

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Bakalářská práce

2009

Věra Posekaná

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Role setry v informovanosti pacientů v ambulantní
péči v Nemocnici České Budějovice a.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Bc. Alena Polanová

Autor: Věra Posekaná

The role of nurse about information of patients in ambulation care in Hospital České Budějovice

Communication is an essential part of provided nursing and medical care. Nurses, who are able to communicate efficiently, can easier initiate changes in patients and these changes lead to the support of their health. Patients' awareness is a current problem and a weak part of medical care. Nurses should provide information clearly, patiently and reasonably with respect to the circumstances and patient's state. Despite the fact that the patient spends in the ambulatory department only for a short period of time and the nurse has only limited possibilities. More stress should be put on the content of information, which is provided to the patient after examination or before going home. Changes which would help improve outpatient care regard the whole system of medical care. There are limited possibilities how to solve this problem, but if every nurse were able to communicate correctly with the patient, eventually with his or her relatives, this might help the patient to overcome the first fright, anxiety or uncertainty. The objective of this Bachelor's thesis was to find whether the nurse has sufficient time and possibilities to inform the patient according to the needs and current status in the area of ambulatory care. The second objective was to find whether patients feel that they are given necessary amount of information, which is necessary for success of the nursing care. In the research three hypotheses have been set: H1: The nurse in the ambulatory care does not have enough time to educate patient – has been verified; H2: The nurse in the ambulatory care does not have sufficient space to educate the patient – has been verified; H3: Patients would welcome more additional information from the nurse in the ambulatory department – has not been verified. The quantitative research was performed in a form data collection through the questionnaire. The objectives of this thesis were fulfilled. The research was made at Hospital in České Budějovice at ambulatory wards of selected departments. The results can provide information about satisfaction and dissatisfaction of patients and nurses with the current situation to the hospital's management and can be used as a support for changes or improvements in particular departments.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Role setry v informovanosti pacientů v ambulantní péči v Nemocnici České Budějovice a.s. jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 3.5.2009

.....

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Bc. Aleně Polanové za cenné rady, ochotu, vstřícnost a trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1. Historie ošetřovatelství.....	4
1.2. Definice a funkce moderního ošetřovatelství.....	4
1.2.1 Poslání a funkce sestry.....	5
1.2.2 Role sestry.....	6
1.2.3 Kompetence sester.....	7
1.3. Etika v ošetřovatelské profesi.....	8
1.4. Nemoc jako náročná životní situace.....	9
1.4.1 Pacient v nemocnici.....	10
1.4.2 Pacient v ambulantní péči.....	11
1.4.3 Prostředí čekárny.....	12
1.5. Komunikační dovednosti.....	12
1.5.1 Komunikace v medicíně.....	13
1.5.2 Komunikace sestra-pacient.....	14
1.5.3 Komunikace v ošetřovatelství.....	15
1.6. Struktura a druhy komunikace.....	15
1.6.1 Verbální komunikace.....	16
1.6.2 Paralingvistické prostředky řeči.....	17
1.6.3 Rozhovor.....	17
1.6.5 Neverbální komunikace.....	19
1.7.1 Informovaný souhlas.....	21
2. Cíle práce a hypotézy.....	23
2.1. Cíle.....	23
2.2. Hypotézy.....	23
3. Metodika.....	24
3.1. Použité metody sběru dat.....	24
3.2. Charakteristika souboru.....	25
4. Výsledky výzkumu.....	26

4.1. Vyhodnocení dotazníků pro pacienty	26
4.2. Vyhodnocení dotazníku pro sestry	40
5. Diskuse.....	56
6. Závěr	65
7. Seznam použitých zdrojů.....	67
8. Klíčová slova	71
9. Přílohy.....	72

Úvod

Současná uspěchaná doba se dotýká všech oblastí našeho života, zdravotnictví nevyjímaje. Se zlepšováním diagnostiky a léčebných možností se zkracuje doba hospitalizace a péče o pacienty se častěji přesouvá z ústavní na ambulantní péči. Přibývá pacientů s chronickým onemocněním, vyžadujícím pravidelné kontroly bez potřeby hospitalizace. Ošetrovatelská péče se tak přesouvá do ambulantní části případně do ordinací praktických lékařů.

Aktuálním problémem a slabým článkem zdravotnické péče je informovanost pacientů. Na té se podílí z poměrné části lékař a částečně v rámci svých kompetencí i sestra. Nedostatek informací může u pacienta vyvolat různé negativní reakce jako je strach, úzkost, nepřiměřené chování apod.

Současný systém sestrám neposkytuje zejména dostatečný časový prostor k plnohodnotné edukaci a informovanosti pacienta podle jeho aktuálních a individuálních potřeb. Dobře informovat pacienta představuje správné zvládnutí komunikace, komunikačních technik, komunikačních dovedností. Kromě toho, že je komunikace ve zdravotnictví součástí hodnocení kvality péče, napomáhá zároveň navazovat vzájemný vztah důvěry mezi sestrou a pacientem. Tento vztah se pak do určité míry promítne v úspěšnosti léčby, v pocitech pacienta, v jeho psychické pohodě. Vlídne slovo, pohlazení, úsměv-maličkosti, které nic nestojí, ale pro pacienta, který čeká před ambulancí na kontrolu, výsledky vyšetření nebo léčbu mohou znamenat neocenitelnou pomoc. Jsou vyjádřením toho, že není na svůj problém sám.

Ve své práci bych chtěla porovnat problematiku komunikace a informovanosti z pohledu sestry a pacienta v ambulancích různých oddělení, ověřit časoprostorové možnosti a případně zjistit, do jaké míry jsou vyhovující či nevyhovující. Změny, které by napomohli zlepšení ambulantní péče, se týkají celého systému poskytování péče. Možnosti, jak tento problém vyřešit jsou omezené, ale pokud každá sestra zvládne správně komunikovat s pacientem popřípadě s příbuznými, napomůže tím pacientovi alespoň částečně zvládnout prvotní strach, obavy, úzkost, nejistotu.

1. Současný stav

1.1. Historie ošetrovatelství

Velký vliv na rozvoj ošetrovatelství mělo náboženství a války, rozvoj medicíny, nové vědecké objevy a poznatky a celkový zdravotní stav obyvatelstva. Z historického hlediska můžeme ošetrovatelství rozdělit do třech období: ošetrovatelství neprofesionální, charitativní a profesionální. (3)

Neprofesionální ošetrovatelství je historicky nejdelším obdobím. Znalosti z oblasti péče o nemocného, účinky přírodní medicíny, případné léčení se předávalo z pokolení na pokolení. Tato péče byla poskytována v domácím prostředí. V určitých modifikacích tento druh ošetrovatelské péče přetrval do dnešní doby. (3)

Spolu s rozvojem medicíny, vzděláním v oblasti medicíny a vznikem nemocnic se rozvíjelo i profesionální ošetrovatelství. Ošetrovatelská péče počátkem 20. století byla orientována především na nemocniční péči a primární zdravotní péči. Sestra zaujímala spíše roli asistentky lékaře, než rovnocenného člena ošetrovatelského týmu. (3)

Ve druhé polovině minulého století si sestry začaly uvědomovat potřebu jasné definice a ujasnění funkce ošetrovatelky. Lidé-pacienti, kterým byla ošetrovatelská péče poskytována v jakékoli podobě, si začali uvědomovat, jak je výrazný i podíl sestry na péči o jejich zdraví. Tím se potvrdila skutečnost, že ošetrovatelství tvoří samostatnou a specifickou součást systému zdravotní péče. Primární péče byla poskytována formou sociálních služeb, zdravotní výchovou obyvatelstva, geriatrickou péčí. Hlavní náplní ošetrovatelské profese se stalo zajišťování diagnostických a léčebných výkonů. Ošetrovatelství se vyvíjelo jako jakýsi doplněk činnosti medicínských oborů. (3)

1.2. Definice a funkce moderního ošetrovatelství

Mezi cíle současného ošetrovatelství patří pomáhat jednotlivcům, rodině případně skupinám v dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví v souladu s jejich sociálním prostředím, vytvořit z člověka aktivního účastníka v péči o vlastní

zdraví, provádět prevenci onemocnění, minimalizovat vznik komplikací, definovat a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených, podpořit pozitivní přístup k vlastnímu zdraví, tzn. z každého jedince vytvořit aktivního účastníka v péči o vlastní zdraví. (9)

„Specifická funkce sestry spočívá v pomoci individuu, nemocnému či zdravému, vykonávat činnosti přispívající ke zdraví nebo jeho znovunabytí (případně ke klidné smrti), jež by mohl vykonávat sám, pokud by k tomu měl potřebnou sílu, vůli nebo vědomosti. Tuto pomoc má sestra provádět takovým způsobem, který povede k co nejrychlejšímu získávání soběstačnosti“.(9, str.44)_Tato citace Virginie Hendersonové definuje ošetřovatelství. Její vysvětlení funkce sestry výstižně popisuje poslání současného ošetřovatelství.

Základní hodnoty, na kterých se ošetřovatelství zakládá, se stávají důležitými i pro další zdravotní pracovníky. Patří k nim uznání a respektování každé lidské bytosti, komplexní chápání člověka, tzv. holistický přístup, uznání faktorů ovlivňujícího prožívání zdraví a nemoci, uznání potřeby, podpory a udržování zdraví po celý život, přesvědčení o právu každého člověka spolurozhodovat o své péči. (20)

1.2.1 Poslání a funkce sestry

Ošetřovatelství se zabývá významnými aspekty života, které ovlivňují zdraví, nemoc, duševní i tělesné poruchy a umírání. Sestry provádějí činnosti udržující a zlepšující zdraví, popřípadě napomáhají nemocem předcházet. (9)

Ošetřovatelství má ve společnosti určité poslání, od kterého jsou pak přímo odvozeny funkce sestry. Tyto funkce jsou plněny sestrou nezávisle na zdravotním stavu, počtu ošetřovatelského personálu, kde a kdy je ošetřovatelská péče prováděna. Mezi hlavní funkce sestry patří poskytování a řízení ošetřovatelské péče, vzdělávání pacientů a klientů, být přínosným členem zdravotnického týmu a rozvíjet ošetřovatelskou praxi. Všechny tyto činnosti patří ke stěžejním funkcím sestry.(9)

1.2.2 Role sestry

Profese sestry zahrnuje systém rolí, které jsou úzce propojeny. Kompetence, kterými sestra disponuje jí umožňují rozvíjet a uskutečňovat činnosti, které podporují a udržují zdraví, případně zabraňují nemoci. Z hlediska historického pohledu prošla role sester složitým vývojem a mění se i v současnosti. Nové vědomosti, široké spektrum poznatků vztahující se k problémům, které obklopují a provázejí nemoc, zdraví jednotlivce, to vše je potřebné k dosažení a udržení standardu ošetrovatelské péče. (3)

Role sester jsou ovlivňovány změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými poznatky a technologiemi, celkovým stavem obyvatelstva apod. Sestra svou profesionální činností nezastává pouze jednu roli, ale téměř vždy se jednotlivé role vzájemně prolínají, ovlivňují, doplňují. V současné době patří poskytování ošetrovatelské péče mezi nejčastější role sestry. Pro tuto roli je charakteristický holistický přístup k jedinci či skupině a uspokojování potřeb v zájmu zachování zdraví. (3)

Sestra-manažerka působí v organizaci a řízení na různých úrovních. Sestra se stává manažerkou ošetrovatelské péče jednotlivců, rodiny či komunity tím, že řídí ošetrovatelský proces. Pověřuje ošetrovatelskou činností další ošetrovatelský personál, dohlíží na jejich činnost a vyhodnocuje ji. Role manažerky zahrnují všechny ošetrovatelské činnosti. V případě, že se sestra s touto rolí neztotožní nebo ji špatně pochopí, dochází následkem toho k nekoordinované a neefektivní péči. (3)

Základem účinné edukační role sestry je zvládnutí komunikace. Tato role je mnohostranně zaměřená, usnadňuje ošetrovatelské činnosti, utváří a formuje uvědomělé a zodpovědné chování a jednání jedince i skupiny. Získávání nových vědomostí, změny postojů, změny v chování a jednání člověka, to vše ovlivňováno prostřednictvím edukace.(3)

Sestra advokátka se v určité míře stává obhájkyňou pacienta. Reprezentuje a obhajuje jeho práva a zájmy. Tato role znamená pro pacienta napomáhání tomu, co je pro něj v daný okamžik nejlepší, vše se děje ve prospěch uspokojení jeho potřeb. V této roli sestra v žádném případě neprovádí rozhodnutí za pacienta, je pouze projevem zájmu o pacienta. Pacient musí mít vždy možnost svobodné volby. (3)

Stejně tak jako v jiných oblastech našeho života i ošetrovatelství podléhá změnám. Sestra, jako nositelka změn, sama podněcuje nebo napomáhá jiným provádět změny. Aby byla ošetrovatelská péče účinná, musí změny probíhat kontinuálně. Sestry, které přebírají úlohu nositelek změn, se stávají hnacími silami změn v ošetrovatelství. **(3)**

1.2.3 Kompetence sester

Legislativně jsou kompetence sester v České republice upraveny Vyhláškou č.424/2004 Sb. Podle této vyhlášky má sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání, určený rozsah kompetencí. Základní a specializovanou ošetrovatelskou péči zajišťuje sestra prostřednictvím ošetrovatelského procesu. V rámci komplexní ošetrovatelské péče vykonává samostatně jednotlivé výkony a činnosti zaměřené na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců a skupin. Na základě indikace lékaře se podílí na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Samostatně určené činnosti vykonává nebo při nich asistuje. Některé činnosti, které jsou stanoveny vyhláškou, vykonává pod odborným dohledem lékaře. **(3)**

Cílem a úkolem ošetrovatelské péče je zajištění a uspokojení bezprostředních potřeb pacientů. Výsledkem daného úkolu je zlepšení celkových reakcí klienta, fyziologických funkcí, jeho verbálních i neverbálních projevů. V případě, že je zlepšení stavu pacienta pozorovatelnou změnou, umožňuje to sestře zhodnotit, zda byl její profesionální cíl splněn. Sestra musí umět naslouchat pacientům. Hovoří s nimi za účelem vybudování vzájemného důvěrného vztahu a tím zajišťuje jejich následnou spoluúčast v uskutečňování ošetrovatelského procesu. Sestavuje pro každého jedince individuální ošetrovatelský plán s ohledem na jeho přání a zachování důstojnosti, zjišťuje a hodnotí potřeby klientů v oblasti péče a pomoci se zohledněním jejich kulturního názoru, případně náboženské příslušnosti. **(3)**

1.3. Etika v ošetrovateľskej profesii

Ošetrovateľská etika je zaměřena na činnost sesterské péče. Vychází z etiky lékařské a měl by být mezi nimi interaktivní vztah. Předmětem ošetrovateľské etiky jsou vztahy a postoje sestry k pacientovi, které se projevují etickým chováním a komunikací. Uvádí se, že komunikace je praktická etika. Ošetrovateľská etika dále zahrnuje i kolegiální vztahy mezi sestrami, k lékaři i ostatním spolupracovníkům. **(11, 18)**

Kvalita péče, kterou poskytují kvalifikované sestry, je založena na profesionálním přístupu. Profesionální etika je obsahem Etického kodexu, který vydala Mezinárodní rada sester.**(20)**

Tento kodex uvádí čtyři základní úkoly sestry: podporu zdraví, prevenci chorob, návrat ke zdraví a zmírnění utrpení.**(2)**

Povinnost sestry podporovat zdraví úzce souvisí s právem na zdraví, které patří k základním lidským právům každého jedince. Některé zákony zajišťují poskytování zdravotní péče. Při tvorbě zdravotnické politiky hraje sestra důležitou roli tím, že se spolupodílí při stanovování priorit zdravotní péče. Sesterské aktivity, které přispívají ke zdraví, podporují principy etické autonomie tj. povinnost respektování vlastního rozhodnutí příslušné osoby a povinnosti konat dobro, předcházet poškození. V péči o zdraví stoupá význam etické odpovědnosti v souvislosti se specifickou situací každého jedince. Podpora zdraví vyžaduje od sestry etické zhodnocení a zvážení každého opatření. Prevence v ošetrovateľské praxi vychází z etických aspektů ošetrovateľské péče a z povinnosti sestry hájit zájmy pacienta. Při odpovědnosti za prevenci může docházet ke konfliktům. Sestra si pak může klást otázku, zda povinnost provádět prevenci onemocnění nepřesahuje povinnost respektovat práva lidí.**(2)**

Navracení zdraví nemocným představuje již dlouhou dobu nejdůležitější oblast ošetrovateľské péče. Sestry hrají hlavní roli v procesu uzdravování, neboť zajišťují kontinuitu zdravotní péče, jsou spojnicí mezi pacientem a jeho rodinou. Ve chvíli, kdy povinnosti sestry vyžadují činy, které se neslučují s etickými principy, případně se etická odpovědnost sestry dostane do sporu s hodnotami pacienta nebo jeho rodiny, může dojít ke vzniku etického konfliktu. Etická povinnost sestry usilovat o obnovu zdraví dává poměrně často možnost vzniku takovýchto konfliktů.

Kulturní a náboženské hodnoty pacienta mohou narážet na sesterské hodnoty. Ne vždy je pak možné obnovit zdraví pacienta, ne vždy je sestra morálně odpovědná. Její povinností však je používat všechny rozumné prostředky podporující zdraví a kvalitu života obyvatel. Úloha sestry při zmírňování utrpení pacientů je obsahem všech etických profesních kodexů v ošetrovatelství. Základním úkolem ošetrovatelství je ulevit utrpení pacienta a často souvisí při poskytování péče s chováním sestry. Sestra má podporovat klid a pohodu pacienta a chránit jeho důstojnost. Povinností je zhodnotit fyzické a duševní utrpení, čímž se pak poskytovaná péče stává specifickou pro každého jednotlivce.(2)

1.4. Nemoc jako náročná životní situace

Zdraví představuje pro každého člověka důležitou životní hodnotu. Pokud jsme zdraví, snášíme lépe stres i nepohodu, vydržíme větší fyzickou zátěž, nejsme omezeni ve volných aktivitách, které jsou pro náš život uspokojením a radostí. Kvalita našeho života se začne více či méně měnit ve chvíli, kdy se objeví zdravotní problémy, které mohou avizovat nemoc.(30)

Nemoc představuje novou, náročnou situaci. Vyžaduje určitou míru adaptace a vyrovnání se s projevy, které často bývají nepříjemné případně bolestivé, a v náhle změněných podmínkách klade na jedince zvýšené nároky. V důsledku nemoci bývají často narušené mezilidské vztahy. Dochází k méně častému kontaktu s rodinou, známými či blízkými lidmi. V případě léčby pak s sebou nese nutnost vytvářet vztahy nové např. k personálu či ke spolupacientům.(30)

Role pacienta s sebou nese celou řadu fyzických a psychických změn. Chronické onemocnění, plánované chirurgické zákroky, které zásadním způsobem zasahují do organismu jedince např. ablace prsu, amputace končetiny, stomie, zdravotní postižení s omezením hybnosti, ztráta některého smyslu, to všechno může pro člověka představovat změnu jeho zdravotního stavu, nemoc. Nemoc, stejně jako tělesné postižení, má zvýšené nároky na adaptaci. Nemocný se musí nejen smířit s faktem nemoci, přijmout problémy, které jsou s daným onemocněním spojeny, ale je postaven

před úkol tyto problémy překonat, vyrovnat se se změněným zdravotním stavem, přijmout vše, co s sebou dané onemocnění přináší. Způsob vlastního prožitku choroby, psychická reakce na nemoc a duševní stav nemocného představují důležité složky v léčbě a ošetřování nemocných, protože průběh onemocnění je těmito zpětně ovlivňován.(1,17)

Závažnost onemocnění, prognóza, náročnost léčby-to vše jsou faktory určující do jaké míry se pacient onemocnění přizpůsobí. Akutní onemocnění, zejména pokud má pacient bolesti, předpokládá neadekvátní reakce, protože v počátku onemocnění chybí pacientovi dostatek informací, týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu. Znamená pro pacienta zásah do jeho životního standardu, ale snáze se přizpůsobuje a přistupuje na požadavky léčby. U chronického onemocnění je sice určitý časový prostor k adaptaci na vzniklou situaci, ale ovlivňuje kvalitu života dlouhodobě. I zde se mohou vyskytnout neadekvátní reakce například bagatelizace onemocnění, popření choroby s odmítnutím léčby, nepřijetí faktu nemoci apod. (1)

1.4.1 Pacient v nemocnici

Zařízení nemocnic má specifické úkoly. Na jedné straně zajišťuje podrobné vyšetření pacienta s cílem stanovení diagnózy, na druhé je to pak léčba samotná případně zlepšení stávajícího zdravotního stavu. Jiným úkolem nemocnice je zdravotnická péče, která si klade za cíl psychickou pohodu pacienta s aktivním zapojením do léčebného procesu. Pacient přichází do nemocnice s pocitem vnitřní úzkosti z toho, jak mu je a co mu je. Bývá zmatený a obává se hospitalizace, nezná svá práva a povinnosti. (16)

Stává se předmětem péče personálu – sester, lékařů, je podřízen plnění určených věcí, které mu určují druzí lidé, mění se jeho životní rytmus. Do určité míry bývá v sociální izolaci, je vytržen ze svého přirozeného prostředí, emoce jsou silně poznamenány souborem negativních pocitů – strachem, obavami, bolestí, nejistotou. Objevuje se nervozita z vyšetření či chirurgických zákroků, mohou nastat poruchy spánku. Pobyť pacienta v nemocnici má i další negativní stránky. Dochází k jeho depersonalizaci, kdy s rolí pacienta ztrácí svoji sociální identitu, stává se předmětem

neosobního jednání, v popředí zájmu ošetřujícího personálu je uspokojování zdravotních potřeb, zatímco ostatní potřeby, zejména sociální, jsou potlačovány. Pacient je nucen k určité pasivitě, což se pro mnohé jedince např. sportovce může stát velmi problematické. **(16)**

Každý nemocný, který přichází do nemocnice s cílem diagnostiky onemocnění nebo operačního zákroku klade mnoho otázek. Dostatečná informovanost hraje významnou úlohu v péči o pacienta. Snižuje napětí, obavy a úzkost a dává odpověď na důvody a záměry vyšetřovacího procesu.**(16)**

1.4.2 Pacient v ambulantní péči

K prvnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem dochází na ambulanci. Profesionální jednání a komunikace s pacientem, by mělo být samozřejmostí pro každou sestru. Vlídne slovo, úsměv, dostatečné informace, prostředí čekárny, zachovávání intimity či empatický přístup, to vše představuje zásadní momenty v získávání důvěry pacienta. **(27)**

Stav nemocného, jeho nálada, obavy i naděje, znalosti či neznalosti průběhu choroby, uvědomování si možných následků jsou faktory, které často silně ovlivňují průběh nemoci. Zdravotník si musí při své práci plně uvědomovat, že to, co pacient prožívá, čím prochází, mohou být pro něho zcela nové poznatky a zkušenosti. Veškerá zdravotnická péče a činnost zdravotnického personálu, ať v ordinaci praktického lékaře, v ambulanci či v lůžkové části nemocnice, se velmi dotýká jeho vlastní osobnosti, jeho vlastního já. **(30)**

Mezi nemocným člověkem v ambulantní péči a v nemocnici je celá řada rozdílů. S rozvojem medicíny jsou některá onemocnění či stavy s ním související možné řešit zcela ambulantní péčí. V souvislosti s tím je brán ohled nejen na zdravotní a duševní stav pacienta, ale existuje celá řada dalších faktorů, která se podílí na výsledcích léčby. Patří k nim např. častá změna ošetřujícího lékaře, opakovaná náročná vyšetření nebo lékařské zákroky, transport do zařízení, negativní zkušenosti, dlouhá čekací doba či nevhodné chování zdravotnického personálu. **(30)**

1.4.3 Prostředí čekárny

Čekárna by měla splňovat určité hygienicko-estetické požadavky. Pacient zde tráví různě dlouhou dobu před vstupem do ambulance. Je vhodné zajistit odborné letáky či jinou literaturu, která se svým obsahem zabývá onemocněními daného oddělení. Tyto materiály mohou být podkladem pro případné dotazy na lékaře nebo tak může pacient získávat další informace týkající se jeho nemoci. Jinou formou rozptýlení v čekárně může být televize či rozhlas. Všechny tyto možnosti napomáhají při snižování napětí a negativních prožitků před vstupem do ordinace. (30)

System objednávání pacientů na určitou dobu může být dalším pomocníkem v minimalizaci stresu pacienta při čekání, ale ne vždy je možné tyto časové termíny zcela dodržet. Důležitou roli pak zde sehrává sestra, která je prostředníkem mezi ambulancí a čekárnou, zajišťuje kontakt mezi lékařem v ordinaci a pacientem. Sestry by měly být profesně zkušené, s dobrými komunikačními dovednostmi. Měly by ovládat jednání s lidmi, zvládat neočekávané situace a umět pozitivně ovlivnit psychický stav pacienta. (30)

1.5. Komunikační dovednosti

Lidská komunikace představuje výměnu informací mezi účastníky. Má svůj účel a cíl, slouží k vzájemnému dorozumění se. Děje se tak v určitém prostředí, za určitých okolností, v určitém kontextu. Každé komunikování se proto stává jedinečným a neopakovatelným. Komunikování je složitý proces, který je závislý na psychice, inteligenci, na individuálních i sociálních zkušenostech a potřebách a na vzdělání. Patří k základní bio-psycho-sociální výbavě každého člověka. Komunikace ve zdravotnictví a komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků se stávají součástí hodnocení kvality poskytované péče. Je potřeba efektivně komunikovat nejen s nemocným, ale i ve zdravotnickém týmu, který je poskytovatelem ošetrovatelské péče. Moderní ošetrovatelství s sebou přináší zvýšené požadavky na odborné znalosti a dovednosti sestry. Velký význam je kladen na zlepšení komunikačních dovedností, zvládnutí komunikačních technik. Povolání sestry v dnešní době zahrnuje péči o pacienta po

stránce fyzické i psychické. Zejména s psychologickou péčí je úzce spojena schopnost efektivní komunikace. **(1,19,25,26)**

Pokud chceme zefektivnit komunikaci mezi poskytovateli a příjemci zdravotní péče, je potřeba využívat zejména následující komunikační dovednosti: zhodnocením úrovně znalostí nemocného a schopností nemocného přijímat informace a zpracovávat je, můžeme následně přizpůsobit informace, které nemocnému poskytujeme. Empatii bychom neměli zaměňovat se soucitem a agresivitu zvládat pomocí asertivního chování. Měli bychom se naučit aktivně naslouchat. Všechny tyto komunikační dovednosti nám pomohou u pacienta navodit pocit důvěry, minimalizovat riziko maladaptace, uvolnit psychické napětí, získat klienta případně rodinu ke spolupráci. Pomocí komunikace, lidským a empatickým přístupem při respektování potřeb nemocného lze významně ovlivnit jeho prožívání a tím úspěšnost léčby.**(1,19,25,26)**

1.5.1 Komunikace v medicíně

Komunikovat neznámá pouze hovořit. Obecně je komunikace definována jako vzájemné sdělování informace prostřednictvím různých signálů a prostředků. Pokud chceme s pacientem správně komunikovat, je potřeba si uvědomit, co chceme říci, odhadnout a zvolit správnou dobu pro předání informace, určit vhodné místo a rozhodnout, jak informaci podat. Umění naslouchat pacientovi je významnou dovedností, neboť anamnestické údaje a informace patří k nejdůležitějším složkám ke stanovení diagnózy a následně dalšího postupu. **(6)**

„Kolik času věnuje v ordinaci lékař, popřípadě sestra pacientovi a jak s ním oba mluví, tedy komunikace s pacientem verbální i neverbální, značně ovlivňuje kvalitu utvářeného vztahu. Záleží nejen na způsobu vedení rozhovoru, na formě, ale také na obsahu, o čem spolu mluví. Neochotu, nezájem, aroganci, hrubost, nevlídnost, vulgaritu, netaktní jednání... prozradí na sebe lékař i sestra svou mluvou, chováním a jednáním.“ **(19, str.57)**

Profesionalita ve vedení komunikace znamená přijetí a respektování určitých pravidel, což vyžaduje utlumit své vlastní nepříjemné pocity. K umění léčit a pomáhat

lidem, k odborné kvalifikovanosti se právem řadí právě umění komunikovat. Zásadním nedostatkem komunikace je její absence.(19)

1.5.2 Komunikace sestry-pacient

Pojem profesionální komunikace je chápán jako komplexní a náročná zručnost sestry. Ke vzniku procesu komunikace jsou potřebné některé požadavky. Pacient musí chtít komunikovat, umět komunikovat a musí mít vytvořené možnosti ke komunikaci. (14)

Dovednosti komunikovat s nemocným jsou součástí profesionálního vybavení každé sestry. Tyto schopnosti se stávají pomocníkem při navazování a rozvíjení kontaktu s pacientem. Komunikační dovednosti je možné trvale rozvíjet a zlepšovat. Každé setkání s jiným člověkem vyvolává reakce a interakce mezi lidmi. Lidé spolu komunikují, vyměňují si informace, zkušenosti, sdělují si pocity. Sesterská komunikace nejčastěji probíhá s pacientem a jeho blízkými, ale zahrnuje komunikaci s lékaři či kolegy. (28)

Komunikace je základem ošetrovatelské péče. Odborné komunikační dovednosti patří k nejdůležitějším dovednostem v kterékoli oblasti poskytování péče. Je potřeba zvládat komunikaci s rozrušeným, rozzlobeným, psychicky narušeným pacientem. V péči o pacienty se skutečnými či potencionálními potřebami hraje způsob komunikace sestry-pacient významnou roli.(10)

Ke správnému zvládnutí komunikace mezi sestrou a pacientem je potřeba osvojení si některých specifických komunikačních praktik a zručností. Aktivní naslouchání vyžaduje soustředěnost, koncentraci a zájem o to, o čem se hovoří. Zpětná vazba je důležitá kontrola přijatých informací případně jejich zpracování. Respektem je vyjadřován postoj k pacientovi a akceptace jeho jedinečnosti. Empatie představuje schopnost, jejímž prostřednictvím je možno vnímat vnitřní svět pacienta, pohlížet na problémy a danou situaci jeho očima. Výkladem sestry pomáhá pacientovi lépe porozumět a pochopit aktuální stav. Zájem je základem ošetrovatelské praxe a vyjadřuje osobní vztah sestry k pacientovi. Mlčení a ticho má v komunikaci svojí nezastupitelnou funkci a význam. Autentičnost je podmínkou k navázání důvěrného vztahu a

komunikace. Porozumění je spojeno s akceptací osobnosti pacienta. Rady neznamenaají konkrétní návody na řešení problémů, ale mají pacientovi pomoci k tomu, aby samostatně dokázal nalézt řešení. (14)

1.5.3 Komunikace v ošetrovatelství

Z pohledu profesionální komunikace rozlišujeme v praxi tři oblasti: sociální komunikaci, specifickou a terapeutickou komunikaci. Sociální komunikace je neplánovaná. Představuje běžný hovor, vlastní kontakt s pacientem. Nemocný člověk má v nemocnici či v domácím prostředí má omezené možnosti sociálních kontaktů, proto přijímá možnosti hovoru s dalšími lidmi velmi pozitivně. Zdravotníkům pomáhají k navázání vztahu s nemocným, který pak usnadňuje komunikaci v rámci ošetrovatelské péče. (28)

Strukturovaná komunikace má určitý, předem naplánovaný obsah. Zahrnuje oblast sdělování důležitých faktů, informací a poučení. Představuje zvýšené nároky na srozumitelnost sdělení a vhodnou formu vzhledem ke stavu nemocného. Je potřeba ověřit, zda pacient sdělení rozuměl. (13,28)

Terapeutická komunikace je v ošetrovatelství využívána a používána často. Probíhá často formou rozhovoru. Má za úkol zvýšit účinnost u jiných léčebných přístupů a postupů. Napomáhá překonávat dočasný stres a překonávat psychologické překážky. Rozhovor se stává nepostradatelným při získávání pacientovy důvěry. (13,28)

1.6. Struktura a druhy komunikace

Komunikace znamená předávání významových obsahů mezi lidmi a uskutečňuje se prostřednictvím jazyka. Při jakékoliv komunikaci je význam mluveného slova doplňován a dotvářen neverbálními projevy a tónem hlasu. Slovní projev nelze oddělit či odloučit od neverbálních složek komunikace. Verbální a neverbální komunikace se vzájemně doplňují případně nahrazují a pro sestru, která chce a potřebuje komunikovat s pacientem, je velmi důležité účinné zvládnutí obou dvou forem. (13,21)

1.6.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je dorozumívání se pomocí slov. Měla by být jasná, přesná, srozumitelná. Důležitou složku zde představuje aktivní naslouchání. Správná volba slov k vyjadřování pocitů a citů není vždy snadná. Člověk, se kterým komunikujeme, nemusí vždy jasně porozumět tomu, co mu chceme sdělit. Vyřknuté slovo může zapůsobit psychoterapeuticky, povzbudivě, ale může mít i účinek psychotraumatický. **(1)**

Pokud chceme dosáhnout efektivní komunikace s očekávaným výsledkem, je potřeba sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální. Dobrá komunikace nemusí nutně znamenat pouze správnou volbu slov, ale je důležité věnovat pozornost i dalším prvkům, které mají určitý vypovídající význam. Rychlost řeči může být projevem obavy či nejistoty, hlasitost bývá odlišná podle charakteru sdělení. Odmlky či úplné přerušování rozhovoru mohou být pro pacienta prostorem k přemýšlení či odpočinku, výška hlasu bývá odrazem emocí, kdy se radost, stres či obava projeví v hlasovém zabarvení. Délka projevu pak určuje každému zúčastněnému jeho prostor, který má k dispozici a intonace určitým způsobem podtrhuje význam sdělení. **(28)**

Verbální komunikace zahrnuje všechno to, co si sestra s pacientem vzájemně sdělují slovy. Slova v tomto případě mají velkou informační hodnotu. Vyjadřování sestry by mělo být přesné, přiměřené, jasné a hlavně srozumitelné. Slova, která při své komunikaci s pacientem sestra použije, musí volit velmi uvážene a vědomě. **(14)**

Mluvený projev musí splňovat několik kritérií: Jednoduchost musí být zárukou stručného a jasného sdělení. Vždy je nutné ověřit si, zda nemocný sděleným informacím porozuměl. Stručnost v podávání informací působí profesionálně. Nesmí však být na úkor srozumitelnosti. Po stručném sdělení informací je nutné následně nechat prostor pro případné dotazy. Zřetelnost je nutná při komunikaci s nemocným pro vyjádření podstaty věci. Vhodné načasování je nutné zohlednit zejména u závažných témat. Nedílnou součástí je klid pro sdělení a nerušený prostor, soukromý a dostatek času. Přizpůsobivost znamená schopnost přizpůsobovat podávané informace v závislosti na reakcích pacienta. **(28)**

1.6.2 Paralingvistické prostředky řeči

Každý slovní projev je dotvářen a doprovázen paralingvistickou komunikací. Jedná se o akustiku mluveného slova nebo řeči. Celkový dojem mluveného slova dotváří použitý tón, intonace, zabarvení hlasu a plynulost řeči. Při použití těchto projevů pak může být stejná věta vyslovena několika různými způsoby se stejným obsahem, ale odlišným významem.**(14)**

Hlasitost verbálního projevu určuje, zda je projev pro posluchače příjemný či nepříjemný. Výška tónu řeči ovlivňuje vnímání informací. Rychlost verbálního projevu má význam pro správné vnímání obsahu sdělované informace. Velmi rychlá řeč je vnímána obtížně. S ohledem na druh informace, která je poskytována, je vhodné tempo řeči měnit. Důležité informace je vhodné sdělovat pomaleji a zřetelněji.**(21)**

Pomlka v řeči může být úmyslná či neúmyslná. Může se stát výzvou, očekáváním i příležitostí k přemýšlení. Pro upoutání pozornosti je vhodné střídat rychlost, tempo, plynulý projev proložit pomlkami, důraz klást na různá slova s ohledem na obsah sdělení. Proměnlivost hlasového zabarvení bývá často projevem emocí. Hlasový projev působí citově.**(21)**

1.6.3 Rozhovor

Rozhovor je záměrný a organizovaný dialog, při němž jsou na jedné straně otázky tazatele, tedy sestry a na straně druhé odpovědi tázaného, v tomto případě pacienta. Je nejrozšířenějším druhem komunikace.**(30)**

Rozhovor nám dává informace o pocitech a duševním stavu pacienta, pomáhá nám zjišťovat jeho přání a plány. V každém rozhovoru najdeme stránku věcnou, kdy informace dodáváme nebo získáváme, a stránku sociálně-emoční, která je dána postojem sestry k pacientovi a schopností vcítit se do jeho problémů.**(30)**

Rozhovory, jimiž informace získáváme, se mohou odlišovat podle toho, co potřebujeme od pacienta zjišťovat. Do kontaktu s pacientem nebo jeho příbuznými přichází setra prostřednictvím prvního rozhovoru. Anamnestický rozhovor se stává hlavním zdrojem informací týkajících se pacienta, jeho současných zdravotních problémů. Diagnostický rozhovor se často překrývá s anamnézou. Pomáhá tam, kde

nejsou k dispozici jiné diagnostické metody. Kromě informací získávaných slovně tato oblast zahrnuje i sledování pacienta, jeho projevy, výraz apod. Informační rozhovor se zaměřuje na určitý konkrétní problém nebo potíže. **(30)**

Předpokladem správného edukativního rozhovoru je znalost a ovládnutí toho, co chceme pacienta naučit, o čem mu chceme, poskytnout informace. Pacientovi odpovídáme na jeho dotazy, trpělivě opakujeme, pokud vše zcela nepochopil. Součástí edukativního rozhovoru je zapojení pacienta do léčebného procesu, získání pacienta ke spolupráci a jeho motivace. Na závěr každého takového rozhovoru by mělo být shrnutí, které nám dává informace o tom, zda pacient všechno pochopil, zda všemu rozumí. **(28)**

Terapeutickým rozhovorem určitým způsobem působíme na psychický stav nemocného. Sestra, která přichází do blízkého kontaktu s pacientem, se dostává do rozhovorů, kde hlavní roli hrají pocity nemocného. Emoční prožitky nemusí být vždy negativní. Kromě strachu, úzkosti, smutku či zklamání pacient prožívá i radost, potěšení či lásku. Důležité je, nezůstat k těmto pocitům lhostejný, ale přijímat je. Pak hovoříme o akceptaci, kdy dáváme druhému, v tomto případě pacientovi, najevo, že vnímáme, co prožívá. Akceptace bývá krokem k navázání důvěry, kdy se pacient stává sdílnějším, dochází ke zmírnění napětí a úzkosti. **(28)**

1.6.4 Empatie

Empatie znamená vcítění se. Jde o vnímání pocitů a situací druhého člověka, které nám následně umožňují pochopit reakce druhých lidí. Empatie je jednou z podmínek v lidském přístupu k pacientovi. Umožňuje nám předpokládat reakce nemocného a následně volit způsob komunikace. **(28)**

Zahrnuje v sobě dvě na sebe navazující složky: poznávací a emocionální. Tyto dvě složky se vzájemně prolínají a doplňují. Poznávací složka předpokládá schopnost sestry rozpoznat duševní rozpoložení nemocného, jeho náladu, jeho způsob myšlení. Tato dovednost následně umožňuje sestře odhadnout reakci. **(14)**

Emocionální složka zahrnuje schopnost sestry vcítit se do psychického stavu pacienta. Poskytuje nám informace o citovém prožitku pacienta, o tom, jak hodnotí

sebe, jeho postoj k nemoci, jak nemoc prožívá. Porozumění a spoluúčast přináší nemocnému úlevu, sestře důležitou informaci.(22)

1.6.5 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je označována jako řeč těla. V oblasti zdravotnické péče jsou projevy neverbální komunikace velmi významné. Vyznat se v řeči těla, umět pracovat se svými neverbálními projevy a umět naslouchat i neverbálním projevům svých pacientů patří mezi významné a důležité dovednosti každé sestry. Při neverbální komunikaci „mluvíme“ výrazem obličeje, dotekem, fyzickým postojem, pohybem, gesty a přiblížením nebo oddálením se.(1,28)

Neverbální projevy zpravidla nebývají tak přísně sledovány a kontrolovány jako mluvené slovo. Poskytují množství informací o pocitech a prožitcích lidí i přes to, že není tak přesná jako slovní komunikace. Může ale verbální projev doplnit či zesílit jeho účinek. Za určitých okolností jej může i zcela zastoupit.(21)

Projevy neverbální komunikace musí sestra umět nejen vnímat, ale i poznat jejich význam v dané situaci. Pomáhají ovlivnit komunikaci potřebným směrem, zvyšují efektivitu vlastní komunikace, napomáhají lépe zvládat komunikační překážky.(14)

1.7 Informovanost a potřeba informovanosti

V moderním ošetřovatelství je uspokojení potřeby informovanosti velmi důležité. Většina pacientů má zájem o vše, co je spojeno s jejich zdravotním stavem. Od zdravotnického personálu pak vyžadují informace různého charakteru – o diagnóze, o způsobu, možnostech a trvání léčby, o délce pobytu v nemocnici apod. Pacienti musí být informováni o lécích, které mají užívat, o léčebných a ošetřovatelských postupech, o dietním stravování, pohybovém režimu včetně různých omezení, která vyplývají z jejich aktuálního zdravotního stavu. Pacient, který má nedostatek informací, se může stát nejistým, úzkostlivým, případně může postupně ztrácet důvěru ke zdravotníkům.(14)

Povinnost a posláním sestry v případě mlčenlivosti je mnohem jednoznačnější než u lékaře. Sestra nemá oprávnění podávat informace, týkající se zdravotního stavu pacienta. Nesmí podávat informace o nálezech, výsledcích, diagnóze, vážnosti stavu či prognóze onemocnění nemocnému ani jeho nejbližším příbuzným K dodržování zásad ve své každodenní činnosti ji zavazuje etický kodex sestry.(30)

Lidské vnímání má omezenou kapacitu. V rámci podávaných informací, které poskytuje sestra pacientovi, pak mohou nastat případy, kdy pacient má nedostatek nebo nadbytek informací, či se tyto informace opakují. Nadměrné množství informací není pacient schopen nejen přijmout, ale následně ani zpracovat a vyhodnotit. Následkem toho pak bývá pacient zmatený, pamatuje si pouze část poskytnutých informací a často se obává znovu se zeptat. Optimálním stavem je situace, kdy sestra poskytuje pouze takové množství informací, které je pacient schopen zpracovat. Jiná situace nastává ve chvíli, kdy pacient dostává nedostatečné nebo téměř žádné informace. Dochází k neinformovanosti pacienta, která často vede k nejistotě, nespokojenosti či vnitřní zmatenosti. Opakování již poskytnutých informací pak mohou vyvolat v pacientovi pocit zklamání, případně zmenšit pocit důvěry k ošetřujícímu personálu.(14)

Z časového hlediska můžeme rozdělit informace na ty, které poskytujeme před přijetím, při přijetí, po dobu hospitalizace a při propuštění. Před přijetím má sestra o pacientovi pouze základní informace. Při přijetí mu sestra podává informace důležité pro něho samotného. Patří sem např. denní režim, číslo pokoje, uspořádání stanice apod. V době hospitalizace pak pacienta informuje o diagnostických, terapeutických či ošetřovatelských postupech, které souvisí s jeho léčbou. Před propuštěním je pacient informován o způsobech užívání léků, režimových opatřeních, termínu kontroly.(14)

Na sestry, které pracují v oblasti ambulantní péče, jsou kladeny stále vyšší nároky. Sestry se zaměřují na zdokonalování informovanosti a kvalitní edukaci pacientů. Dostatečné a kvalitní informace představují pro pacienta zprávy, které vedou ke snížení a minimalizaci nejistoty. Stávají se prvním krokem na cestě zvládnání nemoci. Prvotní informace získává pacient od lékaře, úkolem sestry je pak tyto informace doplnit. V rámci svých kompetencí se však sestra podílí na informovanosti pacientů minimálně. (4)

1.7.1 *Informovaný souhlas*

Ošetřující lékař je zodpovědný za kvalitu a potřebný rozsah informací, které jsou pacientovi poskytovány. Povinnost informovat pacienta mají i ostatní zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na léčbě a péči o nemocného. Informace které podávají, jsou vždy v souladu s profesně stanovenými odbornými kompetencemi.(5)

Důležitým nástrojem při poskytování informací je informovaný souhlas. Musí splňovat tři základní náležitosti: musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Obsahem informovaného souhlasu je poučit nemocného, umožnit potřebnou léčbu a péči a poskytnout právní ochranu lékaři. Bez informovaného souhlasu nelze pacienta léčit.(5)

Všechny úkony, které jsou spojeny se zdravotní péčí, musí být prováděny se souhlasem pacienta. Mezi tyto úkony patří například operační zákrok, složitější vyšetření, některé zákroky a úkony prováděné ambulantně. Pacient má právo být informován o důvodech prováděného zákroku, očekávané výsledky, možné komplikace, alternativní možnosti léčby. Pacient má nejen právo na srozumitelné vysvětlení postupu, ale má právo i konkrétní zákrok či výkon odmítnout. V případě bezprostředního ohrožení života je zdravotní péče prováděna a poskytována bez souhlasu pacienta. V takových případech pak zodpovědnost přechází na zdravotníka.(8)

Informovaný souhlas je pacientem vyjadřován předem. Zpětné vyžadování je nepřipustné. Informace o povaze zákroku, důvodech, pro které je prováděn, způsobu, jakým bude proveden, jsou plně v kompetenci lékaře. Pacientovi musí být vysvětlena možná rizika spojená se zákrokem a alternativy výkonu. Je nutné dodržovat zásady srozumitelnosti, nepoužívat odbornou terminologii. Pacient má právo na otázky, případně na zopakování, jestliže mu některé informace byly nesrozumitelné. Toto poučení pak pacient i lékař potvrdí svými podpisy na dokumentu informovaného souhlasu. Sestra se zpravidla na těchto úkonech účastní jako svědek, případně může pacientovi některé informace zopakovat případně doplnit v rámci svých kompetencí. V případě, že si pacient dodatečně rozmyslí svůj souhlas, lze tento kdykoliv zrušit či odvolat. Pokud to situace a okolnosti dovolí, může být přerušena i již započatá léčba.(8)

1.8 Zásady sesterské komunikace

Rozhodnutí o jakékoliv léčbě patří ze zákona lékaři, respektive týmu odborníků, nikdy ne sestře.

Sestře připadá zásadní role v komunikaci a informovanosti s pacientem, podporuje ho v koordinaci s celým týmem.

Připravuje pacienta na rozhovor s lékařem a předem vytváří vhodnou atmosféru pro přijetí závažné zprávy.

Po rozhovoru pacienta s lékařem citlivě probírá s pacientem z toho plynoucí důsledky.

Srozumitelně, spolehlivě, vstřícně a taktně opakuje pacientovi informace sdělené lékařem, ty, které jsou zapsány v dekurzu a které si zapisuje do sesterské dokumentace.

Pokud získá od pacienta závažné informace, předá je lékařskému týmu prostřednictvím zdravotnické dokumentace.

Informuje lékaře o případných obtížích, a je-li to nutné, i o ošetrovatelských postupech.

Nepřestane pacienta nejen ujišťovat, ale také přesvědčovat, že stále pokračuje jeho léčba symptomatická i ošetrovatelská.

Sestra stejně jako lékař pacienta neopustí až do konce – o tom musí být pacient neustále ujišťován.**(19)**

2. Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle

Cíl 1: Zjistit, zda má sestra v úseku ambulantní péče prostor a možnost informovat pacienta podle jeho potřeb daných k aktuálnímu stavu.

Cíl 2: Zjistit, zda mají pacienti pocit dostatečných informací, které jsou nezbytné pro úspěšnou ošetrovatelskou péči.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1: Sestra v ambulantním úseku péče nemá dostatečné časové možnosti informovat pacienta.

Hypotéza 2: Sestra v ambulantním úseku péče nemá dostatečné prostorové možnosti informovat pacienta.

Hypotéza 3: Pacienti by uvítali více doplňujících informací ze strany sestry v ambulantním úseku péče.

3. Metodika

3.1. Použité metody sběru dat

Výzkumná data byla získána technikou dotazování. Metodou sběru dat byly dotazníky pro sestry a dotazníky pro pacienty.

Ke spolupráci byly osloveny staniční sestry jednotlivých ambulancí. Byl jim vysvětlen záměr, probány jednotlivé dotazníky. Na jednotlivých ambulancích pak byly následně tyto dotazníky rozdávány staničními sestrami. Na ambulanci onkologie, kde pracuji, jsem tyto dotazníky rozdávala sestřám i pacientům osobně.

Dotazník pro pacienty obsahoval 24 otázky. Otázky č.1-3 byly otázkami identifikačními. Otázky č.4-6 zjišťovaly frekvenci a důvod návštěvy na ambulanci. Otázky č. 8 a 17 se týkaly hodnocení sestry, otázka č.9 zjišťovala vybavenost čekárny. Otázky č. 7,11,15 byly cíleny na spokojenost pacientů a otázka č. 13 se vztahovala k intimitě pacienta. Otázky č. 10,12,14,16,18,19 a 21 se vztahovaly různým způsobem k informovanosti a informacím. Otázka č. 20 se dotýkala časových možností sestry k podání informací z pohledu pacienta. V otázce č. 22 měli pacienti vyjádřit svůj subjektivní pocit při poskytování informací. Otázka č. 23 byla zaměřena na to, zda by pacienti uvítali možnost podávání informací pouze jednou sestrou. V případě souhlasné odpovědi pak následně v otázce č. 24 měli uvést důvod. Použité otázky byly zavřené, polootevřené a otevřené. Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel.

Dotazník pro sestry obsahoval 26 otázek. Otázky č.1 a 5 byly identifikační. Otázka č. 2 se týkala dosaženého vzdělání, otázky č.3 a 4 se vztahovaly k délce praxe. Otázky č.6 a 7 byly cíleny na charakter poskytované péče. Otázky č.8, 12, 13 a 14 byly zaměřeny na poskytování informací sestrou. K intimitě pacienta se vztahovaly otázky č.9, 10 a 11. Otázka č. 15 vyjadřovala subjektivní názor na nedostatky v ambulantní péči. Otázky č.16 – 18 a otázka č. 26 se týkaly seminářů zaměřených na komunikaci s pacientem. Otázky č.19 – 23 zahrnovaly dotazy na komunikaci, její druhy a techniky. Otázky č.24 a 25 zjišťovaly role sestry v ambulantní péči. Použité otázky byly zavřené, polootevřené a otevřené. Grafy byly zpracovány v programu Microsoft Excel.

3.2. Charakteristika souboru

Osloveno bylo celkem 185 respondentů v ambulancích Nemocnice České Budějovice a.s. Z celkového počtu bylo oslovených 61 sester a 124 pacientů.

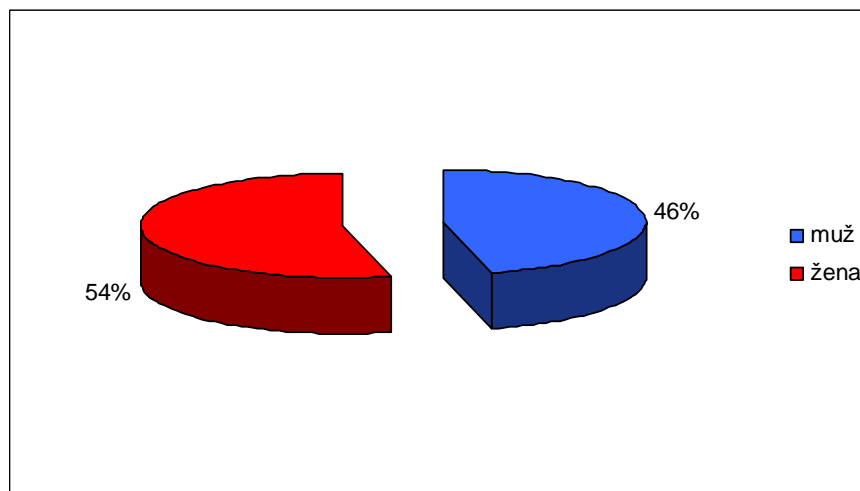
Z rozdaných dotazníků pro pacienty se jich vrátilo 98, což je 79% návratnost. Z vrácených dotazníků pro pacienty muselo být dalších 7 vyřazeno pro neúplnost údajů. Zpracováno bylo tedy nakonec 91 dotazníků, což představuje 73 % z původně rozdaných. Tento konečný počet byl následně zpracován bez ohledu na věkovou kategorii. Podle cíle práce bylo předmětem výzkumu spokojenost či nespokojenost pacientů s informacemi podávané sestrou, jejich pocit z dostatečných či nedostatečných informací nezbytných v úspěšné ošetrovatelské péči.

Z počtu 61 dotazníků, které byly rozdány sestrám, se jich vrátilo 56. Návratnost byla tedy 92%. Vyřazen nemusel být žádný. Ani zde nebyla užší kategorizace. S ohledem na cíle práce byla zjišťována spokojenost či nespokojenost sester s časovými a prostorovými možnostmi podávání informací pacientů.

4. Výsledky výzkumu

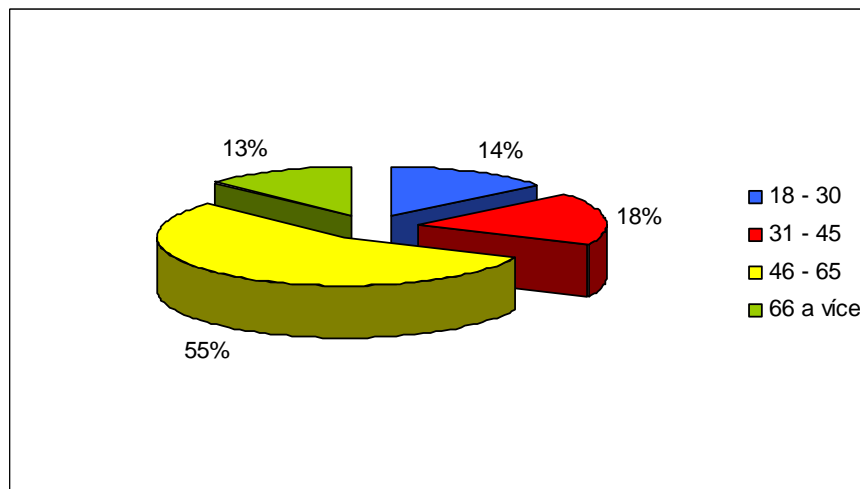
4.1. Vyhodnocení dotazníků pro pacienty

Graf 1 Pohlaví respondentů



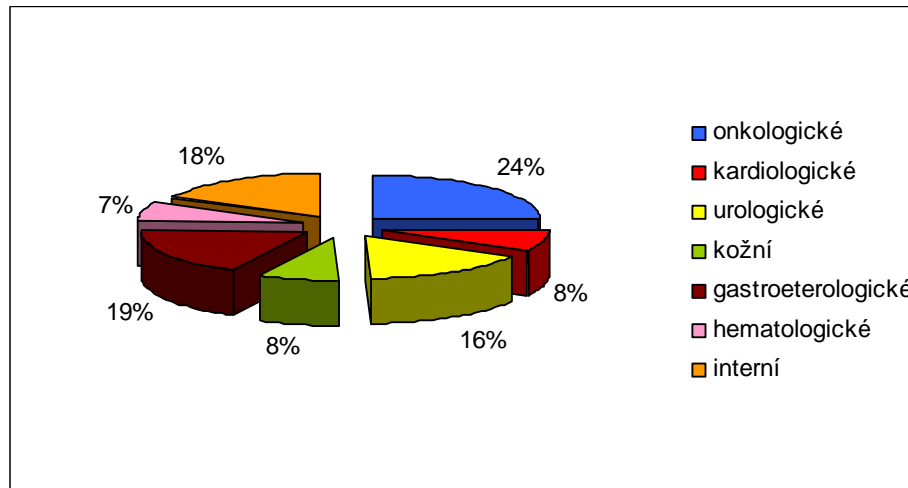
V celkovém počtu 91 pacientů (100%) bylo zastoupeno 49 žen (54%) a 42 mužů (46%).

Graf 2 Věk respondentů



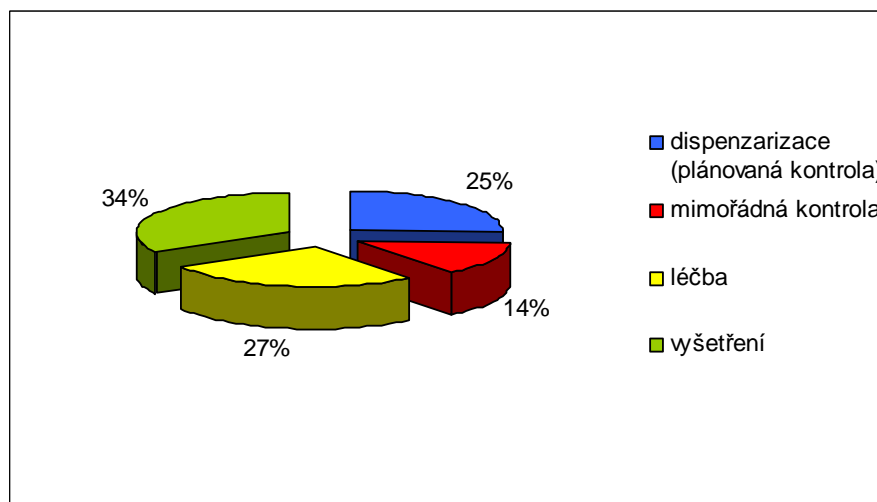
Z celkového počtu 91 pacientů (100%) bylo ve věkové hranici 18 – 30 let 13 pacientů (14%), ve skupině 31 – 45 let 16 pacientů (18%), ve věkové skupině 46 – 65 let 50 pacientů (55%) a ve věkové skupině 66 a více let bylo zastoupeno 12 pacientů (13%).

Graf 3 Zastoupení pacientů z jednotlivých ambulancí



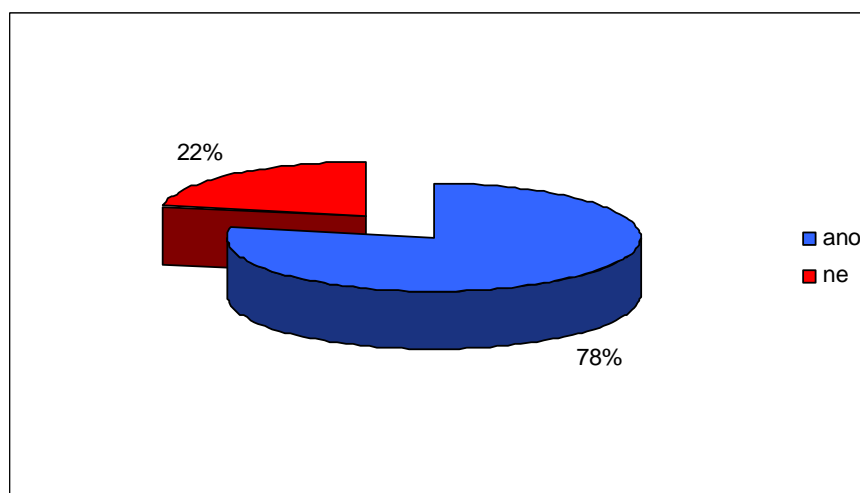
V konečném součtu 91 pacientů byli z onkologické ambulance zastoupeni 23 pacienti (25%), z kardiologické ambulance 7 (8%), z urologické ambulance 15 (16%), z ortopedické ambulance, z kožní ambulance 7 (8%), z gastroenterologické ambulance 17 (19%), z hematologické ambulance 6 (7%) a z interní ambulance 12 pacientů (17%).

Graf 4 Důvod návštěvy



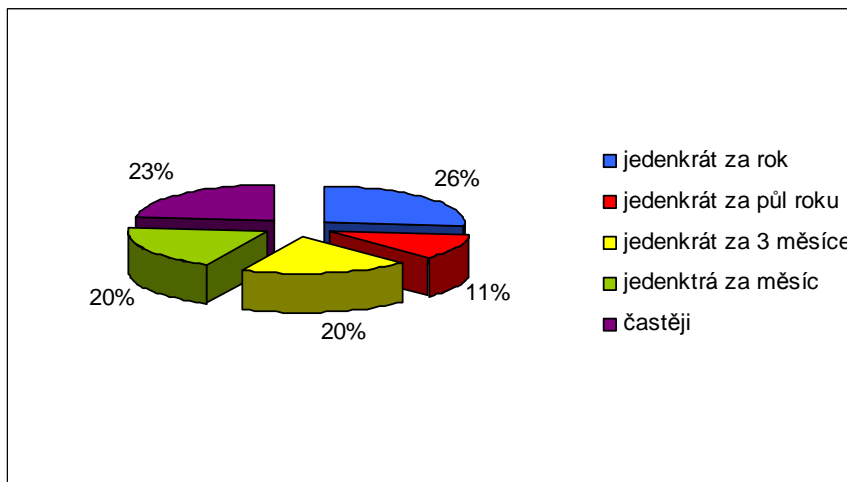
Důvodem návštěvy v jednotlivých ambulancích bylo z celkového počtu 91 dotazovaných pacientů ve 23 případech dispenzarizace (25%), ve 13 případech mimořádná kontrola (14%), ve 25 případech byla důvodem léčba (28%) a ve 30 případech bylo důvodem vyšetření (33%).

Graf 5 Objednání k návštěvě



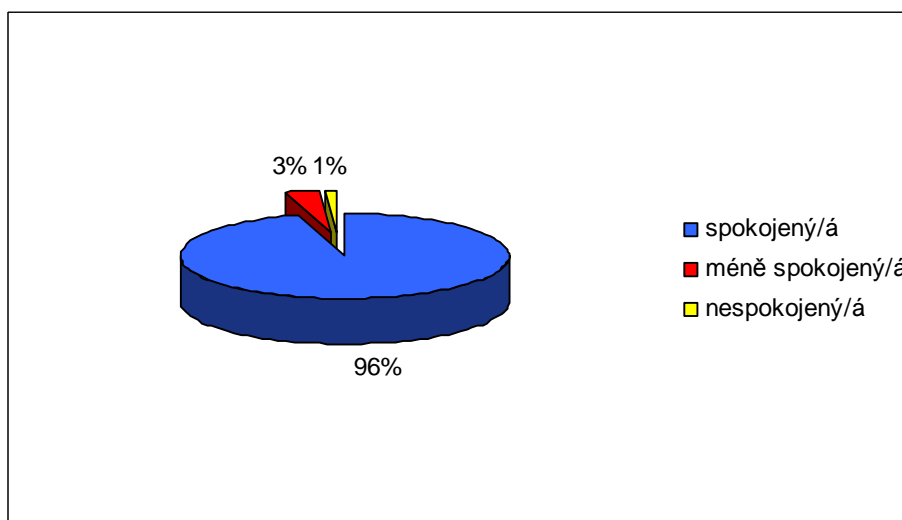
Z celkového počtu 91 dotazovaných pacientů bylo 71 objednáno (78%) a 20 neobjednáno (22%).

Graf 6 Frekvence návštěv



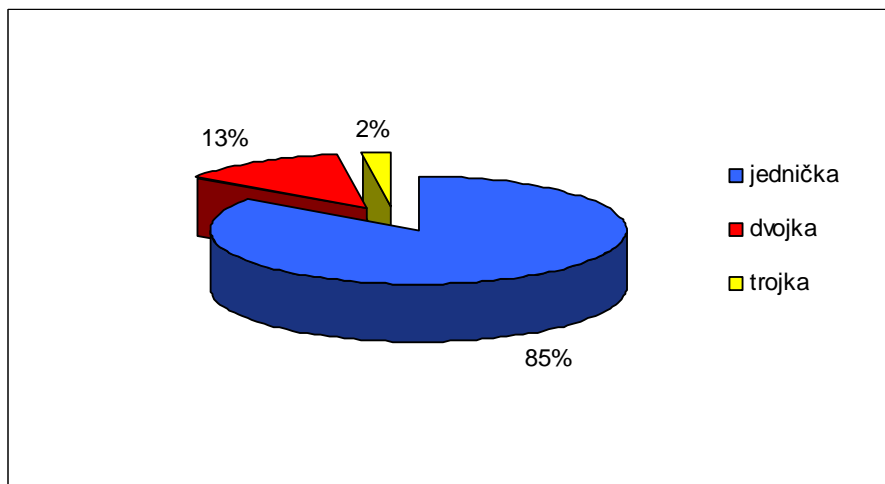
Z počtu 91 oslovených pacientů uvedlo frekvenci návštěv jenkrát ročně 24 pacienti (26%), jedenkrát za 6 měsíců 10 (11%), jedenkrát za 3 měsíce 18 pacientů (20%), 18krát (20%) byla označena možnost každý měsíc a 21krát (23%) byla uvedena možnost častějších frekvencí návštěv.

Graf 7 Spokojenost s prvotními informacemi



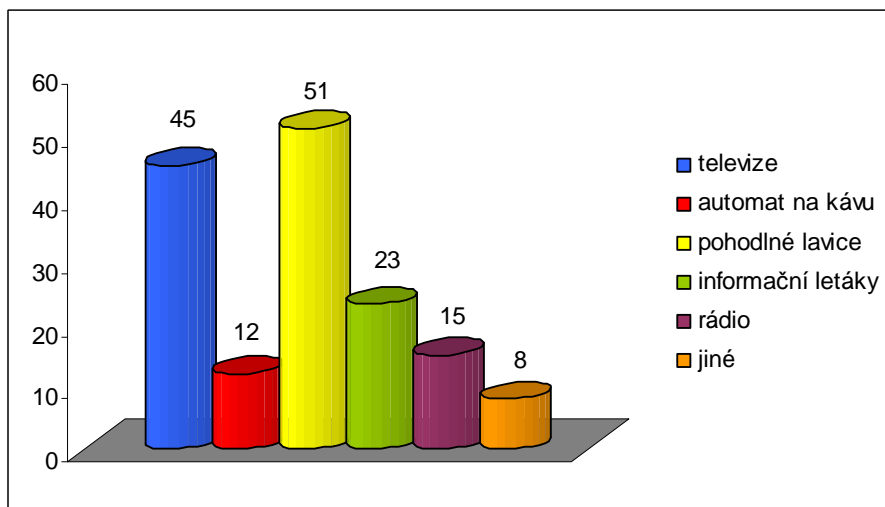
83 (96%) odpovídajících pacientů vyjádřilo spokojenost s informacemi podané sestrou při příchodu na ambulanci, 7 respondentů (3%) bylo méně spokojených a pouze 1 odpovídající (1%) vyjádřil nespokojenost. Celkem odpovídalo 91 pacientů.

Graf 8 Hodnocení sestry



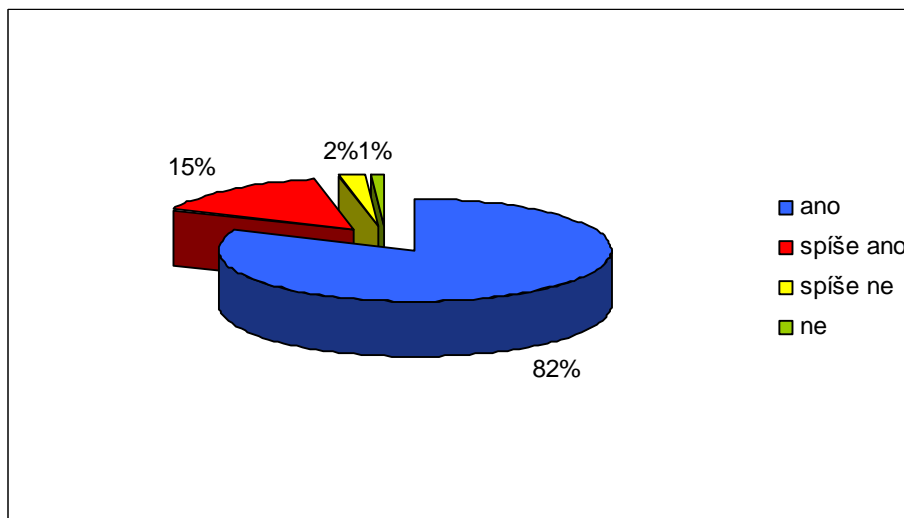
Sestry byly hodnoceny 91 pacientem formou známkování. 77 sester obdrželo známku jedna, 12 sester dvojku a 2 sestry trojku. Jiná známka nebyla udělena.

Graf 9 Vybavenost čekárny



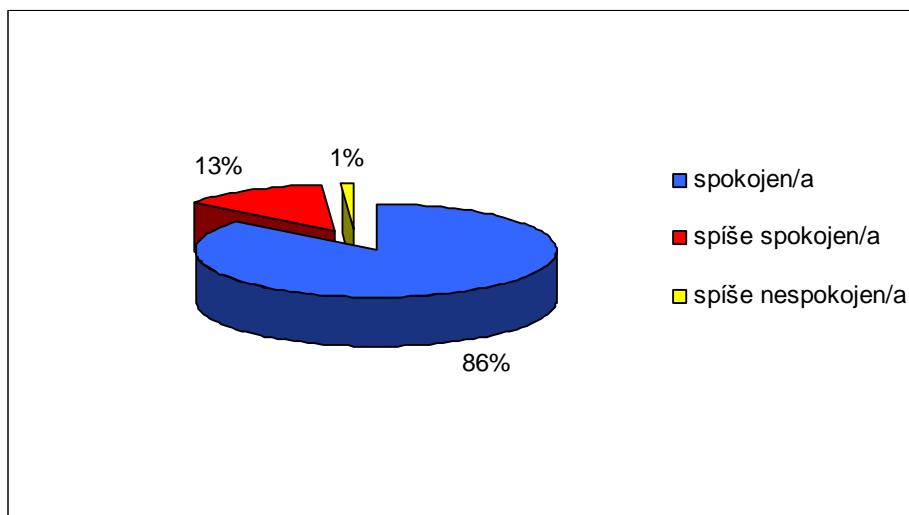
Ze 154 uvedených možností odpovídalo 91 pacientů takto: 45krát byla uvedena televize, 12krát automat na kávu, 51krát byly označeny pohodlné lavice. 23krát uvedli pacienti informační materiály, 15 pacientů uvedlo rádio. Možnost jiné, bez bližší specifikace uvedlo 8 pacientů.

Graf 10 Dostatečnost informací



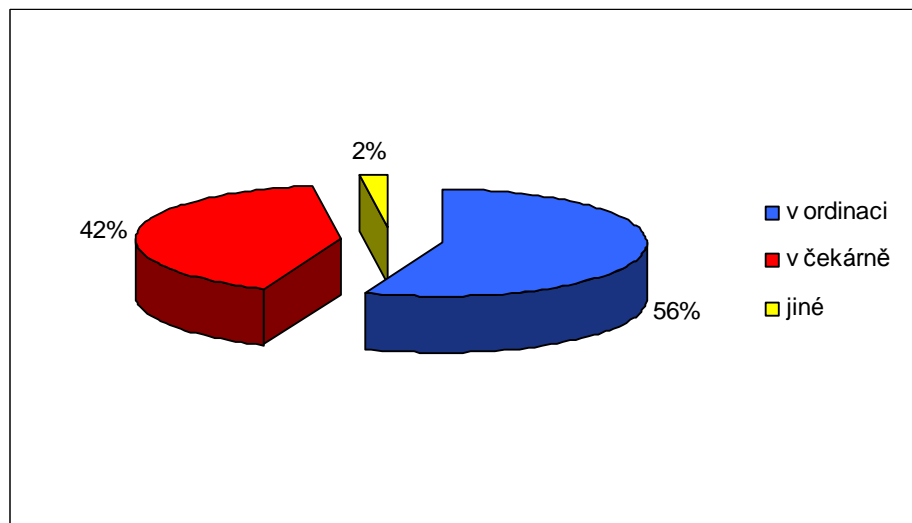
Z celku 91 dotazovaných pacientů 88 vyjádřilo spokojenost, z toho 74 (81%) uvedlo ano a 14 (16%) uvedlo možnost spíše ano. Nespokojenost byla uvedena ve 3 případech, kdy 2 krát (2%) bylo uvedeno spíše ne a v jednom případě ne (1%).

Graf 11 Spokojenost se způsobem poskytnutých informací



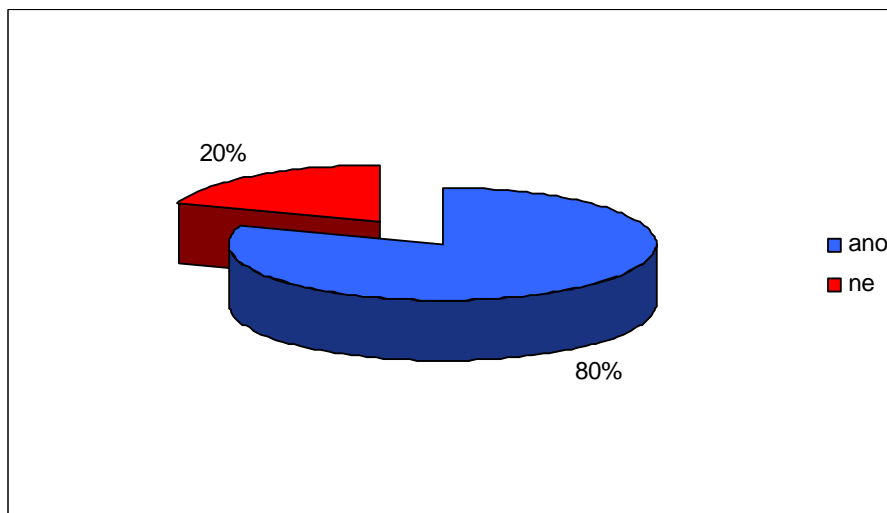
Odpovídalo 91 pacientů a 78 (86%) dotazovaných pacientů vyjádřilo spokojenost se způsobem poskytnutých informací. 12 bylo spíše spokojených (13%) a spíše nespokojen (1%) byl jeden pacient. Nespokojenost neoznačil žádný z dotazovaných pacientů.

Graf 12 Místo informování



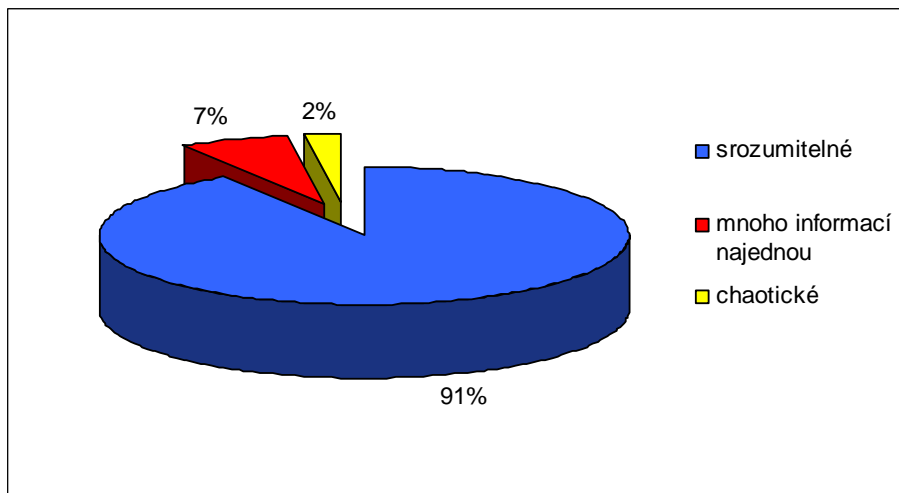
Oslovených 91 pacientů 51krát (56%) označilo jako místo předávání informací ordinaci, 38 (42%) uvedlo čekárnu a 2 (2%) dotazovaní pacienti uvedli možnost jiné. Toto místo blíže nespecifikovali.

Graf 13 Zachování intimity



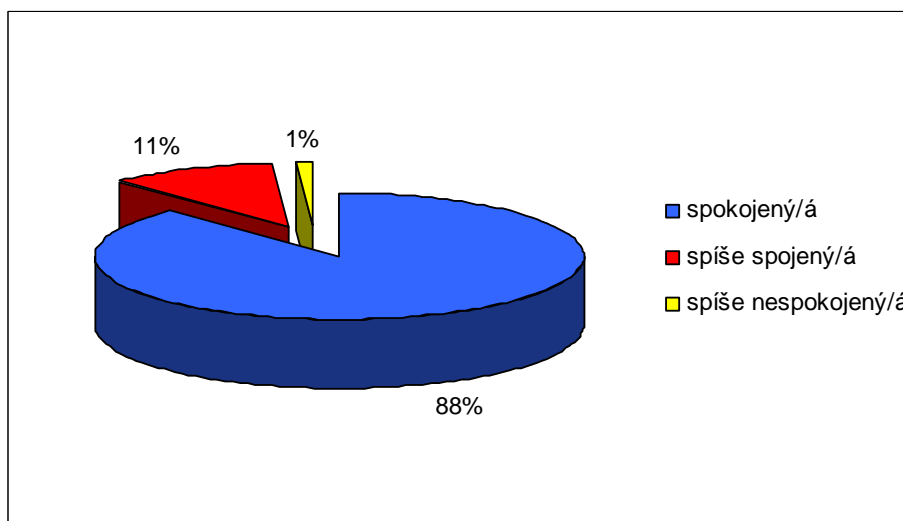
73 pacientům (80%) z 91 dotazovaných poskytovalo prostředí, kde jim byly podávány informace dostatečnou intimitu, 18 dotazovaných (20%) se vyjádřilo záporně.

Graf 14 Charakter informací



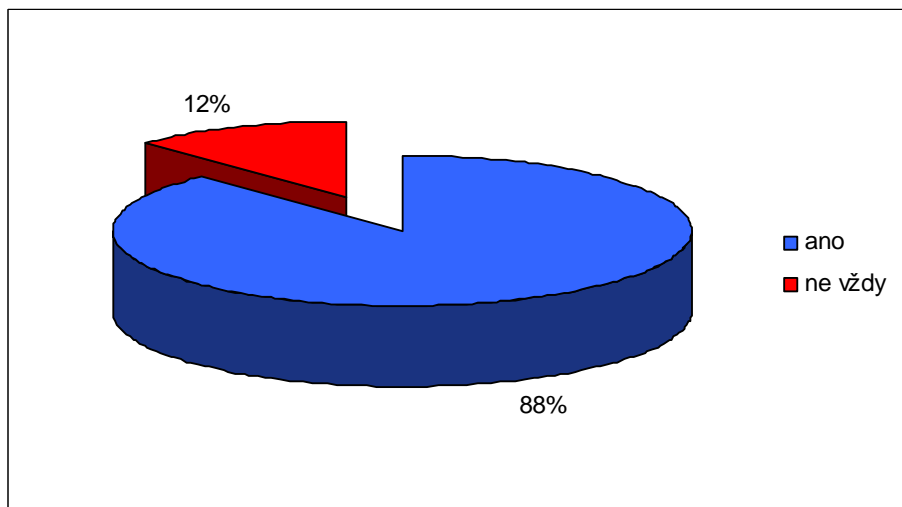
Informace, které byly poskytovány sestrou byly pro 83 pacientů (91%) srozumitelné, 6 pacientů (7%) uvedlo mnoho informací najednou a pro 2 pacienty (2%) byly podané informace chaotické. Možnost nesrozumitelných či nedostatečných informací nebyla vyjádřena ani jednou. Celkem odpovídalo 91 pacientů.

Graf 15 Spokojenost s osobou sestry



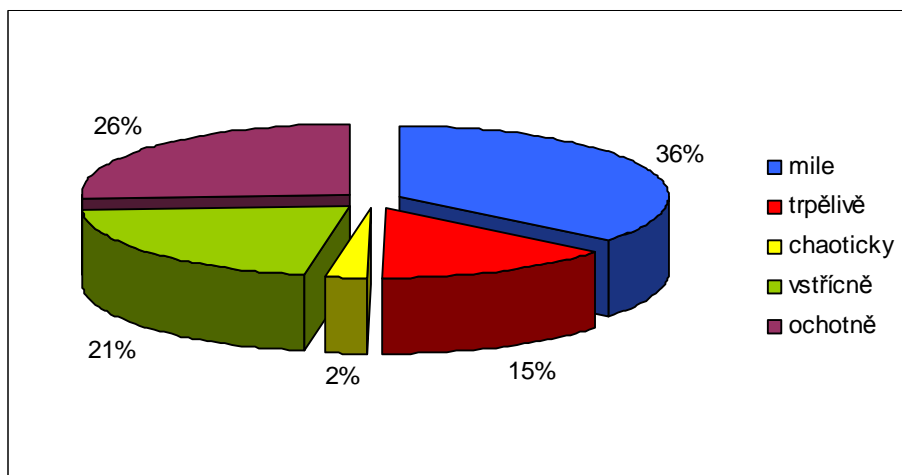
Dotazovaných 91 pacientů vyjádřilo 80krát (88%) spokojenost, spíše spokojených bylo 10 (11%) pacientů a jeden dotazovaný pacient uvedl spíše nespokojenost (1%).

Graf 16 Porozumění informacím



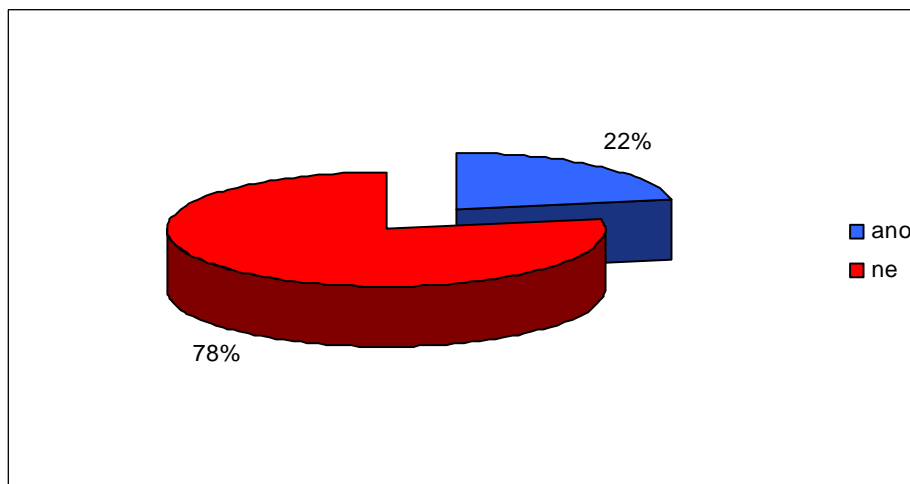
Na otázku srozumitelnosti poskytovaných informací vyjádřilo 80 dotazovaných pacientů ano (88%) a ne vždy byly podávány informace srozumitelné pro 11 (12%) z 91 odpovídajících.

Graf 17 Charakteristika sestry



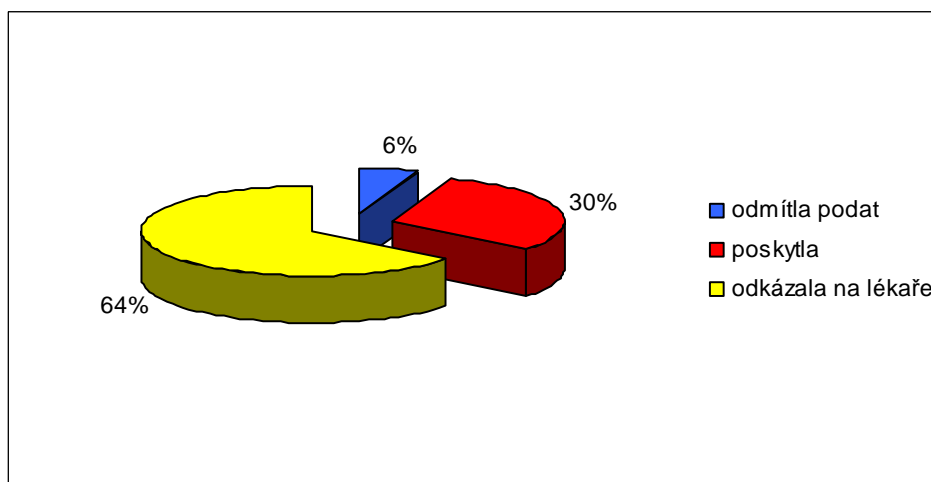
Z 91 odpovídajících pacientů působila na 47 (36%) z nich sestra mile, v 19 případech (15%) byla sestra trpělivá, 3krát (2%) působila na pacienty chaoticky. Pro 28 pacientů (21%) byla sestra vstřícná a 34 pacientů (26%) ocenilo její ochotu. Ani v jednom případě nebyla udána negativní charakteristika (v tomto případě arogantnost).

Graf 18 Informace nad rámec kompetencí



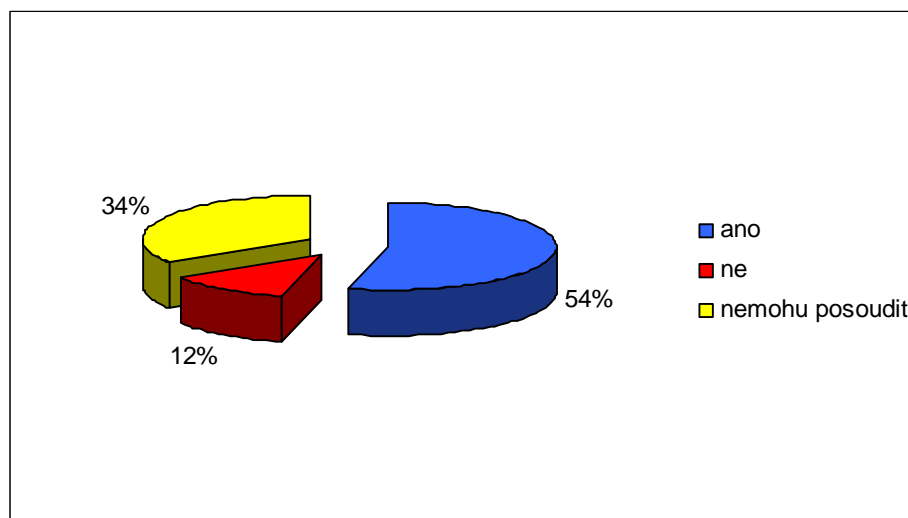
Pouze 20 pacientů (22%) z celkového počtu 91 vyžadovalo po sestře informace nad rámec jejích kompetencí. Poměrná většina - 71 pacientů (78%) - takovéto informace po sestře nepožadovali.

Graf 19 Poskytnutí informací nad rámec kompetencí



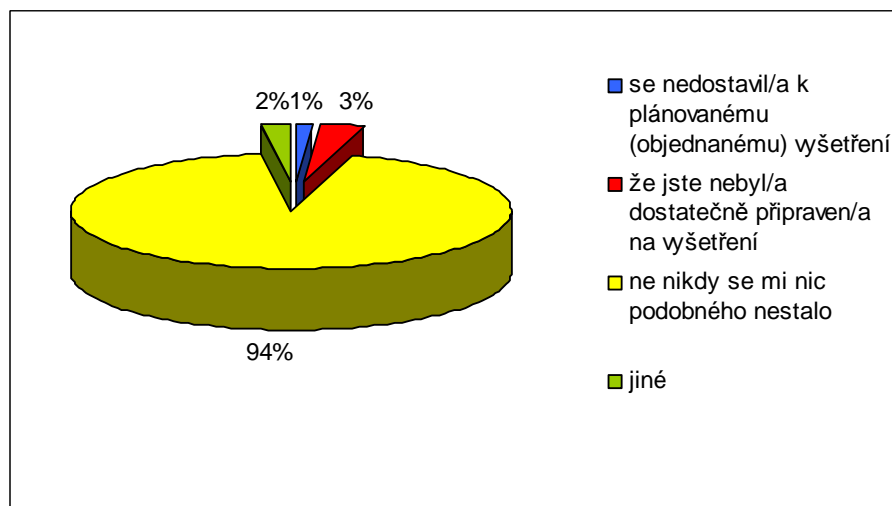
Na tuto otázku odpovídalo 53 pacientů. 3krát (6%) sestra odmítla informace takového charakteru podat, v 16 případech (30%) je poskytla a 34 krát (64%) odkázala pacienta s otázkou na lékaře. Rozdílnost v součtech vychází z toho, že někteří oslovení pacienti v předcházející otázce odpověděli ne a proto na tuto otázku následně neodpovídali.

Graf 20 Časové možnosti sestry



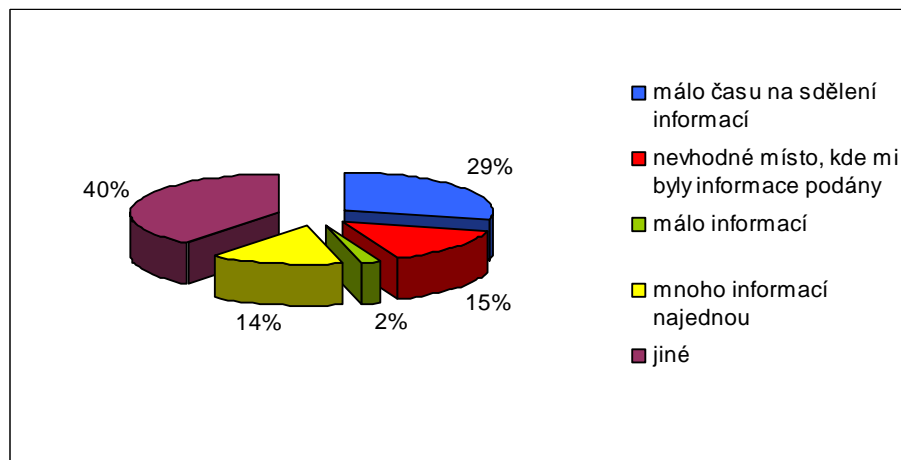
Z 91 dotazovaných pacientů se 49 (54%) domnívá, že sestra měla dostatek času k informování pacienta, 11 (12%) vnímá časové možnosti jako nedostatečné a 31 (34%) oslovených pacientů se přiklání k tomu, že nemohou tento stav posoudit.

Graf 21 Zkušenost a následky nedostatečných informací



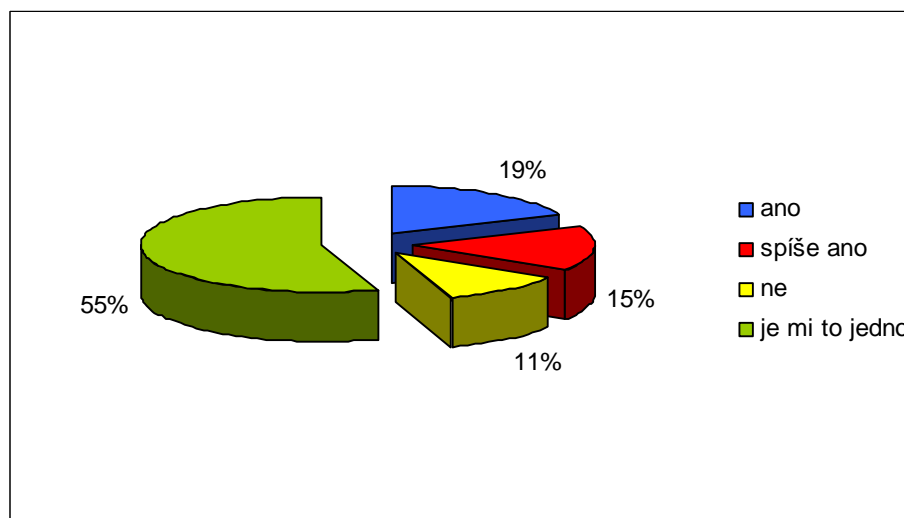
Naprostá většina z 91 dotazovaných pacientů - 85(94%) - podobnou zkušenost neudávala. Jeden pacient (1%) se nedostavil k plánovanému vyšetření, ve 3 případech (3%) nebyli pacienti správně připraveni na vyšetření a 2 pacienti uvedli možnost jiné (2%) bez bližšího charakterizování zkušenosti.

Graf 22 Hodnocení nedostatků



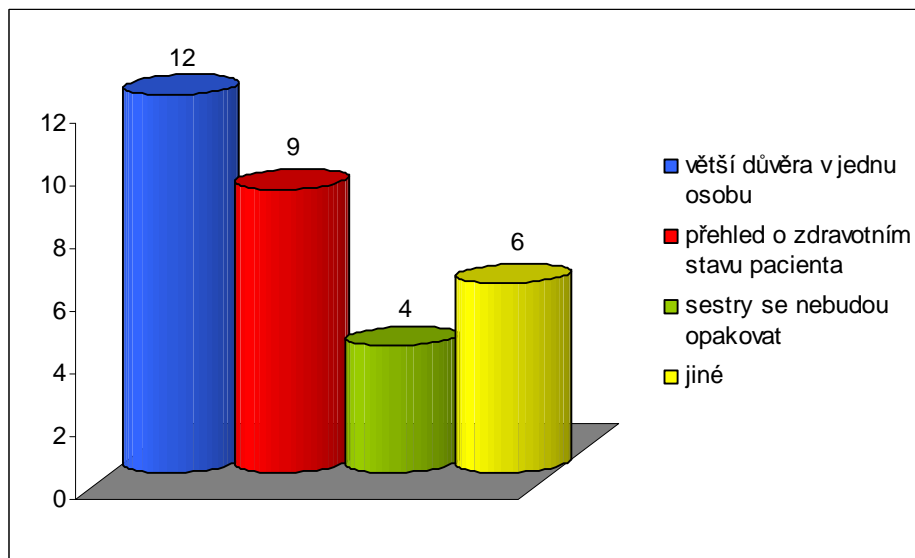
Málo času na poskytnutí informací označili pacienti v odpovědích 26 krát (29%), pro nevhodné místo při poskytování informací se vyjádřilo 14 (15%) z 91 dotazovaných, málo informací uvedli 2 pacienti (2%) a mnoho informací poskytnutých najednou uvedlo jako nedostatek 13 (14%) pacienti. Nejpočetnější skupinu představovala možnost jiné, pro kterou se rozhodlo 36 (40%) dotazovaných pacientů. Ani v jednom případě však nebyl blíže vysvětlen či popsán konkrétní nedostatek, se kterým měl každý z těchto hlasujících nějakou osobní zkušenost.

Graf 23 Informovanost jednou sestrou



50 dotazovaných pacientů (55% - tedy více než polovina) z celkového počtu 91 se vyjádřilo neutrálně – bylo jim to jedno a 10 odpovídajících (11%) se vyslovilo pro ne. 17 (19%) pacientů by tuto možnost uvítalo a 14 (15%) pacientů uvedlo možnost spíše ano.

Graf 24 Důvody informovanosti jednou sestrou

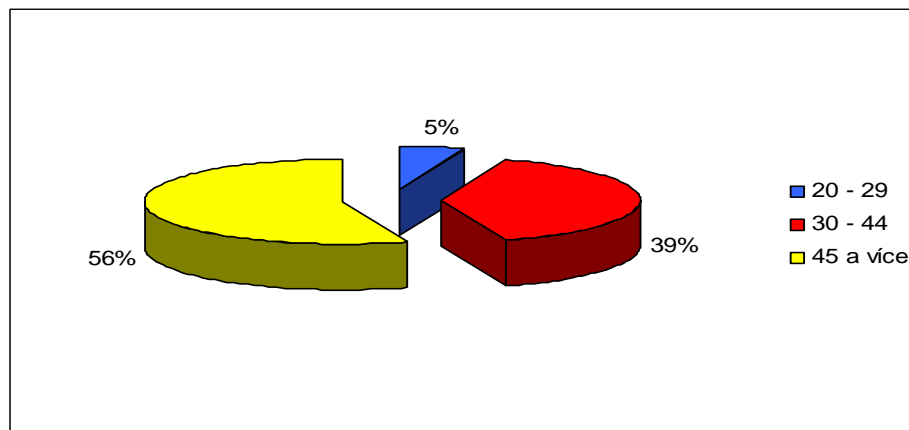


Z celkového počtu 91 respondentů se v předcházející otázce vyslovilo kladně 31 pacientů, kdy 17 pacientů by tuto možnost uvítalo a 14 pacientů uvedlo možnost spíše ano. V této otázce pacienti uváděly důvody, proč chtějí být informováni jednou sestrou. Nejčastější důvod (12krát) byla označena větší důvěra v jednu osobu, 9krát byl uveden přehled (zdravotního stavu, situace pacienta apod.), 4x pacienti uvedli, že pokud je bude informovat jedna sestra, nebudou se jim poskytované informace opakovat. Možnost jiné označilo 6 pacientů, kde byly jako důvody uvedeny např. lepší komunikace se sestrou, trpělivost sestry, vytvoření užšího vztahu.

4.2. Vyhodnocení dotazníku pro sestry

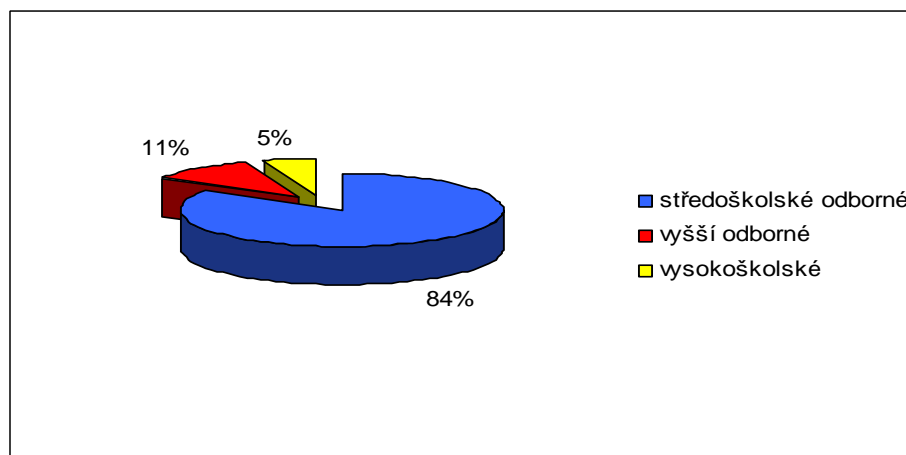
Čísla grafů neodpovídají číslům otázek v dotazníku pro sestry.

Graf 25 Věk



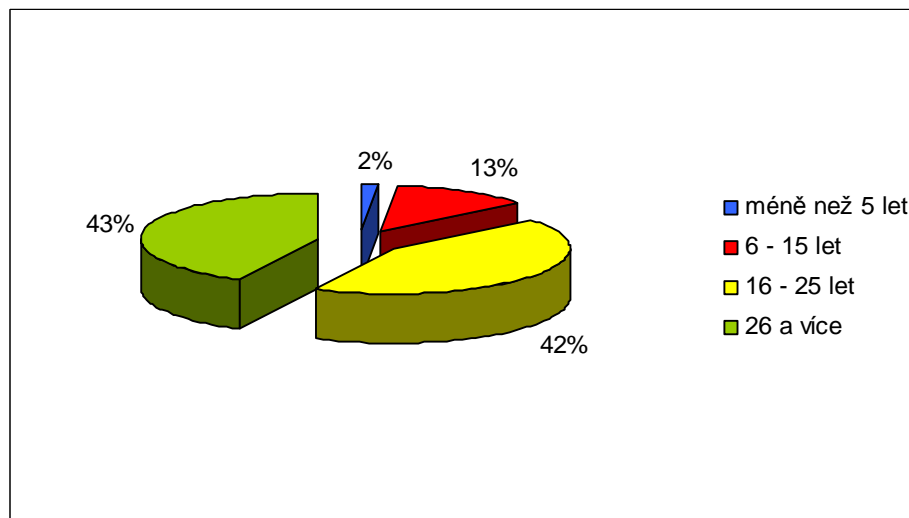
Z celkového počtu 56 oslovených sester byly věkovou kategorií 20-29 let zastoupeny 3 sestry (6%), věkovou kategorií 30-44 let uvedlo 22 sester (39%) a věkovou kategorií 45 let a více uvedlo 31 oslovených sester (55%).

Graf 26 Nejvyšší dosažené vzdělání



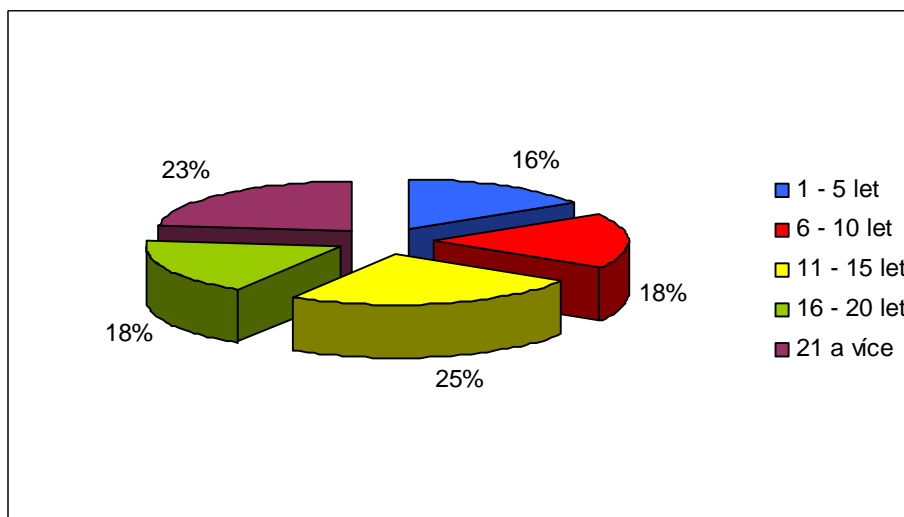
Z 56 sester měla skupina se středoškolským odborným vzděláním skupina zastoupení v počtu 47 (84%), vyšší odborné vzdělání uvedlo 6 sester (11) a vysokoškolské vzdělání měly 3 sestry (5%).

Graf 27 Celková délka praxe



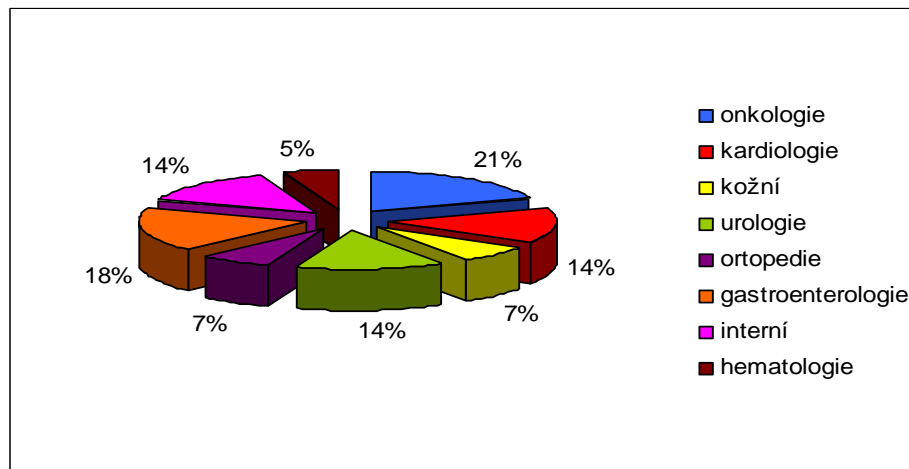
Praxi kratší než 5 let uvedla z počtu 56 jedna sestra (2%), ve skupinu 6-15 let praxe označilo 7 sester, skupinu s délkou praxe 16-25 uvedlo 24 sester (43%) a praxi delší než 26 let uvedlo 24 oslovených sester (43%).

Graf 28 Délka praxe na stávajícím pracovišti



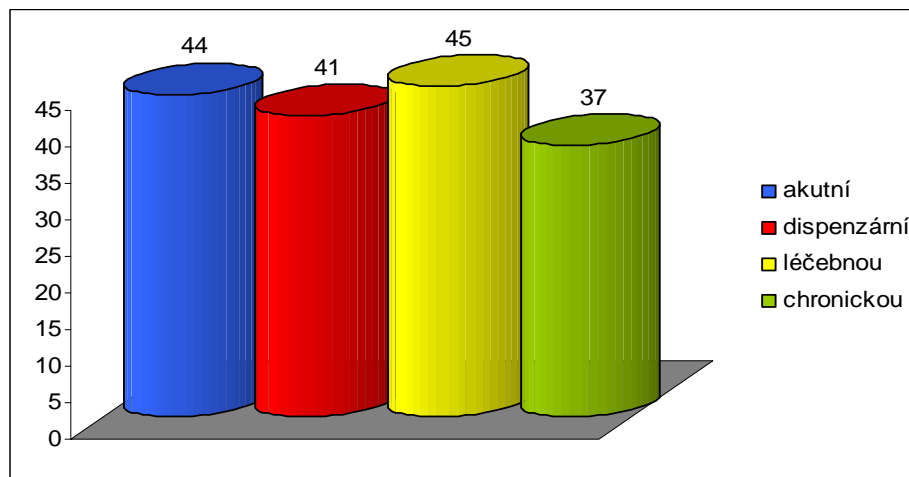
Z celkového počtu 56 sester bylo rozdělení podle délky praxe následující: skupina 1-5 let 9 sester (16%), skupina 6-10 let 10 sester (18%), skupina 11-15 let měla zastoupení 14 sestrami (25%), skupinu 21 let a více uvedlo 13 sester (23%).

Graf 29 Zastoupení sester v jednotlivých ambulancích



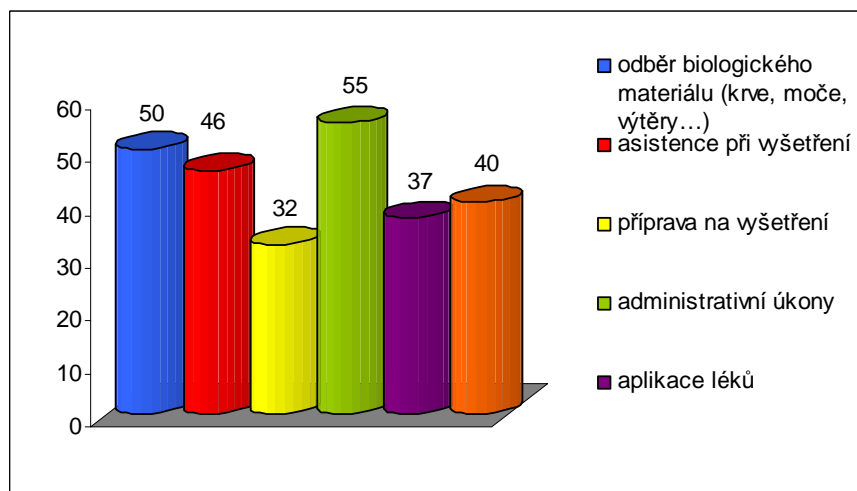
Z 56 oslovených sester bylo zastoupení v jednotlivých ambulancích odlišné: onkologie 11 sester (21%), kožní 4 sestry (7%), kardiologie 8 sester (14%), urologie 8 sester (14%), ortopedie 4 sestry (7%), gastroenterologie 10 sester (18%), interní ambulanci uvedlo 8 sester (14%) a hematologie měla zastoupení 3 sestrami (6%).

Graf 30 Charakter péče poskytované v ambulancích uvedených oddělení



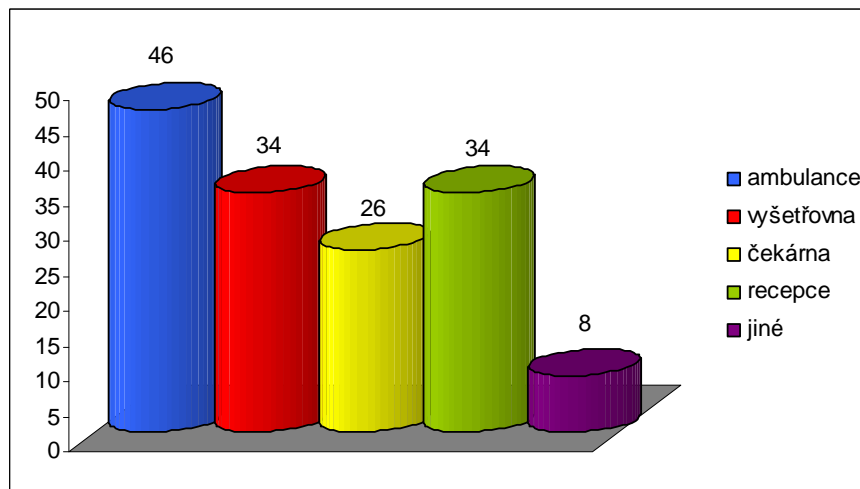
Skupiny jednotlivých druhů poskytované péče byly vcelku vyrovnané. 56 sester uvedlo celkem 167 možností (100%). Z těchto označilo poskytování akutní péče 44 sestry (26%), dispenzární péče byla zastoupena 41krát (25%), léčebnou péči uvedly 45krát (27%) a chronická péče měla zastoupení 37krát (22%).

Graf 31 Struktura prováděných výkonů



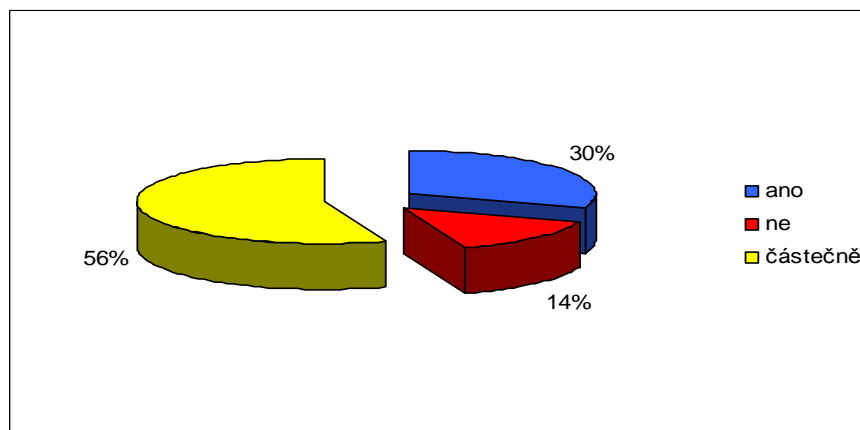
Z 260 označených odpovědí byl odběr biologického materiálu uveden 50krát, asistence při vyšetření byla označena 46krát, příprava na vyšetření 32krát. Administrativní úkony měly zastoupení 55krát, aplikace léků uvedlo 37 sester a edukace pacientů byla uvedena ve 40 případech.

Graf 32 Místo podávání informací



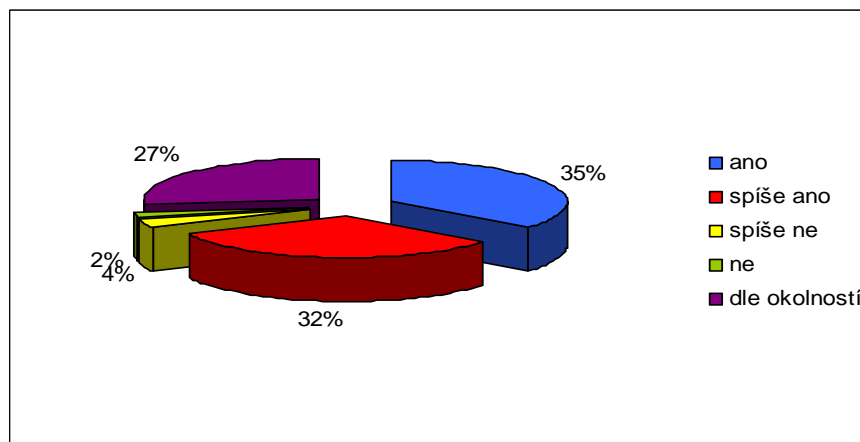
Na otázku odpovídalo 56 sester a označilo celkem 148 možností. Z výsledků vyplynulo následující: 46krát byla zastoupena ambulance, vyšetřovna byla uvedena 34krát, čekárnu jako místo poskytování informací uvedlo 26 oslovených sester, recepce byla zastoupena ve 34 případech a skupinu jiné udalo 8 sester bez bližší lokalizace či popisu konkrétního místa.

Graf 33 Intimita prostředí



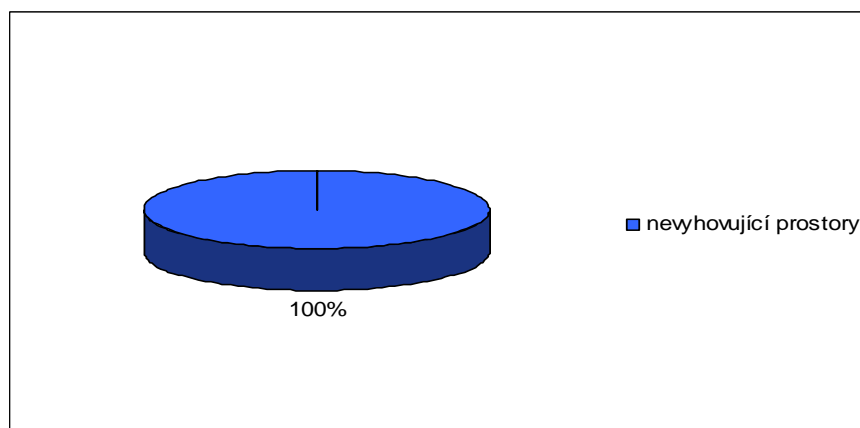
Vnímání okolností spojených s prostředím a dodržováním intimity bylo odlišné: z 56 sester ano vyslovilo 17 (30%), ne 8 sester (14%) a více jak polovina sester 31 (56%) uvedla možnost částečně.

Graf 34 Dodržování práva na intimitu



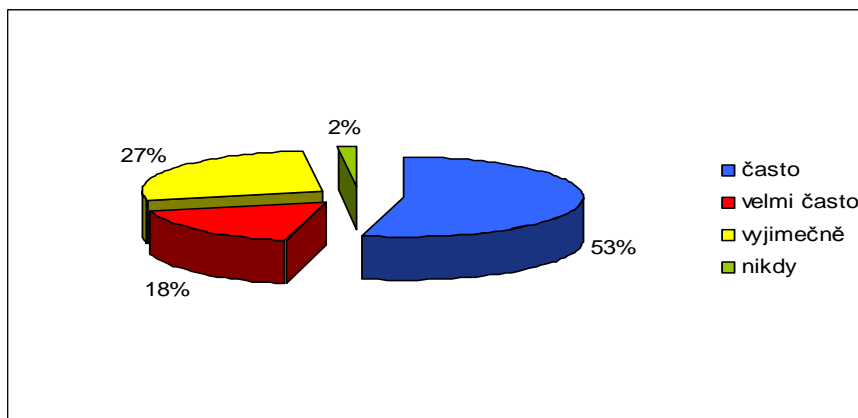
Otázka č.10 byla zaměřena na dodržování práva pacienta na intimitu. 56 sester, které se zúčastnily šetření, uvedlo ano 20 sester (36%), spíše ano 18 dotazovaných sester (32%). Negativní odpověď byla vyjádřena pouze ve třech případech, kdy ne uvedla jedna sestra (2%) a spíše ne 2 (3% z celkového počtu dotazovaných). Pro možnost dle okolností se vyslovilo 15 sester (27%).

Graf 35 Důvody negativní odpovědi



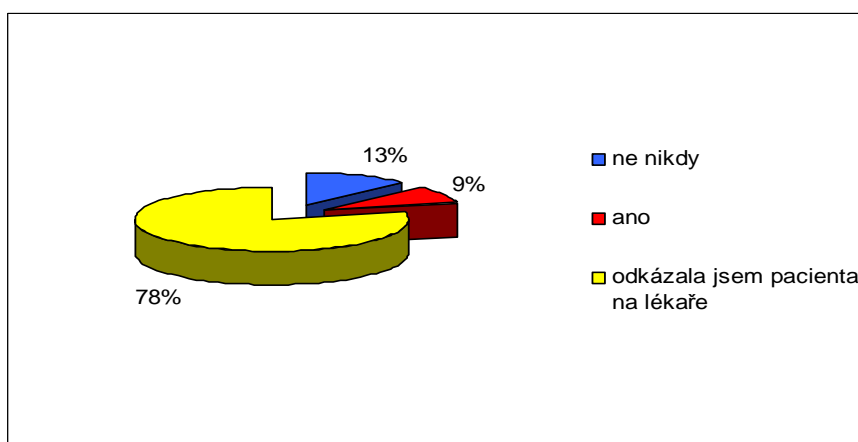
Tato otázka vycházela z předcházející, kdy v případě negativní odpovědi byl následující dotaz cílen na důvody. Ve všech třech případech byly jako odpověď uvedeny nevyhovující prostory.

Graf 36 Požadavky informací nad rámec kompetencí



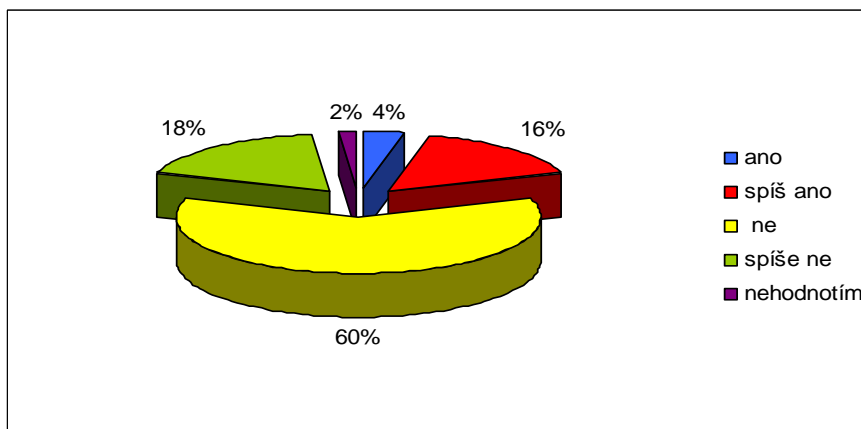
Z 56 oslovených sester uvedlo možnost často 30 (53%), 10 (18%) uvedlo, že velmi často. Zkušenost s vyjímečnými dotazy uvedlo 15 sester (27%) a pouze jedna sestra (2%) neměla žádnou zkušenost s dotazy takového charakteru.

Graf 37 Poskytnutí informací nad rámec kompetencí



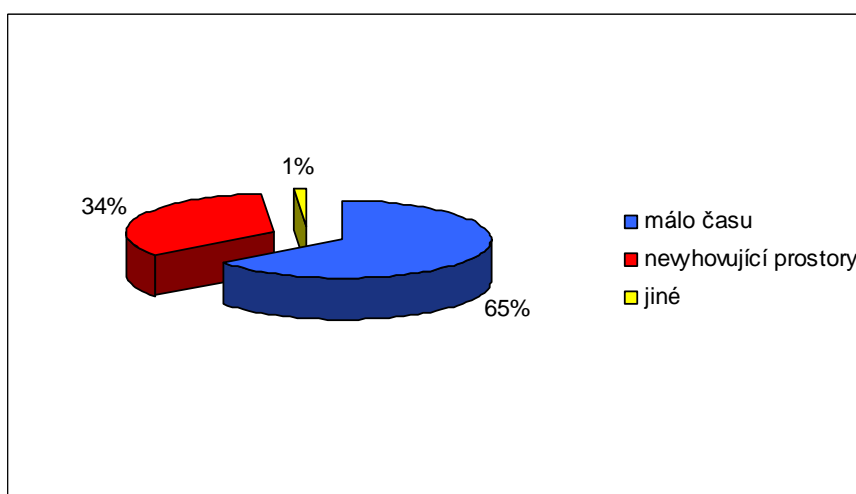
Celkem odpovídalo 56 sester. Nikdy nepodalo informace pacientovi nad rámec svých kompetencí 7 sester (13%), kladně odpovědělo 5 sester (9%). Největší zastoupení odpovědí – 44 (78%) – měla možnost, kdy byl pacient s podobným charakterem dotazu odkázán na lékaře.

Graf 38 Vnímání časoprostorových možností



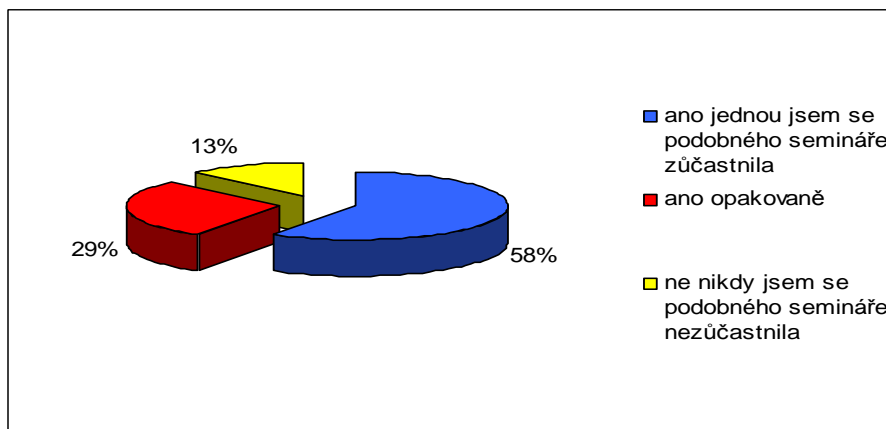
Z 56 sester, které odpovídaly, se souhlasně vyjádřily 2 (4%), k možnosti spíše ano se přiklonilo 9 sester (16%). Nesouhlas vyslovilo 34 sester (60%), pro spíše ne hlasovalo 10 sester (18%). Jedna sestra(2%) uvedla možnost nehodnotím.

Graf 39 Nedostatky v péči o pacienta v ambulantní péči



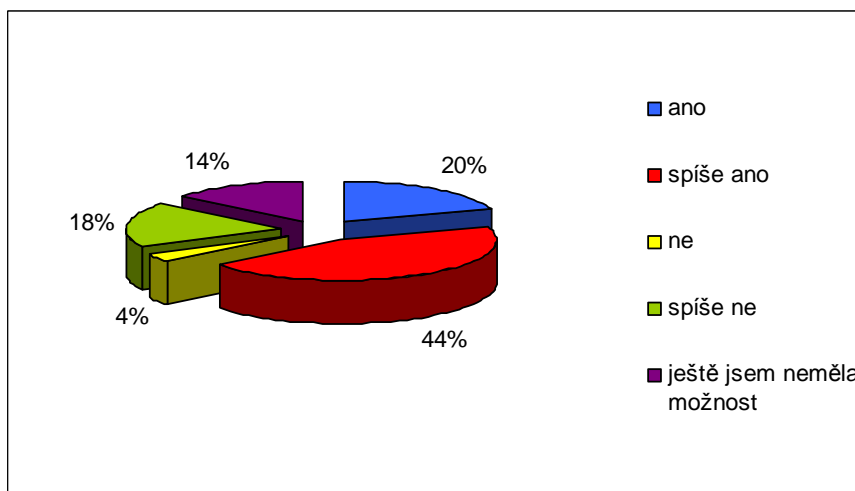
Téměř všech 56 zúčastněných se vyslovilo pro možnost málo času. Tuto uvedlo 48 sester (65%). Pro nevyhovující prostory se vyjádřilo 25 sester (34%) a ve skupině jiné byl v jednom případě (1%) uveden nedostatek personálu. Omezené možnosti v kompetencích sester se v hodnocení nevyskytly ani jednou.

Graf 40 Účast na seminářích se zaměřením na komunikaci



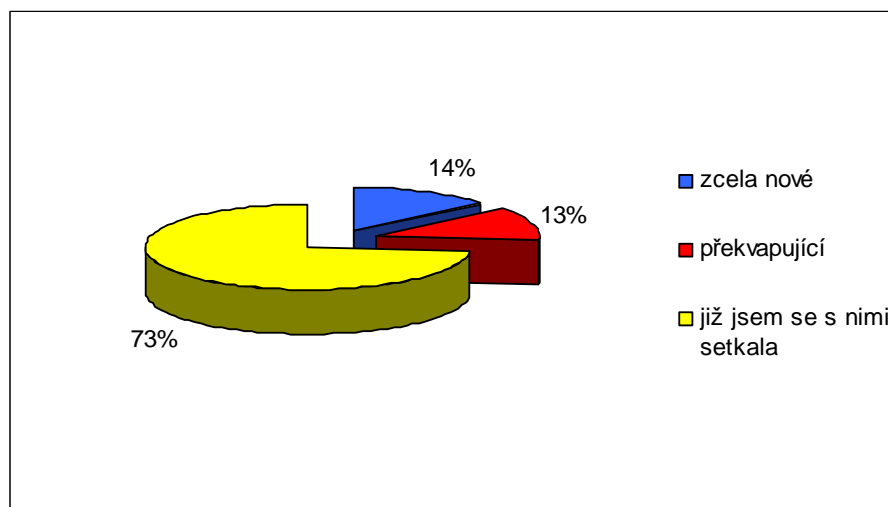
Výsledky šetření ukázaly, že více jak polovina sester - 33 (58%) - z počtu 56 se zúčastnila semináře podobného charakteru alespoň jednou. 16 sester (29%) uvedlo opakovanou účast na seminářích zaměřených na komunikaci. Pouze 7 sester (13%) se nikdy semináře s podobnou tématikou nezúčastnilo.

Graf 41 Uplatnění nových poznatků v praxi



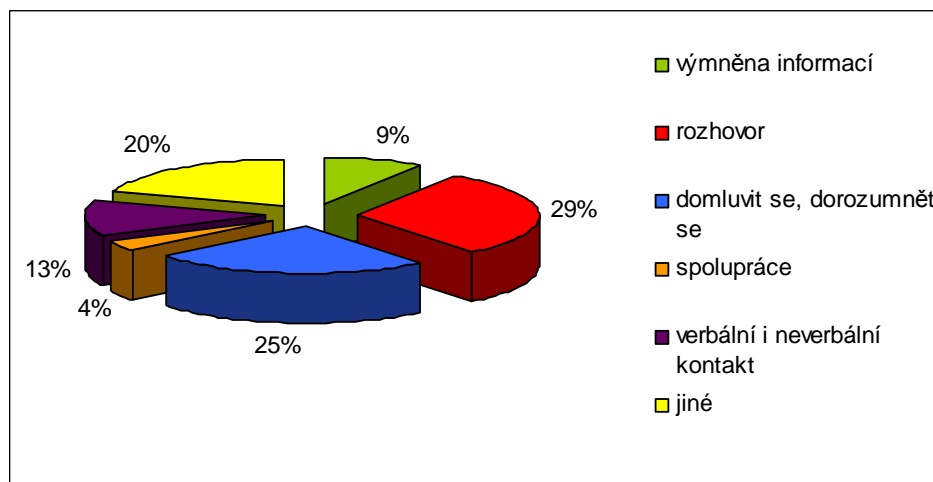
Z 56 sester, které odpovídaly, více jak polovina zkušenosti ze seminářů uplatnila v praxi. Ano odpovědělo 11 dotázaných sester (20%), pro možnost spíše ano hlasovalo 25 sester (44%). Ne odpověděly pouze 2 setry (4%) a spíše ne uvedlo 10 sester (18%). 8 sester (14%) uvedlo, že ještě neměly příležitost.

Graf 42 Charakter nových poznatků



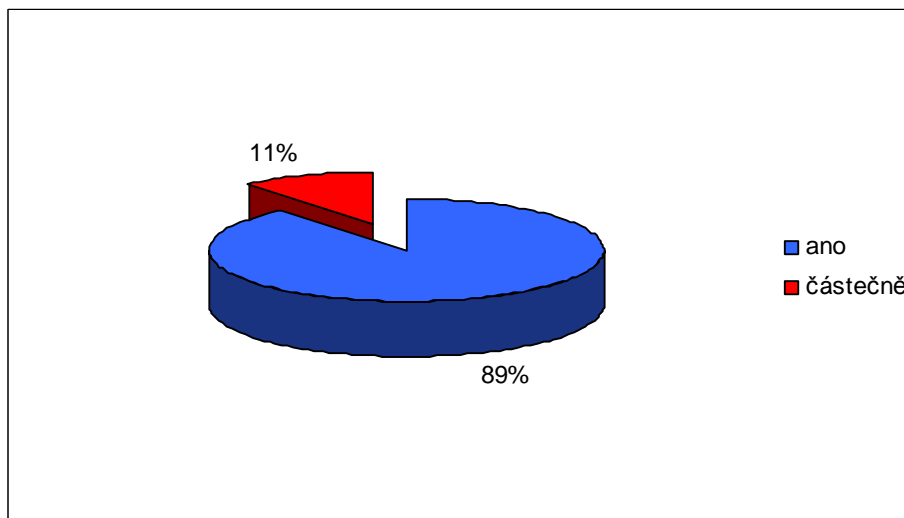
Charakter poznatků ze seminářů byl 56 sestrami vyjádřen následovně: pro 8 sester (14%) byly zcela nové, pro 7 (13%) měly překvapující charakter a 41 sester (73%) uvedlo, že se s podobnými poznatky již setkala.

Graf 43 Význam slova komunikace



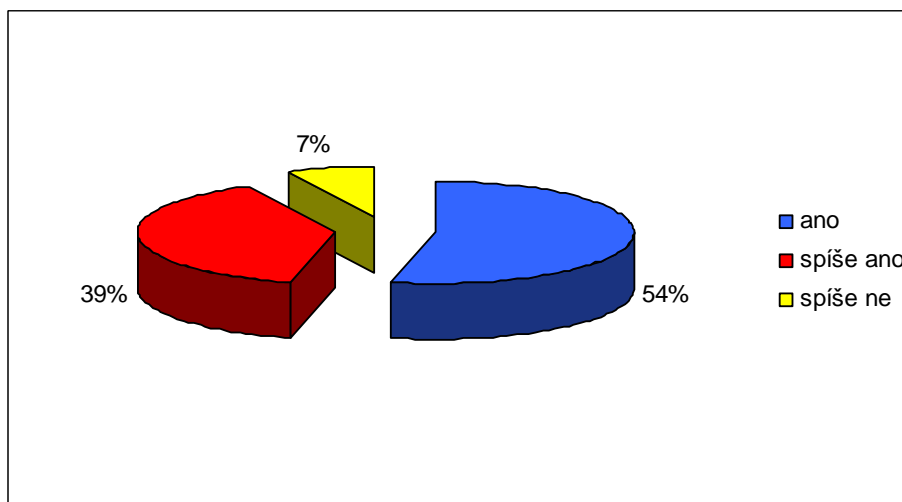
Tato otázka zjišťovala, co znamená pro sestru pojem komunikace. Nejčastější odpovědí byl dialog, rozhovor či slovní kontakt. Takto se vyjádřilo 17 (29%) oslovených sester. Druhou nejčastější charakteristikou byla domluva či domluvit se a dorozumívání či dorozumět se. Tuto uvedlo 14 dotazovaných (25%). 7krát (13%) uvedly sestry význam slova komunikace jako verbální či neverbální kontakt a 5krát (9%) jako výměnu informací. Spolupráce měla zastoupení 2krát (4%), ale tuto možnost je v podstatě možno přiřadit ke kterékoli zde uvedené možnosti. V možnosti jiné, do které bylo zahrnuto celkem 11 názorů (20%), se objevily různé pohledy, např. součást práce, naslouchání, vysvětlení, poučení, styk s pacientem aj.

Graf 44 Znalost verbální a neverbální komunikace



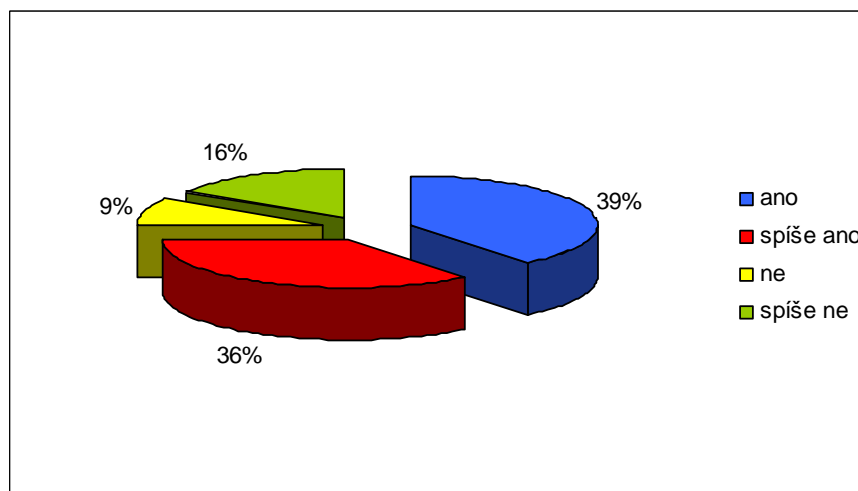
Znalost verbální a neverbální komunikace uvedlo 50 sester (89%) z celkového počtu 56 dotazovaných. Částečnou znalost vyjádřilo 6 dotazovaných sester (11%).

Graf 45 Znalost technik asertivního chování



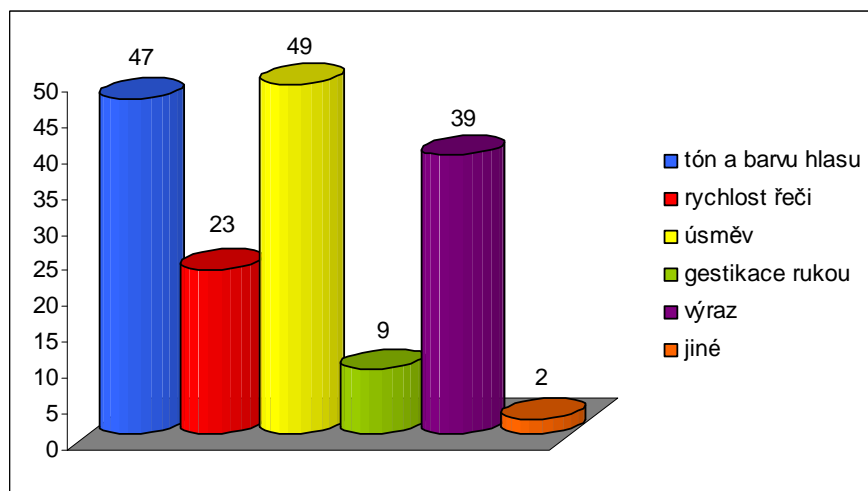
Z počtu 56 sester uvedlo znalost technik asertivního chování 30 (54%) a spíše ano 22 (39%). Odpověď ne nebyla vyjádřena ani v jednom případě a možnost spíše ne uvedly 4 sestry (7%).

Graf 46 Používání technik asertivního chování v praxi



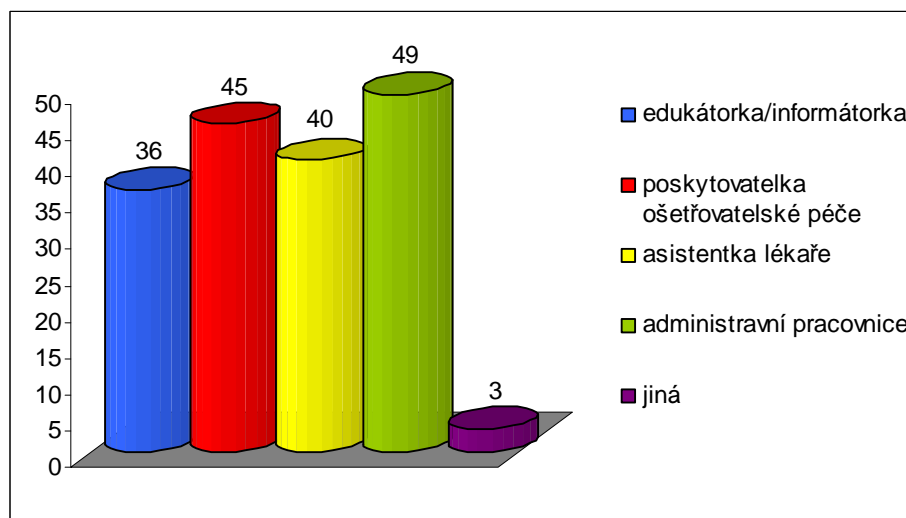
Na otázku používání technik asertivního chování odpovídalo celkem 56 sester a struktura odpovědí byla následující: ano uvedlo 22 sester (39%) a 20 sester (36%) zvolilo možnost spíše ano, odpověď ne zvolilo 5 sester (9%) a možnost spíše ne uvedlo 9 dotazovaných sester (16%).

Graf 47 Vnímání projevů pacientem



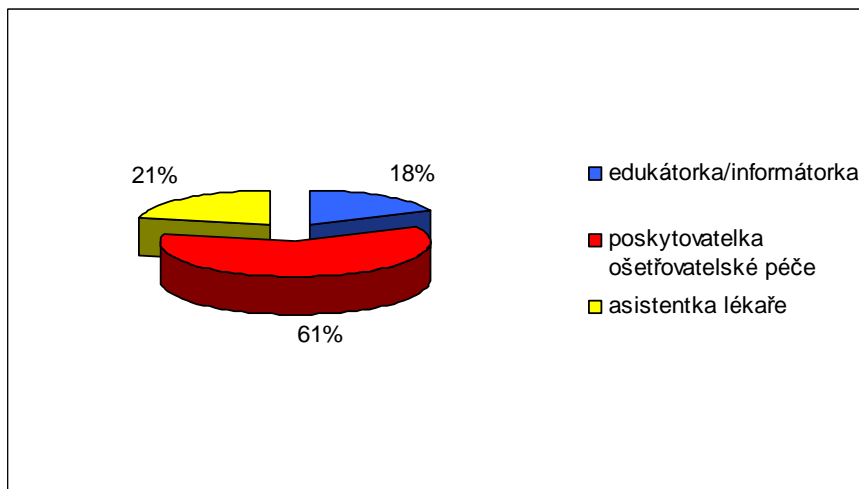
Ze 169 možností uvedených v odpovědích, byla na otázku vnímání projevů při komunikaci s pacientem nejčastější odpověď úsměv. Z 56 odpovídajících sester jich tuto možnost zvolilo 49. Následoval tón a barva hlasu, který označilo 47 dotazovaných, výraz byl uveden 39krát. S počtem 23 hlasů následovala rychlost řeči, gestikace rukou byla označena 9krát. Možnost jiné uvedly 2 sestry bez dalšího bližšího určení.

Graf 48 Nejčastější role sestry v ambulantní péči



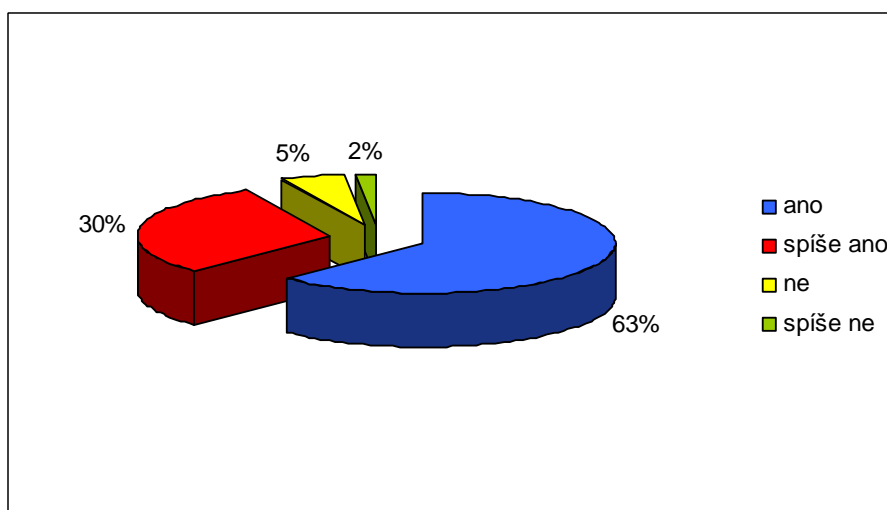
Tato otázka zjišťovala, jaká je nejčastější role sestry v ambulantní péči. Ze 173 možností, které označily dotazované sestry, se administrativní pracovnice objevila ve 49 odpovědích. 45 sester zvolilo možnost poskytovatelky ošetrovatelské péče a 40 odpovědí označilo asistentku lékaře. Možnost edukátorka-informátorka byla uvedena ve 36 případech. Možnost jiné zvolily 3 sestry bez další specifikace.

Graf 49 Nejdůležitější role



Z odpovědí na otázku nejdůležitější role sestry vyplynulo následující: 12krát (18%) byla uvedena role edukátorky-informátorky, 39 sester (61%) zvolilo možnost poskytovatelky ošetrovatelské péče a role asistentky lékaře byla označena ve 14 případech (21%).

Graf 50 Semináře



Možnost seminářů, školení či konferencí se zaměřením na komunikaci volilo z 56 dotazovaných sester 35 sester (63%) a odpověď spíše ano uvedlo 17 sester (30%). Záporně odpověděly pouze 4 sestry, kdy možnost ne označily 3 sestry (5%) a spíše ne 1 (2%).

5. Diskuse

Komunikace mezi lidmi je složitý proces. O to víc je složitější a náročnější, účastní-li se jí nemocný člověk. Základem vztahu sestra-pacient je právě účinná komunikace. Při komunikaci nesmí být opomíjeny i neverbální projevy, které s komunikací úzce souvisí, doplňují a někdy i nahrazují. To, že se člověk z plného zdraví stane pacientem, s sebou nese řadu psychických a fyzických změn. Je ovlivněna jeho nálada, stává se více či méně závislý na druhých. Právě proto, že je pacient v ambulantní péči pouze omezený časový úsek a sestra má omezené časové možnosti, musí být kladen důraz na plnohodnotné informace, které pacient dostává při vyšetření či před odchodem z ambulance. Sestra se pro pacienta stává určitým zdrojem takovýchto informací, které jsou různého charakteru. Doplňuje informace podané lékařem v rámci svých kompetencí, upřesňuje případné nejasnosti. Při každém rozhovoru je potřeba přistupovat k pacientovi individuálně s ohledem na jeho zdravotní stav, osobnost či intelekt. Jak uvádí Onderková (23), je plně na rozhodnutí zdravotníka, aby vyhodnotil aktuální situaci a podle reakcí pacienta zvolil správný čas i správné množství předávaných informací. Otázky tohoto šetření byly směřovány na pacienty a na sestry. U pacientů bylo cílem dotazování zjištění, jaký mají pocit z informací poskytovaných sestrou v ambulantní péči. Dotazy pro sestry byly cíleny na spokojenost či nespokojenost s časovými a prostorovými možnostmi informování pacienta v závislosti na jeho aktuálních potřebách. Dotazníky byly určeny pro pacienty a sestry v ambulancích vybraných oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Spolupracovala jsem se staničními sestrami jednotlivých oddělení. Byl jim vysvětlen důvod a cíl, který toto šetření sleduje. Distribuce dotazníků pacientům i sestrám na ambulancích oddělení následně probíhala prostřednictvím staničních sester.

Osloveno bylo celkem 185 respondentů. Z tohoto počtu bylo 61 dotazníků určeno pro sestry a 124 dotazníky pro pacienty. Z 61 dotazníků, které byly rozdány sestrám, se jich vrátilo 56. Nemusel být vyřazen žádný. Návratnost u pacientů byla z celkového počtu 124 dotazníků 98. Z tohoto počtu muselo být 7 vyřazeno pro neúplné údaje a následně bylo hodnoceno 91 dotazníků. Ani jeden z dotazníků neměl užší

specifikaci hodnocení a data byla zpracovávána v souladu s cíly práce. První část dotazníku pro pacienty byla zaměřena na identifikační údaje (otázky 1-3) respondentů. Z celkového počtu dotazovaných pacientů byly ženy zastoupeny v 54% a muži v 46%. Nadpoloviční 55% zastoupení měla skupina ve věkovém rozmezí 46-64 let. Zastoupení v ostatních skupinách bylo celkem vyrovnané. Ve věkové skupině 18-30 let bylo 14% dotazovaných, ve skupině 31-45 let 18% dotazovaných a skupina nad 66 let měla zastoupení ve 13%. Početní struktura pacientů z jednotlivých oddělení byla různorodá, protože dotazníky pro pacienty byly rozdávány úměrně počtu sester, oslovených na jednotlivých pracovištích. Z výsledků vyplynulo následující: z onkologie bylo 25% pacientů, z urologie 16% pacientů, kardiologie měla zastoupení 8%, z gastroenterologie 19%, z kožní ambulance bylo 8% dotazovaných, z hematologie 7% a interní ambulance měla zastoupení 17% pacientů. Z ortopedické ambulance nebyl zastoupen ani jeden respondent z důvodu naprosté nespolupráce sester.

Sesterský dotazník zjišťoval identifikační data v otázkách 1-5. Věková struktura byla zastoupena všemi kategoriemi zadanými v dotazníku. Nejpočetnější, nadpoloviční skupinu tvořila kategorie na 45 let – 56%. Druhá skupina v rozmezí 30-44 let měla 39%. Nejméně sester uvedlo kategorii 20-29 let tedy 5%. Vysvětlením, proč je tato skupina zastoupena nejméně, může být vyšší věk nástupu do zaměstnání z důvodů vzdělání a následná povinná praxe na lůžkové části. Další otázka se týkala dosaženého vzdělání. Středoškolské odborné uvedlo 84% dotazovaných sester, skupina s vyšším odborným vzděláním měla 11% a kategorie vysokoškolsky vzdělaných sester měla 5%. Tato otázka do určité míry potvrzuje předchozí výsledky, kdy vyšší věková skupina má „pouze“ středoškolské odborné vzdělání. Nelze tvrdit, že vysokoškolské vzdělání nemá žádná ze sester této kategorie, ale jak z výsledků vyplývá, může být úroveň dosaženého vzdělání v přímé souvislosti s věkem. Třetí otázka se týkala celkové délky praxe a čtvrtá délky praxe na stávajícím pracovišti. Výsledky šetření vztahující se k délce praxe byly následující: praxi kratší než 5 let uvedla 2%, praxi v rozmezí 6-15 let měla zastoupení 13%, délku praxe mezi 16-25 lety uvedlo 42% a praxi nad 26 let mělo 43%. Otázka zjišťující délku praxe na současném pracovišti měla v jednotlivých skupinách poměrně vyrovnané výsledky. Praxi 1-5 let uvedlo 16%, 6-10 let 18%, praxi s délkou

11-15 let mělo 25%, skupinu 16-20 let uvedlo 18% a skupinu nad 21 let tvořilo 23%. Z těchto výsledků vyplývá, že na ambulancích pracují zkušené sestry s dlouholetou praxí. Další otázka zjišťovala zastoupení sester z jednotlivých ambulancí. Počet oslovených sester na jednotlivých ambulancích byl rozdílný. Onkologie měla zastoupení 21%, kardiologie 14%, z urologické ambulance odpovídalo 14%, z gastroenterologie 18% a interní ambulance měla 14%. Kožní ambulance měla zastoupení 7%, ortopedie také 7% a hematologie měla 5% z celkového počtu dotazovaných. Výsledky potvrzují již zmíněný systém rozdávaní dotazníků. Mírné odlišnosti ve výsledcích jsou důsledkem absence odpovědí respondentů z ortopedické ambulance. Identifikační údaje, které byly hodnoceny v předešlé části představovaly neopominutelnou součást otázek, které mapovaly spokojenost či nespokojenost pacientů a sester, vyjadřovaly postřehy, zkušenosti a názory obou skupin respondentů.

K dosažení cílů byly stanoveny tyto hypotézy:

H1 – Sestra v úseku ambulantní péče nemá dostatečné časové možnosti edukovat pacienta.

H2 – Sestra v úseku ambulantní péče nemá dostatečné prostorové možnosti edukovat pacienta.

H3 – Pacienti by uvítali více doplňujících informací ze strany sestry.

V následující části byly prodiskutovány otázky obou dotazníků vždy se vztahem k dané hypotéze. Každá hypotéza byla zpracována jako celek s konečným hodnocením výsledků šetření.

K hypotéze č1 se vztahovaly otázky č.7,14,15,16,17,18,20,21,22,25 (viz Příloha č.1 – Vzor dotazníku pro sestry) a otázky č.20,22 (viz. Příloha č. 2 – Vzor dotazníku pro pacienty). Struktura prováděných výkonů se odlišovala podle druhu dané ambulance, ale v konečném součtu byla poměrně vyrovnaná. Nejpočetnější skupinu (55 odpovědí) tvořila možnost administrativních úkonů. Tuto možnost označila kromě jedné každá sestra! Lze se proto domnívat, že sestry vnímají administrativní úkony jako hlavní činnost ve své práci a proto jim následně zbývá méně času na péči o pacienty. Další početnou skupinou prováděných výkonů byl odběr biologického materiálu (50 odpovědí), následovala sestra asistentka při vyšetření (46odpovědí). I zde vysoký počet

hlasů vycházel z charakteristiky práce na jednotlivých ambulancích, kde se případně i některá vyšetření provádějí např. urologie, gastroenterologie či kardiologie. Edukaci pacientů uvedlo ve svých odpovědích 40 sester, což je vysoký počet odpovědí z celkového počtu 56 dotazovaných sester. Tyto výsledky jsou v souladu s názorem Kromerové (15), která uvádí edukaci jako *nepostradatelnou* součást léčby pacienta. Rozdílné výsledky v asistenci při vyšetření (46krát) a přípravě na vyšetření (32krát) bychom mohli vysvětlit odlišným přístupem sester k dané otázce, kdy některé mohly tyto dvě možnosti zahrnout pouze v jedné či druhé možnosti odpovědi. V souvislosti s poskytovanými výkony byly zajímavé výsledky, které mapovaly nejčastější roli sestry v ambulantní péči. Závěry, které z tohoto šetření vyplývají, potvrzují strukturu prováděných vyšetření a ukazují na to, že se sestry cítí spíše jako administrativní pracovnice (49 odpovědí). Role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče byla uvedena 45krát, asistentku lékaře označilo 40 odpovídajících a roli edukátorky/informátorky uvedlo 36 odpovědí. Ovšem za *nejdůležitější* roli označilo 39 sester poskytovatelku ošetrovatelské péče. Z těchto výsledků lze usuzovat, že sestry si prvořadou roli své profese uvědomují a rády by jí naplňovaly, ale jak ukazují výsledky šetření, systém jim to ne vždy a ne zcela umožňuje. Negativní výsledky (78% uvedlo zápornou odpověď), které vplynuly z hodnocení současného systému v možnostech poskytování péče, potvrzovaly i výsledky k otázce, co považují sestry v ambulantní péči za nedostatek. Z možných odpovědí byla uvedena možnost nedostatku času 48krát a nevyhovující prostory 25krát. Odlišné výsledky vplynuly z otázky vnímání časových možností sestry, která byla položena pacientům v jejich dotazníku. 54% se domnívalo, že sestra má dostatek času, 12% uvedlo zápornou odpověď a 34% tuto otázku nehodnotilo. Vnímání těchto možností ze strany pacienta může být do určité míry zkreslené. Pokud sestra vycítí, že pacient potřebuje více informací, než jí umožňuje časová struktura její práce, věnuje mnohdy pacientovi více času, někdy bohužel na úkor jiného pacienta nebo na úkor své další práce. Ze své zkušenosti vím, jak je často problematické skloubit všechny role sestry v ambulanci tak, aby na prvním místě stál pacient a nepocíťoval tlak, kterému je každá sestra denně vystavována. Protože poskytování informací předpokládá účinné zvládnutí komunikace,

vyjadřovaly sestry názory a zkušenosti ze seminářů s tímto tématem. Většina sester absolvovala seminář týkající se komunikace s pacientem alespoň jednou. Pro sestru by měl být výsledkem dobře zvládnutá komunikace spokojený pacient. To je v souladu se závěry studie Pácaltové (24), která uvádí, že „účinná komunikace vede ke spokojenosti pacienta a spokojený pacient daleko lépe spolupracuje na své léčbě“. Pro mnohé odpovídající sestry nebyly informace získané na těchto seminářích či konferencích ničím novým, kladně odpovídaly i v případě dotazu na znalosti a rozdílnosti verbální a neverbální komunikace a technik asertivního chování. Každá sestra by měla zvládat techniky asertivního chování, být si vědoma účinku neverbálních projevů, ale hlavně se naučit uplatnit a používat je v praxi, protože jak uvádí Vlasáková (29), součástí image každého zaměstnance zdravotnického zařízení je kultura jeho projevu. A mnohdy je to právě úsměv, který nemocného člověka pohladí, dotyk vyjádří, že není sám, klidný projev uklidní. Z výsledků jednotlivých otázek vyplývá, že ačkoliv se sestry seminářů zúčastňují a poměrná část by uvítala možnost dalších setkání s podobným tématem, ne všechny je následně používají v praxi. Lze se jen domnívat, zda právě z důvodu nedostatku času, nebo mají obavy ze správného zvládnutí komunikačních technik. Ale komunikace není jen o čase, ale především o celkovém přístupu k pacientovi. Podle Honzáka (7) by se nám některé prvky v chování měly stát automatické. Jedním z těchto prvků je pozdrav, který by měl být samozřejmostí při každém vstupu do čekárny či pokoje pacientů. Podle něj je lépe pozdravit tytéž pacienty opakovaně než nepozdravit jednoho z nich vůbec. Pro pacienta je pozdrav signálem, že jej bereme na vědomí, že ho nepřehlídíme.

Výsledky hodnocení jednotlivých otázek potvrzovaly ve většině hypotézu č.1 že sestra v úseku ambulantní péče nemá dostatečné časové možnosti informovat pacienta. Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

K hypotéze č. 2 se vztahovaly otázky č. 8,9,10,11,12 (viz. Příloha č. 1 – Vzor dotazníku pro sestry) a otázky č. 12,13,22 (viz. Příloha č. 2 – Vzor dotazníku pro pacienty). Nejčastějším místem, kde sestra poskytuje pacientovi informace, byla uvedena ambulance (46krát). Dalším nejčastějším místem byly označeny recepce a vyšetřovna (obě možnosti byly uvedeny 34krát). Čekárnu označilo 26 odpovědí a 8krát

byla zvolena možnost jiné. Přestože pacienti ve svém dotazníku neměli stejnou strukturu možných odpovědí, výsledky byly v poměru k sestřám podobné. 51 odpovídajících (56%) uvedlo ordinaci jako místo, kde jim sestra poskytla informace, 38 možností (42%) označovalo čekárnu a pouze 2 odpovědi (2%) označili možnost jiné. Otázka v dotazníku pro pacienty neuváděla možnost recepce, protože informace, které jsou poskytovány pacientovi při příchodu, mají obecný charakter. Sestra zadává a kontroluje osobní údaje, provádí případné změny v dokumentaci, informuje pacienta, ve které ambulanci bude vyšetřen či ošetřen, případně cílenými dotazy zjišťuje další potřebné údaje a informace, týkající se jeho návštěvy. Pokud sestra informuje pacienta v čekárně, měly by tyto informace mít spíše obecný charakter, bez podrobných detailů či důvěrných sdělení. Proto je při poskytování informací pacientovi nutné právo na intimitu pacienta dodržovat. Jak uvádí Kopecká (12), každý zdravotník by se měl umět vžít do situace pacienta a představit si sám sebe v jeho pozici. Domnívám se, že toto pravidlo by mělo platit i při komunikaci s pacientem, při jeho informování. V souvislosti s místem poskytovaných informací je potřeba dodržovat právo na intimitu pacienta. 30% sester uvedlo, že toto právo dodržuje, 14% sester odpovědělo záporně a podle 55% dotazovaných jsou tyto podmínky splněny částečně. Všechny záporné odpovědi uvedly jako důvod nedodržování intimity právě nevyhovující prostory. Otázku, zda prostředí, kde byly informace podávány poskytovalo dostatečnou intimitu, hodnotilo 80% dotazovaných kladně, záporně odpovědělo 20%. Důvodem těchto odlišných výsledků, může být rozdílné vnímání intimity sestrou a pacientem. Vyhodnocení otázek potvrzovaly ve většině hypotézu č. 2, že sestra nemá dostatečné prostorové možnosti informovat pacienta Hypotéze č. 2 byla potvrzena.

K hypotéze č. 3 se vztahovaly otázky č. 12,13 (viz. Příloha č.1 – Vzor dotazníku pro sestry) a otázky č.7,10,11,14,16,18,19,21,22,23,24 (viz. Příloha č.2 – Vzor dotazníku pro pacienty). Podle Haluzíkové (4), je pro pacienta prvním krokem na cestě zvládnání nemoci informace. Informací se rozumí získání zprávy, která by měla vést ke snížení neurčitosti. Kompetence lékařů a sester v informovanosti pacientů vyplývají ze zákona. Diagnózu a informace o zdravotním stavu je oprávněn sdělovat pouze lékař, sestra má kompetence k poskytování informací týkajících se péče a výkonů, které je

oprávněna sama provádět. Výsledky šetření ukázaly, že většina sester (71%) má zkušenosti s dotazy, které jsou nad rámec jejich kompetencí. 27% uvedlo, že informace takového charakteru po nich pacienti vyžadují či vyžadovali pouze výjimečně. Pouze jedna sestra (2%) uvedla, že pacienti od ní nikdy takovou informaci nepožadovali. Ovšem pouze 5 sester (9%) uvedlo, že požadované informace poskytlo. Zcela odlišné výsledky vychází z podobného dotazu na pacienty. 78% dotazovaných uvedlo, že informace nad rámec kompetencí sestry nikdy nepožadovalo a 22% odpovědělo kladně. Z rozdílných výsledků šetření můžeme usuzovat, zda pacienti znají pravomoce a kompetence sester v poskytování informací. Lze se domnívat, že mnoho pacientů ani nerozlišuje, jaký dotaz a na koho cílí. Jeho prioritou je v danou chvíli dostat odpověď. Ne vždy je ale zcela možné pacienta odmítnout, případně odkázat právě s daným dotazem na lékaře, jak uvedlo 78% dotazovaných sester. Domnívám se, že pokud sestra neposkytuje informace týkající se vedení léčby nebo výsledků vyšetření, ale tyto informace pacientovi víceméně opakuje nebo se snaží působit na jeho psychickou stránku, je tato činnost v souladu s náplní její ošetrovatelské role. Naprosto špatným postupem a přístupem je odmítnutí poskytnout informace i přes to, že jsou nad rámec daných kompetencí. Pokud sestra takové informace nemůže poskytnout, měla by hledat možnosti a způsoby, aby pacient nebyl vystaven psychickému napětí a nejistotě. V případě, že pacienta odkáže s dotazem na lékaře, měla by následně toto setkání zprostředkovat a umožnit. Tento postup však není vždy zcela možný a zde má opět svou nezastupitelnou roli sestra, jako asistentka lékaře a komunikátora, aby danou situaci zvládla vyřešit k oboustranné spokojenosti. Pacient, který přichází na ambulanci daného oddělení získává prvotní informace v recepci. Tento systém umožňuje pacientovi lepší orientaci na oddělení, zejména pokud je zde poprvé. Spokojenost s prvotními informacemi, které pacienti získali právě od sestry v recepci, vyslovilo 99% dotazovaných. Recepce je místem, kde se sestra stává jakýmsi reprezentantem daného oddělení a první dojem může v pacientovi utvářet i celkový pohled a názor. Podle sester je nejčastěji ze strany pacienta vnímán úsměv (49krát), tón a barva hlasu (47krát) a výraz obličeje (39krát), proto by měla sestra kromě verbální komunikace zvládat právě i nonverbální s paralingvistickými projevy, protože jak uvádí Mikuláščík (21), význam

slov je dotvářen neverbálními prostředky a svrchním tónem řeči. Pozitivně hodnoceny byly i sestry v ambulanci, kde byl pacient ošetřen či vyšetřen. 97% pacientů se vyjádřilo k otázce dostatečných informací o dalším postupu kladně. Tomu odpovídalo i hodnocení, které zjišťovalo spokojenost se způsobem poskytnutých informací. Zde bylo procento kladných hodnocení ještě vyšší-99%. Pro naprostou většinu odpovídajících pacientů (91%) byly informace srozumitelné, pro 7% bylo informací mnoho najednou a 2% charakterizovala informace jako chaotické. Na množství poskytovaných informací má vliv mnoho faktorů a okolností. Vyplývají ze zdravotního stavu, ordinovaných vyšetření, druhu poskytované péče apod. Pro sestru nebývá vždy jednoduché všechny informace sdělit tak, aby vyzněly jednoznačně, nepůsobily chaoticky, či nevyvolaly v pacientovi pocit zmatku. Sestra musí přistupovat ke každému pacientovi individualisticky. Musí umět odhadnout, jestli pacient zvládne tyto informace zpracovat a zapamatovat si je nebo je musí zopakovat, případně písemně zaznamenat. Protože jak uvádí Honzák (6), průměrně inteligentní pacient odchází s tím, že třetinu podstatných informací nestačil zaznamenat, zapamatovat si, protože je v situaci tísně, stresu a regrese, nebo prostě proto, že jim nerozuměl. Nadmíra či nedostatek informací může mít pro pacienta následné negativní zkušenosti. Zapomene na plánované vyšetření či kontrolu, není na cílené vyšetření správně připraven, nezajistí si potřebná vyšetření apod. Protože naprostá většina (94%) respondentů uvedla, že žádnou podobou zkušenost nemá, lze hodnotit edukaci/informovanost pacientů sestrou za dostatečnou a profesionální. Pouze jeden pacient (1%) uvedl, že na objednané vyšetření zapomněl a tři (3%) nebyli na vyšetření správně připraveni. Dva pacienti (2%) uvedli jinou zkušenost, ale ani v jednom případě nebyla uvedena konkrétní situace. Nelze proto označit nedostatek informací jako přímou příčinu této negativní zkušenosti. Jedna z otázek v dotazníku pro pacienty mapovala nedostatky v poskytování péče z pohledu pacienta. Pouze 2 dotazovaní (2%) uvedly málo informací a 13 dotazovaných (14%) vnímalo jako nedostatek naopak mnoho informací najednou. Jak již bylo zmíněno výše, zde má svoji nezastupitelnou roli sestra, které musí umět vyhodnotit situaci a zareagovat podle aktuálních potřeb pacienta. Téměř třetina (29%) dotázaných uvedlo málo času na poskytnutí informací a 15% označilo nevhodné místo při poskytování informací. Oba

tyto výsledky potvrzují hypotézu č.1 a č. 2 tohoto šetření. Pokud se v péči o pacienta střídá více sester, může se to následně odrazit v kvalitě poskytované péče, ke které patří i edukace a informovanost. Pro 50 dotazovaných pacientů (55%) bylo poskytování jednou sestrou nevýznamné, bylo jim to jedno. 10 (11%) by nechtělo být informováno jednou sestrou, ale 31 pacientů (34%) by možnost informovanosti jednou sestrou uvítalo. Jako nejčastější důvod (12krát) pacienti uvedli větší důvěru v jednu osobu. 9krát byl uveden přehled o pacientovi a 4krát, že se informace nebudou opakovat. V možnosti jiné (6krát) byla mimo jiné uvedena lepší komunikace, trpělivost sestry, vytvoření užšího vztahu, intimity, minimalizace psychického napětí individuální přístup. Z hodnocení šetření vyplývá, že pacienti množství poskytovaných informací hodnotili kladně. Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

6. Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zda má sestra v úseku ambulantní péče prostor a možnost informovat pacienta podle jeho potřeb daných k aktuálnímu stavu. Druhým vytyčeným cílem bylo, zda mají pacienti pocit dostatečných informací, které jsou nezbytné pro úspěšnou ošetrovatelskou péči. V souvislosti s cíli práce byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Sestra v ambulantním úseku péče nemá dostatečné časové možnosti informovat pacienta, která se potvrdila.

Hypotéza 2: Sestra v ambulantním úseku péče nemá dostatečné prostorové možnosti informovat pacienta, která se potvrdila.

Hypotéza 3: Pacienti by uvítali více doplňujících informací ze strany sestry v ambulantním úseku péče, která se nepotvrdila.

Cíle práce byly zaměřeny na spokojenost či nespokojenost s kvalitou a množstvím informací. Jak z šetření vyplynulo, hypotéza č .3, která se týkala spokojenosti pacientů s množstvím informací se nepotvrdila. Tento výsledek je potěšující a svědčí o připravenosti a profesionalitě sester při jednání a komunikaci s pacientem. Oproti tomu obě hypotézy zaměřené na spokojenost sester (H1 a H2) se potvrdily. Závěry však nejsou důsledkem uvedené nedostatečné komunikační zdatnosti, ale mohou vyplývat z vnitřního vnímání vážnosti a náročnosti sesterské profese ze strany sestry.

Bakalářská práce byla zaměřena na komunikaci, která je s informovaností velice úzce spojena. Každá komunikace má svůj účel a cíl a slouží k tomu, abychom se vzájemně domluvili. Základem komunikace v ošetrovatelství je vztah sestra-pacient. Člověk, který se stane pacientem z plného zdraví a stává se závislým na druhých, prožívá mnoho fyzických a psychických změn. Protože sestra má pouze omezený čas k tomu, aby pacientovi poskytla všechny potřebné informace, musí umět vyhodnotit situaci, zvolit správnou formu sdělení, musí být připravena vhodně reagovat na otázky různého charakteru. Z těchto důvodů je potřeba posilovat její komunikační dovednosti.

Závěrem bych chtěla říci, že role sestry je v komunikaci s pacientem zásadní a nezastupitelná. Péče o ambulantního pacienta má svá specifika, mimo jiné právě již zmíněným omezeným časem, ale i zde je prostor pro komunikaci, prostor k vytvoření vztahu důvěry a blízkosti mezi sestrou a pacientem. Je proto nutné, aby byla na svoji práci co nejlépe připravena, zejména na odděleních, kde pracuje s těžce či nevyléčitelně nemocnými lidmi.

Výsledky šetření budou poskytnuty managementu Nemocnice České Budějovice a.s. Některé nedostatky, které z šetření vplynuly, se mohou stát podkladem pro změnu stávajícího systému v poskytování informací. Závěry mohou být publikovány v odborných časopisech nebo prezentovány na seminářích a konferencích s touto či podobnou tematikou. Mohou být využity i jako srovnávací skupina dalších šetření.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Bartošíková, I., Jičínský, V., Jobánková, M., Kvapilová, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1.vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 203s. ISBN 80-7013-288-4.
2. *Etika v ošetrovateľskej praxi*. Vybrané kapitoly publikace Sary T. Fry: Ethics in Nursing Practice, edited by International Council of Nurses, Ženeva, 1994. Edičně zpracovala: Marta Staňková. BM: ČAS, BR. 112s.
3. Farkašová, D. *Ošetrovateľství-teorie*. 1.české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
4. Haluzíková, J. *Úroveň podávání informací z pohledu pacienta*. Diagnóga v ošetrovateľství Praha: 2006, ročník 2, číslo 10, str. 412-413. ISSN 1801-1349
5. Haškovcová, H. *Informovaný souhlas – proč a jak?* 1.vydání. Praha: Galén, 2007. 104s. ISBN 978-80-7262-497-3
6. Honzák, R. *Komunikační pasti v medicíně*. 2.doplňené vydání. Praha: Galén, 1999. 165s. ISBN 80-7262-032-0
7. Honzák, R. *Umění správné komunikace sestry – pacient*. Sestra. Praha: 2001, ročník 11, číslo 1, str. 49. ISSN 1210-0404
8. *Informovaný souhlas* [online]. Dostupné z [www:http://zdravotnictvi.praha.eu/jnp/cz/informace_pro_pacienty/informovany_souhlas/index.html](http://zdravotnictvi.praha.eu/jnp/cz/informace_pro_pacienty/informovany_souhlas/index.html) [cit.2009-04-02]

9. Kolektiv autorů. *Lemon 1*. 1.vydání. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 184s. ISBN 80-7013-234-5.
10. Kolektiv autorů. *Lemon 2*. 1.vydání. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 134s. ISBN 80-7013-238-8.
11. Kolektiv autorů. *Lemon 3*. 1.vydání. Brno:Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 158s. ISBN 80-7013-244-2.
12. Kopecká,E. *Gkddlá dých.,čísét – je to v lidech* . Sestra. Praha: 2008, ročník 18, číslo 6, str.23. ISSN 1210-0404
13. Kozierová,B.,Erbová,G.,Olivierová,R. *Ošetrovatel'stvo I*. 1.vydání Martin:Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0
14. Kristová,J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Vydání neuvedeno. Martin:Osveta, 2004. 212s. ISBN 80-8063-160-3
15. Kromerová, M. *Spolupráce sestry a nemocného-edukace*. Sestra. Praha:2005,ročník 15, číslo5, str.27. ISSN 1210-0404
16. Křivohlavý,J. *Psychologie nemoci*. 1.vydání. Praha:Grada Publishing, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.
17. Kusá,M. *Význam psychologie v ošetrovatel'ství* [online], dostupné z:
[www:http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/vyznam_psychologie_v_oseetrovatel'stvi](http://zis.naskok.cz/index.php/studijni_materialy/psychologie/vyznam_psychologie_v_oseetrovatel'stvi) [cit.2009-03-03].

18. Kutnohorská,J. *Etika v ošetrovatelství*.1.vydání. Praha:Grada Publishing, 2007. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2
19. Linhartová,V. *Praktická komunikace v medicíně* 1.vydání. Praha:Grada Publishing, 2007.152s. IBSN 978-80-247-1784-5
20. Mastiliaková,D. *Úvod do ošetrovatelství I.díl.* 1.vydání. Praha:Karolinum,2005.188s. ISBN 80-246-0429-9.
21. Mikuláščík,M. *Komunikační dovednosti v praxi.* 1.vydání. Praha:Grada Publishing, 2003. 368s. ISBN 80-247-0650-4
22. Mrázová,A., *Komunikácie-základná zložka medziľudských vzťahov. Kontakt.* České Budějovice: 2005, ročník 5, číslo 4, str.258. ISSN 1212-4117
23. Onderková,A.*Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem.* Sestra. Praha: 2007, ročník 17, číslo 12, str.18. ISSN 1210-0404
24. Pácaltová,P. *Komunikativní dovednosti sester z pohledu pacientů.* Ošetrovatelství. Praha: 2001, ročník 3, číslo 1/2, str. 32-35. ISSN 1212-723X
25. Plaňava,I. *Průvodce mezilidskou komunikací, Přístupy-dovednosti-poruchy.*1.vydání. Praha:Grada Publishing, 2005. 148s. ISBN 80-247-0858-2
26. Pokorná,A. *Efektivní komunikace jako nástroj pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče.* Onkologická péče. Praha:2005, ročník 9, číslo 1, str.19-21.ISSN 1214-5602.
27. Šafránková,A., Nejedlá,M. *Interní ošetrovatelství I.* 1.vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 284s. ISBN 80-247-1148-6

28. Venglářová, M., Mahrová, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vydání neuvedeno. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8

29. Vlasáková, D. *Rozvoj komunikačních kompetencí zaměstnanců zdravotnických zařízení*. Sestra. Praha: 2008, ročník 18, číslo 9, str. 26-27. ISSN 1210-0404

30. Zacharová, E., Hermanová, M., Šrámková, J. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 232s. ISBN 978-80-247-2068-5

8. Klíčová slova

ambulance

informovanost

komunikace

pacient

sestra

9. Přílohy

Příloha 1 Dotazník pro pacienty

Příloha.2 Dotazník pro sestry

Příloha 1: Dotazník pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Věra Posekaná a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty při JU v Českých Budějovicích. Dotazník, který vám předkládám je základem mé bakalářské práce na téma: „Role sestry v informovanosti pacientů v ambulantní péči v Nemocnici Č.B. Ve své práci bych chtěla zjistit spokojenost či nespokojenost pacientů s informacemi, které jsou podávány sestrou v ambulantní péči. Dotazník je zcela anonymní. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu z nabízených možností (pokud není uvedeno jinak). Děkuji za ochotu spolupráce a čas věnovaný vyplňování dotazníku.

1. Pohlaví.

- muž
- žena

2. Kolik je vám let?

- 18 - 30
- 31 - 45
- 46 - 65
- 66 a více

3. Oddělení, kde je vám poskytována péče?

- onkologické
- neurologické
- urologické
- ortopedické
- kožní
- gastroenterologické
- hematologické
- interní

- jiné (uved'te jaké)

4. Důvod vaší návštěvy?

- dispenzarizace (plánovaná kontrola)
- mimořádná kontrola
- léčba
- vyšetření

5. Byl/a jste objednáán/a?

- ano
- ne

6. Frekvence vašich návštěv?

- jedenkrát za rok
- jedenkrát za půl roku
- jedenkrát za 3 měsíce
- jedenkrát za měsíc
- častěji

7. Jak jste byl/a spokojen/a s prvotními informacemi poskytnuté sestrou (po příchodu na oddělení, v recepci) ?

- spokojený/á
- méně spokojený/á
- nespokojený/á

8. Jak tuto sestru hodnotíte ?

- stupnice od 1 do 5 (1 - nejlepší, 5 - nejhorší)
-

9. Jak byla vybavena čekárna?

- televize
- automat na kávu
- pohodlné lavice
- informační letáky
- rádio
- jiné

10. Byl/a jste dostatečně informován ambulanti sestrou o dalším postupu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

11. Jak jste byl/a spokojen/a se způsobem poskytnutí informací sestrou?

- spokojen/a
- spíše spokojen/a
- spíše nespokojen/a
- nespokojen/a

12. Kde vás sestra informovala?

- v ordinaci
- v čekárně
- jiné

13. Poskytovalo toto prostředí dostatečnou intimitu?

- ano

- ne

14. Informace, které vám sestra podala byly:

- srozumitelné
- nesrozumitelné
- mnoho informací najednou
- chaotické
- nedostatečné

15. Jak by jste vyjádřil/a spokojenost s touto sestrou?

- spokojený/á
- spíše spojený/á
- spíše nespokojený/á
- nespokojený

16. Rozuměl/a jste vždy informacím poskytovaných sestrou?

- ano
- ne vždy
- ne

17. Jak na vás tato sestra zapůsobila?

- mile
- arogantně
- trpělivě
- chaoticky
- vstřícně

- ochotně

18. Požadoval/a jste po sestře informace nad rámec jejich kompetencí?

- ano
- ne

19. Oslovená sestra vám tyto informace:

- odmítla podat
- poskytla
- odkázala na lékaře

20. Měla sestra, z vašeho pohledu dostatek času zodpovědět vaše dotazy?

- ano
- ne
- nemohu posoudit

21. Stalo se vám, že jste z důvodu nedostatečných informací:

- se nedostavil/a k plánovanému (objednanému) vyšetření
- že jste nebyl/a dostatečně připraven/a na vyšetření
- ne nikdy se mi nic podobného nestalo
- jiné

22. Co vnímáte jako nedostatek ?

- málo času na sdělení informací
- nevhodné místo, kde mi byly informace podány
- málo informací
- mnoho informací najednou
- jiné

23. Uvítali by jste možnost, aby vám informace podávala pouze jedna sestra?

- ano
- spíše ano
- ne
- je mi to jedno

Na následující otázky odpovězte pouze v případě, že jste na otázku č.23 odpověděli ANO či SPÍŠE ANO

24. Proč by jste chtěli být informováni pouze jednou sestrou? Uveďte důvod.

Vážené a milé kolegyně,

jmenuji se Věra Posekaná a jsem studentkou 3.ročníku Zdravotně sociální fakulty při JU v Českých Budějovicích. Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Role sestry v informovanosti v pacientů v ambulantní péči Nemocnice Č.Budějovice“. Ve své práci chci porovnat možnosti na jednotlivých ambulancích a vaší spokojenost či nespokojenost s okolnostmi, za jakých podáváte informace pacientovi. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně jako podklady mé práce. U každé otázky zaškrtněte pouze jednu z nabízených možností (pokud není uvedeno jinak).Děkuji za spolupráci a čas, který jste věnovaly vyplňování dotazníku.

1. Věk.

- 20 - 29
- 30 - 44
- 45 a více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské odborné
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Délka celkové praxe?

- méně než 5 let
- 6 - 15 let
- 16 - 25 let
- 26 a více

4. Délka praxe na oddělení, na kterém pracujete v současnosti?

- 1 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 - 15 let

- 16 - 20 let
- 21 a více

5. Oddělení, na kterém pracujete?

- onkologie
- neurologie
- kožní
- urologie
- ortopedie
- gastroenterologie
- interní
- hematologie
- jiné (uveďte jaké)

6. Jaký druh péče poskytuje vaše ambulance?(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- akutní
- dispenzární
- léčebnou
- chronickou

7. Jaký nejčastější výkon provádíte na vaší ambulanci?(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- odběr biologického materiálu (krve, moče, výtěry...)
- asistence při vyšetření
- příprava na vyšetření
- administrativní úkony
- aplikace léků

- edukace pacientů

8. Kde podáváte pacientovi informace?(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- ambulance
- vyšetřovna
- čekárna
- recepce
- jiné

9. Zaručuje toto prostředí pacientovi dostatečnou intimitu?

- ano
- ne
- částečně

10. Dodržujete právo na intimitu a zachování intimity pacienta?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- dle okolností

11. Pokud jste odpověděla ne, z jakého důvodu?

- nevyhovující prostory
- organizační důvody
- jiné

12. Požadují po vás pacienti informace nad rámec vašich kompetencí?

- často
- velmi často
- výjimečně
- nikdy

13. Poskytla jste pacientovi někdy informace, které jsou nad rámec vašich kompetencí?

- ne nikdy
- ano
- odkázala jsem pacienta na lékaře

14. Domníváte se, že systém tak jak je nyní nastaven, umožňuje sestře dostatečné časoprostorové možnosti k plnohodnotné informovanosti pacientů?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nehodnotím

15. Co považujete v ambulantní péči o pacienta jako zásadní nedostatek?

- málo času
- nevyhovující prostory
- omezené kompetence
- jiné (prosím napište)

16. Účastníte se odborných seminářů zaměřených na komunikaci s pacientem?

- ano jednou jsem se podobného semináře zúčastnila
- ano opakovaně

- ne nikdy jsem se podobného semináře nezúčastnila

17. Uplatnily jste nově získané informace v praxi?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- ještě jsem neměla možnost

18. Získané poznatky z odborných konferencí pro mě byly:

- zcela nové
- překvapující
- již jsem se s nimi setkala

19. Co pro mě znamená slovo komunikace?(doplňte)

20. Víte co znamená verbální a neverbální komunikace?

- ano
- částečně
- ne

21. Znáte techniky asertivního chování?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

22. Použila/používáte je v praxi?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

23. Co dle vašeho názoru vnímá pacient při komunikaci s vámi nejintenzivněji? (můžete zaškrtnout více odpovědí)

- tón a barvu hlasu
- rychlost řeči
- úsměv
- gestikace rukou
- výraz
- jiné

24. Jakou roli sestra v ambulanci péči zastává nejčastěji?

- (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- edukátorka/informátorka
- poskytovatelka ošetrovatelské péče
- asistentka lékaře
- administrativní pracovnice
- jiná

25. Jakou roli považujete z vašeho pohledu za nejdůležitější?

- edukátorka/informátorka
- poskytovatelka ošetrovatelské péče

- asistentka lékaře
- administrativní pracovnice
- jinou (uved'te jakou).....

26. Uvítaly by jste semináře, školení či konference se zaměřením na komunikaci s pacientem?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne

