

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**CÍTÍ SE BÝT HOSPITALIZOVANÝ PACIENT DOSTATEČNĚ
INFORMOVÁN O LÉČEBNÉM PROCESU**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jaroslava Blahová**

Vedoucí práce: **Mgr. Dana Vaňková**

2011

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**DOES AN IN-PATIENT CONSIDER HIMSELF ADEQUATELY
INFORMED ABOUT HIS TREATMENT PROCESS**

Bachelor's thesis

Author: **Jaroslava Blahová**

Supervisor: **Mgr. Dana Vaňková**

2011

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

(podpis)

Poděkování

Děkuji Mgr. Daně Vaňkové za cenné informace, materiálové podklady a odborné vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD

1	TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1	Hospitalizovaný pacient.....	8
1.1.1	Zdraví a nemoc.....	8
1.1.2	Hospitalizace.....	8
1.1.3	Geriatrický pacient.....	10
1.1.4	Onkologický pacient.....	13
1.2	Informování pacienta.....	16
1.2.1	Právo na informace, práva pacientů.....	16
1.2.2	Informovaný souhlas.....	18
1.2.3	Poučení pacienta před zákrokem.....	18
1.2.4	Negativní revers.....	19
1.2.5	Etika.....	20
1.3	Edukace.....	21
1.3.1	Učení.....	22
1.3.2	Edukace v ošetrovatelství.....	22
1.4	Zdravotníci poskytující informace (lékaři, sestry).....	23
1.4.1	Role lékaře.....	23
1.4.2	Role sestry.....	24
1.4.3	Kompetence sester podávat informace.....	25
1.5	Porozumění informacím.....	25
1.5.1	Komunikace.....	25
1.5.2	Komunikace s gerontologickým pacientem.....	26
1.5.3	Porozumění informacím.....	27
1.6	Vyhledávání informací pacientem.....	27
1.6.1	Pacientské organizace.....	27
1.6.2	Ministerstvo zdravotnictví České republiky.....	28
1.7	Spolupráce, adherence.....	29
1.7.1	Compliance v medicíně.....	29
1.7.2	Adherence.....	29
2	PRAKTICKÁ ČÁST	31
2.1	Cíl výzkumu.....	31
2.2	Hypotézy.....	31

2.3	Oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové	31
2.4	Metody výzkumu	32
2.4.1	Dotazník	32
2.4.2	Výsledky dotazníkového šetření	44
2.4.3	Rozhovory	46
2.4.4	Výsledky výzkumu	47
2.5	Diskuze.....	51
	ZÁVĚR	53
	LITERATURA A PRAMENY	55
	SEZNAM GRAFŮ	58
	SEZNAM TABULEK.....	59
	SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Současné zdravotnictví klade vyšší nároky na vzdělávání nejen zdravotnického personálu, ale i samotných pacientů. Přibývá počet diagnostických a terapeutických zákroků, které vyžadují od pacientů informovaný souhlas. Po pacientech se žádá, aby se sami rozhodovali, zda vyšetření či zákrok podstoupí. Takové rozhodnutí je možné jen na základě znalosti věci. Pacient tedy musí dostat potřebné informace.

Při nastavení léčby je podmínkou jejího dobrého efektu compliance pacientů. Pacient se při léčebném procesu stává zdravotníkovi rovnocenným partnerem. To se opět neobejde bez kvalitního zdůvodňování a vysvětlování ze strany zdravotnického personálu.

Ošetřovatelství, jak se chápe nyní, je postaveno na holistickém přístupu k pacientovi. Zohledňuje bio-psycho-sociální stránku nemoci, zajímá se o pacientovo prožívání. Aby zdravotníci rozuměli tomuto prožívání, musí s pacienty hovořit, vzájemně si vyměňovat informace.

Při poskytování zdravotní péče není zanedbatelné ani ekonomické hledisko. Informovaný spolupracující pacient významně zvyšuje efektivitu léčby. Informace, informovanost tedy považují za klíčové pojmy ve zdravotnictví i ošetřovatelství.

Moje bakalářská práce si klade za cíl zjistit, jaký názor na poskytování informací mají samotní hospitalizovaní pacienti. Zajímalo mě, jak aktivně se nemocní k této problematice staví, jestli nějaké informace postrádají, mají-li vlastní návrhy, jak tento stav zlepšit.

V teoretické části je nastíněna problematika geriatrických a onkologických pacientů, což jsou skupiny nemocných, se kterými jsem pracovala. První část se dále zabývá podáváním informací, legislativou, komunikací, edukací.

Praktická část se skládá ze dvou podkapitol. Formou krátkého dotazníku jsem oslovila dvacet pacientů hospitalizovaných na oddělení následné péče Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Pro potvrzení výsledků a závěrů z dotazníkového šetření jsem přistoupila v další části mé práce ke kvalitativnímu výzkumu, konkrétně k rozhovorům celkem s pěti nemocnými.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Hospitalizovaný pacient

Pobyt v nemocnici neboli hospitalizace je zpravidla spojen se závažným onemocněním či poškozením organismu a do života nemocného přináší velkou změnu.

1.1.1 Zdraví a nemoc

Zdraví je pro člověka jednou z nejzákladnějších hodnot. Vymezit pojem zdraví definicí je poměrně složitá záležitost. Světová zdravotnická organizace (WHO) v ústavě z roku 1947 prohlašuje: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.*“

V roce 1984 WHO upravuje a rozšiřuje svoji definici zdraví. Zahrnuje do ní poznávání vlastních cílů, uspokojování potřeb, schopnost reagovat na změny a vyrovnávat se svým prostředím. Zohledňuje společenské a osobní zdroje a fyzické možnosti člověka. Jde tedy o životní proces, dynamickou skutečnost. (Zacharová, 2007)

Přímou spojitost mezi zdravím a spokojeností s dosahováním cílů a životním směřováním zdůrazňuje ve své práci. (Křivohlavý, 2001)

Nemoc

Stejně jako zdraví má i nemoc složku biologickou, psychologickou a sociální. Praktický slovník medicíny popisuje nemoc takto: „*Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu.*“ (Vokurka, 1994, s. 229) Dalo by se tedy říci, že je poruchou v systému člověk – prostředí. (Zacharová, 2007)

Jiná definice říká, že nemoc je porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role. (Bártlová, 1996)

Z ošetřovatelského hlediska je důležité si uvědomit, že nemoc sebou přináší řadu neuspokojených potřeb, a to ve všech oblastech pacientova života.

1.1.2 Hospitalizace

Pro ambulantně léčeného pacienta zůstávají některé důležité aspekty života nezměněny. Domácí prostředí, styk s rodinnými příslušníky, svoboda pohybu a konání v mezích, které dovoluje onemocnění. Tohle všechno se však nástupem do nemocnice mění.

Křivohlavý srovnává psychickou situaci zdravého a nemocného hospitalizovaného člověka v deseti základních bodech. Postavení pacienta vidí asi takto: (Křivohlavý, 2002)

- aktivita x pasivita – hospitalizovaný pacient je předmětem péče zdravotníků, kteří přebírají aktivní roli, ztrácí postavení hlavního aktéra svého života,
- relativní nezávislost x závislost na druhých lidech – pacient neplánuje svoji činnost, v mnoha oblastech je odkázán na pomoc druhých, nemůže si dělat, co chce,
- životní rytmus – přichází změna, na kterou pacient není zvyklý, životní rytmus se mu může zdát při hospitalizaci nepřírozený,
- sebedůvěra – pacient nemůže vykonávat činnosti, které ovládá, uplatňovat svoje znalosti a dovednosti. Nemohoucnost a závislost mohou snižovat jeho sebevědomí a sebehodnocení,
- sociální interakce – rozbíjí se sociální síť, ve které se až dosud nemocný pohyboval. V nemocničním prostředí panuje relativní sociální izolace. Styk se známými lidmi střídá kontakt s neznámými z řad personálu,
- životní prostředí – domov nahrazen zdravotnickým zařízením, kde je vše neznámé, cizí,
- zájmy – období nemoci a hospitalizace podstatně zužuje okruh zájmů,
- zvládání problémů – pacient se v nové situaci neorientuje, svému fyzickému a psychickému stavu nerozumí a často si s ním neví rady,
- emoce – do popředí se dostávají negativní emoce, jako jsou strach, obavy, bolest, nejistota,
- časový prostor – poměrně široká časová dimenze (minulost, přítomnost, budoucnost) zdravého člověka je nahrazena převážně přítomností. Budoucnost se jeví nejistou, problematickou.

Role pacienta

Každý člověk ve svém přirozeném prostředí má několik společenských rolí. Partner, rodič, kolega, zaměstnanec, soused a mnoho dalších. Každé takové roli náleží určitý druh vystupování a chování. Společnost to očekává a vyžaduje. Za dobrého pacienta je považován člověk pokorný, trpělivý, poslušně konající všechny pokyny personálu, dodržující léčebný režim a nemající příliš všetečných otázek. Jako problémový bývá označen pacient, který má výhrady k léčebnému režimu, polemizuje s personálem, popřípadě nedodržuje pokyny zdravotníků.

Každý pacient vstupuje do nemocnice jako individualita se všemi svými charakterovými vlastnostmi, zkušenostmi a sociálním zázemím. Sřet s nemocí je provázen

mnoha obtížemi a změnami. V ideálním případě zaujme pacient k nemoci normální postoj, je přiměřeně na nemoc adaptován.

Bagatelizace znamená podceňování závažnosti choroby. Pakliže nemocný záměrně zkresluje své potíže, nepodává pravdivé informace o svém stavu, hovoří se o disimilaci. Nevědomá disimilace, kdy pacient zapuzuje svoji nemoc, se označuje jako repudiaci. Nozofóbní postoj zaujímá pacient, který se nepřiměřeně obává nemoci. Tato obava může mít konkrétní podobu, například karcinofobie. Opakem nozofobie je nozofilní postoj, kdy si pacient v nemoci libuje. Bývá spojen se zbavením se obtížných povinností a zvýšeným zájmem okolí o pacienta.

Hypochondr je člověk přehnaně se zaobírající svým zdravotním stavem. Často bývá přesvědčen o přítomnosti závažné nemoci. U tohoto pacienta je v přímém rozporu subjektivní prožívání a objektivní lékařský nález.

Dalšími pojmy spojenými s postoji pacienta k nemoci jsou agravace (přehánění, zveličování příznaků) a simulace (předstírání choroby). (Jobánková, 1992)

Hospitalismus

Jako hospitalismus se označuje soubor negativních reakcí pacienta na dlouhodobou hospitalizaci. Příčinou je určitá sociální izolace a nucená nečinnost, jejichž důsledkem je citová a psychická deprivace. Nejvíce ohroženy jsou malé děti pro jejich somato-psychickou nezralost a labilitu. U dospělých jsou častěji postiženi starší chronicky nemocní pacienti s opakovanou a dlouhodobou hospitalizací. Projevy hospitalismu jsou netečnost, apatie, deprese, nechutenství, smutek.

Prevencí tohoto nežádoucího stavu je omezení hospitalizace na nezbytně nutnou dobu, spolupráce s rodinou, časté návštěvy, humanizace nemocničního prostředí a úprava léčebného režimu. Prioritou je snaha zachovat sebeobslužnost. U dětí je to společná hospitalizace s rodiči. (Zacharová, 2007)

1.1.3 Geriatrický pacient

Gerontologie je nauka o stárnutí a stáří. Geriatrií se nazývá část medicíny zabývající se nemocemi ve stáří. Název geriatrický pacient je legitimní od 65 roku života. Přitom je nutné zdůraznit, že se rozlišuje několiký věk. Kalendářní (chronologický) věk se počítá od data narození, funkční (biologický) věk se řídí funkčním stavem organismu. Psychologický a sociální věk zase zohledňuje psychiku a sociální angažovanost člověka. Všechny tyto veličiny nemusí být, a často nejsou v souladu. Setkáváme se s lidmi fyzicky v nedobré kondici, přesto z nich vyzařuje velká psychická síla a vyrovnanost. Křivohlavý, 2002)

Zdraví ve stáří má jinou kvalitu než je tomu v mladším věku. Za zdravého se považuje takový starý člověk, který netrpí zjevnou chorobou, je spokojený, soběstačný, nezávislý, sociálně zabezpečený.

Anatomické a fyziologické změny ve stáří

Stárnutí se označuje jako gerontogeneze. Podle Kalvacha jde o přirozený zákonitý proces, nastupující od početí, ale svými skutečnými projevy, jako jsou snížení adaptačních schopností a ubývání funkčních rezerv organismu, de facto nastává až po dosažení sexuální dospělosti. (Kalvach, 2004)

Zasaženy těmito změnami jsou všechny tělní systémy a orgány, stupeň degenerace či poškození je však rozdílný. Některé změny nastupují rychle, jiné relativně pozvolna. Vše se děje přísně individuálně.

Pohybový aparát

Výrazné změny, které jsou patrné na první pohled, prodělává pohybový aparát. Chůze seniorů je pomalejší, často provázená snížením kloubní pohyblivosti a bolestí. Vedle degenerativního postižení kloubů dochází také k atrofii svalových vláken a celkovému snížení jejich počtu. Ubývá svalová síla. Pozitivní je, že vhodným cvičením a posilováním lze tento proces zpomalit a udržet relativně dobrý funkční stav organismu až do vysokého stáří. Pohyb může pozitivně ovlivnit i rozvoj osteoporózy, kdy se díky metabolické poruše ztrácí z kostí vápník a kost „řídne“.

Kardiovaskulární systém

Ukládání aterosklerotických plátů na stěnách cév představuje velkou hrozbu pro pacienty stále mladšího věku. S přibývajícím věkem však riziko aterosklerózy významně narůstá. Ohrožuje pacienty vznikem infarktu myokardu či cévní mozkové příhody. Klinicky významná je i ischemická choroba dolních končetin. Ateroskleróza je jedním z rizikových faktorů vysokého tlaku (hypertenze). Stojí také za změnami myšlení a chování lidí postižených aterosklerózou mozkových cév.

Dýchací systém

Anatomické změny i menší pohybová aktivita stojí za sníženou funkcí plic. Ta se může projevit hypoxií. Významná jsou i chronická onemocnění plic jako obstrukční plicní nemoc, astma bronchiále. Ty jsou hypofunkcí dýchacího systému dále komplikovány. Ve svém důsledku přinášejí opět snížení pohybové aktivity.

Trávicí systém

Staří lidé nad 80 let si často stěžují, že jim „nefunguje“, trávení. Ztrácejí chuť k jídlu, nepocítí uží nedostatek tekutin ani jídla. Jsou postiženi malnutricí, hypohydratací, zácpou. To vše je důsledek snížené funkce trávicího systému, ke kterému přistupují poruchy smyslové, jako ztráta chuti, čichu.

Metabolické poruchy

Mezi nejčastější metabolické poruchy starých lidí patří diabetes mellitus II. typu, neboli stařecká cukrovka.

Zpomalení metabolismu s sebou přináší i typickou stařeckou zimomřivost a neschopnost přizpůsobit se teplotním změnám. Popsána je porucha činnosti štítné žlázy u 4 % starých lidí. (Křivohlavý, 2002)

Kůže

Kůže starého člověka prodělává typické změny. Zpomalují se regenerační procesy, kůže ztrácí elasticitu, ztenčuje se, je sušší a zranitelnější. Přibývá vrásek, vlivem úbytku vody a tuku se tvoří kožní laloky. Oslabena je termoregulační funkce¹.

Psychické a kognitivní změny ve stáří, poruchy vnímání

Zrak

Na podkladě degenerativních změn (ztráta pružnosti čočky) dochází k postižení zrakového orgánu, nejčastěji stařeckou dalekozrakostí (presbyopií).

Sluch

Podobně je na tom i sluchový orgán, zde se hovoří o stařecké nedoslýchavosti (presbyoakuzi). Příčinou je přirozený úbytek sluchových buněk, postižení cév zajišťujících mikrocirkulaci ve sluchovém orgánu, prodělaná infekční onemocnění. V neposlední řadě stojí kvalita životního prostředí a míra hluku, které byl daný člověk po celý život vystaven. Pro stařeckou nedoslýchavost je typické špatné porozumění slyšeného. Komunikace s takto postiženým člověkem se ještě zhoršuje, ruší-li rozhovor další zvuky z okolí (hovory dalších lidí v místnosti, zapnutá televize, rádio).

Řeč

Řeč podle Křivohlavého zůstává věkem relativně nedotčena, zvláště po obsahové stránce. Prodlužuje se však latence odpovědi, to je doba, která uplyne mezi dokončením otázky a začátkem odpovědi. (Křivohlavý, 2002)

¹ [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://sik.vse.cz/ozdravisenioru.php>>

Paměť

Vyšší věk může sebou přinášet horší zapamatování a vybavování si (zpočátku zejména jmen a čísel). Pokud se tyto obtíže stupňují a přidávají se poruchy dalších kognitivních funkcí, hovoříme o demenci. Stejně jako fyzická kondice i paměť se dá s úspěchem trénovat.

Učení

U starších osob krátkodobá paměť přestává fungovat, dlouhodobá ukládá výběrově, učivo se tudíž obtížněji osvojuje. Zhoršuje se mechanická paměť. Pro učení seniorů je důležité, má-li učivo logickou strukturu a praktický dopad. Procvičování a upevňování nového zabere více času, než je tomu u mladších jedinců.

Staří lidé mají naučeny své stereotypy a neradi je mění. K novým věcem cítí často nedůvěru a brání se jejich zapojení do svého života. Vzdělávání nejstarší generace má proto svá specifika a pravidla. (Klevetová, 2008)

Spánek

S přibývajícím věkem se mění kvantita i kvalita spánku. Doba spánku se zkracuje, zvyšuje se celkový počet probuzení, snižuje se podíl hlubokých stádií spánku. Je to odezva na stárnutí řídicích mozkových struktur, větší množství prodělaných onemocnění. Uplatňují se zde i vnější nepříznivé faktory. Kvalitu i množství spánku starých lidí podstatně ovlivňuje častější močení v nočních hodinách, kardiovaskulární potíže, bolesti různé etiologie, duševní choroby, medikace. (Šponka, 2003)

U starých nemocných lidí lze se často setkat s převráceným spánkovým rytmem, kdy pacienti přes den pospávají a v noci jsou bdělí. Zde mohou pomoci vhodně zvolené denní aktivity.

Emoce, vůle

V průběhu stáří nastupuje určitá oploštělost emocí, ztráta nadšení, zaujetí pro nové věci. Staří lidé bývají soustředěni na sebe a své problémy. O události kolem sebe se zajímají s mnohem menší intenzitou. Oslabení vůle a důslednosti se projeví zhoršenou péčí o sebe a své nejbližší okolí. (Kusá, 2010)

1.1.4 Onkologický pacient

Diagnóza rakoviny vyvolá v pacientovi zpravidla stále ještě šok. Dříve toto onemocnění bylo chápáno jako jasný rozsudek smrti, dnes je na ně pohlíženo jako na chronické onemocnění. Mnoho lidí se z rakoviny úplně vyléčí. Je toho však dosaženo agresivnějšími, dlouhodobějšími a toxičtějšími opatřeními. Následkem toho se stává rakovina chronickým onemocněním. V mnoha případech je přítomna hrozba recidivy. Tento stav

vyžaduje od postižené osoby velké nasazení a zásadní životní změny. Změny se týkají způsobu života i jeho kvality.

Pacienti s rakovinou se musí vyrovnávat s pocity hrozící smrti, se zákroky, které hzdí jejich tělo a narušují vnímání obrazu vlastního těla.

Nádorová onemocnění

Fyziologicky má lidský organismus geneticky zakódován vývojový plán, kterým je přesně dán počet, dělení a diferenciacie tělních buněk a jejich vztah k okolí. Při nádorovém onemocnění dochází k neregulovanému a neorganizovanému růstu buněk. V některých případech se podobají vývojově mladším či dokonce embryonálním buňkám, získávají nové vlastnosti, jsou schopny invaze do okolí. (Pacovský, 1993)

Přestože příčina vzniku nádoru není zcela známá, jsou známy faktory, které jsou onkologicky rizikové. Rozlišují se na vnitřní (dědičnost, věk, pohlaví, genetická a imunologická dispozice) a vnější (fyzikální, chemické a biologické).

Nádory se dělí do dvou základních skupin. Kritériem je růstový potenciál a schopnost nádorových buněk rychle se šířit do okolí a vytvářet vzdálená ložiska. Benigní nádory zůstávají na místě svého vzniku, nemetastazují, často jsou bez větších negativních dopadů na organismus. Naproti tomu nádory maligní zpravidla rychleji rostou, jsou schopny šířit se (ponejvíce lymfatickými a krevními cestami) do organismu a způsobit jeho smrt.

Diagnostika nádorového onemocnění se opírá o citlivě a přitom důsledně odebranou anamnézu, laboratorní vyšetření (hematologické, biochemické a mikroskopické), dle druhu postiženého orgánu se přistupuje k endoskopii, radiologickému vyšetření, počítačové tomografii (CT), ultrazvuku, magnetické rezonanci a dalším metodám. (Vorlíček, 1989)

Léčba nádorových onemocnění

Do léčby nádorových onemocnění je zapojen multidisciplinární tým, ať už se jedná o léčbu kurativní (řeší příčinu nemoci, očekává se vyzdravení) nebo paliativní, kdy se nedaří pacienta vyléčit, cílem je ovlivnit symptomy nemoci.

Mezi standardní způsoby léčby rakoviny patří chirurgické zákroky, léčba zářením, chemoterapie, hormonální terapie, imunoterapie a podpůrná léčba.

Chirurgie má zásadní význam u solidních ohraničených nádorů, v případě odstranění postižených regionálních uzlin a u řady paliativních zákroků, které vedou ke zmenšení útlaku okolních struktur. Po chirurgických zákrocích mohou zůstat kosmetické defekty, ale i tělesná znetvoření jako amputace prsu, kolostomie, urostomie. Pacienti jsou ohroženi i běžnými

pooperačními komplikacemi, ke kterým přistupuje imunodeficit způsobený jednak samotným onemocněním, jednak předchozí onkologickou léčbou.

Radioterapie neboli léčba ionizujícím zářením využívá vyšší radiosenzitivity rychleji se dělících buněk, mezi které nádorové buňky patří. Cílem je zničení nádoru, aniž by došlo k těžšímu poškození zdravé okolní tkáně. Přesto dochází k postradiačním lokálním změnám na kůži a sliznici v blízkosti ozařovaného pole. Například při ozařování v oblasti krku pacienti udávají zhoršené polykání až nemožnost přijímat potravu ústy. Ozařování břicha a malé pánve provází bolestivé močení a průjmy. Jako radiační syndrom se označují celkové příznaky provázející radioterapii. Projevuje se celkovou únavou, nechutenstvím, zvracením, průjmy, kolapsovými stavy, bolestmi na hrudi, změnami v krevním obraze (pokles leukocytů a trombocytů).

Chemoterapie se provádí pomocí cytostatik, což jsou látky zabraňující dělení buněk na úrovni syntézy nebo funkce DNA (deoxyribonukleové kyseliny). Tato léčba je toxická především pro buňky krvetvorného systému, vlasových folikulů a sliznice trávicího traktu. Pacienti jsou v imunosupresi, trpí anémií, trombocytopenie je ohrožuje možným krvácením do centrálního nervového systému či trávicího traktu. Nejčastějším vedlejším projevem chemoterapie jsou anorexie, nevolnost a zvracení, což většina pacientů subjektivně snáší velice špatně. Některá cytostatika mohou způsobit sterilitu.

Hormonální léčba používá hormony měnící buněčné prostředí a snižující podněty k dělení.

Podpůrná léčba umožňuje aplikaci základní léčby a probíhá současně s ní. Zabývá se léčbou komplikací a průvodních projevů základního onemocnění, léčbou ostatních nemocí a především léčbou bolesti. (Vorlíček, 1989)

Psychologické problémy onkologicky nemocných pacientů

Celý průběh onemocnění klade zvýšené nároky na psychickou a sociální adaptaci pacienta. Nejasnosti okolo příčiny vzniku tohoto onemocnění nabízejí prostor pro různé hypotézy. Jednou z nich je názor, že za rakovinu si může člověk z určité míry sám. Ať už se jedná o nezvládnutý stres či jiné negativní prožitky a emoce, nebo svojí povahou, emočním laděním, temperamentem. Tschuschke tato tvrzení odmítá a nepovažuje je za příčinu vzniku onemocnění, ale za důležitý faktor prožívání a zvládnutí této choroby. (Tschuschke, 2004)

Faller popisuje psychickou zátěž spojenou s diagnostikovaním rakoviny jako zpochybnění samozřejmosti života, kdy pacient silně pociťuje strach ze smrti. Přistupují tělesné projevy nemoci (únava, nechutenství, slabost), závislost na lékařích a lidech, kteří o něj pečují. Někdy se objevuje pocit, že nemocný neřídí svůj vlastní život, což může

vyvolávat na jedné straně vzpuru a hněv, na druhé naprostou odevzdanost. Na mysl přicházejí existenční otázky. Vrátním se někdy do zaměstnání? Co bude s mou rodinou? Proč zrovna já? (Faller, 1998)

Podle Blocka rakovina vyvolává strach, smutek a zlost. Nejčastější reakcí takto postižených osob bývá úzkost, deprese, potlačování emocí, snížený pocit vlastní hodnoty, porucha sexuální funkce. Dochází ke změnám v kognitivních oblastech, postižena bývá sféra sociálních vztahů a pracovní kapacity. (Block, 1997)

1.2 Informování pacienta

Rozvoj medicíny, nové objevy a technologie s nimi spojené přinášejí s sebou řadu otázek v oblasti filosofie, etiky a práva. Lékař slovy Hippokratovy přísahy slibuje, že lékařské úkony bude konat v zájmu a ve prospěch nemocného. Až do minulého století veškerá odpovědnost za léčení spočívala na lékaři. Pacient byl pasivním příjemcem zdravotní péče, často jen s minimem informací. Od poloviny minulého století se v demokratických zemích do popředí zájmu dostává pojem kvalita života. S ní ruku v ruce nezpochybnitelné právo pacienta na informace a spoluúčast při výběru léčby. Pacient přebírá část zodpovědnosti a je nezbytné, aby při rozhodování měl dostatek adekvátních informací.

1.2.1 Právo na informace, práva pacientů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (naposledy zákona č. 111/2007 Sb.)

Jedná se o první vnitrostátní předpis v České republice, který zmiňuje právo pacienta na informace.

V § 23 výše uvedeného zákona se uvádí, že zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání informuje pacienta o účelu a povaze poskytované péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích.

§ 67 písm. b dále upravuje práva pacientů na informace. Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě, v přítomnosti zdravotníka nahlížet do této dokumentace a vyžádat se jejich výpisy či kopie.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Jedná se o mezinárodní smlouvu, která byla schválena Parlamentem České republiky, ratifikována prezidentem a vešla v platnost dne 1. října 2001. „*Vyhlášené mezinárodní*

smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu, stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva“ (Císařová, Sovová, s. 32). Z výše uvedeného vyplývá nadřazenost mezinárodní smlouvy nad zákony země.

Vybraná ustanovení Úmluvy o biomedicíně vztahující se k tématu této bakalářské práce:²

- Kapitola II, článek 5
 - *Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.*
 - *Tato osoba musí být řádně předem informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích.*
 - *Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*
- Kapitola III, Ochrana soukromí a právo na informace, článek 10
 - *Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.*
 - *Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého, nebýt takto informován, je nutno respektovat.*

Práva pacientů

Etický kodex je poskládán do jedenácti bodů, které zohledňují základní pacientovi potřeby. Na prvním místě stojí ohleduplná odborná péče, kterou vykonávají kvalifikovaní pracovníci. Zajímavým zjištěním je fakt, že více jak polovina ostatních práv je spojena s informovaností. Pacientovi by se měly představit všechny osoby, které o něj pečují. Má právo být informován o povaze každého nového diagnostického či terapeutického postupu, o rizicích s nimi spojených, o alternativních postupech, pokud o to má zájem. Další práva na informace jsou spojena s odmítnutím léčby a týkají se zdravotních důsledků, které mohou v takovém případě nastat. Při překladi do jiného zdravotního zařízení má právo znát důvod. S ohledem na kontinuitu léčby má právo předem vědět, kdy, kde a jaký lékař mu bude k dispozici a jak bude pokračovat jeho terapie. Rozhodne-li se lékař k nestandardnímu postupu či experimentu, musí pacientovi poskytnout podrobné a srozumitelné vysvětlení. Případné odstoupení od experimentu musí opět provázet důkladné poučení o rizicích s tím spojených. Pacientovým právem je též znalost nemocničního řádu a kontrola nad svým účtem.

² [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupné na WWW:
<<http://www.webtempus.cz/dokumenty.php?item.id=71380&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=9>>

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. V platnost vešel dnem 25. února 1992³.

1.2.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas na rozdíl od prostého souhlasu předpokládá znalost věci. V oblasti zdravotnictví, kde se různá odvětví neustále více a více specializují, je pro laiky velmi těžké se orientovat. Přestože si stále větší skupina lidí dokáže pomocí internetu a jiných informačních zdrojů doplňovat vědomosti o zdravotnické problematice, role lékaře jako hlavního informátora je nezastupitelná.

Podle Škrly je dialog lékaře a pacienta v souvislosti s „Písemným souhlasem“ základním kamenem v budování důvěry a vůbec tou nejdůležitější diskuzí během hospitalizace. Klíčovou roli hraje tento dokument při případných žalobách a soudních sporech. (Škrla, 2008)

Zákon o péči o zdraví lidu hovoří o informování pacienta jako o podmínce, která musí být splněna při vyšetřovacím či léčebném výkonu. Úmluva o lidských právech a biomedicíně již upřesňuje, o jaký souhlas se jedná. Svobodný a informovaný, podaný před zákrokem.

V praxi však nastávají situace, kdy je potřeba urychleně zasáhnout a není možné splnit všechny předcházející podmínky informovaného souhlasu. Hovoříme o stavu nouze.

Stav nouze

Legislativa (Úmluva o lidských právech a biomedicíně) stanovuje podmínky, při nichž je možné poskytnout neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví bez souhlasu pacienta. Jedná se o tyto zákroky či situace: (Šustek, 2007)

- stav vyžadující neodkladný zákrok, kdy prodlení by znamenalo ohrožení života či zdraví,
- situace, kdy nelze získat řádný informovaný souhlas z důvodu zdravotního stavu pacienta nebo pacient není způsobilý souhlas dát (například dítě, a současně není včas dostupný zákonný zástupce),
- zákrok směřuje pouze k přímému prospěchu pacienta.

1.2.3 Poučení pacienta před zákrokem

Pojem zákrok v oblasti péče o zdraví, jak se s ním setkáváme v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, do sebe zahrnuje vše, co se s pacientem ve zdravotnickém zařízení, ať

³ [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

už ambulantním nebo lůžkovém, děje. Jde o všechny zdravotnické úkony za účelem diagnostiky, léčby, rehabilitace, prevence, výzkumu.

Poučení o účelu neboli důvodu zákroku objasní pacientovi, jakým druhem nemoci je postižen, proč se lékař rozhodl pro tento zákrok a co od něj očekává.

Poučení o povaze zákroku popisuje navrhovaný postup. Zahrnuje v sobě popis a průběh prováděných úkonů, dále popis přístrojů použitých při zákroku a podobně.

Poučení o důsledcích plánovaného zákroku se opírá o předchozí zkušenosti s tímto zákrokem u jiných pacientů. Z časového hlediska se možné důsledky zákroku dělí:

- na krátkodobé (bolest, krvácení, omezení pohybu),
- na dlouhodobější (režimová opatření, zákaz sportu).

Poučení o rizicích a komplikacích spojených se zákrokem doplňuje předchozí poučení. Doporučuje se vycházet ze zkušeností daného zdravotnického zařízení, protože výskyt komplikací se může v různých zařízeních lišit. Je na odpovědnosti lékaře, v jakém rozsahu pacienta poučí. Jistě není účelem pacienta vystrašit a zahltit informacemi, ale umožnit mu volbu podepřenou znalostí věci.

Aby poučení pacienta bylo úplné, připojuje lékař ještě informace o alternativách zákroku. A to i v případech, že se provádějí na jiných pracovištích. Podmínkou je zařazení výkonu do systému zdravotního pojištění České republiky. (Šustek, 2007)

1.2.4 Negativní revers

Právo na odmítnutí zdravotní péče je zakotveno v zákoně o péči o zdraví lidu v § 23 ve znění pozdějších předpisů, odstavec 2. Podmínkou je kromě způsobilosti k právním úkonům, zletilosti a absenci duševní choroby předchozí důkladné poučení pacienta o důsledcích takového konání.

Ve stejném zákoně v odstavci 4 jsou vyjmenované situace, kdy lze bez souhlasu pacienta provádět léčbu. Jsou to případy pacientů s nebezpečnými nakažlivými chorobami, s duševní nemocí či známkami intoxikace, kdy tito ohrožují sebe a své okolí. Dále není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu si vyžádat souhlas a jde o neodkladné úkony nutné k záchraně života a zdraví. Dalším nedobrovolně léčeným pacientem je nosič nakažlivé choroby.

Obsah a forma negativního reversu není právně upravena, jasně definována je písemná forma. Pouhý zápis v dokumentaci však není dostačující, proto si řada zdravotnických zařízení definovala své tiskopisy. Zpravidla obsahují prohlášení pacienta, že i přes náležité poučení zákrok (léčbu, hospitalizaci) odmítá. Nezbytná je přesná identifikace zúčastněných

osob, místo, datum, čas. V případě, že pacient nesouhlasí s léčbou, ale odmítá revers podepsat, připojí svou identifikaci svědek. (Šustek, 2007)

Detenční řízení

Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a držení v ústavu zdravotnické péče se nazývá detenčním řízením.

Jestliže pacient během prvních 24 hodin hospitalizace nepodepíše souhlas s hospitalizací, oznamuje zdravotnické zařízení tuto skutečnost soudu. Soud zahajuje ihned detenční řízení, nejpozději však do 7 dnů vydá rozhodnutí, zda je hospitalizace bez souhlasu oprávněná či nikoliv. (Šustek, 2002)

1.2.5 Etika

Pojmy morálka a etika

Morálka z latinského *mos* znamená zvyk, řád, zásada. Jedná se o soubor psaných i nepsaných pravidel chování, které daná společnost preferuje. Stav morálky se poměřuje pouze vlastním svědomím, je to tedy přísně individuální kategorie. Buduje se výchovou, vzděláním a především příkladným jednáním. Nedodržování morálních kodexů devastuje život společnosti a nabolává základní hodnotu její existence, kterou je důvěra.

Pojem etika a filosofická disciplína, kterou představuje, jsou spojeny s antickým filosofem Aristotelem (především pro díla *Etika Eudémova* a *Etika Nikomachova*). Obě díla představují nauku o dobrých charakterových vlastnostech a ctnostech, které je třeba získávat návykem. Mravní ideál jako autonomní norma je souhrnem našeho poznání, vůle a citu. (Kořenek, 2002)

Historické kořeny etiky u nás

Křesťansko-židovská tradice staví na dvou základních etických kodexech. Na Desateru a Hippokratově přísaze. Šesté Boží přikázání zní: Nezabiješ! Hippokratovi následovníci zase mimo jiné slibují, že kamkoliv vstoupí, bude to ve prospěch nemocného, zbavení každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. (Haškovcová, 2001)

Morálku ve středověku zásadním způsobem ovlivňovalo křesťanství. Bylo by chybou považovat toto období pouze za dobu temna. Postoj lékaře a příbuzných k nemocnému a umírajícímu ovlivňovalo sedm ctností. Víra, naděje, láska, moudrost, spravedlnost, statečnost, skromnost. Všechny se pak pojí ve skutecích milosrdenství.

Kontinentální etiku později ovlivnily myšlenky J. J. Roussaua (cenu člověka vidí v hloubce citu a přirozené mravnosti) a I. Kanta (mravní čin konán na základě citu povinnosti).

Velké pozornosti se etika a filosofie těšila také za první republiky, kdy především skautské a sokolské organizace posilovaly v lidech vlastenectví, odpovědnost, kázeň a spravedlnost. (Haškovcová, 2003)

Po období hrůz druhé světové války byl v roce 1947 vyhlášen Norimberský kodex, který stanovil přesná pravidla pro provádění experimentů na lidech. Světová lékařská asociace novelizovala zásady klinických studií na pacientech v Helsinské deklaraci v roce 1964 a v Edinburgu v roce 2000. Základem etických směrnic je ohled na zúčastněné osoby, prospěšnost, spravedlnost a nutnost informovaného souhlasu účastníků výzkumu. (Haškovcová, 2001)

Lékařská etika

Princip beneficence je vyjádřen hippokratovským: „Salus aegroti suprema lex“. Znamená, že zdraví nemocného je na prvním místě a každé jednání lékaře musí být vedeno úmyslem chránit život, obnovovat zdraví, zlepšit kvalitu života a ulevovat od bolesti.

Princip nonmaleficence omezuje a předchází možným rizikům spojeným s diagnostickým a léčebným procesem.

Princip autonomie nemocného respektuje svébytnost a svobodnou vůli pacienta. V praxi znamená například informovaný souhlas a snahu vysvětlit pacientovi podstatu problematiky jeho stavu.

Princip spravedlnosti předpokládá spravedlivé přidělování ekonomických prostředků ve zdravotní péči tak, aby se každému nemocnému dostalo potřebné péče. (Kořenek, 2002)

Etika v ošetřovatelství

Již za první republiky se v učebnicích pro ošetřovatelky a zdravotní sestry vyučovaly základy etiky. Důraz se kladl nejen na péči o nemocné, ale také na zušlechťování vlastních citů, péče o zdraví, vzdělávání a lásku k vlasti. Ve vztahu k práci se vyžaduje obětavost, solidarita, potřeba mlčenlivosti, odpovědnosti, kázně.

Haškovcová uvádí, že je třeba se opět vrátit ke vstřícnému psychologicky správnému přístupu k pacientovi. Mravní postoje každého člověka se nakonec projeví v jeho chování. Je nezbytné, aby sestra přistupovala k nemocnému s empatií a taktem. (Haškovcová, 2003)

1.3 Edukace

Termín edukace z latinského *educare*, *aducare* slovník překládá jako vychovávat, vést vpřed.⁴

⁴ [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupné na WWW: <<http://latinsky-slovník.latinsky.cz/latinsko-cesky/>>

Cílem edukace je navodit pozitivní změny ve vědomostech, návycích, dovednostech edukovaných osob. Vše se děje soustavným ovlivňováním chování a jednání. Edukační procesy začínají v prenatálním životě, končí smrtí člověka.

Základní edukace je situace, kdy jsou edukantovi předávány nové poznatky a dovednosti. Současně je klient motivován ke změně postojů. Reeducace navazuje na předchozí dovednosti a vědomosti a prohlubuje je. (Juřeníková, 2010)

1.3.1 Učení

Učení je proces získávání zkušeností, adaptace na nové životní podmínky, osvojení nových forem chování. Učení může být:

- záměrné, které má svůj konkrétní cíl, jedinec směřuje svou činnost k tomuto cíli,
- bezděčné, které je vedlejším produktem činnosti směřující k jinému cíli.

Jiná klasifikace druhů učení rozlišuje učení podmiňováním, které se děje na základě podmíněného reflexu nebo, hovoříme-li o zástupném podmiňování, prostřednictvím pozorování jiného člověka. Senzomotorickým učením získáváme dovednosti, jež se cvikem zpřesňují a zrychlují. Verbální učení vede k vědomostem.

Mezi faktory ovlivňující učení patří v první řadě motivace, ať už vnitřní (vlastní zájem) nebo vnější. Také osobnost edukanta, jeho fyzické, psychické a sociální možnosti mají velký vliv na schopnost učit se. Kladně na proces učení působí pozitivní zpětná vazba (pochvala, odměna). V neposlední řadě důležitými faktory jsou také rozsah látky a opakování. (Juřeníková, 2010)

1.3.2 Edukace v ošetrovatelství

Edukační činnost ve zdravotnictví směřuje stejně jako ošetrovatelský proces k péči o zdraví klienta. Oba tyto procesy můžeme rozfázovat na pět částí:

Ve fázi diagnostikování edukačních potřeb sbíráme informace o klientovi, zjišťujeme úroveň vědomostí a dovedností, seznamujeme se s jeho psychickým a zdravotním stavem.

Fáze projektování v sobě zahrnuje plánování a přípravu edukace, vytyčení konkrétních cílů. Každý cíl musí splňovat podmínku přiměřenosti (odpovídá schopnostem klienta), měl by být jednoznačný a kontrolovatelný. Podle zvolených cílů vybíráme vhodné metody, formy a obsah edukace, stanovujeme edukační plán.

Na realizaci edukačního procesu se dle své kompetence a specializace podílí celý multidisciplinární zdravotnický tým. Průběh celého procesu ovlivňuje několik faktorů na straně klienta, na které musí zdravotníci brát zřetel. Jednak jsou to fyziologicko-biologické faktory (věk, pohlaví, poruchy smyslového vnímání, zdravotní stav), dále psychicko-duchovní

faktory (postoje, motivace, návyky, schopnosti a dovednosti, víra) a faktory sociálně-kulturní (zaměstnání, vzdělání, rodinné vztahy, ekonomická situace). Na straně edukátora musí být splněny podmínky odborných znalostí a dovedností, umění komunikace, empatický přístup. Klidné prostředí, vhodně zvolené metody, strategie a pomůcky se rovněž podílejí na úspěšnosti edukačního procesu.

Fáze upevnění a prohlubování učiva si klade za cíl uchování vědomostí v dlouhodobé paměti a jeho fixaci. Stejně tak procvičováním úkonů získává klient na zručnosti.

Poslední fází edukace je zpětná vazba, kdy hodnotíme změny u klientů, které nastaly vlivem edukační činnosti zdravotníků. Pakliže se nepodařilo dosáhnout požadovaných výsledků, hledají se příčiny a provede se nová edukace. (Juřeníková, 2010)

1.4 Zdravotníci poskytující informace (lékaři, sestry)

Ve zdravotnictví existuje zásada, že o výkonu informuje ten, kdo jej provádí. V praxi to znamená, že stejně jako odborná činnost jsou i kompetence zdravotních sester a lékařů podávat informace, přísně vymezeny.

1.4.1 Role lékaře

Zdravotnická povolání společně například s učitelstvím se pokládají za poslání. Znamená to, že se od těchto pracovníků očekává něco víc, než jen plnění pracovních povinností. Lékař je někdy stavěn do pozice spasitele a přikládají se mu až nadpřirozené schopnosti. Ve své praxi se setkává s odevzdaností i naprostým odmítáním. Dennodenně je konfrontován s těžkými lidskými osudy. To vše klade na osobnost lékaře velké nároky. Profesní i lidské.

Velkého vlivu osobnosti lékaře na nemocného si všiml a ve své praxi hojně využíval maďarský psychoanalytik Michael Balint. Zabýval se psychosomatickou stránkou nemoci. Předpokládal, že lékař působí na pacienta jako placebo. Učil jiné lékaře, jak svým přístupem přimět pacienty k lepší spolupráci (kompliance, adherence). (Pačesová, 2004)

Na podkladě těchto teorií vznikají i u nás Balintovské skupiny, které mají lékařům pomoci porozumět sobě i pacientům a zlepšit vzájemnou komunikaci.

Česká lékařská komora řeší etickou stránku povolání lékaře v Etickém kodexu z roku 1996.

Každý lékař si má být vědom své občanské úlohy a svého vlivu na okolí. Ve vztahu lékař – nemocný se má lékař vzdát paternalitních pozic vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera. Informovanost pacientů řeší Etický kodex v odstavci 4 a 5, §4, kde se lékaři ukládá povinnost nemocného srozumitelně a odpovědně **informovat**

o charakteru onemocnění, diagnostických a léčebných postupech, rizicích, prognóze a dalších důležitých okolnostech, které mohou během léčby nastat. Současně ponechává na úvaze a svědomí lékaře v zájmu nemocného zadržet informace o nepříznivé diagnóze. V takovém případě by měl informovat rodinné příslušníky nebo osoby jemu blízké, pokud nemocný neurčil jinak.⁵

1.4.2 Role sestry

Odbornou způsobilost zdravotních sester definuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních, novelizován 1. 7. 2008, který stanovuje povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky. Plnění této povinnosti sestra prokazuje kredity, získanými mimo jiné navazujícím studiem na vysoké škole, účastí na seminářích, kurzech, odborných konferencích, publikační vědecko-výzkumnou činností. Po splnění všech zákonných podmínek získává osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.⁶ Sestra se stává odbornicí ve svém oboru. V úzké spolupráci s lékařem řídí ošetrovatelskou péči a nese za ni plnou odpovědnost.

Další pohled na povinnosti sester nabízí Etický kodex Mezinárodní rady sester, u nás platný od 29. 3. 2003. Podle něj je hlavním úkolem sester pečovat o zdraví, provádět účinnou prevenci chorob, navracet zdraví a mírnit utrpení. (Kutnohorská, 2007)

Každá ze jmenovaných činností musí být prováděna s úctou a respektem k nemocnému člověku, bez ohledu na věk, barvu pleti, náboženské vyznání, politické přesvědčení a sociální postavení.

Pacient od sestry očekává, že bude mít pochopení pro jeho problémy v nemoci a s tolerancí a laskavostí mu pomůže tyto problémy řešit. Sestra ve své práci vychází z potřeb nemocných (bio-psycho-sociálních), které upřednostňuje před svými, je empatická, pečuje o emocionální stav pacienta, je mu oporou. (Zacharová, 2007)

Z trochu jiného úhlu pohlíží na úkoly sestry ve své knize Petr Škrla. Upozorňuje, že jedná-li se s pacientem s respektem, naslouchá-li se mu, zachovává se jeho autonomie, stává se pacient platným členem multidisciplinárního týmu. Je jistější, umí se lépe rozhodovat, dobře spolupracuje. Z pohledu zdravotnického zařízení zpravidla nehrozí od takového pacienta stížnosti a žaloby a to ani v případě mimořádné události. A to je další nezastupitelná role sestry, budovat důvěryhodný vztah s pacientem, snižovat jeho pocity úzkosti a frustrace. (Škrla, 2008)

⁵ [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.lkcr.cz/>>

⁶ [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://portal.gov.cz/wps/portal/>>

1.4.3 Kompetence sester podávat informace

Vyhláška č. 424/2004 Sb. mimo jiné přesně definuje činnosti zdravotnických pracovníků. Podáváním informací se zabývají paragrafy 3 a 4, kde se uvádí, že zdravotnický pracovník poskytuje informace pacientovi v souladu se svou odbornou způsobilostí, popřípadě se řídí pokyny lékaře. Všeobecná sestra edukuje pacienty o ošetrovatelských postupech, podílí se na přípravě informačních materiálů.⁷

1.5 Porozumění informacím

Špatně pochopená sdělení mohou být příčinou nedorozumění a nesouladu mezi zdravotníky a pacientem. Proto se správná komunikace s nemocným řadí mezi priority v péči o pacienty.

1.5.1 Komunikace

„Komunikace je sdělení nebo vzájemná výměna informací pomocí nejrůznějších signálů a prostředků.“ (Jarošová, 2000, s. 53)

Je též vzájemnou interakcí subjektů, má složité zákonitosti a pravidla. Komunikace mezi lidmi má velmi jemnou psychologii. Způsob používání jazyka a řeči ovlivňuje myšlení a postoje druhých lidí. (Vybíral, 2005)

Komunikací vyjadřujeme své pocity, motivy, cíle, přání a naše hodnoty. Verbální komunikací označujeme slovní nebo psaný projev, neverbálně sdělujeme informace mluvou těla. Procentuální zastoupení získávání informací je uvedeno v tab. 1.

Tabulka 1 Procentuální zastoupení získávání informací

Získané informace	Procentuální zastoupení
ze slov	7 %
z tónu a barvy hlasu	38 %
z řeči těla	55 %

Zdroj: [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné z <http://www.epolis.cz/download/pdf/publications_12_1.pdf>

Lidská řeč má řadu funkcí. Nejenže člověk vyjadřuje slovy svoje myšlenky, ale také posiluje vzájemné vztahy. Řeč má stránku obsahovou (obsah a význam sdělení) a paralingvistickou, neobsahovou (jakou formou sdělení probíhá).

⁷ [online]. [cit. 2011-03-21]. Dostupné na WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb04424>>

Emoce a pocity lépe vyjadřuje neverbální komunikace. Mezi její nástroje patří chůze a držení těla, vzdálenost (proxemika), postoj (posturika), mimika, gestikulace, haptika (tělesný kontakt) a pohledy neboli zrakový kontakt. (Zacharová, 2007)

Komunikace ve zdravotnictví

„Úcta k člověku jako lidské bytosti by měla být základním prvkem jakéhokoli rozhovoru ve zdravotnictví.“ (Janáčková, 2008, s. 87)

Pro pracovníky ve zdravotnictví je schopnost kvalitní komunikace základním profesionálním vybavením. Umět pozorovat nemocného, pojmenovat jeho neverbální projevy a naučit se ovládat své, je nedílnou součástí každého kontaktu s nemocným.

Každá skupina nemocných má dle druhu onemocnění či postižení svá specifika, která je nutno respektovat i při komunikaci. Jiný přístup vyžadují např. dětské pacienti, pacienti se závažným onemocněním, handicapovaní, pacientky v oblasti ženského lékařství, nevléčitelně nemocní, umírající. (Zacharová, 2007)

Špatenková upozorňuje na důležitost správného načasování rozhovoru, nerušený prostor, dostatek času a vyjmenovává nejčastější chyby ve věcné stránce sdělení. Neuspořádané myšlenky před začátkem rozhovoru, nepřesné vyjadřování, zahlcenost informacemi, které obvykle nemají pro pacienta vzájemnou logiku. Na pacienta nedobře působí příkazování, moralizování, kritika, obviňování. Dalšími chybami ze strany personálu jsou přehlížení reakcí pacienta a některých podstatných momentů v jeho odpovědích, podceňování a povyšování se nad ním, nepozornost, nesoustředěnost na komunikaci, netrpělivost, nedostatek empatie. (Špatenková, 2009)

1.5.2 Komunikace s gerontologickým pacientem

Starý nemocný člověk potřebuje více než kdokoli jiný vědět, že si ho ošetřující personál váží a že ho i s jeho handicapem respektuje.

Komunikace se seniory má svá specifika. Zpravidla je jejich reakce pomalejší, často se opakují, mohou mít poruchy paměti, sluchu. Ve větších skupinách se stahují do pasivity. Nezřídka komunikují pomocí svých tělesných problémů, hovoří o svých potížích ve snaze obrátit na sebe pozornost.

Vágnerová doporučuje při péči o seniory důsledně respektovat identitu pacienta, oslovení jménem a odpovídajícím titulem. Chránit důstojnost a vyhnout se infantilizaci (jednání se starým člověkem jako s dítětem). Staří lidé citlivě reagují na nedostatek času, proto je nutné přizpůsobit se jejich tempu, chránit je před časovým stresem. Při rozhovoru udržovat oční kontakt, mluvit srozumitelně, nezvyšovat zbytečně hlas. Složitě a důležitě

informace několikrát zopakovat, popřípadě napsat na papír. Každou intervenci směřovat k podpoře soběstačnosti, pomoc vždy nabízet, ale nevnucovat. (Vágnerová, 2007)

1.5.3 Porozumění informacím

Porozumění informacím je děj subjektivní. Do vysílaných pojmů promítá mluvčí své vlastní významy založené na osobní historii, výchově a zkušenosti. Totéž platí na straně příjemce. Každé slovo svým smyslem vyvolává u něj určité představy, spojené s vlastními prožitky a pocity.

Dalším faktorem komplikujícím vzájemné sdělování informací může být komunikační šum. Příčinou mohou být vnější podmínky jako hluk, nebo ve zdravotnictví daleko častější příčiny vnitřní, což je například nesoustředěnost, bolest, strach. Důsledkem je úbytek informací, komunikant některé informace přijme, jiné potlačí, přetvoří a deformuje.⁸

Vliv strachu na přijímání informací studoval ve své práci J. Mareš. Dotazoval se školních dětí opouštějících ordinaci zubního lékaře, co říká paní doktorka nebo sestřička. 16 % respondentů si nepamatovalo vůbec nic a 9 % jen začátek komunikace. Výsledkem je, že celá 1/4 dětských pacientů nevěděla nic podstatného z toho, co zdravotníci říkali. Z výzkumu lze vyvodit jasný požadavek na lékařské fakulty vyučovat komunikaci v pregraduálním i postgraduálním studiu. (Kilian, 1999)

1.6 Vyhledávání informací pacientem

Pacient má mnoho možností, jak se blíže seznámit se svojí nemocí. Vedle odborných publikací, časopisů, televizních pořadů se zdravotnickou tematikou se řadí i dnes již hojně využívaný internet. Vyhledávaným zdrojem informací a pomoci jsou pacientská sdružení a organizace.

1.6.1 Pacientské organizace

Naprostá většina z asi stovky pacientských seskupení u nás sdružuje osoby, které jsou postiženy určitým druhem onemocnění. Všechny spojuje snaha pomoci si navzájem radami i zkušenostmi. Řada z nich vydává různé informační materiály, kde mají nemocní možnost seznámit se s problematikou onemocnění. Psychologická podpora těchto sdružení pacientům i jejich rodinám je nezastupitelná. Právy pacientů a jejich hájení se v České republice zabývá několik z nich.

⁸ [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW:
<http://www.epolis.cz/download/pdf/publications_12_1.pdf>

Svaz pacientů České republiky

Tato organizace je začleněna do Mezinárodní aliance patientských organizací IAPO (International Alliance of Patients' Organizations), které má sídlo v Londýně. Mezi její činnosti patří účast na přípravě zákonů, vyhlášek a předpisů majících spojitost se zdravotnickou péčí, dále spolupracuje s Ministerstvem zdravotnictví. Pro pacienty poskytuje bezplatnou poradnu.

Programově je tato organizace zaměřena na dodržování Ústavy a mezinárodních norem. Odmítá omezení rozsahu péče o zdraví hrazené na základě pojištění, stejně tak nesouhlasí s návrhy přímých plateb, které by mohly zasáhnout sociálně slabší vrstvy. Dále prosazuje takové postavení patientských organizací, při kterém by těmto organizacím byla umožněna kontrola systému veřejného zdravotnictví a jeho financování.

Praktická prosaditelnost práv pacientů, včetně práva na informace a zdravotnickou dokumentaci se zřetelem na úplné informace o příčinách smrti zemřelého příbuzného, patientský ombudsman v nemocnici, používání nových objevů ve prospěch pacientů jsou dalšími body programového prohlášení svazu.

Organizace se vyjadřuje i k reformě veřejného zdravotnictví. Přichází se svými návrhy v oblasti uzavírání smluv zdravotních pojišťoven, lékové politiky, ekonomiky zdravotnictví.⁹

Občanské sdružení na ochranu pacientů

Organizace si klade za cíl napomoci vytvořit takové normy, které by české zdravotnictví posunulo blíže směrem k právně vyspělým zemím. Hlavní činnost směřuje do oblasti legislativy, poskytuje též poradenství pro pacienty.¹⁰

Liga lidských práv

Nevládní česká organizace zabývající se ochranou lidských práv obecně, provozuje webové stránky zaměřené na zdravotnictví. Hlavním cílem projektu Férová nemocnice je seznamovat pacienty s jejich právy a to především v oblastech: Souhlas a rozhodování pacienta, zdravotnická dokumentace a lékařské tajemství, řešení sporů, platby ve zdravotnictví, děti a rodiče, porod, očkování, práva osob s duševní nemocí, těžce nemocní a umírající, lékařské posudky a neschopenky. Součástí činnosti je i právní pomoc.¹¹

1.6.2 Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Tato státní instituce na svých oficiálních webových stránkách informuje občany o aktuálním dění v oblasti zdravotnictví. Pro pacienty mimo jiné nabízí na svém webu Návod

⁹ [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>>

¹⁰ [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <http://www.darius.cz/ag_nikola/index_pac.html>

¹¹ [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.ferovanemocnice.cz>>

na použití českého zdravotnictví z roku 2008, popis postupu při vyřizování stížností, vlastní pohled na současné „mýty a pověry“ ve zdravotnictví, rady, jak na regulační poplatky.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo dvě užitečné publikace směřované k pacientům, které si kladou za cíl zvýšit bezpečnost poskytované péče. Kniha Bezpečí je v elektronické podobě dostupná na internetu, Rádce pacienta mají k dispozici lůžková oddělení v nemocnicích i v tištěné formě. Pacienti jsou opakovaně vybízeni, aby se ptali na vše, čemu nerozumí, aktivně informovali zdravotníky o všech skutečnostech majících vliv na zdravotní stav jako například alergie, léky. Důraz je kladen na všechny dostupné formy vzdělávání, protože jen poučený laik může zodpovědně spolurozhodovat o své léčbě.¹²

1.7 Spolupráce, adherence

1.7.1 Compliance v medicíně

Nyní již ve zdravotnictví zažitý anglický výraz compliance je slovníky překládán výrazy splnění, dodržení, shoda, ochota spolupracovat. (Řešetka, 1997)

Ve zdravotnictví je pojímán jako souhlas pacienta s léčbou a především dodržování léčebného režimu včetně správného užívání léků, zdravotnických pomůcek, dodržování dietních opatření, fyzioterapeutická cvičení. Zkrátka všechny činnosti spojené se zdravím pacienta. Kontrola compliance je poněkud problematická. Výpovědní hodnotu má například sledování hladin léků v krvi, u diabetiků kontrola glykemie. Počet předepsaných balení léků jako ukazatel má hodnotu spornou. Výzkumy v oblasti užívání léků popisují výrazné snížení compliance během prvního půl roku od předepsání medikace.

Nejrizikovější skupinou jsou chroničtí pacienti užívající více léků několikrát denně. Nejčastěji si pacient nenechá včas léky předepsat, neužívá správné dávky, nedodrží určený čas, zapomene lék užít vůbec, ukončuje medikaci příliš brzy. Zanedbatelné pro mnoho hlavně starších nemocných není ani hledisko socioekonomické.¹³

1.7.2 Adherence

Anglické slovo adherence slovník nabízí české věrnost, lpění, oddanost. (Řešetka, 1997) Definice adherence říká, že je to míra dodržování doporučení a pravidel spojených s léčbou. V nejužším slova smyslu se jedná o správné užívání léčivých přípravků předepsaných lékařem. Oproti compliance, které jakoby vyžadovalo bezmyšlenkovitou poslušnost pacienta, výraz adherence posiluje aktivní roli nemocného při léčbě, lékař a pacient spolupracují.

¹² [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz>>

¹³ [online]. [cit. 2011-02-15]. Dostupné z <<http://lib.store.yahoo.net/lib/epill/PharmaBusinessMagazine.pdf>>

Vliv na adherenci má celá řada faktorů. Jako nejvýznamnější bývá uváděna komplexnost léčebného režimu, dostatečná komunikace pacienta s lékařem. Obzvláště senioři mají problém pamatovat si doporučení lékaře. Charakter onemocnění, čas od užití léku a nástupu jeho účinku, informovanost pacienta nejen o léčbě ale také o účincích léčivých přípravků a v neposlední řadě očekávání pacienta, to jsou další z mnoha faktorů, ovlivňujících adherenci k léčbě. Stoupá-li počet denních dávek předepsaných léčiv, klesá míra spolupráce. U dávkování 4x denně, se dostává spolupráce na hranici 60 %.

Do popředí zájmu se dostávají úvahy, jak adherenci pacientů posílit a zvýšit. Jedná se o komplexní problematiku, která vyžaduje komplexní přístup. Vztah mezi lékařem a pacientem, úroveň vzájemné komunikace hrají klíčovou roli. Nezbytná je empatie, respektování osobnosti pacienta. Plán ambulantních kontrol, který zohledňuje osobnost pacienta, míra informovanosti pacienta, pocit odpovědnosti za svoje vlastní zdraví, motivace k léčbě.

V současnosti nelze opomíjet ekonomickou náročnost léčby, i to by mělo být dohodnuto s pacientem. Pomoci může zjednodušené dávkování použitím kombinovaných preparátů, aplikace moderních technologií, moderní lékové formy jako například intranasální dávkování, inzulínové pumpy nebo počítadla tablet.

Přestože věda a výzkum nabízejí stále nové a dokonalejší technologie, uspokojujivé adherence lze však dosáhnout pouze na základě efektivní komunikace všech zdravotníků s pacienty.¹⁴

¹⁴ [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupný na WWW: <<http://www.medon-solutio.cz/online2008/index.php>>

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Na téma mé bakalářské práce mě mimoděk přivedl můj otec, kterého jsem se po jeho krátkodobé hospitalizaci dotázala na informace, týkající se jeho pobytu v nemocnici. Zajímalo mě, jaké byly výsledky vyšetření, které mu při pobytu v nemocnici prováděli, jaká případná další doporučení dostal pro následující období po ukončení hospitalizace. Nedokázal mi v podstatě odpovědět na žádnou moji otázku, jen odpověděl, že všichni v nemocnici byli hodní a ochotní, ale on se raději na nic neptal.

2.1 Cíl výzkumu

Informovanost pacientů považuji za jeden z klíčových faktorů pro spolupráci nemocného se zdravotníky a pro další vývoj onemocnění. Informativní rozhovor nabízí prostor pro navození tolik potřebné atmosféry důvěry a empatie. Proto cílem mé práce bylo zaměřit se na pocity hospitalizovaného pacienta spojené s informovaností.

Stanovila jsem si celkem 5 výzkumných otázek.

Výzkumné otázky

- 1) Je potřeba informací u hospitalizovaných pacientů uspokojena?
- 2) Znají pacienti své onemocnění a léčebný režim (účinky užívaných léků)?
- 3) Kde a jak pacienti získávají potřebné informace?
- 4) Jaké informace nejvíce postrádají?
- 5) Jak lze podle pacientů zkvalitnit informovanost nemocných?

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Většina pacientů je spokojena s informacemi, které při hospitalizaci dostává.

Hypotéza 2 Většina pacientů není dostatečně seznámena s léčebným režimem, v našem případě nezná účinky léků, které v nemocnici užívá.

Hypotéza 3 Nejčastěji pacienti získávají informace dotazem na ošetřujícího lékaře. Přitom předpokládám, že jen malé procento z nich využívá i jiné informační zdroje.

Hypotéza 4 Pacienty nejvíce zajímají výsledky vyšetření a plánované zákroky.

Hypotéza 5 Většina pacientů si myslí, že kvalitu informovanosti nejvíce ovlivňuje osobnost zdravotníka, jeho vstřícnost.

2.3 Oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Pro svůj výzkum jsem zvolila pracoviště, kde sama působím. Oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové zahájilo svoji činnost v září 2008. Byla vypracována

kritéria pro přijetí na lůžka následné péče. Našimi klienty jsou geriatričtí pacienti s přednostně interním onemocněním, kteří ukončili akutní léčbu, a u nichž je zapotřebí například intenzivní nutriční podpora, rehabilitace, dohojení rány. Kontraindikací hospitalizace na následné péči je akutní fáze onemocnění, primární demence, hospicová péče. Cílem našeho snažení je mobilizace a příprava pacientů k propuštění do domácího prostředí. Ačkoli jsme součástí Kliniky gerontologické a metabolické, polovina z osmnácti lůžek je dána k dispozici Klinice onkologie a radioterapie, která využívá naše oddělení převážně pro pacienty podstupující radioterapii. I pro ně platí stejná vstupní kritéria. Předpokládaný pobyt nemocných na našem oddělení se pohybuje kolem třiceti dnů.

V souvislosti s informovaností hospitalizovaných pacientů považuji za nutné uvést fakt, že Fakultní nemocnice v Hradci Králové v listopadu 2008 úspěšně prošla akreditačním procesem. Mezi ostatními vyhověla standardům dodržování práv pacientů a péče o pacienty.

2.4 Metody výzkumu

Ve své práci jsem využila kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Podle Dismana kvalitativní výzkum pomáhá porozumět realitě a kvantitativní výzkum ověřuje validitu tohoto porozumění. (Disman, 1993)

2.4.1 Dotazník

Připravila jsem si krátký dotazník, pomocí něhož jsem chtěla zjistit, co si pacienti myslí o své informovanosti. V průběhu měsíců prosince 2010 a ledna 2011 jsem oslovila 10 geriatrických a 10 onkologických pacientů, vysvětlila jim účel dotazníku a požádala je o vyplnění tohoto dotazníku. Současně jsem všechny ujistila, že šetření je anonymní. V případě nejasností při vyplňování dotazníku jsem nabídla svoji pomoc. Využili ji celkem 4 respondenti, důvodem byly poruchy zraku. Někteří respondenti vyplnili dotazník s pomocí svých příbuzných.

Dotazník obsahuje celkem 10 uzavřených a polouzavřených otázek. V jedenáctém bodě mohli pacienti uvést vlastní návrhy, jak zlepšit informovanost, poslední tři dotazy směřovaly na zjištění věku, pohlaví a dosaženého vzdělání. Návratnost dotazníků činila 100 %, tedy 20 exemplářů.

V následujících tabulkách vyhodnocuji jednak odpovědi celkem a jednak rozdělují odpovědi geriatrických a onkologických pacientů.

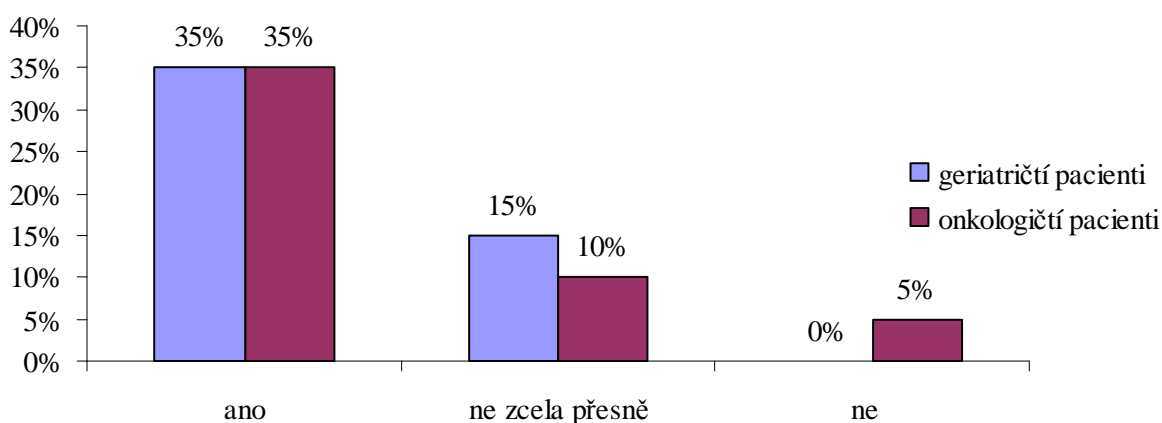
Otázka číslo 1: Dokážete pojmenovat chorobu, pro kterou jste nyní hospitalizován?

Odpovědi na výše položenou otázku jsou vyhodnoceny v tabulce 2 a dále znázorněny v grafu 1.

Tabulka 2 Identifikace choroby

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
ano	7	35	7	35	14	70
ne zcela přesně	3	15	2	10	5	25
ne	0	0	1	5	1	5
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 1 Identifikace choroby

Zdroj: autor

Zajímalo mě, jestli pacienti znají svou diagnózu. Naprostá většina pacientů dokáže pojmenovat chorobu, pro kterou je hospitalizována (70 % všech dotázaných). 25 % si nebylo zcela jistých, jeden pacient udal zápornou odpověď. Výsledky jsou podobné pro obě porovnávané skupiny.

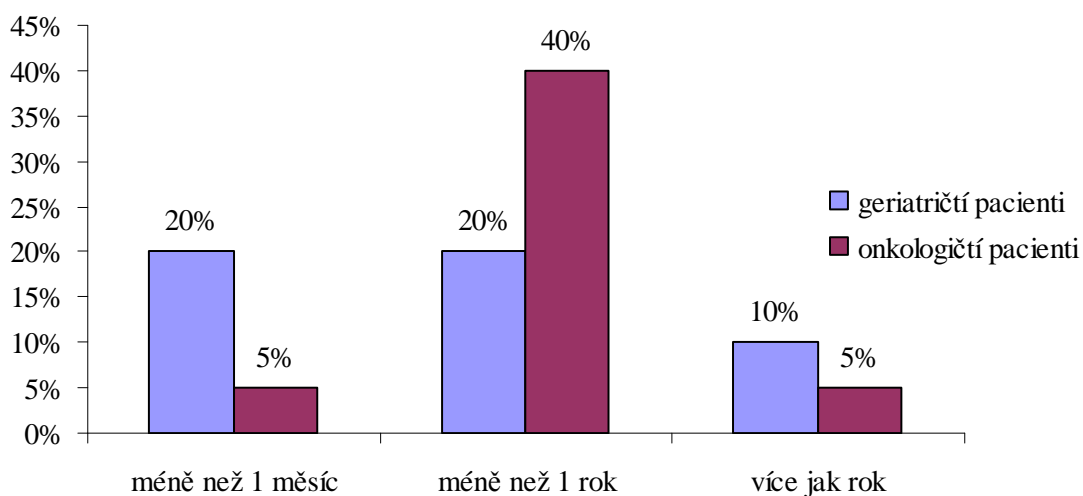
Otázka číslo 2: Jak dlouho se s touto chorobou léčíte?

Otázka číslo 2 zkoumá, jak dlouho je pacient nemocný. Jinak řečeno, kolik měl času na seznámení se svojí chorobou. V tabulce 3 jsou zaznamenány odpovědi týkající se celkové délky léčby. Odpovědi jsou následně znázorněny v grafu 2.

Tabulka 3 Délka léčby

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
méně než 1 měsíc	4	20	1	5	5	25
méně než 1 rok	4	20	8	40	12	60
více jak rok	2	10	1	5	3	15
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 2 Délka léčby

Zdroj: autor

Geriatřiční pacienti rovným dílem (4 osoby) uvádí méně jak měsíc a méně jak rok. Onemocnění dvou zbývajících pacientů trvá déle jak rok. Jiná situace je u onkologických pacientů, kde 8 z 10 dotázaných se léčí dobu kratší než jeden rok, 1 déle jak rok a 1 zná svoji nemoc dobu kratší než jeden měsíc.

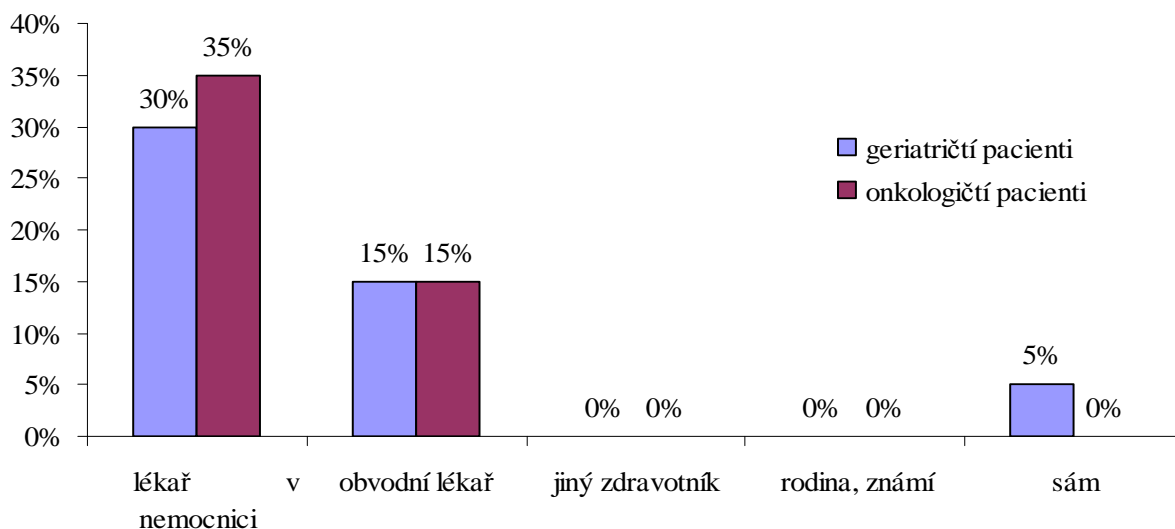
Otázka číslo 3: Kdo Vám poskytl o Vaší chorobě nejpodstatnější informace?

Koho pacienti označili jako hlavní zdroj informací, ukazuje tabulka 4. Odpovědi jsou zpracovány také v grafu 3.

Tabulka 4 Zdroj informací

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
lékař v nemocnici	6	30	7	35	13	65
obvodní lékař	3	15	3	15	6	30
jiný zdravotník (sestra, ošetřovatelka)	0	0	0	0	0	0
rodina, známí	0	0	0	0	0	0
sám jsem si informace vyhledal	1	5	0	0	1	5
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 3 Zdroj informací

Zdroj: autor

Nejpodstatnější informace poskytuje z pohledu pacientů lékař v nemocnici (65 %), na druhém místě je to obvodní lékař (30 %). Pouze jeden geriatrický pacient udává, že si vyhledával informace sám. Odpovědi jsou podobné u obou skupin pacientů.

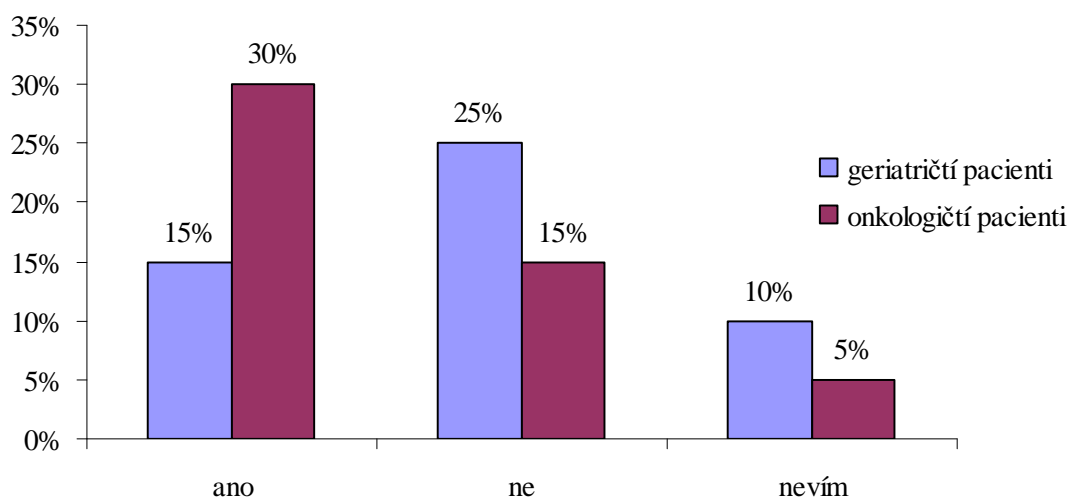
Otázka číslo 4: Chtěl byste vědět více o své chorobě a léčebném režimu?

Tabulka 5 zachycuje odpovědi respondentů na potřebu dalších informací souvisejících s jejich chorobou a případně léčebným režimem. Odpovědi jsou opět pro názornost zpracovány v grafu 4.

Tabulka 5 Potřeba dalších informací

Odpověď	Geriatrickí pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
ano	3	15	6	30	9	45
ne	5	25	3	15	8	40
nevím	2	10	1	5	3	15
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 4 Potřeba dalších informací

Zdroj: autor

Tato otázka měla objasnit přání pacientů a směřovala k jednoznačné odpovědi. Přesto 3 z celkových 20 dotázaných udávají neurčitou odpověď „nevím“. Zajímavým zjištěním je převaha kladných odpovědí (ano, chtěl bych vědět více) u onkologických pacientů a naopak záporných odpovědí u pacientů geriatrických. Dvojnásobný počet onkologických pacientů by přivítalo více informací o chorobě a léčebném režimu. Naopak nejpočetnější skupina v rámci geriatrických pacientů by více vědět nechtěla.

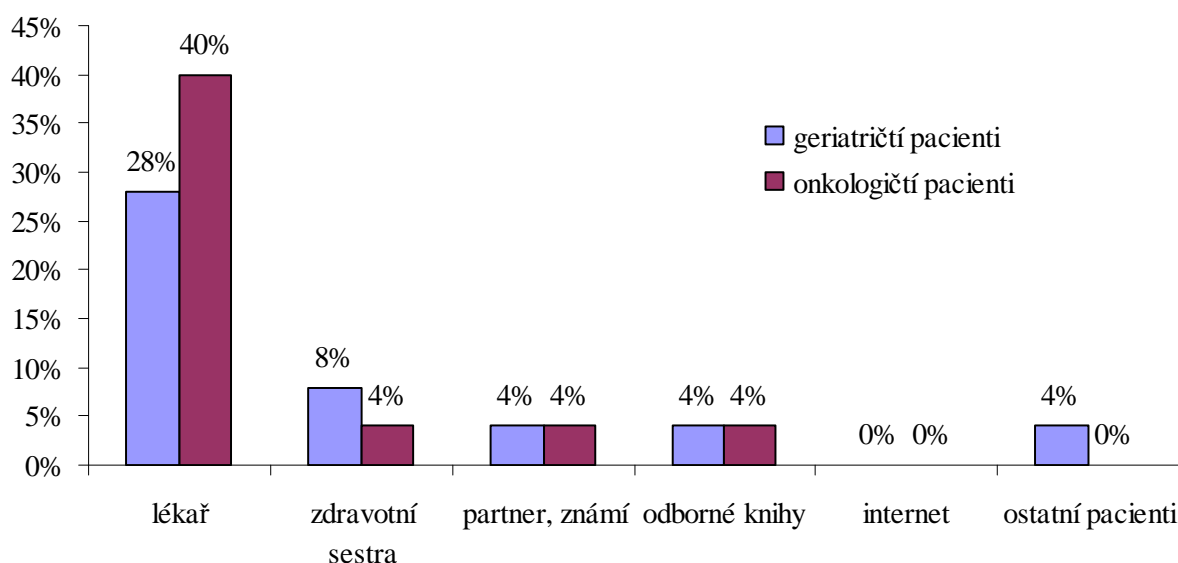
Otázka číslo 5: Jak získáváte nové informace?

V tabulce 6 jsou zpracovány odpovědi respondentů na zdroj získání nových informací související s jejich léčbou. Odpovědi jsou znázorněny v grafu 5.

Tabulka 6 Zdroj nových informací

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
od lékaře	7	28	10	40	17	68
od zdravotní sestry	2	8	1	4	3	12
od partnera, známých	1	4	1	4	2	8
z odborných knih, brožur	1	4	1	4	2	8
z internetu	0	0	0	0	0	0
od ostatních pacientů	1	4	0	0	1	4
celkem	12	48	13	52	25	100

Zdroj: autor



Graf 5 Zdroj nových informací

Zdroj: autor

Na koho se pacienti obrátí, budou-li chtít nové informace? Opět je to lékař s 68 % v rámci obou skupin. Na zdravotní sestry by se obrátilo s dotazem 12 % pacientů, na partnera a známé 8 %. Stejně množství vyhledává informace v knihách a brožurách. 4 % pacientů osloví ostatní pacienty, internet jako zdroj informací by nepoužil nikdo.

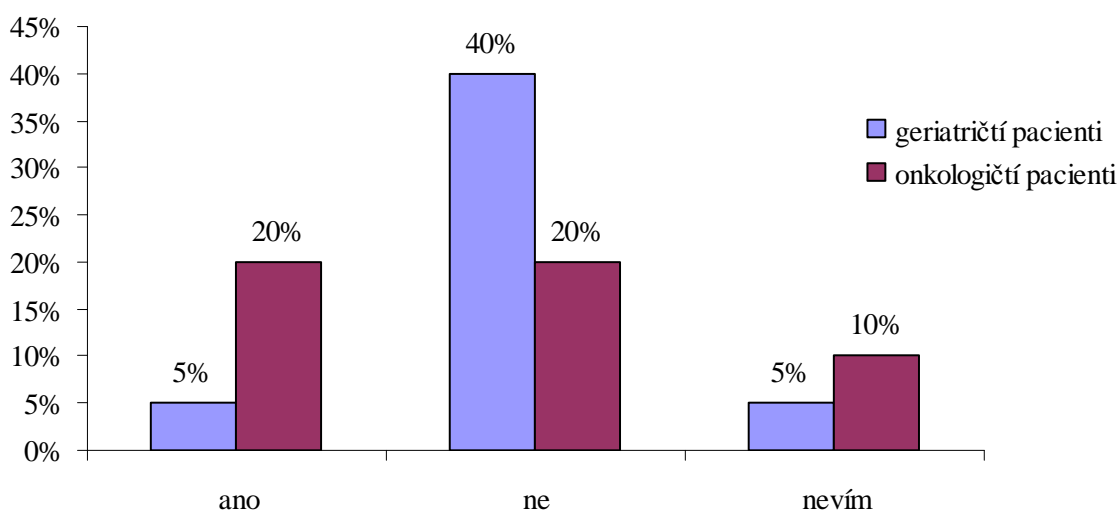
Otázka číslo 6: Užíváte nyní v nemocnici stejné léky jako doma?

V tabulce 7 jsou zachyceny odpovědi respondentů týkající se užívaných léků. Tyto odpovědi jsou graficky znázorněny v grafu 6.

Tabulka 7 Užívání léků

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
ano	1	5	4	20	5	25
ne	8	40	4	20	12	60
nevím	1	5	2	10	3	15
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 6 Užívání léků

Zdroj: autor

Farmakologická léčba se za pobytu v nemocnici změnila u 60 % respondentů, 15 % dotázaných neví, jestli užívají stejné léky jako doma a 25 % pacientů odpovědělo, že léky zůstaly při hospitalizaci stejné. Nejvíce změn v medikaci zaznamenali geriatřiční pacienti, kde jiné léky dostává 8 z 10 dotázaných.

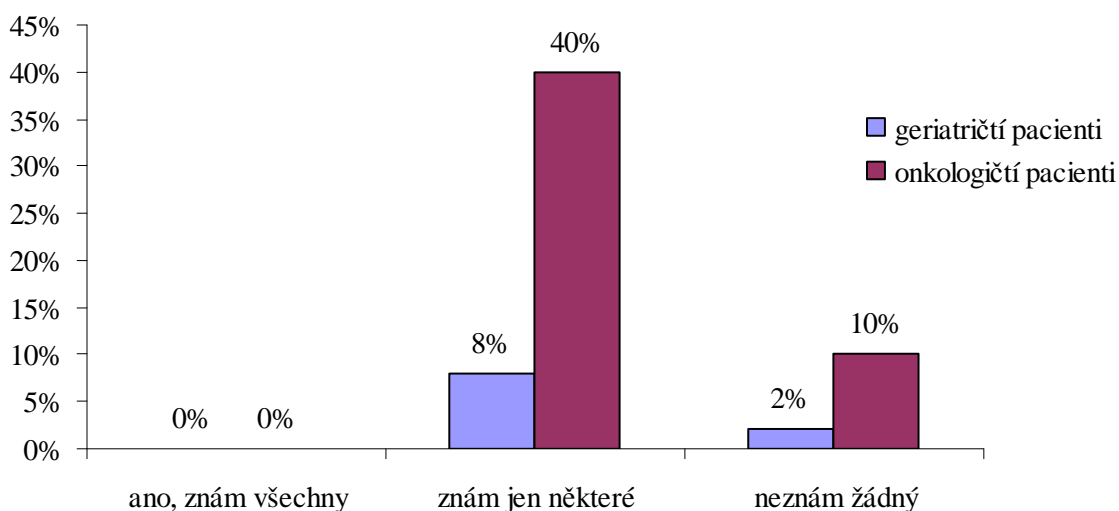
Otázka číslo 7: Znáte účinky léků, které nyní v nemocnici užíváte? (Lék na bolest, na vysoký tlak, antibiotika apod.)

Otázku směřující na konkrétní znalost léčebného režimu, v tomto případě znalost užívaných léků, jsem pacientům zařadila jako určitou reflexi (popud k zamyšlení). Odpovědi spojené se znalostí účinku léků ukazuje tabulka 8 a graf 7.

Tabulka 8 Znalost účinku léků

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
ano, znám všechny	0	0	6	30	6	30
znám jen některé	8	40	3	15	11	55
neznám žádný	2	10	1	5	3	15
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 7 Znalost účinku léků

Zdroj: autor

Nejpočetnější skupina geriatrických pacientů se přiklání k odpovědi, že znají účinek pouze u některých léků (8 z 10), 2 pacienti neznají účinek žádného léku. Ke znalosti účinku všech svých léků se v této skupině nepřihlásil nikdo. Naopak většina onkologických pacientů všechny své léky zná (6 z 10). Částečnou znalost připouští 3 pacienti, 1 pacient nezná účinek žádného užívaného léku.

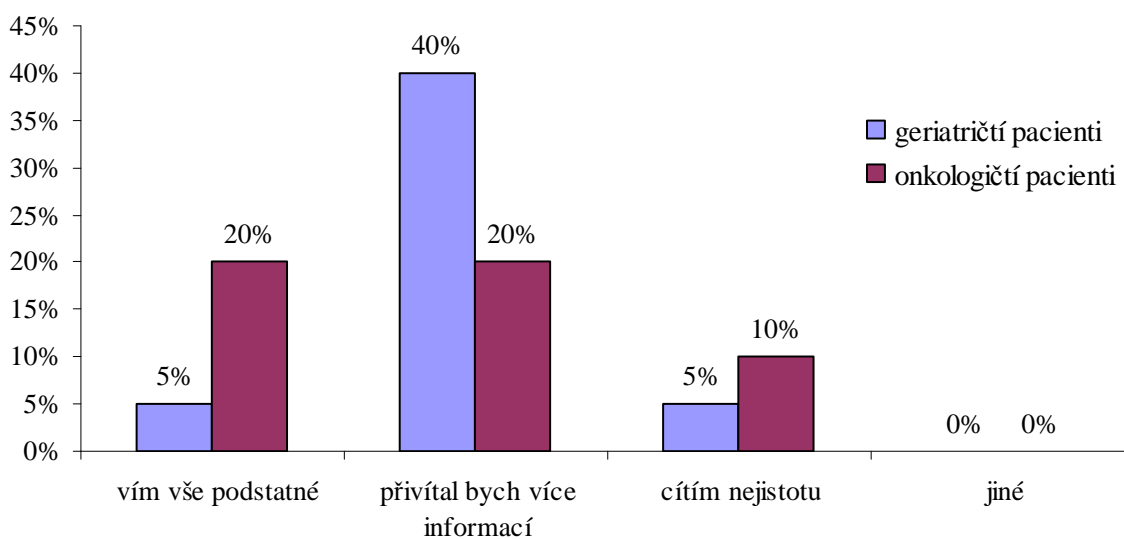
Otázka číslo 8: Jaký je Váš názor na poskytované informace během hospitalizace?

Otázka zjišťující názor pacientů na poskytované informace patří mezi typ otázek polouzavřených. Tři nabízené odpovědi doplňuje varianta „jiné“, kde si pacient může zvolit svoji vlastní odpověď. V níže uvedené tabulce jsou zachyceny odpovědi respondentů a následně zpracovány v grafu 8.

Tabulka 9 Názor na poskytnuté informace

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
myslím, že vím vše podstatné	8	40	9	45	17	85
přivítal bych více informací a podrobností	2	10	1	5	3	15
cítím nejistotu, nikdo mi nic neřekne	0	0	0	0	0	0
jiné	0	0	0	0	0	0
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 8 Názor na poskytnuté informace

Zdroj: autor

Z odpovědí všech dvaceti pacientů vyplývá, že se jim dostává podstatných informací. Plných 85 % podporuje tento názor. 15 % pacientů by přivítalo více informací a podrobností. Nabízenou odpověď: „Cítím nejistotu, nikdo mi nic neřekne“, nezvolil nikdo.

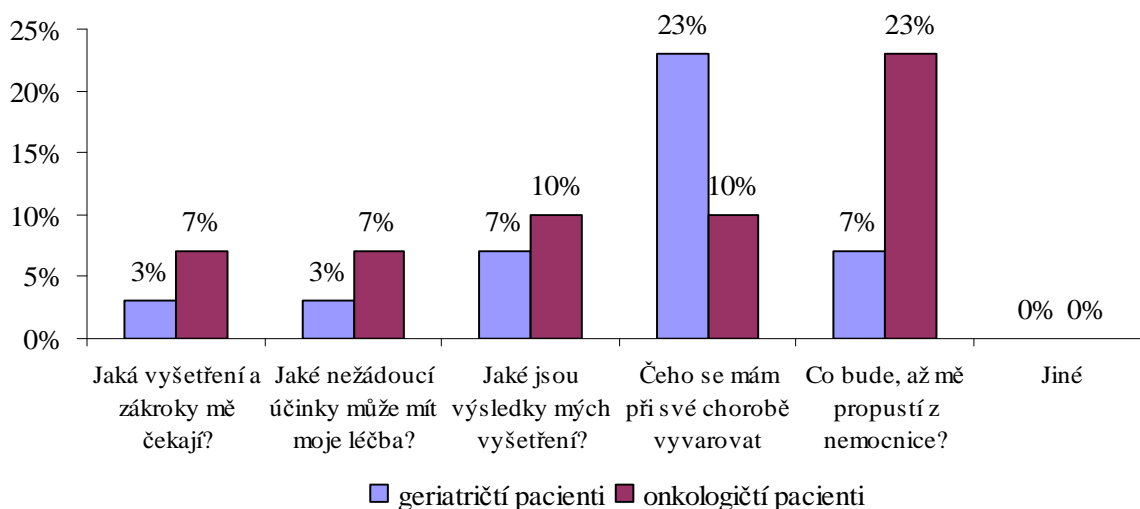
Otázka číslo 9: Oblasti, o kterých byste chtěl hovořit.

Kde je bílé místo informovanosti pacientů zjišťovala otázka číslo 9. Nemocní měli možnost zvolit si více jak jednu variantu odpovědi, popřípadě doplnit svoji vlastní. V tab. 10 jsou tyto odpovědi vyhodnoceny a následně zpracovány v grafu 9.

Tabulka 10 Otázky pacientů

Odpověď	Geriatrickí pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
Jaká vyšetření a zákroky mě čekají?	1	3	2	7	3	10
Jaké nežádoucí účinky může mít moje léčba?	1	3	2	7	3	10
Jaké jsou výsledky mých vyšetření?	2	7	3	10	5	17
Čeho se mám při své chorobě vyvarovat a co naopak udělat?	7	23	3	10	10	33
Co bude, až mě propustí z nemocnice?	2	7	7	23	9	30
Jiné	0	0	0	0	0	0
Celkem	13	43	17	57	30	100

Zdroj: autor



Graf 9 Otázky pacientů

Zdroj: autor

Z dotazníků vyplynulo, že geriatrické pacienty nejvíce zajímá, čeho se mají při své chorobě vyvarovat a co naopak udělat. To byla odpověď 7 pacientů z 10. Naproti tomu onkologické pacienty zase nejvíce trápí otázka, co bude po propuštění z nemocnice. Také 7 pacientů z 10. Tyto dvě oblasti jsou pro obě skupiny pacientů nejpodstatnější. Dále z odpovědí vyplynulo, že by pacienti přivítali větší informovanost ohledně výsledků prodělaných vyšetření. Na toto téma by chtělo hovořit 17 % všech dotázaných.

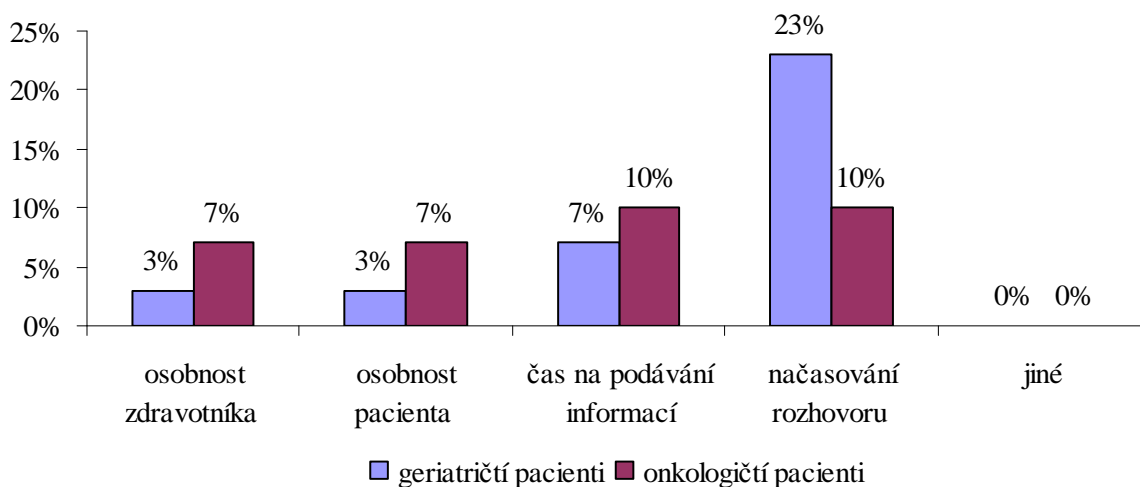
Otázka číslo 10: Co podle Vás ovlivňuje kvalitu informování hospitalizovaných pacientů?

Také v této otázce mohli pacienti volit více odpovědí, které jsou uvedeny v níže uvedené tabulce a následně graficky zpracovány v grafu 10.

Tabulka 11 Faktory ovlivňující kvalitu informování

Odpověď	Geriatřiční pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
osobnost zdravotníka (vstřícnost)	6	21	8	29	14	50
osobnost pacienta (nebojí se zeptat)	4	14	3	11	7	25
dostatek času na podávání informací	2	7	1	4	3	11
vhodné načasování rozhovoru se zdravotníky	2	7	2	7	4	14
jiné	0	0	0	0	0	0
celkem	14	50	14	50	28	100

Zdroj: autor



Graf 10 Faktory ovlivňující kvalitu informování

Zdroj: autor

Názor, že kvalita informování je v rukou zdravotníků a v jejich vstřícnosti, zastává 50 % všech dotázaných. Je to nejpočetnější skupina v rámci obou porovnávaných kategorií. Jako další nejčastější odpověď v obou skupinách zazněla osobnost pacienta (nebojí se zeptat), celkem 25 %. Vhodné načasování rozhovoru jako další důležitý faktor označilo 14 % všech dotázaných, dostatek času na podávání informací označilo 11 % pacientů.

Otázka číslo 11: Vaše návrhy, jak zlepšit informovanost hospitalizovaných pacientů.

Možnost vyjádřit se k této problematice využili celkem čtyři pacienti. Aktivnější byli onkologičtí pacienti, přišli se třemi návrhy. Z geriatrických se vyjádřil jeden nemocný.

Geriatrický pacient uvedl, že by se nemocní měli více ptát a dostávat na své dotazy odpovědi.

Onkologický pacient 1 míní, že situaci by zlepšilo lepší finanční ohodnocení zdravotníků.

Onkologický pacient 2 si myslí, že lékař by měl informace během léčby několikrát zopakovat, dále by zdravotníci měli zjistit, jaký typ člověka pacient je, a podle toho s ním jednat. Důležité je také dostávat informace včas.

Onkologický pacient 3 požaduje více času na rozhovor s pacienty.

Průměrný věk respondentů:

Průměrný věk oslovených geriatrických pacientů je ve srovnání s věkem onkologických pacientů o 11,6 roku vyšší (viz tab. 12).

Tabulka 12 Průměrný věk respondentů

Respondenti	Průměrný věk
geriatřičtí	83,1 let
onkologičtí	71,5 let

Zdroj: autor

Pohlaví:

Při výzkumu bylo osloveno celkem 20 respondentů. Z tohoto počtu bylo patnáct ženského pohlaví a pět mužského. V následující tabulce jsou pacienti dále rozdělení na geriatrické a onkologické.

Tabulka 13 Rozdělení respondentů

Odpověď	Geriatřičtí pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
muž	1	5	4	20	5	25
žena	9	45	6	30	15	75
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor

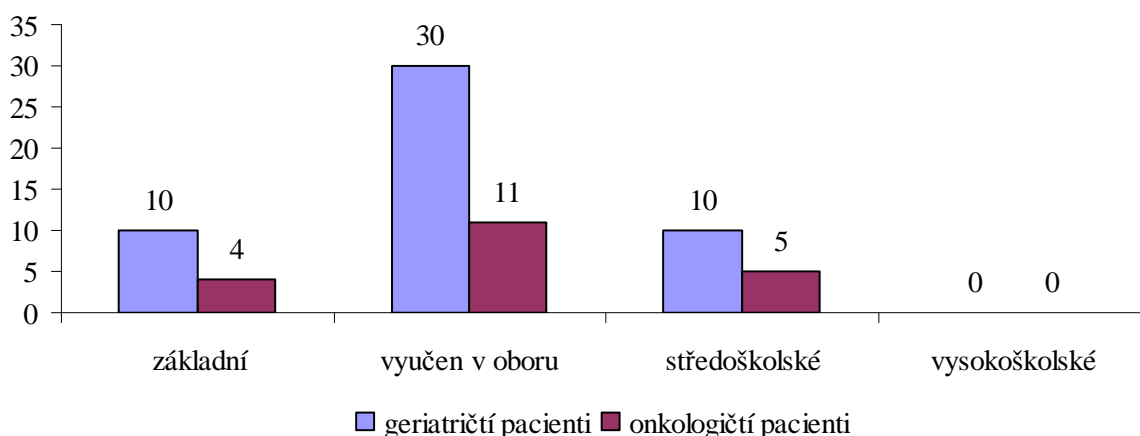
Vzdělání:

Jedna z otázek dotazníku byla zaměřena na nejvyšší dosažené vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 14 a v grafu 11.

Tabulka 14 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Geriatrickí pacienti		Onkologičtí pacienti		Celkem	
	Četnost					
	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)	abs.	rel. (%)
základní	2	10	2	10	4	20
vyučen v oboru	6	30	5	25	11	55
středoškolské	2	10	3	15	5	25
vysokoškolské	0	0	0	0	0	0
celkem	10	50	10	50	20	100

Zdroj: autor



Graf 11 Nejvyšší dosažené vzdělání

Zdroj: autor

Vyučen v oboru je nejčastější odpovědí pro obě porovnávané skupiny (celkem 55 % dotázaných). Mezi geriatrickými pacienty jsou osoby se základním vzděláním a 2 se středoškolským. Také 2 onkologičtí pacienti mají základní vzdělání a 3 jsou absolventy střední školy. Vysokoškolské vzdělání mezi dotazovanými neoznačil nikdo.

2.4.2 Výsledky dotazníkového šetření

Hypotéza 1 Většina pacientů je spokojena s informacemi, které při hospitalizaci dostává.

Názor na poskytované informace a spokojenost pacientů v této oblasti zjišťovaly dvě otázky. Přestože 45 % respondentů v otázce číslo 4 odpovědělo, že by chtělo vědět více o nemoci a léčebném režimu, plných 85 % pacientů si v otázce číslo 8 zvolilo odpověď, že ví

vše podstatné. Z výsledků tedy vyplývá, že většina pacientů se cítí být dobře informována.

Hypotéza 1 se potvrdila.

Hypotéza 2 Většina pacientů není dostatečně seznámeno s léčebným režimem, v našem případě nezná účinky léků, které v nemocnici užívá.

Znalost léčebného režimu v tomto případě užívaných léků ověřovaly otázky číslo 6 a 7. Ukázalo se, že pobytem v nemocnici se medikace změnila u 60 % respondentů. Účinky užívaných léků zná jen 30 % dotázaných. Ostatní pacienti (55 %) znají jen některé léky nebo žádné (15 % dotázaných).

Hypotézu 2 dotazníkové šetření potvrdilo.

Hypotéza 3 Nejčastěji pacienti získávají informace dotazem na ošetřujícího lékaře. Přitom předpokládám, že jen malé procento z nich využívá i jiné informační zdroje.

Otázka na získávání informací se skládá ze dvou podotázek. Ptala jsem se pacientů, kdo jim poskytl nejpodstatnější informace (myšleno při prvním setkání s chorobou) a jak získávají informace nové. V obou případech je nejčastěji uváděn lékař. Ošetřujícího lékaře jako zdroj nejpodstatnějších informací uvádí 62 % dotázaných. Dotazem na lékaře získá nové informace 68 % nemocných. Jen 32 % pacientů uvádí, že hledá jiné zdroje informací. Z toho nejčastěji je to dotazem na zdravotní sestru (12 %).

Hypotéza 3 se potvrdila.

Hypotéza 4 Pacienty nejvíce zajímají výsledky vyšetření a plánované zákroky.

Bílá místa v informovanosti hospitalizovaných pacientů se snažila odhalit otázka číslo 9. Ukázalo se, že pacienty nejvíce zajímá, čeho se mají při své chorobě vyvarovat a co naopak udělat a co bude následovat po propuštění z nemocnice. Devatenáct z dvaceti dotázaných by rádo hovořilo se zdravotníky právě na tato témata. Pouze tři osoby uvedly, že by chtěly více informací o plánovaných vyšetřeních a zákrocích, pět nemocných označilo v odpovědi, že by chtělo hovořit o výsledcích vyšetření.

Hypotéza 4 se nepotvrdila.

Hypotéza 5 Většina pacientů si myslí, že kvalitu informovanosti nejvíce ovlivňuje osobnost zdravotníka, jeho vstřícnost.

Dotazník v otázce číslo 10 nabídl respondentům možnost vybrat faktory, které nejvíce ovlivňují informovanost pacientů. Nejčastější zvolenou odpovědí byla osobnost zdravotníka a jeho přístup k pacientovi. Tuto možnost označilo 14 z celkem 20 dotázaných.

Hypotéza 5 se potvrdila.

2.4.3 Rozhovory

Abych si potvrdila závěry vyplývající z dotazníkového šetření a poslechla si, jaké důvody vedly pacienty k jejich odpovědím, přistoupila jsem ke kvalitativním metodám výzkumu. Zvolila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Podle Miovskeho se jedná o jednu z nejrozšířenějších metod interview, která předpokládá náročnější technickou přípravu a definované „jádro“ rozhovoru. Má mnoho předností. Jednou z nich je kladení doplňujících otázek. (Miovský, 2006)

Požádala jsem pět hospitalizovaných pacientů o spolupráci. Seznámila jsem je se svým záměrem provést s nimi rozhovor na téma informovanosti hospitalizovaných pacientů. Individuálně jsem si s každým z nich smluvila schůzku. Navrhla jsem s ohledem na chod oddělení podvečerní hodiny a jako místo setkání jídelnu, která současně slouží jako společenská místnost. Třem pacientům zvolené místo i čas vyhovovalo, pouze dvě pacientky si přály zůstat při rozhovoru na lůžku. Rozhovory proběhly v průběhu měsíce února 2011.

Fixace dat

Všechny rozhovory jsem se svolením pacientů nahrávala na diktafon. Ujistila jsem je, že takto získaný materiál použiji pouze pro účely své bakalářské práce a že výzkum je anonymní, nikde se nevyskytne jejich jméno.

Dalším krokem byla transkripce zvukového záznamu, který jsem provedla na notebooku a následně vytiskla.

Analýza kvalitativních dat, deskriptivní přístup

Deskriptivní přístup předpokládá, že procesy utřídění, klasifikace a deskripce jsou samy o sobě analýzou kvalitativních dat. (Miovský, 2006)

Znovu a znovu jsem si pročetla celé rozhovory a hledala v nich odpovědi na své výzkumné otázky. Následně ke každé otázce uvádím autentické odpovědi pacientů, které vystihují jejich názory k danému tématu.

Jako „jádro“ interview jsem použila stejný dotazník, který jsem představila v předešlé části, přičemž jsem položila otázku a nechala pacienta volně vyprávět. Pro upřesnění jsem kladla doplňující dotazy.

Respondenti

Rozhovorů se zúčastnilo celkem 5 pacientů, z toho 3 ženy a 2 muži (viz tab. 15).

Tabulka 15 Struktura respondentů

	Věk	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání
Pacient 1	83 roků	žena	středoškolské
Pacient 2	59 roků	muž	vyučen v oboru
Pacient 3	62 roků	žena	vyučen v oboru
Pacient 4	81 roků	muž	vysokoškolské
Pacient 5	94 roků	žena	nezjištěno

Zdroj: autor

2.4.4 Výsledky výzkumu

1) Je potřeba informací u hospitalizovaných pacientů uspokojena?

Zde jsou odpovědi na dotaz, zda pacienti potřebují a chtějí další podrobnější informace.

Pacient 1 „...Sestřičko, ne. Vím, co bude následovat, takže...“

Pacient 2 „...Ne, ne, ne. To já jsem zase taková řekněme huba ukecaná, jdu, slušně se optám, je mně to vysvětleny, poděkuju a jsem spokojen.“

Pacient 3 „...Ale jo, to mi řeknou, já myslím, že mám dost informací.“

Pacient 4 „...Já myslím, že mi to stačí, co jsem se dověděl tady...poradili mně, co s tím mám dělat, tak pro mě je to dostatečný.“

Pacient 5 „...Hlavně že říká pan profesor, že se to hojí...“

Všichni dotazovaní pacienti shodně vyjadřují spokojenost s podávanými informacemi během hospitalizace.

2) Znájí pacienti své onemocnění a léčebný režim (účinky užívaných léků)?

Pacient 1 „...Poslali mě na tu magnetickou resonanci a do týdne mě přijali a operovali. Takže rakovina.“

Pacient 2 „...Udělal mi vzorky z prostaty, poslali mě to, čekal jsem a zjistili, rakovina prostaty.“

Pacient 3 „...Vzali nám vzorek, poslali to sem do Hradce a odtud nám řekli, že je to rakovinotvorný.“

Pacient 4 „...Pan docent mi jasně řek, že teď budeme řešit plíce, protože to je velmi závažná nemoc...“

Pacient 5 „...Nikdo mi nic neřek, furt se mě jenom ptali, jestli mi nebylo špatně. Mě jenom bylo divný, co se mi to vlastně stalo. A to mně žádnej nemoh vysvětlit. A do dneška já nevím, prostě jsem sebou nějak sekla, já nevím.“

Čtyři z pěti dotazovaných znají důvod své hospitalizace, jsou schopni svoji nemoc pojmenovat. Jedna pacientka neví.

Znalost účinku užívaných léků

Pacient 1 „...Vím, který byly na tlak, který na cukrovku...na krev warfarin, pak ještě moduretic.“

Pacient 2 „...To už jsem si taky zjistil, čtyři ráno, jeden prášek večer, všechno na tlak.“

Pacient 3 „...To mám na tlak, pak mám na cukrovku, betaxu, agen, lisinopril a pak ještě atos. To mám taky, to mně dal diabetolog.“

Pacient 4 „...Já jsem tak drzej, že jsem se vždycky ptal a vždycky jsem se dověděl kterej, proč, na co.“

Pacient 5 „...Ale víte, sestřičko, že ani nevím. Dávají mně na noc, pak tabletky, že mě to bolelo, ale dál, jestli je to na tlak, to nevím.“

Čtyři z pěti oslovených znají účinky léků, které užívají v nemocnici. Jedna pacientka připouští pouze částečnou znalost medikace.

3) Kde a jak získávají pacienti potřebné informace?

Chtěla jsem se od pacientů dovědět, jestli nemají nějaké zábrany klást lékařům či jiným zdravotníkům svoje dotazy.

Pacient 1 „...Ale ne, taky jsem se ho ptala, když jsem něco nevěděla...tak se radši zeptám, když něčemu nerozumím, abych věděla, o co jde.“

Pacient 2 „...Ne, bez problémů.“

Pacient 3 „...Podle toho, nač se chci zeptat. No tak, zeptám se, ale když je to něco to, tak dá mně to chvilku než...“

Pacient 4 „...Ptám se vždycky...a ať je to dotaz jakýkoli, vždycky jsem na něj dostal takovou tu jasnou, laickou, konkrétní odpověď.“

Pacient 5 „...Já sama jsem se ani neptala...Nemůžu říct, že nemám odvalu, to já s panem docentem, to se optám...vypadá to takhle nebo takhle, ale jinak já nevím...No, ptala jsem se akorát tady s tou nohou a bylo mně řečeno, že je to veliký...“

Třem pacientům nečiní žádné problémy obrátit se na lékaře se svými dotazy. Dvě pacientky jeví známky jisté zdrženlivosti a ostychu.

Další podotázkou jsem zjišťovala, jestli si pacienti obstarávají informace i jiným způsobem než dotazem na lékaře (časopisy, naučné knihy, vybrané pořady v televizi apod.).

Pacient 1 „...Spíše z doslechu, poněvadž mám doma zdravotnici, kamarádka je taky zdravotní sestra a druhá kamarádka taky. Tak jsme se o tom bavily, říkaly, když ti to ozářej, tak to budeš mít dobrý.“

Pacient 2 „...Pročítal jsem knížky. Chodily časopisy o rakovině a tohle a tohle.“

Pacient 3 „...Televizi sleduju, to sleduju, ale nějaké časopisy o těch nemocech to nečtu. To nečtu, takhle informace nemám.“

Pacient 4 „...No tak já jsem si přečet, všude máte nějaký brožury, všude něco je, tak jsem si to přečet, co má k tomu nějaký vztah, abych věděl.“

Dva pacienti sami vyhledávali informace o svém onemocnění v osvětových publikacích, hovoří o knihách, časopisech, brožurách. Jedna pacientka sledovala pořady se zdravotnickou tematikou v televizi, jiná pacientka získávala informace od zdravotníků z řad rodinných příslušníků a známých. Postoj poslední pacientky k tomuto tématu se nepodařilo zjistit.

4) Jaké informace nejvíce postrádají?

Tahle výzkumná otázka vychází z bodu č. 9 v dotazníku. Chtěla jsem zjistit, co pacienti v tuto chvíli nejvíce zajímá, popřípadě co jim dělá největší starosti.

Pacient 1 „...Už bych jenom chtěla, abych se naučila chodit. Na to se těším hodně...a říkali mně, že tam na tom rehabilitačním budu opravdu cvičit od rána. Říkal tady pán, on má zkušenosti, tak mi dával tyhle rady...jak do schodů, jak ze schodů, já se o to zajímám, abych se někde nepotloukla. Ale mám pocit, že ty rehabilitační sestřičky, jedna chtěla, abych skákala v tom chodítku, což se vyjádřilo několik lidí, že je nesmysl, abych já v mejch letech skákala na jedne noze. Něco jiného je, až budu mít protézu, to chodítko budu potřebovat. Ale skákat po jedné noze ne.“

Pacient 2 „...Podívejte já, kdybych třeba omarodil a byl doma rok s tou rakovinou, potom mně odeberou něco, budu na částečným důchodu, já se vrátím do práce, tam mi řeknou, potřebuju denně 12 hodin, vy nemůžete, musíme sehnat náhradu...A že ten chlap je tam třeba 20 let a je na něj spolehnoutí, než když vám přijde někdo z pracáku, za měsíc vám uteče, on to za ty peníze dělat nebude.“

Pacient 3 „...No, co bude, až mně propustí z nemocnice. Jestli budu chodit na kontroly, nás budou asi sledovat...“

Pacient 4 „...Já jsem měl strach z nohou. Protože když jsem se nemoh postavit, nemoh jsem chodit, nemoh jsem nic, tak jsem měl velkej strach. Teďko vidím, že jako chodím, můžu trénovat, poradili mně, co s tím mám dělat a podobně. Tak pro mě je to dostatečný.“

Pacient 5 „...Co bude se mnou dál, to nevím. Jedině bych Pána Boha prosila, jak se tak říká, abych trochu chodila. Abych byla samostatná. Protože co už jiného můžete v těch mejch letech čekat.“

Obavy z budoucnosti, tedy co bude, až mě propustí z nemocnice, vyjádřily čtyři osoby. Jedna pacientka se aktivně zajímá o rehabilitační program, zároveň vyjadřuje obavu nad kompetencí některých zdravotníků. Dalšího pacienta trápí případná ztráta zaměstnání spojená s jeho onemocněním. Jiná pacientka cítí nejistotu ohledně dalšího postupu léčby a kontrol po propuštění z nemocnice. Ztráty soběstačnosti se obává další pacientka. Jeden pacient v současnosti žádné obavy neudává.

5) Jak lze podle pacientů zkvalitnit informovanost nemocných?

Co by se dalo ještě udělat pro lepší informovanost hospitalizovaných pacientů a jsou informace pro pacienty vůbec důležité? Požádala jsem pacienty, aby se k tomuto tématu vyjádřili.

Pacient 1 „...Já myslím, že přece jenom každý ten pacient chce vědět, co bude. Tak se na to optá. Měli by se ptát.“

Pacient 2 „...Ta informovanost, to by měla pro toho pacienta ulehčit. Ale nesmí se stydět a voptat se na to.“

Pacient 3 „...Záleží na tom zdravotníkovi. Třeba někdo je takovej, že se vůbec nezeptá. Já myslím, že by to zdravotník měl tomu pacientovi říct, aby to věděl. Měli by mu to říct, aby si dotyčnej něco nemyslel a vono to bylo jinak. Ať je to vážný nebo ne, měl by to vědět. A je to taky na té formě, jak mu je to podáno, jak mu to ten zdravotník řekne. Nebo třeba aby mu to nějak citlivěji vysvětlil.“

Pacient 4 „...Já myslím, že je to nanejvýš důležité. Protože i když si sám přečtete, zaprvé, každý si sám nepřečte...ale ta informace, kterou dostanu slovní, od vás, ať už jsou to lékaři, zdravotní sestry a podobně, jsou neocenitelné. Tak to je neocenitelné, protože tam má člověk možnost se zeptat.“

Pacient 5 „...Já sama jsem se ani neptala. Ten lékař mi řekne, já tomu lékaři chci věřit.“

Osobnost pacienta, jeho aktivní přístup, odvaha ptát se, považují za nejdůležitější faktor informovanosti 2 pacienti, 1 pacientka si myslí, že nejdůležitější je přístup zdravotníka. Kombinaci obou volí další pacient. 4 z 5 dotazovaných pokládá informovanost za důležitou součást terapie. Poslední pacientka se k danému tématu nevyjádřila jednoznačně.

2.5 Diskuze

Na začátku své bakalářské práce jsem si stanovila výzkumné otázky, na které jsem hledala odpověď. Jako nástroje jsem využila kvantitativní i kvalitativní metody výzkumu. Nejprve jsem požádala 20 pacientů o vyplnění krátkého dotazníku. Výsledky z tohoto šetření jsem následně ověřovala v rozhovorech s pěti pacienty.

Zde předkládám jednotlivě odpovědi na všechny výzkumné otázky.

1) Je potřeba informací u hospitalizovaných pacientů uspokojena?

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že až 85 % hospitalizovaných pacientů si myslí, že ví vše podstatné. Rozhovory tento většinový názor potvrdily a to dokonce ve 100 %. Tuto skutečnost hodnotím jako velmi pozitivní. Podle mého názoru k tak dobrému výsledku přispěla i důkladná příprava všech zaměstnanců na akreditaci, která byla Fakultní nemocnici v Hradci Králové udělena na podzim 2008.

2) Znají pacienti své onemocnění a léčebný režim (účinky užívaných léků)?

Přestože většina pacientů je spokojena s podávanými informacemi, pouze 30 % zná účinky užívaných léků a zbývajících 70 % udává znalost pouze částečnou nebo žádnou. Kvalitativní výzkum tato čísla nepotvrdil, zde dobrou znalost léků udávají čtyři z pěti dotázaných.

Jako zdravotní sestra podávám pacientům léky denně a mám možnost s nimi o lécích hovořit. Z tohoto titulu se přikláním k názoru, že pacienti účinky svých léků spíše neznají.

Zjištěná fakta otvírají prostor pro lepší edukační činnost nás zdravotních sester, ať už se to týká správného užívání léků (závislost na jídle) nebo možného výskytu nežádoucích účinků. Myslím si, že dobrá znalost užívaných léků přispívá ke compliance pacientů. Má také svůj nesporný pozitivní psychologický efekt.

K jednoznačné odpovědi na položenou otázku by bylo zapotřebí zahrnout do výzkumu větší počet respondentů, což by mohlo být náplní jiné diplomové práce.

3) Kde a jak získávají pacienti potřebné informace?

Hlavními informátory jsou pro pacienty lékaři. Tuto odpověď zvolilo 91 % respondentů dotazníkového šetření. Také při potřebě nových informací osloví lékaře 68 % pacientů. Stejný výsledek potvrdily i rozhovory. Na druhou stranu z rozhovorů vyplynulo, že někteří pacienti nemají odvahu se zeptat, nebo se nezeptají na vše, co je zajímavé.

Svůj výzkum jsem prováděla mezi pacienty s průměrným věkem 77 let. Tento fakt jistě ovlivnil celý můj výzkum v několika ohledech. Znovu odkazuji na vstupní kritéria našeho oddělení, mezi kterými je podmínka, že pacient není primárně zmatený ani dementní.

Věk zmiňuji s ohledem na jinou skutečnost. V našem zdravotnictví převládal ještě donedávna princip paternalismu. Nebyla to však záležitost jen lékařů. Submisivní postoj zaujímala a dosud stále zaujímá převážná část pacientů sama. Učit se novému přístupu musí tedy nejen zdravotníci ale i nemocní.

V otázce vlastního aktivního vyhledávání informací z jiných zdrojů šetření ukázalo, že tiskoviny s odbornou tematikou studuje 8 % dotázaných v kvantitativním výzkumu. Tento fakt se v kvalitativním výzkumu nepotvrdil. Zde se přístup pacientů k vyhledávání informací jeví aktivnější. V této souvislosti se nabízí nové výzkumné otázky. Mají hospitalizovaní pacienti přístup k jiným zdrojům informací souvisejících s jejich onemocněním (videa, časopisy, letáky, konzultace s nutričními terapeuty, fyzioterapeuty, psychology)? Jak mohou zdravotníci svým pacientům v jejich hledání informací pomoci?

4) Jaké informace pacienti nejvíce postrádají?

Co bude, až mě propustí z nemocnice a čeho se mám vyvarovat a co naopak při své nemoci udělat, to byly nejčastěji citované oblasti, o kterých by pacienti chtěli hovořit. Vychází to jak z dotazníku, kde tyto odpovědi zvolilo celkem 66 % dotázaných, tak i z rozhovorů, kde převládaly obavy z budoucnosti.

Tíseň pacientů z nejasné budoucnosti by zdravotníky měla více zajímat. Aktivně se pacientů ptát, vyhledávat a v rámci svých kompetencí řešit jejich potřeby, je náplní práce zdravotní sestry. Řešení této problematiky musí být komplexní a je starostí multidisciplinárního týmu, kde vedle zdravotníků mají své místo sociální pracovníci, fyzioterapeuti a rodina. Lepší spolupráce všech zúčastněných na této problematice by měla pacientům jejich propuštění maximálně ulehčit.

5) Jak lze podle pacientů zkvalitnit informovanost nemocných?

Podle 50 % oslovených v dotazníkovém šetření je nejdůležitějším faktorem osobnost zdravotníka. Jeho vstřícnost a empatie rozhodují o kvalitě informovanosti hospitalizovaných pacientů. Naopak rezervy spíše na straně samotných pacientů vidí většina dotázaných při kvalitativním výzkumu. Osobně si myslím, že je třeba zamyslet se nad každou odpovědí, kterou jsem k této otázce od pacientů získala.

ZÁVĚR

Moje bakalářská práce si kladla za cíl zjistit, jestli se hospitalizovaní pacienti cítí být dostatečně informováni o léčebném procesu. Záměrně jsem se, až na jednu výjimku, nezabývala konkrétní znalostí pacientů, ale zaměřila jsem se na jejich pocity spojené právě s informovaností.

Z výsledků šetření vyplývá, že hospitalizovaní pacienti se cítí být dostatečně informováni, jsou spokojeni s informacemi, které v nemocnici dostávají.

Znalost léčebného procesu, konkrétně užívaných léků, ukázal výzkum jako nedostatečný.

Nejdůležitějším informátorem pro pacienty je lékař. Kvalitu informovanosti pacientů nejvíce ovlivňuje osobnost lékaře, jeho vstřícnost. Jiné zdroje informací pacienti vyhledávají velmi omezeně.

Pacienty zajímá, co s nimi bude po propuštění z nemocnice, co mají nebo naopak nemají při své chorobě udělat. Na tato témata by si nemocní přáli se zdravotníky více hovořit.

Ošetřovatelství jako disciplína se zabývá potřebami pacientů a právě potřebu informovanosti považují za velmi důležitou. Její uspokojování je nezbytným předpokladem dobré spolupráce nemocných se zdravotníky. Tok informací však musí být obousměrný. Pacient potřebuje informace, aby se mohl aktivně podílet na léčebném procesu. Informace od pacienta zase pomohou lékaři stanovit diagnózu, pro sestru jsou důležité při provádění účinné ošetrovatelské péče.

Pro ošetrovatelskou praxi z výsledků práce vyplývá, že znalost léčebného režimu je u pacientů nedostatečná. Sestra by při své práci měla tato bílá místa informovanosti pacientů odhalit a pomoci nemocným hledat odpovědi na jejich otázky.

ANOTACE

Autor:	Jaroslava Blahová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Cítí se být hospitalizovaný pacient dostatečně informován o léčebném procesu
Vedoucí práce:	Mgr. Dana Vaňková
Počet stran:	62
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2011
Klíčová slova:	hospitalizovaný pacient, informování pacienta, edukace, zdravotníci poskytující informace, porozumění informacím, vyhledávání informací pacientem, spolupráce, adherence

Bakalářská práce se zabývá informovaností hospitalizovaných pacientů. Zejména se zaměřuje na prožívání, pocity a následně pak chování pacientů, které s informovaností bezprostředně souvisí. Teoretická část přibližuje hlavní pojmy práce, jako jsou hospitalizace, geriatrický a onkologický pacient, informovanost. V praktické části jsou prezentovány výsledky jak dotazníkového šetření, tak rozhovorů, které byly realizovány na oddělení následné péče ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

Cílem práce bylo zjistit, zda je potřeba informovanosti u hospitalizovaných pacientů uspokojena a jaký postoj k této otázce pacienti zaujmají.

This bachelor thesis deals with the awareness of hospitalized patients. In particular, it focuses on the experiences, feelings and subsequently the behavior of patients that is directly related to the awareness. The theoretical part approaches the fundamental ideas such as hospitalization, a geriatric and a carcinology patient, awareness. The practical part presents results of both quest and interviews that were realized in the secondary care ward at University Hospital in Hradec Kralove.

The aim of the thesis was to determine whether it is the necessity satisfied to get information in hospitalized patients, and what attitude patients to this question have.

LITERATURA A PRAMENY

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicín*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 117 s. ISBN 80-7013-233-7
- [2] BLOCK, H. I. *The role of the self in healthy cancer survivorship: a view from the front lines of treating cancer*. Advances: J Mind-Body Health, 1997. 13: 6-23
- [3] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-7184-141-2
- [4] FALLER, H. *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für Angewandte, 1998.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 9: Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství 5: Manuálek o etice*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 46 s. ISBN 80-7013-310-4
- [7] JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9
- [8] JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetřovatelství*. Praha: ISV, 2000. 133s. ISBN 80-85866-55-2
- [9] JOBÁNKOVÁ M. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 1. vyd. Brno: IDVZ, 1992. ISBN – 80-7013-127-6
- [10] JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2
- [11] KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
- [12] KILIAN, Jan et al. *Prevence ve stomatologii: Komunikace ve stomatologii*. 2. vyd. Praha: Galén, 1999. 40 s. ISBN 80-7262-022-3
- [13] KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 13:978-80-247-2169-9
- [14] KOŘENEK, Josef. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4
- [15] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- [16] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 297 s. ISBN 80-7178-551-2
- [17] KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN -13:978-80-247-2069-2
- [18] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- [19] PACOVSKÝ, Vladimír. *Vnitřní lékařství*. 1. vyd. Praha: Osveta ve spolupráci s nakladatelstvím Avicenum, 1993. 344 s. ISBN 80-217-0558-2
- [20] PAČESOVÁ, Martina. *Lékař, pacient a Michael Balint: balintovské skupiny v Česku*. 1. vyd. Praha: Triton, s. r. o., 2004. 170 s. ISBN 80-7254-491-8
- [21] ŘEŠETKA, Miroslav, PhDr., et al. *Anglicko-český, česko-anglický slovník*. 3. vyd. Olomouc: Fin publishing, 1997. 1311 s. ISBN 80-86002-14-4

- [22] ŠKRLA, Petr; ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
- [23] ŠPATENKOVÁ, Naděžda; KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: Komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4
- [24] ŠUSTEK, Petr; HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2007. 243 s. ISBN 978-80-7357-268-6
- [25] TSCHUCHKE, Volker. *Psychoonkologie: Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2004. 215 s. ISBN 80-7178-826-0
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 464 s. ISBN 978-80-246-1318-5
- [27] VOKURKA, Martin. *Praktický slovník medicíny*. 2. . vyd. Praha: Maxdorf, 1994. 409 s. ISBN 80-85800-27-6
- [28] VORLÍČEK, Jiří; KONEČNÝ, Miloš; VORLÍČKOVÁ, Hilda. *Komplexní ošetrovatelská péče u onkologicky nemocných*. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1989. 48 s. ISBN 80-7013-038-5
- [29] VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1
- [30] ZACHAROVÁ, Eva; HERMANOVÁ, Miroslava; ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

Elektronické dokumenty

- [31] BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Občanské sdružení na ochranu pacientů*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <http://www.darius.cz/ag_nikola/index_pac.html>
- [32] ČERVENÝ, Petr. *Adherence k léčbě*. [online]. [cit. 2011-02-16]. Dostupný na WWW: <<http://www.medon-solutio.cz/online2008/index.php>>
- [33] *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.webtempus.cz/dokumenty.php?item.id=71380&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=9>>
- [34] ERAZÍMOVÁ, L.; KEPRTOVÁ, J. *Efektivní komunikace v multikulturním prostředí*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <http://www.epolis.cz/download/pdf/publications_12_1.pdf>
- [35] KUSÁ, Michaela. *Stáří*. [online]. [cit. 2010-10-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.prosestry.cz>>
- [36] *Latinský slovník*. [online]. [cit. 2011-03-15]. Dostupné na WWW: <<http://latinsky-slovník.latinsky.cz/latinsko-cesky/>>
- [37] *Liga lidských práv*. [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.ferovanemocnice.cz>>
- [38] *Česká lékařská komora*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.lkcr.cz/>>
- [39] *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.mzcr.cz>>
- [40] *Práva pacientů ČR*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

- [41] *Svaz pacientů České republiky*. [online]. [cit. 2011-02-14]. Dostupné na WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=svaz>>
- [42] *Portál veřejné správy České republiky*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/>
- [43] RICHTER, Richard. *Compliance: část 1, běžná praxe*. [cit. 2011-02-15]. Dostupné na WWW: <http://lib.store.yahoo.net/lib/epill/PharmaBusinessMagazine.pdf>
- [44] *Sbírka zákonů*. [online]. [cit. 2011-03-21]. Dostupné na WWW: <<http://http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb04424>>
- [45] ŠKOPKOVÁ, H. *O zdraví seniorů, rady a doporučení*. [online]. [cit. 2011-02-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.sik.vse.cz/ozdravisenioru.php>>
- [46] ŠPONKA, Karel. Poruchy spánku ve stáří. *In Neurologie pro praxi 2003/1* [online]. [cit. 2010-10-25]. Dostupné na WWW: <<http://www.solen.cz>>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Identifikace choroby	33
Graf 2 Délka léčby	34
Graf 3 Zdroj informací.....	35
Graf 4 Potřeba dalších informací	36
Graf 5 Zdroj nových informací	37
Graf 6 Užívání léků.....	38
Graf 7 Znalost účinku léků	39
Graf 8 Názor na poskytnuté informace.....	40
Graf 9 Otázky pacientů	41
Graf 10 Faktory ovlivňující kvalitu informování	42
Graf 11 Nejvyšší dosažené vzdělání	44

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Procentuální zastoupení získávání informací	25
Tabulka 2 Identifikace choroby	33
Tabulka 3 Délka léčby	34
Tabulka 4 Zdroj informací	35
Tabulka 5 Potřeba dalších informací	36
Tabulka 6 Zdroj nových informací	37
Tabulka 7 Užívání léků	38
Tabulka 8 Znalost účinku léků	39
Tabulka 9 Názor na poskytnuté informace	40
Tabulka 10 Otázky pacientů	41
Tabulka 11 Faktory ovlivňující kvalitu informování	42
Tabulka 12 Průměrný věk respondentů	43
Tabulka 13 Rozdělení respondentů	43
Tabulka 14 Nejvyšší dosažené vzdělání	44
Tabulka 15 Struktura respondentů	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník	61
----------------------------	----

Vážená paní, vážený pane,
obracím se na Vás s žádostí o vyplnění krátkého anonymního dotazníku.
Mým cílem je zjistit, jestli se hospitalizovaný pacient cítí být dostatečně informován
o léčebném režimu. Výstupy z Vašich odpovědí použiji ke své bakalářské práci
i v profesním životě zdravotní sestry.
Za Vaši pomoc velmi děkuji. Jaroslava Blahová

DOTAZNÍK

Odpovědi, které nejvíce vystihují Vaše názory, označte křížkem. Můžete také doplnit své vlastní názory.

** Možno označit více odpovědí.*

1) Dokážete pojmenovat chorobu, pro kterou jste nyní hospitalizován?

- ano ne zcela přesně ne

2) Jak dlouho se s touto chorobou léčíte?

- méně než 1 měsíc méně než 1 rok více jak 1 rok

3) Kdo Vám poskytl o Vaší chorobě nejpodstatnější informace?

- lékař v nemocnici obvodní lékař jiný zdravotník
(zdr. sestra, ošetřovatelka)
- rodina, známí sám jsem si informace vyhledal

4) Chtěl byste vědět více o své chorobě a léčebném režimu?

- ano ne nevím

5) Jak získáváte nové informace?*

- od lékaře od jiného zdravotníka (zdrav. sestry, ošetřovatelky)
- od partnera, známých z odborných knih, brožur
- od ostatních pacientů z internetu

6) Užíváte nyní v nemocnici stejné léky jako doma?

- ano ne nevím

7) Znáte účinky léků, které nyní v nemocnici užíváte? (lék na bolest, na vysoký tlak, antibiotika apod.)

- ano, znám všechny znám jen některé neznám žádný

8) Jaký je Váš názor na poskytované informace během hospitalizace?

- Myslím, že vím vše podstatné.
- Přivítal bych více informací a podrobností.
- Cítím nejistotu, nikdo mi nic neřekne.
- Jiné.....

9) Oblasti, o kterých byste chtěl hovořit: *

- Jaká vyšetření a zákroky mě čekají?
- Jaké nežádoucí účinky může mít moje léčba?
- Jaké jsou výsledky mých vyšetření?
- Čeho se mám při mé chorobě vyvarovat a co naopak udělat?
- Co bude, až mě propustí z nemocnice?
- Jiné.....

10) Co podle Vás ovlivňuje kvalitu informování hospitalizovaných pacientů?*

- osobnost zdravotníka (vstřícnost)
- osobnost pacienta (nebojí se zeptat)
- dostatek času na podávání informací
- vhodné načasování rozhovoru se zdravotníky
- jiné.....

11) Máte-li vlastní návrhy, jak zlepšit informovanost hospitalizovaných pacientů, prosím, napište.

.....
.....

Věk:

Pohlaví: muž žena

Vzdělání:

- základní vyučen v oboru středoškolské s maturitou
- vysokoškolské jiné.....