

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Příjem k hospitalizaci, potřeby nemocného a ošetrovatelská péče

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Věra Stasková

Autor práce: Tereza Rosolová

2012

Abstract

The bachelor thesis Admittance to hospital, patient's needs and nursing care is divided into a theoretical part and a practical part.

The theoretical part analyses what needs are and their classification, nursing care and its methods, outpatient and inpatient admittance from the point of view of a patient and from the point of view of nurses. These facts are compared between a surgery and an internal medicine ward. These problems form the central topics of this thesis.

The practical part involves qualitative methods, namely the techniques of non standardized interview and observation by means of a record sheet both in patients and nurses specialized in surgery and internal medicine.

First we prepared 20 questions focused on our topic, which were applied to 10 respondents, 5 surgical and 5 internal. A half of the questions dealt with patients that were waiting for or had already passed primary admittance to the surgical or internal ward of the České Budějovice Hospital. The second half of the questions was focused on the problems of inpatient admittance, which the patients had passed. 2 of the questions were given to nurses that took care about the patient at both, the admission office and the ward.

The aim of the thesis was to find out what information the patients have when they are admitted to hospital. The second aim was to map the time interval between admittance at the admission office and laying the patient on the bed. The third aim was to map what needs were not saturated after admittance of a patient to the ward. The fourth aim was to map what problems nurses met most often in acceptance of a patient to the ward in terms of the nursing care they provided.

The research among the respondents has shown that most patients do not have any specific information on admittance. The time interval between admittance at the admission office and laying the patient on the bed seems to be acceptable, although it usually took an hour or more. As for the needs, all the patients except for two had their needs saturated. The problems nurses face at acceptance are mostly with aggressive patients, alcohol influence, poor communication with family, signing a negative discharge, poor communication with admission nurses and communication barriers.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Příjem k hospitalizaci, potřeby nemocného a ošetrovatelská péče 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 s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 odhalení plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 8. 2012

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce, paní PhDr. Věře Staskové za cenné rady, odborné vedení práce a za trpělivost. Dále děkuji všem blízkým za poskytnutí zázemí.

Osnova

1. Současný stav	3
1.1 Potřeby nemocného	3
1.1.1 Klasifikace potřeb	5
1.1.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb	7
1.2 Ošetrovatelství a ošetrovatelská péče.....	8
1.2.1 Formy ošetrovatelské péče	9
1.2.2 Metody poskytování ošetrovatelské péče.....	10
1.3 Povinnosti a kompetence sester	11
1.3.1 Role sestry při příjmu pacienta k hospitalizaci	13
1.4 Příjem k hospitalizaci	14
1.4.1 Komunikace lékaře a sestry s pacientem při příjmu na oddělení.....	15
1.4.2 Reakce pacienta na hospitalizaci	16
1.5 Charakteristika interního a chirurgického oddělení	17
1.5.1 Ambulantní část interního a chirurgického oddělení.....	18
1.5.2 Náplň práce sestry na interní a chirurgické ambulanci	18
1.5.3 Lůžková část interního a chirurgického oddělení.....	19
1.5.4 Náplň práce sestry na interním a chirurgickém lůžkovém oddělení	20
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	22
2.1 Cíl.....	22
2.2 Výzkumné otázky.....	22

Metodika.....	23
3.1 Metodika práce.....	23
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	23
4 Výsledky.....	24
4.1 Přepis rozhovorů respondentů z chirurgického úseku.....	24
4.1.1 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 1.....	24
4.1.2 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 2.....	27
4.1.3 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 3.....	30
4.1.4 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 4.....	34
4.1.5 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 5.....	36
4.2 Kategorizační tabulka	40
4.3 Kategorizační tabulka.....	41
4.4 Kategorizační tabulka.....	42
4.5 Kategorizační tabulka.....	43
4.6 Kategorizační tabulka	44
4.7 Přepis rozhovorů respondentů z interního úseku.....	45
4.7.1 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 6.....	45
4.7.2 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 7.....	49
4.7.3 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 8.....	52
4.7.4 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 9.....	55

4.7.5 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 10.....	59
4.8 Kategorizační tabulka.....	63
4.9 Kategorizační tabulka.....	64
4.10 Kategorizační tabulka.....	65
4.11 Kategorizační tabulka.....	66
4.12 Kategorizační tabulka.....	67
4.13 Kategorizační tabulka.....	69
4.14 Kategorizační tabulka.....	71
5 Diskuze.....	73
6 Závěr.....	78
7 Seznam použitých zdrojů.....	79
8 Klíčová slova.....	82
9 Přílohy.....	83
9.1 Seznam příloh.....	83

Úvod

Hospitalizací se obecně označuje delší vícedenní léčba osob resp. nemocných ve zdravotnickém zařízení. Tuto léčbu nelze aplikovat ambulantně. Obvykle se nemocní hospitalizují z důvodu nějakého vážného zranění nebo závažného onemocnění. Hospitalizace je pro některé nemocné nově vzniklou situací, někdy i nečekanou. Nemocný neví, s jakým prostředím se setká a co ho bude čekat. Nemocný přichází nebo je přivezen na příjmové oddělení nemocnice. Očekává, že se ho okamžitě ujme lékař nebo sestra. I když bývají pacienti velmi zaujatí svou nemocí, starostmi a obavami a zdánlivě příliš nevnímají okolí, přesto se první dojem ze setkání se zdravotnickým zařízením zapíše do jejich podvědomí. Již od prvního okamžiku má být nemocný přesvědčen, že je středem jejich zájmu, že není jen nějakým případem. Proto jsou v této práci zmíněny potřeby nemocných, které jsou úzce spjaty s příjmem do nemocnice k hospitalizaci.

Potřeba je pociťovaný nedostatek něčeho nezbytného, je nutné brát ohledy na každého klienta a jeho potřeby individuálně. Každý člověk je individuální a jedinečná osobnost, která má svoje prioritní potřeby různé. Zdravotnický personál musí umět každému klientovi naslouchat, porozumět, umět se vcítit do jeho situace a chovat se podle svého nejlepšího uvážení. Každý nemocný vřele uvítá příjemné a vstřícné chování a tak se lépe naváže přátelský vztah se zdravotníky a zlepší se veškerá spolupráce.

Tato práce je zaměřena na uspokojování potřeb nemocných během příjmu k hospitalizaci a na ošetrovatelskou péči, která je nemocným poskytována. Jelikož je příjem k hospitalizaci pro většinu zdravotnických pracovníků rutinou, pro nemocné je to nově vzniklá situace, se kterou se musí vypořádat. Od péče, kterou poskytují zdravotničtí pracovníci se odvíjí spokojenost nemocných, kterou v této práci též zmiňuji.

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem strávila nějaký čas na ambulanci a na lůžkové části gastroenterologického oddělení v nemocnici v Českých Budějovicích a bylo pro mě velmi blízké a zajímavé.

K napsání této práce byl jedním z největších důvodů velký nárůst hospitalizovaných pacientů. Zajímalo nás, do jaké míry jsou pacienti informováni

lékařem a sestrou na ambulancích a lůžkových částech a jestli jsou uspokojovány jejich potřeby.

1 Současný stav

Hospitalizace je pro některé nemocné nově vzniklou situací, někdy i nečekanou. Nemocný neví, do jakého prostředí jde a co ho čeká. Nemocný přichází nebo je přivezen na příjmové oddělení nemocnice. Očekává, že se ho okamžitě ujme lékař nebo sestra. I když bývají pacienti velmi zaujatí svou nemocí, starostmi a obavami a zdánlivě příliš nevnímají okolí, přesto se první dojem ze setkání se zdravotnickým zařízením zapíše do jejich podvědomí. Již od prvního okamžiku má být nemocný přesvědčen, že je středem jejich zájmu, že není jen nějakým případem (8).

1.1 Potřeby nemocného

V úvodu je zapotřebí si vysvětlit, co pojem potřeba vlastně znamená, pro lepší pochopení dalšího textu a uvedení do tématu práce. Potřeba je projev nějakého chybění, nějakého nedostatku, který se musí odstranit. Potřeba je něco, co člověk potřebuje pro svoje žití a vývoj. Každá osobnost potřeby ukazuje, prožívá a uspokojuje individuálně. V průběhu života se potřeby každého jedince mění, jak z hlediska kvality, tak i kvantity. Nemocný je ve zdravotnickém zařízení většinou z důvodu diagnostiky nebo léčby nemoci. Při příjmu se zdravotnický personál snaží uspokojit pacientovy aktuální potřeby. Mezi aktuální potřeby pacienta při příjmu patří informovanost. Lékař či sestra by měli pacienta informovat o způsobu léčení, jaká absolvuje vyšetření, jaká je jeho příprava atd. Důležité je, aby byl nemocný v psychické pohodě. Psychickou pohodu je vždy u nemocného těžké získat, proto se jí sestra alespoň snaží do jisté míry zajistit. Může tím přispět právě správnou informovaností pacienta. Při příjmu je dále důležitá potřeba necítit bolest. Zajištěním této potřeby zajistíme komfort nemocného. Pacient by se měl také cítit v bezpečí. V neznámém prostředí je těžké se tak cítit. Sestra nebo lékař tomu může přispět komunikací s pacientem, tak aby se pacient necítil, že o něj není zájem. Sestra by měla pacienta uklidňovat, vyslechnout ho. Tím si u něj získá důvěru (8, 6).

Příjem lze rozdělit na akutní a plánovaný. Akutní příjem znamená příjem pacienta bez doporučení praktického lékaře. Je ve většině případů přivezen RZP (rychlou zdravotnickou pomocí) při bezprostředním ohrožení života jako je např. při

infarktu myokardu, úrazech, bezvědomí, otravách, masivním krvácení, dále jsou to některá infekční onemocnění jako meningokoková meningitida nebo epiglottitida, dále dekompenzovaná interní onemocnění jako diabetes mellitus a NPB (náhlé příhody břišní). Plánovaný příjem je většinou na doporučení praktického lékaře nebo specialisty např. ortopeda a prochází před samotnou hospitalizací ambulantní složkou oddělení, kde podstoupí různá vyšetření, aby se doba hospitalizace co nejvíce zkrátila. V práci se budeme spíše zaměřovat na plánovaný příjem, jelikož se mu poté budeme věnovat i ve výzkumné části práce. U plánovaného příjmu má zdravotnický pracovník, lékař nebo sestra čas subjektivně zhodnotit pacientovy potřeby např. zhodnocením jeho anamnézy po předchozím rozhovoru s ním. Ošetrovatelská anamnéza se vyplňuje podle aktuálního stavu pacienta. Pravidlem bývá po dokončení anamnézy sestavit ošetrovatelský plán, tzn., že sestra vytýčí problém, který pacient má, určí si cíl a úkony, které bude provádět, aby pacientův problém byl odstraněn nebo se alespoň zmínil. Sestra má díky tomuto ošetrovatelskému plánu přehled, zda pacient má potřeby uspokojeny či ne. Ošetrovatelský plán je buďto individualizovaný, standardizovaný či kombinovaný. Individualizovaný ošetrovatelský plán obsahuje informace, které se týkají konkrétního pacienta. Je sestaven do sloupců, kde jsou diagnózy, cíle, intervence a hodnocení. Standardizovaný ošetrovatelský plán se používá u pacientů se stejnou lékařskou diagnózou a ošetrovatelské diagnózy lze u nich předvídat. Výhodou tohoto plánu je, že šetří čas sestry. Naopak nevýhodou je, že sestry neberou v úvahu individuální potřeby nemocného. Každý ošetrovatelský plán obsahuje aktuální i potenciální ošetrovatelské diagnózy. Ošetrovatelský plán by měl obsáhnout základní ošetrovatelské problémy, cíle a plánované intervence. V průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace dochází k plnění intervencí a problém se vyhodnotí. Buď byla potřeba uspokojena, nebo ne a pokračuje se dále v plnění intervencí. Dále se hledá další problém, který pacient má nebo by mohl mít. Díky tomuto plánu má sestra přehled o pacientových problémech a snaží se je řešit. Ke stanovení problémů lze využít také test dle Barthelové, který je také jednou ze základních hodnotících škál. V této škále sestra hodnotí schopnost sebepečce pacienta. Dle tohoto testu určí, zda je pacient nezávislý, částečně závislý nebo zcela závislý na péči dalších osob. Právě tímto způsobem sestra zjistí, které potřeby budou u

pacienta nutné uspokojit. Uspokojování potřeb u pacienta při příjmu může ovlivňovat čas, který pacient stráví na příjmové ambulanci, ale i prostředí může být pro pacienta stresující. Také záleží na komunikaci personálu s pacientem, ale i mezi sebou. Sestra nebo lékař by měli pacienta informovat o tom, co ho při příjmu čeká, co se s ním bude dít a tím může přispět k lepšímu psychickému stavu pacienta tak, aby bylo jeho vnímání zdravotnického zařízení, jenž bývá zpočátku provázeno negativními pocity, vnímáno pozitivně (6, 8, 10).

Pro správné uspokojování potřeb pacientů by měla sestra mít určité znalosti v této oblasti, proto to v této práci zmiňuji.

Sestra by měla nejprve poznat a pochopit sebe sama a tím uspokojit své vlastní potřeby. Tím se pak lépe může vcítit do pacienta a pohotově řešit jeho problém. Dále pochopit potřeby ostatních lidí a tím lépe posuzovat a hodnotit jejich chování. Porozumět příčinám chování. Hodnotit potřeby je základ pro hodnocení pacienta, vymezení problémů a jejich zařazení do priorit a plánování ošetrovatelských zásahů sestry. Sestra by měla mít znalosti teorie lidských potřeb, situací a faktorů, protože jedině tak může rychle reagovat a snažit se pacientův problém vyřešit. Jejich vlivem se potřeby mění, umožňují sestře intervence u pacienta se stresem. Sestra své znalosti může využít při edukaci pacienta (8).

1.1.1 Klasifikace potřeb

Potřeby dle Maslowa, Herzberga nebo Alderfera byly popsány v různých zdrojích více způsoby např. pyramida potřeb dle Maslowa, nebo dělení potřeb dle významu pro život (primární, sekundární) atd.

Abraham Harold Maslow (1908 – 1970) byl americký psycholog. Nejčastěji je uváděn jako autor hierarchie lidských potřeb. Hierarchii potřeb zobrazoval jako pyramidu. Potřeba seberealizace, potřeba uznání, úcty (mít úspěch v očích jiných lidí), potřeba lásky, sounáležitosti, potřeba bezpečí, jistoty, fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování). Obecně platí, že potřeby, které jsou položené níže, jsou významnější. Jejich uspokojení je podmínka pro vznik vývojově vyšších potřeb, které jsou méně naléhavé. Fyziologické potřeby jsou potřeby samotného organismu. Člověk

se snaží uspokojit své fyziologické potřeby, dřív než přejdou v aktuálnost např. dodržuje potřebu denního rytmu, výživy, spánku atd. Pokud by se fyziologické potřeby staly aktuálními, tak mohou ovlivnit celkové jednání a chování jedince. Potřebu jistoty a bezpečí má člověk pokud touží po spolehlivosti, důvěře, osvobození od strachu, stabilitě, ekonomickém zajištění atd. Objeví se pokaždé při ztrátě pocitu životní jistoty jak u nemocného, tak u zdravého člověka. Potřeba lásky a sounáležitosti je potřeba někoho milovat a být milován. Objevuje se ve chvílích opuštění a osamocení. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty je touha po kompetenci, po důvěře v okolním světě, nezávislosti na názoru okolí. Touha po respektu, prestiži uvnitř nějaké sociální skupiny lidí. Potřeba seberealizace, sebeaktualizace se projevuje tendencí realizovat své záměry a schopnosti (8, 3, 26).

Další psycholog, který navázal na Maslowa je C. P. Alderfer. Jeho teorie se jmenuje „ERG“, kde zredukoval kategorie potřeb z pěti na tři. Do těchto kategorií patří existenční potřeby. Sem patří potřeby, které když jsou uspokojeny, tak pomáhají člověku přežít. Další kategorie jsou vztahové potřeby, které jsou založeny na mezilidských vztazích. A poslední kategorie jsou růstové potřeby. Do nich patří potřeba rozvíjení se.

Jedním z dalších psychologů je pan Herzberg. Jeho teorie se jmenuje teorie dvou faktorů. Patří mezi motivační teorie. Rozlišuje dva faktory a to hygienické neboli neuspokojovatele a motivační neboli uspokojovatele. Hygienické faktory nevedou k uspokojení potřeby, a pokud jsou špatné, tak mohou způsobit nespokojenost. Motivační faktory vedou k uspokojení potřeby a spokojenosti. Pokud nejsou přítomny, tak je motivace záporná (26).

Pacient má při přijetí do nemocnice určité potřeby, proto sestra přistupuje ke každému pacientovi individuálně. Sestra při příjmu pacienta zjistí jeho problém. Buď pozorováním pacienta, nebo přímým dotázáním na to jaký má problém. Při přijetí pacienta je důležité, aby neměl bolest. Bolest totiž může narušovat další pacientovi činy. Další potřeba při příjmu pacienta je informovanost. Pacient by měl vědět proč v nemocnici je, jaké má onemocnění a co se s ním bude dále dít. Komunikací

s pacientem si ošetrovatelský personál získá pacientovu důvěru. Důvěra je dobrý základ pro další ošetřování pacienta (23).

1.1.2 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Faktory ovlivňující uspokojení potřeb u nemocného člověka jsou nemoc, osobnost člověka (individualita), mezilidské vztahy, stádium vývoje člověka a okolnosti, za kterých vznikla nemoc. Z faktorů ovlivňující uspokojování potřeb se zaměříme především na potřeby nemocného člověka v nemocnici při příjmu. Jeden z hlavních faktorů ovlivňující potřeby člověka v nemocnici je samotná nemoc. Jedná se o stav organismu vznikající působením vnitřních či vnějších okolností, který narušuje jeho správnou funkci a harmonii. Dochází k poruše struktury a funkce orgánů, která vedou ke vzniku příznaků nemoci. Je to odchylka od zdraví. Zájmem zdravotnických pracovníků a pacienta je navrácení zdraví. Aby se nemocný uzdravil, je nezbytné, aby měl dostatečnou výživu, hygienu a vyprazdňování a dostatek spánku. Nemocný by proces uzdravování měl podpořit psychickou pohodou. To není u nemocného člověka ale úplně možné, proto se ho ošetřující personál ve spolupráci s rodinou pacienta snaží alespoň podporovat, tím, že ho vyslechnou a popovídají si s ním. Jedinec by se měl cítit v bezpečí. Měl by mít uspokojeny potřeby úcty, sociálního kontaktu, aby měl pocit, že o něj má někdo zájem, že se může na někoho spolehnout a že nemoc neznamena izolovat se od okolního světa atd. Sestry mají za úkol napomáhat nemocným v jejich uspokojování. Jak fyziologických, tak i psychických potřeb. Biologické potřeby může sestra uspokojit např. tak, že pomůže pacientovi, aby se mohl vyprázdnit, nakrmí ho, pomůže s hygienou, napolohuje pacienta. Psychické potřeby může uspokojit tak, že zmírňuje bolesti pacienta, zabraňuje ztrátě sebeúcty atd. Při příjmu mu sestra např. zajistí soukromí, aby se nesvlékal nebo neoblékal před dalšími lidmi. Respektuje jeho stud. Nedílnou součástí naplňování a uspokojování potřeb nemocného je informovanost a také pravidelná komunikace. Při příjmu pacienta je důležité, aby byl informován o tom, co se s ním bude dál dít. Sestra ho poučí o dalších postupech. Informuje ho o chodu oddělení a jeho specifikách. Seznámí ho s právy pacientů a vysvětlí mu vše, na co se jí bude tázat. O komunikaci sestry s pacientem se budeme zmiňovat v jedné

z dalších kapitol. Neinformovanost a nejistota ztěžuje naplňování primárních i sekundárních potřeb nemocného (8, 23)

Dalším faktorem je osobnost člověka. Osobnost (individualita) člověka jsou vlastnosti osobnosti určující potřeby, její projevy, způsob jakým člověk tyto potřeby uspokojuje a jak na to reaguje jeho psychika. Je nezbytné brát v úvahu, že člověk prochází různými vývojovými obdobími a tím jsou jeho výrazové prostředky odlišné. Proto je mnohdy určování a rozpoznání potřeb jednotlivých lidí problematické. Důležité jsou také okolnosti, za kterých vznikla nemoc tzn., že člověk se bude chovat a uspokojovat své potřeby odlišně když bude v nemocnici a jinak v domácí péči. Ovlivnit uspokojování potřeb mohou také narušené mezilidské vztahy, zejména v rodině (8,10).

1.2 Ošetřovatelství a ošetřovatelské péče

V následujícím textu bude popsáno co pojem „Ošetřovatelství“ znamená, protože z něho vychází ošetřovatelská péče o, které se později zmiňujeme, a je tématem práce. Ošetřovatelství je samostatný obor. Ošetřovatelství má mnoho definic, jednu z nich uvede následující text. Ošetřovatelství má pomáhat zdravým i nemocným lidem konat činnosti, které prospívají zdraví, uzdravování, nebo zajišťování klidné smrti, které by konali bez pomoci, kdyby měli potřebné vědomosti a sílu. Stejně tak úloha sester je pomáhat nemocným získat soběstačnost co možno nejrychleji (10).

Ošetřovatelství se zejména zabývá zachováním a podporou zdraví a prevencí vzniku nemoci; včleněním rodin, jednotlivců a skupin do péče a uskutečněním jejich převzetí větší zodpovědnosti za svoje zdraví, na snaze zajistit dostupnost základní péče a uspokojit potřeby, skupinám populace, kterým se nedostává služeb, které potřebují a zajištění kvality péče a vhodné využití technologií (6).

Ošetřovatelská péče je péče, kterou poskytuje sestra s odbornou způsobilostí. Ošetřovatelská péče může být poskytována ve státních a nestátních zdravotních a sociálních zařízeních, v komunitách a domácnostech. Jedná se o odbornou činnost, která je zaměřená na zachování, upevňování a obnovu zdraví osob a skupin. Vykonávají ji sestry ve spolupráci s lékařem jako komplexní ošetřovatelskou péči, specializovanou ošetřovatelskou péči a základní ošetřovatelskou péči. Komplexní ošetřovatelská péče se

realizuje metodou ošetrovateľského procesu, ktorý umožní stanoviť zameralie poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti tak, aby odpovedala stavu a potrebám pacienta, rodiny i spoločnosti. Identifikuje aktuálne a potenciálne zdravotní problémy, stanoví priority a definuje špecifickú zodpovednosť a autonómiu sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Špecializovaná ošetrovateľská starostlivosť sú vysoko odborné ošetrovateľské činnosti v užších špecializovaných oblastiach, ktoré sa na príjmových ambulanciách ale príliš nevyužívajú. Výnimku tvorí príjmová ambulancia na oddelení ARO (anesteziologicko-resuscitačné oddelenie). Základná ošetrovateľská starostlivosť sú menej náročné činnosti. Činnosti ako hygiena, stravovanie, sledovanie fyziologických funkcií, vylučovanie, starostlivosť o prostredie. Tieto činnosti vykonáva sestra ako na ambulantnom tak na lôžkovom oddelení (2, 10).

1.2.1 Formy ošetrovateľskej starostlivosti

Existujú tri formy ošetrovateľskej starostlivosti. Pre uvedenie do tématu si stručne jednotlivé formy charakterizujeme.

Medzi formy ošetrovateľskej starostlivosti patrí starostlivosť ambulantná, to je sestra na ambulanciách, ve štacionárnych, zariadení pre poskytovanie jednodennej zdravotnej starostlivosti, v mobilných hospiciach. Sestra v ambulancii poskytuje starostlivosť pomocou ošetrovateľského procesu. Vždy vychádza z pacientových potrieb. Pri prijímu pacienta do nemocnice je využitá forma ambulantnej starostlivosti. V ambulantnom prevádzke pri prijímu je ošetrovateľská starostlivosť špecifická. Sestra určuje poradie pacientov, vyhľadáva karty pacientov s dokumentáciou v kartotéke, plní ordinácie lekára napr. mieri FF, podáva lieky, asistuje mu pri vyšetrení pacienta. Dôležitá je komunikácia s pacientom i s jeho rodinou. Pri rozhovore s pacientom a s jeho rodinou vyplňuje pacientovu anamnézu, ktorá obsahuje všetky údaje o pacientovi. Ďalej sestra v ambulancii môže objednávať pacientov na vyšetrenie. Po prijatí pacienta v rámci ambulance ho sestra odvedie na príslušnú stanicu. Predá ho sestram na lôžkovú časť, alebo ho sama prevedie po oddelení a všetko mu ukáže. Seznámi ho s právami pacientov, domácim a liečebným rádom. Predstaví mu ošetrojúceho lekára. Dôležité je, aby pacient bol dostatočne informovaný. Ďalej je domáca ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí klienta prostredníctvom agentúry domácej starostlivosti, ako je napr.

charita. A ústavní ošetrovatelská péče v nemocnicích, léčebnách, lázních, hospicích. Sestra vede průběžnou ošetrovatelskou dokumentaci. Při ukončování ošetrovatelské péče sestra vypracuje ošetrovatelskou zprávu, kterou dostane pokračovatel ošetrovatelské péče nebo ošetrovaná osoba (10, 16).

1.2.2 Metody poskytování ošetrovatelské péče

Mezi metody ošetrovatelské péče patří celková péče, která je zaměřená na pacienta. Dále funkční ošetrování, týmové ošetrování, primární ošetrování a ošetrování zaměřené na případ. Metody se liší složením personálu, který se ošetrovatelské péči podílí. Dále se liší organizací práce, tzn. přidělování práce jednotlivým členům personálu a odpovědnost za plnění úloh, plánování a vyhodnocení v rámci ošetrovatelského procesu. Liší se také zaměřením, celkovou filosofií a výsledkem. Výsledek je stupeň kvality poskytnuté ošetrovatelské péče a míra pacientovi spokojenosti (6).

Ve funkční metodě se klade důraz na přidělování úkolů, které je potřeba splnit při poskytování ošetrovatelské péče. Úkoly se přidělují sestrám, ošetrovatelkám event. sanitářům. Priorita jsou úlohy a ne pacient. Různí členové ošetrovatelského personálu konají přidělené úkoly u pacienta bez toho, aby věděli, co pro ně dělají ostatní. Pacienti nejsou obvykle nespokojeni a stěžují si, protože nevědí, která sestra je „jejich“. Tím se ztrácí individualita pacienta. Toto ošetrování se hodnotí jako ošetrovatelská péče nízké kvality. Využití této metody v ambulanci při přijetí pacienta je takové, že jedna sestra získává od pacienta informace (odebírání anamnézy), druhá sestra vykonává činnosti jako odběr krve, měření TK, TT. Sanitář či ošetrovatelka delegované sestrám mohou být využiti v odvedení nebo odvezení pacienta např. na rtg nebo ultrazvuk atd. (6).

Celková metoda je už zaměřená na pacienta. Znamená to poskytování přímé péče pacientovi jednou sestrou. Každá sestra má dostatečnou příležitost se seznámit se svými pacienty, a tím plány ošetrování mohou být specifitější a podrobnější. Sestra ale nemusí mít stejné pacienty každý den. Sestra přidělená pacientovi je zodpovědná za dokumentaci, vykonává velkou část rozhodnutí o ošetrovatelské péči a zodpovídá za výsledky během své služby. Jestli je pacient s péčí spokojen, závisí na sestře. Je

důležité, aby se sestra soustředila na ošetrovatelské činnosti a nezanedbávala pacientovu psychiku. Tato metoda by byla spíše využita na lůžkové části oddělení, kde má sestra o pacientovi přehled po celou její službu. Tato metoda se na ambulanci při přijímání pacienta příliš nevyužije. Ambulantní sestra se s pacientem totiž setkává pouze při příjmu na oddělení (6).

Metoda ošetrování kontaktní sestrou je metoda primární ošetrovatelské péče, kterou lze nazvat jako individualizovanou, poskytovanou přidělenou sestrou během hospitalizace pacienta. Kontaktní sestra koordinuje činnost i ostatních ošetrovatelských pracovníků související s přiděleným pacientem. Sestra vykonává komplexní ošetrovatelskou péči za podpory ošetrovatelského procesu. Na ambulanci může sestra zahrnout všech pět fází ošetrovatelského procesu. Jde to, ale pouze u krátkodobých ošetrovatelských diagnóz, protože sestra nemá takový časový prostor jako sestra na lůžkovém oddělení. Do takových ošetrovatelských diagnóz patří např. akutní bolest. Sestra je zodpovědná za sledování problémů u přidělených pacientů, koordinaci a za výsledky péče. Hodnocení pacientů je převážně kladné. Kontaktní sestra s pacientem při příjmu komunikuje. Zaměřuje se i na komunikaci s rodinou a blízkými pacienta. Informuje pacienta o tom, co ho bude čekat v nejbližších dnech. Jak bude probíhat léčba a psychicky nemocného podporuje. Dochází za ním v průběhu celé hospitalizace a je pacientovou oporou (6, 10).

1.3 Povinnosti a kompetence sester

Tato kapitola je zde uvedena, protože ke správné péči o pacienty a i tedy k uspokojování jejich potřeb je potřeba odborných znalostí. Ty sestra získá po absolvování střední odborné zdravotnické školy, nebo vysoké školy v oboru ošetrovatelství. Takováto vystudovaná sestra má určité kompetence, o kterých je zmiňováno dále a také povinnosti. Povinností sester je pomáhat osobám, rodinám a skupinám uspokojovat jejich aktuální potřeby. Snaha o to dosáhnout jejich maximální psychické, tělesné a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Od sester se vyžaduje, aby vykonávaly a rozvíjely takové činnosti, které uchovávají a podporují zdraví, zabraňují tím vzniku nemoci. Do úkolů sester patří také plánovaná a

poskytovaná péče v průběhu nemoci a rehabilitace. Do této péče patří všechny psychické, tělesné tak i sociální aspekty života, protože tyto aspekty ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání. Sestry se snaží zajistit zapojení osob, jejich rodin, přátel i celé komunity do všech těchto aspektů péče o zdraví, tím podporují jejich soběstačnost a sebedůvěru. Při příjmu sestra komunikuje s rodinou pacienta, zjišťuje informace o pacientovi. Radí rodině jak se k pacientovi chovat v době nemoci. Podporuje jejich psychiku. Sestry pracují samostatně a odpovídají za poskytovanou péči. Kompetence sester v oblasti péče o pacienta je úroveň výkonu, při které se projevuje efektivní použití dovednosti, znalosti a úsudku. Kompetence zahrnuje tedy dovednosti, pochopení, úsudek, znalosti a osobní postoje a vlastnosti (1, 6).

Sestra, která získala osvědčení k výkonu povolání má určité kompetence. Může konat činnosti bez odborného dohledu. Činnosti může vykonávat dle vyhlášky 424/2004 Sb. Dle této vyhlášky může vykonávat např. vyhodnocování potřeb, soběstačnosti, sleduje rizikové faktory, měří a sleduje FF, odebírá biologický materiál, sleduje průchodnost dýchacích cest, odsává sekret z horních cest dýchacích, ošetřuje rány, žilní vstupy, stomie, polohuje pacienty, napomáhá k soběstačnosti pacienta, zajišťuje psychickou podporu pacienta, pečuje o mrtvé tělo, manipuluje s léky. Vykonává samostatně jednotlivé činnosti a výkony a činnosti zaměřující se na uspokojování potřeb, řešení problémů a zlepšování stavu jedinců a skupin. Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře se podílí na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Asistuje nebo vykonává samostatně určené činnosti. Má odpovědnost za svoji vlastní ošetrovatelskou činnost (1, 10).

Sestra musí umět naslouchat pacientům a mluvit s nimi, aby si vytvořila důvěrný vztah a zajistila jejich spoluúčast na jejich ošetřování. Zjišťuje a vyhodnocuje potřeby pacientů v oblasti péče a pomoci s ohledem na kulturní názor. Na základě toho sestavuje pro pacienta ošetrovatelský plán, nejlépe ve spolupráci s pacientem již při příjmu. Vykonává ošetrovatelský plán, kontroluje plánovaná opatření, a vyhodnocuje realizaci plánu a dosažené výsledky, dokumentuje jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu (6, 20).

V ambulanci při příjmu pacienta sestra vykonává úkony dle svých kompetencí. Asistuje lékaři při vyšetřování pacienta, podává mu pomůcky. Měří fyziologické funkce, podává léky a infuzní roztoky dle ordinace lékaře. Dále sestra komunikuje s pacientem a event. s rodinou pacienta. Vyplňuje s ním anamnézu a zjišťuje problémy, které pacient má a tím zahajuje ošetrovatelský proces. Sestra plní ostatní povinnosti dle zvyklosti oddělení (16).

1.3.1 Role sestry při příjmu pacienta k hospitalizaci

Profesionální role všeobecné sestry v praxi popisuje jejich činnost. Sestra by během své práce měla vycházet z potřeb pacienta. Měla by pochopit jeho problémy, být schopná mu zajistit pocit jistoty, a aby svou emocionalitu vždy podřídila racionální kontrole (10).

Mezi role sestry patří sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče. Je to role vztahů, které se vytvářejí k poskytování ošetrovatelské péče. Tyto vztahy charakterizují holistická chápání jedince a skupin, zohledňující jejich zdraví a prostředí, v zájmu uspokojení potřeby. Další rolí je sestra komunikátorka. Tuto roli sestra na ambulanci při přijetí pacienta využívá při spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky, tedy komunikace s ošetrovatelským týmem. Při přijetí k hospitalizaci musí sestra pacienta předat z ambulance na lůžkovou část. Při předávání podá sestrám informace o pacientovi, jako např. s čím přichází, jestli má naplánované nějaké vyšetření atd. Dále v komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Další role je sestra-manažerka. Tato role je součástí všech ošetrovatelských činností. Úlohu manažerky ošetrovatelské péče plní přímo u jednotlivců a skupin tím, že řídí ošetrovatelský proces. Tuto roli většinou vykonává vrchní sestra daného oddělení, ale může i staniční sestra, úseková sestra a ředitelka ošetrovatelské péče. Vrchní sestra manažerka je zodpovědná za činnost ošetrovatelského personálu na oddělení. Má podíl na plánování rozpočtu, na odborném růstu všech svých pracovníků a na hodnocení kvality péče. Staniční sestra jako manažerka pověřuje sestry na ošetrovací jednotce ošetrovatelskými činnostmi. Dohlíží na kvalitu jejich provedení. Přiděluje pacienty sestrám a bere v úvahu jejich počet a náročnost ošetrovatelské péče. Sestra manažerka dohlíží nejen na sestry na lůžkovém

oddělení, ale i na ambulantní část a na její chod. Na ambulanci při příjmu může být sestra, která rozděluje ostatním pracovníkům úkoly, tím se stává také sestrou manažerkou (10, 21).

Sestra-edukátorka je role zaměřená na formování a utváření uvědomělého a zodpovědného chování a jednání jedince, ale i skupiny, v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Realizuje se formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, tak i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka. Tuto roli koná také sestra na ambulanci. Sestra pacienta edukuje např. o průběhu vyšetření, které ho čeká, jaká je příprava na vyšetření atd (10).

Sestra-výzkumnice. Tato role předpokládá přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost v oblasti ošetrovatelství. Takové ambulance, kde se vyskytuje sestra výzkumnice, není mnoho. Existují specializovaná pracoviště zaměřená pouze na výzkum, kde sestra vyhodnocuje určitá data získaná od pacientů.

Sestra-mentorka. Zodpovídá za dohled nad studenty ošetrovatelství. Musí tedy komunikovat se směnnými sestrami. Vzájemná komunikace je důležitá pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Sestra mentorka může být i sestra, která zaučuje novou sestru. V ambulantním provozu se může sestra mentorka objevit při výuce studentů ošetrovatelství, při seznamování jich s prací v ambulanci (10, 21).

Profesionální role sestry se vzájemně prolínají a slouží k objasnění nejrůznějších povinností sestry (10).

1.4 Příjem k hospitalizaci

Nemocný je přivezen nebo přichází na příjmové oddělení nemocnice. Když je jeho přijetí předem vyjednáno s lékařem, tak odchází přímo na oddělení. Příjímací oddělení je buďto centrální pro celou nemocnici nebo je ambulantní na určitém oddělení. Pacient přichází s obavami. Jeho obavy může zmírnit ambulantní sestra. Uklidní ho, informuje ho o všem, co ho při příjmu čeká. Nemocný by měl nabýt přesvědčení, že se o něm ví. Lékař i sestra mají přistupovat k nemocnému s laskavostí a pochopením (16).

Po vstupním rozhovoru s lékařem či sestrou nemocný musí předložit průkaz totožnosti a kartičku pojištěnce, aby ho lékař či sestra mohli zadat do počítače. Lékař, který nemocného přijímá, ho musí důkladně vyšetřit. Objektivně tzn. to, co je možné u pacienta změřit např. TK, puls, TT. A subjektivně. To je to, co na pacientovi můžeme vidět pouhým pohledem např. únava, malátnost, bolest, zvracení atd. Sestra s lékařem spolupracuje. Na požádání lékaře změří nemocnému fyziologické funkce, natočí EKG, odebere krev. Sestra plní všechny požadavky lékaře v rámci svých kompetencí. Všechny informace, které lékař od pacienta získá, vloží do počítače. Nemocnému napíše hlavičku chorobopisu, kde jsou vypsány osobní údaje, kód pojišťovny, číslo pojištěnce, místo, kde má být nemocný hospitalizován a počáteční diagnóza. Do chorobopisu se vloží dekurs, to je záznam o denním stavu nemocného. Kromě údajů se do něj zapíše den a hodina příchodu na ambulanci. Tento časový údaj se zapisuje pro ochranu jak pacienta, tak i zdravotníků z právního hlediska, kdyby se vyskytl nějaký problém, tak aby byl znám datum a čas ošetření. Dále lékař napíše do dekursu medikaci nemocného. Jako je např. podání léků, inf.terapie, atd. Nemocným, kteří jsou zaměstnání se vystavuje potvrzení o pracovní neschopnosti. Pak pacienta odvede na pokoj a seznámí ho s pacienty, se kterými bude ležet na pokoji. A také ho seznámí s právy pacienta. Ambulantní sestra poté pacienta předá sestrám na lůžkovém oddělení (16, 17).

1.4.1 Komunikace lékaře a sestry s pacientem při příjmu na oddělení

První navázání rozhovoru s pacientem je při příchodu na ambulanci nebo oddělení. Sestra se nejdříve s pacientem seznámí a zjišťuje od něj informace, které poté vepíše do pacientovy anamnézy. Před začátkem rozhovoru je nutné, aby se sestra ujistila, zda pacient nemá bolest. Zajistí mu soukromí. Zajistí mu jeho aktuální potřeby, tím, že si sestra vytvoří ošetřovatelský plán, určí si intervence a podle nich se řídí. Sestra musí klást otázky jasně, srozumitelně. Nebude mluvit v odborných výrazech, aby jí pacient rozuměl. Po zjištění všech potřebných údajů do anamnézy uvede sestra pacienta na pokoj, kde mu ukáže, kde bude ležet, kde má sociální zařízení a co má dělat, kdyby sestru znovu potřeboval, tzn. ukáže mu kde má signalizační zařízení (5).

Rozhovor jako takový je plánovaná komunikace. Základem je schopnost navázat a udržet slovní kontakt s pacientem. Sestra prostřednictvím slov vysvětluje, získává, motivuje, povzbuzuje. Sestra by s nimi měla zacházet opatrně. Při komunikaci s nemocným je důležité, aby sestra navodila důvěru, které by pacienta uspokojovalo a zbavilo jej pocitu obav a strachu. Komunikaci ovlivňuje řada faktorů jako je věk, společensko-ekonomické postavení, kultura, množství použitých slov, hlasitost, výška a barva hlasu, intonace, tempo a rytmus. Sestra by měla znát jméno pacienta a oslovovat ho jménem. Tím by měla vyvinout úsilí snížit pacientovy záporné pocity. Sestra by také měla mít schopnost pacienta psychicky podporovat, dávat mu najevo, že se svými těžkostmi není sám. Dále by měla udržovat oční kontakt s pacientem, aby věděl, že o něj má upřímný zájem a vzbudila u něj důvěru, která je důležitá pro další komunikaci a péči o pacienta. To jak se lékař a sestra chovají během komunikace a jejich následující péče zároveň s odbornými a praktickými vědomostmi rozhodují o tom, jak budou pacientem hodnoceni. Platí zásada, že pro nemocného je důležitější to, jak se lékař a sestra k němu chovají a jak s ním jednají, než to, co mu říkají. Pacienti by měli mít prostor pro dotazy. Měli by mít dostatek času na otázky, které jsou v dané situaci aktuální (20).

1.4.2 Reakce pacienta na hospitalizaci

Pro nemocné jsou první chvíle a první dny po přijetí do nemocnice nejtěžší. Dospělí nemocní se na nové prostředí většinou přizpůsobují pomalu a nemohou si zvyknout na přítomnost druhých lidí. Jsou plni obav a strachu z neznámého. Nejčastěji jim vadí, že někteří lidé neustále mluví, zejména o svých potížích. Těžko mohou snášet zápachy, těžko usínají pro chrápání spolupacientů. Nejhorší se přizpůsobují novému staří lidé. Pobyt v nemocnici je pro ně narušení dlouholetých zvyklostí. Těžký začátek pomůže sestra překonat tím, že podá nemocnému dostatek informací. Seznámí ho s režimem oddělení. Mezi nejčastější reakce pacienta na hospitalizaci je maladaptace. Pacient se nedokáže přizpůsobit prostředí. Toto nepřizpůsobení ovlivní to, že sestra nezná pacientovo jméno, nazývá ho diagnózou nebo familiárně jako např. babi, dědo. Dále ho ovlivňuje velké množství informací, kterým nemocný jako laik nerozumí. Pacient se jich bojí a má strach, neví co obnáší různá vyšetření. Další faktor je pobyt

mezi těžce nemocnými. Sestry by měli, pokud to jde, rozdělovat pacienty na pokoje dle závažnosti onemocnění, pohlaví a věku. Maladaptace se může vyvinout v adaptační syndrom. Další negativní reakce na hospitalizaci je hospitalismus. Hospitalismus je soubor změn chování, ke kterému dochází u nemocného v důsledku maladaptace na delší pobyt v nemocnici. Může nastat, když nemocný není dostatečně stimulován k tomu, aby zůstal co nejvíc soběstačný, stane se rychle závislým, spokojený s tím, že je ošetřený, že má pohodlí, nemusí překonávat potíže, se kterými se setkával doma. Dochází i k závislosti psychické. Nemocný si nepřeje být propuštěn domů. Řešení je spolupráce s rodinou nemocného už od začátku hospitalizace. Sestra může tomuto stavu zabránit dodržováním preventivních opatření, např. odvádí pozornost pacienta od prostředí, ve kterém je, dává mu dostatek podnětů k odreagování, např. dá mu něco na čtení knihu nebo časopis, pustí mu televizi nebo rádio. Důležité také je, zda za pacientem chodí návštěvy, pokud ne, může sestra doporučit rodině, aby za ním jezdili častěji, nebo mu alespoň občas zavolali (16, 18).

1.5 Charakteristika interního a chirurgického oddělení

Interní oddělení je základním oddělením nemocniční péče. Zde se léčí pacienti s chorobami vnitřních orgánů např. DM (diabetes mellitus), mozkové příhody, onemocnění střev aj. Podobory interního oddělení jsou pneumologie, kardiologie, hematologie, revmatologie, gastroenterologie aj. Léčba je zpravidla konzervativní, bez chirurgického zákroku s výjimkou např. katetrizace srdce atd. Pacienti interního oddělení jsou povětšinou starší pacienti, proto je nezbytné přihlížet v léčbě i ošetřování ke specifickým příznakům a potřebám těchto pacientů. Základní části interního oddělení jsou ambulance, vyšetřovací místnost, lůžkové oddělení a lůžka akutní péče jako JIP, metabolická jednotka a intermediální péče. Oproti tomu chirurgie je základní medicínský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a operační léčbou poranění, chorob a vrozených nebo získaných vad. Chirurgické oddělení lze rozdělit na ambulantní část, lůžkovou část, operační úsek a na jednotku intenzivní péče (17).

1.5.1 Ambulantní část interního a chirurgického oddělení

Interní ambulance je většinou umístěna v přízemí budovy. Tvoří celek s částmi jako je ordinace lékařů, čekárna pro pacienty, kartotéka a ostatní provozní místnosti jako jsou sociální zařízení, skladovací místnost, místnost pro pohotovostní službu a personální zázemí. Na interní ambulanci přijde nemocný na základě písemného doporučení od praktického lékaře nebo bez doporučení, to už se jedná o akutní příhodu. Na ambulanci je pacient vyšetřen lékařem za spolupráce ambulantní sestry. Sestra sesbírá od pacienta anamnézu rozhovorem v místnosti, kde bude pro něj zajištěno soukromí. Anamnéza se sbírá, aby sestra získala základní informace o nemocném. Dále se pacient vyšetřuje základními vyšetřovacími metodami jako např. zjištění základních fyziologických funkcí (TT, P, TK), fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poklep, poslech), EKG, základní odběry krve a moče a dále dle požadavků lékaře. Lékař po zhodnocení všech informací rozhodne o pacientově léčbě. Buď se pacient přijme na oddělení, nebo se pošle domů a léčí se ambulantně (16, 17).

Chirurgická ambulantní část je situována tak, aby byla dostupná pro vozy záchranné služby. Nutnost je bezbariérový přístup pro handicapované pacienty. Do ambulance se zařazuje čekárna, ordináční místnost, vyšetřovny, sádrovna, kartotéka, septický a aseptický operační úsek, sociální zařízení, sklad, personální zázemí. Příjem pacientů k vyšetření nebo léčbě se provádí na základě doporučení praktického lékaře nebo bez doporučení v akutním případě. Lékař na ambulanci nemocného vyšetří. Proveďte u nemocného fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poklep, poslech), odběry krve, rentgenová vyšetření, endoskopická vyšetření, sonografie a změřte se mu fyziologické funkce. Poté lékař rozhodne o následující léčbě popřípadě hospitalizaci (16, 17).

1.5.2 Náplň práce sestry na interní a chirurgické ambulanci

Na ambulanci dochází k vůbec prvnímu kontaktu nemocného se zdravotnickým personálem. Personál by si měl být vědom, že nemocný přichází na ambulanci se zdravotními potížemi a jakékoliv nepříjemné prostředí a jednání může jeho zdravotní stav a psychiku zhoršit a znepríjemnit. Je nezbytně nutné profesionální jednání a

komunikace s pacientem. Pro získání pacientovy důvěry stačí milý úsměv, dostatek informací, vlídné slovo, příjemné prostředí, empatie (16, 17).

Sestra na interní ambulanci reguluje pořadí a příjem pacientů, vyhledává a zakládá dokumentaci pacientů, asistuje lékaři, měří fyziologické funkce, injekčně aplikuje léky nebo podává tablety per os (ústý), provádí odběry krve, moče, natočení EKG, komunikuje s pacienty, lékařem, s ostatními spolupracovníky oddělení, objednává pacienty na vyšetření, provádí zápisy do dokumentace a do počítače, doplňuje zdravotnický materiál. Sestra dále pomáhá pacientovi s přesunem na vyšetřovací lehátko, pomůže mu se postavit nebo přesunout na WC. Pomůže mu se svléct a zase obléct. Na interní ambulanci je totiž většina pacientů starších a méně pohyblivých. Na některých interních ambulancích jsou speciální přístroje např. ultrazvuk, EKG, sterilizátor pokud není v nemocnici zavedena centrální sterilizace. Sestra by měla s takovými přístroji umět pracovat, nebo je alespoň připravit pro práci lékaře (16, 17).

Na rozdíl od interní ambulance je předpoklad práce sestry na chirurgické ambulanci rychlost, pohotovost, dodržování zásad asepse a antisepse, dobré organizační a komunikační schopnosti. Sestra reguluje pořadí a příjem pacientů, asistuje lékaři při vyšetření, vyhledává a zakládá dokumentaci nemocného, měří fyziologické funkce, aplikuje léky, odebírá krev, zajišťuje zdravotnický materiál pro ošetření nemocných, objednává nemocného na vyšetření, pracuje s dokumentací a počítačem, komunikuje s pacienty, lékařem, s rodinou nemocného a s ostatními spolupracovníky. Toto mají interní a chirurgická ambulance společné. Na chirurgické ambulanci sestra dále posílá pacienty na rtg vyšetření, pečuje o zlomeniny, připraví dlahu, sádku, odebírá stěry z ran, ošetřuje a převazuje rány. Při kontrolách pacientů vždy asistuje lékaři při sundávání dlahy nebo obvazů (16, 17).

1.5.3 Lůžková část interního a chirurgického oddělení

Základem interního oddělení je standartní lůžková jednotka. Ošetrovací jednotku vždy vede vedoucí lékař a staniční sestra. Ta zodpovídá za organizaci a kvalitu poskytování ošetrovatelské péče. Lůžkovou jednotku tvoří pokoje pro nemocné,

vyšetřovna, přípravná a pracovní sestra, sociální zařízení, čistící místnost, sklad, kuchyňka s jídelnou (16, 17).

Oproti tomu lůžková část chirurgického oddělení se dělí na ošetrovací jednotky standardní aseptické, septické a na jednotku intenzivní péče. Standardní ošetrovací jednotka zabezpečuje diagnosticko-terapeutickou chirurgickou a ošetrovatelskou péči o nemocné, kteří mají podstoupit operační zásah, jsou v pooperačním období nebo jejich zdravotní stav či poranění vyžaduje konzervativní chirurgickou péči. Ošetrovací jednotky se rozdělují podle typu nemoci např. na oddělení aseptické, septické, úrazové, cévní, břišní chirurgie, ortopedie a urologie (17).

Všude je obvyklé zařízení jako pokoje pro nemocné, přípravná a pracovní sestra, vyšetřovna, místnost pro převazování ran, čajová kuchyňka, jídelna, sociální zařízení, čistící místnost, sklad (16).

V prostorech kde dochází k převazování ran, je nutné zabezpečit sterilitu a zajistit provádění výkonů za přísně aseptických podmínek. Také je zde nutné zajistit propojení s operačním traktem, s JIP a s vyšetřovacím úsekem (16).

1.5.4 Náplň práce sestry na interním a chirurgickém lůžkovém oddělení

Na interním lůžkovém oddělení pracují všeobecné sestry v dvousměnném nebo třísměnném provozu. Spolupracují s dalšími zdravotnickými pracovníky např. se zdravotnickým asistentem, nutričním terapeutem, fyzioterapeutem. Náročnost práce na tomto oddělení je vysoká. Je zde velké fyzické i psychické zatížení. Sestry nemocným zabezpečují komplexní základní ošetrovatelskou péči, polohování, péči o inkontinentní. Sestry musejí umět získat od pacientů potřebné informace, aby si mohly stanovit jeho problémy, naplánovat si a uskutečnit ošetrovatelskou péči. Další činnosti jsou diagnostické, terapeutické, preventivní a administrativní. Mezi diagnostické patří odběr biologického materiálu, příprava nemocného na vyšetření, ošetření po výkonu. Do terapeutických se řadí podávání léků, provádění základní rehabilitace. V preventivních činnostech se nachází edukace, nácvik dovedností, poučení o výživě. Shromažďování informací, záznam do dekursu, zakládání výsledků, objednávání pacientů na vyšetření, psaní žádanek a práce s počítačem patří do administrativních činností sestry (17).

Práce na lůžkovém chirurgickém oddělení je taktéž organizována v třísměnném nebo dvousměnném provozu. Pracuje se skupinovým systémem nebo i systémem primárních sester. Skupinová péče znamená, že skupinová sestra během směny se stará o danou skupinu pacientů a odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu a vedení zdravotnické dokumentace. Každého pacienta osobně předá skupinové sestře, která přijde na další směnu. Systém primárních sester znamená, že nemocnému je po přijetí přidělena sestra, které se říká primární. Tato sestra odpovídá za zajištění ošetrovatelského procesu po celou dobu hospitalizace nemocného a za vedení zdravotnické dokumentace. za pomoci ostatních ošetrovatelských pracovníků zajišťuje plán péče. Pokud není ve službě, tak nemocného předá sestrám z další směny. Po návratu do služby si své pacienty přebírá zpět. Sestra zajišťuje základní potřeby nemocného, předoperační a pooperační péči, umí převazovat operační rány. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky, co se týče schopností, komunikace a adaptability. Sestra vykonává činnosti jako odběry biologického materiálu, příprava nemocných na vyšetření, předoperační příprava k různým operacím, podávání léků, péče o chirurgické nástroje, dezinfekce a sterilizace, pooperační péče, obnova sebepéče nemocných, poskytuje informace, edukuje, shromažďuje informace, zaznamenává informace do dokumentace (17).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl

1. Zmapovat, jakými informacemi nemocní disponují při přijetí k hospitalizaci.
2. Zmapovat časový úsek od doby přijetí v ambulantní složce po uložení na lůžko.
3. Zmapovat, které potřeby nemocného nejsou saturované při příjmu na oddělení.
4. Zmapovat, s jakými nejčastějšími problémy se setkávají sestry při příjmu nemocného na lůžkovou část oddělení v souvislosti s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakými informacemi disponují nemocní při přijetí na ambulantní část oddělení?
2. Jaké informace nemocní potřebují po přijetí na lůžkovou část oddělení?
3. Jakým způsobem získávají pacienti informace o přijetí na lůžkovou část oddělení?
4. V jaké míře vyhovuje nemocným délka času od přijetí v ambulantní složce po uložení na lůžko?
5. Které nejčastější potřeby nejsou saturovány při příjmu na oddělení z pohledu nemocného?
6. Na jaké nejčastější problémy sestry intervenují při přijetí pacienta na oddělení?

3 Metodika

3.1 Metodika práce

V bakalářské práci byla použita metoda kvalitativního šetření technikou nestandardizovaného rozhovoru. Pro dokreslení problematiky byla použita technika pozorování pomocí záznamového archu.

Rozhovor pro pacienty a sestry (Příloha 1) je stanoven z otevřených otázek, ve kterých byla možnost se individuálně vyjádřit. Rozhovor byl veden s pacienty a sestrami na chirurgickém a interním oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Během setkávání se s pacienty a sestrami se s nimi hovořilo o jednotlivých tématech. Jako vodítko nám sloužilo 20 otázek, které jsme si předem zvolily. Přepsané otázky jsou uvedené v kapitole Výsledky výzkumu. Jednotlivé odpovědi byly porovnány v kapitole Vyhodnocení názorů.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

5 respondentů byli pacienti z chirurgického úseku Nemocnice České Budějovice, a.s. Zbýlých 5 respondentů byli pacienti z interního úseku Nemocnice České Budějovice, a.s. Všichni respondenti s výzkumem souhlasili. Rozhovory byly s pacienty vedeny zprvu na ambulancích, posléze na lůžkovém oddělení.

Druhou část výzkumného souboru tvořilo 10 ambulantních a 10 lůžkových sester. Výzkum probíhal na přelomu června a července roku 2011.

4 Výsledky

4.1 Přepis rozhovorů respondentů z chirurgického úseku

4.1.1 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 1

Pacient chirurgického oddělení, 56 let, přijat s diagnózou diabetická flegmona palce na pravé noze. Přijat plánovaně k amputaci palce pravé nohy. Je to jeho první operace v životě.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Představuji si asi jen, že mi poví, kdy půjdu na operaci. Jinak, že budu určitě chvílku na ambulanci, než si mě potom předají s lůžkovým oddělením, kde budu ležet.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„O své diagnóze si myslím, že vím vše. Víím důvody vzniku mého onemocnění. O tomto oddělení vím tak zhruba, jen tak co vím od známých. Že tady člověk je pár dní a pak jde domů.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodl sám?

„Mě sem na tohle oddělení poslal pan doktor z chirurgické ambulance. Byl jsem u něj asi před týdnem. Domluvili jsme se na termínu, kdy přijdu na příjem.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Myslím, že mi žádné informace nechyběly. Co jsem potřeboval vědět, mi řekl pan doktor na ambulanci.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji vědět, jestli i po operaci budu moct normálně chodit. Jaké opatření to vyžaduje. Jak dlouho tu přibližně budu. To je asi tak vše.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař mi při příjmu sdělil, kdy půjdu na operaci, že mě čeká předoperační příprava, pak dále mojí diagnózu, a o léčbě, kterou podstoupím.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěl vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Momentálně bych chtěl probrat, jak to bude s léky a aplikací inzulínu. Jestli můžu sám, tak jak jsem zvyklý, nebo ne. Jinak asi vím vše.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„U praktického lékaře jsem ani nebyl. Můj diabetolog mi řekl, že nejspíš budu muset do nemocnice, pokud se mi ten prst zhorší, a že mi hrozí amputace.“

9) Jaké jiné zdroje jste využil pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Od diabetologa. Spoustu informací mám z informačních letáčků a z časopisů. Jelikož jsem v důchodu, tak si časopisy kupuji denně a mám to všechno „naštudované“.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišel do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Tak mě se sestra ujala prakticky ihned po příchodu. Zaklepal jsem na dveře ordinace, takže o mně hned věděli. Takže ho vnímám jako přijatelný.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostal z ambulance na lůžkové oddělení?

„To celé trvalo přibližně hodinu a čtvrt. Dle mého názoru, to bylo rychlé.“

12) Jak jste spokojen s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Ano jsem spokojen s časovým úsekem.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra se akorát ptala, jestli něco nepotřebuji. Řekl jsem jí, že ne. Dále už se mě ohledně potřeb, na nic neptala.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Uspokojené potřeby při příjmu jsou asi takové, že jsem věděl, co se mnou bude dál. Spíše jsem potřeboval informace. Na lůžkové části mi sestry ukázaly, co kde je, a co mám dělat, kdybych je popř. potřeboval.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Potřeby mi byly uspokojeny.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Můj pocit je, že mezi sebou komunikovali dobře. Rozuměli si. Doktor dával sestře pokyny a ta na ně hned reagovala. Lékař se mnou komunikoval také dobře. Měl jsem z něho dobrý pocit, neměl jsem žádné obavy. Sestra se mnou komunikovala stroze.“

17) Co byste změnil na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Asi bych nezměnil nic. Nic mě nenapadá.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Lékaře bych ohodnotil jedničkou, sestru tak trojkou. Většinou se mnou mluvil lékař.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: „V ambulanci se setkávám s největším problémem v čekárně. Když přijímáme pacienta, tak to samozřejmě trvá déle a pacienti z čekárny si stěžují, že čekají dlouho, že někdo předbíhá atd. Pak musím všem vysvětlovat, že musí chvíli vydržet, že nejde všechno hned. Dalším problémem jsou bezdomovci, jsou zanedbaní a často pod vlivem alkoholu. To pak musím být na pozoru a sledovat každý jejich krok. Už se mi stalo, že mě pacient podnapilý napadl.“

Lůžková sestra: *„Největší problém na lůžkách mám asi většinou s rodinou pacienta. Kolikrát ho nenechají vyjádřit, to co on potřebuje a mluví za něj. Když to pak řeknu lékaři, tak s tím nic neudělá, protože nechce mít problém s rodinou. To mi asi nejvíce vadí.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Systém mi vyhovuje. Jen by to chtělo větší čekárny, protože pacientů je čím dál více.“*

Lůžková sestra: *„Systém mi vyhovuje. Až na to věčné papírování. Dnes už nemůžeme udělat nic, aniž by jsme to nezapsaly.“*

4.1.2 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 2

Pacient chirurgického oddělení, 39 let, přijat s diagnózou zevní hemoroidy k plánované operaci. V nemocnici nikdy neležel.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Nevím, vůbec nemám představu. Mám trochu strach. Představuji si jen, že budu někde ležet s ostatními pacienty a čekat až mi řeknou, kdy půjdu na operaci.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„O tomto oddělení mám jen zběžné informace od známých. Nic konkrétního. Informace o své diagnóze mám od pana doktora z proktologie, který mi všechno vysvětlil a také mě sem poslal.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Jak jsem již zmínil, pan doktor z proktologie mi dal doporučení k operaci.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Chyběly mi takové základy, jako co všechno si mám vzít s sebou. Bojím se, abych tu měl všechno, co potřebuji. Nevěděl jsem, jestli si sem mohu vzít notebook nebo televizi.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji vědět, jak bude probíhat ta operace, která mě čeká. Dále jak dlouho po ní tu budu muset být. Co budu moci po operaci dělat, abych si nějak nepřitížil.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař mi řekl termín operace, že moje propuštění bude záviset na hojení, nebo kdyby se vyskytly nějaké komplikace, tak bych tu musel zůstat déle. Sestra mi řekla režim, který je na oddělení a že se mám kdykoliv ozvat, kdybych něco potřeboval.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěl vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Asi bych chtěl probrat, jestli mě to bude hodně bolet a jak dlouho ten výkon standardně trvá.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Já jsem u obvodního lékaře byl pouze jednou, když mi začaly ty potíže, jako krev na toaletním papíře atd. Můj obvodní lékař mi napsal doporučení na chirurgii, kam jsem docházel na proktologii. Až tam mi řekli, že to krvácení je z hemoroidů.“

9) Jaké jiné zdroje jste využil pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Většinu informací jsem získal od lékaře na proktologii, jinak z internetu.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Když jsem přišel do čekárny, tak si mě sestřička hned všimla. Takže jsem tam mohl čekat maximálně 5 minut. To vnímám jako hodně přijatelné.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„To trvalo o něco déle, než se mnou vyplnili veškeré dokumenty a než mě pak pan doktor prohlédl. To mohlo trvat cca hodinu a půl.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Jsem spokojen. Mně to hrozně rychle uteklo. Na to jak jsem se bál, když jsem přišel, tak to šlo rychle.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestřička se mě ptala, jestli něco nepotřebuji. Jinak mě nijak nepozorovala.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Asi, doplnění informací, to vnímám jako uspokojené. A měl jsem trochu strach, co bude dál, ale sestřičky jak na ambulanci, tak na lůžkách mě uklidňovaly. Jinak jsem nic jiného nepotřeboval.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Myslím, že byly všechny uspokojeny.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Asi kladně. Já popravdě řečeno, jsem to nijak nesledoval. Ale ke mně se chovali hezky.“

17) Co byste změnil na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Asi nic, v tomhle se nevyznám. Moje přijetí probíhalo vcelku rychle, takže je to asi v pořádku.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Oba bych ohodnotil jedničkou.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: *„Při příjmu mám problém většinou s nespolupracujícími pacienty, nebo opilými pacienty. Pak také pokud přijímáme pacienty různých národností a některými se velmi těžce dorozumívám. S těmi se tu setkáváme velmi často.“*

Lůžková sestra: *„Na lůžkové části nevidím velké problémy.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Spíše vyhovuje. Jen mi vadí, že vyplňujeme plno nesmyslných papírů, které stejně nikdo nečte. Jako psaní ošetřovatelských diagnóz atd. Člověk se, ale musí podřídít, to je jasné. Jen se bojím, že těch papírů bude víc a víc a budou tu jen sestry sekretářky.“*

Lůžková sestra: *„Myslím, že systém na našem oddělení je dobře zavedený. Máme dostatek pomocného personálu, který nám pomáhá.“*

4.1.3 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 3

Pacientka chirurgického oddělení, 65 let. Přijata k plánované amputaci levé nohy v bérce. Základní diagnóza je DM závislý na inzulinu.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Mám trochu strach, co bude. Bojím se té operace. Snad příjem bude probíhat rychle. Nerada bych tu dlouho čekala, jelikož mě to docela bolí. Předpokládám, že mě prohlédne lékař a půjdu ležet na oddělení.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„Tak já se s tím léčím již dlouho, takže jsem za tu dobu nasbírala plno informací. Nejvíce mi řekl můj diabetolog. I když jsem měla spoustu informací, tak jsem to

zanedbala. Víím, že se mi špatně hojí rány díky diabetu, ale pořád jsem si říkala, že to bude v pořádku. Až bylo pozdě. “

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Mě jsem poslal praktik. Dal mi doporučení na chirurgii, aby mě tu vyšetřili. To jsem ještě netušila, že by mi nohu mohli vzít. S panem doktorem jsem se pak dohodla na termín operace. “

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Vlastně jsem pořádně nevěděla, kde až mi tu nohu budou brát. To jsem se dozvěděla až na oddělení. “

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji vědět, jak se budu moct po operaci pohybovat, jestli mi nabídnou nějakou protézu. Pak jak dlouho budu muset rehabilitovat. Určitě mě pak napadne spousta otázek v té situaci, momentálně jsou pro mě tohle nejdůležitější informace. “

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař na ambulanci mi vysvětlil, jak bude operace probíhat, řekl mi rizika, která se mohou objevit. Řekl, že podrobnosti mi poví na lůžkách, že se na mě doktor, který mě bude operovat, přijde podívat. Sestra se mnou ani o tomhle moc nemluvila. Spíše plnila pokyny lékaře. Pak mě odvezla na oddělení. “

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Chtěla bych vědět, jestli to po operaci bude hodně bolet. Jestli si můžu říct popř. o léky proti bolesti. Pak bych chtěla probrat, jestli jde dostat náhradu končetiny a co pro to mám udělat. “

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Můj praktický lékař mi řekl, že mám tu nohu už hodně černou, že jsem měla přijít dřív. Vím, že jsem to hodně zanedbala. Řekl mi, že mi nejspíš budou muset tu nohu vzít, že už se to nevyléčí. Pak mi připomínal komplikace cukrovky, které mi právě tohle způsobily.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Informaci o své diagnóze mi zjišťovaly děti hodně na internetu. Jinak jsem si nikde nic nezjišťovala.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Sestra na ambulanci si mě všimla hned, pravidelně chodila do čekárny a registrovala nově příchozí pacienty. Mohlo to být tak do 5 minut.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„Přišlo mi hrozně dlouho. Nepočítala jsem to, ale byly to určitě tak dvě hodiny.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Moc spokojena nejsem, čekala jsem, že to bude rychlejší. Jsem z celého příjmu akorát unavená a rozlámaná.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra na mě viděla, že mě ta noha bolí, tak se mě hned zeptala, jestli mi má něco přinést na bolest. Šla za panem doktorem, domluvila se s ním a píchla mi injekci.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Právě tu, že jsem byla bez bolesti.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Asi tu, že jsem měla strach, který se mě držel celou dobu příjmu. Trochu ze mě opadl až na oddělení.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Já myslím, že mezi sebou i se mnou komunikovali dobře. Se mnou mluvili vstřícně.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Nevím, jak bych to změnila, ale mohlo by to být rychlejší. Po těch dvou hodinách jsem byla akorát unavená.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Oba bych ohodnotila číslem jedna. Myslím, že se mi dostatečně věnovali.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: *„V první řadě to jsou agresivní pacienti, dále pacienti co do všeho mluví a nenechají si nic vysvětlit. Dále pacienti, kteří péči využívají a nechají si sloužit.“*

Lůžková sestra: *„Já mám problém s pacienty hluchoněnými nebo nesvéprávnými. Kolikrát jsou přijati bez doprovodu, takže o nich nic nevíme.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Ano vyhovuje. Ale bojím se toho, že nám mají měnit počítačový systém. Budeme se vše učit od začátku, tím zase bude všechno pomalejší, než se to naučíme.“*

Lůžková sestra: *„Vyhovuje. Nic bych neměnila.“*

4.1.4 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 4

Pacientka chirurgického oddělení, 33 let, přijata s diagnózou varixy dolních končetin, k jejich odstranění. Pacientka byla v nemocnici pouze, když rodila. Jiné zdravotní problémy nemá.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Očekávám, že se mě budou ptát na informace, co se týče zaměstnání, rodiny, na nějaké informace o dřívějších nemocech. Pak mě nejspíš lékař prohlédne. Sestra mi změří tlak. Jestli je to podobné jako na gynekologii. Jinak nevím.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„Vím o své diagnóze snad vše, podstoupila jsem již několik ambulantních výkonů, ale nepomohly. Rozhodla jsem se pro operaci. Varixy se mi objevily již během těhotenství.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Poslal mě sem můj obvodní lékař. Dlouho jsme spolu konzultovali moje možnosti. Víceméně záleželo na mně, jestli operaci chci podstoupit.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Asi žádné. Jen jsem pořádně nevěděla, jak ta operace bude probíhat.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji znát to, jestli je ta operace stoprocentní, jestli se mi to může někdy vrátit.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Sestra mi řekla jaký je režim oddělení. Lékař mi vysvětloval, jak bude probíhat příprava na operaci, jaká je doba rekonvalescence.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Jediné co jsem se zapomněla zeptat, jak dlouho bude operace trvat.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„O tomto oddělení mi můj praktický lékař neposkytl žádné informace.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Hodně jsem hledala na internetu, i o tomto oddělení jsem si našla informace na internetu.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Asi tak 10 minut. Vnímám ho určitě jako přijatelný.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„Asi tak hodinu. Pak doktor se mnou byl rychle hotový.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Jsem velmi spokojena. Na oddělení jsem byla velmi rychle. Překvapilo mě to, protože vím, že chirurgie je vyhlášená dlouhým čekáním v čekárnách a nekonečnými frontami.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Žádnou. Aspoň jsem si toho nevšimla.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Byly mi podané informace, které jsem ještě nevěděla. To považuji za uspokojené.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Byly všechny uspokojené.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Lékař se sestrou moc nekomunikoval, spíše si tam něco mumlal pro sebe. Se mnou oba komunikovali dobře.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Nic mě nenapadá, vypadá to, že je všechno v pořádku.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Lékaře i sestru tak dvojkou. Myslím, že se mohli věnovat více.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: *„Asi nejčastěji jsou případy, kdy pacient není nikterak poučen svým obvodním lékařem a k nám na příjem přijde nepřipravený.“*

Lůžková sestra: *„Špatná spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří chtějí jednat za pacienta, nebo naši práci kritizují.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Nemám s naším systémem žádné problémy.“*

Lůžková sestra: *„Nic mě konkrétního nenapadá, spokojená jsem.“*

4.1.5 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 5

Pacientka chirurgického oddělení, 52 let, přijata s diagnózou cholecystolithiáza k plánované operaci. V nemocnici je již poněkolikáté, ale toto je její první operace. Netrpí jinými závažnými nemocemi.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Moje představa je, že se co nejdříve dostanu na lůžkové oddělení a budou mi sděleny veškeré informace o dalším postupu. To asi jediné očekávám. Jinak si nic zvláštního nepředstavuji. Při příjmu si myslím, že mě prohlédne lékař, podepišu mu nějaké papíry a pak nejspíš půjdu na lůžkovou část. Netuším, co jiného se při příjmu dělá.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„Vím jen, že mám kameny ve žlučníku a že musí ven. Už jsem s tím měla potíže několik let. O tomto oddělení nemám žádné konkrétní informace.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Dostala jsem termín operace tady v nemocnici, protože jsem tu již byla několikrát ambulantně. A když už jsem tu byla asi po páté, tak mi doporučili jít na operaci. Takže mě sem poslal pan doktor z ambulance.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Myslím, že mi žádné nechyběli. Vím, proč jsem tu.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji znát informace o mém zdravotním stavu, jak dlouho v nemocnici budu. Co tato nemoc obnáší po propuštění z nemocnice. To je pro mě takový základ“.

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Sestra na ambulanci mi skoro nic neřekla, jen mi změřila tlak a teplotu, vyplnila se mnou nějaké formuláře a souhlasy s přijetím, ale o dalším průběhu mi nic neřekla. Většinu informací mi poskytl lékař. Lékař mi vysvětlil, jak bude probíhat příprava na operaci a jak dlouho přibližně tu budu, pokud se nevyskytnou nějaké komplikace.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Chtěla bych vědět, kdo mě bude operovat, pak po operaci bych chtěla vědět, kolik kamenů jsem tam měla a jestli jsou všechny venku.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Můj praktický lékař mi nepodal žádné konkrétní informace.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Tak plno informací jsem si třeba přečetla v časopisech, jinak spíše ze zkušeností, protože se tento problém se mnou vleče již dlouho.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Prakticky nebyl žádný. V čekárně jsem byla možná 5 minut, pak si mě hned sestřička zavolala. Takže ho vnímám jako velmi přijatelný.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„Než jsem se dostala na lůžkové oddělení, tak to trvalo tak hodinu. Takže poměrně rychle.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Jsem velmi spokojena. Při takovém návalu pacientů v ambulancích jsem byla opravdu rychle hotová.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestřička se mě hned po příchodu na ambulanci zeptala, jestli mě něco nebolí. I v průběhu vyšetřování a zjišťování informací na ambulanci se mě několikrát zeptala, jestli něco nepotřebuji.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Na ambulanci asi bolest, protože mě bolelo břicho a sestřička mi proti bolesti hned něco dala. Na lůžkách asi to, že jsem měla žízeň a sestřička mi hned přinesla konvičku s čajem.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Dle mého názoru mi byly všechny potřeby uspokojeny, takže žádné.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Určitě bych komunikaci celkově hodnotila kladně. V ambulanci jde všechno rychle, ale i tak mají lékaři a sestry si s pacientem popovídat.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Nevím, asi nic. Myslím, že systém přijímání pacientů funguje.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Zhodnotila bych lékaře a sestřičky jedničkou. Myslím, že mi věnovali dostatek pozornosti.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: „Při příjmu mám většinou problém s jazykovou bariérou, když přijde nějaký pacient jiné národnosti. Pak dále, že někteří staří lidé si nepamatuji ani kde bydlí, a ta domluva je potom těžká. Potom jsou to lidé pod vlivem alkoholu, kteří jsou kolikrát až agresivní, nechtějí se nechat ošetřit. Jinak se nesetkávám s žádnými podstatnějšími problémy.“

Lůžková sestra: „Při příjmu na lůžkovou část máme většinou problém s tím, že k nám přivezou pacienta, který je ležící, málo komunikuje a my o něm nemáme žádné informace. Jen ty, které nám poskytnou z ambulance z vyšetření lékaře. Další problémy nevidím.“

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: „Systém mi vyhovuje, až na to, že každým rokem přibývá více dokumentů, které se musí při přijetí vyplňovat. Je to spíše takové papírování a na pacienty tím zbývá méně času. Pacient je zahlcen informacemi, které pomalu ani nestačí vstřebat. Když mu není dobře a my ho ještě obtěžujeme „nějakými papíry“. Chápu, že v dnešní době z právního hlediska to musí být a chráníme tím sebe i pacienty, ale říkám si, že dříve to taky šlo bez toho.“

Lůžková sestra: „Systém zavedený u nás mi vyhovuje. Veškerou pacientovu dokumentaci máme z ambulance, takže pak je tu prostor na větší péči o pacienta na zodpovězení jeho dotazů.“

4.2 Kategorizační tabulka

Tabulka 1 rozhovor s pacienty chirurgického úseku

Respondent-R	Představa příjmu	Informace o DG/oddělení	Doporučení	Deficit informací	Prioritní informace
R 1	Termín operace, předání na lůžkové oddělení	O své DG ví vše, o oddělení od známých	Ambulantní lékař z chirurgie	Nechyběly	Opatření po výkonu, schopnost mobilizace
R 2	Nemám žádnou představu	Od proktologa a od známých	Od proktologa	Co mít s sebou k hospitalizaci	Průběh výkonu a následná režimová opatření
R 3	Co nejkratší doba	Od diabetologa	Praktický lékař	Výška amputace	Režimová opatření a následná RHB
R 4	Odebrání anamnézy, vyšetření lékařem a sestrou	O své DG ví vše	Praktický lékař	Průběh operačního výkonu	Úspěšnost výkonu
R 5	Co nejkratší předání na lůžkové oddělení	Informace o DG a oddělení nejsou konkrétní	Ambulantní lékař z chirurgie	Nechyběly	Průběh výkonu a následná režimová opatření

Tabulka 1 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z chirurgického úseku. R 3 a R 5 si představují dobu příjmu co nejkratší. R 2 nemá žádnou představu. R 1 vyžaduje u příjmu sdělení informací o termínu operace a předání na lůžkové oddělení. R 4 si příjem představuje, provedení lékařem a sestrou celkové vyšetření a odebrání anamnézy. R 1-4 mají dostatek informací i své diagnóze, R 5 nemá informace konkrétní. R 3 a R 4 byli doporučeni k hospitalizaci svým praktickým lékařem. R 1 a R 5 byli doporučeni ambulantním lékařem z chirurgického oddělení. R 2 byl doporučený lékařem specialistou. R 1 a R 5 nepocítovali žádný deficit jakýchkoliv informací. R 3 a R 4 pocítovali nedostatek informací o operačním výkonu. R 2 potřeboval vědět, co si vše má s sebou vzít k hospitalizaci. Prioritními informacemi pro všechny respondenty byl průběh výkonu a následná rekonvalescence.

4.3 Kategorizační tabulka

Tabulka 2 rozhovor s pacienty chirurgického úseku

Respondent- R	Informace sestrou	Informace lékařem	Dotazy na lékaře	Dotazy na sestru	Informace od prak.lékaře	Získání informací
R 1	Žádné	Termín výkonu, předoperační příprava a léčba	Trvalá medikace a aplikace inzulínu	Žádné	Žádné	Diabetolog, letáky, časopisy
R 2	Režim na oddělení	Termín výkonu	Délka výkonu a bolestivost	Žádné	Žádné	Proktolog, interní oddělení
R 3	Žádné	Průběh výkonu, rizika	Režim po výkonu, protetické pomůcky	Žádné	Terapie, komplikace	Internet
R 4	Režim na oddělení	Průběh výkonu a následná RHB	Délka výkonu	Žádné	Žádné	Internet
R 5	Žádné	Průběh výkonu a komplikace	Kdo bude provádět výkon	Žádné	Žádné	Časopisy

Tabulka 2 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z chirurgického úseku. R 1, R 3 a R 5 nedostali žádné doplňující informace podané sestrou, R 2 a R 4 byli od ní poučeni o režimovém opatření oddělení. Všichni respondenti od lékaře byli poučeni o průběhu výkonu a termínu operace. R 2- R 5 potřebovali od lékaře vědět informace o jejich operačním výkonu. R 1 se lékaře dotazoval na svoji trvalou medikaci a aplikaci inzulinu. Ani jeden respondent neměl žádné jiné dotazy na sestru. R 3 a R 4 získali doplňující informace z internetu. R 5 a R1 získali nové informace z časopisů. R 1 a R 2 navíc dostali informace od lékařů specialistů.

4.4 Kategorizační tabulka

Tabulka 3 rozhovor s pacienty chirurgického úseku

Respondent- R	Délka ambulantního příjmu	Délka příjmu na oddělení	Pozornost sestry pac. potřebám	Prioritní potřeby u ambulantního příjmu	Prioritní potřeby u lůžkového příjmu
R 1	Příjemná	75 minut	Pozorná	Následná terapie	Seznámení s oddělením
R 2	Příjemná	90 minut	Pozorná	Doplnění informací	Psychická podpora
R 3	Příjemná	120 minut	Pozorná	Pozornost personálu	Pozornost personálu
R 4	Příjemná	60 minut	Nepozorná	Doplnění informací	Doplnění informací
R 5	Příjemná	60 minut	Pozorná	Zmírnění bolesti	Uspokojení biologických potřeb

Tabulka 3 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z chirurgického úseku. Všichni respondenti byli s délkou ambulantního příjmu spokojeni. Délka příjmu na lůžkové oddělení u všech respondentů trvala hodinu, u některých až dvě hodiny. Sestra všem respondentům věnovala pozornost jejich potřebám, kromě R 4. Respondenti u ambulantního příjmu jako prioritní potřeby uvedli: R 2 a R 4 doplnění chybějících informací. R 1 následnou terapii, R 3 pozornost personálu a R 5 jako prioritní potřebu

vedl zmírnění bolesti, kterou pociťoval a která mu byla následně léky zmírněna. U lůžkového příjmu respondenti upřednostňovali: R 1 seznámení se s oddělením, R 2 vyžadoval psychickou podporu, R 3 jako prioritní potřebu uvedl pozornost personálu, R 4 vyžadoval doplnění informací o svém zdravotním stavu a R 5 uvedl jako nejdůležitější upokojení svých biologických potřeb.

4.5 Kategorizační tabulka

Tabulka 4 rozhovor s pacienty chirurgického úseku

Respondent- R	Neuspokojené potřeby	Komunikace lékař-sestra- pacient	Změna při příjmu z pohledu pacienta	Spokojenost s lékařem L/se sestrou S (1-5)
R 1	Žádné	Sestra-pacient velice stroze	Nic	L 1 S 3
R 2	Žádné	Kladná	Nic	L 1 S 1
R 3	Psychická podpora	Kladná	Rychlost	L 1 S 1
R 4	Žádné	Kladná k pacientovi	Nic	L 2 S 2
R 5	Žádné	Kladná	Nic	L 1 S 1

Tabulka 4 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z chirurgického úseku. Všem respondentům byly jejich potřeby uspokojené, pouze R 3 postrádal psychickou podporu, která mu nebyla umožněna. R 2, R 3, R 5 komunikaci mezi lékařem, sestrou a pacientem hodnotí jako kladnou. R 1 uvádí, že sestra s respondentem jednala velice stroze. R 4 uvádí komunikaci s jeho stranou velice kladně, ale komunikaci mezi sestrou a lékařem záporně. Všichni respondenti by neprováděli žádné změny při příjmu, pouze R 3 by zkrátil délku čekání při příjmu. Všichni respondenti byli s lékařem spokojeni na 1, kromě R 4, který lékaře ohodnotil číslem 2. R 2, R 3 a R 5 sestru také ohodnotili 1. R 1 ohodnotil sestru 3 a R 4 ohodnotil sestru číslem 2.

4.6 Kategorizační tabulka

Tabulka 5 rozhovor ses sestrami chirurgického úseku ambulantní části

Sestry	Problémy při příjmu	Spokojenost se systémem přijímání
Ambulantní sestra 1	Dlouhá doba čekání, pacienti pod vlivem alkoholu	Vyhovuje
Ambulantní sestra 2	Nespolupracující pacienti, pod vlivem alkoholu	Vyhovuje, pouze nadměra papírování
Ambulantní sestra 3	Agresivní pacienti, využívání našich služeb	Prozatím vyhovuje
Ambulantní sestra 4	Nedostatek informací od praktického lékaře	Vyhovuje
Ambulantní sestra 5	Komunikační bariéry, pacienti pod vlivem alkoholu	Vyhovuje, pouze nadměra papírování
Lůžková sestra 1	Špatná spolupráce s rodinou	Vyhovuje
Lůžková sestra 2	Žádné	Vyhovuje
Lůžková sestra 3	Komunikační bariéry	Vyhovuje
Lůžková sestra 4	Špatná spolupráce s rodinou	Vyhovuje
Lůžková sestra 5	Deficit informací o pacientovi	Vyhovuje

Tabulka 5 znázorňuje přehled otázek a odpovědí sester chirurgického oddělení z ambulantního a lůžkového úseku. Ambulantní sestry 1, 2 a 5 nejčastějším problémem při příjmu uvádějí pacienti pod vlivem alkoholu. Ambulantní sestra 3 uvádí jako nejčastější agresivní pacienti a pacienti, kteří využívají naši péči, aniž by ji potřebovali. Ambulantní sestra 4 uvádí jako největší problém nedostatek informací od svého praktického lékaře. Lůžkové sestry 1 a 4 jako největší problém uvádějí špatnou spolupráci s rodinou, sestra 3 poukazuje na komunikační bariéry a sestra 2 na žádný problém nepoukazuje. Všem sestrám z chirurgického úseku systém přijímání pacientů vyhovuje, pouze ambulantní sestry 2 a 5 poukazují na nadměrné papírování.

4.7 Přepis rozhovorů respondentů z interního úseku

4.7.1 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 6

Pacientka interního oddělení, 55 let, přijata s diagnózou dekompenzovaný diabetes mellitus závislý na inzulínu. V minulosti byla již s touto diagnózou hospitalizována.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Moje představy a pocity jsou smíšené, s tímto problémem jsem již byla hospitalizovaná, očekávám, že se mi hladina inzulínu co nejdříve srovná a můžu jít co nejrychleji domů. Příjem probíhá velice zdoluhavě, člověk sedí půl dne na ambulanci a poté co je konečně přijat na oddělení, tak ho sestřičky z lůžek zavalí zbytečným papírováním a ani člověka nenechají vydechnout. Aspoň já mám z dřívějšíka takovou zkušenost.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„O své diagnóze jsem informovaná velice dobře, ať už od svého obvodního lékaře, ambulantního, lůžkového, tak i diabetologem, kterého mi v nemocnici obstarali, aby mi bylo všechno řádně vysvětleno. S tímto oddělením jsem seznámena velice dobře, ať už dneska u příjmu, tak i z minulých hospitalizací.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Na vaše oddělení mě doporučil můj obvodní lékař, ke kterému jsem chodila pravidelně na lačno ke kontrolám a nezdáli se mu moje hladiny glykémie, které byly příliš i na lačný žaludek vysoké.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Při nástupu do nemocnice jsem se pouze divila tomu, že za veškeré svoje věci si musím ručit sama a nemocnice mi ručí pouze do 200 Kč. To mě docela zarazilo, při zavedení poplatků jsem si sebou vzala moc peněz, protože jsem nevěděla, jak dlouho budu

hospitalizovaná a teď mi je může odvést pouze dcera, která má čas až za 2 dny, takže z toho nemám dobrý pocit. Jinak mi žádné jiné informace nechyběly. “

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Žádné jiné informace nepotřebuji znát, akorát ty co jsem již uvedla. “

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař mi moc informací o průběhu hospitalizace neposkytnul. Vše co ho zajímalo, bylo moje pravidelné užívání léků a všechny různé potřebné náležitosti co potřeboval, mu byly poskytnuté jeho sestrou, která se kolem mě nezastavila a všechny potřebné informace mi s velkou trpělivostí vysvětlila právě ona. “

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„I kdybych něco potřebovala, rozhodně se nebudu dožadovat lékaře, kterého bych se i za půl dne nedočkala. Vím, že mají hodně práce a nemají čas chodit po pacientech a dovysvětlovat informace, kterým neporozuměly. Vím, že i sestřičky toho mají kolem nás hodně, ale ty na oddělení určitě najdu dříve než lékaře a sestry na rozdíl od lékařů přijdou na zmáčknutí zvonečku. “

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Můj praktický lékař mě informoval o tomto oddělení velice dobře a dostatečně. “

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Z žádných jiných zdrojů jsem nečerpala, neměla jsem to zapotřebí. Nevím, kde bych si měla hledat informace, než u svého praktického lékaře a na onom oddělení. “

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Časový úsek, kdy se mě ujala ambulantní sestra, byl přijatelný, neříkám, že to bylo za chvíli, ale vzhledem k tomu, že nás na ambulanci sedělo asi 20, tak se to ještě dalo.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„Myslím si, že to bylo něco kolem 2 hodin.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Sestry a doktoři bohužel nemohou za to, že jich je na ambulanci žalostně málo, takže vzhledem k tomu počtu personálu jsem byla docela spokojená s jejich bleskovými příjmy. Jinak bych tam seděla půl dne.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra byla u příjmu velice ochotná, vyzpovídala si mě od hlavy až k patě, takže si nemohu stěžovat.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Na ambulanci mě vyšetřili a věnovali se mi zcela dostatečně. Od hladiny glykémie, po vzhled dolních končetin a i vyšetření zraku, takového komfortu se ani nedočkám u svého praktického lékaře. Na lůžkovém oddělení se mě ujali profesionálové, všechny možné vyšetření co jsem měla objednané, tak za mnou dorazili lékaři z oboru (oční, podiatr, diabetolog a internista).“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Na žádnou si nemohu vzpomenout, myslím si, že mi byly všechny potřeby uspokojeny.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Lékař se sestrou většinou komunikuje přátelským a nikterak nepovyšujícím se chováním. S námi hovoří také mile s vyčerpávajícími informacemi, které stejně kolikrát nejsme schopni si zapamatovat.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Neměnila bych nic, jsem se vším nad míru spokojená.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Sestrám bych dala známku číslo 1, věnují se nám velice dostatečně, lékaři bohužel méně, ale to je z důvodu nad míru pacientů, takže 2.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: „Nejčastěji se setkáváme s nervozitou pacientů, která vznikla dlouhým čekáním na ambulanci, někdy i nepřiměřeným chováním. Bohužel tuhle skutečnost nejsme schopné ovlivnit v souvislosti s nízkým počtem personálu, kterého máme žalostně málo.“

Lůžková sestra: „S Problémy vzniklých při příjmu se setkáváme čím dál tím více, je to v důsledku zahlcování pacienta pro něj zbytečnými informacemi, které jsou pro něj kolikrát i nepříjemné. Například podepisování informovaných souhlasů, poučeních, které si nejsou schopni ani přečíst a nechtějí nám je někdy i podepsat, tudíž nám nastávají zbytečné rozepře hned při příjmu. Potom je těžké si důvěru pacienta znovu naklonit na naši stranu.“

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: „Systém nám vyhovuje pouze do té míry, pokud máme na ambulanci málo pacientů. Na každého nám v souvislosti se zaváděním nových a nových dokumentů přibývá doba čekání dalších klientů, kteří čekají také na příjem. Když máme ambulanci plnou, doba čekání se tím prodlužuje a pacienti čekají o to déle.“

Lůžková sestra: „Náš systém přijímání pacientů od ambulantních sester nám vyhovuje, do větší míry nám připraví pacienta, takže nám následně ubývá hodně práce. Po 15

hodině je to komplikovanější. Protože si musíme udělat práci i za ambulanci, takže se nám celý příjem o to déle prodlužuje.“

4.7.2 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 7

Pacientka interního oddělení, 71 let, přijata s diagnózou průjem neinfekčního původu, pro další dovyšetření. V nemocnici už ležela v minulosti.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Očekávám, že se dozvím, co se mnou budou dělat. Paní doktorka mě určitě vyšetří a pak se dostanu na oddělení. Doufám, že mě dají na nějaký pěkný pokoj. Snad tam nebudu sama.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„Toto oddělení už znám, už jsem tu jednou ležela. O své diagnóze nemám moc informací. Tady by mi snad měli říci, proč mám ty průjmy.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Mě sem poslal praktický lékař, já bych sama do nemocnice nikdy nešla. On mě pan doktor nejdřív poslal na infekční oddělení, ale odtamtud mě poslali sem. Takže tak pendluju.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Chybělo mi to, kam přesně mám jít, jsem tu bloudila a nemohla to oddělení najít. Chybí mi jen vědět, to co mi je. Snad to brzy zjistím.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji vědět, co se mnou bude, jaká podstoupím vyšetření. Jestli se na ně mám nějak připravit. Co to obnáší.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Sestra mi řekla jen, že půjdu na oddělení, uloží mě na postel, a budu čekat na to, až paní doktorka dá sestrám nějaké pokyny, co se mnou dál. Paní doktorka mi řekla, že se to bude vyšetřovat, ale nic konkrétního.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Co tedy bude dál, jak dlouho to vyšetřování bude trvat.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Můj praktický lékař mi řekl, že mě tady vyšetří víc. Jinak to tu znám.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Nezjišťovala jsem si žádné informace.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Sedla jsem si do čekárny a hledala jsem doporučení od lékaře, než jsem to našla, tak už tam byla sestra. Tak to mohlo být tak 10 minut.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„To trvalo tak hodinu a půl.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Jsem spokojena, paní doktorka se mi opravdu věnovala, takže to rychle uteklo.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestřička se mě ptala, jestli něco nepotřebuji. Jestli mě něco nebolí a ukázala mi záchod, kam bych si popřípadě mohla odskočit.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Na ambulanci jsem měla strach, kdybych náhodou musela na záchod, ale sestřička mě uklidnila, když mi sama záchod ukázala a řekla mi, že není problém kdykoliv si tam dojít. Na lůžkách se mě taky sestřička ptala, jestli je všechno v pořádku, dala mi zvoneček, kdybych náhodou něco potřebovala.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Asi mi chybělo, že jsem vlastně nezjistila pořádně, jaké vyšetření mi budou dělat. Snad se to dozvím tady na oddělení.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Vnímám jí jako dobrou. Sice paní doktorka se sestrou na sebe volaly přes zed' do druhé místnosti, ale určitě si rozumí. Se mnou mluvily obě hezky.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Nic.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Oba bych hodnotila číslem 1.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: „Největší problém, který vidím je nervozita pacienta před příjmem. Dále neznalost svojí trvalé medicíny, neví kdo je jeho obvodní lékař a nezná číslo na rodinného příslušníka, kterého má uvedeného v informačním souhlasu.“

Lůžková sestra: „Špatná komunikace s ambulantní sestrou. Nedostačující předání pacienta. Napůl vyplněná dokumentace. Nepřehlednost v dokumentaci.“

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: „*Systém přijímání pacientů nám postupem času vyhovuje čím dál méně. Pacientů přibývá a s tím nám přibývají další a další zbytečné papíry, které při příjmu nejsou potřebné.*“

Lůžková sestra: „*Ne. Podle mého mínění našemu sesterskému kolektivu tento systém nevyhovuje. Sestra stráví celý den v papírech a na pacienta tudíž nezbyvá tolik času.*“

4.7.3 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 8

Pacient interního oddělení, 34 let, přijat s diagnózou nově zjištěné hypertenze, pro sledování a další dovyšetření. V nemocnici v minulosti nikdy nebyl hospitalizován.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„*Moje představy nejsou žádné, budu hospitalizován poprvé, nevím, co mám od toho očekávat. Nechám se překvapit, jak vše bude probíhat.*“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„*O mojí diagnóze mě již informoval můj závodní lékař, který mi naměřil 3 krát po sobě vysoké hodnoty tlaku, takže mě doporučil k mému obvodnímu lékaři, který mě následně doporučil k příjmu a následnému zjištění možné příčiny.*“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„*Doporučil mě můj obvodní lékař, a jelikož mám o sebe strach, tak se raději nechám hospitalizovat, jestli to má nějaký jiný původ.*“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„*Informace mi asi žádné nechyběly, můj lékař mi vše vysvětlil dokonale, takže uvidím, jak vše bude probíhat.*“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Hlavně asi potřebuji znát, kde se mám hlásit, na koho se mám obrátit a jaké věci si mám sebou vzít, a které jsou naopak zbytečné.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař mi podrobně vysvětlil informace o mém zdravotním stavu, zjišťoval možné příčiny, od stresu, kouření, alkoholu po užívání nějakých léků, které asi ten tlak ovlivňují. Sestra mi vysvětlila chod oddělení, a co mě bude v následné době čekat. Těch informací bylo tolik, že si je skoro nepamatuji, takže se asi ještě několikrát sester a lékařů budu dotazovat.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěl vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„S lékařem bych chtěl určitě probrat výsledky mých vyšetření, které u mě proběhnou, se sestrou mě teď nic konkrétního nenapadá, protože vím, že k tomu nemají stejné kompetence a nemohou mi nic sdělovat o mém zdravotním stavu.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Můj praktický lékař mi toho řekl docela dost, nic navíc jsem nepotřeboval asi vědět.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Žádné jiné zdroje jsem nepotřeboval, vše co jsem chtěl vědět, to mi bylo sděleno.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišel do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Časový úsek se mi jevil jako přijatelný, bylo nás na ambulanci pár, takže jsem moc dlouho nečekal, asi jen půl hodiny.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„To bych nenazval nějakým časovým úsekem, když jsem byl na ambulanci hotov, hned se mě ujala sestra a dovedla mě na oddělení.“

12) Jak jste spokojen s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„S tímto časovým úsekem jsem velice spokojený.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra se mi plně věnovala, vše co jsem potřeboval, mi bylo sděleno nebo nabídnuto, nic jsem u příjmu nepostrádal.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Při příjmu bylo pro mě asi nejdůležitějším to, že mě sestra dovedla na lůžkové oddělení. Tato nemocnice je velmi prostorná a lehce tu člověk zabloudí, největší strach jsem měl z toho, že nebudu vědět kde se mám na lůžkách hlásit a na jaké oddělení jít. Tohoto se naštěstí ujala sestra a vše potřebné mi ukázala a předala sestram z oddělení, kam jsem byl přijat. Na lůžkách se mě také sestry vřele ujali a vše potřebné, co jsem vyžadoval, mi bylo vyhověno. Prioritní pro mě bylo, že mi před tím zdlouhavým papírováním nabídly tekutiny a dokonce jsem dostal i oběd, se kterým jsem nepočítal.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Nejsem si vědom ničeho, myslím si, že to snad lépe ani nešlo všechno provést. Se vším jsem byl velice spokojený.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Nevím, jak komunikuje lékař se sestrou, většinou je vidím spolu komunikovat pouze u vizity, kde spolu hovoří dobře a všechny ordinace, které lékař naordinuje, jsou vždy do puntíku splněny. No a komunikace se mnou, ta probíhá naprosto přátelsky, vždy mi sestry vyjdou vstříc všem mým přáním.“

17) Co byste změnil na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Nic bych neměnil, já jsem se vším naprosto spokojený.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Všemu personálu bych dal 1 a ještě s hvězdičkou.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: *„Asi největším problémem je nedostatek personálu, pacienti jsou kolikrát nevrli z dlouhého čekání a upřednostňování akutních případů, ale nás je tady opravdu žalostně málo.“*

Lůžková sestra: *„Největší problém je u nás asi ten, že nám přijatí lidé již z ambulance musí kolikrát čekat na uložení jen z toho důvodu, že čekají, až se uklidí a umyje postel po pacientovi, který byl propuštěn.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Systém asi nevyhovuje starším sestrám, jako jsem já, který se neustále vyvíjí a modernizuje a je zapotřebí lépe ovládat znalosti počítače, které nás brzdí v naší práci.“*

Lůžková sestra: *„Tento systém mně osobně vyhovuje, ale při neustálém navyšování nových dokumentů, by nám ten náš systém mohl navýšit i nové zaměstnance.“*

4.7.4 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 9

Pacient interního oddělení, 63 let, přijat s diagnózou zvýšená funkce štítné žlázy, pro další dovyšetření. V nemocnici v minulosti ještě nebyl hospitalizován.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„Představu zatím skoro žádnou nemám, chtěl bych být co nejdříve hotov a byl přijatý na lůžka. Příjem asi bude zdlouhavý, vzhledem k tomu, že jeden pán, který šel přede mnou je tam asi už půl hodiny a já mám před sebou ještě 4 lidi.“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„Veškeré informace jsem se dozvěděl od svého obvodního lékaře. Něco málo ovládám i internet, takže jsem si něco málo přečetl o této problematice již dopředu.“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Jak jsem již uvedl, doporučil mě sem můj obvodní lékař, který tak usoudil z krevních náběrů, které mi před týdnem odebírala jeho sestríčka.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Na žádné si zrovna nemohu vzpomenout, informace které jsou potřeba, jsou myslím už tak všeobecně známé a zmedializované, takže člověka nemůže nic překvapit.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Informace které potřebuji znát, by mi měl poskytnout můj obvodní lékař, který tak učinil. Nejhlavnější pro mě byla informace, kam mám přijet, na jakou ambulanci se mám dostavit a co všechno potřebuji.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Lékař mi poskytnul informace o všech možných vyšetřeních, které bych měl za dobu hospitalizace absolvovat a sestra mě informovala o hospitalizaci, o mých právech a dokonale mě provedl oddělením, abych se tu nikde neztratil. Poučila mě o návštěvních hodinách a dodržování nemocničního režimu, kterého bych se měl držet.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěl vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Asi je pro mě nejdůležitější jejich jednání, které je určitě správné a pro moje dobro, veškeré informace před výkonem jsou mi vždy dostatečně vysvětleny, takže z ničeho nemusím mít strach a nemusím se dožadovat žádného vysvětlování, které je mi samo automaticky umožněno.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Myslím si, že můj praktický lékař a jeho sestra mě zahrtili informacemi dostatečně, z ničeho jsem nebyl překvapený, na vše jsem byl již dopředu upozorněný.“

9) Jaké jiné zdroje jste využil pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Informace jsem si o mém zdravotním stavu hledal na internetu a samozřejmě jsem byl informován od svého obvodního lékaře a jeho sestry. Obvodní lékař mi sdělil moji diagnózu a na vašem oddělení mi byl dopodrobna vysvětlen celý průběh nemoci a následné dovyšetření s léčbou.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišel do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Časový úsek byl trochu delší, než jsem si představoval. Čekal jsem asi 2 hodiny, protože přede mnou bylo hodně lidí, a tak se to trochu protáhlo. Ale vnímám ho jako přijatelný, vím, že je na ambulanci hodně práce a málo lékařů a sester.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„Jakmile jsem byl na ambulanci hotov, sestřička byla tak ochotná, že mě sama dovedla na oddělení, a tam se mě hned ujaly lůžkové sestry.“

12) Jak jste spokojen s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„S tímto časovým úsekem jsem velice spokojený.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra byla při příjmu velice ochotná, umožnila mi nadstandardní péči. Od vody na pití, po pohodlné usazení do křesla, to si kolikrát žádná sestra ani neuvědomí, že taky máme hlad a žízeň a to je pro mě velice důležité, na tomto přístupu se dá vyzorovat velice hodně a rozpozná se ochotná a milá sestra od sestry, která nám bere pouze jako břemeno a přidělování další práce.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Mně byly jak na ambulanci, tak i na lůžkách všechny moje požadavky a potřeby uspokojené. Nebyl jsem rozhořčen z ničeho a doufám, že nebudu.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„Při příjmu mi bylo všechno, co jsem očekával splněno. Byl jsem se vším spokojený.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Komunikace mezi mnou, sestrou a lékařem je velmi dobrá. Když potřebuji lékaře, vždy ochotně zajde, ať už je to za hodinu, ale přijde a sestra přijde vždy, když je potřeba. Nebo na ni zazvoním, ale nikdy to nebylo zapotřebí, protože není půl hodiny, kdy by si mně nešla zkontrolovat.“

17) Co byste změnil na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Na tomto systému bych neměnil asi nic, asi to tak všechno mám být, tak jak to je.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Sestru i lékaře bych znázornil na stupnici za 1, protože jsem byl s nimi velice spokojený.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: „*Nejčastějším problémem, který vnímám je asi skutečnost, že máme čím dál tím víc pacientů na příjem, ať už plánovaných nebo neplánovaných a málo lůžek na oddělení. Takže bohužel musíme kolikrát neplánované příjmy, které jsou akutnější upřednostnit nad plánovanými a ty musíme bohužel přeobjednávat.*“

Lůžková sestra: „*Problémem, který nejčastěji nastává, je asi ten, že nám pacienti často chtějí podepisovat negativní revers jen chvíli po přijetí na naše oddělení.*“

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: „*Náš systém je trošku komplikovaný a zdoluhavý, ale bohužel tomu tak musí být, protože z právního hlediska a našeho pojišťovacího systému, to tak musíme praktikovat, protože by nám pojišťovny nic neproplácely a na druhou stranu by jsme byli jednou nohou v kriminále.*“

Lůžková sestra: „*Systém mi vyhovuje, ale je nás sester žalostně málo, proto bych uvítala, kdyby nám navýšili pracovní stavy.*“

4.7.5 Přepis rozhovoru s respondentem číslo 10

Pacientka interního oddělení, 46 let, přijata s diagnózou Chronická pankreatitida. Je to její již několikátá hospitalizace v životě. Na interním oddělení je již poněkolikáté. Netrpí jinými nemocemi.

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

„*Nemám žádnou konkrétní představu, jen doufám, že to nebude dlouho trvat. Mám trému a trochu i strach. Snad to trochu opadne, až mi někdo poví, co bude dál. Ta nejistota je hrozná. Doufám, že si i trochu odpočinu, celou noc jsem totiž nespala.*“

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

„*Já jsem na tomto oddělení již poněkolikáté, takže to tu znám, vím, jak to tu chodí. O své diagnóze také vím vše, jelikož jsem tu s ní hospitalizována už asi po třetí.*“

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

„Na Vaše oddělení mě poslal pan doktor z pohotovosti. Přišla jsem tedy na jeho doporučení. Hospitalizaci jsem ten den odmítla, i když mi ji paní doktorka z ambulance doporučovala. Dnes jsem byla přijata plánovaně.“

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

„Nechyběly mi žádné informace. Paní doktorka z ambulance mi řekla, že to mám od té slinivky.“

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

„Potřebuji vědět, jestli se můj stav od minula nezhoršil. Myslím tím stav té slinivky.“

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

„Paní doktorka mi řekla, že budu muset dodržovat dietu a určitě mi budou dělat vyšetření, aby zjistili, proč se mi ty záněty opakují. Sestřička mi řekla, že mě odvede na lůžka a tam se o mě postarají.“

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

„Zrovna mě nic nenapadá, všechny informace, které jsem chtěla vědět, mi byly sděleny.“

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

„Pan doktor z pohotovosti mi pouze řekl, že tady u Vás mě lépe vyšetříte. Že je to na hospitalizaci, pokud mám takové bolesti.“

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

„Zjišťovala jsem si informace na internetu již dříve.“

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

„Žádný, přišla jsem a hned si mě všimly. To je určitě přijatelné.“

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

„To bylo tak hodinku, než se mnou paní doktorka vyplnila přijímací papíry.“

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

„Jsem spokojena, jelikož je všechno hned u sebe, tak jsem všude byla hned.“

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

„Sestra se mě hned po příchodu ptala, jestli mě něco nebolí. Potom co mi píchla injekci, se mě ještě ptala, jestli je to lepší a jestli nepotřebuji něco jiného.“

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

„Jak na ambulanci, tak na lůžkách vnímám potřeby uspokojené.“

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

„To co jsem potřebovala, mi bylo splněno.“

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

„Komunikaci hodnotím hodně kladně. Myslím, že si sestry a lékaři mezi sebou hodně rozumí. Na mě byly velice hodní.“

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

„Neměnila bych nic.“

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

„Oba hodnotím jedničkou.“

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

Ambulantní sestra: *„S agresivitou pacientů vzniklou dlouhým čekáním na ambulancích.“*

Lůžková sestra: *„Špatná spolupráce s pacientem, nezájem spolupracovat a komunikovat.“*

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

Ambulantní sestra: *„Systém mi vyhovuje, ale starším sestrám je těžké naučit se novým technickým dovednostem, kterými jsme zahlcovány čím dál častěji.“*

Lůžková sestra: *„Nic konkrétního mě nenapadá, asi mi náš systém vyhovuje.“*

4.8 Kategorizační tabulka

Tabulka 6 rozhovor s pacienty interního úseku

Respondent- R	Představa příjmu	Informace o DG/oddělení	Doporučení	Deficit informací	Prioritní informace
R 1	Smíšené představy	Praktický, ambulantní, lůžkový lékař a diabetolog	Praktický lékař	Poučení pacientů a ručení do 200 Kč	Poučení pacientů
R 2	Průběh hospitalizace a vyšetření lékařem	Nedostatek informací	Praktický lékař	Neznalost nemocničních prostorů	Jaké vyšetření podstoupí
R 3	Žádné konkrétní představy	Praktický lékař	Praktický lékař	Žádné	Informace o příjmu a potřebné věci k přijetí
R 4	Žádné konkrétní představy	Praktický lékař, internet	Praktický lékař	Žádné	Informace o příjmu a potřebné věci k přijetí
R 5	Žádné konkrétní představy	Opakovaná hospitalizace	Lékař z pohotovosti	Žádné	Zdravotní stav

Tabulka 6 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z interního úseku. R 1 má smíšené představy. R 2 si pod příjmem představuje vyšetření lékařem a vysvětlení průběhu hospitalizace. R 3, R 4 a R 5 nemají žádnou konkrétní představu. R 1, R 3, R 4 a R 5 mají dostatek informací o své diagnóze, R 2 nemá žádné konkrétní informace. R 1, R 2, R 3 a R 4 byli doporučeni k hospitalizaci svým praktickým lékařem. R 5 byl doporučen lékařem z pohotovosti. R 3, R 4 a R 5 nepociťovali žádný deficit jakýchkoliv informací. R 1 pociťoval nedostatek informací o tom, že mu nemocnice nebude ručit za peníze ve vyšší hodnotě než 200 Kč. R 2 pociťoval nedostatek v neznalosti nemocničních prostorů. R 3 a R 4 potřebovali vědět, co si vše má s sebou vzít k hospitalizaci a jak bude příjem probíhat. Prioritní potřeba pro R 3 a R 4 bylo vědět informace o příjmu a vědět to co si mají vzít k přijetí. Pro R 1 bylo prioritní poučení pacienta o chodu oddělení a poučení o množství peněz, které u sebe může mít. Pro R 2 a R 5 byli důležité informace o dalším vyšetření, která podstoupí a informace o zdravotním stavu.

4.9 Kategorizační tabulka

Tabulka 7 rozhovor s pacienty interního úseku

Respondent- R	Informace sestrou	Informace lékařem	Dotazy na lékaře	Dotazy na sestru	Informace od prak.lékaře	Získání informací
R 1	Všechny moje dotazy	Trvalá medikace	Žádné	Nic konkrétního	O oddělení	Praktický lékař
R 2	Seznámení se s oddělením	Další možná vyšetření	Další průběh hospitalizace	Žádné	Další dovyšetření	Žádné
R 3	Všechny moje dotazy	Vyšetření lékařem	Výsledky mých vyšetření	Žádné	Veškeré potřebné informace	Žádné
R 4	Hospitalizace, práva pacientů a režim oddělení	Další možná vyšetření	Žádné	Žádné	Veškeré potřebné informace	Praktický lékař, jeho sestra a internet
R 5	Seznámení s oddělením	Režimová opatření	Žádné	Žádné	Další dovyšetření	Internet

Tabulka 7 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z interního úseku. R 1, R 3 poskytla sestra veškeré informace a zodpovídala všechny jejich dotazy. R 2 a R 5 byli sestrou seznámeni s oddělením. R 4 dostal veškeré informace od sestry, co se týče průběhu hospitalizace, režimu oddělení a o právech pacientů. R 2, R 3 a R 4 byli od lékaře poučeni o dalších vyšetřeních, která podstoupí. R 1 byl od lékaře informován o trvalé medikaci a R 5 o režimových opatřeních, která ho čekají. R 1, R 4 a R 5 neměli žádný dotaz na lékaře. R 1 potřeboval od lékaře vědět informace dalším průběhu hospitalizace a R 3 potřeboval vědět výsledky jeho zatím podstoupených vyšetření. Ani jeden respondent neměl žádné jiné dotazy na sestru. R 1 získal od praktického lékaře informace o oddělení. R 2 a R 5 podal praktický lékař informace o dalším dovyšetření. R 3 a R 4 dostali od praktického lékaře veškeré informace. R 1 a R 4 další doplňující informace získali od svého praktického lékaře. R 4 a R 5 získali doplňující informace z internetu. R 2 a R 3 nezískali ani si nedohledávali žádné informace.

4.10 Kategorizační tabulka

Tabulka 8 rozhovor s pacienty interního úseku

Respondent- R	Délka ambulantního příjmu	Délka příjmu na oddělení	Pozornost sestry pac. potřebám	Prioritní potřeby u ambulantního příjmu	Prioritní potřeby u lůžkového příjmu
R 1	Přijatelný	120 minut	Pozorná	Celkové vyšetření	Vyšetření lékaři specialisty
R 2	Přijatelný	90 minut	Pozorná	Psychická podpora	Signalizační zařízení
R 3	Přijatelný	Několik minut	Pozorná	Seznámení ambulantní sestrou s lůžkovým oddělením	Zabezpečení biologických potřeb
R 4	Přijatelný	Několik minut	Pozorná	Všechny potřeby uspokojeny	Všechny potřeby uspokojeny
R 5	Přijatelný	60 minut	Pozorná	Všechny potřeby uspokojeny	Všechny potřeby uspokojeny

Tabulka 8 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z interního úseku. Všichni respondenti byli s délkou ambulantního příjmu spokojeni. Délka příjmu na lůžkové oddělení u dvou respondentů trvala několik minut, jinak doba příjmu trvala hodinu, u některých až dvě hodiny. Sestra všem respondentům věnovala pozornost jejich potřebám. Respondenti u ambulantního příjmu jako prioritní potřeby uvedli: R 1 uvedl celkové vyšetření. R 2 psychickou podporu, R 3 uvedl seznámení ambulantní sestrou o lůžkovém oddělení. R 4 a R 5 uvedly, že mají všechny potřeby uspokojeny. U lůžkového příjmu respondenti upřednostňovali: R 1 vyšetření lékaři specialisty, R 2 vyžadoval seznámení se signalizačním zařízením, kdyby něco potřeboval, R 3 jako prioritní potřebu uvedl zabezpečení biologických potřeb, R 4 a R 5 vnímali všechny potřeby uspokojené.

4.11 Kategorizační tabulka

Tabulka 9 rozhovor s pacienty interního úseku

Respondent- R	Neuspokojené potřeby	Komunikace lékař-sestra- pacient	Změna při příjmu z pohledu pacienta	Spokojenost s lékařem L/se sestrou S (1-5)
R 1	Žádné	Kladná	Nic	L 2 S 1
R 2	Deficit informací o vyšetření	Kladná	Nic	L 1 S 1
R 3	Žádné	Kladná	Nic	L 1 S 1
R 4	Žádné	Kladná	Nic	L 1 S 1
R 5	Žádné	Kladná	Nic	L 1 S 1

Tabulka 9 znázorňuje přehled otázek a odpovědí u pacientů z interního úseku. Všem respondentům byly jejich potřeby uspokojené, pouze R 2 postrádal informace o dalším vyšetření. Všichni respondenti komunikaci mezi lékařem, sestrou a pacientem hodnotí jako kladnou. Všichni respondenti by neprováděli žádné změny při příjmu. Všichni respondenti byli s lékaři spokojeni na 1, kromě R 1, který lékaře ohodnotil číslem 2. Všichni respondenti ohodnotili sestru číslem 1.

4.12 Kategorizační tabulka

Tabulka 10 rozhovor ses sestrami interního úseku

Sestry	Problémy při příjmu	Spokojenost se systémem přijímání
Ambulantní sestra 1	Dlouhá doba čekání	Vyhovuje, pouze nadmíra papírování
Ambulantní sestra 2	Nervozita pacienta, neznalost osobních údajů a trvalé medikace	Nadmíra papírování
Ambulantní sestra 3	Nedostatek personálu	Nevyhovuje, stále nové systémy přijímání
Ambulantní sestra 4	Upřednostňování a akutních příjmů a tím nespokojenost objednaných pacientů	Zdlouhavý systém, velká zodpovědnost
Ambulantní sestra 5	Agresivita pacientů, dlouhá doba čekání	Vyhovuje
Lůžková sestra 1	Zahlcování pacienta nadměrnými informacemi	Vyhovuje
Lůžková sestra 2	Špatná komunikace s ambulantní sestrou	Nevyhovuje
Lůžková sestra 3	Čekání na přípravu lůžka	Vyhovuje
Lůžková sestra 4	Podepisování negativního reversu	Vyhovuje, pouze málo personálu
Lůžková sestra 5	Špatná spolupráce s pacientem	Vyhovuje

Tabulka 10 znázorňuje přehled otázek a odpovědí sester interního oddělení z ambulantního a lůžkového úseku. Ambulantní sestry 1, a 5 nejčastějším problémem při příjmu uvádějí dlouhé čekací doby, které musí pacienti přetpět. Ambulantní sestra 5 ještě dodává agresivitu pacientů. Ambulantní sestra 2 uvádí jako nejčastější nervozitu pacienta a neznalost pacientů o svých osobních údajích a trvalé medikaci. Ambulantní sestra 3 uvádí jako největší problém nedostatek personálu a ambulantní sestra 4 uvádí, že pro ní nejčastější problém je nespokojenost objednaných pacientů pro upřednostňování akutních příjmů. Lůžková sestra 1 jako největší problém uvádí zahlcování pacienta nadměrnými informacemi. Lůžková sestra 2 poukazuje na špatnou komunikaci s ambulantní sestrou. Sestra 3 poukazuje na to, že pacient dlouho čeká na

přípravu lůžka, které není volné po jeho příchodu. Sestra 4 uvádí jako problém podepisování negativního reversu. Lůžková sestra 5 si stěžuje na špatnou komunikaci s pacientem. Ambulantním sestrám 1 a 5 systém přijímání vyhovuje, jen sestra 1 a 2 poukazují na nadměrné papírování. Ambulantní sestře 3 vadí nové systémy, které se každou chvíli mění. Ambulantní sestra 4 uvádí jako problém zdlouhavý systém přijímání a velkou zodpovědnost. Všem lůžkovým sestrám interního úseku systém přijímání pacientů vyhovuje, pouze sestře 2 nevyhovuje a 4 poukazuje na málo personálu.

4.13 Kategorizační tabulka

Tabulka 11 pozorování sester ambulantního úseku v plnění pacientových potřeb

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Sestra registruje nové pacienty	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou
Pacient čeká na výzvu sestry	Do 10 minut	Do 5 minut	Do 5 minut	Do 10 minut	Déle než 10 minut
Nemocný má saturované potřeby	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny potřeby jsou saturovány, pouze deficit informací	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Pacient má potřeby saturované, pouze na léky ke zmírnění bolesti mu byly podány až do 2 hodin
Sleduje sestra pacientovi potřeby	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje, ale pouze pohledem	Ano sleduje, ale pouze pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem
Uspokojuje sestra pacientovi potřeby	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, ale pouze ordinací lékařem, dále si pacienta nevšímá	Ano uspokojuje, komunikací, aplikací léků, fyzický kontakt chybí	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem
Zohledňuje sestra příchod akutního případu	Ano zohledňuje jak dotazem, tak i pohledem	Ano zohledňuje jak dotazem, tak i pohledem	Ano zohledňuje jak dotazem, tak i pohledem	Ano zohledňuje jak dotazem, tak i pohledem	Ano zohledňuje jak dotazem, tak i pohledem
Upřednostňuje akutního nemocného před plánovaným příjmem	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikuje sestra s pacientem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, ale pouze direktivním způsobem	Ano, ale pouze direktivním způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem
Sestra pacientovi podává informace	O průběhu příjmu	Na požádání pacienta	Na požádání pacienta	O průběhu příjmu	O průběhu příjmu

Sestra má problémy při komunikaci s pacientem	Nemá žádné problémy	Agresivní pacient	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy
Sestra odpovídá při každém dotazu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Plní sestra ordinace lékaře	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Tabulka 11 znázorňuje výsledky pozorování sester ambulantního úseku v plnění pacientových potřeb. Všechny sestry 1-5 podle pozorování registrují nově příchozí pacienty jak pohledem, tak i výzvou. U sestry 2 a 3 čeká pacient na její výzvu do 5 minut, u sestry 1 a 4 do 10 minut a u sestry 5 čeká pacient déle než 10 minut. Všichni pacienti dle pozorování měli sestrou potřeby uspokojeny, jen pacientovi 2 sestra nepodala potřebné informace a u sestry 5 čekal pacient na léky na bolest příliš dlouho. Všechny sestry sledují pacientovi potřeby. Sestry 1, 4 a 5 sledují potřeby jak pohledem, tak dotazem, sestry 2 a 3 pouze pohledem. Všechny sestry 1-5 uspokojují pacientovi potřeby, kromě sestry 2, která plní pouze ordinace lékaře a dále si pacienta nevšímá, u sestry 3 chybí fyzický kontakt. Všechny sestry 1-5 zohledňují příchod akutního nemocného a všechny sestry 1-5 ho upřednostňují před plánovaným příjmem pacienta. Sestry 1, 4, 5 komunikují s pacienty nedirektivním způsobem, sestry 2 a 3 direktivním způsobem. Sestra 1, 4 a 5 podává pacientovi informace o průběhu příjmu, sestry 2 a 3 podávají informace na požádání pacienta. Sestry 1, 3, 4 a 5 se nesetkávají s žádnými problémy v komunikaci s pacienty, jen sestra 2 má problém s agresivním pacientem. Všechny sestry odpovídají pacientům při každém jejich dotazu. Všechny sestry plní ordinace lékaře.

4.14 Kategorizační tabulka

Tabulka 12 pozorování sester lůžkového úseku v plnění pacientových potřeb

	Sestra 1	Sestra 2	Sestra 3	Sestra 4	Sestra 5
Sestra registruje nové pacienty	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou	Ano registruje jak pohledem, tak i výzvou
Pacient čeká na výzvu sestry	Do 5 minut	Do 5 minut	Déle než 10 minut	Déle než 10 minut	Déle než 10 minut
Nemocný má saturované potřeby	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny biologické potřeby jsou saturovány	Všechny biologické potřeby jsou saturovány
Sleduje sestra pacientovi potřeby	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem	Ano sleduje jak dotazem, tak pohledem
Uspokojuje sestra pacientovi potřeby	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem	Ano uspokojuje, jak komunikací, aplikací léků, tak fyzickým kontaktem
Zohledňuje sestra příchod akutního případu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikuje sestra s pacientem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem	Ano, nedirektivním a uklidňujícím způsobem
Sestra pacientovi podává informace	O průběhu hospitalizace, práva pacientů, vyšetření	O průběhu hospitalizace, vyšetření a režimu oddělení	Režim oddělení, vyšetření	O průběhu hospitalizace, práva pacientů, vyšetření	O průběhu hospitalizace, práva pacientů, vyšetření
Sestra má problémy při komunikaci s pacientem	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy	Nemá žádné problémy
Sestra odpovídá při každém dotazu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Plní sestra	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

ordinace lékaře					
------------------------	--	--	--	--	--

Tabulka 12 znázorňuje výsledky pozorování sester lůžkového úseku v plnění pacientových potřeb. Všechny sestry 1-5 podle pozorování registrují nově příchozí pacienty jak pohledem, tak i výzvou. U sestry 1 a 2 čeká pacient na její výzvu do 5 minut, u sester 3, 4 a 5 déle než 10 minut. Všichni pacienti dle pozorování měli sestrou potřeby uspokojeny. Všechny sestry sledují pacientovi potřeby, jak pohledem, tak dotazem. Všechny sestry 1-5 uspokojují pacientovi potřeby. Všechny sestry 1-5 zohledňují příchod akutního nemocného. Všechny sestry komunikují s pacienty nedirektivním a uklidňujícím způsobem. Všechny sestry 1-5 podávají pacientovi informace o průběhu hospitalizace, o vyšetření, sestry 2 a 3 nepodali informace o právech pacientů. Sestry 1-5 se nesetkávají s žádnými problémy v komunikaci s pacienty. Všechny sestry odpovídají pacientům při každém jejich dotazu. Všechny sestry plní ordinace lékaře.

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá příjmem k hospitalizaci, potřeb nemocného a ošetrovatelskou péčí.

V první části kvalitativního šetření byl proveden rozhovor s 5 pacienty z chirurgického úseku (Příloha 1) a s 5 pacienty interního úseku (Příloha 1) v Nemocnici České Budějovice, a.s. Tyto rozhovory byly zaměřené na představách pacientů o příjmu, jakými informacemi disponují o své diagnóze a o oddělení, na kterém budou hospitalizováni. Kým byli naši respondenti odesláni k hospitalizaci, jestli netrpí nedostatkem informací a které se jim zdají jako prioritní (Tabulka 1 a 6). Dále jsme zjišťovali, kdo se respondentům věnoval více, jestli lékaři nebo sestry, zda se potřebují ještě zdravotnického personálu něčeho dotazovat a s jakými informacemi disponují od svých praktických lékařů (Tabulka 2 a 7).

Po analýze získaných údajů rozhovorem s pacienty z chirurgického a interního úseku ambulantní části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.1: Jakými informacemi disponují nemocní při přijetí na ambulantní část oddělení?

Respondenti, kteří tvořili náš výzkumný vzorek, disponují různými informacemi. 4 respondenti z 10 nedisponují při příjmu žádnými informacemi a nemají o příjmu na oddělení konkrétní představy, protože během života ještě nebyli hospitalizováni a nedostatečně poučení svým praktickým lékařem, nebo lékařem, který je doporučil k hospitalizaci. Další dva respondenty při příjmu pouze zajímala doba, kterou stráví čekáním na ambulanci. Zbývající 4 respondenti disponují při příjmu nejčastěji informacemi o jejich zdravotním stavu, dalším průběhem léčby a následném režimovém opatření, který dále následuje.

V tomto případě vidíme, jak je důležitá spolupráce i s jinými obory. Nevíme, do jaké míry byli pacienti seznámeni s následnou péčí, ale bohužel se čím dál častěji setkáváme se skutečností, že pacienti chodí k příjmu bez konkrétních znalostí svého zdravotního stavu a nemají žádné představy, co bude následovat. Jsou odesláni svými ošetřujícími lékaři specialisty, nebo praktickými lékaři, kteří pacienty odbudou doporučením k přijetí do nemocnice, ale nepoučí je o důležitých náležitostech, které k přijetí potřebují nebo dokonce, proč k následnému přijetí jsou doporučení a tím

pacienty dostávají do nepříjemných situací a jejich nervozitou, vzniklou z nedostatečného poučení klientů.

Mgr. Eva Trachtová ve své publikaci uvádí, že hospitalizace je pro některé nemocné nově vzniklou situací, někdy i nečekanou. Nemocný neví, do jakého prostředí jde a co ho čeká. Nemocný přichází, nebo je přivezen na příjmové oddělení nemocnice. Očekává, že se ho okamžitě ujme lékař nebo sestra. I když bývají pacienti velmi zaujatí svou nemocí, starostmi a obavami a zdánlivě příliš nevnímají okolí, přesto se první dojem ze setkání se zdravotnickým zařízením zapíše do jejich podvědomí. Již od prvního okamžiku má být nemocný přesvědčen, že je středem jejich zájmu, že není jen nějakým případem (8).

Šamánková ve své publikaci na druhou stranu uvádí, že existují různé typy bariér, které brání v získání informací pacientem. Jednou z nich je ostýchavost nemocného, strach sdělit něco osobního nebo např. prosté neporozumění toho, co říká zdravotník, to je tzv. informační šum. Dalšími bariérami jsou tělesný diskomfort, prostředí atd. (2).

Tato skutečnost dělá s psychikou nemocného hodně. Pacienti, kteří trpí nedostatkem informací před příjmem, ať už ambulantním nebo lůžkovým jsou psychicky rozhození, nepříjemní a často i agresivní, přitom by se tomu všemu dalo úplně předcházet, kdyby si lékaři nebo sestry vytrýbily více času pro nemocného a vše mu dopodrobna vysvětlili a psychicky ho podpořili.

Po analýze získaných údajů rozhovorem s pacienty z chirurgického a interního úseku ambulantní části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.2: Jaké informace nemocní potřebují po přijetí na lůžkovou část oddělení?

4 z 10 respondentů mezi prioritní informace, které potřebují znát po přijetí na lůžkovou část oddělení, uvedli průběh a informace o svém operačním výkonu, který je následně čeká. 1 respondent uvedl jako nejdůležitější informaci podrobnou znalost svého zdravotního stavu. 2 respondenti uvedli, že nejdůležitějším pro ně faktem je znalost veškerých informací spojených s příjmem. Zbývající respondenti uvedli potřebu znát všechny tyto náležitosti, jak o svém zdravotním stavu, příjmu na oddělení, svůj

zdravotní stav a průběh výkonu a všech vyšetření, které jsou spjaté s jejich problémem Tabulka 2 a 7).

Mgr. Eva Trachtová uvádí, že potřeba je něco, co člověk potřebuje pro jeho žití a vývoj. Každá osobnost potřeby ukazuje, prožívá a upokojuje individuálně. Při příjmu se zdravotnický personál snaží uspokojit pacientovo aktuální potřeby. Mezi aktuální potřeby pacienta při příjmu patří informovanost. Lékař či sestra by měli pacienta informovat o způsobu léčení, jaké absolvuje vyšetření, jaká je jeho příprava atd. Důležité je, aby byl nemocný v psychické pohodě. Psychickou pohodu je vždy u nemocného těžké získat, proto se ji sestra alespoň snaží do jisté míry zajistit. Může tím přispět právě správnou informovaností pacienta. Při příjmu je dále důležitá potřeba necítit bolest. Zajištěním této potřeby zajistíme komfort nemocného. Pacient by se měl také cítit v bezpečí. V neznámém prostředí je těžké se tak cítit. Sestra nebo lékař tomu může přispět komunikací s pacientem, tak aby se pacient necítil, že o něj není zájem. Sestra by měla pacienta uklidňovat, vyslechnout ho. Tím si u něj získá důvěru.

Sestra by měla nejprve poznat a pochopit sebe sama a tím uspokojit své vlastní potřeby. Tím se pak lépe může vcítit do pacienta a pohotově řešit jeho problém. Dále pochopit potřeby ostatních lidí a tím lépe posuzovat a hodnotit jejich chování. Porozumět příčinám chování. Hodnotit potřeby je základ pro hodnocení pacienta, vymezení problémů a jejich zařazení do priorit a plánování ošetřovatelských zásahů sestry. Sestra by měla mít znalosti teorie lidských potřeb, situací a faktorů, protože jedině tak může rychle reagovat a snažit se pacientův problém vyřešit. Jejich vlivem se potřeby mění, umožňují sestře intervence u pacienta se stresem (8).

Pokud zdravotnický personál se bude k nemocným chovat podle přesvědčení Mgr. Evy Trachtové, značně ubude problémů, které se při příjmu objevují čím dál častěji, bohužel z většího narůstajícího vypětí zdravotnického personálu a nedostatkem zdravotníků, kterých je nedostatek oproti neustálému navyšování nově přijatých pacientů.

Šamánková ve své publikaci na toto téma píše, že poskytovatelům zdravotní péče pomáhá empatické naslouchání, aby nemocným mohly zodpovědět všechny jejich

otázky, které potřebují. Hlavní je poznat jak se druhá strana cítí. Bez prostředí vzájemné důvěry toho v oblasti uspokojování potřeb nelze dělat mnoho (2).

Po analýze získaných údajů rozhovorem s pacienty z chirurgického a interního úseku lůžkové části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.3: Jakým způsobem získávají pacienti informace o přijetí na lůžkovou část oddělení?

7 z 10 respondentů uvedlo, že nejčastějším způsobem získání informací byly sestry z oddělení, které ale spíše poučily pacienta o režimovém opatření oddělení a vyšetření, které budou následovat, u 3 respondentů sestry žádné informace neuvedly a nikterak pacienta neinformovaly. Všichni pacienti byli naopak poučeni a všech náležitostech od svého ošetřujícího lékaře, který se jim věnoval. Sestra většinou informovala pacienta jen do takové míry, které jim umožňují jejich kompetence. Sestra je znevýhodněná tím, že informace o zdravotním stavu klienta musí nechat na lékaři a tím pacienti ztrácí k sestrám důvěru, myslí si, že se jim sestry vyhýbají a nechtějí se zabývat jejich problémy, ale pacienti si bohužel neuvědomují, že k tomu je kompetentní pouze ošetřující lékař, nebo lékař ve službě, který nese za pacienty zodpovědnost úderem 15 hodiny.

Po analýze získaných údajů rozhovorem s pacienty z chirurgického a interního úseku lůžkové části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.4: Vyhovuje nemocným délka času od přijetí v ambulantní složce po uložení na lůžko?

Všichni dotazovaní pacienti i přes dlouhé čekání, uvedli, že je pro ně délka čekání od ambulantního přijetí po uložení na lůžko přijatelná. Respondenti brali na zřetel tu skutečnost, že i přes nadmíru klientů čekajících na ambulanci, se zdravotnický personál snažil jejich čekání co nejvíce zkracovat a ambulantní příjmy upřednostňovali nad potřebami svými. Někteří pacienti uváděli, že lékaři a sestry během jejich pracovního vytížení si nevybírali ani polední přestávku na oběd, aby pacienty nevystavovali delší čekací době (Tabulka 3 a 8).

Během našeho pozorování se nám tato skutečnost potvrdila. Sestry se pacientům věnují, co nejvíce mohou. Berou na zřetel jejich potřeby, nabízejí klientům tekutiny a dotazují se jich neustále dokola, jestli něco nepotřebují. Během tohoto výzkumného šetření jsem byla v ambulancích v civilním oblečení mezi klienty, aby jednání sester

nebylo nikterak ovlivněno. I přes tuto skutečnost se sestry chovaly vřele a ochotně. I nespokojení a agresivní pacienti, kteří se na našich ambulancích bohužel také najdou, byli jednáním sester zklidnění a spokojenější. Milé a pozorné jednání hraje na psychiku pacientů velkou roli.

Po analýze získaných údajů rozhovorem s pacienty z chirurgického a interního úseku lůžkové části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.5: Které nejčastější potřeby nejsou saturovány při příjmu na oddělení z pohledu nemocného?

Z výzkumného šetření vyplývá, že pacientům jsou při příjmu saturované všechny jejich potřeby, které jsou pro ně prioritní. Pouze 1 z 10 respondentů postrádal psychickou podporu od lékařů a sester, která mu nebyla poskytnuta, a 1 respondent trpěl deficitem informací vzniklou nedostačujícími informacemi o vyšetřeních, které by měly následovat (Tabulka 4 a 9).

V druhé části kvalitativního šetření byl proveden rozhovor s 5 sestrami ambulantní úseku a s 5 sestrami lůžkového úseku Nemocnice České Budějovice, a.s.

Po analýze údajů získaných rozhovorem se sestrami z chirurgického a interního úseku lůžkové části, odpovídáme na výzkumnou otázku č.6: Na jaké nejčastější problémy sestry intervnují při přijetí pacienta na oddělení?

1 z 10 sester uvádí jako největší problém zahlcování pacienta nadměrnými informacemi. Další sestra poukazuje na špatnou komunikaci s ambulantní sestrou. Dále další poukazuje na to, že pacient dlouho čeká na přípravu lůžka, které není volné po jeho příchodu. Jiná sestra uvádí jako problém podepisování negativního reversu. 1 sestra si stěžuje na špatnou komunikaci s pacientem. 2 sestry jako největší problém uvádějí špatnou spolupráci s rodinou, 1 sestra poukazuje na komunikační bariéry a jediná sestra na žádný problém nepoukazuje (Tabulka 10).

Z našeho šetření vyplývá skutečnost, že při neustálém zvyšování dokumentů potřebných při příjmu a při hospitalizaci by se měl naopak navýšit počet personálu, kterého má každá nemocnice nedostatek. V této souvislosti vznikají všechny problémy, které se dále odrážejí na hospitalizaci jak u klienta, tak i u zdravotnického personálu. Při zvýšeném počtu zdravotníků bude mít sestra na svoje potřebné záležitosti čas, a tím i

čas na klienta, kterému se může plně věnovat a tak i všem jeho potřebám, aniž by na ně musel poukazovat nebo mu nebyly poskytnuty.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami nemocného v souvislosti s příjmem k hospitalizaci a ošetrovatelskou péčí o klienta.

Teoretická část se zabývá potřebami nemocných, kde se zaměřuje na faktory, které ovlivňují jejich uspokojování. Dále se zaměřuje na ošetrovatelskou péči, její formy a metody poskytování. S tím i související kompetence a povinnosti sester. Dalším hlavním tématem je příjem k hospitalizaci a náplň práce sester na interním a chirurgickém oddělení.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry interního a chirurgického oddělení jsou zavaleny dokumenty, které jsou potřebné při příjmu vyplnit a tím pádem nemají dostatek času věnovat se pacientům. Z toho vyplývají problémy, které se dále odrážejí v průběhu hospitalizace jak na straně pacientů, tak na straně sester.

. Ke zlepšení této situace by podle mého názoru mohlo pomoci navýšení pracovních míst zdravotních sester, čím by se prodloužil čas, který by mohly individuálně věnovat klientům.

Dalším důležitým faktem je skutečnost, že při budování přátelských vztahů na pracovišti se zlepšuje pracovní nasazení, které se odráží na kvalitě ošetrovatelské péče i na spokojenosti klientů. A právě spokojenost klientů a uspokojení veškerých jejich potřeb je cílem nás, zdravotníků.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně.* 1. vyd. Brno : 2003. 57 s. ISBN 80-7013-392-9.
2. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Základy ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
3. TOMAGOVÁ, Martina, et al. *Potreby v ošetrovatelstve.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 196 s. ISBN 978-80-8063-270-0.
4. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně : Pro mediky, lékaře a ošetrující personál.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
5. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatelstve.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
6. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství I.díl : Systémový přístup.* 1. vyd. Praha : Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
7. GROHAR-MURRAY, M.E.; DICROCE, H.R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovateľské péče.* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3.
8. TRACHTOVÁ, Eva. *Potreby nemocného v ošetrovateľském procese.* 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.
9. KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovateľské techniky:metodika sesterských činností.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 779 s. ISBN 80-8063-087-9.

10. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetrovatelstvo-teória*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2005. 215 s. ISBN 80-8063-182-4.
11. BEDNÁŘOVÁ , Jana Bc. Umění komunikace. *Sestra*. 2010, roč.20, č.4, s. 16-17. ISSN 1210-0404.
12. HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. *Sestra*. 2010, roč.20, č.2, s. 28-29. ISSN 1210-0404.
13. TUZA, Tomáš. Právo pacientů na informace a ochrana těchto informací. *Pacientské listy*. 2009, roč.58, č.5, s. 16-17. ISSN 1214-7664.
14. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
15. POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
16. ROZSYPALOVÁ, Marie; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena . *Ošetrovatelství I: pro 1. ročník středních zdravotnických škol*. 2. vyd. Praha : Informatorium, 2009. 273 s. ISBN 8073330741.
17. NEJEDLÁ, Marie; SVOBODOVÁ, Hana; ŠAFRÁNKOVÁ, Alena . *Ošetrovatelství III: pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2004. 403 s. ISBN 978-80-7333-030-9.
18. ČECHOVÁ, Věra; MELLANOVÁ, Alena. *Psychologie a pedagogika : pro 3. ročník středních zdravotnických škol a pro obory sociální*. 1. vyd. Praha : H & H, 1999. 143 s. ISBN 80-86022-42-0.
19. ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie : teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

20. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
21. BENNETT, Clare L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. 259 s. ISBN 978-80-247-714-2.
22. VONDRÁČEK, Lubomír; WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.
23. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetřovatelství v chirurgii I.*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
25. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty I. : Interna*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 188 s. ISBN 978-80-247-1775-3.
26. HORSKÁ PHDR., Viola. *Koučování ve školní praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2450-8.

8 Klíčová slova

Potřeba

Příjem

Hospitalizace

Interní oddělení

Chirurgické oddělení

Ošetřovatelství

9 Přílohy

9.1 seznam příloh

PŘÍLOHA 1: Rozhovor pro pacienty chirurgického a interního úseku při ambulantním a lůžkovém příjmu + otázky pro sestry chirurgického a interního úseku

PŘÍLOHA 2: Záznamový arch použit při pozorování sester na ambulancích a lůžkových odděleních chirurgického a interního úseku

PŘÍLOHA 3: Maslowova pyramida potřeb

PŘÍLOHA 4: Práva pacientů

PŘÍLOHA 1: Rozhovor pro pacienty chirurgického a interního úseku při ambulantním a lůžkovém příjmu + otázky pro sestry chirurgického a interního úseku

1) Jaká je Vaše představa o dnešním dni přijetí a co od něj očekáváte? Jak si myslíte, že bude příjem probíhat?

.....

2) Jaké informace máte o své diagnóze nebo o tomto oddělení?

.....

3) Kdo Vás sem na naše oddělení poslal? Na doporučení Vašeho praktického lékaře, nebo jste se rozhodla sama?

.....

4) Jaké informace Vám chyběly při nástupu do nemocnice?

.....

5) Jaké informace potřebujete znát a proč?

.....

6) Jaké informace Vám poskytla sestra a jaké lékař o dalším průběhu hospitalizace?

.....

7) (na lůžkách) Co byste chtěla vidět, slyšet, probrat s lékařem či sestrou?

.....

8) Jaké informace o tomto oddělení Vám poskytl Váš praktický lékař? Byly informace jím podané dostačující?

.....

9) Jaké jiné zdroje jste využila pro získání informací o nemoci, nebo o našem oddělení?

.....

10) Jaký byl časový úsek od doby, kdy jste přišla do čekárny, do doby než se Vás ujala sestra na příjmu? Vnímáte ho jako přijatelný nebo nepřijatelný?

.....

11) Jaký byl časový úsek, než jste se dostala z ambulance na lůžkové oddělení?

.....

12) Jak jste spokojena s časovým úsekem od přijetí po uložení na lůžko?

.....

13) Jak velkou pozornost věnovala sestra při příjmu Vaším potřebám?

.....

14) Které potřeby vnímáte při příjmu uspokojené? Pokud možno odlište ambulanci a lůžkovou část.

.....

15) Které potřeby Vám nebyly při příjmu uspokojeny?

.....

16) Jak vnímáte komunikaci sestry s lékařem mezi sebou a následně s pacientem?

.....

17) Co byste změnila na systému přijímání pacientů na tomto oddělení z Vašeho pohledu?

.....

18) Jak vnímáte, že se Vám věnoval lékař a jak sestra? Znázorněte na stupnici 1.-5.

.....

19) S jakými nejčastějšími problémy se setkáváte v péči o pacienta při příjmu na ambulanci a na lůžkové části?

.....

20) Do jaké míry Vám vyhovuje systém přijímání pacientů zavedený na Vašem oddělení?

.....

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 2: Záznamový arch použit při pozorování sester na ambulancích a lůžkových odděleních chirurgického a interního úseku

Sestra registruje nově příchozí pacienty - Pohledem - Výzvou - Nevšimne si ho	ANO	NE
Pacient čeká v čekárně na výzvu sestry od příchodu do čekárny - 5 minut - 10 minut - Déle než 10 minut		
Nemocný má v ambulanci saturované potřeby - Bolest - Informace - Vyprazdňování - Bezpečí, jistota - jiné		
Sestra sleduje pacientovi potřeby - dotazem - pohledem		
Sestra uspokojuje pacientovi potřeby - komunikací - aplikací léků - fyzickým kontaktem		
Sestra zohledňuje příchod akutního nemocného - dotazem - pohledem		
Sestra upřednostňuje akutního nemocného před pacientem na plánovaný příjem		
Sestra komunikuje s pacientem - direktivním způsobem - nedirektivním způsobem - uklidňujícím způsobem		
Sestra podává informace o - uložení na lůžko - vyšetření - o tom co ho čeká		
Sestra má problémy při komunikaci s pacientem - nekomunikativní pacient		

- agresivní pacient - dementní pacient		
Sestra odpovídá při každém pacientově dotazu		
Sestra plní ordinace lékaře		

Zdroj: vlastní

PŘÍLOHA 3: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow [cit. 2011-8-13]

Práva pacientů ČR

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

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

Zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/840> [cit. 2011-8-13]