

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2023

Bc. Radka Jakoubková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem očima pacientů

Bc. Radka Jakoubková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Radka Jakoubková**
Osobní číslo: **Z19259**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče**
Téma práce: **Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem očima pacientů**
Téma práce anglicky: **Informed consent with planned surgery from the patient's point of view**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

ČELEDOVÁ, Libuše, HOLČÍK, Jan a kol. *Nové kapitoly ze sociálního a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.
HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
MISTRÍK, Jozef. Meranie zrozumiteľnosti prehovoru. Slovenská reč [online]. ISSN 1338-4279. Dostupné z: <https://www.juls.savba.sk/ediela/sr/1968/3/sr1968-3-lq.pdf>
PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK, Jan MACH a kol. *Informovaný souhlas*. 1. vyd. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-334-0.
ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-247-5306-5.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2023**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 10. března 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem očima pacientů jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že 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, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 24. 04. 2023

Radka Jakoubková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování náleží paní Mgr. Jitce Ročkové za cenné rady při přípravě průzkumné části.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem očima pacientů je psána jako teoreticko-průzkumná práce. Cílem teoretické části bylo popsat aspekty, ze kterých institut informovaného souhlasu vychází a jeho souvislost se zdravotní gramotností. Cílem průzkumné části bylo zjistit, jak pacienti chápou informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem, jak mu rozumí s přihlédnutím k jejich zdravotní gramotnosti. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty, kteří podstoupili plánovaný operační výkon v oblasti ortopedie. Data jsou prezentována kvalitativně a kvantitativně. Zjištěné skutečnosti jsou porovnány s dohledanými pracemi a jsou podkladem pro doporučení k využití v praxi.

KLÍČOVÁ SLOVA

Čtivost textu, informovaný souhlas, pacient, plánovaný operační výkon, zdravotní gramotnost.

TITLE

Informed consent with planned surgery from the patient's point of view

ANNOTATION

Thesis about informed consent with planned operational performance written as theoretical-exploratory work. The goal of the theoretical part is to describe the aspects of from which the institute of informed consent comes and its context to health literacy. The goal of research part is to find how patients understand informed consent with planned operational performance and how they understand it with their health literacy. Data have been obtained from semi-structured interviews with patients who underwent orthopaedic operational performance. Data are represented qualitatively and quantitatively. Found facts are compared with traced work and are the basis for recommendations for practical use.

KEYWORDS

Health literacy, informed consent, patient, planned operational performance, text readability

Obsah

1 ÚVOD.....	13
CÍLE PRÁCE.....	14
Teoretický cíl:	14
Průzkumné cíle:	14
2 TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2.1 Informovaný (ne)souhlas	15
2.1.1 Co je informovaný (ne)souhlas	15
2.1.2 Podoba informovaného souhlasu	16
2.2 Právní hlediska informovaného (ne)souhlasu	17
2.3 Etická hlediska informovaného (ne)souhlasu	18
2.3.1 Ženevský lékařský slib.....	19
2.3.2 Čtyři principy lékařské etiky.....	19
2.3.3 Práva pacientů.....	20
2.3.4 Evropská charta lékařské etiky	20
2.4 Psychologická a sociální hlediska informovaného (ne)souhlasu	21
2.4.1 Potřeba komunikace.....	21
2.4.2 Potřeba být informován	22
2.4.3 Potřeba autonomie	22
2.5 Sociální interakce pacient-lékař	22
2.5.1 Model beneficence	23
2.5.2 Model informovaného souhlasu.....	24
2.5.3 Model sdíleného rozhodování.....	24
2.5.4 Model informované volby	24
3 INFORMOVANÝ SOUHLAS A ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	25
3.1 Oblasti zdravotní gramotnosti	26

3.2	Úroveň zdravotní gramotnosti.....	26
3.2.1	Měření a hodnocení zdravotní gramotnosti	27
3.3	Čtení informovaného souhlasu.....	28
3.4	Čitelnost informovaného souhlasu.....	29
3.5	Čtivost informovaného souhlasu.....	30
4	PRŮZKUMNÁ ČÁST	32
4.1	Průzkumný soubor	32
4.2	Limity průzkumu.....	33
4.3	Metodika průzkumu	33
4.4	Oblast Podpora zdraví.....	37
4.4.1	Sebepéče odpovědnost.....	37
4.4.2	Vlastní aktivita.....	39
4.5	Oblast Prevence nemocí.....	40
4.5.1	Potíže-potřeba intervence	40
4.5.2	Příčina nemoci	41
4.6	Oblast Zdravotní péče	43
4.6.1	Komunikace	43
4.6.2	Budoucnost-vize	45
4.7	Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem.....	47
4.7.1	Význam pro mě.....	47
4.7.2	Můžu to odvolat?	48
4.7.3	Okolnosti podpisu	48
4.7.4	Hodnocení formy dokumentu	49
4.7.5	Test zjišťující chápání význam slov, slovních spojení	51
4.7.6	Mistríkovo skóre čtivosti	55
5	DISKUZE	57
6	ZÁVĚR	65

6.1	Doporučení pro praxi	66
7	POUŽITÁ LITERATURA.....	67
8	PŘÍLOHY.....	77

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Mistríkovo skóre čtivosti u jednotlivých informovaných souhlasů	56
Tabulka 1- Kategorie a podkategorie jednotlivých témat průzkumu	36
Tabulka 2 Znalost četnosti a využívání možnosti preventivních prohlídek u praktického lékaře	37
Tabulka 3 Kde respondenti získávají informace o svém zdravotním stavu a možnostech léčby	39
Tabulka 4 Znalost platnosti očkování proti tetanu.....	41
Tabulka 5 Vyslovená možná rizika spojená s operačním výkonem	44
Tabulka 6 Hodnocení formy textu informovaného souhlasu známkováním	50
Tabulka 7 Počet správných odpovědí v testu zjišťujícím chápání význam slov	54

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
CDV	Centrum distančního vzdělávání
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
OEDC	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
SAHL-E	Short Assessment of Health Literacy
TOFHLLA	The test of functional health literacy in adults
Tzn.	to znamená
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace

1 ÚVOD

Vztah lékaře a pacienta byl od nepaměti založen na vzájemné důvěře. Aby si lékař pacienta získal, musí mu být schopen srozumitelně vysvětlit, co a proč se bude dít a co od něho potřebuje. Dostatek informací je jedním z faktorů, který pozitivně ovlivňuje léčebný a ošetrovatelský proces. Písemný informovaný souhlas je důkazem, že lékař svého pacienta řádně poučil a informoval. Zároveň si je nezbytné uvědomit, že informovaný souhlas je i významnou reflexí základních psychických potřeb člověka: potřeba autonomie, potřeba porozumět situaci, ve které se nachází, potřeba žít svůj život v časové perspektivě. Téma informovaného souhlasu je poměrně mladé. Vyvíjí se v podstatě od konce 2. světové války (Ptáček et al., 2017).

Informovaný souhlas jako právní nástroj představuje propojení dvou původně samostatných aktů, práva pacienta na informovanost a povinnost lékaře vyžádat si souhlas před medicínským zákrokem. Informování nemocných naráží na celou řadu potíží. Problémem může být rozdílné vzdělání lékaře a jeho pacienta. Pokud má mít informace pro pacienta smysl, musí být podána ve srozumitelné češtině. Lékaři by si měli být vědomi toho, že stejnému slovu může každý rozumět jinak a pacient v konečném důsledku nemusí porozumět situaci, ve které se nachází (Šimek, 2015, s. 134-149). Souhlas tedy musí být pacientovi srozumitelný. Srozumitelnosti nelze dosáhnout bez komunikace. To, jakým způsobem lékař komunikuje se svým pacientem má dopad na celý diagnosticko-léčebný proces (Ptáček et al., 2017).

K porozumění textu informovaného souhlasu je důležitá jeho čtivost. Čtivost souvisí s přístupností a srozumitelností textu. Dobrá čtivost je podmíněna stylistikou, technicko-výtvarným provedením a subjektivním hodnocením čtenáře (Schacherl, 2021). Čtivost je možné měřit a hodnotit například podle Mistríkova vzorce (Mistrík, 1968).

Schopnost získávat zdravotní informace, porozumět jim, a pochopit jejich význam se obecně definuje jako zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost by měla přispívat k vytváření příznivého zdravotního a sociálního prostředí, vést k růstu schopností lidí chránit a zlepšovat své zdraví a zvládat zdravotní problémy (Čeledová a Holčík, 2017). Zdravotní gramotnost je důležité měřit a hodnotit. Vyšší úroveň zdravotní gramotnosti je důležitá pro změnu chování lidí, umožňuje získat, lépe porozumět, vyhodnotit a využít zdravotně relevantní informace (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2021).

CÍLE PRÁCE

Teoretický cíl:

- Popsat problematiku informovaného souhlasu, charakterizovat podstatu informovaného souhlasu, popsat co informovaný souhlas může ovlivňovat z pohledu pacientů, popsat informovaný souhlas v souvislosti se zdravotní gramotností

Průzkumné cíle:

- Co si pacienti představí/představují (co pacienti chápou pod pojmem informovaný souhlas?)
- Jaké informace mají pacienti o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby? Jsou pacienti (subjektivně) spokojeni s rozsahem informací o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby?
- Jakým způsobem a kde pacienti získávají informace o svém zdraví, nemoci a o možnostech léčby?
- Jaké je skóre čtivosti dle Mistríka u předložených informovaných souhlasů?
- Jsou pacientům srozumitelné informace ve formuláři Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem vzhledem k obsahu a formě dokumentu?
- Kdy, jak a kým byl pacientům předložen informovaný souhlas k podpisu?

2 TEORETICKÁ ČÁST

Informovaný souhlas v medicíně je možné chápat jako proces, při kterém se setkává lékař a pacient. Východiskem je etické hledisko rozhodování v medicíně. Výsledkem tohoto procesu by měl být informovaný pacient, který porozuměl své situaci, nabízenému způsobu řešení a souhlasí s navrženou metodou léčby (Šimek, 2015, s.134-135). Dříve uplatňovaný paternalismus, jako převažující postup při informování nemocných, se stal ne zcela vyhovujícím po ukončení 2. světové války. Individuální svoboda a lidská práva byly vysoko na stupnici hodnot, a to i ve zvláštních situacích, jako je nemoc. Formování partnerského vztahu mimo jiné ovlivnilo a ovlivňuje vyšší vzdělanost lékařů a pacientů, pokroky ve vědě a lékařské praxi, nárůst chronických onemocnění a v neposlední řadě nutnost řešit dilematické situace, které vyžadují účast informovaného a poučeného pacienta (Haškovcová, 2011, s. 27-35).

2.1 Informovaný (ne)souhlas

Snaha o úpravu partnerského modelu vztahu pacient-lékař dala vzniknout mezinárodní smlouvě s názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která v roce 2001 byla ratifikována Parlamentem České republiky (Haškovcová, 2017, s. 31-32).

„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas“ (Česko, 2001).

Náležitě informování nemocných není jediným důvodem vzniku Úmluvy o biomedicíně. V procesu sjednocování Evropy dochází k volnému pohybu osob, které se mohou ocitnout v roli pacienta kdekoliv v Evropské unii. Jednotlivé státy, které přijaly Úmluvu o biomedicíně se zavazují k úpravě vlastních zákonů tak, aby nebyly v rozporu s touto nadnárodní, vyšší právní normou (Haškovcová, 2007, s. 9-11).

2.1.1 Co je informovaný (ne)souhlas

Péče o zdraví zasahuje do tělesné nebo duševní integrity člověka. Respektovat nezávislost ošetřovaného je nutností a péče má být poskytována po řádně podané informaci (Řezníček, 2017, s. 9-11). Informovaný souhlas může být chápán jako prostředek k otevřené komunikaci mezi pacienty a lékaři, který respektuje jedinečnost každého člověka (Haškovcová, 2017, s. 31). Informovaný souhlas je slovním spojením, které by mělo být chápáno jako souhlas informovaného pacienta. V podstatě se jedná o akt, který má dvě fáze. V první fázi kvalifikovaný zdravotnický pracovník sdělí pacientovi všechny potřebné informace vztahující se k plánovanému zákroku. Ve druhé fázi pacient zvažuje tyto informace a rozhodne se, zda

souhlasí s provedením daného výkonu (Policar, 2010, s. 75). Povinností lékaře je dbát nejlepšího zájmu pacienta a poskytnout pacientovi takové informace, které mu umožní učinit takové rozhodnutí, které je právě pro daného pacienta vhodné a správné. Pacient se může nesprávně rozhodnout, pokud má nedostatek informací, ale pokud je informací příliš mnoho, je například informován o různých možnostech léčby, a tyto jako laik není schopen posoudit, může se rozhodnout nesprávně (Teuten a Taylor, 2001).

Pokud pacient nesouhlasí s provedením příslušného výkonu, je třeba, aby ošetřující lékař, specialista způsobilý k samostatnému výkonu lékařského povolání, znovu komunikoval s pacientem. Jestliže pacient i přes opětovné, náležité poučení výkon odmítá, je povinností lékaře s pacientem sepsat informovaný nesouhlas, tedy revers (Mach, 2012, s. 34-36). Pokud existují jiné-*lege artis*-možnosti léčby, například v případě operačního výkonu je možno zvolit konzervativní léčbu, a pacient tuto alternativu postupu upřednostní, je vhodné o tomto provést zápis do zdravotnické dokumentace. Pacient svým podpisem potvrzuje, že se rozhodl pro jiný postup, než který mu lékař doporučil, ale takový postup je také uznávaným postupem a je v souladu s pravidly lékařské vědy (Mach, 2017a, s. 306-309).

Pacient může pro dobu, pokud by u něho nastal stav, kdy nebude schopen projevit souhlas nebo nesouhlas s navrženou léčbou, vyjádřit svojí svobodnou vůli prostřednictvím „dříve vysloveného přání“. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou podobu a úředně ověřený podpis pacienta. Platnost dokumentu je 5 let. Pacient může dříve vyslovené přání učinit také při přijetí do péče, kdykoliv během hospitalizace, ale pouze pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem (Šimek, 2015, s.149-159).

2.1.2 Podoba informovaného souhlasu

Během poskytování zdravotní péče pacient získává informace, které souvisí s diagnostickými, léčebnými nebo ošetrovatelskými úkony. Je třeba zdůraznit, že tyto informace může poskytovat pouze kompetentní zdravotník. Pokud se jedná o lékařskou péči a výkony, informace poskytuje lékař. U nelékařských výkonů s pacientem může hovořit nelékařský zdravotnický pracovník (Mach, 2013, s. 34-35). Informovaný pacient může projevit svůj souhlas s plánovaným zákrokem

- písemně,
- ústně,
- konkludentně (vyplývající z okolností).

Není stanoveno, za jakých okolností má být konkrétní forma souhlasu použita. Je třeba zdůraznit, že písemná forma informovaného souhlasu není povinná. Písemný informovaný souhlas je vhodné uplatňovat při náročných, zejména invazivních diagnostických a léčebných metodách. V ideálním případě by měl být písemný informovaný souhlas vypracován na každého konkrétního pacienta (Haškovcová, 2011, s. 31) Vztah pacienta a lékaře je komplikovaný. Původní, spíše etická myšlenka vztahu, byla nahrazena složitou, formální, právní úpravou. Rovnováhu vztahu pacient-klient a lékař, tak, aby obě strany byly spokojeny, je těžké vyrovnat. Vždy je třeba mít na paměti, že pacient je pro nás klientem a v rámci poskytování zdravotní péče je důležité zohlednit jeho zájem (Doležal, 2011).

2.2 Právní hlediska informovaného (ne)souhlasu

Právo by mělo být chápáno jako minimum morálky, a cílem práva by mělo být udržení základních požadavků morálky a spravedlnosti, která jsou danou společností nastavena. Morálka může být východiskem pro právní úpravu a morální normy mohou být upravené tak, aby byly právně vymahatelné (Sýkorová, 1994, s. 73-77).

Současná podoba právní úpravy informovaného souhlasu vychází ze zákona číslo 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Podle § 31 zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu. Pacientovi nebo osobě určené pacientem má být umožněno klást doplňující otázky, které musí být srozumitelně zodpovězeny. Podle § 34 zákona o zdravotních službách je souhlas s poskytnutím zdravotních služeb pokládán za svobodný, pokud byl dán bez jakéhokoliv nátlaku, a za informovaný, pokud byly pacientovi před vyslovením souhlasu podány informace. Informace by měly pacientovi objasnit příčinu a původ nemoci, účel, povahu, přínos důsledky a rizika výkonu, jiné možnosti léčby, navazující léčbu, omezení a doporučení ve způsobu života (Česko, 2011).

Právní normy informovaného souhlasu jsou také řešeny v Občanském zákoníku novém, který nabyl účinnosti 1.1.2014, kde je v § 94 napsáno „*Kdo chce provést na jiném člověku zákrok, vysvětlí mu srozumitelně povahu tohoto zákroku. Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup*“ (Česko, 2012).

2.3 Etická hlediska informovaného (ne)souhlasu

Etika, jako filozofická věda se zabývá morálkou, lidským chováním z hlediska dobra a zla, pracuje se svědomím člověka z pohledu dodržování určitých norem. Je odrazem určitého společenství, kde se formují společné obyčeje a mravy, závazné jak pro jednotlivce, tak celek (Javůrková a Raudenská, 2011, s. 119). Profesionální-etická etika je etika aplikovaná v konkrétních oborech. Etickou problematiku týkající se zdravotnictví řeší zdravotnická etika, lékařská etika a ošetrovatelská etika (Plevová, 2011 s. 69). Lékařská etika, jako součást etiky, se zabývá mravními zásadami v medicíně, povinnostmi lékařů, zdravotnických organizací, povinnostmi pacientů vůči lékařům (McCullough a Chervenak, 1994, s. 5). Každý zdravotník by měl být schopen etické komunikace. Informace, pro pacienta tak důležité, musí být srozumitelné a správně podané. Pochopení informace pacientem je důležité k nabytí a udržení důvěry vůči zdravotníkům (Žaloudík, 2014, s. 40-41).

Předmětem etiky je morálka. Morálku, jako nedílnou součást osobnosti, je možno definovat jako získanou psychickou dispozici, která umožňuje cítit, vnímat a jednat v souladu s etickými normami. Morálkou je určena prosociální povaha každého člověka, která zabezpečuje fungování společenských skupin a institucí (Cakirpaloglu, 2012, s. 94-96). Z pohledu informovaného souhlasu je důležité morální jednání a etické chování všech zdravotníků, kteří pacienta informují. O tom, zda „morální“ jedinec také morálně jedná, existují dvě hlavní teorie. Podle první teorie je etické chování přímo ovlivňováno vnitřním smyslem pro morálku, je výsledkem dlouhodobého kognitivního vývoje a je odolné ke krátkodobým tlakům okolí, které mohou vyvolávat neetické chování. Druhá teorie poukazuje na podstatný rozdíl mezi morálním myšlením a činy, kde morální vývoj nemá významnou roli. To, co ovlivňuje etické chování, může být podmíněno například mírou odpovědnosti, mírou sociálního schválení, naléhavostí situace, rozsahem požadované pomoci (Preiss et al., 2014, s. 11-28; White, 2002; Kotásková, 1987).

Zdravotní zákrok může být spojen s nepříjemným zážitkem a může mít do budoucna vliv na snížení kvality života. Medicína mnohdy nabízí více řešení, a podstoupení většího rizika může vést k lepšímu výsledku. Pacient sám by měl vymezit míru rizika, které je ochoten podstoupit (Šimek, 2015, s. 135). Vznik a podoba institutu informovaného souhlasu byla a je formována některými etickými kodexy. Etické kodexy zavazují morálně a jejich vymahatelnost je svízelná. Zavazují morálně a jejich dodržování je otázkou svědomí každého zdravotníka. Veřejné mínění a spokojenost s péčí vytváří oblíbenost jednotlivých zdravotnických zařízení. Nespokojenost

pacientů může být projevem nedodržování etických zásad profese (Haškovcová, 2017, s. 217-225).

V případě odmítnutí léčby, nebo její části může vzniknout celá řada etických problémů. Právo na sebeurčení odmítnutí léčby umožňuje, a to i v případě, pokud se pacient takovým rozhodnutím může poškodit. Lékař by pak mohl uplatnit právo na péči proti souhlasu, ale pouze ve stavu krajní nouze. To znamená čekat na zhoršení pacientova stavu, což je eticky sporné (Haškovcová, 2007, s. 49-52).

2.3.1 Ženevský lékařský slib

Ženevský slib lékařů, z roku 1948, bývá považován za moderní formu Hippokratovy přísahy. Byl přijat po tzv. lékařském procesu v Norimberku. Tento slib je chápán jako reakce na zločiny lékařů v nacistickém Německu. Byl vyhlášen několik týdnů před zveřejněním Všeobecné deklarace lidských práv v OSN (Kalvach, 2009). Ženevský lékařský slib je možné chápat jako novelizaci Hippokratovy přísahy, i když řada zásad v textu zůstala: primární je ochrana lidského zdraví, nejlepší zájem pacienta, svědomitost, odpovědnost, mlčenlivost a úcta k učitelům (Haškovcová, 2017, s.217-225).

2.3.2 Čtyři principy lékařské etiky

Principy, které je možno chápat jako propojení obecné morálky, lékařské tradice a velkých náboženství, rozpracovali autoři Beauchamp a Childress. Jejich dílo *Principles of Biomedical Ethics* (poprvé zveřejněno v roce 1979) poukazuje na základní principy, které by měly být respektovány všemi kulturami a náboženstvími (Beauchamp a Childress, 1994). Jsou to principy respektu k osobám ve smyslu autonomie, princip dobřechinění, princip neškození, princip spravedlnosti. Princip neškození a dobřechinění je znám již z hippokratovské etiky, princip spravedlnosti a princip respektu k autonomii mohou být vnímány jako nové, avšak v naší kultuře do určité míry uznávané (Munzarová, 2005, s. 42-46). Tyto principy lze nazvat principy prvního řádu, vnímané jako základní pilíře lékařské etiky. Principy druhého řádu, které formují principy prvního řádu jsou: pravdomluvnost, mlčenlivost, věrnost, poctivost a důvěryhodnost (Zimová a Zimová, 2012). Součástí morality každého jedince je svědomí. Umožňuje jedinci provádět sebekontrolu vlastního jednání. Aby mohl jedinec sám před sebou obhájit způsob svého bytí, potřebuje žít ve shodě se svým svědomím (Šimek, 2015, s.24-26).

- *Princip neškození* je úzce spjat se zásadou především neškodit, zakazuje ublížit, poškodit, nebo dokonce usmrtit. Z tohoto principu může vyplynout omezení autonomie jedince se zřetelem k dobru ostatních.

- *Princip dobřechinění* naplněním principu je tělesná i duševní pohoda pacienta, princip představuje kladný rozměr neškození.
- *Princip respektu k autonomii* tento princip předpokládá schopnost pacienta zvážít a rozlišit nabídnuté možnosti, princip se promítá do práva pacientů na seburčení.
- *Princip spravedlnosti* princip souvisí s rozdělováním dostupných prostředků, a to pomocí porovnávání potřeb, nebo na základě určitého klíče (Munzarová, 2005, s. 42-46).

Každý zdravotní výkon má svá rizika a lékař je nucen uvažovat nad poměrem rizika a přínosu pro pacienta, tedy je řešen princip neškození a dobřechinění. Principy samy o sobě jsou správné, avšak při péči o pacienty se mohou dostat do vzájemných rozporů. Pro někoho je nejdůležitější vlastní svědomí, někdo staví výše autonomii pacienta. Každý usiluje o spravedlnost, ale názory, jak spravedlnost ve zdravotnictví uskutečnit, se různí. Není možné, aby všichni chápali význam principů stejně, a z tohoto důvodu by principy měly sloužit jako meze při rozhovoru, který je při řešení principů nezbytný (Šimek, 2015, s. 116-128).

2.3.3 Práva pacientů

Etický kodex práv pacientů, platný v České republice, vypracovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví. Tato práva byla prohlášena za platná 25.2.1992. V dokumentu Práva pacientů v ČR je uvedeno, že vyjma případů akutního ohrožení života, má pacient právo získat od lékaře informace, a to před zahájením každého diagnostického nebo léčebného postupu. Pacient má právo rozhodnutí, zda s navrženým postupem souhlasí. Pokud existuje více možných postupů léčby, má pacient právo se s nimi seznámit. Pacient má právo léčbu odmítnout, a to v rozsahu, který povoluje zákon. Současně má být pacient informován o důsledcích svého rozhodnutí (MPSV ČR, 2020, Práva pacientů). Z historického pohledu jsou práva pacientů postavena na obecných lidských právech a jsou nástrojem demokratické společnosti, která respektuje mimo jiné pacientovo právo na tělesnou a duševní integritu a právo na seburčení (Šimek, 2015, s.129-134).

2.3.4 Evropská charta lékařské etiky

Principy, kterými se musí řídit lékař při výkonu svého povolání, formulovali představitelé lékařských komor při setkání na řeckém ostrově Kos v roce 2011. V patnácti bodech je zakotveno chování lékařů v praxi v rámci jejich profese. V principu uvedeném číslem čtrnáct je řečeno, že „lékař není povinen vyhovět požadavkům pacienta na takové ošetření a léčbu, s níž

nesouhlasí. Nicméně lékař bere při výkonu povolání ohled na svobodnou vůli pacienta“ (Charta lékařské etiky, 2011).

2.4 Psychologická a sociální hlediska informovaného (ne)souhlasu

Každý, kdo přichází do pravidelného kontaktu s pacienty, by měl být schopen zvládat a umět pracovat s širokou oblastí psychologie nemocných. Nemoc, onemocnění, jako složitou životní situaci, prožívá každý člověk odlišně. To, jak s tímto stavem je pacient schopen pracovat, záleží mimo jiné na množství informací, které pacient má, nebo které jsou mu poskytnuty (Zacharová, 2017). Pro pacienta připravujícího se na diagnostický nebo léčebný výkon, je velmi důležité, jakým způsobem s ním lékař komunikuje. Nezastupitelnou úlohu v procesu informovaného souhlasu má lékař, který je schopen a ochoten pacientovi vysvětlit, co ho čeká a pokud je to možné, nabídnout určitou možnost spolurozhodování (Ptáček, 2017, s. 61-65).

2.4.1 Potřeba komunikace

Definovat komunikaci je obtížné, v kontextu informovaného souhlasu může být chápána jako proces přenosu a výměny informací v jakékoliv formě. Proces dorozumívání, realizovaný mezi lidmi a projevující se nějakým účinkem (Vymětal, 2008, s. 22-29). V lidské komunikaci se odráží inteligence, vzdělání, individuální psychika, sociální zkušenosti (Linhartová, 2005, s. 11). Obecně v komunikaci by neměla být snižována hodnota druhých lidí – neodsuzovat, nezpochybnovat. K obecným požadavkům na účelnou komunikaci náleží zřetelnost, stručnost, správnost, úplnost a zdvořilost. V komunikaci je přínosem druhému ukázat, že je důležitý a vážený, vysvětlovat, objasňovat (Vymětal, 2008, s. 22-29).

Pravidly komunikace mezi lékařem a pacientem se zabýval například Hozák, který formuloval požadavky komunikace jak na lékaře, tak na pacienty. Mezi pravidla, která by měl dodržovat lékař, Hozák uvádí pozorné naslouchání, jasné a srozumitelné vysvětlování se zpětnou vazbou. Samozřejmostí by měla být lékařova poctivost a čestnost. Lékař by měl respektovat pacientova přání. Lékař by měl sdělit pacientovi, co v komunikaci od pacienta požaduje. Pacient by měl vědět, že se může lékaře zeptat na jemu nesrozumitelné nebo nejasné, může vyslovit své pochybnosti. Nutností pro léčbu je nezatajování informací (Honzák, 1999, s. 7-8).

Flugelman ve své práci zaměřené na dovednosti vedení rozhovoru, formuloval techniky, které podporují spolupráci s pacienty, zlepšují získávání informací a pomáhají vytvářet důvěru mezi lékařem a pacientem. Tyto techniky mohou přispívat ke kvalitě a efektivitě lékařského rozhovoru se zaměřením na poznávání života pacientů a budování důvěry mezi lékařem a pacientem. První otázka, která by měla být pacientovi položena, by měla znít „Jak se máte?“

Poté by měly následovat otázky zjišťující jméno, bydliště, rodinný stav, povolání. Techniky rozhovoru jsou zaměřeny na vyvolání důvěry a tím získání pacienta ke spolupráci. Překonání kulturních a socioekonomických rozdílů, porozumění očekáváním pacienta a vytvoření společného jazyka vede k pozitivní atmosféře, kde lékař a pacient působí společně (Flugelman, 2021).

2.4.2 Potřeba být informován

Pacient, který má podstoupit diagnostický nebo léčebný výkon a má s tímto výkonem souhlasit, zpravidla očekává, že bude informován. Pro pacienta je v daný moment důležité vše, co se onemocnění a léčby týká. Pokud nedostává odpovědi na své otázky, nastupuje nejistota, úzkost a obavy z nejhorsího (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 255-256). Informace, které lékař pacientovi poskytne, by měly obsahovat vysvětlení zdravotního stavu, popsání poskytované zdravotní péče, jednotlivé zákroky. Pokud je nějaký výkon spojen s bolestí nebo například s nevolností, měl by být pacient na tuto skutečnost upozorněn. Neměla by být opomenuta rizika výkonu. Lékař by měl pacientovi vysvětlit, proč navrhuje právě tuto léčbu (Mach, 2010, s. 118-120). Při sdělování informací je důležité pomoci pacientovi porozumět a pochopit, co se stalo, snížit pacientovu úzkost a pochybování, a tím získat spolupracujícího pacienta. Na konci rozhovoru je výhodou vyzvat pacienta, aby se dotazoval, i když pacient udává, že všemu porozuměl (Ptáček, 2011, s. 59-69).

2.4.3 Potřeba autonomie

Potřebu autonomie je možno řadit mezi základní duševní potřeby a její naplňování vede k dobrému duševnímu zdraví. Omezení autonomie může být zdrojem nespokojenosti. Jediněc-pacient, u kterého je jeho autonomie respektována rozumí tomu, co se děje, ví, co bude následovat, jestliže chce, může se rozhodnout (Ptáček, 2017, s. 61-65). Někteří pacienti mají problém se rozhodnout a čekají, anebo sami žádají doporučení lékaře. Poskytnutí rady, doporučení nerozhodnému pacientovi je s výhodou (Haškovcová, 2011, s. 35). Každý člověk má svá autonomní pravidla, která určují jeho jednání. Ta jsou ovlivněna společností, ve které člověk vyrostl a žije. Hodnoty a pořadí hodnot, která mohou být společností formována, stojí za rozhodováním jak lékaře, tak pacienta (Šimek, 2015, s.118-122).

2.5 Sociální interakce pacient-lékař

Poučení, které provází informovaný souhlas, by mělo být pacientovi srozumitelné. To znamená, že takové poučení by mělo respektovat osobnost a individualitu každého člověka s ohledem na věk, jeho vzdělání, kognitivní schopnosti a další rysy, které činí každého jedinečným.

Samozřejmostí by mělo být, že pacient může klást otázky, vyjádřit svůj názor (Mareš, 2017, s. 245-260). Lékař a pacient při vzájemné interakci vytvářejí vztah, který můžeme chápat jako souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem. Typologií vztahu se zabývali například Saszo a Hollendr, kteří popsali tři typy vztahu mezi lékařem a pacientem:

- Vztah aktivita-pasivita

Takový vztah je možné přirovnat ke vztahu rodiče a bezmocného dítěte. Pacient je pasivní, neschopen odpovídat.

- Vztah vedení-spolupráce

Tento vztah je možné přirovnat ke vztahu rodiče a dospívajícího dítěte. Pacient v rámci svých kognitivních schopností spolupracuje na svém uzdravení. Lékař je v roli odborníka, pacientova role je založena na spolupráci s lékařem. Takový vztah se může jevit jako paternalistický.

- Vztah vzájemné participace

Vztah dospělých lidí. Pacient si cení lékařovy rady a pomoci, rozhodování je na pacientovi (Bártlová, 2015, s. 71-73)

Složitostí a rozličností vztahu lékaře a pacienta se zabývalo a zabývá mnoho autorů. Černý et al. (2017, s. 192-201) se zaměřuje na čtyři modely, které podle autora nejvíce zachycují různost debat o vztahu lékaře a pacienta, zároveň jsou nejdůležitější a tvoří základní podstatu vztahu lékaře a pacienta. Zmiňovanými modely jsou: model beneficence, model informovaného souhlasu zaměřený na svobodnou autorizaci medicínské intervence, model sdíleného rozhodování a model informované volby.

2.5.1 Model beneficence

Termín beneficence-dobročinnost bývá v etické teorii popisován jako normativní závazek morální povinnosti jednat ve prospěch druhých. Princip dobročinnosti je základem biomedicínské etiky. Dobročinnost v medicíně je možné chápat jako vytváření pozitivní rovnováhy mezi možným rizikem poškození a přínosem pro pacienta. Je nutné si uvědomit, že různí pacienti mohou mít různé názory na pojmy zdravotní přínos a možné riziko (Beauchamp, 2019).

2.5.2 Model informovaného souhlasu

Svobodnou autorizaci medicínské intervence v souvislosti informovaného souhlasu je možné chápat jako souhlas s navrhovaným výkonem. Tento souhlas je podmíněn dobrovolností ze strany pacienta. Informovanost je vyjádřena náležitým poučením a porozuměním pacienta (Doležal, 2019).

2.5.3 Model sdíleného rozhodování

Model sdíleného rozhodování by měl být součástí poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče, která je zaměřená na pacienta. Sdílené rozhodování nemůže být založeno na pouhém přenosu informací, ale na rozmluvě lékaře s pacientem. Tento dialog by měl probíhat v čase, a tak by měl mít pacient prostor na přemýšlení (Sturgess et al., 2019).

2.5.4 Model informované volby

Model informované volby je výsledkem internetové doby a pacient je chápán jako spotřebitel s právem na vlastní volbu. Lékař plní funkci rádce a poskytovatele informací. Byl navržen právníky a je založený spíše na vztahu klient a ekonomická směna. V praxi není aplikován, je možné ho odmítnout jako nevyhovující (Černý, 2017, s. 199).

3 INFORMOVANÝ SOUHLAS A ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

„Zdravotní gramotnost je spojena s gramotností a označuje znalosti lidí, jejich motivace a kompetence získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace tak, aby byli v každodenním životě schopni posoudit a rozhodovat se, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení či zlepšení kvality života v průběhu životního cyklu“. Takto byla definována a publikována definice zdravotní gramotnosti Světovou zdravotnickou organizací (Kickbusch et al., 2013).

Informovaný souhlas a zdravotní gramotnost spolu velmi úzce souvisí. Zdravotní gramotnost lze definovat jako schopnost přijímat správná rozhodnutí, která mají vztah ke zdraví. Schopnost získávat a využívat informace, schopnost přijmout odpovědnost, zvládat zdravotní problémy (Holčík, 2017, s. 68-79). Zdravotní gramotnost je možné rozčlenit z hlediska oblastí zdravotní gramotnosti. V každé oblasti je možné určovat úroveň zdravotní gramotnosti.

Schopnost získávat informace a následně je využívat ve svůj prospěch je spojena s aktivní účastí pacientů. Dostupným a hojně využívaným prostředkem je internet. V roce 2018 začal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR provozovat Národní zdravotnický informační portál (NZIP). Za publikovaný obsah se zaručuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, které publikovanou problematiku konzultuje s odborníky a současně ji předkládá tak, aby byla srozumitelná laické veřejnosti. Pacienti mohou na stránkách čerpat informace týkající se například zdraví, prevence, životního stylu, ale portál nabízí také seznam dalších webových zdrojů s odborně garantovaným obsahem (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Dobrá zdravotní gramotnost je podmíněna mírou čtenářské gramotnosti. Obecně platí, že lidé, kteří subjektivně vnímají svůj zdravotní stav kladně, mají vyšší úroveň čtenářské gramotnosti. Veselý uvádí, že vyšší úroveň gramotnosti může ovlivnit objem a kvalitu znalostí o zdravém životním stylu, a jednání související se zdravím může být uvážlivější a odpovědnější. A naopak lidé, kteří své zdraví vnímají kladně, mají větší možnosti konání zvyšující jejich gramotnost (Veselý, 2013b, s. 87-96).

3.1 Oblasti zdravotní gramotnosti

- Oblast podpory zdraví

Zdravotně gramotný dospělý člověk si je vědom, že životní styl je volbou a odpovědností každého jedince. Je schopen se dlouhodobě chovat podle zásad správné životosprávy, uvědomuje si význam tělesné aktivity, a to vzhledem ke svému věku. Ve svém denním režimu respektuje fyziologické potřeby těla. Uvědomuje si význam duševní pohody, zná faktory, které duševní pohodu ovlivňují a umí s těmito faktory pracovat.

- Oblast prevence nemocí

Zdravotně gramotný dospělý jedinec zvládá péči o své tělo, uvědomuje si, proč jsou základní hygienické návyky důležité. Správným hygienickým návykům učí své děti. Chápe význam nebezpečnosti infekčních onemocnění a jedná tak, aby infekčním nemocem předcházel. Využívá práva absolvovat preventivní prohlídky, ovládá základní preventivní samovyšetřovací postupy a v případě nefyziologického nálezu ví, kam se obrátit. Zdravotně gramotný člověk využívá práva volby lékaře, práva souhlasu a nesouhlasu se zdravotním výkonem.

- Oblast zdravotní péče

Zdravotně gramotný člověk dokáže posoudit základní příznaky nemoci. Při vzniku zdravotního problému dokáže rozlišit míru závažnosti. V době nemoci dodržuje zásady léčebného režimu, v případě nejasností je schopen požádat o objasnění zdravotnického pracovníka. Zdravotně gramotný člověk ovládá laickou první pomoc, zná kontakty na tísňové linky. Umí posoudit, které lidské činnosti jsou rizikové pro zdraví nebo život, a těmto se vyhýbá (Janovská et al., 2016).

3.2 Úroveň zdravotní gramotnosti

Často používaným a uváděným bývá Nutbeamův tříúrovňový model. Rozdíl mezi úrovněmi je vyjádřen tím, co daná úroveň umožňuje. Odlišnost je závislá na kognitivních schopnostech jedince, komunikačních dovednostech, na schopnosti vyhledávat informace. Závisí i na množství a kvalitě informací, které jsou pacientovi nabídnuty (Nutbeam, 2000, s. 259-267).

- Funkční zdravotní gramotnost

Typickými nástroji zdravotníků v úrovni funkční zdravotní gramotnosti, jsou letáky, brožury. Tradiční zdravotní výchovou je podmiňována například účast na preventivních prohlídkách,

dodržování očkovacího kalendáře. U této úrovně zdravotní gramotnosti není nutná oboustranná komunikace, není posilována samostatnost pacientů (Holčík, 2017, s. 68-79).

- Interaktivní zdravotní gramotnost

Interaktivní zdravotní gramotnost se do značné míry začala rozvíjet s požadavkem vytvořit mezi lékařem a pacientem partnerský vztah. Cílem fungující interaktivní zdravotní gramotnosti je spolupracující pacient, který je vnitřně motivován k péči o zdraví. Na zdravotníka je možno pohlížet jako na konzultanta, který pacientovi vysvětluje přínosy a rizika, a nabízí možnost volby (Holčík, 2017, s. 68-79).

- Kritická zdravotní gramotnost

Kritická zdravotní gramotnost vyžaduje dobré kognitivní schopnosti, které spolu se sociálními dovednostmi vedou pacienta k aktivnímu získávání informací. Informace je pacient schopen podrobit kritické analýze, a tím získat kontrolu nad životními událostmi a měnícími se situacemi (Nutbeam, 2000, s. 259-267).

Pro zdařilé využití zdravotní gramotnosti je možné využít postupu Chci-Umím-Mohu. Chci je charakterizováno vnitřní motivací, umím znamená nakládat základními znalostmi s porozuměním a vyhodnocením v dané situaci. Mohu znamená vytvoření podmínek pro uplatnění znalostí v každodenním životě, z nichž však člověk může ovlivnit pouze část (Janovská et al., 2016).

3.2.1 Měření a hodnocení zdravotní gramotnosti

Zlepšování zdravotní gramotnosti je důležité pro celou společnost, dobrá zdravotní gramotnost je významná část sociálního kapitálu společnosti. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti zvyšuje náklady na zdravotní péči, proto je důležité zdravotní gramotnost měřit a hodnotit (Holčík, 2017, s. 69-79).

Zdravotní gramotnost je možné chápat jako dynamickou, rozvíjející se při získávání zkušeností se zdravotní péčí. Mezi schopnosti zdravotně gramotného jedince, mimo gramotnost a počítání, patří efektivní mluvení, poslech a psaní, schopnost používat moderní technologie, doplněné dostatečnou motivací a kognitivními schopnostmi. Počátky zkoumání zdravotní gramotnosti jsou datovány od 90. let 20. století, a to převážně ve Spojených státech amerických. Zdravotní gramotnost, jako studijní obor, vznikl na základě zdokumentovaného vztahu mezi nízkou gramotností, zdravotními výsledky a zdravotním stavem obyvatel v USA (Berkman et al., 2010, s. 9-19).

Zdravotní gramotnost v České republice byla zkoumána v roce 2020 v rámci mezinárodního srovnávacího výzkumu M-POHL19. Výsledkem šetření je zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti o 22 % vzhledem k roku 2015, kdy byla úroveň zdravotní gramotnosti zkoumána naposled. Z šetření vyplynulo, že vyšší zdravotní gramotnost vykazují ženy, osoby starší a lidé s vyšším sociálním postavením, naopak nižší zdravotní gramotnost je patrná u osob s vyšším vzděláním a finančními problémy (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2021).

Dokument Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem může obsahovat lékařské termíny a slova cizího původu. Správné přečtení a porozumění pacientem souvisí s jeho úrovní zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost může být měřena a hodnocena pomocí testů.

- TOFHFLA

The test of functional health literacy in adults, test funkční zdravotní gramotnosti. Tento test byl vyvinut za použití skutečných nemocničních materiálů a skládá se z 50 položkového čtení s porozuměním a 17 položkového testu numerických schopností. Byl vytvořen pro anglicky a španělsky mluvící jedince. Je například hodnocena schopnost interpretovat pokyny k užívání léku (Parker et al., 1995, s. 537-541).

- SAHL-E

Short Assessment of Health Literacy je test určený k měření a hodnocení zdravotní gramotnosti u anglicky a španělsky mluvících jedinců. Test je složen z 18 slov-termínů. Ke každému slovu jsou přiřazena dvě slova, jedno s příbuzným významem a jedno, které nesouvisí s testovaným slovem. Správná odpověď je určena správnou výslovností a přesným přiřazením příbuzného slova ke slovu hlavnímu (AHRQ, 2019).

3.3 Čtení informovaného souhlasu

Čtení je kognitivním procesem, při kterém písemně předložený text jako optický podnět vyvolává ve čtenáři operace myšlení, emoce, představitost (Průcha a Veteška, 2014, s. 70).

Čtenářskou gramotnost je možno chápat jako schopnost porozumět různým typům textu vztahující se k rozličným situacím, přemýšlet o jejich smyslu a umět jej vyložit. Lidé s nízkou úrovní čtenářské gramotnosti mohou čelit problémům s fungováním ve společnosti (Procházková, 2006). Dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj byla čtenářská gramotnost definována jako „*schopnost porozumět psanému textu, přemýšlet o něm a používat jej k dosahování určitých cílů, k rozvoji vlastních schopností a vědomostí a k aktivnímu začlenění do života společnosti*“ (Ústav pro informace ve vzdělávání, 1999).

Informovaný souhlas by měl být napsán srozumitelným jazykem. Srozumitelný jazyk je určen pro neoborníky. Neoborníky jsou všichni, kdo nejsou specialisté v daném oboru. U dokumentu napsaného srozumitelným jazykem by měly být podstatné informace na začátku textu. Text by měl být rozdělený do kapitol, s použitím krátkých odstavců a vět. Text by měl být pro čtenáře vizuálně přitažlivý (MV ČR, 2018).

Schopnost číst text s porozuměním je závislá na dvou dovednostech, a to dekodování a porozumění čtenému. Dekodování je možné popsat jako techniku čtení a porozumění jako schopnost odvodit ze sémantické informace význam věty. Výsledkem souběhu dekodování a porozumění je schopnost číst s plným porozuměním textu (Gough a Tunmer, 1986, s. 6-10; Richterová a Seidlová Málková, 2016).

Objektivní vlastností textu je jeho obtížnost, která je při čtení vnímána intuitivně, avšak je předurčena specifickými vlastnostmi textu. Je důležité, zda se v textu objevují slova známá, běžně a často používaná, anebo slova málo známá. Tento jev se nazývá lexikální faktor. Složitost větných struktur vyjadřuje tzv. syntaktický faktor (Průcha, 2017, s. 284).

Je možné využít intervencí, které mohou být součástí informovaného souhlasu a vedou ke zlepšení pochopení informovaného souhlasu pacientem. Intervence je možné rozdělit na interaktivní, navržené tak, aby podporovaly aktivní účast pacienta a oboustrannou komunikaci. Do této kategorie patří rozhovor, ale také například digitální intervence, při které pacient pracuje s počítačem, tabletem nebo mobilním telefonem a je vyžadována aktivní účast pacienta. Neinteraktivní mohou zahrnovat digitální obrázky, videa, letáky, brožury (Glaser, 2020).

3.4 Čitelnost informovaného souhlasu

Informovaný souhlas by měl být čitelný, což je výsledek grafické úpravy textu. Grafickou úpravou textu se zabývá typografie. Výsledkem dobré grafické úpravy je text, při jehož čtení je možno se soustředit na obsah, písmo nepůsobí rušivě, čtení je pohodlné.

Nevhodně zvolené písmo může podstatně ovlivnit pochopitelnost a srozumitelnost předávané zprávy, a to zvláště osobám se zhoršenými zrakovými funkcemi. Pro delší texty jsou vhodnější patková písma, která méně unavují oko čtenáře. Bezpatková písma jsou vhodnější pro kratší texty. Text by měl být střídavý a jednoduchý, jakékoliv prvky písma navíc (např. ozdobné tahy, netradiční proporce) snižují čitelnost textu (Toman, 2015).

Při tvorbě dokumentu by mělo být pamatováno jak na seniory, tak například na pacienty se sníženým barvocitem. Mezi faktory ovlivňující čitelnost textu patří užití vhodného písma a formátování textu. Jako vhodná jsou doporučována písma bezpatková jedné velikosti a jednotného stylu. Neobvyklá písma mohou působit rušivě, čtenář může pozornost soustředit na písmo a méně se soustředí na obsah (Cerniňáková, 2020).

Písmo je vhodné volit s ohledem na cílovou skupinu čtenářů. U seniorů a osob s vadami zraku je přínosné použít písmo větších velikostí, 12-14 bodů, oproti standardní velikosti 8-11 b. Proklad-vzdálenost řádků by se měl pohybovat mezi 120-140% velikosti použitého písma, tak aby čtenář neměl tendenci jednotlivé řádky přeskakovat, nebo se vracet na řádek již přečtený. Délka řádku by se měla pohybovat mezi 40-70 znaky. Jakákoliv úprava písma, ať ozdobné tahy nebo netradiční proporce, snižují dobrou čitelnost textu (Toman, 2015).

3.5 Čtivost informovaného souhlasu

Text jakéhokoli informovaného souhlasu by měl být čtivý. Čtivost textu je možné chápat jako stupeň obtížnosti textu z pohledu čtenáře. Je vyjádřen pomocí jazykové struktury textu (např. počet slov, počet různých slov, délka věty ve slovech apod.) (Jonák, 2003).

Čtivost je posuzována podle přístupnosti a srozumitelnosti textu. To, jak čtenář pohotově chápe myšlenky autora, určuje čtivost daného textu. Pro zjištění čtivosti textu v českém jazyce existují tři formule. *Mistríkův vzorec*, který kromě průměrné délky vět a slov zohledňuje i počet rozdílných slov. Z angličtiny převzatý *FOG index* k výpočtu používá počet slov, vět a slov, které mají tři a více slabik. Od roku 2002 se pro učebnice a odborné texty používá *Komplexní míra obtížnosti textu* (Schacherl, 2021, s. 28-36).

- *Mistríkovo skóre čtivosti*

Slovenský jazykovědec, profesor Jozef Mistrík, vytvořil v roce 1968 vzorec, podle kterého je možné vypočítat a následně zhodnotit čtivost textu. Na srozumitelnost, v písemném projevu čtivost, má dle Mistríka vliv složitost vyjadřované myšlenky. Určujícím znakem je délka věty nebo souvětí. Krátké věty nebo souvětí jsou čtivější než dlouhé. Dalším činitelem, který ovlivňuje čtivost, je terminologická obtížnost slov. Tato slova, dle Mistríka vzdálenější od běžně užívaných, jsou v průměru delší. Toto je možné vyjádřit počtem slabik ve slově. Dalším hlediskem ovlivňující čtivost je opakování slova v konkrétním textu. Čím více různých slov text obsahuje, tím je náročnější.

Mistríkovo skóre=50-S·V·L/N

S-průměrný počet slabik ve slově, V-průměrný počet slov ve větě, L-počet různých slov, N-celkový počet slov.

Lehce čtivým a srozumitelným textem je hodnocen text, jehož skóre dosahuje hodnoty 40-50 (Mistrík, 1968, s. 171-178).

- *Fog index*

Vzorec vytvořil v roce 1952 Robert Gunning. Pro výpočet je možné pracovat s úryvkem o 100 slovech. Pro výpočet je nutné znát počet slov, počet vět a počet složitých slov (delších než tři slabiky).

$$\text{fog index} = 0,4 \cdot (\text{počet vět} / \text{počet slov} + (100,0 \cdot \text{počet složitých slov}) / \text{počet slov})$$

Výsledný index obtížnosti textu doporučený pro širokou veřejnost by měl být nižší než 12. Pokud text není zaměřený na konkrétní skupinu jedinců, index obtížnosti by měl být kolem čísla 8 (Šlerka a Smolík, 2010; Scott, 2021).

Centrum distančního vzdělávání Univerzity Palackého v Olomouci vytvořilo pro zjištění obtížnosti textů distančních studijních materiálů orientační nástroj FOG Index pro česky psané texty. Matematicky je vyjádřený: $F = 5 + 0,4 (A + L)$

A-vyjádřuje průměrný počet slov ve větě

L-znamená počet slov v souboru, která mají 3 a více slabik, je třeba znovu započítat i opakující se slovo

Výsledné číslo představuje čitelnost textu

20-24: text je jednoduchý ke čtení a pochopení

25-29: text je obtížný, některé věty je třeba opakovaně přečíst

30-39: odborný text, kniha

40 a více: těžký až nečitelný text

Pro hodnocení textu je důležité použít více souborů zahrnujících 100 slov vytvořeného textu (Univerzita Palackého v Olomouci, 2005).

4 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Pro průzkum byly definovány dva hlavní cíle. Každý z cílů zahrnuje tři průzkumné otázky.

1. CÍL: Zjistit, jak pacienti chápou informovaný souhlas (jak rozumí institutu informovaného souhlasu) s přihlédnutím k jejich zdravotní gramotnosti

- Co si pacienti představí/představují (co pacienti chápou pod pojmem informovaný souhlas?)
- Jaké informace mají pacienti o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby? Jsou pacienti (subjektivně) spokojeni s rozsahem informací o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby?
- Jakým způsobem a kde pacienti získávají informace o svém zdraví, nemoci a o možnostech léčby?

2. CÍL: Zjistit čtivost a srozumitelnost tištěného formuláře informovaného souhlasu a okolnosti podpisu informovaného souhlasu

- Jaké je skóre čtivosti dle Mistríka u předložených informovaných souhlasů?
- Jsou pacientům srozumitelné informace ve formuláři Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem vzhledem k obsahu a formě dokumentu?
- Kdy, jak a kým byl pacientům předložen informovaný souhlas k podpisu?

Průzkumná část práce byla realizována na ortopedickém oddělení ve zdravotnickém zařízení oblastního typu. Průzkum byl uskutečněn v období měsíců června a září 2021.

4.1 Průzkumný soubor

Respondenti pro průzkum byli vybráni cíleně. Zvolení pacienti v daném zdravotnickém zařízení podstoupili totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Tito pacienti byli vybráni z naplánovaného operačního programu. Ve všech případech se jednalo o primoinplantace. V den příjmu k operačnímu výkonu do zdravotnického zařízení jsem vybrané pacienty navštívila a oslovila je, zda by byli ochotni pooperačně, v období hospitalizace, poskytnout rozhovor pro účel diplomové práce. Dotazem jsem se ujistila, zda pacient není cizinec nebo zdravotník. Jeden dotazovaný byl z tohoto důvodu z průzkumu vyřazen.

4.2 Limity průzkumu

Pacienty jsem po operaci navštívila u lůžka. Pro neprovedení rozhovoru byly stanoveny dvě limitující skutečnosti. První skutečností byla pooperační bolest, kterou jsem hodnotila pomocí VAS (škála 0-5, 0 -žádná bolest, pokud bude VAS vyšší než 3 body, rozhovor bude odložen). Druhou limitující skutečností byl fakt, zda je respondent ochoten uskutečnit rozhovor právě v tuto dobu, zda se cítí dobře.

Součástí každé nahrávky je poučení. Pacient je informován, že rozhovor bude nahráván. Pacient je ujistěn, že rozhovor je anonymní a může rozhovor kdykoli ukončit. Jestliže se pacient rozhodne, že nesouhlasí se zpracováním a publikací rozhovoru, může mi tuto skutečnost do 14 dnů od uskutečnění rozhovoru oznámit na mnou poskytnuté telefonní číslo a jeho nahrávka rozhovoru bude smazána a nebude v práci použita.

4.3 Metodika průzkumu

Průzkum byl veden kvalitativně, a to pomocí případových studií. Případové studie se zaměřují na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Je rozlišeno několik typů případových studií podle sledovaného případu (Hendl, 2016, s. 101-118). V diplomové práci je zkoumána událost, a to plánovaný operační výkon v kontextu zdravotní gramotnosti. Pro průzkum byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Byl vytvořen seznam otázek, které se týkají jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti, a to podpory zdraví, prevence nemocí a zdravotní péče. Jednotlivé oblasti zdravotní gramotnosti nemají ostré hranice, vzájemně se prolínají a doplňují. To, co lze zařadit do oblasti podpory zdraví, je možné vnímat jako prevenci nemocí a naopak (Zdravotní gramotnost, 2016).

Do rozhovoru byly zařazeny otázky týkající se informovaného souhlasu, a to jak formuláře, tak institutu informovaného souhlasu.

Formu a obsah formuláře Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem respondenti hodnotili bodováním. Informované souhlasy k jednotlivým typům operací má dané zdravotnické zařízení předdefinované. Lékař má možnost konkrétní informovaný souhlas upravit nebo doplnit tak, aby obsahoval veškeré informace pro daného pacienta. Ke zjištění, jak respondenti chápou slova, která se vyskytují ve formuláři Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem, byl vytvořen test složený ze slov, která se ve formuláři objevují, a doplněn o medicínské termíny, které souvisí s daným operačním výkonem. K zhodnocení čitelnosti formuláře Informovaný souhlas byl použit *Mistríkův vzorec* pro výpočet čtivosti.

Polostrukturované rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon. Pro rozhovor nebyl stanoven časový limit, nejkratší rozhovor trval 25 minut a nejdelší 57 minut. Jednotlivé nahrávky byly pomocí transkripce převedeny do písemné podoby v aplikaci Word. Dle Hendla je transkripce proces převodu mluveného slova do písemné podoby, umožňuje zdůraznit a srovnávat důležitá místa v textu, vytvářet komentáře (Hendl, 2016, s. 212-214). Pro přepsané rozhovory byla vybrána technika zpracování pomocí Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). IPA je kvalitativní výzkumný přístup, který zkoumá, jací lidé dávají smysl životním zkušenostem. Teoretické základy IPA vycházejí ze třech filozofických základů. Fenomenologie, která zkoumá naše bytí, to, co formuje náš žitý svět. Hermeneutika, což je teorie a umění interpretace. Třetím východiskem je idiografický přístup, který z pohledu IPA detailně analyzuje konkrétní jev (událost, proces), který prožili konkrétní lidé (Smith et al., 2021, s. 7-29). Koutná Kostínková a Čermák (2013, s. 9-44) zmiňují rysy IPA výzkumu, které definoval Smith (Smith et al., 2021).

- Jasně zaměřené studie-orientace spíše na určité hledisko než široký průzkum.
- Silná data – získaná dobře vedeným polostrukturovaným rozhovorem.
- Rigoróznost studie-zaměřené studie podporuje výskyt určitých témat, úryvky respondentů by měly poukazovat na variabilitu a reprezentativnost.
- Dostatečný prostor pro každé téma.
- Analýza je interpretativní, ne pouze popisná – porozumění žité zkušenosti.
- Analýza poukazuje na podobnosti i rozdíly-důležitými jsou podobná témata vynořující se skrz případy, ale je dobré zmínit pohled jedinečné zkušenosti každého respondenta.
- Dobře napsaný článek-čtenář by měl nabýt dojmu, že se dozvěděl něco podrobného o respondentově zkušenosti.

Při rozboru rozhovorů bylo použito postupu, které pro IPA definoval Smith. V nulté fázi dochází k přemýšlení, úvaze výzkumníkovy zkušenosti nad daným tématem. V první fázi probíhá čtení a opakované čtení přepsaných rozhovorů. Je přínosné opět si poslechnout nahrávky. Druhá fáze zahrnuje vytváření výchozích poznámek a komentářů. V třetí fázi dochází k formulování témat-kategorií, která vznikala v předchozím kroku. Hledání souvislostí skrze témata probíhá ve čtvrté fázi. V páté fázi dochází k rozboru dalšího případu. V šesté fázi

dochází k propojení jednotlivých rozborů rozhovorů a hledání vzorců prolínajících se mezi jednotlivými případy (Smith et al., 2021; Koutná Kostínková a Čermák, 2013).

Pro prezentaci zjištěných skutečností byla zvolena kvalitativní i kvantitativní metoda. Z rozhovorů byly postupně vytvářeny kategorie a podkategorie, které korespondují s jednotlivými oblastmi zdravotní gramotnosti. Rozborem každého jednotlivého případu bylo snahou najít to, co případy spojuje, ale i to, co jednotlivé respondenty odlišuje, v čem je jejich jedinečnost. Nahrávky byly opakovaně poslechnuty. Důležité informace jsou v práci doslovně citovány, parafrázování je použito v případech opakujících se nebo podobných odpovědí. Kvantitativně jsou zpracovány odpovědi, které se vztahují ke znalostem, aktivitě respondentů.

Pro přehlednost byla pracována tabulka obsahující kategorie a podkategorie jednotlivých témat průzkumu.

Tabulka 1- Kategorie a podkategorie jednotlivých témat průzkumu

	Kategorie	Podkategorie
Podpora zdraví	Sebepéče odpovědnost	Preventivní prohlídky
		Praktik nebo specialista
	Vlastní aktivita	Internet
		Blízcí lidé
Prevence nemocí	Potíže-potřeba intervence	Bolest
		Obavy
	Příčina nemoci	To mi hlídají oni
		Proč to mám já
		Jak zmírnit potíže
Zdravotní péče	Komunikace	Hodně informací
		Rizika výkonu
	Budoucnost-vize	Jak po propuštění
		Co očekávám od operace
Informovaný souhlas	Význam pro mě	
	Můžu to odvolat?	
	Okolnosti podpisu	
	Hodnocení formy dokumentu	
	Význam slov v textu	
	Mistríkovo skóre čtivosti	

4.4 Oblast Podpora zdraví

První zkoumanou oblastí zdravotní gramotnosti byla podpora zdraví.

4.4.1 Sebepéče odpovědnost

- Preventivní prohlídky

Respondenti byli dotazováni na znalost četnosti nároku na preventivní prohlídku u registrujícího praktického lékaře. Dotazem bylo zjišťováno, zda možnosti preventivních prohlídek u registrujícího praktického lékaře využívají. Všeobecná preventivní prohlídka u praktického lékaře se provádí jednou za 2 roky (Česko, 2011).

Tabulka 2 Znalost četnosti a využívání možnosti preventivních prohlídek u praktického lékaře

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Znalost četnosti preventivních prohlídek	ano	ano	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ne	ne	ano
Využívání možnosti preventivních prohlídek	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ne	ano	ano

R3 uvádí: „K praktikovi jdu, jenom když mi něco je, ale teď před tou operací mě sledovali.“ Dva respondenti uvedli, že v době, kdy začali mít potíže s pohybovým aparátem, neměli registrujícího lékaře. R5 odpověděl: „V té době jsem neměl praktického lékaře, tak jsem se poptával, našel jsem praktika a ta mi řekla, že je příčina v kyčelním kloubu.“ A nyní chodíte pravidelně k praktikovi? „Ano.“ R9 odpověděl: „Manželka je lékařka, většinu mi zařídí, registrujícího lékaře teď mám, protože jsem **potřeboval** ta různá vyšetření.“ „Když nemusím, tak tam nejdu“ uvedla R6, „Mám ještě biologickou léčbu, tak mě sledují.“

Praktik nebo specialista

Dotazem u respondentů bylo zjišťováno, jak dlouho měli zdravotní potíže, které vyústily výměnou kyčelního nebo kolenního kloubu, a u kterého lékaře hledali pomoc.

Respondenti udávali potíže trvající od 1,5 roku do 5 let. R4 odpověděl: „*Víte, ono se to špatně odhaduje. Myslím, že rok a půl, byl jsem unavený, tak jsem si odpočinul a zas to bylo dobré, ale posledního půl roku, když jsem začal mít bolesti, tak jsem chodil po ortopedech.*“ R7 uvedla potíže trvající skoro 10 let a R8 reagovala: „*Potíže s koleny mám od dětství, ale před 15 rokama se to zhoršilo*“.

S registrujícím lékařem jako prvním řešilo zdravotní potíže 5 respondentů. V odpovědích respondentů se objevuje, že praktický lékař je posílal na různá vyšetření, která vedla k diagnóze postižení kyčelního nebo kolenního kloubu. R5 uvedl: „*V době, kdy mě začal pobolívat kyčelní kloub jsem neměl praktického lékaře, tak jsem se poptával, našel jsem si praktika a ta mi řekla, že příčina je v kyčli, že musím na operaci, teď tam chodím, paní doktorka je důsledná, kdybych zapomněl, tak mi zavolá.*“ R6 reagovala: „*Potíže jsem měla tak tři roky, byla jsem u praktika, poslal mě na rentgen, tam mi zjistili artrózu prvního stupně, dostala jsem léky na bolest, nejdřív to pomáhalo, ale postupně se to stupňovalo a letos v únoru jsem tam byla, že už nemůžu vydržet, že mě to strašně bolí, tak mi napsal rehabilitaci, to nepomohlo, tak jsem poprosila pana doktora, aby mě poslal k ortopedovi.*“ Zaujala mě odpověď R10, která uvedla: „*Měla jsem roky paní doktorku, které jsem věřila. Chodila jsem k ní 40 let. O berlích jsem se dobelhala na středisko, protože jsem myslela, že **není jiná možnost** než začít na středisku, tak paní doktorka se na mě podívala a řekla: Už nejste nejmladší, kupte si Coenzyme.*“

Specialistu při prvních potížích navštívilo 6 respondentů. Zaujaly mě tři odpovědi. R1 odpověděl: „*Vyhledával jsem ortopedy.*“ A to hledáte odborníky třeba na doporučení? „*Začínal jsem ve spádové nemocnici, tam mi navrhli operační léčbu, **já mám specifické požadavky**, jsem Svědek Jehovův, tak se se mnou vůbec nebavili, hledal jsem někoho, kdo bude respektovat moje přání a postoj, naše organizace ví, kam se obrátit, tak jsem si vybral tuto nemocnici.*“ „*První ortoped chtěl přinést snímky,*“ uvádí R4, „*Snímky byly dobré, tak už mě dál nevyšetřoval, řekl mi, že mám zhubnout, že jsem tlustej, tím jsme skončili, už jsem tam chodit nechtěl, **nemělo to pro mě smysl.***“ R11 odpověděla: „*Lékař mě dal do poradníku, řekl na jaře se Vám ozveme, nikdo se neozval, to moje děti už nevydržely, tak mě vzaly přes známé, přes nějakého fyzioterapeuta k ortopedovi. Před tím jsem byla ještě u jednoho, ale ten se **ke mně choval nadřazeně.***“

4.4.2 Vlastní aktivita

U respondentů bylo zjišťováno, jakým způsobem a kde získávají informace o svém zdraví, nemoci a možnostech léčby mimo registrujícího lékaře nebo ortopeda.

Tabulka 3 Kde respondenti získávají informace o svém zdravotním stavu a možnostech léčby

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Internet	ano	ano	ano	ne	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ano
Jiné zdroje	ne	ne	ne	přátelé	ne	ne	rodina	přátelé	rodina	rodina	ne

- **Internet**

Internet využilo ke zdroji informací 6 respondentů. R1 uvedl: „*Na internetu jsem se díval už na operativní zákroky. Zadal jsem do vyhledávače TEP kolene, pomohlo mi, když jsem viděl, jak operace probíhá.*“ Žádný z respondentů nepoužil nějakou strategii vyhledávání ani portály nabízející zdravotnické informace. R3 odpověděl: „*Vyzobával jsem, co se tam objevilo.*“ R7 reagovala slovy: „*Já věřím zdravotníkům, na internetu jsem se dívala na informace o tom kloubu, ale žádnou strategii vyhledávání jsem neměla.*“ R9 uvedl: „*Na internetu jsem hledal okrajově, žádné portál neznám, já věřím doktorovi a ne internetu.*“ R11 využila internet k vyhledání informací o pooperační péči. „*Dívala jsem se na internet, co to obnáší. Chtěla jsem vědět, co nebudu moct po operaci, co s sebou do nemocnice, ale jak probíhá operace jsem nezjišťovala.*“ R2 si na internetu objednávala doplňky stravy. „*Objednávala jsem si takové želatinové kostičky, měla jsem pocit, že mi to pomáhá. Říkala jsem to panu doktorovi, tak mi řekl, že mi to určitě neuškodí, že je to přírodní preparát.*“ Zajímavá odpověď byla od R10. Na dotaz ohledně vyhledávání na internetu odpověděla, že na internet nechodí „*Paní doktorka mi řekla, že na internetu jsou bláboly, že se lidi nechají zmást.*“

- **Blízcí lidé**

Čtyři respondenti uvedli, že kromě lékaře řešili své zdravotní problémy s rodinou, známými nebo přáteli. R4 uvedl: „*Pomohli mi známí, moje švagrová řekla půjdeš k tomuhle ortopedovi a s ním jsem spokojený. Dcera má tchýni, je to bylinkářka, ale tomu nevěřím, tak tam jsem pomoc nehledal, věřím odborníkům.*“ R7 odpověděla: „*Dostala jsem od dětí dárek na přírodní léčbu, cvičení, byla jsem týden a bylo to výborný. Taky mi koupily nějaké doplňky stravy, ale,*

že by to mělo nějaký efekt, tak to ne. Ten pan doktor, co mě operoval, **mi byl doporučen synem**, ale i jinými lidmi, takže mu důvěřuji.“ R8 uvedla: „Zkoušela jsem se doptávat u známých, někdo mi řekl, že dokud mám svoje koleno, tak je to nejlepší, dokud chodím, tak proč jdu na operaci, ale já jsem **věřila panu doktorovi**.“ R10 odpověděla: „Dcera s vnučkou mi našly doktora, dcera mi hodně pomáhala, brala si volno v práci, všude se mnou jezdila, nešlo mi vylézat z auta.“

4.5 Oblast Prevence nemocí

Další zkoumanou oblastí byla oblast prevence nemocí.

4.5.1 Potíže-potřeba intervence

Respondenti byli dotazováni, které potíže je přivedly k lékaři, co je donutilo řešit svůj zdravotní stav, co pro ně bylo nejvíc obtěžující.

- **Bolest**

Všichni respondenti uvedli bolest jako dominantní a limitující faktor. Bolest, která je dříve či později začala obtěžovat v noci. R1 odpověděl: „*Tak asi 5 let, začal jsem chodit na obštriky. Nejvíc mi vadily noční bolesti.*“ „*Tak asi dva roky*“, odpověděla R2, „*nejhorší byla chůze do schodů a ze schodů, bolela mě páteř a měla jsem noční bolesti.*“ Potíže trvající zhruba dva roky udával také R3: „*nejhorší byla bolest, to bylo při únavě a pak mě to bolelo i večer v posteli*“. R4 odpověděl: „*Bolely mě kolena, cítil jsem se unavený, tak jsem si odpočinul, zas to bylo dobrý, jezdil jsem na kole, koupil jsem si elektrokolo, ale posledního půl roku jsem kvůli bolesti začal chodit po ortopedech.*“ R5 reagoval: „**Nespál jsem kvůli bolesti.**“ „*Posledního třičtvrtě roku jsem byla pořád vzhůru, nemohla jsem se ohnout, třeba obléct ponožky a když jsem šla dýl, tak mě bolel zadek*“, uvedla R6. R7 uvedla, že k ortopedovi šla, když jí bolest začala budit v noci. R8 odpověděla, že jí koleno bolelo pořád a lékař jí řekl, že jediná možnost je operace. R9 mluví o „**bolesti šílené, hlavně v tříslech.**“ R10 uvedla: „*Pan doktor mi řekl, že není jiná možnost než operace, tak jsem to vzala, jak to je, chtěla jsem vysvobodit z té bolesti.*“

- **Obavy**

Dva z respondentů mimo bolest uvedli obavy z pádu. R1 odpověděl: „*Koleno se mi zasekávalo při chůzi, ke konci jsem venku chodil o holi, **bál jsem se pádu.***“ „*V říjnu 2020 jsem byla naposledy na kole a začala jsem chodit o berlič.*“ Odpověděla R11. „*Už se to nedalo, **na kole jsem se bála**, neudržela jsem se na noze, kdybych musela rychle zastavit, tak bych spadla.*“

4.5.2 Příčina nemoci

- **To mi hlídají oni**

Respondenti byli dotazováni na platnost očkování proti tetanu. Očkování proti tetanu je v České republice součástí povinného očkování a je plně hrazeno. Pokud není jiná indikace, v dospělosti je povinné pravidelné přeočkování každých 10-15 let (GlaxoSmithKline, 2023).

Tabulka 4 Znalost platnosti očkování proti tetanu

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Znalost očkování proti tetanu	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano	ano	ne	ano	ano

Dotazem bylo zjišťováno, zda si přeočkování proti tetanu respondenti hlídají sami. Všichni respondenti uvedli, že platnost očkování jim hlídá registrující lékař, sestra, nebo datum očkování mají nalepené na průkazu zdravotního pojištění. Platnost očkování respondenti uváděli od 10 do 15 let. R5 odpověděl: „*Když jsem přestoupil k paní doktorce, tak mě hned přeočkovala proti tetanu, jak dlouho očkování platí, nevím.*“ R9 uvedl: „*Ted' mám nového, potřeboval jsem ta různá vyšetření, to mě nachytali, že to nemám, tak mě přeočkovali, jakou to má platnost, to nevím, mám to nalepené na kartičce, ale ten pan doktor je takový aktivní, tak by mi dal vědět.*“

- **Proč to mám já**

Respondenti byli dotazováni, co podle jejich mínění může být příčinou postižení pohybového aparátu.

V odpovědích se nejčastěji objevovalo slovo genetika, sport a opotřebením kloubu ze zaměstnání: R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9, R11. R6 uvedla: „*Mám prášky na rakovinu prsu, biologickou léčbu a mezi nežádoucími účinky je, že to poškozují klouby.*“ R7 reagovala slovy: „*Jako miminko jsem měla nedorostlá jaderka a práce na lince tomu dopomohla.*“ R10 odpověděla: „*Myslela jsem, že je to k věku, ale ted' myslím, že mi k tomu přidala smrt manžela, že mi ruply nervy, byla jsem na tom špatně psychicky a ten covid, že jsme nemohli ven, že se to uspíšilo, asi by to přišlo, třeba za dva tři roky, a ne takhle najednou.*“

- **Jak zmírnit potíže**

Podkategorie Jak zmírnit potíže zahrnuje odpovědi týkající se možností léčby, oddálení operace, zmírnění potíží během čekání na operaci.

R1, R2 uvedli, že dostávali injekce do kloubu, „*Takové ty maziva.*“ R4, R5, oba řemeslníci, instalatěři odpovídali podobně. R4: „*Paní doktorka mi nabízela rehabilitaci, ale v té době jsem hodně pracoval, tak jsem to odmítl.*“ R5 uvedl: „*No každý mi řekl, ať se šetřím, ale copak můžu dělat tohle řemeslo a šetřit se?*“ Klíčové pro R1, R3, R11 se jeví vyslovení diagnózy lékařem. R1 uvedl: „*Měl jsem artrózu 3. stupně, **a to si myslím**, že se nezachrání nějakýma injekcema.*“ „*Měl jsem artrózu 4. stupně a tam už žádná jiná možnost léčby není.*“ Odpověděl R3. R11 reagovala: „*Ne, to nešlo oddálit.*“ S bolestí se potýkali všichni respondenti. R10 odpověděla: „*No trpěla jsem. Dcera mi kupovala analgetika v lékárně, ptala se pana doktora, jestli ty léky můžu a víc jsme to neřešili.*“ R8 a R9 uvedli, že neužívali perorální analgetika. Ostatním respondentům analgetika předepisoval registrující lékař nebo ortoped. R1 uvedl, že k předepsaným analgetikům si kupoval volně prodejná analgetika a přes doporučení lékaře omezit náročné sportovní aktivity dál sportoval (respondent hrál fotbal). R5 uvedl, že paní doktorka mu nabízela rehabilitaci, ale protože hodně pracoval, tak to odmítl. R7 odpověděla, že se bolest snažila vydržet, aby analgetika nemusela brát každý den. Respondenti na dotaz, jak mírnily své potíže, uváděli: R4 si vědom své nadváhy: „*Zkoušel jsem zhubnout, ale když jsem přestal kouřit, tak mi váha vyjela o deset kilo, tak jsem přestal pít pivo, váha mi klesla o šest kilo, ale dělám fyzickou práci, nemám čas si rozdělit jídlo, **jsem si vědom**, že je to špatně, ale doufám, že když jsem dokázal přestat kouřit, tak že i zhubnu.*“ (hmotnost 96 kg, výška 170 cm). R8 uvedla: „*Chodila jsem si sama na Dornovu metodu, každý měsíc, i před operací, **a to mi dělalo dobře**. Hlídám si váhu, když přiberu, tak se omezím v jídle, jím všechno, ale střídě a nekupuji si domů sladkosti.*“ R6 řešila hmotnost se svým onkologem: „*15 kilo jsem přibrala po bioléčbě.*“ (Výška 161 cm, hmotnost 79 kg) „*Tak jsem jedla malé porce, hodně zeleniny, ovoce, když to šlo, jezdila jsem na kole. Shodila jsem třeba 3-4 kila a za chvíli to bylo zase zpátky. Mluvila jsem o tom se svým onkologem, ten mi řekl, **ať to teď neřeším**, ať se snažím váhu držet a až nebudu muset brát ty léky, že kila by mohla jít s mou pomocí dolů. Léčbu mám do listopadu 2022.*“

4.6 Oblast Zdravotní péče

4.6.1 Komunikace

Dotazem bylo zjišťováno, jaké informace pacienti obdrželi při přijetí do zdravotnického zařízení a zda se potřebovali na něco doptat nebo chtěli něco dovysvětlit.

- **Hodně informací**

V odpovědích respondentů se objevuje, že informace byly vyčerpávající, informací bylo hodně. Respondenti udávali, že dostali informace týkající se operace, jak dlouho bude trvat operační výkon, jaký typ náhrady jim bude implantován, jak dlouho zůstanou hospitalizováni na ortopedickém oddělení. Všichni respondenti sdělili, že dostali zpětnou vazbu od lékaře týkající se případných dotazů mimo respondentů 9, 10. R10 uvedla: „*Že by mi někdo řekl, potřebujete ještě něco vědět, tak tuhle větu jsem neslyšela, ale měla jsem pocit, že už toho **vím tolik, že už víc nepoberu.***“ R1 uvedl: „*Byl to takový **příjemný rozhovor**, možná jsem se na něco doptával, ale vyplývalo to z rozhovoru.*“ R2 a R3 odpověděli podobně, že si s panem doktorem měli možnost o všem popovídat. R3 uvedl: „*Doptával jsem se, co mi v koleně seberou a co mi tam nechají, jaké vazy, na internetu jsem zjistil, že se něco bere, něco zůstává.*“ R4 reagoval slovy: „*Ano, všechno mi vysvětlil, ale když už jste v takovém stavu, že sotva chodíte a dostanete se na operaci, tak už **neřešíte nějaké věci kolem.** Já, než jsem se dostal na operaci, tak jsem oběh několik známých, který to absolvovali, tak jsem všechno věděl. **Byl jsem rád**, že jsem se sem dostal. Zajímalo mě hlavně, kdy se vrátím do práce.*“ R5 odpověděl: „*Když jsem tady byl poprvé, před dvěma roky, tak už jsme si o tom povídali, teď při příjmu jsem se ptal, jestli budu moct dělat svoje řemeslo, to mi pan doktor říkal, že je to u každého jiné, syn pracuje taky jako instalatér, tak bych mu rád pomáhal, **já jsem byl rád**, že už jsem se dostal na operaci, kvůli covidu se to posouvalo.*“ „***Ta domluva byla super**, mluvila jsem s panem doktorem v dubnu, tam jsme si všechno řekli, nyní (v červnu) jsem se na nic doptat nepotřebovala.*“ Uvedla R6. Podobně odpověděl R9: „*Já jsem byl u svého ortopeda-operátora v ambulanci, tam jsme si všechno řekli.*“ R7 tvrdí, že při příjmu byla hodně nervózní „*No a podcenila jsem to s těmi pomůckami, neptala jsem se, byla jsem přesvědčena, že tady všechno dostanu, tak jsem zjistila, že to není automatické, že bych to dostala. A propásla jsem kvůli **svému ne úplně zodpovědnému přístupu** objednání na rehabilitaci. Paní doktorka to neřešila, to mě překvapilo, když jsem měla ty papíry, **tak se měla zeptat**, jestli to mám všechno zajištěné.*“ R11 uvedla: „*Informace, co jsem měla mi stačily, už jsem se ani neptala, já už jsem **nic vědět nechtěla.***“

- **Rizika výkonu**

Každý operační výkon je zatížen nějakými riziky. Respondenti byli požádáni o vyslovení rizik, která mohou být spojena s jejich operačním výkonem.

Tabulka 5 Vyslovená možná rizika spojená s operačním výkonem

Respondent	Vyslovená možná rizika operačního výkonu
1	Infekce, nepřijetí implantátu, krvácení, embolie
2	Žilní trombóza, mrtvička
3	Operace se nemusí povést
4	Operace se nemusí povést, kratší končetina, můžou přetrvávat bolesti
5	trombóza
6	Operace se nemusí povést
7	trombóza
8	Plicní embolie, sraženiny v končetinách, riziko spojené s narkózou
9	Nemožnost chůze
10	Zástava srdce, plicní embolie
11	Nepřijetí implantátu

Respondenti byli dotazováni, zda byli seznámeni s možnými riziky podstoupeného operačního výkonu, zda s nimi lékař mluvil o případných rizicích operace. Pokud byl respondent ochoten o rizicích mluvit, požádala jsem o uvedení možných projevů žilní trombózy nebo infekce.

R1 uvedl: „No mluvil to asi ne, u žilní trombózy by mohlo být bolest lýtek, tlak.“ „Pan doktor mluvil o rizicích, ale já jsem prakticky zdravá, mluvil o žilní trombóze, ale jak by se to projevilo, tak to ne.“ Reagovala R2. R3 odpověděl: „Myslím, že se ta operace vůbec nemusí povést, že můžu dopadnout hůř, no, co je to hůř, když chodím rok a půl o berlich, tak dopadnout hůř už skoro nejde. Žilní trombóza to určitě může být komplikace, o projevech jsem s panem doktorem nemluvil.“ R4 uvedl: „No, já se ptal, proč mi pořád zamotávají ty nohy, tak mi to vysvětlovali, ale asi bych to na sobě nepoznal, kdyby se něco takovýho dělo, (žilní trombóza) možná, že se mnou někdo mluvil o projevech, ale já to nevnímám.“ R6 a R11 odpověděly obdobně. R6: „**Já jsem se po rizicích nepídila, věřím, že to bude v pořádku, pan doktor mi žádná rizika neříkal,**

a i kdyby mi to chtěl říct, tak mu řeknu, že to nechci vědět. Žilní trombóza? Máme ty nohy pořád obvázané, věřím, že se to nestane, ale asi bych to na sobě nepoznala.“ R11: „Já jsem se na rizika vůbec neptala a ani to nechci vědět, ale vím, že jsou. Jako prevenci žilní trombózy mám ty punčochy a dostávám ty injekce do břicha, kdybych to měla, asi by mě strašně bolela noha.“ R7 vyjádřila obavy: „No nejvíc jsem se bála trombózy, nohy mě bolely už před operací, tak jsem o tom mluvila s paní doktorkou, jestli to nemám a ta mě ujišťovala, že ne. Tady dostáváme injekce do břicha, jako prevenci.“ R5, R8, R9 a R10 odpovídali podobně, znají riziko žilní trombózy a uvedli preventivní opatření v podobě injekcí do břicha a bandáží dolních končetin.

4.6.2 Budoucnost-vize

Respondenti byli postižením pohybového aparátu značně limitováni, což se promítalo jak v soukromém, tak u zaměstnaných v pracovním životě. Nyní, po operaci, je čeká pozvolný návrat k životu bez omezení.

- **Jak po propuštění**

Pacienti v daném zdravotnickém zařízení podstupující TEP kolene nebo kyčle mohou být po propuštění z ortopedického oddělení přeloženi na následnou rehabilitaci, která je součástí daného zdravotnického zařízení, nebo si sami zařídí rehabilitační centrum, ústav, například z důvodu blízkosti vzhledem ke svému bydlišti, nebo jsou propuštěni do domácího ošetřování. Tato podkategorie zahrnuje otázky týkající se informací o péči a sebestarání po propuštění z ortopedického oddělení.

Domluvené rehabilitační centrum nebo ústav, kam budou propuštěni z ortopedického oddělení, mají respondenti 1,3,5,6,8,10,11. Respondenti udávali, že po operaci dostali od rehabilitační sestry edukační leták, který obsahuje informace, jak mají cvičit, jaké pohyby mohou a nemohou dělat, a v jaké časové ose.

R1 reagoval: „Mám tady edukační leták, co se týče rehabilitace, ale jak se třeba starat o jizvu, tak to nevím, nikdo se mnou nemluvil, mám domluvené rehabilitační centrum a pak jdu do lázní, kdybych měl nějaký problém, asi bych zavolal sem do nemocnice, tak třeba bychom to vyřešili po telefonu, anebo mě sem někdo doveze.“ R2 odpověděla: „**Já jsem nevěděla**, že si mám někde zajistit rehabilitaci. Byla tady rehabilitační sestra, dostala jsem leták, jak mám cvičit, sestřička říkala, že mi to ukáže, budu propuštěna domů, jsem domluvena s ortopedem, ke kterému jsem chodila před operací, že až budu po operaci, tak mu mám zavolat a že si mě vezme do péče.“ R4 uvedl: „Nevěděl jsem, kdy přesně budu mít operaci, mám nějakou rehabilitaci rozjednanou,

zařizuje mi to manželka, tak ještě nevím, kam půjdu. Můj ošetřující ortoped, který se o mě staral před operací, mi péči po propuštění nenabídl, já jsem si tuhle operaci zařídil přes známé, ujal se mě zdejší ortoped.“ R7 odpověděla: „Dostala jsem papíry od pana doktora, tak jsem to četla, ještě od známých někdo lázně měl někdo rehabilitoval doma. Myslím, že mě měla víc informovat moje paní doktorka obvodní, ta mi k tomu moc neřekla, myslím, že jsem měla mít víc informací před operací.“ R8 reagovala: „Před operací jsem nic nezjišťovala, doufám, že jak o sebe pečovat se dozvím v rehabilitačním ústavu. Co jsem se dozvěděla, tak tam jsou všichni spokojeni, tak se budu ptát až tam. Na pana doktora, co mě operoval, bych se obrátila, kdybych měla bolesti, mám s ním dobré zkušenosti.“ R9 uvedl, že má manželku rehabilitační lékařku, která se o něho postará. R10 odpověděla, že bude propuštěna do rehabilitačního ústavu, ale doma má už vše připravené, upravila si ložnici, nechala si udělat nový sprchový kout, má zajištěné ortopedické pomůcky, co jí poradily kamarádky. R11 uvedla: „Informace mám přes známou, co byla taky na operaci, tak mi řekla, co bych měla mít doma, ale jít domů jsem nechtěla, jdu do rehabilitačního ústavu na doporučení fyzioterapeuta, chci co nejdřív fungovat, lázně nechci.“

- **Co očekávám od operace**

Pacienti podstupující plánovaný operační výkon TEP kolenního nebo kyčelního kloubu jsou zpravidla poměrně dlouhou dobu před operací limitováni v běžném životě. Respondenti byli dotazováni, co očekávají od operace, co je pro ně důležité.

O bolesti mluvil pouze R1, R4 a R9. R1 odpověděl: „Chci, aby mi přestaly ty noční bolesti a přestanu používat hůl ze strachu před pádem. Ale myslím, že nějaké bolesti mi zůstanou.“ R4 si přeje, aby zmizela bolest, která ho v noci budila i když se na to dá do určité míry zvyknout. R9 uvedl: „Maluju si to, že budu normálně chodit, aniž by mě to nějak zvlášť bolelo, i když tam něco zůstane.“ R2 uvedla, že je pro ni důležité, až bude moct vyrazit na nějaké túry, hrady, zámky. R3 nechce být v invalidním důchodu, který má kvůli páteři a kolenům „No očekávám, že se vrátím do normálního života.“ R4 by se rád po operaci vrátil do práce (instalatér), tato informace pro respondenta byla důležitá i při příjmu. R5 odpověděl podobně, před operací pracoval se synem jako instalatér, tak by mu rád pomáhal. R6 má vnouče, tak se těší, až bude moci vzít kočárek a jít se projít. R7 se těší, že se bude normálně hýbat. R8 uvedla, že se musí hlavně poradit s panem doktorem co dělat, aby už na takovou operaci nemusela. R10 reagovala: „Že budu tančit, ne dělám si legraci, ale pan doktor to řekl taky v legraci, ale podpořil mě, co

chci být soběstačná, já jsem ráda cestovala, teď jsem dva roky nikde nebyla.“ R11 se chce vrátit do školy (učitelka), normálně chodit, lyžovat, jezdit na kole a věnovat se vnukovi.

4.7 Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem

Respondenti byli dotazováni kým, kdy a jak byl předložen formulář Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem. Pacienti přijatí k plánovanému operačnímu výkonu podepisují formulář Souhlas s hospitalizací a podáváním informací, formulář Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem a po rozhovoru s anesteziologem formulář Souhlas s podáním anestezie, a to v den příjmu do zdravotnického zařízení. Dále po rozhovoru s všeobecnou sestrou podepisují formulář Ošetřovatelská anamnéza a formulář Edukace/Poučení. U respondentů jsem se dotazem ujišťovala, že je zcela zřejmé, o kterém formuláři budeme hovořit.

4.7.1 Význam pro mě

Respondenti byli dotazováni, co je napadne v souvislosti s informovaným souhlasem, co informovaný souhlas pro ně znamená.

R1 vzhledem ke svým specifickým požadavkům na léčbu uvedl: *„První mě napadne, že tam chci uvádět svoje postoje k operaci, **chci informovaný souhlas**. Informuje mě lékař a já s tím mám souhlasit, já to přečtu, nechám si vysvětlit to, čemu nerozumím a uvádím svoje postoje.“*

R2, R3, R8 a R9 odpovídali podobně a to tak, že s operací musí souhlasit. R3 reagoval slovy: *„Ta výměna kolene je pro mě nejdůležitější“*. R8 navíc uvedla: *„Už jsem byla ráda, že ta operace bude, dvakrát mi zrušili termín kvůli covidu.“* R4 použil srovnání informovaného souhlasu ke své profesi: *„Například, když půjdu dělat do fabriky, tak musím podepsat nějaká jejich pravidla, tento informovaný souhlas, pro mě to jsou pravidla této nemocnice, **neřeším to, je to právní záležitost**, je to připravený tak, aby byli od právníka chráněný a já se jim nedivím.“*

R5 uvedl: *„Požádám nemocnici a dostanu termín operace.“* R6 reagovala: *„Pan doktor mi řekne, co mi budou dělat, jak to všechno bude a já, **když s tím budu souhlasit**, řeknu dobře udělejte to, jak myslíte **a podepišu to**.“* R7 odpověděla: *„No měla bych být seznámena s riziky, kdyby mohly být po operaci nějaké problémy, to je tam uvedené.“* Dle mínění R10 informovaný souhlas znamená: *„No musím já s tím souhlasit, rodina s tím musí souhlasit, všechno, co se mě týká, co by mě **mohlo ohrozit na zdraví**, se vším bych měla být srozuměna.“* R11 na dotaz co znamená informovaný souhlas reagovala: *„Abych řekla pravdu, těch papírů bylo hrozně moc, podepisovala jsem spousty věcí, už si to ani všechno nepamatuji.“*

4.7.2 Můžu to odvolat?

Součástí Informovaného souhlasu je poučení týkající se možnosti souhlas s poskytováním služeb odvolat. Respondenti byli dotazováni, zda dle jejich mínění mají možnost odvolat informovaný souhlas případně za jakých okolností.

R1, R2, R5 a R11 odpověděli shodně, a to tak, že neví, jestli mohou souhlas odvolat. R3 se domnívá, že operaci odvolat nelze. R4 a R9 připouští možnost odvolání, R9 se domnívá, že pacient se nemusí na operaci cítit dobře psychicky. R6 reagovala slovy: „*Myslím, že může, ale proč bych to dělala? Kyčel mě hodně bolela, **chtěla jsem pomoci a když už jsem se k tomu odhodlala, tak bych to neodvolala. Možná, když pacient ztratí důvěru, ale já panu doktorovi věřím, nemám důvod nevěřit.***“ Určitě ano odpověděli R7 a R8. R8 dodal: „*Když někdy poslouchám, co lidi řeší, tak to nechápu. Já u všech operací to nechám na doktorech, **oni vědí, co je pro mě nejlepší.***“ R10 reagovala: „*No, **jestli je labilní, že si to rozmyslí, že se bojí, ale po právnické stránce, tak to nevím, ale já bych to neudělala, už jsem nebádala, mám zkušenost, že čím víc člověk kombinuje, tak je to horší.***“

4.7.3 Okolnosti podpisu

Respondenti byli dotazováni, kdy a kým jim byl předložen informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem k podpisu.

Žádný z respondentů neuvedl, že by neměl možnost si informovaný souhlas přečíst. „*Pan doktor to při příjmu vytisknul, vzal jsem si to s sebou na pokoj, já jsem si to přečetl a pak, když přišel jsme to spolu procházeli.*“ Uvedl R1 a dodal, že má zkušenost z jiného zdravotnického zařízení, že informovaný souhlas přinesla sestra, která mu to nechtěla nechat přečíst. R2 odpověděla: „*No při příjmu pan doktor, řekl mi, co v tom formuláři je a já to podepsala, **ale co tam je si nevzpomenu, informací je hodně.***“ R3 reagoval, že věděl, do čeho jde a neměl z toho špatný pocit: „*Dal mi to pan doktor při příjmu, četl jsem to zběžně a podepsal to. Určitě tam byla ta výměna kolene, a to je pro nejdůležitější.*“ R4 si vzal informovaný souhlas s sebou na pokoj, lékař mu doporučil si formulář přečíst: „*Tak jsem to prolít a podepsal a je to tak, jak jsem říkal, **musím to podepsat, brala si to ode mě sestra, ptala se mě, jestli je mi to jasný, samozřejmě jsem řekl ano.***“ R5 reagoval: „*No pan doktor při příjmu, ještě tam přišel anesteziolog, **a tak jsem pořád podepisoval, asi sedm papírů, ten formulář jsem nečetl, měl jsem takové všeobecné informace, do hloubky jsme nešli, ale já bych to ani vědět nechtěl.***“ R6 uvedla, že informovaný souhlas jí přinesla sestra: „*Četla jsem to, **ale jaké informace tam byly, si už nevzpomenu, ale nebylo tam navíc nic o čem bychom s panem doktorem nemluvili. Sestra***

se mě neptala, jestli chci něco vysvětlit.“ Podobně odpověděl R9: *„Sem na pokoj, přinesla to sestra, pročítal jsem to zběžně, ona spěchala, jestli chci ještě něco vysvětlit, se mě neptala.“* R8 přinesla informovaný souhlas také sestra: *„Ještě jsem neměla připravený pokoj, tak jsem seděla v jídelně a tam mi ho donesla sestra, pročítaly jsme to spolu a já to podepsala, sestřička se mě ptala, jestli chci něco vysvětlit, já jsem nic nechtěla.“* R7 informovaný souhlas donesl na pokoj nějaký doktor: *„Říkal mi, že si to mám pořádně přečíst, četla jsem to, pak si pro to přišel, jestli tomu rozumím se mě neptal, ale já bych se zeptala sama, kdyby mi něco nebylo jasné.“* R10 odpověděla že informovaný souhlas četla, protože jí dali přečíst všechno: *„Podepisovala jsem strašně ležster, ale já bych podepsala všechno, já bych se vším souhlasila, protože jsem neměla na výběr. Já jsem sem jela a těšila jsem se, hlavně aby nebyl ten covid, aby mi neřekli za rok, jste v pořadí, já bych to už nedala.“* R11 uvedla, že si nepamatuje, kde podepisovala informovaný souhlas s operačním výkonem: *„Něco jsem podepisovala u něj, něco mi přinesly sestřičky, četla jsem to všechno, ale nechtěla jsem si to pamatovat.“*

4.7.4 Hodnocení formy dokumentu

Respondenti byli v tuto chvíli průzkumu požádáni, zda by si přečetli text svého formuláře informovaného souhlasu. V informovaném souhlasu s plánovaným operačním výkonem je použit typ písma Arial, velikost 9. Respondenti byli požádáni, zda by zhodnotili psaný text známkami od jedné do pěti, jedna nejlepší hodnocení, pět nejhorší hodnocení. Dále byli respondenti požádáni o případné označení textu, kterému nerozumí, není jim jasný. Respondentům jsem poskytla tužku na případné označení, někteří z respondentů použili brýle na čtení. V tuto chvíli bylo pozastaveno nahrávání rozhovoru a respondenti si sami určili časový úsek, který potřebovali k přečtení. Žádný z respondentů neprovedl označení textu, části textu nebo slova.

Tabulka 6 Hodnocení formy textu informovaného souhlasu známkováním

Respondent	Velikost písma	Typ písma	Návaznost textu	Rozdělení textu na odstavce
1	3	1	1	1
2	2	1	1	1
3	2	1	1	1
4	2	2	1	1
5	2	2	1	1
6	2	1	1	1
7	3	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	Hodně tučného	1	1
10	1	1	1	1
11	2	1	1	1

Po zhodnocení textu byli respondenti dotazováni, zda je v dokumentu nějaký text, který tam podle jejich mínění nenáleží, nebo v dokumentu něco chybí. Respondenty jsem požádala, zda by mohli doporučit nějaké úpravy dokumentu pro jeho lepší čitelnost.

R1 odpověděl: „*Četlo se to dobře, psal bych to větším písmem a například zvýraznit, že nejsou alternativy léčby, lidé se děsí slova smrt, ale to tam být musí. Určitě větší písmo.*“ R2 uvedla, že se text četl dobře, všechno, co tam je tam má být. R3 by žádné vizuální úpravy textu nedoporučoval a s brýlemi se mu četlo dobře: „*Je tam celkem podrobně popsána operace, což může někoho vyděsit.*“ R4 odpověděl, že v textu není nic, co by nevěděl před operací, doporučil by zvýraznění důležitých věcí: „*Mě to takto stačí, jsem rád, že jsem se dostal na operaci a víc neřeším*“ R5, R6, R7 a R8 odpověděli podobně, že je to napsané vyčerpávajícím způsobem, je tam všechno a úpravy textu by žádné nedělali. R8 uvedla: „*Jinak se to četlo teď a jinak před operací.*“ R9 odpověděl: „*Já to beru jako hotovou věc.*“ R10 reagovala slovy: „*Já si říkám, že to píšou lidi, kteří tomu rozumí, ví, co píšou, jsou vypíchnutý důležitý věci, žádné úpravy bych si nedovolila doporučit, nic mě nenapadá. Myslím, že by to mělo být včas, s předstihem, aby si to pacient stihl rozmyslet*“. R11 uvedla: „*Je to stručné, jasné a logické.*“

4.7.5 Test zjišťující chápání význam slov, slovních spojení

Test je sestaven z 20 slov, slovních spojení. 15 slov, slovních spojení se vyskytuje v informovaném souhlasu a 5 slov, slovních spojení, a to premedikace, zevně, revize a časná mobilizace, antibiotika. Při vyslovení slova, slovního spojení byli respondenti požádáni o vysvětlení, o sdělení, jak slovo chápou v souvislosti s operačním výkonem, který podstoupili. Vyslovená slova jsou doslovně přepsána a tučně jsou označena slova, která dle mého mínění nebyla vysvětlena správně.

R1 – Alergie-reakce na nějakou látku; Alternativní postup-jiný druh léčby; Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-močová cévka; Premedikace-předoperační medikace; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-protizánětlivé léky; Plicní embolie-krevní sraženina v plicích; Elastická bandáž-pružné obinadlo; **Drén-vstup do žíly**; Infekce-nákaza; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření - opatření proti něčemu; Konzervativní postup – postup bez operace; Žilní trombóza-ucpání žíly krevní sraženinou; Proleženina–odumření tkáně trvalým tlakem na jedno místo; Přidružená onemocnění-nemoci, které se mohou přidat k základnímu onemocnění; Zevně-vně; Revize-znovuotevření; Časná mobilizace-včasný pohyb, rozcvičení.

R2 – Alergie-přecitlivělost; **Alternativní postup-běžný postup**; Anestezie-narkóza; Permanentní močový katetr-cévka do močového měchýře; Premedikace-léky před operací; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-sraženina do plic; Elastická bandáž-zavázání nohou; Drén-hadička z rány na čištění; Infekce-zanešení něčeho do těla; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření doporučení, aby se člověk něčeho vyvaroval; **Konzervativní postup-běžný postup**; Žilní trombóza-to může také vzniknout po té operaci; Proleženina-může vzniknout, když člověk dlouho leží; Přidružená onemocnění-že se něco přidá k základnímu onemocnění; Zevně-zvenku; Revize-opakování; Časná mobilizace-aby se člověk začal brzy pohybovat.

R3 – Alergie-přecitlivělost; Alternativní postup-jiný postup; Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-cévka; Premedikace-nasazení léků před výkonem; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky; Plicní embolie-vmetek do plic; Elastická bandáž-to co mám na noze; Drén-to jsem měl v koleně na odvádění krve a tak; Infekce-zánět; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-zabezpečení, aby se něco nestalo; Konzervativní postup-neoperativní léčba; Žilní trombóza-křečové žíly; Proleženina-při dlouhodobém ležení se špatně

prokrvuje tkáň, a vzniká proleženina; Přidružená onemocnění-vedlejší onemocnění; Zevně-zvnějšku; Revize-u té operace reoperace; **Časná mobilizace-včasný zásah.**

R4 – Alergie-reakce na něco; **Alternativní postup-postup, který má logiku;** Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-cévka; **Premedikace-nevím;** Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-vmetek do plic; Elastická bandáž-obvazy na končetinách; Drén-po operaci dávají do rány; Infekce-když se do rány něco dostane; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-předejít něčemu; **Konzervativní postup-to je třeba ta bandáž;** Žilní trombóza-ucpání žíly; Proleženina-otlaky na kůži; Přidružená onemocnění-k té noze, co mi operovali, tak můžu chytit Covid; Zevně-navrchu; Revize-kontrola; **Časná mobilizace-podchytit to včas.**

R5 – Alergie-na pyl; **Alternativní postup-medicínský postup;** Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-co se dává do močové trubice; Premedikace-něco kolem léků; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-kousek něčeho v žíle, co se trhne a jde do plic a je neštěstí; Elastická bandáž-obvaz na nohách; Drén-potrubí k ráně, odtéká, co tam nepatří; Infekce-nemoc, vzniká nějakou nečistotou; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-opatření, co se dělá, aby k něčemu nedošlo; **Konzervativní postup-klasický postup;** Žilní trombóza-v žíle je kousek sražené krve; Proleženina-když pacient leží dlouho na jednom místě, tak vzniká; Přidružená onemocnění-nemoci, které se projeví později; Zevně-venkovní; Revize-po určité době kontrola; **Časná mobilizace-časné rozpoznání nemoci.**

R6 – Alergie-přecitlivělost; Alternativní postup-je něco daného, ale když to nejde, tak se to musí udělat jinak; Anestezie-narkóza; Permanentní močový katetr-cévka; Premedikace-léky před operací; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky proti infekci; Plicní embolie-tlak na hrudi, nemožnost dýchání; Elastická bandáž-zavázané nohy obinadlem; Drén-v ráně hadička; Infekce-zanícená rána; Krevní podlitina-hematom; Preventivní opatření-co se může proti tomu dělat; **Konzervativní postup-nevím;** Žilní trombóza-když se v žíle utvoří sraženina; Proleženina-když ležíte dlouhou dobu třeba na zádech; Přidružená onemocnění-nevím; Zevně-zvenčí; Revize-oprava; Časná mobilizace-začít včas, dřív chodit.

R7 – Alergie-reakce na něco; **Alternativní postup-základní postup;** Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-močová cévka; **Premedikace-nevím;** Hospitalizace-léčba v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-sražená krev se dostane do plic; Elastická bandáž-to mám na nohách; Drén-je vyvedený z rány; Infekce-zánět, to se berou ty

antibiotika; Krevní podlitina-sraženina krve; Preventivní opatření-soubor opatření k předejití něčemu; **Konzervativní postup-klasický, přirozený**; Žilní trombóza-ucpání cév; Proleženina-no, když dlouho ležíte, tak může vzniknout; Přidružená onemocnění-to, co se přidá k nemoci; Zevní-vnější; Revize-no třeba rentgen; **Časná mobilizace-no, když se zhorší můj zdravotní stav.**

R8 – Alergie-já mám na antibiotika, může se to projevit vyrážkou, dušením; **Alternativní postup-posloupnost**; Anestezie-uspávání; Permanentní močový katetr-cévkka, to jsem zjistila až v tom souhlasu; Premedikace-léky; Hospitalizace-doba pobytu v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-to je ta sraženina; Elastická bandáž-obvaz; Drén-to bylo to v tom kolenu, odtéká tím to, co tam nepatří; Infekce-že do rány můžete dostat zánět; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-něco dělat, aby k něčemu nedošlo; **Konzervativní postup-stálý postup**; Žilní trombóza-zánět žil; Proleženina-poraněná kůže otlakem; Přidružená onemocnění-k základnímu onemocnění se mohou přidat další nemoci; Zevně-navrchu; Revize-zopakování, kdyby to bylo špatně, tak musím znovu na operaci; Časná mobilizace-že se musím začít brzy hýbat.

R9 – Alergie-reakce na nějakou látku; Alternativní postup-jiné řešení; Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-cévkka; Premedikace-rozepsání léků; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky proti zánětu; Plicní embolie-vmetek do plic; Elastická bandáž-to mám na nohách; Drén-z rány odvádí to, co tam nemá být; Infekce-zánět; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-něco dopředu, aby se předešlo možným komplikacím; **Konzervativní postup-klasická metoda**; Žilní trombóza-sraženina v žíle; Proleženina-to asi budu brzy mít, dlouho ležím; Přidružená onemocnění-no, že k tomu základnímu se něco přidá; Zevně-vně; Revize-kontrola; **Časná mobilizace-tak to nevím.**

R10 – Alergie-alergická reakce na léky; Alternativní postup-z několika postupů na výběr; Anestezie-umrtvení lokální nebo celkové; Permanentní močový katetr-cévkka zavedená do močového měchýře; **Premedikace-nevím, něco o lécích**; Hospitalizace-pobyt v nemocnici; Antibiotika-léky na zánět, metla lidstva; Plicní embolie-když do plic se dostane krev, sražená; Elastická bandáž-to mám na nohách; Drén-ten jsem měla v ráně, už je venku; Infekce-nákaza třeba žloutenka; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-něco zhubne, nebude kouřit, něco ke zlepšení; Konzervativní postup-postup bez operace, píchání kolagenu, já jsem byla pro radikální postup; Žilní trombóza-když by se ucply žíly; Proleženina-třeba na zádech, proto se točíme, abychom neměli proleženiny; Přidružená onemocnění-když máte nějakou nemoc

a třeba se k tomu přidá coronavirus; Zevní-zvenku; Revize-revize zákroku; **Časná mobilizace – to nevím.**

R11 – Alergie-to říkali, jestli jsem na něco alergická, třeba na pyl; **Alternativní postup-to nevím, tak jak to má být;** Anestezie-uspání; Permanentní močový katetr-zavedení té cévky; Premedikace-léky před anestezií; Hospitalizace-tady ležím; Antibiotika-léky tlumící zánět; Plicní embolie-sraženina v plicích a můžete zemřít; Elastická bandáž-obinadla nebo punčochy na noze; Drén-to bylo vyvedené z rány, aby to odvádělo to, co tam nepatří; Infekce-když se něco zanítí, nebo se dostane něco do rány, tak vzniká infekce; Krevní podlitina-modřina; Preventivní opatření-abych něčemu zabránila; **Konzervativní postup-nevím;** Žilní trombóza-ucpe se žíla; Proleženina-ty nemám, ale už je brzo budu mít, když člověk leží na jednom místě, tak to zčerná; Přidružená onemocnění-onemocnění, která vznikají v souvislosti se nějakou nemocí, například v mém případě by to mohla být trombóza; Zevně-zvenku; Revize-že to zrevidují, že se tam něco nepovedlo, tak to dají do kupy; Časná mobilizace-asi že budu brzy chodit.

Inspirací pro vyhodnocení odpovědí je test SAHL-E. Test je složen z 18 slov. Ke každému slovu je uvedeno jedno slovo asociační a jedno slovo odlišné. Za správné zodpovězení je považováno spojení asociačního slova se slovem základním, a je hodnoceno 1 bodem. Skóre 0-14 naznačuje, že zkoumaná osoba má nízkou zdravotní gramotnost (AHRQ, 2019).

Žádný z respondentů neměl méně než 14 bodů. Je možné tvrdit, že žádný z oslovených respondentů nemá nízkou zdravotní gramotnost.

Tabulka 7 Počet správných odpovědí v testu zjišťujícím chápání význam slov

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Počet správných odpovědí	19	18	19	15	16	19	15	18	17	18	18

Nejčastěji respondenti chybovali ve slovním spojení konzervativní postup, a to celkem v osmi případech. V informovaném souhlasu je uvedeno „konzervativní postup (postup bez operace)“, takže význam slova vzhledem k informovanému souhlasu je současně vysvětlen. Alternativní postup je druhým nesprávně vykládaným slovem, a to celkem v šesti případech. Alternativa je volba mezi dvěma nebo několika vzájemně se vylučujícími možnostmi. V informovaném souhlasu je uvedena formulace „nejsou žádná alternativní řešení“, to znamená, že pro pacienta

je jediná možnost operace. Dalším slovním spojením, které bylo vykládáno nesprávně, a šesti případech, je časná mobilizace. V medicíně je slovo mobilizace používáno v období rekonvalescence, rehabilitace, kdy pacient získává zpět svoji mobilitu-pohyblivost. Tři respondenti udávali, že neví, jak slovo premedikace může souviset s operací. Jeden respondent vysvětlil slovo drén vstupem do žíly.

4.7.6 Mistríkovo skóre čtivosti

Skóre čtivosti bylo zkoumáno u Informovaného souhlasu s názvem zdravotního výkonu Náhrada kyčelního kloubu a u Informovaného souhlasu s názvem Náhrada kolenního kloubu. Lékař, který pacienta přijímá k hospitalizaci, má možnost upravit předdefinovaný informovaný souhlas s ohledem na daného pacienta. U žádného hodnoceného informovaného souhlasu tato skutečnost nenastala. K zhodnocení čtivosti informovaných souhlasů byla použita počítačová aplikace *Maceška* (viz obr.1). Tutu aplikaci představila v bakalářské práci „Zkoumání čtivosti – srovnání způsobů měření obtížnosti textu“ Prchalová v roce 2013 (Prchalová, 2013).

Mistríkovo skóre čtivosti je u obou zkoumaných informovaných souhlasů na dolní hranici lehce čtivého a srozumitelného textu (Mistrík, 1968, s. 171-178). V případě informovaného souhlasu Náhrada kyčelního kloubu je skóre 41,99 a případě informovaného souhlasu Náhrada kolenního kloubu je skóre 42,18. Toto zjištění se shoduje s odpověďmi respondentů, kteří udávali, že text se jim četl dobře, normálně. Dle *FOG Indexu* jsou oba texty snazší než nejsnazší rozsah stupnice určující obtížnost.

2094	omezení	6	3
698	které	6	1
4452	jsem	6	1
39	kyčelního	6	3
211	údaje	5	1
2797	stavu	5	2

Vět celkem:	114
Slov celkem:	906
Slov jedinečných:	498
Slov tří- a víceslabičných:	235
Slabik celkem:	1661
Průměrná délka věty ve slovech:	7.95
Průměrná délka slova v slabikách:	1.83

 **Mistrík: 41.99**

 **FOG Index: 18.55**

428	operované	6	4
39	kolenního	6	3
4364	jsem	6	1
444	končetině	5	3
234	jeho	5	2
226	údaje	5	1

Vět celkem:	118
Slov celkem:	888
Slov jedinečných:	501
Slov tří- a víceslabičných:	236
Slabik celkem:	1636
Průměrná délka věty ve slovech:	7.53
Průměrná délka slova v slabikách:	1.84

 **Mistrík: 42.18**

 **FOG Index: 18.64**

Obrázek 1 Mistríkovo skóre čtivosti u jednotlivých informovaných souhlasů

5 DISKUZE

Průzkumná otázka č. 1

Co si pacienti představí/představují (co pacienti chápou) pod pojmem informovaný souhlas?

Proces informovaného souhlasu závisí na pochopení institutu informovaného souhlasu pacienty. Je založen na lidské interakci. Jak objasňuje ve své práci Realita informovaného souhlasu Pietrzykowski a Smilowská (2021), mezi hlavní překážky odpovídajícího porozumění informovanému souhlasu náleží vnitřní pocit pacientů, že jsou dobře informováni, a přesvědčení lékařů, že pacientům poskytují srozumitelné informace. Autoři uvádí, že se podařilo dohledat 14 článků, většina se zaměřovala na informovaný souhlas získaný pro účel klinické studie, avšak není důvod se domnívat, že úroveň porozumění informovanému souhlasu v běžné praxi bude vyšší. Jejich zjištění je vede k závěru, že pochopení základních složek informovaného souhlasu je na nízké úrovni, což zpochybňuje skutečné zapojení pacientů do sdíleného rozhodování (Pietrzykowski a Smilowska, 2021). Je možné se domnívat, že je to, jak uváděli respondenti, kvůli velkému množství informací a jakou váhu jednotlivým informacím respondenti přikládají. To, co musí souhlas obsahovat, aby byl informovaný, upravuje zákon (Česko, 2011). Žaloudík (2017) v kapitole O člověčím významu informovaného souhlasu v knize Informovaný souhlas se zamýšlí nad tím, kolik a jak pravdivě lze připravit informovaných souhlasů tak, aby informace byly komplexní a obsahovaly všechna poučení (Žaloudík, 2017, s. 44-51). Z průzkumu je možné se také domnívat, že oslovení respondenti si informovaný souhlas spojují s tím, co je pro ně důležité, nebo jakou mají zkušenost. Jak popisuje Šimek v knize Lékařská etika, každého pacienta zajímá na jeho nemoci něco jiného. Pro někoho je důležité vědět o nemoci vše, někomu vyhovuje znát pouze diagnózu. Někdo tlumí úzkost tím, že potřebuje vědět vše, další pacient čím víc ví, tím je jeho úzkost větší (Šimek, 2015, s. 140). V případě informovaného souhlasu s totální náhradou kolene nebo kyčle začíná proces informování vyslovením nutnosti operace lékařem, a končí vlastní operací. Tato doba může trvat i několik měsíců a pacient má možnost získávat informace jak prostřednictvím lékařů, tak z jiných zdrojů. Z odpovědí respondentů je možné usuzovat, že takto institut informovaného souhlasu nevnímají, i když se tak děje. Chodí na kontroly k ortopedovi, kterého si vybrali a kterému důvěřují, zjišťují informace prostřednictvím internetu a od nezdavatníků a konzultují je s lékařem. Např. R2 si na internetu objednávala výživu pro klouby a konzultovala tuto skutečnost s lékařem. Pro respondenty je důležité podstoupit operaci, tak s tím musí souhlasit. To byla nejčastější odpověď. R1 uvedl, že hlavně chce v informovaném souhlasu uvádět svoje postoje s ohledem na náboženské vyznání, což upravuje jiný

informovaný souhlas. Jedna respondentka uvedla, že by měla být seznámena s riziky a další respondentka odpověděla, že by v informovaném souhlasu mělo být uvedeno, co jí případně může ohrozit na zdraví. Pro R4 je informovaný souhlas právní záležitostí, což je pravda, protože v případě chybění informovaného souhlasu je zákrok protiprávní. Z tohoto důvodu je písemný informovaný souhlas pro poskytovatele zdravotních služeb hmatatelným důkazem, že pacient nezbytné informace obdržel (Mach, 2017b, s. 51-60).

V roce 2006 byla zveřejněna studie realizovaná ve Spojeném království Anglie, která se uskutečnila na gynekologicko-porodnickém oddělení fakultní nemocnice týkající se vnímání písemného souhlasu. Autoři upozorňují na významný rozdíl mezi vnímáním procesu informovaného souhlasu pacienty a tím, jak je nastaven v bioetickém modelu. Respondentky v této studii uváděly, že podpis informovaného souhlasu slouží hlavně k tomu, aby mohla být provedena operace a byla zaručena právní ochrana zdravotnického zařízení v případě soudního sporu (Akkad et al., 2006). I když byly výsledky studie zveřejněny před více jak 25 lety, je možné pozorovat podobná zjištění s jednotlivými případy uskutečněného průzkumu.

Respondenti byli dotazováni, zda je možné již podepsaný informovaný souhlas odvolat. Nejčastější odpověď byla, že neví, jeden respondent uvedl, že operaci odvolat nelze. Možnost odvolání respondenti připouštěli v případě ztráty důvěry, nebo pokud je pacient labilní. Právo pacienta na odejmutí podepsaného informovaného souhlasu upravuje zákon (Česko, 2011). Zde je možné pozorovat neznalost respondentů o možnosti odvolání uděleného souhlasu. To, že respondenti o možnosti odvolání nepřemýšleli, může být podmíněno tím, že se s touto skutečností nikdy nesetkali, nikdy ji nemuseli řešit. Z rozhovorů vyplývá, že respondenti potřebují řešit svůj zdravotní stav a je zřejmá důležitost důvěry v lékaře. Důvěra v lékaře je závislá nejprve na důvěře člověku, pak na důvěře v jeho dovednosti, a nakonec na důvěře ve vědu, která tyto dovednosti zajišťuje (Imber, 2017). Takto lze důvěru získat při rozhovorech s pacienty. Naopak pokud lékař s ohledem na pacienta v ústním poučení například zmírní závažnost rizik, která musí být v písemné podobě uvedena tak, jak jsou, a pacient tuto skutečnost zjistí při čtení informovaného souhlasu, může být narušena dlouho budovaná důvěra v lékaře (Haškovcová, 2011, s. 27-37).

Průzkumná otázka č. 2

Jaké informace mají pacienti o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby? Jsou pacienti (subjektivně) spokojeni s rozsahem informací o svém zdravotním stavu a navrženém způsobu léčby?

Zákon 372/2011 Sb. stanovuje povinnost pro poskytovatele zdravotních služeb, co se týká náležitostí, které má obsahovat sdělení o zdravotním stavu pacienta. Informace pro pacienta by měla obsahovat příčinu nemoci, navrhovaný postup léčby, a to včetně možných rizik. Pokud je jiná možnost léčby, měl by o této možnosti pacient také být informován. Pacient má mít možnost dotazů, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu (Česko, 2011). U respondentů bylo zjišťováno, jak uvažují o své nemoci, jaké mají informace. Vyslovení diagnózy lékařem se jeví pro respondenty důležité. Šimek (2015) v knize Lékařská etika uvádí, že pokud mají pacientovy potíže příčinu, ke které je možné přiřadit diagnózu, měl by ji pacient vědět. Pacient obvykle obtíže snáší lépe (Šimek, 2015, s. 140-141). Respondenti mluvili o artróze nebo o opotřebením kloubu. Někteří z respondentů udávali stupeň postižení. V odpovědích respondentů se objevuje, že od lékaře dostali informaci, že mají kloub zničený, že to vypadá hrozně a musí to pryč, že jediné řešení je operace. Vymětal (2008) upozorňuje, že v komunikaci je důležitější, jak danou informaci sdělujeme, než co sdělujeme, a i když mluvíme stejným jazykem, musíme si rozumět (Vymětal, 2008, s. 29). V den příjmu do zdravotnického zařízení při rozhovoru s lékařem si respondenti povídali o samotném operačním výkonu, typu implantátu. Respondenti udávali, že proces příjmu byl příjemný rozhovor, povídání si. Šimek (2015) uvádí, že pacient a lékař se na danou chorobu dívají z jiného hlediska a je třeba vědět, co pacient od operace očekává. Pro někoho je důležitá úleva od obtíží, někdo chce za každou cenu fungovat v práci, v rodině (Šimek, 2015, s. 138-141). Tuto skutečnost je možné pozorovat u R4 a R5, které zajímalo, kdy budou moci začít pracovat ve své profesi. V odpovědích respondentů se objevuje, že informace pro ně byly vyčerpávající, informací bylo hodně. Z tohoto pohledu je možné usuzovat, že s rozsahem informací byli respondenti spokojeni. Respondenti byli dotazováni, jak o sebe pečovat po propuštění. V odpovědích některých respondentů je možné pozorovat, že v předoperačním období toto neřešili, nevěděli, že si mají zajistit pomůcky, nebo si zažádat o přijetí do některého rehabilitačního centra. Je zřejmé, že tato skutečnost byla špatně komunikována, anebo nebyla komunikována vůbec. V právech pacientů je uvedeno: „Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou“ (MPSV ČR). Pokud je kontinuita chápána jako plynulost, měl by pacient mít informace, jak o sebe pečovat

po propuštění, již v předoperačním období.

I když má pacient právo na všechny informace související s jeho zdravotním stavem, je na pacientovi, zda chce tyto informace vědět (Šimek, 2015, s. 138-141). Tato skutečnost je upravena zákonem (Zákon 372/2011 Sb.). Tento fakt je možné pozorovat v souvislosti s dotazem na informování o možných rizicích spojených s jejich operačním výkonem. Respondenti byli schopni vyjmenovat rizika, která mohou být spojená s operačním výkonem, avšak z odpovědí je zřejmé, že informace o rizicích sami nezjišťovali, nepřipouštěli si rizika, nebo je vědět nechtěli. Garcia-Retamero a Galesic (2010) na základě studie provedené v USA a Německu zveřejnil doporučení, jak poskytovat informace o možných rizicích spojených s chirurgickým zákrokem. Informace o rizicích mohou být vyjádřeny v kladném nebo záporném smyslu, a to může ovlivnit rozhodování. Pro výběr léčby nebo předcházení onemocnění je s výhodou informace o rizicích vyjadřovat pozitivně, tzn. šance na přežití a při preventivních zjištění onemocnění záporně, tzn. riziko úmrtí. Pro vyjádření míry rizika je pacienty kladně vnímáno používání např. grafů (Garcia-Retamero a Galesic, 2010, s. 1323-1329). Na skutečnost, která rizika bude lékař pacientovi sdělovat, by měla mít vliv skutečná četnost výskytu v daném zdravotnickém zařízení, a nejenom teoretická možnost výskytu (Kopalová et al., 2008).

Průzkumná otázka č. 3

Jakým způsobem a kde pacienti získávají informace o svém zdraví, nemoci a o možnostech léčby?

Respondenti udávali, že byli donuceni řešit svůj zdravotní stav kvůli bolesti, která trvala několik měsíců až let. Bolest je možné vnímat jako nebezpečí pro organismus. Knotek et al. (2015) ve své práci Chronická bolest a strach objasňuje, že bolest, která nás omezuje natolik, že jsme nuceni o ní přemýšlet, hodnotit ji v nás také vyvolává strach. A strach oslabuje schopnost bolest zvládat. Doprovodnými projevy může být zlost, úzkost, deprese, nemožnost spokojeného života. Při kognitivním hodnocení bolesti se objevuje strach z narušení tělesné, psychické a socioekonomické integrity (Knotek et al., 2015). Respondenti v odpovědích udávali obavy, nemožnost normálně fungovat. Při odpovědích na otázku, co očekávají od operace, respondenti uváděli, že chtějí normálně žít, pracovat, chodit na procházky, což je možné za předpokladu pozitivního vnímání své životní situace. Návštěvu lékaře jako první možné řešení zdravotních potíží zvolili všichni respondenti. Z průzkumu vyplynulo, že dva respondenti nebyli

registrováni u žádného praktického lékaře, tedy si hledali registrujícího lékaře až při potřebě řešit zdravotní stav. Tito respondenti nebyli přeočkováni proti tetanu a neznali platnost tohoto očkování. Z průzkumu Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2021 vyplynulo, že čtvrtina Čechů bez souvislosti s pandemií covidu chodí nepravidelně na preventivní prohlídky a každý desátý Čech preventivních prohlídek nevyužívá vůbec (MZČR, 2021). Zdravotně gramotný jedinec využívá svého práva chodit na preventivní prohlídky a zná termín pravidelného přeočkování proti tetanu (Janovská et al., 2016).

Část respondentů vyhledala pomoc u svého registrujícího lékaře, část u specialisty. Bez ohledu na skutečnost, s jakým lékařem respondenti řešili svůj zdravotní stav, je zřejmé, že velký význam přikládali komunikaci. Pokud respondenti vnímali komunikaci jako pro ně nevhodnou, vyhledali jiného lékaře. Reader et al. (2014) uvádí jako druhý nejčastější důvod ke stížnosti pacientů právě nevhodnou komunikaci. Při správně vedené komunikaci lékaře a pacienta dochází k naplnění potřeby autonomie, která spadá mezi základní duševní potřeby v každém věku a situaci (Ptáček, 2017, s. 61-65). Dle Savageho a Galvana (2010) nedůvěra pacienta k lékaři může být způsobena např. nedostatkem běžné zdvořilosti a může vést ke změně lékaře, a to v nezanedbatelném počtu případů. Specialisty respondenti vyhledávali již záměrně, z důvodu specifických požadavků, ve kterých je možné pozorovat, že pro respondenty byl důležitý názor rodiny a lidí, kterým důvěřují. Na základě ústního doporučení vyhledává lékaře nemalý počet pacientů (Savage a Galvan, 2010). Důležitým prvkem při získávání informací o léčbě, o pooperačním období a rehabilitaci se jeví pro respondenty žitá zkušenost jiného člověka, kterou sami aktivně vyhledávali. Slezáčková (2012) popisuje sociální oporu jako důležitý faktor, který příznivě ovlivňuje nejen psychickou pohodu, ale pomáhá zvládat náročné životní situace. Tato opora zahrnuje složku informační v podobě získávání doporučení, rad a informací. Projev zájmu, povzbuzení je důležitý jako emocionální opora (Slezáčková, 2012, s. 118-119).

Respondenti byli dotazováni, zda využili při hledání informací internet. Z odpovědí vyplynulo, že internet nevyužili, anebo pouze k doplnění informací od lékaře, jedna respondentka uvedla, že internet využila k hledání informací o pooperační sebepečí. Respondenti jsou ve věkové skupině 50+. Zjištění, že lidé v této věkové skupině upřednostňují lékaře jako zdroj informací se shoduje se závěrem šetření, které provedl Pleskot a Rusová (2018, s. 458-465).

Respondenti získávali informace o léčbě prostřednictvím lékaře a s lékařem řešili potíže spojené s onemocněním kloubu. Nejvíce respondenty omezovala bolest, kterou nejčastěji tlumili

analgetiky. Respondenti navštěvovali lékaře, který jim předepisoval analgetika, část dotazovaných si kupovala volně prodejné léky proti bolesti. U některých respondentů je možné pozorovat vlastní aktivitu, která jim pomohla zvládat potíže spojené s onemocněním kloubu. Respondenti ví, že nadměrná hmotnost zhoršuje jejich potíže a působí celkovou nepohodu, rozumí a hodnotí tuto skutečnost a využívají svých znalostí, aby hmotnost snížili, anebo alespoň zabránili zvýšení hmotnosti. To, že jsou někteří respondenti více aktivní a někteří méně aktivní při zvládání zdravotních potíží, souvisí se zdravotní gramotností. Rademakers (2018) ve své studii Zdravotní gramotnost jako schopnost jednat objasňuje, že zdravotní gramotnost ovlivňuje jak kognitivní, tak nekognitivní dovednosti. Využívat zdravotní informace k péči o sebe vyžaduje aktivní roli, která je podmíněna dovednostmi a schopnostmi. Ty souvisí s osobností člověka, ale je možné je dále rozvíjet. Z hlediska péče zaměřené na pacienta by mohla být nekognitivní hlediska zdravotní gramotnosti důležitější než kognitivní hlediska. Například u chování může být schopnost jednat důležitější než schopnost myslet (Rademakers a Heijmans, 2018).

Při zjišťování, jaké informace mají respondenti o péči a sebepéči po propuštění, je zřejmé, že někteří sami aktivně v předoperačním období vyhledávali informace o tom, jaké jsou možnosti rehabilitace, jaké pomůcky si mají opatřit domů, aby měli vše včas a dopředu zajištěné. Tyto informace získávali zpravidla prostřednictvím lidí, kteří již daný operační výkon podstoupili.

Průzkumná otázka č. 4

Jaké je skóre čtivosti dle Mistríka u předložených informovaných souhlasů?

U předložených informovaných souhlasů se skóre čtivosti pohybuje při dolní hranici lehce čtivého a srozumitelného textu. Toto zjištění se shoduje s tvrzením respondentů, že text se četl dobře. Vnímání dobré čtivosti textu souvisí se čtenářskou gramotností. Čtenářské dovednosti s věkem klesají, avšak podle mezinárodního výzkumu dospělých zaměřeného na předpoklady úspěchu v práci a v životě respondenti z České republiky ve věkové kategorii 55-65 dosahují nadprůměrných výsledků v porovnání s průměrem OECD (Veselý, 2013a, s.61-76). I když text byl vyhodnocen jako lehce čtivý a srozumitelný, je třeba vzít v úvahu i jeho typografickou úpravu (Toman, 2015). Ke čtivému informovanému souhlasu s ohledem na jeho délku textu je možné pacientovi nabídnout doplňkové informace ve formě brožur, kde může být plně vysvětlena, znázorněna podstata chirurgického výkonu, očekávané přínosy, ale i možná rizika (Sivanadarajah et al., 2017). Pacient se může rozhodnout, zda tyto informace chce mít.

Průzkumná otázka č. 5

Jsou pacientům srozumitelné informace ve formuláři Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem vzhledem k obsahu a formě dokumentu?

Náležitosti tištěného formuláře Informovaný souhlas upravuje zákon 372/2011 (Česko, 2011). Respondenti udávali, že obsahu informovaného souhlasu rozumí. Dva z respondentů použili slovo „děsit se“ v souvislosti s informacemi v textu informovaného souhlasu. Jedné respondentce nevyhovovalo načasování předložení formuláře. Je možné, že problémem je předložení formuláře až v den příjmu do zdravotnického zařízení. S výhodou dle Andersona a Wearna (2007) je konkrétní informovaný souhlas pacientům předkládat k přečtení s dostatečným časovým předstihem, nejlépe v době, kdy se pacient dohodne s lékařem na termínu operace. Pokud je informovaný souhlas předložen při příjmu a pacient má po přečtení nějaké pochybnosti, může tato skutečnost vyvolat zbytečné obavy (Anderson a Wearne, 2007, s. 97-100). Podobné doporučení vydala Liga lidských práv týkající se zabránění poskytnutí poučení v době, kdy se pacient domnívá, že je vše k operaci připraveno a výkon je nevyhnutelný (Kopalová et al., 2008).

Zajímavým zjištěním je, jak respondenti chápou význam slov, se kterými se setkali ve formuláři Informovaný souhlas. Pro respondenty nebyl problém vysvětlit slova, která jsou typicky užívaná v medicíně, ale v některých případech bylo problémem slovo cizího původu, které se běžně používá v různých oborech. Podle Zimmermannové (2021), která se ve své pilotní studii zabývá vytvořením snadno srozumitelného formuláře pro informovaný souhlas pacienta je důležité přijetí takových jazykových standardů, které budou zárukou, že text bude pro pacienty snadno čitelný a srozumitelný. Pokud je nutno z praktických důvodů použití odborného nebo technického názvosloví, je třeba dané slovo podpořit jasně čitelným vymezením (Zimmermann et al., 2021).

Respondenti hodnotili formu dokumentu školním známkováním. Většina dotazovaných nebyla spokojena s velikostí písma. Toman (2015) uvádí, že písmo by mělo být zvoleno s ohledem na cílovou skupinu čtenářů. Pro čtenáře bez vady zraku je možná velikost 8-11 bodu, ale pro starší čtenáře nebo osoby s vadami zraku je vhodné pro tištěné dokumenty zvolit písmo velikosti 12-14 bodu (Toman, 2015). Dva z respondentů udávali nevhodný typ písma. Použitý typ Arial se řadí mezi nejrozšířenější bezpatkové písmo, ale v české verzi je problémem diakritika a vzdálenost mezi některými písmeny české abecedy. Obecně je lepší pro tištěné texty použít patkové písmo (Kavanová, 2011).

Průzkumná otázka č. 6

Kdy, jak a kým byl pacientům předložen informovaný souhlas k podpisu?

Všichni respondenti obdrželi formulář Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem při přijetí do zdravotnického zařízení v ortopedické ambulanci, den před operačním výkonem. Části respondentů byl formulář předložen při příjmu lékařem, někteří respondenti udávali, že formulář přinesla později k podpisu sloužící sestra. Dle Macha (2017) je písemný informovaný souhlas dokladem o rozhovoru. Pokud by rozhovor neproběhl, a informovaný souhlas by pacientovi předložil k podpisu zdravotnický pracovník nezpůsobilý k podávání informací o lékařském výkonu, pak by byl takový informovaný souhlas neplatný (Mach, 2017, s. 51-60). Respondenti udávali, že při příjmu s nimi hovořil lékař a měli možnost klást doplňující otázky. Žádný z respondentů neuvedl, že by neměl možnost si informovaný souhlas před podpisem přečíst. Respondenti, kteří podepsali informovaný souhlas v ambulanci při příjmu udávali, že souhlas nečetli, nebo jenom zběžně prohlédli. Někteří respondenti využili nabídnuté možnosti si informovaný souhlas přečíst a podepsat až na ortopedickém oddělení. U těchto respondentů, v některých případech, je možné pozorovat chybění zpětné vazby od lékaře po podpisu informovaného souhlasu. Přičemž rozhovor po případném podpisu informovaného souhlasu je doporučením pro nejvhodnější informační postup v případě operačního výkonu (Gleyze a Coudane, 2015). Vymětal (2008) uvádí, že zpětná vazba v případě komunikace informuje o porozumění sdělení a naplňuje možnou potřebu doplňujících otázek (Vymětal, 2008, s. 35). Na druhou stranu respondenti udávali, že informací bylo hodně, byly vyčerpávající. R7 uvedla, že kdyby jí něco nebylo jasné, tak se sama zeptá. Šimek (2015) uvádí, že zákon nemůže nařídít, jak má hovor lékaře a pacienta vypadat, ale může je donutit, aby rozhovor byl uskutečněn. Výsledkem rozmluvy by měla být dohoda, co bude provedeno, a to při zachování mravní celistvosti obou. Na straně pacienta porozumění, o čem rozhoduje, a na straně lékaře zachování čistého svědomí, že respektuje jedinečnou osobnost pacienta (Šimek, 2015, s. 134-137).

6 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem *Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem očima pacientů* je rozvržena jako teoreticko-průzkumná práce. V teoretické části diplomové práci je řešeno, co může pacienty při informování a následném rozhodování ovlivňovat. První kapitole teoretické části je vysvětlena podstata informovaného souhlasu, jeho důležitost a potřeba. Druhá kapitola se zabývá informovaným souhlasem z hlediska zdravotní gramotnosti. Téma informovaného souhlasu je velmi obsáhlé, a to jak vzhledem k jednotlivým tématům, která informovaný souhlas ovlivňují, tak i k hloubce jednotlivých témat. Informovaný souhlas a vztah lékaře a pacienta jde ruku v ruce. Největší změny týkající se vztahu lékaře a pacienta vzhledem k informování, poučení, rozhodování a dalších součástí informovaného souhlasu, se uskutečnily během posledních sto let. A je možné předpokládat, že se bude toto téma dále rozvíjet. Je žádoucí se tématem informovaný souhlas dále zabývat.

Průzkumná část je postavena na rozhovorech s pacienty, kteří podstupují plánovaný operační výkon v konkrétním zdravotnickém zařízení, a to totální endoprotézu kyčle nebo kolene. Pro průzkum byl vypracován seznam otázek, které jsou v souladu s jednotlivými oblastmi zdravotní gramotnosti. Tyto rozhovory jsou zpracovány pomocí Interpretální fenomenologické analýzy. Průzkum je doplněn hodnocením čtivosti konkrétních informovaných souhlasů pomocí *Mistríkova skóre čtivosti* a testem zjišťujícím chápání významu slov, se kterými se respondenti setkali ve formuláři informovaného souhlasu, anebo během hospitalizace. Respondenti hodnotili formulář informovaný souhlas také z typografického hlediska.

6.1 Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi vychází ze zjištěných skutečností v konkrétním zdravotnickém zařízení. Tato doporučení jsou podmíněna zkušenostmi pacientů, kteří v daném zdravotnickém zařízení podstoupili operační výkon. Pacienti své zkušenosti předkládali během rozhovorů.

- Formulář Informovaný souhlas s plánovaným operačním výkonem pacientům předkládat s dostatečným časovým předstihem, například při určení datumu operace
- Zajistit, aby pacient měl veškeré informace, a to i informace týkající se pooperačního období a rekonvalescence již před operací. Například při stanovení datumu operace formou edukace všeobecnou nebo rehabilitační sestrou
- Po podpisu formuláře informovaného souhlasu poskytnout pacientům zpětnou vazbu od lékaře
- Dokument Informovaný souhlas upravit pomocí typografických pravidel tak, aby byl čtenářsky přístupnější (velikost a typ písma)

7 POUŽITÁ LITERATURA

AHRQ, 2019. Personal Health Literacy Measurement Tools [online]. Agency for Healthcare Research and quality [cit. 2021-07-18]. Dostupné z: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/research/tools/index.html>

AKKAD, Andrea et al., 2006. Patients' perceptions of written consent: questionnaire study. *BMJ: British Medical Journal* [online]. **333**(7567), 528. ISSN 0959-8138. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.38922.516204.55

ANDERSON, Owen A. a I. Mike J. WEARNE, 2007. Informed consent for elective surgery—what is best practice? *Journal of the Royal Society of Medicine* [online]. **100**(2), 97–100. ISSN 0141-0768. Dostupné z: doi:10.1177/014107680710000226

BÁRTLOVÁ, Sylva, 2015. Sociologické souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada, s. 192. ISBN 978-80-247-9909-4.

BEAUCHAMP, Tom, 2019. The principle of beneficence in applied ethics. In: ZALTA, Edward N., ed. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [online]. Spring 2019. B.m.: Metaphysics Research Lab, Stanford University [cit.2020-11-24]. Dostupné z: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/principle-beneficence/>

BEAUCHAMP, Tom L. a James F. CHILDRESS, 1994. *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. New York: Oxford University Press, s. 527 ISBN 0-19-508536-1.

CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4033-1.

CERNIŠÁKOVÁ, Eva, 2021. *Přístupné webové stránky: příručka pro knihovny* [online]. Praha: Národní knihovna ČR. Knihovnický institut. Zář 2020. Aktualizováno průběžně [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://prirucky.ipk.nkp.cz/pristupnost/start>

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK, 2017. *Nové kapitoly ze sociálního a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6

ČERNÝ, David, Adam DOLEŽAL a Tomáš DOLEŽAL, 2017. Informovaný souhlas v medicíně: mýtus, pohádka, nebo pouhý právní požadavek? In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 192-201. ISBN 978-80-7492-334-0.

BERKMAN, Nancy D., Terry C. DAVIS a Lauren MCCORMACK. Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication* [online]. 2010, **15**(Suppl 2), 9–19 [cit. 2021-05-16]. ISSN 1087-0415. Dostupné z: doi:10.1080/10810730.2010.499985

ČESKO, 2001. Sdělení č. 96/2001 Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. In: *Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika*, částka 19, s. 1897-1920. ISSN 1801-0393.

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 0322-8037.

ČESKO, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 33, s. 1026-1365. ISSN 0322-8037.

DOLEŽAL, Tomáš, 2011. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **1**(1) [cit.2020-08-18]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/1/pdf>

DOLEŽAL, Tomáš, 2019. Pojetí autonomie v moderní bioetice a jeho dopady na teorii informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **9**(1) [cit. 2020-11-24]. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/178/149>

Evropská charta lékařské etiky, 2011. *Tempus medicorum: časopis České lékařské komory*. **20**(9), 29. ISSN 1214-7524.

FLUGELMAN, Moshe Y., 2021. History-taking revisited: simple techniques to foster patient collaboration, improve data attainment, and establish trust with the patient. *GMS Journal for Medical Education* [online]. **38**(6) [cit.2021-10-24]. Dostupné z: doi: 10.3205/zma001505. eCollection 2021.

GARCIA-RETAMERO, Rocio a Mirta GALESIC, 2010. How to Reduce the Effect of Framing on Messages About Health. *Journal of General Internal Medicine* [online]. **25**(12), 1323–1329 [cit.2023-02-25]. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-010-1484-9

- GLAXOSMITHKLINE, 2023. *Tetanus* [online]. GlaxoSmithKline [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://www.vakciny.cz/ockovani-dle-nemoci/tetanus/>
- GLEYZE, Pascal a Henry COUDANE, 2016. Patient information in orthopedic and trauma surgery: fundamental knowledge, legal aspects and practical recommendations. *Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR* [online]. **102**(1 Suppl), S105-111 [cit.2023-26-02]. ISSN 1877-0568. Dostupné z: doi:10.1016/j.otsr.2015.06.028
- GOUGH, Philip B. a William E. TUNMER, 1986. Decoding, reading, and reading disability. *RASE: Remedial & Special Education* [online]. **7**(1), 6–10 [cit. 2021-03-21]. ISSN 0741-9325. Dostupné z: doi:10.1177/074193258600700104
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2007. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-497-3.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2011. Etika a komunikace v lékařské praxi. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 27-35. ISBN 978-80-247-3976-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2017. Etické kodexy-tradice a současnost. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 217-225. ISBN 978-80-7492-334-0.
- HOLČÍK, Jan, 2017. Zdravotní gramotnost. In: ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3809-6.
- HONZÁK, Radkin, 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7262-032-0.
- IMBER, Jonathan B., 2017. How navigating uncertainty motivates trust in medicine. *AMA journal of ethics* [online]. **19**(4), 391–398 [cit.2023-27-02]. ISSN 2376-6980. Dostupné z: doi:10.1001/journalofethics.2017.19.4.mhst1-1704
- JANOVSKÁ, Kateřina et al., 2016. *Zdravotní gramotnost dospělých* [online]. Národní síť podpory zdraví [cit. 2020-11-26]. Dostupné z: http://www.zdravotnigramotnost.cz/wp-includes/files/gramotnost_A5_dospeli.pdf

- JAVŮRKOVÁ, Alena a Jaroslava RAUDENSKÁ, 2011. Etické aspekty lékařské profese. In: RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 119-140. ISBN 978-80-247-2223-8.
- JONÁK, Zdeněk, 2021. Čtivost textu. In: *KTD: Česká terminologická databáze knihovnictví a informační vědy (TDKIV)* [online]. Praha: Národní knihovna ČR, 2003- [cit. 2021-07-21]. Dostupné z: https://aleph.nkp.cz/F/?func=direct&doc_number=000002762&local_base=KTD.
- KALVACH, Zdeněk, 2009. Spondeo ac polliceor. *Medical Tribune* [online]. 14.09.2009 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/spondeo-ac-polliceor/>
- KAVANOVÁ, Lucie, 2011. Písmo s charakterem: nejen co píšeme, je důležité. Ale také jak ... *Respekt*. **22**(47), s. 75-77. ISSN 0862-6545.
- KICKBUSCH, Ilona et al., ed., 2013. *Health literacy: the solid facts* [online]. World Health Organization Regional Office for Europe [cit. 2023-02-05]. ISBN 978-92-890-00154. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- KNOTEK, Petr, Helena KNOTKOVÁ a Jaroslava RAUDENSKÁ, 2015. Chronická bolest a strach. *Československá psychologie*. **59**(1), 71-80. ISSN 0009-062X.
- KOPALOVÁ, Michaela, Robert CHOLENSKÝ a Jiří KOPAL, ed., 2008. *Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi: manuál* [online]. 2. vyd. [S.l.]: Liga lidských práv [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: https://ferovanemocnice.cz/data/Informovany%20souhlas%20pacienta_manual.pdf
- KOTÁSKOVÁ, Jarmila, 1987. *Socializace a morální vývoj dítěte*. Praha: Academia, 1987.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, Jana a Ivo ČERMÁK, 2013. Interpretativní fenomenologická analýza. In: ŘIHÁČEK, Tomáš et al. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- LINHARTOVÁ, Věra, 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MACH, Jan, 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3683-9.

- MACH, Jan, 2012. Informovaný nesouhlas. *Tempus medicorum*. **21**(11), 34-36. ISSN 1214-7524.
- MACH, Jan, 2013. Jak dokumentovat informovaný souhlas a revers. *Tempus medicorum*. **22**(4), 34-35. ISSN 1214-7524.
- MACH, Jan, 2017a. Informovaný nesouhlas. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 306-309 ISBN 978-80-7492-334-0.
- MACH, Jan, 2017b. Informovaný souhlas-právní aspekty. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 51-60 ISBN 978-80-7492-334-0.
- MAREŠ, Jiří, 2017. Interkulturní aspekty informovaného souhlasu. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 245-260. ISBN 978-80-7492-334-0.
- McCULLOUGH, Laurence B. a Frank A. CHERVENAK, 1994. *Ethics in obstetrics and gynecology*. New York: Oxford, 1994. ISBN 0-19-506005-9.
- MISTRÍK, Jozef, 1968. Meranie zrozumiteľnosti prehovoru. *Slovenská reč: časopis pre výskum a kultúru slovenského jazyka* [online]. **33**(3), s. 171-178 [cit.2021-03-21]. ISSN 1338-4279. Dostupné z: <https://www.juls.savba.sk/ediela/sr/1968/3/sr1968-3-lq.pdf>
- MPSV ČR, 2020. *Práva pacientů ČR* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-12-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>
- MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 8024710242.
- MV ČR, 2018. *Metodický postup pro tvorbu srozumitelných sdělení ve veřejné správě a pro tvorbu zjednodušených textů pro osoby vyžadující zvláštní přístup (metodika Easy to read)* [online]. Ministerstvo vnitra České republiky. Prosinec 2018 [cit. 2020-12-6]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/ETR-Metodika_srozumitelneho_a_zjednoduseneho_vyjadrovani_ve_verejne_sprave-_1_.pdf
- Národní zdravotnický informační portál* [online], 2023. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-04-10]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>

- NUTBEAM, Don, 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. **15**(3), 259–267 [cit. 2020-11-26]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/15.3.259
- PARKER, Ruth M. et al., 1995. The test of functional health literacy in adults A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* volume. [online]. **10**(10), 537–541 [cit. 2021-07-21]. ISSN 1525-1497. Dostupné z: DOI: 10.1007/BF02640361
- PIETRZYKOWSKI, Tomasz a Katarzyna SMILOWSKA, 2021. The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension-systematic review. *Trials* [online]. **22**(1), 57 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1745-6215. Dostupné z: doi:10.1186/s13063-020-04969-w
- PLESKOT, Ondřej a Jitka RUSOVÁ, 2018. Internet - hrozba, nebo naděje české zdravotní gramotnosti?. *Kontakt* [online]. **20**(4), 458-465 [cit. 2023-03-14]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2018.10.001
- PLEVOVÁ, Ilona, 2011. *Ošetrovatelství II: komunikace, etika, člověk, jeho motivace a potřeby, paliativní péče, transkulturní ošetrovatelství, výchova ke vzdělání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3558-0.
- POLICAR, Radek, 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
- PREISS, Marek, David KRÁMSKÝ a Tereza PŘÍHODOVÁ. Morální usuzování a jednání jako součást integrity osobnosti. *E-psychologie* [online]. 2014, **8**(2), 11-28 [cit. 2020-08-20]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/preiss_etal2.pdf
- PRCHALOVÁ, Dana, 2013. *Zkoumání čtivosti – srovnání způsobů měření obtížnosti textu*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Ústav informačních studií a knihovnictví. Vedoucí práce Richard Papík. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/54727>
- PROCHÁZKOVÁ, Ivana, 2006. *Co je čtenářská gramotnost, proč a jak ji rozvíjet?* [online]. Metodický portál RVP. 18. 01. 2006 [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/c/z/446/CO-JE-CTENARSKA-GRAMOTNOST-PROC-A-JAK-JI-ROZVIJET.html>. ISSN 1802-4785.

- PRŮCHA, Jan, 2017. *Moderní pedagogika*. 6.dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1228-7.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2.dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4748-4.
- PTÁČEK, Radek, 2011. Komunikační dovednosti v medicíně. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, s. 59-69. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, Radek, 2017. Psychologické aspekty informovaného souhlasu: informovaný souhlas-informovaný pacient. In: *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 61-65. ISBN 978-80-7492-334-0.
- PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH, 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-334-0.
- RADEMAKERS, Jany a Monique HEIJMANS, 2018. Beyond reading and understanding: health literacy as the capacity to act. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. **15**(8), 1676 [cit.2023-02-22]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph15081676
- READER, Tom W., Alex GILLESPIE a Jane ROBERTS, 2014. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ quality & safety* [online]. 2014, **23**(8), 678–689 [cit. 2023-02-13]. ISSN 2044-5423. Dostupné z: doi:10.1136/bmjqs-2013-002437
- RICHTEROVÁ, Eva a Gabriela SEIDLOVÁ MÁLKOVÁ, 2016. Čtenářské profily dětí s vývojovou dysfázií ve srovnání s typicky se vyvíjejícími vrstevníky. *E-psychologie* [online]. **10**(4), 9-23 [cit. 2021-03-21]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: https://e-psycholog.eu/pdf/richterova_seidlovamalkova.pdf
- ŘEZNÍČEK, David, 2017. Informovaný souhlas a nesouhlas ve zdravotnictví. *Synlabianer: odborný magazín pro lékaře* [online]. **21**(4), 9-11 [cit. 2020-08-06]. Dostupné z: <https://synlabianer.cz/wp-content/uploads/2017/04/synlabianer-2017-04.pdf>
- SAVAGE, Rhonda R. a Ray GALVAN, 2010. Patient-centric marketing. *Dental Economics* [online]. July 1, 2010 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://www.dentaleconomics.com/practice/article/16392603/patientcentric-marketing>

- SCOTT, Brian, 2021. The Gunning's Fog Index (or FOG) Readability Formula. *Readability Formulas* [online]. [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <http://www.readabilityformulas.com/gunning-fog-readabilityformula.php>
- SCHACHERL, Martin, 2021. Lineární délka věty a souvětí ve vztahu ke čtivosti uměleckého textu? *Lingua viva: odborný časopis pro teorii a praxi vyučování cizím jazykům a češtině jako cizímu jazyku* [online]. **17**(32), 28-36 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: https://www.pf.jcu.cz/images/PF/veda-vyzkum/lingua-viva/download/LV32_2021.pdf
- SIVANADARAJAH, Naveethan et al., 2017. Informed consent and the readability of the written consent form. *Annals of The Royal College of Surgeons of England* [online]. 2017, **99**(8), 645–649. ISSN 0035-8843. Dostupné z: doi:10.1308/rcsann.2017.0188
- SLEZÁČKOVÁ, Alena, 2012. *Průvodce pozitivní psychologií*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3507-8.
- SMITH, Jonathan A., Paul FLOWERS a Michael LARKIN, 2021. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. 2nd ed. London: Sage. ISBN 978-1-5297-5380-6
- STURGESS, Jane, J., T. CLAPP a L. A. FLEISHER, 2019. Shared decision-making in peri-operative medicine: a narrative review. *Anaesthesia* [online]. **74**(1), 13-19 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/anae.14504>
- SÝKOROVÁ, Barbora, 1994. Právo a morálka. *Časopis pro právní vědu a praxi* [online]. **2**(1), 73-77. [cit. 2020-12-01]. Dostupné z: <https://journals.muni.cz/cpvp/article/view/10396>
- ŠIMEK, Jiří, 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5306-5.
- ŠLERKA, Josef a Filip SMOLÍK, 2010. Automatická měřítka čitelnosti pro české psané texty. *Studie z aplikované lingvistiky*. **1**(1), s. 33-44. ISSN 1804-3240.
- TAUFER, Ivan, Josef KOTYK a Milan JAVŮREK, 2009. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační*. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-157-3.
- TEUTEN, Bea a David TAYLOR, 2001. “Don’t worry my good man—you won’t understand our medical talk”: consent to treatment today. *British Journal of Ophthalmology* [online]. **85**(8), 894–896 [cit.2023-02-25]. ISSN 0007-1161. Dostupné z: doi:10.1136/bjo.85.8.894

TOMAN, Jiří, 2015. Jak na písmo, aby se četlo samo? Díl I. *Czechdesing* [online]. 26.3.2015 [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <https://www.czechdesign.cz/temata-a-rubriky/jak-na-pismo-aby-se-cetlo-samo-dil-i>.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI, 2005. Výpočet obtížnosti. *Centrum distančního vzdělávání* [online]. Olomouc, 2005 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: http://old.cddiv.upol.cz/www/autori_obtiznost.htm

ÚSTAV PRO INFORMACE VE VZDĚLÁVÁNÍ, 1999. *Měření vědomostí a dovedností: nová koncepce hodnocení žáků* [online]. 1999 [cit. 2020-12-03]. ISBN 80-211-0333-7. Dostupné z: https://www.csicr.cz/CSICR/media/Prilohy/1990-1999_p%C5%99%C3%ADlohy/Mezin%C3%A1rodn%C3%AD%20%C5%A1et%C5%99en%C3%AD/Mereni-vedomosti-a-dovednosti-publikace.pdf

ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST, 2021. *Jak se zvýšila úroveň zdravotní gramotnosti v České republice během posledních pěti let? Výsledky mezinárodního výzkumu M-POHL19* [online]. Publikováno 8. 12. 2021 [cit.2023-19-01]. Dostupné z: <https://www.uzg.cz/jak-se-zvysila-uroven-zdravotni-gramotnosti-v-ceske-republice-behem-poslednich-peti-let/>

VESELÝ, Arnošt, 2013a. Dovednosti v sociodemografických souvislostech. In: STRAKOVÁ, Jana a Arnošt VESELÝ, ed. *Předpoklady úspěchu v práci a životě: výsledky mezinárodního výzkumu dospělých OECD PIAAC* [online]. Praha: Dům zahraniční spolupráce, s. 61-76 [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: https://piaac.cz/wp-content/uploads/predpoklady_uspechu_vysledky_piaac_2013.pdf

VESELÝ, Arnošt, 2013b. Neekonomické efekty gramotnosti. In: STRAKOVÁ, Jana a Arnošt VESELÝ, ed. *Předpoklady úspěchu v práci a životě: výsledky mezinárodního výzkumu dospělých OECD PIAAC* [online]. Praha: Dům zahraniční spolupráce, s. 87-96 [cit. 2021-11-15]. Dostupné z: https://www.piaac.cz/attach/vysledky/PIAAC_hlavni_zjisteni.pdf

VYMĚTAL, Jan, 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2614-4.

WHITE, Richard. D., 2002. Do employees act like they think? Exploring the dichotomy between moral judgment and ethical behavior. *Public Administration Quarterly* [online]. **25**(4), 391-412. ISSN 0734-9149. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/40861848>

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

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. Psychologická problematika pacienta. In: ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, s. 22–41. ISBN 978-80-271-9675-3.

ZIMMERMANN, Agnieszka et al., 2021. Written informed consent—translating into plain language: a pilot study. *Healthcare* [online]. **9**(2), 232 [cit. 2023-03-12]. ISSN 2227-9032. Dostupné z: doi:10.3390/healthcare9020232

ZÍMOVÁ, Pavlína a Jana ZÍMOVÁ, 2012. Principy lékařské etiky. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **2**(3), 31-37 [cit. 2020-11-22]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/35/42>

ŽALOUĐÍK, Jan, 2017. O člověčím významu informovaného souhlasu. In: PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a Jan MACH. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén, s. 44-51. ISBN 978-80-7492-334-0.

ŽALOUĐÍK, Jan, 2014. Etika v komunikaci s nemocným. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 40-41. ISBN 978-80-247-5471-0.

8 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA A – *Ukázka formuláře informovaného souhlasu*78

PŘÍLOHA B – *Ukázka ze seznamu otázek použitých v rozhovorech*79

Příloha A – Ukázka formuláře informovaného souhlasu

1.Název zdravotního výkonu:

- Náhrada kolenního kloubu vpravo

2.Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

- Artróza (degenerativní postižení) kolenního kloubu

3.Informace o potřebném léčebném výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Zavedení náhrady kolenního kloubu slouží k zmírnění bolestí a event. zlepšení hybnosti postiženého kolenního kloubu a upravení osy na operované dolní končetině.

Před operačním výkonem Vám bude zavedena kanyla (tenká hadička) do periferní žíly a permanentní močový katetr (hadička v močovém měchýři) - u mužů se permanentní močový katetr zavádí až na op. sále.

Výkon se provádí na operačním sále. Po usnutí (celková anestezie), či aplikaci svodné anestezie, při které je potlačeno vnímání bolesti na operované končetině, je na stehno naložena manžeta a jejím nafouknutím se výrazně sníží proudění krve v operované končetině. Tzv. „bezkrví“, zabezpečuje dobrou přehlednost operačního pole. Na přední straně kolenního kloubu je proveden řez a postupně se proniká do postiženého kloubu. Po odstranění kostních výrůstků a zbytků menisků následuje opracování dolního konce stehenní kosti a horního konce holenní kosti dle šablon. Po naložení zkušebních částí protézy se ověří hybnost a stabilita kolene a následuje zavedení definitivních částí náhrady kolene. Dalším krokem je opracování čéšky s event. zavedením náhrady její kloubní plochy. Po zavedení drénů je po jednotlivých vrstvách sešita rána. Následuje naložení krytí rány a elastická bandáž operované končetiny. Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva, po přechodnou dobu i krevní podlitina na operované končetině.

4.Rizika zdravotního výkonu:

Předmětný výkon může být spojen zejména s těmito riziky:

Místní komplikace po injekční aplikaci léků do svalu nebo žíly (místní zánět, podlitina), infekce močových cest vzniklá v souvislosti se zavedenou močovou cévkou, zánět op. rány, uvolnění náhrady, mechanické selhání náhrady, jizvy, bolest v jizvě, cévní a nervové poškození, krevní podlitiny na operované končetině, zánět žil dolních končetin s krevní sraženinou, která se může uvolnit a v různém rozsahu uzavřít cévní řečiště plic (plicní embolie) a tak způsobit i smrt. Mezi další rizika patří zlomenina kostí, které se setkávají v operovaném kolenním kloubu, nestabilita náhrady, proleženiny, zhoršení stávajících onemocnění, bolest a omezení hybnosti.

Příloha B – Ukázka ze seznamu otázek použitých v rozhovorech

Rozhovor: Řekněte mi, kolik je Vám let? Jaké je Vaše vzdělání a jaké povolání? Můžete mi říct, kolik měříte a vážíte? S jakou diagnózou Vás lékař přijímal? (pokud pacient nebude vědět, požádám ho o souhlas s použitím těchto údajů ze zdravotnické dokumentace).

- S čím jste byl(a) operován?
- Povězte mi, jak se té operaci odborně říká?
- Jak dlouho jste měl(a) potíže, než jste vyhledal lékaře? A jaké potíže to byly?
- Chodíte pravidelně ke svému praktickému lékaři? Víte, jak často máte nárok na preventivní prohlídku hrazenou ze zdravotního pojištění u svého registrujícího lékaře?
- Jak dlouho platí očkování proti tetanu?
- Jaké možnosti léčby Vám lékař navrhl? (zjištění, zda byly nabídnuty alternativy). Doporučil Vám lékař nějaká opatření, která mohou zmírnit potíže a oddálit operační léčbu? Řídil jste se jimi? A co jste dělal? Jak jste na to šel?
- Pokusil(a) jste se zjistit informace o možnostech léčby jinde, než od zdravotníků?
Odpověď NE - proč ne-poprosím, aby se pokusil uvést důvod
Odpověď ANO - zeptám se z jakých zdrojů, od koho? Pokud využil internet, jakým způsobem vyhledával, který prohlížeč využil? A co našel? Shodovalo se s tím, co Vám řekl lékař nebo