

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Informovanost pacienta a spolurozhodování v průběhu hospitalizace  
na interním oddělení**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

2012

Autor práce:

Bc. Stanislava Reichertová

## **Informovanost pacienta a spolurozhodování v průběhu hospitalizace na interním oddělení**

Život člověka je naplněn neustálým uspokojováním nejrůznějších potřeb, z nichž některé jsou naprosto principiální pro lidskou existenci a jiné vytvářejí život bohatším, příjemnějším a navozují pocit fyzické i psychické životní pohody. Dojde-li ke změně našeho zdravotního stavu, představuje to pro nás zátěž, která vede k narušení uspokojování našich potřeb. Každý člověk jako jedinečná osobnost prožívá nemoc zcela odlišně a při příchodu do zdravotnického zařízení může cítit obavy, mít strach z nepříznivé zprávy či neznámého prostředí. Prvním krokem pro zvládnutí této zátěže je dostatek srozumitelných informací, podaných ve správnou dobu vhodným způsobem, ke kterým se může pacient vyjádřit.

Tato diplomová práce se zabývala problematikou informovanosti pacienta a jeho možnosti spolurozhodování při hospitalizaci na interním oddělení. Stanoveny byly tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, úroveň informovanosti pacienta v průběhu hospitalizace o plánu péče. Z výsledku šetření je patrné, že pacienti pocítují nedostatek pro ně srozumitelných informací o plánu péče. Druhým cílem bylo zjistit, zda má pacient možnost spolurozhodování o poskytované péči v průběhu hospitalizace. Zde při porovnání výsledků z jednotlivých šetření došlo k rozporu mezi názory pacientů a zdravotníků. Pacienti se domnívají, že možnost spolurozhodování je jim dána, naproti tomu zdravotníci si myslí, že možnost spolurozhodování pacienta je omezena. Třetím cílem bylo zjistit, s jakými dotazy od pacientů v souvislosti s průběhem hospitalizace se sestry nejčastěji setkávají. Z výsledků šetření vyplynulo, že nejčastější dotazy pacientů jsou na délku hospitalizace.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí teoretické a empirické. Teoretická část popisuje problematiku průběhu hospitalizace pacienta od jeho příjmu až po propuštění. Výzkumná část práce byla realizována kombinací kvantitativního a kvalitativního šetření. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení. Byly

stanoveny tři výzkumné otázky. 1. Jaké existují překážky, aby podané informace v průběhu hospitalizace pacientovi, byly srozumitelné? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastější překážkou srozumitelnosti je velké množství podaných informací a časté používání odborné terminologie. 2. Jaké existují překážky tomu, aby byl pacient aktivním účastníkem při předávání informací? Z výsledku šetření překvapivě vyplynulo, že se nejedná o nepochopení či nedostatek empatie ze strany zdravotníka nebo nezájem ze strany pacienta. Hlavní překážkou toho, aby pacient mohl být aktivním účastníkem při předávání informací je nedostatek času zdravotníka na pacienty. 3. Saturuje úroveň informovanosti pacienta jeho potřebu jistoty a bezpečí? Šetřením bylo zjištěno, že úroveň informovanosti pacienta je saturována potřeba jistoty a bezpečí.

K získání dat pro zvolenou problematiku kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Dotazník obsahoval 17 otázek, 14 otázek uzavřených, 2 otázky polootevřené a 1 otázku otevřenou, která umožňovala vyjádření vlastního názoru. Osloveni byli respondenti z řad studentů oboru zdravotnický asistent, všeobecná sestra a zdravotnický záchranář, dále potom sestry pracující, jak v ambulantním, tak lůžkovém sektoru, sestry manažerky a vyučující odborné praxe. Pro kvantitativní výzkum byly stanoveny dvě hypotézy: 1. Četnost dotazů od pacientů je ve stejné míře jako dotazy na zdravotní stav. Z výzkumného šetření vyplynulo, že četnost dotazů na délku hospitalizace je v daleko větší míře než dotazy na zdravotní stav. První hypotéza byla vyvrácena. 2. V průběhu podávání informací pacientovi, považují sestry za samozřejmé začlenit také názory vyjadřující potřeby pacienta. Šetřením bylo zjištěno, že sestry považují za samozřejmé v průběhu hospitalizace začlenit také názory pacienta vyjadřující jeho potřeby. Druhá hypotéza byla potvrzena.

Výsledky našich zjištění získané touto diplomovou prací budou použity jako podklad pro tvorbu informačního materiálu pro pacienty. Dále se domníváme, že by bylo vhodné, aby se s výsledky seznámily sestry pracující na interních odděleních. Výsledky práce by mohly být také zajímavé a přínosné pro studenty středních, vyšších i vysokých škol připravující se na povolání nelékařských zdravotnických pracovníků.

## **The awareness of a patient and a co-decision during hospitalization at an internal department**

Human life is fulfilled with a continual meeting the needs, which some are absolutely fundamental for human existence and others make life better, nicer and induce a feeling of physical and mental welfare. If our health condition changes, it means ballast for us, which leads towards the disruption of meeting the needs.

Every human as a single personality experiences an illness quite different and entering a hospital he or she may feel concerned, be frightened of bad news or of an unfamiliar place. The first step for managing this ballast is the sufficient amount of clear information given at the right time and in an appropriate way, which a patient can express him or herself to.

This diploma thesis dealt with the issue of awareness of a patient and his or her opportunity to co-decide during hospitalization at an internal department. There were set three targets. The first one was to find out the level of the awareness of the patient during hospitalization about a care plan. From the result of a research is evident that patients feel lack of clear information about the care plan. The second target was to find out whether the patient has a chance to co-decide about a provided care during hospitalization. Comparing results from particular investigations there was a contrary between opinions of patients and medics. Patients think that the opportunity to co-decide is given to them. However, medics think that the opportunity of the patient to co-decide is limited. The third target was to find out, which questions in connection with a process of hospitalization patients ask nurses. Results of the investigation show that the most frequent questions are about the length of hospitalization.

The diploma thesis is divided into two parts-theoretical and empirical. The theoretical part describes issues of the process of hospitalization of the patient since his/her income until his/her discharge from hospital. The investigative part was implemented by combination of a quantitative and a qualitative research. For the quantitative part of the investigation there was chosen the method questionnaire with a technique of half-structured interview offering open questions. Into the research file was

involved 15 patients hospitalized at the internal department involved. There were set three investigatory questions. 1. What obstacles do exist in order to provide clear information during hospitalization of the patient? The research found out that the most frequent obstacle of intelligibility is a large amount of given information and frequent usage of terminology. 2. What obstacles do exist in order to make the patient an active participant when giving information? The investigation surprisingly resulted that that is not a misunderstanding or lack of empathy from the medic's position or lack of interest from patient's position. The main problem to make the patient the active participant during giving information is lack of medic's time on patients. 3. Does the level of awareness of the patient saturate his or her need of certainty and security? The investigation showed that by the level of awareness is saturated the need of certainty and security.

To gain data for the chosen issue of the quantitative research we used the method of questioning by a questionnaire. The questionnaire consisted of 17 questions, 14 closed questions, 2 half-opened questions and 1 open question which offered to show a personal opinion. Respondents that were asked were students of paramedic assistant, nursing and paramedic rescue worker, furthermore working nurses from both ambulant and bed sector, nurses from management and teacher of praxis. For the quantitative research we had two hypotheses: 1. Frequency of asking questions about the length of hospitalization equals to asking about the health condition. From the research was found out, that frequency of asking about the length of hospitalization is much higher than questions about the health condition. The first hypothesis was not verified. 2. During giving information nurses take for granted to include needs of the patient. The investigation showed that nurses during the hospitalization take for granted to include also patient's opinions expressing his or her needs. The second hypothesis was verified.

Results of our investigation gained in this diploma thesis will be used as sources for a distribution of informative materials for patients. We also think that it would be useful to inform nurses working at internal departments about the results. The results could also be interesting for students of high schools or universities preparing themselves for jobs of medical workers.

#### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2012

.....

Bc. Stanislava Reichertová

#### Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové PhD. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi ochotně poskytovala během psaní mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Pavlu Weishäuplovi za odbornou konzultaci, podporu a trpělivost. Poděkování patří také všem kolegyním za vstřícnou spolupráci při sběru dat.

## Obsah

	<b>Seznam použitých zkratk</b> .....	3
	<b>Úvod</b> .....	4
<b>1</b>	<b>Současný stav</b> .....	6
<b>1.1</b>	<b><i>Pacient</i></b> .....	6
<b>1.2</b>	<b><i>První vnímání zdravotnického zařízení pacientem</i></b> .....	9
<b>1.2.1</b>	<i>Příkazy, zákazy a doporučení zdravotnického zařízení</i> .....	10
<b>1.2.2</b>	<i>Práva pacientů</i> .....	12
<b>1.3</b>	<b><i>Přijímací proces hospitalizace</i></b> .....	13
<b>1.3.1</b>	<i>Akutní příjem</i> .....	14
<b>1.3.2</b>	<i>Plánovaný příjem</i> .....	15
<b>1.4</b>	<b><i>Přijem pacienta na oddělení</i></b> .....	15
<b>1.5</b>	<b><i>Průběh hospitalizace</i></b> .....	19
<b>1.5.1</b>	<i>Spolurozhodování a autonomie</i> .....	20
<b>1.5.2</b>	<i>Vyšetření</i> .....	21
<b>1.5.3</b>	<i>Vizita</i> .....	23
<b>1.5.4</b>	<i>Edukace</i> .....	24
<b>1.6</b>	<b><i>Propuštění z hospitalizace</i></b> .....	25
<b>2</b>	<b>Cíle a hypotézy</b> .....	28
<b>2.1</b>	<b><i>Cíle práce</i></b> .....	28
<b>2.2</b>	<b><i>Výzkumné otázky</i></b> .....	28
<b>2.3</b>	<b><i>Hypotézy</i></b> .....	28



<b>3</b>	<b>Metodika</b> .....	29
<b>3.1</b>	<i>Metodika práce</i> .....	29
<b>3.2</b>	<i>Výzkumný soubor</i> .....	29
<b>4</b>	<b>Výsledky</b> .....	31
<b>4.1</b>	<i>Statistické třídění I. stupně (popisná statistika) – kvantitativní výzkum</i> .....	31
<b>4.2</b>	<i>Statistické třídění II. stupně (kontingenční tabulky) – kvantitativní výzkum</i>	45
<b>4.3</b>	<i>Statistické testy</i> .....	65
<b>4.4</b>	<i>Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech a tabulkách</i> .....	66
<b>5</b>	<b>Diskuze</b> .....	106
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	117
<b>7</b>	<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	120
<b>8</b>	<b>Klíčová slova</b> .....	123
<b>9</b>	<b>Přílohy</b> .....	124

## **Seznam použitých zkratk**

AIM	Akutní infarkt myokardu
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
FZS	Fakulta zdravotních studií
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SZŠ	Střední zdravotnická škola
TF	Tepová frekvence
TK	Tlak krve
ZU	Západočeská univerzita

## Úvod

*„Každý člověk potřebuje ucho, do něhož by mohl vypovědět, co má na srdci“*

*(portugalské přísloví)*

Bezpečí je pocit, který nás provází, pohybujeme-li se ve známém prostředí, kde nám nehrozí žádná újma, kde nás okolí chápe a podporuje. Dojde-li ke změně našeho zdravotního stavu, představuje to pro nás zátěž, která vede k narušení uspokojování našich potřeb. Člověk přicházející do zdravotnického zařízení často neví, co se s ním děje, co ho čeká, může mít strach z nepříznivé zprávy či z neznámého prostředí, to vše může vést k oslabení jeho pocitu bezpečí a jistoty. Prvním krokem pro zvládnutí této zátěže je dostatek informací, a to nejen o nemoci samotné.

Přestože komunikace s pacientem, který má bolest, strach, je nervózní, rozzlobený, není často jednoduchá, má každý nemocný člověk právo na dostatek informací. Podaných ve správnou dobu správným pro něho srozumitelným způsobem, ke kterému se může dostatečně vyjádřit. Nedostatečná, pro pacienta nesrozumitelná sdělení mohou znamenat zhoršení jeho stavu či opakovanou hospitalizaci. Naopak jednoduché vhodné vysvětlení může pacientovi s neznámou situací významně pomoci a bývá nejlepší cestou k úspěšné léčbě a k příznivému vývoji nemoci. Informace podaná ve správnou dobu stimuluje pacienta ke spolurozhodování a spoluzodpovědnosti za výsledek léčby, zbavuje ho dojmu podřízenosti a méněcennosti a je pro něho povzbuzením a nadějí.

Vztah mezi sestrou a nemocným se vyvíjí po staletí, ale v posledních letech se situace výrazně mění. Pacient už není pouze pasivním příjemcem, který bez výhrad pokorně, oddaně a vděčně přijímá veškeré ošetrovatelské činnosti, rady a doporučení. Pokud neumíme znova a znova naslouchat svému pacientovi a sdílet jeho potřeby a pocity, tedy komunikovat, nebudeme ani nikdy umět poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, neboť náplní ošetrovatelství není jen péče o tělo, ale stále více a častěji i péče o duši pacienta. Otevřená a empatická komunikace sestry s nemocnými a jejich blízkými je základním předpokladem moderní ošetrovatelské péče.

Cílem této diplomové práce je zjistit úroveň informovanosti a možnosti spolurozhodování pacienta v průběhu jeho hospitalizace na interním oddělení. Klademe si otázky, jaké a zda existují překážky, aby informace podané v průběhu hospitalizace byly pro pacienta srozumitelné, zda se pacient stává aktivním účastníkem při předávání informací a zda úroveň informovanosti pacienta saturuje jeho potřebu jistoty a bezpečí.

## **1 Současný stav**

Zdraví, ať již naše nebo našich nejbližších, představuje pro většinu z nás nejvýznamnější životní hodnotu. Stává se, zvláště po setkání s nemocí synonymem spokojenosti, pohody a radosti. Jsme-li zdraví, snášíme celkem snadno zvýšenou fyzickou a psychickou zátěž. Život člověka je naplněn neustálým uspokojováním různých potřeb, z nichž některé jsou naprosto principiální pro lidskou existenci a jiné vytvářejí život bohatším, příjemnějším a navozují pocit fyzické i psychické životní pohody. Ve zdraví nedochází k omezování našich oblíbených aktivit a potřeb. Avšak již samotná změna stavu zdraví v nemoc, zvláště u lidí do té doby bez potíží, způsobí velké množství nepoznaných, náročných situací, se kterými se může člověk namáhavě a komplikovaně vyrovnávat. Každá změna zdravotního stavu představuje pro člověka určitou zátěž a vede k narušení uspokojování jeho potřeb. Nemoc znamená zvrát v zavedeném denním režimu, po kratší či delší dobu limituje člověka v jeho obvyklých činnostech, narušuje jeho běžný stereotyp a denní program, mění jeho životní situaci i životní perspektivu. Pacientem se obvykle nerodíme, ale stáváme se nečekaně a nedobrovolně, což přináší celou řadu biopsychosociálních změn (Jobánková, 2004; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Staňková, 1996; Šamánková, 2011).

### ***1.1 Pacient***

Termín „pacient“ je odvozen od latinského slova „patiens“ – trpělivý, trpící, schopný něco snášet. Praktický slovník medicíny definuje pacienta, jako ležící nemocnou osobu v lékařské péči. V současné době, ale od pacienta očekáváme aktivní přístup, spolupráci a činné zapojení do celého procesu terapie k udržení či navrácení vlastního zdraví a rozvoji soběstačnosti. Vývoj nemoci je mnohdy silně ovlivněn psychikou nemocného člověka, jeho rozpoložením, obavami, strachem, očekáváním a neinformovaností. Každý člověk jako jedinečná osobnost prožívá nemoc zcela odlišně a z našeho pohledu banální zákrok může být z jeho strany provázen silně negativními emocemi. Pacient může vnímat priority svých potřeb zcela odlišně, než je vidí

zdravotnický personál. Sestra tak během své odborné praxe přichází do styku s nejrůznějšími pacienty a je třeba, aby uměla adekvátně zvoleným způsobem správně naslouchat potřebám nemocného. Tatož ošetrovatelská intervence může být u jednoho nemocného zcela nenáročná a u druhého vysoce odborná až riziková, ale i u téhož pacienta se náročnost jednotlivého výkonu může v průběhu onemocnění měnit (Staňková, 1996; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Rozdělení pacientů dle charakteristiky typu uvádí ve své knize Bláha, Staňková (2004).

*Úzkostný typ pacienta* se vyznačuje svým skrčeným držením těla, neklidným pohledem, klopením zraku, nejistými gesty. Výraz jeho tváře odhaluje zábrany, váhání a nerozhodnost. Při řeči dominují nejisté pauzy, stále se něčeho obává, na něco ptá a chce být ubezpečován. Snadno podléhá panice, strachuje se udělat jakékoliv rozhodnutí je pochybovačný a stále se obviňuje a omlouvá za své chování. Na pomoc si bere jiné osoby a odvolává se na autority.

*Úzkostně-agresivní typ pacienta* je většinou štíhlé postavy, při stoje a sedu působí křečovitě, má energický pevný úchop, bojovný pohled a sevřené rty. Nebývá moc sdílný, jeho projev je strohý s vjemem nervozity v hlase. Trpí pocitem ublížení, příkoří a újmy, kategoricky odmítá nabídky pomoci a péče, je odhodlaný k sebeobětování a cynický při údajných prohrách. Ke druhým má ironické poznámky a útočné výroky, kterými se zaměřuje na city a morálku. Často používá strnulé ataky doprovázené pláčem na krajíčku a útočí při každé příležitosti.

*Narcistně-agresivní typ pacienta* se stále sleduje a upravuje, jeho oblečení zaujme módními doplňky, které okázale prezentuje, působí sebevědomě, nadřazeně s výraznou mimikou a gestikulací. Ve své řeči rád používá „moudré“ citace, mazlivé věty a s chutí se vyjadřuje ve smyslu „můj lékař, můj kadeřník...“. Standardní péče a pozornost ho ponižuje, cítí se potom pokořen a ponížen. Ve stavu domnělého ponížení se projevuje okázale s ironií a ostře pronesenou kritikou. Při konfliktu vystupuje jako člověk výjimečného postavení s vlivnými styky.

*Bezohledně-agresivní typ pacienta* je typický svou robustní postavou, neměnným, nechápavým a nepřátelským vzezřením. Jeho myšlení je pomalé,

nepohotové, podezíravé a vztahovačné. Projevuje se hlučně, mluví nespisovně a používá vulgární výrazy. Jedná zkratkovitě výbušně, je netolerantní a razantně prosazuje vlastní zájmy. Má nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám, ideálům a autoritám.

*Pedantní typ pacienta* je charakteristický svým pevným držením těla, uvážlivým projevem, přímým pohledem, disciplínou a ukázněným vystupováním. Bývá střízlivě oblečen a pečlivě upraven. Je pořádkumilovný, dodržuje předpisy, směrnice a nařízení. Používá přísně logické myšlení, má striktně rozškátulovaný svět a konstantní zásady. Vůči optimisticky naladěným a srdečně otevřeným lidem je popudlivý a odtažitý. Dojde-li k rozporu s jeho vnitřním řádem, reaguje podrážděně, zlobně a nedůtklivě.

*Nepřístupný typ pacienta* se vyznačuje klidnou, pomalou chůzí se zdrženlivými reakcemi a pohyby. Jeho výraz ve tváři je neurčitý a neměnný někdy se mohou objevit známky rozmrzelosti, skepse a ironie. Nevyhledává pohledy ani fyzickou přítomnost druhých osob. Typem oblečení a gesty se snaží demonstrovat odlišnost od druhých lidí. Hovoří pomalu, ironizuje sebe i ostatní a vyjadřuje se v narážkách, nadsázkách a nelogických zvratech. Vřelost, vstřícnost a srdečnost druhých oplácí odměřeností, ironií a zraňující upřímností.

*Histriónský typ pacienta* poznáme podle rychlé chůze, prudkých gest a živé mimiky vyjadřující emoce. Tento typ pacienta je režisérem a hercem v jedné osobě projevující se teatralností, kterou na sebe chce upoutat pozornost druhých. Při konfliktu křičí, slovně napadá, trhá vlastní oděv a rozbíjí předměty (Bláha, Staňková, 2004).

Abychom nemocnému porozuměli a uměli uspokojovat v nemoci změněné potřeby a nechápali ho pouze jako objekt pro provedení našich ošetrovatelských intervencí, ale uměli být pozorní k nejrůznějším úrovním jeho strádání, je třeba na něho hledět jako na holistickou lidskou bytost, jako na komplex organismu a osobnosti s psychickými vlastnostmi začleněnou do společnosti. Reakce, stanoviska a postoj pacientů k nemoci jsou velmi rozdílné a lze je rozdělit do několika skupin.

*Normální postoj* se shoduje se skutečným stavem sdělených informací, pacient je na nemoc patřičně adaptován. *Bagatelizující postoj* se vyznačuje podceňováním

závažnosti nemoci, odmítáním léčby a navrhovaných opatření. Příčinou může být nadhodnocení svých schopností, podcenění hodnoty zdraví či strach a pocit úzkosti z možných následků choroby. *Disimulační postoj* je charakterizovaný úmyslným zkreslením, popíráním a zatajením skutečných potíží, motivem může být nepříznivá ekonomická situace pacienta a z toho vyplývající strach ze ztráty zaměstnání či opačně pocit nepostradatelnosti. *Nozofóbní postoj* se naopak vyznačuje nadměrnou obavou o svůj zdravotní stav, přeceňováním méně významných potíží a strachem nejčastěji z karcinogenních onemocnění. *Hypochondrický postoj* je charakterizován pacientovým přesvědčením o přítomnosti závažného onemocnění, svým potížím se poddává. *Nozofilní postoj* je spojen s příjemným hlediskem nemoci, kdy je pacient svým nejbližším okolím „opečováván“ a je zproštěn od běžných povinností. *Účelový postoj* vede k získání určitých duševních či materiálních výhod (Křivohlavý, 2004; Jobánková 1996; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

V současné době charakterizované vysoce technickou medicínou si paradoxně nejvíce pacientů stěžuje ne na neodbornost, ale na neosobní přístup, na nedostatečnou pozornost a roztříštěnou anonymní odpovědnost. Řešením by měla být právě sestra, která svou péči zakládá na systematickém hodnocení a plánování uspokojování potřeb pacienta. Sestra je ta, která výrazně ovlivňuje nejen subjektivní prožívání nemoci, ale současně navozuje také u pacienta pocit pohody a přispívá tím k úspěchu terapie, zkrácení hospitalizace a zvýšení soběstačnosti pacienta. Sestra by měla být ten, kdo společně s nemocným kráčí a učí ho prožívat plnohodnotně život i při omezeních způsobených nemocí, aby tak docílila optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu pacienta (Kořenek, 2004; Mastilikáková, 1999; Staňková, 1996).

## **1.2 První vnímání zdravotnického zařízení pacientem**

Člověk přicházející do zdravotnického zařízení často není dobře naladěný, mnohdy nedokáže přesně definovat své pocity a stav, neví, co se s ním děje, co ho čeká, může mít strach z nepříznivé zprávy, z navazování nových mezilidských vztahů v neznámém prostředí. Nemocnice jsou při tom členěny podle odborné působnosti na mnohá specializovaná oddělení, jejichž názvy jsou pro pacienty nejednou nové a nesrozumitelné. Základní rozčlenění nemocnic je zpravidla ve většině ústavů na část



ambulantní a část lůžkovou, společné prostory jsou pro pracoviště, kde se provádějí některé vyšetřovací, diagnostické a léčebné výkony (Křivohlavý, 2002).

### *1.2.1 Příkazy, zákazy a doporučení zdravotnického zařízení*

Hned při vstupu do budovy nemocnice se pacienti většinou setkávají s mnoha různými informačními tabulemi, které jednak seznamují s členěním zařízení, tak s nejrůznějšími příkazy a zákazy daného zdravotnického zařízení. To může v pacientovi vyvolat dojem, že přestává být hodnotným partnerem a stává se manipulovaným objektem lékařské vědy a zdravotní péče. S tímto nepříjemným pocitem může hned od začátku pobytu ve zdravotnickém zařízení hůře přijímat a snášet obtíže a těžkosti diagnostického a léčebného úsilí zdravotnických pracovníků (Křivohlavý 2002).

Prvním nejčastějším zákazem, se kterým se pacienti setkávají, je zákaz kouření. Kouření je všeobecně považováno za rizikový faktor při vzniku mnoha onemocnění. V nemocnici, jejímž posláním je nejen prevence a léčba nemocí, ale také výchova ke zdravému způsobu života je uplatňován zákaz kouření ve všech prostorách zdravotnického zařízení dle platného zákona č. 379/2005 Sb. Dodržování tohoto zákona platí jak pro pacienty a jejich doprovod, tak pro veškerý personál zdravotnického zařízení. Ačkoliv je tento zákaz nejčastěji ve zdravotnických zařízeních prezentován, je také nejčastěji porušován, a to jak pacienty a ostatními návštěvníky, tak samotnými zdravotníky či studenty provádějícími praktický výcvik v rámci přípravy na své budoucí povolání. Dalším zákazem nebo spíše doporučením, se kterým se mohou pacienti setkat, je žádost o vypnutí mobilních telefonů. Lze považovat za nezpůsobnost a nevychovanost telefonování během vyšetření, ať již ze strany pacienta, jeho doprovodu nebo zdravotnického personálu (Křivohlavý, 2002; Kořenek, 2004; Julínek, 2004).

Na radiodiagnostických, radioterapeutických odděleních a pracovištích, kde dochází k odběru a zpracování biologického materiálu, se pacienti setkávají s nejrůznějšími výstražnými nápisy, ať již v podobě slovních upozornění nebo grafických symbolů, které u nich mohou vyvolávat nepříjemné reakce, pocity obavy nebo omezení. Dalšími příkazy jsou mnohá sdělení a slovní restrikce při vstupu do

některých prostor zdravotnického zařízení, ať už jsou to světelná či tištěná oznámení. Mimo samotné informace vnímá pacient tón, jakým jsou sdělení podána, četnost instrukcí, eventuálně jejich uspořádání. Byť ve většině případů jde od zdravotníků o dobře míněné informace, aby pacient věděl, co si má před vstupem do ordinace připravit, a byl tak zachován plynulý a klidný chod daného pracoviště a zkrácena čekací doba pacienta. Mohou tato upozornění v některých případech vyvolat pocit méněcennosti, vzdoru, až agrese a působit jako jistá omezení a zesměšnění pacienta. Nemocný může nabýt mylného dojmu, že ho zdravotníci vidí jako neschopného chápat základní pravidla slušného chování a, že přístup zdravotnického personálu za těmito dveřmi nebude rozhodně partnerský a přátelský (Rastislavová, 2008).

Právě v čekárně, v místnosti, kde tráví pacient dobu před vstupem do ordinace, si většinou začne plně uvědomovat nutnost osvojení své nové role – role pacienta, začne si utvářet první dojmy a hodnotit personál a prostředí daného zdravotnického zařízení. Čekat je do jisté míry pro pacienta nedůstojné, někdy to může vnímat jako společensky neslušné chování, zvláště pokud s ním není sestra v kontaktu. V některých případech se ale čekací doba může protáhnout, a z toho důvodu by měla čekárna splňovat určité hygienické a estetické požadavky. Čekárna, která je vybavena dostatečným počtem pohodlných sedadel nebo lavic se stolkem s časopisy a informačními materiály, s vhodně vyzdobenými stěnami, funkčními toaletami a přehledem na všechny ordinace, jistě přispěje ke zklidnění čekajícího. Jako ideální se může zdát systém časových objednávek, který zkracuje čas prožitý v čekárně, snižuje napětí a negativní prožitky, ale ne vždy je v silách zdravotníků dodržovat přesně časové intervaly. Pacient pak v takovém případě správně očekává verbální i neverbální kontakt se zdravotníkem nejčastěji sestrou, která funguje jako prostředník mezi čekárnou a ordinací. Její vlídné, zdvořilé, kladné jednání a projev zájmu pacienta utvrzuje v pocitu, že není ignorován, zapomenut a poněkud na obtíž (Rastislavová, 2008; Bláha a Staňková 2004; Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007; Škubalová, 2012).

Dalším organizačním opatřením, které může nelibě pacient pociťovat, je domácí řád. Každé lůžkové oddělení nemocnice má svůj „Domácí řád“, který je vypracován na podkladě provozního řádu nemocnice, je součástí hygienicko-epidemiologického plánu

daného oddělení a vychází z platné legislativy. S domácím řádem je seznámen pacient při příjmu na lůžkové oddělení a stvrzuje to svým podpisem v chorobopise. Domácí řád obsahuje časový harmonogram činností na oddělení, jako je čas podání snídaně, oběda a večeří, dobu vizit, návštěv a začátek a konec poledního a nočního klidu. Informuje pacienta, jak a kam si má uložit své osobní věci a cennosti, opět upozorňuje na zákaz kouření a používání návykových látek, poukazuje na nutnost dodržování hygieny a dietních opatření. V domácím řádu je pacient informován i o dalších službách, které nemocnice poskytuje, jako je roznášení pošty, místa telefonních automatů a možnost kontaktu se sociální pracovníci či zajištění duchovní služby. Má-li pacient nějaké připomínky a dotazy, je zde odkaz na kontaktní osoby.

### *1.2.2 Práva pacientů*

Má-li se pacient aktivně ujmout své nové nečekané role, potřebuje znát nejen své povinnosti, ale také svá práva. Jedině informovaný pacient má možnost svá práva použít a posoudit jejich dodržování. Nejstarším a nejznámějším etickým kodexem týkající se medicíny je Hipokratova přísaha, která byla sepsána žáky slavného lékaře již v pátém století před naším letopočtem. V novodobých dějinách práv pacientů jako první zformuloval text v roce 1971 americký lékárník David Anderson, o rok později asociace amerických nemocnic přijala vlastní dokument práv pacientů. V současné době lze shledat, že většina vyspělých států již přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů, kterou později specifikovala na nejrůznější skupiny nemocných.

Až na malé výjimky nelze pacientovi poskytovat zdravotní služby bez jeho svobodného rozhodnutí. Jsme-li zdraví a spokojeni, nezajímáme se většinou o patientské světy a nevíme, jaké to je být pacientem, jak se v takové situaci chovat, co smíme žádat, na co máme nebo naopak nemáme právo. Etický kodex práv pacientů v České republice nemá dlouhou historii. V roce 1990 podala profesorka Helena Haškovcová návrh na vypracování zásad práv pacientů a po určitých úpravách byla definitivní verze zveřejněna 25. 2. 1992. Česká podoba práv pacientů obsahuje jedenáct bodů, je v souladu s platnými zdravotnickými zákony České republiky a vychází ze vzorových práv nemocných, které v roce 1985 publikoval Americký svaz občanských

svobod. Do nedávné doby nebyla práva pacientů v České republice žádnou právní normou a dala se považovat pouze za určitý návod a mravní úzus vzájemného slušného chování a spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem (Haškovcová, 1996).

Změnu přinesl až zákon č. 372/2011 Sb., s účinností od 1. dubna letošního roku, který jasně stanovuje nejen práva, ale také povinnosti pacienta. Na základě výše jmenovaného zákona lze až na malé výjimky pacientovi poskytnout zdravotní péči pouze s jeho informovaným souhlasem. Dalším důležitým právem pacienta je být dostatečným srozumitelným způsobem informován o svém zdravotním stavu a navržených individuálních léčebných postupech. Ihned při příjmu má také pacient právo a současně povinnost určit osobu případně osoby, které mohou či nemohou být informovány o jeho zdravotním stavu, případně mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace (Příloha 1). Důsledným dodržováním práv pacientů se snižují rizika, která hrozí během hospitalizace a zvyšuje se spokojenost nemocného s poskytovanou ošetrovatelskou péčí (Haškovcová, 1996; zákon 372/2011 Sb).

Při jakékoliv ošetrovatelské činnosti a kontaktu s pacientem by sestra měla respektovat lidskou důstojnost, práva pacientů, zachovávat úctu ke každému jednotlivému pacientovi a stále mít na mysli, že pracuje s nemocným člověkem, jehož nálada, chování i prožívání je ovlivněno uspokojováním jeho biopsychosociálních potřeb (Plevová, 2011; Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007;).

### ***1.3 Příjmací proces hospitalizace***

Zatímco do ordinace ambulantního lékaře vstupuje pacient relativně dobrovolně, k hospitalizaci do zdravotnického zařízení přichází obvykle po doporučení lékaře, kterého vnímá jako určitou autoritu, a na tomto rozhodnutí nemá zpravidla značný vliv. Také výběr zdravotnického zařízení, kde bude pacient hospitalizován, může ovlivnit pouze v případě plánované hospitalizace a to ještě pod podmínkou, že zvolené pracoviště požadované vyšetření a výkony provádí, má dostatečnou volnou kapacitu lůžek a smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. V případě akutního příjmu, kdy je pacient přivezen rychlou záchrannou pomocí, tento nárok nemá.

Existuje podstatný rozdíl v tom, jak se pacient do nemocnice dostává. Zda je jeho příjem akutní a do zdravotnického zařízení přichází nebo je přivezen bezprostředně

po náhlé změně zdravotního stavu, či je jeho přijetí k hospitalizaci plánované a do nemocnice přichází po předchozí návštěvě praktického či odborného lékaře, který jeho hospitalizaci doporučil a domluvil (Křivohlavý, 2002).

### *1.3.1 Akutní příjem*

Již samotný transport do zdravotnického zařízení, ať už se jedná o profesionální převoz rychlou záchrannou pomocí, nebo improvizovanými transportními prostředky, které ne vždy splňují optimální požadavky, je pro pacienta náročnou situací. Zvláště pak u akutního stavu, kdy doba mezi nástupem příznaků onemocnění, transportem a příjmem do zdravotnického zařízení bývá velmi krátká.

Akutní onemocnění nenadále přeruší veškeré sociální aktivity nemocného, náhle je odloučen od své rodiny, práce, zájmů a je vytržen z pro něho normálního rytmu. Doma může zanechat nezaopatřené děti, nezajištěný byt a to vše může vést až k jeho panickým reakcím. Po příjezdu do nemocnice je pacient překládán na vyšetřovací lůžko, probíhá svlékání pacienta, napojení na monitorovací zařízení a zajištění invazivních vstupů. Během přesunu se uskutečňuje „nad“ pacientem předávající rozhovor zdravotníků o jeho zdravotním stavu a ne výjimečně se stane, že přestane být „panem Novákem“, který pociťuje silnou bolest na hrudi, ale stává se „podezřením na akutní infarkt myokardu s tachykardií a stenokardií“, kterému nejde napíchnout žíla (Adams, Harold, 1999).

Po provedení nejnnutnějších vyšetření a zajištění primární terapie, kdy se během krátké doby může u pacienta vystřídat i desítka lidí, kteří jen rychle přijdou, provedou určitý test či vyšetření nebo se pouze zeptají na určitou informaci, eventuálně si vyžádají souhlas s určitým výkonem, je pacient převezen na lůžkové oddělení. Kde je uložen na pro něho neznámý pokoj vedle cizího člověka, dostane ne vždy jemu příjemné uniformní oblečení. Pokud to jeho zdravotní stav vyžaduje, je napojen na nejrůznější přístroje, které jsou nejčastěji umístěny za jeho hlavou a které mohou vydávat jemu neznámé a nepříjemné zvuky. Po zajištění pacienta, nastavení léčby a stručného vysvětlení jeho současného stavu, je pacient ponechán sám na pokoji se svými myšlenkami, ačkoliv z medicínského hlediska je intenzívně sledován a

monitorován, může se cítit zranitelný a bezmocný (Křivohlavý, 2002; Jobánková, 2004).

### *1.3.2 Plánovaný příjem*

Pacient přicházející k plánované hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení je přijímán na základě doporučení praktického lékaře či ambulantního specialisty. Na rozdíl od pacienta akutně přijatého měl před nástupem do nemocnice možnost zajistit si své soukromé, rodinné a pracovní závazky a získat informace o povaze svého onemocnění a přibližném průběhu hospitalizace. Přesto příchodem do nemocnice si začíná uvědomovat, že jeho stav je zřejmě vážnější, než byl ochoten si dosud připustit, a umístění do nemocnice se pro něho stává vážným zásahem do způsobu života a může jej nepříjemně prožívat (Křivohlavý, 2002).

Samotný výkon příjmu v prostorách příjmové ambulance pak spočívá spíše v administrativních činnostech. Pacient předává svá doporučení od ambulantních lékařů, předkládá průkaz totožnosti, průkaz pojištění, určuje osobu, které mohou být podány informace o jeho zdravotním stavu, podepisuje nejrůznější informované souhlasy a v případě potřeby je mu vystavena pracovní neschopnost. Příjmová sestra provádí kontrolu všech dokladů a na jejich základě zadává potřebné údaje do počítače a tiskne chorobopis. V současné době, kdy se do popředí zájmu zdravotnických zařízení dostává nejen požadavek na rychlost a dostupnost péče, ale zohledňuje se i její ekonomický faktor, upřednostňují nemocnice centrální příjem pacientů. Na pacienta tento systém může někdy působit neosobně, nepřehledně, chaoticky a může nabýt dojmu, že je registrován pouze jako počítačový soubor dat a není vnímán jako lidská osobnost (Kořenek, 2004).

### *1.4 Příjem pacienta na oddělení*

Po zajištění administrativní části v ambulantním sektoru může ještě pacient dle zvyklosti oddělení absolvovat některá příjmová screeningová vyšetření. S výsledky a sepsanými doklady odchází nebo je odveden ambulantní sestrou na ošetrovací jednotku příslušného oddělení, kde je předán sestře na oddělení. Dobrým zvykem je, když pacienta přivítá staniční nebo vedoucí sestra ošetrovací jednotky, představí se mu a

předá ho sestře, která ho bude mít v den příjmu na starost. Stane-li se z provozních důvodů, že pacient musí na volné lůžko čekat, mělo by mu to spolu s omluvou být vysvětleno, aby hned na začátku hospitalizace nenabyl nepatřičného dojmu, že je nevítaný a na obtíž.

Před vstupem na pokoj a zjištěním zda má pacient nějaký požadavek na umístění lůžka (nechce nebo naopak chce ležet u okna), je seznámen s prostorovým členěním ošetrovací jednotky, to znamená, že by mu sestra měla ukázat, kde najde toalety, sprchu, v kterých prostorách a v kolik hodin se podává snídaně, oběd a večeře, kam si může uložit své přinesené potraviny, kde je mu k dispozici čaj, kam může vzít návštěvy a hlavně, kde a jak v případě potřeby najde nebo přivolá sestry. Na pokoji sestra nemocného vzájemně představí s ostatními pacienty, ukáže mu lůžko a manipulaci s ním, noční stolek a poučí ho, kam bude uloženo jeho oblečení. Nabídne mu možnost uložení cenností a finanční hotovosti v nemocničním trezoru, zjistí, zda má pacient nějaké dietní omezení nebo požadavek na stravu. Nepotřebuje-li pacient při svlékání a vybalování pomoc, dá mu sestra určitý časový prostor na aklimatizaci a možnost rozloučení s rodinou.

Je-li to vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta a z provozních důvodů možné, je více než prospěšné, může-li ho rodinný příslušník doprovodit až na pokoj. Pacient získá jistotu, že ho blízcí najdou a příbuzní odcházejí s dobrým pocitem, že ví, jak je o jejich blízkého postaráno. Takto provedený úvod příjmu jistě pomůže lépe překonat pacientovi tak závažnou změnu ve způsobu života, kterou hospitalizace v nemocnici bezpochyby je, než je-li mu stroze oznámeno číslo pokoje, kde má ležet a zbytek je ponechán na něm samotném (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Rozsypalová, Šafránková, 2002).

Sestra se seznámí s pacientovými donesenými doklady, připraví si příjmovou dokumentaci oddělení, přihlásí pacienta do stavu a ke stravě a po této administrativní části příjmu se vrací k pacientovi. Podrobně ho seznámí s domácím řádem, právy pacienta, nastíní další průběh příjmového dne a provede medicínskou část příjmu. Při té pacienta zváží, změří, provede měření a zhodnocení fyziologických funkcí, zrealizuje registraci ekg křivky, odběr vzorků krve a moči a provede základní fyzikální vyšetření

sestrou. Dle zdravotního stavu, požadavků a potřeb pacienta doplní lůžko o další pomůcky, které pacientovi usnadní, zpříjemní a zabezpečí pohyb a pobyt na lůžku (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

Necítí-li se pacient ještě unaven a souhlasí-li, provede sestra pomocí rozhovoru a hodnotících skorovacích systémů odběr informací k sepsání ošetřovatelské anamnézy. A to nejen z hlediska jeho aktuálního stavu, ale i s aspektem na jeho předchozí vývoj včetně sociální situace a charakteristiky pacientovy osobnosti ve vztahu ke zdraví a nemoci, protože zdravotní nepohoda se týká celého člověka, nejen jeho tělesné stránky. Na základě získaných informací sestra sestaví ošetřovatelský plán, s kterým pacienta seznámí. Po této části příjmu se sestrou, čeká pacienta ještě příjmové vyšetření s lékařem, které se skládá z odběru podrobné anamnézy, zhodnocení nynějšího onemocnění, fyzikálního vyšetření a mělo by být zakončeno nastíněním plánovaných vyšetření, léčby a průběhem hospitalizace (Rozsypalová, Šafránková, 2002; Staňková, 1996, Richards, 2004).

Oba tyto rozhovory, jak se sestrou, tak s lékařem by měly být vedeny v soukromí, v klidném a důstojném prostředí. Nemůže-li ze zdravotních důvodů pacient opustit pokoj, je nanejvýš vhodné požádat ostatní pacienty, aby na chvíli odešli. Přítomnost příbuzných je vhodná pouze u dětí nebo pacientů v těžkém zdravotním stavu s poruchou vědomí. Ani jeden ze zdravotníků by na pacienta neměl spěchat, zvyšovat tak jeho nervozitu a nevhodně položenými dotazy vnucovat své vlastní představy. Za naprosto nevhodné lze považovat, když případnou nevědomost či dočasnou neschopnost si vzpomenout na určitý lék, výsledek prodělaného vyšetření, či jinou informaci nese zdravotník nelibě nebo dokonce ji nevhodně okomentuje. Během rozhovoru nehodnotí zdravotník jenom to, co pacient říká, ale koncentruje se také na způsob řeči, výraz tváře, postoje a případné obavy. Pozorný a zkušený posluchač dokáže po rozhovoru odhadnout i osobnost pacienta a jeho postoj k nemoci. I v dnešní době moderní technické medicíny platí, že dobře a pečlivě odebraná anamnéza je poloviční diagnóza (Navrátil, 2008; Křivohlavý, 2002; Andryšek, 2011).

Po takto pro nemocného náročném úvodu do hospitalizace, kdy se navíc nemusí tělesně dobře cítit pro možné bolesti, dyspeptické, pohybové či jiné obtíže, může



pacient nabýt dojmu, že charakter jeho života v nemocnici se bude odvíjet pod obrazem poslušání autority a plnění příkazů. Tato mylná domněnka nemocného, který může být svými potížemi zaskočen, by měla být vyvrácena právě zdravotníky, a jejich chápající, laskavý a vnímající postoj a přístup je nejlepší cestou k úspěšné léčbě a příznivému vývoji nemoci. Tento určitý druh partnerství mezi pacientem a zdravotníkem, stimuluje nemocného k spolurozhodování a spoluzodpovědnosti za průběh hospitalizace a výsledek léčby. Prvním krokem k takovému výsledku je oboustranná kvalitní komunikace, která se zakládá na pravdivých informacích a to jak ze strany zdravotníka, tak ze strany pacienta (Křivohlavý, 2002; Kořenek, 2004).

Při komunikaci v běžném životě se řídíme zavedenými pravidly, normami a společenskou etikou. Jsou takzvaně nastaveny hranice toho, co se smí, hodí a co je zcela nepřístupné v komunikaci s druhým člověkem. V době nemoci se však tyto komunikační hranice posouvají až na okraj intimní zóny pacienta. Dovednost komunikace lze tedy považovat za základní výbavu profese sestry a patří mezi priority tohoto povolání. Ani ta nejlepší, nejšikovnější a nejrychlejší ze sester nedosáhne při ošetřování nemocných takového úspěchu, jaké by ho chtěla, pokud neumí správně komunikovat se svými pacienty. Kvalitu ošetrovatelské péče netvoří jen vlastní ošetrovatelské intervence, ale z hlediska nemocného ovlivňuje je chování a jednání sestry, které výkony doprovází. O tom, zda pacient a sestra vyjdou v ústrety a budou spolupracovat, jeden druhému naslouchat, nebo se vyvinou problémy a spolupráce se bude komplikovat, rozhoduje z velké části první dojem. Vzájemný kladný vztah, který se v prvním okamžiku setkání vytvoří, umožňuje úzkou spolupráci sestry s nemocným (Bláha, Staňková, 2004; Staňková 1996).

Sestra toho ani nemusí mnoho říci, ale svým chováním, vystupováním a nekomunikací, může být pacientem ohodnocena, že je nerudná, rozčilená, nedůtklivá, nebo naopak klidná, vstřícná, spolehlivá a důvěryhodná. Je proto nutné, aby sestra uměla s pacientem navázat vhodně a v příhodnou dobu vztah založený na důvěře, toleranci, partnerství a vzájemném respektu. Důležitým momentem v komunikaci sestry je oční kontakt s pacientem. Sestra by u pacienta neměla vzbuzovat pocit, že ji za pohled téměř nestojí, že je neviditelný či průhledný. Nezastupitelné místo má při

komunikaci s pacientem také úsměv. Vlídny úsměv na správném místě ve správný čas snižuje obavy, úzkost, strach a zvyšuje pocit bezpečí. Neměl by však na pacienta působit jako přehnaný, nucený, nadřazeně přezíravý, ironický či umělý. Náš postoj k pacientovi prozrazují také naše gesta a pozice těla. Měli bychom se vyvarovat postojů, které v pacientovi mohou vzbuzovat pocit nedůvěry, otažitosti a neochoty (Bláha, Staňková, 2004).

Komunikace v profesi sester znamená jak sdělování, sdílení, naslouchání, ale i správnou interpretaci toho, co se při komunikaci s pacientem dozvěděla. Je důležité umět vhodným způsobem vyjádřit, že s pacientem cítíme, vědět kdy dát pacientovi prostor k přemýšlení a kdy ho naopak povzbudit k rozhovoru. Nelze zapomínat ani na tak zdánlivé maličkosti jako je pozdrav, poděkování, správné oslovení a použití kouzelného slůvka prosím. Pacient přicházející do zdravotnického zařízení bývá zneklidněn a rozrušen. To vše snižuje jeho schopnost soustředění a může vést k tomu, že řadu sdělených informací zapomene, zcela nepochopí či vůbec nevnímá. Je proto lepší, aby sestra důležité informace sdělovala na začátku rozhovoru a vše si ověřovala zpětnou vazbou, kterou provádí vhodně položenými dotazy. Komunikaci v ošetřovatelství lze považovat za druh péče, která zvyšuje či snižuje v očích pacienta vnímání kvality poskytnuté péče a tím i celkovou úroveň a prestiž oboru (Kapounová, 2007; Venglářová, Máhrová, 2006; Šamánková, 2006, Plevová, 2011).

### ***1.5 Průběh hospitalizace***

Pro pacienta jsou nejtěžší první chvíle a dny hospitalizace, většinou se pomalu a někdy nesnadno adaptuje na nemocniční prostředí, kde režim a rytmus dne určuje někdo jiný a určitým věcem je nutné se podřídit. Některým pacientům může vadit přítomnost druhých lidí, kteří stále mluví o svých potížích, těžkostech a bolestech. Mohou také hůře snášet typický nemocniční zápach. Tento pro některé pacienty složitý začátek může pomoci překonat sestra tím, že se bude snažit některé nepříjemnosti související s pobytem odstranit, zmírnit anebo na ně aspoň včas předem upozornit. Již na závěr příjmového vyšetření lékařem by měl být pacientovi srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu nastíněn průběh hospitalizace a plán a důvod eventuálních

vyšetření. Pacientovi by měla být dána možnost vyjádřit se k tomuto plánu, eventuálně klást doplňující otázky, protože má právo spolurozhodovat o provedení diagnostických a léčebných postupů, které mu lékař navrhne. Aktivní účast na spolurozhodování mu může pomoci zbavit se dojmu podřízeného jedince. Lékař by si měl od pacienta vyžádat předběžný souhlas s plánovanými vyšetřeními. Písemný informovaný souhlas poté podepisuje pacient před každým výkonem a vyšetřením, které může negativním způsobem ovlivnit jeho zdravotní stav či kvalitu života. Nemělo by se stát, že se pacient o vyšetření dozví až v momentě, když jde sestra provádět přípravu, či ještě hůře, že mu tuto informaci podá sanitář, který je určen jako jeho doprovod. A podpis informovaného souhlasu s vyšetřením se od pacienta získává až na vyšetřovacím lehátku po podání premedikace (Agard, 2005; Kořenek, 2004; Rozsypalová, Šafránková 2002).

#### *1.5.1 Spolurozhodování a autonomie*

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným se vyvíjí po staletí. V posledních letech se však situace výrazně mění, pacient přestává být pasivním příjemcem, který bez námitek pokorně a vděčně akceptuje veškeré ošetrovatelské a lékařské činnosti, rady a doporučení. Současná moderní medicína založená na vědeckých důkazech, týmové práci zdravotníků a vyšší vzdělanosti pacientů vytváří prostor pro individuální volbu a spolurozhodování pacienta na celém léčebném procesu. Respektování autonomie pacienta předpokládá snahu zdravotníků komunikovat, informovat a srozumitelně vysvětlit problematiku veškeré ošetrovatelské a léčebné péče. Není-li pacientův názor v rozporu se zákonem, je třeba ho zohledňovat při každé diagnostické a terapeutické činnosti, ale je třeba nezapomínat, že respektovat autonomii pacienta neznamená přenechávat veškeré rozhodovací procesy na pacientovi. Předpokladem dobré spolupráce při procesu spolurozhodování a spoluzodpovědnosti pacienta za své zdraví, je určitý vstřícný partnerský vztah mezi zdravotníkem a pacientem. Ošetrovatelský personál by měl v každé situaci, kdy je to možné respektovat názor a akceptovat přání pacienta na potřebnou ošetrovatelskou péči při uspokojování jeho potřeb. V případě, že není možné podřídit se po všech stránkách přáním nemocného, je

důležité vysvětlení a racionální argumentace jiného postupu (Aveyard, 2005; Haškovcová, 2000; Plevová, 2011; Kořenek, 2004).

### 1.5.2 Vyšetření

Cílem vyšetřovacích postupů je rozpoznání choroby, to znamená stanovení náležité lékařské diagnózy, která je následována vhodnou terapií. Při vyšetřování pacienta by se mělo vždy postupovat od metod jednoduchých snadno proveditelných a pacienta nezatěžujících, až po ty speciální složitější. Před každým diagnostickým či terapeutickým výkonem je důležité, aby si sestra ověřila, zda pacient zná důvod, proč se mu ten který výkon provádí a zda s ním souhlasí. Cílem ošetrovatelských intervencí sestry během přípravy poté je, aby pacienta připravila k výkonu plně informovaného, co nejméně stresovaného a za jeho vydatné spolupráce. Seznámení s jednotlivým výkonem sestra vždy zahájí popisem prostředí, kde bude úkon probíhat. Je-li u některých výkonů nutný přesun do jiného zdravotnického zařízení, neopomene sestra tuto skutečnost zmínit a vysvětlí, kdo se bude o pacienta během transportu starat, na koho se může obrátit v případě nějakého problému či nejasnosti. Dále sestra podrobně popíše celý výkon a jednotlivé činnosti přítomných zdravotníků, poučí pacienta, jak se má během výkonu chovat, upozorní i na nepříjemné stránky daného vyšetření. Je-li nutný zvláštní režim před, v průběhu nebo po výkonu, poukáže sestra na to a na závěr rozhovoru dá pacientovi prostor pro případné doplňující dotazy (Aveyard, 2005; Mikšová, 2006; Šafránková, Nejedlá 2006).

*Odběry biologického materiálu* mohou být ze strany zdravotníků považovány za drobný rutinní výkon. Jiný pohled ale mohou mít pacienti zvláště u výkonů, při kterých dochází k obnažování (výtěr z rekta, odběr cévkované moče), což mohou z jejich pohledu pociťovat jako jistý druh ponížení či až degradace. Biologickým materiálem rozumíme odebrané vzorky tělních tekutin, sekretů, exkrementů a tkání. Informace získané výsledky vyšetření ovlivňují další terapeutické procesy, proto je důležité při samotném odběru postupovat dle platného standardu. Povinností sestry je informovat pacienta o postupu, provést přípravu pacienta i pomůcek a získat vzorek materiálu za účinné spolupráce pacienta při dodržení hygienických zásad, bezpečnosti a ochrany

zdraví při práci. Během celého výkonu je nutné zachovávat soukromí, respektovat intimitu a případný strach pacienta z vyšetření (Mikšová, 2006).

*Endoskopické vyšetřovací metody* řadíme v současné době mezi moderní diagnostické a léčebné metody, které lze ale provádět pouze za spolupráce s pacientem. Je proto důležité, aby pacienti byli důkladně seznámeni se samotným výkonem, jeho průběhem a byla provedena správná příprava před vyšetřením. Endoskopické metody dovolují prohlédnutí vnitřních tělních dutin nebo dutých orgánů. Úkolem sestry je vysvětlit podstatu, význam a průběh vyšetření, sestra zdůrazní požadavky, které budou během výkonu na pacienta kladeny. Upozorní na možné nepříjemné pocity během vyšetření. Je-li součástí přípravy i vyprázdnění střeva, zajistí i potřebnou hygienickou péči a neopomene zabezpečit soukromí. To ocení zvláště pacienti imobilní, u kterých příprava většinou probíhá přímo na pokoji před ostatními pacienty (Mikšová, 2006).

*Zobrazovací vyšetřovací metody* jsou nedílnou součástí každého diagnostického procesu, umožňují zobrazení orgánů a jejich částí bez narušení integrity a současně mnohé z nich umožní i posouzení funkčního stavu. K hlavním metodám patří rentgenové vyšetření v mnoha modifikacích včetně počítačové tomografie, ultrazvukové vyšetření, magnetická rezonance a izotopové metody. Hlavní úlohou sestry je opět podání dostatečného množství pro pacienta srozumitelných informací o podstatě vyšetření a příprava pacienta na vyšetření. Samotná příprava pak může zahrnovat nejrozličnější činnosti od prostého lačnění až po podání vyprazdňovacích přípravků, profylaxi léků a podání infuzních roztoků. Sestra by také neměla podcenit psychologickou přípravu, která spočívá ve vysvětlení významu vyšetření a jeho postupu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

*Invazivní vyšetřovací metodou* rozumíme způsob výkonu, při němž vyšetřovací přístroj či nástroj proniká dovnitř organismu, v diagnostickém procesu jsou obvykle tyto metody používány až po vyčerpání neinvazivních alternativ. Z tohoto důvodu je nutná speciální příprava pacienta jak po stránce psychické, tak fyzické. Každý invazivní zákrok musí probíhat za přísných aseptických podmínek a vždy je spojen s určitými riziky, jako je infekce, krvácení a přímé poškození orgánu. Mezi nejčastější invazivní výkony prováděné na interním oddělení patří punkce, a to realizované jak za účelem

diagnostickým, tak terapeutickým. Bezprostřední příprava pacienta na výkon zahrnuje pro sestru činnosti spojené se seznámením s důvodem a průběhem výkonu a samotnou přípravou místa vpichu. Vhodné je také, aby sestra zdůraznila, že po podání lokální anestezie, bude výkon pro pacienta nebolestivý. Nelze též opomenout informace o pohybovém režimu, který bude muset pacient dodržovat po skončení vyšetření. Úkolem sestry po provedení výkonu je zajištění vhodné polohy pacienta, pravidelná kontrola stavu, monitorace fyziologických funkcí a sledování místa vpichu a projevů případných komplikací (Mikšová, 2006).

### 1.5.3 Vizita

Kontrola, inspekce či prohlídka - tak lze přeložit výraz vizita, který pochází z latinského jazyka. Vizita byla a stále je nedílnou součástí poskytované péče ve zdravotnickém zařízení. Cílem vizity by mělo být pro pacienta zajištění dostatku srozumitelných informací o jeho zdravotním stavu, plánovaných vyšetřeních, jejich výsledcích, prognóze a dalším individuálním léčebném plánu. V současné době se můžeme v nemocnicích setkat se dvěma druhy vizit - lékařskou a sesterskou. Lékařská vizita, která má svoji dlouholetou tradici, je zaměřena na nemoc pacienta, bývá pro pacienta psychicky náročnější a nedává mu mnohdy dostatečný prostor pro aktivní roli. Pacient nejednou z pocitu strachu či respektu z autority ani nevnímá, co mu lékař sděluje, nebo v případě, že zcela nerozumí poskytované informaci, obává se zeptat. Naproti tomu sesterská vizita by měla navodit příjemné přátelské prostředí a dát pacientovi možnost klást otázky, vyjádřit své pocity, obavy a nenaplněné potřeby. V době nelehké životní situace by pro pacienta měla suplovat určitou formu pomoci a podpory. V praxi se ale stále ještě častěji setkáváme pouze s vizitou lékařskou a důležitost vizit sesterských - ošetrovatelských bývá opomíjena (Krišková, 2001; Staňková, 1996).

Lékařská vizita může mít několik podob. *Vizita individuální* je rozhovorem mezi pacientem a jeho ošetřujícím případně dalším konzultujícím lékařem. Tento typ vizity slouží k doplnění a předání informací o pacientovi, jeho zdravotním stavu, diagnostických a léčebných postupech, které mohou mít intimní charakter, a nebylo by

vhodné je probírat před dalšími pacienty. Při tomto způsobu vizity může také lékař sdělit pacientovi závažnou diagnózu. Další druh vizity je *malá vizita*, která probíhá na pokoji pacienta, uskutečňuje se každý den v dopoledních a odpoledních hodinách. Ošetřující lékař při ní může provádět fyzikální vyšetření či monitorování fyziologických funkcí, současně předává pacientovi informaci o dalších plánovaných vyšetřeních a léčebných postupech. *Velká lékařská vizita* se provádí 1-2 krát týdně a účastní se jí všichni členové zdravotnického týmu v čele s primářem či přednostou daného oddělení nebo kliniky, dle zvyklosti zdravotnického zařízení může probíhat i za přítomnosti dalších nelékařských pracovníků (fyzioterapeutů, nutričních terapeutů apod.)(Křišková, 2001).

Hlavním úkolem sestry při lékařských vizitách je příprava prostředí, pomůcek, dokumentace a hlavně samotného pacienta tak, aby pro něho vizita byla co nejméně stresující. Během vizity sestra potom asistuje lékaři, podává pomůcky, pomáhá, je-li to třeba s polohou pacienta a obstarává dokumentaci. Současně, ale také potřebuje-li pacient, pomáhá mu při pohybu, svlékání a zajišťuje zachování jeho intimity. Právě při vizitách zvláště potom takzvaných velkých dochází nejčastěji k narušení soukromí a intimity pacienta. Přestože v obecné rovině uznáváme, že každý pacient má právo na soukromí a zachování intimity, jsou místa a vizita mezi ně rozhodně patří, kde toto právo zdravotníci velice často porušují. Ke svému ošetřujícímu lékaři či sestře má pacient většinou důvěru a jejím vyjádřením je i ochota obnažit se, ale přítomnost dalších osob, ať již zdravotníků či ostatních pacientů, může na pacienta působit rušivě a pocit jeho studu zvyšovat. Stud pacienta je prožitek, který zdravotníkům někdy uniká, nebo vzhledem ke své profesi si ho zcela neuvědomují. Pacient může pociťovat stud z důvodu svého tělesného vzhledu či z pocitu psychické méněcennosti. K pocitu studu, ale může také přispět příznak či příčina onemocnění nebo nepříjemný zážitek z minulé hospitalizace či jiné návštěvy lékaře (Haškovcová, 1996; Jobánková, 2004; Křivohlavý, 1995).

#### *1.5.4 Edukace*

Ošetrovatelské činnosti sester se neomezují pouze na provedení výkonů dle lékařských ordinací, ale jejich cílem mimo jiné také je spolupráce sestry a pacienta na podpoře jeho zdraví. Jednou z úloh sester je pacienta vést, edukovat a pomáhat mu, aby byl schopen a ochoten starat se o svůj vlastní zdravotní stav a průběh nemoci. Prostředkem k naplnění těchto úmyslů je ošetrovatelská edukace (Míčková, 2009).

Proces ošetrovatelské edukace by měl představovat vhodně naplánovanou, cílevědomou a kvalitně realizovanou výuku pacienta, která je podkladem pro vytvoření vztahu důvěry, porozumění a vstřícnosti mezi pacientem a sestrou. Cílem edukace v ošetrovatelské péči je doplnit informace, které pacient má, o fakta, která jsou potřebná pro to, aby dokázal zvládnout určité činnosti, které vyžaduje je zdravotní stav či onemocnění, a přijal tak zodpovědnost za vlastní rozhodnutí, zdraví a důsledky svého chování. Někdy vyžaduje situace naučit tyto dovednosti nejen pacienta, ale i jeho nejbližší či o něho pečující osobu.

O vzdělávání pacientů usilovala již Florence Nightingalová, která považovala za velmi podstatné, aby získané informace pacient nejen pochopil, ale aby je také používal i v domácím prostředí. Virginia Hendersonová naopak kladla důraz na spolupráci a aktivitu pacienta, a její činnost tak dala základní podnět k posunu od pasivního ošetrovatelství k aktivnímu. Ošetrovatelský edukační proces by měl být realizován během celého pobytu v nemocničním zařízení a nemělo by se stávat, že je uskutečněn až v den propuštění a to navíc pouze formou předání edukačních letáků. V takovém případě pak nelze ověřit zpětnou vazbou, zda pacient předaným informacím porozuměl, chce-li se přizpůsobit a doporučená opatření dodržovat. Pacient tak odchází, aniž by mu byl dán prostor pro doplňující dotazy (Míčková, 2009; Onderková, 2007; Staňková, 2001).

### ***1.6 Propuštění z hospitalizace***

Pacient je z nemocničního zařízení propuštěn v případě, je-li vyléčen, nebo když se jeho zdravotní stav natolik stabilizoval, že může v léčbě pokračovat v ambulantní péči, eventuálně také v případě, kdy si propuštění vyžádá na vlastní žádost proti doporučení lékaře. Propuštění neboli dimise by neměla být dílem náhody, ale naopak



pacienti a jejich rodiny by měli být včas o podmínkách ukončení hospitalizace informováni. O propuštění rozhoduje ošetřující lékař po konzultaci s přednostou oddělení a mělo by se naplánovat tak, aby se podpořila soběstačnost pacienta, eventuálně v případě nutnosti, zajistila odborná péče při zajišťování potřeb v domácím ošetřování. Při zabezpečování potřebné domácí péče je zapotřebí postupovat vždy individuálně dle specifických potřeb daného pacienta, zvláště potom dlouhodobě nemocní a jejich rodiny by měli být podrobně informováni o různých možnostech následné a ambulantní péče. V úvahu je třeba brát věk pacienta, zda žije sám či s rodinou, prognózu onemocnění, jeho způsobilost k sebezpečí, ale nelze také opomenout jeho finanční zdroje a bytové podmínky. Při hodnocení potřeb pacienta je nutné zapojení celého multidisciplinárního týmu jako fyzioterapeuta, ergoterapeuta, nutričního terapeuta a sociálního pracovníka (Richards, Edwards 2004; Rozsypalová, Šafránková 2006).

Ve vlastní den propuštění sestra předá pacientovi jeho oblečení a cennosti, které měl uloženy v úschově, vše s pacientem zkontroluje a nechá si stvrdit podpisem. Je-li pacient vybaven novými kompenzačními pomůckami, znova sestra zkontroluje, že s nimi pacient umí zacházet a vyzve ho, zda má ještě nějaké dotazy k provedeným edukacím, případně doporučí, kde je možnost nalézt další informace k dané problematice. Ošetřující lékař při předání propouštěcí zprávy vysvětlí pacientovi následující postup jeho ambulantní léčby. To znamená, u kterého ambulantního či praktického lékaře se má pacient hlásit, co a kdy má lékaři předat, jaká režimová či dietní opatření by bylo vhodné nadále dodržovat. Dále pacienta vybaví recepty eventuálně léky na tři dny a vysvětlí mu, jak a proč je má užívat. V případě, že se pacient rozhodl ukončit hospitalizaci na vlastní žádost proti doporučení lékaře, opakovaně ho lékař seznámí s případnými riziky takového rozhodnutí a poté s ním sepiše písemné prohlášení, kterým na sebe pacient přebírá veškerou zodpovědnost za případné komplikace a eventuální smrt. Rozmluva s lékařem by měla probíhat na klidném místě, během rozhovoru by mělo být zachováno soukromí a na závěr rozhovoru by měl být dán prostor pro případné otázky pacienta.

Nemá-li nebo nemohou-li se příbuzní pacienta postarat o jeho odvoz a vyžaduje-li to stav pacienta, zajistí sestra transport sanitním vozem. Do doby než je ošetřovaný odvezen, měl by být stále považován za pacienta ošetrovací jednotky, aby mylně nenabyl dojmu, že je již jaksi „odepsán, vystrčen“. Jedná-li se o pacienta chodícího, soběstačného, může být vyzván, aby počkal na odvoz na denní místnosti, kde sestra zajistí, aby netrpěl žízní a nehladověl. Ležící imobilní pacient zůstává do odvozu na svém lůžku, kde je mu zajištěna stejná ošetrovatelská péče, jako během hospitalizace (Rozsypalová, Šafránková, 2002).

Pacienti jsou sice dnes zahrnuti nejrůznějšími informacemi z mnoha brožur, letáku, časopisů či internetu, ale jako laici medicíny se v nich často ztrácí a na svoje onemocnění pak vztahují nejčernější prognózy či naopak je podceňují. Proto stále a v dnešní době snad i více plátí, že informace o své nemoci, vyšetření či léčbě, musí pacienti získat při spolupráci se zdravotníky. Takové informace jsou pacientům většinou podávány v období, kdy si myslí, že se jim život hroutí a roztříšťuje na kousky. Nemocný člověk má často problém koncentrovat se, a proto je nadmíru důležité mu podávané informace sdělit patřičnou pro něho srozumitelnou formou a hlavně si ověřit, že jim dostatečně porozuměl. Tak, jak jde medicína a možnosti léčby stále dopředu, je důležité změnit i způsob komunikace s pacienty. Správná komunikace s pacienty, znamená přiblížení se člověku, poznání jeho potřeb, umění naslouchat, vědět, jak ho empaticky vést a motivovat v léčbě (Andrýsek, 2011).

## **2 Cíle a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit úroveň informovanosti pacienta v průběhu hospitalizace o plánu péče.

Cíl 2: Zjistit, zda má pacient možnost spolurozhodování o poskytované péči v průběhu hospitalizace.

Cíl 3: Zjistit, s jakými dotazy od pacientů v souvislosti s průběhem hospitalizace se sestry nejčastěji setkávají.

### **2.2 Výzkumné otázky**

VO 1: Jaké existují překážky, aby podávané informace v průběhu hospitalizace pacientovi, byly srozumitelné?

VO 2: Jaké existují překážky tomu, aby byl pacient aktivním účastníkem při předávání informací?

VO 3: Saturuje úroveň informovanosti pacienta jeho potřebu jistoty a bezpečí?

### **2.3 Hypotézy**

H 1: Četnost dotazů od pacientů na délku hospitalizace je ve stejné míře jako dotazy na zdravotní stav.

H 2: V průběhu podávání informací pacientovi, považují sestry za samozřejmé začlenit také názory vyjadřující potřeby pacienta.

### **3 Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Pro zpracování empirické části této diplomové práce byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření.

K získání sběru dat pro zvolenou problematiku kvantitativního výzkumu byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku (Příloha 2). Dotazník byl anonymní a byl sestaven pouze pro účely této práce, obsahoval 17 otázek, 14 otázek uzavřených, 2 otázky polootevřené a 1 otázku otevřenou, která umožňovala vyjádření vlastního názoru. Výzkumné šetření probíhalo v průběhu měsíce března 2012. Pro statistické vyhodnocení dotazníkového šetření byl použit program Microsoft Office Exel 2007 a následně program SPSS. Pro vyhodnocení statisticky významných vztahů byly použity kontingenční tabulky a Personův chí kvadrát test.

Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (Příloha 3). Celkem bylo osloveno 15 respondentů. Rozhovory byly zaznamenány, následně přepsány a analyzovány. Analýza rozhovorů byla prováděna vzájemným porovnáním jednotlivých rozhovorů. Získaná data byla zpracována do SmarArtů a tabulek pomocí programu Microsoft Office Word 2007.

#### ***3.2 Výzkumný soubor***

Do výzkumného souboru pro kvantitativní šetření byli zařazeni studenti prezenčního studia oboru zdravotnický asistent SZŠ Benešov, všeobecná sestra a zdravotnický záchranář FZS ZU Plzeň, kteří praktikují na interním oddělení, vyučující odborné praxe obou jmenovaných škol, dále sestry pracující jak v ambulantním, tak lůžkovém sektoru a sestry manažerky Mulačovy nemocnici v Plzni. Celkem bylo rozdáno 200 dotazníků, vráceno bylo 192 (96%) vyplněných dotazníků, vyřazeno bylo 16 dotazníků z důvodu nesprávného nebo neúplného vyplnění. Celkem bylo ke zpracování zařazeno 176 (100%) dotazníků.

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení Mulačovy nemocnice Plzeň.

## 4 Výsledky

### 4.1 Statistické třídění I. stupně (popisná statistika)- kvantitativní výzkum

Tabulka 1 Pracovní zařazení respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
<b>Studenti</b>	51	29,0	29,0	29,0
<b>Sestry u lůžka</b>	86	48,9	48,9	77,8
<b>Sestry ambulance</b>	21	11,9	11,9	89,8
<b>Sestry manažerky</b>	10	5,7	5,7	95,5
<b>Vyučující</b>	8	4,5	4,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), bylo 51 studentů prezenčního studia (29,0%), 86 sester pracujících u lůžka (48,9%), 21 sester pracujících v ambulantním sektoru (11,9%), 10 sester manažerek (5,7%) a 8 vyučujících odborné praxe (4,5%).

**Tabulka 2 Možnost respektování práv pacienta**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
ano	47	26,7	26,7	26,7
většinou ano	<b>103</b>	<b>58,5</b>	58,5	85,2
nevím jistě	3	1,7	1,7	86,9
záleží na dané situaci	20	11,4	11,4	98,3
záleží na daném pacientovi	2	1,1	1,1	99,4
jsou důležitější věci	1	0,6	0,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), má 47 respondentů (26,7%) možnost při poskytování ošetrovatelské péče respektovat práva pacientů, 103 respondentů (58,5%) většinou ano, 3 respondenti (1,7%) neví jistě, u 20 respondentů (11,4%) záleží na dané situaci, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že záleží na daném pacientovi a 1 respondent (0,6%) si myslí, že jsou důležitější věci než práva pacientů.

**Tabulka 3 Oblast respektování práv pacienta**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
informovanost	43	24,4	28,7	28,7
spolurozhodování	14	8,0	9,3	38,0
respekt soukromí a studu	21	11,9	14,0	52,0
ohleduplná a citlivá péče	<b>72</b>	40,9	<b>48,0</b>	100,0
<b>Celkem</b>	<b>150</b>	<b>85,2</b>	<b>100,0</b>	
chybějící	26	14,8		
<b>Celkem</b>	176	100,0		

Otázka, kterou znázorňuje tato tabulka, byla filtrační, proto na ni odpovídalo pouze 150 respondentů (100%), jako nejčastěji respektovanou oblast práv pacientů uvedlo 72 respondentů (48,0%) oblast práv týkající se poskytování ohleduplné a citlivé péče, 43 respondentů (28,7 %) sféru týkající se informovanosti, 21 respondentů (14,0 %) oblast práv respektující soukromí a stud a 14 respondentů (9,3%) možnost spolurozhodování.

**Tabulka 4 Saturace potřeb pacienta**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	30	17,0	17,0	17,0
většinou ano	<b>110</b>	<b>62,5</b>	62,5	79,5
nevím	6	3,4	3,4	83,0
záleží na dané situaci	14	8,0	8,0	90,9
záleží na daném pacientovi	2	1,1	1,1	92,0
systém plnění ordinací	14	8,0	8,0	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), saturuje potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 30 respondentů (17,0%), 110 respondentů (62,5%) většinou ano, 6 respondentů (3,4%) neví, zda tak činí, u 14 respondentů (8,0%) záleží na dané situaci, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že záleží na daném pacientovi a 14 respondentů (8,0%) zastává názor, že stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

**Tabulka 5 Informovanost o zdravotním stavu**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	27	15,3	15,3	15,3
většinou ano	<b>101</b>	<b>57,4</b>	57,4	72,7
nevím	12	6,8	6,8	79,5
většinou ne	30	17,0	17,0	96,6
ne	6	3,4	3,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), se 27 respondentů (15,3%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 101 respondentů (57,4%) uvedlo většinou ano, 12 respondentů (6,8%) nevím, 30 respondentů (17,0%) většinou ne a 6 respondentů (3,4%) uvedlo ne.



**Tabulka 6 Informovanost o průběhu hospitalizace**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	23	13,1	13,1	13,1
většinou ano	<b>90</b>	<b>51,1</b>	51,1	64,2
nevím	16	9,1	9,1	73,3
většinou ne	36	20,5	20,5	93,8
ne	11	6,2	6,2	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), považuje informovanost pacientů o průběhu hospitalizace za dostatečnou 23 respondentů (13,1%), 90 respondentů (51,1%) odpovědělo většinou ano, 16 respondentů (9,1%) nevím, 36 respondentů (20,5%) většinou ne a 11 respondentů (6,2%) ne.

**Tabulka 7 Informovanost o léčebných postupech**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	26	14,8	14,8	14,8
většinou ano	<b>96</b>	<b>54,5</b>	54,5	69,3
nevím	9	5,1	5,1	74,4
většinou ne	39	22,2	22,2	96,6
ne	6	3,4	3,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) pokládá informovanost pacientů o léčebných postupech za dostatečnou 26 respondentů (14,8%), 96 respondentů (54,5%) uvedlo většinou ano, 9 respondentů (5,1%) nevím, 39 respondentů (22,2%) většinou ne a 6 respondentů (3,4%) uvedlo ne.

**Tabulka 8 Informovanost o vyšetřeních**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
ano	48	27,3	27,3	27,3
většinou ano	<b>86</b>	<b>48,9</b>	48,9	76,1
nevím	5	2,8	2,8	79,0
většinou ne	34	19,3	19,3	98,3
ne	3	1,7	1,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), považuje informovanost pacientů o vyšetřeních za dostačující 48 respondentů (27,3%), 86 respondentů (48,9%) většinou ano, 5 respondentů (2,8%) uvedlo nevím, 34 respondentů (19,3%) většinou ne a 3 respondenti (1,7%) ne.

**Tabulka 9 Informovanost o podávaných lécích**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
ano	30	17,0	17,0	17,0
většinou ano	<b>72</b>	<b>40,9</b>	40,9	58,0
nevím	13	7,4	7,4	65,3
většinou ne	49	27,8	27,8	93,2
ne	12	6,8	6,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) pokládá informovanost pacientů o podávaných lécích za dostatečnou 30 respondentů (17,0%), 72 respondentů (40,9%) odpovědělo většinou ano, 13 respondentů (7,4%) nevím, 49 respondentů (27,8%) většinou ne a 12 respondentů (6,8%) ne.

**Tabulka 10 Informovanost o charakteru svého onemocnění**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	24	13,6	13,6	13,6
většinou ano	<b>107</b>	<b>60,8</b>	60,8	74,4
nevím	14	8,0	8,0	82,4
většinou ne	27	15,3	15,3	97,7
ne	4	2,3	2,3	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

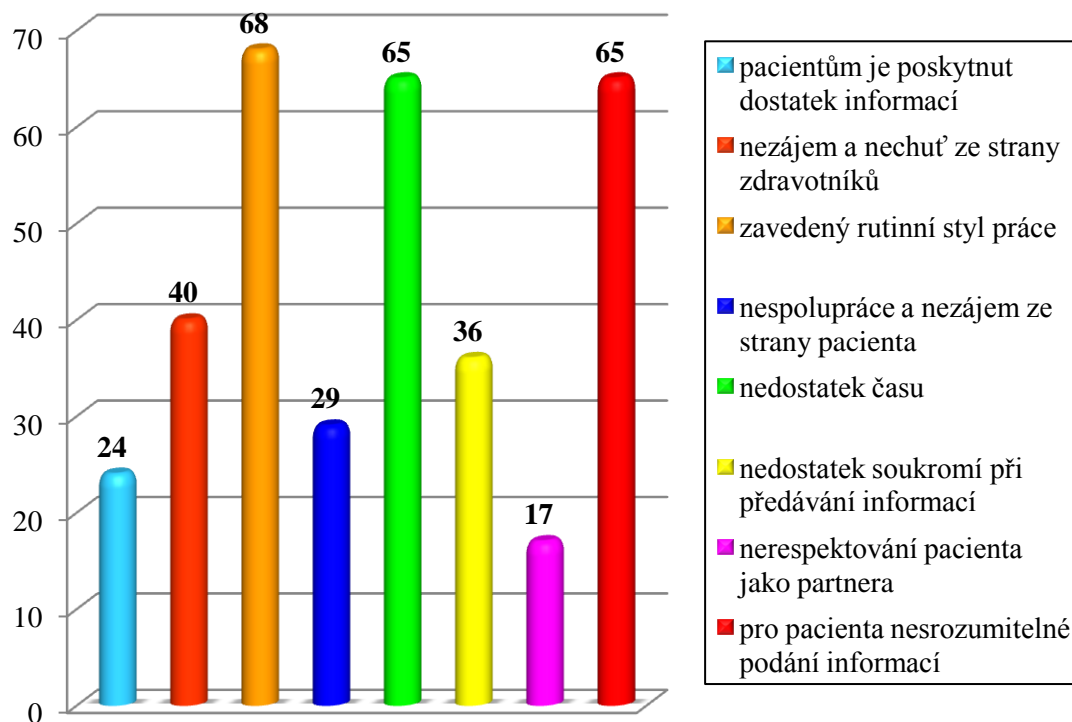
Z celkového počtu 176 respondentů (100%), se 24 respondentů (13,6%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o charakteru svého onemocnění, 107 respondentů (60,8%) uvedlo většinou ano, 14 respondentů (8,0%) nevím, 27 respondentů (15,3%) většinou ne a 4 respondenti (2,3%) uvedli ne.

**Tabulka 11 Informovanost o poskytované ošetrovatelské péči**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	45	25,6	25,6	25,6
většinou ano	<b>104</b>	<b>59,1</b>	59,1	84,7
nevím	15	8,5	8,5	93,2
většinou ne	11	6,2	6,2	99,4
ne	1	0,6	0,6	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), považuje informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči za dostačující 45 respondentů (25,6%), 104 respondentů (59,1%) odpovědělo většinou ano, 15 respondentů (8,5%) nevím, 11 respondentů (6,2%) většinou ne a 1 respondent (0,6%) uvedl ne.

**Graf 1 Důvody nedostatečné informovanosti pacientů**



Graf znázorňuje důvody nedostatečné informovanosti pacientů. Respondenti zde měli možnost uvést více odpovědí, celkem bylo označeno 344 odpovědí (100%). Za nejčastější důvod nedostatečné informovanosti pacientů byl 68 krát (20%) označen zavedený rutinní styl práce, 65 krát (19%) byly označeny dvě odpovědi nedostatek času a pro pacienta nesrozumitelné podání informací, 40 krát (12%) byl uveden nezájem a nechuť ze strany zdravotníků, 36 krát (10%) nedostatek soukromí při předávání informací, 29 krát (8%) nespolečnické a nezájem ze strany pacienta, 17 krát (5%) nerespektování pacienta jako partnera. Pouze 24 krát (7%) byla označena odpověď, že je pacientům poskytnut dostatek informací.

Schéma 1 Důvody nedostatečné informovanosti pacientů

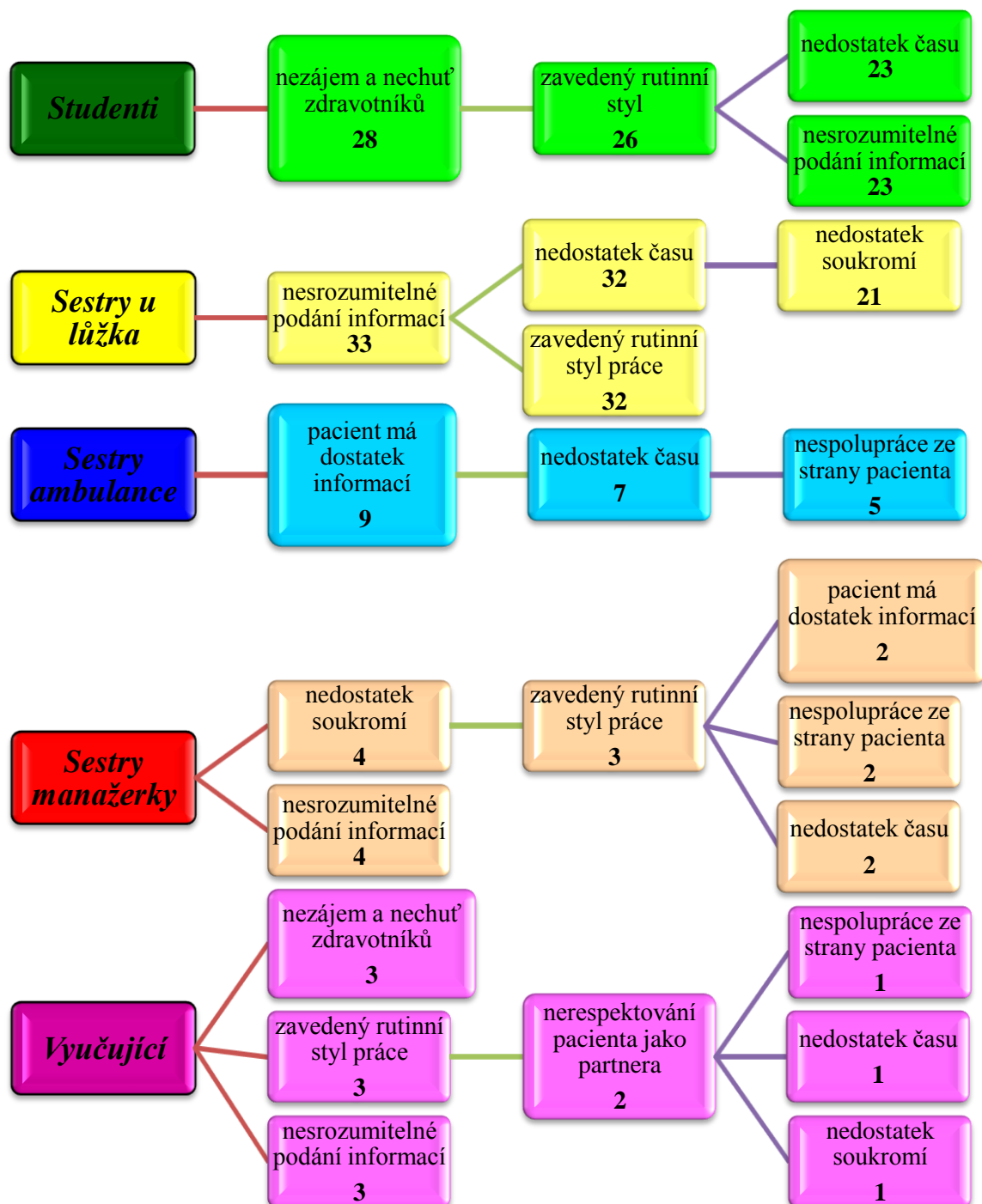


Schéma znázorňuje nejčastější důvody nedostatečné informovanosti pacientů tak, jak je označily jednotlivé skupiny respondentů.

Studenti jako nejčastější důvod nedostatečné informovanosti pacientů uvedli 28 krát nezájem a nechuť ze strany zdravotníků, 26 krát zavedený rutinní styl práce a shodně 23 krát nedostatek času a nesrozumitelné podání informací.

Sestry pracující na lůžkovém oddělení nejčastěji označily jako důvod nedostatečné informovanosti pacientů 33 krát nesrozumitelné podání informací, shodně 32 krát nedostatek času a zavedený rutinní styl práce a 21 krát nedostatek soukromí při předávání informací.

Sestry pracující v ambulantním sektoru 9 krát označily odpověď, že pacientům je poskytován dostatek informací, 7 krát byl uveden jako důvod nedostatečné informovanosti pacientů nedostatek času a 5 krát nespolupráce a nezájem ze strany pacienta.

Sestry manažerky nejčastěji označily jako důvod nedostatečné informovanosti pacientů shodně 4 krát nedostatek soukromí při předávání informací a pro pacienta nesrozumitelné podání informací, 3 krát byl uveden zavedený rutinní styl práce a shodně 2 krát byly uvedeny odpovědi nedostatek času, nespolupráce a nezájem ze strany pacienta a možnost, že pacientům je poskytován dostatek informací.

Vyučující odborné praxe nejčastěji označili jako důvod nedostatečné informovanosti pacientů shodně 3 krát nezájem a nechuť ze strany zdravotníků, zavedený rutinní styl práce a pro pacienta nesrozumitelné podání informací, 2 krát bylo označeno nerespektování pacienta jako partnera a shodně 1 krát byla uvedena nespolupráce a nezájem ze strany pacienta, nedostatek času a nedostatek soukromí při předávání informací.

**Tabulka 12 Nejčastější dotazy od pacientů**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
zdravotní stav	42	23,9	23,9	23,9
délka hospitalizace	<b>98</b>	<b>55,7</b>	55,7	79,5
jiné	36	20,5	20,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 98 respondentů (55,7%) na délku hospitalizace, 42 respondentů (23,9%) na zdravotní stav a 36 respondentů (20,5%) uvedlo jiné.

**Schéma 2 Nejčastější jiné dotazy od pacientů**



Z 36 respondentů, kteří uvedli odpověď jiné, uvedlo 14 respondentů jako nejčastější otázku od pacientů dotaz na podávané léky, 9 respondentů se nejčastěji setkává s dotazem na podávanou stravu, 8 respondentů zaznamenalo nejvíce dotazů na prováděná vyšetření a 5 respondentů dostává nejčastěji otázky týkající se návštěv.

**Tabulka 13 Možnost spolurozhodování pacienta**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
ano	10	5,7	5,7	5,7
většinou ano	39	22,2	22,2	27,8
v omezené míře	<b>71</b>	<b>40,3</b>	40,3	68,2
nevím	12	6,8	6,8	75,0
záleží na dané situaci	22	12,5	12,5	87,5
záleží na daném pacientovi	6	3,4	3,4	90,9
pouze co se týká oš. činností	16	9,1	9,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), se 10 respondentů (5,7%) domnívá, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 39 respondentů (22,2%) uvedlo většinou ano, 71 respondentů (40,3%) v omezené míře, 22 respondentů (12,5%) si myslí, že záleží na dané situaci, 6 respondentů (3,4%), že záleží na daném pacientovi a 16 respondentů (9,1%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetřovatelských činností.

**Tabulka 14 Nejčastější oblast možnosti spolurozhodování**

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
vyš. metoda	13	6,8	26,5	26,5
léčebný postup	<b>20</b>	11,4	<b>40,8</b>	67,3
oš. intervence	14	7,4	28,6	95,9
jiné	2	1,1	4,1	100,0
<b>Celkem</b>	<b>49</b>	<b>26,7</b>	<b>100,0</b>	
chybějící	127	73,3		
<b>Celkem</b>	176	100,0		

Otázka, kterou znázorňuje tato tabulka, byla filtrační, proto na ni odpovídalo pouze 49 respondentů (100%), jako nejčastější oblast možnosti spolurozhodování pacienta uvedlo 20 respondentů (40,8%) volbu léčebného postupu, 14 respondentů (28,6%) volbu ošetřovatelské intervence, 13 respondentů (26,5%) volbu vyšetřovací metody a 2 respondenti (4,1%) uvedli jinou oblast.



**Tabulka 15 Vliv aktivity pacienta na proces uzdravování**

	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost</b>	<b>Relativní četnost validní</b>	<b>Kumulativní součty relativní</b>
ano	<b>159</b>	<b>90,3</b>	90,3	90,3
ne	4	2,3	2,3	92,6
nevím	13	7,4	7,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>176</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) si myslí 159 respondentů (90,3%), že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování, 4 respondenti (2,3%) uvedli, že ne a 13 respondentů (7,4%) nevím.

**Schéma 3 Návrhy na zlepšení problematiky informovanosti pacientů**



Na závěr dotazníku byla respondentům dána možnost vyjádřit své návrhy a postřehy na zlepšení problematiky informovanosti pacientů. Z celkového počtu 176 respondentů (100%) této možnosti využilo 143 respondentů (81,2%). Nejčastěji 56 krát

respondenti uvedli požadavek více času na jednotlivého pacienta, dále pak následovalo 47 krát více trpělivosti, empatie a respektu zdravotníků vůči pacientovi, 46 krát více soukromí pro pacienta, shodně 37 krát méně administrativy a více prostoru pro dotazy pacienta, 36 krát větší zájem o informovanost pacientů ze strany lékařů, 35 krát menší rozsah používání odborné terminologie, 24 krát srozumitelnější a konkrétnější informační materiál, 23 krát zlepšení spolupráce sestra – lékař a 19 krát respondenti vyjádřili požadavek na větší počet zdravotnického personálu.

#### 4.2 Statistické třídění II. stupně (kontingenční tabulky) - kvantitativní výzkum

**Tabulka 16 Možnost respektování práv pacienta**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím jistě	záleží dle dané situace	záleží na daném pacient.	jsou důležitější věci	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	4	<b>38</b>	1	8	0	0	<b>51</b>
	% ze studentů	7,8%	<b>74,5%</b>	2,0%	15,7%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	25	<b>47</b>	2	10	2	0	<b>86</b>
	% ze sester u lůžka	29,1%	<b>54,7%</b>	2,3%	11,6%	2,3%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>sestry na ambulan.</b>	Počet	9	<b>10</b>	0	1	0	1	<b>21</b>
	% ze sester z ambu.	42,9%	<b>47,6%</b>	0,0%	4,8%	0,0%	4,8%	<b>100,0%</b>
<b>sestry manažer.</b>	Počet	3	<b>6</b>	0	1	0	0	<b>10</b>
	% ze sester manaž.	30,0%	<b>60,0%</b>	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>vyučující</b>	Počet	<b>6</b>	2	0	0	0	0	<b>8</b>
	% z vyuč.	<b>75,0%</b>	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	<b>100,0%</b>
<b>Celkem</b>	Počet	<b>47</b>	<b>103</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>176</b>
	% ze všech	<b>26,7%</b>	<b>58,5%</b>	<b>1,7%</b>	<b>11,4%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,6%</b>	<b>100,0%</b>

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), má 47 respondentů (26,7%) možnost při poskytování ošetrovatelské péče respektovat práva pacientů, 103 respondentů (58,5%) uvedlo většinou ano, 3 respondenti (1,7%) neví jistě, u 20 respondentů (11,4%) záleží na dané situaci, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že záleží na daném pacientovi a 1 respondent (0,6%) si myslí, že jsou důležitější věci než práva pacientů.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) odpověděli 4 studenti (7,8%), že při poskytování ošetrovatelské péče mají možnost respektovat práva pacientů, 38 studentů (74,5%) většinou ano, 1 student (2,0%) neví jistě, 8 studentů (15,7%) uvedlo, že

záleží na dané situaci a žádný student (0,0%) neuvedl, že záleží na daném pacientovi a jsou důležitější věci než práva pacientů.

Z celkového počtu 86 sester pracujících u lůžka (100%) odpovědělo 25 sester (29,1%), že při poskytování ošetrovatelské péče má možnost respektovat práva pacientů, 47 sester (54,7%) uvedlo většinou ano, 2 sestry (2,3%) nevím jistě, 10 sester (11,6%) záleží na dané situaci, 2 sestry (2,3%) záleží na daném pacientovi a žádná sestra neuvedla, že jsou důležitější věci než práva pacientů.

Z celkového počtu 21 sester pracujících v ambulantním sektoru (100%) odpovědělo 9 sester (42,9%), že při poskytování ošetrovatelské péče má možnost respektovat práva pacientů, 10 sester (47,6%) většinou ano, 1 sestra (4,8%) záleží na dané situaci, 1 sestra (4,8%) uvedla, že jsou důležitější věci než práva pacientů, žádná sestra (0,0%) neuvedla, že záleží na daném pacientovi a nevím jistě.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) odpověděly 3 sestry (30,0%), že při poskytování ošetrovatelské péče mají možnost respektovat práva pacientů, 6 sester (60,0%) uvedlo většinou ano, 1 sestra (10,0%) záleží na dané situaci, žádná sestra (0,0%) neoznačila nevím jistě, záleží na daném pacientovi a jsou důležitější věci než práva pacientů.

Z celkového počtu 8 vyučujících odborné praxe (100%) odpovědělo 6 vyučujících (75,0%), že při poskytování ošetrovatelské péče mají možnost respektovat práva pacientů, 2 vyučující (25,0%) většinou ano, žádný vyučující (0,0%) neoznačil odpověď nevím jistě, záleží na dané situaci, záleží na daném pacientovi a jsou důležitější věci než práva pacientů.

**Tabulka 17 Saturace potřeb pacienta**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	záleží na dané situaci	záleží na daném pacient.	system plnění ordinací	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	6	35	3	1	1	5	51
	% ze studentů	11,8%	68,6%	5,9%	2,0%	2,0%	9,8%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	11	56	2	8	1	8	86
	% ze sester u lůžka	12,8%	65,1%	2,3%	9,3%	1,2%	9,3%	100,0%
<b>sestry na ambulan.</b>	Počet	8	10	0	3	0	0	21
	% ze sester z ambu.	38,1%	47,6%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>sestry manažer.</b>	Počet	2	5	1	1	0	1	10
	% ze sester manaž.	20,0%	50,0%	10,0%	10,0%	0,0%	10,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	3	4	0	1	0	0	8
	% z vyuč.	37,5%	50,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>Celkem</b>	Počet	30	110	6	14	2	14	176
	% ze všech	17,0%	62,5%	3,4%	8,0%	1,1%	8,0%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), saturuje potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 30 respondentů (17,0%), 110 respondentů (62,5%) odpovědělo většinou ano, 6 respondentů (3,4%) neví, zda tak činí, u 14 respondentů (8,0%) záleží na dané situaci, 2 respondenti (1,1%) uvedli, že záleží na daném pacientovi a 14 respondentů (8,0%) zastává názor, že stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) saturuje potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 6 studentů (11,8%), 35 studentů (68,6%) odpovědělo většinou ano, 3 studenti (5,9%) neví, 1 student (2,0%) záleží na dané situaci, 1 student (2,0%) záleží na daném pacientovi a 5 studentů (9,8%) uvedlo, že stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

Z celkového počtu 86 sester pracujících u lůžka (100%) saturuje potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 11 sester (12,8%), 56 sester (65,1%) odpovědělo většinou ano, 2 sestry (2,3%) nevím, 8 sester (9,3%) záleží na dané situaci, 1 sestra (1,2%) záleží na daném pacientovi a 8 sester (9,3%) uvedlo, že stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

Z celkového počtu 21 sester pracujících v ambulantním sektoru (100%) saturuje potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 8 sester (38,1%), 10 sester (47,6%) uvedlo většinou ano, 3 sestry (14,3%) záleží na dané situaci, žádná sestra (0,0%) neoznačila nevím, záleží na daném pacientovi a stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) saturují potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 2 sestry (20,0%), 5 sester (50,0%) uvedlo většinou ano, 1 sestra (10,0%) nevím, 1 sestra (10,0%) záleží na dané situaci, 1 sestra (10,0%) stále spíše přetrvává systém plnění ordinací a žádná sestra (0,0%) neoznačila, záleží na daném pacientovi

Z celkového počtu 8 vyučujících odborné praxe (100%) saturují potřeby pacienta při poskytování ošetrovatelské péče 3 vyučující (37,5%), 4 vyučující (50,0%) uvedli většinou ano, 1 vyučující (12,5%) záleží na dané situaci a žádný vyučující (0,0%) neoznačil odpověď nevím, záleží na daném pacientovi a stále spíše přetrvává systém plnění ordinací.

**Tabulka 18 Informovanost o zdravotním stavu**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	5	27	5	13	1	51
	% ze studentů	9,8%	52,9%	9,8%	25,5%	2,0%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	12	53	5	12	4	86
	% ze sester u lůžka	14,0%	61,6%	5,8%	14,0%	4,7%	100,0%
<b>sestry na ambulanci</b>	Počet	8	11	2	0	0	21
	% ze sester z ambulance	38,1%	52,4%	9,5%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>sestry manažerky</b>	Počet	2	6	0	2	0	10
	% ze sester manažerek	20,0%	60,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	0	4	0	3	1	8
	% z vyučujících	0,0%	50,0%	0,0%	37,5%	12,5%	100,0%
<b>Celkem</b>	Počet	27	101	12	30	6	176
	% ze všech	15,3%	57,4%	6,8%	17,0%	3,4%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%), se 27 respondentů (15,3%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 101 respondentů (57,4%) odpovědělo většinou ano, 12 respondentů (6,8%) nevím, 30 respondentů (17,0%) většinou ne a 6 respondentů (3,4%) uvedlo ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) se 5 studentů (9,8%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 27 studentů (52,9%) odpovědělo většinou ano, 5 studentů (9,8%) nevím, 13 studentů (25,5%) většinou ne a 1 student (2,0%) uvedl ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) se 12 sester (14,0%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 53 sester (61,6%) uvedlo většinou ano, 5 sester (5,8%) nevím, 12 sester (14,0%) většinou ne a 4 sestry (4,7%) odpověděly ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%), 8 sester (38,1%) uvedlo, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 11 sester (52,5%)



odpovědělo většinou ano, 2 sestry (9,5%) neví, žádná sestra (0,0%) neuvádla většinou ne a ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) se 2 sestry (20,0%) domnívají, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 6 sester (60,0%) odpovědělo většinou ano, 2 sestry (20,0%) většinou ne, žádná sestra (0,0%) neoznačila odpověď neví a ne.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že pacienti mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, 4 vyučující (50,0%) uvedli většinou ano, 3 vyučující (37,5%) většinou ne, 1 vyučující (12,5%) ne a žádný vyučující (0,0%) neodpověděl neví.

**Tabulka 19 Informovanost o průběhu hospitalizace**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	4	22	5	16	4	51
	% ze studentů	7,8%	43,1%	9,8%	31,4%	7,8%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	10	52	7	12	5	86
	% ze sester u lůžka	11,6%	60,5%	8,1%	14,0%	5,8%	100,0%
<b>sestry na ambulanci</b>	Počet	6	8	4	3	0	21
	% ze sester z ambulance	28,6%	38,1%	19,0%	14,3%	0,0%	100,0%
<b>sestry manažerky</b>	Počet	3	5	0	1	1	10
	% ze sester manažerek	30,0%	50,0%	0,0%	10,0%	10,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	0	3	0	4	1	8
	% z vyučujících	0,0%	37,5%	0,0%	50,0%	12,5%	100,0%
<b>Celkem</b>	<b>Počet</b>	<b>23</b>	<b>90</b>	<b>16</b>	<b>36</b>	<b>11</b>	<b>176</b>
	<b>% ze všech</b>	<b>13,1%</b>	<b>51,1%</b>	<b>9,1%</b>	<b>20,5%</b>	<b>6,2%</b>	<b>100,0%</b>

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) považuje informovanost pacientů o průběhu hospitalizace za dostatečnou 23 respondentů (13,1%), 90 respondentů (51,1%) většinou ano, 16 respondentů (9,1%) neví, 36 respondentů (20,5%) většinou ne a 11 respondentů (6,2%) uvedlo ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) se 4 studenti (7,8%) domnívají, že pacienti mají dostatek informací o průběhu hospitalizace, 22 studentů (43,1%) uvedlo většinou ano, 5 studentů (9,8%) nevím, 16 studentů (31,4%) většinou ne a 4 studenti (7,8%) ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) považuje informovanost pacientů o průběhu hospitalizace za dostatečnou 10 sester (11,6%), 52 sester (60,5%) odpovědělo většinou ano, 7 sester (8,1%) nevím, 12 sester (14,0%) většinou ne a 5 sester (5,8%) ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) se 6 sester (28,6%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o průběhu hospitalizace, 8 sester (38,1%) uvedlo většinou ano, 4 sestry (19,0%) nevím, 3 sestry (14,3%) většinou ne a žádná sestra (0,0%) nevedla ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) považují informovanost pacientů o průběhu hospitalizace za dostatečnou 3 sestry (30,0%), 5 sester (50,0%) odpovědělo většinou ano, 1 sestra (10,0%) většinou ne, 1 sestra (10,0%) ne a žádná sestra (0,0%) nevedla nevím.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že pacienti mají dostatek informací o průběhu hospitalizace, 3 vyučující (37,5%) uvedli odpověď většinou ano, 4 vyučující (50,0%) většinou ne, 1 vyučující (12,5%) ne a žádný vyučující (0,0%) neoznačil odpověď nevím.

**Tabulka 20 Informovanost o léčebných postupech**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
studenti	Počet	3	27	1	20	0	51
	% ze studentů	5,9%	52,9%	2,0%	39,2%	0,0%	100,0%
sestry u lůžka	Počet	14	48	6	14	4	86
	% ze sester u lůžka	16,3%	55,8%	7,0%	16,3%	4,7%	100,0%
sestry na ambulanci	Počet	8	10	2	1	0	21
	% ze sester z ambulance	38,1%	47,6%	9,5%	4,8%	0,0%	100,0%
sestry manažerky	Počet	1	7	0	1	1	10
	% ze sester manažerek	10,0%	70,0%	0,0%	10,0%	10,0%	100,0%
vyučující	Počet	0	4	0	3	1	8
	% z vyučujících	0,0%	50,0%	0,0%	37,5%	12,5%	100,0%
Celkem	Počet	26	96	9	39	6	176
	% ze všech	14,8%	54,5%	5,1%	22,2%	3,4%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) pokládá informovanost pacientů o léčebných postupech za dostatečnou 26 respondentů (14,8%), 96 respondentů (54,5%) většinou ano, 9 respondentů (5,1%) neví, 39 respondentů (22,2%) většinou ne a 6 respondentů (3,4%) uvedlo odpověď ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) považují informovanost pacientů o léčebných postupech za dostatečnou 3 studenti (5,9%), 27 studentů (52,9%) odpovědělo většinou ano, 1 student (2,0%) uvedl nevím, 20 studentů (39,2%) většinou ne a žádný student (0,0%) neodpověděl ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) se 14 sester (16,3%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o léčebných postupech, 48 sester (55,8%) uvedlo většinou ano, 6 sester (7,0%) nevím, 14 sester (16,3 %) většinou ne a 4 sestry (4,7%) odpověděly ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) uvedlo 8 sester (38,1%), že pacienti mají dostatek informací o léčebných postupech, 10 sester (47,6%) odpovědělo

většinou ano, 2 sestry (9,5%) nevím, 1 sestra (4,8%) většinou ne a žádná sestra (0,0%) neoznačila ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) uvedla 1 sestra (10,0%), že pacienti mají dostatek informací o léčebných postupech, 7 sester (70,0%) odpovědělo většinou ano, shodně 1 sestra (10,0%) většinou ne a ne a žádná sestra (0,0%) neodpověděla nevím.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že pacienti mají dostatek informací o léčebných postupech, 4 vyučující (50,0%) odpověděli většinou ano, 3 vyučující (37,5%) většinou ne, 1 vyučující (12,5%) ne, žádný vyučující (0,0%) neuvedl ano a nevím.

**Tabulka 21 Informovanost o vyšetřeních**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	8	24	3	16	0	51
	% ze studentů	15,7%	47,1%	5,9%	31,4%	0,0%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	24	44	2	13	3	86
	% ze sester u lůžka	27,9%	51,2%	2,3%	15,1%	3,5%	100,0%
<b>sestry na ambulanci</b>	Počet	15	6	0	0	0	21
	% ze sester z ambulance	71,4%	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
<b>sestry manažerky</b>	Počet	1	7	0	2	0	10
	% ze sester manažerek	10,0%	70,0%	0,0%	20,0%	0,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	0	5	0	3	0	8
	% z vyučujících	0,0%	62,5%	0,0%	37,5%	0,0%	100,0%
<b>Celkem</b>	Počet	48	86	5	34	3	176
	% ze všech	27,3%	48,9%	2,8%	19,3%	1,7%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) považuje informovanost pacientů o vyšetřeních za dostačující 48 respondentů (27,3%), 86 respondentů (48,9%) odpovědělo většinou ano, 5 respondentů (2,8%) nevím, 34 respondentů (19,3%) většinou ne a 3 respondenti (1,7%) uvedli ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) 8 studentů (15,9%) uvedlo, že pacienti mají dostatek informací o vyšetřeních, 24 studentů (47,1%) odpovědělo většinou ano, 3 studenti (5,9%) nevím, 16 studentů (31,4%) většinou ne a žádný student (0,0%) neodpověděl ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) považuje informovanost pacientů o vyšetřeních za dostačující 24 sester (27,9%), 44 sester (51,2%) uvedlo většinou ano, 2 sestry (2,3%) nevím, 13 sester (15,1 %) většinou ne a 3 sestry (3,5%) odpověděly ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) se 15 sester (71,4%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o vyšetřeních, 6 sester (28,6%) odpovědělo většinou ano a žádná sestra (0,0%) neuvěděla nevím, většinou ne a ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) považuje informovanost pacientů o vyšetřeních za dostačující 1 sestra (10,0%), 7 sester (70,0%) uvedlo většinou ano, 2 sestry (20,0%) většinou ne a žádná sestra (0,0%) neuvěděla nevím a ne.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že informovanost pacientů o vyšetřeních je dostačující, 5 vyučujících (62,5 %) uvedlo většinou ano, 3 vyučující (37,5%) většinou ne a žádný vyučující (0,0%) neoznačil nevím a ne.

**Tabulka 22 Informovanost o podávaných léčích**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	2	12	5	28	4	51
	% ze studentů	3,9%	23,5%	9,8%	54,9%	7,8%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	16	45	7	13	5	86
	% ze sester u lůžka	18,6%	52,3%	8,1%	15,1%	5,8%	100,0%
<b>sestry na ambulanci</b>	Počet	11	5	1	3	1	21
	% ze sester z ambulance	52,4%	23,8%	4,8%	14,3%	4,8%	100,0%
<b>sestry manažerky</b>	Počet	1	7	0	1	1	10
	% ze sester manažerek	10,0%	70,0%	0,0%	10,0%	10,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	0	3	0	4	1	8
	% z vyučujících	0,0%	37,5%	0,0%	50,0%	12,5%	100,0%
<b>Celkem</b>	Počet	30	72	13	49	12	176
	% ze všech	17,0%	40,9%	7,4%	27,8%	6,8%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) pokládá informovanost pacientů o podávaných léčích za dostatečnou 30 respondentů (17,0%), 72 respondentů (40,9%) většinou ano, 13 respondentů (7,4%) neví, 49 respondentů (27,8%) většinou ne a 12 respondentů (6,8%) uvedlo ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) uvedli 2 studenti (3,9%), že pacienti mají dostatek informací o podávaných léčích, 12 studentů (23,5%) odpovědělo většinou ano, 5 studentů (9,8%) nevím, 28 studentů (54,9%) většinou ne a 4 studenti (7,8%) uvedli ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) pokládá informovanost pacientů o podávaných léčích za dostatečnou 16 sester (18,6%), 45 sester (52,3%) odpovědělo většinou ano, 7 sester (8,1%) nevím, 13 sester (15,1 %) většinou ne a 5 sester (5,8%) uvedlo ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) považuje informovanost pacientů o podávaných léčích za dostatečnou 11 sester (52,4%), 5 sester (23,8%) odpovědělo většinou ano, 1 sestra (4,8%) nevím, 3 sestry (14,3%) většinou ne a 1 sestra (4,8%) uvedla ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) pokládá informovanost pacientů o podávaných lécích za dostatečnou 1 sestra (10,0%), 7 sester (70,0%) odpovědělo většinou ano, 1 sestra (10,0%) většinou ne, 1 sestra (10,0%) ne a žádná sestra (0,0%) neuvedla neví.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že informovanost pacientů o podávaných lécích je dostačující, 3 vyučující (37,5 %) odpověděli většinou ano, 4 vyučující (50,0%) většinou ne, 1 vyučující (12,5%) ne, žádný vyučující (0,0%) neuvedl ano a neví.

**Tabulka 23 Informovanost o charakteru onemocnění**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
studenti	Počet	2	34	3	12	0	51
	% ze studentů	3,9%	66,7%	5,9%	23,5%	0,0%	100,0%
sestry u lůžka	Počet	13	53	9	8	3	86
	% ze sester u lůžka	15,1%	61,6%	10,5%	9,3%	3,5%	100,0%
sestry na ambulanci	Počet	7	11	2	1	0	21
	% ze sester z ambulance	33,3%	52,4%	9,5%	4,8%	0,0%	100,0%
sestry manažerky	Počet	2	7	0	1	0	10
	% ze sester manažerek	20,0%	70,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
vyučující	Počet	0	2	0	5	1	8
	% z vyučujících	0,0%	25,0%	0,0%	62,5%	12,5%	100,0%
Celkem	Počet	24	107	14	27	4	176
	% ze všech	13,6%	60,8%	8,0%	15,3%	2,3%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) se 24 respondentů (13,6%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o charakteru svého onemocnění, 107 respondentů (60,8%) uvedlo většinou ano, 14 respondentů (8,0%) neví, 27 respondentů (15,3%) většinou ne a 4 respondenti (2,3%) uvedli ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) 2 studenti (3,9%) uvedli, že pacienti mají dostatek informací o charakteru onemocnění, 34 studentů (66,7%) odpovědělo většinou

ano, 3 studenti (5,9%) nevím, 12 studentů (23,5%) většinou ne a žádný student (0,0%) neuvedl ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) se 13 sester (15,1%) domnívá, že pacienti mají dostatek informací o charakteru svého onemocnění, 53 sester (61,6%) odpovědělo většinou ano, 9 sester (10,5%) nevím, 8 sester (9,3 %) většinou ne a 3 sestry (3,5%) uvedly ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) pokládá informovanost pacientů o charakteru onemocnění za dostačující 7 sester (33,3%), 11 sester (52,4%) odpovědělo většinou ano, 2 sestry (9,5%) nevím, 1 sestra (4,8%) většinou ne a žádná sestra (0,0%) neuvedla ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) se 2 sestry (20,0%) domnívají, že pacienti mají dostatek informací o charakteru svého onemocnění, 7 sester (70,0%) uvedlo většinou ano, 1 sestra (10,0%) většinou ne, žádná sestra (0,0%) neodpověděla ne a nevím.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že informovanost pacientů o charakteru onemocnění je dostačující, 2 vyučující (25,0 %) odpověděli většinou ano, 5 vyučujících (62,5%) většinou ne, 1 vyučující (12,5%) ne, žádný vyučující (0,0%) neodpověděl ano a nevím.



**Tabulka 24 Informovanost o poskytované ošetrovatelské péči**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	nevím	většinou ne	ne	Celkem
studenti	Počet	5	38	4	4	0	51
	% ze studentů	9,8%	74,5%	7,8%	7,8%	0,0%	100,0%
sestry u lůžka	Počet	29	44	7	5	1	86
	% ze sester u lůžka	33,7%	51,2%	8,1%	5,8%	1,2%	100,0%
sestry na ambulanci	Počet	7	11	3	0	0	21
	% ze sester z ambulance	33,3%	52,4%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%
sestry manažerky	Počet	4	5	0	1	0	10
	% ze sester manažerek	40,0%	50,0%	0,0%	10,0%	0,0%	100,0%
vyučující	Počet	0	6	1	1	0	8
	% z vyučujících	0,0%	75,0%	12,5%	12,5%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	45	104	15	11	1	176
	% ze všech	25,6%	59,1%	8,5%	6,2%	,6%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) považuje informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči za dostačující 45 respondentů (25,6%), 104 respondentů (59,1%) odpovědělo většinou ano, 15 respondentů (8,5%) nevím, 11 respondentů (6,2%) většinou ne a 1 respondent (0,6%) ne.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) se 5 studentů (9,8%) domnívá, že informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči je dostačující, 38 studentů (74,5%) uvedlo většinou ano, 4 studenti (7,8%) nevím, 4 studenti (7,8%) většinou ne a žádný student (0,0%) neodpověděl ne.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%), 29 sester (33,7%) uvedlo, že pacienti mají dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči, 44 sester (51,2%) odpovědělo většinou ano, 7 sester (8,1%) nevím, 5 sester (5,8 %) většinou ne a 1 sestra (1,2%) uvedla ne.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) považuje informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči za dostačující 7 sester (33,3%), 11 sester

(52,4%) odpovědělo většinou ano, 3 sestry (14,3%) nevím, žádná sestra (0,0%) neuvedla většinou ne a ne.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) se 4 sestry (40,0%) domnívají, že informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči je dostačující, 5 sester (50,0%) uvedlo většinou ano, 1 sestra (10,0%) většinou ne, žádná sestra (0,0%) neodpověděla nevím a ne.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se žádný vyučující (0,0%) nedomnívá, že informovanost pacientů o poskytované ošetrovatelské péči je dostačující, 6 vyučujících (75,0 %) odpovědělo většinou ano, 1 vyučující (12,5%) nevím, 1 vyučující (12,5%) většinou ne, žádný vyučující (0,0%) neuvedl ano a ne.

**Tabulka 25 Nejčastější dotazy od pacientů**

Pracovní zařazení		na zdravotní stav	na délku hospitalizace	jiné	Celkem
<b>studenti</b>	Počet	13	20	18	51
	% ze studentů	25,5%	39,2%	35,3%	100,0%
<b>sestry u lůžka</b>	Počet	15	57	14	86
	% ze sester u lůžka	17,4%	66,3%	16,3%	100,0%
<b>sestry na ambulanci</b>	Počet	13	7	1	21
	% ze sester z ambulance	61,9%	33,3%	4,8%	100,0%
<b>sestry manažerky</b>	Počet	0	9	1	10
	% ze sester manažerek	0,0%	90,0%	10,0%	100,0%
<b>vyučující</b>	Počet	1	5	2	8
	% z vyučujících	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%
<b>Celkem</b>	<b>Počet</b>	<b>42</b>	<b>98</b>	<b>36</b>	<b>176</b>
	<b>% ze všech</b>	<b>23,9%</b>	<b>55,7%</b>	<b>20,5%</b>	<b>100,0%</b>

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 42 respondentů (23,9%) na zdravotní stav, 98 respondentů (55,7%) na délku hospitalizace a 36 respondentů (20,5%) uvedlo jiné.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 13 studentů (25,5 %) na zdravotní stav, 20 studentů (39,2%) na délku hospitalizace a 18 studentů (35,3%) uvedlo jiné.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 15 sester (17,4 %) na zdravotní stav, 57 sester (66,3%) na délku hospitalizace a 14 sester (16,3%) uvedlo jiné.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 13 sester (61,9 %) na zdravotní stav, 7 sester (33,3%) na délku hospitalizace a 1 sestra (4,8%) uvedla jiné.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) uvedlo jako nejčastější dotaz od pacientů 9 sester (90,0%) na délku hospitalizace, 1 sestra (10,0 %) uvedla jiné a žádná sestra neuvedla na zdravotní stav.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) uvedl jako nejčastější dotaz od pacientů 1 vyučující (12,5 %) na zdravotní stav, 5 vyučujících (62,5%) na délku hospitalizace a 2 vyučující (25,0%) uvedli jiné.

**Tabulka 26 Možnost spolurozhodování pacienta**

Pracovní zařazení		ano	většinou ano	v omez. míře	nevím	dle situac.	dle pac.	oš. činnost.	Celkem
studenti	Počet	3	8	26	2	7	2	3	51
	% ze student.	5,9%	15,7%	51,0%	3,9%	13,7%	3,9%	5,9%	100,0%
sestry u lůžka	Počet	4	20	37	4	9	3	9	86
	% ze sester u lůžka	4,7%	23,3%	43,0%	4,7%	10,5%	3,5%	10,5%	100,0%
sestry na ambul.	Počet	1	7	3	6	3	1	0	21
	% ze sester z ambu.	4,8%	33,3%	14,3%	28,6%	14,3%	4,8%	0,0%	100,0%
sestry manaž.	Počet	2	4	0	0	3	0	1	10
	% ze sester manaž.	20,0%	40,0%	0,0%	0,0%	30,0%	0,0%	10,0%	100,0%
vyuč.	Počet	0	0	5	0	0	0	3	8
	% z vyuč.	0,0%	0,0%	62,5%	0,0%	0,0%	0,0%	37,5%	100,0%
Celkem	Počet	10	39	71	12	22	6	16	176
	% ze všech	5,7%	22,2%	40,3%	6,8%	12,5%	3,4%	9,1%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) se 10 respondentů (5,7%) domnívá, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 39 respondentů (22,2%) uvedlo většinou ano, 71 respondentů (40,3%) v omezené míře, 12 respondentů (6,8%) nevím, 22 respondentů (12,5%) si myslí, že záleží na dané situaci, 6 respondentů (3,4%), že záleží na daném pacientovi a 16 respondentů (9,1%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) se 3 studenti (5,9%) domnívají, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 8 studentů (15,7%) uvedlo většinou ano, 26 studentů (51,0%) v omezené míře, 2 studenti (3,9%) nevím, 7 studentů (13,7%) si myslí, že záleží na dané situaci, 2 studenti (3,9%), že záleží na daném pacientovi a 3 studenti (5,9%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%) se 4 sestry (4,7%) domnívají, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 20 sester (23,3%) uvedlo většinou ano, 37 sester (43,0%) v omezené míře, 4 sestry (4,7%) nevím, 9 sester (10,5%), že záleží na dané situaci, 3 sestry (3,5%), že záleží na daném pacientovi a 9 sester (10,5%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností.

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) se 1 sestra (4,8%) domnívá, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 7 sester (33,3%) uvedlo většinou ano, 3 sestry (14,3%) v omezené míře, 6 sester (28,6%) nevím, 3 sestry (14,3%), že záleží na dané situaci, 1 sestra (4,8%), že záleží na daném pacientovi a žádná sestra (0,0%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%) se 2 sestry (20,0%) domnívají, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 4 sestry (40,0%) uvedly většinou ano, 3 sestry (30,0%), že záleží na dané situaci, 1 sestra (10,0%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností, žádná sestra (0,0%) neuvedla možnost v omezené míře, nevím a záleží na daném pacientovi.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se 5 vyučujících (62,5%) domnívá, že má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování v omezené míře, 3 vyučující (37,5%), že možnost spolurozhodování se týká pouze ošetrovatelských činností, žádný vyučující (0,0%) neuvedl možnost ano, většinou ano, nevím, záleží na dané situaci a záleží na daném pacientovi.

**Tabulka 27 Vliv aktivity na proces uzdravování**

Pracovní zařazení		ano	ne	nevím	Celkem
studenti	Počet	45	2	4	51
	% ze studentů	88,2%	3,9%	7,8%	100,0%
sestry u lůžka	Počet	79	1	6	86
	% ze sester u lůžka	91,9%	1,2%	7,0%	100,0%
sestry na ambulanci	Počet	19	1	1	21
	% ze sester z ambulance	90,5%	4,8%	4,8%	100,0%
sestry manažerky	Počet	8	0	2	10
	% ze sester manažerek	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
vyučující	Počet	8	0	0	8
	% z vyučujících	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Celkem	Počet	159	4	13	176
	% ze všech	90,3%	2,3%	7,4%	100,0%

Z celkového počtu 176 respondentů (100%) si myslí 159 respondentů (90,3%), že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování 4 respondenti (2,3%) odpověděli ne a 13 respondentů (7,4%) nevím.

Z celkového počtu 51 studentů (100%) se 45 studentů (88,2%) domnívá, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování, 2 studenti (3,9%) uvedli ne a 4 studenti (7,8%) nevím.

Z celkového počtu 86 lůžkových sester (100%), 79 sester (91,9%) uvedlo, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování, 1 sestra (1,2%) odpověděla ne a 6 sester (7,0%) nevím

Z celkového počtu 21 ambulantních sester (100%) se 19 sester (90,5%) domnívá, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování, 1 sestra (4,8%) odpověděla ne a 1 sestra (4,8%) nevím.

Z celkového počtu 10 sester manažerek (100%), 8 sester (80%) uvedlo, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na

jeho uzdravování, 2 sestry (20,0%) odpověděly nevím a žádná sestra (0,0%) neodpověděla ne.

Z celkového počtu 8 vyučujících (100%) se všichni vyučující (100,0%) domnívají, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu má pozitivní vliv na jeho uzdravování, žádný vyučující (0,0%) neodpověděl ne a nevím.

### 4.3 Statistické testy

Hypotéza 1 byla testována pomocí Pearsonova chí kvadrát testu.

Pro testování dvou proměnných jsme stanovili nulovou a alternativní hypotézu.

H<sub>0</sub>: Četnost dotazů od pacientů na délku hospitalizace je ve stejné míře jako dotazy na zdravotní stav.

H<sub>A</sub>: Četnost dotazů od pacientů na délku hospitalizace není ve stejné míře jako dotazy na zdravotní stav.

**Tabulka 28 Vztah dotazů na délku hospitalizace a dotazů na zdravotní stav**

	Pozorované četnosti	Očekávané četnosti
dotazy na zdravotní stav	42	70
dotazy na délku hospitalizace	98	70
<b>Celkem</b>	<b>140</b>	<b>140</b>

**chí kvadrát test 0,000221% dosažená hladina významnosti**

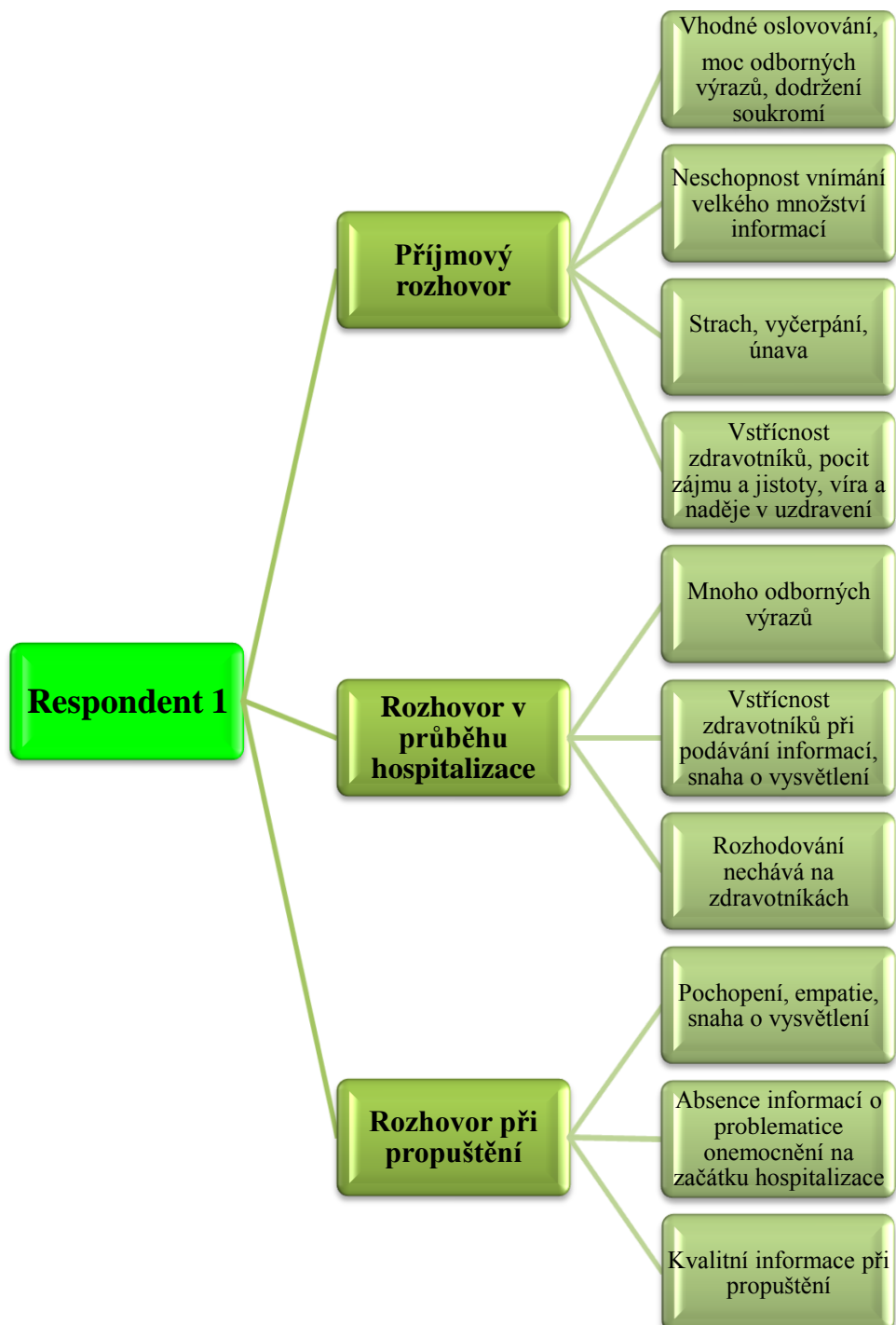
Dosažená hladina významnosti v Pearsonovu chí kvadrát testu je menší než 0,1. Což znamená, že jsme nepřesáhli 5% hranici. Zamítáme na 5% hladině významnosti nulovou hypotézu, že četnost dotazů od pacientů na délku hospitalizace je ve stejné míře jako dotazy na zdravotní stav. Zastoupení odpovědí se liší. Došlo ke statisticky významnému rozdílu.

Z toho vyplývá, že Hypotéza 1 se nepotvrdila.



#### 4.4 Kategorizace dat kvalitativního výzkumu ve schématech a tabulkách

Schéma 4 Respondent 1



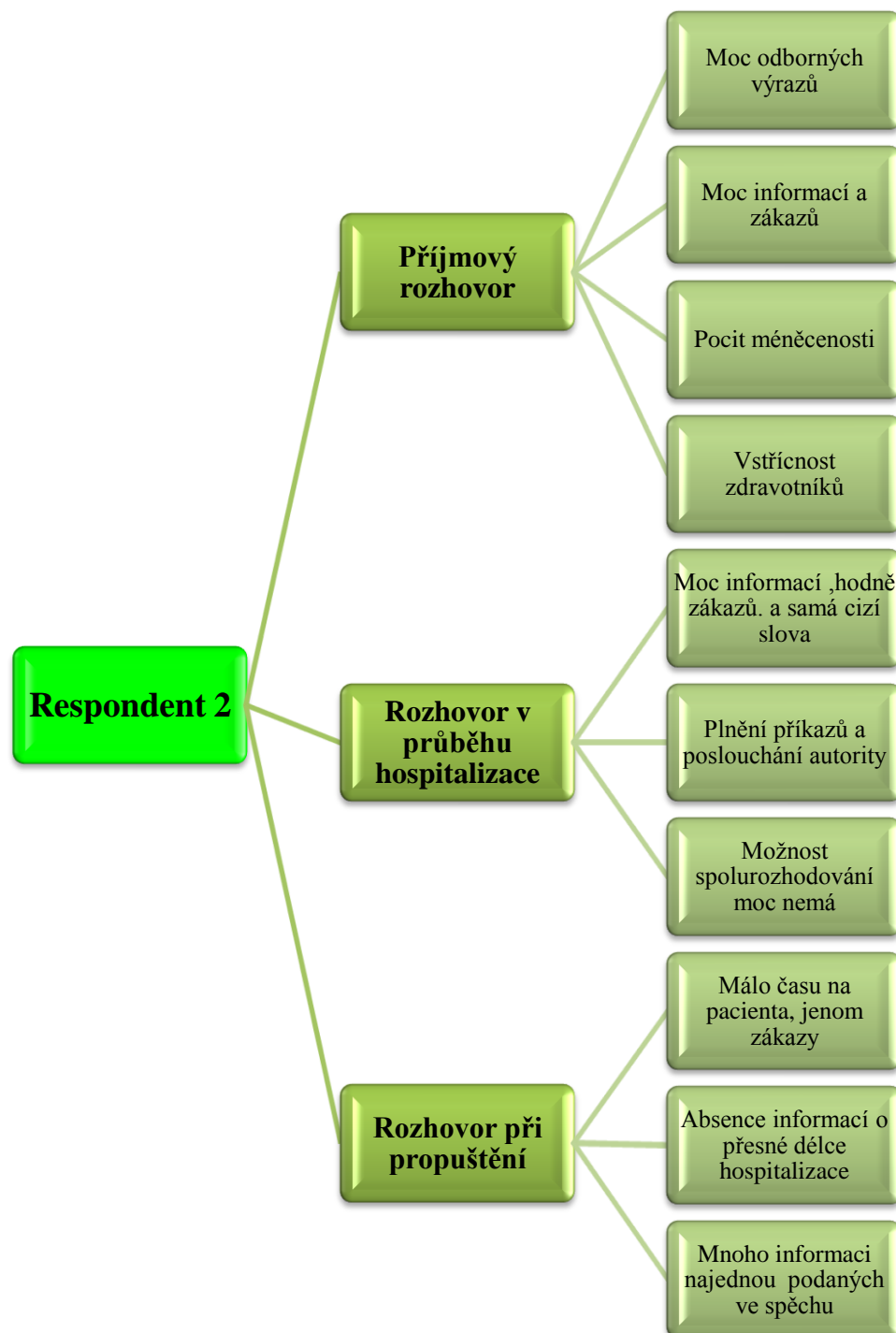
Respondentka 1 narozena 1948 byla k hospitalizaci doporučena lékařem chirurgické ambulance, kam se dostavila pro pár dní trvající tlakovou bolest v pravém podbřišku s vyhmátáním několika bulek. Respondentka je v současnosti ve starobním důchodu, dříve pracovala jako dělnice ve strojírenském průmyslu. Žije s manželem v rodinném domku. Před 16 lety prodělala gynekologickou operaci. Asi 15 let se léčí s hypertenzí, pravidelně dochází na kontroly tlaku k praktickému lékaři, další obtíže či nemoci neguje. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Při prvním rozhovoru v den příjmu pacientka ocenila vhodné oslovování, dodržování soukromí při rozhovoru, jak sestrou, tak lékařem. Uvítala by, kdyby zdravotní personál používal méně odborných výrazů, dostala sice dostatek informací, ale pod některými výrazy si nedokáže nic představit. Celkové chování zdravotníků hodnotí jako vstřícné, milé, které u ní vyvolává pocit jistoty a bezpečí. Strach pociťuje jenom zatím z nejasné diagnózy.

Při druhém rozhovoru se pacientka cítila vyrovnaná, klidná a kladně hodnotila snahu o vysvětlení problematiky jejího onemocnění a absolvovaných vyšetření, přesto možnosti spolurozhodování nevyužívá. Znova upozornila na časté používání odborných či slangových výrazů.

V den propuštění při posledním rozhovoru se pacientka cítí dostatečně informována, má informace, jak bude pokračovat její ambulantní léčba. Po zkušenosti s hospitalizací by při příjmu uvítala více informací o problematice svého onemocnění a to i negativních, stálý optimismus zdravotníků hodnotí, že není vždy na místě.

Schéma 5 Respondent 2



Respondent 2 narozen 1956 byl k hospitalizaci doporučen lékařem diabetologické ambulance pro dekompenzaci DM II typu. Respondent pracuje jako řidič, žije s manželkou a synem v panelovém domě. DM mu byla diagnostikována před

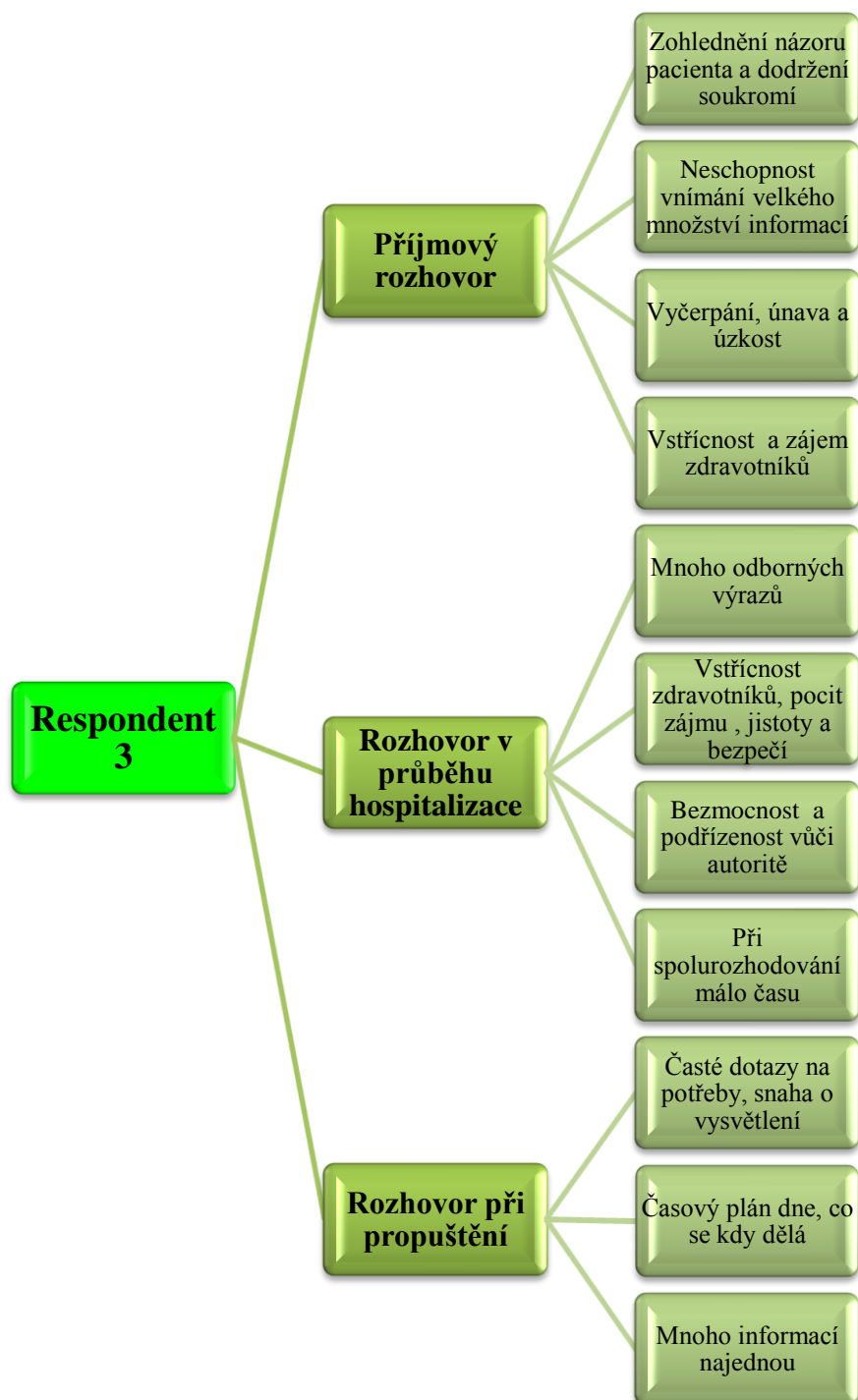
3 lety. Sám přiznává jisté rezervy při dodržování režimových a stravovacích opatřeních. U pacienta se jedná o opakovanou hospitalizaci.

První rozhovor s respondentem se uskutečnil v den příjmu. Pacient negativně hodnotil množství informací, které získal k problematice dodržování režimových opatření, dle jeho pojmenování samá cizí slova a zákazy, které u něho vyvolávají pocit méněcennosti a podřízenosti. Přístup sester ohodnotil kladně.

Druhý rozhovor byl realizován třetí den hospitalizace respondenta. Pacient by uvítal, kdyby sestry o každém výkonu, který u něho provádí, podaly předem dostatek informací a uvědomovaly si, že pro pacienta nemusí být vždy samozřejmostí. Nadále svůj pobyt přirovnává k vojně, také jenom plní příkazy a instrukce a o spolurozhodování nemůže být řeč.

Čtvrtý den byla hospitalizace na žádost pacienta předčasně ukončena, respondent se domnívá, že si personál na pacienty nedělá dostatek času a informace podává ve spěchu. Na začátku hospitalizace by uvítal jasnou informaci o délce hospitalizace.

Schéma 6 Respondent 3



Respondent 3 narozen 1931 byl k hospitalizaci přivezen vozem RZP pro těžkou dušnost, cyanózu při těžké exacerbaci CHOPN a oboustrannou kardiální dekompenzaci. Respondent je ve starobním důchodu, žije s manželkou v rodinném domku. Pacient je

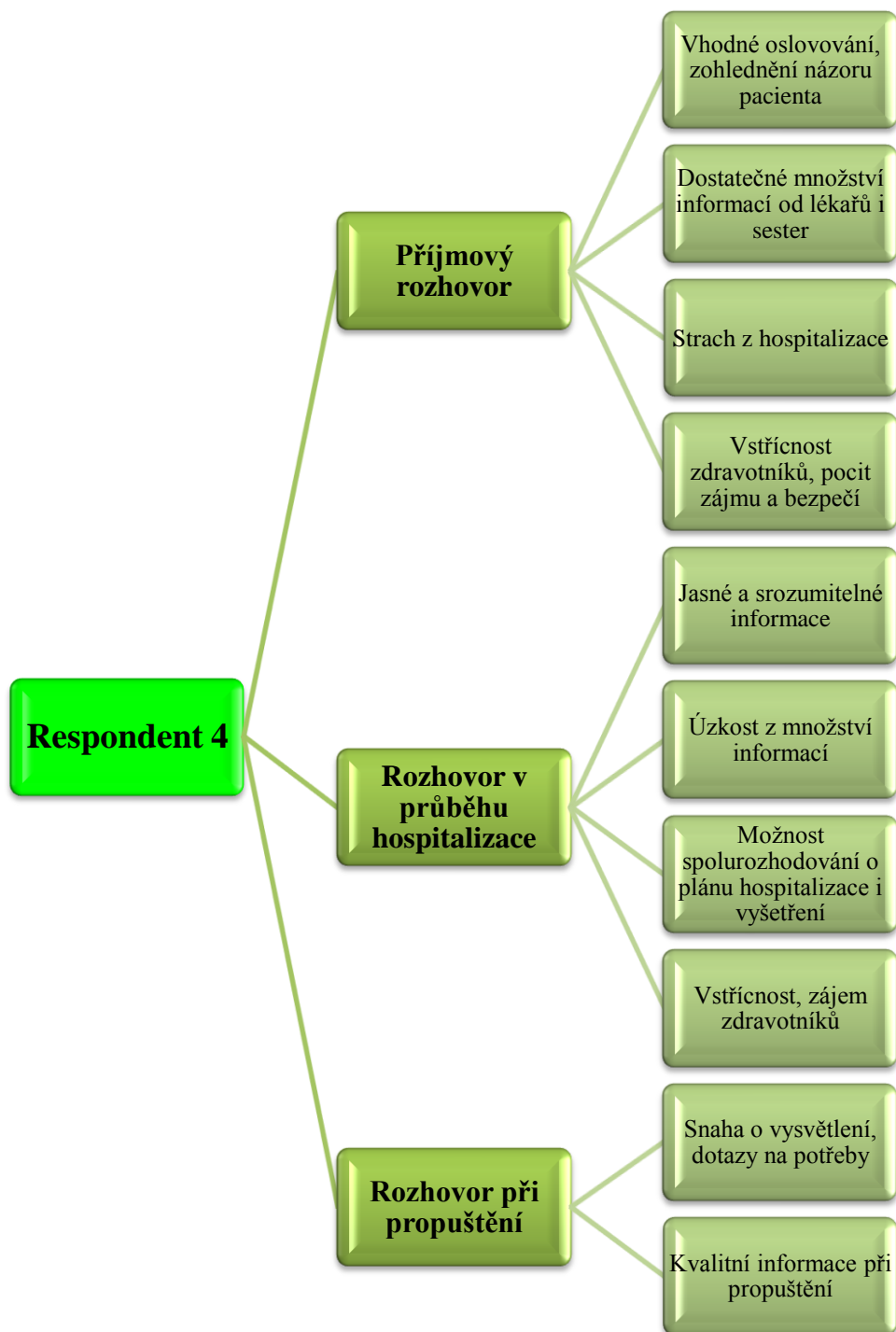
silný kuřák, ke zhoršení jeho stavu došlo v posledních dvou dnech, kdy pociťoval klidovou dušnost. Jedná se o opakovanou hospitalizaci.

Pacient byl přijat v nočních hodinách, první rozhovor se proto uskutečnil až druhý den hospitalizace. Nemocný si stěžoval, že při příjmu nebyl zohledněn jeho názor, že může chodit a byl mu nařízen klid na lůžku. Také příjmový rozhovor s lékařem neprobíhal v soukromí na vyšetřovně, ale přímo na pokoji. Pan doktor mu důvody omezení pohybu a hospitalizace vysvětloval, ale bylo to mnoho informací, které moc nevnímal, byl unavený a vyčerpaný. Sestřičky byly ale hodné a stále ho kontrolovaly a ptaly se, jestli něco nepotřebuje.

Při druhém rozhovoru měl již pacient volnější pohybový režim a byl také kladněji naladěný, oceňoval vstřícnost a zájem zdravotníků o jeho osobu, který u něho vzbuzoval pocit jistoty a bezpečí. Jenom při režimových doporučeních a radách lékaře má pocit bezmocnosti a podřízenosti. Na možnost spolurozhodování je dle jeho názoru málo času, všichni pořád někam spěchají a on tomu stejně nerozumí.

Při závěrečném rozhovoru v den jeho propuštění hodnotil velice kladně zájem personálu o jeho osobu, dostal dostatek informací o nových léčích, někdy je informací až moc. Na začátku hospitalizace by uvítal více informací o harmonogramu dne, nikdy nevěděl, co se kdy bude dít.

### Schéma 7 Respondent 4



Respondent 4 narozen 1957 byl k hospitalizaci doporučen praktickým lékařem z důvodu váhového úbytku, dyspepsie a občasné příměsi krve ve stolici. Respondent

pracuje jako středoškolský učitel, žije sám v bytě. Pacient se s ničím neléčí, k lékaři dochází pouze na pravidelné preventivní prohlídky. Hospitalizován na interním oddělení je poprvé.

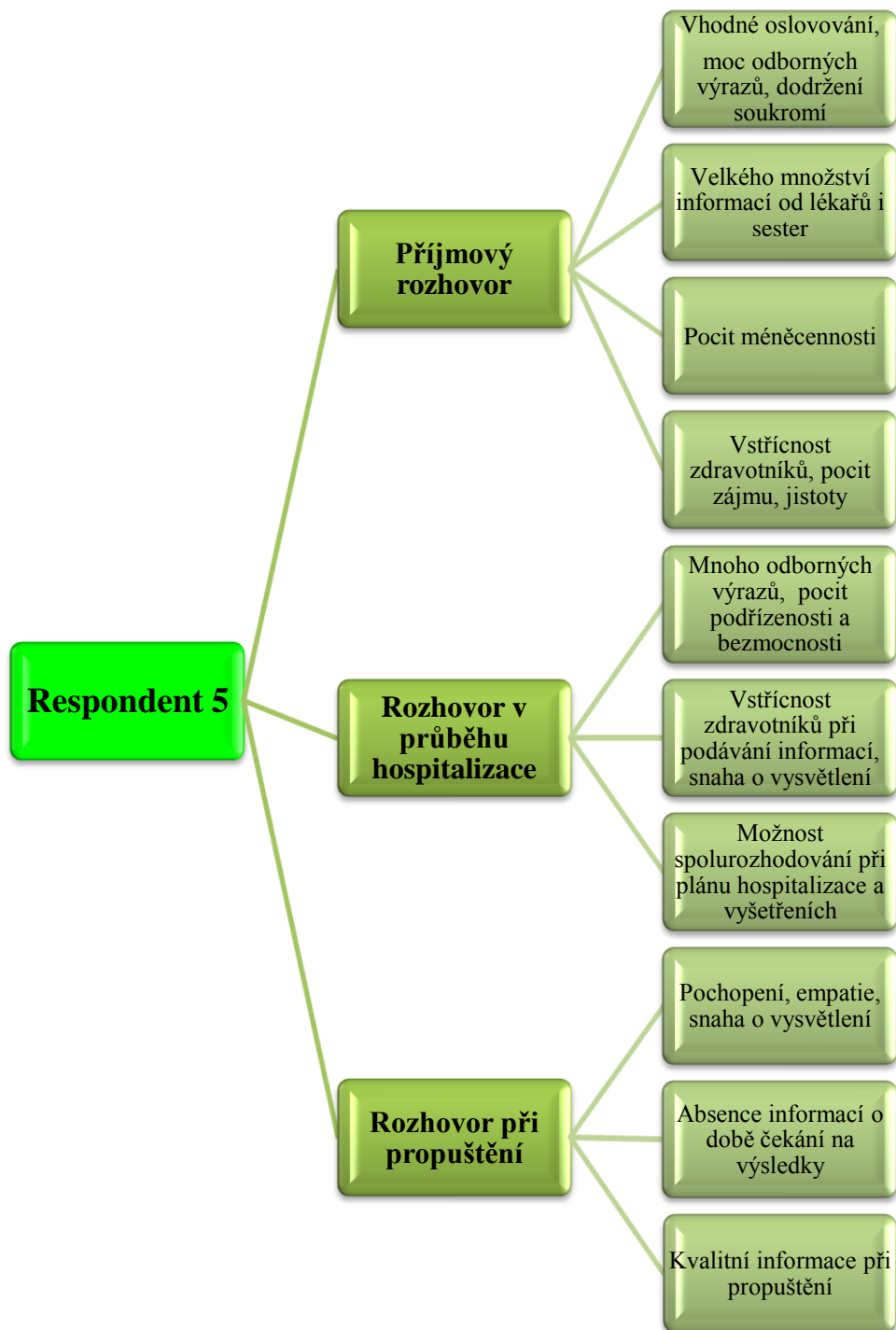
Čtvrtý respondent ocenil při prvním rozhovoru prostředí, ve kterém probíhaly příjmové rozmluvy s lékařem a sestrou. Velice kladně hodnotil přístup zdravotníků, rozsah informací, které dostal i zohlednění jeho názoru při plánu vyšetření. Vzhledem k tomu, že se jedná vůbec o jeho první hospitalizaci v životě, přicházel do nemocnice s pocitem strachu, ale zdravotníci jeho obavy vstřícným postojem a zájmem o jeho osobu rozptýlili a navodili u něj pocit bezpečí.

Srozumitelnost podávaných informací je dle jeho názoru dostačující, někdy u něj ale množství informací a tiskopisů, které podepisuje, vyvolávají úzkost, kterou naštěstí rozežene vstřícnost a zájem zdravotníků. Možnost spolurozhodování využil jak při plánu hospitalizace, tak vyšetření.

Zájem zdravotníků o jeho osobu v průběhu hospitalizace hodnotí velice pozitivně, zvláště oceňuje neustálé dotazy na potřeby pacientů a snahu poradit a vysvětlit určitou problematiku. Nepocítuje žádnou absenci informací, a i když při propuštění dostal velké množství informací, klasifikuje je jako kvalitní a dostatečné.



## Schéma 8 Respondent 5



Respondentka narozena 1946 byla k hospitalizaci doporučena lékařem interní ambulance, jako prvozáchyt DM. Pacientka lékaře navštívila v rámci interního vyšetření

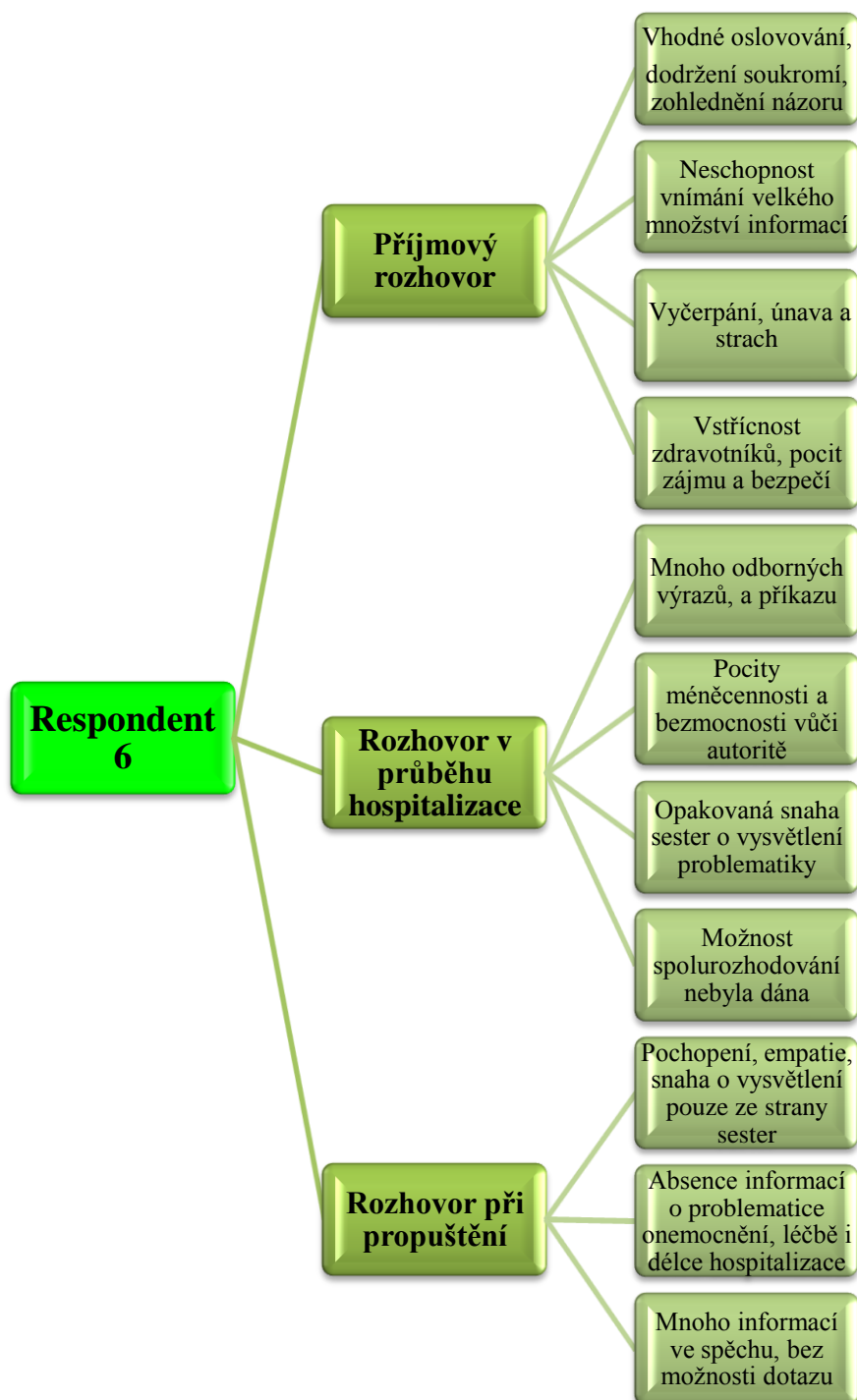
před plánovaným gynekologickým výkonem. Respondentka je ve starobním důchodu, žije s manželem a svou matkou v panelovém bytě. Pacientka se asi 6 let léčí s hypertenzí. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Pacientka přišla k plánované hospitalizaci, kladně hodnotí již tu skutečnost, že si mohla sama naplánovat datum příjmu. Stará se o imobilní matku, a proto je tento fakt pro ni dost zásadní. Oceňuje také vhodné oslovení pacientů zdravotnickým personálem a dodržení soukromí při odběru anamnézy. Trochu je zaskočena množstvím informací, které během prvního dne hospitalizace od lékaře i sester dostala a které jsou jí předávány tak trochu ve spěchu. Přestává se v nich orientovat, také je nesvá z mnoha odborných výrazů, které zdravotníci používají, až ji to přivádí k pocitu méněcennosti. Celkově ale v první den zdravotníky hodnotí jako vstřícné se zájmem o pacienta, toto jednání u ní navozuje pocit bezpečí a jistoty.

Druhý rozhovor se uskutečnil čtvrtý den hospitalizace, po právě ukončené velké vizitě. Respondentka velice kladně hodnotí vstřícnost a snahu zdravotníků vysvětlit jí problematiku jejího onemocnění, ale po rozhovoru s lékařem musela požádat sestru, aby jí některé odborné výrazy, které použil lékař, vysvětlila a přeložila. Tato situace u ní vyvolává negativní pocity podřízenosti a bezmocnosti. Co se týče možnosti spolurozhodování, již na začátku hospitalizace vyjádřila svůj názor na možnou délku hospitalizace, která byla lékařem akceptována, o jednotlivých vyšetřeních je vždy informována předem a má možnost vyjádření.

Třetí rozhovor se uskutečnil v den propuštění respondentky, zájem zdravotníků o její osobu v průběhu hospitalizace hodnotí velice pozitivně, zvláště oceňuje snahu a pochopení zdravotníků přizpůsobit délku hospitalizace jejím časovým možnostem. Kladně také hodnotí opakovanou snahu zdravotníků vysvětlit jí problematiku režimových a léčebných opatření DM. Nepocituje žádnou absenci informací na začátku hospitalizace, snad jen upozornění, že některé výsledky vyšetření nejsou hned v den provedení a musí se na ně i několik dní čekat. Informace, které dostala při předání propouštěcí zprávy, považuje za dostatečné.

## Schéma 9 Respondent 6



Respondent narozen 1964 byl k hospitalizaci odeslán praktickým lékařem pro bolest zad v oblasti ledvin, několik dní trvající teploty a dysurické potíže. Pacient

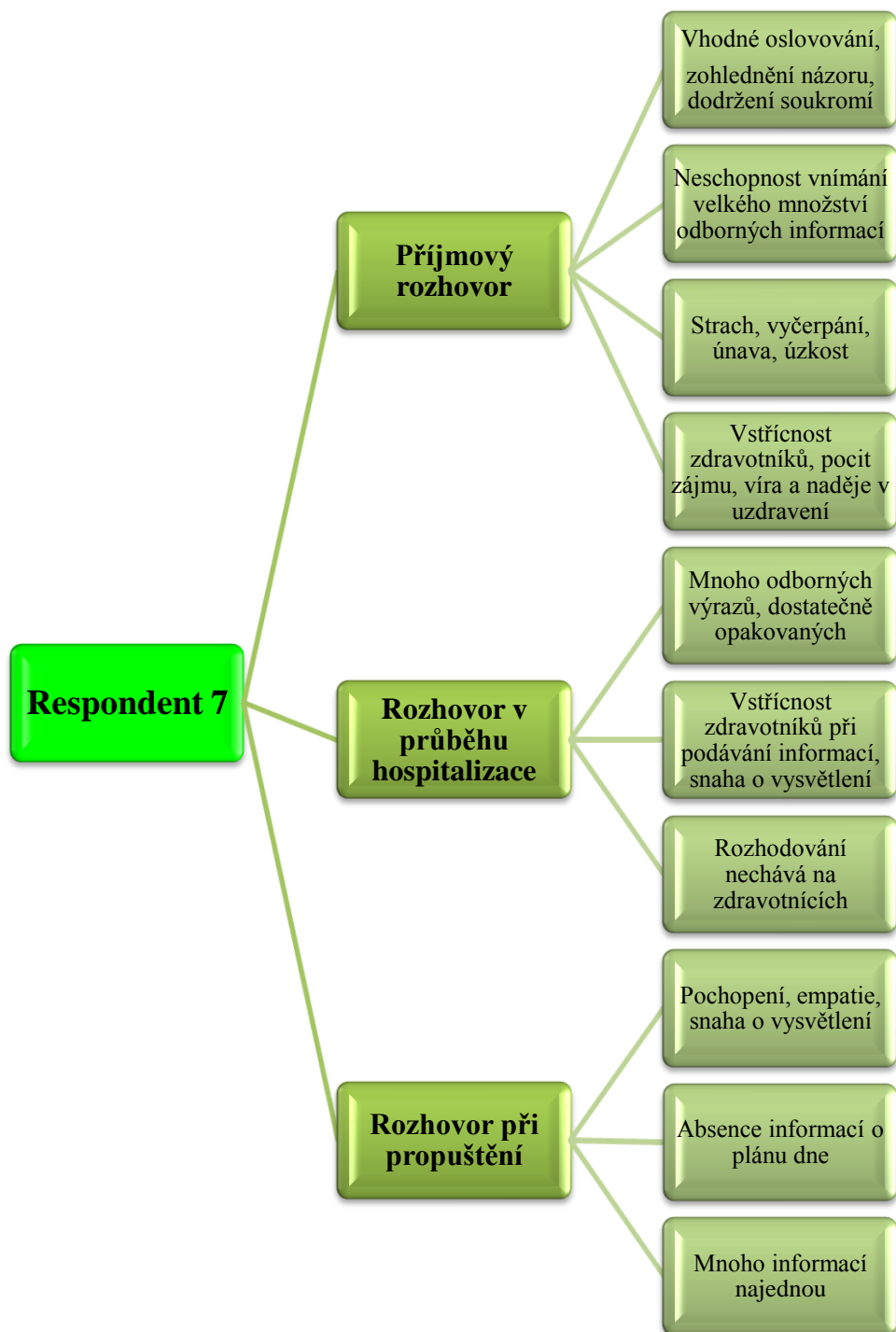
pracuje jako elektromechanik, žije s manželkou v bytě. Respondent se léčí s DM, diabetickou nefropatií a smíšenou hyperlipidemií.

Pacient je na interním oddělení hospitalizován opakovaně, ale poprvé se současným onemocněním, zná prostředí i personál. Kladně hodnotí používání vhodného oslovení, zohlednění názoru pacienta i snahu o dodržování soukromí. Vzhledem k tomu, že v době příjmu měl vysoké teploty, nebyl zcela schopen vnímat a vstřebávat velké množství prvotních informací. Cítil se velice unavený, vyčerpaný a připouští i strach z onemocnění. Sestry a ošetřujícího lékaře hodnotí jako vstřícné, klidné, projevující zájem o jeho osobu, což vzbuzuje pocit bezpečí.

Při druhém rozhovoru v průběhu hospitalizace upozorňuje respondent na časté používání odborných či jemu neznámých výrazů, které někdy působí jako příkazy. To ho vede k pocitům úzkosti, méněcennosti a bezmocnosti vůči autoritě, kdy pouze plní přesně zadané instrukce a nemá právo na vlastní názor. Současně, ale oceňuje a je vděčný za opakovanou snahu sester o vysvětlení dané problematiky. Možnost spolurozhodování v jakékoliv oblasti popírá.

Zájem zdravotníků o jeho osobu v průběhu hospitalizace hodnotí pozitivně, pouze ze strany sester, které mají snahu pochopit, poradit a vysvětlit. Co se týče lékařů, má respondent dojem, že mají málo času na pacienty. Absenci informací na začátku hospitalizace pociťuje v oblasti délky hospitalizace, způsobu léčby i problematice onemocnění. Úroveň informací při propuštění posuzuje, jako moc informací podaných ve spěchu bez možnosti prostoru pro dotazy.

Schéma 10 Respondent 7



Respondentka narozena 1940 byla k hospitalizaci přivezena vozem RZP pro 7 hodin trvající bolest na hrudi. Pacientka je ve starobním důchodu, žije v rodinném

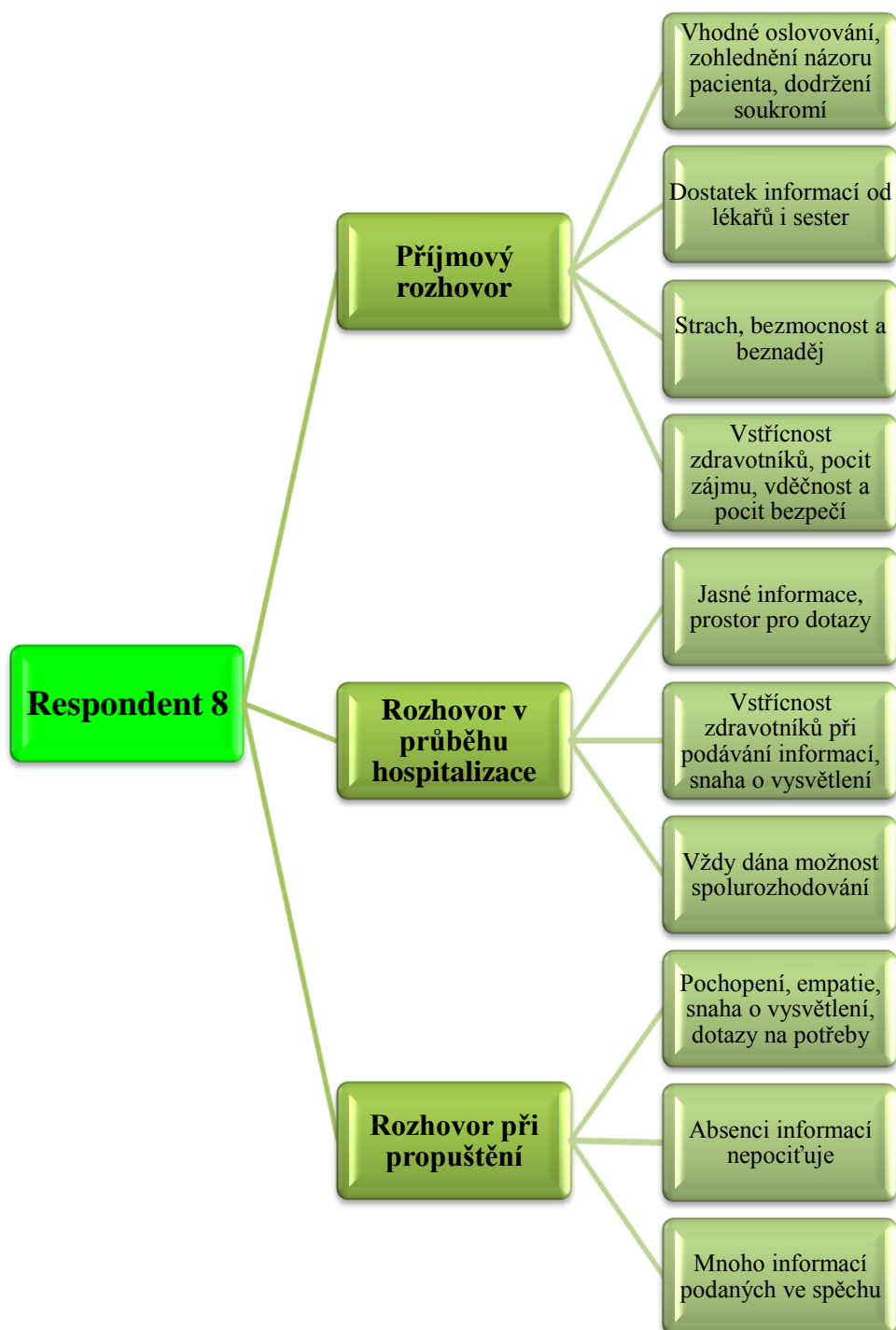
domku s dcerou a její rodinou. Pacientka nedochází k žádnému lékaři a s ničím se neléčí. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Pacientka byla k hospitalizaci na interní oddělení přivezena ve večerních hodinách, náš první rozhovor se uskutečnil druhý den jejího pobytu v nemocnici. Respondentka oceňuje vhodné oslovování, dodržování soukromí i to, že se jí všichni ptají, jak si co přeje. Jenom těch informací je moc a některým vůbec nerozumí. V den příjmu pocítovala strach, úzkost a smutek, byla hodně unavená a vyčerpaná, ale pan doktor i sestřičky jsou moc hodné, vstřícné, je jim moc vděčná a věří, že půjde brzy domů.

Při druhém rozhovoru respondentka hodnotila kladně to, že se jí snaží lékaři i sestry vše předem vysvětlit, ale používají slova, kterým moc nerozumí a těch informací je také strašně moc. Oni to naštěstí pořád opakují. Negativní pocity při předávání informací nemá, všichni se snaží jí to vysvětlit, jsou moc vstřícní a je jim za to moc vděčná, že se jí tak věnují. Možnosti spolurozhodování nevyužívá, pan doktor tomu rozumí lépe.

Poslední rozhovor se uskutečnil v den propuštění, respondentka hodnotí velice kladně přístup a zájem zdravotníků, jejich snahu vysvětlit, poradit a pochopit. Absenci některých informací nepocítuje, ba naopak bylo jich moc, pořád musela něco podepisovat, jenom snad, kdyby vždy ráno věděla, co se bude ten den dít. Dnes při předání propouštěcí zprávy také dostala od pana doktora moc rad a doporučení, ještě že je tu dcera, sama by určitě něco zapomněla.

Schéma 11 Respondent 8



Respondentka 8 narozena 1958 byla k hospitalizaci doporučena praktickým lékařem, kam se dostavila pro několik dní trvající úpornou bolest hlavy a stavy nevolnosti. Lékařem byla naměřena hodnota TK 230/140 torrů. Pacientka pracuje jako

úřednice, žije s manželem v bytovém domě. Doposud se pacientka se žádnou nemocí neléčila a k lékaři docházela pouze na preventivní prohlídky. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

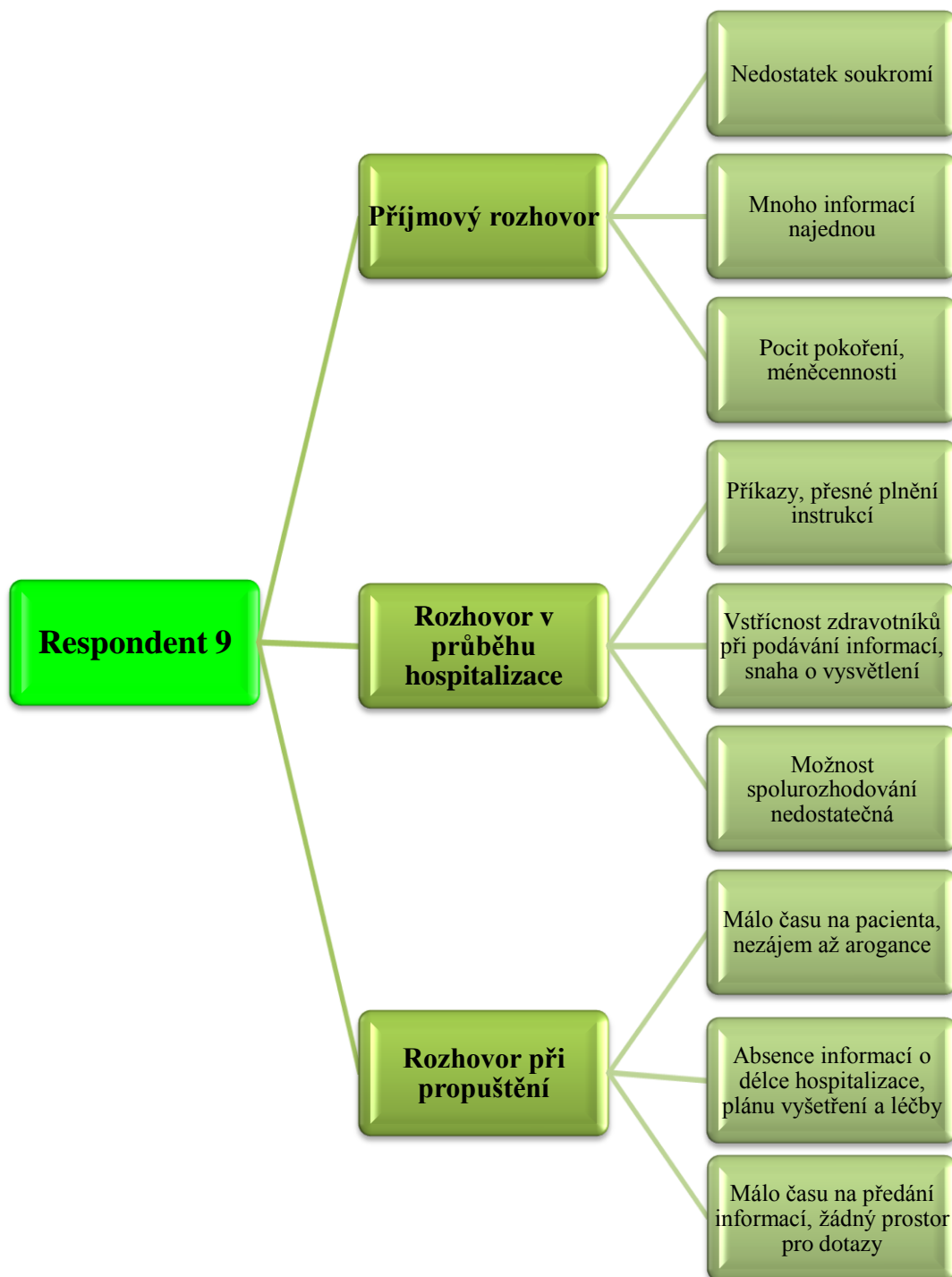
Při prvním rozhovoru respondentka velice ocenila vstřícnost a klid zdravotníků při jejím příjmu. Sama při převozu od praktického lékaře pocítovala strach a pocit úzkosti, ale sestry i paní doktorka jí i její rodině podaly dostatek informací jak o jejím současném stavu, tak o plánu hospitalizace. Také velice kladně hodnotila vhodné oslovení, zohlednění jejího názoru a dodržování soukromí a intimity, to vše jistě přispělo k jejímu uklidnění a pocitu jistoty a bezpečí v den příjmu.

Druhý rozhovor se uskutečnil čtvrtý den hospitalizace. Pacientka kladně posuzovala jasné informace, které získává a prostor, který vždy dostane pro případné dotazy. Negativní pocity z podaných informací nemá, ba naopak hodnotí vstřícnost zdravotníků při podávání informací a snahu o vysvětlení problematiky jejího onemocnění. Možnost spolurozhodování využila, jak v plánu hospitalizace, tak při plánu jednotlivých vyšetření a léčby.

Při posledním rozhovoru v den propuštění nepocítuje absenci některých informací během hospitalizace, spíše naopak někdy jich bylo až moc. Kladně hodnotí zájem zdravotníků o její osobu v průběhu jejího pobytu v nemocnici. Předání propouštěcí zprávy na ni působilo jako mnoho informací najednou trochu ve spěchu.



Schéma 12 Respondent 9



Respondent 9 narozen 1963 byl k hospitalizaci doporučen lékařem gastroenterologické ambulance, kam se dostavil pro měsíc trvající bolesti v oblasti žaludku, dyspeptické potíže a několik dní trvající nauzeu. Respondent pracuje jako

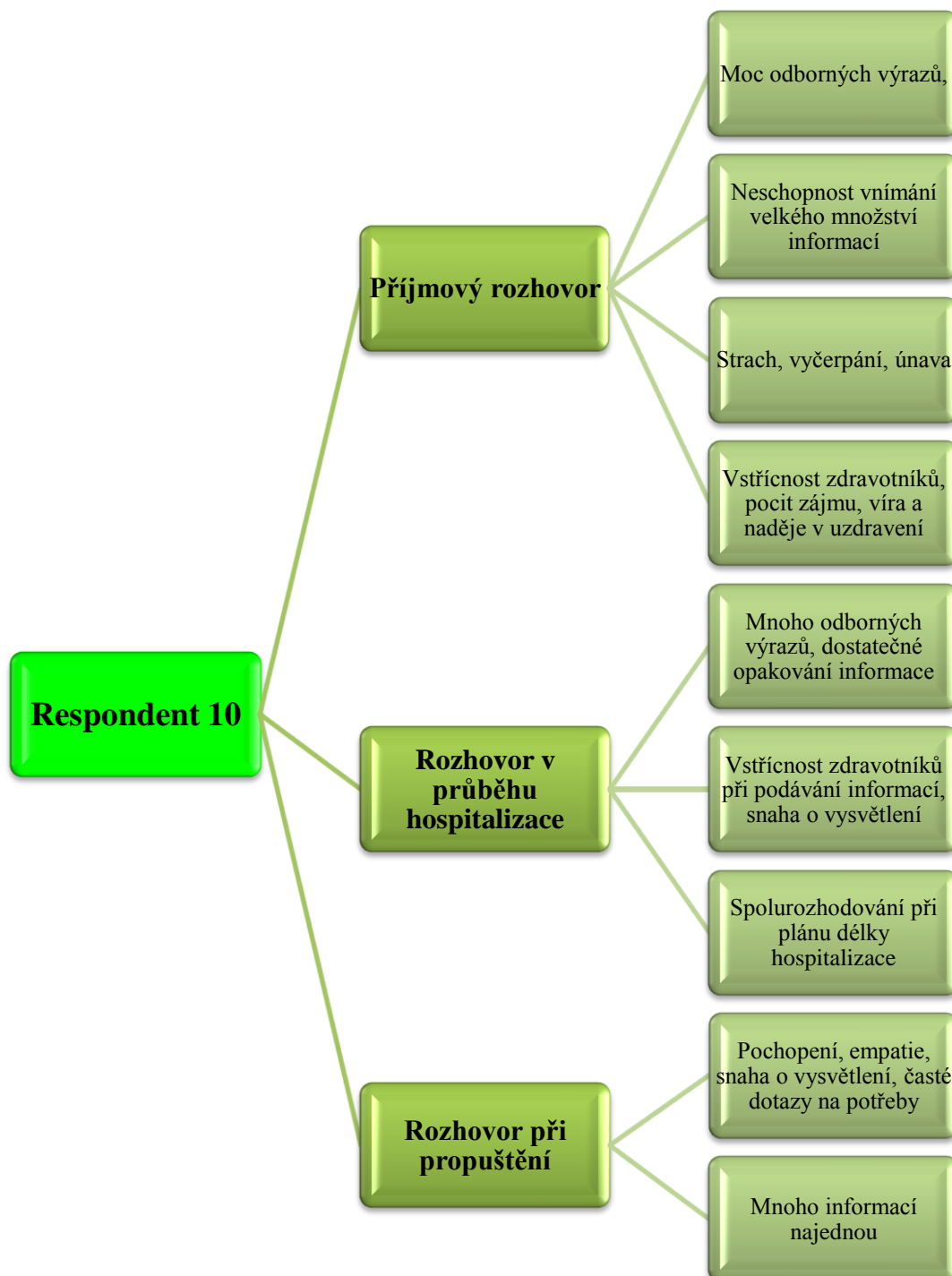
počítačový programátor, žije společně s manželkou a dětmi v rodinném domku. Doposud se s ničím neléčil. Hospitalizován na interním oddělení je poprvé.

Náš první rozhovor probíhal několik hodin po příjmu pacienta na oddělení. Pacient byl hospitalizován poprvé v životě, dle jeho slov velice špatně snáší nemocniční prostředí. Přijde mu, že nemá žádné soukromí ani při rozhovoru s lékařem, natož potom na pokoji, informací dostal mnoho najednou, přesto je považuje za nedostatečné a nedokáže se v nich orientovat, neví, co má dělat, kdy se bude co dít. Cítí se pokořen, méněcenný, pozitivní pocity nemá.

Při druhém rozhovoru, který probíhal třetí den hospitalizace, pacient již hodnotil srozumitelnost podaných informací lépe, nicméně stále měl pocit, že spíše dostává příkazy a je po něm vyžadováno přesné plnění instrukcí, připadá si jako podřízený. Jako pozitivní hodnotí snahu zdravotníků mu vysvětlit problematiku jeho onemocnění a od některých jistou vstřícnost. Možnost spolurozhodování mu moc dána nebyla, lékař ho průběžně seznamuje s jeho zdravotním stavem a plánem vyšetření a léčby, ale nedává mu možnost rozhodnout se mezi několika alternativami.

Při propuštění hodnotí zájem zdravotníků o jeho osobu celkem kladně, ale přijde mu, že pacientům věnují málo času, někdy měl i pocit nezájmu až arogance. Na začátku hospitalizace by uvítal jasné informace, co se týče délky hospitalizace a přesný plán vyšetření a léčby. Dnes při propuštění by uvítal více času na předání informací a aby mu byl dán větší prostor pro dotazy.

Schéma 13 Respondent 10



Respondentka 10 narozena 1936 byla přivezena dcerou v nočních hodinách pro krátkodobé bezvědomí, kdy nereagovala na oslovení. Respondentka žije s manželem, dcerou a její rodinou v rodinném domku. Pacientka je ve starobním důchodu, dříve

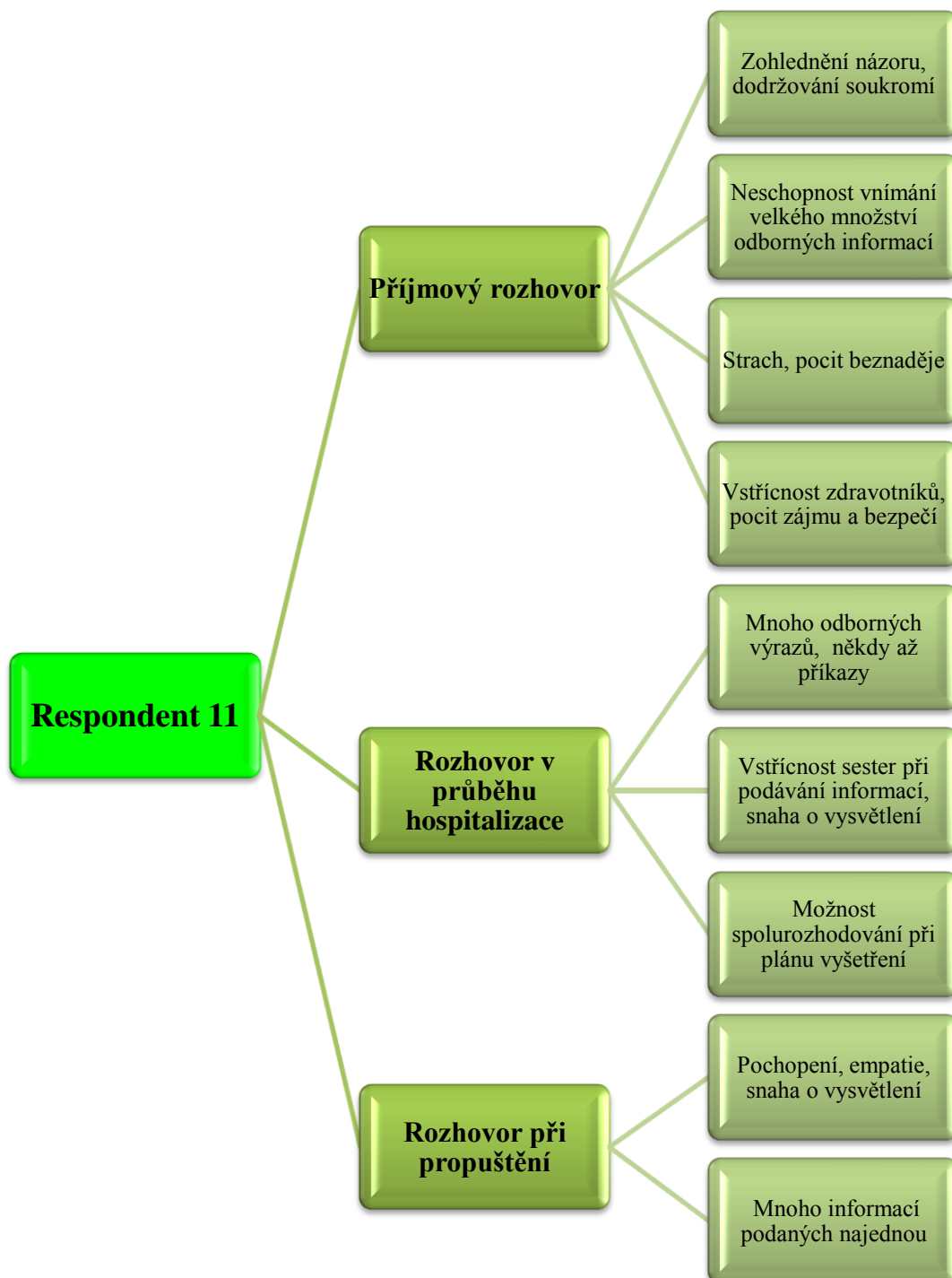
pracovala v zemědělství. S ničím se neléčí, u lékaře byla naposledy po porodu dcery. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Pacientka byla na oddělení přivezena v nočních hodinách, měla strach, aby se někdo nezlobil, že přijela v noci, ale všichni jsou moc hodní. Sestřičky i paní doktorka se snaží ji všechno vysvětlit, ale někdy používají slova, kterým nerozumí a ona se stydí zeptat. Při příjezdu do nemocnice měla strach, byla unavená a cítila se vyčerpaná, ale paní doktorka a sestřička ji uklidňovaly, že to bude dobré.

Další rozhovor se uskutečnil čtvrtý den hospitalizace respondentky, ta oceňovala kladně, že se jí snaží lékaři i sestry vše předem vysvětlit. Někdy ale pan doktor používá slova, kterým moc nerozumí, naštěstí jí to vždy potom sestřička znova objasní. Negativní pocity při předávání informací nemá, všichni se snaží jí to vysvětlit, jsou moc vstřícní a je jim za to vděčná, že se jí tak věnují. Možnosti spolurozhodování moc nevyužívá, pan doktor tomu rozumí lépe, jenom chce brzo domů.

Při posledním rozhovoru, který se uskutečnil v den propuštění, hodnotí pacientka velice pozitivně přístup a zájem zdravotníků, jejich snahu vysvětlit, poradit a pochopit. Absenci informací nepocituje, ba naopak někdy jich bylo až moc a ani jim moc nerozuměla. Dnes při propuštění toho paní doktorka také říkala moc.

Schéma 14 Respondent 11



Respondent 11 narozen 1940 byl přivezen vozem RZP pro bolest na hrudi, na místě mu byl naměřen TK 195/135 torrů, a TF 150/ min. Pacient stále pracuje u syna

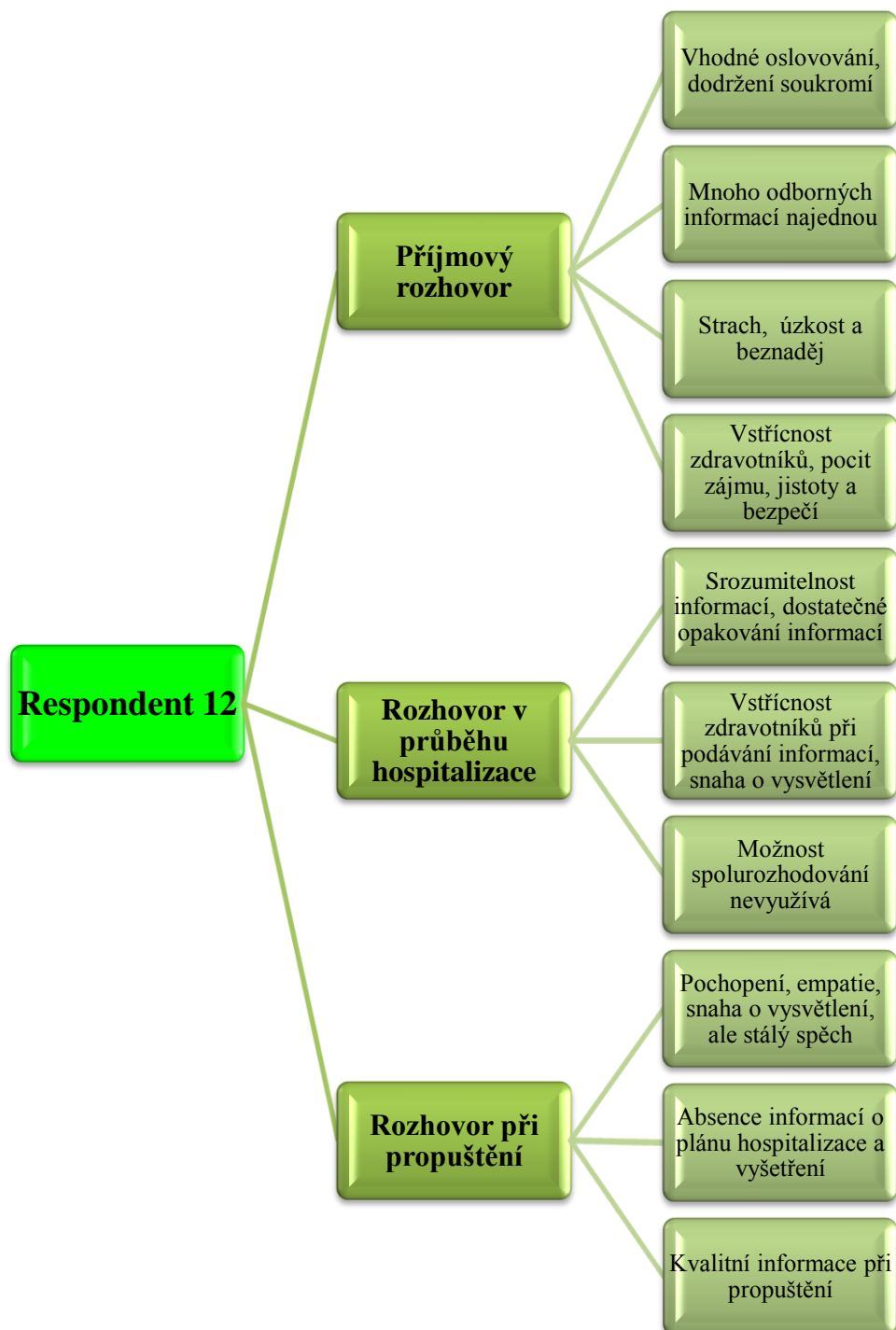
v zámečnické dílně, žije s manželkou v rodinném domě. Pacient se s ničím neléčí. Hospitalizován na interním oddělení je poprvé.

Při prvním rozhovoru respondent velice ocenil, že mu byla při příjmu dána možnost rozhodnutí, kde bude ležet, nikdo na něj nespěchal a vše probíhalo v poklidu. To určitě přispělo k jeho zklidnění a pocitu bezpečí, z domova odjížděl se strachem a pocitem beznaděje. Trochu ho vyvedlo z míry, když se pan doktor při příjmu ptal na prodělané nemoci, některé názvy nemocí neznal a nedokázal říci, zda je má. Informací, které dostal během příjmu od lékaře a sester bylo až moc, trochu se v nich ztrácel.

Během druhé rozmluvy zhodnotil respondent srozumitelnost podávaných informací jako mnoho odborných sdělení, naštěstí stále opakovaných. Pokud má vyjádřit nějaký negativní pocit, tak je to plnění rozkazů, někdy si připadá jako na vojně. Ale vynahrazují to usměvavé sestřičky, které vše vysvětlí, a i když něco poplete, tak se nezlobí. Zato je jim vděčný. Možnost spolurozhodování využil v plánu vyšetření, domluvil se s lékařem, že některá absolvuje ambulantně.

Při posledním rozhovoru zhodnotil respondent zájem zdravotníků o jeho osobu během hospitalizace velice kladně, sestřičky se pořád ptaly, jestli něco nepotřebuje a vždy případně vysvětlily nebo doplnily informace. Žádnou absenci informací nepocíťoval, spíše naopak bylo jich až moc.

Schéma 15 Respondent 12



Respondentka 12 narozena 1942 byla k hospitalizaci doporučena lékařem interní ambulance, kde v rámci předoperačního vyšetření před ortopedickou operací došlo ke zjištění prvozáchyty DM a vysoké hodnoty TK. Pacientka je ve starobním důchodu, ale

stále ještě pracuje jako knihovnice. Pacientka žije s manželem v bytě. Doposud se kromě ortopedické problematiky s ničím neléčila. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

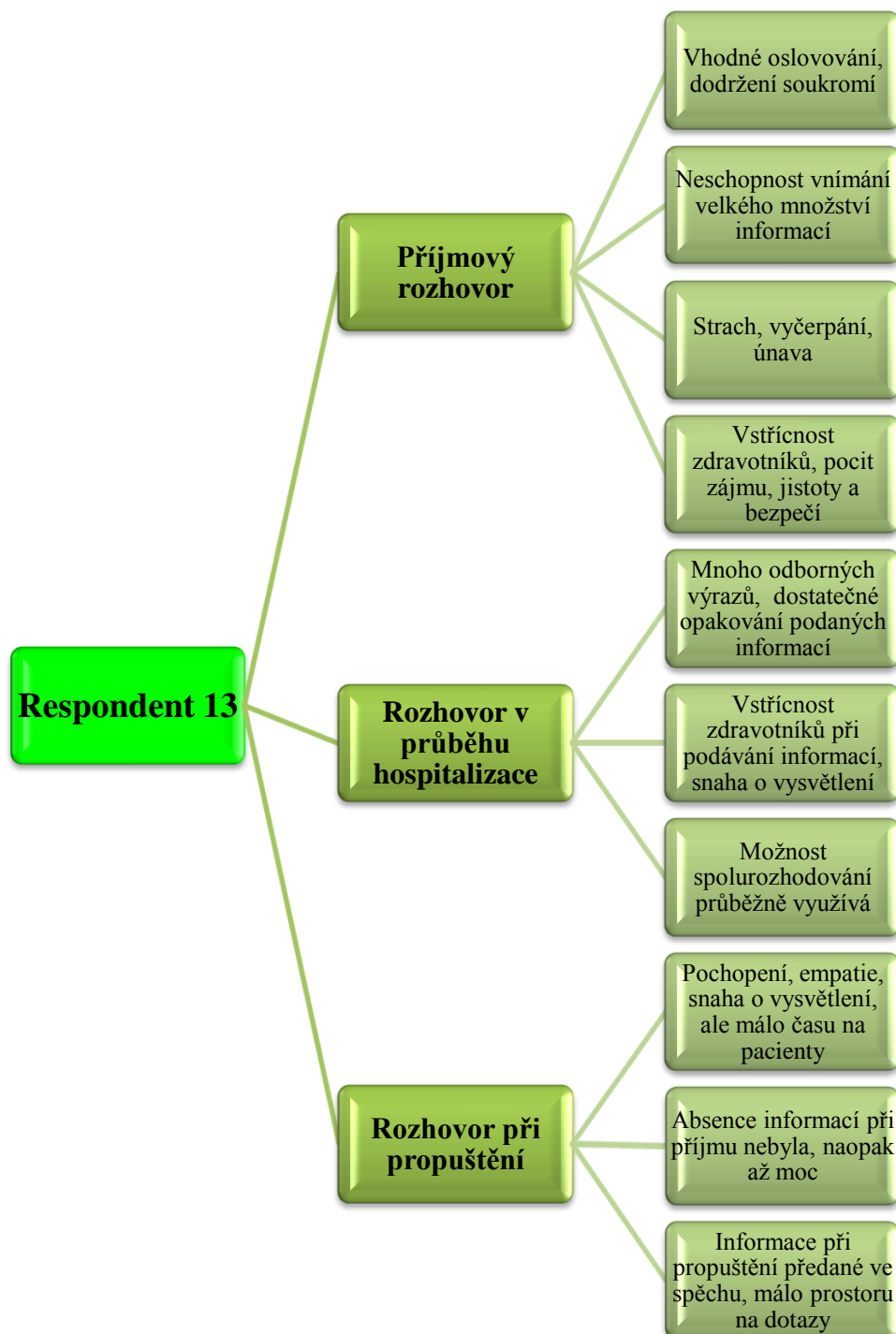
Ačkoliv přišla pacientka k plánované hospitalizaci, stále ještě při n prvním rozhovoru byla rozrušena ze zjištění jejích onemocnění. Jak uvedla, myslela si, že je úplně zdravá. Nicméně velice příznivě hodnotila přístup zdravotníků v den příjmu. Líbilo se jí, že rozhovory jak s lékařem, tak sestrou probíhaly v soukromí, byl brán ohled na její názor, nikdo na ni nepospíchal a to vše jistě přispělo k jejímu pocitu jistoty a bezpečí. Jako drobnou výtku by jediné zmínila používání odborných výrazů jak ze strany lékaře, tak i sester a velké množství podaných informací.

Při druhém rozhovoru zhodnotila respondentka srozumitelnost podávaných informací jako jasné dostatečně opakované sdělení. Negativní pocity nevyjádřila, ba naopak zmínila vstřícnost a zájem zdravotníků o její osobu a jejich snahu o vysvětlení problematiky jejího onemocnění. Možnost spolurozhodování moc nevyužívá, ale lékařem je pravidelně informována o plánech vyšetření a léčby.

V den propuštění při posledním rozhovoru se respondentka cítí dostatečně informována, má informace, jak bude probíhat její další léčba, ví, které úpravy jsou třeba provést vzhledem k jejímu plánovanému operačnímu výkonu. Po zkušenosti s hospitalizací by při příjmovém vyšetření uvítala více informací o plánu hospitalizace, její délce a jednotlivých vyšetřeních. Zdravotníky hodnotí jako ochotné, snaživé vždy poradit a vysvětlit, ale trochu pořád uspěchané.



Schéma 16 Respondent 13



Respondentka 13 narozena 1936 byla přivezena rodinou ve večerních hodinách na interní ambulanci pro několik dní trvající bolest na hrudi, dušnost, kašel a vysoké teploty. Pacientka žije sama v rodinném domku, nyní je ve starobním důchodu, dříve

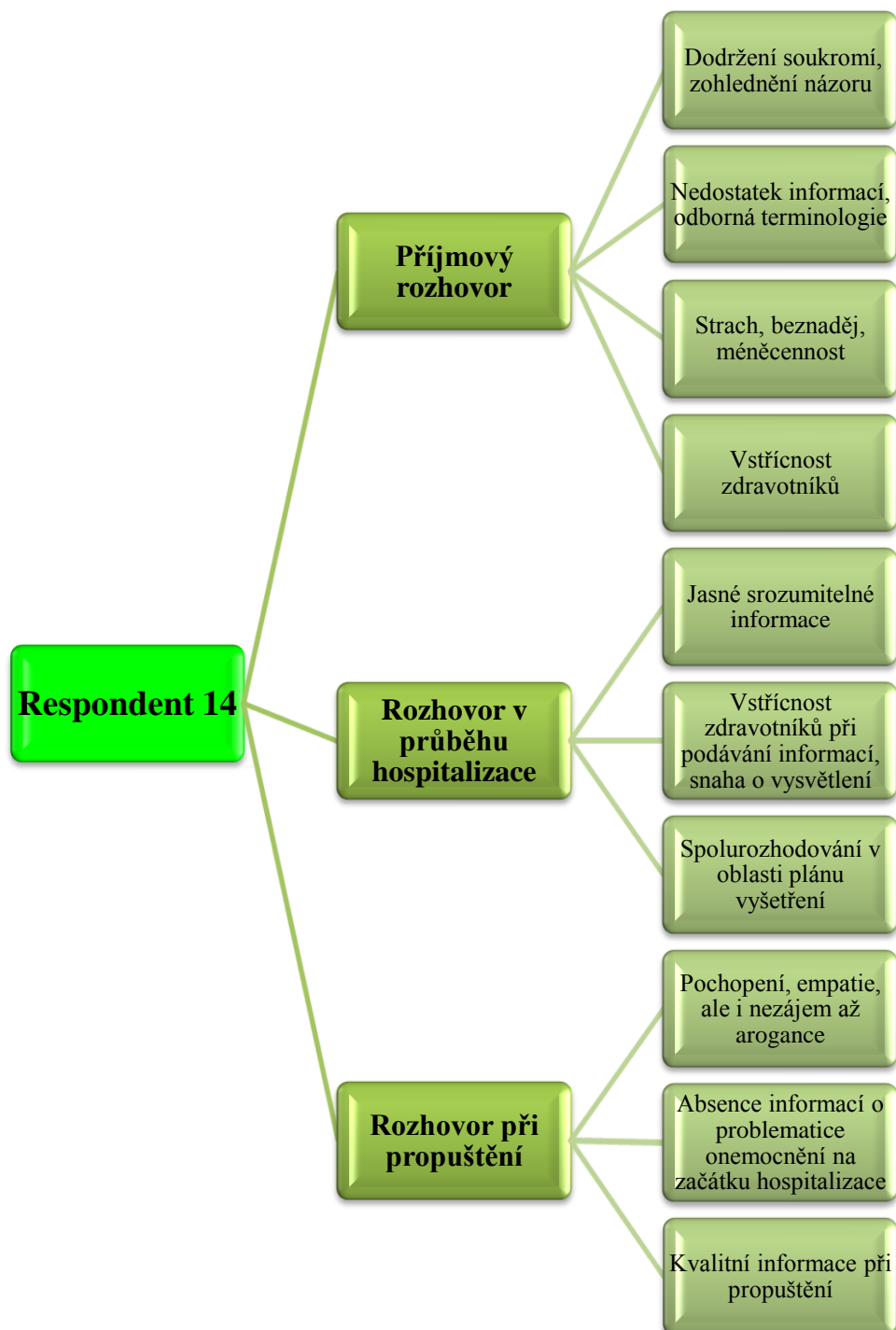
pracovala jako učitelka. Pacientka se s ničím neléčí. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Vzhledem k tomu, že pacientka byla přijata k ústavní léčbě až ve večerních hodinách, uskutečnil se první rozhovor až druhý den její hospitalizace. Pacientka ocenila vhodné oslovování, dodržování soukromí při příjmových rozhovorech jak lékařem, tak sestrou. Za ne zcela příjemné vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu uvedla množství a rozsah informací, spíše by uvítala, kdyby oba rozhovory probíhaly až následující den, kdy už se cítí trochu lépe. Dost dobře nemohla veškeré informace vstřebat a vnímat. Jako pozitivní pocity může uvést vstřícnost a zájem zdravotníků, to pomohlo rozehnat její strach, částečně ji to zklidnilo a vzbudilo pocit jistoty a bezpečí.

Při druhém rozhovoru pacientka zhodnotila srozumitelnost podávaných informací, dle jejího sdělení by uvítala méně odborných výrazů, kladně hodnotí dostatečné opakování informací. Co se týče množství informací a tiskopisů, které jsou jí předkládány k podpisu, občas má strach, jestli se mezi těmi papíry pacient neztrácí. Pozitivně hodnotí snahu zdravotníků veškerou problematiku onemocnění a náročnou administrativu vysvětlit. Možnost spolurozhodování průběžně využívá.

V den propuštění při posledním rozhovoru se pacientka cítí dostatečně informována, i když dnešní předání propouštěcí zprávy probíhalo ve spěchu a neměla dostatečný prostor na dotazy. Absenci některých informací na začátku hospitalizace nepocítuje, bylo jich až moc. Kladně hodnotí zájem zdravotníků o její osobu, ale mohlo by být více času na jednotlivé pacienty, občas měla dojem, že sestry jenom prolétají.

Schéma 17 Respondent 14



Respondentka 14 narozena 1989 se dostavila na interní ambulanci pro bolest lýtka a pocit dušnosti. Pacientka studuje a brigádně pracuje jako všeobecná sestra.

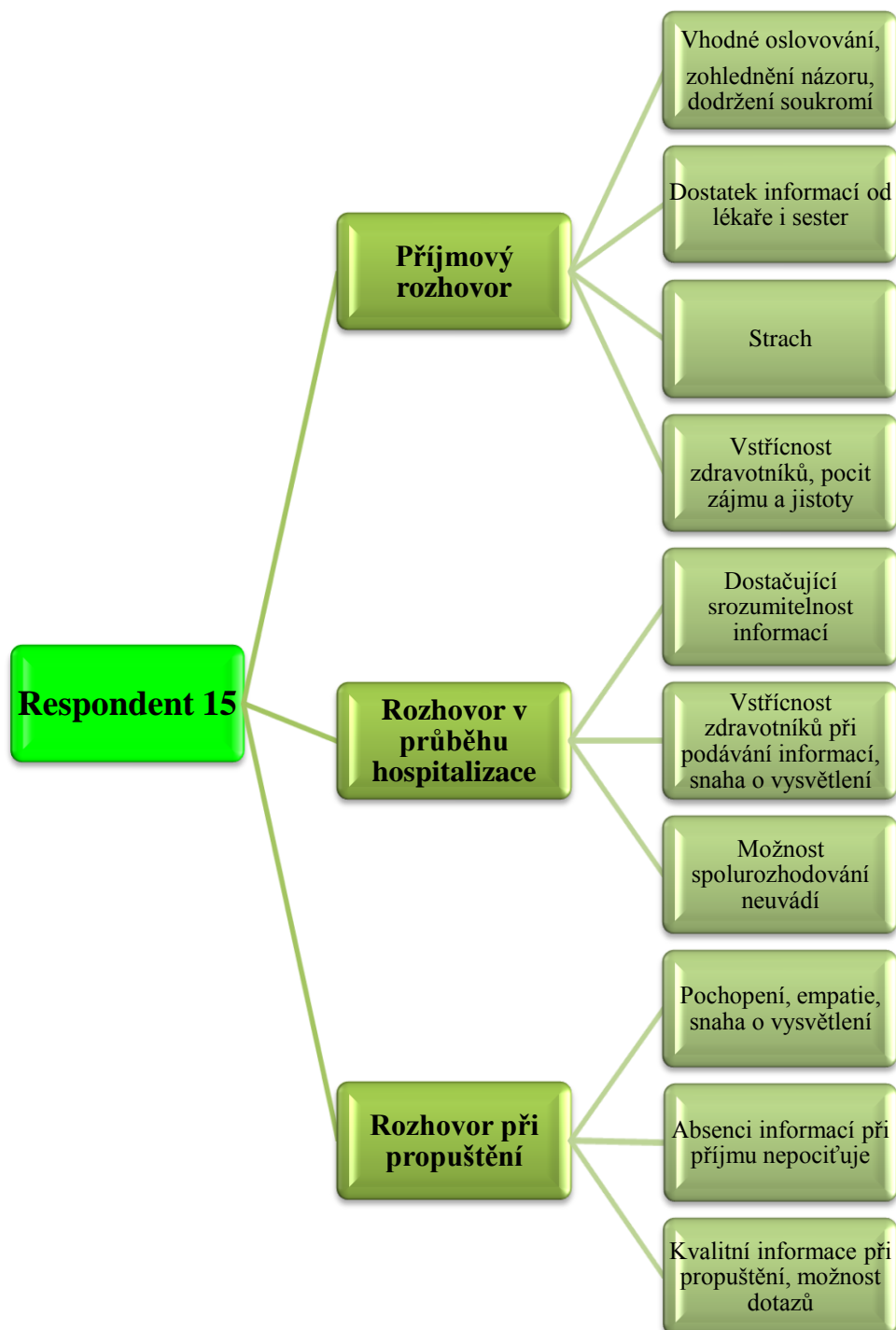
Doposud se s ničím neléčila, je silná kuřačka a užívá hormonální antikoncepci. Hospitalizována na interním oddělení je poprvé.

Při prvním rozhovoru hodnotila respondentka kladně dodržování soukromí a zohlednění jejího názoru. Bohužel negativně hodnotí množství podaných informací, lékař i sestry ji považují za profesionála, takže kromě několika odborných výrazů se musela spokojit s větou, „ Vy to znáte“. To u pacientky vyvolalo pocit beznaděje, méněcennosti a strachu přiznat, že nezná. Pozitivně hodnotí vstřícnost zdravotníků, když o něco požádala.

Při našem druhém rozhovoru již srozumitelnost podaných informací hodnotila respondentka kladněji, na její žádost ji vše lékař méně odborně vysvětlil. To vedlo k navození pocitu jistoty a bezpečí. Možnost spolurozhodování využila při plánu vyšetření, některé absolvuje ambulantně.

V den propuštění při našem posledním rozhovoru se respondentka cítí dostatečně informována, zná režimová opatření, která jí byla doporučena dodržovat. Po zkušenosti s hospitalizací by při příjmu uvítala více informací o problematice svého onemocnění, jeho léčbě i případných komplikacích. Hodnotí-li zájem zdravotního personálu o svoji osobu, setkala se jak s pochopením a empatií, tak i s nezájmem až arogancí.

Schéma 18 Respondent 15



Respondent 15 narozen 1932 byl k hospitalizaci doporučen praktickým lékařem k dovyšetření váhového úbytku, bolestí zad a pocitu nedodechnutí. Pacient je ve starobním důchodu, ale stále pracuje v rodinném zahradnictví. Žije s manželkou a

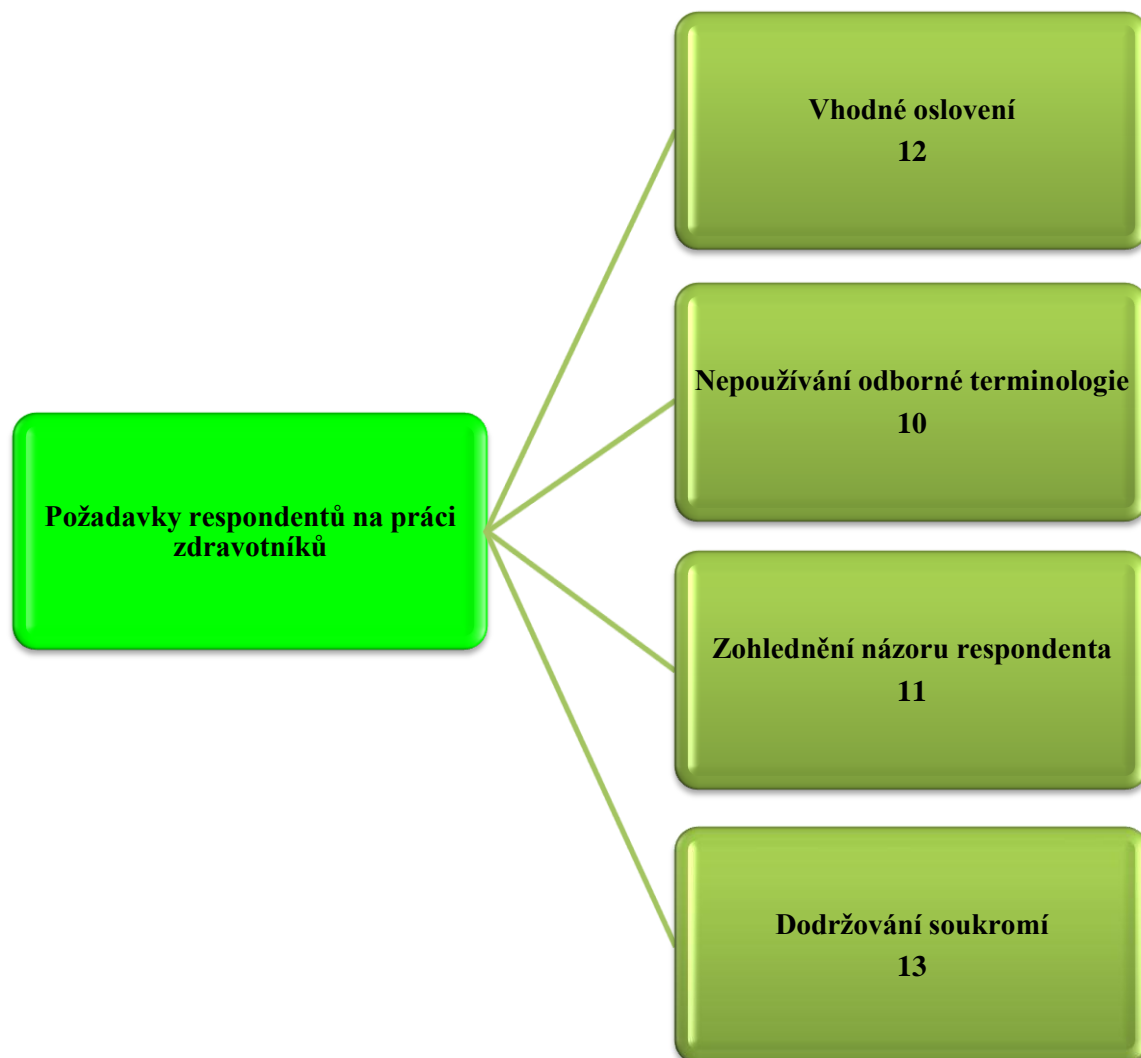
synem v rodinném domku. Před 30 lety prodělal AIM, asi 20 let se léčí s DM II typu. K praktickému lékaři chodí na pravidelné kontroly. U pacienta se jedná o opakovanou hospitalizaci na interním oddělení.

Respondent je na interním oddělení hospitalizován opakovaně, ale poprvé se současnou problematikou. Kladně hodnotí používání vhodného oslovení, zohlednění názoru pacienta i snahu o dodržování soukromí. Sestry a ošetřujícího lékaře hodnotí jako vstřícné, klidné, projevující zájem o jeho osobu, což vzbuzuje pocit jistoty. Při příjmovém vyšetření dostal dostatek informací jak od lékaře, tak sester. Negativní pocity z příjmu do nemocnice nemá, snad jenom strach z možného onemocnění.

Srozumitelnost podávaných informací je podle jeho názoru dostačující. Negativní pocity z množství podaných informací nemá, ale oceňuje a je vděčný za opakovanou snahu sester o vysvětlení dané problematiky. Možnost spolurozhodování v jakékoliv oblasti neuvádí.

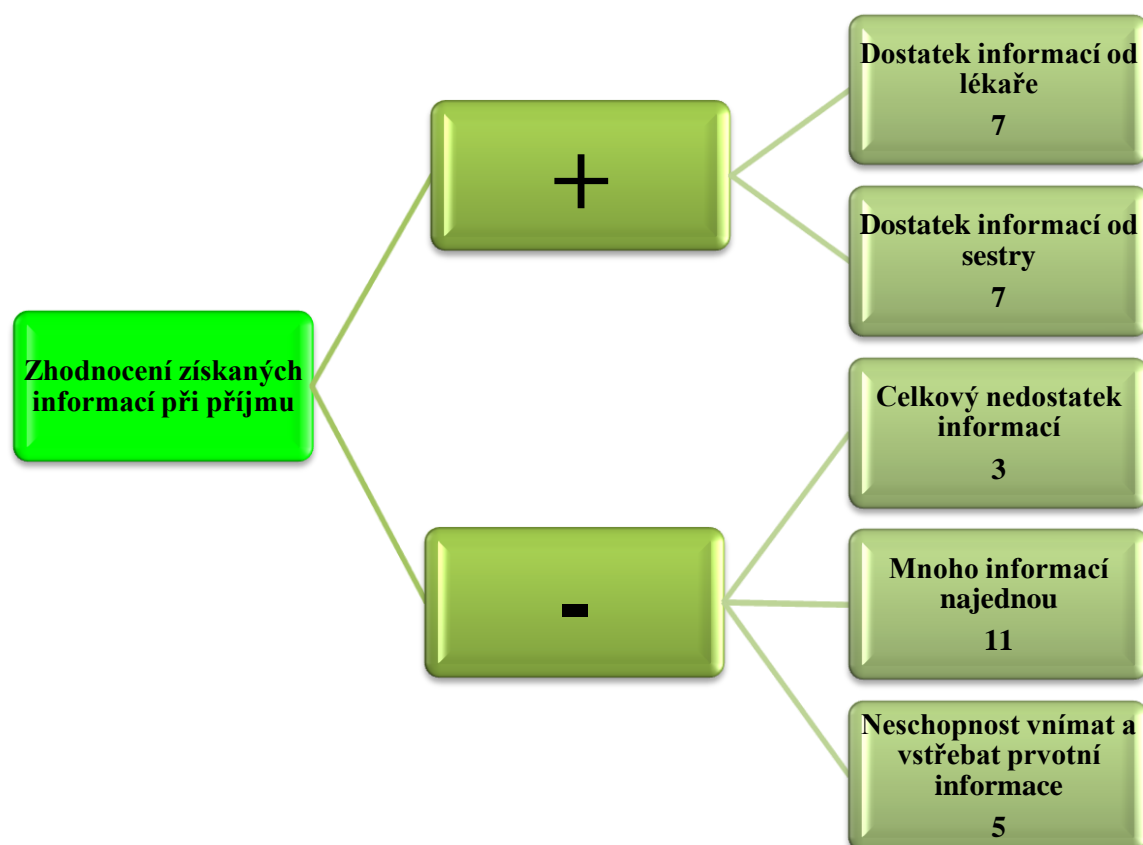
Při posledním rozhovoru zájem zdravotníků o jeho osobu v průběhu hospitalizace hodnotí pozitivně, zdravotní personál se snaží vysvětlovat, pomáhat a radit. Absenci informací na začátku hospitalizace nepocituje. Úroveň informací při propuštění posuzuje jako kvalitní a dostačující, mohl se zeptat na věci, které mu nejsou jasné.

Schéma 19 Požadavky respondentů na práci zdravotníků



Nejčastěji zmiňovaným požadavkem byla žádost na *dodržování soukromí*, byla uvedena celkem 13 krát, 12 krát byl uveden požadavek na *vhodné oslovení*, *zohlednění názoru respondenta* bylo zmíněno 11 krát a *nepoužívání odborné terminologie* bylo uvedeno 10 krát.

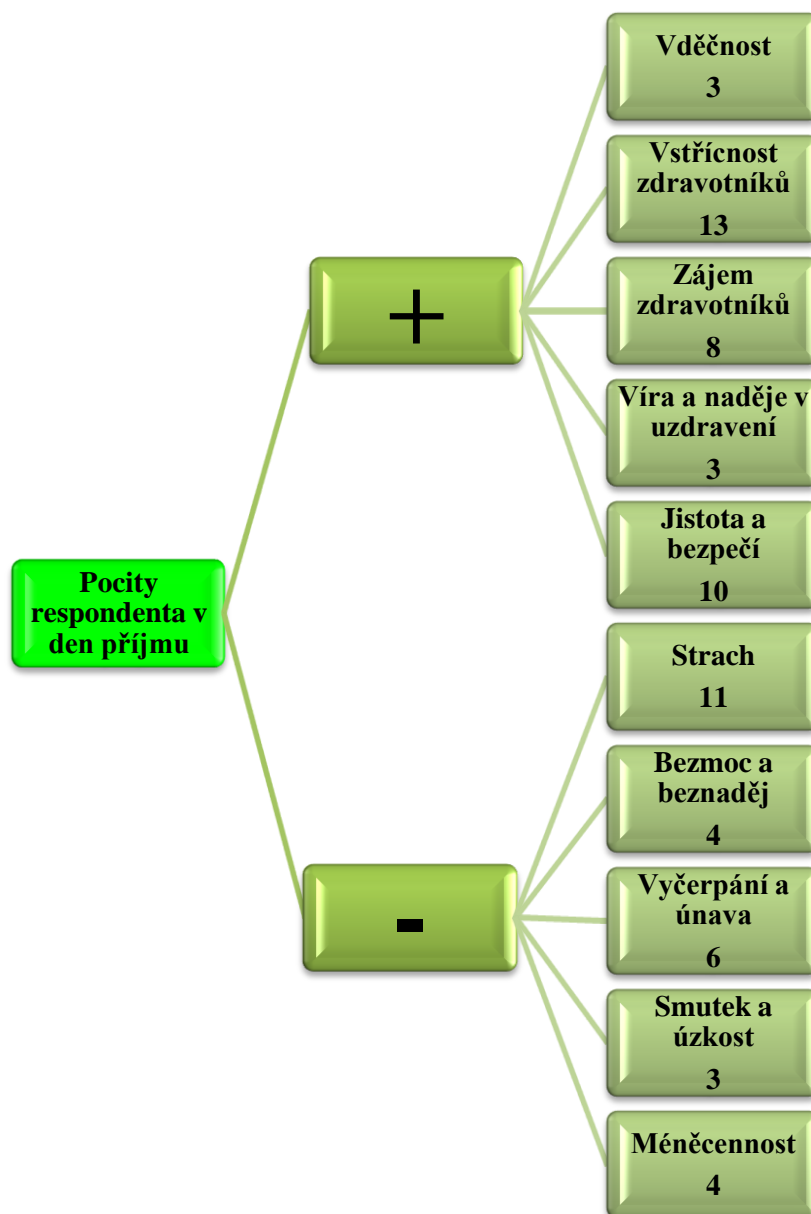
Schéma 20 Zhodnocení získaných informací při příjmu



Při zhodnocení získaných informací v den příjmu bylo nejčastěji zmíněno *mnoho informací najednou*, celkem 11 krát, shodně 7 krát respondenti zmínili *dostatek informací od lékaře* a *dostatek informací od sestry*, 5 krát byla uvedena *neschopnost vnímat a vstřebat prvotní informace* a 3 krát byl zmíněn *celkový nedostatek informací*.



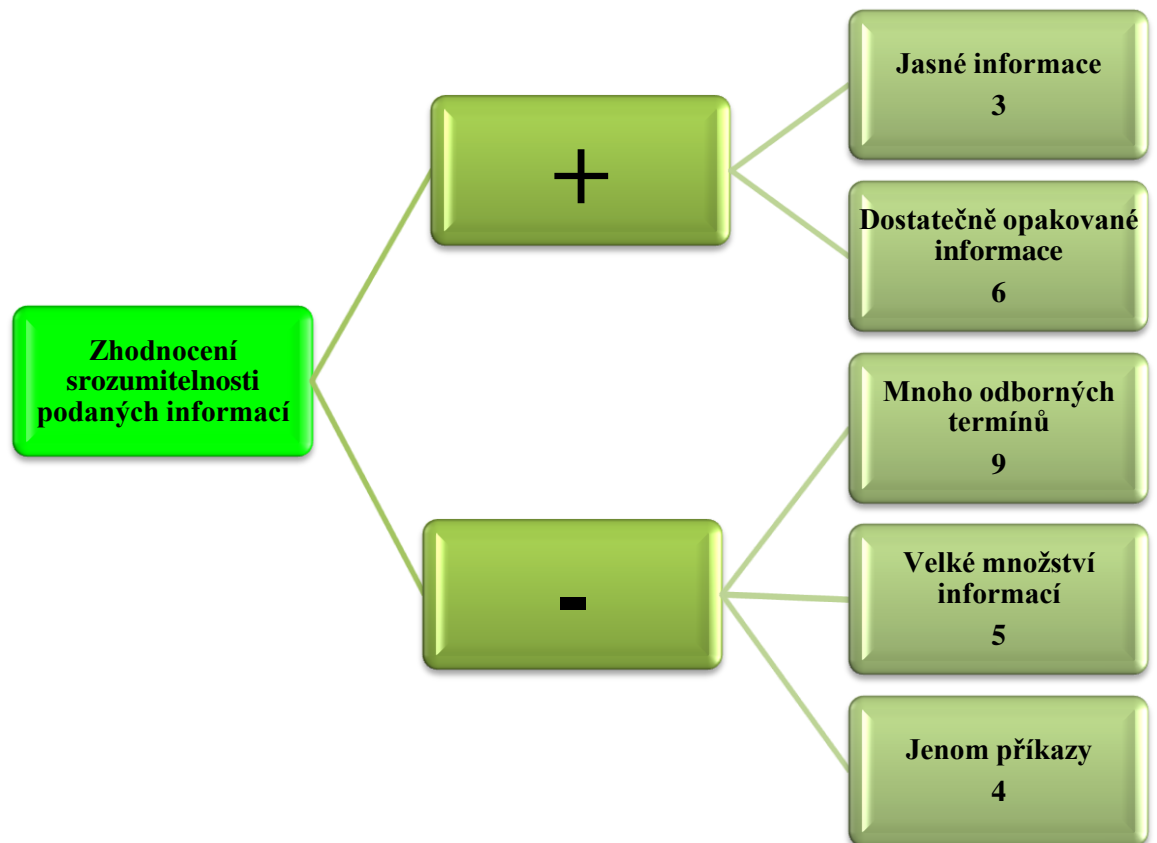
Schéma 21 Pocity respondentů v den příjmu



Mezi nejčastější pozitivní pocity v den příjmu zařadili respondenti 13 krát *vstřícnost zdravotníků*, 10 krát *pocit jistoty a bezpečí*, 8 krát *pocit zájmu* ze strany zdravotníku, a shodně 3 krát *pocit vděčnosti* a *víru a naději v uzdravení*.

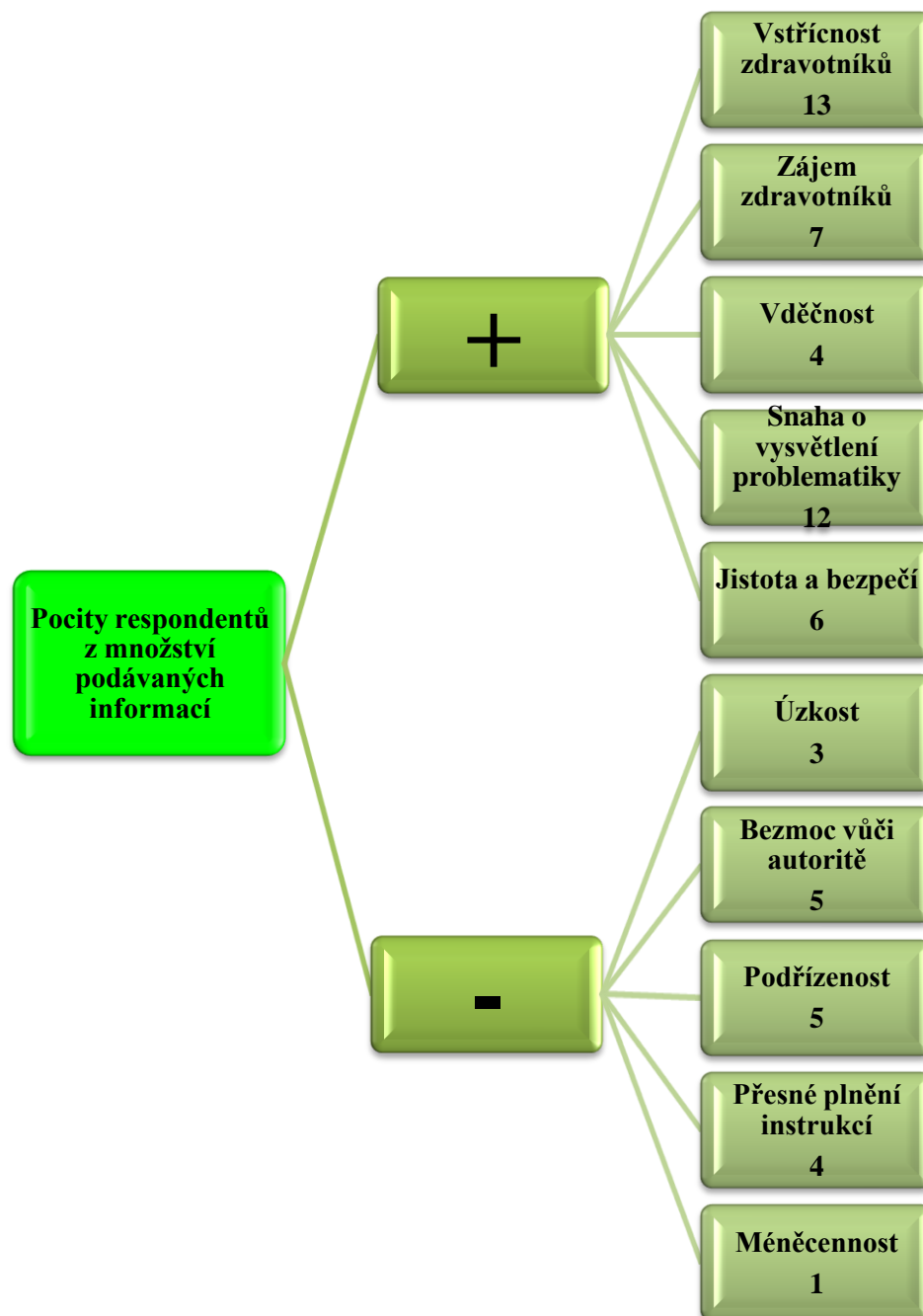
Jako nejčastější negativní pocity v den příjmu uvedli respondenti celkem 11 krát *pocit strachu*, 6 krát *vyčerpání a únavu*, shodně 4 krát zmínili *beznaděj*, *bezmocnost* a *méněcennost* a 3 krát byl uveden *smutek a úzkost*.

Schéma 22 Zhodnocení srozumitelnosti podávaných informací



Při zhodnocení srozumitelnosti podávaných informací v průběhu hospitalizace, bylo nejčastěji celkem 9 krát zmíněno *mnoho odborných termínů*, 6 krát *dostatečné opakovaní informací*, 5 krát respondenti uvedli *velké množství informací*, 4 krát *jenom příkazy* a pouze 3krát bylo zmíněno *jasné informace*.

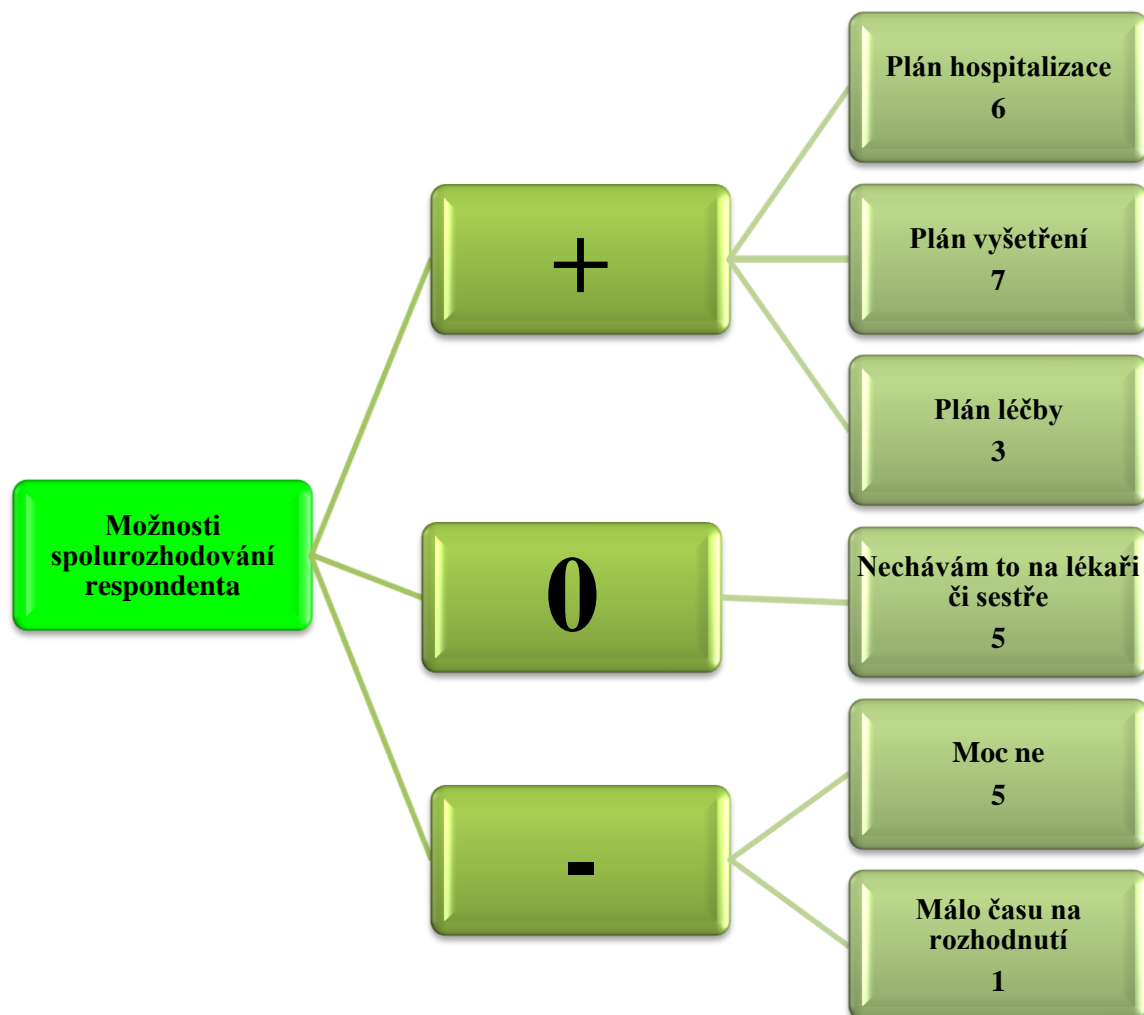
Schéma 23 Pocity respondentů z množství podávaných informací



Jako nejčastější pozitivní pocity z množství informací podávaných v průběhu hospitalizace uvedli respondenti 13 krát *vstřícnost zdravotníků*, 12 krát *snahu o vysvětlení problematiky*, 7 krát byl uveden *pocit zájmu o osobu respondenta*, 6 krát *pocit jistoty a bezpečí* a 4 krát *pocit vděčnosti*.

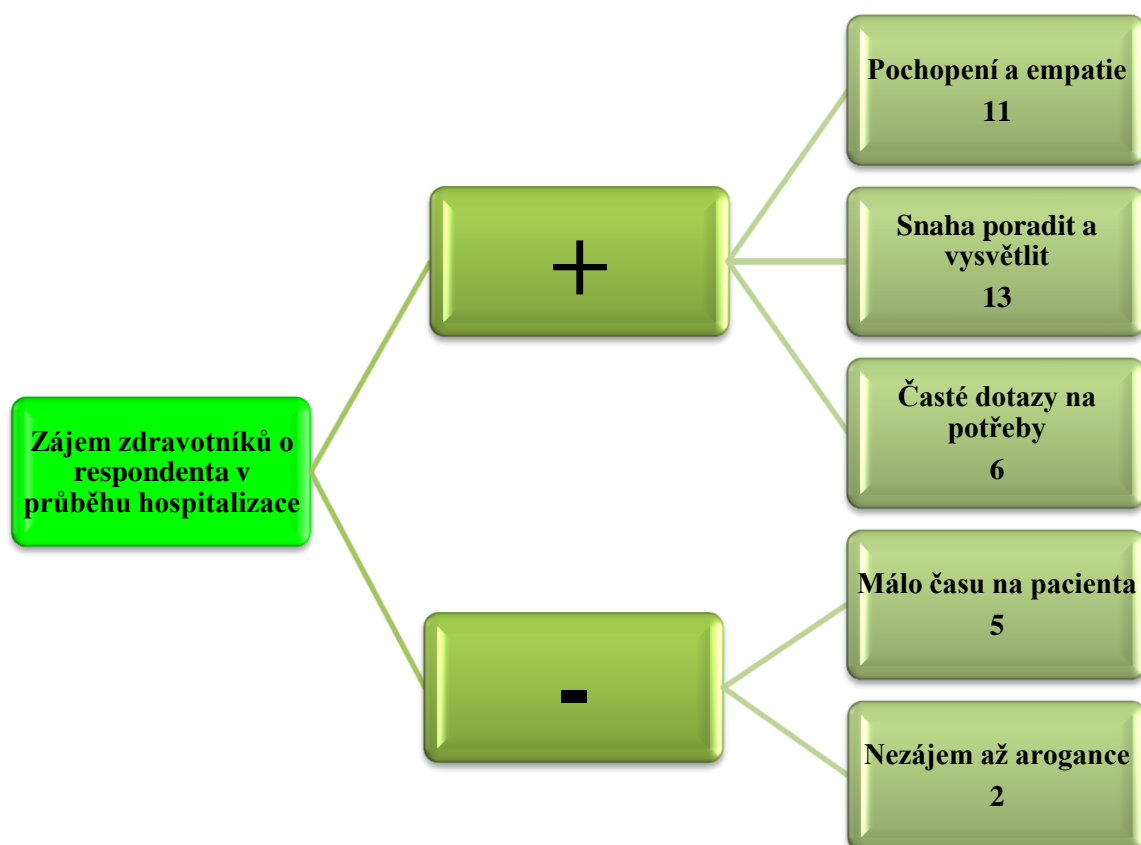
Mezi nejčastější negativní pocity z množství informací podávaných v průběhu hospitalizace zařadili respondenti shodně 5 krát *pocit podřízenosti* a *bezmocnost vůči autoritě*, 4 krát bylo uvedeno *přesné plnění instrukcí*, 3 krát *pocit úzkosti* a 1 krát *méněcennost*.

Schéma 24 Možnosti spolurozhodování respondenta



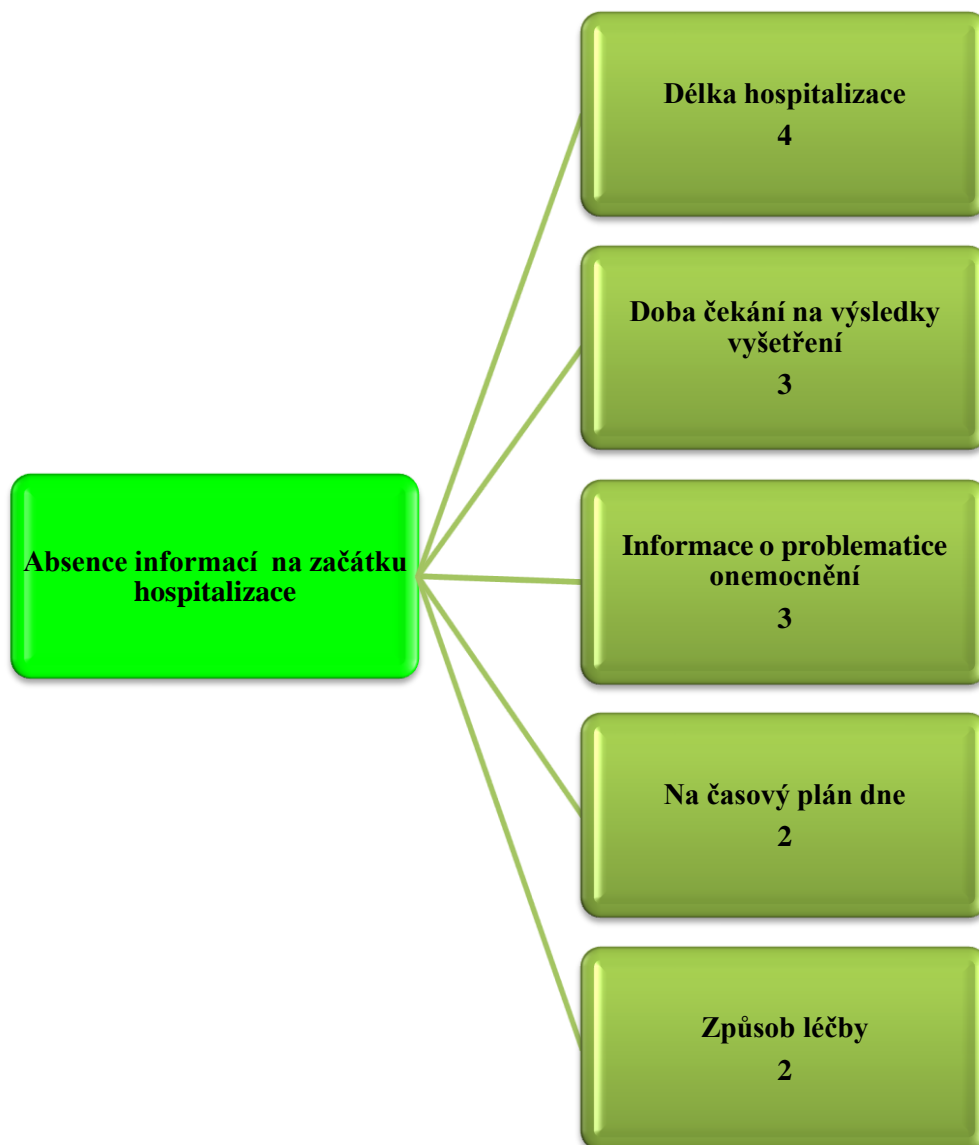
Nejčastěji respondentům byla dána možnost spolurozhodování při *plánu vyšetření*, celkem 7 krát, dále potom 6 krát při *plánu hospitalizace*, shodně 5 krát uvedli respondenti možnost *moc ne* a *nechávám to na lékaři či sestře*, 3 krát byla uvedena možnost *plánu léčby* a 1 krát *málo času na rozhodnutí*.

**Schéma 25 Zájem zdravotního personálu o osobu respondenta v průběhu hospitalizace**



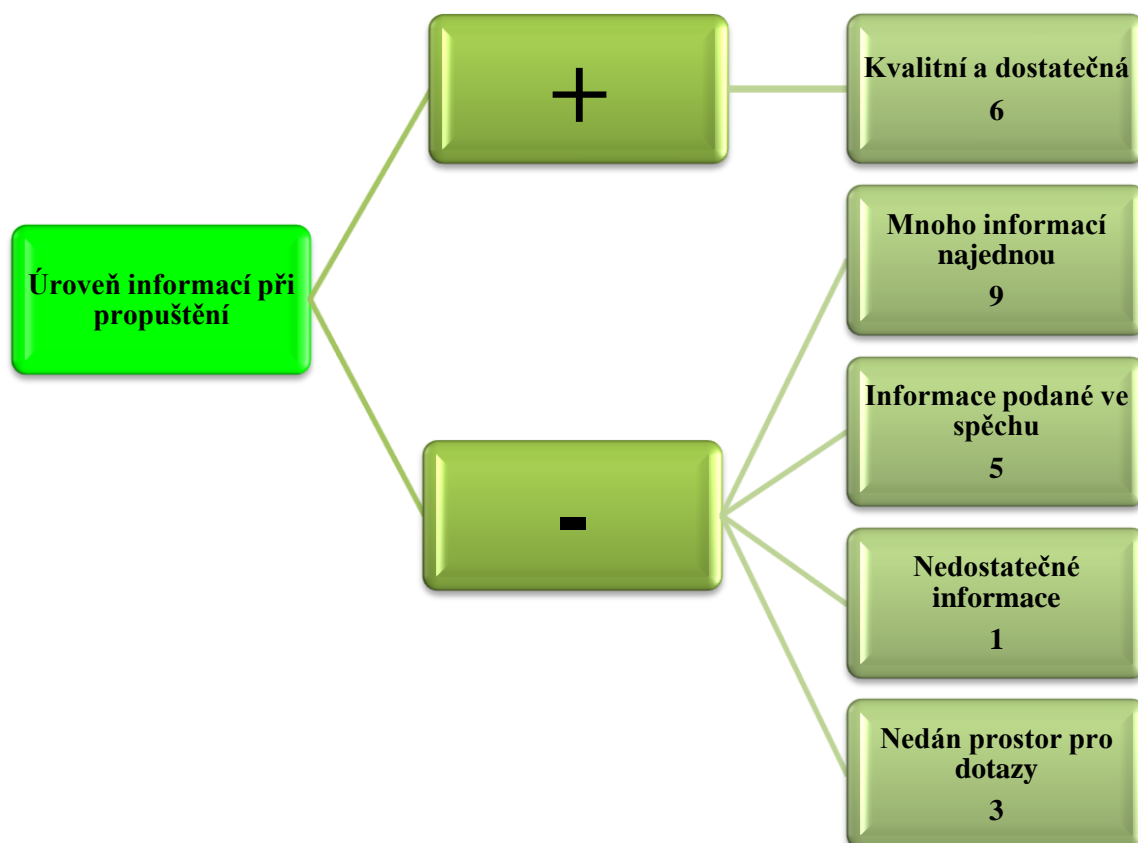
Zájem zdravotního personálu o osobu respondenta v průběhu hospitalizace byl nejčastěji hodnocen jako *snaha poradit a vysvětlit* celkem 13 krát, dále 11 krát *pochopení a empatie*, 6 krát *časté dotazy na potřeby respondenta*, 5 krát bylo uvedeno *málo času na pacienta* a 2 krát převládala *pocit nezájmu až arogance*.

Schéma 26 Absence informací na začátku hospitalizace



Mezi nejčastěji zmiňovanou absencí informací na začátku hospitalizace respondenti zařadili 4 krát informaci o **délce hospitalizace**, 3 krát shodně informace o *čekací době na výsledky vyšetření* a *problematice onemocnění*, 2 krát byla zmíněna informace o *časovém plánu dne* a *způsobu léčby*.

Schéma 27 Úroveň informací při propuštění



Úroveň informací při propuštění z hospitalizace nejčastěji respondenti hodnotili jako *mnoho informací najednou* 9 krát, 6 krát uvedli *kvalitní a dostatečné informace*, 5 krát *informace podané ve spěchu*, 3 krát respondentům *nebyl dán prostor na dotazy* a 1 respondent hodnotil *podané informace jako nedostatečné*.



## 5 Diskuse

Tato diplomová práce se zabývala problematikou informovanosti pacienta a jeho možnosti spolurozhodování při hospitalizaci na interním oddělení. Výzkumné šetření bylo realizováno jak z pohledu pacienta, tak z pohledu nelékařského zdravotního personálu. Zabývali jsme se otázkou jaké a zda existují překážky při předávání informací v průběhu hospitalizace na interním oddělení mezi pacientem a zdravotníky, také nás zajímalo, zda jsou předávané informace od zdravotníků pro pacienty srozumitelné. Naším cílem bylo také zmapovat, zda je pacient při předávání informací aktivním účastníkem a zda úroveň informovanosti pacienta saturuje jeho potřebu jistoty a bezpečí.

Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Pro zjištění výše uvedených cílů jsme v empirické části zvolili kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumného šetření. K získání dat pro zvolenou problematiku kvantitativního výzkumného šetření byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 176 respondentů z řad nelékařského zdravotního personálu. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že největší zastoupení 86 respondentů (48,9%) měly sestry pracující v lůžkovém sektoru, 51 respondentů (29,0%) zastupovali studenti prezenčního studia praktikující na interním oddělení, 21 respondentů (11,9%) tvořily sestry pracující v ambulantním sektoru, 10 respondentů (5,7%) bylo z řad sester manažerek a 8 respondentů (4,5%) zastupovalo vyučující odborné praxe (tabulka 1). Toto rozmanité zastoupení respondentů nám přineslo některé zajímavé výsledky šetření.

Ačkoliv etický kodex práv pacientů nemá v České republice dlouhou historii, má již od dubna letošního roku svoji právní podobu v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, proto by měl každý zdravotnický pracovník při jakékoliv ošetrovatelské činnosti a kontaktu s jednotlivým pacientem respektovat práva pacientů a zachovávat jeho lidskou důstojnost. Z výsledků

šetření vyplývá, že při poskytování ošetrovatelské péče má možnost respektování práv pacientů **vždy** pouze 47 respondentů (26,7%) **většinou** potom 103 respondentů (58,5%), za nevýznamnou nelze považovat také odpověď 20 respondentů (11,4%), že **záleží na dané situaci, kdy lze práva pacientů respektovat**. Zarážející je odpověď byt' 1 respondenta (0,6%), že **jsou důležitější věci než respektování práv pacientů** (tabulka 2). Při porovnání odpovědí jednotlivých skupin respondentů jsou patrné rozdíly u odpovědí vyučujících oproti ostatním skupinám respondentů a překvapivé je také zastoupení 8 studentů (15,7%) a 10 sester pracujících u lůžka (11,6%) u odpovědi, že při **respektování práv pacientů záleží na dané situaci** (tabulka 16). U této problematiky jsme se dále zaměřili na práva pacientů, která jsou nejčastěji respektována. Práva pacientů jsme rozdělili do čtyř oblastí a dle výsledků šetření (tabulka 3) je patrné, že nejčastěji je respektována oblast práv **při poskytování ohleduplné a citlivé péče**, jak uvedlo 72 respondentů (40,9%) ze 150 respondentů (100%), kteří na tuto filtrační otázku odpovídali. Dále 43 respondentů (28,7) uvedlo oblast práv **informovanosti pacienta**, pouze 21 respondentů (14,0%) uvedlo práva **respektující soukromí a stud** pacientů. Zarážející je potom odpověď toliko 14 respondentů (9,3%), kteří uvedli práva týkající se **možnosti spolurozhodování**. Právo pacientů na soukromí je uvedeno jak v etickém kodexu, tak v zákoně č. 372/2011 Sb. přesto se výsledky šetření shodují s Jobánkovou (1996), která uvádí, že zdravotníkům obrněným profesionální rutinou často uniká stud nemocných.

Při uspokojování potřeb pacienta by se sestry měly zabývat člověkem jako celkem, aby docházelo k uspokojování jeho biologických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb. K naplnění těchto potřeb pacienta by mělo docházet pomocí ošetrovatelských intervencí, jak uvádí Trachtová (2001). Z výsledků šetření (tabulka 4) bylo zjištěno, že při provádění ošetrovatelských činností saturuje potřeby pacienta **vždy** pouze 30 respondentů (17,0%), **většinou** potom 110 respondentů (62,5%), překvapující byla odpověď 6 respondentů (3,4%), kteří uvedli, že **neví, zda tak činí**. 14 respondentů (8,0%) shodně uvedlo, že **záleží na dané situaci** a, že spíše stále **přetrvává systém plnění ordinací** a 2 respondenti (1,1%) odpověděli, že **záleží na daném pacientovi**. Nedochází-li k uspokojování potřeb pacienta, stává se nemoc náročnou životní situací,

kteřá mŕže bŕt z pohledu pacienta vnŕmána jako obtŕžnĕ zvládnutelnŕy ĭi dokonce nezvladatelnŕy stav, jak uvádŕi Zacharová, Hermanová, Šrámková (2007). Pŕi porovnání jednotlivŕch skupin respondentŕ (tabulka 17) došlo ke shodĕ nejĭastĕjší odpovĕdi, že provádĕní ošetřovatelskŕch ĭinností na podkladĕ saturace potřeb pacientŕ je realizováno **vĕtšinou**.

Předpokladem dobrĕ spolupŕace pacienta se zdravotníky je dostateĭná informovanost a mořnost spolurozhodování a spoluzodpovĕdnosti pacienta, jak uvádŕi Kořenek (2004). Kvalitní informovanost pacienta vede ke sniřžení pŕípadného stresu a k lepší vzájemné spolupŕaci. Na tuto problematiku byla zamĕřena další ĭást šetřeni. Sedm otázek dotazníku bylo orientováno na konkrĕtní okruhy informací u jednotlivŕch ĭinností. U otázek na *informovanost o zdravotním stavu* (tabulka 5), *informovanost o pŕubĕhu hospitalizace* (tabulka 6), *informovanost o léčebných postupech* (tabulka 7), *informovanost o podávaných léĭích* (tabulka 9) a *informovanost o charakteru onemocnění* (tabulka 10) došlo u respondentŕ k zajímavĕ shodĕ rozdílnŕch odpovĕdí. Nejĭastĕji bylo u všech jmenovaných okruhŕ vřdy oznaĭeno, že pacienti **mají vĕtšinou** dostatek informací, druhá nejĭastĕjší odpovĕď u jmenovaných okruhŕ byla, že pacienti **nemají vĕtšinou** dostatek informací. Tuto pŕekvapující rozdílnost odpovĕdí mŕže ĭásteĭnĕ ozřejmit porovnání odpovĕdí jednotlivŕch skupin respondentŕ (tabulky 19, 20, 21, 23 a 24). Studenti a vyuĭující odbornĕ praxe vřdy uvedli jako dvĕ nejĭastĕjší odpovĕdi u jmenovaných okruhŕ, že pacienti **mají vĕtšinou** dostatek informací a že pacienti **nemají vĕtšinou** dostatek informací. Naproti tomu sestry pracující v ambulantním sektoru oznaĭily vřdy jako dvĕ nejĭastĕjší odpovĕdi u jmenovaných okruhŕ, že pacienti **mají vřdy** dostatek informací a že pacienti **mají vĕtšinou** dostatek informací. Za upozornĕní jistĕ stojí i ta skuteĭnost, že sestry manařerky a vyuĭující odbornĕ praxe nikdy neoznaĭily u jmenovaných okruhŕ **nevŕm** a vyuĭující odbornĕ praxe navíc ještĕ, že pacienti **mají vřdy** dostatek informací. Mŕžeme se domnívat, že urĭitá neoĭekávaná rozdílnost odpovĕdí jednotlivŕch skupin respondentŕ je dána jejich rŕznŕm pohledem na danou problematiku, u sester ambulantního sektoru se dá předpokládat menší ĭasovŕ prostor na zpĕtnou vazbu a ovĕření efektivity pŕi informování pacientŕ a z tohoto hlediska pak mŕže vycházet pŕesvĕdĭení, že pacient má

dostatek informací. Dostatek času na informování pacienta je důležitým předpokladem efektivně vedené komunikace a přímo souvisí s individuálním přístupem k pacientovi, uvádí Onderková (2007). Naproti tomu studenti a vyučující odborné praxe tráví mezi pacienty daleko více času a při provádění jednotlivých ošetrovatelských intervencí si mohou ověřit, zda pacienti jednotlivé informace mají či nemají.

Další otázka, která se týkala problematiky informovanosti pacienta, byl dotaz mapující *dostatek informací o vyšetřeních, které má pacient absolvovat* (tabulka 8). Z výsledků šetření vyplynulo, že 48 respondentů (27,3%) se domnívá, že pacienti **mají vždy** dostatek informací o plánovaných vyšetřeních, 86 respondentů (48,9%) uvedlo, že pacienti **mají většinou** dostatek informací, 5 respondentů (2,8%) **neví, zda mají** pacienti dostatek informací, 34 respondentů (19,3%) se domnívá, že pacienti **většinou nemají** dostatek informací a 3 respondenti (1,7%) uvedli, že pacienti **nemají** dostatek informací o plánovaných vyšetřeních. Tento velice pozitivní fakt, kdy více, jak polovina respondentů uvedla kladnou odpověď, není nijak překvapující, neboť povinnost vyžádat si před plánovaným poskytnutím zdravotních služeb informovaný souhlas ukládá zdravotníkům právní norma v podobě zákona č. 372/2011 Sb. V této souvislosti lze tedy předpokládat, že před vyžádáním písemného souhlasu, je třeba pacienta srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informovat o plánovaném vyšetření. Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak určí poskytovatel zdravotních služeb. V praxi se tak můžeme setkat s širokou škálou písemných informovaných souhlasů, které se týkají zejména vyšetření, které mohou negativně ovlivnit následný zdravotní stav či kvalitu života pacienta. Tuto naši domněnku potvrzuje i porovnání odpovědí jednotlivých skupin respondentů (tabulka 22), kdy u všech kategorií sester převládají kladné odpovědi.

Následující dotaz týkající se problematiky informovanosti pacienta, byla otázka na *dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči* (tabulka 11 a 25). Dle očekávání i zde převládali kladné odpovědi 45 respondentů (25,6%) se domnívá, že pacienti **mají vždy** dostatek informací a 104 respondentů (59,1%) uvedlo, že pacienti **mají většinou** dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči. Zarážející ale je vyjádření 15 respondentů (8,5%), kteří uvedli, že **neví, zda mají** pacienti dostatek

informací, 11 respondentů (6,2%), kteří se odpověděli, že pacienti **většinou nemají** dostatek informací a 1 respondent (0,6%), který uvedl, že pacienti **nemají** dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči. Mezi charakteristické rysy ošetrovatelství patří aktivní individualizovaná komplexní ošetrovatelská péče poskytovaná sestrou, která je mimo jiné založena na vzájemné komunikaci mezi sestrou a pacientem. Staňková v roce 1996 uvedla, že i přes veškeré snažení změnit stav, převažuje stále v ošetrovatelské péči rutinní práce sester založená na jejich tradiční pasivní roli, která je více zaměřena na plnění úkolů, než na nemocné a jejich potřeby. Ona si tento problém před šestnácti lety vysvětlovala dlouholetým vžitým chápáním ošetrovatelské profese. Jak si však skutečnost, že se stále mezi zdravotníky najde poměrně vysoké procento jedinců, kteří nevědí, jak správně poskytovat ošetrovatelskou péči máme vysvětlit my na začátku 21. století?

Na závěr bloku otázek týkající se informovanosti byl dotaz, který mapuje *důvody nedostatečné informovanosti pacientů* (graf 1). Respondenti zde měli možnost uvést více odpovědí, celkem bylo označeno 344 odpovědí. Nejčastěji zvolené důvody nedostatečné informovanosti pacienta mohou pomoci odpovědět na výše položenou otázku. 68 krát byl označen ***zavedený rutinní styl práce***, 65 krát byly shodně označeny ***nedostatek času*** a pro pacienta ***nesrozumitelné podání informací*** a 40 krát byl uveden ***nezájem a nechuť ze strany zdravotníků***. Staňková (1996) uvádí, že kvalitu ošetrovatelské péče netvoří jen precizně provedené ošetrovatelské výkony, ale podstatněji ji zejména z hlediska nemocného ovlivňuje přístup sestry a její chování, které ošetrovatelské činnosti doprovází. Klademe si otázku, zda ošetrovatelské intervence provedené ve spěchu, zavedenou rutinní technikou, bez dostatku srozumitelných, vysvětlujících informací a zájmu zdravotníků, mohou aktivně hájit zájmy pacienta a akceptovat jeho potřeby a důstojnost? Dále respondenti uvedli 36 krát ***nedostatek soukromí při předávání informací***, 29 krát ***nespolupráce a nezájem ze strany pacienta***, 17 krát ***nerespektování pacienta jako partnera*** a pouze 24 krát bylo uvedeno, že ***pacientům je poskytnut dostatek informací***. Porovnáme-li jednotlivé skupiny respondentů (schéma 1), uvádí na prvním místě shodně vyučující a studenti ***nezájem a nechuť zdravotníků***, sestry pracující u lůžka vidí problém

*v nesrozumitelném podání informací, zavedeném rutinním stylu práce a v nedostatku času.* Ve shodě s předcházejícími výsledky uvádí sestry z ambulantního sektoru, že *pacienti mají dostatek informací* a sestry manažerky se domnívají, že důvod nedostatečné informovanosti pacientů je *v nedostatku soukromí a v nesrozumitelném podání informací.*

Tabulka 12 zobrazuje četnost dotazů pacientů na délku hospitalizace, zdravotní stav a jiné dotazy. 98 respondentů (55,7%) je nejčastěji dotazováno *na délku hospitalizace*, 42 respondentů (23,9%) *na zdravotní stav* a 36 respondentů dostává dotazy *jiné*. Mezi *jiné* dotazy zařadili respondenti 14 krát *dotaz na léky*, 9 krát *na stravu*, 8 krát *na problematiku vyšetření* a 5 krát *na návštěvní hodiny*. Křivohlavý (2002) uvádí, že většina nemocných se domnívá, že jejich onemocnění je jen dočasné a že se v dohledné době uzdraví. Naproti tomu pobyt v nemocnici v povědomí pacientů vyvolává stres a obavy z vážnějšího onemocnění. Ve shodě s Křivohlavým se můžeme domnívat, že pacienti dávají do souvislosti délku hospitalizace a vážnost onemocnění. Krátká hospitalizace pro ně znamená brzké uzdravení a ambulantní léčba je znamením nezávažného onemocnění. Tuto naši domněnku potvrzuje i porovnání výsledků jednotlivých skupin respondentů (tabulka 25), kdy jako jediné sestry ambulantního sektoru uvedly, že jsou častěji dotazovány *na zdravotní stav*, než na délku hospitalizace.

Poslední část dotazníku měla za úkol zmapovat možnosti spolurozhodování a aktivní účasti pacientů při léčebném procesu z pohledu nelékařských zdravotnických pracovníků. Současná medicína stále více posouvá dřívější tradiční pasivní roli pacienta a jeho rodiny. Nemocný a jeho blízcí se stávají aktivními účastníky týmového úsilí zdravotníků. Tato možnost je pacientům dána prostřednictvím informovaného souhlasu, kdy je zdravotník povinen zajistit dostatečné srozumitelné informování a dát nemocnému prostor pro kladení doplňujících otázek, aby mohl spolurozhodovat o navrženém léčebném postupu. Výsledky šetření (tabulka 13), které předkládají názory zdravotníků na *možnost spolurozhodování* pacienta, přinesly velice překvapující zjištění. Pouze 10 respondentů (5,7%) se domnívá, že pacient *má* během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči, 39 respondentů (22,2%) uvedlo, že tuto možnost *má většinou*, 71 respondentů (40,3%) se domnívá, že *pouze v omezené míře*,

22 respondentů (12,5%) si myslí, že *záleží na dané situaci*, 6 respondentů (3,4%), že *záleží na daném pacientovi* a 16 respondentů (9,1%) uvedlo, že možnost spolurozhodování se týká *pouze ošetrovatelských činností*. Při porovnání výsledků jednotlivých skupin respondentů (tabulka 26) byla převaha kladných odpovědí pouze u sester manažerek. Na tuto otázku navazovala následující, která zjišťovala *nejčastější oblasti*, kde je pacientům dána možnost *spolurozhodování*. Jednalo se o otázku filtrační, proto na ni odpovídalo pouze 49 respondentů (100%). Jako nejčastější oblast možnosti spolurozhodování uvedlo 20 respondentů (40,8%) *volbu léčebného postupu*, 14 respondentů (28,6%) *volbu ošetrovatelské intervence*, 13 respondentů (26,5%) *volbu vyšetřovací metody* a 2 respondenti (4,1%) uvedli *jiné*. Spolurozhodování pacienta je věc, která ještě není v České republice zažitá, ale vzhledem k přijaté aktuální legislativě očekáváme, že dojde ke zlepšení této problematiky.

Další otázka dotazníkového šetření zjišťovala, zda se respondenti domnívají, že *jednání s pacientem jako aktivním účastníkem léčebného procesu*, má pozitivní vliv na jeho uzdravování. 159 respondentů (90,3%) odpovědělo *ano*, 13 respondentů (7,4%) *nevím* a pouze 4 respondenti (2,3%) uvedli *ne*. Vzhledem k předcházejícím zjištěným výsledkům o možnosti spolurozhodování pacienta bylo překvapující zjištění, že si respondenti uvědomují, že aktivní přístup pacienta k léčbě může mít kladný vliv na průběh onemocnění. Ze zjištěných výsledků nicméně vyplývá, že tak zdravotníci nečiní.

Na závěr dotazníku byla respondentům dána možnost *vyjádření vlastního názoru a návrhů na zlepšení problematiky informovanosti pacientů*. Z celkového počtu 176 respondentů (100%) této možnosti využilo 143 respondentů (81,2%). Nejčastěji 56 krát respondenti uvedli požadavek *více času na jednotlivého pacienta*, dále pak následovalo 47 krát *více trpělivosti, empatie a respektu zdravotníků vůči pacientovi*, 46 krát *více soukromí pro pacienta*, shodně 37 krát *méně administrativy* a *více prostoru pro dotazy pacienta*. 36 krát byl uveden *větší zájem o informovanost pacientů ze strany lékařů*, 35 krát *menší rozsah používání odborné terminologie*, 24 krát *srozumitelnější a konkrétnější informační materiál*, 23 krát *zlepšení spolupráce sestra – lékař* a 19 krát respondenti vyjádřili požadavek na *větší počet zdravotnického personálu*. Z uvedených

návrhů je patrné, že si respondenti uvědomují jisté rezervy v informovanosti pacienta. Nejčastěji zmiňovaná otázka času na pacienta je v současné době velice aktuální a často diskutovaná mezi odborníky.

Ve druhé části výzkumu, který byl zaměřen na kvalitativní šetření, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, jsme se zabývali tím, má-li pacient v průběhu hospitalizace na interním oddělení dostatek informací a je-li mu dána možnost spolurozhodování o poskytované péči. Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení. Výsledky výzkumného šetření plně vycházejí z provedených rozhovorů. Údaje, které jsme získali od respondentů, byly přepsány a následně pro lepší přehled zpracovány do schémat pro každého jednotlivého respondenta. Nejzajímavější a nejpodstatnější výsledky uvádíme sumarizované ve společných schématech. S každým respondentem byly provedeny tři rozhovory v den příjmu, v průběhu hospitalizace a v den propuštění.

Oblast, která se ukázala při zpracování výsledků jako velmi zajímavá, jsou *požadavky respondentů na práci zdravotníků* (schéma 19). Nejčastěji zmiňovaným požadavkem bylo ***dodržování soukromí***, tuto skutečnost hodnotilo 11 respondentů velice kladně, pouze respondent 3 uvedl, že jeho příjmový rozhovor s lékařem probíhal na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů a respondent 9 uvedl, že nemá žádné soukromí. Jobánková (1996) uvádí, že právě stud pacientů zdravotníkům často uniká, přitom nemocný ho může pociťovat v každém věku a nejen pro svůj tělesný vzhled nebo případnou nevědomost určité problematiky. Také Haškovcová (1996) zmiňuje, že v souvislosti s poskytováním ošetrovatelské péče je třeba brát maximální ohled na soukromí a stud pacienta. Mezi další požadavky na práci zdravotníků zařadili respondenti požadavek na ***vhodné oslovení, názor pacienta*** a ***nepoužívání odborné terminologie***. Právě naposled uvedený požadavek byl od respondentů často zmiňován v průběhu celé hospitalizace. Respondentka 1 uvedla již při prvním rozhovoru, že by uvítala, kdyby zdravotní personál používal méně odborných výrazů. Dle respondenta 2 používal lékař při příjmu samá cizí slova, respondentka 5 uvedla, že se cítila nesvá z mnoha odborných výrazů, respondent 10 uvedl, že někdy zdravotníci požívají slova,



kterým nerozumí a respondent 11 uvedl, že se ho lékař ptal na nemoci, jejichž názvy neznal a nedokázal odpovědět, zda tyto nemoci prodělal.

S touto oblastí těsně souvisely další dvě otázky, která mapují *zhodnocení získaných informací při příjmu* (schéma 20) a *zhodnocení srozumitelnosti podávaných informací* (schéma 22). Shodně 7 krát respondenti uvedli, že měli **dostatek informací od lékaře či sestry** a 3 respondenti pocítovali **nedostatek informací**. Respondentka 14 uvedla, že kromě několika odborných výrazů se musela spokojit s větou, „Vy to znáte“. Podávání dostatku informací souvisí s jednou z rolí sestry, jak se zmiňuje Staňková (1996). Důležité je, aby si i sestra uvědomovala, že nejen lékař, ale i ona je ten, kdo díky správné informovanosti pacientů snižuje případné riziko možných komplikací onemocnění. 11 krát respondenti uvedli, že šlo o **mnoho informací podaných najednou**. Respondent 3 uvedl, že dostal mnoho informací, které moc nevnímal, respondentka 5 uvedla, že se cítila být zaskočena množstvím informací, respondent 6 nebyl zcela schopen vnímat a vstřebat velké množství informací a respondent 9 uvedl, že dostal mnoho informací najednou, přesto je považoval za nedostatečné, protože se v nich nedokázal orientovat. Z výsledků šetření vyplývá, že je třeba, aby si zdravotníci uvědomovali, že informace musí podávat nejen v dostatečném množství, ale také srozumitelnou formou.

Zajímalo nás také, jaké pocity měli respondenti v den příjmu (schéma 21). Příjemným zjištěním bylo, že téměř u všech respondentů převládali pozitivní pocity a pokud při příjezdu na oddělení měli pacienti strach, obavy či pocit méněcennosti, dokázali je zdravotníci bezmála ve všech případech rozptýlit. Při negativních pocitech mohou pacienti dávat najevo nedůvěru ke zdravotnickému personálu, mohou být nespokojeni, nespolupracovat a to vše může zhoršit jejich prožívání nemoci a prodloužení rekonvalescence, uvádí Křivohlavý (2002).

Na výše uvedené navazovala další otázka, kterou jsme chtěli zmapovat *pocity respondentů z množství podávaných informací* (schéma 23). V této problematice již k takové shodě nedošlo, ačkoliv i zde převládali kladné odpovědi. 13 krát respondenti uvedli **vstřícnost zdravotníků**, 12 krát **snahu o vysvětlení problematiky**, 7 krát byl uveden **zájem zdravotníků** o osobu respondenta a 6 krát **navození pocitu jistoty a**

**bezpečí.** Mezi nejčastější negativní pocity shodně patřil 5 krát **pocit podřízenosti a bezmoc vůči autoritě.** Překvapující byla převaha negativních pocitů u mladších pacientů - mužů. Respondent 6 uvedl, že časté používání odborných, či jemu neznámých výrazů na něho působí jako příkazy a vyvolává u něho pocit bezmoci vůči autoritě, méněcennosti a úzkosti. Respondent 2 přirovnával svůj pobyt v nemocnici k vojně, dle jeho mínění, také jenom plní příkazy a instrukce. Tento zajímavý fakt si vysvětlujeme tím, že v ošetrovatelské profesi převládá počet žen sester a přijímání rad a instrukcí od žen může některým pacientům činit potíže.

Následující oblast, která nás zajímala, zahrnovala možnost spolurozhodování pacientů při hospitalizaci na interním oddělení (schéma 24). Kořenek (2004) uvádí, že nejlepší vztah zdravotníka a nemocného pro úspěšnou léčbu a příznivý vývoj nemoci je vztah, který stimuluje pacienta k spolurozhodování a spoluzodpovědnosti za výsledek terapie. Z výsledků šetření vyplývá, že si tuto skutečnost uvědomuje stále více zdravotníků, nejčastěji respondenti uvedli, že jim tato možnost byla dána 7 krát **při plánu vyšetřeních**, 6 krát **při plánu hospitalizace** a 3 krát **při plánu léčby**. 5 respondentů uvedlo, že **rozhodování nechali na lékaři či sestře.** Mezi negativní reakce na tuto problematiku respondenti uvedli 5 krát, že možnost spolurozhodování **moc neměli** a 1 krát, že **na rozhodnutí bylo málo času.** Zajímavé je srovnání výsledků mezi kvalitativním a kvantitativním šetřením, kde je vidět, že pacienti a zdravotníci mají na danou problematiku různý názor a sami zdravotníci vůči sobě jsou kritičtější.

Při konečném rozhovoru byla dána pacientům možnost, aby se vyjádřili k **zájmu zdravotního personálu o svoji osobu v průběhu hospitalizace** (schéma 25). Příjemným zjištěním byla velká převaha kladných odpovědí. 13 krát respondenti uvedli **snahu poradit a vysvětlit** ze strany zdravotníků, 11 krát **pochopení a empatii**, 6 krát **časté dotazy na potřeby**, 5 krát bylo uvedeno **málo času na pacienta** a 2 krát **pocit nezájmu až arogance.** Respondentka 12 hodnotila zdravotníky jako ochotné se zájmem o pacienty, ale trochu pořád uspěchané, to potvrdili také respondenti 2 a 9. Při srovnání získaných informací od zdravotníků a pacientů dochází ke shodě v otázkách času na pacienta, obě skupiny respondentů se shodují v nedostatku času.

Poslední výsledky, které byly získány kvalitativním šetřením, se týkaly úrovně informací při propuštění (schéma 27). Z hlediska budoucích perspektiv nemocného je důležité, aby pacient opouštěl zdravotnické zařízení dostatečně informovaný o své nemoci, nezbytnostech terapie, ošetřování a případných režimových opatřeních. Důležité také je dostatečně srozumitelně poučit rodinu nemocného, uvádí Staňková (1996). Z výsledků výzkumného šetření ale vyplývá, že se tak neděje, pouze 6 krát respondenti uvedli, že informace při propuštění do domácí péče byli *kvalitní a dostačující*, 9 krát opět poukazovali na *mnoho informací podaných najednou*, 5 krát uvedli, že *informace byli podané ve spěchu*, 3 krát *nebyl* dán respondentům *prostor pro dotazy* a 1 respondent hodnotil informace *jako nedostatečné*.

Doufáme, že výsledky výzkumného šetření budou přínosem pro nelékařský i lékařský personál, kterému pomohou proniknout do pocitů, očekávání a potřeb jejich pacienta a povedou ke zkvalitnění ošetrovatelské péče.

## 6 Závěr

V diplomové práci s názvem Informovanost pacienta a spolurozhodování v průběhu hospitalizace na interním oddělení, jsme se zabývali úrovní informovanosti pacienta, možnostmi spolurozhodování a nejčastějšími dotazy pacienta v průběhu hospitalizace. Toto téma považujeme vzhledem k aktuálním legislativním změnám ve zdravotnictví za velmi aktuální. Pro účely této diplomové práce byly stanoveny tři cíle. První z nich si kladl za úkol zjistit úroveň informovanosti pacienta v průběhu hospitalizace o plánu péče. Z výsledků šetření vyplynulo, že pacienti pocítují nedostatek pro ně srozumitelných informací o plánu péče. Účelem druhého cíle bylo zjistit, zda má pacient možnost spolurozhodování o poskytované péči v průběhu hospitalizace. Při porovnání výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření došlo k jistému rozporu mezi názory pacientů a zdravotníků. Pacienti se domnívají, že možnost spolurozhodování je jim dána, naproti tomu zdravotníci si myslí, že možnost spolurozhodování pacienta je omezena. Třetí cíl měl definovat, s jakými dotazy od pacientů v souvislosti s průběhem hospitalizace se sestry nejčastěji setkávají. Z výsledků šetření vyplynulo, že nejčastější dotazy pacientů jsou na délku hospitalizace. Všechny stanovené cíle diplomové práce byly splněny.

Pro výzkumnou část práce byly použity dvě metody. K realizaci kvantitativního šetření byla použita metoda dotazování prostřednictvím techniky dotazníku. Osloveni byli respondenti z řad studentů prezenčního studia oborů zdravotnický asistent, všeobecná sestra a zdravotnický záchranář praktikující na interním oddělení, dále potom sestry pracující v ambulantním a lůžkovém sektoru interního oddělení, sestry manažerky a vyučující odborné praxe. V kvantitativní části výzkumného šetření byly ověřovány dvě předem stanovené hypotézy: H1 Četnost dotazů od pacientů na délku hospitalizace je ve stejné míře jako na zdravotní stav. Z výsledků šetření vyplynulo, že četnost dotazů na délku hospitalizace je v daleko větší míře, než dotazy na zdravotní stav. První hypotéza byla vyvrácena. H2 V průběhu podání informací pacientovi, považují sestry za samozřejmé začlenit také názory vyjadřující potřeby pacienta. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry považují za samozřejmé v průběhu

hospitalizace začlenit také názory pacienta vyjadřující jeho potřeby. Druhá hypotéza byla potvrzena.

K realizaci kvalitativního šetření byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Výzkumný soubor tvořilo 15 pacientů hospitalizovaných na interním oddělení. Pro kvalitativní část výzkumného šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky: 1. Jaké existují překážky, aby podávané informace v průběhu hospitalizace pacientovi, byly srozumitelné? Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastější překážkou srozumitelnosti podaných informací je jejich velké množství a časté používání odborné terminologie. 2. Jaké existují překážky tomu, aby byl pacient aktivním účastníkem při předávání informací? Z výsledků šetření překvapivě vyplynulo, že se nejedná o nedostatek pochopení či empatie ze strany zdravotníka nebo nezájem ze strany pacienta. Hlavní překážkou toho, aby pacient mohl být aktivním účastníkem při předávání informací je nedostatek času zdravotníka na pacienta. 3. Saturuje úroveň informovanosti pacienta jeho potřebu jistoty a bezpečí? Šetřením bylo zjištěno, že úrovní informovanosti pacienta je saturována jeho potřeba jistoty a bezpečí.

Výsledky rozhovorů byly zpracovány do schémat a následně analyzovány. Z výsledků vyplývají následující hypotézy: H1 Překážky srozumitelnosti podávaných informací v průběhu hospitalizace způsobují narušení uspokojování potřeby jistoty a bezpečí. H2 Srozumitelnost poskytnutých informací v průběhu hospitalizace přispívá k aktivnímu zapojení pacienta. Dále je z výsledků patrné, že respondenti očekávají od zdravotníků vstřícnost, empatii, schopnost komunikace a oporu.

Při porovnání výsledků kvalitativního a kvantitativního šetření došlo k určitým shodám i rozporům. Obě skupiny shodně negativně vnímají časové možnosti zdravotníků na pacienta, naopak jistý rozpor vyplývá z názoru na možnost spolurozhodování pacienta v době hospitalizace.

Výběr tématu souvisel s každodenní pracovní činností autorky, která měla zájem o zkvalitnění informovanosti a spolurozhodování pacientů na vlastním oddělení. Výsledky zjištění získané touto diplomovou prací budou použity jako podklad pro tvorbu informačního materiálu pro pacienty, hospitalizované na interním oddělení. Na základě zjištěných výsledků byla vytvořena struktura informačního letáku (příloha 4) a

vzorový informační leták (příloha 5). Dále se domníváme, že by bylo vhodné, aby se s výsledky seznámily sestry pracující na interních odděleních. Výsledky práce by mohly být také zajímavé a přínosné pro studenty středních, vyšších i vysokých škol připravující se na povolání nelékařských zdravotnických pracovníků.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- AGARD, A. Informed consent: theory versus practice. *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine*. 2005, vol.2, no.6, s. 270-271. ISSN 1743-4297.
- ANDRÝSEK, O., et al. *Mluv se mnou*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-6.
- AVEYARD, H. Informed Consent Prior to Nursing Care Procedures. *Nurs Ethics*. 2005, vol.12, no.1, s. 19-29.
- BLÁHA, K., STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 13, Sestra a právo : komunikace v praxi*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2004. 67 s. ISBN 80-7013-388-0.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 5, Manuálek o etice pro sestry*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů : komentované vydání*. 1. vyd. Havířov : Nakladatelství A. Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
- JOBÁNKOVÁ, M., et al. *Kapitoly z psychologie : pro zdravotnické pracovníky*. vyd.3. Brno : NCO NZO, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
- JOBÁNKOVÁ, M. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 215 s. ISBN 80-7013-209-4.
- JULÍNEK, T., et al. *Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím, aneb, Jak na to*. 1. vyd., Brno: Studio VIDI, 2004. 69 s. ISBN 80-86151-99-9.
- KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 352 s , 16 s. barevné přílohy. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. 2.dopl. a přepr.vyd. Praha : Triton, 2004. 234 s. ISBN 80-7254-538-8.

- KRIŠKOVÁ, A. *Ošetrovatelské techniky*. Martin: Osveta, 2001. 804 s. ISBN 80-8063-087-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha : Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2.přepřac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- MASTILIAKOVÁ, D.: *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: IDV PZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
- MÍČKOVÁ, I. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 12, s. 44-45. ISSN 1210-0404.
- MIKŠOVÁ, Z. et al *Kapitoly z ošetrovatelské péče I*. vyd.1. Praha: Grada, 2006, 248 s. ISBN 80-247-1442-6.
- NAVRÁTIL, L. et al *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
- ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
- PLEVOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 22č s. ISBN 978-80-247- 3558-0.
- RATISLAVOVÁ, K., et al. Projekt studentek porodní asistence : "Psaná forma komunikace s pacientem". *Sestra*. 2008, roč.18, č.7-8, s. 29-30. ISSN 1210-0404.
- RICHARDS, A., S. EDWARDS. *Repetitorium: pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- ROZSYPALOVÁ, M., A. ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.



- STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 7: Galerie historických osobností*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 86 s. ISBN 80-7013-329-5.
- STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. 196 s. ISBN 80-7184-243-5.
- ŠAFRÁNKOVÁ, A., M. NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci : aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- ŠKUBALOVÁ, J. Nemocniční interiér: Pomáhající síla nemocničního prostředí. *Florence: Časopis moderního ošetrovatelství*. 2012, VIII, č. 4, s. 28-29. ISSN 1801-464X.
- TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, str. 186. ISBN 80-7013-324-8.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MÁHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
- Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

## **8 Klíčová slova**

Hospitalizace

Informace

Komunikace

Pacient

Sestra

Spolurozhodování

## **9 Přílohy**

Příloha 1 Práva pacientů

Příloha 2 Dotazník

Příloha 3 Rozhovor

Příloha 4 Struktura informovaného letáku

Příloha 5 Vzor informovaného letáku

## **Příloha 1 Práva pacientů**

### ***Práva pacienta***

- Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, není-li stanoveno jinak zákonem.
- Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni.
- Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo:
  - a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
  - b) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení,
  - c) vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,
  - d) být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče,
  - e) na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou a na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, je-li osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, nebo osobou s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí,
  - f) na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem,

g) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,

h) znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,

i) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,

j) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů,

k) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti v souladu s vnitřním (domácím) řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav,

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

- Pacient, který je osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům nebo který je nezletilý, může požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna osoba, uvádí-li, že jde o osobu, která ho týrá nebo jinak zneužívá či zanedbává.

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

- Pacient se smyslovým nebo tělesným postižením, který využívá psa se

speciálním výcvikem, má právo s ohledem na svůj aktuální zdravotní stav na doprovod a přítomnost psa u sebe ve zdravotnickém zařízení, a to způsobem stanoveným vnitřním (domácím) řádem tak, aby nebyla porušována práva ostatních pacientů a hygienicko – epidemiologický režim pracoviště; to neplatí, jde-li o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Psem se speciálním výcvikem se rozumí vodící pes nebo asistenční pes, s průkazem uvedeného.

- Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“). Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení ošetřujícího lékaře. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let. Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek. Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, nelze respektovat,

pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby, nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve

vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

- Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být podána. Záznam o vzdání se podání informace o zdravotním stavu a určení osoby, které má být informace o zdravotním stavu podána, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. K vzdání se podání informace o zdravotním stavu se nepřihlíží, jde-li o informaci, že pacient trpí infekční nemocí nebo jinou nemocí, v souvislosti s níž může ohrozit zdraví nebo život jiných osob.

- Pacient může při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů a zda mohou v případech podle platné legislativy vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. Pacient může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat. Záznam o vyjádření pacienta je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Součástí záznamu je rovněž sdělení pacienta, jakým způsobem mohou být informace o jeho zdravotním stavu sdělovány.

## ***Povinnosti pacienta***

- Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen:
  - a) dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,
  - b) řídit se vnitřním (domácím) řádem nemocnice,

c) uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,

d) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních a přenosných nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,

e) nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

- Povinnosti podle písmena c) a d) náleží zákonnému zástupci pacienta. Zákonný zástupce pacienta je povinen vytvořit podmínky pro splnění povinností pacientem.

- Pacient, zákonný zástupce pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím poskytovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Povinnost prokázat se občanským průkazem má rovněž osoba, která uplatňuje podle tohoto zákona nebo jiného právního předpisu právo na informace o zdravotním stavu pacienta, a osoba, která hodlá hospitalizovaného pacienta navštívit a není osobou podle věty první. Jde-li o cizince, totožnost se prokazuje cestovním dokladem nebo jiným průkazem totožnosti. Má-li zdravotnický pracovník pochybnost, zda jde o osobu blízkou, osvědčí osoba blízká tuto skutečnost čestným prohlášením, ve kterém uvede své kontaktní údaje a číslo průkazu totožnosti; čestné prohlášení je součástí zdravotnické dokumentace. V případě odmítnutí prokázání totožnosti může zdravotnický pracovník odmítnout požadovanou součinnost nebo neumožnit návštěvu u hospitalizovaného pacienta.

- Práva a povinnosti zákonného zástupce náleží podle platné legislativy též pěstounovi nebo jiné pečující osobě, statutárnímu orgánu nebo jím pověřené osobě dětského domova pro děti do 3 let věku, školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-



li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jde-li o děti svěřené do péče tohoto zařízení na základě rozhodnutí soudu.

Zdroj: Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

## Příloha 2 Dotazník

*Vážená kolegyně, kolego,*

*jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, kde studuji obor ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech v navazujícím magisterském studiu. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Vámi uvedené údaje budou využity výhradně k výzkumným účelům pro mou diplomovou práci. Odpovídejte prosím pravdivě, Vaše odpovědi zaškrtněte nebo vypište do připravených kolonek.*

*Za Vaši ochotu, čas a poskytnuté informace děkuji.*

*Bc. Stanislava Reichertová*

<b>1. Vaše pracovní postavení (zařazení)</b>
<input type="checkbox"/> student prezenční formy studia <input type="checkbox"/> sestra pracující u lůžka <input type="checkbox"/> sestra pracující v ambulantním sektoru <input type="checkbox"/> sestra manažerka (staniční, vrchní, hlavní) <input type="checkbox"/> vyučující odborné praxe
<b>2. Máte při poskytování ošetrovatelské péče možnost respektovat práva pacienta?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím jistě <input type="checkbox"/> záleží dle dané situace <input type="checkbox"/> záleží na daném pacientovi <input type="checkbox"/> jsou důležitější věci <input type="checkbox"/> neznám práva pacientů
<b>3. Pokud jste na předcházející otázku odpověděl(a) „ano“ nebo „většinou ano“, jaká oblast práv pacienta je podle Vás nejvíce respektována? (zaškrtněte pouze jednu odpověď)</b>
<input type="checkbox"/> práva týkající se informovanosti pacienta <input type="checkbox"/> práva týkající se možnosti spolurozhodovat <input type="checkbox"/> práva respektující soukromí a stud pacienta <input type="checkbox"/> práva týkající se poskytování ohleduplné a citlivé péče

<b>4. Saturují Vaše ošetrovatelské činnosti potřeby pacienta?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> záleží dle dané situace <input type="checkbox"/> záleží na daném pacientovi <input type="checkbox"/> ne většinou, stále přetrvává systém plnění ordinací <input type="checkbox"/> nezajímám se o potřeby pacientů
<b>5. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o svém zdravotním stavu?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> většinou ne <input type="checkbox"/> ne
<b>6. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o průběhu hospitalizace?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> většinou ne <input type="checkbox"/> ne
<b>7. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o léčebných postupech?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> většinou ne <input type="checkbox"/> ne
<b>8. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o vyšetřeních, které mají absolvovat?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> většinou ne <input type="checkbox"/> ne
<b>9. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o podávaných lécích?</b>
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> většinou ano <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> většinou ne <input type="checkbox"/> ne

<p><b>10. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o charakteru svého onemocnění?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> většinou ano</p> <p><input type="checkbox"/> nevím</p> <p><input type="checkbox"/> většinou ne</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>
<p><b>11. Mají podle Vás pacienti dostatek informací o poskytované ošetrovatelské péči?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> většinou ano</p> <p><input type="checkbox"/> nevím</p> <p><input type="checkbox"/> většinou ne</p> <p><input type="checkbox"/> ne</p>
<p><b>12. Co podle Vás brání dostatečné informovanosti jednotlivých pacientů?</b></p> <p><input type="checkbox"/> pacientům je poskytnut dostatek informací</p> <p><input type="checkbox"/> nezáměr a nechuť ze strany zdravotníků</p> <p><input type="checkbox"/> zavedený rutinní styl práce</p> <p><input type="checkbox"/> nespolupráce a nezáměr ze strany pacienta</p> <p><input type="checkbox"/> nedostatek času</p> <p><input type="checkbox"/> nedostatek soukromí při předávání informací</p> <p><input type="checkbox"/> nerespektování pacienta jako partnera</p> <p><input type="checkbox"/> pro pacienta nesrozumitelné podání informací</p>
<p><b>13. S jakými dotazy od pacientů se Vy osobně setkáváte nejčastěji?</b></p> <p><input type="checkbox"/> s dotazy na zdravotní stav</p> <p><input type="checkbox"/> s dotazy na délku hospitalizace</p> <p><input type="checkbox"/> jiné (prosím vypište).....</p>
<p><b>14. Má pacient během hospitalizace možnost spolurozhodování o poskytované péči?</b></p> <p><input type="checkbox"/> ano</p> <p><input type="checkbox"/> většinou ano</p> <p><input type="checkbox"/> v omezené míře</p> <p><input type="checkbox"/> nevím</p> <p><input type="checkbox"/> záleží dle dané situace</p> <p><input type="checkbox"/> záleží na daném pacientovi</p> <p><input type="checkbox"/> pouze co se týká ošetrovatelských činností</p>

**15. Pokud jste na předcházející otázku odpověděl(a) „ano“ nebo „většinou ano“, kdy má dle Vašeho názoru pacient možnost nejčastěji spolurozhodovat? (zaškrtněte pouze jednu odpověď)**

- při volbě vyšetřovací metody
- při volbě léčebného postupu
- při provádění ošetřovatelských intervencí
- jiné (prosím vypište).....

**16. Myslíte si, že jednání s pacientem jako s aktivním účastníkem léčebného procesu, má pozitivní vliv na jeho uzdravování?**

- ano
- ne
- nevím

**17. Jaké jsou Vaše návrhy na zlepšení problematiky informovanosti pacienta?**

### **Příloha 3 Rozhovor**

Dobrý den,

jmenuji se Stanislava Reichertová a jsem studentkou posledního ročníku magisterského studia Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Píši diplomovou práci na téma „Informovanost pacienta a spolurozhodování v průběhu hospitalizace na interním oddělení“. Jedním z úkolů mé práce je zjistit, zda se cítíte dostatečně informovaný(á) v průběhu probíhající hospitalizace a zda máte možnost spolurozhodovat o průběhu hospitalizace.

Budu Vám pokládat řadu otázek týkajících se Vaší informovanosti a možnosti spolurozhodování. Při tomto rozhovoru je uplatňováno zajištění Vaší anonymity to znamená, že nikde nebude uvedeno Vaše jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště a další kontaktní údaje. S Vaším dovolením si budu náš rozhovor nahrávat, abych ho mohla později zpracovat pro potřeby mé práce. Děkuji.

Rámcové otázky rozhovoru

#### **Otázky při příjmu:**

- 1) Jak si přejete být osloven(a)?
- 2) Nyní Vás prosím o krátké představení, uveďte Váš věk, důvod Vaší hospitalizace, zda se jedná o první hospitalizaci a zda pravidelně navštěvujete lékaře?
- 3) Můžete mi prosím popsat Váš první den hospitalizace.
- 4) Máte v současné době strach o svůj zdravotní stav?
- 5) Jak by jste zhodnotil(a) získané informace podané při příjmu?

#### ***Pomocné otázky:***

(Jaké byly Vaše pocity? Co ve Vás vyvolalo pozitivní a naopak negativní prožitky? Které Vaše potřeby pociťujete jako nenaplněné? Z čeho máte největší obavy? Kdo a jak Vás o hospitalizaci informoval? Znáte důvod své hospitalizace? Byl(a) jste informován(a) o plánu hospitalizace? Byl zohledněn Váš názor?)

### **Otázky v průběhu hospitalizace**

- 1) Jak byste se vyjádřil(a) k pocitům, které máte z množství informací, které jsou Vám poskytovány ošetřujícím personálem o průběhu hospitalizace?
- 2) Jak byste se hodnotil(a) jejich srozumitelnost?
- 3) Můžete mi popsat situace, kdy jste měl(a) možnost spolurozhodovat o léčebném procesu.
- 4) Jak byste hodnotil(a) zájem o Vaši osobu ze strany personálu?

### **Otázky v den dimise**

- 1) Jak byste hodnotil(a) přístup ošetřujícího personálu k Vám během vaší hospitalizace?
- 2) Když v současné době máte zkušenost z hospitalizací, jaké informace by dle Vašeho názoru měl pacient na začátku hospitalizace dostat?
- 3) Které informace byste uvítal v průběhu hospitalizace?
- 4) Jaká je úroveň Vašich informací, zajistili podané informace v souvislosti s Vaším propuštěním u Vás pocit jistoty?

### ***Pomocné otázky:***

(Víte, jak máte užívat předepsané léky? Víte, jak a kde má pokračovat vaše ambulantní léčba? Rozumíte režimovým opatřením, která Vám byla doporučena?)

- 5) Máte Vy nějaké dotazy?

#### Příloha 4 Struktura informovaného letáku



• Téma informace



• Místo vyšetření



• Počet přítomných osob



• Umístění a prostorové vybavení provádějícího pracoviště



• Očekávaná spolupráce ze strany pacienta



• Určení způsobu komunikace



• Předpokládaná délka vyšetření



• Ukončení a doprovod na oddělení



• Prostor pro dotazy pacienta



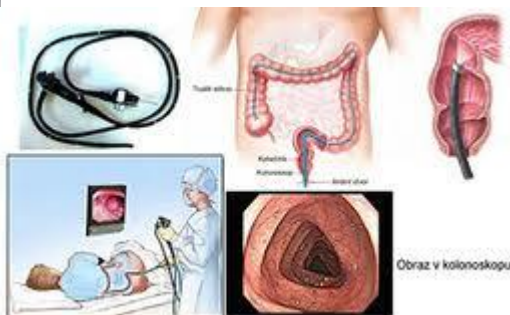
• Obrazová dokumentace




## Příloha 5 Vzor informovaného letáku


### • *Koloskopie*

- endoskopická metoda k vyšetření tlustého střeva, která se provádí konečníkem a umožňuje prohlédnout celou oblast tlustého střeva současně umožňuje odběr vzorků k histologickému vyšetření
- Gastroenterologické pracoviště Mulačovy nemocnice, kde se vyšetření provádí je umístěno v hlavní budově v 1. patře, vlevo od výtahů.
- K dispozici Vám bude kabinka pro převlečení jejíž součástí je sprcha a WC. Nemusíte mít obavy z hygienických problémů.
- Během Vašeho vyšetření bude přítomna lékařka či lékař a sestra.
- Vyšetření bude probíhat na sálku a prováděno bude moderním videoendoskopem, který pomocí kamery převádí obraz na plochu monitoru.







- Přístroj - endoskop je ohebný a tenký, jeho zavedení konečníkem většinou nečiní potíže. Je zaváděn v poloze na levém boku s pokrčenými končetinami, během vyšetření se přetočíte na záda.




- Před každým vyšetřením je celý přístroj i použité nástroje v souladu s hygienickými předpisy podroben úplné očištění, desinfekci či sterilizaci (podle typu pomůcky). V našem zařízení k ošetření endoskopů používáme automatické pračky, které celý dezinfekční proces současně analyzují.



- Na způsobu komunikace během vyšetření se dohodnete před jeho zahájením z ošetřujícím personálem.



- Vyšetření nebolí, je jen nepříjemné. Dyskomfort vytváří nafouknutí střeva vzduchem. Vzduch je vháněn podle potřeby kanálem endoskopu, jeho množství reguluje vyšetřující lékař, lze jej během vyšetření i odsávat a pocit tlaku tak omezit.
- Doba vyšetření je přibližně 20 - 30 minut.



- Vzhledem k aplikaci zklidňujícího preparátu před začátkem vyšetření budete po vyšetření převezen(a) do svého pokoje na vozíku.
- ***Neostýchejte se zeptat, máte-li nějaké nejistoty.***

