

# **Problematika informovanosti klientky související s gynekologickou léčbou a hospitalizací**

Jana Růžičková

---

Bakalářská práce  
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických studií

akademický rok: 2006/2007

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana RŮŽIČKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Problematika informovanosti klientky související s gynekologickou léčbou a hospitalizací.**

Zásady pro vypracování:

**Shromáždění literárních pramenů, formulace základních tezí bakalářské práce.**

**Zpracování teoretické části práce.**

**Příprava praktické části práce, předvýzkum, výzkum.**

**Zhodnocení výsledků výzkumu, zpracování praktické části bakalářské práce.**

**Vytvoření edukačního materiálu.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**HAŠKOVCOVÁ,H. Lékařská etika. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. 272s. ISBN 80-7262-132-7.**

**JANKOVSKÝ,J. Etika pro pomáhající profese. 1.vydání. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.**

**KŘIVOHLAVÝ,J. Psychologie zdraví. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-551-2.**

**LANGMEIER,J., KREJČÍŘOVÁ,D. Vývojová psychologie. 3.vydání. Praha: Grada publishing, 1998. 344s.**

**STOLÍNOVÁ,J., MACH,J. Právní odpovědnost v medicíně. 1.vydání. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-88-4.**

**VYMĚTAL,J. Lékařská psychologie. 3.vydání. Praha: Portál, 2003. 397s. ISBN 80-7178-740-x.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Fremlová**  
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **23. února 2007**

Termín odevzdání bakalářské práce: **1. června 2007**

Ve Zlíně dne 23. února 2007



L.S.

  
Ing. Jitka Chydarová  
*pověřená děkanka*

  
MUDr. František Grossmann, CSc.  
*ředitel ústavu*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce obsahuje část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část obsahuje 4 hlavní části: část právní a etickou, vztah mezi klientem a lékařem, a oblast komunikace.

Praktická část práce obsahuje zhodnocení výzkumu. Smyslem výzkumu bylo zjistit úroveň informovanosti ve dvou zdravotnických institucích. Dotazník obsahuje 21 otázek. Byly rozvinuty a zhodnoceny zkušenosti klientů, týkající se edukace, porozumění informacím a komunikaci. Cílem praktické části je vytvořit metodiku edukace a komunikace pro zdravotnický personál.

### **Klíčová slova:**

Klient, lékař, porodní asistentka, informovaný souhlas, informace, informovanost, léčba, právo, etika, komunikace, rozhovor, edukace, vztah, spolupráce, výkon

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis includes the theoretical part and the practical part.

The theoretical thesis consists of these 4 main parts: the part of law, ethics and client/doctor relationship, and the part of communication.

The practical part includes evaluation of study. The purpose of this study was to determine the level of foreknowledge in two hospitals. A questionnaire comprising 21 questions was developed to evaluate client experience regarding education, understanding of informations and communication. The goal of this practical part is to create methodology of education and communication for medical staff.

### **Keywords:**

Client, doctor, midwife, informed consent, information, foreknowledge, therapy, law, ethics, communication, conversation, education, relationship, cooperation, operation

## PODĚKOVÁNÍ

Poděkování patří především mé vedoucí práce Mgr. Heleně Fremlové za cenné rady a přínosy, za podporu při psaní bakalářské práce. Touto cestou chci poděkovat paní Reškové, která se z počátku podílela na mé práci. Děkuji panu JUDr. Šnědarovi, Ph.D. za cenné informace v právní oblasti. Poděkování patří i zdravotnickým pracovištím, ve kterých probíhalo výzkumné šetření.

*Motto:*

*„Způsob svého života zasvěťím podle svých sil  
a svědomí prospěchu nemocných a budu  
je chránit před každou úhonou a bezprávím.“*

*Úryvek z Hippokratovy přísahy.*

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 INFORMOVANÝ SOUHLAS Z PRÁVNÍHO HLEDISKA</b> .....	<b>11</b>
1.1 EDUKACE KLIENTA O POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČI .....	12
1.1.1 Právní úskalí komunikace .....	13
1.2 SOUHLAS KLIENTA S POSKYTOVANOU ZDRAVOTNÍ PÉČÍ .....	15
1.2.1 Písemný záznam o informovaném souhlasu dle nové vyhlášky.....	15
1.2.2 Rozdíly v písemném informovaném souhlasu .....	16
1.3 OCHRANA OSOBNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	17
1.3.1 Vedení zdravotnické dokumentace .....	17
1.3.2 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.....	18
1.4 SITUACE BEZ SOUHLASU KLIENTA.....	19
<b>2 PROBLEMATIKA INFORMOVANOSTI Z POHLEDU LÉKAŘSKÉ ETIKY</b> .....	<b>21</b>
2.1 INFORMOVANÝ SOUHLAS .....	21
2.2 KLIENT A JEHO PRÁVA – HISTORICKÝ EXKURS .....	22
2.3 PRÁVO NA INFORMACI .....	23
2.3.1 Pravda na nemocničním lůžku .....	24
2.4 PRÁVO NA INFORMACE V DILEMATICKÝCH SITUACÍCH .....	25
2.4.1 Svědkové Jehovovi – medicínská/etická výzva .....	25
2.4.2 Tvář v tvář diagnóze.....	26
<b>3 VZTAH LÉKAŘ – KLIENT</b> .....	<b>27</b>
3.1 PATERNALISTICKÝ MODEL VZTAHU .....	27
3.2 MODEL VZÁJEMNÉHO PARTNERSTVÍ.....	27
3.3 SOCIOLOGIE NEMOCNÉHO ČLOVĚKA .....	28
3.4 PACIENT JAKO KLIENT .....	29
3.5 PSYCHOLOGICKÁ PÉČE O HOSPITALIZOVANÉHO KLIENTA .....	29
3.5.1 Slyšet, co se neříká .....	30
3.6 POTŘEBY KLIENTŮ BĚHEM HOSPITALIZACE.....	30
3.7 ROLE HOSPITALIZOVANÉHO KLIENTA .....	31
3.7.1 Bio-psycho-sociální jednota .....	32
3.8 ROLE LÉKAŘE .....	32
3.9 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY, JEJÍ PŮSOBENÍ NA KLIENTKU .....	33
3.10 SPOLUPRÁCE KLIENTA SE ZDRAVOTNÍKEM .....	34
3.10.1 Psychologické prvky edukace .....	34
<b>4 KOMUNIKACE VE VZTAHU LÉKAŘ A KLIENT</b> .....	<b>36</b>
4.1 –VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	36
4.1.1 Hlavní aspekty vedení komunikace s klientem .....	36

4.2	KOMUNIKACE ANO, ALE I BEZE SLOV .....	37
4.3	CHYBY PŘI KOMUNIKACI ZDRAVOTNÍKA S KLIENTEM .....	37
4.4	ROZHOVOR LÉKAŘE S KLIENTEM BĚHEM HOSPITALIZACE .....	38
4.4.1	Navázání kontaktu s lékařem, stanovení diagnózy .....	38
4.5	ÚČEL ÚVODNÍHO ROZHOVORU .....	38
4.5.1	Strategie terapie, operace .....	39
4.6	NEDIREKTIVNÍ EMPATICKÝ ROZHOVOR.....	40
4.6.1	Vedení nedirektivního rozhovoru.....	40
4.6.2	Techniky používané při nedirektivním rozhovoru .....	41
<b>5</b>	<b>INFORMOVANÝ SOUHLAS V PRAXI .....</b>	<b>42</b>
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....</b>	<b>44</b>
<b>7</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>45</b>
7.1	PŘEDVÝZKUM.....	45
7.2	PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	45
7.2.1	Charakteristika výzkumu.....	46
7.2.2	Návratnost dotazníků .....	46
7.2.3	Zpracování dat.....	46
<b>8</b>	<b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....</b>	<b>47</b>
8.1	ZHODNOCENÍ PRAKTICKÉ ČÁSTI (HYPOTÉZY) .....	68
<b>9</b>	<b>ŘEŠENÍ PROBLÉMU, DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>83</b>
9.1	NÁVRH ŘEŠENÍ .....	83
<b>10</b>	<b>STANDARD – METODIKA KOMUNIKACE A EDUKACE.....</b>	<b>84</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>90</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>93</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>96</b>

## ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je: *Problematika informovanosti klientky v souvislosti s gynekologickou léčbou a hospitalizací.*

Problematika informovanosti je téma, které stojí za to se mu více věnovat. Stále se na zdravotnickém pracovišti setkáváme s častým nedorozuměním v podobě různých komunikačních bariér, nepochopení ze stran klientů, nebo nedůstojného zacházení s nemocnými.

Proč jsem si vybrala tohle téma? Myslím si, že v téhle problematice je stále co zlepšovat, ať už v oblasti komunikace, nebo edukace klienta. Vztah mezi lékařem a nemocným člověkem bude o neustálém předávání informací a zkušeností, vždycky to bude o komunikaci, o vzájemném porozumění, a o individuálním přístupu ke klientům. Bohužel se tak mnohdy neděje a nastanou zbytečné konflikty, kterým se dá vhodným vystupováním předejít.

Teoretickou část práce jsem pojala ze čtyř hlavních hledisek. Zaměřila jsem se nejprve na oblast právní, která se informovaného souhlasu přímo dotýká a stojí za to se o ní zmínit. Největší změny v poslední době nastaly právě v této oblasti. Zde popisuji práva a povinnosti lékaře a klienta v poskytování zdravotní péče. Dále, ve kterých situacích není potřeba vyžadovat informovaný souhlas. Co všechno by měl obsahovat písemný informovaný souhlas podle nové vyhlášky. Vzhledem k tomu, že jsem výzkum vedla ve dvou zdravotnických zařízeních, jsou uvedeny rozdíly v písemné formě informovaného souhlasu.

Etická problematika informovanosti je další součástí mé práce, ve které se podrobně věnuji právu klienta znát pravdu a právo na informace. Nedílnou součástí etické oblasti je i problematika Svědků Jehovových. Zde bylo mým cílem pozvednout respektování jejich práv na alternativní způsob terapie.

Další oblastí mého zájmu je vztah lékaře a nemocného člověka. Tato oblast je dle mého názoru velmi podstatná, jelikož každá úspěšná terapie je postavena na nekonfliktním vztahu a vzájemném porozumění. Oblast komunikace a vedení rozhovoru je popisována v kapitole 4., kde jsem se zaměřila na specifické oblasti během rozhovoru lékaře a klienta.



Praktická část práce je věnována výzkumu, který jsem vedla ve dvou zdravotnických zařízeních. Cílem je zjistit úroveň informovanosti mezi klientkami na oddělení gynekologie. Dále mým cílem je zjistit, ve kterých oblastech péče ženy požadují více informací. Na základě výsledků výzkumu se zaměřím na edukační a komunikační dovednosti zdravotnického personálu.

V závěru mé práce jsou uvedeny přílohy, týkající se jednotlivých kapitol.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 INFORMOVANÝ SOUHLAS Z PRÁVNÍHO HLEDISKA

Zdravotnická profese je nejen posláním, ale hlavně je spojována s odpovědností každého, kdo se rozhodl tuhle profesi vykonávat. Sem patří především dobrá znalost všech práv a povinností občanů i zdravotnických pracovníků, což je nutnou podmínkou pro dobrou kvalitu zdravotnické péče a pro vedení pozitivních vztahů mezi klientem a lékařem. A je v zájmu každého z nás respektovat tato práva a povinnosti.

Z hlediska teorie práv pravidlo informovaného souhlasu spočívá ve dvou základních, vzájemně souvisejících právech fyzické osoby dotčené lékařským zákrokem. Prvním právem je právo klienta na to, aby před jakýmkoliv zákrokem, kterým zdravotní personál zamýšlí zasahovat do jeho zdraví, dostal *pravdivě, úplně a srozumitelně všechny rozhodné informace*, podle kterých se může náležitě rozhodnout, zda k zásahu dá souhlas. Druhým právem je pak to, aby jakýkoliv zákrok do oblasti zdraví osoby *byl proveden pouze na základě jejího předchozího svobodného souhlasu*, který byl udělen po poskytnutí informací, jak je popsáno výše.

Pravidlo informovaného souhlasu je zároveň vyjádřeno tak, že vztah mezi lékařem (zdravotnickým pracovníkem) a nemocným člověkem při poskytování zdravotnické péče je výhradně vztahem soukromého práva, který je založen na rovnosti obou zúčastněných stran. Jestliže je tedy vztah lékaře a nemocného zásadně vztahem dvou z hlediska práva rovných osob, může lékař zasáhnout do psychické nebo fyzické integrity nemocného jedině na základě jejich vzájemné předchozí shody, který se dovršuje právě souhlasem klienta.

Jak již bylo naznačeno, aby klient vůbec mohl vykonat své právo svobodného souhlasu, musí být předem o zákroku, k němuž souhlas má dát, informován. Musí být rovněž informován, proč má být vlastně zákrok proveden, tedy co je vlastně podstatou jeho nemoci, protože klient je zpravidla laik, a nedokáže proto zjistit podstatu své nemoci a navrhnout účinnou terapii. Pokud lékař některou z těchto informací opomene, nebo ji podá nepravdivě a neúplně, nemocný svůj souhlas může v takovém případě udělovat v právně relevantním omylu, který může přivodit neplatnost právního úkonu, tedy neplatnost souhlasu se zákrokem, a tím i protiprávnost celého zákroku.

## 1.1 Edukace klienta o poskytované zdravotní péči

Aby mohl klient skutečně realizovat své právo svobodného rozhodování o sobě i při poskytování zdravotní péče, musí mít pro své rozhodnutí dostatek kvalitních informací.

**Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu** – přímo popisuje souhlas a informovanost nemocného:

### § 23, odst. 1

*„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.“* (Čepický, Líbalová, Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology, 2005, p.16)

*„Úmluva o lidských právech a biomedicině stanovuje, že osoba, které se zdravotnický zákrok týká, musí být předem vhodně informována o účelu a podstatě zákroku a o jeho následcích a rizicích.“* (Vondráček, Bouška, Základy zdravotnického práva, 2004, p.23)

Edukace klienta musí být šetrná a musí být kladen zřetel na ochranu jeho psychiky. Podle zákona to má být **vhodným způsobem**. Lékař má tedy potřebný prostor, aby s ohledem na individualitu nemocného, jeho psychickou úroveň, věk, rodinnou situaci a další aspekty volil sám takový způsob edukace, který bude v daném případě pro nemocného přiměřený.

Obecně platí, že informace mají být podány vhodnou formou, aby nemocný klient byl získán pro lékařskou spolupráci, nikoli však, aby byl zděšen a zbytečně stresován. Neměly by být opomenuty ani rizika, která jsou úzce spjata s daným výkonem. To však neznamená, že by lékař musel vyjmenovat celou řadu vzdálených rizik a komplikací, ale zaměří se na ty specifické a tedy vysoce pravděpodobné. Nezbytnou součástí edukace klienta je i edukace o potřebném léčebném režimu během léčby a poté v období rekonvalescence. Současná právní úprava dává lékaři prostor do jaké míry, v jakém rozsahu a jakou formou klienta informuje o možných rizicích a komplikacích. Je pouze v kompetenci lékaře informovat klienta a jeho příbuzné o jeho zdravotní situaci, diagnóze a dalším průběhu léčby.

Sestra může klienta informovat z hlediska ošetrovatelské péče, o výkonech, které sama provádí a jsou ordinované lékařem. Toto oprávnění, ale i povinnost vyplývají ze skutečnosti, že klient musí s daným výkonem souhlasit. Neinformovaný klient nemůže dát kvalifikovaný souhlas.

Klient má být informován zejména:

- „O povaze onemocnění, potřebných výkonech a způsobu jejich provedení,
- O rizicích těchto výkonů,
- O jejich reálných alternativách,
- O jejich důsledcích na zdraví,
- O potřebném léčebném režimu, včetně předpokládané délky pracovní neschopnosti a omezeních v obvyklém způsobu života.“ (Mach, Rath, Právní sebeobrana lékaře, 2006, p.39)

### 1.1.1 Právní úskalí komunikace

„Komunikace je pro lékaře naprosto klíčovou složkou jeho profese.“ (Mach, Rath, Právní sebeobrana Lékaře, 2006, p.35) Jsou případy, kdy klient potřebuje určitý způsob léčby, ale z praktického hlediska je tato alternativa nedostupná pro většinu osob. Tím je řečeno, to, zda má klient právo vědět tuto alternativu, která je pro něj vzdálená a možná nereálná. Právo na to má a měl by klient a jeho blízcí vědět o všech možných způsobech terapie. Budou-li úplně a pravdivě informováni třeba o možnostech nákladné zahraniční léčby, jsou schopni najít prostředky pro její realizaci, byť třeba za pomoci široké veřejnosti. Pokud by však nemocný zemřel a o takové možnosti by se nedozvěděl, aniž byly vyčerpány všechny možnosti k jeho záchraně, pak si lze představit onu právní dohru, v případě, kdy se až po smrti nemocného příbuzní dozví, že zde byla šance a naděje ho vyléčit. Ale lékař o tom ani klienta ani příbuzné neinformoval. Nebylo tím řečeno, že by měli lékaři podat sáhodlouhé informace, co vše se za hranicemi léčí, nýbrž to, že je to pak jediná možnost nemocnému zachránit život.

Komunikace s nemocnými klienty je dnes stejně tak důležitá jako správná diagnostika a léčba. V mnoha západních zemích operatéři stráví více času ze své pracovní doby rozhovorem se svými klienty a příbuznými, než vlastní operací a navíc tam jsou žaloby pro neúplnou informovanost klientů častější než spory z titulu neodborného medicínského postupu. Nejenže je to porušení práv klientů, ale může to mít stejné závažné důsledky jako neodborný postup lékaře.

Nemusíme však uvádět příklady jen ze zahraniční praxe. I v České republice dochází k žalobám na ochranu osobnosti z důvodu nedostatečné informovanosti klienta o zdravotním stavu a tak porušení jeho práv v oblasti komunikace. Mám na mysli onu kauzu, ve které jsou popisovány situace žen, kterým byla provedena nezákonná sterilizace.

Sterilizace s sebou nese nezvratné změny, a proto takový zásah do tělesné integrity vyžaduje podrobné informace a právoplatný souhlas. Především z právního hlediska takový výkon souhlas přímo vyžaduje. Tím byla porušena práva a v řízení na ochranu osobnosti byla stanovena satisfakce. Převážně šlo o ženy romského původu.

Příklad z české právní praxe jest uveden v příloze P II.

Podle etického kodexu Práva pacientů schváleno Centrální etickou komisí má klient právo získat od svého lékaře informace potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Výjimkou v případě akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud klient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má právo se s nimi seznámit. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní.

Haškovcová ve své knize Práva pacientů provedla rozbor výše uvedeného práva, kde popisuje, že má každý klient právo na náležitou informaci o svém zdravotním stavu a lékař je povinen jej edukovat, jakým diagnostickým nebo léčebným postupům se má klient podrobit a proč. Nemocný má naopak povinnost dát lékaři potřebný souhlas s navrhovaným postupem.

## 1.2 Souhlas klienta s poskytovanou zdravotní péčí

Nemocný člověk, který si může vybrat postup léčby a ví, co ho čeká, se tolik nebojí a lépe spolupracuje. Může zvážit, zda operaci podstoupí, je to hlavně on, kdo rozhoduje o své léčbě - to je princip informovaného souhlasu. Proto je kladen důraz na souhlas klienta s poskytovanou péčí a tento souhlas musí být kvalifikovaný a kvalifikovaný souhlas je souhlas poučeného klienta. „*Souhlas musí být učiněn svobodně a vážně, srozumitelně, jinak je neplatný a může ho dát pouze osoba, která je k tomu způsobilá.*“ (Vondráček, Bouška, Základy zdravotnického práva, 2004, p.27) Navíc může souhlas klient kdykoliv v průběhu léčby odvolat a jeho rozhodnutí musí být respektováno.

### 1.2.1 Písemný záznam o informovaném souhlasu dle nové vyhlášky

Od 1. dubna roku 2007 vyšla v platnost novelizovaná **Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci.**

Z forezního hlediska jsou jasně stanovena kritéria, se kterými klient během poskytování zdravotní péče dává písemný souhlas s poskytováním zdravotního výkonu:

- Klient je obeznámen o účelu zdravotního výkonu, o povaze a předpokládaném úspěchu terapie, je edukován o možných následcích a rizicích zdravotního výkonu,
- Je edukován o možných alternativách, klientovi je umožněna volba z výběru možností alternativních postupů,
- Záznam obsahuje údaje o možném omezení dosavadního způsobu života a pracovní neschopnosti po provedení určitého zákroku, pokud se dá takové omezení předpokládat,
- Jsou mu podány informace o léčebném režimu, o preventivním opatření, která jsou pro klienta vhodná. Je informován o provedení kontrolních vyšetření,
- V závěru klient vyjádří souhlas podpisem, že údaje a edukace dle výše uvedeného mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny. Klient daným informacím porozuměl a měl možnost klást doplňující otázky, na které mu zdravotnický pracovník odpověděl,

- Záznam obsahuje datum a podpisy obou zúčastněných stran (podpis klienta a podpis zdravotnického pracovníka, který informace podával),
- Pokud se stane, že klient se podepsat nemůže, podpis z jeho strany se opatří celými jmény svědka, který byl přítomen po celou dobu projevu souhlasu, jsou uvedeny příčiny, pro něž se klient nemohl podepsat.

Formuláře, na nichž je popis zákroku, včetně obrázků a vyjmenovaných komplikací, už dostávají klienti v řadě českých nemocnic. Navíc to má i své výhody. Mnozí lékaři i ostatní zdravotní pracovníci nemají tolik času vše podrobně vysvětlovat.

### 1.2.2 Rozdíly v písemném informovaném souhlasu

V praktické části se zabývám problematikou informovanosti ve 2 zdravotnických zařízeních. Dostaly se mi do rukou písemné informované souhlasy, ve kterých mě překvapila jejich rozdílnost na jednotlivém pracovišti.

V Uherskohradištské nemocnici je písemný informovaný souhlas sepsán na konkrétní operační výkon zvlášť, kde jsou popsány informace, co je principem daného výkonu, následky a možné komplikace operace. Informovaný souhlas s hospitalizací je rovněž sepsán na zvláštním dokumentu.

Klient si před rozhovorem daný dokument projde a poté se může cíleně pozeptat na konkrétní informace lékaře, který s ním vede rozhovor.

Jako takový způsob informovaného souhlasu je tato varianta nejprehlednější a srozumitelná a z právního hlediska v plném rozsahu dané pracoviště chrání. Navíc klient ví přesně, co podepisuje a má představu, co daný výkon vyžaduje.

Příklad daného informovaného souhlasu je uveden v přílohách P VI, P VII, P VIII.

Ve Zlínské nemocnici Tomáše Bati je informovaný souhlas koncipován tak, že je vše zahrnuto do jednoho dokumentu, který obsahuje souhlas s hospitalizací a současně platí jako souhlas s daným operačním výkonem.

Lékař informuje klienta o daném operačním zákroku, klient v závěru rozhovoru podepíše souhlas s hospitalizací a souhlas, že byl o jeho operačním zákroku informován.



Klient si je vědom souhlasu, ale ztrácí představu o tom, co podepsal.

Příklad informovaného souhlasu je uveden v příloze P IX.

### 1.3 Ochrana osobnosti při poskytování zdravotní péče

V posledních letech je věnována zvýšená pozornost ochraně osobních, zejména pak intimních dat. Z právního hlediska to vyplývá ze *zákona č. 227/2000 Sb. o ochraně osobních údajů*.

Ošetřující personál, především lékař, se během poskytování zdravotní péče dozvídá mnoho intimních informací, které nemocný sděluje v situacích, které pro něj nejsou vůbec snadné, navíc je sděluje člověku, kterého vidí sotva pár minut.

#### 1.3.1 Vedení zdravotnické dokumentace

Podle zákona č. 20/1966 Sb. v platném znění, o péči o zdraví lidu stanovuje, že zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Tato dokumentace obsahuje osobní údaje týkající se samotného klienta, včetně výsledků vyšetření, léčení a další významné okolnosti související se zdravotním stavem nemocného.

Podle novelizovaného zákona o péči o zdraví lidu budou moci klienti nahlížet do svých zdravotnických dokumentací a pořizovat si z nich kopie. To samé právo mohou nemocní přenést i na své příbuzné. Klient tak určí, kdo z jeho nejbližších bude mít přístup k dokumentaci. Toto právo náleží po smrti daného klienta, pokud to však nemocný předem nezakáže.

Názor, zda je dobré, aby nemocný směl nahlížet do své karty, je diskutabilní. Na jedné straně je to dobře, ale bez odborného vysvětlení, co je v dokumentaci psáno, nemocný nemá šanci pochopit souvislosti a formu psaných informací. Pouze za pomoci právníka nebo odborného lékaře má smysl podávat podrobné informace v dokumentaci. To vše ukáže až čas, jak se tato strategie „práva na informace,, ujme v praxi a zda toho budou klienti plně využívat.

Dobře vedená zdravotnická dokumentace se správně vedeným odborným postupem především lékaře právně chrání. Při právním posuzování každého případu se totiž vychází z dané dokumentace o její pravdivosti.

Ochrana osobnosti se nevztahuje pouze na údaje týkající se zdravotního stavu, nýbrž i fyzické stránky člověka. Zejména pak na úseku práce, jako je gynekologicko – porodnické oddělení, kde se intimní části těla ženy odhalují mnohem častěji, než kdekoliv jinde. Chránit stud a soukromí každého člověka, který je hospitalizován, je velmi důležité.

### 1.3.2 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Důvěra klienta ve zdravotnický personál je jedním z významných faktorů zdravotní péče. Je proto velmi důležité ze stran personálu respektovat důvěrnost vztahu, který při poskytování zdravotní péče vzniká. Dodržování mlčenlivosti o tom, co se při své činnosti dozvěděli, by mělo být přirozeností a především povinností každého zdravotnického pracovníka, který přichází do kontaktu s klientem. Tato povinnost se nejprve týkala stránky morální, ale brzy na to se stala povinností právní.

„Podle *zákona č. 20/1966 Sb.* v platném znění je *každý zdravotník* povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se *dověděl v souvislosti s výkonem svého povolání.*“ (Stolinová, Mach, Právní odpovědnost v medicíně, 1998, p.228) Podle zmiňovaného zákona jsou zdravotnickými pracovníky osoby, které získali způsobilost k výkonu povolání, a to především lékaři, kliničtí psychologové a logopedové, středně zdravotnický personál, dentisté a farmaceuti. Sem se řadí i *zdravotníci*, kteří *již zdravotnické povolání nevykonávají.*

Mezi osoby, které se dostávají do styku s osobními údaji, patří i osoby, které zpracovávají určité údaje pro zdravotnická zařízení nebo pro zdravotnictví. Tyto osoby nejsou ani zdravotnickými pracovníky. Týká se to především lidí, kteří zpracovávají *statistické údaje* a podle zákona o státní statistické službě jsou tito pracovníci povinni složit slib mlčenlivosti.

Nelze vynechat ani *pracovníky zdravotních pojišťoven*, kteří stejně tak mají tu povinnost zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli členové jednotlivých pojišťoven, což vychází ze zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně.

## 1.4 Situace bez souhlasu klienta

Bez souhlasu nemocného je možné provádět diagnostické a léčebné metody jen v těch situacích, které plynou přímo ze zákona č. 20/1966 Sb. §23, odst. 4

Jde o případy:

- „Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení (lues, otevřená TBC),
- Jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- Není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.“ (Stolinová, Mach, Právní odpovědnost v medicíně, 1998, p.210)

Tohle jsou případy, kdy je možné klienta přijmout do ústavní péče bez jeho souhlasu a dle povahy onemocnění zahájit patřičnou terapii.

***Pokud byl klient přijat do ústavní péče bez svého souhlasu, kdy nemohl souhlas vyslovit*** např. pro bezvědomí nebo intoxikaci, ***je příslušné zdravotnické oddělení povinno do 24 hodin od přijetí oznámit tuto skutečnost soudu*** ( krajský, obvodní), ve kterém má zdravotnické zařízení sídlo. Toto ustanovení zajišťuje kontrolu, zda je hospitalizace a s tím spojená léčba opodstatněná a právně zdůvodněná.

Jsou i další situace, které nevyžadují souhlas nemocné osoby. A to především situace zachraňující život nebo zdraví dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům.

K těmto případům se řadí i situace, kdy zdravotník jedná v tzv. **krajní nouzi**, která nevyžaduje souhlas nemocného.

„Nemocný nemusí být u každého jednotlivého výkonu dotazován, zda s ním souhlasí a nemusí výslovně prokázat, že skutečně souhlasí. Stačí, když je z jeho chování souhlas zřejmý, a lze jej tedy právem předpokládat.“ (Stolinová, Mach, Právní odpovědnost v medicíně, 1998, p.211) Porodní asistentka, která jde k nemocnému například aplikovat injekci, plní ordinaci od lékaře, nemusí od klienta vyžadovat jeho souhlas. Pouze jej informuje o daném výkonu, který sama provádí. Postačí, když z jeho chování je souhlas zřejmý.

Právní problematika informovanosti byla, je a bude doménou všech zúčastněných osob, kterých se to týká. Zejména pak nemocných klientů, kteří jsou aktivními členy v péči o své zdraví.

## 2 PROBLEMATIKA INFORMOVANOSTI Z POHLEDU LÉKAŘSKÉ ETIKY

Etika má bezesporu své nezastupitelné místo v medicíně. Dotýká se všech odvětví v lékařství. V posledních letech s vývojem moderních přístrojů a léčby se setkáváme stále více s etickými dilematy nebo s alternativními postupy v léčbě nejrůznějších onemocnění. S příchodem nových metod však není mnohdy jednoduché postupovat tak, jak bychom si sami představili. Stát, jako je Česká republika, se zrovna nepyšní nejmodernější technikou, a tak mnohé onemocnění je možno léčit a diagnostikovat v různých koutech světa. A to mnozí lidé neví. Neví, že je ještě nějaká naděje na vyléčení, jelikož jim o tom nikdo nepodal vhodné a pro ně důležité informace. Na druhou stranu lékař zná nejen alternativní, ale dokonce nejlepší možné řešení zdravotní situace konkrétního klienta, ale zároveň ví, že zvažovaný postup je nedosažitelný. Otázkou je, zda má o takovém postupu vůbec klienta informovat?

V odborných kruzích panuje z hlediska lékařské etiky shoda v názoru, že klient má právo vědět i o problematicky dostupných postupech, především proto, že se jich nakonec může domoci zvláštní cestou, například s pomocí solidarizující veřejnosti.

### 2.1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je v poslední době jedno z hlavních témat a je podmínkou každého diagnostického a terapeutického výkonu. V teoretické rovině panuje shoda v názoru na to, že klient by měl být náležitě informován, a že by se měl k navrženým diagnostickým a terapeutickým postupům vyjádřit. „V praxi panují rozpaky nad způsobem informování, nad jeho rozsahem a nad mírou rizik, která mají být uvedena. Nejasná je také formální záležitost, jak má vlastně informovaný souhlas vypadat a co musí obsahovat, aby byl právoplatný.“ (Haškovcová, Lékařská etika, 2002, p.242)

Pokud je výkon náročnější a prováděný zpravidla při hospitalizaci, je nutné vyžadovat informovaný souhlas, jehož předpokladem je informovanost nemocného, vztahující se ke konkrétní situaci. **Tohle je pravý důvod, že informovaný souhlas nemá a nemůže mít obecnou formu, tedy všeobecně používaný formulář.** Co je však nutné dodat, že ani písemný informovaný souhlas v žádném případě nenahrazuje konverzaci lékaře s klientem.

Každý výkon, ať už za cílem diagnostiky nebo terapie, s sebou nese určitou míru rizika. Rizika spojená s navrhovaným postupem je nutno uvést jak ústní, tak písemnou formou. Informovaný souhlas však nemůže obsahovat všechna myslitelná rizika, mnohdy je nemůže uvést ani lékař, a tak bychom se měli věnovat rizikům častým a tedy vysoce pravděpodobným. Taky bychom měli pamatovat na to, že nemocného je třeba motivovat ke spolupráci a posilovat v něm pocity plné důvěry.

## 2.2 Klient a jeho práva – historický exkurs

„Po dlouhá staletí neměli nemocní žádná práva a nutno spravedlivě doplnit, že je ani nepotřebovali. Nemocný byl v minulosti plně závislý na lékaři.“ (Haškovcová, Lékařská etika, 2002, p.95) „Lékaři se soustředili především jen na nemoc, na nemocný orgán, na jeho poškozenou funkci. Bylo tedy třeba formulovat i ostatní potřeby nemocných, ty které byly moderní medicínou opomenuty, jakož i ty, které vznikly nově. Proto vznikla práva pacientů.“ (Haškovcová Práva pacientů, 1996, p.15)

První kodex Práv pacientů vznikl v roce 1971 a sepsal jej lékárník David Anderson z Virginie. „Anderson zdůraznil právo nemocného na respekt, autonomii, sebeurčení a individuální přístup.“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, p.16-18) Ve své době velmi propagoval „medicínu mlčení“, což tehdy znamenalo, že bylo pro klienta sice vykonáno hodně, ale bylo s nimi více zacházeno jako s předmětem než-li se subjektem.

„Historie Práv pacientů v České republice je velmi krátká. Na podzim **1990 začala pracovat první Centrální (nyní Národní) etická komise při Ministerstvu zdravotnictví**. Ve stejné době se začaly formulovat různé společnosti pacientů, jejich přátel a rodinných příslušníků. Tato laická sdružení jsou velmi důležitá a běžná na celém světě. Dnes jich existuje více než 140. Základem české verze etického kodexu Práva pacientů byla Vzorová práva nemocných, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Definitivní verze Práv pacientů formulovala a vyhlásila **Centrální etická komise MZ České republiky dne 25. 2. 1992.**“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, p.23-25)

„Práva pacientů jsou etickým kodexem. Jsou tedy závazná morálně, nikoliv právně. Ze samotného textu práv pacientů nevyplývá pro lékaře ani další zdravotníky žádná právní povinnost. Prakticky jej však respektovat musí, neboť všechno, co je v právech pacientů, je v souladu s právně závaznými texty.“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, p.153-154)

Práva pacientů jsou popsána v příloze P III.

### 2.3 Právo na informaci

Klient má právo na informaci o svém zdravotním stavu a lékař je povinen jej edukovat, jakým diagnostickým a terapeutickým postupům se má klient podrobit a proč. Nemocný je zase povinen dát lékaři souhlas s navrhovaným postupem léčby. O tom, že klienta musí lékař informovat není pochyb, ale volba formy a obsahu rozhovoru bude závislá vždy na dané situaci. „Často a právem se hovoří o individuálním přístupu k nemocnému. Lékař musí brát v úvahu nejen vzdělání nemocného, ale také jeho schopnosti porozumět situaci. Lékař nemá, zejména při počátečním rozhovoru s nemocným, lehkou situaci. Pacienta dobře nezná. pacient je trpící člověk, bojí se a má právo se bát, má také právo nerozumět vzniklé situaci. Právě proto musí být náležitě informován a tím i uklidněn.“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, str. 62-64)

Najdou se však i situace, kdy po vhodné edukaci nemocného se stane, že klient prohlásí, že „nic neví“, jelikož mu lékař „nic“ neřekl. Dá se to velmi snadno vysvětlit. Nemocný klient je pod emočním tlakem, který se velmi rychle stupňuje. Emoce jdou ruku v ruce se strachem, že se dozví nepříznivou zprávu o svém zdravotním stavu. A pod tíhou této situace dojde k tomu, že nemocný sice lékaře slyší, ale nevnímá. Poté pak klidně s čistým svědomím sdělí, že nebyl informován. Taková situace není v našich podmínkách žádnou zvláštností. Otázkou však zůstává, jak takovému problému předejít. Každý člověk je individuální a není možné za krátký čas všechny nemocné poznat tak, jak bychom si přáli.

Velkým problémem lékařské komunikace je nesrozumitelnost naší řeči. Může se stát, že lékař určitou věc či informaci považuje za zcela srozumitelnou a samozřejmou a na to během rozhovoru s klientem neupozorní. A ví to i ten nemocný člověk?

Je na světě další nevědomost na straně klienta, jelikož pro něj tato nevyřčená informace má své opodstatnění. Pokud si nemocný a lékař navzájem neporozumí, základní komunikace

vážne, stoupá napětí a chybí důvěra, a tak nedostatečné nebo nepřesné informace mohou zapříčinit řadu nedorozumění. Vystane na povrch zmatenost a špatný pocit klienta, že není o něj dobře postaráno.

### 2.3.1 Pravda na nemocničním lůžku

Zda vědět či nevědět pravdu je velmi diskutabilní a vyvolává mnoho rozdílných názorů, a to jak na straně laiků, tak i u lékařů. Existuje celá řada vážných a nevléčitelných onemocnění a právě taková onemocnění jsou dnes předmětem mnoha diskuzí. Týká se to především onkologicky nemocných klientů.

Kdybychom mohli onu pravdu rozdělit, byla by to **milosrdná lež** (pia fraus, oklamání) a pravda jako **pravda**. Způsob nazírání na to, KOMU, KDY, KDE, JAK a CO sdělit, se odedávna měnil. V minulosti takové oklamání nebyl problém a bylo to velmi snadné. Nemocní nebyli vzdělaní v oboru jako je medicína a hlavně svému lékaři věřili, respektive věřit chtěli. „Lékař lhal tím více, čím méně mohl pro nemocného terapeuticky udělat. S postupem doby se měnila škála onemocnění, u kterých byla strategie milosrdného oklamání normou.“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, p.71) Postupně se situace nazírání na pravdu trochu změnila, ale neznamená to, že by pia fraus byla vymýcena. Používala se dál, ale v mírnějších formách a v určitých situacích. Vše má své výhody, ale i nevýhody.

V souvislosti s touto situací si klient nevyřeší své záležitosti, osobní věci neuspořádá a rodina pak může konstatovat, že kdyby věděli „všechno“, mohlo by být mnoho věcí jinak. V takovém případě by měl lékař zvažovat, jak se zachovat a takové důsledky předpokládat. Má vůbec lékař právo na nesdělení pravdy? Odborníci se shodli na tom, že lékař takové výrazné právo má. Musí si být však vědom důsledků dané situace a umět zvažovat PRO a PROTI. Z právního hlediska však víme, že nemocný člověk má právo na pravdivou informaci.

„Pravda v tomto smyslu se nerovná nutně znalosti nomenklaturního názvu nemoci, i když takto chápaná a takto prezentovaná pravda je možná. Název nemoci dokonce není často ani rozhodující. Poznat pravdu znamená především uvědomit si existenci vážné, chronické nebo nevléčitelné nemoci.“ (Haškovcová, Spoutaný život, 1991, p.61)



## 2.4 Právo na informace v dilematických situacích

Dilematické situace jsou charakteristické především tím, že lékař přesně neví, co je pro daného nemocného tou pravou léčbou. Pak vyvstává jediné možné řešení, aby spoluzodpovědnost za rozhodnutí byla svěřena do rukou samotného nemocného člověka. V takových situacích je každá rada drahá. Dilematické situace, kterých v moderní medicíně není málo, jsou mimořádně náročné pro všechny, kterých se to týká, včetně lékařů.

### 2.4.1 Svědkové Jehovovi – medicínská/etická výzva

Stojíme na prahu jednoho z dilemat v lékařské etice. Po celém světě se pohybuje mnoho lidí, kteří mají hluboké náboženské přesvědčení. Tito členové zastávají názor, že je nesprávné přijímat homologní nebo autologní plnou krev. Péče o svědky Jehovovy tak může vytvořit dilematickou situaci pro lékaře, který je oddán myšlence zachovat život a zdraví tím, že uplatní všechny techniky, které má k dispozici. V mnohých amerických státech často chirurgové odmítli ošetřit svědky, jelikož měli pocit, že postoj vůči použití krevních derivátů „svazuje lékaři ruce.“ Má to své opodstatnění, úkolem každého lékaře je léčit všemi možnými prostředky k tomu určenými.

Ovšem dnešní doba nám dala nový postoj v péči o nemocného člověka, jako o klienta, který má právo rozhodovat a zodpovídat za svoje zdraví. Lékař má tu funkci nabídky, smí sdělit vlastní názor, ale rozhodnutí je na nemocném. Pouze za předpokladu, že bude kvalitně a pravdivě informován.

„Svědkové Jehovovi jsou v České republice uznanou církví, čímž je oficiálně potvrzeno jejich právo na víru, kterou musíme, i při neshodě v názoru, respektovat. Lékař by měl být náležitě chráněn a měl by mít dostatečný prostor pro odborná rozhodnutí právě tak jako pacient by měl mít jistotu, že nebude podveden.“ (Haškovcová, Práva pacientů, 1996, p.94)

Co tedy podniknout, aby byla spokojenost na obou stranách? Svědkové při vstupním vyšetření podepíší informovaný souhlas týkající se potřebného výkonu, především po důkladném rozboru výkonu ze strany lékaře. Je nutno doplnit v tomto případě negativní revers, který obsahuje údaje o tom, že si nepřejí podání transfúze a ostatní krevní deriváty.

Svědkové Jehovovi kooperativně nabízejí právní ujistění v podobě „*Prohlášení k lékařské péči (Revers)*“, který si s sebou klientka vezme do nemocnice. V příloze č. P X je uveden, jak revers vypadá. Na základě požadované bezkrevní léčby nosí Svědkové u sebe zdravotní průkaz: „*dokument pro lékařskou péči.*“ Bývá každoročně obnovován a podepsán vlastníkem a často jeho nejbližšími příbuznými.

Vzor zdravotního průkazu je uveden v příloze č. P XI.

#### 2.4.2 Tváří v tvář diagnóze

Jak již bylo výše uvedeno, na to, zda vědět čistou pravdu nebo ne, je mnoho odlišných názorů. Nádorová onemocnění vnímá většina lidí jako nemoc plnou bolesti, strádání, i jako onemocnění, které ho handicapuje v rovině psychologické, sociální a tělesné v souvislosti s lokalizací nádoru, zejména v intimních částech těla. I přes narůstající pokrok medicíny, je k nádorovému onemocnění vztahován fakt „nevléčitelného“ onemocnění vedoucí k předčasné smrti, doprovázené obtížnou a vyčerpávající léčbou.

„Stále více žen musí čelit závažné diagnóze – onkologickému onemocnění.“ (Špatenková, Jak řeší krizi moderní žena, 2006, p.118) Onemocnění zhoubným nádorem prsu nebo pohlavních orgánů je specificky ženskou krizí, jelikož postihuje ženu v její podstatě, v samotném ženství. Má velký dopad na psychiku ženy, emocionální prožívání a má vliv na mezilidské vztahy. Nejenže ovlivňuje sebevědomí, sebeobraz, ale taky pocit vlastní přitažlivosti a životní priority. Taková onemocnění mohou silně otrástit její ženskou identitou. Vlastní strach může být natolik velký, že zabrání včasné návštěvě lékaře a zahájení léčby. I přes značné úsilí zdravotnické osvěty se nadále setkáváme s lidmi, kteří vyhledají lékařskou pomoc pozdě, až když je prognóza onemocnění nepříznivá a léčba radikální.

Už jen samotné podezření, že něco není v pořádku, je pro ženu velmi stresující a nepříjemné. Je pouze v zájmu každé ženy, jak na takovou situaci zareaguje. Neměla by se vystavovat zdlouhavému rozhodování, zda navštívit lékaře, či nikoli.

Jak se říká: „*Někdy je lepší krutá jistota, než mučivá nejistota.*“

### 3 VZTAH LÉKAŘ – KLIENT

„Vztah mezi pacientem a lékařem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována.“ (Vymětal, Lékařská psychologie, 2003, p.116) V posledních několika letech došlo ve vztahu lékaře a klienta ke značným změnám od biologického přístupu k léčení ke kladení větší pozornosti na psychosociální faktory.

Existuje mnoho teorií a modelů těchto vztahů. Chtěla bych však poukázat na dva základní modely vztahu mezi lékařem a nemocným. První model je na lékaře a nemoc orientovaný neboli paternalistický, ten druhý je model na klienta orientovaný neboli partnerský.

#### 3.1 Paternalistický model vztahu

Je to tradiční způsob ve vztahu a hlavně v minulosti silně převyšoval. Nezřídka se s ním můžeme setkat i dnes. Je charakteristický tím, že zde lékař jednoznačně dominuje a má hlavní slovo. V případě tohoto modelu je vztah silně asymetrický. Většinou to bývá lékař, kdo vede monolog, spíše stručně informuje a podává rady. Jeho povinností je upevňovat klientovo zdraví. Léčba probíhá na úrovni biomedicíny, osobnost klienta je potlačena a jeho participace na konzultaci a rozhodování je minimální. „Lékař usiluje o zcela věcný a racionální přístup, pacientovi nenaslouchá, řídí se výlučně sebou a tím, co je třeba dělat z hlediska onemocnění, jež chápe výlučně jako biologickou záležitost. O subjektivitu nemocného se nezajímá.“(Vymětal, Lékařská psychologie, 2003, p.125) Tento model je prospěšnější u klientů, kteří si nejsou jisti, jaká terapie je pro jejich zdravotní problém nejlepší a raději přenechají veškeré rozhodnutí na lékaři. V posledních letech se od takového modelu ustupuje, ale uplatnění nalézá například v naléhavých případech.

#### 3.2 Model vzájemného partnerství

Tento vztah je více o spolupráci mezi lékařem, nemocným a jeho rodinou. Je mezi nimi osobní vztah, lékař se snaží naslouchat, a zajímá se o subjektivní stránku nemocného. Jsou zde preferovány především psychologické poznatky. Je tu vidět přínos pro obě strany. Lékař přináší své klinické zkušenosti a nemocný zase své vlastní zkušenosti, očekávání

a pocity. Je zde velmi žádoucí aktivita klienta, jaký má postoj k nemoci a následně k léčbě. Lékařova role je podobná roli vedoucího nebo rádce. Převládá zde celostní pojetí člověka, který prožívá a má vůli. Význam partnerství ve vztahu lékaře a klienta stále roste a vyvíjí se.

Moderní medicína vidí nemocného člověka jako racionální, samostatně myslící bytost s vlastním systémem hodnot, která je schopna uvažovat svobodně a má plné právo sama o sobě rozhodovat.

### 3.3 Sociologie nemocného člověka

Tak, jak prodělalo lékařství vývoj od svého prvopočátku, tak se podobně vyvíjelo i postavení nemocného člověka. Počátkem 20. století vyvstává na povrch otázka role subjektu nemocného, jeho psychických a sociologických podmínek ve vztahu k nemoci. Vzniklo kolem toho mnoho teorií, ale největšího rozmachu dosáhl směr amerického sociologa Talcotta Parsonse.

**„Podle Parsonsovy teorie má role nemocného 4 charakteristické rysy:**

1. Nemocný je považován za neodpovědného za vznik svého stavu a za neschopného odstranit ho svou vůlí,
2. je zproštěn svých dosavadních povinností,
3. je povinen dávat najevo vědomí nežádoucnosti svého stavu a jeho přechodnosti,
4. je povinen vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi, nedojde-li ke spontánní úpravě.“ (Bartlová, Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny, 1996, p.53)

Sociologie nemocného člověka popisuje jako jedince nalézajícího se ve zvláštní situaci, která mu brání vykonávat společenské funkce, které by normálně byl schopen plnit.

### 3.4 Pacient jako klient

Významné změny, které v pojetí vztahu mezi lékařem a nemocným v posledních letech probíhají, se promítly i do oblasti jazykových termínů. **„Pojem pacient bývá nahrazen termínem „klient“ nebo „zákazník“.** Nový termín není jen formálním označením, má v sobě důležitý moment vzájemného vztahu obou komunikujících partnerů. Lékař bývá též nazýván „poskytovatelem“ této služby. „Poskytovatel služby vždy potřebuje, aby zákazník o jeho služby stál a vyžadoval ji. Pro zdravotnictví jako službu přirozeně plyne závazný specifický požadavek: pacientovi *rozumět, komunikovat s ním*, poznat jeho potřeby, nabízet to, co chce, co mu vyhovuje. Z tohoto přístupu je odvozován princip velící chápat jako kontrolu úspěchu spokojenost pacienta.“(Kapr, Pacient: Revoluce v poskytování péče, 1998, p.10)

### 3.5 Psychologická péče o hospitalizovaného klienta

Hospitalizace je pro člověka zcela novou situací. Nemění se však jen stav tělesný, nýbrž jisté a podstatné změny nastávají v psychickém stavu nemocného.

Je podstatný rozdíl mezi klientem, který jde k ošetřujícímu lékaři a klientem, který je v nemocnici. K ošetřujícímu lékaři jdou lidé relativně ze své vůle. Je velmi málo nemocných, kteří jdou do nemocnice z vlastního rozhodnutí, pouze tak učiní z rozhodnutí autority, tedy od svého ošetřujícího lékaře. Pokud člověk však již přichází k hospitalizaci, je si silně vědom, že jeho zdravotní stav je o mnohem vážnější, než si mohl představovat.

Lidé staršího věku pobyt v nemocnici vnímají jako místo posledního odpočinku. Avšak u většiny lidí, kteří musí být hospitalizováni, převládají v různé míře obavy, strach, pocity nejistoty, a touží po lidské blízkosti. Míra strachu a důvěryhodnost úzce souvisí i se známostí prostředí a velikostí nemocnice.

Jsou zjištěny způsoby, jakými se nemocný člověk vyrovnává s hospitalizací:

- a) rezignace – prožívá pocit bezmocnosti, pasivity a závislosti
- b) zdánlivě se přizpůsobí, ale porušuje pravidla (tajně kouří, nebere si léky)
- c) protest a zařazení k „obtížným“ klientům – kritizuje, stěžuje si...
- d) adaptace – omezení zpravidla přijímá jako „nutné zlo“, které je přechodného cha-

rakteru, což je případ většiny nemocných.

V institucionálních zařízeních jako je nemocnice jsou zavedeny služby specialistů, kteří se zabývají svou specializací, např. duševním stavem nemocného. U některých závažných onemocnění je zapotřebí využít pomoc odborníka - psychologa. Jinak nejvíce času s nemocným stráví středně zdravotnický personál, který bývá nejlépe informován o duševním stavu a chování nemocného.

### 3.5.1 Slyšet, co se neříká

Nemocný člověk vstupuje do zdravotnického zařízení s nedějí, ale i s nedůvěrou. Má strach a člověk, který se bojí, důvěrou hned tak neoplývá. Musí ji k nám získat. Důvěra klienta ve zdravotní personál je velmi důležitá. Mnohokrát se stane, že z různých důvodů nemocný neřekne právě to, co by lékaři mohlo být pomocí. Klient by se rád zeptal na některé otázky, ale bojí se a stydí, zvláště pokud se to týká pohlavních orgánů a intimností s nimi spojených. Vzniká tak paradox. Na oddělení, jako je gynekologie, se nachází mnoho odborníků přes tuto problematiku, kterou by mohli hned vyřešit a bez vážných problémů na mnoho otázek odpovědět.

Domnívám se, že je to především problém společenský. Lidé totiž nejsou zvyklí hovořit o svých intimních problémech, natož s cizím člověkem. Otázkou však zůstává, jak takové bariéry odstranit?

## 3.6 Potřeby klientů během hospitalizace

**Tělesné potřeby** nejenže souvisejí s bezprostředním přežitím jedince, ale mají významný podíl na úrovni pobytu v nemocnici a přímo tak ovlivňují psychickou stránku člověka. Nejčastěji se setkáváme s deficitem, jako je pocit žízně, bolesti, poruchy hybnosti, vyprazdňování, mnozí špatně spí a stěžují si, že jsou zbytečně brzo ráno buzeni a pak „nekonečně dlouho čekají.“

**Psychické potřeby** se u klientů v hospitalizaci nejčastěji týkají hlavně jistoty a bezpečí obecně, akceptací a pozitivním hodnocením od personálu a ostatních nemocných, patří sem i potřeba soukromí, ale zároveň, aby se necítili osaměle.

**Sociální potřeby** jdou ruku v ruce s potřebami psychickými a mezi ně lze zařadit nutnost komunikace a pozitivního kontaktu, který vede k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Izolace klienta je v tomto smyslu kontraindikací, pokud to není výslovně indikováno. Tedy čím více návštěv, tím lépe. Nežádoucím faktorem jsou nejrůznější konflikty mezi nemocnými a mezi klienty a personálem. „Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně *emočně a vztahově náročný*.“ (Vymětal, Lékařská psychologie, 2003, p.199) Tedy proto je tu uplatnění *model na klienta orientované medicíny*, z toho vyplývá, že lékaři a ostatní zdravotníci aktivně vstupují do osobního kontaktu s nemocným, tzn. průběžně a adekvátně ho informují o všem podstatném, projevují zájem o jeho prožívání a snaží se pochopit jeho situaci.

Míra a kvalita uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb tvoří důležitý rámec – *kvalitu života*, na kterou by se nemělo zapomínat ani během pobytu v nemocnici.

### 3.7 Role hospitalizovaného klienta

Jak již bylo výše uvedeno, je to pro člověka nová situace, i když bude hospitalizován po vícekrát. Před nemocí byl člověk zaměstnaný, nezávislý, byl schopen plného rozhodování. Nyní je nemocen a není schopen plnit svou přirozenou sociální roli. Po příchodu do nemocnice je klient ve stavu vnitřní úzkosti, bývá zmatený a plný obav, co ho při hospitalizaci čeká. Pravidelně vykazuje určitou míru dezorientace, vykojení a nejistoty. Aby se alespoň základně uměl pohybovat v neznámém prostředí, vděčně tak přijímá rady sousedících klientů na pokoji. Musí být v interakci se zcela novými lidmi, s prostředím, které je mu cizí. Přitom všem se od něj očekává, že bude spolupracovat se zdravotnickým týmem a nebude tak vyžadovat zvláštní pozornost.

K roli nemocného člověka patří jeho podřízenost, což vyplývá z latinského slova *patientia*, tj. trpělivost, pasivita. Avšak v moderní medicíně je pasivita nemocného považována za nežádoucí. Klient má být aktivní, má se aktivně podílet na terapii. De facto sám rozhoduje o tom, zda bude léčen nebo ne. Záleží pouze na něm, zda bude dodržovat ordinace nebo může změnit lékaře. Co však do role nemocného patří především, je síla uzdravit se.

### 3.7.1 Bio-psycho-sociální jednota

„Průběh nemoci je často silně ovlivněn psychickým stavem nemocného, jeho náladou, obavami a nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, jeho osobnostními charakteristikami, výchovným působením rodiny, školy, pracoviště i zdravotnických pracovníků a spolupacientů.“(Čechová, Mellanová, Rozsypalová, Speciální psychologie, 1995, p.65)

Každý člověk nemoc prožívá různě dle svých individuálních rysů osobnosti a podle sociální situace, ve které se právě nachází. K tomu, abychom nemocnému dobře porozuměli, ho potřebujeme vidět komplexně, nejen jeho organismus, ale především jako osobnost s psychickými vlastnostmi. Celostní pojetí člověka tak nenarušuje důležitý vztah nemocného k celému zdravotnickému personálu, snáze s námi bude spolupracovat a průběh terapie bude o to kratší. „Chápeme-li nemocného jako osobnost s určitými psychickými vlastnostmi a sociálními rolemi, odpovídá to lidskému, humánnímu vztahu člověka k člověku a profesionální etice lékařů, sester i všech ostatních pracovníků.“(Čechová, Mellanová, Rozsypalová, Speciální psychologie, 1995, p.66)

### 3.8 Role lékaře

Role lékaře je přesně protipól toho, co se dá očekávat od nemocného člověka. Lékař je nejen v naší kulturní oblasti, ale na celém světě hodnocen tradičně velmi kladně. „Obecně je činnost lékaře funkcionálně zaměřena na ochranu upevňování zdraví, na diagnostiku odstraňování nemoci, na záchranu ohroženého života.“(Bartlová, Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny, 1996, p.76) Úkolem každého lékaře je definovat nemoc, vyhledat a určit, co je zapotřebí k jejímu ukončení. Je považován za odborníka a rádce. Role lékaře v sobě zahrnuje dominanci, rozhodnost a hlavně ve svém počínání nese odpovědnost. Svůj život zasvětil dle svých sil a svědomí ku prospěchu nemocným lidem, (jak jest uvedeno v Hippokratově přísaze), viz příloha P IV. Co však náleží do jeho zásadních kompetencí, je umět komunikovat s klientem, naslouchat mu a vhodným způsobem a srozumitelnou řečí tak podat informace o jeho zdravotním stavu a nutné informace týkající se terapie.

Jsou definovány základní znaky lékařských rolí. Patří sem *funkční specifita, emoční neutralita a universalismus*.



*Funkční specifita* znamená odbornou kompetenci pro daný výkon povolání., podmiňuje fungování zdravotnické instituce.

*Emocionální neutralita* znamená, že se od lékaře očekává určitý způsob jednání bez emocí. Neznamená to však, že bude ke klientům jednoznačně bezcitný, naopak. Vykazuje sympatie a porozumění.

*Universalismus* je popisován jako skutečnost, že role lékaře je aktivovatelná vůči každému člověku, koho lze považovat za nemocného.

### 3.9 Role porodní asistentky, její působení na klientku

Porodní asistentka (PA) má ve své profesi široké pole působnosti. Její vzdělání, chování a působení na ostatní velmi pozitivně ovlivňuje léčebný proces. Na gynekologickém oddělení jsou hospitalizované ženy, které jsou léčeny konzervativně, nebo mají podstoupit menší či větší chirurgickou operaci. Taková péče o nemocné klientky je pro porodní asistentku velmi náročná, jak po fyzické, tak hlavně po psychické stránce. Její diskrétnost by měla být pro ni samozřejmostí, jelikož se denně setkává s velkým množstvím osobních informací, které jsou důležité pro správný postup terapie a takové informace nepřísluší cizím lidem. Je velmi důležitým článkem při práci s lidmi. PA má většinou užší kontakt s nemocným člověkem než lékař. Pomáhá plnit základní biologické potřeby. Jakmile žena něco potřebuje, nejprve volá porodní asistentku. Často jsou klientky na asistentce plně závislí. Asistentka supluje **společenské vztahy**, je jediná v pravidelném styku s klientkou, bývá spojkou se světem a zdrojem informací. Velmi úzce spolupracuje s lékařským týmem a spolupodílí se na průběhu terapie. Její **edukační schopnosti** jsou na vysoké úrovni a doplňují informační zdroje podané lékařem. Porodní asistentka se vyznačuje velkou mírou empatie, tolerance a trpělivosti. Je si vědoma svých kompetencí a umí s nimi výborně pracovat.

### 3.10 Spolupráce klienta se zdravotníkem

To, jak bude klient spolupracovat, záleží na vzájemné komunikaci a vztahu, který probíhá mezi nemocným a těmi, kdo o něj pečují. V odborné literatuře se uvádí výraz **compliance** (vyhovění, splnění, dodržení).

Vztah mezi klientem a lékařem je asymetrický. Kdo je v převaze, bývá zpravidla lékař. Dobrá spolupráce s klientem je především tam, kde nemocný plně důvěřuje zdravotnickému personálu, když má z průběhu terapie a hospitalizace dobrý pocit, a když je s terapií spokojený. To, že mu někdo naslouchá a bere ho vážně, je dalším takovým kritériem. Je-li atmosféra přátelská, uvolněná, vede-li se dialog. Co však je zásadní podmínkou pro vzájemné porozumění, je průběžné podávání důležitých informací o jeho zdravotním stavu. Klient musí být informován o všem, co se s ním bude dít, o způsobu terapie, co se od něj bude očekávat. Lépe informovaní klienti pak snáze spolupracují, chápou různé souvislosti, přijímají spoluodpovědnost za svůj zdravotní stav a léčbu. „Smyslem není informace sama, ale důsledky, které vyvolává. Očekává se zlepšení komunikace mezi lékařem a pacientem, nárůst pocitu kontroly situace, zvýšení vzájemné důvěry a motivační síly skutečnosti, že se s ním počítá, že je spolučinitelem, že se podílí na rozhodování, že je partnerem terapie.“ (Kapr, Pacient: Revoluce v poskytování péče, 1998, p.44)

#### 3.10.1 Psychologické prvky edukace

V předoperační a pooperační péči je třeba věnovat pozornost nejen somatické stránce klientky, ale součástí jí samotné je psychika nemocné ženy.

Porodní asistentka vstupující do kontaktu se ženou si je plně vědoma, že operativní výkon je pro ženu velmi důležitou událostí a situací, která vyžaduje hospitalizaci a změnu dosavadních zvyklostí. Empatický přístup je již samotným léčebným efektem strategie terapie.

Každé režimové opatření a léčba, vždy znamená změnu zvyklostí dané klientky. Je tedy nutností počítat i s tím, že jedna změna vyvolá mnoho změn dalších. Nemocní lidé si jsou vědomi těchto změn pouze částečně a většinou je vnímají jako nutné zlo a nevídaný zásah do vlastní integrity, do vlastního života.

Změny v rámci terapie se nedělají snadno a porodní asistentka, která má ženě pomoci, musí být nadmíru vnímavá, trpělivá, tolerantní, a s trochou předvídavosti. Měla by být schopna ukázat nemocné, že takové postupy **může dělat** (nikoli musí) a za každý nový krok ji za to pochválit a motivovat.

Nelze však najít stejný způsob, jak klienta přimět ke spolupráci, jelikož každý člověk je individuální bytost, kterou stojí za to se snažit lépe poznat. Kvalita vztahu mezi nemocným a zdravotníkem má pro průběh a výsledek léčby značný vliv. Měli bychom rozumět tomu, co se děje během komunikace s nemocným. Porozumění nám tak umožní jednat ve prospěch nemocných, jelikož vztah plný komunikačních bariér bývá důvodem horší spolupráce.

## 4 KOMUNIKACE VE VZTAHU LÉKAŘ A KLIENT

**Komunikace** je definována jako vzájemná výměna informací. Pokud jde o výměnu informací v mezilidských vztazích jde o **sociální interakci**. Z toho důvodu je komunikace chápána jako proces, během něj působíme na ostatní. V definici je obsažen pojem informace. Tímto pojmem jsou myšlena skutečná fakta, která říkáme. Ale v naší komunikaci profesní je hlavní podstatou, aby naším podaným faktům dotyčný zcela porozuměl a mohl s nimi vhodně pracovat.

Člověk užívá jazyka, pomocí něho naslouchá a mluví, píše a čte, prostřednictvím řeči rozumí. Řeč je základním elementem vztahu klient-lékař. Pomocí řeči zjišťujeme anamnézu, vysvětlujeme nález, sdělujeme informace o nemoci a jejím léčení, různé poradenství, motivaci ke spolupráci, vyjádření útechy a spoluúčasti, to jsou podstatné lékařské úkoly, jejichž náplň je odvislá na pohotovosti a schopnosti komunikace s nemocným.

### 4.1 –Verbální komunikace

Zdravotnická profese je o neustálém kontaktu s lidmi. Očekává se, že zdravotník umí vhodně komunikovat s lidmi. O to horší je pak komunikace s nemocným člověkem. Ve zdravotnickém zařízení je v komunikaci více zastoupena složka emotivní, jako jsou emoce a pocity. Aktivní naslouchání, jakožto prvek verbální komunikace má v naší profesi své opodstatnění.

#### 4.1.1 Hlavní aspekty vedení komunikace s klientem

- způsob vyjadřování, formulace myšlenek, vědět, co chceme říct
- schopnost slovně vyjádřit city a pocity
- myslet na to, že co je jasné pro nás, nemusí být jasné na straně nemocného
- způsob kladení otázek a dotazování, umožnit klientovi, aby se mohl vyjádřit
- jasnost komunikace (soulad verbální a neverbální)
- schopnost naslouchání a empatie
- průběžně kontrolovat, zda klient informaci přijal a pochopil

## 4.2 Komunikace ano, ale i beze slov

Jak mnohá literatura uvádí, podstatnou část lidské komunikace (70-90 %) tvoří komunikace neverbální. Naučit se ovládat své neverbální projevy a umět je při své práci využít je celkem nelehkým úkolem lékaře, ale i ostatního zdravotnického personálu. Neverbálním chováním tak vyjadřujeme vztah k druhému člověku, skutečný zájem o něj, jak si dotyčného vážíme apod. V naší profesi se takové chování uplatňuje především při styku s nemocným člověkem, kdy vyjadřujeme empatii, soucit a snažíme se nemocného uklidnit. Nemusíme mít za každou cenu vždy a všude „po ruce“ slovní odpověď. Úsměv a haptický kontakt mnohdy řekne více, než sáhodlouhé věty, kterým nemocný stejně nerozumí.

Hospitalizovaný člověk je nadměru citlivý a vnímavý vůči okolí a každé nevhodně zvolené slovo nebo výraz v něm vyvolá nejistotu a rozladěnost. Proto bychom měli umět komunikovat i tímto jazykem beze slov.

## 4.3 Chyby při komunikaci lékaře s klientem

Víme všichni, že lékařská profese je velmi náročná. Syndrom vyhoření bohužel postihuje i toho nejzodpovědnějšího člověka, kterým je lékař. Co však je smutné zjištění, když se taková profese dělá rutinně a bez špetky empatického přístupu k nemocným.

Nejčastější nespokojeností klienta v komunikaci s lékařem je **informační nouze**. Je to častá komunikační bariéra a pramení z rozdílností „jazyků.“ Časté používání odborné terminologie ve styku s laickou veřejností. Roli tu také hrají rozdíly mezi lékařem a nemocným v oceňování hodnot celkového životního stylu a v úrovni slovních abstrakcí. Dalším těžkým problémem při komunikaci je **depersonalizace** (ztráta úcty – respektu ke klientovi). Bohužel pravda je taková. Stále více nemocných lidí se setkává s podobným přístupem od lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.

**Neinformovanost** je dalším a nejčastějším prvkem, který narušuje pozitivní vztah. Klient, který přichází do nemocnice, prochází řadou diagnostických vyšetření. Zajímá ho, proč se to či ono tak provádí, jaký je účel vyšetření, a jaké jsou výsledky vyšetření. Bývá často znepokojen, že se mu nedostává odpovědí, znejistí a má strach. Ve světě se prosazuje pojetí nemocniční péče, které bere tyto informační potřeby v úvahu za plně oprávněné. Podle nich se zlepšuje informovanost klientů.

„Vzdáme-li se mýtu, že umění komunikace je dar, který je každému lékaři automaticky dán, a přistoupíme-li na realistický názor, že je to dovednost, kterou se můžeme naučit a v níž se můžeme zdokonalovat, otevíráme tak pro sebe možnost účinněji využít ve své komunikační schopnosti a dovednosti nejen ve standardních situacích, ale posléze i v situacích náročných.“(Honzák, Komunikační pasti v medicíně, 1997, p.13-14)

#### **4.4 Rozhovor lékaře s klientem během hospitalizace**

„Prvním předpokladem pro vzájemné porozumění je lékařova schopnost empatie, tedy schopnost vcítit se do pacientovi situace.“(Honzák, Komunikační pasti v medicíně, 1997, p.31) Potřeba porozumění je někdy cennější a výraznější než potřeba rychlého technického zákroku, kterým se dostává častěji.

Již od počátku setkání s klientem začíná komunikace, která má pro další vývoj vztahu velký vliv na úspěšnou terapii a zároveň se formuje důvěryhodnost klienta k lékaři i k ostatnímu zdravotnickému personálu.

##### **4.4.1 Navázání kontaktu s lékařem, stanovení diagnózy**

Pokud nemocný člověk z nějakého důvodu vyhledá lékaře, většinou přichází s určitým očekáváním. Očekává od personálu především uzdravení, podání informací o nemoci a v neposlední řadě i emocionální podporu. Uklidňující účinek se navodí už tím, že se správně stanoví diagnóza, jelikož poznat diagnózu, je prvořadým zájmem nemocného člověka.

#### **4.5 Účel úvodního rozhovoru**

podle účelu a cíle lze rozdělit rozhovory používané v lékařské praxi na:

- a) informace získávané (anamnestický rozhovor)
- b) informace dodávané (informativní rozhovor)
- c) navození změny psychického stavu, osobnosti a chování (terapeutický rozhovor)

a) **Informace získáváme** především při prvním rozhovoru, kdy lékař s nemocným přichází poprvé do kontaktu. Tento moment je zvláště důležitý, jelikož formuje i budoucí spolupráci mezi lékařem a nemocným. První dojem hraje významnou roli. Především při plánované delší hospitalizaci.

Hlavním zdrojem informací bývá **anamnestický rozhovor**, který se opírá o data týkající se:

- biologické stránky onemocnění (nynější a prodělané onem. v minulosti atd.)
- psychologické stránky (osobnost klienta a postoj k nemoci, jeho prožívání atd.)
- sociální stránky (vzdělání, zaměstnání, atd.)

**Diagnostický postup** lékaře by neměl být omezen pouze na diagnostiku *somatickou*, ale především všimnout si projevů *psychosociálního rázu*. Mnohdy tak lze zachytit *situace*, které způsobily, že se klient ocitl v roli nemocného člověka a požaduje pomoc.

#### 4.5.1 Strategie terapie, operace

Nedílnou součástí rozhovoru je téma bezprostřední perspektivy operace. Lékař zdůrazní takovou možnost již v počátku hovoru, jelikož v převážné většině to je rozhodující plán celé strategie terapie. Klient je pokud možno informován o podstatě daného výkonu, dále s možným výskytem rizik, které jsou co možná nejpravděpodobnější. To vše je završeno právoplatným podpisem klienta.

Nutný je především prostor pro otázky, snažit se jej podpořit v dotazování a na dané otázky patřičně odpovědět.

b) **Informace dodáváme** již od počátku a během celé hospitalizace. Lékař sdělí informace o výsledcích vyšetření, seznamuje ho s léčebným plánem a prognózou onemocnění. Sem lze zařadit podávání pokynů týkající se dodržování různých doporučení, které jsou součástí biologické, fyzikální či chemické terapie, rehabilitační cvičení, atd.

Při rozhovorech za účelem získávání a dodávání informací je nutno se držet srozumitelnosti (omezení odborných názvů), plně respektovat intelektovou úroveň klienta, dále vzdělání a aktuální zdravotní stav.

c) *Změna psychického stavu, osobnosti a chování* – Klienta a jeho rodinu se snažíme ovlivňovat přímo během komunikace, a to dodáním informací, jež vedou ke změně. Změna psychického stavu se dá navodit za použití některých z psychoterapeutických rozhovorů.

- Interpretující rozhovor
- Podpůrný uklidňující rozhovor
- Přesvědčující rozhovor
- *Nedirektivní empatický rozhovor*

## 4.6 Nedirektivní empatický rozhovor

Nemocný člověk má často potřebu o svých problémech, pocitech s někým hovořit, podělit se o svá trápení, chce být vyslechnut, pochopen. Mnohým zdravotníkům však dělá problém, jak se zachovat a reagovat na autentické výpovědi nemocných.

Je mnoho teorií, jakým způsobem lze hovořit s nemocným, ale nedirektivně vedený rozhovor zajišťuje aktivní účast nemocného během rozhovoru.

Nedirektivní rozhovor se vyznačuje především tím, co je příznačné pro psychologický přístup k nemocnému. Během jeho vedení je cílem vytvořit přátelskou a pro klienta bezpečnou atmosféru, která zvyšuje důvěru. Klade si také za cíl porozumět nemocnému, co je pro něj subjektivně významné a co souvisí s jeho zdravotními a životními problémy.

### 4.6.1 Vedení nedirektivního rozhovoru

„Při tomto typu rozhovoru se nechává iniciativa na pacientovi, dáváme jemně najevo, že s ním sympatizujeme, co říká akceptujeme, projevujeme zájem, empatii.“ (Jobánková, Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky, 2002, p.153) Ve sdělování vlastních názorů a postřehů jsme opatrní a spíše zdrženliví. Autoritu nezdůrazňujeme, tu už máme. Akceptací bráníme vzniku nejistoty a manipulaci. Snažíme se během rozhovoru být otevření, autentičtí, jelikož autenticita dává reálnou a přirozenou podobu setkání.



Nedirektivní neznamena, že budeme jen tiše sedět a projevovat pasivitu a lhostejnost, ale že budeme rozhovor řídit nepřímo svým empatickým projevem a aktivním nasloucháním. Otázky klademe jen tehdy, jestliže jimi podpoříme sebepoznání klienta, či dotazem vyjadřujeme svůj zájem a účast.

#### 4.6.2 Techniky používané při nedirektivním rozhovoru

- a) *Parafrázování* - snažíme se klientova slova parafrázovat, shrnout podstatné body jeho sdělení.
- b) *Zrcadlení* – je součástí zpětné vazby. Doslovně zopakujeme klientovo sdělení, tímto způsobem můžeme vstoupit do jeho pocitů a nálad. Dáváme tak najevo, že klienta posloucháme, že mu rozumíme, a že dokážeme vyjádřit a pojmenovat jeho pocity.
- c) *Empatické poznámky* – snahou je reagovat na klientovo sdělení empatickým přístupem, působit na nemocného člověka co nejvíc přirozeně.
- d) *„HM“ terapie* – naslouchání je jedna z nejdůležitějších technik v lidské komunikaci. Někdy doprovázíme klientovu komunikaci souhlasným kýváním hlavy a verbálním „hm“doprovodem. I toto je produktivní způsob, jak dát nemocnému možnost se vypovídat. Tím, že klienta necháme mluvit za nás, dáváme mu tím najevo, že nás zajímá.

Nedirektivní postoj představuje přesvědčení, že člověk je schopen nejlépe řešit svoje problémy vlastními silami a naší úlohou je pouze vytvořit optimální podmínky k uskutečnění tohoto procesu. Naším cílem je klienta doprovázet a být mu oporou při jeho hledání.

Není snadné se takovému typu rozhovoru dopracovat, chce to vytrvale trénovat a hlavně mít na nemocné určitý čas, který můžeme věnovat na tak důležitou a nenahraditelnou komunikaci s klientem.

## 5 INFORMOVANÝ SOUHLAS V PRAXI

Lékař při vstupním rozhovoru obvykle zjišťuje anamnestické údaje ženy, stručně popisuje operativní zákrok a dává klientce prostor pro dotazy. Kvalitní informovaný souhlas koncipován na daný výkon mnohdy napoví, co by bylo dobré doplnit a vysvětlit. Mnohdy ženy nemají hned „po ruce“ žádný dotaz, a tak odchází do „svých“ pokojů s hlavou plnou myšlenek.

V rámci praktické výuky jsem využila situace a s několika ženami jsem hovořila poté, co prošly příjmovým rozhovorem s lékařem. Ptala jsem se, zda mají nějaké dotazy, co by je mohlo zajímat. Ženy dotazování využily a ve většině případů se dotazy týkaly celkové anestezie, jaké komplikace to s sebou nese a na režimové opatření po operaci. Dotazy, týkající se vedení operativního zákroku, byly ponechány bez odpovědi, jelikož operační program v tu chvíli vystaven nebyl a jeden dotaz byl směřován na jméno lékaře, který rozhovor vedl.

V rámci svých možností jsem čas věnovaný s jednou klientkou počítala a edukace probíhala v průměru 10-20 minut.

Myslím si, že velkou úlohu zde hraje míra času a taky prostředí, ve kterém se rozhovor vede. Ženy potřebují určitý prostor, uspořádat si své myšlenky, aby mohly o své terapii popřemýšlet, než učiní tak důležitý krok, jako je plnohodnotný informovaný souhlas. Pak se nemusí stát, že nemocný člověk při převozu na operační sál se zeptá na informace o operačním zákroku.

Aby se každá žena postavila ke svému zdraví čelem a rozumě, potřebuje získat patřičné informace, přiměřené znalosti a přiměřený návod.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

### **CÍL 1: ZJISTIT ÚROVEŇ INFORMOVANOSTI KLIENTEK NA JEDNOTLIVÉM PRACOVÍŠTI**

**H1:** Předpokládám, že lepší informovanost je ve Zlíně než v Uherském Hradišti.

**H2:** Domnívám se, že většina žen v mladší a střední dospělosti lépe porozumí podaným informacím, než ženy v pozdní dospělosti a preseniu.

**H3:** Předpokládám, že převážná většina žen s vyšším vzděláním (maturita, vysoká škola), lépe pochopí důležité informace při rozhovoru s lékařem, než ženy s nižším typem vzdělání.

### **CÍL 2: ZJISTIT, VE KTERÝCH OBLASTECH PÉČE ŽENY POŽADUJÍ VÍCE INFORMACÍ**

**H4:** Domnívám se, že by většina klientek uvítala více informací o samotném operačním zákroku.

**H5:** Domnívám se, že by většina klientek uvítala více informací o pooperační péči a pohybovém režimu.

**H6:** Předpokládám, že převážná většina klientek získává více informací i z jiných zdrojů, než od personálu.

### **CÍL 3: VYTVOŘIT METODICKÝ MATERIÁL – STANDARD PÉČE**

**H7:** Domnívám se, že během rozhovoru s lékařem byl klientkám věnován dostatek času.

**H8:** Domnívám se, že jsou ženy spokojeny s množstvím informací.

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMU

K vlastnímu sběru empirických dat byla použita metoda dotazníků vlastní konstrukce. Dotazník byl koncipován tak, aby postihl všechny důležité oblasti zkoumání. Dotazník jako výzkumná metoda má tu výhodu, že lze rychle získat konkrétní údaje od velkého počtu respondentů v krátké době. Celkem obsahoval 21 položek, 1 otázka byla formou položené otázky, 20 otázek bylo formou uzavřených otázek. Dotazník obsahuje 2 položky polynomické výčtové, které dávají respondentům možnost výběru několika alternativ a jedna položka dichotomická s odpovědí typu ano/ne. Dotazník je anonymní s jasnými pokyny pro vyplnění.

### 7.1 Předvýzkum

Nejprve byl proveden předvýzkum. Na podkladě výsledků předvýzkumu byly opraveny a vyřazeny některé otázky a jejich odpovědi v dotazníku, na které se mi nedostávalo uspokojivých odpovědí. Výsledky předvýzkumu nejsou zahrnuty do vlastního šetření.

#### **V původním dotazníku se objevily tyto otázky:**

Jste spokojená, jak o Vás personál pečuje?

Znáte jméno svého ošetřujícího lékaře?

Víte, jak o sebe pečovat v domácím prostředí?

### 7.2 Průběh výzkumného šetření

Vlastní výzkum probíhal od prosince 2006 do dubna roku 2007 ve dvou zdravotnických zařízeních: v KNTB ve Zlíně, a v Uherskohradišťské nemocnici.

Výzkum probíhal na oddělení gynekologie.

### **7.2.1 Charakteristika výzkumu**

Ve zdravotnických zařízeních byla oslovena jedna kategorie respondentů různého věku a vzdělání-klientky na gynekologickém oddělení. V každém z obou institucí bylo předloženo 80 dotazníků. Dohromady bylo použito 160 dotazníků.

Byla použita metoda záměrného výběru respondentů. Na dotazník odpovídaly pouze ženy po gynekologickém zákroku.

### **7.2.2 Návratnost dotazníků**

V Nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně se vrátilo 80 dotazníků, tedy 100 %.

V Uherskohradištské nemocnici se vrátilo 80 dotazníků, tedy 100 %.

### **7.2.3 Zpracování dat**

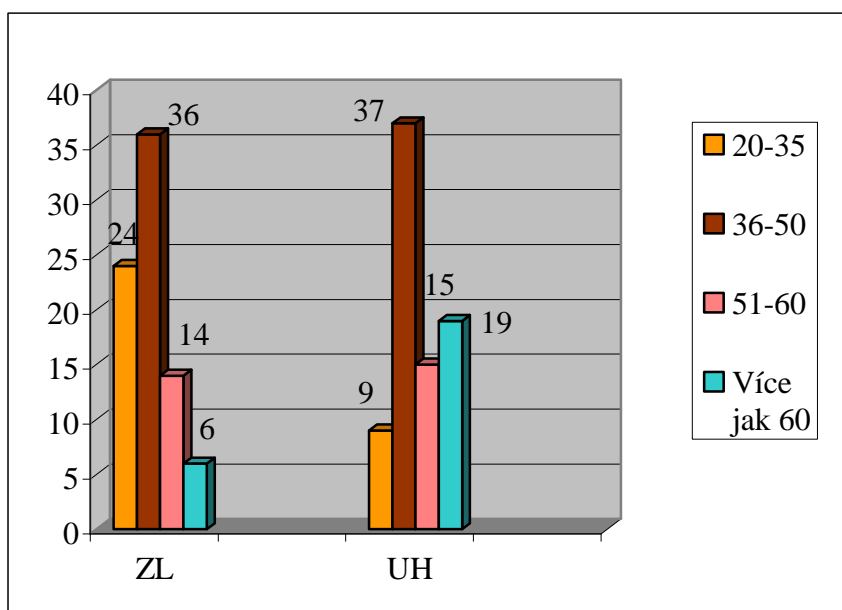
K vyhodnocení empirických dat byla zvolena čárková metoda. Data jsou zpracována procentuálně a jsou znázorněna v tabulkách a grafech.

## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

tab. 1: věk klientek

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
20-35	24	30 %	9	11 %
36-50	36	44 %	37	46 %
51-60	14	18 %	15	19 %
Více jak 60	6	8 %	19	24 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



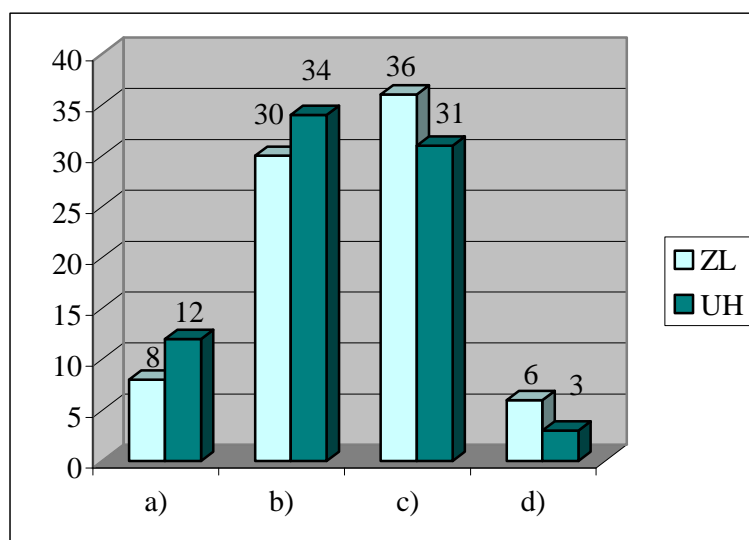
graf 1: věk klientek

Jak dokládá tabulka (tab.1), nejvíce hospitalizovanou skupinou žen jsou klientky ve věku 36-50 let. Ve ZL 44 % a v UH 46 %. Ženy ve věku 20-35 let jsou druhou nejčastější skupinou ve ZL ve 30 % a v UH jsou na 2. místě hospitalizovány nejčastěji ženy nad 60 let ve 24 %.

## Otázka č. 2: Vaše dosažené vzdělání:

tab. 2: dosažené vzdělání žen

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Základní škola	8	10 %	12	15 %
Střední škola bez maturity	30	38 %	34	42 %
Střední škola s maturitou	36	44 %	31	39 %
Vysokoškolské studium	6	8 %	3	4 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 2: dosažené vzdělání žen

Otázka měla za cíl zjistit vzdělanost hospitalizované populace. U většiny dotazovaných žen ve ZL převládá stupeň vzdělání střední školy bez maturity v 38 %. V UH převládaly ženy s typem vzdělání střední školy bez maturity ve 42 %. Ženy s vysokoškolským typem studia byly hospitalizovány ve ZL v 8 % a v UH ve 4 %.

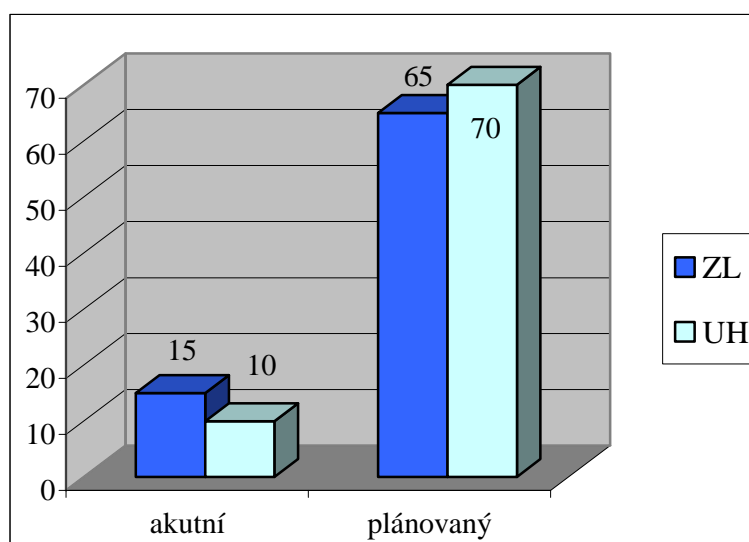
Za dosažené vzdělání uvedlo základní školu 10 % žen ve ZL a v UH bylo 15 % žen se základním typem studia. Střední školu s maturitou uvedlo ve ZL 44 % a v UH celkem 39 % žen.



## Otázka č. 3: Váš operační zákrok byl:

tab. 3: charakter operačního zákroku

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Akutní	15	19 %	10	13 %
Plánovaný	65	81 %	70	87 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 3: charakter operačního zákroku

Otázka měla za cíl zjistit, zda byl u žen operační zákrok akutní nebo plánovaný. Plánovaný výkon uvedlo celkem 81 % hospitalizovaných žen ve ZL, v UH plánovaný výkon uvedlo 87 % žen. Akutní výkon uvedlo ve ZL 19 % žen, v UH 13 % dotazovaných žen.

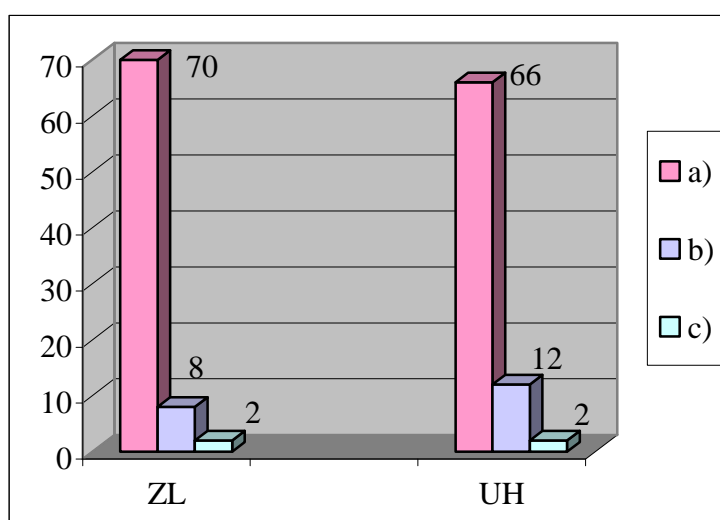
Při zhodnocení této otázky, ale i celého výzkumu jsem odpovědi zpracovala dohromady (akutní i plánované operace), jelikož jsem neshledala rozdíl v množství podaných informací u žen s akutním výkonem a u žen s plánovaným výkonem.

## Otázka č. 4:

## Kde Vám byly podány první informace týkající se Vaší léčby a hospitalizace?

tab. 4: kde byly klientkám podány informace

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ambulance	70	87 %	66	82 %
Při příjmu do nemocnice	8	10 %	12	15 %
Až během hospitalizace	2	3 %	2	3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 4: kde byly klientkám podány informace

Cílem bylo zmapovat, kde se klientka dověděla o její terapii vyžadující hospitalizaci.

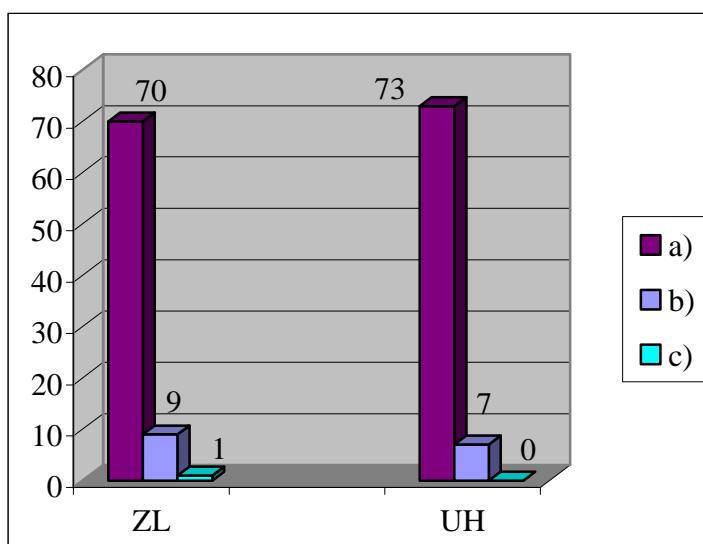
Z celkového počtu 80 respondentek ve ZL odpovědělo 87 % žen, že v ambulanci se dověděly první informace, v UH byly ženy informovány z ambulance v 82 %. Při příjmu do nemocnice uvedlo 10 % žen ze ZL a z UH uvedlo 15 % žen, že při příjmu získaly první informace. Až během hospitalizace se ve ZL a v UH 3 % žen dovědělo nutné informace týkající se terapie.

## Otázka 5:

**Kdo ze zdravotnického personálu Vám podal 1. informace v rámci hospitalizace?**

*tab. 5: informace získané od personálu*

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Lékař	70	88 %	73	91 %
Sestra	9	11 %	7	9 %
Jiná osoba	1	1 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



*graf 5: informace získané od personálu*

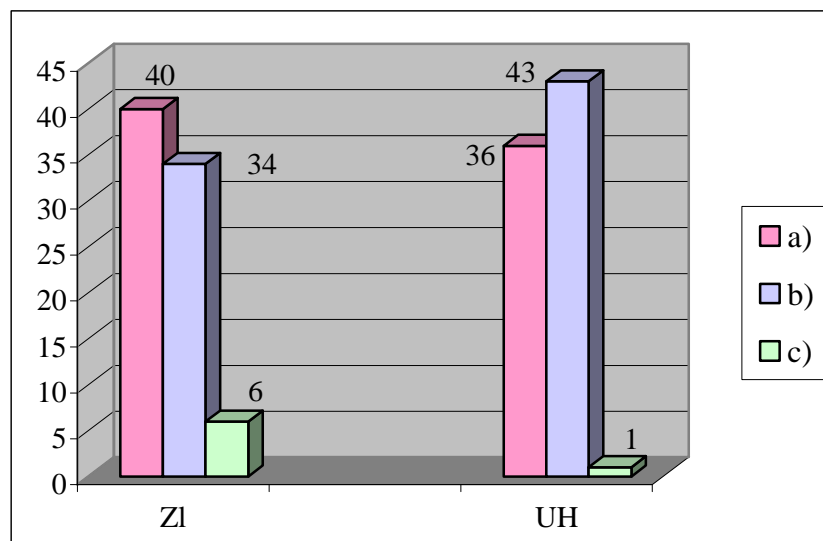
U této otázky bylo cílem zjistit, kdo ze zdravotnického personálu jako první podal klientkám informace týkající se hospitalizace a případně jejich operačního zákroku. Ve většině z dotazovaných převládá v podávání informací lékař, a to v 88 % ve ZL a v UH lékař převládá v 91 %. 11 % žen uvedlo, že je jako první informovala sestra. V UH 9 % dotazovaných uvedlo že je informovala taky sestra. 1 % z dotazovaných uvedlo ve ZL jinou osobu než lékaře nebo sestru. Jinou osobou v tomto případě byl přednosta oddělení.

## Otázka č. 6:

## Jak jste se cítila během 1. rozhovoru s lékařem během hospitalizace?

tab. 6: znázorňuje, jak se klientky cítily při rozhovoru

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Cítila jsem se dobře a uvolněně	40	49 %	36	45 %
Cítila jsem strach a nervozitu	34	43 %	43	54 %
Nemohla jsem se soustředit	6	8 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 6: znázorňuje, jak se klientky cítily při rozhovoru

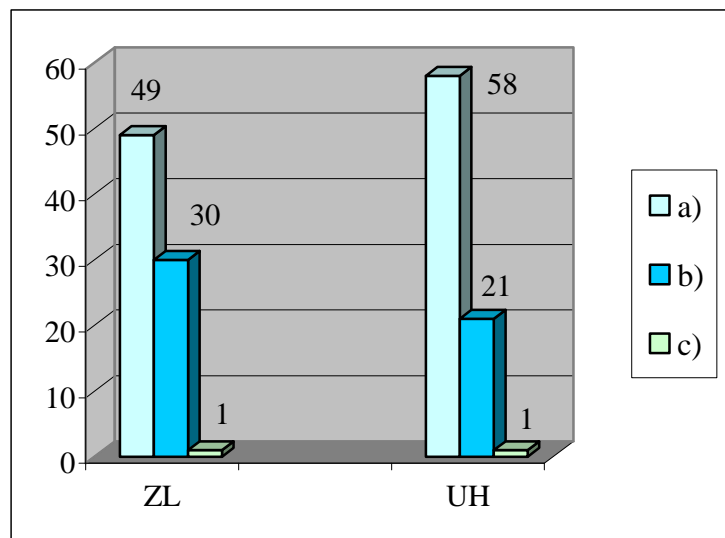
Otázka měla zmapovat situaci během rozhovoru lékaře s klientkou. Během konverzace s lékařem se dobře a uvolněně cítilo 49 % respondentek ve ZL, v UH se dobře cítilo celkem 45 % žen. Strach a nervozitu pociťovalo 43 % klientek ve ZL, v UH strach a nervozitu popisovalo 54 % dotazovaných. A nesoustředěnost uvedlo z celkového počtu 8 % ve ZL a v UH pouze 1 %.

## Otázka č. 7:

Rozuměla jste všemu, co Vám personál v průběhu pobytu v nemocnici sdělil?

tab. 7: znázorňuje, zda ženy informacím porozuměly

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, rozuměla	49	61 %	58	73 %
Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit	30	38 %	21	26 %
Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat	1	1 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 7: znázorňuje, zda ženy informacím porozuměly

Hospitalizované ženy měly v téhle otázce zodpovědět, zda podaným informacím během hospitalizace rozuměly nebo ne. Z 80 dotazovaných žen ve ZL odpověděly v 61 %, že podaným informacím porozuměly, 38 % žen si patřičné informace nechá doplnit a 1 % z dotazovaných rozumělo málo.

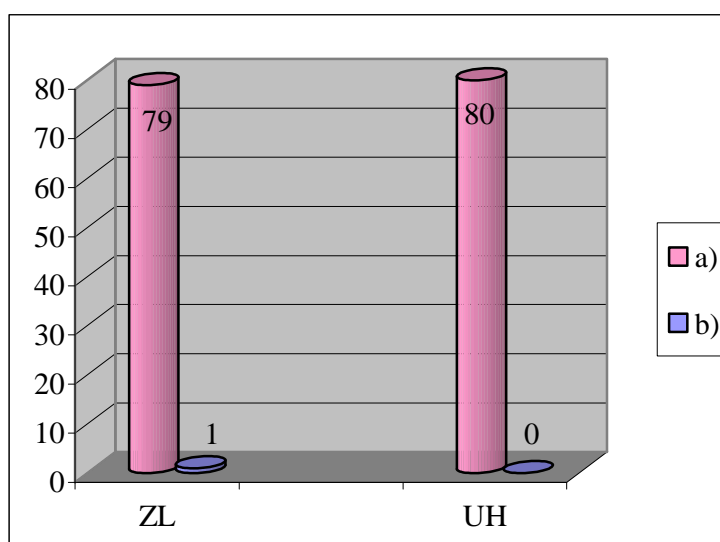
V UH podaným informacím porozumělo celkem 73 % žen, 26 % si informace nechá doplnit a 1 % žen z celkového počtu 80 dotazovaných se bála na informace zeptat.

## Otázka č. 8:

## Jakou formou Vám byly podány informace?

tab. 8: forma podaných informací

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Převážně ústně	79	99 %	80	100 %
Převážně písemně	1	1 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 8: forma podaných informací

Podle analýzy této otázky, klientky při rozhovoru s lékařem získaly informace ve většině případů hlavně ústně v 99 % ve Zlíně. 1 % žen uvedlo, že informace byly podány převážně písemnou formou.

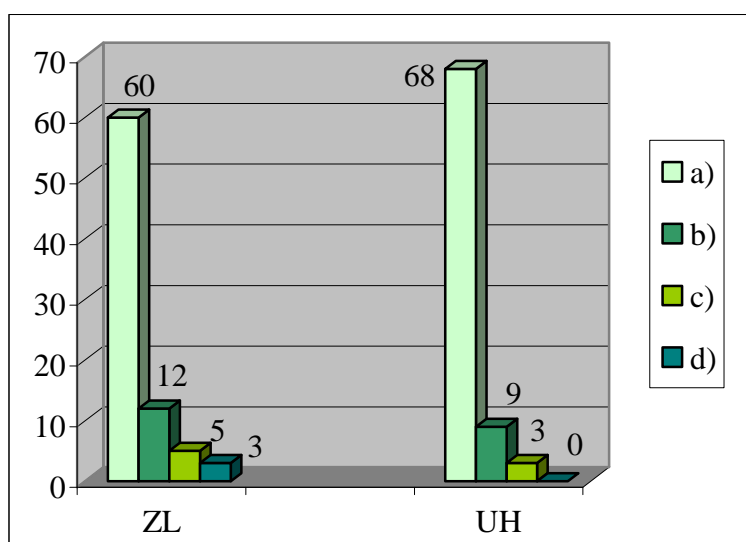
V UH uvedlo 100 % dotazovaných žen, že jim informace byly podány především ústní formou.

## Otázka č. 9:

Bylo Vám věnováno dostatek času při podávání důležitých informací?

tab. 9: množství času věnovaného klientkám

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Myslím, že ano	60	75 %	68	85 %
Dostatečně, ale ve spěchu a bez možnosti dotazů	12	15 %	9	11 %
Ne dostatečně	5	6 %	3	4 %
Nebylo věnováno dostatek času	3	4 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 9: množství času věnovaného klientkám

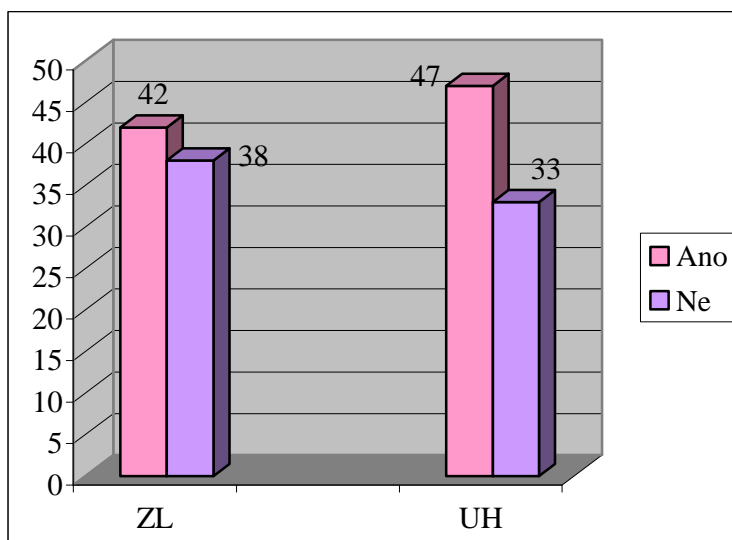
Na otázku, zda byl klientkám věnován čas při podávání důležitých informací, odpovědělo z celkového množství 80 respondentek ve Zlíně 75 %, že jim čas byl věnován, 15 % dotazovaných si myslí, že jim byly poskytnuty informace ve spěchu, bez možnosti dotazování. Ne dostatečně uvedlo 6 % žen ve ZL, 4 % dotazovaných žen ve ZL si myslí, že jim čas věnován nebyl. V UH 85 % žen uvedlo, že jim věnován čas byl, 11 % dotázaných si myslí, že dostatečně, ale ve spěchu a 4 % žen si myslí, že ne dostatečně jim byl věnován čas. Nikdo z dotazovaných neuvedl možnost d).

Otázka č. 10:

Čerpala jste o svém operačním zákroku i z jiných zdrojů než od personálu?

tab. 10: získání informací i z jiných zdrojů

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano	42	52 %	47	59 %
Ne	38	48 %	33	41 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 10: získávání informací i z jiných zdrojů

Podané možnosti v otázce č. 10 měly zjistit, zda klientky čerpají i z jiných zdrojů informace potřebné o jejich zdravotním stavu nebo o operačním zákroku. 52 % dotazovaných ve ZL získalo informace mimo zdravotnické pracovníky a 48 % žádné informace nehledalo.

V Uh.Hradišti si 59 % žen aktivně získalo potřebné informace předem, 41 % dotazovaných odpovědělo, že si žádné informace nehledalo.

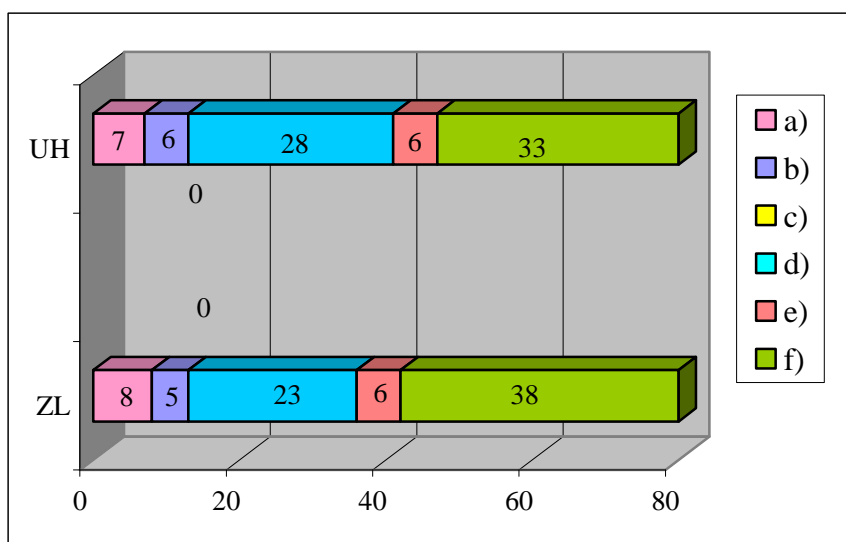


Otázka č. 11:

Pokud jste získala informace i z jiných zdrojů, které to byly?

tab. 11: zdroje informací

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Časopisy pro ženy	8	10 %	7	9 %
Odborná literatura	5	6 %	6	8 %
Televize	0	0 %	0	0 %
Od známých a spolupacientek	23	29 %	28	35 %
Internet	6	8 %	6	8 %
Žádné	38	47 %	33	40 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 11: zdroje informací

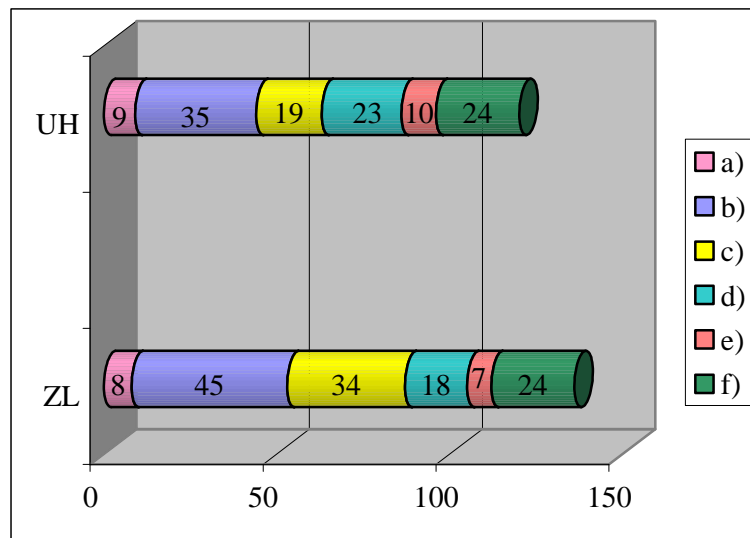
Klientky, které uvedly v předchozí otázce, že získaly informace i z jiných zdrojů, měly možnost v této otázce č. 11 zaznamenat, z jakých zdrojů čerpaly. Jak znázorňuje tabulka (tab. 11), tak ženy nejčastěji oslovily své známé, které měly podobné nebo stejné zkušenosti. Nejvíce žen v UH oslovilo své blízké ve 35 % a ve ZL celkově 29 % žen. Nejméně volený zdroj informací byla televize, nikdo z dotazovaných žen neuvedl takovou možnost.

Otázka č. 12:

V které oblasti byste chtěla ještě získat více informací?

tab. 12: možnosti doplnění informací

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Předoperační příprava	8	10 %	9	11 %
O samotném operačním zákroku	45	56 %	35	44 %
Pooperační péče	34	43 %	19	24 %
Pohybový režim	18	23 %	23	29 %
Dietní režim	7	9 %	10	13 %
Domácí péče	24	30 %	24	30 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 12: možnosti doplnění informací

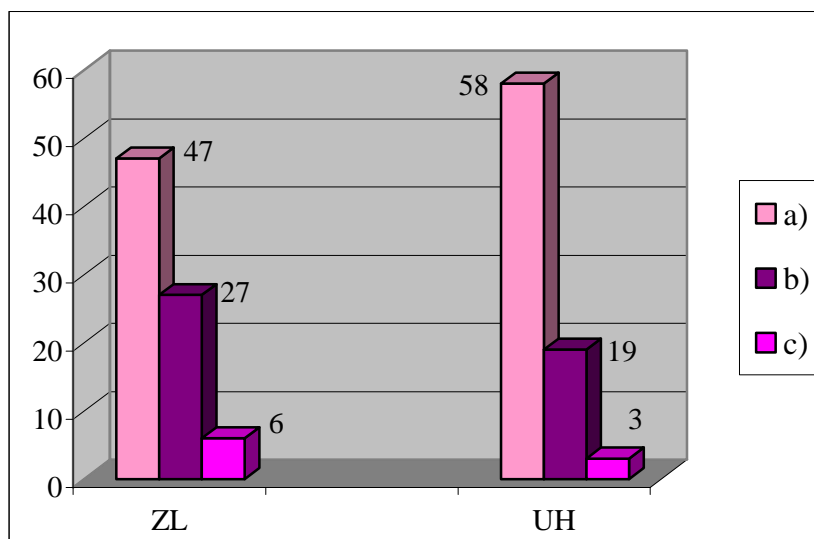
Jak znázorňuje tabulka (tab. 12), byly vypsány možnosti dalšího získání informací. Zde mohly klientky uvést, v jaké oblasti péče by chtěly doplnit informace. Nejvíce odpovědí padlo na možnost doplnění informací o samotném operačním zákroku, a to ve ZL v 56 % a v UH ve 44 %. Možnost f) byla zodpovězena stejně ve Zlíně, tak i v Hradišti ve 30 %.

## Otázka č. 13:

Jste spokojená s tím, kolik máte informací?

tab. 13: spokojenost klientek s informacemi

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, jsem spokojená	47	58 %	58	72 %
Mohlo bych jich být více	27	34 %	19	24 %
Ne, nejsem	6	8 %	3	4 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 13: spokojenost klientek s informacemi

Stanovená otázka měla zjistit, do jaké míry jsou klientky spokojeny s množstvím podaných informací. Spokojenost vyjádřilo 58 % z celkového počtu respondentů ve ZL. 72 % žen vyjádřilo spokojenost v UH, 34 % ve ZL žen si myslí, že by mohly mít informací více a 8 % žen ve ZL dodalo, že spokojeni nejsou.

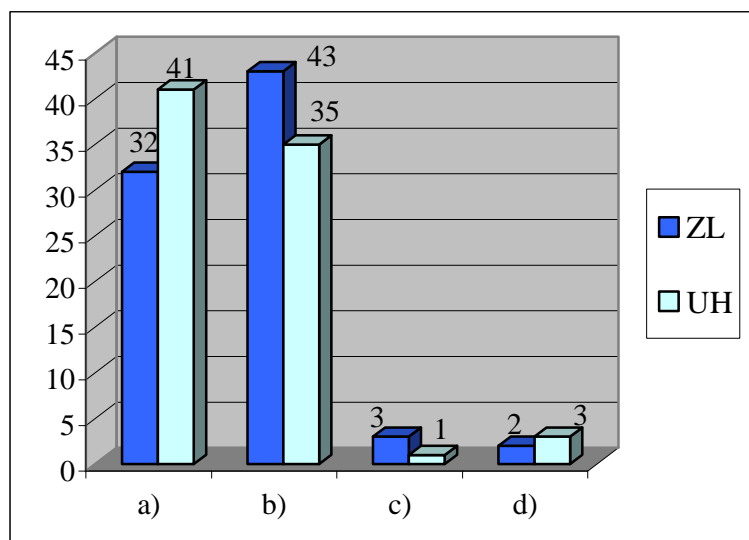
V UH si 24 % žen myslí, že by mohly mít informací více a 4 % dotázaných spokojeny nejsou.

## Otázka č. 14:

Víte, jaký druh operačního zákroku Vám byl proveden?

tab. 14: informace o operačním zákroku

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, vím přesně	32	40 %	41	51 %
Ano, ale ne do detailů	43	53 %	35	44 %
Nevím, ale chci si patřičné informace doplnit	3	4 %	1	1 %
Nevím ,ale mám plnou důvěru v operační tým	2	3 %	3	4 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 14: informace o operačním zákroku

Vlastní operativní zákrok vyžaduje důkladnou informovanost. Hlavním cílem bylo zjistit, jak jsou na tom ženy s podanými informacemi o svém operačním postupu.

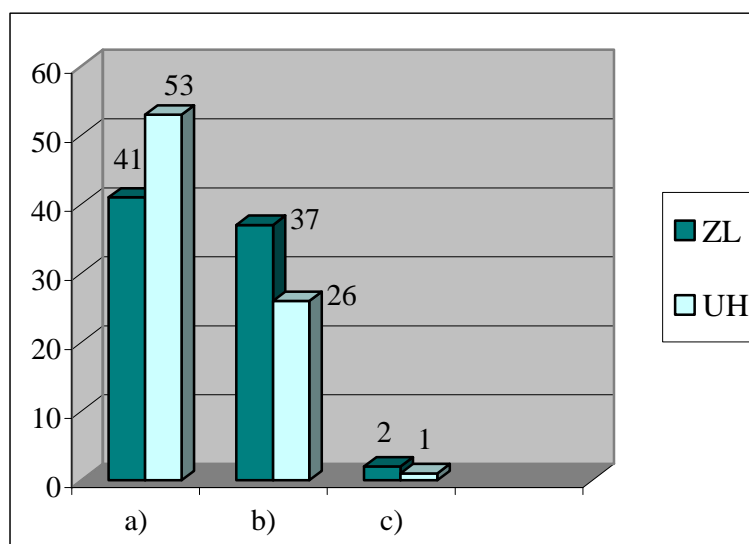
Ve ZL 40 % žen ví přesně, jaký zákrok jim byl proveden, v UH to ví celkem 51 % žen. Informace o zákroku ne do detailů uvedlo ve ZL celkem 53 % a v UH 44 % žen. Variantu c) uvedly ženy ve ZL ve 4 % a v UH pouze 1 % žen. Plnou důvěru v personál má ve Zlíně 3 % dotazovaných žen, v UH má důvěru v personál 4 % žen.

Otázka č. 15:

Byly Vám řečeny možná rizika Vašeho operačního zákroku?

tab. 15: informace o rizikovosti operačního výkonu

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, znám je	41	51 %	53	66 %
Ne, o žádných rizicích nevím	37	46 %	26	33 %
Nechci to vědět	2	3 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 15: informace o rizikovosti operačního výkonu

Operace nese s sebou mnoho komplikací, se kterými se musí počítat. Dotazovaní respondenti ve ZL v 51 % odpověděli, že jim rizika spojená s jejich operací byla sdělena. Varianta b), na kterou odpovědělo 46 % ve ZL klienti o možných rizicích dostatečně informováni nejsou. 3 % žen žádná rizika znát nechce.

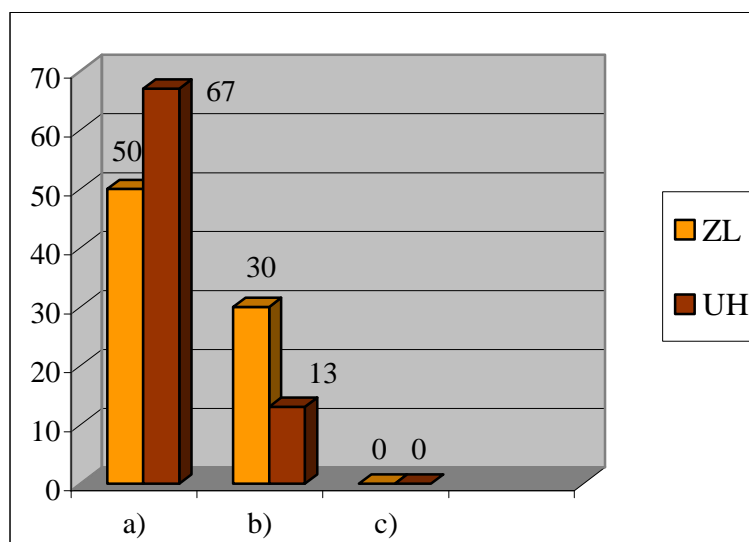
V UH zná rizika zákroku celkem 66 % žen. 33 % žen o žádných rizicích neví a 1 % žen žádná rizika spojená s operačním výkonem vědět nechce.

Otázka č. 16:

**Znáte jméno lékaře, který Vám zákrok provedl?**

tab. 16: znalost jména lékaře, který zákrok prováděl

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, znám	50	62 %	67	84 %
Ne, neznám	30	38 %	13	16 %
Je mi to jedno	0	0 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 16: znalost jména lékaře, který zákrok prováděl

Zmiňovaná otázka, zda klientky znají lékaře, který výkon prováděl, byla v 62 % zodpovězena kladně ve Zlíně a v UH v 84 %. Z celkového množství klientů ve ZL zvolilo 38 % variantu, že lékaře nezná. V Hradišti variantu b) uvedlo 16 % žen. Z uvedených možností však nikdo nevedl, že by mu to bylo jedno.

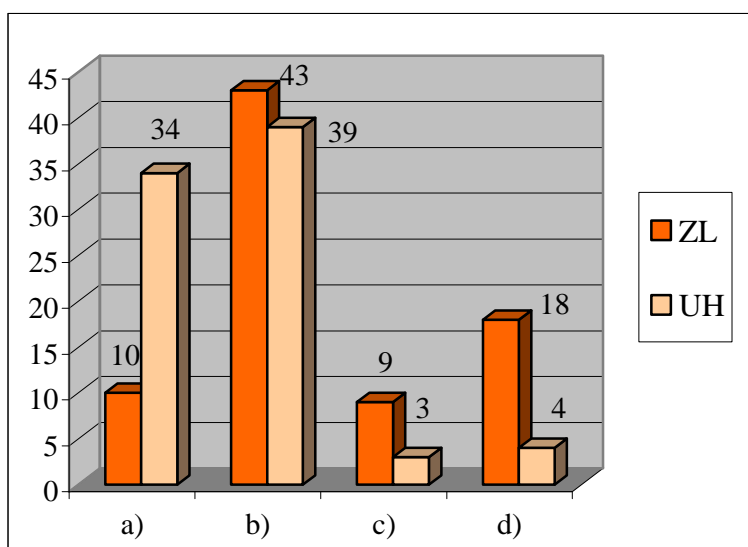
Příčina neznalosti nejspíše tkví buď v zapomnětlivosti klientek, nebo že se lékař předem nepředstavil.

## Otázka č. 17:

Víte, jaké léky dostáváte během pobytu v nemocnici?

tab. 17: informace o lécích

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, vím přesně, protože mám všechny léky u sebe	10	13 %	34	43 %
Ano, vím přesně, jaké léky mi dávají	43	53 %	39	48 %
Pokud se nezeptám, tak nevím	9	11 %	3	4 %
Ne, nevím, ale plně důvěřuji zdejšímu personálu	18	23 %	4	5 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 17: informace o lécích

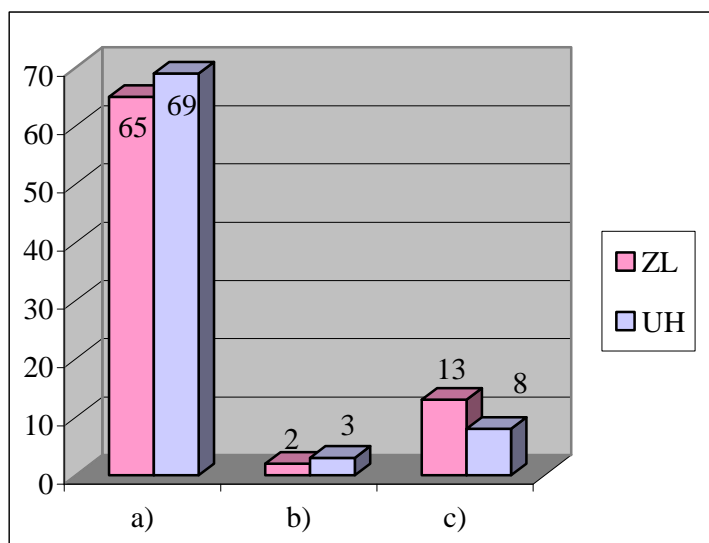
Medikamentózní terapie úzce souvisí s operativním zákrokem. Otázka měla zjistit, zda jsou ženy plně informovány, jaké léky dostávají během hospitalizace, nebo zda je mají po celou dobu u sebe. 53 % žen ve Zlíně uvedlo, že vědí přesně, jaké léky dostávají, v UH ví přesně 48 % žen. 13 % hospitalizovaných žen ve ZL má léky u sebe, v UH má u sebe léky 43 %. 11 % žen ve ZL pokud se nezeptá, tak neví, co je jim podáváno za léky, v UH 4 % žen neví, jaké berou léky. 23 % žen má plnou důvěru v personál ve ZL a v UH 5 % žen neví, ale mají plnou důvěru ve zdravotnický personál.

## Otázka č. 18:

Jaký je Váš názor na to, zda by měl člověk vědět celou pravdu o svém zdravotním stavu, ať už je jakýkoliv?

tab. 18: znalost celé pravdy

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Myslím si, že by měl člověk vědět celou pravdu	65	81 %	69	86 %
Ne, asi bych nechtěla vědět celou pravdu	2	3 %	3	4 %
Nevím	13	16 %	8	10 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 18 : znalost celé pravdy

Názor, zda by měl člověk vědět celou pravdu nebo ne, byl postaven před klientkami v této otázce. 81 % dotazovaných ve ZL se domnívá, že by měl člověk pravdu vědět, ať už je jakýkoliv, 3 % dotazovaných uvedly názor v tom, že by pravdu o svém zdravotním stavu vědět nechtěly a 16 % neví, zda chtějí vědět celou pravdu. V UH 86 % žen si myslí, že by měl znát člověk celou pravdu, 4 % žen to vědět nechtějí a 10 % dotazovaných neví, zda pravdu chtějí vědět.

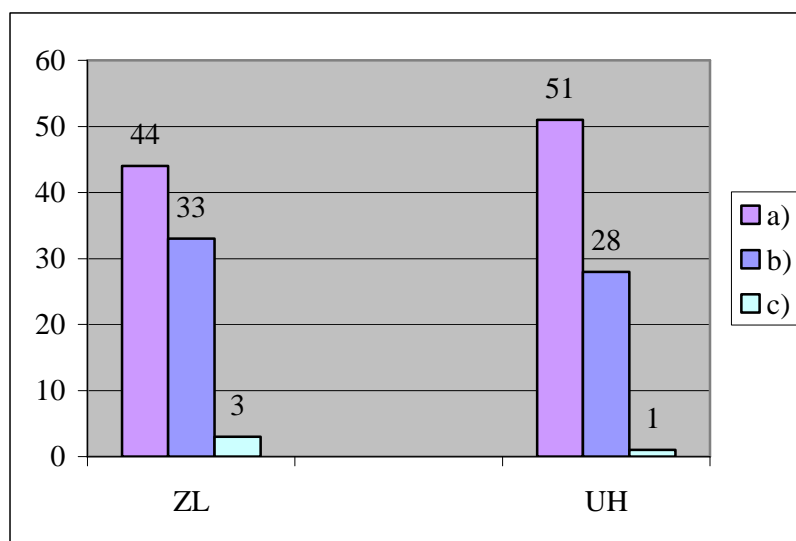


## Otázka č. 19:

Je pro Vás důležitá psychická příprava (vysvětlení, uklidnění), a podpora od personálu?

tab. 19: potřeba psychické podpory od personálu

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, je pro mne důležitá	44	55 %	51	64 %
Možná je ještě důležitější, než příprava tělesná	33	41 %	28	35 %
Ne, není pro mne důležitá	3	4 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 19: potřeba psychické podpory od personálu

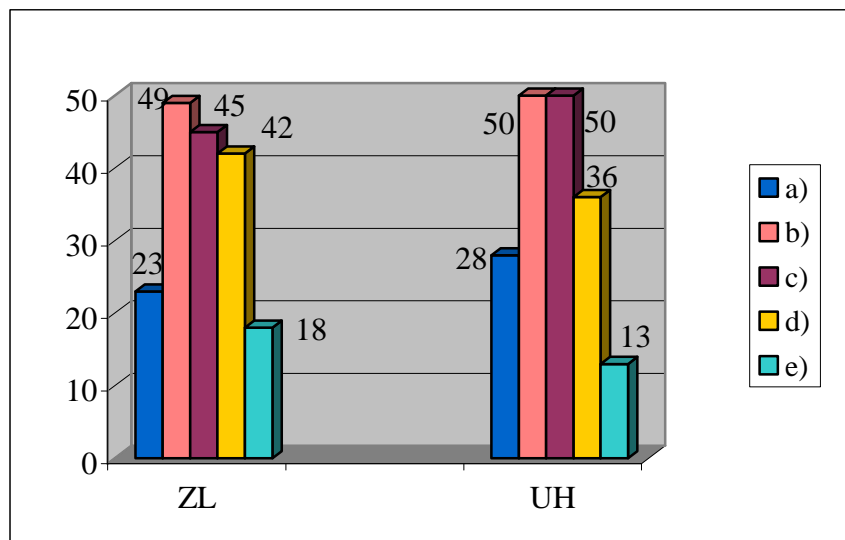
Tato otázka měla zmapovat prioritu psychologického podpory od personálu. 55 % dotazovaných žen ve ZL je toho názoru, že je pro ně psychologický přístup důležitý. V UH 64 % má stejný názor. 41 % klientek se domnívá, že vlídný přístup od personálu je důležitější, než vlastní příprava tělesná. Tu samou variantu uvedlo v UH celkem 35 % žen. Variantu c) uvedlo 4 % respondentek ve Zlíně a v UH pouhé 1 % žen.

Otázka č. 20:

Co podle vás patří do psychické přípravy, která je součástí léčebného režimu?

tab. 20: metody psychologického přístupu od personálu

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Snižovat bolest	23	29 %	28	35 %
Dostatečná vhodně zvolená komunikace	49	61 %	50	63 %
Dostatek informací o zdravotním stavu a léčebném režimu	45	56 %	50	63 %
Minimalizovat strach a stres z operace a z nepříznivého výsledku	42	53 %	36	45 %
Chránit stud (soukromí) klienta	18	23 %	13	16 %
Celkový počet odpovědí	177	221 %	177	221 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 20: : metody psychologického přístupu od personálu

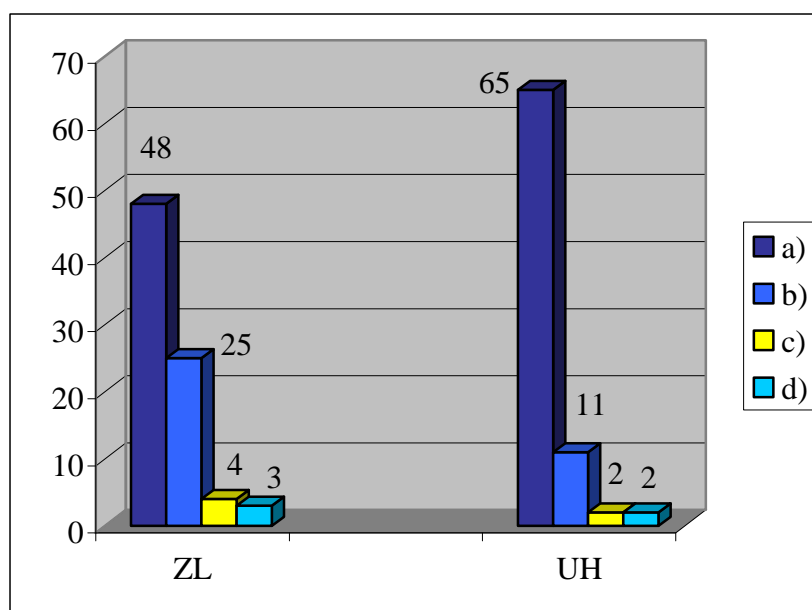
Otázka byla směřována tak, aby ženy mohly posoudit, kterou oblast psychologického působení na klientku vyžadují. Nejčastěji volily variantu dostatečnou a vhodně zvolenou komunikaci ve ZL v 61 % a v UH v 63 %.

## Otázka č. 21:

Myslíte si, že se Vám personál věnuje i po stránce psychické?

tab. 21: psychologický přístup od personálu

	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, věnuje se mi i po psychické stránce	48	60 %	65	80 %
Nepoznala jsem to	25	31 %	11	14 %
Nemyslím si, ale postrádám to	4	5 %	2	3 %
Nepotřebuji to, poradím si sama	3	4 %	2	3 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 21: psychologický přístup od personálu

Otázka věnovaná psychologickému přístupu měla zjistit, zda se zdravotnický personál věnuje klientům i po psychologické stránce. Většina dotazovaných, což bylo 60 % hospitalizovaných žen ve ZL, si myslí, že se jim personál tak věnuje, v UH si to myslí 80 % žen. 31 % žen ve ZL a 14 % v UH takový přístup od personálu nepoznaly. Variantu c) uvedlo 5 % žen ve ZL a 3 % žen v UH, že takový přístup od personálu postrádá. 4 % žen ve ZL si poradí samy a v UH si poradí samy 3 % hospitalizovaných žen.

## 8.1 Zhodnocení praktické části (hypotézy)

Pro zhodnocení hypotéz H1, H2 a H3 vycházím z výsledků dotazníku u následujících otázek:

**Ot.č. 7:** *Rozuměla jste všemu, co Vám personál v průběhu pobytu v nemocnici sdělil?*

- a) Ano, rozuměla
- b) Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit a vysvětlit
- c) Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat

**Ot. č. 9:** *Bylo Vám věnováno dostatek času při podávání důležitých informací?*

- a) Myslím, že ano
- b) Dostatečně, ale ve spěchu bez možnosti dotazů
- c) Ne dostatečně
- d) Nebylo věnováno dostatek času

**Ot. č. 10:** *Čerpala jste o svém operačním zákroku i z jiných zdrojů, než od personálu?*

- a) Ano
- b) Ne

**Ot.č. 14:** *Víte, jaký druh operačního zákroku Vám byl proveden?*

- a) Ano, vím přesně
- b) Ano, ale ne do detailů
- c) Nevím, ale určitě si chci patřičné informace doplnit
- d) Nevím, ale mám plnou důvěru v operační tým

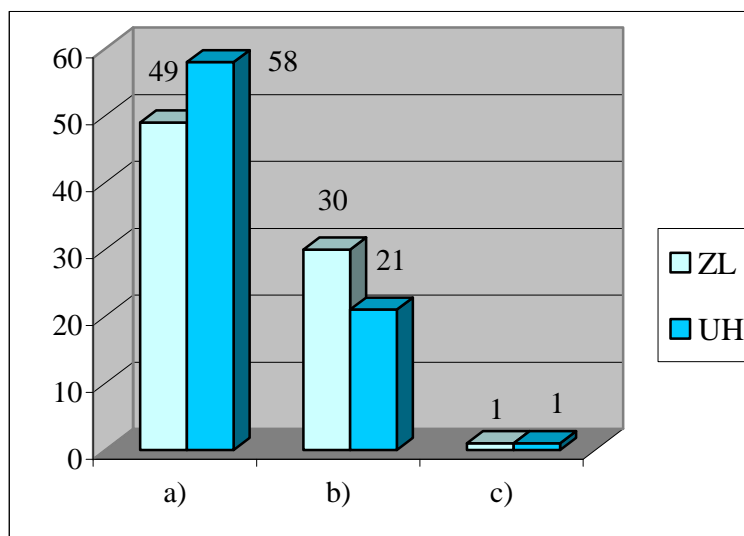
*Hypotéza 1: Předpokládám, že lepší informovanost je ve Zlíně, než v Uherském Hradišti.*

Při zhodnocení této hypotézy jsem vycházela z otázek v dotazníku č. 7, 9, 10 a 14, které se vztahují ke konkrétní hypotéze.

*Hypotéza se nepotvrdila.* V jednotlivých otázkách H1 je vidět jasný rozdíl, jak v počtu odpovědí, tak v počtu procent. Lepší informovanost je tedy v UH, jak je uvedeno v tabulce (tab. 22). Z otázky č. 7 vyplívá, že klientky podaným informacím v 73 % nejlépe porozuměly v UH, než ve ZL, kde ženy rozuměly informacím v 61 %. Cizím slovům nerozumí ve ZL celkem 38 % žen, v UH cizím slovům nerozumí 26 % a z celkového počtu dotazovaných se bálo na informace zeptat ve ZL i v UH jedno procento žen stejně.

tab. 22: porozumění podaným informacím

Ot.7:	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, rozuměla	49	61 %	58	73 %
Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit	30	38 %	21	26 %
Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat	1	1 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

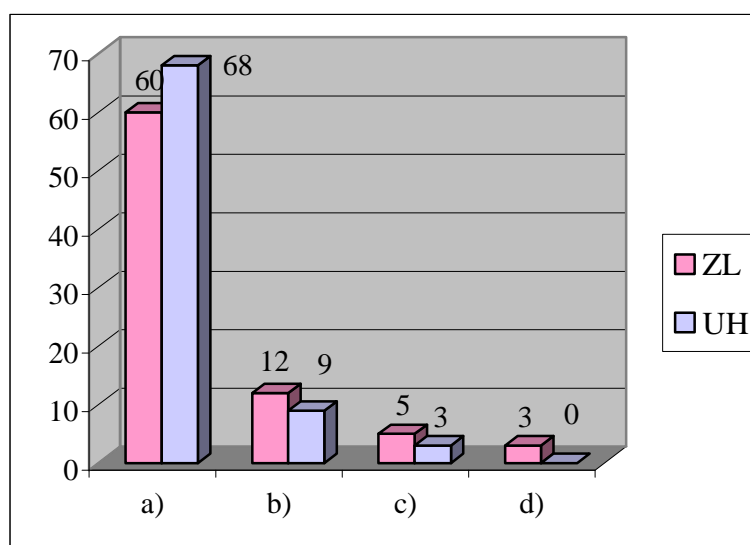


graf 22: porozumění podaným informacím

Lepší informovanost ovlivňuje i množství času věnovaného klientkám. I tady je vidět rozdíl, že v UH se klientkám věnovaly v 85 %, než ve ZL, kde byl ženám věnován čas v 75 %, což je o 10 % méně, než v UH.

tab. 23: množství času věnovaného klientkám

Ot.9:	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Myslím, že ano	60	75 %	68	85 %
Dostatečně, ale ve spěchu a bez možnosti dotazů	12	15 %	9	11 %
Ne dostatečně	5	6 %	3	4 %
Nebylo věnováno dostatek času	3	4 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

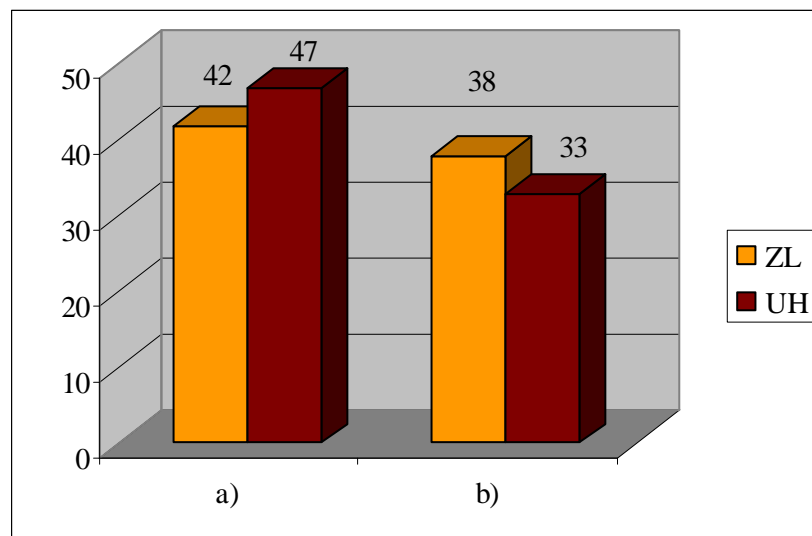


graf 23: množství času věnovaného klientkám

Součástí této hypotézy je i otázka věnovaná získávání informací o svém operačním výkonu mimo personál. Ve ZL klientky čerpaly z jiných zdrojů v 52 %. V UH vyhledávalo možné informace celkem 59 % hospitalizovaných žen. Informace o své terapii nehledaly ženy ve ZL ve 48 %. V UH ženy nehledaly žádné informace ve 41 %.

tab. 24: získávání informací i mimo zdravotnický personál

Ot.10:	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano	42	52 %	47	59 %
Ne	38	48 %	33	41 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

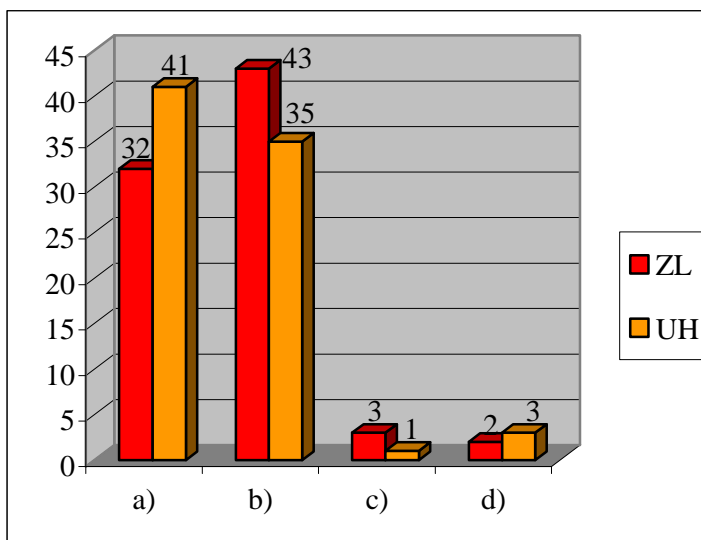


graf 24: získávání informací i mimo zdravotnický personál

I zde se hypotéza dala potvrdit. Ve ZL 40 % hospitalizovaných žen vědí přesně, jaký operační zákrok jim byl proveden. V UH ženy přesně o svém operačním zákroku vědí z celkového počtu v 51 %. Ne do detailů odpovědělo ze ZL 53 % a z UH 44 % žen. Variantu c) využilo ze ZL celkem 4 % a z UH pouze 1 % žen. Plnou důvěru v personál mají ženy ve ZL ve 3 % a v UH 4 % žen.

tab. 25: informace o operačním zákroku

Ot.14:	Počet ZL	% ZL	Počet UH	% UH
Ano, vím přesně	32	40 %	41	51 %
Ano, ale ne do detailů	43	53 %	35	44 %
Nevím, ale chci si patřičné informace doplnit	3	4 %	1	1 %
Nevím ,ale mám plnou důvěru v operační tým	2	3 %	3	4 %
<b>Celkem</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>



graf 25: informace o operačním zákroku



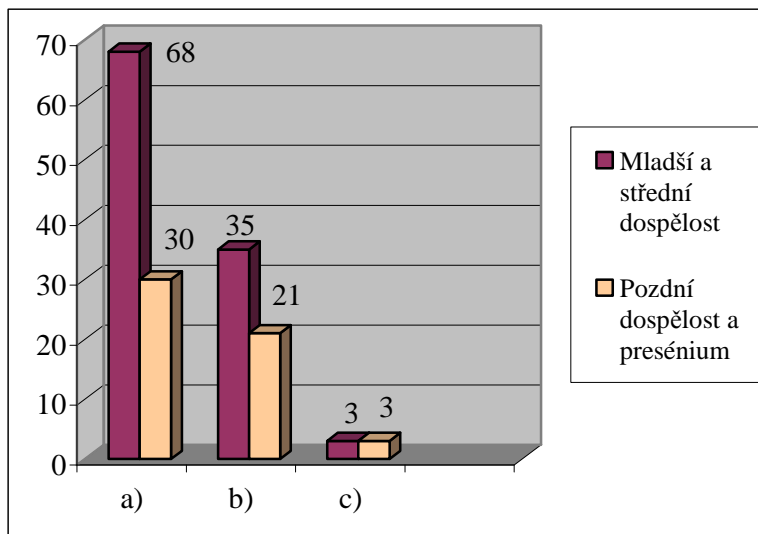
**Hypotéza 2:** *Domnívám se, že většina klientek mladší a střední dospělosti lépe porozumí podaným informacím, než klientky v pozdní dospělosti a preseniu.*

Při zpracování H2 vycházím opět z otázek v dotazníku č. 7, 9, 10 a 14. Zde porovnávám, jak klientky v závislosti na svém věku porozuměly podaným informacím. Věk žen jsem rozdělila do 2 skupin podle vzdělanosti na 1. skupinu *mladší* (20-35 let) a *střední* (36-50 let) *dospělost*, poté na 2. skupinu žen, na *pozdní dospělost* (51-60 let) a *presenium* (více jak 60 let).

*Hypotéza se potvrdila.* Jak dokazuje následující tabulka (tab. 26). Je vidět, že nejvíce podaným informacím rozuměla skupina žen mladší a střední dospělosti, a to ve 43 %, než tomu je u žen pozdního věku, které porozuměly podaným informacím v 19 %. Variantu b) uvedlo celkem 22 % žen mladšího věku, ženy pozdního věku tuto variantu využily ve 13%. Obě skupiny dotazovaných žen ve 2 % rozuměly málo a na další informace se bály zeptat.

tab. 26: porozumění podaným informacím

Ot.7:	Mladší a střední dospělost	%	Pozdní dospělost a presenium	%
Ano, rozuměla	68	43 %	30	19 %
Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit	35	22 %	21	13 %
Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat	3	2 %	3	2 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

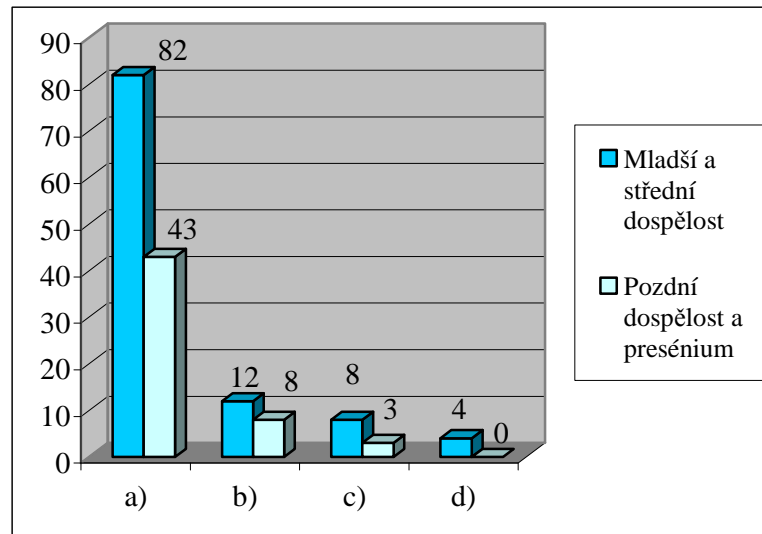


graf 26: porozumění podaným informacím

Míra informovanosti je závislá i na množství času. 51 % žen mladšího věku si myslí, že jim čas byl věnován, ve starším věku uvedlo 27 % žen, že jim byl čas věnován. Bez možnosti dotazů uvedly mladší ženy celkem v 8 % a 5 % dotazovaných žen staršího věku si myslí to samé. Variantu c) uvedly mladší ženy celkem v 5 %, a pouhé 2 % žen v pozdní dospělosti. Ženy mladší dospělosti uvedly ve 3 %, že jim čas věnován nebyl. Takovou možnost neuvedl nikdo z dotazovaných žen pozdního věku a presenia.

tab. 27: množství času věnovaného klientkám

Ot.9:	Mladší a střední dospělost	%	Pozdní dospělost a presenium	%
Myslím, že ano	82	51 %	43	27 %
Dostatečně, ale ve spěchu a bez možnosti dotazů	12	8 %	8	5 %
Ne dostatečně	8	5 %	3	2 %
Nebylo věnováno dostatek času	4	3 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

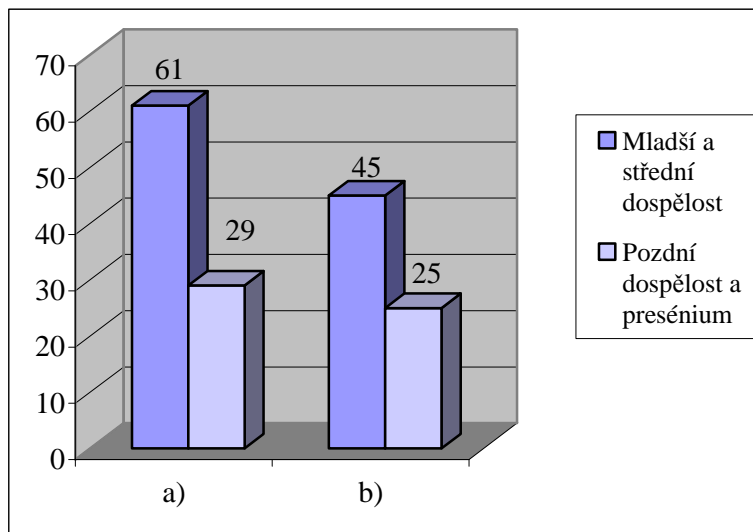


graf 27: množství času věnovaného klientkám

Hypotéza se potvrdila i z tabulky (tab. 28). Ženy mladší a střední dospělosti uvedly ve 38 %, že si informace aktivně vyhledávaly i z jiných zdrojů, než od personálu. Tu samou možnost uvedly v 18 % ženy pozdního věku. 28 % žen mladších si žádné informace nehledaly, starší ženy informace dopředu nehledaly v 16 %.

tab. 28: získání informací i mimo zdravotnický personál

Ot.10:	Mladší a střední dospělost	%	Pozdní dospělost a presenium	%
Ano	61	38 %	29	18 %
Ne	45	28 %	25	16 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

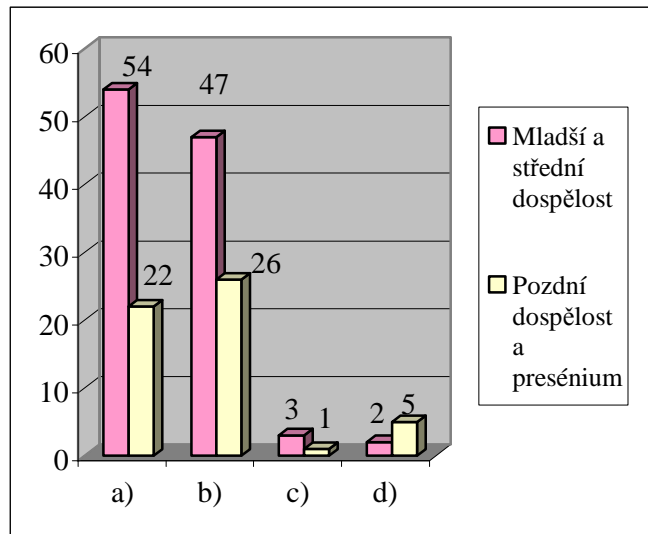


graf 28: získání informací i mimo zdravotnický personál

Hypotéza se potvrdila i v ot. 14, kde bylo cílem zjistit, do jaké míry klientky vědí o svém operačním zákroku. 34 % žen mladší dospělosti ví přesně o své operačním zákroku, než ženy pozdní dospělosti a presenia, které o výkonu ví přesné informace ve 14 %. Ne do detailů uvedly mladší ženy ve 29 %, ženy v pozdní dospělosti uvedly tuto variantu v 16 %. 2 % žen neví, jaký jim byl zákrok proveden, ale informace si nechají doplnit, u žen v pozdní dospělosti variantu c) uvedlo pouhé 1 % žen. Plnou důvěru v personál ohledně operačního výkonu má 1 % mladších žen a starší ženy tuto variantu uvedly ve 3 %.

tab. 29: informace o operačním zákroku

Ot.14:	Mladší a střední dospělost	%	Pozdní dospělost a presenium	%
Ano, vím přesně	54	34 %	22	14 %
Ano, ale ne do detailů	47	29 %	26	16 %
Nevím, ale chci si patřičné informace doplnit	3	2 %	1	1 %
Nevím ,ale mám plnou důvěru v operační tým	2	1 %	5	3 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



graf 29: informace o operačním zákroku

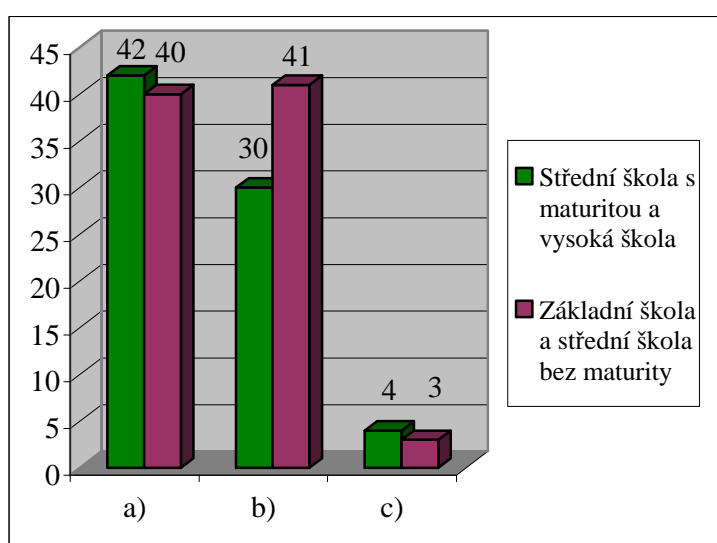
**Hypotéza 3: Předpokládám, že převážná většina žen s vyšším typem vzděláním (maturita, vysoká škola), lépe pochopí důležité informace při rozhovoru s lékařem, než ženy s nižším typem vzdělání.**

Při zpracování této hypotézy vycházím opět ze 4 otázek z dotazníku č.7, 9, 10, 14, vztahující se k informovanosti, nyní v závislosti na typu vzdělání klientky. Zde jsem ženy rozdělila do 2 skupin, na ženy s maturitou a vysokoškolským studiem, a na ženy s dosaženým vzděláním základní školy a střední školy bez maturity.

*Hypotéza se potvrdila částečně.* Jak znázorňuje tabulka (tab. 30), ženy s vyšším typem studia porozuměly podaným informacím ve 26 %, než ženy s nižším typem studia, které porozuměly informacím ve 25 %, což je o pouhé 1 % ve prospěch vzdělanějších ženám. Variantu b) uvedly ženy vzdělanější v 19 %, ženy s nižším typem studia uvedly tuto variantu ve 26 %. 3 % žen vzdělanějších uvedla variantu c) a ženy s nižším typem studia ve 2 %.

tab. 30: porozumění podaným informacím

Ot.7:	<b>Střední škola s maturitou a vysoká škola</b>	<b>%</b>	<b>Základní škola a střední škola bez maturity</b>	<b>%</b>
Ano, rozuměla	42	26 %	40	25 %
Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit	30	19 %	41	26 %
Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat	4	3 %	3	2 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

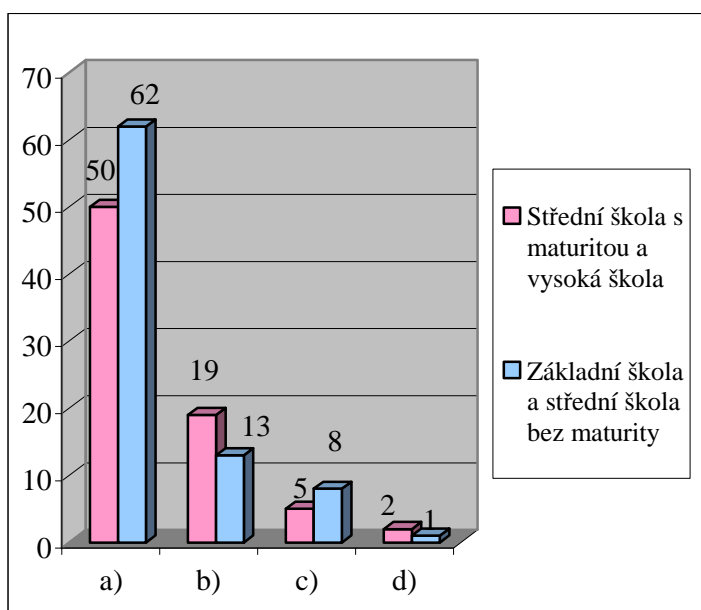


graf 30: porozumění podaným informacím

Tabulka (tab. 31) znázorňuje, že ženám s vyšším typem studia dostatek času byl věnován ve 31 % méně, než ženám ve 39 % s nižším typem studia, které si myslí, že měly dostatek času při rozhovoru. Ve spěchu a bez možnosti dotazů bylo ženám s vyšším typem studia věnován čas ve 12 % a ženám méně vzdělanějším v 8 %. Nedostatečné informace si myslí, že měly 3 % vzdělanějších žen, 5 % že s nižším typem studia si taky myslí, že měly informace nedostatečné. U obou skupin 1 % žen uvedlo, že jim čas věnován nebyl.

tab. 31: množství času věnovaného klientkám

Ot.9:	<b>Střední škola s maturitou a vysoká škola</b>	<b>%</b>	<b>Základní škola a střední škola bez maturity</b>	<b>%</b>
Myslím, že ano	50	31 %	62	39 %
Dostatečně, ale ve spěchu a bez možnosti dotazů	19	12 %	13	8 %
Ne dostatečně	5	3 %	8	5 %
Nebylo věnováno dostatek času	2	1 %	1	1 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

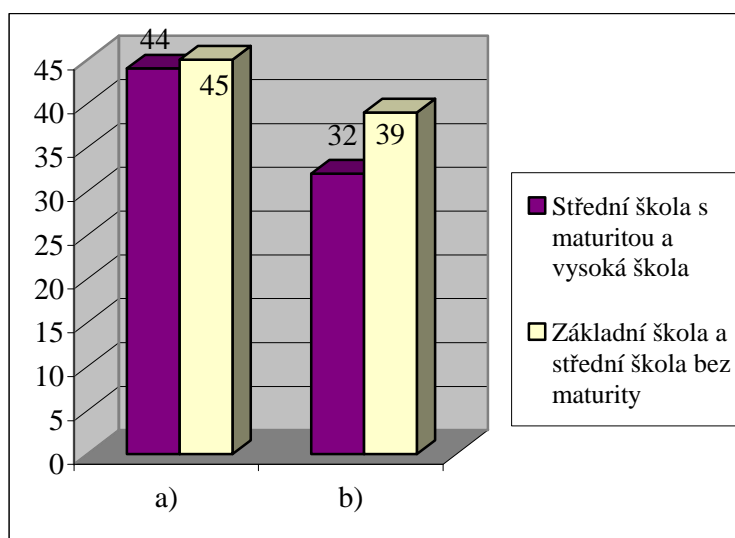


graf 31: množství času věnovaného klientkám

Tabulka (tab. 32) ukazuje, že stejný počet žen u obou skupin čerpaly informace i z jiných zdrojů, než od personálu, a to ve 28 %. Vzdělanější ženy si žádné informace nehledaly ve 20 %, a ženy s nižším typem studia si nehledaly informace žádné ve 24 %.

tab. 32: vyhledávání zdrojů informací

Ot.10:	<b>Střední škola s maturitou a vysoká škola</b>	<b>%</b>	<b>Základní škola a střední škola bez maturity</b>	<b>%</b>
Ano	44	28 %	45	28 %
Ne	32	20 %	39	24 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



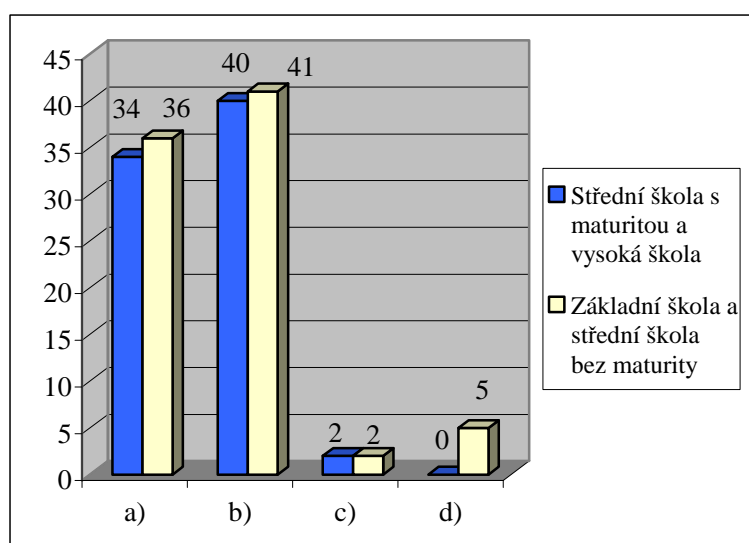
graf 32 vyhledávání zdrojů informací



Zde se hypotéza potvrdila částečně. Tabulka (tab. 33) znázorňuje, že 21 % žen vyššího typu studia vědí přesně o své operačním zákroku méně, než ženy s nižším typem studia, které o operačním zákroku vědí ve 23 %. Ne do detailů podané informace uvedly vzdělanější ženy ve 25 %, ženy méně vzdělanější uvedly tuto variantu ve 26 %. U obou skupin žen uvedlo pouhé 1 % variantu c), že si patřičné informace nechají doplnit. Plnou důvěru v personál ohledně operačního výkonu má 3 % žen s nižší typem studia.

tab. 33: informace o operačním zákroku

Ot.14:	<b>Střední škola s maturitou a vysoká škola</b>	<b>%</b>	<b>Základní škola a střední škola bez maturity</b>	<b>%</b>
Ano, vím přesně	34	21 %	36	23 %
Ano, ale ne do detailů	40	25 %	41	26 %
Nevím, ale chci si patřičné informace doplnit	2	1 %	2	1 %
Nevím ,ale mám plnou důvěru v operační tým	0	0 %	5	3 %
<b>Celkem</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



graf 33: informace o operačním zákroku

**Hypotéza 4:** *Domnívám se, že by většina klientek uvítala více informací o samotném operačním zákroku.*

*Hypotéza se potvrdila částečně.* Z celkového počtu 160 respondentek 50 % hospitalizovaných žen by uvítaly další informace o jejich operačním zákroku.

**Hypotéza 5:** *Domnívám se, že by většina klientek uvítala více informací o pooperační péči a pohybovém režimu.*

*Hypotéza se mi nepotvrdila,* jelikož z celkového počtu 160 respondentek by uvítalo další informace o pooperační péči celkově 33 %. Informace o pohybovém režimu by uvítalo celkem 26 % žen.

**Hypotéza 6:** *Předpokládám, že převážná většina klientek získává více informací i z jiných zdrojů, než od personálu.*

*Hypotéza se potvrdila.* Z celkového počtu 160 respondentek získalo 56 % dotazovaných respondentek informace i z jiných zdrojů, než od personálu.

**Hypotéza 7:** *Domnívám se, že během rozhovoru s lékařem bylo klientkám věnováno dostatek času.*

*Hypotéza se potvrdila.* Klientkám bylo věnováno dostatek času celkem v 80 % z celkového počtu hospitalizovaných žen.

**Hypotéza 8:** *Domnívám se, že jsou ženy spokojeny s množstvím informací.*

*Hypotéza se potvrdila.* Klientky jsou spokojeny s množstvím informací v 66 %.

## 9 ŘEŠENÍ PROBLÉMU, DOPORUČENÍ PRO PRAXI

### 9.1 Návrh řešení

V rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že z celkového množství 160 dotazovaných žen je 66 % žen spokojených s množstvím informací a 56 % získává informace i mimo zdravotnický personál. Ale stále hodně žen nezná rizika spojená s operačním výkonem, není jim věnován potřebný čas, nebo podaným informacím nerozumí.

Mým cílem bylo zjistit informovanost u klientek a zaměřit se na podávání informací ze stran zdravotnického personálu.

Vypracovala jsem metodický plán komunikace a edukace ve formě standardu péče. Výhodou každého standardu je, že obsahuje určitá kritéria, podle kterých se personál může v dané oblasti orientovat. Udává určitý řád, postup, a v rámci neoprávněného postihu může prokázat nevinu dotyčného, který podle standardu postupoval.

## 10 STANDARD – METODIKA KOMUNIKACE A EDUKACE

Standard je určitá závazná norma péče, která dává jistotu, tomu, kdo ji využívá a chrání před neoprávněným postihem.

### *STANDARD OŠETŘOVATELSKO-LÉČEBNÉ PÉČE č. 1*

Téma: *METODIKA KOMUNIKACE A EDUKACE*

Určeno: lékaři, porodní asistentky, bakalářky, sestry specialistky

Platnost od: 1.6. 2007

Aktualizace: 1.6. 2009

Místo: lůžková část gyn. – por. oddělení

**Kompetentní osoby:** lékaři a porodní asistentky

**Cíle:**

- získání anamnestických údajů potřebných pro lékařskou a ošetrovatelskou péči,
- edukace a uklidnění klientky, uspokojení jejích potřeb kontaktu, bezpečí a jistoty,
- získání klientky ke spolupráci v léčebném a ošetrovatelském procesu

**Pomůcky:**

- osobní údaje o klientce, dokumentace,
- informační zdroje – letáky, brožury podle druhu operačního výkonu,
- modelové znázornění

**Podmínky:**

- klidné prostředí, vhodná doba,
- dostatek času, lidský přístup od personálu,
- nepřítomnost svědků

**Provedení:****1. Vstupní rozhovor:**

- nejprve se klientce představíme a společně s klientkou se posadíme,
- respektujeme individuální zvláštnosti klientky, jsme taktní a ohleduplní,
- navodíme pozitivní atmosféru a rozhovor vedeme beze spěchu,
- klademe krátké a jednoduché otázky, mluvíme pomalu a zřetelně,
- odebereme anamnézu ženy (ošetřovatelskou – PA, lékařskou - lékař),
- vysvětlíme důležitost a nevyhnutelnost operačního výkonu – PA,
- lékař vysvětlí podstatu operačního výkonu a nejčastější rizika spojená s výkonem, popřípadě možné komplikace po operaci,
- klientce dáme prostor pro dotazy, na které odpovídáme,
- žena při vedení lékařského rozhovoru podepíše souhlas s hospitalizací a informovaný souhlas s daným operačním výkonem,
- patřičné informace zapíšeme nebo vložíme do dokumentace,
- podáme další informace o průběhu hospitalizace

**2. edukace klientky během hospitalizace:**

- ženu edukujeme o nutnosti přípravy před operací, stručně popíšeme postup,
- po operaci lékař průběžně informuje ženu o léčebném režimu, o důležitosti podání medikamentózní terapie,
- zajistíme základní potřeby a klientku aktivizujeme v péči o sebe sama,
- dbáme o psychickou stránku ženy, projevujeme empatii a motivaci ke zdraví

**3. edukace klientky při propuštění do domácí péče**

- klientce vysvětlíme režimové opatření v domácím prostředí,

- rozhovor vedeme opět beze svědků a informujeme klientku o celkovém průběhu terapie, podáme informace o rekonvalescenci a předáme klientce potřebné dokumenty

***Úklid pomůcek:***

- doplněnou dokumentaci dáme na přehledné místo a uklidíme informační zdroje

***Možné komplikace:***

- zkreslení nebo zatajování informací od dotazované ženy,
- strach, obava, úzkost ženy,
- devalvace klientky zdravotnickým personálem,
- nesrozumitelnost řeči zdravotnického pracovníka

***Pamatovat si, že je důležité :***

- projevovat empatický přístup a toleranci, důstojné zacházení s klientkou,
- po celou dobu hospitalizace chránit stud ženy,
- podávat pravdivé a srozumitelné informace,
- ujistit se, že nám klientka porozuměla,
- vše průběžně zaznamenat do dokumentace

***Kontrola pracovníků:***

- vrchní sestra – průběžně
- staniční sestra, lékař – každý den

## ZÁVĚR

Při psaní mé bakalářské práce bylo snahou vidět celou problematiku očima klienta, nemocného člověka, který potřebuje vědět, co se s ním děje a hlavně potřebuje uspokojit potřeby, nejen ty základní, ale především potřeby kontaktu, bezpečí a jistoty.

Mým cílem byl i hlubší pohled na vztah lékaře a klienta v institucionální zdravotnické péči. Tato oblast vztahu a komunikace je jedním ze základních pilířů léčebné strategie a bez něj se v lékařské profesi nelze obejít.

Přestože bylo mou snahou definovat problematiku informovanosti z více pohledů, potýkala jsem se s nelehkými situacemi během psaní teoretické části:

Právní problematika informovaného souhlasu byla oblastí pro mne více než obtížnou. Sestavování složitého textu byl nelehký úkol, kterému jsem věnovala nejvíce času. Počáteční obtíže shromažďování informací vystřídala reforma vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, což znamenalo text pozměnit k aktuální podobě.

Problematika Svědků Jehovových spočívala ve hlubším poznání jejich bezkrevní terapie. Internetový zdroj, ze kterého jsem čerpala myšlenky, je uveden v seznamu literatury. Avšak na internetu je zdroj v pozměněné podobě. Mým cílem zde bylo pozvednout právo a respektování Svědků Jehovových.

Praktická část práce je věnována výzkumu, který jsem vedla ve dvou zdravotnických zařízeních. V průběhu práce uvádím jmenovitě názvy obou zdravotnických institucí, jelikož jsou specifické právě ve vedení výzkumu. Srovnávala jsem informovanost žen na oddělení gynekologie. Dotazník se dostal do rukou hospitalizovaným ženám po provedeném operačním výkonu. 100% návratnost dotazníků byla ovlivněna mou přítomností. V rámci praktické výuky ve Zlíně jsem rozdávala dotazníky klientkám a poté jsem je získávala zpět. V Uh. Hradišti jsem se v rozdávání dotazníků střídala s porodními asistentkami, které mi je i nazpět předávaly. Průběh dotazníkového šetření v UH trval o něco déle, po dobu výzkumu byl omezen nižší kapacitou klientek, než tomu bylo v nemocnici ve ZL.

V průběhu praktické části, při zhodnocení výsledků mě provázely některé problémy: Zpracování odpovědí bylo problematické v závislosti ke konkrétním hypotézám.

Vycházela jsem z otázek v dotazníku č. 7, 9, 10, 14. Bylo potřeba odpovědi zhodnotit podle jednotlivého pracoviště. Podle věku žen a podle typu vzdělání jsem zpracovala počet odpovědí dohromady z celkového počtu 160 respondentek. První 3 hypotézy jsem znázornila graficky a v tabulkách.

V rámci výzkumu jsem si stanovila hlavní cíle. Uvedu, jak se mi podařilo jednotlivých cílů dosáhnout:

**Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti klientek na jednotlivém pracovišti.** Stanovila jsem si hypotézu, že předpokládám, že větší informovanost je ve Zlíně, než v Uh. Hradišti. Zjistila jsem, že úroveň informovanosti je naopak lepší v Uh. Hradišti, než ve Zlíně, tudíž se mi hypotéza nepotvrdila. Je zde mnoho faktorů, které vedou k rozdílům v této oblasti zkoumání. Myslím si, že informovanost je ovlivněna určitou mírou času věnovaného klientkám. Velký vliv má i množství hospitalizovaných žen na oddělení, jelikož personál má na starosti více žen a od toho se odvíjí čas strávený pro individuální potřeby nemocných. I když péče se má odvíjet právě od potřeb konkrétního nemocného člověka, od jeho strategie léčby, nehledě na plný stav oddělení.

Míru informovanosti jsem sledovala i u žen **v závislosti na věku**. Hypotéza se mi potvrdila, že předpokládám, že většina klientek mladší a střední dospělosti lépe porozumí podaným informacím, než klientky v pozdní dospělosti a preseniu.

Další oblastí, kde jsem zkoumala úroveň informací, byly **ženy různého stupně vzdělání**. Předpokladem bylo, zda převážná většina žen s vyšším typem vzděláním (maturita, vysoká škola), lépe pochopí důležité informace při rozhovoru s lékařem, než ženy s nižším typem vzdělání. Zde se hypotéza potvrdila částečně.

**Cíl 2: Zjistit, ve kterých oblastech péče ženy požadují více informací.** K uvedenému cíli se vztahují 3 hypotézy. Informace o operačním výkonu požadovalo 50 % žen z celkového počtu dotazovaných. Hypotéza se tedy potvrdila částečně.

V závislosti ke stanoveným hypotézám, informace, týkající se pooperační péče, vyžadovalo 33 % žen, informace o pohybovém režimu 26 % žen. Zde se mi hypotéza nepotvrdila, jelikož ženy o pooperační péči a pohybovém režimu z velké části informace nepožadovaly.

Dále z výzkumu vyplynulo, že ženy si o operačním zákroku informace vyhledávají i z jiných zdrojů, než od personálu. Hypotéza se potvrdila. Z celkového počtu 160 dotazo-



vaných více jak polovina (56 %) žen si informace vyhledávala mimo zdravotnický personál. Zde vidím velký přínos různých informačních zdrojů ve společnosti. Ženy však patřičné informace získaly ve většině případů ze zkušeností svých známých.

### **Cíl 3: Vytvořit metodický materiál – Standard péče**

K uvedenému cíli byla stanovena hypotéza, že předpokládám, že byl ženám věnován dostatek času při podávání informací. Hypotéza se potvrdila. 80 % žen z celkového počtu dotazovaných mělo pocit, že jim byl věnován potřebný čas. Hypotéza se týkala i spokojenosti s množstvím informací, které byly klientkám podány. Domněnka se potvrdila, skutečně ženy spokojeny byly, z celkového počtu 160 dotazovaných tak uvedlo 66 % žen.

I když jsou ženy spokojeny s množstvím informací nebo s množstvím času, v praxi je vidět určitý deficit v oblasti porozumění, v lidském přístupu, nebo ve znalosti léčebného postupu. Vypracovala jsem metodický plán komunikace a edukace ve formě standardu péče. Podle mého názoru by bylo dobré, kdyby zdravotnický personál měl určitý návod i v této oblasti komunikace a edukace. Standard byl sestaven na základě poznatků teoretické části mé práce a z výsledků výzkumu v empirické části práce.

Zkoumaná problematika je tématem, o kterém by se dalo psát sáhodlouhé studie. Bylo by zajímavé pokračovat ve stejném duchu, ale v širším pohledu na danou věc.

### **Doporučení pro další výzkum**

- Porovnání kvality edukačních schopností lékařů a porodních asistentek.
- Srovnání informovanosti v ČR a sousedních států Evropské unie.

Tato práce mi dala mnohé poučení, jak se při své budoucí profesi plně věnovat svým klientům, aby spokojenost byla na obou stranách.

Mým přáním je, aby tato práce byla přínosem lékařům a porodním asistentkám, jak pečovat o nemocného člověka, očekávajícího od nás komplexní péči.

Aby i laická veřejnost mohla posoudit, co všechno zdravotník může pro klienta udělat a jak je tato profese náročná, nejen po medicínské stránce.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BARTLOVÁ, S. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. 3. dopl. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7.
- [2] ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
- [3] ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha : IKEM-Středisko vědecko-technických informací, 1992. 48 s.
- [4] ČEPICKÝ, P., LÍBALOVÁ, Z. *Vybrané právní normy pro ambulantní gynekology*. Praha 6 : LEVRET s.r.o., 2005. 101 s. ISBN 80-903183-8-X.
- [5] FELDMANN, H. *Kompendium lékařské psychologie*. 1. vyd. Z něm. originál přeložila Jaromíra Pýchová. Praha 1 : VIKTORIA PUBLISHING a.s., rok vydání neuveden. 205 s. ISBN 80-85605-67-8.
- [6] GREGUŠOVÁ, E. a kol. *Starostlivost' o ženu*. Banská Bystrica : Osveta, 1992. 333 s. ISBN 80-217-0439-X.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha : Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.
- [8] HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov-Město : Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, H. *Kapitoly z psychoonkologie. Spoutaný život*. Praha : Karlova univerzita, 3. lékařská fakulta, 1991. 330 s.
- [10] HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně : Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 1. vyd. Praha 5 : Galén, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
- [11] HONZÁK, R. *Některé psychologické prvky edukace*. *Diagnóza v ošetrovatelství*, leden 2006, roč. 2, čís. 1. Praha 4: Promediamotion s.r.o. 42 s. ISSN 1801-1349.
- [12] JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : TRITON, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

- [13] JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přeprac. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
- [14] KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. 1. vyd. Praha : SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 1998. 75 s. ISBN 80-85850-49-4.
- [15] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [16] KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- [17] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- [18] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- [19] MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Gynekologové ženám*. 1. vyd. Praha 1 : Grada Publishing, 1996. 261 s. ISBN 80-7169-323-5.
- [20] MACH, J., RATH, D. *Právní sebeobrana lékaře*. 2. vyd. [s.l.] : Presstempus, 2006. 143 s. ISBN 80-903350-6-3.
- [21] NEUBAUEROVÁ, K. *Komunikace pacient-lékař : Lékař léčí lidi, ne orgány*. Zdravotnické noviny : týdeník pro zdravotníky ve zdravotnictví a farmacii. 26.3.2007, roč. 56, č. 12, s. 35.
- [22] PAFKO, P. *Medicínmani a ti druzí*. 1. vyd. Praha 2 : NLN, s.r.o., LIDOVÉ NOVINY, 2004. 199 s. ISBN 80-7106-665-6.
- [23] PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací : Přístupy-dovednosti-poruchy*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2005. 145 s. ISBN 80-247-0858-2.
- [24] RYBNIKÁŘ, T. *Problematika informovanosti klientek gynekologického oddělení před operačními zákroky* [s.l.], 2005. 91 s. Práce byla obhájena na SZŠ, VZŠ - ZLÍN, Příluky 372, Zlín. Vedoucí absolventské práce Mgr. Helena Krausová.
- [25] STOLINOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha 5 : Galén, 1998. 352 s. ISBN 80-85824-88-4.

- [26] ŠPATENKOVÁ, N. *Jak řeší krizi moderní žena*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing a.s., 2006. 156 s. ISBN 80-247-1202-4.
- [27] VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vyd. Praha 7 : Grada Publishing, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.
- [28] VONDRÁČEK, L., BOUŠKA, I. *Základy zdravotnického práva*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. 85 s. ISBN 80-246-0882-0.
- [29] VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

**Internetové zdroje:**

- [30] *Komunikace pro zdravotní sestry* [online]. c2006-2007 [cit. 2007-05-19]. Dostupný z WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=305496&tmplid=804>>.
- [31] *Protiprávní sterilizace* [online]. c2002 [cit. 2007-03-24]. Dostupný z WWW: <[http://www.llp.cz/subdomains/cz/index.php?option=com\\_pressreleases&secid=8&catid=63&Itemid=112](http://www.llp.cz/subdomains/cz/index.php?option=com_pressreleases&secid=8&catid=63&Itemid=112)>.
- [32] *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 385/2006 Sb.* [online]. c2002-2005 , 9.5. 07 [cit. 2007-05-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.clk.cz/zakony.html>>.
- [33] *Www.novinky.cz* [online]. Praha : ČTK, Reuters, c2003-2007 [cit. 2007-05-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.novinky.cz/domaci/pacienti-uz-mohou-kdykoliv-nahlizet-do-sve-zdravotni-karty\\_114334\\_rti0f.html](http://www.novinky.cz/domaci/pacienti-uz-mohou-kdykoliv-nahlizet-do-sve-zdravotni-karty_114334_rti0f.html)>.
- [34] *Http://www.seznam.cz/ Svědkové Jehovovi. Zdržují se svědkové Jehovovi krve skutečně?*.[cit. 2007-03-10]. (Pozn. Nyní na stránkách v pozměněné formě.)
- [35] *Http://www.mzcr.cz*
- [36] *Http://www.ochrance.cz*
- [37] *Http://www.zdrav.cz*

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

H.	Hypotéza.
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati.
Ot.	Otázka.
P.	Page-strana knihy.
PA	Porodní asistentka.
s.l.	sine loco = bez místa vydání (v seznamu literatury).
Tab.	Tabulka.
UH	Uherské Hradiště.
ZL	Zlín.

**SEZNAM TABULEK**

tab. 1: věk klientek.....	47
tab. 2: dosažené vzdělání žen.....	48
tab. 3: charakter operačního zákroku .....	49
tab. 4: kde byly klientkám podány informace .....	50
tab. 5: informace získané od personálu.....	51
tab. 6: znázorňuje, jak se klientky cítily při rozhovoru.....	52
tab. 7: znázorňuje, zda ženy informacím porozuměly .....	53
tab. 8: forma podaných informací .....	54
tab. 9: množství času věnovaného klientkám .....	55
tab. 10: získání informací i z jiných zdrojů.....	56
tab. 11: zdroje informací.....	57
tab. 12: možnosti doplnění informací .....	58
tab. 13: spokojenost klientek s informacemi .....	59
tab. 14: informace o operačním zákroku.....	60
tab. 15: informace o rizikovosti operačního výkonu.....	61
tab. 16: znalost jména lékaře, který zákrok prováděl.....	62
tab. 17: informace o lécích.....	63
tab. 18: znalost celé pravdy.....	64
tab. 19: potřeba psychické podpory od personálu.....	65
tab. 20: metody psychologického přístupu od personálu .....	66
tab. 21: psychologický přístup od personálu.....	67
tab. 22: porozumění podaným informacím.....	69
tab. 23: množství času věnovaného klientkám .....	70
tab. 24: získávání informací i mimo zdravotnický personál .....	71
tab. 25: informace o operačním zákroku.....	72
tab. 26: porozumění podaným informacím.....	73
tab. 27: množství času věnovaného klientkám .....	74
tab. 28: získání informací i mimo zdravotnický personál.....	75
tab. 29: informace o operačním zákroku.....	76
tab. 30: porozumění podaným informacím.....	78
tab. 31: množství času věnovaného klientkám .....	79

tab. 32: vyhledávání zdrojů informací .....	80
tab. 33: informace o operačním zákroku.....	81

## SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Provedení protiprávní sterilizace

P III Práva pacientů

P IV Hippokratova přísaha

P V Souhlas pacienta se zdravotnickými výkony (souhlas s hospitalizací)-Uherské Hradiště

P VI Informovaný souhlas klientky s operačním výkonem: hysterectomie-Uh. hradiště

P VII Informovaný souhlas klientky s operačním výkonem: laparoskopie, hysteroskopie-Uh. Hradiště

P VIII Informovaný souhlas klientky s operačním výkonem: laparoskopická sterilizace-Uh. Hradiště

P IX Souhlas pacienta s hospitalizací-Zlín

P X Prohlášení k lékařské péči (Revers)

P XI Dokument pro lékařskou péči, závazný pokyn pro lékaře



# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

## DOTAZNÍK

VÁŽENÁ PANÍ!

Jmenuji se Jana Růžičková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka bakalářského studia ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma: „*Problematika informovanosti klientky související s gyn. léčbou a hospitalizací*“. Tento dotazník je **anonymní** a poslouží pouze k jednomu cíli: „**Zvýšit informovanost klientek v oblasti gyn. onemocnění a léčby**“.

Prosím Vás o odpověď na VŠECHNY otázky. Pokud není uvedeno jinak, označte jednu odpověď.

Předem děkuji za Váš drahocenný čas strávený při vyplňování dotazníku.

Jana Růžičková

### **1. Kolik je Vám let?**

- a) 20-35
- b) 36-50
- c) 51-60
- d) Více jak 60 let

### **2. Vaše dosažené vzdělání:**

- a) Základní škola
- b) Střední škola bez maturity (výuční list)
- c) Střední škola s maturitou
- d) Vysokoškolské studium

### **3. Váš operační zákrok byl:**

- a) Akutní
- b) Plánovaný

### **4. Kde Vám byly podány 1. informace týkající se vaší léčby a hospitalizace?**

- a) Ambulance
- b) Při příjmu do nemocnice
- c) Až během pobytu v nemocnici

**5 Kdo ze zdravotnického personálu Vám podal 1. informace?**

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Jiná osoba .....

**6. Jak jste se cítila během 1. rozhovoru s lékařem v nemocnici?**

- a) Cítila jsem se dobře a uvolněně
- b) Cítila jsem strach a nervozitu
- c) Nemohla jsem se soustředit

**7. Rozuměla jste všemu, co Vám personál v průběhu pobytu v nemocnici dělal?**

- a) Ano, rozuměla
- b) Moc ne, cizím slovům nerozumím, ale ráda si informace nechám doplnit a vysvětlit
- c) Rozuměla jsem málo a bála jsem se zeptat

**8. Jakou formou Vám byly podány informace?**

- a) Převážně ústně
- b) Převážně písemně

**9. Bylo Vám věnováno dostatek času při podávání důležitých informací?**

- a) Myslím, že ano
- b) Dostatečně, ale ve spěchu bez možnosti dotazů
- c) Ne dostatečně
- d) Nebylo věnováno dostatek času

**10. Čerpala jste o svém operačním zákroku, (onemocnění) i z jiných zdrojů, než od personálu?**

- a) Ano
- b) Ne

**11. Pokud jste získala informace i z jiných zdrojů, které to byly?**

- a) Časopisy pro ženy
- b) Odborná literatura
- c) Televize
- d) Od známých a spolu pacientek
- e) Internet
- f) Žádné

**12. V které oblasti byste chtěla ještě získat více informací?**

*(můžete zakroužkovat i více odpovědí)*

- a) Předoperační příprava
- b) O samotném operačním zákroku
- c) Pooperační péče
- d) Pohybový režim (rehabilitace v pooperačním období)
- e) Dietní režim
- f) Domácí péče

**13. Jste spokojená s tím, kolik máte informací?**

- a) Ano, jsem
- b) Mohlo by jich být více
- c) Ne, nejsem spokojená

**14. Víte, jaký druh operačního zákroku Vám byl proveden?**

- a) Ano, vím přesně
- b) Ano, ale ne do detailů
- c) Nevím, ale určitě si chci patřičné informace doplnit
- d) Nevím, ale mám plnou důvěru v operační tým

**15. Byly Vám řečeny možná rizika Vašeho operačního zákroku?**

- a) Ano, znám je
- b) Ne, o žádných rizicích nevím
- c) Nechci to vědět

**16. Znáte jméno lékaře, který Vám zákrok provedl?**

- a) Ano, znám
- b) Ne, neznám
- c) Je mi to jedno

**17. Víte, jaké léky dostáváte během pobytu v nemocnici?**

- a) Ano, vím přesně, protože mám všechny léky u sebe
- b) Ano, vím přesně, jaké léky mi dávají
- c) Pokud se nezeptám, tak nevím
- d) Ne, nevím, ale plně důvěřuji zdejšímu personálu

**18. Jaký je Váš názor na to, zda by měl člověk vědět celou pravdu o svém zdravotním stavu, ať už je jakýkoliv?**

- a) Myslím si, že by měl člověk vědět celou pravdu
- b) Ne, asi bych nechtěla vědět celou pravdu
- c) Nevím

**19. Je pro Vás důležitá psychická příprava (vysvětlení, uklidnění) a podpora od personálu?**

- a) Ano, je pro mne důležitá
- b) Možná je ještě důležitější než příprava tělesná
- c) Není pro mne důležitá

**20. Co podle Vás patří do psychické přípravy, která je součástí léčebného režimu?**

- a) Snižovat bolest
  - b) Dostatečná a vhodně zvolená komunikace
  - c) Dostatek informací o zdravotním stavu a léčebném režimu
  - d) Minimalizovat strach, stres z operace a z nepříznivého výsledku
  - e) Chránit stud (soukromí) klienta
- (můžete zakroužkovat i více odpovědí)*

**21. Myslíte si, že se Vám personál (z výše uvedeného) věnuje i po stránce psychické?**

- a) Ano, věnuje se mi i po psychické stránce
- b) Nepoznala jsem to
- c) Nemyslím si, ale postrádám to
- d) Nepotřebuji to, poradím si sama

**Ještě jednou Vám moc děkuji, že jste věnovaly Svou chvíli na vyplňování dotazníku.**

**J. Růžičková**

## **PŘÍLOHA P II: PROVEDENÍ PROTIPRÁVNÍ STERILIZACE**

KAUZA: Protiprávní sterilizace, porušení fyzické a morální integrity, soukromého a rodinného života, reprodukčních práv, práva nebyť vystaven ponižujícímu zacházení.

Popis případu:

Dne 7. 7. 1997 v Městské nemocnici Ostrava porodila paní H. své druhé dítě, dceru Kristýnu. Stejně jako u prvního dítěte, narozeného v roce 1993, bylo již během těhotenství pravděpodobné, že z důvodu disproporce (disproporatio celphalopelvica) proběhne porod císařským řezem. Současně s císařským řezem však byla u poškozené bez jejího vědomí provedena i oboustranná ligatura vejcovodů neboli sterilizace.

Postup zdravotnického zařízení byl následující. Poté, co paní H. pocítila první porodní bolesti, byla do zmíněné nemocnice přijata a po prvotním vyšetření umístěna na pokoji pro rodičky. 7. 7. 1997 bylo rozhodnuto porod vést císařským řezem, jako při prvním porodu. Během přípravy k operačnímu porodu se lékař zeptal sestry, zda má hotové „papíry“. Sestra odpověděla, že jí „papíry“ zapomněli dát podepsat.

S paní H. se nikdo přímo nebavil. Sestra přistrčila papír k operačnímu stolu a ukázala, kde se má podepsat. Paní H. se podepsala a ihned poté upadla do narkózy.

Po probuzení téhož dne jí sestra sdělila, že má zdravou holčičku, a udala váhu a míru dítěte. Poté jí sdělila, že má provedenou sterilizaci.

Díky kontaktům se Vzájemným soužitím o. s. se paní H. v roce 2004 rozhodla podat společně s dalšími ženami stížnost k Veřejnému ochránci lidských práv. V listopadu 2005 následně na doporučení Ligy lidských práv podala u Krajského soudu v Ostravě žalobu na ochranu osobnosti.

## **PŘÍLOHA P III: PRÁVA PACIENTŮ**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

***Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992.***

*Výklad jednotlivých bodů etického kodexu naleznete v knize prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc.: Práva pacientů, komentované vydání. Vydalo nakl. Aleny Krtilové, Havířov-Město, 1996.*

## PŘÍLOHA P IV: HIPPOKRATOVA PŘÍSAHA

### Hippocratis ius iurandum

*Per Apollinem medicum et Aesculapium, Hygiamque et Panaceam iure iurando affirmo et Deos Deasque omnes testor, me quantum viribus et iudicio valero, quod nunc iuro et ex scripto spondeo plane observaturum. Praeceptorem quidem qui me hanc artem edocuit, parentum loco habiturum, eique cum ad victum, tum etiam ad usum necessaria, grato animo communicaturum et suppeditaturum. Eiusque posteros apud me eodem loco quo germanos fratres fore, eosque si hanc artem addiscere volent, absque mercede et syngrapha edoctorum. Praeceptionum quoque et auditionum, totiusque reliquae disciplinae, cum meos et eius qui me edocuit liberos, tum discipulos qui Medico iure iurando nomen fidei dederint, participes facturum, aliorum praeterea neminem. Victus quoque rationem, quantum facultate et iudicio consequi potero, aegris utilem me praescripturum, eosque ab omni noxia et iniuria vindicaturum. Neque cuiusquam precibus adductus, alicui medicamentum lethale propinabo, neque huius rei author ero. Neque simili ratione mulieri pessum subdititium ad foetum corrumpendum exhibebo: sed castam et ab omni scelere puram, tum vitam, tum artem meam perpetuo praestabo. Neque vero calculo laborantes secabo, sed magistris eius artis peritis id muneris concedam. In quancunque autem domum ingressus fuero, ad aegrotantium salutem ingrediar, omnem iniuriae inferendae et corruptelae suspicionem procul fugiens, tum vel maxime rerum venerearum cupiditatem, erga mulieres iuxta ac viros, tum ingenuos, tum servos. Quae vero inter curandum, aut etiam Medicinam minime faciens, in communi hominum vita, vel videro, vel audiero, quae minime in vulgus efferi oporteat, ea arcana esse ratus, silebo.*

*Hoc igitur ius iurandum si religiose observaro, ac minime irritum fecero, mihi liceat cum summa apud omnes existimatione perpetuo vitam felicem degere et artis uberrimum fructum percipere. Quod si illud violavero et peieravero, contraria mihi contingant.*

### Hippokratova přísaha

Přisáhám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že budu podle svých sil a svědomí řádně plnit následující přísahu a zachovávat tyto závazky. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nezbytné, bude-li to potřebovat; také jeho potomky budu pokládat za bratry a budou-li si to přát, naučím je tomuto umění bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, kromě nich však nikomu. Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; svůj život i své umění zachovám vždy čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, nýbrž přenechám to mužům zkušeným v tomto oboru. Ať vstoupím do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným, vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak se osvobodím od touhy po smyslových požitcích se ženami i muži, jak se svobodnými, tak s otroky. Pomlčím o všem, co ze života člověka uvidím nebo uslyším při ošetřování nebo i nezávisle na léčbě a co by nemělo být zveřejněno, neboť jsem přesvědčen, že je to tajemství.

Budu-li tuto přísahu řádně zachovávat a neporuším-li ji, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvřním, nechť se mi stane pravý opak.

Pozn.: Latinská středověká verze.



# PŘÍLOHA P V: SOUHLAS PACIENTA SE ZDRAVOTNICKÝMI VÝKONY (SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ)

Uherskohradištská nemocnice a.s.

## SOUHLAS PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) SE ZDRAVOTNICKÝMI VÝKONY

Jméno a příjmení pacienta ..... RČ.....

\*Jméno a příjmení zákonného zástupce (opatrovníka).....

**souhlasím tímto s hospitalizací v nemocnici v Uh. Hradišti.**

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a se zdravotním stavem, charakterem mého onemocnění a s účelem a povahou plánovaných vyšetřovacích a léčebných výkonů i možnými alternativami léčení.

Byl/a jsem poučen/a o možných komplikacích a případných rizicích, souvisejících s těmito plánovanými vyšetřovacími a léčebnými výkony.

Souhlasím s případnými změnami v léčebném plánu, pokud se ukáží během léčby nebo prováděného výkonu nezbytně nutné.

Potvrzuji, že jsem poučení lékařem plně porozuměl/a.

Beru na vědomí, že vizity prováděné ošetřujícím lékařem a primářské vizity jsou organizovány na patientských pokojích a souhlasím s tím, že budou vedeny v přítomnosti pacientů hospitalizovaných na daném pokoji.

Předávání informací o zdravotním stavu bude prováděno diskrétně, s ohledem na pacientovo soukromí a stud, při respektování zákona o ochraně osobních údajů.

Beru na vědomí, že nemocnice Uh. Hradiště je výukovým zdravotnickým zařízením a dávám tímto souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace všem pracovníkům nemocnice

Uh. Hradiště poskytujícím mi zdravotní péči nebo vykonávajícím kontrolu úrovně poskytované péče i osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, kteří jsou vázáni povinností mlčenlivosti.

V případě mého zaviněného jednání, jimž dojde ke škodě na majetku nemocnice, se zavazuji takto vzniklou škodu v plné výši uhradit.

Souhlasím, aby o mém zdravotním stavu, vyšetřovacích a léčebných výkonech byl/a Informován/a:

jméno, příjmení, bydliště

manžel - manželka      ano    ne      .....

děti                      ano    ne      .....

další příbuzní        ano    ne      .....

jiné osoby            ano    ne      .....

v Uherském Hradišti dne ..... čas .....

-----  
podpis zákonného zástupce

-----  
lékař

\* nehodící se škrtněte

# PŘÍLOHA P VI: INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERAČNÍM VÝKONEM: HYSTERECTOMIE

*Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice s poliklinikou, Purkyňova 365,  
686 68 Uherské Hradiště*

---

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTKY S OPERAČNÍM VÝKONEM: *hysterektomie* (operační odstranění dělohy)**

Vážená paní,

Vítáme Vás na našem oddělení a přejeme spokojený pobyt. Výsledky provedených vyšetření ukazují na onemocnění dělohy, a proto Vám bylo doporučeno její odstranění. Chtěli bychom Vám poskytnout informace, které prohloubí Vaše vědomosti o plánovaném operačním výkonu.

Onemocnění dělohy jsou většinou nezhoubná, ale průvodní příznaky Vám mohou působit různé nepříjemné prožitky (silné nebo nepravidelné krvácení, bolesti v podbříšku, obtíže s močením). I tyto nezhoubné nálezy se časem mohou stát nebezpečnými. Pokud se Vám zdá informace, kterou jste obdržela od obvodního gynekologa nedostatečná, zeptejte se prosím ošetřujícího lékaře na oddělení na důvod plánovaného výkonu.

### **OPERAČNÍ POSTUP:**

- otevření dutiny břišní (kožním řezem nebo pochvou)
- odstranění nemocné dělohy: samotné  
nebo s odstraněním vaječnicků a vejcovodů  
nebo s odstraněním jiných nemocných orgánů

### **OPERAČNÍ VÝKON:**

Podle povahy onemocnění dělohy a Vašeho tělesného stavu bude zvolen operační postup do dutiny břišní, buď z kožního řezu na břiše nebo přes pochvu. Operace, která začala poševním přístupem, může být vyjimečně vzhledem k obtížnosti, kterou nebylo možno dříve předvídat, dokončena z kožního řezu. Oba postupy vedou k odstranění dělohy a podle nálezu na vaječnicích a podle Vašeho věku bude posouzeno ponechání či odstranění vaječnicků. Podrobnosti, které se týkají právě Vaší operace, Vám vysvětlíme. Ptejte se.

### **NÁSLEDKY OPERACE:**

Odstranění dělohy způsobí ukončení menstruačního krvácení, není možnost těhotenství, je zachována a neporušená kvalita pohlavního života. Při odstranění vaječnicků je vhodná hormonální náhrada jejich funkce pomocí tablet, náplastí, gelu apod. Máte-li otázky, vše Vám rádi vysvětlíme.

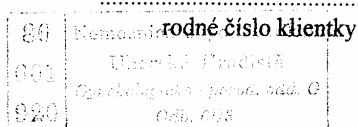
### **MOŽNÉ KOMPLIKACE:**

Každá operace je zásahem do organismu a žádný lékař na světě nemůže zaručit 100% výsledek bez možného rizika. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako tromboza (vznik krevní sraženiny v žilách dolních končetin), embolie (uzavření cév krevní sraženinou), infekce v operačním poli, krvácení během operace, ileus (zauzlení střev) jsou díky pokroku v medicíně řídké.

Je našim přáním, aby Váš výkon proběhl bez možných komplikací. I přes pečlivou operační techniku může dojít k neúnyslnému poškození dolních orgánů (např. močového měchýře, močovéhoodu, střeva). Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu, popř. k následnému operačnímu výkonu.

Vážená paní,  
tato informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se prosím na vše, co Vás ve vztahu k operačnímu výkonu zajímá. Ujistíme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.

.....  
jméno klientky



Vysvětlující pohovor s klientkou vedl MUDr. ....  
(podpis, jméno a razítko lékaře)

**Prohlašuji, že mně byl náležitě objasněn důvod operace, způsob provedení a byla jsem obeznámena s možnými komplikacemi.**

**Souhlasím - nesouhlasím** (nehodící se škrtněte), aby některé ošetrovatelské výkony prováděly žákyně zdravotních škol pod dozorem diplomované sestry.

**Souhlasím s plánovaným operačním výkonem.**

.....  
Uherské Hradiště, dne

.....  
podpis klientky

# PŘÍLOHA P VII: INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERAČNÍM VÝKONEM: LAPAROSKOPIE, HYSTEROSKOPIE

*Gynekologicko-porodnické oddělení, Uherskohradištská nemocnice a.s.,  
Purkyňova 365. 686 68 Uherské Hradiště*

---

## INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTKY S OPERAČNÍM VÝKONEM: *laparoskopie, hysteroskopie* (endoskopické metody)

Vážená paní,

Vítáme Vás na našem oddělení a přejeme spokojený pobyt. Bylo Vám doporučeno laparoskopické - hysteroskopické vyšetření - operace vnitřních pohlavních orgánů (dělohy, vaječnicků, vejcovodů). Chtěli bychom Vám poskytnout informace, které prohloubí Vaše vědomosti o plánovaném výkonu. Jedná se o vyšetřovací, popř. operační metody, kdy je oblast vnitřních rodidel zobrazena pomocí videokamery na obrazovce.

### OPERAČNÍ VÝKON:

**Laparoskopie:** V celkové anestezii je do dutiny břišní několika vpichy v podbřišku a v okolí pupku zavedena optika a laproskopické nástroje. Po zhodnocení nálezu je proveden potřebný operační výkon.

**Hysteroskopie:** V celkové anestezii je přes pochvu do dělohy zavedena optika a nástroje hysteroskopu. Touto cestou jsou odstraněny změny, které brání normální funkci dělohy (pravidelnému krvácení, popř. otěhotnění). Nejčastěji jde o myomy, srůsty nebo vývojové vady v dutině děložní.

### NÁSLEDKY OPERACE:

Při laparoskopických operacích záleží na rozsahu nálezu a na provedeném operačním výkonu. podrobnosti Vám vysvětlíme podle Vaší konkrétní situace a stavu. Ptejte se prosím! Ve srovnání s klasickými operacemi je pooperační průběh po laparoskopické či hysteroskopické operaci podstatně lépe snášen, je kratší doba rekonvalescence a rychlejší návrat do normálního života.

### MOŽNÉ KOMPLIKACE:

Žádné pracoviště ani žádný lékař na světě Vám nemohou zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako tromboza (vznik krevní sraženiny v žilách dolních končetin), embolie (uzavření cév krevní sraženinou), infekce v operačním poli, krvácení během operace, ileus (zauzlení střev) jsou díky pokroku v U laparoskopických a hysteroskopických operací může vyjimečně dojít k situaci, kdy je nutno v operaci pokračovat klasickým operačním řezem v podbřišku. Na výsledek operace to však nemá vliv. medicíne řídké.

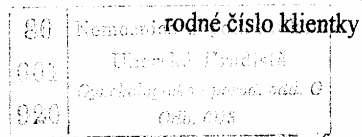
Je našim přáním, aby Váš výkon proběhl bez možných komplikací. I přes pečlivou operační techniku může dojít k neúnyslnému poškození dolních orgánů (např. močového měchýře, močovodu, střeva). Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu, popř. k následnému operačnímu výkonu.

Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkozy. Tyto Vám vysvětlí Váš lékař-anesteziolog.

Je našim přáním, aby Váš výkon proběhl bez možných komplikací. I přes pečlivou operační techniku může dojít k neúnyslnému poškození dolních orgánů (např. močového měchýře, močovodu, střeva). Tato poškození mohou vést k rozšíření operačního výkonu, popř. k následnému operačnímu výkonu.

Vážená paní,  
tato informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se prosím na vše, co Vás ve vztahu k operačnímu výkonu zajímá. Ujistíme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.

.....  
jméno klientky



Vysvětlující pohovor s klientkou vedl MUDr. ....  
(podpis, jméno a razítko lékaře)

**Prohlašuji, že mně byl náležitě objasněn důvod operace, způsob provedení a byla jsem obeznámena s možnými komplikacemi.**

**Souhlasím - nesouhlasím** (nehodící se škrtněte), aby některé ošetrovatelské výkony prováděly žákyně zdravotních škol pod dozorem diplomované sestry.

**Souhlasím s plánovaným operačním výkonem.**

.....  
Uherské Hradiště, dne

.....  
podpis klientky

# PŘÍLOHA P VIII: INFORMOVANÝ SOUHLAS S OPERAČNÍM VÝKONEM: LAPAROSKOPICKÁ STERILIZACE

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice s poliklinikou, Purkyňova 365,  
686 68 Uherské Hradiště

---

## INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIENTKY s operačním výkonem: *laparoskopická sterilizace* (endoskopický výkon)

Vážená paní.

Vítáme Vás na našem oddělení a přejeme spokojený pobyt. Na základě Vaší schválené žádosti o sterilizaci Vám provedeme laparoskopickou operaci na vnitřních pohlavních orgánech – vejcovodech. Chtěli bychom Vám poskytnout informace, které prohloubí Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

### **Operační výkon – laparoskopická sterilizace:**

V celkové anestezii je do dutiny břišní vpíchna v okolí pupku zavedena optika s videokamerou, pomocí které je oblast vnitřních rodidel zobrazena na obrazovce. Dalšími vpichy v oblasti podbříšku jsou zavedeny laparoskopické nástroje. Po zhodnocení nálezu v pánevi je proveden daný operační výkon – laparoskopická sterilizace.

### **Následky operace:**

Při laparoskopické sterilizaci se provádí přerušování vejcovodů elektrokauterem při jejich ústí do dělohy. Následkem tohoto výkonu je znemožnění pohybu spermií do vejcovodu tzn. **zabránění těhotenství po pohlavním styku.**

Další těhotenství po provedení laparoskopické sterilizaci je možné pouze s využitím metody IVF (umělého oplodnění).

Ve srovnání s klasickými operacemi je pooperační průběh po laparoskopické operaci podstatně lépe snášen, je kratší doba rekonvalescence, hospitalizace a rychlejší návrat do normálního života.

### **Možné komplikace:**

Žádné pracoviště ani žádný lékař na světě Vám nemohou zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jako tromboza (vznik krevní sraženiny v žilách dolních končetin), embolie (uzavření cévy krevní sraženinou), infekce v operačním poli, krvácení během operace, ileus (zauzlení střev) jsou díky pokroku v medicíně řídké.

U laparoskopické sterilizace může velmi výjimečně dojít k situaci, kdy je nutno v operaci pokračovat klasickým operačním řezem v podbříšku. Na výsledek operace to nemá vliv.

Je naším přáním, aby Váš výkon proběhl bez možných komplikací.

Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkozy.

Tyto Vám vysvětlí Váš lékař – anesteziolog před narkozou.

Vážená paní.

Tato informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se prosím na vše, co Vás ve vztahu k operačnímu výkonu zajímá. Ujišťujeme Vás, že učiníme vše pro to, aby Vaše operace proběhla bez komplikací.

.....  
jméno klientky

.....  
rodné číslo klientky

Vysvětlující pohovor s klientkou vedl MUDr. ....  
(podpis, jméno a razítko lékaře)

**Prohlašuji, že mně byl náležitě objasněn důvod operace, způsob provedení a byla jsem obeznámena s možnými komplikacemi.**

**Souhlasím – nesouhlasím** (nehodící škrtněte), aby některé ošetrovatelské výkony prováděly záchyně zdravotních škol pod dozorem diplomované sestry.

**Souhlasím s plánovaným operačním výkonem a žádám jeho provedení.**

.....  
Uherské Hradiště, dne

.....  
podpis klientky

# PŘÍLOHA P IX: SOUHLAS PACIENTA S HOSPITALIZACÍ

## Krajská nemocnice T. Bati a.s.

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, tel.: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz  
IČ: 27661989

.....  
*Pracoviště (klinika, oddělení), telefonní číslo:*

### Souhlas pacienta s hospitalizací

(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.)

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám lékařem doporučena hospitalizace v našem zdravotnickém zařízení. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o důvodech a potřebnosti hospitalizace, abyste se mohl/a svobodně rozhodnout, zda s hospitalizací souhlasíte.

Informace o pacientovi:

Pacient:

*Jméno, příjmení, datum narození*

Zákonný zástupce nebo opatrovník:

*Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi*

### Poučení

Vaše hospitalizace v našem zdravotnickém zařízení je nezbytná z těchto důvodů: *(uvést základní informaci o onemocnění či zranění a důvody, pro které není možné ošetřit pacienta ambulantně, ale hospitalizovat jej – vyšetření, předoperační příprava, rehabilitace atd.)*

Poučení o případných následcích odmítnutí hospitalizace:

Tento souhlas nenahrazuje informovaný souhlas s provedením konkrétního zdravotního výkonu nebo výkonů, ale je pouze souhlasem s hospitalizací v našem zdravotnickém zařízení.

Tímto souhlasem zároveň potvrzujete, že jste byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhaném postupu při poskytování zdravotní péče a o právu odmítnout hospitalizaci.

### Prohlášení a informovaný souhlas

Prohlašuji, že níže uvedeného dne a hodiny jsem byl/a níže podepsaným lékařem řádně a srozumitelně poučen/a o svém zdravotním stavu, povaze onemocnění a předpokládaném vývoji (prognóze) a dále jsem byl/a informován o skutečnosti, že můj zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci i o následcích případného odmítnutí hospitalizace, s nímž jsme v případě odmítnutí hospitalizace srozuměn/a a které bez výhrad přijímám.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, a nutnosti hospitalizace mi také vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o souhlasu s hospitalizací a že jsem měl/a možnost klást lékaři otázky, na které mi lékař řádně a srozumitelně odpověděl. Zároveň jsem byl/a poučen/a o svém právu udělený souhlas kdykoli odvolat.



Na základě výše uvedeného poučení, kterému jsem úplně porozuměl/a prohlašuji, že **souhlasím / nesouhlasím\*** s hospitalizací.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

\_\_\_\_\_  
Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

\_\_\_\_\_  
Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.

\* **nehodící se škrtněte**

**Zápis**

**o poučení pacienta o povaze onemocnění a potřebných léčebných nebo vyšetřovacích výkonech a souhlasu s provedením těchto výkonů**

---

Níže podepsaný(á)

titul, jméno, příjmení:

rodné číslo:

trvalé bydliště:

jako pacient(ka) Krajské nemocnice T. Bati Zlín - oddělení:

**I. potvrzuje, že**

byl(a) dnešního dne v souladu s § 23, odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, poučen(a) srozumitelným způsobem ošetřujícím lékařem Krajské nemocnice T. Bati Zlín MUDr. ....

1. o svém zdravotním stavu, povaze svého onemocnění a jeho obvyklém průběhu,
2. o tom, že v zájmu jeho (jejího) zdraví je třeba provést následující nezbytné vyšetřovací a léčebné úkony:

**II. prohlašuje, že uvedenému poučení rozuměl (a)**

**III. bere na vědomí, že**

s provedením uvedených vyšetřovacích a léčebných úkonů jsou spojena následující možná zdravotní rizika a nepříznivé vlivy, které se mohou i přes řádné provedení těchto výkonů v souladu se všemi poznatky lékařské vědy projevit na jeho (jejím) zdravotním stavu:

#### IV. Po poučení o povaze onemocnění a potřebných vyšetřovacích a léčebných výkonech

##### souhlasí

ve smyslu § 23, odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

- s provedením potřebných vyšetřovacích a léčebných výkonů výslovně uvedených v bodu I/2
- s provedením dalších výslovně neuvedených vyšetřovacích a léčebných výkonů, pokud z medicínského hlediska budou tyto výkony nutné k zachování jeho života nebo zdraví
- s tím, že případné nepříznivé vlivy uvedené v bodu III, které by se následně projevíly na jeho (jejím) zdravotním stavu, nebudou považovány za škodu na zdraví způsobenou Krajskou nemocnicí T. Bati Zlín v případě, že vyšetřovací a léčebné úkony budou provedeny řádně a v souladu se všemi poznatky lékařské vědy v příslušném medicínském oboru.
- s předáním nálezů a dat dalším lékařům, zdravotnickým zařízením a zdravotním pojišťovnám v rozsahu, který umožňují právní předpisy
- s uveřejněním údajů, které byly léčením jeho (jejího) onemocnění získány, ve vědeckých publikacích (v anonymní formě)

Ve Zlíně dne

.....  
podpis ošetřujícího lékaře

.....  
podpis pacienta nebo jeho zákonného  
zástupce

---

Pacient na vlastní žádost převzal kopii tohoto zápisu dne .....

V případě, že pacient není schopen nebo odmítá zápis podepsat, uvést důvody

# PŘÍLOHA P X: PROHLÁŠENÍ K LÉKAŘSKÉ PÉČI (REVERS)

## Prohlášení k lékařské péči (Revers)



- 1) Já, \_\_\_\_\_, datum nar.: \_\_\_\_\_ rodné č. \_\_\_\_\_  
Celé jméno a příjmení  
s jasným vědomím a dobrovolně vyplňuji tento dokument. V části 1 uvádím své pokyny pro léčebnou péči adresované lékařům a dalšímu zdravotnímu personálu a zároveň přijímám pro mne z toho vyplývající související závazky. V části 2 je poučení od ošetřujícího lékaře.

### Část 1—Pokyny k léčebné péči (pro lékaře a zdravotní personál)

- 2) Jsem jedním ze svědků Jehovových. Na základě svého hlubokého náboženského přesvědčení, založeného na biblických zásadách jako Skutky 15:28, 29, a s vědomím zdravotních rizik, spojených s krevními převody, **absolutně, jednoznačně a rezolutně odmítám alogenní krev (krev jiné osoby) a uskladněnou autogenní krev (vlastní krev)** za všech okolností, bez ohledu na můj zdravotní stav. To znamená, že mi bez ohledu na možné následky nesmí být podána **plná krev nebo základní složky krve (červené krvinky, bílé krvinky, krevní destičky či plazma jako celek)**. Dokonce i v případě, že poskytovatelé léčebné péče budou přesvědčeni, že pouze transfuze krve zachráni můj život nebo zdraví, takový postup odmítám. **Odmítám také odběr jakéhokoli množství mé krve pro uskladnění a pozdější transfundování mně nebo komukoli jinému.**
- 3) **Nedávám nikomu oprávnění k tomu, aby mého odmítnutí krve nedbal nebo ho zrušil.** Někteří rodinní příslušníci, příbuzní nebo přátelé možná nebudou souhlasit s mým rozhodnutím. Jakýkoli takový nesouhlas by však v žádném případě neměl být použit k vytvoření pochybností o síle nebo podstatě mého odmítnutí transfuze. Protože se jedná o mé osobní rozhodnutí a protože mám plnou způsobilost k právním úkonům, je názor jiné osoby právně nevýznamný.
- 4) **Požaduji a přijmu alternativní bezkrevní lékařské postupy a preparáty k posílení krvetvorby či k ušetření mé vlastní krve** zabráněním nebo minimalizací krevních ztrát, k náhradě ztráty objemu v krevním oběhu, či pro zástavu krvácení. Další léčebné možnosti, které lze v mém případě použít, blíže specifikuji v bodech 5) a 6).
- 5) **Léčiva** [označte jednu ze tří níže uvedených možností]  
\_\_\_\_ a) Odmítám všechny preparáty, které jsou frakcí některé z hlavních složek krve  
\_\_\_\_ b) Přijímám všechny preparáty, které jsou frakcí některé z hlavních složek krve  
\_\_\_\_ c) Chci blíže specifikovat buď 5a nebo 5b, a k tomu uvádím níže své pokyny: <sup>1</sup>  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6) **Léčebné postupy**, při kterých dochází k manipulaci s mou vlastní krví, ale nejedná se o odběr mé krve k uskladnění a pozdější transfuzi mně nebo někomu jinému [označte jednu ze tří níže uvedených možností]:  
\_\_\_\_ a) Odmítám všechny postupy, při kterých je manipulováno s mou krví během operace nebo následující léčby  
\_\_\_\_ b) Přijímám všechny postupy, při kterých je manipulováno s mou krví během operace nebo následující léčby  
\_\_\_\_ c) Přijímám pouze následující postupy, při kterých je manipulováno s mou krví: <sup>2</sup>  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 7) Spolu s udělením této plné moci se zavazuji, že v případě škody, která by mi při správné lékařské péči vznikla kvůli tomu, že odmítám krevní transfuzi, nepodniknu žádné právní kroky proti lékařům, ostatnímu zdravotnickému personálu ani proti zdravotnickému zařízení jakožto právnické osobě.
- 8) Tímto prohlášením vyjadřuji svou vůli v souladu se svým právem přijmout nebo odmítnout léčbu podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších změn a doplňků, kde se v § 23 odstavci 2 uvádí: „*Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležitě vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).*“

## Část 2—Vyjádření ošetřujícího lékaře

- 9) Ošetřující lékař \_\_\_\_\_ projednal s pacientem jeho zdravotní stav s tím, že podle dostupných poznatků lékařské vědy navrhuje jako nejvhodnější tuto léčbu:

- 10) Ošetřující lékař pacienta poučil, že během léčby či operace může vzniknout situace, kdy bude z lékařského hlediska indikována transfuze krve. Pacient i po tomto poučení trvá na svém stanovisku formulovaném v části 1.
- 11) Pacient výslovně potvrdil, že v případě škody, která by mu při správné lékařské péči vznikla v důsledku odmítnutí krve, nepodnikne žádné právní kroky proti lékařům, ostatnímu zdravotnickému personálu ani proti zdravotnickému zařízení jakožto právnické osobě.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Pacient

\_\_\_\_\_  
Ošetřující lékař

<sup>1</sup> imunoglobulin, endobulin, albumin, gamaglobulin, plazmin, faktor VIII, faktor IX, antitrombin III, trombin, interferony, interleukiny, fibrinové preparáty (jako: fibrinogen, fibrinové lepidlo)

<sup>2</sup> normovolemická hemodiluce, cell saver a mimotělní oběh

# PŘÍLOHA P XI: DOKUMENT PRO LÉKAŘSKOU PÉČI, ZÁVAZNÝ POKYN PRO LÉKAŘE

## DOKUMENT PRO LÉKAŘSKOU PÉČI

JMÉNO: \_\_\_\_\_  
ADRESA: \_\_\_\_\_  
TELEFON: \_\_\_\_\_

## ŽÁDNOU KREV



## ZÁVAZNÝ POKYN PRO LÉKAŘE

Já, \_\_\_\_\_  
rodné číslo \_\_\_\_\_  
adresa \_\_\_\_\_

vyjadřuji tímto pokynem svůj souhlas s tím, abych byl jako pacient ošetřován podle všech pravidel lékařského umění, a to s následující výhradou:

**V žádném případě nechci**, aby mi byly dávány transfuze (celé krve, koncentráty červených krvinek, bílých krvinek, krevních destiček a plazmy), a to ani v případě, že by to lékaři považovali za nezbytné k udržení mého života nebo mého zdraví. Souhlasím s infuzemi bezkrevních roztoků pro náhradu krevního objemu (například Ringerův roztok, želatina, heřaškrob) i s jinými léčebnými postupy nezahrnujícími transfuze krve.

**Spolu s tímto pokynem se zároveň zavazuji, že víci zdravotnickému zařízení, lékařům a ostatním zdravotnickým pracovníkům, kteří mi poskytnou jinak kvalitní léčbu, nebudu podnikat žádné kroky kvůli případným škodám.**

(Pokračování uvnitř)

Abych zajistil, že má vůle vyjádřená na druhé stránce bude respektována i s odstupem času nebo za jiných okolností a že nikdo nebude chtít zpochybňovat toto prohlášení o mé vůli, obnovuji čas od času svůj podpis.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Další údaje:

Alergie: \_\_\_\_\_

Trvale užívám: \_\_\_\_\_

Jiné rizikové faktory: \_\_\_\_\_

**V NALÉHAVÉM PŘÍPADĚ SE LASKAVĚ SPOJTE:**

Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**NEBO LASKAVĚ INFORMUJTE:**

Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Je to mé náboženské rozhodnutí** na základě mého svědomí. Toto rozhodnutí jsem učinil v roce ..... a od té doby je zastávám v souladu se svým náboženským přesvědčením jako svědek Jehovův. Ve Skutcích apoštolů 15:28, 29 Bible přikazuje, abychom se zdržovali krve. Jsem si také vědom zdravotních rizik, která jsou spojena s transfuzemi. Jsem rozhodnut vyhnout se jim, a proto přijímám veškerá zdravotní rizika léčby bez použití transfuzí. Je mi ..... let a činím toto prohlášení s plným vědomím na základě vlastního svobodného rozhodnutí a na svou odpovědnost.

**Toto prohlášení o mé vůli zůstává beze změny v platnosti i v případě mého bezvědomí.** Případného nebezpečí smrti jsem si vědom i v souvislosti s jinými rozhodnutími, která jsem podle svého svědomí učinil jako svědek Jehovův před tím, než jsem se oddal Bohu; je to například ochota snášet pronásledování, které může ohrozit mou svobodu, mé zdraví i můj život. U Marka 8:35 poukázal Ježíš na to, že jeho učedníci musí být ochotni pro svou víru nasadit svůj život. Slibil jsem, že to budu dělat. Kdybych byl v bezvědomí, nebude to pro mne žádná nepředvídaná situace, v níž by měl někdo nějak zpochybnout mou vůli. **Abych dále zajistil, že bude má vůle vyjádřena v tomto dokumentu respektována, pověřil jsem osobu, které důvěřuji, aby mou vůli prosadila.** Prohlášení o mé vůli je závazné i pro mé zákonné zástupce nebo dědice. **Můj požadavek na lékařskou péči je tudíž vymezen tím, co je uvedeno výše.**

Tento pokyn je právním úkonem učiněným proto, aby bylo zajištěno mé právo zaručené článkem 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen **Úmluva**), kde se uvádí: **„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“** Úmluva byla publikována pod č. 96/2001 Sb. m. s. a je pro Českou republiku účinná od 1. října 2001. Úmluva má povahu mezinárodní smlouvy a podle čl. 10 Ústavy České republiky je součástí českého právního řádu a má přednost před jakýmkoli zákonem.

(Datum)

(Podpis)

### Úřední ověření mého podpisu:

### LEGALIZACE

Podle ověřovací knihy „Magistrátu města Zlína

Poř. č. legalizace .....

Vlastnoručně podepsal - uznal podpis na listině za - vlastal

Jméno a příjmení, datum a místo narození žadatele

.....

adresa místa trvalého pobytu - adresa místa pobytu na

území ČR - adresa - bydliště mimo území ČR

.....

oznaceni dokladu na základě kterého byly zjištěny

osobní údaje, uvedené v této ověřovací doložce.

Ve Zlíně dne .....

