



Bakalářská práce

Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci

Studijní program:

B0913P360016 Zdravotnické záchranářství

Autor práce:

Pavel Madeja

Vedoucí práce:

Mgr. Zuzana Paukertová

Fakulta zdravotnických studií

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci

<i>Jméno a příjmení:</i>	Pavel Madeja
<i>Osobní číslo:</i>	D20000205
<i>Studijní program:</i>	B0913P360016 Zdravotnické záchranářství
<i>Zadávací katedra:</i>	Fakulta zdravotnických studií
<i>Akademický rok:</i>	2021/2022

Zásady pro vypracování:

Cíle práce:

1. Popsat specifika edukace akutního příjmu pacienta s poruchou vědomí
2. Zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci

Teoretická východiska (včetně výstupu z kvalifikační práce):

Téma bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností autora z prostředí intenzivní péče. Tato bakalářská práce se bude věnovat možnostem a efektivitě edukace zaměřené na pacienty s poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci. Výstupem této bakalářské práce bude edukační materiál pro zdravotníky.

Výzkumné předpoklady / výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka nebyla stanovena. Cíl je popisný.
 - 2A. Jakým způsobem je pacient při akutním příjmu edukován?
 - 2B. Existuje edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí?
 - 2C. Je potřeba pacienta po nabytí plného vědomí znovu edukovat?

Metoda:

Kvalitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Standardizovaný rozhovor

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum bude realizován v zdravotnických zařízeních krajského a fakultního typu a dále na ZZSLK.

Výzkum bude realizován v období leden-březen roku 2023.

Vzorek:

9-12 zdravotníků

5-8 pacientů

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: 40 – 60
Forma zpracování práce: tištěná/elektronická
Jazyk práce: Čeština

Seznam odborné literatury:

- Cocanour, Christine S. 2017. "Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper." *American journal of surgery*. doi:10.1016/j.amjsurg.2017.09.01
- JIRÁK, Roman. 2020. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-461-3.
- Kulišťák, Petr. 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi. Vydání první*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. s. 422-446. 978-80-246-3068-7.
- Kubalová, Jana. 2020. *Komentované kazuistiky z přednemocniční neodkladné péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-3008-5.
- Stašek, Jan. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-675-7.
- Nečasová, Anna., Kourková, Petra. 2017. Specifika komunikace s pacienty v resuscitační péči. *Florence (Praha)*. **13**(6), 10-13. ISSN: 1801-464X.
- DOLEŽAL, Adam. 2018. Informovaný souhlas: morální kouzlo a přenos informací. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. **8**(1),1-19. ISSN 1804-8137.
- SEARIGHT, H. Russell. 2019. Ethical challenges in multi-cultural patient care: cross cultural issues at the end of life. *Springer briefs in ethics*. ISBN 978-3-030-23543-7.
- Novák, Milan. 2018. Krátkodobé přechodné poruchy vědomí a jejich diferenciální diagnostika. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*. **28**(5), 43-51. ISSN 1212-6152
- KAPOUNOVÁ, Jana a Pavel KAPOUN. 2017. *Bakalářská a diplomová práce: od zadání po obhajobu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0079-8.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 80 s. ISBN 978-80-247-217.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-452.
- MAGUROVÁ, D; MAJERNÍKOVÁ, L. 2010. *Edukácia a edukačný proces v osetrovateľstve*. 1. Vyd. Martin : Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Paukertová
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání práce: 14. června 2022
Předpokládaný termín odevzdání: 5. května 2023

L.S.

prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc.,
MBA
děkan

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědom toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědom následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Tímto bych rád poděkoval vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Paukertové za odborné vedení, důležité rady a připomínky, a také za trpělivost během vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat respondentům za jejich výbornou spolupráci, vstřícnost a upřímnost během provádění rozhovorů k výzkumu. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat své rodině a přátelům za podporu během celého studia.

ANOTACE

Jméno a příjmení autora:	Pavel Madeja
Instituce:	Fakulta zdravotnických studií, Technická univerzita v Liberci
Název práce:	Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Počet stran:	62
Počet příloh:	8
Rok obhajoby:	2023

Anotace

Bakalářská práce se zabývá edukací pacienta při přijetí k hospitalizaci se zaměřením na pacienty s kvalitativní poruchou vědomí přijatých při akutním příjmu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou/výzkumnou část. Teoretická část je zaměřena na pojmy spojené s danou problematikou, edukací pacienta, komunikací s pacientem, s hospitalizací a s poruchami vědomí. Edukace pacienta je důležitou součástí pracovní náplně každého zdravotníka, jelikož obsahuje předání informací pacientovi o pobytu v nemocnici, o provedených výkonech a vším spojeným s hospitalizací. Výzkumná část z odpovědí zdravotníků a pacientů zjišťuje míru edukace těchto pacientů, potřebnost reedukace a existenci speciální metody edukace pro tyto pacienty. Výstupem bakalářské práce je vytvoření edukačního materiálu pro zdravotníky.

Klíčová slova: delirium, demence, edukace pacienta, akutní příjem k hospitalizaci

ANNOTATION

Name and surname:	Pavel Madeja
Institution:	Faculty of Health Studies, Technical University of Liberec
Title:	Patient education upon admission to hospital
Supervisor:	Mgr. Zuzana Paukertová
Pages:	62
Number of attachments:	8
Year:	2023

Annotation

The bachelor thesis deals with patient education during admission to hospital with a focus on patients with qualitative disorders of consciousness admitted during acute admission. The thesis is divided into theoretical and practical/research parts. The theoretical part focuses on concepts related to the subject, patient education, communication with the patient, hospital admission and disorders of consciousness. Patient education is an important part of every healthcare professional's job as it involves conveying information to the patient about the hospital stay, the procedures performed and everything associated with hospitalization. The research part from the responses of the healthcare professionals and patients finds out the extent of education of these patients, the need for re-education and the existence of special method of education for these patients. The output of the bachelor thesis is the creation of educational material for healthcare professionals.

Keywords: delirium, dementia, patient education, acute admission to hospital

Obsah

Seznam symbolů a zkratek	10
1 Úvod	11
2 Edukace	12
2.1 Charakteristika edukace a její zásady	12
2.2 Edukační proces a cíle edukace	13
2.3 Metody edukace	14
2.4 Prostředí a prostředky edukace	17
2.5 Edukační bariéry a překážky při komunikaci	18
3 Hospitalizace	19
3.1 Legislativa	20
3.1.1 Právo na informace	20
3.1.2 Informovaný souhlas	20
3.1.3 Omezovací prostředky a podmínky jejich užití	21
4 Poruchy vědomí	23
4.1 GCS	23
4.2 Etiologie	24
4.3 Základní rozdělení poruch vědomí	25
4.4 Kvantitativní poruchy vědomí	25
4.5 Kvalitativní poruchy vědomí	26
4.5.1 Delirium	27
4.5.2 Demence	28
5 Praktická část	30
5.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky	30
5.1.1 Cíle práce	30
5.1.2 Výzkumné předpoklady/výzkumné otázky	30
5.2 Metody	30

5.3	Charakteristika výzkumného souboru	31
5.4	Analýza výzkumných dat	32
5.4.1	Kategorie 1 četnosti akutních příjmů pacientů s demencí či deliriem	32
5.4.2	Kategorie 2 metod edukace	33
5.4.3	Kategorie 3 znalosti speciální metody	35
5.4.4	Kategorie 4 komunikace s pacientem	36
5.4.5	Kategorie 5 komunikace s agresivním pacientem	38
5.4.6	Kategorie 6 důsledek nevhodné komunikace	40
5.4.7	Kategorie 7 potřeby reedukace	42
5.4.8	Kategorie 8 efektivity a potřebnosti reedukace	42
5.4.9	Kategorie 9 zda si pacient pamatuje svůj příjem	44
5.4.10	Kategorie 10 kdo a kdy podal pacientovi informace	45
5.4.11	Kategorie 11 ochoty personálu poskytnout více informací	46
5.5	Analýza výzkumných cílů a otázek	47
6	Diskuze	50
	Návrh doporučení pro praxi	54
7	Závěr	55
	Seznam použité literatury	57
	Seznam tabulek/ grafů	60
	Seznam obrázků/ schémat	61
	Seznam příloh	62

Seznam symbolů a zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
atp.	a tak podobně
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
EP	edukační proces
GCS	Glasgow coma scale
např.	například
odd.	oddělení
PV	porucha vědomí
R	respondent
RP	respondent pacient
str.	strana
tzv.	takzvaně
UP	urgentní příjem

1 Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral téma Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci. Edukace pacienta je totiž každodenní činností každého zdravotnického pracovníka, a tak se edukace stala i mojí činností, vzhledem k tomu, že jsem se při svém studiu, a hlavně během praxe ocitl v roli jak edukanta, tak také edukátora, kde jsem se s edukací setkával každý den.

Každý z nás se může ocitnout v situaci, která není pro něj příznivá ze sociálního hlediska. Může se dostat do situace, kdy je díky nepříznivému zdravotnímu stavu hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. V této situaci si člověk neví mnohdy rady, jelikož prožívá tuto aktuální nepříjemnou situaci. Kvůli těmto nepříjemnostem existuje multidisciplinární tým, který v těchto chvílích může pacientovi pomoci. Vhodným přístupem, pomůckami a za použití správných metod zdravotník analyzuje a vyhodnocuje stav pacienta. Na základě získaných informací může zdravotník provést edukaci v oblastech, v kterých pacient edukovat potřebuje (Juřeníková, 2010). Z mého pohledu je edukace jedním z nejdůležitějších úkonů při příjmu pacienta, protože je to hlavní zdroj informací pro samotného pacienta, díky kterým se on sám dozvídá, co se děje či co se dít bude.

Cílem této bakalářské práce je popsat specifika edukace u pacienta, který je akutně přijímán k hospitalizaci a zároveň mu je diagnostikována kvalitativní porucha vědomí. Součástí tohoto cíle, který je popsán v teoretické části práce, je popis specifík samotné edukace, hospitalizace a poruch vědomí.

Dalším cílem této bakalářské práce je zjistit míru edukace pacienta, který je přijat k hospitalizaci z akutních důvodů a současně trpí kvalitativní poruchou vědomí. Tento cíl je popsán ve výzkumné části a následně analyzován. Na základě teoretické a výzkumné části je ke konci práce vypracován edukační materiál pro zdravotníky, který je i výstupem této bakalářské práce.

2 Edukace

2.1 Charakteristika edukace a její zásady

Pro pojem edukace existuje mnoho definic, ale nejčastěji je edukace vnímána jako výchova, tj. předmět pedagogiky jako vědy. Pojem edukace je používán jako termín zahrnující jak výchovu, tak i vzdělávání. Jejím cílem je všestranné působení na jedince a utváření jeho tělesných či duševních vlastností. Je definován také jako proces zaměřený na působení na člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji (Dušová, 2019).

Ve zdravotnictví zastává edukace významnou roli, díky níž se v ošetrovatelství dá docílit zvýšeného zájmu pacienta o daný problém. Použitím edukace lze dosáhnout zvýšení pacientova zájmu ohledně jeho zdravotního stavu a tím docílit snížení nákladů na jeho zdravotní péči. Přenesení určité zodpovědnosti na pacienta může vést k jeho motivaci, a následně dodat pocit odvahy, že on sám může něco změnit na svém zdravotním stavu a může tímto činem docílit dosažení svého vlastního zdraví. S tím souvisí pacientovo právo na získání informací o léčebném procesu. Ze strany zdravotníka je vhodné pacienta informovat nejen o příčinách vzniklého onemocnění, ale i možných způsobech léčby (Svěráková, 2012).

Aby byla edukace efektivní, musí se edukátor (pojem bude vysvětlen níže) držet určitých zásad, které mohou být definovány jako principy edukace. Podle Zormanové (2014) existuje několik zásad, kdy první z nich se zabývá uvědomělostí a aktivitou, v níž je zahrnut vztah edukanta k učení a jeho aktivita při edukaci. Z pozice edukátora se jedná hlavně o práci s motivací vzdělávajícího se subjektu. Další zásada je zaměřena na komplexní rozvoj, jenž zahrnuje rozvoj všech složek osobnosti (kognitivní, afektivní a psychomotorické). Třetí z nich je zásada týkající se spojení teorie s praxí, kdy je propojen vztah teoretických informací a praktických zkušeností. Dále by edukační cíle měly být reálné a dosažitelné. Velmi důležitou zásadou při správné edukaci je individuální přístup, kdy je vhodné si uvědomit, že každý pacient je individualita s různými vědomostmi a zkušenostmi. Poslední zmíněnou zásadou je zásada zpětné vazby, kdy si samotný vyučující ověřuje, zda subjekt pochopil správně jeho edukaci a zda stanovené cíle byly splněny (Zormanová, 2014).

2.2 Edukační proces a cíle edukace

Při správné edukaci je důležité rozdělení rolí: edukátor a edukant. Oba zmínění jsou nepostradatelnými osobnostmi, které se podílí na průběhu edukace, kdy každý z nich může být samotný jedinec či skupina jedinců. Edukátorem se myslí osoba, která nese odpovědnost za účinnost a úspěšnost edukačního procesu. Je to osoba, která tento proces organizuje, hodnotí dosažené výsledky, vytváří obsah činnosti a přizpůsobuje proces individuálním zvláštnostem edukantů. Na základě mnoha dosažených výzkumných šetření můžeme konstatovat, že osobnost edukátora je „motorem“ samotné edukace a zároveň stěžejním motivačním prvkem v procesu edukace. Na druhé straně edukace stojí tzv. edukant, tj. objekt edukace či učící se subjekt. V nemocničním prostředí jím je pacient, či jeho rodina a blízcí v nemocnici. Jelikož nelze specifikovat ideálního pacienta, je nutné zde podotknout, že edukátor si v tomto případě musí uvědomit individualitu pacienta a rozdílnost napříč všech klientů (Dušová, 2019).

Edukační proces (dále jen EP) je definován jako činnost lidí, při které se subjekt edukace, tedy edukant, učí a edukátor je zprostředkovatelem tohoto učení. EP se v ošetrovatelství uskutečňuje ve specifickém prostředí a je založen na vzájemné interakci mezi zdravotníkem a pacientem. Klíčovým bodem je vzájemná komunikace, kdy jsou v tomto ohledu na edukátora kladeny nemalé požadavky. Samotným cílem edukačního procesu v ošetrovatelství je pomoci pacientovi, aby se o sebe dokázal postarat a současně byl schopen pomoci svému okolí při péči o něj (Dušová, 2019).

EP obsahuje 5 fází, které na sebe logicky navazují. Úkolem zdravotníka při tomto procesu zahrnuje i přemýšlení nad jednotlivými fázemi procesu. První fází tohoto procesu je fáze posouzení, ve které probíhá sběr dat týkajících se subjektu edukace, tedy pacienta. V této etapě se předpokládá, že obě strany edukace projevují aktivní účast a při sběru dat postupují systematicky. Během tohoto sběru dat edukátor zhodnotí subjekt a následně zohlední jeho individuální potřeby pro následující edukaci. Po sběru všech dat a vyhodnocení získaných informací přichází druhá etapa EP, kdy je stanovena edukační diagnóza. Zjednodušeně se jedná o specifikaci potřeb klienta. Stanovení ošetrovatelské diagnózy by v ideálním případě mělo zahrnovat příčinu problému, jelikož díky ní lze snáze docílit zvoleným cílům edukace. Na základě určené diagnózy je potřeba určit samotné cíle a stanovit výsledná kritéria, pod nimiž si můžeme představit měřitelné a pozorovatelné výsledky. Na základě stanovených cílů a priorit následuje fáze plánování,

při které se plánuje samotný obsah edukace, použitelné metody a organizační formy. Cílem poskytnutí co nejefektivnější edukace je nutné se řídit zásadami samotné edukace (tyto zásady jsou popsány v kapitole Charakteristika edukace a její zásady). V případě, že zdravotníkům úmysl se zaměřuje na to, aby předávané informace a dovednosti byly pro subjekt užitečné a použitelné a aby si jich subjekt co nejvíce zapamatoval, je nutné přemýšlet nad tím, „co“ mu je předáno, ale i „jak“ mu jsou dané informace sděleny. Předposlední fází EP je samotná realizace, kdy je realizován vytvořený plán v předešlé etapě na základě stanovených cílů. Důležitou součástí samotné edukace v této etapě je motivace subjektu při plnění stanovených cílů. V praxi je edukace velice často zjednodušena na předání základních informací a dále je doplněna tištěnými dokumenty, jako je např. informovaný souhlas. Poslední fází tohoto procesu je fáze hodnocení, jejímž cílem je zjistit a zhodnotit dosažený stav, cíle a účinnost edukačního procesu. Důležitou součástí této etapy dokumentace celého EP a jeho jednotlivých fází. Správná dokumentace EP by ideálně měla obsahovat formulář pro jednotlivé fáze a měla by být přesná a srozumitelná, jelikož zastává informativní, odbornou a právní funkci. Výukovým cílem se rozumí představa o kvantitativních a kvalitativních změnách v oblasti afektivní, kognitivní a psychomotorické, kde se předpokládá dosažení v určeném čase v celém procesu výuky. Při edukaci je velice důležitá formulace těchto cílů, kdy správně formulovaný cíl musí dodržovat určité parametry, mezi které patří např. formulace ze strany pacienta, jasná a srozumitelná formulace či komplexnost a přiměřenost samotného cíle (Dušová, 2019).

2.3 Metody edukace

Didaktické metody spočívají v systému činností edukátora a učebních aktivit subjektu učení, jenž je zaměřený na dosažení předem stanovených cílů. Pod pojmem metoda si můžeme představit samotnou cestu k cíli. Nelze popřít, že důležitost těchto edukačních metod je vysoká a v efektivní edukaci jsou tyto metody nepostradatelné (Špatenková, 2015).

Metody edukace plní při výuce několik důležitých funkcí, např. zprostředkování vědomostí. Dále taky plní funkci aktivizační, kdy edukátor aktivizuje učící se subjekt k činnosti, a tím jej motivuje. V neposlední řadě didaktické metody plní funkci výchovnou a komunikační (Zormanová, 2014).

V průběhu edukace většinou není využita pouze jedna didaktická metoda, ale využívají se spíše jejich kombinace. Ke konečnému rozhodnutí výběru správných metod edukátor dospěje na základě odpovědí na několik položených otázek. Mezi tyto otázky patří např. zda zvolená metoda povede k dosažení stanovených cílů, zda je metoda efektivní, zda je k dispozici pro tuto metodu materiální zázemí či zda metoda vyvolá u subjektu aktivní či pasivní přístup (Dušová, 2019).

Individuální edukace je nejčastější formou edukace v ošetrovatelství, kde výhodou je určitě možnost individuálního přístupu k subjektu edukace, možnost obdržení zpětné vazby či aktivizace edukanta. Nevýhodou individuální edukace a individuálního přístupu k pacientovi je nízká časová efektivita a nemožnost vzájemné spolupráce mezi subjekty, kdy mezi sebou např. diskutují či si vyměňují své vlastní názory (Dušová, 2019).

Při edukaci pacientů s kvalitativní poruchou vědomí lze využít několik metod, které jsou popsány níže. Patří mezi ně především výklad a rozhovor. Přednáška a výklad jsou součástí tradičních metod slovních, kdy obě jmenované jsou velmi často využívány jak ve zdravotnictví, tak i ve školství. V porovnání s výkladem je přednáška více stručná a subjekt seznamuje s objemným tématem. Oproti tomu je výklad postupný, kdy edukátor začíná u podstatných věcí a pomalu se dostává k detailům problému. V obou zmíněných případech jde o předání už předem hotových informací. Jejich výhodou je především využití ve skupinové edukaci a zároveň předání množství informací za krátkou časovou jednotku. Přednáška a výklad mají různé výhody. Mezi nevýhody patří neexistující zpětná vazba, veliká pasivita účastníků a absence samostatného myšlení. Aby přednáška či výklad nebyl tak nezajímavý, je vhodné použít při těchto metodách jasnou a srozumitelnou komunikaci, kdy edukátor může využít poznámky z praxe pro oživení tématu či vlastní nadšení pro danou problematiku. K doplnění zajímavosti výkladu lze dospět využitím názorných a demonstračních metod, kdy jsou využity další didaktické prostředky, jako je např. prezentace, obrázek, připravený text apod. (Dušová, 2019).

Metoda rozhovoru je velice hojně používána v edukaci ve zdravotnictví, především při individuální edukaci jedince. V průběhu této didaktické metody se navzájem střídají otázky a odpovědi na dané téma se snahou dosažení stanoveného cíle edukace. Při této metodě je subjekt edukace, oproti např. přednášce, aktivně zapojen do komunikace. Pokud je rozhovor veden správně a edukátor ví, jak si má počínat v dané situaci, může vzbudit zájem subjektu o daný problém, motivovat ho a v neposlední řadě

rozvíjet jeho komunikativní dovednosti. Účinnost rozhovoru závisí na komunikativních schopnostech edukátora a na jeho umění klást cílené a srozumitelné otázky, kdy také musí vytvořit přátelské a důvěryhodné prostředí pro uskutečnění efektivního rozhovoru (Dušová, 2019).

Rozhovor je vhodným nástrojem při vzdělávání seniorů. Je vhodný pro starší generaci, jelikož umožňuje aktivizovat seniory, vzbudit jejich pozornost tím, že jim naruší jejich každodenní navyklý život (Špetáková, 2015).

Pokud se zdravotník dostane do kontaktu s delirantním pacientem, neexistuje univerzální pravidlo, jak s tímto pacientem komunikovat či ho dokonce edukovat. Platí zde zásada verbální a nonverbální komunikace, kdy jejich použití musí být vyvážené. Jejich nerovnováha může v subjektu s deliriem nedůvěru ve zdravotnický personál, což může vyvolat negativní reakci a mít fatální důsledky v průběhu hospitalizace. Volba komunikace a použití klidného tónu a barvy hlasu je velice důležitá, poněvadž jejich volba dopomůže subjektu k pochopení daného problému (Knor, 2019).

Hlavní prioritou je, aby zdravotník dbal na vlastní bezpečnost. Tím je myšlen přístup k pacientovi, kdy je vhodné nezůstávat s pacientem osamocený, pokud u něj jsou pozorovatelné počínající známky agrese. Dalším důležitým bodem je odstranění nebezpečných předmětů z blízkosti pacienta, jako jsou např. nůžky, skalpely a ostatní ostré předměty apod. Při komunikaci je klíčový postoj vůči pacientovi, kdy je vhodné být při komunikaci v jedné rovině (pokud pacient stojí, stojíme také). Podstatným specifikem při edukaci v rámci bezpečnosti je důležité držet si bezpečnou vzdálenost vůči tomuto pacientovi, kdy je tato vzdálenost stanovena minimálně na jeden metr. Klíčovým specifikem při edukaci spočívá ve způsobu předání požadovaných informací. Ty by měly v první řadě být srozumitelné, jasné a snadno pochopitelné. Dále je důležité používat klidný a empatický hlas, a v neposlední řadě používat jednoduché věty namísto souvětí. Jelikož součástí efektivní edukace je i nonverbální komunikace (gesta, mimika apod.), je podstatné kontrolovat jakým způsobem vlastně provádíme svá gesta či postoj, jelikož ten nesmí působit na subjekt edukace agresivně (Knor, 2019).

Důležitým faktorem je také vyrovnanost a trpělivost zdravotníka, který se nesmí nechat vyprovokovat pacientem a měl by se vyhýbat střetu v rámci slovních útoků mířených na jeho osobu (Látalová, 2013).

Jelikož péče a komunikace s pacientem s poruchou vědomí je velice psychicky a fyzicky náročná, vyžaduje trpělivost a kvalitní komunikační schopnosti vyučujícího. Při kontaktu s těmito pacienty velice často nastává situace, kdy tito pacienti bývají neklidní a agresivní, proto je důležité těmto pacientům naslouchat. Tímto gestem zdravotník dává najevo svou ochotu a snahu pomoci těmto pacientům porozumět (Petr, 2014).

2.4 Prostředí a prostředky edukace

Edukačním prostředím je myšleno takové prostředí, ve kterém probíhají edukační procesy. Jeho specifika jsou dána podmínkami jak fyzikálními (školní třída, nemocnice, výuková místnost apod.), tak i zúčastněnými subjekty (pacient, student aj.) a jejich psychosociálními vztahy. Jedná se o místo, kde samotná edukace probíhá a charakter tohoto prostředí je ovlivněn podmínkami ze sociální a ergonomické sféry. Konkrétně ve zdravotnickém zařízení vstupuje do EP několik faktorů. Jejich variabilita je dána druhem zdravotnického zařízení, organizací práce na konkrétním pracovišti (ambulance, standartní odd., jednotka intenzivní péče apod.), složením nemocných, vybaveností konkrétního pracoviště či skladbou zdravotnického personálu (Průcha, 2013).

K nápomoci efektivní edukace lze použít didaktické prostředky, pod kterými si lze přestavit předměty a jevy, které přispívají k dosažení stanovených cílů EP, kdy zmíněné jevy mohou být jak materiální, tak i nemateriální (Zormanová, 2014).

Do kategorie materiálních prostředků lze zařadit např. použitelné pomůcky, kterými mohou být knihy, časopisy, letáky, edukační brožury či obrázky. Dále jsou to učební prostory a vybavení v nich obsažené, multimediální technika (DVD, CD apod.) či samotné pomůcky pro subjekty edukace. Do nemateriálních prostředků lze zařadit samotné edukační metody, organizační formy či popřípadě edukační zásady. Didaktické prostředky plní funkci motivační, názornou, informačně-logickou, propojitelnost praxe s teorií a aktivační funkci (Dušová, 2019).

Vysoká prevalence delirantních stavů napříč prostředím intenzivní péče zhoršuje výsledky z krátkodobého a dlouhodobého odhadu dalšího vývoje pacientů a zároveň vede k nárůstu finančních zdrojů, včetně vzrůstajících nákladů na pacientovu zdravotní a sociální péči (Pařízková, 2019).

2.5 Edukační bariéry a překážky při komunikaci

Edukační bariéry mohou v průběhu edukace vzniknout nejen ze strany sestry, ale i ze strany pacienta, kteří mohou negativně ovlivnit proces vzdělávání při předávání nových informací. Úlohou sestry je tyto překážky předvídat. Ze strany zdravotnického personálu může být překážkou nedostatek času k samotné edukaci, jelikož pacienti jsou časně propouštěni z nemocnice. Dále také dochází k nevhodné komunikaci mezi sestrou a pacientem, kdy dochází k nenaplnění pacientových potřeb. Důvodem nesprávné edukace může být nedostatečná příprava zdravotníka k edukaci, nedostatek vědomostí, dovedností a absence plánu dané edukace. Možnou překážkou správné edukace může být i nedostačující či nevhodná motivace subjektu (Svěráková 2012).

Během komunikace, v rámci předběžných opatření vzniku komunikační bariéry, bychom měli dbát na komunikační zásady, kdy je důležité zajistit vhodné prostředí pro edukaci. Dále je důležité umožnit pacientovi prostor na dotazy a zpětnou vazbu kvůli ověření, zda pacient pochopil sdělené informace a nemá k nim žádné další otázky (Tomová, 2016).

Nedostatek času negativně ovlivňuje edukaci, neboť se pacienti díky nedostatku času mohou cítit frustrovaně. Překážkou při edukaci pacienta a komunikaci s ním může být i pacientův vzniklý stres pramenící z hospitalizace, dále také úzkost, nízká úroveň vzdělání či sensorický a kognitivní deficit. Prostředí zdravotnického zařízení se podílí na negativní stránce edukace, jelikož dochází ke ztrátě pacientova soukromí a izolaci od okolního světa (Mandysová, 2016).

3 Hospitalizace

Hospitalizací se rozumí vícedenní pobyt v nemocničním zařízení, který nastává při nemožnosti ambulantní léčby. Hospitalizace je chápána jako záruka úspěšnosti diagnostických a terapeutických postupů. Problémem, který může při hospitalizaci nastat, je ale hospitalismus, jenž je brán jako negativní reakce na samotnou hospitalizaci. Tento problém je definován jako soubor negativních příznaků, jenž působí na pacienta v průběhu pobytu v nemocničním zařízení a při němž dochází ke změnám chování pacienta v důsledku nepříznivých podmínek hospitalizace (Zacharová, 2017).

Hospitalizace může u pacientů vyvolat pocit strachu v důsledku obav z diagnostických a léčebných úkonů, vzniklých bolestí nebo např. kvůli nepříznivé diagnóze. V této chvíli vzniká riziko ztráty pocitu bezpečí pacientů, kteří mají obavy ze změny svého zdravotního stavu či možných chyb způsobených nemocničním personálem (Trachtová, 2018).

Samotný příjem k hospitalizaci může nastat z několika etiologií, kdy je nutné pacienta hospitalizovat. Plánovaná hospitalizace vzniká v důsledku diagnostických účelů, kdy je potřeba určit pacientovu diagnózu. Další indikací plánované hospitalizace je účel terapeutický, při němž je stanovená diagnóza a důvodem hospitalizace je léčba tohoto pacienta (Kelnarová, 2015).

Příjem a druh zdravotní péče lze rozdělit do několika kategorií, které jsou popsány v Hlavě I v zákoně č. 372/20011 Sb. o zdravotních službách, kdy pro tuto práci je nejdůležitější kategorie druhu zdravotní péče podle časové naléhavosti. Akutní péče plní úkol odvrácení zhoršení zdravotního stavu či snížení rizika vážného zhoršení stavu tak, aby byly včas zjištěny problémy nutné pro stanovení či změnu léčebného postupu, aby se pacient nedostal do stavu, v němž by ohrozil sám sebe či své okolí. Akutní péče je poskytnuta pacientům, kteří jsou díky vzniklým zdravotním obtížím ohroženi a vystaveni riziku selhání nebo ohrožení jejich vitálních funkcí, jako je např. ztráta vědomí či zástava dechu. Na rozdíl od péče plánované, kdy jde o předem naplánovanou zdravotní péči ve smyslu hospitalizace či operačního výkonu, akutní péče vzniká náhle a není nijak předem domluvená (Česko, 2011).

Druhy zdravotní péče jsou popsány v druhé části zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách (Příloha G).

3.1 Legislativa

3.1.1 Právo na informace

Podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách má pacient několik práv a povinností, což je popsáno ve zmíněném zákoně v Hlavě I.

Zdravotní služby pacientovi lze poskytnout pouze v případě, pokud on sám svolí a projeví jeho svobodný a informovaný souhlas, nestanoví-li tento zákon jinak. Dále má právo pacient na poskytování zdravotních služeb na náležité úrovni, na úctu a důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytování zdravotních služeb. Dále má právo přijímat ve zdravotnickém zařízení duchovní péči (Česko, 2011)

Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou (Česko, 2011).

Zbýlá práva jsou dostupná ve čtvrté části zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách (Příloha H).

3.1.2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas poskytuje informace ohledně pacientovy léčby, které musí být dostatečné a srozumitelné. Informace ohledně pacientovy léčby zahrnují informace o samotné léčbě a možnosti rizik, které jsou s ní spojené. Tyto informace jsou podány tak, aby pacient mohl učinit vlastní rozumné rozhodnutí (Heřmánková, 2018).

Jakýkoli souhlas pacienta musí být svobodný, bez nátlaku okolí, a to ani od rodiny nebo nemocničního personálu. Souhlas nesmí být ovlivněn jakoukoli manipulací či dokonce vydíráním. Na pacienta by neměl mít vliv ani stres, který je vyvolaný aktuální situací, ve které se pacient zrovna nachází (Doležal, 2018).

Dle zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách, lze zdravotní služby pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem (Česko, 2011).

Hlavní náplní informovaného souhlasu není podpis listu se souhlasem, ale sdělení informací pomocí rozhovoru s lékařem nebo sestrou. Během rozhovoru je nutné, aby rozhovor vedl zdravotník, jenž informace poskytuje. Pacient by měl pouze naslouchat, mít připomínky či následné dotazy. Z toho vyplývá, že zdravotník musí podávat informace jasně a srozumitelně. Musíme brát v potaz možnost, že pacient může kdykoliv svůj souhlas, s nímž dříve souhlasil, zrušit a jeho rozhodnutí musí zdravotnický personál respektovat (Cocanour, 2017).

Existuje mnoho situací, při nichž je pacient hospitalizován i bez jeho souhlasu. Jedná se o situace, v nichž je pacient akutně přijímán většinou s poruchou vědomí, kdy je pacient v bezvědomí a je bezprostředně ohrožen na vlastním životě. Dále jsou to situace, kdy je pacient při vědomí, ale jeho stav neumožňuje projevení souhlasu z důvodu kvalitativní poruchy vědomí jako je např. demence nebo delirium (Ptáček, 2017).

Pacient v důsledku počínajícího či už vzniklého deliria nedokáže prosadit svá práva. Nemocný si jich není plně vědom, spíše je dost často nechápe vůbec. Na základě těchto okolností je velmi důležité se právům těchto pacientů s delirantním onemocněním více věnovat. Je podstatné se jim věnovat se zvýšenou pozorností a dostatečně nemocného či jeho opatrovníka o nich informovat. Edukace pacienta či informace, které jsou podané členům jeho rodiny, jsou povinností každého zdravotníka, které vyplývají ze zákona o zdravotních službách (Česko, 2011).

Tento zákon upravuje též podávání informací o zdravotním stavu pacienta, upravuje právo nahlížet do pacientovy dokumentace ohledně informací o jeho léčbě apod. Při podávání informací pacientovi o jeho vzniklé nemoci musíme vždy přihlídnout k tomu, zda je nemocný schopen správně vnímat realitu a zda je schopný být plně zodpovědný za své jednání. Z tohoto důvodu by měl každý zdravotník posuzovat jednotlivé případy individuálně a neměl by zapomenout zvažovat aktuální duševní stav pacienta (Raboch, 2020).

3.1.3 Omezovací prostředky a podmínky jejich užití

Omezení pacienta ve volném pohybu je krajním řešením, jehož účelem je pacienta zklidnit nebo zachovat jeho zdraví. Tuto možnost si žádný pacient nepřeje kvůli diskomfortu samotného pacienta, ale i kvůli možnosti vzniku negativních emocí u rodinných příslušníků. Použití omezovacích prostředků je velmi závažným rozhodnutím, které je plně v rukou ošetřujících lékařů. Zdravotník může indikovat použití

omezovacích prostředků pouze ve výjimečných případech a situacích, které je nutné okamžitě vyřešit. Následně, co jsou omezovací prostředky použity, je nutné neprodleně informovat lékaře, odůvodnit jejich použití a on jejich použití musí schválit. Použití těchto omezovacích prostředků je z právního hlediska bráno jako nedobrovolná hospitalizace a poskytovatel zdravotnických služeb je povinen tuto informaci oznámit soudu. Právo na informace má také samotný člověk, u něhož byly omezovací prostředky použity. Povinností lékaře, nikoli sestry či někoho jiného, je vysvětlit pacientovi důvody, kvůli kterým byly omezovací prostředky použity tak, aby jim s ohledem na svůj zdravotní stav rozuměl (Palečková, 2021).

Mezi tyto omezovací prostředky patří kurty připevňující pacienta k lůžku, dále také tzv. svěrací kazajky apod. Dalšími možnými prostředky, jež do této kategorie patří, je např. úchop pacienta zdravotníky nebo osobami, které tak učinili. Úplný výčet včetně podmínek pro jejich použití je obsažen v zákoně o zdravotních službách. Mezi nejdůležitější podmínky pro použití omezovacích prostředků je bezprostřední ohrožení života, zdraví či bezpečnosti samotného pacienta nebo jiných osob a použití jen na dobu, než situace pomine. Použití omezovacích prostředků s sebou nese řadu povinností, které zdravotnický personál musí vykonávat. Povinností je zapsat jejich použití do zdravotnické dokumentace a zároveň jej musí zapsat do centrální evidence zdravotních služeb. V záznamu musí být uveden čas, kdy k použití došlo, kdo učinil rozhodnutí o jejich použití, důvody, které spěly k jejich použití a v neposlední řadě druh použitých prostředků (Palečková, 2021).

4 Poruchy vědomí

Dle Kulišťáka poruchy vědomí mohou být jak kvantitativní, tak kvalitativní. Ačkoli se tomu každý lékař a psycholog učí již pregraduálním studiu, v praxi s tím počítají spíše jen psychiatři a takto specializovaní psychologové. V neurologii a neuropsychologii jako by kvalitativní pohled (spolu s kvalitativními poruchami myšlení, paměti a dalších kognitivních funkcí) téměř neexistoval. Osobně považuji za důležité se kvalitativními poruchami kognitivních funkcí (vedle kvantitativních) každého pacienta zabývat, a pokud možno je popsat (Kulišťák, 2017).

Vědomí v medicínském smyslu slova lze definovat jako stav, kdy si individuuum správně uvědomuje sama sebe i své okolí a je schopno správně reagovat na vnější i vnitřní podněty. Vědomí je schopnost uvědomit si sebe sama jako individualitu oproti okolnímu světu, a také schopnost správně interpretovat vlastní prožitky (Jiráček, 2020).

Vzhledem k tomu, že samotný pojem vědomí je velmi složitý, je také velmi složité stanovit přesná kritéria pro hodnocení samotných poruch vědomí. Hodnocení poruch vědomí lze hodnotit dvěma způsoby. Prvním je hodnocení vědomí na základě hodnotící škály Glasgow coma scale, která je používána napříč nemocniční i přednemocniční péčí. Dalším způsobem je dělení poruch vědomí na kvalitativní a kvantitativní poruchy, kdy tyto dva způsoby lze navzájem kombinovat (Nejedlá, 2015).

4.1 GCS

Glasgow Coma Scale bylo vytvořeno v neurorehabilitačním pracovišti nemocnice u univerzity v Glasgow. GCS je stupnicí k měření hloubky bezvědomí, kdy tato stupnice sleduje 3 faktory vědomí, verbální odpověď, pohyby očí a motorickou odpověď na dráždění (Tabulka 1). Jelikož zahrnuje jen 3 faktory, je velmi jednoduchá, a proto všeobecně přijatelná. Kvantitativní výsledek (počet bodů klesající se závažností stavu) bývá u lehkého úrazu mozku 13 a více, dále u středně těžkého úrazu mozku 9-12 a u těžkého poranění mozku jsou hodnoty 8 a méně. Při použití GCS musíme brát v potaz, že hodnoty jsou stejně jako měření jen orientační a nelze je brát jako finální vyšetření (Kulišťák, 2017).

GCS by mělo být aplikováno především u strukturálních poranění mozku. Jeho použití u toxických či metabolických kómat není validní, protože dekortikace či decerebrace je u nich méně obvyklá a tato důležitá kritéria hodnocení odpadají. V poslední době se ukazuje, že oční a verbální oddíl GCS je málo významný, rozhodující vypovídací hodnotu má převážně oddíl motorický. Je vhodné mít na paměti, že striktním řízením hodnocení pomocí GCS může dojít k chybné interpretaci skutečného stavu pacienta (Bartoš, 2015).

Tabulka 1 Glasgow Coma Scale

Otevírání očí		Verbální odpověď		Motorická odpověď	
Není	1	Není	1	Není	1
Na bolest	2	Nesrozumitelná	2	Extenze na bolest	2
Na výzvu	3	Nepřiměřená	3	Flexe na bolest	3
Spontánní	4	Zmatená	4	Uhnutí	4
		Orientovaná	5	Lokalizace bolesti	5
				Uposlechnutí příkazu	6

4.2 Etiologie

Příčin vzniku poruch vědomí je nespočet a často se příčiny mohou překrývat či kombinovat. Příčiny, které se podílejí na vzniku poruch vědomí, se mohou dělit do několika skupin, kdy první z nich jsou strukturální poruchy. Tyto poruchy jsou způsobené onemocněním či poruchou vznikající na základě cévních příhod, nádorových onemocnění, zánětlivých onemocnění či traumat a polytraumat. Další skupinou jsou příčiny způsobené metabolickou změnou či toxickou látkou, kdy to jsou zpravidla difúzní postižení mozku. Toxické látky působící na CNS mohou často způsobit útlum CNS, ale mohou naopak způsobit její stimulaci. Tyto příčiny mohou také způsobovat delirantní stavy, křeče, cholinergní či anticholinergní příznaky. Nejčastější neurotoxické látky jsou jedy (houby, oxid uhelnatý, lilkové rostliny a alkohol) či léky (sedativa, hypnotika, psychotropní látky apod.). Dalším možným způsobem vzniku difúzního postižení mozku může být jaterní selhání či diabetické selhání, dále také mozková hypoxie či acidobazický rozvrat (Ambler, 2011).

4.3 Základní rozdělení poruch vědomí

Charakteristika poruchy vědomí je stanovena jako snížení schopnosti jedince reagovat na podněty šířené z okolí. Mluvíme-li o kvantitativní poruše vědomí, rozumí se tím, že jedinec vykazuje sníženou reaktivitu na vnější podněty a je snížena vigilita. Pokud porucha vědomí spočívá v nepřesné či mylné reakci na vnější podnět, mluvíme o kvalitativní poruše vědomí. V tomto případě, na rozdíl od poruchy kvantitativní, bdělost zůstává zachována (Stašek, 2020).

Existuje i malá skupina poruch vědomí, která úplně nezapadá do rozdělení poruch na kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí. Touto skupinou jsou krátkodobé poruchy vědomí, kdy jsou poruchy přechodné z různých příčin. Do této skupiny patří mdloba, synkopa a kolaps. Kolaps je širší pojem pro poruchu vědomí náhlou krátkodobou, která může být skutečná či zdánlivá. Kolaps zahrnuje i samotné synkopy a případy, které ji připomínají. Samotný kolaps může mít několik příčin. Na druhou stranu synkopa je přesně definovaný termín, a to úplná krátkodobá ztráta vědomí, při které jedinec padá z důvodu ztráty posturálního tonu. Po ztrátě vědomí a pádu následuje samovolná náprava stavu vědomí bez žádných neurologických následků. Příčinou synkopy jsou stavy kardiální, ale i nekardiální, kdy tyto stavy mají společnou příčinu, a tou je snížená perfuze mozku a následná krátkodobá změna vědomí. Mezi nejčastější synkopy patří synkopa vazovagální či kardiální synkopa (Šeblová, 2013).

4.4 Kvantitativní poruchy vědomí

Kvantitativní poruchy jsou charakterizovány poruchou bdělosti (vigility). Bdělost je definována jako stav centrální nervové soustavy, kdy je člověk schopen adekvátně reagovat na změny vnějšího prostředí. Ke kvalitativní poruše vědomí dochází fyziologicky při spánku. Mezi patologické stavy kvalitativních poruch řadíme somnolenci, sopor a kóma (Havlíček, 2017).

Somnolenci neboli spavosti se rozumí jev, který patří mezi nejlehčí poruchy vědomí. Při somnolenci dochází ke snížení bdělosti jedince, který je spavý, ale snadno probuditelný k plnému vědomí, kdy toto probuzení je přechodné. K jeho probuzení stačí obvyklý podnět, např. oslovení nebo dotek. Pacient je schopen navázat slovní či oční kontakt, na výzvu splní základní úkony, ale v době klidu znovu upadá ke spánku (Lejsek, 2013).

Závažnější poruchou vědomí oproti somnolenci je sopor, kdy je pacient v hlubokém spánku a jeho bdělost je velmi narušena. Jedince na rozdíl od somnolence neprobudíme pouhým oslovením či jemným dotykem. Probouzí se až za použití algického (bolestivého) podnětu. Nelze probudit k plnému vědomí nebo k vědomí, kdy zcela spolupracuje. Postižený reaguje pouze na algický podnět obrannými pohyby a následně ihned usíná (Navrátil, 2017).

Nejzávažnější kvantitativní poruchou vědomí je kóma, které je definováno jako hluboké bezvědomí. Pacienta neprobudíme ke stavu plného vědomí oslovením, dotykem ani algickým podnětem. Pokud je pacient postižen lehkou formou kómatu, reaguje na silně bolestivé podněty, kdy reaguje neúčelně, má zachovány některé nepodmíněné reflexy. Při těžší formě kómatu nepozorujeme u pacienta žádnou odpověď, ani na bolestivý podnět a u pacienta dochází k vymizení nepodmíněných reflexů, k povolání sfinkterů a k poruše dechu (Navrátil, 2017).

Posledním stavem, který můžeme řadit mezi kvantitativní poruchy vědomí, je vegetativní stav, který je definován jako stav bdělého bezvědomí. Diagnóza vegetativního stavu je stanovena ve chvíli, kdy se znovu objeví u pacienta v bezvědomí spontánní otevření očí, což signalizuje obnovení aktivace retikulárního systému, i přes stále trvající nepřítomnost jakéhokoli náznaku porozumění na slovní, zrakové, sluchové či hmatové podněty (Giacino, 2014).

4.5 Kvalitativní poruchy vědomí

Kvalitativní porucha vědomí má změněný obsah vědomí při zachované bdělosti. Vzniká především jako postižení mozkové kůry s normální stimulační funkcí retikulární formace v mozkovém kmeni. Vyznačuje se neschopností určit původ a časově lokalizovat vlastní smyslové vjemy. Kvalitativní poruchy mohou mít stejnou příčinu jako poruchy kvantitativní, se kterými se mohou vyskytovat současně, předcházet jim nebo po nich následovat. Podle moderního zdravotnictví a psychiatrie se kvalitativní poruchy dělí na delirium a demenci, ale dříve mezi ně patřily i halucinace, obnubilace a amence, které v současné době spadají pod delirium (Bartoš, 2015).

Mezi kvalitativní poruchy můžeme zahrnout poruchu, která se ne vždy do této kategorie zahrnuje, a tou jsou halucinace. Ty jsou projevem zkresleného vnímání reality

a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Nemocní pak slyší, vidí či cítí věci, které nevnímají ostatní. Halucinacemi mohou být postiženy všechny smysly, může se jednat např. o zrakové halucinace, při kterých může nemocný vidět různé vjemy ve smyslu různých barev, tvarů, příznaků či osob, ale také celé barvitě scény, které se tváří reálné nebo tvářící se, jako by byly z filmu (Raboch, 2020).

Dále se může jednat o sluchové halucinace, které se nejčastěji vyskytují při schizofrenii, kdy nemocný může slyšet buď jednotlivé zvuky, jako je tikání, zvonění, škrábání apod. nebo také složitější vjemy, jako jsou hlasy. Hlasy, které nemocný člověk slyší, k němu buď hovoří přímo, nebo hovoří o něm či komentují jeho jednání. Velmi nebezpečnou variantou jsou hlasy, které dávají nemocnému příkazy, kdy pod jejich vlivem pak může dojít k chování, které ohrožuje nemocného nebo jeho okolí (Raboch, 2020).

Mráкотný stav neboli obnubilace je snu podobné zúžení nebo změna vědomí při často zachovalé schopnosti konat. Jde o vzácný jev, který vzniká náhle z úplně jasného vědomí a náhle také končí. Porucha vědomí se nikdy nepřibližuje luciditě, proto si nemocný po odeznění vůbec nepamatuje ani neuvědomuje, že prožil nějakou poruchu či změnu svého vědomí, jelikož trpí totální amnézií. Obnubilace může trvat sekundy, ale i týdny. Navenek pacient působí jako by byl pohroužený do sebe a vztah se zevním světem se zdá být přerušovaný. Pacienti bloudí nepřítomni duchem, mohou provádět zautomatizované pohyby, někdy jsou silně neklidní nebo naopak ustrnou v úplném stuporu. Jednají však bez cílené motivace a někdy dochází k patologickému impulzivnímu jednání. Nemocný je neschopen koncentrace a pozornosti, obleněné je myšlení a vnímání. Proti obnubilaci je třeba odlišit především delirium, demence a intoxikace alkoholem a drogami (Bartoš, 2015).

4.5.1 Delirium

Jednotná definice deliria není upřesněna. Základní rys deliria představuje kvalitativní poruchu vědomí a poruchu kognitivních funkcí, která se vyvíjí rychle a mění se v čase. Další charakteristikou pro delirium je porucha pozornosti a dezorganizace myšlení různého stupně, rovněž dezorganizace řeči. Mohou se vyskytovat percepční poruchy typu halucinací či iluzí. U pacienta s deliriem se může vyskytovat i agitovanost či neklid, kdy jsou často přítomny i poruchy sebeuvědomování. Delirantní osoby často

produkují nesystematické paranoidní bludy a jejich chování je nevyzpytatelné (Jirák, 2020).

Delirium je akutní neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný poruchou kvalitativní úrovně vědomí, pozornosti, kognice, chování i dalších mentálních funkcí. Je to nespecifická reakce na různé organické noxy, projevující se poruchou mozkového metabolismu a neurotransmise. Delirium vzniká rychle, během minut až dní, má fluktuující průběh během dne. Při jejich vzniku se uplatňuje kombinace několika tělesných chorob, nevhodné medikace nebo zneužívání látky a jejího rychlého vysazení (abstinenční delirium) (Jirák, 2020).

Během vyšetření se nejprve zjišťuje schopnost orientace pacienta, a to jak orientace osobou, tak i orientace místem a časem. Velmi důležitá je také orientace v situaci pacientem. Velmi důležitým faktorem při vyšetření je řeč, kdy si všímáme, zda je srozumitelná, plynulá, adekvátní, a také si všímáme její větné stavby, slovních novotvarů apod. Zjišťuje se zároveň úroveň pozornosti, krátkodobé a dlouhodobé paměti, dále také schopnost čtení a psaní atd. (Jirák, 2020).

Správná komunikace s pacienty je jednou z důležitých prevencí vzniku deliria. Edukátor by se ke každému pacientovi měl chovat individuálně. Je nevhodné jej srovnávat s ostatními pacienty a určitě se za žádných okolností k němu nechovat jako k dítěti. Dalším důležitým bodem je popsat veškeré úkony, které mu budou provedeny. Pomocí správné edukace pacienta s deliriem může předcházet možným komplikacím jako je např. vytažení kanyly či katetru. (Hipp, 2012).

Zmatenost neboli amence je dřívější označení pro méně bouřlivý stav bez psychomotorického neklidu a bez agitovanosti. V popředí je nepřiměřené chování v dané situaci, v níž nejsou pacienti schopni se vyznat a orientovat. Současné názvosloví zařazuje amenci pod pojem deliria, protože příčiny jsou stejné a mezi oběma existuje plynulý přechod (Bartoš, 2015).

4.5.2 Demence

Demence je skupina onemocnění s progresivním horšením paměti a jedné nebo více kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce patří řeč, poznávací schopnosti, neučené pohybové stereotypy, plánování, organizování, funkce zajišťující účelné jednání a další. Pokles kognitivních funkcí na rozdíl od deliria probíhá dlouhodobě a dosahuje takového stupně

omezení, kdy je pacient omezen při běžných životních aktivitách. K poruchám kognitivních funkcí se často druží poruchy chování a vnímání: iluze, agitovanost, halucinace, bludy, deprese, euforie, apatie, úzkost, podrážděnost, motorický neklid, poruchy spánku, poruchy chuti a příjmu potravy aj. U demence je typickým znakem zachování bdělosti. Zásadní odlišností deliria od demence je rychlý začátek a konec s výrazným kolísáním během dne, a dokonce s možností intervalů normalizace mentálních funkcí na dřívější úroveň. Tyto intervaly nazýváme jako lucidní intervaly (Bartoš, 2015).

5 Praktická část

5.1 Cíle a výzkumné předpoklady/otázky

5.1.1 Cíle práce

1. Popsat specifika edukace pacienta s poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci
2. Zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí akutně přijatého k hospitalizaci

5.1.2 Výzkumné předpoklady/výzkumné otázky

1. Výzkumná otázka nebyla stanovena. Cíl je popisný.
- 2 a) Jakým způsobem je pacient při akutním příjmu edukován?
 - b) Existuje edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí?
 - c) Je třeba pacienta po nabytí plného vědomí reedukovat?

5.2 Metody

Výzkumné šetření této bakalářské práce bylo prováděno kvalitativní metodou výzkumu, jež probíhalo technikou standardizovaného rozhovoru. Výzkum proběhl v dubnu 2023. Výzkum byl prováděn ve fakultní nemocnici, které si nepřála, aby její název byl zveřejněn, takže bude v této práci jmenována jako fakultní nemocnice. Výzkum byl prováděn na zdravotnicích a pacientech za účelem zjištění míry edukace pacientů přijatých akutně k hospitalizaci, kteří trpí kvalitativní poruchou vědomí, přesněji deliriem či demencí. Respondenti byli z důvodu zachování anonymity označeni čísly R1-R11 pro zdravotníky, a čísla RP1-RP5 pro pacienty.

Nashromážděná data byla následně zpracována technikou tužka-papír, kódováním, byla provedena kategorizace dat a jejich zanesení do schémat. Schémata byla vytvořena pomocí webové aplikace [Products.aspose.app/diagram/flowchart](https://products.aspose.app/diagram/flowchart). Respondentům byly podávány předem připravené otázky, kdy odpovědi respondentů z řad zdravotníků byly nahrávány na mobilní zařízení. Odpovědi respondentů byly zaznamenávány písemně do předem připravených záznamových archů (Příloha D)

Výzkum byl realizován v jedné nejmenované fakultní nemocnici na odděleních intenzivní péče. Souhlas s realizací je součástí bakalářské práce (Příloha A). Standardizovaný rozhovor se zdravotníky byl zaměřen na problematiku edukace pacientů přijatých akutně k hospitalizaci s kvalitativní poruchou vědomí. Standardizovaný rozhovor s pacienty byl zaměřen na to, zda byli při příjmu edukováni či byli edukováni později v průběhu hospitalizace. Celkem bylo osloveno 11 respondentů z řad zdravotníků a 5 respondentů z řad pacientů (Tabulka 2 a Tabulka 3).

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 2 Seznam respondentů z řad zdravotníků

Respondent	Počet let v oboru	Dosažené vzdělání	Specializace
R1	3 roky	Vyšší odborné (Dis)	Žádné
R2	22 let	Magisterské	ARIP
R3	24 let	Bakalářské	ARIP
R4	4 roky	Vyšší odborné (Dis)	ARIP
R5	1 rok	Bakalářské	Žádné
R6	28 let	Středoškolské	ARIP
R7	30 let	Vyšší odborné (Dis)	ARIP
R8	25 let	Středoškolské	ARIP
R9	25 let	Vysokoškolské	ARIP
R10	6 let	Středoškolské	Žádné
R11	29 let	Středoškolské	Žádné

Tabulka 3 Seznam respondentů z řad pacientů

Respondent	Věk	Diagnóza spojená s PV
RP1	87 let	demence
RP2	82 let	demence
RP3	58 let	delirium
RP4	71 let	delirium
RP5	43 let	delirium

5.4 Analýza výzkumných dat

Celkem bylo sestaveno 11 kategorií, které byly zpracovány za pomoci programu Microsoft® Office 2019 Word a následně zaznamenány do schémat pomocí aplikace Products.aspose.app.

5.4.1 Kategorie 1 četnosti akutních příjmů pacientů s demencí či deliriem

Schéma 1 srozumitelně znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů z kategorie 1, která se zabývá **četností akutních příjmů**, kterých jsou součástí **pacienti s demencí či deliriem**. Ze schématu vyplývá, že každý z respondentů se s tímto pacientem setkává méně či více častěji. Z odpovědí nejvíce respondentů plyne, že příjem takového pacienta je na jejich oddělení častý, a to **několikrát do měsíce**. Každý respondent uváděl odlišné odpovědi, např. R8 uvedl „*Poměrně často, třeba každý týden*“, nebo respondent R9 na otázku, jak často se setkává s takovýmto pacientem při akutním příjmu, odpověděl „*Jak kdy. Někdy je to 2krát do měsíce, někdy je to jednou týdně*“. Do této skupiny byli zařazeni respondenti R3, R5, R7, R8 a R9.

Respondenti jako další nejčastěji zmiňovanou možnost zodpověděli, že se s tímto pacientem setkávají **jednou až dvakrát do měsíce**. Do této skupiny spadají odpovědi od respondentů R1, R6, R9 a R11. Respondent č. 1 uvedl „*...u akutních příjmů to nebývá tak moc časté, většinou tak jednou za měsíc*“. Z této odpovědi i z pohledu respondenta při této odpovědi lze usoudit, že se s takovýmto pacientem respondent setkává častěji, ale konkrétně při akutním příjmu to je, jak uvedl, jednou za měsíc.

Poslední zmiňovanou odpovědí na otázku, jak často se setkávají s pacientem s demencí či deliriem při akutním příjmu, respondenti uvedli **jednou až dvakrát za 2 až 3 měsíce**. Do této skupiny byli zařazeni respondenti R2, R4 a R10. Jak uvedl respondent R2 „*...s těmi se moc neseťkáváme. Řekla bych tak 1 až 2krát za dva, možná tři měsíce. A není to pravidelné...*“. Zbylí dva respondenti R4 a R10 odpověděli v podstatě stejným způsobem.

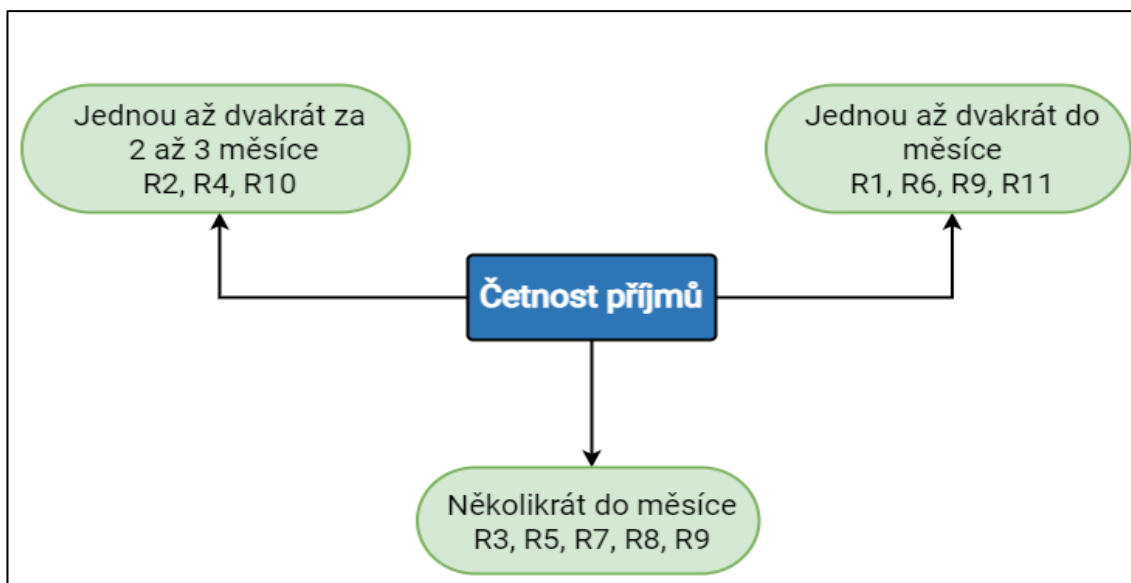


Schéma 1 kategorie četnosti akutních příjmů pacientů s demencí či deliriem

5.4.2 Kategorie 2 metod edukace

Schéma 2 přehledně znázorňuje nejčastější odpovědi, které se týkají odpovědi respondentů na téma **metoda edukace**. Tato kategorie je rozdělena podle použití metod u pacientů s deliriem a u pacientů s demencí. První skupina je zaměřena na pacienty s **deliriem**. Zde jsou viditelné 4 podskupiny, kdy nejpočetnější z nich je **použití ústní metoda** edukace. Zde se sešly odpovědi všech respondentů z řad zdravotníků, přesněji odpovědi respondentů R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11. Každý z nich uvedl buď obecné označení ústní metoda nebo alespoň jednu konkrétní ústní metodu jako je např. rozhovor, přednáška, vysvětlování atd. Respondent uvedl, že tato metoda je nejrychlejší a nejspolehlivější. Z toho můžeme soudit, že při této odpovědi lze u edukanta zjistit, zda nám rozumí, může nám odpovědět, a tím nám dát zpětnou vazbu na naši edukaci.

Další skupinou u delirantních pacientů je **použití písemné metody**. Tuto metodu lze použít hned při příjmu pacienta, ale také i v průběhu hospitalizace, např. až pacient nabyde plného vědomí. Tuto možnost uvedli při rozhovoru respondenti R3, R7, R8 a R10.

Třetí skupinou metod edukace u delirantních pacientů je **použití praktické metody**. Zde se sešly odpovědi od respondentů R1, R2, R7 a R10, kdy respondent R1 uvedl „...nebo následnou instruktáží, aby věděl, kde je postel, kde má zvonek, kde vůbec je a co si u nás může dovolit.“ Z této odpovědi je viditelné, že použití praktické metody

edukace je propojené i s metodou ústní, kdy např. zmíněnou instruktáž je vhodné doplnit slovním komentářem.

Předposlední podskupinou u metod edukace u pacientů s deliriem je metoda, **pokud nelze pacienta edukovat, edukace proběhne později**. Tuto možnost uvedli pouze respondenti R6 a R7, kdy respondent R6 uvedl „...*podle stavu pacienta. Pokud nelze edukovat, tak ho edukujeme později.*“ Respondent R7 při rozhovoru sdělil „*Tak v deliriu přijde pacient v takovém stavu, ve kterém je needukovatelný, takže čekáme, až se z toho stavu, až se ten stav zlepší...*“

Poslední skupinou metod edukace u pacientů s deliriem je ta, že **pokud pacienta nelze edukovat, tak edukován není**. Tuto možnost uvedl při rozhovoru pouze respondent R8, který uvedl „*Podle toho, v jakém je aktuálním stavu. Pokud je korigovaný léky, tak jako každého jiného pacienta, a pokud je vyloženě v deliriu, tak ho needukujeme.*“ Z této odpovědi vyplývá, že pokud je pacient korigován léky, tím myšleno dementní pacient, tak je edukován standartním postupem. Z odpovědi respondenta R8 lze vydedukovat, že tyto pacienty tento respondent needukuje vůbec. To ale není pravda, protože v další fázi rozhovoru uvedl, že tyto pacienty reedukuje (kategorie 10).

Druhou velkou skupinou jsou metody edukace u pacientů s **demencí**. Zde jsou také čtyři skupiny a první z nich je **použití metody ústní**. Tuto možnost uvedli stejně jako u použití této metody u pacientů s demencí všichni respondenti, konkrétně respondenti R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11.

Další skupinou metod edukace u pacientů s demencí je **použití praktické či obrázkové metody** edukace. Použití praktické či obrázkové metody uvedli při rozhovoru respondenti R6, R7 a R8. Z odpovědí lze vydedukovat to, že použití obrázkové metody u pacientů s demencí může výrazně pomoci při jejich edukaci, protože tím můžeme zaujmout jejich pozornost. Samozřejmostí je propojení obrázkové metody s metodou ústní.

Třetí a poslední podskupinou u edukace s dementními pacienty je **edukace doprovodu**. Tuto možnost uvedl jediný respondent, a to respondent R6, který sdělil, „...*pokud jsou to většinou dementní pacienti, s kterými přijde rodina, tak se ptáme rodiny.*“. U těchto pacientů je někdy vhodnější edukovat rodinu, protože je často možné, že se s nimi lépe komunikuje a podají nám i zároveň adekvátnější odpovědi.

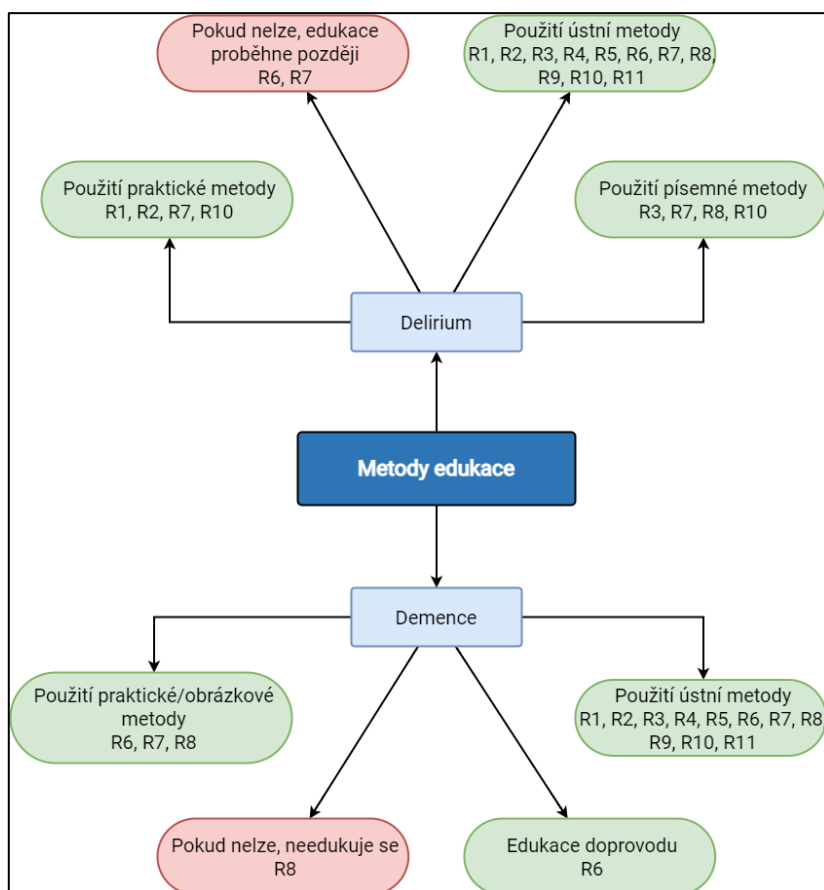


Schéma 2 kategorie metod edukace

5.4.3 Kategorie 3 znalosti speciální metody

Třetí kategorie se zabývá otázkou, zda respondenti znají speciální metodu edukace, která je využitelná u pacientů s demencí či deliriem. Všichni respondenti R1-R11 se shodli na stejné odpovědi, a tou byla, že žádný z nich speciální metodu edukace pro pacienty s těmito poruchami vědomí nezná, tedy **ne, neznám takovou metodu**. Respondent R4 problematiku této otázky vystihl tím, že uvedl „...*Ne. Jako podle mě je každý z těchto pacientů takové specifikum...*“. Z toho můžeme odvodit, že není žádná předepsaná metoda pro tyto pacienty, protože každý z nich je speciální. Do skupiny s odpovědí **ano, znám takovou metodu** nebyl zařazen žádný z respondentů.

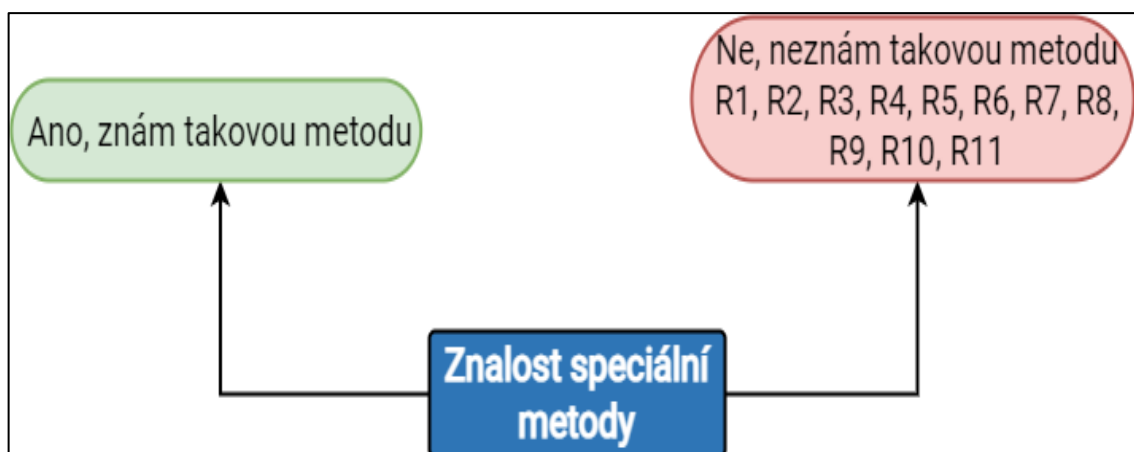


Schéma 3 kategorie znalosti speciální metody

5.4.4 Kategorie 4 komunikace s pacientem

Schéma 4 srozumitelně znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů k této kategorii. Tato kategorie se zaměřuje na znalost specifik komunikace s pacientem v deliriu či s demencí a také na další důležité body při komunikaci s tímto pacientem. Skupina specifik komunikace je rozdělena na dvě podkategorie, kdy jedna z nich udává přehled celkové znalosti těchto specifik a druhá udává znalost jednotlivých specifik, které respondenti uváděli. Ve skupině **znalost specifik celkově** byly odpovědi respondentů roztrženy do tří skupin. Do skupiny s **vyšší znalostí** byli dle svých odpovědí přiřazeni respondenti R3, R4, R6, R7 a R9. Tito respondenti ve svých odpovědích zmínili oproti ostatním respondentům nejvíce jednotlivých specifik. Další skupinou je skupina **střední znalosti**, kam byli přiřazeni respondenti R1, R2, R5, R8 a R11. V této skupině respondenti prokázali částečnou znalost specifik komunikace s pacientem s demencí či deliriem, kdy uvedli většinou ty nejdůležitější specifika. Do poslední skupiny byl přiřazen pouze jeden respondent, a to respondent R10, který uvedl, že nezná žádná specifika, tudíž byl přiřazen do skupiny **nízká znalost až neznalost**.

Další větší skupinou v kategorii 4 je skupina **znalosti jednotlivých specifik**. V této skupině byli respondenti řazeni ke skupinám na základě jejich zmínky o jednotlivém specifiku při rozhovoru. Nejpočetnější skupinou této kategorie je skupina, která se zaměřila na **klidný přístup k pacientovi**. Do této skupiny byli přiřazeni respondenti R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R11. Jak uvedl respondent R3 „...*nekřičet na něj, netlačít na něj, dát mu nějaký čas, být s ním sám, žádné rušivé elementy...*“.

Další zajímavou odpověď sdělil respondent R6 „...*povzbuzování, vlídný zájem, klidné chování, nekřičíme na něj, snažíme se o co neklidnější komunikaci.*“

Dalším specifikem komunikace s pacientem v deliriu či demenci je **použití krátkých a srozumitelných vět**. V této skupině se shodli na své odpovědi respondenti R1, R2, R7, R9 a R11. Toto specifikum uvedl při rozhovoru respondent R7 „*Jednoduché věty, tak aby bylo snadné porozumět, aby to neměl prostě složité na pochopení...*“ V této skupině respondent R9 odpověděl „*Klidná a srozumitelná komunikace, jednoduché věty, krátké věty, pomalé, srozumitelné. Snažit se jim to vysvětlit tak, aby tomu rozuměli.*“

Poslední skupinou jednotlivých specifíků je skupina, která se zaměřuje na **použití empatie** při komunikaci s tímto pacientem. O tomto specifiku se zmínili při rozhovoru respondenti R2, R3 a R7.

Všichni respondenti se shodli, že pro pacienty s deliriem či demencí je vhodné použití **individuálního přístupu k tomuto pacientovi**. Dalším prvkem komunikace s pacientem v deliriu či demenci byl zmíněn respondenty R1 a R5, kdy oba dva uvedli, že je **důležitá zpětná vazba** od samotného pacienta. Poslední důležitý prvek v komunikaci s pacientem, který byl během rozhovorů zmíněn, bylo **využití možnosti komunikace s rodinnými příslušníky**. Tuto skutečnost zmínili pouze respondenti R6 a R9, kdy respondent R9 uvedl „...*třeba i zapojit rodinné příslušníky, což se nám na oddělení hodí, hlavně s těmi demencemi.*“

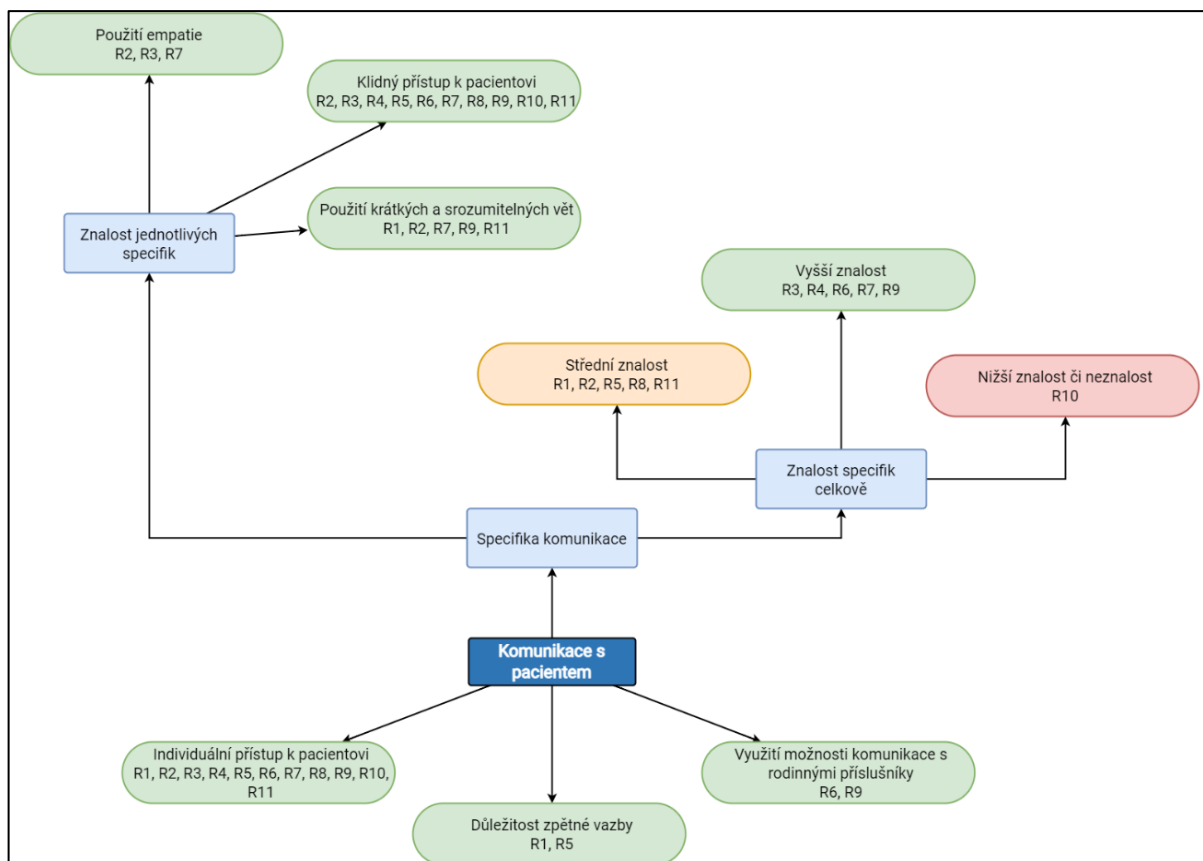


Schéma 4 kategorie komunikace s pacientem

5.4.5 Kategorie 5 komunikace s agresivním pacientem

Schéma 5 srozumitelně znázorňuje nejčastější odpovědi respondentů ke kategorii 5, kde byli respondenti dotazováni na otázku zabývající se **komunikací s agresivním pacientem** v deliriu či demenci. Celkem bylo stanoveno 6 skupin odpovědí sestavených podle respondentů, jak odpovídali. Nejvíce odpovědi se stahovalo k **zachování klidu**. Tuto problematiku zmínilo skoro 100 % tázaných, tedy respondenti R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11. Jediný respondent R3 nezmínil, že při komunikaci s tímto pacientem, který je agresivní, je tato záležitost potřebná. Jak uvedl respondent R4 „...pokud možno, snažíme se zůstat v klidu, snažíme se mu to vysvětlit.“ Podobně jako R4 odpovídali ostatní respondenti. R9 také sdělil „...snažit se, nenechat se od těch pacientů třeba vytočit, nejednat třeba impulzivně....“ Tuto skutečnost zmínil jen respondent R9.

Další početnou skupinou odpovědí je skupina zabývající se **tóninou hlasu a přístupem k pacientovi**. Do této skupiny byly zařazeny odpovědi od respondentů R1, R2, R7, R9, R10 a R11. Většina odpovědí se týkala toho, že není vhodné zvyšovat hlas či dokonce křičet na pacienta. Jak uvedl v rozhovoru respondent R7 „...snažíme

se ho uklidnit všemi způsoby, hlavně na něj nekřičíme.“ Další zajímavou odpověď uvedl respondent R2 *„...někdy s námi mluvit vůbec nechce, ale určitě se snažíme o to, aby nám porozuměl, proto mluvíme pomalu....“*

Třetí skupinou, z celkových šesti, je skupina odpovědí, které se zaměřily na **postoj a polohu vůči pacientovi**. Do této skupiny odpovědí byly zařazeny odpovědi od respondentů R1, R5, R8 a R9, kdy se do této skupiny přiřadily odpovědi, jak by zdravotník měl být v poloze vůči pacientovi. Jak uvedl respondent R8 *„...nikdy k němu nechodíme sami...“* a nebo respondent R5 *„...nestát určitě zády k nim, aby nám nic neudělali“*. Z toho vyplývá fakt, že se zdravotník před těmito pacienty musí mít pořád na pozoru, aby si zachoval vlastní bezpečí.

Čtvrtou skupinou odpovědí, kterou lze ve schématu 2 vidět, je skupina, která se zaměřuje na **použití omezovacích prostředků**. Ohledně této skutečnosti se zmínili respondenti R4, R5, R6 a R8, kdy to nebyla jediná odpověď, ale spíše bylo u všech zmíněných řečeno, že je to použito v krajní nouzi, a hlavně i kvůli bezpečnosti pacienta a zachování jeho zdraví. Přesněji to uvedl respondent R5 *„...my používáme i omezovací prostředky, pokud je to dobré pro toho pacienta v tom smyslu, aby si neublížil on sám. A to jen v těch krajních případech to používáme, pro jeho vlastní bezpečnost.“*

Předposlední skupinou této kategorie komunikace s agresivním pacientem je **použití medikace na uklidnění**. V této skupině se na odpovědi shodli dva respondenti, přesněji respondent R3 a R8, kdy respondent R3 uvedl *„...čekat až nastoupají ty léky.....až se zklidní, není nějaký agresivní, tak potom teprve s ním navázat kontakt.“*

V poslední skupině odpovědí je zařazena jen odpověď jednoho respondenta, a to respondenta R3, který uvedl že **komunikace s tímto pacientem neprobíhá**. Respondent R3 uvedl „...s ním moc nekomunikujeme...Pacient v nějaké agitovanosti není schopen přijímat žádné otázky nebo není schopen na ně kloudně odpovědět.“ Dále však uvedl informace, které se vztahují ke skupině předešlé, jenž se zabývá použitím medikace, u které uvedl konkrétní příklady.

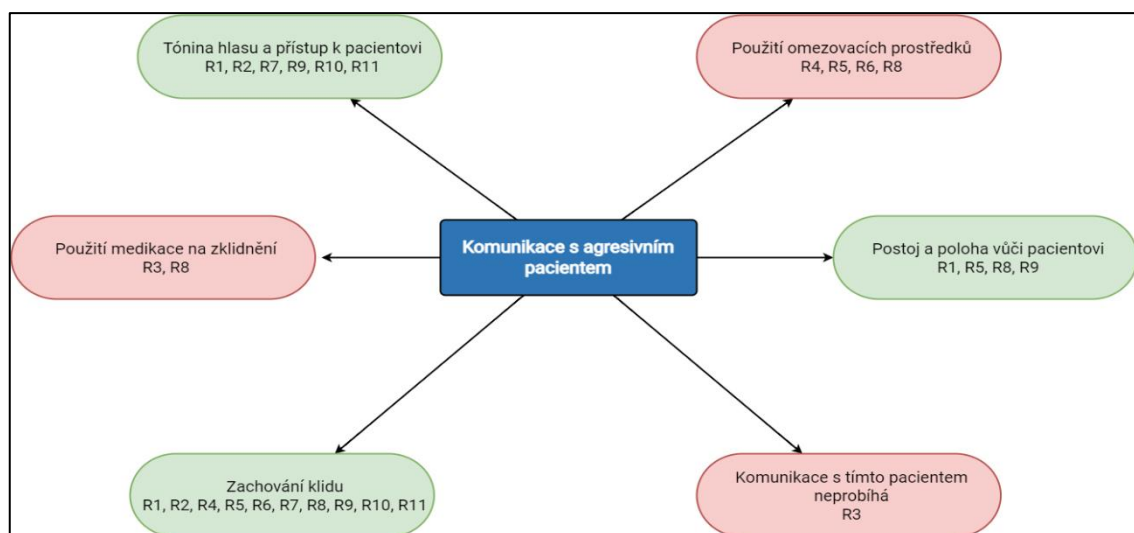


Schéma 5 kategorie komunikace s agresivním pacientem

5.4.6 Kategorie 6 důsledek nevhodné komunikace

Na schématu 6 je vidět, jaké důsledky můžou podle respondentů z řad zdravotníků nastat při zvolení nevhodné komunikace s pacientem, který trpí demencí či je v deliriu. V této kategorii se nachází 6 skupin odpovědí, které respondenti nejčastěji udávali při otázce, která se týká tohoto problému. Nejvíce početnou skupinou odpovědí při nevhodně zvolené komunikaci je **možnost vzniku agrese** u pacienta. Do této skupiny, na základě svých odpovědí během rozhovoru, byli přiřazeni respondenti R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11. Jak uvedl respondent R7 „...když na ně právě křičíme, můžou být ještě agresivnější.“ nebo respondent R11 „...pokud je to nevhodné se to může zvrhnout i v agresi toho pacienta nebo i napadení personálu.“

Na odpověď respondenta R11, která je uvedené v předchozí skupině, navazuje další skupina odpovědí, a tou je **možnost slovního či fyzického napadení personálu**, kterou celkem shodně uvedli respondenti R10 a R11. Uvedli ji jen tyto dva respondenti z řad zdravotníků. Jelikož tyto dva respondenti spolu pracují na jednom nemocničním

oddělení, kde jiný z respondentů nepracuje, můžeme soudit, že se tato možnost mohla v minulosti uskutečnit.

Další početnou skupinou, kterou můžeme vidět na schématu, je skupina s názvem **možnost ztráty důvěry v personál**. V této skupině se sešly shodné odpovědi od respondentů R5, R6, R7, R8 a R9. Respondent R5 ve své odpovědi uvedl „...pak se může vytratit ta důvěra mezi sestrou a pacientem.“ Jak bylo řečeno, odpovědi byly v celku shodné, to můžeme posoudit i podle odpovědi, kterou uvedl respondent R7 „Může se stát, když na ně budeme právě křičet, tak ztratí naši důvěru.“

Čtvrtou a předposlední skupinou, která je na schématu viditelná, je **možnost vzniku bariéry při komunikaci či spolupráci**. Do této skupiny byli zařazeni na základě jejich odpovědí respondenti R1, R2, R5, R6 a R7. Do této skupiny byli tito respondenti zařazeni na základě toho, že každý z nich uvedl ve své odpovědi alespoň jednu z těchto bariér. Jediný respondent R2 uvedl obě dvě zmiňované bariéry.

Poslední skupinou odpovědí viditelné na schématu 6 je skupina s názvem **možnost uzavření se pacienta do sebe**. Pod tímto názvem je myšleno, že pacient odmítá kompletně veškerý kontakt s okolím a nekomunikuje jakýmkoli způsobem. Do této skupiny byli zařazeni respondenti R1, R2, R6, R8 a R9.

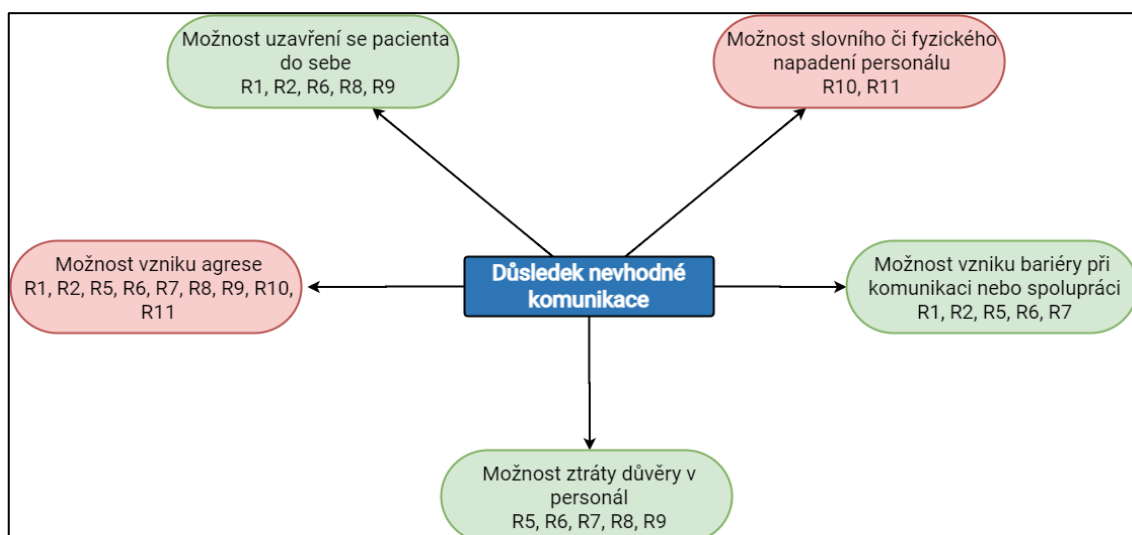


Schéma 6 kategorie důsledku nevhodné komunikace

5.4.7 Kategorie 7 potřeby reedukace

Tato kategorie je zaměřena na to, zda si respondenti z řad zdravotníků myslí, že je **potřeba pacienty s deliriem či demencí reedukovat**. Odpovědi v této kategorii byly rozděleny, jak je vidět na schématu 7, do dvou skupin. První z nich je skupina, kdy odpověď byla ve smyslu, že **není potřeba tyto pacienty reedukovat**. Do této skupiny nebyl zařazen žádný z tázaných respondentů. Do druhé skupiny, která je viditelná na schématu 7, je zaměřená na odpověď respondentů, která vyjadřuje souhlas, že **je potřeba tyto pacienty reedukovat**. V této skupině se sešly odpovědi všech tázaných respondentů z řad zdravotníků (R1-R11).

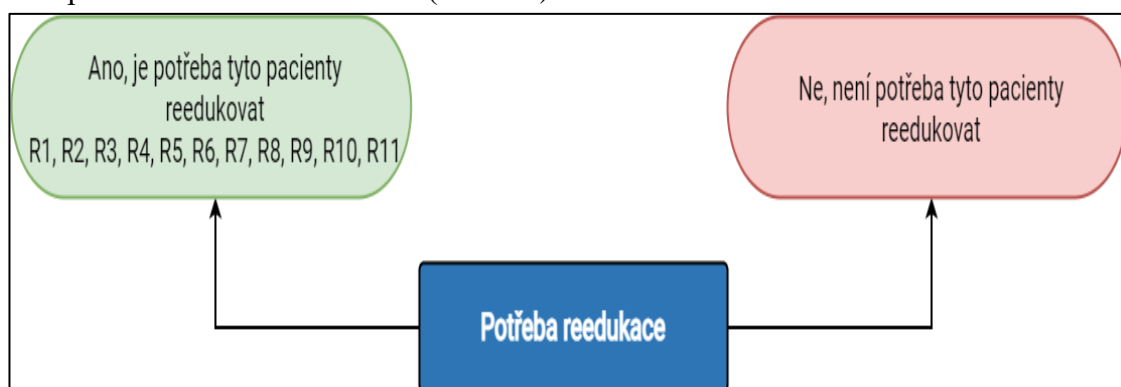


Schéma 7 kategorie potřeby reedukace

5.4.8 Kategorie 8 efektivity a potřebnosti reedukace

Schéma 8 přehledně znázorňuje skupiny odpovědí od respondentů zdravotníků, kdy jim byly položeny otázky týkající se efektivity a potřebnosti reedukace pacientů s demencí či deliriem. Na schématu 8 lze vidět 3 hlavní skupiny, které se dále dělí na další podskupiny. Jedná se o skupiny potřebnost reedukace, dále kdy je reedukace efektivní a poslední z nich pojednává o tom, kdy je reedukace neefektivní. První popsanou z nich bude **potřebnost reedukace**. Ta se dělí na tři podskupiny, kdy první z nich je skupina, která spojuje odpovědi, že reedukace je potřebná **dle potřeby pacienta**. Tato skupina je, co se týče odpovědí respondentů, nejpočetnější. Byly zde zařazeny odpovědi od respondentů R2, R3, R4, R5, R7, R8 a R9. Respondenti odpovídali, že reedukace u těchto pacientů je potřebná dle potřeb samotného pacienta. Tím je myšleno např. to, že sestra vyzoruje či vycítí samotnou potřebu pacienta reedukovat a využije této situace a pacienta znovu edukuje. Jak uvedl respondent R2 „...je to vhodné, pokud vidíme na pacientovi, že při té první edukaci si nic nezapamatoval nebo si nepamatuje ani to, že jsme s ním vůbec mluvili.“ Další odpověď, která vystihuje tuto skupinu uvedl

respondent R8, který řekl „...oni si to většinou nepamatují, to z toho předchozího dne. Takže to zopakujeme dle potřeby, klidně i dvakrát, třikrát denně.“

Další podskupinou v potřebnosti reedukace je skupina, která se zabývá odpověďmi ohledně **zlepšení stavu pacienta**. Tuto možnost, při otázce týkající se potřebnosti reedukace, zmínili respondenti R5, R6, R7, R9, R10 a R11. Tato možnost byla většinou myšlena na pacienty s deliriem. S tím souvisí i odpověď, kterou uvedl respondent R6 „...při změně stavu, pokud máme pacienta většinou v deliriu, tak když se z něj potom dostane.....tak se už dají vlastně edukovat. Takže můžeme u nich udělat edukaci znovu.“ Respondent R7 ve své odpovědi zmínil i dementní pacienty a uvedl „...když se dostanou do normálního stavu nebo lepšího... a u těch dementních, když zabere právě ta medikace, kterou předtím neměli.“

Poslední podskupinou viditelnou na schématu 8 u potřebnosti reedukace je **potřeba reedukace každý den**. Tuto možnost ve svých odpovědích zmínili respondenti R1, R3, R4, R7 a R8.

Druhou velkou skupinou této kategorie nese název, **kdy je reedukace efektivní**. V této skupině jsou další tři podskupiny, kdy nejpočetnější z nich je ta, ve které se sešly odpovědi týkající se efektivnosti reedukace **při návratu vědomí**. V této skupině se sešly odpovědi respondentů R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10 a R11. Jak uvedl respondent R5 „Je to efektivní, když je ten stav vědomí bdělí, když spolupracují, jsou orientovaní a rozumí nám...“. Respondent R9 uvedl „...když vidíme pozitivní změny u toho pacienta, změny k lepšímu..., že se to vědomí obnovuje, agrese pomine..., tehdy je to určitě efektivní.“

Další podskupina, která je viditelná na schématu 8, se zabývá odpověďmi ohledně **začátku spolupráce pacienta**. V této skupině odpovědí se shodli respondenti R2, R5, R6, R8 a R9. O této skutečnosti se zmínil i při rozhovoru respondent R2 a uvedl „...je efektivní v případě, kdy už nám pacient rozumí, kdy začne spolupracovat...“

Poslední podskupinou u efektivní reedukace je skupina, kdy je efektivní reedukovat **po nástupu medikace**. O této možnosti se zmínili respondenti R3, R7 a R9, kdy respondent R7 uvedl „...u těch dementních, když právě zabere ta medikace, kterou předtím neměli.“

Poslední viditelná skupina na schématu 8 se zabývá tím, kdy **je reedukace neefektivní**. Tato skupina se dělí na dvě menší podskupiny, kdy první z nich je ta, kdy je **pacientů stav špatný už při přijetí**. Zde se na odpovědi shodli dva respondenti, přesněji respondenti R1 a R6, kdy respondent R6 uvedl „...protože u pacientů, kteří jsou demenční, buď to pochopí skoro na začátku anebo to nepochopí vůbec.“ Tato odpověď navázala na to, kdy respondent R6 zmínil, že reedukace je efektivní určitě u pacientů v deliriu, když se jejich zdravotní stav zlepší. Druhá podskupina se zaměřuje na neefektivní reedukaci **při zhoršení stavu pacienta** během hospitalizace. Zde odpověděl pouze jeden respondent, a to respondent R9, který také uvedl „...když ty změny k lepšímu nejsou a třeba se ta demence prohlubuje, že je horší, tak si myslím, že to moc velký smysl nemá.“

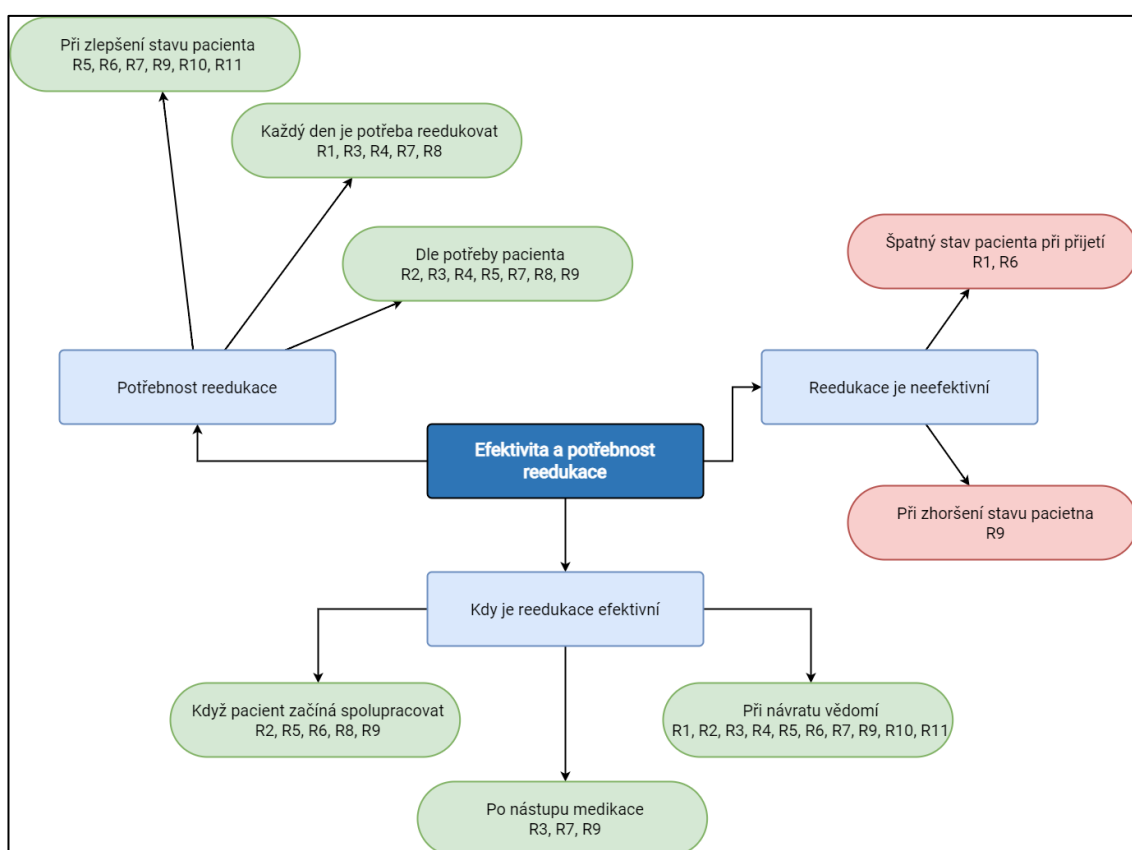


Schéma 8 kategorie efektivity a potřeby reedukace

5.4.9 Kategorie 9 zda si pacient pamatuje svůj příjem

Schéma 9 přehledně znázorňuje problém, zda si respondenti z řad **pacientů pamatují svůj příjem**. V této kategorii byli respondenti z řad pacientů tázáni, zda si moment svého přijetí pamatují a popřípadě, co jim bylo něco řečeno při příjmu.

Tím je myšleno, zda byli edukováni při příjmu. Z respondentů s demencí si svůj příjem nepamatuje RP1 a RP2. Z respondentů s deliriem si svůj příjem nepamatuje respondent RP4. Respondent RP3 si svůj příjem pamatuje matně, částečně, a také uvedl „...někdo se mnou asi mluvil, někdo mě, jak říkáte, asi poučil, ale moc si toho nepamatuji.“ Respondent RP5 si svůj příjem pamatuje, ale nevzpomíná si, zda byl edukován přímo při příjmu, jelikož uvedl „No něco mi řekli, ale moc si toho nepamatuji.....Pamatuji si, jak mě přivezla sanitka, pak mě převezli na tohle oddělení, ale pak jsem nějak usnul a nevím, co se dělo pak.“. Tento respondent (RP5) si svůj příjem pamatuje, jelikož mu delirium vzniklo těsně po příjmu k hospitalizaci.

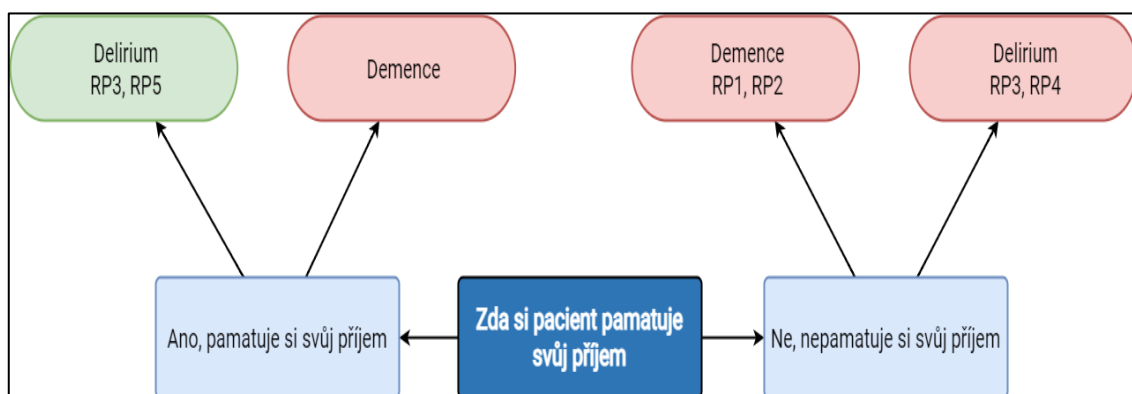


Schéma 9 kategorie, zda si pacient pamatuje svůj příjem

5.4.10 Kategorie 10 kdo a kdy podal pacientovi informace

Schéma 10 viditelně znázorňuje možnosti, **kdo a kdy podal pacientovi informace** o hospitalizaci, kdo a kdy ho edukoval. Jsou zde viditelné 3 skupiny, kdy jedna z nich **nelze hodnotit**, protože tyto respondenti trpí demencí a jejich odpovědi nebyly adekvátní. Sice uvedli, že s nimi zdravotníci hovoří, např. v den rozhovoru, ale uvedli také to, že si nic nepamatují. Proto jejich odpovědi v této kategorii nelze hodnotit, a to konkrétně u respondentů RP1 a RP2.

S respondenty RP3, RP4 a RP5 byla provedena edukace **po návratu jejich vědomí**. Jak uvedl respondent RP3 „...prý mě přivezli někdy o víkendu, ale probral jsem se až v úterý...první sestru si pamatuju z toho úterý. To mi řekla, že jsem v nemocnici a co se stalo.“ Respondent RP4 uvedl „...ráno jsem se vzbudil a málem mě kleplo, protože jsem se probudil a nevěděl jsem, kde jsem.... Pak přišla sestřička a začala mě uklidňovat.“ Respondent RP5 uvedl následující „...v pátek přišel doktor s tím,

že ležím na JIPce. Pak mi říkal, že jsem dost vyváděl a proč jsem připoutanej k posteli... “. Všichni respondenti zmínili, že s nimi komunikoval většinou doktor či sestra, ale vždy to bylo až, když se jim vrátilo vědomí do stavu, kdy si pamatují první chvíle v nemocnici. Podle dokumentace byli však edukováni již při příjmu a dále během jejich hospitalizace, a to každý den, ale jelikož bylo poškozeno jejich vědomí, tak si na to nevzpomínají.

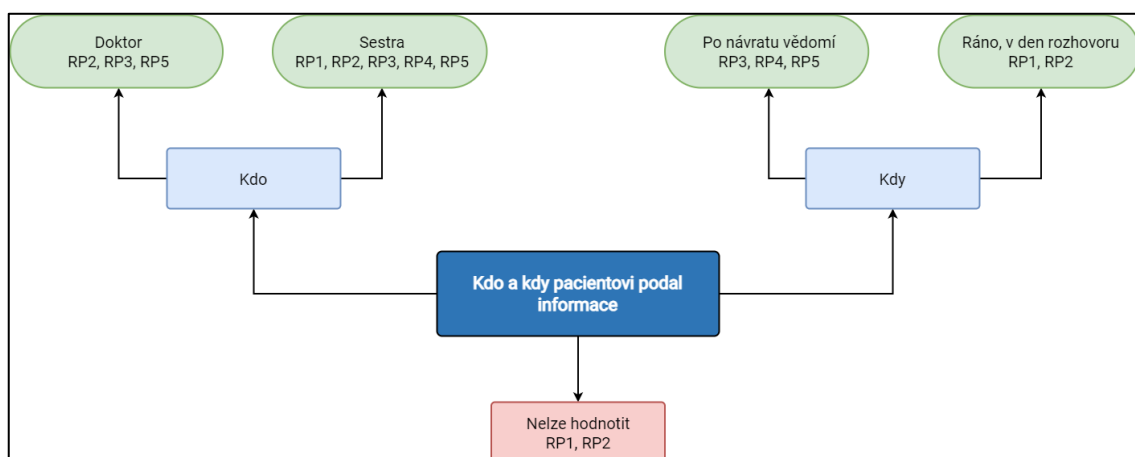


Schéma 10 kategorie, zda si pacient pamatuje svůj příjem

5.4.11 Kategorie 11 ochoty personálu poskytnout více informací

Schéma 11 přehledně znázorňuje, jak **jsou zdravotníci ochotni poskytnout více informací**, či zopakovat informace, když se na to pacient zeptá. V této kategorii se dá říct, že se všichni respondenti z řad pacientů shodli na stejné odpovědi, a to že **zdravotníci jsou ochotni** poskytnou více informací. Jsou zde započítáni i odpovědi respondentů, kteří trpí demencí a jejich odpovědi nejsou 100 % věrohodné, poněvadž jejich vědomí bylo během provedeného rozhovoru stále ovlivněno demenčním onemocněním. Respondent RP3 uvedl „...no, většinou jo. Třeba si pamatuju, když jsem se ptal na tu hadičku, co mám mezi nohama. Prý je to na močení a prý když si to vytáhnu, tak to bude bolet...“

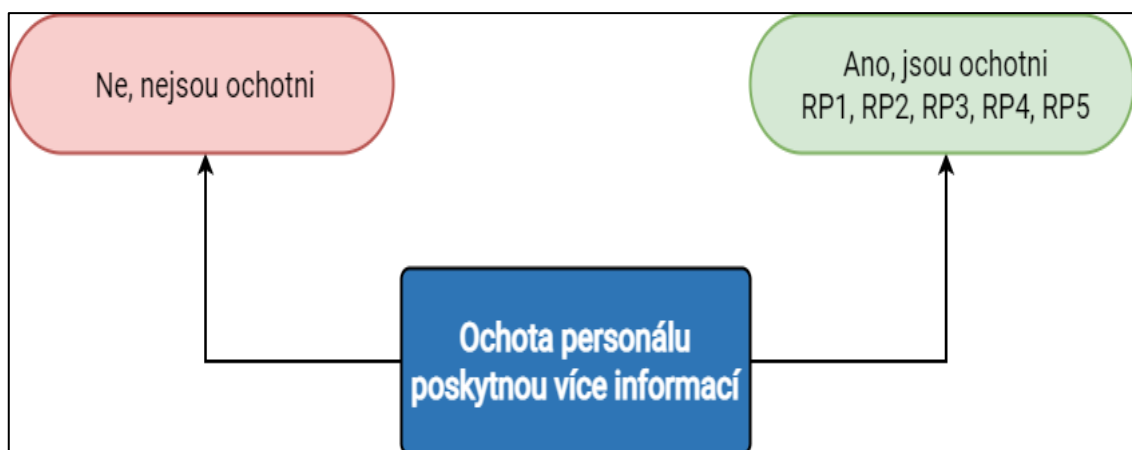


Schéma 11 kategorie ochoty personálu poskytnout více informací

5.5 Analýza výzkumných cílů a otázek

Na základě odborné literatury byly k tomuto tématu bakalářské práce stanoveny dva výzkumné cíle. První cíl bylo **popsat specifika edukace akutního příjmu pacienta s poruchou vědomí**. První cíl byl čistě popisného charakteru, proto je zahrnut pouze v teoretické části práce, z toho důvodu k němu nebyla stanovena žádná výzkumná otázka. Výzkumné otázky byly stanoveny k druhému cíli, kdy byly stanoveny přesně tři otázky.

Druhým cílem tohoto tématu bakalářské práce bylo **zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci**. K tomuto cíli byla stanovena otázka 2.A a její znění je: **Jakým způsobem je pacient při akutním příjmu edukován?** K analýze této výzkumné otázky byly použity na základě standardizovaného rozhovoru kategorie 1, 2, 4, 5 a kategorie 6. Z analýzy získaných informací bylo zjištěno, že se zdravotníci s takovým pacientem, který má kvalitativní poruchu vědomí (demence, delirium) při akutním příjmu, přijímají k akutním hospitalizaci celkem často, většinou několikrát do měsíce. Všichni tázaní respondenti uvedli, že k takovému pacientovi mají individuální přístup a každý uvedl svůj způsob edukace a komunikace s tímto pacientem. Bylo zjištěno, že každý se k takovému pacientovi chová jinak a jsou rozdíly v edukaci pacienta v deliriu a edukaci pacienta s demencí. Nejčastěji tyto pacienty zdravotníci edukují ústní formou. Někteří, když tu je ta možnost, tak se snaží edukovat rodinné příslušníky daného pacienta, většinou u těch pacientů, kteří trpí demencí. A někteří zdravotníci tyto pacienty při příjmu needukují vůbec, ale čekají, až pacient bude orientovaný, zabere daná medikace či až dané

např. delirium odstoupí. Dále respondenti byli při rozhovoru tázáni na specifika komunikace s tímto pacientem. Zde se jejich vědomosti lišily. Někteří měli vyšší znalosti ohledně specifik komunikace, někteří měli dostatečné a někteří skoro žádné. Ačkoli se jejich znalosti lišily, ve velké většině případů uvedli správná specifika komunikace s tímto pacientem, kdy nejčastěji uváděli klidný, trpělivý, a hlavně individuální přístup k pacientovi, kdy je důležité používat krátké a srozumitelné věty, pokud je možno využít rodinné příslušníky či použití při komunikaci empatie. Dále uváděli, jaké může mít následky nevhodně zvolená komunikace s tímto pacientem. Nejčastěji zmíněný následek byl vznik agrese, načež byli i tázáni, jakým způsobem s tímto pacientem komunikují. Respondenti na tuto problematiku odpovídali vědomě a cíleně. U postupů v komunikaci s agresivním pacientem respondenti zdůrazňovali klidný přístup, prioritu postoje a bezpečí sebe sama. Jako způsob zklidnění tohoto pacienta respondenti používají předepsanou medikaci ošetřujícím lékařem či použití omezovacích prostředků v rámci bezpečnosti pacienta i samotného zdravotnického personálu.

Další stanovenou otázkou k druhému cíli této bakalářské práce byla výzkumná otázka 2. B, která zní: **Existuje edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí?** K analýze této výzkumné otázky byla vytvořena kategorie č.3. Zde byli respondenti cíleně tázáni, zda znají takovou speciální edukační metodu, která je využitelná u pacientů s demencí či deliriem. Odpověď se nelišila u žádného z tázaných respondentů a všichni z nich odpověděli stejně. Jejich odpovědi se shodly na tom, že žádný z nich žádnou takovou speciální metodu, která by se dala u těchto pacientů využít, nezná. K této výzkumné otázce byla snaha o vyhledání informací, zda taková speciální edukační metoda vůbec existuje, ale nebyly k ní nalezeny žádné informace. Dohledatelné jsou jen doporučené postupy při komunikaci s takovým pacientem, který trpí demencí či je v deliriu a dále existují specifika komunikace s tímto pacientem. Zmíněné doporučené postupy a specifika komunikace s pacientem v deliriu či demenci jsou uvedeny i v edukačním materiálu pro zdravotníky, který je součástí návrhu doporučení pro praxi.

Třetí a poslední výzkumná otázka k druhému cíli této bakalářské práce zní: **Je potřeba pacienty po nabytí plného vědomí reedukovat?** K analýze této výzkumné

otázky byly použity kategorie č.7, 8, 9, 10 a kategorie č.11. K této výzkumné otázce byli tázáni respondenti jak z řad zdravotníků, tak i z řad pacientů. Respondenti z řad pacientů zde byli tázáni hlavně kvůli ověření, zda zmíněná reedukace probíhá a zda je pravdou, že ji zdravotníci provádí. Z odpovědí tázaných zdravotníků je jasné, že reedukace u těchto pacientů je potřebná, protože většina pacientů s deliriem či demencí si svojí prvotní edukaci při příjmu nepamatuje. To vyplývá i z odpovědí tázaných pacientů, kdy si svůj příjem dobře pamatuje jen jeden, který ale byl při příjmu při vědomí a delirium mu nastoupilo těsně po přijetí. Dále zdravotníci nejčastěji uváděli, že tato reedukace je efektivní v případech, kdy dojde k částečnému či plnému nabytí vědomí pacienta. Dále také uváděli, že je reedukace efektivní i v případech, kdy není vědomí plně navráceno, ale pacient začíná spolupracovat a je schopen přijímat informace podávané zdravotnickým personálem. Další kategorie byla zaměřena na pacienty, a to kdy a kým byli edukováni, přesněji, kdy si pamatují svojí první edukaci, své první poučení o pobytu v nemocnici. Respondenti z řad pacientů nejčastěji uváděli první kontakt s ošetřující sestřičkou a dále s ošetřujícím lékařem. Odpovědi pacientů s deliriem měly společné to, že pacienti si první kontakt pamatují po určité amnézii, která byla způsobena důsledkem deliria. Poslední otázkou byla, zda jsou zdravotníci ochotni pacientům něco vysvětlit, pokud se jich na to pacienti zeptají. Odpovědi pacientů byly vesměs stejné. Byly stejné v tom, že se pacienti shodli na tom, že zdravotníci jsou ochotni pacientům vše znovu a lépe vysvětlit. Po analýze všech kategorií lze říci, že reedukace u těchto pacientů je potřebná vesměs ve všech případech a také lze usoudit podle odpovědí jak zdravotníků, tak i pacientů, že tato reedukace probíhá na dobré úrovni.

6 Diskuze

Bakalářská práce se zabývala edukací pacienta při přijetí k hospitalizaci se zaměřením na akutně přijaté pacienty k hospitalizaci s kvalitativní poruchou vědomí. Cílem práce bylo zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí akutně přijatého k hospitalizaci, přesněji jakým způsobem je tento pacient edukován při akutním příjmu, dále zda je potřeba tyto pacienty reedukovat a v neposlední řadě zjistit, zda existuje edukační metoda specializující se na tyto pacienty. Výzkumu se zúčastnilo celkem 16 respondentů, kdy 11 z nich bylo z řad zdravotníků. Zbýlých 5 respondentů byli pacienti, kteří byli v demenci či u nich proběhlo delirium. Výzkum proběhl v jedné nejmenované fakultní nemocnici, která si nepřála, aby její jméno bylo zveřejněno v této bakalářské práci. Tento nesouhlas je viditelný v protokolu o provedení výzkumu (Příloha A). Výzkum probíhal kvalitativní metodou standardizovaného rozhovoru, kdy respondentům byly kladeny předem stanovené otázky. Otázky byly rozdělené pro zdravotníky (Příloha E), kdy tento rozhovor byl zaznamenáván na multimediální zařízení ve formě audia, s čím zdravotníci souhlasili při podpisu souhlasu o účasti ve výzkumu (Příloha B). Pro pacienty byl vytvořen pro zaznamenávání jejich odpovědí záznamový arch (Příloha D), jelikož pacienti nesouhlasili s pořízením audionahrávky provedených rozhovorů, proto pro ně byl vytvořen k podpisu jiný souhlas o účasti ve výzkumu (Příloha C). Pro sestavení otázek byla použita problematika edukace. Tato problematika byla zvolena z důvodu důležitosti této problematiky, protože edukace u pacientů přijatých k hospitalizaci je nepostradatelnou fází komunikace mezi pacientem a nemocničním personálem (Svěráková, 2012). Po dokončení všech rozhovorů následovala analýza vytvoření daných kategorií a následné kódování dokončených rozhovorů.

Prvním výzkumným cílem bylo popsat specifika edukace pacienta s poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci. Jednalo se tedy o cíl opisný, který byl splněn v teoretické části bakalářské práce s přesahem do vytvořených otázek pro standardizovaný rozhovor, který byl zaměřen pro druhý výzkumný cíl této bakalářské práce. Tyto vytvořené otázky vycházely z teoretické části práce. Druhým výzkumným cílem bylo zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí akutně přijatého k hospitalizaci. Pro tento cíl byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky, kdy první z nich byla, jakým způsobem je pacient při akutním příjmu edukován. Hodnotících

kategorií pro tuto výzkumnou otázku bylo stanoveno pět. První kategorie byla zaměřena na četnost akutních příjmů, kdy jsou pacienti v deliriu či demenci. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že tito pacienti jsou přijímáni k akutní hospitalizaci celkem často, a to i několikrát do měsíce. Druhá kategorie se zaměřila na použití metody při edukaci těchto pacientů. Většina respondentů se shodla, že u obou případů kvalitativní poruchy vědomí (demence, delirium) je vhodné použít metodu usní, zejména rozhovor. Rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem je každodenní součástí praxe zdravotníka (Dušová, 2019). K tomuto tématu Špatenková (2015) ve své knize uvedla, že rozhovor je vhodným nástrojem při vzdělávání, jelikož umožňuje je aktivizovat a vzbudit jejich pozornost. Tento fakt se vztahoval hlavně na respondenty z řad pacientů s demencí. Tito pacienti byli senioři a tuto skutečnost, že rozhovor je vhodný pro seniory, uvedla též ve své knize Špatenková (2015). Další kategorie se vztahovaly ke komunikaci s pacientem v deliriu či demenci a také na komunikaci s agresivním pacientem, která byla doplněna poslední kategorií této výzkumné otázky, a tou byla, jaké důsledky mohou vzniknout při nevhodně zvolené komunikaci. V těchto kategoriích zdravotníci uváděli, že nejdůležitějším kritériem při komunikaci s pacientem s poruchou vědomí je individuální přístup, kdy Hipp (2012) uvádí, že by se edukátor měl ke každému pacientovi chovat individuálně, nesrovnávat jej s ostatními pacienty a dále by měl popisovat veškeré úkony tak, že díky správné komunikaci může zdravotník předejít u těchto pacientů možným komplikacím. Dalším specifíkem, které respondenti často uváděli, bylo použití krátkých a srozumitelných vět při komunikaci s takovým pacientem. Důležitou rolí v edukaci je samotný obsah edukace, kdy tato edukace by měla být srozumitelná a jednoduchá, měla by brát v potaz věk pacienta i jeho psychický a zdravotní stav. Tento fakt ve svých odpovědích při rozhovoru uvedlo celkem pět respondentů. Dalo by se argumentovat, že tuto možnost uvedlo jen pět z jedenácti respondentů, a že toto specifikum při komunikaci nepoužívají, ale podle předchozího kritéria, kdy všech jedenáct respondentů uvedlo individuální přístup k tomuto typu pacientů, je možné usoudit, že jsou obeznámeni o tomto specifiku a v průběhu rozhovoru jej jen zapomněli zmínit. V kategorii, která se zaměřila na důsledek nevhodné komunikace s pacientem, který je v deliriu či trpí demencí, nejvíce respondentů (R1, R2, R5, R6, R7, R8, R9, R10 a R11) uvedlo, že u těchto pacientů při nevhodně zvolené komunikaci může vzniknout agrese. Podle Petra (2014) je péče a komunikace s delirantním pacientem velice psychicky a fyzicky náročná, proto vyžaduje dobré komunikační schopnosti, jelikož se u těchto pacientů můžeme setkat s tím, že jsou neklidní a dost často agresivní. Na tento problém

navazovala další kategorie, která se zaměřila na komunikaci s agresivním pacientem. V této kategorii čtyři respondenti, konkrétně R4, R5, R6 a R8, uvedli, že lze použít omezovacích prostředků, což podle Palečkové (2021) je možné, ale musí to být odůvodněno u ošetřujícího lékaře a musí být v souladu se zákonem o jejich použití, například při bezprostředním ohrožení života či zdraví pacienta a při zachování jeho bezpečnosti. Tuto podmínku použití uvedl celkem přesně např. respondent R5.

Druhou výzkumnou otázkou ke druhému cíli této bakalářské práce bylo zjištění, zda existuje edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí. Tato výzkumná otázka byla zkoumána jak v teoretické části bakalářské práce, tak i ve výzkumné části práce, kdy byla zdravotníkům položena cílená otázka, zda znají takovou metodu. Na tuto otázku byla vyhrazena kategorie č.3. Všichni zdravotníci se shodli na odpovědi, že takovou speciální metodu, která by se dala využít u pacientů s deliriem nebo s demencí, neznají. Situaci, kdy se zdravotník dostane do kontaktu s delirantním pacientem, popsal i ve svém díle Knor (2019). Uvedl, že v této situaci neexistuje univerzální pravidlo, jak s tímto pacientem jednat, jak s ním komunikovat a jak ho edukovat.

Třetí a poslední výzkumnou otázkou druhého cíle této bakalářské práce byla ta, zda je potřeba pacienty po nabytí plného vědomí reedukovat. K této výzkumné otázce bylo stanoveno celkem pět kategorií, kdy první z nich byla formulovaná otázkou, zda si respondenti z řad zdravotníků myslí, že je potřeba pacienty s demencí nebo deliriem reedukovat po nabytí jejich vědomí. V této otázce se všichni tázaní respondenti shodli na odpovědi, že tato reedukace u těchto pacientů je velice potřebná. Zmínili, že si tito pacienti kolikrát svojí prvotní edukaci nepamatují, což je i viditelné z odpovědí respondentů pacientů, kdy si čtyři z pěti tázaných respondentů svůj příjem vůbec nepamatují. Jediný pacient, který si svůj příjem pamatuje, byl respondent RP5, kterému nastoupilo delirium těsně po příjmu a amnézie mu započala až po přijetí k hospitalizaci. Fakt, že pacienti např. s demencí často zapomínají, uvedl Bartoš (2015), že demence je skupina onemocnění s progresivním horšením paměti a jedné nebo více kognitivních funkcí. Dále také Bartoš (2015) uvedl, že pokles kognitivních funkcí na rozdíl od deliria probíhá dlouhodobě a dosahuje takového stupně omezení, že pacient je omezen při běžných životních aktivitách. Další kategorie této výzkumné otázky byla zaměřená na to, kdy tato reedukace je potřebná a kdy je efektivní. Zde respondenti z řad zdravotníků uváděli mnoho možností, ale nejčastěji zmiňovali efektivitu při návratu

vědomí a potřebnost při zlepšení stavu samotného pacienta. Tuto možnost uvedli nezávisle na sobě respondenti R5, R6, R7, R9, R10 a R11. Jejich odpovědi jsou podloženy i tím, jelikož Raboch (2020) uvedl, že při podávání informací pacientovi o jeho vzniklé nemoci musíme vždy přihlídnout k tomu, zda je nemocný schopen správně vnímat realitu a zda je schopný být plně zodpovědný za své jednání. Z tohoto důvodu by měl každý zdravotník posuzovat jednotlivé případy individuálně a neměl by zapomenout zvažovat aktuální duševní stav pacienta. Poslední dvě kategorie se zaměřily na ujištění, že u pacientů probíhá zmíněná reedukace. Tyto kategorie byly zaměřeny jen na pacienty. Respondenti byli tázáni na to, kdo a kdy jim podal první informace, které si pamatují. Respondenti s deliriem se shodli, že byli reedukováni po návratu vědomí, po odstupu deliria a po odeznění krátkodobé amnézie. Respondenti uváděli, že je po „probuzení“ poučili o náležitostech spojených s hospitalizací buď lékaři nebo sestry. U pacientů s demencí, tedy u respondentů RP1 a RP2, není úplně lehké jejich odpovědi brát zcela vážně, protože nemusí být relevantní. To usuzujeme z jejich odpovědí, které nejsou příliš adekvátní a pacienti na většinu otázek uvádějí odpovědi, že si nic nepamatují, z toho důvodu jejich odpovědi nejsou relevantní. Poslední kategorií, která byla zaměřena na to, zda reedukace u těchto pacientů probíhá, se týkala ochoty zdravotníků, zda pacientům odpoví, když se jich na něco zeptají, když jim není něco jasné. Zde je vhodné se zase zaměřit na odpovědi pacientů s deliriem, tedy přesněji na pacienty, kterým delirium už odeznělo. Mezi tyto pacienty patří respondenti RP3, RP4 a RP5. Všichni tito zmínění respondenti uvedli, že jejich dotazy směrem ke zdravotníkům byly zodpovězeny a že zdravotníci jsou ochotni podat informace znovu a srozumitelněji, pokud se pacient zeptá. V této kategorii nastal stejný problém jako v kategorii předešlé, jelikož odpovědi dementní pacientů (respondenti RP1 a RP2) nejsou relevantní a nelze je brát jako vážné.

Návrh doporučení pro praxi

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru edukace pacienta při akutním příjmu k hospitalizaci, který trpí demencí či deliriem. Podle výsledků kvalitativního šetření a z vlastních zkušeností lze říci, že příjem těchto pacientů k akutnímu příjmu se stává velmi častým. Jelikož delirium může vzniknout náhle např. při úraze či při abstinenčním syndromu, který je v dnešní době velice častý, je dobré, aby zdravotník věděl, jak se v této situaci zachovat a jak s edukací u těchto pacientů postupovat. Výsledky a následná analýza standardizovaných rozhovorů se zdravotníky a pacienty poukázaly na důležitost edukace a následné reedukace těchto pacientů při návratu jejich vědomí. V rámci výzkumného šetření vyvstaly jisté kritické body, ve kterých byla často vidět neznalost daných problémů u některých respondentů a bylo by záhodno klást větší důraz na samotné zdravotníky i na nemocniční instituce v teoretických znalostech této problematiky. Zdravotníci by se měli více zajímat o problém, zvyšovat si své znalosti jak v bodech komunikace, tak i v celkové edukaci s takovým pacientem, kterému bylo diagnostikované delirium či demence. Dále by se na tuto problematiku mohlo zaměřit více i v rámci studia, poněvadž bylo mezi respondenty i několik zdravotníků, kteří byli krátce po škole (od jednoho roku do pěti a šesti let) a jejich znalosti ohledně edukace pacientů s demencí či deliriem nebo znalosti ohledně komunikace s těmito pacienty nebyly dostačující, ale vzhledem k závažnosti tohoto problému a široké škále poruchy kognitivních funkcí těchto onemocnění by mohly být jejich znalosti objemnější. Dalším bodem, na který by se mohlo v budoucnu více zaměřit, je problematika speciální metody, která by byla využita přímo u pacientů s kvalitativní poruchou vědomí, kdy nejčastějšími poruchami je demence a delirium. Tato problematika by mohla být základem pro další kvalifikační práce či pro další výzkum zaměřený na tuto speciální metodu.

Přínosem pro práci by jistě bylo navýšení počtu respondentů z řad pacientů, ale i zdravotníků, což se nám bohužel momentálně nevydařilo, poněvadž důvodem pravděpodobně byl nezájem respondentů o výzkum a dále i nezájem některých pacientů, což je pochopitelné, že nechtějí, aby jim někdo narušoval a znepríjemňoval už tak nepříjemný pobyt v nemocnici.

Výstupem této bakalářské práce je edukační materiál pro zdravotníky (Příloha F), který se skládá z doporučených postupů v komunikaci a přístupu k těmto pacientům.

7 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace pacienta akutně přijatého k hospitalizaci, který má kvalitativní poruchu vědomí, přesněji delirium či demenci. Cílem práce bylo zjistit míru edukace těchto pacientů při akutním příjmu k hospitalizaci, dále zjistit, zda u těchto pacientů probíhá následná reedukace, když nabydou zpět plného vědomí a v neposlední řadě zjistit, zda existuje speciální metoda edukace, která by byla využitelná u těchto pacientů. Znalosti byly ověřovány kvalitativní metodou šetření v podobě standardizovaného rozhovoru.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné. Informace, které jsou uvedené v teoretické části, byly čerpány z odborné literatury, zákonů, odborných článků a dalších důvěryhodných zdrojů. První teoretická část se zabývá obecnými pojmy, které se vztahují k dané problematice, pojmem edukace a náležitostmi s ní spojených, dále s problematikou hospitalizace a v neposlední řadě s problematikou poruch vědomí.

Ve výzkumné části této bakalářské práce se zjišťovala míra edukace pacienta akutně přijatého k hospitalizaci, kterému byla diagnostikována demence nebo delirium. Informace zjištěné ve výzkumné části se zjišťovaly u zdravotníků a pacientů v jedné fakultní nemocnici, která si nepřála, aby její jméno nebylo v této práci uvedeno (Příloha A). V rámci výzkumného šetření byly stanoveny 2 cíle, kdy k druhému cíli byly stanoveny 3 výzkumné otázky. Prvním cílem bylo **popsat specifika edukace pacienta s poruchou vědomí při akutním příjmu k hospitalizaci**. K tomuto cíli nebyla stanovena žádná výzkumná otázka, jelikož tento cíl byl popisný a byl splněn v teoretické části této bakalářské práce. Druhým cílem bylo **zjistit míru edukace pacienta s kvalitativní poruchou vědomí akutně přijatého k hospitalizaci**. Zde bylo zjištěno, že setkání s tímto pacientem při akutním příjmu je mezi zdravotníky velice častou situací. Zdravotníci se s takovým pacientem setkávají sice nepravidelně, ale často to je i několikrát do měsíce, někdy až jednou týdně. První výzkumnou otázkou k tomuto cíli bylo zjistit, **jakým způsobem je pacient při akutním příjmu edukován**. K této výzkumné otázce bylo zjištěno, jakým způsobem tohoto pacienta edukují, jakým způsobem s ním komunikují, poněvadž komunikace s tímto pacientem bývá často psychicky a fyzicky náročná a je důležité zachovat klid a nenechat se pacientem vyprovokovat. Jelikož tito pacienti bývají velice často agitovaní, někdy až agresivní, bylo

i zjištěno, jakým způsobem s tímto pacientem zdravotníci zacházejí, jakým způsobem se k němu chovají a jak jeho agresi řeší. Způsob zklidnění často řeší buď pomocí medikace předepsané ošetřujícím lékařem či v krajní nouzi použitím omezovacích prostředků za účelem zachování zdraví pacienta, ale i samotného zdravotníka. První výzkumná otázka byla zodpovězena v praktické části práce. Další výzkumnou otázkou tohoto cíle bylo zjistit, zda **existuje speciální edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí**. Na tuto výzkumnou otázku byla snaha se zaměřit jak v teoretické části, tak i v části výzkumné. Od zdravotníků bylo zjištěno, že žádný respondent, který se zúčastnil výzkumu, nezná takovouto speciální metodu. V teoretické části bylo zjištěno, že dohledatelné jsou jen doporučené postupy, jak lze komunikovat s pacientem a jak edukovat tohoto pacienta. Výzkumná otázka byla částečně zodpovězena napříč teoretickou a praktickou částí této práce. Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, zda **je potřeba tyto pacienty po nabytí plného vědomí reedukovat**. Na tuto problematiku byli využiti jak zdravotníci, tak i pacienti. Bylo zjištěno, že tato reedukace je velmi potřebná a shodli se na tom všichni tázaní zdravotníci. Dále bylo zjištěno, že reedukace pacientů s kvalitativní poruchou vědomí je efektivní hlavně v momentě, kdy pacient začne spolupracovat a navrátí se mu jeho vědomí. Toto zjištění potvrzují i samotní pacienti, kdy si většina z nich svůj příjem ani nepamatuje a první kontakt s edukací udávají až na moment, kdy se jim navrátilo vědomí a jejich kvalitativní porucha vědomí odezněla. Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena a druhý výzkumný cíl této práce byl částečně splněn, protože se nepodařilo zjistit, zda existuje speciální edukační metoda specializující se na pacienty s poruchou vědomí. Podařilo se jen zjistit, že existují doporučené postupy a specifika komunikace s tímto pacientem.

Výstupem této práce je edukační materiál, který je určen pro zdravotníky, který byl vytvořen na základě informací získaných při vypracování teoretické části a ze získaných informací během rozhovorů od zdravotníků. Obsahem edukačního materiálu jsou doporučené postupy při komunikaci s pacientem v deliriu či s diagnostikovanou demencí (Příloha F).

Seznam použité literatury

- AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie: [učebnice pro lékařské fakulty]*. 7. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-707-3.
- BARTOŠ, A., BAKALÁŘ, B., ČECH, P. 2015. *Diagnostika poruch vědomí v klinické praxi*. 1. elektronické vydání. Praha : Karolinum. ISBN: 80-246 0921-5; 978-80-246-2922-3.
- COCANOUR, Christine. 2017. Informed consent-It's more than a signature on a piece of paper. *American journal of surgery*. DOI:10.1016/j.amjsurg.2017.09.01.
- ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2011. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 131. ISSN 1211-1244.
- DOLEŽAL, Adam. 2018. Informovaný souhlas: morální kouzlo a přenos informací. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. **8**(1),1-19. ISSN 1804-8137.
- DUŠOVÁ, B. et al. 2019. *Edukace v porodní asistenci*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing. ISBN: cnb003087455; 978-80-271-0836-7.
- GIACINO, Joseph T et al. 2014. Disorders of consciousness after acquired brain injury: the state of the science. *Nature reviews. Neurology vol. 10*, 99-114. DOI:10.1038/nrneurol.2013.279.
- HAVLÍČEK, Roman a Martin VOLDŘICH. 2017. Poruchy vědomí. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen. **18**(2), 84-86. ISSN 1803-5280.
- HENDL, J. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
- HEŘMÁNKOVÁ, Kristýna. 2018. Informovaný souhlas. *DentalCare magazín*. 35-38. ISSN 1801-0512.
- HIPP, Dustin M. a E. Wesley ELY. 2012. Pharmacological and Nonpharmacological Management of Delirium in Critically Ill Patients. *Neurotherapeutics*. **9**(1). DOI: 10.1007/s13311-011-0102-9.
- JIRÁK, Roman. 2020. *Deliria z pohledu psychiatra*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-461-3.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80 247-217.
- KAPOUNOVÁ, Jana a Pavel KAPOUN. 2017. *Bakalářská a diplomová práce: od zadání po obhajobu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0079-8.
- KELNAROVÁ, J. et al. 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4.

- KNOR, Jiří a Jiří MÁLEK. 2019. *Farmakoterapie urgentních stavů*. 3. přeprac. Vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-595-8.
- KULIŠŤÁK, Petr. 2017. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 978-80-246-3068-7.
- LÁTALOVÁ, K., 2013. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4744544.
- LEJSEK, Jan. 2013. *První pomoc*. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2090-9.
- MANDYSOVÁ, Petra. 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-971-5.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1361-4.
- NAVRÁTIL, Leoš. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.
- NEJEDLÁ, Marie. 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4449-0.
- PALEČKOVÁ, Jana. 2021. Omezovací prostředky jsou svázány pravidly a výjimkami. *Florence (Praha)*. 17(2). ISSN: 1801-464X.
- PAŘÍZKOVÁ, Renata. 2019. Delirium v intenzivní péči. *Vnitřní lék*. 65(6). ISSN 1801-7592.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 97880-247-4236-6.
- PRŮCHA, Jan. 2013. *Moderní pedagogika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0456-5.
- PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK a J. MACH. 2017. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. 2020. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha : Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN: cnb003242399; 978-80-246-4604-6.
- STAŠEK, Jan. 2020. *Intenzivní medicína v praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-675-7.
- SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-452.
- ŠEBLOVÁ, Jana a Jiří KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4434-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ, 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0064-4.

TRACHTOVÁ, Eva. 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-590-7.

ZACHAROVÁ, Eva. 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0155-9.

Zormanová, Lucie. 2014. *Obecná didaktika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4590-9.

Seznam tabulek/ grafů

Tabulka 1 Glasgow Coma Scale	24
Tabulka 2 Seznam respondentů z řad zdravotníků	31
Tabulka 3 Seznam respondentů z řad pacientů.....	31

Seznam obrázků/ schémat

Schéma 1 kategorie četnosti akutních příjmů pacientů s demencí či deliriem	33
Schéma 2 kategorie metod edukace.....	35
Schéma 3 kategorie znalosti speciální metody	36
Schéma 4 kategorie komunikace s pacientem	38
Schéma 5 kategorie komunikace s agresivním pacientem.....	40
Schéma 6 kategorie důsledku nevhodné komunikace	41
Schéma 7 kategorie potřeby reedukace	42
Schéma 8 kategorie efektivity a potřeby reedukace.....	44
Schéma 9 kategorie, zda si pacient pamatuje svůj příjem	45
Schéma 10 kategorie, zda si pacient pamatuje svůj příjem	46
Schéma 11 kategorie ochoty personálu poskytnout více informací	47

Seznam příloh

Příloha A	Protokol o provedení výzkumu
Příloha B	Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu (zdravotníci)
Příloha C	Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu (pacienti)
Příloha D	Záznamový arch pro standardizovaný rozhovor (pacienti)
Příloha E	Otázky pro standardizovaný rozhovor (zdravotníci)
Příloha F	Výstup bakalářské práce – edukační materiál pro zdravotníky
Příloha G	Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách část druhá
Příloha H	Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách část čtvrtá

Příloha A Protokol o provedení výzkumu

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



PROTOKOL K REALIZACI VÝZKUMU

Jméno a příjmení studenta:	Pavel Madeja
Osobní číslo studenta:	D20000205
Univerzitní e-mail studenta:	pavel.madeja@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Prohlášení studenta	
Prohlašuji, že v kvalifikační práci ani v publikacích souvisejících s kvalifikační prací nebudu uvádět osobní údaje o respondentech nebo institucích, kde byl výzkum realizován, pokud k tomu není získán souhlas v tomto protokolu. Dále prohlašuji, že budu dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých jsem se dozvěděl při realizaci výzkumu v rámci osobní ochrany zúčastněných osob.	
Podpis studenta:	
Kvalifikační práce	
Téma kvalifikační práce:	Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci
Kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Jméno vedoucího kvalifikační práce:	Mgr. Zuzana Paukertová
Metoda a technika výzkumu:	Standardizovaný rozhovor
Soubor respondentů:	10 - 25
Název pracoviště pro realizaci výzkumu:	
Datum zahájení výzkumu:	6.4.2023
Datum ukončení výzkumu:	28.4.2023
Finanční zatížení pracoviště při realizaci výzkumu:	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
Souhlas vedoucího kvalifikační práce:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis vedoucího kvalifikační práce:	
Spolupracující instituce	
Souhlas odpovědného pracovníka instituce s realizací výzkumu:	<input checked="" type="checkbox"/> souhlasím <input type="checkbox"/> nesouhlasím
Souhlas s případným zveřejněním názvu instituce v kvalifikační práci a publikacích:	<input type="checkbox"/> souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> nesouhlasím
Podpis odpovědného pracovníka a razítko instituce:	

Příloha B Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu (zdravotníci)

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Pavel Madeja
Osobní číslo studenta:	D20000205
Univerzitní e-mail studenta:	pavel.madeja@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci
Technika	Standardizovaný rozhovor

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru, dále bude elektronicky zaznamenán (prostřednictvím diktafonu, videa apod.) a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____

Příloha C Vzor souhlasu respondenta s účastí ve výzkumu (pacienti)

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ TUL



Souhlas respondenta s účastí ve výzkumu

Jméno a příjmení studenta:	Pavel Madeja
Osobní číslo studenta:	D20000205
Univerzitní e-mail studenta:	pavel.madeja@tul.cz
Studijní program:	Zdravotnické záchranářství
Ročník:	3.
Kvalifikační práce:	<input type="checkbox"/> bakalářská <input type="checkbox"/> diplomová
Téma kvalifikační práce:	Edukace pacienta při přijetí k hospitalizaci
Technika	Standardizovaný rozhovor

Dobrý den,

v souvislosti se zpracováním kvalifikační práce bych Vás tímto chtěl požádat o udělení souhlasu s podílením se na výzkumu jako respondent. Kdykoliv máte možnost odstoupit od realizace výzkumu. Výzkum bude realizován technikou rozhovoru, který bude zapisován v průběhu do záznamového archu a následně zpracován.

V rámci kvalifikační práce bude zajištěna anonymita respondentů a mlčenlivost výzkumníka o všech zjištěných skutečnostech při zpracování zjištěných údajů. Výstupy výzkumu budou též uváděny anonymně.

Svým podpisem souhlasím s účastí ve výzkumu za výše zmíněných podmínek v rámci zpracování kvalifikační práce.

Jméno a příjmení respondenta: _____

Podpis respondenta: _____

Dne: _____

Příloha D Záznamový arch pro standardizovaný rozhovor (pacienti)

Pacient – respondent číslo.

Záznamový arch – standardizovaný rozhovor – pacient

1. Identifikace (věk + diagnóza)

.....

2. Víte, kde jste a proč tu jste?

.....

.....

.....

3. Byl jste při vašem příjmu k hospitalizaci poučen o náležitostech souvisejících s pobytem v nemocnici?

.....

.....

.....

a. Pamatujete si tento moment?

.....

.....

b. Kdo a jakou formou vás ze zdravotníků poučil?

.....

.....

.....

c. O čem vás zdravotníci poučili?

.....

.....

.....

d. Máte dostatek informací o pobytu v nemocnici?

.....

.....

.....

4. Bylo vám v průběhu vašeho pobytu v nemocnici vše vysvětleno, pokud jste se zeptal?

.....

.....

a. Rozumíte tedy všemu?

.....

b. Máte další otázky?

.....

.....

Podpis respondenta

Příloha E Otázky pro standardizovaný rozhovor (zdravotníci)

Zdravotník- respondent č.

1. Kolik let pracujete v oboru?
 - a. Jaké je vaše dosažené vzdělání?
 - b. Máte nějaké specializace?
2. Jak často se setkáváte s pacientem při akutním příjmu, který je v deliriu či trpí demencí?
 - a. Jakým způsobem ho edukujete?
 - i. Jaké metody edukace znáte?
 - ii. Jakou metodu edukace nejčastěji používáte?
 - iii. Znáte nějakou speciální edukační metodu, která je využitelná u pacientů trpících deliriem či demencí?
3. Jakým způsobem komunikujete s pacientem trpícím deliriem či demencí?
4. Znáte specifika komunikace s pacientem s demencí či deliriem?
 - a. Jaká jsou specifika při použití metody rozhovoru s pacientem trpícím deliriem či demencí?
 - b. Jak komunikujete s pacientem s demencí či deliriem, který je agresivní či agitovaný?
5. Jaká reakce může vzniknout při nevhodně zvolené edukační metodě či komunikačního stylu u pacientů s deliriem či demencí?
6. Myslíte si, že je potřebné pacienta s deliriem či demencí reedukovat?
 - a. Pokud ne – Jakým způsobem se informace k pacientovi dostanou?
 - b. Kdy je to vhodné/potřebné?
 - c. S jakým odstupem od přijetí?
 - d. Kdy a v jakých případech je to efektivní?

Příloha F Výstup bakalářské práce – edukační materiál pro zdravotníky

Specifika edukace

pacientů s kvalitativní poruchou vědomí

Příznaky kvalitativní poruchy vědomí

<ul style="list-style-type: none">● Zhoršená až úplná ztráta paměti● Dezorientace● Neklid až agrese	<ul style="list-style-type: none">● Porucha řeči a vyjadřování● Zpomalené myšlení● Iluze a halucinace
--	--

- 1 Klidný a empatický přístup, vyvarovat se prudkým gestům a pohybům
- 2 Dbát především na svou bezpečnost, neotáčet se k pacientům zády
- 3 Podávat stručné, snadno pochopitelné informace + jednoduché věty
- 4 Kombinovat verbální a nonverbální komunikaci (slovo, gesta, mimika)
- 5 Důležitost zpětné vazby - ujistit se, že nám pacient rozumí
- 6 Zanechat prostor na dotazy - následně na ně adekvátně odpovědět
- 7 Nepřikazovat/nekřičet - hrozí možnost uzavření se pacienta do sebe
- 8 Dopomáhat pacientovi se orientovat místem, časem a osobou
- 9 Zachovat jeho zdraví - zvýšený dohled, popřípadě medikace
- 10 Trpělivost, neztrácet naději a neustále provádět reedukaci

! Důležitý je hlavně individuální přístup !
Každý pacient je jiný

Autor: Pavel Madeja
Výstup bakalářské práce
Duben 2023

Příloha G Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách část druhá

Hlava I

zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné.

(3) Vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb⁹⁾, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školská zařízení pro preventivně-výchovnou péči nebo jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců¹⁰⁾ a azylové zařízení¹¹⁾.

(4) Oborem zdravotní péče se pro účely tohoto zákona rozumí

- a) zubní lékařství, farmacie, obory specializačního vzdělávání nebo obory certifikovaných kurzů lékařů, zubních lékařů nebo farmaceutů podle jiného právního předpisu¹⁾,
- b) odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků nebo obory specializačního vzdělávání nebo obory certifikovaných kurzů nelékařských zdravotnických pracovníků podle jiného právního předpisu²⁾.

(5) Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

ČÁST DRUHÁ

ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A ZDRAVOTNÍ PÉČE

HLAVA I

DRUHY A FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

§ 5

Druhy zdravotní péče

(1) Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou

- a) neodkladná péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
- b) akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,
- c) nezbytná péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,
- d) plánovaná péče, která není zdravotní péčí uvedenu v písmenech a), b) nebo c).

(2) Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou

- a) preventivní péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- b) diagnostická péče, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- c) dispensární péče, jejímž účelem je aktivní a dlou-

⁹⁾ § 48 až 51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁾ § 18 písm. d) bod 2 zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁾ § 2 odst. 12 zákona č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů.

- hodobě sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,
- d) léčebná péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,
- e) posudková péče, jejímž účelem je zjištění, zda
1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo
 2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,
- f) léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona¹²⁾, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,
- g) ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,
- h) paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení
- a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí,
- i) lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče (dále jen „lékárenská péče“), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích¹³⁾, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.
- (3) Prováděcí právní předpis stanoví
- a) druhy, obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, okruhy osob, kterým jsou jednotlivé druhy preventivních prohlídek poskytovány, a okruhy poskytovatelů, kteří preventivní prohlídky provádějí,
- b) nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí prováděných prohlídek a okruhy poskytovatelů provádějících dispenzární péči.

§ 6

Formy zdravotní péče

Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

§ 7

Ambulantní péče

(1) Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

(2) Ambulantní péče je poskytována jako

¹²⁾ Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

¹³⁾ Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha H Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách část čtvrtá

Hlava I

pokračování v poskytování zdravotních služeb. Oprávnění k poskytování zdravotních služeb zemřelého poskytovatele zanikne též uplynutím lhůty 90 dnů ode dne pokračování v poskytování zdravotních služeb uvedeného v oznámení podle odstavce 3; požádá-li však osoba pokračující v poskytování zdravotních služeb o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 90 dnů ode dne pokračování v poskytování zdravotních služeb, oprávnění k poskytování zdravotních služeb zemřelého poskytovatele zanikne dnem nabytí právní moci rozhodnutí o žádosti.

ČÁST ČTVRTÁ

POSTAVENÍ PACIENTA A JINÝCH OSOB V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

HLAVA I

PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA A JINÝCH OSOB

Práva pacienta

§ 28

(1) Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.

(2) Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni.

(3) Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo

- a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
- b) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,
- c) vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,
- d) být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického

zařízení lůžkové nebo jednodenní péče (dále jen „vnitřní řád“),

e) na

1. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,
2. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, je-li osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, nebo osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům“),
3. přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem,

a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence; tím není dotčen § 47 odst. 1 písm. b),

- f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,
- g) znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,
- h) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,
- i) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak,
- j) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní pod-

poru od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

(4) Pacient, který je osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo který je nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba podle odstavce 3 písm. e), uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává. V tomto případě se postupuje podle § 35 odst. 5.

§ 29

(1) Volba poskytovatele a zdravotnického zařízení v případě nezletilých pacientů

- a) umístěných do dětských domovů pro děti do 3 let věku, do školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, do zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo dětí svěřených do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc na základě rozhodnutí soudu náleží statutárnímu orgánu tohoto zařízení,
- b) svěřených do pěstounské péče nebo do výchovy jiných osob náleží pěstounovi nebo jiné osobě, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen (dále jen „pěstoun nebo jiná pečující osoba“).

(2) Možnost volby poskytovatele a zdravotnického zařízení se nevztahuje na

- a) zdravotnickou záchrannou službu a poskytovatele, ke kterému poskytovatel zdravotnické záchranné služby pacienta převází,

- b) pracovnělékařské služby,
- c) nařízenou izolaci, karanténu nebo ochranné léčení,
- d) osoby umístěné v policejních celách zřízených u útvarů Policie České republiky; tyto osoby si mohou na své vlastní náklady přizvat k poskytnutí zdravotních služeb zvoleného zdravotnického pracovníka,
- e) osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, v zařízení pro zajištění cizinců nebo v přijímacím středisku,
- f) osoby, jejichž zdravotní stav je posuzován pro účely poskytování služeb v oblasti zaměstnanosti¹⁹⁾ a pro účely sociálního zabezpečení²⁰⁾,
- g) vojáky v činné službě za podmínek stanovených zákonem o vojácích z povolání,
- h) případy, kdy jiný právní předpis stanoví posuzujícího poskytovatele, nebo jde-li o určení poskytovatele osobou k tomu oprávněnou na základě jiného právního předpisu.

§ 30

(1) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou. V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence ustanoví tlumočnicka Vězeňská služba České republiky (dále jen „Vězeňská služba“).

(2) Odstavec 1 věta druhá se použije obdobně, jde-li o tlumočení z cizího jazyka, s výjimkou slovenštiny.

(3) Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se

¹⁹⁾ § 21 odst. 2 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

²⁰⁾ Například zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů.