



**UNIVERZITA KARLOVA  
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

**Marie Měchurová Dis.**

Dostupnost a srozumitelnost informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči

Accessibility and comprehensibility of information given to families of patients in  
intensive care

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Di Cara Ph.D.

Konzultant: MUDr. Robert Janda

Praha, 20. 6. 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 20. 6. 2018.

Marie Měchurová Dis.

.....

Podpis

## **Identifikační záznam**

MĚCHUROVÁ, Marie. Dostupnost a srozumitelnost informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči. [Accessibility and comprehensibility of information given to families of patients in intensive care]. Praha, 2018. 59 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Di Cara, Veronika.

## **Poděkování**

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Veronice Di Cara, Ph.D. a konzultantovi MUDr. Robertu Jandovi za odborné vedení a cenné rady při vzniku této práce.

Mé poděkování patří také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, i přes náročnou životní situaci, kterou v té době prožívali. Děkuji všem lékařům, kolegyním a kolegům z řad sester za spolupráci při sběru dat. Velké díky patří mé rodině, přátelům a známým za pomoc, trpělivost a důvěru.

## ABSTRAKT

Práce řeší kvalitu procesu předávání informací příbuzným/blízkým pacienta v intenzivní péči. Deficit důležitých informací či jejich nepochopení může vyvolat u příbuzných a blízkých pacienta úzkost a deprese. Komunikace s rodinou pacienta proto musí probíhat metodicky a systémově. První část práce přináší orientaci v hlavní terminologii a seznamuje s již realizovanými strategiemi řešení problematiky u nás i ve světě. Hlavním cílem je vytvoření metodického pokynu pro personál OARIM (oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny), jenž obsahuje výčet priorit v informování příbuzných a blízkých kriticky nemocného pacienta. Výzkum mapuje celkový pohled příbuzných kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na OARIM na proces komunikace a vzájemné spolupráce s ošetřujícím personálem. Dále zjišťuje, jak příbuzní pacienta OARIM hodnotí úroveň komunikace a vzájemné interakce mezi nimi a ošetřujícím personálem. Empirická část využívá kvantitativních metod průzkumu; pomocí dotazníkového šetření na vzorku 92 příbuzných/blízkých kriticky nemocného pacienta z nemocnice krajského typu přináší analýzu způsobů předávání informací zdravotníky a jejich důsledky. Výsledek průzkumu posloužil k tvorbě metodického pokynu pro ošetřující personál oddělení OARIM, který nabízí seznam priorit v informování příbuzných a blízkých kriticky nemocného pacienta.

**Klíčová slova:** předávání informací, komunikace ve zdravotnictví, informovaný souhlas, povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků, ošetřující personál

## **ABSTRACT**

The thesis solves the quality of the process of passing information to the relatives / close patient in intensive care. A deficiency of important information or misunderstanding may cause anxiety and depression relatives and close patients. Communication with the patient's family must therefore be done methodically and systemically. The first part of the thesis brings orientation in the main terminology and introduces the already implemented strategies of solution of the problem in our country and in the world. The main objective is to create a methodical instruction for the OARIM (Department of Anesthesiology, Resuscitation and Intensive Medicine), which lists the priorities for informing relatives and close critically ill patients. The research maps the general view of the relatives of a critically ill patient hospitalized at OARIM on the process of communication and mutual co-operation with the staff. It also investigates how the OARIM patient's relatives assess the level of communication and interaction between them and the treating staff. The empirical part uses quantitative research methods; using a questionnaire survey on a sample of 92 relatives / close critically ill patients from a regional-type hospital, provides an analysis of the ways in which information is passed on to health professionals and their implications. The results of the survey have been used to provide a methodological guidance for OARIM care staff, which offers a list of priorities for informing relatives and close critically ill patients.

**Key words:** transmission of information, health communication, informed consent, mandatory confidentiality of health workers, care staff

# OBSAH

<b>1 ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>2 INFORMACE – OBECNÁ VÝCHODISKA A OBOROVÉ HLEDISKO .....</b>	<b>12</b>
2.1 INFORMACE A JEJICH VÝZNAM .....	12
2.2 SOCIÁLNÍ INTERAKCE .....	12
2.3 INFORMAČNÍ TOK – OBECNÁ VÝCHODISKA .....	14
2.3.1 <i>Komunikační proces</i> .....	14
2.3.2 <i>Formy komunikace</i> .....	15
2.4 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	16
2.4.1 <i>Vhled do historie</i> .....	16
2.4.2 <i>Rozhovor s příbuznými pacienta</i> .....	17
2.4.3 <i>Komunikace s příbuznými a blízkými na ARO a JIP</i> .....	19
2.4.4 <i>Strategie přístupu k příbuzným pacientů v intenzivní péči</i> .....	21
2.5 POTŘEBY RODIN PACIENTŮ V INTENZIVNÍ PÉČI .....	23
2.5.1 <i>Rizikové faktory úzkosti a deprese u příbuzných a blízkých</i> .....	24
2.6 LEGISLATIVA A POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ .....	26
2.6.1 <i>Informovaný souhlas</i> .....	28
2.6.2 <i>Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků</i> .....	29
<b>3 PRŮZKUM .....</b>	<b>31</b>
3.1 PROBLÉM, OTÁZKY A CÍLE PRŮZKUMU .....	31
3.2 METODY PRŮZKUMU .....	32
3.3 SBĚR DAT, PRŮBĚH PRŮZKUMU .....	33
3.4 VÝSLEDKY PRŮZKUMU, ANALÝZA DAT .....	34
3.5 NÁVRH METODICKÉHO POKYNU .....	47
<b>4 DISKUSE .....</b>	<b>53</b>
<b>5 ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>63</b>

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Komunikační strategie „GREAT”	21
Tab. 2: Komunikační strategie „SPIKES”	22
Tab. 3: Analýza otázky č. 15 – využití možnosti označit více odpovědí	41
Tab. 4: Analýza otázky č. 21 – využití možnosti označit více odpovědí	45
Tab. 5: Analýza otázky č. 22 – využití možnosti označit více odpovědí	46

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Vztah respondenta k pacientovi na oddělení OARIM	34
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta	35
Graf 3: Zdravotnické vzdělání respondentů	35
Graf 4: Zkušenosti respondentů s Oddělením tytu ARO a JIP	36
Graf 5: Typy pacientů přijímaných na ARO a JIP	36
Graf 6: Informace o přijetí pacienta na ARO či JIP	37
Graf 7: Jak byly informace o přijetí pacienty poskytnuty	37
Graf 8: Poskytnutí informací o důvodech přijetí na ARO a JIP	38
Graf 9: Místo rozhovoru mezi lékařem a příbuznými/blízkými pacienta	38
Graf 10: Pocit soukromí při rozhovoru s lékařem	39
Graf 11: Čas na předávání informací o zdravotním stavu pacienta	39
Graf 12: Srozumitelnost informací poskytovaných lékařem	40
Graf 13: Možnost klást lékaři otázky	40
Graf 14: Jak hodnotí vystupování lékařů příbuzní/blízcí pacientů	41
Graf 15: Zásadní informace od lékaře pro příbuzné/blízké pacientů ARO a JIP	42
Graf 16: Přijetí informací o závažnosti zdravotního stavu pacienta	42
Graf 17: Přítomnost psychologa při sdělování špatných zpráv	43
Graf 18: Srozumitelnost informací poskytovaných sestrou	43
Graf 19: Zodpovězení dotazů sestrami	44
Graf 20: Jak hodnotí vystupování sester příbuzní/blízcí pacientů	44
Graf 21: Zásadní informace od sester pro příbuzné/blízké pacientů ARO a JIP	45
Graf 22: Kde hledají příbuzní/blízcí informace	46



## SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
BP	Bakalářská práce
CCFAP	Critical Care Family Assistance Program
CCFNI	Critical Care Family Needs Inventory
ČR	Česká republika
DEPRESS	DEPRession and anxiEty in family memberS of ICU patirntS
GDPR	General Data Protection Regulation
GREAT	Název komunikační strategie (zkratkové slovo z anglických výrazů)
ICU	Intensive Care Unit
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZCR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OARIM	Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
PČR	Policie České republiky
SPIKES	Název komunikační strategie (zkratkové slovo z anglických výrazů)
UK v PRAZE	Univerzita Karlova v Praze

# 1 ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je poskytování informací týkajících se zdravotního stavu pacienta příbuzným a blízkým při přijetí na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče. Umění komunikovat, sdělovat si informace tak, aby byly pochopeny, je základem moderní medicíny a ošetrovatelství. Naši profesi si bez smysluplné a oboustranně upřímné komunikace, která nám přináší informace nejen o psychickém a fyzickém stavu pacienta, jeho rodiny a blízkých nelze ani představit (Ptáček, 2011).

Pro zpracování své bakalářské práce jsem využila služeb Národní lékařské knihovny a na sklonku roku 2017 jsem požádala o zpracování literární rešerše. Na základě těchto klíčových slov: informace, intenzivní péče, kompetence, komunikace, lékař, rodina, stres, zdravotní sestra bylo vyhledáno 20 plných textů, 4 diplomové práce, 1 práce bakalářská a 61 odkazů na literaturu vztahující se více či méně k tomuto tématu. Několik zdrojů literatury a pramenů mi bylo doporučeno z advokátní kanceláře, kterou jsem požádala o radu v problematice poskytování informací ve zdravotnictví. Pracovala jsem s literaturou českou i zahraniční. Nejvíce studií týkajících se komunikace s rodinami probíhá v západních zemích Evropy a ve Spojených státech amerických.

Při přijetí na oddělení intenzivní péče je v centru našeho zájmu pacient. Bylo by však správné věnovat pozornost i jeho rodině. Hospitalizace na oddělení anesteziologie, resuscitace a jednotce intenzivní péče je pro rodinu a blízké pacienta zátěžovou situací, na kterou většinou nejsou připraveni, nemají s ní zkušenosti a nevědí, co dále dělat. Rodinní příslušníci prožívají pocity nejistoty, bezmocnosti, zloby i strachu o život svého blízkého. Tyto pocity a trápení bývají intenzivnější, jestliže podobnou situaci dosud nezažili. Nedostatek informací nebo jejich nepochopení může vyvolat úzkost a deprese. Komunikace s rodinou pacienta přitom přináší cenné informace, jež pacient, např. z důsledku poruchy vědomí, nemůže sdělit sám. Ty mohou mít rozhodující vliv na průběh nemoci, léčbu i ošetrovatelskou péči o pacienta. Informace, které naopak poskytují zdravotníci rodinám či blízkým kriticky nemocného pacienta mají taktéž zásadní význam. Informovaní příbuzní mohou lépe pochopit příčiny onemocnění, způsoby léčby, její prognózu a šanci nemocného na návrat do běžného života. Vzájemná informovanost je základem důvěry mezi oběma stranami. Přispívá k omezení konfliktů a je předpokladem k lepšímu terapeutickému výsledku péče o pacienta.

*Teoretická část* práce je vymezena druhou kapitolou. Vhlíží do hlavní terminologie řešené problematiky, řeší zejména pojmy informace a informační tok, komunikace – její formy, řeší také rámec profesionálního rozhovoru zdravotníka s pacientem a se členy jeho rodiny. Analyzuje potřeby rodin pacientů, hlavně vzhledem riziku vzniku úzkosti a deprese. Prostor je věnován také legislativnímu zakotvení dané oblasti.

*Praktická část* je zaměřena na popis průzkumného šetření, jež bylo realizováno kvantitativní metodou dotazníkové studie, která probíhala na oddělení anesteziologie,

resuscitace a intenzivní medicíny (OARIM) v nemocnici krajského typu. Průzkum řešil u členů rodin kriticky nemocných pacientů, jaké informace považují za prioritní, jaký způsob předávání informací považují za stresující, jak na ně působí ošetřující personál, jaké preferují zdroje informací v případě nejasností. Výsledky dotazníkového šetření posloužili ke splnění hlavního cíle práce.

Na základě prostudovaných nalezených literárních zdrojů jsem vytvořila dotazník pro příbuzné pacientů OARIM, který zkoumá předávání informací o zdravotním stavu pacienta zdravotníky. Prostřednictvím analýzy výsledků odpovědí jsem vytvořila metodický pokyn pro ošetřující personál OARIM, který nabídne seznam priorit v informování příbuzných a blízkých kriticky nemocného pacienta.

## 2 INFORMACE – OBECNÁ VÝCHODISKA A OBOROVÉ HLEDISKO

### 2.1 Informace a jejich význam

Informace je pojmem širokým a mnohoznačným, užívaný v různých rovinách. V nejobecnějším slova smyslu je informace chápána jako údaj o reálném prostředí, o jeho stavu a procesech v něm se odehrávajících.

Akademický slovník cizích slov uvádí, že informace je „zpráva, údaj; mít i. o někom, o něčem; (...); informování, poučení; sdělení, zprávy využívané ve společnosti o vztazích lidí, jejich potřebách, zájmech (...).“ (Petráčková, Kraus et al, 2000, s. 331)

V běžné řeči jsou informace chápány jako sdělení, zpráva, jazykový projev, ve kterém se konstatují určitá fakta. Sdělují se znalosti, poznatky, které mají smysl, a snižuje nejistotu. Informace je také odpovědí na otázku.

Občas je slovo *informace* chybně zaměňováno za pojem *data*. Ten spíše představuje to, z čeho informace získáváme.

#### **Kvalitní informace je:**

- přesná (neobsahuje chyby, je jasná);
- včasná (je k dispozici ve vhodnou chvíli);
- relevantní (odpovídá potřebě tazatele);
- srozumitelná (přiměřená, uspořádaná). (Hronek, 2007)

Informace nabývá svojí hodnoty až v procesu využívání. Rozhodující je kvalita, dostupnost, účel a kontext. Zisk z informace záleží na jeho zhodnocení příjemcem, a to na základě jeho předchozích zkušeností, minulých i současných citů a emocí. Logika přitom hraje jen zanedbatelnou roli. (Tamtéž)

### 2.2 Sociální interakce

Považuji za důležité objasnit rozdíl mezi pojmy sociální interakce a komunikace, neboť jimi tato práce disponuje.

Termín „sociální interakce“ (z lat. předložky *inter* = mezi; *actio* = činnost) definuje Velký sociologický slovník jako „procesy, které spočívají v působení jednoho jednajícího (nebo jedné skupiny jednajících) na jiného jednajícího (na jinou skupinu jednajících). Může jít o působení přímé i nepřímé, zaměřené i nezaměřené, osobní i anonymní. I.s. zahrnuje sociální komunikaci, procesy vlivu a moci, kooperaci i sociální konflikt, různé formy sociality, jako je směna, skup. ztotožnění nebo konfrontace.“ (Nešpor; Vodáková, 1996, 2018)

Sociální interakce je úzce spjata s pojmem sociálních vztahů a některé formy mají silný osobní náboj. Je nadřazena termínu komunikace, i když se někdy nesprávně používá jako synonymum. Může probíhat přímým kontaktem tváří tvář nebo nepřímou zprostředkovaně třetí osobou či za pomoci komunikačních prostředků – telefonicky, médií (Zacharová, 2016).

Křivohlavý (1995) uvádí, že sociální interakce probíhá prostřednictvím vzájemných vztahů mezi lidmi. Může probíhat mezi jednotlivci navzájem, mezi jednotlivci a skupinou, ale také mezi skupinami. Pokud budeme hovořit o vztahu mezi dvěma konkrétními subjekty (v našem případě např. zdravotník – pacient, zdravotník – člen rodiny pacienta, zdravotník – zdravotník, odborná oddělení mezi sebou), je možné hovořit o vztahu, který může být vřelý či chladný. V sociální psychologii se k nastavení situace nepoužívá pro vzájemný vztah stupnice teploty, ale jeden extrém se označuje termínem *soupeření*, druhý extrém pak *spolupráce*. Soupeření můžeme charakterizovat jako špatnou sociální komunikaci (odvádění, maskování, odvádění pozornosti), nedůvěru ke druhému, důraz na obranu či útok. Soupeření vyvolává v sociální interakci nějakou reakci (zpětnou vazbu), může jí být zneklidňování soupeře, vzbuzování nejistoty, podlamování sebedůvěry soupeře, navozování strachu u soupeře. (Křivohlavý, 1995)

Neefektivní komunikaci či chybám v komunikaci je možné se částečně vyvarovat tréninkem pomocí kvalitní průpravy na situační eventuality, např. absolvováním *cíleného školení na zvládnání komunikačních technik ve vypjatých situacích*.

Komunikace není jen vysílání signálů a vhodná volba slov. Jde o velmi složitý proces, při kterém je potřeba zvládnout mnoho dalších aspektů – aktivní naslouchání, techniku kladení otázek, nonverbální komunikaci a umění odhadnout partnera v komunikaci. (Khelerová, 1995)

Domnívám se, že mezi zmíněná rizika lze řadit hrozící konflikt, jenž má příčinu na straně příbuzných pacientů; ti hledají viníka za vzniklou situaci, často zdravotníky obviňují z nedostatečné péče, z nedostatečné odbornosti či zkušenosti, z používání nekvalitních či neúčinných prostředků léčby, z neosobního přístupu apod. Chyby v komunikaci, které způsobují bouřlivou sociální interakci, bývají i na straně zdravotníků. K rizikům přistupuje fyzická únava – vyčerpanost, psychické přetížení, emotivně vypjatá situace, labilita osobnosti aj. Pro vztahovou politiku na bázi zdravotník – pacient je vhodnější se na stupnici interakce posunout na kvalitativně jinou úroveň, totiž do kooperace – spolupráce. Takového vzájemné jednání nekončí tím, že by jeden byl vítězem a druhý (či všichni ostatní) poražený.

Křivohlavý (1995) definuje cíl takové interakce jako možnost dosáhnout vrcholu tehdy a jedině tehdy, když se k němu dostanou obě strany interakce. Znaky takové interakce jsou kvalitní sociální komunikace, dialog, panující či alespoň vznikající vzájemná důvěra, přiměřená míra přátelství, snaha po vzájemné pomoci, partnerství. Také v tomto případě platí, že jde o vzájemné akce a reakce, jen mají jiný průběh.

Sociální interakce je vyšší forma komunikace. Komunikovat spolu mohou i zvířata, komunikovat můžou i sama se sebou; sociální komunikace je však určena společným sdílením určitých myšlenek mezi dvěma či více subjekty na bázi určitých reaktivních společenských vazeb. Dále v práci bude používáno pojmu komunikace ve významu sociální interakce.

## 2.3 Informační tok – obecná východiska

### 2.3.1 Komunikační proces

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož významem je činit něco společným, společně to sdílet, radit se, jednat nebo povídat si. Lze tedy parafrázovat, že komunikace mezi dvěma partnery je tím efektivnější, čím více myšlenek vzájemně sdílí příjemce a jeho vysílatel. Komunikace je proces, ve kterém dochází k výměně informací mezi lidmi navzájem. Aby se komunikace mohla uskutečnit, musí být obě komunikující strany schopny informaci vnímat, zhodnotit a uchovat nebo ji předat. Je universálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem mezilidských vztahů. Je prostředkem sociálního začlenění jedince do společnosti a přispívá k uspokojování potřeb sociálního styku (Zacharová, 2016).

Plaňava (2005) nazývá *komunikačním procesem* situaci, kdy spolu mluví dva lidé, mezi nimiž se něco děje, ovšem zároveň se také děje uvnitř každého z nich. Schéma komunikačního procesu vychází z toho, že lidé si spolu chtějí sdělit nejen informace, ale také své vztahy, pocity, nálady, postoje. Stejně důležité je pochopení souvislostí, ve kterých je zpráva předávána.

Čím je komunikace náročnější, tím trvá déle a tím více může docházet k nedorozumění. Může se stát, že sdělení je špatně rozšifrováno a komunikátor nedostane adekvátní zpětnou vazbu. (Zacharová, 2016)

Proces uskutečňující se v určitém časovém sledu, prostředí a za určitých podmínek je definován jako *sociální komunikace*. (Mikuláščík, 2003)

Strukturu sociální komunikace uvádí Venglářová (2006). Upozorňuje však na to, že problémy v komunikaci mohou nastat v jakékoli fázi komunikačního procesu.

Struktura sociální komunikace podle Venglářové (Tamtéž; upraveno, kráceno):

- **Komunikátor** – člověk sdělující něco nového, je to zdroj informace.
- **Komunikant** – osoba přijímající informaci a reagující na ni.
- **Komuniké** – je myšlenka, nová informace, obsah sdělení.
- **Komunikační jazyk** – umožňuje předání komunikační zprávy. Mluvíme-li stejným jazykem, neznamená to, že si vždy rozumíme.
- **Komunikační kanál** – je cesta k úspěšné výměně informace.

- **Zpětná vazba** - je reakcí na přijatou zprávu v podobě potvrzení a způsobu interpretace. Informuje nás jak je zpráva chápána a přijata.
- **Komunikační prostředí** – zahrnuje prostor, kde se komunikace odehrává. Mohou zde působit podněty, které mají za následek komunikační šum.
- **Kontext** – je situace, celkový rámeček, ve kterém komunikace probíhá.

### 2.3.2 *Formy komunikace*

Komunikaci podle způsobu sdělování zpráv dělíme na *verbální* a *neverbální*. Tyto dvě formy se navzájem doplňují a může jedna druhou zastoupit. Verbální a neverbální komunikace mohou být v některých situacích v rozporu. (Zacharová, 2016)

Problematika verbální a neverbální komunikace je velmi široké téma s ohromnou platformou odborné literatury. Podrobnější popis forem komunikace však není tématem této práce; přesto považuji za důležité se tohoto pojmosloví alespoň letmo dotknout.

#### **Verbální komunikace**

Verbální komunikací je míněno vyjadřování pomocí obsahu slov, prostřednictvím jazyka a řeči. Verbální komunikace může být přímá nebo zprostředkovaná, mluvená nebo psaná, živá či reprodukováná. Verbální komunikace je specificky lidským způsobem komunikace. Komunikujeme, abychom sdělili naše myšlenky, názory, myšlenky, abychom získali a přenesli informaci. (Venglářová, 2006)

Z odborné literatury (např. Venglářová, Zacharová) je zřejmé, že nácvik technik efektivní komunikace je možné realizovat speciálními vzdělávacími programy. Jedná se o nácvik aktivního naslouchání, kladení otázek, partnerské (nikoliv mocenské) komunikace. Zdravotníci, kteří jsou často, či dokonce každý den, konfrontováni s pacienty a členy jejich rodin, se dostávají do choulostivých situací plných emocí. Techniky efektivní komunikace patří mezi potřebné profesní nástroje vedoucí k nekonfliktnímu zvládnutí těchto interakcí.

#### **Neverbální komunikace**

Neverbální komunikace je komunikace bez obsahu slov. Obvykle doprovází verbální komunikaci, ale může ji i zcela nahradit. Někdy je nazývána řečí těla. Neverbální projevy mohou, stejně jako mluvená řeč, předávat srozumitelné informace, a to prostřednictvím tempa mluvení, rytmu, používaným slovníkem a gramatikou. (Venglářová, 2006)

Mezi neverbální projevy řadíme např. zrakový kontakt, mimiku (výraz tváře, pohyby očí, úst), kinetiku (způsob chůze, pohyby celého těla), haptiku (dotyky, hlazení, objetí), proxemiku (vzdálenost od druhých), paralingvistiku (způsob řeči, používání hlasu), a jiné aspekty vlastního vzhledu (oblečení, doplňky). (Čechová, 2004)

Použití vhodných gest – úsměvu, energického podání ruky, kontaktu pohledem – může komunikátor vzbudit sympatie vůči komunikačnímu partnerovi. Umění správně interpretovat a umění správně používat nonverbální komunikaci *je možné naučit se*

neustálým pozorováním lidí a jejich chování v různých situacích. Při interpretaci nonverbálních signálů je ale nutné vyvarovat se chyb, které vznikají z přílišného zjednodušení a paušalizace jednotlivých projevů. (Khelerová, 1995)

Další kapitola bude specifikovat aspekty vznikající v souvislostech se sociálními interakcemi v prostředí zdravotnických zařízení.

## 2.4 Komunikace ve zdravotnictví

Komunikovat ve zdravotnictví neznamená pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na nichž závisí naše zdraví a často i život. Proto bychom měli vědět, co se říká, ale i to, kdo to říká, komu, jak a také kdy, kde a proč. (Janáčková, 2008)

Ošetrovatelská péče je s technikami komunikace konfrontována denně. Sestra předává pacientovi určitá data takovým způsobem, aby je správně pochopil. Sestra musí umět naslouchat a chápat potřeby pacienta. Měla by taktéž hledat možnosti, jak ho motivovat tak, aby se mezi nimi rozvíjela efektivní spolupráce na bázi důvěry.

*„Komunikace v ošetrovatelské praxi se často rozlišuje na komunikaci **sociální**, kam se řadí běžný hovor, kontakt s nemocným při úpravě lůžka, hygieně a pomoci při jídle, dále **specifickou**, v rámci které jsou sdělována důležitá fakta, postupy vyšetření, dietní režim a dochází k edukaci, a nakonec **terapeutickou**, kdy při denním kontaktu s nemocným poskytujeme oporu a pomoc v těžkých životních situacích.“* (Ledererová, 2014, s. 26)

Ledererová (Tamtéž) uvádí, že je žádoucí komunikovat s ohledem na proxemické zóny (intimní, osobní, společenská, veřejná), v kontextu aktivního naslouchání, v kontextu empatie, s využitím umění komunikačních technik, v kontextu evalvace (sdělování kladných hodnocení) a devalvace (snižování hodnoty druhého člověka). Sestra by měla za všech okolností zachovat lidskou důstojnost pacienta a bránit jeho devalvací v jakémkoliv směru.

Ve zdravotnictví bývá pacient často vystaven narušení intimních zón, dotýkají se ho cizí lidé, provádějí se na něm bolestivé zákroky apod. V komunikaci je potřeba dobře si rozmyslet, co pacientovi sdělujeme, jakým způsobem to děláme, kde se tak děje, zda je k tomu vhodná doba. Je také zapotřebí počítat s různými reakcemi, či dokonce s *komunikačními bariérami*. Ty odrážejí jednak samotný fyzický a psychický stav pacienta, jednak i jeho osobnostní rysy (agrese, mlčenlivost, asertivita, emocionální inteligence, dynamika osobnosti, charakter).

### 2.4.1 Vhled do historie

Po staletí se vztah mezi lékařem a pacientem vyvíjel. Žádoucím cílem je, aby se tento vývoj ustálil v partnerství. V dobách, kdy byly diagnostické a terapeutické možnosti lékaře omezeny, bylo vlídné slovo a emotivní podpora pro nemocného a jeho příbuzné účinnou a často používanou léčebnou technikou. Jednalo se ale o vztah nadřazeného a podřazeného;



tzv. *paternalizmu* nahrával zejména rozdíl ve vzdělání mezi lékařem a laikem. Rozvojem medicíny vzrůstaly i nároky na informace a lidský přístup ošetřujícího personálu. Rozvolnění paternalistických vztahů tedy není náhodné, ale je výsledkem mnoha změn, ke kterým dochází po 2. světové válce.

Hlavními důvody jsou:

- důraz na lidská práva a individuální svobody;
- pokroky ve vědě a medicíně, důraz na týmovou spolupráci mezi lékařskými i nelékařskými obory;
- vzrůstající vzdělanost laiků, využití médií – televize, rozhlas, internet, odborné knihy a časopisy a další;
- nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných pacientů;
- nárůst rozporuplných situací, kdy je třeba spolupráce informovaného a poučeného pacienta. (Haškovcová, 2007)

Jak vyplývá z publikovaných informací, s přibývajícemi terapeutickými možnostmi časem vyvstala otázka, kdo by měl rozhodnout o konečné volbě lékařských postupů. Aktuálně je nutné pacientovi umožnit podílet se na rozhodování o svém osudu ve zdraví i nemoci, což nutně vede k nutnosti systémových změn, které by realizovaly proces obrození komunikace v ošetrovatelské praxi i v podmínkách České republiky.

#### **2.4.2 Rozhovor s příbuznými pacienta**

*„Rozhovor je plánovaná komunikace nebo konverzace, která se uplatňuje ve všech fázích ošetrovatelského procesu.“* (Kristová, 2004, s. 56)

Rozhovor je nejsilnějším a nejcitlivějším nástrojem nás zdravotníků. Je běžnou činností každého zdravotníka, ale také dovedností, která je vizitkou jeho profesionality. K úspěchu rozhovoru přispívá vzájemná důvěra a spolupráce, která často pramení z prvního kontaktu s rodinou. (Špatenková, 2009)

Rozhovor umožňuje informace získat, předávat a měnit chování i psychiku osobnosti. Nástrojem rozhovoru je *kladení otázek*. Citlivý výběr a formulace kladených otázek může podpořit a motivovat nemocného i příbuzné. Ptáček (2011) nabízí použití otázek otevřených, doplňujících, výčtových, alternativních a empatických. Naopak bychom se měli vyvarovat otázkám sugestivním. Rozhovor není pouze kladení otázek, ale jde o dynamický proces, který má svoji strukturu. Khelerová (1995) se domnívá, že na začátku jednání je vhodné položit otázku otevřenou, pomocí níž získáme hlavní informaci rozhovoru. Během rozhovoru je důležité, abychom partnera v komunikaci nevedli do rozpaků, nesnižovali jeho problém, vyjádřili pochopení a nedávali příliš najevo převahu.

*Aktivní naslouchání* během rozhovoru znamená více než vnímání slov. Je vyjádřením a navozením důvěry mezi pacientem jeho rodinou a ošetřujícím personálem. Pomáhá nám vyhledat zásadní informace a pokládat správné otázky (Ptáček, 2001). Můžeme pak snáze

pochopit sdělená fakta a situaci rodiny. Aktivní naslouchání však znamená i to, že vnímáme řeč těla. Nasloucháme tedy nejen sluchem, ale i zrakem a srdcem. Slova mohou mít mnoho významů, vnímáme také hlasitost, tempo, pomlky a pauzy v projevu. Mlčení dává možnost přemýšlet, ale může být projevem rozpaků nebo nepochopení toho co bylo řečeno. Očima vnímáme výraz obličeje, pohyby a postoj člověka. Srdcem, skrze emoce, se snažíme přiblížit se k podstatě sdělených informací. (Zacharová, 2011)

Dá se tedy shrnout, že při rozhovoru respektujeme jak doporučení pro používání verbální komunikace, tak i komunikace neverbální.

V technice rozhovoru nejen s pacientem se uplatňují tyto kroky:

- *Úcta* – vážíme si pacienta jako člověka, je rovnocenným partnerem při rozhovoru.
- *Důvěryhodnost* – přesvědčení pacienta a jeho rodiny, že jsme hodni jejich důvěry.
- *Ochota dávat*, nejen přijímat – aktivní naslouchání
- *Ochota odložit masku* – býti sami sebou, nepředstírat cizí identitu
- *Připravenost ke změnám* a revizi postojů – ochota vzdát se lpění na vlastních dogmatických názorech.
- *Citlivé odkrývání překážek* v rozhovoru – citlivě hledat příčinu problému v nedorozumění a nebát se ji odstranit.
- *Přátelská atmosféra*. (Venglářová, 2006)

## TYPY ROZHovorŮ

Neexistuje jednotné dělení rozhovorů. V ošetrovatelské praxi se používají různé typy rozhovorů, např. podle *cíle*, který rozhovorem sledujeme (např. informační, motivační, ventilační, hodnotící nebo pervazivní), podle *počtu zúčastněných* nebo podle *obsahového zaměření*. Ve zdravotnictví i konkrétně v komunikaci s příbuznými a blízkými pacienta je využíván rozhovor individuální i skupinový, nestandardizovaný nebo volný, zároveň vždy terapeutický – diagnostický.

Rozhovory rozlišujeme podle techniky a formy na sedm hlavních typů:

- **standardizovaný** – tazatel postupuje přesně podle předem připravených otázek, mívá časový limit, kladeny jsou uzavřené otázky;
- **nestandardizovaný** – sledujeme stejný okruh informací, ale formulace a pořadí otázek se přizpůsobuje podle potřeby, kladeny jsou převážně otevřené otázky;
- **volný** – tazatel nechává osobu volně hovořit, zásah je jen nenásilný;
- **individuální** – při sdělování osobních informací;
- **skupinový** – lze ho využít pro sdělení informace více lidem, dává poznat atmosféru ve skupině lidí;
- **diagnostický** – pomáhá shromáždit informace, analyzovat chování nebo odkrýt problém;

- **terapeutický** – vychází z teorie, že slovo léčí. Slouží k povzbuzení či nalezení řešení problému dané osoby (Zacharová, 2007). Hlavní roli zde hrají pocity. Pozitivní – radost, potěšení, klid, ale také negativní – strach, úzkost, smutek, zklamání, tíseň. (Zacharová, 2011)

## FÁZE ROZHOVORU

Dosud není vytvořeno specifické fázování rozhovoru pro potřeby rodin pacientů. Proto zde bude použito fázování pro komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem s modifikací na rodiny pacientů. Rozhovor se skládá z několika na sebe navazujících částí.

- **Přípravná a plánovací fáze** – získání údajů o rodině. Zajištění soukromí při rozhovoru. První dojem často ovlivňuje průběh a výsledek rozhovoru.
- **Zahájení rozhovoru** - při prvním kontaktu důležitý výběr vhodného pozdravu a oslovení. Představení se a ozřejmění našich rolí. Navázání očního kontaktu, ale zároveň ponechání možnosti pohledem uhýbat. Vhodná je horizontální úroveň komunikujících, tj. že všichni komunikující jsou na stejné (partnerské) úrovni.
- **Průběh rozhovoru** – objasnění důvodu a účelu, pro který je rozhovor veden, aktivní naslouchání, verbalizace problému, pomoc při ujasnění přání, pocitů, vytyčení cílů, ujištění o sounáležitosti a důvěrnosti poskytnutých informací. Zpočátku je zapotřebí ověřit si stanoviska či získat nové informace (mapuje, diagnostikuje se situace). Vhodné je klást otázky *situční*, například Jaký je váš aktuální stav? Jak se cítíte? Co se změnilo? Odpovědi je nutné rychle analyzovat a adekvátně reagovat, aby rozhovor udržel přirozenou dynamiku. Používají se otázky *vztahující se k problému*, otázky *informační*, ale i *motivační*.
- **Ukončení rozhovoru** – shrnutí, zopakování a zdůraznění toho co bylo řečeno ze strany ošetřujícího personálu tak i rodiny pacienta. (Zacharová, 2011)

Po ukončení rozhovoru je nezbytné informace získané od příbuzných a blízkých zaznamenat do dokumentace. Tyto informace mohou pomoci při řešení problémů v ošetrovatelské péči. Provádí se záznam o poskytnutí informací rodině a jejich rozsahu. (Zacharová, 2011)

### 2.4.3 Komunikace s příbuznými a blízkými na ARO a JIP

Anesteziologicko-resuscitační oddělení (dále ARO) a oddělení Jednotky intenzivní péče (dále JIP) jsou nemocniční oddělení, která primárně zajišťují péči o pacienty v kritickém stavu s bezprostředním ohrožením životních funkcí. Lékaři a ostatní zdravotnický personál jmenovaných oddělení obstarávají péči o pacienty v průběhu operace i pooperační péči – podávají u pacientů anestezie. ARO pečuje o nemocné s náhlým selháním jedné či několika základních životních funkcí (ztráta vědomí, poruchy či zástava dýchání, cirkulační poruchy), u nichž vznikla akutní potřeba tyto funkce podpořit, obnovit nebo

uměle nahradit. Péče je poskytována pacientům s odlišnou etiologií onemocnění či poranění.

Kapounová (2007) definuje JIP a ARO jako oddělení, kde se setkáváme s pacienty s hrozcí poruchou životních funkcí nebo s pacienty, u kterých již k selhání některé ze životně důležitých funkcí došlo; např. s pacienty s akutně vzniklým onemocněním, dlouhodobě nemocnými, polymorbidními či pacienty ve stádiu blížící se smrti.

Zdraví je pro většinu z nás tou největší hodnotou a přáním, pro sebe i své blízké. Nejčastěji však na něj myslíme až ve chvílích, kdy přichází nemoc. Onemocnění jedince nepostihuje jen jeho samotného, ale zasáhne většinou celou rodinu. Záleží na vážnosti onemocnění, na tom jaký člen rodiny onemocní a jaká je jeho role v rodině. Také na společenských a kulturních zvycích dané rodiny. (Bártlová, 2005)

Rodina je pro nemocného člověka sociální skupinou, která mu poskytuje emoční zázemí a podporu. Poskytuje o pacientovi cenné informace celému ošetřujícímu týmu. Zvláště v situacích, kdy nám pacient nemůže potřebné informace sdělit sám. Jedná se např. o pacienty s kvantitativní či kvalitativní poruchou vědomí, kde vzniká nutnost zajištění dýchacích cest endotracheální kanylou nebo tracheostomickou kanylou, o pacienty s celkovou slabostí, o pacienty ve stavech akutní bolesti, nebo o pacienty s poruchou řeči. Většina příbuzných a blízkých pacienta má zájem přispět k uzdravení a zlepšit kvalitu života svého blízkého.

Musíme si uvědomit, že příbuzní a blízcí pacientů ve zdravotním zařízení nejsou jen pouhou návštěvou. Vysoká úroveň informovanosti pomáhá příbuzným překonat mnohdy vzniklý stres ze vzniklé situace, podpořit jejich podíl v rozhodování se, zejména v otázkách úrovně poskytované péče. Příbuzní a blízcí pacientů by rozhodně měli mít možnost dotazovat se na to, co je zajímavé. (Andrysek 2011) doporučuje, aby si rodiny své otázky sepsaly dopředu písemně. To jim umožní si myšlenky utřídit a na nic nezapomenout.

Díky komunikaci s profesionálními zdravotníky by členové rodin pacienta měli porozumět zdravotnímu stavu pacienta, získat reálnou představu o jeho šancích a být ve shodě s ošetřujícím týmem. (Kapounová, 2007)

Konkrétně *sestra* rodině nemocného poskytuje informace pouze týkající se ošetrovatelské péče. Používá určitý způsob komunikace, který rodina či pacient akceptuje. Tímto způsobem edukuje příbuzné a blízké o možnostech a významu komunikace pro pacienta a o dalších důležitých záležitostech.

Poskytování informací o povaze onemocnění, prognóze a léčbě je ze zákona umožněno pouze *lékaři*. Nejčastějším zdrojem informací pro příbuzné a blízké pacientů je rozhovor mezi lékařem a ošetřujícím personálem. (Andrysek, 2011)

Vývoj a průběh komunikace s příbuznými/blízkými pacienta ovlivňuje druh a závažnost onemocnění, vývoj nemoci, délka hospitalizace, předchozí zkušenosti s hospitalizací,

prognóza pacienta, časové možnosti rodiny i ošetřujícího personálu. (Tomová, Křivková, 2016)

#### 2.4.4 Strategie přístupu k příbuzným pacientů v intenzivní péči

V českém zdravotnictví se bohužel zatím neklade na komunikaci s příbuznými a blízkými pacientů taková pozornost, jakou by si jistě zasloužila. K problematice komunikace a podávání informací příbuzným kriticky nemocného pacienta v intenzivní péči je k dispozici jen minimum odborné české literatury.

Neexistuje jednotný doporučený postup, jak s rodinami komunikovat. V zahraničí je zpracováno několik strategií pro komunikaci nejen v intenzivní péči. V intenzivní medicíně jsou nejčastěji používány komunikační strategie, jejichž akronymy jsou „GREAT“ a „SPIKES“. (Cyna, 2011)

Základní kroky postupu při komunikaci s blízkými nemocného vyjadřuje strategie „GREAT“, kterou se budu zabývat v následujícím oddíle.

#### KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE „GREAT“

Tab. 1: Komunikační strategie „GREAT“

<b>G</b>	Greeting, Goals	Pozdrav, cíle	Ujištění se, s kým hovořím, navázání komunikace, míra poskytnutí informací, odhad psychického rozpoložení.
<b>R</b>	Rapport	Porozumění, ztotožnění se	Vytvoření přijatelné atmosféry pro komunikaci.
<b>E</b>	Evaluation, Expectations, Explanation	Hodnocení, očekávání, vysvětlení	Před začátkem rozhovoru zvážit formu a množství podávaných informací.
<b>A</b>	Asking and Answering questions, Acknowledging and Addressing concerns	Otázky a odpovědi, uznání a adresování obav	Vytvoření prostoru pro vyjádření se příbuzných k tomu, co bylo řečeno, zda informacím porozuměli.
<b>T</b>	Tacit agreement, Thank, Termination	Tichý souhlas, poděkování, ukončení	Shrnutí rozhovoru do několika vět, zopakování zásadních informací.

(Zdroj: CYNA, A. M., ANDREW, M. I., TAN, S. GM., SMITH, A. F., *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care*, 2011)

Možnou alternativou k uvedené strategii je „SPIKES“, jejímž autorem je torontský lékař Robert Buckman.

#### KOMUNIKAČNÍ STRATEGIE „SPIKES”

Tato strategie nabízí šest kroků, které je třeba zohlednit při sdělování *špatných zpráv*. Špatnou zprávou nemusí být míněna jen diagnóza nádorového onemocnění, ale i diagnóza hypertenze či diabetu. Způsoby, jakým stylem jsou těžké nebo nepříjemné informace poskytovány, mají vliv na život pacienta a jeho blízkých. Způsob a vedení komunikační techniky rovněž utváří přístup k lékařské péči jak pacienta, tak členů jeho rodiny. (Vaňková Dvořáková, 2015)

Domnívám se, že v tomto případě je také důležité projevit empatii a pochopení pro emoce komunikačních partnerů.

Tab. 2: Komunikační strategie „SPIKES”

<b>S</b>	Setting	Prostředí	Osobní sdělení zpráv, vzájemné představení se, výběr klidného místa, dostatek soukromí.
<b>P</b>	Perception	Vnímání situace	Zjištění, nakolik je (jsou) dotyční informováni.
<b>I</b>	Invitation	Výzva	Zjištění, kolik informací si přejí příbuzní vědět, určení hlavního příjemce informací.
<b>K</b>	Knowledge	Poznání	Vlastní fáze poskytování informací, ověření, zda bylo poskytnutým informacím porozuměno.
<b>E</b>	Emotions	Emoce	Klidně reagovat na emoce příbuzných, vyjádřit pochopení nad reakcemi.
<b>S</b>	Summary and plan	Strategie a shrnutí	Shrnutí konverzace, přesvědčení se o pochopení, nastínění dalšího plánu, domluvení další schůzky, kontaktu.

(Zdroj: CYNA, A. M., ANDREW, M. I., TAN, S. GM., SMITH, A. F., *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care*, 2011)

## 2.5 Potřeby rodin pacientů v intenzivní péči

Je pochopitelné, že každý subjekt (pacient, rodina), disponuje odlišnými osobnostními rysy (např. ego – sebevědomí), má různý stupeň vzdělání (znalostní platforma), je rekrutován z jiného prostředí (ekonomické zázemí, sociální zralost). Z toho důvodu mají tyto subjekty rozdílné potřeby a zdravotníci musejí očekávat různé reakce, s odlišným stupněm emočního náboje, s odlišným stupněm respektu a pokory a s odlišným stupněm lability – stability.

### VÝZKUM CCFNI (*Critical Care Family Needs Inventory*)

Potřebami rodin kriticky nemocného pacienta *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) se zabýval N. C. Molter již v roce 1979. Od té doby byly jeho poznatky opakovaně potvrzeny mnoha výzkumy.

Formuloval a sepsal potřeby rodin takto:

- pocit, že je naděje;
- pocit zájmu personálu o pacienta;
- možnost být v blízkosti pacienta;
- znalost prognózy;
- vědět o změnách stavu pacienta;
- mít upřímně zodpovězené otázky;
- znát specifická fakta o prognóze pacienta;
- dostávat informace o pacientovi aspoň jednou denně;
- dostávat informace, které jsou srozumitelné;
- možnost častých návštěv pacienta.

Perrin uvádí (2013), že jedním z vědců, kteří potvrdili Molterovo tvrzení, byl v roce 1991 Leske, který seskupil potřeby do pěti domén: podpora, blízkost, komfort, informace a ujištění. Rodina tvoří most mezi pacientem a prostředím intenzivní péče.

Davidson (2010) sděluje, že příbuzní pacientů v intenzivní péči očekávají od sester, že jim potvrdí a vysvětlí to, co bylo řečeno lékařem, popíše péči o pacienta a informuje je o tom, co může rodina pro pacienta v tuto chvíli udělat. Sestra by měla být schopna rozlišit, kolik informací je pro rodinu přínosem, a zpětnou vazbou zjistit zda jsou informace pochopeny. Zásadní je jednotnost v poskytování informací. (Perrin, 2013)

Jak uvedené skutečnosti potvrzují, je velmi důležité sestřám a ostatnímu zdravotnímu personálu často opakovat fakt, že rodiny chtějí mít pocit, že personál má o nemocného zájem.

## **PROGRAM CCFAP** (*Critical Care Family Assistance Program*)

Ve Spojených státech amerických v současnosti existuje program kritické rodinné péče, známý také jako *Critical Care Family Assistance Program*, v rámci něhož se řeší potřeby pacienta a rodiny v prostředí intenzivní péče. Poskytování podpory rodinám pomocí programu CCFAP za cíl snížit psychický dopad na pacienta v intenzivní péči i na jeho rodinu. Iniciativa využívá multidisciplinární tým profesionálů, kteří se zabývají vytvářením prostředí, kde se rodiny cítí dobře informovaní, pohodlně a bezpečně. Program zkoumal, do jaké míry se rodiny domnívaly, že se podílejí na rozhodovacím procesu. Výsledky dále ukázaly výrazné snížení úrovně stresu a úzkosti členů rodiny, když obdržely informace nebo služby CCFAP. Zintenzivnilo se vnímání zdravotníků vůči spokojenosti členů rodin pacienta s komunikací, péčí a léčbou; zlepšila se také spolupráce mezi členy týmu ICU (naše JIP) a ostatních oddělení nemocnic; obecně se zlepšila schopnost nemocnic reagovat na potřeby rodiny. (Lederer, 2005)

Ve všech nemocničních zařízeních, které jsou zahrnuty do programu CCFAP, se významně zvýšila spokojenost rodin s komunikací s ošetřujícím týmem jednotek intenzivní péče, snížil se rodinný stres a úzkost pacienta. Zlepšila se komunikace i mezi jednotlivými odděleními nemocnice. V rámci změn proběhly úpravy např. čekáren pro rodiny pacientů ARO a JIP. Celkově se zlepšil komfort návštěvních místností. Pro výmalbu byly zvoleny světlé barvy, tato místa byla vybavena nábytkem, aby se příbuzní a blízcí pacienta cítili jako doma, k dispozici měli kávovar. Rodiny měli možnost přespání v blízkosti svého příbuzného. V potaz byla brána i problematika dopravy do nemocničního zařízení. Zásadní je také seznámení rodiny s ošetřujícím týmem pacienta, navázání vzájemného vztahu důvěry. Rodinní příslušníci musí vědět, kdo je za péči o pacienta zodpovědný. Informace jsou dostupné ve více formách. V podobě letáku v čekárnách, v elektronické podobě, např. na webových stránkách nemocnice či na informačních panelech, které jsou umístěny v nemocnici. Program CCFAP je legislativou podporován ve výši miliónů dolarů. (Dowling et al., 2005)

### **2.5.1 Rizikové faktory úzkosti a deprese u příbuzných a blízkých**

Dá se očekávat, že různé reakce pacientů i jejich příbuzných přinesou nepříjemné situace, jež mohou přerůst v konflikty, v extrémních případech i v soudní spory. Zpětné vazby sdělování informací různého charakteru jsou závislé na mnoha faktorech. Pokud zdravotník sděluje zprávy optimistické, radostné, pak se setkává s podobnými odezvami. V opačném případě musí brát v potaz rizika, která mohou zásadním způsobem ovlivnit průběh a výsledek takového sdělování. Strana, na níž je přijímána nepříjemná prognóza či nelítostný verdikt, může být zasažena prudkou úzkostí, žalem, pocitem beznaděje či vztekem. (Vlastní konstrukce)

Přijetí pacienta, člena rodiny do intenzivní péče je pro jeho příbuzné a blízké velice stresující. Nejvyšší míru stresu, úzkosti a deprese vykazují právě při přijetí svého



příbuzného do intenzivní péče, zvláště jedná-li se o nečekaný stav nebo průběh nemoci. V průběhu hospitalizace míra úzkosti a depresivity klesá. Nejvíce jsou depresemi ohroženy manželky kriticky nemocného pacienta (McAdam & Puntillo, 2009). McAdam a Puntillo uvádějí, že deprese se objevuje u 15 % až 35 % a úzkost v 35 % až 73 % členů rodiny pacientů v intenzivní péči. Rodiny, které vykazují vysokou míru úzkosti a depresí, hledají oporu u nejbližších zdravotníků, většinou u sester.

Ve Francii existuje rozsáhlá studie FAMIREA (2013)<sup>1</sup>, zaměřená na zlepšení efektivity komunikace s rodinnými příslušníky pacientů na JIP. V rámci studie se zjišťoval psychický stav členů rodin pacientů intenzivní péče. Prevalence příznaků deprese byla zjištěna u 35 % respondentů, příznaky úzkosti u 69 % dotazovaných. Ředitelem studijní skupiny FAMIREA je MUDr. Élie Azoulay, profesor medicíny v oboru specializace plicní medicíny a kritické péče ve Fakultní nemocnici Saint Louis v Paříži ve Francii. Pracuje jako ředitel oddělení intenzivní péče a ředitel francouzského programu péče o kriticky nemocné imunokompromitované pacienty. (Rusinova, 2014)

Rusinova (2014) uvádí, že mezi rizikové faktory výskytu *úzkosti* patří:

- ženy;
- ti, co neporozumí podávaným informacím;
- ti, co si přejí další informace nebo pomoc psychologa.

Mezi rizikové faktory výskytu *deprese* jsou uvedeny:

- protiřečící si informace;
- vyjádřená podpora psychologické pomoci.

Příbuzní a blízcí kriticky nemocných pacientů i intenzivní péči dávají přednost osobnímu rozhovoru. Distribuce informačních letáků nebylo spojeno se snížením incidence úzkosti a deprese. (Tamtéž).

### **STUDIE DEPRESS** (*DEPRession and anxiEty in family memberS of ICU patirntS in the Czech Republic*)

Komunikace s příbuznými a blízkými pacienta v intenzivní péči vyžaduje velké nároky na celý ošetrovatelský tým. Očekávání nejen členů rodiny bývají často nereálné. V České a Slovenské republice proběhla studie s názvem DEPRESS „*DEPRession and anxiEty in family memberS of ICU patientS in the Czech Republic*“, do které se zapojilo 22 center a bylo vyplněno 405 dotazníků.

---

<sup>1</sup> Studie FAMIREA: 126 pacientů hospitalizovaných v intenzivní péči a 102 příbuzných vyplnilo při ukončení resuscitace dotazník týkající se úrovně předběžných informací s ohledem na možnost resuscitace v případě akutního respiračního selhání. Současně odpovídalo 173 lékařů a 135 resuscitátorů na otázky, které se zaměřily na jejich vnímání faktorů, které upravují rozhodnutí o omezeních péče. Více informací (cit. 27. 5. 2018): lze <https://splf.fr/tag/famirea-x/>

Studie (2007) zahrnovaly pacienty a rodinné příslušníky pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče déle než 48 hodin. Členové rodin byli vyzváni k vyplnění tří dotazníků a k účasti na strukturovaném pohovoru s lékařem. Dotazníky s otázkami viz Příloha 1A, 1B, 1C. Jak je z Přílohy patrné, 1C je modifikovaný dotazník Moltera (1979).

Symptomy úzkosti vykazovalo 78 % účastníků a deprese byla zjištěna u 64 % respondentů studie. 17 % příbuzných pacientů uvedlo, že dostává informace, které si protiřečí. Ze studie vyplývá, že až 28 % respondentů by uvítalo pomoc psychologa<sup>2</sup>.

Jelikož jsou tato rizika známa, zdravotníci se mohou určitou měrou a do jisté míry na takové situace připravit. Pomohou jim cílená školení, tréninky komunikačních technik i dlouhodobá zkušenost. I tak je ale žádoucí předpokládat vyhrocené interakce, jež mají náročný průběh a mohou končit nepříznivě – zdravotník se (paradoxně) sám v takovém případě cítí neúspěšně a prochází různými stavy tísně, jež v některých případech končí např. těžkými depresemi či syndromem vyhoření. (Vlastní konstrukce)

## 2.6 Legislativa a poskytování informací

Při poskytování informací je nutné respektovat právo pacienta na soukromí. Pacient při přijetí do péče může určit osoby, kterým budou poskytovány informace o zdravotním stavu a mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace. Komu budou informace o zdravotním stavu pacienta poskytnuty, je projevem svobodné vůle pacienta. Tato vůle bývá součástí informovaného souhlasu, který je pacientem podepsán při přijetí do zdravotnického zařízení. Nemusí se jednat vždy jen o osoby příbuzné. Výjimku tvoří situace, kdy by se jednalo o informace důležité pro ochranu zdraví jiných osob. (Uherek, 2011)

Jako zdravotníci s rozhodnutím pacienta nemusíme vždy souhlasit, ale musíme jeho přání respektovat. Jsme vázáni povinnou mlčenlivostí. Zdravotnický pracovník musí chránit citlivé osobní údaje tak i obecné osobní údaje, jak nařizuje *Obecné nařízení na ochranu osobních údajů*, tj. GDPR<sup>3</sup> (General Data Protection Regulation), které v celé EU platí teprve od 25. května 2018. V Česku tento předpis nahradil současnou právní úpravu ochrany osobních údajů v podobě směrnice 95/46/ES a související zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. (European Parliament, 2016)

Ve zdravotnictví, stejně jako i v jiných oborech, jsou vymezeny hranice stanovené právem, které musí zdravotničtí pracovníci dodržovat. Již zákon č. 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu dával práva pacientovi býti poučen a vyslovit souhlas s poskytováním zdravotní péče. Této problematice se věnuje Hlava druhá, § 23 a 24. Komunikaci mezi lékařem a pacientem se snaží rámovat a uspořádat Úmluva o lidských právech a biomedicíně v podobě tzv.

---

<sup>2</sup> Kompletní výsledky výzkumu dostupné na (cit. 26.05.2018): <http://csim.guarant.cz/FileHandler.ashx?FileID=691>

<sup>3</sup> GDPR - dosud nejvíce ucelený soubor pravidel na ochranu dat na světě. Nařízení pro firmy, instituce i jednotlivce, kteří zacházejí s osobními údaji – zaměstnanců, zákazníků, klientů či dodavatelů, a to napříč segmenty a odvětvími. Cílem GDPR je chránit digitální práva občanů EU. (GDPR, 2018)

*informovaného souhlasu*. Parlament České republiky ratifikoval tuto mezinárodní smlouvu v roce 2001 a stala se nejvyšším zdravotnickým zákonem této země. Od 1. dubna 2012 je pak v účinnosti zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde je pojem informovaného souhlasu podrobně definován. (Mach, 2017)

V intenzivní péči při přijetí kriticky nemocného pacienta jsou situace, kdy pacient není schopen projevit svoji vůli. Řídíme se potom odpovídajícími právními předpisy, jež jsou ukotveny v již zmíněném Zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pro problematiku poskytování informací jsou nejpodstatnější části tohoto zákona v § 31 až 34. Jsou zde uvedeny podmínky poskytování informací o zdravotním stavu a navržených zdravotních službách. Povinnosti a práva poskytovatele i příjemce zdravotních služeb. (MZCR, 2012)

V § 33, odstavci 1, se uvádí, že: *„Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech podle § 34 odst. 7 vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat. Záznam o vyjádření pacienta je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Součástí záznamu je rovněž sdělení pacienta, jakým způsobem mohou být informace o jeho zdravotním stavu sdělovány”*. (MZCR, 2012)

V § 33, odstavci 2, jsou uvedeny informace, které mohou být poskytnuty bez souhlasu pacienta a v odstavci 3, téhož paragrafu se uvádí: *„Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby podle odstavce 1, mají právo na informace o jeho aktuálním zdravotním stavu a na pořízení výpisů a kopií zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi osoby blízké. Pokud pacient dříve vyslovil zákaz sdělovat informace o svém zdravotním stavu určitým osobám blízkým, lze informaci těmto osobám podat pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví další osoby, a to pouze v nezbytném rozsahu”*. (MZCR, 2012)

Občanský zákoník č. 89/2012, § 22, definuje osobu blízkou takto: *„Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen `partner`); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí”*. (Zákony pro lidi, 2012)

Schopnost komunikovat se zdá být přirozenou a jednoduchou činností. Setkání a rozhovory s pacientem či rodinou zvláště v situacích, kdy se jedná o vážné onemocnění,

komplikované stonání či obavy z neúspěchu léčby, mohou vzbuzovat u nás zdravotníků vědomé nebo zcela netušené pocity nepohodlí a stresu, před kterým se snažíme uniknout. Vytváříme tak pomyslné či reálné bariéry.

Mach (2007) uvádí, že podle kvalifikovaného odhadu v 90 % případech, kdy pacient nebo jeho rodina podávají žalobu na zdravotnické zařízení nebo trestní oznámení na lékaře, jde o lidi, kterým by bylo možné rozumnou komunikací a argumentací tento postup rozmluvit.

### **2.6.1 Informovaný souhlas**

Poskytování zdravotní péče, zdravotních služeb, péče o zdraví, provádění zákroků v oblasti zdraví apod., vždy předpokládá, že se tak bude dít s respektováním osobnosti pacienta. Běžně užívané slovní spojení „informovaný souhlas“ v sobě zahrnuje dva prvky.

- **Projev vůle** dotčené osoby, že chce udělit jinému právo zasáhnout do osobní chráněné sféry.
- Souhlas byl **udělen informovaně**, tedy ten kdo jej dal, znal v potřebném rozsahu skutečnosti podstatné pro rozhodnutí. (Šustek, 2016)

Stále probíhají diskuze, zda informace podávat ústně nebo písemně. Důraz je kladen na rozhovor lékaře s pacientem. Písemná forma je pouze důkazem o proběhlé komunikaci. V současné době je však v některých případech v českých nemocnicích realita jiná. Pacientovi předloží souhlas sestry, která chce, aby ho hned podepsal. Některé výkony se provádějí natolik automaticky, aniž by byl pacient dotazován, zda s tímto výkonem souhlasí. Jindy je pacient zahrnut množstvím informovaných souhlasů, že na komunikaci nezbývá čas. Zajímavá a inspirativní je praxe na Mayo Clinic v USA. S pacientem před přijetím k operačnímu výkonu hovoří asi čtyřicet minut operatér, asistent a anesteziolog. Z rozhovoru je pořízen zvukový záznam, který slouží jako důkaz poskytnutí informací. Rozhovoru se mohou účastnit osoby, které pacient určí. Nikdo nic neseписuje ani nepodepisuje. (Mach, 2017)

Evropské i české soudy se shodují, že informovaný souhlas bez komunikace s pacientem je jen „*nicotným cárem papíru*“. Bez náležité komunikace mezi lékaři, dalšími zdravotníky, pacientem a jeho příbuznými a blízkými se jedná pouze o „*pouhou hru na práva pacienta*“ (Tamtéž).

Právní úprava vztahu pacienta a jeho lékaře je obsažena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, který je účinný od 1. 4. 2012. V ust. § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách je nařízeno, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, pokud zákon o zdravotních službách nestanoví jinak. Forma informovaného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb je ustanovena v § 34. (MZCR, 2012)

## 2.6.2 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Ochrana osobních údajů, nedotknutelnost osoby a jejího soukromí se prolíná celým právním řádem většiny demokratických států.

Povinnou mlčenlivost lze vymezit jako „*zákonem uloženou nebo státem uznanou povinnost fyzické osoby nesdělovat nepovolené osobě určité skutečnosti a současně povinnost nést právní důsledky v případě, že by tato povinnost byla porušena.*” (Uherek, 2007)

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků je označována za státem stanovenou mlčenlivost. Od jiných druhů mlčenlivosti ji odlišuje hlavně její účel.

Účel povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků lze vymezit takto:

- **Ochrana vzájemné důvěry ve vztahu** – mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem.
- **Ochrana soukromí, nedotknutelnosti osoby** – chrání pacienta před neoprávněným zasahováním, lidskou důstojnost, osobní pověst, jméno a čest.
- **Zabránění diskriminaci pacienta** – např. z důvodů sociálních, národnostních, etických, politických, náboženských či z důvodu sexuální orientace. (Tamtéž)

Povinnou mlčenlivostí jsou kryty zejména tyto skutečnosti:

- **Údaje o zdravotním stavu pacienta** – jedná se o údaje, které zdravotník zjistil např. při klinickém vyšetření pacienta (diagnóza, různé vady), informace o anamnéze, léčbě a léčebném postupu. Informace o diagnostickém vyšetření, o povaze onemocnění, prognóze pacienta nebo o jeho zvyklostech (požívání návykových látek, vegetariánství).
- **Údaje o rodinné, finanční a sociální situaci** – tyto informace sděluje pacient v rámci odběru anamnézy či při běžném hovoru se zdravotnickým pracovníkem (počet dětí, rodinný stav).
- **Údaje o sexuálním životě pacienta** – označení sexuální orientace, sexuálních praktik.
- **Údaje o náboženském, filozofickém nebo politickém přesvědčení** – jedná se o údaje vyjadřované ať už ústně či písemně, např. pacientovy názory, hlasování ve volbách a podobné.
- **Údaje o národnostním, rasovém nebo etnickém původu pacienta** – smyslem je zabránění diskriminace pacienta. (Uherek, 2007)

Zdrojem informací, které podléhají povinné mlčenlivosti, mohou být obsaženy v mluvené podobě při rozhovoru s pacientem, nebo v písemné podobě např. ve zdravotnické dokumentaci, v kartotékách či seznamech. Mohou mít podobu obrazovou, zvukovou a audiovizuální či v elektronické podobě např. počítačových databází. Nakládání se zdravotnickou dokumentací je zakotveno ve vyhlášce 98/2012 Sb.

Předmětem povinné mlčenlivosti mohou být jak obecné osobní údaje tak rovněž citlivé osobní údaje. Většina informací poskytovaných příbuzným a blízkým pacientů mají právě povahu citlivých osobních údajů. Zpracováním, ochranou a tedy i poskytováním osobních údajů je zakotveno v zákoně 101/2000 Sb. V § 4 jsou přesně definovány, jaké údaje označujeme jako údaje osobní, a které považujeme za citlivé osobní údaje. Pacient se může rozhodnout, jak moc chce své soukromí chránit. Jedná-li se o nezletilého pacienta či o pacienta s omezenou svéprávností, nebo pokud nemůže pacient např. z důvodu poruchy vědomí udělit souhlas s poskytováním informací sám, vykonávají práva nakládat s údaji o zdravotním stavu zákonní zástupci ustanoveni okresním soudem. (Šustek, 2016)

## 3 PRŮZKUM

Považuji za důležité objasnit pojem *průzkum*. Průzkumné šetření je jednou z forem empirického zkoumání. Jeho úkolem není zkoumat problematiku detailně a podrobně, ale jeho cílem je přinést data o aktuální situaci zkoumaného jevu (objektu bádání).

*„Výzkum je obecnější způsob zkoumání s vyšším stupněm abstrakce a s vědeckými cíli. Slouží k zjištění širších souvislostí. Jde o záměrnou systematickou činnost postavenou na technikách sběru dat.*

*Průzkum si na rozdíl od výzkumu neklade vědecké cíle. Je zaměřen na vyřešení aktuálního úkolu a bezprostřední aplikaci získaných poznatků.“* (Olecká, Ivanová, 2010, s. 6)

### 3.1 Problém, otázky a cíle průzkumu

#### PROBLÉM PRŮZKUMU

Olecká, Ivanová (2010) definují problém jako tázací větu nebo výrok, jenž definuje, jaký vztah existuje mezi dvěma nebo více proměnnými.

Na základě zadání této práce jsem stanovila problém průzkumu:

Úroveň komunikace mezi příbuznými kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na OARIM a ošetřujícím zdravotním personálem.

#### OTÁZKY PRŮZKUMU

1. Jaké informace považují příbuzní a blízcí kriticky nemocného pacienta při příjmu na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny za důležité.
2. Jaké okolnosti během předávání informací považují příbuzní a blízcí pacientů v intenzivní péči za stresující.
3. Jak působí ošetřující personál oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče na příbuzné a blízké pacienta.
4. Jaké zdroje informací preferují příbuzní a blízcí pacienta v případě nepochopení či nejasností po rozhovoru s ošetřujícím personálem OARIM.

#### CÍLE PRŮZKUMU

*„Cílem výzkumu říkáme, čeho chceme dosáhnout, co přesně chceme zjistit.“* (Olecká, Ivanová, 2010, s. 19)

Hlavní cíl celé práce je **vytvořit návrh metodického pokynu pro ošetřující personál OARIM**, který nabídne seznam priorit v informování příbuzných a blízkých kriticky nemocného pacienta.

Tohoto cíle lze dosáhnout prostřednictvím průzkumu a na základně analýzy jeho výsledků.

## Hlavní cíle průzkumu

Zmapovat celkový pohled příbuzných kriticky nemocného pacienta hospitalizovaného na OARIM na proces komunikace a vzájemné spolupráce s ošetřujícím personálem.

Zjistit, jak příbuzní pacienta OARIM hodnotí úroveň komunikace a vzájemné interakce mezi nimi a ošetřujícím personálem.

## 3.2 Metody průzkumu

Cílů bylo dosaženo pomocí kvantitativního průzkumu, čili prostřednictvím matematicko-statistických postupů.

Technikou sběru dat byl zvolen strukturovaný nestandardizovaný *dotazník* pro dospělé příbuzné a blízké pacientů hospitalizovaných na OARIM v nemocnici krajského typu (plné znění dotazníku viz Příloha 2). Kvantitativní sběr dat probíhal technikou nenáhodného výběru.

Dotazník jako metoda průzkumu, eventuálně výzkumu, disponuje mnoha výhodami, ale i nevýhodami. Některé uvádějí např. Disman (2008), Ferjenčík (2000).

*Výhody dotazníku* přinášejí: úsporu času a financí (snadno získaná data od mnoha respondentů, za krátký časový úsek a s nízkými náklady); anonymitu dotazovaných (eliminace studu); čas na přípravu (formulace, forma) i zpracování (kvantifikace).

*Nevýhody dotazníku*: odpovědnost je na respondentovi (nemusí být ochoten vyplnit vše); respondent nemusí vyjádřit pravdivý údaj; dotazník nemusí vyplnit cílový člen výzkumu; časově zatěžuje či obtěžuje dotazovaného; absence nonverbální komunikace (nevidíme reakce na otázky); formulace otázek nemusejí být pro respondenta srozumitelná; nelze pružně reagovat (např. klást doplňující otázky); relativně dlouhá příprava i čas pro vyhodnocování dotazníku. (Ferjenčík, 2000)

Dotazník obsahuje 22 otázek. Z celkového počtu otázek je 13 otázek uzavřených a 9 polootevřených, kde měli příbuzní a blízcí pacientů možnost vyjádřit svůj vlastní názor. Dotazník obsahuje jednak otázky výběrové, jednak dichotomické; některé otázky využívají víceúrovňovou škálu.

Dotazník je rozdělen na tři části. První část obsahuje 8 otázek, týkající se charakteristiky respondentů. Ve druhé části jsou pokládány otázky zaměřené na komunikaci s lékařem a ve třetí části odpovídali respondenti na otázky týkající se komunikace se sestrou.



### 3.3 Sběr dat, průběh průzkumu

Pro zpracování své dotazníkové studie jsem si zvolila oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny OARIM v nemocnici krajského typu.

#### SBĚR DAT, CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Příbuzní a blízcí pacientů OARIM byli osloveni zkušenou ošetřující sestrou či lékařem, bylo jim nabídnuto, zda jsou ochotni se zapojit do studie, která je zaměřena na problematiku poskytování informací a komunikaci v intenzivní péči. Zařazení osoby do dotazníkové studie bylo na zkušenostech a intuici ošetřujícího personálu OARIM. Oslovení a vybrání byli ti respondenti, u kterých se dalo předpokládat, že nebudou průzkumem nijak poškozeni.

Kritériem pro výběr účastníka studie byla aktuální hospitalizace kriticky nemocného pacienta na OARIM minimálně 48 hodin. Další podmínkou byl nejméně jeden uskutečněný rozhovor s lékařem OARIM a ošetřujícím personálem tohoto oddělení. Důvodem volby těchto podmínek byl předpoklad, že příbuzní již prožili prvotní šok z nečekané informace týkající se vážného stavu pacienta a vyplnění dotazníku tedy nebyl tak zatěžující.

Respondenti byli osobně osloveni ošetřujícím lékařem či sestrou tohoto oddělení a byla jim nabídnuta možnost zapojit se do této dotazníkové studie. Osloveno bylo 100 příbuzných a blízkých pacientů oddělení OARIM. Z oslovených osob jich 6 tuto možnost odmítlo. Toto bylo respektováno.

Vyplněný dotazník respondenti vložili do přiložené prázdné obálky, kterou si převzal lékař nebo sestra, což s sebou neslo určitá rizika spojená s ostýchavostí vyjavit pravdivé odpovědi.

Celkem se do dotazníkové studie zapojilo 94 respondentů. Dva respondenti odevzdali dotazník vyplněný jen zčásti; ty byly pro neúplnost z analýzy dat vyřazeny. Kompletně vyplněných dotazníků bylo 92. Tyto se staly podkladem pro zpracování a rozbor.

Sběr dat probíhal v období únor 2018 – květen 2018.

#### ETICKÁ STRÁNKA PRŮZKUMU

- *Povolení průzkumného šetření* – o realizaci průzkumného šetření jsem požádala kompetentní osobu, od níž jsem obdržela povolení (Povolení nemocnice k průzkumu viz Příloha 3).
- *Zajištění anonymity* – dotazník byl sice ve své podstatě anonymní, avšak způsob odevzdání formuláře (osobně do rukou zdravotníka) znemožnilo zajistit plné utajení identity respondenta. Záměr „být co nejvíce osobní“ z důvodu choulostivé situace, v níž se respondenti nacházeli, v konečném důsledku poškodilo zajištění anonymity.

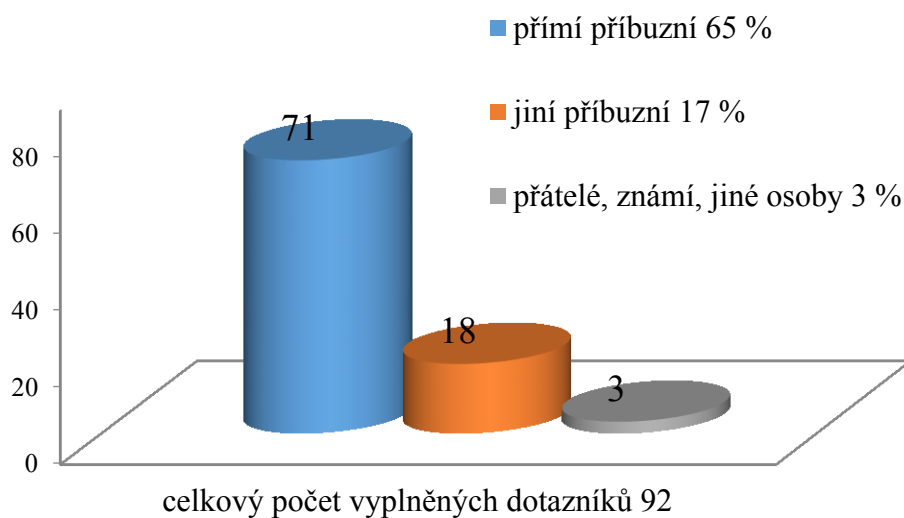
- *Bezpečí respondentů* – respondenti byli při požádání o vyplnění dotazníku ubezpečeni, že je dotazník zcela dobrovolný, a že mohou odpovídat pravdivě, byť by odpovědi vyzněly v neprospěch nemocnice. O dobrovolnosti byli dotazovaní upozorněni písemně v úvodu dotazníku (viz Příloha 2).
- *Dobrovolnost účasti na průzkumu bez dalších podmínek* – když byla respondentům nabídnuta účast na průzkumu prostřednictvím dotazníku, byli zároveň ubezpečeni, že jejich účast či neúčast nikterak neovlivní úroveň péče o jejich příbuzného.

### 3.4 Výsledky průzkumu, analýza dat

V této části práce jsou zpracovány výsledky a analyzovány informace z dotazníkové studie.

Jelikož se jedná o číselné údaje vztahující se k lidem, číselné údaje uvádějící počet procent byly zaokrouhleny na celá čísla.

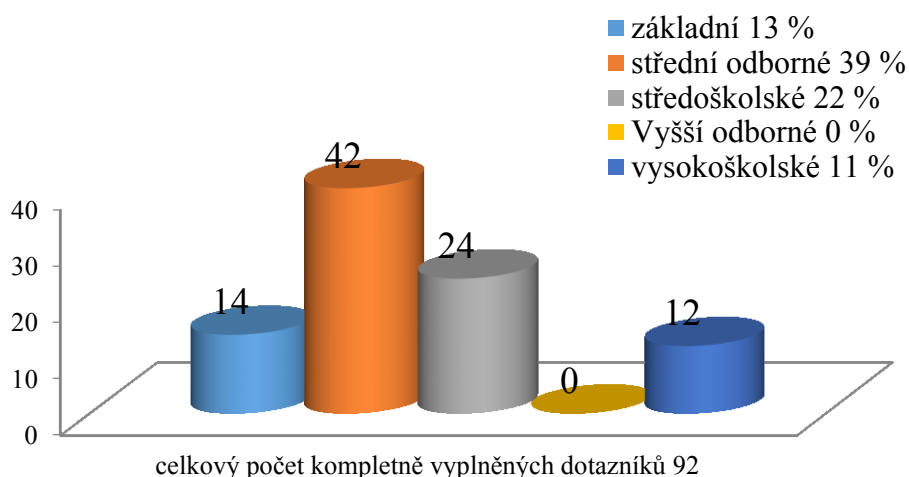
#### Otázka č. 1: Jaký je Váš vztah k pacientovi hospitalizovaném na našem oddělení?



Graf 1: Vztah respondenta k pacientovi na oddělení OARIM

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), se dotazníkové studie zúčastnilo 71 přímých příbuzných (tj. 65 %), 18 jiných příbuzných (tj. 17 %) a 3 dotazovaní jsou přátelé či známí pacientů v intenzivní péči (tj. 3 %).

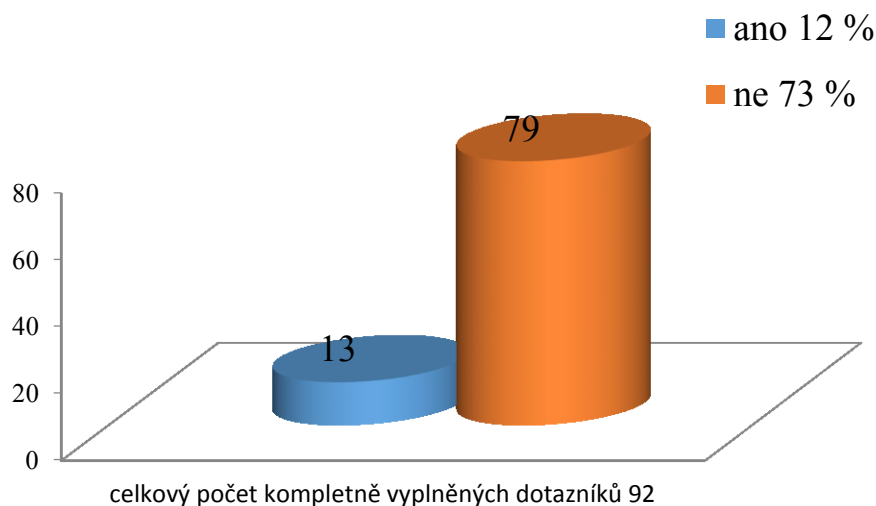
### Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), jich 42 uvedlo (tj. 39 %), že mají střední odborné vzdělání, 24 respondentů středoškolské vzdělání (tj. 22 %), 14 respondentů má základní vzdělání (tj. 13 %), 12 respondentů vysokoškolské vzdělání (tj. 11 %), vyšší odborné vzdělání nevedl nikdo z dotazovaných.

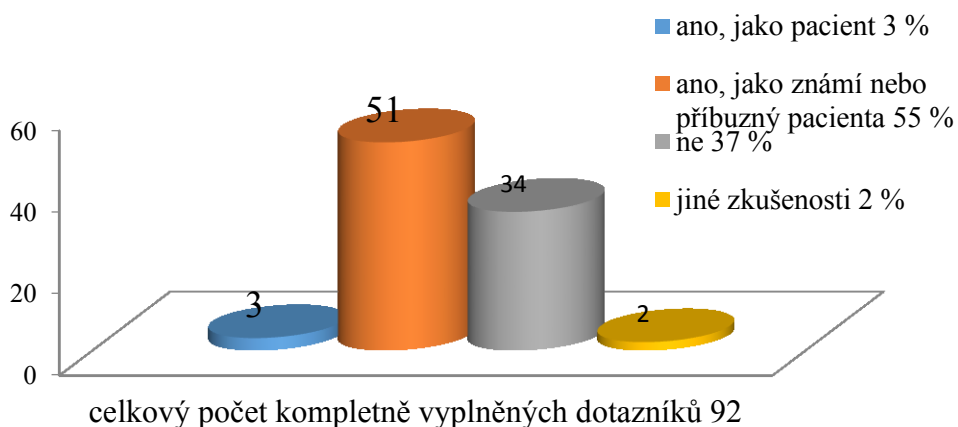
### Otázka č. 3: Zdravotnické vzdělání respondentů



Graf 3: Zdravotnické vzdělání respondentů

Na otázku, zda mají příbuzní a blízcí pacientů OARIM zdravotnické vzdělání, z celkového počtu 92 respondentů (100 %) jich 79 odpovědělo (73 %), že nemají zdravotnické vzdělání a 13 respondentů (12 %) zdravotnické vzdělání má.

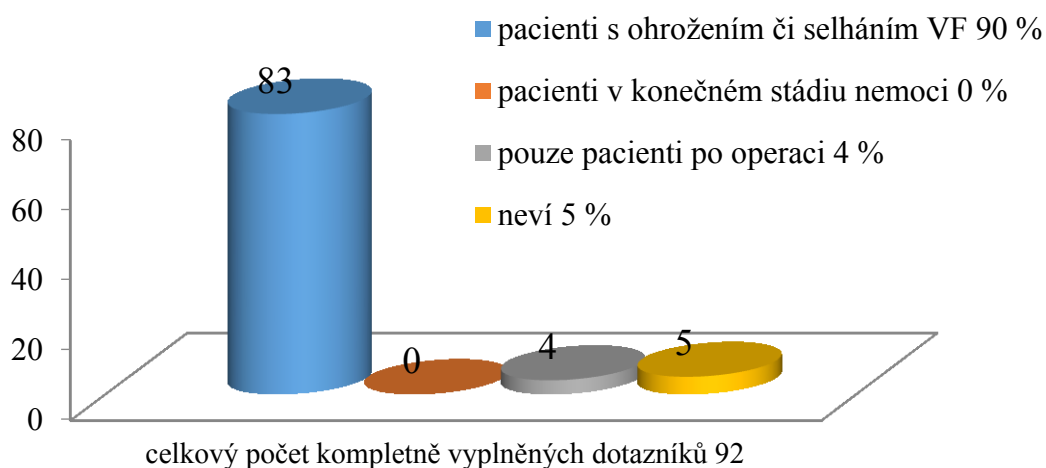
#### Otázka č. 4: Máte z minulosti zkušenost s oddělením typu ARO či JIP?



Graf 4: Zkušenosti respondentů s oddělením typu ARO a JIP

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), jich 51 odpovědělo, že mají z minulosti zkušenost s tímto typem oddělení, navštěvovali zde svého příbuzného nebo blízkého (tj. 55 %). Celkem 34 respondentů nemá s oddělením ARO či JIP žádnou předchozí zkušenost (tj. 37 %). Jen 3 respondenti uvedli, že v minulosti byli pacienti tohoto typu oddělení (tj. 3 %). Nejméně respondentů (2) sdělilo, že jsou pracovníci oddělení ARO či JIP (tj. 2 %), konkrétně na pracovní pozici sestry.

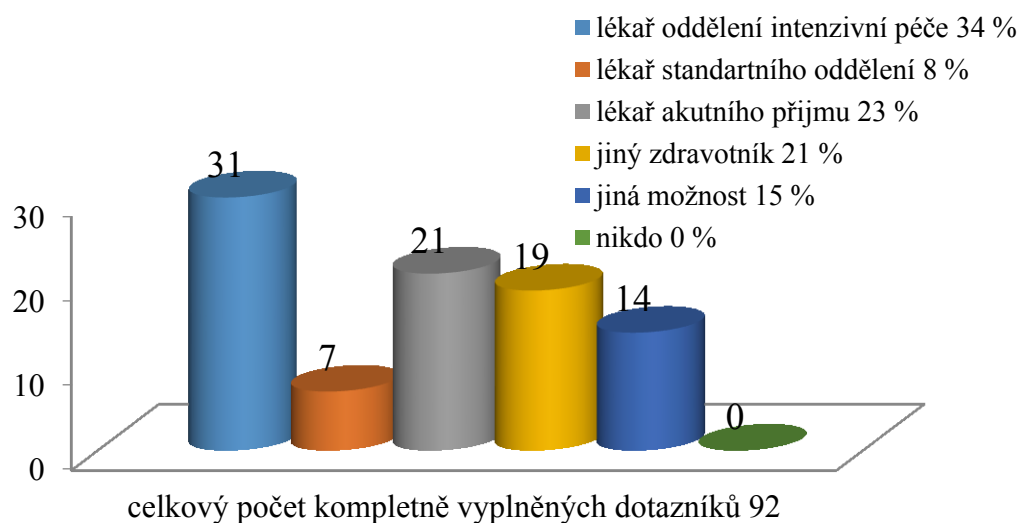
#### Otázka č. 5: Jací pacienti jsou podle Vás přijímáni na OARIM?



Graf 5: Typy pacientů přijímaných na ARO a JIP

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100%), naprostá většina 83 uvedla (tj. 90 %), že na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče jsou přijímáni pacienti s ohrožením či selháním vitálních funkcí, 5 respondentů neví (tj. 5 %), jací pacienti jsou přijímáni do intenzivní péče. Celkem 4 respondenti se domnívají (tj. 4 %), že na tento typ oddělení jsou přijímáni pacienti pouze po operačních výkonech. Nikdo z dotazovaných nevěděl, že na tento typ oddělení jsou přijímáni pacienti v konečném stádiu nevléčitelné nemoci.

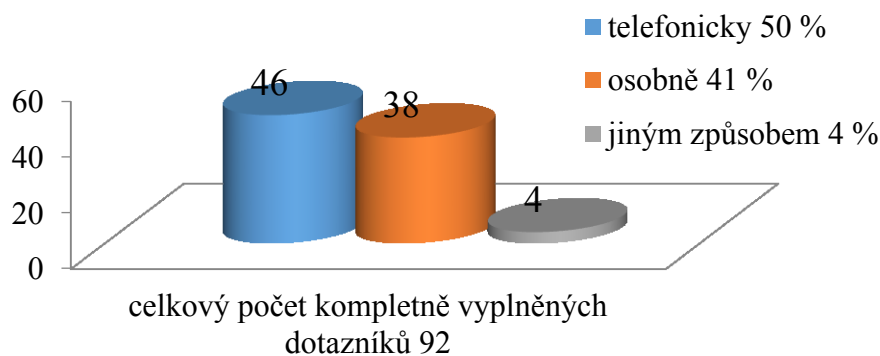
### Otázka č. 6: Kdo Vás informoval o přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM?



Graf 6: Informace o přijetí pacienta na ARO či JIP

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) jich 31 bylo informováno o přijetí svého příbuzného či blízkého na OARIM lékařem tohoto oddělení (tj. 34 %). Celkem 21 respondentů získalo informace o přijetí svého příbuzného či blízkého od lékaře akutního příjmu (tj. 23 %), necelá pětina (19) respondentů (tj. 21 %) získala informace o přijetí svého příbuzného či blízkého od jiného zdravotníka, kdy shodně uvedli, že se jednalo o sestru. Celkem 14 respondentů (tj. 15 %) získalo informace o přijetí svého příbuzného či blízkého jinak. Z těchto 14 jich pak 9 (tj. 10 % z celkového počtu) obdrželo informaci od jiného člena rodiny a 5 respondentů (tj. 5 %) bylo přítomno zhoršení stavu svého příbuzného či blízkého a přeložení na oddělení ARO či JIP. Dále – 7 dotazovaných (tj. 8 %) bylo o přijetí na oddělení OARIM informováno lékařem standardního oddělení. Nikdo z respondentů nevedl, že by o přijetí svého příbuzného či blízkého nebyl informován.

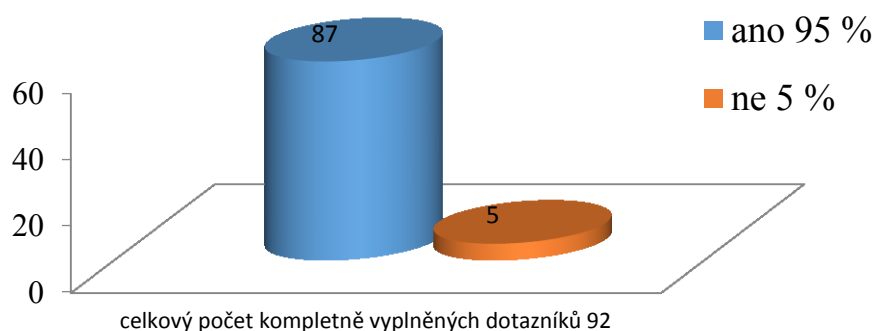
### Otázka č. 7: Informace o přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM Vám byly poskytnuty:



Graf 7: Jak byly informace o přijetí pacienty poskytnuty

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) byla necelá polovina (46) dotazovaných (tj. 50 %) informována o přijetí svého příbuzného či blízkého na OARIM telefonicky. Celkem 38 respondentů (tj. 41 %) získalo informaci o přijetí na toto oddělení při osobním setkáním s ošetřujícím personálem a 4 dotazovaní (tj. 4 %) tuto informaci obdrželi od členů rodiny.

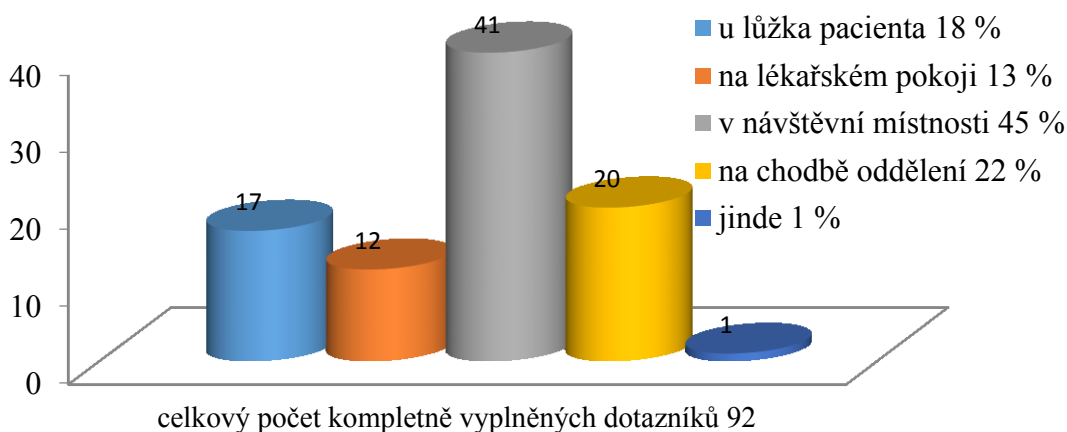
**Otázka č. 8: Byli jste informováni o důvodech přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM?**



*Graf 8: Poskytnutí informací o důvodech přijetí na ARO a JIP*

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), jich 87 uvedlo (tj. 95 %), že byli informováni o důvodech přijetí svého příbuzného či blízkého na oddělení OARIM. Pouze 5 respondentů (tj. 5 %) tuto informaci neobdrželo.

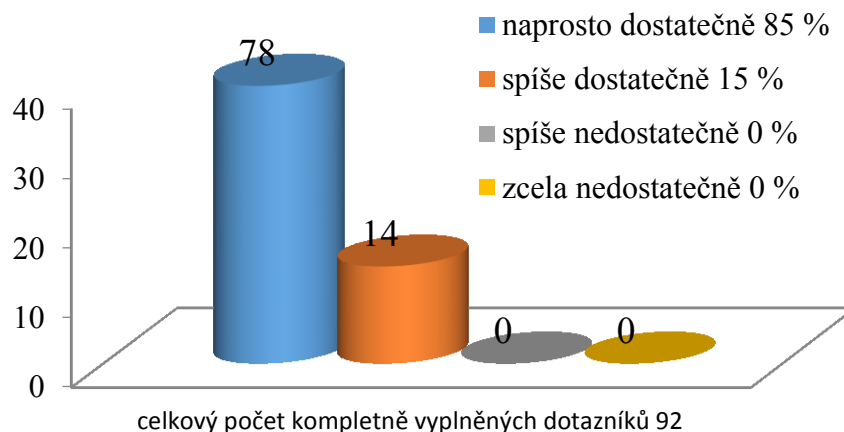
**Otázka č. 9: Osobní rozhovor s lékařem po přijetí Vašeho příbuzného/blízkého o zdravotním stavu byl veden:**



*Graf 9: Místo rozhovoru mezi lékařem a příbuznými/blízkými pacienta*

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), byl veden rozhovor se 41 dotazovanými (tj. 45 %) po přijetí jejich příbuzného či blízkého v návštěvní místnosti. Přibližně pětina (20) respondentů (tj. 22 %) uvedla, že rozhovor byl veden na chodbě oddělení. Celkem 17 dotazovaných (tj. 18 %) uvedlo, že rozhovor s lékařem se uskutečnil u lůžka pacienta. S 12 respondenty (tj. 13 %) se rozhovor uskutečnil na lékařském pokoji. Pouze 1 respondent (tj. 1 %) uvedl, že se rozhovor uskutečnil na jiném místě, ale nevedl kde.

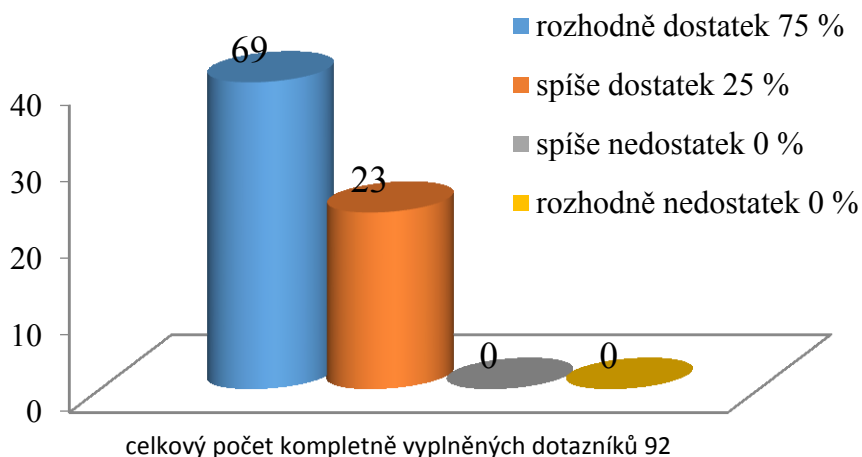
**Otázka č. 10: Jak bylo zajištěno soukromí při rozhovoru s lékařem?**



*Graf 10: Pocit soukromí při rozhovoru s lékařem*

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) uvedlo 78 dotazovaných (tj. 85 %), že při předávání informací lékařem rodině a blízkým pacienta měli pocit naprostého soukromí. Celkem 14 respondentů uvedlo (tj. 15 %), že soukromí bylo spíše dostatečné. Nikdo z dotazovaných neměl pocit nedostatku soukromí při rozhovoru s lékařem.

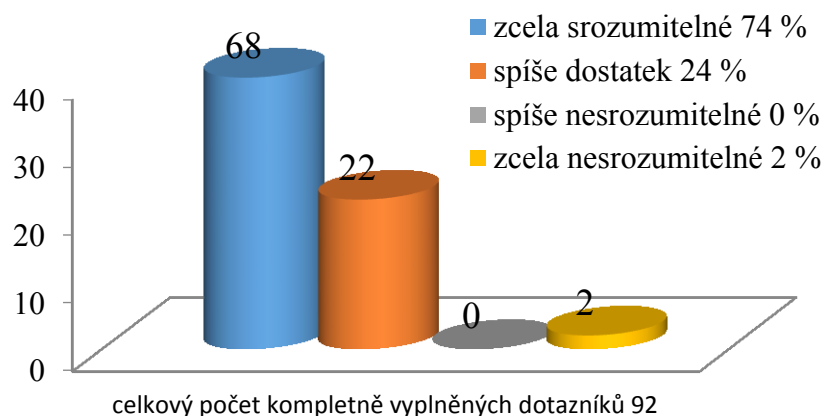
**Otázka č. 11: Kolik času bylo na předávání informací o zdravotním stavu Vašeho příbuzného/ blízkého?**



*Graf 11: Čas na předávání informací o zdravotním stavu pacienta*

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celkového počtu 92 respondentů (100 %) jich 69 uvedlo (75 %), že při předávání informací o zdravotním stavu jejich příbuzného či blízkého měli pocit absolutního nedostatku času. Přesně čtvrtina (23) dotazovaných měli pocit spíše dostatku času při předávání informací. Nikdo z dotazovaných neuvedl, že by lékař neměl čas mu informace o zdravotním stavu sdělit.

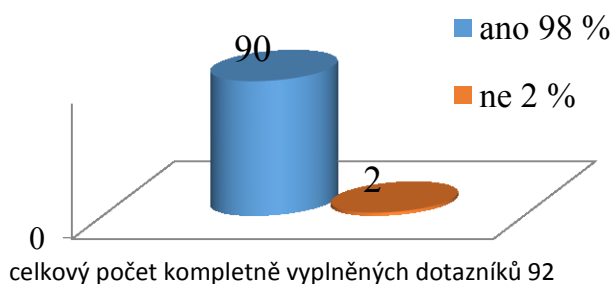
**Otázka č. 12: Jak srozumitelné pro Vás byly informace poskytnuté lékařem?**



*Graf 12: Srozumitelnost informací poskytovaných lékařem*

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100%), 68 dotazovaných uvedlo (tj. 74 %), že informace poskytnuté lékařem pro ně byly zcela srozumitelné. Celkem 22 dotazovaných uvedlo (tj. 24 %), že informace poskytované lékařem byly spíše srozumitelné a 2 respondenti (tj. 2 %) považují informace poskytnuté lékařem za zcela nesrozumitelné. Dva respondenti, kteří považovali informace za nesrozumitelné, měli pocit spíše dostatečného soukromí při předávání informací; uvedli, že času na předávání informací bylo spíše dostatek. Tito respondenti také uvedli, že by rozhodně uvítali přítomnost psychologa při sdělování špatných zpráv o zdravotním stavu pacienta. Profesionální chování zdravotnického personálu hodnotili také s rezervami.

**Otázka č. 13: Měli jste možnost klást lékaři doplňující a objasňující otázky?**

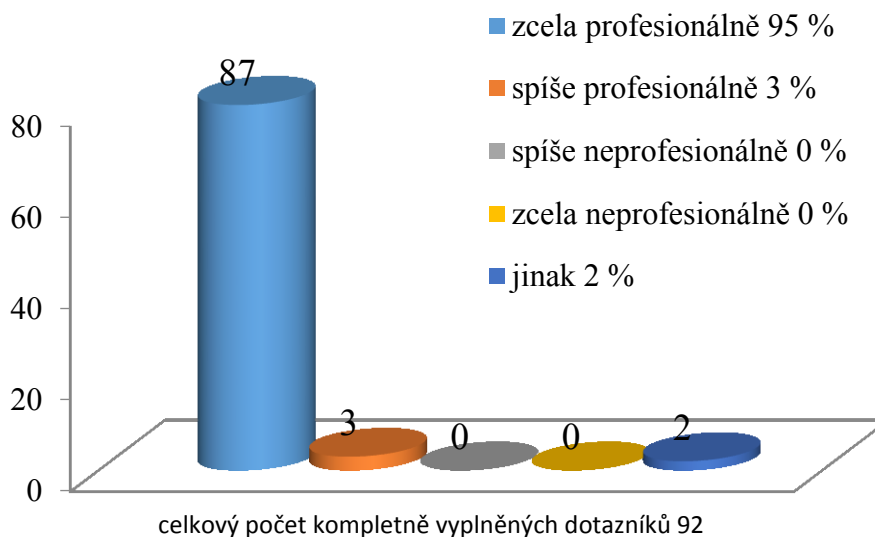


*Graf 13: Možnost klást lékaři dotazy*



Jednalo se o dichotomickou otázku. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), 90 dotazovaných uvedlo (tj. 98 %), že měli možnost klást lékaři doplňující a objasňující dotazy. Naprostá menšina (2) uvedla opak (tj. 2 %), čili že tuto možnost neměli. Tito dva respondenti uvedli, že informace poskytované lékařem byly nesrozumitelné.

#### Otázka č. 14: Jak při rozhovoru s Vámi působil lékař?



Graf 14: Jak hodnotí vystupování lékařů příbuzní/blízcí pacientů

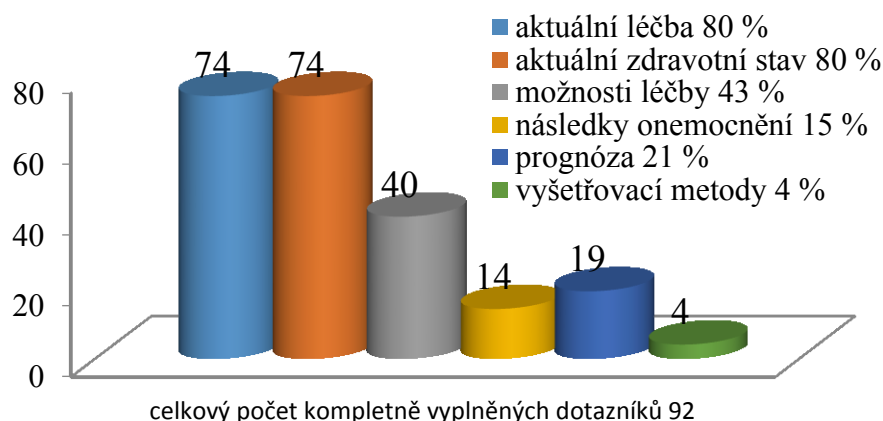
Jednalo se o kombinaci škálové otázky se čtyřmi stupni ohodnocení situace a možnosti otevřené odpovědi. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %), 87 dotazovaných (tj. 95 %) hodnotí chování a vystupování lékařů za zcela profesionální, 3 respondenti (tj. 3 %) hodnotí chování za spíše profesionální a 2 respondenti (tj. 2 %) přímo uvedli, že chování lékařů je proměnlivé (otevřená otázka).

#### Otázka č. 15: Jaké informace od lékaře jsou pro Vás zásadní (z nabídky označte 3 nejdůležitější).

V této otázce měli příbuzní a blízcí pacientů intenzivní péče možnost vybrat více možností. Tabulka č. 3 přináší přehled o využití označit větší množství odpovědí.

Tab. 3: Analýza otázky č. 15 – využití možnosti označit více odpovědí

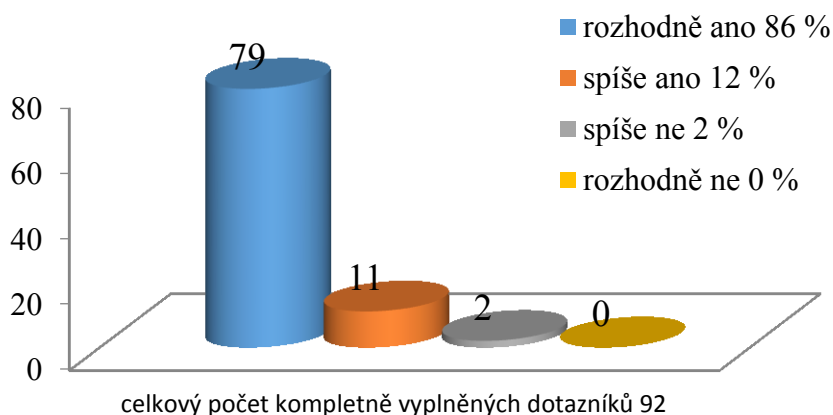
Počet dotazovaných	Počet označených odpovědí	Počet procent
70	3 odpovědi	76 %
12	více jak 3 odpovědi	13 %
10	méně než 3 odpovědi	11 %



Graf 15: Zásadní informace od lékaře pro příbuzné/blízké pacientů ARO a JIP

Procentuální základ v této analýze sice představuje celkový počet respondentů (92), ovšem je nutné brát v potaz, že dotazovaní označili více odpovědí, takže součtem počtu procent za jednotlivé odpovědi nedostaneme 100 %. Nejčastějšími informacemi, které příbuzní a blízcí pacientů OARIM přikládají největší význam, jsou aktuální léčba a aktuální zdravotní stav pacienta; tyto dvě varianty odpovědi byly zvoleny 74 krát, což představuje odpovědi vždy 80 % respondentů. Vysoce jsou ceněny informace o možnostech léčby pacienta (40), tuto variantu zvolila necelá polovina dotazovaných (tj. 43 %). Menší množství odpovědí (14) se objevilo u volby sdělení následků onemocnění (tj. 15 %). Informace o prognóze nemoci by preferovalo 19 dotazovaných (tj. 21 %). Nejmenší zájem (pouze 4 označené odpovědi) respondenti jeví o vysvětlení vyšetřovacích metod (tj. 4 %).

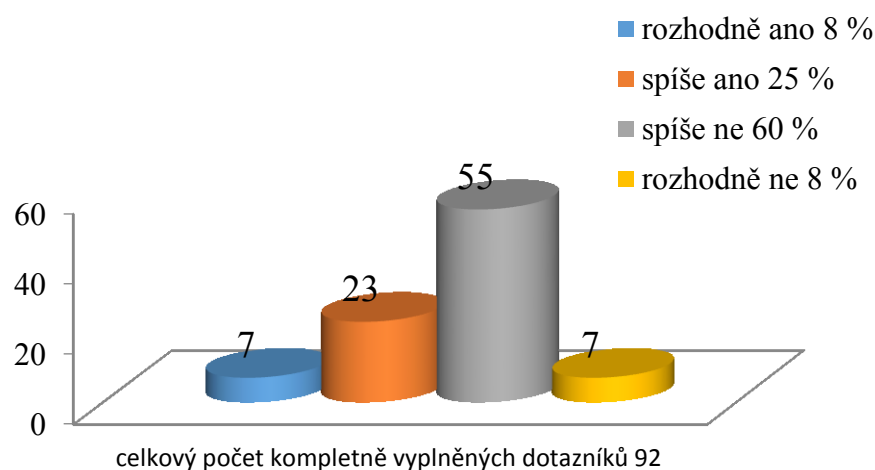
**Otázka č. 16: Pomohl Vám rozhovor s lékařem přijmout informace o závažnosti zdravotního stavu Vašeho příbuzného/blízkého?**



Graf 16: Přijetí informací o závažnosti zdravotního stavu pacienta

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) jich 79 uvedlo (tj. 86 %), že jsou schopni na základě rozhovoru s lékařem přijmout informace týkající se zdravotního stavu pacienta. Celkem 11 respondentů uvedlo (tj. 12 %), že jsou spíše schopni přijmout tyto informace. Pouze 2 dotazovaní uvedli (tj. 2 %), že spíše nejsou schopni informace o zdravotním stavu přijmout na základě informací poskytnutými lékaři.

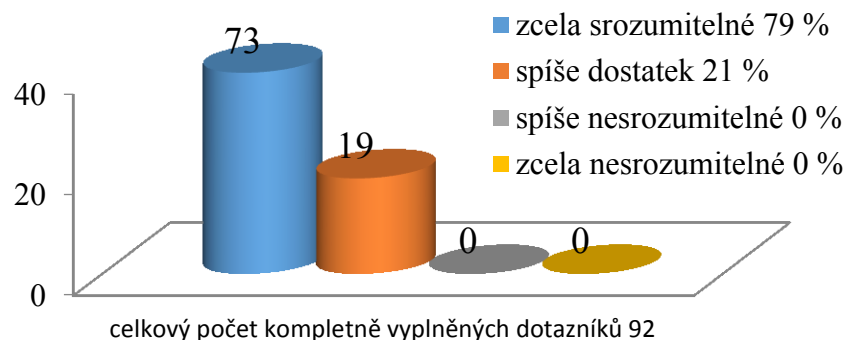
**Otázka č. 17: Uvítali byste přítomnost psychologa při sdělování špatných zpráv o zdravotním stavu Vašeho příbuzného/blízkého?**



*Graf 17: Přítomnost psychologa při sdělování špatných zpráv*

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) jich 55 uvedlo (tj. 60 %), že by přítomnost psychologa spíše nepotřebovalo; 23 dotazovaných (tj. 25 %) by přítomnost psychologa při sdělování špatné zprávy týkající se zdravotního stavu svého příbuzného či blízkého spíše uvítala. Pouze 7 respondentů (tj. 8 %) by přítomnost psychologa rozhodně chtěla a také 7 respondentů (tj. 8 %) přítomnost psychologa odmítla.

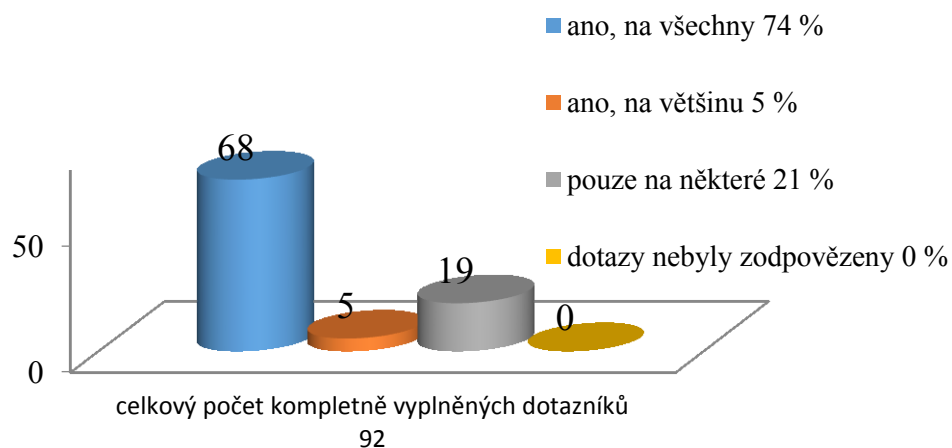
**Otázka č. 18: Jak srozumitelné pro Vás byly informace poskytované sestrami?**



*Graf 18: Srozumitelnost informací poskytovaných sestrou*

Jednalo se o škálovou otázku se čtyřmi stupni ohodnocení situace. Z celého počtu 92 respondentů, jich 73 dotazovaných uvedlo (tj. 79 %), že informace, které jim poskytly sestry OARIM byly zcela srozumitelné. Pětina (19) dotazovaných (tj. 21 %) informace od sester považují za spíše srozumitelné. Za nesrozumitelné nepovažoval informace od sester nikdo z respondentů.

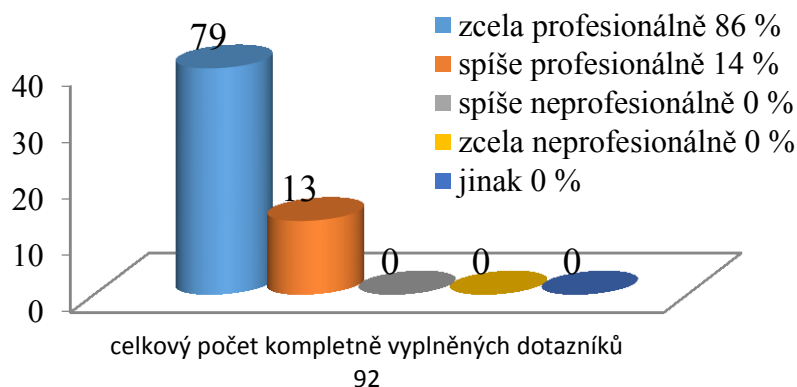
**Otázka č. 19: Odpovídaly sestry na Vaše otázky týkající se ošetrovatelské péče o Vašeho příbuzného/blízkého?**



Graf 19: Zodpovězení dotazů sestrami

Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) jich 68 dotazovaných uvedlo (tj. 74 %), že sestry odpovídaly na všechny jejich dotazy týkající se ošetrovatelské péče o jejich příbuzného či blízkého. Pětina (19) dotazovaných uvedla (tj. 21 %), že sestry odpovídaly pouze na některé dotazy. Pouze 5 respondentů uvedlo (tj. 5 %), že sestry odpověděly na většinu dotazů, které jim byly položeny. Nikdo z respondentů neuvedl variantu, že by jeho dotazy nebyly sestrou zodpovězeny vůbec.

**Otázka č. 20: Jak na Vás při rozhovoru s Vámi působily sestry?**



Graf 20: Jak hodnotí vystupování sester příbuzní/blízcí pacientů

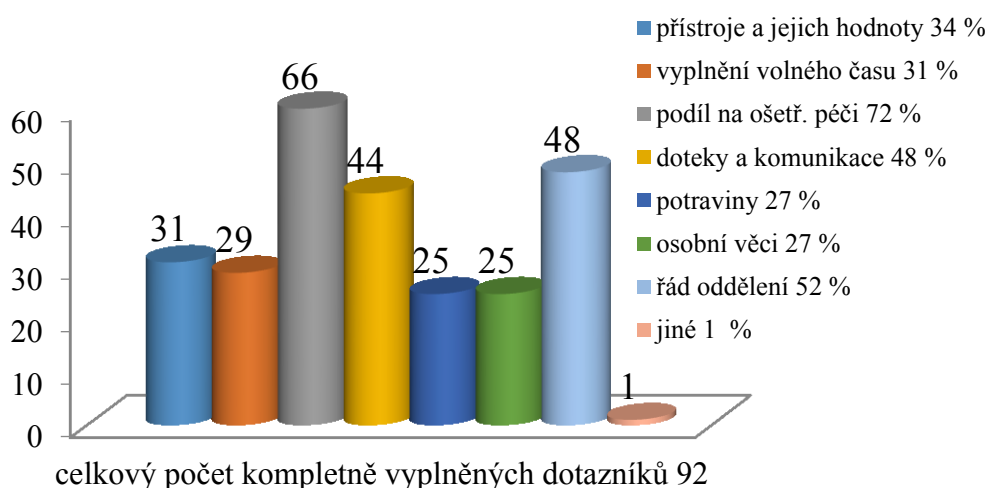
Jednalo se o kombinaci škálové otázky se čtyřmi stupni ohodnocení situace a možnosti otevřené odpovědi. Z celkového počtu 92 respondentů (tj. 100 %) jich 79 uvedlo (tj. 86 %), že vystupování sester při komunikaci je zcela profesionální. Ostatních 13 respondentů (tj. 14 %) chování sester považuje za spíše profesionální. Nikdo z respondentů neuvedl, že by se setkal s neprofesionálním chováním sester na OARIM.

**Otázka č. 21: Jaké informace od sester jsou pro Vás zásadní (označte 3 nejdůležitější)?**

V této otázce měli možnost příbuzní a blízcí pacientů intenzivní péče vybrat více možných odpovědí. Tabulka 4 ukazuje, jak této možnosti respondenti využili.

Tab. 4: Analýza otázky č. 21 – využití možnosti označit více odpovědí

Počet dotazovaných	Počet odpovědí	Počet procent (1 % zaokrouhlení)
82	3 odpovědi	89 %
6	více jak 3 odpovědi	6 %
4	méně než 3 odpovědi	4 %



Graf 21: Zásadní informace od sester pro příbuzné/blízké pacientů ARO a JIP

Otázka opět kombinuje výběr z uzavřených variant odpovědí a z možnosti odpovědět svými vlastními slovy. Procentuální základ v této analýze sice představuje celkový počet respondentů (92), ovšem je nutné brát v potaz, že dotazovaní označili více odpovědí, takže součtem počtu procent za jednotlivé odpovědi nedostaneme 100 %. Nejčastějšími informacemi, které příbuzní a blízcí pacientů OARIM přikládají největší význam, je způsob jak se sami mohou aktivně podílet na ošetrovatelské péči (66 označení; tj. 72 %). Varianta s informacemi týkající se řádu oddělení a telefonních kontaktů na OARIM byla označena 48 krát (tj. 52 %). Žádost o informace ohledně možnosti dotyků a komunikace se svými příbuznými/ blízkými označilo 44 respondentů (tj. 48 %). Variantu, kdy by rádi viděli přístroje a jejich hodnoty, označilo 31 dotazovaných (tj. 34 %). Jak mohou vyplnit volný čas pacientů, by rádo vědělo 29 respondentů (tj. 31 %). Shodně (25 krát) byla

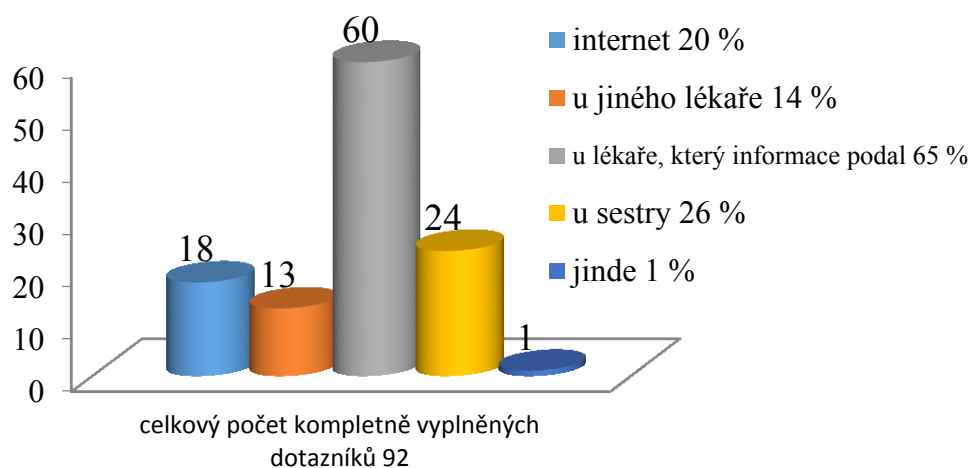
zvolena varianta žádající informace o možnosti přinést potraviny, a zda pacient potřebuje své osobní věci (po 27 %). Pouze jeden respondent (tj. 1 %) využil možnosti jiné odpovědi, kde by chtěl od sestry získat informace o medikaci svého příbuzného.

### Otázka č. 22. Kde hledáte informace, které jsou pro Vás nesrozumitelné?

V této otázce měli možnost příbuzní a blízcí pacientů intenzivní péče vybrat více možných odpovědí. Tabulka 5 ukazuje, jak této možnosti respondenti využili.

Tab. 5: Analýza otázky č. 22 – využití možnosti označit více odpovědí

Počet dotazovaných	Počet odpovědí	Počet procent
68	1 odpověď	74 %
24	2 odpovědi	26 %



Graf 22: Kde hledají příbuzní/ blízcí informace

Otázka opět kombinuje výběr z uzavřených variant odpovědí a z možnosti odpovědět svými vlastními slovy. Procentuální základ v této analýze sice představuje celkový počet respondentů (92), ovšem je nutné brát v potaz, že dotazovaní označili více odpovědí, takže součtem počtu procent za jednotlivé odpovědi nedostaneme 100 %. Variantu volby, kdy příbuzní/blízcí pacienta chtějí vysvětlit nepochopené či nesrozumitelné informace přímo od lékaře, který informaci podal, označilo 60 respondentů (tj. 65 %). Možnost získat informace od sestry byla označena 24 krát (tj. 26 %). Na internetu by informace hledalo 18 respondentů (tj. 20 %), 13 krát uvedli dotazovaní, že by informace, kterým neporozuměli, chtěli znát od jiného lékaře (tj. 14 %). Pouze jeden respondent zvolil variantu otevřené odpovědi, kde uvedl, že by se ptal přátel z lékařského prostředí.

### 3.5 Návrh metodického pokynu

Označení dokumentu: X/ 2018  
Počet stran: 8  
Počet příloh: 2  
Verze: 1  
Datum tisku: 25.6.2018  
Platnost od: X.X.2018

#### METODICKÝ POKYN

## Postup při poskytování informací příbuzným a blízkým pacientů oddělení OARIM

Zpracovatel:	Marie Měchurová DiS.
Rozsah působnosti:	Nemocnice krajského typu Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče (dále jen „OARIM“)

Originál předpisu je uložen:	Referent řízení kvality XX
Elektronická podoba předpisu je uložena:	Intranetové stránky XX

<b>Garant:</b>	Právník – JUDr. XX
<b>Schválil:</b>	Předseda představenstva – generální ředitel Ing XX

**Určení:** Tento dokument je určen pro zaměstnance v pracovních pozicích – lékař, všeobecná sestra, praktická sestra, sestra pro intenzivní péči, zdravotnický záchranář, fyzioterapeut, nutriční terapeut, zdravotně-sociální pracovník OARIM

## 1. Účel

Tento dokument stanoví postup při poskytování informací příbuzným a blízkým pacientů OARIM v nemocnici krajského typu (případně jiným osobám, např. členům pacientovy domácnosti pečujících o pacienta), pokud jsou splněny legislativou stanovené podmínky.

## 2. Cíl

Poskytování informací a vedení efektivní komunikace s příbuznými a blízkými pacienta významně přispívá k vytvoření vztahu důvěry a spolupráce s pacientem i jeho rodinou. Vzájemná efektivní komunikace vede k rozpoznání a uspokojení potřeb pacienta i jeho příbuzných a blízkých. Významně eliminuje vznik konfliktů, a je předpokladem ke zlepšení terapeutickému výsledku péče o pacienta. Informování příbuzní mohou lépe pochopit příčiny onemocnění, způsoby léčby, prognózu a šanci nemocného na návrat do běžného života. Musíme si uvědomit velkou potřebu příbuzných a blízkých pacientů po komunikaci a informacích.

## 3. Definice a použité zkratky

*Osoba blízká* – je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen 'partner'); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí. Ustanovení § 116, 89/2012 Sb. občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů.

*Osobní údaje* – jakýkoliv údaj týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Na základě jednoho či více osobních údajů lze přímo či nepřímo zjistit jeho identitu.

*Citlivé osobní údaje* – jsou údaje, které vypovídají o národnostním, rasovém nebo etickém původu, o členství v organizacích, náboženském vyznání, sexuální orientaci, trestné činnosti, zdravotním stavu a další. Osobní údaje a citlivé osobní údaje jsou jednoznačně vymezeny předpisem GDPR. Je zde stanoven způsob nakládání s těmito údaji, protože jejich zneužití může člověka obzvláště citelně poškodit.

*Informovaný souhlas* – zdravotní služby lze pacientovy poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (popř. se souhlasem zákonného zástupce či opatrovníka), není-li zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákonem 89/2012 Sb., občanský zákoník stanoveno jinak.

XX – Nemocnice krajského typu

OARIM – oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

PČR – Policie České republiky

PMK – permanentní močový katetr

Sestra – pro účely této směrnice (všeobecná sestra, praktická sestra, sestra pro intenzivní péči, zdravotnický záchranář)



## **4. Poskytování informací o hospitalizaci pacienta**

Ošetřující lékař je o hospitalizaci povinen informovat osobu určenou pacientem, není-li taková osoba, je informována osoba blízká, popřípadě osoba žijící ve společné domácnosti nebo zákonný zástupce pacienta, pokud jsou mu známy. Není-li mu známa žádná z osob nebo nelze-li ji zastihnout, informuje PČR.

### **4.1 Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta**

Poskytování informace o zdravotním stavu pacienta je možné pouze osobě, kterou pacient uvedl v Informovaném souhlasu s podáváním informací o svém zdravotním stavu. Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu osoby blízké.

Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžaduje, je zdravotnický pracovník v rozsahu svých kompetencí oprávněn sdělit osobám pacientovi blízkým a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví.

### **4.2 Poskytování informací o úmrtí pacienta**

Na informace o úmrtí pacienta mají právo osoby pacientem určené na informace o zdravotním stavu, osoby blízké, nevyjádřil-li pacient zákaz o jejich informování. Tyto osoby mají právo být informovány o příčinách úmrtí a výsledů pitvy, byla-li provedena. Právo na poskytování informací o hospitalizaci pacienta, o jeho zdravotním stavu i o jeho úmrtí, vyplývá ze zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

## **5. Kompetence osob poskytující informace**

Informace poskytují zdravotničtí pracovníci v rozsahu své odborné způsobilosti, svých znalostí a dovedností. Kompetence zdravotnických pracovníků jsou vymezeny vyhláškou 55/2011 Sb., a její novelou 391/2017 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

### **5.1 Lékař informuje**

- o plánu péče a dimisi
- o medikaci
- o používání zdravotnických prostředků
- o používání omezujících prostředků
- o dietních opatřeních a doporučené výživě
- o způsobu řešení akutních stavů
- o účelu vyšetření nebo léčebného výkonu, o důsledcích či alternativách a rizicích
- o následné rehabilitační péči

- o rozsahu následných kontrol
- o preventivních opatřeních a podobně.

Lékař poskytuje informace týkající se terapeutických, diagnostických postupů a prognóze pacienta. O úmrtí pacienta informuje pouze lékař.

### 5.2 Sestra informuje

- o ošetrovatelských postupech (např. o péči o stomii, o PMK, o ránu, nácvik aplikace injekcí, o péči o pokožku a sliznice úst či genitálu, hygienu rukou, podávání stravy apod.)
- učí příbuzné komunikační technice s pacientem, vysvětluje význam komunikace
- o řádu oddělení
- o možnostech kontaktu do nemocničního zařízení
- aktivně vyhledává a řeší potřeby pacienta a jeho příbuzných/blízkých.

### 5.3 Sestra se specializovanou způsobilostí informuje dle specializace

- o specializovaných ošetrovatelských postupech (např. o péči o centrální žilní katetr).

### 5.4 Fyzioterapeut informuje

- o preventivních opatřeních proti vzniku komplikací či strukturálních změn u imobilních pacientů
- o používání kompenzačních pomůcek
- o způsobech sebeobsluhy a běžných denních aktivitách
- o prováděných procedurách a jejich významu pro pacienta
- edukace pacienta a jeho příbuzných/ blízkých ve fyzioterapii se provádí za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí.

### 5.5 Nutriční terapeut informuje

- o zdravé a léčebné výživě
- o vhodných výživových doplncích
- o specifické stravě a dietních opatřeních při onemocněních, které vyžadují úpravu stravy, dle záznamu lékaře ve zdravotnické dokumentaci.

### 5.6 Zdravotně- sociální pracovník informuje

- o sociálně právní problematice
- o sociální péči a sociálně právní ochraně
- o postavení etnických a menšinových skupin
- o specifikách zdravotně sociální péče o dospělé jedince, o dětské pacienty, o geriatrické pacienty, o psychiatrické pacienty.

Vzájemná multidisciplinární spolupráce mezi zdravotnickým personálem je předpokladem vysoké kvality poskytované péče o pacienta a jeho příbuzné a blízké.

## **6. Předávání informací příbuzným a blízkým pacientů OARIM**

Cílem komunikace s příbuznými je porozumění stavu pacienta. Příbuzní a blízcí pacienta by měli získat reálnou představu o šancích pacienta, a být ve shodě s ošetřujícím týmem.

### **Čeho se vyvarovat**

- Nenechat se nepřipraveně zaskočit na chodbě.
- Nikdy nevedeme rozhovor ve stoje.
- Neimprovizovat – vědět, co je cílem sdělení.
- Uvědomit si, že terapeutický vztah není obnovitelný.

### **Co dělat**

- Udělat si na příbuzné čas.
- Pozvat si příbuzné a blízké pacienta na určitou hodinu.
- Před zásadním rozhovorem s rodinou projít seznam otázek a přizpůsobit tomu vedení rozhovoru (Rusinová, 2014).

### **Vedení rozhovoru**

- Přípravná a plánovací fáze.
- Získání údajů o rodině.
- Zajištění soukromí při rozhovoru.
- První dojem často ovlivňuje průběh a výsledek rozhovoru.

### **Zahájení rozhovoru**

- Při prvním kontaktu důležitý výběr vhodného pozdravu a oslovení.
- Vzájemné představení se, ujištění se s kým hovořím.
- Odhad psychického rozpoložení příbuzných či blízkých pacienta.
- Vytvoření vhodné atmosféry pro komunikaci.

### **Průběh rozhovoru**

- Objasnění důvodu a účelu, pro který je rozhovor veden.
- Zjistit kolik informací příbuzní a blízcí pacienta chtějí vědět.
- Aktivní naslouchání.
- Verbalizace problému.
- Pomoc při ujasnění přání, pocitů, vytyčení cílů.
- Ujištění o sounáležitosti a důvěrnosti poskytnutých informací.

### **Ukončení rozhovoru**

- Shrnutí, zopakování a zdůraznění toho, co bylo řečeno ze strany ošetřujícího personálu, tak i rodiny pacienta.
- Domluvení další schůzky, kontaktu s příbuznými či blízkými.

## 7. Záznam do dokumentace

O poskytnutí informací a jejich rozsahu příbuzným či blízkým pacienta provést záznam do zdravotnické dokumentace. Ze záznamu musí být patrné, kdo informace podal, komu a v jakém rozsahu. Ze záznamu má vyplývat, jak na poskytované informace příbuzní a blízcí reagovali, a zda byly informace pochopeny. Každý zápis musí být označen datem, časem, jménem, příjmením, titulem a podpisem informace předávající osoby.

## 8. Související předpisy a legislativa

RUSINOVA, K. et al. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC psychiatry*, 2014, roč. 14, 21 s. ISSN 1471-244X. Elektronická verze [online]. [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/12146322/>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sběrka zákonů České republiky, 2011, částka 131. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: Sběrka České republiky, 2012, částka 33. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 101/ 2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (zákon o ochraně osobních údajů). In: Sběrka České republiky, 2000, částka 32. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka české republiky, 2012, částka 20. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 391/2017 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: Sběrka zákonů České republiky, 2017, částka 137. ISSN 1211-1244.

## 9. Závěrečné ustanovení (jména byla změněna)

Tento metodický pokyn nabývá platnosti dnem jejího podpisu a účinnosti dnem X. X. 2018.

### Zpracovala:

V XX, dne X. X. 2018

.....  
Marie Měchurová Dis.

### Garant:

V XX, dne X. X. 2018

.....  
JUDr. XX

### Schválil:

V XX, dne X. X. 2018

.....  
Ing. XX

## 4 DISKUSE

Pracuji jako sestra na OARIM, proto je informovanost příbuzných a blízkých pacientů, na oddělení kde pracuji, tématem, které mě zajímá. Věřím, že tato práce může pozitivně přispět ke zkvalitnění komunikace a spolupráce s příbuznými a blízkými pacientů v kritickém stavu na oddělení OARIM.

Celý proces jsem opřela o odbornou literární subvenci, přesto jsem se nevyhnula určitým chybám, které ovšem přinesly i cenné zkušenosti. Například při sběru dat došlo k tomu, že respondenti vložili vyplněný dotazník do připravené prázdné obálky, kterou si převzal člen ošetřujícího personálu (sestra či lékař). Tato skutečnost však mohla ovlivnit otevřenost dotazovaných. Člověk přebírající vyplněný dotazník totiž viděl, kdo konkrétně na otázky odpovídal a mohl si bezprostředně po převzetí obálky obsah přečíst. Pokud si toto respondent uvědomil, mohl podlehnout dojmu, že jeho objektivní kritika komunikační úrovně ošetřujícího personálu zasáhne do vztahu pacient – ošetřující personál. Vhodnějším způsobem sběru dat mohl být proces anonymnějšího charakteru, např. prostřednictvím instalace sběrné schránky.

Výsledky ukázaly, že 73 % respondentů nemá zdravotnické vzdělání (otázka č. 3) a proto je důležité při komunikaci s příbuznými a blízkými vyvarovat se odborných výrazů či zdravotnické hantýrky. Naopak za pěkný výsledek považuji, že většina respondentů (9 z 10) si uvědomuje důvody, se kterými jsou na OARIM přijímáni pacienti, jsou si tedy vědomi kritického stavu jejich příbuzného/blízkého.

Více než třetina dotazovaných se o přijetí pacienta na OARIM dozvěděla lékařem tohoto oddělení, téměř čtvrtina se tuto skutečnost dozvěděla od lékaře akutního příjmu, pětina pak od sestry a ostatní informaci získali jiným způsobem; někteří od člena své rodiny, někteří lékařem standardního oddělení. Z této odpovědi vyplývá, že prvotní informace není podávána metodicky, ale jde spíše o náhodu, chaos či odpovědnost někoho z personálu. V praxi to může vypadat i tak, že příbuzný přijde na oddělení standardní péče, kde zjistí, že zde již pacient není. Pak se jde tedy zeptat lékaře, kde mají svého příbuzného; ten jim pravděpodobně sdělí, že byl přeložen na ARO. Určitě se jedná o slabší místo v informačním systému a bylo by vhodné situaci zlepšit, např. okamžitým telefonickým podáním informace sestrou sloužící na OARIM (při příjmu). Jak prokázala analýza odpovědí další otázky (č. 7), byla necelá polovina dotazovaných informována o přijetí pacienta na OARIM telefonicky; procento by se zavedením navrhovaného pravidla pravděpodobně rapidně zvedlo. O tom, proč byl pacient na OARIM přijat, byla informována drtivá většina, to je pozitivní zjištění. Pět procent respondentů informována nebyla, ale mohlo se jednat o blízké pacienta, kteří nemají tak úzký vztah s rodinou, aby informaci obdrželi.

Další otázka zjišťovala, kde byl hovor o okolnostech přijetí pacienta veden. V potaz se musí brát fakt, že ne všichni respondenti jsou příbuzní, tudíž ne všichni mají právo na

relevantní informaci. Pokud budeme považovat za nedůstojné místo chodbu oddělení a za nevhodné místo u lůžka pacienta, pak analýza přinesla zajímavý závěr: 40 % respondentů přijímá stresující informace spojené často s prožitkem úzkosti a strachu v nevhodném či nedůstojném prostředí. I tuto skutečnost je možné metodickými změnami zlepšit. Závažné informace by se příbuzní i blízcí kriticky nemocných pacientů mohli dozvídat v návštěvní místnosti či na lékařském pokoji, eventuálně na jiném příjemném a důstojném místě. Na druhé straně je třeba ocenit fakt, že 85 % uvedlo, že měli při rozhovoru naprosté soukromí a  $\frac{3}{4}$  dotazovaných měli při předávání informací o zdravotním stavu pacienta pocit absolutního dostatku času a stejný počet respondentů tvrdil, že informace, které jim byly poskytnuty, byly zcela srozumitelné. Sedm z dotazovaných by uvítali při sdělování špatných zpráv psychologa. Přestože je to malé množství, tento požadavek není irelevantní a odborná pomoc psychologa je na místě, obzvlášť když ve škálové otázce č. 17 čtvrtina respondentů paradoxně uvedla, že by psychologa spíše uvítala. Více jak polovina respondentů by naopak psychologa nechtěla, což znamená, že nad touto variantou minimálně uvažují a nezavrhují ji.

Malé množství názorů (pouze 2) se vyskytlo v kritice profesionálního chování ošetřujícího personálu, kterému respondenti přiřkli rezervy (otázka č. 12). Stejně množství z dotazovaných také uvedlo, že neměli možnost klást lékaři doplňující dotazy, přestože poskytnuté informace byly nesrozumitelné. Pravděpodobně stejní dva respondenti uvedli, že chování lékařů je proměnlivé. Svědčí to o ojedinělých případech nevhodného nebo nezvládnutého rozhovoru s blízkými pacienta. Taková selhání by se dala eliminovat případným tréninkem komunikačních technik prostřednictvím cíleného vzdělávacího programu.

Otázka č. 9 odhalila zajímavou skutečnost, že 18 % rozhovorů bylo vedeno u lůžka pacienta. Ze zkušenosti vím (běžná praxe), že po předání informací na lékařském pokoji nebo v návštěvní místnosti OARIM jde lékař s příbuznými k lůžku pacienta a vše jim ukáže a popíše.

Otázky zjišťující, jaké informace příbuzní/blízcí pacienta nejvíce vyžadují, vyjevily realitu, že jsou to data o aktuální léčbě a aktuálním zdravotním stavu pacienta; necelá polovina chce znát možnosti léčby. Méně je zajímaví následky onemocnění, informace o prognóze a o vyšetřovacích metodách. Může to mít tu příčinu, že prognóza, následky nemoci i vyšetřovací metody jsou informace pro respondenty v této fázi nemoci (šok, stres) vzdálené a jejich čas teprve přijde.

Otázka č. 19 přinesla zajímavé skutečnosti. Pětina dotazovaných totiž uvedla, že sestry odpovídaly pouze na některé dotazy týkající se ošetrovatelské péče o pacienta. Zde se projevila jedna z nevýhod dotazníků, protože například v rozhovoru by se mohlo toto téma více rozvést (přímá reakce). Pravděpodobně se jednalo o odborné dotazy na obvyklý průběh nemoci, prognózu apod., čili o otázky týkající se vyšší odbornosti.

Velmi pěkný výsledek se projevil v odpovědích na otázku č. 20, kde se ve škálové otázce objevily pozitivní výsledky týkající se hodnocení profesionality sester při komunikaci. Všichni z dotazovaných se vyjádřili tak, že vystupování sester při komunikaci je zcela profesionální či spíše profesionální. Je to možná dáno tím, že na tomto oddělení pracuje kolektiv zkušených sester, pro které není komunikace s příbuznými a blízkými pacientů cizí problematikou. Svědčí pro to i velký zájem sester o kurzy zaměřené právě na komunikaci a bazální stimulaci.

Za mimořádně přínosné považuji to, že tři čtvrtiny příbuzných/blízkých pacientů OARIM se chtějí aktivně podílet na ošetrovatelské péči. To je velmi zajímavé, obzvláště když otázka zkoumala, jaké informace od sester jsou pro respondenty zásadní – měli si vybrat a označit tři, které považují za nejdůležitější. Více než polovina respondentů označila za důležitou znalost řádu oddělení, kde jsou uvedeny např. telefonické kontakty, návštěvní hodiny apod. Necelá polovina respondentů chce poradit, jak s pacientem mluvit a jakým způsobem se ho dotýkat.

Poslední otázka přinesla informaci, že příbuzní/blízcí pacienta se chtějí radit spíše s lékařem, jakožto s tím, kdo nesrozumitelnou informaci podal. Opět se jedná o zajímavý fenomén, protože v dnešní době je doménou internet jako nositel různých informací. Naši respondenti jsou však dost uvědomělí a nebojí se zeptat, což svědčí o důvěře a partnerském vztahu k lékaři.

Rozbor realizovaného průzkumu mi pomohl k vytvoření metodického pokynu, který si klade za prvotní cíl zlepšit úroveň komunikace mezi příbuznými/blízkými pacienta OARIM zejména tam, kde šetření odhalilo slabší místa. Navazuje tedy na výsledky průzkumu a snaží se řešit situace, které měly rezervy.

Vytvářet nové strategie při komunikaci s blízkými nemocného není v mé kompetenci, neboť se jedná o vysoce odbornou aktivitu, již vytvářejí psychologové (hledisko lidské psychiky), sociologové (hledisko průběhu komunikačního procesu a společenských vazeb) či filozofové (hledisko poznání, etiky vyšších cílů). Můžu ale zhodnotit stávající úroveň, kterou jsem zjišťovala kvantitativním průzkumem a na výsledky navázat nabídkou efektivních nástrojů pro fungující komunikaci mezi ošetřujícím personálem a blízkými/příbuznými našich pacientů.

Vytvořený pokyn byl předán vedení OARIM k projednání. Předpokládám, že by se mohl stát účinným nástrojem zlepšování úrovně předávání informací oběma směry, protože neefektivní komunikace jednoznačně horší pracovní klima a má i důsledky na samotnou léčbu.

*Za cíle metodického pokynu považují zejména:*

- používání technik partnerské komunikace (neshazovat, nepovyšovat se, aktivně naslouchat, reflektovat, trpělivě vysvětlovat, nepoužívat sarkasmus a ironii, nevtipkovat apod.);
- používání prostředků příjemné verbální i neverbální komunikace (nezvedat hlas, hlídat si hlasitost, artikulaci, vstřícnost, celkovou upravenost, adekvátní slovník apod.);
- rozhovory vést ve správnou chvíli a na správném místě (vhodné prostředí, aktuální informace, vhodný čas);
- používání systematického informačního toku (kdo komu co kdy a kde říká – systém, dokumentovat);
- používání prostředků empatie a citlivosti.

Existuje řada průzkumů s podobnou tematikou. Samy nemocnice realizují vlastní šetření, které by hodnotilo úroveň poskytovaných služeb, včetně spokojenosti pacientů s komunikací mezi nimi a ošetřujícím personálem. Výsledky pak zveřejňují na svých webových stránkách, aby byly informace transparentní (např. Nemocnice Havířov 2008, Nemocnice v Klatovech 2013). Dále pak existují v rámci ČR výzkumy širšího významu, s větším počtem respondentů a výzkumných prostředí (nemocnic). Jedním z nich je i dlouhodobější projekt celostátního měření bezpečnosti a spokojenosti hospitalizovaných pacientů českých nemocnic 2017: *Nejlepší nemocnice*. Cílem tohoto projektu je pravidelně sestavovat žebříček nemocnic ČR dle míry spokojenosti jejich klientů (pacientů) s kvalitou poskytovaných služeb v českých nemocnicích. Do tohoto projektu bylo zařazeno 155 českých nemocnic. Forma hlasování byla nastavena pomocí elektronického dotazníku a tištěného dotazníku distribuovaného v nemocnicích ČR. Projekt byl realizován v období od 1. února do 31. srpna 2017. Celkový počet hospitalizovaných hlasujících byl v roce 2017 téměř 54 tisíc obyvatel ČR (HealthCare Institute, 2018). Komplexní hodnotící projekt se skládá ze čtyř analytických částí (strategických perspektiv dlouhodobé úspěšnosti nemocnic ČR), v nichž je v dílčím plánu obsažena i spokojenost pacientů. Nás zajímá zejména oblast *Bezpečnost a spokojenost pacientů nemocnic ČR*. Některé nemocnice hodnotící zprávy výzkumu uveřejňují na svých webových stránkách (např. vysoce ohodnocená Nemocnice Hradec Králové). Nemocnice vyhrávají tehdy, pokud jsou úspěšné v otázkách pro hospitalizované pacienty:

- Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby?
- Byli jste srozumitelně seznámeni s možnými riziky případného lékařského zákroku?
- Byl/a jste spokojen/a s respektováním Vaší intimity a lidské důstojnosti?
- Pokud jste pocíťoval/a bolest, bylo na ni ze strany personálu účinně a včas reagováno?
- Když jste potřeboval/a přivolat ošetřující personál, byla jeho reakce včasná?

(Tamtéž; vybrány pouze otázky relevantní pro tuto BP)



Výzkum *Nejlepší nemocnice* pro moji BP práci zajímavý v tom, že se, mimo jiné, dotýká i některých témat spojených s úrovní komunikace mezi pacientem a ošetřujícím personálem. Problematika je v projektu řešena z hlediska pacientů na všech odděleních zapojených nemocnic; náš průzkum byl jen v prostředí intenzivní péče. Výsledky jsou sice nesouměřitelné, nicméně se dají některé údaje porovnat. Např. otázka spokojenosti s reakcí personálu na potřebu pomoci pacientovi – tato potřeba byla vyslyšena u cca 76 % dotazovaných pacientů (Tamtéž). Znamená to, že pacient potřebuje pomoc; ochotu však projevuje jen ¼ ošetřujícího personálu. V našem průzkumu (2018) příbuzní/blízcí kladou velký význam na informaci, jak by se sami mohli aktivně podílet na ošetřovatelské péči (72 %). Příbuzní nemohou odborně zajistit uspokojování potřeb pacientů, ale v určitých oblastech by mohli ošetřujícímu personálu ulevit (hygiena, podávání stravy apod.). Zajímavou otázkou pro další výzkum by jistě byla síla a chuť sester příbuzné a blízké do této ošetřovatelské péče zapojit.

Otázka, do jaké míry je pro pacienta srozumitelná informace o možných rizicích zákroku ukázala, že bylo maximálně spokojeno cca 76 % respondentů (Tamtéž). Pokud se podívám na problematiku z druhé strany, 79 % našich respondentů uvedlo (2018), že informace, které jim poskytly sestry OARIM byly zcela srozumitelné. Stále je zde tedy přibližně čtvrtinová rezerva pocíťovaná ze strany jejich příbuzných a blízkých. Jako zajímavé se mi jeví srovnání průzkumu na OARIM v nemocnici krajského typu s průzkumem bakalářské práce (dále BP), která v dotazníkovém šetření řešila, mimo jiné, jaký názor má personál na zapojování příbuzných do péče a jaká je úroveň profesionálního chování a vstřícnosti personálu vůči pacientům (Kovalová, 2006).

Průzkum mi poskytl zajímavé srovnání na komunikační lince pacient – ošetřující personál – příbuzní/blízcí pacienta. Zatímco já jsem báda v dané problematice z hlediska příbuzných/blízkých pacienta (2018), projekt *Nejlepší nemocnice* (2017) bádal z hlediska pacienta, práce Kovalové (2006) pomáhá nalézat náhled z hlediska ošetřujícího personálu. Zmíněná BP řešila návštěvy na jednotkách intenzivní péče chirurgie, interny, neurochirurgie, neurologie, hematologie, kardiochirurgie a anesteziologicko-resuscitačního oddělení FN v Hradci Králové a nemocnice v Mladé Boleslavi. Průzkum spíše řešil názor příbuzných hospitalizovaného pacienta, ale část otázek byla pokládána i 60 sestrám pracujících na jmenovaných pracovištích. Průzkum například informuje, že „...76 % personálu respektuje snahu podílet se na péči o pacienta a učí příbuzné drobné ošetřovatelské úkony, 15 % sester cíleně zapojuje příbuzné do psychické stimulace a provádění drobných úkonů, 7 % dotázaných nepreferuje zapojení příbuzných do péče a 2 % vidí zapojení příbuzných jako nebezpečné pro pacienta.“ (Kovalová, 2006, s. 44). Pokud se vrátím k předchozím informacím: v našem průzkumu (2018) příbuzní/blízcí kladou velký význam na informaci, jak by se sami mohli aktivně podílet na ošetřovatelské péči (72 %); tuto snahu v průzkumu Kovalové (2006) kvituje 76 % personálu, dokonce vyvíjejí přímou aktivitu k provádění drobných úkonů.

Další otázka v průzkumu Kovalové (2006) uvádí, že většina personálu (98 %) při změně zdravotního stavu pacienta od poslední návštěvy zavolá lékaře, aby informoval příbuzné o změněné skutečnosti, 2 % sester na změnu stavu upozorňují samy. Drtivá většina

shodných odpovědí vypovídá o zavedeném fungujícím systému toku důležitých informací a dá se předpokládat, že existuje nějaký pokyn ohledně předávání citlivých informací. Není bez zajímavosti, že právě nemocnice v Hradci Králové je v projektu Nejlepší nemocnice 2017 hodnocena velmi vysoko.

V dotazníkovém šetření pro návštěvy hospitalizovaného pacienta na JIP (60 respondentů) se rovněž objevila zajímavá otázka, která koresponduje s naším průzkumem (Kovalová, 2006). Řešilo se, jak návštěvy (příbuzní/blízcí) vnímají úroveň jednání personálu (škálová otázka). Jako vstřícné jej ohodnotilo „...70 % návštěvníků, 26 % jako přiměřeně taktní, 4 % respondenti mělo pocit z jednání personálu, že obtěžují a na nikoho nepůsobilo jednání personálu nepříjemně.“ (Kovalová, 2006, s. 37)

Pokud se vrátím ke své teoretické části práce, připomenu Molterův výzkum CCFNI (1979), na nějž v roce 1991 navázal Leske. Po dobu 9 let (1980-1988) tehdy 21 vyšetřovatelů bádalo v 677 nemocnicích ve 14 státech. Byl vytvořen systém hodnocení podpora, blízkost, komfort, informace a ujištění. Rodina tvoří most mezi pacientem a prostředím intenzivní péče. Analýzou zjištěných faktorů došel Leske k tomu, že definoval pět potřeb, které v jeho šetření dosahovaly vyšší hodnotu tzv. *interní konzistence alfa* než je hodnota 1 (celkové CCFN mělo hodnotu 0,92). Byl sestaven žebříček (graf, struktura) jednotlivých potřeb rodin s pacientem v kritické péči, který disponuje dostatečnými psychometrickými vlastnostmi, aby mohl být používán jako nástroj ve výzkumu a klinické praxi. Jako pět nejpreferovanějších potřeb byly identifikovány potřeby podpory, pohodlí (komfortu), informací, blízkosti a ujištění. CCFNI a jeho četné modifikace se celosvětově využívá k identifikaci potřeb rodin s hospitalizovaným pacientem. Příbuzní hrají důležitou roli v procesu onemocnění pacientů přijatých na jednotku intenzivní péče. Je proto důležité znát potřeby lidí blízkých pacientovi, aby se pokusili zlepšit jejich adaptaci na tak obtížnou situaci jakou je přijetí na JIP. Můj průzkum se nedá srovnat s tak rozsáhlým výzkumem, jakým byl proces Moltera či Leskeho. Nevyužila jsem nástroje dotazníku CCFNI, ani jsem svými otázkami nezkoumala potřeby příbuzných pacienta, nemohu tedy provést adekvátní komparaci. V jedné z upřednostňovaných potřeb je však potřeba informace. V této oblasti jsem bádala i já. Informace je jednou z pěti nejdůležitějších potřeb příbuzného pacienta v kritické péči. Já jsem se zabývala dostupností a srozumitelností informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči. Zjistila jsem, že úroveň informací, které se příbuzným v kritickém stavu podává, je relativně vysoká, avšak v každé nemocnici existují slabší místa systému, na nichž je možné stále pracovat a rozvíjet je. Realizovatelné je zejména zvyšování roviny daného řádu, metodiky, struktury, cíleného vzdělání – k tomu může přispět můj metodický pokyn. Ošetřující péči však lze provádět pouze za předpokladu určitých osobnostních kvalit subjektů vykonávajících tuto práci. Osobnostní složky přinášejí do problematiky nevyzpytatelný lidský faktor. V této oblasti je složitější vnášet vyšší kvalitu, domnívám se však, že do určité míry je to realizovatelné rovněž, ačkoliv práce na vlastních kvalitách je vždy založena na vůli, snaze, chtění.

## 5 ZÁVĚR

V našem průzkumu (2018) se objevili pouze dva respondenti (2 %), kteří označili chování personálu jako chování s rezervami. I zde tedy můžeme konstatovat, že výsledky jsou srovnatelné a mají podobné výsledky.

Tato BP se v první části zabývala základní terminologií, týkající se informačního toku v prostředí vybrané nemocnice. Přinesla informace o tom, jak by mohla v ideálním případě vypadat efektivní komunikace mezi ošetřujícím personálem (sestry, lékaři) a příbuznými/blízkými hospitalizovaného pacienta, ovšem problematika přerůstá i do vztahu s pacientem samotným. Do daného specifického prostředí vstupují různé faktory: únava sester a lékařů (směnnost, nepravidelná strava, syndrom vyhoření typicky pro pomáhající profese, nedostatek personálu, velký tlak na odbornost a profesionalitu apod.), stresující situace (stav pacienta, vývoj a průběh léčby, počet pacientů), osobnostní vybavenost komunikátorů (všech stran), sociální klima (atmosféra na pracovišti, prostředí, vztahy), velikost oddělení a jeho struktura atd. Problematika tedy není zcela jednoznačně vymezena na všech nemocnicích stejně. Cíl by však měl být stabilní: vytvářet a udržovat takové podmínky, aby komunikace byla co nejvíce účinná, pokud možno nekonfliktní a taková, která eliminuje stres a stavy úzkosti na straně nezdravotníků.

Empirická část přinesla cenné výsledky terénního průzkumu, které jsou srovnatelné s podobnými výzkumy a průzkumy v prostředí českých nemocnic. Prokázala, že úroveň dostupnosti a srozumitelnosti informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči je poměrně vysoká, ovšem existují rezervy, jež je možné snižovat neustálou edukací ošetřujícího personálu.

Výsledkem této BP je vytvoření Metodického pokynu, který jak věřím, přispěje ke zkvalitnění komunikace a péče o příbuzné i blízké kriticky nemocných pacientů oddělení OARIM v našem nemocničním zařízení. Dává také prostor k dalšímu výzkumu v této oblasti intenzivní péče. Například jak zahrnout příbuzné a blízké pacientů intenzivní péče do běžné ošetrovatelské péče na jednotkách tohoto typu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANDRYSEK, O.: *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.
- BÁRTLOVÁ, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- CYNA, A., ANDREW, M., TAN, S., SMITH, A.: *Handbook of Communication in Anaesthesia and Critical Care. A practical guide to exploring the art*. Oxford: Oxford University Press, 2011. 268 s. ISBN 978-0-19-957728-6.
- ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H.: *Psychologie a pedagogika II pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN: 80-7333-028-8.
- DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, UK v Praze, 2011. 374 s. ISBN: 978-80-246-0139-7.
- DOWLING, J., VENDER, J., GUILIANELLI, S., & WANG, B. Familial model focused on care and assumptions of satisfaction: Critical Care Program. *Chest*, 128 (appendix 3). 2005. s. 815-925.
- EUROPEAN PARLIAMENT. GDPR. Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016. *Obecné nařízení na ochranu osobních údajů*. General Data Protection Regulation. Praha: 2018. [online]. [cit. 26. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.gdpr.cz/gdpr/>
- FERJENČÍK, J.: *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas. Proč a jak? Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-735-6.
- HEALTHCARE INSTITUTE. HealthCare Institute, o. p. s. Ostrava: 2018. © 2013 – 2018. *Projekt Nejlepší nemocnice*. [online]. [cit. 9. 6. 2018]. Dostupné z: [www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky.html](http://www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky.html)
- HRONEK, J.: *Informační systémy*. Olomouc: Katedra Informatiky, Přírodovědná fakulta, Univerzita Palackého, 2007. [online]. [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <http://phoenix.inf.upol.cz/esf/ucebni/infoSys.pdf>
- KAPOUNOVÁ, G.: *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KHELEROVÁ, V.: *Komunikační dovednosti manažera*. Praha: Grada Publishing, 1995. 141 s. ISBN 80-7169-223-9.
- KOVALOVÁ, L.: *Návštěvy na intenzivní péči z pohledu příbuzných a ošetřujícího personálu*. Bakalářská práce. UK v Praze, LF v Hradci Králové, 2006. 54 s. [online]. [cit. 9. 6. 2018]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/130066252>
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Tajemství úspěšného jednání*. Praha: Grada Publishing, 1995. 162 s. ISBN 80-85623-84-6.
- LEDERER, MA., GOODE. T. & DOWLING, J.: Origins and development: Family support program for critical care. *Chest*, 128 (Appendix 3). 2005. S. 65-75.

- LEDEREROVÁ, K.: Komunikace ve zdravotnictví. Měsíčník *SESTRA*, 01/2014. Odborný měsíčník pro sestry a ostatní nelékařské pracovníky. Praha: Mladá fronta, 14. 1. 2014. Copyright 2018 Mladá fronta a. s. [online]. [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>
- LESEK, J. S: Needs of relatives of critically ill patients: a follow up. *Heard & Lung*, 15 (3). 1986. S. 189-193.
- MACH, J.: Komunikace lékaře s pacientem a rodinou je nutná. *Tempus medicorum (Olomouc)*, 2007, roč. 16, č. 6, s. 34-35. ISSN 1214-7524.
- MACH, J.: Informovaný souhlas – teorie a realita v nemocnicích. *Tempus medicorum (Olomouc)*, 2017, roč. 26, č. 1, s. 26-27. ISSN 1214-7524.
- MIKULÁŠTÍK, M.: *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2003. 361 s. ISBN 80-247-0650-4.
- MOLTER, NC: Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heard & Lung*, 8 (2). 1979. S. 332-339.
- MZCR. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha: 2012 (rok publikování). Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. © 2010. Poslední úprava 2018. [online]. [cit. 26. 5. 2018]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)
- MZCR. Zákon č. 89/2012 Sb. Předpisy Sbírký zákonů ČR od roku 1945 v aktuálním konsolidovaném znění. Zlín: 2012. © AION CS, s. r. o. 2010-2018. [on-line]. [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>
- NEŠPOR, R., VODÁKOVÁ, P.: *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-164-1; 80-7184-310-5; 80-7184-311-3. [online]. Internetové vydání. Praha: Sociologický ústav AV ČR. Copyright 2018. [cit. 26. 5. 2018]. Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Interakce\\_soci%C3%A1ln%C3%AD](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Interakce_soci%C3%A1ln%C3%AD)
- OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K.: *Metodologie vědecké výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s., 2010. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5. Elektronická verze [online]. [cit. 29. 5. 2018]. Dostupné z: [file:///C:/Users/ucitel/AppData/Local/Temp/41metodologie\\_vedecko-vyzkumne\\_cinnosti.pdf](file:///C:/Users/ucitel/AppData/Local/Temp/41metodologie_vedecko-vyzkumne_cinnosti.pdf)
- PERRIN, K., MACLEOD, C.: *Understanding the essentials of critical care nursing*. 2ed ed. Pearson, 2013, s. ISBN 978-0-13-272415-9.
- PETRÁČKOVÁ, V., KRAUS, J. et al.: *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2000 (dotisk). 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
- PLAŇAVA, I.: *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy, dovednosti, poruchy*. Praha: Grada Publishing, 2005. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN: 978-80-247-3976-2.
- RUSINOVA, K. et al. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the DEPRESS study. *BMC psychiatry*, 2014, roč. 14, 21 s. ISSN 1471-244X. Elektronická verze [online]. [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/12146322/>
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., HOUDEK, L.: *Základní otázky komunikace. Komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T.: *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2016. 850 s. ISBN: 978-80-7552-321-1.

TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J. et al.: *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. 134 s. ISBN 978-80-9539-8.

UHEREK, P.: Povinná mlčenlivost a přístup ke zdravotnické dokumentaci: subjekty povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a vymezení osob oprávněných k přístupu ke zdravotnické dokumentaci dle návrhu nového zákona o zdravotnických službách. *Zdravotnictví a právo*, 2011, roč. 15, č. 11, s. 12-16. ISSN 1211-6432.

UHEREK, P.: Předmět povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. *Interní medicína pro praxi*, 2007, roč. 9, č. 5, s. 251-253. ISSN 1212-7299.

VAŇKOVÁ DVOŘÁKOVÁ M.: *Jak dobře mluvit o smrti a umírání*. [online]. Portál Umírání.cz. Vydáno 6. 3. 2015 [cit. 9. 5. 2018]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/jak-dobre-mluvit-o-smrti-a-umirani>

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

ZACHAROVÁ, E.: *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2016. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J.: *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZÁKON č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu. In Sbíрка České republiky, 1966, částka 7. ISSN 1211-1244.

# PŘÍLOHY

## Příloha 1A: Dotazník „Charakteristika příbuzného“<sup>4</sup>

<h3>Charakteristika příbuzného</h3>	<b>Váš věk (počet let)</b>	<input type="text"/> _ <input type="text"/>   <input type="text"/> _	<b>Pohlaví:</b> Žena 1, Muž 2	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Vyznání:</b> katolické - 1, židovské - 2, protestantské - 3, buddhistické - 4, jiné - 5	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Příbuzenský vztah k pacientovi:</b> manžel/ka nebo partner/ka - 1, rodič - 2, potomek - 3, sourozenec - 4, někdo jiný z rodiny - 5, nepříbuzný - 6	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Jak dlouho jedete na návštěvu do nemocnice (odpověď prosím uveďte v minutách) :</b>	<input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>	<b>Byl jste vy sám nebo někdo z vašich blízkých někdy hospitalizován na oddělení typu ARO/JIP ? :</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Pracuje někdo z vašich blízkých / známých ve zdravotnictví ?</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Jak dlouho by měl podle vás v optimálním případě trvat rozhovor s lékařem: (odpověď prosím uveďte v minutách)</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Jak dlouho ve skutečnosti rozhovor s lékařem trvá (odpověď prosím uveďte v minutách) :</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Znáte funkci/pozici členů ošetřujícího týmu: víte, kdo je lékař, kdo sestra a kdo ošetřovatelka :</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Protiřečí si informace, které dostáváte od různých lékařů:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Pomáhá vám váš praktický lékař v porozumění zdravotního stavu vašeho příbuzného/blízkého :</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Kolikrát (týdně) byste si přáli navštěvovat vašeho příbuzného / blízkého:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Kolikrát (týdně) navštěvujete vašeho příbuzného/blízkého:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Přejete si více informací o <u>nemoci</u>, kterou váš příbuzný/blízký trpí:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Přejete si více informací o <u>lécbě</u>, kterou váš příbuzný/blízký dostává a o lécích a/nebo přístrojích, které jsou používány:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _
	<b>Přejete si více informací o <u>závažnosti</u> zdravotního stavu a o <u>prognóze</u>:</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _	<b>Uvítal byste pomoc psychologa ?</b>	<input type="text"/> _   <input type="text"/> _

<sup>4</sup> **STUDIE DEPRESS (2007):** *DEPRession and anxiEty in family memberS of ICU patirntS in the Czech Republic*. Více viz s. 24. [on-line]. [cit. 29. 5. 2018]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/12146322/>

**Příloha 1B:** Dotazník „Hospital Anxiety and Depression score“<sup>5</sup>

**Hospital Anxiety and Depression score**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>1. Cítím se (v posledním týdnu) nervózní, ve stresu:</b><br/>a. Většinou<br/>b. Často<br/>c. Občas<br/>d. Nikdy</p> <p><b>2. Mám strach, jako by se mělo něco hrozného stát:</b><br/>a. Ano, velmi<br/>b. Ano, ale není to tak strašné<br/>c. Trochu, ale nevádí mi to<br/>d. Vůbec ne</p> <p><b>3. Dělán si (v posledním týdnu) starosti:</b><br/>a. Velmi často<br/>b. Často<br/>c. Někdy<br/>d. Vjímečně</p> <p><b>4. Mohu (v posledním týdnu) klidně a uvolněně odpočívat:</b><br/>a. Ano, kdykoliv<br/>b. Většinou ano<br/>c. Zřídka<br/>d. Nikdy</p> <p><b>5. Cítím (v posledním týdnu) úzkost a pocit tlaku v žaludeční krajině</b><br/>a. Nikdy<br/>b. Někdy<br/>c. Často<br/>d. Velmi často</p> <p><b>6. Nevydržím chvíli v klidu, cítím vnitřní neklid</b><br/>a. Ano, přesně tak<br/>b. Trochu<br/>c. Ani ne<br/>d. Ne, vůbec ne</p> <p><b>7. Mívám (v posledním týdnu) stavy nezvladatelné úzkosti</b><br/>a. Opravdu velmi často<br/>b. Dost často<br/>c. Občas<br/>d. Nikdy</p> | <p><b>8. Dokážu se (v posledním týdnu) radovat ze stejných věcí jako dřív:</b><br/>a. Ano, zcela<br/>b. Ne tolik<br/>c. Jen trochu<br/>d. Už skoro ne</p> <p><b>9. Rád se směji a vidím věci z lepší stránky:</b><br/>a. Stejně jako dřív<br/>b. Už ne tolik<br/>c. Mnohem méně než dřív<br/>d. Už vůbec ne</p> <p><b>10. Mám (v posledním týdnu) dobrou náladu</b><br/>a. Nikdy<br/>b. Zřídka<br/>c. Docela ano<br/>d. Většinu času</p> <p><b>11. Všechno mi (v posledním týdnu) déle trvá:</b><br/>a. Skoro vždycky<br/>b. Velmi často<br/>c. Někdy<br/>d. Nikdy</p> <p><b>12. Přiliš mi nezáleží na tom, jak vypadám:</b><br/>a. Ano, nezáleží mi v těchto dnech na tom, jak vypadám<br/>b. Nezáleží mi na tom tolik, jak by mělo<br/>c. Je možné, že už na to tolik nedávám pozor<br/>d. Záleží mi na tom stejně jako dřív</p> <p><b>13. Těším se na to, co budu dělat v nejbližších dnech/týdnech</b><br/>a. Stejně jako dřív<br/>b. O něco méně než dřív<br/>c. Výrazně méně než dřív<br/>d. Skoro nikdy</p> <p><b>14. Potěší mě dobrá kniha nebo dobrý pořad v rozhlase či televizi:</b><br/>a. Často<br/>b. Někdy<br/>c. Zřídka<br/>d. Velice málokdy</p> |
|---|---|

<sup>5</sup> **STUDIE DEPRESS (2007):** *DEPRESSION and anxiety in family memberS of ICU patirntS in the Czech Republic*. Více viz s. 24. [on-line]. [cit. 29. 5. 2018]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/12146322/>



**Příloha 1C: Dotazník „Critical Care Family Needs Inventory“<sup>6</sup>**

<p><b>Critical Care Family Needs Inventory,</b> Molter 1979</p>	<p>Domníváte se, že je vašemu příbuznému/blízkému poskytována nejlepší možná lékařská péče:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Domníváte se, že je k vám ošetřující tým dostatečně vstřícný a zdvořilý:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Domníváte se, že ošetřující tým o vašeho příbuzného/blízkého pečuje:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Jsou pro vás informace, které dostáváte, dostatečně jasné a srozumitelné:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Domníváte se, že dostáváte pravdivé informace o závažnosti zdravotního stavu vašeho příbuzného/blízkého a že vám není nic zatajováno ?:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Je vám zřejmé, proč je váš příbuzný/blízký na resuscitačním oddělení a rozumíte léčbě, kterou dostává:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Zajímá se někdo z členů ošetřujícího týmu o to, jak celou situaci prožíváte vy osobně:</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Domníváte se, že pokud by se dělo něco závažného, někdo z ošetřujícího týmu by vám zavolal: (pokud má na vás číslo)</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Jste spokojeni s lékařskou péčí, která je poskytována vašemu příbuznému/ blízkému ?</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Domníváte se, že by lékařská péče mohla být v něčem zlepšena ?</p> <p><small>Nikdy - 1, jen někdy - 2, většinou - 3, vždy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Jste spokojeni se sesterskou péčí, která je poskytována vašemu příbuznému/ blízkému ?</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Domníváte se, že by sesterská péče mohla být v něčem zlepšena ?</p> <p><small>Nikdy - 1, jen někdy - 2, většinou - 3, vždy - 4</small></p>	<p> _  </p>
	<p>Byli jste informováni o tom, jaké přístroje jsou používány k léčbě vašeho příbuzného/blízkého :</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>	<p>Je pro vás čekárna/vstupní místnost pohodlná ?</p> <p><small>Vždy - 1, většinou - 2, jen někdy - 3, nikdy - 4</small></p>	<p> _  </p>
		<p> _  </p>	<p>Máte v čekárně/vstupní místnosti pocit osamělosti?</p> <p><small>Nikdy - 1, jen někdy - 2, většinou - 3, vždy - 4</small></p>	<p> _  </p>

<sup>6</sup> **STUDIE DEPRESS (2007):** *DEPRession and anxiEty in family memberS of ICU patirntS in the Czech Republic*. Více viz s. 24. [on-line]. [cit. 29. 5. 2018]. Dostupné z: <http://slideplayer.cz/slide/12146322/>

## **Příloha 2: DOTAZNÍK**

Vážení příbuzní pacientů,

jmenuji se Marie Měchurová Dis., pracuji jako sestra zde na Oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (OARIM) a zároveň jsem studentkou 1. LF UK. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem k mé bakalářské práci s názvem **Dostupnost a srozumitelnost informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči**. Dotazník je určen pouze dospělým příbuzným a blízkým našich pacientů. *Je zcela anonymní a dobrovolný.*

**Jaký je Váš vztah k pacientovi hospitalizovaném na našem oddělení?**

- a) Příímí příbuzní (matka, otec, manžel, manželka, syn, dcera).
- b) Jiní příbuzní.
- c) Přátelé, známí, jiné osoby.

**Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) střední odborné
- c) středoškolské
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

**Máte zdravotnické vzdělání?**

- a) Ano
- b) Ne

**Máte z minulosti zkušenost s oddělením typu anesteziologie a resuscitace (ARO) či intenzivní péče (JIP)?**

- a) Ano, jako pacient.
- b) Ano, jako známý nebo příbuzný pacienta.
- c) Ne.
- d) Jiné, uveďte jaké:

**Jací pacienti jsou podle Vás přijímáni na oddělení anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče?**

- a) Pacienti s různým stupněm ohrožení nebo selhání životních funkcí (poruchy vědomí, dýchání, srdeční činnosti).
- b) Pacienti v konečném stádiu nevléčitelné nemoci (např. pacienti s nádorovým onemocněním).
- c) Pouze pacienti po operačních výkonech, např. v oblasti břicha a hrudníku (po operaci žaludku a střev nebo po operaci srdce a plic).
- d) Nevím.

**Kdo Vás informoval o přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM?**

- a) Lékař oddělení intenzivní péče.
- b) Lékař standardního oddělení.
- c) Lékař akutního příjmu (EMERGENCY).
- d) Jiný zdravotník (např. všeobecná sestra, fyzioterapeut).
- e) Jiná možnost, uveďte jaká:
- f) Nikdo.

**Informace o přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM Vám byly poskytnuty:**

- a) telefonicky
- b) osobně
- c) jiným způsobem, uveďte jakým:

**Byli jste informováni o důvodech přijetí Vašeho příbuzného/blízkého na OARIM ?**

- a) Ano
  - b) Ne
-

## **Informace poskytované lékařem OARIM**

**Osobní rozhovor s lékařem po přijetí Vašeho příbuzného/blízkého o zdravotním stavu byl veden:**

- a) u lůžka pacienta
- b) na lékařském pokoji
- c) v návštěvní místnosti
- d) na chodbě oddělení
- e) jinde, uveďte kde:

**Jak bylo zajištěno soukromí při rozhovoru s lékařem?**

- a) Naprosto dostatečně.
- b) Spíše dostatečně.
- c) Spíše nedostatečně.
- d) Zcela nedostatečně.

**Kolik času bylo na předávání informací o zdravotním stavu Vašeho příbuzného/blízkého?**

- a) Rozhodně dostatek.
- b) Spíše dostatek.
- c) Spíše nedostatek.
- d) Rozhodně nedostatek.

**Jak srozumitelné pro Vás byly informace poskytnuté lékařem?**

- a) Zcela srozumitelné.
- b) Spíše srozumitelné.
- c) Spíše nesrozumitelné.
- d) Zcela nesrozumitelné.

**13. Měli jste možnost klást lékařovi doplňující a objasňující otázky?**

- a) Ano
- b) Ne

**14. Lékař při rozhovoru s Vámi působil:**

- a) zcela profesionálně
- b) spíše profesionálně
- c) spíše neprofesionálně
- d) zcela neprofesionálně
- e) jinak, uveďte jak:

**15. Jaké informace od lékaře jsou pro Vás zásadní (označte 3 nejdůležitější)?**

- a) Aktuální léčba Vašeho příbuzného/blízkého.
- b) Aktuální zdravotní stav Vašeho příbuzného/blízkého.
- c) Možnosti léčby Vašeho příbuzného/blízkého.
- d) Následky onemocnění Vašeho příbuzného/blízkého.
- e) Prognóza onemocnění u pacienta (odhad dalšího vývoje onemocnění).
- f) Využití vyšetřovacích metod při léčbě Vašeho příbuzného/blízkého.
- g) Jiné, prosím doplňte:

**16. Pomohl Vám rozhovor s lékařem přijmout informace o závažnosti zdravotního stavu Vašeho příbuzného/ blízkého?**

- a) Rozhodně ano.
- b) Spíše ano.
- c) Spíše ne.
- d) Rozhodně ne.

**17. Uvítali byste přítomnost psychologa při sdělování špatných zpráv o zdravotním stavu Vašeho příbuzného/blízkého?**

- a) Rozhodně ano.
  - b) Spíše ano.
  - c) Spíše ne.
  - d) Rozhodně ne.
-

## **Informace poskytované sestrou OARIM**

### **18. Jak srozumitelné pro Vás byly informace poskytované sestrami?**

- a) Zcela srozumitelné.
- b) Spíše srozumitelné.
- c) Spíše nesrozumitelné.
- d) Zcela nesrozumitelné.

### **19. Odpovídaly sestry na Vaše otázky týkající se ošetrovatelské péče o Vašeho příbuzného/ blízkého?**

- a) Ano, na všechny.
- b) Ano, na většinu.
- c) Pouze na některé.
- d) Vaše dotazy nebyly zodpovězeny.

### **20. Sestry při rozhovoru s Vámi působily:**

- a) zcela profesionálně
- b) spíše profesionálně
- c) spíše neprofesionálně
- d) zcela neprofesionálně
- e) jinak, uveďte jak:

### **21. Jaké informace od sester jsou pro Vás zásadní (označte 3 nejdůležitější):**

- a) na jaké přístroje je náš příbuzný/blízký napojen a co znamenají hodnoty, které tyto přístroje ukazují;
- b) jaké jsou možnosti vyplnění pacientova času během hospitalizace (časopisy, knihy, poslech hudby, televize, mobilní telefon);
- c) jak se mohou příbuzní/ blízcí pacienta aktivně podílet na ošetrovatelské péči;
- d) jakými způsoby je možné se pacienta dotýkat a mluvit na něj;
- e) je možné pacientovi přinést potraviny;
- f) potřebuje pacient na oddělení své osobní věci, a jaké;
- g) řád oddělení (např. návštěvní hodiny, telefonický kontakt na oddělení, lékaře);
- h) jiné, uveďte jaké:

**22. Informace, které jsou pro Vás nesrozumitelné, hledáte:**

- a) na internetu
- b) u jiného lékaře
- c) u lékaře, který informaci podal
- d) u sester
- e) jinde, uveďte kde:

Děkuji za Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Marie Měchurová Dis.

### Příloha 3: Žádost o povolení průzkumu (jména smazána)

Mgr. \_\_\_\_\_

Náměstek pro nelékařská povolání a kvalitu  
Karlovarská krajská nemocnice a.s.

Bezručova 1190/19

Karlovy Vary 36001

#### Věc: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Jmenuji se Marie Měchurová Dis. a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ráda bych provedla výzkumné šetření u příbuzných a blízkých pacientů na OARIM v nemocnici v Karlových Varech na téma: „Dostupnost a srozumitelnost informací podávaných rodinám pacientů v intenzivní péči“. Současně přikládám i dotazník, abyste měla představu o obsahu a typu otázek. Budu se řídit první regulací zákona 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a také zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Pokud moji žádost schválíte, budu realizovat toto šetření u příbuzných a blízkých pacientů OARIM v KKN a.s.

S pozdravem Marie Měchurová Dis.

Adresa: Závodu míru 1059, Nejdk 36221

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: ?

S výslovnou JETŘELIČOU souhlasím. G. Tichonová g. nik

Karlovarská krajská nemocnice a.s.  
nemocnice v Karlových Varech 672-01000  
Náměstek pro nelékařská povolání  
TEL: 2. 353 115 205 10



## Příloha 4: Čestné prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA  
1. lékařská fakulta

### ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: MUDr. Robert Janda  
Pracoviště konzultanta: Karlovarská krajská nemocnice a.s.,  
Bezručova 19,  
Karlovy Vary 36221, oddělení OARIM  
Student: Marie Měchurová Dis.  
Téma diplomové/ bakalářské práce: Dostupnost a srozumitelnost informací podávaných  
rodinám v intenzivní péči  
Obor studia: Všeobecná sestra

### Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 20. 6. 2018

**Souhlasím / Nesouhlasím** s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

V Karlových Varech, dne 22. 6. 2018

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství  
1. lékařská fakulta Univerzita Karlova  
Na Bojišti 1771/1, 120 00 Praha 2  
Tel.: 224 961 111  
IČ: 00216208  
DIČ: CZ00216208

MUDr. Robert Janda

.....  
Podpis

