

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**MAGISTERSKÉ
KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Doubravka Malá

Etická komunikace ve zdravotnictví

Praha 2013

Vedoucí práce: RNDr. Jaroslav Huk, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED PART TIME
STUDIES

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Doubravka Malá

Ethical communication

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor: RNDr. Jaroslav Huk, CSc.

Prohlášení

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 použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 27. 3. 2013

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat RNDr. Jaroslavu Hukovi, CSc., za odborné vedení diplomové práce a za jeho velkou podporu při práci.

Anotace

Diplomová práce se zabývá profesní a etickou komunikací ve zdravotnictví. Zaměřuje se na jednotlivé formy komunikace včetně profesních norem a morálního aspektu. Zabývá se verbální částí účinného kontaktu, spoluprací a porozuměním, které jsou pro tento obor specifické. Zaměřuje se především na jednotlivé aspekty komunikace a rozbor jednotlivých diskusí zkoumá formy přístupu ke sdělení lékařů-diagnostiků a středně zdravotnického personálu k pacientům. Cílem práce je ověřit, jak jsou normy, předpisy a etické aspekty této komunikace v praxi používány.

Klíčové pojmy

Anamnéza, diplomové práce, etický kodex, etická komunikace, identifikace potřeb nemocného, informace, lékař, morálka, porozumění, rozhovory, zdravotní sestra

Annotation

This thesis deals with professional and ethical communications in healthcare. It focuses on the various forms of communication including professional standards and moral aspect. It deals with the verbal part of the effective contact, cooperation and understanding, which are specific for this field. It focuses mainly on the individual aspects of communication and analysis of discussions examining the forms of access to communication and medical diagnosticians medium-medical staff to patients. The aim is to verify how the standards, regulations and ethical aspects of communication used in practice.

Key words

Code of ethics, ethical communication, history, information, identification of needs patient information, interviews, nurse, physician morale, thesis, understanding

OBSAH

ÚVOD	8
1 KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ.....	10
1.1 Základní etická kritéria zdravotní komunikace.....	10
1.2.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem.....	12
1.2.2 Komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem.....	14
2 TYPY KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI.....	16
2.1 Rozhovor lékaře a pacienta.....	17
2.1.1 Anamnéza.....	19
2.1.2 Schéma rozhovoru.....	20
2.2 Jednání s pacientem ve vyhraněných situacích.....	23
2.3. Komunikace zdravotní sestra – pacient.....	24
2.3.1 Anamnéza.....	24
2.3.2 Správně vedený efektivní sesterský rozhovor.....	26
2.4 Komunikace z pohledu zdravotní sestry.....	28
3 ETIKA	30
3. 1 Etické lékařské kodexy	32
3. 1.1 Hippokratova přísaha.....	32
3. 1.2 Etický kodex České lékařské komory.....	33
3.1.3 Etická komise České lékařské komory.....	34
3.2 Ošetrovatelská etika.....	34
3.2.1 Mezinárodní pravidla pro chování zdravotní sestry.....	35
3.2.2 Etický kodex sester.....	35
4 Komunikace v porozumění	37
4.1 Internet.....	38
4.2 Diagnóza	39
4.3 Komunikační dovednosti v utrpení	40
4.3.1 Komunikace v paliativní péči.....	42
4.3.2 Duchovní potřeby.....	44
5 Informovaný souhlas.....	47
5.1 Informovaný souhlas dnes	47
5.2 Náležitosti informovaného souhlasu.....	49
5.3 Negativní reverz	50
Praktická část.....	51
6 Stanovení cílů a hypotéz	51
6.1 Metody verifikace hypotéz.....	51
7 Hlubkové rozhovory.....	54
8 Diskuse – potvrzení hypotéz.....	66

ZÁVĚR	68
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Tématem této diplomové práce s názvem Etická komunikace ve zdravotnictví je pohled na současnou etickou komunikaci v medicíně. Ta vychází ze základu zvláštního vztahu důvěry, respektu, důstojnosti a porozumění, který se mění nejen vlivem doby, ale také rychlým rozvojem moderní medicíny. Posuzuje nároky na zdravotnický personál v jednání, z hlediska času a celoživotního vzdělávání, které vždy vycházejí z mravního základu.

Toto téma popisující teorii i praxi jsem si vybrala, jelikož již více než patnáct let pracuji ve zdravotnictví a komunikaci v tomto oboru přikládám nesmírnou váhu. Sleduji, jak vzájemné jednání vede ku prospěchu, či nepospěchu, jak podporuje zdravotnickou prioritu diagnostikovat a léčit na základě podkladů získaných ze sdělení. Zároveň pozoruji a uvědomuji si, jakou moc má slovo z úst lékaře.

Srovnávám jednotlivé etapy onemocnění a stavy pacienta, tak jak jsem se s nimi za dobu své praxe setkala, a zkoumám verbální a neverbální schopnosti svých kolegů a kolegyně, důležitost psychologického a vztahového přístupu, tedy profesionality v tomto specifickém jednání.

Hlavním cílem teoretické části je popsání jisté odlišnosti komunikace mezi lékařem a pacientem a zdravotní sestrou a pacientem z hlediska etiky, času, přístupu a pohledu na pacienta, jeho autonomie a právní odpovědnosti. Dále bych chtěla poukázat na to, kolik úsilí je třeba k dosažení pacientovy důvěry, od níž se celkový stav léčby mnohdy odvíjí. Zaměřuji se také na popsání etických norem a stanov, které by měly být zásadními pilíři v celkovém přístupu k nemocnému.

Cílem praktické části je posouzení a porovnání teoretických východisek z odborné literatury s praxí. Má práce zjišťuje, zda nemocní vědí o základních stanovách etické komunikace, jak ji vnímají v kontextu nemoci a zdravotnického zařízení. Zajímá mě, zda vědí o právní (morální) ústavě – právech pacientů a jaká pozitiva z nich pro ně, jako komunikační odběratele, plynou.

Pro dosažení cíle a potvrzení hypotézy jsou v mé práci použity hloubkové rozhovory se sedmi respondenty; dvěma lékaři a pěti pacienty. První lékař má dlouholetou praxi na anesteziologickém oddělení a zároveň působí jako nezávislý soudní lékař a posudkový specialista. Druhá lékařka se zabývá rehabilitací především tělesně hendikepovaných pacientů. Jejich postižení je přesněji popsáno v praktické části.

V závěru diplomové práce budou zjištěny a popsány skutečnosti, které teoretickou část potvrdí, nebo vyvrátí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

1.1 Základní etická kritéria zdravotnické komunikace

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Komunikovat znamená vysílat, přijímat a dešifrovat signály z vnějšího světa.“¹ Pasivní příjem informací v mezilidské komunikaci je nejzásadnějším zdrojem nedorozumění.²

Komunikace ve zdravotnictví spočívá v profesionálním sdělování, ale i v získávání informací, které jsou podmíněné individuálním přístupem. Je nutné ji chápat jako jeden z klíčových předmětů tohoto oboru.

Vztahy mezi lékařem a pacientem se řídí minimálně dvěma morálními imperativy. Za prvé zdraví je nejvyšším cílem a za druhé komunikace v žádném případě nesmí uškodit klientovi. Dalšími komunikačními kritérii jsou slušnost, vzájemná úcta, respekt, důstojnost člověka v jeho zdraví, nemoci a utrpení, morálka a etika. Komunikace tedy musí být vedena v souladu s náročnými etickými a morálními pravidly nezávislou formou ku prospěchu klienta.

1.2 Komunikace lékařů v praxi

Všeobecně ceněné vysoké odborné a prestižní vzdělání lékařů zakládá mýtus, že jejich komunikace vůči pacientům je vždy projevem správného, „etického“ chování³. Jedná se však skutečně o mýtus – teprve až osvojené znalosti a dovednosti profesní komunikace umožňují každému lékaři potřebnou individualizaci přístupu k jednotlivým pacientům.

„Jisté ovšem je, že někteří lékaři mají větší, jiní menší nadání komunikovat se svými pacienty, jejich příbuznými i kolegy, stejně tak jako jen někteří mají větší citlivost

¹ Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 11. ISBN 978-80-7367-477-9.

² Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 11. ISBN 978-80-7367-477-9.

³ Ptáček R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 27. ISBN 978-80-247-3976-2.

k etickým konotacím komunikačního procesu či k profesní etice jako takové.“⁴ Novodobý trend vzniku tzv. partnerského vztahu mezi oběma stranami funguje zatím velmi krátce. Řada pacientů a lékařů si jej osvojila teprve po teoretické, nikoliv po praktické stránce.

Hlavním důvodem vytvoření tohoto vztahu, jehož počátek datujeme do 50. let 20. století, jsou zásadní etická a morální kritéria: důraz na lidská práva a individuální svobodu. Dalšími kritérii jsou nezpochybnitelné a nezcizitelné právo každého člověka podílet se na rozhodování o svém osudu v nemoci, stejně jako ve zdraví.

Po roce 2001 se zmíněný vztah rozšířil o týmovou spolupráci lékařů a reprezentantů dalších zainteresovaných profesí. Svůj vliv na něj měla vzrůstající vzdělanost laiků za posledních dvacet let a v neposlední řadě dramatický nárůst dlouhodobě a chronicky nemocných.⁵ V mezidobí se u lékařů projevovala tzv. medicína mlčení. Komunikace se „propadla“ do zapomenutého paternalistického konceptu, do období komunikace před 2. světovou válkou, kdy potřeba a ochota hovořit s nemocným byla založena jen na nejnútnejších informacích, kdy sami lékaři určovali komu, co, kdy, kde a jak říci. Etická komunikace v zájmu nemocného byla v úpadku.

Obrázek 1: Model paternalistického přístupu lékaře

Paternalismus			Autoritativní etika
Informace	<p>pacient (P)</p> <p>2. informace přijímá</p>	<p>lékař (L)</p> <p>1. informace sděluje</p>	<p>Informované seznámení:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jednosměrné: od L k P • sdělování – přijímání <p>Objektivní informace:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóza, terapie, prognóza, rizika atd.
Rozhodování	<p>4. nařízením se řídí</p>	<p>3. nařízení poskytuje</p>	<p>Instrukce od L k P</p> <p>Soliterní rozhodování L</p> <p>Nařízení – řízení</p> <p>Nátlak – poslušnost</p>
Odpovědnost	<p>5. vyšetření nebo realizace plánu terapie</p> <p>7. dohled snáší</p>	<p>6. dohled provádí</p>	<p>Odpovědnost L</p> <p>(Ne)spolupráce P</p> <p>Cizí dohled P k L</p> <p>Autonomie L</p> <p>Závislost P</p>

Zdroj: Kořenek, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. s. 49. ISBN 80-7254-235-4

⁴ Ptáček R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 27 ISBN 978-80-247-3976-2.

⁵ Ptáček R., P. Bartůněk a kol., *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 28 ISBN 978-80-247-3976-2.

Důvodem tohoto komunikačního „kroku zpět“ bylo nadšení z mimořádného a úspěšného rozvoje akutní medicíny. Nové objevy a postupy léčby stále zajímaly lékaře více než stejně důležitá komunikace s nemocným.

V sedmdesátých letech 20. století, kdy byl vytvořen první celosvětový etický kodex, došlo k psychologizaci medicíny, jejíž podstata se částečně zakládala na empatii. Každý lékař by měl brát v úvahu psychologickou fázi prožívání nemoci konkrétním pacientem a přizpůsobit mu svou komunikaci. V této době nastalo rozlišení mezi běžnou a výjimečnou komunikací.

Termín běžná komunikace byl rezervován věcnému, pravdivému a uvážlivému sdělování informací, instrukcí a rad pacientům, které postihla léčitelná a časově omezeně trvající nemoc. Výjimečná komunikace byla uplatňována u pacientů nacházejících se v závažném zdravotním a následně i emotivně vypjatém stavu.⁶

1.2.1 Komunikace mezi lékařem a pacientem

Problémy v komunikaci mezi lékaři a pacienty jsou časté. *„Komunikační vztah mezi lékařem a pacientem je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami.“*⁷ Nejde pouze o to, zda lékař s pacientem komunikuje, ale též, a možná především o to, jakým způsobem. Nenaplněná očekávání lékařů i pacientů bývají zdrojem komunikačních a postojevých nedorozumění.⁸ V této „vztahové“ komunikaci jde především o to vystihnout přesně, věcně a objektivně definované pojmy.

Zároveň je nutné zabránit vztahové nerovnosti, která se v našich podmínkách často projevuje nadřazeností lékařů. Lékař je někdy direktivní a vyžaduje pacientovu poslušnost. *„Při komunikaci tohoto typu lékař informuje, radí, dává příkazy, zakazuje, doporučuje. Usiluje o věcný přístup bez osobního zaujetí. Většinou se zajímá o nemoc, méně pak o člověka, kterého léčí.“*⁹

⁶Ptáček R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 27

⁷Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 65
ISBN 978-80-7367- 477- 9.

⁸Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 65.
ISBN 978-80-7367- 477- 9.

⁹Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. S. 66.
ISBN 978-80-7367- 477-9.

Způsob komunikace by se měl opírat o teorii sdělení prof. PhDr. Jaromíra Janouška, Dr.Sc, který se zabývá psychologickým přístupem komunikace a který vytvořil její následující strukturu:

1. Záměr, strategický cíl sdělení,
2. smysl sdělení pro mluvčího,
3. věcný obsah sdělení,
4. smysl sdělení pro příjemce (jak tomu, co je sdělováno, rozumí),
5. efekt sdělení (výsledek a důsledek toho, co bylo sděleno).

Obrázek 2: Rozhovor lékaře s pacientem



Zdroj: http://1.bp.blogspot.com/-hdQ9NjyVbk4/TFM0_UPMcXI/AAAAAAAAARK/9b-UVgJDOol/s1600/lekar_a_pacient.jpeg

Dovednost komunikace je prvním krokem k účinné a efektivní konzultaci. Lékaři jsou často u jednotlivého pacienta v časové tísní a cítí potřebu bezprostředně převzít iniciativu a klást otázky. V tomto smyslu je povinností lékaře znát principy efektivní komunikace a být si vědom možných zdrojů problémů a konfliktů v komunikaci s pacientem a efektivně jim předcházet.¹⁰ Tyto skutečnosti pak mohou vést k určité disharmonii v následném sdělení.

V oblasti problémů v komunikaci obou zmiňovaných stran je nutné zdůraznit několik významných empirických faktů:

¹⁰ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 41. ISBN 978-80-247-3976-2.

1. Lékaři obecně dávají pacientům méně informací, než by si pacienti přáli, a užívají odborné termíny, které jsou pro pacienta nesrozumitelné, což vede nejen ke konfliktům, ale též k riziku špatného dodržování léčebného režimu.
2. Lékaři přeceňují čas, který je nutný k vysvětlení a k plánování léčby. To znamená, že jsou nadměru spokojeni s časem, který pacientům v tomto ohledu poskytnou.
3. Pacienti a lékaři nesouhlasí s relativní důležitostí sdělování lékařských informací.
4. Pacienti na první místo řadí informace o prognóze, diagnóze a příčinách obtíží, zatímco lékaři kladou nepřiměřenou váhu důležitým informacím o léčbě a farmakoterapii.
5. Závažným problémem je, jak si pacient na informace, které mu byly lékařem sděleny, vzpomene a jak jim porozumí. Tyto skutečnosti může lékař významně ovlivnit, použije-li některé komunikační principy.

Mezi nedostatky v lékařském vzdělání patří minimální pozornost věnovaná vzdělávání a tréninku komunikačních dovedností a schopností budovat terapeutický vztah k pacientům. Je mylné předpokládat, že každý lékař má schopnost empatické komunikace se svými pacienty nebo že tuto schopnost získá během své lékařské praxe.

6. 75 % pacientů uvádí, že během rozhovoru nemohli vyslovit své zásadní nebo neurčité obavy.
7. Lékaři se pacientů zřídka ptají na jejich myšlenky. Ve skutečnosti se myšlenkám pacientů vyhýbají a potlačují jejich vyjádření.
8. Lékaři odpovídají pouze na pacientovy přímé otázky. Na otevřené nebo nejasně formulované dotazy většinou neodpovídají.¹¹

Mnoho lékařů neumí dobře naslouchat, a tudíž nemohou odhalit některé individuální potřeby nebo rizika pacienta. Komunikační chování lékaře má velký vliv na to, jak je pacient sdílný. H. B. Beckman a R. M. Frankel zabývající se zkoumáním efektivního chování lékařů zjistili, že:

1. *„Lékaři často přerušují pacienta ještě před tím, než pacient dokončí to, co chtěl sdělit.*
2. *Pouze jeden z padesáti přerušovaných pacientů dokončí, co chtěl říci.*

¹¹ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 41. ISBN 978-80-247-3976-2.

3. *Vyslechnutí pacienta může zredukovat možné následující problémy v léčbě.*
4. *Upřesňující nebo uzavřené otázky často způsobují přerušeni pacienta a nesdělení některých podstatných okolností.*
5. *Po několikáté konzultaci za den lékař přerušuje pacienta již po první sdělené větě.*
6. *Pořadí, v jakém sdělují pacienti své problémy, neodpovídá jejich klinické důležitosti.*
7. *Pacienti, kteří nejsou po dobu šedesáti vteřin přerušeni, většinou nehovoří déle než sto padesát sekund.*¹²

Výše uvedená fakta vedou nejen k neefektivnímu dodržování léčby a nižší spokojenosti pacienta, ale v důsledku mohou vést k celkově nižší úspěšnosti léčby a její vyšší nákladovosti.

1.2.2 Komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem

Ošetrovatelská praxe klade velký důraz na funkčnost interpersonální komunikace. Kvalitní a funkční komunikace spoluvytváří efektní přístup nelékařského, středně-zdravotnického personálu.

Sestra využívá dovednost komunikovat s pacientem jako součást svého profesionálního vybavení, s níž pomáhá pacientovi rozšířit jeho sociální kompetence, zvládnout nemoc, odloučení od rodiny a nemožnost pracovat.¹³ Stejně jako v lékařské úrovni komunikace jsou zdravotní sestrou zachována stejná pravidla etické komunikace. V praxi rozlišujeme tři druhy profesionální komunikace, kdy každý druh má své zákonitosti a význam.

1. *„Sociální komunikace představuje běžný kontakt s nemocným. Celkové ladění vytváří vztah nemocného k osobám, které o něj pečují. Člověk v nemocniční péči nebo v domácím ošetřování má omezenou možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost sociálních kontaktů. Pozitivně přijímá možnost hovoru s dalšími lidmi, u zdravotníků navázání vztahu s nemocným usnadní další komunikaci v rámci ošetřování.*
2. *Specifická komunikace je oblastí komunikace, kdy jsou sdělována důležitá fakta, motivace nemocného k další léčbě, ale i k edukaci. Zde jsou kladeny*

¹² Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 42. ISBN 978-80-247-3976-2

¹³ Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 11. ISBN 80-247-1262-8.

zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení přijatelnou formou, vzhledem k aktuálnímu stavu nemocného.

3. *Terapeutická komunikace se často odehrává formou rozhovoru s nemocným. Při denním kontaktu s nemocným člověkem poskytuje zdravotní sestra oporu a pomoc v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných či velmi závažných skutečností či dopomáhá k adaptaci na změnu. Podpůrný terapeutický rozhovor s nemocným má za úkol zvýšit účinnost jiných léčebných přístupů u somaticky či psychosomaticky nemocných.*¹⁴

Obrázek 3. Rozhovor sestry a pacienta



Zdroj: <http://img.mf.cz/144/556/www-dbh-nhs.uk.bmp>

¹⁴ Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 13
ISBN 80-247-1262-8.

2 TYPY KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICKÉ PÉČI

Role zdravotníka v rozhovoru je do značné míry předem daná. Z hlediska komunikace jsou v roli hovořícího, naslouchajícího, tázajícího se a odpovídajícího oba – sestra i pacient. Je však důležité dosáhnout jakési dohody, kdo, kdy, jakou roli bude zastávat, aby výsledkem byla efektivní spolupráce.¹⁵

Komunikaci mezi zdravotnickým personálem a pacientem doprovází dovednosti ovlivňující celkový efekt léčby. Pro každého zdravotníka je uspokojující diagnostikovat chorobu na jedné straně a na straně druhé frustrující léčit chronicky nebo infaustně nemocné. Proto se problémy ve vztahu lékař – pacient, sestra – pacient ukazují převážně v komunikaci s chronicky nemocným. Zdravotník by si měl přiměřeně věřit a vidět sebe pozitivně, být flexibilní ke změnám, umět komunikaci řídit, umět pracovat s kritikou své osoby. Z funkčního pohledu rozlišujeme několik základních druhů rozhovoru: anamnesticko-diagnostický, terapeutický, informativní a edukační. Anamnesticko-diagnostický rozhovor slouží ke sběru osobních dat a z hlediska informací je tím nejdůležitějším v praxi. Při terapeutickém rozhovoru vysvětlujeme nemocnému následnou terapii, časový harmonogram jednotlivých úkonů léčby, jsou-li již stanoveny. Informativní rozhovor využíváme z hlediska právního, kdy je nutné pacientovým podpisem stvrdit, že s léčbou souhlasí. Edukační rozhovor používáme při poučení o jednotlivých krocích léčebné terapie, zejména před vyšetřením. Každý rozhovor má své paralingvistické charakteristiky.

Rozhovor je velmi podstatný pro získání důvěry, k čemuž jsou důležité následující aspekty: úcta, důvěryhodnost, ochota dávat, nejen přijímat, ochota odložit masku, připravenost ke změnám a revizím postojů, citlivé odkrývání překážek v rozhovoru, kognitivní přizpůsobování a v neposlední řadě přátelská atmosféra.

Komunikační dovednosti, ale i překážky mohou do rozhovoru vnášet obě strany, jak zdravotníci, tak pacienti. Brzdícími silami v rozhovoru mohou být strach, namyšlenost, pochybnosti o sobě i druhých, snaha druhého ovládnout, ztuhlost a rigidita, odlišné chápání slovních významů, příliš velké očekávání, přílišný úspěch, přílišná touha odlišovat se a nezralost osobnosti.¹⁶ Proces komunikace ovšem není pouhé kladení otázek.

¹⁵ Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. s. 27
ISBN 80-247-1262-8.

¹⁶ Křivohlavý, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1973. s. 143

Radkin Honzák shrnuje základní požadavky na komunikaci s pacientem takto:

1. *„Zdravotník musí vědět, co chce říci.*
2. *Načasovat sdělení informace.*
3. *Vybrat správné místo ke komunikaci.*
4. *Pamatovat na skutečnost, že informace jasné pro zdravotníky nemusí být jasné a pochopitelné pro pacienta.*
5. *Mluvit zřetelně, jasně a sdělení nekomplikovat.*
6. *Zvolit přiměřené tempo a odpovídající tón řeči.*
7. *Sledovat a zaznamenávat reakce pacienta, všimnout si zejména známek a projevů zmatku, hněvu a úzkosti, brát v úvahu pocity pacienta.*
8. *Umožnit pacientovi, aby se v dostatečné míře vyjádřil.*
9. *Nezneklidňovat a nedráždit pacienta svým projevem.*
10. *Ubezpečit se, zda pacient informaci přijal a pochopil.“¹⁷*

2.1 Rozhovor lékaře a pacienta

„Rozhovor je nejsilnější a zároveň nejcitlivější nástroj lékaře, a proto by jej měl také každý lékař dokonale ovládat. Rozhovorem lékař vytváří vztah s pacientem, pacienta ovlivňuje a získává a poskytuje mu potřebné informace.“¹⁸ Klidný lékař je schopen přenést svůj klid na svého pacienta, zatímco nejistý nebo nervózní lékař dokáže v pacientovi vyvolat obavy i v případech, kdy k nim není žádný důvod.

Komunikace pacienta s lékařem bývá obvykle selektivní. Lékaři mají tendenci soustředit se na informace, které od pacientů v daných případech očekávají.¹⁹ Nicméně cílem lékaře je podpořit a posílit pacienta v očekávání dobrého výsledku a projevit mu svůj zájem a empatii k jeho zdravotnímu stavu. Lékař v tomto vztahu přináší snahu o tvůrčí spolupráci, kterou udržuje svou vyspělou osobností v hranicích morálních a etických principů.²⁰

¹⁷ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 60 ISBN 978-80-247-3976-2.

¹⁸ Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 113 ISBN 80-7178-740-X.

¹⁹ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 60 ISBN 978-80-247-3976-2.

²⁰ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 73. ISBN 80-7254-235-4.

Dle prof. Podgóreckého, který se zabývá psychologií komunikace, rozeznáváme čtyři druhy empatických dovedností:

1. Afektivní dovednosti spočívají v tom, že lékař přistupuje k pacientovi s emocionální citlivostí, je schopen sdílet emoce a pocity a dočasně se identifikovat s druhou osobou a dokáže rozvíjet dovednost emocionální exprese. Ovládá svou sebekontrolu, která je pružná, plynulá a umožňuje mu přizpůsobit své chování situaci.
2. Motivační, empatické dovednosti spočívají v schopnosti vážit si lidského života, v tendenci poskytovat fyzickou pomoc a duševní podporu a v dovednosti rozeznávat u jiných příznaky bolesti, díky čemuž je schopen zastavit případné agresivní chování.
3. *Poznávací dovednosti rozeznávají emoce, díky nimž jsme schopni ovlivňovat jinou osobu. Správné posuzování vlastních a cizích emocí nám dovoluje přijímat role jiné osoby a chápat jejich pocity a zkušenosti.*
4. *Kinestetické dovednosti nám umožňují používat k vyjadřování gesta, pohybovat tělem a kontrolovat sílu hlasu.*

V klinické praxi rozeznáváme několik základních druhů rozhovorů lékaře s pacientem, a to především podle účelu a cíle, kterému jsou podřízeny. V tomto smyslu můžeme dělit rozhovory na ty, kterými informace získáváme, kterými informace dodáváme, a ty, kterými navozujeme změnu psychického stavu nebo chování.²¹

Princip komunikace mezi lékařem a pacientem je založen na obecném přístupu komunikace, jež stanovuje pět základních požadavků: dosažení spolupráce, stanovení priority terapeutické práce a přístupu, vytvoření pocitu bezpečí a jistot a dohodu o způsobu léčby.

Základním a jediným nástrojem rozhovoru jsou otázky. Ty můžeme rozdělit do šesti skupin:

1. Otázky otevřené slouží k rychlejšímu získávání informací.
2. Otázky doplňující vedou k doplnění informací o některých konkrétních faktech.
3. Otázky výčtové zpřesňují diagnózu.
4. Otázky alternativní nabízejí pacientovi dvě možnosti.
5. Otázky empatické slouží lékařům k projevu účasti s pacientem.

²¹ Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 78. ISBN 80-7178-740-X.

6. Otázky sugestivní, které je ale vhodné v diagnostickém rozhovoru eliminovat, jelikož lékař může v pacientovi vytvořit očekávání, že by takové příznaky měl mít, a ten je odsouhlasí, i když se nejedná o jeho případ.²²

2.1.1 Anamnéza

Zdravotní anamnéza pacienta představuje v procesu lékařské diagnostiky zcela rozhodnou a nenahraditelnou součást. „*Některé studie uvádějí, že správná diagnóza je určena u více než 80 % pacientů pouze na základě informací o jejich zdravotní historii, a pouze u necelých 4 % se diagnóza změní po objektivním lékařském vyšetření.*“²³ Anamnéza vždy obsahuje medicínské, psychologické a sociální aspekty.

V rámci anamnestického rozhovoru, který představuje v lékařské praxi velice náročný postup, by měl být lékař schopen věnovat svou pozornost technice aktivního naslouchání, která je nezbytnou součástí rozhovoru. Při aktivním naslouchání lékař pacienta povzbuzuje verbálními i neverbálními způsoby a opakuje pacientova hlavní sdělení, což mu umožňuje přeformulování hlavních myšlenek. Lékař může pacienta požádat o upřesnění toho, čemu nerozumí, takže dochází k vyjasnění anamnézy. Důležitou fází je též shrnutí sebraných informací včetně reflexe a ocenění pacienta, které usnadní další spolupráci.

V anamnestickém rozhovoru se nejčastěji objevují tyto typy otázek:

1. Otázky uzavřené

Využívají se nejčastěji, pokud jsou lékař a pacient v časovém omezení, tj. v akutní medicíně. Pacient na ně odpovídá jednoznačně. Př. Bolí vás břicho/hlava? Jste dušný?

2. Alternativní otázky

Při odpovídání na alternativní otázky má pacient možnost výběru.

Př.: Kdy se rozhodnete pro hospitalizaci? Kdy máte čas přijít na kontrolu?

3. Rétorické otázky

Rétorické otázky klade lékař sám sobě a sám na ně také odpovídá. Funkcí těchto otázek je podnítit zájem pacienta o terapii či výkon, které má podstoupit. Př. Zajímá vás, jaká je doba provedení výkonu a efektivita zákroku?

²² Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 61
ISBN 978-80-247-3976-2.

²³ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. S. 66
ISBN 978-80-247-3976-2.

4. Cirkulární dotazování

Cirkulární dotazování používáme u chronicky nemocných pacientů. Kladení těchto otázek je specifické pro obor psychoterapeutů, kteří pracují s rodinami pacientů. Místo abychom se zeptali pacienta, co si myslí, co si přeje, co ho trápí, co mu vadí, co ho bolí, ptáme se, co si myslí, jaký názor má jiný člen rodiny nebo jeho kolega z práce, spoluhráči ze sportovního týmu. Př. Co si myslíte, že si vaše manželka myslí, že vás bolí?

2.1.2 Schéma rozhovoru

Komunikace mezi lékařem a pacientem by měla mít svou pevnou formu, kterou bychom mohli rozdělit do několika částí.

Úvodní část

Úvodní část je začátkem rozhovoru, v němž pacient a lékař navazují vztah a lékař získává prostor k tomu, aby pacienta pozdravil, zeptal se ho na jméno, představil se a získal souhlas s léčbou. Součástí této fáze je důležité projevení respektu a zájmu, což umožňuje pacientovu aklimatizaci ve zdravotnickém zařízení.

Identifikace důvodů konzultace

V této fázi rozhovoru klade lékař otevřené otázky, které mu pomáhají identifikovat pacientovy problémy. Pozorně a bez přerušování pacientovi naslouchá, potvrzuje problémy, projednává spolu s pacientem, co je potřebné pro léčbu, a nechá pacienta ptát se na to, co ho zajímá.

Shromáždění informací

Ve střední části rozhovoru je zkoumán pacientův problém. K tomu je potřeba pacienta povzbudit, aby hovořil o svých problémech. Je potřeba klást otázky (systematicky od otevřených k uzavřeným), pozorně pacientovi naslouchat, nechat ho hovořit bez přerušování a dát mu prostor, aby se on sám mohl vyjádřit. Lékař by měl pacientovi usnadnit odpovídání – a to verbálně i neverbálně, např. povzbuzením, tichem, opakováním, parafrázováním či interpretací. Při rozhovoru by měl využívat verbální i neverbální prostředky. Je také důležité, aby si lékař průběžně objasňoval pacientova tvrzení, která mu připadají nejasná nebo potřebují další doplnění. V průběhu celé komunikace by měl dbát na to, aby se vyjadřoval jasně, srozumitelně, bez využití slangu a lékařských termínů, které v pacientovi vyvolávají pocit nejistoty z neporozumění.

Pro porozumění pohledu pacienta je zapotřebí ptát se na pacientovy představy a názory, na jeho očekávání, na důsledky toho, jak zdravotní problém ovlivňuje jeho život, eventuelně život jeho rodiny. Během této komunikace je potřeba povzbuzovat pacienta, aby se nebál popsat své pocity.

Probíhající konzultace musí mít jasnou strukturu, v níž se bude dobře orientovat jak lékař, tak pacient. Je nutné, aby konzultace probíhala ve struktuře logických sekvencí a držela se stanoveného tématu. Pacient musí mít pocit, že je rovnocenným účastníkem rozhovoru, a na konci by si lékař měl vše shrnout a ujistit se, že pacient všemu rozuměl.

Během komunikace si lékař a pacient budují vztah, na kterém pak bude založena pacientova důvěra. K tomu slouží vhodné neverbální chování, které se projevuje očním kontaktem, vybranými postoji, pozicemi a pohyby a hlasovými prostředky (tempo, síla, intonace). Při čtení nebo zapisování do počítače by měl lékař jednat takovým způsobem, aby nenarušil rozhovor ani vztah. Vhodné neverbální chování by mělo vyjadřovat důvěru vůči pacientovi.

K tomu, aby se vztah mezi lékařem a pacientem vyvíjel žádoucím směrem, je potřeba přijmout správnost pacientových pohledů a pocitů. Lékař by pacienta neměl soudit. Místo toho by měl využít empatii, snažit se porozumět pacientovým pocitům a prokázat mu podporu – vyjádřit zájem, pochopení, snahu pomoci – a uznat jeho úsilí a patřičnou péči, kterou věnoval své léčbě. Aby si lékař získal pacientovu důvěru, je třeba choulostivé záležitosti řešit s nejvyšší citlivostí, zejména pokud jsou spojeny s fyzickým vyšetřením.

Shrnutí informací

V závěrečné části konzultace by se měl lékař podělit o své myšlenky s pacientem, což zajišťuje, že se pacient bude cítit rovnocenným účastníkem komunikace. Lékař by měl podrobněji pacientovi vysvětlit části vyšetření, popsat jeho proces, požádat o svolení k jeho realizaci a zodpovědět všechny pacientovy otázky.

Během vysvětlování a plánování vyšetření je potřeba podávat pacientovi přiměřené množství informací a tyto informace pacientovi dávat po částech a ujišťovat se, že jim rozumí. Je třeba brát zřetel na pacientovy znalosti. Pacientovy odpovědi je možné brát jako návod k tomu, jak v komunikaci dále pokračovat.

Lékař by se měl pacienta zeptat, jaké informace z hlediska prognózy a etiologie pro něj budou užitečné, a vysvětlení podat ve správný čas. Měl by se vyhnout předčasným informacím, radám a ujištěním.

K tomu, aby pacient všemu správně porozuměl, lze dospět různými cestami. Vysvětlení je nutné rozdělit do několika logických sekvencí a využívat kategorizací a přesných označení. V průběhu komunikace pomáhá opakovat a sumarizovat již sdělené a mluvit stručně a srozumitelně. Pomoci mohou také vizuální modely: diagramy, modely, písemné informace a instrukce. V průběhu komunikace může lékař požádat pacienta, aby vlastními slovy vysvětlil, jak sdělení rozumí.

Aby skutečně došlo k vzájemnému pochopení, musí být lékařovo vysvětlení zaměřeno na pacienta: na jeho porozumění, jeho názory, zájmy a očekávání. Pacient musí být ujištěn, že všemu porozuměl – musí mít šanci ptát se, aby si objasnil nejasnosti, lékař mu musí odpovídat na jeho otázky a vyvrátit jeho pochybnosti. Kromě toho lékař musí rozumět i verbálním a neverbálním náznakům a odpovídat na ně. Tím, že bude sledovat jeho reakce a pocity, si lékař získá pacientovu důvěru.

Pacient by měl také mít svůj podíl na rozhodování a plánování dalšího postupu. Pokud je to možné, měl by lékař s pacientem sdílet své nápady a myšlenkové procesy. V nabídce řešení by měl pacientovi nabídnout spíše volbu než instrukce a přitom by měl pacienta ujistit, že jeho názory a návrhy byly vzaty v úvahu. Společně by měli prozkoumat vhodné možnosti řešení, dohodnout se na plánu léčby a lékař by si měl ověřit, zda si pacient přeje mít rozhodnutí ve svých rukou a zda plán přijímá, nebo k němu má připomínky.

Závěr sezení – plánování

Na závěr sezení se lékař s pacientem musí domluvit na dalších krocích, měly by být zodpovězeny všechny otázky ze strany lékaře i pacienta a lékař by měl pacienta informovat, jak postupovat v případě, že plán nebude fungovat – kde a jak má hledat pomoc.

Mimo nejdůležitějšího anamnestického rozhovoru je součástí lékařské komunikace sdělování informací. Konzultace lékaře s pacientem ani v tomto případě není jednosměrná. Lékař by se měl především ujistit, zda je při podávání informací o zdravotním stavu seznámen se všemi dostupnými daty a celkovým zdravotním stavem. Je to nezbytné, jelikož podané informace vyjadřují diagnózu v souvislosti s prognózou a v neposlední řadě i léčebný postup.

Pokud pacient dostane adekvátní množství informací, snižují hladinu jeho úzkosti a stresu. Aby tyto cíle byly splněny, je nutné zjistit, jak pacient problému rozumí a jak si myslí, že mu může být poskytnuta pomoc.

Doporučeným postupem je nejdříve popsat informace, doporučit další vyšetření, plán léčby a na závěr shrnout to, jak pacient danému stavu svého zdraví rozumí. Celý rozhovor by měl být veden srozumitelným jazykem. Nejdůležitější a konkrétní informace by měly zaznít ihned na začátku sdělení bez medicínských frází a obrátů. Pokud je třeba, je možné použít i názorných pomůcek. Při sdělování nepříznivých zpráv je mimořádně důležité dbát na citovou stránku nemocného, na reakci jeho samotného a jeho blízkých.

Základními cíli sdělování informací v lékařské komunikaci jsou:

1. Pomoci pacientovi porozumět tomu, co se děje,
2. snížit pacientovu úzkost a nejistotu,
3. zajistit spolupráci pacienta,
4. empatický přístup,
5. zabránit změny vztahu lékař – pacient.

Z hlediska vývoje komunikace může i správně vedený dialog dospět do negativní fáze – problematické komunikace, která přináší do interakce lékaře s pacientem specifické překážky. Problematická komunikace ovšem není v praxi lékaře ničím výjimečným.

Příčin, které mohou navozovat určitý problém, je celá řada. Od smyslového handicapu, přes mentální až akutní psychický stav – šok, agresi či rezignaci.

2.2 Jednání s pacientem ve vyhraněných situacích

„Většina pacientů vyhledává lékaře kvůli symptomům, které jsou doprovázeny fyzickou bolestí, psychickým napětím, úzkostmi, obavami a strachem, ať už o sebe či o své blízké. Tyto symptomy pochopitelně vedou u pacientů k frustraci, což je nejčastějším spouštěčem agresivního jednání.“²⁴ Základní komunikace vychází z porozumění a uvědomění si faktu, že případná pacientova agresivita není namířena vůči osobě lékaře, ale proti „zlému osudu“. Jádrem rozhovoru je fáze uklidňování, smlouvání a psychologický rozhovor, jehož cílem je změnit konfrontaci na diskusi a snížit agresi.²⁵

²⁴ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 381
ISBN 978-80-247-3976-2.

²⁵ Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 96
ISBN 978-80-7367-477-9.

V zásadě se vyhýbáme výhrůžkám a ultimátům, pacientovi nabízíme jistou míru kontroly nad situací, což vede ke zmírnění pocitu úzkosti a bezmoci. Lékaři by při komunikaci s pacientem měli dodržovat následující bezpečnostní pravidla:

1. Nikdy nebýt s pacientem sami v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc.
2. Odstranit z dosahu pacienta ostré předměty.
3. Dodržovat bezpečnou vzdálenost – delší, než je délka natažené paže.
4. Pokud lékař ví, že je pacient psychicky dekompenzovaný, citlivě prezentuje svou převahu.

2.3 Komunikace zdravotní sestra – pacient

Od běžných hovorů sociální komunikace se komunikace zdravotní sestra – pacient liší tím, že ústřední roli hrají pocity pacienta. Sesterské komunikační kompetence jsou v daném kontextu žádoucí, jelikož to, co pacient cítí, je to nejdůležitější, co má sestra vyslechnout. Svou dílčí komunikací se snaží ve zdravotnickém zařízení vytvořit a zajistit pocit jistoty a bezpečí. Oproti lékařské komunikaci je sesterská komunikace založena na větší dávce empatie, jelikož nejčastější pocity pacienta jsou úzkosti, pocity strachu, vztek až agrese, deprese, projevy bezmoci a beznaděje.

Úzkostné jednání člověka je podloženo žebříčkem hodnot, který je jiný u nemocného člověka a jiný u zdravého jedince. V každém jednání s pacientem je nutné zachovat tři hodnoty: odpovědnost, spravedlivost a laskavost.

Odpovědnost se v komunikaci projevuje povinností, která svědčí o tom, že zdravotní sestra nejedná náhodně, ale v určitém vztahu k nemocnému. Spravedlnost je charakterizována již výše zmíněnými aspekty komunikace, jimiž jsou respekt, úcta k právu, k tomu, co je danou společností formulováno v zákonech, předpisech a právních ustanoveních. V užším slova smyslu bychom mohli říct, že je potřeba jednat podle toho, co je správné a dobré.²⁶ Laskavost vystihuje ohled na druhého – v širším pojetí zájem o potřeby nemocného, starost a péče o něj.

²⁶ Kutnohorská, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s. 93. ISBN 978-80-247-2069-2.

2.3.1 Anamnéza

Stejně jako na lékařské úrovni probíhá na úrovni sestry – pacient obdobný postup komunikace. Rozhovor je jedním z hlavních způsobů anamnestického zjištění a je veden způsobem, který v ošetrovatelské péči poskytuje zásadní informace. V této úrovni je oproti lékařskému terapeutickému rozhovoru ve větší míře zastoupen směr rozhovoru informativní a edukační. Ze sesterského pohledu je v terapeutickém rozhovoru zastoupeno spíše „dobré slovo“.

Sestra je tím, kdo přichází s pacientem do bezprostřední blízkosti a je s ním oproti lékaři častěji. V časovém harmonogramu zdravotnické komunikace je mnohdy sestra tím prvním, kdo navazuje spolupráci. Úroveň jejích cílů je ve třech bodech velmi obdobná jako u lékaře.

1. Navázání kontaktu. (Při komunikaci je potřeba respektovat přítomnost blízké osoby.)
2. Dosažení důvěry ve zdravotnický personál, což je při určitých onemocněních velmi
3. obtížné. (Pravidlem je nelhat a nezahltit pacienta nebo příbuzné množstvím informací, které si stejně nemohou zapamatovat.)
4. Povzbuzení pacienta k vylíčení obtíží. (K tomu je nutné dát pacientovi prostor a čas k vyjádření vlastních pocitů a vyslovení vlastních otázek.)

Z hlediska informačního rozhovoru předává sestra pacientovi potřebné informace týkající se průběhu určitého vyšetření či sbírání sesterské anamnézy. V obou zmíněných komunikacích je kladen důraz na jasnost, srozumitelnost, stručnost, citlivost a na správný čas.

Z hlediska edukace je v této úrovni komunikace kladen důraz na zapojení pacienta do jeho vlastní léčby. Cílem rozhovoru je zapojit co nejvíce smyslů pacienta k lepšímu průběhu hospitalizace.

Poslední hledisko komunikace je efektivnost. Ze správně vedené efektivní komunikace jsou nasbírána nejdůležitější data o pacientovi v poměrně krátkém čase, tudíž samotný pacient si nepřipadá, že by byl pod tlakem, a je schopen jakéhosi uvolnění v prostoru zdravotnického zařízení.

Charakteristika efektivní komunikace:

1. Mluvčí i příjemce dostávají důležité informace.
2. Informace jsou podány ve srozumitelné formě.
3. Je zachována důstojnost pacienta.

4. Pacient má prostor pro dotazy, zopakování.
5. Pacient může vyjádřit svůj názor, komunikace je kongruentní.²⁷

Příklad sesterské anamnézy je uveden v Příloze A

2.3.2 Správně vedený efektivní sesterský rozhovor

Představení

1. Sestra naváže s pacientem – účastníkem dialogu – kontakt a zaujme vstřícný postoj.
2. Sestra uvede důvod rozhovoru a stanoví si cíl.

Zjišťování

Prostřednictvím zrcadlového efektu, kterým se sestra snaží navodit pocit bezpečí, zjišťuje pacientova očekávání od léčby. Racionální složkou zjišťování je kvalita poskytnuté péče – jakou pacient očekává. Součástí je také zjišťování omezení, která plynou z pacientovy nemoci či sociálního postavení.

Záměr

Prostřednictvím zrcadlového efektu vyvolá sestra u pacienta pozitivní motivaci k cíli, kterého má být dosaženo. Takto dovede sestra pacienta k částečné až úplné změně protikladných postojů.

Akce

1. Sestra udělá syntézu souhlasných prvků.
2. Tyto prvky předloží pacientovi ke zhodnocení.
3. Sestra zhodnotí výsledek a určí si závazky a cíle a naplánuje další kroky.²⁸

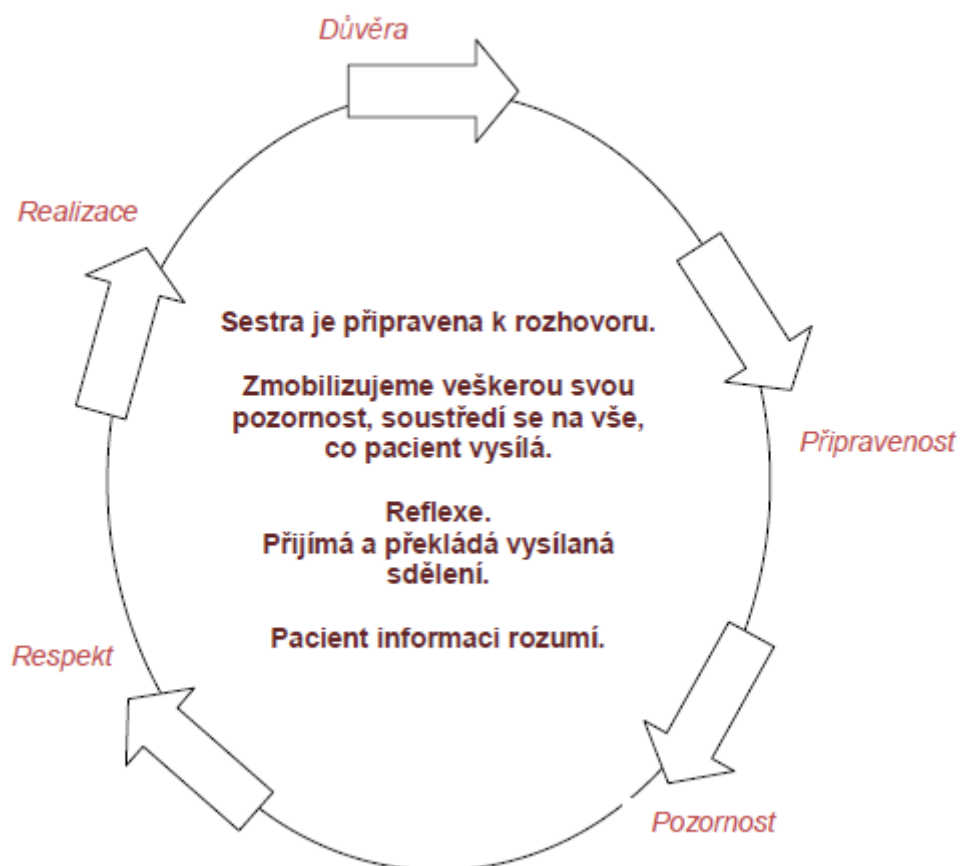
Respekt

1. Během celého dialogu sestra pacientovi naslouchá.
2. Sestra má na paměti, že pacient je osobitá a jedinečná bytost.
3. Sestra nevyvíjí na pacienta nátlak.

²⁷ Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. s. 13. ISBN 80-247-1262-8.

²⁸ Dupuy, E. *Úspěšný dialog*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. s. 35. ISBN 80-7178-666-7.

Obrázek 4: Schéma efektivního sesterského rozhovoru s pacientem²⁹



Sesterská anamnéza

Tento dílčí rozhovor má svá přesná pravidla, jejichž nedílnou součástí jsou informativní a doplňující otázky.

Otázky z hlediska formy:

1. Otevřené – z anamnestického hlediska patří na první místo.
2. Uzavřené – zaměřené na jeden jediný bod (upřesnění informace).

Otázky z hlediska obsahu:

1. Věcné – zaměřené na téma, na zcela určitou věc, na jádro věci.
2. Osobní – otázky směřující na mínění druhých, jejich názor, postoj, představu a hodnocení. Rozhovor je zaměřen na subjektivní a emocionální stránku pacienta.³⁰

²⁹ Vlastní schéma autorky

³⁰ Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 13. ISBN 80-247-1262-8.

2.4 Komunikace z pohledu sestry

Stejně jako lékaři se i ošetřující zdravotnický personál někdy dostává do kritické fáze komunikace. Avšak z hlediska časového harmonogramu je pacient této „dysfunkci“ vystaven mnohem dříve. Proto je často nucen zaujmout psychofyzické jednání. V takovýchto případech je nutné zahájit strategii komunikace s problémovými pacienty. (V této části již nejde o pacienty s tělesným handicapem, kteří mívají k ošetřovatelskému personálu kladný vztah zejména proto, že se v obecné rovině jedná o jedince, kteří po psychosociální stránce nevyžadují žádnou zvláštní péči.)

Problémové konfliktní jednání však může vyvstat, pokud se jedná o pacienty s mentálním postižením či o pacienty v akutním psychickém stavu. Míru komunikačních dovedností zde ovlivňuje individuální hodnotová orientace, vzdělání a vztah k osobnosti (k osobitému pojetí pacienta).

Technika rozhovoru vychází ze zásad psychoterapie, která je výsadou úzkého kruhu nelékařských pracovníků. Základním principem jednání je nedirektivní rozhovor založený na emoční blízkosti – tedy na zájmu o pacientovu situaci, na zájmu o jeho rodinu, zájmy a práci. Na zvážení jsou okolnosti nemoci a prognóza. V rozhovoru jsou zastoupeny tyto aspekty jednání: aktivní naslouchání, podpora nemocného k rozhovoru, reflexe, vyjádření porozumění, akceptace, úcta a autentičnost.³¹

Za výstižné je v tomto případě možné považovat přísloví: *„Je vhodné plakat s plačícím, ale nemůžeme umřít s umírajícím.“*

V rozhovoru s mentálně postiženým jedincem zastáváme tyto zásady komunikace:

1. K postiženému přistupujeme jako k jiné osobě.
2. Zachováváme zásady společenského chování.
3. Prvotně oslovujeme pacienta, až následně doprovod.
4. Přizpůsobíme jednání mentální úrovni pacienta.
5. Sledujeme nonverbální projevy nemocného.
6. V jednání je nutné zachovat trpělivost a toleranci.
7. K dospělému nemocnému se chováme partnersky.
8. Hovoříme výstižně.
9. Tempo řeči je pomalejší.³²

³¹Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 35. ISBN 80-247-1262-8.

³²Venglářová, M., G. Mahrová. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 101. ISBN 80-247-1262-8.

3 ETIKA

„Lékařská etika je zasazena do mravního zákona, přesahujícího lékařský kontext. Je srozumitelná i těm, kteří nemají lékařské vzdělání, a pokud se vyskytne problém složitější, je jeho řešení ponecháno člověku vzdělanému v Zákoně.“³³

V současné době se hromadí mnoho nečekaných a složitých etických dilemat, která vyplývají nejen z mimořádně rychlého vývoje medicíny, ale také z vysoce pluralitní společnosti.³⁴ Z těchto důvodů je nutné, aby jednání lékařů vycházelo z předem daných a jednoznačných zásad, které souvisejí s vnitřní mravností medicíny, podloženou historií a kulturou lidstva.

V zásadě etika vychází z pěti oborů – metaetiky, tedy filozofie morálky, normativní etiky, která se pokouší formulovat postupy a mechanismy řešení etických problémů, z praktické etiky studující konkrétní situace a rozhodnutí v rámci určitého oboru, z etiky heteronomní, v níž jsou zásady dány zvnějšku společenskou autoritou, a z etiky autonomní vymezující etické zásady.

Předmětem komunikace jsou morálně-etické problémy vyjadřující jednání lékaře vždy v zájmu života a zdraví nemocného. Základ tohoto jednání nacházíme již v Hippokratově zásadě: „Salus aegroti suprema lex.“ („Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem.“)

Úkolem lékařské etiky je definovat principy, analyzovat jednání a důvody lékařského rozhodování, přispívat k funkčním interpersonálním vztahům na zdravotnických pracovištích a v neposlední řadě analyzovat sporné situace v teoretické i klinické medicíně, které mají jednoznačné řešení a poukazují na možná východiska a přístupy k definování hodnot a cílů, kterých má být ve zdravotnictví dosaženo.³⁵

Cílem lékařské etiky je definice lékařské profese ve smyslu humánních přístupů ve všech odvětvích.³⁶ V etickém rozhodování lékaře hraje velkou roli osobnost daného člověka a jeho celková morální zralost.³⁷

Jedním ze základních požadavků zdravotnické etiky je respektování pacientovy autonomie, kterou představují nezávislost, svébytnost, samostatnost, svobodná vůle, sebeurčení a možnost individuální volby. Respektování autonomie

³³ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 42. ISBN 80-7254-235-4.

³⁴ Ptáček, R., P. Bartůněk a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. s. 79. ISBN 978-80-247-3976-2.

³⁵ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 47. ISBN 80-7254-235-4.

³⁶ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 47. ISBN 80-7254-235-4.

³⁷ Vácha, M., R. Konigová, M. Maurer. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 143. ISBN 978-80-7367-780-0.

nemocného předpokládá zájem lékaře či zdravotníka o jeho existenci, snahu vysvětlit mu srozumitelnými termíny problematiku zdravotního stavu a snažit se získat informovaný souhlas nemocného, protože ten nemá být jen příjemcem lékařských informací, ale jeho názor má být brán v úvahu v diagnostické i léčebné praxi.³⁸

Výše uvedené potvrzuje etický kodex práv pacientů, který byl vlivem doby upravován stejně jako mnoho dalších zásad.

První ucelený kodex práv pacientů byl zveřejněn v roce 1971 lékárníkem Davidem Andersonem z Virginie v USA a obsahoval následující:

„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocíty, obavami, tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“³⁹

O rok později přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. V roce 1974 následovala Charta hospitalizovaného pacienta vydaná ve Francii.

Většina vyspělých států přijala obecnou verzi dokumentu a svá etická pravidla doplnila podle určitých skupin nemocných. Změny v dokumentu jsou dány měnící se dobou a nároky na moderní medicínu. *„To, co se stane samozřejmostí a nepsaným zákonem, je zpravidla z kodexu vypuštěno a nahrazeno novým úkolem, se kterým je třeba se vypořádat.“⁴⁰*

Český obsáhlý dokument Práva pacientů, ustavený dle etických evropských norem z roku 1990, vydaný Centrální etickou komisí při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví, byl schválen definitivní verzí dne 25. 12. 1992.

Úplný text dokumentu je přiložen v Příloze B.

³⁸ Kořenek J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 47. ISBN 80-7254-235-4.

³⁹ Haškovcová, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. s. 17. ISBN 978-80-7262-497-3.

⁴⁰ Haškovcová, H. *Práva pacientů – komentované vydání*. Praha – Havířov: Nakladatelství A. Krtinové, 1996. s. 17. ISBN 80-902163-0-7.

3.1 Etické lékařské kodexy

3.1.1 Hippokratova přísaha

První zásadou etiky, s níž se lékař setkává, je Hippokratova přísaha, která měla a má zásadní význam při tvorbě etických a morálních norem v oblasti poskytování zdravotní péče. V žádné zemi však nikdy neměla charakter právní normy. Je vždy uznávána jako specifická etická norma upravující chování lékaře.⁴¹

Text přísahy:

„Přisáhám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panocei a při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba, také jeho potomky budu pokládat za bratry, a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětim podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ano sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu, zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny. Neprovedu řez žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ne snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření a bezpráví nebo jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství.“⁴²

Moderní medicína nachází vyjádření v nových etických deklaracích, které nepopírají Hippokratovu přísahu, ale jsou spíše její revitalizací. Ženevská deklarace z roku 1948 doplněná v Sydney a Benátkách v roce 1987 uvádí:

„Slavnostně se zavazují, že zasvětim svůj život službě lidství. Chci věnovat svým učitelům vážnost a vděčnost, což je pro ně odměnou. Chci vykonávat své

⁴¹Hippokratova přísaha[ONLINE].[cit.2013-19-02]. Dostupné z: http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm

⁴² Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 49. ISBN 80-7254-235-4.

povolání svědomitě a důstojně. Zdraví mého pacienta bude mým prvořadým zájmem. Budu respektovat všechny důvěrné údaje, které mně byly svěřeny, a to i po smrti pacienta. Budu zachovávat všemi prostředky, které mám k dispozici, vznešenost lékařského povolání. Moji kolegové budou mými bratry. Nikdy nedovolím, aby motivy náboženské, národnostní, rasové, politicky stranické a sociálního postavení zasáhly mezi mou povinnost a mého pacienta. Zachovávám krajní respekt před lidským životem od jeho počátku a nikdy nezneužiji svých medicínských znalostí proti zákonům humanity. Tento slib vykonávám slavnostně, svobodně a na svoji čest.“⁴³

3.1.2 Etický kodex České lékařské komory

V roce 1991 byl přijat zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře a dalších přijatý na 5. sjezdu ČLK dne 10. 12. 1995 a nabyl účinnosti dne 1. 1. 1996.

I. oddíl – Obecné zásady,

- 1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.*
- 2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sexuální orientaci, sociální postavení, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.*
- 3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.*
- 4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.*
- 5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.“⁴⁴*

Celé znění Etického kodexu lékařů dle České lékařské komory je v Příloze C

⁴³ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. S. 61. ISBN 80-7254-235-4.

⁴⁴ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. s. 62. ISBN 80-7254-235-4.

Obecné zásady představují v otázkách lékařské etiky řešení mnohých nelehkých problémů a situací, které lékaře vyzývají k zaujetí osobního postoje a jednání. V určitých rozhodnutích si však lékař musí uvědomit, že jeho rozhodnutí v sobě nesou odpovědnost za vlastní skutky a případná opomenutí.

Příkladný model lékařské etiky popisuje ve své knize Lékařská etika MUDr. Mgr. Josef Kořenek, CSc.

1. *„Model zákonné etiky – lékař musí znát zákony odpovídající nastalé situaci a umět je použít.*
2. *Model situační etiky – každá situace vyžaduje svou „závažnost“ v mravní normě.*
3. *Model etiky vnitřního morálního postoje – klade důraz na „smýšlení“ vnitřní nastavení jednajícího subjektu.“⁴⁵*

3.1.3 Etická komise České lékařské komory

Etická komise České lékařské komory vznikla v roce 2002 jako nezávislý poradní orgán lékařské komory pro etické otázky spojené s výkonem lékařského povolání. Ve výboru jsou zastoupeny dvě strany, lékaři a laici, kteří posuzují situace a jevy, které souvisejí s prudkým rozvojem medicíny ve vztahu k ekonomickým možnostem a složení české společnosti.

Laici-nelékaři představují a hájí názor laické veřejnosti, což je nezbytný prvek zpětné vazby, bez kterého by nemohl být pohled na daný problém úplný. V současnosti se Etická komise zabývá především tvorbou stanoviska k nerovnému přístupu ke zdravotní péči.

Základním dokumentem, který Etická komise zpracovává, je dokument World Medical Association, přijatý v Soulu v říjnu 2008, takzvaná Soulská deklarace o profesní autonomii.

⁴⁵ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. S. 67. ISBN 80-7254-235-4.

3.2 Ošetřovatelská etika

Stejně jako lékařská etika má sesterská etika své atributy chování. Ošetřovatelskou etiku vystihují stejné hodnoty dobra, prospěchu pacienta a úkony, které mají morální dopad na sféru nelékařských pracovníků. Morálka v této úrovni kopíruje společensky žádoucí a nežádoucí jednání. Mravní normu určují „veřejné mínění“, etický kodex sester (který dodnes není uznán Českou lékařskou komorou) a práva pacientů.

Etické chování sestry je dáno filozofickými, ideovými názory a postoji, ošetřovatelskou etikou, psychosociálním působením na pacienta, právním systémem a zákonnými normami zdravotnické péče, vědecko-technickou úrovní, materiální a personální vybaveností pracoviště, samotným postavením sestry a jejími osobnostními vlastnostmi a úrovní mezilidské komunikace.⁴⁶

Cíle ošetřovatelské etiky vymezované vztahy nemocný – sestra a lékař – sestra jsou profesionální jednání v ošetřovatelských výkonech, pochopení tíživé situace a nalezení pacientovy osobní existence.

3.2.1 Mezinárodní pravidla pro chování zdravotní sestry

1. *„Sestra má tři základní úkoly: udržet zdraví, zmírnit utrpení, podporovat zdraví.*
2. *Sestra při ošetřování a výkonu povolání na sebe klade vždy nejvyšší požadavky.*
3. *Sestra musí být pro svou práci dobře vzdělaná.*
4. *Sestra má mít ve vážnosti náboženské vyznání pacienta a brát na něj ohled.*
5. *Sestra zachovává tajemství.*
6. *Sestra si je vědoma své odpovědnosti i hranic své pravomoci. Bez lékařského nařízení neprovede sama ošetření mimo nutné případy, pak informuje o provedeném opatření v co nejkratší době lékaře.*
7. *Sestra je povinna uvážlivě a loajálně provádět nařízení (ordinace) lékaře a odepřít účast na jednání, která se prohřešují proti etice.*
8. *Sestra posiluje důvěru v lékaře a další ošetřovatelský personál.*
9. *Sestra nenechá bez povšimnutí prohřešky proti profesionální etice.*

⁴⁶ Kutnohorská, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 37. ISBN 978-80-247-2069-2.

10. *Sestra nepřijímá žádné úplatky mimo malé pozornosti.*
11. *Sestra by neměla používat svého jména v reklamě.*
12. *Sestra se snaží o dobrou spolupráci s ostatními kolegy/kolegyněmi.*
13. *Sestra se řídí etickými zásadami, které zvyšují vážnost jejího povolání.*
14. *Sestra se podílí na upevňování zdraví.*⁴⁷

3.2.2 Etický kodex sester

V historii etiky a ošetřovatelství má významnou roli zakladatelka ošetřovatelství Florence Nightingale, která jako první formulovala zásady ošetřovatelského přístupu k nemocným. První etický kodex je popsán v knize *Notes on Nursing* z roku 1860, jejíž autorkou je právě Florence Nightingale. Kniha popisuje ošetřovatelku jako spolehlivou, důvěryhodnou, svědomitou, střídou, počestnou a zbožnou osobu, jež chová k vlastnímu povolání úctu, jelikož do jejích rukou je vložen drahý dar – život.

V roce 1899 byla založena společnost *International Council of Nurses* – Mezinárodní rada sester, sídlící v Ženevě. V roce 1953 byl poprvé touto společností přijat Mezinárodní kodex sester, který do roku 2013 prošel dvěma významnými revizemi. Platný kodex po změně z roku 2000 je popsán v Příloze D.

Etický kodex poskytuje základní rámec k rozhodování a konání a měl by být využitelný pro co nejširší počet zúčastněných. Jeho význam je pro profesionálnost sestry nezbytný z několika pohledů. Kodex utváří standardy v ošetřovatelství, reguluje vztahy a stejně jako na lékařské úrovni napomáhá veřejnosti porozumět profesi a jednání zdravotníků.

V roce 1991 vznikly dva návrhy etických kodexů, přičemž jeden iniciovala společnost ČAS – Česká asociace sester a druhý vznikl ve zdravotnické organizaci HOPE zabývající se vzděláním zdravotnického personálu.

Celé znění stávajícího etického kodexu sester je popsáno v Příloze D.

⁴⁷ Kutnohorská, J. *Etika v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. s. 37. ISBN 978-80-247-2069-2.

4 KOMUNIKACE V POROZUMĚNÍ

„Profesor Koutecký, přední dětský onkolog, a řada dalších lékařů upozorňují, že se z medicíny mluvící stala medicína mlčící. Navíc snaha postavit medicínu na objektivní, spolehlivou bázi, výrazně zmenšila prostor pro komunikaci.“⁴⁸

Lékař, ale i ošetrovatelský personál, by měli s ohledem na vzájemné porozumění brát na zřetel tyto ukazatele komunikace: jak se chovají, jak si myslí, že se chovají, a jak by se měli chovat a efektivně komunikovat. V praxi je nejčastěji tento typ profesní komunikace používán u pacientů s nevléčitelnou prognózou, kteří po právu vyžadují nejvyšší možnou autonomii. Provázení nemocného během léčby buduje vztah mezi ním a zdravotníkem. Zvládnutí těchto náročných situací, jakou je komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem, představuje úskalí pro všechny zainteresované strany: lékaře, pacienta i jeho rodinu.

Přesměrování z aktivního života na závažnou až smrtelnou diagnózu vyvolává v postiženém jedinci mnoho negativních emocí.

„Základním stavebním kamenem“ komunikace je mírnit utrpení z léčby, nevoli, přemoci strach a úzkost. Tím, jak narůstá moc medicíny, jsou tyto atributy jednání mnohdy opomíjeny a člověk se ztrácí v záplavě vyšetřovacích a léčebných výkonů. Utrpení je mnohdy odmítáno jako něco nepatřičného, co komplikuje léčbu, ale nemocného často provází stejně jako prožitek osamocení a „vytěsnanosti“ ze společnosti. Pocit osamocení je dán následujícími faktory: trpící člověk má často pocit, že jeho stav je naprosto jedinečný a ostatní mu nemohou nebo nechtějí pomoci či porozumět.⁴⁹

V této chvíli nastává u nemocného hledání smyslu života, což je základní lidskou potřebou. Pacient si klade otázku: Proč právě já a proč se to týká právě mě? Vyvstává tak hlavní otázka etické komunikace, a to, jak na důležitou otázku odpovědět. *„Tato odpověď je však spíše nepřímá – je to takové chování, jímž pacienta doprovázíme, podporujeme, otevíráme mu prostor k takové reflexi a k hledání vlastní odpovědi. Je neetické tuto dimenzi v prožívání pacienta odpírat, popřípadě ho zatěžovat takovou odpovědí, která by jej mohla poškozovat.“⁵⁰*

⁴⁸ Konečná, H. a spol. *Medicína založená na důvěře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. s. 111. ISBN 978-80-7262-878-0.

⁴⁹ Vácha, M., R. Konigová, M. Maurer. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 65. ISBN 978-80-7367-780-0.

⁵⁰ Vácha, M., R. Konigová, M. Maurer. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. s. 71. ISBN 978-80-7367-780-0.

Prostřednictvím tělesnosti, kterou zažíváme, poznáváme nejpodstatněji sami sebe. Filosof Ludwig Feuerbach říká: „Člověk je dán sám sobě jedině prostřednictvím smyslu – je sám sobě předmětem jakožto objekt smyslů. Totožnost subjektu a objektu, která je v sebeuvědomění jen abstraktní myšlenkou, je pravdou a skutečností jen ve smyslovém nazírání člověka člověkem.“⁵¹

Utrpení je z hlediska společnosti vnímáno nejvíce u onkologického onemocnění, které vyžaduje velkou snahu všech zainteresovaných složek (zdravotníků, pacienta a rodiny). Nastává pocit „nenávratna“, který zpočátku pacienta obklopuje, a je otázkou, do jaké míry je projevovaný soucit vůči nemocnému etický – jak je schopen tento nastalý vnější vjem pacient přijmout.

Paradoxem moderní doby je to, že člověk je méně než kdykoliv předtím připravený na běžný život spojený s bolestmi, nesnáze, ztrátami. Média a jimi navozený životní styl v nás mnohdy vytvářejí klamný obraz života, jenž vzbuzuje dojem, že svět kolem nás je tvořen reklamou, filmem a televizí. Masmédia nás udržují v domnělých představách, že smrt a utrpení do našich životů nepatří.⁵²

Zdravotnický personál se s utrpením setkává každodenně a je jeho úkolem nejrůznější projevy utrpení či bolesti postřehnout, rozpoznat a jednat tak, aby pacientovi svým postojem pomohl. Tyto situace jsou provázeny emocionálním vypětím, které může přecházet i do osobního života zdravotníků. Důsledkem vypětí je nejčastější problém tohoto odvětví – syndrom vyhoření.

Nelze s přesností říci, u jakého typu onkologického maligního onemocnění je komunikace nejsnazší, jelikož všechny typy nádorů vyžadují specifický přístup v léčbě a v přístupu k člověku jako osobnosti. Lidé s nádorovým onemocněním jsou nuceni se zabývat myšlenkami na výrazné zhoršení kvality života, na zátěž způsobenou tělesnými projevy nemoci, na vedlejší účinky aplikovaných metod (radioterapie, chirurgické zákroky s nenávratnými změnami) či v některých případech na smrt.

4.1 Internet

Moderní doba skýtá mnoho informačních zdrojů pro pochopení základních otázek léčby nádorového onemocnění. Jedním z hlavních komunikačních „imperii“ je bezesporu internet. Onkologickou komunikaci zajišťují dva hlavní portály:

⁵¹ Heřmanová, J. a spol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. s. 96. ISBN 978-80-247-3469-9.

⁵² Chovancová, Z., J. Vašková. *Diagnóza nádor: a co dál*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. s. 11. ISBN 80-7169-668-4.

www.linkos.cz České onkologické společnosti České lékařské komory Jana Evangelisty Purkyně, kde jsou dostupné informace pro prevenci i pro pacienty. Dalším internetovým portálem je www.lpr.cz Ligy proti rakovině.

Na obou výše zmíněných portálech najdeme informace o prevenci, o poradnách, o základních vyšetřeních, o aktualitách v daném oboru, o léčbě a o velmi důležité psychosociální podpoře pacienta.

Diskusní fórum umožňuje paralelní on-line poradna, kde se veřejnost hlásí do diskuse či klade otázky jednotlivým odborníkům ze zainteresovaných oborů chirurgie, onkologie, radiologie a plastické medicíny. Tato součást onkologického internetového „života“ jednoduše předává náročné informace a data.

4.2 Diagnóza

„Diagnóza maligního onemocnění rozmetá vše, co jsme v životě budovali, k čemu jsme směřovali, o čem jsme snili. Převrátí život naruby, nic v něm najednou není na svém místě. Člověk stojí omráčen, zasažen vlnou šoku, zděšení, je bezradný, odmítá uvěřit a přijmout diagnózu. Jsou rozmetány jistoty, obraz světa, sebe sama. Člověk stojí obnažený, bez opory, zranitelný, je na začátku cesty, o které neví, jaká je a kam povede a nemá mapu, návod, průvodce.“⁵³

Bez diagnózy nelze předpovědět průběh pacientova onemocnění. Stanovení přesné diagnózy zahrnuje mnoho dílčích somatických, psychických a sociálních faktorů a laboratorního zkoumání. V roce 1987 skupina vědců v čele Dr. Pendeltonem upozornila lékaře, že je nutné v této souvislosti neopomíjet zkoumání pacientova názoru a více využívat významné prvky nonverbální komunikace.

Při sdělení je nutné dbát na:

1. synchronizaci řeči a gest,
2. ovládání tempa nonverbální komunikace – rychlost gest, změn postojů,
3. interpersonální postoj těla,
4. sdělování podstatného s neměnnou mimikou – „kamenná tvář“,
5. pohled přímo do očí,
6. zamezení stresu,
7. poznání postoje pacienta ke sdělení – eventuálně zajištění blízké osoby,

⁵³ Chovancová, Z., J. Vašková. *Diagnóza nádor: a co dál*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. s. 16. ISBN 80-7169-668-4.

8. nedopouštění se bagatelizace,
9. nedopouštění se generalizace a paušalizace,
10. soukromí – např. neřešit sdělené při vizitě,
11. nedopouštění se traumatizace.

Po sdělení diagnózy nastává v komunikaci zlom, který lze označit jako „ticho“. Nastal čas, kdy si nemocný sám určí, kdy chce o sdělení hovořit, v čemž by mu měli být zdravotníci nápomocni. Prostor by se dal přirovnat k tvrzení: Jsem zde a čekám.

4.3 Komunikační dovednosti v utrpení

Ve vztahu k nemocnému je zapotřebí vzájemné podpory celého zdravotnického týmu. V podmínkách českého zdravotnictví se však této podpory často nedostává. Většinu komunikace zajišťují zdravotní sestry. Ty jsou mnohdy vyžadovány k plnění úkolů a zásad, které jsou ve stanovách práce, a na samotné pacienty jim nezbyvá mnoho času. Není tak vytvořen ideální blízký vztah, který by napomohl nemocnému v léčbě. Nemocný si je tohoto stavu vědom a od sestry ani nic neočekává.⁵⁴

Abychom dosáhli správného pacientova porozumění, je nutné si nejdříve ujasnit a identifikovat sociální faktory, v nichž hodnotíme tyto významné prvky: hodnoty, normy, motivaci rozhovoru, vhodný význam použitých slov a vět, ujistit se, že naslouchajícímu je jasné, co mu sdělujeme, a nemůže si vykládat význam našeho sdělení jinak. Verbální složka komunikace je v tomto případě podložena nonverbální složkou, jíž jsme schopni ovlivnit chování nemocného. Mimoslovně sdělujeme naše pocity, náladu, naznačujeme náš zájem, vytváříme dojem o tom, kdo jsme, ovlivňujeme postoj komunikačního partnera a řídíme chod vzájemného styku.

V komunikaci vycházíme ze dvou hlavních témat:

1. Lékaři a ostatní zdravotnický personál mají své pocity a tyto mají při komunikaci svou funkci.
2. Existuje potřeba specifického výcviku, jehož cílem je změna v osobnosti zdravotníka a lékaře k tomu, aby mohl být citlivější k pacientově mysli ve chvíli, kdy jsou spolu.⁵⁵

⁵⁴ Heřmanová, J. a spol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. s. 92. ISBN 978-80-247-3469-9.

⁵⁵ Janáčková, L., P. Weiss. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 57. ISBN 978-80-7367-477-9.

Obrázek č. 5: Porozumění



Zdroj: Paliativní medicína. *Paliativní péče*. [online]. [cit. 2013-09-03]. Dostupné

z: <http://www.paliativnimedicina.cz/palmed/paliativni-pece>

V mnohých případech, kdy v pacientově životě vystane tato velmi stresující situace až šokový stav, se komunikace ze strany pacienta mění v nepřístupnost. Na základě změněných reakcí pacienta vůči jeho okolí postupně dochází ke změnám v obvyklých sociálních vztazích. Mnohdy se vyskytují stavy odstupu v rámci relevantních sociálních vztahů. Nastává postoj odporu a vzpoury.

Pacient začne být zdrženlivý, pomalejší v reakcích, má neurčitý výraz tváře, je skeptický a nevyhledává přítomnost druhých, u mnohých je negace demonstrována odlišností gest. V rozhovorech se objevují projevy nedůvěry a skepse, ponižování, ironické projevy k vlastní osobě. V extrémních případech se stává nesrozumitelnou bytostí. Vřelost, vděčnost a vstřícnost druhých odráží odměřeností, zraňující upřímností, někdy i sebeznehodnocující vulgaritou.

V opačném případě stojí pacientovy pocity na prahu úplného odevzdání se do rukou lékařů a ošetrovatelského personálu.

Model úspěšné komunikace:

1. Projevit zájem o pacienta.
2. Provést analýzu motivů.
3. Realizovat strategie a taktiky vůči pacientovi.
4. Použít účinné argumenty.
5. Ukázat sílu – víru v ošetrovatelský personál a v léčbu.
6. Působit jistě.
7. Dodržet vzájemnou reciprocitu.
8. Ujistit pacienta, že je uděláno vše, co dnešní medicína nabízí.
9. Neodkládat odpovědi na pozdější dobu.

Je velmi těžké pečovat o pacienta, který křičí, je hrubý, neukázněný a stále si stěžuje. V těchto situacích je nutností zaujmout postoj určitého respektu tíživé situace, situaci nezhoršovat podrážděným a zlostným jednáním, moralizováním a odmítáním pacienta. E. K. Ross v takovýchto situacích navrhuje „přiložit polénko do ohně“, přiznat, že zcela chápeme hněv pacienta, a přiznat mu, že v jeho situaci bychom nejspíš jednali stejně jako on. V případě pacientovy deprese se snažíme pacienta povzbudit. Pokud je zármutek umocňován pocitem viny z nemožnosti postarat se o rodinu, je vhodná spolupráce se sociálním pracovníkem. V případě anticipačního zármutku těžko hledáme hodnoty, které ztrátu nahradí.⁵⁶

4.3.1 Komunikace v paliativní péči

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“⁵⁷

Současné pokroky medicíny mají i svou stinnou stránku. V mnoha případech život díky léčbě přetrvává, ale současně je vnímán jako obrovská zátěž. V komunikaci

⁵⁶ Heřmanová, J. a spol. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. s. 168. ISBN 978-80-247-3469-9.

⁵⁷ Paliativní medicína. *Paliativní péče*. [online]. [cit. 2013-09-03]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/palmed/paliativni-pece>

toto stádium života vyžaduje nejvyšší dodržování etiky, které je podložené vnímáním fyzické bolesti, sociálních potřeb, emočního zatížení osob a spirituality. Dalším faktorem ovlivňujícím pacientův postoj je sledování, rozpoznání a ovlivnění toho, co je významné pro kvalitu pacientova života. Obě strany, zdravotníci a nemocní, se dostávají do velmi náročných psychologických situací, jejichž podstatou jsou emoce a citlivá komunikace, na které nejsou zdravotníci ve svém vzdělání připraveni. Proto zde velkou roli hraje empatie a následné vzdělání v oboru paliativní péče.⁵⁸

V současné době rámec etické komunikace vyjadřují dva modely:

1. *„Model zákazníka, kdy lékař poskytne všechna fakta o možných alternativách a pacient zváží veškeré možnosti s ohledem na své vlastní hodnoty. Pacientova autonomie je v této situaci ústředním a prvořadým principem.*
2. *Smluvní nebo dohodovací model, kdy lékař a pacient diskutují o svých hodnotách ve vztahu ke zdraví i k mravnosti. Lékař působí do jisté míry jako informátor, interpret nebo učitel, který současně zjišťuje a hodnotí přání nemocného.“⁵⁹*

Nastává čas na řadu rozhodovacích procesů. Ze strany zdravotníka se tyto procesy řídí jasnými postupy. Současně v těchto situacích zdravotníci prožívají protichůdné tendence v rozhodování a velice dobře si uvědomují, že jejich rozhodnutí v sobě nese odpovědnost za vlastní skutky a jejich případná opomenutí.⁶⁰ Strategie komunikace se řídí třemi body – modelem zákonné etiky, modelem etiky situační a v neposlední řadě modelem vnitřního morálního postoje. Zákonný model se opírá o svědomí zdravotníka v kontextu s jeho dosaženou praxí – tedy zkušenostmi. Situační model poukazuje na významnost nastalé situace, která v extrémních případech popírá všeobecné mravní normy, čímž se stává pro samotný akt nevhodný. Model vnitřního postoje vystihuje sdělení jako jedinečný skutek sdělení s důrazem na smýšlení.

Obtíže a zábrany v komunikaci ze strany nemocného a jeho blízkých:

1. Psychické oslabení, rezignace a beznaděj.
2. Falešné naděje
3. Součástí přijetí diagnózy a onemocnění je možný omyl přijetí falešné naděje. Tyto situace vyžadují notnou dávku trpělivosti a porozumění.

⁵⁸ Vzdělání v oboru zajišťuje a řídí česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana E. Purkyně

⁵⁹ Munzarová, M. *Enutanázie, nebo paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005.s.41. ISBN 80-247-1025-0.

⁶⁰ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4. s. 67

4. Pocit beznaděje, pasivity a odmítání spolupráce.
5. Počáteční pacientova nedůvěra. Pro zdravotníky vzniká velmi obtížná situace. Řešením je zaujmout profesionální nadsled, nenechat se ovlivnit nepříznivou situací.
6. Zásahy rodiny - rodina se nechce smířit s danou situací, vyvolává depresivní stavy.

Obtíže a zábrany ze strany personálu:

1. Nezájem – nedostatek empatie,
2. únava,
3. obavy až nechuť naslouchat existenciálním otázkám,
4. nechuť hovořit o smrti.

Možnosti, jak zlepšit komunikaci s pacientem:

1. *„Učit se vnímat každého pacienta jako jedinečnou bytost.*
2. *Učit se brát vážně, co říká, i když se nám to nezdá reálné.*
3. *Učit se všimnout si neverbálních projevů přítomných a přikládat jim vážnost.*
4. *Učit se věnovat pacientovi čas plně, laskavě a trpělivě.*
5. *Učit se v některých situacích pouze naslouchat.*
6. *Učit se povzbuzovat pacienta a rozdávat naději.*
7. *Učit se zajímat se o pacientovy krátkodobé i dlouhodobé cíle.*
8. *Učit se zajímat o pacientovy pocity, především obavy.*
9. *Učit se rozpoznávat pacientovy potřeby a priority.*
10. *Učit se získávat čas.*
11. *Učit se s pacientem komunikovat jako se svéprávnou bytostí.*
12. *Učit se pacienta pohládit, vzít za ruku a usmát se.*
13. *Učit se ptát na pacientovu rodinu.*
14. *Učit se ptát i na to, zda by si přál kontakt s rodinou.*
15. *Učit se komunikovat se členy rodiny a povzbuzovat je.*
16. *Učit návštěvy, že má smysl i v bezvědomí hladit ruku pacienta.*
17. *Zajistit pacientovi a jeho blízkým klid na společnou komunikaci.*
18. *Učit se přijímat skutečnost, že pacient má potřebu bilancovat, hledat smysl svého života.*
19. *Učit se přijímat úvahy pacienta o tom, co bude po smrti, a respektovat jeho názory.*
20. *Učit se trpělivosti a nespěchat.*

21. Ujistit se, zda má nehybný pacient dostupný funkční zvonek.
22. Učit se uvědomovat si, že se jednotlivé fáze truchlení nad ztrátou zdraví či hrozící ztrátou života opakují a vracejí nepravidelně u každého jinak.
23. Učit se neutíkat před vztaženou rukou pacienta, kterou nás prosí o to, abychom si ho všimli.
24. Učit se říkat pacientům „nevím“, když narazíme v hovoru na něco, co opravdu nevíme.
25. Učit se vyjadřovat porozumění pocitům pacienta.
26. Učit se respektovat lůžko pacienta, které symbolizuje jeho jedinečné území.
27. Učit se, že je potřeba dbát i na svůj odpočinek.
28. Učit se odhadnout své síly.
29. Učit se odebírat a užívat spirituální anamnézu a věnovat jí patřičnou pozornost.⁶¹

4.3.2 Duchovní potřeby

V otázkách týkajících se smrti se pacient najednou ocitá v psychických bolestech, opuštěnosti a zoufalství a svou mysl obrací k duchovním potřebám, v nichž objevuje nové hodnoty. Hledá smysl utrpení a smysl života. Duchovní oblast v komunikaci představuje pochopení zranitelnosti s předpokladem chápat druhé. Nerespektování dynamiky pacientových postojů může vést k popření vytvořené důvěry.

Paradoxně věřící člověk, u kterého bychom předpokládali největší potřebu naší pomoci a intervence v oblasti duchovních potřeb, nás k naslouchání nebude možná ani potřebovat. Naslouchání a porozumění, které by u ostatních zajišťoval zdravotnický personál, je v tomto případě schopna zajistit rodina.⁶²

Úkolem personálu je tedy bezpodmínečná potřeba naučit se dovednosti naslouchání, což znamená bezchybně vnímat pacientova slova a velmi dobře pozorovat jeho ostatní komunikační dovednosti. Tak, jako pacienta sleduje personál, sleduje on, co se kolem něj děje, pokud mu to jeho zdravotní stav dovolí. Nesprávné stanovisko a špatný postoj k těžce nemocnému by znamenal neprofesionální přístup.

⁶¹ Kořenek, J. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4. s. 369

⁶² Svatošová, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9. s. 47

„Velmi konkrétní a přesnou informaci o svých duchovních potřebách nám může poskytnout i pacient v hlubokém bezvědomí.“⁶³ O jeho duchovních potřebách se personál dozví při bližší kontrole osobních věcí, do kterých má zdravotník právo nahlédnout. Najde-li nějaký vzkaz s přáním či rozečtenou Bibli, má ihned jasno a ví, co má dělat, na koho se obrátit. Někdy s bližšími informacemi přijde rodina, nebo se sama postará o zajištění kněze.

⁶³ Svatošová, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9. s. 51

5 INFORMOVANÝ SOUHLAS

Historie informovaného souhlasu sahá do roku 1948, kdy je v Československu nastaven model sovětského řešení veškerého státního dění. V témže roce je přijata Ústava o právu na ochranu zdraví a léčebnou péči. V roce 1960 je novelizována jako Ústava č. 100/1960 Sb. O několik let později je tehdejší vládou přijat zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který pamatoval na poučení a souhlas pacienta. Toto ústavní garantování práva bylo ve všech socialistických zemích spolu s ústavou Světové zdravotnické organizace stejné.⁶⁴ Lékař byl tehdy stejně jako dnes povinen pacienta informovat a přiměřeně jej poučit o vyšetření či výkonu. Ovšem tehdejší strategie medicíny tkvěla v tom, že lékař informoval pacienta pouze „funkčně“. Informace motivovaly pacienta ke spolupráci, s čímž byla do jisté míry sladěna i tolik potřebná důvěra. Oproti demokratickým zásadám – tedy ctít autonomii pacienta a zachovávat lékařské tajemství – doba demokratického útlaku s sebou nesla i negativní stránku celého procesu informovanosti. Mnohdy byl mimo pacienta informován i jeho zaměstnavatel.

5.1 Informovaný souhlas dnes

V roce 2001 byla Parlamentem České republiky ratifikována mezinárodní smlouva – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Významem této smlouvy je nejvyšší možný zdravotnický zákon, který má přednost před všemi dosud platnými zdravotnickými zákony.⁶⁵

Důvodem vzniku tohoto dokumentu je dnes již zaniklý paternalistický přístup, jenž je popsán v jedné z kapitol této diplomové práce, a fakt, že nemocný je v dnešní medicíně nucen vyhledat široké spektrum odborníků, jelikož nemoc v sobě skýtá několik variabilních situací. Informovaný souhlas navozuje etickou spolupráci založenou na pravdivém sdělení. Je tedy právním dokumentem obsahujícím svobodný, určitý souhlas s léčbou. Mezi pacientem a lékařem tak vzniká právní vztah respektující autonomii každého člověka.

⁶⁴ Stolínová, J. *Občan, lékař a právo*. Praha: Avicenum, 1990. s. 11. ISBN 80-201-0036-9.

⁶⁵ Haškovcová, H. *Informovaný souhlas proč a jak?* 1. vyd. Praha: Galén, 2007. s. 9
ISBN 978-80-7262-497-3.

V tomto směru je lékař povinen chránit soukromí a nesdělovat tak jakékoliv citlivé informace třetím osobám. Tedy:

1. *„Každý pacient má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.*
2. *Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním vztahu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“⁶⁶*

Pouze ve výjimečných případech mohou být práva omezena zákonem, pokud je to v zájmu pacienta.

Informovaný souhlas je důležitý nástroj vystihující otevřenou komunikaci lékaře a pacienta, prostor pro kladení otázek, pro ventilaci strachu, obav či pacientovy vůle. Umožňuje výběr léčebného postupu v dané situaci, pokud existuje více variant. V opačném případě je diskutovatelným tématem z hlediska práva, zda poučení a dostupné informace mají být sděleny při neblahé diagnóze, prognóze a stavu. Výjimkou z právního hlediska je pouze stav pacienta, uvedený v bodě 3 článku 10 Úmluvy o biomedicině, kdy nelze získat příslušný souhlas kvůli psychickému narušení pacienta, a současně je lékařský zákrok pro záchranu lidského zdraví a života nutný provést neodkladně.

Souhlas pacienta musí splňovat tři základní body. Musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný.

Poučený souhlas je důležitý pro nutnost poučení pacienta, aby se dokázal kvalifikovaně rozhodnout v navrhované péči. V tomto směru je nutné vždy dbát na laickou znalost problému, vše vysvětlit tak, aby se dalo posléze říci, že nemocný je zasvěcen – že svému stavu rozumí. Pokud by tomu bylo jinak, je nasnadě, že by se pacientovo rozhodnutí mohlo ubírat nesprávnou cestou. Je však nutné mít na paměti, že zde může vyvstat takzvané právo na druhý názor, což znamená nevnucovat za každou cenu pacientovi lékařův osobní názor.

Kvalifikovaný souhlas spočívá v respektování jiné specializace medicíny. Je-li to přání pacienta, lékař vyjádří svůj názor na celý terapeutický průběh. S každým zásadním krokem léčby je tedy nutné svolat konsilium lékařů a s jeho výsledkem pacienta seznámit.

Svobodný souhlas znamená, že se pacient rozhoduje bez ohledu na vnější okolnosti, např. bez nátlaku rodiny.

⁶⁶ *Umírání.* [online] [cit.2013-09-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/prava-pacientu.html>

Ve formách jsou realizovány tři základní způsoby: ústní, konkludentní a písemný. V dnešní době jsou v praxi velmi diskutované v několika situacích písemné formy. V příkladu uveďme suturu řezné či tržné rány. To znamená, že souhlas k zmíněnému zákroku vyplývá ze situace a je v praxi udělen pouze ústním či konkludentním souhlasem. V těchto případech je vždy u výkonu přítomna zdravotní sestra, což vystihuje právní normu třetí osoby při výkonu.

Forma písemného souhlasu je vyžadována u diagnostických a terapeutických léčebných úkonů nejen při přijetí do ústavního léčení, ale mnohdy zajišťuje právní směr a ochranu v ambulantním ošetření.

5.2 Náležitosti informovaného souhlasu

Náležitosti informovaného souhlasu z pohledu etického jednání určuje příloha č.1 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

1. Vymezuje základní strategické údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, možných následcích a rizicích,
2. poučuje o možných alternativách,
3. poučuje o možném omezení způsobeném vyšetřením,
4. poučuje o léčebném režimu a možných preventivních opatřeních,
5. je dokumentem vyjádření pacienta, že mu ze strany zdravotnického personálu bylo vše srozumitelně vysvětleno,
6. obsahuje přesné datum a podpisy obou stran – pacienta a lékaře.

Vyhláška také upravuje způsob odvolání souhlasu a odmítnutí zdravotnické péče. Dále je ve vyhlášce zakotveno, že každý dokument musí být individualizovaný a v neposlední řadě vyhláška doporučuje vyžádat si souhlas k provedení dalších léčebných kroků, které jsou ku prospěchu zachování života. Vzor informovaného souhlasu je uveden v Příloze E.

Možná rizika informovaného souhlasu

V Úmluvě o biomedicíně se říká: „*Informace o rizicích spojených se zákrokem nebo s alternativními postupy musí zahrnovat nejen rizika nezbytně spojená s duchem uvažovaného zákroku, ale také jakákoli rizika související s individuálními charakteristickými rysy každého pacienta, jako je věk nebo existence jiných chorob.*“⁶⁷

⁶⁷ Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicíně.(online) Dostupné z: http://www.krev.info/Text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm

Možná rizika jsou odborníky spatřována v institucionalitě. Proto by měl souhlas konkretizovat situace. Velmi spornou otázkou je, zda se má, či nemá uvádět riziko úmrtí či jeho pravděpodobnost. V této souvislosti se odborníci dovolávají takzvaného eticko-terapeutického vztahu, který závisí na osobnosti a schopnosti lékaře.

Na druhé straně odborná literatura uvádí: „*Právo pacienta nebýt obeznámen s tou či onou skutečností týkající se jeho zdraví se nepovažuje za překážku platnosti jeho souhlasu se zákrokem.*“⁶⁸

Problém výkonů nad rámec informovaného souhlasu je stále diskutabilním tématem odborníků. Znamená to tedy, že je stále nutné hledat vhodné a praktické řešení i právní zakotvení.

Možnost zpochybnění celého procesu souhlasu je dané:

1. Časovou tísň sdělení a podpisu, tedy nedostatečného vysvětlení a objasnění skutečnosti zákroku,
2. donucením k podpisu,
3. podepsání pod vlivem omamných či návykových látek,
4. podpisem po podání premedikační látky, která může způsobit nesoustředěnost pacienta.

Ošetření pacienta bez souhlasu

Dle zákona č. 255/2000Sb., o ochraně veřejného zdraví, je možné ošetřit pacienta a převzít ho do ústavní péče bez jeho souhlasu, jde-li o nemocné stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení.

5.3 Negativní reverz

K tomuto právnímu úkonu dochází v případě, že nemocný i přes náležité vysvětlení potřebnou péči odmítá, což je třeba respektovat a neléčit pacienta přes jeho vůli. Je pak na posouzení lékaře, zda je nemocný plně za své chování zodpovědný a je schopen pečovat o své zdraví.

Schéma negativního reverzu nalezneme v Příloze F.

⁶⁸ Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicině.(online) Dostupné z: http://www.krev.info/Text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm

PRAKTICKÁ ČÁST

6 STANOVENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je ověření následujících skutečností: vnímání etické komunikace mezi lékařem a pacientem, pacientem a sestrou. Pacienti znají svá práva. Komunikace mezi velkou a menší nemocnicí se výrazně liší. Dále jsem zjišťovala, jak na pacienty působí jednotliví činitelé komunikace a zda jsou pacienti ochotni mluvit o svých zdravotních potížích.

Zde jsou tři hypotézy, které budeme v praktické části verifikovat:

- 1. Etická komunikace v medicíně má význam pro úspěšnost léčby pacienta.**
- 2. Práva pacientů jsou lékaři respektována jako jeden z pilířů komunikace.**
- 3. Pacienti jsou ochotni mluvit o svých potížích pouze tehdy, pokud jsou jim vytvořeny optimální podmínky.**

6.1 Metody verifikace hypotéz

K potvrzení uvedených hypotéz se v praktické části diplomové práce budeme opírat o názory jednotlivých respondentů, kteří se v hloubkových rozhovorech vyjádřili k několika otázkám, které by měly potvrdit či vyvrátit uvedená tvrzení.

Všichni pacienti mají určitou formu fyzického postižení a jsou odkázáni na pomoc druhých zejména v osobní hygieně a další pomoci, která z níže uvedených postižení vyplývá. Právě tato postižení, která jsou níže popsána ve stručných anamnézách, jim umožňují vnímat komunikaci, zejména etickou, mnohem výrazněji než zdravému člověku.

Respondenti z řad pacientů:

Prvním respondentem je muž Z. B.⁶⁹, 65 let, který je více než 4 roky odkázán na mechanický invalidní vozík. Důvodem invalidity je vysoká amputace stehenní kosti po prodělané diabetické gangréně. Tento pacient se v současné době po několikáté pokouší v rámci ústavní rehabilitace o chůzi s vysokou protézou, která by mu zajistila lepší prožívání života. Tato léčba však v sobě skrývá mnoho úskalí a vypjatých situací

⁶⁹ Jména pacientů i lékařů jsou po vzájemné dohodě uváděna pouze iniciálami

jak v rámci fyzické zdatnosti, tak v rámci interpersonální komunikace. V profesním životě byl Z. B. řidičem z povolání.

Druhým respondentem je muž P. V., 26 let, kterého po narození postihla dětská mozková obrna a je zcela odkázán na pomoc druhých. Jeho veškeré přesuny po místnosti a venku zajišťuje speciální elektrický vozík, který ovládá jednou rukou, a osobní asistent. Stav tohoto nemocného vyžaduje dopomoc při hygieně, oblékání, přesunech z postele na vozík a při stravování. Jeho postižení je natolik vážné, že je dle mého názoru ze všech respondentů nejvíce schopen posoudit hledisko etické komunikace v medicíně. I přes své postižení byl schopen vystudovat střední školu a složit mezinárodní zkoušky z anglického jazyka. V profesním životě je učitelem angličtiny a organizátorem vzdělávacích akcí pro lidi s fyzickým hendikepem.

Třetím respondentem je muž V. M., 33 let, jemuž ve věku 20 let lékaři diagnostikovali nevléčitelné a stále se prohlubující neurologické onemocnění – roztroušenou sklerózu. Během 13 let nemoc výrazně postoupila, nemocný přišel o citlivost v dolních končetinách⁷⁰, je tedy plně odkázán na invalidní vozík, na který je schopen se přesunout sám. Hygienické návyky zatím zvládá sám. Momentálně je jeho stav z pohledu onemocnění v remisi po transplantaci buněk. Pracuje jako dispečer v bezpečnostní agentuře.

Čtvrtá respondentka V. P., 38 let je žena po závažné léčbě karcinomu prsu. Léčba chemoterapií ji ochromila srdeční sval a lékaři byli nuceni pro záchranu jejího života přikročit k transplantaci srdce. Následná postransplantační léčba u pacientky vyvolala atak centrální mozkové příhody. Nyní je pacientka v ústavním rehabilitačním zařízení, kde jí tým odborníků pomáhá v nácviku lepší sebepečce a dopomáhá jí ke zlepšení celkové kondice. Pacientka se dokáže sama přesunout na kratší vzdálenosti s pomocí francouzské hole. Její deficit sebepečce není tak výrazný jako u předchozích dvou respondentů. Pracuje v bankovní sféře.

Pátým respondentem je muž F. Č., 35 let, kterého postihla virová encefalitida. Z plného zdraví ho nemoc ihned upoutala na lůžko. Po celkové léčbě je stav pacienta po 6 měsících v takovém stavu, že je schopen přesunu na mechanickém invalidním vozíku, a jeho stav se díky následné medikamentózní terapii zlepšuje. Prognóza je velmi dobrá a nynější léčba brzy pacientovi umožní návrat do běžného života. F. Č. podniká v oblasti sportu.

Detailní anamnézy výše uvedených respondentů jsou v Příloze G.

⁷⁰ Tím se rozumí, že končetiny jsou necitlivé na dotek

Lékařští respondenti:

Šestým respondentem je lékařka M. M., 34 let. Její profesní dosažené vzdělání je interní kmen a dále nástavbová atestace z rehabilitace – specializovaná způsobilost. Po celou dobu studia na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy pracovala na částečný úvazek jako ošetřovatelka.

Sedmým respondentem je lékař J. Š., 62 let. Jeho profesní dosažená vzdělání jsou: všeobecné lékařství, ARO, veřejné zdravotnictví - MPH, posudkové lékařství.

Oba dva lékaři dle mého soudu věnují pacientům velkou pozornost, respektují zásady etické komunikace a jejich pacienti si jich velice váží.

Obrázek 6: Komunikační přístup k respondentům



Zdroj: Taylorová, S., A. Lesterová. *Umění komunikace*. Praha: Knižní klub, 2010.

ISBN 978-80-242-2770-2

7 HLOUBKOVÉ ROZHOVORY

Pěti pacientům, kteří jsou odkázáni na pomoc lékařského, středně zdravotnického a ošetrovatelského personálu, jsem položila několik otázek týkajících se mezilidské komunikace a jejího významu v oboru medicíny.

Dvěma respondentům z řad lékařů jsem položila několik otázek, jak oni posuzují a přistupují k etické komunikaci ve své praxi, a kdo je odpovědný za poskytnutí informací vyplývajících z kodexu Práva pacientů.

V otázkách týkajících se etické komunikace budeme moci sledovat, jak jednotliví pacienti a lékaři vnímají tento důležitý aspekt pomáhající v léčbě, jaká kritéria jsou v komunikaci pacientům vlastní a co sami očekávají ve vypjatých situacích, odvozených od jejich hendikepu, které prožívají během léčby či následné péče.

Pěti pacientům jsem položila deset otázek a dvěma lékařům jsem položila devět otázek, jejichž znění naleznete v Příloze H.

Budeme se bavit o profesním přístupu k nemocnému ve fakultní a městské nemocnici, budeme zjišťovat, jaké rozdíly nemocní vnímají, jak posuzují přístup lékařů a zdravotních sester, zda je komunikace otázkou vzdělání, či vyplývá z naturelu člověka. V neposlední řadě se budeme bavit o tom, co ovlivňuje podání informací, jak tato kritéria pocítují sami nemocní a za jakých podmínek jsou pacienti ochotni mluvit o svých problémech.

Odpovědi jednotlivých respondentů vyplývají ze sociálních potřeb a jejich tělesného postižení, z jejich vlastních zkušeností, z opakovaných pobytů v nemocničních zařízeních a z jejich profesních a osobních životů.

Právě odpovědi těchto pěti pacientů a dvou lékařů by měly potvrdit nastolené hypotézy.

Otázka č. 1: Hraje v komunikaci lékař – pacient roli i váš věk a vaše vzdělání?

V etické zdravotnické komunikaci hrají jistou roli i věk a vzdělání, což potvrzují i sami respondenti. Z.B., kterému je 65 let, udává, že pro něj v komunikaci hraje důležitou roli úcta, která souvisí právě s vyšším věkem. Oproti tomu mladší pacienti uvádějí, že se mnohdy setkávají se stejně starým ošetrovatelským personálem a je tedy pro ně mnohem snazší komunikovat se „sobě věkově rovným“.

V otázce vzdělání odpovídají všichni dotazovaní, že pobyt v nemocnici je pro ně jistou formou „uzavřeného“ vzdělání. Svě profesní vzdělání v životě s hendikepem

nepokládají za příliš důležité. Jako důležitější cítí to, že jim chce někdo pomoci a je k nim milý a vstřícný.

Tuto formu vysvětluje M. V. následovně: *„Kvůli své nemoci jsem byl nucen strávit mnoho času v nemocnici. I když mám vystudovanou jen základní školu, časový prostor hospitalizace mi umožnil další seberealizaci a vzdělávám se pomocí internetu a knih. Tudíž si nemyslím, že školní vzdělání je v chápání komunikace důležité. Záleží, jakou formou mně to či ono lékař nebo zdravotní sestra vysvětlí. Pokud něčemu nerozumím, zeptám se, nebo si termíny vyhledám na internetu.*

Otázka č. 2: Co očekáváte od mezilidské komunikace?

Oba lékaři jasně formulují svá očekávání. Lékařka M. M. říká: *„Od mezilidské komunikace očekávám důstojné a korektní jednání mezi zúčastněnými stranami: tedy ctít důvěrnost sdělení, ochotu ozřejmit případné nejasnosti a respektovat názor či postoj druhé strany – nezpochybňovat jej a nedehonestovat.*

Stejná stanoviska zaujímá i lékař J. Š., kterého, jak dodává, jeho celoživotní praxe v medicíně naučila řešit především podstatné věci a o zbytečnosti se nezajímat. *„V komunikaci zastávám přímé a rovné jednání a mám-li přihlídnout ke své praxi, je pro mě důležité, jaké pocity má komunikace vyvolá v pacientovi a jakou má odezvu. Sám k ostatním vždy přistupuji s férovým jednáním, a to samé očekávám i já. Ve své profesi se snažím medicínské termíny převést do laického jazyka tak, aby mé vysvětlení pacient vždy chápal.*

P. V. pracuje v oblasti bankovních služeb a komunikaci popisuje následovně: *„Ve své profesi musím rozpoznat charakter jednotlivých lidí a tomu přizpůsobit i komunikaci s nimi. Tj. podání ruky, upravený vzhled. Hodně dám na první dojem, v němž zohledňuji jak vzhledový, tak i intelektuální projev. Z jejího pohledu je patrný profesní pohled, ale i komunikační školení a vzdělávání v komunikaci s klienty, která jsou v tomto oboru běžná, jak ostatně sama dodává.*

P. V. přistupuje ke komunikaci spíše z „přátelského“ hlediska. Sám udává: *Jsem extrovert a rád poznávám lidi, proto komunikuji často a rád. Jsem rád, pokud získám nové přátele, a ctím důvěru a korektnost v jednání mezi námi. Jelikož vyučuji anglický jazyk, snažím se být přátelský, ale zároveň i profesionální, jelikož to výuka jazyka podle mě vyžaduje.“*

Z. B. celý život přistupoval ke komunikaci spíše profesně.

O mezilidské komunikaci se V. M. vyjadřuje spíše v negativním slova smyslu. Sám udává: *Jsem introvert, jsem spíše odtažitý. V nemocnici jsem si musel zvyknout*

na to, že jsem neustále mezi lidmi. V práci jsem v kanceláři sám, v komunikaci pracuji podle harmonogramu, vypracovaného mou agenturou.

F. Č. vnímá komunikaci jako možný prostředek obchodu, s nímž je schopen zajistit mnohem více užitku. Udává: *„Na komunikaci v mém oboru velmi záleží, proto v mezilidské komunikaci ctím zásady, jako jsou čestnost, pravdivost a úcta, a zastávám určitý režim, tj. nesnažím se za každou cenu vnutit někomu svůj názor a postoj k celé věci či problému.*

Otázka č. 3: Co si představujete pod pojmem etická komunikace?

Většina respondentů uvádí, že pojem etika v nich vyvolává hlavně čestnost. Poté se ale jejich očekávání rozcházejí.

Pro Z. B. je etika zastoupena v celkovém přístupu zdravotníka, vnímá ji jako určitý postoj slušného chování. *„Když vchází sestra či lékař na pokoj, měli by zaklepat – pokud se samozřejmě nejedná o jednotku intenzivní péče či jiná akutní oddělení. Dále poukazuje na upravenost a čistotu pracovního oděvu, jak sám řekl: „Chápu, že určité stavy pacientů mohou zkomplikovat to, že se sestra ušpiní, ale podle mě by se měla převléct. Dále poukazuje na osobnost zdravotníka, který by měl ve všech situacích chovat slušně, nezvyšovat hlas na pacienta, pokud to nevyžaduje jeho stav. V komunikaci by měl zdravotník zachovávat jistý profesionální odstup, tedy neoslovovat babičku, dědečku, ale oslovovat pacienty vždy příjmením.*

Podobný názor zastává V. M.: *„Mně nevadí, když mě sestřička osloví jménem, zejména, pokud jsem v nemocnici dlouho a rozumíme si, ale nemám rád, když mi někdo něco nakazuje, a navíc mě někam honí. Vědí, že můj stav vyžaduje určitý čas k přesunu, proto jsem rád, pokud vše probíhá v klidu. Pod pojmem etika si představuje jisté porozumění, podporu a jistotu, která, jak dodává, vychází z osobnosti člověka a ze stylu jeho jednání.*

P. V. posuzuje tuto formu komunikace jako *„filozofickou disciplínu zabývající se teoretickým zkoumáním hodnot a principů, které usměřují lidské chování a jednání v situacích.“* Ve vztahu pacient a profesionální zdravotník to mimo jiné často znamená: *„vědět, jak pacientovi správně sdělit veškeré okolnosti týkající se jeho zdravotního stavu.*

Slečna P. V. vnímá etiku v komunikaci jako empatii ze strany zdravotníka. Udává, že je nutné *„aby byl každý zdravotník vůči pacientům empatický – dokázal se vžít do jeho situace, jelikož nikdy neví, kdy a za jakých okolností ho může kterákoliv nemoc postihnout.“* Jako příklad udává svůj osobní prožitek z velmi složité a náročné

léčby, jež vyžadovala péči určitého týmu zdravotníků, ale i její maminky, pro kterou byla celá doba léčby silným psychickým vypětím. A jak sama dodává: „*Nebýt sestřiček a psychologů, která s mamkou probírala situaci a psychicky jí pomáhala, nevím, jak bychom celou mou těžkou situaci zvládly.*“

Oba lékaři zastávají v tomto směru komunikace obdobná kritéria. Z jejich odpovědí vyplývá, že respektují názory druhých – jak svých kolegů z oboru, tak svých pacientů, dávají jim prostor k vyjádření. Lékař J.Š. dodává že: „*Veškerá etika záleží na výchově jedince, kterou mu poskytla především jeho rodina – myslím tedy tu elementární lidskou slušnost jak generově, tak i prostě mezilidsky.*“

Otázka č. 4: Dokážete popsat, alespoň jeden z bodů etického kodexu Práva pacientů?

Když jsem svým respondentům položila tuto otázku, dva se zarazili a odpověděli: „*Něco takového existuje?*“ Když jsem odpověděla: „*Ano!*“ chvíli přemýšleli nad tím, co by tento dokument mohl vystihovat a jaká práva či povinnosti z něho plynou. Tato konfrontace mě jako profesionálního zdravotnického pracovníka velmi překvapila. Poměrně často se pohybuji v různých zdravotnických zařízeních, kde si všímám různých informačních tabulí pro pacienty. Ve většině z nich je tento dokument vyvěšen na nástěnce a pacient, pokud mu to čas dovolí, si ho může přečíst a načerpat z něj informace.

Pacient Z. B. tento etický kodex komentoval se slovy: „*Když se lékaři po delší úvaze rozhodli vzít mi nohu, dali mi podepsat pouze informovaný souhlas. Při podpisu mi sdělili, co a jak bude probíhat, jaká bude následná terapie, co všechno mě čeká, ale práva pacientů? Po tomto komentáři se pozastavil a zpozorněl. „Práva, práva – ano, to je asi myšleno toto: nepodávat nikomu jinému informace, pokud si to nebudu přát. Ano o tomhle vím, ale další si nevybavím. Co je tam vlastně sepsáno? A jaké povinnosti mají zdravotníci vůči nám, kromě toho, aby se o nás z medicínského pohledu starali?*“

Z odpovědi V. M. vyplývá, že o tomto ustanovení práv nikdy neslyšel a nevyhledával jej. „*Práva pacientů? Co to je, co tam je napsáno, kde to najdu?*“

Diskuse nad touto otázkou s výše uvedenými respondenty mě dosti zarazila. Položila jsem si otázku: „*Jak je možné, že v dnešním světě, plném informací „ostrých“ a právních přestřelek, si pacienti nezjistí, jaká práva mají? Dávají jim kolegové a kolegyně dost prostoru v úvodním anamnestickém rozhovoru na jejich otázky? Poukazují při úvodních anamnestických rozhovorech s pacienty ještě na něco jiného než na to, jaké povinnosti budou mít v poskytnuté péči?*“

U nemocných, kteří byli hospitalizováni v sedmi zdravotnických zařízeních, byly odpovědi výstižnější a obsáhlejší.

P. V. uvedla několik zásad, nad jejichž významem jsme rozvedly více než hodinovou diskusi. Její konstatování a vysvětlení mě jako zdravotníka potěšila. *„Vím, že mám právo na ošetření v jakémkoliv případě. Informace mi mají být předány bez přítomnosti 3. osoby, tím nemyslím lékaře, ale například ostatní pacienty. Informace o mém zdravotním stavu smějí být předány, pouze pokud s tím budu souhlasit a pouze té osobě, kterou já určím. Takto mě poučila paní doktorka, když mi diagnostikovali karcinom. Pokud se zamyslíme na léčebných procesy této respondentky, z jejich odpovědí vyplývají velké a zásadní životní zkušenosti z pobytu a komunikace v nemocničních zařízeních. Nemoci, jež jsou popsány ve zkrácené anamnéze v Příloze G, vyžadují léčbu v jednom z nejprestižnějších a vysoce specializovaném oddělení v této republice. Z odpovědi vyplývá, že specializovaná pracoviště zajišťují informovanost svých pacientů a profesionální přístup, na který je kladen důraz.*

Reakce P. V., člověka s největším tělesným postižením, je obdobná, jako u předchozí respondentky. Konstatoval: *„Moje postižení vyžadovalo a vyžaduje stálou péči, kterou mi zajišťuje nemocnice nebo sestřičky z domácí péče. Proto je pro mě nejdůležitější informovaný souhlas, dává mi určitý klid, že budu o všem informován, i o možných komplikacích vyplývajících z následných vyšetření. Ostatní práva jsem si četl jen zběžně, vyhledal jsem si je sám.“* Dále tento dokument hodnotí po komunikační stránce zdravotník – pacient. *„Záleží na každém zdravotníkovi, do jaké míry je profesionální a jak chce ulehčit pacientovi léčbu, tím mám na mysli právě tato práva a diskusi nad nimi.“* Jak je uvedeno výše i tento pacient byl léčen v sedmi zdravotnických zařízeních a je si vědom toho, že jeho stav bude vyžadovat alespoň dvakrát ročně nemocniční hospitalizaci. Proto sám uvedl: *„Dokument si vytisknu, lépe prostuduji a třeba se zase více poučím a použiji dané stanovy, ale stejně si myslím, že celý tento dokument je o charakteru zdravotníka a jeho přístupu.“*

Odlišné očekávání uvádí mladý podnikatel F. Č. *„Právo pro mě znamená ctít moje soukromí.“* Zde je zřejmý pohled pacienta, který byl ještě nedávno plně zdrav a jeho nemoc ho připoutala nejprve na nemocniční lůžko, posléze na invalidní vozík. V těchto chvílích byl najednou odkázán na veškerou péči zdravotnického personálu, a to i v oblasti hygieny, což, jak sám uvedl, *„bylo vstupem do jeho intimity, na nějž si musel zvyknout. Z jeho postoje vyplývá, že důležitější než informovanost, kterou zmiňují dva předchozí respondenti, je pro něj jeho osobní intimita.*

Dva lékařští respondenti dostali v tomto směru obdobnou otázku a to:

Otázka č. 5.: Seznámil(a) jste pacienta s kodexem Práva pacientů, nebo je to podle vás úloha sester?“

Odpovědi obou lékařů jsou téměř totožné. Udávají, že je to úloha obou stran. Lékař má pacientovi vysvětlit průběh jeho hospitalizace, má ho upozornit na možná rizika, především ale na kladné stránky celé léčby. Pokud vyvstanou pozdější otázky (zde narážejí na právo informovanosti), poučují své pacienty, aby, pokud jim to stav dovolí, vyhledali je, popřípadě se obrátili na zdravotní sestry, které zařídí kontrolu buď u lůžka či v ordinaci lékaře. V odpovědi týkající se poučení pacienta ze strany sester uvádí lékařka M. M.: *„Poučit pacienta je úloha jak má, tak úloha sester. Samozřejmě, že velká zodpovědnost je na lékaři, ale zdravotní sestry ji mají také, a proto je nutné, abychom se profesionálně doplňovali. Obě strany mají informovat během anamnézy a pobytu.“*

Tento kodex zajišťuje podle lékaře J. Š. určitou konfrontaci názorů. *„Ale musíme si uvědomit, že za vším je pro a proti. Tento dokument vytváří v pacientovi určitý obraz zásad o zdravotnictví, leč každý pacient je chápe jinak dle své mentální úrovně.“*

Česká lékařská komora vyžaduje od každého lékaře, aby byl po celou svou dobu praxe jejím členem. Stejně jako každá organizace i tato má svůj vlastní etický kodex, týkající se chování lékařů, jehož celé znění je v Příloze C.

Otázka č. 6: Jaké zásady udává Etický kodex lékařů v chování lékaře?

V kodexu jsou stanoveny obecné zásady přístupu lékaře k pacientovi. J. Š. soudí že *„dodržování je na každém z nás. ČLK podle mě vytváří propast mezi fungováním a propagováním všeobecné etiky, zejména na stránkách časopisu Tempus medicorum.“*

Z pohledu mladé lékařky uplatňuje tento kodex *„normu úcty ke každému lidskému životu, se všemi ohledy na lidského jedince.“*

Etický kodex pod záštitou ČLK dále stanovuje lékaři celoživotní vzdělávání, což by pacient mohl brát jako jistou záruku profesionality z pohledu léčebného přístupu. Navíc je v tomto dokumentu obsažena jedna stále diskutovaná otázka – stavovská povinnost každého lékaře, což jak komentuje J. Š. by mělo být dobrovolné. *„Neměli bychom být nuceni být členy společnosti, myslím, že je plně dostačující, pokud se každý z nás chová podle platných zásad, které z kodexu vyplývají.“*

Otázka č. 7: V kolika nemocnicích jste byli hospitalizováni?

Z odpovědí respondentů je patrné, že jejich závažná onemocnění vyžadovala opakované hospitalizace na různých odděleních, přičemž je nutné brát v patrnost, že ne všechny nemocnice v České republice disponují specializovanými odděleními jako jsou například kardiologie. Všichni zmínění pacienti byli hospitalizováni ve více než dvou nemocničních zařízeních. Z toho plyne, že jsou schopni vyjádřit se k celé podstatě tohoto výzkumu.

Například P. V. a V. P. byli kvůli svému onemocnění hospitalizováni dokonce v 7 nemocnicích po dobu delší než 30 dní. Zde je nutné zmínit, že respondenti do svých výčtů nemocnic udávali i rehabilitační ústavy, které sice nemají statut nemocnice, ale jistou podobu v péči mají. Stejně jako v nemocnicích zde pracují odborní lékaři a středně zdravotnický personál, se kterým denně přicházejí do styku – tedy do mezilidské, potažmo etické komunikace.

Otázka č. 8: Liší se přístup zdravotníků ve velké nemocnici typu fakultní a v menší typu městské?

V. M. nemá s většími nemocnicemi dobré zkušenosti. Podle něj se vše odehrává ve velkém spěchu, což je dáno nejspíš vysokými nároky na tamní standard. Vše se odehrává formou vizit, při kterých nerozumí diagnostickým termínům a tomu, co si o něm lékaři mezi sebou povídají. Při vzpomínce na „fakultku“ si vždy vybaví větu: „Do konce života už budete brát jenom léky.“ To, jaké léky – tedy jakou skupinu – a proč je musí užívat, mu sdělila až jeho praktická lékařka po propuštění. „Kdyby mi tenkrát hned řekli, co mi je, byl bych rád, kdyby za mnou pak přišel někdo z lékařů, sedl si se mnou a nastínil mi můj další život. Takhle jsem tápal a čekal. Sesterský přístup popisuje jako mnohem lepší. Na sesterském přístupu kvituje laskavost vlídnost a pochopení. „Nikdy se mi nestalo, aby mi některá ze sestřiček něco odepřela, spíše se mi snažily pomoci.“ V popisu městské nemocnice jakoby se přístup lékařů a sester otočil. „Když jsem ležel v rehabilitačním ústavu, myslím, že jsem měl štěstí na lékaře, zejména pak na jednu. Tato lékařka mě vždy vyslechla, udělala si na mě čas, i když jsem si byl vědom toho, že jsem nebyl jediným pacientem, kterého měla v péči. Svě zkušenosti s přístupem sesterského personálu popisuje takto: „Malá nemocnice, menší konkurence.“ Jeho zkušenosti popisují individuální přístup, občas ale i neochotu

v pomoci. *„Očekával bych od menší nemocnice od sestřiček spíše rodinný přístup, více pochopení s tím, s čím potřebuji pomoci.*

P. V. hodnotí přístup spíše ze všeobecného pohledu. Jak sám říká: *„Jsem po dětské mozkové obrně, a ať už jsem jakkoliv vzdělaný, vím, že přístup ke mně nebude vždy jednoduchý – se mnou je prostě práce.“* Proto se jeho odpověď podobá spíše definici než jeho vlastnímu prožitku: *„Větší nemocnice znamená lepší postup v léčbě, lepší informovanost podle určitého zákona o informovanosti pacienta. Dále soudí, že dlouhodobější hospitalizace přináší lepší přístup. „Za určitou dobu si na sebe zvykneme – tedy já i ostatní a myslím, že to nám v komunikaci pomůže. Sestřičky a lékaři si postupně navyknou na to, že potřebuju více jejich času, od sestřiček jejich péči a od lékařů větší míru vysvětlení.“* S menšími nemocnicemi P. V. nemá zkušenosti, ale jako typ menšího nemocničního zařízení berme rehabilitační ústav, jehož klientem je P. V. každým rokem. Tady přístup v komunikaci hodnotí spíše z individuálního přístupu jednotlivých zdravotnických pracovníků: *„S někým si jako člověk sednu a s někým ne, na někoho už se opakovaně těším – především na sestřičky a rehabilitační pracovníci, s nimiž jsem v kontaktu třeba po celý rok. Ale na druhou stranu, s někým si povahově sympatičtí nejsme vůbec, a tak to prostě je, toleruji to. Život už mě naučil, že takhle to je, a už neřeším, kdo má jaký přístup. Je to dané individualitou.“*

P. V. byla vždy hospitalizována na špičkových pracovištích v České republice. Od toho se podle jejího názoru odvíjí veškerý profesionální přístup. *„Péče je na těchto odděleních vysoce profesionální a z toho plyne i přístup jednotlivých lékařů a sester. Nejvíce ze všeho jsem si cenila informovanosti. Na každý můj dotaz jsem dostala patřičnou odpověď. Při vzpomínce na dny, kdy její stav vyžadoval neustálou kontrolu zdravotnického personálu, přiznává: „Musím říci, že vesměs na mě byli všichni hodní. Nevím, zda to bylo proto, čím jsem si prošla, ale byla jsem ráda, že se ke mně všichni chovali hezky a vlídně.“* Jako nemocnici malého typu berme v tomto případě jako u předchozího respondenta rehabilitační ústav. Rehabilitace pro byla zpočátku pro P. V. velmi těžká. Musela se sama v sobě zorientovat, musela se sama ujistit, že chce něčeho dosáhnout. *„Vím, že jsem v ledasčems z pohodlněla, jelikož mi všichni byli nablízku a já se nemusela prakticky o nic starat.“*

Rehabilitační ústav se snaží svým pacientům zlepšit nejen celkovou kondici, ale také je vrátit nazpět do každodenního života tak, aby byli schopni své sebeobsluhy a sebepečce. P. V. je jedním z těchto klientů. Pokud hodnotí přístup zdejších lékařů a ostatního ošetrovatelského personálu, uznává: *„Jak jsem řekla, byla jsem zvyklá na*

jistý komfort v péči a najednou jsem byla nucena mnoho udělat sama. Přístup všech mě trochu zaskočil. Ale brzy jsem uznala, že je to proto, abych se zlepšila sama. V tomto směru stejně jako předchozí respondenti uvádí individuální přístup jednotlivců a jejich respekt vůči pacientovi.

Z. B. popisuje fakultní nemocnici jako velkou instituci, kde snad nikdo nemá na toho druhého čas. Lékaři se podle něj, pořád radí, lékařské vizity jsou pro něj nesrozumitelné a pro laika příliš odborné. Pokud se někdo na něco zeptá, je spíše odbyt, což je způsobeno velkým počtem lůžek. *„Lékaři mi vždy řekli jen to nejnnutnější, pokud jsem se chtěl na něco dále zeptat, odkázali mne na odpolední čas – prý po obědě bude volněji a kolega na mě bude mít více času.“* (Zde je nutné zmínit, že většina lékařských vizit se koná v dopoledních hodinách.) S přístupem ošetřovatelského personálu je Z. B. spíše nespokojen. *„Ve spěchu, s jakým s námi jednájí lékaři, s námi pacienty jednájí i sestry. Snad jakoby to okoukaly. Setkal jsem se spíše s neochotou a arogancí. Z mého pohledu musí být vše hotovo v co nejkratším čase, ale co za tím vězí? Nevím.“*

Přístup zdravotníků v menší nemocnici přirovnává Z. B. spíše k rodinnému přístupu. *„Přijde mi, že lékaři stojí o nás pacienty a snaží se nás, alespoň mě, se vším seznámit. S arogancí jsem se setkal jen jednou, ale to bylo spíše nedorozumění mezi mnou a lékařem.“* V neutrální rovině hodnotí sestry, kdy stejně jako ostatní respondenti uvádí: *„Vše záleží na postoji jednotlivce, někoho ta práce baví, někoho asi ne, ale nevím, proč v takové práci ztrácejí „nevrle“ sestry čas. Asi proto, že jiná práce je daleko. Nebo nic jiného neumějí a nechtějí dělat.“*

F. Č. nerozlišuje nemocnice podle přístupu. Všude očekává jistou profesionalitu: *„Na každém se snažím najít něco kladného.“* Při porovnání velkých a malých nemocnic uvádí: *„Je důležité, jak ke svému onemocnění přistupujete. Víím, že úkolem lékaře je informovat a nabídnout adekvátní léčbu a péči, ale... . Každý lékař má na starost dejme tomu více než pět pacientů.“* V tomto ohledu si je vědom nejen léčby pacienta, ale i veškeré dokumentace, která s tímto povoláním souvisí. *„Vím, že je nutné vše pečlivě zaznamenat a psát zprávy a do toho se ještě všem věnovat – což není lehké.“* U sesterského personálu hodnotí hlavně profesionalitu. *„Já se ve svém zaměstnání taky chovám profesionálně, bez toho bych nebyl tam, kde teď jsem.“* Sesterský personál přirovnává též k jistým konkurentkám potýkající se navíc s normami na jejich vzdělání. *„Vím, že jsou neustále se zvyšující nároky na vzdělání všeobecně, myslím, že je to i v tomto oboru. Taktéž si myslím, že když už má někdo vysokou školu, nebude chtít pracovat ve zdravotnictví jako řadová sestra, ale bude se*

chtít uplatnit v jiném oboru. Proto si myslím, že dělat tuhle náročnou práci může jen někdo a záleží vždy na jeho osobitém přístupu.“

Lékařští respondenti se ve svých odpovědích vzájemně doplňují. Ve velké nemocnici podle nich převažuje anonymita. M. M. udává: *„Většinou nejednáte s člověkem, kterého denně potkáváte, a tudíž lépe znáte. Proto mi připadá věcnější, s větším odstupem, pragmatičtější, bez emočního zabarvení, zatímco v rámci malého pracoviště se odstup stírá, své kolegy znáte lépe.“* Užší kolektiv je však bližší jen někomu. Jiný lékař pracuje rád sám, ostatně taková je praxe obvodních lékařů. Ale pokud se vrátíme zpět k hledisku přístupu nemocnice, J. Š. hodnotí profesionální přístup takto: *„Fakultní nemocnice poskytuje jistý systém svých služeb. O pacienta se v průběhu léčby mohou starat 3-4 lékaři, z čehož plyne, že si pacient není vůbec jist jaký je jeho ošetřující lékař.“* Zde je patrná střídající se služba lékařů, kdy lékař ve službě nemusí sdělit pacientovi bližší informace o jeho zdravotním stavu – je možné, že se odpovědi i vyhne. Netráví s ním tolik času jako lékař v menší nemocnici. *„V malé nemocnici se lékaři nestřídají s takovou frekvencí jako ve velké nemocnici.“*

. V celkovém přístupu obou hraje velkou roli i vzdělanost pacienta, kolik informací o své nemoci již má, nebo jaké informace je schopen vyčíst v literatuře či na internetu. Roli hraje i věk. Starší generace byly zvyklé na socialistický přístup zdravotnictví – kdy za všech okolností lze vše. Dnes je tomu mnohdy jinak.

Otázka č. 9: Seřadte za sebou, jak na vás působí tyto činitele komunikace: empatie, popis problému, čas k předání informací, anamnéza, podpora v těžkých situacích, podpora v léčbě, nonverbální komunikace, posturika – postoj a držení těla, místo, kde je vám sdělena diagnóza, přítomnost 3. osoby.

F: Č.: Popis problému, čas předání informací, podpora v těžkých situacích, podpora v léčbě, empatie, nonverbální komunikace, postoj a držení těla, místo, kde je sdělena diagnóza, přítomnost 3. osoby.

M. V.: Empatie, popis problému, čas k předání informací, podpora v těžkých situacích, anamnéza, podpora v léčbě, nonverbální komunikace, postoj a držení těla, přítomnost 3. osoby.

P. V.: Empatie, popis problému, čas k předání informace, přítomnost 3. osoby, nonverbální komunikace, posturika, podpora v těžkých situacích, místo, kde byla diagnóza sdělena, anamnéza.

Z. B.: Popis problému, anamnéza, čas k předání informací, podpora v těžkých situacích, podpora v léčbě, empatie, posturika – nonverbální chování, místo celého sdělení, přítomnost 3. osoby.

P. V.: Empatie, posturika, popis problému, anamnéza, čas k předání informací, místo sdělení, nonverbální komunikace, podpora v těžkých situacích, podpora v léčbě, přítomnost 3 osoby.

Otázka č. 10: Jste ochotni si o problému pohovořit se zdravotnickým personálem, aniž by vás k tomu vyzval?

Odpovědi na tuto otázku se nepatrně rozcházejí. Jedni se snaží své problémy vyřešit sami. Poté, co se jejich problém prohloubí natolik, že si s ním nevědí rady, teprve vyhledají zdravotnický personál. Z. B. uvádí: *„Pokud mám nějaký problém, snažím se ho v rámci svých možností vyřešit sám. S větším problémem vyhledám lékaře, protože to stejně dospěje do stádia, kdy už mi sestřičky asi moc nepomohou.“*

V. M. volí k řešení svého problému opačný způsob - vyhledání pomoci: *„Vyhledávám raději zdravotní sestřičku, jsem rád, když mi někdo pomůže a vyslechne mě, eventuelně mi pomůže problém vyřešit, tím, že zavolá lékaře. Sestřičky si mnohdy vědí rady víc, než samotní lékaři. Sestry podle mě mají větší zkušenosti a hlavně jsou neustále k dispozici na sesterně.“*

P. V. zakládá veškerou komunikaci na důvěře. Snad je to tím, jakým zdravotním postižením trpí a jak je schopen se o sebe postarat během hospitalizace. Jak je již uvedeno, k veškerým přesunům potřebuje svůj elektrický vozík a dopomoc další osoby. *„Pro mne je strašně důležitá důvěra v toho, kterého člověka, jakožto i projevený zájem o mou osobu a v poslední řadě i vhodné prostředí bez rušivých elementů.“*

F. Č vysvětluje svou počáteční odevzdanost zdravotníkům: *„Moje nemoc mě doslova překvapila ze dne na den. V jednu chvíli jsem byl rád, že se o mě někdo stará. Neznámé problémy s nemocí jsem konzultoval s tím, kdo se o mě momentálně staral. Jestli to byl lékař, který ke mně přišel, nebo sestřička mi bylo jedno. Teprve, až když mě propustili z nemocnice a převezli na následnou rehabilitaci, tak jsem se „rozkoukával“, komu a s čím se můžu svěřit.“* Jak sám dále uvádí, s přístupem personálu rehabilitačního ústavu byl převážně spokojen. *„Asi jsem měl štěstí na ošetřující lékařku, která moje prosby vždy ochotně vyslyšela, ale i sestry a rehabilitační personál.“*

P. V. je jedním z respondentů, u nichž byla opakující se hospitalizace nezbytně nutná. Proto ve své odpovědi porovnává určité formy ošetřovatelské péče. *„Samozřejmě, že jsem ochotna o svém problému mluvit. Vzhledem k mému*

zdravotnímu stavu se musí zohlednit více faktorů péče: jídelníček, dále musím při opuštění svého pokoje vždy nosit roušku, abych se eventuelně nenakazila například chřipkou. Vždy chci konzultovat následnou péči s lékaři.“ V podotázce důvěry pak více spoléhá na ošetřovatelský personál, který jí je bližší a chová se k ní vstřícněji než lékaři. Tento stav přisuzuje moderní medicíně. „Moje léčba byla hodně náročná, proto jsem lékaře nechala „bádat“ a problémy jsem řešila spíše se sestřičkami.“

8 DISKUSE – OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

V úvodu praktické části diplomové práce byly stanoveny tři následující hypotézy:

- 1. Etická komunikace v medicíně má význam pro úspěšnost léčby pacienta.**
- 2. Práva pacientů jsou lékaři respektována jako jeden z pilířů komunikace.**
- 3. Pacienti jsou ochotni mluvit o svých potížích pouze tehdy, pokud jsou jim vytvořeny optimální podmínky.**

Po hloubkových rozhovorech na daná témata v této části diplomové práce shrneme, zda rozhovory výše uvedené hypotézy potvrdily či vyvrátily.

Z provedených rozhovorů pro hypotézu č. 1 vyplývá, že etická komunikace vnímaná všemi respondenty jako čestné jednání, vstřícnost, empatický přístup, vzájemný respekt a důvěra přispívá k úspěšnosti léčby. Není však vždy dodržena, záleží na individuálním přístupu jednotlivých zdravotnických pracovníků.

V souvislosti s touto hypotézou je nutné zmínit i několik dalších hledisek. Celkový přístup zdravotníků a ošetrovatelského personálu v malých nemocnicích a velkých nemocnicích typu Fakultních se liší. Oba lékaři shodně uvádějí, že přístup lékaře ve velké nemocnici je více anonymní, pacient mnohdy nezná ani jméno svého lékaře, z čehož plyne, že navázání důvěry v tomto případě není možné. Oproti tomu, kvitují menší nemocniční zařízení, ve kterých je možné navázat jistou míru důvěry s pacientem, která vychází z menšího týmu zdravotníků a častějších kontrol pacienta. Ke kladným stránkám velkého nemocničního zařízení patří vybavenost oddělení, nadstandardní podmínky a z hlediska komunikace větší informovanost. Všichni respondenti také shodně uvádějí, že důležitým faktorem v komunikaci je pro ně empatie ze strany zdravotníka.

Můžeme tedy konstatovat, že první hypotéza je pravdivá. Autor této práce se domnívá, že etická komunikace přispívá ke zdárnější léčbě pacienta, avšak vše závisí na individuálním a profesionálním přístupu zdravotníka a zdravotnického zařízení.

Hypotézu č. 2 se nepodařilo potvrdit. Z jedenácti bodů Práv pacientů mnozí respondenti znají pouze jeden informovaný souhlas. Ostatní body ani jeden z respondentů neuvádí. M. V. dokonce říká: „*Nevím, že něco takového existuje.*“ V otázce, kdo je zodpovědný za informovanost pacientů, se oba lékaři domnívají, že

tento úkol je společný jak pro lékaře, tak pro sestry. Lékař J. Š. dodává: „*Tento dokument vytváří v pacientovi určitý obraz zásad o zdravotnictví, leč každý pacient je chápe jinak dle své mentální úrovně.*“ V tomto případě lze jednoznačně říci, že pacienti neznají všechny body svých práv vyplývajících z tohoto dokumentu.

Hypotéza č. 3 má nejasný závěr. Z rozhovorů vyplývá, že pro sdělení problému je pro všechny důležitá důvěra mezi respondenty a zdravotníky. Pro P. V. hraje roli individuální přístup vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Rozebereme-li odpovědi všech respondentů vyplývá z nich, že o svém problému se raději poradí s ošetřovatelským personálem, který je vždy na blízku.

ZÁVĚR

V teoretické části této diplomové práce jsou popsány přístupy v komunikaci s pacienty. Jednotlivé teoretické kapitoly popisují přístupy, způsoby a odlišnosti v komunikaci mezi lékařem a pacientem a zdravotní sestrou.

Lékařský přístup vychází z partnerského a profesionálního přístupu k nemocnému, ve kterém hrají velkou roli čas, důvěra, autonomie pacienta a zodpovědnost za poskytnuté informace.

Moderní medicína vyžaduje, aby se lékař neustále vzdělával v nových metodách a postupech léčení. Takové úsilí vyžaduje mnoho času a trpělivosti. Zaměříme-li se na čas, který lékař stráví s pacientem a budeme-li vycházet z hloubkových rozhovorů s respondenty, dojdeme k závěru, že lékaři jsou v přístupu časově omezení převážně ve velkých nemocnicích. Velké nemocnice oproti malým nemocničním zařízením sice pacientovi nabízejí nejmodernější dostupné metody a špičková zařízení napomáhající v léčbě, ale z hlediska času nedávají lékaři prostor pro užší a individuálnější přístup, vedoucí k navázání potřebné důvěry. Celkový pohled na nemocného se tak stává spíše profesním, tedy pohledem pouze na jeho diagnózu a potřebu léčby a nezohledňujícím i další jednotlivé individuální potřeby a rozdíly mezi pacienty, jak fyzické, tak i psychické (nálada, deprese, strach, optimismus).

Menší zdravotnická zařízení stírají určitý profesní odstup od pacienta a časovou zátěžnost. Lékaři tak mohou pacientům věnovat individuálně více času a prodiskutovat s nimi jejich problémy a napomoci jim k neoptimálnějšímu nastavení léčby.

Zdravotní sestry jsou brány ve svém profesním postoji jako určitý „mezičlánek“ komunikace mezi lékařem a nemocným. V této úrovni komunikace hraje velkou roli lůžková kapacita oddělení a náročnost v péči o nemocné. Z praktické části této diplomové práce vyplývá, že kvalita a úroveň komunikace vychází na jedné straně z objektivních příčin jako je postgraduální či vysokoškolské vzdělání sestry a její pracovní vytíženost, ale na straně druhé nejvíce záleží na osobním individuálním přístupu a empatii každé zdravotní sestry zvlášť.

V právní povinnosti informovat pacienta o všech léčebných postupech jsou zdravotnická zařízení na všech úrovních více méně srovnatelná, jak vyplývá z praktické části. Každý z respondentů shodně zmiňuje dokument – informovaný souhlas, kterým je splněna povinnost z právního hlediska naplněna. Další komunikace záleží na zdravotnickém personálu a pacientech vzájemně.

Velký nedostatek obou medicínských skupin, tedy lékařů a sester je v nedostatečném informování nemocných o etickém kodexu Práva pacientů. Jak vyplývá z praktické části, je to povinností lékařů i zdravotních sester. Je tedy na každém, zda a do jaké míry pacienta informuje.

Podle výše popsaných východisek je tedy etická komunikace, jako prostředek zkvalitnění péče je velmi důležitá. Právní předpisy a normy mohou být ke zkvalitnění péče, nápomocny pouze do určité míry. Opravdová zodpovědnost je na každém lékaři i zdravotní sestře a pacient, o kterého jde především, ocení každé vlídné slovo navíc nad rámec profesní povinné diskuse.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ANALÝZA. *Analýza nedorozumění v komunikaci mezi lékařem a pacientem.*

1.vyd. Praha: Radix, 2011. ISBN 978-80-86031-91-0.

ANDRÝSEK, O. *Mluv se mnou.* 1. Vyd. Praha: Maxdorf, 2011.

ISBN 978-80-7345-257-5.

DUPUY, E. *Úspěšný dialog.* 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-666-7

GROOPMAN, J. *Jak doktoři myslí.* 1. vyd. Praha: Columbus, 2009.

ISBN 978-80-7249-251-0.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007

ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Provoz zdravotnických zařízení.* Praha: Verlag Dashöfer, 2000.

ISBN 80-86229-18-1.

HEŘMANOVÁ, J. a spol. *Etika v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012.

ISBN 978-80-247-3469-9.

HAYEDOVÁ, N. *Shrnutí psychologických poznatků, které se týkají mezilidských vztahů.* 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-198-3.

HEKLOVÁ, Z. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry.* 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.

HEŘMANOVÁ, J., M. VÁCHA, H. SVOBODOVÁ, M. ZVONÍČKOVÁ, J. SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně.* 1. Vyd. Praha: Galén, 1997.

ISBN 80-85824-60-4.

HOŘEJŠÍ, J. *Moc a nemoc medicíny*. 1.vyd. Praha: Makropulos, 1998.
ISBN 80-86003-16-7.

CHOVANCOVÁ, Z., J. VAŠKOVÁ. *Diagnóza nádor a co dál*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-668-4.

JANÁČKOVÁ L., P. WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

KELNAROVÁ, J., E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.

KONEČNÁ, H. *Medicína založená na důvěře*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012.
ISBN 978-80-7262-878-0.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 1.vyd. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1973

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s. 93.
ISBN 978-80-247-2069-2.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1.vyd. Praha: Grada, 2005.
ISBN 80-247-1025-0.

O'CONNOR, M. ARANDA, S. *Paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002.
ISBN 80-247-1295-4.

PODSTATOVÁ, R. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1997-9.

PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

SCHRANNER, M. *Umění vyjednávat a přesvědčit v obtížných situacích*. 1. vyd, Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3609-9.

SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

TATE, P. *Komunikace pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0911-2.

TAYLOROVÁ, S., A. LESTEROVÁ. *Umění komunikace*. 1.vyd. Praha: Knižní klub, 2010. ISBN 978-80-242-2770-2.

THOMSON, P. *Zásady úspěšné komunikace*. 1.vyd. Brno: Alman, 2001. ISBN 80-86135-16-0.

VÁCHA, M., R. KONIGOVÁ, M. MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VENGLÁŘOVÁ, M. *komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.

VYBÍRA, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-291-2.

VYBÍRAL, Z. *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-812-0.

WEBER, W. *Umění žít s rakovinou*. 1.vyd. Plzeň: Mustang, 1996. ISBN 80-7191-090-2.

ZACHAROVÁ, E., J. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

Seznam použitých internetových zdrojů

Umírání. [online][cit.2013-09-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/prava-pacientu.html>

Paliativní medicína. *Paliativní péče*. [online]. [cit.2013-09-03]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/palmed/paliativni-pece>

Vysvětlující zpráva k úmluvě o lidských právech a biomedicíně. [online].

[cit.2013-09-03]. Dostupné

z:

http://www.krev.info/Text/Umluva_biomedicina_vysvetleni2.htm

<http://www.img.mf.cz/144/556/www-dbh-nhs.uk.bmp>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Model paternalistického přístupu lékaře.....	11
Obrázek 2: Rozhovor lékaře s pacientem.....	13
Obrázek 3: Rozhovor sestry s pacientem.....	16
Obrázek 4: Schéma efektivního sesterského rozhovoru.....	28
Obrázek 5: Porozumění.....	41
Obrázek 6: Komunikační přístup k respondentům.....	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Sesterská anamnéza.....	I
Příloha B – Práva pacientů	III
Příloha C – Etický kodex lékařů ČLK	V
Příloha D – Etický kodex zdravotních sester.....	VIII
Příloha E - Informovaný souhlas.....	IX
Příloha F – Informovaný souhlas - reverz	X
Příloha G – Anamnézy respondentů.....	XI
Příloha H – Otázky respondentů.....	XIV

PŘÍLOHY

Příloha A – Sesterská anamnéza

Pacient (klient): R.Č.: Poj.:
 Dg.: TEL. PACIENTA:
 Datum přijetí: Příjem z domu/nemoc. zařízení:
 Alergie:

<p>Vědomí / Spánek</p> <p><input type="checkbox"/> při vědomí, orientován</p> <p><input type="checkbox"/> neklidný</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><input type="checkbox"/> záchvaty:</p> <p><input type="checkbox"/> opatření:</p> <p><input type="checkbox"/> poruchy spánku:</p> <p><input type="checkbox"/> opatření:</p>	<p>Dýchání</p> <p>Počet dechů/min</p> <p><input type="checkbox"/> čistě, spontánně</p> <p><input type="checkbox"/> jiné:</p>	<p>Hydratace / Výtiva</p> <p>Dieta č.:</p> <p><input type="checkbox"/> podvýživa:</p> <p><input type="checkbox"/> norm. výživa:</p> <p><input type="checkbox"/> obezita:</p> <p><input type="checkbox"/> plný režim:</p>			
<p>Termoregulace</p> <p>TT: °C</p> <p><input type="checkbox"/> opatření:</p>	<p>Kardiovaskulární systém</p> <p>rytmus:</p> <p>P...../ min</p> <p>TK...../.....</p> <p><input type="checkbox"/> kardiostimulátor:</p>	<p>Bolest</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><input type="checkbox"/> lokalizace:</p> <p><input type="checkbox"/> tlumení bolesti léky</p> <p><input type="checkbox"/> jiné opatření:</p>			
<p>Bilance tekutin</p> <p><input type="checkbox"/> známá příjem tekutin</p> <p><input type="checkbox"/> známá příjem + výdej tekutin</p> <p><input type="checkbox"/> bez známá</p>	<p>Váha při příjmu:</p> <p>RIZIKO PADŮ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>	<p>Výprazdňování stolice</p> <p>datum: pravidelnost</p> <p><input type="checkbox"/> kontinence</p> <p><input type="checkbox"/> inkontinence</p> <p><input type="checkbox"/> pleny</p> <p><input type="checkbox"/> podložní mísa</p> <p><input type="checkbox"/> permanentní katetr den:</p> <p><input type="checkbox"/> cévkování-frekvence:</p> <p><input type="checkbox"/> po laxantia <input type="checkbox"/> jiné:</p> <p><input type="checkbox"/> po klyzmatu</p>			
Aplikace léků					
Operační rány, stomie, zevní	Stav kůže	Aktuální stav			
<input type="checkbox"/> bez defektů					

fixatory, popáleniny aj.

Druh rány:

Od kdy:

 převaz datum: materiál: jiné: dekubty

lokalizace:

velikost: ...x...stupeň:

 převaz datum: materiál: mikrobiolog. nálezn. datum:**Bandáž DK:** ano ne**Pohyblivost / Rehabilitace**

- chodící
- chodící s pomocí
- sedí v křesle
- ležící pohyblivý
- ležící nepohyblivý
- polohování:
- RHB:

Smyslové bariéry

- problémy s řečí:
- problémy se zrakem:
- problémy se sluchem:

Účtena osoba o podávání informací**Soběstačnost**

- soběstačný
- nesoběstačný
- pomoc při jídle, toaletě, defekaci
- pomoc při hygieně, oblékání

Pomůcky

- brýle, čočky
- naslouchátka
- zubní protéza
- berle podpažní
- berle FH
- chodítka
- vozík mechanický
- vozík elektrický
- ortéza

Schopnost spolupráce

- úplná
- částečná
- malá
- žádná
- Přesuny: 1 osoba
- více osob
- deska
- jiné

Psychický stav

- psychicky stabilní
- úzkostný
- nervózní
- plačtivý
- jiné:

Spolupráce s rodinou

- Kontakt:
- vyhovující
- nevyhovující:
- informována o překladech

Uložení cennosti v trezoru

- ano:
- ne:

Po ukončení RHB převaz

- doma
- jiné zařízení:
- sanitou rodinou jinak:

Poučení

Pacient/ klient byl poučen o délce pobytu I-třídy. Pacient byl informován o jeho právech a odpovědnosti zdravotních pracovníků. Pacient souhlasí s poskytnutím zdravotního výkonu v době hospitalizace v rámci terapeutických, diagnostických a konz. vyšetření/ ošetření, aplikací léků/ terapií, odběrů krve, ošetření ran apod. Pacient byl seznámen s léčebným režimem a preventivními opatřeními. Pacient vyjádřil souhlas s poskytnutím zdravotní péče a s tím, že má právo kdykoliv ukončit léčbu.

Podpis lékaře:**Datum:****Podpis sestry:****Podpis pacienta (zástupce):**

Příloha B – Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992.

Příloha C – Etický kodex České lékařské komory

I.oddíl

Obecné zásady

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví každého člověka bez rozdílu v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu se všemy ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sexuální orientaci, sociální postavení, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné na výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud se svým obsahem, nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku, ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích nezávislý a odpovědný.
5. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

II.oddíl

Lékař a výkon povolání

1. Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a které považuje pro nemocného za nejvýhodnější.
Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).
2. Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.
3. Lékař musí plnit své povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní nebo jiné povahy.
4. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit v případě souhlasu nemocného, zajistit vhodný postup v pokračování léčby.
5. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu (nebo spoluúčasti na něm), který odporuje jeho svědomí.
6. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu, k jiným než léčebným účelům.
7. Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium není přípustné.
8. U transplantací se lékař při odběru orgánů zemřelých řídí příslušnými předpisy. Odběru orgánů nesmí být zneužito ke komerčním účelům.
9. Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanovené zákonem.
10. Lékař, který vykonává své povolání, je povinen se odborně vzdělávat.

11. Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná patřičná ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

12. Lékař nesmí sví povolání vykonávat formou potulné praxe.

13. Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně odpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

14. Pokud lékař doporučí ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

15. Lékař se podle uvážení účastní na prezentaci a diskusi medicínských témat na veřejnosti, v tisku, v televizi, rozhlasu, musí se však vzdát individuálně cílených lékařských rad a doporučení pro svůj lékařský prospěch.

16. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které přímo nebo nepřímo znamenají propagaci nebo reklamu jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou agitační činnosti, cílenou na rozšíření klientely. Nesmí rovněž tyto aktivity iniciovat prostřednictvím druhých osob.

17. Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberské kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

18. Lékař si má být vědom své občanské úlohy i vlivu na okolí.

III. oddíl

Lékař a nemocný

1. Lékař plní vůči každému odpovědně a svědomitě své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

2. Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí, nesníží se k hrubému, násilnickému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

3. Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postoji vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy, včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví.

4. Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

5. Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčí jinak informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

6. Lékař nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoli způsobem.

IV. oddíl

Vztahy mezi lékaři

1. Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společenskyykorektní chování spolu s kritickou náročností, respektováním kompetence, přiznáním práva na odlišný názor.

2. Lékař v zájmu své stavovské cti i s ohledem na pověst lékařské profese nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiného lékaře nebo lékařů, natož používat ponižujících výrazů o jejich osobách, komentovat nevhodným způsobem činnost ostatních lékařů v přítomnosti nemocných a mlékařů.

3. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují či léčí stejného pacienta. Předává-li z důvodných příčin nemocného jinému lékaři, musí mu odevzdat zjištěné nálezy a informovat ho o dosavadním průběhu léčby.

4. Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konsilium vždy, když si to vyžadují okolnosti a nemocný souhlasí. Je právem lékaře zdůvodnit a navrhnout osobu konzultanta. Závěry konsiliárního vyšetření mají být dokumentovány zásadně písemnou formou a je povinností o nich informovat nemocného, se zvláštním drazem tehdy, pokud se názory lékařů liší, a je právem lékaře vzdát se dalšího léčení, pokud se nemocný přikloní k jinému názoru konzultanta.

5. Lékař musí svou praxi vykonávat zásadně osobně. Zastupován může být jen dočasně a to lékařem vedeným v seznamu lékařské komory a splňujícím potřebné odborné předpoklady.

V. oddíl

Lékař a nelékař

1. Lékař spolupracuje se zdravotnickými pracovníky vyškolenými ve specializovaných činnostech. Pověří-li je diagnostickými a léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesevědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

2. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit osobu, která není lékařem a nepatří k zdravotnickému personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají nebo pracují v nelékařských oborech, a další osoby, s jejichž přítomností pacient souhlasí, pokud není lékařsky zdůvodněných podmínek.

Příloha D – Etický kodex sester

Kodex sester předložený Českou asociací sester

Z roku 1991

Sestra a pacient

- Sestra má základní povinnost - poskytnout pomoc člověku, který potřebuje její péči.
- Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.
- Sestra není v ošetrovatelské praxi negativně ovlivněna věkem, pohlavím a osobností pacienta, a stále si zachovává úctu k jeho individuálnímu hodnotovému systému a životnímu stylu.
- Sestra jedná tak, aby chránila pacienta a veřejnost v případech, že zdravotní péče a bezpečí jsou narušeny neoprávněnými, neetickými nebo protiprávními zákroky jakékoliv osoby.
- Sestra hájí pacientovo právo na soukromí tím, že moudře a uvážlivě chrání veškeré informace důvěrné povahy,

Sestra a pacient

- Sestra přijímá osobní odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování a za následné chování.
- Sestra uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností při vyhledávání konzultace, při přijímání a předávání sesterské činnosti jiným.
- Sestra usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností dané situace.

Sestra a spolupracovníci

- Sestra spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a vyvíjí úsilí o patřičnou úroveň morálních vztahů zdravotnického týmu.
- Sestra provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, ale odepře účast na jednání, které odporuje etice či jejímu svědomí.

Sestra a profese

- Sestra na sebe klade při výkonu povolání vždy nejvyšší požadavky.
- Sestra má pro výkon profese morální předpoklady a příslušné odborné znalosti, využívá každé vhodné příležitosti k udržení a ke zvýšení profesionálních znalostí způsobilosti.
- Sestra svým příkladným chováním hraje velkou roli při zavádění žádoucích mravních zásad a kritérií do ošetrovatelské praxe.
- Sestra se podílí prostřednictvím profesní organizace na vytvoření, uskutečňování a zlepšování vhodných sociálních, ekonomických a pracovních podmínek v ošetrovatelství.
- Sestra se aktivně podílí na úsilí zdravotnictví chránit a uskutečňovat vysokou kvalitu sesterské péče.

Sestra a společnost

- Sestra se s ostatními zdravotníky a se spoluobčany zodpovědně podílí na iniciativním uspokojování bio-psycho-sociálně ekologických potřeb veřejnosti.
- Sestra se podílí na objektivní informovanosti veřejnosti v oblasti zdraví a všech aspektů, které mohou zdraví ovlivnit.
- Sestra svým životním stylem ovlivňuje tradice a zvyky společnosti v níž žije a paracuje, a nejedná proti nim.

Příloha E – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s očkováním

Souhlasím, aby můj syn (moje dcera)

byl(a) očkovaná vakcínou **proti rotavirům.**

Jsem tímto textem informován(a), že existují t.č. v České republice 2 registrované vakcíny – Rotarix a Rotateq. 1. dávka mezi 6. - 12. týdnem života, doočkování do 24. resp. 26.týdne. Rotarix se podává ve 2 dávkách, Rotateq ve 3. Cena za celé očkovací schéma je kolem 4 tis.Kč (částečnou úhradou zdravotní pojišťovny často pak nižší).

Očkovací látka vydávána v ordinaci či předepisována na recept, vyzvedává se pak rodinou v lékárně, vhodné na přenos je zachování tzv. chladového řetězce s následným skladováním v lednici i doma.

Vakcína je podávána do úst dítěte.

Dále jsem tímto informován(a), že aplikace vakcíny musí být odložena v případě akutního horečnatého onemocnění s teplotou vyšší než 38 st., v případě průjmu či zvracení. Několik dnů po očkování je nutné dbát zvýšené hygieny po kontaktu s plenami, zejména těmi dospělými, kteří jsou léčeni imunosupresivou (např. pro nádorové onemocnění).

Beru na vědomí, že po očkování se mohou dostavit nejčastěji tyto nežádoucí účinky: průjem, bolesti břicha, podrážděnost, nechutenství. Více na www.leky.sukl.cz, kde lze si pročíst celé SPC (Souhrn údajů o přípravku), SPC nabídnuto v papírové formě i v ordinaci.

Beru dále na vědomí, že 30 minut po aplikaci má očkovaný jedinec setrvat v čekárně ordinace.

Zákonnému zástupci dítěte bylo umožněno klást lékaři či sestřičce otázky, nemá žádné nejasnosti, měl dostatečný prostor pro prostudování tohoto Informovaného souhlasu, všemu porozuměl.

Souhlasím: **ano** x **ne** (stačí zakroužkovat)

V Chomutově dne Příjmení zákonných zástupců:

1) matka: 2) otec:

1)..... 2).....

podpisy zákonných zástupců

Příloha F – Informovaný souhlas – REVERZ

Informovaný nesouhlas pacienta – revers

Zdravotnické zařízení: *Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou*

Lékař, který provedl poučení: MUDr.

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo

Já, níže podepsaný tímto prohlašuji, že jsem byl dne , v hodin poučen lékařem MUDr. o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech. Byl jsem výslovně informován o tom, že v rámci řádné péče o mé zdraví je třeba, abych se podrobil:

Lékař mi náležitě vysvětlil, že pokud budu nadále odmítat může to mít pro můj další život, zdraví a zdravotní stav následující důsledky:

Dále mi bylo podrobně vysvětleno

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych lékaři, který mi podával vysvětlení, kladl doplňující otázky.

Přes shora uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že nadále odmítám lékařem doporučenou zdravotní péči a to což při plném vědomí a zcela svobodně a vážně potvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

V dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta

Poučení a náležitě vysvětlení podal:

.....
podpis lékaře

Pacient vyslechl shora uvedené informace, odmítá uvedenou péči a odmítá tento revers podepsat. Svědkem náležitého poučení pacienta a jeho odmítnutí je:, který svým podpisem potvrzuje, že pacient byl informován jak shora uvedeno a potřebnou péči odmítl, současně odmítl podepsat i tento revers.

.....
podpis svědka (svědků)

Příloha G – Anamnézy respondentů

Z. B.

DIAGNÓZA: I693 Stp. amputaci ve stehni l.dx 7/2010 pro diabet gangrenu

Stp. isch. CMP s pravostr.symptomatickou v r. 2007

NO: Stav po amputaci pr. dolní končetiny ve stehně

Chůze s protézou- schopen na krátkou vzdálenost..

ANAMNÉZA

PA: ID, bydlí s matkou v RD

F. Č.

DIAGNÓZA: St.p.virové encefalomyelitis t.č. s residuální parapresou více vlevo

NO: Stp.virové encefalomyelitis t.č. s residuální parapresou více vlevo

16.12.2012 přijat na neurologii (FN) pro bolesti hlavy spojené s nauzeou, zvracením a schváceností, při přijetí bez lateralizace na mozkových nervech i končetinách, během hospitalizace rozvoj subfebrilií, meningeální a rozvoj paraparezy DKK.

Proveden prozatím nácvik stabilního sedu, poslední 2 dny zkoušel stoj,

Nyní. bolesti nekuje, postupně se zlepšující se parapareza DKK, omezená hybnost LDK, oslabení DF i kořenově kyčle. Částečně soběstačný v základních aktivitách, nyní dopomoc při přesunech na vozíku na delší vzdálenost, vertikalizace do stoje samostatně. Pokračuje v nácviku sebeobsluhy.

ANAMNÉZA

PA: OSVČ, žije s přítelkyní a miminkem

P. V.

DIAGNÓZA: G809 DMO - spastická kvadraparesa s max. na DKK

VAS Th, Lp - dle MRI 12/12 bulging disku Th11/12, diskopatie L1-3 a L5/S1, ploché dosr. obvodové protruze disků L3-5, skoliosa Th/lp s hranicí absolutní stenosis PK

NO: Pac. s dg. DMO se spastickou kvadraparesou predil. na DKK - v.s. kvadrusptická forma .

Stoj možný pouze s oporou, chůze v chodítku nezvládne, tato pouze s význ. dopomocí ADL pac. nesoběstačný - nutná dopomoc při vertikalizaci, neposadí se, nutná dopomoc při hygieně, jídle, oblékání, přesuny nezvládá, stoj pouze krátce s oporou. s dop. zvládne na WC.

ANAMNÉZA

PA: ID, absovent pedagogicko - sociální střední školy, dříve IT pracovník - překladatel z angličtiny

RA: nevýzn., OA: bdn, DMO - spastická kvadraparesa

M. V.

DIAGNÓZA: RS - agresivní progredující forma

NO: Pac. s agresivní formou roztroušené sklerozy.

In an první obtíže /02, v.s.rozmazané vidění, spont. uprava, vyšetřen nebyl, ataka spastické parapares

Prosinec 2012 ještě ujde 20m s FH i bez zastavení, večer již nelze, únava, chůze bez opory možná není, dtto na delší vzdálenosti mech. Vozík.

Inkontinentní - pokud nevyhoví urgenci, používá pleny..

02/12 vstupně spastické paraparesa DKK, stran ADL parc. soběstačnost - chůze samostatně nelze, opora FH - zvládne pouze na krátkou vzdálenost, limitem únava zejm. v odpol. hodinách, sfinktery - dp nosí pleny, urgence, stolice v normě.

ANAMNÉZA

PA: ID /05 - žije s rodiči

P. V.

DIAGNÓZA: implantaci mechanické srdeční podpory HeartMate + plastika trikuspidální chlopně. Stp. hemoragické CMP s expr. afazií a levostr hemip.

Stp. plicní embolizaci 8/2010 .Stp. parc. resekci mammy l.sin pro CA s následnou cystostat. léčbou

V roce 2005 byl u pacientky diagnostikován Ca levého prsu s nutností operačního řešení - parc. mastectomií a následnou chemoterapií. V roce 2009 došlo k rozvoji chronického srdečního selhávání na podkladě dilatační kardiomyopatie / polékově po chemoterapeutických /. V srpnu 2010 prodělala plicní embolizaci. V listopadu 2011 pak nutnost implantace mechanické srdeční podpory HeartMate + provedena plastika trikuspidální chlopně.

V listopadu 2011 další komplikace - vznik krvácivé CMP při antikoagulační terapii s resulující expresivní afazií a těžkým levostranným postižením, nutnost dekompresní kraniectomie FTP ldx pro verifikované rozsáhlé krvácení. Po stabilizaci stavu pak provedena u pacientky kranioplastika - duben 2012. Po celou dobu byla pacientka hospitalizována na kardiokirurgii .

Nyní: rehospitalizace po provedené biopsii myokardu transplantovaného srdce ze včerejšího dne .

ANAMNÉZA

PA: svobodná, bydlí s matkou a bratrem v bytě

Příloha H – Otázky respondentů – pacienti

Otázka č. 1: Otázka č. 1: Hraje v komunikaci lékař – pacient roli i váš věk a vaše vzdělání?

Otázka č. 2: Otázka č. 2: Co očekáváte od mezilidské komunikace?

Otázka č. 3: Co si představujete pod pojmem etická komunikace?

Otázka č. 4: Dokážete popsat, alespoň jeden z bodů etického kodexu Práva pacientů?

Otázka č. 5: *V kolika nemocnicích jste byli hospitalizováni?*

Otázka č. 6: Liší se přístup zdravotníků ve velké nemocnici typu fakultní a v menší typu městské?

Otázka č. 7: Seřadte za sebou, jak na vás působí tyto činitele komunikace?

Otázka č. 8: Jste ochotni si o problému pohovořit se zdravotnickým personálem, aniž by vás k tomu vyzval?

Otázky respondentů – lékaři

Otázka č. 1: Vaše dosažené vzdělání v medicíně?

Otázka č. 2: Co „obecně“ očekáváte od mezilidské komunikace a jak vy přistupujete ke komunikaci mimo zdravotnické zařízení.?

Otázka č. 3: Jak byste popsal(a) pojem etická komunikace ve zdravotnictví?

Otázka č. 4: Vzpomenete si a popíšete alespoň 1 bod Etického kodexu lékařů ČLK?

Otázka č. 5: Pokuste se porovnat komunikaci lékaře s pacientem ve velké nemocnici, typu – FN a malé typu - okresní nemocnice – (pokud máte srovnání vzhledem k vaší praxi).

Otázka č. 6.: Pokuste se prosím napsat, jaké jsou nejčastější chyby v etické komunikaci a) z pohledu lékaře, b) z pohledu sestry.

Otázka č. 7: Seznámil(a) jste někdy pacienta s kodexem „Práva pacientů“, nebo je to podle vás úloha sester?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Doubravka Malá

Obor: Sociální a mediální komunikace

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Etická komunikace ve zdravotnictví

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 62

Celkový počet stran příloh: 14

Počet titulů českých použitých zdrojů: 34

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 4

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: RNDr. Jaroslav Huk, CSc.