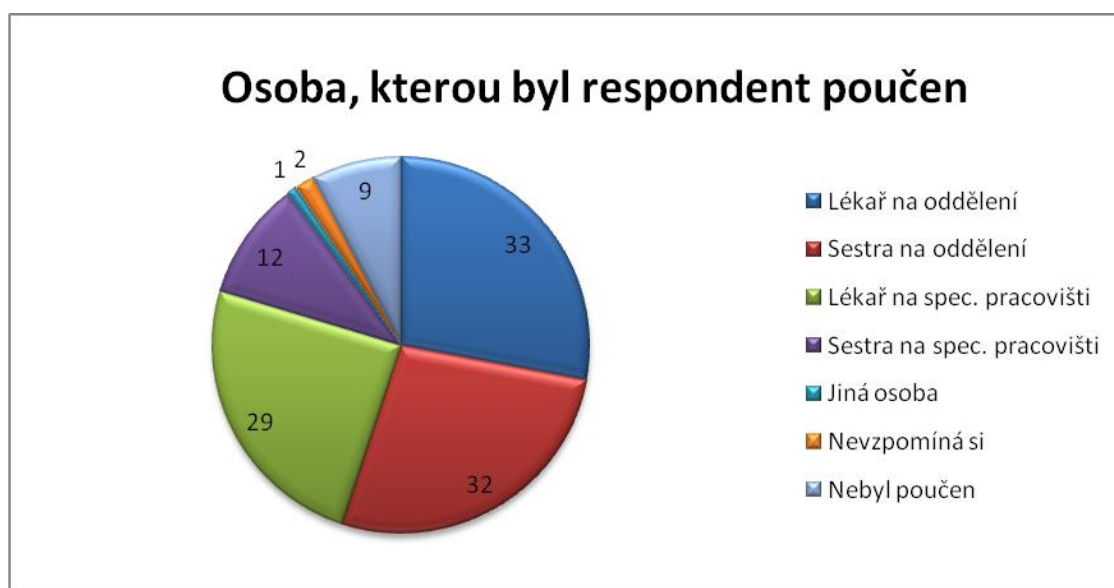
**Graf 9 – Zájem respondentů o sdělení informací o vyšetření**

Komentář: Položka č. 9 informuje o zájmu respondentů o informace o vyšetření. 72 respondentů (78, 3 %) *mělo* o informace *zájem*, 12 respondentů (13, 0 %) o informace *zájem nemělo*. 8 respondentů (8, 7 %) označilo možnost „*nevím*“.

Položka č. 10 – Osoba, kterou byl respondent o vyšetření poučen

Tabulka 10 – Osoba, kterou byl respondent o vyšetření poučen

Osoba, kterou byl poučen	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lékař na oddělení	33	28,0
Sestra na oddělení	32	27,1
Lékař na spec. pracovišti	29	24,6
Sestra na spec. pracovišti	12	10,2
Jiná osoba	1	0,9
Nevzpomíná si	2	1,6
Nebyl poučen	9	7,6
Celkem odpovědí	118	100



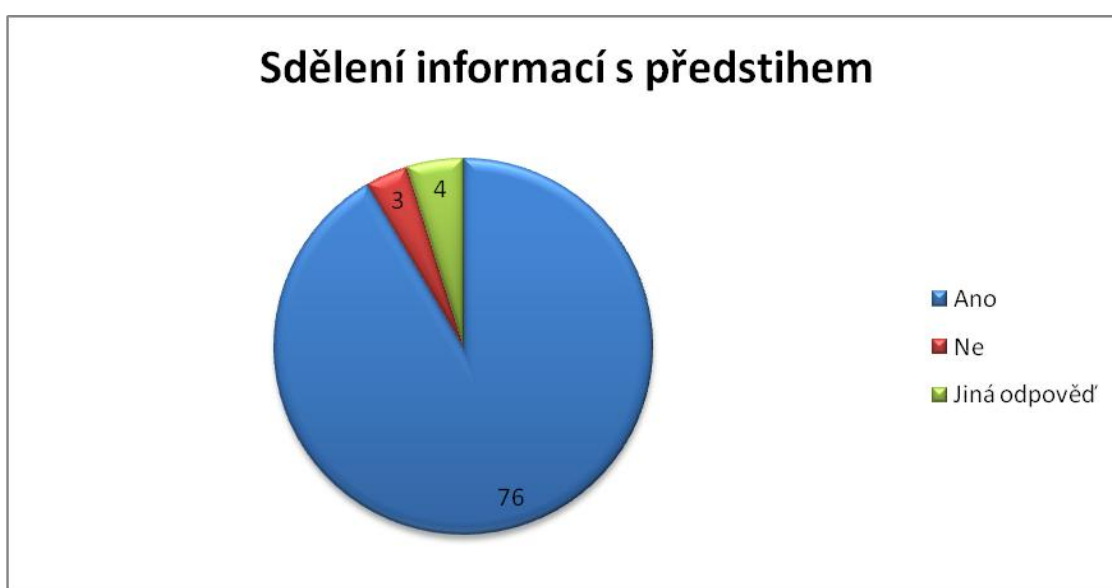
Graf 10 – Osoba, kterou byl respondent o vyšetření poučen

Komentář: Položka č. 10 informuje o osobě, kterou byl respondent poučen. U této položky byla možnost označit více odpovědí. 33 respondentů (28, 0 %) bylo poučeno lékařem na oddělení, 32 (27, 1 %) sestrou na oddělení, 29 (24, 6 %) lékařem na specializovaném pracovišti, 12 (10, 2 %) sestrou na specializovaném pracovišti. 1 respondent (0, 9 %) byl poučen jinou osobou (obvodním lékařem), 2 respondenti (1, 6 %) si osobu, která je poučila, nepamatovali. 9 respondentů (7, 6 %) uvedlo, že nebyli poučeni.

Položka č. 11 – Sdělení informací s dostatečným časovým předstihem

Tabulka 11 – Sdělení informací s dostatečným časovým předstihem

Sdělení inf. s předstihem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	76	91,6
Ne	3	3,6
Jiná odpověď	4	4,8
Celkem	83	100



Graf 11 – Sdělení informací s dostatečným časovým předstihem

Komentář: Položka č. 11 informuje o skutečnosti, zda byly respondentům sděleny informace o vyšetření, dle jejich názoru, s dostatečným časovým předstihem. 76 (91,6 %) respondentům *byly* informace *sděleny* dle jejich názoru dostatečně dopředu, 3 respondentům (3,6 %) informace dopředu *sděleny nebyly*. 4 respondenti (4,8 %) uvedli *jinou odpověď*, a to poučení těsně před vyšetřením, jelikož se jednalo o akutní stav, a na dřívější poučení ani rozmyšlení nebyl čas.

Položka č. 12 – Porozumění respondentů sděleným informacím**Tabulka 12 – Porozumění respondentů sděleným informacím**

Porozumění informacím	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	68	81,9
Ne	1	1,2
Částečně	14	16,9
Celkem	83	100

**Graf 12 – Porozumění respondentů sděleným informacím**

Komentář: Položka č. 12 informuje o skutečnosti, zda respondenti porozuměli při poučení všem sděleným informacím. 68 respondentů (81, 9 %) všem sděleným informacím porozumělo, 1 respondent (1, 2 %) informacím neporozuměl, 14 (16, 9 %) respondentů porozumělo informacím částečně.

Položka č. 13 – Použití odborných výrazů a názvů edukující osobou

Tabulka 13 – Použití odborných výrazů a názvů edukující osobou

Použití odborných výrazů	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	16	19,3
Ne	55	66,3
Nevzpomíná si	12	14,4
Celkem	83	100



Graf 13 – Použití odborných výrazů a názvů edukující osobou

Komentář: Položka č. 13 informuje o použití odborných výrazů a názvů personálem při poučení, kterým respondent nerozuměl. 16 (19,3 %) respondentů uvedlo, že při edukaci byly odborné výrazy *použity*, 55 respondentů (66,3 %) odpovědělo *záporně*. 12 respondentů (14,4 %) si na tuto skutečnost *nevzpomínalo*.

Položka č. 14 – Zájem o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření**Tabulka 14 – Zájem o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření**

Zájem o sdělení upřesňujících inf.	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	57	68,7
Ne	26	31,3
Celkem	83	100

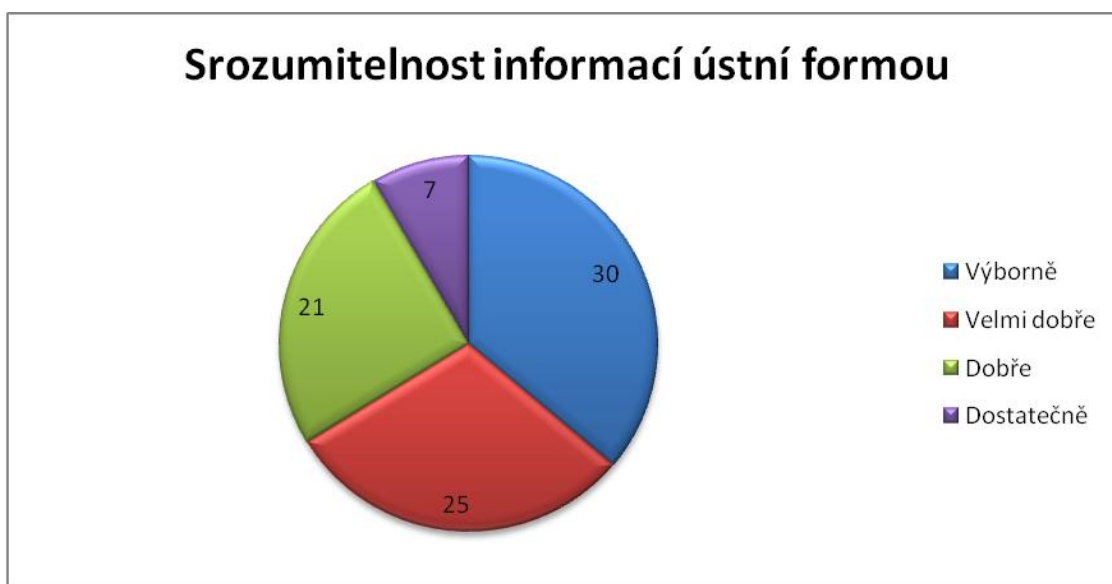
**Graf 14 – Zájem o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření**

Komentář: Položka č. 14 informuje o zájmu respondentů o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření. 57 respondentů (68, 7 %) uvedlo, že o informace *mělo zájem a bylo jim v této skutečnosti personálem vyhověno*, 26 respondentů (31, 3 %) o další informace *zájem nemělo*. Položku „*měl jsem zájem, ale nebylo mi vyhověno*“ neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Položka č. 15 – Srozumitelnost informací sdělených ústně

Tabulka 15 – Srozumitelnost informací sdělených ústně

Srozumitelnost inf. ústní formou	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výborně	30	36,2
Velmi dobře	25	30,1
Dobře	21	25,3
Dostatečně	7	8,4
Celkem	83	100



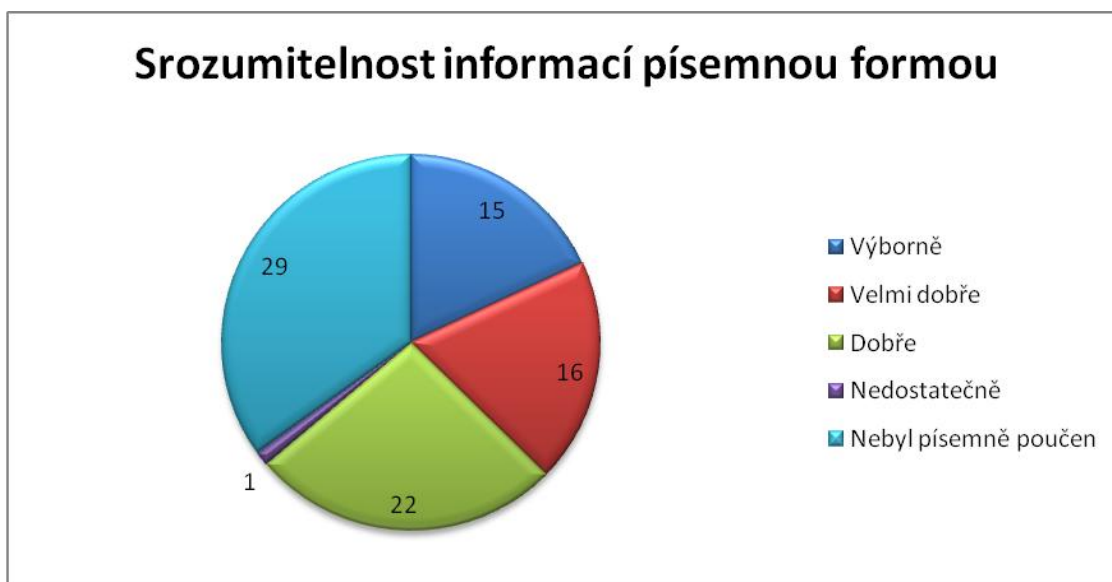
Graf 15 – Srozumitelnost informací sdělených ústně

Komentář: Položka č. 15 informuje o srozumitelnosti informací sdělených ústně. 30 respondentů (36,2 %) hodnotilo informovanost *výborně*, 25 respondentů (30,1 %) *velmi dobře*. *Dobře* ohodnotilo informovanost 21 respondentů (25,3 %) a dostatečně 7 respondentů (8,4 %). Možnost „*nedostatečně*“ neoznačil žádný z respondentů.

Položka č. 16 – Srozumitelnost informací písemnou formou

Tabulka 16 – Srozumitelnost informací písemnou formou

Srozumitelnost informací písemnou formou	Absolutní četnost	Relativní četnost
Výborně	15	18,1
Velmi dobře	16	19,3
Dobře	22	26,5
Nedostatečně	1	1,2
Nebyl písemně poučen	29	34,9
Celkem	83	100



Graf 16 – Srozumitelnost informací písemnou formou

Komentář: Položka č. 16 informuje o srozumitelnosti informací písemnou formou. 15 respondentů (18,0 %) ohodnotilo informovanost *výborně*, 16 respondentů (19,3 %) *velmi dobře*, 22 respondentů (26,5 %) *dobře*. 1 (1,2 %) respondent ohodnotil informovanost *nedostatečně* s vysvětlením, že „informace jsou popsány velmi obecně“. Položku „*dostatečně*“ neoznačil žádný z respondentů. Písemně poučeno *nebylo* 29 respondentů (34,9 %).

Položka č. 17 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Tabulka 17 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Chování personálu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Příjemně	72	86,7
Spíše příjemně	11	13,3
Celkem	83	100



Graf 17 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Komentář: Položka č. 17 informuje o přístupu a chování personálu, kterým byl respondent poučen. 72 respondentů (86, 7 %) ohodnotilo přístup a chování personálu jako *příjemný*, 11 respondentů (13, 3 %) jako *spíše příjemný*. Možnosti „*spíše nepříjemně*“ a „*nepříjemně*“ neoznačil žádný z respondentů.

Položka č. 18 – Celkové hodnocení poučení respondentem

Tabulka 18 – Celkové hodnocení poučení respondentem

Celkové hodnocení pou- čení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Výborně	35	42,2
Velmi dobře	28	33,7
Dobře	19	22,9
Dostatečně	1	1,2
Celkem	83	100



Graf 18 – Celkové hodnocení poučení

Komentář: Položka č. 18 informuje o celkovém subjektivním hodnocení informovanosti respondentů před vyšetřením. *Výborně* ohodnotilo informovanost 35 respondentů (42, 2 %), *velmi dobře* 28 respondentů (33, 7 %), *dobře* 19 respondentů (22, 9 %) a *dostatečně* 1 respondent (1, 2 %). Možnost „*nedostatečně*“ neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Položka č. 19 – Důvod nepoučení respondenta personálem

Tabulka 19 – Důvod nepoučení respondenta personálem

Důvod nepoučení respondenta personálem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nedostatek času ze strany personálu	3	33,3
Personál nechtěl zatěžovat pacienta	1	11,1
Jiné	5	55,6
Celkem	9	100



Graf 19 – Důvod nepoučení respondenta personálem

Komentář: Položka č. 19 informuje o důvodech nepoučení respondenta personálem před vyšetřením podle respondentů. 3 respondenti (33, 3 %) se přiklonili k *nedostatku času personálu*. 1 respondent (11, 1 %) uvedl možnost, že ho *personál nechtěl informacemi zatěžovat*. 5 respondentů (55, 6 %) označilo možnost „jiné“, kde 2 respondenti uvedli, že věděli o průběhu vyšetření, další poučení nebylo třeba, 2 respondenti uvedli, že kvůli akutnímu stavu nebyl čas na poučení, 1 respondent nevěděl, proč nebyl poučen. *Žádný* z respondentů neoznačil možnost „nezájem o mou osobu“.

Položka č. 20 – Vědomosti o průběhu vyšetření

Tabulka 20 – Vědomosti o průběhu vyšetření

Vědomosti o průběhu vyšetření	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	4	44,4
Ne	5	55,6
Celkem	9	100



Graf 20 – Vědomosti o průběhu vyšetření

Komentář: Položka č. 20 informuje o skutečnosti, zda věděli nepoučení respondenti o průběhu vyšetření. 4 respondenti (44, 4 %) *věděli* o průběhu vyšetření, 5 respondentů (55, 6 %) o průběhu vyšetření *nevědělo*.

Položka č. 21 – Snaha respondentů o získání informací u jiného zdroje

Tabulka 21 – Snaha respondentů o získání informací u jiného zdroje

Snaha o získání inf. u jiného zdroje	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	1	11,1
Ne	8	88,9
Celkem	9	100



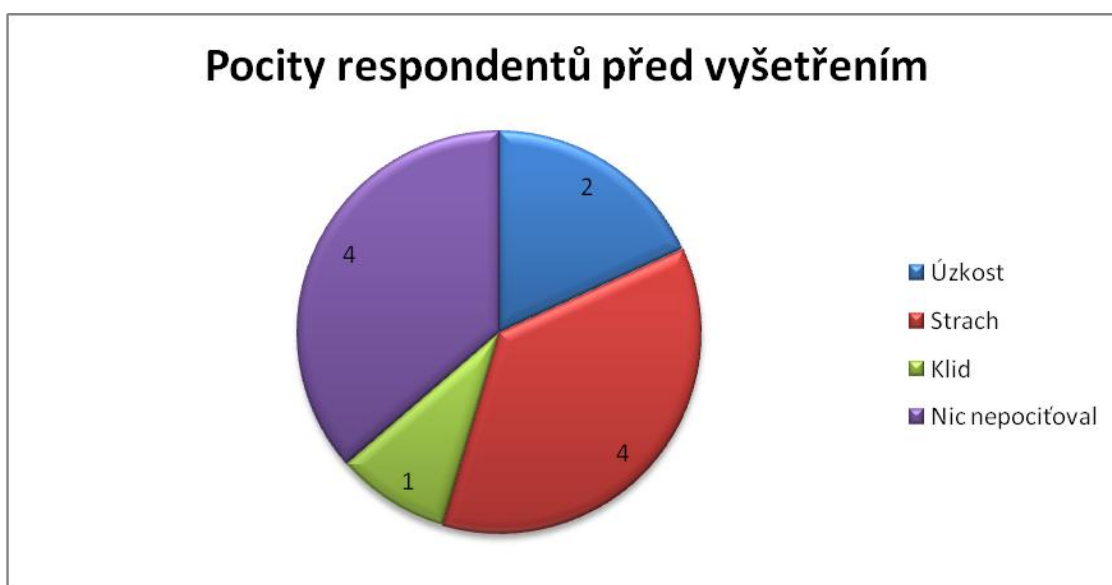
Graf 21 – Snaha respondentů o získání informací u jiného zdroje

Komentář: Položka č. 21 informuje o snaze nepoučených respondentů získat informace o vyšetření u jiného zdroje. 1 respondent (11, 1 %) se informace *snažil získat*, a to u *rodiny a blízkých a spolupacientů*. 8 respondentů (88, 9 %) se informace *nesnažilo vyhledat*. V této položce mohli při označení respondenti uvést více odpovědí, kde se snažili získat informace. Na výběr byly kromě rodiny a blízkých a spolupacientů také „internet“, „odborná literatura“ nebo „jiný zdroj“.

Položka č. 22 – Pocity respondentů před vyšetřením

Tabulka 22 – Pocity respondentů před vyšetřením

Pocity před vyšetřením	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Úzkost	2	18,2
Strach	4	36,4
Klid	1	9,0
Nic nepocítoval	4	36,4
Celkem	11	100,00



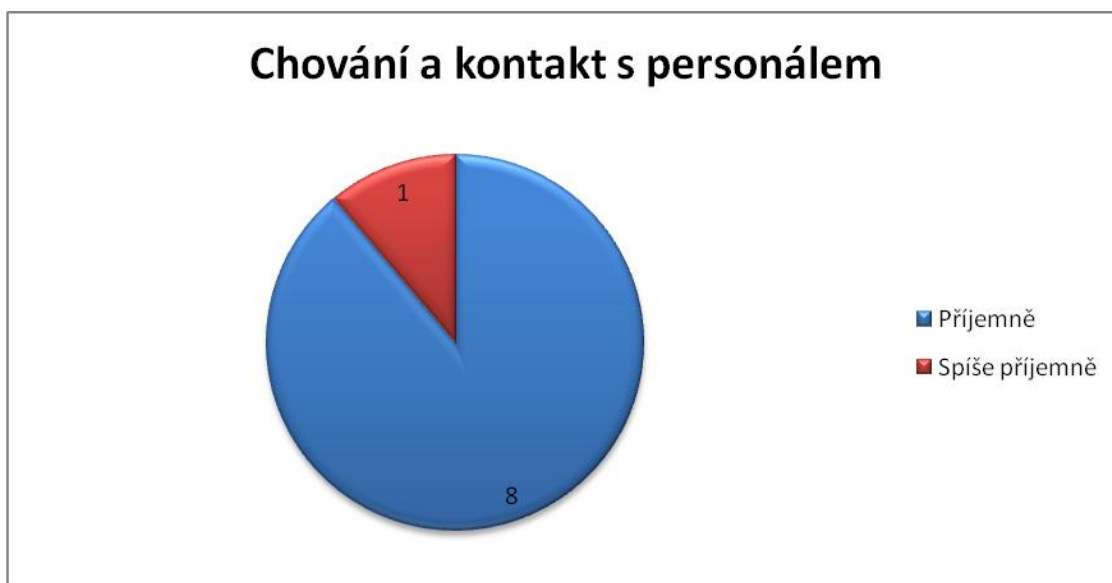
Graf 22 – Pocity respondentů před vyšetřením

Komentář: Položka č. 22 informuje o pocitech respondentů těsně před vyšetřením. Měli možnost zaznačit více odpovědí. 2 respondenti (18, 2 %) pocítovali před vyšetřením *úzkost*, 4 respondenti *strach* (36, 4 %), 1 respondent *klid* (9, 0 %), 4 respondenti (36, 4 %) *nevnímali žádný zvláštní pocit*. Dále měli na výběr možnosti jako „*bezmoc*“, „*nejistota*“, „*vyrovnanost*“, „*bylo mi to jedno*“ a „*jiné*“.

Položka č. 23 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Tabulka 23 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Chování personálu	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Příjemně	8	88,9
Spíše příjemně	1	11,1
Celkem	9	100



Graf 23 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením

Komentář: Položka č. 23 informuje o chování a přístupu personálu k nepoučeným respondentům. 8 respondentů (88, 9 %) uvedlo, že se k nim personál choval *příjemně*, 1 respondent (11, 1 %) *spíše příjemně*. Možnosti „*spíše nepříjemně*“ a „*nepříjemně*“ nezaznačil žádný respondent.

7 DISKUZE

Cílem bakalářské práce „Informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením“ byla snaha zjistit informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Pro praktickou část byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu pomocí dotazníku. Uvedená metoda se nám zdála nejvhodnější dle zaměření práce a možnosti získání dat od velkého počtu respondentů.

Dotazník obsahoval 23 otázek dle 3 stanovených cílů a 6 očekávaných výsledků. Pro průzkum byla zpracována data od 92 respondentů, jenž byli hospitalizováni v nemocnici, jejich věk byl 60 let a více a podstoupili jakýkoliv typ vyšetření. Průzkum proběhl v Krajské nemocnici Tomáše Bati na oddělení neurologickém, chirurgickém, interním a centru klinické gerontologie. Výsledky šetření byly zpracovány do tabulek a grafů.

Ačkoliv na problematiku informovanosti seniorů před vyšetřením není zpracováno mnoho prací, získaná data porovnáváme s pracemi na téma podobné, a to Ivany Bernátové „Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením“, Pavly Spáčilové „Sociální interakce s pacienty před radiodiagnostickým vyšetřením“, Ireny Vičíkové „Intervenční výkony v kardiologii u pacientů ve vyšším věku“.

Položky č. 1, 2 a 3 sloužily k *základní identifikaci respondentů*. Z celkového počtu 92 respondentů se šetření zúčastnilo 61 mužů (66, 3 %) a 31 žen (33, 7 %). Většinu dotazovaných tedy tvořili muži, a to ve dvou třetinách. Další položkou byl věk dotazovaných – 28 respondentů (30, 4 %) bylo ve věku 60 – 64 let, 41 (44, 6 %) mezi 65 – 74 lety, 21 (22, 8 %) ve věku 75 – 84 let a 2 (2, 2 %) dosahovali věku 85 let a více. Téměř polovina dotazovaných (44, 6 %) byla mezi 65 a 74 lety, tedy mladšího seniorského věku. Uvědomujeme si, že dle WHO, jsou seniory označovány osoby starší 65 let. Do průzkumu jsme však zahrnuli osoby ve věku od 60 let, a to z toho důvodu, že ještě do nedávné doby byl seniorem označován člověk starší 60 let, dále pak díky možnosti získání většího počtu respondentů. Dále jsme se zajímali o vzdělání respondentů – základní vzdělání mělo 15 respondentů (16, 3 %), 44 (47, 8 %) bylo vyučených, 21 (22, 8 %) mělo středoškolské vzdělání s maturitou a 12 (13, 1 %) bylo vysokoškolsky vzdělaných. Téměř polovina dotazovaných (47, 1 %) měla tedy středoškolské vzdělání ukončené výučním listem.

Položky č. 4, 5 a 6 sloužily k *identifikaci oddělení hospitalizace respondentů, určení vyšetření*, a zda bylo dotazovaným *provedeno poprvé, či opakovaně*. Nejvíce respondentů bylo

z neurologického oddělení – 28 (30, 4 %), dále chirurgického – 27 (29, 4 %), interního – 26 (28, 2 %) a nejméně z centra klinické gerontologie – 9 (9, 8 %). 2 respondenti (2, 2 %) byli během vyšetření hospitalizováni na jiných odděleních (urologické a oční oddělení), avšak během průzkumu byli hospitalizováni na standardní chirurgické jednotce. Více než polovině respondentů bylo provedeno zobrazovací vyšetření – 55 (59, 8 %), ostatním dotazovaným pak vyšetření endoskopické – 14 (15, 2 %), speciální - 12 (13, 0 %), elektrografické – 9 (9, 8 %) a fyzikální – 2 (2, 2 %). Polovina dotazovaných (46 respondentů, 50, 0 %) podstoupila vyšetření poprvé, druhá polovina opakovaně.

Cílem č. 1 byla snaha zjistit, zda a jakým způsobem jsou hospitalizovaní senioři před vyšetřením poučeni. Očekávaným výsledkem č. 1 je předpoklad, že více než 80 % dotazovaných bylo poučeno. Očekávaným výsledkem č. 2 je předpoklad, že více než 75 % respondentů bylo poučeno ústně. Očekávaným výsledkem č. 3 je předpoklad, že více než 60 % respondentů mělo zájem o informace týkající se vyšetření.

Z analýzy sesbíraných dat vyplývá, že 83 respondentů (91, 2 %) bylo před vyšetřením poučeno. Zbýlých 9 (9, 8 %) uvedlo, že poučení nebyli. Očekávaný výsledek č. 1 byl **potvrzen**. Ivana Bernátová, která se v roce 2009 zabývala informovaností pacientů před endoskopickým vyšetřením, z dotazníkového šetření zjistila, že ze 76 respondentů bylo 68 (89 %) poučených, 3 (4 %) poučení nebyli, a 5 (7 %) si nevzpomínalo. Pavla Spáčilová, která roku 2014 prováděla výzkum pomocí rozhovoru u 10 respondentů na téma „Sociální interakce s pacienty před radiodiagnostickým vyšetřením“, konkrétně CT s kontrastní látkou, zjistila, že 5 respondentů bylo poučeno, 4 poučení nebyli – ale informace měli z minulých návštěv vyšetření, 1 pacientka nevěděla, zda byla poučena. Zároveň poukázovala, že respondenti se o tom, zda byli poučeni, moc vyjadřovat nechtěli, váhali mezi pravdivými odpověďmi. Irena Vičíková, která provedla roku 2014 průzkum metodou dotazníkového šetření u 104 respondentů na téma intervenčních výkonů v kardiologii u pacientů ve vyšším věku, zjistila, že plně bylo poučeno pouze 37 respondentů (35, 6 %), zbylých 67 (64, 4 %) bylo poučeno částečně nebo vůbec (5 respondentů). Současná platná legislativa klade zdravotnickým pracovníkům, dle jejich kompetencí, povinnost srozumitelně informovat pacienta o zdravotním stavu. Do informací o zdravotním stavu jsou řazeny i informace o zdravotních výkonech (tedy i vyšetřeních).

Z výsledků vyplývá, že 91, 2 % dotazovaných (83) bylo poučených ústně, z toho 35, 9 % (33) bylo poučeno kromě ústní formy i písemně. *Očekávaný výsledek č. 2 byl potvrzen.* V práci Ivany Bernátové bylo ústně poučeno 68 respondentů (89 %), pomocí letáku 45 (59 %), telefonicky 10 (13 %) a 8 (11 %) jich poučeno nebylo. V práci Pavly Spáčilové byli poučeni 4 pacienti ústně, 1 písemně, 4 poučení nebyli a 1 respondent nevěděl, zda byl poučen. Prudil (2014, s. 48) tvrdí, že písemný informovaný souhlas nemůže být náhradou za ústní poučení, nýbrž jeho doplněním. Stejný názor zaujímají i Šustek a Holčapek (2007, s. 89). Haškovcová (2007, s. 46) dále uvádí, že informovaný souhlas může být zpochybněn, pokud pacient ústně nebyl poučen.

O informace týkající se vyšetření mělo zájem celkem 72 respondentů (78, 3 %). *Očekávaný výsledek č. 3 byl potvrzen.* Tímto výsledkem jsme došli k velmi zajímavému zjištění, že i když polovina respondentů podstoupila vyšetření opakovaně, více než čtvrtina z nich měla zájem dozvědět se informace o vyšetření. Potvrzuje se nám tedy názor, že pacient by měl být poučen, i když vyšetření již podstoupil. V průzkumu Ivany Bernátové mělo o informace zájem 65 respondentů (86 %), zbylých 11 (14 %) zájem nemělo. Šustek a Holčapek (2007, s. 68) tvrdí, že pacient, který byl před zákrokem náležitě poučen, lépe spolupracuje, a to jak při diagnostice, tak při léčbě. Nutno podotknout, že dle platné legislativy má pacient právo informace odmítnout, a povinností zdravotnických pracovníků je toto právo respektovat.

Cílem č. 2 byla snaha zjistit, kým jsou hospitalizovaní senioři před vyšetřením poučeni. *Očekávaným výsledkem č. 4 je předpoklad, že více než 75 % dotazovaných bylo poučeno lékařem nebo všeobecnou sestrou na oddělení.*

Z celkového množství 118 odpovědí od 92 respondentů (možnost více odpovědí) jich bylo lékařem na oddělení poučeno 33 (35, 9 % respondentů, 28, 0 % odpovědí) a všeobecnou sestrou na oddělení 32 (34, 8 % respondentů, 27, 1 % odpovědí). Lékařem nebo sestrou na oddělení bylo poučeno 70, 7 % respondentů. *Očekávaný výsledek č. 4 nebyl potvrzen.* Z dalších odpovědí jsme zjistili, že 29 respondentů bylo poučeno lékařem na specializovaném pracovišti (31, 5 %; 24, 6 % odpovědí), 12 (10, 2 %; 13, 0 % odpovědí) všeobecnou sestrou na specializovaném pracovišti, 1 (1, 1 %; 0, 9 % odpovědí) jinou osobou – obvodním lékařem, 2 respondenti (2, 2 %; 1, 6 % odpovědí) si na osobu, kterou byli poučeni, nevzpomínali. 9 respondentů (9, 8 %; 7, 6 % odpovědí) uvedlo, že poučení před vyšetřením nebyli. Nutno podotknout, že část respondentů byla opakovaně poučena více osobami.

V práci Ivany Bernátové bylo lékařem na oddělení poučeno 37 respondentů (49 %) a sestrou na oddělení 27 (35 %), celkem tedy 74 %. Dále byli poučeni lékařem z endoskopického pracoviště (73 pacientů, 96 %), sestrou z endoskopického pracoviště (15 pacient, 20 %), 2 jinou osobou a 1 nevěděl. Legislativa uvádí povinnost poučit pacienta zejména ošetřujícím lékařem, ale tato povinnost spadá do kompetencí ostatních zdravotnických pracovníků, kteří mají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Stejný názor na tuto problematiku mají Haškovcová (2007, s. 32), Šustek a Holčapek (2007, s. 63) i Prudil (2014, s. 48). Ten ještě k tematice dodává, že je lépe, když je pacient poučen několikrát od různých osob, než aby nebyl poučen vůbec.

Cílem č. 3 byla snaha **zjistit subjektivní hodnocení poučení a kontaktu s personálem seniory**. *Očekávaným výsledkem č. 5* je předpoklad, že *více než 75 %* respondentů ohodnotí *poučení jako výborné nebo velmi dobré*. *Očekávaným výsledkem č. 6* je předpoklad, že *více než 20 %* respondentů uvede, že *při poučení byly použity odborné výrazy a názvy*, kterým nerozuměli. *Očekávaným výsledkem č. 7* je předpoklad, že *více než 80 %* respondentů ohodnotí *kontakt s personálem před vyšetřením jako příjemný nebo spíše příjemný*. Na tyto položky odpovídalo celkem 83 respondentů, kteří byli před vyšetřením poučeni. Při informovanosti nás zajímalo, zda byly informace respondentům sděleny podle jejich názoru s dostatečným časovým předstihem – dle 76 respondentů (91, 6 %) informace s předstihem sděleny byly, podle 3 (3, 6 %) respondentů nebyly a 4 dotazovaní (4, 8 %) uvedli jinou odpověď. Dále nás zajímalo, zda respondenti porozuměli všem sděleným informacím o vyšetření, a zda měli zájem o opakované či další informace o vyšetření. Všem informacím porozumělo 68 respondentů (81, 9 %), 1 (1, 2 %) neporozuměl a 14 dotazovaných (16, 9 %) porozumělo částečně. Zájem o upřesňující nebo opakované informace o vyšetření mělo 57 respondentů (68, 7 %), 26 (31, 3) zájem nemělo. Ohledně hodnocení poučení nás zajímala srozumitelnost informací sdělených ústně, písemně a celkové hodnocení informovanosti. Srozumitelnost ústně sdělených informací ohodnotilo 30 respondentů (36, 2 %) výborně, 25 (30, 1 %) velmi dobře, 21 (25, 3 %) dobře a 7 (8, 4 %) dostatečně. Srozumitelnost písemně sdělených informací ohodnotilo 15 dotazovaných (18, 1 %) výborně, 16 (19, 3 %) velmi dobře, 22 dobře (26, 5 %) a 1 (1, 2 %) nedostatečně. 29 respondentů uvedlo, že nebyli písemně poučeni.

Celkově bylo poučení hodnoceno respondenty ve 35 případech (42, 2 %) výborně, ve 28 (33, 7 %) velmi dobře, v 19 (22, 9 %) dobře a v 1 případě (1, 2 %) dostatečně. Jelikož vý-

borně nebo velmi dobře ohodnotilo poučení 75, 8 % (66) dotazovaných, můžeme tvrdit, že *očekávaný výsledek č. 5* byl **potvrzen**. V práci Ivany Bernátové bylo s informovaností velmi spokojeno 18 respondentů (24 %), spíše spokojeno 50 (65 %), 5 (7 %) spíše spokojeno.

Na otázku, zda byly při poučení použity odborné názvy a výrazy, kterým respondent nerozuměl, odpovědělo 16 respondentů (19, 3 %) kladně, 55 (66, 3 %) záporně a 12 dotazovaných (14, 4 %) si nevzpomínalo. I když nevedlo použití odborných názvů celých 20 %, ale 19, 3 % respondentů, *očekávaný výsledek č. 6* byl téměř **potvrzen**. Žádná z uvedených prací se touto problematikou nezabývala. Prudil (2014, s. 47, 48) tvrdí, že jsou často při poučení používané odborné názvy, výrazy a zkratky a zdravotníci by měli při poučení dávat pozornost, aby se jim vyhnuli. S tímto názorem souhlasíme i my. Zároveň se domníváme, že i když naše výsledky ukazují na necelých 20 %, skutečné procento je mnohem vyšší.

Chování a kontakt s personálem před vyšetřením označilo 72 respondentů (86, 7 %) za příjemný a 11 respondentů (13, 3 %) za spíše příjemný. *Očekávaný výsledek č. 7* byl také **potvrzen**.

Poslední část dotazníku byla určena pro nepoučené respondenty, kterých bylo z celkového množství 92 respondentů 9 (9, 8 %). Položky v dotazníku měly spíše doplňující charakter. Při otázce „Proč si myslíte, že Vás personál nepoučil?“ uvedli 3 dotazovaní nedostatek času ze strany personálu, 1 si myslel, že ho nechtěl personál zatěžovat informacemi a 5 uvedlo, že poučení nebylo třeba, protože už vyšetření podstoupili nebo na poučení nebyl kvůli akutnímu stavu čas. O průběhu vyšetření věděli 4 respondenti, pouze 1 se snažil získat informace o vyšetření u jiného zdroje, a to u rodiny a spolupacientů. Dotazovali jsme se také na jejich pocity před vyšetřením, z vícera množství odpovědí označili 2 úzkost, 4 strach, 1 klid a 4 nic zvláštního nepocítovali. Chování a kontakt s personálem označilo 8 dotazovaných příjemný a 1 spíše příjemný.

Hlavním cílem naší práce byla snaha zjistit informovanost seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Po zhodnocení všech cílů a výsledků můžeme tvrdit, že seniori jsou před vyšetřením poučeni a s poučením jsou téměř ve všech případech spokojeni. Domníváme se však, že pacient by měl být poučen již na oddělení lékařem nebo sestrou, 30 % respondentů bylo poučeno až na specializovaném pracovišti. Dále si myslíme, že by si měl personál při poučení dávat větší pozor, zda nepoužívá odborné výrazy, které mohou být zdrojem nedorozumění při rozhovoru.

O výsledku průzkumu jsme sepsali krátkou zprávu a informovali vrchní sestry z oddělení interního, neurologického, chirurgického a centra klinické gerontologie.

ZÁVĚR

Cílem naší práce byla snaha zjistit informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. V teoretické části, jsme se postupně ve třech kapitolách, zabývali jednotlivými druhy vyšetření, problematikou komunikace a informovanosti a seniorem v roli pacienty. V praktické části jsme zhodnotili míru informovanosti seniorů před vyšetřením a její subjektivní hodnocení respondenty. Provedli jsme průzkum pomocí dotazníkového šetření u 92 hospitalizovaných respondentů, starších 60 let, kterým bylo provedeno vyšetření, v Krajské nemocnici Tomáše Bati.

Zjistili jsme, že senioři jsou téměř ve všech případech s poučením před vyšetřením spokojeni. Zároveň jsme zjistili, že poučení personálem má své nedostatky. Personál často používá odborné a cizí výrazy. Dále si myslíme, že všichni pacienti by měli být před vyšetřením poučeni již na oddělení, třetina však byla poučena až na specializovaném pracovišti.

Umění komunikace není jednoduché. Díky neustálému kontaktu s pacienty a nutností komunikace, je povolání všeobecné sestry velmi psychicky náročné. Personál by se měl učit správné komunikaci. Měl by si po rozhovoru ověřit, zda mu pacient při rozhovoru porozuměl. Měl by s nemocným komunikovat tak, jako by byl sám pacientem. Měl by mít potřebu, aby byl každý pacient, ať už před vyšetřením nebo jakýmkoli jiným výkonem, srozumitelně poučen. Poučení snižuje u pacientů míru strachu z provedeného zákroku, zlepšuje důvěru v personál, snižuje rizika nedorozumění a problémů, a zlepšuje spolupráci s personálem před, během i po výkonu.

Doufáme, že tato práce bude pro ostatní vodítkem ke správné komunikaci a sdělování informací (nejen) seniorům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANDRYSEK, Oskar et al., 2011. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.
- [2] BENEŠ, Pavel, 2010. *Informace o informaci, aneb nový pohled na tento svět*. 1. vyd. Praha: BEN – technická literatura, 123 s. ISBN: 978-80-7300-263-3.
- [3] BERNÁTOVÁ, Ivana, 2009. *Informovanost pacientů před endoskopickým vyšetřením* [online]. České Budějovice, [cit. 2015-3-10]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné také z: http://theses.cz/id/7vubqr/downloadPraceContent_adipIdno_13260
- [4] CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ, 2004. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Orac, 183 s. ISBN 80-86199-75-4.
- [5] CYRANY, Jiří, 2014. Jak připravit nemocného ke koloskopii. *Interní medicína pro praxi* [online]. Č. 5, s. 3 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2014/05/10.pdf>
- [6] ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 1996. Etický kodex České lékařské komory. In: *Česká lékařská komora* [online]. [cit. 2015-3-10]. Dostupné také z: <http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>
- [7] ČESKO, 2004. Zákon č. 95 ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04095&cd=76&typ=r>
- [8] ČESKO, 2004. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

- [9] ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=15#seznam>
- [10] ČESKO, 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- [11] ČESKO, 2012. Zákon č. 89 ze dne 3. února 2012 občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast1>
- [12] ČESKOSLOVENSKO, 1966. Zákon č. 20 ze dne 30. března 1966 o péči o zdraví lidu. In: *Sbírka zákonů Československé socialistické republiky*. Dostupné také z: http://www.psp.cz/eknih/1964ns/tisky/t0052_01.htm
- [13] DOBIÁŠ, Viliam, 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.
- [14] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.
- [15] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. Od medicíny mlčení k informovanému souhlasu. *Postgraduální medicína* [online]. Č. 4 [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/od-mediciny-mlceni-k-informovanemu-souhlasu-300318>
- [16] HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. vyd. Praha: Galén, 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- [17] HUDÁKOVÁ, Anna et al., 2014. Prevence pádů a disability. *Sestra* [online]. Č. 05 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-padu-a-disability-475384>
- [18] HUDÁKOVÁ, Anna et al., 2012. Etické aspekty ošetřování starých lidí. *Sestra* [online]. Č. 09 [cit. 2015-02-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/eticke-aspekty-oseetrovani-starych-lidi-466833>

- [19] KABÁTOVÁ, Olga a Alena URÍČKOVÁ, 2013. Ageismus - věkově podmíněná diskriminace. *Sestra* [online]. Č. 04 [cit. 2015-02-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/ageismus-vekove-podminena-diskriminace-470127>
- [20] KOŇAŘÍK, Marcel, 2014. Prodlužování hospitalizace seniorů. *Sestra* [online]. Č. 06 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prodluzovani-hospitalizace-senioru-475383>
- [21] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [22] LEDEREROVÁ, Kateřina, 2014. Komunikace ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. Č. 01 [cit. 2015-02-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>
- [23] LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- [24] MAŘÍKOVÁ, Hana, 1996. *Velký sociologický slovník: A-O*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 747 s. ISBN: 80-7184-164-1.
- [25] MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ a Marie ROZSYPALOVÁ, 2014. *Speciální psychologie*. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 140 s. ISBN 978-80-7013-550-4.
- [26] MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [27] MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ, 2003. *Kapitoly z ošetrovatelské péče IV.: ošetrovatelský proces při odběru biologického materiálu a endoskopickém vyšetření*. 1. vyd. Valašské Meziříčí: Nalios, 93 s.
- [28] NEJEDLÁ, Marie, 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 248 s. + 16 s. barev. příl. ISBN 80-247-1150-8.

- [29] NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana UHROVÁ a Jaroslava JIRÁSKOVÁ, 2007. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy: obor zdravotnický asistent*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 136 s. ISBN 80-7168-940-8.
- [30] Ošetřovatelská anamnéza: Charakteristika ošetřovatelské anamnézy, 2012. *Multimediální тренаžér plánování ošetřovatelské péče* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/osetrovatelska-anamneza.aspx?id=3>
- [31] POKORNÁ, Andrea, 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- [32] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [33] Pokyny pro pacienty: příprava na kolonoskopii fortransem, 2012. In: *Fakultní nemocnice Královské Vinohrady* [online]. [cit. 2015-03-07]. Dostupné z: http://www.fnkv.cz/soubory/540/priprava_na_kolonoskopii.pdf
- [34] Práva pacientů ČR, 1992. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-3-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
- [35] PRUDIL, Lukáš, 2014. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Praha: Linde Praha, 184 s. ISBN 978-80-7201-929-8.
- [36] ROBINSON, Thomas, George WHITE a John HOUCHINS, 2006. Improving Communication With Older Patients: Tips From the Literature. *Family Practice Management* [online]. Č. 8, [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.aafp.org/fpm/2006/0900/p73.html>
- [37] SLEZÁKOVÁ, Zuzana, 2014. *Ošetřovatelství v neurologii*. 1. vyd. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-4868-9.
- [38] SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ, 2014. *Kardiologie pro obor ošetřovatelství*. 2. vyd. Praha: Grada, 255 s., VIII s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-4823-8.

- [39] SPÁČILOVÁ, Pavla, 2014. *Sociální interakce s pacienty před radiodiagnostickým vyšetřením* [online]. Brno, [cit. 2015-3-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/395326/lf_b/Spacilova_Pavla.pdf
- [40] SVĚŘÁKOVÁ, Marcela, 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- [41] ŠPINAR, Jindřich, Ondřej LUDKA et al., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 336 s. ISBN 978-80-247-4356-1.
- [42] ŠTÍPAL, Roman, Roman MIKLÍK a Roman ŠTÍPAL, 2013. Jak připravit pacienta ke koronarografii?. *Interní medicína pro praxi* [online]. Č. 11-12 [cit. 2015-03-06]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/10.pdf>
- [43] ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK, 2007. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ASPI, 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6.
- [44] TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [45] VIČÍKOVÁ, Irena, 2014. *Intervenční výkony v kardiologii u pacientů ve vyšším věku* [online]. Brno, [cit. 2015-3-10]. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/214762/lf_m/Diplomova_prace.pdf
- [46] VOKURKA, Martin, Jan HUGO et al., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 1159 s. ISBN 978-80-7345-202-5.
- [47] VONDRÁČEK, Jan, Vladimíra DVOŘÁKOVÁ a Lubomír VONDRÁČEK, 2009. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 104 s. ISBN 978-80-247-3151-3.
- [48] ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA et al., 2011. *Chirurgická propedeutika: třetí, přepracované a doplněné vydání*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Barthelův test základních sebeobslužných činností (Activity Daily Living)
CRP	C-reaktivní protein
CT	Výpočetní tomografie, zobrazovací vyšetření
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
EMG	Elektromyografie
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie
IADL	Test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activity Daily Living)
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
MMSE	Krátká škála mentálního stavu (Mini Mental State Examination)
NMR	(Nukleární) magnetická rezonance, zobrazovací vyšetření
OGTT	Orální-glukózo-toleranční test
ORL	Oto-rino-laryngologie (Ušní, nosní, krční)
PET	Pozitronová emisní tomografie
RTG	Rentgen (zobrazovací vyšetřovací metoda)
SPECT	Emisní výpočetní tomografie
UZV	Ultrasonografie, ultrazvukové zobrazovací vyšetření
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Pohlaví respondentů	43
Graf 2 – Věk respondentů	44
Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	45
Graf 4 – Oddělení	46
Graf 5 – Druh vyšetření.....	47
Graf 6 – Podstoupení vyšetření poprvé	48
Graf 7 – Způsob poučení před vyšetřením	49
Graf 8 – Podpis informovaného souhlasu	50
Graf 9 – Zájem respondentů o sdělení informací o vyšetření	51
Graf 10 – Osoba, kterou byl respondent o vyšetření poučen	52
Graf 11 – Sdělení informací s dostatečným časovým předstihem.....	53
Graf 12 – Porozumění respondentů sděleným informacím.....	54
Graf 13 – Použití odborných výrazů a názvů edukující osobou	55
Graf 14 – Zájem o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření	56
Graf 15 – Srozumitelnost informací sdělených ústně	57
Graf 16 – Srozumitelnost informací písemnou formou	58
Graf 17 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením.....	59
Graf 18 – Celkové hodnocení poučení	60
Graf 19 – Důvod nepoučení respondenta personálem.....	61
Graf 20 – Vědomosti o průběhu vyšetření.....	62
Graf 21 – Snaha respondentů o získání informací u jiného zdroje	63
Graf 22 – Pocity respondentů před vyšetřením.....	64
Graf 23 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením.....	65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví respondentů	43
Tabulka 2 – Věk respondentů	44
Tabulka 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání	45
Tabulka 4 – Oddělení.....	46
Tabulka 5 – Druh vyšetření.....	47
Tabulka 6 – Podstoupení vyšetření poprvé	48
Tabulka 7 – Způsob poučení před vyšetřením.....	49
Tabulka 8 – Podpis informovaného souhlasu.....	50
Tabulka 9 – Zájem respondentů o sdělení informací o vyšetření.....	51
Tabulka 10 – Osoba, kterou byl respondent o vyšetření poučen.....	52
Tabulka 11 – Sdělení informací s dostatečným časovým předstihem	53
Tabulka 12 – Porozumění respondentů sděleným informacím	54
Tabulka 13 – Použití odborných výrazů a názvů edukující osobou.....	55
Tabulka 14 – Zájem o sdělení opakovaných či upřesňujících informací o vyšetření.....	56
Tabulka 15 – Srozumitelnost informací sdělených ústně	57
Tabulka 16 – Srozumitelnost informací písemnou formou	58
Tabulka 17 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením	59
Tabulka 18 – Celkové hodnocení poučení respondentem.....	60
Tabulka 19 – Důvod nepoučení respondenta personálem.....	61
Tabulka 20 – Vědomosti o průběhu vyšetření.....	62
Tabulka 21 – Snaha respondentů o získání informací u jiného zdroje	63
Tabulka 22 – Pocity respondentů před vyšetřením.....	64
Tabulka 23 – Chování a kontakt s personálem před vyšetřením	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Zásady pro komunikaci se seniory


Příloha P II: Žádost pro umožnění dotazníkového šetření

Příloha P III: Dotazník

Příloha P I: Zásady pro komunikaci se seniory





1. Promyslet si cíl a smysl rozhovoru.
2. Pro komunikaci zvolit klidné, tiché, příjemně působící prostředí.
3. Při prvním setkání podat seniorovi ruku na pozdrav, zaujmout pozici příjemnou pro rozhovor.
4. Během hovoru sedět směrem k seniorovi, dívat se mu do očí.
5. Jednat se seniorem s úctou.
6. Vybrat vhodnou formu komunikace dle případné smyslové bariéry.
7. Mluvit pomalu, srozumitelně, v krátkých jednoduchých větách.
8. Při rozhovoru se držet jednoho tématu, mluvit pouze k seniorovi.
9. Nepřerušovat seniora, snažit se mu porozumět.
10. Ujistit se, že senior porozuměl všem sdělením pomocí kontrolních otázek (Pokorná, 2008, s. 88 – 89; Robinson, White, Houchins, 2006).

Příloha P II: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

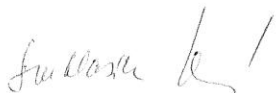
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).


Jméno a příjmení studenta	KRISTINA OBROVA	
Téma bakalářské práce	INFORMOVANOST HOSPITALIZOVANÝCH SENIORŮ PŘED VYŠETŘENÍM	
Vedoucí bakalářské práce	PHD. PETR SNOPEK, DiS.	
	26 - 11 - 2014  podpis	
Skupina respondentů	HOSPITALIZOVANÍ SENIORI	
Pracoviště KNTB, n. 3.	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
NEUROLOGICKÉ ODDĚLENÍ	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	 Jarmila Moudrá
INTERNI ODDĚLENÍ	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	Ing. Marcela Drábková
CHIRURGICKÉ ODD.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	 Mgr. Gabriela Galzerová vrchní sestra chir. odd.
ODD. KLINICKÉ GERONTOLOGIE	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	 Krajské nemocnice T. Bati a.s. Gerontologické centrum prim. MUDr. Milan Forejtek 762 75 Zlín

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 26. 11. 2014


Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd



 KRAJSKÁ NEMOCNICE (S)
T. BATI, a. s.
Havlíčkovo nábřeží Tel.: +420 577 551 111
600, 762 75 Zlín Fax: +420 577 552 107
IČ: 27661989 bnzlin@bnzlin.cz
DIČ: CZ27661989 www.kntb.cz

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Příloha P III: Dotazník

DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. Tématem mé bakalářské práce je „**Informovanost hospitalizovaných seniorů před vyšetřením**“. Budu ráda, když mi pomůžete realizovat průzkum v mé práci tím, že vyplníte dotazník.

Dotazník je anonymní. Prosím o vyplnění všech otázek. Pokud není uvedeno jinak, vyplňte jen jednu odpověď.

Děkuji za Váš čas.

Kristina Obrová

1. Pohlaví

- Muž
- Žena

2. Věk

- 60 – 64 let
- 65 – 74 let
- 75 – 84 let
- 85 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní (ZŠ)
- Středoškolské (vyučen)
- Středoškolské (s maturitou)
- Vysokoškolské (VŠ)

4. Oddělení

- Neurologie
- Interna
- Chirurgie
- LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)
- Jiné

5. Jaké vyšetření jste podstoupil/a (doplňte; pokud jste jich podstoupil/a více, vyberte pouze jedno):

.....
.....

6. Bylo Vám vyšetření provedeno poprvé?

- Ano
- Ne, v minulosti jsem již vyšetření podstoupil/a

7. Jakým způsobem jste byl/a poučen/a před vyšetřením?

- Ústně
- Písemně (např. leták)
- Ústně i písemně
- Nikdo mě nepoučil

8. Podepisoval/a jste před vyšetřením informovaný souhlas?

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Měl/a jste zájem dozvědět se co nejvíce informací o nadcházejícím vyšetření?

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Kdo Vás o vyšetření edukoval/poučil?

- Lékař na oddělení
- Sestra na oddělení
- Lékař na specializovaném pracovišti
- Sestra na specializovaném pracovišti
- Jiná osoba
- Nevzpomínám si
- Nikdo mě nepoučil (otázky č. 11 - 18 nevyplňujte, pokračujte na otázku č. 19)

.....

11. Byly Vám informace o nadcházejícím vyšetření dle Vašeho názoru sdělen s dostatečným časovým předstihem?

- Ano
 - Ne
 - Jiná odpověď
-

12. Porozuměl/a jste všem sděleným informacím?

- Ano
- Ne
- Částečně

13. Byly při poučení použity odborné názvy a výrazy, kterým jste nerozuměl/a?

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

19. Proč si myslíte, že Vás o vyšetření nikdo nepoučil?

- Nezájem o mou osobu
- Nedostatek času ze strany personálu
- Personál mě nechtěl zatěžovat
- Jiné

20. Věděl/a jste, jak vyšetření probíhá?

- Ano
- Ne

21. Snažil/a jste se získat informace o vyšetření u jiného zdroje?

- Ano
 - Internet
 - Rodina a blízcí
 - Spolupacienti
 - Odborná literatura
 - Jiné
- Ne

22. Jaké jste měl/a pocity těsně před vyšetřením (můžete označit více odpovědí):

- Úzkost
- Strach
- Bezmoc
- Nejistota
- Klid
- Vyrovnanost
- Nic jsem nepocíťoval/a
- Bylo mi to jedno
- Jiné.....

23. Jak na Vás personál působil?

.....|.....|.....|.....|
Příjemně Spíše příjemně Spíše nepříjemně Nepříjemně

Připomínky.....
.....

Děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.